نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۹۷، صفحات ۴۹۳ تا ۵۰۱

تحلیل عدالت در سلامت در دوره چهل ساله انقلاب اسلامی

نویسنده:
مسعود پزشکیان[۱]

چکیده

زمینه و هدف: با الهام از انقلاب اسلامی، نگاه عدالت، فقرزدایی، ظلم‌ستیزی و پاسخگویی به نیازهای مردم به خدمات سلامت به‌طور جدی مطرح شد. "تقاضای مردم انقلابی" و "پاسخگویی مسئولان متعهد" موجبات پایه گذاری "نظام شبکه بهداشت و درمان کشور" را فراهم ساخت. اهداف والای عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات و مراقبت‌های پایه سلامت برای آحاد ملت با روندی سریع و نسبی تحقق یافت.

روش: از تلفیق روش‌های کتابخانه‌ای، ثبت تجارب، و مصاحبه تاریخ شفاهی استفاده شده است

یافته‌ها: تشکیل شبکه بهداشت و درمان کشور، ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت، طرح ژنریک دارو، و نظام بیمه سلامت از اساسی‌ترین اقدامات انقلابی و در راستای تحقق عدالت در سلامت بوده است. تقویت و پیشرفت بعدی این طرح‌ها نیز تضمین‌کننده رفع نابرابری و دسترسی مناسب آحاد ملت، خاصه مردم مناطق دوردست کشور به خدمات و مراقبت‌های سلامت خواهد بود.

نتیجه‌گیری: حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت، برقراری عدالت در سلامت و به حداقل رساندن تفاوت‌های قابل اجتناب در سلامت از اساسی‌ترین اهداف نظام سلامت است. دستاوردهای چهار دهه دوران انقلاب، در راستای اساسی‌ترین اهداف نظام سلامت بوده است و نیل به اهداف آرمانی و تحقق عدالت در همه شئون نظام سلامت مرهون تلاش‌ها و دستاوردهای آتی است.

کلیدواژه‌ها: عدالت در سلامت، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، مراقبت بهداشتی اولیه

مقدمه و بیان مسئله

در شروع انقلاب رویکرد عدالت، فقرزدایی، ظلم ستیزی، پاسخگویی به نیازهای سلامت مردم و اهتمام جدی برای تحقق آن‌ها، به رویکرد اصلی در نظام سلامت تبدیل شد. آنچه در ارتباط با بهداشت و درمان رخ داد، تحت تأثیر تحولات عظیم انقلاب و اتفاقات بسیار بزرگ و تکان‌دهنده‌ای بود که ملت بزرگ ایران با رهبری خردمندانه امام خمینی(ره) خلق کردند. در عرصه سلامت گروهی که ایمان، علم و باور داشتند وارد صحنه شدند و همه چیز خودشان را برای خدمت به مردم در طبق اخلاص گذاشتند. به برکت وجود آن صحنه‌گردانان عالم، با اخلاص و با ایمان و خدمت‌گزار، روندهای کاملاً علمی و کارشناسانه هدایت و خدمات و مراقبت‌های سلامت به دور افتاده‌ترین انسان‌ها و به همه کسانی که دستشان به خدمات نمی‌رسد، با عزت و کرامت ارائه شد. تحولات اولیه دوران انقلاب در نظام سلامت، کارشناسانه، مبتنی بر شواهد علمی زمان و سیستماتیک بود. این تحولات در ابعاد "ساختاری"، "برنامه‌ریزی"، "مدیریت" و "اختصاص منابع" با جهت‌گیری صریح و آرمانی پاسخگویی، عدالت و دسترسی آحاد جامعه شکل گرفت و زمینه‌های تحقق نظام شبکه بهداشتی درمانی جدید را فراهم ساخت. در حقیقت بر مبنای این ساختار دسترسی به خدمات در تمام نقاط کشور براساس عدالت شکل گرفت. جهت‌گیری توجهات و اقدامات از تمرکز بر شهرهای بزرگ، به اقدامات عینی و عملیاتی در روستاها، دگرگون شد. مناطق فراموش شده در ادوار قبلی، هر چقدر محروم تر بودند، مورد توجه و نگاه عمیق‌تر، اقدامات و رسیدگی‌های بیشتر قرار گرفتند و حساسیت به آن بیشتر شد.

۱. جراح قلب، وزیر اسبق بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

این نگاه وقتی شکل گرفت به یک شبکه و ساختاری تبدیل شد که در آن جمعیت تحت پوشش، فضای فیزیکی، تجهیزات، و نیروهای انسانی تعریف شده‌ای وجود داشت که ارائه خدمات را تضمین می‌کرد.

علیرغم آن که تحولات ساختاری، محتوایی، فرایندی و رفتاری ۴ دهه اخیر در نظام سلامت کشور، رویکرد عادلانه داشته، بعضی انحرافات و سوء عملکردهای مدیریتی، روند تحقق عدالت را کند و بعضاً تهدید کرده است. در این نوشتار تلاش خواهد شد با مرور تحلیلی سیاست‌های عادلانه نظام مقدس جمهوری اسلامی در حوزه سلامت و نقد عملکردهای تهدیدکننده عدالت، راهبردهای تحقق آرمانی‌ترین نیاز نظام سلامت، راهیابی شود.

روش

این گزارش به استناد مطالعه کتابخانه‌ای و گزارش تجارب نویسنده و مصاحبه تاریخ شفاهی تنظیم شده است. نتایج حاصله طبقه‌بندی و در ساختار مقاله علمی تنظیم و ارائه شده است.

ادبیات موضوع

عدالت

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، عدالت فقدان تفاوت‌های قابل اجتناب، سیستماتیک و قابل برطرف نمودن بالقوه در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی اجتماعی دموگرافیک و جغرافیایی است[1].

عدالت در سلامت

عدالت در سلامت تأکید می‌کند که هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت کامل بالقوه‌اش را دارا باشد و هیچ‌کس نباید از دستیابی به این پتانسیل محروم باشد[1].

مراقبت‌های بهداشتی اولیه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه رویکردی در مورد سلامت و رفاه کل جامعه است که بر نیازها و ترجیحات افراد، خانواده‌ها و جوامع تمرکز دارد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای اطمینان از دریافت مراقبت جامع (شامل ارتقا، پیشگیری، درمان، بازتوانی و تسکینی) در نزدیک‌ترین محل قابل دسترس برای تمام مردم طراحی شده است[2].

شبکه بهداشت و درمان

شبکه‌های بهداشت و درمان در سطح کشور با توجه به اصول ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت به نحوی طراحی شده و در سازماندهی آن موارد زیر رعایت شده است(۱).

۱. دسترسی جغرافیایی، اقتصادی و فرهنگی همه مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی
۲. مقبولیت ارائه خدمات از دیدگاه مردم با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و محلی هر منطقه
۳. جامعیت خدمات (بهداشت مادر و کودک، بهداشت محیط و حرفه‌ای، مبارزه با بیماری‌ها، تنظیم خانواده و ...)
۴. در نظر گرفتن مشارکت بیشتر مردم در زنجیره ارائه خدمات بهداشتی و درمانی
۵. ارائه خدمات با محوریت سلامت انسان و نقش آن در توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی

پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری

پاسخگویی مکانیسمی برای مجاب کردن افراد برای مسئولیت‌پذیری نسبت به فعالیت‌هایشان است. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید در راستای اهداف نظام سلامت تلاش کنند و در این خصوص پاسخگو باشند(۲).

مسئولیت‌پذیری معطوف به فرایندها و عملکردهاست ولی پاسخگویی به برآیندها می‌پردازد. یعنی زمانی که خدمتی ارائه می‌شود هم در مورد کیفیت آن و هم در مورد لزوم آن باید بررسی صورت گیرد(۳).

یافته‌ها

برای تحقق عدالت در سلامت، مسئولان صدر اول انقلاب با بیست مسئله مهم مواجه بودند. این مسایل و ابتکارات مواجهه با آن‌ها به شرح زیر مرور می‌شود:

۱- نیروی انسانی مورد نیاز برای خدمات سلامت در روستاها

برای ارائه خدمات و مراقبت‌های پایه و ضروری سلامت به مردم روستایی، باید از ظرفیت‌های انسانی موجود در همان روستاها

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

استفاده می‌شد. به‌کارگیری نیروی انسانی از سایر مناطق از ثبات و تضمین لازم برخوردار نبود. از طرفی خروج این نیروها از مناطق بومی مألوف و اعزام آن‌ها برای آموزش و مهارت آموزی به شهرهای بزرگ نیز اقدام درستی به نظر نمی‌رسید. پایه‌گذاران شبکه با تدبیر ایجاد مراکز آموزش به‌ورزی، همه اهداف مورد نظر را در هزینه اثربخش‌ترین حالت ممکن و در نزدیک‌ترین و مناسب‌ترین محل جغرافیایی نسبت به محل زندگی به‌ورزان منتخب روستاها، تأمین نمودند. به عبارتی از خود محل نیرو را انتخاب می‌کردند و در همان محل یا نزدیک به آن آموزش می‌دادند.

۲- ساختار مدیریت

شکل‌گیری این ساختار مدیریتی بر پایه‌های علمی و کارشناسانه مبتنی بود که توانست نتیجه بدهد. در تمام سطوح مدیریتی اعم از ارشد، میانی و میدانی، افرادی از مدیران بسیار دلسوز، کارشناس، دارای انگیزه والای خدمت به مردم، با اعتقاد و مؤمن استفاده می‌شد. مدیریتی که در این ساختار شکل گرفت، ابتکارات و تحولات عظیمی را در ساختار و عملکرد شبکه به‌وجود آورد و شاهد برنامه‌ها و پیشرفت‌هایی بودیم که اعجاب‌برانگیز و شگرف بودند.

۳- شکل‌گیری و استقرار ساختار شبکه

ساختار پایه خانه بهداشت و محل ایجاد و استقرار و فعالیت آن روستاهای کشور بود. سطح بعدی مرکز بهداشت بود و هر مرکز محل ارجاع چند خانه بهداشت مجاور بود. سطوح بعدی نیز به تناسب و بنا به ضرورت باید شکل می‌گرفت. برای ارائه علمی مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)، اعم از خدمات پیشگیری و درمان به ساختاری منسجم، با ثبات و مورد تأیید شواهد علمی نیاز بود. طراحی این ساختار در هزینه اثربخش‌ترین حالت ممکن، با توجه به اقتضائات آن زمان کشور، از امهات اقدامات نظام سلامت کشور در دوران انقلاب اسلامی به شمار می‌رود.

۴- ساختار کلان نظام سلامت

محدودیت منابع، نیازهای روزافزون، و التزام به پاسخگویی عادلانه به نیازهای سلامت مردم، مسئولین وقت را به تدابیر بنیادین و جامعی فرا می‌خواند. تحول در ساختار کلان نظام سلامت، اعم از آموزش، پژوهش و ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت اجتناب‌ناپذیر بود. ساختارهای مجزا و ناقص و غیرهدفمند قبلی، هر نوع ابتکار عمل را از معماران و بانیان نظام جدید سلامت سلب می‌کرد. با تدبیر و پیشنهاد ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت و تصویب آن توسط مجلس شورای اسلامی، عظیم‌ترین تجربه مردم نهاد عادلانه در تاریخ سلامت رقم خورد. با این ادغام همه‌جانبه و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ارائه خدمات درمانی، بهداشتی و پیشگیری، مشارکت‌های مردمی، عدالت، مشارکت، روابط بین بخشی، دستیابی به تکنولوژی‌های مناسب و جدید و بسیاری راهبردهای راهگشا میسر می‌شد؛ در آنجا شکل گرفته بود.

۵- تسری اصل مسئولیت[1] در تمام ارکان و شئون نظام سلامت ادغام یافته

اصل اول مدیریت مسئولیت‌شناسی و مسئولیت‌پذیری است. طبق این اصل افراد و سازمان‌ها متعهد و ملتزم هستند تا همه وظایفی را که بر عهده دارند به نحو احسن و در مطلوب‌ترین حالت ممکن انجام دهند. وفق آیات کلام الله مجید همه اهل ایمان در محضر خداوند تبارک و تعالی مسئول هستند. پیامبر گرامی اسلام(ص) فرمودند: «کُلُّکُم راعٍ وَ کُلُّکُم مسؤول عَنْ رَعیتِه». شهید مطهری در این موضوع چنین می‌فرماید: " ...انجام دادن چنین مسئولیت بزرگ و چنین تکلیف بسیار بزرگی احتیاج به قدرت و نیرو دارد،..." مسئولیت‌پذیری دارای ابعاد فردی و اجتماعی است و هر دو بعد آن در نظام سلامت ضروری است.

۶- تأکید بر اصل کارامدی[2] در نیروی انسانی نظام سلامت ادغام‌یافته

تعیین شرح وظایف و آشنا بودن نیروی انسانی با وظایف خود، زمینه ساز اثربخشی و کارآمدی خواهد بود. هر فرد باید بداند وظایف خود را چگونه باید انجام دهد و اینکه نسبت به شرح وظایف

1. Responsibility
2. Performance

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

خود باید پاسخگو باشد. در سطح خانه‌های بهداشت برای ارزیابی عملکرد به‌ورزان ابزاری با عنوان ذیج حیاتی، طراحی شد. پرونده خانوارهای روستایی توسط بهورزان باید کاملاً به‌روز بود. با این ابزار به سهولت عملکرد به‌ورز قابل ارزیابی بود. متأسفانه در بسیاری از سطوح دیگر نظام سلامت، تنظیم شرح وظایف، آموزش دقیق و ابزار ارزیابی وظایف پرسنل به‌درستی و شبیه بهورزان انجام نشد. آنچه در آینده باید مورد تأکید قرار گیرد، تعیین دقیق شرح وظایف در تمام سطوح و سلسله مراتب نیروی انسانی سلامت و طراحی ابزار دقیق ارزیابی عملکرده است.

۷- اصل اصیل پاسخگویی[1]، اکسیر حیات‌بخش در نظام سلامت

نظام سلامت ادغام‌یافته بر سه اصل اصیل مدیریتی استوار است: چه کسی مسئول است؟ هر فرد مسئول چه کارهایی باید بکند؟ و چگونه باید پاسخگو باشد؟ پاسخگویی در تمام شئون نظام سلامت باید تسری داشته باشد. بهورزان پاسخگو هستند، اما سطح پاسخگویی و التزام به پاسخگویی در اساتید دانشگاه بیشتر است. از صدر تا تمام میادین خدمات و مراقبت‌های سلامت احدی وجود ندارد که پاسخگو نباشد. سطح جامع‌تر پاسخگویی، مجموعه‌های موجود در ساختار نظام سلامت هستند: خانه بهداشت پاسخگو، دانشکده پرستاری پاسخگو، دانشگاه علوم پزشکی پاسخگو و .... منظور پاسخگویی مجموعه سرمایه انسانی متشکل در این ساختارها است. در کل نظام سلامت حتی یک ساختار غیرپاسخگو نباید وجود داشته باشد. به عبارتی دیگر ابتنای هر ساختار کلان یا اختصاصی، بزرگ یا کوچک در مجموعه نظام سلامت باید در پاسخ به یک نیاز شناخته شده اجتماعی در حوزه سلامت باشد. متأسفانه در بعضی مصادیق این اصل رعایت نشده و ساختارهایی بدون مطالعه و غیرمرتبط با نیاز جامعه و نظام سلامت به‌وجود آمده است. در تحلیل این نوع ساختارها انگیزه‌های غیرمعتبری مانند رقابت‌های ناسالم، منافع فردی و گروهی و سایر علل نادرست و خسارت بار دخیل بوده است. این اتفاقات در آینده باید مهار و مدیریت شود و سرمایه‌ها و منابع محدود منحصراً صرف نیازهای شناخته شده شود.

۸- دسترسی

دسترسی، استفاده مردم از مراقبت‌های سلامت (به‌منظورحفظ و ارتقای سلامتی) را تسهیل می‌کند. برای اطمینان از دسترسی به خدمات، مراحلی باید طی شود: ابتدا باید خدمات سلامت موجود باشد، سپس باید از کفایت خدمات مطمئن شد، بعد مجال استفاده از خدمات موجود، حاصل شود تا افراد به خدمات دسترسی یابند. در این مسیر چالش‌های مالی و سازمانی و موانع فرهنگی و اجتماعی استفاده از خدمات را محدود می‌کنند(۴).

۹- تخصیص منابع

منطق عقلی و علمی بر اختصاص بودجه و منابع در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور حاکم بود. مبنای تخصیص منابع براساس عدالت، دسترسی عمومی و پوشش همگانی استوار بود. نظارت و مراقبت می‌شد که همه بتوانند خدمات را دریافت کنند و فقرا و محرومان و دور افتادگان بیشتر مورد توجه قرار داشته باشند. نگاه به محرومان و مستضعفان و به دور افتاده‌ها بود. نگاه به آن‌هایی بود که در خطر بیشتر قرار داشتند، به علت محرومیت سوادشان کم بود و درآمدشان ناچیز بود دسترسی نداشتند و یا نمی‌توانستند دسترسی پیدا کنند. مدیرانی که در ستاد برنامه‌ریزی می‌کردند و در محیط کشور اداره امور را در دست داشتند، با دیدگاه انقلابی و عدالت محور، با تمام وجودشان در صحنه بودند. توجه به محرومان و مستضعفان و دفاع از حقوق و ارائه خدمات ناب سلامت به آن‌ها، ارزش والایی محسوب می‌شد.

۱۰- فناوری‌های مورد نیاز

لحاظ کردن فناوری‌های خدمات سلامت مناسب راهبردی مهم برای دسترسی و فراهمی مراقبت‌های سلامت است. در این راستا باید به مقبولیت بومی توجه کرد و برای ارتقای سواد سلامت مراجعان به‌خصوص در مورد خدمات پیشگیری و سلامت همگانی تلاش کرد(۵).

۱۱- کیفیت

بهبود در ارائه مراقبت‌های سلامتی، نیازمند تمرکز ژرف بر کیفیت خدمات است. کیفیت شامل ارائه مراقبت مؤثر، ایمن و مردم

1. Accountability

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

محور است که به‌موقع، عادلانه، یکپارچه و کارآمد انجام می‌گیرد. این سطح ازکیفیت مراقبت‌های سلامتی برای دستیابی عامه به بهترین پیامدهای سلامت و مبتنی بر آخرین دانش حرفه‌ای طراحی شده است(۶).

۱۲- الگوی توسعه آموزش (عدالت در نظام آموزش عالی سلامت)

توسعه آموزش عالی سلامت با رویکرد عادلانه با موضوعات/ نیازها/ چالش‌های مشروحه زیر همراه بوده است:

- الگوی توسعه جغرافیایی (توسعه آموزش در پهنای سرزمین)
- سهمیه‌ها و نسبت آن‌ها با عدالت
- روش‌های عادلانه در نظام پذیرش دانشجو
- سایر مؤلفه‌ها یا شاخص‌های عدالت آموزشی

۱۳- آموزش مبتنی بر جامعه

آموزش مبتنی بر جامعه، علاوه بر ظرفیت‌های شناختی به جنبه‌های اجتماعی و احساسی یادگیری هم می‌پردازد و قابلیت شناسایی و پیگیری نیازهای محیط پیرامون فراگیران، تقویت می‌شود تا بتوانند برای حل مشکلات و نگرانی‌های جامعه‌شان پاسخگو باشند(۷).

۱۴- مدیریت نیروی انسانی[1] و ارزیابی عملکرد[2]

شرح وظایف نیروی انسانی در نظام شبکه براساس برنامه مطالعه شده تدوین و نحوه عملکرد نظارت می‌شد. داده‌ها جمع‌آوری و براساس آن‌ها تصمیم‌های بعدی گرفته می‌شد. ارزیابی دقیق عملکرد از مشخصه مهم نظام شبکه بهداشت و درمان کشور بوده است. مدیرانی که در سیستم قرار گرفته بودند و ساختاری که ایجاد شده بود هر لحظه و هر روز هر هفته آن را چک می‌کردند و نتایج و عملکردها را ارزیابی می‌کردند. حمایت‌های بعدی و اختصاص بودجه به استناد عملکرد صورت می‌پذیرفت.

۱۵ - جلب مشارکت مردم

مردم ولی‌نعمت مسئولان و نظام سلامت هستند. همه اتفاقاتی که در کاهش مرگ و میر، بهبود امید به زندگی، ارتقای مراقبت‌های مادر و کودک، ارتقای شاخص‌های در بهداشت به وجود آمد، در حمایت و استقبال همه‌جانبه مردم و همراهی مردم با مسئولان و کارگزاران نظام سلامت ریشه داشت.

۱۶- ویژگی‌های جامعه عدالت محور

عدالت در جامعه اسلامی باید ریشه در آموزه‌های اسلامی و سیره پیامبر گرامی اسلام(ص) و ائمه اطهار علیهم‌السلام داشته باشد. براساس عدالت علوی(ع) هرگز نمی‌شود عده‌ای قلیل، سهم کثیری از بیت‌المال را برداشت و ادعای عدالت کنند. در جامعه عدالت‌محور عناوینی چون خواص و عوام و حکام و رعایا و مانند آن‌ها اصالت و موضوعیت ندارند. عدالت خدا بر این استوار است تا مظلومان بر افراد ظالم حاکم شوند و دستورات الهی را عمل کنند.

در بعد سلامت در جامعه عدالت‌محور پیشگیری مقدم بر درمان است، سرمایه‌گذاری کلان در سطح سوم، آن‌طور که در بعضی ادوار مرسوم بوده است خلاف عدالت است. پزشک خانواده و نظام ارجاع مصداق عدالت است و فراموش کردن روستاییان و منابع محدود سلامت را صرف ارتقای استانداردهای کلان شهرها کردن خلاف عدالت است. در جامعه عدالت محور محرومان دیده می‌شوند و فراموش نمی‌شوند و دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آن‌ها تضمین می‌شود. اگر پزشک خانواده پزشک خانواده به معنای عدالت در گرفتن خدمت، در اشتغال، در دسترسی، درارتقای شاخص‌های سلامت است. در جامعه عدالت‌محور انتخاب و انتصاب مسئولان و مدیران براساس شایستگی‌ها است، عدالت این نیست که هرکس را که تملق و چاپلوسی کند بیاورند و حاکم کنند و آدم‌های توانمند را به بهانه‌های مختلف کنار بگذارند.

۱۷- علل عدم تحقق عدالت در جامعه

پیامبران الهی برای اجرای عدالت قیام کردند. تحلیل روندها و حوادث در نظام سلامت حاکی از آن است که براساس عدالت در قانون، مدیریت، ارتقای پست، جنسیت، قومیت و منطقه عمل نکرده‌ایم و همه این امور باید بار دیگر از منظر عدالت تجدید نظر شوند. تصمیمات مهم و قانون‌گذاری اگر براساس اطلاعات درست و معتبر استوار نباشد و از پشتوانه مطالعاتی لازم برخوردار نباشد، به عدالت منتهی نمی‌شود.

1. Personal performance management
2. Performance based

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

بعضی از طرح‌های مهم اجرایی دولت در حوزه سلامت با شعار عدالت در مسیر بی‌عدالتی حرکت کردند بیمارستان‌های مجهز، مجهزتر شدند و مناطق محروم بدون امکانات ماندند **پول به دست کسانی رسید که داراتر هستند.**

قانون‌گریزی و دور زدن قانون به بی‌عدالتی و ظلم و فساد منتهی می‌شود.

نادیده گرفتن محرومان

دست به دست هم دهیم، توحید کلمه و توحید عمل داشته باشیم. وحدت موجب عدالت و اختلاف به ظلم و بی‌عدالتی منتهی می‌شود.

۱۸- تلقی معتبر از عدالت در اندیشه اسلامی:

- عدالت مترادف برابری نیست
- تفاوت‌های طبیعی و بیولوژیک و رعایت آن‌ها در خدمات و مراقبت‌های سلامت به منزله بی‌عدالتی نیست.
- رفتارهای مخرب سلامت توسط افراد، نظیر سیگار کشیدن، نیازهای سلامتی جدیدی را تحمیل می‌کند، این رفتارها نباید موجبات محرومیت اقشار آسیب‌پذیر را فراهم سازد. ساز و کارهایی نظیر وضع مالیات برای جبران این خسارت و مخدوش نشدن سیاست‌های عادلانه باید پیش‌بینی و اعمال شود.
- اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و اقدامات پیشگیری از بیماری و سرمایه‌گذاری ملی برای تقویت آن‌ها از مصادیق بارز عدالت در سلامت است.
- موارد ناخواسته‌ای موجب محرومیت اقشاری از جامعه می‌شود و با موازین عدالت در اندیشه اسلامی مخالف است:
- محدودیت در انتخاب شیوه‌های زندگی سالم توسط بعضی از اقشار (مثلاً به دلیل فقر یا بی‌اطلاعی) و تحمیل رفتارهای مخرب سلامت (شرایط کاری یا زندگی ناسالم)
- مواجهه با شرایط زندگی و کاری ناسالم و استرس‌زا (به‌صورت ناخواسته و تحمیل شده یا غیرمترقبه)
- دسترسی ناکافی به خدمات ضروری سلامت و خدمات عمومی
- ضعف در فعالیت‌های اجتماعی مرتبط با سلامت و خدمات ناکافی که سبب سوق دادن افراد ضعیف به سمت طبقات پایین‌تر اجتماعی می‌شود.

۱۹- عدالت در ارائه خدمات سلامت در شرایط غیرعادی (فوریت‌ها، حوادث غیرمترقبه و بلایا، بیماری‌های خاص با هزینه‌های سرسام‌آور، هر شرایطی که باعث سقوط فرد و خانواده به زیر خط فقر شود)

در نظام سلامت عادلانه، محافظت از افراد حیاتی و حمایت از شهروندان الزامی است. هیچ بیمار یا مصدومی نباید مجبور شود بین ورشکستگی مالی و از دست دادن سلامت، یکی را انتخاب کند، یا بر اثر پرداخت هزینه‌های درمان و توانبخشی و تبعات ناشی از بیماری، نظیر از کار افتادگی، به زیر خط فقر سقوط کند. شئون و موقعیت شغلی و سطح درآمدی فرد و خانواده را تحت‌الشعاع قرار دهد. ارتقای سلامت مردم باید منعکس‌کننده سلامت افراد در طول زندگی باشد. برای شرایط ناخواسته یا پیش‌بینی نشده، نظیر مرگ‌های زود هنگام، پیامدهای غیرکشنده از قبیل ناتوانی‌های جسمی و روانی، و هر موضوعی که موجب محرومیت و فقر و تهی‌دستی شود، مکانیسم‌های جبرانی عادلانه باید وجود داشته باشد. بعضی از عوامل تأثیرگذار بر عدالت در سلامت به شرح زیر است:

- مراقبت سلامت ممکن است هزینه‌های کمرشکنی به همراه داشته باشد.
- در فوریت‌ها، ارائه خدمات باید تضمین شده و بدون قیود و شرط‌های بازدارنده، از جمله دغدغه هزینه‌ها برای بیماران و خانواده‌ها باشد.
- در بلایای طبیعی، حوادث غیرمترقبه، جنگ‌ها، حوادث اجتماعی و سیاسی و امثال آن‌ها، ارائه خدمات سلامت به بیماران و آسیب‌دیدگان باید تضمین شده و از وظایف حکومتی و نظام سلامت و تأمین اجتماعی باشد.
- در مواردی که نیاز به مراقبت، غیر قابل پیش‌بینی، مثل فوریت‌ها و سوانح روزمره، عدالت اقتضاء می‌کند، تا در نظام سلامت کشوری، مکانیسم‌های با ثبات و تضمین شده حمایت از آسیب‌دیدگان وجود داشته باشد.

۲۰- عدالت و مقاومت در سلامت: تاب‌آوری و پایداری

همواره از تاب‌آوری به‌عنوان مکانیسم دفاعی در مقابل تنش‌های بزرگ یاد می‌شود. تاب‌آوری مقابله انعطاف‌پذیر در برابر وقایع و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

چالش‌های عظیم زندگی، برای حفظ سلامتی است. بنابراین آموزش تاب‌آوری می‌تواند در سلامت افراد به‌خصوص سلامت روان ایشان تأثیرگذار باشد(۸).

بحث

مطالعات نشان می‌دهند که در دهه‌های اخیر ارتقای قابل قبولی در بسیاری از شاخص‌های سلامت در مناطق روستایی کشور به دست آمده است. از طرف دیگر علیرغم کاهش نابرابری در بعضی شاخص‌ها در سال‌های اخیر، کماکان نابرابری، مشکل مزمن و عمده نظام سلامت روستایی کشور است(۹).

علی‌رغم دستاوردهای فاخر و پیشرفت‌های انکارناپذیر در دوران چهل ساله انقلاب در عرصه سلامت، عدالت به معنای جامع خود هنوز تحقق نیافته است. اگر عدالت اجرا می‌شد و بر همه برنامه‌ها و سیاست‌ها خیمه می‌افکند، شاهد تبعیض و نابرابری نبودیم. نمی‌شود پذیرفت که شهری و منطقه‌ای توسعه پیدا کند و قسمت دیگر شهر و همان منطقه یا مناطق دیگر عقب بمانند(۱۰).

تحولات آموزش عالی سلامت در دوران چهل ساله انقلاب اسلامی از راهبردها، روندها و رویکردهای مشروحه بالا تبعیت کرده است. مهمترین چالش‌ها نیز در همین حوزه‌ها بوده است. بعضی بحث‌های مطرح دیگر و دارای موضوعیت در مقوله "عدالت در سلامت" به شرح زیر است:

- **"آموزش براساس جامعه[1]"** و اهتمام نسبت به **"عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت[2]"**.

سلامت تا حدود زیادی تحت تأثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی است. اقدامات پیشگیری و درمان به تنهایی موجب ارتقای سلامت در جامعه نمی‌شود. در شروع انقلاب نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی (نظیر مسکن، شغل، محیط‌زیست، آموزش و درآمد)، سلامت طیف بزرگی از اقشار جامعه را تحت تأثیر قرار داده بود. رویکرد عادلانه توسط مسئولان و برنامه‌ریزان و مدیران سلامت در صدر انقلاب، اقتضا می‌کرد تا برای دستیابی به اهداف اولیه ارتقای سلامت مردم، به این عوامل اجتماعی توجه کنند. در سطح آموزش نیز، آشنا کردن دانشجویان به اهمیت و تأثیرگذاری عوامل اجتماعی بر سلامت انسان‌ها، به‌عنوان یک راهبرد شفاف و اساسی در آموزش عالی سلامت انتخاب شد. در مقوله عدالت در سلامت، کاهش نابرابری‌ها در سلامت همگانی، با اقدامات مؤثر در حوزه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، قابل انجام بود. محافظت جمعیت‌های آسیب‌پذیر با حمایت‌های یارانه‌ای و برنامه‌های اشتغال‌آفرین و بهبود سیاست‌های توزیع کالاهای اساسی و مسکن در زمره اقدامات در این حوزه بود. علیرغم روند مطلوب کاهش نابرابری‌ها، هنوز "عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت" اصلی‌ترین مؤلفه حوزه عدالت در سلامت به شمار می‌رود(۱۱و۱۲).

تأکید بر نقش تأثیرگذار سیاست‌های اقتصادی بر عدالت در سلامت:

در **اقتصاد بهداشت و درمان**، چهار اصل حایز اهمیت است:

- چه کالا/ خدماتی تولید کنیم؟
- چه مقدار تولید کنیم ؟
- با چه کیفیتی تولید کنیم؟ و بعد
- کجا و چگونه توزیع کنیم.

یکی از تولیدات کلیدی در حوزه زیرساخت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر مؤسسات آموزش عالی سلامت هستند. الگوی ایجاد و توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی در دوران بعد از انقلاب، اگر چه جهت‌گیری کلی به سمت عدالت اجتماعی را داشته است، در بسیاری جهات دیگر شتاب‌زده و بدون پشتوانه مطالعاتی لازم انجام شده است. در شرایط فعلی برای صرفه‌جویی‌های ملی، روند توسعه این مراکز باید بازطراحی و مهندسی مجدد شود و براساس مصالح کلان ملی و بر شالوده‌های عدالت در سلامت استوار شود. تولید و توزیع کالاها و خدمات سلامت نیز باید در چارچوب سیاست‌های کلان ملی و برنامه‌های صرفه‌جویانه اقتصادی و با جهت‌گیری حمایت از اقشار محروم و آسیب‌پذیر و در هزینه اثربخش‌ترین حالت ممکن صورت پذیرد. تعدیل سیاست‌های توسعه آموزش عالی سلامت و برنامه‌های کمی و کیفی پذیرش دانشجو متناسب با نیازهای نظام سلامت جامعه ضروری است.

1. Community Oriented (Community based)
2. Social Determinants of Health

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

نگاه مردمی و عدالت‌خواه، در تضاد با نگاه منفعت‌طلبانه رقابتی

مکانیسم‌های مدیریت و نظارت که در سطوح اولیه شکل گرفت براساس ارزیابی عملکرد نیروی انسانی بود. شرح وظایف مشخص بود و دریافت حقوق منوط به ارائه گزارش و تأیید عملکرد بود. هرچه از نگاه مردمی و فراگیر عدول و به سمت رقابت در بازار پول و کسب منافع فردی و مصالح جمعی منحرف شد، با اهداف عدالت محور اولیه فاصله گرفتیم. اختلافات از جایی به وجود آمد که نگاه براساس عدالت و خدمت به مردم و پوشش همگانی، در سطوح بالا رنگ و شکل دیگری به خودش گرفت و روز به روز ما را از آنچه که باید به طرفش برویم دور کرد. در بعضی موارد نظیر تجهیزات پزشکی اشتباهاتی رخ داده که اگر نتوانیم آن‌ها را اصلاح کنیم، ممکن است بیشتر دستاوردهای قبلی را با چالش‌های جدی مواجه کند.

نظام ارجاع و پزشکی خانواده، در تضاد با تخصص‌گرایی منفعت محوری

سطح‌بندی خدمات، پزشکی خانواده و نظام ارجاع از راهبردهای اصولی و اساسی منتهی به عدالت در نظام سلامت است. اگر این سیاست‌ها مورد حمایت و تأکید نظام سلامت قرار نگیرد و در محور خدمات و مراقبت‌های سلامت قرار نداشته باشد، عدالت تحقق نخواهد یافت. اجرای این سیاست‌های بنیادین مستلزم اراده ملی، حمایت راهبردی، انگیزه و تقویت انگیزه و راهکارهای جذب و نگهداشت نیروی انسانی است. چنانچه جاذبه و حمایت کافی وجود نداشته باشد، نیروی انسانی سلامت به سوی جاذبه‌های دیگر نظیر تخصص و رقابت حرفه‌ای و شیوه‌های منفعت محور سوق داده خواهد شد، جاذبه‌هایی که دستیابی به آن‌ها نیز آسان است. غفلت‌های گذشته در برنامه‌ریزی‌های راهبردی نظام سلامت را دچار معضل بزرگ تخصص‌گرایی و گریز از مسئولیت‌پذیری در شبکه بهداشت و درمان نموده است.

و سرانجام **بی‌عدالتی در نظام‌های پرداخت** ماندگاری و ثبات را در سیستم سلامت، به خطر می‌اندازد. این چالش در وضع جاری به شدت وجود دارد و ثبات و پایداری خدمات سلامت را مورد تهدید قرار داده است. در نظام عادلانه، عملکردها و کیفیت‌ها ملاک پرداخت بوده، فاصله‌های نجومی بین سقف و کف درآمدی نیروهای انسانی وجود نخواهد داشت.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها

برقراری عدالت در سلامت آرمان قطعی و غایی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران است. رویکردها و روندهای اولیه دوره جمهوری اسلامی، گرایش شدید به برقراری عدالت و رفع نابرابری بوده است. ما هنوز نتوانسته‌ایم عدالت را پیاده کنیم و خیلی جاها برخلاف عدالت رفتار کرده‌ایم.

ایجاد نظام شبکه خدمات بهداشتی-درمانی و تداوم آن، و سایر سیاست‌های عادلانه در ۴ دهه اخیر، نویدبخش بوده است. علیرغم همه دستاوردها، نظام سلامت کشور هنوز نتوانسته است بهره‌مندی عادلانه عموم مردم از خدمات سلامت، یا به عبارت دیگر، عدالت در سلامت را برای آحاد ملت تأمین کند. با برگیری از تجربیات و عبرت‌آموزی از فراز و نشیب‌های ۴ دهه گذشته، با پذیرش این واقعیت که هنوز با هدف غایی برقراری عدالت در سلامت کشور فاصله داریم، و با عزم راسخ و امید به آینده، بر عموم سیاست‌گذاران و کارگزاران نظام سلامت واجب است تا برای تحقق همه‌جانبه عدالت، والاترین آرمان سلامت، با نهایت تلاش و ابتکار در صحنه‌های خدمت‌گزاری نقش‌آفرینی کنند.

تحکیم راهبرد پزشکی خانواده و نظام ارجاع واصلاح سیاست‌های تخصص‌گرایانه، و تعدیل نظام‌های پرداخت، رفع نابرابری‌ها در دریافت خدمات پایه سلامت، رفع تبعیض در پوشش خدمات و در جنسیت، حمایت بیشتر و تضمین شده از اقشار آسیب‌پذیر، حمایت ویژه از مردم دور افتاده‌تر و فقیر و بیکار، در شرایط جاری و آتی بسیار ضروری و لازمه تحکیم دستاوردهای عادلانه دوران چهل ساله انقلاب اسلامی است. توسعه فناوری‌ها نیز باید بر سیاست‌های عادلانه و با درک صحیح از محدودیت منابع و منافع و مصالح عمومی سلامت مردم صورت پذیرد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]

Equity in Healthcare after the Islamic Revolution now 40 years Onward

Masoud Peseshkian , MD[1]

Abstract

Background and Aim: The Islamic Revolution sought the implementation of justice, eradication of poverty, and provision of the healthcare needs of the community and this led to the establishment of the "National Health Network System". The goals of health equity and equitable access to basic and universal healthcare services, for all people, materialized relatively quickly. The main goal was to provide healthcare to all regardless of socio-economic status and locale, so that basic healthcare services may be rendered without difficulty.

Method: The relevant publications on healthcare equity and social determinants of health were identified through a literature review of major local and international databases assessed and documented.

Results: The important policies rendered in the line of healthcare equity included the establishment of the primary national healthcare network, the integration of medical education into the healthcare delivery system, the generic drug project. and the health insurance system. Further strengthening and development of these projects ensured equitable, accessible and essential healthcare services for all, especially those in remote areas of the country.

Conclusion: Maintaining, promoting and restoring health, establishing equity in healthcare and minimizing avoidable differences in rendering healthcare are among the most important goals of the healthcare system of Iran. The achievements now four decades onward , were in line with the most fundamental goals of the healthcare system. Attaining ideal goals and seeking justice in all aspects of the healthcare system, is in line with future efforts to be pursued in this regard.

Keywords: Health Equity, Primary Health care, Social Determinants of Health

منابع

1. World Health Organization. Health Equity. Available at: www.who.int
2. World Health Organization. Primary health care; 2019. Available at: www.who.int
3. How the health and treatment networks of the country are formed. Available at: www.vista.ir
4. Jean-Louis Denis. Accountability in Healthcare Organizations and Systems. Healthc Policy 2014; 10(SP): 8–9.
5. Ghorbani A R, Etemadi R, Jafari Golestan N. Study the responsibility of nurses (professional ethics and human), the recovery rate of patients. MCS 2014; 1(1): 57-62. [In Persian]
6. 6. Motahari M. The collection of the works of Master Shahid Motahari 17-Volume II from the section of the biography of the Masoomin (peace be upon her)
7. Gulliford M, Figueroa J, Morgan M, Hughes D, Gibson B. Beech, Roger & Hudson, Meryl. What does 'access to health care' mean? Journal of health services research & policy 2002; 7: 186-8.
8. Ren J, Liu C, Gao QS, Yang L, Huang X, Guo Q. Use of appropriate healthcare technologies: a cross-sectional study in rural Zhejiang of China. BMC Health Serv Res2015; 15: 295.
9. WHO-OECD-World Bank. Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage; 2018.Available at: https://www.who.int
10. Christine J. Villani, Douglas Atkins. Community-Based Education. School Community Journal 2000; 10(1): 39-44.
11. Farah B, Peivastegar M, Sadr MS. The relationship between resiliency with five dimensions of personality and clinical disorders (depression, anxiety and somatization) in female undergraduate students of Alzahra University. Journal of Psychological Studies 2015; 11(3): 53-78.
12. Hajjarizadeh B, Mohadi M, Rahimi A, Amirhosseini Kh, Arshinchi M, Mutlaq M. The trend of changes in important health indicators and their geographical inequality pattern in the country's rural population. Hakim 2016; (10)4: 1-10

1. Cardiac surgeon, former Minister of Health, Treatment and medical education

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-16]