

تحلیل و ارزیابی عملکرد بخش بهداشت و درمان از دیدگاه بهره‌وری، طی دو برنامه توسعه ملی جمهوری اسلامی ایران

● دکتر سیدجمال الدین طبیبی

● دکتر هومان منوچهری

چکیده:

در آستانه ورود به سده بیست و یکم، موضوع توسعه و توسعه یافتگی همچنان به عنوان مهمترین، فراگیرترین و چالش‌انگیزترین مسئله در سطح بین‌الملل مطرح می‌باشد. در این میان، جهت نیل به توسعه، راهی جز اجرای برنامه‌های هدفمند و جامع وجود ندارد و تجزیه و تحلیل این برنامه‌هاست که اصالت، جامعیت، و تحقق‌پذیری اهداف عالی توسعه را مشخص می‌سازد.

هدف مطالعه حاضر از دیدگاه آرمانی، تعیین مسیری بوده که نه تنها به طور خاص، جایگاه منجر به فرد و ممتاز بخش بهداشت را در چارچوب بخش توسعه بنمایاند، بلکه عملاً تلاشی در جهت تحقق هرچه سریعتر عدالت اجتماعی به شمار رود. از سوی دیگر، ارزیابی عملکرد بخش بهداشت و درمان به دیدگاه بهره‌وری طی برنامه اول و دوم توسعه و مشخص ساختن میزان همسویی آنها با اصول و شاخصهای توسعه یافتگی، هدف کلی مطالعه حاضر را شکل داده است. بدین ترتیب، با کمک روش توصیفی - تحلیلی و با دیدگاهی گذشته‌نگر و تاریخی، مجموع مباحث توسعه و توسعه یافتگی به طور عام و در حوزه بهداشت و

درمان به طور خاص مورد بررسی قرار گرفته و سپس با اهداف و عملکرد بخش بهداشت و درمان در چارچوب برنامه اول و دوم مقایسه گردید.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که قسمت عمده‌ای از اهداف برنامه اول در زمینه شاخصهای بهداشتی به طور کامل تحقق نیافتند. در زمینه شاخصهای درمانی، موارد مربوط به ساخت تأسیسات بیمارستانی کاملاً با اهداف برنامه منطبق بوده یا از آن پیشی گرفته‌اند و شاخصهای مربوط به کارایی بخش و نیروی انسانی بجز شاخص «کاهش متوسط اقامت روزهای بستری در بیمارستان» و «نسبت دندانپزشک به هر صد هزار نفر جمعیت» به اهداف مربوطه نرسیدند. از این رو، به نظر می‌رسد که برخی از شاخصها حاصل شده در مورد برخی دیگر چنین نبوده است. در برنامه دوم، وضعیت شاخصهای بهداشتی ارتقاء مناسبی یافته به نحوی که اکثر این شاخصها از اهداف خود تا پایان سال ۱۳۷۶ پیش افتاده و بهره‌وری کاملی داشتند. درخصوص شاخصهای درمانی، می‌توان مشاهده نمود که کلیه شاخصهای درمانی بجز شاخص «ضریب اشغال تخت بیمارستانی» از اهداف خود پیشی گرفته و دارای بهره‌وری کاملی بودند. به علاوه، محورهایی چون اجرای ناقص استراتژی اولویت بهداشت بر درمان، تحقق ناقص اهداف کیفی برنامه‌های اول و دوم، و انطباق ناقص اقدامات انجام شده با اصول و مفاهیم توسعه و توسعه‌یافتگی بخش دیگر از یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌باشند. بدین ترتیب، با قراردادن در آستانه تدوین برنامه سوم توسعه ملی، استفاده از نتایج پژوهش حاضر می‌تواند دیدگاه همه‌جانبه و مسیر روشنی را فراروی دست‌اندرکاران این عرصه قرار دهد.

اهمیت پژوهش:

بحث توسعه و توسعه‌یافتگی از جمله مهمترین موضوعات در جوامع مختلف

و نظام بین‌الملل در قرن بیست و یکم خواهد بود. از این رو، مطالعه در ابعاد مختلف آن بسیار حیاتی است. بنابراین مفهوم آن باید بروشنی تعریف شود و خواص و نخبگان و مجریان تراز اول جامعه درباره مفاهیم کلیدی آن نظرات مشترکی داشته باشند (رفعتی به نقل از گیت^(۱) و جیمز^(۲)، ۱۳۷۰، صفحه ۸۷ - ۸۶). اهمیت این موضوع زمانی روشنتر می‌شود که اولاً بدانیم بحث توسعه تمامی ابعاد وجودی انسان و محیط زندگانی او را دربر می‌گیرد و ثانیاً به واسطه چنین ماهیتی، قسمت اعظم متون و نشریات مربوطه با دیدگاهی خرد و جزئی‌نگر به موضوع توسعه پرداخته و آن را از زوایای علوم مختلف نظیر سیاست، اقتصاد، جامعه‌شناسی و... تشریح نموده‌اند. از این رو، یافتن اصول کلی و ارکانی که بتوانند به عنوان مبانی نظری و عملی توسعه و نحوه دستیابی به آن مورد استفاده قرار گیرند، نیاز به مطالعه‌ای عمیق و گسترده‌ایی دارد.

جامعه توسعه یافته یا علاقمند به توسعه یافتگی جامعه‌ای است که عمدتاً به فکر مطلوبیت باشد. هرچند که جلب رضایت در ارتباطات اجتماعی انسان اجتناب‌ناپذیر است، اما اصل را باید بر کارایی و مطلوبیت و قداست آنها گذاشت. علت اصلی کندی حرکت بسیاری از کشورهای جهان سوم به سوی توسعه یافتگی آن است که اساس کار آنها مبتنی بر حفظ حکومت و وضع موجود است نه مطلوبیت و کارایی اجتماعی (هاوسمن^(۳)، ۱۹۸۴، صفحه ۴۴).

اساس توسعه اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی و دستیابی به استقلال سیاسی و اقتصادی در گرو برخورداری از علوم و فنون جدید و نیروی انسانی سالم، اندیشمند، خلاق و محقق است که قادر باشد مبانی تولید را متحول سازد و آن را بر پایه‌های نوین استوار نماید تا موجبات بهره‌برداری بهینه از منابع و امکانات

1- Gate

2- James

3- Housman

موجود فراهم آمده و امکان دستیابی و بکارگیری تکنولوژی مدرن برای توسعه اقتصادی و اجتماعی به وجود آید (سرکارانی، ۱۳۷۴، صفحه ۱۱). متأسفانه در اکثر کشورهای در حال توسعه اهمیت لازم به نیروی انسانی داده نمی‌شود و این کشورها برآحتی متفکران و اندیشمندان خود را از دست می‌دهند. به علاوه، سطح پایین زندگی؛ سطوح پایین تولید؛ رشد بالای جمعیت و وابستگی شدید اقتصادی؛ بیکاری روزافزون و کمی راندمان کار؛ وابستگی شدید به تولیدات کشاورزی و صدور مواد اولیه؛ ناهماهنگی شدید از نظر درآمد، تولید و خدمات در میان اقشار مختلف جامعه؛ و وابستگی و آسیب‌پذیری در روابط بین‌الملل از جمله عوامل دیگری هستند که موجب خسران شدید نیروی انسانی و تداوم عقب‌ماندگی می‌شوند (ایمانی راد، ۱۳۶۹، ص ۲۶ - ۲۲).

بدین ترتیب، اندیشه توسعه و توسعه‌یافتگی در جریان حرکت تکوینی و تکاملی خود تا بدان حد پیش رفته که در دهه ۹۰، محور و اساس کلیه مباحث خود را بر انسان و ابعاد او استوار ساخته است. با وجودی که پدیده توسعه جدید نیست و همواره با بشر همراه بوده است، اما در مقام تلاشی هشیارانه و مبتنی بر برنامه‌ریزی جهت ارتقاء شرایط زندگی موضوع قرن بیستم به شمار می‌رود. شروع رسمی برنامه‌ریزی ملی جهت نیل به توسعه از زمان انقلاب اکتبر ۱۹۱۷ روسیه و تشکیل کشور اتحاد جماهیر شوروی شکل گرفت و در ابتدا با بی‌توجهی و تحقیر کشورهای مبتنی بر اقتصاد سرمایه‌داری مواجه گشت. اگرچه، در طول جنگ جهانی دوم و پس از آن به شکل روزافزونی جایگاه خود را در میان کشورهای پیشرفته و در حال توسعه پیدا نمود و کل سیاستهای آنها را تحت‌الشعاع خود قرار داد (بارنی^(۱) و همکارانش، ۱۹۸۰، ص ۵۸ - ۵۲).

شاخصهای سنجش توسعه و تعیین میزان درجه توسعه‌یافتگی نیز در طی نیم

قرن اخیر دستخوش تغییرات اساسی شده است. زمانی مؤلفه‌های اقتصادی مبنای قضاوت و سیاست‌گذاری در زمینه توسعه به شمار می‌رفتند، ولی بتدریج بر همگان روشن شد که شاخصهای اقتصادی بتهایی قادر به ایفای چنین نقشی نیستند و امکان ارائه تصویری کاملاً مغایر با واقعیت در خصوص توسعه یافتگی با اتکاء صرف به آنها وجود دارد (طاهری، ۱۳۷۴، ص ۱۷). از این رو، بحث «توسعه پایدار» و «توسعه انسانی» و شاخصهای مرتبط با آن به عنوان محورهای اصلی سیاست‌گذاری در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از نیمه دوم دهه ۸۰ مطرح شده‌اند (فتوحی، ۱۳۷۳، ص ۷).

بدین ترتیب، اهداف قابل اندازه‌گیری، ملموس و مرتبط با شاخصهای توسعه انسانی در دهه ۹۰ به سمت پیشگیری از بیماریها در نوزادان و کودکان، کاهش میزان مرگ و میر، تغذیه سالم، آموزش، دسترسی به آب سالم، سلامت روانی و نظار آن معطوف گردیده‌اند. زیرا، انگاشت نیروی انسانی و ارتقاء سطح کیفی آن به عنوان محور توسعه و توسعه یافتگی راهی جز تأمین، حفظ، و افزایش سطح بهداشت جسمی، روحی، و محیطی برای سیاستگذاران و برنامه‌ریزان باقی نمی‌گذارد (جهان دیده به نقل از هسل^(۱)، ۱۳۷۴، ص ۳۵ - ۳۳). از طرفی، طرح شاخصهایی در زمینه‌های اجتماعی، یا شاخص سطح زندگی که با سنجش نیازهای اساسی در دو بخش نیازهای مادی و فرهنگی به اندازه‌گیری میزان توسعه یافتگی کمک می‌کند نیز نمونه‌هایی از تغییرات اساسی در دیدگاههای توسعه محسوب می‌شود (آقازاده، ۱۳۷۳، ص ۵). به علاوه، شاخصهایی نظیر کیفیت زندگی با توجه به سه معیار امید به زندگی در هنگام تولد، میزان مرگ و میر شیرخواران، و میزان باسوادی، ابعاد انسانی بحث توسعه را شفافیت بیشتری بخشیده‌اند (بهزادی به نقل از مایور^(۲)، ۱۳۷۳، ص ۴۳ - ۴۲).

1- Hessel

2- Mayor

در همین زمینه توسعه انسانی با ادغام رویکردهای مختلف، تمام فعالیتها و تلاشهای اقتصادی را حول محور انسان تعریف نموده، و نه تنها ارضای نیازهای اساسی بلکه مشارکت پویا و مداوم او را متصور شده است. از این رو، توسعه انسانی چه در کشورهای توسعه یافته و چه در کشورهای در حال توسعه دارای ارزش و اعتباری مساوی است. شاخصهای مورد استفاده در گزارش توسعه انسانی سازمان ملل متحد شامل طول عمر، سطح دانش، و سطح معاش معقول می‌باشند. از طرفی، بازنگریهای گزارش در سالهای بعد و تلاش در جهت تک شاخصی نمودن توسعه انسانی که ضمن برخورداری از درجه همبستگی بالا، امکان سنجش و مقایسه سریع را فراهم آورد منجر به انتخاب شاخص امید به زندگی گردید. این شاخص با انعکاس طول عمر از یک طرف و با کمک شاخص سرانه محصول (تولید) ناخالص داخلی حقیقی از طرف دیگر برآورد نسبتاً رضایتبخشی را از میزان و درجه توسعه یافتگی با دیدی انسانی به دست می‌دهد (اگوانگ^(۱)، ۱۹۹۴، ص ۲۰۱۴ - ۲۰۱۱).

بحث تفصیلی در زمینه توسعه و توسعه یافتگی و تعاریف، مفاهیم، انواع و شاخصهای آن در متن تحقیق ارائه می‌شود، ولی ذکر چند نکته در اینجا به منظور تبیین اهمیت موضوع پژوهش ضروری است. در درجه اول، سیر و روند تحول و تکامل پدیده توسعه و توسعه یافتگی که شمه‌ای از آن ذکر گردید، به ما نشان می‌دهد که انسان در این گستره نقش اصلی را پیدا نموده است. در درجه دوم، می‌دانیم که موضوع اصلی علوم بهداشتی و پزشکی نیز انسان و شناخت، حفظ و ارتقاء تمام ابعاد و جنبه‌های زندگی او است. بنابراین، دو حوزه وسیع و فراگیر علوم بشری که می‌توان تمام مسائل را در چارچوب آنها مورد بررسی قرار داد، به یک فصل مشترک رسیده‌اند. از این رو و در درجه سوم، بخش بهداشت و درمان

هر کشور یا جامعه‌ای می‌تواند حیاتی‌ترین و اصلی‌ترین نقش را در هدایت و راهبری توسعه ایفا نماید. به همین خاطر، کلیدی‌ترین و فراگیرترین حوزه جهت تحلیل و ارزیابی برنامه‌های ملی توسعه، بخش بهداشت و درمان یک کشور و بررسی استراتژیها، اهداف و برنامه‌های این مجموعه به شمار می‌رود.

اهداف و طرحهای حوزه بهداشت و درمان جهت‌گیریهایی کلی و فراگیر کشور را در زمینه تأمین سلامت جسمی و روانی و محیطی نیروی انسانی به عنوان محور توسعه روشن می‌سازند (چن^(۱)، ۱۹۸۳، ص ۱۴۸ - ۱۸۱). امید به زندگی که به منزله یکی از شاخصهای اصولی و کاربردی توسعه انسانی مطرح می‌باشد، در حقیقت شاخصی رایج و آشنا در علوم بهداشتی است (ریگلمن^(۲) و هیرش^(۳)، ۱۹۹۶، ص ۲۳۹). به همین دلیل، انجام پژوهش حاضر، محور و خطوط اصلی سیاست‌گذاریهایی کشور را در جهت نیل به توسعه‌یافتگی روشن می‌سازد، و میزان اهمیت به ارتقاء کمی و کیفی نیروی انسانی را به عنوان هدف و رکن توسعه مشخص می‌نماید. از این رو، با توجه به عدم انجام چنین تحقیقی در گذشته، اطلاعات ارزشمندی به کمک پژوهش حاضر به دست می‌آید که بسیاری از مسائل و ابهامات را روشن ساخته، دیدگاه و مسیر بازی را فراروی صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران قرار می‌دهد.

به این ترتیب، با تعیین جایگاه و اولویت‌گذاری موضوع توسعه انسانی در قالب برنامه‌های بخش بهداشت و درمان طی دو برنامه توسعه ملی اخیر کشور، اصلی‌ترین موضوع جهان امروز از زاویه پژوهش حاضر مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد. به علاوه، اجرای این تحقیق، راه را برای مطالعاتی از این دست هموار ساخته و الگویی را پیش پای پژوهشگران بعدی قرار می‌دهد و برنامه‌ریزان و

1- Chen

2- Riegelman

3- Hirsch

مجریان سطح بالای کشور با عنایت به نتایج و مباحث آن می‌توانند نکات، راهکارها و احتمالاً اصلاحاتی را در روند کار خود لحاظ نمایند. بنابراین، این پژوهش به دلیل پرداختن به موضوعی که اساس فعالیت کلیه سیاستمداران، برنامه‌ریزان، و تصمیم‌گیرندگان رده بالای کشورها است، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار می‌باشد.

۴- هدف پژوهش

الف - هدف آرمانی

آرمان پژوهشگر در انجام تحقیق حاضر در واقع نمایش مسیری است که از طریق آن بتوان کشور را در جهت تحقق هرچه سریعتر و هرچه مؤثرتر عدالت اجتماعی، و ارتقاء سطح زندگی و رفاه و آسایش مردم این مرز و بوم سوق داد و جایگاه رفیع و منحصر به فرد بهداشت و امور وابسته به آن را در راستای دستیابی به توسعه پایدار به طور بارزی نمایان ساخت.

ب - هدف کلی

با توجه به عنوان پژوهش، هدف کلی تحقیق حاضر عبارت است از «تعیین میزان بهره‌وری برنامه‌های اول و دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران در بخش بهداشت و درمان و همچنین میزان همسویی و همخوانی آنها با اصول و استراتژیهای جهانی توسعه و توسعه‌یافتگی در این بخش».

پ - اهداف ویژه

جهت دستیابی به هدف کلی فوق‌الذکر، حصول چند هدف ویژه الزامی خواهد بود که عبارتند از:

(۱) - استخراج و توصیف مبانی، خط‌مشی‌ها، و شاخصهای توسعه‌یافتگی در حوزه بهداشت و درمان در قالب بحث کلی توسعه.

(۲) - توصیف استراتژیها، برنامه‌ها، اقدامات و نتایج حاصله در چارچوب برنامه اول و دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران در بخش بهداشت و درمان.
 (۳) - تعیین بهره‌وری نتایج حاصل از اجرای برنامه اول و دوم توسعه در بخش بهداشت و درمان و تحلیل و ارزیابی هر یک از برنامه‌ها در قالب مختصات توسعه‌یافتگی.

بدین ترتیب، با تحقق اهداف یاد شده، مجموعه موارد مورد نظر به صورت منظمی در کنار هم قرار گرفته و هدف کلی پژوهش تأمین خواهد گردید.

۵-سوالات پژوهش

سوالات اساسی این پژوهش برپایه هدف کلی آن به صورت زیر مطرح می‌گردند:
 الف - شاخصهای سنجش میزان توسعه‌یافتگی در بخش بهداشت و درمان کدامند؟

ب - در طی دو برنامه ملی توسعه جمهوری اسلامی ایران، چه اهدافی در بخش بهداشت و درمان مدنظر قرار گرفته‌اند؟

پ - در طی دو برنامه مزبور، چه استراتژیها و برنامه‌هایی در بخش بهداشت و درمان مورد توجه قرار گرفته و به اجرا گذاشته شده‌اند؟

ت - میزان دستیابی به شاخصهای اصلی بهداشتی و درمانی و کیفیت تغییرات آنها با توجه به اهداف و استراتژیهای برنامه اول و دوم چگونه بوده است؟
 ث - چه نتایجی در مجموع تا پایان برنامه اول و در طول سه سال اول برنامه دوم (تا انتهای سال ۱۳۷۶) در بخش بهداشت و درمان حاصل شده‌اند؟

ج - میزان و کیفیت دستیابی به شاخصهای اصلی بهداشتی و درمانی از دیدگاه

بهره‌وری چگونه بوده است؟

چ - میزان همخوانی و همسویی برنامه‌های توسعه ملی کشور در بخش بهداشت و درمان با اصول، سیاستها و شاخصهای توسعه‌یافتگی در این حوزه تا چه حد بوده است؟

با پاسخگویی به سؤالات فوق، زمینه لازم جهت انجام تحلیل و ارزیابی موردنظر پژوهش فراهم می‌آید.

۶- روش پژوهش

این پژوهش در زمره تحقیقات توصیفی - تحلیلی است. در این نوع تحقیقات، ابتدا موضوع و محورهای پژوهش، تفصیل و به صورت کامل تبیین شده و سپس، با کمک قیاس، اصول عقلی و استنتاجهای منطقی، مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۶۳، ص ۷۱ - ۶۸). در واقع، همین تجزیه و تحلیل است که باعث می‌گردد نقاط قوت و ضعف مشخص شده و زمینه مناسب جهت ارزیابی امور براساس اهداف پژوهش فراهم گردد. نکته مهم در اینجا، برخورداری از دیدی همه جانبه و تلاش در جهت روشن ساختن مسائل به شکلی ریشه‌ای و بنیادین است تا هیچ زاویه‌ای از دیده پنهان نگردد و واقعیتها به طور کامل و جامع بازگو شوند. به علاوه، در این پژوهش از دیدگاهی گذشته‌نگر و تاریخی نیز استفاده شده است.

بحث:

در یکی از تعاریف نسبتاً جامع توسعه آمده است که «توسعه جریانی چند بعدی است که تجدید سازمان جهت‌گیری متفاوت کل نظام اقتصادی و اجتماعی را به همراه دارد. توسعه علاوه بر افزایش میزان تولید و درآمد، شامل دگرگونی

اساسی در ساختها و نهادهای اجتماعی، فرهنگی، اداری و همچنین آراء عمومی مردم بوده و در بسیاری از موارد حتی آداب و رسوم و عقاید اجتماع را نیز دربر می‌گیرد.» (گیلپین به نقل از داوولی سیرز، ۱۹۸۷).

از طرفی، بهداشت و مفهوم آن نیز با گذشت زمان دستخوش تحولات اساسی گردیده است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت را حالتی از تندرستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقدان صرف بیماری می‌داند. این دیدگاه معرّف تغییری آشکار از تعاریف محدود جسمی یا کارکردی به سوی نگرشی جامعتر است. در این تعریف، بهداشت فرد یا جامعه نه تنها شرایط جسمی (یا روانی) را دربر می‌گیرد، بلکه روابط اجتماعی و اقتصادی را نیز پوشش می‌دهد (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۰، صفحه ۲۸۸ - ۲۸۵).

در شکل زیر سیر تحولات و تغییرات مفهوم اساسی پژوهش حاضر یعنی توسعه و بهداشت تا به امروز ارائه شده است.

مروری قیاسی بر سیر تحولات تاریخی میان مفهوم توسعه و بهداشت



به این ترتیب دو موضوع اساسی جامعه بشری یعنی توسعه و بهداشت در روند تکوینی و تکاملی خود به یک نقطه رسیده و در جهت یک هدف یعنی توسعه انسانی که زمینه‌ساز توسعه پایدار است، حرکت می‌نمایند.

نگاهی به شاخصهای توسعه‌یافتگی معتبر در صفحه جهانی قرابت دو مفهوم یاد شده و تجانس و پیوند آنها را با یکدیگر بیش از پیش نمایان می‌سازد.

شاخصهای توسعه یافتگی

۱- احتمال برخورداری از زندگی سالم در تمام مراحل زندگی (تفسیر: امید زندگی در یکسالگی طول مدت زندگی و سلامت و شادابی زندگی: شاخصهای ناتوانی) و سایر سنین میانسالی
نرخ مرگ و میر شیرخواران
(قبل، حین و بعد از تولد، اواخر
نوزادی و پس از نوزادی)

۲- میزان تأثیر مشکلات بهداشتی بر افراد: الف - کیفیت مراقبتهای بهداشتی بر حسب کاهش آلام و تجدید تواناییهای کارکردی؛
ب - میزان گستردگی ارائه خدمات بهداشتی
پ - توانایی مشارکت موثرتر معلولان و
عقب‌افتادگان دائمی در جامعه

در ارتباط با مورد اول، مواردی مانند
- امید به زندگی در سنینی جز زمان تولد
- معیارهای مطلوب رشد برای کودکان
- شاخصهای سلامت مطلوب برای بزرگسالان
- طراحی منحنی‌های سلامت

- درخصوص مورد دوم، مواردی نظیر:
- میزان کاملاً دقیق مرگ و میر
 - میزان کاملاً دقیق بیماری‌زایی
 - شاخصهای ناتوانی و ازکارافتادگی
 - طراحی طبقه‌بندیهای مربوط به توانایی و قابلیت
 - عملکرد در حالات مختلف (جزائری، ۱۹۸۶، رابینسون و گرند، ۱۹۹۳).

- محورهای طبقه‌بندی شاخصهای بهداشتی: ۱- شیوه‌های سنجش طول مدت زندگی (امید به زندگی، میزان مرگ و میر شیرخواران و...)
- ۲- شیوه‌های سنجش سلامت در زندگی: مفاهیم مربوط به ناتوانی و ازکارافتادگی و ارتباط آن با سلامتی
- ۳- شیوه‌های سنجش کیفیت مراقبتهای بهداشتی
- ۴- شیوه‌های سنجش ارائه مراقبتهای بهداشتی: دسترسی به نیروی انسانی متخصص و تدارکات
- ۵- شیوه‌های سنجش میزان حمایت و حفاظت از معمولان در جامعه (رومرو مونتویا آلدئیلار، ۱۹۸۸).

- باید دانست که آماده‌سازی بستر مناسب جهت نیل به توسعه مستلزم توجه و رعایت اصول ثابت و بی بدیلی است که به شرح زیر می‌باشند:
- ۱- اجماع نظر، تصمیم‌گیری مقتدرانه و سازماندهی عمومی و فراگیر نیروها از سوی هیأت حاکمه؛
 - ۲- اصالت علم و دیدگاههای تخصصی در کلیه تصمیم‌گیریه‌ها؛
 - ۳- انضباط عمومی و همه جانبه در امور مختلف؛

- ۴- نهادینه شدن روحیه اصلاح‌طلبی و اصلاح‌پذیری؛
- ۵- برابری و مسئولیت‌پذیری افراد جامعه در برابر قانون؛
- ۶- نظام آموزشی پویا، کاربردی و زمینه‌ساز روحیه نوگرایی و ابداع‌گری؛
- ۷- نهادینه شدن کار و تولید، نظم و دقت در کار و مقدم شمردن اهداف ملی بر اهداف گروهی یا شخصی.

با توجه به مباحث فوق‌الذکر، اکنون نوبت به آن می‌رسد که روند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری طی دو برنامه ملی توسعه کشور مورد بررسی قرار گیرد. اهداف کیفی و استراتژیهای بخش بهداشت و درمان در برنامه اول توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۲ - ۱۳۶۸) به شرح زیر می‌باشند:

اهم اهداف کیفی بخش بهداشت و درمان در برنامه اول توسعه
جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۲ - ۱۳۶۸

- تأمین بهداشت برای همه تا سال ۱۳۷۹
- توسعه آموزش بهداشت
- گسترش دیدگاه پزشکی اجتماعی
- تمرکززدایی
- افزایش کارایی واحدهای مختلف و توزیع عادلانه امکانات درمانی
- سامان‌دهی وضعیت دارو

اهم استراتژیهای بخش بهداشت و درمان در برنامه اول توسعه جمهوری
اسلامی ایران ۱۳۷۲ - ۱۳۶۸

- اولویت بهداشت بر درمان

- تمرکززدایی اجرایی

- اولویت درمان سرپایی به درمان بستری

- تمرکز در سیاستگذاری

- افزایش نرخ بهره‌وری

- توسعه آموزش بهداشت همگانی

به همیت ترتیب، اهم اهداف و استراتژیها و سیاستهای بخش بهداشت و درمان در برنامه دوم توسعه کشور (۱۳۷۸ - ۱۳۷۴) به شرح زیر هستند:

اهم اهداف کیفی بخش بهداشت و درمان در برنامه دوم توسعه

جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۸ - ۱۳۷۴

- ارتقاء سطح خدمات بهداشتی کشور

- گسترش پیشگیریهای قابل ارائه در شبکه بهداشت و درمان

- ساماندهی بهداشتی اماکن عمومی و مراکز مرتبط با مواد غذایی

- توسعه عملیات بهداشت محیط و تأمین آب آشامیدنی سالم در روستاها

- افزایش موجبات دستیابی جامعه به امکانات درمانی

- جلوگیری از مصرف بی‌رویه دارو

- ایجاد تناسب در سطوح خدمات درمان عمومی و تخصصی و فوق تخصصی

کشور

- افزایش کارایی مراکز درمان بستری و استفاده بهینه از ظرفیتهای منابع انسانی

- تأمین زمینه مشارکت بخش غیردولتی در سرمایه‌گذاریها

اهم استراتژیها و سیاستهای کلی بخش بهداشت و درمان در برنامه دوم

توسعه جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۸ - ۱۳۷۴

- رعایت اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان
- توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور و تقویت نظام ارجاع با بهره‌گیری از نظام بیمه درمانی
- جلب مشارکت مردم در زمینه‌های بهداشتی و افزایش آگاهی بهداشتی
- ارتقاء کمی و کیفی خدمات بهداشتی
- پوشش درمانی اقشار جامعه با اعمال نظام بیمه خدمات درمانی
- فراهم‌سازی زمینه‌های مشارکت بخش خصوصی
- توسعه مراکز درمانی تخصصی سرپایی
- اصلاح و تقویت سیستم ارجاع

از آنجا که دستیابی به اهداف و اجرای استراتژیهای مزبور در قالب شاخصهایی متجلی شده و برای هر شاخص، عددی به عنوان هدف برنامه تعیین گردیده است، برنامه‌های توسعه با کمک چند روش تحلیل گردیده‌اند. در درجه اول، مقایسه هدف برنامه و عملکرد آن در مورد هر شاخص تا پایان دوره و محاسبه نسبت به دست آمده نشان‌دهنده میزان موفقیت و اجرای توأم با بهره‌وری آن بوده است. در درجه دوم مقایسه اهداف و استراتژیهای برنامه اول و دوم توسعه با اصول و شاخصهای عام توسعه یافتگی در بخش بهداشت و درمان، زاویه دیگری را در جهت تحلیل عملکرد برنامه‌ها گشوده است. در درجه سوم، نگاه به برنامه‌ها از دریچه میزان انطباق شاخصها با اهداف کلی و استراتژیهای موردنظر برنامه‌ریزان و این که دستیابی کامل به شاخصهای یاد شده تا چه میزان متضمن حصول به اهداف کلی برنامه می‌باشد نیز فراز دیگری را در تحلیل پژوهش حاضر پدید آورده است. بدین ترتیب، تحلیل صورت گرفته نتایج مختلفی را به شرح زیر داشته است.

نتایج:

قسمت عمده‌ای از نتایج پژوهش به منظور پرهیز از اطناب در جداولی طراحی شده که به ترتیب در ذیل می‌آیند.

جدول ۱: میزان تحقق شاخصهای بهداشتی در برنامه اول توسعه جمهوری اسلامی

میزان تحقق (%)	عملکرد برنامه	هدف برنامه	شاخص
۱۰۰	۲۰	۲۰	* میزان مرگ و میر نوزادان در هزار تولد زنده
۹۴	۳۳	۳۵	* میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال در هزار تولد زنده
۹۷	۴۴	۴۵	* میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده
۱۴۸	۴۶	۳۱	میزان پوشش تنظیم خانواده با وسایل مطمئن جلوگیری (%)
۱۰۹	۸۲	۷۵	میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۶ سال (%)
۹۳۸	۸۴	۹۰	دسترسی جمعیت روستایی به آب آشامیدنی سالم (%)
۶۹	۶۶	۹۵	دسترسی جمعیت به مراقبتهای اولیه بهداشتی (%)
۱۳۳	۵۳	۴۰	* میزان مرگ و میر مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان
۸۷	۸۶	۹۸	درصد پوشش واکسیناسیون سرخک
۹۴	۹۲	۹۸	درصد پوشش واکسیناسیون ب.ث.ژ
۹۲	۹۰	۹۸	درصد پوشش واکسیناسیون فلج اطفال (نوبت سوم)
۹۲	۹۰	۹۸	درصد پوشش واکسیناسیون ثلاث
۹۸	۷۰	۷۱	امید به زندگی در بدو تولد برای زنان (سال)
۹۹	۶۷	۶۷/۵	امید به زندگی در بدو تولد برای مردان (سال)

* در شاخصهای مختلف مربوط به مرگ و میر، میزان مطلوبیت با کاهش مقدار عددی افزایش می‌یابد.

به همین ترتیب، اهم اهداف و استراتژیها و سیاستهای بخش بهداشت و درمان در برنامه دوم توسعه کشور (۱۳۷۸ - ۱۳۷۴) به شرح زیر هستند:

جدول ۲: مقدار متوسط سالانه تحقق شاخصهای بهداشتی در برنامه اول توسعه جمهوری اسلامی

مقدار متوسط سالانه تحقق (%)	مقدار متوسط سالانه براساس عملکرد (%)	مقدار متوسط سالانه براساس هدف (%)	شاخص
- ۰ -	- ۰ -	۰/۳	امید به زندگی در بدو تولد برای زنان (سال)
۶۰	۰/۳	۰/۵	امید به زندگی در بدو تولد برای مردان (سال)
- ۱۹	- ۱/۲	۶/۳	دسترسی جمعیت به مراقبتهای اولیه بهداشتی
۷۱	۳/۷	۵/۲	دسترسی جمعیت روستایی به آب آشامیدنی سالم
۲۶۲	۱۳/۹	۵/۳	میزان پوشش تنظیم خانواده با وسایل مطمئن جلوگیری
۱۲۰	۱۱/۸	۹/۸	میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۶ سال
۱۰۰	- ۴/۷	- ۴/۷	میزان مرگ و میر نوزادان در هزار تولد زنده
۱۲۰	- ۵/۹	- ۴/۸	میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال در هزار تولد زنده
۱۱۰	- ۴/۷	۴/۳	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده
۶۷	- ۱۰	- ۱۵	میزان مرگ و میر مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان (درصد هزار)
۲۱	۰/۷	۳/۴	درصد پوشش واکسیناسیون سرخک
۳۵	۰/۷	۲	درصد پوشش واکسیناسیون ب.ث.ژ
۱۰	۰/۲	۲	درصد پوشش واکسیناسیون فلج اطفال (نوبت سوم)
۱۰	۰/۲	۲	درصد پوشش واکسیناسیون ثلاث

$$\text{Average Annual Rate (AAR)} = 100 \times$$

جدول ۳: میزان تحقق شاخصهای درمانی در برنامه اول توسعه جمهوری اسلامی ایران

میزان تحقق (%)	عملکرد برنامه	هدف برنامه	شاخص
۱۰۰	۹۲۸۰۵	۹۳۰۰۰	تعداد تختهای بیمارستانی
۱۰۲	۱۵۵	۱۵۲	تخت بیمارستانی برای هر صد هزار نفر جمعیت
۹۴	۶۸	۷۲	ضریب اشغال تخت بیمارستانی
۶۰	۶ روز	۱۰ روز	* کاهش متوسط اقامت روزهای بستری در بیمارستان
۸۱	۳۰	۳۷	نسبت پزشک عمومی به هر صد هزار نفر جمعیت
۹۸	۱۹/۵	۲۰	نسبت پزشک متخصص به هر صد هزار نفر جمعیت
۱۰۸	۹	۸/۳	نسبت دندانپزشک به هر صد هزار نفر جمعیت

* در این شاخص، میزان مطلوبیت با کاهش مقدار عددی افزایش می‌یابد.

جدول ۴: مقدار متوسط سالانه تحقق شاخصهای درمانی در برنامه اول
توسعه جمهوری اسلامی ایران

مقدار متوسط سالانه تحقق (%)	مقدار متوسط سالانه براساس عملکرد (%)	مقدار متوسط سالانه براساس هدف (%)	شاخص
۱۰۰	۳/۸	۳/۸	تعداد تختهای بیمارستانی
۱۵۰	۱/۲	۰/۸	تخت بیمارستانی برای هر صد هزار نفر جمعیت
۳۳	۰/۶	۱/۸	ضریب اشغال تخت بیمارستانی
۲۸۰	- ۱۴/۳	- ۵/۱	کاهش متوسط اقامت روزهای بستری در بیمارستان
۷۰	۱۰/۸	۱۵/۵	نسبت پزشک عمومی به هر صد هزار نفر جمعیت
۸۷	۴	۴/۶	نسبت پزشک متخصص به هر صد هزار نفر جمعیت
۱۳۴	۶/۷	۵	نسبت دندانپزشک به هر صد هزار نفر جمعیت

جدول ۵: میزان تحقق شاخصهای بهداشتی در برنامه دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران

میزان تحقق (%)	عملکرد برنامه تا ۱۳۷۶	هدف برنامه تا ۱۳۷۶	شاخص
۱۰۰	۷۱	۷۱	امید به زندگی در بدو تولد برای زنان (سال)
۱۰۰	۶۸	۶۸	امید به زندگی در بدو تولد برای مردان (سال)
۱۱۹	۹۵	۸۰	دسترسی جمعیت به مراقبتهای اولیه بهداشتی (%)
۱۰۹	۹۴/۵	۸۷	دسترسی جمعیت روستایی به آب آشامیدنی سالم (%)
۹۶	۵۵/۴	۵۸	میزان پوشش تنظیم خانواده با وسایل مطمئن جلوگیری (%)
۹۹	۹۰	۹۱	میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۶ سال (%)
۸۹	۱۶	۱۸	* میزان مرگ و میر نوزادان در هزار تولد زنده
۹۳	۲۶	۲۸	* میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال در هزار تولد زنده
۹۲	۳۳	۳۶	* میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده
۷۸	۳۷/۴	۴۸	* میزان مرگ و میر مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان (درصد هزار)
۱۰۳	۹۵/۹	۹۲	درصد پوشش واکسیناسیون سرخک
۱۰۴	۹۸/۶	۹۵	درصد پوشش واکسیناسیون ب.ث.ژ
۱۰۳	۹۶/۹	۹۴	درصد پوشش واکسیناسیون فلج اطفال (نوبت سوم)
۱۰۳	۹۶/۸	۹۴	درصد پوشش واکسیناسیون ثلاث

* در شاخصهای مختلف مربوط به «مرگ و میر» میزان مطلوبیت با کاهش مقدار عددی افزایش می‌یابد.

جدول ۶: مقدار متوسط سالانه تحقق شاخصهای درمانی در برنامه دوم
توسعه جمهوری اسلامی ایران

شاخص	مقدار متوسط سالانه براساس هدف (%)	مقدار متوسط سالانه براساس عملکرد (%)	مقدار متوسط سالانه تحقق (%)
امید به زندگی در بدو تولد برای زنان	۰/۵	۰/۵	۱۰۰
امید به زندگی در بدو تولد برای مردان	۰/۵	۰/۵	۱۰۰
دسترسی جمعیت به مراقبتهای اولیه بهداشتی	۵/۶	۱۱/۸	۲۱۱
دسترسی جمعیت روستایی به آب آشامیدنی سالم	۰/۸	۳/۶	۴۵۰
میزان پوشش تنظیم خانواده با وسایل مطمئن جلوگیری	۸	۶/۴	۸۰
میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۶ سال	۲/۳	۱/۹	۸۳
میزان مرگ و میر نوزادان در هزار تولد زنده	-۳/۵	-۷/۲	۲۰۶
میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال در هزار تولد زنده	-۶/۳	-۸/۶	۱۳۷
میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده	-۵	-۷/۷	۱۵۴
میزان مرگ و میر مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان (درصد هزار)	-۲/۶	-۱۰/۴	۴۰۰
درصد پوشش واکسیناسیون سرخک	۲/۳	۳/۷	۱۶۱
درصد پوشش واکسیناسیون ب.ت.ژ	۱/۱	۲/۳	۲۰۹
درصد پوشش واکسیناسیون فلج اطفال (نوبت سوم)	۱/۵	۲/۵	۱۶۷
درصد پوشش واکسیناسیون ثلاث	۱/۵	۲/۵	۱۶۷

جدول ۷: میزان تحقق شاخصهای درمانی در برنامه دوم
جمهوری اسلامی ایران

میزان تحقق (%)	عملکرد برنامه تا ۱۳۷۶	هدف برنامه تا ۱۳۷۶	شاخص
۱۰۶	۱۰۶۰۰۰	۹۹۹۹۰	تعداد تختهای بیمارستانی
۱۱۰	۱۷۶/۵	۱۶۱	تخت بیمارستانی برای هر صد هزار نفر جمعیت
۸۰	۵۷/۴	۷۲/۲	ضریب اشغال تخت بیمارستانی
۶۸	۳/۸	۵/۶	* کاهش متوسط اقامت روزهای بستری در بیمارستان
۱۹۸	۷۹	۴۰	نسبت پزشک عمومی به هر صد هزار نفر جمعیت
۱۱۶	۲۷/۹	۲۴	نسبت پزشک متخصص به هر صد هزار نفر جمعیت
۱۳۷	۱۴/۴	۱۰/۵	نسبت دندانپزشک به هر صد هزار نفر جمعیت

* در این شاخص، میزان مطلوبیت با کاهش مقدار عددی افزایش می‌یابد.

جدول ۸: مقدار متوسط سالانه بهره‌وری شاخصهای درمانی در برنامه دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران

شاخص	مقدار متوسط سالانه براساس هدف (%) تا سال ۱۳۷۶	مقدار متوسط سالانه براساس عملکرد (%) تا سال ۱۳۷۶	مقدار متوسط سالانه تحقق (%) تا سال ۱۳۷۶
تعداد تختهای بیمارستانی	۲/۵	۴/۵	۱۸۰
تخت بیمارستانی برای هر صد هزار نفر جمعیت	۱/۳	۴/۴	۳۳۸
ضریب اشغال تخت بیمارستانی	۲	- ۵/۵	- ۲۷۵
کاهش متوسط اقامت روزهای بستری در بیمارستان	- ۲/۳	- ۸/۷	۳۷۸
نسبت پزشک عمومی به هر صد هزار نفر جمعیت	۱۰/۱	۳۸/۱	۳۷۷
نسبت پزشک متخصص به هر صد هزار نفر جمعیت	۷/۲	۱۲/۷	۱۷۶
نسبت دندانپزشک به هر صد هزار نفر جمعیت	۵/۳	۱۶/۷	۳۱۵

جدول ۹ - ۶: میزان تحقق سرمایه‌گذاریها در بخش بهداشت و درمان طی برنامه اول توسعه جمهوری اسلامی ایران

بخش	سرمایه‌گذاری (میلیارد ریال)	براساس هدف	براساس عملکرد	میزان تحقق (%)
بهداشت	۹۷۱/۲	۱۵۰۳/۴	۱۵۵	
درمان	۱۴۹۰/۸	۲۸۵۹/۱	۱۹۲	
بهداشت و درمان	۲۴۶۲	۴۳۶۲/۵	۱۷۷	

گزارش سالیانه اقتصادی سالهای ۱۳۷۲ - ۱۳۶۸ (سازمان برنامه و بودجه)

جدول ۱۱ - ۶: میزان تحقق سرمایه‌گذاریها در بخش بهداشت و درمان تا انتهای سال ۱۳۷۶ (سه ساله اول برنامه دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران)

بخش	سرمایه‌گذاری (میلیارد ریال)	براساس هدف	براساس عملکرد	میزان تحقق (%)
بهداشت	۷۲۴/۳	۷۱۴/۷	۹۹	
درمان	۷۳۶۴/۸	۷۲۷۴/۷	۹۹	
بهداشت و درمان	۸۰۸۹/۱	۷۹۸۹/۴	۹۹	

گزارش سالیانه اقتصادی سالهای ۱۳۷۶ - ۱۳۷۴ (سازمان برنامه و بودجه)

نتایج منعکس در جداول فوق نشان دهنده تحلیلی است که می‌توان براساس عملکرد برنامه اول و دوم توسعه در قالب شاخصهای بهداشتی و درمانی موردنظر برنامه‌ریزان ارائه داده.

در نگاهی کلی، می‌توان چنین نتیجه گرفت که عملکرد برنامه‌های اول و دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران در بخش بهداشت و درمان در غالب اهداف کمی خود توأم با موفقیت بوده‌اند. با این حال، دستاورد این برنامه‌ها در قیاس با

مفاهیم موردنظر در بحث توسعه یافتگی بسیار محدود، پراکنده و نامحسوس می‌باشند، زیرا نه در ساختار هدایت و مدیریت، نه در خط‌مشی‌ها و سیاستها و مهم‌تر از همه، نه در سطح اجتماع موجب تغییرات و تحولات اساسی و توسعه‌انگیز نشده‌اند. استهلاک عظیم منابع اعم از انسانی و مالی، بحران تورم نیروی انسانی پزشکی، عدم احراز هویت شایسته و مقتضی در بین رشته‌های گروه پزشکی، محدود ماندن نقش رشته‌های مختلف گروه پزشکی از جمله خود پزشکان در شکل سنتی، افت شدید کیفیت درمان، فقدان حمایت‌های لازم از گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله معلولین و مبتلایان به بیماری‌های خاص، معضل بیمه همگانی و مشکلات عمده دیگر از جمله مواردی هستند که به دلیل عدم زمینه‌سازی مناسب در طی برنامه اول و دوم توسعه هم‌اکنون با آنها مواجهیم.

علاوه بر این، همانطور که در بحث مفاهیم توسعه نیز ذکر گردید، در روندی که به نام توسعه در کشوری صورت می‌پذیرد، نوعی احساس تغییر و تحول اساسی در تمامی ابعاد به چشم می‌خورد که در عین گوناگونی و تنوع، در قالب جریانی همسو با هدفی مشترک صورت می‌پذیرد. بنابراین، یکی از موارد مهمی که از طریق آن می‌توان به ارزیابی میزان واقعی بودن برنامه‌های توسعه در یک سازمان یا یک کشور پرداخت، مشاهده جریان همه‌جانبه تغییرات و تحولات در آن سازمان یا کشور می‌باشد. مسلماً، سرمنشأ جریان مزبور از تغییرات اساسی در شیوه تفکر و نگرش نسبت به مسائل موجود آغاز می‌شود و چنین تغییراتی را معمولاً نمی‌توان جز با تغییر ملاک‌های اصلی انتخاب مدیران پدید آورد. البته، بحث تفصیلی و دقیق راجع به شیوه‌های انتخاب مدیران و بررسی مسیر تحولات آن در بخش بهداشت و درمان طی برنامه اول و دوم توسعه کشور نیاز به پژوهشی مستقل و جداگانه دارد، ولی در نگاهی کلی می‌توان به این نتیجه رسید که تغییر مشخصی در این زمینه ملاحظه نمی‌شود. لذا، با چنین احتیاجی نمی‌توان انتظار پدید آمدن جریان اصیل توسعه را در کشور دانست.

نگاهی به عملکرد بخش بهداشت و درمان در طول سالهای برنامه اول و دوم نیز دربردارنده نتیجه‌ای جز آنچه که در بالا آمد، نیست. از این رو، می‌توان بوضوح ملاحظه نمود که تفاوتی اساسی میان اهداف کیفی و استراتژی‌های برنامه با آنچه که در عمل واقع شده، وجود دارد. علت آشکار این امر هم آن است که دو مورد مزبور از دو زمینه و دیدگاه اساساً متفاوت منشأ گرفته‌اند. همان‌گونه که در پاسخ

به سؤال اول بخش تحلیل و ارزیابی یافته‌ها اشاره گردید، نگاهی به اهداف کیفی و شعارهای اساسی برنامه اول و دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران همسویی آنها را با محورها و خط‌مش‌های اجلاس آلماتا نشان می‌دهند. به علاوه، می‌دانیم که اجلاس مزبور رویدادی یکباره و ناگهانی نبود، بلکه در واقع نقطه ظهور و به ثمر نشستن جریانی بود که در آن، مجموعه تحولات مربوط به مفاهیم توسعه و پذیرش دیدگاه همه جانبه و کلیت‌گرای بهداشتی نهادینه شده بودند. بنابراین، نمی‌توان محورها و شعائر اجلاسی را از سویی پذیرفت یا اعلام نمود، اما پشتوانه فکری و الزامات عملی آنها را از سوی دیگر نادیده انگاشت.

آنچه از عملکرد برنامه‌های اول و دوم توسعه در بخش بهداشت و درمان به دست می‌آید، حاکی از شکاف میان شعار و عمل باشد، به نحوی که ظهور مفاهیم اساسی و اصولی توسعه و تجلی دیدگاه کل‌نگر بهداشتی را نمی‌توان در جایی به صورت ملموس مشاهده نمود. از این رو، تغییر خاصی در نحوه‌گزینش مدیران به عنوان آغازکنندگان روند توسعه ملاحظه نشده و در نتیجه ساختار سازمانی و روابط میان اجزاء نیز به همان شکل قدیمی و سنتی خود باقی به علاوه، چارچوب قدیمی و نیازمند دگرگونیهای اساسی به همان شکل سابق برجای مانده و معضل ریشه‌ای جهان سوم یعنی تلاش در جهت حفظ وضع موجود و نه بهره‌وری و کارآمدتر کردن مداوم امور در اینجا نیز غلبه خود را نشان می‌دهد.

در همین زمینه، شاهد محدودیت و افت چشمگیری در انعکاس کیفیت به کمیّت در برنامه اول و دوم هستیم به نحوی که شعارهایی چون اعمال استراتژی «اولویت بهداشت بر درمان» یا بحث مشارکت مردمی، تمرکززدایی و نظایر آن با طرح ناقص برنامه‌های ملموس و کمی در متن برنامه یا در عمل مواجه است. از این رو، صورت شعارگونه اهداف کیفی بیش از پیش نمایان می‌شود و برنامه‌ها از این بعد از نقصانی اساسی رنج می‌برند. این مسئله باعث گردیده که برگنگی و بلا تکلیفی مجریان برنامه نیز افزوده شود، زیرا آنان نه تنها توان بالقوه‌ای در ایجاد تغییرات اساسی نداشته‌اند، بلکه برنامه‌ها نیز مسیر مشخصی را برایشان تعیین ننموده‌اند. این موضوع نمایانگر معضل اساسی دیگری در شیوه‌های برنامه‌ریزی بویژه تدوین برنامه‌های توسعه می‌باشد.

بررسی مجموعه قوانین برنامه‌های توسعه در کشور حاکی از آن است که

قسمتهای مختلف برنامه‌های مزبور عموماً فاقد به هم پیوستگی بوده و در ساختارشان، اهداف، سیاستها و وسایل سنجش بار علمی و همبستگی درونی در یک بافت مشخص نمود ندارند. طرحها و پروژه‌ها پراکنده و متفرقند به نحوی که ساختار توسعه از محتوای آنها مشخص نمی‌شود. باید دانست زمانی می‌توان به موفقیت برنامه‌ای امید داشت که برنامه‌ریزان مستمراً در جریان علم‌آموزی، تولید اندیشه، ایده‌آفرینی، و طراحی الگوهای فکری باشند و نتیجه آن به شکل مستمری در محتوای برنامه منعکس شود و برنامه دارای اجزای قابل دفاع از طریق استدلال علمی باشد (خادم آدم، ۱۳۷۶، ص ۶).

برنامه‌ریزی در ایران به روش اجرای نمایشنامه و به شکل دوره‌ای صورت گرفته است. در این حالت، مدتی قبل از اجرای برنامه، نیروی انسانی دستگاههای دولتی به حال آماده‌باش در آمده، ارقام و اعدادی را جمع‌آوری می‌نمایند و بدون پشتوانه و ضمانت علمی آنها را با یکدیگر پیوند زده و برنامه تولید می‌کنند. ولی این روند قبل از اتمام برنامه جاری و شروع برنامه دیگر تعطیل می‌شود و به این ترتیب، حتی بارقه‌ای از نور هم به کوره راه مسیر توسعه نمی‌رسد. در دهه گذشته، دفع نیروی انسانی پرتوان در برنامه‌سازی به علت دیوان‌سالاری و نبود بنیه قوی کارشناسی باعث گسستگی عناصر تشکیل دهنده ساختار برنامه شده است. از این رو، حجم عظیمی از طرحها و عملیات به صورتی مجزا و خارج از منظومه‌ای به هم پیوسته تحقق یافته است. لازم به یادآوری است که برنامه‌ریزی علمی برگرفته از سندی واحد است که می‌تواند به مقاطع زمانی متفاوت تفکیک شود. برنامه درازمدت ویژگی درازمدت خواهد داشت یعنی انعکاس دهنده دورنمای هدفها و سیاستهای آینده‌نگر است و برنامه‌های میان‌مدت و کوتاه‌مدت اقمار برنامه‌های درازمدت خواهند بود. اهداف برنامه‌ها در این مقاطع زمانی منشعب از اهداف استراتژیک است و اهداف کوتاه‌مدت و میان‌مدت در واقع ایستگاههای میان‌راهی اهداف نهایی به شمار می‌روند. از این رو، دستیابی به اهداف فرعی باید در قالب برنامه یکپارچه اصلی تحقق پذیرد. در شرایط کنونی، تجدیدنظر و دگرگونی روش برنامه‌ریزی در مرکز ثقل آماده‌سازی بستر برنامه‌ریزی هماهنگ قرار دارد و پیش شرط آن، تقویت بافت کارشناسی و تأکید بر مشارکت سرمایه علمی انسانی در طراحی الگوهای شتاب‌دهنده به جریان توسعه است (خادم آدم، ۱۳۷۶، ص ۶).

در مجموع، می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که برنامه‌های اول و دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران از آفت پایدار و ریشه‌دار موجود در روش برنامه‌ریزی کشور در امام نبوده‌اند و عملاً در قالب همان ساختار پُراشکال قبلی تدوین و طراحی شده‌اند. از این رو، نه تنها در بین اجزاء و بخشهای کلی و اصلی خود دارای انسجام و پیوستگی نیستند، بلکه در درون هر بخش نیز از معضل گسستگی رنج می‌برند و در عمل، قابلیت و توان دستیابی به اهداف اصولی و کیفی خود را ندارند. به همین خاطر، اهداف بنیادین و اساسی تنها بر روی کاغذ و در حد شعار مطرح می‌شوند و نمود و ظهوری در دنیای واقعی نمی‌یابند. از همین جا پی بدین واقعیت می‌بریم که علیرغم آگاهی از خط‌مشی‌ها و اصول متناسب و مترقی در جهت نیل به توسعه، نظام بهداشت و درمان به دلیل ناتوانی در شکستن لاک محدودکننده و ایستای گذشته خود، در واقع به پاره‌ای ارقام کمی در قالب برنامه اول و دوم دست یافته است. در حقیقت، این نتایج ممکن بود در قالب هر برنامه دیگری و نه لزوماً برنامه توسعه تحقق پذیرند و اضافه شدن واژه توسعه در اینجا عملاً تغییری در حاصل کار پدید نمی‌آورد.

از آنجایی که بسیاری از موارد مربوط به این بخش در قالب تفاسیر مربوط به محاسبه میزان تحقق اهداف و همچنین، در بخش تجزیه و تحلیل یافته‌ها ذکر گردیدند، به منظور جلوگیری از اطناب و تکرار مسائل، این قسمت به ذکر کلی‌ترین مسائل و موضوعات آن‌گونه که از نظر گذشت، اختصاص یافته. امید است که مجموعه مباحث فوق‌الذکر باعث ایجاد جرقه‌ای تحول‌زا در ذهن دست‌اندرکاران برنامه‌ریزی کشور و مدیران رده بالای بهداشت و درمان گردد تا با تجدیدنظری اساسی و قالبی نو و علمی مسئولیتهای سنگین خود را پی بگیرند. این موضوع بویژه اکنون که در آستانه تدوین برنامه سوم توسعه کشور هستیم، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار بوده و امید است که تلاش حاضر اثری را بر این جریان به جا نهد.

نتیجه‌گیری

آنچه که از مجموعه مباحث نظری مربوط به حوزه بهداشت و درمان در اسناد ملی کشور پس از انقلاب اسلامی از قبیل قانون اساسی، و برنامه اول و دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استنباط می‌شود، نشان‌دهنده دیدگاهی مترقی و

منطبق با اصول مورد توافق بین‌المللی است. همان‌گونه که در قسمت تحلیل و ارزیابی عملکرد نیز اشاره شد، اهداف کیفی برنامه اول و دوم توسعه در بخش بهداشت و درمان و استراتژیهای مذکور در آنها با محورها و دستورالعملهای بیانیه آلماتا به عنوان منشور سیاست‌گذاری کشورها در بخشهای بهداشتی تا سال ۲۰۰۰ مشابهت بسیار دارد. ولی این مشابهت با توجه به نوع سیاست‌گذاریها و عملکرد برنامه‌ها تا به این جا بیشتر به صورت شعاری به چشم می‌خورد، زیرا با وجود اعلام صریح و مؤکد استراتژی اولویت بهداشت بر درمان و اعلام شعار بهداشت برای همه تا سال ۱۳۷۹ هجری شمسی منطبق با سال ۲۰۰۰ میلادی، هنوز نمی‌توان به یقین اطمینان داشت که کلیه شاخصهای بهداشتی موردنظر در برنامه‌های توسعه تا پایان برنامه دوم کاملاً به اهداف خود نائل می‌آیند. این مسئله زمانی از حساسیت بیشتری برخوردار می‌شود که با توجه به مطالب فصول قبل، می‌دانیم که با تحقق کامل شاخصهای موردنظر در برنامه‌های اول و دوم، تنها گوشه‌ای از «شعار بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» متحقق شده است و بسیاری از ابعاد وسیع و همه‌جانبه بهداشتی که در صفحات قبل بدانها اشاره گردید، مسکوت مانده است.

بنابراین، برنامه‌های اول و دوم که واژه توسعه را با خود یدک می‌کشند با اعلام اهداف کیفی مترقی، پرجاذبه و شعارگونه نه تنها در هنگام تبدیل و بیان این موارد به عبارات کمی دچار تنزل اساسی شده‌اند، بلکه در دستیابی به همان اهداف کمی محدود به بخشی از مراقبتهای اولیه بهداشتی نیز به طور نسبی موفق بوده‌اند. این نقیصه مسلماً موجب اتلاف منابع ارزشمند انسانی و مالی و عدم کارایی مناسب بخش بهداشت و درمان شده است. نگاهی به وضعیت بیمارستانهای دولتی و کیفیت ارائه مراقبتهای درمانی در آنها نشان می‌دهد که با وجود تأکید و اولویت نسبتاً بیشتر به بخش درمان، به نظر نمی‌رسد که تحوّل و تغییر عمده و مشهوری در شرایط درمانی بیماران پدید آمده باشد. از این رو، با اطلاع از تعاریف توسعه و با آگاهی از دیدگاه فراگیر و همه‌جانبه بهداشتی، نمی‌توان واژه توسعه را براحتی به برنامه‌های اول و دوم جمهوری اسلامی ایران در بخش بهداشت و درمان الحاق نمود. این برنامه‌ها در واقع، طرحهای بلندمدتی بوده‌اند که با شعارهایی بسیار آرمانی و بدون پشتوانه محکم و کافی فکری، اعتقادی، و مدیریتی در جهت دستیابی به اهدافی کمی و مشخص تدوین شده‌اند

و در بسیاری از موارد نیز به توفیق نائل آمده‌اند.

مسائل اساسی چون مشارکت مردمی؛ همکاری بین بخشی؛ تغییر نقشهای سنتی متخصصان رشته‌های مختلف گروه پزشکی اعم از پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان و سایرین؛ تغییر اهداف و شکل آموزش و تربیت نیروی انسانی پزشکی برحسب نیازهای روزافزون جامعه؛ و تغییر وظایف مراکز درمانی و بیمارستانها در چارچوب نظام بهداشت‌مدار در جریان برنامه اول و دوم توسعه نسبتاً مهجور مانده‌اند. گذشته از موارد مزبور، مسائلی چون عدم برقراری ارتباط منسجم و منظم در ارکان شبکه بهداشتی، عدم اصلاح معیارهای گزینشی مدیران در نظام بهداشت و درمان و عدم پیروی از اصول علمی در این زمینه، و عدم اهتمام جدی و هدفدار به امر آموزش بهداشت و ارتقاء سطح فرهنگ جامعه در این حیطه از جمله امور اساسی هستند که توجه زیادی به آنها نشده است. تراکم نیروی انسانی پزشکی، افت کیفیت مراقبتهای بیمارستانی، استهلاک بالای مراکز درمانی، بحرانها و نابهنجاریهای اجتماعی، توفیق ناقص نظام بیمه همگانی و توجه و اشاعه ناکامل نظام تأمین اجتماعی، و رسیدگی ناکافی به معلولان و عقب‌افتادگان جامعه از ابعاد مختلف تنها برخی از موارد آشکار کم توجهی نسبت به مسائل اساسی به شمار می‌روند. در این راستا، چه بسیار زوایای پنهانی وجود دارند که در گوشه‌های جامعه از نظر دور می‌مانند و ناگهان خود را با بحرانها و وقایع دردناک انسانی نمایان می‌سازند و در بررسی حوادث روزانه آنها در صورت انعکاس آشکار می‌شوند.

بدین ترتیب، پژوهشگر امیدوار است تا با نمایان ساختن ریشه‌ها و عمق مسائل مربوط به توسعه یافتگی و نمایان ساختن واقع‌گرایانه و بدور از سوگیری ماهیت برنامه‌های اول و دوم توسعه کشور، دستمایه‌ای را جهت آغاز حرکتی اصولی‌تر، علمی‌تر و اساسی‌تر فراهم آورده باشد. به علاوه، با قرار داشتن در آستانه تدوین برنامه سوم توسعه کشور، امید است که یافته‌های این پژوهش به دلیل وجود ارتباط تنگاتنگ با این امر و تلاشی که در جهت بیان هرچه شفافتر آنها به کار رفته، مورد استفاده دست‌اندرکاران و صاحب‌نظران واقع شود.