

Equity in the Health System: An Overview on National Development Plans

Barati O¹, Keshtkaran A¹, Ahmadi B², Hatam N¹, Khammarnia M³, Siavashi E^{3*}

¹Department of Health Care Services Management, Medical Management and Information School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Department of Health Management and Economics, School Of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Equity in health implies that all the individuals who need healthcare services must be able to access them timely and adequately. The present study aimed to assess the role and trend of equity in development and implementation of development plans in the health sector. This review study was conducted in databases, such as Magiran, IranMedex, website of Ministry of Health, Treatment, and Medical Education, and website of Parliament of Islamic Republic of Iran, in 2014. For this purpose, we searched keywords, such as strategy, health, and equity, in a five-year period (1988-2014). Finally, 26 related documents were selected. According to the results, the first development plan stressed rural areas and deprived regions of the country. In the second and third plans, in addition to what was emphasized in the first plan, increasing services efficiency and necessity for optimal application of healthcare facilities were considered, as well. Eventually, distributive equity, family physician, and referral system were focused in the fourth and fifth plans. In conclusion, tracking the changes through the study years revealed that emphasis was put more on process rather than structure. Individuals' needs and expectations are changing and satisfying them fairly requires deeper look into various sectors of the society for development and implementation of development plans.

Keywords: Health system, Development plan, Equity, Iran

Sadra Med Sci J 2014; 3(1): 77-88

Received: Apr. 21st, 2014

Accepted: Dec. 11th, 2014

* Corresponding Author: **Siavashi E.** Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, siavashiel@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۳، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۳، صفحات ۷۷ تا ۸۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۹/۲۰ تاریخ دریافت: ۹۳/۰۲/۰۱

مقاله مروری
(Review Article)

جایگاه عدالت در نظام سلامت: مروری اجمالی بر برنامه های توسعه

امید براتی^۱، علی کشتکاران^۱، بتول احمدی^۲، ناهید حاتم^۱، محمد خمرنیا^۳، الهام سیاوشی^{۳*}^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران^۲ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران^۳ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

عدالت در سلامت بر این مطلب دلالت دارد که همه کسانی که به خدمات سلامت نیاز دارند باید بتوانند به این خدمات بهنگام و به مقدار کفایت دسترسی داشته باشند. هدف از این مطالعه بررسی نقش عدالت و روند آن در تدوین و اجرای برنامه‌های توسعه در بخش بهداشت و درمان کشور است. این مطالعه به صورت مروری و با بهره‌گیری از پایگاه‌های اطلاعاتی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی نظیر IranMedex, Magiran, سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مجلس شورای اسلامی با استفاده از کلید واژه‌های راهبرد، سلامت و عدالت در فاصله زمانی (۱۳۶۸-۱۳۹۳) انجام شد. در نهایت از بین اسناد بدست آمده، ۲۶ مورد با توجه به ارتباط با موضوع و تکراری نبودن مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که در برنامه اول توسعه، بر مناطق روستایی و بخش‌های محروم جامعه تاکید شده است. در برنامه دوم و سوم علاوه بر تاکید بر مناطق محروم و روستایی، بر افزایش کارایی خدمات و ضرورت بکارگیری بهینه تمام منابع، امکانات و تسهیلات پرداخته شده است. نهایتاً در برنامه‌های چهارم و پنجم، عدالت توزیعی در دسترسی، پزشک خانواده و سیستم ارجاع مورد تاکید واقع شده است. در کل، تغییر رویه‌ای که در طی این سال‌ها مشهود است تاکید از مسائل ساختاری به مسایل فرآیندی است. همواره نیازها و انتظارات مردم در حال تغییر است و برآوردن عادلانه آنها مستلزم نگاهی عمیق‌تر به جامعه و بخش‌های مختلف آن، در تدوین و اجرای برنامه‌های توسعه است.

واژگان کلیدی: نظام سلامت، برنامه توسعه، عدالت، ایران

* نویسنده مسئول: الهام سیاوشی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، siavashiel@gmail.com

مقدمه

در دهه های اخیر، نتایج مطالعات پژوهشی مختلف نشان می دهد که عوامل اجتماعی بیشترین اثر را بر سلامتی و بی عدالتی دارند و سهم آنها از سایر عوامل مانند عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی و حتی از سهم خود مراقبت های سلامت بسیار بیشتر (حدود ۵۰٪) است (۱). بین بخشی بودن سلامت و بیماری نیز، مسئولین عرصه سلامت را برآن داشته است تا با طراحی و اجرای فرآیندهایی بتوانند این مساله را از طریق مشارکت با نهادهای دیگر و به عنوان یک پدیده اجتماعی طرح و تحلیل کنند (۲).

تلاش جهت دستیابی به برابری در دسترسی و توزیع مراقبت های سلامت هدف اصلی ارائه دهندگان عمومی بعد از جنگ جهانی دوم بود (۳). اخیرا نیز نابرابری های اجتماعی و سلامت توجهات سیاسی بین المللی را به خود جلب کرده است (۴،۵). به نحوی که از جمله عوامل آغازگر اصلاحات بخش سلامت در کشورهایی مانند برزیل، کاستاریکا، کوبا، مکزیک و نیکاراگوئه محسوب گردیده است (۶).

"نابرابری های اجتماعی در سلامت زیرنگاشتی از مشکلات سلامت نیستند، بلکه آنها به واقع مشکلات سلامت اند" (۷). امروزه نابرابری در سلامت در ابعاد مختلف آن که شامل نابرابری اقتصادی، جنسی و نژادی می شود، در همه نقاط دنیا هم در بین کشورها و هم در داخل کشورها مشاهده می گردد (۸).

از طرف دیگر، از جمله معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد تمامی نظام های اجتماعی از جمله نظام سلامت، کارایی و عدالت اجتماعی است، به نحوی که کارایی، اثربخشی، عدالت و کیفیت از مهم ترین شاخص های میانی بخش سلامت محسوب می شوند. در این میان توجه به عدالت و برابری از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد (۹،۵). عدالت، ترکیبی از ۵ گروه شاخص زیر است که خود نیز می توانند ترکیبی از نشانگرهای مختلف باشند: الف- وضعیت سلامت جامعه ب- توزیع سلامت در جامعه ج- پاسخگویی نظام

سلامت د- توزیع پاسخگویی نظام سلامت و ه- عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها (۵).

عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هر کسی بطور ایده آل، باید فرصت عادلانه ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد و واقع بینانه تر این که هیچ کسی نباید از بدست آوردن این ظرفیت به شرط قابل اجتناب بودن موانع بر سر راه، محروم گردد (۱۰). در واقع همه کسانی که به خدمات سلامت نیاز دارند باید بتوانند به این خدمات بهنگام و به مقدار کفایت دسترسی داشته باشند. این دسترسی شامل دسترسی فیزیکی و توانایی پرداخت هزینه های احتمالی و هم چنین کیفیت خدمات می باشد (۱۱). بنابراین عدالت با ایجاد فرصت های برابر برای سلامت مرتبط بوده و تفاوت های سلامتی را به پایین ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد (۱۰).

برابری در عرصه سلامت در ابعاد برابری مصرف/ منابع خدمات، بهداشت برابر، عدالت قالبی، دسترسی/ بهره مندی برابر بر اساس نیاز و درمان بر اساس قابلیت مفید بودن معرفی می شود (۲). مفهوم عدالت در حوزه سلامت از دو جنبه بهره مندی خدمات سلامت و تامین مالی عادلانه مورد بررسی قرار می گیرد. در بخش بهره مندی خدمات سلامت که دسترسی به حداقل بسته خدمت مورد نیاز بر اساس نیاز فرد مطرح می باشد در مقوله عدالت افقی (برخورداری از خدمات سلامت یکسان در افراد با نیاز یکسان) و عدالت عمودی (برخورداری از خدمات سلامت بیشتر برای افراد با نیاز بیشتر) مطرح می باشد. اما دسترسی عادلانه به خدمات تنها جنبه عدالت در سلامت نبوده و تامین مالی عادلانه در برابر دریافت خدمات سلامت، چه به صورت عدالت افقی و چه به صورت عدالت عمودی از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد (۱۰).

با توجه به انکارناپذیری نقش سلامت در ارتقای شاخص های توسعه انسانی، مبارزه با عواملی که آن را تحت تاثیر قرار می دهد و موجب نابرابری هایی در سلامت می گردد، از اولویت های همه آحاد جامعه و خصوصا دولت محسوب می شود (۱۲). همچنین در عرصه برنامه ریزی حوزه

پایگاه‌های اطلاعاتی نظیر IranMedex، Magiran، سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مجلس شورای اسلامی و با استفاده از کلید واژه‌های راهبرد، سلامت و عدالت در فاصله زمانی ۱۳۶۸-۱۳۹۳ انجام شد. در نهایت از بین اسناد بدست آمده، ۲۶ مورد با توجه به ارتباط با موضوع و تکراری نبودن مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر با هدف بررسی عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در قالب برنامه‌های توسعه و چشم انداز ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی و نقشه تحول سلامت به شرح زیر ارائه گردیده است:

در برنامه‌های توسعه (تلاش شده است مباحث برگرفته از برنامه‌ها در راستای موضوع عدالت و موضوعات مربوط به آن باشد). در زمینه عدالت در بخش سلامت چنین داریم:

برنامه اول توسعه (۷۲-۱۳۶۸):

از مفاهیم مهم اصلاحات در نظام سلامت در برنامه اول توسعه، برخورداری بخش‌های محروم از امکانات آموزشی-بهداشتی و راه مناسب روستایی، اشتغال و برق رسانی با توزیع ثابت سالانه اعتبارات سرمایه‌گذاری های بین استان‌های مختلف (ماده واحده تبصره ۵)؛ و تامین داروهای مورد نیاز مناطق روستایی و محروم کشور با ترغیب داروسازان جوان در جهت تاسیس داروخانه در مناطق مذکور از طریق موظف کردن بانک های کشور جهت پرداخت وام به متقاضیان، با تایید وزارت بهداشت (ماده واحده تبصره ۱۶) است (۱۵).

در خط مشی‌های این برنامه، بر ارائه خدمات زیربنایی به مناطق روستایی و بخش‌های محروم و تامین حداقل نیازهای اساسی عامه مردم از طریق تامین تغذیه در حد نیازهای زیستی؛ تامین آموزش‌های عمومی بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تاکید بر مناطق محروم و روستایی کشور؛ سالم سازی

سلامت اسناد بالادستی متعدد مهمی همچون سند چشم انداز، برنامه‌های توسعه، نقشه جامع علمی کشور و نقشه علمی حوزه سلامت کمک‌کننده هستند (۱۰).

برنامه های توسعه یا برنامه های ملی، اهداف و وظایف هر یک از بخش های جامعه را در هر حوزه تعیین کرده و هر سازمان دولتی به عنوان بخشی از سازمان وسیع اجرایی کشور، رسیدن به بخشی از این اهداف را به عهده دارد. برنامه های توسعه مجموعه ی مدونی از تصمیمات سیاسی دولت در زمینه تخصیص منابع و در نتیجه تعیین نوع و میزان خدمات هر یک از بخش های دولت است (۱۰). در کشور ما این برنامه‌ها معمولاً بر اساس سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و با استفاده از دانش و تجربه کارشناسان، مدیران و مسئولان دستگاه‌های اجرایی و صاحب‌نظران مراکز علمی و تحقیقاتی تنظیم می‌شود که بسیاری از مسائل مهم کشور از جمله سلامت را در بر می‌گیرند (۱۳).

توجه به این نکته ضروری است که یکی از عمده‌ترین اهداف انقلاب اسلامی ایران، اجرای قسط و عدل اسلامی با مصادیق گوناگون آن، از مسایل اجتماعی گرفته تا مسایل فردی می‌باشد، و غالباً رکن اصلی سیاست‌گذاری های کشور را نیز تشکیل می‌دهد. در این میان عدالت در سلامت، در جمهوری اسلامی ایران جایگاه ویژه‌ای دارد که نهایتاً، متضمن توسعه پایدار و عادلانه کشور نیز خواهد بود (۱۴، ۱). به گونه‌ای که در بسیاری از راهبردها و برنامه‌های نظام سلامت نیز گنجانده شده است. با توجه به توضیحات فوق، هدف از این مطالعه بررسی نقش عدالت و روند آن در تدوین و اجرای برنامه‌های توسعه در بخش بهداشت و درمان در ایران طی سال های ۹۴-۱۳۶۸ است.

مواد و روش

این مطالعه به صورت مروری و با بهره‌گیری از پایگاه‌های اطلاعاتی در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ انجام شده است. این مطالعه که به صورت مرور نظام‌مند می‌باشد با جستجو در

سیاست کلی تنظیم خانواده و رشد جمعیت، سیاست‌های تامین و تعمیم گسترده وسایل پیشگیری از بارداری در سطح مناطق جغرافیایی کشور به ویژه روستاها و مناطق محروم؛ کسب دانش و انجام مطالعات جهت استفاده و توسعه روش‌ها و تکنولوژی‌های جدید در امر پیشگیری از بارداری؛ اختصاص بخشی از فعالیت بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی در سطح کشور به منظور ارائه مستمر خدمات پیشگیری از بارداری؛ لغو کلیه قوانین و مقررات و امتیازهای اقتصادی- اجتماعی در جهت تشویق خانوارهای پرجمعیت؛ و پژوهش در مورد مصادیق سیاست‌های فوق (۱۶) بیان شده است.

برنامه سوم توسعه (۸۴-۱۳۷۹):

در برنامه سوم توسعه، اقداماتی به منظور افزایش کارایی و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی بیان گردیده است که شامل ارائه رایگان خدمات بهداشتی اعم از شهری و روستایی به صورت رایگان توسط دولت؛ توسعه مراکز درمان روستایی در مناطقی که امکان سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و تعاونی وجود ندارد توسط دولت جهت خدمات درمان سرپایی روستاییان؛ درمان سرپایی شهری در مراکز بهداشت و درمان شهری توسط دولت؛ و تهیه، تدوین، و اجرای طرح ساماندهی بیماران روانی مزمن و سالمندان توسط سازمان بهزیستی (فصل ۲۵ ماده ۱۹۲) است.

هم چنین در راستای تامین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری متناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور، سطح‌بندی خدمات درمان بستری مد نظر قرار گرفت. به گونه‌ای که هرگونه احداث، ایجاد، توسعه و تجهیز ظرفیت‌های درمان بستری کشور و هم چنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات درمانی مطابق سطح بندی خدمات درمانی کشور باشد (۱۳).

برنامه چهارم توسعه (۸۹-۱۳۸۴):

از مفاهیم مورد تاکید در سیاست و راهبردهای برنامه چهارم توسعه، ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی از

محیط زیست، تحدید مولید از طریق پوشش گسترده تنظیم خانواده و تامین نیروی انسانی متخصص مورد نیاز مناطق و نواحی محروم کشور از طریق اتخاذ سیاست‌های تشویقی و ایجاد انگیزه‌های مادی و معنوی لازم تاکید شده است (۱۵).

برنامه دوم توسعه (۷۸-۱۳۷۳):

از مفاهیم مورد تاکید در اصلاحات برنامه دوم توسعه، کمک به تامین عدالت اجتماعی، کاهش فقر و محرومیت، ایجاد اشتغال و حمایت از بنگاه‌های اقتصادی کوچک، از طریق ایجاد تعادل در سهم بخش‌های دولتی، تعاونی و خصوصی در اقتصاد کشور؛ افزایش سهم فعالیت‌های اقتصادی بخش تعاونی و هم چنین اجرای طرح‌های اشتغال‌زا (خود اشتغالی) از طریق پرداخت تسهیلات ارزان قیمت بانکی است (ماده واحده تبصره ۱۰). اقدامات مورد نظر در زمینه انجام طرح‌های عمرانی، ایجاد راه مناسب روستایی و برق رسانی، فضاهای آموزشی، پستی و مخابراتی و کمک به آماده‌سازی زمین برای طرح‌های اشتغال‌زا در روستاهای محروم با اولویت اتمام طرح‌های نیمه تمام برنامه اول (ماده واحده تبصره ۱۱) است.

خطمشی‌های تدوین شده در این برنامه، بر پرداخت سوبسید به کالاهای اساسی، دارو و شیر خشک (ماده واحده تبصره ۱۶)؛ پرداخت سهم بیمه‌ای مربوط به دولت (ماده واحده تبصره ۱۸)؛ ایجاد مراکز بهداشتی و درمانی در محدوده مناطق آزاد (ماده واحده تبصره ۲۸)؛ تکمیل تاسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور به ترتیب اولویت، به نحوی که توسعه کمی شبکه‌های مذکور تا پایان برنامه دوم کامل شود (تبصره ۹۴) تاکید دارد. هم چنین، خطمشی‌های اساسی برنامه دوم بر تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی از طریق تعمیم، گسترش و بهبود نظام تامین اجتماعی بوسیله تامین منابع از محل بودجه عمومی و پرداخت سهم سرانه دولت؛ توجه به مناطق محروم و روستاها با اولویت اشتغال، بهداشت و آموزش، تولید و عمران؛ تامین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی تاکید دارد. به علاوه در راستای

ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی کشور؛ ارتقای مشارکت نهادهای غیردولتی و موسسات خیریه، در برنامه های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده های زیر خط فقر؛ امکان تامین غذای سالم و کافی، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تامین مسکن ارزان قیمت؛ فراهم کردن حمایت های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا؛ اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، بر اساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی؛ و طراحی روش های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر (ماده ۹۵)(۳).

برنامه پنجم توسعه (۹۴-۱۳۹۰):

از اهداف مورد تاکید در اصلاحات برنامه پنجم توسعه، طراحی و اجرای سامانه " خدمات جامع و همگانی سلامت" مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت؛ محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع؛ سطح‌بندی خدمات؛ خرید راهبردی خدمات؛ واگذاری امور تصدی گری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب برنامه اجرایی آن با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه یافته است (ماده ۳۲: ج).

قانون برنامه پنجم توسعه، در راستای ایجاد و حفظ یکپارچگی در تامین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت، بر حمایت دولت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت؛ به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد هزینه‌های سلامت، بر کاهش وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و افزودن ده درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت؛ به منظور

طریق آمایش سرزمین (۳)؛ ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی و حفظ محیط زیست در راستای توسعه پایدار از طریق عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه؛ و مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه‌های بخش سلامت است (۳، ۹). در راستای سیاست دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می بایست نظام ارائه حداقل استانداردهای خدمات بهداشتی درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. به گونه‌ای که، ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و هم چنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات، مطابق با سطح بندی خدمات درمانی کشور انجام گیرد (ماده ۸۹). در راستای سیاست ارتقای عدالت توزیعی در جهت کاهش سهم خانوارهای آسیب‌پذیر و کم درآمد 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 ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت از سی درصد بیشتر نشود و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد (ماده ۹۰). هم چنین، به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، بایستی خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا شود (ماده ۹۱)(۳).

در راستای اهداف فوق دولت مکلف به تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تامین اجتماعی و یارانه‌های پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی شده است. از این رو سیاست‌های ذیل جهت دستیابی به این اهداف تدوین گردیده است: گسترش و تعمیق نظام جامع تامین اجتماعی، در ابعاد جامعیت و اثربخشی؛ اعمال سیاست‌های مالیاتی، با هدف بازتوزیع عادلانه درآمدها؛ تعیین خط فقر و تبیین برنامه های توانمند سازی متناسب و ساماندهی نظام خدمات حمایت های اجتماعی؛ طراحی برنامه‌های

خود و متکی بر اصول اخلاقی و ارزشهای اسلامی، ملی و انقلابی، با تاکید بر مردم سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان ها، و بهره مند از امنیت اجتماعی و قضایی. برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصتهای برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب توصیف می شود. که مبتنی بر ارزش های، تامین و حفظ کرامت اسلامی، انسانی؛ مشارکت ذی نفعان و همکاری بین بخشی در تامین عدالت؛ و عدالت است (۱۲).

نقشه جامع علمی سلامت:

موفقیت در دستیابی به نقشه جامع علمی سلامت، با دستیابی به سلامت مطلوب ارزیابی می شود که شامل دستیابی به جایگاه اول سلامت منطقه در مجموع ابعاد، شامل برخورداری عادلانه آحاد مردم از سلامت (مبنای مقایسه عدالت، برابری شاخص میزان بقای کودکان می باشد که ایران در رتبه ۱۱۳ و کویت در رتبه ۵۰ قرار داشته است)، پاسخگویی نظام سلامت (ایران ۱۰۰ و قطر ۲۶)، عدالت در پاسخگویی (ایران در رتبه ۱۰۰ و عربستان در رتبه ۱ قرار دارد) و عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها در هزینه خدمات سلامت (ایران ۱۱۲ امارات ۲۰) می شود (۵).

نقشه تحول نظام سلامت:

در چشم انداز نقشه تحول نظام سلامت، ایران جامعه ای پیشرو در مسیر سعادت انسانی است، که در پرتو کاراترین و عادلانه ترین نظام سلامت در منطقه چشم اندازی و در توجه به سلامت در همه سیاست ها و پاسخگویی و نوآوری، به سطحی توسعه یافته از شاخص های سلامت دست یافته است (۱۸).

اهداف (عدالت در توزیع این متغیرها نیز جزء اهداف کلان می باشد که از ذکر آن به واسطه تکرار در نگارش اجتناب شده است). کلان نقشه تحول نظام سلامت شامل افزایش امید به زندگی و بهبود شاخص توسعه انسانی؛ ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همه جانبه؛ کاهش بار

متناسب سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، بر استخراج و اعمال نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی علوم پزشکی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور تاکید دارد (ماده ۳۴).

هم چنین، به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد از طریق اصلاح ساختار صندوق ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوق ها، مدیریت منابع، و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی صورت گیرد (ماده ۳۸).

از دیگر اهداف این برنامه، توانمندسازی افراد و گروه های نیازمند به ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با تاکید بر برنامه های اجتماع محور و خانواده محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی دولت و کمک های مردمی است (ماده ۳۹)(۱۷).

نظام سلامت در افق ۱۴۰۴:

رسالت نظام سلامت در افق ۱۴۰۴، ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و افزایش مستمر طول عمر سالم تک تک ساکنین و شهروندان ایران از طریق تامین عادلانه و گسترش منطقی خدمات سلامتی، آموزشی و پژوهشی علوم پزشکی مبتنی بر آخرین شواهد معتبر، بیشترین کارایی در بهره گیری از منابع، مشارکت منطقی ذی نفعان و همکاری بین بخشی برای برخورداری از سالم ترین جامعه در سطح کشورهای منطقه و دستیابی به توسعه پایدار بیان شده است (۱۲).

در چشم انداز ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران، کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه ترین و توسعه یافته ترین نظام سلامت در منطقه (۱۸).

بر اساس اهداف کلی این چشم انداز، ایران کشوری توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی

در سال‌های بعد، تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی با عنایت به مناطق محروم و روستاها و افزایش دسترسی مردم، سعی در جهت دهی و هدایت سهم عمده منابع مالی به بخش‌های اجتماعی و از جمله بهداشت و درمان بوده است. در راستای تحقق استقرار شبکه‌های بهداشتی درمانی نیز، توسعه کمی و سپس کیفی این شبکه‌ها مورد توجه بوده است. هم‌چنین در ادامه روند سیاست تحدید موالید، تامین و تعمیم گسترده وسایل پیشگیری از بارداری مورد تاکید قرار گرفت. جهت افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی نیز، سیاست پرداخت سوبسید و رایگان بودن کلیه خدمات بهداشتی در شهر و روستا مطرح گردید (۱۶). نکته حائز اهمیت این است که این برنامه تا حد زیادی مشابه با برنامه اول تدوین شده است.

برنامه سوم توسعه بر آزاد سازی اقتصادی و خصوصی‌سازی، و به بیان دیگر بر تمرکز زدایی تاکید داشت. هم‌چنین ایجاد عدالت توزیعی با تاکید بر تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری متناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور با در نظر گرفتن دو عامل دسترسی و سطح‌بندی خدمات از موارد مورد تاکید در این برنامه بود (۱۳). از نقاط قوت این برنامه توجه به بازار دارو و جلوگیری از افزایش قیمت آن از طریق تامین ارز مورد نیاز برای واردات و حمایت نظام‌های بیمه‌ای بود.

با استقرار و توسعه موارد یاد شده، تاکید از مسایل ساختاری به سمت مسایل فرآیندی و محتوایی پیش رفت به گونه‌ای که موضوع ارتقای سلامت به طور مستقیم و غیر مستقیم مطرح شد. در برنامه چهارم تلاش شده است تا عدالت توزیعی از طریق افزایش شاخص مشارکت عادلانه مردم به ۹۰ درصد افزایش یابد. هم‌چنین عدالت جنسیتی برای اولین بار به طور صریح در این برنامه بیان شد (۳،۹). از طرفی این برنامه در ادامه برنامه سوم توسعه بر سطح بندی خدمات جهت دسترسی عادلانه مردم تاکید می‌کند و از طرف دیگر به گونه‌ای متمایز، سعی در هماهنگی این برنامه با بودجه سالیانه دارد. از نقاط قوت این برنامه می‌توان به جامعیت آن و پرتنگ تر دیده شدن عدالت

ناشی از عوامل خطر بیماری‌های مهم و صدمات؛ افزایش سواد سلامت؛ بهبود شاخص توسعه سلامت کودکان؛ کاهش مرگ مادران باردار، نوزادان و کودکان زیر ۵ سال؛ حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت؛ کاهش عوارض ناشی از آسیب‌های اجتماعی؛ افزایش سرمایه اجتماعی؛ کاهش سطح خطر ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان-ساخت در جامعه؛ کاهش سطح خطاهای ناشی از مداخله‌های سلامتی؛ کاهش ناامنی غذایی خانوار؛ ارتقای پاسخگویی نظام ارائه خدمات به نیازهای غیرطبیعی گیرندگان خدمت؛ کاهش میزان آلاینده‌های خطرناک و مهم زیست-محیطی؛ جلب مشارکت مردم و همه دستگاه‌های ذینفع بر فعالیت‌های سلامت محور؛ و کنترل سل، ایدز، حذف مالاریا، فلج اطفال، سرخک، سرخچه و کزاز است (۲۰).

بحث

در سال‌های اول برنامه‌های توسعه، در رابطه با عوامل اجتماعی بیشتر به موضوع عدالت اجتماعی و مناطق روستایی و بخش‌های محروم توجه شده است. در این دوره به دلیل پایین بودن شاخص‌های حیاتی، سیاست اصلی بخش سلامت، بهبود شاخص‌های حیاتی بوده است. استقرار شبکه‌های بهداشتی درمانی نیز با اصول اساسی نظام، یعنی هزینه-اثربخش بودن مراقبت‌های اولیه و عدالت در ارتباط با دسترسی به خدمات و از جهات توان مالی، به ویژه در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر، تناسب داشته است (۱۵). این دوران که مصادف با اتمام جنگ ایران و عراق بود، جمعیت کشور به شدت سیر صعودی طی می‌کرد، به همین جهت سیاست تحدید موالید بسیار مورد تاکید قرار گرفت. آنچه در این برنامه واضح و مشهود است تاکید بر پوشش خدمات بهداشتی درمانی و مبارزه با بیماری‌ها و مرگ و میرهایی است که کشورهای در حال توسعه با آن روبرو هستند. البته در این برنامه توجه بسیار زیادی به توسعه زیربنایی و فیزیکی شده است.

راه، استراتژی مقابله با نابرابری‌های سلامت و نیز برنامه عملیاتی آن پوشش می‌دهد. انگلستان نیز قصد نموده است که تا سال ۲۰۱۰ نابرابری‌های پیامد‌های سلامت را تا ۱۰٪ کاهش دهد (۱۴). بحرین نیز در آینده‌نگاری سلامت خود، عدالت را، دسترسی عادلانه آحاد مردم به ویژه اقشار محروم و آسیب دیده به خدمات سلامت، بیان کرده است (۶).

هر کشوری با توجه به مشکلات و زمینه‌های خود اقدام به تدوین اهداف خود می‌نماید. همانگونه که کشور کنیا در چشم اندازش، خود را ملتی رها از بیماری‌های قابل پیشگیری و بیماری‌های سلامت معرفی می‌کند (۲۵)، در حالیکه چشم انداز استرالیا غربی، زندگی با کیفیت و طولانی است (۲۶). بنابراین نمی‌توان نسخه یکسانی را برای همه کشورها پیچید اما می‌توان از تجربیات آنها استفاده کرد.

مروری بر روند برنامه‌های توسعه نشان می‌دهد که برنامه نخست بیشتر جنبه پروژه‌ای داشته و جامعیت کمتری داشته است. اما با گذشت زمان این رویکرد اصلاح شده و برنامه‌ها با جامعیت بیشتری تدوین شده اند. تغییر رویکردی از دولتی سازی تا خصوصی‌سازی نیز مشهود است. موضوع بین بخشی بودن عدالت در سلامت و مقابله با عوامل تعیین کننده و تاثیرگذار بر سلامت به صراحت در برنامه‌های سوم و پنجم توسعه بیان شده است. بر این اساس بایستی چارچوب‌های سیاستی و تمهیدات رسمی که هماهنگ کننده تصمیم گیرندگان و مسئولین در بخش‌های داخل و خارج سیستم سلامت است، تدوین شده و استقرار یابد. از منظر زمانی، بسیاری از سیاست‌ها و برنامه‌ها که جنبه سیاست‌گذاری دارند به برنامه بعد موکول شده‌اند. در واقع دلیل این امر می‌تواند ناشی از برنامه‌ریزی نادرست و و در نظرنگرفتن پیش نیازهای لازم برای اجرای این سیاست‌ها باشد. هم چنین، در برخی از موارد مواد قانونی فاقد متولی بوده و الزامی در مورد اجرای آن وجود ندارد. این موضوع موجب تغییرات قابل توجهی در نحوه اجرای سیاست‌ها با تغییرات دولت‌ها شده است.

توزیعی اشاره کرد اما سیاست‌های این برنامه جهت اجرا نیاز به زمان بیشتری دارند که متأسفانه چندان توجهی به این موضوع نشده است.

در برنامه پنجم توسعه، به رویکرد جداسازی بخش خصوصی از دولتی اشاره شده است. جهت دسترسی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت نیز توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت مطرح شد. علاوه بر این با توجه به اولویت پیشگیری بر درمان، تشکیل بیمه سلامت به جای بیمه درمان پیشنهاد گردید (۱۷). در راستای اجرا برنامه پنجم، راهبردها، سیاست‌ها، پروژه‌ها و برنامه‌های عملیاتی (۲۱) با تمرکز بر عوامل اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت جهت پایش و ارزیابی اقدامات جهت دستیابی به اهداف و برنامه‌های فوق، تدوین و اجرا گردید. این برنامه نسبت به برنامه‌های پیشین جامعیت بیشتری داشته و عدالت را به طور گسترده‌ای در نظر گرفته است، اما مشابه با برنامه قبل به زمانبندی اجرای سیاست‌ها توجه اندکی شده است.

در کشورهای دیگر نیز عدالت و اهمیت آن به صراحت در برنامه‌های بخش سلامت دیده می‌شود. دولت سریلانکا برای توسعه عادلانه سلامت تعهد نموده است. هم چنین، از حیثه‌های اولویت دار دولت موزامبیک، عدالت در دسترسی به خدمات سلامت است. و از اهداف استراتژیک وزارت بهداشت این کشور، کاهش نابرابری در تخصیص بودجه است. نظام سلامت کنیا، ماموریت خود را ارائه رهبری موثر و مشارکت در ارائه خدمات بهداشتی و سلامت عمومی با کیفیت، عادلانه، پاسخگو و در دسترس به مردم کنیا، معرفی می‌کند (۲۲). استراتژی‌های نظام سلامت امریکا نیز شامل تامین و گسترش پوشش بیمه‌ای سلامت و حذف نابرابری‌های سلامت است (۲۳). بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی از جمله (National Health System) NHS، در تلاش برای برقراری برابری، در عمل بر عوامل هزینه‌ها، تامین مالی و موضوع برابری از جهت دسترسی تمرکز دارند (۲۴). حیثه‌های اساسی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در این کشور

- Program Planning. 2012; doi: 10.1016/j.evalprogplan.2012.03.006.
5. Supreme Council of Cultural Revolution. Map of comprehensive scientific health [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [updated 2010 Jan 4th; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_S&T%20Map-20%20PP_Final%20%20_89_10_14_.pdf
 6. The Map of Iran's health system in 1404 [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from: <http://ihm.behdasht.gov.ir/Images/UserFiles/26/file/Health%20map%20Shahri var%204%201389%20AMS%20%5BC ompatibility%20Mode%5D.pdf>
 7. New Zealand's bold strategy for reducing health disparities. World Report. The lancet. 2011; 378: 1689-1690.
 8. Emamianan M, Alami A, Fateh M. Socioeconomic Inequity in Non-Communicable Disease Risk Factor in Shahroud, Iran. IRJE 2011; 7(3): 44-51.[In Persian]
 9. Ministry of Health and Medical Education. The national development document of the health sector in low of the Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2004 [updated 2009 Apr 8th; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_sanad%20tosebakhsh%20salamat.pdf
 10. Health Policy Secretariat. Health of the Islamic Republic of Iran in the Fifth Economic, Social and Cultural

نتیجه‌گیری

در بررسی عدالت، ضروری است علاوه بر توجه به شاخص های کلی، این شاخص ها در بین گروه‌ها و زیرگروه‌های مختلف جامعه بررسی شده و از تاثیرات متقابل سایر بخش ها نیز غفلت نشود. هم چنین لزوم توجه به واقع‌نگری و پاسخگویی در برابر برنامه‌های تدوین شده می‌تواند موجب تسهیل در اجرای برنامه‌های فوق گردد.

منابع

1. Policy Council of Ministry of Health and Medical Education. Achievements, challenges and prospects facing the health system of the Islamic Republic of Iran: The Second Volume [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/29_1_1041_Final2.pdf
2. Pourreza A. Equity assessment in financing and resource allocation of health sector. Taamine Ejtemaee Journal. 2007; 9(28): 107-133.[In Persian]
3. Management and Planning Organization. Low of the Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [updated 2004 Sep 1st; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_barname%204%20tosee.pdf
4. Dunn JR, Meulen EVD, O'Campo P, Muntaner C. Improving health equity through theory-informed evaluations: A look at housing first strategies, cross-sectoral health programs, and prostitution policy. Evaluation and

- Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [updated 2009 Apr 8th; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_2th%205Yplan.pdf
16. Low of the Third Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [updated 2009 Apr 8th; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_3th%205Yplan.pdf
 17. Policy Council of Ministry of Health and Medical Education. Achievements, challenges and prospects facing the health system of the Islamic Republic of Iran: The First Volume [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1350_Final1.pdf
 18. Low of the Fifth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran: Islamic Parliament of Iran; [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
<http://www.parliran.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=3362>
 19. Policy Council. Map of Iran's health system evolution based on the Iranian-Islamic development pattern [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012[No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
<http://www.oaip.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=39fff111-95a1-4141-8649-8a2c5055f90c>
 - Development Plan [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; Report 2009 [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
<http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31686>
 11. Council policy and health reform Secretariat. Health system status of Iran: Challenges and Solutions: The Second Edition [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2008[No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1664_IHS_Challenges_Solution_final.pdf
 12. Secretary of social determinants of health. The proposed strategic plan for health equity and social determinants of health in the Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331_1654_SDH%20Strategic%20planning.pdf
 13. Chopra M, Sharkey A, Dalmiya N, Anthony D, Binkin N, Equity in Child Survival, Health, and Nutrition 1: Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. The lancet. 2012; 380: 1331-1340.
 14. Low of the First Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [updated 2009 Apr 8th; cited 2013 Dec 8th]. Available from:
http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_1th%205Yplan.pdf
 15. Low of the Second Economic, Social and Cultural Development Plan of the

23. Financing and economic policies in health sector [Internet] .Tehran: Ministry of Health and Medical Education; [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1041_health%20financing.pdf
24. Department of Health & Human Services. Secretary Strategic Initiatives [Internet] .USA; [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from: www.hhs.gov
25. Strategic plan 2008-2012 [Internet]. Ministry of Public Health and Sanitation; 2008[No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from: www.health.go.ke
26. Department of health. Our strategic intent 2005- 2010 outlines our key intentions and commitments for next five years to deliver a Healthy WA [Internet]. [No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://www.health.wa.gov.au/hrit/docs/publications/Strategic_Intent_2005-2010.pdf
20. Administration of Public Relations. The profile of health, Report of activities of the health sector in the ninth government, September 2004-2008: Second Edition [Internet] .Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009[No date; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_94_Amalkard%20%201384-88.pdf
21. Public Relations of Ministry of Health and Medical Education. Report of activities of the health sector in the first half of 10th government: A brief Report of the two-year Ministry of Health and Medical Education, September 2008-2010 [Internet] .Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011 [updated 2011 Sep 21st; cited 2013 Dec 8th]. Available from: http://behdasht.gov.ir/uploads/Behdasht%20dolat%2010%20Nim1_82891.pdf
22. Tabibi SJ. Management Structure of Iran Health System from the perspective of equity. Taamine ejtemaee Journal. 2007; 9(28): 81-106.[In Persian]

Cite this article as:

Barati O, Keshtkaran A ,Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the Health System: An Overview on National Development Plans. Sadra Med Sci J 2014; 3(1): 77-88.