

دکتر حسین خوبان مدیر توسعه شبکه و ارتقای سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

# آشنایی با نظام‌های سلامت در دنیا

## اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله :

- کلیات نظام‌های آرایه خدمات بهداشت درمان را بشناسند.
- با علل تفاوت شاخص‌های سلامت در کشورهای مختلف آشنا شوند.

### مقدمه

امروزه آرزوی همه حاکمان و دولتمردان کشورهای جهان، رسیدن به توسعه پایدار و گسترش روزافزون آن است و برابر یافته‌های جدید علمی، تحقیقی و تحلیلی تمام عالمان توسعه نگر جهان بازیگر موفق این صحنه را نیروی انسانی سالم و توانمند می‌دانند.

دولت‌ها برای فراهم کردن ساز و کار ارتقای سلامت مردم خود به اشکال متفاوتی عمل می‌کنند و نظام‌های سلامت خود را هماهنگ با شرایط سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی برنامه‌ریزی می‌کنند. این نظام‌ها به جهت تأثیرپذیری از عوامل گفته شده در تمام کشورها با یکدیگر متفاوتند و هیچ‌گاه در دو کشور به طور کامل یکسان نیستند اما به هر حال و به دلیل تشابه برخی از عوامل و متغیرها در دو یا چند کشور می‌توان آنها را به دسته‌بندی‌های خاص تقسیم‌بندی کرد. به طور مثال برخی از سازمان‌های بین‌المللی کشورها را بر اساس توسعه یافتگی تقسیم‌بندی کرده‌اند، برخی بر مبنای شاخص‌های سلامتی و برخی بر مبنای اختصاص سرانه سلامتی و ...

و عمده مخارج در این زمینه نیز توسط خود دولت‌ها از محل  $GDP^{**}$  تأمین شده است.

بر اساس آمارهای موجود مخارج بهداشت و درمان در جهان سالانه حدود هزار و ۷۰۰ میلیارد دلار (۸ درصد کل تولید ناخالص ملی دنیا) برآورد می‌شود که ۹۰ درصد آن مربوط به کشورهای صنعتی و توسعه یافته است. (حدود هزار و ۵۳۰ میلیارد دلار) که این مبلغ به طور متوسط ۱۲ درصد از تولید ناخالص ملی این کشورها را تشکیل می‌دهد و کل کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته دیگر دنیا حدود یکصد و ۷۰ میلیارد دلار برای بحث سلامتی هزینه می‌کنند که این مبلغ حدود ۴ درصد تولید ناخالص ملی این کشورها بوده است.

**۲. اولویت بندی مناسب و اثرگذار در صرف سرانه‌های بهداشتی درمانی**

ابتدایی ترین قدم تخصصی، در نظر گرفتن سرانه مناسب است که چنانچه به خوبی برداشته شود پس از آن نوبت اولویت بندی است که دولت‌ها باید با تحلیل شرایط خاص خود بودجه‌های تصویبی را در همان مسیر اولویت دار و مشخص شده کانالیزه کرده و به طور دایم فرآیند مصرف بهینه را پایش کنند تا در حرکت به سوی هدف، انحرافی نداشته باشند.

در صورتی که این فرآیند به خوبی تدوین و پایش نشود تخصیص سرانه در جهت بهبود شاخص‌ها مؤثر نبوده و توسعه سلامت را به دنبال نخواهد داشت.

**۳. نگاه منطقه‌ای و سیاست دولت‌ها**  
در صورتی که سرانه خوبی برای سلامت تدوین شود

### کلیات نظام آرایه خدمات بهداشت درمان

با نگاهی به وضعیت موجود شاخص‌های سلامتی در کشورهای جهان مشخص می‌شود که اغلب کشورهای صنعتی و توسعه یافته نسبت به کشورهای عقب مانده و توسعه نیافته از موقعیت سلامت بهتری برخوردار هستند و علت عمده آن همان نقش دولت و سیاستگذاری‌های آن در زمینه بهداشت درمان و نحوه آرایه خدمات بهداشتی درمانی به مردم است.

به عبارتی دیگر هوشمندی، برنامه‌ریزی و اولویت‌گذاری دولت‌ها موجب تغییر شاخص‌های آن کشور در مسیر اولویت‌های تعیین شده می‌شود. در زمینه شاخص‌های سلامتی نیز تفاوت موقعیت کشورها به عوامل مختلفی نسبت داده می‌شود که از آن جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

#### ۱. اختصاص سرانه از تولید ناخالص ملی

با نگاهی به جدول اختصاص سرانه سلامت کشورها، مشخص می‌شود که دولت‌ها در کشورهای توسعه یافته و صنعتی پیوسته امر مهم توجه به مقوله سلامتی را مدنظر داشته و معمولاً خود مجری اصلی سیاست‌های بهداشت درمان بالاخص در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی بوده

## بهداشت درمان در ایران

حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت برای تمامی شهروندان همراه با توزیع عادلانه خدمات سلامت در قانون اساسی تبلور یافته است و این تفکر موجب شده تا نظام سلامت کشور بر مبنای خدمات اساسی که از منابع عمومی تأمین هزینه می‌شوند، آحاد مردم را از مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی که توسط دولت عرضه می‌شود بهره‌مند کند و خدمات سطح دوم و سوم که به طور عمده شامل خدمات درمانی و توانبخشی است بیشتر از طریق بیمه‌های اجباری نظیر تأمین اجتماعی برای کارگران، خدمات درمانی برای کارمندان و بیمه نیروهای مسلح و نیز بیمه روستایی برای روستاییان و ... تأمین می‌شود.

ساختار نظام سلامت در کشور جمهوری اسلامی ایران در بالاترین سطح بر عهده وزارت بهداشت و در سطح استان‌ها به عهده دانشگاه‌های علوم پزشکی و در شهرستان‌ها بر عهده شبکه‌های بهداشت و درمان است که از سطح شهرستان تا دورترین نقاط روستایی را توسط واحدهای تجهیز شده و نیروهای آموزش دیده و مستقر پوشش می‌دهند.

در ایران مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی در حوزه‌های اولویت دار، راهبرد تحقق سلامت کشور است. این مراقبت‌ها به واقع منعکس‌کننده شأن انسانی، امنیت، اخلاق، مساوات و عدالت اجتماعی و عامل ایجاد بهترین ظرفیت برای دستیابی به بیشترین میزان از سلامت در قبال محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه است.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی در کشور جمهوری اسلامی ایران در نظامی طراحی شده بر مبنای تحقیق و سطح‌بندی خدمات و منابع است که در آن بیشتر فرآیندها دارای معیارهای استاندارد هستند.

برابر نظامنامه مراقبت‌های بهداشتی، خدمات سطح یک در روستاها توسط بهورزان و در شهرها توسط کاردان‌ها و یا کارشناسان بهداشتی در پایگاه بهداشتی مبتنی بر جمعیت‌های تعریف شده به نحوی که مناسب‌ترین شکل دسترسی این جمعیت به تسهیلات را فراهم کند، انجام می‌گیرد و این خدمات در مراکز بهداشتی درمانی تکمیل می‌شود. بیمارستان عمومی شهرستان و بیمارستان فوق تخصصی سطوح بعدی آرایه خدمات را تشکیل می‌دهند که با فرآیندی خاص بیمار بین سطوح جابه‌جا می‌شود. فرآیندی که بیمار را از محیطی‌ترین واحد آرایه خدمات (روستا یا شهر) تا سطوح فوق تخصصی برای درمان هدایت کرده، سپس در مسیر معکوس نتایج اقدام‌های انجام شده برای وی را در پرونده او ثبت می‌کند نظام ارجاع نامیده می‌شود.

برابر بررسی‌های صورت گرفته در پنج سال گذشته که برنامه پزشک خانواده روستایی اجرا شده، توانسته است نمره قبولی برای ماندگاری را کسب کرده و به همین سبب دولت طرح

دولت‌ها نیز باید فهرست اولویت‌های خود را با هوشمندی تنظیم کنند و بر اساس آن بودجه‌ها را اختصاص دهند. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، جغرافیایی، الگوهای بیماری‌ها و ... در مناطق مختلف هر کشور، دولت باید برنامه‌هایی فراخور آن منطقه تنظیم کرده و به اجرا گذارد.

### ۴. رفتارهای انسانی

یکی از عواملی که فرآیند اختصاص اعتبارات تا بهبود شاخص‌های سلامتی را تکمیل می‌کند و می‌توان گفت یکی از مؤثرترین آنها نیز محسوب می‌شود، رفتار انسان‌های هر کشور در زمینه استفاده از امکانات بهداشتی درمانی است.

اگر تمام بخش‌های فرآیند به خوبی تدوین و اجرا شود ولی انسان‌ها که اصلی‌ترین صاحبان فرآیند هستند به صورت کامل و هدفمند از برنامه‌های اجرایی استقبال نکنند آن فرآیند ناتمام خواهد بود و به ارتقای شاخص‌های بهداشتی درمانی منجر نخواهد شد.

عوامل مؤثر در این رفتارها: درآمد، ثروت، میزان تحصیلات و آگاهی از اصول خود مراقبتی، هماهنگی فرهنگی، مذهبی، قومی و ... است. برای همین علمای علم سلامت شناسی مکرر اعلام می‌کنند که حوزه بهداشت و درمان کشورها فقط ۲۵ درصد در افزایش شاخص‌های سلامت مؤثرند و دستگاه‌های دیگر مسؤول ۷۵ درصد آن هستند.



## مراقبت بهداشتی در کانادا

سیستم مراقبت های بهداشتی در کانادا تحت عنوان گروهی از برنامه های اجتماعی هستند که در قالب بیمه خدمات درمانی تمامی شهروندان را تحت پوشش دارند و بودجه آن به صورت منطقه ای توسط دولت فدرال تامین می شود.

بر اساس سیستم مراقبت های بهداشتی، فرد شهروندان بدون در نظر گرفتن منطقه زندگی و سطح درآمد و یا استاندارد زندگی، تحت پوشش خدمات بهداشتی، بیمارستانی و خدمات دندانپزشکی و پزشکی هستند.

در حال حاضر کانادا جزو کشورهایی است که بالاترین سن امید به زندگی (۸۰ سال) و کمترین میزان مرگ و میر نوزادان را دارند. بر اساس قانون بهداشت کانادا امور پزشکی در سیستم مراقبت های بهداشتی شامل پزشکان عمومی، خدمات بهداشتی اولیه، امور تخصصی در بیمارستان ها و عمل جراحی دندانپزشکی تحت پوشش بیمه های استانی قرار دارند.

در حال حاضر تعداد ۳۰ هزار پزشک عمومی امر مراقبت های بهداشتی اولیه در کانادا را پوشش می دهند. این پزشکان خدمات سطح یک را انجام داده و در صورت نیاز بیماران به خدمات تخصصی آنها را به پزشکان متخصص ارجاع می دهند و تعداد ۲۸ هزار متخصص در کانادا مشغول فعالیت هستند.

بیمارستان ها از طریق ارجاع بیمار از سوی پزشکان و یا مراجعان اورژانس، افراد را پذیرش می کنند. هم چنین برای افرادی که امکان حمل و نقل ندارند خدمات سیار ارایه می شود.

به غیر از سیستم مراقبت های اولیه بهداشتی و بیمارستان های دولتی کلینیک های خصوصی هم در کانادا فعالند و خدمات تخصصی ویژه ارایه می دهند.

برابر قانون فدرال در امور مراقبت های بهداشتی درمانی کسانی که بخواهند از خدمات بهداشت عمومی و دولتی استفاده کنند باید برای دریافت خدمات در نوبت قرار بگیرند ولی اگر بخواهند کار سریع تر انجام شود، می توانند از طریق کلینیک های خصوصی و در قبال پرداخت وجه اقدام کنند (مثلاً برای MRI ممکن است یک ماه انتظار لازم باشد) ولی با سیستم خصوصی سریع تر انجام می شود. بیمه های خصوصی تقریباً ۸۰ درصد هزینه خدمات را پوشش می دهند.

دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در کانادا این گونه است که برای هر کدام از ساکنان یک کارت بهداشتی استانی طراحی و تدوین می شود که در آن کارت یک شماره شناسایی قید شده و در صورت مراجعه این فرد به پزشک و یا موسسات درمانی از روی شماره وی می توان به سوابق بهداشتی درمانی او پی برد.

اگر کسی کارت مربوط به بهداشت را نداشته باشد در صورت مراجعه به پزشک و یا برای دریافت خدمات باید وجه آن را پرداخت کند. با توجه به تعدد پزشکان و تقاضای افراد برای اخذ خدمات از ایشان در حال حاضر به ازای هر هزار نفر یک پزشک مشغول خدمات بهداشت عمومی است.

منابع مالی خدمات بهداشتی در دو سطح استانی و فدرال از محل مالیات حقوق و یا مالیات بر فروش و درآمد حاصل از قرعه کشی تامین می شود.

اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها را نیز به وزارت بهداشت ابلاغ کرد.

بر اساس این طرح تمام مردم شهرها نیز دسترسی سهل و آسان به پزشکان خانواده ای که خود انتخاب می کنند، خواهند داشت و امید است اجرای این برنامه بتواند شاخص های سلامتی کشور عزیزمان ایران را در سطح جهانی به شکل قابل توجهی افزایش دهد.

## برخی از شاخص های سلامت ایران در سال ۲۰۱۱:

- کل مرگ و میر ۴۱۰ هزار
- نرخ مرگ و میر ۵۴ در هزار
- امید به زندگی هر دو جنس ۷۳ سال شامل (مرد ۷۲ و زن ۷۵)
- مرگ نوزادان ۲۳ در هزار تولد زنده
- مرگ کودکان زیر ۵ سال ۳۱ در هزار
- بیماری های غیرواگیر بیشترین علل مرگ در ایران
- مرگ مادران در سال ۲۰۰۸ بالغ بر ۳۰ در هر یکصد هزار تولد زنده

## بهداشت و درمان در کشورهای صنعتی و توسعه یافته دنیا

### مراقبت های بهداشتی در ایالت متحده آمریکا

مراقبت های بهداشتی در ایالت متحده آمریکا توسط چندین سازمان به صورت مجزا انجام می شود و امکانات بهداشتی درمانی تا حد زیادی متعلق به بخش خصوصی است و بیمه خدمات درمانی توسط دولت ارایه می شود.

۶۰ تا ۶۵ درصد ارایه مراقبت های بهداشتی و هزینه های ناشی از برنامه هایی مانند برنامه مراقبت کودکان و مادران و سربازان با اداره بهداشت است. برابر گزارش WHO، ایالت متحده آمریکا بیشترین سرانه خود را (۱۵/۲ درصد GDP) در مراقبت های بهداشتی صرف کرده است.

در سال های اخیر بحث های جدی درباره موضوع عدالت در سلامت و عدالت در توزیع مراقبت های بهداشتی مطرح شده است. هر چند آمریکا بالاترین سرانه بهداشتی درمانی از GDP را برقرار کرده ولی هنوز در شاخص های سلامتی رتبه اول را نداشته و در بحث امید به زندگی و مرگ و میر کودکان و نوزادان پشت سر چند کشور قرار دارد. به گونه ای که امید به زندگی در بدو تولد در ایالات متحده آمریکا کمتر از امید به زندگی میانگین اتحادیه اروپا است و هم چنین نارضایتی عمومی از سیستم ارایه خدمات بهداشتی بالا است.

## بهداشت و درمان در روسیه

از زمان اتحاد جماهیر شوروی (قبل از ۱۹۹۱) طیف گسترده‌ای از خدمات اجتماعی از جمله مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای طیف گسترده‌ای از جامعه به صورت رایگان ارائه می‌شود و این خدمات ارائه شده با تجزیه اتحاد جماهیر شوروی تغییر نکرده و کماکان در روسیه هم ادامه دارد و در قانون اساسی جدید روسیه هم به آن تاکید شده است. ارائه خدمات بهداشتی درمانی به تناسب سطوح مناطق شهرداری ارائه می‌شود و ۳۰ درصد از جمعیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی را از درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های محل کار خود دریافت می‌کنند.

### ارایه خدمات بهداشتی درمانی در چهار سطح صورت می‌گیرد:

۱. پست‌های بهداشت روستایی: این پست‌ها جمعیت در حدود ۴ هزار نفر را تحت پوشش قرار داده و خدماتی از جمله معاینات معمولی، واکسیناسیون‌های اجباری، درمان جراحات جزئی را انجام می‌دهند.
  ۲. مراکز بهداشتی: این مراکز جمعیتی حدود ۷ هزار نفر را پوشش داده و طیف وسیع‌تری از خدمات بهداشتی را ارائه می‌دهند. آنها عمل‌های جراحی کوچک را هم انجام داده و اغلب پزشکان عمومی، پزشک متخصص اطفال، داخلی، زنان و ماما در آن کار می‌کنند.
  ۳. مراکز شهری پلی‌کلینیک: در این مراکز عمل‌های جراحی در سطح وسیع‌تر انجام گرفته هم‌چنین غربالگری بیماری‌ها، درمان بیماری‌های مزمن و مراقبت از بیماری‌ها صورت می‌گیرد و نیز در این مراکز تخصص‌های قلب، سرطان، زنان و خانواده وجود دارد.
  ۴. مراکز پلی‌کلینیک تخصصی و تمرکزی ویژه: که مخصوص مراقبت‌های سرپایی کودکان و نوجوانان است.
- داروخانه:** در روسیه حدود ۱۷ هزار و ۵۰۰ داروخانه وجود دارد که ۲۳ درصد متعلق به دولت و ۶۰ درصد مقامات شهری و ۱۷ درصد بخش خصوصی است.
- دارو برای بیماران بیمارستان‌ها رایگان است ولی بیماران سرپایی باید وجوه آن را بپردازند.

## بهداشت و درمان در انگلستان

بهداشت و درمان در کشور انگلستان برای تمام شهروندان رایگان ارائه می‌شود و این خدمات برای نیروهای نظامی که در خارج از کشور خدمت می‌کنند نیز ارائه می‌شود.

### خدمات بهداشت ملی یا NHS

NHS مسؤول بهداشت در کشور انگلستان بوده و تحت نظر وزارت بهداشت انجام وظیفه می‌کند و اخیراً به چهار بخش بزرگ تقسیم شده است و هر کدام وظایف خاصی را پیگیری کرده به اجرا در می‌آورند. عمده هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی از محل مالیات و عوارض تأمین می‌شود. همه کارگران، کارمندان و خوداشتغالان باید بخشی از درآمد خود را به این امر اختصاص دهند ولی گروه‌های آسیب‌پذیر و بیکاران از پرداخت معاف هستند.

بخش خصوصی در انگلستان نیز به صورت بسیار قوی و جدی خدمات تکمیلی و سطح بالاتر از مراقبت‌های اولیه بهداشتی را پوشش می‌دهند و این اقدام با مشارکت بیمه‌های خصوصی تأمین می‌شود ولی چون هزینه‌های آن بالاست درصد محدودی از مردم از آن خدمات استفاده می‌کنند.

بسیاری از شرکت‌ها، کارمندان خود و وابستگان ایشان را بیمه درمانی خصوصی کرده و از خدمات بیمارستانی خصوصی استفاده می‌کنند. پزشکان عمومی در اولین سطح مراقبت‌های بهداشتی درمانی خدمت کرده و اولین اقدام‌ها برای بیماران را انجام می‌دهند.

همکاران این پزشکان عمومی پرستاران هستند که وظیفه واکسیناسیون، آموزش بهداشت، مراقبت‌های پیشگیرانه و زایمان را به عهده دارند. افراد در انتخاب GP\* (پزشک عمومی خود) آزاد هستند و چنانچه نیاز به درمان یا مشاوره بود، این پزشکان برای ایشان انجام می‌دهند و چنانچه اقدام اورژانسی برای فرد نیاز باشد افراد می‌توانند به نزدیک‌ترین مکان ارائه خدمت مراجعه کنند.

اگر فردی احتیاج به مشاوره تخصصی و یا درمان تخصصی داشته باشد GP او را به پزشک یا مرکز موردنظر ارجاع داده و در فهرست نوبت قرار می‌گیرد.

دارو در داروخانه‌ها و با نسخ پزشکان GP و متخصصان و مشاوران توزیع می‌شود ولی داروهای محدودی مثل مسکن‌ها، داروهای سرماخوردگی و ... بدون نسخه و گاهی در سوپرمارکت‌ها نیز به فروش می‌رسد.

افراد بزرگسال که شاغل هستند باید برای هر نسخه ۶/۸۵ پوند پرداخت کنند و کودکان زیر ۱۶ یا ۱۸ سال در صورتی که به آموزش تمام وقت مشغول اند، زنان باردار بیماران شرایط خاص پزشکی، بالاتر از ۶۰ ساله‌ها، افراد کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از پرداخت معاف هستند. بیشتر خدمات دندانپزشکی در انگلستان به صورت خصوصی ارائه می‌شود ولی تعدادی از دندانپزشکان هنوز برای NHS کار می‌کنند.

## نتیجه گیری

امروزه با افزایش دانش، بشر به این مهم واقف شده است که نیروی انسانی توسعه یافته و به کمال رسیده می تواند جهان را به کمال برساند و فردی می تواند توسعه یافته شود که از اولین نعمت و هدیه الهی که همان سلامتی است، برخوردار باشد و دولت ها اگر بخواهند به توسعه پایدار برسند باید سعی در افزایش شاخص های سلامتی مردم خود داشته باشند و برای تأمین این سلامتی باید در وهله اول اعتبارات خوبی تخصیص دهند و پس از آن با اولویت منطقی خود برای آن اعتبار، برنامه خوب و مدون و معینی تنظیم کند و با در نظر گرفتن تابلوی بیماری ها و مناطق جغرافیایی اعتبارات تخصیص یافته را تقسیم و توزیع کنند و در تمام مراحل برنامه ریزی رفتار انسانی و چگونگی استقبال مردم از این خدمات را مدنظر داشته باشند.

هم چنین باید با هوشمندی تمام اعتبارات را بدون تقلید کورکورانه از سایر کشورها در مکان های مورد نیاز هزینه کرده و در طول اجرای برنامه ها، پایش و ارزشیابی خوبی صورت دهند.

در کشور عزیز خودمان نیز برنامه های بسیار خوب و اثرگذار تدوین شده است و دولتمردان باید برای این برنامه های خوب اعتبار کافی و لازم را تأمین کرده و سرانه بهداشت درمان را از GDP که هم اکنون ۵/۵ درصد و معادل ۶/۳ دلار و رتبه هشتاد و یکم جهان را دارد به گونه ای اصلاح کنند که در ردیف ۳۰ کشور اول دنیا قرار بگیرد و دست اندرکاران را به اجرای فرآیندهای سلامتی در مسیر برنامه کلان کشور هدایت کنند تا سربازان خط مقدم حوزه سلامتی با دلگرمی بیشتری به کار خود ادامه داده و به چشم انداز افق ۱۴۰۴ که منویات مقام معظم رهبری و تمامی دلسوزان نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران است، نایل شویم.



## بهداشت درمان در ژاپن

بهداشت درمان ژاپن برای شهروندان ژاپنی رایگان است.

در ژاپن مراکز متعدد بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی فعال هستند.

تحصیل در رشته پزشکی در ژاپن بسیار گران است و تعداد زیادی از متخصصان مدارک خود را از کشورهای غربی و ایالات متحده دریافت کرده اند.

ژاپن از نظر تجهیزات پزشکی و فناوری های نوین بسیار پیشرفته و مجهز است. سیستم مراقبت بهداشتی ژاپن امکان معاینات غربالگری برای بیماری های خاص، کنترل بیماری های عفونی و مراقبت های دوران بارداری را برای تمام جمعیت کشور فراهم می کند.

جهت انجام بهینه مراقبت های بهداشتی یک سیستم بیمه مرکزی فعال شده و این سیستم جهت ایجاد برابری و عدالت در دسترس، توسط دولت راهبری می شود.

با توجه به این که روز به روز به تعداد مهاجران خارجی در ژاپن افزوده می شود دولت تصمیم گرفته که سیستم مراقبت های بهداشتی خود را نیز افزایش دهد.

## بیمه خدمات درمانی

بیمه در ژاپن به عوامل متعددی بستگی

دارد از جمله کار فرد، سن وی، تحصیلات و ... بیمه خدمات درمانی کارکنان و بیمه بهداشت ملی که یک سیستم مبتنی بر جامعه است و بیمه های دیگری هم فعال هستند که بستگی به نوع انتخاب بیمه، خدمات متفاوت تر و هزینه های متفاوتی باید پرداخت شود.

کسانی که شاغل در بخش های دولتی و با خصوصی هستند هر ماهه از حقوق خود مبلغ حق بیمه را می پردازند.

هر فردی که بیش از یک سال در ژاپن سکونت داشته باشد اگر تحت پوشش بیمه کارکنان نباشد باید تحت پوشش بیمه ملی قرار بگیرد.

۱. جدول سرانه ناخالص ملی کشورها بر اساس سه منبع ذیل

Health Care in Asia / A comparative study of cost and Financing / World Bank Washington D.C/1992/P146

List of countries by total health expenditure (PPP) per capita. world bank (2001-2006), international monetary Fund (2010-2011) central intell yency (1993-2011)

۲. دولت و سیاست های بهداشت و درمان / خانم مریم کشت کار / مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی

۳. سلسله گزارش های سلامت در جمهوری اسلامی ایران / مراقبت های اولیه سلامت در جمهوری اسلامی / وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۷

۴. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن / دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بهار ۱۳۸۷

۵. رابطه هزینه های سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا / محسن مهرآرا، علی فضائلی

۶. مطالعه تطبیقی سنجش عملکرد سازمانی در ایران و کشورهای توسعه یافته / محمدرضا ملکی / امیر اشکان نصیری پور

۷. سایت WHO. بررسی سلامت در کشورهای ژاپن / انگلستان / روسیه / آمریکا / کانادا

منابع

به این موضوع امتیاز دهید ( ۱ تا ۱۰۰ )

کد این موضوع ۸۷۲۳

SMS

۳۰۰۰۷۲۷۳۰۱۰۰۰۱

بهار

سال بیست و چهارم / شماره ۸ / زمستان ۹۱ و بهار ۹۲