

Reorganizing the Welfare State in Light of Market-Based Logic: A Neoliberal Reading of Health Policymaking in Postwar Iran (1367-1400)

Ali Akbar Tajmazinani * 

Associate Professor of Allameh Tabatabaei
Faculty of Social Sciences, Allameh
Tabatabaei University, Tehran. Iran.

Negar Seraj 

PhD Student in Social Work, Allameh
Tabatabaei University, Tehran. Iran..

1. Introduction

With the spread of neoliberalism as the dominant discourse in public policymaking in recent decades, health policymaking systems have also undergone fundamental changes. Health policymaking in post-war Iran has been a challenging path but also one with important achievements. Although fundamental steps have been taken to increase access and develop infrastructure, issues such as equity, resource sustainability, a focus on prevention, and resistance to excessive commercialization of health services remain serious challenges.

The discourse that dominates the quotes of the Ministry of Health often indicates that health ministers support the private sector and attract its participation. According to experts in this field, the experience of privatization in the field of health care in Iran indicates that these rapid changes will not be free of danger and risk; just as the global achievements of neoliberal policies so far have been increasing instability and polarization of society, rapidly increasing social inequalities, expanding poverty, and inequality in access to health care services.

2-Research Background

Among domestic research, Gharakhani (2012), in a study titled Government and Health Policy, Abdullah Tabar (2014), in a study titled Social Policy and Health System Developments in Iran, Farzaneh and Hosseini (2010) in a study titled Studying the Method and Results of Implementing the Structural Adjustment Program in Iran, Javaheri (2010) in a research article titled Analyzing the

* Corresponding Author: atmazinani@yahoo.com

How to Cite: Taj Mazinani, A; Seraj, N. (2025). Reorganizing the Welfare State in Light of Market-Based Logic: A Neoliberal Reading of Health Policymaking in Postwar Iran (1367-1400), *Journal of Social Work Research*, 12(44) ,1-43.

Comprehensiveness of Health Policymaking in the Laws of Iranian Development Programs, and among foreign studies and research, David Hari (2005), in his book *A Brief History of Neoliberalism*, provided a summary of the report on neoliberal policies and their relationship with the role of governments in providing welfare and health services. Naomi Klein (2007), in an article titled *The Emergence of Crisis in Capitalism*, addressed the relationship between political economic crises with neoliberal reforms and the privatization of services, including health. In 2007, Navarro, in an article titled *Neoliberalism as a Class Ideology: Political Causes of Growing Inequalities*, discussed the issue that neoliberal health reforms in capitalist countries have led to the commodification of services and increased health inequality.

3. Methodology

The present research is designed within the framework of a descriptive-analytical methodological strategy with a qualitative and interpretive approach and is organized based on the interpretive-critical paradigm. In this regard, the main goal is not simply to describe the phenomenon under study, but also to understand the ideological, discursive, and institutional deep structures governing health policy developments in Iran within the context of neoliberalism discourse.

Instead of relying on positivist and quantitative methods, this research uses critical discourse analysis based on the tradition of Norman Fairclough and institutional analysis from the perspective of political economy to explore the hidden layers, assumptions, and semantic constructions in policy documents, development programs, budget bills, health laws, and elite discourse. In particular, it relies on the theoretical assumption that language is not a reflection of reality, but rather a construct of it, and therefore, every health policy has specific discursive foundations and carries power relations.

The unit of analysis in this research is document-based and system-based. Research data was extracted through the method of directional content analysis and using conceptual coding inspired by the fundamental concepts of neoliberalism (such as privatization, commodification, self-responsibility, the supervisory state, competition-oriented, etc.) in the years 1367-1400. Also, qualitative data is collected from various sources such as upstream documents in the health sector, targeted semi-structured interviews with elites, senior health managers and experts critical of market-oriented policies, analytical reports of international and domestic institutions (such as the World Bank, WHO, the Majlis Research Center, etc.) in the years (2005-2022).


4. Final result


The findings of the research are presented in the form of codes and main subcategories under the headings; 1) Redefining health as a consumer good in the neoliberal ideological system; with subcategories A. Discursive duality of the health transformation plan (extensive government intervention and, on the other hand, strengthening financial flows to revenue-generating hospitals) B. Neoliberal subjectification as a citizen in the position of an entrepreneur C. The health transformation plan as a construction along the ontological rearrangement of the government D. The failure of the family physician project due to the superficialization of services and the instability of financing 2) The transformation of the human body into a field of value-added; with subclasses A. Tying the income of doctors and medical staff to the amount and type of services provided instead of stability based on government contracts B. The gradual elimination of community-based care and the geopolitics of care and the discourse of self-care C. The reproduction of discipline on the bodies of subordinates 3) The transformation of the hospital into a quasi-entrepreneurial enterprise; with subclasses A. The superiority of the performance-based payment system and the compression of professional ethics B. Competitive pricing of health services C. The mechanism of resource allocation based on efficiency D. The transition from social health assurance to disciplined self-care and the NGOization of health E. Charity hidden in the guise of philanthropy 4) The marketization of health and the logic of performance-based; with subclasses A. Neoliberal aspects of health policies as a regulatory rationality B. The transfer of government hospitals and clinics to boards of trustees C. Private sector participation and the explosive growth of supplementary insurance were categorized as a gradual replacement for basic insurance.

Keywords: Neoliberalism-Health Policy-Health System



بازآرایی دولت رفاه در پرتو منطق بازارمحور: خوانشی نئولیبرالی از سیاست گذاری سلامت در ایران پس از جنگ (۱۴۰۰-۱۳۶۷)

علی اکبر تاج مزینانی*  دانشیار رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نگار سراج  دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

با گسترش نئولیبرالیسم به عنوان گفتمان غالب در سیاست گذاری عمومی طی دهه های اخیر، نظام های سیاست گذاری سلامت نیز دستخوش تغییرات بنیادینی شده اند. این مقاله به بررسی روند پیش روی رویکردهای نئولیبرالی در سیاست گذاری نظام سلامت در ایران پس از جنگ می پردازد و تأثیر این تحولات را بر اصول عدالت اجتماعی، دسترسی به خدمات، کیفیت مراقبت و هزینه های سلامت تحلیل می کند. سیاست هایی نظیر خصوصی سازی، رقابتی سازی خدمات، کاهش مداخله دولت و افزایش نقش بازار، گرچه در برخی زمینه ها منجر به بهبود بهره وری و نوآوری در شرایط خاصی شده اند، اما پیامدهایی چون افزایش نابرابری، کاهش شمولیت خدمات و فشار اقتصادی بر اقشار آسیب پذیر را نیز به دنبال داشته اند. این پژوهش در چارچوب یک راهبرد روش شناختی توصیفی-تحلیلی با رویکرد کیفی و تفسیرگرایانه طراحی شده و بر مبنای پارادایم تفسیری-نقادانه سامان یافته است. واحد تحلیل در این پژوهش، سندمحور و نظام محور است. داده های پژوهش از طریق روش تحلیل محتوای جهت دار و با بهره گیری از کدگذاری مفهومی با الهام از مفاهیم بنیادین نئولیبرالیسم استخراج شده اند. یافته های حاصل از پژوهش در قالب کدها و زیر طبقات تحت عناوین بازتعریف سلامت به مثابه کالای مصرفی در دستگاه ایدیولوژیک نئولیبرالی، تبدیل بدن انسان به میدان ارزش افزایی، تبدیل بیمارستان به بنگاه شبه کارآفرینانه، بازارمندی سازی سلامت و منطق عملکرد محور دسته بندی شدند.

واژه های کلیدی: نئولیبرالیسم، سیاست گذاری سلامت، نظام سلامت

مقدمه و طرح مسئله

سیاست‌گذاری سلامت یکی از وظایف حاکمیتی نظام سلامت است و شامل مجموعه دستورالعمل‌هایی است که توسط سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به منظور تأمین و حفظ و ارتقا جامعه تدوین می‌شود و راهنمای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مدیران در سطوح پایین می‌باشد (صلواتی و همکاران، ۱۴۰۰:۱۴). همچنین این نوع از سیاست‌گذاری به فرآیند تدوین، اجرا و ارزیابی سیاست‌هایی گفته می‌شود که برای بهبود سلامت جامعه، افزایش کیفیت خدمات درمانی و دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی تدوین می‌شوند. این سیاست‌ها معمولاً توسط دولت‌ها، نهادهای بین‌المللی، سازمان‌های غیردولتی و گهگاه بخش خصوصی تعیین می‌شوند (علوی پور، ۱۳۹۶:۱۹).

سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از جنگ، مسیری پر چالش ولی همراه با دستاوردهای مهم بوده است. اگرچه گام‌هایی اساسی در جهت افزایش دسترسی و توسعه زیرساخت‌ها برداشته شده، اما هنوز مسائلی مانند عدالت، پایداری منابع، تمرکز بر پیشگیری، و مقاومت در برابر تجاری‌سازی بیش‌ازحد خدمات سلامت، از چالش‌های جدی به شمار می‌روند. در طی سه دهه گذشته ساختارهای سلامت صورت جامع و نظام‌مندی به خود گرفته‌اند و دولت‌ها با اتخاذ راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در نظام‌های سلامت خود، تلاش کرده‌اند تا تأمین سلامت مردم را به‌عنوان یک اولویت در همه سیاست‌های خود در نظر بگیرند. بر همین اساس تأمین و ارتقا سلامت آحاد جامعه به یک کنش متقابل و پدیده‌ای دوسویه بین جامعه و دولت‌مردان تبدیل شده است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸:۷۸).

در ایران از دیرباز بهداشت، درمان و رفاه از عمده وظایف دولت تلقی شده و در یک ارگان دولتی تجمیع شده است، با این تفاوت که در طول سالیان متمادی، وظایف و مسئولیت‌های دیگری به آن افزوده و یا از آن کاسته شده است. بدین ترتیب سلامت مفهومی بسیار گسترده و در شرایط و مقاصد مختلفی به کار می‌رود. کاربرد این مفهوم

دامنه‌ای از حوزه‌های تخصصی سلامت، از قبیل اقتصادی، فیزیکی، اجتماعی، روانی و همه حوزه‌هایی که بر روی انسان متمرکز است را شامل می‌شود. در پنجاه و سومین گزارش سازمان جهانی بهداشت در ژنو (۲۰۰۰)، اهداف اصلی نظام سلامت به شرح زیر اشاره شده است؛ عادلانه بودن شیوه پرداخت افراد برای مراقبت سلامت، مشارکت مالی، پاسخ مناسب نظام‌ها به انتظارات و توقعات مردم، حفظ و ارتقا سلامت، کاهش نابرابری در سلامت.

در ایران نظام سلامت در طی چهار دهه اخیر، پس از پایان جنگ تحمیلی، تغییر و تحولات متعددی را از جنبه‌های مختلف به خود دیده است که بازتاب‌هایی را نیز در پی داشته است. به‌طور کلی پیامدها و دستاوردهای عمده بخشی از این نوع تحولات تسهیل در دسترسی عموم مردم به خدمات سلامت، بهبود وضعیت شاخص‌های بهداشتی، افزایش امید به زندگی و کنترل بیماری‌های مسری و غیره حاکی از سیاست‌های کارآمد را دارد؛ درحالی‌که با وجود دستیابی به موفقیت‌ها در بخشی از حوزه‌ها، همچنان لزوم توجه ویژه به نقش عوامل و استراتژی‌های اجتماعی در بروز ناکارآمدی‌ها، تبعیض‌ها و تفاوت‌ها در بهره‌مندی مردم از مزایا و خدمات سلامت احساس می‌شود.

بهداشت و درمان از جمله بخش‌هایی است که عده زیادی معتقد به تکلیف دولت در نقش آفرینی و ارائه خدمت مستقیم هستند. نظام‌های مراقبت سلامت در هر جامعه نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای دارند که عموماً بر اساس سطح توسعه و نوع ساختار هر کشور تعیین می‌شود و چگونگی عملکرد آن‌ها از فلسفه اقتصادی و اجتماعی سیاسی تبعیت می‌کند. (WHO, 2007: 78) شکل‌گیری نوع خاصی از یک نظام مراقبت بسته به این‌که سلامت حق تلقی شود و یا نوعی امتیاز متفاوت است؛ اگر سلامت به‌عنوان یک حق عمومی تلقی شود، نظام سیاسی مکلف است به‌صورت رایگان و یا با قیمت ارزان، خدمات سلامت را در دسترس مردم قرار دهد اما در صورتی که سلامت به‌عنوان یک امتیاز تلقی شود مردم در ازای دریافت خدماتی بهداشتی درمانی باید هزینه‌اش را پرداخت کنند.

خصلت طبقاتی مراقبت سلامت، در کشورهای پیرامون سرمایه‌داری بیش از کشورهای سرمایه‌داری ثروتمند توسعه پیدا کرده است؛ به عبارتی نظام‌های مراقبت

سلامت در این دو نوع کشور تفاوت‌های قابل توجهی دارند. در برخی از کشورها در کنار سیستم مراقبت عمومی یک بخش خصوصی گسترده وجود دارد و بخش خصوصی حوزه در حال رشدی است که به واسطه قوانین، دولت‌ها و مالیات مورد حمایت قرار می‌گیرد. مؤسسات پزشکی در بخش خصوصی از سطح فناوری بالایی برخوردارند و غالباً مصرف‌کنندگان آن‌ها طبقات متوسط و طبقات بالا هستند. این کشورها برای گریز از چنین مسائلی برای کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت، خصوصی‌سازی را مطرح می‌کنند و با اتخاذ این نوع سیاست دولت از تکالیف خود در قلمرو عمومی و در قبال مردم عقب‌نشینی کرده و از تأمین سلامت به مثابه یک تکلیف سر باز می‌زند.

امروزه تحت اجبار تمهیدات اعتباری و وام بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مشغول برچیدن بخشی از خدمات مراقبت بهداشتی و بخش آموزش عمومی و نیز خصوصی‌سازی بخش‌های مختلف خدمات عمومی هستند. این تغییرات محصول روندی است که از آن به عنوان جهانی‌شدن یاد می‌شود. (Goyens, 2020: 49) در ایران نظام ارائه مراقبت سلامت ترکیبی از بخش دولتی و بخش خصوصی است، اما تا امروز سهم بخش دولتی در برخی حوزه‌ها بیشتر از بخش خصوصی بوده است. در حوزه درمان بخش خصوصی فعالیت بیشتری دارد و مراقبت‌های بهداشتی عموماً به صورت دولتی و رایگان به مردم ارائه شده است.

سیستم بهداشتی و درمان ایران امروزه با مسائل مهمی از قبیل سرانه پایین تخت بیمارستانی، سرانه پایین پزشک، کسری مزمن بودجه مواجه است. برای حل بخشی از این مشکلات دولت‌ها تصمیم به برون‌سپاری بخشی از وظایف به حوزه خصوصی گرفتند (رستمی وند، ۱۳۹۹: ۶۹). خصوصی‌سازی و برون‌سپاری ابتدا در حوزه درمان نمایان شد و واگذاری بیمارستان‌های دولتی به بخش‌های خصوصی آغاز شد. اکنون این خصوصی‌سازی به بخش‌هایی از مراکز و پایگاه‌های بهداشتی نیز سرایت نموده است (لشگری، ۱۳۹۳: ۸۷). گفتمان حاکم بر نقل‌قول‌های وزارت بهداشت اغلب حاکی از حمایت وزرای بهداشت از بخش خصوصی و جلب مشارکت آن‌هاست.

تجربه خصوصی‌سازی در حوزه بهداشت و درمان در ایران به گفته متخصصین این حوزه حاکی از این امر است که این تغییرات پرشتاب عاری از خطر و ریسک نخواهد بود؛ همچنان که دستاوردهای جهانی سیاست‌های نئولیبرالیستی تاکنون افزایش ناپایداری و قطبی شدن جامعه، افزایش سریع نابرابری‌های اجتماعی، گسترش فقر، و نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی یوده است. از تبعات خصوصی‌سازی در حوزه بهداشت و درمان کاهش پاسخگویی دولت به نیازهای مردم، عدم دسترسی عادلانه برای اقشار فرودست جامعه است و هدف برقراری عدالت اجتماعی با اهداف خصوصی‌سازی با تضاد همراه است.

عده‌ای از متخصصین در این حوزه معتقد به این امر هستند که یکی از مهم‌ترین معیارها برای یک نظام مراقبت سلامت باید برقراری عدالت و برابری در دسترسی برای همه، پایبندی به ارزش‌های انسانی و کیفیت بالا و کارایی در ارائه مراقبت سلامت و اولویت دادن به اقشار نیازمند باشد و خصوصی‌سازی از جنبه‌ای یکی از موانع برقراری عدالت خواهد بود. (Buttchre, 2000: 145) با توجه به ضرورت پژوهش حاضر در بررسی ذائقه متمایل به سیاست نئولیبرالیسم سیاست‌گذار در حوزه نظام سلامت در خلال برنامه‌های اول تا ششم، پس از استخراج تمامی احکام در حوزه سلامت در برنامه‌های توسعه، متغیرهای مختلف را در چارچوب سیاست‌های اجتماعی مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

رویکردهای نئولیبرالیسم در سیاست‌گذاری سلامت پس از جنگ در ایران یکی از موضوعات پیچیده است که نیازمند بررسی جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است. نئولیبرالیسم به‌طور کلی به سیاست‌های اقتصادی‌ای اشاره دارد که تأکید زیادی بر بازار آزاد، کاهش نقش دولت در اقتصاد، خصوصی‌سازی و کاهش هزینه‌های دولتی دارد. در سیاست‌گذاری سلامت، این رویکرد به‌طور خاص به تغییرات اساسی در نظام سلامت و درمان، به‌ویژه در بخش‌های دولتی و تأمین اجتماعی اشاره دارد. کلی‌ترین و مهم‌ترین تأثیرات این تحولات عبارت‌اند از: (۱) خصوصی‌سازی خدمات سلامت؛ پس از جنگ

ایران و عراق، در شرایطی که کشور با مشکلات اقتصادی و فشارهای ناشی از تحریم‌ها مواجه بود، دولت به تدریج به سمت خصوصی‌سازی برخی از بخش‌های خدمات بهداشتی و درمانی حرکت کرد.

این فرآیند تحت تأثیر رویکردهای نئولیبرالیسمی قرار گرفت که تلاش می‌کردند تا هزینه‌های دولتی را کاهش دهند و کارایی را از طریق رقابت و مدیریت خصوصی افزایش دهند. این امر به توسعه بخش خصوصی در ارائه خدمات درمانی و بهداشتی کمک کرد، اما در عین حال منجر به افزایش نابرابری دسترسی به خدمات سلامت برای گروه‌های کم‌درآمد شد. (۲) کاهش نقش دولت در تأمین سلامت؛ در دوران پس از جنگ، دولت ایران فشارهایی را برای کاهش هزینه‌های عمومی تجربه کرد. یکی از پیامدهای این فشارها، کاهش تدریجی بودجه‌های دولتی برای خدمات بهداشتی و درمانی و گسترش نقش بخش خصوصی در تأمین سلامت بود. با توجه به محدودیت‌های مالی، بسیاری از خدمات درمانی و بهداشتی به بخش خصوصی سپرده شد، که این روند به تقویت خصوصی‌سازی در بخش درمان منجر گردید. (۳) تأثیر بر عدالت اجتماعی؛ رویکردهای نئولیبرالیسم در سیاست‌گذاری سلامت معمولاً به مشکلاتی مانند کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی برای گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر منجر می‌شود. در ایران پس از جنگ، گروه‌های کم‌درآمد که نیاز بیشتری به خدمات بهداشتی داشتند، با چالش‌هایی در زمینه دسترسی به خدمات درمانی مواجه شدند. این مسئله به نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی دامن زد و موجب تشدید شکاف‌ها میان طبقات اجتماعی مختلف شد. (۴) گسترش بیمه‌های خصوصی؛ پس از جنگ، یکی دیگر از جنبه‌های نئولیبرالیسم در سیاست‌گذاری سلامت ایران، توسعه بیمه‌های خصوصی و تلاش برای کاهش وابستگی به بیمه‌های دولتی بود.

این گام به سمت سیاست‌های خصوصی‌سازی در نظام بهداشتی حرکت می‌کرد و به دنبال آن، افراد برای دریافت خدمات درمانی با هزینه‌های بیشتری روبه‌رو شدند. در این راستا، بیمه‌های خصوصی بیشتر برای اقشار مرفه جامعه در دسترس بود، که این موضوع نیز

به عمق بخشیدن به نابرابری‌های بهداشتی کمک می‌کرد. (۵) توسعه سیستم بهداشت و درمان مبتنی بر بازار؛ در برخی از برنامه‌ها و سیاست‌ها، تلاش برای توسعه سیستم‌های بهداشتی مبتنی بر بازار و رقابت بین بخش‌های دولتی و خصوصی، توجه به کارایی و بهینه‌سازی منابع به‌عنوان هدف اصلی قرار گرفت. این رویکردها به‌طور غیرمستقیم منجر به کاهش توجه به ابعاد اجتماعی و دسترسی برابر به خدمات سلامت شد و بیشتر به تقویت مدل‌های مدیریتی و اقتصادی در بخش درمان تمرکز کرد (جعفریان، ۱۳۹۷: ۳۸).

رویکردهای نئولیبرالیسم در سیاست‌گذاری سلامت پس از جنگ در ایران موجب تغییراتی اساسی در نظام بهداشتی کشور شد که در آن بخش خصوصی نقش بیشتری یافت و دولت از تأمین کامل خدمات سلامت خودداری کرد. این تحولات به تقویت نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی منجر شد و از طرفی به فشار اقتصادی بیشتر بر طبقات ضعیف جامعه افزود. تحلیل این تحولات نشان می‌دهد که در کنار تلاش برای بهینه‌سازی منابع، توجه به عدالت اجتماعی و دسترسی برابر به خدمات سلامت باید در اولویت قرار گیرد.

با این حال، تداوم و تعمیق این روند با پرسش‌هایی کلیدی و بنیادین همراه است که نیازمند واکاوی عمیق و نظری-تحلیلی‌اند؛ آیا صورت‌بندی سیاست‌های سلامت در ایران پس‌اجنگ، دال بر نوعی همگرایی ساختاری با اصول نئولیبرالیسم است یا صرفاً اقتباسی سطحی و اقتضائی از برخی مظاهر آن تلقی می‌شود؟ در چه سطوحی و با چه مکانیسم‌هایی منطق بازار محور و رویکردهای مقررات‌زدایانه توانسته‌اند در نظام سلامت ایران رسوخ یابند؟

چگونه مفاهیمی چون کالایی‌سازی سلامت، خصوصی‌سازی خدمات بهداشتی درمانی، و تغییر در الگوهای تأمین مالی، به بازتولید نابرابری و تقویت شکاف‌های طبقاتی در دسترسی به خدمات انجامیده‌اند؟ آیا اعمال چنین سیاست‌هایی در راستای تحقق اهداف بنیادین نظام سلامت نظیر عدالت در سلامت، پوشش همگانی، و حفاظت مالی از آحاد جامعه در برابر هزینه‌های کمرشکن درمان قابل توجه است، یا آنکه نشانه‌ای از واگرایی با

آرمان‌های عدالت‌محورانه انقلاب اسلامی و اصول قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران محسوب می‌شود؟ سرانجام، در بستر ساختارهای سیاسی اقتصادی موجود، تا چه میزان امکان بازاندیشی و بازتعریف سیاست‌های سلامت در تقابل با گفتمان نئولیبرالی وجود دارد، و چه جایگاهی برای رویکردهای بدیل همچون سلامت‌محوری، مشارکت اجتماعی، و عدالت‌ساختاری می‌توان متصور شد؟.

در باب اهمیت نظری و عملی پژوهش حاضر باید از چندین منظر اساسی به بررسی پردازیم؛ نخست آن‌که در این مطالعه سعی شده است تا با استفاده از قواعد و چارچوب‌های رویکرد نئولیبرالیسم، فرآیند تولد دوباره دولت رفاه در حوزه حکمرانی سلامت پس از جنگ را مورد بررسی قرار دهیم. در این بازنمایی هدف نه صرفاً نمایش سویه‌هایی از رویکرد نئولیبرالیسم در تصمیمات و سیاست‌های حوزه سلامت در دولت بلکه، تشریح آثار کناره‌گیری دولت از نقش‌های گذشته خود در تقابل با رویکرد نئولیبرالیسم و ارائه صورت‌بندی جدیدی از دولت در حوزه سلامت است.

دوم، مطالعه پیش رو از حیث نظری و تحلیلی بخشی از نقصان ادبیات داخلی موجود در حوزه بررسی تأثیرات رویکرد نئولیبرالیسم در حوزه سلامت را پوشش می‌دهد. بخش مهمی از مطالعات و پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه سلامت عمدتاً با نگاهی مبتنی بر توصیف و با رویکردی مدیریتی به موضوع پرداخته‌اند؛ حال آنکه در این پژوهش با نگاهی انتقادی به افق پیوند میان سیاست‌های سلامت و تحولات اقتصادی ناشی از آن و به تبع آن آثار این پیوند در زیست اجتماعی افراد می‌پردازیم. در این پژوهش می‌کوشیم تحلیلی نزدیک به واقعیت نسبت به خصوصی‌سازی، کالاسازی خدمات عمومی و اصلاحات در حوزه سلامت ارائه دهیم.

سوم آنکه این مطالعه، واجد دلالت‌های اساسی برای عرضه نوعی نگاه واقع‌بینانه نسبت به وضعیت کنونی نظام سلامت در بستر نسبت میان میزان بهره‌مندی افراد مختلف جامعه از آن، است. اشاره به طبقاتی شدن دسترسی افراد به سطوح مختلف سلامت، افزایش میزان پرداخت از جیب بیماران، خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها، تخصیص هدفمند بودجه در

راستای فربه‌سازی بخش خصوصی و درآمدزا، تعرفه گذاری خدمات پزشکان متخصص و... می‌توانند به روشن شدن ریشه‌های ساختار نابرابر و فاصله‌گیری روزافزون از مفهوم عدالت اجتماعی در حوزه سلامت کمک کنند.

این پژوهش فرصتی را فراهم می‌کند تا با نگاهی بازاندیشانه و با رویکردی انتقادی به نقش دولت در تشدید و یا تخفیف شکاف‌های اجتماعی و پیامدهای آن برای عدالت اجتماعی در سیاست‌گذاری سلامت پرداخته شود. در آخر باید گفت پژوهش حاضر سهمی را در فهم عمیق‌تر منطق سیاست‌های حوزه سلامت در دهه‌های اخیر با تمرکز بر تقویت مسئولیت اجتماعی دولت و بازسازی کارکردهای رفاهی آن دارد؛ این در حالی است که در دهه اخیر حوزه سلامت با چالش‌های اساسی در حوزه پایداری مالی و نابرابری میزان دسترسی به خدمات پایه حوزه سلامت روبروست.

نئولیبرالیسم و ایران

در ایران شروع بهره‌جویی از تفکرات و منطق نئولیبرالیسم از یک دهه بعد از جنگ ایران و عراق آغاز شد. جدای از تغییرات ساختار اقتصادی در پی سیاست‌های نیولیبرالی دولت، به تدریج در شیوه نامیدن و ارزش‌گذاری امور اجتماعی نیز تغییری به وجود آمد. دوره جنگ برای آنها، سال‌های انهدام زیرساخت‌های اقتصادی، از کارافتادن کارخانه‌ها، کسری بودجه و بسیاری مشکل دیگر بود. برای مثال به جای لفظ "سرمایه‌دار" از الفاظی چون "کارآفرین" یا "سرمایه‌گذار" استفاده می‌شد. همین‌طور "مستضعفان" به "اقتدار آسب‌پذیر" بدل شد؛ اما خلاف شعارها، حاصل برنامه دولت در آن سال‌ها پیشرفت و رفاه عمومی نبود. برعکس همان‌طور که تجربه شوک‌درمانی در اکثر جوامع در حال توسعه نشان داده حاصل کار افزایش فاصله‌های طبقاتی، فقر و آسیب‌های اجتماعی بود.

با کاهش ناگهانی ارزش پول ملی در برابر دلار، قیمت کلیه کالاها و خدمات بهداشت بالا رفته و قدرت خرید گروه‌های متوسط و پایین اقتصادی به همان نسبت کاهش پیدا کرد. در نتیجه، یک‌باره بخش بزرگی از مردم به زیرخط فقر نزول کردند. از سال

۱۳۷۰ نرخ تورم سیر صعودی یافت و به ۳۵، ۲۲ و نهایتاً حدود ۵۰ درصد در سال ۱۳۷۴ رسید (بانک مرکزی ایران، ۱۴۰۱:۳۱). وارد شدن شوک به نرخ ارز و تضعیف ارزش پول ملی در نتیجه سیاست‌های نئولیبرال دولت سازندگی، ضمناً به اشکال گوناگون فرایند تولید را با اختلال مواجه کرد. کارگاه‌های صنعتی بسیاری تعطیل شدند یا برای کاستن از هزینه‌هایشان، نیروهای خود را تعدیل کردند. در نتیجه معضل بیکاری هم به تورم افزوده شد. حاصل طبیعی این وضع بیشتر شدن فاصله اغنیاء از فقرا بود (تاج‌الدینی، ۱۳۸۹:۸۸).

با وجود این تبعات، اصلاح‌طلبان که پس از هاشمی رفسنجانی روی کار آمدند، همچنان بر اجرای برنامه‌های نئولیبرالی اصرار داشتند. حاصل آنکه آموزش عالی رایگان از ۸۰ درصد در آغاز دهه، ۱۳۷۰ به ۱۳ درصد در پایان دهه ۱۳۹۰ تقلیل پیدا کرد. اینک نسبت مخارج دولت در آموزش به تولید ناخالص، به $\frac{۳}{۲}$ سقوط کرده که حتی در مقایسه با کشورهای هم‌جوار ایران چون ترکیه، آذربایجان و پاکستان هم رقم نازلی است. روند ایجاد بیمارستان‌های خصوصی و به‌طور کلی پولی سازی بهداشت و درمان نیز شدت یافته است.

به‌علاوه سهام بیشتر بانک‌های دولتی واگذار شده و مؤسسات مالی و بانک‌های خصوصی یکی پس از دیگری سر برآورده‌اند. (بانک مرکزی ایران، ۱۴۰۱:۷۸) اگرچه سیاست‌های نئولیبرالی اقتصادی در سال‌های بعد از جنگ همواره با ادعای توسعه صنعتی اجرا شده‌اند، اما در عمل به رواج بیشتر سوداگری، واردات و خرید و فروش زمین و مستغلات انجامیده‌اند. بر این اساس، برنده جهت‌گیری نئولیبرالی نیز صاحبان سرمایه‌های تجاری و مالی بوده‌اند. دلیل این امر آن است که در اقتصاد ایران، اساساً بخش خصوصی مولد و نیرومندی که بتواند مطابق آموزه‌های نئولیبرالی کارگزار یک تحول اقتصادی دوران‌ساز گردد، وجود ندارد.

پیشینه پژوهش

در میان مقالات و پژوهش‌های داخلی حول محور موضوع پژوهش، قاراخانی (۱۳۹۱) پژوهشی تحت عنوان "دولت و سیاست سلامت در ایران" با روش کیفی و کمی و کاربرد تکنیک تحلیل واریانس انجام داده است که در نتایج این پژوهش سیاست سلامت در دو بعد درونداد قانونی و هزینه سلامت دولت‌های چهارگانه طی سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ در ایران بررسی شد. نتایج نشان داد در بازه زمانی موردبررسی سیاست سلامت ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی دولت‌ها نیست و در بعد هزینه نیز تأثیر رویکرد دولت بر سیاست سلامت مشاهده نمی‌شود.

عبدالله تبار (۱۴۰۳) در مقاله پژوهشی تحت عنوان "سیاست اجتماعی و تحولات نظام سلامت در ایران"، با رویکرد نهادگرایی و با بهره‌گیری از مدل وابستگی به مسیر و با روش تاریخی اطلاعات مربوط به نظام سلامت و زیربخش‌ها آن بررسی شد. در یافته‌های این پژوهش، وابستگی شدید به نفت، پایین بودن بودجه بخش سلامت و ضعف سیاست‌گذاری سلامت از ویژگی‌های دیرینه نظام سلامت در ایران هستند که دستیابی به اهداف اصلی سیاست‌گذاری را مدرنیزاسیون و گسترش عدالت را با چالش روبرو ساخته‌اند.

فرزانه، احسان و حسینی، مجید (۱۳۹۹) در مقاله پژوهشی تحت عنوان "بررسی شیوه و نتایج اجرای برنامه تعدیل ساختاری در ایران" به این بحث پرداختند که اساساً تعدیل ساختاری در ایران ریشه در مکتب فلسفی و اقتصادی نئولیبرالیسم دارد که اساس آن کمینه‌سازی نقش دولت و گسترش قواعد و مناسبات بازار به ابعاد و حوزه‌های مختلف حیات اجتماعی تا بیشترین حد ممکن است. الگوی تعدیل ساختاری در ایران در سال‌های پس از خاتمه جنگ تحمیلی توسط دولت سازندگی و رئیس‌جمهور موردپذیرش و اجرا قرار گرفته است و متعاقباً توسط دولت‌های موسوم به اصلاحات، مهرورزی و اعتدال نیز دنبال شده است. در مقاله مذکور در قسمت نتیجه به

تبعات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی رویکرد دولت پرداخته‌شده و از نتایج این پژوهش به فاصله گرفتن از عدالت اجتماعی، افزایش نابرابری اجتماعی و طبقاتی شدن جامعه اشاره کرد.

جواهری (۱۳۹۹) در مقاله پژوهشی تحت عنوان "تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران"، با هدف تحلیل ویژگی جامعیت در سیاست‌گذاری سلامت کشور را با روش تحلیل محتوای کمی و کیفی مورد بررسی قرار داده است. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که طی برنامه‌های مختلف به تدریج بر میزان جامعیت سیاست‌های سلامت افزوده شده است به این معنا که هم مؤلفه‌های سلامت متنوع‌تر شده‌اند و هم دامنه شمول آن‌ها و گروه‌های متنوع‌تری را در برمی‌گیرد. با این وجود هنوز حد مطلوبی از جامعیت احراز نشده است زیرا عناصر مندرج در هر قانون برنامه نوسان دارد و در مورد نقش دولت در تأمین سلامت هم ابهام‌هایی وجود دارد؛ به طوری که با روی کار آمدن هر دولت و مسلط شدن گرایش سیاسی آن برنامه‌های سلامت نیز دستخوش تغییرات شده است.

در سال ۲۰۰۵، دیوید هاروی^۱ در کتاب «تاریخچه مختصری از نئولیبرالیسم» توضیح داد که سیاست‌های نئولیبرالی موجب کاهش نقش دولت در ارائه مستقیم خدمات رفاهی و سلامت، و واگذاری آن به بازار و بخش خصوصی شده است. (Harvey, 2005: 141) نائومی کلاین^۲ در سال ۲۰۰۷ مقاله‌ای با عنوان «ظهور بحران سرمایه‌داری» منتشر کرد که نشان می‌دهد بحران‌های اقتصادی و سیاسی به بستری برای تحمیل اصلاحات نئولیبرالی و خصوصی‌سازی خدمات، از جمله سلامت، تبدیل می‌شوند. (Klein, 2007: 31) در سال ۲۰۰۷، ناوارو^۳ مقاله‌ای با عنوان «نئولیبرالیسم به عنوان یک ایدئولوژی طبقاتی: علل سیاسی رشد نابرابری‌ها» در مجله بین‌المللی خدمات بهداشتی منتشر کرد.

1. David Harvey

2. Naomi Klein

3. Navarro

مطالعه وی نشان داد که اصلاحات نئولیبرالی سلامت در کشورهای سرمایه‌داری موجب کالایی‌سازی خدمات، کاهش پوشش همگانی و افزایش نابرابری‌های سلامت شده است. (Navarro, 2007: 45) مطالعه دیگری تحت عنوان "اثرات سیاست‌های بازار محور در اروپا" نشان داده‌اند که گذار از دولت رفاه محور به دولت تنظیم‌گر، پیامدهایی نظیر افزایش نقش بازار، کاهش پوشش همگانی و تمرکز بر مدیریت رقابت میان ارائه‌دهندگان خدمات داشته است. (Bambra, 2015: 78 & Saltman, 2016: 91) بنابراین با توجه به بررسی‌ها و جستجوی منابع داخلی و خارجی، پژوهشی که مشخصاً حول محور نئولیبرالیسم در سیاست‌گذاری سلامت در ایران، صورت گرفته باشد موجود نیست؛ لذا از این حیث پژوهش حاضر، در دسته مطالعات نو و در راستای ارائه بازتابی انتقادی از سیاست‌های سلامت و ارتباط تنگاتنگ آن‌ها با رویکردهای نئولیبرالی می‌باشد.

شاخص‌شناسی سلامت با توجه به اقشار مختلف جامعه

رفاه کودکان: (۱) تعداد کودکان در شیرخوارگاه‌های دولتی (۲) تعداد سرپرست‌ها (۳) تعداد موارد گزارش شده در خصوص سوءاستفاده از کودکان (۴) نسبت نفر به زمان (تعداد افراد به زمان) (۵) تعداد کودکانی که به فرزندخواندگی گرفته شده‌اند (۶) تعداد کودکان تحت پوشش مراکز رفاهی (۷) بودجه رفاهی برای خدمات مربوط به کودکان. رفاه جوانان؛ (۱) نفر/ زمان صرف شده برای احداث مؤسسات آموزشی جوانان (۲) نفر زمان صرف شده برای احداث مراکز مشاوره و راهنمایی (۳) بودجه رفاهی برای خدمات مربوط به جوانان. رفاه زنان: (۱) تعداد زنان بی‌خانمان (۲) تعداد زنان بی‌خانمان نیازمند به کمک فوری (۳) خدمات مربوط به زنان محروم (۴) نفر / زمان احداث مراکز رفاهی برای زنان (۵) بودجه رفاهی برای خدمات مربوط به زنان.

رفاه شهروندان توان‌خواه: (۱) میزان کمک‌های پزشکی (۲) میزان خدمات نگهداری در خانه و مراقبت (۳) میزان کمک‌هزینه‌های مربوط به مخارج زندگی (۴) نرخ واقعی میزان

تملك قانونی آن‌ها (۵) تعداد مؤسسات رفاهی (۶) تعداد مراکز خدماتی رفاهی برای توان‌خواهان (۷) بودجه رفاهی برای خدمات مربوط به شهروندان معلول. رفاه شهروندان سالمند: (۱) تعداد مراکز نگهداری و اسکان موجود (۲) تعداد مراکز نگهداری و اسکان در حال احداث (۳) تعداد مؤسسات رفاهی (۴) تعداد مراکز خیریه همیشه‌سبز (۵) نفر/ زمان حمایت از سالمندان (۶) تعداد شهروندان سالمند تنها (۷) نسبت سالمندان بالای شصت سال که درآمد کم یا متوسطی دارند، به کل جمعیت (۸) نفر/ زمان امکانات مربوط به نگهداری از سالمندان در طول روز (۹) بودجه رفاهی برای خدمات مربوط به شهروندان سالمند. خدمات داوطلبانه: (۱) تعداد افراد داوطلب (۲) تعداد سازمان‌های خدمات داوطلبانه (۳) تعداد ساعات خدمات‌رسانی توسط هر داوطلب (۴) بودجه خدمات داوطلبانه (مردنی و همکاران، ۷۸:۲۰۱۴).

بیمه‌های درمانی عمومی: (۱) نسبت بیمه‌شدگان به کل جمعیت (۲) هزینه‌های مالی (۳) تعداد مؤسسات خدماتی پزشکی طرف قرارداد. بیمه کارکنان دولت: هزینه کلی که سالانه در دستمزد آن‌ها اعمال می‌شود. بیمه درمانی کشاورزان: میزان کمک‌هزینه‌ای که سالانه در دستمزد آن‌ها اعمال می‌شود. کمک‌هزینه‌های زندگی: (۱) نسبت خانواده‌های کم‌درآمد به کل جمعیت (۲) میزان کمک‌هزینه زندگی (موسوی و محمدی، ۳۶:۱۳۸۸). سطوح مراقبت‌های سلامتی به چهار بخش جلوگیری، پیشگیری، درمان و بازتوانی تقسیم می‌شوند و در این راستا برنامه‌های سلامتی به لحاظ خاستگاه تاریخی و شکل‌گیری آن‌ها به دو دسته قابل تقسیم است. (Park, 2019: 32)

چارچوب نظری

پژوهش حاضر در تلاش است تا با تکیه بر رویکردی نقادانه، منطق درونی تحولات سیاست‌گذاری سلامت در ایران پساجنگ را در پرتو گسترش گفتمان نئولیبرالیسم تحلیل نماید. در این راستا، چارچوب نظری پژوهش مبتنی بر تلفیق مفاهیم برگرفته از

نظریه‌های انتقادی اقتصاد سیاسی، گفتمان‌شناسی فوکویی، و تحلیل ایدئولوژیک ساختارهای حکمرانی سلامت در بستر سرمایه‌داری جهانی‌شده و همچنین تحلیل سیاست‌های سلامت از پرتو دیدگاه‌های کلان مددکاری اجتماعی است. در قلب این چارچوب، مفهوم نئولیبرالیسم نه به‌مثابه یک بسته سیاستی صلب، بلکه به‌مثابه یک رژیم عقلانیت حکمرانی در نظر گرفته می‌شود؛ آن‌گونه که میشل فوکو در درس گفتارهای خود در «تولد زیست سیاست» (۱۹۷۹) تبیین می‌کند.

در این خوانش، نئولیبرالیسم واجد نوعی بازتعریف از مناسبات قدرت، سوژه‌سازی و سازوکارهای مداخله دولت است؛ به‌گونه‌ای که دولت، به‌جای مراقبت اجتماعی، در مقام تسهیلگر منطق بازار و سازوکارهای خودتنظیم‌گر عمل می‌کند. (Michel Foucault, 2008: 71) نمود نئولیبرالیسم در طرح تحول سلامت در چند ویژگی عمده خلاصه می‌شود؛ ۱) افزایش مشارکت بخش خصوصی (در طرح تحول سلامت، بخشی از خدمات به شرکت‌های خصوصی واگذار شد مثل خدمات پشتیبانی، و برخی خدمات پاراکلینیکی/ این سیاست با رویکرد نئولیبرال سازگار است که به دنبال کوچک‌سازی دولت و افزایش نقش بازار در ارائه خدمات عمومی است).

۲) تمرکز بر خرید راهبردی خدمات (به‌جای ارائه مستقیم خدمات، دولت سعی کرده نقش خریدار خدمت را ایفا کند. این ایده ریشه در سیاست‌های نئولیبرال دارد که نقش دولت را از "ارائه‌کننده" به "تنظیم‌کننده بازار" تغییر می‌دهد). ۳) پرداخت مبتنی بر عملکرد؛ انگیزش پزشکان و پرسنل بر اساس عملکرد، از سیاست‌های رایج در رویکرد نئولیبرال است که این موضوع گاهی منجر به اولویت دادن به خدمات درآمدزا و کاهش تمرکز بر مراقبت‌های اولیه شده است. ۴) افزایش سهم پرداختی مردم؛ اگرچه هدف اولیه طرح تحول، کاهش پرداخت از جیب بود، اما در بلندمدت، هزینه‌های سلامت برای مردم به دلایل مختلف (نظیر کاهش بودجه دولتی) افزایش یافت. ۵) نگاه بیمار محور و نه جامعه‌محور؛ تمرکز بر درمان بیماری‌ها در بیمارستان‌ها، به‌جای پیشگیری و بهداشت عمومی، از دیگر نتایج رویکرد نئولیبرال است که در آن سلامت به یک "کالا" تقلیل پیدا

می‌کند (حسینی، ۱۳۹۵: ۵۴).

از سوی دیگر، در پرتو تحلیل‌های دیوید هاروی از انباشت از طریق سلب مالکیت، سیاست‌گذاری سلامت به‌مثابه یکی از میدان‌های اصلی باز توزیع مجدد منابع و قدرت در چارچوب منطق سرمایه‌دارانه بررسی می‌شود؛ جایی که با واگذاری تدریجی وظایف دولت به بخش خصوصی، سلامت به کالا و بدن به محل انباشت سرمایه تبدیل می‌شود. در این چارچوب، فرایندهایی چون خصوصی‌سازی زیرساخت‌های درمانی، تجاری‌سازی خدمات، و تضعیف نظام‌های همبسته اجتماعی (نظیر بیمه‌های دولتی و نظام ارجاع) نه‌تنها از منظر اقتصادی، بلکه به‌عنوان بازتابی از هژمونی گفتمان نئولیبرال بر بدن سیاسی ملت قابل تفسیرند (Coe, 2002: 92). همچنین، بهره‌گیری از خوانش نائومی کلاین از "سرمایه‌داری فاجعه‌محور" می‌تواند روشن سازد که چگونه بحران‌های اقتصادی و مالی پس از جنگ، بستر مشروعیت بخشی به مداخلات نئولیبرال‌محور را فراهم ساختند. در این نگاه، وضعیت اضطرار اقتصادی بدل به فرصتی برای تزریق سیاست‌هایی شد که در شرایط عادی با مقاومت اجتماعی مواجه می‌شدند (Klein, 2007: 32). در سطح مفهومی، سه مقوله کلیدی چارچوب تحلیلی پژوهش را شکل می‌دهند؛

۱. سوژه سازی نئولیبرالی در سلامت؛ تبدیل شهروند به مصرف‌کننده خدمات درمانی و واگذاری مسئولیت سلامت به فرد.
۲. بازتولید نابرابری‌های سلامت؛ از طریق تفکیک خدمات، بیمه‌های طبقاتی، و تقویت دوگانه دولت/بازار.
۳. تغییر در الگوهای حکمرانی سلامت؛ از دولت رفاه محور به دولت تنظیم‌گر و تضمین‌کننده فضای رقابتی برای ارائه‌کنندگان.

رویکرد نئولیبرالیسم به‌عنوان گفتمان غالب در بسیاری از سیاست‌گذاری‌های عمومی، تأثیر عمیقی را بر ساختارها و فرآیندهای سیاست‌گذاری در حوزه‌های مختلف از جمله حوزه سلامت گذاشته است. این رویکرد بر اصول بنیادینی همچون خصوصی‌سازی،

کاهش نقش دولت، بازار محوری، رقابت و مسئولیت فردی تکیه دارد. در حوزه سلامت این رویکرد به شکل کاهش بودجه‌های دولتی، برون‌سپاری خدمات به بخش خصوصی و تجاری‌سازی خدمات سلامت نمود پیدا کرده است. در مطالعه حاضر چارچوب نظری بر پایه مفاهیم نظریه دولت رفاه، عدالت در سلامت، نئولیبرالیسم استوار است (Saltman, 2016: 59).

به عقیده آرتور شلزینگر^۱ دولت رفاه در پی تشکیل نظامی است که در آن حکومت متعهد می‌شود سطوح معینی از اشتغال، درآمد، آموزش، کمک بهداشتی، تأمین اجتماعی و مسکن را برای همه شهروندان خود فراهم کند. هربرت لهن^۲ عقیده دارد دولت رفاه دولتی است که در آن مردم در پی کسب سعادت و خوشبختی باشند بی‌آنکه ترس از گرسنگی، بی‌مسکنی یا ستم به دلیل نژاد، عقیده و یا رنگ وجود داشته باشد. به باور گیدنز دولت رفاه به‌عنوان نظامی اجتماعی اقتصادی تعریف می‌شود که با تکیه بر اصل رفاه موجب تحولات اجتماعی گسترده می‌شود (گیدنز، ۱۳۸۲: ۱۲۰). نمود دولت رفاه در مطالعه حاضر از حیث تلقی سلامت به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین زیرشاخه‌های دولت رفاه، قابل اهمیت است.

عدالت در سلامت شامل در سه عامل قابل ارزیابی در سطوح مختلف سیاست‌گذاری خواهد بود؛ (۱) دسترسی برابر به مراقبت‌های در دسترس برای نیاز برابر، بهره‌مندی برابر برای نیاز برابر و کیفیت برابر از مراقبت‌ها برای همه. حال با استفاده از سه دیدگاه قضاوت در خصوص عملکرد سلامت و جایگاه عدالت در آن قابل ارزیابی خواهد بود؛ (۲) سودگرایی؛ بر اساس این دیدگاه ما باید بر اساس پیامدهای یک سیاست در مورد آن به بررسی پردازیم. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع تندرستی افراد، در یک جامعه به ارزشیابی پیامدهای آن می‌پردازد. (۳) لیبرالیسم؛ به حقوق و فرصت‌ها توجه دارد و تأکید آن بر نقطه شروع افراد است، این مطالبه که شهروندان دارای حق مراقبت

1. Arthur Schesinger
2. Herbert Lehman

سلامت هستند، نشان‌دهنده تفکرات لیبرالی است. ۴) جامعه‌گرایی؛ نوع جامعه‌ای را که سیاست‌گذاری عمومی به ایجاد آن کمک می‌کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می‌کنند مهم می‌داند (sajid, 2017:341).

در مجموع، این چارچوب نظری با هدف فهم مناسبات پیچیده میان سیاست، قدرت، ایدئولوژی و سلامت، تلاش می‌کند تا فرایند نتولیرالیزه شدن نظام سلامت ایران را نه صرفاً در قالب تحولات سطحی و اجرایی، بلکه در بطن گفتمانی عمیق‌تر و در پیوند با منطق‌های جهانی‌شده سلطه و حکمرانی تحلیل نماید. در جدول زیر یک مقایسه کلی از سیاست‌های سلامت در ایران، کشورهایی با رویکرد دولت‌محور و کشورهایی با رویکرد نتولیرال ارائه شده است؛ هدف از ارائه جدول مقایسه‌ای میان سیاست‌های سلامت در ایران و کشورهای دیگر در برخورداری از یک ابزار تحلیلی نظام‌مند کلی برای تبیین نحوه آرایش نهادی، الزامات ساختاری، و پیامدهای سیاست‌گذاری سلامت در بسترهای گفتمانی متفاوت است.

جدول ۱- مقایسه نظام‌های سلامت در ایران، انگلستان و سوئد با آمریکا و سوئیس (WHO,2020)

کشور	ایران	کشورهای توسعه‌یافته دولت‌محور (انگلستان و سوئد)	کشورهای نتولیرال‌گرا (آمریکا و سوئیس)
نوع نظام سلامت	ترکیبی (دولتی و خصوصی)	غالباً نظام ملی سلامت یا بیمه اجتماعی همگانی	بازار محور با بیمه‌های خصوصی متعدد
پوشش بیمه‌ای	حدود ۷۵ درصد با بیمه پایه (سلامت، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، ...)	همگانی و اجباری	اجباری از طریق بازار رقابتی بیمه‌ها
منبع تأمین مالی	بودجه دولت/حق بیمه/پرداخت مستقیم مردم	مالیات عمومی یا مالیات بر درآمد	پرداخت مستقیم بیمه/بیمه خصوصی/یارانه دولتی
سهم پرداخت از جیب مردم	بالا (حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد)	پایین (زیر ۱۵ درصد)	متغیر؛ در آمریکا بسیار بالا (۴۰ درصد)

دسترسی به خدمات	نابرابر (شهرهای بزرگ دسترسی بهتری نسبت به مناطق محروم دارند).	پوشش سراسری و مساوی برای تمام مناطق	نابرابر؛ بسته به درآمد و نوع بیمه
بخش خصوصی	فعال و رو به رشد	محدود یا با نظارت شدید	بسیار فعال و رقابتی

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب یک راهبرد روش‌شناختی توصیفی-تحلیلی با رویکرد کیفی و تفسیرگرایانه طراحی شده و بر مبنای پارادایم تفسیری-نقادانه سامان یافته است. در این راستا، هدف اصلی نه صرفاً توصیف پدیده مورد مطالعه، بلکه فهم ژرف ساخت‌های ایدئولوژیک، گفتمانی و نهادی حاکم بر تحولات سیاست‌گذاری سلامت در ایران در بستر گفتمان نئولیبرالیسم است.

این پژوهش، به‌جای اتکا بر روش‌های اثبات‌گرا و کمی، با بهره‌گیری از تحلیل گفتمان انتقادی مبتنی بر سنت نورمن فرکلاف^۱ و تحلیل نهادی از منظر اقتصاد سیاسی، به واکاوی لایه‌های پنهان، پیش‌فرض‌ها و برساخت‌های معنایی در اسناد سیاستی، برنامه‌های توسعه، لوایح بودجه، قوانین سلامت، و گفتار نخبگان می‌پردازد. به‌طور خاص، بر این فرض تئوریک اتکا شده است که زبان نه بازتاب واقعیت، بلکه سازنده آن است و بنابراین، هر سیاست سلامت، واجد بنیان‌های گفتمانی خاص و حامل روابط قدرت است. واحد تحلیل در این پژوهش، سندمحور و نظام‌محور است. داده‌های پژوهش از طریق روش تحلیل محتوای جهت‌دار و با بهره‌گیری از کدگذاری مفهومی با الهام از مفاهیم بنیادین نئولیبرالیسم (نظیر خصوصی‌سازی، کالایی‌سازی، خود مسئولیتی، دولت ناظر، رقابت‌محوری و...) در سال‌های ۱۳۶۷ الی ۱۴۰۰ استخراج شدند. همچنین، داده‌های کیفی از منابع متنوعی نظیر منابع زیر جمع‌آوری شد.

1. Norman Fairclough

- اسناد بالادستی حوزه سلامت (۱۴۰۰-۱۳۶۷): (برنامه‌های توسعه، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳۹۳)، قوانین بودجه سنواتی مرتبط با بخش سلامت (به‌ویژه مواد مربوط به خرید خدمت، بیمه و مشارکت بخش خصوصی)، اسناد شورای عالی بیمه و نظام سلامت

- مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته هدفمند با نخبگان، مدیران کلان سلامت و صاحب‌نظران منتقد سیاست‌های بازار محور؛ معیار انتخاب مصاحبه‌شوندگان شامل سابقه مدیریتی یا سیاست‌گذاری در حوزه سلامت و یا سابقه پژوهشی و انتشار آثار علمی در حوزه سیاست‌گذاری سلامت/ مشارکت مستقیم در تدوین یا اجرای اسناد بالادستی سلامت. با هدف رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، اسامی افراد ذکر نشده و مشخصات کلی مصاحبه‌شوندگان در قسمت نتیجه‌گیری به‌طور خلاصه ارائه شده‌اند.

- گزارش‌های تحلیلی نهادهای بین‌المللی و داخلی (نظیر بانک جهانی، WHO، مرکز پژوهش‌های مجلس و...) در سال‌های (۲۰۰۵-۲۰۲۲) شامل گزارش‌های نظام سلامت و تأمین مالی سلامت سازمان جهانی بهداشت، گزارش‌های بانک جهانی درباره اصلاحات نظام سلامت و مشارکت بخش خصوصی، گزارش‌ها و مطالعات مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی درباره خصوصی‌سازی، بیمه سلامت و حکمرانی سلامت در ایران.

از حیث تحلیل، پژوهش مبتنی بر منطق تحلیل تطبیقی-گفتمانی است که طی آن، تجلیات رویکرد نئولیبرالی در سیاست‌گذاری سلامت ایران با مدل‌های آرمانی کشورهای دولت‌محور و بازار محور مقایسه می‌شود. این مقایسه با هدف برجسته‌سازی وجوه التقاط، انطباق یا واگرایی ساختاری انجام می‌گیرد. در مجموع، این روش‌شناسی به پژوهشگر امکان می‌دهد تا از سطح تحلیل سیاست به سطح تحلیل ایدئولوژی و از سطح برنامه‌ریزی به سطح حکمرانی عبور کرده، فرایند نئولیبرالیزه شدن نظام سلامت ایران را در نسبت با منطق قدرت، سرمایه، و دولت بازخوانی نماید.

یافته‌ها

بعد از جنگ و پیروزی انقلاب اسلامی، یک فرد عموماً دو دوره در سمت ریاست جمهوری بوده است که دولت اول و دوم مستثنا بود. دسته‌بندی اول از یافته‌های پژوهش در این مرحله بر اساس زمان هشت‌ساله ریاست جمهوری این افراد صورت گرفت. ابعاد دسته‌بندی ارائه خدمت، نیروی انسانی در نظام سلامت، نظام اطلاعات سلامت، دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری، تأمین مالی نظام سلامت، و حاکمیت و رهبری است. سیاست‌های تصویب‌شده در حوزه سلامت در دولت‌های سوم و چهارم به تفکیک ابعاد، زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت در سال ۱۳۶۰-۱۳۶۸؛ طی مدت ۸ سال ۲۶ برنامه و سیاست مورد تصویب قرار گرفت. در بعد ارائه خدمت ۹ برنامه، نیروی انسانی سلامت ۳ برنامه، نظام اطلاعات سلامت ۰ برنامه، دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری ۵ برنامه، تأمین مالی نظام سلامت ۴ برنامه و در بعد حاکمیت و رهبری ۵ برنامه مورد تصویب قرار گرفت.

گفتمان حاکم در سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۸ گفتمان سیاسی چپ سنتی بود که با دولت میرحسین موسوی هم‌زمان بود. از مهم‌ترین عناصر دیدگاه‌های حاکم بر آن زمان مخالفت با تعدیل اقتصادی و حاکمیت سرمایه‌داری، تمرکز بر برقراری عدالت اجتماعی و استقلال سیاسی اقتصادی، مخالفت سرسخت با آزادسازی اقتصادی و همچنین مخالفت با حذف سوبسید (یارانه) بود. (بشیریه، ۱۳۸۲: ۴۵). در سال ۱۳۶۳ برنامه اجرایی گسترش شبکه بهداشتی درمانی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۹). طرح مذکور بر بهبود غذا و تغذیه صحیح در سطح جامعه، تأمین آب سالم و کافی، تأمین سلامت همگانی جامعه در حوزه مسائل بهداشتی و بهسازی مراقبت‌های بهداشتی متمرکز بود.

در حقیقت در این دوره نگاه حاکم بر سیاست‌های سلامت نگاهی متمایل به سوسیال‌دموکراسی بود و جهت‌گیری نئولیبرالیسم در سیاست‌گذاری‌ها به دلیل باور سیاست‌گذار به تعارض این دیدگاه با عدالت اجتماعی طرد می‌شد. در این دوره تمایل به سمت ادغام سیاست‌گذاری‌ها و تشویق به وحدت رویه و هدایت برنامه‌های بهداشتی و

درمانی توسط وزارت بهداشتی و محدود کردن موسسه‌های متفرق و سازمان‌های وابسته به ارگان‌های دولتی از طریق ادغام فعالیت‌های آنها در سازمان‌های وزارت بهداشتی اتفاق افتاد. این تفکیک مسئولیت‌های رفاهی و برنامه‌های هر سازمان منجر به تأسیس سازمان بهزیستی شد و این سیاست سبب شد تا در فرایندهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، نقش دولت بسیار پررنگ باشد و همچنین به موازات آن فعالیت‌های حوزه خصوصی محدودتر گردد.^۱

در سال ۱۳۶۷ که دولت مصلحت‌اندیش علی‌اکبر هاشمی رفسنجانی روی کار آمد، تأکید بر اصلاحات اقتصادی و بازسازی سیاست‌های خارجی بود. این دولت معتقد بود به موازات پیشرفت اقتصادی و توسعه امکان برقراری عدالت در سطوح مختلف وجود خواهد داشت. گفتمان حاکم بر این دوره کاهش نقش دولت در اقتصاد کشور، افزایش مالیات‌ها و تقویت حوزه خصوصی بود، کما اینکه در برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی فرهنگی یکی از مهم‌ترین خطی‌های مشی‌ها تحت عنوان تأمین نیازهای اساسی و ضروری عامه مردم تعیین شد که در ذیل آن تأمین غذا در حد ضرورت و نیازهای اولیه، تأمین مراقبت‌های بهداشتی درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در حد ضرورت با تأکید بر نیازهای اقشار ضعیف و مناطق روستایی کشور بود.

همچنین در همین دوره از متقاضیان تأسیس درمانگاه، کلینیک، بیمارستان، آزمایشگاه، مطب و داروخانه دعوت شد تا برای دریافت پروانه تأسیس و دریافت موافقت اصولی مبالغی را به حساب خزانه‌داری کل واریز نمایند. خط‌مشی‌های برآمده از سیاست‌های سلامت در دوره مصلحت‌اندیشی حاکی از سرشت نئولیبرالیسمی سیاست‌ها و

۱- سیاست‌های تصویب‌شده حوزه سلامت در دولت‌های پنجم و ششم به تفکیک ابعاد، زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۷۶؛ طی مدت ۸ سال تعداد سی‌ویک برنامه و سیاست مورد تصویب قرار گرفت. در بعد ارائه خدمت ۱۱ برنامه، نیروی انسانی سلامت ۵ برنامه، نظام اطلاعات سلامت ۰ برنامه، دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری ۱ برنامه، تأمین مالی نظام سلامت ۶ برنامه و در بعد حاکمیت و رهبری ۸ برنامه مورد تصویب قرار گرفت.

رویه‌ها دارد. در این دوره میل سیاست‌گذار به گسترش بازار آزاد در روند خدمات‌رسانی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با برقراری دستورالعمل‌های جذب مؤسسين بیمارستان، درمانگاه، کلینیک، آزمایشگاه و ... نشانگر دیدگاهی متضاد با دیدگاه‌های حاکم بر سیاست‌های دوره قبل است. همچنین در این دوره اکثریت چارچوب‌های سیاست‌گذاری مبتنی بر مفاهیم نتولیرالیسم هستند.

از این منظر دولت تنها ملزم به تأمین امکانات عمومی حداقلی همچون بهداشت عمومی که بازارها شاید نتوانند به صورت کارآمد فراهم کنند می‌باشد. از دیگر اصول نهفته در این دسته از سیاست‌ها در این دوره تأمین تور ایمنی برای اقشار فرودست، ناتوان و کسانی که قادر به تأمین نیازهای اولیه زندگی خود نیستند می‌باشد؛ دولت در این دوره معتقد به کاهش عاملیت در تأمین مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، تأمین دارو، ارائه تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها، و... است. خصوصی‌سازی، مهم‌ترین عنصر رویکردهای نتولیرالیسمی، مفهوم محبوب در این دوره است که در اکثریت برنامه‌ها و رویه‌های نظام سلامت نمایان است.

در همین راستا برنامه‌های دیگری با محوریت رویکرد نتولیرالیسم اجرا شد؛ به‌منظور تأمین داروهای موردنیاز روستاها و مناطق محروم و نیازمند کشور و به‌موازات تشویق داروسازان برای تأسیس داروخانه در روستاها و بخش‌های موردنیاز کشور، تسهیلاتی به مبلغ ده میلیارد ریال برای این امر تخصیص داده شد (قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، ۱۳۷۸:۴۷). در سال ۱۳۶۸ با اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها با هدف کاهش نقش دولت در تأمین سلامت و ارائه خدمات بهداشتی درمانی، موج جدیدی از سیاست‌های مبتنی بر نتولیرالیسم طرح شد.

به گزارش شورای بهداشت و درمان سازمان برنامه‌بودجه (۱۳۷۷)، چالش‌های نظام سلامت در این دوره و در پی سیاست‌های جدید عبارت‌اند از؛ (۱) کاهش کارایی و بهره‌وری در نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی (۲) به مخاطره افتادن روابط بین صاحبان حرف پزشکی و مردم (۳) مشکلات تأمین دارو، کیفیت دارو و تغییرات ارزی

۴) پوشش ناکافی بیمه و عدم رضایتمندی شهروندان (۵) ضعف پژوهش‌مداری در توسعه علوم بهداشتی درمانی (۶) کاهش قدرت خرید مردم. طرح خودگردانی بیمارستان‌ها در سال ۱۳۶۸ به گونه‌ای فرار دولت از تعهد در قبال سلامت است و با اصل و هدف پیگیری عدالت اجتماعی در تعارض است.

بیمارستان‌ها از آن سال مانند بنگاه‌های اقتصادی و در سایه رقابت‌جویی با یکدیگر به سمت کسب سود و تجارت از بیماری شهروندان هستند. مصرف‌کنندگان خدمات مراقبتی-بهداشتی-درمانی در بیمارستان‌های دولتی غالباً اقشار فقیر، محروم و کم‌برخوردار هستند که به امید درمان مراجعه نموده‌اند؛ کیفیت درمان و انتخاب پزشک از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که توسط این افراد انتخاب نمی‌شوند. این طرح با افزایش پرداخت از جیب مردم از ۲۵ درصد به ۶۰ درصد عملاً گویای هویت سازگار آن با رویکردهای نئولیبرالیستی بود.

خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها و شانه خالی کردن دولت از مسئولیت خود در قبال سلامت در این طرح رقم خورد؛ درحالی‌که دولت‌ها امروزه به بهداشت و درمان به‌مثابه حق عمومی شهروندان و کالای عمومی می‌نگرند و تکلیف دولت تأمین کالای عمومی می‌باشد، قانون در اصل ۲۹ و ۴۳ به وظیفه دولت در تأمین خدمات عمومی پایه اشاره می‌کند و اذعان می‌دارد دولت مکلف است خدمات اجتماعی پایه را برای عموم مردم تأمین دارد. طرح مذکور باعث ایجاد تعارض در تکالیف دولت شد چراکه به لحاظ منطقی درآمدهای واحد درمانی با نقش ارائه‌دهنده خدمت در مغایرت است.

مادامی که بیمارستان‌ها به صورت خودگردان اداره شوند و به بیمارستان به‌عنوان محل کسب سود و رقابت با سایر مراکز بنگرند، یقیناً با کاهش هزینه‌ها به دنبال سودجویی بیشتر هستند و در پی آن به دنبال حذف خدمات پرهزینه، عدم پذیرش بیماران صعب‌العلاج که به مدت‌زمان بستری طولانی‌مدت نیاز دارند، و به‌طور کلی عدم ارائه خدمت به بیمارانی که پیش‌بینی سود مورد انتظار در خصوص آن‌ها نمی‌رود، هستند. آن‌ها تمایل به پذیرش بیماران کم‌هزینه و پردرآمدی هستند که چرخه اقتصادی بیمارستان را پرونق‌تر کند؛ لذا

رفته‌رفته به سمت کاهش خدمات سوق داده می‌شوند.

همچنین ترکیب بیمه همگانی با خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها موجب کم‌اهمیت شدن بیمه همگانی شد و هزینه‌های درمان به دوش مردم انداخته شد و این در حالی است که در کشورهای پیشرفته و توسعه‌یافته‌تر کلیه هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی توسط دولت‌ها تأمین می‌شود. دولت در این برهه با عجز کردن مفاهیم رویکرد نئولیبرالیسم با سیاست‌های سلامت سعی در پایه‌ریزی ارزش‌های جدیدی در حوزه سیاست‌گذاری سلامت داشت؛ اهمیت تقویت بازار آزاد و کاهش تصدی‌گری در مقابل چتر گسترده حمایت در حوزه بهداشت و درمان، خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها در مقابل ارائه خدمات بهداشتی درمانی به صورت دولتی، تقویت سرمایه‌گذاران حوزه سلامت در مقابل مدیریت یکپارچه ارائه خدمات بهداشتی-درمانی.^۱

در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۶ گفتمان حاکم بر نظام سلامت اغلب بر حقوق شهروندی و عقلانیت دینی تأکید داشت. دولت حاکم بر آن زمان (دولت خاتمی) معتقد بر سه بخش دولتی، خصوصی و تعاونی بود و بر آزادی شهروندان تا جایی اعتقاد داشت که بر عدالت اجتماعی ضربه وارد نکند (کدی، ۱۳۸۳: ۸۹). با هدف افزایش و توسعه خدمات بهداشتی درمانی و افزایش کیفیت تسهیلات برای آحاد جامعه در آن برهه، بخش خصوصی و مشارکت حوزه غیردولتی در ارائه خدمات مورد تأکید قرار گرفت. در حقیقت در این دوره نیز با تکیه دولت بر بخش خصوصی و تقویت این حوزه و همچنین کاهش هزینه‌های نظام سلامت سعی در برون‌سپاری بخش مهمی از فعالیت‌ها داشت.^۲

۱- سیاست‌های تصویب‌شده حوزه سلامت در دولت‌های هفتم و هشتم به تفکیک ابعاد، زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۸۴؛ در بعد ارائه خدمت ۹ برنامه، نیروی انسانی سلامت ۳ برنامه، نظام اطلاعات سلامت ۱ برنامه، دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری ۴ برنامه، تأمین مالی نظام سلامت ۱ برنامه و در بعد حاکمیت و رهبری ۱۱ برنامه مورد تصویب قرار گرفت.

۲- سیاست‌های تصویب‌شده حوزه سلامت در دولت‌های نهم و دهم به تفکیک ابعاد، زیرساخت‌ها و کارکردهای نظام سلامت سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۸۴؛ در بعد ارائه خدمت ۷ برنامه، نیروی انسانی سلامت ۲ برنامه، نظام اطلاعات سلامت ۲ برنامه، دسترسی به داروهای ضروری، محصولات پزشکی و فناوری ۱ برنامه، تأمین مالی نظام سلامت ۱۲ برنامه و در بعد حاکمیت و رهبری ۵ برنامه مورد تصویب قرار گرفت.

در طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۴ بازگشت به ارزش‌های قبل و دوران انقلاب اسلامی و تفکرات سنتی اتفاق افتاد. مهم‌ترین عناصر این دوره عدالت، مقاومت در برابر رفاه‌طلبی و توجه به اقشار ضعیف و اقتصاد عدالت محور بود. دولت احمدی‌نژاد شعارهای خود را بر پایه حمایت از حاشیه‌نشینان، تهی‌دستان و روستاییان اعلام کرد اما در عمل به این اهداف دست پیدا نکرد. طرح تحول نظام سلامت در ایران پس از جنگ و حمله عراق به ایران شامل تصویب برنامه اجرایی شبکه بهداشتی درمانی، تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان در دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی، در دوره بعد که هم‌زمان با تحریم‌های گسترده و دولت سازندگی بود.

اهم تحولات شامل اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، تصویب قانون تنظیم خانواده، طرح تشکیل پیام‌آوران بهداشت، تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی و شورای عالی بیمه درمان و در دوره بعدی که دوره اصلاحات نام‌گذاری شد، اجرای طرح بازنگری ساختار سازمانی وزارت بهداشت، اجرای طرح سطح‌بندی خدمات درمان، طرح ساماندهی شبکه اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی، اجرای آزمایشی طرح اداره هیات امنایی بیمارستان‌ها، تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و در دوره بعدی (دولت عدالت محور)، تشکیل وزارت کار و تعاون و رفاه اجتماعی، تأسیس سازمان غذا و دارو، تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران و شورای عالی بیمه سلامت بود.

در سال ۱۳۹۳ با هدف افزایش دسترسی مردم به‌ویژه اقشار کم‌درآمد به خدمات و کاهش سهم مردم در جبران هزینه‌ها، با تغییر دولت و بر سر کار آمدن دولت تدبیر و امید، ابلاغ طرح تحول سلامت و آغاز طرح پزشک خانواده در شهرها و حاشیه شهرها در دستور کار قرار گرفت. تأکید بر عدالت و تلاش در برقراری آن در حوزه سلامت، ویژگی اصلی سیاست اجتماعی در این دوره است، اما با وجود تمام تلاش‌ها و سیاست‌گذاری‌ها، تحت تأثیر شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی این امر تا اوایل دهه ۱۳۹۰ به‌طور مطلوبی محقق نشده بود؛ به همین دلیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت یازدهم،

اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی شش ماهه، با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز کرد. (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۷).

در دوره اصلاحات در ایران (۱۳۸۴-۱۳۷۶)، برخی از سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی که تحت تأثیر رویکردهای نئولیبرالیستی قرار داشتند، به‌ویژه در زمینه سلامت، اعمال شدند. رویکردهای نئولیبرالیستی معمولاً بر کاهش نقش دولت، تقویت بازار و ایجاد رقابت در سیستم‌های خدماتی تأکید دارند. در سیاست‌گذاری سلامت در دوره اصلاحات ایران، مهم‌ترین رویکردهای نئولیبرالیستی عبارت‌اند از: (۱) خصوصی‌سازی بخش سلامت: در این دوره، به‌ویژه در بخش خدمات درمانی و بهداشتی، تلاش‌هایی برای خصوصی‌سازی و کاهش نقش دولت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی صورت گرفت. این اقدامات شامل ایجاد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی، و توسعه شرکت‌های بیمه خصوصی بود.

(۲) ارتقای بیمه‌های درمانی و تأمین اجتماعی: در راستای رویکرد نیولیبرالی، تلاش‌هایی برای گسترش بیمه‌های خصوصی به‌جای سیستم تأمین اجتماعی دولتی انجام شد. این سیاست‌ها به دنبال کاهش بار مالی دولت و انتقال هزینه‌ها به بخش خصوصی بودند.

(۳) تقویت رقابت در ارائه خدمات سلامت: دولت در این دوره به دنبال ایجاد فضای رقابتی در بخش سلامت بود، تا به این طریق کیفیت خدمات بهبود یابد. این رویکرد در کنار آزادسازی بازار سلامت، به دنبال افزایش کارایی و کاهش هزینه‌ها بود.

(۴) کم‌رنگ شدن نقش دولت در تأمین منابع سلامت: دولت اصلاحات به‌جای تمرکز بر تأمین منابع مالی به‌طور مستقیم، بر ایجاد فضا برای فعالیت بخش خصوصی و تقویت مشارکت مردمی تأکید داشت. این امر به معنای کاهش حجم هزینه‌های عمومی در حوزه سلامت و کاهش مسئولیت دولت در تأمین خدمات بهداشتی و درمانی بود.

۵) اجرای سیاست‌های بازار آزاد در بخش دارویی؛ در این دوره، سیاست‌های مربوط به بازار آزاد دارو و واردات دارو با توجه به اصول نیولیبرالی اجرا شد. این سیاست‌ها شامل کاهش مداخلات دولتی در قیمت‌گذاری دارو و تشویق به رقابت بیشتر در این بازار بود. اگرچه برخی از این رویکردها با هدف بهبود کیفیت خدمات و کاهش فشار مالی دولت انجام شدند، اما انتقادات زیادی از جمله در خصوص کاهش دسترسی گروه‌های کم‌درآمد به خدمات سلامت و افزایش نابرابری‌های اجتماعی در این حوزه به آن‌ها وارد شد. در دوران دولت عدالت محور و سویه‌هایی از رویکرد نئولیبرالیسم، شعارهایی با محوریت عدالت اجتماعی در قالب سیاست‌های نظام سلامت ارائه شد که ماهیت اکثریت آن‌ها نئولیبرالیستی است؛ ویژگی‌های این نوع سیاست‌گذاری، به عبارتی ترکیب عدالت محوری با نئولیبرالیسم در سلامت عبارت است از ۱) خصوصی‌سازی با ادبیات عدالت‌طلبانه؛ در این دوره با شعار افزایش دسترسی و افزایش کیفیت برای همه بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها) گسترش پیدا کرده و مراکز خصوصی در مناطق محروم با یارانه دولتی ایجاد شد.

۲) توسعه بیمه پایه با پوشش محدود؛ بیمه همگانی با خدمات پایه محدود و پوشش ناکافی گسترش پیدا کرد؛ همچنین بیمه‌ها به صورت رقابتی با بخش خصوصی شروع به فعالیت نمودند. ۳) کاهش مستقیم نقش دولت در ارائه خدمات؛ دولت غالباً نقش ناظر و سیاست‌گذار دارد، همچنین در این دوره مراکز درمانی و بیمارستان‌ها به بخش خصوصی یا هیئت‌امنائی واگذار شد. ۷) بازار محور شدن تصمیمات سلامت؛ قیمت‌گذاری خدمات و داروها با منطق بازار تنظیم شده و رقابت بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی ورد تشویق قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

جدول ۲- کدهای مفهومی و زیرطبقه‌ها (سویه‌های رویکردهای نئولیبرالیسم در سیاست‌گذاری

سلامت پس از جنگ در ایران)

کد	زیر طبقه‌ها	۱
بازارمندی‌سازی سلامت و منطق عملکرد محور	۱.سویه‌های نئولیبرال در سیاست‌های سلامت در مقام عقلانیتی تنظیم‌گرا ۲.واگذاری بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی به هیئت‌امنائی‌ها و مشارکت بخش خصوصی ۳.رشد انفجاری بیمه‌های تکمیلی به‌مثابه جایگزین تدریجی بیمه‌های پایه	
تبدیل بدن انسان به میدان ارزش افزایی	۱.گره خوردن درآمد پزشکان و کادر درمانی به میزان و نوع خدمات انجام‌شده به‌جای ثبات مبتنی بر قرارداد دولتی ۲.حذف تدریجی مراقبت جامعه‌محور ۳.ژئوپولیتیک مراقبت و گفتمان خود مراقبتی: بازتولید انضباط بر تن فرودستان	۲
بازتعریف سلامت به‌مثابه کالای مصرفی در دستگاه ایدئولوژیک نئولیبرال	۱.دوگانگی گفتمانی طرح تحول سلامت (مداخله گسترده دولت و از سوی دیگر تقویت جریان‌های مالی به بیمارستان‌های درآمدزا) ۲.سوژه سازی نئولیبرال به‌مثابه شهروند در جایگاه کارآفرین ۳.طرح تحول سلامت به‌مثابه برساختی در امتداد بازآرایی هستی‌شناختی دولت ۴.شکست طرح پزشک خانواده در پی سطحی‌سازی خدمات و ناپایداری تأمین مالی	۳
تبدیل بیمارستان به بنگاه شبه کارآفرینانه	۱.تفوق نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و فشردگی اخلاق حرفه‌ای ۲.تعرفه‌گذاری خدمات سلامت به‌صورت رقابتی ۳.سازوکار تخصیص منابع بر مبنای بازدهی ۴.انتقال از تضمین اجتماعی سلامت به مراقبت انضباطی از خود ۵.NGO سازی سلامت؛ خیریه‌گرایی پنهان در لفافه انسان‌دوستی	۴

جدول ۳- مشخصات مصاحبه‌شوندگان

نام مستعار	حوزه تخصصی	موقعیت/ سابقه حرفه‌ای
دکتر الف	اقتصاد سلامت	عضو هیئت‌علمی دانشگاه
دکتر ب	سیاست‌گذاری	مدیر بیمارستان دولتی در تهران
دکتر ج	جامعه‌شناسی	پژوهشگر حوزه جامعه‌شناسی
خانم د	سیاست‌گذاری سلامت	نماینده مجلس شورای اسلامی در دوره قبل
دکتر م	علوم سیاسی	مدیرکل پیشین حوزه سلامت استان تهران

جدول ۴- خلاصه تحلیلی نتایج سیاست‌های رفاهی دولت در حوزه سلامت ایران (۱۴۰۰-۱۳۶۷)

در چارچوب نئولیبرالیسم

سیاست رفاهی	منطق نئولیبرالی	نتیجه سیاست رفاهی بر عدالت اجتماعی
خصوصی‌سازی بخش قابل‌توجهی از خدمات سلامت	سلامت به‌مثابه کالایی مصرفی قابل‌عرضه در بازار مصرف است.	تشدید نابرابری‌ها در دسترسی و بهره‌مندی خدمات سلامت / طبقاتی شدن نظام سلامت / کاهش قابل‌توجه قدرت انتخاب بیماران نیازمند
رواج رقابت‌جویی در بستر مراکز درمانی (بیمارستان‌ها)	بدن انسان به‌مثابه یکی از منابع ارزش‌افزوده است.	انتقال بار هزینه به بیماران / کاهش کیفیت ارائه خدمات در مراکز درمانی دولتی
کاهش مداخله مستقیم دولت در ارائه خدمات سلامت	بیمارستان به‌عنوان یک بنگاه کارآفرینی در نظر گرفته می‌شود.	بهبود مقطعی میزان بهره‌وری مراکز درمانی تمرکز خدمات باکیفیت
بازارمندسازی نظام سلامت	اولویت‌بندی‌های ارائه خدمات مبتنی بر سود و بهره‌وری هستند.	تضعیف اصل برابری در سلامت تضعیف نقش حمایتی دولت
تمرکز بر عملکرد و کارایی	چیرگی منطق بازار به‌جای تلقی سلامت به‌مثابه حق اجتماعی	انتقال مسئولیت تضمین خدمات مبتنی بر دسترسی به سلامت از دولت به افراد / کاهش حداقلی قدرت خرید افراد از بازار سلامت

کد ابتدایی پژوهش بازارمندسازی سلامت و منطق عملکرد محور است؛ این مفهوم به جریان‌های اشاره دارد که طی آن سیاست‌های حوزه سلامت به‌جای تلقی سلامت به‌عنوان یک حق همگانی، به بخشی شبه بازاری تبدیلی می‌شود که در آن مفاهیمی از قبیل سودآوری، مقررات تنظیم و کاهش هزینه‌ها و سنجش عملکرد به‌عنوان معیارهای غالب برای سیاست‌های سلامت، معرفی می‌شوند. در این مفهوم، از سلامت نه به‌عنوان حق اجتماعی و همگانی بلکه به‌عنوان یک موضوع اقتصادی با آن مواجهه می‌شود. بدیهی است دولت در این رویکرد به تنظیم‌گری بازار پرداخته و تأمین‌کننده مستقیم حوزه‌های سلامت نیست. موجبات تسلط منطق بازار از طریق سیاست‌هایی همچون گسترش بیمه‌های تکمیلی، استقرار فرآیندهای پرداخت مبتنی بر عملکرد، خصوصی‌سازی فراهم می‌شود.

در این مفهوم عقلانیت حکمرانی مبتنی بر چیره ساختن بازار پنهان است. به عبارتی حکمرانی از طریق بازار صورت گرفته و رویکرد محاسبه و بازارگرایی به حوزه‌های دیگر از قبیل حوزه اجتماعی گسترش پیدا می‌کند. نتایج این سیاست‌ها در حقیقت منتقل شدن ریسک انتخاب ورزی از دولت به افراد جامعه و پهناور شدن میدان کنشگران بخش‌های غیردولتی و ارائه آمار عملکرد کمی است. در این چارچوب، دولت از طریق مداخلات مبتنی بر ایجاد انگیزه در افراد، به تنظیم رفتار گیرندگان خدمات و ارائه‌کنندگان خدمات پرداخته و دسترسی برابر را تضمین نمی‌کند.

پس از اتمام جنگ تحمیلی، نظام جمهوری اسلامی ایران در پی مبارزه با فشارهای اقتصادی رفته‌رفته در موضع تحول در پارادایم حکمرانی قرار گرفته و به‌منابه دولتی تنظیم گرا وارد عرصه سیاست‌گذاری عمومی شد. حوزه سلامت نیز از این قاعده مستثنا نبود و به‌عنوان اولین تلاش‌ها می‌توان واگذاری خدمات درمانی به بخش خصوصی در قالب‌های مختلف اشاره کرد؛ این فرایند در برنامه‌های دوم و سوم توسعه پی‌ریزی شد و با تمرکز بیشتری در دهه ۱۳۸۰ ادامه یافت. نمود عینی بازارمند سازی سلامت، واگذاری بیمارستان‌ها به مؤسسات خصوصی و هیات امنایی است.

در این مؤلفه، گویا مراکز درمانی (بیمارستان) به بازار شبه اقتصادی تنزل یافته و معیارهای ارزیابی آن‌ها شاخص‌های بهره‌وری و افزایش درآمد است. در این سیستم ارتباط درمان به ارتباط مشتری مداری نزل یافته و نابرابری در دسترسی به خدمات را تشدید می‌نماید. ارائه خدمات سلامت مبتنی بر سودآوری بیشتر نسبت به ارائه خدمات عمومی و ضروری اولویت می‌یابد. سهم میزان پرداخت از جیب بیماران افزوده‌شده و سلامت در این تحلیل در منطق بازار ادغام می‌شود. بعد مصرفی سلامت که همانا بیمه‌های موجود می‌باشد، دستاویز دیگری برای نیل به سودآوری بیشتر برای دولت است؛ رشد بیمه‌های تکمیلی و افزایش هزینه‌های بیمه بدون توجه و پوشش حمایتی بیشتر حاکی از حذف تدریجی نقش دولت در پوشش جامع و منتقل شدن مسئولیت تأمین مالی حوزه سلامت به بخش‌های غیردولتی است.

در این معنا پایگاه اقتصادی و قدرت خرید افراد تعیین‌کننده میزان دسترسی به خدمات با کیفیت بالاست. بیمه‌های تکمیلی تنها به‌مثابه ابزار تمایز گذاری بازار در نظر گرفته شده و طبقه‌بندی سلامت در سیاست‌ها مطرح می‌شود. (Bambra, 2016: 111)

بازتولید نابرابری‌های اجتماعی و ارائه قدرت انتخاب فردی به افراد به‌جای تضمین همبستگی اجتماعی از مصادیق بارز مفهوم کلی در این کد است. در کد دوم باید گفت در منطق نیولیبرالی، سلامت در ایران به یک حوزه فعال در ارزش افزایی مبدل شده است. بدن به‌مثابه ابژه‌ای برای سرمایه اندوزی، محاسبه‌گری و رقابت، اکنون دیگر موضوع قابل‌بحث برای حمایت دولت نیست. این گذار در ایران در موضع خوش بینانه، بازآرایی حضور دولت در حوزه تأمین سلامت قلمداد می‌شود و واضحا دولت به‌جای ارائه مستقیم خدمات به تنظیم بازار سلامت می‌پردازد.

یکی از سازوکارهای این سیاست، ایجاد ارتباط مستقیم میان درآمد کادر درمان به میزان خدمات و ارزیابی کمی خدمات ارائه شده و به‌تناسب آن سیستم پرداخت کارانه بر اساس عملکرد کمی و تعرفه گذاری خدمات درمانی است. در ایران پس از جنگ به‌ویژه از دهه ۱۳۷۰ به بعد، با کاهش چشمگیر استخدام رسمی و دولتی، پی‌ریزی سیستم کارانه مبتنی بر عملکرد و رشد بخش‌های خصوصی در پیکره نظام سلامت، به تدریج درمان به‌جای پیشگیری محور قرار داده شد. در این معنا عملاً سیستم درمان، به زیان فرودستان جامعه عمل کرده و بدن آن‌ها به فضا و بستری برای مصارف پزشکی مبدل شد و از آنجایی که فرودستان فاقد قدرت انتخاب برای گزینش کیفیت دریافت خدمات پزشکی هستند، نابرابری در دسترسی عادلانه به خدمات پزشکی و درمانی یکی از پیامدهای این روند است.

به‌عبارت دیگر، بدن افراد فرودست به سوژه‌ای برای تولید درآمد تبدیل می‌شود. موضوع حائز اهمیت دیگر آن است که در دهه‌های اخیر، بودجه‌های پیش‌بینی شده برای حوزه بهداشت تا حدود زیادی کاهش یافته است و این کاهش بودجه بیشترین آسیب‌ها را بر افراد ضعیف جامعه وارد می‌کند چراکه مصرف‌کنندگان واقعی مراقبت‌های پیشگیرانه

رایگان فرودستان جامعه هستند؛ بیماری در این قشر آن‌ها را متحمل هزینه‌های سنگین تری نسبت به سایر افراد مواجه می‌کند. ضعف یا فقدان سیستم ارائه خدمات مراقبت بهداشتی اولیه آن‌ها را به مشتری‌های پرهزینه در صف دریافت خدمات درمانی مبدل می‌سازد. سرانجام فقر و بیماری در یک چرخه همواره بازتولید می‌شوند. از نگاه دیگر در این مفهوم دولت مسئولیت سلامت را خود افراد معرفی می‌کند.

کد بعد از حیث وجود تناقضات اساسی در عملکرد طرح تحول سلامت است. به این ترتیب، دولت با قرار دادن خود به عنوان نقش محوری و هدایت جریان‌های مالی به سمت مراکز درمانی سودآورتر، از یک پارادوکس ساختاری پیروی می‌کند. در این پارادوکس دولت از طرفی نقش نظارت و کنترل بازار را ایفا می‌کند و از سوی دیگر، به طور غیر آشکار، با تقویت جریان‌های سودآور بازار سلامت، منجر به در سایه افتادن چتر حمایتی خدمات عمومی سلامت می‌شود. در خصوص طرح تحول سلامت نیز دولت با وجود اعلام حمایت از کاهش پرداخت از جیب بیماران و تضمین برابری در دسترسی به خدمات سلامت، در حقیقت با فشار بر پیکره مالی مراکز درمان و انواع بیمه‌های پایه، به تسهیل جریان منابع مالی به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی پرداخت.

این نقد، با انواع شواهد و داده‌های موجود مبنی بر افزایش چشمگیر هزینه‌های درمان، عدم پوشش بیمه در حوزه‌های دندان‌پزشکی، خدمات سلامت روان (روانشناسی، روان‌پزشکی) و...، بحران‌های مالی بیمه‌ها و مراکز درمانی دولتی هم‌راستا است. در این بین بازتاب‌های مستقیم رویکرد نئولیبرالیسم در خلال سیاست‌های دولت رفاه کاملاً محسوس است. دولت در سایه، هم تنظیم‌کننده بازار است و هم از طریق تعرفه گذاری و سیستم پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد، به سمت فربه نمودن بخش‌های درآمدزا و خصوصی رفته و عاقبت فشار هزینه‌های سنگین درمان را بر اجزا سیستم تقسیم می‌کند.

به عبارت دیگر در این طرح با افزایش تعرفه پزشکان متخصص با اهداف پیش‌بینی شده، به نوعی به جای آن‌که اصل بر تمرکز بر عدالت درمانی و عدالت در دسترسی باشد، برندسازی خدمات درمانی و تسهیل در انباشت سرمایه در بخش درمان

بدون در نظر گرفتن اقشار آسیب‌پذیر جامعه صورت گرفت. کما این که در برنامه چهارم توسعه، دولت با هدف کاهش این سهم به عدد ۳۰ درصد، برنامه‌هایی را تدوین نمود اما عملیاتی شدن آن‌ها در برنامه توسعه پنجم نیز محقق نشد. بر طبق رویکرد نئولیبرالیسم، هر شهروند به یک کنشگر اقتصادی مبدل می‌شود؛ به عبارت دیگر هر فرد مسئولیت مدیریت هزینه‌های سلامت و مسئولیت انتخاب سرویس خدمت سلامت را دارد.

بیمار فرد مصرف‌کننده‌ای است که طبق سازوکار بازار و منطق آن دست به انتخاب سرویس‌های درمانی در میان انواع خدمات درمان با اقسام کیفیت‌ها می‌نماید. این بازار زدگی در حوزه ارائه خدمات سلامت، پدیده‌ای است که با تقویت جریان‌های بازار، حقوق جمعی و عدالت اجتماعی را به حاشیه می‌راند. در این پیوستار، دولت به بازیابی هویتی جدید از خود در ساختار نظام سلامت می‌پردازد؛ شکلی از دولت که در آن سیاست‌های رفاهی غالباً در حدود قواعد بازار، رقابت و قیمت‌گذاری‌های خدمات باز معنا و تبیین می‌شوند. پس در عمل طرح تحول سلامت، طبق این کد، بازآرایی دولت رفاه به‌مثابه یک تنظیم‌کننده است، بیش از آن که یک ابزار رفاهی در قالب سیاست‌های کلاسیک باشد.

مصادق بارز آن در نظام سلامت ایران، در حدود دهه ۱۳۸۰ با تمرکز بر ترویج تبلیغات سبک زندگی، گسترش آموزه‌های پیشگیرانه مبتنی بر سلامت در رسانه‌ها و همچنین تأکید بر لزوم رعایت بهداشت فردی نوع به خصوصی از فردگرایی در رفتارهای مبتنی بر سلامت شکل گرفت. طرح پزشکی خانواده نیز که با محوریت گسترش و تقویت حوزه پیشگیری و مراقبت اولیه و به دنبال آن کاستن از هزینه‌ها پیگیری و اجرا شد، عملاً به دلیل منابع مالی ناپایدار، کم‌توانی در ساختار اجرایی و همچنین تأکید نامتناسب بر درمان کوتاه‌مدت طرحی محکوم به شکست قلمداد شده است. این امر از نتایج بدیهی عدم کفایت و ظرفیت سیاست‌های مبتنی بر بازار، در ارائه خدمات یکپارچه سلامت به شکل عمومی است. چراکه منطق بازار عموماً به سطوحی از خدمات تمایل ویژه دارد که سنجش‌پذیر، زودبازده، درآمدزا و رقابتی باشد و میل به فعالیت در سطوح پیشگیری که ایجاد ارزش

اجتماعی می‌کند را ندارد.

موضوع حائز اهمیت دیگر نظام پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد و بحث فشار حجم کار حرفه‌ای از نشانه‌های آشکار چیرگی رویکرد نئولیبرالیسم است. آنچه در سیستم درمانی ایران به چشم می‌خورد، توجه به خروجی‌های کمی و تقلیل‌گرا نسبت به عملکرد پرسنل کادر درمان به‌جای تأکید و برنامه‌ریزی بر افزایش کیفیت درمان و عدالت در بهره‌مندی افراد، است. در نتیجه این امر، به دنبال تحمیل فشار فشرده‌گی کار بر ارائه‌دهندگان خدمت، آن‌ها را به سمت ارائه بیشتر آمارهای کمی و رقابت‌طلبی سوق می‌دهد؛ لذا طبعاً آن‌ها علاوه بر عدم تمرکز بر کیفیت خدمات، از اختصاص زمان کافی برای بیماران صرف‌نظر کرده و سازوکارهای سود و کارایی جایگزین می‌شود که به‌طور علنی مصداق ظهور یکی از مشخصه‌های رویکرد نئولیبرالیسم است.

به‌ویژه در دهه ۱۳۸۰ با اجرای برنامه چهارم توسعه و پس از آن در طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ با اعمال سیاست پرداخت مبتنی بر عملکرد که در بیمارستان‌های آموزشی اجرا شد، به‌طور علنی همگرایی سیاست‌های دولت در حوزه سلامت با اصول اقتصاد بازار سلامت آشکار گشت. در این سیستم، خدمات توسط بازار سلامت تعرفه گذاری شده و سیاست‌گذاران دولت در آن نقشی ندارند، در نتیجه این مدل منجر به دسترسی نابرابر به خدمات درمان و سلامت و محرومیت زایی در دسترسی عادلانه به خدمات می‌شود. رویکرد مهم دیگری که اخیراً موجی از آن موجب نادیده گرفته شدن اصل پیگیری عدالت توزیعی و تمرکز بیش‌ازپیش بر بازارمحوری شده است، اختصاص منابع مالی که بیشترین بهره‌وری اقتصادی را دارند، است.

در این فرایند منابع مالی محدود، به سمت سودآورترین خدمات سلامت هدایت شده و پشتیبان این رویکرد، در نگاه‌ها و ایده‌های نئولیبرالیسم نهفته است. از سوی دیگر، در این سیستم خود فرد، بالقوه مسئولیت مراقبت از سلامتی و پیگیری درمان خود در نظر گرفته می‌شود؛ کما اینکه در ایده‌های نئولیبرالیسم نیز سلامت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های تضمین جمعی دولت رفاه، در اولویت نیست و به‌جای آن تمرکز بر تدارک تجهیزات و خدمات

درمان و سلامتی توسط افراد است. افراد در این نگاه، مسئول پیگیری سبک زندگی سالم با بودجه‌های خود بوده و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بر عهده خود آنهاست. به عبارت دقیق‌تر، بخش قابل توجهی از خدمات سلامت در عصر کنونی از عهده دولت خارج شده و یا در صورت پوشش حمایت دولت، افراد مرفه‌تر طبق منطق بازار و سیستم مبتنی بر آن، قدرت انتخاب بیشتر و میدان وسیع‌تری برای گزینش خدمات باکیفیت بالاتر دارند. بخش مهمی از خدمات درمانی از قبیل خدمات دندان‌پزشکی و داروها شامل حمایت و پوشش بیمه نیست؛ میزان زمان مورد انتظار برای ویزیت پزشک متخصص برای همه افراد جامعه یکسان نیست و فردی که محدودیت مالی برای پرداخت هزینه‌ها را ندارد، عموماً دسترسی سهل‌تری به پزشکان متخصص دارد. در پی دنبال نمودن سیاست‌های راهبردی نزدیک به رویکرد نئولیبرالیسم، رفته‌رفته نهادهای خیریه و غیردولتی که به‌نوعی با هدف جبران نقصان عملکرد دولت در حوزه سلامت پدید آمده بودند، پررنگ‌تر از قبل به فعالیت خود ادامه دادند.

این در صورتی است که در اصل ۲۹ قانون اساسی ایران، به‌صراحت به حفظ، تأمین و ارتقا سلامت کلیه افراد جامعه به‌عنوان یکی از وظایف اصلی و اهداف نظام اشاره شده است و پس از انقلاب نیز کلیه دستورالعمل‌ها، قوانین، سیاست‌ها و پروتکل‌های وزارت بهداشت با تمرکز بر عدالت در برخورداری از خدمات سلامت تدوین و ابلاغ شده‌اند. در ایران مصادیق بارز این جهت‌گیری، در تشکیل سازمان‌های مردم‌نهاد مختلف در حوزه تأمین بسته‌های خدمات مراقبتی درمانی در قالب خیریه‌های مختلف پیداست.

امدادگران عاشورا (حمایت از بیماران مبتلا به سرطان)، خیریه بهنام دهش پور (حمایت از بیماران مبتلا به سرطان)، خیریه محک (حمایت از کودکان مبتلا به سرطان)، خیریه فرهاد (حمایت از بیماران مبتلا به سرطان)، خیریه زنجیره امید (حمایت از کودکان مبتلا به بیماری قلبی، ارتوپدی)، خیریه سمر (حمایت‌های غذایی از بیماران صعب‌العلاج)، انجمن خیریه حمایت از بیماران کبدی، انجمن خیریه حمایت از بیماران مبتلا به ایدز، انجمن صرع، انجمن دیابت ایران، انجمن ام اس ایران، انجمن خیریه حمایت از بیماران کلیوی

ایران، کانون هموفیلی ایران، انجمن استومی ایران، انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی، انجمن تالاسمی ایران، موسسه خیریه سپاس، انجمن صرع و از سویی عدم تکفل آن‌ها در تأمین نیازهای گروه هدف، در پی فشارهای اقتصادی، سیاست‌های غیر کارشناسی در حوزه سلامت و سودمحور شدن قوانین و بخشنامه‌های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت و همچنین سرایت بازارمحوری در تصمیمات دولت در حوزه‌های عمومی است.

بازتولید نابرابر قدرت در میان طبقات مصرف‌کننده خدمات سلامت از بازتاب‌های دیگر این نوع سیاست‌هاست که به تبع آن شاهد طبقاتی شدن حوزه سلامت و دسترسی به آن هستیم. به‌طور کلی در این مؤلفه به دنبال آن بودیم تا نمایی از دولت رفاه را که در آن فردگرایی و کارایی اقتصادی دو محور اصلی هستند، نشان داده و عدم کفایت دولت را در تضمین حداقل‌ها در حوزه سلامت تبیین کنیم.

سپاسگزاری؛

"در پایان با سپاس از تمامی کنشگران علمی و منتقدان آگاه که با فراهم‌سازی دسترسی‌های لازم و همکاری‌های بی‌دریغ با نقدها و بازخوردهای راهگشا امکان بازاندیشی و تعمیق در جنبه‌هایی از سیاست‌های سلامت را فراهم ساختند؛ امیدوارم قلم و گفتمان ما هرگز به خانه سکوت بازنگردد."

تعارض منافع

ندارم.

ORCID

Ali Akbar Tajmazinani

 <http://orcid.org/0000-0003-4379-3461>

Negar Seraj

 <http://orcid.org/0000-0003-4239-8080>

منابع

- بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. (۱۴۰۱). *آمارهای کلان اقتصادی*. بازیابی شده از پایگاه اطلاع‌رسانی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران.
- بشیریه، حسین (۱۳۸۲)، *جامعه‌شناسی سیاسی جمهوری اسلامی ایران*. تهران: نشر نی، چاپ سوم.
- تاج‌الدینی، محمدرضا. (۱۳۸۹)، *اقتصاد سیاسی توسعه در ایران؛ دولت‌سازندگی و پیامدهای اجتماعی-اقتصادی*. تهران: نشر نی، چاپ دوم.
- جعفریان، محمد. (۱۳۹۷)، *واکاوی سیاست‌های نئولیبرالی در نظام سلامت ایران پس از جنگ تحمیلی*، تهران: مرکز پژوهش‌های توسعه اجتماعی و انسانی، چاپ اول.
- جواهری، فاطمه؛ صفری شالی، رضا؛ مهدوی کنده، داوود. (۱۳۹۹)، "تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران"، *فصلنامه مسائل اجتماعی ایران*، دوره ۱۱، شماره ۱: ۶۳-۷۸.
- حسینی، مجید و فرزانه، احسان. (۱۳۹۹)، "بررسی شیوه و نتایج اجرای برنامه تعدیل ساختاری در ایران"، *مجله تحقیقات اسنادی انقلاب اسلامی*، دوره ۲، شماره ۴: ۱۲۵-۱۰۶.
- خسروی، سعیده و نجفی، محمد. (۱۳۸۸)، *نظام سلامت در ایران: ساختارها، چالش‌ها و چشم‌اندازها*. تهران: انتشارات اندیشه سلامت، چاپ دوم.
- رستمی وند، حبیب. (۱۴۰۰)، *تحلیل ساختار نظام سلامت ایران و چالش‌های فرارو*. تهران: مرکز پژوهش‌های سلامت، چاپ اول.
- صلواتی، صدیقه. (۱۴۰۰)، *مرجع سیاست‌گذاری سلامت در ایران*، تهران: انتشارات سمت، چاپ اول.
- عبدالله تبار، هادی. (۱۴۰۳)، "سیاست اجتماعی و تحولات نظام سلامت در ایران"، *فصلنامه رفاه اجتماعی دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی تهران*، دوره ۲۲، شماره ۹۴: ۴۸-۹.
- علوی‌پور، هادی؛ زین‌العابدینی، ناهید. (۱۳۹۶)، *سیاست‌گذاری سلامت: مفاهیم، نظریه‌ها و رویکردها*. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول.
- فرزانه، احسان و حسینی، مجید. (۱۳۹۹)، *بررسی شیوه و نتایج تعدیل ساختاری در ایران*. فصلنامه جستارهای انقلاب اسلامی، دوره ۱۴، شماره ۷: ۵۴-۴.

- قاراخانی، معصومه. (۱۳۹۲)، "دولت و سیاست سلامت در ایران (۱۳۶۰-۱۳۸۸)"، فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، دوره ۲۰، شماره ۲۴:۱۰۲-۶۱.
- کدی، نیکی آر (۱۳۸۳)، *ایران مدرن: ریشه‌ها و پیامدهای انقلاب*، ترجمه: عبدالرحیم گواهی، تهران: نشر ققنوس، چاپ اول.
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۲)، *جامعه‌شناسی معاصر*، ترجمه: منوچهر صبوری، تهران: نشر نی، چاپ سوم.
- لشگری، شیم. ا (۱۳۹۳)، *بررسی برون‌سپاری خدمات سلامتی در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه الگوی راهبردی برون‌سپاری خدمات*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت، دانشگاه پیام نور یزد.
- مرندی، حسین. (۲۰۱۴)، *شاخص‌شناسی سلامت با توجه به اقصاء مختلف جامعه*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، چاپ اول.

- Bambra, C. (2016). *Health Divides: Where You Live Can Kill You* (Policy Press). Policy Press.
- Bettcher DW, Yach D, Guindon GE.(2000). "Global trade and health: key linkages and future challenges." Bulletin of the World Health Organization. 78.
- Christian Arndt. (2008). *The politics of governance ratings*, International Public Management Journal, 11 (3): 275-297.
- Coe B A.(2002). *Measuring Success: A Role for Civil Society in Fostering Good Governance and Sustainable Development*, Fulbright Scholar Working Paper.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979* Burchell, Trans.; M. Senellart, Ed. Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Goyens, M. (2020). "Effective consumer protection frameworks in a global and digital world." Journal of Consumer Policy: 1-13
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Klein, N. (2007). *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*. New York: Metropolitan Books.

- Mehrdad, R. (2009). *Health system in Iran*. Japan Medical Association Journal, 52(1), 69-73.
- Ministry of Health and Medical Education. (2017). *Health transformation plan in Iran: Protecting financial access, equity in service provision, and quality improvement*. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education.
- Navarro, V. (2007). *Neoliberalism as a class ideology; Or, the political causes of the growth of inequalities*. International Journal of Health Services, 37(1), 47-62.
- Park, K. (2019). *Park's textbook of preventive and social medicine* (25th ed.). Jabalpur, India..
- Sajid I. (2017). *The impact of Civil Society Organization on good Governance*. Scientific Journal of Management and Social Sciences, 1(1): 2-10.
- Saltman R, Duran A. (2016). *Governance, Government, and the Search for New Provider Models*. International Journal of Health Policy and Management, 5(1): 33-42.
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization. Preamble. Adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 July 1946; entered into force 7 April 1948*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.

استناد به این مقاله: مزینانی، علی اکبر و سراج، نگار. (۱۴۰۴). بازآرایی دولت رفاه در پرتو منطق بازارمحور: خوانشی نئولیبرالی از سیاست گذاری سلامت در ایران پس از جنگ (۱۴۰۰-۱۳۶۷)، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۲(۴۴)، ۱-۴۳.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.