

گفتمان عدالت دولتهای پس از انقلاب در حوزه سلامت

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۴

رضا صفری شالی*

چکیده

این مقاله به شیوه تحلیل گفتمان درصدد پاسخگویی به این سوال است که عدالت اجتماعی با نشانه مرکزی «سلامت» در گفتمان دولتهای پس از انقلاب چگونه بازنمایی شده است؟ یافته‌های مقاله حاکی از آن است که «عدالت اجتماعی» در حوزه «درمان و سلامت» در دولتهای مختلف پس از انقلاب در قالب نشانه‌های متفاوتی بازنمایی شده، اما مسأله «سلامت» همچنان با مشکلات نظری و عملی زیادی روبه‌روست؛ به طوری که تمرکز اصلی بر مقوله درمان بوده و در این حوزه نیز قسمت عمده هزینه‌های تأمین سلامت بر دوش خانوارها تحمیل شده است.

واژگان کلیدی: تحلیل گفتمان، عدالت اجتماعی، سلامت، بیمه، دولت

reza_safaryshali@yahoo.com

* استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)

فصلنامه مطالعات راهبردی ● سال نوزدهم ● شماره چهارم ● زمستان ۱۳۹۵ ● شماره مسلسل ۷۴

مقدمه

انقلاب ۱۳۵۷ زمینه‌ساز شکل‌گیری گفتمان و نظام جمهوری اسلامی در ایران شد. این گفتمان و نظام سیاسی برآمده از آن، برخی اصول بنیادی، راهبردی و ثابت را برای خود طرح‌ریزی نمود و در کنار آن، برخی اصول عملیاتی و کاربردی و تابع مقتضیات و شرایط زمانی و مکانی تغییرپذیر را نیز مدنظر قرار داد. در این میان، عدالت اجتماعی به عنوان مهم‌ترین و اصلی‌ترین دال شناور مکتب سیاسی انقلاب اسلامی، همواره در قانون‌گذاری، اجرا و قضا مورد توجه بوده است؛ چون در اصل، تشکیل حکومت اسلامی ابزاری برای تحقق عدالت اجتماعی برای همه گروه‌ها و اقلیت‌ها در حوزه‌های مختلف، به خصوص حوزه سلامت که مورد بررسی نوشتار حاضر است، لحاظ گردید؛ به‌گونه‌ای که بر مبنای گفتمان انقلاب اسلامی، برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد نیاز در راستای ارتقاء سطح سلامت در جامعه، از اساسی‌ترین حقوق مردم است، که در اصل ۲۹ قانون اساسی نیز به صراحت بر آن تأکید شده است.

بر این اساس، در طول حیات نظام جمهوری اسلامی، به‌رغم روی کار آمدن دولت‌ها و خرده‌گفتمان‌هایی در بطن گفتمان جامع انقلاب اسلامی، که با یکدیگر غیریت‌سازی کردند، عدالت اجتماعی در حوزه سلامت و نیز تحقق آن به عنوان یکی از اصول بنیادین نظام اسلامی برجسته شده است و همواره از دغدغه‌های دولت‌های پس از انقلاب اسلامی بوده است. با وجود این، مسأله مذکور در طی قریب به چهار دهه گذشته با چالش‌های نظری و عملی فراوانی روبه‌رو شده است؛ چرا که سیاست‌های اعمال‌شده در راستای عدالت اجتماعی در حوزه سلامت، بیشتر از اینکه پروسه‌ای و مبتنی بر برنامه‌ریزی مستمر و هدفمند باشد، حالت منقطع، پروژه‌ای و قائم به فرد پیدا کرده است. هر دولتی بر حسب شرایط روز و یا برداشت خاص خود از عدالت اجتماعی، آن را تعریف و اجرایی کرده است. از این رو، در هر یک از دولت‌های پس از انقلاب و گفتمان سیاسی و اجتماعی مربوط به آن‌ها، بازتعریف نوینی از مقولات مرتبط با حوزه سلامت را شاهد بوده‌ایم؛ که حاکی از رویکردهای متفاوت و گاهاً متضاد دولت‌های مختلف به این موضوع است.

مساله محوری در این نوشتار، بررسی نوع گفتمان و جهت‌گیری هر یک از دولت‌ها پس از انقلاب در حوزه سلامت است. بر این اساس، با مبنا قرار دادن عدالت به عنوان دال شناور و بهداشت و سلامت تحت عنوان نشانه مرکزی، درصدد پاسخگویی به این سوال هستیم که عدالت اجتماعی با نشانه مرکزی «سلامت» در گفتمان دولت‌های پس از انقلاب چگونه بازنمایی شده است؟

الف. چارچوب نظری

عدالت اجتماعی مفهوم بحث‌برانگیزی است و چون تعریف واحدی از آن در میان اندیشمندان حوزه‌های مختلف مورد پذیرش قرار نگرفته، اجماعی در مورد تئوری‌های مربوط به آن نیز وجود ندارد و در طول تاریخ نظریه‌های مختلفی در این خصوص از سوی اندیشمندان مطرح شده؛ که مبانی نظری عدالت را معنا و مفهوم داده است. دریافت‌های گوناگون از مفهوم عدالت و اختلاف دیدگاه‌هایی که در این زمینه وجود دارد، بررسی نظری آن را ضروری‌تر و هم‌زمان جذاب‌تر می‌سازد. این کار باید صرف‌نظر از نتایج حاصل‌شده از این‌گونه بررسی‌ها صورت پذیرد؛ چون هدف یافتن پاسخ‌هایی قطعی و همیشگی نیست، بلکه صرفاً طرح مسأله و گشودن راهی به سوی چیزی است که شاید بتواند دریافت از مسائل و مشکلات در این زمینه را آسان‌تر کند.

به اعتبار بسیاری از اندیشمندانی که در این زمینه به تأمل پرداخته‌اند، محصورکردن مفهوم عدالت در فرمولی ساده، دشوار و حتی ناممکن است. کاوش در مضمون نظریه‌های گوناگون عدالت از این واقعیت پرده برمی‌دارد که هر یک از این نظریه‌ها بر عنصری خاص به عنوان پایه و اساس اصول خویش در مورد عدالت پای فشرده‌اند. برای نمونه، از نگاه لیبرال‌های کلاسیک و آزادی‌خواهان معاصر، آزادی ارزش بنیادین و محور اصلی جامعه مطلوب را تشکیل می‌دهد. امانوئل کانت^۲ اصول عدالت خویش را بر محور به حداکثر رساندن آزادی‌های مدنی و سیاسی استوار می‌کند و بر آن است زمانی جامعه به سامان اجتماعی معقول و مطلوب

1. Anarchy, State, and Utopia

2. Immanuel Kant

دست می‌یابد که نه تنها آزادی‌های مدنی و سیاسی افراد آن محترم شمرده شود، بلکه قوانین اساسی جامعه به گونه‌ای ترسیم شود که این آزادی‌های بیرونی به حداکثر برسد. بدین ترتیب، در اواخر سده گذشته، جناح راست در برابر حرکت آهسته به سوی برابری طلبی، رفاه‌گرایی و مداخله دولت، واکنش سیاسی نشان داد. نظریه‌های راست نو مانند نظریه‌هایی که «رابرت نوزیک»^۱ در کتاب «آنارشی، دولت و یوتوپیا» ارائه داد، اصل مبتنی بر نیازهای عدالت و هرگونه پیش‌فرضی به سود برابری را رد کرده‌اند.

به جای آن، اصل عدالت مبتنی بر اندیشه «حقوق»، «استحقاقات»، یا در مواردی «سزاواری‌ها» را وارد مبارزه کرده‌اند. نوزیک در جایگاه مدافع جدی اندیشه سنتی لیبرالیسم و آزادی‌خواهی در روزگار ما، نظریه عدالت خویش را بر اساس تأکید بر ارزش نخستین بودن آزادی‌های فردی به ویژه در حوزه اقتصاد و بازار آزاد پی نهاده است. برای طرفداران مطلوبیت‌گرایی یا فایده‌گرایی، مقوله «نفع» و به حداکثر رساندن سود در جامعه، ارزش نهایی و مبنای عدالت است. نظریه عدالت جان رالز که شاخص‌ترین نظریه عدالت اجتماعی در دهه‌های اخیر است، بر توافق قراردادی به صورت پایه و اساس تشخیص اصول عدالت (با تأکید بر عدالت توزیعی) تکیه می‌کند. او محتوای اصول عدالت را به توافق حاصل شده میان افراد در «وضع نخستین» موقوف می‌کند (رالز، ۱۹۹۹).

برای سوسیالیست‌ها، عنصر برابری و به ویژه مسأله نیاز، ارزشی بنیادین است. از این اندیشه که سودهای مادی باید بر پایه نیاز توزیع شود، به عنوان نظریه سوسیالیستی عدالت یاد می‌کنند. معروف‌ترین بیان این اندیشه را می‌توان در نقد «برنامه گوتا»^۲ دید که در آن «کارل مارکس»^۳ اعلام کرد جامعه کاملاً کمونیستی روی پرچم‌های خود این ضابطه را خواهد نوشت: «از هر کس طبق توانایی‌اش، به هر کس طبق نیازهایش» (هیوود، ۱۳۸۲، ۴۴۱). اما نمی‌توان مفاهیم سوسیالیستی عدالت را به نظریه ساده‌شده تأمین تقلیل داد. برای مثال، خود مارکس بین اصول توزیعی مناسب برای کمونیسم کامل و آن اصل توزیعی که باید در جامعه «سوسیالیستی» در حال گذار پذیرفت، فرق گذاشت. مارکس قبول داشت که رویه‌های سرمایه‌داری را یک‌شبه

1. Robert Nozick
2. Gotha Program
3. Karl Marx

نمی‌توان از بین برد و بسیاری از آنها، مانند انگیزه‌های مادی، در جامعه سوسیالیستی دوام خواهد آورد. بنابراین، به نظر او در سوسیالیسم به کارگر طبق سهم فردی او مزد داده خواهد شد و این کاملاً با توانایی‌های جسمی و فکری کارگر مطابق خواهد بود.

در واقع، به نظر مارکس، اصل «سوسیالیستی» عدالت به حد «به هر کس طبق کار او» می‌رسد. اما می‌توان گفت پایه اصل «کمونیستی» عدالت را معیار نیاز تشکیل می‌دهد، زیرا به عقیده مارکس این معیار فقط مناسب جامعه آینده فراوانی و وفور مادی است که در آن مسائل مربوط به توزیع ثروت تقریباً بی‌ربط می‌شوند. نیاز یک ضرورت است، تقاضای تأمین شدن دارد؛ نیاز آرزویی بیهوده و پوچ یا میل و هوس گذرا نیست. به همین دلیل، اغلب نیازها را برای انسان «اساسی» دانسته‌اند، که تأمین شدن آنها بنیاد هرگونه زندگی کاملاً انسانی به شمار می‌رود. در حالی که «خواست‌ها» از قضاوت شخصی برمی‌آیند، نیازهای انسان عینی و همگانی‌اند و به همه مردم از هر جنسیت، ملیت، دین و مذهب، زمینه و پیشینه اجتماعی و مانند آنها تعلق دارند. گیرایی و جذابیت نظریه مبتنی بر نیاز عدالت اجتماعی در این است که بنیادی‌ترین نیازمندی‌های وضع و حال انسان را در نظر دارد. چنین نظریه‌ای به عنوان الزامی اخلاقی می‌پذیرد که همه مردم حق دارند نیازهای اساسی خود را تأمین کنند؛ زیرا روشن است که در غیر این صورت، زندگی ارزشمندانه انسان ناممکن خواهد بود.

همان‌گونه که مفهوم «نیازها» بنیاد اصل سوسیالیستی عدالت را می‌نهد، مفهوم «حقوق» اصل لیبرالی عدالت است. البته وجود «زمینه و فرصت برابر» در گام اول و «در نظر گرفتن استحقاق افراد و شایستگی‌ها» در مرحله بعد بسیار مهم است. این در حالی است که عدالت بازتوزیعی، به عنوان شق سوم تحقق عدالت، در راستای چتر ایمنی دولت برای دستگیری از آسیب‌دیدگان و محرومین که توانایی همپایه‌بودن با دیگران را ندارند، بسیار مهم است و در بحث عدالت در حوزه سلامت این بخش از عدالت به اندازه دو بخش اول از اهمیت برخوردار است.

در رویکرد اسلامی، کانون مرکزی سیاست اجتماعی مفهوم عدالت اجتماعی است. این مفهوم، هدف و غایت تشکیل حکومت بوده و هرگونه برنامه‌ریزی کلان و خرد در عرصه سیاست عمومی باید در راستای تحقق بخشیدن به آن انجام پذیرد (امام خمینی، ۱۳۸۵، ج ۱: ۱۹۸). عدالت اجتماعی در دیدگاه اسلامی دارای شاخص‌های برجسته‌ای است؛ به‌طوری که

این مفهوم با تساوی حقوق تمایز آشکار دارد (امام خمینی، ۱۳۸۵، ج ۱: ۲۷۵)؛ زیرا یکسان‌انگاری تمام احکام اسلام با عدالت اجتماعی، نابودی طبقات و زندگی یکسان و مساوی برای همه افراد، یک‌بعدی‌نگریستن به اسلام و ورود در «زندگی حیوانی» است (امام خمینی، ۱۳۸۵، ج ۳: ۲۱۷). مقایسه رویکرد اسلامی و غرب در این مورد حاکی از آن است که حمایت قاطع از عدالت اجتماعی، تفاوت آشکار رژیم اسلامی با سایر رژیم‌ها به شمار می‌رود (امام خمینی، ۱۳۸۵، ج ۸: ۲۵۵). عدالت اجتماعی در اسلام برنامه‌ای مستقل مبنی بر عدالت، دموکراسی و قانون اساسی است (امام خمینی، ۱۳۸۵، ج ۵: ۷۱) و هرگز رنگ سوسیالیستی و سرمایه‌دارانه ندارد.

رژیم‌های کمونیستی و مارکسیست-لنینیستی با مالکیت فردی مخالف بوده و قائل به اشتراک هستند. به موازات آن، سرمایه‌داری، ظالمانه و بی‌حساب و محروم‌کننده توده‌های تحت ستم و مظلوم، مخالف عدالت اجتماعی است. اسلام رژیم معتدلی با شناخت مالکیت و احترام به آن به نحو محدود در پیدا شدن مالکیت و مصرف است؛ که اگر به حق به آن عمل شود، چرخ‌های اقتصاد سالم به راه می‌افتد و عدالت اجتماعی که لازمه یک رژیم سالم است، تحقق می‌یابد (امام خمینی، ۱۳۸۵، ج ۲۱: ۴۴۴). در مجموع، در مباحث نظری پژوهش در خصوص موضوع عدالت اجتماعی به مقولاتی مانند «شرایط مساوی برای برخوردارانی از فرصت‌ها و منابع، عدالت بازتوزیعی و عدالت به مثابه استحقاق‌ها و شایستگی‌ها» اشاره شد. استفاده از مجموع نگرش‌های مذکور می‌تواند به شناخت دیدگاه جامع در زمینه عدالت اجتماعی کمک کند.

این مقاله با بررسی سخنرانی‌های مقامات دولت‌های پس از انقلاب و لوایح برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به شیوه تحلیل گفتمان^۱ و بر مبنای نظریات و روش «نورمن فرکلاف»^۲، «ارنستو لاکلاو»^۳ و «شتتال موفه»^۴ به بررسی گفتمان عدالت دولت‌های پس از انقلاب در حوزه سلامت می‌پردازد. شیوه تحلیل گفتمان لاکلاو و

1. Discourse analyses
2. Norman Fairclough
3. Ernesto LacLau
4. Chantal mouffe

موفه هرچند که نظریه نسبتاً جامع، پرکاربرد و منسجمی است و از کارایی بسیار بالایی برای تبیین چگونگی ظهور، استمرار و افول گفتمان‌ها و بررسی تعامل میان آن‌ها برخوردار است و قابلیت توجه‌کنندگی زیادی برای تحولات اجتماعی دارد (سلطانی، ۱۳۸۳: ۱۰۰)، از لحاظ مبانی و مبادی متفاوت از شیوه تحلیل فرکلاف^۱ است. بنابراین، تلفیق برخی از عناصر بر اساس ضرورت و در راستای تحلیل جامع‌تر صورت گرفته است.

ب. عدالت در «سلامت» در گفتمان دفاع مقدس

با توجه به مسائل و مشکلات پس از انقلاب و سقوط دولت بنی صدر و شهادت رجایی و باهنر، اولین دولت باثبات بعد از انقلاب اسلامی به ریاست جمهوری «سید علی خامنه‌ای» و نخست‌وزیری «میرحسین موسوی» شکل گرفت. با توجه به شرایط سیاسی و اجتماعی کشور (به‌ویژه درگیری ایران در جنگ تحمیلی با عراق)، از گفتمان این دولت (یعنی دولت‌های سوم و چهارم پس از انقلاب)، تحت عنوان «گفتمان دفاع مقدس»^۲ یاد می‌شود. مهم‌ترین مسئله اجتماعی در این دوره، وجود شکاف‌های عمیق بین فقیر و غنی و بدیل مطلوب آن، آرمان عدالت اجتماعی بر مبنای آموزه اسلام است. بنابراین، مهم‌ترین برنامه و راه‌حل دولت برای حل مسئله عدالت اجتماعی، اقتصاد کنترلی و نظارتی بود که در آن بر «توزیع» تأکید می‌شد. بر این اساس، می‌توان گفت این کابینه بیشتر گرایش اعتدالی و دیدگاهی عدالت‌خواهانه، مساوات‌طلبانه و مردم‌گرایانه داشت و به همین دلیل، بر مسئولیت گسترده دولت در این خصوص تأکید می‌کرد (مصباحی مقدم، ۱۳۷۰: ۳۲).

رویکرد دولت و گفتمان دفاع مقدس به سایر مقولات از جمله سلامت نیز متأثر از چنین رویکرد عدالت‌گرایانه و مساوات‌طلبانه مبتنی بر قائل‌شدن نقشی پررنگ برای دولت و

۱. فرکلاف الگوی خود برای تحلیل انتقادی گفتمان را در سه سطح متفاوت، گفتمان به مثابه متن، گفتمان به مثابه تعامل بین فرآیند تولید و تفسیر متن و گفتمان به مثابه زمینه بیان کرده است (فرکلاف، ۱۳۷۹: ۱۷۲).

۲- لازم به توضیح است که در دولت آقایان خامنه‌ای و موسوی که از آن به عنوان گفتمان دفاع مقدس یاد می‌کنیم، چون هیچ برنامه توسعه و لوایح مصوب قانونی اجرا نشد، تحلیل گام به گام متون وجود ندارد. ولی سعی بر آن است که به بررسی متون و سخنرانی‌های موجود پرداخته شود.

حمایت‌های آن از آحاد جامعه در این مورد بوده است. واکاوی سخنرانی‌های رؤسای دولت سوم و چهارم حاکی از آن است که در آن‌ها از واژگان «دولت» و «مردم» بسیار استفاده شده است و تلاش گردیده که دولت و مردم را خیلی نزدیک به هم نشان داده و تمامی فعالیت‌های دولت در راستای رفع مشکلات مردم قلمداد گردد؛ چون این امر را از وظایف اصلی دولت می‌دانستند. مفاهیم عدالت اجتماعی بکار رفته در این متون یعنی «حمایت از محرومین و مستضعفین و کوخ نشینان» در راستای تأمین منافع مستضعفان و گسترش مشارکت عمومی در راستای برابری فرصت‌ها و دسترسی به خدمات درمانی، تأمین خوراک و پوشاک و نیز رفع محرومیت (تبادل بخشی) در زمره ثمرات اصلی رویکردهای انقلاب قرار دارند؛ که بر مبنای آن، برخورداری آحاد جامعه از امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی و نیز خوراک و پوشاک برای تأمین سلامت هر چه بیشتر مورد تأکید قرار گرفته است.

پیش‌فرض‌ها مشخص می‌کند دولت بر این باور است که از راه توزیع مناسب امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی میان اقشار پردرآمد و کم‌درآمد (مستضعفان) سلامت همگانی تحقق می‌یابد؛ که البته در این راه، دولت موظف به ارائه خدمات بیشتر درمانی و بهداشتی به نیازمندان است، تا عدالت اجتماعی در حوزه بهداشت، درمان و سلامت تأمین گردد. در این راستا، در بازه زمانی سال‌های ۶۸-۶۰، قدم‌های مؤثری در توزیع مناسب امکانات بهداشتی، درمانی، آب آشامیدنی و تسهیلات زندگی در کشور برداشته شده که آن‌ها را می‌توان شاخص‌های مناسبی برای ارزیابی عدالت اجتماعی توصیف کرد. با این وجود، گسترش عدالت اجتماعی به عنوان شاخص مهمی در الگوی نوسازی انقلاب اسلامی، در دوره مذکور با نوساناتی همراه بود (فوزی، ۱۳۸۴)؛ چون در این دوران، به دلیل شرایط جنگ تحمیلی، به‌طور طبیعی بخش اعظم امکانات کشور صرف تدارک و تأمین تجهیزات و امکانات لازم برای دفاع از کشور می‌شد و به تبع آن، توان دولت در ارائه خدمات سلامت کاهش یافت. بر این اساس، برنامه اعطای یارانه و نظام توزیع کوپنی در رأس برنامه‌های دولت قرار گرفت (امجد، ۱۳۷۸).

دولت با اجرای نظام توزیع کوپنی در این دوران و ارائه میزان مناسب مایحتاج روزانه مردم از جمله مواد غذایی، توانست حداقل‌های تأمین سلامت برای افراد محروم جامعه را فراهم نماید. از سویی دیگر، دولت تلاش کرد تا به استفاده از نهادهای انقلابی مانند جهاد سازندگی

به گسترش عدالت اجتماعی سرعت دهد. این نهادها با فعالیت‌های خود، اقدام به اجرای پروژه‌هایی مانند گسترش خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین آب آشامیدنی، برق، راه، حمام و... در روستاها کرد. در نهایت، مجموع تلاش‌های این دولت در راستای «ارتقاء سطح سلامت» در جامعه، سبب کاهش چشم‌گیر بیماری‌های واگیردار، کاهش میزان مرگ و میر به‌ویژه در میان کودکان، سلامتی بیشتر آحاد جامعه، افزایش طول عمر و امید به زندگی در کشور پس از پیروزی انقلاب اسلامی گردید.

نتایج حاصل از تحلیل گفتمان دولت دفاع مقدس حاکی از آن است که دال شناور «عدالت اجتماعی» ذیل گفتمان انقلاب اسلامی، در قالب نشانه مرکزی «سلامت» مسدود و در مفصل‌بندی این گفتمان حول نشانه مرکزی مذکور، نظام معنایی‌ای متشکل از دال‌های اصلی «سهیمه‌بندی ارزاق عمومی»، «عدالت توزیعی»، «تأمین حداقل‌های بهداشت و درمان»، «افزایش مشارکت مردم در حوزه سلامت (از طریق نهادهای انقلابی)» و «کوتاه‌کردن دست سرمایه‌داران» شکل گرفته است.

ج. عدالت در برخورداری از «سلامت» در گفتمان سازندگی

با پایان جنگ تحمیلی و توجه به ضرورت‌های ناشی از آن، گفتمان جدیدی معروف به «گفتمان سازندگی» که برآمده از افکار راست سنتی بود، آغاز شد. پذیرش قطعنامه ۵۹۸ و پایان جنگ تحمیلی، خسارت‌های ناشی از این جنگ، بازنگری قانون اساسی، انتظار مردم برای پایان‌یافتن مشکلات زندگی پس از یک دهه سختی‌ها، رو به سرایشی بودن اقتصاد سوسیالیستی و فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی و تأثیر آن بر سیاست‌های جهانی و از جمله اقتصاد ایران، کاهش سرمایه ملی، تحریم اقتصادی و برخی اقدامات بین‌المللی مبنی بر اصلاح ساختار اقتصادی کشور از جمله عوامل طرح گفتمان سازندگی و آغاز سریع‌تر توسعه اقتصادی بر اساس اقتصاد آزاد از سوی دولت بود. بر این اساس، گفتمان جدیدی که «رفاه و توسعه اقتصادی» را هدف اصلی اقتصاد دانسته و به شدت از توسعه به‌ویژه توسعه اقتصادی طرفداری کرده و آن را پیش‌شرط سایر امور نوسازی قلمداد می‌کرد، با باور به اینکه در سایه توسعه اقتصادی امکان استقلال و عدالت وجود دارد، در مقطع ۱۳۷۶-۱۳۶۸ رقم خورد (مرتجی، ۱۳۷۸).

چون بر مبنای گفتمان دولت هاشمی رفسنجانی، بازسازی و سازندگی کشور در اولویت سیاست‌ها و اهداف دولت‌های پنجم و ششم پس از انقلاب قرار داشت، در حوزه سلامت نیز چنین رویکردی پیگیری شد؛ به طوری که دولت سازندگی، احداث و راه‌اندازی بیمارستان‌ها و امکانات پزشکی را مهم‌ترین راه‌کار خود به منظور بهبود وضعیت سلامت در کشور مدنظر قرار داد. سپس، اولویت‌دادن به گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به سایر اقشار جامعه طرح‌ریزی گردید (گزارش اقتصادی دولت سال ۱۳۶۹ و ۱۳۶۸: ۶۴۶). مهم‌ترین سیاست‌های دولت در چارچوب این رویکرد را می‌توان توسعه امکانات و اتخاذ سیاست‌های تشویقی در زمینه کنترل جمعیت از یک سو و گسترش بهداشت و درمان و ارائه خدمات فعال در زمینه‌های آموزش، بهداشت مادر و کودک و بهداشت باروری از سوی دیگر دانست. به این ترتیب، افزایش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، گسترش ظرفیت‌های بیمارستانی و نیروهای تخصصی آموزش‌دیده در کنار بهبود شاخص‌های مرتبط با بهداشت از قبیل میزان دسترسی جمعیت به آب آشامیدنی سالم و افزایش سطح آگاهی اجتماعی باعث ارتقای شاخص‌های سلامت مانند کاهش نرخ مرگ و میر مادران و کودکان زیر پنج سال و کاهش سهم بیماری‌های واگیردار در میان علل مرگ و میر شد (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۹: ۴).

بررسی واژگان کانونی متون سخنرانی‌های مقامات دولت سازندگی بیان‌گر آن است که در این دوره، مفاهیمی مانند «توزیع منابع» و «نیاز مردم» مورد توجه است و مفاهیم اصلی متون نیز به «سازندگی»، «برنامه‌های اول و دوم توسعه» و «مقوله‌های اقتصادی» محدود شده است. بررسی واژگان سلبی در این متون نیز نشان می‌دهد دولت واژگانی نظیر «ضد عدالت، بهره‌نادرست، تبعیض و غیرعادلانه» را هنگامی بکار برده است که به مقوله سوبسیدهای نادرست و یا غیرواقعی بودن قیمت‌ها پرداخته است. بدین ترتیب، در دوران ریاست جمهوری رفسنجانی و حاکم شدن گفتمان «لیبرالیسم سازندگی» در کشور، جریان منابع به سوی برنامه‌های توسعه‌ای هدایت شد و تدوین اولین برنامه توسعه با تأخیری بیش از یک دهه پس از پیروزی انقلاب اسلامی در ایران در دستور کار قرار گرفت؛ که نتیجه آن، تصویب و اجرایی شدن برنامه اول توسعه در یک ماده واحده و ۵۲ تبصره برای اجرا در طول یک دوره پنج ساله (نیلی، ۱۳۸۷: ۱۳۳) و به دنبال آن، طرح‌ریزی و تصویب برنامه دوم توسعه بود.

مطالعه دو برنامه مذکور گویای آن است که تبصره‌ها و موادی از این لوایح، سلامت ایرانیان و حوزه‌های مرتبط با آن نظیر بهداشت و درمان را مورد توجه قرار داده است؛ که به شرح ذیل است.

جدول ۱. مقوله سلامت در لایحه برنامه اول و دوم توسعه

ردیف	برنامه	تبصره/ مواد	موضوعات مورد توجه
۱	اول	۵	توزیع سالانه اعتبارات سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت
۲	اول	۷	اصلاح قانون مالیات‌های مستقیم به منظور تمرکز سرمایه‌گذاری در حوزه درمان
۳	اول	۱۰	احداث مراکز بهداشتی و درمانی
۴	اول	۱۳	پیشگیری و جلوگیری از آلودگی هوا
۵	اول	۱۵	شرایط تأسیس بیمارستان، پلی کلینیک و درمانگاه، آزمایشگاه تشخیص طبی، مطب و داروخانه
۶	اول	۱۶	پرداخت وام برای تأسیس داروخانه در مناطق روستایی و بخش‌های محروم کشور
۷	اول	۴۵	تأمین مسکن برای اعضای هیأت علمی زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸	اول	۴۶	ارتقاء هیأت عملی در حوزه بهداشت و درمان از طریق جذب اساتید خارجی
۹	اول	۴۷	همکاری‌های عملی و آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کشورهای خارجی
۱۰	اول	۴۸	جذب دانشجوی پزشکی در دوره‌های شبانه و خاص
۱۱	دوم	۱۱(بند الف)	انجام طرح‌های عمرانی در حوزه بهداشت، درمان و سلامت در مناطق محروم
۱۲	دوم	۱۳(بند د)	تأمین نیازهای درمانی خاص جانبازان
۱۳	دوم	۱۶	سوسید دارو و شیر خشک
۱۴	دوم	۲۸	ایجاد مراکز بهداشتی و درمانی در محدوده مناطق آزاد
۱۵	دوم	۶۰	سلامت نسل جوان کشور
۱۶	دوم	۶۵	فراهم کردن امکانات ورزشی برای دختران و بانوان
۱۷	دوم	۸۳	جلوگیری از آلودگی آب‌ها
۱۸	دوم	۸۴	احداث مراکز بهداشتی و درمانی در کلیه شهرهای کشور
۱۹	دوم	۸۹	اعطای تسهیلات و امکانات به اعضای هیأت علمی
۲۰	دوم	۹۰	جذب هیأت علمی خارجی در حوزه پزشکی
۲۱	دوم	۹۴	تجهیز بخش بهداشت و درمان کشور

یافته‌های حاصل از بررسی برنامه اول توسعه گویای آن است که هنگام تدوین این برنامه، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور این نکته را حائز اهمیت قرار دادند که جمعیت سالم می‌تواند توسعه بیشتر را موجب شود و هزینه‌های کمتری را بر دولت تحمیل کند. همچنین، توزیع عادلانه امکانات و دسترسی همگان به امکانات بهداشتی و درمانی، موجبات سلامت اجتماعی را فراهم خواهد آورد. بنابراین، اهداف، خط‌ومشی‌ها و سیاست‌هایی در این حوزه طرح‌ریزی گردد (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۰۱). بر این اساس، در راستای گفتمان سازندگی دولت هاشمی، احداث، تأسیس و تجهیز مراکزی از قبیل «بیمارستان، پلی‌کلینیک و درمانگاه، آزمایشگاه تشخیص طبی، مطب و داروخانه» به عنوان نشانه اصلی گفتمان سازندگی در حوزه بهداشت، درمان و سلامت مورد توجه قرار گرفت. به منظور تأمین هزینه‌های مالی این قبیل اقدامات، دولت سازندگی خصوصی‌سازی، جلب و جذب سرمایه‌گذاران به منظور سرمایه‌گذاری در طرح‌های سلامت و نیز اصلاح قوانین مالیاتی کشور را در دستور کار قرار داد؛ تا به عنوان نشانه‌های فرعی برای نشانه اصلی مذکور، مفصل‌بندی این گفتمان را سامان دهند و هر یک از این نشانه‌ها با توجه به ساختار معنایی حاکم بر گفتمان، مدلول سازگار و معنای مناسب با آن را انتخاب نمایند و دولت سازندگی نیز با استفاده از این راه‌کارها، با مشارکت دولت و مردم، زی‌ساخت‌ها و تأسیسات مورد نیاز بهداشتی و درمانی را در کشور ایجاد نماید.

بر این اساس، تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی، تجهیز و تکمیل امکانات مراکز مذکور، به عنوان نشانه اصلی دیگری در گفتمان سازندگی در این حوزه مورد توجه دولت بود. علاوه بر این، تأمین و دسترسی به آب سالم و بهداشتی برای همگان، به عنوان دیگر نشانه اصلی در گفتمان سازندگی مدنظر قرار گرفت؛ چون اصولاً دسترسی به آب سالم و بهداشتی، یکی از عوامل مهم تندرستی و در نتیجه، کاهش‌دهنده هزینه‌های سنگین درمانی است (پازوکی، ۱۳۷۴: ۸۳ - ۸۸). بنابراین، دولت تدابیری به منظور پیشگیری و جلوگیری از آلودگی محیط زیست

۱. تا پیش از دوره هاشمی، ماهیت بهداشت و درمان، خدمتی عمومی بود و بخش خصوصی رغبت چندانی برای صرف هزینه و انجام سرمایه‌گذاری در آن را نداشت؛ اما با روی کار آمدن دولت سازندگی و گسترش خصوصی‌سازی، حوزه سلامت نیز از این سیاست بی‌بهره نماند.

اتخاذ کرد. با وجود این، بررسی‌های برنامه اول توسعه، کم‌توجهی به مقوله سلامت به عنوان امری چندوجهی - از سویی و اهتمام بسیار به حوزه درمان از سویی دیگر را بازگو می‌کند. اما در دومین برنامه توسعه، دولت هاشمی علاوه بر تأکید بر سیاست‌های برنامه اول توسعه و تلاش در جهت تداوم آن‌ها، درصدد برآمد کاستی‌های موجود در برنامه پنج ساله اول توسعه را جبران کند. بر این اساس، در این برنامه شاهد اولویت‌یافتن مقوله سلامت در کشور هستیم؛ به طوری که دولت ششم، ارتقاء سطح سلامت مناطق محروم و روستایی و نیز آبرسانی به این مناطق را در دستور کار قرار داد و با توجه به اهتمام ویژه‌ای که به مقوله ورزش از خود نشان داد، فراهم کردن امکانات اوقات فراغت سالم به‌ویژه برای نوجوانان و جوانان را پیگیری کرد. لازم به ذکر است به منظور ارتقاء سلامت آحاد جامعه، در برنامه‌های اول و دوم توسعه، پرداخت سوبسید به کالاهای اساسی و از همه مهم‌تر به دارو و شیر خشک اجرایی گردید.

تحلیل گفتمان عدالت در حوزه سلامت در برنامه‌های اول و دوم توسعه حاکی از آن است که در دولت هاشمی، دال شناور «عدالت اجتماعی» ذیل گفتمان سازندگی، در قالب نشانه مرکزی «سلامت» مسدود و در مفصل‌بندی این گفتمان حول نشانه مرکزی مذکور، نظام معنایی‌ای متشکل از دال‌های اصلی «احداث و تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی»، «تجهیز و تکمیل امکانات مراکز بهداشتی و درمانی»، «تأمین آب سالم و بهداشتی برای همگان»، «پرداخت سوبسید به دارو و شیر خشک» و «تأمین امکانات تفریحی و ورزشی به منظور سلامت آحاد جامعه به خصوص نوجوانان و جوانان» شکل گرفته است.

د. عدالت در حوزه «سلامت» در گفتمان اصلاحات

تسلط گفتمانی «گفتمان اصلاحات» در فضای سیاسی و اجتماعی ایران، مصادف با دوره ریاست جمهوری هشت ساله سید محمد خاتمی در بازه زمانی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴ بود. در دولت خاتمی، سلامت به عنوان یکی از محورهای توسعه پایدار همواره مورد توجه بوده است و دولت‌های هفتم و هشتم سعی کردند بر اساس این شعار که انسان سالم، محور توسعه پایدار است، سلامتی افراد جامعه را تضمین کنند. در راستای چنین رویکردی در دولت خاتمی، شاهد تدوین برنامه آموزشی ارتقای سلامت در کشور به منظور گسترش سلامت

همگانی، پیشگیری از بیماری‌ها و تلاش به منظور پیشگیری و درمان بیماری‌های واگیردار و حاد از جمله ایدز در کشور هستیم. همچنین، طرح‌های پزشک خانواده، بیمه روستاییان و مطرح کردن بحث منشور حقوق بیماران از جمله برنامه‌های موفق و نقاط روشن عملکردی دولت اصلاحات در حوزه سلامت در کشور قلمداد می‌گردد (ایسنا، ۱۳۸۴). در خصوص مقوله عدالت اجتماعی نیز توجه به استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی در قالب برنامه‌های سوم و چهارم توسعه مورد توجه دولت بود.

بررسی‌های به عمل آمده از برنامه‌های سوم و چهارم توسعه حاکی از وجود موارد زیر در مقوله سلامت در این برنامه‌هاست.

جدول شماره ۲: مقوله سلامت در لوایح برنامه سوم و چهارم توسعه

ردیف	برنامه	مواد	موضوعات مورد توجه
۱	سوم	۴۵	پیشگیری و کاهش بلایای طبیعی
۲	سوم	۱۰۰	کاهش آلودگی‌های محیط زیست
۳	سوم	۱۴۲	احداث، توسعه و تکمیل فضاهای ورزشی
۴	سوم	۱۹۲	توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور
۵	سوم	۱۹۳	تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری در کشور
۶	سوم	۱۹۴	رعایت ضوابط بهداشتی توسط مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی
۷	سوم	۱۹۵	شرایط ایجاد و احداث مراکز درمانی
۸	سوم	۱۹۶	ساماندهی بازار دارو در کشور
۹	سوم	۱۹۷	تأمین امنیت غذایی برای همه افراد جامعه
۱۰	چهارم	۴(بند الف)	کاهش نقاط حادثه‌خیز جاده‌ای و تجهیز اورژانس کشور
۱۱	چهارم	۴(بند ج)	تأمین آب شرب سالم و بهداشتی
۱۲	چهارم	۴(بند ط)	ایجاد تأسیسات جمع‌آوری و دفع بهداشتی فاضلاب
۱۳	چهارم	۱۱(بند ب)	از رده خارج کردن خودروها و موتورسیکلت‌های فرسوده به منظور تأمین سلامت آحاد جامعه

ردیف	برنامه	مواد	موضوعات مورد توجه
۱۴	چهارم	۱۲۰ (بند ج)	اتخاذ تدابیر به منظور کاهش آلودگی‌های محیط زیست
۱۵	چهارم	۱۴۱	تغییر رویکرد و ارتقای گسترده سلامت و کیفیت زندگی شهروندان
۱۶	چهارم	۱۴۲	حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامتی
۱۷	چهارم	۱۴۳	اقدام در جهت کاهش عوارض ناشی از بیماری‌های روانی و رفتاری
۱۸	چهارم	۱۴۵	ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت
۱۹	چهارم	۱۴۶	اجرای نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در کشور
۲۰	چهارم	۱۴۷	ارتقای آگاهی‌های سلامتی مردم
۲۱	چهارم	۱۴۸	توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی - درمانی به منظور ارتقای عدالت توزیعی
۲۲	چهارم	۱۴۹ (بند ج)	ارائه خدمات بیمه پایه درمانی به روستاییان
۲۳	چهارم	۱۵۰	درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی
۲۴	چهارم	۱۵۴ (بند الف)	ارتقای سطح بهداشت روان
۲۵	چهارم	۱۵۶	ارتقای سطح درمانی ایثارگران در قالب سند راهبردی خدمات‌رسانی به ایثارگران
۲۶	چهارم	۱۸۸	اصلاح ساختار تربیت بدنی و ترویج فرهنگ ورزش به منظور سلامت افراد
۲۷	چهارم	۲۲۰	پیشگیری از بیماری‌های واگیردار، مقابله و کاهش اثرات حوادث طبیعی و بحران‌های پیچیده

بررسی مواد لوایح برنامه‌های سوم و چهارم توسعه که در فضای غلبه گفتمان اصلاح‌طلبی بر کشور تصویب و اجرایی شد، ما را به سوی این یافته‌ها رهنمود می‌کند که دولت خاتمی اهتمام ویژه‌ای به امر سلامت در جامعه داشته و تلاش کرده است کمبودها و کاستی‌های دو برنامه پیشین در حوزه سلامت را جبران کند. بر این اساس، برنامه سوم توسعه با هدف افزایش کارآیی، جلب مشارکت بخش غیردولتی و ساماندهی نظام ارائه خدمات (در زمینه‌هایی از قبیل سطح‌بندی خدمات و اصلاح شبکه بهداشت و درمان کشور) تدوین شد. همچنین، در این

برنامه اهمیت خاصی به مقوله امنیت غذا و تغذیه داده شد. برنامه چهارم نیز با جهت‌گیری‌های اصلی کاهش مخاطرات سلامت و ارتقای امنیت غذایی، حضور فعال در بازارهای جهانی، عدالت در دسترسی و تأمین منابع مالی، توانمندسازی مردم در راستای ارتقای سلامت تدوین شد (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۹: ۴).

بر این اساس، می‌توان گفت در برنامه‌های سوم و چهارم توسعه، ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه برجسته‌سازی شده است. این نشانه برجسته با نشانه‌های فرعی ذیل خود یعنی «پیشگیری و کاهش اثرات بلایای طبیعی و مقابله با حوادث و سوانح طبیعی»، «پرداخت پارانه به شیرخشک مورد نیاز در کشور»، «کاهش عوامل آلوده‌کننده محیط زیست»، «کاهش میزان آلودگی هوای کلان‌شهرها»، «تأمین سبد مطلوب غذایی به منظور کاهش بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه»، «تأمین امکانات ورزشی برای آحاد جامعه به خصوص زنان» و «کاهش خطرات و زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد» مفصل‌بندی این گفتمان را سامان می‌دهد. از جمله دستاوردهای ارزشمند این دوره، پیشرفت قابل ملاحظه وضعیت بهداشت و سلامت در روستاها بود؛ چون در اکثر نقاط کشور پوشش واکسیناسیون به ۹۵ درصد رسید. از دیگر دستاوردهای آن، می‌توان به «تخصیص اعتبارات کلان به بخش بهداشت و درمان، افزایش تخت‌های بیمارستانی به نسبت جمعیت، توزیع آمبولانس‌های جدید و پیشرفته و افزایش خدمات اورژانس جاده‌ای و ۱۱۵ در کشور، پیشگیری از وقوع بیماری‌ها و کنترل آن‌ها به خصوص برخی از بیماری‌های نوظهور مانند ایدز، ارائه کلیه خدمات بهداشتی اعم از شهری و روستایی به صورت رایگان توسط دولت و...» اشاره کرد (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۴)

از دیگر نشانه‌های اصلی در حوزه سلامت در گفتمان اصلاحات «اصلاح نظام بیمارستانی و آموزش پزشکی در کشور» بود. دولت اصلاح طلب خاتمی بر این باور بود که در سیستم اداره آموزش پزشکی و بیمارستان‌ها بایستی بازنگری صورت گیرد؛ تا با ایجاد انگیزه بیشتر در اعضای هیأت علمی و پزشکان، میزان آگاهی، کیفیت ارائه خدمات درمانی - آموزشی و پژوهشی افزایش یابد. بر این اساس، نظام بیمارستانی از نقطه‌نظر تجدید ساختار مورد توجه قرار گرفت. تنظیم بازار دارو و اختصاص ارز دارو، دیگر نشانه اصلی در گفتمان اصلاح‌طلبی

به شمار می‌آید که در راستای اجرای آن، این اقدامات صورت گرفت: لیست‌برداری از داروهای مجاز در کشور، ممنوعیت ورود، تولید، عرضه و تجویز دارو خارج از فهرست، واردات مواد اولیه ساخت داروهای مورد نیاز به کشور، پرداخت یارانه دولتی به داروهای خاص، واردات داروها و تجهیزات پزشکی و... توان‌بخشی جانبازان با ارز رسمی هر یک از موارد مذکور. در راستای سیاست‌های اعمالی دولت اصلاحات، دسترسی افراد به اقلام دارویی و فرآورده‌های مورد نیاز رشد چشم‌گیری داشته است و دسترسی به داروهایی که کمتر در دسترس بود، در زمان دولت اصلاحات آسان‌تر از گذشته شد.

تحلیل گفتمان عدالت در حوزه سلامت در برنامه چهارم توسعه حاکی از این است که در آن، تدوین برنامه آموزشی ارتقاء سلامت و شیوه‌های زندگی سالم در دستور کار قرار گرفت. بر این اساس، در قالب برنامه چهارم، دولت خاتمی علاوه بر اهداف بهداشتی در تأمین سلامت جامعه، ارتقای امنیت غذایی را نیز به عنوان نشانه‌ای اصلی به منظور گسترش سلامت همگانی مورد تأکید خاص قرار داده است؛ که این نشانه اصلی با استفاده از نشانه‌های فرعی از قبیل «تهیه و تدوین برنامه‌های آموزشی» در این خصوص و نیز «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» با تخصیص منابع اعتباری و تسهیلات بانکی مفصل‌بندی شده است.

ه. رویکرد گفتمان عدالت‌محور به عدالت در حوزه «سلامت»

گفتمان اصلاح‌طلب در سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۲ آن‌گونه که در بین نخبگان نفوذ یافت، نتوانست دال‌های شناور و موثر بر افکار عمومی را -به‌ویژه در حوزه عدالت و خدمت‌رسانی- که در فضای گفتمان‌گونی قرار داشتند، جلب کند و گفتمان اصول‌گرا به راحتی توانست از این حوزه معنایی بر ضد اصلاح‌طلبان استفاده کند و با بهره‌گیری از این دال‌های شناور و سرگردان در حوزه گفتمان‌گونی و جذب و مفصل‌بندی آن‌ها، گفتمان رقیب خود را به حاشیه رانده و به تدریج تا سال ۱۳۸۲ از دال‌هایی مانند «فقرزدایی، رفع بیکاری، عمران و آبادانی» که جملگی ریشه در نگرش اقتصادگرایانه داشتند، نظام معنایی نسبتاً تازه‌ای را شکل دهد و هم‌زمان نظام معنایی مبتنی بر توسعه سیاسی اصلاح‌طلبان را ناکارآمد نشان دهد و تا حدودی افکار عمومی را به خود جلب کنند.

بر این اساس، با روی کار آمدن دولت احمدی‌نژاد و استقرار گفتمان عدالت‌محور در عرصه سیاسی و اجتماعی کشور، دال مرکزی «عدالت» به وسیله دال‌های چهارگانه «عدالت‌گستری، مهرورزی، خدمت‌رسانی و پیشرفت و تعالی مادی و معنوی» مفصل‌بندی شد (اخوان کاظمی، ۱۳۸۸: ۱۵۱) و تمامی سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان دولت را تحت الشعاع قرار داد؛ چون دولت و گفتمان عدالت‌محور با تأکید و تلاش در راستای تخصیص عادلانه امکانات، منابع و خدمات در سطح اجتماع و میان آحاد جامعه، در اصل به دنبال تحقق عدالت اجتماعی بود و در راستای چنین باور عدالت‌محوری بوده است که در حوزه سلامت، طرح‌ها و اهدافی را تعقیب می‌کرد که رنگ و بوی عدالت، برابری و یکسان‌سازی در آن به چشم می‌خورد؛ از جمله آن‌ها می‌توان به «تشکیل سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت» و یا «طرح پزشک خانواده» اشاره نمود.

در مجموع، از واژگان ایجابی و سلبی و قطب‌بندی‌های موجود در متون این دوره (سخنرانی‌های مقامات ارشد دولت و متن برنامه پنجم توسعه) برداشت می‌شود که دولت سعی داشت خود را خدمت‌گذار مردم و مهمترین دغدغه خود را برقراری، عدالت، صلح و آرامش جلوه دهد. پیش‌فرض‌ها موجود در تحلیل گفتمان این دولت گویای آن است که تلاش داشته مهمترین دغدغه خود را عدالت عنوان کند؛ که استقرار عدالت و برپایی عدالت نیز نیازمند حضور عمومی و همگانی مردم است و در این راه مردم باید دولت را حمایت و همراهی کنند. در تبیین متون می‌توان گفت که مهم‌ترین شعارها و تبلیغات دولت در این دوره، عدالت اجتماعی است که البته هم از جنبه نظری و هم عملکردی، عدالت مطرح‌شده از سوی ایشان تا حدودی جنبه غیرشفاف داشته است و شاید به راحتی نتوان مصداق‌های عینی آن‌ها را در جامعه پیاده نمود.

در مطالعه و بررسی متن لایحه برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، که تنها برنامه تدوین‌شده توسط دولت محمود احمدی‌نژاد و تحت تأثیر شرایط گفتمانی این دوران است، می‌توان به موارد زیر در حوزه سلامت اشاره کرد.

جدول شماره ۳: مقوله سلامت در لایحه برنامه پنجم توسعه

ردیف	ماده	موضوعات مورد توجه برنامه
۱	۱۶	توسعه ورزش همگانی
۲	۱۷	احداث و توسعه اماکن و فضاهای ورزشی
۳	۲۳	افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان و دانشجویان
۴	۳۶	حفظ یکپارچگی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بخش سلامت
۵	بند ب ماده ۳۶	اجرای سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت
۶	۳۸	اقدام در جهت ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت
۷	بند الف ماده ۳۸	حمایت مالی از بخش غیردولتی برای ایجاد شهرک‌های دانش و سلامت
۸	بند ب ماده ۳۸	اعلام فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف
۹	ماده ۳۹	حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت
۱۰	بند الف ماده ۳۹	استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان
۱۲	بند ب ماده ۳۹	ساماندهی خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات و در تعامل با سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان
۱۳	۴۰	پرداخت فوق‌العاده خاص به پزشکان فعال که در مناطق کمتر توسعه‌یافته
۱۴	۴۱	مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطرناک سلامتی
۱۵	بند الف ماده ۴۱	ارائه فهرستی از کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۶	بند ب ماده ۴۱	درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی
۱۷	بند ج ماده ۴۱	ممنوعیت تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت
۱۸	۴۲	پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت
۱۹	بند ب ماده ۴۲	تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی-درمانی
۲۰	۱۸۵	تهیه و اجرای سند جامع مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان

تحلیل گفتمان برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت گویای این است که در آن، توسعه «گسترش سلامت» برجسته‌سازی شده است؛ به طوری که می‌توان از آن به عنوان یکی از

برجسته‌ترین نشانه‌ها در برنامه پنجم توسعه یاد کرد، که با نشانه‌های فرعی خود یعنی «تدوین برنامه‌های آموزشی ارتقاء سلامت»، «فعالیت شورای عالی سلامت»، «تشکیل سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت»، «پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی»، «تهیه برنامه تأمین سلامت غذا»، «پیش‌بینی مکان‌های ورزشی برای جامعه روستایی» و «حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت» مفصل‌بندی این گفتمان را سامان می‌دهد. نظام خدمات جامع و همگانی سلامت یکی از نشانه‌های اصلی گفتمان عدالت‌محور است که با نشانه‌های فرعی مانند «طرح پزشک خانواده»، «یکپارچگی بیمه پایه درمان»، «نظام ارجاع»، «راهنماهای درمانی»، «اورژانس‌های پزشکی»، «تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی» و «کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی» در قالب گفتمان مذکور مفصل‌بندی گردید.

بیمه پایه درمان (بیمه سلامت)، از دیگر برنامه‌هایی است که در قالب نظام خدمات جامع و همگانی سلامت طرح‌ریزی شده است. اهتمام دولت احمدی‌نژاد در برنامه پنجم توسعه به توسعه و تعمیق نظام بیمه سلامت به عنوان یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم در ارتقای شاخص‌های رفاه اجتماعی و بهبود امنیت اجتماعی قلمداد می‌شود (عمادی، ۱۳۹۱: ۵۹). سطح‌بندی خدمات سلامت، دیگر نشانه اصلی این گفتمان است که در قالب آن، دولت درصدد ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی-درمانی، تأمین، تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندان‌پزشکی و آزمایشگاهی بر مبنای نیاز کشور بود. پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامت، به عنوان دیگر نشانه اصلی گفتمان عدالت‌محور مطرح است، که با نشانه‌های فرعی خود یعنی «تهیه فهرستی از اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت»، «شناسایی داروهای با احتمال سوء‌مصرف»، «درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی» و «ممنوعیت تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت» مفصل‌بندی شده است.

در مجموع، تحلیل گفتمان عدالت در حوزه سلامت در لایحه برنامه پنجم توسعه حاکی از آن است که در دولت احمدی‌نژاد دال شناور «عدالت اجتماعی» ذیل گفتمان عدالت‌محور، در قالب نشانه‌های مرکزی «سلامت» مسدود و در مفصل‌بندی این گفتمان حول نشانه مرکزی

مذکور، نظام معنایی‌ای متشکل از دال‌های اصلی «گسترش سلامت در جامعه»، «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت»، «طرح پزشکی خانواده»، «بیمه پایه درمان (بیمه سلامت)»، «سطح‌بندی خدمات سلامت» و «پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامت در جامعه» شکل گرفته است؛ به طوری که هر یک از این نشانه‌ها با توجه به ساختار معنایی حاکم بر گفتمان، مدلول سازگار و معنای مناسب با آن را انتخاب و بقیه را طرد کرده، تا هر چند به صورت نسبی، تثبیت یابد.

نتیجه‌گیری

تحلیل گفتمان عدالت در حوزه سلامت در چهار دولت پس از انقلاب اسلامی در بطن گفتمان جامع انقلاب اسلامی، نشان می‌دهد به رغم آن‌که دال شناور عدالت اجتماعی و اجرای آن از سیاست‌های اصلی و محوری تمامی گفتمان‌ها و به تبع آن، چهار دولت مورد مطالعه بعد از انقلاب بوده است، اما مسأله عدالت اجتماعی همچنان با مشکلات نظری و عملی زیادی در این حوزه روبه‌روست؛ چون دیدگاه سیستمی و ترکیبی به معنای جامع خود، یعنی توجه به «برابری فرصت‌ها و منابع» و «در نظر گرفتن شایستگی و استحقاق‌ها» و در عین حال «پرداختن به اصل جبرانی و مکانیزم حمایتی از آسیب‌دیدگان» به صورت توأمان در هیچ یک از دولت‌ها تحقق نیافته است. این امر ناشی از عوامل مختلفی از جمله «نگرش سطحی و نه چندان دقیق نسبت به مفهوم عدالت اجتماعی، نگرش تک‌بعدی و تک‌سویه از عدالت اجتماعی در گفتمان‌های دولتهای پس از انقلاب، گسست بین دال مرکزی گفتمان‌ها و عدم تداوم گفتمان‌های پیشین» است. گفتمان دفاع مقدس با لحاظ این نکته که مقوله سلامت امری چندبخشی است، علاوه بر تلاش برای بهبود وضعیت اشتغال و رفع فقر و محرومیت، سیاست‌های خود در راستای سلامت آحاد جامعه را نیز دنبال نموده و بهبود سلامتی افراد به‌ویژه فقرا و کاهش نابرابری‌های سلامتی بین افراد فقیر و غنی را به عنوان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های خود در زمینه سیاست‌های داخلی قلمداد می‌کرد.

در گفتمان سازندگی از دو مقوله بهداشت و درمان، حوزه درمان با بیشترین میزان اقبال مواجه بوده و بیش از بهداشت مورد توجه و سیاست‌گذاری قرار گرفته است. بر این اساس،

بخش درمان در دوره تسلط گفتمان سازندگی بر کشور، رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. اما با توجه به قرابت زمانی حاکمیت گفتمان سازندگی بر کشور با اعلام برنامه «بهداشت برای همگان تا سال ۲۰۰۰» از سوی سازمان بهداشت جهانی که بر مبنای آن، خدمات بهداشتی اولیه بیشتر بر پیشگیری تأکید داشت تا درمان و در ضمن بیشتر بر درمانگاه‌های روستایی کوچک و سیار تکیه می‌کرد تا بر مراکز بیمارستانی در مراکز شهری بزرگ و نیز هدف خدمات بهداشتی اولیه، توجه بیشتر به کودکان و زنان بود که در مقابل بیماری‌های مسری قابل پیشگیری بیشترین آسیب‌پذیری را دارند، دولت سازندگی نیز از این طرح پشتیبانی و در راستای همگامی بیشتر با این برنامه بین‌المللی، اقدام به سیاست‌گذاری در حوزه بهداشت نمود و با اولویت‌دادن به گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به سایر اقشار جامعه، «تأمین بهداشت برای همه تا سال ۱۳۷۹» را مهم‌ترین هدف خود در بخش بهداشت و درمان قلمداد کرده و اولین راهبرد برای رسیدن به این هدف را «اولویت بهداشت بر درمان» در نظر گرفت. در گفتمان اصلاحات، سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین محورهای توسعه مورد توجه ویژه قرار داشت و دولت اصلاحات درصدد تضمین سلامت افراد جامعه بوده است.

در راستای چنین رویکردی، در دولت خاتمی شاهد تدوین برنامه آموزشی، تدوین «نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» و «ارتقای سلامت در کشور به منظور گسترش سلامت همگانی» بوده‌ایم. در گفتمان عدالت‌محور، با رویکردی مبتنی بر عدالت، تخصیص عادلانه منابع عمومی بهداشت، درمان و در مجموع «سلامت» در کشور مورد توجه قرار گرفت. در این راستا، در حوزه بهداشت و درمان، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی-درمانی، طرح پزشک خانواده، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ایجاد توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی-درمانی، تأمین و تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی بر مبنای نیاز کشور در دستور کار قرار گرفت. بنابراین، در حوزه سلامت، دولت درصدد تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از طریق ادغام شورای غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت برآمد. سامانه «خدمات جامع و همگانی

سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشکی خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بازطراحی شد و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب رسید.

در مجموع، تحلیل گفتمان مقوله سلامت در دولتهای پس از انقلاب نشان می‌دهد که دال شناور «عدالت اجتماعی» ذیل گفتمان کلان انقلاب اسلامی در قالب نشانه مرکزی تحت عنوان «سلامت» مسدود و مفصل‌بندی آن در قالب نشانه‌هایی اصلی مانند «اولویت بر مقوله سلامت به عنوان امری چندبخشی در گفتمان دفاع مقدس»، «تأکید بر درمان در گفتمان سازندگی»، «تأکید بر سلامت در گفتمان اصلاح‌طلبی» و «تخصیص عادلانه منابع بهداشت، درمان و سلامت در قالب گفتمان عدالت‌محور» شکل گرفته است. این خط سیر، جهت‌گیری‌ها و رویکردهای متفاوتی را برای چهار دولت پس از انقلاب به تصویر می‌کشد که به‌رغم تأسی از گفتمان جامع انقلاب اسلامی، از ابزارها و سازوکارهای متفاوتی در راستای دستیابی به اهداف اصولی نظام بهره گرفته و هر ابزار و سازوکاری برآیند خاص خود را در این حوزه به دنبال داشته است؛ به‌طوری که ابزار اقتصادی برآیندهای اقتصادی، ابزار سیاسی برآیندهای سیاسی و ابزار اجتماعی برآیندهای اجتماعی را رقم زده است. هرچند هر یک از این دستاوردها در جای خود شایان اهمیت و اثرگذاری بوده، اما هیچ‌کدام هرچند به‌صورت نسبی تداوم‌بخش و مکمل یکدیگر در مسیر دستیابی به دستاوردی کلان به منظور تحقق عدالت اجتماعی نبوده‌اند. بر این اساس، در طول بیش از سه دهه‌ای که از پیروزی انقلاب می‌گذرد، دولت‌مردان در تحقق عدالت اجتماعی با توجه به ایدئولوژی و آرمان‌های انقلاب اسلامی همچنان به نگرشی سیستمی و جامع نرسیده‌اند.

اگر مطالعات نظری و عملی پیوسته و دقیق‌تری صورت می‌گرفت و تداوم گفتمانی در حوزه عدالت در طول این سال‌ها رخ می‌داد، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های منسجمی را سبب می‌گردید و مطمئناً این می‌توانست دستیابی بیشتر و جامع‌تری به عدالت اجتماعی را در

پی داشته باشد؛ که در قالب آن، سهم دولت و آحاد جامعه از هزینه‌های مربوط به بخش سلامت به صورتی عادلانه تقسیم شود. در طول سه دهه گذشته، با وجود تجربه گفتمان‌های سازندگی، اصلاحات و عدالت‌محور، شاهد آن هستیم که اکثر هزینه‌های حوزه سلامت بر شانه‌های خانوارهای ایرانی سنگینی کرده و در مقابل، دولت‌ها سهم ناچیزی از چنین بار سنگینی را متقبل می‌شوند؛ تسهیمی که ماحصلی جز بی‌عدالتی گفتمان عدالت در حوزه سلامت در جمهوری اسلامی ایران به دنبال نداشته است.

منابع

- اخوان کاظمی، بهرام (۱۳۸۸)، گفتمان عدالت در دولت نهم، معرفت سیاسی، سال اول، شماره دوم. پاییز و زمستان اداره کل فرهنگی و روابط عمومی مجلس شورای اسلامی (۱۳۷۷)، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تهران، چاپخانه مجلس شورای اسلامی.
- امام خمینی، سید روح الله (۱۳۸۵)، صحیفه امام: مجموعه آثار امام خمینی (س) (بیانات، پیام ها، مصاحبه ها، احکام، اجازات شرعی و نامه ها)، تهران: موسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.
- امجد، محمد (۱۳۷۸). ایران از دیکتاتوری سلطنتی تا دین سالاری، نشر مرکز بازشناسی اسلام و ایران، مؤسسه فرهنگ و ارتباطات، چاپ اول.
- بابایی، نعمت اله (۱۳۸۲)، سیاست اجتماعی و سلامت، فصلنامه رفاه اجتماعی، ویژه نامه سیاست اجتماعی، شماره ۱۰. 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 ۱۹ و ۲۰.
- خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، (۹ مرداد ۱۳۸۴)، هشت سال دولت خاتمی از نگاه صاحب نظران، به نشانی: ۳۵۳۳-
<http://www.isna.ir/news/۸۴۰۵>
- خبرگزاری مهر، اسفند ۹۴، به نشانی: <http://www.mehrnews.com>
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی (۱۳۸۴)، قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، تهران.
- سلطانی، سیدعلی اصغر (۱۳۸۳). تحلیل گفتمان به مثابه نظریه و روش، فصلنامه علوم سیاسی، سال هفتم، شماره ۲۸. عمادی، سید عبدالله (۱۳۹۱). نظام بیمه سلامت و امنیت اجتماعی، تهران، روزنامه همشهری.
- فرکلاف، نورمن (۱۳۷۹). تحلیل گفتمان انتقادی، ترجمه گروه مترجمان، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه ای.
- فوزی، یحیی (۱۳۸۴). تحولات سیاسی اجتماعی بعد از انقلاب اسلامی در ایران، جلد دوم، تهران، موسسه چاپ و نشر عروج.
- مرتجی، حجت (۱۳۷۸). جناح های سیاسی در ایران امروز، تهران، انتشارات نقش و نگار، چاپ چهارم.
- مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۹). تهران، دفتر مطالعات اجتماعی _ مطالعات فرهنگی، شماره مسلسل ۱۰۲۵۰. خرداد ۱۳۸۹
- مصباحی، غلامرضا (۱۳۷۰). بررسی اختلافات موجود در اقتصاد جمهوری اسلامی ایران، نور علم، دوره چهارم، ش ۶ (آذر و دی).

نیلی، مسعود (۱۳۸۷). دولت و رشد اقتصادی در ایران، تهران، نشر نی.

هیوود، اندرو (۱۳۸۲). مقدمه نظریه سیاسی، ترجمه عبدالرحمان عالم، تهران، نشر قومس.

Rawls, J. (1999). **The Law of Peoples. Mass:** Harvard University Press.

World health organization (2000). **World Health Report: Health System Improving Performance**