الگوی پیشنهادی برای ساختار ادغام یافته نظام سلامت و رفاه اجتماعی در ایران بر اساس مطالعات تطبیقی

ایروان مسعودی اصل: * استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران
فرهاد نصرتی نژاد: استادیار، گروه جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد کرج
علی اخوان بهبهانی: مربی پژوهش، گروه بهداشت و درمان، مرکز پژوهش‌های مجلس
سید محمد موسوی خطاط: کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، عضو گروه مدیریت توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال دهم شماره اول زمستان ۱۳۸۹ صص ۱۲۵-۱۱۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۶/۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۶ آذر ۱۳۸۹]

چکیده

در این مطالعه که به صورت توصیفی ـ تطبیقی انجام شده است، به منظور ارایه الگویی برای نظام سلامت در ایران، ساختار نظام بهداشت، درمان و رفاه و تأمین اجتماعی در کشورهای منتخب از نظر درجه تمرکز ساختاری به صورت تطبیقی مطالعه شده است. کشورهای مورد مطالعه نیز بر اساس درجه ادغام یافتگی یا استقلال ساختاری وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شده‌اند.

یافته‌های حاصل از این پژوهش شباهت‌ها و تفاوت‌هایی را در وضع موجود ساختار سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی جامعه پژوهش نشان داد. شباهت‌ها عبارت بودند از: در غالب کشورها، اصول و مبانی مشترکی برای تحقق هدف‌ها و وظایف وجود دارد. از نظر پیچیدگی، ساختار تشکیلاتی کلیه کشورهای مورد مطالعه، ساده و کم حجم؛ نظام برنامه ریزی، متمرکز و اجرا به صورت غیرمتمرکز و در کل ساختار مدیریت سلامت و رفاه اجتماعی از یک ساختار غیرمتمرکز تبعیت می‌کنند. تفاوت‌ها عبارت بودند از: در کشورهای منتخب در ارتباط با بعد ساختاری، دو رویکرد متفاوت برای تفکیک نظام‌های سلامت ورفاه اجتماعی وجود دارد: رویکرد مبتنی بر پوشش اقامت و رویکرد مبتنی بر پوشش اشتغال. در اغلب کشورهای مورد مطالعه امور رفاه و تأمین اجتماعی با بهداشت ودرمان دارای پیوستگی قابل ملاحظه‌ای است، البته آموزش پزشکی مطلقاً در گستره وظایف این وزارت محسوب نمی‌شود.

ادغام وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی در وزارت بهداشت و درمان با عنوان جدید وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، علاوه بر افزایش هماهنگی و انسجام مدیریت، برنامه‌ریزی و تخصیص اعتبارات بخش رفاه اجتماعی کشور، موجب کاهش هزینه‌های اداری ـ پرسنلی و افزایش منابع مالی این بخش می‌گردد. علاوه بر این منجر به کاستن از همپوشانی وظایف و مسئولیت‌ها و جلوگیری از دوباره کاری، تخصیص صحیح منابع، کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و افزایش رفاه اجتماعی می‌شود. همچنین واگذاری امور اجرایی رفاه اجتماعی به بخش غیردولتی از دیگر ساز و کارهای مناسب در جهت توسعه مشارکت مردمی و افزایش بهره‌وری و کیفیت فعالیت‌های این بخش و حرکت در راستای اصل ۴۴ قانون اساسی است. انتزاع امور آموزش پزشکی از وزارت بهداشت و درمان و انتقال وظایف بهزیستی و بیمه‌های اجتماعی به حوزه ستادی وزارتخانه می‌تواند گام مهمی در جهت ارتقای جایگاه و توجه بیش‌تر به این بخش باشد.

کلیدواژه‌ها: ساختار سازمانی، وظایف، مبنای پوشش، نظام سلامت و رفاه اجتماعی

* نویسنده پاسخگو: تهران، پونک، حصارک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده مدیریت و اقتصاد
تلفن: ۴۴۸۶۹۶۵۹
E-mail: masoudi1352@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

مقدمه

در جهان امروز داشتن جامعه‌ای پویا و رو به رشد بدون نظام کارآمد سلامت و رفاه اجتماعی بس دشوار است. سالیان متمادی دولتمردان و سیاستگزاران غالباً به سلامت و رفاه اجتماعی تنها به عنوان مسئله‌ای اجتماعی توجه می‌نمودند. اما با توجه به تأثیر مهم سلامت و رفاه اجتماعی بر بهره وری نیروی کار و سرمایه انسانی در تولید جامعه و همچنین رابطه رشد و توسعه اقتصادی با رفاه اجتماعی و از سویی دیگر اثر این نظام‌ها بر توزیع درآمد و سلامت و رفاه جامعه، امروز دیگر سلامت و رفاه اجتماعی تنها یک مسئله اجتماعی صرف نیست [۱]. در واقع پرداختن به مقوله سلامت و رفاه اجتماعی در راستای بسط و گسترش عدالت اجتماعی به عنوان هدفی عمده برای دولت‌ها مطرح است و یکی از مسایل محوری در هر برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی محسوب می‌گردد. این گستردگی به حدی است که امروز دولت‌های مختلف جهان، مهم‌ترین خدمات خود را ایجاد و توسعه نظام سلامت و رفاه اجتماعی قوی و کارآمد می‌دانند[۲].

آمارتیاسن (Amartia Sen) برنده جایزه نوبل معتقد است سلامت همانند آموزش از مهارت‌های اساسی است که به زندگی انسان ارزش می‌دهد. دولت‌ها برای پاسخگویی به نیاز سلامت در جامعه سامانه‌ای را شکل می‌هند که نظام سلامت نامیده می‌شود. این نظام مشتمل بر تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارایه اقدامات سلامت می‌پردازند. اقدام سلامت نیز هرگونه تلاشی است که در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین بخشی انجام می‌گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است [۳].

در ایران از دیرباز بهداشت، درمان و رفاه از عمده وظایف دولت تلقی شده و در یک ارگان دولتی تجمیع شده است، با این تفاوت که در طول سالیان متمادی، وظایف و مسئولیت‌های دیگری به آن افزوده و یا از آن کاسته شده است. فعالیت‌های مرتبط با بهداشت، درمان و رفاه در ابتدا (قبل از سال ۱۳۰۵) در قالب یک اداره کل تحت عنوان «اداره کل صحیه» ایجاد شد که برای اولین بار در سال ۱۳۲۰ به وزارت بهداری تبدیل و در آذرماه ۱۳۲۴ تشکیلات آن به تصویب قوه مقننه رسید. وظایف پیش بینی شده برای این وزارتخانه، عمدتاً بر تأمین بهداشت عمومی و نظارت بر امر بهداشت و حفظ سلامتی عمومی مستقر بود. همچنین در سال ۱۳۵۳ «وزارت رفاه اجتماعی» به منظور فراهم آوردن و گسترش خدمات رفاهی و ایجاد هماهنگی، استقرار نظام مطلوب و اعمال نظارت و راهنمایی در مورد اینگونه فعالیت تشکیل شد [۴]. حوزه مرکزی وزارتخانه، در واقع وظایف مربوط به سیاستگذاری، تعیین خط مشی، برنامه ریزی و نظارت بر سازمان‌های وابسته را بر عهده داشت که سازمان‌های مذکور نیز در ارتباط با تکالیف ستادی وزارتخانه، عهده دار انجام تمامی عملیات اجرایی بودند.

در سال ۱۳۵۵ به علت تجانس این تکلیف با وظایف بهداشتی و درمانی و ارتباط تنگاتنگ و مشخصی که این وظایف با یکدیگر داشتند، وزارت رفاه اجتماعی در وزارت بهداری ادغام و «وزارت بهداری و بهزیستی» تشکیل شد و وظایف مربوط به بهداشت و درمان و نیز وظایف مربوط به امور بهزیستی در قالب سازمان‌های منطقه‌ای شکل گرفت و به فعالیت پرداخت. در سال ۱۳۵۹ با تشکیل «سازمان بهزیستی کشور» و انتزاع فعالیت‌های مربوط به بهزیستی و رفاه اجتماعی از پیکره «وزارت بهداری» نام آن به وزارت بهداری تغییر یافت. در سال ۱۳۶۴ با تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت بهداری منحل شد.

در واقع در ایران، سلامت و تأمین اجتماعی از اهمیتی ویژه برخوردار است، چرا که هم زمینه و بستر اصلی شکل گیری و اجرای حرکت‌های معطوف به توسعه و هم هدف توسعه محسوب می‌شوند [۵]. در همین راستا قانون اساسی، در اصول متعددی به امر سلامت و تأمین اجتماعی پرداخته است، به خصوص اصل ۲۹ به صورتی ویژه بر این امر صراحت دارد: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بی‌کاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی که دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.» [۶].

با وجود تأکید قانون اساسی بر مقوله سلامت و تأمین اجتماعی، در عمل با یک نظام کارآمد و مطلوب در زمینه سلامت و تأمین اجتماعی روبرو نیستیم. البته جریان توسعه در همه کشورها ممکن است با بن بست برخورد کند، مگر این که نظام اداری بر چنان بنیادی استوار شود که همه امور بر طبق برنامه پیش برود، تغییرات در هنگام ضرورت انجام گیرند و فشارهای ناشی از دگرگونی و گسترش ـ که نه تنها بسیارند، بلکه اغلب کیفیتی متضاد دارند ـ هماهنگ شوند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

مطالعه تجربیات جهانی در این حوزه نیز نشان از آن دارد که در کل نظام مدیریت سلامت و رفاهاجتماعی در اکثر کشورهای توسعه یافته دارای برنامه ریزی متمرکز است، اما در مقام اجرا از یک نظام کاملاً غیرمتمرکز پیروی می‌کنند. گذشته از آن از نظر پیچیدگی ساختار تشکیلاتی بسیار ساده و کم حجم است [۸، ۷].

در ایران به دلیل تداخل وظایف و وجود دستگاه‌های موازی متولی امر سلامت و تأمین اجتماعی و همچنین تومأن بودن سیاستگذاری و اجرا در یک وزارتخانه، نارسایی‌هایی در این حوزه وجود دارد که البته امکان رقابت از بخش خصوصی را نیز سلب کرده است. این در حالی است که اصل سوم قانون اساسی با بیان ضرورت «ایجاد نظام اداری صحیح و حذف تشکیلات غیرضرور» به طور ضمنی به اصلاح تشکیلات به عنوان پایه اصلاح نظام اداری تأکید دارد. علاوه بر این مطابق بند «الف» ماده ۱۳۷ قانون برنامه چهارم توسعه [۹] دولت مکلف است:

«تشکیلات کلان دستگاه‌های اجرایی و وزارتخانه‌ها را متناسب با سیاست‌ها و احکام این برنامه و تجربه سایر کشورها، برای برطرف کردن اثر بخشی ناقص، تعارض‌های دستگاهی و غیرکارآمدی و کاستی جامعیت، کمی کفایت، تمرکز امور، موازی کاری‌ها و همچنین بهره گیری همه جانبه از فناوری‌های نوین و روش‌های کارآمد با هدف نوسازی، متناسب سازی، ادغام و تجدید ساختار به صورت یک منظومه منسجم، کارآمد، فراگیر و با کفایت، اثر بخش و غیرمتمرکز طراحی نماید» [۱۰].

با توجه به آنچه گفته شد، تحلیل نارسایی‌ها و مشکلات ساختار تشکیلاتی موجود و اصلاح آن با بهره گیری از تجارب موفق دیگر کشورها با لحاظ شرایط و اقتضائات بومی، ضروری است [۱۱]. از این رو در این مطالعه سعی بر آن است با طراحی ساختار نظام جامع سلامت و رفاه اجتماعی گامی در جهت تبیین نظامی فراگیر برداشته شود که بتواند مجموعه‌های پراکنده موجود را ـ که در قلمرو بهداشت، رفاه و تأمین اجتماعی مشغول خدمت هستند ـ سامان داده و آنها را از ساختار و کارکردی توسعه ای برخوردار سازد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع کاربردی بوده که با روش توصیفی ـ تطبیقی در پنج مرحله انجام شده است. در مرحله اول با بررسی کتب، مجلات علمی، مستندات، انتشارات، گزارش‌های رسمی و مکتوب و سایر منابع موجود در این زمینه، چارچوبی مقایسه‌ای برای مطالعه نظام سلامت و رفاه اجتماعی ساخته شد. در مرحله بعد جستجوی اینترنتی منابع با کلید واژه‌های ساختار، تمرکز، وظایف، سازمان‌های وابسته، نظام سلامت و رفاه اجتماعی انجام پذیرفت واطلاعات مربوط به کشورهای منتخب جمع آوری و با انجام یک مطالعه مروری نظام مند، مقالات و اطلاعات مرتبط با کشورهای منتخب بر اساس راهبرد جستجوی مناسب تعیین و به روش نظام مند مورد بررسی و تحلیل و نقد موشکافانه (Systematic Review and Critical Appraisal) قرار گرفته و تفکیک و اولویت بندی شد. بر این اساس جداول تطبیقی مطالعه به دست آمد که شامل بررسی وضع موجود و ساختار کشورهای منتخب بود. در مرحله سوم اطلاعات به دست آمده از مرحله اول و دوم جمع بندی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و با استناد به آن الگویی طراحی شد. در مرحله چهارم با انجام یک مطالعه کیفی و با استفاده از تکنیک دلفی الگوی طراحی شده معتبر سازی شد. بدین منظور این الگو برای ۳۰ نفر از استادان، صاحب نظران و مسئولان مرتبط (مشتمل و منتخب از مدیران ستادی وزاتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیران سازمان‌های بهزیستی، تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی و معاونت راهبردی ریاست جمهوری، استادان مرتبط با رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی و سیاستگذاری سلامت، نمایندگان کمیسیون اجتماعی و بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی) در ۳ نوبت ارسال و نظرات آنان اخذ شد. ملاک انتخاب افراد حداقل ۱۰ سال تجربه مرتبط با موضوع و اشراف به موضوع بود. در مرحله پنجم نظرات پیشنهادی صاحب نظران در مورد الگو لحاظ و الگوی نهایی ارایه شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ خلاصه یافته‌های مقایسه ویژگی‌های مورد مطالعه در کشورهای منتخب و ایران را نشان می‌دهد.

در کشورهای منتخب غالباً اصول و مبانی مشترکی برای تحقق هدف‌ها و وظایف وزارت سلامت و رفاه اجتماعی وجود دارد، اما روش و ساز و کارهای اجرایی به کار گرفته شده در هر کشور با دیگری متفاوت است. در واقع هرکشور با در نظر گرفتن زیر ساخت‌ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی خاص خود در راستای تحقق این هدف‌ها و وظایف گام برداشته است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

در ارتباط با ساختار پوشش جمعیتی، دو رویکرد متفاوت برای تفکیک نظام‌های سلامت و رفاه اجتماعی کشورها قابل تفکیک بود: الف- رویکرد مبتنی بر پوشش (Coverage) اقامتی: در تعدادی از کشورها افراد به عنوان شهروند، صاحب حق هستند و بنابراین به صرف اقامت در کشور، تحت پوشش سلامت و رفاه اجتماعی قرار می‌گیرند.

ب- رویکرد مبتنی بر پوشش اشتغال: در بعضی از کشورها مبنای عضویت افراد در نظام سلامت و رفاه اجتماعی، وضعیت شغلی آنها است.

از نظر ساختار تشکیلاتی در کشورهای توسعه یافته دولت‌ها در بخش سلامت و رفاه تنها نقش«مدیریت کلان» را دارند؛ به این معنی که نقش دولت‌ها در بخش سلامت و رفاه به برنامه‌ریزی، ارزیابی و تعیین استاندارد در سطح کلان محدود می‌گردد. در چنین شرایطی دولت‌ها فارغ از هر گونه درگیری در مسایل جزیی، با توانایی بیشتری در مورد امور مهمی نظیر نظارت، ارزیابی و تعیین استاندارد در بخش سلامت و رفاه پرداخته‌اند. در کشورهای مورد مطالعه بر خلاف ایران ساختار بسیار ساده و کم حجم است. گذشته از آن در ساختار وزارت بهداشت و درمان تمایز خاصی بین بخش بهداشت و درمان یا رفاه و تأمین اجتماعی و بیمه مشاهده نمی‌شود. بررسی ساختار بهداشت، رفاه و تأمین اجتماعی از نظر درجه تمرکز ساختاری در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که «استان‌ها»، «دولت‌های محلی»،«بخش‌ها» و یا «شهرداری‌ها» نقش مهمی را در اداره خدمات بهداشتی و رفاهی ایفا می‌کنند. در بسیاری از کشورها سطوح مذکور از اختیارات کامل برخوردار هستند. تحت چنین شرایطی از تمرکز غیرضروری در سطوح بالای دولتی کاسته شده و دولت توانایی کنترل ونظارت امور زیربنایی سلامت و رفاه را می‌یابد. مطالعه تطبیقی نشان از آن دارد که هم اکنون در اغلب کشورها وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی (یا بهداشت و تأمین اجتماعی) وجود دارد. یکی از نمونه‌های جالب، کشور ژاپن است که دارای وزارت بهداشت، کار و رفاه اجتماعی است و کلیه امور بهداشت، درمان، بیمه‌های اجتماعی، درمان، بازنشستگی و بی‌کاری و همچنین امور اشتغال و روابط کار، آموزش فنی و حرفه‌ای، بهزیستی و حوادث اجتماعی در یک وزارتخانه سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و هدایت می‌گردد. در آلمان تا سال ۲۰۰۵ این وزارت نیز ادغام یافته بود (به نام وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی)، ولی با توجه به سیاست‌های صدر اعظم جدید (آنجلا مرکل)، این وزارتخانه دوباره سازی شده و به حالت اولیه برگشته است. در استرالیا نیز متولی امر، وزارت بهداشت و سالمندان است که تمامی امور مربوط به سالمندان در این وزارتخانه انجام می‌شود. در اتریش و انگلستان نیز وزارت تأمین اجتماعی کاملاً مستقل است. در ایران سازمان‌های تابعه تا سال ۸۲ وابسته به وزارت بهداشت و درمان بودند که به نوعی ادغام یافته تلقی می‌شدند. اما از سال ۱۳۸۳ این ساختارها مستقل شد. مطالعه انجام شده نشان می‌دهد که در کشورهای مورد مطالعه در شرح وظایف وزارتخانه هیچ اشاره‌ای به وظایفی همچون آموزش پزشکی یا عالی نشده است. در مورد هیچ یک از کشورهای مورد بحث مشاهده نشده است که آموزش عالی دچار تفرقه و تقسیم بندی شود. به معنایی دیگر در هیچ یک از کشورهای مورد مطالعه مشاهده نشد که علوم پزشکی از بدنه کلی آموزش عالی کشوری جدا شود. بررسی تطبیقی کشورهای مورد مطالعه بر اساس ساختار تشکیلاتی در جدول شماره ۲ آمده است.

در مجموع از مطالعه کشورهای مورد مطالعه به طور اجمال می‌توان به شباهت‌ها و تفاوت‌هایی به شرح زیر رسید:

الف- شباهت‌ها

- در اغلب کشورهای مورد مطالعه برنامه‌ریزی متمرکز و اجرای غیرمتمرکز در نظام سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی کاملاً مشهود است.

- در اغلب کشورهای مورد مطالعه برنامه‌ریزی اصلی و تنظیم طرح سلامت و رفاه کلی کشور جزء وظایف و مسئولیت‌های دولت مرکزی است.

- در اغلب کشورهای مورد مطالعه، وزارت سلامت، رفاه اجتماعی و یا تأمین اجتماعی وظیفه تصدی‌گری ندارد.

- در اغلب کشورهای مورد مطالعه وظایف خدمت‌رسانی به مردم را نهادهای غیردولتی، شوراها و انجمن‌های محلی و مردمی و مانند آن انجام می‌دهند.

- در اغلب کشورهای مورد مطالعه ساختار مدیریت سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی از یک ساختار کاملاً غیرمتمرکز پیروی می‌کند.

- در اغلب کشورهای مورد مطالعه مقوله آموزش پزشکی در گستره وظایف این وزارت محسوب نمی‌شود.

ب- تفاوت‌ها

در اغلب کشورهای مورد مطالعه به رغم وجود تمرکز اداری در برخی کشورها، طیفی از عدم تمرکز در برخی دیگر مشاهده می‌شود، به نحوی که در کشوری مانند آمریکا مدیریت سلامت و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

رفاه اجتماعی کاملاً غیرمتمرکز بوده و نقش دولت بسیار کم رنگ است، اما در کشوری مانند فرانسه دولت در برنامه ریزی متمرکز عمل کرده و نقشی کاملاً مشهود دارد، به نحوی که برنامه‌های استراتژیک و بلند مدت توسط مؤسسات ناحیه‌ای تدوین می‌گردند. به این ترتیب میزان تمرکز و عدم تمرکز به صورت گستره‌ای است که هر کشور در جایی از آن قرار دارد و هیچ دو کشوری را نمی‌توان کاملاً مشابه هم یافت. از این رو، در هیچ کشوری نظام کاملاً متمرکز یا غیرمتمرکز وجود ندارد.

در ایران بر طبق قوانین، برنامه‌ریزی بلندمدت و کلان نظام سلامت، رفاه وتأمین اجتماعی کاملاً متمرکز انجام می‌شود و سازمان‌های تابعه بیشتر در برنامه‌ریزی عملیاتی نقش دارند.

جدول شماره ۱- خلاصه یافته‌های مقایسه ویژگی‌های مورد مطالعه در کشورهای منتخب و ایران

عامل تطبیق	ساختار سازمانی از نظر تمرکز		ساختار سازمانی از نظر وابستگی		آموزش		پوشش جمعیت		
	متمرکز	غیرمتمرکز	ادغام یافته	مستقل	ادغام یافته	مستقل	اقامت و ملیت	اشتغال	سایر
کشورهای مورد مطالعه	٪۱۰	٪۹۰	٪۵۰	٪۵۰	٪۱۰	٪۹۰	٪۴۵	٪۴۰	٪۱۵

جدول شماره ۲- بررسی تطبیقی کشورهای مورد مطالعه بر اساس ساختار تشکیلاتی

عامل تطبیق / کشور مورد مطالعه	ویژگی‌های ساختار تشکیلاتی
انگلستان	وزارت تأمین اجتماعی انگلستان، مسئولیت رفاه و تأمین اجتماعی را برای تمامی اقشار جامعه به عهده دارد. ساختار وزارت بهداشت نیز به‌طور کامل غیرمتمرکز است.
آمریکا	وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا بزرگ‌ترین سازمان دولتی این کشور است که وظیفه حفظ و ارتقای سلامت تمامی افراد جامعه آمریکا را به عهده دارد که خدمات اساسی را برای رفاه اجتماعی آن دسته از افرادی که قادر به مراقبت از خود نیستند، فراهم می‌آورد.
آلمان	وزارت کار و امور اجتماعی بالاترین مرجع در گستره خدمات اجتماعی است. وزارت بهداشت فدرال نیز مستقل فعالیت دارد.
استرالیا	دپارتمان خدمات اجتماعی و خانوادگی و امور بومی مسئول سیاست‌های اجتماعی و آثار حمایتی و جامعه استرالیایی و استانداردهای زندگی خانواده‌های استرالیایی است. ساختار دپارتمان خدمات اجتماعی و خانوادگی کاملاً غیرمتمرکز است.
اتریش	نظام حمایت اجتماعی در اتریش، شامل دو وزارتخانه است. بیمه بیکاری تحت نظارت وزارت فدرال اقتصاد و کار، و شاخه های دیگر از جمله بیمه بیماری زیر نظر وزارت تأمین اجتماعی و آیندگان است. وزارت بهداشت مستقل است.
ژاپن	دارای وزارت بهداشت، کار و رفاه اجتماعی است و کلیه امور بهداشت، درمان، بیمه‌های اجتماعی، درمان، بازنشستگی و بیکاری و همچنین امور اشتغال و روابط کار، آموزش فنی و حرفه‌ای، بهزیستی و حوادث اجتماعی در یک وزارتخانه سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و هدایت می‌گردد
سوئد	ساختار وزارت سلامت و امور اجتماعی سوئد کاملاً غیرمتمرکز است.
فرانسه	قلمرو رفاه و تأمین اجتماعی در فرانسه، مجموعه وسیعی از سازمان‌های بخش‌های دولتی، عمومی، ملی، تعاونی و خصوصی است. فعالیت‌های عمده تأمین اجتماعی زیر نظر یک هیئت «بین وزارتی» اداره می‌شود که شامل دو وزارتخانه «وزارت امور اجتماعی، بهداشت و شهرها» و «وزارت کار و همبستگی» است.
کره جنوبی	وزارت بهداشت و رفاه مسئول ارتقای کیفیت زندگی مردم از طریق بهبود و توسعه بهداشت و خدمات رفاهی است. ساختار وزارت بهداشت و رفاه کره جنوبی کاملاً غیرمتمرکز است.
ایران	ساختار وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به‌صورت متمرکز است.ساختار وزارت بهداشت مستقل و متمرکز است و شامل آموزش پزشکی نیز می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

بحث و نتیجه گیری

دولت‌ها همواره ساختار خود را تغییر می‌دهند تا به اولویت‌های جدید در یک جامعه دستخوش تغییر پاسخ دهند و یا مدیریت ساختارهای موجود را بهبود بخشند. گذشته از آن از مزایای ظرفیت‌های جدید و زمامداری بهتر در جامعه از طریق انجام برخی از وظایف که توسط هسته مرکزی خدمات عمومی (وزارتخانه‌ها) اجرا می‌شود، توسط مؤسسات عمومی (خارج از حیطه اختیارات وزارتخانه‌ها)، یا حتی واگذاری آنها به بخش خصوصی یا قرارداد مدیریت بهره‌مند می‌شوند [۱۲]. از جمله حوزه‌هایی که دولت‌ها طی دهه‌های اخیر، تغییرات ساختاری در آنها به وجود آورده‌اند دو حوزه مقوله سلامت و رفاه اجتماعی است که لازم و ملزوم یکدیگرند، هردو از وظایف حاکمیتی دولت ها به شمار می‌روند و عموماً در یک ساختار سازمانی قرار می‌گیرند. سازمان بهداشت جهانی نیز برای ایجاد همسویی و هماهنگی بین آنها راهبردهای «هماهنگی بین بخشی و درون‌بخشی» را در نظام بهداشتی کشورها برای رفع این مشکلات توصیه کرده است [۱۳].

مطالعه کشورهای مورد مطالعه نشان از آن دارد که کارآمدی نظام‌های سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی در برخی از کشورها نه به دلیل نحوه نامگذاری وزارتخانه‌ها، بلکه ناشی از ساختار اجرایی آنهاست [۱۴].

در مجموع، نتایج حاصل از مطالعه تطبیقی و یافته‌های پژوهش در خصوص ساختار سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی در ایران حاکی از واقعیت های زیر است:

- متمرکز بودن برنامه ریزی

- توجه دولت به مدیریت و برنامه ریزی استراتژیک و کنترل کلان سیستم جامع سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی در راستای اهداف و سیاستگذاری‌های مربوط به بهبود عملکرد سیستم سلامت، رفاه وتأمین اجتماعی

- محدود بودن فعالیت اصلی دولت در بخش رفاه اجتماعی و سلامت به برنامه‌ریزی و مدیریت کلان سیستم و ایجاد زمینه جهت تعیین استانداردهای نظارت بر نحوه اجرای مقررات رفاهی و تأمین اجتماعی، مطابق اسناد و قوانین ملی

- در تقسیم‌بندی وظایف دولت، مسئولیت تدوین سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، برنامه‌ریزی و ارایه خدمات بهداشتی و درمانی و ایجاد نظام هماهنگ بهداشت و درمان به عهده وزارت بهداشت و درمان است.

- در تقسیم‌بندی وظایف دولت در حوزه تأمین اجتماعی، مسئولیت تدوین سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای ارایه خدمات بهزیستی و تأمین اجتماعی به عهده وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و دستگاه‌های وابسته به آن نظیر تأمین اجتماعی، سازمان بازنشستگی کشوری، سازمان بهزیستی کشور و غیره است. موضوعات بهزیستی و تأمین اجتماعی در برگیرنده خدماتی نظیر بازنشستگی، بیمه درمان، ارایه خدمات درمانی، توانبخشی معلولین و آسیب‌دیدگان، حمایت از نیازمندان، سالمندان و کودکان و زنان بی‌سرپرست و پرداخت مستمری به آنها است. وظیفه انجام هر یک از موضوعات یاد شده به عهده دستگاه‌ها و نهادهای زیر است:

- مسئولیت اداره امور و برقراری حقوق بازنشستگی اقشار مختلف جامعه به‌عهده دستگاه‌ها و نهادهای متعددی است که هر یک عهده‌دار امور بازنشستگی اقشار تحت پوشش خود هستند. در این زمینه مجموعاً ۲۱ دستگاه دارای مسئولیت هستند:

- سازمان تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه و بازنشستگی نیروهای مسلح و کمیته امداد مسئول تحت پوشش قرار دادن اقشار مختلف جامعه در زمینه بیمه درمان هستند.

- دستگاه اصلی متولی امور امداد در هنگام بروز حوادث و سوانح طبیعی و همچنین پیشگیری از آنها، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران است. ولی کمیته امداد و شهرداری‌ها نیز در زمینه امداد حوادث طبیعی دارای وظایف مصوب هستند. به علاوه وزارت کشور و نهاد ریاست جمهوری نیز در زمینه رسیدگی به امور حوادث غیرمترقبه فعالیت می‌کنند.

- در زمینه حمایت، پرداخت مستمری و کمک هزینه به نیازمندان و محرومان دستگاه‌های زیر وظایف مصوب و قانونی دارند: کمیته امداد، سازمان بهزیستی کشور، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان تأمین اجتماعی، شهرداری‌ها.

در کل وضع موجود نظام سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی کشور ما بیانگر آن است که از نظر قانونی و آرمانی حفظ سلامت و توجه به آن در زمره تکالیف دولت قرار داده شده است. این مهم در بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی، آورده شده است [۱۵]. بر این اساس ایجاد رفاه از وظایف اساسی دولت بوده که در کنار بهداشت آمده است. همچنین در اصل بیست و نهم قانون اساسی برخورداری از حقوق اساسی ملت مورد تأکید قرار گرفته و در قالب نظام تأمین اجتماعی آورده شده است [۵]. به موجب اصل یاد شده خدمات حمایتی در زمینه بازنشستگی، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، حوادث و سوانح در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

کنار خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره در قالب نظام تأمین اجتماعی تعریف شده است [۵]. به رغم این تأکیدهای قانونی در خصوص امور بهزیستی و خدمات حمایتی و توانبخشی نیز با عنایت به قانون، لازم است تمام امور اجرایی بهزیستی شامل توانبخشی، حمایت و نگهداری کودکان، زنان و سالمندان بی‌سرپرست و افراد نیازمند از طریق مشارکت با شهرداری‌ها و مؤسسات خیریه غیردولتی (NGO) انجام شود. مقایسه هزینه‌های ارائه خدمات در دولت و بخش خصوصی، نمایانگر آن است که هزینه سرانه خدمات توانبخشی و حمایتی بخش دولتی بین ۲ تا ۳ برابر بخش غیردولتی است. بنابراین، وظایف عملیاتی و اجرایی سازمان بهزیستی کشور قابل کاهش بوده و آنچه باقی می‌ماند وظایف نظارتی و راهبردی سازمان شامل سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، نظارت و ارزیابی است [۱۶].

علاوه بر آن چه که گفته شد، بررسی دستگاه‌های متولی امور رفاه اجتماعی نیز نشان می‌دهد که دستگاه‌ها و نهادهای متعددی در بخش‌های مختلف موضوع رفاه اجتماعی دارای وظایف، اختیارات و مسئولیت هستند [۱۷]. به علاوه در هر یک از زیربخش‌های نظام رفاه اجتماعی، دستگاه‌ها و نهادهای مختلف دارای وظایف و اختیارات قانونی در تأمین نیازهای اقشار تحت پوشش بوده که بعضاً توازی وظایف در این دستگاه‌ها مشاهده می‌گردد [۱۸]. بدیهی است توازی وظایف و فعالیت‌ها بین دستگاه‌ها در زمینه‌هایی که به لحاظ موضوع و به لحاظ اقشار تحت پوشش، مشابه یکدیگر است موجب اتلاف منابع مالی و انسانی کشور در بخش رفاه اجتماعی شده و چنانچه منابع مالی این دستگاه‌ها از اعتبارات بودجه عمومی کشور تأمین گردد، توازی وظایف و فعالیت‌های دستگاه‌ها و نهادها موجب اتلاف منابع مالی دولت می‌شود.

به طور کلی اهم مشکلات و نارسایی‌های ساختار موجود این بخش به شرح زیر قابل ذکر است:

۱- جدا بودن مدیریت نظام بهداشت و درمان و مدیریت نظام بیمه درمان و خدمات توانبخشی و حمایتی در دو وزارتخانه، موجب عدم انسجام و ناهماهنگی در مدیریت نظام رفاه و تأمین اجتماعی می‌شود. در حالی که بخش‌های سلامت و خدمات بیمه‌ای و رفاه به عنوان زنجیره‌ای از فعالیت‌های به هم پیوسته قلمداد می‌شوند که دقیقاً در ارتباط با اولویت‌های برنامه‌ای به دنبال هم مطرح می‌شوند. این بدان معنی است که توفیق در برنامه‌های سلامت و بهداشت سبب می‌شود از ابعاد فعالیت‌های درمانی و به تبع آن استفاده از خدمات درمانی کاسته می‌شود و بالعکس، شکست برنامه‌های سلامت، بازتاب نامطلوب در بخش‌های دیگر خواهد داشت.

۲- عدم تجانس و سنخیت وظایف محوله به دستگاههای متولی امر سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی. در همین زمینه وظایفی که مرتبط با بخش توانبخشی است را چندین سازمان متولی هستند مواردی همچون: نسبت سالمندان تحت پوشش به کل سالمندان نیازمند کشور، نسبت بیماران روانی تحت پوشش به کل بیماران مزمن شناسایی شده کشور، توانمندسازی معلولان تحت پوشش، همچنین شاخص‌هایی که از وظایف در بحث پیشگیری معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی نظیر نسبت تعداد خانوارهای دارای معتاد تحت پوشش برنامه پیشگیری به کل خانوارهای دارای معتاد، نسبت کودکان تحت پوشش طرح تنبلی چشم به کل کودکان واجد شرایط (۴ تا ۶ ساله)، تعداد تماس گیرندگان مراکز مشاوره خدمات روانشناسی به ازای هر صدهزار نفر جمعیت کشور، نسبت مشاوره ژنتیک انجام شده قبل از ازدواج به کل ازدواج‌های هر سال، نسبت پرونده‌های خانوارهای ارجاع شده متقاضی طلاق که از طلاق منصرف شده‌اند به کل متقاضیان طبق ارجاع از دادگاه و سلامت جسمانی و روانی پیش دبستانی. در حالی که موارد مشترکی بین وظایف و مسئولیت های حوزه رفاه اجتماعی و حوزه سلامت وجود دارد که انفکاک آنها را از هم غیر ممکن می سازد و اصولاً مرزبندی این دو مقوله از یکدیگر غیرعملی و غیر منطقی است. تجارب کشورهای مورد مطالعه و یافته‌های حاصل از مقایسه ساختار این ممالک درستی این مدعا را ثابت می‌کند

۳- عدم وجود اطلاعات و آمار لازم در حوزه سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی. حال آن که از عوامل و ملاحظات دیگری که پیوستگی وظایف رفاه اجتماعی و سلامت را بیشتر نشان می‌دهد، حساسیت و اهمیت برنامه‌ریزی هماهنگ و یکپارچه رفاه اجتماعی و سلامت ـ به عنوان بخشی از آن ـ است که نیازمند در اختیار داشتن اطلاعات و ارقام و گردش سالم و سریع این اطلاعات در شبکه اطلاعاتی متمرکز و واحد است. بدون در اختیار داشتن اطلاعات و آمار لازم در مورد کم و کیف درمان در کشور، اصولاً شاخص‌های سلامت و نیازهای بهداشت و خدمات درمانی تأمین اجتماعی تشخیص داده نشده و در برنامه‌ریزی لحاظ نمی‌شود. این روند برنامه‌ریزی در همه موارد تأثیر متقابل دارد.

۴- عدم وجود نظام بیمه‌ای جامع. در حالی که به موجب اصل ۲۹ قانون اساسی، نظام تأمین اجتماعی با هدف حمایت از اقشار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

مختلف جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و طبیعی پیامدهای آن از نظر بازنشستگی، بی‌کاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و ناتوانی‌های جسمی، ذهنی، روانی و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه‌ای و غیرآن (حمایتی و امدادی) حقی است همگانی و دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

هر کشور بنا به شرایط زمان، نیازها و انتظاراتی که از تشکیلات کلان دولتی خود دارد، ناچار است به بررسی، تجدید نظر و اصلاح احتمالی ساختار دولتی و زیر مجموعه آن بپردازد. حوزه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و سلامت در زمره موارد مهمی است که طی دهه اخیر در کانون توجه سیاستگذاران و تصمیم گیران عالی کشور قرار گرفته و باید برای طرح‌ریزی ساختار هماهنگ آنها چاره اندیشی شود [۱۹]. واقعیت‌ها و یافته‌های علمی حاصل از این پژوهش نشان داد که برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی که بر اساس قانون ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شده و در بردارنده سازمان‌های حمایتی، بیمه‌ای و امدادی است، وظایف و ماموریت‌های در نظر گرفته شده، بسیار متنوع و متعدد است. تنوع، تعدد، حجم وسیع عملیات و حیطه‌های فعالیتی نظام رفاه و تأمین اجتماعی از یک سو و ویژگی‌های این خدمات و تخصص‌ها و مهارت‌های مورد نیاز این خدمات از سوی دیگر نشانگر آن است که چنین ساختار سازمانی نیاز به مهندسی مجدد دارد. بنابراین طراحی و تدوین الگوی نوین برای بخش سلامت و رفاه و تأمین اجتماعی ایران اجتناب ناپذیر است. مضاف بر آنچه گفته شد مطالعه وضع موجود کشورهای مورد مطالعه نیز نشان دهنده آنست که استقرار یک نظام مطلوب در حوزه سلامت و رفاه اجتماعی قبل از هر چیز باید مبتنی بر اصول زیر باشد:

- افزایش کارایی و بهره‌وری مدیریت سلامت و رفاه اجتماعی
- کاهش هزینه‌های اداری و پشتیبانی در جهت افزایش منابع مالی نظام
- رفع تداخل وظایف و ادغام مدیریت‌ها و دستگاه‌های موازی
- افزایش هماهنگی بین مجموعه مدیریت نظام سلامت و رفاه اجتماعی
- کاهش تصدی دولت و فراهم نمودن تسهیلات لازم برای توسعه مشارکت مردم، شهرداری‌ها و بخش غیردولتی
- پرهیز از ایجاد سازمان‌ها و دستگاه‌های جدید و گسترش تشکیلات دولت
- تأمین پوشش کامل جمعیتی و اقشار از نظر ابعاد نظام سلامت و رفاه اجتماعی
- رعایت اصل عدم تمرکز در توزیع وظایف ملی و استانی
- تقویت اعمال حاکمیت و نظارت دولت و محدود نمودن فعالیت حوزه ستادی وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های ملی به امور راهبردی، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی کلان، هدایت، هماهنگی و نظارت

بنابراین با استناد به نتایج مطالعه تطبیقی در خصوص نظام سلامت و رفاه اجتماعی کشورهای منتخب و اصول یاد شده پیشنهاد می‌شود:

۱- به منظور ارتقا و تمرکز در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، نظارت و ارزیابی و افزایش هماهنگی در زمینه امور مرتبط با سلامت و رفاه ا جتماعی، از نظر وابستگی مسئولیت‌ها و وظایف، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در ایران با وزارت بهداشت ادغام گردد و به صورت وزارت سلامت و رفاه اجتماعی در چارچوب قانونی خود و در ارتباط با این وزارت جدید فعالیت نماید. در این خصوص لازم است کلیه وظایف، تشکیلات و نیروی انسانی مربوط به امور دانشگاه‌های علوم پزشکی از وزارت بهداشت و درمان منتزع و به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری الحاق گردد. وجود مسائل مربوط به آموزش پزشکی در وزارتخانه مذکور از یک سو افت کیفی آموزش پزشکی و از سوی دیگر کاهش راندمان امور بهداشت و درمان در سطح استان، شهرستان و روستاها را به دنبال داشته است. علت این امرآن است که کارکنان کادر بهداشت و درمان وارد حیطه آموزش عالی پزشکی شده و به دلیل عدم تخصص لازم کادر مذکور و تأکید بیش‌تر بر مسائل تجربی (توجه کم‌تر به مسائل علمی) کیفیت آموزش پزشکی آسیب دیده است. در عین حال، به دلیل درگیر شدن کادر بهداشت و درمان مناطق با آموزش پزشکی، مراکز بهداشت و درمان استان با کمبود کادر متخصص و کم توجهی به این بخش مواجه گردیده‌اند.

بنابراین با تصویب مجلس شورای اسلامی امور آموزش پزشکی شامل وظایف، تشکیلات، نیروی انسانی و منابع و کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و رشته‌های مرتبط می‌تواند به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری انتقال یابد. با توجه به موارد فوق، ۲ معاونت از ۵ معاونت موجود وزارت بهداشت و درمان که مسئولیت راهبردی علوم، تحقیقات و فناوری علوم پزشکی را به عهده داشتند، حذف می‌گردد و تنها معاونت درمان، بهداشت و معاونت توسعه مدیریت در حوزه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

ستادی وزارتخانه باقی می‌ماند. بنابراین، شرایط برای پذیرش مسئولیت‌های جدید و توجه بیش‌تر به امور رفاه و تأمین اجتماعی در این وزارتخانه فراهم خواهد آمد. در عین حال، با توجه به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت کلیه امور اجرایی مراکز و پایگاه‌های بهداشت و درمان استان، شهرستان و روستاها به شهرداری‌ها و بخش غیردولتی واگذار و وظایف مربوط به بهداشت ودرمان در این وزارتخانه محدود به نظارت و امور راهبردی می‌گردد که تماماً در یک معاونت حوزه ستادی قابل تجمیع است.

۲- سازمان‌های بیمه‌گر که هم اکنون زیر مجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی هستند و با تشکیل وزارت سلامت و رفاه زیر مجموعه وزارت جدید قرار خواهند گرفت از آن منتزع و با حفظ استقلال و ماهیت حقوقی بر مبنای اصول بیمه‌گری اداره شوند. چرا که در یک مجموعه قرار گرفتن سه مقوله تولید و عرضه خدمات درمانی، وظایف بیمه‌گری و خرید خدمت درمانی خود به خود موجب افت کیفیت در این حوزه می‌شود. ضمن آن که یکی از دلایل تشکیل وزارت رفاه نیز ضرورت تفکیک در این سه بخش بوده است که در گذشته نارضایتی‌هایی را به وجود آورده بود.

۳- مدیریت بخش سلامت از انحصار رشته پزشکی خارج شود و متناسب با تنوع و گستردگی وظایف وزارتخانه جدید از مدیران با تجربه و متخصص در رشته‌های متختلف به تناسب استفاده شود.

۴- برای پوشش جمعیتی، فقط ملیت ملاک و مبنای پوشش جمعیت قرار گیرد و سایر فروع و طبقه بندی‌ها حذف شوند.

لازم به ذکر است که با ادغام وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت و درمان و ایجاد وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، هماهنگی و انسجام در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و تخصیص صحیح منابع حوزه سلامت، سطح رفاه و تأمین اجتماعی افزایش می‌یابد. اصولاً بدون توجه به نظام تأمین اجتماعی به عنوان یک اولویت، نظام بهداشت و درمان فاقد کارایی خواهد بود. به طور کلی اهداف مورد انتظار از ایجاد وزارت مذکور به شرح زیر است:

۱- تقویت و توجه بیشتر به ارتقا و بهبود سلامت که نتیجه آن کاهش هزینه درمانی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و افزایش رفاه اجتماعی خواهد بود.

۲- تقویت نظام بیمه درمان و استفاده از منابع لازم برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه و امکان بهره‌برداری اقشار مردم از خدمات درمانی مطلوب، امر ایجاد رفاه و تعمیم بیمه از مسیر شبکه بهداشت و سلامت می‌گذرد.

۳- کاهش تصدی‌گری در امور درمانی و خدمات بهزیستی و تقویت امور برنامه‌ریزی، پایش و حمایت از فعالیت‌های مذکور در سطح کشور.

جای شک نیست که به لحاظ موازین اقتصادی و منطق مدیریتی و اجرایی وزارت جدید می‌تواند به بهترین وجه وظایف محوله به دو وزارت موجود را به انجام رساند. در این راستا کافی است به ساختار موجود کشورهای مورد مطالعه که بر اساس سال‌ها تجربه و بهره جویی از اندیشه و تلاش صاحبنظران و استادان امر صورت پذیرفته است، توجه شود. لحاظ ننمودن آموزش علوم پزشکی در این ساختار بر اساس مطالعه عمده کشورهای پیشرفته و ممالک قابل قیاس با ایران صورت پذیرفته است و در مورد هیچ یک از کشورهای مورد بحث مشاهده نشده است که آموزش عالی دچار تفرقه و تقسیم بندی غیر اصولی شود. در هیچ یک از کشورهای جهان مشاهده نشده است که آموزش علوم مهندسی یا علوم کشاورزی و همچنین علوم پزشکی از بدنه کلی آموزش عالی کشور جدا شود. در این راستا به طور منطقی باید خاطرنشان ساخت که چنین جدایی علاوه بر صرف هزینه‌های نجومی غیرمنطقی که باری است بر دوش بیت‌المال، به لحاظ علمی نیز کشور را متحمل ضرر و زیان زیادی از جمله در آموزش‌ها و پژوهش‌های بین رشته‌ای می‌کند. جدا ماندن سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی حداقل زیانی که برای جامعه و کشور دارد، دوباره کاری، روی هم افتادن مسئولیت‌ها، نادیده گرفتن بعضی از مسئولیت‌ها و به دوش یکدیگر انداختن وظایف و مسئولیت‌هایی است که پیوند تنگاتنگ با یکدیگر دارند. حاصل ادامه چنین وضعیتی قطعاً بروز نارضایتی‌ها، سردرگمی‌ها و ضرر و زیان‌های مالی و اقتصادی قابل ملاحظه‌ای خواهد بود که بالأخره دیر یا زود باید برای آن چاره اندیشی کرد. هرچه زودتر به صورت علمی و اصولی این مشکل مورد توجه و اصلاح قرار گیرد، دستاوردهای علمی، سیاسی، اقتصادی و اجرایی بیشتری خواهد داشت.

سهم نویسندگان

ایروان مسعودی اصل: طراحی طرحنامه، بررسی متون، تحلیل آماری، تهیه مقاله

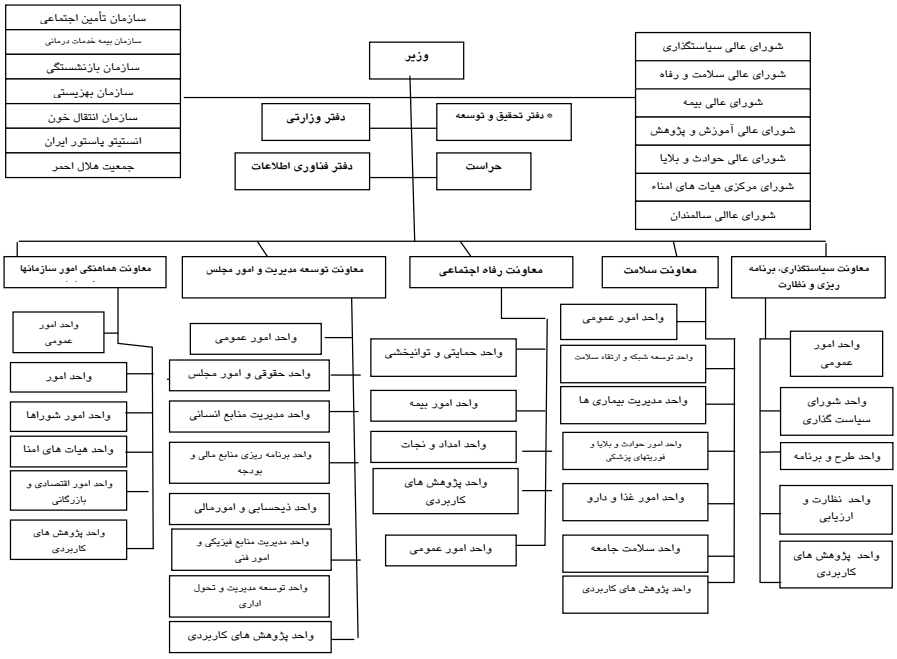
فرهاد نصرتی نژاد: همکاری در تحلیل آماری

علی اخوان بهبهانی: همکار اصلی طرح در تمامی مراحل اجرا

سید محمد موسوی خطاط: همکار در طراحی و تمامی مراحل اجرای مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]



شکل شماره ۱- الگوی پیشنهادی وزارت سلامت و رفاه اجتماعی

دفتر تحقیق و توسعه(R & D):

کار آن عبارتست از این که مسائل کلان مبتلا به این وزارت را که از جانب معاونت‌های مختلف و سازمان‌ها و واحدهای زیر مجموعه احاله می‌گردد از طریق تعریف پروژه‌های تحقیقاتی با مراکز پژوهشی تخصصی و دانشگاه‌ها، مورد بررسی و پژوهش قرار داده و چاره حاصله را جهت اجرا پس از تأیید مقام وزارت ابلاغ نماید.

بدیهی است فعالیت های پژوهشی و مشاوره‌ای این دفتر می‌تواند از طریق اندیشمندان، سیاستگذاران، پژوهشگران و مدیران ارشد وزارت یا خارج از وزارت و به صورت موردی انجام پذیرد. وظیفه این دفتر هماهنگی امور مربوط به R & D بوده و به لحاظ اهمیت خاص که دارد به صورت دفتری مستقل و زیر نظر مقام وزارت تدوین گردیده است.

واحد حوادث و بلایا:

به کلیه امور مربوط به حوادث، بحران‌ها و بلایای طبیعی و غیرطبیعی و البته در قلمرو رسالت و مسئولیت‌های این وزارت می‌پردازد.

واحد سلامت جامعه:

به کلیه امور مربوط به سلامت خانواده و جمعیت، سلامت روانی، اجتماعی و مدارس، سلامت محیط و کار، سلامت جوانان در قلمرو رسالت و مسئولیت‌های این وزارت می‌پردازد.

واحد امور بیمه:

به امور بیمه‌های اجتماعی، درمانی و مکمل می‌پردازد.

واحد پژوهش‌های کاربردی:

هرکدام از این معاونت‌ها دارای یک واحد پژوهش‌های کاربردی هستند که باید پژوهش‌های خود را از طریق دبیرخانه امور پژوهش‌های کاربردی (زیر مجموعه معاونت آموزشی و پژوهشی) به تأیید شورای عالی آموزش و پژوهشی برساند.

واحد:

در نمودار سازمانی و تشکیلاتی این واحدها حسب مورد به اداره کل، دفتر، دبیرخانه تغییر نام خواهد یافت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]

منابع

1. Bonoli G, Vic G, Taylor-Gooby P. European Welfare Futures: Towards a Theory of Retrenchment. 1 st Edition, Polity Press: Cambridge, 1999
2. Madani S. Towards a comprehensive system of social welfare. 1 St Edition, University of Social Welfare and Rehabilitation: Tehran, 2000 [Persian]
3. SSA. Comprehensive system of welfare and social security (Summary Report). 1St Edition, Social Security Research Institute: Tehran, 1999 [Persian]
4. Industrial Management: Social Welfare Department, 1 st Edition, Industrial Management: Tehran, 1974 [Persian]
5. Sattarifar M. Social security historical background. Social Security Quarterly 1999; 1: 29-51 [Persian]
6. Homayoonpour H. Social security in Iran & the world. 1 st Edition, Social Security Research Institute: Tehran, 2006 [Persian]
7. Social Security Programs throughout the World, SSA, 22nd edition, USA, 1995. www.ssa.gov/history/archives/offsite.html
8. http://www.facs.gov.au/internet/facsinternet.nsf/aboutfacs/orgchart.htm
9. Management and Planning Organization. 1 st Edition, Management and Planning Organization Publication: Tehran, 2005 [Persian]
10. http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p4-5.html
11. Masoudiasl I, Akhavan behbahani A, Zare Hosain. Social welfare system in the world. 1 st Edition, Majlis Research Centre: Tehran, 2009
12. Management and Planning Organization. Make sense as the state. Management and Planning Organization. 1 st Edition, Higher Education and Research Institute Publications Management and Planning: Tehran, 2002
13. Akbari MA. Government planning in the field of social security in Iran, Vol. 2 (1320-1357). 1 st Edition, Social Security Research Institute: Tehran, 2003 [Persian]
14. Panahi B. Principles of social security. 1 st Edition, Social Security Research Institute: Tehran, 1997 [Persian]
15. Constitution of the Islamic Republic of Iran. 1 st Edition, Khorshid: Tehran, 2001 [Persian]
16. Joghataie MT. Social welfare structure and function. 1 st Edition, University of Social Welfare and Rehabilitation: Tehran, 1998 [Persian]
17. Arabi M. Social welfare system, management structure design. 1 st Edition, University of Social *Welfare* and Rehabilitation: Tehran, 2001 [Persian]
18. Sharifian M. Design social welfare system. 1 st Edition, University of Social *Welfare* and Rehabilitation: Tehran, 2001 [Persian]
19. Soufi M. Perspectives relief committee emdad questions and answers. Journal of Majlis Research Centre 2002; 33: 255-68 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-04-20]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.14.5]