

# دولت و سیاست سلامت در ایران

(سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش)

دکتر معصومه قاراخانی\*

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۵

## چکیده

سیاست سلامت<sup>۱</sup> از ابعاد سیاست اجتماعی<sup>۲</sup> است و توسعه آن به عنوان یکی از مسئولیت‌های دولت‌ها مطرح می‌شود. این سیاست که با رفاه فردی و اجتماعی مرتبط است، می‌تواند تحت تأثیر جهت‌گیری و رویکرد دولت‌ها قرار گیرد. اما درباره این که در ایران دولت‌های گوناگون چه جهت‌گیری نسبت به سیاست سلامت داشته‌اند دریافت دقیقی وجود ندارد. در این پژوهش کوشش می‌نماییم تا دریابیم تأثیر رویکرد دولت‌ها بر سیاست سلامت در ایران چگونه بوده است؟ به این منظور به مطالعه سیاست سلامت در دو بعد درون‌داد قانونی و هزینه سلامت<sup>۳</sup> دولت‌های چهارگانه طی سال‌های

\* استادیار پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

qarakhanim@gmail.com

1. Health policy
2. Social policy
3. Health expenditure

۱۳۶۰ تا ۱۳۸۱ ش. در ایران پرداخته‌ایم. نتایج با دو روش کیفی و کمی و کاربرد تکنیک تحلیل محتوای کیفی و تحلیل واریانس نشان داد، سیاست سلامت در بازه زمانی مورد بررسی ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی این دولت‌ها نیست. در بعد هزینه سلامت نیز، تاثیر رویکرد دولت بر سیاست سلامت مشاهده نمی‌شود.

واژه‌های کلیدی: سیاست اجتماعی، رفاه اجتماعی، رویکرد دولت، سیاست سلامت، هزینه سلامت.

## طرح مسأله

یکی از موضوعات مرتبط با سیاست اجتماعی مطالعه رهیافت‌ها و کنش‌های حکومت‌ها و دولت‌ها نسبت به موضوعات رفاهی است (والش و دیگران، ۲۰۰۰: ۳). از آنجایی که جهت‌گیری‌های سیاسی، عقاید، گرایش‌ها، اعتقادات، ارزش‌ها، ایدئولوژی و کلیشه‌ها تعیین‌کننده خط‌مشی دولت‌ها و سیاست‌های آنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی است (پارسونز، ۱۳۸۵، جلد دوم؛ والش و دیگران، ۲۰۰۰)، شناسایی موقعیت‌های ایدئولوژیکی بازیگران سیاسی و نیز تحلیل دقیق تاثیرات، پیامدها و برون‌دادهای سیاست‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است (الکاک و دیگران، ۲۰۰۸: ۱۸۶). این تصور وجود دارد که دولت‌ها بر اساس ایده‌ها و رویکردهای گوناگون سیاسی، جهت‌گیری‌های متفاوتی در سیاست‌های اجتماعی خود دارند. ساختار اقتصاد سیاسی در ایران سبب شده تا رویکرد دولت نقش مهم‌تری را در تعیین سیاست‌های اجتماعی ایفا نماید. از این‌رو، فهم تحول، ساختار و نقش دولت در ایران از الزامات ضروری فهم بهتر سیاست اجتماعی است. اما رویکرد و نقش دولت نسبت به سیاست اجتماعی در ایران به ویژه پس از انقلاب ۱۳۵۷ ش. که ادعا می‌شود دولت‌هایی با رویکردهای سیاسی متفاوت داشته است، چندان مورد توجه مطالعات حوزه سیاست اجتماعی نبوده است (در این باره بنگرید به قاراخانی، ۱۳۹۰). این موضوع مستلزم بررسی هر یک از ابعاد سیاست

اجتماعی با توجه به رویکرد دولت‌ها است<sup>۱</sup>. پژوهش حاضر بر سیاست سلامت به عنوان یکی از اصلی‌ترین ابعاد سیاست اجتماعی متمرکز است. «سلامت به عنوان کالایی ویژه، پیش‌نیاز عملکرد هر فرد به عنوان یک شهروند» (آناند و دیگران، ۱۳۹۰) قلمداد شده و فقدان آن نه تنها «در اتلاف رفاه فرد خلاصه نمی‌شود، بلکه آزادی فرد را از وی سلب می‌کند و امکان انجام مسئولیت‌ها و تعهدات وی را به عنوان یک عامل از او می‌گیرد» (سن، ۱۳۹۰: ۴۳).

با استناد به اصل ۲۹ قانون اساسی و با توجه به ساختار اقتصاد سیاسی ایران، دولت کنشگر اصلی سیاست سلامت تلقی شده و این سیاست نظیر سیاست‌های اجتماعی دیگر، محصول عملکرد دولت محسوب می‌شود. بنابراین ما نیازمند درک این موضوع هستیم که چطور دولت نقش مهم خود را برای تأمین سلامت و بهداشت شهروندان بازی می‌کند. ضمن این‌که، رسیدگی و حل مشکلات سلامت، علاوه بر توجه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی، نیازمند توجه به شرایط سیاسی نیز هست. این مطالعه که مقدمه‌ای است برای بررسی رابطه میان رویکرد دولت‌ها و سیاست سلامت آنان، در پی پاسخ به این پرسش است که «تاثیر رویکرد دولت‌ها بر سیاست سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. چگونه بوده است؟»

مطالعه سیاست سلامت در رابطه با جهت‌گیری‌ها و رویکردهای گوناگون دولت‌ها ضمن پاسخ به پرسش فوق، می‌تواند فهم بهتری از تفاوت‌های میان آن‌ها در طی این سال‌ها به دست دهد. بنابراین، این پژوهش بنا دارد با پرداختن به بخش رسمی محیط نهادی سیاست سلامت، اهداف نظری و تجربی زیر را دنبال نماید: یکم، طرح موضوع سیاست سلامت به عنوان بعد مهمی از سیاست اجتماعی در ایران، دوم، شناخت نقش دولت در تحول سیاست سلامت در ایران و سوم، آزمون تجربی چارچوب نظری پژوهش است.

---

۱- بیشتر تاثیر رویکرد دولت بر سیاست آموزش مورد بررسی قرار گرفته است (در این باره بنگرید به ساعی، قاراخانی و مومنی، ۱۳۹۱).

## چارچوب نظری

در دهه ۱۹۸۰ آثاری که در آن‌ها سعی شده بود «دولت به جایگاه اصلی‌اش در بحث‌ها بازگردانده شود» گسترش یافت (اوانز، ۱۳۸۰: ۸۱؛ اسکاکپول و آمنتا، ۱۹۹۸). چنان که در سال‌های اخیر تمایل به رهیافت‌هایی که بر برتری و نه تعیین نقش نیروهای اجتماعی در شکل‌گیری سیاست‌های عمومی تأکید دارند به چالش کشیده شده‌اند (کیم، ۲۰۰۴: ۲۱۴). این نظریه‌ها از پیگیری واقعیت‌هایی درباره سیاست‌ها و تغییر اجتماعی در قاره اروپا سرباز زدند تا تأکید مجدد بر ویژگی دولت را از کسانی مانند وبر و هیتز<sup>۱</sup> که اندیشه‌هایشان شناخته‌تر بوده و در بریتانیا مرکزیت داشت، بپذیرند (اسکاکپول، ۲۰۰۲: ۷). این نظریه‌ها که به رهیافت سیاست ساختاریافته و سپس به نهادگرایی ساختاری تغییر یافتند «بر ساختار دولت، نظام‌های سیاسی حزبی و فعالیت‌های سازمان‌های دولتی متمرکزند» (آمنتا، ۲۰۰۳: ۵۰۹). طبق این نظریه‌ها، سیاست‌های دولت توسط ساختار، ویژگی و تجربیات تاریخی خود دولت شکل می‌گیرد (تیلی، ۱۹۷۵: ۳۲؛ اسکرونک<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲: ۲۰ به نقل از آمنتا و کروتز، ۱۹۸۸: ۶۶۶). نهادگرایان به منظور فهم سیاست‌های رفاهی تلاش می‌نمایند تا نه تنها نهادها، بلکه کنشگران را نیز شناسایی کنند. بنیراین، این دیدگاه می‌تواند برای تقویت تبیین و فهم پویایی‌های نهادها و کنشگران گوناگون، به ویژه نهادهای رفاهی مفید باشد. این نظریه‌ها بر تحلیل استقلال دولت، ظرفیت دولت، بوروکراسی، مشروعیت سیاسی و ایدئولوژی سیاسی تأکید می‌نمایند (استیون، ۱۹۹۰: ۱۹۹۲؛ کوئادنس، ۱۹۹۸ به نقل از چو، ۲۰۰۷: ۲۷). بر اساس این نظریه‌ها، ایدئولوژی‌های رفاه برخاسته از ایدئولوژی‌های سیاسی، چارچوب سیاست‌های اجتماعی را تعیین می‌کنند. در جدول ۱ برخی از رایج‌ترین ایدئولوژی‌های سیاسی و رویکرد آن‌ها به سیاست اجتماعی ارائه شده است.

- 
1. Otto Hintze
  2. Skowronek

جدول ۱- رویکردهای سیاست اجتماعی

موضوع	راست جدید	سوسیال دموکراتیک	سوسیالیست رادیکال	فمینیست	ضدنژادگرایی
اقتصادها	بازار آزاد بدون دخالت دولت موزد نظر است. مردم باید مالیات بسیار کمی پرداخت کنند و آنچه را ترجیح می دهند با پول خود انجام دهند.	بازار آزاد اما با کنترل دولتی، ایجاد تعادل بین فقر و ثروت و سطوح نسبتاً بالایی از مالیات مورد نظر است.	دولت مالک همه تجارتها و معاملات، حقوق و وضعیت‌هایی است که مربوط به تصمیم‌گیری‌های حکومت است.	رهیافت رادیکال نسبت به آنچه کار تلقی می‌شود. بنابراین کار خانگی پایگاه برابری با اشتغال دارد. کار بایستی انعطاف‌پذیر باشد تا پاسخی به خواسته‌های زنان (نظیر خانواده) باشد.	اشتغال بایستی به طور ریشه‌ای اتفاق بیفتد. برنامه مثبت برای سیاهان و آسیایی‌ها در اشتغال باید به منظور جبران خسارت گذشته باشد.
نابرابری بین مردم	نابرابری خوب و ضروری است تا مردم برای سخت کارکردن تشویق شوند. مردم باید به خاطر کار سخت پاداش بگیرند نه این که مالیات سنگین بپردازند.	نابرابری پذیرفته و غیرقابل اجتناب است. اما حد افراط آن را نمی‌توان پذیرفت، لذا دولت رفاه باید از ثروتمندان از طریق پرداخت مالیات سنگین به خاطر ثروت بکاهد.	نابرابری اشتباه است و نیازها از طریق عمل دولت بایستی محدود شود تا جایی که ممکن است جامعه بدون طبقه و بدون فقیر و ثروت‌مند باشد.	نابرابری اشتباه است. زنان همیشه مورد تبعیض قرار گرفته‌اند. سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی نیازمند آن است که به نفع زنان ارایه شود.	نابرابری اشتباه است، سیاهان و آسیایی‌ها همواره خسارت دیده‌اند. سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی نیازمند آن است که به منظور حفظ منافع گروه‌های قومی ارایه شود.
دولت رفاه	دولت رفاه بد است و وقتی مردم به جای کمک به خود و خانواده به دولت تکیه داشته باشند فرهنگ وابستگی ایجاد می‌شود. رفاه به لحاظ اقتصادی گران بوده و به بوروکراسی طولیلی نیاز دارد.	دولت رفاه خوب است و کمک می‌کند تا مردم با یکدیگر مفهومی از شهروندی مشارکتی خلق کنند. و به کسانی که در اقتصاد بازار «زیان دیده‌اند» غرامت می‌دهد.	دیدگاه‌های حداقلی و حداکثری پیشنهاد می‌شود. دولت رفاه حداکثری و ناشی از فشار طبقه کارگر خوب است و باید گسترش یابد. رفاه حداقلی بد است و از درخواست مردم برای ترمیم بنیادین نظام سرمایه‌داری جلوگیری می‌کند.	مفهوم رفاه خوب است اما بر مبنای تعریف زنان، هم به عنوان متخصصان / مراقبان با درآمد پایین و هم به عنوان مراقبان بدون درآمد و دستمزد در خانه. همچنین نیازها باید مجدد ساخت یافته و نیازهای خاص زنان مورد توجه قرارگیرد.	مفهوم خوبی است اما نژادگرایی نهادی وجود دارد. از نیازهای سیاهان و آسیایی‌ها باید بیشتر آگاه شد و به آنها پاسخ داد.

از آنجایی که مطالعه سیاست اجتماعی و عملکرد سیاست‌گذاری اجتماعی به طور جدایی ناپذیری با تحلیل و کاربرد ایدئولوژی‌های سیاسی پیوند دارد (والش و دیگران، ۲۰۰۰: ۳) تغییر سیاست‌ها می‌تواند به پشتوانه تغییر ایده‌های دولت‌ها تبیین شود (الکاک و دیگران، ۲۰۰۸). از این‌رو، فهم سیاست اجتماعی مستلزم توجه به تاثیر گرایش و رویکرد دولت‌ها در هر یک از ابعاد سیاست اجتماعی است (در این باره بنگرید به قاراخانی، ۱۳۹۰). سیاست سلامت به عنوان بعدی از سیاست اجتماعی از این قاعده مستثنی نیست. زیرا «شیوه‌ای که یک جامعه به مسأله سلامت - بیماری توجه دارد، عمیقاً متأثر از ارزش‌های اجتماعی، سنت‌های سیاسی و تاریخی آن است.» (باتلر و کالمن، ۱۹۹۹: ۳۱۱) و رویکرد دولت‌ها به سیاست اجتماعی بازنماینده وجوهی از این سنت‌های سیاسی است. با توجه به پرسش و مباحث نظری مطرح شده، این پژوهش با طرح این فرضیه که سیاست سلامت در ایران تابعی از تغییر رویکرد دولت است، به بررسی تغییر رویکرد دولت‌ها و تاثیر آن بر سیاست سلامت دولت‌ها در بازه زمانی ۱۳۶۰ - ۱۳۸۸ ش. می‌پردازد.

## تعریف مفاهیم

**سیاست سلامت:** مجموعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کند. در این پژوهش سیاست سلامت تنها از بعد درون‌داد که اشاره به درون‌داد قانونی و نیز هزینه اجتماعی<sup>۲</sup> دارد، عملیاتی شده است (برای آگاهی از شیوه‌های عملیاتی نمودن سیاست اجتماعی بنگرید به اوانز، ۱۹۸۸: ۲۸۱ و گاف، ۲۰۰۸: ۴۲). درون‌داد قانونی بر مبنای دو دسته از اسناد مورد توجه قرار گرفت. اول: مصوبه‌های دولت‌های

- 
1. Butler & Calnan
  2. Social spending

چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. دوم: سیاست‌های کلی سلامت در پنج قانون برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی. با جستجوی کلید واژه «سلامت» در مجموعه قوانین و مقررات کشور از تاریخ ۱۳۶۰/۱/۱ تا ۱۳۸۸/۱۲/۳۰ ش. در بخش سلامت، مصوبه‌های مرتبط با این حوزه جستجو شدند. در مطالعه مقدماتی مصوبه‌ها، به این نتیجه رسیدیم که برای پوشش بهتر آن‌ها باید به واژگان رایج دیگر در این حوزه که عمدتاً در عنوان یا متن مصوبه‌ها به کارگرفته می‌شوند نیز توجه داشت. به این دلیل علاوه بر کلید واژه «سلامت» از واژگان «بهداشت» و «بهداشت و درمان» نیز بهره بردیم که مجموعاً تعداد ۸۲۵ مصوبه به دست آمد. در مرحله اول، مصوبه‌هایی مانند انتصابات، اساسنامه‌ها، اصلاح برخی آیین‌نامه‌ها، اجازه استخدام، واگذاری سهام، واگذاری مالکیت و انعقاد قرارداد کنارگذاشته شدند. نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که تصویب سیاست‌ها موضوعی جدا از اجرای آن است. بنابراین، تحقق عملی سیاست‌ها، میزان عملیاتی شدن آن‌ها و مطالعه برون‌داد و برآیند این سیاست‌ها مورد توجه پژوهش حاضر نیست. هزینه سلامت، به عنوان بعدی از هزینه اجتماعی، وجه دیگر درون‌داد سیاست سلامت است که بر اساس «هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی»<sup>۱</sup> محاسبه گردید. مقدار این شاخص پس از استخراج داده‌های خام بودجه سلامت از قانون بودجه سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. که شامل دو بخش تملک دارایی سرمایه‌ای و جاری است محاسبه شده است.

**رویکرد دولت:** شامل ایده‌ها و جریان فکری حاکم بر سیاست‌های دولت‌ها که به آن ایدئولوژی دولت نیز گفته می‌شود. برخی بر این باورند که در نظام سیاسی ایران جهت‌گیری‌های سیاسی وجود دارد که تحت عنوان گفتمان سیاسی (بشپیره، ۱۳۸۱؛ فرقانی، ۱۳۸۲) یا طیف‌ها / جناح‌های سیاسی (ظریفی‌نیا، ۱۳۷۸، ذکریایی، ۱۳۸۰؛ بیژنی و همکاران، ۱۳۸۸) مطرح شده‌اند (برای دریافت توضیحات بیشتر بنگرید به قاراخانی، ۱۳۹۰). در این پژوهش، رویکرد دولت با توجه به طیف‌های سیاسی پشتیبان دولت‌ها

---

1. Total healthcare expenditure as a percentage of GDP

طی سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش. شناسایی شده است. دولت‌های مورد بررسی شامل دولت میرحسین موسوی با رویکرد چپ سنتی، دولت علی‌اکبر هاشمی رفسنجانی با رویکرد راست مدرن، دولت محمد خاتمی با رویکرد چپ مدرن و بالاخره دولت محمود احمدی نژاد با رویکرد اصول‌گرای رادیکال معرفی می‌شوند.

### روش پژوهش

از آنجایی که هدف این پژوهش شناسایی و مقایسه دولت‌های چهارگانه ایران طی سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ در سیاست سلامت بر مبنای رویکرد آن‌ها است از روش تطبیقی استفاده می‌شود. و چون مطالعه تنها بر یک مورد (کشور ایران در دوره‌های گوناگون) متمرکز است، مطالعه موردی است. شیوه گردآوری داده‌ها اسنادی است. با استفاده از داده‌های ثانویه مربوط به سیاست سلامت و نیز رویکرد دولت به تحلیل بخشی از سیاست اجتماعی در ایران خواهیم پرداخت. داده‌های ثانویه با مراجعه به قانون برنامه توسعه، مصوبه‌های دولت‌ها و قانون بودجه گردآوری شدند. برای تحلیل داده‌ها با توجه به کاربرد دو روش کیفی و کمی از تکنیک تحلیل محتوا و آماره‌های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است. تحلیل محتوای انجام شده از نوع تحلیل مضمونی و مبنای تعیین مضامین و مقوله‌های پژوهش نیز مطالعه اکتشافی متن مصوبه‌ها و قوانین برنامه‌های توسعه است. واحد تحلیل پژوهش، دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش. هستند. واحد مشاهده متن برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (برنامه اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم توسعه) و متن مصوبه‌های دولت‌های چهارگانه و قانون بودجه در بازه زمانی معین است.

از آنجایی که معرف‌های تجربی پژوهش از طریق رجوع به پژوهش‌های پیشین و شاخص‌های متداول و پذیرفته شده محققان حوزه سیاست اجتماعی تعیین شده است از



اعتبار معیار<sup>۱</sup> برخوردار هستند. همچنین به دلیل این که معرف‌ها بر اساس چارچوب نظری تعیین شده‌اند، از اعتبار سازه نیز برخوردار هستند. روایی پژوهش از طریق رجوع به اسناد معتبر و دست اول که عموماً در مطالعات اسنادی مورد استفاده قرار می‌گیرند و قابل پیگیری و بررسی هستند، تأمین شده است.

### یافته‌های پژوهش

همان‌طور که پیشتر گفته شد، این پژوهش با کاربرد تکنیک‌های کیفی و کمی به تحلیل رابطه رویکرد دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. و سیاست سلامت آن‌ها می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش در دو بخش ارائه می‌شود. ابتدا یافته‌های بخش کیفی که نتیجه بررسی رویکرد دولت‌ها و سیاست سلامت آن‌ها است، بر پایه سیاست‌های قانونی این دولت‌ها مطرح می‌گردد. سپس یافته‌های بخش کمی که نتیجه بررسی رویکرد دولت‌ها و سیاست سلامت آن‌ها از جهت هزینه سلامت است، ارائه می‌گردد.

### دولت چپ سنتی و سیاست سلامت

مطالعه دولت‌های پس از انقلاب ۱۳۵۷ نشان می‌دهد، گفتمان سیاسی چپ سنتی در سال‌های ۶۸-۱۳۶۰ ش. با دولت میرحسین موسوی بر سرکارآمد. گفته می‌شود، دخالت مستقیم دولت در اقتصاد، تأکید بر عدالت اجتماعی و استقلال اقتصادی و سیاسی، مخالفت صریح با خصوصی‌سازی، آزادسازی اقتصادی و مخالفت با تعدیل اقتصادی و حاکمیت سرمایه‌داری و سرمایه‌دار، مخالفت با حذف سوبسید [پارانه] ذیل دیدگاه اقتصادی آنان مطرح می‌شود (حسینی‌زاده، ۱۳۶۸: ۳۶۲؛ ظریفی‌نیا، ۱۳۷۸: ۸۰ و فوزی، ۱۳۸۴: ۱۰۲).

طی سال‌های ۱۳۶۱-۱۳۶۲ ش. طرح اجرایی شبکه بهداشتی - درمانی کشور تهیه و نهایتاً در سال ۱۳۶۳ برنامه اجرایی «گسترش شبکه بهداشتی - درمانی» به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید<sup>۱</sup> (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۹: ۱۴). این طرح بر ارائه خدمات بهداشتی اولیه شامل سلامت همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی، بهبود غذا و تغذیه صحیح، تأمین آب سالم و کافی و بهسازی اساسی محیط، مراقبت‌های بهداشتی

۱- با پیروزی انقلاب و تشکیل دولت موقت انقلاب اسلامی تغییرات و تحولات در حیطه فعالیت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی آغاز شد که مصوبه ۱۳۵۷/۱۲/۱۹ هیات وزیران دولت موقت جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان اولین حرکت قانونی در این زمینه به‌شمار می‌رود. بر اساس این مصوبه‌ها همه تاسیسات بهداشتی و درمانی سازمان ملی خدمات اجتماعی شامل درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها و همچنین مرکز پزشکی شهدا و سلامتگاه پرستاری و دانشکده علوم تندرستی با همه پرسنل و بودجه و تجهیزات و اموال از تاریخ تصویب مصوبه از سازمان ملی خدمات اجتماعی منتزع و تابع وزارت بهداری و بهزیستی گردید. در تاریخ ۱۳۵۷/۱۲/۲۳ به موجب مصوبه هیات وزیران دولت موقت انقلاب اسلامی امور بهداشت سلامت‌گاه‌های کشور از وزارت سلامت و پرورش منتزع و با تمام پرسنل، اعتبارات و سازمان و فعالیت‌های وابسته به وزارت بهداری و بهزیستی منتقل شد. حرکت دوم به موجب مصوبه مورخ ۱۳۵۷/۱۲/۲۶ هیات وزیران دولت موقت انقلاب اسلامی صورت گرفت که بر اساس آن تمام موسسات درمانی و بهداشتی جمعیت شیر و خورشید سرخ به وزارت بهداری و بهزیستی منتقل گردید. به دنبال آن در همین تاریخ همه بیمارستان‌های سازمان‌های خیریه نیز همراه با تمام اموال و دارایی و پرسنل و اعتبارات به وزارت بهداری و بهزیستی منتقل گردید. سرانجام در جلسه ۱۳۵۹/۳/۲۴ شورای انقلاب همه وظایف مربوط به معاونت امور بهزیستی و وزارت بهداری و بهزیستی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداری استان‌ها و موسسات ادغام شده در وزارت بهداری و بهزیستی با همه واحدها، وظایف، فعالیت‌ها، کارکنان، تجهیزات، دیون و تعهدات از وزارت یادشده منفک و در سازمان بهزیستی کشور ادغام گردیدند (هوشیار حاجی‌حسینی، ۱۳۶۳: ۹-۱۰). از سال ۱۳۵۸ به بعد آن گروه از فعالیت‌ها، عملیات و برنامه‌های بهداشتی و درمانی که از نظر محتوا و وظیفه هماهنگی‌های لازم را با ارزش‌های تازه نظام و دیدگاه‌ها و مبانی و اعتقادات اسلامی نداشت به کلی محدود و یا از شمول عملیات و خدمات اجرایی حذف گردید. از جمله می‌توان برنامه جمعیت و تنظیم خانواده<sup>۱</sup>، برنامه بهبود تغذیه و انحلال سپاه بهداشت را نام برد. در مقابل تلاش‌هایی در جهاتی از جمله: تهیه و ارائه لایحه قانونی خدمت نیروی انسانی درمانی و بهداشتی؛ لایحه قانونی خدمت یک ماهه پزشکان و وابستگان حرفه پزشکی و پیراپزشکی؛ قانون تربیت بهداشت کار دهان و دندان به منظور گسترش خدمات درمانی و بهداشتی در روستاها؛ لایحه قانونی درباره اجازه طرح توسعه مجتمع سلامتی و پژوهشی و درمانی وزارت بهداری و بهزیستی؛ لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و سلامت وزارت بهداری و بهزیستی به عمل آمد (با اندکی تغییر در نگارش مدیریت بهداشت و درمان وزارت برنامه و بودجه، ۱۳۶۴: ۲۹).

دولت و سیاست سلامت در ایران ... ۲۲۱

مادران و کودکان و تنظیم خانواده، ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عمده و عفونی، پیشگیری از بیماری‌های شایع و بومی و کنترل آن‌ها، درمان مناسب بیماری‌ها و حوادث (کریمی، ۱۳۸۶: ۱۶۸) اشاره دارد. خط‌مشی‌های اساسی بهداشت و درمان کشور که در سال ۱۳۶۲ ش. ارائه گردید شامل: (۱) ایجاد نظام هماهنگ خدمات درمان و بهداشت؛ (۲) توسعه و افزایش ظرفیت‌های سلامتی دانشکده‌های پزشکی در رشته‌های وابسته به پزشکی؛ (۳) سیاست تأمین خدمات درمانی باید بر پایه بیمه درمانی استوار باشد؛ (۴) افزایش بازده و کارایی نیروی انسانی در واحدهای بهداشت و درمان؛ (۵) بهبود مدیریت اجرای سیاست‌های عدم تمرکز و تأمین مشارکت مردم؛ (۶) هماهنگی خدمات پژوهشی با نیازهای اجرایی برنامه‌های بهداشت و درمان و توسعه ظرفیت تحقیقاتی؛ (۷) تأمین ارتقای سلامت جسمی و روحی کودکان؛ (۸) سیاست جامع تغذیه؛ (۹) ریشه‌کنی بیماری‌های انگلی و عفونی (وزارت برنامه و بودجه، ۱۳۶۲). این خط‌مشی‌های اساسی که در گزارش سال ۱۳۶۲ ارائه شده است، چشم‌انداز آینده سلامت در جهت تحقق آن‌ها را پیش‌رو می‌گذارد. «در همین سال برای احیا و گسترش امر واکسیناسیون در معاونت امور بهداشتی تصمیم جدی گرفته شد» (مرندی و دیگران، ۱۳۷۷: ۱۰۷۵) و در سال ۱۳۶۳ ش. برنامه اجرایی گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور تهیه شد. بودجه این مصوبه که در سال ۱۳۶۴ ش. توسط مجلس به تصویب رسید به نظر مرندی و دیگران (۱۳۷۷) مشوقی برای برنامه‌های انقلابی دیگر از جمله تشکیل وزارت بهداشت و درمان و سلامت پزشکی، ادغام حیات‌بخش 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 دیگران، ۱۳۷۷: ۱۰۷۹).

در سال ۱۳۶۶ ش. سیاست‌هایی که دولت در حوزه سلامت پیگیری می‌نمود

عبارت بود از:

(۱) هدایت امکانات و منابع در جهت توسعه و گسترش فعالیت‌های بهداشتی و ایمن‌سازی با تأکید بر بهداشت محیط؛ (۲) بسیج و هدایت امکانات و توان‌های اجرایی در تأمین نیازهای

بهداشتی و درمانی و خدماتی حمایتی از جبهه و جنگ<sup>۱</sup>؛ ۳) تخصیص و هدایت منابع و امکانات عملیاتی و خدماتی در رفع محرومیت مناطق محروم و توسعه تسهیلات بهداشتی و درمانی؛ ۴) جلب و جذب مشارکت مردم در تأمین بخشی از هزینه‌ها بویژه در فعالیت‌ها و خدمات درمانی؛ ۵) ایجاد زمینه‌های مناسب برای کارایی بیشتر و افزایش ظرفیت تولید خدمات با هدف استفاده مطلوب از تاسیسات و امکانات موجود؛ ۶) ایجاد زمینه‌های مناسب در جهت تکمیل و بهره‌برداری سریع از طرح‌ها و پروژه‌های نیمه‌تمام و در دست اجرا و اجتناب از آغاز عملیات جدید؛ ۷) تأمین و تخصیص منابع مالی و کسب مجوزهای به‌کارگیری نیروی انسانی لازم برای راه‌اندازی و استفاده از واحدهای اجرایی جدید، پروژه‌های خاتمه یافته بهداشتی و درمانی همچون خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی و بیمارستان‌ها؛ ۸) تأمین و تخصیص منابع ارزی لازم برای تهیه و تدارک لوازم و امکانات و مواد مصرفی بهداشتی و درمانی و تجهیزات پزشکی و سلامتی و پژوهشی در بخش بهداشت و درمان؛ ۹) ایجاد زمینه‌های مناسب برای استفاده از مشارکت منابع اعتباری غیردولتی سرمایه و سرمایه‌گذاری برای اجرای طرح‌های سنگین ایجاد بیمارستان‌ها، منابع تأمین اجتماعی و مشارکت بان‌کها؛ ۱۰) تأکید بر اعمال سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های اساسی در خصوص جلوگیری از گسترش بی‌رویه تشکیلات اجرایی و تلاش در بهبود مدیریت و تغییر ساختار تشکیلاتی؛ ۱۱) ایجاد جاذبه‌های لازم برای افزایش کارایی کادرهای اجرایی نیروهای پزشکی و پیراپزشکی (هوشیارحاجی حسینی، ۱۳۶۶: ۱۶).

این سیاست‌ها کم‌وبیش در طول این دوره دنبال می‌شد (در این باره بنگرید به هوشیارحاجی حسینی، ۱۳۶۳، ۱۳۶۶ و ۱۳۶۷) و تقریباً در پی پاسخ به مشکلاتی بود که حوزه سلامت در این دوره با آن روبرو بوده است. «مشکلات اساسی بخش سلامت که در سال ۱۳۶۶ در چند محور اساسی گزارش شده است شامل: ۱) مشکلات و تنگناهای ماشین‌آلات، تجهیزات، مواد واسطه و قطعات یدکی؛ ۲) مشکلات و تنگناهای مدیریت و

۱- در این دوره جنگ اثراتی را بر فعالیت حوزه سلامت گذاشت با این حال طبق گزارش‌های موجود از این دوره «به دلیل فعالیت‌های بهداشتی در زمان جنگ هیچ‌گونه همه‌گیری بیماری که بازتاب عوارض جنگ باشد عارض نگردید» (هوشیارحاجی حسینی، ۱۳۶۷: ۳۴).

نیروی انسانی؛<sup>۱</sup> ۳) مشکلات و تنگناهای زیربنایی؛ ۴) مشکلات و تنگناهای سازماندهی (فقدان نظام مشخص و نافذ درمانی بهداشتی، تعدد سازمان‌ها و نهادهای موظف، نارسایی در ایجاد و اجرای نافذ سیستم‌های نظارتی و کنترلی بر کمیت و کیفیت خدمات بخش)؛ ۵) مشکلات اعتباری (کمبود اعتبارات در مقام مقایسه با حجم خدمات مورد نیاز جامعه و میزان مراجعه و روند تصاعدی تورم و محدودیت‌های عرضه خدمات و گرانی خدمات در بخش خصوصی)» (هوشیارحاجی حسینی، ۱۳۶۷: ۳۶-۴۱). به این نکته باید توجه داشت که بررسی نحوه اجرای این سیاست‌ها و برون‌داد اجرای آن‌ها موضوعی است که نیازمند پژوهش دیگری است.

در این دوره، گرایش به سوی وحدت رویه و تمرکز در زمینه سیاست‌دهی و هدایت فعالیت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی توسط وزارت بهداشتی و از بین بردن محدود کردن سازمان‌ها و موسسات متعدد و متفرق دولتی و وابسته به دولت از طریق ادغام تشکیلات و فعالیت‌های آن‌ها در وزارت بهداشتی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی گردید. تفکیک وظایف و مسوولیت‌های رفاهی، حمایتی و بهزیستی مجموعه سازمان‌های مذکور نیز منجر به تشکیل و تاسیس سازمان بهزیستی کشور گردید. به تبعیت از سیاست کلی دولت وظایف و تشکیلات سازمان‌ها و موسسات دولتی و وابسته به دولت و خیریه کمک‌بگیر در این سازمان ادغام گردید این سیاست موجب شد تا عملاً دولت نقش فزاینده‌ای در ارائه خدمات و فعالیت‌های بهداشتی و درمانی به عهده بگیرد و به تناسب حرکت‌های بعدی فعالیت و اقدامات بخش خصوصی محدود گردد.

---

۱- به گفته اندروود در سال ۱۳۶۸، ۹۵ درصد از پزشکان در مناطق روستایی پزشکان خارجی و به ویژه پزشکان هندی بودند. (اندروود، ۲۰۰۴: ۱۹۳) طبق گزارش وزارت برنامه و بودجه نیز، گرایش پزشکان کشور به عدم اشتغال در بخش دولتی و صرفاً انجام و ارائه خدمات در بخش خصوصی، مطب، کلینیک و بیمارستان خصوصی به نسبت سال‌های پیش و دوران ۵۷-۱۳۵۱ فزونی گرفت و موجب شد تا تعدادی از نیروهای پزشکی از ادامه اشتغال در بخش دولتی انصراف دهند (مدیریت بهداشت و درمان وزارت برنامه و بودجه، ۱۳۶۴: ۳۴). این گزارش تاییدی است بر اقدام دولت در جذب پزشکان غیر ایرانی که مصوبه آن با عنوان «موافقت با استفاده از یک‌هزار و پانصد پزشک تبعه بیگانه توسط وزارت بهداشتی مصوبه ۱۳۶۴/۴/۲». به تصویب دولت رسید.

به نحوی که امکانات و روند سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در عملیات و فعالیت‌های بهداشتی و درمانی به شدت کاهش یافت و محدود به حفظ و نگهداری وضعیت موجود گردید (مدیریت بهداشت و درمان وزارت برنامه و بودجه، ۱۳۶۴: ۲۷). از دیگر برنامه‌ها در حیطه وظایف دولت در حوزه سلامت «واگذاری اختیارات و مسوولیت‌های اجرا و ادغام طرح‌ها و عملیات عمرانی بخشی از واحدهای مرکزی وزارت بهداشتی به واحدهای استانی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان‌ها و ادارات کل مسکن و شهرسازی استان‌ها است که این اقدام از طریق استانی نمودن طرح‌های ملی صورت گرفت و در نتیجه آن، نقش و قدرت تصمیم‌گیری مسوولین و کارشناسان محلی در اتخاذ تصمیم و انتخاب مراکز اجرایی پروژه‌ها و طرح‌های توسعه قوت بیشتری پیدا کرد و به تبعیت از آن میزان سرمایه‌گذاری‌ها و اعتبارات استان‌ها به یکباره فزونی یافت» (مدیریت بهداشت و درمان وزارت برنامه و بودجه، ۱۳۶۴: ۳۰). به این ترتیب، به نظر می‌رسد هر دو سیاست تمرکززدایی و تمرکزگرایی در برنامه‌های دولت دنبال می‌شد.

مصوبه‌های حوزه سلامت در این دوره شامل؛ تأمین اعتبار بهداشت و درمان (از جمله هزینه درمان مربوط به مجروحین جنگی، بیماران کلیوی، هزینه هسته گزینش، طرح بسیج سلامت کودکان و انتقال خون)، اجرای طرح ایمن‌سازی کشور، تشکیل شورای سیاست‌گذاری سلامت، تعیین میزان حق درمان مضمولین خدمات درمانی، موافقت با استفاده از خدمات پزشکان تبعه بیگانه و تعیین فرانشیز درمانی در هر سال است (معاونت پژوهشی دفتر مطالعات فناوری‌های نوین، ۱۳۸۹).

### دولت راست مدرن و سیاست سلامت

در سال ۱۳۶۷ ش. جناح موسوم به «مصلحت‌اندیش»، «عمل‌گرا» یا «میانه» که در اواسط دهه ۱۳۶۰ شکل گرفته بود با به قدرت رسیدن علی‌اکبر هاشمی‌رفسنجانی تحکیم شد. رفسنجانی استراتژی خود را بر مبنای بازسازی اقتصادی در داخل و مصلحت‌اندیشی در

سیاست خارجی قرارداد. کابینه وی ترکیبی از اعضای جناح میانه و جناح راست بودند (برزین، ۱۳۷۷). راست میانه از سال‌های ۷۶-۱۳۶۸ش. با تغییرات اجتماعی و سیاسی در عرصه کشور گفتمان جدیدی مبنی بر سازندگی، رفاه، توسعه و بازسازی اقتصادی شکل داد (بیژنی و همکاران، ۱۳۸۸). کارگزاران سازندگی رشد و توسعه اقتصادی را هدف اصلی اقتصاد دانسته و عقیده داشتند در سایه توسعه اقتصادی امکان استقلال و عدالت وجود دارد. به اعتقاد این گروه بدون رشد اقتصادی، مالی برای تقسیم کردن وجود ندارد (مرتجی، ۱۳۷۸). برنامه اقتصادی جناح میانه بر مبنای کاهش نقش دولت در اقتصاد کشور، تقویت بخش خصوصی (متکی و غیرمتکی به دولت) و افزایش مالیات بوده است. به همین دلیل سیاست «تعدیل اقتصادی» و سپس «تثبیت اقتصادی» را اجرا کرد (برزین، ۱۳۷۷: ۶۱). اگرچه این باور وجود دارد که «آنچه در چارچوب برنامه تعدیل به اجرا درآمد از بسیاری جهات ارتباطی ناچیز با برنامه پنجساله مصوب نظام دارد» (مومنی، ۱۳۷۴: ۱۳۷) اما از آنجایی که در این مطالعه بخشی از درون داد سیاست سلامت بر سیاست‌های کلی بخش سلامت در قانون برنامه توسعه به عنوان خروجی قانونی متمرکز است، ما نیز برای بررسی سیاست سلامت در این دوره به آن توجه نموده‌ایم.

در برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ذیل یکی از اهداف کلی برنامه با عنوان «تأمین دست کم نیازهای اساسی عامه مردم» سیاست‌هایی مربوط به حوزه سلامت شامل سیاست‌های زیر است:

- تأمین تغذیه در حد نیازهای زیستی، تأمین سلامت عمومی، بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تاکید بر مناطق محروم و روستایی کشور و سالم سازی محیط زیست. علاوه بر این در تبصره ۱۵ به وزارت بهداشت، درمان و سلامت پزشکی اجازه داده می‌شود از متقاضیان تاسیس بیمارستان، پلی‌کلینیک و درمانگاه، آزمایشگاه تشخیص طبی، مطب و داروخانه، مبالغی را به عنوان هزینه‌های صدور موافقت اصولی، پروانه تاسیس اخذ نماید و به حساب خزانه داری کل واریز نماید و معادل آن از محل اعتباری که به همین

منظور در بودجه سالیانه منظور می‌شود، جهت تجهیز مراکز بهداشتی، درمانی و آزمایشگاهی و بیمارستان‌ها در اختیار وزارت بهداشت، درمان و سلامت پزشکی قرار گیرد. تبصره ۱۶ به منظور تأمین داروهای مورد نیاز مناطق روستایی و بخش‌های محروم کشور و ترغیب داروسازان جوان در جهت تاسیس داروخانه در مناطق مذکور بانک‌های کشور موظفند مبلغ ده میلیارد ریال به عنوان قرض‌الحسنه و با بازپرداخت ده ساله به این امر تخصیص داده و به ازای هر مورد تا حداکثر ده میلیون ریال با تایید وزارت بهداشت، درمان و سلامت پزشکی به متقاضیان معرفی شده مزبور پرداخت نمایند (قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۷۳).

در قانون برنامه دوم توسعه ضمن حفظ برخی سیاست‌های سلامت، سیاست‌های دیگری نیز در برنامه مطرح گردید. مهم‌ترین این سیاست‌ها شامل: تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور، توسعه امکانات و اتخاذ سیاست‌های تشویقی در زمینه کنترل جمعیت از یک طرف و گسترش شبکه بهداشت و درمان و ارائه خدمات فعال در زمینه‌های سلامتی و بهداشت مادر و کودک و بهداشت باروری از طرف دیگر. از این رو، افزایش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، گسترش ظرفیت‌های بیمارستانی و نیروهای تخصصی سلامت دیده در کنار بهبود شاخص‌های مرتبط با بهداشت از قبیل میزان دسترسی جمعیت به آب آشامیدنی سالم و افزایش سطح آگاهی اجتماعی که باعث ارتقای شاخص‌های سلامتی همچون کاهش نرخ مرگ و میر مادران و کودکان زیر پنج سال و کاهش سهم بیماری‌های واگیر شود، مطرح گردید. (قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۷۳) طبق قانون برنامه دوم در زمینه عدالت اجتماعی در حوزه بهداشت و درمان نیز سیاست‌هایی اتخاذ گردید:

بر اساس جزء ۱ بند الف تبصره ۱۱ معادل سه هزار میلیارد ریال برای انجام طرح‌های عمرانی در زمینه بهداشت و ... در روستاهای محروم هزینه خواهد شد. بر اساس تبصره ۱۸، دولت موظف شده در طول سال‌های برنامه مابه‌التفاوت



هزینه درمان بیمه شوندگان را پس از کسر سرانه سهم بیمه شده و فرانشیزهای پرداختی توسط آنها به عنوان سرانه دولت مطابق مقررات بیمه همگانی همه ساله در اختیار سازمان‌های ذیربط قرار دهد. بر اساس تبصره ۹۴ دولت موظف شده از محل منابع بودجه عمومی نسبت به تکمیل تاسیسات تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور اقدام نماید (قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۷۳).

به باور اخوان بهبهانی و حسن‌زاده (۱۳۸۴) این تبصره‌ها نشان می‌دهد در این برنامه الزامات قانونی تحقق عدالت اجتماعی پیش‌بینی شده است. اما کریمی (۱۳۸۶) نظر دیگری دارد، او می‌نویسد؛ اگر در سال ۱۳۶۳ ش. با تصویب طرح توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور با تصویب مجلس شورای اسلامی راه‌اندازی گردید و به این وسیله خدمات بهداشتی اولیه شامل سلامت همگانی جامعه در زمینه مسایل بهداشتی، بهبود غذا و تغذیه صحیح، تأمین آب سالم و کافی و بهسازی اساسی محیط، مراقبت‌های بهداشتی مادران و کودکان و تنظیم خانواده، ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عمده و عفونی، پیشگیری از بیماری‌های شایع و بومی و کنترل آنها، درمان مناسب بیماری‌ها و حوادث و ... ارائه گردید. ولی در ادامه این فعالیت‌ها، بدون توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی و بحران‌های محلی و منطقه‌ای و حجم عظیمی از اقشار آسیب‌پذیر، بیکار و دردمند به یکباره در سال ۱۳۶۸ ش. طرح خودگردانی بیمارستان‌ها به اجرا گذاشته شد (کریمی، ۱۳۸۶: ۱۶۸). این طرح در راستای کاهش نقش دولت در تأمین سلامت بود. به گزارش شورای بهداشت و درمان سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۷) مشکلات بخش سلامت به این شرح گزارش شده است:

مشکلات و چالش‌های اساسی بخش سلامت در ایران در سال ۱۳۷۷ شامل:

- ۱) جمعیت (ساختار، بهداشت جوانان و میانسالان و سالمندان، نرخ رشد، مهاجرت، حاشیه‌نشینی و اشتغال)؛ ۲) نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی؛ ۳) تغییر در بروز و شیوع انواع بیماری‌ها و ظهور موارد بازپدید و نوپدید؛ ۴) کاهش کارایی و بهره‌وری در نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی، ۵) توسعه

علوم و تکنولوژی پزشکی؛ ۶) افزایش عوامل خطر و حادثه‌آفرین؛ ۷) به مخاطره افتادن روابط بین صاحبان حرف پزشکی و مردم؛ ۸) تغییر در بروز و شیوع انواع بیماری‌های روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی؛ ۹) دارو (وابستگی ارزی، قیمت‌گذاری، کیفیت و...)؛ ۱۰) بیمه (پوشش جمعیتی، روش بیمه‌گری، رضایت مردم و...)؛ ۱۱) امنیت غذا و شتاب در گذر تغذیه‌ای؛ ۱۲) ضعف نقش تحقیقات در توسعه همه‌جانبه بخش بهداشت و درمان؛ ۱۳) ساختار (تشکیلات، قوانین و مقررات، نظام مدیریت، و...)؛ ۱۴) تربیت، توزیع، بکارگیری، نگهداری و اشتغال نیروی انسانی؛ ۱۵) فقدان همکاری بین بخشی و تعدد در مراجع سیاست‌گذاری و نظارت؛ ۱۶) اقتصاد بهداشت (دولت، مشارکت مردم و...)؛ ۱۷) کاهش قدرت خرید مردم؛ ۱۸) افزایش انتظارات و تقاضای مردم با توجه به رویکرد جدید به سلامت و رفاه اجتماعی (شورای بهداشت و درمان سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۷: ۱۸-۲۳).

به‌طور کلی سیاست‌های اجرایی دولت در بخش سلامت در چارچوب مصوبه‌های شامل: تأمین اعتبار (جهت برنامه کنترل جمعیت و تنظیم خانواده، برای بخشی از هزینه‌های طرح ایمن‌سازی همگانی کودکان علیه بیماری فلج اطفال)، اجازه برگزاری کنفرانس منطقه‌ای تنظیم خانواده، حل مسایل انجمن خیریه حمایت از بیماران کلیوی، تشکیل شورای غذا و تغذیه کشور، تعیین فرانشیز درمانی در هر سال (معاونت پژوهشی دفتر مطالعات فناوری‌های نوین، ۱۳۸۹) است. مرور این مصوبه‌ها نشان می‌دهد، در حالی که دولت راست مدرن طرح خودگردانی بیمارستان‌ها در تأمین خدمات سلامت واگذار می‌کند، سیاست تنظیم خانواده را خود با قدرت پی‌می‌گیرد.

### دولت چپ مدرن و سیاست سلامت

در سال‌های ۸۴-۱۳۷۶ ش. طیفی که پیش‌تر در جناح چپ سنتی حضور داشتند و به اصلاح‌طلبی موسوم گردیدند بر حفظ حقوق شهروندی و عقلانیت دینی تأکید داشتند (بیژنی و همکاران، ۱۳۸۸). این گروه که شامل عمل‌گرایان میانه‌رو، لیبرال اسلامی و

سکولاریست‌ها می‌شد، از خاتمی پشتیبانی کردند (کدی، ۱۳۸۳: ۶۴). دولت خاتمی با رویکرد چپ مدرن، به سه بخش تعاونی، خصوصی و دولتی مندرج در قانون اساسی معتقد بوده و از نظر این طیف آزادی مردم تا حدی باید باشد که به عدالت اجتماعی لطمه نزند (با کمی تغییر در نگارش ظریفی‌نیا، ۱۳۷۸: ۱۲۱). دولت خاتمی توسعه سیاسی را در اولویت برنامه‌های خود قرارداد. اما وی همزمان تلاش نمود تا با تنظیم یک طرح اقتصادی موسوم به «طرح ساماندهی اقتصادی» اصلاح ساختار اقتصادی کشور را نیز در نظر بگیرد (فوزی، ۱۳۸۴: ۳۲۰). این طرح که بر قبول دیدگاه «اقتصادی اجتماعی» و تقدم عدالت اجتماعی و صیانت از مردم و گروه‌های کم‌درآمد از سوی دولت و تأکید بر پرداخت یارانه‌ها و کمک به تأمین معاش و حفظ قدرت خرید مردم بود، با جهت‌گیری متفاوتی نسبت به پیش تنظیم شده بود.

به باور خاتمی، «برای از بین بردن فقر باید کل جامعه ما فقیر نباشد، یعنی بنیه اقتصادی جامعه قوی باشد. از این‌رو، نیاز اصلی ما توسعه همه جانبه پایدار و متوازن است که باید در همه عرصه‌های سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و علمی تحقق یابد.» (خاتمی، ۱۳۷۹: ۱۹). نکته‌ای که از این مطلب استنباط می‌شود، این است که از نظر خاتمی شرط از بین بردن فقر و برقراری رفاه از طریق رشد اقتصادی است. به نظر می‌رسد در این بیان، به توسعه اجتماعی اهمیت کمتری داده شده و الویت با توسعه اقتصادی است. برداشتی که با ایده راست مدرن در برقراری رفاه و کاهش فقر همسویی دارد. اما خاتمی در ادامه همین سخنرانی اشاره می‌نماید «میان توسعه و عدالت درهم آمیختگی و پیوستگی عمیقی وجود دارد؛ توسعه بدون عدالت و عدالت بدون توسعه یا سر از شکاف‌های عمیق اجتماعی درمی‌آورد و یا به توسعه فقر می‌انجامد (خاتمی، ۱۳۷۹: ۲۰).

اهداف و سیاست‌های ناظر بر تأمین و توسعه سلامت در برنامه سوم توسعه در چارچوب فصل بیست و پنجم در قالب مواد ۱۹۲ تا ۱۹۷ به تصویب رسید. البته برخی اهداف و سیاست‌های دیگر فصول فرابخشی قانون برنامه سوم هم به طور مستقیم و

غیرمستقیم مشمول سیاست‌های بهداشت و درمان است. این برنامه با توجه به شرایط به وجود آمده در دو برنامه پیشین، با هدف افزایش کارایی، جلب مشارکت بخش غیردولتی و ساماندهی نظام ارائه خدمات (زمینه‌هایی از قبیل سطح‌بندی خدمات و اصلاح شبکه بهداشت و درمان کشور) تدوین شد. در ماده ۱۹۲ قانون یاد شده به منظور افزایش کارایی و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات برای دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیر دولتی، افزایش مشارکت بخش غیردولتی در ارائه خدمات بخش هدف‌گذاری شد. همچنین در ماده ۱۹۳ موضوع ایجاد عدالت توزیعی در ارائه خدمات، درمان و بستری مورد توجه جدی قرار گرفت و ماده ۱۹۶، تنظیم بازار دارو، تأمین ارز مورد نیاز ورود مواد اولیه دارو و داروهای ساخته شده وارداتی را برای جلوگیری از افزایش قیمت دارو و حمایت از نظام بیمه‌ای پیش‌بینی کرد و در آخر ارتقای امنیت غذا و تغذیه در ماده ۱۹۷ مورد توجه قرار گرفت.

محورهای اساسی جهت اصلاحات در بخش سلامت برای برنامه سوم توسعه

شامل:

افزایش سهم اعتبارات بهداشت، درمان و توانبخشی از منابع عمومی و تولید ناخالص ملی تا رسیدن به متوسط قابل قبولی از نرخ جهانی، برقراری نظام ارجاع در کلیه سطوح درمانی کشور، ارتقای سطح کیفی خدمات بهداشتی، درمانی و جلب رضایت گیرندگان خدمات در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، کنترل، ریشه‌کنی و حذف بیماری‌های واگیردار با قابلیت پیشگیری، پیشگیری و درمان مناسب بیماری‌های غیرواگیردار و بهره‌گیری از دانش برای کلیه بیماری‌ها، اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان کشور، اجرای سطح‌بندی خدمات و تأمین و توزیع منابع فیزیکی و انسانی در بخش دولتی، تعاونی و خصوصی بر مبنای آن ساماندهی شبکه اورژانس کشور هماهنگ با سطح‌بندی خدمات در دو جنبه پیش بیمارستانی و بیمارستانی، پیشگیری و کنترل ناهنجاری‌های اجتماعی و

معلولیت‌ها و توجه به درمان و توانبخشی بیماران روانی، به ویژه بیماران روانی مزمن، تدوین و برقراری ساختار مناسب برای برنامه‌ریزی و مدیریت منسجم و هماهنگی میان بخشی در حوزه ایمنی و امنیت غذا و تغذیه در کشور، بازنگری و اصلاح نظام دارویی کشور، اصلاح ساختار تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و سلامت پزشکی در جهت کاهش تصدی در امور اجرایی و تقویت نقش سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت، نهادینه کردن پژوهش در سلامت و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است. (شورای بهداشت و درمان سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۷: ۲۵).

در برنامه چهارم توسعه، فصل هفتم با عنوان «ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی» به موضوع سلامت (بهداشت و درمان) می‌پردازد. سیاست‌های پیش‌بینی شده بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه مبتنی بر چارچوب نظری مورد توافق مراکز علمی و پژوهشی مرتبط در این زمینه و به طور مشخص گزارش بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی بود. رویکرد اصلی این برنامه، اتخاذ سیاست‌های سلامت محور و گاه فرابخشی است. در این برنامه، اهداف نظام سلامت که در راستای ارتقای سطح زندگی افراد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند، به شرح زیر مورد توجه قرار گرفت: (۱) ارتقای سطح و توزیع سلامت؛ (۲) پاسخگویی به انتظارات غیر پزشکی مردم و توزیع آن؛ (۳) مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت؛ (۴) ارتقای سلامت (سطح کلی و توزیع آن) (قانون برنامه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۸۳). جهت‌گیری این برنامه به منظور تحقق اهداف تعیین شده شامل موارد زیر است:

(۱) کاهش مخاطرات سلامتی و ارتقای امنیت غذایی: در این راستا مواد ۸۴ و ۸۵ قانون برنامه چهارم توسعه ابعاد گوناگون مخاطرات سلامتی را مورد توجه قرار داده و سیاست‌هایی را برای کنترل و کاهش آن‌ها ارائه کرده است؛ (۲) حضور فعال در بازارهای جهانی: به دنبال تغییر شرایط بین‌المللی، خدمات بهداشتی و درمانی، اهمیت روزافزونی در بازارهای جهانی پیدا کرده است. در این راستا با توجه به ظرفیت‌ها و سرمایه‌های فیزیکی و انسانی موجود در کشور، وزارت بهداشت، درمان و سلامت پزشکی موظف شده است تا در چارچوب سیاست‌های

راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و سلامت پزشکی و تولید تجهیزات پزشکی و دارویی ارائه کند. به این ترتیب پیش بینی شده است که در پایان برنامه چهارم توسعه، جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه تبدیل شود و ارزش حاصل از صادرات خدمات و تولیدات این بخش ۳۰ درصد مصارف ارزی آن را تأمین کند؛ ۳) عدالت در تأمین منابع: مواد ۹۱ و ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه به ارتقای عدالت در تأمین منابع بخش سلامت اختصاص دارد. در این مواد تأکید شده است که به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و برای کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت پذیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به ۹۰ درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد؛ ۴) ارتقای سلامت: گسترش مفهوم سلامت در ابعاد گوناگون زندگی. (قانون برنامه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۸۳).

مصوبه‌های دولت در بخش سلامت شامل تأمین اعتبار برای خرید تجهیزات پزشکی، اضافه کردن اعتبارات، طرح بهبود استاندارد مراکز بهداشتی، تخصیص بودجه طرح بسیج ملی ریشه‌کنی فلج اطفال، تعیین فرانشیز درمانی در هر سال، آیین‌نامه شورای عالی برنامه‌ریزی پیشگیری از ایدز، آیین‌نامه شورای عالی سلامت کشور و برنامه اصلاحات در نظام سلامت از جمله این مصوبه‌ها است. (معاونت پژوهشی دفتر مطالعات فناوری‌های نوین، ۱۳۸۹).

در این دولت برای اولین بار طرح سطح‌بندی خدمات، توجه به درمان و توان‌بخشی بیماران روانی به ویژه بیماران روانی مزمن در قانون برنامه سوم و بازاریابی خدمات بهداشتی و سلامت در جهان در قانون برنامه چهارم توسعه مطرح گردید. تا جایی که رفع نیازهای سلامت در منطقه به عنوان یکی از اهداف سیاست سلامت تا انتهای برنامه چهارم در نظر گرفته شد.

## دولت اصول‌گرای رادیکال و سیاست سلامت

در سال‌های ۸۸-۱۳۸۴ رویکردی از درون راست سنتی سربرآورد. که برنامه آن رجعت به دوران طلایی انقلاب اسلامی و ارزش‌های گذشته بود و برای کشور تلفیقی از اسلام سیاسی رادیکال دوره امام و اندیشه‌های محافظه‌کاری سنتی را ضروری می‌دانست. مهم‌ترین مولفه‌های این رویکرد، معنویت، عدالت، مهرورزی، دولت اسلامی، مبارزه با رفاه‌طلبی، توجه به اقشار محروم، ... (بیژنی و همکاران، ۱۳۸۸) مطرح شده است. مشخصه این دولت «بازگشت به توده‌ها» (روزنامه کیهان، ۸۴/۱۰/۲۲) است. اصول‌گرایان بر اقتصاد عدالت محور اسلامی تأکید دارند. اقتصادی که نه دولتی و نه سرمایه‌داری بلکه اقتصادی مردمی بر پایه عدالت است (الهام، ۱۳۸۶). هرچند از جنبه نظری و عملکردی، «عدالت» مبهم و غیرشفاف است اما مهمترین شعارها و تبلیغات دولت در این دوره است.

تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه با توجه به یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی، ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت، اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم هزینه‌های سلامت به ۲۰ درصد تا پایان برنامه پنجم (اخوان بهبهانی، ۱۳۸۸: ۲) از سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ذکر شده است. فصل سوم این قانون با عنوان «اجتماعی» زیر ماده‌های ۳۲ تا ۳۷ و بخش بیمه سلامت زیر ماده ۳۸ به موضوع سلامت می‌پردازد. در این بخش بر تداوم کار شورای غذا و تغذیه که در برنامه چهارم توسعه آغاز شده بود تأکید شده است. تعیین برنامه نظام درمانی کشور توسط وزارت بهداشت و درمان در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع و راهنماهای درمانی، تشکیل هیات امنای بیمارستان‌های سلامتی، اورژانس‌های پزشکی، تعرفه‌ها و بیمه تکمیلی موضوع این ماده است (قانون برنامه پنجم

توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۸۹). بر همین اساس بر «تمرکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت و درمان و سلامت پزشکی» تأکید شده است. علاوه بر این سیاست‌های دیگری در این برنامه مطرح شده است، از جمله:

ارائه خدمات بیمه عمر و ازکارافتادگی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی به مشمولان نیروهای مسلح و بسیجیان فعال، حمایت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، اختصاص ده درصد از خالص کل وجوه حاصل از اجرای طرح هدفمندکردن یارانه‌ها و اضافه کردن آن به بودجه بخش بهداشت به منظور ایجاد عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر سی درصد، درمان بیماری‌های خاص، پوشش دارو. سیاست‌های مربوط به متناسب‌سازی نیروی انسانی، ایجاد زمینه لازم برای توسعه طب سنتی، مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان، سیاست‌های مقابله با بیماری‌های خطرناک اجتماعی و درمان بدون شرط مصدومین سوانح و تصادفات رانندگی از جمله سیاست‌ها در بخش سلامت هستند. در بخش بیمه سلامت نیز دولت در ادامه سیاست کاهش هزینه مردم از هزینه سلامت به سی درصد خود را موظف به اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها و ایجاد سازوکارهای بیمه همگانی و اجباری نموده است. در این ارتباط دولت ادغام قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان بیمه خدمات درمانی، تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، استقرار نظام ارجاع پزشک خانواده، خدمات بیمه پایه سلامت به طور یکسان برای عموم کشور تا پایان برنامه، بازنگری و تعیین تعرفه خدمات سلامت توسط شورای عالی سلامت در هر سال را به عنوان سیاست‌های این بخش مطرح کرده است (قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۸۹)

سویای کلی و کلان بودن برخی از سیاست‌ها در حوزه سلامت، پاره‌ای از آن‌ها تکرار سیاست‌ها در برنامه‌های توسعه پیشین است. مصوبه‌های دولت در این دوره شامل



تأمین اعتبار برای پیشگیری و درمان بیماری‌های دهان و دندان کودکان، احداث بیمارستان‌های نیمه تمام، خرید دستگاه‌های همودیالیز و حقوق و عوارض گمرکی است. آیین‌نامه حفظ و ارتقا سلامت دانش آموزان، تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، انتقال مراقبین بهداشتی مدارس به واحدهای سلامتی تابع وزارت آموزش و پرورش، لغو کمک اشخاص حقیقی و حقوقی به بنیاد بیماری‌های خاص، اعطای نشان ایمنی و سلامت به تولیدکنندگان برتر محصولات غذایی و تأمین نیروی مورد نیاز، تشکیل ستاد مقابله با آنفولانزای خوکی و اعلام الگوی نمونه واحدهای خدماتی و سرویس‌های بهداشتی بین‌راهی از جمله آیین‌نامه‌های بخش بهداشت در این دولت است. در این دوره مصوبه‌های متعددی درباره برگزاری گردهمایی‌های بین‌المللی نیز به تصویب دولت رسیده است (معاونت پژوهشی دفتر مطالعات فناوری‌های نوین، ۱۳۸۹).

جدول ۲ سیاست‌های سلامت و اهداف این سیاست‌ها در دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. را نشان می‌دهد.

جدول ۲- سیاست‌های سلامت و اهداف این سیاست‌ها در دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش.

هدف سیاست سلامت	سیاست سلامت	دولت
کارایی، عدالت و کم کردن هزینه‌ها	سیاست‌های پیشگیرانه (مراقبت‌های اولیه، سیاست جامع تغذیه، ارتقا سلامت، ریشه‌کنی بیماری‌ها)، تغییر ساختار سازمانی، سیاست‌های اعتباری (بیمه‌های درمانی، جلب مشارکت‌های مردمی)، سیاست‌های مربوط به هماهنگی‌های سازمانی، خدمات، پژوهش و هدایت امکانات.	چپ سستی موسوی
کارایی، عدالت و کم کردن هزینه‌ها	سیاست‌های پیشگیرانه (سلامت عمومی، مراقبت‌های اولیه، کنترل جمعیت، تأمین تغذیه، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران، تأمین آب آشامیدنی، ریشه‌کنی بیماری‌های واگیردار)، طرح‌های عمرانی روستایی، سیاست‌ها در زمینه توزیع منابع و خدمات، اصلاح ساختار سازمانی، سیاست‌های اعتباری (بیمه‌های درمانی، جلب مشارکت‌های مردمی).	راست مدرن هاشمی رفسنجانی
کارایی، عدالت و کم کردن هزینه‌ها	سیاست ارتقای سلامت، سیاست‌های راهبردی و تجاری و بازاریابی خدمات سلامت، سیاست ارتقای سلامت و سیاست‌های اعتباری (بیمه‌های درمانی، مشارکت عادلانه مردم در هزینه سلامت).	چپ مدرن خاتمی
کارایی، عدالت و کم کردن هزینه‌ها	سیاست‌های پیشگیرانه (بیماری‌های خطرناک)، سیاست‌های سازمانی و مدیریتی (هماهنگی و تمرکز در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت و تخصیص منابع عمومی)، سیاست‌های ارتقای شاخص‌های سلامت (هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت اصلاح الگوی تغذیه)، سیاست‌های اعتباری (جلب مشارکت‌های غیردولتی، بیمه‌ها و تعرفه‌ها).	اصول‌گرای رادیکال احمدی‌نژاد

اگرچه اصلاح ساختار اقتصادی به همراه صیانت از اقشار کم‌درآمد و تأمین عدالت اجتماعی همواره از سیاست‌های اقتصادی پس از انقلاب ۱۳۵۷ش. بوده است، بررسی سیاست‌های سلامت دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش. نشان می‌دهد، سیاست‌ها در جهت کارایی، عدالت و محدود کردن هزینه‌ها بوده است. اما این که تا چه اندازه این سیاست‌ها عملیاتی شده و اهداف مورد نظر محقق شده‌اند، نیاز به پژوهش‌های دیگری دارد. بدیهی است تکرار مشکلات و چالش‌های نظام سلامت در ایران خود شاهدهی بر استمرار و وجود مشکلات پایدار و فاصله تا دستیابی به اهداف تعیین شده است. چالش‌های نظام سلامت در ابعاد اعتباری، سازمانی، نیروی انسانی، تجهیزات و پژوهش که در دهه ۱۳۶۰ مطرح بود (در این‌باره بنگرید به هوشیار حاجی‌حسینی، ۱۳۶۵ و ۱۳۶۶؛ مدیریت بهداشت و درمان سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۶۷) در دهه ۱۳۷۰ ادامه داشت. البته نظام سلامت علاوه بر این مشکلات، در دهه ۱۳۷۰ با چالش‌های دیگری در بخش اقتصاد سلامت، افزایش مخاطرات سلامت، بیمه، نظام ارائه خدمات و کارایی روبرو بود. برخی چالش‌های نظام سلامت ایران در دهه ۱۳۸۰ به مواردی از جمله: (۱) عدالت دسترسی و رضایتمندی، (۲) ساختار نیروی انسانی، (۳) کیفیت خدمات، (۴) مدیریت و پاسخ‌گویی، (۵) نظرات خبرگان و دست‌اندرکاران (نقوی، جمشیدی و دیگران، ۱۳۸۴: ۱۰۶-۱۱۱) ارتباط می‌یابد. به نظر طریقت منفرد و دیگران (۱۳۸۷) چالش‌های نظام سلامت در چهارده بند<sup>۱</sup> مطرح شده است:

۱- به‌طور عمده مشکلات نظام سلامت در ایران در ابعاد هفت‌گانه شامل اثربخشی بر رضایتمندی مشتری، اثر بر کاهش هزینه در صورت رفع مشکل، تاثیر بر شاخص‌های سلامت، عملی بودن به لحاظ رفع مشکل، اثر بر شاخص عدالت، اثربخشی و کارایی است. چهارده چالش نظام سلامت در ایران که در بالا برشمرده شد در این ابعاد هفت‌گانه قرار دارد. یادآور می‌شود این مشکلات سوای چالش‌هایی است که نظام سلامت جهانی به‌طور عام و نظام سلامت ایران به‌طور خاص با آن روبرو است. این ضعف‌ها شامل: (۱) ظهور بیماری‌های جدید، (۲) پیرشدن جمعیت، (۳) افزایش خانوارهای تک‌نفره، (۴) هزینه‌بری تکنولوژی‌های جدید، (۵) ورود به بازارهای جهانی (طریقت منفرد، بهبهانی و حسن‌زاده، ۱۳۸۷: ۱۰۵).

(۱) عدم وجود نظام پایش کیفیت خدمات درمانی، (۲) عدم توجه به موضوع سلامت مدیران، (۳) نهادینه نشدن پژوهش در بخش سلامت، (۴) سازمان‌دهی نامناسب عناصر، (۵) تعریف نشدن بسته خدمات سلامت، (۶) عدم پرداخت سهم مناسب اعتبارات به بخش سلامت، (۷) متورم و حجیم بودن بخش دولتی، (۸) عدم تبیین روشن از اهداف کلان نظام سلامت، (۹) بیماری‌زا بودن نظام‌های پرداخت به جای سلامت‌ساز بودن آن، (۱۰) مشتری محور نبودن، (۱۱) تأثیرپذیری فراوان برنامه‌های سلامت از امور سیاسی، فرهنگی و اقتصادی، (۱۲) متعدد بودن منابع مالی نظام سلامت، (۱۳) عدم وجود سطح‌بندی در دسترسی به خدمات سلامتی، (۱۴) تمرکز تصمیم‌سازی و اجرا و نبود وجدان کاری در سطح ملی (طریقت منفرد و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۱۲).

چالش‌های کنونی نظام سلامت ایران همپوشانی بسیاری با مشکلاتی دارد که طبق گزارش‌ها، نظام سلامت ایران در دهه ۱۳۶۰ و پس از آن در دهه ۱۳۷۰ داشته است. در شرایط فعلی با وجود نیازهای اساسی نظام سلامت به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با هدف پیشگیری و درمان، یکی از چالش‌های اساسی افزایش سهم مردم در پرداخت هزینه سلامت است. در برنامه چهارم توسعه، سیاست دولت در جهت کاهش این سهم به دست کم سی درصد مطرح گردید.<sup>۱</sup> اما همین سیاست در برنامه پنجم توسعه نیز تکرار شد و مقرر شد دولت اصول‌گرای احمدی‌نژاد تا پایان برنامه پنجم این سهم را حداکثر به ۳۰ درصد برساند. تکرار این سیاست در دو برنامه پنج‌ساله توسعه، نمودی از ضعف‌ها و چالش‌های پایدار نظام سلامت به ویژه در رابطه با عدالت سلامت در ایران است. این درحالی است که در نظام سلامت ایران «افراد یا خانوارها بعضاً از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر مطلق سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه‌های زیاد مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند» (ماهر و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۴۲). چنان‌که طبق اظهار نظر وزارت بهداشت دولت احمدی‌نژاد (دولت نهم و دهم) جمعیتی که به سبب ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمان به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند از ۱,۵ درصد در دولت نهم به ۷,۵ درصد در دولت دهم افزایش یافته است. این وضعیت که بازتاب سیاست‌های

۱- به گفته مرزبان (۱۳۸۸) ۶۰ درصد هزینه‌های سلامت را مردم خود تامین می‌کنند.

افراطی خصوصی سازی این دولت ذکر شده (راغفر، ۱۳۹۲) است از یک سو با رویکرد عدالت محوری این دولت و از سوی دیگر با سیاست های تمرکزگرایانه آن مغایرت دارد.

### هزینه سلامت در دولت های چهارگانه

بررسی هزینه سلامت به عنوان بخش دیگری از درون داد سیاست اجتماعی که در حوزه سلامت با معرف «هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی» مورد سنجش قرارگرفت نشان داد، میانگین آن برای دولت چپ سستی موسوی ۱,۹ درصد، برای دولت راست مدرن هاشمی رفسنجانی ۱,۷، برای دولت چپ مدرن خاتمی این میانگین ۱,۴ درصد، و برای دولت اصول گرای رادیکال احمدی نژاد ۱,۸ درصد است. میانگین «هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی» برای دولت های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. ۱,۷ درصد، کمینه آن ۰,۹۵ و بیشینه آن ۲,۸ است.

جدول ۳- رویکرد دولت و میانگین هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی

رویکرد دولت	میانگین	دست کم	حدی بیشتر	انحراف معیار
چپ سستی	۱,۹	۱,۳	۲,۸	۰,۵۱
راست مدرن	۱,۷	۱,۴	۲,۳	۰,۲۹
چپ مدرن	۱,۴	۱,۱	۱,۶	۰,۱۹
اصول گرا	۱,۸	۰,۹۵	۲,۳	۰,۵۲
کل	۱,۷	۰,۹۵	۲,۸	۰,۴۱

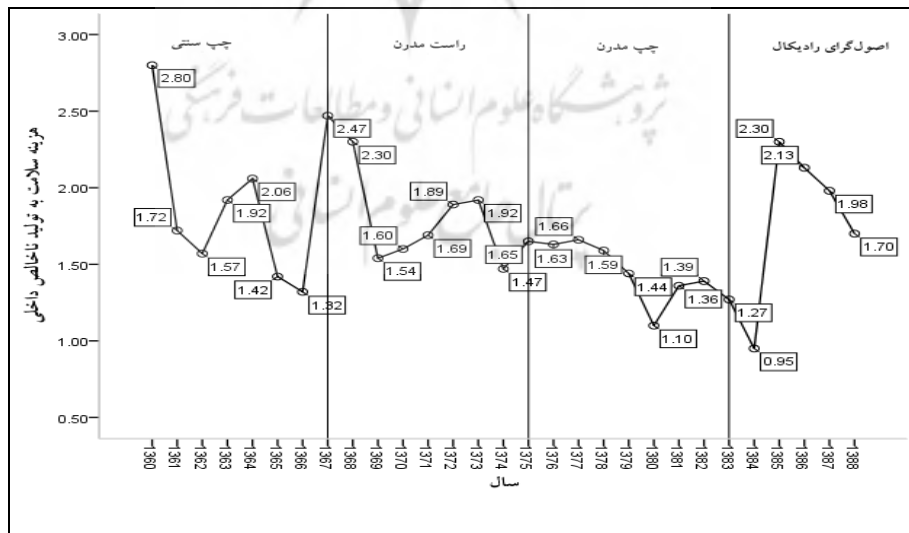
همان گونه که ملاحظه می شود میانگین سیاست سلامت دولت های چهارگانه تفاوت اندکی با یکدیگر دارند. اما برای این که دریابیم اختلاف میان این دولت ها در سیاست سلامت معنادار است یا خیر؟ از آزمون تحلیل واریانس یک سویه به شرح جدول ۴ استفاده کرده ایم.

جدول ۴- آزمون تحلیل واریانس سیاست سلامت دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش.

سطح معناداری	بهره (F)	مربع میانگین	درجه آزادی	مجموعه مربعات	
.۶۴۶	.۹۲۵	۱.۱۵۶	۲۶	۳۰.۰۵۲	بین گروه‌ها
		۱.۲۵۰	۲	۲.۵۰۰	درون گروه‌ها
			۲۸	۳۲.۵۵۲	کل

نتیجه آزمون تحلیل واریانس ( $F=0.925, df=28, sig=0.646$ ) نشان می‌دهد، نسبت اختلاف بین گروه‌ها و درون گروه‌ها معنادار نیست. بر مبنای آزمون تحلیل واریانس میان رویکرد دولت‌های چهارگانه و سیاست سلامت در بعد هزینه سلامت تفاوت وجود ندارد. نمودار ۱ نوسان هزینه سلامت را بر حسب سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش. در دولت‌های چهارگانه نشان می‌دهد.

نمودار ۱- هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی در دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش.



## بحث و نتیجه‌گیری

سلامت از نیازهای پایه‌ای برای توسعه اجتماعی در کشورهای در حال توسعه و «نوعی کالای ویژه است که هم ارزش ذاتی و هم ارزش ابزاری دارد.» (آناند، ۱۳۹۰: ۲۷). یکی از اهداف و وظایف نظام جمهوری اسلامی که در قانون اساسی مطرح شده است حفظ، تأمین و ارتقای سطح سلامت کلیه افراد جامعه می‌باشد. بنابراین بخش سلامت/ بهداشت و درمان به منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه در چارچوب سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تعیین‌شده، مجموعه نظام یافته‌ای از فعالیت‌ها و عملیات اجرایی را تعیین کرده است. مهم‌ترین این فعالیت‌ها عبارت است از: سلامت، پیشگیری و ایمن‌سازی علیه بیماری‌های واگیر، بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم‌سازی محیط‌زیست، مبارزه با بیماری‌ها، تأمین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ایجاد و راه‌اندازی مراکز و واحدهای ارائه خدمات درمان سرپایی و بستری، تأمین و سلامت نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های گوناگون. می‌توان گفت سیاست سلامت در ایران دو وظیفه اساسی که دولت برعهده گرفته است، یعنی آموزش پزشکی و ارائه خدمات سلامت به مردم را مد نظر داشته است.

بر مبنای فرض اصلی این پژوهش اگر بپذیریم سیاست سلامت تابعی از رویکرد دولت است و صدهای قدرت یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی و اساسی ابعاد گوناگون سیاست اجتماعی هستند، بنابراین انتظار می‌رود سیاست سلامت در ایران نیز تحت تاثیر رویکرد دولت‌ها باشد. با این فرض که در ایران دولت‌های گوناگون با رویکردهای متفاوت از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. قدرت را در دست داشته‌اند، سیاست سلامت دولت‌ها را در بعد سیاست‌های قانونی و هزینه سلامت به مثابه درون‌داد سیاست سلامت مورد بررسی قرار دادیم. مقایسه سیاست‌های اساسی نظام سلامت بر اساس درون‌داد قانونی در دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. نشان می‌دهد، به غیر از برخی تغییرات اساسی مربوط به سال‌های اول انقلاب ۱۳۵۷ ش. این سیاست‌ها در دولت‌های چهارگانه فارغ از رویکرد آن‌ها تکرار شده است. اگر چه برون‌داد و برآیند اجرای این

سیاست‌ها با توجه به میزان عمل به تعهدها و پایبندی به سیاست‌ها در این دولت‌ها می‌تواند متفاوت باشد. ضمن این که بایستی تاثیر سیاست‌های جهانی بهداشت از جمله کنفرانس آلماتا در سپتامبر ۱۹۷۸ و اصلاحات بخش سلامت در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ را نیز در تعیین خط‌مشی‌ها و سیاست‌های نظام سلامت در ایران در نظر داشت. چنان که، طرح توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی در سال ۱۳۶۳ ش.، سیاست جامع تغذیه، ریشه‌کنی بیماری‌ها، واکسیناسیون و مراقبت‌های مادران از جمله سیاست‌هایی است که متاثر از سیاست جهانی سلامت با هدف «مراقبت‌های اولیه سلامت» برای کشورهای در حال توسعه مطرح گردید. البته در این دوره سیاست‌هایی که مستقیماً به چالش‌ها و ضعف‌های نظام سلامت مربوط بود نیز مورد نظر قرار گرفت. در برنامه اول سیاست‌های سلامت در ایران با هدف پیشگیری، تأمین سلامت عمومی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه با رویکرد رفع نیازهای اساسی عامه مردم و نیز در برنامه دوم توسعه، سیاست‌هایی از جمله تأمین مراقبت‌های اولیه، دسترسی به آب آشامیدنی، کنترل جمعیت، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران، همسو با سیاست‌های تعیین شده در اعلامیه آلماتا است. سیاست‌های سلامت در برنامه سوم توسعه تا حدودی متفاوت از برنامه‌های پیشین بیشتر در جهت اصلاحات ساختاری در نظام سلامت است. البته به نظر می‌رسد این سیاست‌ها هم‌بی‌تاثیر از سیاست‌های دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ با هدف ایجاد اصلاحات در نظام سلامت جهانی نیست. در برنامه سوم برای کاهش هزینه‌های سلامت بر الویت بخش خصوصی در ایجاد واحدهای بهداشتی و اصلاح تعرفه‌ها و نیز جلب مشارکت غیردولتی تأکید می‌شود. برنامه چهارم و پنجم توسعه نیز سیاست‌های خود را با دو جهت‌گیری کارایی و عدالت دنبال نموده‌اند. اهدافی که مورد نظر همه دولت‌های چهارگانه از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش. بوده است. از دیگر اهداف اساسی نظام سلامت در ایران الویت فعالیت‌های بهداشتی بر درمانی است. هرچند این سیاست به عنوان یکی از سیاست‌های اساسی دولت‌ها تداوم یافته است، اما همچنان به دلیل فشار ناشی از نیاز و تقاضا اعتبارات بیشتر به برنامه خدمات درمانی اختصاص می‌یابد تا بهداشتی.



رویکرد دولت عدالت‌خواه موسوی اگرچه با تمرکز بر وحدت رویه توسط سازمان‌های دولتی در پی هدایت امکانات برای رفع محرومیت در حوزه سلامت بود، اما در همین دوره سیاست‌هایی از جمله «بهبود مدیریت اجرایی سیاست‌های عدم تمرکز و تأمین مشارکت مردم»، «جلب و جذب مشارکت مردم در تأمین بخشی از هزینه‌ها علی‌الخصوص در فعالیت‌ها و خدمات درمانی» و «ایجاد زمینه مشارکت منابع اعتبار غیردولتی سرمایه و سرمایه‌گذاری برای اجرای طرح‌های سنگین ایجاد بیمارستان‌ها» نشان از گرایش دولت به سمت بخش غیردولتی و عدم تمرکز نهادی برای تأمین سلامت در کشور دارد. این گرایش در برنامه‌های اول و دوم توسعه، با تأکید بر سیاست‌های کلان دولت با هدف کاهش تصدی در بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی در خدمات بهداشتی و درمانی به طور جدی‌تری دنبال شد. در برنامه دوم، تمرکز بر فعالیت‌ها در زمینه سلامت عمومی و بهداشتی - درمانی از جمله گسترش خانه‌های بهداشت و برنامه کنترل جمعیت و بهبود شاخص‌های سلامت در دست دولت است و گرایش به اهداف عدالت‌خواهانه مشاهده می‌شود، با این حال برنامه‌هایی که بازنمایی از رویکرد سیاسی که به آن اشتهار دارد، مانند طرح خودگردانی بیمارستان‌ها یا تأکید بر مشارکت‌های مردمی نیز در سیاست‌های سلامت در این دولت مشاهده می‌شود. در ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه، ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مواد ۱۳۸، ۱۴۰ و ۱۴۵ برنامه چهارم توسعه، همچنین ماده ۴۷ برای افزایش سهم بخش خصوصی، تعاونی و خیریه در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از سیاست‌های استراتژیک در نظام سلامت در همین راستا ارائه شده است. دولت خاتمی با رویکرد چپ مدرن علاوه بر این که به دنبال دستیابی به اهدافی در زمینه بهداشت و درمان در داخل کشور بود، در بازار بین‌المللی نیز در پی بازکردن فضایی برای ارائه توانایی‌ها و تسهیلات درمانی بود. برنامه پنجم توسعه نیز در جهت «حمایت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت»، سیاست افزایش سهم بخش خصوصی و تعاونی دنبال شد. این موضوع در شرایطی است که دولت

اصول‌گرای احمدی‌نژاد در برنامه پنجم بر تمرکز سیاست‌گذاری و نظارت در نظام سلامت نیز تأکید کرده است، این درحالی است که «تمرکز تصمیم‌سازی در نظام سلامت ایران» به عنوان یکی از ضعف‌های این نظام مطرح شده است. بررسی نظام سلامت و تناقضات موجود در حوزه سیاست‌گذاری در این بعد یکی از موضوعات مورد توجه برای بررسی در این حوزه است.

برنامه‌های دولت‌های بررسی شده در بعد درون‌داد قانونی نشان می‌دهد، سیاست سلامت ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی این دولت‌ها نیست. این موضوع می‌تواند به میزان پایبندی دولت‌ها به آنچه به عنوان نگرش و رویکرد سیاسی‌شان شناخته می‌شود، مربوط گردد. همچنین می‌تواند ما را به تأمل بیشتری درباره برچسب‌هایی که به دولت‌ها به لحاظ رویکرد سیاسی‌شان زده می‌شود، وادارد. برچسبی که دست کم در این بعد از سیاست اجتماعی - سیاست سلامت - بازنمایی نمی‌شود. ضمن این که باید در نظر داشت درون‌داد قانونی سیاست سلامت در دولت‌های چهارگانه نشانی از تحولات اساسی در این سیاست‌ها ندارد، اگرچه سیاست‌هایی به فراخور مشکلات روزمره حوزه سلامت توسط دولت‌ها تعیین شده‌اند. مانند «آیین‌نامه تشکیل شورای برنامه‌ریزی پیشگیری از ایدز» مصوبه ۱۳۸۲/۴/۴ در دولت خاتمی یا «آیین‌نامه تشکیل ستاد مقابله با آنفولانزای خوک» مصوبه ۱۳۸۸/۲/۱۳ در دولت احمدی‌نژاد. این بررسی بیانگر آن است که در تعیین برخی از سیاست‌های سلامت پیش از آن که دولت‌ها متأثر از رویکرد خود اقدام نمایند، تحت شرایط اجتماعی خاص به تعیین سیاست‌های سلامت پرداخته است. بدیهی است میزان پایبندی دولت‌ها در اجرای سیاست‌های تعیین شده تفاوت آنان را در برون‌داد و برابری سیاست سلامت آشکار می‌سازد. موضوعی که پژوهش‌های دیگر باید به آن پردازند.

علاوه بر این، در بعد هزینه سلامت نیز تأثیر رویکرد دولت بر سیاست سلامت مشاهده نشد. اگر چه بررسی‌ها نشان داد میانگین هزینه سلامت در دولت چپ موسوی نسبت به سه دولت دیگر اندکی بالاتر است، اما طبق یافته‌های این پژوهش افزایش هزینه

دولت و سیاست سلامت در ایران ... ۲۴۵

سلامت در این دولت نسبت به دولت‌های دیگر لزوماً متأثر از رویکرد دولت نیست و عوامل موثر دیگری را در این باره باید جستجو نمود. بنابراین، تحلیل سیاست سلامت در ایران در دولت‌های چهارگانه در شرایطی که احتمالاً به ساختار اجتماعی و اقتصادی هر یک از این دولت‌ها توجه گردد، می‌تواند از شفافیت بیشتری برخوردار باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با لحاظ نمودن متغیرهای دیگری از جمله نقش شرایط اجتماعی، تغییرات دموگرافیک و ساختار اقتصاد سیاسی حاکم در هر یک از این دوره‌ها و تاثیر سیاست‌های جهانی سلامت بر سیاست‌های سلامت در ایران بتوانند به یافته‌های دقیق‌تر و روشن‌تری درباره سیاست سلامت و به ویژه موضوع عدالت در سلامت دست یابند.

## منابع

- آناند، سودهیر؛ فایان پیتر و آمارتیا سن. (۱۳۹۰)، **عدالت و اخلاق در سلامت**، ترجمه: مهدی ریاحی‌فرد با همکاری ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، چاپ اول.
- آناند، سودهیر. (۱۳۹۰)، «نگرانی برای عدالت در سلامت»، در **عدالت و اخلاق در سلامت**، سودهیر آناند؛ فایان پیتر و آمارتیا سن، ترجمه: مهدی ریاحی‌فرد با همکاری ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، چاپ اول.
- اسکندری، صالح. (۱۳۸۵)، «دولت نهم و احزاب اصولگرا»، رسالت ۱۳۸۵/۱۲/۲۱
- اخوان بهبهانی، علی؛ حسن‌زاده، علی. (۱۳۸۴)، «برآورد سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۸۴»، دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس.

- اخوان بهبهانی، علی. (۱۳۸۸)، لایحه بودجه سال ۱۳۸۹: بودجه بخش بهداشت و درمان، مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی.
- الهام، غلامحسین. (۱۳۸۶)، «بنیادگرایی: اصلاح‌طلبی و اوصولگرایی: گفت و گو با غلامحسین الهام سخنگوی دولت»، نشریه برداشت اول، ۱ تیر.
- بشیریه، حسین. (۱۳۸۱)، **دیباچه‌ای بر جامعه‌شناسی سیاسی ایران**، تهران: نشر نگاه معاصر.
- برزین، سعید. (۱۳۷۷)، **جناح‌بندی‌های سیاسی در ایران از دهه ۱۳۶۰ تا دوم خرداد ۱۳۷۶**، چاپ دوم، تهران: نشر مرکز.
- بلیک‌مور، کن. (۱۳۸۹)، **مقدمه‌ای بر سیاست‌گذاری اجتماعی**، ترجمه: علی اصغر سיעدی و سعید صادقی، تهران: موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- بیژنی، مریم و همکاران. (۱۳۸۸)، «جایگاه مشروعیت قانونی در گفتمان‌های سیاسی رسمی نظام جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۶-۱۳۵۷)»، **فصلنامه علوم اجتماعی**، شماره ۴۶.
- پارسونز، واین. (۱۳۸۵)، **مبانی سیاست‌گذاری عمومی و تحلیل سیاست‌ها**، ترجمه: حمیدرضا ملک‌محمدی، جلد دوم، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی.
- ساعی، علی؛ معصومه قاراخانی و فرشاد مومنی. (۱۳۹۰) «دولت و سیاست آموزش در ایران»، **فصلنامه علوم اجتماعی**، شماره ۵۶.
- سن، آمارتیا. (۱۳۹۰) «چرا برقراری عدالت در زمینه سلامت اهمیت دارد؟» **عدالت و اخلاق در سلامت**، سودهیر آناند؛ فایان پیتر و آمارتیا سن، ترجمه: مهدی ریاحی‌فرد با همکاری ایروان مسعودی اصل و علی اخوان بهبهانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، چاپ اول.
- دژپسند، فرهاد؛ رئوفی، حمیدرضا. (۱۳۸۷)، **اقتصاد ایران در دوران جنگ تحمیلی**، تهران: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، مرکز اسناد دفاع مقدس.

دولت و سیاست سلامت در ایران ... ۲۴۷

- ذکریایی، محمدعلی. (۱۳۸۰)، تحلیل جامعه‌شناختی مواضع جناح‌های سیاسی نسبت به جامعه مدنی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- راغفر مهدوی، محمدرضا. (۱۳۹۲)، «عدالت در سلامت، مهمترین اولویت وزیر جدید بهداشت»، تاریخ دسترسی ۱۳۹۲/۵/۱۷ <http://www.ires.ir>

- طریقت منفرد، محمدحسن؛ اخوان بهبهانی، علی؛ حسن‌زاده، علی. (۱۳۸۷)، اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)، تهران: مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌ها.

- ظریفی‌نیا، حمیدرضا. (۱۳۷۸)، کالبد شکافی جناح‌های سیاسی ایران ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۸، تهران: انتشارات آزادی اندیشه، چاپ دوم.

- حسینی‌زاده، محمدعلی. (۱۳۸۶)، اسلام سیاسی در ایران، تهران: انتشارات دانشگاه مفید.

- خاتمی، سیدمحمد. (۱۳۷۹)، گزیده سخنرانی‌های رئیس جمهور درباره توسعه سیاسی، توسعه اقتصادی و امنیت، سال نخست. (جلد اول)، تهران: انتشارات طرح نو.

- شهرام‌نیا، امیرمسعود. (۱۳۸۵)، جهانی شدن و دموکراسی در ایران، تهران: نشر نگاه معاصر.

- شورای بهداشت و درمان سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۷۷)، عملکرد، تبیین وضع موجود و جهت‌گیری‌های بخش بهداشت و درمان.

- کدی. نیکی. (۱۳۸۳)، نتایج انقلاب ایران، ترجمه: مهدی حقیقت‌خواه، تهران: ققنوس

- کریمی، وهاب. (۱۳۸۶)، «ضرورت یک سیاست اجتماعی در ایران»، راهبرد، شماره ۴۵، پاییز.

- کیهان. (۱۳۸۴)، دعوا بر سر چیست؟ شماره ۱۸۴۲۹، پنج‌شنبه ۲۲ دی ماه ۱۳۸۴.

- فرقانی، محمدمهدی. (۱۳۸۲)، راه دراز گذار: بررسی تحول گفتمان توسعه سیاسی در ایران، تهران: فرهنگ و اندیشه.
- فوزی، یحیی. (۱۳۸۴)، تحولات سیاسی اجتماعی بعد از انقلاب اسلامی در ایران، جلد دوم، تهران: موسسه چاپ و نشر عروج.
- قاراخانی، معصومه. (۱۳۹۰)، تحلیل سیاست اجتماعی در ایران، ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش، پایان نامه دکتری جامعه‌شناسی سیاسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۶۸-۱۳۷۲. (۱۳۷۳)، سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی، اجتماعی و انتشارات.
- قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۴-۱۳۷۸. (۱۳۷۵)، سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی، اجتماعی و انتشارات.
- قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۹-۱۳۸۳. (۱۳۷۸)، سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی، اجتماعی و انتشارات.
- قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۴-۱۳۸۸. (۱۳۸۵)، سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی، اجتماعی و انتشارات.
- قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۴-۱۳۹۰. (۱۳۸۹)، سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی، اجتماعی و انتشارات.
- قانون بودجه سال ۱۳۶۱ مصوبه ۱۳۶۰/۱۲/۲۶ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۱)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
- قانون بودجه سال ۱۳۶۲ مصوبه ۱۳۶۱/۱۲/۲۶ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۲)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

دولت و سیاست سلامت در ایران ... ۲۴۹

- قانون بودجه سال ۱۳۶۳ مصوبه ۱۳۶۲/۱۲/۳۰ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۳)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۶۴ مصوبه ۱۳۶۳/۱۲/۲۹ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۴)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۶۵ مصوبه ۱۳۶۴/۱۲/۲۶ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۵)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۶۶ مصوبه ۱۳۶۵/۱۲/۲۸ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۵)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۶۷ مصوبه ۱۳۶۶/۱۲/۱۸ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۶)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۶۸ مصوبه ۱۳۶۷/۱۲/۲۹ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۷)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۶۹ مصوبه ۱۳۶۸/۱۲/۲۸ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۶۸)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۷۰ مصوبه ۱۳۶۹/۱۲/۲۶ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۰)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.

- قانون بودجه سال ۱۳۷۱ مصوبه ۱۳۷۰/۱۱/۱۲ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۱)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۲ مصوبه ۱۳۷۱/۱۱/۱۲ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۲)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۳ مصوبه ۱۳۷۲/۱۱/۱۲ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۳)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۴ مصوبه ۱۳۷۳/۱۱/۱۱ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۴)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۵ مصوبه ۱۳۷۴/۱۱/۱۱ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۵)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۶ مصوبه ۱۳۷۵/۱۱/۱۴ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۶)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۷ مصوبه ۱۳۷۶/۱۱/۸ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۷)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۸ مصوبه ۱۳۷۷/۱۱/۱۳ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۸)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- قانون بودجه سال ۱۳۷۹ مصوبه ۱۳۷۸/۱۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۷۹)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه.



## دولت و سیاست سلامت در ایران ... ۲۵۱

- قانون بودجه سال ۱۳۸۱ مصوبه ۱۳۸۰/۱۲/۲۲ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۱)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۲ مصوبه ۱۳۸۱/۱۲/۱۱ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۲)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۳ مصوبه ۱۳۸۲/۱۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۳)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۴ کل کشور، ماده واحده، تبصره‌ها و جداول کلان منابع و مصارف بودجه، مصوبه ۱۳۸۳/۱۲/۲۵ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۴)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۴ کل کشور، ماده واحده، تبصره‌ها و جداول کلان منابع و مصارف بودجه، مصوبه ۱۳۸۳/۱۲/۲۵ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۴)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۵ کل کشور، ماده واحده، تبصره‌ها و جداول کلان منابع و مصارف بودجه، مصوبه ۱۳۸۳/۱۲/۲۵ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۵)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۶ کل کشور، ماده واحده، تبصره‌ها و جداول کلان منابع و مصارف بودجه، مصوبه ۱۳۸۵/۱۲/۲۵ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۶)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۷ کل کشور، ماده واحده، تبصره‌ها و جداول کلان منابع و مصارف بودجه، مصوبه ۱۳۸۶/۱۲/۱ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۷)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور.
- قانون بودجه سال ۱۳۸۸ کل کشور، ماده واحده، تبصره‌ها و جداول کلان منابع و مصارف بودجه، مصوبه ۱۳۸۷/۱۲/۲۶ مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۸)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران: انتشارات معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور.

- ماهر، علی؛ علی محمد احمدی و آناهیتا شکری رحمانی. (۱۳۸۶)، «شناسایی چگونگی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سال‌های ۲۰۰۴ - ۱۹۹۸ و ارائه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظم سلامت ایران»، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی، سال هشتم.
- مرتجی، حجت. (۱۳۷۸)، **جناح‌های سیاسی در ایران امروز**، تهران: انتشارات نقش و نگار، چاپ چهارم.
- مرزبان، سیمما. (۱۳۸۸)، «ده مشکل و ده راهکار برای نظام سلامت ایران»، پایگاه اطلاع‌رسانی پزشکان بدون مرز.
- مرندی، علی‌رضا؛ فریدون عزیزی، باقر لاریجانی و حمیدرضا جمشیدی. (۱۳۷۷)، **سلامت در جمهوری اسلامی ایران**، تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- مجموعه اسناد ملی توسعه در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۵)، معاونت امور اقتصادی و هماهنگی، دفتر برنامه‌ریزی و مدیریت اقتصاد کلان، تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، معاونت امور اداری، مالی و منابع انسانی، مرکز مدارک علمی، موزه و انتشارات.
- مدیریت بهداشت و درمان وزارت برنامه و بودجه. (۱۳۶۴)، **گزارش اقتصادی فصل بهداشت و درمان**، وزارت برنامه و بودجه، معاونت امور اجتماعی، مدیریت بهداشت و درمان، تیرماه.
- مومنی، فرشاد. (۱۳۷۴)، **کالبدشکافی یک برنامه توسعه**، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، موسسه تحقیقات اقتصادی.
- معاونت پژوهشی دفتر مطالعات فناوری‌های نوین. (۱۳۸۹)، **مصوبه‌های هیأت وزیران**، مجموعه قوانین و مقررات کشور، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، نسخه الکترونیکی.

دولت و سیاست سلامت در ایران ... ۲۵۳

- نقوی، محسن و حمیدرضا جمشیدی و دیگران. (۱۳۸۴)، بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز توسعه و ارتقا سلامت، تهران: تندیس.

- وزارت بهداشت و درمان. (۱۳۸۹)، گزارش عملکرد سی‌ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

- هوشیار حاجی‌حسینی، جهانگیر. (۱۳۶۳)، مجموعه گزارش‌های تفضیلی دستگاه‌های اجرایی مورد تصدی مدیریت بهداشت و درمان در فصل بهداشت، درمان و تغذیه، وزارت برنامه و بودجه، معاونت امور اجتماعی، مدیریت بهداشت و درمان.

- هوشیار حاجی‌حسینی، جهانگیر. (۱۳۶۶)، وضعیت اقتصادی بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۵، وزارت برنامه و بودجه، معاونت امور اجتماعی، مدیریت بهداشت و درمان.

- هوشیار حاجی‌حسینی، جهانگیر. (۱۳۶۷)، وضعیت اقتصادی بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۶، وزارت برنامه و بودجه، معاونت امور اجتماعی، مدیریت بهداشت و درمان.

- هی‌وود، اندرو. (۱۳۷۹)، ایدئولوژی‌های سیاسی، ترجمه: محمد رفیعی مهرآبادی، تهران: دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی وزارت خارجه.

- Alcock, G. & G. Daly & E. Griggs. (2008). **Introducing Social policy, second edition.** Pearson, Longman.
- Amenta, E & B.G. Carruthers. (1988). The Formative Years of U.S. Social Spending Policies: Theories of the Welfare State and the American States During the Great Depression, **American Sociological Review**, Vol, 53, No. 5. Oct, pp.
- Amenta, E. (2003). "What we Know about the Development of Social Policy", In *Comparative Historical Analysis in the Social Science*, Edited by James Mahoney and Dietrich Rueschemayer, Rotledge.

- Butler, J. and M. Calnan (1999) "Health and Health Policy" In **Social policy**, John. Baldock; Nick. Manning; Stewart.Miller and Sarah. Vickertaff, Oxford.
- Cho , S.y. (2007). **The Origin and Implementation of the National Health Insurance Programs in Korea**, (1961 – 1979). The University of Missouri – Columbia.
- Evans,M. (1998). **Social security: Dismantling the pyramids? In The state of welfare: The Economics of social spending**, Edited by Howard Glennerster and John Hills, second edition, New york, Oxford.
- Gough, I. (2008). **European Welfare State: Explanations and Lessons for Developing Countries In Inclusive States: Social Policy Structural Inequality**, Edited by Anis A. Dani & Arjan de Haan, The World Bank.
- Hann, A. D. (2007). **Reclaiming social policy: Globalization, Social Exclusion and New Poverty Reduction Strategies**, Palgrave Macmillan.
- Kim, Sh.. (2004). **The Theoretical Relevance of Western Welfare – State Models in Third World Nations: The Cse of Kirean Health and Pension Programs**, Asian Perspective, vol.28, No.2.
- Skocpol, T. & E. Amenta. (1998). "States and Social Policy", Annual Review of Sociology, Vol. 12.
- Walsh, M & P. Stephens & S. Moore. (2000). **Social policy & welfare**, Staley thornes.
- Skocpol, T (2002). **Bringing the State Back in: Strategies of Analysis in Current Research**, In Bringing the State Back In, edited by Evans, P,B., Rueschemeyer,D., & Skocpol,T. Cambridge university press.
- Underwood, Carol. (2004). **Islam and health policy: A Study of the Islamic Republic of Iran**, In Islam and Social policy, Edited by Stephen P.Heyneman.