

تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران^۱

فاطمه جواهری،* رضا صفری شالی،** مهدی مهدوی‌کنده***

چکیده

هدف اصلی متن حاضر تحلیل ویژگی جامعیت در سیاست‌گذاری سلامت کشور است. باتوجه به اینکه سیاست‌های سلامت با بخش عمده‌ای از نیازهای اساسی همه اعضای جامعه مرتبط می‌باشد، نارسایی در جامعیت برنامه‌های سلامت می‌تواند بر کیفیت زندگی مردم اثر کاهنده‌ای داشته باشد و به تدریج موجب بروز مشکلات اجتماعی شود. چارچوب نظری این پژوهش ملهم از نظریه رفاه اجتماعی و به ویژه دیدگاه تیموس است. بخش سلامت قوانین پنج‌ساله اول تا ششم توسعه با اتکاء به روش تحلیل محتوای کمی و کیفی بررسی شده است. نتایج بدست آمده بیانگر آن است که طی برنامه‌های مختلف به تدریج بر میزان جامعیت سیاست‌های سلامت افزوده شده است به این معنا که هم مولفه‌های سلامت متنوع‌تر شده‌اند و هم دامنه شمول آن‌ها و گروه‌های متنوع‌تری را دربرگرفته است. این ویژگی دربرنامه چهارم توسعه به اوج خود رسیده است. باوجود این هنوز حد مطلوبی از جامعیت احراز نشده است. زیرا عناصر مندرج در هر قانون برنامه‌نویس‌ان دارد و درمورد نقش دولت در تأمین سلامت هم ابهام‌هایی وجود دارد. بطوریکه با روی کار آمدن هر دولت و مسلط شدن گرایش سیاسی آن، برنامه‌های سلامت نیز دستخوش تغییرات شده است. بنابراین تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامتی در هر دولت، یک نوع سیاست‌گذاری کوتاه مدت بوجود آورده که امکان برنامه‌ریزی بلندمدت را برای پرداختن به امر سلامت تضعیف کرده است. بطوریکه هر قانون مقطعی و مبتنی بر نیاز و اقتضائات یک دوره خاص و در راستای سلیقه سیاست‌گذاران آن دوره تنظیم شده است.

کلید واژه‌ها: سلامت، سیاست‌های سلامت، رفاه اجتماعی، سیاست‌گذاری جامع.

۱. این مقاله مستخرج از بخشی از رساله دکترای داود مهدوی‌کنده دانش‌آموخته رشته سیاست‌گذاری فرهنگی از گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی است.

* دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول) javaherm@yahoo.com

** استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی reza_safaryshali@yahoo.com

*** دکتری علوم اجتماعی گرایش سیاست‌گذاری فرهنگی دانشگاه خوارزمی

mahdavi_davood1@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۳۰

مسائل اجتماعی ایران، سال یازدهم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۹، صص ۶۳-۸۷

۱. مقدمه و بیان مسئله

تأمین سلامت شهروندان یکی از چالش‌های مهم هر نظام سیاسی است. اول به این دلیل که حق بر سلامت، بخشی از حقوق اولیه همه اعضای جامعه است و دولت مکلف است آن را محقق سازد. دوم به این دلیل که توسعه جامعه بدون وجود انسان سالم قابل درک نیست. افزون‌براین، از آنجا که سلامتی پدیده‌ای چندبخشی است و تأمین و پایداری آن نیازمند عملکرد هماهنگ نهادها و سازمان‌های مختلف است، همه دستگاه‌های اجرایی بخشی از سیاست‌ها و اقدامات خود را به ارتقای ابعاد و سطوح مختلف سلامت اختصاص می‌دهند. به این دلیل، امروزه سیاست‌های سلامت به شکلی چندوجهی تدوین می‌شوند.

ترجیحات و مختصات سیاسی-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. صرف‌نظر 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 پرمخاطره کشور، اکثر مردم را در معرض آسیب‌هایی مانند تخریب یا فرسایش محیط‌زیست، 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 جهانی شدن را نیز افزود. بنابراین، به دلیل تنوع و پیچیدگی عوامل تأثیرگذار بر سلامت، سیاست‌گذاری‌های این حوزه باید از خصلت استمرار، فراگیری و جامعیت برخوردار باشند.

درواقع، مادامی که جهت‌گیری سیاست‌گذاری حوزه سلامت از «درمان‌محوری»^۱ به سمت «سلامت‌محوری» تغییر نیابد و سیاست‌های «پیشگیری» و «آموزش» به اندازه درمان اهمیت پیدا نکنند، هدف سلامت به‌طور کامل محقق نخواهد شد. این امر میسر نخواهد شد مگر آنکه سلامت هم در برنامه‌ریزی و هم در اجرا به‌عنوان یک فرایند جامع در نظر گرفته شود (ملک‌محمدی و وحدانی‌نیا، ۱۳۹۵: ۷۴-۷۵).

با وجود این واقعیت که طی سال‌های اخیر علم پزشکی ایران پیشرفت‌های درخور ملاحظه‌ای داشته است، هنوز در برخی موارد کیفیت سلامت اعضای جامعه در سطح نازلی قرار دارد. در حال حاضر، به گزارش معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ملک‌زاده، ۱۳۹۸: ۱)، در ایران به‌طور سالانه تقریباً ۳۷۵ هزار مرگ رخ می‌دهد که نزدیک به ۵۰ درصد آن‌ها مرگ زودرس محسوب می‌شود. از بین این تعداد، نزدیک به ۸۰ هزار نفر فشارخون دارند و نیمی از ایرانی‌ها از بیماری‌های خود اطلاعی ندارند. براساس همین گزارش، بیش از ۸۰ درصد مرگ‌ومیر در ایران بر اثر بیماری‌های غیرواگیر است که در رأس آن سکته‌های قلبی و مغزی قرار دارد؛ ۳۳ درصد ایرانی‌ها به دلیل سکته قلبی و حدود ۱۵ درصد به دلیل سکته مغزی جان خود را از دست می‌دهند. در این میان، ۲۰ درصد مرگ‌ومیر ایرانی‌ها بر اثر ابتلا به سرطان و حدود ۱۰ درصد هم بر اثر حوادث است و بیماری‌های مزمن کلیوی، بیماری‌های مزمن ریه و کبد در رتبه‌های بعدی قرار دارند. حوادث و سوانح نیز یکی از دلایل اصلی مرگ جوانان در کشور است و تقریباً نزدیک ۱۴ هزار مرگ در حوادث و سوانح جاده‌ای رخ می‌دهد (خبرگزاری جمهوری اسلامی، ۱۳۹۸). از طرف دیگر، بنابر اعلام جمعیت مبارزه با دخانیات، مصرف مواد دخانی در ردیف اول بیماری‌های غیرواگیر است و سالانه ۶۰ هزار سیگاری در کشور فوت می‌کنند (خبرگزاری عصر ایران، ۱۳۹۷).

واعظ مهدوی و واعظ مهدوی (۱۳۹۷) نیز معتقدند به‌رغم دستاوردهای ارزنده نظام سلامت ایران بعد از انقلاب، وضعیت شاخص پرداخت از جیب بیماران به نزدیک ۶۰ درصد می‌رسد و هزینه‌های کمرشکن درمان همچنان بسیار بالاست و درواقع، هدف تأمین رفاه اجتماعی به‌درستی برآورده نشده است.

به‌طور کلی، سیاست‌گذاری جامع سلامت وجوهی مانند بازتوزیع، حمایت اجتماعی و عدالت در سلامت را مدنظر قرار می‌دهد. این شیوه سیاست‌گذاری با تأکید بر آموزش سلامت و ارتقای آگاهی به تشکیل و توسعه سرمایه انسانی کمک کرده و از این طریق پیامدهای اقتصادی مثبتی در پی خواهد داشت و اشتغال مولد را گسترش خواهد داد. درخصوص توسعه فرهنگی نیز سیاست‌گذاری جامع با ایجاد زمینه‌های بازتولید فرهنگی بیشتر در حوزه آموزش سلامت نقش داشته و به تحقق جامعه‌ای که مبتنی بر دانش سلامت است، کمک می‌کند (غفاری و حبیب پورگتابی، ۱۳۹۴: ۲۱۱).

جامعیت سیاست‌های سلامت از مدت‌ها پیش در مجامع بین‌المللی مدنظر بوده است. برای مثال، در سال ۱۹۸۶ «منشور ارتقای سلامت اوتاوا» تدوین شد و بر این اساس، برنامه‌های سلامت و توسعه تا حدی مشخص گردید. یک سال بعد، در نشست آلمانی (۱۹۸۷)، از آموزش

و آگاهی عمومی به‌عنوان اولین و مهم‌ترین اصل مراقبت بهداشتی اولیه نام برده شد. در سمینار آدلاید استرالیا (۱۹۸۸) بر اهمیت سرمایه‌گذاری در سلامت تأکید شد که از آن تحت عنوان سرمایه‌گذاری سودمند و پایدار یاد می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۸). در فاصله‌ای کوتاه از آن، یعنی در سال ۲۰۰۰، در مکزیکوسیتی، نقش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی در تضعیف موقعیت‌های سلامت بررسی شد. اولین بار در سال ۲۰۰۷ و سپس در سال ۲۰۱۰ در استرالیا، جنوبی اندیشه «سلامت در همه سیاست‌ها» مطرح شد و بر آن اساس، قرار شد حفظ و ارتقای سلامت و عدالت سلامت در سرتاسر بخش‌ها به‌طور نظام‌مند دنبال شود (ملک‌محمدی و وحدانی‌نیا، ۱۳۹۵: ۷۳).

در سطح بین‌المللی نیز محققان مختلفی (دورن^۱، ۲۰۱۵؛ ملکاس^۲، ۲۰۱۳؛ والگارد^۳، ۲۰۱۱؛ سینگ و همکاران^۴، ۲۰۱۰) درباره رابطه دولت با سیاست‌گذاری سلامت مطالعه کرده‌اند. در بین پژوهشگران ایرانی، هریس (۱۳۹۸: ۲۱۸) موضوع سیاست و دولت رفاه در ایران را بررسی کرده است. یافته‌های او نشان داد که وزارت بهداشت در بین دستگاه‌های برنامه‌ریز پس از انقلاب «جزیره کارآمدی» به حساب می‌آید. دستاوردهای این وزارتخانه ایجاب می‌کند که آن را «دولت توسعه خدمات درمانی» بنامیم. وی از روش‌های ساده و دستاوردهای بزرگ نام می‌برد و بر این باور است که در ایران شبکه خدمات درمانی روستایی، ایجاد خانه‌های بهداشت و تربیت و به‌کارگیری بهورزان که به ارائه خدمات درمانی اولیه می‌پردازند، شکاف شهر و روستا را کاهش داده، به جامعه وجه ملی داده و بهبود شرایط زندگی را به مطالبه‌ای همگانی تبدیل کرده است.

سجادی و همکاران (۱۳۹۷) تحولات نظام سلامت ایران را در خلال برنامه‌های عمرانی و توسعه قبل و بعد از انقلاب سال ۱۳۵۷ بررسی کردند. اطلاعات آن‌ها حاکی از آن است که برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب به دلیل بی‌توجهی به عدالت سبب افزایش نابرابری و نارضایتی در عموم مردم شدند و بعد از انقلاب نیز به‌رغم تأکید برنامه‌های توسعه بر گسترش عدالت اجتماعی، این امر در حوزه سلامت محقق نشده است.

ستوده (۱۳۹۷) «گفتمان سیاست‌گذاری سلامت در ایران با تأکید بر طرح تحول نظام سلامت» را بررسی کرد و به این نتیجه رسید که سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی اتخاذ شده در راستای کاهش مداخله دولت و بازار آزاد، تمامی حوزه‌های رفاهی نظیر آموزش، مسکن،

1. Duran
2. Melkas
3. Vallgarda
4. Singh et al.

اشتغال و خوراک را تحت تأثیر خود قرار داده و تحلیل گفتمانی طرح تحول نظام سلامت نیز بر همسوبودن 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.

صفری شالی (۱۳۹۵) موضوع «گفتمان عدالت دولت‌های پس از انقلاب در حوزه سلامت» را مطالعه کرد. طبق این پژوهش، در مجموع، در گفتمان‌های دولت‌های پس از انقلاب، مسئله «سلامت» همچنان با مشکلات نظری و عملی زیادی روبه‌روست؛ به این معنا که بیشتر بر مقوله درمان تمرکز شده است. به‌رغم روی کارآمدن دولت‌های مختلف، مسئله برقراری، گسترده‌گی و دامنه سلامت با چالش‌های نظری و عملی فراوانی روبه‌رو بوده، زیرا اقدامات صورت‌گرفته، حالت منقطع و قائم به فرد داشته است.

مسعودی اصل و همکاران (۱۳۸۹) براساس مطالعه‌ای تطبیقی برگرفته از چند کشور مختلف، یک الگوی پیشنهادی را برای ساختار ادغام‌یافته نظام سلامت و رفاه اجتماعی در ایران ارائه کرده‌اند.

بابایی (۱۳۸۲) در تحلیل «سیاست اجتماعی و سلامت در ایران» به این نتیجه رسید که دولت در زمینه سلامت، نقش کلیدی خود را همچنان ایفا خواهد کرد، اما با واگذاری بخشی از وظایف به نهادها و مؤسسات غیردولتی و خصوصی، از میزان خودمحموری‌اش کاسته خواهد شد. وی برقراری عدالت اجتماعی و کمک به برخورداری از حد متوسطی از رفاه اقتصادی را مهم‌ترین کمک سیاست اجتماعی در ایجاد سلامت می‌داند.

اعتمادی و رفیعی (۱۳۷۹: ۳۶۳-۳۶۵) ویژگی‌های یک برنامه جامع سلامت را به ترتیب زیر برشمرده‌اند:

- تأکید بر پیشگیری به‌جای اکتفا به درمان؛
 - تأکید بر سلامت روانی-اجتماعی به‌جای اکتفا به سلامت جسمی؛
 - تأکید بر عوامل اجتماعی سلامت به‌جای اکتفا به عوامل زیست‌محیطی آن؛
 - افزایش شبکه‌های بهداشت و درمان؛
 - بین‌رشته‌ای دیدن سلامت؛
 - بین‌بخشی دیدن سلامت و قراردادن آن در چارچوب وسیع رفاه اجتماعی.
- پازوکی (۱۳۷۴) در خلال تحلیل «بهداشت و توسعه؛ با نگاهی بر عملکرد برنامه پنج‌ساله اول در خصوص راهبرد اولویت بهداشت بر درمان» متوجه شد که اگر نیمی از بودجه‌هایی که از محل منابع دولتی صرف ساخت‌وساز بیمارستان‌ها می‌شود، برای مدت

پنج سال صرف بهداشت و ایجاد لوله‌کشی آب سالم در روستاها و شهرهای کوچک شود، اثری به مراتب بهتر در حرکت توسعه و طراحی نظام کارآمد بهداشتی به جا می‌گذارد. مروری بر مطالعات یادشده مؤید این اندیشه است که نگرش به سلامت به مثابه یک امر چندبخشی که نیازمند سیاست‌گذاری‌های جامع است و با کیفیت زندگی مردم رابطه‌ای مستقیم دارد، در حال گسترش است. با وجود این، هنوز لازم است که این ایده از ابعاد و سطوح مختلف مورد بررسی قرار گیرد تا هم به تدریج در این زمینه یک نوع تراکم دانش ایجاد شود و هم سیاست‌های دولت در ارتباط با حوزه سلامت نقد و بررسی شود. یکی از حوزه‌هایی که می‌تواند سیاست‌گذاری سلامت کشور را منعکس سازد، اسناد بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران است. به این دلیل، پژوهش حاضر سیاست‌های حوزه سلامت در قوانین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه را به عنوان مبنای تحلیل خود انتخاب کرده است.

۲. چارچوب تحلیلی

سیاست‌های سلامت اغلب در چارچوب مبحث رفاه اجتماعی قابل طرح و بررسی است؛ زیرا رفاه اجتماعی به مجموعه اقدامات و خدمات گوناگون اجتماعی به منظور ارضای نیازهای افراد و گروه‌ها در جامعه اطلاق می‌شود که با بالارفتن آن، مسائل اجتماعی کاهش می‌یابد (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۲۶). رفاه اجتماعی هدف مطلوب دولت‌هاست و سلامت، بخشی از این اهداف است؛ بنابراین دستیابی به یک سلامت جامع، معلول سیاست‌های اجتماعی مترقی است. به خاطر ربط وثیق سلامت به رفاه اجتماعی، در بسیاری از کشورهای جهان از جمله در ایران، سازمان رفاه اجتماعی، بیمه خدمات درمانی و سازمان بهزیستی به لحاظ اداری تابع وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی هستند. به این ترتیب، امکان بهتری برای سیاست‌گذاری‌های جامع پدید می‌آید.

تیتوموس (۱۹۷۴: ۲۹-۳۱) معتقد است سیاست‌گذاری جامع دو ویژگی دارد. خصلت اول آن است که این سیاست پنج حوزه اجتماعی آموزش، مسکن، بهداشت و سلامت، اشتغال و معیشت را در بر می‌گیرد. خصلت دوم متضمن دربرگیری جمعیت تحت پوشش از نظر جنس، منطقه زندگی (همه مناطق روستایی، عشایری و شهری) و همه اقشار برخوردار از خصلت‌های فرهنگی متفاوت است. بنابراین، در سیاست‌گذاری جامع سلامت، عوامل کلان و خرد تأثیرگذار بر سلامت، نظیر عوامل سیاسی، زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی، حوزه‌های زیست‌محیطی، حوزه جبرانی، حوزه‌های پیشگیرانه و حتی نیازهای کنشگران سلامت هم در نظر گرفته می‌شود.

به نظر می‌رسد سلامت در چارچوب سیاست‌گذاری جامع دست‌کم از سه جنبه قابل تحلیل است: جنبه اول، فردی و انسانی است. برابر تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت عبارت است از اینکه فرد از جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی در کمال مطلوب باشد و نه اینکه فقط بیمار نباشد. اخیراً نیز در منشور بانکوک، به نقش بعد معنوی سلامت تأکید شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰: ۶۲). جنبه دوم شامل محیط سالم است، زیرا آلودگی هوا، نبود آب سالم و تغذیه مکفی، فقدان شبکه فاضلاب، دفع نامناسب پسماندها و فقدان بازیافت زباله‌های شهری می‌تواند سلامت افراد را به خطر اندازد (پازوکی، ۱۳۷۴: ۸۶). در جنبه سوم، سیاست‌های سلامت، زمانی از جامعیت برخوردارند که ارزش‌های عدالت در سلامت شامل دسترسی برابر به منابع و فرصت‌ها، توجه به اصل استحقاق و ضرورت‌ها و توجه به عدالت بازتوزیعی و گسترش چتر حمایتی دولت، به‌ویژه درباره انواع گروه‌های هدف و معلولان اجتماعی، جسمی و روانی را مبنا قرار دهد (صفری شالی، ۱۳۹۵: ۲۰).

تحقق ارزش‌هایی مانند «مساوات‌گرایی»^۱، «انصاف»^۲، «برابری فرصت»^۳، «اولویت‌گرایی»^۴ و «برابری تمایز یافته»^۵ از سیاست‌های رفاهی جامعه تأثیر می‌پذیرد. بنابر ایده «مساوات‌گرایی»، اگر نیازهای اساسی انسان عام و فراگیر است، شیوه ارضای آن‌ها نیز باید عام و فراگیر باشد. از آنجاکه سلامتی یک نیاز اساسی است، پس نظام مراقبت درمانی ملازم آن نیز باید عام و فراگیر باشد. ایده «انصاف»، متضمن این اصل است که برای رسیدن به یک نتیجه مشابه لازم است هنگام سیاست‌گذاری اجتماعی تفاوت‌ها لحاظ شود. برای مثال، اگر در یک خانواده یک فرد معلول وجود داشته باشد و او به آموزش‌های خاصی نیاز داشته باشد، آن خانواده باید نسبت به خانواده دیگر مستمری‌ها و تسهیلات بیشتری دریافت کند. همچنین می‌توان کسانی را که از وضع اقتصادی بهتری برخوردارند از خدمات دولتی یا از خدمات یارانه‌ای بی‌بهره ساخت و به کسانی که در وضعیت فقر به سر می‌برند، سهم بیشتری از خدمات سلامت داد (مور، ۱۳۸۹: ۴۳-۴۵).

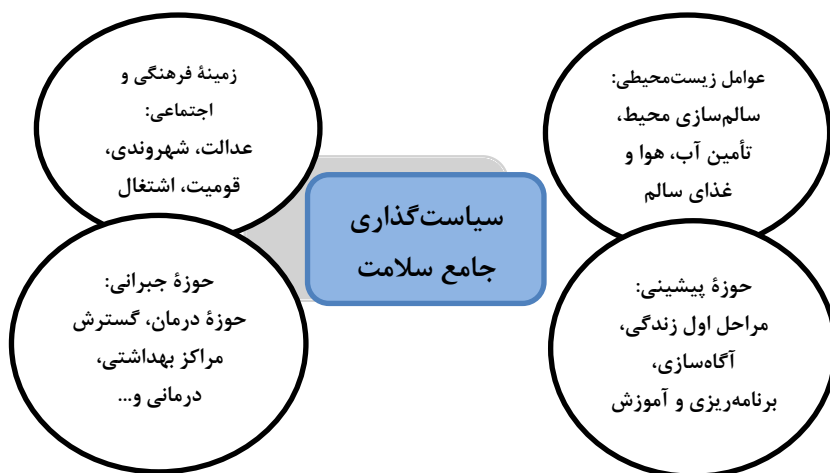
اصل «برابری فرصت‌ها» برای دسترسی به خدمات بهداشتی شامل یک اقدام ایجابی است که دسترسی را تشویق و گروه‌های محروم را قادر می‌سازد از خدمات موجود به‌طور کامل استفاده کنند. برای مثال، باید در بیمارستان‌ها برای بیمارانی که زبان محلی نمی‌دانند، مترجم

1. Egalitarianism
2. Equity
3. Equality of opportunity
4. Prioritarians
5. Differential equality

در دسترس باشد. اصل برابری فرصت‌ها به بهبود دسترسی به استفاده از خدمات اجتماعی و بهداشت می‌انجامد و به معنای چیزهای مختلف برای مردمان مختلف است (فیتزپتریک، ۱۳۸۳: ۶۷-۶۸). اصل دیگر، مفهوم «اولویت‌گرایی» است. بر این اساس، دریافت خدمات سلامت موکول به آزمون استطاعت مالی (نظیر تمبر یا بن غذایی) و یا پرداخت فرانشیز به هنگام استفاده از خدمت (مثلاً اجبار به پرداخت حق ویزیت پزشک) است (همان: ۷۷).

در سیاست‌گذاری جامع سلامت لازم است به موارد زیر توجه شود: ۱. سیاست‌گذاری برای بخش اول زندگی؛ زیرا داشتن زندگی شاد و سالم در دوران کودکی، سلامت فرد در دوره بزرگسالی را تأمین می‌کند؛ ۲. سیاست‌گذاری برای مسکن به طوری که جمعیت شهری به آب آشامیدنی، جمع‌آوری زباله، خیابان‌کشی و پیاده‌روهای مناسب دسترسی داشته باشند؛ ۳. آموزش، به ویژه آموزش والدین و کودکان که پیش‌بینی می‌شود به بهبود نتایج آموزش‌ها و کاهش نابرابری سلامت منجر شود؛ ۴. اشتغال و حقوق شهروندی؛ زیرا درصد بالای اشتغال باعث رضایت‌مندی بیشتر ملت و در نتیجه سالم‌تر بودن و پرداخت مالیات بیشتر و وابستگی کمتر به خدمات اجتماعی مانند بیمه‌ها می‌شود؛ ۵. جدایی اجتماعی بعضی از گروه‌ها و افراد به این معنا که برای آن‌ها براساس سیاست‌های بین‌بخشی کار شود (کونیزل و جنکینز، ۱۳۹۱: ۶۲۱-۶۳۵).

با مطالعه ادبیات تجربی و بر مبنای چارچوب تحلیلی پژوهش حاضر، مؤلفه‌ها و شاخص‌های سیاست‌گذاری جامع سلامت به دست آمده است. فرض پایه تحقیق این است که فقدان هر یک از عوامل زیر، باعث کاهش درجه جامعیت سیاست‌گذاری سلامت خواهد شد.



شکل ۱. مدل سیاست‌گذاری جامع در حوزه سلامت

سیاست‌گذاری جامع سلامت، نیازمند برنامه‌ریزی و هماهنگی در حوزه‌های مختلف و ابعاد کلان و خرد است. به این معنا، ضروری است که حوزه پیشینی (مثل آگاه‌سازی، برنامه‌ریزی و...)، نیازهای کنشگران در دوره‌های مختلف زندگی (آموزش، ازدواج، اشتغال)، حوزه جبرانی (توجه به حوزه درمان و گسترش مراکز بهداشتی و درمانی و...)، حوزه زیست‌محیطی (مثل سالم‌سازی محیط و...) و درنهایت، عوامل فرهنگی و اجتماعی (توجه به برابری، قومیت، اشتغال، جنسیت و...) همگی در درون سیاست‌گذاری جامع قرار گیرند. این مدل و اطلاعاتی که از رهگذر آن به دست می‌آید می‌تواند در جهت توسعه بدیل‌های سیاست‌گذاری برای آینده، ارزیابی سیاست‌های فعلی و قبلی و یا تبیین مشکلات و مسائل اجتماعی به کار بسته شود (سیگال،^۱ ۲۰۰۷: ۱۲۱). هدف پژوهش حاضر تحلیل جامع‌گرایی سیاست‌های سلامت در قوانین برنامه توسعه است.

۳. روش‌شناسی

به‌منظور بررسی اطلاع‌یافتن از جامعیت سیاست‌گذاری‌های بهداشت و درمان از روش تحلیل کمی و کیفی، مضامین مندرج در اسناد بالادستی جمهوری اسلامی ایران، یعنی قوانین توسعه، استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر، بخش سلامت و بهداشت قوانین پنج‌ساله اول تا ششم توسعه^۲ است. مفاهیم تحقیق به ترتیب زیر بررسی شده‌اند:

- متغیر شمول «ابعاد سلامت» بر پایه لحاظ کردن دو مؤلفه سلامت عمومی و سلامت فردی (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی)؛
- متغیر «هدف‌گذاری سلامت» بر مبنای معرف‌هایی مانند ارتقای سلامتی، ارتقای بهداشت، تمرکز بر درمان، تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی، تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی؛
- متغیر «ارزش‌های مستتر در سیاست‌های سلامت» با معرف‌هایی همچون مساوات و اولویت‌گرایی، نگرش سیستمی و پیشگیرانه، مساوات و اولویت‌گرایی سیاست، دولت‌محوری، تبعیض مثبت، آموزش سلامت، ارزش‌های بازار، شمول و فراگیری، خطر زیست‌محیطی، سیاست اجتماعی سبز، شهروندی و سلامت و برابری تمایز یافته و غیرساده سنجدیده شده است.

1. Segal

۲. برنامه اول توسعه، سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲، برنامه دوم توسعه، سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸، برنامه سوم توسعه، سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳، برنامه چهارم توسعه، سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸، برنامه پنجم توسعه، سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴، برنامه ششم توسعه، سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰.

ابزار گردآوری اطلاعات استفاده از فهرست وارسی است که در آن تمام مفاهیم مرتبط با کلیدواژه‌های بهداشت، درمان و سلامت تحلیل شده است. با الهام از توصیه روش‌شناسانه بی (۱۳۹۴: ۶۵۷)، برای بازکردن مسیر پژوهش و نمونه‌گیری مستقیم نظری، پرسش تحقیق مطرح شده است. سپس برای برانگیختن تفکر درخصوص ویژگی‌ها و ابعاد مقوله‌های یادشده، از مقایسه نظری بهره گرفته شده است. به این ترتیب، هم جایگاه سلامت در هر برنامه توصیف شده و هم بین آن‌ها مقایسه‌ای صورت گرفته است. مراحل استخراج اطلاعات به ترتیب زیر بوده است:

- ابتدا موضوعات بهداشت، درمان و سلامت در هر قانون توسعه مشخص گردید (آماده‌سازی)؛
- دوم از این موضوعات، واحدهای معنایی مربوط به درمان و سلامت به صورت «عبارات» جدا شد تا امکان مقوله‌یابی از درون واحدها فراهم شود (مرحله سامان‌دهی)؛
- سپس از درون واحدهای معنایی کدهای موردنظر، زیرطبقات، طبقات (مقوله‌ها) و درون‌مایه آن‌ها استخراج شد (مرحله گزارش).
- برای قابل اطمینان بودن پژوهش از فرمول پایایی هولستی (درصد توافق بین دو کدگذاری) استفاده شده است.

$$C = (M/N) * 100$$

C: پایایی

M: مقوله‌های توافق‌شده بین دو کدگذاری

N: تعداد مقوله‌ها در کدگذاری اولیه

در پژوهش حاضر، بخش‌هایی از مواد مورد تحلیل، در دو زمان مقوله‌بندی شده است که با احتساب فرمول فوق، مقدار پایایی (همسازي) عدد ۰/۸ به دست آمد که طبق نظر کریپندورف، بالاتر از سطح قابل قبول است.

اعتبار معنایی واحد تحلیل نیز به این صورت محاسبه شد: با استفاده از طبقه‌بندی و کدگذاری، واحدهای تحلیل به مقوله‌های هم‌ارز دسته‌بندی شده است. سپس تفاوت‌های احتمالی واحدهایی که در مقوله معینی قرار داده می‌شوند نادیده گرفته شده، همخوانی اساسی دو بخش متفاوت رشته معینی از مقوله‌ها، نشانه اعتبار معنایی در نظر گرفته شده است.

علاوه‌براین، از ملاک «کفایت مراجع» نیز استفاده شد. براساس این معیار، بخشی از داده‌ها به‌صورت خام و تحلیل‌نشده کنار گذاشته شد که پس از رسیدن به یافته‌های اولیه و آزمایشی، این یافته‌ها و تفسیرها از طریق مقابله با داده‌های خام ذخیره‌نشده، برای تأمین اعتبار مورد

سنجش قرار گرفته است (با تلخیص از حریری، ۱۳۸۵: ۶۴-۶۹). افزون‌براین، در پژوهش حاضر سعی شده است که مداخله در توصیف به حداقل برسد تا تأییدپذیری پژوهش افزایش یابد.

ع. یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در دو بخش کمی و کیفی ارائه می‌شود. در بخش اول، ابتدا مبحث سلامت در متون قوانین برنامه‌های توسعه، تفکیک و تحلیل شده است. سپس مبحث «سیاست‌گذاری جامع سلامت» تحلیل خواهد شد.

سهم ابعاد مختلف سلامت در متن قوانین برنامه‌های توسعه

در جدول ۱ نسبت ابعاد مختلف سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) در قوانین شش‌گانه توسعه منعکس شده است.

جدول ۱. فراوانی سهم ابعاد سلامت در هریک از قوانین برنامه‌های اول تا ششم توسعه

تعداد کل	نسبت ابعاد سلامت در هر برنامه (درصد سطری)					
	درصد کل	جسمانی	روانی	معنوی	اجتماعی	عمومی
۱۴	۱۰۰	٪۶۴	۰	۰	٪۷	٪۲۹
۱۷	۱۰۰	٪۴۷	٪۶	۰	٪۱۸	٪۲۹
۳۱	۱۰۰	٪۵۱	٪۱۰	۰	٪۱۰	٪۲۹
۷۸	۱۰۰	٪۲۰	٪۷	٪۵	۳۴٪	٪۳۴
۶۶	۱۰۰	٪۳۴	٪۶	٪۹	۱۹٪	۳۱٪
۷۲	۱۰۰	٪۳۶	٪۲	۴٪	۱۵٪	۴۴٪

بررسی ارقام سطری جدول ۱ حاکی از آن است که در همه برنامه‌ها سهم بعد جسمانی سلامت بیش از سایر ابعاد است. اما در مقایسه با برنامه اول توسعه که در آن سهم سلامت جسمانی ۶۴ درصد بود، در برنامه‌های بعدی این نسبت به تدریج کاهش یافته و تقریباً به نصف رسیده است. در عوض، سهم بعد اجتماعی سلامت که در برنامه اول ۷ درصد بوده افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته و حتی در برنامه چهارم به ۳۴ درصد رسیده است. هرچند که این نسبت در برنامه‌های بعدی کاهش پیدا کرده، در مجموع نسبت به نقطه شروع، در آخرین برنامه مورد بررسی، یعنی در برنامه ششم، دو برابر شده است. بعد روان‌شناختی سلامت که در برنامه اول اصلاً مورد اعتنا نبود، در برنامه‌های بعدی به حدود ۱۰ درصد رسیده است.

به همین ترتیب، سلامت عمومی روند افزایشی قابل ملاحظه‌ای داشته است و سهم آن که در برنامه اول ۲۹ درصد بوده، در برنامه ششم به ۴۴ درصد رسیده است. جدول ۱ نشان‌دهنده این واقعیت است که هرچه به طرف زمان حال حرکت کرده‌ایم، علاوه بر بعد جسمانی، سایر ابعاد سلامت نیز با نسبت‌های متفاوت شدت پیدا کرده است. در واقع، در طول زمان به میزان جامعیت برنامه افزوده شده است.

در جدول ۲ سهم هر بعد سلامت در قوانین توسعه به‌طور جداگانه بررسی شده است. توجه به ارقام ستونی بیانگر آن است که:

- اهمیت بعد «عمومی» سلامت به‌جز در قانون پنجم، در سایر برنامه‌ها افزایش یافته است. «سلامت اجتماعی» هم سیر صعودی داشته است، اما این روند به‌طور خاص در قانون چهارم به اوج خود رسیده است و بعد از آن مسیر نزولی پیدا کرده است. «سلامت معنوی» در قانون پنجم توسعه بیش از سایر مقاطع مورد تأکید بوده است؛ به نظر می‌رسد این تأکید از رویکرد دولت نهم و دهم مبنی بر ایدئولوژی اصول‌گرا و گفتمان دینی عدالت‌محور، تأثیر پذیرفته و خود را در حوزه سلامت نمایان کرده است. در قانون دوم تا چهارم توسعه نیز بعد «سلامت روانی» با شیب بسیار ملایم سیر صعودی داشته است، اما سهم آن در قانون پنجم و ششم توسعه کم شده است. با عنایت به فضای پرچالش جامعه ایران و درصد بالای روان‌پریشی مردم، بی‌توجهی سیاست‌گذاران به ابعاد روانی سلامت، نکته درخور تأملی است.

به‌ویژه آنکه طی سال‌های ۷۸ تا ۸۷، یعنی در فاصله ۹ سال، میزان شیوع اختلال‌های روانی در میان ایرانیان به بیش از ۳۵ درصد رسیده است. این وضعیت به تخریب روابط اجتماعی سالم، گسترش بی‌اعتمادی، کاهش روزافزون سرمایه‌های اجتماعی و رواج دروغ‌گویی در جامعه منجر خواهد شد (گرگی، ۱۳۸۷: ۴۵).

جدول ۲. فراوانی سهم ابعاد سلامت در کل قوانین برنامه‌های اول تا ششم توسعه

درصد از کل	سلامت						
	کل	جسمانی	روانی	معنوی	اجتماعی	عمومی	
۵٪	۱۴	۹	۰	۰	۱	۴	قانون اول توسعه
۶٪	۱۷	۸	۱	۰	۳	۵	قانون دوم توسعه
۱۲٪	۳۱	۱۶	۳	۰	۳	۹	قانون سوم توسعه
۲۸٪	۷۸	۱۵	۶	۴	۲۶	۲۷	قانون چهارم توسعه
۲۴٪	۶۶	۲۳	۴	۶	۱۳	۲۰	قانون پنجم توسعه
۲۵٪	۷۲	۲۶	۱	۲	۱۱	۳۲	قانون ششم توسعه
۱۰۰٪	۲۷۸	۹۷	۱۵	۱۲	۵۷	۹۷	مجموع
	٪۱۰۰	۳۵٪	۵٪/۱۵	۴٪/۱۵	۲۰٪	۳۵٪	درصد ستونی

اطلاعات سطر آخر جدول ۲ سهم هر بعد سلامت در کل گزاره‌های مطرح‌شده در باب سلامت در شش برنامه توسعه را نشان می‌دهد. ارقام مربوطه حاکی از آن است که در قسمت سلامت فردی، بعد عمومی سلامت به اندازه بعد جسمانی آن مورد توجه قرار گرفته و بعد اجتماعی سلامت در مرتبه بعدی است.

اطلاعات ستون آخر نیز به این واقعیت اشاره می‌کند که در مجموع، هرچه به زمان حال نزدیک‌تر شده‌ایم، سهم سلامت در برنامه‌های توسعه بیشتر شده است. برای مثال، درحالی‌که سهم گزاره‌های مربوط به سلامت در هریک از برنامه‌های اول و دوم حدود ۵-۶ درصد بوده، این سهم در برنامه چهارم نزدیک ۳۰ درصد شده است و بعد از آن نیز در حد ۲۵-۲۶ درصد ثابت مانده است. از مجموع شش برنامه مختلف توسعه می‌توان گفت در برنامه چهارم که مقارن با دولت خاتمی بوده است، سلامت از قوت بیشتری برخوردار بوده است. این یافته بیانگر آن است که در این دوره، سیاست‌گذاران جامعه به این واقعیت اذعان پیدا کرده‌اند که سلامتی مردم نه تنها یک حق فردی است که باید برای تک‌تک آن‌ها تحقق پیدا کند، بلکه برای تحقق آرمان عدالت اجتماعی و پیشرفت کشور نیز اصلی ضروری است.

هدف‌گذاری‌های بخش سلامتِ قوانین توسعه

در این قسمت، سیاست‌هایی که هر دولت در قانون برنامه توسعه جهت دستیابی به سلامت هدف‌گذاری کرده، تحلیل شده است. همان‌طور که در مدل تحقیق اشاره شد، سیاست جامع در حوزه سلامت و بهداشت، سیاستی است که در هدف‌گذاری‌های خود بیشتر به سمت بهداشت و ارتقای سلامت بر مبنای پیشگیری از وقوع بیماری و آگاهی از تأثیرات زیست‌محیطی بر سلامت متمایل باشد.

جدول ۳. فراوانی هدف‌گذاری سلامت در قوانین اول تا ششم توسعه

تعداد کل	درصد کل	تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی	تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی	تمرکز بر درمان	ارتقای بهداشت	ارتقای سلامتی	
۲۲	۱۰۰	٪۱۴	٪۱۸	٪۱۸	٪۳۶	٪۱۴	قانون اول
۱۹	۱۰۰	٪۳۱	٪۱۶	٪۱۱	٪۲۱	٪۲۱	قانون دوم
۳۸	۱۰۰	٪۱۳	٪۱۶	۳۱/۵	۳۱/۵	٪۸	قانون سوم
۷۲	۱۰۰	۰	٪۴	٪۲۵	٪۴۲	٪۲۹	قانون چهارم

تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران

تعداد کل	درصد کل	تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی	تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی	تمرکز بر درمان	ارتقای بهداشت	ارتقای سلامتی	
۵۹	۱۰۰	٪۷	٪۱۴	٪۱۸	٪۴۲	٪۱۹	قانون پنجم
۷۱	۱۰۰	٪۶	٪۷	٪۳۹	٪۳۴	٪۱۴	قانون ششم
۲۸۱	۱۰۰	۲۲	۲۹	۷۵	۱۰۳	۵۲	جمع ستونی
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۸	٪۱۰	٪۲۷	٪۳۷	٪۱۸	درصد ستونی از کل

بر پایه تفسیر ردیفی جدول ۳ نکات زیر قابل ذکر است:

- اگر ارقام ستون اول و دوم با یکدیگر ادغام شود، مشاهده می‌شود که در مجموع در برنامه چهارم بیشترین سهم (۷۱ درصد) به ارتقای سلامتی و بهداشت اختصاص پیدا کرده است.
- سوگیری درمان‌محور که شامل تمرکز بر درمان و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی است، بیشترین سهم را در برنامه سوم (۶۰ درصد) و برنامه ششم (۵۲ درصد) دارد.
- در طول «قوانین برنامه‌های اول و دوم توسعه» به منظور ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش و گسترش ظرفیت‌های بهداشتی و درمانی در دستور کار قرار گرفت و در این خصوص اقدامات مهمی انجام شد. در عین حال، گسترش نامتوازن مراکز درمانی، به ویژه بیمارستان‌ها، باعث به وجود آمدن تخت‌های خالی و هدررفت منابع در برخی نقاط شد. شاید به این دلیل که مقوله ارتقای سلامت و بهداشت، کمتر و مقوله درمان، بیشتر مورد توجه بوده است.

در «قانون برنامه سوم توسعه» با توجه به شرایط به وجود آمده در دو برنامه قبلی و با هدف افزایش کارایی، دو اصل «جلب مشارکت بخش خصوصی» و «سامان‌دهی نظام ارائه خدمات» تدوین شد و بحث‌های عدالت توزیعی برای اولین بار مطرح گردید. در این قانون، از جنبه کمی، فراوانی متغیر هدف‌گذاری سلامت نسبت به دوره قبل افزایش دو برابری داشته است. اما با وجود این افزایش، به مقوله ارتقای سلامتی کمتر توجه شده و فراوانی تأکید بر این مقوله در مقایسه با قوانین اول و دوم توسعه، تنزل مرتبه پیدا کرده است.

در «قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه»، نکته قابل توجه، تأکید ۴۲ درصدی بر موضوعات بهداشتی است که نسبت به قوانین برنامه‌های قبلی رشد بی‌سابقه‌ای داشته است. سیاست‌های سلامت در برنامه چهارم توسعه مبتنی بر چارچوب نظری مورد توافق مراکز علمی و پژوهشی

مرتبط با سلامت و به‌طور مشخص گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی بود. رویکرد اصلی سلامت در این برنامه، اتخاذ سیاست‌های سلامت‌محوری و گاه فرابخش بود. در این برنامه، رویکردها از تأسیس، گسترش و تجهیز مراکز درمانی به سمت «عدالت در دسترسی به خدمات سلامت» و «عدالت مالی در سلامت» تغییر یافت. از سویی، مفاهیم دیگری همچون واگذاری خدمات به بخش غیردولتی و ارتقای خدمات سلامت نیز مطرح گردید؛ جدول ۳ نمایانگر این رویکرد است. در «قانون برنامه پنجم توسعه» به نظر می‌رسد همان مفاهیم قانون برنامه چهارم تکرار شده است. عدالت در سلامت و تلاش برای سامان‌دهی نظام درمانی کشور از جمله سیاست‌های این برنامه است. سهم مقوله ارتقای سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه نسبت به قانون قبلی ۱۰ درصد کاهش داشته است. در «قانون برنامه ششم توسعه» سهم مقوله‌های تجهیز و تأسیس مراکز بهداشتی کاهش یافته است، به این صورت که به تمام‌وقت‌بودن پزشکان اشاره‌ای نشده است. امور مربوط به حوزه درمان به بخش خصوصی واگذار شده است. مقوله ارتقای سلامت نیز نسبت به برنامه قبل ۵ درصد کاهش داشته است.

- به‌طور کلی بر مبنای اطلاعات جدول ۳، اگر توجه به مقوله‌های ارتقای سلامتی و بهداشت را با یکدیگر و مقوله‌های درمانی را نیز با یکدیگر ترکیب کنیم، مشخص می‌شود که در قوانین برنامه اول تا سوم توسعه به‌طور میانگین در ۴۰ درصد، در قانون برنامه چهارم در ۷۱ درصد، در قانون برنامه پنجم توسعه در ۶۱ درصد و در قانون برنامه ششم در ۴۸ درصد موارد به ارتقای سلامت و بهداشت (فعالیت‌های نوع اول) پرداخته شده است. در مجموع، سهم فعالیت‌های سلامت‌محور ۵۵ درصد و سهم فعالیت‌های درمان‌محور ۴۵ درصد است. شاید با اندکی تسامح بتوان این تفاوت را نشانه ارجحیت یافتن «ارتقای سلامتی و بهداشت» بر اقدامات درمانی دانست.

جهت‌گیری‌های ارزشی مستتر در سیاست‌گذاری سلامت

برای تحلیل متون قوانین برنامه‌های توسعه از رویکرد تحلیل محتوای کمی و کیفی هدایت‌شده (جهت‌دار)^۱ استفاده شده است. به این منظور، ارزش‌های مستتر در سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های اول تا ششم توسعه به ترتیب زیر تفکیک شد.

۱. استفاده از این رویکرد زمانی ضرورت می‌یابد که پیرامون موضوع، دیدگاه نظری و مفهومی وجود داشته باشد و هدف از انجام تحقیق، آزمون و یا بسط آن مفهوم در یک زمینه متفاوت است. از این رو، فرایند مطالعه به شکلی ساخت‌یافته‌تر هدایت می‌شود. دیدگاه‌های موجود به ما کمک می‌کند که به تعریف عملیاتی مفاهیم موردنظر دست پیدا کنیم. این تعریف عملیاتی، مقولات مورد نیاز پژوهش را فراهم می‌آورد (ببی، ۱۳۹۴: ۶۷۴).

در سوگیری معطوف به «ارزش‌های بازار»، دولت باید خدمات رفاهی و سلامت خود را فقط برای کسانی فراهم آورد که قادر نیستند از هیچ منبع خاصی کمک دریافت کنند و باید مردم واقعاً نیازمند را از افراد کمتر مستحق، تفکیک کرد. این مقوله با معرف‌هایی همانند تأمین مکمل سلامت توسط شرکت‌های خصوصی، توسعه مشارکت‌گرایی در امر ارتقای سلامت، تفویض بعد نظارتی، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و ایجاد شهرک‌های دانش سلامت به‌وسیله بخش خصوصی بررسی شد.

«مساوات‌گرایی» مبین برابری در ناب‌ترین و آرمانی‌ترین شکل آن است. بر این مبنا باید منابع را از افرادی که شرایط به کام آن‌ها بوده گرفت و بین کسانی که انتخاب‌های آن‌ها به سبب محیط فقراور محدود بوده، توزیع کرد. در این پژوهش، در بررسی متن سند قانون برنامه‌های توسعه مختلف، تمامی عبارت‌هایی که به‌معنای توجه به نیاز درمانی اقشار آسیب‌پذیر، تقویت زیرساخت سلامت در مکان دارای نیاز و کاهش بیماری‌های حاصل از سوءتغذیه بوده، معادل مساوات‌گرایی در نظر گرفته شده است.

«اولویت‌گرایی» به‌معنای برابری فرصت است و با معیارهایی مانند تأمین اعتبار خدمات سلامت از بودجه همگانی، نگاه مساوی به اقشار روستایی، شهری و عشایر، دسترسی همه افراد به غذای کافی و سالم، احداث و توسعه مراکز درمانی در کل کشور و سرمایه‌گذاری بهداشتی ثابت بین استان‌ها سنجیده می‌شود. بر این اساس لازم است در بیمارستان برای بیمارانی که زبان محلی نمی‌دانند، مترجم در دسترس باشد.

«شمولیت و فراگیری» به سیاستی اشاره می‌کند که تمام گروه‌های جمعیتی را تحت پوشش خود قرار می‌دهد و در تعهدات خود مرز نمی‌شناسد. معرف‌ها عبارت‌اند از برخورداری آحاد جامعه از بیمه سلامت، ایمن و سالم‌سازی غذا متناسب با گروه سنی، پوشش نیازهای بهداشتی همه اقشار، استفاده از ظرفیت همه نهادهای درمانی.

«سیاست تبعیض مثبت» به گروه‌های جمعیتی خاص و معینی می‌پردازد. معرف‌ها عبارت‌اند از برنامه جامع توسعه امور زنان، اتخاذ آزمون وسع در بهره‌مندی از سلامت، معافیت گروه‌های خاص از حق بیمه پرداختی، توجه به نیازهای درمانی مناطق خاص.

«برابری تمایز یافته و غیرساده» از مفروضات اصلی تکثرگرایی فرهنگی است و حاکی از ورود به جامعه مدنی و دموکراتیک است که از منظر سلامت، هم به حقوق و هم به تکالیف خرده‌فرهنگ‌های جامعه توجه می‌شود (فیتزپتریک، ۱۳۸۳: ۸۳). معرف‌های آن عبارت‌اند از برابری تمایز یافته، برابری میان زنان فرودست و بالادست، برابری میان طبقات شهری، روستایی و عشایری.

در «نگرش پیشگیرانه و سیستمی» سلامت بیش از هر چیز به شیوه زندگی و عوامل محیطی وابسته است. سیاست‌گذاران می‌کوشند سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی را با سایر بخش‌های مؤثر بر سلامت هماهنگ سازند و از طریق تقویت اقدام و مشارکت واقعی آن‌ها، برنامه‌های جامعی را در جهت پیشگیری از بیماری تدارک ببینند. بنابراین، در نبود یک نظام جامع سطح‌بندی‌شده، بیمار بین مراکز پزشکی و پزشکان مختلف سرگردان خواهد بود. معرف‌های مربوطه عبارت‌اند از آگاه‌سازی در دسترسی به مواد غذایی سالم، تدوین سالانه اطلس آسیب‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی براساس شاخص‌های سلامت اجتماعی، تقویت طب سنتی.

سیاست «خطر و سبزگرایی»^۱ بر این عقیده استوار است که شیوه زندگی از عوامل مسلط در ایجاد خطرهای سلامت است. معرف‌های آن عبارت‌اند از مخاطرات تهدیدکننده سلامت عمومی، مقابله با بیماری‌های مزمن و غیرواگیردار، مقابله با عوارض و مخاطرات دارویی. «آموزش سلامت»، توانایی‌ها و مهارت‌های زندگی و سطح آگاهی مردم را ارتقا می‌دهد و تقاضای استفاده از مراکز بهداشتی را کاهش می‌دهد و افزایش زندگی با کیفیت بالا را به ارمغان می‌آورد. معرف اصلی آن، تأکید بر آموزش بهداشت است.

«سیاست‌های دولت‌محور» علاوه بر تکنولوژی و دانش پایه، اراده سیاسی دولت برای تحقق سلامت لازم است. اما یکجانبه‌گرایی در این امر یکی از ضعف‌های اصلی در دستیابی به سلامت است. معرف‌های آن عبارت‌اند از تمرکز در ارائه خدمات سلامت، کمک باعوض و بلاعوض دولت در بهداشت، نهادسازی در سلامت توجه به بعد درمانی و جبرانی در سیاست‌گذاری‌ها. در جدول ۴ مقوله‌های سیاست‌گذاری سلامت که برگرفته از متون قوانین برنامه‌های توسعه است، نمایش داده شده است.

جدول ۴. ارزش‌های مستتر در قوانین برنامه‌های اول تا ششم توسعه

درصد از کل	فراوانی هر مقوله در کل ۶ قانون	قانون ششم	قانون پنجم	قانون چهارم	قانون سوم	قانون دوم	قانون اول	مقوله‌ها
		درصد ستونی						
۲۰٪	۷۳	٪۱۷	٪۲۳	٪۱۵	٪۲۲	٪۲۶	٪۲۷	مساوات و اولویت‌گرایی
۱۹٪	۷۲	٪۲۰	٪۱۶	٪۱۷	٪۲۰	٪۳۰/۵	٪۲۳	نگرش سیستمی و پیشگیرانه
۱۶٪	۶۱	٪۱۴/۵	٪۲۰	٪۱۱	٪۱۸	٪۲۶	٪۲۰	سیاست دولت‌محور
۱۱٪	۳۹	٪۱۴/۵	٪۸	٪۶	٪۱۸	٪۱۷/۵	۰	تبعیض مثبت
۸٪	۳۰	٪۷	٪۱۲	٪۱۰	۰		٪۱۰	آموزش سلامت

۱. به‌جز قانون برنامه چهارم توسعه که در این قانون نگرش سیستمی مورد توجه قرار گرفته است.

تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران

درصد از کل	قانون اول	قانون دوم	قانون سوم	قانون چهارم	قانون پنجم	قانون ششم	قانون هفتم	مقوله در کل ۶ قانون	مقوله‌ها
۷٪	۲۸	۹٪	۶٪	۷٪	۶٪	۹٪	۲۸	۲۸	ارزش‌های بازار
۷٪	۲۷	۴٪	۱۳٪	۸٪	۱۰٪	۴٪	۲۷	۲۷	شمول و فراگیری
۵٪	۲۰	۶٪	۰	۱۲٪	۰	۶٪	۲۰	۲۰	خطر زیست‌محیطی و سیاست اجتماعی سبز
۴٪	۱۵	۶٪	۰	۸٪	۰	۶٪	۱۵	۱۵	شهروندی و سلامت
۳٪	۱۰	۲٪	۳٪	۴٪	۶٪	۲٪	۱۰	۱۰	برابری تمایز یافته و غیر ساده
۱۰۰٪	۳۷۵	۸۲	۷۴	۱۲۲	۵۰	۲۳	۲۶	۲۶	تعداد براساس جمع ستونی

بر پایه تفسیر ردیفی جدول ۴، موارد زیر قابل ذکر است:

- در مجموع، مقولات مربوط به بهداشت و درمان در مرتبه اول، مقولات مربوط به برابری مساوات‌گرایانه و اولویت‌گرایانه یعنی برابری در نتیجه و فرصت و نگرش سیستمی و پیشگیرانه در مرتبه دوم و سیاست‌های دولت‌محور در مرتبه سوم قرار دارد. این سه مقوله ۵۵ درصد از کل مقولات را به خود اختصاص داده‌اند. بر این اساس، شاید بتوان گفت کارگزاران بخش سلامت جامعه حداقل در سطح سیاست‌گذاری توجه قابل ملاحظه‌ای به موضوع عدالت در سلامت نشان داده‌اند. این وضعیت تا حدی با یک نظام رفاهی سوسیال دموکراتیک قرابت دارد. - اما مقولاتی مانند برابری تمایز یافته که متضمن درک پیچیده‌تری از سلامت است، کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ زیرا تحولات اخیر پارادایمی و چرخش فرهنگی که به تبع علوم اجتماعی در سیاست اجتماعی نیز رخ داده، اهمیت مقوله فرهنگ را برجسته‌تر کرده است. در این گفتمان، افراد و گروه‌های مختلف از طریق بازتوزیع ارزش‌های رفاهی و سیاست تفاوت، به رسمیت شناخته شده و می‌توانند از سلامت به‌طور متناسب سهم داشته باشند. امروزه در نظام‌های رفاهی پیشرفته، مقوله فرهنگ در سیاست‌گذاری‌های سلامت به‌عنوان یک اصل و اولویت مهم مورد توجه قرار می‌گیرد (قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۶: ۱۸). بنابراین، با نگاهی به جدول ۴، هر چند مقوله‌های فرهنگی مثل آموزش سلامت، مفهوم خطر، شهروندی، برابری تمایز یافته و غیر ساده در قوانین برنامه‌های توسعه مورد توجه قرار گرفته، میزان اهمیت آن در مقایسه با مقوله‌های عدالت در سلامت کمتر است.

- با نگاهی به درصدهای ستونی مندرج در جدول ۴ این موضوع آشکار می‌شود که هرچه به زمان حال نزدیک‌تر می‌شویم، هم تنوع مقوله‌ها و هم فراوانی آن‌ها بیشتر شده است. البته در برنامه چهارم، هم سهم موضوع‌های بهداشت و سلامت در کل آن برنامه بیشتر از دوره‌های ماقبل و مابعد است و هم نسبت‌ها بین ارزش‌های مختلف به شکلی متوازن‌تر توزیع شده است.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر واکاوی مفهوم جامعیت برنامه‌های مربوط به سلامت در قوانین برنامه توسعه بوده است. برنامه‌های توسعه از آن حیث اهمیت دارند که اهداف، ارزش‌ها و نقشه راه یک کشور را نشان می‌دهند. براساس نظر فیتزپتریک (۱۳۸۵: ۵۵) فراگیری و جامعیت برنامه‌های سلامت مطابق با «اصل رفاه در مقابل وظایف» به بهبود سیاست اجتماعی خواهد انجامید.

همان‌طور که پیش از این اشاره شد، جامعیت سیاست‌های مربوط به سلامت به معنای گسترده‌شدن دامنه شمول آن است. هرچه ابعاد متنوع‌تری برای سلامت لحاظ شود و هرچه گستره بیشتری از قشرها و گروه‌های جامعه زیر چتر پوشش خدمات بهداشتی و درمانی قرار گیرند، میزان جامعیت برنامه‌ها بیشتر خواهد بود. جامعیت براساس چهار مؤلفه عوامل زیست‌محیطی، حوزه پیشینی، زمینه فرهنگی-اجتماعی و حوزه جبرانی که در مدل تحلیلی منعکس شده است، به ترتیب زیر بررسی شد:

در جداول ۱ و ۲ بعد عمومی سلامت، در جدول ۳ حوزه جبرانی درمان و گسترش مراکز بهداشتی و درمانی و حوزه سلامتی و ارتقای بهداشت با زیرمؤلفه‌هایی همچون آگاه‌سازی، برنامه‌ریزی و آموزش تحلیل شد. در جدول ۴ مقوله خطر زیست‌محیطی و سیاست اجتماعی سبز با اشاره به عواملی مانند سالم‌سازی محیط و تأمین آب و هوای سالم و غذای سالم و زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی با زیرمؤلفه‌هایی همچون شهروندی و سلامت، برابری، تبعیض مثبت، مساوات و اولویت‌گرایی، برابری تمایز یافته تحلیل شد.

نتایج بررسی‌ها نشان داد که در مجموع، در همه برنامه‌های توسعه، بعد سلامت جسمی از اهمیت بیشتری برخوردار است و بعد از آن سلامت عمومی نسبت به دیگر ابعاد بیشتر مورد توجه بوده است. اما به تدریج بر میزان تأکید بر عناصر دیگر نیز افزوده شده است. اما سطح کاملی از جامعیت هنوز محقق نشده است. از بین برنامه‌های مختلف توسعه، قانون برنامه چهارم از جامعیت بیشتری برخوردار بوده است.

بنابر تحلیل واعظ مهدوی و واعظ مهدوی (۱۳۹۷: ۳۴۱-۳۴۲) نخستین بار، قانون برنامه چهارم توسعه به شاخص‌های عدالت در سلامت توجهی جامع و همه‌جانبه کرد؛ زیرا در اسناد ملی توسعه استان‌ها کاهش نابرابری بین مناطق کشور و تحقق اصل توازن منطقه‌ای مدنظر قرار گرفت و توزیع استانی شاخص‌های برون‌داد سلامت را به‌عنوان معیار عدالت منطقه‌ای در سلامت به شیوه‌ای کمی هدف‌گذاری کرد. در این دوره، معیار عدالت در سلامت هم از طریق میانگین ملی شاخص‌های مرتبط و هم با در نظر گرفتن توزیع استانی شاخص‌ها هدف‌گذاری شد. متأسفانه با وجود شعار عدالت‌محوری، دولتی که موظف به اجرای برنامه چهارم شده بود، از تحقق بخشیدن به این هدف منحرف شد.

نگاهی به یافته‌ها گویای این است که در بخش سلامت برنامه‌های توسعه، حداقل در سه برنامه نخست، جامعیتی در سیاست‌های سلامت مشاهده نمی‌شود، بلکه صرفاً یک یا دو هدف خاص مدنظر قرار گرفته است. این وضعیت در برنامه چهارم به بعد، قدری تعدیل شده و موضوعات سلامت در برنامه‌های توسعه تا حدی تحت‌تأثیر الگوهای جهانی بهداشت و ارتقای سلامت در چارچوب مؤلفه‌های عدالت‌محوری بوده است.

اما در قانون پنجم و ششم همین حد از جامعیت نسبی هم از بین رفته است. به این ترتیب که گاهی مقوله درمان و گاهی نیز مقوله بهداشت و ارتقای سلامت اهمیت بیشتری پیدا کرده است. با اینکه اجرای عدالت اجتماعی از اهداف اصلی در سیاست‌های سلامت است، دیدگاه سیستمی به‌معنای جامع خود به‌صورت توأمان در اسناد^۱ مورد بررسی تحقق نیافته و سیاست‌های مربوطه بیشتر صبغه «درمان‌محور» پیدا کرده است. لذا، در این شرایط، تأثیر نبود سیاست‌گذاری هماهنگ و جامع نمایان می‌شود. سینگ و همکاران (۲۰۱۰) بر این باورند که در کشورهای کمتر توسعه‌یافته برنامه‌های مبتنی بر درمان بر برنامه‌های ارتقای سلامتی تفوق دارد.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد 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 واحدی متفاوت اشاره شده است. گاهی 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. 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.

۱. استادیار جغرافیا و برنامه ریزی روستایی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول) ssojasi@um.ac.ir

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 نبوده‌اند. اما در جهان، الگوی غالب، دولت سرمایه‌گذار اجتماعی است که براساس نظریه «راه سوم» آنتونی گیدنز، یک دولت رفاه اصلاح‌شده است که برای تحقق رفاه کوشش می‌کند؛ دولتی که رسالت اصلی‌اش، سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی و نه ارائه مستقیم کمک اقتصادی است. دولت سرمایه‌گذار اجتماعی دولتی است که به‌تنهایی هزینه‌های رفاهی را تأمین نمی‌کند، بلکه همراه با سازمان‌های دیگر، از جمله بخش خصوصی، به تولید و توزیع این هزینه‌ها می‌پردازد (غفاری و حبیب‌پور کتابی، ۱۳۹۴: ۱۹۹)

در نتیجه، همان‌طور که شریفیان ثانی (۱۳۹۵) هم بر ضرورت گفتمان‌سازی در حوزه سیاست اجتماعی تأکید دارد، سیاست‌گذاری‌ها نیاز به استمرار در برنامه‌های بعدی دارند، در غیر این صورت ساختارهای ناهماهنگ و موازی مانع برنامه‌ریزی مؤثر و مطلوب می‌شوند. علاوه‌براین، خصلت عدم تجانس در برنامه‌های بهداشت و درمان و ضعف جامعیت آن در قوانین توسعه کشور را باید در منظری کلی‌تر تحلیل کرد. از جمله آنکه برخی از موضوعات سلامت فاقد متولی مشخص هستند؛ زیرا با تغییر دولت‌ها نوع پنداشت از مفاد برنامه و سازوکارهای اجرایی متناظر با آن تغییر پیدا می‌کند و این وضعیت، در مجموع اثربخشی نتایج برنامه را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از آنجاکه ذی‌نفعان کلیدی در تدوین سیاست‌های بخش سلامت مشارکت ضعیفی دارند، ممکن است این امر مانع از اجرای موفقیت‌آمیز طرح‌های مربوطه باشد.

هریس (۱۳۹۸: ۱۵۵) به عامل دیگری اشاره می‌کند. وی معتقد است رقابت جناحی در جمهوری اسلامی ایران بستری برای طرح مطالبات اجتماعی از پایین و گنجاندن آن و به‌تبع آن، فشار همگانی برای اتخاذ سیاست‌های رفاه اجتماعی فراهم آورده است. اما ساختارهای قدرت دوگانه و موازی‌کاری‌های آمیخته با سوءظن مانع تحقق کامل سیاست‌های رفاهی شده است. او (همان: ۳۷۴) همچنین بر این باور است که یکی از مشکلاتی ایران برای بسط نظام رفاه این است که به‌عنوان یک کشور با درآمد متوسط، برای حذف فقر مطلق انگیزه سیاسی بسیار دارد و منابع مختلف را نیز به میدان آورده است. اما کمابیش به این دلیل که بخش غیررسمی کشور، بزرگ بوده و سازمان‌دهی و نظارت بر آن سخت و پیچیده است، کاستن از نابرابری اجتماعی دشوار است.

شریف‌زادگان (۱۳۹۷: ۲۱۲-۲۱۳) معتقد است رفاه اجتماعی ایران در قالب برنامه‌های آموزشی، تولید سلامت و امور زیربنایی نتوانسته تعادل منطقه‌ای را در سرزمین ایجاد کند.

خوشه‌بندی درجه توسعه‌یافتگی استان‌های ایران از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰ نشان‌دهنده عدم تعادل منطقه‌ای شدید در ایران است. وی دلیل این امر را نداشتن گفتمان مستقل روشن‌فکری رفاه می‌داند. گفتمانی که زمینه‌های لازم را برای پیشبرد و اصلاح برابری و رفاه اجتماعی به عهده داشته و بتواند ابعاد مسائل رفاهی خاص کشور در سطح ملی و منطقه‌ای را از طریق رسانه‌ها و کنفرانس‌های علمی مطرح کند. در فقدان چنین گفتمانی، افکار افراطی به میدان می‌آیند؛ افکاری که با شرایط ایران انطباق نداشته و نمی‌توانند وفاق عمومی در رفاه اجتماعی ایجاد کنند.

سجادی و همکاران (۱۳۹۷: ۳۱) نیز موفقیت در اجرای سیاست‌های نظام سلامت و تحقق عدالت اجتماعی را منوط به داشتن برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه، حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی) و انجام اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی می‌دانند.

بر این فهرست می‌توان عوامل دیگری مانند ضعف هماهنگی‌های درون‌بخشی و میان‌بخشی را افزود که به‌طور کلی مانع تحقق برنامه‌های توسعه شده و به‌طور خاص ضریب عملی شدن اهداف بخش سلامت و بهداشت را کاهش داده است. در این راستا، مسعودی اصل و همکاران (۱۳۸۹: ۱۲۳) به این واقعیت تأکید دارند که جدابودن مدیریت نظام بهداشت و درمان و مدیریت نظام بیمه درمان و خدمات توانبخشی و حمایتی در دو وزارتخانه، موجب نبود انسجام و ناهماهنگی در مدیریت نظام رفاه و تأمین اجتماعی می‌شود، درحالی‌که بخش‌های سلامت و خدمات بیمه‌ای و رفاه به‌عنوان زنجیره‌ای از فعالیت‌های بهم‌پیوسته قلمداد می‌شوند که دقیقاً در ارتباط با اولویت‌های برنامه‌ای به دنبال هم مطرح می‌شوند. از این‌رو، ادغام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی می‌تواند درجه جامعیت برنامه‌ها را افزایش دهد و از درجه تداخل وظایف و دوباره‌کاری‌ها بکاهد.

در خاتمه باید گفت این مطالعه مانند هر اثر پژوهشی دیگر با محدودیت‌های خاص خود مواجه بوده است. شاید اگر فرصتی برای گفت‌وگو با کارشناسان خیره سیاست‌گذاری، مدیریت و برنامه‌ریزی در حوزه بهداشت و درمان فراهم می‌شد و از آنان درباره بخش سلامت برنامه‌های توسعه نظرخواهی می‌شد، تحلیل و تفسیرهای انجام‌شده از غنای بیشتری برخوردار می‌شد. به‌ویژه اگر رابطه طرح تحول سلامت با محتوای قوانین توسعه بررسی می‌شد، نتایج جامع‌تر و دقیق‌تری به دست می‌آمد. به‌هرحال، به‌منظور یک استنتاج دقیق‌تر از قوانین مربوط به بخش سلامت در قوانین برنامه توسعه لازم است دستاوردهای عینی آن‌ها در هر دوره مشخص شود تا به این ترتیب بتوان به شیوه‌ای عینی، قابلیت‌های برنامه سلامت را ارزیابی کرد.

منابع

- اعتمادی، حسین و حسن رفیعی (۱۳۷۹) «سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی»، *فصلنامه تأمین اجتماعی*، سال دوم، شماره ۳: ۳۵۱-۳۶۸.
- اورشات، ویم فون، مایکل اپیلکا و برگیت فوافینگر (۱۳۹۶) *فرهنگ و دولت رفاه (ارزش‌ها و سیاست اجتماعی در نگاه تطبیقی)*، ترجمه ابوذر قاسمی‌نژاد، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- بابایی، نعمت‌الله (۱۳۸۲) «سیاست اجتماعی و سلامت»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ویژه‌نامه سیاست اجتماعی، شماره ۱۰: ۲۰۱-۲۳۲.
- بی، ارل (۱۳۹۴) *روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی*، ترجمه رضا فاضل، تهران: انتشارات سمت.
- پازوکی، مهدی (۱۳۷۴) «بهداشت و توسعه؛ با نگاهی بر عملکرد برنامه پنج‌ساله اول جمهوری اسلامی ایران در خصوص راهبرد اولویت بهداشت بر درمان»، *مجله برنامه و بودجه*، شماره ۹۳: ۲۰-۷۵.
- ملک‌زاده، رضا (۱۳۹۸) «۵۰ درصد مرگ‌ومیر در ایران زودرس است»، سایت خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران، کد خبر: ۸۳۴۰۷۳۹۸، ص ۱-۲، به نشانی اینترنتی: <https://www.irna.ir>
- سایت عصر ایران، «مرگ سالانه ۶۰هزار ایرانی به دلیل عوارض سیگار»، صفحه نخست اجتماعی، ۱۴ بهمن ۱۳۹۷، کدخبر: ۶۵۲۴۸۴، به نشانی اینترنتی: <https://www.asriran.com/fa/news/652484>
- سجادی، حمیرا، عبدالله تباردرزی، عزت‌اله سام آرام و علی‌اکبر تاج‌زینانی (۱۳۹۷) «تحولات نظام سلامت در چارچوب برنامه‌های عمرانی و توسعه در ایران»، *رفاه اجتماعی*، شماره ۷۰: ۳۱-۷۶.
- شریف‌زادگان، محمدحسین (۱۳۹۷) «نابرابری در رفاه اجتماعی و پیامدهای آسیب‌شناختی آن»، در کتاب *همبستگی اجتماعی و نابرابری: دومین گزارش وضعیت اجتماعی ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۶*، ج ۱، تهران: انتشارات آگاه.
- شریفیان ثانی، مریم (۱۳۹۵) «ضرورت گفتمان‌سازی در حوزه سیاست‌گذاری اجتماعی»، مصاحبه با مریم شریفیان ثانی، مدیرگروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تنظیم پیمان زینتی، به نشانی اینترنتی: http://spi.atu.ac.ir/news_456.
- صفری شالی، رضا (۱۳۹۵) «گفتمان عدالت دولت‌ها پس از انقلاب در حوزه سلامت»، *فصلنامه*

- مطالعات راهبردی، شماره ۷۴: ۸۹-۱۱۴.
- غفاری، غلامرضا و کرم حبیب‌پور گتایی (۱۳۹۴) *سیاست اجتماعی، بنیان‌های نظری و مفهومی*، تهران: نشر دانشگاه تهران.
- فیتزپتریک، تونی (۱۳۸۳) *نظریه رفاه*، ترجمه هرمز همایون‌فر، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- فیتزپتریک، تونی (۱۳۸۵) *نظریه رفاه جدید*، ترجمه هرمز همایون‌فر، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- کونیزل، امیلی و والی و تانیا جنکینز (۱۳۹۱) *سیاست‌های اجتماعی و نابرابری‌های سلامت در کارهام*، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- گرگی، عباس (۱۳۸۷) «بررسی نظری جایگاه سرمایه اجتماعی در مطالعات سلامت»، *فصلنامه اقتصاد سیاسی*، سال پنجم، شماره ۱۶: ۸۷-۱۰۴.
- مسعودی، اصل ایروان، فرهاد نصرتی‌نژاد، علی اخوان بهبهانی و سیدمحمد موسوی خطاط (۱۳۸۹) «الگوی پیشنهادی برای ساختار ادغام‌یافته نظام سلامت و رفاه اجتماعی در ایران براساس مطالعات تطبیقی»، *پایش*، سال دهم، شماره ۱: ۱۱۵-۱۲۵.
- ملک‌محمدی، حمیدرضا و ولی‌اله وحدانی‌نیا (۱۳۹۵) «تکامل سیاست‌گذاری سلامت: گذر به پارادایم حکمرانی برای سلامت»، *فصلنامه علمی-پژوهشی سیاست‌گذاری عمومی*، دوره دوم، شماره ۲: ۷۳-۹۴.
- مور، بلیک (۱۳۸۹) *مقدمه‌ای بر سیاست‌گذاری اجتماعی*، ترجمه علی‌اصغر سعیدی و سعید صادقی، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- واعظ مهدوی، محمدرضا و زینب واعظ مهدوی (۱۳۹۷) «عدالت در سلامت»، در کتاب *همبستگی اجتماعی و نابرابری: دومین گزارش وضعیت اجتماعی ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۶*، ج ۲، تهران: انتشارات آگاه.
- هریس، کوان (۱۳۹۸) *انقلاب اجتماعی: سیاست و دولت رفاه در ایران*، ترجمه محمدرضا فدایی، تهران: نشر شیرازه.
- هزارجریبی، جعفر و رضا صفری شالی (۱۳۹۱) *آناتومی رفاه اجتماعی*، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.

Melkas.T (2013), "Health in All Policies as a Priority in Finnish Health Policy: A Case Study on National Health Policy Development", *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(11Suppl): 3-28.

Duran, Pe' rez I. (2016), "Assessing Formal Accountability for Public Policies: The Case of Health Policy in Spain", *International Review of*

- Administrative Sciences*, 82 (4): 784–806.
- Segal, Elizabeth A. (2007), *Social Welfare Policy and Social Program: A Value Perspective*, US: Thomson Brooks.
- Singh. Sh, Myburgh. N.G and Lalloo R. (2010), “Policy Analysis of Oral Health Promotion in South Africa”, *Global Health Promotion*, 17 (1): 16–24.
- Titmuss, Richard M (1974), *Social Policy: An Introduction*, London: George Allen & Unwin Ltd.
- Vallgarda .S (2011), “Addressing Individual Behaviors and Living Conditions: Four Nordic Public Health Policies”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011; 39 (6 Suppl): 6–10.
- WHO (1988), *2st Global Conference on Health Promotion*, Adelaide.
- WHO (2000), *5st Global Conference on Health Promotion*. Mexico.
- WHO and the Government of South Australia. (2010) *The Adelaide Statement on Health in all Policies*.