



## مروری تحلیلی بر سیاست‌های سلامت ایران در برنامه‌های توسعه

### چکیده

**زمینه:** برنامه‌های بلند مدت توسعه ابزاری برای ترسیم افق‌های آینده محسوب می‌شوند. این مقاله در پی بررسی وضعیت بخش سلامت در محتوای قوانین برنامه‌های توسعه در ایران بعد از پیروزی انقلاب اسلامی است.

**روش کار:** در این مطالعه که به روش کیفی انجام شده، با استفاده از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا هر پنج برنامه توسعه مصوب پس از پیروزی انقلاب اسلامی مورد بررسی قرار گرفته است.

**یافته‌ها:** در هر پنج برنامه توسعه مصوب پس از پیروزی انقلاب اسلامی بخش سلامت به صورت پررنگ دیده شده و احکامی مرتبط با آن وجود دارد. در برنامه اول و دوم احکام در خصوص گسترش شبکه بهداشت و درمان و کنترل جمعیت است. در برنامه سوم احکام رویکرد به واگذاری خدمات دارد. در برنامه چهارم و پنجم احکام ناظر بر کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم و افزایش کارآیی هستند.

**نتیجه‌گیری:** نگاهی به مواد مرتبط با سلامت در پنج برنامه توسعه در ایران نشان می‌دهد که رویکرد این برنامه‌ها در ابتدا تنها توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی با نگاه دولتی بوده است. از آغاز برنامه سوم توسعه نگاه قدری به سمت واگذاری خدمات متمایل شد و از سویی بحث‌های عدالت توزیعی نیز مطرح گردید. در برنامه چهارم و پنجم مفاهیمی چون عدالت در سلامت طرح شد و به نظر می‌رسد رویکردها از گسترش فیزیکی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و عدالت مالی در سلامت تغییر یافت. اما نگاه کلی به احکام و اهداف برنامه‌های توسعه در این بخش گویای این مطلب است که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارند. از سویی دیگر برخی احکام نیز متولی مشخصی ندارند.

**واژگان کلیدی:** نظام سلامت، برنامه توسعه، نظام برنامه‌ریزی

دکتر علی اخوان بهبهانی\* ۱

۱- پزشک عمومی، پژوهشگر

\* نشانی نویسنده مسؤول: تهران-

خیابان سپهد قرن- پلاک ۱۳۱

تلفن: ۰۲۱-۸۳۳۰۷۵۰۷

نشانی الکترونیکی:

alakhavan@gmail.com

## مقدمه

جمهوری اسلامی در دهه آغازین خود بود. که باعث شد عملاً به مدت ۱۰ سال تدوین برنامه توسعه به فراموشی سپرده شود. نخستین برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی در سال ۱۳۶۷ با تلاش و پیگیری سازمان برنامه و بودجه کشور و تعامل مناسب مجلس شورای اسلامی برای یک دوره پنج ساله به تصویب رسید و پس از آن نیز چهار برنامه دیگر تهیه و به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. در سالیان گذشته در مقالات و نوشتارهای متعددی به بررسی و تحلیل این برنامه‌ها پرداخته شده است. زنوز در کتاب بررسی نظام برنامه‌ریزی اقتصادی در ایران [۱]، ورمزیار در سلسله گزارشات مجموعه مطالعات الگوی مطلوب برنامه‌ریزی برای ایران [۲] و سعید غلامی نتاج در کتاب آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه اقتصادی کشور بعد از پیروزی انقلاب اسلامی [۳] هر یک به نحوی به این موضوع پرداخته‌اند. اما در هیچیک از موارد اختصاصاً بخش سلامت مورد بررسی و تحلیل قرار نگرفته است. در این مقاله نگاهی به وضعیت سلامت در احکام برنامه‌های توسعه ایران، پس از پیروزی انقلاب اسلامی شده و سعی شده ضمن بررسی سیر آن مختصری از نتایج به دست آمده از اجرای قوانین و نقاط قوت و ضعف آنها مورد بررسی قرار گیرد و نهایتاً با استفاده از تجربیات مواد مرتبط در قوانین برنامه‌های توسعه پیشنهاداتی برای تدوین قوانین بخش سلامت در برنامه ششم توسعه یا سایر قوانین جامع خدمات سلامت ارائه شود.

## روش کار

در این مقاله متن قوانین توسعه پس از پیروزی انقلاب به عنوان اسناد اصلی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. علاوه بر مواد قانونی برنامه، اهداف کلان و خط‌مشی‌ها برنامه نیز برای تحلیل برنامه مورد استفاده قرار می‌گرفت. با توجه به اهداف تحقیق و شیوه‌های رایج در تحلیل سیاست‌گذاری و با لحاظ مجموعه اسناد و مدارک در دسترس در این مقاله از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا استفاده شده است. تحلیل محتوا در این تحقیق از نوع مضمونی است و در واقع واحد تحلیل، مضامین موجود در متن قانون است و معرف‌های مورد نظر در قالب این مضامین جستجو و در راستای تطبیق و تحلیل برنامه‌ها به کار گرفته می‌شوند. بدین منظور یک بار کلیه متون مربوط به برنامه‌ها مطالعه، پیشخوانی و فیش‌برداری شده‌اند و پس از پایان کار و تطبیق با سایر اسناد موجود جهت افزایش اعتبار و پایانی تحقیق، دوباره خوانی شده‌اند. در این شیوه عملاً با واژه‌های خاص جستجو

برنامه‌های بلندمدت توسعه ابزاری برای ترسیم افق‌های آینده به شمار می‌آیند تا در راستای عملکرد گام به گام به آنها، بتوان به اهداف مورد نظر دست یافت. این نوع برنامه‌ریزی در دهه ۱۹۵۰ رواج یافت، به این ترتیب که چون برنامه‌ریزی عملیاتی و بودجه‌بندی در ارائه یک افق بلندمدت در برنامه‌ریزی دچار ضعف بود لذا صاحب‌نظران را بر آن داشت تا از ابزار دیگری استفاده نمایند و به همین جهت، برنامه‌ریزی مبتنی بر «طول زمان» شکل گرفت و بر این مبنا در دوره‌های کوتاه مدت (زیر یک سال)، میان مدت (یک تا ۳ سال)، و بلند مدت (۳ تا ۵ سال) تعریف شد. [۱]

فرآیند برنامه‌ریزی در ایران در سال ۱۳۱۶ شمسی با تشکیل شورای اقتصاد با هدف بررسی طرح‌های اقتصادی و پیشنهاد راه‌های عملی برای اجرای آنها به هیأت دولت (متشکل از ۱۰ عضو به ریاست نخست وزیر) آغاز گردید. در سال ۱۳۱۶ یک کمیسیون دائمی با تصویب شورای اقتصاد مأمور تهیه برنامه ۷ ساله کشاورزی شد که نتایجاً منجر به تهیه پیشنهادهایی درباره اصلاح وضع کشاورزی و مسأله مهاجرت شد. ولی پس از سال ۱۳۱۷ این موضوع مسکوت ماند و مسأله برنامه‌ریزی تا سال ۱۳۲۳ به دست فراموش سپرده شد. در سال ۱۳۲۳ شورای عالی اقتصاد دوباره تشکیل شد. این بار وظایفی از جمله تثبیت نرخ پول، تشویق و افزایش تولیدات، بررسی امور مالی و فنی کارخانه‌های دولتی، ایجاد نظم در امور اقتصادی و تأمین حداقل زندگی مردم به این شورا داده شد. شورای اقتصاد دوم نیز فعالیت چشمگیری نداشت و نتوانست از عهده انجام وظایف محوله به خوبی برآید. دولت ایران در سال ۱۳۲۵ با شرکت موريسن نودسن قراردادی را منعقد نمود. شرکت مذکور نیز گزارش خود را تحت عنوان «برنامه توسعه و عمران ایران» به دولت ایران ارائه کرد که وسعت برنامه مذکور خارج از توان مالی دولت بود و لذا دولت با توجه به برنامه شرکت مذکور و با کمک هیأت عالی برنامه و نظرات کارشناسان ایرانی در سال ۱۳۲۶ یک برنامه ۷ ساله تهیه کرد که به صورت لایحه در اردیبهشت ماه ۱۳۲۷ به مجلس شورای ملی ارائه شد و مجلس نیز در بهمن سال ۱۳۲۷ برنامه مذکور را با اعتباری معادل ۲۱ میلیارد ریال تصویب کرد. تا پیش از پیروزی انقلاب مجموعاً شش برنامه عمرانی به تصویب رسید. [۲و۱]

پس از پیروزی انقلاب و برپایی دولت جدید اتفاقاتی چون تغییر مدیران و پیدایش هشت سال جنگ تحمیلی مهم‌ترین دغدغه‌های

صورت نمی‌گیرد و کل متن مورد بررسی پیشخوانی و فیش‌برداری قرار می‌گیرد. متغیر اصلی مورد بررسی در این تحقیق قوانین مربوط به سلامت بود و تمامی احکامی که به طور مستقیم بر مقوله سلامت تأثیرگذار بود مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. جامعیت قوانین، سیر آنها، رویکردهای موجود، اجرایی بودن و تطابق با رویکردهای جهانی سایر متغیرهایی بود که در تحلیل به آنها توجه شد.

## یافته‌ها

از پس از پیروزی انقلاب اسلامی تا کنون پنج برنامه توسعه تهیه و به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است. برنامه پنج‌ساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دوره (۱۳۶۸-۱۳۷۲)، با انتخاب راهبرد «آزادسازی اقتصادی» آغاز شد. این برنامه مشتمل بر ماده واحد، ۵۲ تبصره، ۱۰۴ حکم، ۱۱ جدول کلان و یک پیوست (اهداف کمی برنامه‌های بخشی) بود. هدف اصلی این برنامه آن بود که با سرمایه‌گذاری دولت در زمینه بازسازی خسارت‌های جنگ تحمیلی و بهره‌برداری حداکثری از ظرفیت‌های موجود، روندهای منفی اقتصادی حاکم را به نفع ایجاد رشد اقتصادی در کشور تغییر دهد و بستر تداوم رشد در آینده را فراهم کند. از این رو، برنامه اول توسعه به «برنامه سازندگی» شهرت یافت که مرکز ثقل برنامه بود. [۳]

خط‌مشی‌های اصلی برنامه اول، پیرامون چند محور اساسی توجه به بازسازی و راه‌اندازی چرخ‌های تولید، توسعه امکانات فیزیکی و زیربنایی، توسعه خدمات اجتماعی دولت و رفع عدم تعادل‌های عمده در توزیع امکانات بین مناطق و قشرهای گوناگون جامعه شکل گرفته بود. [۴]

کمبود امکانات بهداشتی درمانی و توزیع ناموزون امکانات و منابع فیزیکی و انسانی گروه پزشکی و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی سبب شد تا در برنامه اول توسعه در بخش بهداشت و درمان، تکمیل شبکه خدمات‌رسانی و بهبود استانداردهای بهداشت و درمان برای دسترسی به خدمات یادشده در دستور کار قرار گیرد. از این رو، هدف‌گذاری برای احداث ۳۶۰ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی با ۱۴۴۰ خانه بهداشت تابع، ۱۹۲ مرکز بهداشت شهرستان و ۲۷ مرکز بهداشت استان مورد تأکید قرار گرفت. [۵]

فراگیری پوشش خدمات بهداشتی و درمانی و دسترسی همه مردم به خدمات در اقصی نقاط کشور، ارتقای کیفی خدمات و افزایش سهم اعتبارات از سیاست‌گذاری‌های برنامه اول توسعه به شمار

می‌آمد.

برنامه اول توسعه در زمینه‌های اجتماعی دستاوردهای مهمی داشت. که از آن جمله می‌توان کاهش نرخ رشد جمعیت (از ۳/۵ درصد به حدود ۲ درصد)، کاهش نرخ مرگ‌ومیر، افزایش نرخ باسوادی و افزایش پوشش تحصیلی را نام برد. [۶]

از حیث تطابق با اسناد جهانی این برنامه تا حد زیادی تحت تأثیر بیانیه آلماتا و رویکرد بهداشت برای همه بود. از حیث جامعیت این برنامه در بخش سلامت از جامعیت کافی برخوردار نبوده و بیشتر توسعه فیزیکی مد نظر بود. به لحاظ اجرایی بودن نیز تا حد زیادی این برنامه اجرایی و عملیاتی دیده شده بود.

قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۸-۱۳۷۴) در ۳ فصل در آذر ماه سال ۱۳۷۳ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. استراتژی اصلی برنامه دوم توسعه تثبیت دستاوردهای برنامه اول توسعه، ایجاد ثبات در روندهای اقتصادی کشور و کاهش بار سنگین تحولات اقتصادی بر جامعه بود. این برنامه از جهت ساختار و ماهیت تفاوتی با برنامه اول نداشت و مبتنی بر آزادسازی اقتصادی و خصوصی‌سازی بود. برنامه دوم نیز رشد و توسعه اقتصادی را از اصلی‌ترین اهداف خود می‌دانست و تأکید خاصی بر پایداری آن داشت. «برنامه ثبات اقتصادی» عنوان دیگر برنامه دوم توسعه بوده است. [۳]

تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی جزء خط‌مشی‌های اساسی این برنامه آورده شده بود و در تبصره ۹۴ این قانون آورده شده است: دولت موظف است از محل منابع بودجه عمومی نسبت به تکمیل تأسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به ترتیب اولویت خانه‌های بهداشت مراکز بهداشتی درمانی روستائی پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری اقدام نماید به نحوی که توسعه کمی شبکه‌های مذکور تا پایان برنامه دوم کامل و زمینه‌های فیزیکی، تجهیزاتی و توسعه تشکیلاتی انجام و توسعه کیفی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شود. [۷]

مهم‌ترین سیاست‌های این برنامه در بخش سلامت عبارت از: کنترل جمعیت از طریق افزایش سطح آگاهی افراد، لغو کلیه قوانین و مقررات و امتیازهای اقتصادی-اجتماعی، مشوق خانوارهای پرجمعیت و تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور بودند.

در طول این برنامه افزایش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، گسترش ظرفیت‌های بیمارستانی و نیروهای تخصصی آموزش

از بخش غیردولتی نیز خرید خدمت انجام دهد. همچنین اجازه داده شد بخشی از درآمدهای حاصل از ارائه خدمات به کارکنان در واحدهای تحت تصدی دولت به صورت کارانه برای افزایش کارایی آنان پرداخت شود.

در ماده ۱۹۳ این قانون موضوع ایجاد عدالت توزیعی در ارایه خدمات درمان بستری مورد توجه جدی قرار گرفت. در این ماده ذکر شد به منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری مناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور، با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترس بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه‌گذاری‌های خارج از حد نیاز، سطح‌بندی خدمات درمان بستری با جبران هزینه نقل و انتقال بیماران و حفظ سهم بستری بیماران اعزامی از سطوح پایین‌تر توسط دولت، حسب تخصص‌های مختلف و محل‌های استقرار آن، به تفکیک شهرستان صورت خواهد گرفت. هر گونه احداث، ایجاد، توسعه و تجهیز ظرفیت‌های درمان بستری کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات درمانی مطابق سطح‌بندی خدمات درمانی کشور خواهد بود.

برای اولین بار در برنامه‌های توسعه کشور بازار دارو در برنامه سوم توسعه مورد توجه قرار گرفت و رویکردهای حمایتی از آن کاهش یافت ماده ۱۹۶، تنظیم بازار دارو، تأمین ارز مورد نیاز ورود مواد اولیه دارو و داروهای ساخته شده وارداتی را برای جلوگیری از افزایش قیمت دارو و حمایت از نظام بیمه‌ای پیش‌بینی کرد و در آخر ارتقای امنیت غذا و تغذیه در ماده ۱۹۷ مورد توجه قرار گرفت. تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس هزینه تمام شده برای بسته‌های خدمتی تعریف شده، تدوین و اجرای طرح‌های تأمین حداقل نیازهای انسانی، صدور مجوز و ترغیب بخش خصوصی برای تأسیس مطب و داروخانه در مراکز بهداشتی-درمانی بر اساس سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تشویق تشکیل گروه‌های تعاونی پزشکان و کارکنان بهداشتی و تلاش برای فراهم کردن سرمایه اولیه برای ایجاد واحدهای بهداشتی و درمانی توسط تعاونی‌ها، ارایه کمک‌های مالی برای ایجاد و احداث واحدهای بهداشتی-درمانی توسط بخش غیر دولتی از طریق اعطای تسهیلات بانکی با نرخ ترجیحی، فراهم آوردن امکان خرید خدمت از بخش خصوصی پس از تدوین تعرفه برای خدمات بهداشتی، خودداری از ایجاد واحدهای بهداشتی-درمانی دولتی در مناطقی که جاذبه برای بخش خصوصی وجود دارد و سوق دادن منابع دولتی برای مناطقی که جاذبه برای بخش

دیده در کنار بهبود شاخص‌های مرتبط با بهداشت از قبیل میزان دسترسی جمعیت به آب آشامیدنی سالم و افزایش سطح آگاهی اجتماعی باعث ارتقای شاخص‌های سلامتی همچون کاهش نرخ مرگ‌ومیر مادران و کودکان زیر پنج سال و کاهش سهم بیماری‌های واگیر شد. [۶]

از حیث تطابق با اسناد جهانی این برنامه نیز تا حد زیادی تحت تأثیر رویکرد بهداشت برای همه و برنامه‌های کنترل جمعیت بود. از حیث جامعیت این برنامه در بخش سلامت از جامعیت کافی برخوردار نبوده و بیشتر توسعه فیزیکی مدنظر بود. اما تا حد بسیار زیادی در راستای برنامه اول نگاشته شده بود. به لحاظ اجرایی بودن نیز تا حد زیادی این برنامه اجرایی و عملیاتی دیده شده بود. قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹) که در سال ۱۳۷۹ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید، مشتمل بر ۳ بخش، حوزه‌های فرابخشی (فصول اول تا دوازدهم) بخش دوم امور بخشی (فصل سیزدهم تا بیست و پنجم) و بخش سوم، فصل بیست و ششم موضوع اجرا و نظارت برنامه بود، فصل بیست و پنجم این قانون اختصاص به موضوع بهداشت و درمان داشت و در شش ماده تکالیف مشخصی را برای این بخش تعیین کرده بود. [۸]

برنامه سوم توسعه به «برنامه اصلاح ساختاری» نیز مشهور بود. جهت‌گیری اصلی این برنامه، اصلاحات ساختاری و نهادی به منظور آزادسازی و خصوصی‌سازی بود. اصلاح محیط کسب و کار، مقررات‌زدایی از فرآیند سرمایه‌گذاری، تقویت قدرت رقابت‌پذیری از طریق حرکت به سمت آزادسازی نظام قیمت‌ها و تعیین قیمت بر مبنای ساز و کار بازار به‌عنوان ابزار تخصیص بهینه منابع، از راهبردهای این برنامه محسوب می‌شد. یکسان‌سازی نرخ ارز، آزادسازی تجارت و حذف موانع غیرتعرفه‌ای، تخصیص رقابتی منابع بانکی، تأسیس بانک توسط بخش غیردولتی، تشکیل حساب ذخیره ارزی و حذف یارانه انرژی از مقوله‌های اصلاح نظام قیمت‌ها به شمار می‌آمد که در برنامه سوم توسعه بر آنها تأکید شده بود. [۳] بر اساس ماده ۱۹۲ این قانون توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیشتر از یکصد هزار نفر جمعیت) بر عهده بخش غیردولتی بود. همچنین در شهرهای بزرگ جهت واگذاری امکانات درمان بستری موجود و ایجاد مراکز درمان بستری جدید برای بخش غیردولتی با اولویت تعاونی‌های گروه پزشکی تسهیلات لازم ایجاد می‌شد. در این ماده به وزارت بهداشت اجازه داده شد از کارکنان خود طبق تعرفه‌های مصوب خرید خدمت انجام دهد (یعنی نظام کارمزدی به جای روزمزدی استفاده شود) و همچنین

فرابخشی تهیه اسناد ویژه فرابخشی و برای هر استان تهیه سند توسعه استان در دستور کار قرار گرفت. در این اسناد ضمن تشریح قابلیت‌ها، امکانات، محدودیت‌ها، جهت‌گیری‌های اصلی، اهداف کمی، اهداف کلی، راهبردها، سیاست‌های اجرایی و اقدام‌های مورد نیاز برای رسیدن به اهداف هر سند پیش‌بینی شد. علاوه بر این قرار بود تا برای اقدام‌هایی که تکلیف دستگاه‌های مختلف اجرایی تلقی می‌شد، برنامه عملیاتی تهیه و تنظیم شود تا بر پایه آن احکام برنامه در قالب بودجه‌های سالیانه، عملیاتی شود.

فصل هفتم این قانون با نام ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی با ۱۱ ماده به موضوع سلامت اختصاص داشت. [۱۱] در ماده ۹۰ این قانون برای اولین بار بحث مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع در بخش سلامت به میان آمد در این ماده مقرر شد به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. [۱۲]

ماده ۸۸ این قانون بحث ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، را مطرح کرد و شیوه‌هایی برای تغییر نحوه اداره بیمارستان‌های دولتی (از جمله، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری- مالی به آنها در چارچوب تعرفه‌های مصوب) مشخص نمود. در این راستا مواد ۸۴ و ۸۵ قانون برنامه چهارم توسعه ابعاد مختلف مخاطرات سلامتی را مورد توجه قرار داده و سیاست‌هایی را برای کنترل و کاهش آنها ارایه کرده است. همچنین در ماده ۸۹ این قانون که نوعی ادامه برنامه سوم توسعه بود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شد، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استانداردهای خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. در این برنامه بحث درمان رایگان مصدومان حوادث ترافیکی نیز در ماده ۹۲ طرح و مورد توجه قرار گرفت. [۱۱]

خصوصی وجود ندارد از جمله راهکارهای اجرایی بخش بهداشت و درمان قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی بود که به تصویب هیأت وزیران رسید. [۹] به علاوه به منظور استمرار سیاست تحدید موالید، کنترل و پیشگیری از بیماری‌های واگیر و غیر واگیر اقدام‌هایی در این برنامه نظر گرفته شد.

در این برنامه رشد متوسط سالیانه جمعیت کشور ۱/۶ درصد بود و از ۶۳۵۱۵ هزار نفر در سال ۱۳۷۹ به ۶۷۶۷۳ هزار نفر در سال ۱۳۸۳ بالغ شد. بدیهی است که این جمعیت نیازمند دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی بود. شاخص پزشکی به هزار نفر در سال‌های اجرای این برنامه از ۱/۰۶ به ۱/۱۳ افزایش یافت. همچنین تعداد تخت بستری از ۱۰۵۷۱۶ تخت در سال ۱۳۷۹ به ۱۱۲۵۹۰ تخت در سال ۱۳۸۳ افزایش یافت. نسبت تخت فعال به ثابت در کشور نیز در سال ۱۳۸۳ به ۸۱ درصد رسید که این به معنای کارآمدتر شدن استفاده از منابع بخش درمان بود. در سال ۱۳۸۳ تعداد مراکز بهداشتی و درمانی نیز به ۷۶۳۲ واحد رسید که نسبت به سال ابتدای برنامه سوم حدود ۱۰ درصد رشد نشان می‌داد. به علاوه شاخص امید به زندگی در بدو تولد از ۷۰ سال در سال ۱۳۷۹ به ۷۱/۷ سال در سال ۱۳۸۳ رسید و میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یک سال به بیش از ۹۵ درصد بالغ شد. [۱۰]

از حیث تطابق با اسناد جهانی این برنامه تا حدی تحت تأثیر سیاست‌های بانک جهانی در راستای تمرکززدایی بود. از حیث جامعیت این برنامه در بخش سلامت از جامعیت کافی برخوردار نبوده اما نسبت به برنامه‌های قبل جامع‌تر بود. در این برنامه سیاست‌های بخش سلامت متفاوت با برنامه‌های اول و دوم نگاشته شده بود. به لحاظ اجرایی بودن نیز این برنامه تقریباً اجرایی و عملیاتی دیده شده بود.

قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴) در ۱۵ فصل و ۱۶۱ ماده به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. [۱۱] ویژگی برنامه چهارم توسعه تهیه و تصویب آن در چارچوب سند چشم‌انداز بیست ساله و پس از ابلاغ سیاست‌های کلی برنامه توسط رهبر معظم انقلاب اسلامی است. در چارچوب چشم‌انداز، برنامه‌ریزی‌ها و حرکت‌های فردی و اجتماعی در راستای آینده‌سازی جهت‌گیری می‌شوند. در این چارچوب، تمام قلمروهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی به‌صورت یک کلیت مطرح است.

نظام برنامه‌ریزی برنامه چهارم توسعه، متفاوت از برنامه‌های پیشین، سعی در تلفیق و هماهنگی برنامه با بودجه سالیانه داشت. [۲] همچنین برای هر بخش اسناد بخشی و برای موضوع‌های



توسعه‌ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد آمده بود.

در فصل سوم امور اجتماعی این قانون که متناظر با فصول هفتم و هشتم برنامه چهارم است، به موضوع‌هایی مانند بیمه‌های اجتماعی و سلامت و درمان، مسایل حمایتی و توانمندسازی، سرمایه اجتماعی، جوانان، خانواده و ایثارگران اختصاص دارد در بخش سلامت که مواد ۳۲ تا ۳۸ را شامل می‌شود به موضوع‌هایی مانند استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی، کاهش بدهی‌های دولت به سازمان‌های بیمه‌ای تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، توزیع امکانات دولتی در واحدهای بهداشتی و درمانی مطابق با سطح‌بندی خدمات آنها، درمان بی‌قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی و گسترش پوشش بیمه همگانی سلامت، پرداخته شده که مشابه با برنامه چهارم است. استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و اجرا نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت‌های بخش غیر دولتی در سراسر کشور و ممانعت از فعالیت پزشکی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی در بیمارستان‌های بخش خصوصی از مهم‌ترین مواردی است که در این قانون اضافه شده است. [۱۵]

از حیث تطابق با اسناد جهانی این برنامه نیز تا حد زیادی تحت تأثیر سیاست‌های عدالت در بخش سلامت بود. از حیث جامعیت این برنامه در بخش سلامت از جامعیت بیشتری نسبت به برنامه‌های قبلی برخوردار بود. در این برنامه سیاست‌های بخش سلامت در راستای برنامه چهارم توسعه قبلی نگاشته شده بود. به لحاظ اجرایی بودن نیز این برنامه چندان اجرایی و عملیاتی دیده نشده و احکام برای اجرایی شدن نیاز به بازه‌های زمانی طولانی‌تری دارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

نظام برنامه‌ریزی ابزاری برای پیش‌بینی، تنظیم و تحقق هدف‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه است. پیچیدگی و اهمیت این فرآیند ایجاب می‌نماید که مراحل آن به گونه‌ای منطقی به صورتی سازمان‌یابد که جریان تصمیم‌گیری را در جامعه تسهیل نماید. نگاهی به مواد مرتبط با سلامت در پنج برنامه توسعه در ایران نشان می‌دهد که رویکرد این برنامه‌ها در ابتدا تنها توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی با نگاه دولتی بوده است. این نگاه در برنامه اول و دوم توسعه با تکیه بر گسترش خدمات بهداشتی درمانی به

در این برنامه به دنبال تغییر شرایط بین‌المللی و وضعیت خدمات بهداشتی و درمانی ایران برای اولین بار حضور در بازارهای جهانی مطرح و مقرر شد که در پایان برنامه چهارم توسعه، جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه تبدیل شود و ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات این بخش ۳۰ درصد مصارف ارزی آن را تأمین کند. [۱۲]

هر چند در این برنامه توسعه مراکز بهداشتی درمانی را شاهد بودیم و تعداد تخت‌های بستری به ۱۱۵۰۰۰ تخت و تعداد خانه‌های بهداشت به ۱۷۷۵۰ واحد رسید [۱۳] اما در تحقق شاخص‌های مربوط به عدالت در سلامت توفیق چندان مشاهده نشد به نحوی که در سال ۱۳۸۷، سهم خانوار از هزینه‌های سلامت بین ۴۷-۵۳٪ و در هزینه‌های درمانی بین ۶۰-۵۲٪ بوده است. [۱۴]

از حیث تطابق با اسناد جهانی این برنامه تا حدی تحت تأثیر سیاست‌های عدالت در بخش سلامت بود. از حیث جامعیت این برنامه در بخش سلامت از جامعیت بیشتری برخوردار بود. در این برنامه سیاست‌های بخش سلامت متفاوت با برنامه‌های قبلی نگاشته شده بود. به لحاظ اجرایی بودن نیز این برنامه چندان اجرایی و عملیاتی دیده نشده بود و احکام برای اجرایی شدن نیاز به بازه‌های زمانی طولانی‌تری داشتند.

برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰) در سال ۱۳۸۹ به تصویب مجلس رسید. یکی از ویژگی‌های مهم تدوین برنامه پنجم توسعه، تعیین و تهیه سیاست‌های کلی برنامه قبل از تدوین آن است. این سیاست‌های کلی در چارچوب سند چشم‌انداز بیست‌ساله و با رویکرد مبنایی پیشرفت و عدالت، از طرف رهبری به دولت ابلاغ شده است تا لایحه در چارچوب آن تهیه و تنظیم شود. در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری مواردی همچون افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان، تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه، یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی، ارتقاء شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت، اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم، ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی، تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی و ارتقاء و هماهنگی میان اهداف

از سویی مفاهیم دیگری چون واگذاری خدمات به بخش غیر دولتی و ارتقا خدمات سلامت نیز مطرح گردید. قانون برنامه پنجم توسعه نیز در امتداد برنامه چهارم تدوین گردید و به نظر می‌رسد همان مفاهیم تکرار شده است. عدالت در سلامت تلاش به ساماندهی نظام درمانی کشور از جمله سیاست‌های این برنامه است از سوی دیگر نکته قابل ذکر این برنامه تلاش در جداسازی بخش خصوصی از دولتی است که در نظام سلامت ایران در هم تنیده شده است. نگاهی بر موارد یادشده گویای اینست که در برنامه‌های توسعه در بخش سلامت حداقل در سه برنامه نخست جامعیتی در برنامه مشاهده نمی‌شود و صرفاً یک یا دو هدف خاص مدنظر قرار گرفته است. این موضوع موجب شده که حتی در مواردی زیاده‌روی مشاهده شود که این امر در سال‌های بعد اصلاح شده است. در سه برنامه نخست بیشتر احکام جنبه خدماتی داشتند و به سطح سیاستگذاری ارتقا پیدا نکردند. این وضعیت در برنامه چهارم و پنجم قدری متفاوت شده و شاهد احکامی از هر دو جنس هستیم. از سوی دیگر تغییر رویکردی در برنامه‌ها بسیار مشهود است به نحوی که از دولتی‌سازی تا خصوصی‌سازی طیف‌های مختلف را در نحوه اداره مراکز درمانی شاهد هستیم.

احکام بخش سلامت در برنامه‌های توسعه تا حدی تحت تأثیر الگوهای جهانی بوده است این موضوع بخصوص در برنامه چهارم و پنجم به خوبی خود را نشان می‌دهد.

صرف نظر از تغییر رویکردی در نگاه به بخش سلامت در برنامه‌های یاد شده نگاه کلی به احکام و اهداف برنامه‌های توسعه در این بخش گویای این مطلب است که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارند. به عبارت دیگر برخی احکام پیش‌بینی شده در برنامه که جنبه اجرایی و خدماتی دارند با توجه به امکانات مالی و اجرایی کشور و جداول مالی کلان برنامه در ظرف زمانی پنج‌ساله آن برنامه قابل تحقق و اجرا نیستند. برخی نیز که جنبه سیاستگذاری دارند نیاز به استمرار در برنامه‌های بعدی را دارند. همچنین علاوه بر موضوع یاد شده بسیاری از مواد قانونی برنامه فاقد متولی مشخص هستند و یا شاخص مشخصی برای ارزیابی عملکرد و پاسخگویی صریح از طرف دولت ندارند. این موضوع باعث شده با تغییر دولت‌ها شاهد تغییرات قابل توجهی در نحوه اجرای احکام برنامه باشیم که خود به خود موجب تأثیر بر اثربخشی اجرای آن می‌شود.

نکته دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد اینست که تطابق زمانی

خوبی دیده می‌شود. مهم‌ترین موارد قانونی این دوران شامل اتخاذ سیاست‌های تشویقی در زمینه کنترل جمعیت، گسترش امکانات بهداشتی و درمانی و ارایه خدمات فعال در زمینه‌های آموزش، بهداشت مادر و کودک بود که موجبات ارتقای شاخص‌های سلامتی همچون کاهش نرخ مرگ‌ومیر مادران و کودکان زیر پنج سال و کاهش سهم بیماری‌های واگیردار در کل علل مرگ را فراهم آورد. بر خلاف برنامه اول و دوم توسعه، در برنامه سوم سیاست‌های کلان دولت کاهش تصدی در بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی در خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. از آغاز این برنامه نگاه قدری به سمت بخش خصوصی متمایل شد.

از سوی دیگر در طول برنامه‌های اول و دوم توسعه افزایش و گسترش ظرفیت‌های بهداشتی و درمانی برای ایجاد عدالت در دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی در دستور کار قرار داشت و اقدامات مهمی در این خصوص انجام شد اما در عین حال گسترش نامتوازن مراکز درمانی به ویژه بیمارستان‌ها باعث به وجود آمدن تخت‌های خالی و هدر رفت منابع در برخی نقاط شد.

برنامه سوم توسعه، با توجه به شرایط به وجود آمده در دو برنامه قبلی، با هدف افزایش کارایی، جلب مشارکت بخش غیر دولتی و ساماندهی نظام ارایه خدمات (زمینه‌هایی از قبیل سطح‌بندی خدمات و اصلاح شبکه بهداشت و درمان کشور) تدوین شد و از این هنگام بحث‌های عدالت توزیعی برای اولین بار مطرح گردید. همچنین در این برنامه مقوله امنیت غذا و تغذیه نیز عنوان شد.

سیاست‌های پیش‌بینی شده بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه مبتنی بر چارچوب نظری مورد توافق مراکز علمی و پژوهشی مرتبط در این زمینه و به طور مشخص گزارش بهداشت جهانی ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی بود. رویکرد اصلی بخش در این برنامه، اتخاذ سیاست‌های سلامت محور و گاه فرابخشی بود. کاهش مخاطرات سلامتی و ارتقای امنیت غذایی، تأمین حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه، افزایش پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی آحاد جامعه، عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت، پایداری فرآیند تأمین منابع و مشارکت عادلانه مردم در آن و ارتقای امنیت غذا و تغذیه جهت‌گیری‌های اصلی مورد توجه برنامه چهارم توسعه در بخش سلامت به شمار می‌آمد.

از برنامه چهارم توسعه مفاهیمی چون عدالت در سلامت، پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن سلامت و ... در قوانین ایران ظاهر شد و به نظر می‌رسد رویکردها از گسترش فیزیکی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و عدالت مالی در سلامت تغییر یافت.

بطور مشخص باید گفت در تدوین قوانین برنامه‌های توسعه در بخش سلامت لازم است جامعیت کافی لحاظ شود متولی امر مشخص شده شاخص‌هایی جهت ارزیابی مقرر شود و احکام به نحوی تدوین شوند که در بازه زمانی مقرر قابلیت اجرایی داشته باشند.

دوره فعالیت قوای مجریه و مقننه با دوره زمانی برنامه‌های توسعه ایران وجود ندارد و این مهم با توجه به روش‌های متعدد اجرا در قوای مجریه و مقننه و دیگر موارد از ضمانت اجرایی برنامه‌ها را کاسته است.

## مراجع

- 1- Hadi zonooz. B. the study of economic planning system in Iran. First edition. Tehran. Majlis research center. 2010: 77-86 (Persian)
- 2- Varmarzyar. H, Jahangard. E. Model of optimal scheduling of Iran, Volume 9. Study of system planning Iran over the program before and after the Islamic Revolution. first edition. Tehran. Majlisresearchcenter. 2012: 11-69 (Persian)
- 3- Gholami nataj. s, azimi. M. The Pathology of Iran's Economic Development Plants. first edition. Tehran. Center For Strategic Research. 2011: 197-230 (Persian)
- 4- Plan and Budget Organization. Preparation of plans Third Economic, Social and Cultural Rights of the Islamic Republic of Iran (Volume I) Modify the structure of economic decision making. first edition. Tehran: Plan and Budget Organization 2003: 6 (Persian)
- 5- Plan and Budget Organization. "Law of the first economic, social cultural development plan of the Islamic Republic of Iran 1990-1994" first edition. Tehran: Plan and Budget Organization 1990 (Persian)
- 6- The Management and Planning Organization, Quarter Century Report of the Islamic Republic of Iran (1977-2002), Management and Planning Organization Tehran 2004. (Persian)
- 7- Plan and Budget Organization. "Law of the second economic, social cultural development plan of the Islamic Republic of Iran 1995-1999" first edition. Tehran: Plan and Budget Organization 1991 (Persian)
- 8- Management and planning organization. "Law of the third economic, social cultural development plan of the Islamic Republic of Iran 2000-2004" first edition. Tehran: Management and planning organization 2003 (Persian)
- 9- Executive Strategies for the Third Development Plan areas of economic, social and cultural Islamic Republic Act approved by the Council. 2000. No49454
- 10- Management and planning organization. Economic report: 2004-2005 & The five year performance report of the 3rd development plan. vo. 2 sectorial affairs (part1), management & planning organization of IRI, 2003: 927-1115
- 11- Management and planning organization. "Law of the fourth economic, social cultural development plan of the Islamic Republic of Iran 2005-2009" first edition. Tehran: Management and planning organization 2004 (Persian)
- 12- Trighat. M.H, Akhavan Behbahani. A. Principles and basis of the national health policy, Majlis research centre, 2th edition 2009 p59-97
- 13- Vice -presidency for strategic planning and supervision. Irans Economic report (2009-2010) Pertaining to The provision of the 4rd development plan. vo. 2 sectorial affairs (part1). first edition. Tehran: Vice-presidency for strategic planning and supervision 2012: 3-152 (Persian)
- 14- statistical center of Iran. National health account. first edition. Tehran: statistical center of Iran 2011 (Persian)
- 15- Legal Vice Presidency. Law of the fifth development plan of the Islamic Republic of Iran