Salāmat-i ijtimā́ī (Community Health) ISSN 2423-4702; Vol. 9 No.3; 2022
http://journals.sbmu.ac.ir/ch

Commentary

Universal and Equal Access to Health, As a Neglected Necessity

Simin Kazemi

MD, PhD in Sociology, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: simin.kazemi@sbmu.ac.ir

How to cite this article:
Kazemi S. Universal and Equal Access to Health, As a Neglected Necessity. Salamat Ijtimai (Community Health). 2022; 9(3):95-106. DOI:http://doi.org/10.22037/ch.v9i3.31636.

Abstract
Despite medical successes in improving health, a problem has emerged that prevents people from achieving health, that is the lack of universal access to medical services. Iran has come a long way from the introduction of modern medicine to its establishment, but universal and equal access to health has not yet been possible. Therefore, a review of different contemporary eras seems necessary to analyze the right of universal and equal access to health through the changes that have taken place in the health system.
Keywords: Health, Right to Health, Access to Healthcare.

Conflict of Interest: None of the authors has not any conflict of interest to disclose.
Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

دسترسی همگانی و برابر به سلامت، ضرورتی فروگذاشته

سیمین کاظمی

پزشک و دکتری جامعه شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: simin.kazemi@sbmu.ac.ir

چکیده

با وجود موفقیت های پزشکی در بهبود وضعیت سلامت، مشکل دیگری ظهور کرده است که انسان ها را از رسیدن به سلامت باز می دارد و آن فقدان دسترسی همگانی به خدمات پزشکی است. در ایران از ورود پزشکی نوین تا استقرار آن و تأسیس نظام مراقبت سلامت مسیری طولانی طی شده، ولی دسترسی همگانی و برابر به سلامت هنوز میسر نشده است. از این رو مروری بر دوره های مختلف معاصر برای واکاوی حق دسترسی همگانی و برابر به سلامت از خلال تحولاتی که در نظام سلامت صورت گرفته است، ضروری به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: سلامت، حق بر سلامت، دسترسی به سلامت.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقدمه

سلامت از نیازهای اصلی بشر و از این رو دسترسی به آن از اهمیت بسیاری برخوردار است. برای قرن ها، انسان ها از بیماری های مختلف رنج می بردند و متحمل ناتوانی و مرگ می شدند، اما با پیشرفت و توسعه پزشکی و اثبات توانمندی آن در مقابله با بیماری ها، بسیاری از وضعیت های ناتوان کننده و مرگ آور قابل پیشگیری و قابل کنترل شده اند. با وجود موفقیت های پزشکی در بازیابی سلامت، مشکل دیگری ظهور کرده است که انسان ها را از رسیدن به سلامت باز می دارد. مشکل این است که، دسترسی همگانی و برابر به خدمات پزشکی میسر نشده و موانع گوناگونی در بهره مند شدن از سلامت و خدمات پزشکی دخیل هستند. دسترسی به سلامت و خدمات پزشکی، متأثر از اقتصاد سیاسی در جوامع مختلف است. دو نوع کلیدی از اقتصاد سیاسی پدیدار شده اند: کالکتیویسم که مبتنی بر اشتراک منافع اجتماعی است و بازار آزاد یا اقتصاد سیاسی کلاسیک که امتیازهای اقتصادی را برای بخش هایی از جامعه فراهم می کند، صرفنظر از رنجی که اکثریت جامعه می کشد. بر همین اساس دو دیدگاه ها درباره سلامت شکل گرفته است. در دیدگاه اول که منشأ آن اقتصاد کلاسیک است، سلامت یک امتیاز است. نظام های پزشکی مبتنی بر بازار و متکی به این استدلال است که وجود تأمین کنندگان متعدد مراقبت سلامت در بازار خدمات سلامت، سبب ایجاد رقابت بین تأمین کنندگان این خدمات شده و نتیجه حاصله افزایش کارایی و کاهش هزینه های خدمات است. خیرِ خصوصی در نهایت به خیرِ عمومی تبدیل می شود. این نظم به گونه ای طبیعی به وجود می آید و نیازی به مداخله دولت نیست. دیدگاه دوم که منشأ سوسیالیستی دارد می گوید سلامت یک حق است. خدمات پزشکی نمی تواند به مثابه کالای اقتصادی در بازار فروخته شود، زیرا مصرف کنندگان و تولیدکنندگان خدمات مذکور شرایط برابری ندارند. بازار نمی تواند موجبات توزیع عادلانه این خدمات را فراهم کند. مراقبت بهداشتی درمانی به عنوان یک خدمت عمومی از سوی دولت فراهم و به طور رایگان در اختیار همگان قرار داده می شود و سازمان بهداشت و درمان توسط دولت کنترل و تأمین مالی شود. درک سلامت به عنوان یک حق انسانی، تعهد قانونی را برای دولت ها ایجاد می کند تا از دسترسی به مراقبت های بهداشتی به موقع، قابل قبول و مقرون به صرفه با کیفیت مناسب و همچنین تأمین عوامل تعیین کننده سلامت، مانند آب سالم و آشامیدنی، بهداشت، غذا، مسکن، اطلاعات و آموزش مرتبط با سلامت، و برابری جنسیتی اطمینان یابند (۱). در دوره سازماندهی نظم سیاسی اقتصادی جهان در اواخر دهه ۱۹۷۰ و در حالی که اقتصاد سیاسی برای رشد اقتصادی و رونق اقتصادی بیشتر به پیش می رفت، مفهوم مراقبت سلامت اولیه از نقاط ضعف اقتصاد سیاسی جهان شکل گرفت. این ضعف ها شامل فقر فزاینده در میان رفاه، نابرابری در بین و در داخل کشورها، و بدتر شدن وضعیت اجتماعی- بهداشتی کشورهای فقیرتر بود. بنابراین، در سال ۱۹۷۷ در اعلامیه آلماآتا، بر "سلامتی برای همه" یعنی دستیابی همه شهروندان جهان به سطحی از سلامت که به آنها اجازه می دهد به یک زندگی سازنده اجتماعی و اقتصادی برسند تأکید شد. با وجود این، و با گذشت دهه ها، هنوز سلامت در بسیاری از کشورها در دسترس همگان قرار ندارد و بیماری و مرگ سلامت انسان را به مخاطره می اندازد. در ایران از ورود پزشکی نوین تا استقرار آن و تأسیس نظام مراقبت سلامت مسیری طولانی طی شد. نظام مراقبت سلامت در یک قرن اخیر و متأثر از شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تحولات و تغییراتی را از سر گذرانده که اگر چه به طور نسبی منجر به پیشرفت و بهبود وضعیت کلی سلامت شده، اما همچنان مسأله عمده این حوزه، یعنی دسترسی همگانی و برابر به سلامت حل نشده باقی مانده است. درباره موضوع دسترسی همگانی و برابر به سلامت در ایران مطالعات اندکی انجام شده و بیشتر مطالعات مقطع زمانی کوتاهی را مورد بررسی قرار داده اند. از جمله مطالعات قابل ذکر می توان به مطالعه قاراخانی (۱۳۹۲) با عنوان دولت و سیاست سلامت در ایران اشاره کرد که بازه زمانی ۲۸ ساله از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ را مورد بررسی قرار داده و دریافته، سیاست سلامت در بازه زمانی مذکور ضرورتاً متاثر از رویکرد سیاسی دولت ها نیست و در بعد هزینه سلامت نیز، تاثیر رویکرد دولت بر سیاست سلامت مشاهده نمی شود (۲). مطالعه سجادی و همکاران (۱۳۹۳) با هدف بررسی تحولات نظام سلامت ایران در خلال برنامه های عمرانی و توسعه قبل و بعد از انقلاب سال ۱۳۵۷ انجام شده است. در این مطالعه مشخص شده که تفاوت اصلی برنامه ریزی در دو دورۀ مورد مطالعه به جهت گیری حکومت های مستقر برمی گردد، در حکومت پهلوی تجدد و

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مدرن سازی کشور مبتنی بر دولت-ملت سازی مبنای تصمیم گیری ها و سیاست های کلان بوده، اما در حکومت جمهوری اسلامی برقراری عدالت اجتماعی مبنای سیاست گذاری های کلان بوده و تأمین رفاه مردم نیز بخشی از تحقق این اهداف به شمار آمده است (۳). به هر روی مرور پیشینه نشان داد که مطالعه ای که مشخصاً به وضعیت دسترسی به سلامت در دوره بعد از شکل گیری پزشکی مدرن پرداخته باشد تاکنون انجام نشده و چنین خلایی ضرورت مطالعه در این خصوص را آشکار می سازد. در پاسخ به این ضرورت و پر کردن چنین خلایی، مطالعه حاضر با رویکردی تاریخی و برای واکاوی حق دسترسی همگانی و برابر به سلامت در لابه لای تحولاتی که در نظام سلامت صورت گرفته، انجام شد. این مطالعه با اتکا به روش کتابخانه ای انجام شده است، به این صورت که در پایگاه های sid، magiran و ensani.ir کلیدواژه های سلامت، بهداشت، نظام مراقبت سلامت جستجو شد و بعد مقالات و متونی که بیشترین قرابت و ارتباط را با موضوع تحقیق داشتند، انتخاب شدند. علاوه بر این درصورت لزوم برخی کتاب هایی که درباره وضعیت سلامت در ایران اشاراتی داشتند نیز مورد استفاده قرار گرفتند. برای توصیف برخی شاخص ها به داده های مرکز آمار ایران و بانک جهانی مراجعه شد.

تحولات نظام های مراقبت سلامت و مسأله تأمین سلامت

جامعه شناس آلمانی Hans-Ulrich Deppe از معدود صاحب نظرانی است که آرا و اندیشه هایش درباره نظام های سلامت و دسترسی به سلامت می تواند برای درک و توضیح وضعیت سلامت در کشورهای مختلف راه گشا باشد. از نظر Deppe نظام های بهداشتی درمانی عموماً به وسیله ساختار و سطح توسعه یک کشور تعیین می شوند. نظام های بهداشتی و درمانی ساخت های اجتماعی ایزوله و مجزا نیستند، بلکه عمیقاً ریشه در ساختار، فرهنگ و تاریخ جوامع دارند. بر خلاف جهانی شدن سرمایه، نظام های مراقبت سلامت قویاً با دولت های ملی مرتبط هستند. همچنین تحول این نظام های مراقبت سلامت به بیشتر از تغییرات تکنولوژیک صرف دلالت دارد. تغییر ساختاری سیستم مراقبت سلامت همیشه نتیجه نزاع ها و کشمکش های اجتماعی و سیاسی است. همیشه نتیجه مصالحه بین کار و سرمایه است، به ویژه در زمان بحران های اجتماعی و سیاسی. این بدان معنی است که سیستم مراقبت سلامت محصول مبارزه و تکاپوی اجتماعی است. در تاریخ بسیاری از بخش های جهان، سیستم های مراقبت سلامت بعد از انقلاب، جنگ، شکست دیکتاتوری های فاشیست و نظامی یا بعد از اضمحلال کشورهای سوسیالیست تغییر کرده اند. کشمکش برای یک سیستم مراقبت سلامت یک کنش منفرد نیست بلکه یک کارزار دائمی است. یک سیستم مراقبت سلامت آینه جامعه است و تاریخ و ویژگی آن را بازتاب می دهد. به همین دلیل هر کشور به توسعه سیستم مراقبت سلامت خودش نیاز دارد. مراقبت سلامت همگانی صفتی است برای یک سیستم مراقبت سلامت که همه ساکنان یک کشور صرفنظر از وضعیت سلامت-بیماری شان به مراقبت سلامت دسترسی دارند. مراقبت سلامت بر «نیاز» به آنچه که از لحاظ پزشکی ضروری است، توجه دارد. اکثر سیستم های مراقبت سلامت از طریق درآمد مالیاتی تأمین می شوند (مانند دانمارک، سوئد و کانادا). سایر کشورها (آلمان، فرانسه یا ژاپن) نظام های مراقبت سلامتی دارند که به وسیله مشارکت عمومی و خصوصی تأمین مالی می شوند. این سیستم ها بر حسب اینکه چه خدماتی را پوشش می دهند متفاوت هستند. نظام های مراقبت سلامت در کشورهای پیرامون سرمایه داری تاریخچه متفاوتی دارند. بعضی یک میراث استعماری دارند. تا امروز بعضی از آنها عناصر آشکاری از قدرت استعماری پیشین را دارند. مثلاً آفریقای جنوبی یا بعضی ایالت های هند. بقیه حاصل یک فرآیند انقلابی هستند. درک این نکته لازم است که سلامت و آموزش اهداف اصلی در جنبش های انقلابی هستند. مهم ترین مثال کوباست با سیستم مراقبت سلامت معروفش که الگویی برای بسیاری از سیستم های مراقبت سلامت بوده است. بعضی سیستم های مراقبت سلامت همگانی حاصل منازعه برای دموکراسی علیه دیکتاتوری های نظامی هستند. مانند برزیل و سایر کشورهای آمریکای لاتین. امروزه در برزیل سلامت به عنوان یک حق همگانی در قانون اساسی تصویب شده است و دولت متعهد است که دسترسی عمومی به مراقبت سلامت را تضمین کند. این تفاوت منشأ سیستم مراقبت سلامت همگانی به فهم اینکه مردم چگونه قدرت خودشان را با سیستم مراقبت سلامت نشان می دهند و ریشه آن در فرهنگ و خودآگاه مردم قوی است، کمک می کند. به طور کلی می توانیم بگوییم که خصلت طبقاتی مراقبت سلامت در کشورهای پیرامون سرمایه داری بیشتر از کشورهای سرمایه داری

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

ثروتمند توسعه پیدا کرده است، چه این کشورها سیستم مراقبت سلامت همگانی داشته باشند چه نداشته باشند. نظام های مراقبت سلامت همگانی کشورهای پیرامون سرمایه داری مراقبت سلامت را به طبقات اجتماعی پایین عرضه می کند، اغلب نقص ها و کمبودهای جدی در فراهم کردن خدمات شان دارند. گاهی بخش هایی از جمعیت از جمله بخش غیررسمی و مناطق شهری را حذف می کنند. پول کافی برای مراقبت سلامت وجود ندارد، به خصوص در بحران های اقتصادی و مالی. اما توزیع پول برای موضوعات اجتماعی یک تصمیم سیاسی است. سایر فعالیت های سیاسی به طور آشکار بر مراقبت سلامت اولویت دارند. بودجه بسیار محدود است. بعضی اوقات افزایش مالیات غیر مؤثر است. یا فساد و فقدان کنترل مانع هستند. در بعضی کشورها به موازات سیستم مراقبت سلامت همگانی یک بخش خصوصی گسترده وجود دارد که بخش رشد یابنده ای است که توسط دولت ها و قوانین و مالیات حمایت می شود و معنی مالیات، پول جمعی است. طبقه کارگر اغلب نسبت به طبقه مسلط مالیات بیشتری می پردازند. مؤسسات پزشکی در بخش خصوصی سطح فناوری بالایی دارند که عمدتاً توسط طبقات بالا و نیز طبقات متوسط مورد استفاده قرار می گیرد (۴). به هر حال اگر چه دستاوردهای سلامت عموماً با گسترش مراقبت سلامت سرمایه داری بهبود می یابند، اما افزایش منافع بازار جدید مبنای این نظام های سلامت ملی، که به سختی به دست آمده اند را به طور بنیادی، دستخوش تغییر می کند. مطالعات اخیر نشان داده اند که نقش مهم حکومت ها، نظام های مراقبت سلامت را به بهبود نتایج سلامت و اصلاح اثرات منفی مراقبت سلامت مشتق از بازار هدایت می کند. بعضی از اینها به تفاوت های اساسی بین منطق دولت و بازار تنزل یافته اند. جایگزینی خدمات عمومی با خدمات فراهم شده به وسیله شرکت های خصوصی و سودمحور یک چالش جدی علیه کنترل دولتی در تلاش برای ایجاد خدمات مراقبت سلامت بر مبنای دسترسی برابر، محاسبه پذیری، هزینه و کیفیت خدمات است. مشکلات متعددی (شامل افزایش هزینه ها، فقدان محاسبه پذیری، خدمات بیش از حد و نتایج ضعیف سلامت) که توسط پزشکی خصوصی ایجاد شده اند، در تقابل کامل با سیستم های کنترل شده و تأمین شده از بودجه عمومی قرار دارند، که به طور مداوم هزینه های پایین تر سلامت، خدمات دردسترس تر و نتایج بهتر سلامت را نشان می دهد. مشخصه پزشکی تحت سیطره سرمایه داری، تدارک مصنوعات تکنیکی به عنوان راه حل مشکلات ناخوشی سلامت، ایجاد یک صنعت بسیار سودآور و مصرف کنندگانی است که قادر به دیدن تصنعی بودن این نیازها نیستند و برای خرید کالاهای پیشنهادی تحت فشار هستند (۵).

وضعیت دسترسی به سلامت در ایران

در بخش قبل اشاره شد که وضعیت سلامت متأثر از نظام های سیاسی-اقتصادی در هر کشور تفاوت می کند. در ایران نیز در یک سده گذشته وضعیت دسترسی به سلامت متناظر با سقوط و ظهور نظام های سیاسی متغیر بوده است. از این رو در این مطالعه، بررسی سلامت و نظام های فراهم کننده آن، از ورود و شکل گیری پزشکی مدرن آغاز و با بررسی سلامت در دو دوره پهلوی ادامه می یابد و در نهایت به دوره بعد از انقلاب می رسد. در هر کدام از این دوره ها برنامه ها و سیاست هایی برای مراقبت سلامت تدوین شده که به تفکیک به هر یک پرداخته می شود.

۱- ورود پزشکی مدرن و مطالبه ملی شدن خدمات بهداشتی و درمانی

مدیریت و تأمین سلامت در ایران یک دستاورد مدرن محسوب می شود و حکومت ها برای قرن ها توجهی به این موضوع نداشته اند. همه گیری های مکرر طاعون و وبا از قرن چهارم هجری تا اوایل قرن چهاردهم عمده ترین مشکل سلامت در ایران بود که هر بار وقوع همه گیری با کشتار و مرگ و میر فراوان همراه می شد. در ناآگاهی و بی اعتنایی حکومت ها به مسأله سلامت، تنها برنامه بهداشتی پیشگیرانه در کشور، توسط قدرت سیاسی و اقتصادی عمده آن دوره یعنی کمپانی هند شرقی و هیأت نمایندگی سیاسی بریتانیا طراحی می شد که هدفش حفظ هندوستان از گزند بیماری های مسری بود و کوشش می شد با محدود شدن همه گیری به مرزهای ایران از گسترش بین المللی آن جلوگیری شود (۶). در واقع با ورود کمپانی هند شرقی و حضور نمایندگان آن در ایران، و نیز حضور مبلغان مذهبی، پزشکی غربی نیز به ایران راه یافت و به تدریج حضور پزشکان اروپایی در ایران رایج شد که برخی از آنها به دربار شاهان قاجار راه یافتند و پزشک مخصوص شاه شدند. با شروع آموزش پزشکی در دارالفنون و تشکیل مجلس حفظ الصحه که هر دو توسط پزشکان اروپایی انجام شد،

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

پزشکی مدرن در ایران تأسیس گردید و طب سینایی به تدریج از صحنه طبابت کنار رفت. به طور کلی می توان گفت پزشکی نوین در ایران رهاورد استعمار و حاصل نفوذ دولت های بیگانه بود. اما به تدریج با آشنایی روشنفکران و نخبگان با شیوه های بهداشتی و درمانی در اروپا و وقوف آن ها به عقب ماندگی ایران، ضرورت تغییر و تحول در حوزه سلامت آشکار شد. در آن زمان، مانع اصلی پیشرفت و نوسازی حوزه سلامت این بود که اندک زیرساخت های بهداشتی کشور در دست خارجی ها بود و دولت ایران بر آن کنترلی نداشت. بنابراین اولین قدم برای نوسازی سلامت، ملی کردن خدمات بهداشتی و درمانی و خارج کردن آن از کنترل خارجی ها بود که سرانجام پس از کشمکش ها و فراز و نشیب های بسیار در دهه اول قرن چهاردهم خورشیدی محقق شد.

۲- دوره پهلوی اول: شمولیت محدود و مدیریت غیرمتمرکز سلامت

در دوره پهلوی اول (تا ۱۳۲۰) تشکیلات رسمی برای رسیدگی به امور بهداشتی و سلامت، به وجود نیامد و همان اداره کل صحیه و مجلس حفظ الصحه که از دوره قاجار باقی مانده بود، وظیفه رسیدگی به این امور را به عهده داشت. اداره کل صحیه در اسفند ۱۲۹۹ تشکیل شد و سیزده پست امدادی برای معالجه فقرای شهر تأسیس کرد که علاوه بر معالجه، داروی مجانی هم می دادند (۷). بر اساس قانون مصوب بهمن ۱۳۰۵، اداره کل صحیه زیر مجموعه وزارت داخله بود و «رییس کل صحیه تحت هدایت قانونی وزارت داخله با رعایت اصول مسئولیت وزراء کلیه امور صحیه» را بر عهده داشت. همچنین رییس اداره کل صحیه سمت معاونت فنی وزارت داخله را داشته و به این سمت در مجلس و هیأت وزراء حق حضور و شرکت درمذاکرات مطالب مربوطه را داشت. با این وجود، اداره کل صحیه، عهده دار تمام وظایف و مسؤولیت های حوزه سلامت نبود و ادارات و نهادهای مختلف رسمی و غیررسمی در این زمینه نقش داشتند. به این ترتیب در این دوره اقدامات پراکنده ای صورت می گرفت که برجسته ترین آنها مربوط به بلدیه ها و خیریه ها بود. بر اساس آنچه در فصل اول قانون بلدیه مصوب ۲۰ ربیع‌الثانی ۱۳۲۵ قمری آمده، بلدیه در میان وظایف متعددش، تأسیس مریضخانه‌ها و امثال آن، معاونت در اقدامات حفظ‌الصحه و حفظ دواب و حشم و تأسیس دواخانه‌ها و امثال آن را بر عهده داشت (۸). البته مأموریت بلدیه در امور صحی محدود به شهرهای بزرگ بود. این موضوع در شهرداری هایی مصداق داشت که اعتبار لازم برای این منظور را در اختیار داشتند و نه شهرداری های کوچک، مثلاً در سال ۱۳۱۴ در استان فارس، بلدیه آباده بخش صحی نداشت یا در فسا و داراب تنها یک طبیب صحی وجود داشت (۹). مردم شهرهای مختلف مانند خلخال، بندرلنگه، نجف آباد و ... از وضعیت بهداشتی شهرهایشان رضایت نداشتند و از حکومت مرکزی می خواستند که در شهرشان بلدیه تأسیس کند (۷). علاوه بر این برخی واقفان و خیران، در این سال ها به نسبت دورهٔ قاجار، دست به اقداماتی زدند، اما به علت اینکه اقدامات مزبور بیشتر درشهرها صورت می گرفت و چندان گسترده نبود، نتوانست تغییر ملموسی در اوضاع روستاها به وجود آورد (۱۰).

در این دوره اقدامات محدودی برای حمایت بعضی از گروه های در معرض خطر طراحی و اجرا می شد. از جمله نهادهای حمایتی در دوره پهلوی اول، می توان به صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع اشاره کرد که در سال ۱۳۰۹ تأسیس شد. مراقبت پزشکی در مورد صدمات، جراحت ها یا بیماری های حین کار، پرداخت پاداش نقدی در موارد نقص عضو یا ازکارافتادگی دائمی و پرداخت پاداش به بازماندگان در موارد فوت ناشی از انجام وظیفه یا در مسیر خدمت از جمله خدماتی بود که براساس نظام نامهٔ صندوق احتیاط انجام می گرفت. علاوه بر صندوق های احتیاط و بازنشستگی، بنگاه های خیریهٔ وابسته به دربار نیز در این دوره ایجاد شدند که مهم ترین آن ها بنگاه حمایت از مادران و نوزادان بود که در سال ۱۳۱۹ تشکیل شد (۱۱). از نظر دولت مهمترین اقدام حکومتی ایجاد موسسات و تشکیلات مخصوص برای حمایت و حفظ حیات اطفال و نوزادان بود. از این رو تأسیس مراکز حمایتی از زنان باردار و مراکز معاینه عمومی و مجانی برای اطفال نوزاد، تأسیس شیرخوارگاه در تمام نقاط کشور برای تغذیه اطفالِ خانواده های بی بضاعت و تقسیم شیر بین اطفال فقیر، تصویب قانونی برای مایه کوبی اجباری آبله و.. از جمله اقداماتی بود که صورت گرفت (۱۲). در حوزهٔ بهداشت و سلامت عمومی نیز دولت اقدام های محدودی را در زمینهٔ احداث فاضلاب، آب لوله کشی و ایجاد تأسیسات پزشکی انجام داد، اما موفقیت قابل توجهی به دست نیامد و نرخ بالای مرگ و میر کودکان در اثر سل، اسهال، سرخک، تیفوس و مالاریا همچنان ادامه پیدا کرد

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

(۱۳). به نوشته جان فوران در پایان دوره رضاخان، شرایط بهداشتی بسیار نامطلوب بود. در اواخر دهه ۱۳۲۰ به موجب یک بررسی معلوم شد نرخ مرگ و میر کودکان ۵۰ درصد و امید به زندگی در روستا ۲۷ سال است. اغلب مردم با بیماری دست به گریبانند و اغلب روستاها فاقد امکانات بهداشتی اند. با این وضع مریض شدن یک مشکل عمده و جدی بود (۱۴). دهقانان در منتهای بینوایی و گرسنگی زندگی می کردند و از ابتدائی ترین کمک های پزشکی محروم بودند (۱۵). به لحاظ طبقاتی فرودستان کمتر از فرادستان به پزشکی نوین و خدمات بهداشتی دسترسی داشتند و کمتر نیز به آن توجه نشان می دادند، اما «خانواده های طبقات روشنفکر و مرفه تمایل بیشتری از خود نشان می دادند که برای درمان بیماری های خود و یا زایمان به بیمارستان ها مراجعه کنند (۱۲). البته این «تمایل بیشتر»، را می توان متأثر از دو عامل دانست که اولی تفاوت دسترسی است و دیگری نوع مواجهه حکومت وقت است که در اطلاع رسانی عمدتاً «عموم طبقات اعیان و اشراف و خانواده های محترم» را مخاطب قرار می داد (۷).

۳-دوره پهلوی دوم: مدرنیزاسیون محدود و تداوم نابرابری

مؤسسات زیادی در دوره پهلوی، به ساخت و راه اندازی مراکز درمانی و بیمارستانی اقدام کردند. از جمله این مؤسسات می توان به شیر و خورشید سرخ، بلدیه ها، وزارت بهداری، سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی، سازمان بیمه های خدمات اجتماعی، بنگاه حمایت مادران و نوزادان، انستیتو پاستور و مؤسسه حصارک رازی، انجمن ملی حمایت کودک، شرکت ملی نفت، مؤسسات وابسته به دانشکده پزشکی و ارتش اشاره کرد (۱۶). در دوره پهلوی دوم، برنامه های حوزه بهداشت و سلامت، ذیل برنامه های هفت ساله عمرانی دنبال می شد که اولین برنامه اواسط دهه ۱۳۲۰ تدوین شد. در برنامه های اول و دوم حوزه سلامت، مستقل نبود و ذیل برنامه های اجتماعی مطرح شد. این در حالی بود که در این مقطع بهداشت همگانی در وضعیت بسیار اسفناکی بود (۱۷). چنان که سالانه چهارتا پنج میلیون نفر از اهالی به مالاریا مبتلا می شدند (۱۸) و بیماری های واگیر مانند حصبه، آبله و وبا به طور ادواری در کشور شیوع می یافت (۱۷). 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٪ از بودجه برنامه به آن اختصاص یافت که تقریباً به طور کامل تأمین شد. در این دوره، بیشتر تغییرات حوزه سلامت به توسعه بخش های تخصصی بهداشت و تحقیقات و گسترش دامنه ساختاری آن اختصاص یافت. اعلام ریشه کنی آبله به عنوان نتیجه اجرای موفقیت آمیز یک سیاست بهداشتی و اجرای طرح سپاه بهداشت (۱۳۴۳) نیز از اقدامات مهم حوزه بهداشت قلمداد می شوند و به نظر می رسد گسترش بهداشت به خصوص در مناطق روستایی به عنوان راه مقابله با بیماری ها (به ویژه بیماری های مسری) مورد تأکید سیاست گذاران بوده است (۳). تأسیس سپاه بهداشت، به عنوان معروف ترین اقدام دولت پهلوی دوم در حوزه سلامت، هفتمین اصل انقلاب سفید بود که در سال ۱۳۴۳ به تصویب نهایی رسید. اولین دورهٔ افراد سپاه بهداشت در شهریور ۱۳۴۳ به خدمت احضار شدند. نفرات سه دورهٔ اول جمعا بیش از ۱۱۰۰ نفر بود، و نفرات دورهٔ ۴ و ۵ هم ۱۱۰۰ نفر، و نفرات دورهٔ ششم نیز ۱۲۰۰ نفر بودند. منظور از تشکیل سپاه بهداشت، تأمین هدف های زیر در سطح روستاها بود: بالا بردن سطح بهداشت عمومی و پرورش نسل سالم، مداوای بیماران و پیشگیری از شیوع بیماری های واگیر، واکسیناسیون افراد علیه بیماری ها، ایجاد محیط سالم و بهداشتی با استفاده از وسایل و امکانات مهندسی بهداشت، راهنمایی بهداشتی مردم برای به دست آوردن زندگی بهتر. مراقبت های بهداشتی از مادران و کودکان به منظور ایجاد نسل سالم، آموزش روستائیان در بهبود وضع تغذیه و زیست آنها. این عده در منطقه ای قریب به ۱۴۰۰۰ روستا با جمعیتی نزدیک به ۶ میلیون نفر فعالیت می کرده، و به ارائهٔ خدمات درمانی و بهداشتی مشغول بوده اند. هر چند آنها در اوایل و با کمک اهالی روستاها توانستند به موفقیت هایی دست یابند، اما این سیر ادامه نیافت. درآغاز و طی برنامهٔ چهارم عمرانی، قرار بود که تعداد گروه های سپاه بهداشت از ۳۵۰ گروه در آغاز برنامه به ۴۵۰ گروه در پایان برنامه برسد، ولی به علت کمبود پزشک در کادر سپاه بهداشت این هدف تحقق نیافت (۱۹).

در برنامه چهارم عمرانی (۵۲-۱۳۴۷)، برای اولین بار در یک فصل مجزا به مسائل مرتبط با بهداشت و بهداری پرداخته شد. بسیاری از طرح های خرد و کلان اجرا شده در این دوره متمرکز بر مناطق محروم و روستایی کشور بود. گشایش سازمان

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

بیمه های اجتماعی روستاییان، پیشنهاد تأسیس انستیتوی آموزش پزشکی روستایی، اجرای طرح بیمارستان سیار در فارس و توسعه طرح ارائه خدمات عادلانه مراقبت اولیه بهداشتی در کل کشور بخشی از اقدامات حوزه بهداشت در قالب برنامه چهارم عمرانی هستند (۳). در اردیبهشت ماه ۱۳۴۸ قانون بیمه های اجتماعی روستاییان تصویب و براساس آن سازمان بیمه های اجتماعی روستاییان تأسیس شد. این سازمان موظف شد روستاییان و خانوادهٔ آنها را در مقابل حوادث ناشی از کار، بیماری ها، ازکارافتادگی و فوت و سایر موارد بیمه های اجتماعی تحت پوشش قرار دهد (۲۰). برنامه پنجم عمرانی (۱۳۵۲-۵۶) عنوان فصل سلامت به «بهداشت، درمان، تغذیه و تحدید موالید» تغییر کرد و ۳/۳٪ منابع مالی برنامه به آن اختصاص یافت. تأمین حداقل خدمات درمانی، ایجاد شبکه خدمات پزشکی، اولویت احداث بیمارستان های بزرگ در مراکز جمعیتی، تأمین خدمات درمانی بر پایه بیمه درمانی، ارائه خدمات بهداشتی درمانی سیار در روستاها، جبران کمبود تغذیه ای گروه های نیازمند و اجرای سیاست جامع ملی تغذیه ازجمله وظایفی بود که به موجب برنامه پنجم بر عهده دولت قرار داشت. درمجموع می توان گفت ازلحاظ محتوا تا اوایل تصویب برنامه سوم قبل از انقلاب، اندیشه برنامه ریزی سخت افزاری بوده و صرفاً در پی ساخت و ساز فیزیکی و اجرای طرح های عمرانی بودند. از دوران برنامه سوم و به ویژه 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 (۳). علیرغم برنامه و اقدامات انجام شده، وضعیت سلامت در دهه پایانی پهلوی دوم همچنان نامطلوب و ضعیف بود. در سال های ۴۰-۱۳۳۸ از ۲۶۷۹ واحد درمانگاهی فقط ۱۵۲۷ واحد آن در نقاط روستایی مستقر بوده. این درمانگاه ها اغلب فاقد استانداردهای مطلوب از لحاظ تجهیزات به ویژه پرسنل کافی بودند. از سال ۱۳۴۳ تا اواخر ۱۳۵۱، سازمان سپاه بهداشت اقدام به ایجاد ۴۵۵ باب درمانگاه کرد، در حالی که در همان سال دارای ۴۰۰ گروه پزشکی بود. با اینکه قرار بود هر گروه یک پزشک داشته باشد، فقط ۲۳۹ پزشک و ۱۷ دندانپزشک در این درمانگاه ها به خدمت اشتغال داشتند (۱۹). در سال ۱۳۵۴ نسبت تعداد افراد به هر پزشک، ۹۷۴ نفر در تهران و برای کل کشور ۲۸۵۵ نفر بود و برای استان هایی همچون ایلام، زنجان، لرستان و همدان تا سه برابر بیشتر از متوسط ملی بود (۲۱). چهارده سال پس از انقلاب سفید، هنوز در ایران نسبت پزشک به بیمار بسیار اندک، میزان مرگ و میر کودکان بالا و نسبت تخت های بیمارستانی به جمعیت بسیار پایین و از پایین ترین کشورهای خاورمیانه بود (۲۲).

۴-دولت های بعد از انقلاب: چرخش گفتمان سلامت

بعد از انقلاب، برخی اقدامات دوره پهلوی در حوزه سلامت شامل کنترل جمعیت و تنظیم خانواده، برنامه بهبود تغذیه و سپاه بهداشت محدود یا حذف شدند. در این دوره تحت تأثیر گفتمان عدالت اجتماعی، رویکرد به سلامت نیز تغییر کرد و در قانون اساسی از سلامت به عنوان یک حق همگانی یاد شد که دولت مکلف به تأمین آن شده بود. «برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلّف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تامین کند» (۲۳). دولت بعد از انقلاب برای تحقق رویکرد عدالت اجتماعی، اقداماتی را با اهدافی چون اولویت بهداشت بر درمان، اجرای آموزش مبتنی بر جامعه، اولویت درمان سرپایی بر بستری و اولویت رسیدگی به مناطق محروم ترتیب داد. اما به دلیل شرایط جنگی توان دولت در ارائه خدمات سلامت اندک بود و برای جبران کمبودها از کمک نهادهای برآمده از انقلاب همچون جهاد سازندگی استفاده شد. در دهه اول بعد از انقلاب برنامه ریزی ملی که در دوره پهلوی شروع شده بود، متوقف شد. اقداماتی که در این دوره انجام می گرفت عمدتاً متأثر از سیاست های جهانی بهداشت بود، چنان که طرح توسعه شبکه های بهداشتی درمانی در سال ۱۳۶۳، سیاست جامع تغذیه، ریشه کنی بیماری ها، واکسیناسیون و مراقبت های مادران از جمله سیاست هایی است که متاثر از سیاست جهانی سلامت با هدف «مراقبت های اولیه سلامت» برای کشورهای

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

در حال توسعه مطرح گردید (۲). بعد از پایان جنگ و دوره موسوم به سازندگی اولین برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی طراحی گردید. در این برنامه احداث و راه اندازی بیمارستان ها و جلب و مشارکت بخش خصوصی در ایجاد ادارات و موسسات درمانی دنبال می شد. برنامه دوم نیز ازنظر ساختار و ماهیت تفاوت چندانی با برنامه اول نداشت و کماکان مبتنی بر آزادسازی اقتصادی و خصوصی سازی بود (۲۴). مهم ترین مشکل در این دوره تأمین منابع مالی بود و از این رو طرح هایی دنبال می شد که به کاهش هزینه های دولت بینجامد، مانند طرح خودگردانی بیمارستان ها. در این طرح بنا بر این بود که سهم مردم از هزینه های درمانی ۲۵٪ باشد، اما این سهم به ۶۰٪ هزینه ها رسید. برنامه سوم توسعه، در دولت اصلاح طلبان، با شعار انسان سالم محور توسعه پایدار، تدوین شد. در این برنامه از امکانات بخش بهداشت، یعنی مراکز بهداشت و درمانی شهری و روستایی برای ارائه خدمات درمانی دولتی استفاده شد و همزمان توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیشتر از یکصد هزار نفر جمعیت) توسط بخش غیردولتی در نظر گرفته شد. همچنین طرح سطح بندی خدمات درمانی، تصویب طرح پزشک خانواده، اجرای آزمایشی بیمه روستاییان و مطرح کردن بحث منشور حقوق بیماران ازجمله برنامه های دولت اصلاحات در حوزه سلامت در کشور قلمداد می شود. برنامه چهارم توسعه (۸۸-۱۳۸۴) در بخش سوم برنامه با عنوان توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی به موضوع سلامت می پرداخت. تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی از مفاد این برنامه و یکی از اهداف مهم آن کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به ۳۰٪ بود. اما این برنامه اجرا نشده از دستور کار دولت خارج و عملاً دوره ۹۰-۱۳۸۴ بدون برنامه مدون سپری شد. در برنامه پنجم (۹۴-۱۳۸۹)، موضوع سلامت با شعار رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه دنبال شد. مهمترین اقدام این دوره طرح تحول سلامت است که با هدف برقراری عدالت در سلامت و دسترسی آسان به خدمات سلامتی تدوین و اجرا شد (۳). آنچه زمینه ساز تهیه واجرای این طرح، در اردیبهشت ۱۳۹۳ شد، سهم بالای مردم در هزینه ها، ضعف پوشش بیمه ای، کمبود نیروی انسانی، تمام وقت نبودن نیروهای متخصص، پایین بودن کیفیت خدمات و کمبود دارو بود. یکی از اهداف این طرح کاهش سهم خانوارها در تأمین هزینه های سلامت و افزایش مشارکت مالی عادلانه به منظور حفاظت مالی مردم در مقابل تأمین هزینه های سلامت خانوارها بوده است. اما بر اساس مطالعه عاطفی و همکاران (۱۳۹۹) پس از اجرای طرح تحول سلامت، تغییر چشمگیری در بهبود شاخص مشارکت مالی عادلانه در سطح کل کشور در دو بخش شهری و روستایی در بخش سلامت ایجاد نشده است. علاوه بر این، کاهش درآمدهای نفتی، وجود تحریم ها، افزایش تورم و در مجموع ناپایداری منابع اعتباری طرح تحول سلامت، در کنار عدم مدیریت صحیح منابع منجر به این شده که ادامه اجرای آن با شکست مواجه و خانوارهای بسیاری در اثر تأمین هزینه ها، نسبت بیشتری از توان پرداخت خود را هزینه نمایند و با افزایش هزینه های کمرشکن سلامتی و زایش فقر مواجه شوند (۲۵). در مدت اجرای طرح تحول سلامت قیمت خدمات سلامت افزایش یافت، چنان که مطالعه باووش و همکاران (۱۳۹۶) نشان می دهد تغییرات قیمت حوزه بهداشت و درمان در سطح مصرف‌کننده ازتغییرات قیمت کل کالاها در طی سال های ۹۴-۱۳۹۳ بیشتر بوده است و نشانگر رشد سریع تر سطح قیمت های بهداشت ودرمان نسبت به سایر کالاها و خدمات بوده است (۶۴). استفاده از مکانیسم بیمه، یکی از راه کارهای اصلی دستیابی به پوشش همگانی سلامت در جوامع شناخته می شود که در طرح تحول سلامت با بیمه سلامت مورد آزمایش قرار گرفت اما با محدودیت های مختلفی مواجه شد. بر اساس مطالعه نعمانی و یحیوی دیزج (۱۳۹۸) که به صورت مقطعی در فاصله ۱۳۹۴تا ۱۳۹۶ و با استفاده از داده‌های پیمایش هزینه - درآمد خانوار مرکز آمار ایران انجام شده، تأثیر مثبت پوشش بیمه ای بر پیشگیری از احتمال مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت مشاهده نشده است. این مطالعه نشان داده بیمه‌های درمانی پایه نتوانسته‌اند از ابتلای خانوارهای ایرانی به هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری کنند (۲۷). بر اساس مطالعه باقری فرادنبه و همکاران (۱۳۹۵) بیمه در پیشگیری خانواده ها از هزینه های کمرشکن و منجر به فقر سلامت نقش چندانی ندارد و این بدان معناست که بیمه ها نسبت ناچیزی از هزینه های سلامت را می پردازند و بقیه آن به عهده خانوارهاست که به دنبال وقوع

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

این پدیده درصد خانوارهایی که به خاطر مخارج سلامت با هزینه های منجر به فقر و کمرشکن سلامت مواجه می شوند، افزایش یافته است (۲۸). پیامد چنین وضعیتی نابرابری در دسترسی و بهره مندی از خدمات مراقبت سلامت است که در نهایت بی عدالتی در وضعیت سلامت تشدید می گردد. با وجود آنکه در بعد از انقلاب تعداد دانشگاه های علوم پزشکی و در نتیجه تعداد پزشکان و پرستاران فارغ التحصیل افزایش یافت اما همچنان نسبت پزشک و پرستار به جمعیت اندک است. چنان که بر اساس داده های بانک جهانی تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۸، ۱/۶ و تعداد پرستار به هزار نفر ۲/۱ بوده است (۲۹). همچنین بر اساس داده های مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۴ تعداد مراکز بهداشتی درمانی ۴۶۷۲، پایگاه های بهداشت ۲۹۱۵، پایگاه های بهداشت ۲۹۱۵، خانه های بهداشت ۱۷۸۵۲و تسهیلات زایمانی: ۲۵۷ واحد و تعداد کل بیمارستان ۸۹۹ باب بوده است. تعداد تخت فعال ۱۴۸۰۳۵ و تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر جمعیت ۱/۶ در سال ۲۰۱۷ بوده است که در این شاخص نیز به موازات افزایش جمعیت، بهبودی حاصل نشده است (۳۰). اگر چه بهبودهایی در بعضی شاخص های بهداشتی همچون امید به زندگی، میزان مرگ و میر نوزادان و میزان مرگ مادران و برخی شاخص های دیگر حاصل شده، به طوری که امید به زندگی به بالای ۷۵ سال رسیده و در سال ۲۰۱۷ IMR به ۹/۴۸ و تعداد مرگ مادر به ۲۵۰ نفر رسیده و شاخص MMR 16 مرگ به ازای هر صدهزار تولد زنده بوده، اما در داخل کشور از این حیث نابرابری بین مناطق محروم و سایر مناطق مشهود است و وضعیت شاخص های بهداشتی در مناطق کمتر برخوردار نامطلوب است.

نتیجه‌گیری

دسترسی به سلامت در طی بیشتر از یک قرن گذشته، مسیر دشواری را طی کرده است. اگر چه به طور نسبی پیشرفت هایی از نظر امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی حاصل شده است اما میزان دسترسی به سلامت همچنان در حد مطلوب نیست و نابرابری در این حوزه تداوم دارد. تحقق ملی شدن خدمات بهداشتی-درمانی در اوایل حکومت پهلوی و استقلال نظام سلامت از سلطه خارجی ها اتفاق مهمی است که اگر چه مثل بسیاری دستاوردهای دیگر، مدیون برآمدن پهلوی اول قلمداد می شود، اما «نوسازی نظام سلامت و استقلال آن از دخالت دولت های خارجی» در واقع آرمان ملی در حوزه سلامت بود که جرقه های آن در پیش از ظهور سلطنت پهلوی زده شده بود. در دوره پهلوی اول نظام سلامت منسجم و قوی شکل نگرفت و کوشش هایی که در این دوره برای بهداشت، پیشگیری و درمان بیماری ها صورت گرفت، محدود و پراکنده بود. در دوره پهلوی اول، تحول نظام سلامت و توسعه شبکه های بهداشتی و درمانی کشور محصول مشترک توسعه دیوانسالاری و نظامی گری بود، که در موقعیت های مختلف ممکن بود، وزن هر کدام از این دو بیشتر یا کمتر شود. از سویی بلدیه با پلیس صحی و مفتش و پیگیری قضایی، دستورات بهداشتی و اجرای مقررات حوزه سلامت را پیش می برد (۷) و واکسیناسیون به ضرب و زور آژان انجام می شد و از سوی دیگر ارتش مسؤول کنترل همه گیری در نقاط مختلف کشور بود. در این دوره آنچه به عنوان خدمات بهداشتی و سلامت ارائه می شد اغلب مورد استفاده طبقه اشراف و اعیان بود و توده های فقیر به علت محدود بودن خدمات سلامت، ناآگاهی و روش جابرانه حکومت کمتر به این خدمات دسترسی داشتند.

در دوره پهلوی دوم، اگر چه در آغاز سلامت یک برنامه فرعی و زیر مجموعه سایر برنامه های اجتماعی بود، اما به تدریج و در دهه های متأخر گام هایی برای ارتقاء وضعیت بهداشتی به خصوص از نظر زیرساخت های بهداشتی و تربیت نیروی انسانی برداشته شد. مشکل دوره پهلوی اول در این دوره هم تکرار شد که خدمات سلامت پوشش محدودی داشت و همچنان دسترسی همگانی به سلامت غیرممکن باقی ماند. در دوره پهلوی اول و دوم برنامه های سلامت متأثر از جهت گیری کلی حکومت های مستقر و جزیی از روند تجدد و مدرن سازی کشور بود که تأمین رفاه عموم در سایه آن دیده می شد (۳). بنابراین اقدامات بهداشتی این دوره بیش از آنکه به منظور تحقق دسترسی به سلامت به مثابه یک حق باشد، نوعی مرحمت ملوکانه شاه متجدد به ملت به شمار می رفت. بعد از انقلاب ۱۳۵۷، در حالی که تحت تأثیر گفتمان چپ، سلامت به عنوان یک حق همگانی به قانون اساسی راه یافت و دسترسی برابر به سلامت به عنوان یکی از مصادیق عدالت اجتماعی مطرح می شد، اما با گذشت چهار دهه دسترسی همگانی و برابر به سلامت در حد یک رویا باقی مانده است. در واقع بعد از دهه

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اول انقلاب و با عروج گفتمان نئولیبرالیستی که بر محور کاهش نقش دولت و تقویت خصوصی سازی همراه بوده است، در عمل رویهٔ متناقضی در مورد سلامت دنبال می شود که نتیجه آن افزایش قیمت خدمات درمانی و طبقاتی شدن استفاده از خدمات سلامت شده است. از طرفی با طرح تحول سلامت گمان می رود که پوشش همگانی سلامت به عنوان هدفی معطوف به عدالت اجتماعی دنبال می شود و از طرف دیگر با عدم تأمین منابع، برونسپاری و فروش گام به گام بیمارستان های عمومی به بخش خصوصی شرایطی فراهم شده که دسترسی به خدمات سلامت محدود باقی بماند.

با اتکاء به دیدگاه های Deppe می توان تشخیص داد که وضعیت سلامت در ایران، در بیش از یک سده اخیر متأثر از نظام های سیاسی و فلسفه سیاسی و اقتصادی آنها بوده است. انقلاب ۱۳۵۷ که عدالت اجتماعی یکی از اهداف آن بود، تغییر در رویکرد به سلامت را به دنبال داشت، که تجلی آن اصل ۲۹ قانون اساسی است که سلامت را به عنوان حق همگانی تلقی کرده است. اما این رویکرد به سلامت، از سال ۱۳۸۴ به طور رسمی و متأثر از سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، کمرنگ شد. با چرخش از گفتمانی که به عدالت اجتماعی و حق همگانی تأکید داشت و حرکت به سمت سیاست های نئولیبرالیستی، نظام مراقبت سلامت نیز تحت تأثیر قرار گرفت و بیشتر از گذشته خصلت طبقاتی یافت. اکنون در واقع آنچه تعیین می کند، افراد از خدمات سلامت موجود استفاده کنند وضعیت طبقاتی آنها و محتوای جیب آنهاست. علاوه بر این اولویت بهداشت بر درمان در عمل نقض شده، و رویکرد کلی نظام سلامت به جای برنامه های پیشگیرانه و بهداشتی متمرکز بر درمان است و خصلتی درمان محور یافته است. چنانکه پیش تر از Deppe نقل شد، خصلت طبقاتی مراقبت سلامت در کشورهای پیرامون سرمایه داری بیشتر از کشورهای سرمایه داری ثروتمند توسعه پیدا کرده است، صرف نظر از اینکه این کشورها سیستم مراقبت سلامت همگانی داشته باشند یا نداشته باشند. به نظر می رسد در ایران هم به عنوان یکی از کشورهای پیرامون این خصلت طبقاتی مراقبت سلامت در حال تشدید است. چنین وضعیتی این نگرانی را برمی انگیزد، که دسترسی همگانی و برابر به سلامت رویایی غیرقابل تحقق تبدیل و تبعات آن دامن گیر جامعه شود.

تشکر و قدردانی

از نویسندگان و پژوهشگرانی که به وضعیت سلامت در ایران پرداخته اند، سپاسگزارم. نوشتن این مقاله بدون ارجاع به آثار آنها امکان پذیر نبود.

تعارض در منافع

نویسنده اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافعی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. WHO, Human rights and health. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health. (Accessed 16 Apr. 2022).
2. Masoomeh, The Government and Health Policy in Iran (1981-2009), 2013; 20 (61): 211-254.
3. Sajjadi H, Abdollahtabar Darzi H, Sam Aram E, TajMazinani A. Health System Developments in the Framework of Development Programs in Iran. refahj. 2019; 18 (70) :31-76
4. Deppe, H.U; the Nature of Health Care: Commodification versus Solidarity, Socialist Register, 2010.
5. Collyer, F. The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine. London: Palgrave MacMillan; 2015.
6. Elgood, S. A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: From the Earliest Times Until the Year A.D. 1932. Tehran :Eghbal publication: 1973.
7. Torabi Farsani, S., Ebrahimi, M. Baladieh and Public Health During the Pahlavi I. History of Islam and Iran, 2015; 24(24): 79-96. doi: 10.22051/hii.2015.807
8. Islamic Parliament Research Center, Municipal law, available from: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/90099. (Accessed 10 Apr. 2022(
9. Khodami M, Nouraei M, Foroughi Abari A. Performance Analysis Review of the Organizations Responsible for Healthcare in Fars Province during the Pahlavi I period (1925-1941). MHJ [Internet]. 2018Dec.28 [cited 2022Jul.6];9(33):19-1 .

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

10. Shah-hosseini P, Comparative assessment of endowment during the Qajar and Pahlavi periods, Geography and Development, 2011; 9(25): 17-38. doi: 10.22111/gdij.2011.500.
11. Peyrovian V, Jivar A, Social security laws and regulations, Tehran: Higher Institute of Social Security Research, 2002.
12. Etehadehi, M., Malekzadeh, E. Health and health charitable activities during the Reza Shah period. History of Islam and Iran, 2009; 19(3): 1-25. doi: 10.22051/hii.2014.744
13. Omidi, R. An Analysis of Social Policy in Pahlavi Era in Iran: Ups and Downs of the Relationship Between the State and the Nation Reza Omidi. Social Development & Welfare Planning, 2016; 8(28): 157-198. doi: 10.22054/qjsd.2017.7144.
14. Foran J. Fragile Resistance: Social Transformation ๑n Iran From 1500 To The Revolution, Tehran: Rasa Publication, 1998.
15. Grantovskii E. History of Iran. Tehran: Morvarid Publication, 2007 .
16. Aghamiri SS, Yalfani R, The role of the Red Lion and Sun in the establishment of modern health centers in Iran, the Pahlavi period, Tārīkh-i pizishkī, 2021; 13 (46): 1-12 https://doi.org/10.22037/mhj.v13i46.34666 .
17. Ivanov M S. The Modern History of Iran. N.p, 1981.
18. Edrissian Gh. Malaria History and Status in Iran, Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 2002; 1(1): 50-61.
19. Sahami, F., karamian boldaji, S. Health Corps and Expansion of Healthcare in Iran: Case Study of Period 1966-1971. ZHARFAPAZHOOH, 2017; Vol 3.(8-9): 107-133.
20. Akbari MA. Examining government planning in the field of social security. Tehran: Social Security Research Institute, 2003 .
21. Ashraf A, Banuazizi A. The State, Classes and Modes of Mobilization in the Iranian Revolution. Tehran: Niloofar Publication, 2008 .
22. Abrahamian E. Iran between two revolution. Tehran: Nashreney, 2009
23. Constitutional council, Constitution of the Islamic Republic of Iran, Available from: https://www.shora-gc.ir/en/news/87/constitution-of-the-islamic-republic-of-iran-full-text. (Accessed 15 Apr. 2022)
24. Aleyasin A. History of development planning in Iran. Tehran: Samar, 2014.
25. Atefi, M., Raghfar, H., Mousavi, M., Safarzadeh, E. The Impact of implementation of Health Reformation Plan on Fair Financial Contribution in Iran using Pseudo-Panel data. Journal of Applied Economics Studies in Iran, 2020; 9(36): 35-67. doi: 10.22084/aes.2020.21758.3078.
26. Baoosh M, Shiani M S, Mousaei M. Analysis of Socioeconomic Factors Affecting on Poverty and Inequalities Health. refahj. 2017; 17 (67) :71-108.
27. Nomani F, Yahyavi Dizaj D, Relationship between health insurance coverage and Iranian households' exposure to Catastrophic Health Expenditures, Journal of Iran Health Insurance, 2019; 2(4): 216-227 .
28. Bagheri faradonb S, Arab M, Roodbari M, Rezapoor A, Bagheri faradonbeh H, Ebadifard azar F. Catastrophic and Impoverishing Health Expenditure in Tehran Urban Population. jha. 2016; 19 (63) :55-67
29. world Bank data. Physicians (per 1,000 people) - Iran, Islamic Rep, Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=IR. (Accessed 29 Apr. 2022)
30. Statistical Center of Iran, Data and statistical information of the health and treatment, Available from: https://www.amar.org.ir/%D8%A2%D9%85%D8%A7%D8%B1%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D9%85%D9%88%D8%B6%D9%88%D8%B9%DB%8C/%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86. (Accessed 29 Apr. 2022).

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.