

بستر نهادی نظام سلامت و تحولات آن در ایران

مقدمه: نظام سلامت به‌عنوان متولی اصلی بهداشت و درمان در ایران تاریخچه‌ای نزدیک به یک قرن دارد و در این بازه زمانی تغییرات زیادی را شاهد بوده است تا به شکل و ساختار کنونی درآمده است. این تحقیق با هدف بررسی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری و تحولات نظام سلامت و روند سیاست‌گذاری در آن با دیدگاه بین‌رشته‌ای انجام شده است.

روش: تحقیق به روش تاریخی انجام گرفته و متون تاریخی راجع به نظام سلامت و زیربخشهای آن اعم از بهداشت و درمان و آموزش با رویکرد نهادگرایی مرور و تحلیل شده است.

یافته‌ها: دولت، جامعه مدنی، بخش خصوصی، خانواده و نهادهای بین‌المللی کارگزاران اصلی سیاست سلامت در ایران از ابتدا تاکنون بوده‌اند که در بستر عوامل موقعیتی، ساختاری، فرهنگی و خارجی به نظام سلامت و تحولات آن در ایران جهت داده و در موفقیتها و ناکامیهای آن مؤثر بوده‌اند.

بحث: هرچند از همان ابتدا کارگزار اصلی سیاست سلامت در ایران دولت بوده است، اما عوامل نهادی زیادی بر کارایی و عملکرد آن در زمینه سلامت مؤثر بوده‌اند و این نهاد جهت‌تدوین سیاستهای سلامت و هموارکردن مسیر برقراری عدالت اجتماعی نیازمند توجه جدی‌تر به عناصر جامعه مدنی و ویژگیهای خانواده‌ها و سپردن امور به بخش خصوصی است و در این راه تعامل با نهادهای بین‌المللی و استفاده از تجارب آنها به‌خصوص در زمینه بهداشت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

۱- هادی عبدالله تبار

دکتر رفاه اجتماعی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، کرمانشاه، ایران
(نویسنده مسئول).
<h.abdolahtabar@gmail.com>

۲- حمیرا سجادی

دکتر پزشکی اجتماعی، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- عزت‌الله سام آرام

دکتر جامعه‌شناسی، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴- علی اکبر تاج مزینانی

دکتر سیاست‌گذاری اجتماعی، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

واژه‌های کلیدی: نظام سلامت،


رویکرد نهادگرایی، بستر نهادی،


سیاست اجتماعی


تاریخ دریافت:


تاریخ پذیرش:

The institutional context of the health system and its developments in Iran

▶ **1- Hadi abdollahtabar** 
Ph.D. in Social Welfare,
Department of Sociology,
Faculty of Social Sciences,
Payame Noor University,
Kermanshah, Iran.
(Corresponding Author)
▶ <h.abdollahtabar@gmail.com>

▶ **2- Homeira Sajjadi** 
Ph.D. in Social Medicine,
Department of Social Welfare,
Faculty of Educational
Sciences and Social Welfare,
University of Social Welfare
and Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran.

▶ **3- Ezatollah Sam Aram** 
Ph.D. in Sociology,
Department of Social
Welfare, Faculty of Social
Sciences, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

▶ **4- AliAkbar TajMazinani** 
Ph.D. in Social Policy,
Department of Social
Welfare, Faculty of Social
Sciences, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

Keywords:

health system, institutional approach, institutional context, social policy

Received:

Accepted:

Introduction: The health system as the main custodian of health in Iran has a history of nearly a century and during this period has witnessed many changes to the current form and structure. This study aims to investigate the factors affecting the formation and evolution of the health system and the policy-making process in it with an interdisciplinary perspective.

Method: The research has been conducted in a historical way and historical texts about the health system and its sub-sectors including health care and education have been reviewed and analyzed with an institutionalist approach.

Findings: The government, civil society, private sector, family and international institutions have been the main agents of health policy in Iran from the beginning until now, which in the context of situational, structural, cultural and external factors have directed the health system and its developments in Iran. They have been effective.

Discussion: Although the government has been the main agent of health policy in Iran from the beginning, but many institutional factors have been effective on its efficiency and performance in the field of health, and this institution needs more serious attention to community elements to formulate health policies and pave the way for social justice. Civility and the characteristics of families and leaving matters to the private sector, and in this way interaction with international institutions and the use of their experiences, especially in the field of health is of particular importance.

Extended Abstract

Introduction: Health policy as a part of social policy is a function of the economic and social development of countries, therefore, the study of health policy or institution needs to be addressed from a historical, economic and political perspective, and this with “interdisciplinary studies” that can be It is possible to adopt hybrid (interdisciplinary) approaches to explain its change. The aim of this study was to investigate the effect of historical events and political, economic, social and cultural characteristics on how the health system is formed in Iran and the process of developments and its ups and downs and consequences.

Method: The selective approach in this research is institutionalism which has a political, cultural, social and economic context in economic performance and development. Because to examine the trend of health policy in the last century in Iran, we must focus on data that indicate evidence from the past, the present study is of a historical type and according to the subject under discussion, books and writings related to the health system, Laws and programs related to health, regulations and instructions, upstream documents (government documents), etc. are examined to identify and analyze the factors affecting the developments of the health system in Iran.

Findings: There are five main institutional sets of agents in the field of social policy that play a role in the development of the health system: a) Government: After the formation of the Pahlavi government in Iran (1304 AD), the central government is primarily responsible for providing basic social services, including health After the revolution, the government took over the provision of social services and explicitly emphasized it in the principles of the constitution. Therefore, the main role in these developments is the responsibility of the government. B) Civil society: In the field of health, apart from hospitals and endowed clinics and charities, social movements have occurred from time to time and have also influenced social policy. Among these movements we can mention the establishment of the Tudeh Party, the oil nationalization movement, the uprising of June 6, 1963 and the Islamic Revolution in 1979. C) Private sector: Attention to this issue was raised in Iran’s development programs and health policy before and after the revolution. Entrusting part of the medical treatment and education to the private sector and

implementing the hospital self-government plan is part of this process. However, by 2015, less than one-third of health activities have been privatized. D) Family: is one of the agents of family social policy, whose role, of course, has become less important than in the past; And somehow the government has taken on the role of sponsor and provider of health services, but the provision of health services is still determined by the job situation and the economic situation of the families. Plans such as rural insurance and public insurance have been proposed in this regard. E) International institutions: multilateral institutions such as the World Bank and the International Monetary Fund; International donors; United Nations agencies such as the World Health Organization, the United Nations Development Program, the United Nations Children's Fund, and the United Nations Institute for Social Development Research are among the institutions whose actions have influenced health policies.

In addition to these agents, four categories of underlying factors play a role in the evolution of the health system: situational, structural, cultural, and international or external factors. Establishment of Dar el-Fonun; Plague and cholera epidemics in the Persian Gulf region in the 1280s; Devastating earthquake in Bojnourd; Prevalence of sexually transmitted diseases and infectious diseases in the early 1320s; Accident of collapse of the roof of the waiting hall of Mehrabad airport; Occurrence of the Islamic Revolution of Iran; And Iraq's eight-year imposed war on Iran has been one of the factors influencing Iran's health system.

The structural weakness of the Qajar government and its incompatibility with the ideals of the Constitutional Revolution; Economic and political turmoil and very weak social indicators at the beginning of the twentieth century; The focus of the first Pahlavi government on the modernization of the country in various fields, including the health system; Weak infrastructure required by the health system in most parts of the country; A non-industrial economic system based on traditional agriculture, which later became dependent on oil revenues and became a rentier government; Numerous changes at different organizational levels of the health system; The low share of health in government revenues and the lack of sufficient financial resources to implement health plans and programs and the concentration of health plans and measures in the capital and provincial centers have been

among the structural factors affecting the Iranian health system.

Existence of traditional physicians in Iranian society and the impossibility of supervising their work ;Low level of literacy and public awareness as one of the obstacles to the proper implementation of health policies and programs ;Desire to have many children ;Religious beliefs about some of the rules of medicine and treatment and changes in people's lifestyles have been among the cultural factors affecting the Iranian health system.

Teaching medicine in the Academy of Arts and forming health councils in Iran by European doctors; Allied occupation of Iran; The entry of the World Health Organization as an international institution and its role in the development of health programs in Iran; Establishment of the International Health Cooperation Organization in Iran; Implementation of the Truman Four principle; Iraq invaded Iran in 1980 and the eight-year imposed war; Unilateral US sanctions and then other international sanctions after the Islamic Revolution were among the external factors affecting Iran's health system.

Discussion: The main features of the political institution in Iran, such as dependence on oil revenues, its extensive dominance over the economy and its decisive role in macro-planning indicate the prominent role of the political institution in the Iranian health system. After the political system, the economic factor has had a greater impact on changes in the health system. The government's dependence on revenues from oil sales and oil price fluctuations at various times has had a direct impact on the development of health system infrastructure and the implementation of health programs. Social characteristics such as literacy rate, population growth rate, migration, employment, etc. in turn have influenced the adoption of health policies, which ultimately the policy institution has decided to take into account economic factors. Cultural factors also influence health policies and regulations, which may be quite the opposite in another country or at another time. The role-playing of other health actors and agents also depends on government decisions and orientations. For this reason, in order to formulate better policies and pave the way for the establishment of social justice, this institution needs to pay more serious attention to the elements of civil society, family change and entrusting matters to the private sector. It will be very effective.

Ethical considerations

Contribution of authors

All authors have contributed to the design, execution, and writing of all sections of this article.

Funds

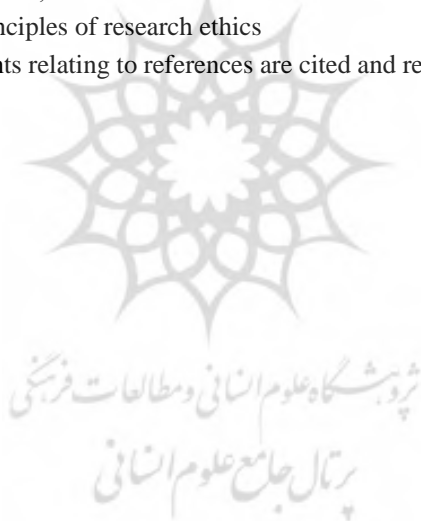
This article is part of Dr. Hadi Abdollahtabar's dissertation entitled "Health Policy Evolution in Iran (1925-2015)" in the Department of Social Welfare at the Faculty of Social Sciences of Allameh Tabataba'i University under the guidance of Dr. Homeira Sajjadi, Dr. Ezatollah Sam Aram and Dr. AliAkbar TajMazinani.

Conflict of interest

According to the authors, there is no conflict of interest in this article.

Adherence to the principles of research ethics

In this article, all rights relating to references are cited and resources are carefully listed.



مقدمه

رفاه اجتماعی دارای ابعاد و مؤلفه‌های مختلفی است که در این بین، «سلامت» به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی رفاه مورد توجه و تأکید قرار می‌گیرد. اهمیت سلامت هم از دیدگاه عملی و هم از دیدگاه نظری مورد تأکید قرار گرفته و یکی از مؤلفه‌های اصلی سیاست‌گذاری اجتماعی دولت‌ها به حساب می‌آید. سلامت می‌تواند به‌عنوان یکی از شاخصهای اصلی کارآمدی نظامهای سیاسی در نظر گرفته شود. یکی از ویژگیهای اساسی سیاست‌گذاری سلامت این است که تأمین و ارتقای سلامت جامعه یک کنش متقابل و پدیده‌ای دوسویه بین جامعه و دولت‌مردان است. از یک سو تصمیمهای سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و بین‌المللی بر سلامت مردم یک جامعه تأثیر می‌گذارند و دولت‌ها در برنامه‌ریزیها و تصمیم‌گیریهایشان باید شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه را در نظر داشته باشند؛ و از سوی دیگر ویژگیهای فرهنگی، اجتماعی و رفتاری مردم و نگرش آنان به سلامت و بهداشت بر موفقیت یا عدم موفقیت اقدامات دولت‌ها و سیاست‌گذاریهای آنها تأثیر می‌گذارد و در جریان این کنش متقابل، «نظام سلامت» دچار تغییر و تحول می‌شود و بررسی روند تغییرات و تحول آن موضوعی است که می‌تواند به روشن شدن مسیر آینده آن کمک کند.

بر اساس منابع موجود، یکی از دلایل اصلی ناکامی در تحقق اهداف سیاست اجتماعی به‌طور عام و سیاست سلامت در ایران، عدم دستیابی به اهداف برنامه‌های توسعه است. نبود بحثهای نظری و روشمند درباره درک درست شرایط اجتماعی - تاریخی، داشته‌ها و نداشته‌های جامعه ایران و قبیله‌ای اندیشیدن، در عدم تحقق برنامه‌های توسعه بسیار مؤثر بوده است (افراخته، ۲۰۱۹). نتیجه دخالت دولت‌ها و سیاست‌گذاری در سلامت، در کشورهای مختلف نتایج متفاوتی به دنبال داشته است. در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته نظام سلامت کارآمد و پویا توانسته است با ارائه خدمات سلامت به شهروندان رضایت آنان را جلب

کند و در برخی کشورهای دیگر (عمدتاً کشورهای در حال توسعه) استقرار نظام سلامت و سیاست‌گذاریهای آن نتایج چندان رضایت‌بخشی به دنبال نداشته است. این امر نشان می‌دهد که نهاد سلامت همانند سایر نهادها و ویژگیهای اجتماعی تحت‌تأثیر شرایط تاریخی و موقعیتی جامعه‌ای قرار دارد که در آن شکل گرفته و رشد کرده است.

در ایران بعد از تشکیل دولت مدرن در سال ۱۳۰۴ و با توجه به ساختار اقتصاد سیاسی کشور، دولت‌کنشگر اصلی سیاست اجتماعی تلقی شده و عملکرد دولتها نقش عمده‌ای در عرصه سیاست‌گذاری و عمل در ابعاد مختلف سیاست اجتماعی از جمله سیاست سلامت داشته است. بعد از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ نیز سلامت همواره یکی از مهم‌ترین مباحث و حوزه‌های عمل دولتها بوده و به‌خصوص در یکی دو دهه گذشته ساختارهای سلامت در کشور تغییر و تحولات زیادی را شاهد بوده است که پیامدهای آن در وضعیت بهداشت و سلامت مردم کمابیش مؤثر بوده است.

وجود مسائلی از قبیل تغییر در بروز و شیوع انواع بیماریها و ظهور موارد نوپدید، مشکلات مرتبط با دارو (وابستگی ارزی، قیمت‌گذاری، کیفیت و ...)، بیمه (پوشش جمعیتی، روش بیمه‌گری، رضایت مردم و ...)، ضعف بخش تحقیقات در توسعه همه‌جانبه بخش بهداشت و درمان، فقدان همکاری بین بخشی و تعدد در مراجع سیاست‌گذاری و نظارت، اقتصاد بهداشت (دولت، مشارکت مردم و ...)، افزایش انتظارات و تقاضای مردم با توجه به رویکرد جدید به سلامت و رفاه اجتماعی، وجود نارضایتی در برخی از اقشار جامعه نسبت به خدمات بهداشتی و سلامت و تمرکز عمده خدمات مرتبط با سلامت در پایتخت نشان می‌دهد هنوز تا رسیدن به حد مطلوب و مناسب خدمات بهداشتی درمانی در جامعه فاصله داریم (شورای بهداشت و درمان سازمان برنامه‌بودجه، ۱۹۹۸). همچنین، به باور سجادی و همکاران (۲۰۰۹) «با وجود دستاوردهای قابل توجه در حوزه سلامت در سالهای اخیر، تداوم مشکلات در برخی حوزه‌ها ضرورت توجه به نقش عوامل دیگر، به ویژه عوامل اجتماعی و

نیز استراتژیهای مرتبط با سیاست‌گذاری سلامت را نشان می‌دهد». همچنین، توسعه سیاست اجتماعی اثرگذار مستلزم مطالعه زمینه‌مند سیاست اجتماعی (در این تحقیق سیاست سلامت) با تأکید بر زمان، مکان و شرایط خاص است و این امر لزوم توجه و بررسی زمینه نهادی نظام سلامت را نشان می‌دهد.

در مقاله حاضر با هدف شناخت ریشه برخی از این مسائل و چالشها، تأثیر ویژگیهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر چگونگی شکل‌گیری نظام سلامت در ایران و نیز «کارگزاران» و «عوامل» مؤثر بر فرازوفرودهای این نظام و نیز مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار و جهت‌بخش در سیاست‌گذاریها و اقدامات نظام سلامت از سال ۱۳۰۴ تاکنون مرور و بررسی می‌شوند. به عبارت بهتر می‌توان گفت این پژوهش جهت پاسخ به سؤال زیر به انجام می‌رسد: «مهم‌ترین کارگزاران و عوامل تأثیرگذار در سیاست‌گذاری و اقدامات نظام سلامت در ایران از زمان تشکیل این نظام تا سال ۱۳۹۴ کدامند و نقش و تأثیر آنها در ایجاد وضعیت کنونی نظام سلامت چه بوده است؟»

مبانی نظری

نظامهای سلامت تحت تأثیر چهار نیروی محرک، دائماً در پی اصلاح خود هستند. این محرکها شامل هزینه‌های فزاینده در مراقبتهای سلامت، انتظارات فزاینده شهروندان، محدودیت منابع مالی دولتها برای پرداخت هزینه‌های سلامت و تردید نسبت به کارایی نظام مستقر در برآورده کردن اهداف نظام سلامت است (پیکان‌پور و همکاران، ۲۰۱۸؛ به نقل از رابرتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). تأثیرگذاری این محرکها و هدایت و مدیریت آنها وابسته به ویژگیهای سیاست‌گذاری اجتماعی به طور عام و سیاست‌گذاری سلامت در هر کشور است. از این رو، یکی از راه‌های بررسی و تحلیل نظام سلامت، کاوش در فرایند سیاست‌گذاری

1 Roberts

اجتماعی یا تحلیل سیاست اجتماعی است.

برای بررسی سیاست اجتماعی رویکردهای مختلفی وجود دارد که اسپیکر^۱ (۲۰۱۳)، ۱۹۷-۲۰۰ آنها را تحت عنوان اصلاح‌گرایی، تاریخ‌گرایی، کارکردگرایی، نظریه تضاد و رهیافت نهادی برشمرده است. با توجه به هدف تحقیق حاضر، رویکرد نهادی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به اعتقاد کیم^۲ (۲۰۰۴) دیدگاه نهادگرایی به دو دلیل سهم عمده‌ای در ادبیات سیاست اجتماعی دارد: اولاً این نظریه به نقش فعال و مستقل نهادهای دولتی و نیمه‌دولتی در توسعه دولت رفاه تأکید دارد؛ دوم، این‌که با دقتی که در توجه به زمان رویدادهای تاریخی و وابستگیهای متقابلشان فراهم می‌کند، یک رهیافت تاریخ‌نگاری برای وضعیتها و فرایندهای واقعی ایجاد و تحقق سیاستهای دولت ارائه می‌کند (قاراخانی، ۲۰۱۱).

نهادگرایان بستر سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را در عملکرد اقتصادی و توسعه بسیار حائز می‌دانند. از این رو، به اعتقاد آنها هنگامی که تصمیم‌گیران در حکومت یا قوه قانون‌گذاری تصمیم به وضع قواعد جدید می‌گیرند با محدودیتهایی مواجه می‌شوند و آنچه این محدودیتها را تبیین می‌کند «اهمیت تاریخ» است. به عبارت دیگر، این محدودیتها می‌توانند نتیجه شرایط خارجی یک کشور (برای مثال رابطه‌اش با همسایگان و قدرتهای بزرگ) یا شرایط داخلی (برای مثال ساختار قومی - اجتماعی یا وجود منابع طبیعی با ارزش و سهل‌الوصول) باشد (دلفروز، ۲۰۱۴، ۲۱). همین‌طور تغییر ایده‌های دولتها بر تغییر سیاستها اثری تعیین‌کننده دارد (آلکاک^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). سیاست سلامت به‌عنوان بعدی از سیاست اجتماعی از این قاعده مستثنی نیست، زیرا شیوه‌ای که یک جامعه به مسئله سلامت‌بیماری توجه دارد، عمیقاً متأثر از ارزشهای اجتماعی، سنتهای سیاسی و تاریخی آن است.

در رویکرد نهادگرایی، مفهومی چون درجه رسمی بودن نهادها، شبکه‌ها، ساختارهای

1 Spicker

2 Kim

3 Alckak

حقوقی و مقرراتی، شکلهای سازمانی، ترتیبات نهادی و حکمرانی نقش مهمی در تدوین سیاستها و تصمیم‌گیریهای توسعه دارند (فرجی‌راد، ۲۰۱۲، به نقل از ایزدی و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس، در عرصه سلامت کنشگران و عواملان نهادی مختلفی وجود دارند که دارای نقشها، مسئولیتها، ظرفیتها، ارتباط با سایر کنشگران و عواملان و نیز قواعد و مشوقهایی هستند که این روابط را هدایت می‌کنند. نکته قابل توجه این است که عواملی که بر نقشها و مسئولیت‌های کنشگران مختلف تأثیر می‌گذارند، از درون خود عرصه کنش سرچشمه نمی‌گیرند، بلکه توسط بستر نهادی کلی که آن را در بر گرفته است، ایجاد شده‌اند. والت و گیلسن^۱ (۱۹۹۴) برای تحلیل سیاست سلامت چارچوبی را تحت عنوان «مثلث سیاست سلامت» ارائه داده‌اند که بر اهمیت محتوای سیاست، فرایند سیاست‌گذاری و چگونگی استفاده از قدرت برای اعمال سیاست تأکید می‌کند.

شکل ۱- مثلث تحلیل سیاست (الت و گیلسن، ۱۹۹۴)



¹Walt and Gilson

این مثلث یک رویکرد ساده به ارتباطات بین‌بخشی جهت سیاست‌گذاری در بخش سلامت است و بر این اصل تأکید دارد که چهار عامل در سیاست‌گذاری سلامت تأثیرگذارند و با یکدیگر در تعامل و ارتباط هستند. برای مثال، کنشگران تحت تأثیر زمینه‌ای که در آن زندگی و کار می‌کنند، قرار می‌گیرند. زمینه از عوامل متعددی مانند عدم ثبات، ایدئولوژی، تاریخ و فرهنگ تأثیر می‌پذیرد و فرایند سیاست‌گذاری، تحت تأثیر کنشگران و جایگاه آنها در ساختار قدرت و ارزشها و انتظارات این کنشگران قرار می‌گیرد و محتوای سیاست، بیانگر بخشی یا تمامی ابعاد مذکور است (بیوزا و همکاران، ۲۰۰۵).

رویکرد نهادگرا بر این نکته تأکید دارد که موفقیت در پیاده‌سازی یک الگو یا چارچوب، تنها منوط و مشروط به قابلیت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی یک کشور یا منطقه نیست، بلکه از دیگر محورهای اساسی آن این است که چه کسانی و چگونه در این عرصه‌ها تصمیم می‌گیرند (ایزدی و همکاران، ۲۰۱۷؛ به نقل از مک‌کارتی، ۲، ۲۰۱۱). جانسون (۲۰۰۵) پنج مجموعه نهادی اصلی از کارگزاران در زمینه سیاست اجتماعی را شناسایی کرده است: دولت، جامعه مدنی، بخش خصوصی، خانواده و نهادهای بین‌المللی. البته، به نظر وی دولت معمار اصلی سازه‌های سیاست اجتماعی و نیروی محرک مهم در پس اصلاحات اجتماعی تلقی شده است. به هر حال، سیاست اجتماعی با تمامی این کارگزاران ارتباط متقابل دارد و خود این کارگزاران هم به‌عنوان بخشی از بستر نهادی از آن تأثیر می‌گیرند و هم خود بخشی از عوامل مؤثر بر سیاست اجتماعی هستند (غفاری و حبیب‌پور، ۲۰۱۴، ۱۵۶). برسنن (۲۰۱۴) نیز دولت و مدیریت میانی را اصلی‌ترین مؤلفه‌های زمینه نهادی نظام سلامت می‌دانند.

آنچه در مثلث والت و گیلسون (۱۹۹۴) برای ما حائز اهمیت است، زمینه یا بافت است که به عوامل منظم -سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، هم در سطح ملی و هم بین‌المللی - که ممکن است بر سیاست سلامت تأثیرگذار باشند، اشاره می‌کند. لیشر (۱۹۷۹) این عوامل را به چهار دسته تقسیم می‌کند:

1. Buse
2. McCarthy
3. Johnson
4. Bresnen
5. Leichter

- عوامل موقعیتی کمابیش گذرا، بی‌ثبات و وابسته به شرایط هستند که ممکن است بر سیاست تأثیر داشته باشند (مثلاً جنگ، خشکسالی). این عوامل را گاهی «رویدادهای کانونی» می‌نامند. این امر ممکن است یک رویداد خاص و لحظه‌ای مانند زمین‌لرزه باشد که ممکن است در ساختمان یک بیمارستان تغییراتی ایجاد کند؛ یا یک امر طولانی و تدریجی باشد که شناخت مردم از یک مسئله جدید را کمرنگ کند.
- عوامل ساختاری مؤلفه‌های نسبتاً تغییرناپذیر جامعه‌اند. آنها نظام سیاسی و مقدار باز یا بسته‌بودن فضا و فرصت برای جامعه مدنی جهت مشارکت در مباحث و تصمیمات سیاسی را شامل می‌شوند. همچنین نوع اقتصاد و بافت اشتغال را در بر می‌گیرند. برای مثال، جایی که دستمزد پرستاران پایین باشد یا فرصتهای شغلی برای کسانی که آموزش دیده‌اند وجود ندارد، کشورها با امکان مهاجرت افراد حرفه‌ای به جاهای دیگر مواجه می‌شوند. عوامل ساختاری دیگری نظیر «ترکیب جمعیتی» و «پیشرفتهای فنی» سیاست سلامت یک جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برای نمونه، کشورهای دارای جمعیت سالمند هزینه‌های بیمارستانی و دارویی بالاتری برای سالمندانشان می‌پردازند؛ یا مثلاً پیشرفتهای فنی باعث افزایش زایمان به روش سزارین در میان زنان بسیاری از جوامع شده است.
- عوامل فرهنگی نیز بر سیاست سلامت تأثیر گذارند. در جوامعی که سلسله‌مراتب رسمی اهمیت زیادی دارد، ممکن است سؤال پرسیدن یا به چالش کشیدن مقامات بلندپایه یا سیاستمداران ارشد مشکل باشد. به دلیل موقعیت اقلیتهای نژادی یا تفاوت‌های زبانی ممکن است برخی از گروههای خاص از حقوق خود یا خدماتی که باید دریافت کنند بی‌اطلاع بمانند. در برخی کشورها که زنان نمی‌توانند به راحتی به خدمات سلامت دسترسی پیدا کنند یا در جاهایی که نسبت به برخی بیماریها سوگیری منفی وجود دارد (از جمله سل یا اچ‌آی‌وی)، برخی از دولتها سیستم ویزیت در منزل را راه‌اندازی کرده‌اند.

عوامل مذهبی هم می‌توانند به شدت بر سیاستها تأثیر بگذارند.

● عوامل بین‌المللی یا خارجی که به وابستگی درونی بیشتر دولتها منجر می‌شوند و بر حاکمیت و همکاری بین‌المللی تأثیر می‌گذارند. به‌هرحال، بسیاری از مشکلات سلامت که حکومت‌های ملی با آن روبه‌رو می‌شوند، نیازمند همکاری بین سازمانهای ملی، منطقه‌ای و چندجانبه است. به‌عنوان مثال، ریشه‌کن کردن فلج اطفال در بسیاری از مناطق جهان به‌واسطه کنش ملی و منطقه‌ای و در برخی مواقع با همکاری سازمانهای بین‌المللی از جمله WHO اتفاق افتاده است. به‌هرحال، اگر یک دولت ایمن‌سازی همه کودکان در برابر فلج اطفال را مدیریت کند و پوشش و حمایت را حفظ کند؛ ویروس فلج اطفال می‌تواند توسط افرادی که در کشور همسایه ایمن‌سازی نشده‌اند وارد شود (بیوز و همکاران، ۲۰۰۵).

به‌طور خلاصه، بستر نهادی نظام سلامت و کنشگران و عوامل تأثیرگذار در آن را می‌توان به‌صورت شکل ۲ نشان داد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

شکل ۲- مدل مفهومی تحقیق



پیشینه تحقیق

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۰۱۷) در بررسی «سیر تاریخی نظام سلامت از زمان تشکیل رسمی وزارت بهداشتی از ۱۳۵۳ تا ۱۳۹۶» پنج دوره تحول از هم تفکیک کرده است: دهه اول تحول (۱۳۵۳ تا ۱۳۶۲) - تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی و سازمانهای منطقه‌ای بهداشتی استان و شروع استقرار شبکه بهداشتی-درمانی کشور در قالب الگوی جدید نظام ارائه خدمات (در این دهه در واقع نحوه ارائه خدمات توسط تیم بهداشتی-درمانی بازسازی می‌شود). دهه دوم تحول (۱۳۶۳ تا ۱۳۷۲) دهه تشکیل وزارت بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی است. در این دهه سیاست ادغام نظام ارائه خدمات با نظام آموزش عالی علوم پزشکی شکل می‌گیرد تا به این ترتیب تربیت و تأمین نیرو منطبق با نیازهای خدمات سلامت جامعه باشد. به عبارتی در این دوره تمرکز روی تأمین و تدارک منابع صورت می‌گیرد. دهه سوم تحول (۱۳۷۳ تا ۱۳۸۲) دهه تصویب و ابلاغ قانون بیمه همگانی درمان، اجرای طرح خودگردانی بیمارستانها با تکیه بر دستورالعمل نظام نوین مدیریت بیمارستان، تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی و شورای عالی بیمه درمان و اجرای آزمایشی طرح اداره هیئت‌امنایی بیمارستانها است. در این مقطع، سیاست‌گذاران به موضوع تأمین منابع مالی بخش سلامت توجه ویژه‌ای نشان می‌دهند و برای جبران هزینه‌های نظام مراقبت به‌ویژه در حوزه درمان، به نظام بیمه درمان و کمک از جیب مردم رومی‌آورند. دهه چهارم تحول (۱۳۸۳ تا ۱۳۹۲) دهه تصویب قانون نظام جامع و ساختار رفاه و تأمین اجتماعی و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است. در واقع در این مقطع زمانی تمام تمرکز سیاست‌گذار به جهت اجحاف به جیب مردم و سردرگمی مردم دریافت بهینه خدمات با کیفیت، به سمت تأمین منابع مالی پایدار و تقویت نظام ارجاع از سطح یک به دو و آن هم فقط در سطح روستا معطوف می‌شود. دهه پنجم تحول (از سال ۱۳۹۳ تاکنون) دهه تدوین و اجرای طرح تحول سلامت با هدف رفع چالشها و مشکلات نظام سلامت است.

این تقسیم‌بندی صرفاً تحولات ساختاری و درونی نهاد سلامت را در بر می‌گیرد و اشاره چندانی به محتوای سیاستها و یا عوامل درونی و بیرونی مؤثر بر تغییرات مذکور ندارد؛ این‌که این تغییرات تا چه حدی متأثر از تحول و رشد درونی نظام سلامت و تا چه اندازه متأثر از عوامل و شرایط محیطی از جمله برنامه‌های عمرانی و توسعه است. همچنین مبنای تقسیم‌بندی در این پژوهش صرفاً بازه‌های زمانی ده‌ساله است که نمی‌تواند مبنای تحلیلی بسیار مناسبی جهت مورد استناد قرار گرفتن باشد.

نصرت‌الله پور شیروانی و موعودی (۲۰۱۳) به بررسی عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری در بخش سلامت و سپس چالش‌های سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران پرداخته‌اند. آنها چهار عامل مؤثر بر سیاست‌گذاری سلامت را نام برده‌اند که با یکدیگر در تعامل و ارتباط هستند: کنشگران، زمینه، فرایند سیاست‌گذاری و محتوای سیاست. آنها مهم‌ترین مشکلات نهاد متولی سلامت در ایران را به شرح زیر نام برده‌اند: نارسایی ساختار سازمانی، ضعف مدیریت منابع انسانی، ناکارآمدی مدیریت فناوری، ضعف بهینه‌سازی مصرف دارو، گذر یا تغییرات جمعیتی و برخی عوامل زمینه‌ای دیگر.

روش

در رابطه با روش انجام تحقیق بیکر (۲۰۱۰، ۳۳۲) می‌نویسد: «اگر موضوع مورد مطالعه مربوط به گذشته است یا موضوعی از گذشته دور دنبال می‌شود و وقایع و تحولات در طول زمان بررسی می‌شود باید از روش‌های تاریخی سود جست». همچنین به نظر مردوخ روحانی (۲۰۱۴) «به سبب اهمیت پویایی سیاست‌گذاری در تعیین سرنوشت و ماهیت کنونی نهادهای اجتماعی، عموماً بررسی‌های حوزه سیاست‌گذاری دارای رویکرد تاریخی است». از آنجاکه برای بررسی روند سیاست‌گذاری سلامت در یک سده اخیر در ایران باید بر داده‌های موجود (داده‌هایی که قبلاً گردآوری شده‌اند) که بر شواهدی از گذشته دلالت دارند، تمرکز کنیم لذا تحقیق حاضر از نوع تاریخی است و با توجه به موضوع مورد بحث، کتابها و نوشته‌های مرتبط با نظام سلامت، قوانین و برنامه‌های مرتبط با بهداشت و سلامت، آیین‌نامه‌ها و دستورالعملها، اسناد بالادستی (اسناد و مدارک دولتی) و ... مورد بررسی قرار می‌گیرند تا عوامل مؤثر بر تحولات نظام سلامت در ایران شناسایی و تحلیل شود. برخی از منابع مورد استفاده در این پژوهش در جدول شماره ۱ معرفی شده‌اند.

جدول ۱- برخی از منابع تاریخی مورد استفاده در پژوهش

نوع	انتشار	منبع
دست اول	۱۹۵۳	راهنمای دانشکده پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، بیمارستانها و ... (حفیظی)
دست اول	۱۹۷۴	گزارش هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور (رهنما و همکاران)
دست اول	۲۰۱۴	سلامت در جمهوری اسلامی ایران (مرندی و همکاران)
دست اول	۲۰۱۷	روشها و برنامه‌ریزی کلی طرح تحول سلامت (وزارت بهداشت)
دست دوم	۲۰۰۲	تاریخ پزشکی معاصر ایران: از تأسیس دارالفنون تا انقلاب اسلامی (هدایتی)
دست دوم	۲۰۰۳	تاریخ طب و طبابت در ایران (روستایی)
دست دوم	۲۰۱۳	مقاومت شکننده: تاریخ تحولات اجتماعی ایران (فوران)
دست دوم	۲۰۱۴	اقتصاد سیاسی ایران (کاتوزیان)
دست دوم	۲۰۱۵	تاریخ ایران مدرن (آبراهامیان)
دست دوم	۲۰۱۴	تاریخچه برنامه‌ریزی توسعه در ایران (آل یاسین)
دست دوم	۲۰۱۳	برنامه‌ریزی در ایران و چشم‌انداز آینده آن (توفیق)
اسناد بالادستی	۱۹۷۷-۱۹۴۸	متن برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب اسلامی (برنامه‌های عمرانی اول تا پنجم)
اسناد بالادستی	۲۰۱۵-۱۹۸۹	متن برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب اسلامی (برنامه‌های توسعه اول تا پنجم)
سوابق جاری	۱۹۷۲-۱۹۵۹	گزارشهای اجرا و عملکرد برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب (سازمان برنامه)
سوابق جاری	۲۰۱۵-۱۹۹۴	گزارشهای مربوط به برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب (سازمان برنامه و بودجه)
سوابق جاری	۲۰۱۵	مجموعه قوانین کشور (مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی)

یافته‌ها

الف. کارگزاران سیاست اجتماعی مرتبط با نظام سلامت

دولت: بعد از تشکیل دولت پهلوی در ایران (۱۳۰۴ ش.) حکومت مرکزی مسئول اصلی تدارک خدمات اجتماعی پایه، از جمله سلامت شده است و تحولات نظام سلامت را در چارچوب برنامه‌ها و سیاستهای دولتی می‌توان تحلیل کرد. بعد از انقلاب نیز دولت تکفل ارائه خدمات اجتماعی را بر عهده گرفت و در اصول قانون اساسی صراحتاً بر آن تأکید کرد؛ بنابراین، نقش اصلی در این تحولات بر عهده دولت است. آرمان تجدد و دولت‌مندی سازی در دوره حکومت پهلوی (فوران، ۲۰۱۳) و گسترش عدالت اجتماعی بعد از انقلاب اسلامی ۱۳۵۷ و در دوره حکومت جمهوری اسلامی (دشمن‌گیر و همکاران، ۲۰۱۹؛ صفری‌شالی، ۲۰۱۶) که هسته اصلی برنامه‌ها و سیاستهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بوده‌اند، توسط دولت‌ها اتخاذ و پیگیری شده‌اند. ایجاد زیرساختها و تدوین خط‌مشی و سیاستهای نظام سلامت کاملاً در اختیار دولت‌های مستقر بوده است.

جامعه مدنی: سازمانهای غیردولتی (در سطوح ملی و بین‌المللی)، انجمنهای محلی، سازمانهای مذهبی، خیریه‌ها و جنبشهای اجتماعی را شامل می‌شود (جانسون، ۲۰۰۵). در زمینه بهداشت و سلامت به‌غیر از بیمارستان و درمانگاههای وقفی و خیریه‌ها، هرازگاهی جنبشهای اجتماعی رخ می‌داده و بر سیاست اجتماعی نیز تأثیرگذار بوده‌اند. از جمله این جنبشها می‌توان به تأسیس حزب توده در اوایل دهه ۱۳۲۰ اشاره کرد که در زمینه سیاست اجتماعی با شعار «کار برای همه، آموزش برای همه، بهداشت برای همه» این باور عمومی را جا انداخت که دولت به لحاظ اخلاقی مسئول فراهم کردن نیازهای اولیه و اساسی شهروندان است (آبراهامیان، ۲۰۱۵). نهضت ملی شدن نفت در اواخر دهه ۱۳۲۰ و اوایل دهه ۱۳۳۰ علاوه بر کوتاه کردن دست بیگانگان از منابع نفت ایران باعث شد تا درآمدهای زیادی نصیب

دولت شود، هرچند بخش زیادی از این درآمد هزینه تقویت دیوانسالاری و ارتش حامی شاه و دربار شد (فوران، ۲۰۱۳)؛ اما تغییرات ملموسی را در تأسیس زیرساختهای بهداشت و درمان ایجاد کرد. قیام ۱۵ خرداد ۱۳۴۲ در واکنش به اجرای سیاستهای انقلاب سفید علاوه بر این که دولت را به توجه به مقوله عدالت اجتماعی واداشت (در برنامه‌های چهارم و پنجم عمرانی به عدالت اجتماعی و توجه به روستاییان و عشایر اشاره شده است)؛ زمینه انقلاب سال ۵۷ و دگرگونی حکومت مستقر و در نتیجه تغییر سیاستهای نظام سلامت را فراهم کرد. وقوع انقلاب اسلامی در سال ۱۳۷۵ علاوه بر دگرگون کردن حکومت، ایده و آرمان سیاست اجتماعی را بر محور برقراری و گسترش عدالت اجتماعی قرار داد و تغییرات ساختاری و محتوایی در نظام سلامت و سیاستهای آن متأثر از این تغییر نگرش است.

بخش خصوصی: به لحاظ نظری، خصوصی سازی در سیاست اجتماعی به دلایلی مانند کاهش هزینه‌های جمعیت تحت پوشش، وجود رقابت، کاهش هزینه‌های اداری و غیره دارای اهمیت است. توجه به این امر در برنامه‌های توسعه و سیاست سلامت ایران قبل از انقلاب برای اولین بار در برنامه چهارم عمرانی دیده شد و تا حدودی اجرایی شد و برنامه تعدیل اقتصادی و کاهش تصدی‌گری دولت در بخش سلامت در دستور کار قرار گرفت، اما به دلیل ناکامی برنامه پنجم (تجدیدنظر شده) در عمل و سپس وقوع انقلاب اسلامی به فراموشی سپرده شد (آل یاسین، ۲۰۱۳). از آنجا که بعد از انقلاب، دولت (وزارت بهداشتی) متولی تمام امور مربوط به خدمات بهداشت و درمان شد و اقتصادی دستوری و دولتی پی گرفته شد بخش خصوصی تقریباً به‌طور کامل از عرصه خدمات سلامت کنار رفت. سپس، در اولین برنامه توسعه دوباره سیاست تعدیل اقتصادی و خصوصی سازی مطرح شد. سپردن بخشی از امور درمان و آموزش پزشکی به بخش خصوصی و اجرای طرح خودگردانی بیمارستانها بخشی از این فرایند است. به‌هرحال تا سال ۱۳۹۴ کمتر از یک‌سوم از فعالیتهای حوزه سلامت به بخش خصوصی واگذار گردیده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی، ۲۰۱۷).

خانواده: یکی از کارگزاران سیاست اجتماعی خانواده است که البته نقش آن نسبت به گذشته کم‌رنگ‌تر شده است؛ به عبارت دیگر، امروزه تدارک رفاه اجتماعی به یک نظام پیچیده‌تر و ترکیبی‌تر از گذشته تبدیل شده است و خانواده کمتر از گذشته خدمات رفاهی را ارائه می‌کند. با وجود بحث‌های گسترده‌ای که بین طرفداران رویکردهای رفاهی مختلف بر سر جایگاه و نقش خانواده در تدارک رفاه افراد وجود دارد؛ قبل از انقلاب، در ایران ارائه خدمات سلامت (به‌خصوص بیمه) به افراد بر اساس موقعیت شغلی و محل سکونت سرپرست خانوار تعیین می‌شده است. نظامیان، کارمندان دولت و کارگران رسمی کارخانه‌ها و صنایع و اعضای خانواده‌های آنها، افراد ساکن شهرهای بزرگ (به‌ویژه تهران) و سپس مراکز استانها در اولویت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی و بهبود شرایط محل زندگی و ... قرار داشته‌اند (مردنی و همکاران، ۲۰۱۴، ۳۵۶-۷). ساکنان حاشیه شهرها، روستاییان، عشایر و افرادی که در استخدام رسمی دولت نبوده‌اند معمولاً بهره‌ای از خدمات سلامت نبرده و متکی به حمایت‌های خانواده خویش بوده‌اند. بعد از انقلاب، با توجه به تلاش جهت گسترش عدالت اجتماعی، توجه به اقشار محروم و ضعیف جامعه (شامل حاشیه‌نشینان شهری، کارگران روزمزد و فصلی، روستاییان و عشایر و ساکنین شهرهای دورافتاده) در دستور کار قرار گرفت و به‌نوعی دولت نقش حامی و تأمین‌کننده خدمات بهداشتی را بر عهده گرفت اما تأمین خدمات درمان کماکان بر اساس موقعیت شغلی و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها تعیین می‌شود. طرح‌هایی از قبیل بیمه روستاییان و بیمه همگانی که در برنامه سوم توسعه بعد از انقلاب مورد توجه قرار گرفتند (برنامه سوم توسعه، ۲۰۰۰) طرح‌هایی بودند که در برنامه پنجم عمرانی هم به آنها توجه شده بود، هرچند در عمل توفیق چندانی نیافتند. نهادهای بین‌المللی: مؤسسه‌های چندجانبه نظیر بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول؛ کمک‌کنندگان بین‌المللی؛ مؤسسه‌های سازمان ملل نظیر سازمان بهداشت جهانی، برنامه توسعه

سازمان ملل، صندوق کودکان سازمان ملل و مؤسسه تحقیقات توسعه اجتماعی سازمان ملل از جمله نهادهایی اند که اقدامات آنها به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سیاستهای بهداشت و سلامت تأثیرگذارند (جانسون، ۲۰۰۵). شاخص‌ترین نهاد در زمینه سلامت، سازمان جهانی بهداشت است که رابطه کاری ایران با آن از سال ۱۳۲۷ با تصویب قانون الحاق ایران به سازمان و تأسیس سازمان همکاری بهداشت بین‌المللی در ایران در ۱۳۳۰ آغاز شده و با راه‌اندازی دفتر نمایندگی آن در سال ۱۳۶۳ در تهران افزایش یافت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷). توسعه برنامه‌های بهداشتی و رصد تغییرات آمارهای سلامت در ایران با راهنمایی و مشورت این سازمان انجام شده است. برنامه توسعه سازمان ملل از سال ۱۳۴۵ در ایران نمایندگی داشته و در زمینه رفع چالشهای مربوط به محیط‌زیست، کاهش تأثیر بلایای طبیعی بر توسعه اقتصادی و اجتماعی، قرار دادن مبارزه با بیماریهایی چون ایدز، سل و مالاریا در برنامه‌ها و گفتگوهای توسعه ملی به ایران کمک کرده است. صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) که همکاری آن با وزارت بهداشت و درمان، در ارتباط با طرح واکسیناسیون عمومی و مبارزه با بیماریهای اسهال متمرکز بوده است. طبق نتایج پژوهش صفری فرامانی (۲۰۱۶) در بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، ایران بیشترین همکاری تحقیقاتی و اجرایی را با این سازمان داشته است. ارتقای ارتباط با این نهاد و حمایت از مراکز تحقیقاتی همکار در ایران با تأکید بر اولویتهای بهداشتی کشور می‌تواند در حل مسائل نظام سلامت راهگشا باشد.

در این دوره همکاری یونیسف به صورت ارائه خدمات مشاوره‌ای از طریق کارشناسان فعالیتهای آموزشی، تهیه تجهیزات و حمایت مالی از طرحهای دولت بوده است. مهم‌ترین اقدامات یونیسف در ایران کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان است که در سال ۱۹۸۸ با سه محور مهم شروع شد: ۱) تسریع دو برنامه واکسیناسیون در استانهایی که سطح واکسیناسیون در آنها پایین است؛ ۲) تسریع آموزش ماماهاى دوره‌دیده؛ و ۳) سازماندهی مبارزه ملی با

بیماریهای اسهالی از طریق مایه درمانی خوراکی. از دیگر اقدامات یونسف در ایران می‌توان به ادامه حمایت از طرح واکسیناسیون همگانی و گسترش پوشش طرح مزبور در مناطقی که نیاز بیشتری به این حمایت دارند؛ مشارکت در بازسازی سیستمها و مراکز بهداشتی و مراکز آموزش بهورزی در مناطق جنگ‌زده؛ کمک به پناهندگان افغانی مقیم ایران و ارائه خدمات به مادران و کودکان افغانی؛ ارائه کمکهای اضطراری به زلزله‌زدگان ۳۰ خرداد ۱۳۶۹ در استانهای زنجان و گیلان؛ فعالیتهای حمایتی در زمینه برنامه‌ریزی ایمنی دوران بارداری و تنظیم خانواده؛ آموزش بهداشت در مورد بیماری ایدز و همکاری با وزارت بهداشت در افزایش آگاهی عمومی؛ تشویق مقامات ایرانی جهت پیوستن به کنوانسیون حقوق کودک و حمایت از برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه کنترل بیماریهای حاد تنفسی و ... اشاره کرد^۱.

ب. عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سیاست سلامت

بر اساس تقسیم‌بندی لیشر، برخی از عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار بر تحولات نظام سلامت در ایران تا سال ۱۳۹۴ را می‌توان به شرح زیر برشمرد:

ب.۱) عوامل موقعیتی:

- تأسیس دارالفنون و تدریس طب نوین توسط پزشکان اروپایی که سرآغاز پزشکی نوین و تشکیل نظام سلامت در ایران است (رهنما و همکاران، ۱۹۷۴).
- اپیدمیهای طاعون و وبا در منطقه خلیج فارس در دهه ۱۲۸۰ ش؛ که به شروع به کار قرنطینه‌ها در بنادر جنوبی منجر شد و سرآغاز بسیاری از فعالیتهای بهداشتی در ایران بود (ندیم، ۲۰۱۰).
- زلزله ویرانگر بجنورد و خرابیهای ناشی از آن که منجر به تأسیس جمعیت شیر و خورشید

¹<https://www.unicef.org/iran/stories>

سرخ ایران در سال ۱۳۰۱ شد (روستایی، ۲۰۱۳).

- شیوع بی‌رویه بیماری‌های آمیزشی (سوزاک، سیفلیس و آتشفک) و واگیردار در اواخر دهه ۱۳۲۰ که وزارت کشور را واداشت تا در خرداد ۱۳۲۰ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار را به تصویب مجلس شورای ملی برساند (مرندی، ۲۰۱۴).
- حادثه فروریختن سقف سالن انتظار فرودگاه مهرآباد به دلیل ارتعاشات ناشی از سروصدای موتور جت‌های گول‌پیکر در آذر ۱۳۵۲ که باعث تأسیس نظام فوریت‌های پزشکی کشور با عنوان اورژانس ۱۱۵ به‌عنوان خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی ایران شد (مرندی، ۲۰۱۴).
- وقوع انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷ که منجر به دگرگونی حکومت و تغییر رویه سیاست‌گذاری کلان در کشور شد که تأثیرات عمیقی بر سیاست سلامت در ایران گذاشت.
- جنگ تحمیلی هشت‌ساله عراق علیه ایران (۱۳۵۹-۶۷) که طی آن بسیاری از زیرساخت‌ها و منابع نظام سلامت از بین رفت، جبران خسارات ناشی از آن تا سالها بعد انرژی و هزینه کشور را به خود اختصاص داد.

ب. ۲) عوامل ساختاری:

- ضعف ساختاری دولت قاجار و عدم همراهی آن با آرمان‌های انقلاب مشروطه که مانع از شکل‌گیری حقوق اجتماعی در ایران شد و پس از آن تأمین خدمات رفاهی پایه نه به‌عنوان حق که به‌عنوان لطف از سوی دولتها شناخته شد و طلب آن از سوی مردم پیگیری نشد.
- آشفتگی وضعیت اقتصادی و سیاسی و شاخص‌های اجتماعی بسیار ضعیف از جمله، مرگ‌ومیر بسیار زیاد نوزادان، متوسط امید به زندگی کمتر از ۳۰ سال، فقدان هرگونه امکانات بهداشتی و درمانی در سراسر کشور و نرخ بی‌سوادی معادل ۹۵ درصد؛ که امکان هرگونه تحرک و پیشرفتی را در آغاز قرن بیستم از جامعه سلب می‌کرد.

- تمرکز دولت پهلوی اول بر مدرن‌سازی کشور در زمینه‌های مختلف، از جمله، تأسیس اداره کل بهداشتی و تأسیس دانشگاه تهران و دانشکده پزشکی که ساختارهای اداری و آموزشی نظام سلامت را شکل دادند.
- تلاش دولت رضاشاه جهت تقویت پایه‌های حکومت خویش و دولت‌سازی در ایران به هر قیمتی که همواره با محدودیتها و مقاومت‌هایی از درون جامعه روبه‌رو می‌شد.
- ضعف زیرساخت‌های موردنیاز نظام سلامت در اکثر مناطق کشور که باعث شد تمرکز اصلی سیاست‌های بهداشتی در دوره قبل از انقلاب به تأمین این زیرساخت‌ها نظیر راه‌های ارتباطی، آب آشامیدنی سالم، سیستم دفع فاضلاب بهداشتی، تأسیس بیمارستانها و درمانگاه‌های جدید و کارخانه‌های داروسازی معطوف شود.
- نظام اقتصادی غیرصنعتی و مبتنی بر کشاورزی سنتی که بعداً به درآمدهای نفتی وابسته شد و به دولت رانتیر تبدیل گشت و تاکنون (۱۳۹۴) ادامه داشته است. در واقع، وابستگی سیاست اجتماعی به درآمدهای حاصل از فروش نفت یکی از محدودیت‌های اصلی ثبات و توسعه پایدار نظام سلامت بوده است.
- آشفته‌گی و سردرگمی در ساختار اداری نظام سلامت و تغییرات متعدد در سطوح مختلف سازمانی که منجر به اتلاف وقت و هزینه، موازی‌کاری، نیمه‌کاره رها کردن بسیاری از طرحها و عدم رفع برخی از مشکلات سلامت شده است. (تغییرات متعدد در ایجاد، حذف، ادغام و جداسازی نهادهای مرتبط با نظام سلامت در دهه ۱۳۵۰ و ۱۳۸۰ گواه این مدعاست).
- پایین بودن سهم بهداشت از درآمدهای دولت و عدم تأمین منابع مالی کافی جهت اجرای طرحها و برنامه‌های بهداشتی و درمانی در زمان مقرر که در طی این ۹۰ سال و در ده برنامه عمرانی و توسعه مورد مطالعه به قوت خود باقی است.
- تمرکز طرحها و اقدامات بهداشتی و درمانی در پایتخت و مراکز استانها که موجب

دسترسی نابرابر به خدمات بهداشتی و درمانی شده است که تشدید این نابرابریها قبل از انقلاب منجر به بروز ناآرامیها و درنهایت بروز انقلاب شد و در دوره بعد از انقلاب با وجود تلاشها و اقدامات متعدد، هنوز در برخی از بخشهای نظام سلامت، از جمله درمان و بیمه، نابرابری دیده می‌شود.

- افزایش و کاهش جمعیت کشور در دوره‌هایی بر سیاستهای سلامت تأثیرگذار بوده‌اند. به‌عنوان مثال، در اوایل دهه ۱۳۵۰ به علت روند رو به رشد جمعیت سیاستهای کنترل جمعیت تحت عنوان «برنامه تحدید موالید» اتخاذ شد که با از پیروزی انقلاب اسلامی، توسط دولت موقت اجرای آن متوقف شد. سپس در پی افزایش جمعیت در اواخر دهه ۱۳۶۰ دوباره همان طرح با عنوان «برنامه تنظیم جمعیت و خانواده» در اوایل دهه ۱۳۷۰ تصویب و به اجرا گذاشته شد؛ و مجدداً در اوایل دهه ۱۳۹۰ به دلیل روند نزولی افزایش جمعیت و پیش‌بینی پیری جمعیت در دهه‌های آینده، اجرای آن متوقف شد.

ب.۳) عوامل فرهنگی:

- وجود طبیبان سنتی در جامعه ایران و عدم امکان نظارت بر کار آنان که منجر به تصویب قانون تصدیق طبابت در سال ۱۲۶۸ شد.
- پایین بودن سطح سواد و آگاهی مردم همواره یکی از موانع اجرای صحیح سیاستها و برنامه‌های بهداشتی بوده است. مقاومت و عدم تمایل مردم به واکسیناسیون (مایه‌کوبی) آبله در زمان امیرکبیر (حکیمی، ۱۳۸۷، ۴۲) نمونه شاخص تأثیر باورها و عقاید بر سیاست سلامت است. وجود همین مقاومت به شیوه‌های مختلف منجر به تصویب قانون مایه‌کوبی عمومی و اجباری در سال ۱۳۲۲ شده است که به دلیل شیوع برخی بیماریها از جمله دیفتری ضروری می‌کرد. نباید از نظر دور داشت که سطح سواد در ایران حدود یکصد سال پیش بسیار پایین بوده است (نرخ بی‌سوادی ۹۵ درصد)، سپس با گسترش

آموزش و مدارس جدید رفته رفته نرخ بی سوادی کاهش یافته است و این امر یکی از زمینه‌های اصلی پیشرفت سیاستهای بهداشتی اعلام شده است (رهنما و همکاران، ۱۹۷۴، ۲۳).

- میل به داشتن فرزندان زیاد (به ویژه فرزند پسر) به عنوان یک مقوله فرهنگی و کاهش نرخ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (در نتیجه اجرای واکسیناسیون و ارتقای نسبی سطح بهداشت) منجر به افزایش جمعیت در دو مقطع تاریخی شد. اولین بار در اوایل دهه ۱۳۵۰ که باعث شد سیاست تحدید موالید در برنامه پنجم عمرانی گنجانده شود؛ و همین طرح ده سال پس از پیروزی انقلاب با آگاهی مسئولان از افزایش بی رویه جمعیت، منجر به تصویب مجدد طرح کنترل جمعیت در برنامه اول توسعه شد.
- باورهای دینی و مذهبی در مورد برخی از احکام پزشکی و درمانی موجب تغییر، اصلاح و یا حذف یک قانون یا سیاست بهداشتی و درمانی شده است. به عنوان مثال در حوزه باروری (سقط جنین، اجاره رحم و غیره) و یا اهداء عضو افراد مرگ مغزی قانون گذار پس از استفتاء از علمای دین و تطبیق سیاستها با احکام شرعی اقدام به تدوین سیاست و اتخاذ تصمیم کرده‌اند.
- سبک زندگی با توجه به تأثیر مستقیم بر جسم و روان افراد، با سیاستهای سلامت ارتباط می‌یابد. در دوره قبل از انقلاب به سبب نبود تغذیه مناسب و بهداشتی و بروز مشکلات ناشی از آن، سیاستهای نظام سلامت بیشتر بر گسترش بهداشت و بهبود تغذیه متمرکز بوده است و همین سیاست در برنامه سوم توسعه بعد از انقلاب نیز مورد تأکید قرار گرفته است. افزایش بیماریهای غیرواگیر نظیر سرطان، دیابت، چربی خون، اضافه وزن و ... نیز بیشتر به خاطر تغییر سبک زندگی و کاهش تحرک مردم است و تلاش برای آگاه سازی مردم جهت کاهش ابتلا به این بیماریها و تأمین هزینه‌های درمان جمعیت مبتلا به آنها حجم زیادی از منابع مالی و توان عملیاتی نظام سلامت را به خود اختصاص

می‌دهد. افزایش مصدومان و تلفات جانی ناشی از حوادث جاده‌ای نیز که بخشی از آن به ضعف فرهنگ صحیح رانندگی نسبت داده می‌شود، یکی دیگر از عوامل تدوین سیاستهای سلامت در زمینه پذیرش و بستری مصدومان حوادث جاده‌ای (ماده ۹۲ برنامه چهارم توسعه) و راه‌اندازی اورژانس هوایی (۱۳۷۹) بوده است.

ب.۴) عوامل بین‌المللی یا خارجی:

- تدریس طب در دارالفنون و تشکیل مجالس صحیه و سپس واکسیناسیون و قرنطینه در ایران به همت پزشکان اروپایی و به‌ویژه فرانسوی انجام گرفت، بنابراین، شکل‌گیری نظام سلامت کنونی ایران ریشه در تلاشهای پزشکان خارجی دارد؛ همان‌طور که بخشی از ساختار قانونی و اداری نظام سلامت نیز به ابتکار و همت همین افراد شکل گرفته است.
- اشغال ایران توسط متفقین تأثیرات منفی زیادی بر وضعیت معیشتی و بهداشتی مردم گذاشت و شیوع بیماریهای واگیر منجر به تصویب قانون مایه‌کوبی عمومی و اجباری در سال ۱۳۲۲ شد.
- سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یک نهاد بین‌المللی نقش عمده‌ای در پیشرفت برنامه‌های بهداشتی در ایران داشته است. پیوستن ایران به این سازمان (۱۳۲۷) و تأسیس سازمان همکاری بهداشت بین‌المللی در ایران (۱۳۳۰) کمک زیادی به گسترش بهداشت و مبارزه و کنترل بیماریهایی چون مالاریا، سل و آبله داشته است. (به نقش سایر نهادهای بین‌المللی نظیر صندوق کودکان سازمان ملل متحد و برنامه توسعه سازمان ملل در ابتدای همین بخش اشاره شد).
- اجرای اصل چهار ترومن در ایران (۱۳۳۰) و تأسیس «سازمان همکاری بهداشت» با همکاری وزارت بهداشتی یکی دیگر از عوامل خارجی مؤثر بر نظام سلامت در ایران است. این سازمان دارای شاخه‌های متعدد فعالیت بهداشتی از قبیل مهندسی بهداشت،

پرستاری بهداشت، بهداشت مادر و کودک و غیره بود. توسعه بهداشت در روستاها و کنترل بیماری مالاریا از برنامه‌های موفق این طرح در ایران بود.

- تهاجم عراق به ایران در سال ۱۳۵۹ و هشت‌سال جنگ تحمیلی علاوه بر این‌که باعث شد بسیاری از زیرساخت‌های بهداشت و درمان کشور از بین برود و یا آسیب ببیند، مانع از اجرای سیاست‌های گسترش بهداشت در کشور شده و نادیده گرفتن افزایش جمعیت در دهه اول پس از انقلاب منجر به افزایش شدید به توسعه نیازهای بهداشتی و درمانی شد.
- تحریم‌های یک‌جانبه آمریکا از همان ابتدای پیروزی انقلاب اسلامی و سپس سایر تحریم‌های بین‌المللی به بهانه‌های مختلف، علاوه بر این‌که مانع از دستیابی به بخش زیادی از پیشرفتهای علمی و تکنولوژیکی در حوزه بهداشت و درمان شده است، در تأمین منابع و زیرساخت‌های موردنیاز نظام بهداشت نیز ایجاد خلل کرده است. البته، با تلاش و پشتکار محققان داخلی بسیاری از این موانع و محدودیتها برداشته شده و دانش بومی پزشکی توانسته بخشی از نیازهای داخلی را تأمین کند؛ اما در هر صورت، وجود تحریم‌های گوناگون بر نظام سلامت تأثیرات منفی بر جای گذاشته است.

پ. پیامدهای نظام سلامت

در بخش انتهای مدل (شکل شماره ۲) پیامدهای نظام سلامت به‌عنوان خروجی مدل مطرح شده است. این پیامدها در سه مقطع تاریخی (زمان انقلاب مشروطه، دوره حکومت پهلوی و دوره حکومت جمهوری اسلامی) قابل بررسی است:

وضعیت بهداشت و سلامت مردم ایران در ابتدای قرن بیستم (۱۲۷۸ ش.) بسیار ناامیدکننده بوده است؛ به‌طوری‌که به تعبیر بهاریر (۱۹۷۱) ایران کشوری با ۱۰ میلیون نفر جمعیت، مرگ‌ومیر بسیار زیاد نوزادان، متوسط امید به زندگی کمتر از ۳۰ سال و فاقد هرگونه امکانات بهداشتی و درمانی در سراسر کشور بود. اگرچه انقلاب مشروطه این امیدواری را

ایجاد کرد که بهبود نسبی در تأمین حقوق اجتماعی مردم ایجاد شود، اما این مهم از عهده دولت ضعیف و نامنظم قاجار بر نمی‌آمد.

با تشکیل حکومت پهلوی و اقدام به ساخت زیربنایی چون بیمارستان و درمانگاه و تأسیس دانشگاه گامهای مهمی در راستای بهبود وضعیت بهداشت و سلامت مردم برداشته شد اما به گواه مورخان درزمینه بهداشت و درمان توفیقی حاصل نشد. تمامی خدمات رفاهی و به‌خصوص آموزش و بهداشت و تسهیلات عمومی در تهران و به میزان کمتری در چند شهر دیگر تمرکز یافته بود (کاتوزیان، ۲۰۱۴، ۱۸۶) و درزمینه نوسازی بهداشت و درمان، به‌استثنای آبادان - شهر شرکت نفت - در سایر شهرها اقدامات بسیار اندکی در بخشهای احداث فاضلاب، آب لوله‌کشی یا تأسیسات پزشکی انجام گرفت. نرخ مرگ‌ومیر کودکان همچنان بالا بود، بیماریهایی مانند اسهال، سرخک، تیفوس، مالاریا و سل مهم‌ترین عوامل مرگ‌ومیر [کودکان] بودند. حتی در پایتخت نیز شمار پزشکان ثبت‌شده کمتر از ۴۰ نفر بود. سهم دیگر شهرها فقط ادارات بهداشت بود. خلاصه، حکومت رضاشاه در حوزه اساسی - بهداشت و سلامت عمومی - با شکست روبه‌رو شد (آبراهامیان، ۲۰۱۵، ۱۶۶-۸). گزارش مؤسسه پژوهشی موريسن‌نودسن (۱۳۲۵) مبنی بر «نبودن لوله‌کشی آب در خانه‌ها؛ کافی نبودن سازمان جلوگیری و رفع امراضی بومی؛ موجود نبودن وسایل لوله‌کشی برای فاضلاب شهرها و دفع فضولات به‌طور کلی. در مجموع، موجود نبودن ساده‌ترین وسایل بهداشت برای عامه و فقدان یک نقشه عمومی برای تربیت و تهیه پزشک و پرستار و کارمند لازم جهت بهداشت عمومی و نبودن وسایل لازم کار این قبیل اشخاص» نیز تأییدکننده این عدم موفقیت است (آلیاسین، ۲۰۱۴).

دولت پهلوی دوم در تداوم تجدیدسازی و گسترش دامنه نفوذ خود در جامعه به لحاظ سخت‌افزاری و ایجاد ساختارهای اداری و زیربنایی نظام سلامت گامهای مهمی برداشت و چندین برنامه بهداشتی موفق از جمله ریشه‌کنی مالاریا و آبله، طرح سپاهیان بهداشت را به

اجرا گذاشت و با گسترش دانشکده‌های پزشکی در استانهای مختلف به تقویت پایه‌های نظام سلامت پرداخت. نتیجه اقدامات نظام سلامت در دوره پهلوی دوم در شاخصهای اجتماعی و بهداشتی به صورت زیر گزارش شده است: «درحالی‌که تولید ناخالص سرانه واقعی هر ایرانی در سال ۱۳۵۵ برابر ۴۹۷۶ دلار بود، نرخ باسوادی بزرگسالان زیر ۵۰ درصد و امید به زندگی نیز کمتر از ۵۵ سال بود، نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج‌سال ۱۲۶ نفر در هر هزار کودک و ۶۷ درصد مردم از وضع سلامتی خود ابراز رضایت کرده‌اند (وزارت بهداشت و درمان، ۲۰۱۴).

اگرچه، ممکن است در مقایسه با وضعیت و شرایط کنونی ایران و بسیاری از کشورهای دیگر، شاخصهای فوق چندان مطلوب به نظر نرسد، اما در مقایسه با شرایط چند دهه قبل و در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی و سیاسی ایران می‌توان گفت که پیامدهای نظام سلامت قابل قبول بوده است. اما ایراد عمده و اساسی آن تداوم بی‌عدالتی بین مرکز-پیرامون و شهر و روستا است که باعث بروز مسائلی چون مهاجرت‌های گسترده به شهرها و افزایش حاشیه‌نشینی و نیز بروز ناآرامیها و آشوبهای اجتماعی است. در نیمه‌های دهه ۱۳۵۰ تهران با جمعیتی کمتر از ۲۰ درصد جمعیت کشور، بیش از ۶۸ درصد کارمندان دولت؛ ۸۲ درصد شرکتهای ثبت‌شده؛ ۵۰ درصد از تولید صنعتی؛ ۶۶ درصد از دانشجویان؛ ۵۰ درصد پزشکان؛ ۴۲ درصد از شمار تخت‌های بیمارستانی را در خود جای داده بود. در واقع، کسانی که در تهران زندگی می‌کردند از فرصت دسترسی بهتر به آموزش، امکانات بهداشتی، رسانه‌ها، شغل و درآمد و همچنین دسترسی به فرایندهای تصمیم‌گیری برخوردار بودند. همین نابرابری در رابطه بین مراکز استانها و روستاها وجود داشت.

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی تغییرات اساسی در ساختار نهاد سلامت و محتوای سیاستها با هدف رفع نابرابری و گسترش عدالت اجتماعی از همان ابتدای تصدی دولت موقت شروع شد. هرچند به دلیل شرایط جنگ تحمیلی توان دولتها در ارائه خدمات سلامت

کاهش یافت، اما دولت تلاش کرد تا با استفاده از نهادهای انقلابی مانند جهاد سازندگی به گسترش عدالت اجتماعی سرعت دهد و این نهادها با فعالیتهای خود اقدام به اجرای پروژه‌هایی مانند گسترش خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین آب آشامیدنی، برق، راه، حمام و ... در روستاها کردند.

شاید بتوان سه دهه اخیر (از ۱۳۶۴ تا ۱۳۹۳) در نظام سلامت ایران را به ترتیب «دهه جهش»، «دهه ثبات» و «دهه گذار» نام گذاشت. در دهه اول که جهش باورنکردنی شاخصهای جمعیتی و سلامتی ایران رخ داده است، مهم‌ترین تحول نظام سلامت به وقوع پیوست. در این دهه، ضمن استقرار موفقیت‌آمیز مراقبتهای اولیه سلامت (بخش اول زنجیره ارجاع)، با ادغام سامانه ارائه خدمات آموزش علوم پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت (در ۱۳۶۴)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفت. در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تأسیس شد که ریاست دانشگاه، علاوه بر اداره امور آموزشی-پژوهشی علوم پزشکی، مسئولیت سلامت حوزه استحفاظی خود را نیز بر عهده گرفت. در این دوره آنچه احتمالاً زمینه ناپایداری نظام سلامت در دهه‌های بعدی را فراهم می‌کرد، عدم توجه به موضوعات زیرساختی همچون کیفیت و بهره‌وری در بازسازی نظام و عدم توفیق در به‌کارگیری صحیح و به‌موقع فناوری اطلاعات و ارتباطات برای بازمهندسی و بهبود عملکرد فرایندهای اداری و فنی نظام بود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷، ۹۰). در نهایت مجموع تلاشهای این دولت در راستای ارتقای سطح سلامت در جامعه کاهش چشم‌گیر بیماریهای واگیردار، کاهش میزان مرگ‌ومیر به‌ویژه در میان کودکان، سلامتی بیشتر آحاد جامعه، افزایش طول عمر و امید به زندگی در کشور دو دهه پس از پیروزی انقلاب اسلامی شد.

در گزارش وزارت بهداشت و درمان (۲۰۱۴) از عملکرد جمهوری اسلامی در حوزه سلامت آمده است: «در سال ۱۳۷۶ تولید ناخالص سرانه واقعی هر ایرانی ۵۲۲۲ دلار است،

نرخ باسوادی به ۵/۷۴ درصد رسیده است، امید به زندگی ۵/۶۹ سال و نرخ مرگومیر کودکان زیر پنج سال ۳۳ نفر در هر هزار کودک و ۸۱ درصد مردم از وضع سلامتی خود ابراز رضایت کرده‌اند. تاج مزینانی (۲۰۱۲) نیز با بررسی تغییرات برخی شاخصهای سلامت به نتیجه مشابهی رسیده است: آمار نشان می‌دهد که از سال ۱۳۵۷ تا سال ۱۳۸۵ شاخص امید به زندگی از ۵۷ به ۷۱ سال، میزان مرگومیر نوزادان از ۱۲۹ مورد در هر صد هزار تولد نوزاد زنده به ۱۹ مورد، میزان مرگومیر مادران از ۱۲۹ مورد در هر صد هزار تولد نوزاد زنده به ۲۵ مورد و تعداد خانه‌های بهداشت از ۱۸۰۰ مورد به ۱۷۰۰۰ مورد رسیده است. به نظر وی اگرچه روند تغییر شاخصها بهبود وضعیت کشور را در یک دوره حدوداً ۳۰ ساله نشان می‌دهد، اما با وجود این پیشرفتها، هنوز هم نظام بهداشتی کشور با مشکلات بزرگی روبه‌رو است که رفاه شهروندان را در حوزه بهداشت و سلامت به مخاطره می‌اندازد.

از آن‌جا که چالشهای کنونی نظام سلامت ایران هم‌پوشانی بسیاری با مشکلاتی دارد که طبق گزارشها، نظام سلامت ایران در دهه ۱۳۶۰ و پس‌از آن در دهه ۱۳۷۰ داشته است؛ قاراخانی (۲۰۱۲) بدین نتیجه رسیده که در شرایط فعلی با وجود نیازهای اساسی نظام سلامت به مراقبتهای بهداشتی و درمانی با هدف پیشگیری و درمان، یکی از چالشهای اساسی افزایش سهم مردم در پرداخت هزینه سلامت است. در برنامه چهارم توسعه، سیاست دولت در جهت کاهش این سهم به دست کم ۳۰ درصد مطرح شد؛ اما همین سیاست در برنامه پنجم توسعه نیز تکرار شد و مقرر شد دولت تا پایان برنامه پنجم این سهم را حداکثر به ۳۰ درصد برساند. تکرار این سیاست در دو برنامه پنج‌ساله توسعه، نمودی از ضعفها و چالشهای پایدار نظام سلامت به‌ویژه در رابطه با عدالت سلامت در ایران است (قاراخانی، ۲۰۱۲). از نظر صفری شالی (۱۳۹۵) نیز طی قریب به چهار دهه گذشته، سیاستهای اعمال‌شده در راستای عدالت اجتماعی در حوزه سلامت، بیشتر از اینکه پروسه‌ای و مبتنی بر برنامه‌ریزی مستمر و هدفمند باشد، حالت منقطع، پروژه‌ای و قائم به فرد پیدا کرده و هر دولتی برحسب

شرایط روز و یا برداشت خاص خود از عدالت اجتماعی، آن را تعریف و اجرایی کرده است. از این رو، در هر یک از دولت‌های پس از انقلاب و گفتمان سیاسی و اجتماعی مربوط به آنها، بازتعریف نوینی از مقولات مرتبط با حوزه سلامت را شاهد بوده‌ایم که حاکی از رویکردهای متفاوت و گاهی متضاد دولت‌های مختلف به این موضوع است؛ و این تغییر رویه‌ها و رویکردهای متعدد چالشها و تهدیدات مهمی را پیش روی نظام سلامت قرار داده؛ به گونه‌ای که در برخی موارد توانایی بهره‌گیری از نقاط قوت و فرصت‌های موجود را از آن سلب کرده است.

به طور خلاصه، کارگزار اصلی سیاست سلامت در ایران از ابتدای تشکیل نظام سلامت تاکنون دولت بوده است و با وجود تغییر حکومت و تغییر چندین رئیس دولت در درون هر حکومت، نقش اصل همچنان در دست دولت است. جامعه مدنی، با وجود ایفای نقش در چند مقطع، آنچنان نقشی در تغییر رویه و رویکرد نظام سلامت نداشته است. بخش خصوصی نیز به جز ایفای نقش مجری سیاستها، عملاً نقش مؤثری در اتخاذ سیاستها و رویکردهای کلان نظام سلامت ایفا نکرده است. نهاد خانواده نسبت به قبل نقش حمایتی کمتری از فرد برعهده دارد، اما طرحهای حمایت از خانواده و مبتنی بر ارائه خدمات به آن چندان موفق نبوده است. در واقع، نه تنها نهاد خانواده آنچنان تقویت نشده است که بتواند باری از دوش نظام سلامت بردارد بلکه خود به حمایت و کمک این نظام نیازمند است. بعد از نقش دولت، شاید نهادهای بین‌المللی را بتوان کارگزار مؤثرتری در حوزه سیاستهای اتخاذ شده و اقدامات انجام گرفته در نظام سلامت در ایران قلمداد کرد. باید توجه داشت که اقدامات و تلاشهای کارگزاران فوق، مقید به عوامل و شرایط زمینه‌ای است که کنترل و تغییر برخی از آنها از عهده این کارگزاران بر نمی‌آمده است. ویژگیهای ساختاری دولت و اقتصاد در ایران، ویژگیهای فرهنگی، عوامل و رویدادهای موقعیتی و عوامل خارجی (بین‌المللی) در موفقیت یا عدم موفقیت تلاشها و اقدامات کارگزاران فوق نقش تعیین‌کننده‌ای داشته‌اند.

سرانجام، نتیجه یک قرن تکاپو و تلاش در استقرار و ارائه خدمت نظام سلامت در ایران در قالب تغییرات اساسی در شاخصهای سلامت و ارتقای وضعیت بهداشتی و سلامت مردم نسبت به ابتدای قرن (سال ۱۳۰۰ ش.) مشهود است، هرچند با توجه به پیشینه تاریخی و اقتصادی و فرهنگی ایران با وضعیت مطلوب فاصله وجود دارد.

بحث:

در حوزه سلامت، کنشگران و عاملان نهادی مختلفی وجود دارند که دارای نقشها، مسئولیتها، ظرفیتها، ارتباطات و قواعد و مشوقهایی هستند که با توجه به فرصتها و محدودیتهای موجود ایفای نقش می‌کنند و بر پیامدهای نظام سلامت تأثیر می‌گذارند و خود این عوامل تحت تأثیر عوامل دیگری هستند که از درون خود عرصه کنش (نظام سلامت) سرچشمه نمی‌گیرند، بلکه توسط بستر نهادی کلی که آن را در بر گرفته است، ایجاد شده‌اند. طبق یافته‌های تحقیق، در ایران نهاد سیاست نقش اصلی را در تدوین سیاستهای سلامت و تعیین مسیر حرکت آن داشته است. به همین دلیل، در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله توسعه کشور (مصوب ۱۳۸۲)، جامعه ایرانی، جامعه‌ای برخوردار از سلامت، امنیت غذایی، محیط‌زیست مطلوب و نهاد مستحکم خانواده و دارای توزیع عادلانه درآمد و منابع، فرصتهای برابر، رفاه و تأمین اجتماعی کارآمد با سطح کمی و کیفی بالای زندگی معرفی شده است؛ اما نظام ارائه خدمات سلامت ایران در قبال این تکلیف قانونی پاسخگوی خوبی نبوده و به تغییر بنیادی نیاز دارد. بسیاری از بیماران، پزشکان، پرستاران، کارکنان و مدیران شاغل در حوزه سلامت اعتقاد دارند که اساساً آن خدماتی که مورد انتظار است، ارائه نمی‌شوند. بین نظام ارائه خدمات موجود و نظامی که باید وجود داشته باشد تنها یک تفاوت گذرا و قابل اغماض موجود نیست، بلکه یک شکاف عمیق وجود دارد. این پژوهش با هدف بررسی دلایل زمینه‌ای و تاریخی این شکاف به انجام رسید.

طبق یافته‌های تحقیق، ویژگیهای اصلی نهاد سیاست (دولت) در ایران، همچون وابستگی به درآمد نفت (دولت رانتیر)، تسلط گسترده آن بر اقتصاد و نقش تعیین‌کننده آن در برنامه‌ریزیهای کلان حکایت از نقش پررنگ نهاد سیاست در نظام سلامت ایران دارد. بعد از نظام سیاست، عامل اقتصاد بر تغییرات نظام سلامت تأثیر بیشتری داشته است. وابستگی دولت به درآمدهای حاصل از فروش نفت و نوسانات قیمت نفت در مقاطع تاریخی گوناگون بر توسعه زیرساختهای نظام سلامت و اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی تأثیر مستقیم داشته است. هرچند، نهاد سیاست و تصمیم‌گیری و خواست آن است که منابع مالی تحصیل‌شده را در چه زمینه‌ای و چگونه هزینه کند. ویژگیهای اجتماعی از قبیل نرخ باسوادی، نرخ رشد جمعیت، مهاجرت، اشتغال و ... به‌نوبه خود بر اتخاذ سیاستهای بهداشتی و درمانی تأثیرگذار بوده‌اند که نهایتاً نهاد سیاست با در نظر داشتن عوامل اقتصادی مبادرت به اتخاذ تصمیم کرده است. عوامل فرهنگی نیز بر سیاستها و قوانین مرتبط با بهداشت و درمان تأثیرگذارند که ممکن است در کشوری دیگر یا در زمانی دیگر سیاستهایی کاملاً برعکس آنها در پیش گرفته شوند.

نقش‌آفرینی سایر کنشگران و کارگزاران حوزه سلامت نیز وابسته به تصمیمات و جهت‌گیریهای دولت است. به همین دلیل، این نهاد جهت تدوین سیاستهای بهتر و هموار کردن مسیر برقراری عدالت اجتماعی نیازمند توجه جدی‌تر به عناصر جامعه مدنی، تغییرات خانواده‌ها و سپردن امور به بخش خصوصی است و در این راه تعامل با نهادهای بین‌المللی و استفاده از تجارب آنها به‌خصوص در زمینه بهداشت بسیار مؤثر ضروری خواهد بود.

به‌عنوان نکته پایانی، موضوعی چون «سیاست سلامت» از آن‌جا که از یک‌سو با بیشتر جنبه‌های زندگی اجتماعی و فردی آحاد جامعه ارتباط دارد و از سوی دیگر، تحت‌تأثیر زمینه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و حتی شرایط خارجی و بین‌المللی قرار دارد، دارای پهنه‌ای به‌مراتب گسترده و وسیع است، در کار پژوهشی در این حوزه احساس

می‌شود که حجم زیادی از مطالب گفته نشده وجود دارد که آوردن آنها در تحقیق به حجم شدن پژوهش می‌انجامد و اشاره نکردن به آنها ممکن است به از دست رفتن بخشی از اطلاعات منجر شود. همچنین، وجود منابع متعدد و پراکنده در رابطه با آمار و ارقام و داده‌های بخش سلامت در ایران که در برخی موارد اطلاعات متفاوت و گاه متناقضی ارائه می‌دهند و همه آنها قابل استناد نیستند، باعث می‌شود در جمع‌آوری داده‌ها از منابع موثق و شناخته شده و رسمی بیشتر استفاده شود و در خود همین منابع داده رسمی نیز تفاوتها و گاه تناقضاتی وجود دارد که تلاش شده است داده‌هایی مورد استناد قرار گیرند که با واقعیات جامعه همخوانی بیشتری داشته باشند. از این رو، لازم است یک مرکز و منبع مشخص و تخصصی، به گردآوری، تحلیل و انتشار داده‌های مربوط به همه حوزه‌ها و شاخصهای بهداشت و سلامت بپردازد.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش تمام بخشهای این مقاله مشارکت داشته‌اند.

منابع مالی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دکتر هادی عبدالله تبار با عنوان «تحول سیاست‌گذاری سلامت در ایران (۱۹۲۵-۲۰۱۵)» است که در گروه رفاه اجتماعی در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی به راهنمایی دکتر حمیرا سجادی و مشاوره دکتر عزت‌الله سام‌آرام و دکتر علی‌اکبر تاج‌مزینانی به انجام رسیده است.

تضاد منافع

بنا به اظهار نویسندگان، هیچ تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

پایبندی به اصول اخلاق تحقیق

در این مقاله، همه حقوق مربوط به مراجع ذکر شده و منابع با دقت فهرست شده‌اند.



- Abrahamian, Yervand (2015). Modern History of Iran, Translated by Mohammad Ibrahim Fatahi, 11th Edition, Tehran: Ney Publication. (in Persian)
- Afrakhteh, H. (2019). The Role of Mental Structures in the Realization of Iran's Development Plans, Quarterly Journal of Interdisciplinary Studies in the Humanities, 11 (3), 74-49. doi: 10.22035 / isih.2019.3371.3608. (in Persian)
- Alcac, P; May, M., And Rawlingson, K. (2012). Social Policy Reference Book (Volumes I and II), translated by Ali-Akbar Taj Mazinani, Mohsen Ghase-mi and Morteza Ghelich, Tehran: Imam Sadiq University Press. (in Persian)
- Al-E Yaseen, Ahmad (2013). History of Development Planning in Iran, Tehran: Samar Publications. (in Persian)
- Baker, T. L. (2010). How to conduct social research, translated by Houshang Nayebi, fourth edition, Tehran: Ney Publishing. (in Persian)
- Bresnen, M., Hodgson, D. and Bailey, s., Hyde, P. and Hassard, J. (2014). The institutional and organizational context for National Health Service management, Health Services and Delivery Research, 2(14), 19-35.
- Buse, K., Mays, N., and Walt, G. (2005). Making Health Policy, Berkshire, Open University Press.
- Delforo, M. (2014). Government and Economic Development, Political Economy of Development in Iran and Developmentalist Governments, Tehran: Agah Publications. (in Persian)
- Doshmangir, L., Bazyar, M., Majdzadeh, R. and Takian, A. (2019). So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges, Arch Iran Med, 22(10), 592-605.
- Foran, J. (2013). Fragile Resistance: History of Social Developments in Iran, from Safavid to the years after the Islamic Revolution, translated by Ahmad Tadayon, fourteenth edition, Tehran: Rasa Cultural Services Institute. (in Persian)
- Health Council of the Program and Budget Organization (1998). Performance and explanation of the current situation and orientations of the health sector, Tehran. Program and budget organization. (in Persian)
- Izadi, P; Hadiani, Z; Haji Nejad, AS; & Qhaderi, J. (2017). Explaining and Presenting a Culture-Centered Urban Reconstruction Model with Emphasis on Institutional Approach, Quarterly Journal of Interdisciplinary Studies in Humanities, 9 (2), 187-163. doi: 10.22035 / isih.2017.1780.2364. (in Persian)

- Johnson, A. (2005). *European Welfare State and Supranational Governance of Social Policy*, New York: Palgrave Macmillan.
- Katouzian, Mohammad Ali (2014). *Political Economy of Iran, from Constitutional Revolution to Reza Shah*, Translation by Mohammad Reza Feizi and Kambiz Azizi, 20th Edition, Tehran: Markaz Publication. (in Persian)
- Leichter, H. (1979). *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nations*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Marandi, Alireza, Azizi, Fareydoun, Larijani, Baqher, Jamshidi, Hamid Reza and colleagues (2014). *Health in the Islamic Republic of Iran (Volume II)*, Tehran: Publication of the Ministry of Health and Medical Education. (in Persian)
- Marduk Rouhani, A. (2014). *The evolution of higher education policy in the last three decades in Iran*, PhD thesis in Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University. (in Persian)
- Ministry of Health and Medical Education (2014). *Health, reducing entrepreneurship, increasing services*, (Khatami government record), Tehran: Iran Newspaper Publishing Institute. (in Persian)
- Ministry of Health and Medical Education (2017). *Methods and general planning of the health system transformation plan*, Tehran: Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Treatment and Medical Education. (in Persian)
- Nadim, A. (2010). *History of Public Health in Iran*, Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Health. (in Persian)
- Peykanpoor, M., Ismaili, S, Yousefi, N., Aryaee Nejad, A. And Rasekh, H. (2018). *A Review of the Achievements and Challenges of the Iranian Health System Transformation Plan*, Payesh Journal, 7 (5), 494-481. <http://payeshjournal.ir/article-1-21-fa.html>. (in Persian)
- Qarakhani, M. (2011). *Analysis of Social Policy in Iran, from 1981 to 2009*, (PhD Thesis in Political Sociology), Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (in Persian)
- Qarakhani, M. (2012). *Government and Health Policy in Iran*, in *Social Sciences Quarterly*, 20 (61), 258-213. doi: 10.22054 / qjss.2013.9802. (in Persian)
- Rahnama, M., Razavi, T.; Ziyaei, M., Shefaee, A. And Farman, M. (1974). *Report of the Board of Review of Health and Medical Issues*, Tehran: Imperial Organization of Social Services. (in Persian)

- Roustaee, M. (2013). History of Medicine in Iran (from the Qajar period to the end of Reza Shah Era), Volume I, Tehran: Publications of the Documents and National Library of the Islamic Republic of Iran. (in Persian)
- Safari Faramani, R., Akbarin, H., Haq doost, A., Beygzadeh, A. Takkian, A., Malekzadeh, R. and Sharifi, H. (2016). Lessons learned from World Health Organization partner centers in Iran; Analysis of the current situation, explanation of problems and solutions, Iranian Journal of Epidemiology; 12 (1), 61-51. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5494-fa.html>. (in Persian)
- Safari Shali, R. (1395). Discourse of Justice of Post-Revolutionary Governments in the Field of Health, Quarterly Journal of Strategic Studies, 19 (74), 114-89. http://quarterly.risstudies.org/article_44234.html. (in Persian)
- Sajjadi, H., Vameghi, M. And Madani Qahfarkhi, S. (2009). Social justice and children's health in Iran (in the framework of the model of social determinants of health of the World Health Organization), in Social Welfare Quarterly, 9 (35), 137-89. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-546-fa.html>. (in Persian)
- Speaker, p. (2013). Social Policy Issues and Approaches, translated by Hamid Reza Malek Mohammadi, Tehran: Imam Sadiq University Press. (in Persian)
- Walt G, Gilson L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning 9: 353-70.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی