



RESEARCH ARTICLE

Social Citizenship and the Right to Health: An Introduction to the Effects of Adjustment and Privatization Policies on the Health Sector in the Islamic Republic of Iran

Mehdi Davoudi^{ID}

Assistant Professor of Public Policy Making, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran

Corresponding Author's Email: Mehdidavoodi@ut.ac.ir

 <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2024.99830>

Received: 7 May 2024
Accepted: 23 September 2024

ABSTRACT

The right to health is one of the components of social citizenship, which in itself requires positive government intervention. Because the realization of this type of right is a government commitment and therefore, the economic and social components of society are directly related to the health index. While explaining the economic adjustment policy and examining the health policies in the country, this article has examined the country's health policy-making process with regard to such an approach. The results show that the implementation of the privatization policy and the reduction of costs of public and social services, including health services, compared to other countries, has led to many harms to citizens. And the privatization of public goods such as health, in addition to harming citizenship rights and the failure to realize social citizenship, has also had adverse consequences.

Keywords: Economic Adjustment, Health, Privatization, Social Citizenship, Policymaking.

Citation: Davoudi, Mehdi (2024). Social Citizenship and the Right to Health: An Introduction to the Effects of Adjustment and Privatization Policies on the Health Sector in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Public Policy*, 10 (4), 127-140.
DOI: <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2024.99830>

Published by University of Tehran.



This Work Is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International \(CC BY-NC 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



مقاله پژوهشی

شهروندی اجتماعی و حق سلامت: نگاهی به آثار سیاست‌های تعدیل و خصوصی‌سازی بر حوزه سلامت در جمهوری اسلامی ایران

مهدی داودی 

استادیار سیاستگذاری عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
رایانامه نویسنده مسئول: Mehdidavoodi@ut.ac.ir

 <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2024.99830>

تاریخ دریافت: ۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۳
تاریخ پذیرش: ۲ مهر ۱۴۰۳

چکیده

حق سلامت به عنوان یکی از مؤلفه‌های شهروندی اجتماعی می‌باشد که در بطن خود مستلزم مداخله مثبت دولت است. زیرا تحقق این نوع حقوق در تعهد دولت بوده و بدین جهت مؤلفه‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه ارتباط مستقیمی با شاخص سلامت دارد. این مقاله ضمن تبیین سیاست تعدیل اقتصادی و بررسی سیاست‌های حوزه سلامت در کشور، روند سیاستگذاری سلامت را با توجه به چنین رویکردی مورد بررسی قرار داده است. نتایج مبین این امر است که اجرای سیاست خصوصی‌سازی و کاهش هزینه‌های خدمات عمومی و اجتماعی از جمله خدمات حوزه سلامت در مقایسه با سایر کشورها، منجر به آسیب‌های بسیاری بر شهروندان شده است و ضمن آسیب به حقوق شهروندی و عدم تحقق شهروندی اجتماعی، پیامدهای ناگواری نیز به دنبال داشته است.

واژگان کلیدی: تعدیل اقتصادی، سلامت، خصوصی‌سازی، شهروندی اجتماعی، سیاستگذاری.

استناد: داودی، مهدی (۱۴۰۳). شهروندی اجتماعی و حق سلامت: نگاهی به آثار سیاست‌های تعدیل و خصوصی‌سازی بر حوزه سلامت در جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه سیاستگذاری عمومی، ۱۰ (۴)، ۱۴۰-۱۲۷.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jppolicy.2024.99830>



ناشر: دانشگاه تهران.

مقدمه

مفهوم شهروندی در بعد اجتماعی ناظر بر حق‌مداری انسان مدرن می‌باشد که قبول حقوق و وظایف قانونی و سیاسی ناشی از جایگاه شهروندی و دارا بودن حداقل رفاه مانند حق داشتن سرپناه و حداقل معیشت و نظایر آن از بنیان‌های اصلی این ایده می‌باشد. مفهومی که به بیان مارشال، شامل دامنه‌ای فراگیر از حق برخورداری از رفاه و امنیت اقتصادی تا حق مشارکت کامل در میراث اجتماعی و زندگی یک موجود متمدن بر اساس معیارهای حاکم بر جامعه است (Beckett, 2006). در واقع شهروندی اجتماعی از جمله مفاهیمی می‌باشد که در بطن خود مستلزم مداخله مثبت دولت می‌باشد زیرا تحقق این نوع حقوق در تعهد دولت می‌باشد مانند حق بر سلامت، حق بر کار، حق بر آموزش، حق بر تأمین اجتماعی و غیره. در واقع این حقوق جز اهداف و ارزش‌های اساسی قانون اساسی است و در قالب اصول راهنمای سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرد (Davoudi & Mohammadi, 2018: 106-107). بدین جهت هنگامی که صحبت از شهروندی اجتماعی می‌شود ما با سیاست اجتماعی مرتبط می‌شویم. سیاست اجتماعی در وهله نخست چنین تعبیر می‌شود که هر سیاست و ابزار تصمیم‌گیری که منجر به افزایش رفاه و امنیت مردم می‌گردد سیاستی اجتماعی است و از این تعریف این نتیجه حاصل می‌شود که سیاست‌های اجتماعی تابعی از سیاست‌های رفاه اجتماعی هستند. اما با توجه به تعاریف مختلفی که از رفاه و سیاست اجتماعی شده است، ما با این مساله مواجه می‌باشیم که حوزه عملکردی سیاست اجتماعی گستره کلانی از مباحث تأمین اجتماعی، حمایت اجتماعی، آموزش، سلامت، بهداشت و درمان و مسکن را در بر می‌گیرد. بر این اساس، سیاست اجتماعی اصطلاحی است برای توضیح اقداماتی که به رشد بهینه زندگی انسانها کمک می‌کند (Yazdani, 2003: 39-42). از این رو یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار در حوزه شهروندی اجتماعی و بطور کلی حقوق شهروندی، موضوع سلامت می‌باشد. سلامت سازه‌ای چندعاملی می‌باشد که عوامل مؤثر بر آن هم در درون شخص و هم در جامعه‌ای که او زندگی می‌کند، قرار دارند. این عوامل بر هم اثر گذارند و در ضمن این برهم‌کنش، ممکن است سلامت فرد، تضعیف شده یا ارتقاء یابد. لذا سلامت جامعه را می‌توان نتیجه برهم‌کنش‌های بسیار دانست. با وجود ارتقای سلامت و کاهش چشم‌گیر مرگ و میر در جهان توسعه یافته امروزی، شکاف عمیقی در وضعیت سلامت درون جوامع و بین جوامع وجود داشته و افراد متعلق به پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین‌تر در مقایسه با پایگاه بالاتر، میزان مرگ و میر بیشتری دارند (Azizi Zein Alhajlo & Sadegh Tabrizi, 2014: 16). در حقوق شهروندی، حق سلامت به عنوان یک حق ذاتی، به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق همه خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار و محیط زیست سالم را شامل می‌شود. وجود ابعاد مختلف برای سلامت، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن، موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقدامات در حوزه وسیعی می‌باشند که برخی از این تعهدات، مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند (Hosseini et al., 2021: 240). بررسی‌های کمیسیون بین‌المللی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که در سال ۲۰۰۵ تشکیل شده، نشان داد که ۵۰ درصد از تعیین‌کننده‌های سلامت به عواملی مانند پایگاه اجتماعی- اقتصادی، نابرابری اجتماعی، اشتغال، وضعیت مسکن، تغذیه و فشارهای روحی روانی مربوط است که بیرون از حوزه عملکرد نظام سلامت کشورها می‌باشد (Azizi Zein Alhajlo & Sadegh Tabrizi, 2014: 16) بر این اساس مطابق تحقیقات انجام شده، برخی اندیشمندان معتقدند که مولفه‌های اقتصادی و اجتماعی ارتباط مستقیمی با شاخص سلامت دارا می‌باشند. بدین صورت که سطح پایین درآمد، مانع دستیابی به امکانات بهداشتی و سلامت می‌گردد و نیز مواردی چون بیماری منبعث از شرایط اجتماعی طبقه فرد می‌باشد و ارتباط مستقیمی با سلامت را دارا می‌باشد. همچنین به باور آنها وقتی سطح سلامت در جامعه تنزل پیدا کند، هزینه‌های درمان افزایش نشان می‌دهد و از سوی دیگر در صورت وجود بیماری و نبود سلامت، توان عملکردی فرد تحت تأثیر قرار گرفته و این امر پیامد خود را در سطح درآمد نشان می‌دهد (Adams et al., 2004: 415-417). از این رو با توجه به ماهیت اجتماعی و آثار بیرونی مراقبت‌های بهداشتی و سلامت و همبستگی بین فقر و بیماری، این موضوع

ارتباط تنگتنگی با برابری و عدالت پیدا کرده است. بنابراین از این منظر و با توجه به آنکه نظام بازار به ایجاد عدالت و برابری توجهی ندارد، این امر دلیل مهمی برای تأمین مالی و مدیریت فعالیت‌های بخش بهداشت و سلامت توسط دولتها به شمار می‌رود (Tabibi & Davoudi, 2015: 44) و بدین جهت، سیاستگذاری در حوزه سلامت از اقداماتی است که در زمره وظایف ذاتی دولتها در عصر جدید به شمار می‌رود. بر این اساس، سیاستگذاری سلامت؛ فرایند تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌هایی برای حل مسائل بهداشتی و درمانی جامعه است. سیاست سلامت مجموعه دستورالعمل‌هایی است که توسط سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه تدوین می‌شود و راهنمای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مدیران سطوح پایین است. همچنین نظام سلامت شامل سازمان‌ها، مؤسسات، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاستگذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم می‌پردازند. بدین خاطر است که سازمان بهداشت جهانی کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت و سه هدف اصلی نظام سلامت را شامل ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت بیان کرده است. همچنین، دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت و تاب‌آوری را در زمره اهداف فرعی نظام سلامت بر شمرده است (Mossadegh Rad & Rahimi Tabar, 2019: 12). باید به این امر توجه داشت که ترجیحات و مختصات سیاسی و اقتصادی جامعه تعیین‌کننده ارزش سلامتی، سهم سلامت در بودجه کل کشور، میزان و شیوه تخصیص منابع به خدمات درمانی و شیوه اولویت‌گذاری درباره بخش‌های مختلف سلامت است. فارغ از چنین تفاوت‌هایی، تغییرات زمینه‌ای جامعه از جمله ظهور تکنولوژی‌های جدید پزشکی، تغییر الگوی بیماری، افزایش امید به زندگی، سالخوردگی جمعیت و سنگینی هزینه‌های بهداشتی و درمانی، در مجموع سیاستگذاری در حوزه سلامت را به الزامی انکارناپذیر تبدیل کرده است. به گواهی شواهد مختلف و تجربه زیسته هریک از ما، زندگی در فضای پرخطر کشور، اکثر مردم را در معرض آسیب‌هایی مانند تخریب یا فرسایش محیط زیست، نرخ بالای تورم و بیکاری، معیشت نامکفی، تغذیه نامناسب، تنزل کیفیت روابط اجتماعی، نگرانی و اضطراب‌های ناشی از زندگی شهری، طلاق و کاهش پایداری خانواده، نرخ بالای اعتیاد، احساس تبعیض، محرومیت و نابرابری، مصرف‌گرایی شدید، فردگرایی و درنهایت کاهش اعتماد اجتماعی قرار می‌دهد. همه این عوامل در مجموع سلامت اعضای جامعه را تهدید می‌کند. به این فهرست باید آثار ناشی از فرایند جهانی‌شدن را نیز افزود (Javaheri et al., 2020: 64). بنابراین، به دلیل تنوع و پیچیدگی عوامل تأثیرگذار بر سلامت، سیاستگذاری‌های این حوزه باید از خصلت استمرار، فراگیری و جامعیت برخوردار باشند (همان) ولیکن در کشور ما به این بخش توجه کافی مبذول نشده است، به طوری که به رغم رشد کمی اعتبارات بودجه‌ای در این بخش، شاخصها، نشان‌دهنده وضع نامناسب بخش بهداشت و درمان، در مقایسه با سایر کشورهاست و علیرغم تأکید صریح قانون اساسی برای فراهم کردن امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی برای کل جامعه، شواهد و قرائن نشان دهنده آن است که در برنامه‌های توسعه اقتصادی برای تخصیص هزینه‌های دولت به این بخش توجه لازم صورت نگرفته است. نیک می‌دانیم که ماهیت بهداشت و درمان، خدمتی عمومی است و بخش خصوصی رغبت چندانی برای صرف هزینه و انجام سرمایه‌گذاری در آن را ندارد، از اینرو تقریباً تمامی دولتها در سرمایه‌گذاری و تأمین یارانه در این بخش مسئولیت دارند. بنابراین دخالت، نظارت و کمک دولت در این عرصه برای تمامی کشورها امری قابل قبول و پذیرفته شده است (Jenani, 2005: 6). علیرغم این امر، بررسی اقدامات و سیاستهای چند دهه گذشته کشور نشان می‌دهد اجرای سیاست خصوصی‌سازی و کاهش هزینه‌های خدمات عمومی و اجتماعی از جمله خدمات حوزه سلامت منجر به آسیب‌های بسیاری بر شهروندان شده است و خصوصی‌سازی کالای عمومی نظیر سلامت که حتی در لیبرال‌ترین اقتصادهای دنیا چنین حوزه‌هایی را به بخش خصوصی وا نمی‌گذارند از عواملی بوده است که ضمن آسیب به حقوق شهروندی و عدم تحقق شهروندی اجتماعی، پیامدهای ناگواری نیز به دنبال داشته است. از این‌رو در این مقاله ضمن تبیین سیاست تعدیل اقتصادی و بررسی سیاست‌های حوزه سلامت در کشور، روند سیاستگذاری سلامت کشور را با توجه به چنین

رویکردی مورد بررسی قرار خواهیم دادیم. فرض اصلی نگارنده بر این است که تغلب نگاه لیبرالی (نوع خاص ایرانی آن) در حوزه سلامت در چند دهه گذشته باعث شده است که سیاستگذار توجه و اولویت کمتری به این بخش در مقایسه با سایر کشورها بدهد و چنین امری ضمن آسیب به حوزه سلامت و افزایش فقر در جامعه مانعی جدی برای تحقق شهروندی اجتماعی و حقوق شهروندی شده است. بدین جهت ضمن توجه به روش توصیفی تحلیلی از آمارهای رسمی اعلامی، پژوهش‌های سایر پژوهشگران در این حوزه و نیز سایر منابع در دسترس استفاده شده است.

تعدیل اقتصادی، خصوصی سازی و شهروندی اجتماعی

از اوایل دهه ۸۰ با گسترش اندیشه محافظه‌کاری نو و لیبرالیسم نو، واکنش نسبت به دولت بزرگ به عنوان پدیده‌ای بی‌کفایت رایج شد. به علاوه، ناکارآمدی نسبی بخش خصوصی در مقابل بخش دولتی و کارآمدی سازوکار بازار در تعدیل و اصلاح ساختار توزیع درآمد و در نهایت خارج کردن دولت در پذیرش سیاست‌های تعدیل اقتصادی مزید بر علت شد (Hatami, 2006: 210-211). در واقع برنامه‌های تعدیل ساختاری شامل وام‌هایی است که توسط صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی به کشورهایی که بحران‌های اقتصادی را تجربه می‌کنند با هدف تنظیم ساختار اقتصادی کشور، بهبود رقابت بین‌المللی و بازگرداندن تراز پرداخت‌های اراسته می‌شود (Lensink, 1996). معتقدین به این دیدگاه برای متعادل کردن بودجه دولت، کاهش تورم و تحریک رشد اقتصادی؛ الزام به اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های بازار آزاد را در نظر گرفته‌اند و به باور آن‌ها؛ آزادسازی تجارت، خصوصی‌سازی و کاهش موانع سرمایه‌گذاری خارجی امکان افزایش سرمایه‌گذاری، تولید و تجارت را فراهم می‌کند و اقتصاد کشور دریافت‌کننده را تقویت می‌کند (Greenberg, 1997: 87-88). یک انتقاد تقریباً کلاسیک از تعدیل ساختاری، اشاره به کاهش چشم‌گیر هزینه‌ها در بخش‌های آموزشی و بهداشتی است. بر این مبنا، فریدمن اعتقاد داشت که دولت‌ها باید تمام قواعد و مقررات موجود بر سر راه انباشت سود را از میان بردارند و دارایی‌های تحت اختیارشان را به فروش گذارند و تأمین مالی برنامه‌های اجتماعی را به میزان چشم‌گیری کاهش دهند (Klein, 2010: 95). از این رو یکی از مشکلات اصلی برنامه‌های تعدیل ساختاری، کاهش نامتناسب هزینه‌های اجتماعی است. بدین معنا هنگامی که بودجه عمومی کاهش می‌یابد، قربانیان اولیه جوامع محروم هستند که معمولاً به خوبی سازماندهی نشده‌اند. بدین جهت مطابق بررسی‌ها در بسیاری از موارد، دولت‌ها در نهایت پول کمتری را برای این خدمات ضروری هزینه کرده‌اند (Kaiser, 2018) و بدین جهت نقش و تعهد دولت برای انجام خدماتی که ذاتاً بر عهده آن است کم‌رنگ می‌گردد. نکته اساسی و قابل توجه در این جا این است که چنین دیدگاهی با تبدیل «حق» به «امتیاز»، حقوقی چون حق سلامت، حق آموزش، حق بهداشت و آنچه را که جامعه باید برای اکثریت مردم برآورده می‌کند و در صورت برآورده‌نکردن مجبور بود که به جامعه مدنی، احزاب و دیگر نهادهای دموکراتیک جواب‌گو باشد، به عنوان کالاهای قابل خریداری معرفی می‌کند و بر منوال داروین‌یسم، تنها، گونه اصلاح که در این نظام، دارندگان سرمایه معرفی می‌شوند، قادر به خرید آن‌ها و ادامه بقای خود هستند و چنین امری بر خلاف رویکرد شهروندی اجتماعی می‌باشد. باید توجه داشت که شهروندی اجتماعی از جمله مفاهیمی می‌باشد که در بطن خود مستلزم مداخله مثبت دولت می‌باشد زیرا تحقق این نوع حقوق در تعهد دولت می‌باشد مانند حق بر سلامت، حق بر کار، حق بر آموزش، حق بر تأمین اجتماعی و... در واقع این حقوق جز اهداف و ارزش‌های اساسی قانون اساسی و در قالب اصول راهنمای سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرد (Davoudi & Mohammadi, 2018: 106-107). بر اساس چنین نگاهی، شهروندی واقعی با تأمین حقوق رفاهی افراد و نیز وجود شرایط مناسب محقق می‌گردد. بدین جهت برخورداری از رفاه و منابع، زیربنای اصلی توانمندی افراد جامعه می‌باشد و افراد و گروه‌های اجتماعی نیازمند توانمندی از طریق مناسبات حقوقی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی هستند که شرطی لازم برای تحقق شهروندی می‌باشد (Shiani, 2002: 250). در حالیکه اجرای سیاست‌های تعدیل اقتصادی و خصوصی‌سازی مانع تحقق چنین امری شده است به نحوی که برخی از محققان، مانند نائومی کلاین، استدلال کرده‌اند که سیاست‌های نئولیبرالی بر

بسیاری از کشورهای در حال توسعه تأثیر منفی گذاشته است (McPake, 2009) و در واقع اجرای چنین سیاست‌هایی در سراسر جهان، مسئولیت رفاه اجتماعی را عملاً از دولت به خانواده منتقل و آن را خصوصی‌سازی کرده است (Mohanty, 2003: 503-404). پیامد چنین امری خود را در ناتوانی، افزایش و تشدید فقر، تشدید نابرابری و شکاف درآمدی و در نتیجه طردشدگی و خروج فرد از موقعیت شهروندی نشان خواهد داد. زیرا شهروند و جامعه‌ای که در پی نیازهای حیاتی خود می‌باشد، نمی‌تواند دغدغه نیازهای غیرحیاتی نسبت به سلامت و بقای وجودی خود را داشته باشد.

خصوصی‌سازی و سیاست‌های حوزه سلامت

در سیستم سلامت، اصطلاح خصوصی‌سازی با کاهش ارایه خدمات دولتی، کاهش یارانه و کاهش مقررات و بوروکراسی‌های غیرضروری در حوزه خدمات پیشگیری یا درمانی همراه است (Peiravian, 2017: 9). از این رو اجرای سیاست خصوصی‌سازی و کاهش هزینه‌های خدمات عمومی و اجتماعی از جمله خدمات حوزه درمان و بهداشت منجر به آسیب‌های بسیاری بر شهروندان مناطقی شده است که این سیاست‌ها در آن اجرا شده است. بدین جهت اقتصاددانان معتقدند که پارادایم رقابت بازار نمی‌تواند در مورد بازار سلامت به کار گرفته شود زیرا عدم تقارن اطلاعات در بین مصرف‌کنندگان خدمات سلامت سبب می‌شود که این فرضیه در نظام سلامت کاربردی نداشته باشد، زیرا این احتمال وجود دارد که برخی از فراهم‌کنندگان خدمات سلامت، انحصاری تشکیل داده و این امر سبب افزایش تعرفه‌ها شود (Ibid: 12) از اینرو طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی کشورها در حال افزایش است و در این میان تأمین مالی توسط بخش دولتی پاسخگوی مخارج در حال رشد سیستم سلامت نمی‌باشد. دولت‌ها در جهت پاسخ به این مشکلات، به استراتژی‌های متنوعی از جمله استفاده از ظرفیت‌های بخش خصوصی روی آورده اند (Ibid: 6). بررسی‌ها نشان می‌دهد که پایگاه اجتماعی-اقتصادی و سلامتی تأثیر مثبت و متقابل بر هم دارند و تأثیر سببی پایگاه اجتماعی-اقتصادی بر سلامتی، قوی‌تر از مسیر عکس آن می‌باشد. بدین صورت که پایگاه اجتماعی اقتصادی از طریق تأثیر بر سبک زندگی سلامت‌محور و استرس بر وضعیت سلامت تأثیر می‌گذارد (Azizi Zein Alhajlo & Sadegh Tabrizi, 2014: 18). از سوی دیگر مطابق رویکرد حقوق شهروندی و شهروندی اجتماعی حاکمیت نظام سلامت وظیفه دولت است که شامل تدوین قوانین، سیاست‌گذاری، تعیین اولویت‌های خدمات سلامت، هماهنگی ارائه خدمات و نظارت و ارزشیابی خدمات ارائه شده می‌باشد. از دیگر وظایف حاکمیتی نظام سلامت هر کشور، حفاظت از مشتریان است. زیرا سلامتی حق اساسی مردم است. بنابراین، دولت‌ها باید مکانیزمی را بکار گیرند تا خدمات و مراقبت‌های سلامت عادلانه، با کیفیت، ایمن و اثربخش، بدون دغدغه مالی در اختیار شهروندان قرار گیرد (Mossadegh Rad & Rahimi Tabar, 2019: 12-14). نیک می‌دانیم فقر به عنوان تعیین‌کننده‌ترین عنصر در محرومیت فرد از حق بهداشت می‌باشد و فقرا از امکان کمی برای تحقق حق خود در برخورداری از بهداشت و خدمات مربوط به آن هستند. از این رو ورود بازار به حوزه بهداشت از طریق حذف نظام‌های تأمین اجتماعی و خصوصی‌سازی شبکه‌های بهداشت همگانی و کاستن از هزینه‌های دولتی در این حوزه سبب می‌گردد تا گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه نتوانند در عرصه بازار به خرید سطح مناسبی از خدمات بهداشتی و درمانی دست یابند. بنابراین طبیعی خواهد بود که با اجرای این سیاست‌ها، وضعیت عمومی بهداشت و سلامت جامعه در معرض تهدید جدی قرار بگیرد (Jourmand, 2009: 171). در این ارتباط یک پیمایش در مورد هزینه سرانه بخش اجتماعی در ۹ کشور آمریکای لاتین و منطقه کارائیب در طول سال‌های ۸۵-۱۹۸۰ به طور متوسط ۲۱ درصد کاهش را با اجرای سیاست خصوصی‌سازی مشخص کرد و متعاقب آن هزینه‌های آموزشی و بهداشتی شدیداً کاهش یافتند. در شیلی هزینه سرانه بهداشتی از ۲۹ دلار در ۱۹۷۳ به ۱۱ دلار در ۱۹۸۸ کاهش یافت و میزان بیماری‌های ناشی از بهداشت ناکافی به طرز انفجار آمیزی افزایش یافت. در بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین، هزینه‌هایی که دولت مرکزی برای ایجاد مسکن و رفاه اجتماعی نظیر جمع‌آوری زباله‌ها، کانال کشی فاضلاب‌ها و نظافت خیابان‌ها می‌پرداخت به صورت درصدی از هزینه‌های دولتی کاهش یافته است

(Petras & Vieux, 2001: 17-18). همچنین مطابق برخی تحقیقات انجام‌گرفته خصوصی‌سازی ضمن افزایش هزینه‌های نظام سلامت، هزینه‌های بیشتری را بر بیماران تحمیل می‌کند و بدین جهت رابطه مستقیمی میان میزان دسترسی و عدالت در دریافت خدمات سلامت و توانایی پرداخت وجود دارد (Hall & Davies, 2003). همچنین ریک رودن نیز در پژوهش خود ادعا می‌کند که اتخاذ چنین رویکردی مانع از آن شده است که کشورهای در حال توسعه قادر به گسترش سرمایه‌گذاری بلندمدت در زیرساخت‌های بهداشت عمومی و اساسی به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی باشند. او بیان می‌کند که پیامدهای چنین امری منجر به این شده است که سیستم‌های بهداشت عمومی با کمبود بودجه مزمن مواجه گردند و این مساله منجر به زیرساخت‌های بهداشتی ویران، تعداد ناکافی پرسنل بهداشتی و شرایط کاری تضعیف‌کننده شده است که به عوامل فشار منجر به فرار مغزهای پرستاران و پزشکان از کشورهای فقیر به کشورهای ثروتمند شده است و در نتیجه سیستم‌های بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه را تضعیف کرده است (Rowden, 2009).

خصوصی‌سازی و حوزه سلامت در ایران

نگاهی به روند سیاست‌های اتخاذ شده در حوزه سلامت در ایران

نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی بوده و بخش‌های دولتی، خصوصی و غیر انتفاعی در تأمین مالی، تولید منابع، ارائه و خرید خدمات سلامت مشارکت دارند. بر این اساس طی سه دهه گذشته سیستم سلامت ایران نیز همانند بسیاری از کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط دیگر، تغییرات اصلاحی متعددی را پشت سر گذاشته است. توسعه شبکه خدمات بهداشتی درمانی با هدف ترویج مراقبت‌های اولیه سلامت در اوایل دهه ۶۰، توفیق آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات با هدف تأمین نیروی پزشکی مورد نیاز کشور در اواخر دهه ۶۰، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها با هدف تأمین کمبود بودجه در دهه ۷۰، اجرای برنامه پزشک خانواده با هدف کاهش هزینه‌ها و افزایش سطح و تسهیل دسترسی به خدمات سلامت در دهه ۸۰ و بالاخره طرح تحول نظام سلامت با هدف کاهش هزینه‌های کمرشکن نظام سلامت و بهبود دسترسی به خدمات در دهه ۹۰ از جمله این اصلاحات هستند (Mafi Moradi et al, 2020: 674).



شکل ۱. سیاست‌ها و قوانین حمایتی در حوزه سلامت (Research Center of the Islamic Consultative Assembly, 2023: 7).

با اجرای برنامه سوم توسعه و تدوین برنامه چهارم توسعه، چند اتفاق مهم در حوزه ساختاری و سیاستگذاری روی داد. از یک طرف، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی به سرانجام رسید تا مبنای محکم و یکپارچه‌ای برای سیاستگذاری اجتماعی فراهم کند. علاوه بر توجه به سه حوزه (بیمه ای، حمایتی و امدادی) نظام جامع تامین و رفاه اجتماعی و تاکید بر سیاست‌های پیشگیرانه و توانمندساز، نقطه عطف این قانون طبق ماده ۱۳ آن تشکیل شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی بود. زیرا تشکیل این شورا نوید تقویت صدای حوزه اجتماعی در عرصه سیاستگذاری و حرکت به سوی سیاست اجتماعی فعال را می‌داد. اهمیت رویکرد دیگر این دوران، تمرکز عمیق‌تر قانون برنامه چهارم توسعه بر موضوعات و مسائل فقر و رفاه اجتماعی بود که در قالب «ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی» (فصل هفتم) و «ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی» (فصل هشتم) آن تبلور یافته بود (Omidi, 2016: 18). در دهه نود نیز به منظور اجرایی‌شدن مقاصد سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه، طرح تحول نظام سلامت با سه هدف حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات و کاهش میزان پرداختی بیماران، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی، حضور پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم، حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج و.. در دستور کار قرار گرفت. از این‌رو در دهم فروردین ۱۳۹۳ بر اساس تبصره ۲۱ لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ در باب هدفمندی یارانه، بخشی از منابع مالی این طرح از محل اصلاح قیمت کالاها و خدمات و یارانه نان، برق و دیگر اقلام و خدمات تأمین گردید و از ۱۵ اردیبهشت این سال برنامه اجرا شد (Hosseini et al., 2021: 231-236). بنابراین اهم سیاست‌ها و قوانین حمایتی حوزه سلامت بدین شرح می‌باشد:

جدول ۱. اهم سیاست‌ها، قوانین و مقررات حمایتی در حوزه سلامت

| ردیف | عنوان سیاست |
|------|--|
| ۱ | اصل ۲۹ قانون اساسی |
| ۲ | بند ۳-۴-۳ قانون برنامه اول توسعه |
| ۳ | اهداف و برنامه های قانون برنامه توسعه از جمله تبصره ۱۸ |
| ۴ | مواد ۳۶ و ۳۷، ۳۸ قانون برنامه سوم توسعه |
| ۵ | مواد ۹۰، ۹۱ و ۹۶ قانون برنامه چهارم توسعه |
| ۶ | مواد ۲۷، ۳۴، ۳۸، ۳۹ قانون برنامه پنجم توسعه |
| ۷ | بند ۹ و ۱۰ سیاست های کلی سلامت |
| ۸ | مواد ۳۹، ۷۰ و ۷۸ قانون برنامه ششم توسعه |
| ۹ | قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی |
| ۱۰ | قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور |
| ۱۱ | طرح تحول نظام سلامت |

نکته قابل ذکر در این خصوص این است که در رابطه با مؤلفه‌های سیاستگذاری سلامت در چارچوب هر قانون، برنامه‌ای متفاوت از بقیه تدوین شده و حتی درون هر قانون برنامه نیز به مؤلفه‌های متفاوت اشاره شده است. گاهی یک بخش از سیاست‌ها، تابع ارزش‌های نظام بازار و بخش دیگر تابع ارزش‌های مساوات طلبانه است. این آشفتگی باعث شده ارائه یک الگوی مشخص و هم‌افزا در حوزه سلامت دشوار شود و قابلیت اجرایی‌شدن همان سیاست‌ها نیز محدود باشد. به این ترتیب، با وجود تدوین پیاپی قوانین برنامه‌های توسعه به دلیل فقدان وجود یک رویکرد مشخص، جنبه نمایشی قوانین از جنبه عملیاتی آن برجسته‌تر شده است. در پاره‌ای از قوانین هم که رویکرد مشخصی دنبال شده، به دلیل ناهماهنگی آن قانون با سایر قوانین و مواضع سیاسی-فرهنگی دولت‌های مجری، در عمل چندان پایدار و موفق نبوده اند (Javaheri et al., 2020: 82-83). بدین جهت شاهد آشفتگی و تراحم در تصمیم‌گیری و سیاستگذاری در حوزه سلامت هستیم. به نحوی که علیرغم تصریح بسیاری از قوانین و برنامه‌ها در زمینه

حمایت دولتی از سیستم سلامت^۱، شاهد تصویب قوانین متعددی در جهت خصوصی سازی هستیم. امری که در سایر حوزه‌ها نظیر آموزش^۲ و... نیز مشاهده شده است.

جدول ۲. برخی از قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های مصوب در حوزه خصوصی سازی در بخش سلامت

| ردیف | عنوان |
|------|--|
| ۱ | اصل ۴۴ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران |
| ۲ | قانون برنامه پنجم توسعه در راستای اجرای سیاست‌های اصل ۴۴ قانون اساسی |
| ۳ | ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی |
| ۴ | مواد ۱۳۵ تا ۱۳۸ و ۱۴۴ و ۱۴۵ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی |
| ۵ | مواد ۳۳، ۸۸ و ۹۰ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۱ و تفیذ شده در ماده ۲۲۴ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران |
| ۶ | قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه و اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی |
| ۷ | دستورالعمل واگذاری خدمات سلامت |

از این رو اتخاذ چنین سیاست‌هایی پیامدهای گسترده‌ای را در جامعه برجا گذاشته است. زیرا وجود این تعارض‌ها در حوزه‌های مختلف اجتماعی کشور در اتخاذ چنین سیاست‌هایی که بیشتر متأثر از شرایط اقتصادی کشور و نظام سیاستگذاری اقتصادی حاکم به عنوان یک کل با هدف مدیریت و کاهش هزینه‌ها در راستای حل چالش‌های موجود بوده است، بخش‌هایی نظیر سلامت، آموزش و... را قربانی نموده است.

سیاستگذاری حوزه سلامت در ایران: وضعیت موجود و پیامدها

از جمله اهداف اصلی نظام‌های سلامت علاوه بر ارائه خدمات سلامت مورد نیاز، محافظت از افراد در برابر مشکلات مالی مرتبط با هزینه‌های بهره‌مندی از این خدمات است. در نظام سلامت ایران، دستیابی به این هدف از طریق راهبردهایی مانند گسترش پوشش بیمه سلامت، کاهش پرداخت از جیب، ارائه یارانه و افزایش منابع بخش سلامت طی قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف مدنظر قرار گرفته است (Mousavi, 2023: 6). علیرغم این امر، بررسی‌ها در سیاست‌های حوزه سلامت نشان می‌دهد با اجرای سیاست تعدیل مقدار سرمایه‌گذاری دولت در امور اجتماعی از ۱۹۶۴/۱ در سال ۱۳۷۲ به ۲۲۹۰/۶ با توجه به تورم در رفته ۱۶۰۸/۶ نشان از کاهش ۱۸ درصدی می‌باشد. در حالی که در امور اقتصادی شاهد افزایش ۸/۴ درصدی می‌باشیم (Seif, 2011: 19) همچنین در این دوره سرمایه‌گذاری ثابت دولت در بهداشت، آموزش و پرورش و رفاه اجتماعی به ترتیب ۲۵ درصد، ۱۷ درصد و ۴۳ درصد در سال ۱۳۷۳ نسبت به سال ۱۳۷۲ کمتر شده است (Ibid: 20). از سوی دیگر به واسطه غلبه نگرش‌های رانتی، اتلاف‌ها و اسراف‌های غیرمتعارفی در اقتصاد ایران صورت گرفته است. برای نمونه محاسبات سازمان برنامه نشان می‌دهد که طی دوره تعدیل، تعداد ۲۲ هزار تخت بیمارستانی در جاهایی ساخته شده که تقاضا برای آن وجود ندارد. در عین حال در جاهایی که نیازی بالغ بر ۱۱ هزار تخت بیمارستانی وجود داشته است، عملاً هیچ تخت بیمارستانی جدیدی احداث نشده است؛ فقط به این دلیل که در رقابت‌های رانت‌جویانه مسئولان این مناطق توانسته‌اند راه به جایی ببرند (Momeni, 2007: 200-201). در حوزه حمایت‌ها و خدمات اجتماعی در دوره برنامه سوم و چهارم می‌توان به افزایش میزان افراد تحت پوشش خدمات بیمه‌ای و نیز مستمری‌بگیران و افراد تحت پوشش بیمه بیکاری اشاره نمود. بر این اساس با اجرای قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴ قرار بود هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های دولتی به ۱۰ درصد کاهش یابد و ۹۰ درصد نیز توسط بیمه‌ها پرداخت شود. قانون بیمه همگانی اجرا شد و موفقیت‌هایی نیز داشت اما هم‌زمانی اجرای این قانون با خودگردانی بیمارستان‌ها باعث شد مشکلی دیگر

۱. بند ۲-۱۰- سیاست‌های کلی: افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقای کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.

۲. نگاه کنید به: داودی، مهدی و ابوذری، مهرنوش (۱۴۰۰)، سیاست‌های آموزشی و حقوق شهروندی کودکان در ایران، فصلنامه سیاستگذاری عمومی، دوره هفتم، شماره

مبنی بر اینکه هزینه‌های درمان بیماران فاقد بیمه را چه کسی تقبل می‌کند، سربرآورد. این گونه شد که از سال ۱۳۷۶ گام به گام قدم‌هایی برای گسترش چتر بیمه درمانی برداشته شد. در اولین اقدام، روستائیان صاحب کارت‌های بیمه درمان بستری شدند که با آن اول ۲۵ درصد و سپس تنها ۱۰ درصد از هزینه‌های درمانی خود را می‌پرداختند. در سال ۱۳۸۰، «برنامه اعتباری پوشش بیمه‌ای خویش فرمایان شهری» با فرانشیز ۲۵ درصد آغاز و در سال ۱۳۸۱ این فرانشیز به ۱۰ درصد کاهش پیدا کرد و به این ترتیب ۹۸/۵ درصد جمعیت کشور تحت پوشش بیمه درمان بستری قرار گرفتند. در سال ۱۳۸۴ بیمه روستائیان با گسترش طرح‌های «نظام ارجاع خدمات پزشکی» و «پزشک خانواده» توسط مجلس تصویب شد و با این مصوبه علاوه بر بیمه درمان بستری، هزینه درمان سرپایی هم در دایره تعهدات دولت قرار گرفت (The Realm of Welfare, 2015: 12). همچنین با اجرای قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به رغم اینکه بر اساس این قانون بنا بوده وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نقش سیاستگذاری این حوزه را بر عهده داشته باشد، ولیکن در این مسیر حتی بر خصوصی‌سازی کالاهای عمومی نظیر آموزش و بهداشت تأکید می‌شود در حالی که حتی در لیبرال‌ترین اقتصادهای دنیا چنین حوزه‌هایی را به بخش خصوصی وا نمی‌گذارند (Omid, 2016: 16). بدین جهت در اواخر دهه هشتاد شمسی، همزمان با افزایش درآمدهای نفت کشور، عارضه موسوم به بیماری هلندی در حوزه بهداشت و درمان نیز رخ داد و هزینه‌های درمان افزایش یافت. زمانی که کشور با موج تحریم‌ها و کاهش درآمدهای نفتی مواجه شد، متأسفانه هزینه‌های افزایش یافته به میزان قبل از افزایش بازنگشتند و دولت هم به سمت سیاست افزایش قیمت ارز حرکت کرد. در پی این اقدام، ما به ازای ریالی ۵۰۰ میلیارد تومانی هزینه‌ای دارو و تجهیزات پزشکی به ۹ هزار میلیارد تومان افزایش یافت و هزینه تأمین دارو و تجهیزات پزشکی هم ۱۸ برابر شد. هم‌زمانی این افزایش با افزایش قیمت حامل‌های انرژی باعث شد هزینه‌های فراوانی به بیمارستان‌ها و مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی تحمیل شود. از آنجا که محلی برای تأمین این افزایش هزینه وجود نداشت و با توجه به خودگردانی بیمارستان‌ها بار این افزایش عملاً به مردم منتقل شد. به این ترتیب رقمی بیش از ۱۰ هزار میلیارد تومان افزایش هزینه به نظام بهداشت و درمان تحمیل شد و از آنجا که این افزایش در بودجه‌های سالانه دیده نمی‌شد، مراکز درمانی ناگزیر شدند این هزینه‌ها را از مردم دریافت کنند ضمن آن که تعهدات خود را هم کاهش بدهند. در دولت دهم همچنین بیمارستان‌ها به دلیل کاهش قدرت مالی قادر به تأمین دارو و تجهیزات از بازار نبودند و به بیماران نسخه می‌دادند تا اقلام مورد نیاز را از داروخانه یا بازار سیاه تهیه کنند که این اتفاق هم بر هزینه‌های درمان از جیب مردم می‌افزود (The Realm of Welfare, 2015: 12). مساله دیگر در این دوره، اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها بود. تجربه کشورهای مختلف در تجربه چنین سیاستی نشان می‌دهد که سیاست کاهش یارانه‌ها با اثر سوء بر چرخه فقر، نابرابری، بیکاری، فشار اقتصادی، ناآگاهی و تضعیف کنترل غیررسمی نهادهای اجتماعی همچون خانواده سبب تشدید بحران‌ها و مسائل اجتماعی نظیر طلاق، خودکشی، افزایش جرم و جنایت و... می‌شود (Nabavi & Amini Zazani, 2010: 282). از سوی دیگر تبعات منفی اجرای نادرست آن در حوزه سلامت و بخش درمان دهک‌های پایین جامعه را با مشکلات عدیده‌ای مواجه نمود که متعاقب آن نبود نهادهای نظارتی کافی، پوشش ناقص بیمه‌ای، نبود شفافیت آماری و... پیامدهای منفی خاص خود را خواهد داشت (Dadgar & Nazari, 2011: 364-365). بدین جهت در اواخر دهه هشتاد، شاخص رفاه اجتماعی ایران به لحاظ مولفه‌های تأمین اجتماعی و اقتصاد و مسکن وضعیت چندان مناسبی نداشت؛ به طوری که برای مثال پوشش بیمه تأمین اجتماعی، با احتساب افراد تبعی حدود ۴۰ درصد (در سال ۱۳۹۰)، میانگین مالکیت مسکن ۶۶ درصد (در سال ۱۳۹۰) و نرخ تورم ۳۶ درصد (در سال ۱۳۹۲) بوده است. البته وضعیت کشور در شاخص‌های سلامت و آموزش در این مقطع مناسب‌تر می‌باشد به طوری که برای مثال میانگین افراد با سواد بالای ۶ سال در سال ۱۳۸۸، ۸۸ درصد بوده است، امید به زندگی ۷۳ سال و شدت مرگ و میر نوزادان ۲۱/۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد در سال ۱۳۸۹ بوده است (Mohagheghi Kamal et al., 2014: 29). در دهه نود نیز شاهد اجرای طرح تحول سلامت بودیم. در این طرح، واگذاری اختیارات حاکمیتی وزارت بهداشت و مجلس به اعضای سازمان صنفی نظام پزشکی باعث شد که هرگونه خط مشی‌گذاری در نظام سلامت با توجه به منافع پزشکان صورت پذیرد. بدین معنا که واگذاری

مناصب حاکمیتی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به پزشکیان که خودشان علاوه بر بخش دولتی در بخش خصوصی نیز فعالیت می‌کنند، باعث شده است که عزم جدی در اجرای این قانون وجود نداشته باشد. از سوی دیگر این طرح بیشتر به بخش درمان توجه کرده و به مقوله پیشگیری و بهداشت و سلامت توجهی نداشته است، در حالی که در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، مقوله پیشگیری بر درمان اولویت دارد. لازم به ذکر است این طرح با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شد که متأسفانه همه بار مالی آن بر دوش شرکت‌های تأمین‌کننده تجهیزات پزشکی و دارویی اعم از تولیدکنندگان، واردکنندگان و توزیع‌کنندگان قرار گرفت (Hosseini et al., 2021: 231). از این رو علیرغم چنین اهداف پیش‌بینی شده‌ای؛ اجبار پزشکان شاغل به تعطیلی مطب، پرداخت مستقیم یارانه درمان و مراجعه بی‌دلیل برخی افراد به مراکز درمانی، ممانعت از صدور پروانه مطب به پزشکان طرحی جدید، عدم رعایت سقف ساعت کاری برای پزشکان و پرستاران و عدم پرداخت به موقع کارانه کادر درمانی از دیگر مشکلات این طرح بوده است (Ibid: 237). بدین جهت در این مقطع نیز تداوم رویکرد کلی سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی اتخاذ شده در راستای کاهش مداخله دولت و بازار آزاد، تمامی حوزه‌های رفاهی نظیر آموزش، مسکن، اشتغال و خوراک را تحت تأثیر خود قرار داده و تحلیل گفتمانی طرح تحول نظام سلامت نیز بر همسو بودن آن با مجموعه سیاست‌های فوق دلالت دارد. شرایط یادشده بر تأثیرپذیری سیاست‌های بخش سلامت از ساختار اقتصادی-سیاسی جامعه و نظام عقیدتی حاکم بر آن دلالت دارد (Javaheriet al., 2020: 66-67) و افزایش غیراصولی مجموع هزینه‌های سلامت، ضعف عدالت در تخصیص منابع، عدم توجه به امکان پایداری طرح، عدم انطباق با سیاست‌های کلان بالادستی و کاهش قابل توجه کارایی، مزایای این طرح را برای ارائه‌دهندگان خدمت و دریافت‌کنندگان آن در بلندمدت به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داده و با گذشت زمان برخی از آثار مثبت این طرح که با صرف منابع زیادی به دست آمده بود، روند معکوس به خود گرفته است (Hosseini et al., 2021: 240-241). بنابراین بررسی‌ها دلالت بر عدم موفقیت طرح‌های حمایتی یا وجود رویکرد متعارض که در جهت خصوصی‌سازی این حوزه می‌باشد بوده است. بدین جهت بررسی‌های آماری نیز نشان‌گر کاهش توجه به حوزه سلامت در بودجه‌های سنواتی بوده است به طوری که کل سهم دولت از بازار سلامت ۱۴ تا ۱۸ درصد بوده و پرداختی از جیب مردم ۵۵ درصد بوده است (Harirchi, 2016) که با هدف مندرج در برنامه ششم توسعه مبنی بر کاهش این شاخص تا ۲۵ درصد فاصله دارد. به عبارت دیگر بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت در کشور بر دوش مردم است. این رقم حتی از گروه کشورهای با درآمد پایین نیز بیشتر است و بیان‌گر وضعیت نامناسب و ناعادلانه تأمین مالی سلامت در ایران می‌باشد. این در حالی است که اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و برنامه‌های مختلف توسعه و تمام اسناد بالادستی، ناظر بر تأمین نیازهای اساسی از جمله بهداشت و سلامت برای همه آحاد جامعه و برقراری عدالت در تأمین مالی سلامت می‌باشند (Tabibi & Davoudi, 2015: 62-63). بررسی روند بودجه‌ای بخش سلامت در طی سالهای برنامه ششم توسعه (بازه زمانی بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰) نشان می‌دهد که منابع صرف شده به بخش سلامت دارای چند ویژگی است. اولین و مهم‌ترین ویژگی ناپایداری منابع است که اتکای منابع به اعتبارات عمومی دائماً در حال افزایش است. به طوری که این رقم از حدود ۳۵ درصد در سال ۱۳۹۶ به حدود ۶۳ درصد در ۱۴۰۰ رسیده است. نکته مهم در مورد این منابع این است که به دلیل کسری بودجه ممتد دولت در سالهای اخیر، تحقق این منابع اساساً با تردید روبرو است و تأمین آن توسط دولت موضوعی است که می‌تواند بخش سلامت را دچار نوساناتی در ارائه خدمات کند (Essavi & Moayedfard, 2022: 78). ناکارآمدی نظام بیمه‌ای کشور، عدم تناسب بین نرخ رشد تعرفه‌های دولتی با رشد تورمی بازار خدمات سلامت، برخی نابسامانی‌ها در مدیریت بهداشت و درمان و تغییرات نرخ ارز از جمله دلایلی است که طی چند سال اخیر موجب افزایش سهم خانوارها در نظام تأمین مالی سلامت گردیده است (Tabibi & Davoudi, 2015: 62-55). پیامد چنین رویکردی را می‌توان در شاخص سهم سلامت از تولید ناخالص ملی دید. در حالی که در سال ۱۳۹۴ سهم سلامت از درآمد تولید ناخالص ملی در کشور ۸.۵ درصد بوده است. سهم سلامت از درآمد تولید ناخالص داخلی در قانون بودجه سال ۱۴۰۰ به خاطر گرانی ارز و مشکلات اقتصادی به شش درصد و در بودجه سال ۱۴۰۲ به ۴.۵

درصد رسید که نسبت به ۸ سال قبل خود حدود ۴۰ درصد کاهش را نشان می‌دهد و این مساله در حالی است که در کشورهای منطقه از جمله امارات و عراق این رقم ۱۰ درصد می‌باشد. (www.khabaronline.ir). همچنین یکی از رایج‌ترین رویکردها برای سنجش محافظت مالی، بررسی شاخص مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت است. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، اگر مجموع پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت برابر یا بیش از ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خانوار باشد، مخارج کمرشکن سلامت رخ داده است. طبق آمارهای منتشرشده مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور ایران براساس شاخص ظرفیت پرداخت خانوار، از ۲۰۳۷ درصد در سال ۱۳۹۵ با طی یک روند نوسانی به ۲۰۴۲ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یافته است که این میزان با هدف تعیین شده در برنامه ششم توسعه (یک درصد) فاصله دارد. بنابراین علی‌رغم تدوین قوانین و مقررات مختلف در کشور طی دهه‌های اخیر جهت حفاظت مالی از خانوارها، کاهش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت آنگونه که قوانین تأکید کرده اند، محقق نشده است (Mousavi, 2023: 6) و ناکارآمدی نظام بیمه‌ای کشور، عدم تناسب بین نرخ رشد تعرفه‌های دولتی با رشد تورمی بازار خدمات سلامت، برخی نابسامانی‌ها در مدیریت بهداشت و درمان و تغییرات نرخ ارز از جمله دلایلی است که طی چند سال اخیر موجب افزایش سهم خانوارها در نظام تأمین مالی سلامت گردیده است (Tabibi & Davoudi, 2015: 55). از دیگر مواردی که چنین تعارضی در حوزه سیاست‌های سلامت ایجاد نموده، این است که شرکت‌های بیمه‌ای خصوصی می‌توانند در این شرایط به روشی عمل کنند که سبب افزایش سود و کاهش ریسک آنها گردد. بدین صورت که تحت سیستم بازپرداخت کارانه یا پرداخت به ازای خدمت فراهم‌کنندگان خدمات می‌توانند روندهای تشخیصی و درمانی غیرضروری را در صورت نبود نظارت به نظام سلامت تحمیل کنند (Peiarvian, 2017: 12). لازم به ذکر است سازمان بین‌المللی کار بر این مساله کلیدی تأکید دارد که ناپایداری منابع در حوزه طرح‌های بیمه‌ای عملاً طرح‌ها را به عاملی در نارضایتی ذی‌نفعان تبدیل می‌کند. براین اساس در حالی که در کشور ما ۱۸ صندوق بیمه‌ای وجود دارد، صرفاً یک یا دو بیمه توان تداوم و پایداری دارند و الباقی صندوق‌ها یا مصارف‌شان بر منابع پیشی گرفته است و یا در آستانه ورشکستگی هستند (Hosseini et al., 2021: 239). بنابراین شرایط حاکم بر نظام سلامت که پیامد سیاست‌های اتخاذ شده در سه دهه گذشته بوده است، علاوه بر اینکه سبب ایجاد فشار و آسیب به شهروندان در جامعه می‌گردد می‌تواند در سیستم سلامت و درمان کشور نیز پیامدهای نامطلوبی برجا بگذارد؛ آنگونه که نبود شرایط مناسب اقتصادی و عدم حمایت از پرسنل بخش درمان موجب ایجاد موج مهاجرت برای بخش اساسی نظام درمان کشور شده است. به طوری که طبق آمارهای غیررسمی تعداد اعضای سازمان پزشکی که برای مهاجرت از سازمان نظام پزشکی گواهی گوداستندینگ گرفته‌اند از حدود ۷۵۰ نفر در سال ۱۳۹۷ به بیش از ۶ هزار نفر در سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است که افزایش بیش از ۸ برابری را نشان می‌دهد. همچنین آمار مهاجرت پرستاران نیز در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است و طبق اعلام مسئولان نظام پرستاری هر سال حدود ۳ هزار پرستار برای مهاجرت از کشور از این سازمان گواهی گوداستندینگ می‌گیرند؛ در حالی که تعداد کل دانشجویان این رشته حدود ۱۰ هزار نفر است (www.irna.ir).

نتیجه‌گیری

آنگونه که در این مقاله اشاره شد، امروزه رابطه مستقیمی میان شاخص‌های سلامت و نابرابری‌ها وجود دارد. نابرابری‌هایی که متاثر از عوامل اقتصادی، سیاسی و اجتماعی می‌باشند به گونه‌ای که می‌توان اینگونه عنوان نمود که نابرابری در سلامت متاثر از نابرابری در مسائل اقتصادی و اجتماعی است. اما آن گونه که در این مقاله ملاحظه شد، نظام سلامت کشور در تحقق اهداف خود در این زمینه مطابق اسناد بالادستی و سند چشم‌انداز موفق نبوده است و میزان رشد هزینه‌های نظام سلامت از رشد تولید GDP بیشتر است و به تبع آن سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت کاهش و سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم افزایش یافته است و این امر خود موجب تشدید شکاف و نابرابری در جامعه می‌گردد. از سوی دیگر ما شاهد تعارض در سیاست‌ها در این حوزه

می‌باشیم، به نحوی که یک بخش از سیاست‌ها تابع ارزش‌های نظام بازار و بخش دیگر، تابع ارزش‌های مساوات‌طلبانه است. این آشفتگی باعث شده ارائه یک الگوی مشخص و هم‌افزا در حوزه سلامت دشوار شود و قابلیت اجرایی شدن همان سیاست‌ها نیز محدود باشد. همچنین علی‌رغم تدوین قوانین و مقررات مختلف در کشور طی دهه‌های اخیر جهت حفاظت مالی از خانوارها، کاهش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت محقق نشده و عدم موفقیت طرح‌های حمایتی یا وجود رویکردهای متعارض و نگاه به جهت خصوصی‌سازی این حوزه دارای پیامدهای گسترده اجتماعی بوده است. مضاف بر اینکه چنین امری به مرور می‌تواند در سیستم سلامت و درمان کشور نیز پیامدهای نامطلوبی برجا بگذارد. آنگونه که نبود شرایط مناسب اقتصادی و عدم حمایت از پرسنل بخش درمان موجب ایجاد موج مهاجرت برای بخش اساسی نظام درمان کشور شده است و در احتمال تهی شدن کشور از کادر درمان خبره پیش بینی می‌گردد. همچنین مطابق رویکرد شهروندی اجتماعی، میان سلامت و سایر متغیرهای اجتماعی و در نهایت تغییر منزلت اجتماعی و اقتصادی رابطه مستقیمی وجود دارد. بدین جهت شرایط موجود بر سیستم سلامت و اجرای سیاست‌هایی مبتنی بر نئولیبرالیسم وطنی منجر به افزایش پرداخت مستقیم بیماران شده است و هزینه‌های مالی زیادی بر خانوارها تحمیل نموده است و مسئولیت رفاه اجتماعی را عملاً از دولت به خانواده منتقل و آن را خصوصی‌سازی کرده است. وجود چنین تعارضی در حوزه‌های مختلف اجتماعی کشور در اتخاذ چنین سیاست‌هایی که بیشتر متأثر از شرایط اقتصادی کشور و نظام سیاست‌گذاری اقتصادی حاکم به عنوان یک کل با هدف مدیریت و کاهش هزینه‌ها در راستای حل چالش‌های موجود بوده، بخش سلامت را نیز به مثابه بخش آموزش و... قربانی نموده است و چنین امری می‌تواند موجب تشدید نابرابری، سقوط طبقه اجتماعی و گرفتاری در تله فقر برای شهروندان گردد که خود موجب عدم تحقق شهروندی اجتماعی به عنوان یکی از سه ضلع اصلی حقوق شهروندی می‌گردد

References

1. Adams P, Hurd MD, McFadden D, Merrill A, Ribeiro T. (2003) Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status in Perspectives on the Economics of Aging, University of Chicago Press
2. Azizi Zein Alhajlo, Akbar, Sadegh Tabrizi, Jafar (2014) Social Determinants of Health Status: The Effect of Socioeconomic Status on Individuals' Health, Health Image Journal, 5, (1) [In Persian]
3. Beckett, Angharad E. (2006). "Citizenship and Vulnerability: Disability and Issues of Social and Political Engagement". Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
4. Dadgar, Yadollah, Nazari, Ruhollah (2011) Welfare Analysis of Subsidy Policies in Iran, Journal of Social Welfare, 11, (42) pp 337-380. [In Persian]
5. Davoudi, Mehdi, Mohammadi, Mohammad (2018) An Introduction to Citizenship and Social Rights of Citizenship in Iran, Strategic Researches of the Islamic Revolution, 1,(3) [In Persian]
6. D. Hall, R. de la Motte, and S. Davies,(2003) "Terminology of public-private partnerships (PPPs)," Public Serv. Int. Res. Unit, Greenwich, Source URL-www. psiru. org.,
7. Essavi, Mahmoud, and Moayedfard, Ahmad. (2022). Budgetary process and methods of financing the health sector in Iran: An operational proposal. Health Management Quarterly, 24(4), 71-83. [In Persian]
8. Greenberg, James B. (September 1997). "A Political Ecology of Structural-Adjustment Policies: The Case of the Dominican Republic". Culture & Agriculture. 19 (3): 85-93. doi:10.1525/cag.1997.19.3.85.
9. Harirchi, Iraj (2016) Cost Report in the Iranian Health System in <https://hcs.m.ir>
10. Hatami, Abbas (2006), The Swing Model and the State in Iran after the Revolution, PhD thesis, University of Tehran: Faculty of Law and Political Science. [In Persian]
11. Hosseini, Seyed Reza et al. (2021) Analysis of the Health Transformation Plan and its Consequences as an Efficient Treatment System, Islamic Lifestyle Quarterly with a Health Focus, 5, (2) [In Persian]
12. Javaheri, Fatemeh et al. Mehdi. (2020). Analysis of the Comprehensiveness of Health Policymaking in the Laws of Iranian Development Programs, Iranian Quarterly Journal of Social Issues, 11, (1), pp. 63-87 [In Persian]
13. Jenani, Afshin (2005) Studying the performance of government spending and budget policies in the health sector, Economic Journal, 5, (51-52) [In Persian]
14. Jourmand, Mona (2009) Neoliberalism and Economic and Social Human Rights, Master's thesis in Human Rights, University of Tehran. [In Persian]
15. J Petras , S Vieux (2001) Myths and Facts: The Free Market in Latin America in the Globalization of Poverty and Misery, Structural Adjustment Strategy in Practice, compiled and translated by Ahmad Seif, Aghah Publications, first edition. [In Persian]
16. Kaiser, Jurgen (August 2018). "Interfering in national sovereignty". D+C, development and cooperation.
17. Klein, Naomi (2010), The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism, translated by Mehrdad Shahabi, Ameh Books Publishing, first edition. [In Persian]
18. Lensink, Robert (1996). Structural adjustment in Sub-Saharan Africa (1st ed.). Longman.
19. Mafi moradi, Shiva et al. (2020). How Health Policies change in Islamic Republic of Iran? A substantive theory to understand the policy process. Payesh, 19(6), 673-691. [In Persian]

20. McPake, B. (1 August 2009). "Hospital Policy in Sub-Saharan Africa and Post-Colonial Development Impasse". *Social History of Medicine*. 22 (2): 341–360. doi:10.1093/shm/hkp007.
21. Mohagheghi Kamal, Seyyed Hossein et al. (2014) Estimation of the Composite Social Welfare Index for Iranian Conditions, *Journal of Social Welfare Research*, 14 (52). [In Persian]
22. Mohanty, Chandra Talpade (January 2003). "'Under Western Eyes' Revisited: Feminist Solidarity through Anticapitalist Struggles". *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 28,(2): 499–535. doi:10.1086/342914. S2CID 2073323
23. Momeni, Farshad (2007) *Iran's Economy in the Period of Structural Adjustment*, First Edition, Tehran, Naqsh-e-Negar Publications. [In Persian]
24. Mossadegh Rad, Ali Mohammad, Rahimi Tabar, Parisa (2019) *Governance Model of the Iranian Health System: A Comparative Study*, *Razi Journal of Medical Sciences* 9,(26), 10-28 [In Persian]
25. Mousavi, Seyyed Abdul Reza. (2023). *Studying the concept of health care costs and policies for financial protection*, Research Center of the Islamic Consultative Assembly, Report No. 19658 [In Persian]
26. Nabavi, Seyed Hamid, Amini Zazani, Moustafa (2010) *Economic Policies and Social Problems in Iran*, *Quarterly Journal of Social Welfare Research*, 10, (38). [In Persian]
27. Omid, Reza (2016) *How have we fought poverty in Iran?* *Monthly Journal of the Realm of Welfare*, 1,(9) [In Persian]
28. Peiravian, Farzad (2017) *Final report on the study of privatization in the country's healthcare sector*, Tehran Chamber of Commerce and Shahid Beheshti University of Medical Sciences. [In Persian]
29. Rick Rowden (2009) *The Deadly Ideas of Neoliberalism: How the IMF has Undermined Public Health and the Fight Against AIDS*, Zed Books
30. Seif, Ahmad (2011) *Political Economy of Contemporary Iran*, First Edition of Political Economy of Iran in the Period of Construction and Reforms. First Edition, London, B.N.A. [In Persian]
31. Shiani, Malihe (2002). *Citizenship and Social Welfare*. *Social Welfare*, 1, (4), 9-24. [In Persian]
32. Tabibi, Manijeh, Davoudi, Azadeh (2015) *Economic Study of National Health Accounts in Iran*, *Economic Journal*, Nos. 5 and 6, pp. 41-64 [In Persian]
33. *The Realm of Welfare Monthly Magazine* (November 2015)
34. Yazdani F. (2003). *Basic Concepts in social Welfare Issues (Social Policy, Social Support, Social Security)*. *refahj*. 3,(10), 31-54. [In Persian]
35. <https://www.khabaronline.ir/news/1889769>
36. <https://www.irna.ir/news/85422082>