

## تحولات نظام سلامت در چارچوب برنامه‌های عمرانی و توسعه در

ایران

## Health System Developments in the Framework of Development Programs in Iran

**مقدمه:** از آنجاکه یکی از زمینه‌های اصلی فهم سیاست اجتماعی و به تبع آن، سیاست سلامت، توجه به چگونگی اهتمام دولت به توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کشور است؛ بنابراین، می‌توان روند تحول و پیشرفت آن را از خلال چگونگی تحول و پیشرفت کشورها در امر توسعه پی گرفت. این تحقیق با هدف بررسی تحولات نظام سلامت ایران در خلال برنامه‌های عمرانی و توسعه قبل و بعد از انقلاب سال ۱۳۵۷ به انجام رسیده است.

**روش:** تحقیق حاضر به روش تطبیقی و با تکنیک تحلیل محتوای کیفی به انجام رسیده است که مبتنی بر گردآوری داده‌ها از منابع معتبر مرتبط با نظام سلامت در ایران (اعم از پزشکی، بهداشت و...) و متن برنامه‌های عمرانی و توسعه و ارزیابیها و گزارشهای مرتبط با آنها است.

**یافته‌ها:** تفاوت اصلی برنامه‌ریزی در دو دوره مورد مطالعه به جهت‌گیری حکومت‌های مستقر برمی‌گردد؛ در حکومت پهلوی تجدد و مدرن‌سازی کشور مبتنی بر دولت - ملت‌سازی مبنای تصمیم‌گیریها و سیاست‌های کلان بوده؛ اما در حکومت جمهوری اسلامی برقراری عدالت اجتماعی مبنای سیاست‌گذاریهایی کلان بوده و تأمین رفاه مردم نیز بخشی از تحقق این اهداف به شمار آمده است. نتیجه اجرای برنامه‌های عمرانی و توسعه تغییرات گسترده‌ای در شاخصهای بهداشتی کشور را نشان می‌دهد، اما برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب نه تنها در مدرن‌سازی کشور ناموفق عمل کردند، بلکه به دلیل بی‌توجهی به عدالت سبب افزایش نابرابری و نارضایتی در عموم مردم شدند و بعد از انقلاب نیز علی‌رغم تأکید برنامه‌های توسعه بر گسترش عدالت اجتماعی، در حوزه سلامت این امر محقق نشده است. بحث: موفقیت در اجرای سیاست‌های نظام سلامت و تحقق عدالت اجتماعی منوط به داشتن برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه، حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری - ارشادی) و انجام اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزیهای اجتماعی و اقتصادی است.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه‌های توسعه، سیاست اجتماعی، نظام سلامت، نهادگرایی

تاریخ پذیرش: ۹۷/۸/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۵

### ۱. حمیرا سجادی

دکتر پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
<safaneh\_s@yahoo.com>

### ۲. هادی عبدالله تبار درزی

دانشجوی دکتری رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

### ۳. عزت‌الله سام آرام


دکتر جامعه‌شناس، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران


### ۴. علی اکبر تاج مزینانی


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

## Health System Developments in the Framework of Development Programs in Iran

▶ **1. Homayra Sajjadi**   
Ph.D. in Social Medicine,  
University of Social  
Welfare and Rehabilitation  
Sciences, Tehran, Iran,  
(corresponding author)  
<safaneh\_s@yahoo.com>

▶ **2. Hadi Abdollahtabar Darzi**   
PhD student in Social  
Welfare, Social Science  
Faculty, Allameh Tabataba'i  
University, Tehran, Iran

▶ **3. Ezatolah Sam Aram**   
Ph.D in Sociology (Social  
Studies), Social Science  
Faculty, allameh tabataba'i  
university, Tehran, Iran

▶ **4. Ali Akbar Taj Mazinani**   
Ph.D in Sociology, Social  
Science Faculty, Allameh  
Tabataba'i University,  
Tehran, Iran

**Introduction:** Since one of the main areas of understanding of social policy, and that of health policy, is the attention to how the government focuses on the economic, social, political, and cultural development of the country; therefore, it can be traced to its development through the evolution of countries. This research was carried out with the aim of investigating the changes in the health system of Iran during development and development programs before and after the 1979 revolution.

**Method:** The present study was conducted using a comparative method with qualitative content analysis technique based on data collection from valid sources related to the health system in Iran (including medicine, health, etc.), the text of development programs, evaluations, and related reports. In this way, the success or failure of development and development programs before and after the Islamic Revolution was compared to achieve social policy objectives, including health policy, and the impact of previous programs on future policies and programs. The research data were extracted from first-hand sources, second-hand sources, previous evaluation, and research reports, and they were analyzed using the basic concepts of institutionalization approach.

**Findings:** In addition to analyzing the impact of developmental plans and development on the changes in the health system, and showing the trend of these changes, the differences and similarities between

developmental plans and their impact on health system orientation were counted. The main difference in the planning of the two study periods is the orientation of the established governments; in the government of Pahlavi and modernization of the country happened based on the nation-state and large-scale decisions and policies, but in the government of the Islamic Republic, establishing social justice is the basis of large-scale policy making and the welfare of the people. It is also part of the realization of these goals. Another difference is that there was not a long history of programming in Pahlavi era and strategies for achieving goals, and development plans were often conducted with the guidance and involvement of European and American experts and planners. Moreover, hardware infrastructures, such as asphalt roads and railways, appropriate communication facilities, and software infrastructures, such as the level of education and desire to participate in the advancement of programs are very insignificant, and this impediment has been an obstacle to many of the development goals, especially in the field of health. However, in the post-revolutionary period due to the particular circumstances of the revolution, the thinking of the mid-term planning was abandoned (the sixth development plan was generally ignored), and attempts to approve the development plan had not survived until 1988, but development plans one after the other was developed internally by experts and, in some cases, by modeling after other countries. Besides, the required hardware and software infrastructure was provided to a large extent, and implementation of health and medical programs was facilitated more easily. The planning differences in the two pre and post-revolutionary phases is related to foreign relations and international conditions. In the second half of the year, with the exception of the short period after the nationalization of the oil industry, there was little international pressure on Iran's economy. After 1332 the American influence on Iran's politics and economy, and financial advisers has always been advocating for a dependence on the United States after implementing the policies of the White Revolution. After the 1357 revolution, considering the anti-capitalist ideology of the revolutionary architect from the very first days of opposition to the United States and other influential countries, such as the Soviet Union and the United Kingdom began as a result. After the revolution, the country has always been subject to international tensions and pressures. The imposition of eight years of war,

the confiscation of the properties of the state and the Iranian people in the United States, the adoption of a variety of economic, scientific, and military sanctions, and ultimately, the boycott of Iranian oil purchases over the past decade have been examples of the measures that have always been an obstacle to the implementation of development and justice promotion programs.

The most important similarity of development planning and social policy before and after the revolution is the dependence of the program resources on the proceeds from the sale of oil, which is the main component of the development and development costs of oil money, and it has two major consequences for the health system: The formation of the rentier government, the reduction of government accountability to the public, the creation of uncertainty in the provision of resources for development programs, and the failure to implement many social policies, including health policies. The other similarity of the administrative system before and after the revolution is that the scope of the government's involvement in the administration of state affairs and recruitment has had its roots in both corruption and ineffective administration. Finally, as it is the case in many developing countries, the share of health financing has been very low, and the efforts made to transfer part of health care to the private sector have not been so successful; hence, allocating more funding to the health sector can help improve the health of the people.

**Discussion:** After seven decades of development planning in Iran, despite the advances and changes made in the health sector, equity in health, especially in the treatment sector, has not yet been achieved, and inequalities in access to health services still exist, and its cost is high and has increased over the past decade, partly due to rising health care costs and the other part because of lower income levels and an increase in the gap between income groups, which is not reflected in the objectives of development plans in other headings, especially the economic headline. Therefore, the success of the implementation of health policy and the realization of social justice depends on developing programs based on data and rational and realistic estimates, moving towards mixed plans (guiding grammar), and implementing fundamental structural reforms in social and economic planning.

**Keywords:** Developmental plans, Health system, Institutionalism, Social policy.

## مقدمه

در جوامع امروزی، دولتها به‌طور گسترده متکفل مسئولیت ارتقای رفاه و بهزیستی شهروندان هستند و اینکه دولتها چگونه با تدوین سیاستها و هدایت نهادها و نظامهای مختلف اجتماعی به وظیفه خود در جهت ارتقای رفاه و بهزیستی آحاد جامعه عمل می‌کنند بستگی به تدارک نهادهای ارائه خدمات به شهروندان از جمله آموزش، بهداشت، اشتغال و مسکن دارد. در واقع دولتها با برعهده گرفتن تأمین کالاهای عمومی و ممتاز سعی در ایفای نقش خود دارند. یکی از این کالاهای عمومی یا ممتاز سلامت است که نحوه تأمین آن همواره مورد مناقشه و اختلاف بوده است، هرچند بر سر اهمیت و جایگاه آن توافقی ضمنی وجود دارد.

حوزه بهداشت و سلامت از مهم‌ترین بخشهای یک نظام رفاهی به شمار می‌رود و سهم قابل توجهی از بودجه رفاهی را به خود اختصاص می‌دهد. بهداشت و سلامت هم به لحاظ فردی و هم به لحاظ اجتماعی حائز اهمیت است. در بعد فردی، برخورداری از سلامت و تندرستی پیش شرط لذت بردن از زندگی است و در بعد اجتماعی، بالابردن سطح بهداشت و سلامت افراد جامعه ارتباط محکمی با کیفیت زندگی جمعی در ابعاد مختلف، بهره‌وری و کارآمدی و نشاط و سرزندگی حیات جمعی دارد (تاج‌زینانی، ۲۰۱۲). در بسیاری از کشورها، بخش سلامت بخشی مهم از اقتصاد محسوب می‌شود. برخی آن را همانند اسفنجی می‌دانند که مقادیر زیادی از منابع ملی را برای پرداخت به کارگزاران سلامت به خود جذب می‌کند. برخی آن را به‌واسطه ابداعات و سرمایه‌گذاری در فناوریهای زیستی-درمانی یا تولید و فروش داروها، یا بیمه افراد سالم که به لحاظ اقتصادی به‌صرفه است به‌عنوان محرک اقتصاد در نظر می‌گیرند. از سوی دیگر اکثر شهروندان با بخش سلامت به‌طور مستقیم روبه‌رو می‌شوند، به‌عنوان بیمار یا ذی‌نفعان، استفاده از بیمارستانها، کلینیکها یا داروخانه‌ها؛ یا به‌عنوان شاغلان حوزه سلامت از جمله پرستاران، پزشکان، داروسازان یا

مدیران. در هر صورت، به دلیل سرشت خاص تصمیم‌گیری در سلامت که اغلب با موضوعات مرگ و زندگی ترکیب می‌شود در مقایسه با سایر موضوعات اجتماعی به حوزه سلامت موقعیت ویژه‌ای داده می‌شود (بیوز و همکاران، ۲۰۰۵).

سلامت همچنین تحت تأثیر تصمیمات متعددی قرار دارد که ارتباط چندانی با مراقبتهای بهداشتی و سلامت ندارند: فقر، آلودگی هوا، آبهای آلوده و دفع فاضلاب ضعیف می‌توانند بر سلامت اثر داشته باشند. سیاستهای اقتصادی از قبیل وضع مالیات بر سیگار یا الکل ممکن است رفتار افراد را تغییر دهد. تفسیرهای جاری در مورد افزایش چاقی در بین مردم، برای مثال شامل گسترش غذاهای پرکالری، فست‌فودهای ارزان‌قیمت، فروش نوشیدنیهای شیرین در مدارس و همین‌طور کاهش فرصت ورزش کردن می‌شود؛ بنابراین فهمیدن رابطه سیاست سلامت و سلامتی و همین‌طور چگونگی تأثیر اقتصاد و سایر سیاستها بر سلامت از آنجاکه ممکن است برخی از مسائل عمده سلامت زمان ما را حل کنند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (بیوز و همکاران، ۲۰۰۵).

به عقیده اندیشمندان رفاه، سیاست سلامت به‌عنوان بخشی از سیاست اجتماعی تابعی از وضعیت توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهاست و می‌توان روند تحول و پیشرفت آن را از خلال چگونگی تحول و پیشرفت کشورها در امر توسعه پی گرفت (غفاری و حبیب‌پورگنابی، ۲۰۱۴). در واقع، در ادبیات رفاه اجتماعی، سیاست‌گذاری اجتماعی هم به‌عنوان محور و مبنای توسعه و هم به‌عنوان نتیجه و برآیند آن مورد توجه قرار می‌گیرد و به‌طور خاص سلامت نیز هم به‌عنوان محور توسعه در نظر گرفته می‌شود و هم به‌عنوان نتیجه و پیامد آن.

با توجه به مطالب فوق، یکی از زمینه‌های اصلی فهم سیاست اجتماعی و به‌تبع آن، سیاست سلامت، توجه به چگونگی اهتمام دولت به توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کشور است؛ بنابراین، هدف این مقاله بررسی تحولات سیاست سلامت در بطن

برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب و برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب اسلامی و نیز تأثیر این برنامه‌ها بر نظام سلامت و پیامدهای آن است. جهت نیل به این هدف پاسخ‌گویی به سؤالات زیر مدنظر قرار گرفت: سیاست سلامت در برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب اسلامی چگونه بوده و چه تغییراتی را شاهد بوده است؟ در برنامه‌های توسعه بعد از پیروزی انقلاب اسلامی سیاست سلامت چه جایگاهی داشته و تحولات آن چگونه بوده است؟ مهم‌ترین تفاوتها و شباهتهای سیاست‌گذاری سلامت قبل و بعد از انقلاب اسلامی کدامند؟

### پیشینه تجربی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۶) در بررسی «سیر تاریخی نظام سلامت از زمان تشکیل رسمی وزارت بهداشتی (۱۳۵۳) تاکنون (۱۳۹۶)» پنج دوره را 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 خدمت (در این دهه در واقع نحوه ارائه خدمت توسط تیم بهداشتی - درمانی بازسازی می‌شود). دهه دوم تحول (۱۳۶۳ تا ۱۳۷۲) - تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (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 بر روی تأمین و تدارک منابع صورت می‌گیرد). دهه سوم تحول (۱۳۷۳ تا ۱۳۸۲) - 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 هیئت‌امنائی بیمارستانها (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 روی می‌آورند). دهه چهارم تحول (۱۳۸۳ تا ۱۳۹۲) - تصویب قانون نظام جامع و ساختار رفاه و تأمین اجتماعی و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (درواقع در این مقطع زمانی تمام تمرکز سیاست‌گذار به جهت اجحاف به جیب مردم و سردرگمی مردم دریافت بهینه خدمات باکیفیت، به سمت تأمین منابع مالی پایدار و تقویت نظام ارجاع از سطح یک به دو و آن‌هم فقط در سطح روستا معطوف می‌شود). دهه پنجم تحول (از سال ۱۳۹۳ تاکنون) - تدوین و اجرای طرح تحول سلامت با هدف رفع چالشها و مشکلات نظام سلامت.

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.

نصرالله‌پور 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، فرآیند 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.

در برخی پژوهشها بحث نهاد سلامت ذیل موضوع گسترده‌تر رفاه اجتماعی یا سیاست‌گذاری اجتماعی موردبررسی قرار گرفته است. ازجمله این تحقیقات می‌توان



به پژوهش‌های قاراخانی (۲۰۱۲) و صفری‌شالی (۲۰۱۶) اشاره کرد. قاراخانی (۲۰۱۲) سیاست سلامت دولتهای چهارگانه بعد از انقلاب شامل دولتهای (میرحسین موسوی، هاشمی‌رفسنجانی، خاتمی و احمدی‌نژاد) را در دو بُعد درونداد قانونی و هزینه سلامت بررسی کرده است. نتیجه اینکه برنامه‌های دولتها در زمینه سیاست سلامت ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی این دولتها نیست. این موضوع می‌تواند به میزان پابندی دولتها به آنچه به‌عنوان نگرش و رویکرد سیاسی‌شان شناخته می‌شود، مربوط شود. همچنین درونداد قانونی سیاست سلامت در دولتهای چهارگانه نشانی از تحولات اساسی در این سیاستها ندارد. صفری‌شالی (۲۰۱۶) در پژوهشی به شیوه تحلیل گفتمان نشان داد که دال شناور «عدالت اجتماعی» ذیل گفتمان کلان انقلاب اسلامی در قالب نشانه مرکزی تحت عنوان «سلامت» مسدود و مفصل‌بندی آن در قالب نشانه‌هایی اصلی مانند «اولویت به مقوله سلامت به‌عنوان امری چندبخشی در گفتمان دفاع مقدس»، «تأکید بر درمان در گفتمان سازندگی»، «تأکید بر سلامت در گفتمان اصلاح‌طلبی» و «تخصیص عادلانه منابع بهداشت، درمان و سلامت در قالب گفتمان عدالت‌محور» شکل گرفته است. این خط سیر، جهت‌گیریها و رویکردهای متفاوتی را برای چهار دولت پس از انقلاب به تصویر می‌کشد که با وجود تأسی از گفتمان جامع انقلاب اسلامی، از ابزارها و سازوکارهای متفاوتی در راستای دستیابی به اهداف اصولی نظام بهره گرفته و هر ابزار و سازوکاری برآیند خاص خود را در این حوزه به دنبال داشته است؛ به طوری که ابزار اقتصادی برآیندهای اقتصادی، ابزار سیاسی برآیندهای سیاسی و ابزار اجتماعی برآیندهای اجتماعی را رقم زده است. هرچند هر یک از این دستاوردها در جای خود شایان اهمیت و اثرگذاری بوده، اما هیچ‌کدام هرچند به صورت نسبی تداوم‌بخش و مکمل یکدیگر در مسیر دستیابی به دستاوردی کلان به‌منظور تحقق عدالت اجتماعی نبوده‌اند. در مجموع آنچه در جمع‌بندی پیشینه فوق می‌توان گفت به این مسئله توجه نشده است

که نظام سلامت کنونی حاصل تجربه‌اندوزی و فرازونشیبهای تاریخی طولانی‌تری است که باید ریشه آن را از ابتدای راه (ظهور دولت مدرن و تشکیل نظام سلامت) پی گرفت و نیز تغییر و تحولات آن متأثر از تحول در ساختارهای گسترده‌تری است که آن را در بر گرفته‌اند. در واقع، برخی از ویژگیهای خاص نظام سلامت موجود ریشه در گذشته آن (دهه‌ها قبل از وقوع انقلاب اسلامی) دارد، بنابراین لازم است سیر تحولات و روند گسترش نظام سلامت از ابتدا مورد توجه قرار گیرد.

### مبانی مفهومی

منظور از برنامه‌ریزی برای توسعه، ایجاد بستری است تا در پهنه آن، توسعه اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کشور در چارچوبهای مبتنی بر نظریه‌های علمی و تخصصی، طراحی، تدوین و اجرا شود. کیفیت و محتوای برنامه‌های توسعه دولتها و کشورها، معرف قابلیت، توانمندی و توسعه‌گرایی آنها در ارزش‌گذاری به آرمانها و خواستههای ملی و نیازهای اساسی شهروندان است. به باور آل‌یاسین (۲۰۱۳) نکته‌ای که باید بدان توجه داشت این است که دستاوردهای کمی و کیفی برنامه در مدت پیش‌بینی‌شده، تحقق هدفهای تعریف‌شده برنامه مانند افزایش رشد اقتصادی، افزایش درآمد سرانه، کاهش تورم، تقلیل نرخ بیکاری، افزایش صادرات، بهبود سلامت و بهداشت جامعه، ترقی سطح رفاه اجتماعی است، امری که در کشورهای در حال توسعه با عنوان کلی «توسعه» شناخته می‌شود.

در یک‌صد سال اخیر، برنامه‌ریزی اقتصادی برای بهبود، کنترل و جهت‌دادن به متغیرهای اصلی اقتصادی به گونه‌های متمرکز و دستوری (قانونی و الزامی)، ارشادی (حمایت از اقتصاد آزاد و بخش خصوصی) و شیوه مختلط (دستوری-ارشادی) در بسیاری از کشورها انجام شده است. حائریان اردکانی (۲۰۱۶) در توضیح این سه نوع برنامه‌ریزی می‌نویسد: «در برنامه‌ریزی دستوری بهره‌برداری از منابع به عهده دولت است و دولت در انتخاب

وسایل و نتایج برنامه ارتباط مستقیم بین نیازها و فرایند تولید جامعه را در نظر می‌گیرد؛ برنامه‌ریزی ارشادی برای رفع کمبودهای سیستم بازار آزاد است و در آن برنامه‌ها بر اساس پیش‌بینی فعالیتهای بخش خصوصی تدوین می‌شود و دولت فعالیتهای خود را با اهداف بخش خصوصی هماهنگ می‌کند؛ و برنامه‌ریزی مختلط (ترکیبی) برای کاهش مشکلات و محدودیتهای دو نوع برنامه‌ریزی دستوری و ارشادی اتخاذ می‌شوند و دولتها سعی می‌کنند یک نوع برنامه‌ریزی مابین این دو برنامه‌ریزی برگزینند».

تجربیات توسعه در نیمه دوم قرن بیستم نشان می‌دهد تعداد کمی از کشورها استراتژی توسعه مشخصی را دنبال کرده‌اند و با قبول مجموعه منسجمی از معیارهای اقتصادی، نسبت به دیگران متمایز شده‌اند. به بیان دیگر، با وجود کاستی الگوهای توسعه، جوامعی که در طول زمان از چارچوبهای مشخص و مناسبی پیروی کرده‌اند، در مجموع وضعیت بهتری داشتند. البته این کشورها نیز به‌طور مطلق از یک الگو پیروی نکرده‌اند. به تناسب نیازهای بومی خود، تعدیلهایی انجام داده‌اند، اما در مسیری مشخص و مورد توافق گام برداشته‌اند. در مقابل، بیشتر کشورها روندهای زیگزاگی یا سینوسی را پشت سر گذاشته و گاه رویکردهای متعارضی اتخاذ کرده‌اند. آنها معجونی از استراتژیها را به کار برده‌اند و بخشهایی از راهبردهای مختلف را به هم پیوند داده و با تغییر جریانهای سیاسی، چرخشهای اساسی در رویکرد خود ایجاد کرده‌اند (غلامی و امیری، ۲۰۰۶). نکته قابل توجه این است که بیشتر کشورهای درحال توسعه در ابتدا برنامه‌ریزی دستوری را انتخاب کرده‌اند (حائریان اردکانی، ۲۰۱۶).

کشور ایران نیز از ابتدا شیوه برنامه‌ریزی دستوری را انتخاب کرد و از سال ۱۳۰۵ با اجرای طرحهای عمرانی و از سال ۱۳۲۷ با اجرای برنامه‌های میان‌مدت وارد برنامه‌ریزی میان‌مدت توسعه شد، اما به باور آل‌یاسین (۲۰۱۳) تجارب و مستندات موجود نشان می‌دهد که پیشرفت مطلوب و شایسته‌ای از نظر کمی و کیفی در کشور حاصل نشده است و ماهیت برنامه در ایران قبل و بعد از انقلاب اسلامی همواره دارای ماهیت دستوری (قانونی-الزامی) بوده است؛ هرچند،

در بیشتر کشورهای درحال توسعه، در دهه‌های اخیر برنامه‌ها تغییر جهت داده و تمرکززدایی افزایش یافته و برنامه‌ها به سمت ارشادی‌بودن یا حداقل ترکیبی از دستوری و ارشادی حرکت کرده‌اند. وضعیت برخی کشورهای در حال توسعه آسیایی بدین شرح است: مالزی از سال ۱۹۵۶ تاکنون همواره ارشادی؛ هندوستان از ۱۹۵۱ تا ۱۹۹۰ دستوری، سپس ارشادی؛ چین از ۱۹۵۳ تا ۱۹۷۵ دستوری، سپس گرایش به ارشادی؛ کره جنوبی از ۱۹۶۲ تا ۱۹۸۶ دستوری - ارشادی، سپس ارشادی؛ و ایران از ۱۹۴۸ تاکنون همواره دستوری بوده است

درباره ارتباط تجربه‌های توسعه و برنامه‌ریزی رویکردهای مختلفی وجود دارند و ریشه بسیاری از اختلاف‌نظرها درباره برنامه‌های توسعه را می‌توان در این رویکردها جست‌وجو کرد:

الف) اقتصاددانان آزادی‌خواه (لیبرال) معتقدند بهترین تخصیص منابع در کشور در وضعیتی رخ می‌دهد که آزادی انتخاب و محیط رقابتی برای کنشگران عقلایی وجود داشته باشد تا پس از تشخیص منافع شخصی خود، به فعالیت در این زمینه بپردازند. در نتیجه، برنامه‌ریزی از سوی دولت، خلاف اداره آزاد جامعه و مانع کارایی و رشد اقتصادی است. به بیان دیگر، این گروه معتقدند توسعه‌یافته‌ترین کشورها آنهایی هستند که بیشترین فاصله را با نظام برنامه‌ریزی دارند و برنامه‌ریزی، خود بزرگ‌ترین مانع توسعه‌یافتگی است. ب) برخی اقتصاددانان نئوکلاسیک با توجه به تجربیات پس از جنگ جهانی دوم، در همان پارادایم اقتصاد بازار و الگوی سرمایه‌داری تعدیل‌شده معتقدند کشورهای توسعه‌نیافته برای اینکه فاصله زیاد با جوامع توسعه‌یافته را سریع‌تر پر کنند و از تجربیات آنها بهره‌گیرند و مقدمات توسعه را فراهم کنند، باید به برنامه‌ریزی بپردازند، اما این برنامه‌ریزی باید در راستای کاهش تمرکز دولتی و گسترش بخش خصوصی و با محوریت شاخص کارایی و رشد اقتصادی باشد. پ) اقتصاددانان سوسیالیست و ساختارگرا تمایل زیادی به تهیه دستور کار پیشرفت و صنعتی‌شدن برای دولت داشتند و به دلیل ضعف نهادهای غیردولتی در این جوامع، نظام سیاسی و مسئولیتهای ایدئولوژیک دولت، در این نوع برنامه‌ریزی، دولت نقش مهمی بر عهده داشت. در این برنامه‌ریزی، دستور کار

مفصل و دقیقی از اهداف خرد و کلان تهیه می‌شود، اما برخلاف نگرش سرمایه‌داری، اهداف توزیعی، اجتماعی و کاهش فاصله طبقاتی اولویت دارد (ت) اقتصاددانان نهادگرا اگرچه در خصوص اهداف رشد و توسعه متعارف، تفاوت اساسی با جریان نئوکلاسیک ندارند، اما در شیوه دستیابی به توسعه بسیار باهم متفاوت هستند. نهادگرایان بیش از توجه به اندازه دولت، بر کارایی و اثربخشی نقش دولت در دستیابی به اهداف توسعه و فراهم کردن شرایط مناسب برای تحول نهادها تأکید می‌کنند. علاوه بر این، آنها نسخه جهان‌شمولی را برای دستیابی به توسعه تدوین نمی‌کنند، صرفاً بهبود شاخصهای کلان اقتصادی را به‌عنوان هدف تلقی نمی‌کنند و برای نقش شرایط تاریخی، فرهنگی و نیز ساختارهای سیاسی و حقوقی هر جامعه، اهمیت بسیاری قائل می‌شوند؛ بنابراین در دیدگاه مذکور، طیف اصلاحات برای توسعه‌یافتگی بسیار وسیع و عمیق است و از اصلاح نقش و عملکرد خود دولت (حکمرانی) و تغییر نگرشها و ارزشها آغاز می‌شود. نهادگرایان بیشتر برنامه‌ای با هدف‌گذاری محدود، شفاف و توأم با نظارت و پاسخگویی دولتهای مردم‌سالار را پیشنهاد می‌کنند (خاندوزی، ۲۰۱۰).

با توجه به هدف اصلی تحقیق، به نظر می‌رسد مفاهیم اساسی رویکرد نهادگرا، از جمله وابستگی به مسیر، تغییر نهادی، کارایی نهادی، بستر نهادی و برنامه‌ریزی توسعه می‌تواند جهت بررسی برنامه‌های عمرانی و توسعه در ایران و تأثیرات آنها بر نظام سلامت مناسب باشد؛ به همین جهت، به‌عنوان رویکرد تحلیلی نوشتار حاضر انتخاب می‌شود که طی آن بررسی نقش و اثربخشی دولت در دستیابی به اهداف سیاست‌گذاری در بخش سلامت و تحول نهادهای متولی آن مدنظر قرار می‌گیرد. از آنجاکه اهداف اصلی نظام سلامت «حفظ و ارتقاء سلامت»، «عادلان‌بودن شیوه پرداخت افراد برای مراقبت سلامت»، «پاسخ مناسب نظامها به انتظارات و توقعات مردم (نحوه ارائه خدمات)» و «کاهش نابرابری در سلامت» (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰) عنوان شده‌اند، برنامه‌های عمرانی و توسعه با توجه به این اهداف تحلیل و بررسی می‌شوند.

## روش

با توجه به اینکه در تحلیل سیاست سلامت هم باید به نقش عوامل اقتصادی و اجتماعی توجه کرد و هم نقش عوامل سیاسی را بررسی نمود؛ در پژوهش حاضر رویکرد نهادی مورد استفاده قرار گرفت. به اعتقاد کیم<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) دیدگاه نهادگرایی سهم عمده‌ای در ادبیات دولت رفاه دارد. اولاً این نظریه با طرح اینکه دولت به‌عنوان مجموعه بالقوه خودمختار از سازمانهای اجرایی، انتخابی و اجباری که منافع و اولویتهای سیاسی خود را دارد، به نقش فعال و مستقل نهادهای دولتی و نیمه‌دولتی در توسعه دولت رفاه تأکید دارد. دوم اینکه دیدگاه دولتی با دقتی که در توجه به زمان رویدادهای تاریخی و وابستگیهای متقابلشان فراهم می‌کند، یک رهیافت تاریخ‌نگاری برای وضعیتهای و فرایندهای واقعی ایجاد و تحقق سیاستهای دولت ارائه می‌کند (قاراخانی، ۲۰۱۱).

از آنجاکه متون در اختیار و مورد نیاز این تحقیق اسناد و قوانین مرتبط با برنامه‌های عمرانی و توسعه کشور بوده‌اند، این تحقیق به روش تطبیقی و با استفاده از تکنیک تحلیل محتوای کیفی به انجام رسیده است. بدین معنا که متون مربوطه با هدف پاسخ‌گویی به سؤالات تحقیق مرور و تحلیل شدند.

در مورد روایی تحقیقات کیفی، لینکلن و گوبا<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) معیارهای اعتمادپذیری، باورپذیری، اطمینان‌پذیری، انتقال‌پذیری و تصدیق‌پذیری را معرفی کرده‌اند که در این بین اعتمادپذیری<sup>۳</sup> مهم‌ترینشان محسوب می‌شود (فلیک، ۲۰۱۴). با توجه به اینکه پژوهش تاریخی به اطلاعاتی که توسط دیگران تهیه گردآوری یا مشاهده شده‌اند وابسته است، جهت سنجش روایی آن استفاده از همین معیار مناسب است؛ بنابراین پژوهشگر وظیفه دارد در مورد درستی، اعتبار و معنی دار بودن اطلاعات اطمینان حاصل کند؛ بنابراین، صحت و اعتبار

1. Kim
2. Lincoln and Guba
3. trustworthiness

متون و اسناد موردبررسی در پژوهش تاریخی تا حدودی اعتبار پژوهش را افزایش می‌دهد. منابع مورداستفاده در پژوهش حاضر از لحاظ محتوا به سه دسته تقسیم می‌شوند و میزان اعتمادپذیری هر دسته از آنها با توجه به نوع متن متفاوت است: (۱) منابع مرتبط با تاریخ پزشکی در ایران که توسط گروه‌های آموزشی و پژوهشی شاغل در حوزه بهداشت و درمان کشور تألیف شده‌اند و نویسندگان خود از نزدیک با سیر وقایع و رویدادها ارتباط داشته‌اند. (۲) منابع مربوط به تاریخ سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ایران که از نوع منابع دست‌دوم محسوب می‌شوند و اعتبار آنها بیشتر به‌جایگاه نویسندگان آنها مربوط می‌شود. (۳) منابع مربوط به برنامه‌های توسعه و سیاست‌های سلامت که شامل اصل قوانین و سیاستها و یا گزارش‌های ارزیابی آنهاست که توسط نهادهایی چون سازمان برنامه‌بودجه و مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی یا نهادهای بین‌المللی چون سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی تهیه و ارائه شده‌اند و فراوانی استفاده از آنها در پژوهشها و منابع مختلف حاکی از وثوق و اطمینان‌پذیری آنهاست.

در تحقیقات تطبیقی به جهت سهولت بررسی و قابلیت مقایسه یافته‌ها بر اساس معیارهای خاصی، بازه زمانی مورد مطالعه به چند دوره تقسیم می‌شود. با توجه به بازه انتخابی برای تحقیق حاضر (۹۴-۱۳۰۴) از میان ملاکها و عوامل موجود، وقوع انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷ به‌عنوان یک رخداد کلیدی در نظر گرفته شد و دوره مورد مطالعه به دو دوره قبل از انقلاب و بعد از انقلاب تقسیم شده، سپس هر دوره بر مبنای برنامه‌های عمرانی و توسعه به شش مرحله یا دوره کوچک‌تر تقسیم شد و مهم‌ترین سیاستها و تغییرات رخ داده در محتوای قوانین و ساختار سازمانی نظام سلامت مرور شدند. خلاصه تقسیم‌بندی این بازه زمانی در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود.

جدول (۱) برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران (۹۴-۱۳۲۷)

بازه زمانی	برنامه	دوره تاریخی
۱۳۰۴-۲۷	دوره بدون برنامه‌ریزی	قبل از انقلاب اسلامی
۱۳۲۷-۳۴	برنامه عمرانی هفت‌ساله اول	
۱۳۳۴-۴۱	برنامه عمرانی هفت‌ساله دوم	
۱۳۴۱-۴۶	برنامه عمرانی پنج‌ساله سوم	
۱۳۴۷-۵۲	برنامه عمرانی پنج‌ساله چهارم	
۱۳۵۲-۵۶	برنامه عمرانی پنج‌ساله پنجم	
۱۳۵۷-۶۸	دوره بدون برنامه‌ریزی	بعد از پیروزی انقلاب اسلامی
۱۳۶۸-۷۲	برنامه توسعه پنج‌ساله اول	
۱۳۷۴-۷۸	برنامه توسعه پنج‌ساله دوم	
۱۳۷۹-۸۳	برنامه توسعه پنج‌ساله سوم	
۱۳۸۴-۸۸	برنامه توسعه پنج‌ساله چهارم	
۱۳۸۹-۹۴	برنامه توسعه پنج‌ساله پنجم	

منبع: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۹۴

## یافته‌ها

### ۱. برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب اسلامی (۵۷-۱۳۲۷)

با روی کار آمدن رضاشاه و تشکیل دولت پهلوی، تلاش برای دولت‌سازي آغاز شد (کاتوزیان، ۲۰۱۴) و در این راستا اقدامات وسیعی جهت گسترش امکانات و زیربنای خدمات اجتماعی صورت گرفت (آبراهامیان، ۲۰۱۵)؛ هرچند، این اقدامات صبغۀ ای کاملاً سیاسی و در راستای کنترل هرچه بیشتر کشور و با حمایت دولتهای خارجی، به خصوص انگلستان، انجام می‌شد. رضاشاه هدف خود را خدمت به مردم و تأمین آسایش و رفاه اعلام کرده بود، اما به مهم‌ترین و اصلی‌ترین شیوه عملی کردن این هدف، یعنی مجلس



شورای ملی و قانون‌گذاری در آن، بی‌اعتنا بود. با تمام این تفاسیر، نمی‌توان از اقدامات اولیه دولت پهلوی در راستای گسترش دیوان‌سالاری و ایجاد زیرساخت‌های اداری مربوط به تأمین نیازهای اجتماعی از جمله آموزش و سلامت چشم‌پوشی کرد. به گفته حفیظی (۱۹۵۳) تأسیس دانشگاه تهران به‌عنوان یکی از اقدامات فرهنگی او علاوه بر گسترش آموزش عالی در ایران، خدمات شایانی به شکل‌گیری و توسعه دانش پزشکی نوین و تکوین نظام سلامت در کشور کرد. در این دوره، تلاش‌های اندکی برای تدوین برنامه‌های عمرانی انجام شد که به نتیجه نرسید.

سرانجام اولین برنامه توسعه حدود دو دهه بعد از تشکیل دولت مدرن در ایران از اواسط دهه ۱۳۲۰ تدوین شد. در برنامه هفت‌ساله اول عمرانی (۳۴-۱۳۲۷) حوزه سلامت به‌صورت کلی و ذیل برنامه‌های اجتماعی مطرح شده بود که دربرگیرنده طرح‌های توسعه بهداشت، گسترش آموزش و فرهنگ، مبارزه با بی‌سوادی و به‌طورکلی بهبود رفاه عمومی و ارتقای سطح زندگی و کاهش بیکاری بود و به اهداف کلی بسنده شده بود (آل‌یاسین، ۲۰۱۳). «اصلاح و بهبود بهداشت عمومی و بالابردن سطح معلومات و زندگی مردم» و «بهبود وضع معیشت عمومی و تنزل هزینه زندگی مردم» (سازمان برنامه، ۱۹۵۹) تنها اهداف بیان‌شده برنامه در خصوص بهداشت و سلامت است. روشن است که به دلیل مشخص‌نبودن انتظارات در بخش سلامت و نیز عدم تأمین منابع مالی برنامه و نهایتاً توقف اجرای آن، ارزیابی درستی از میزان موفقیت برنامه در بخش سلامت نمی‌توان به عمل آورد. البته تجلی (۲۰۰۲) معتقد است به دلیل عدم تأمین مالی، سیاست‌ها و طرح‌های برنامه اول ناموفق بود زیرا بیش از ۵۰ درصد آن از محل وام (داخلی و خارجی) تأمین می‌شد، یعنی از ۲۱ میلیارد ریال منابع برنامه ۱۱/۲ میلیارد ریال آن از محل وام داخلی و خارجی فراهم می‌گردید. در این برنامه روی ۲۵۰ میلیون دلار وام از بانک جهانی حساب شده بود که به دلایلی تمام مبلغ این وام اعطا نشد. درواقع دو مسئله اساسی در اجرای این برنامه پیش آمد: اول آنکه وام بانک

جهانی به طور کامل حاصل نشد و دوم، ملی شدن صنعت نفت و قطع صادرات نفت بود. البته در همین دوره اجرای برنامه‌های اصل چهار ترومن که به صورت هم‌زمان با برنامه اول اجرا شد تا حدودی زمینه را برای رفع بخشی از مشکلات بهداشتی کشور فراهم کرد. در سال ۱۹۴۹ ترومن، رئیس جمهور آمریکا، در اولین نطق ریاست جمهوری خود، برنامه‌ای چهار ماده‌ای اعلام کرد که ماده چهارم آن درباره کمک‌های فنی به کشورهای عقب افتاده بود تا آن کشورها با استفاده از فنون و تکنیک‌های جدید بتوانند برنامه‌های عمرانی را توسعه داده و با استفاده بهتر از منابع طبیعی خود، سطح زندگی و رفاه شهروندان را بالا ببرند؛ بدین جهت بود که این گونه برنامه‌ها تحت عنوان اصل چهار ترومن نامیده شد. البته هدف اصلی آمریکا از این اقدام و انجام اصلاحات اقتصادی و اجتماعی در کشورهای جهان سوم، از بین بردن زمینه نفوذ کمونیسم بود (آلباسین، ۲۰۱۳).

اجرای برنامه مبارزه با مالاریا و بهبود آب آشامیدنی دهات و اصلاح فاضلابها از جمله بخشهای موفق اصل چهار بودند (آلباسین، ۲۰۱۳)؛ هرچند، اجرای طرحهای اصل چهار در درازمدت زمینه را برای وابستگی کشور به آمریکا در بخشهای کشاورزی و صنعت را فراهم ساخت (کاتوزیان، ۲۰۱۴).

اهداف برنامه دوم عمرانی (۴۱-۱۳۳۴) نیز بسیار کلی بود و کوشش قابل توجهی برای تعیین هدفهای کمی و خاص به عمل نیامد. در واقع، در این برنامه به زیرساختهای عمومی بهای زیادی داده شده و فرض بر این بوده که با اجرای طرحهای زیربنایی و بهبود وضع معیشت مردم زمینه برای توسعه کشور فراهم می‌آید. در این برنامه، امور مربوط به بهداشت نیز ذیل عنوان «امور اجتماعی» آمده و بخش زیادی از بودجه آن‌هم به بخش بهداشت عمومی اختصاص یافته بود (سازمان برنامه، ۱۹۶۴). تأکید و تمرکز اصلی بر اجرای عملیات پیشگیری و کنترل بیماریهای مسری و شایع بود، به طوری که در برنامه دوم با اختصاص حدود ۱۱ درصد از کل منابع مالی برنامه ادامه یافت.

در برنامه سوم عمرانی (۴۶-۱۳۴۱)، برای اولین بار اعتبارات مربوط به «سلامت» ذیل یک بخش مستقل با عنوان «بهداشت و بهداری» مطرح شد و حدود ۶ درصد از بودجه برنامه به آن اختصاص یافت که به گزارش سازمان بودجه (۱۹۹۸) تقریباً به‌طور کامل (۹۹/۲ درصد) تأمین شد. البته این موفقیت تنها به دلیل برنامه‌ریزی دقیق فن‌سالاران داخلی و خارجی به دست نیامد؛ بلکه، در محیط بین‌المللی، اقتصاد و تجارت جهانی با رونق همراه بود و در سایه آن تقاضا برای نفت افزایش یافت و بدین ترتیب بخش مهمی از منابع مالی و ارز لازم کشور برای اجرای برنامه فراهم شد (هادی زوز، ۲۰۱۰). در این دوره، بیشتر تغییرات حوزه سلامت به توسعه بخشهای تخصصی بهداشت و تحقیقات و گسترش دامنه ساختاری آن اختصاص یافت. تأسیس انستیتو تحقیقات بهداشتی (۱۳۴۲) و گشایش اولین دانشکده بهداشت (۱۳۴۵) از رویدادهای ساختاری حین اجرای برنامه سوم عمرانی‌اند. اعلام ریشه‌کنی آبله به‌عنوان نتیجه اجرای موفقیت‌آمیز یک سیاست بهداشتی و اجرای طرح سپاه بهداشت (۱۳۴۳) نیز از اقدامات مهم حوزه بهداشت قلمداد می‌شوند و به نظر می‌رسد گسترش بهداشت به‌خصوص در مناطق روستایی به‌عنوان راه مقابله با بیماریها (به‌ویژه بیماریهای مسری) مورد تأکید سیاست‌گذاران بوده است.

در برنامه چهارم عمرانی (۵۲-۱۳۴۷)، برای اولین بار در یک فصل مجزا (فصل هجدهم) به مسائل مرتبط با بهداشت و بهداری پرداخته شد. هدف کلی برنامه در حوزه بهداشت و بهداری این است که از طریق بهبود کمی و کیفی خدمات درمانی و مبارزه با بیماریها و توسعه بهداشت محیط و بهبود تغذیه و توسعه فعالیتهای نوتوانی سلامت جسمی و روحی جامعه تأمین شده بر قدرت فعاله مردم افزوده شود و از این طریق رشد و توسعه اقتصادی میسر گردد. درواقع، بر اساس رویکرد این برنامه، «سلامت جسمی و روحی» به‌عنوان پایه‌های توسعه و پیشرفت جامعه در نظر گرفته شده‌اند.

طرحها و اهداف عملیاتی فصل ۱۸ از برنامه در ۱۵ بند مطرح شده‌اند که برخی از آنها

عبارتند از: «پیشگیری و بهداشت»، «سالم‌سازی محیط (شامل تأمین آب سالم، از بین بردن فضولات، احداث گرمابه و غسلخانه، کشتارگاه و بهسازی خانه‌ها)»، «ریشه‌کنی مالاریا»، «توسعه شبکه درمانی شهری و روستایی»، «تربیت کادر فنی امور بهداشتی»، «توسعه فعالیت تحقیقات پزشکی و بهداشتی»، «واگذاری بخشی از امور درمانی به بخش خصوصی»، «برنامه‌های پیشگیری و بهداشت شامل بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت صنعتی، بهداشت مدارس و بهداشت کشاورزی» و «بهبود تغذیه مردم» (سازمان برنامه‌بودجه، ۱۹۶۷).

از آنجاکه تمرکز اصلی این برنامه بر گسترش بهداشت و درمان روستایی و عشایری است، به همین دلیل بسیاری از طرح‌های خرد و کلان اجرا شده در این دوره متمرکز بر مناطق محروم و روستایی کشور است. گشایش سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان (۱۳۵۰)، پیشنهاد تأسیس انستیتوی آموزش پزشکی روستایی (۱۳۵۱)، اجرای طرح بیمارستان سیار در فارس (۱۳۵۱) و توسعه طرح ارائه خدمات عادلانه مراقبت اولیه بهداشتی در کل کشور بخشی از اقدامات حوزه بهداشت در قالب برنامه چهارم عمرانی هستند.

شهیدی (۱۹۹۸) معتقد است برنامه چهارم در دوره‌ای از ثبات سیاسی و اقتصادی در عرصه داخلی و خارجی تدوین و اجرا شد و به همین دلیل، نسبت به سایر برنامه‌های پیش از انقلاب، در دسترسی به اهداف پیش‌بینی شده با موفقیت بیشتری همراه بوده است؛ و به نظر رهنما و همکاران (۱۹۷۴) «یکی از هدف‌های اصلی برنامه‌های سوم و چهارم، توزیع عادلانه خدمات درمانی در سراسر کشور بود... ولی مطالعه دقیق برنامه‌ها نشان می‌دهد که سیستم برنامه‌ریزی مکانیسم‌های اجرایی و تخصیص اعتبارات را با هدفها منطبق نساخته است».

برنامه پنجم عمرانی (۵۶-۱۳۵۲) نیز در شرایط رونق اقتصادی و ثبات نسبی داخلی و خارجی به تصویب رسید و بیشتر به توسعه امور کشاورزی و اجتماعی اختصاص یافت. در این برنامه، عنوان فصل سلامت به «بهداشت، درمان، تغذیه و تولید مواید» تغییر کرد و ۳/۳ درصد منابع مالی برنامه به آن اختصاص یافت. «هدف اساسی برنامه پنجم ارتقاء میزان

سلامت افراد از طریق پیشگیری و مبارزه با بیماریها، توسعه بهداشت محیط، بهبود تغذیه عمومی، کنترل موالید، توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی و بالاخره توان‌بخشی است» (قانون برنامه پنجم عمرانی، ۱۹۷۲).

بر اساس مستندات سازمان برنامه‌بودجه (۱۹۷۲)، تأمین حداقل خدمات درمانی، ایجاد شبکه خدمات پزشکی، اولویت احداث بیمارستانهای بزرگ در مراکز جمعیتی، تأمین خدمات درمانی بر پایه بیمه درمانی، ارائه خدمات بهداشتی درمانی سیار در روستاها، جبران کمبود تغذیه‌ای گروههای نیازمند و اجرای سیاست جامع ملی تغذیه از جمله وظایفی بود که به‌موجب برنامه بر عهده دولت قرار داشت. اجرای برنامه کنترل جمعیت (۱۹۷۳)، ارائه خدمات پزشکی دوساله پزشک خانواده (۱۹۷۴)، پیشنهاد ادغام آموزش علوم پزشکی با نظام ارائه خدمت (۱۹۷۴)، تشکیل وزارت بهداری و بهزیستی (۱۹۷۶) و ایجاد شبکه عرضه خدمات بهداشتی اولیه و استفاده از بهداشت‌کاران محلی برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی در کل کشور (۱۹۷۷) از جمله اقدامات نوآورانه و منطبق با نیازها و شرایط اجتماعی کشور بود که در قالب برنامه پنجم عمرانی جامه عمل پوشیدند.

در مجموع می‌توان گفت از لحاظ محتوا تا اوایل تصویب برنامه سوم قبل از انقلاب، اندیشه برنامه‌ریزی سخت‌افزاری بوده و صرفاً در پی ساخت‌وساز فیزیکی و اجرای طرحهای عمرانی بودند. از دوران برنامه سوم و به‌ویژه برنامه چهارم به تحول در اندیشه و ایجاد نهادی توسعه فرهنگی و اجتماعی توجه شد و در برنامه پنجم توجه به مناطق محروم و گسترش عادلانه بهداشت و درمان در دستور کار قرار گرفت. همچنین در برنامه پنجم، برخلاف برنامه چهارم که به دنبال واگذاری امور درمان به بخش خصوصی بود، دولت مجدداً نقش بیشتری را در امور درمان بر عهده گرفت.

تدوین برنامه‌های عمرانی، بدون شک بر سیاست‌گذاری در نظام سلامت و تحولات آن تأثیرگذار بوده است. در این دوره تغییرات بسیار وسیع و گسترده‌ای در ساختار نظام

سلامت کشور رخ داد. در سال ۱۳۵۴ امور مربوط به بهداشت و درمان کشور تحت اداره وزارت بهداشتی بود، درحالی که پنج دهه پیش (سال ۱۳۰۴) تنها مرجع رسیدگی به این امور شورای صحتی بود که کنترل چندانی بر امور سلامت نداشت. در این بازه زمانی تغییر و تحولات ساختاری گسترده باعث شد نهاد متولی بخش سلامت در حکومت جایگاه مهمی بیابد؛ به گونه‌ای که دولتها سعی می‌کردند علاوه بر مدرن‌سازی (تجدد)، تلاش برای برقراری عدالت را در قالب فعالیتهای این نهاد نشان دهند.

نتیجه اجرای برنامه‌های عمرانی (هرچند به‌طور ناقص) تغییر در شاخصهای بهداشتی کشور را نشان می‌دهد. به‌عنوان مثال بر طبق نشریه ۳۰۹ مرکز آمار ایران، امید به زندگی در سال ۱۳۴۵ برای مردان ۱۱/۴۷ و برای زنان ۵/۴۷ سال برآورد شده است، اما با توجه به توسعه و رشد اقتصادی و اجتماعی کشور در نیمه دوم دهه ۱۳۴۰ و اجرای موفق برنامه چهارم عمرانی این میانگین برای مردان ۶۹/۵۰ و برای زنان ۲۵/۵۱ سال برآورد شده است (رهنما و همکاران، ۱۹۷۴).

اگرچه، دولتهای عصر پهلوی در کنترل برخی بیماریهای واگیر چون آبله، دیفتری و مالاریا موفق بودند و یا با ایجاد پایگاههای بهداشتی و اعزام سپاهیان بهداشت به نقاط روستایی و دورافتاده سعی در گسترش بهداشت و خدمات اجتماعی داشتند، اما در عمل نتوانستند بی‌عدالتی مرکز-پیرامون را کمرنگ کنند و بالعکس، برخی طرحها از جمله اصلاحات ارضی به ایجاد شکاف بیشتر منجر شد و پیامدهای منفی آن مانع از اجرای صحیح برنامه‌های عمرانی گشت. گزارش رهنما و همکاران (۱۹۷۴) نمونه گویای این وضعیت است. در این گزارش آمده است «در سال ۱۳۵۱ از ۲۷۶۹ واحد درمانگاهی فقط ۱۵۲۷ واحد آن در نقاط روستایی مستقر بوده است... و به‌طورکلی اغلب درمانگاهها فاقد استاندارد مطلوب از لحاظ تجهیزات و به‌ویژه پرسنل بوده‌اند. همچنین درحالی که در سال ۱۳۵۱ معادل ۸۳ درصد جمعیت شهرنشین از آب لوله‌کشی برخوردار بوده‌اند، فقط ۱۲ درصد جمعیت روستایی آب

لوله‌کشی داشته‌اند».

تحولات ساختاری در حوزه اقتصادی و سیاسی، رشد شهرنشینی، افزایش سطح سواد و شکل‌گیری طبقات جدید اجتماعی به‌عنوان مجموعه‌ای از پیامدهای اجرای برنامه‌های توسعه، نیاز مردم به مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیریهای سیاسی را افزایش داده بود و این خواسته از سوی حکومت به رسمیت شناخته نمی‌شد. در واقع، حکومت پهلوی با وجود تلاش برای مدرن‌سازی و توسعه ایران نتوانست با پیامدهای آن به‌درستی روبه‌رو شود و توجه دیر هنگام به مقوله عدالت اجتماعی در برنامه‌های عمرانی هم تأثیر چندانی در اقبال مردم به آن نداشت. از این‌رو، نارضایتیهای عمومی و شکاف دولت‌ملت رو به افزایش نهاد و بی‌توجهی به تغییرات محیطی و عدم انطباق ساختار سیاسی با این تغییرات در نهایت منجر به انقلاب سال ۵۷ شد.

## ۲. برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب اسلامی (۹۴-۱۳۶۸)

انقلاب سال ۱۳۵۷ زمینه شکل‌گیری گفتمان عدالت اجتماعی شد، چون در اصل تشکیل حکومت اسلامی ابزاری برای تحقق عدالت اجتماعی برای همه گروهها و اقلیتها در حوزه‌های مختلف به‌خصوص حوزه سلامت در نظر گرفته می‌شود. در اصل ۲۹ قانون اساسی نیز تصریح شده که «در نظام جمهوری اسلامی برخورداری از مراقبتهای بهداشتی و درمانی مورد نیاز در راستای ارتقای سطح سلامت در جامعه، از اساسی‌ترین حقوق مردم است». بر این اساس، در طول حیات نظام جمهوری اسلامی، با وجود روی کار آمدن دولتها و خرده‌گفتمانهایی در بطن گفتمان جامع انقلاب اسلامی، عدالت اجتماعی در حوزه سلامت و نیز تحقق آن به‌عنوان یکی از اصول بنیادین نظام اسلامی مورد تأکید قرار گرفته است و همواره از دغدغه‌های دولتهای بعد از انقلاب بوده است (صفری‌شالی، ۲۰۱۶).

بعد از انقلاب اسلامی، رویکردهای متفاوت گروههای سیاسی، تحریمهای خارجی و

جنگ تحمیلی عراق، برنامه‌ریزی ملی را برای ده سال با رکود و تعطیلی روبه‌رو کرد. در این دوره، با توجه به رسالت تعریف‌شده حکومت اسلامی یعنی گسترش عدالت اجتماعی، نقش دولت در اداره امور مختلف کشور به شدت افزایش یافت. از همان ماههای نخست، در دولت موقت تغییرات ساختاری در وزارت بهداشت و بهزیستی آغاز شد که منجر به تأسیس سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت شد و اقداماتی جهت یکپارچه‌کردن مدیریت بیمارستانها و سلامت‌گاههای کشور که در حیطه وظایف سازمانهای مختلف بودند انجام شد. همچنین بسیاری از فعالیتهای برنامه‌های بهداشتی و درمانی حکومت پیشین محدود و یا حذف شدند. از جمله برنامه جمعیت و تنظیم خانواده و برنامه بهبود تغذیه حذف و سپاه بهداشت منحل شد (هوشیار حاجی‌حسینی، ۱۹۸۴). تهیه برنامه اجرایی گسترش شبکه بهداشتی-درمانی کشور (۱۳۶۳) و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۴) از جمله اقدامات دولت زمان جنگ در حوزه سلامت است که تأثیرات آن تاکنون در نظام سلامت مشهود است. از جمله اهداف این طرحها به ادغام آموزش با حوزه خدمات سلامت به منظور توسعه خدمات، اولویت بهداشت بر درمان، اجرای آموزش مبتنی بر جامعه، اولویت درمان سرپایی بر بستری و اولویت رسیدگی به مناطق محروم اشاره شده است. همچنین ادغام سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان استان در دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی از جمله طرحهای انقلابی و مهم نظام سلامت است که جهت‌گیری این بخش به سمت تأمین عدالت اجتماعی را نوید می‌داد (مرندی و همکاران، ۲۰۱۴). البته در ادامه، به دلیل شرایط جنگ تحمیلی توان دولتها در ارائه خدمات سلامت کاهش یافت؛ در نتیجه، 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.

بعد از پایان جنگ و بر سر کار آمدن دولت سازندگی، اولین برنامه توسعه اقتصادی،



اجتماعی و فرهنگی کشور (۷۲-۱۳۶۸) تدوین شد که به برنامه «تعدیل اقتصادی» شهرت یافت و با هدف سرمایه‌گذاری دولت برای بازسازی خسارات جنگ و بهره‌برداری حداکثری ظرفیتهای موجود اجرایی شد. در این برنامه، سیاستهای مربوط به حوزه سلامت به صورت پراکنده ذیل چند مورد از اهداف کلی برنامه از جمله «تلاش در جهت تأمین عدالت اجتماع اسلامی» و «تأمین دست‌کم نیازهای اساسی عامه مردم» مطرح شده است. تلاش در جهت متعادل ساختن رشد جمعیت (بند ۵۴-۴)، تعمیم بیمه‌های اجتماعی با اولویت روستائیان، عشایر و گروههای آسیب‌پذیر (بند ۶-۵)، تأمین تغذیه در حد نیازهای زیستی (بند ۱-۶)، تأمین آموزشهای عمومی بهداشتی-درمانی و مراقبتهای بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور (بند ۲-۶) و سالم‌سازی محیط‌زیست (بند ۳-۶) به‌عنوان مهم‌ترین خط‌مشیهای دستیابی به این اهداف معرفی شده‌اند (قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۹۹۴).

دولت‌سازندگی، احداث و راه‌اندازی بیمارستانها و امکانات پزشکی را مهم‌ترین راهکار خود به‌منظور بهبود وضعیت سلامت در کشور مدنظر قرار داد، سپس، اولویت‌دادن به گروههای آسیب‌پذیر نسبت به سایر اقشار جامعه طرح‌ریزی شد. به‌علاوه، در این برنامه بر عدم کاهش سطح ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش هزینه‌های دولت از طریق جلب مشارکت بخش خصوصی در ایجاد و اداره مؤسسات درمانی، تأمین آموزشهای عمومی بهداشتی درمانی و تأمین تغذیه در حد نیازهای زیستی، موردتوجه برنامه‌ریزان قرار گرفت (قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۷۳). همچنین تصویر کلان حوزه سلامت در جهت تحدید مولید و کنترل جمعیت (۱۳۶۸) ترسیم شده و قانون تشکیل پیام‌آوران بهداشت (۱۳۶۹) تصویب شد.

اهداف کلان برنامه دوم توسعه (۷۸-۱۳۷۴) که در راستای برنامه اول و در جهت آزادسازی اقتصاد تهیه و به برنامه «تعدیل اقتصادی دوم» معروف شد، تلاش در جهت تحقق

عدالت اجتماعی بود. در این راستا، توسعه بیمه‌های اجتماعی و قرارداد همه اقشار مردم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی تا آخر برنامه دوم و پرداخت سهم سرانه دولت مطابق ضوابط قانون بیمه خدمات درمانی؛ عنایت به مناطق محروم و روستاها با اولویت اشتغال، بهداشت و آموزش، تولید و عمران؛ و تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی از خط‌مشی‌های اساسی برنامه در زمینه سلامت اعلام شده است. همچنین، در تبصره‌های این برنامه، در قانون برنامه دوم توسعه ضمن حفظ برخی سیاست‌های سلامت، سیاست‌های دیگری نیز در برنامه مطرح شد. مهم‌ترین این سیاست‌ها شامل: تأمین مراقبتهای اولیه بهداشتی برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور، توسعه امکانات و اتخاذ سیاست‌های تشویقی در زمینه کنترل جمعیت از یک طرف و گسترش شبکه بهداشت و درمان و ارائه خدمات فعال در زمینه‌های سلامتی و بهداشت مادر و کودک و بهداشت باروری از طرف دیگر بود. از این رو، افزایش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، گسترش ظرفیتهای بیمارستانی و نیروهای تخصصی آموزش‌دیده در کنار بهبود شاخصهای مرتبط با بهداشت از قبیل میزان دسترسی جمعیت به آب آشامیدنی سالم و افزایش سطح آگاهی اجتماعی که باعث ارتقای شاخصهای سلامتی همچون کاهش نرخ مرگ‌ومیر مادران و کودکان زیر پنج سال و کاهش سهم بیماری‌های واگیر شود، مطرح شد (قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، ۱۹۹۴).

تصویب طرح بیمه همگانی درمان، اجرای طرح خودگردانی بیمارستانها (۱۳۷۳)، تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی (۱۳۷۴) و اجرای طرح سطح‌بندی خدمات درمان بستری (۱۳۸۷) از جمله اقدامات دولتها در جهت دستیابی به اهداف برنامه در حوزه سلامت است. آل‌یاسین (۲۰۱۳) معتقد است برنامه دوم از نظر ساختار و ماهیت تفاوت چندانی با برنامه اول نداشت و کماکان مبتنی بر آزادسازی اقتصادی و خصوصی‌سازی بود. به نظر او، عدم موفقیت برنامه دوم در دستیابی به اهداف خود و متوقف‌شدن آن به دلیل کاهش درآمد

نفت، افزایش نرخ ارز، افزایش شدید نرخ تورم (۳۵ درصد)، بحران بدهیهای خارجی و... و سرانجام نیمه‌کاره رهاشدن آن به دلیل فقدان انضباط مالی دولت، گسترش بده دولت و سازمانهای موازی، فشارهای تورم و تداوم کاهش درآمدهای نفتی باعث شده که نتوان از اجرای سیاستهای سلامت در برنامه دوم توسعه ارزیابی دقیقی به عمل آورد.

به علت مسائل و مشکلات اقتصادی اوایل دهه ۷۰، دولت سازندگی جهت رفع مشکلات مالی بیمارستانها طرحی به نام «خودگردانی بیمارستانها» یا «طرح کارانه» را به تصویب رسانید که در تمامی بیمارستانهای دولتی کشور به اجرا درآمد. طبق این طرح، بودجه بخش درمان وزارت بهداشت به بیمه‌ها داده می‌شد تا ۷۵ درصد از هزینه‌های درمان از سوی بیمه‌ها و ۲۵ درصد آن توسط مردم، پرداخت شود. طبق این طرح بیمارستانها خودگردان می‌شدند و بر اساس آن از ۱۰۰ درصد درآمد بیمارستانها، حدود ۱۰ درصد سهم بیمارستان، ۵ درصد سهم دانشگاه، ۲۰ درصد سهم سایر پرسنل به‌جز پزشک (گروه پیراپزشکی) و حدود ۵۵ تا ۶۰ درصد سهم پزشک بود. این مسئله موجب مواجهه بخش سلامت کشور با چالش جدی شد و به گفته کارشناسان، وضعیت بهداشت و درمان جامعه را بحرانی‌تر کرد، به طوری که سهم مردم از ۲۵ درصد به ۶۰ درصد هزینه‌ها رسید.

برنامه سوم توسعه (۸۳-۱۳۷۹) با سرمشق «اصلاح ساختار اقتصادی با رویکرد داخلی» شکل گرفت و مهم‌ترین ویژگی آن، شناخت چالشهای اساسی فرایند توسعه اقتصادی کشور و سعی در فراهم آوردن الزامات تحقق یک توسعه پایدار بود (آل‌یاسین، ۲۰۱۳). در این برنامه، همانند برنامه چهارم عمرانی قبل از انقلاب، با تفصیل بیشتری به موضوع سلامت پرداخته شده بود. در واقع، در دولت اصلاحات، با شعار «انسان سالم، محور توسعه پایدار است» رویکرد مشخصی در جهت ارتقای سلامت جامعه اتخاذ شد و برخی از احکام برنامه در راستای این رویکرد تدوین شد (مواد ۱۹۲-۱۹۷).

«ارائه کلیه خدمات بهداشتی اعم از شهری و روستایی به صورت رایگان توسط دولت»،

«ارائه خدمات درمان سرپایی روستائیان در واحدهای موجود توسط دولت و توسعه مراکز درمان روستایی در مناطقی که امکان سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و تعاونی وجود ندارد»، «ارائه درمان سرپایی شهری در مراکز بهداشت و درمان شهری موجود به عهده دولت»، «توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیشتر از یکصد هزار نفر جمعیت) توسط بخش غیردولتی ضمن استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق توسعه‌نیافته یا کمتر توسعه‌یافته و شهرهای کوچک (کمتر از یکصد هزار نفر جمعیت)»، «تکلیف به سازمان بهزیستی کشور در جهت سازمان‌دهی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان» و «خرید خدمات تعریف شده از کارکنان خود طبق تعرفه‌های مصوب (نظام کارمزدی به‌جای روزمزدی) و همچنین از بخش غیردولتی» (ماده ۱۹۲)؛ «اجرای سطح‌بندی خدمات بهداشتی درمانی»، «مکلف‌کردن دولت برای ساماندهی رسیدگی به بیماران حادثه‌دیده و اورژانس» (ماده ۱۹۳)؛ «الزامی بودن رعایت ضوابط بهداشتی توسط واحدهای صنفی مختلف (ماده ۱۹۴)» و «مکلف‌کردن وزارت بهداشت برای تعیین سبد غذایی مطلوب به‌منظور نهادینه‌کردن امنیت غذا (دسترسی همه افراد جامعه به غذای کافی و سالم) و بهبود تغذیه مردم و کاهش بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه و ارتقاء سلامت جامعه» (ماده ۱۹۷) از مهم‌ترین احکام برنامه سوم در حوزه سلامت هستند.

در همین دوره شاهد تدوین برنامه آموزش ارتقای سلامت در کشور به‌منظور گسترش سلامت همگانی، پیشگیری از بیماری‌ها و تلاش برای پیشگیری و درمان بیماری‌های واگیردار از جمله ایدز هستیم. همچنین طرح سطح‌بندی خدمات درمانی، تصویب طرح پزشک خانواده، اجرای آزمایشی بیمه روستائیان و مطرح‌کردن بحث منشور حقوق بیماران از جمله برنامه‌های دولت اصلاحات در حوزه سلامت در کشور قلمداد می‌شود. اجرای این برنامه که هم‌زمان با شکل‌گیری جنبش اصلاحات در ایران، تنش‌زدایی در سیاست خارجی و کاهش شدید بهای نفت بود، دوره‌ای از انضباط مالی را در دولت به وجود آورد و به لحاظ

تحقق اهداف پیش‌بینی شده نیز به نسبت سایر برنامه‌های بعد از انقلاب، از موفقیت بیشتری برخوردار شد؛ هرچند نتوانست به طور کامل هدفهای توسعه دست پیدا کند (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۲۰۱۵).

برنامه چهارم توسعه (۸۸-۱۳۸۴) در قالب ترسیم چشم‌انداز آینده در افق بلندمدت و با سرمشق رشد پایدار اقتصادی مبتنی بر محور دانایی و رویکرد جهانی، به منظور اصلاح ساختارها و فرآیندهای جامعه تدوین شد و برخلاف برنامه سوم که اصلاح ساختار کشور را با رویکرد داخلی مدنظر قرار داده بود، این موضوع را با رویکرد جهانی مطرح کرد. در بخش سوم برنامه با عنوان «توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی» و ذیل فصل هفتم این برنامه با عنوان «ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی» به موضوع سلامت (بهداشت و درمان) می‌پردازد. سیاستهای پیش‌بینی شده بخش سلامت مبتنی بر چارچوب نظری موردتوافق مراکز علمی و پژوهشی مرتبط در این زمینه و به طور مشخص گزارش بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی بود که در مواد ۸۴ تا ۹۵ برنامه گنجانده شده است. تشکیل «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» (ماده ۸۴)، تدوین آیین‌نامه «ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی» (ماده ۹۰) و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی (ماده ۹۱) از جمله مواد مهم برنامه در حوزه سلامت هستند. «عادلانه کردن ضریب دسترسی به خدمات سلامت برحسب جنسیت، اقوام، گروههای اجتماعی، مناطق جغرافیایی» و «پایدارسازی فرایند تأمین منابع» و «مشارکت عادلانه مردم در تأمین سلامت» از مفاهیم مورد تأکید برنامه بوده و «کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد» و «طراحی نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان» از دیگر مواردی است که در برنامه چهارم، مدنظر قرار دارد.

اجرای برنامه چهارم با تحولات جدی در فضای سیاسی کشور هم‌زمان شد. مجلس اصولگرا که برنامه چهارم را به تصویب رسانده بود، با روی کار آمدن دولت هم‌سو، اساس

برنامه و نهاد برنامه‌ریزی را موردحمله قرار داد. هم‌سویی مجلس و دولت از یک‌سو و افزایش شتابان بهای نفت از سوی دیگر، موجب شد تا برنامه چهارم از دستور کار دولت خارج و نهاد برنامه‌ریزی نیز بعد از حدود ۶۰ سال فعالیت به‌عنوان مانع توسعه، معرفی و منحل شود. این موضوع سبب شد تا دوره زمانی ۹۰-۱۳۸۴ بدون برنامه مدون سپری شود. البته در همین دوره اقدامات چشمگیری توسط دولت در حوزه سلامت انجام گرفت که از جمله دستاوردهای آنها، پیشرفت فراوان وضعیت بهداشت و سلامت در روستاها بود؛ چون در اکثر نقاط کشور پوشش واکسیناسیون به ۹۵ درصد رسید. از دیگر دستاوردهای آن، می‌توان به «تخصیص اعتبارات کلان به بخش بهداشت و درمان، افزایش تخت‌های بیمارستانی به نسبت جمعیت، توزیع آمبولانسهای جدید و پیشرفته و افزایش خدمات اورژانس جاده‌ها و ۱۱۵ در کشور، پیشگیری از وقوع بیماریها و کنترل آنها به‌خصوص برخی از بیماریهای نوظهور مانند ایدز، ارائه کلیه خدمات بهداشتی اعم از شهری و روستایی به‌صورت رایگان توسط دولت و...» اشاره کرد (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۹۴).

قانون برنامه پنجم توسعه (۹۴-۱۳۸۹) در نُه فصل به تصویب رسید که سیاستهای سلامت ذیل عنوان «فصل اجتماعی» مطرح شده است. سیاست کلی بخش سلامت در این برنامه، تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه است که در مواد ۳۲ تا ۳۸ موردتوجه قرار گرفته است.

فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، طراحی سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت، تهیه و تصویب نظام درمانی کشور، ممنوعیت اشتغال پزشکان به‌طور هم‌زمان در بخشهای دولتی و غیردولتی، مراعات سطح‌بندی خدمات در توسعه واحدهای خدمات سلامت (ماده ۳۲)؛ حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت، راه‌اندازی سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» (ماده ۳۵)؛ توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های

سلامت به سی درصد (۳۰ درصد) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب کردن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه (ماده ۳۸) از جمله مهم‌ترین سیاستهای مرتبط با سلامت قلمداد می‌شوند (قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، ۲۰۱۰). همچنین، اهتمام دولت به توسعه و تعمیق نظام بیمه سلامت به عنوان یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم در ارتقای شاخصهای رفاه اجتماعی و بهبود امنیت اجتماعی قلمداد می‌شود.

یکی از مهم‌ترین اقدامات انجام شده در دوره برنامه پنجم توسعه، تدوین «طرح تحول سلامت» است که با هدف «برقراری عدالت در سلامت و دسترسی آسان به خدمات سلامتی» تدوین و اجرا شده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرای برنامه تحول سلامت را از اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳ با سه رویکرد «حفاظت مالی از مردم»، «ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت» و نیز «ارتقای کیفیت خدمات» آغاز کرد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷).

در نتیجه اجرای پنج برنامه توسعه و سیاستهای سلامت شاخصهای بهداشتی پیشرفت مناسبی داشته است. بر اساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۳۹۵ شاخص امید به زندگی در بدو تولد به ۷۵/۶ سال رسیده است. میزان مرگ کودکان زیر پنج سال و نوزادان به ترتیب به ۱۵/۱ و ۸/۹ مورد در هزار تولد زنده کاهش یافته است که حاکی از روند مثبت در کاهش مرگ‌ومیر کودکان است. نرخ مرگ‌ومیر مادران در کشور با کاهش چشمگیری از ۹۱ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۱۸/۱ در صد هزار تولد زنده در ۱۳۹۵ رسید. تعداد خانه‌های بهداشت روستایی به حدود ۱۷ هزار و ۹۲۸ واحد در سال ۱۳۹۵ رسیده است و با توجه به اینکه مطابق طرح گسترش شبکه نیاز کشور به ۱۸ هزار و ۴۶۰ باب خانه بهداشت است. لذا این تعداد واحد فعال، ۹۷ درصد از سطح بندی را محقق کرده است. همچنین، تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی و

شهری به ترتیب به تعداد ۲ هزار و ۶۳۲ و ۲ هزار و ۷۸۳ مرکز در سال ۱۳۹۵ رسیده است و این تعداد واحد فعال، بیش از ۱۰۰ درصد از سطح بندی مورد انتظار را محقق کرده است. بر اساس این داده‌ها، شاخص دسترسی جمعیت به خدمات بهداشتی درمانی ۱۰۰ درصد اعلام شده که دلایل آن کارایی سیستم شبکه‌های بهداشتی درمانی و گسترش آن در اقصی نقاط کشور است (سازمان برنامه‌بودجه کشور، ۲۰۱۷).

هرچند بخشی از پیشرفت‌های فوق به اجرای طرح تحول سلامت مربوط می‌شود، بعد از گذشت سه سال از اجرای طرح تحول سلامت، در رسانه‌ها و مباحث عمومی چندین مورد انتقاد به طرح وارد شده است که دستیابی به هدف عدالت در سلامت را با تردید مواجه ساخته است. از جمله این انتقادات می‌توان «تأکید طرح بر درمان به جای بهداشت»، «رفتن منابع به جیب پزشکان»، «افزایش فاصله بین پزشک و غیرپزشک در نظام سلامت»، «عدم پایداری منابع برنامه تحول سلامت»، «محدود بودن کاهش پرداخت از جیب بیماران» و «عدم موفقیت در واقعی کردن تعرفه‌ها و کاهش حجم پرداخت غیررسمی» را نام برد.

در پاسخ به این انتقادات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۰۱۷) شواهدی به‌قرار زیر ارائه کرده است: حوزه درمان از هر نظر در بحران گسترده‌ای به سر می‌برد؛ کم کردن این بحران به‌خصوص در حفاظت از مردم در برابر هزینه‌های بستری بسیار مهم است. هزینه‌های فقرزای ناشی از بیماری در حوزه درمان به سمت مرزهای خطرناکی پیش می‌رفت؛ رفع مشکلات درمان باعث شروع تحولات در حوزه بهداشت خواهد شد چراکه زیرساخت‌های درمان مقدمه شروع طرح تحول بهداشت است و از سوی دیگر اعتبارات مرتبط با حوزه‌های درمانی طرح تحول، از سوی دولت، زودتر پرداخت شد. تعرفه‌های دستمزد در بخش دولتی و رسمی و رسمی خصوصی برای برخی رشته‌ها بسیار پایین بود؛ به طوری که برخی از خدمات در بیمارستان‌های دولتی ارائه نمی‌شد؛ رشد تعرفه‌ها به‌طور یکسان برای همه رشته‌ها اعمال نشده بود؛ پرداخت قیمت واقعی خدمات و دستمزدها برای ترغیب ارائه‌کنندگان خدمات به ارائه



خدمات باکیفیت، لازم بود؛ برای جلوگیری از دریافت‌های غیررسمی و حذف بازار غیررسمی که در حدود ۱۰-۷ هزار میلیارد تومان بود، این کار ضروری بود. فاصله گروه‌های پزشکی در بخش دولتی، از حدود ۱۲ برابر، با اجرای کتاب ارزش نسبی و ابلاغ دستورالعمل جدید بازتوزیع به حدود ۴ برابر رسیده است؛ فاصله بین گروه‌های پزشکی و غیرپزشکی مانند پرستار به حدود ۴ برابر رسیده است؛ همچنین با حذف پرداخت‌های غیررسمی فاصله پرداختی در بخش دولتی و خصوصی از حدود ۸ برابر به ۴ برابر کاهش یافته است. در برنامه پنجم توسعه از اول برنامه بند ۱۰ درصد هدفمندی یارانه‌ها و اختصاص آن به سلامت وجود داشت که اجرایی نشده بود. در واقع الزام قانونی و امیدواری وجود دارد که در برنامه ششم، تکرار شود؛ بر مبنای حساب‌های ملی سلامت، دولت همواره کمتر از سهم خود از سلامت را به این حوزه اختصاص داده است؛ ۲۰ تا ۳۰ درصد منابع حوزه بهداشت، در ایران توسط دولت تأمین شده است. بر مبنای مطالعه مرکز آمار به‌طور متوسط ۳۱/۵ درصد از ۵۸ درصد پرداخت از جیب مردم، پس از اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت، کم شده است. (حدود ۱۷ درصد)؛ درحال حاضر به‌طور متوسط در بیمارستان‌های دولتی، مردم تنها ۴/۵ درصد هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند؛ پرداخت‌های فاجعه‌بار یا کمرشکن و فقرزا بسیار کاهش یافته است. در نهایت یکی از اهداف مهم برنامه واقعی کردن تعرفه‌ها و کاهش حجم زیرمیزی بود. درحال حاضر زیرمیزی بر مبنای مطالعات اخیر در بخش دولت نزدیک به صفر شده است و در بخش خصوصی کاهش چشم‌گیر یافته است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷).

فارغ از درستی یا نادرستی پاسخ‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به انتقادات وارد شده به طرح تحول سلامت، نگاهی به داده‌های آماری نشان می‌دهد هنوز با وضعیت مطلوب فاصله وجود دارد. بر اساس داده‌های بانک مرکزی، طی دهه (۹۴-۱۳۸۴) هزینه‌های بخش دولتی در حوزه سلامت تقریباً سه برابر شده و هزینه‌های بخش دولتی در حوزه سلامت در چهار سال منتهی به ۱۳۹۴ به‌طور متوسط سالانه ۱۶/۸ درصد رشد داشته

است که نشان‌دهنده توجه بیشتر دولت به حوزه سلامت در سالهای اخیر است (هزینه‌های بخش دولتی در حوزه سلامت از حدود ۲/۵ هزار میلیارد تومان در سال ۱۳۸۴ به حدود ۷ هزار میلیارد تومان رسیده است (معاونت بررسی‌های اقتصادی، ۲۰۱۷))؛ اما همین نسبت داده‌ها نشان می‌دهد شاخص بهای خدمات بهداشت و درمان حدود ۶ برابر شده است (شاخص بهای خدمات مصرفی بهداشت و درمان شهری از حدود ۵۰ در سال ۱۳۸۴ به ۲۸۱/۴ در سال ۱۳۹۴ رسیده است، در حالی که شاخص کلی بهای خدمات در همین دوره از ۵۰ به ۲۲۷/۵ رسیده است (معاونت بررسی‌های اقتصادی، ۲۰۱۷))، به طوری که از شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی شهری پیشی گرفته است و هزینه سالانه خانوار شهری برای امور بهداشت و درمان در ۵ سال گذشته ۲/۵ برابر شده است (معاونت بررسی‌های اقتصادی، ۲۰۱۷). داده‌های OECD (۲۰۱۵) و بانک مرکزی (۲۰۰۵) حاکی از این است که در مقایسه با میانگین کشورهای عضو OECD (۶/۷ درصد)، در ایران هزینه‌های سلامت سهم بسیار پایینی از GDP دارد (۱/۴ درصد) و در مقابل میزان پرداخت از جیب برای هزینه‌های سلامت در ایران (۳۰ درصد) از میانگین کشورهای فوق (۲۰/۳ درصد) بالاتر است.

### ۳. مقایسه برنامه‌های عمرانی و توسعه

به نظر می‌رسد مقایسه دو دوره قبل از انقلاب ۵۷ و بعد از آن می‌تواند به شفاف‌تر شدن وضعیت برنامه‌ریزی توسعه در ایران و تأثیر آن بر نظام سلامت کمک کند و امکان ارائه راه‌حلهایی جهت غلبه بر چالش‌های پیش روی نظام سلامت و ارائه خدمات مطلوب‌تر و دستیابی به هدف اصلی نظام سلامت یعنی عدالت اجتماعی را فراهم کند. به همین دلیل ابتدا تفاوتها و سپس شباهتهای نظام برنامه‌ریزی در دو دوره را بر اساس جهت‌گیری حکومتها، محتوای برنامه‌ها، بستر سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه، شرایط بین‌المللی، اهداف ترسیم‌شده برنامه‌ها و میزان دستیابی به آنها با تأکید بر بخش سلامت بررسی می‌کنیم.

### ۳ - ۱. تفاوتها

تفاوت اصلی برنامه‌ریزی در دو دوره مورد مطالعه به جهت گیری حکومت‌های مستقر برمی‌گردد؛ به این صورت که در حکومت پهلوی تجدید و مدرن‌سازی کشور مبتنی بر دولت‌مملت‌سازی مبنای تصمیم‌گیریها و سیاست‌های کلان بوده و تأمین رفاه عموم مردم در سایه تحقق آن دیده شده است. مدرن‌سازی ساختار نظام سلامت با تشکیل اداره کل بهداشتی و تجهیز و تکمیل بیمارستانهای موجود شروع شده و سپس با تأسیس دانشگاه تهران و دانشکده‌های پزشکی، داروسازی و دندانپزشکی عمق بیشتری پیدا کرد و از آغاز دولت پهلوی دوم تا سال ۱۳۵۵ به ایجاد و تقویت زیرساختها و امکانات سخت‌افزاری و ایجاد و نظم‌بخشی به ساختار اداری و مدیریتی آن سپری شد. در حالی که در حکومت جمهوری اسلامی برقراری عدالت اجتماعی مبنای سیاست‌گذاریهای کلان بوده و تأمین رفاه مردم نیز بخشی از تحقق این هدف به شمار آمده است. از همان ماههای اولیه بعد از انقلاب تلاش برای گسترش عدالت در زمینه امکانات سخت‌افزاری و زیربنایی بهداشت و سلامت همچون راه، آب آشامیدنی و برق آغاز شده و تأمین خدمات سلامت برای روستاییان و اقشار محروم جامعه در دستور کار قرار گرفته و در برنامه‌های توسعه نیز بر این هدف تأکید شده است.

دومین تفاوت برنامه‌ریزی در این دوره به تفاوت در نقطه شروع برنامه‌ریزی برمی‌گردد؛ بدین گونه که در دوره پهلوی سابقه برنامه‌ریزی میان‌مدت و تدوین راهبردهای دستیابی به اهداف وجود نداشت و برنامه‌های عمرانی اغلب با هدایت و دخالت کارشناسان و برنامه‌ریزان اروپایی و آمریکایی انجام می‌شد. همچنین زیرساختهای سخت‌افزاری از قبیل راه آسفالت و راه‌آهن و وسایل ارتباطی مناسب و زیرساختهای نرم‌افزاری نظیر سطح سواد و میل به مشارکت در پیشبرد برنامه‌ها بسیار ناچیز بوده و همین نقصان خود مانعی بر سر راه تحقق بسیاری از اهداف توسعه، به‌خصوص در حوزه سلامت، بوده است؛ اما در دوره بعد از انقلاب، به دلیل تسلط مبنای فکری و اعتقادی و شرایط خاص اوایل انقلاب تفکر

برنامه‌ریزی میان‌مدت کنار گذاشته شد (برنامه ششم عمرانی به‌کلی نادیده گرفته شد) و تلاشها برای تصویب برنامه توسعه تا سال ۱۳۶۷ بی‌نتیجه ماند. سپس برنامه‌های توسعه یکی پس از دیگری با نظر کارشناسان داخلی و در برخی موارد با الگو گرفتن از کشورهای دیگر تدوین شدند؛ با این تفاوت که زیرساختهای سخت‌افزاری و نرم‌افزاری موردنیاز تا حدود زیادی فراهم بوده و پیاده‌سازی برنامه‌های بهداشتی و درمانی با سهولت بیشتری میسر بود. با تکمیل پروژه‌های آب‌رسانی، برق‌رسانی، دفع فاضلاب، احداث جاده و راههای ارتباطی، گسترش امکان تحصیل و کاهش شدید نرخ بی‌سوادی و گسترش رسانه‌های ارتباطی، به‌ویژه رادیو و تلویزیون، بستر مناسبی جهت اجرای طرحهای بهداشتی و درمانی فراهم شده است. یکی دیگر از تفاوت‌های برنامه‌ریزی در دو دوره قبل و بعد از انقلاب به روابط خارجی و شرایط بین‌المللی مربوط می‌شود. در دوره پهلوی دوم به‌استثنای زمان نخست‌وزیری دکتر مصدق (۱۳۳۰-۳۲) که کشورهای شوروی و انگلیس بعد از ملی‌شدن صنعت نفت، خرید نفت ایران را تحریم کردند فشار بین‌المللی چندانی بر اقتصاد ایران وارد نشد. حتی بعد از کودتای ۲۸ مرداد ۳۲ و نفوذ آمریکا در سیاست و اقتصاد ایران همواره حمایت‌های مالی و مشاوره‌ای انجام می‌شده است به‌گونه‌ای که بعد از اجرای سیاست‌های انقلاب سفید اقتصاد کشور به سمت وابستگی به آمریکا پیش رفت. اجرای طرحهایی چون چهار ترومن و یا اعطای وام‌های مختلف هرچند بر بهبود وضعیت بهداشت و سلامت مردم تأثیرگذار بود، لیکن در راستای حمایت از دولت پهلوی و مقابله با خطر نفوذ کمونیسم انجام می‌گرفت. بعد از انقلاب، با توجه ایدئولوژی ضداستکباری معمار انقلاب از همان روزهای نخست مخالفت با آمریکا و کشورهای صاحب نفوذ دیگر چون شوروی و انگلیس آغاز شد و ایده «نه شرقی، نه غربی، جمهوری اسلامی» مبین نوع نگاه حکومت جمهوری اسلامی به روابط خارجی با این کشورها بود. به همین دلیل بعد از انقلاب کشور همواره آماج فشارها و تنگناهای بین‌المللی بوده است. تحمیل هشت سال جنگ، مصادره کردن اموال دولت و ملت ایران در آمریکا، تصویب انواع تحریم‌های اقتصادی، علمی و نظامی و دست‌آخر

تحریم خرید نفت ایران در یک دهه گذشته نمونه اقداماتی هستند که همواره مانعی بر سر راه اجرایی کردن برنامه‌های توسعه و گسترش عدالت اجتماعی بوده‌اند.

### ۳ - ۲. شباهتها

اولین و مهم‌ترین تشابه وابستگی منابع برنامه به درآمد حاصل از فروش نفت است؛ به‌گونه‌ای که بخش اصلی هزینه‌های عمرانی و توسعه‌ای از پول نفت تأمین می‌شود. این امر دو پیامد عمده برای نظام سلامت دارد: یکم، اینکه دولت وابسته به نفت یا دولت رانتی شکل گرفته و آن‌گونه که در علوم اقتصاد سیاسی و سیاست اجتماعی تأکید شده، چنین دولتی به دلیل عدم اتکا به مالیات و استقلال نسبی از مردم چندان در مقابل مردم پاسخگو نیست و خدمات اجتماعی که توسط دولت انجام می‌شود، به‌خصوص در حوزه آموزش و بهداشت، جنبه لطف و عنایت دولتی پیدا می‌کند و از دیدگاه حقوق اجتماعی ملت بدان نگرسته نمی‌شود. دوم، وابستگی منابع برنامه به درآمدهای نفتی باعث ایجاد عدم اطمینان در تأمین منابع برنامه شده و حتی با وجود پیش‌بینیها و برآوردهای علمی و واقع‌گرایانه، باز هم نوسانات قیمت نفت بر اجرا یا عدم اجرای بسیاری از سیاستها و برنامه‌ها تأثیرگذار است. تحریم خرید نفت ایران در زمان دکتر مصدق و افزایش و کاهش قیمت نفت در نیمه اول دهه ۱۳۵۰ تأثیرات عمیقی بر برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب داشتند؛ همان‌طور که کاهش صادرات نفت ایران در زمان جنگ تحمیلی، سپس کاهش قیمت نفت در اوایل دهه ۱۳۷۰ و یا افزایش بی‌سابقه آن در نیمه دوم دهه ۱۳۸۰ بر موفقیت و عدم موفقیت برنامه‌های توسعه و سیاستهای اجتماعی مؤثر بوده‌اند. ناگفته نماند که هم در دوره قبل از انقلاب (برنامه‌های عمرانی چهارم و پنجم) و هم در دوره بعد از انقلاب (برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم) بر کاهش و قطع وابستگی به درآمد نفت تأکید شده، اما تاکنون موفقیت چندان حاصل نشده است.

جدول (۲) سهم درآمدهای نفت در تأمین منابع مالی برنامه‌های توسعه کشور (درصد)

برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب					برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب				
پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول
۳۷/۲**	۵۷*	۶۸/۳	۵۰/۴	۱۹/۸	۷۴	۶۳	۵۸	-	۳۷

\*\* در سالهای ۸۸-۱۳۸۳ وابستگی بودجه به نفت به‌طور مستقیم بین ۴۶ تا ۶۸ درصد در نوسان بوده است.  
 \*\* میانگین سهم نفت در منابع مالی برنامه پنجم بر اساس مقدار اعلام‌شده در سالهای ۱۳۹۲ (۴۳ درصد) و ۱۳۹۴ (۳۱/۴ درصد) محاسبه شده است.

یکی از ملزومات اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های کلان در یک جامعه، از جمله برنامه‌های توسعه، وجود مدیریت صحیح و داشتن دستگاه اداری و دیوان‌سالاری سالم (نبود فساد اداری) است. یکی از تشابهات نظام اداری قبل و بعد از انقلاب وسعت دامنه دخالت دولت در اداره امور و استخدام گسترده دولتی است که هم باعث فربه‌شدن و عدم کارایی مناسب آن شده و هم فساد اداری در آن ریشه دوانده است. هرچند در برنامه‌های عمرانی چهارم و توسعه دوم بر لزوم کاهش تصدی‌گری بخش دولتی و سپردن امور به بخش خصوصی اشاره شده است، اما با وجود موانع متعدد اداری و قانونی تاکنون این امر محقق نشده است. همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، پایین‌بودن سهم اعتبارات بخش بهداشت از ویژگی‌های برنامه‌های عمرانی و توسعه قبل و بعد از انقلاب است. با توجه به اینکه تلاشها برای سپردن بخشی از امور بهداشت و درمان به بخش خصوصی چنان موفقیت‌آمیز نبوده، اختصاص سهم بیشتری از اعتبارات به بخش بهداشت می‌تواند به ارتقای وضعیت بهداشت و سلامت مردم کمک نماید. همان‌طور که هرگاه بودجه بیشتری به بخش بهداشت اختصاص یافته، نتایج ملموسی مشاهده شده است.

جدول (۳) سهم اعتباری فصل بهداشت در برنامه‌های توسعه کشور (درصد)

برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب					برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب				
پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول
۶/۹	۶	۴/۵	۷/۷	۳/۸	۳/۳	۹/۲	۵/۹	۱۱	۷/۱

برآورده نشدن اهداف پیش‌بینی‌شده، به‌خصوص رشد اقتصادی تعیین‌شده که دورنمای رشد و توسعه کشور بر مبنای آن ترسیم می‌شده است، از دیگر تشابهات قابل‌توجه در خصوص برنامه‌ریزی توسعه در ایران است. در جدول شماره (۴) مشاهده می‌شود که در بیشتر برنامه‌ها رشد تولید ناخالص ملی محقق‌شده با پیش‌بینی ابتدای برنامه تا چه اندازه تفاوت دارد؛ در نتیجه می‌توان پذیرفت که اجرای سیاست‌های اجتماعی در بطن این برنامه‌ها نیز وضعیت چندان مطلوبی نداشته‌اند.

جدول (۴) رشد اقتصادی پیش‌بینی‌شده و محقق‌شده در برنامه‌های توسعه (درصد)

برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب					برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب					رشد اقتصادی
پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	پنجم	چهارم	سوم	دوم	اول	
۸	۸	۶	۵/۱	۸/۱	۲۵/۹*	۹/۲	۶	-	-	پیش‌بینی
< ۳	۴/۷	۵/۴	۳/۲	۷/۴	۱۵	۱۰	-	-	-	محقق‌شده

ابتدا نرخ رشد اقتصادی ۱۱/۲ درصد پیش‌بینی‌شده بود، اما در برنامه تجدیدنظر شده این مقدار به ۲۵/۹ درصد افزایش یافت.

## بحث

سیاست سلامت به‌عنوان بخشی از سیاست اجتماعی تابعی از وضعیت توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهاست و می‌توان روند تحول و پیشرفت آن را از بررسی تحول و پیشرفت کشورها در امر توسعه پی گرفت. با توجه به دخالت گسترده دولت در اقتصاد کشور، روند برنامه‌ریزی توسعه و متعاقب آن سیاست سلامت در ایران فرازونشیبهای زیادی پشت سر گذاشته است. امری که در پژوهشهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۰۱۷) و نصرالله‌پور شیروانی و موعودی (۲۰۱۳) نادیده گرفته شده و فقط به تحولات و چالشهای درونی نظام سلامت پرداخته‌اند؛ و نقش بستر نهادی و برنامه‌های توسعه در این فرازونشیب را مورد توجه قرار نداده‌اند. نکته کلیدی دیگر در این روند، پشت سر گذاشتن روند زیگزاگی یا سینوسی و اتخاذ رویکردهای متعارض در ابعاد مختلف سیاست اجتماعی است. در واقع، دولت‌های مورد مطالعه ترکیبی از استراتژیها را به‌کار برده و بخشهایی از راهبردهای مختلف را به هم پیوند داده و با تغییر جریانهای سیاسی، چرخشهای اساسی در رویکرد خود ایجاد کرده‌اند.

تدوین برنامه توسعه در کشور ما از سال ۱۳۲۷ و با الگوی دستوری (متمرکز) آغاز شد و پس از پنج دوره برنامه‌ریزی، به تدریج روند تکاملی را طی می‌کرد؛ اما در دستیابی به هدف اصلی حکومت یعنی مدرن‌سازی چندان موفق عمل نکردند و اجرای سیاستهای آن به ایجاد نابرابری بین مرکز-پیرامون و شهر-روستا شدند. این بی‌عدالتی، به‌خصوص در حوزه بهداشت و درمان بسیار به چشم می‌آمد؛ هرچند برخی شاخصهای بهداشتی بهبود یافت و در زمینه مبارزه با مالاریا و بیماریهای واگیر از قبیل آبله، دیفتی، سیاه‌سرفه و کزاز موفقیت‌هایی کسب شد و تعداد زیادی درمانگاه و بیمارستان ساخته شد و طرحهای نیمه‌کاره و ناتمام متعددی در حوزه بهداشت و درمان در دست اجرا بود.



بعد از انقلاب، به دلیل تغییر نگرش و رویکرد حکومت ضمن تلاش برای گسترش عدالت اجتماعی و رفع نابرابری‌های موجود، به‌خصوص در زمینه سلامت، بسیاری از دستاوردها و تجارب حکومت پیشین نادیده گرفته شد و برخی از سیاستها و برنامه‌ها از جمله طرح سپاه بهداشت و سیاست تحدید موالید لغو شد. پس از گذشت یک دهه، بعد از روی آوردن مجدد دولتها به برنامه‌ریزی همچنان رویکرد برنامه‌ریزی دستوری (متمرکز) در پیش گرفته شده و در برخی موارد طرحها و سیاستهای برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب با وقفه‌ای پانزده الی بیست‌ساله از سر گرفته شدند. گسترش زیرساختهای فیزیکی بهداشت و درمان از جمله بیمارستانها و درمانگاهها، دانشگاههای علوم پزشکی، مراکز و خانه‌های بهداشت شهری و روستایی و گسترش بیمه‌های درمانی و... به دگرگونی وضعیت سلامت و بهداشت و ارتقای شاخصهای بهداشتی و اجتماعی کشور انجامیده است که بدون داشتن نظام سلامت و برنامه‌ریزی نمی‌توانست محقق شود. نکته حائز اهمیت این است که با توجه به ظرفیت اقتصادی و سیاسی کشور و نیز سابقه طولانی برنامه‌ریزی انتظار می‌رفت شاهد پیشرفت و توسعه بیشتری باشیم و نتایج آن در رضایت مردم از نظام بهداشت و درمان نمود پیدا کند. در پژوهشهای قاراخانی (۲۰۱۲) و صفری‌شالی (۲۰۱۶) به علت تمرکز بر دوره بعد از انقلاب اسلامی از تأثیر شرایط زمینه‌ای و تاریخی نظام سلامت و وابستگی به مسیر طی شده غفلت شده و موفقیتها و ناکامیهای دولتهای بعد از انقلاب در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده از جمله عدالت اجتماعی به مسائل درونی دولتها و دروندادهای آنها نسبت داده شده است؛ درحالی‌که طبق مفاهیم نهادگرایی بخشی از وضعیت کنونی نظام سلامت تابعی از شرایط گذشته آن و بستر تاریخی نهادی آن است.

مرور تفاوتها و شباهتهای برنامه‌ریزی توسعه و سیاست‌گذاری سلامت در دو دوره قبل و بعد از انقلاب این تأثیرگذاری را بیشتر نمایان می‌کند. «جهت‌گیری گیری حکومتهای مستقر» (مدرن‌سازی در برابر گسترش عدالت اجتماعی)، «نقطه شروع برنامه‌ریزی» (بدون تجربه

برنامه‌ریزی در برابر سه دهه تجربه برنامه‌ریزی قبلی) و «روابط خارجی و شرایط بین‌الملل» (حمایت و فضای باز در مقابل فشار و تحریم گسترده) مهم‌ترین تفاوت‌های این دوره هستند که تأثیر مستقیم بر سیاست سلامت داشته‌اند و در سوی مقابل «وابستگی به درآمد حاصل از فروش نفت»، «گسترش دامنه دخالت دولت در اداره امور و استخدام گسترده دولتی» و به تبع آن «وجود فساد اداری» و در نهایت «پایین بودن سهم اعتبارات بخش بهداشت» از ویژگی‌های مشترک برنامه‌های عمرانی و توسعه قبل و بعد از انقلاب است.

از دیگر نتایج این نوشتار این است که در بررسی برنامه‌های عمرانی و توسعه نمی‌توان رویکرد یا استراتژی غالبی شناسایی کرد و بنا به شرایط سیاسی و اجتماعی و خواست دولتها گاه رویکرد دولتی‌سازی گسترده و گاه رویکرد تعدیل اقتصادی و خصوصی‌سازی در پیش گرفته شده است و در هر دوره دستاوردهای برنامه‌های پیشین نادیده گرفته شده و یا نیمه‌کاره رها شده است. نهایتاً اینکه موفقیت در اجرای سیاست‌های نظام سلامت و تحقق عدالت اجتماعی منوط به داشتن برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه، حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی) و عدم وابستگی نظام سلامت به درآمدهای نفتی است، امری که تا آخر برنامه پنجم توسعه (۲۰۱۵) محقق نشده است.

در مجموع می‌توان گفت پس از گذشت هفت دهه برنامه‌ریزی توسعه و تدوین سیاست‌های مبتنی بر آن، با وجود پیشرفت‌ها و تغییرات مثبت ایجاد شده در حوزه بهداشت و درمان در ایران، عدالت در سلامت به‌خصوص در بخش درمان هنوز محقق نشده است و نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت همچنان بالاست و در یک دهه اخیر بیشتر شده است که بخشی از آن به دلیل افزایش بهای خدمات سلامت و بخش دیگر به دلیل کاهش سطح درآمدها و افزایش فاصله بین گروه‌های درآمدی است که خود معلول محقق‌نشدن اهداف برنامه‌های توسعه در دیگر سرفصلها، به‌خصوص سرفصل اقتصادی است.

با در نظر داشتن این شرایط و نتایج تحقیق حاضر، ضروری است در اولین گام نوع نظام

رفاهی کشور تعیین شده و نقش دولت و بخش خصوصی در سیاستهای اجتماعی، به‌ویژه سیاست سلامت، مشخص شود و سیاستهای متناسب با آن در همه ابعاد اقتصادی و اجتماعی اتخاذ گردد.



- Abrahamian, Yervand (2015). *Modern History of Iran*, Translated by Mohammad Ibrahim Fatahi, 11th Edition, Tehran: Ney Publication. (in Persian)
- All-E Yaseen, Ahmad (2013). *History of Development Planning in Iran*, Tehran: Samar Publications. (in Persian)
- Buse, K., Mays, N., and Walt, G. (2005). *Making Health Policy*, Berkshire, Open University Press.
- Economic Research Deputy (2017). Health costs in Iran, Chamber of Commerce, Industries, Mines and Agriculture of Tehran, *Deputy Economic Investigator*. (in Persian)
- Flick, Owe (2014). *An Introduction to Qualitative Research*, Translated by Hadi Jalili, 7th Edition, Tehran: Ney Publication. (in Persian)
- Ghaffari, Gholamreza and Habibpour Gattabii, Karam (2014). *Social Policy*, Conceptual and Theoretical Foundations, Tehran: Tehran University Press. (in Persian)
- Gholami Netaji and Amiri, Saeed (2006). *Pathology of Development Plans after the Revolutionary Victory in Iran's Economic Development*, Tehran: Center for Strategic Research. (in Persian)
- Ha'erian, Mahmoud (2016). *Economic Development and Planning*, 6th Edition, Tehran: Avaye Noor Publications. (in Persian)
- Hafizi, Mohammad Ali (1953). *Guide to the School of Medicine*, Dentistry and Pharmacy, Hospitals and Schools, Tehran: Tehran University Press. (in Persian)
- Hoshyar Haji Hosseini, Jahangir. (1984). Summary reports of executive agencies involved in health management in the health, treatment and nutrition chapter, Ministry of Planning and Budget, Social Affairs, *Health Management*. (in Persian)
- 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)
- Khandouzi, Ehsan (2010). *Assessment of Development Planning in Iran*, Plans and Budget Two Quarterly, No. 110, pp. 99-128. (in Persian)
- 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)

- Ministry of Health and Medical Education. (2017). *Methods and Planning of Health Promotion Reform Plan*, Tehran: Deputy Director of Health Ministry, Ministry of Health and Medical Education. (in Persian)
- Nasrollahpour Shirvani, Sayed Dawood; and Mawodi, Simin (2013). *Evidence-Based Policies in the Health System and its Achievements and Challenges in Iran*: Babol University of Medical Sciences and Health Services. (in Persian)
- OECD (2015). *Health Spending*, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
- Planning and Budget Organization (1968). *Fourth Development Plan (1974-51)*, Tehran: Publishing Unit. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (1972). *The fifth development plan (1975-56)*, Tehran: Publishing Unit. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (1994). *The Law of the First Program of Economic, Social and Cultural Development of the Islamic Republic of Iran*, Tehran: Center for Economic, *Social and Publication Papers*. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (1996). *Law of the Second Economic, Social and Cultural Development Program of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Center for Economic, *Social and Publication Papers*. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (1998). *Program Planning in Iran*, Office of Macroeconomics, Deputy Directorate for Economic Affairs and Coordination, Tehran: *Planning and Budget Organization*. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (1999). *Economic report of the year 1377*, Office of Macroeconomics, Deputy Directorate for Economic Affairs and Coordination, Tehran: *Planning and Budget Organization*. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (1999). *Law of the Third Economic, Social and Cultural Development Program of the Islamic Republic of Iran* Tehran: Center for Economic, *Social and Publication Papers*. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (2006). *Law of the Fourth Plan of Economic, Social and Cultural Development of the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Center for Economic, Social and Publicity Papers. (in Persian)
- Planning and Budget Organization (2017). *An explanation of the government's performance in the health sector*, from the State Reports of Government Performance, <https://www.mporg.ir/home/wid/news/id/68387>. (in Persian)

- Program Organization (1964). *Report on the implementation of the second seven-year plan*, Tehran: Planning Organization. (in Persian)
- Program Organization (1967). *Appraisal of the Third Plan Performance* (2011-2013), Tehran: Program Organization, Office of Information and Reports. (in Persian)
- Qharakhani, Masoomeh (2011). *Analysis of Social Policy in Iran*, from 1360 to 1388, Tehran: Tarbiat Modares University, Ph.D., Political Sociology. (in Persian)
- Qharakhani, Masoomeh (2012). Government and Health Policy in Iran, *Journal of Social Sciences*, No. 61, pp. 213-258. (in Persian)
- Rahnama, Majid, Razavi, Taghi; Zeiaie, Mohsen; Shafa'i, Alireza and Faraman, Mahmoud (1974). *Report of the Board of Health Surveillance*, Tehran: Imam Khomeini Organization of Social Services. (in Persian)
- Safarishali, Reza (2016). The Discourse of Justice after the Revolution in the Health Field, *Strategic Studies Quarterly*, 19th, No. 4, 74, pp. 89-114. (in Persian)
- Taj Mazinani, Ali Akbar (2012). *Comparative Study of Youth Welfare in Welfare Systems of Developed Countries and Iran*, Tehran: Ministry of Sports and Youth Publications. (in Persian)
- Tadjali, Sayed Ayatollah (2002). A Review of Pre and Post Developmental Development Strategies, *Economic Political Information*, 175 and 176, pp. 198-209. (in Persian)
- World Health Organization (2000). *The World Health Report*, Health Systems: Improving Performance, WHO Library Cataloguing in Publication Data.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی