

مقدمه: نظام سلامت در ایران از زمان تشکیل در سال ۱۳۰۴ تاکنون (۱۳۹۴) تغییر و تحولات زیادی را شاهد بوده، در بسیاری از حوزه‌ها موفقیتها و پیشرفت‌هایی داشته و در حوزه‌هایی نیز ناموفق و دور از حد انتظار عمل کرده است و شناخت دلایل آنها می‌تواند بخشی از مسائل و چالشهای سیاست‌گذاری سلامت در کشور را روشن کند.

روش: تحقیق حاضر در چارچوب رویکرد نهادگرایی و با بهره‌گیری از مدل وابستگی به مسیر به دنبال بررسی رویدادهای مهم و تأثیرگذار بر تحولات نهاد سلامت است. روش انجام تحقیق تاریخی بوده و اطلاعات موردنیاز با مراجعه به متون تاریخی راجع به نظام سلامت و زیربخشهای آن گردآوری شده است.

یافته‌ها: نقطه کانونی شکل‌گیری نظام سلامت در ایران به تأسیس دارالفنون در دوره قاجار برمی‌گردد؛ سپس در مسیر تحولات آن می‌توان سه مقطع تاریخی اصلی را شناسایی کرد: پیروزی انقلاب مشروطه و تشکیل مجلس شورای ملی، تأسیس حکومت پهلوی و پیروزی انقلاب اسلامی و تأسیس حکومت جمهوری اسلامی. در هر یک از این مقاطع با توجه به سیر حوادث و اهداف کلان دولتها، تغییراتی در سیاست‌گذاری سلامت به وقوع پیوسته است که نتایج آن در نظام سلامت کنونی ایران تجلی یافته است.

بحث: وابستگی به درآمد نفت، پایین بودن بودجه بخش سلامت و ضعف سیاست‌گذاری دولت در حیطه سلامت از ویژگیهای دیرینه نظام سلامت در ایران هستند؛ که دستیابی به اهداف اصلی سیاست‌گذاری اجتماعی یعنی مدرنیزاسیون و گسترش عدالت را با چالش روبه‌رو ساخته‌اند و سیاست‌گذاری سلامت نیز همانند سایر زیربخشهای سیاست‌گذاری اجتماعی از آن لطمه دیده است.

۱. هادی عبداله‌تبار

دکتر رفاه اجتماعی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، کرمانشاه، ایران، (نویسنده مسئول) <abdolahtabar@pnu.ac.ir>

۲. حمیرا سجادی

دکتر پزشکی اجتماعی، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

واژه‌های کلیدی:

نظام سلامت، وابستگی به مسیر، سیاست اجتماعی، نهادگرایی، روش تاریخی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۷





▶ **1- Hadi Abdolahtabar** 
Ph.D. in Social Welfare,
Management Department,
Department of Sociology,
Faculty of Social Sciences,
Payame Noor University,
Kermanshah, Iran.
(Corresponding Author)
<abdolahtabar@pnu.ac.ir>

▶ **2- Homeira Sajjadi** 
Ph.D. in Social Medicine,
Department of Social
Welfare, Faculty of
Educational Sciences and
Social Welfare, University
of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran.

KeyWords:

Health system, Path
dependency, social policy,
institutionalization

Received: 2023/10/28

Accepted: 2024/05/06

Citation: Abdolahtabar H, Sajjadi H. (2024). Social Policy and Changes in the Health System in Iran. *refahj. 24(94)*, : 1 doi:10.32598/refahj.24.94.2810.3



URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4273-fa.html>



Introduction: Since its establishment in 1304 to now (1394), the health system in Iran has witnessed many changes and developments, it has had successes and improvements in many areas, and it has performed unsuccessfully and beyond expectations in some areas, and knowing the reasons for them can Explain some of the issues and challenges of health policy in the country.

Method: The current research, within the framework of the institutional approach and using the path dependence model, seeks to examine important and influential events on the evolution of the health institution. The research method is historical and the required information has been collected by referring to historical texts about the health system and its sub-sections.

Findings: According to the results of the research, the focal point of the formation of the health system in Iran goes back to the establishment of Dar al-Funun in the Qajar period; Then, in the course of its developments, three main historical moments can be identified: the victory of the constitutional revolution and the formation of the National Council, the establishment of the Pahlavi government, the victory of the Islamic revolution and the establishment of the Islamic Republic. In each of these periods, according to the course of events and the goals of the governments, changes in health policies have taken place, the results of which have been manifested in the current health system of Iran.

Discussion: Dependence on oil income, low budget of the health sector, and weakness of the government's health policies are among the long-standing features of the health system in Iran. which have made it a challenge to achieve the main goals of social policy, i.e. modernization and expansion of justice, and health policy has been affected by it, like other sub-sectors of social policy.

Extended Abstract

Introduction

After the establishment of the modern government in Iran in 1304 (Abrahamian, 2014), the official structures of the health system were gradually established, and health policymaking, like other areas of social life, is considered one of the duties of the government. The health system in Iran has seen many developments and changes during the past 9 decades, which have resulted in various consequences. Among the major achievements of these developments and changes are the improvement of health indicators, better physical and financial access of people to health services, increase in life expectancy, control of population growth, control of infectious diseases, training of manpower and development of required physical resources, which is partially rooted in policy making (Nasrullahpour Shirvani and Maouodi, 2013). Mentioned the appropriate ones; But despite these achievements, the persistence of problems in some areas shows the need to pay attention to the role of other factors, especially social factors, as well as strategies related to health policy (Sajjadi et al. 2008). The purpose of this article was to clarify the path taken in the structure of Iran's health system and the factors affecting health policy from the beginning to 2016. In this regard, it is intended to answer the following questions: What events have been effective in the formation of the health system in Iran? What are the events affecting the evolution of the health system and what has been their effect on health policy?

Method

The method of conducting the present research is of a historical type, which is based on the collection of data from reliable historical sources related to the health system in Iran (including medicine, health, etc.). The path dependence method is also used for data analysis, which researchers such as Morgan and others (1985) and Armstrong and Tawakol (2017) have confirmed its applicability in the field of medicine and health (Naseri Rad, 2012). In this research, the first three types of sources were used and according to the research objectives, the sources that met the following criteria were selected: historical sources about the history of medicine and contemporary medicine in Iran (with an emphasis on first-hand sources); Historical sources about the history of Iran's political, social, economic and cultural developments,

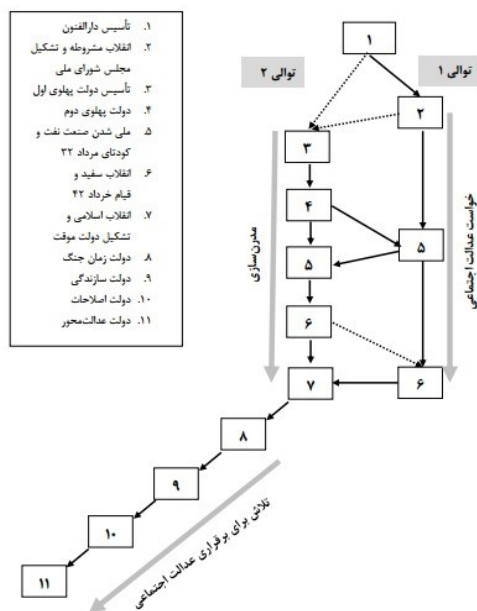
which the author considered the simultaneous role of these factors and their internal relationships with each other; The main text of the laws and regulations compiled in the field of health, including the laws related to the organizational structure of the health system and health and treatment policies; The main text of construction plans before the revolution and development plans after the revolution; The report of health activities and indicators provided by the official body in charge of health, i.e. the Ministry of Health or the Ministry of Health, Treatment and Medical Education, and texts that reviewed, evaluated and compared the performance of construction and development programs or policies of the health sector.

Findings

After reviewing the historical sources during the research, it was found that despite the initial premise of the research, which considers the formation of the modern government in 1304 as the beginning of the health system in Iran, the starting point of the current path of the health system should be the time of the establishment of Dar al-Funun and the bringing of European doctors to Iran considered modern medicine education (1228), which provided the grounds for changing the structure of traditional medicine to modern medicine and creating the foundations of the health system in Iran. In fact, the first critical event in the path of the health system is the establishment of Dar al-Funun. The path dependency analysis method that was used to investigate the evolution of the health system in Iran showed that it is possible to determine two parallel sequences in the course of political and social changes in Iran, with an emphasis on social policy, during which 11 important and influential events took place. And three critical joints were identified (Figure 3). Sequence 1 is known as "Demand for Social Justice", which begins with the Constitutional Revolution, which was the direct result of the establishment of Dar al-Funun and the familiarization of intellectuals and common people with their political and social rights, and has become the source of extensive changes in Iran. Sequence 2 is also known as "Modernization of Iran" which starts with the establishment of the Pahlavi government. At the first critical point, sequence 1 and sequence 2 intersected when the Qajar government changed to Pahlavi, but due to the government's inattention to the National Assembly, the social policy and policy of the newly established government did not have much effect on the demand for social justice and the modernization of the country. Government programs and policies were

placed; As a result, this intersection is called a “vital joint of unstable consequence”. The second critical moment occurred during the second Pahlavi period and in the story of the nationalization of the oil industry and Dr. Mossadegh’s prime minister ship; But after two years with the coup d’état of August 28, 1953, this joint was not able to make deep structural changes in goals and policies, and this intersection is also called “a vital joint with unsustainable consequences”. The third joint of these two sequences is the “occurrence of the Islamic Revolution of 1357” which led to the change of the pillars of government and the attitude and policies of the ruling powers, hence it is known as “the joint with lasting consequences”; However, this fundamental change has not been very successful due to the stability of the characteristics of the governments before the revolution, including the extensive intervention of the government in the economy, the dependence of the government and its programs on oil revenues, and the weakness of the ability to make policies, the process of establishing social justice has not been very successful.

Fig 1. Path dependency model of social political developments in Iran



Discussion:

The change of governments and the adoption of different policies in the field of health have not been able to help eliminate inequality and injustice in the field of health, although there have been successes in some fields, including health. The last point that should be noted is that many of the plans and programs that were implemented in the country at a certain time are justified under the influence of the historical conditions of that time; And questioning the decisions and policies adopted does not help to improve the situation, but what is important is to pay attention to the contexts and factors affecting the adoption of macro-decisions and policies derived from them, and to learn from previous events and to make more responsible decisions in the future, just as inattention The policies adopted in the past and ignoring their consequences have brought a lot of costs to the health system.

Ethical considerations

Contribution of authors

The article was prepared with the participation of both authors, and the responsible author of the article is Dr. Hadi Abdolahtabar.

Financial resources

This article is not sponsored.

Conflict of interest

There is no conflict of interest in this article.

Ethical principles in research

In this article, all ethical principles in the field of plagiarism, data distortion, etc. have been observed.

مقدمه

توسعه سیاست سلامت به‌عنوان یکی از ابعاد سیاست اجتماعی از مسئولیت‌های دولتها شمرده می‌شود که در کشورهای مختلف جهان با ظهور دولتهای مدرن جنبه عملی به خود گرفته است. در ایران نیز بعد از تشکیل دولت مدرن در سال ۱۳۰۴، ساختارهای رسمی نظام سلامت به تدریج پا گرفتند و سیاست‌گذاری سلامت همانند سایر حوزه‌های زندگی اجتماعی از جمله آموزش از وظایف دولت قلمداد شده است. بر اساس نتایج برخی پژوهشها از جمله آزاد ارمکی و نصرتی‌نژاد (۲۰۱۰) هرچند انقلاب مشروطه را می‌توان سرآغاز دولت مدرن در ایران دانست، اما عملاً با تشکیل دولت مطلقه پهلوی توسط رضاخان شکل‌گیری دولت مدرن در ایران میسر شد. در واقع با تشکیل دولت مطلقه پهلوی اقدامات بسیاری برای نوسازی جامعه و دولت ایران انجام گرفت و شکل‌گیری بیشتر نهادهای اجتماعی از جمله آموزش، بهداشت و ... به این دوره برمی‌گردد. آبراهامیان (۲۰۱۵) نیز از عنوان مدرن استفاده می‌کند. از سوی دیگر، مؤمنی (۲۰۰۹) معتقد است به‌واسطه عدم‌تغییر معنی‌دار در بازارهای سیاست و اقتصاد ایران از منظر بنیانهای نهادی و ساختاری، دوران رضاشاه استمرار همان وضعیت دوره قاجار است و نمی‌توان لفظ مدرن را به آن اطلاق کرد.

نظام سلامت در ایران طی نه دهه (۱۳۹۴-۱۳۰۴) تحولات و تغییرات متعددی به خود دیده که پیامدهای مختلفی در پی داشته است. از دستاوردهای عمده این تحولات و تغییرات می‌توان ارتقای شاخصهای بهداشتی، بهترشدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید به زندگی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماریهای مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی موردنیاز که قسمتی ریشه در سیاست‌گذاریهای مناسب دارد را ذکر کرد (نصرالله‌پور شیروانی و موعودی، ۲۰۱۳)؛ اما با وجود این دستاوردها، تداوم مشکلات در برخی حوزه‌ها ضرورت توجه به نقش عوامل دیگر به‌ویژه عوامل اجتماعی و

نیز استراتژیهای مرتبط با سیاستگذاری سلامت را نشان می‌دهد (سجادی و همکاران، ۲۰۰۹). از جمله این مشکلات می‌توان به مسائل مرتبط با دارو (وابستگی ارزی، قیمت‌گذاری، کیفیت و ...)، بیمه (پوشش جمعیتی، روش بیمه‌گری، رضایت مردم و ...)، فقدان همکاری بین بخشی و تعدد در مراجع سیاستگذاری و نظارت، اقتصاد بهداشت (دولت، مشارکت مردم و ...)، افزایش انتظارات و تقاضای مردم با توجه به رویکرد جدید به سلامت، وجود نارضایتی در برخی از اقشار جامعه نسبت به خدمات بهداشتی و سلامت و تمرکز عمده خدمات مرتبط با سلامت در پایتخت اشاره نمود که نشان می‌دهد هنوز تا رسیدن به حد مطلوب و مناسب خدمات بهداشتی درمانی در جامعه فاصله زیادی وجود دارد.

از دیدگاه اجتماعی، تأمین و ارتقای سلامت جامعه یک کنش متقابل و یک پدیده دوسویه بین جامعه و دولت‌مردان است. از یک سو، تصمیم‌های سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و بین‌المللی بر سلامت مردم یک جامعه تأثیر می‌گذارند و از سوی دیگر دولت‌ها در برنامه‌ریزیها و تصمیم‌گیریهایشان باید شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه را در نظر داشته باشند؛ و در جریان این کنش متقابل نظام سلامت دچار تغییر و تحول می‌شود؛ بنابراین، بررسی سیر وقایع و رویدادهای گذشته نظام سلامت و شناخت مقاطع تاریخی و مهم و تصمیمات و اقدامات اثرگذار بر روند سیاستگذاری و اجرای سیاستها در نظام سلامت می‌تواند به صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران در انتخاب مسیر آتی و فرایند سیاست‌گذاری سلامت کمک کند.

هدف نوشتار حاضر بررسی مسیر طی‌شده در ساختار نظام سلامت ایران و عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری سلامت از ابتدا تا سال ۱۳۹۴ بود. در این راستا پاسخگویی به سؤالات زیر مدنظر قرار گرفت: چه رویدادهایی در تشکیل نظام سلامت در ایران مؤثر بوده‌اند؟ رویدادهای تأثیرگذار بر تحولات نظام سلامت کدامند و تأثیر آنها بر سیاستگذاری سلامت چه بوده است؟

پیشینه تجربی

در زمینه روند تحول نظام سلامت و سیاست‌گذاری سلامت در ایران پژوهشهایی به انجام رسیده است؛ از جمله، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۰۱۷) در بخشی با عنوان «سیر تاریخی نظام سلامت از زمان تشکیل رسمی وزارت بهداشتی (۱۹۷۴) تاکنون (۲۰۱۷)» پنج دوره تحول را از هم تفکیک کرده است، اما آنچه برای تقسیم‌بندی دوره‌های تحول نظام سلامت مورد استناد قرار گرفته صرفاً تحولات ساختاری و درونی نهاد سلامت را در بر می‌گیرد و اشاره چندانی به محتوای سیاستها و یا عوامل درونی و بیرونی مؤثر بر تغییرات مذکور ندارد. همچنین مبنای تقسیم‌بندی در این پژوهش صرفاً بازه‌های زمانی ده‌ساله است که نمی‌تواند مبنای تحلیلی بسیار مناسبی برای مورد استناد قرار گرفتن باشد.

در پژوهش دیگری، ندیم (۲۰۱۰) در بررسی سیر تاریخی شکل‌گیری نهادهای رسمی مرتبط با بهداشت و مراقبتهای سلامت در ایران، تاریخچه بهداشت عمومی را از زمان تأسیس دارالفنون پی می‌گیرد و سپس به تأسیس اداره صحت و فعالیتهای مرتبط با واکسیناسیون و ترویج بهداشت عمومی اشاره می‌کند و نهایتاً به تشکیل دانشکده بهداشت در سال ۱۳۴۵ می‌رسد که از آن‌پس به تربیت نیروی انسانی مورد نیاز در زمینه خدمات بهداشتی می‌پردازد. این پژوهش نیز گرچه چارچوب تاریخی مناسبی برای آشنایی با سیر تاریخی تغییرات به دست می‌دهد، اما به تحلیل تحولات و تغییرات نهاد سلامت یا بهداشت نپرداخته است. نصرالله‌پور شیروانی و موعودی (۲۰۱۳) نیز به بررسی عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری در بخش سلامت و سپس چالشهای سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران پرداخته‌اند. آنها چهار عامل مؤثر بر سیاست‌گذاری سلامت را کنشگران، زمینه، فرایند سیاست‌گذاری و محتوای سیاست می‌دانند. مهم‌ترین مشکلات نهاد سلامت از دیدگاه محققان، عبارتند از: نارسایی ساختار سازمانی، ضعف مدیریت منابع انسانی، ناکارآمدی مدیریت فناوری، ضعف بهینه‌سازی مصرف دارو، گذر یا تغییرات جمعیتی و برخی عوامل زمینه‌ای دیگر. در مورد این پژوهش

می‌توان گفت که بدون توجه به تاریخ و سیر رویدادهای مؤثر بر نهاد سلامت فقط عوامل مؤثر را برشمرده‌اند.

در برخی از پژوهش‌های دیگر، بحث سیاست سلامت ذیل موضوع گسترده‌تر رفاه اجتماعی یا سیاست‌گذاری اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. از جمله قاراخانی (۲۰۱۲) سیاست سلامت دولتهای چهارگانه بعد از انقلاب شامل دولتهای (میرحسین موسوی، هاشمی رفسنجانی، خاتمی و احمدی‌نژاد) را در دو بُعد درون‌داد قانونی و هزینه سلامت بررسی کرده است. نتیجه اینکه برنامه‌های دولتها در زمینه سلامت ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی این دولتها نیست. همچنین درون‌داد قانونی سیاست سلامت در دولتهای چهارگانه نشانی از تحولات اساسی در این سیاستها ندارد. علاوه بر این، در بُعد هزینه سلامت نیز تأثیر رویکرد دولت بر سیاست سلامت مشاهده نشد؛ بنابراین، تحلیل سیاست سلامت در ایران در شرایطی که احتمالاً به ساختار اجتماعی و اقتصادی هر یک از این دولتها توجه شود، می‌تواند از شفافیت بیشتری برخوردار باشد. صفری‌شالی (۲۰۱۶) درصدد پاسخگویی به این سؤال است که عدالت اجتماعی با نشانه مرکزی «سلامت» در گفتمان دولتهای پس از انقلاب چگونه بازنمایی شده است؟ تحقیق نشان داد که با وجود آن‌که عدالت اجتماعی و اجرای آن از سیاستهای اصلی و محوری تمامی گفتمانها و به تبع آن، دولتهای چهارگانه مورد مطالعه بوده است، اما مسئله عدالت اجتماعی همچنان با مشکلات عملی و نظری زیادی در این حوزه روبه‌رو است؛ چون دیدگاه سیستمی و ترکیبی به معنای جامع خود در هیچ‌یک از دولتها تحقق نیافته است و در طول بیش از سه دهه‌ای که از پیروزی انقلاب می‌گذرد، دولت‌مردان در تحقق عدالت اجتماعی با توجه به ایدئولوژی و آرمانهای انقلاب اسلامی همچنان به نگرشی سیستمی و جامع نرسیده‌اند.

در دو مورد از پژوهشها (قاراخانی، ۲۰۱۲؛ صفری‌شالی، ۲۰۱۶) صرفاً از زاویه تأثیرگذاری

نهاد دولت بر سیاست اجتماعی و سیاست سلامت به موضوع نگریسته شده است و نقش عوامل دیگر از جمله عوامل تاریخی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نادیده گرفته شده است. البته هر دو محقق اذعان داشته‌اند که این رویکرد به صورت آگاهانه و عمدی و بر اساس اهداف پژوهش اتخاذ شده است. نکته قابل درخور توجه دیگر این است که آنها تغییرات نهاد سلامت را با توجه به تغییر دولتها (آن‌هم محدود به دوره بعد از انقلاب اسلامی ایران) تحلیل و بررسی می‌کنند و نتیجه‌ای که به دست می‌دهند این است که رویکرد دولتها تأثیر چندانی در توفیق یا عدم توفیق دولتهای مختلف بعد از انقلاب در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده در نظام سلامت نداشته و دستیابی به عدالت اجتماعی در زمینه سیاست سلامت آن‌گونه که در اهداف و چشم‌انداز دولتها مطرح شده، محقق نشده است.

در مجموع، می‌توان گفت در پژوهشهای قبلی به این مسئله توجه نشده است که نظام سلامت کنونی حاصل تجارب و فراز و نشیبهای تاریخی طولانی‌تری است که باید ریشه آن را از ابتدای راه (ظهور دولت مدرن و تشکیل نظام سلامت) پی گرفت. در واقع، برخی از ویژگیهای خاص نظام سلامت موجود ریشه در گذشته آن (دهه‌ها قبل از وقوع انقلاب اسلامی) دارد، بنا بر این لازم است سیر تحولات و روند گسترش نظام سلامت از ابتدا مورد توجه قرار گیرد، آن‌هم با در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای داخلی و خارجی مؤثر بر ساختار نظام سلامت و نیز محتوای سیاستها؛ امری که در این پژوهش دنبال شد.

مبانی مفهومی

از نظر مارشال (۱۹۶۴) ظهور دولت رفاه در اروپا تداوم دولتهای مدرن اروپایی و مبتنی بر حقوق اجتماعی بوده است که تا حدود زیادی در اثر تلاشهای جنبش کارگری به دست آمد؛ اما در کشورهای در حال توسعه، مبنا و مسیرهای شکل‌گیری دولت مدرن و سیاستهای اجتماعی متفاوت بوده است (کارشناس و مقدم، ۲۰۱۲). تفاوتی که در حال حاضر بین

کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته از لحاظ شاخصهای اجتماعی و بهداشتی وجود دارد، به میزان زیادی ریشه در مسیری دارد که از ابتدای شکل گیری دولت مدرن در این کشورها طی شده است.

دولت مدرن در این کشورها با مسائل و چالشهای زیادی چون نداشتن توان نفوذ بنیادین در داخل جامعه (مان، ۱۹۸۶)، عدم استقلال عمل نهادهای عمومی، سطح بسیار بالا و شگفت آور هزینه های نظامی حکومت، میراث فراگیر روابط حامی-پیرو، فرهنگ پاتریمونیالیستی در درون دولت، نبود پاسخگویی دموکراتیک، سطوح پایین رشد اقتصادی، محدود بودن بودجه دولت و اغلب وابستگی آن به کمکهای خارجی، دستمزدهای اندک کارکنان دولت، سطوح بالای مداخله دولت در اقتصاد (لفت ویچ، ۲۰۱۴)، ایجاد سلطه سیاسی نامطمئن، سازمانهای ناکارآمد، دامن زدن به فساد و ضعف توانایی سیاستگذاری دولت (اسمیت، ۲۰۱۴)، تک محصولی بودن اقتصاد و سلطه دولت بر منبع اصلی درآمد کشور (کارشناس و مقدم، ۲۰۱۲، ۵۱) روبه روست. مجموعه این چالشها به همراه وقایع داخلی و خارجی در عرصه سیاست، اقتصاد و شرایط اجتماعی هر کشوری به نهادهای آن شکلی خاص می دهد که بر کارایی و پیامدهای آنها در هر مقطع تاریخی اثرگذار است.

آدلمن^۴ (۲۰۰۵، ۱۳۷) معتقد است که سیاست توسعه به درک پیچیده تری از نظامهای اجتماعی، ترکیب نهادهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و کنشهای متقابل متغیر آنها طی زمان نیاز دارد؛ این که دخالتها باید چندشاخه ای باشد؛ این که ممکن است آنچه برای یک مرحله از فراگرد توسعه خوب باشد برای مرحله بعدی بد باشد؛ این که امور برگشت ناپذیری در فراگرد توسعه وجود دارد که سبب ایجاد وابستگی به مسیر می شود.

در سالهای اخیر، توافق عمومی درباره این موضوع پدید آمده است که نهادها عامل اصلی

1. Mann
3. Smith

2. Leftwich
4. Adelman

توسعه و پیشرفت کشورها هستند و ایجاد تحول و دستیابی به توسعه پایدار، منوط به تغییر آنها است. این موضوع باعث می‌شود که مسئله تغییر نهادی، در مرکز توجه اندیشمندان و سیاست‌گذاران قرار گیرد (متوسلی و نیکونسبتی، ۲۰۱۱)؛ و به‌مرور زمان تاریخ نشان می‌دهد که انواع معینی از وابستگی به مسیر وجود دارد که ناشی از شیوه گرفتارآمدن مناسبات قدرت در سوگیریهای توزیعی است؛ بنابراین، به‌احتمال زیاد تواریخ کشورهای متفاوت یا مناطق مختلف دنیا با یکدیگر تفاوت دارد، زیرا هرکدام از آنها راهی از تعدیل و انطباق را دنبال می‌کنند و این امر نظریه‌ای اقتصادی را به وجود می‌آورد که توضیح می‌دهد «چرا تاریخ مهم است». آنچه نورث «تغییر گسسته» می‌خواند بسیار کمتر رخ می‌دهد و عموماً هم نتیجه انقلاب است. «گرچه شاید قواعد رسمی یک‌شبه و در نتیجه تصمیمهای سیاسی یا قضایی تغییر کنند، ولی قیدوبندهای غیررسمی متجسم در آداب و رسوم و سنتها و قیدوبندهای فرهنگی نه فقط گذشته را به حال و آینده مرتبط می‌کنند بلکه کلید تبیین مسیر تغییر تاریخی را در اختیار ما قرار می‌دهند» (میر و استیگلیتز، ۲۰۰۵).

یکی از رویکردهایی که به بررسی فرایند توسعه، تحولات نهادها و یا تغییرات اجتماعی می‌پردازد «رویکرد نهادگرایی»^۱ است و مفهوم اصلی که در این رویکرد به کار می‌رود، مفهوم «وابستگی به مسیر»^۲ است. به تعبیر نورث (۱۹۹۴) این اصطلاح برای توصیف و برجسته کردن اثر قدرتمند گذشته بر حال و آینده به کار برده می‌شود. اندیشمندان دیگری (پیرسون^۳، ۲۰۰۴؛ گرینر^۴، ۲۰۰۵) آن را یک رویکرد انتقادی برای توضیح ناپیوستگی^۵ و (به‌ویژه) پیوستگی در ارتباط با برخی پدیده‌ها در طول زمان می‌دانند. لیوویتس و مارگولیس^۶ (۱۹۹۵) آن را دنیایی می‌دانند که تحت حکمروایی رویدادهای (ظاهراً) بی‌معنای تاریخی است؛ دنیای پیش‌بینی‌ناپذیری که تصمیمات کوچک و ظاهراً نامربوط به پیامدهای غیرقابل‌کنترلی منجر

1. Institutionalism approach
4. Greener

2. Path dependency
5. discontinuities

3. Pierson
6. Liebowitz and Margolis

می‌شوند. در واقع، وابستگی به مسیر به‌عنوان یک نظریه اقتصادی، بیان جدیدی از چگونگی تأثیر کنشهای حکومت بر ارتقای پیامدهای بازار ارائه می‌دهد. ماهونی^۱ (۲۰۰۰) معتقد است وابستگی به مسیر چیزی فراتر و وسیع‌تر از «موضوعات تاریخی» یا «تأثیر حوادث گذشته بر آینده» است، مشخص کردن وابستگی مسیر هم شامل نشان دادن یک نتیجه و پیامد است که خود به مجموعه‌ای از حوادث تاریخی برمی‌گردد و هم نشان می‌دهد که چگونه این حوادث به صورت مشروط می‌توانسته‌اند رخ دهند چراکه وقوع این حوادث را نمی‌توان بر اساس شرایط تاریخی پیشین توضیح داد.

در معدود پژوهشهای انجام‌شده در حوزه سلامت با روش وابستگی به مسیر، هریسون و همکاران (۲۰۰۸) به بررسی عملکرد خدمات ملی سلامت در انگلستان از زمان تشکیل آن در سال ۱۹۸۳ تا سال ۲۰۰۸ پرداخته‌اند. در ایران نیز به‌جز مقاله ناصری‌راد و همکاران (۲۰۱۲) که در آن بر ظرفیت بالقوه رویکرد وابستگی به مسیر در پژوهشهای جامعه‌شناسی پزشکی و روند تغییرات نهادهای مرتبط با سلامت تأکید شده است؛ در مورد تغییرات نظام سلامت ایران با رویکرد وابستگی به مسیر پژوهشی انجام نگرفته است. از این‌رو، بررسی تغییرات نظام سلامت ایران با این رویکرد ضروری می‌کند.

روش

این پژوهش به روش تاریخی انجام گرفت که مبتنی بر گردآوری داده‌ها از منابع معتبر تاریخی مرتبط با نظام سلامت در ایران (اعم از پزشکی، بهداشت و ...) بوده و برای تحلیل داده‌ها نیز از روش وابستگی به مسیر استفاده شد که محققانی چون مورگان و همکاران (۱۹۸۵) و آرمسترانگ و توکل (۲۰۰۸) بر قابلیت کاربرد آن در حوزه پزشکی و سلامت صحنه گذاشته‌اند. پژوهشگران در چارچوب وابستگی مسیر اغلب دو نوع رایج و مهم توالی

1. Mahoney

را بررسی می‌کنند: توالی خود تقویت‌کننده^۱ و توالی واکنشی^۲. توالی خود تقویت‌کننده، رویدادهایی هستند که ابتدا شکل می‌گیرند و سپس یک الگوی نهادی مشخص را بازتولید می‌کنند. مثلاً وقتی که یک برنامه برای بار اول پذیرفته شد و دارای پیامد مثبت بود، کم‌کم در طی زمان آن برنامه تقویت می‌شود و تغییر دادن آن برنامه در سالهای بعدی سخت یا غیرممکن خواهد بود؛ و توالی واکنشی، سلسله‌ای از حوادث هستند که از لحاظ زمانی مرتب و از نظر علی به هم مرتبطاند. در یک توالی واکنشی، هر رویدادی هم واکنشی به حوادث پیشین است و هم علت رویدادی بعدی؛ بنابراین هر مرحله همانند یک حلقه زنجیر به حلقه‌های «پیشین» وابسته است. هر رویدادی در توالی اهمیت ویژه‌ای برای پیامدهای نهایی دارد زیرا تغییر کوچکی در یکی از این رویدادها می‌تواند در طول زمان جمع شده و در پایان توالی تغییر بزرگی را ایجاد کند (ماهونی، ۲۰۰۰). در وابستگی مسیر، حلقه نهایی مورد توجه ویژه پژوهشگر است و آن را به‌عنوان نتیجه در نظر می‌گیرد و برای فهم آن گامهایی به عقب بر می‌دارد و با طی این مسیر چگونگی پیدایش این پیامد را نشان می‌دهد (ناصری‌راد و همکاران، ۲۰۱۲).

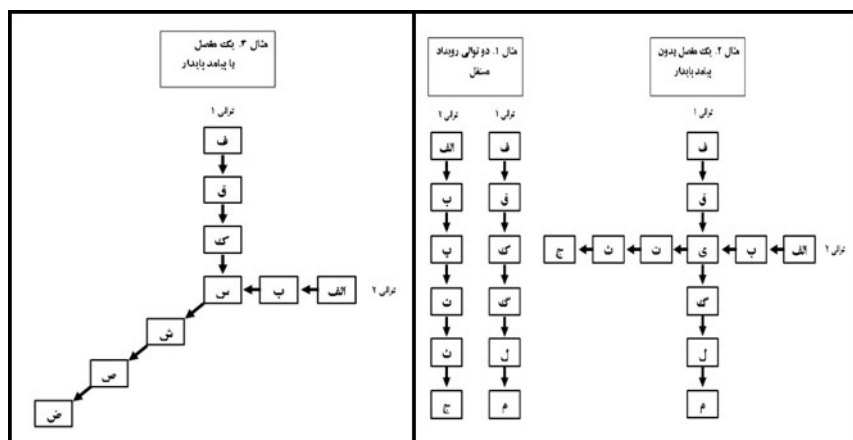
توالیهای واکنشی به‌عنوان زنجیره‌هایی از ترتیبات زمانی موقعیت‌مند و رویدادهای به‌هم‌پیوسته تعریف می‌شوند، به این معنا که هر رویداد در توالی، هم یک واکنش به رویداد پیشین و هم دلیلی برای رویدادهای آتی است. مخصوصاً رویدادهای متقدم در توالی در برآمد نهایی بسیار با اهمیت‌اند، چراکه یک تغییر جزئی در یکی از این رویدادها می‌تواند در طول زمان انباشته شده و تغییر بزرگی را در انتهای توالی ایجاد کند.

در شکل شماره ۱ نمای شماتیک انواع توالیها و رابطه رویدادها با یکدیگر نشان داده شده است. در مثال ۱ دو توالی واکنشی از رویدادها نشان داده شده است که هیچ نقطه اشتراکی

1. self-reinforcing sequences
2. reactive sequences

با هم ندارند، در نتیجه مفصلی هم دیده نمی‌شود، بنابراین هر توالی منطق علی و مستقل خودش را دنبال می‌کند. در مثال ۲ دو توالی به هم رسیده‌اند و یک رویداد مفصلی ایجاد شده است، اما مسیر توالیها فقط به طور زمانی جدا شده است و بعد از ایجاد نقطه مفصلی، دو رویداد باز هم به مسیرهای اصلی خود بازگشته‌اند؛ بنابراین، مفصل هیچ نتیجه بادوامی در بر ندارد. در مثال ۳ مفصل ایجاد شده تأثیرات بادوامی را ایجاد کرده است. در واقع، نقطه تقاطع، مسیری متمایز از مسیر توالیهای ناشی از غیاب مفصل تولید کرده است. این الگو در بسیاری از تحلیلهای تاریخی روند گسترش نهادها کاربرد دارد.

شکل ۱- انواع توالی واکنشی (منبع: ماهونی، ۲۰۰۰)



محققان تاریخی از چهار نوع داده و سند تاریخی بهره می‌گیرند. منابع دست‌اول^۱، منابع دست‌دوم^۲، سوابق جاری^۳ و خاطره‌ها^۴. مورخان سنتی به شدت به منابع دست‌اول تکیه

- 1 Primary Sources
- 2 Secondary Sources
- 3 Running Records
- 4 Recollections

دارند، درحالی که محققان تاریخی امروزه از منابع دست دوم و یا ترکیبی از انواع داده‌ها بهره می‌گیرند (محمدپور، ۲۰۱۱). در این تحقیق، از هر چهار نوع منبع استفاده شده است و با توجه به اهداف تحقیق، منابعی که واجد شرایط زیر باشند، انتخاب شدند: منابع تاریخی در مورد تاریخ پزشکی و طب معاصر ایران (با تأکید بر منابع دست اول)؛ منابع تاریخی در مورد تاریخ تحولات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ایران که مؤلف نقش هم‌زمان این عوامل و روابط درونی آنها با یکدیگر را در نظر گرفته باشد؛ متن اصلی قوانین و مقررات تدوین شده در حوزه سلامت؛ متن اصلی برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب و برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب؛ گزارش فعالیتها و شاخصهای سلامت ارائه شده توسط وزارت بهداشت یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ و متهایی که به بررسی، ارزیابی و مقایسه عملکرد برنامه‌های عمرانی و توسعه و یا سیاستهای بخش سلامت پرداخته‌اند. تعدادی از منابعی که با معیارهای فوق انتخاب و مرور شدند در جدول ۱ معرفی شده‌اند.

جدول ۱: برخی از منابع تاریخی مورد استفاده در تحقیق

نوع	سال انتشار	منبع
دست اول	۱۹۵۴	راهنمای دانشکده پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، بیمارستانها و ... (حفیظی)
دست اول	۱۹۷۴	گزارش هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور (رهنما و همکاران)
دست اول	۲۰۱۴	سلامت در جمهوری اسلامی ایران (مرنندی و همکاران)
دست اول	۲۰۱۷	روشها و برنامه‌ریزی کلی طرح تحول سلامت (وزارت بهداشت)
دست دوم	۲۰۰۲	تاریخ پزشکی معاصر ایران: از تأسیس دارالفنون تا انقلاب اسلامی (هدایتی)
دست دوم	۲۰۰۳	تاریخ طب و طبابت در ایران (روستایی)
دست دوم	۲۰۱۳	مقاومت شکننده: تاریخ تحولات اجتماعی ایران (فوران)
دست دوم	۲۰۱۴	اقتصاد سیاسی ایران (کاتوزیان)

منبع	سال انتشار	نوع
تاریخ ایران مدرن (آبراهامیان)	۲۰۱۵	دست دوم
تاریخچه برنامه‌ریزی توسعه در ایران (آل یاسین)	۲۰۱۳	دست دوم
برنامه‌ریزی در ایران و چشم‌انداز آینده آن (توفیق)	۲۰۱۳	دست دوم
خاطرات ابوالحسن ابتهاج (ابتهاج)	۱۹۹۶	خاطره
گزارشهای اجرا و عملکرد برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب (سازمان برنامه)	۱۹۷۲-۱۹۵۹	سوابق جاری
گزارشهای مربوط به برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب (سازمان برنامه‌بودجه)	۲۰۱۵-۱۹۹۴	سوابق جاری
مجموعه قوانین کشور (مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی)	۲۰۱۵	سوابق جاری

یافته‌ها

بعد از مرور منابع تاریخی در جریان تحقیق، مشخص شد که با وجود پیش‌فرض اولیه تحقیق که سرآغاز شکل‌گیری نظام سلامت در ایران را تشکیل دولت مدرن در سال ۱۳۰۴ می‌داند، نقطه شروع مسیر طی شده نظام سلامت کنونی را باید زمان تشکیل دارالفنون و آوردن پزشکان اروپایی به ایران برای آموزش طب جدید (۱۲۲۸) در نظر گرفت که زمینه‌های تغییر ساختار طب سنتی به طب نوین و ایجاد پایه‌های نظام سلامت در ایران را فراهم کردند. در واقع، نخستین رویداد حیاتی در مسیر نظام سلامت تشکیل دارالفنون است.

از نظر لاله و وافری (۲۰۰۶) اجباری شدن داشتن تصدیق برای طبابت (۱۲۲۸) و تشکیل مجالس حفظ‌الصحه (۱۲۸۳) از اقداماتی بودند که حلقه‌های ابتدایی تحولات نظام پزشکی را تشکیل می‌دهند. به باور روستایی «نقش اساسی پزشکان اروپایی، به‌خصوص فرانسویها، در شکل‌گیری آموزش پزشکی نوین و تأسیس نهادهای آن و تقابل طب نوین با طب سنتی ایران از نکات قابل توجه در این دوره است» (روستایی، ۲۰۰۳).

دومین رویداد حیاتی در این مسیر پیروزی انقلاب مشروطه و تشکیل مجلس شورای ملی است که از آن پس به تدوین قوانین و مقررات در حوزه طبابت و بهداشت مبادرت می‌ورزید و تغییرات ساختاری و سیاستگذاری در عرصه سلامت به صورت متمرکز و قاعده‌مند درآمد. تصویب قانون حفظ‌الصحة و آبله‌کوبی (۱۲۸۹) و قانون طبابت (۱۲۹۰) توسط نمایندگان مجلس شورای ملی از اقداماتی است که در راستای بهبود وضعیت سلامت در ایران انجام شد (حفیظی، ۱۹۵۳). پس از پایان جنگ جهانی اول (۱۲۹۷) دولت تلاش کرد با تأسیس بیمارستانها و مراکز درمانی مختلف، از جمله بیمارستان امیراعلم (۱۲۹۶) و نسوان (۱۲۹۷)، مؤسسه انستیتو پاستور (۱۲۹۹)، وارد کردن ابزار و وسایل پزشکی و به‌کارگیری طبیبان تحصیل‌کرده در شهرهای مختلف، گامهای مؤثر و مشخصی را در راه بهداشت و کنترل درمان بیماریها بردارد (حفیظی، ۱۹۵۳؛ روستایی، ۲۰۰۳)؛ اما به دلیل ضعف دولت مشروطه و عدم توانایی اداری و اجرایی آن، امکان گسترش و بسط خدمات پزشکی و بهداشتی فراهم نشد و گامهای اساسی برای بنیان‌نهادن ساختار مستحکم و قابل اتکایی برای نظام سلامت برداشته نشد.

سومین رویداد تاریخی، تشکیل دولت پهلوی (۱۳۰۴) و تغییر رویکرد دولت جدید و اتخاذ سیاستهای جدید با اهداف بیان‌شده مدرن‌سازی ایران و تأمین رفاه برای عموم مردم بود؛ اما در عمل به بسط قدرت حکومت مرکزی و فراهم‌کردن زمینه برای همگون‌سازی هویتی انجامید که دولت را حاکم بلامنازع قلمرو سرزمینی ایران کرد (آبراهامیان، ۲۰۱۵)؛ که در چارچوب ادبیات سیاسی به فرایند دولت - ملت‌سازی موسوم است (کاتوزیان، ۲۰۱۴). درواقع هدف دولت رضاشاه از اقدامات عمرانی و رفاهی انجام‌شده (از جمله تأسیس دانشگاه تهران و بالتبع آن دانشکده‌های پزشکی و ... که مستقیماً با نهاد سلامت ارتباط داشتند)، تغییر اوضاع و شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه بود، آن‌هم با برداشتی که شخصاً از تجدد و مدرنیته داشت. تأسیس اداره کل صحیه عمومی (بهداری) در سال ۱۳۰۵،

تکمیل بیمارستان وزیر و تأسیس برخی بیمارستانهای دیگر، استخدام و اعزام پزشکان به شهرستانها (در سالهای ۱۳۰۴ و ۱۳۰۵)، تأسیس دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۳ و در قالب آن، استقلال دانشکده پزشکی (۱۳۱۳) (روستایی، ۲۰۰۳)، گشایش اولین دانشکده‌های داروسازی (۱۳۱۷) و دندانپزشکی (۱۳۱۸)، شروع به کار آموزشگاه عالی مامایی در تهران (۱۳۱۸) و گشایش اولین آموزشگاه بهداری در مشهد (۱۳۱۹) (حفیظی، ۱۳۳۲) از اقدامات زیربنایی مهم نظام سلامت در ایران و فاصله‌گرفتن از طب قدیم در دوره حکومت پهلوی اول بوده است

وقوع جنگ جهانی دوم و متعاقب آن، اشغال ایران توسط متفقین علاوه بر خلع رضاشاه از حکومت و تغییر شاه ایران (شهریور ۱۳۲۰)، باعث بروز مسائل متعددی در زمینه سلامت و بهداشت در کشور شد که ارائه خدمات به مردم و برطرف کردن آنها از عهده نظام سلامت نوپا و ضعیف آن دوره بر نمی‌آمد. از این رو، اولین اقدام دولت جدید (پهلوی دوم) ارتقای اداره کل بهداری به وزارت بهداری (در آبان ۱۳۲۰) با هدف توسعه سازمان و مدیریت کشور برای رسیدگی به امور سلامت مردم بود (مرندی و همکاران، ۲۰۱۴)؛ بنابراین، با توجه به تغییرات گسترده در نظام سلامت، تشکیل دولت پهلوی دوم چهارمین رویداد حیاتی در این سیر تاریخی است.

دومین اقدام دولت پهلوی دوم اختصاص حدود ۶۰۰ میلیون ریال برای ساخت بیمارستان، آزمایشگاههای طبی، کتابخانه‌های عمومی، سیستم آبرسانی و سرپناه برای افراد بی‌سرپناه در تهران، دانشکده‌های جدید پزشکی در شهرهای شیراز، تبریز و مشهد و مبارزه ملی با مالاریا و بیماریهای چشمی بود که برای بهبود جایگاه عمومی وی انجام شد (آبراهامیان، ۲۰۱۵). تصویب قانون مایه‌کوبی عمومی و اجباری (۱۳۲۲) به‌عنوان گامی مهم برای غلبه بر مقاومت ناشی از باور غلط مردم در مورد مایه‌کوبی در برابر بیماریهای واگیر از جمله دیفتری؛ الحاق ایران به سازمان بهداشت جهانی (۱۳۲۷) و تصویب و اجرای طرح خدمت دوساله

پزشکان در خارج تهران (۱۳۲۸) با هدف تأمین کادر پزشکی روستاها و شهرهای محروم کشور (حفیظی، ۲۰۱۴) از اقدامات مشخص و تأثیرگذار دولت در دوره فترت (۳۲-۱۳۲۰) به شمار می‌آیند.

از جمله رویدادهای مؤثر بر سیاست اجتماعی کشور، از جمله سیاست سلامت، در این دوره می‌توان به تشکیل حزب توده (۱۳۲۰) اشاره کرد که علاوه بر این که این باور عمومی را جا انداخت که دولت به لحاظ اخلاقی مسئول فراهم کردن نیازهای اولیه و اساسی شهروندان است (آبراهامیان، ۲۰۱۵)، باعث انجام سلسله اقداماتی توسط دولت آمریکا در ایران شد که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با نظام سلامت ارتباط می‌یابد. یکی از این اقدامات اجرای اصل چهار ترومن (۱۳۲۷) بود که در زمینه مبارزه با مالاریا و تأمین بهداشت روستاها تاحدودی موفق عمل کرد (آل‌یاسین، ۲۰۱۳). همچنین اقدام به تغییرات ساختاری با عنوان انقلاب سفید در اوایل دهه ۴۰ شمسی با هدف مقابله با نفوذ شوروی و کمونیستها توجیه شد که بر وضعیت نظام سلامت در کشور تأثیرات گسترده‌ای برجای گذاشت.

پنجمین مرحله حیاتی در سیر تحولات نظام سلامت به ملی‌شدن صنعت نفت (۱۳۲۹)، تشکیل دولت دکتر مصدق (۱۳۳۰)، تحریمهای گسترده انگلیس و شوروی علیه ایران و در نهایت کودتای ۲۸ مرداد ۱۳۳۲ مربوط می‌شود که رویدادهای تعیین‌کننده وضعیت نظام سلامت کشور در اواخر دهه دوم حکومت پهلوی بودند. در واقع، کشمکشهای سیاسی داخلی و دخالتهای خارجی مانع از اجرای برنامه اول عمرانی کشور شد و در زمینه اصلاح و بهبود بهداشت عمومی در آن مقطع تاریخی در عمل پیشرفت چندانی حاصل نشد.

ششمین رویداد حیاتی در این مسیر، اجرای طرح موسوم به انقلاب سفید و هسته اصلی آن یعنی اصلاحات ارضی و نوسازی بخش صنعتی (در اوایل دهه ۱۳۴۰) بود که تحت فشار آمریکا و در واکنش به احتمال نفوذ شوروی در ایران انجام گرفت (آل‌یاسین، ۲۰۱۳) و پیامدها و تأثیرات گسترده‌ای بر نظام سلامت ایران گذاشت.

در این دوره بیشتر تغییرات حوزه سلامت به توسعه بخشهای تخصصی بهداشت و تحقیقات و گسترش دامنه ساختاری آن اختصاص یافت. تشکیل اداره آموزش بهداشت در وزارت بهداشتی (۱۳۴۰)، تأسیس انستیتوی تحقیقات بهداشتی (۱۳۴۲) و گشایش اولین دانشکده بهداشت (۱۳۴۵) و اداره کل امور دارو (۱۳۴۶) از تغییرات ساختاری نظام سلامت؛ و اعلام ریشه‌کنی آبله (۱۳۴۳) و اجرای طرح سپاه بهداشت (۱۳۴۳) از گامهای مهم حوزه بهداشت قلمداد می‌شوند (رهنما و همکاران، ۱۹۷۴).

در رابطه با ساختار سازمانی و اجرایی نظام سلامت، نیمه اول دهه ۱۳۵۰ دوره پرتلاطم و آشفته‌ای بود. تصویب قانون خدمات درمانی مستخدمین دولت (۱۳۵۱) و تأسیس سازمان تأمین خدمات درمانی (۱۳۵۲)، تأسیس وزارت رفاه اجتماعی (۱۳۵۳) و محول‌شدن وظیفه تأمین بیمه درمان همگانی و به‌تبع آن جداسدن امور بیمه‌ای و حمایتی بهداشت و درمان از پیکره وزارت بهداشت؛ تشکیل سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۵۴) و ادغام وزارت رفاه در وزارت بهداشتی و تأسیس وزارت جدید با عنوان وزارت بهداشتی و بهزیستی (۱۳۵۵) اقداماتی است که در این بازه کم‌بخش زیادی از انرژی و زمان قانون‌گذاری و عملیاتی‌کردن برنامه‌ها را به خود اختصاص داد.

البته تصویب قانون تأمین اجتماعی از دست‌آوردهای این دوره است و با اصلاحاتی که انجام‌گرفته هنوز یکی از قوانین مهم حوزه سلامت به شمار می‌رود. تشکیل اداره کل پرستاری و مامایی (۱۳۵۳) و تشکیل سازمانهای منطقه‌ای بهداشتی استانها (۱۳۵۵) از دیگر اقدامات دولت در حوزه سلامت قبل از وقوع انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ است (رهنما و همکاران، ۱۹۷۴؛ مرنندی و همکاران، ۲۰۱۴).

هفتمین رویداد حیاتی و مهم در سیر تحولان نظام سلامت کشور، وقوع انقلاب اسلامی است که به‌عنوان یک مفصل حیاتی در روند تحولات سیاست اجتماعی در ایران نیز در نظر گرفته می‌شود، زیرا تغییر حکومت و تغییر نگرش مسئولین منجر به تغییر رویه حکومت در

سیاستگذاری اجتماعی و عدالت اجتماعی شد. در واقع، کانون اصلی سیاستها و برنامه‌های دولت در حوزه سیاست اجتماعی، برقراری عدالت اجتماعی با حمایت از آحاد جامعه و قائل شدن نقشی پررنگ برای دولت بود. بدیهی است که تغییرات نظام سلامت نیز تابعی از این نگرش و رویه باشد.

یکی از ضعفهای نظام سلامت کشور قبل از انقلاب موازی‌کاری و تعدد نهادهای مسئول در امر درمان و بهداشت بود. به‌عنوان مثال، در سال ۱۳۵۱ توزیع تختهای بیمارستانی بر حسب سازمانهای اجرایی موجب کندی روند امور شده بود. در این سال ۲۱/۸ درصد از تختها به سازمان شیروخورشید سرخ تعلق داشت، سهم وزارت بهداشتی ۲۱/۴ درصد بود و دانشگاههای علوم پزشکی ۱۵ درصد، بیمارستانهای خصوصی ۱۳/۶ درصد، سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران ۱۱/۷ درصد، سازمانهای خیریه ۴/۸ درصد، وزارتخانه‌ها و نهادهای دولتی ۴ درصد، شرکت نفت ۲ درصد و بنگاه حمایت مادران و نوزادان ۱/۹ درصد از تختهای بیمارستانی را در اختیار داشتند (رهنما و همکاران، ۱۹۷۴).

اولین اقدام قانونی دولت جدید برای رفع این نابسامانی، انتقال بیمارستانهای وابسته به جمعیت شیر و خورشید، سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی و بیمارستانهای وابسته به بنیادها (۱۳۵۷) و امور بهداشت سلامت‌گاههای کشور (۱۳۵۷) به وزارت بهداشتی و بهزیستی بود. دومین اقدام درخور توجه حذف بخشی از عملیات و برنامه‌های بهداشتی و درمانی از جمله برنامه جمعیت و تنظیم خانواده، برنامه بهبود تغذیه و انحلال سپاه بهداشت بود (۱۳۵۸). تأسیس سازمان بهزیستی کشور (۱۳۵۸) جدا شدن آن از وزارت بهداشتی جزء اولین تغییرات ساختاری نظام سلامت محسوب می‌شود که با هدف توسعه خدمات اجتماعی به معلولان، سالمندان و اقشار آسیب‌پذیر انجام شد (هوشیار حاجی‌حسینی، ۱۹۸۴؛ در قاراخانی، ۲۰۱۲).

تصویب برنامه اجرایی گسترش شبکه بهداشتی - درمانی (۱۳۶۳) یکی از اقدامات جامع

و اساسی در حوزه سلامت بعد از انقلاب است که مشوقی برای برنامه‌های انقلابی دیگر از جمله تشکیل وزارت بهداشت و درمان و سلامت پزشکی، ادغام سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان یعنی ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و ... شد (مرندی و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از تغییرات اساسی در نظام سلامت که هنوز هم موافقان و مخالفانی دارد، تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۴) است که با تفکیک آموزش گروه علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی صورت پذیرفت. اهداف اصلی این تغییر ادغام آموزش با حوزه خدمات سلامت به منظور توسعه خدمات، اولویت بهداشت بر درمان و اولویت رسیدگی به مناطق محروم اعلام شد. ادغام سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان استان در دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی (۱۳۶۷) نیز تغییر ساختاری اساسی دیگری بود که ساختار تشکیلاتی نهاد سلامت را دگرگون کرد.

تشکیل دولت سازندگی هشتمین رویداد حیاتی و مؤثر بر سیاستگذاری سلامت است. در واقع، بعد از اتمام جنگ و تصویب اولین برنامه توسعه کشور سیاست سلامت کاملاً تابع سیاستهای دولت مستقر و نگرش سیاسی و اقتصادی دولتمردان و تصمیم‌گیران و مدیران شد. به‌عنوان مثال، در اولین برنامه توسعه، به علت محدودیتهای مالی، کاهش هزینه‌های دولت از طریق جلب مشارکت بخش خصوصی در ایجاد و اداره مؤسسات درمانی در دستور کار درمانی قرار گرفت. دولت در اولین گام، برای رفع مشکلات مالی بیمارستانها طرحی به نام «خودگردانی بیمارستانها» یا «طرح کارانه» را به تصویب رسانید که در تمامی بیمارستانهای دولتی کشور به اجرا درآمد. همچنین با توجه به شرایط خاص کشور بعد از جنگ، دولت سازندگی طرحهایی ارائه کرد که نوعی بازگشت به عقب و ادامه طرحهای قبل از انقلاب بود که حذف شده بودند. از جمله می‌توان به اعلام طرح کنترل جمعیت (۱۳۶۷) و تصویب قانون تنظیم خانواده (۱۳۷۲) و طرح تشکیل پیام‌آوران بهداشت (۱۳۶۹) اشاره کرد که تداوم همان

طرح‌های تحدید موالید و سپاه بهداشت قلمداد می‌شود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷).

یکی از تغییرات ساختاری دیگر در نظام سلامت در این دوره تصویب قانون انحلال سازمان‌های منطقه‌ای بهداری و ادغام در دانشگاه‌های علوم پزشکی و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان (۱۳۷۲) است. می‌توان گفت بعد از این اقدام، ساختار نظام سلامت تا حد زیادی به ثبات رسید و تلاش‌های بعدی بیشتر برای رشد و توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت صورت می‌پذیرفت. تصویب و ابلاغ قانون بیمه همگانی درمان (۱۳۷۳)، اجرای طرح خودگردانی بیمارستانها با تکیه بر دستورالعمل نظام نوین مدیریت بیمارستان (معروف به طرح کارانه) (۱۳۷۳) و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی و شورای عالی بیمه درمان (۱۳۷۴) از دیگر اقدامات قابل ذکر دولت سازندگی در حوزه سلامت بودند. ناگفته نماند بیشتر این برنامه‌ها به دلیل نیاز به بودجه زیاد از یک سو و نوسانات قیمت نفت و محدودیتهای خارجی بر سر صادرات نفت ایران از سوی دیگر کمتر با موفقیت همراه بودند و بعد از مدتی تغییر می‌یافتند یا به صورت ناقص اجرا می‌شدند. ملموس‌ترین موفقیت در دو حوزه کاهش مرگ‌ومیر کودکان و مهار رشد جمعیت به دست آمد، به طوری که سازمان ملل متحد از ایران به عنوان موفق‌ترین کشور جهان در بخش کنترل جمعیت تقدیر کرد.

تغییر دولت و بر سر کار آمدن دولت اصلاحات، به عنوان دهمین رویداد حیاتی در این مسیر در نظر گرفته می‌شود که به تغییرات ساختاری گسترده‌ای در زیربخش‌های نظام سلامت منجر شد. اجرای طرح بازنگری ساختار سازمانی وزارت بهداشت (۱۳۷۸)، اجرای طرح سطح‌بندی خدمات درمان بستری (۱۳۷۸)، طرح ساماندهی شبکه اورژانس بیمارستانی و پیش - بیمارستانی (۱۳۷۸)، راه‌اندازی امداد هوایی (۱۳۷۹)، بهینه‌سازی اورژانس بیمارستانی

در بخش درمان کشور (۱۳۸۰)، اجرای آزمایشی طرح اداره هیئت امنایی بیمارستانها (۱۳۸۲) استقلال مدیریتی (علاوه بر استقلال مالی) بیمارستانها با هدف تسریع در تصمیم‌گیریها و ارائه خدمات به موقع به مردم، تصویب قانون نظام جامع و ساختار رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۳) و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و واگذاری سازمانهای بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی به آن (۱۳۸۳) از جمله این تغییرات هستند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷). همچنین، در این دولت، با شعار «انسان سالم، محور توسعه پایدار است» رویکرد مشخصی برای ارتقای سلامت جامعه اتخاذ شد.

تدوین برنامه آموزش ارتقای سلامت در کشور به منظور گسترش سلامت همگانی، پیشگیری از بیماریها و تلاش برای پیشگیری و درمان بیماریهای واگیردار از جمله ایدز، طرحهای پزشک خانواده (۱۳۸۳)، بیمه روستاییان (۱۳۸۳) و مطرح کردن بحث منشور حقوق بیماران (۱۳۸۳) از جمله برنامه‌های دولت اصلاحات در حوزه سلامت در کشور قلمداد می‌شود (مرندی و همکاران، ۲۰۱۴).

در برنامه چهارم توسعه (مصوب ۱۳۸۳) که بیشتر بر اصلاحات نهادی، ساختاری و ایجاد ظرفیتهای قانونی تمرکز داشت، تشکیل «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» و تدوین آیین‌نامه «ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی» را مورد توجه قرار گرفت؛ اما با توجه به کنار گذاشتن برنامه چهارم توسط دولت عدالت‌محور، بیشتر به اجرای طرحها پرداخته شد. اجرای طرح مداوای رایگان مصدومین حوادث در همه بیمارستانهای دولتی و غیردولتی (۱۳۸۴)، اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها (۱۳۸۴) و شروع اجرای طرح نظام نوین مالی (۱۳۸۷) از اقدامات شاخص دوره اول این دولت است. یکی از رخدادهای مهم دیگر در این دوره، لغو قانون تنظیم خانواده مصوب ۱۳۷۲ و دادن اختیار به دولت در مورد اعمال محدودیتهای تشویقی برای فرزندآوری بر اساس نتایج سرشماریها (۱۳۹۲) است. در دوره دوم دولت عدالت‌محور، به تغییرات ساختاری در نظام

سلامت توجه بیشتری شد. تشکیل وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی (۱۳۹۰)، تشکیل سازمان غذا و دارو (۱۳۹۰) و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران و شورای عالی بیمه سلامت (۱۳۹۱) از جمله این تغییرات هستند.

شکل ۲- سیر تحولات ساختاری نظام سلامت ایران



با تغییر دولت و بر سر کار آمدن دولت تدبیر و امید، ابلاغ طرح تحول سلامت (۱۳۹۳) و آغاز طرح پزشک خانواده در شهرها و حاشیه شهرها (۱۳۹۳) با هدف افزایش دسترسی مردم به ویژه اقشار کم درآمد و دورافتاده به خدمات و کاهش سهم مردم در جبران هزینه‌های در دستور کار قرار گرفت. تأکید بر عدالت و تلاش در برقراری آن در حوزه سلامت، ویژگی اصلی سیاست اجتماعی در حکومت جمهوری اسلامی ایران است، اما با وجود تمام تلاشها و سیاست‌گذاریها، تحت تأثیر شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی این امر تا اوایل دهه ۱۳۹۰ به طور مطلوبی محقق نشده بود؛ به همین دلیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت یازدهم، اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی شش ماهه، با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات از اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳ آغاز کرد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷)؛ که ارزیابی نتایج آن پژوهش دیگری را می‌طلبد.

با در نظر گرفتن تحولات جهانی و تأثیر آنها بر اوضاع سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشور، توالیهای واکنشی رخ داده در روند تحولات نظام سلامت ایران را می‌توان در شکل شماره ۲ مشاهده کرد.

با توجه به آنچه در مورد توالیهای واکنشی در وابستگی به مسیر عنوان شد؛ تحولات ساختاری سیاسی و اجتماعی ایران آن را به صورت دو توالی موازی در نظر می‌گیریم (شکل ۳) که دارای دو مفصل با پیامد ناپایدار (نقاط ۳ و ۵) و یک مفصل با پیامد پایدار (نقطه ۷) است.

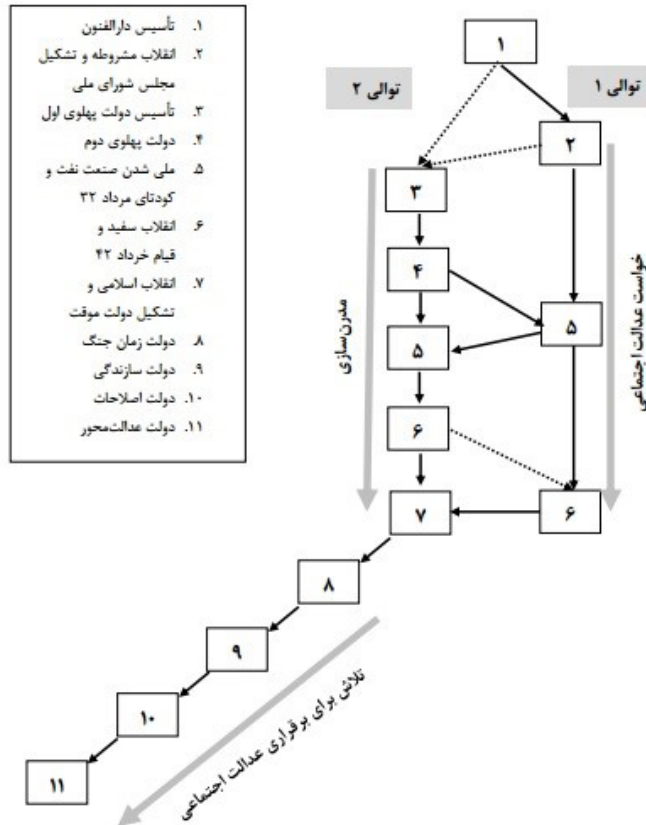
توالی ۱ تحت عنوان خواست عدالت اجتماعی از انقلاب مشروطه در ایران آغاز می‌شود که خود نتیجه مستقیم تأسیس دارالفنون و آشنایی روشنفکران و عامه مردم با حقوق سیاسی و اجتماعی خویش بود و منشأ تغییرات گسترده در ایران شده و از تلاش برای آزادیهای مدنی و سیاسی و استقرار مجلس شورای ملی گرفته تا خواست تأمین حقوق اجتماعی و پذیرش

مسئولیت دولت در برابر مردم را در خود داشته است. توالی ۲ هم تحت عنوان مدرن‌سازی ایران با استقرار حکومت پهلوی شروع می‌شود. در اولین مفصل این نمودار توالی ۱ و توالی ۲ در هنگام تغییر حکومت اتفاق می‌افتد که مجلس شورای ملی تأثیر چندانی بر سیاستگذاری و تعیین خط‌مشی حکومت تازه تأسیس ندارد.

تداوم کار مجلس شورای ملی و نقش آن در قانون‌گذاریها در کنار تلاش برخی نمایندگان و نویسندگان و فعالان اجتماعی خواست عدالت اجتماعی را همچنان زنده نگه داشته بود، به طوری که پس از سقوط رضاشاه و تشکیل حکومت پهلوی دوم این خواستها مجدداً خود را نشان داده و نهایتاً در ماجرای ملی‌شدن صنعت نفت و نخست‌وزیری دکتر مصدق بار دیگر یا توالی دوم تلاقی پیدا می‌کند (مفصل دوم (در نقطه ۵))؛ اما بعد از گذشت دو سال با کودتای ۲۸ مرداد ۳۲ این مفصل نیز قادر به ایجاد تغییرات ساختاری عمیق در اهداف و سیاستگذاریها نشد (مفصلی با پیامد ناپایدار) و دیدیم که بعد از کودتا، محمدرضاشاه برای اجرای نیات و سیاستهای پهلوی اول راسخ‌تر شد و با کمک آمریکاییها پروسه مدرن‌سازی ایران را به پیش برد. سومین مفصل این دو توالی را در وقوع انقلاب اسلامی (نقطه ۷) شاهد هستیم که منجر به تغییر ارکان حکومت و تغییر شیوه نگرش و سیاست‌گذاریهای قوای حاکمه شد (مفصل دارای پیامد پایدار).

نکته قابل توجه در این راستا این است که همان‌طور که فرایند مدرن‌سازی ایران به دلیل اوضاع و شرایط خاص سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران به طور کامل اجرایی نشد و بخش بزرگی از مردم از مواهب آن برخوردار نشدند؛ فرایند برقراری عدالت اجتماعی بعد از پیروزی انقلاب هم خیلی موفق نبوده است که دلایل آن را باید در همان اوضاع و شرایط خاص سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور جست‌وجو کرد.

شکل ۳- الگوی وابستگی مسیر تحولات سیاسی اجتماعی ایران



برای درک بهتر روند تحولات نظام سلامت، توالیهای واکنشی رخ داده در زیربخشهای نظام سلامت را نیز می‌توان ترسیم کرد؛ بدین‌صورت که تحولات هر بخش را به صورت مستقل از سایر بخشها از آغاز تا شرایط کنونی (۱۳۹۴) نشان داد. ملاحظه می‌شود نقطه شروع توالیهای ۱، ۲ و ۳ تأسیس دارالفنون است و هر اقدامی بعد از تشکیل دولت مدرن

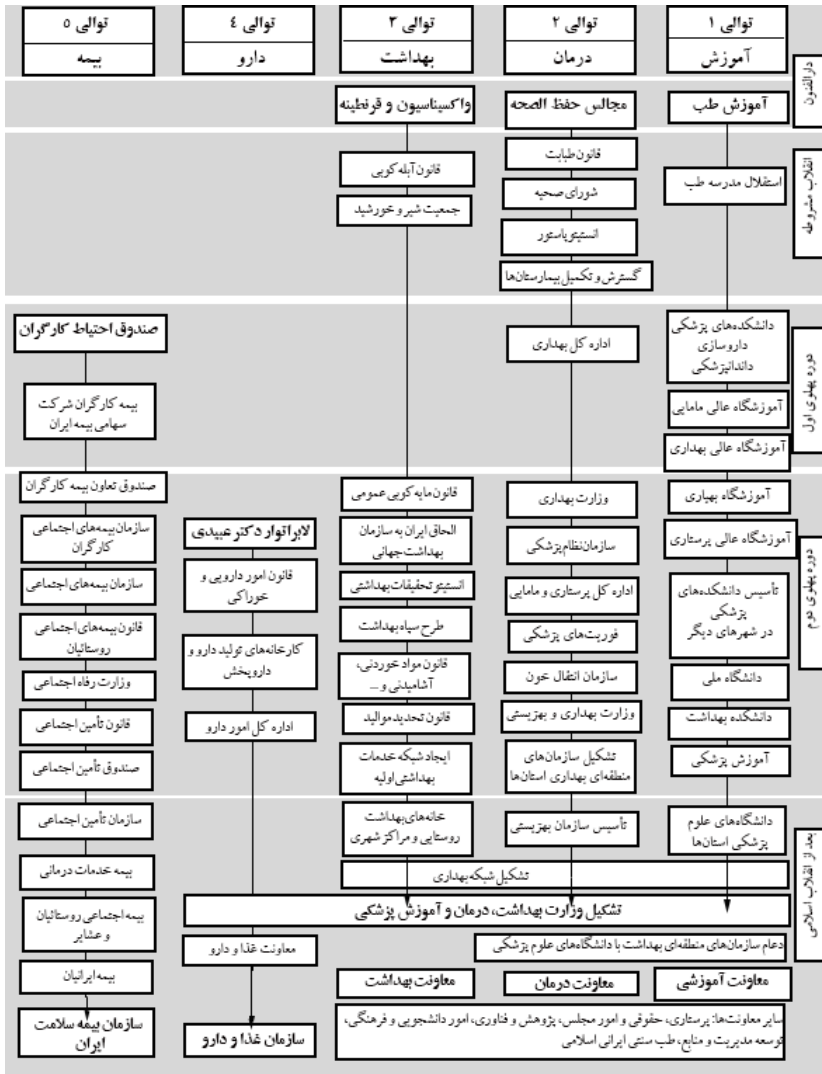
در ایران انجام می‌شود بر مبنای گامهای برداشته‌شده پیشین است؛ بنابراین نمی‌توان آنها را نادیده گرفت.

در زمینه توالی ۴ (دارو) هرچند می‌شد آغاز آن را واردات دارو از کشورهای اروپایی توسط اساتید دارالفنون و یا تأسیس دانشکده داروسازی در نظر گرفت، اما از آن‌جا که در بحث نظام سلامت، تولید صنعتی دارو در داخل کشور مدنظر است، تأسیس داروسازی دکتر عبیدی را به‌عنوان نقطه آغاز توالی در نظر گرفتیم و در مورد توالی ۵ (بیمه) اولین اقدام در این زمینه یعنی تشکیل صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع به‌عنوان نقطه شروع توالی تعیین شده است.

هرچند با توجه به تعداد زیاد رویدادها از رسم مفاصل (دارای پیامد پایدار و ناپایدار) صرف‌نظر شده است؛ اما در این‌جا به دو مورد از این مفاصل اشاره می‌شود. یکی از مفاصل مهم (البته با پیامد ناپایدار) را می‌توان تشکیل وزارت بهداری و بهزیستی و تغییر و تحولات ساختاری نیمه اول دهه ۱۳۵۰ دانست که با وجود نتایج مثبت و طرحهای متعددی که در زمینه سلامت داشت، باعث به‌هدررفتن بخش زیادی از انرژی و هزینه‌های مجلس شورای ملی و وزارت بهداری و سردرگمی مدیران و حتی کارمندان شد.

این تجربه، متأسفانه در نیمه اول دهه ۱۳۸۰ نیز تکرار شد. یکی دیگر از مفاصل حیاتی و تأثیرگذار در این توالیها تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ است که تا حد زیادی بی‌نظمیها و موازی‌کاریهای ناشی از تعدد ارگانها و سازمانهای درگیر امر سلامت را کاهش داده است (مفصل حیاتی با پیامد پایدار).

شکل ۴- توالیهای واکنشی زیربخشهای نظام سلامت



بحث

با توجه به این که دولت مدرن متولی سیاست اجتماعی و ذیل آن سیاست سلامت است، هرگونه تغییر و اقدامی در نظام سلامت متأثر از ویژگیها و شرایط خود دولت مدرن است که آن هم از مجموعه عوامل سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی داخلی و خارجی تأثیر می پذیرد. یافته های تحقیق نشان داد تلاش برای مدرن سازی ایران توسط حکومت پهلوی پس از ۵۳ سال چندان موفق نبوده است، زیرا نه تنها شاخصهای بهداشتی و اجتماعی کشور نسبت به بسیاری از کشورهای در حال توسعه پایین تر بوده بلکه باعث گسترش بی عدالتی در بین مردم مناطق مختلف و بین اقشار مختلف مردم شده بود؛ به همین دلیل تحقق عدالت اجتماعی به عنوان یک خواست همگانی در انقلاب سال ۱۳۵۷ تجلی یافت که منجر به تغییر مسیر سیاست اجتماعی در کشور شد و برقراری عدالت اجتماعی به عنوان آمال برنامه ها و سیاست گذاریهای اجتماعی معرفی شد، اما نتایج نشان می دهد که بعد از گذشت ۳۷ سال از این رویداد، دستیابی به عدالت همچنان محقق نشده است.

در رابطه با نظام سلامت ایران می توان وابستگی مطلق نهاد دولت به درآمد حاصل از فروش نفت اشاره کرد که به عنوان یک توالی خود تقویت کننده تاکنون (۱۳۹۴) تداوم داشته است و با وجود کاهش درآمدهای نفتی در مقاطعی از تاریخ از جمله اوایل دهه ۱۳۳۰ و دهه ۱۳۶۰ همچنان سهم اصلی درآمدهای نظام سلامت متکی به نفت بوده است. تلاش برای واگذاری به بخش خصوصی در دو مقطع اواخر دهه ۱۳۴۰ و اوایل دهه ۱۳۷۰ نه تنها ناموفق بود بلکه باعث افزایش بار مالی بیماریها نیز شد.

نهادها عامل اصلی توسعه و پیشرفت کشورها هستند و ایجاد تحول و دستیابی به توسعه پایدار، منوط به تغییر آنها است و این تغییرات نیازمند منابع مالی است. طی این ۹ دهه، سهم نظام سلامت از بودجه کشور همواره پایین تر از میانگین کشورهای توسعه یافته و حتی برخی

کشورهای در حال توسعه بوده است و با توجه به گستردگی دامنه خدمات و نیز هزینه بر بودن تغییر و تحول در ساختار نظام سلامت امکان دستیابی به بسیاری از اهداف وجود نداشته و این نقص به یک‌رویه ثابت و ماندگار در نظام سلامت کشور تبدیل شده است.

به‌علاوه، ساختار اداری کشور ما، از جمله نظام سلامت، از همان ابتدا دولتی بوده و گسترش دیوانسالاری دولتی منجر به بروز فساد و ناکارآمدی در آن شده است و به صورت یک توالی خودتقویت‌کننده تاکنون بازتولید شده است و همین امر به تضعیف توانایی سیاستگذاری دولت انجامیده است.

می‌توان در سیر تغییرات سیاسی و اجتماعی ایران با تأکید بر سیاستگذاری اجتماعی دو توالی موازی را تعیین کرد که در جریان آن ۱۱ رویداد مهم و اثرگذار و سه مفصل حیاتی شناسایی شدند. توالی ۱ با عنوان «خواست عدالت اجتماعی» شناخته می‌شود که از انقلاب مشروطه آغاز می‌شود که خود نتیجه مستقیم تأسیس دارالفنون و آشنایی روشنفکران و عامه مردم با حقوق سیاسی و اجتماعی خویش بود و منشأ تغییرات گسترده در ایران شده است. توالی ۲ هم با عنوان «مدرن‌سازی ایران» شناخته می‌شود که با استقرار حکومت پهلوی شروع می‌شود. در اولین مفصل حیاتی، توالی ۱ و توالی ۲ در هنگام تغییر حکومت قاجار به پهلوی با هم تلاقی کردند، اما به دلیل بی‌توجهی دولت به مجلس شورای ملی، سیاستگذاری اجتماعی و خط‌مشی حکومت تازه تأسیس تأثیر چندانی از خواست عدالت اجتماعی نپذیرفته و مدرن‌سازی کشور سرلوحه برنامه‌ها و سیاستهای دولت قرار گرفتند؛ در نتیجه، این تلاقی «مفصل حیاتی دارای پیامد ناپایدار» نامیده می‌شود.

دومین مفصل حیاتی در دوره پهلوی دوم و در ماجرای ملی‌شدن صنعت نفت و نخست‌وزیری دکتر مصدق رخ داد؛ اما بعد از گذشت دو سال با کودتای ۲۸ مرداد ۳۲ این مفصل نیز قادر به ایجاد تغییرات ساختاری عمیق در اهداف و سیاستگذاریها نشد و این تلاقی

نیز «مفصلی حیاتی با پیامد ناپایدار» نامیده می‌شود. سومین مفصل این دو توالی «وقوع انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷» است که به تغییر ارکان حکومت و شیوه نگرش و سیاست‌گذاریهای قوای حاکم منجر شد، از این رو با عنوان «مفصل دارای پیامد پایدار» شناخته می‌شود؛ اما این تغییر بنیادی به دلیل پایداری ویژگیهای دولتهای قبل از انقلاب شامل مداخله گسترده دولت در اقتصاد، وابستگی دولت و برنامه‌های آن به درآمدهای نفتی و ضعف توانایی سیاستگذاری، فرایند برقراری عدالت اجتماعی چندان موفق نبوده است. تغییر دولتها و در پیش گرفتن خط مشیهای متفاوت در حوزه سلامت نیز نتوانسته به رفع نابرابری و بی‌عدالتی در عرصه سلامت کمک کند، هرچند در برخی حوزه‌ها از جمله بهداشت موفقیت‌هایی حاصل شده است.

سرانجام این‌که بسیاری از طرحها و برنامه‌هایی که در زمانی خاص در کشور به اجرا در آمده‌اند، تحت‌تأثیر شرایط تاریخی همان زمان توجیه‌پذیر است؛ و زیر سؤال بردن تصمیمها و سیاستهای اتخاذ شده کمکی به بهبود اوضاع نمی‌کند، بلکه آنچه مهم است توجه به زمینه‌ها و عوامل مؤثر بر اتخاذ تصمیمهای کلان و سیاستگذاریهای برگرفته از آنها و درس گرفتن از رویدادهای پیشین و اتخاذ تصمیمهای مسئولانه‌تر در آینده است، همان‌طور که بی‌توجهی به سیاستهای اتخاذ شده در گذشته و نادیده گرفتن پیامدهای آنها هزینه‌های زیادی به نظام سلامت وارد کرده است.

نظام سلامت در ایران، با وجود موفقیتها و پیشرفتهایی که داشته است، با چالشها و مسائل متعددی روبه‌روست که برای کاهش برخی از آنها پیشنهادها و سیاستگذاری از جمله «تلاش و اهتمام جدی به حل مسئله بیمه‌های سلامت و تدوین سیاستهای جامع و فراگیر بیمه سلامت»، «تدوین سیاستهای بهداشتی و درمانی با توجه به نتایج آمایش سرزمین و نقشه سلامت کشور» و «تجدیدنظر در ترکیب اعضا و وظایف سازمان نظام پزشکی کشور» ارائه می‌شود.

همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی به موضوعاتی چون «کالایی شدن خدمات سلامت و تأثیر آن بر احساس بی‌عدالتی در جامعه»، «بیمه‌های درمانی و چگونگی اصلاح

نظام بیمه کشور و عادلانه شدن وضعیت آن»، «یافتن الگوی مشخص و قابل ارزیابی سیاست اجتماعی مبتنی بر شرایط جامعه با تأکید بر سیاست سلامت» و «بررسی سازوکارهای تقاضای القایی خدمات درمانی و شیوه‌های مقابله با آنها» پرداخته شود.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

مقاله با مشارکت هر دو نویسنده تهیه شده و نویسنده مسئول مقاله دکتر هادی عبدالله تبار است.

منابع مالی

این مقاله حامی مالی ندارد.

تعارض منافع

در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

اصول اخلاقی در پژوهش

در این مقاله همه اصول اخلاقی در زمینه سرقت ادبی، تحریف داده‌ها و غیره رعایت شده است.

- Abrahamian, Yervand (2015). History of Modern Iran, translated by Mohammad Ebrahim Fatahi, 11th edition, Tehran: Nei Publishing. (in Persian)
- Adelman, Irma (2005). The fallacies of development theory and its consequences for politics, in Mayer and Stiglitz (2005). *Pioneers of Development Economy: The Future in the Vision*, translated by Gholamreza Azad Aramaki, second edition, Tehran: Nei Publishing.
- Ale-Yasin, Ahmed (2013). *History of Development Planning in Iran*, Tehran: Samar Publishing. (in Persian)
- Armstrong, David and Tawakal, Mohammad (2009). *Medical Sociology*, Tehran: Legal Publications, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services.
- Azad Eramaki, Taghi and Nosratinejad, Farhad (2010). Sociological explanation of the formation of the modern absolute state in Iran, in the *Journal of Social Issues of Iran (Kharazmi University)*, No. 1, pp. 7-35. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.24766933.1389.1.7.1.2>
- Foran, John (2012). *Fragile Resistance: The History of Iran's Social Developments, from the Safavi Period to the Years After the Islamic Revolution*, translated by Ahmad Tadayon, 14th edition, Tehran: Rasa Cultural Services Institute. (in Persian)
- Greener, I. (2005). The potential of path dependence in political studies, in *Politics* 25(1): pp. 62-72.
- Hafizi, Mohammad Ali (1953). *Guide to the School of Medicine, Dentistry and Pharmacy and affiliated hospitals and schools*, Tehran: Tehran University Press. (in Persian)
- Harrison S, Dowswell G, Pollitt Ch, Bahl R. and Jerak-Zuiderent S. (2008). Path dependence, public policy and the National Health Service performance regime, Paper presented to 'Policy histories and the National Health Service' workshop, University of Manchester.
- Hedayati, Seyed Javad (2011). *Contemporary medical history of Iran: from the establishment of Dar al-Funun to the Islamic Revolution*, Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services. (in Persian)
- Karshenas, Masoud and Moghadam, Valentine (2011). *Social policy in the Middle East*, translated by Ali Akbar Taj Mazinani et al., Tehran: Imam Sadegh University Press. (in Persian)

- Katouzian, Mohammad Ali (2014). Iran's political economy, from constitutionalism to the fall of Reza Shah, translated by Mohammad Reza Fisi and Kambiz Azizi, 20th edition, Tehran: Central Publishing. (in Persian)
- Laleh, Haideh and Wafri, Raheleh (2006). The history of the transformation of traditional medicine to modern medicine in the Qajar period, scientific-research quarterly of humanities of Al-Zahra University (S), year 16, number 60, pp. 131-65. (in Persian) <https://ensani.ir/file/download/article/20110129181241-126.pdf>
- Leftwich, Adrian (2013). Theorizing about the government, in the book "Politics in the Developing World", written by Burnell and Randall, translated by Sai and Mirtrabi, Tehran: Nash Qhomes, fifth edition. (in Persian)
- Liebowitz S. and Margolis S. E., (1995). Policy and Path Dependence, Regulation, pp. 33-41. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.jleo.a036867>
- Mahoney, J. (2000). Path dependence in historical sociology, Theory and society (29) 4: 507-548. <https://doi.org/10.1023/A:1007113830879>
- Mahoney, J. (2005). Comparative historical methods. In Handbook of qualitative research, N. K. Denzin & Y. S. Lincoln, 2nd ed., pp. 83-101. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marandi, Alireza; Azizi, Fereydoun; Larijani, Baqir; Jamshidi, Hamidreza et al. (2014). Health in the Islamic Republic of Iran (Volume 1 and 2), Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education. (in Persian)
- Meier, J. and Stiglitz, J. (2005). Pioneers of Development Economy: The Future in the Vision, translated by Gholamreza Azad Aramaki, second edition, Tehran: Nei Publishing.
- Ministry of Health and Medical Education. (2017). Methods and overall planning of the health system solution plan, Tehran: Vice President of Treatment of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education. (in Persian)
- Mohammadpour, Ahmed (2011). Qualitative research method (against method 2), Tehran: Sociologists Publications. (in Persian)
- Momeni, Farshad (2009). Features of Reza Shahi's economic system,

- in society and economy, sixth year, numbers 21 and 22, pp. 187-216. (in Persian) <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/21834/>
- Morgan, M. Calnan, M., Manning, N. (1985). Sociological approaches to health and medicine, London, Croom Helm.
 - Motawaseli, Mahmoud and Nikoonebati, Ali (2010). Institutional change, scientific-research quarterly of planning and budgeting, year 16, number 3, pp. 51-68. (in Persian)
 - Nadim, Abulhasan (2010). History of public health in Iran, Tehran: Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Health. (in Persian)
 - Naseri Rad, Mohsen; Rafei-Atai, Fatemeh; Mikailian, Janet and Khairkhahzadeh, Ehsan (2011). Path dependence as a research method of historical sociology of medicine: a historical paradigm of medical knowledge, Quarterly Journal of Medical History, 4th year, 11th issue, pp. 45-72. (in Persian)
 - Nasrullahpour Shirvani, Seyyed Dawood; and Maouodi, Simin (2013). Evidence-based policy making in the health system and its achievements and challenges in Iran, Babol: Babol University of Medical Sciences and Health Services. (in Persian)
 - North, D. C. (1994). Economic Performance Through time, American Economic Review, Vol.84, No.3.
 - Pierson P (2004) Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis. Princeton: Princeton University Press.
 - Qharakhani, Masoumeh (2020). Analysis of social policy in Iran, from 1360 to 1388, Tehran: Tarbiat Modares University, political sociology doctoral dissertation.
 - Rahnama, Majid, Razavi, Taghi; Ziai, Mohsen; Shafaei, Alireza and Farman, Mahmoud (1974). Report of the country's healthcare issues review board, Tehran: Shahshahi Organization of Social Services. (in Persian)
 - Rostae, Mohsen (2003). History of medicine and medicine in Iran (from the Qajar era to the end of Reza Shah's era), first volume, Tehran: Publications of the Organization of Records and the National Library of the Islamic Republic of Iran. (in Persian)
 - Safarishali, Reza (2016). The discourse of justice of post-revolutionary governments in the field of health, Strategic Studies Quarterly, 19th year, 4th issue, 74, pp. 114-89. (in Persian)

- <https://dorl.net/dor/20.1001.1.17350727.1395.19.74.4.7>
- Sajjadi, Homeira, Vameghi, Maroue and Saeed Madani Qahfarkhi (2009). Social justice and children's health in Iran (within the framework of the social determinants of health model of the World Health Organization), in Social Welfare Quarterly, 9th year, No. 39, pp. 89-137. (in Persian) <https://sid.ir/paper/56647/fa>
- Smith, Brian (2014). Government building, in the book "Politics in the Developing World", written by Burnell and Randall, translated by Sa'i and Mirtrabi, Tehran: Nash Qoms, 5th edition. (in Persian)