

Document Analysis of Health Policy in the Eight Successive Governments of the Islamic Republic of Iran from 1989 to 2021: (Emphasizing Cabinet Resolutions)¹

Abstract

Homayouni F², Baghaei Sarabi A³, Esavi M⁴, Ghasemi A⁵

Introduction: Due to Iran's political-economic structure and the government's role in social policymaking, understanding the transformations in social-welfare policies, including health and medical care, in the post-Islamic Revolution governments is among the key issues in political sociology. Therefore, the aim of this research was to conduct a document analysis of health policy in the eight successive governments of the Islamic Republic of Iran from 1989 to 2021, with an emphasis on cabinet resolutions. The study employed a qualitative content analysis method, focusing on cabinet resolutions from 1989 to 2021.

Methods: In this study, we employed a qualitative content analysis approach with an inductive method, focusing on government board approvals from 1989 to 2021. Initially, these approvals underwent open and secondary coding methods, ultimately evolving into the primary categories of health policy. The reliability of the coding was substantiated through a re-coding process conducted over two weeks, achieving a consistency rate of 75%. Additionally, inter-coder reliability between two distinct coders was established at a rate of 90%.

Results: The findings indicate that government resolutions in the health sector, including health and medical care, are consistent with their primary policies and electoral slogans. However, the political approach of the eight successive governments has not significantly influenced their health policymaking. These policies have been more short-term, situational, and responsive to societal conditions. None of the examined governments demonstrated a sufficient equilibrium across the policy domains identified in this study.

Conclusion: While these governments may have operated following their declared slogans and policies, the formulation of health policies consistently prioritized short-term exigencies. Consequently, these policies failed to align cohesively toward achieving long-term objectives within the health system.

Keywords: Health Policy, Government, Cabinet, Health and Medical Care.

1- **Cite this article:** Homayouni, Fatemeh; Baghaei Sarabi, Ali; Eisavi, Mahmoud; Ghasemi, Asemeh (1402). Document Analysis of Health Policy in the Eight Successive Governments of the Islamic Republic of Iran from 1989 to 2021: (Emphasizing Cabinet Resolutions). *Health Management*, 15(2): 65-79.

2- PhD student of Sociology, Science and Research Branch Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), a.baghaeisarabi@iauctb.ac.ir

4- Associate Professor, Department of Islamic Economics, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Department of Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

تحلیل اسنادی سیاست‌گذاری سلامت در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۶۸-۱۴۰۰ (با تأکید بر مصوبات هیأت دولت)^۱

چکیده

فاطمه‌السادات همایونی^۱ / علی بقائی‌سرابی^۳ / محمود عیسوی^۴ / عاصمه قاسمی^۵

مقدمه: به دلیل ساختار اقتصاد سیاسی ایران و نقش دولت در سیاست‌گذاری اجتماعی، شناخت تحولات سیاست‌های اجتماعی - رفاهی کشور از جمله بهداشت و درمان در دولت‌های پس از انقلاب اسلامی از مهم‌ترین مسائل جامعه‌شناسی سیاسی به شمار می‌آید. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، تحلیل اسنادی سیاست‌گذاری سلامت در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۶۸-۱۴۰۰ (با تأکید بر مصوبات هیأت دولت) بود.

روش پژوهش: در این مطالعه از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد استقرایی با تأکید بر مصوبات هیأت دولت در سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ استفاده شد. مصوبات مذکور ابتدا به شیوه کدگذاری باز و ثانویه و در نهایت به مقوله‌های اصلی سیاست‌گذاری حوزه سلامت تبدیل شدند. پایایی کدگذاری‌ها از طریق کدگذاری مجدد در طول دو هفته، به میزان ۷۵٪ و از طریق پایایی بین کدگذاران (دو کدگذار مختلف) با میزان ۹۰٪ مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که مصوبات دولت‌ها در حوزه سلامت، بهداشت و درمان با خطمشی اصلی و شعارهای انتخاباتی آنان همخوانی دارد، اما رویکرد سیاسی دولت‌های هشت‌گانه تأثیر چندانی بر سیاست‌گذاری آنان در حوزه سلامت نداشته است و این سیاست‌ها بیشتر کوتاه‌مدت و مقطعی و منطبق با شرایط جامعه بوده است. همچنین هیچ‌کدام از دولت‌ها در زمینه‌های سیاست‌گذاری‌های شناسایی شده در این پژوهش، تعادل کافی را نداشته‌اند.

نتیجه‌گیری: شاید این دولت‌ها بر مبنای شعارها و خطمشی‌های خود حرکت کرده باشند، اما همگی بر اساس اقتضائات کوتاه‌مدت سیاست‌گذاری سلامت را انجام داده و این سیاست‌گذاری‌ها یک خط واحد برای دستیابی به اهداف بلندمدت در نظام سلامت را دنبال نموده‌اند.

کلیدواژه‌ها: سیاست‌گذاری سلامت، دولت، هیأت وزیران، بهداشت و درمان.

۱- استناد به این مقاله: همایونی، فاطمه‌السادات؛ بقائی‌سرابی، علی؛ عیسوی، محمود؛ قاسمی، عاصمه (۱۴۰۲). تحلیل اسنادی سیاست‌گذاری سلامت در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۶۸-۱۴۰۰ (با تأکید بر مصوبات هیأت دولت). مدیریت بهداشت و درمان، ۱۵(۲): ۶۵-۷۹.
۲- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی سیاسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳- استادیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: a.baghaeisarabi@iauctb.ac.ir
۴- دانشیار، گروه اقتصاد اسلامی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۵- استادیار گروه علوم اجتماعی-جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

یکی از موضوعات مرتبط با سیاست اجتماعی، مطالعه رهیافت‌ها و کنش‌های دولت‌ها به موضوعات رفاهی است. سیاست اجتماعی شامل مسائلی مانند تأمین اجتماعی، مسکن، بهداشت و درمان، ایجاد اشتغال و خدمات شغلی، آموزش و ... است و ارائه آن به دولت مربوط می‌شود [۱]. رفاه اجتماعی یکی از اهداف اساسی دولت‌ها است که نظام سلامت یکی از ارکان اساسی آن می‌باشد. توجه ناکافی به بهداشت و درمان به عنوان یک کالای ضروری، می‌تواند موجب وارد آمدن زیان بر سطح سلامت جامعه شده و منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود، به هدر رود [۲]. از اینرو، دولت‌ها بر اساس ایده‌ها و رویکردهای گوناگون سیاسی، جهت‌گیری‌های متفاوتی در وضع سیاست‌های اجتماعی خود دارند. ساختار اقتصاد سیاسی در ایران نیز موجب شده است تا دولت نقش مهم‌تری را در تعیین سیاست‌های اجتماعی ایفا نماید. نظام سلامت کشور شامل مجموعه‌ای از سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات است که نقش‌ها و وظایف ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند و روابط بین اجزای این نظام از طریق مقررات یا اسناد بالادستی تنظیم می‌شود. ساختار این نظام بر پنج مؤلفه اصلی مراجع بالادستی، مراجع سیاست‌گذاری نظارت، تأمین مالی نظام سلامت، ارائه خدمت و خدمت‌گیرندگان و گروه‌های ذی‌نفع استوار است. مقام معظم رهبری، بالاترین مرجع رسمی تصمیم‌گیری برای نظام سلامت هستند. در مراتب بعدی، هیأت وزیران و مجلس شورای اسلامی به تنظیم اسناد بالادستی برای مدیریت نظام سلامت می‌پردازند. سیاست‌های کلان نظام سلامت در قالب اسناد بالادستی توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شده و یا توسط مجلس شورای اسلامی تصویب و به دولت ابلاغ می‌شود. هیأت دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نیز بر اساس اسناد بالادستی به تهیه و تنظیم قوانین و مقررات پرداخته و یا قوانین بالادستی را اجرا می‌کنند. وزارت بهداشت متولی اصلی سیاست‌های سلامت بوده

و تضمین دسترسی مردم به خدمات سلامت را بر عهده دارد [۳]. اصول ۱۲، ۲۱، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی ج.ا.ا. نیز به ضرورت اصل تأمین سلامت اشاره داشته و اصل ۲۹ به صراحت دولت را به این امر مکلف کرده؛ از اینرو دولت از نقش بسیار پررنگی در سیاست‌گذاری سلامت برخوردار است.

این مسأله نه تنها در ایران که در جهان نیز از اهمیت بسیار والایی برخوردار است. امروزه، یکی از شاخص‌های مورد توجه در ارزیابی عملکرد و کارایی دولت‌ها، میزان اهتمام آن‌ها به حوزه اجتماعی است و یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های حوزه اجتماعی بخش سلامت، بهداشت و درمان می‌باشد [۴]؛ زیرا سلامت یک انتخاب سیاسی است و رهبران سیاسی جهان به اهمیت پوشش همگانی سلامت در توسعه و پیشرفت جوامع پی برده‌اند [۵]. سلامت به عنوان یک هدف کلان، نه تنها از مقولاتی مانند رفاه انسانی و توسعه اقتصادی و اجتماعی جدا نیست، بلکه یکی از عناصر ضروری و معرف حکمرانی مطلوب برای دستیابی به توسعه پایدار است؛ زیرا سلامت، ارزشی اجتماعی، حقی انسانی، کالایی عمومی و اساسی و ثروتی برای نظام‌های اجتماعی است و زمینه‌های اجتماعی در کنار سایر عوامل، در سلامت یا عدم سلامت مردم نقش بسزایی دارد. شواهد تحقیقات علمی بیانگر آن است که مراقبت‌های درمانی ۲۰ درصد، رفتارهای سالم ۳۰ درصد، محیط فیزیکی ۱۰ درصد و عوامل اقتصادی و اجتماعی ۴۰ درصد در تعیین سلامت مردم و در کنار این موارد، سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌توانند از طریق تأثیر بر عوامل تعیین‌کننده سلامت، بر سلامت مردم تأثیرگذار باشند [۶]. بر این اساس، توسعه سیاست سلامت که از ابعاد سیاست اجتماعی است، به عنوان یکی از مسئولیت‌های اجتماعی دولت‌ها مطرح می‌شود و از اهمیت اساسی برخوردار است. اهمیت این مسأله در این است که سیاست‌گذاری تأثیر بسزایی بر زندگی شهروندان دارد و نوع بی‌کیفیت آن تبعات بسیار سنگینی از جمله اشاعه بی‌عدالتی و از بین رفتن اعتماد عمومی نسبت به دولت‌ها را در پی خواهد داشت.

آسیب‌شناسی در این خصوص صورت پذیرد و نقاط قوت و ضعف این سیاست‌ها مشخص شود[۹].

از اینرو می‌توان نتیجه گرفت که این موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است اما کمتر مطالعه‌ای به تحلیل اسنادی مصوبات هیأت دولت در حوزه سلامت در بازه زمانی ۳۲ ساله این پژوهش پرداخته است. مطالعات محدودی در خصوص تحلیل سیاست‌گذاری اجتماعی سلامت توسط دولت‌ها در ایران وجود دارد که به اهم آنان خواهیم پرداخت:

قاراخانی[۴] در پژوهشی با عنوان «دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش)» به مطالعه سیاست سلامت در دو بعد درون‌داد قانونی و هزینه سلامت پرداخته و با استفاده از داده‌های ثانویه (قانون برنامه توسعه، مصوبه‌های دولت‌ها و قانون بودجه گردآوری شده) با دو روش کیفی و کمی از تکنیک تحلیل محتوا و آماره‌های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس انجام شده است. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که سیاست سلامت در بازه زمانی مورد بررسی، ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی این دولت‌ها نیست. در بعد هزینه سلامت نیز، تأثیر رویکرد دولت بر سیاست سلامت مشاهده نمی‌شود.

جوهری و همکاران[۱۰] در مطالعه «تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران» بخش سلامت قوانین پنج‌ساله اول تا ششم توسعه با اتکاء به روش تحلیل محتوای کمی و کیفی را مورد بررسی قرار داده‌اند. 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 آن قشرها و گروه‌های متنوع‌تری را در بر گرفته است. این ویژگی در برنامه چهارم توسعه به اوج خود رسیده است. با وجود این 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،

هم‌چنین، ایجاد حکمرانی با کیفیت و اثربخش در حوزه سلامت جامعه و توجه به سلامت در کلیه سیاست‌های دولت‌ها از ضرورت بسیار زیادی برخوردار است و حکومت در همه اقدامات و سیاست‌گذاری‌های خود، باید مبحث سلامت و رفاه جامعه را مدنظر قرار دهد[۷].

سیاست‌مداران ایرانی نیز به اهمیت این مسئله به خوبی واقف بوده‌اند و بازتاب آن در شعارهای انتخاباتی رؤسای جمهور برگزیده نیز به روشنی دیده می‌شود. هاشمی رفسنجانی در انتخابات ریاست جمهوری سال ۱۳۷۲ شعار «ابتدا اقتصاد، سپس سلامت» را مطرح کرد و بهبود وضعیت اقتصادی کشور و پس آن بهبود سلامت مردم را به عنوان اولویت سیاست‌های دولت خویش اعلام نمود. سیدمحمد خاتمی نیز در سال ۱۳۷۶، شعار «سلامت همگانی» و حسن روحانی نیز در سال ۱۳۹۲ با شعار «عدالت، خرد، سلامت» و در سال ۱۳۹۶ با شعار «همگانی کنیم سلامت» را مطرح کردند. با توجه به این نکته شعارهای انتخاباتی اغلب متناسب با نیازهای جامعه و در جهت اقناع ذهنی شهروندان طراحی می‌شوند، این‌که سلامت در طول سالیان طولانی به عنوان شعار انتخاباتی و اولویت نامزدها مطرح است، نشان می‌دهد که سلامت همواره در رأس مسائل اصلی جامعه قرار داشته است و مردم به عنوان کنشگران اجتماعی، تأثیر و ضرورت سیاست‌گذاری سلامت را در زندگی خود حس کرده‌اند. علاوه بر تأثیر این سیاست‌ها بر زندگی کنشگران، سیاست‌های اجتماعی با تأمین رفاه و تحقق عدالت اجتماعی، نقش «ملات اجتماعی» را داشته و یکی از ابزارهای پیوند میان دولت و ملت هستند[۸]. از سوی دیگر، مطالعه سیاست‌گذاری اجتماعی به صورت علمی و بی‌طرفانه موجب می‌شود رویکرد دولت‌ها به صورت صریح مورد نقد قرار گرفته و با شعارهای ارائه شده توسط آن‌ها مقایسه شود. این نگاه به نقد سیاست اجتماعی می‌تواند گامی در جهت رشد سیاسی جامعه باشد و تحلیلی شفاف از شکست‌ها و موفقیت‌های دولت‌ها ارائه کند. هم‌چنین، بررسی تفاوت استراتژی و رویکرد دولت‌ها در این عرصه، موجب می‌شود تا

مسلط فرآیند سیاست‌گذاری کشور، برای پیشبرد مقاصد صاحبان خود نیاز به هم‌راستا نمودن چهار جریان زمینه‌ای سیاست، ایده، فردگرایی عمودی و مشکل با اقتضائات خود دارد. مادامی که این تأثیرات محقق می‌شوند، فرآیند تغییر در طول زمان ادامه می‌یابد؛ در غیر این صورت، فرآیند تغییر فارغ از حل مشکل یا استقرار کامل لایه‌های ایده محوری متوقف یا دچار اختلال می‌شود.

جمع‌بندی این مطالعات حاکی از آن است که رویکرد دولت‌ها نقش عمده‌ای در سیاست‌گذاری سلامت نداشته‌اند و آنچه که در طول این سال‌ها در این سیاست‌گذاری‌ها دیده می‌شود، نگاه کوتاه‌مدت می‌باشد که آشفتگی و عدم انسجام در این سیاست‌ها را رقم زده و موجب آن شده خط واحدی را دنبال نمایند و خطر ورود «سیاست‌گذاری سلامت» به عرصه «سیاست‌زدگی سلامت» را در پی دارد.

بنابراین، به نظر می‌رسد شناخت تحولات سیاست‌های اجتماعی - رفاهی بهداشت و درمان ایران در دولت‌های پس از انقلاب اسلامی از مهم‌ترین مسائل جامعه شناسی سیاسی به شمار می‌آید. از اینرو، این پژوهش بر آن است با بررسی مصوبات حوزه بهداشت و درمان هیأت دولت، رویکرد دولت‌های ایران در سیاست‌گذاری سلامت در سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۶۸ بپردازد و بررسی نماید که در هر دوره ریاست جمهوری چه سنجی از سیاست‌گذاری‌ها در حوزه بهداشت و درمان دنبال شده است و آیا رویکرد و جهت‌گیری سیاسی دولت‌ها در نحوه سیاست‌گذاری سلامت توسط آن‌ها در این عرصه نقش داشته است؟

روش پژوهش

هدف پژوهش حاضر، تحلیل محتوای کیفی اسناد سیاستی حوزه سلامت در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۴۰۰-۱۳۶۸ (با تأکید بر مصوبات هیأت دولت) بود. در این مطالعه از روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی با تأکید بر مصوبات هیأت دولت در سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ استفاده شد.

برنامه‌های سلامت نیز دستخوش تغییرات شده است؛ بنابراین تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامتی در هر دولت، یک نوع سیاست‌گذاری کوتاه‌مدت به وجود آورده که امکان برنامه‌ریزی بلندمدت را برای پرداختن به امر سلامت تضعیف کرده است. به طوری که هر قانون به صورت مقطعی و مبنی بر نیاز و اقتضائات یک دوره خاص و در راستای سلیقه سیاست‌گذاران آن دوره تنظیم شده است.

امجدی و همکاران [۱] در پژوهشی با عنوان «تحلیل مقایسه‌ای سیاست‌های اجتماعی-رفاهی در دولت‌های احمدی‌نژاد و روحانی» سیاست‌گذاری اجتماعی را در چهار بعد سلامت، آموزش، مسکن و تأمین اجتماعی در این دوران مورد بررسی قرار داده‌اند. نتیجه این پژوهش حاکی از آن است که هر دو دولت به رغم تأثیرپذیری از دو رویکرد سیاسی متفاوت؛ دچار تعارض، تناقض، آشفتگی و بلاتکلیفی در سیاست اجتماعی بوده و حتی در برخی موارد فاقد سیاست اجتماعی متوازن و تأکید شده در قانون اساسی و اسناد بالادستی بوده و عملاً سیاست اجتماعی به حال خود گذاشته شده است. در بعد سلامت این پژوهش بر شکست مهم‌ترین سیاست‌گذاری سلامت در این دوران مانند پزشک خانواده و طرح تحول سلامت اذعان دارد.

مافی مرادی و همکاران [۱۱] نیز در مطالعه‌ای با عنوان «چگونگی تغییر سیاست‌ها در حوزه سلامت کشور: یک تحقیق کیفی داده بنیاد» با استفاده از روش داده‌بنیاد به بررسی چرایی و چگونگی شکل‌گیری تغییرات در حوزه سلامت کشور پرداخته و از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با دست‌اندرکاران فرآیند سه سیاست ملی منتخب، الگویی نظری از چگونگی سیاست‌گذاری در حوزه سلامت ارائه می‌دهد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که خاستگاه اصلی تغییرات در حوزه سلامت کشور نشان دادن تأثیر است. تأثیری که صاحبان آن برای نشان دادنش با بهره‌گیری از الگوهای راهبردی مشخصی در مواجهه با موقعیت‌های پیش رو در سه فضای دستورگذاری، مستندسازی و اجرا به کنش‌گری می‌پردازند. جریان تأثیر به عنوان جریان

تحلیل متن در این پژوهش، ابتدا با استفاده از کدگذاری باز صورت پذیرفت. سپس کدهای اولیه به دست آمده، به کدهای ثانویه و در نهایت کدهای ثانویه به مقوله‌های اصلی سیاست‌گذاری حوزه سلامت - که در جدول شماره ۱ ارائه شده‌اند - تبدیل شدند. تمامی این تحلیل‌ها به تفکیک دولت‌های هشت‌گانه صورت پذیرفت. پایایی کدگذاری‌ها از طریق کدگذاری مجدد در طول دو هفته به میزان ۷۵٪ و از طریق پایایی بین کدگذاران (دو کدگذار مختلف) و هم‌چنین تیم راهنمایی پژوهش، با میزان ۹۰٪ مورد تأیید قرار گرفت. روایی کدگذاری صورت گرفته از طریق اساتید راهنما و مشاور و هم‌چنین یک متخصص حوزه سیاست‌گذاری در بخش سلامت مورد تأیید قرار گرفتند. در نهایت سیاست‌گذاری دولت‌های مختلف بر اساس خط‌مشی سیاسی و هم‌چنین نسبت به یکدیگر مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن ارائه خواهد شد.

یافته‌ها

بر اساس اهداف و روش پژوهش که تحلیل متن و اسناد در قالب مصوبات حوزه بهداشت و درمان در دولت‌های هشت‌گانه ایران در سال‌های ۱۳۶۸-۱۴۰۰ بود، این اسناد با استفاده از تحلیل متن مورد بررسی قرار گرفتند. بر این اساس در مجموع تعداد ۱۳۵۶ کد معنایی استخراج شد که ۲۹۷ کد معنایی مربوط به دولت تدبیر و امید، ۴۹۹ کد معنایی مربوط به دولت مهر، ۳۳۸ کد معنایی مربوط به دولت اصلاحات و ۲۲۲ کد معنایی مربوط به دولت سازندگی بود. بر اساس قرابت معنایی و ساختاری، این ۱۳۵۶ کد، در قالب ۴۹ کد اولیه دسته‌بندی شدند، در واقع ۴۹ کد معنایی اولیه در کل دولت‌ها ۱۳۵۶ بار تکرار شدند. برای درک بهتر و سریع‌تر مصوبات دولت‌های ۸ گانه، کدهای اولیه با کدهای ثانویه و سپس کدهای ثانویه به مقوله‌ها دسته‌بندی شدند. (جدول ۱)

بر اساس اطلاعات جدول ۱، بیشترین حوزه مورد تأکید در مصوبات بر اساس کدگذاری‌های انجام شده، سیاست‌گذاری خدمات می‌باشد. در این زمینه که با

این روش به بیرون کشیدن مفاهیم مورد نیاز پژوهش از متن مورد مطالعه می‌پردازد؛ مفهیمی که در قالب مقولاتی منظم، سامان می‌یابند [۱۲] و در واقع به دنبال تقلیل اطلاعات و ارائه توصیفی دقیق درباره یک موضوع است؛ به عبارت دیگر، هدف از پژوهش تحلیل محتوای کیفی استقرایی، کمک به پدید آمدن یافته‌های پژوهش از طریق توجه به مضامین مسلط و متداول در داده‌ها است؛ یعنی پژوهشگر با رجوع به داده‌های مورد مطالعه، به تدریج آنان را خلاصه کرده تا در نهایت به اصلی‌ترین مفاهیم و مضامین مرتبط با موضوع پژوهش دست یابد [۱۳]. هم‌چنین، استفاده از این رویکرد، به این معنا است که پژوهشگر پیش از شروع پژوهش، تعریف یا تعمیمی را به عنوان پیش‌فرض مدنظر قرار ندهد و پژوهش با مطالعه متن آغاز و محقق نتایج استخراج شده را مورد تحلیل قرار داده و نتیجه‌گیری می‌نماید [۱۴].

با توجه توضیحات ارائه شده در خصوص روش‌شناسی پژوهش، سؤال اصلی پژوهش حاضر این بوده است که دولت‌های مختلف با خط‌مشی‌های سیاسی مختلف، چه نوع سیاست‌گذاری کلانی را در حوزه سلامت داشته‌اند و آیا سیاست‌گذاری دولت‌ها در راستای خط‌مشی سیاسی آن‌ها بوده است؟.

واحد تحلیل متن در این پژوهش، مصوبات دولت‌ها در طول تصدی امور اجرایی حوزه سلامت بوده است. بر این اساس، ابتدا کلیه مصوبات دولت‌ها (۶۵۹ مصوبه) به تفکیک دوره ریاست جمهوری هر کدام از دولت‌ها جمع‌آوری و به تفکیک دولت‌ها (بر مبنای تاریخ مصوبه) دسته‌بندی صورت گرفت. مهم‌ترین منابع برای جمع‌آوری این مصوبات پایگاه اطلاع‌رسانی دولت، سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران بودند. بر این اساس کلیه مصوبات در مدت زمان فعالیت این ۸ دولت، به عنوان جامعه آماری پژوهش در نظر گرفته شد. ضمناً برای اطمینان از جامعیت و کامل بودن مصوبات جمع‌آوری شده، این مصوبات از طریق نرم‌افزار جامع قوانین و مقررات کشور نیز مورد بررسی و مذاقه قرار گرفت که تمامی مصوبات مورد تأیید بود.

زمینه سیاست‌گذاری سلامت، سیاست‌گذاری دولت‌ها در قالب نمودار خطی مورد بررسی قرار گرفت. (نمودار ۲) همان‌طور که نتایج نمودار فوق نشان می‌دهد، هیچ‌کدام از دولت‌ها در زمینه‌های سیاست‌گذاری‌های شناسایی شده در این پژوهش، تعادل کافی را نداشته‌اند و بیشترین فراوانی در دولت‌ها در زمینه سیاست‌گذاری‌های حمایتی و توسعه‌ای بوده است. (نمودار ۳)

نمودار شماره ۴ نیز الگوی مفهومی وضعیت سیاست‌گذاری در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران در دوره مورد بررسی را نشان می‌دهد. (نمودار ۴)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تحلیل اسنادی سیاست‌گذاری سلامت در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۴۰۰-۱۳۶۸ (با تأکید بر مصوبات هیأت دولت) بود. با توجه به تحلیل صورت گرفته، از مجموع مصوبات دوره اول آقای اکبر هاشمی رفسنجانی، بیشترین کدگذاری و تأکید در این دوره بر خدمات درمانی متمرکز بوده است. بعد از خدمات درمانی، تجهیزات، توسعه فیزیکی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی، حمایت از بیماران خاص و خدمات بهداشتی دارای بیشترین تأکید بوده‌اند. در دوره دوم بیشترین کدگذاری و تأکید، بر خدمات درمانی متمرکز بوده است. بعد از خدمات درمانی، خدمات بیمه، بیماران خاص، توسعه فیزیکی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و حمایت مالی دارای بیشترین تأکید بوده‌اند. بدین ترتیب در دولت اول، خدمات درمانی و در دولت دوم نیز خدمات درمانی جز اولویت‌های دولت‌سازندگی بوده است. خط‌مشی سیاسی دولت‌سازندگی جامعه روحانیت مبارز (اصول‌گرا) بوده است و بر اساس اسناد، خط‌مشی اصلی این دولت، توسعه محوری و سازندگی اعلام شده است. در بررسی انجام شده از ۲۲۲ کد معنایی به دست آمده، ۱۱۰ کد مرتبط با سیاست‌گذاری دولت در زمینه خدمات بوده است، در واقع در دولت‌سازندگی، بیشترین تأکید بر خدمات بوده است. بعد از خدمات، تأکید بیشتر دولت‌سازندگی بر حوزه توسعه

کدهای ثانویه درمان حمایتی، درمان عمومی و اشاعه درمان شناخته می‌شود، دولت مهر دارای بیشترین کد معنایی بوده است و این امر نشان می‌دهد که در طی سال‌های دو دولت مهر، سیاست‌گذاری در حوزه خدمات، مورد تأکید بوده است. بعد از دولت مهر در زمینه سیاست‌گذاری خدمات، به ترتیب دولت‌های اصلاحات، سازندگی و تدبیر و امید قرار دارند. در زمینه سیاست‌گذاری توسعه‌ای که با کدهای ثانویه توسعه خدمات و توسعه فنی شناخته می‌شود، از مجموع ۳۵۳ کد معنایی، بیشترین سهم را دولت مهر داشته است که ۱۲۳ کد معنایی می‌باشد، بعد از دولت مهر در زمینه توسعه، دولت‌های اصلاحات، تدبیر و امید و سازندگی قرار دارند. در زمینه سایت‌های حمایتی که به کدهای حمایت‌های مادی و معنوی شناخته می‌شوند، دولت اصلاحات و تدبیر و امید با تعداد کدهای ۸۰ و ۷۸ در رده‌های اول هستند که در این زمینه به نظر می‌رسد، اختلاف زیادی با یکدیگر نداشته‌اند. بعد از آن دولت سازندگی و در نهایت دولت مهر در این زمینه می‌باشند. در حوزه سلامت عمومی و سیاست‌گذاری مرتبط با آن، دولت مهر، دولت تدبیر و امید و بعد دولت اصلاحات در متن مصوبات دارای کد معنایی بودند، اما دولت سازندگی در متن مصوبات که مورد تحلیل قرار گرفت، دارای کد معنایی نبود. در حوزه آموزش و پژوهش بیشترین تأکید در دولت تدبیر و امید وجود داشته است و بعد از آن دولت مهر، دولت سازندگی و در نهایت دولت اصلاحات حضور داشتند. در زمینه سیاست‌گذاری فرهنگی که در بین انواع سیاست‌گذاری شناسایی شده در این پژوهش با تعداد ۴۴ کد معنایی در رده آخر می‌باشد، دولت تدبیر و امید با ۱۳ کد معنایی دارای بالاترین تأکید و بعد به ترتیب، دولت‌های مهر، سازندگی و اصلاحات قرار دارد. (نمودار ۱)

بر اساس اطلاعات نمودار فوق، دولت مهر در حوزه سیاست‌گذاری خدمات، توسعه‌ای، سلامت عمومی، دولت اصلاحات در زمینه سیاست‌گذاری حمایتی، دولت تدبیر و امید در زمینه سیاست‌گذاری آموزش و پژوهش و فرهنگی دارای بیشترین کد معنایی بوده‌اند. برای بررسی تعادل سیاست‌گذاری و خط‌مشی دولت‌های جمهوری اسلامی در

نوعی فقط یکبار در طول دولت دوم مورد بحث قرار گرفته‌اند. به عنوان مثال حمایت از نیروی انسانی، دندان، چشم‌پزشکی و اتباع، کدهایی با فراوانی یک بودند. با توجه به خطامشی اصلی دولت که اصلاح وضعیت موجود بوده است و از آنجایی که در دولت قبل، یعنی دولت سازندگی، کمترین کدها مربوط به سیاست‌گذاری حمایتی، حمایت از آموزش و پژوهش دانشگاهی و ارتقای سلامت عمومی بوده است، دولت اصلاحات در حوزه سیاست‌گذاری سلامت عمومی برای اولین بار این کد و مفهوم را وارد حوزه سیاست‌گذاری کرده است و از این منظر خطامشی خود را رعایت کرده است. در زمینه آموزش و پژوهش این تغییرات و اعمال سیاست‌ها به میزان ۹۰ درصد و در زمینه سیاست‌گذاری حمایتی به میزان ۶۲ درصد افزایش مصوبه داشته است و تا حد زیادی کاستی‌های حوزه سیاست‌گذاری را در راستای خطامشی خود، یعنی اصلاح وضع موجود بر اساس ظرفیت‌های مندرج در قانون اساسی را رعایت کرده است. در زمینه سیاست‌گذاری توسعه‌ای نیز، دولت اصلاحات بیشترین مصوبات را داشته است و در این زمینه عملکرد خوبی داشته است، اما به نسبت دولت سازندگی در زمینه سیاست‌گذاری فرهنگی حدود ۵۰ درصد کاهش مصوبات وجود داشته است که این امر، کمبود نگاه فرهنگی در دولت اصلاحات را در حوزه سلامت نشان می‌دهد.

دولت بعد از اصلاحات، دولت مهر با ریاست جمهوری آقای محمود احمدی‌نژاد بود. خطامشی سیاسی این دولت جمعیت‌ایثارگران انقلاب اسلامی (اصول‌گرا) و خطی مشی اصلی دولت، سیاست‌های عدالت‌خواهانه در جهت پیشرفت و عدالت بود. با توجه به تحلیل صورت گرفته از مجموع مصوبات دوره اول، بیشترین کدگذاری و تأکید در این دوره بر خدمات درمانی، خدمات بهداشتی، حمایت از مناطق محروم، توسعه فیزیکی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و خدمات دارویی و در دوره دوم، بیشترین کدگذاری و تأکید، بر خدمات بهداشتی، خدمات درمانی، مناطق محروم، تعرفه گذاری

بوده است که در شعار دولت سازندگی نیز بر آن تأکید شده است. به نظر می‌رسد با توجه به شرایط محیطی استقرار دولت سازندگی در جمهوری اسلامی ایران و پایان یافتن جنگ تحمیلی، می‌بایست حوزه خدمات و سازندگی با یکدیگر پیش می‌رفت که اگر بخواهیم بر اساس مفاهیم توسعه به آن بنگریم، دولت آقای هاشمی رفسنجانی در راستای شعار خود حرکت کرده است. در واقع حوزه سیاست‌گذاری خدمات را با کمی اغماض در شرایط زیست‌بوم ایران در آن سال‌ها، می‌توان در قالب توسعه در نظر گرفت که با این تحلیل دولت سازندگی بر مبنای توسعه خدمات حوزه سلامت به سازندگی و توسعه پرداخته است؛ اما دولت آقای هاشمی رفسنجانی در زمینه‌های حمایت از آموزش دانشگاهی و حمایت از پژوهش دانشگاهی و ایجاد کارگروه‌های تخصصی و پژوهشکده‌های مختلف برای ارتقا سطح آموزش و پژوهش و تربیت نیروی انسانی مصوبات زیادی نداشته‌اند، هم‌چنین به نظر می‌رسد با توجه به مفهوم توسعه متوازن، این دولت در این زمینه بر اساس تحلیل اسناد مصوبات دولت جمهوری اسلامی ایران، عملکرد مطلوبی نداشته است؛ زیرا در زمینه خدمات دارای ۱۱۰ کد معنایی و در زمینه آموزش و پژوهش یک مصوبه و در زمینه ارتقای سلامت عمومی بدون مصوبه بوده است.

دولت بعد از سازندگی، دولت اصلاحات با ریاست جمهوری آقای سیدمحمد خاتمی بود. خطامشی سیاسی این دولت، مجمع روحانیون مبارز (اصلاح‌طلب) و خطامشی اصلی دولت اصلاح وضع موجود بر اساس ظرفیت‌های مندرج در قانون اساسی اعلام شده است. با توجه به تحلیل صورت گرفته از مجموع مصوبات دوره اول جناب آقای محمد خاتمی، بیشترین کدگذاری و تأکید به ترتیب بر تجهیزات، حمایت مالی، خدمات درمانی و توسعه فیزیکی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و در دوره دوم، بر توسعه فیزیکی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی، خدمات درمانی، تجهیزات بوده است. در این دوره برخلاف دوره قبل، مصوباتی داشتیم که بر اساس کدگذاری دارای فراوانی یک بوده‌اند و به

و خدمات بیمه بوده است. با توجه به خطمشی اصلی این دولت که عدالت بوده است، اولین بار در مصوبات از کلمه عدالت استفاده شده است و همچنین حوزه مصوبات به سمت مناطق محروم به صورت تفکیکی سوق داده است. به همین دلیلی در دولت مهر، سیاست‌گذاری خدمات در اولویت اول بوده است. این اولویت با دولت سازندگی یکسان است، در واقع هر دو دولت سازندگی و مهر، سیاست‌گذاری خدمات را در اولویت اول خود قرار داده بودند، با این تفاوت که میزان مصوبات دولت مهر در زمینه خدمات، حدود ۴۰ درصد از دولت سازندگی و حدود ۴۲ درصد از دولت اصلاحات بیشتر بوده است و این امر تفکر سیاست‌گذاری خدمت‌رسانی مطابق با حوزه مناطق را در این دولت نشان می‌دهد؛ بنابراین دولت مهر بر اساس مصوبات بررسی شده، در راستای خطمشی سیاسی خود حرکت کرده است.

دولت بعد از دولت مهر که دارای نگاه اعتدال‌گرا بوده، دولت تدبیر و امید به ریاست جمهوری آقای حسن روحانی بوده است. خطمشی سیاسی این دولت حزب اعتدال و توسعه (اعتدال‌گرا) و خطمشی اصلی دولت سیاست‌های اعتدال‌گرایانه در جهت نجات اقتصاد کشور بوده است. با توجه به تحلیل صورت گرفته از مجموع مصوبات دوره اول جناب آقای روحانی، بیشترین کدگذاری و تأکید در این دوره بر بیشترین کدگذاری و تأکید در این دوره بر سیاست‌گذاری خدمات، حمایتی، توسعه‌ای، ارتقای سلامت عمومی، حمایت از آموزش و پژوهش دانشگاهی و فرهنگی بوده است. تعرفه گذاری، خدمات بیمه، توسعه فیزیکی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و خدمات دارویی بوده است. نکته قابل ملاحظه در این دوره این است که در مصوبات بررسی شده، کدها و کلمات و خدمت جدیدی یافت شدند که به صورت یک‌بار در طول چهار سال مطرح شده بودند و در جدول فوق نیز دارای فراوانی یک می‌باشند. به عنوان مثال حمایت از نیروی انسانی، مبارزه با فساد، سلامت، هتلینگ و خدمات روان‌شناسی از این دست هستند. در دوره دوم، بیشترین

کدگذاری بر تعرفه گذاری، خدمات درمانی، خرید تجهیزات، خدمات بهداشتی و حمایت مالی دارای بوده است. بر اساس تحلیل‌های صورت گرفته در دولت اول و دوم آقای روحانی، تعرفه گذاری به عنوان مهم‌ترین اولویت دولت بوده است و در نهایت در کل دوره ۸ ساله این دولت نیز تعرفه گذاری دارای اولویت اول بوده است. در دولت اول آقای روحانی، خدمات بیمه نسبت به دوره دوم بیشتر مورد تأکید بوده است و حدود ۱۰ مصوبه در دولت اول بیشتر از دولت دوم آقای روحانی در حوزه بیمه مصوب شده است. از طرفی در حوزه خدمات درمانی در دولت دوم آقای روحانی تأکید بیشتر وجود داشته است و تأکید روی خدمات بیمه در دولت اول، به تأکید روی خدمات درمانی منتقل شده است. در دولت اول توسعه فیزیکی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و در دوره دوم به صورت موازی خرید تجهیزات دارای اولویت سوم دولت آقای روحانی بوده است. به نظر می‌رسد به صورت منطقی، بعد از توسعه فیزیکی ساختمانی و اولیه، دولت به سمت توسعه تجهیزات و مسائل فنی حرکت کرده است. در زمینه خدمات دارویی و بهداشتی نیز دولت در دوره اول، مصوبات کمتری داشته است. لازم به ذکر است در دولت دوم آقای روحانی، مسأله کرونا به شکل همه‌گیر شروع شد و بیشتر مصوبات این حوزه در ستاد ملی مقابله با کرونا بوده است که در این تحلیل به آن‌ها اشاره نشده است. در مجموع به نظر می‌رسد مصوبات دولت‌ها در حوزه سلامت، بهداشت و درمان با خطمشی اصلی و شعارهای انتخاباتی آنان همخوانی دارد، اما رویکرد و جهت‌گیری‌های سیاسی دولت‌های هشت‌گانه تأثیر چندانی بر سیاست‌گذاری آنان در حوزه سلامت نداشته است و این سیاست‌ها بیشتر کوتاه‌مدت و مقطعی و منطبق با شرایط جامعه بوده است. این یافته، با یافته‌های قاراخانی [۴]، جواهری و همکاران [۱۰]، امجدی و همکاران [۱] و مرادی مافی و همکاران [۱۱] نیز تطبیق دارد.

پژوهش مرادی مافی و همکاران [۱۱] ادعان می‌دارد، تلفیق آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در

وجود ندارد و این مسأله موجب می‌شود در برنامه‌ریزی و طراحی الگوی سیاست‌گذاری نقشه راه، به طور صحیح طراحی نشود. از اینرو، توسعه فناوری در حوزه سلامت از طریق به‌روزرسانی سیستم‌های الکترونیکی در این بخش برای بهبود مدیریت اطلاعات به منظور سیاست‌گذاری کارآمد پیشنهاد می‌شود.

۲- عدم وجود الگوی مشخص برای سیاست‌گذاری سلامت و سیاست‌گذاری بر مبنای نیازهای مقطعی و سیاسی، می‌تواند موجب سیاست‌زدگی در این مقوله شده و پیرو آن سیاست‌گذاری‌ها به درستی انجام نشده و هدر رفت منابع تشدید خواهد شد؛ زیرا زمانی که نیازها و منافع بلندمدت در عرصه سیاست‌گذاری در نظر گرفته نشود، موجب می‌شود تا نیازهای جامعه به طور جامع دیده نشده و منابع در محل صحیح آن هزینه نشود و بسیاری از نیازها بدن پاسخ باقی بمانند. از اینرو، توجه به طراحی یک الگوی بلندمدت برای سیاست‌گذاری سلامت با رویکرد علمی، دانش‌بنیان، کارآمد و با توجه به نیازهای روز و اساسی جامعه پیشنهاد می‌شود.

۳- علی‌رغم تأکید قوانین بالادستی نظیر اصول ۱۲، ۲۱، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی، سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی)، ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه، ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، بند ۹ و ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و ... که همگی تأکید بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت و دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی تأکید کرده‌اند؛ برخی از قوانین و سیاست‌گذاری‌های صورت گرفته توسط دولت‌ها نظیر طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، اصلاحات نظام سلامت در آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه (ماده ۶ و ۷)، مواد ۳۳ و ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰، مواد ۸۸، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۸، ۱۴۴ و ۱۴۵ قانون برنامه چهارم توسعه و ... از واگذاری خصوصی‌سازی و تجاری‌سازی نظام سلامت حکایت دارد و همین مسئله موجب شده تا علیرغم کاهش سهم

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 طرح تحول سلامت با هدف کاهش هزینه‌های نظام سلامت و بهبود دسترسی به خدمات در دهه ۹۰ از جمله مهم‌ترین اصلاحات مورد تصویب دولت‌ها می‌باشند. ارزیابی‌های به عمل آمده از نتایج این اصلاحات حاکی از ناکامی و تحقق کامل اهداف مورد انتظار و یا تضمین پایداری اثرات مثبت آن‌ها در بلندمدت بوده است. علاوه بر این، این اصلاحات بزرگ کاهش عدالت را نیز در پی داشته و تنها در کوتاه‌مدت نتایج مثبت و محدودی را عاید نظام سلامت نموده‌اند و موجب هدر رفت منابع با پیامد کم سلامت خواهند شد.

در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد هیچ یک از دولت‌ها در زمینه‌های سیاست‌گذاری‌های شناسایی شده در این پژوهش، تعادل کافی را نداشته‌اند. بنابراین می‌توان اذعان داشت که شاید دولت‌ها بر مبنای شعارها و خط‌مشی‌های خود حرکت کرده باشند، اما همگی بر اساس اقتضائات کوتاه‌مدت سیاست‌گذاری سلامت را انجام داده و این سیاست‌گذاری‌ها یک خط واحد برای دستیابی به اهداف بلندمدت در نظام سلامت را دنبال نموده‌اند.

به طور کل در خصوص نوع سیاست‌گذاری حوزه بهداشت و درمان در چند دهه اخیر می‌توان گفت که تلاش شده است که دسترسی به خدمات سلامت را برای مردم به خصوص اقشار آسیب‌پذیر، افزایش دهد و در این راه نیز موفقیت‌هایی حاصل شده است، اما به استناد آمارها و شواهد موجود، فراز و نشیب‌های بسیاری در این راه وجود دارد که دستیابی به دستاوردهای مطلوب در این زمینه را با مشکل مواجه ساخته است. برخی از این چالش‌ها بر اساس تحلیل مقالات مورد استفاده در ادبیات نظری، گزارشات رسمی سازمان‌های دولتی و یافته‌های این مطالعه به شرح زیر است:

۱- در خصوص فرآیند و مبنای سیاست‌گذاری‌های سلامت و نحوه اجرایی شدن آن‌ها اطلاعات کافی

۴- تعرفه‌گذاری خدمات پزشکی و فاصله عمیق این نوع تعرفه‌ها با تورم یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در سیاست‌گذاری سلامت می‌باشد که خدمت‌رسانی در این حوزه را با مشکل مواجه کرده است. یکی از تبعات این مسأله عدم تمایل پزشکان در عرصه خدمت‌رسانی دولتی است و موجب می‌شود خدمات مطلوبی به بیماران ارائه نشود. برای مثال، بر اساس بر اساس تعرفه‌های کنونی پزشکی که مبنای عمل بیمه‌ها است، هزینه عمل جراحی آب مروارید توسط استاد تمام یا دانشیار در بیمارستان دولتی ۳۲ کا و هر کا ۲۲ هزار تومان است، در واقع هزینه عمل حدود ۶۰۰ هزار تومان است، اما بر اساس مصوبه شورای عالی حقوق و دستمزد تنها ۴۰ درصد از این مبلغ به پزشک اختصاص داده شده و با کسر مالیات تنها ۲۰۰ هزار تومان از این مبلغ، به پزشک اختصاص می‌یابد. مسأله عدم تعرفه‌گذاری نامناسب و تأخیر بیمه‌ها در پرداخت دستمزد پزشکان یک چالش جدی در حوزه سیاست‌گذاری است که نیازمند اصلاحات جدی در این خصوص است و موجب می‌شود پزشکان توانمندتر به سمت بخش خصوصی سوق پیدا کرده و خدمات با کیفیت در این بخش ارائه شود. در این حالت بازار سلامت، دسترسی برابر به فرصت‌ها را از میان می‌برد و نظام دولتی‌ای از خدمات درمانی را با دو کیفیت بالا و پایین ارائه می‌دهد و نتیجه آن قشربندی سلامت است که منجر به نابرابری اجتماعی خواهد شد.

۵- نقص در زیرساخت‌های بهداشتی و پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت، یکی از چالش‌های عمده سیاست‌گذاری سلامت است که نیازمند توجه جدی است. عدم توجه و اغفال از اهمیت خانه‌های بهداشت روستایی و مراکز جامع خدمات سلامت شهری در سال‌های اخیر موجب کاهش خدمات بهداشتی و پیشگیری شده است. خانه‌های بهداشت و مراکز جامع خدمات سلامت شهری کارکردهای بسیاری از جمله صیانت از سلامت مردم و کاهش بستری در مراکز درمانی دارند و احیا و پررنگ ساختن نقش آن‌ها در زندگی مردم، موجب کاهش بیماری و هزینه‌های دولت

مردم از هزینه‌های درمان، سهم بخش خصوصی نظام سلامت گسترده‌تر و پرداخت از جیب مردم همچنان با استانداردهای جهانی فاصله قابل توجهی داشته باشد. بنا بر گزارش وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی [۱۵-۱۶]، پرداخت‌های مستقیم از جیب، خانوارهای بسیاری را با هزینه‌های سلامت منجر به فقر و هزینه‌های کمرشکن سلامت- با وجود پوشش ۸۶ درصدی بیمه‌های پایه - مواجه کرده است. گزارش وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی اذعان می‌دارد، بر اساس آمار سال ۱۳۹۸، ۲/۸ درصد جمعیت کشور (۲ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر) به واسطه هزینه‌های بهداشت و درمان به زیر خط فقر رفته‌اند. همچنین ۲/۸۸ درصد از خانوارهای کشور با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه هستند و میزان این شاخص در استان‌های فارس، کهگیلویه و بویراحمد و فارس به بیش از ۵ درصد می‌رسد. متوسط هزینه‌های کمرشکن سلامت ناشی از جراحی در ایران نیز ۳۰/۲ درصد گزارش شده است. در حالی که متوسط این شاخص در جهان، ۲۱ درصد می‌باشد و ایران در خصوص این شاخص‌ها همچنان جایگاه نامطلوبی دارد. بنابراین سهم بالای پرداخت از جیب مردم چالش عمده‌ای است که بخش تأمین مالی نظام سلامت با آن مواجه است که بخشی از آن به یکپارچه نبودن تولید نظام سلامت و تعدد مراکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی حوزه سلامت و بخش دیگر به نظارت ناکارآمد وزارت بهداشت به فعالیت‌های بخش خصوصی به ویژه در بخش خدمات سرپایی باز می‌گردد که نیازمند توجه ویژه توسط سیاست‌گذار به این موضوع می‌باشد. از سوی دیگر، عدم ساماندهی جدی و عدم توجه به مشکل ویژه ناترازی منابع و مصارف بیمه‌های پایه و همچنین مغایرت پرداخت خسارت بیمه درمان تکمیلی، موجب بروز مشکلات جدی در جبران هزینه‌های درمانی به بیمه‌شدگان می‌شود. حل مشکلات مالی صندوق‌های بیمه و همچنین طراحی بسته بیمه پایه مبتنی بر عدالت (با توجه به شرایط درآمد شهروندان) برای حل بخشی از این مشکل پیشنهاد می‌شود.

۷- باقی ماندن قوانین ناکارآمد قدیمی (نظیر قانون طبابت، قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی و ...) به دلیل عدم تطابق با نیازهای بهداشتی و درمانی امروز جامعه، کارایی خود را از دست داده‌اند. قوانین قدیمی که با شرایط و نیازهای روز جامعه تطبیق ندارند، نیاز به بررسی داشته و می‌بایست مجدداً مورد مذاقه قرار گیرند.

این موارد تنها بخش کوچکی از چالش‌های سیاست‌گذاری در بخش سلامت است؛ از اینرو ضروری است که سیاست‌گذاران برای بهبود سیاست‌گذاری‌ها، از اندیشه کانون‌های تفکر جامعه مانند دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی بهره برده تا بتوانند با استفاده از توصیه‌های سیاستی این کانون‌ها، به محیط سیاست‌گذاری که به طور مداوم تغییر می‌نماید، اشراف بیشتری پیدا نموده و سیاست‌گذاری‌های مؤثری در جهت توسعه و انتفاع جامعه داشته باشند.

و مردم خواهند شد. در کنار توجه این مسأله، سیاست‌گذاری و توجه ویژه به ترویج فرهنگ سلامت و افزایش آگاهی جامعه درباره سبک زندگی سالم، می‌تواند موجب افزایش سلامت مردم و کاهش خدمات درمانی و هزینه‌های آن شود.

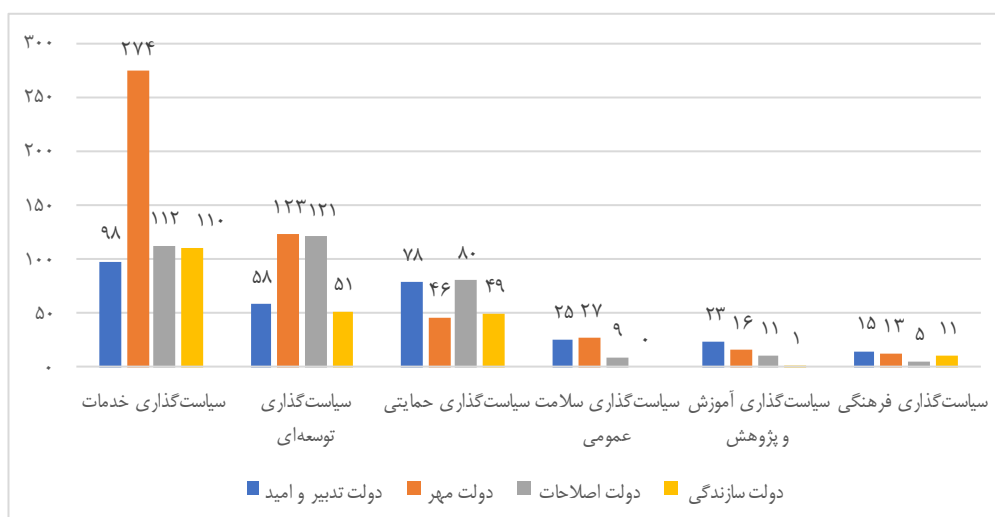
۶- با وجود تصویب مصوباتی در خصوص تجهیز و تأسیس مراکز درمانی در شهرستان‌ها توسط دولت‌ها، به نظر می‌رسد تمرکززدایی از بهداشت و درمان از کلان‌شهرها و شهرهای بزرگ در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی صورت نگرفته و بسیاری از مردم ناگزیر به مراجعه به کلان‌شهرها به خصوص تهران هستند. تمرکززدایی در ارائه خدمات بهداشت و درمان منجر به افزایش کارایی خدمات از طریق ایجاد ارتباط منطقی میان تخصیص منابع و نیازهای محلی خواهد شد که می‌تواند در تخصیص بهینه منابع و برقراری عدالت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، نقش بسزایی را ایفا کند و لازم است مورد توجه جدی در عرصه سیاست‌گذاری قرار گیرد.

جدول ۱ - کدگذاری تحلیل اسناد در قالب، مقوله‌های اصلی، کدهای ثانویه و اولیه

Table 1- Examination of Coding Documentation: An Analysis of Format, Primary and Secondary Codes, and Main Concepts.

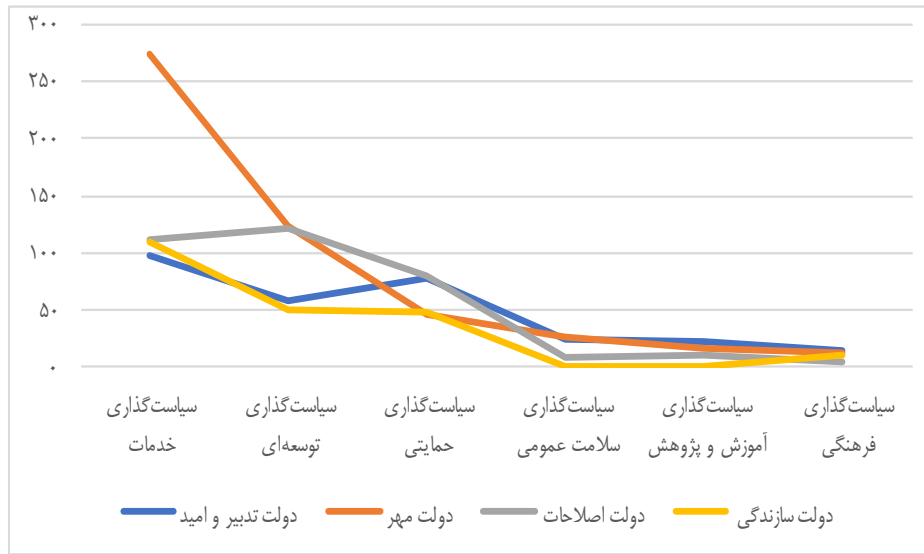
مقوله اصلی	کد ثانویه	کد اولیه	تدبیر و امید	مهر	اصلاحات	سازندگی	کل
			تعداد مصوبات	تعداد مصوبات	تعداد مصوبات	تعداد مصوبات	تعداد مصوبات
سیاست‌گذاری خدمات	درمان حمایتی، درمان عمومی، اشاعه درمان	حمایت از بیمه خدمات دندان‌پزشکی، توسعه خدمات چشم‌پزشکی، پیشگیری از بیماری دهان و دندان، پیشگیری از بیماری کودکان، خدمات روان‌شناسی، خدمات درمانی، خدمات یارانه‌ای، خدمات بهداشتی، خدمات بیمه، خدمات دارویی	۹۸	۲۷۴	۱۱۲	۱۱۰	۵۹۴
سیاست‌گذاری توسعه‌ای	توسعه خدمات، توسعه فنی	ارائه خدمات هتلینگ (شامل: هزینه اقامت در بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی، هزینه اقامت در مراکز ترک اعتیاد، خوابگاه دانشجویان پزشکی، اسکان موقت در بحران‌های طبیعی)، تعیین شاخص عدالت در سلامت، حمایت از مناطق محروم، خرید تجهیزات پزشکی، توسعه فیزیکی بخش بهداشت و درمان، خرید تجهیزات نقلیه، خرید تجهیزات پزشکی قانونی	۵۸	۱۲۳	۱۲۱	۵۱	۳۵۳
سیاست‌گذاری حمایتی	حمایت معنوی، حمایت مادی	حمایت درمانی و بهداشتی از جانبازان و آزادگان، حمایت از خانواده بیماران، مقررات آرایشی و	۷۸	۴۶	۸۰	۴۹	۲۵۳

مقوله اصلی	کد ثانویه	کد اولیه	تدبیر و امید	مهر	اصلاحات	سازندگی	کل
			تعداد مصوبات	تعداد مصوبات	تعداد مصوبات	تعداد مصوبات	تعداد مصوبات
سیاست‌گذاری سلامت عمومی	قوانین خاص، توسعه خدمات درمان و بهداشت	ارتقای سلامت عمومی، بهبود توزیع شیرخشک، احیا و توسعه نظام طب سنتی، پیشگیری از شیوع کرونا، نظام ارجاع، هلال احمر، خدمات بهداشتی - درمانی به اتباع بیگانه، درمان اعتیاد، توسعه امداد جاده‌ای، توسعه بخش اورژانس، ارتقای سلامت دانش‌آموزان	۲۵	۲۷	۹	۰	۶۱
سیاست‌گذاری آموزش و پژوهش	حمایت از نیروی انسانی، آموزش همگانی، حمایت از پژوهش دانشگاهی، حمایت از کارکنان دولت و نیروی انسانی شاغل در بخش بهداشت و درمان، جذب نیروی انسانی	آموزش همگانی، حمایت از آموزش دانشگاهی، حمایت از پژوهش دانشگاهی، حمایت از کارکنان دولت و نیروی انسانی شاغل در بخش بهداشت و درمان، جذب نیروی انسانی	۲۳	۱۶	۱۱	۱	۵۱
سیاست‌گذاری فرهنگی	فرهنگ عمومی، پیشگیری	فرهنگ‌سازی، مقررات تغذیه، پزشک خانواده، مقابله با بیابان‌زدایی، ارتقای پایگاه‌های انتقال خون، تنظیم خانواده و جمعیت، مبارزه با فساد، پیشگیری، امنیت غذا، تأمین آب شرب	۱۵	۱۳	۵	۱۱	۴۴



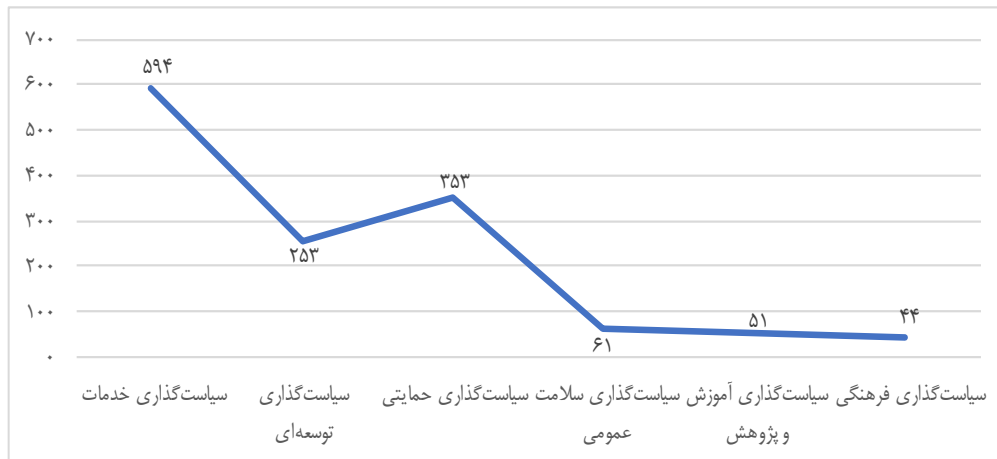
نمودار ۱ - مقایسه دولت‌ها در زمینه سیاست‌گذاری حوزه بهداشت و درمان

Figure 1- Comparative Analysis of Governmental Approaches to Healthcare Policies



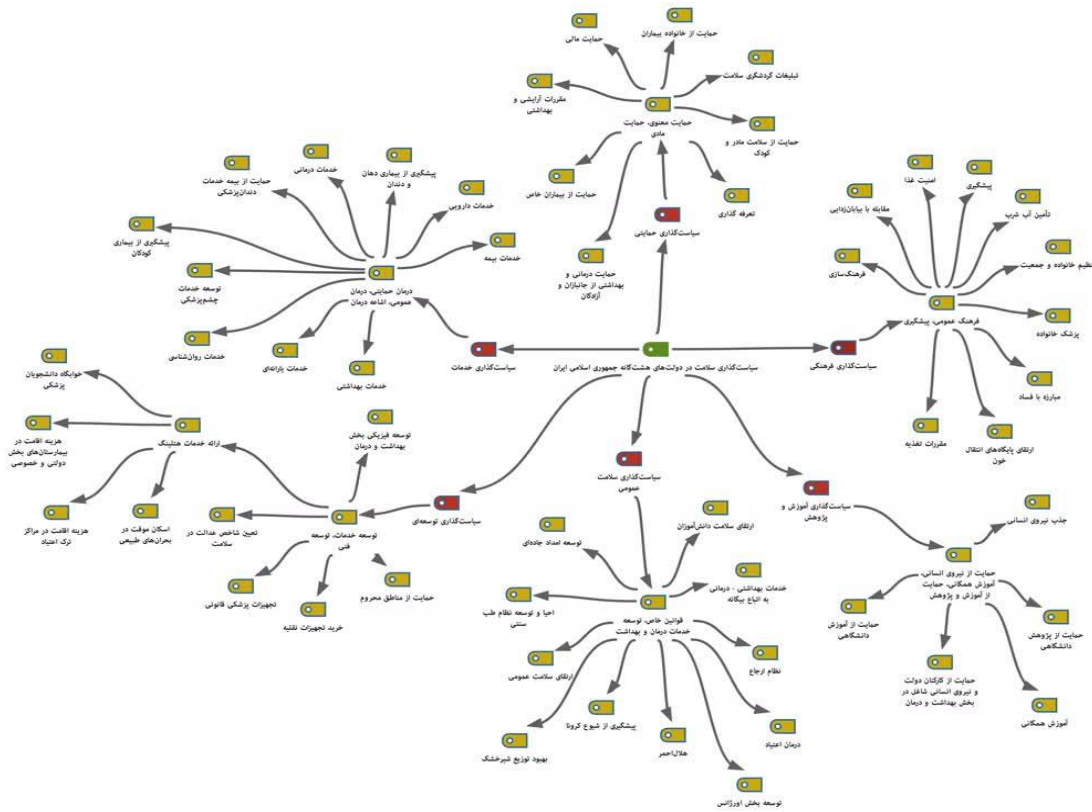
نمودار ۲- مقایسه تعادل در سیاست‌گذاری‌ها به تفکیک دولت‌ها

Figure 2- Comparative Analysis of Governmental Approaches to Healthcare Policies



نمودار ۳- وضعیت سیاست‌گذاری سلامت در مجموع دولت‌های بررسی شده

Figure 3- Assessment of the Current Landscape of Health Policies in Examined Governments



نمودار ۴ - الگوی مفهومی سیاست‌گذاری سلامت در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران

Figure 4- Conceptual model of health policy in the eight governments of the Islamic Republic of Iran

Reference:

- 1- Amjadi H, Motallebi M, Ganji GA. Comparative Analysis of Socio-welfare Policies in Ahmadinejad's and Rouhani's Governments. *Journal of Iranian Social Development Studies*, 2020 Jul 22; 12(47): 177-91. [In Persian]
- 2- Heidari Orejlo P, Vahdat S, Soltani H. Presentation of Health Financing System Model with Emphasis on Structural, Contextual, Instrumental and Content Factors. *Journal of healthcare management*, 2020 May 21; 11(35): 87-99. [In Persian]
- 3- MajdZadeh R, Ahmadnejad E, Abdi J. *Observatory on Health (NIHR)*. Tehran: National Institute of Health Researches of Iran; 2017.b [In Persian]
- 4- Qarakhani M. The Government and Health Policy in Iran (1981-2009). *Social Sciences*, 2013 Aug 23; 20(61): 211-54. [In Persian]
- 5- Universal health coverage in Iran, current situation, challenges and strategies. Tehran: National Institute of Health Researches of Iran; 2019. [In Persian]
- 6- Malek Mohammadi HR, Vahdaninia V. The evolution of health policy: Transition to the governance paradigm for health. *Iranian Journal of Public Policy*, 2016 Aug 22; 2(2): 73-94. [In Persian]
- 7- Kazeminia M, Khatony A, Jafari F. Assessing Good Governance in the Dimensions of Quality, Effectiveness and Accountability in the Health System of Iran and Selected Countries: A Comparative Study. *Journal of healthcare management*, 2022 Feb 20; 12(4): 7-18. [In Persian]
- 8- Qarakhani M. Social Policy in Iran: The Gap between the State and the Nation. *Social Sciences*, 2017 Feb 19; 23(75): 93-118. [In Persian]
- 9- Qarakhani M. Social policy research in Iran. *Social Development and Welfare Planning*, 2012 Jan 21; 2(9): 148-123. [In Persian]
- 10- Javaheri F, Safari Shali R. The lack of a comprehensive health policy (As a social problem). *Journal of Social Problems of Iran*, 2020 Mar 10; 11(1): 63-87. [In Persian]
- 11- Mafimoradi S, Gholipour R, Rahnavard F, Abooyee Ardakan M. How Health Policies change in Islamic Republic of Iran? A substantive theory to understand the policy process. *Payesh (Health Monitor)*, 2020 Dec 15; 19(6): 673-91. [In Persian]
- 12- Tabrizi M. Qualitative content analysis from the perspective of deductive and inductive approaches. *Social sciences*, 2014; 21(64): 105-38. [In Persian]
- 13- Azkia M, Ahmadrash R, Partazian K. *Qualitative research methods from theory to practice*. Tehran, Agah Publishing. 2017.[In Persian]
- 14- Sharifi E, Fathi S, Safiri K. Qualitative content analysis of parliament acts with a focus on women (1376-1379). *Quarterly Journal of Women and Society*, 2022 Jun 22; 13(50): 67-84. [In Persian]
- 15- Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare. *Collection of Multi-Dimensional Poverty Reports: Health and Health Poverty Report in Iran*; 2021. [In Persian]
- 16- Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare. *Collection of poverty monitoring reports in 2021*; 2021. [In Persian]