A Review of Iranian Health System's Laws, Policies and Reforms Over the Last Four Decades: A Retrospective Approach

Mohammad Mehdi Kiani[1,2], Khatereh Khanjankhani[1], Hajar Haghighi[1], Azam Raoofi[1,2], Efat Mohammadi[2], Alireza Olyaeemanesh[2,3*], Amirhossein Takian[1,2,4,5*]

[1] Department of Health Management, Policy & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Department of Payment and Financial Resources of Health System, National Institute of Health Research (NIHS), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Department of Global Health & Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** 1. Amirhossein Takian, MD, MPH, PhD, FHEA, Professor, Department of Global Health & Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poursina Avenue, Qods Street, Enqelab Square, Tehran, Iran. Email: takian@tums.ac.ir
2. Alireza Olyaeemanesh, MD, PhD, Professor, Head of Health Equity Research Center (HERC), Vesal Shirazi St,Bozorgmehr St, Number 70 (National Institute of Health Research of Iran), Tehran, Iran. Email: arolyaee@gmail.com

Received: September 27, 2021 **Revised:** December 13, 2021 **Accepted:** January 10, 2022 **Online Published:** March 9, 2022

Abstract

Introduction: Health is one of the main dimensions of social policies that governments adopt with the aim of reducing social inequalities. The economic and political structure in Iran has made the importance government›s approach play a more important role in determining health policies. The present study aimed to identify the reforms, laws and policies adopted by the Iranian health system after the Islamic Revolution and the impact of each on the functions of the health system.

Methods: This is a review study that identified the policies of the Iran health system between 1357 and 1399. Data collection was done by manual search on the websites of the relevant organizations. The documents were selected based on Jupp›s four dimensions, and 101 documents were finally included. To classify the documents, the six-building block framework of World Health Organization was used.

Results: The findings of this study are categorized according to the approved policies in the field of health in the 3rd to 12th governments after the Islamic Revolution. Of the 26 policies approved during the years 1360 to 1368 and 31 policies approved from 1369 to 1376, the most cases were related to the service delivery dimension. However, the policies related to governance and leadership had the highest number among the 29 policies approved during the years 1377 to 1384 and 11 policies approved during the years 1385 to 1392.

Conclusion: An overview of the five periods of the development program shows that the attention of health policymakers has shifted from service delivery to governance and leadership; Meanwhile, other functions, especially the health information system, have been neglected during the years1385 to 1395.

Keywords: Laws, Politics, Reforms, Health System, Iran

Citation:
Kiani MM, Khanjankhani K, Haghighi H, Raoofi A, Mohammadi E, Olyaeemanesh A, et al. A review of Iranian health system›s laws, policies and reforms over the last four decades: a retrospective approach. Iran J Health Insur. 2022;4(4):260-268

Copyright © 2022 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مروری بر قوانین، سیاست‌ها و اصلاحات نظام سلامت ایران طی چهار دهه اخیر: رویکردی گذشته‌نگر

محمدمهدی کیانی [۱،۲]، خاطره خانجانخانی[۱]، هاجر حقیقی[۱]، اعظم رئوفی[۱،۲]، عفت محمدی[۲]، علیرضا اولیایی‌منش[۲،۳*]، امیرحسین تکیان[۱،۲،۴،۵*]

[۱] گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۳] گروه پرداخت و منابع مالی نظام سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۴] گروه سلامت جهانی وسیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۵] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

* **نویسندگان مسئول:** ۱. امیرحسین تکیان، دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، استاد و مدیر گروه سلامت جهانی وسیاست گذاری عمومی، بلوار کشاورز، خیابان قدس، نبش خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: takian@tums.ac.ir
۲. علیرضا اولیایی منش، دکتری تخصصی سیاست گذاری سلامت، رئیس مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر، موسسه ملی تحقیقات سلامت، طبقه پنجم، تهران، ایران. پست الکترونیک: arolyaee@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۵ **تاریخ تصحیح:** ۱۴۰۰/۰۹/۲۲ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۰/۱۰/۲۰ **تاریخ انتشار آنلاین:** ۱۴۰۰/۱۲/۱۸

چکیده

مقدمه: سلامت یکی از اصلی‌ترین ابعاد سیاست‌های اجتماعی است که دولت‌ها با هدف کاهش نابرابری‌های اجتماعی اتخاذ می‌کنند. ساختار اقتصادی سیاسی در ایران سبب شده تا رویکرد دولت نقش مهم‌تری در تعیین سیاست‌های سلامت ایفا کند. پژوهش حاضر با هدف شناسایی اصلاحات، قوانین و سیاست‌های اخذ شده نظام سلامت ایران بعد از انقلاب اسلامی و تاثیر هرکدام بر کارکردهای نظام سلامت انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مروری است که به شناسایی سیاست‌های نظام سلامت ایران بین سال‌های ۱۳۵۷ تا ۱۳۹۹ می‌پردازد. گردآوری داده‌ها به صورت جستجوی دستی در سایت سازمان‌های مربوطه انجام گرفت. مستندات بر اساس ملاحظات چهارگانه (Jupp) انتخاب شدند و در نهایت ۱۰۱ سند به پژوهش وارد شد. به منظور دسته‌بندی اسناد نیز از چارچوب کارکردها و زیرساخت‌های سازمان جهانی سلامت استفاده شد.

یافته‌ها: دسته‌بندی یافته‌های این پژوهش بر اساس سیاست‌های تصویب شده در حوزه سلامت در دولت‌های سوم تا دوازدهم بعد از انقلاب اسلامی انجام گرفته است. از ۲۶ سیاست تصویب شده طی سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۸ و ۳۱ سیاست تصویب شده در سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۶۹، بیشترین موارد مربوط به بعد ارائه خدمت بود. اما سیاست‌های مربوط به حاکمیت و رهبری بیشترین تعداد را در بین ۲۹ سیاست تصویب شده در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۷ و ۱۱ سیاست تصویب شده در سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۵ داشتند.

نتیجه‌گیری: نگاه کلی به ۵ دوره برنامه توسعه گذشته نشان می‌دهد توجه سیاست‌گذاران عرصه سلامت از بعد ارائه خدمت به سمت بعد حاکمیت و رهبری منعطف شده و سایر کارکردها، به‌ویژه نظام اطلاعات سلامت، طی سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۵ مغفول مانده است.

واژگان کلیدی: قوانین، سیاست، اصلاحات، نظام سلامت، ایران

مقدمه

از زمانی که بشر به صورت آگاهانه تلاش خود را برای حفظ سلامت و درمان بیماری‌ها آغاز کرد، نظام‌های سلامت نیز شکل گرفتند، اما تا یک قرن پیش نظام‌های سلامت سازمان یافته‌ای با هدف انتفاع و بهره‌مندی کل جمعیت از خدمات سلامت وجود نداشت. طبق تعریف سازمان جهانی سلامت، نظام سلامت عبارت است از تمام فعالیت‌هایی که هدف اصلی آنها ارتقا، بازگرداندن و حفظ سلامت است. این فعالیت‌ها می‌تواند شامل مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی یا برنامه‌های بین‌بخشی باشد. این نظام‌ها نقش مهمی در بهبود وضعیت زندگی و افزایش امید به زندگی در میان جوامع دارند [۱].

دولت‌ها بر اساس ایده‌ها و رویکردهای گوناگون سیاسی، جهت‌گیری‌های متفاوتی در سیاست‌های اجتماعی خود دارند. سیاست سلامت نیز یکی از اصلی‌ترین ابعاد سیاست اجتماعی است که

مجموعه‌ای از سیاســت‌ها و برنامه‌هایی است که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کنــد [۲]. به‌علاوه، نیازهای در حال تحول جوامع که نظام ســلامت می‌بایست پاسخگوی آنها باشد، اصلاح و تحول این نظام را در همه کشــورهای جهان ناگزیر می‌ســازد [۳]. کشــورها با ۳ نســل از اصلاحات نظام ســلامت روبه‌رو بوده‌اند. علت شکل‌گیری این اصلاحات نه‌تنها رفع نارســایی‌هایی موجود در نظام سلامت بلکه دستیابی به کارآیی بیشتر، عدالت و پاسخ‌دهی به انتظارات افراد است که درواقع هدف اصلی شکل‌گیری نظام‌های سلامت نیز هستند. نسل اول این اصلاحات مربوط به اســتقرار نظام‌های ملی مراقبت سلامت و گسترش نظام‌های بیمه اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط است. نسل دوم شاهد ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت به عنوان راهی قابل پرداخت برای دستیابی به پوشش همگانی از سوی افراد بود. از آنجا که اصلاحات نسل اول و دوم عمدتا مبتنی بر عرضه بودند، نگرانی درباره تقاضا از ویژگی‌های بارز نســل سوم اصلاحات است که در حال حاضر در بسیاری از کشورها جریان دارد [۱].

ساختار اقتصاد سیاسی در ایران سبب شده تا رویکرد دولت نقش مهم‌تری در تعیین سیاســت‌های اجتماعی از جمله سیاست سلامت ایفا کند. از جمله وظایف اصلی و اهداف نظام جمهوری اسلامی ایران که در اصل ۲۹ قانون اساسی این کشور نیز ذکر شده، حفظ، تامین و ارتقای ســطح سلامت کلیه افراد جامعه است. با استناد به این اصل و باتوجه به ساختار اقتصادی سیاسی ایران، دولت بازیگر اصلی سیاست سلامت تلقی شده و این سیاست همانند سایر سیاست‌های اجتماعی، محصول عملکرد دولت اســت [۲]. به‌علاوه، در ایــران پس از انقلاب اسلامی سال ۱۳۷۵، قانون اساسی اصلاح شده و کلیه قوانین بالادستی بر اهمیت سلامت و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی به عنوان حق اساســی برای همه شــهروندان تاکید کردند. از آن زمان تاکنون و بــرای رفع نیازهای روزافزون و نوظهور جامعه و مطالبات بهداشــتی برای پیشــگیری، درمان، آزمایشات تشــخیصی، خدمات توانبخشی و همچنین برای تقویت عرضه دارو و تجهیزات بیمارستانی و نیروی کار، اصلاحات مهمی با هدف افزایش کارآیی و اثربخشی خدمات سلامت، برقراری عدالت، تامین مالی پایدار و بهبود مدیریت نظام ســلامت در ایران انجام شده است [۳,۴].

برخی از دستاوردهای نظام سلامت در چهار دهه اخیر عبارتند از راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان و افزایش دسترسی در روستاها و شهرها، کاهش مرگ و میر، مبارزه با بیماری‌های غیرواگیردار، تربیت نیروی انسانی در عرصه بهداشت و درمان، گسترش پژوهش، برقراری نظام ژنریک دارو، افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی، افزایش مراکز تخصصــی و فوق تخصصی، راه‌اندازی مراکز تشــخیص، تجهیز مراکز آموزشی و توفیق در ساخت تجهیزات پزشکی [۵-۸]. باتوجه به اینکه شناسایی سیاست‌ها و برنامه‌های تصویب شده و اصلاحات انجام گرفته در گذشــته و بررســی آنها باعث می‌شود که از گذشته درس گرفته و راهنمایی برای آینده سیاست‌های مورد نیاز و اصلاحات نظام سلامت کشور فراهم شود، پژوهش حاضر به شناسایی و طبقه‌بندی اصلاحات، قوانین و سیاســت‌های اخذ شــده برای نظام سلامت ایران طی دوران بعد از انقلاب اسلامی و بررسی تاثیر هرکدام از آنها بر کارکردهای نظام سلامت با رویکردی گذشته‌نگر می‌پردازد.

روش بررسی

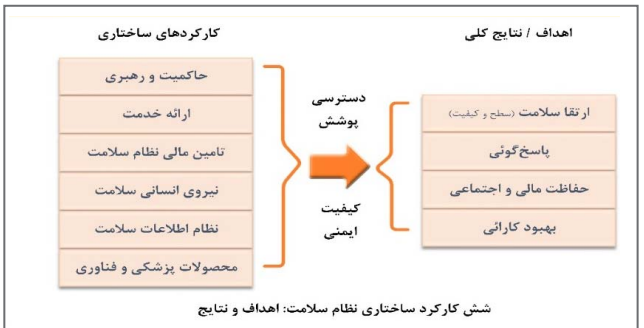
این پژوهش یک مطالعه تحلیل اسنادی است که با استفاده از یک مرور جامع، سیاســت‌های نظام سلامت ایران شناسایی شدند. محیط پژوهش، تارنماها و اســناد، مربوط به هر یک از سیاســت‌های انتخاب شده بودند. همچنین به منظور تایید لیست نهایی مورد تحلیل، مراجعه حضوری به سازمان‌های مرتبط نیز انجام و از نظر خبرگان استفاده شد. بازه زمانی اســتخراج سیاســت‌ها، قوانین و اصلاحات از سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۹۹ بود. گردآوری داده‌ها (سیاست‌ها، قوانین، اصلاحات) به صورت جســتجوی دستی در درگاه اینترنتی ســازمان‌های مربوطه و مراجعه حضوری و ارتباطات فردی و ســازمانی بــود که با مراجعه به مطلعان کلیدی سعی شــد به تمامی سیاست‌ها، قوانین و اصلاحات دسترسی پیدا شود. انتخاب مستندات بر اساس ملاحظات چهارگانه (Jupp) یعنی سندیت[1] (اصلی و درســت بودن)، اعتبار[2] (دقت)، نماینده[3] (نماینده کل اسناد طبقه خویش) و معنی[4] (چه چیزی می‌گوید) صورت گرفت [۹]. هدف از اســتفاده از این معیارها آن بود که اســناد انتخاب شده علاوه بر داشــتن اعتبار بتواننــد در حد قابل قبولی بیانگر دیدگاه‌های سیاســت‌گذار نیز باشند. بر اســاس ملاحظات چهارگانه که در پیش گفته شد، اسنادی قابل بررسی و تحلیل بودند که محتوای آنها توسط مراجع ذی‌صلاح تنظیم شــده باشــد، از صحــت و دقت محتوای آنها اطمینان حاصل شــده باشد، درمیان اسناد مربوطه به حوزه مورد نظر دارای جامعیت باشد و به خوبی بیانگر مفهوم و موضوع مورد نظر باشد. به عبارت دیگر اســناد مورد بررسی در این مطالعه بر اساس این چهار بعد مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از حصول اطمینان از وجود چهار شــرط فوق در آنها، به فهرست وارد شــدند. در نهایت ۱۰۱ سند وارد

1. Authenticity
2. Credibility
3. Representative
4. Meaning

گام بعدی مطالعه شدند.

به منظور دسته‌بندی سیاست‌ها، قوانین و اصلاحات از چارچوب کارکردها و زیر ساخت‌ها[5] استفاده شد [۱۰]. چارچوب کارکردها[6] و اهداف[7] نظام سلامت یکی از رویکردهای سازمان جهانی سلامت است و نظام‌های سلامت را از نظر شش زیرساخت اصلی ارائه خدمت[8]؛ نیروی انسانی سلامت[9] سیستم‌های اطلاعات سلامت[10]؛ دسترسی به داروهای ضروری[11] ، محصولات پزشکی و فناوری؛ تأمین مالی[12]؛ و حاکمیت و رهبری[13] ارزیابی می‌کند (تصویر ۱). در این مطالعه بعد از شناسایی هر یک از سیاست‌ها، قوانین و اصلاحات، مشخص می‌شود که هرکدام از آنها بر کدام‌یک از کارکردها تاثیرگذار بوده است.

بدین‌منظور، ابتدا تمام سیاست‌ها، قوانین و اصلاحات نظام سلامت استخراج شدند و سپس به تفکیک سال و براساس برنامه توسعه اقتصادی کشور طبقه‌بندی شدند. سپس در هر سال تعداد قوانینی که بر کارکردهای مختلف نظام سلامت تاثیرگذار بودند، در ادوار مختلف مشخص شدند.



شکل ۱ | چارچوب کارکردها و اهداف نظام‌های سلامت سازمان جهانی سلامت

یافته‌ها

باتوجه به اینکه پس از پیروزی انقلاب اسلامی، به جز دولت‌های اول و دوم، سایر دولت‌ها یک فرد در دو دوره نخست‌وزیر یا رئیس جمهور بوده، دسته‌بندی یافته‌های پژوهش نیز بر اساس طول دوران ۸ ساله نخست‌وزیری یا ریاست‌جمهوری این افراد صورت گرفت (جداول ۱ تا ۵). همچنین در پیوست ۱ لیست قوانین، اصلاحات و سیاست‌های کلان به تفکیک برنامه‌های توسعه نیز آمده است.

جدول ۱ سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های سوم و چهارم و به تفکیک ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت در سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۶۰ را نشان می‌دهد. همان‌طور که در نتایج پیداست، به طور کلی در این ۸ سال ۲۶ سیاست تصویب شده است. بیشتر سیاست‌ها در سالهای ۱۳۶۰، ۱۳۶۳ و ۱۳۶۷ تصویب شده (هر کدام ۵ سیاست) و در مجموع تعداد سیاست‌های تصویب شده در بعد ارائه خدمت بیشتر از سایر ابعاد بوده است (۹ سیاست). همچنین هیچ سیاستی در بعد نظام اطلاعات سلامت تصویب نشده است.

جدول ۲ سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های

جدول ۱| سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های سوم و چهارم به تفکیک ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت

سال	تعداد	تاثیر روی ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت					
		ارائه خدمت	نیروی انسانی سلامت	نظام اطلاعات سلامت	دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری	تامین مالی نظام سلامت	حاکمیت و رهبری
۱۳۶۰	۵	۳	۰	۰	۱	۰	۱
۱۳۶۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۶۲	۴	۰	۲	۰	۰	۲	۰
۱۳۶۳	۵	۳	۰	۰	۱	۰	۱
۱۳۶۴	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱
۱۳۶۵	۳	۱	۰	۰	۰	۲	۰
۱۳۶۶	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۶۷	۵	۰	۰	۰	۳	۰	۲
۱۳۶۸	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰
مجموع	۲۶	۹	۳	۰	۵	۴	۵

5. Six Building Block
6. Functions
7. Goals
8. Service Delivery
9. Health Workforce
10. Health Information System
12. Financing
13. Stewardship and Governance

پنجم و ششم و به تفکیک ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت در سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۶۹ را نشان می‌دهد. به طور کلی در این ۸ سال ۳۱ سیاست تصویب شده است. بیشتر سیاست‌ها در سالهای ۶۹ و ۷۵ تصویب شده (۷ و ۸ سیاست) و در مجموع تعداد سیاست‌های تصویب شده در بعد ارائه خدمت بیشتر از سایر ابعاد بوده است (۱۱ سیاست). همچنین همانند دولت ۸ سال گذشته، هیچ سیاستی در بعد نظام اطلاعات سلامت تصویب نشده است.

جدول ۳ سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های هفتم و هشتم در زمان ریاست جمهوری سیدمحمد خاتمی و به تفکیک ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۶ را نشان می‌دهد. به طور کلی در این ۸ سال ۲۹ سیاست تصویب شده است. بیشتر سیاست‌ها در سال ۸۳ تصویب شده (۹ سیاست) و در مجموع تعداد سیاست‌های تصویب شده در بعد حاکمیت و رهبری بیشتر از سایر ابعاد بوده است (۱۱ سیاست). کمترین سیاست‌گذاری نیز درخصوص نظام اطلاعات و تامین مالی نظام سلامت انجام شده است (۱ سیاست).

جدول ۴ سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های نهم و دهم و به تفکیک ابعاد زیرساختها و کارکردهای نظام سلامت در

جدول ۲| سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های پنجم و ششم به تفکیک ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت- سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۷۶

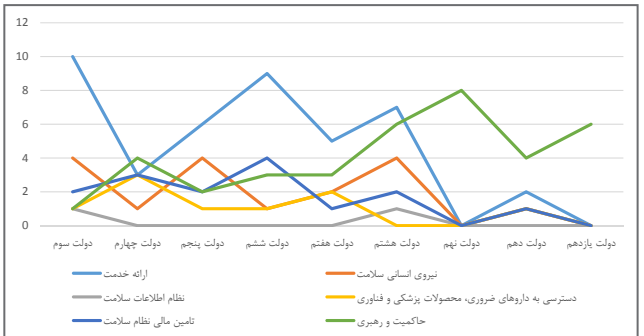
سال	تعداد	تاثیر روی ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت					
		ارائه خدمت	نیروی انسانی سلامت	نظام اطلاعات سلامت	دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری	تامین مالی نظام سلامت	حاکمیت و رهبری
۱۳۶۹	۷	۲	۲	۰	۰	۱	۲
۱۳۷۰	۳	۱	۰	۰	۰	۱	۱
۱۳۷۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۲	۲	۱	۰	۰	۰	۰	۱
۱۳۷۳	۴	۱	۰	۰	۰	۲	۱
۱۳۷۴	۵	۱	۰	۰	۱	۱	۲
۱۳۷۵	۸	۴	۲	۰	۰	۱	۱
۱۳۷۶	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰
مجموع	۳۱	۱۱	۵	۰	۱	۶	۸
مجموع	۲۶	۹	۳	۰	۵	۴	۵

جدول ۳| سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های هفتم و هشتم به تفکیک ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت - سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۴

سال	تعداد	تاثیر روی ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت					
		ارائه خدمت	نیروی انسانی سلامت	نظام اطلاعات سلامت	دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری	تامین مالی نظام سلامت	حاکمیت و رهبری
۱۳۷۷	۳	۱	۰	۰	۱	۰	۱
۱۳۷۸	۵	۲	۱	۰	۲	۰	۰
۱۳۷۹	۳	۱	۰	۰	۱	۰	۱
۱۳۸۰	۴	۱	۱	۱	۰	۰	۱
۱۳۸۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۰
۱۳۸۲	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۸۳	۹	۳	۱	۰	۰	۰	۵
۱۳۸۴	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۳
مجموع	۲۹	۹	۳	۱	۴	۱	۱۱
مجموع	۲۶	۹	۳	۰	۵	۴	۵

جدول ۵| سیاست‌های تصویب شده حوزه سلامت در دولت‌های یازدهم و دوازدهم به تفکیک ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام

سال	تعداد	تاثیر روی ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت					
		ارائه خدمت	نیروی انسانی سلامت	نظام اطلاعات سلامت	دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری	تامین مالی نظام سلامت	حاکمیت و رهبری
۱۳۹۳	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۲
۱۳۹۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۹۵	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۲
جمع	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۴



شکل ۲ | روند سیاست‌گذاری در هر یک از ابعاد زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت از سال ۶۰ تا ۹۸

سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۵ را نشان می‌دهد. به طور کلی در این ۸ سال ۱۱ سیاست تصویب شده است. بیشتر سیاست‌ها در سال ۹۱ تصویب شده (۳ سیاست) و در مجموع تعداد سیاست‌های تصویب شده در بعد حاکمیت و رهبری بیشتر از سایر ابعاد بوده است (۸ سیاست). همچنین هیچ سیاستی در این ۸ سال بعد نظام اطلاعات سلامت و ارائه خدمات انجام نشده است.

بحث

سلامت از نیازهای اصلی برای توسعه در کشورهای مختلف بوده و کالای ویژه‌ای است که پیش‌نیاز عملکرد هر فرد به عنوان یک شهروند تلقی شده و فقدان آن نه تنها سبب اتلاف رفاه فرد می‌شود، بلکه توانایی‌اش را برای انجام تعهدات و مسئولیت‌هایش از او سلب می‌کند. در ایران یکی از وظایف اصلی نظام جمهوری اسلامی، حفظ و تامین سطح سلامت کلیه افراد جامعه است. بنابراین بخش بهداشت و درمان به منظور تامین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه در چارچوب سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تعیین شده، مجموعه نظام‌یافته‌ای از فعالیت‌ها و عملیات اجرایی را تعیین کرده است.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سیاست‌ها و برنامه‌های تصویب شده برای بخش سلامت با اهداف تعیین شده برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۵ ساله کشور همخوانی دارد. پس از پیروزی انقلاب جمهوری اسلامی ایران، از سال ۱۳۶۸ تدوین برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آغاز شد و تاکنون ۶ دوره از این برنامه تدوین شده است. از این میان، برنامه ششم از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ طراحی شده و همچنان ادامه دارد، اما ۵ برنامه دیگر خاتمه یافته‌اند. برنامه ۵ ساله اول توسعه برای سال‌های ۱۳۷۲-۱۳۶۸ با انتخاب راهبرد «آزادسازی اقتصادی» طراحی شد [۱۱]. دومین هدف اصلی این برنامه که به کاهش نرخ رشد جمعیت و کاهش نرخ مرگ و میر تمرکز دارد، به‌طور مستقیم با موضوع سلامت در ارتباط است [۲,۱۲]. یافته‌های این مطالعه هم نشان می‌دهد باتوجه به اینکه بیشترین تعداد سیاست‌ها و برنامه‌های تصویب شده در این دوران مربوط به کارکرد ارائه خدمت بوده، این سیاست‌ها در راستای دستیابی به هدف مذکور بوده است. از جمله این قوانین می‌توان به تصویب طرح تربیت مامای روستا، آغاز برنامه کنترل عفونت حاد تنفسی برای کودکان زیر ۵ سال، آغاز پروژه رابط‌های بهداشتی و احداث واحدهای تسهیلات زایمانی در سال ۱۳۶۹ و از همه مهم‌تر تصویب قانون تنظیم خانواده و جمعیت در سال ۱۳۷۲ اشاره کرد. بررسی عملکرد برنامه اول نیز حاکی از آن است که این برنامه در کاهش نرخ رشد جمعیت از ۳/۵درصد به ۲درصد و کاهش نرخ مرگ و میر دستاوردهای مهمی نیز داشته است [۱۲]. در ذیل یکی از اهداف کلی این برنامه با عنوان «تامین حداقل نیازهای اساسی آحاد مردم»، سیاست‌های مربوط به حوزه سلامت ذکر شده است. از جمله سیاست‌های مربوط به بهداشت و درمان در این دوره می‌توان به تامین تغذیه در حد نیازهای زیستی، سلامت عمومی، بهداشتی- درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تاکید بر مناطق محروم و روستایی کشور و سالم‌سازی محیط زیست اشاره کرد [۲,۱۳].

استراتژی اصلی برنامه ۵ ساله دوم که برای سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۴ طراحی شده بود [۱۴] تثبیت دستاوردهای برنامه توسعه اول، ایجاد ثبات در روندهای اقتصادی کشور و کاهش بار سنگین تحولات

اقتصادی در جامعه بود. در این برنامه ضمن حفظ سیاست‌های سلامت برنامه ۵ ساله اول، سیاست‌های دیگری نیز در برنامه مطرح شد [۱۵,۲]. در بین تمامی برنامه‌های ۵ ساله توسعه، در سال-های مربوط به برنامه توسعه ۵ ساله دوم، بیشترین سیاست‌ها برای بخش سلامت اخذ شده است. از ۱۹ سیاست اخذ شده در این سال‌ها بیشترین آنها (۹ سیاست) مربوط به کارکرد ارائه خدمت بوده و پس از آن با تصویب ۴ قانون یا سیاست در حوزه کارکرد حاکمیت و رهبری، این کارکرد در رتبه دوم توجه و تمرکز قرار داشت. متاسفانه در این دوره هیچ سیاست یا قانونی در راستای کارکرد نظام اطلاعات سلامت به تصویب نرسید. برنامه‌ها و سیاست‌های تصویب شده در رابطه با کارکرد ارائه خدمت این دوران در راستای دستیابی به تامین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای عامه مردم با تاکید بر مناطق محروم و روستایی، توسعه امکانات و اتخاذ سیاست‌های تشویقی در زمینه کنترل جمعیت و گسترش شبکه بهداشت و درمان و ارائه خدمات فعال در زمینه‌های سلامتی مادر و کودک و بهداشت باروری بوده است. با هدف گسترش ظرفیت‌های بیمارستانی و نیروهای تخصصی سلامت نیز سیاست‌ها و برنامه‌هایی در رابطه با کارکرد تامین منابع انسانی در این دوران به تصویب رسید. لازم به ذکر است که این سیاست‌ها در راستای تلاش برای دستیابی به اهداف کلان این برنامه از جمله «تلاش برای تحقق عدالت اجتماعی» در این سال‌ها به تصویب رسیدند. به‌علاوه از جمله سیاست‌های مهم تصویب شده در این دوره «طرح خودگردانی بیمارستان‌ها» بوده که در راستای کاهش نقش دولت در تامین سلامت مردم به تصویب رسید [۱۳,۲].

مهم‌ترین ویژگی برنامه ۵ ساله سوم توسعه که برای سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۹ نگاشته شده بود [۱۶]، سعی در فراهم ساختن الزام‌های تحقق یک توسعه پایدار بود. جهت‌گیری اصلی این برنامه، اصلاحات ساختاری و نهادی به منظور آزادسازی و خصوصی‌سازی و کاهش تصدی‌گری دولت بود. اهداف و سیاست‌های ناظر بر تامین و توسعه سلامت در برنامه سوم توسعه باتوجه به شرایط به وجود آمده در دو برنامه پیشین، با هدف افزایش کارآیی، جلب مشارکت بخش غیردولتی و سامان‌دهی نظام ارائه خدمات (زمینه‌هایی از قبیل سطح‌بندی خدمات و اصلاح شبکه بهداشت و درمان کشور) تدوین شد [۱۵,۱۲]. مهم‌ترین برنامه تصویب شده طی این دوره «طرح پزشک خانواده و استقرار نظام ارجاع و بیمه خدمات درمانی روستایی» درسال ۱۳۸۳ است، این طرح در راستای دستیابی به یکی از محورهای اساسی این برنامه که برقراری نظام ارجاع در کلیه سطوح درمانی کشور و ارتقای سطح کیفی خدمات بهداشتی، درمانی در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بود، تصویب شد. به صورت کلی برقراری نظام ارجاع، کنترل، ریشه‌کنی و حذف بیماری‌های واگیر و درمان مناسب بیماری‌های غیرواگیر، اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان کشور، اجرای سطح‌بندی خدمات و ساماندهی شبکه اورژانس کشور، توجه به درمان و توانبخشی بیماران روانی، اصلاح ساختار تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای کاهش تصدی در امور اجرایی و تقویت نقش سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت از محورهای اساسی این برنامه به‌منظور اصلاحات در بخش سلامت بودند [۱۳,۲]. دوران ۵ ساله سوم، تنها دوره‌ای بود که همه ابعاد و کارکردهای نظام سلامت در مصوبات مورد توجه قرار گرفتند، به‌طوری که از ۲۰ برنامه و سیاست تصویب شده در این دوران ۸ مورد مربوط به کارکرد ارائه خدمت، ۴ مورد نیروی انسانی سلامت، یک مورد نظام اطلاعات سلامت، یک مورد دسترسی به داروهای ضروری و فناوری، ۲ مورد تامین مالی سلامت و ۷ مورد مربوط به کارکرد حاکمیت و رهبری بوده است.

در برنامه ۵ ساله چهارم توسعه که برای سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۴ برنامه‌ریزی شده بود [۱۷]، در فصل هفتم با عنوان «ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی» به موضوع سلامت (بهداشت و درمان) پرداخته شده است. سیاست‌های پیش‌بینی شده بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه مبتنی بر چارچوب نظری مورد توافق گزارش بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی سلامت بوده است. رویکرد اصلی این برنامه، اتخاذ سیاست‌های سلامت‌محور و گاه فرابخشی است. باتوجه به اینکه اهداف نظام سلامت در این برنامه ارتقای سطح توزیع سلامت و پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی مردم و توزیع آن بوده است [۱۳,۲]، برخلاف ۳ دوره قبلی، دراین برنامه بیشتر سیاست‌ها و قوانین در رابطه با کارکرد حاکمیت و رهبری بود، تا جایی که از میان ۹ مصوبه این دوره، ۸ مورد بر حاکمیت و رهبری و یک مورد نیز بر نیروی انسانی سلامت تاثیرگذار بودند، در حالی که هیچ قانون یا سیاستی درخصوص سایر کارکردها به تصویب نرسید. ازجمله مهم‌ترین مصوبات دولت در این دوره می‌توان به تصویب آیین‌نامه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اشاره کرد.

قانون برنامه ۵ ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در سال ۱۳۸۹ و برای سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید [۱۸]، تاکید بر روی انسان سالم و سلامت همه‌جانبه با توجه به یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه-ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم هزینه‌های سلامت به ۲۰درصد تا

پایان این برنامه از سیاست‌های مربوط به بخش سلامت این برنامه بود. به‌علاوه در این برنامه بر تداوم کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که در برنامه چهارم توسعه آغاز شده بود و بر تمرکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت نیز تاکید شده بود [۱۳,۲]. در این راستا و باتوجه به اهداف تعیین شده، مهم‌ترین سیاست‌ها و برنامه‌های تصویب شده در این دوران عبارتند از تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۹۰، تشکیل سازمان بیمه سلامت و تغییر نام شورای عالی بیمه به بیمه سلامت، تصویب قانون تجمیع بیمه و آغاز طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری در سال ۱۳۹۱، تصویب طرح تحول سلامت در سال ۳۹۲،؛ ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ و ادغام مجدد بیمه سلامت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که اکثراً در رابطه با کارکرد حاکمیت و رهبری نظام سلامت بوده‌اند.

به طور کلی سیاست‌ها و برنامه‌های مطرح شده در دوران برنامه اول با هدف دستیابی به شرایط موافقت اصولی تاسیس مراکز بهداشتی درمانی، تامین داروهای مورد نیاز مناطق محروم، گسترش آموزش‌های عمومی و مراقبت‌های بهداشتی درمانی، تجهیز مراکز منطقه‌ای و ایجاد مجموعه‌های عملکردی به‌منظور تمرکززدایی تصویب شده‌اند. باتوجه به اهداف برنامه‌های توسعه دوم نیز در تصویب سیاست‌ها و برنامه‌های این دوره به توسعه وگسترش بیمه همگانی، ایجاد مراکز بهداشتی درمانی در مناطق آزاد و شبکه‌های بهداشتی درمانی پرداخته شده است. رایگان بودن کلیه خدمات بهداشتی، واگذاری خدمات و مباحث نظارتی و اجرای سطح بندی خدمات از رویکردهایی بودند که در سیاست‌های تصویب شده در دوران برنامه توسعه سوم مورد توجه قرار گرفتند. باتوجه به جهت‌گیری برنامه چهارم، اتخاذ سیاست‌های سلامت محور پیشگیرانه درحوزه بیماری‌ها مورد توجه بوده و تولیت نظام سلامت، عدالت و کیفیت خدمات نیز در نظر گرفته شده است. در برنامه پنجم سیاست‌ها بیشتر بر تولیت نظام سلامت، تامین مالی پایدار، پوشش بیمه‌ای مناسب، خرید راهبردی و ارائه تمامی خدمات در راستای نظام ارجاع و سطح بندی متمرکز شده‌اند.

نتیجه‌گیری

نگاه کلی به ۵ دوره برنامه توسعه گذشته نشان می‌دهد با گذشت زمان توجه سیاست‌گذاران عرصه سلامت از بعد ارائه خدمت به سمت بعد حاکمیت و رهبری منعطف شده است. آنچه در این میان حائز اهمیت است، مغفول ماندن نسبی سایر کارکردها، به‌ویژه نظام اطلاعات سلامت، طی سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۵ بوده است. به نظر می‌رسد اهمیت این کارکرد برای سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران همچنان ناشناخته است.

تأییدیه اخلاقی: مقاله حاضر از نوع مروری است و نیازی به اخذ کد اخلاق ندارد.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکردند.

منابع مالی: پژوهش حاضر توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

References

1. World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. Gharakhani M. The Government and Health Policy in Iran (1981-2009). Social Sciences. 2013;20(61):211-54. [Persian]
3. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal. 2006;9(3):1-18. [Persian]
4. Doshmangir L, Bazyar M, Majdzadeh R, Takian A. So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. Arch Iran Med. 2019;22(10):592-605.
5. Deputy Minister of Health FaPHO. Iran demographic and health survey DHC-2000. Tehran: UNICEF; 2000. Pp:192. [Persian]
6. Marandi SA. Health in the Islamic Republic of Iran: WHO, UNICEF; 2000.
7. Industrial Management Institute DoS-OoOal. Plan to review the organizational structure of the Ministry of Health and Medical Education; Comparative studies. Tehran: Industrial Management Institute; 1999. [Persian]
8. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal. 2006;9(3):1-18. [Persian]
9. Mostafavi H, Rashidian A, Arab M, Mahdavi MR, Ashtarian K. Health Priority Setting in Iran: Evaluating Against the Social Values Framework. Glob J Health Sci. 2016;8(10):53834. doi: 10.5539/gjhs.v8n10p212.
10. World Health Organization. National Health Planning Tools · Health system building blocks 2007 [cited 2021 Jan 4]. Available from: https://extranet.who.int/nhptool/BuildingBlock.aspx.
11. The Parliament of Iran. The first five-year development plan. Tehran, 1989. [Persian]
12. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. World Health Organization.

Regional Office for Europe; 1997.
13.Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the health system: An overview on national development plans. Sadra Medical Sciences Journal. 2015;3(1):77-88. [Persian]
14.The Parliament of Iran. Second five-year Development Plan. Tehran, 1995. [Persian]
15.Qarakhani M. [Government and Health Policy in Iran (1981-2009)]. Social Sciences Quarterly. 2012;61:211-54. [Persian]
16.The Parliament of Iran. Third five-year development plan. Tehran, 2000. [Persian]
17.The Parliament of Iran. Fourth five-year development plan. Tehran, 2005. [Persian]
18.The Parliament of Iran. Fifth Five-Year Development Plan. Tehran, 2015. [Persian]