

چگونگی رویداد سیاستگذاری سلامت در بستر نظام قدرت: تحلیل گفتمانی طرح تحول نظام سلامت در دولت یازدهم و دوازدهم

مطالعات جامعه‌شناختی

(علمی - پژوهشی)

دوره ۲۹، شماره یک: ۴۸۳-۴۵۹

شاپا ۲۸۰۹-۱۰۱۰

نمایه در ISC

مینا هلالی ستوده^۱

دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

سیدعلی هاشمیانفر

دانشیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان

فاطمه جواهری

دانشیار جامعه‌شناسی گروه علوم اجتماعی دانشگاه خوارزمی

پدیرش ۱۴۰۱/۵/۲۸

دریافت ۱۴۰۰/۱۰/۱۹

چکیده

طرح تحول نظام سلامت به عنوان مهم‌ترین دستاورد دولت روحانی تا واپسین روزهای ریاست جمهوری او خوانده می‌شد. این طرح با توجه به شرایط بین‌المللی و داخلی کشور در عرصه بهداشت و درمان به عنوان اصلی‌ترین برنامه دولت یازدهم در عرصه سیاست داخلی بلافاصله پس از آغاز به کار دولت کلید خورد و توانست عرصه‌ای مستعد برای هویت‌سازی دولت فراهم آورد. این مقاله با اتخاذ چارچوب مفهومی سلامت و سیاست سعی در ترسیم این رابطه در سطح نظری دارد. روش تحلیل گفتمان تاریخی برای تحلیل مناسبات سیاسی در اجرای طرح تحول نظام سلامت به کار گرفته شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد، دولت یازدهم از طریق چارچوب استراتژیک وضع نامطلوب موجود، پیشرفت و توسعه توانست حمایت‌های گفتمانی لازم برای تصویب و اجرای طرح تحول نظام سلامت را فراهم آورد و تصور موفقیت‌آمیزی از اجرای طرح ایجاد کند. اما در ادامه از آن به عنوان ابزاری جهت مشروعیت بخشیدن به اقدامات دولت در عرصه سیاست خارجی، انتقاد به ساختار سیاسی و فرهنگی موجود در جامعه، حذف رقبا و منتقدان و بنا نهادن خودی مثبت و برساخت دیگری منفی در عرصه سیاسی استفاده کرد. اقدامی که به تدریج باعث واگرایی گفتمانی و از دست رفتن حمایت‌های لازم برای اجرای طرح تحول سلامت شد و در عرصه بهداشتی و درمانی انسدادهای جدی را پیش آورد.

واژگان کلیدی: طرح تحول نظام سلامت؛ تحلیل گفتمان؛ دولت؛ ایران؛ سیاستگذاری سلامت.

^۱ پست الکترونیکی نویسنده رابط، j.hashemian@ltr.ui.ac.ir

مقدمه

برنامه اصلاح نظام بهداشت و درمان در ایران قبل از انقلاب ۱۳۵۷ توسط مقامات بهداشتی تهیه و اجرا شد. تحولات عمده و روبه پیشرفتی در شاخص‌های بهداشتی به خصوص پس از انقلاب و به ویژه در مناطق محروم اتفاق افتاد. اما با این وجود جایگاه ایران از نظر برخی شاخص‌های بهداشتی در مقایسه با کشورهای خاورمیانه و آسیا رضایت بخش نبود. به عنوان نمونه ۷۰ درصد از هزینه‌های پزشکی توسط بیمار پرداخت می‌شد و به طور متوسط سالانه ۷ درصد ایرانی به خاطر هزینه‌های سنگین درمان به زیر خط فقر رانده می‌شدند (کلاروزی، ۲۰۲۱: ۲). این نرخ بالای پرداخت از جیب با اهداف برنامه ۵ ساله چهارم توسعه که تأکید بر پرداخت حداکثر ۳۰ درصدی هزینه‌ها توسط بیمار داشت، مغایر بود (سیدین و همکاران، ۲۰۲۰). تهدیداتی مانند پیری جمعیت، افزایش هزینه‌های خدمات بهداشتی و مراقبتی، عدم کنترل بیماری‌های غیر واگیر، افزایش شیوع بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی درکنار دسترسی ضعیف به خدمات درمانی، تقاضای بالا برای خدمات پاراکلینیکی و غیر ضروری، رضایت کم بیماران از خدمات و افزایش پرداخت از جیب از جمله چالش‌های اساسی در حوزه سلامت بود (کلاروزی، ۲۰۲۱: ۲).

با وجود تلاش دولت‌های مختلف در حوزه ساماندهی هزینه‌های سلامت (راغفر و غلامی: ۱۳۹۲؛ قیاسوند و دیگران: ۱۳۸۹)، اما همچنان هزینه‌های سلامت برای مردم نسبت به دولت رشد بیشتری داشت (تهموری و بهرامی، ۱۳۹۵). شدت گرفتن این نابرابری در حوزه سلامت را می‌توان پیامد دو رویداد همزمان در سال ۱۳۸۵ دانست: یکی طرح هدفمندی یارانه‌های و دیگری تحمیل تحریم‌های فراگیر آمریکا، که هر دو به طور غیر مستقیم اثرات شدیدی را بر سیستم بهداشت و درمان ایران از طریق افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و کاهش دسترسی و نیز هزینه‌های بالای دارویی داشتند (خانکه و دیگران، ۲۰۲۱: ۱۹۹). خلأیی که به درستی توسط دولت یازدهم تشخیص داده شد و همراه با اصلاحات پیشنهادی از سوی سازمان جهانی بهداشت برای دسترسی برابر به امکانات بهداشتی و همگام با اصلاحات بهداشتی در ۲۱ کشور جهان (کلاروزی و دیگران، ۲۰۲۱: ۱) زمینه را برای طرح نوین و موثری از گفتمان سیاسی و اجتماعی حول محور سلامت هموار کرد.

طرح تحول سلامت از اردیبهشت ۱۳۹۳ در کشور آغاز شد. هفت بسته خدمتی به این منظور تعریف و برای اجرا به دانشگاه‌های دولتی ابلاغ شد. از مهم‌ترین این بسته‌ها کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی بود. که منطبق با هدف کلی این برنامه یعنی حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقشار آسیب پذیر، از طریق ساماندهی خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ۱۰ درصد و جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، لوازم مصرفی پزشکی و خدمات به خارج از بیمارستان بود. همگرایی و تکثر گفتاری پیرامون این طرح تا به آنجا بود که نه تنها دولت یازدهم و دوازدهم آن را مهم‌ترین دستاوردش خطاب قرار داد^۱ بلکه در سطح حاکمیت نیز مورد توجه قرار گرفت و برای نخستین بار آسیب به یک طرح رفاهی آسیب به کشور و نظام جمهوری اسلامی تلقی شد^۲. این مقاله در پی پاسخ به این سوال است که چگونه اصلاح نظام سلامت فراتر از یک برنامه بهداشتی محض در پیوند با مناسبات قدرت قرارگرفت و در ادامه با چه امکانات و محدودیت‌هایی مواجه شد؟

چارچوب مفهومی

رابطه سیاست و سلامت اغلب تنها در بخش مراقبت‌های بهداشتی تعریف می‌شود و تنها از دولت‌ها توقع خدمات بهداشتی و مراقبتی بیشتر می‌رود در حالیکه این رابطه بسیار پیچیده تر و مستحکم تر از اقدامات بهداشتی صرف است. اقدامات سلامت مانند دیگر برنامه‌های تحت حمایت مالی حکومت در معرض فشارهای صاحبان قدرت قرار دارد که بازنمای اقتصاد سیاسی هستند. صاحبان قدرت در تعریف مسأله سلامت و هم خط مشی‌ها و برنامه‌های آن نقش دارند.

۱ سخنان حسن روحانی رئیس‌جمهوری صبح دوشنبه و در جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی. شناسه

خبر: ۴۹۰۷۷۱ تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۳

۲ یادداشت وزیر بهداشت با اشاره به فرمایشات مقام معظم رهبری و رییس جمهوری، بر لزوم استمرار طرح تحول سلامت و محقق شدن منابع مورد نیاز آن: " دو هفته قبل که خدمت مقام معظم رهبری بودم، ایشان نیز تاکید کردند لازم است از طرح تحول نظام سلامت صیانت شود. آسیب به این طرح، تنها متوجه دولت نیست؛ آسیب به نظام و کشور است. مردم هم به ادامه این خدمات امیدوارند و این مسیر باید ادامه یابد." (خبرگزاری ایمن،

۲۵۸۱۹۱. (۱۳۹۵/۹/۱۴). کدخبر:

متقابلاً، سیاستگذاری سلامت نیز مسائل را به گونه‌ای تعریف می‌کند که مبدا تهدیدی برای تمهیدات تثبیت شده نهادهای قدرت باشد. بنابراین، از جمله کارکردهای حوزه سلامت کمک به حفظ نهادهای اجتماعی موجود و تدارکات قدرت آنها است به گونه‌ای که به تداوم نظم اجتماعی فعلی کمک می‌کند و در عین حال مخالفت عمومی را به حداقل می‌رساند (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸: ۱۲۱-۱۲۳). این رویکرد که نظام‌های بهداشت و درمان پیامد کشمکش‌های سیاسی و نتیجه نهایی رقابت میان نیروهای موجود در جامعه هستند (مکن باخ و مک کی، ۲۰۱۵) دستیابی به تعریف سلامت مطلوب و نحوه اندازه‌گیری آن را با دشواری روبه‌رو می‌کند (دمایو، ۱۳۹۹: ۱۶۸).

با مفروض گرفتن ماهیت گفتمان سیاسی سلامت می‌توان دو مفهوم سیاست و سلامت را در پیوند با ایدئولوژی این گونه تعریف کرد: نخست، سیاست را فعالیت‌های دولت، نخبگان و سازمان‌های دولتی دانست؛ اینکه چه کسی سیاسی است و چه کسی می‌تواند وارد سیاست شود (اعضای دولت‌ها، سازمان‌های دولتی و دیگر نخبگان). این رویکرد تحت عنوان هنر حکومت کردن تلقی می‌شود. منظور آن این است که فعالیت‌های دولت بر چه جنبه‌هایی از سلامت و با چه هدفی تأکید دارد (باربرا و دیگران، ۲۰۰۵: ۱۸۹). فوکو در توضیح مفهوم هنر حکومت کردن بیان می‌کند که حکومت تنها با سوژه‌های حکومت به عنوان کارگزارانی منفعل در برابر قدرت مشخص نمی‌شود بلکه آنها به عنوان واحدهای کنش در نظر گرفته می‌شوند که کنش آنها می‌تواند در مسیر و اهداف گوناگون شکل داده شود. بنابر این حکومت مسأله‌سازی می‌کند و در راستای مسأله‌ای که شکل داده است اهداف خود را پیش می‌برد (آزبورن، ۱۹۹۷: ۱۷۴). این هدف می‌تواند یک هدف سیاسی مشخص و یا در اغلب موارد هدفی غیر سیاسی باشد که دولت از آن در جهت اهداف خود و تأثیر بر کنشگران و سازماندهی آنها استفاده می‌کند. در تعریف دوم سیاست فعالیت‌های عمومی و همه‌جانبه تعریف می‌شود که افراد می‌توانند در آن مشارکت داشته باشند. در تعریف سلامت می‌توان به دو تعریف اشاره کرد: سلامتی به عنوان فقدان بیماری (تعریف زیست‌پزشکی) و به عنوان یک کالا (تعریف اقتصادی). هر دوی این تعاریف، به فرد به عنوان اساس سلامتی تأکید دارند. سلامتی به عنوان محصول فردی دیده می‌شود که عواملی مانند ژنتیک یا انتخاب سبک زندگی به عنوان کالاهایی که افراد می‌توانند از

طریق بازار یا سیستم بهداشتی به آن دسترسی داشته باشند تهیه می‌شود (باربرا و دیگران، ۲۰۰۵: ۱۸۹-۱۹۱).

پیشینه تجربی پژوهش

موضوع سلامت سویه‌های متعددی دارد، آشکارترین این سویه‌ها را می‌توان در مطالعات حوزه پزشکی و پنهان‌ترین آن را می‌توان مطالعاتی در عرصه علوم انسانی از اقتصاد، فلسفه، روانشناسی و تا جامعه‌شناسی دانست. در این مقاله هدف بررسی مطالعاتی است که بیشترین ارتباط را با موضوع پژوهش حاضر داشته‌اند.

جدول شماره (۱) پیشینه پژوهش

پژوهش	محققان	حوزه تمرکز	روش	یافته‌ها
داخلی	خانکه و دیگران (۲۰۲۱)	طرح تحول نظام سلامت	کیفی	اصلاح سیستم سلامت در ایران نامنجم و منفعل و فاقد یک رویکرد جامع توصیف شده است و همین علت شکست طرح بوده است. به علت شرایط زمینه‌ای جامعه ایران نظیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی پیشنهاد اجرای طرح‌های مقطعی و کوچک شده است.
	صفری شالی (۱۳۹۵)	سیاستگذاری سلامت	کیفی	سیاست‌های سلامت روندی یکپارچه نداشته‌اند تا توان تحقق عدالت در حوزه سلامت را داشته باشند. تمرکز اصلی بر مقوله درمان بوده که موجب تحمیل عمده هزینه‌های تأمین سلامت بر خانوارها شده است.
	عبدالله تبار و سجادی (۱۳۹۵)	سیاستگذاری سلامت	کیفی	در سیاستگذاری سلامت و توسعه آن عامل سیاسی (تصمیم‌های دولت و برنامه‌های مجزا و موردی دولت‌های مختلف و نگاه آنها به عدالت و توسعه) بیشترین تأثیر را داشته است.
	تهموری و بهرامی (۱۳۹۵)	سیاستگذاری سلامت	کیفی	نظام سلامت در ایران در پی خصوصی‌سازی و اتکا به پرداخت‌های مصرف‌کنندگان بوده است
	راغفر و غلامی	هزینه‌های	کمی	از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۰ ضعیف‌تر شدن توان

پژوهش	محققان	حوزه تمرکز	روش	یافته ها
	(۱۳۹۲)	سلامت		حفظ یا بهبود سلامت افراد به ویژه در گروه‌های پایین در آمدی دیده شده است
	قاراخانی (۱۳۹۱)	سیاستگذاری سلامت	کیفی	سیاست سلامت متأثر از رویکرد سیاسی دولت‌های بعد از انقلاب نیست.
	باباخانی و دیگران (۱۳۹۰)	هزینه‌های سلامت	کمی	مخارج دولت در سلامت بیشترین قدرت تبیین کنندگی شاخص‌های سلامت را دارد.
	قیاسوند و دیگران (۱۳۸۹)	سیاستگذاری سلامت	کمی	عدم تأثیر برنامه بیمه سلامت در جلوگیری از مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خدمات درمانی، عدم توجه دقیق مسئولین و سیاستگذاران نظام سلامت در سازوکارهای مناسب بیمه ای.
	گراندی و دیگران (۲۰۱۴)	سیاستگذاری سلامت	کمی	چالش‌های عمده در اصلاح نظام بهداشت در آسیا به دلیل تنوع ساختارهای سیاسی و اقتصادی- اجتماعی است. سیاستگذاری سلامت از طریق ویژگی‌های سیاسی شکل می‌یابد.
خارجی	مکن باخ و مک کی (۲۰۱۵)	سیاستگذاری سلامت	کمی	مشخصات دموکراسی و ویژگی‌های دولت ارتباط مثبتی با فرایندها و شاخص‌های پیامد سیاستگذاری سلامت دارد.
	لیمبگلر و لمرت (۲۰۱۶)	سیاستگذاری سلامت	کیفی	اوباماگر در مواجهه با رکود بزرگ اقتصادی و در دو چارچوب "بازار" و "حقوق" شکل گرفت. چهارچوب اولی تا زمان تصویب طرح و دومی بعد از آن مورد استفاده قرار گرفت.
	هاگس (۲۰۱۷)	سیاستگذاری سلامت	کیفی	سیاست سلامت به عنوان یک گفت‌وگو برای مدیریت تنش‌های مرتبط با بودجه بهداشت و درمان و مراقبت‌های اجتماعی عمل می‌کند.

در مجموع نتایج تحقیقات، موید آن است که سیستم‌های بهداشت و درمان تا حد زیادی متأثر از عوامل غیر پزشکی به ویژه اقتصادی و سیاسی است. استفاده از روش‌های کمی بیشتر وابسته به ارقام اقتصادی و بودجه‌ای در دولت‌های مختلف است و نخواهد توانست

کشمکش‌های نیروهای سیاسی در تحقق نوع خاصی از سیاست سلامت را به نمایش بگذارد. اگرچه این گونه پژوهش‌ها نیز به نقش اثر گذار دولت‌ها در سیاستگذاری سلامت اشاره داشته‌اند. اما پژوهش‌های کیفی، با تکیه بر تنوعی از داده‌های متنی و عددی می‌توانند فرایند رخ داد نوع خاصی از سیاست سلامت در بستر منازعات قدرت را ترسیم کنند. پژوهش حاضر به استناد نتایج پژوهش‌های انجام شده که موید پیوند متقابل دولت و سلامت در ایران است به بررسی مناسبت قدرت در طرح تحول سلامت با روش تحلیل گفتمان خواهد پرداخت.

روش‌شناسی

پارادایم‌های تحقیق را می‌توان بر اساس سه وجه هستی‌شناسی^۱، معرفت‌شناسی^۲ و روش‌شناسی^۳ مورد مطالعه قرار داد. اگر هستی‌شناسی پژوهش، رویکرد آن در مورد ماهیت واقعیت اجتماعی دانسته شود باید گفت که در تحلیل گفتمان تاریخی مفروض آن است که واقعیت چیزی از پیش ساخته نیست بلکه در زمینه کنش اجتماعی ساخته و پرداخته می‌شود. سیاست سلامت نه واقعیتی از پیش داده شده و نه چیزی است که تنها در اذهان حضور دارد بلکه نتیجه بر آمده از بستر اجتماعی سیاسی تحقق خود و تضارب کردارهای گفتمانی است. در مورد معرفت‌شناسی که تمرکز بر این است که چگونه و چه چیزی را می‌توان شناخت، در پژوهش‌های تحلیل گفتمان باید گفت که تأکید بر استفاده از انواع نظریه و روش‌های گردآوری داده برای فهم و درکی عمیق از پدیده مورد مطالعه تأکید شده است. بنابر این همانطور که پیش‌تر نیز اشاره شد بینا رشته‌ای بودن را می‌توان از پایه‌های اصلی مبانی معرفت‌شناسی رویکرد گفتمان تاریخی در نظر آورد. در این پژوهش جهت بررسی موضوع سیاستگذاری سلامت علاوه بر دانسته‌های جامعه‌شناختی از نظریات سیاستگذاری، علوم سیاسی، اقتصاد و پزشکی استفاده شده است. روش‌شناسی عبارت است از «نظریه و تحلیل درباره نحوه اجرای پژوهش» و یا به عبارت بهتر عبارت‌اند از «تکنیک‌هایی برای گردآوری شواهد و مدارک» که در این رساله روش تحلیل اسناد و به طور خاص روش تحلیل تاریخی متکی بر متن استفاده شده است.

1 Ontology
2 Epistemology
3 Methodology

برای تحلیل داده‌ها دو سطح در نظر گرفته شده است: سطح اولیه که بر تحلیل ابعاد موضوعی متون (چارچوب‌ها) تمرکز دارد و در سطحی عمیق‌تر نظم و انسجام متون را در جزئیات و اسازی می‌کند. در سطح اولیه هدف این است که از طریق به تصویر کشیدن محتوای متون تحلیل شده، این محتواها را به گفتمان خاص آن مرتبط کند. به لحاظ مفهومی متن را خلاصه‌تر می‌کند و مهم‌ترین اطلاعات را مشخص می‌کند. در این سطح چارچوب‌های تفسیری را مشخص می‌شود (وداک، ۲۰۲۱: ۵-۶). برای این منظور مراحل ذیل انجام شده است:

- تعیین روند تاریخی و شرایط اجتماعی و اقتصادی ارائه بحث از سوی رئیس جمهور یا وزیر بهداشت.

- تعیین اتفاقاتی که برخی بر اهمیت بوده و به وقوع پیوسته و موجب موضع‌گیری بخصوص در آن دوره شده است و بر گوینده سخن تأثیر گذاشته است.

- تعیین اصول ثابت و متغیر موجود در متن و شرایط اجتماعی دوره‌های بعد از سخنرانی که برخی تغییر یافته یا نقاط تأکید تغییر پیدا کرده اند.

سطح دوم به شیوه‌ای عمیق‌تر با سوالات تحقیق مرتبط هست و شامل ژانر، تحلیل ساختار کلانی مرتبط با متن، استراتژی‌های شناسایی برساخت متن، طرح‌های استدلالی و نیز سایر ابزارهای زبانی مورد استفاده است (وداک، ۲۰۲۱: ۵-۶).

استراتژی‌های متعددی وجود دارند که در تحلیل‌های خاص گفتمان و بررسی متون مربوطه باید مورد توجه قرار گیرند که توسط پنج سؤال، نوع استراتژی مشخص خواهد شد:

۱. افراد، اشیاء، پدیده‌ها/حوادث، فرایندها و اقدامات چگونه نامیده می‌شوند و به زبان‌شناسی ارجاع می‌شوند؟

۲. مشخصات، کیفیت‌ها و ویژگی‌های منتسب به کنشگران اجتماعی، اشیاء، پدیده‌ها و فرایندها چیست؟

۳. چه استدلال و برهان‌هایی در گفتمان، مورد سؤال و بحث قرار گرفته‌اند؟

۴. از چه دیدگاهی، این نامگذاری‌ها، ویژگی‌های منسوب شده و استدلال‌ها بیان می‌شوند؟

۵. آیا اظهارات مربوطه، آشکارا بیان شده‌اند، آیا شدت یافته‌اند یا اینکه کاهش می‌یابند؟ (ریزگل و وداک، ۲۰۱۷: ۹۳-۹۴).

در این مقاله محورهای گفتارهای 'مشخصی از آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت ۱۳۹۳ در دولت یازدهم (۱۳۹۳) تا پایان دوره دولت دوازدهم (۱۴۰۰) در کلام رئیس جمهور وقت مورد بررسی قرار خواهد گرفت. محورهای گفتمانی از طریق پیوستگی و محدودیت موضوعی، پیوند بینامتنی قوی و قرابت زمانی بین عناصر متنی مشخص می‌شود. در بسیاری از موارد یک رویداد آغازین محرک بحث خواهد بود (وداک، ۲۰۲۱: ۵-۶). (مانند ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت، انعقاد برجام، لغو برجام). این معیار به نوبه خود تمرکز بر زمینه مند کردن، شروع شدن یک محور گفتمانی را ممکن می‌کند و از طریق آن می‌توان پویایی گفتمانی را دنبال کرد.

به منظور درک بهتر پیوند سیاست بر تصویب و اجرای طرح تحول نظام سلامت، می‌توان به مفهوم چارچوب بندی روی آورد. چارچوب بندی دلالت‌های فرهنگ سیاسی، افکار عمومی و شعارهای سیاسی و بلاغت سیاسی را استخراج می‌کند. چارچوب بندی به عبارت ساده تر، نوعی از فرهنگ سیاسی و دقیق تر از لفاظی‌های سیاسی است. از آنجا که این یک استراتژی است، فضای سیاسی و واکنش شهروندان نسبت به زبان و ایده‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد، همچنین به روشی می‌پردازد که این ایده‌ها از طریق رسانه‌ها منتقل می‌شوند تا شهروندان را تحت تأثیر قرار دهد. الیت سیاسی از چارچوب‌ها برای جلب نظر گروه‌های مختلف استفاده می‌کنند. چارچوب بندی یک روش منطقی برای تأثیرگذاری بر نحوه تفکر شهروندان در مورد مسائل است، و طرز فکر و احساس مردم در مورد مسائل است که به الگوی رأی دهی و ترجیحات سیاسی آنها تبدیل می‌شود. همانطور که بریور و گراس (۲۰۰۵) در تحقیقات خود بیان کرده اند که افکار شهروندان در مورد مسائل سیاستگذارانه از طریق چارچوب‌ها شکل می‌گیرد، به‌ویژه آنهایی که «ارزش‌ها» را برجسته می‌کنند (لیمبیگلر و لمرت، ۲۰۱۶: ۴۷۳).

جامعه مورد بررسی و نمونه

بازه زمانی مورد بررسی از سال ۱۳۹۲ یعنی آغاز دولت یازدهم تا سال ۱۴۰۰ که پایان دولت دوازدهم است. در این دوره کلید واژه‌های سلامت و طرح تحول نظام سلامت در سایت ریاست جمهوری جست و جو شد. دلیل انتخاب این سایت انعکاس کامل تمامی سخنرانی‌ها، نشست‌ها، سفرها، مصاحبه‌های تلویزیونی، ملاقات‌های ریاست جمهوری و هیئت دولت بود. بخش

عمده‌ای از این گفتارها به حسن روحانی و بخش جزئی تر آن به معاون اول دولت یازدهم و دوازدهم و همچنین قاضی زاده هاشمی و سعید نمکی به عنوان وزیر بهداشت وقت مربوط است. در سه مرحله تحلیل ۴۱ مورد سخنرانی به عنوان موارد تحلیلی انتخاب شدند. در مرحله اول از مجموعه رویدادها و متون ۲۲۰ عنوان که به طور مستقیم یا غیر مستقیم به طرح تحول مرتبط بودند انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله دوم سخنرانی‌ها و رویدادهایی که انسجام کلامی مشابهی داشتند دسته بندی وسایر متون و داده کنار گذاشته شدند. در مرحله سوم بر اساس سوال پژوهش و نظم گفتمانی شکل گرفته برخی متون به دلیل تکرار و یا عدم ارتباط وثیق کنار گذاشته شدند و برخی متون کنار گذاشته شده در دور دوم به دلیل تکمیل کننده بودن این نظم گفتمانی اضافه شدند. نمونه گیری تحقیق از نوع هدفمند و مبتنی بر حساسیت نظری بوده است. متن‌های مورد بررسی عبارتند از: اسناد رسمی (لوائح، قوانین، دستورالعمل‌های ابلاغی)؛ روزنامه‌ها و مجلات؛ سخنرانی‌ها؛ مصاحبه‌های تلویزیونی؛ اخبار تلویزیون؛ آمار و ارقام؛ گزارش‌های علمی، مستندات تاریخی؛ مناظره‌های تلویزیونی و سایت ریاست جمهوری.

بحران سیاسی، رئیس دولت یازدهم در مواجهه با مسأله سلامت

انتخابات ریاست جمهوری یازدهم در شرایطی رخ داد که به لحاظ سیاسی جامعه در وضعیت نابسامان گفتمانی به سر می‌برد. علاوه بر اینکه وقایع انتخابات سال ۸۸ بخش زیادی از جامعه را نسبت به درستی فرایند انتخابات در نظام جمهوری اسلامی ایران و مشارکت در آن بی اعتماد کرده بود. این تصور از سوی برخی شبکه‌های مجازی و رسانه‌های خارجی با عناوین انتخابات صوری و مهندسی شده تقویت می‌شد و در نهایت مردم را به تحریم انتخابات تشویق می‌کرد (مجیدی و رحیمی نیا، ۱۳۹۷: ۱۳۴-۱۳۵). البته که این جریان با رد صلاحیت افرادی مانند هاشمی رفسنجانی که سعی در نمایندگی و بازیابی قدرت جریان اصلاح طلب در جامعه داشت و نیز رحیم مشائی که به عنوان نماینده دولت دهم بود شدت بیشتری هم پیدا می‌کرد. در حالیکه طرفداران اندیشه اصلاح طلب مایوس و سرخورده از داشتن نماینده‌ای قوی به آرامی خود را

متقاعد به کنار گیری از انتخابات می‌کردند، در ۲۱ خرداد ۱۳۹۲ هاشمی رفسنجانی حمایت رسمی خود را از روحانی اعلام کرد^۱.

حسن روحانی بیشتر از آنکه از سوی هاشمی حمایت شود، سایه‌ای از روایت سیاسی او دانسته می‌شد. روایت توسعه و پیشرفت یادآور هاشمی بود که پشت سر روحانی و پر رنگ‌تر از او دیده می‌شدند (غلامرضا کاشی، ۱۳۹۳). در سطح کلامی، شعار انتخاباتی روحانی «تدبیر و امید، تغییر و اعتدال» بود. اینکه «سانتریفیوژها بچرخد، به شرط اینکه زندگی مردم هم بچرخد (روحانی، مناظره سیاسی: ۱۳۹۲/۳/۱۷) جمله‌ای بود که به شرایط نامطلوب زندگی مردم در بستر سیاست خارجی نادرست اشاره داشت و با اشاره به همین آگاهی از سیاست خارجه در پرتو دانش حقوقی، اعتقاد به اعتدال و عقلانیت دیگر رقبای انتخاباتی جدی خود یعنی سعید جلیلی و محمد باقر قالیباف را به حاشیه راند و پیروزی نه چندان چشم گیری را با کمترین حد نصاب در طول تاریخ جمهوری اسلامی یعنی ۵۰/۷۱ بدست آورد.

دولت یازدهم از ابتدا اولویت‌های خود مبنی بر کاهش هزینه‌های درمانی، افزایش آرامش روانی ناشی از گسترش پوشش بیمه‌های سلامت، توسعه عدالت در حوزه سلامت را مشخص کرد (امامی رضوی، ۱۳۹۴: ۲۲۹) بدون آنکه نامی برای این سیاست‌ها در نظر گرفته شود همچنان بر اجرای طرح ناکام پزشک خانواده تأکید می‌شد که در اواخر دولت خاتمی اجرا شده بود. چنان‌که این امر در برنامه قاضی‌زاده هاشمی برای تصدی وزارت بهداشت در دولت یازدهم به صراحت عنوان شد و تا انتهای پاییز سال ۱۳۹۲ بر اجرای این طرح پافشاری می‌شد^۲ ولیکن در تاریخ ۲۲ بهمن همین سال وزیر بهداشت طی مصاحبه‌ای با خبرگزاری تسنیم از شکست طرح پزشک خانواده صحبت کرد^۳. برای طرح تحول نظام سلامت بنا به گفته وزیر بهداشت

۱ به نقل از خبرگزاری ایسنا <https://www.isna.ir/news/92032112556>. رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در جمع جوانان فعال سیاسی اصلاح طلب و اصولگرا و اعضای ستادهای انتخاباتی خود، حمایتش را از حسن روحانی اظهار داشت.

۲ روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران در تاریخ ۳۰ آذر ۱۳۹۲ به نقل از سید حسن قاضی‌زاده هاشمی نقل می‌کند که برای داشتن نظام سلامت کارآمد اجرای طرح پزشک خانواده ضروری است/ روزنامه جام جم در تاریخ ۲۸ آذر ۹۲ به نقل از وزیر بهداشت تیتروز: اجرای طرح پزشک خانواده از سال ۹۳ با اختصاص ۲۱ هزار میلیارد تومان.

۳ خبرگزاری تسنیم در تاریخ ۲۲ بهمن ۱۳۹۲ طی مصاحبه‌ای با وزیر بهداشت اعلام کرد که طرح پزشک خانواده شکست خورد.

دولت یازدهم حجم عظیم و بی‌سابقه‌ای از مطالعات کارشناسی و نشست‌های علمی و تخصصی از مهرماه ۱۳۹۲ تا اردیبهشت ۱۳۹۳ صورت گرفته بود^۱.

درنهایت این طرح در پانزدهم اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ به فاصله کمتر از یک‌ماه از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت توسط رهبری اجرا شد که از ویژگی‌های مهم آن واگذاری تولید نظام سلامت^۲ به وزارت بهداشت بود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حالا به عنوان بالاترین متولی سلامت با توجه به وظایف و مأموریت کلی و اسناد بالادستی از جمله برنامه پنجم توسعه و سند چشم انداز بیست‌ساله و با عنایت به سیاست‌های کلی سلامت، طرح تحول سلامت را با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات در دستور کار خود قرار داد (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴: ۸).

یافته‌های پژوهش

با اتکاء به مستندات یادشده و با به کارگیری رویکرد تاریخی گفتمان ۴ چارچوب گفتمانی و الگوهای رایج مشروعیت بخشیدن به سیاست‌های بهداشتی اقتباس شد. در زیر شواهد و دلالت‌های مربوط به آنها مطرح خواهد شد.

چارچوب پیشرفت: مشروع‌سازی به میانجی عقلانیت و استدلال

نخستین کانون شکل‌گیری این چارچوب که کوتاه‌ترین بازه زمانی را در مقایسه با چارچوب بندی‌های رقیب شامل می‌شود (از آغاز کار دولت تا ۱۷ فرودین ۱۳۹۳) در صحبت‌های معاون اول رئیس‌جمهور در کارگروه تحول سلامت منعکس است.

۱ وب سایت شخصی وزیر بهداشت، تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۵ در مقاله‌ای تحت عنوان عملیاتی به گسترده‌گی ایران عزیز.
۲ واگذاری تولید نظام سلامت از سوی رهبر انقلاب به وزارت بهداشت باعث رضایت وزیر بهداشت شد وی در مصاحبه با خبرگزاری فارس در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۷ (دوروز بعد از اجرای مرحله اول طرح) گفت: سیاست‌های کلی سلامت مواد مختلفی دارد که به نظر من بحث بیمه و تولید نظام سلامت مهم‌ترین مباحث آن است خوشبختانه مقام معظم رهبری تشخیص دادند و وزارت بهداشت را در سیاست‌های کلی سلامت به عنوان متولی نظام سلامت ابلاغ کردند که من هم به عنوان یک شهروند و یک عضو جامعه پزشکی و نه فقط به عنوان یک مسئول اجرایی از ایشان تشکر کردم. موضوع اصلی سیاست‌های ابلاغی سلامت این است که باید در کشور تولید سلامت مشخص شود در غیر این صورت حتماً سلامت مردم به خطر می‌افتد، در حوزه سلامت مواد غذایی، غلات، نان، مرکبات تا گوشت مصرفی مردم همه اینها ممکن است در معرض آلودگی قرار گیرد (خبرگزاری فارس).

او به گسترش خدمات بخش سلامت و بیمه همگانی در راستای اجرای قانون و افزایش رضایت مردم اشاره می‌کند (جهانگیری، ۴ دیماه ۱۳۹۲). رئیس‌جمهور نیز در چند سخنرانی دیگر بر نقش سلامت در توسعه و پیشرفت جامعه تأکید می‌کند. در این راستا کشورهای غربی را به عنوان نماد پیشرفت طرح می‌کند که در زمینه سلامت گام‌های مهمی برداشته‌اند. هرچند که پیوند سلامت با ایده پیشرفت در چارچوب‌های بعدی نیز موجود است اما گوینده می‌کوشد پیش از اجرای طرح، وجوه استدلالی آن را برجسته سازد.

نمی‌توان با بدن و روح ناسالم خدمتگزار خوبی برای خود، خانواده و جامعه و کشور بود... اگر بگوییم توسعه پایدار بدون سلامت و ارتقاء سلامت امکان‌پذیر نیست، سخنی است منطبق با واقعیت و یاد آورنده آن کلام معروف که عقل سالم، در بدن سالم است... کشورهای پیشرفته هم نتوانسته‌اند، همه مشکلات سلامت را از بین ببرند اما در عین حال در دنیای پیشرفته گام‌های بسیار بلندی در این عرصه برداشته شده است. تحقیق، پژوهش، نظام سلامت، توسعه کشور و همه چیز ما، در گرو آشتی است همه با هم آشتی کنیم... (روحانی، ۲۲ دیماه ۱۳۹۲)... یکی از اصلی‌ترین اولویت‌های دولت یازدهم رفع نگرانی مردم در حوزه سلامت است و امیدواریم در سال ۱۳۹۳ جایگاه بهداشت و درمان در کشور بیش از پیش ارتقا یابد (روحانی، ۱۵ فروردین ۱۳۹۳).

نکته مهم دیگری که در این چارچوب وجود دارد، علاوه بر، تأکید صریحی که بر آشتی ملی و همگرایی در متن وجود دارد هیچ برساختی از خود مجزا یا مطرود کردن دیگری نیز دیده نمی‌شود.

چارچوب خود بی‌همتا: مشروع‌سازی به میانجی اسطوره

تاریخ بعد از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت (۱۷ فروردین ۱۳۹۳) را می‌توان در چارچوب گفتمانی جدیدی قرار داد که محوریت آن دولت‌سازی است. ابلاغ این سیاست‌ها از سوی رهبری که نشان از همگرایی نخبگان سیاسی در اجرای سیاست‌های سلامت داشت (روحانی، ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳)، بستر گفتمانی مناسبی را برای تکمیل پروژه دولت‌سازی در اختیار حسن روحانی قرار داد. او با محور قرار دادن سلامت به عنوان حلقه اتصال و نقطه توافق نخبگان سیاسی مهم سعی در طرد و به حاشیه رانی رقبا و مخالفان دولتش کرد. در همین چارچوب

گفتمانی معاون اول رئیس جمهور به شرایط بسیار سخت اقتصادی اشاره می‌کند که دولت در آن منابع قابل توجهی به بخش سلامت اختصاص داده است، در حالیکه برخی نیز تلاش برای عدم موفقیت دولت داشته اند (جهانگیری ۶ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳) او این افراد که سعی در منحرف کردن مسیر دولت از خدمت رسانی داشته اند را تهدید به افشای نامشان نزد مردم می‌کند (جهانگیری ۲۵ مردادماه ۱۳۹۳). حسن روحانی با محوریت قرار دادن سلامت جامعه از مخالفان و منتقدان می‌خواهد که دست از کارشکنی بردارند:

به محض اینکه انتخابات تمام می‌شود، دعوا برای انتخابات بعدی آغاز می‌شود... از روز بعد شروع می‌کنیم که آن کسی که در انتخابات پیروز شده موفق نشود. چرا موفق نشود؟ آنها هم دلسوز کشور هستند، نمی‌خواهند وضع کشور بد شود. حرف آنها این است که این موفق نشود تا آن شخصی که ما کاندید کرده‌ایم چهار سال بعد پیروز شود. ... مقصود من بحث سیاست داخلی یا خارجی نیست؛ مقصود من نظام سلامت است. ... ما اگر می‌خواهیم توسعه پیدا کنیم جامعه ما باید جامعه سالمی باشد. بنابراین تصمیم ما بر این است که نظام سلامت را متحول کنیم و به سمت نقطه مطلوب ببریم... اگر بتوانیم نظام سلامت را در این کشور به نقطه مطلوب برسانیم به معنای فتح خرمشهر است. در سال ۱۳۹۲ ملت ایران طبق تدبیر مقام معظم رهبری در ۲۴ خرداد حماسه آفرید؛ حماسه سیاسی عظیم داخلی و خارجی. حضور و انتخاب مردم که راه اعتدال را برگزیدند، منطقه و دنیا را [تحت تأثیر قرار داد]. مردم اعلام کردند که ما از افراط و خشونت روی گردان هستیم و مسیری که بر می‌گزیدیم مسیر میانه‌روی، اعتدال، عدالت و اخلاق بوده است. همه روزهای تاریخی ما در خرداد آفریده شد ... اگر بتوانیم در بخش نظام سلامت و بیمه کار را به نهایت برسانیم تعبیر من این است که آزادی خرمشهر، پیروزی و حماسه بزرگ دیگری اتفاق افتاده است ... (روحانی، ۳ خردادماه ۱۳۹۳).

دو «دیگری» منفی که همواره مورد تأکید دولت یازدهم بودند یکی دولت‌های قبل به ویژه دولت نهم و دهم است و دیگری جریان‌های سیاسی رقیب یا مخالف او است. حسن روحانی در سخنرانی‌های متعددی از مشکلات و عقب ماندگی‌هایی صحبت می‌کند که مردم در سلامت و اقتصاد به خصوص در دولت نهم و دهم با آن مواجه بودند (روحانی، ۳ خردادماه ۱۳۹۳) و با مقایسه اقدامات دولتش با آن خود مثبت و توانمندش را استوار می‌کند. او با محوریت سلامت

از گشایش هایی صحبت می کند که پس از روی کار آمدن دولت او در عرصه های اقتصادی، کشاورزی و نفت نیز رخ داده است (روحانی، ۹ اردیبهشت ۱۳۹۳).

متن با یادآوری پیروزی در خرمشهر، انتخابات ۹۲ و سپس طرح تحول که هر سه در خرداد روی داده است پیروزی را به هر سه نسبت می دهد. گوینده اظهار می کند که مردم دولت وی را انتخاب کردند که بر مبانی میانه روی، اعتدال، عدالت و اخلاق بود و با این کار نشان دادند که از گروه های رقیب که مشی افراطی و خشن دارند روی گردان هستند. در اینجا نیز از ارجاع و اسناد برای منفی سازی رقیب و مثبت سازی خود استفاده شده است. این رقیب منفی همان جریان های سیاسی رقیب در انتخابات هستند که به نظر می رسد رئیس دولت یازدهم علی رغم پیروزی هنوز از جانب آنها احساس خطر می کند.

البته دولت در متن های متعددی بعد از آن پیشاپیش خود را برنده و پیروز این میدان می داند. بطوری که هر قدمی که برای سلامت برداشته است را لازم به تبریک می داند (روحانی: ۲۷ آبانماه ۱۳۹۳). در جایی دیگر فراتر می رود و تحقق پوشش بیمه همگانی را آرزوی کشورهای پیشرفته می داند که در دولت او محقق شده است. او به واسطه پوشش بیمه همگانی که از افراد تحت فشار حمایت می کند دولت را توانمند در برآورده کردن اهداف انقلاب می بیند. در برابر این توانمندی ها از شرایط تحقیر آمیزی صحبت می کند که دولت های دیگر برای مردم به وجود آورده بودند و او توانسته است این شرایط را تغییر بدهد (روحانی: ۲۲، دیماه، ۱۳۹۳) در موارد متعددی بر رضایت ابراز شده بیماران در ملاقات هایش تأکید می کند که نشان از موفقیت اجرای طرح دارد و فراتر از آن با پیوند اصل رضایت مردم به مشروعیت دولت خود را در این عرصه موفق می داند (روحانی: ۸ بهمن و ۳۰ آذرماه ۱۳۹۳).

چارچوب برتری دیپلماتیک: مشروع سازی به میانجی اقتدار و استدلال

یکسال پس از آغاز طرح تحول نظام سلامت و اجرایی شدن برخی اهداف آن، رئیس دولت یازدهم با اتکا به رضایت حاصل آمده از اجرای این طرح و همگرایی پیشین نخبگان سیاسی در اجرای آن تا حد زیادی به نظر می رسد که توانسته است خودی مانا و مستقل را در عرصه سیاسی شکل دهد. این دولت در سال ۱۳۹۴ به موفقیت دیگری در عرصه دیپلماسی خارجی دست یافت که به واسطه آن توانست بحران اقتصادی و تهدید جنگ که گریبانگیر جامعه بود را

تا حد زیادی مهار کند. اما برجام از سوی همه گروه‌های سیاسی داخلی اقدامی موفقیت‌آمیز تلقی نمی‌شد. در این چارچوب گفتمانی رئیس دولت یازدهم با اتکا به اقتدار به دست آمده از اجرای طرح تحول نظام سلامت سعی در توجیه دیپلماسی خارجی دارد. او در این چارچوب گفتمانی سلامتی را در همه ابعاد زندگی اجتماعی مورد تأکید قرار می‌دهد و منتقدان سیاست هایش را این بار نه با حالت استیصال که از موضع قدرت، افرادی تهدید کننده سلامت جامعه ترسیم می‌کند. با توجه به محوریت بحث در مورد برجام به وضوح این افراد را کسانی می‌داند که در رسانه‌ها با سیاست خارجی او مخالفت می‌کنند (روحانی: ۱ مرداد ۱۳۹۴).

آنچه روحانی از پیوند سیاست و سلامت بیان می‌کند مسأله‌ای کلی نیست بلکه با استدلال‌های خود درباره نحوه این پیوند نیز توضیح می‌دهد:

- انسان مضطرب و ناآرام نمی‌تواند، بدن سالمی داشته باشد... هنگامی که تعامل با جهان وجود نداشته و دچار تحریم هستیم، بناچار برای کشاورزی، باید از کود و سم غیراستاندارد استفاده کنیم... هنگامی که کشاورزی ما نمی‌تواند در چارچوب سلامت حرکت کند، ناچاریم، از میوه، سبزیجات، گندم و بذر نادرست استفاده کنیم... اینطور نیست که در دارو و درمان و پزشکی بتوانیم بدون تعامل با جهان پیشرفت کنیم، برخی دچار آلزایمر سیاسی هستند و یادشان می‌رود که وضع درمان، قیمت دارو و تجهیزات پزشکی چه وضعی در کشور داشت و برخی داروها و تجهیزات پزشکی به سختی تهیه می‌شد... براساس گزارش ایشان، حداقل ۲۰ درصد داروهای خارجی و ۴۰ درصد تجهیزات پزشکی نسبت به آغاز دولت ارزان‌تر شده است... (۸ اسفند ۱۳۹۵)
- آیا اکنون شاهد نیستید که همه وسایل و امکانات پزشکی و دارویی به موقع به دست شما می‌رسد؟ (۳۱ فروردین ۱۳۹۶)
- ... عاملی که حتی برای تامین تجهیزات پزشکی، داروها و مواد اولیه داروسازی کشور را با مشکل مواجه کرده بود، فشار تحریم خارجی بر کشور بود که بی‌رحمانه بر ملت ایران وضع شده بود... اولین تصمیم دولت یازدهم در رفع تنگناهای اقتصادی، شکستن تحریم‌های بی‌رحمانه بود (۲۰ تیر ۱۳۹۶)

روحانی در پیوندی نوآورانه امنیت و سلامت را کنار هم قرار می‌دهد و نوآورانه تر اینکه دیپلمات و پزشک را در جایگاهی برابر قرار می‌دهد تا حاله تقدسی که برای پزشکان در جامعه وجود دارد، برای دیپلمات‌هایی ایجاد کند که اینک به دلیل برجام در مظان اتهام هستند.

بخش بزرگی از نعمت امنیت هم در گرو سلامت است و جامعه پزشکی کشورمان، آورنده صحت و سلامت و بخش بزرگی از امنیت روانی جامعه هستند. مگر می‌شود برای دیپلمات‌های دلسوزی که ۳۰ ماه شبانه‌روزی و مخلصانه برای کشور، تلاش کردند، از هر لفظ و لغتی استفاده کرد؟ و مگر خدوم‌تر از جامعه پزشکی داریم که با نهایت مهربانی و اخلاص در کنار تخت بیماران حضور می‌یابند؟... باید به هنرمندان، پزشکان، اساتید دانشگاه و دیپلمات‌های کشورمان، احترام بگذاریم و نباید از هر واژه‌ای در رسانه‌ها علیه اقشار مورد احترام مردم، استفاده شود. دولت در کنار سایر امور، به فکر مذاکرات هسته‌ای هم بوده و به آن افتخار می‌کند و حداقل شما دست‌اندرکاران بخش سلامت کشور می‌توانید قضاوت کنید که وضعیت دسترسی به تجهیزات پزشکی و داروهای مورد نیاز بیماران، قبل و پس از برجام چقدر تفاوت کرده است. (۱ شهریور ۱۳۹۵)

افتخارآفرینی از واژه‌های دیگری است که برای اقدامات سیاستگذارانه دولت از جانب حسن روحانی در این چارچوب گفتمانی ایجاد می‌شود. او از طرح تحول سلامت به عنوان افتخار دولت (حسن روحانی: ۲۰ آذرماه ۱۳۹۴) نام می‌برد واژه‌ای که بعدها به صورت مکرر برای اقدامات متفاوت دولت به ویژه در عرصه سلامت استفاده می‌شود.

در چارچوب گفتمانی جدید در سپهر موفقیت‌های بدست آمده از طرح تحول نظام سلامت و دولت یازدهم بر خلاف چارچوب قبلی سعی در تثبیت موقعیت خود ندارد بلکه از موضعی برتر اقدامات خود در حوزه سلامت را برابر با کل سالهای متمادی انقلاب می‌داند (روحانی، ۲۴ مرداد ۱۳۹۵) و بی مانند در بین همه دولت‌های بعد از انقلاب می‌داند (روحانی، ۲۰ تیر ۱۳۹۶) دیدگاهی که بعدها حتی به کل طول تاریخ ایران بسط یافت!!!

در این چارچوب، گفتمانی دو گانه‌ای بر ساخته می‌شود از "خودی" که طرفدار توسعه، پیشرفت و سلامت همه جانبه مردم است و "دیگری" که واپس‌گرا و تهدید کننده سلامت جسم و روان مردم است (روحانی: ۸ اسفند ۱۳۹۵ و ۲۰ تیرماه و ۲۴ خرداد و ۱۳۹۶).

چارچوب بازگشت بحران: مشروع‌سازی به میانجی اخلاق

مسأله سلامت و طرح تحول نظام سلامت پس از لغو برجام و شکست دیپلماسی خارجی وارد فضای گفتمانی متفاوتی می‌شود. لغو برجام تنها به معنی شکست یک برنامه سیاست خارجی نبود زیرا علاوه بر اینکه دولت یازدهم را در برابر بحران‌های اقتصادی و سیاسی پیشین قرار می‌دهد (افزایش ناگهانی نرخ دلار) همچنین فرصت مغتمی را در اختیار کسانی قرار می‌دهد که در چارچوب‌های گفتمانی پیشین به واسطه این موفقیت‌ها به حاشیه رانده شده بودند. علاوه بر لغو برجام که به لحاظ سیاسی و اقتصادی دولت را دچار بحران می‌کند دو رویداد مرتبط دیگر چارچوب گفتمانی جدید را متأثر می‌ساخت: نخست استعفای جنجالی قاضی زاده هاشمی که طرح تحول نظام سلامت به نام او بیشتر پیوسته بود تا با دولت یازدهم! و بعد از او ادامه طرح با تریدهای زیادی روبه رو بود و دومی پاندمی کرونا که در پایان سال ۱۳۹۸ آغاز شد و علاوه بر بحث سلامت، دولت را در تنگنای اقتصادی مضاعفی قرار داد.

در چارچوب گفتمانی جدید رئیس دولت دوازدهم از مرزگشایی گفتمانی در سپهر برنامه‌های سلامت دست می‌کشد و سعی در حفظ هویت خود با تأکید بر سیاست سلامت دارد: "برجام افتخار ما است ولی آبادانی روستاها، مقدم بر آن افتخار است و سامان دادن سلامت مردم بیش از برجام موجب افتخار ما است (روحانی، ۲۲ آبان ۱۳۹۸)". "موضوعی که از نظر او، منتقدان سعی در فراموشی و زیر سوال بردن آن دارند. "... آیا واقعیت این است که در دولت یازدهم و دوازدهم برای سلامت مردم اقدامی صورت نگرفته است؟... (روحانی: ۴ تیر ۱۳۹۸)". او در پاسخ به سوالات خود از منتقدان که وجه اخلاقی دارد بیان می‌کند: "... این طرح تحول سلامت، جزو مواردی بود که از دوست و دشمن کسی نتوانست این واقعیت و خدمت بزرگ را منکر شود... آنهایی که با دولت خوب نبودند و همیشه منتقد بودند هم اینجا را نتوانستند در برابر این واقعیت و این کار بزرگی که انجام گرفت، خدشه‌ای وارد کنند..." (روحانی: ۳۰ آذرماه، ۱۳۹۹).

گمان به انکار دستاوردهای طرح تحول سلامت باعث شد که به گونه‌ای اغراق آمیز توسط وزیر بهداشت و رئیس جمهور در مورد "بی‌نظیر بودن"، "افتخارآمیز بودن" و "تاریخی بودن" این طرح صحبت شود (نمکی: ۴ تیر ۱۳۹۸). افتخار کردن به هر اقدامی در حوزه سلامت

موضوعی بود (روحانی، ۲۷ شهریور، ۳۰ آذرماه، ۱۳۹۹) که در چارچوب گفتمانی جدید به نظر می‌رسد از آن برای حفظ خود مثبت برساخته شده در برابر تخریب‌های دیگران استفاده می‌شود. ... بعضی‌ها این کلمه طرح تحول سلامت را نمی‌توانند بفهمند. سه کلمه است، طرح تحول سلامت. کدامش را نمی‌توانید بفهمید، تحول را نمی‌توانید بفهمید، طرح را نمی‌توانید بفهمید یا کل سلامت. طرح تحول سلامت دنیا را دچار تعجب کرد. ده‌ها رهبر دنیا به خود من گفتند، گفتند چطور شما توانستید در کشور این کار را بکنید. کشورهای بزرگ نتوانستند این کار را بکنند. که آنچه بیمار برای بستری شدن می‌خواهد به بیمارستان بدهد، سهمش بیاید به ۶ الی ۱۰ درصد، در روستاها بیاید در یک مقطعی به ۳ الی ۵ درصد، ۳ درصد و ۵ درصد در ریاضیات ساده است، چطور بعضی‌ها ریاضیات ساده را یاد نگرفتند. این را که در مدرسه هم می‌شود یاد گرفت. ریاضی ساده است و چیز عجیبی است. واقعاً مردم ایران بدانند، کار دولت یازدهم و دوازدهم در زمینه سلامت در تاریخ ایران بی‌نظیر بوده، اگر حرف دارید بزنید. تاریخ ایران را بیاورید از آن اول، از زمان هخامنشیان تا حالا تاریخ ایران را ورق بزنید... این کار مهم نبود؟ این کار بزرگ نبود؟ این کار عظیم نبود؟ اصلاً در مخیله من نمی‌آمد که راجع به ۳ چیز کسی شک کند. یکی راجع به برجام و خدمات برجام که البته شکاکین در این زمینه زیاد است. یکی در زمینه انقلاب دیجیتال، با توجه به تحول بزرگی که ایجاد شد، یکی هم در تحول سلامت؛ در این ۳ تا فکر نمی‌کردم. در بقیه زمینه‌ها هم تحولات بزرگ صورت گرفته است اما این ۳ تا از واضحات و بدیهیات بود ما در این ایام می‌بینیم که عدالت و انصاف و بیان واقعیت، بیان واقعیت که هیچ، تحریف و تغییر و آمار غلط و آمار دروغ؛ که چه بشود. می‌خواهیم به کجا برسیم؟.... بزرگترین افتخارات دولت دوازدهم و وزارت بهداشت و درمان بود ... (۲۲ خرداد ۱۴۰۰)

در چارچوب جدید بارها حسن روحانی طرف دعوا را به اخلاق و انصاف فرا می‌خواند و از او راجع به آنچه انجام شده است سوال می‌پرسد؟ و در نهایت ادعاهای مطرح شده را خلاف واقع و دروغ می‌داند (روحانی، ۲۷ خرداد ۱۴۰۰). در برابر خود مثبت خدمتگذار، دانا و مظلوم دیگری منفی ترسیم می‌شود، که دروغگو، بی‌سواد، نادان و ظالم است.

طرح تحول سلامت در میدان نزاع

گفته شد که طرح تحول نظام سلامت در گفتار نخبگان سیاسی محل منازعه و کشمکش قرار گرفت. این نزاع در سطح کلامی از یک سو با سکوت و گاه انکار نخبگان حاکمیت و در سوی دیگر با پیوند طرح به اقدامات سیاسی دولت و تأکید بر موفقیت‌آمیز بودن آن، آشکار شد. سوبه‌های سیاسی این طرح و ظرفیت‌های آن حداقل در سطح کلامی برای دولت زمانی آشکار خواهد شد که علاوه بر نزاع میان نخبگان سیاسی، به پژوهش‌های انجام شده در مورد شاخص‌های هزینه‌ها که مهم‌ترین هدف طرح بود در قبل و بعد از اجرای طرح پرداخته می‌شود.

در سطح کلامی، زمزمه‌های شکست طرح تحول نظام سلامت را به فاصله کمتر از ۲۴ ماه از آغاز آن می‌توان در گفتار سیاستگذاران مهم رد یابی کرد، نامه وزیر بهداشت به روحانی در مورد شکست طرح در صورت تداوم تنگناهای شدید مالی^۱، پولی شدن دفترچه رایگان بیمه سلامت ایرانیان^۲، افزایش تعرفه‌های پزشکی، حذف دفترچه بیمه سلامت از بیمارستان‌های دولتی در نیمه نخست سال ۱۳۹۷، استحقاق‌سنجی افراد واجد شرایط برای دریافت بیمه سلامت^۳ و نهایتاً گلایه وزیر بهداشت از تورم پایین قیمت دارو با این جمله که چرا باید هزینه‌های سنگینی برای بیمارانی که دو یا سه سال بیشتر زنده نیستند متحمل شد^۴ و اعلام نایب رئیس مجلس از ورشکستگی طرح^۵ از جمله گزاره‌هایی مهمی است که تأییدی بر شکست این طرح بزرگ در فاصله کوتاهی داشتند.

تا آنجا که مطالعات محققان نشان می‌دهد اطلاعات کمی در مورد فرایند اجرا، نتایج و عوامل موثر بر طرح وجود دارد اما اطلاعات حداقلی موجود نیز مؤید افزایش بهای بهداشت و درمان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت است. در جدول (۱) شاخص مصرفی کالا و

۱ نامه وزیر بهداشت به حسن روحانی درباره شکست طرح تحول سلامت به دلیل تنگناهای شدید مالی در تاریخ ۲۵ خرداد ۱۳۹۵ و اعلام تکذیب آن بواسطه چند ساعت بعد (به دلیل نزدیکی به انتخابات ریاست جمهوری) به نقل از روزنامه جوان.

۲ تاریخ ۲۹ آبان ۱۳۹۶ به نقل از خبرگزاری تسنیم.

۳ تاریخ فروردین ۱۳۹۷ به نقل از باشگاه خبرنگاران جوان.

۴ جمله قاضی زاده هاشمی وزیر بهداشت به نقل از خبرگزاری ایلنا در تاریخ آذر ۱۳۹۷.

۵ گفته مسعود پزشکیان و انتشار خبر مربوطه در تاریخ ۵ اسفند ۱۳۹۶ به نقل از باشگاه خبرنگاران جوان.

خدمات با شاخص قیمتی بهداشت و درمان مقایسه شده است. شاخص مصرفی کالا و خدمات شامل قیمت مواد غذایی، پوشاک، مسکن، حمل و نقل، بهداشت و دیگر کالا و خدماتی است که افراد به صورت روزانه می‌خرند، همانطور که ملاحظه می‌شود از سال ۱۳۹۳ (سال شروع طرح تحول نظام سلامت) شاخص بهای کل کالا و خدمات از شاخص بهای بهداشت و درمان در سطح مصرف‌کننده اندکی کمتر است. این روند بازگو کننده این نکته است که تغییرات قیمت حوزه بهداشت و درمان در سطح مصرف‌کننده از تغییرات قیمت کالاها طی سال‌های پس از ۱۳۹۳ بیشتر بوده است و نشانگر رشد سریع سطح قیمت‌های بهداشت و درمان نسبت به سایر کالاها و خدمات است.

جدول شماره (۲) شاخص بهای کالا و خدمات در مقایسه با بهای بهداشت و درمان بر مبنای

ساله پایه (۱۰۰ = ۱۳۹۰)

سال	شاخص کل		شاخص بهداشت و درمان	
	روستایی	شهری	روستایی	شهری
۱۳۹۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۱۳۹۱	۱۲۰/۸	۱۳۲/۷	۱۲۱/۵	۱۲۲
۱۳۹۲	۱۶۹/۸	۱۸۰/۶	۱۶۸/۶	۱۷۲/۸
۱۳۹۳	۱۹۵	۲۰۵/۳	۲۰۳/۷	۲۰۹/۷
۱۳۹۴	۲۱۷	۲۲۶/۹	۲۳۴/۴	۲۴۲/۶

(منبع: مرکز آمار ایران ۱۳۹۰-۱۳۹۴ به نقل از بااوش و همکاران، ۱۳۹۶: ۹۰)

پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنها شاخص پرداخت از جیب در میان سه شاخص موجود برای ارزیابی هزینه‌های سلامت بهبود داشته است و دو شاخص دیگر یعنی هزینه‌های فاجعه بار سلامت و مشارکت مالی عادلانه تأثیر محدودی از این طرح پذیرفته اند (جوشنی خیبری و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه پژوهش‌های متعددی در مورد نتیجه رضایتبخش طرح تحول سلامت وجود دارد اما بررسی‌های دقیق تر نشان از تفاوت هزینه، دسترسی و مراقبت‌های بهداشتی در دو گروه فقیر و ثروتمند، مناطق روستایی و شهری و نیز سایر طبقات اجتماعی با یکدیگر دارد. شاخص دیگر که می‌توان به آن اشاره کرد پرداخت از جیب بالای ۵۰ درصد در سال‌های بعد از

طرح است (خانکه و دیگران، ۲۰۲۱: ۱۹۸). خانکه همچنین علت شکست طرح تحول نظام سلامت در ایران را آشفتگی سیستم بهداشت و درمان چه در ساختار و چه در فرایند می‌داند (همان: ۲۰۳).

بنابراین اگرچه طرح تحول به ویژه در سالهای نخست، موفقیت‌هایی در عرصه بهداشت و درمان ایران به همراه داشته است اما به دلایل متعدد این موفقیت‌ها در سالهای بعد استمرار نیافتند اما همچنان در عرصه سیاسی کارکرد و نقش خود را ایفا کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مقاله با این پرسش اساسی آغاز شد که نسبت طرح تحول نظام سلامت با نظام قدرت و مناسبات سیاسی حاکم در دوره شکلی‌گیری آن چگونه بوده است؟ و این پیوند چه امکانات و محدودیت‌هایی را برای هر دو سوی این تعامل فراهم آورده است؟ بر اساس مطالعات نظری، توزیع منابع سلامت و خدمات درمانی به عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، سازمانی و ایدئولوژیک، نقش دولت در بازار، درجه تمرکزگرایی سیاسی در ارائه خدمات بهداشتی وابسته است (کاکرهم، ۱۳۹۱: ۶۰۷-۶۰۸). نقش این عوامل در موقعیت‌های مختلف در نسبت با یکدیگر ممکن است فزونی یا کاهش یابد. در ایران سیاست‌های اجتماعی حکومت پس از انقلاب نقش محوری در تثبیت و مشروعیت‌یابی جمهوری اسلامی داشته است. رفاه عمومی نقش مهمی در کشمکش‌های عمومی و اعمال فشار بر نخبگان سیاسی داشته است. ظرفیت بسیج کردن نیروها در ایران پس از انقلاب تنها در اختیار رهبر انقلاب قرار گرفت. سیاست کنترل مولد موضوعی است که به خوبی می‌توان این نقش را تشریح کرد (هریس، ۱۳۹۸: ۱۵۳).

طرح تحول نظام سلامت از دل مسأله‌سازی موفق دولت یازدهم و دوازدهم در پرتو شرایط بین‌المللی و داخلی بهداشت و درمان ایران متولد شد. در طول دوره اجرای آن گشایش‌ها و فروبستگی‌هایی را در قلمرو گفتمانی تجربه کرد و اما همچنان تا روزهای پایانی دولت دوازدهم از آن به عنوان مهم‌ترین دستارود دولت مورد تأکید بود. اگرچه در سطح کلامی از سوی سایر نخبگان نادیده یا مورد انکار واقع شد.

اگر قرار باشد تجربه گذشته و چهارچوب‌هایی که در این متن ارائه شد به طرح سناریوهایی برای آینده منجر شود در این صورت می‌توان چنین اظهار نمود که:

- در جامعه ایران به دلیل ماهیت ساختار قدرت انتظار می‌رود که دولت‌ها برای پیشبرد موفقیت‌آمیز برنامه‌هایشان نیازمند ایجاد حداقلی از وفاق بین نخبگان سیاسی به ویژه در سطح حاکمیت هستند. اگرچه عوامل دیگر نیز بر موفقیت یا شکست این برنامه‌ها موثر هستند اما همگرایی گفتمانی در سطح حاکمیت و دولت نقش تسهیل‌گر برای وقوع سایر عوامل مورد نیاز را خواهد داشت. موردی که در چارچوب اول مشاهده شد. دولت روحانی توانست در سپهر همگرایی بدست آمده پیرامون مسأله سلامت، طرح تحول سلامت را تصویب و اجرا کند.
- به دلیل همین ماهیت سیال ساختار سیاسی در جامعه ایران به نظر می‌رسد در صورت پیوند دولت با سیاست‌های رفاهی موفق و فاصله‌گیری این موفقیت از ساختار کلی حاکمیت طرح با انسداد‌هایی روبه‌رو خواهد شد.
- مادامی که استراتژی مهندسی و بهره‌برداری سیاسی از امور اجتماعی درون‌مایه اصلی سیاستگذاری رفاهی باشد در این صورت سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات صورت گرفته در تمام امور اجتماعی و بویژه امور مربوط به رفاه و سلامت نه تنها به عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری کمک نمی‌کند بلکه بازتولیدکننده نابرابری و نهادینه‌کردن فساد ساختاری خواهند شد. این واقعیت حاکی از آن است که بهبود در مولفه‌های اجتماعی موثر بر کیفیت زندگی و سلامت الزاما به کاهش نابرابری منتهی نمی‌شود. در عوض باید عوامل چندگانه مولد نابرابری در خلال یک همکاری میان بخشی به شیوه‌ای منسجم شناخته شود و براساس اتخاذ روش‌های کارآمد به تدریج با آنها مقابله شود.
- اگر به همگرایی گفتمانی ایجاد شده پیرامون اجرای طرح تحول نظام سلامت در چارچوب اول استناد کنیم می‌توان استدلال لویسنون را پذیرفت که سلامت عمومی از جمله برنامه‌های متعدد رفاه اجتماعی هستند که به تداوم نظم اجتماعی موجود کمک می‌کند و در عین حال مخالفت عمومی را به حداقل می‌رساند (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸: ۱۲۳). فرصتی که به نظر می‌رسد دولت یازدهم اگرچه به خوبی آن را ایجاد کرد اما نتوانست از ثمرات آن به نفع جامعه استفاده کند.

منابع

- اسکمبر، گرهام و پل هیگز (۱۳۹۸) مدرنیته، پزشکی و سلامت، تهران، فرهامه
- امامی رضوی. سید حسن (۱۳۹۴)، طرح تحول نظام سلامت: آغاز راهی بسوی نظام سلامت مطلوب، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، دوره هجدهم، شماره ۴.
- باوش. معصومه، شیانی. ملیحه و موسایی. میثم (۱۳۹۶)، تحلیل عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر فقر و نابرابری حوزه سلامت طی سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۰، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفدهم، شماره ۹۶.
- باباخانی، محمد، سید رامین قاسمی، حسن رفیعی، حسین راغفر و اکبر بیگلریان (۱۳۹۰) رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره: ۴۶، ص: ۲۵۹-۲۷۵.
- تهموری، سعید و گیتی بهرامی (۱۳۹۵) بازاری شدن سلامت در ایران (۱۳۷۸-۱۳۸۱) همایش ملی سیاستگذاری اجتماعی در ایران.
- دمایو، فرناندو (۱۳۹۹) سلامت و نظریه اجتماعی، ترجمه: داود احمدی قیداری، علی اصغر سعیدی، تهران، تیسا.
- راغفر، حسین و سمیرا غلامی (۱۳۹۲) نابرابری مخارج سلامت خانوارها در ایران: ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۰، مجله پژوهشی حکیم، دوره شانزدهم، شماره چهارم، ۳۰۲-۳۱۶.
- صفری شالی. رضا (۱۳۹۵)، گفتمان عدالت دولت‌های پس از انقلاب دو حوزه سلامت، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال ۱۹، شماره ۴.
- غلامرضا کاشی. محمد جواد (۱۳۹۳) ناروایت حسن روحانی، نشریه روایت، شماره: ۲.
- قاراخانی. معصومه (۱۳۹۲)، دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش)، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۶۱.
- قیاسوند، حسام، محمد هادیان، محمدرضا ملکی، حسین شعبانی نژاد (۱۳۸۹) تعیین کننده‌های مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خدمات درمانی در بیماران بستری در بیمارستان‌های مرتبط با دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۸-۱۳۸۷، مجله پژوهشی حکیم، دوره سیزدهم، شماره سوم، ص: ۱۴۵-۱۵۴.
- کاکرهم. ویلیام سی (۱۳۹۱)، جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمد خواجه دلویی و همکاران، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد.

- مجیدی حسن، محسن رحیمی نیا (۱۳۹۷) تحلیل گفتمان اعتدال در انتخابات ریاست جمهوری یازدهم، فصلنامه های راهبردی سیاست، سال هفتم، شماره ۲۵، ص ۱۲۵-۱۵۵.
- هریس، کوان (۱۳۹۸) انقلاب اجتماعی (سیاست و دولت رفاه در ایران) ترجمه محدرضا فدایی، تهران: نشر شیرازه.
- Bambra Clare, Debbie Fox & Alex Scott-Samuel (2005) Towards a politics of health, Health Promotion International, Vol. 20 No. 2, pp: 187-193
- Grundy, John & Hoban, Elizabeth & Allender, Steve & Annea, Peter (2014) The intersection of political history and health policy in Asia e The historical foundations for health policy analysis, Social Science & Medicine, NO:117 ,P: 150-159.
- Hughes Gemma (2017) New models of care: the policy discourse of integrated care, People, Place and Policy Vol, 11 (2), PP: 72-89.
- JOSHANI KHEIBARI Morteza , ESMAEILI Reza , KAZEMIAN Mahmood (2019) Impacts of Health Reform Plan in Iran on Health Payments Distributions and Catastrophic Expenditure, Iran J Public Health, Vol. 48, No.10, Oct 2019, pp.1861-1869
- Kalroozi Fatemeh, Mohammadi Nooredin, Ashghali Farahani Mansoureh, Haghghi Aski Behzad, Manafi Anari Ali (2020) A critical analysis of Iran health system reform plan, Journal of Education and Health Promotion, Vol.9. PP: 1-6.
- Khankeh Hamid Reza, Bagheri Lankarani Kamran, Zarei Nooshin, Joulaei Hassan 3 (2021) Three Decades of Healthcare System Reform in Iran from the Perspective of Universal Health Coverage: A Macro-Qualitative Study, Iran J Med Sci, Vol 46 No 3, pp:198-206.
- Leimbigler Leimbigler & Christian Lammert (2016) Why Health Care Reform Now? Strategic Framing and the Passage of Obamacare, SOCIAL POLICY & ADMINISTRATION, VOL. 50, NO. 4, PP. 467-481
- Mackenbach John P & Martin Mackee (2015) Government, politics and health policy: A quantitative analysis of 30 European countries, Health Policy, pp: 119- 129.
- Reisigl. M, Wodak. R (2017), The Discourse-Historical Approach (DHA), ResearchGate.
- Seyedin Hesam, Mahnaz Afshari, Parvaneh Isfahani , Kobra Sharifkazemi , Malihe Morshedi & Amin Akbari (2020) Out of Pocket Payment by Inpatients After Health Sector Evolution Plan and Its Effecting Factors: A Report of Iran, Shiraz E-Med J, Vol .21 (8):e97127.
- Wodak, Ruth (2021) Crisis communication and crisis management during COVID-19, Global Discourse • vol 00 • no 00 • pp 1-20