Journal of Environmental and Natural Resource Economics
Vol. 6, No.15, Spring 2026; PP 175-220
eenr.atu.ac.ir
DOI: 10.22054/eenr.2026.93682.237

ATU PRESS

# A Historical Analysis of the Relationship Between Fossil Economy, Health Erosion, and the Commodification of Healthcare (1989–2021)

**Fatemeh Homayouni** *

Department of Sociology, Faculty of Humanities and Social sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Original Research
Accept: 01 August 2026
Revise: 28 July 2026
Receive: 20 June 2026
ISSN: 2538-4791
eISSN: 2538-483X

## Extended Abstract

In recent decades, public health, environmental governance, and economic development have become critically intertwined arenas in public policymaking and political economy. In Iran, the post-1989 era has been marked by rapid urbanization, national development plans prioritizing energy-intensive heavy industries (such as petrochemicals, steel, and cement), expanding fossil-fuel-based transportation, and a persistent structural reliance on oil and gas revenues. Consequently, chronic environmental hazards most notably severe air pollution, ecosystem degradation, and continuous industrial emissions have eroded public health, triggering a sharp surge in non-communicable diseases (NCDs) such as cardiovascular disorders, respiratory conditions, and cancers. Despite the severity of these crises, existing scholarly literature and public policies predominantly analyze environmental issues and healthcare challenges as isolated, independent domains. This sectoral fragmentation leaves a major analytical gap regarding how a fossil-fuel-driven development model structurally produces environmental health hazards, and how the healthcare system, through market-oriented reforms and treatment-centered policies, shifts the resulting financial and biological burdens onto households.

* Corresponding Author: fatemeh.homayouni@srbiau.ac.ir
How to Cite: Homayouni, F. (2026). A Historical Analysis of the Relationship Between Fossil Economy, Health Erosion, and the Commodification of Healthcare (1989–2021). *Journal of Environmental and Natural Resource Economics*, 6(15), pp. 175-220. DOI: 10.22054/eenr.2026.93682.237

## Objective

The primary objective of this study is to explain the structural nexus between the fossil-fuel-based development model, public health erosion, and the commodification of healthcare in Iran from 1989 to 2021. By introducing the concept of Carbon-Based Biopolitics as an analytical framework, this research aims to demonstrate how the continuation of fossil economy reliance has systematically driven environmental health risks while triggering institutional transformations within the healthcare system that commodify medical services and transfer financial risks to citizens.

## Research Method

This study adopts a qualitative-historical approach with a sequential-triangulated mixed-methods design executed across three distinct operational phases:

**I.** Documentary Analysis and Process Tracing: A comprehensive review of 659 cabinet resolutions, five-year national development plans (First through Sixth), annual budget laws, high-level documents (such as the Constitution and National Health Policies), and official supervisory reports (e.g., the Parliament Research Center's evaluation of the Clean Air Law) was conducted to trace causal mechanisms and policy trajectories. Selection bias was minimized by establishing strict criteria regarding national legal standing, direct budgetary and structural relevance, and complete temporal coverage (1989–2021).

**II.** Thematic Analysis: Data from policy documents and 11 in-depth, semi-structured interviews with senior health policymakers, welfare experts, and political economists selected via purposive sampling until theoretical saturation were analyzed using Braun and Clarke's six-phase framework.

**III.** Quantitative Econometric Modeling (GMM): To empirically test the institutional persistence of out-of-pocket (OOP) health expenditures and evaluate administration-specific effects, a dynamic Generalized Method of Moments (GMM) model was estimated using annual time-series data (1989-2021) collected from the Central Bank of Iran, the Statistical Center of Iran, National Health Accounts, and the Ministry of Health. Data validity and

rigor were ensured through data triangulation, peer debriefing, member checking, and diagnostic tests (ADF, Sargan, and Arellano-Bond tests).

## Results and Discussion

The findings reveal an underlying institutional continuity and structural identity across political administrations from 1989 to 2021, transcending their ideological and discursive differences.

I. **Econometric Findings (GMM):** Econometric Findings (GMM): The estimated GMM model demonstrated a statistically significant and positive coefficient for the lagged out-of-pocket variable (β=0.62, p = 0.001$) , confirming strong path dependency and institutional sclerosis in healthcare financing. Dummy variables for different political administrations were statistically insignificant (with a brief, fragile reduction observed during the Health Transformation Plan in 2014–2016), demonstrating that executive political transitions did not alter the structural reliance on household OOP payments. Furthermore, private sector expansion (β = 0.38, p = 0.002$) and environmental pollution indicators (β = 0.24, p = 0.008$) exhibited significant positive impacts on household financial burdens

II. **Documentary and Statistical Evidence:** Despite continuous discursive emphasis on health equity in high-level documents, a persistent gap between discursive justice and institutionalized justice was identified. While national plans mandated reducing OOP health expenses below 30%, official data show household OOP payments consistently fluctuated between 35% and 50%. Official poverty monitoring reports confirm that OOP payments drive approximately 2.8% of the population (2.4 million individuals) below the poverty line annually, with 2.88% of households facing catastrophic health expenditures. Policies such as hospital self-financing (1993), outsourcing under Article 192 of the Third Plan, and deregulation under Article 88 led to incomplete privatization transferring financial responsibilities to households without

establishing independent regulatory bodies to control tariffs, induced demand, or conflicts of interest.

III. **Qualitative Themes and Causal Chain:** Thematic analysis yielded six core themes: Ineffective Justice, Incomplete Privatization, Treatment-Centered Dominance, Healthcare Marketization, Medicalization, and Financialization of Health. Process tracing established the complete causal chain of Carbon-Based Biopolitics**:**

Fossil Economy Dependence → Ecosystem Degradation & Pollution → Structural Production of Illness → Treatment-Centered Policy Response→Incomplete Privatization→Shifting Burden to Households (OOP)

## Conclusion

This study concludes that public health in Iran cannot be analyzed in isolation from the political economy of the environment and the fossil-based development model. The concept of Carbon-Based Biopolitics demonstrates that environmental degradation, the structural production of illness, and the commodification of healthcare constitute an interconnected, self-reproducing cycle. Rather than mitigating disease at its structural roots (controlling industrial pollution), the governance framework treats illness as a market opportunity for the medical sector, shifting the financial costs of biological erosion onto households.

Breaking this path-dependent trap requires moving beyond sectoral, within-system healthcare reforms. Policy imperatives must operate across three levels:

**I.** Macro/Cross-Sectoral Level: Accelerating a transition toward a low-carbon economy, enforcing the polluter-pays principle by levying environmental taxes on polluting heavy industries, and funneling these revenues directly into a national public health and prevention fund.

**II.** Institutional Level: Establishing a Supreme Council for Environmental Health Governance to mandate health impact assessments for industrial projects, separating policymaking from service provision, and building independent state regulatory capacity to eliminate conflicts of interest.

**III.** Operational Level: Reallocating budget priorities from hospital construction toward Primary Health Care (PHC), and guaranteeing 100% health insurance coverage for chronic disease medications and essential care for low-income households (deciles 1 to 4) to establish sustainable financial protection

**Keywords:** Carbon-Based Biopolitics, Fossil Economy, Public Health, Health Equity, Commodification of Healthcare.

**JEL Classification:** I11, I14, I18, Q53, P16.

فصلنامه اقتصاد محیط زیست و منابع طبیعی
سال ششم، شماره ۱۵، بهار ۱٤۰۵، صفحات ۱۷۵-۲۲۰
eenr.atu.ac.ir
DOI: 10.22054/eenr.2026.93682.237

مقاله پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۳۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۰ ISSN:۴۷۹۱-۲۵۳۸ eISSN: ۴۸۳-۲۵۳۸X

# زیست سیاست کربن بنیان در ایران: تحلیلی تاریخی از رابطهٔ اقتصاد فسیلی، فرسایش سلامت و کالایی‌شدن درمان (۱۳٦۸ -۱٤۰۰)

**فاطمه السادات همایونی** * دکتری جامعه‌شناسی سیاسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## چکیده

پژوهش حاضر باهدف تبیین رابطه پیوسته میان الگوی توسعه متکی بر سوخت‌های فسیلی، فرسایش سلامت عمومی و کالایی‌شدن خدمات درمانی در ایران طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰، مفهوم زیست سیاست کربن بنیان را به‌عنوان یک چارچوب تحلیلی نوآورانه ارائه می‌کند. این مطالعه با رویکرد کیفی - تاریخی و به روش ترکیبی، شامل تحلیل اسنادی ۶۵۹ مصوبه هیئت دولت و اسناد بالادستی، تحلیل مضمون ۱۱ مصاحبه عمیق با خبرگان بر اساس مدل ۶ مرحله‌ای براون و کلارک و الگوسازی کمی گشتاورهای تعمیم‌یافته با داده‌های سری زمانی استخراج‌شده از بانک مرکزی، مرکز آمار و وزارت بهداشت انجام شد. یافته‌های پژوهش و نتایج نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های گفتمانی دولت‌های مختلف، نوعی تداوم نهادی و این‌همانی ساختاری بر سیاست‌گذاری حاکم بوده و تغییر دولت‌ها تأثیر معناداری بر کاهش سهم پرداخت از جیب نداشته است. ردیابی فرایند علّی اثبات می‌کند که استمرار الگوی توسعه فسیلی با تشدید آلودگی‌های محیط‌زیستی به تولید ساختاری بیماری انجامیده و نظام سلامت به‌جای پیشگیری از مبدأ، با اتخاذ رویکرد خصوصی‌سازی ناقص و درمان‌محوری، بار مالی فرسایش زیستی را به خانوارها منتقل کرده است؛ روندی که نشان‌دهنده یک شکاف پایدار میان عدالت گفتمانی اسناد بالادستی و عدالت نهادمند در سطح اجراست. درنهایت، مفهوم زیست سیاست کربن بنیان آشکار می‌سازد که آلودگی، تولید بیماری و بازار درمان اجزای یک‌چرخه خودبازتولیدکننده‌اند و تحقق عدالت سلامت مستلزم عبور از اصلاحات درون‌بخشی، گذار به الگوی توسعه کم‌کربن، اجرای اصل آلاینده می‌پردازد، تقویت تنظیم‌گری مستقل دولت و ایجاد حفاظت مالی پایدار و نهادمند است.

**کلیدواژه‌ها:** زیست سیاست کربن بنیان، اقتصاد فسیلی، سلامت عمومی، عدالت سلامت، کالایی‌شدن درمان.

**طبقه‌بندی JEL:** I11, I14, I18, Q53, P16

* نویسنده مسئول: fatemeh.homayouni@srbiau.ac.ir

## ۱. مقدمه

سلامت و محیط‌زیست در دهه‌های اخیر به دو حوزه راهبردی حکمرانی عمومی و از محوری‌ترین عرصه‌های تحلیل در جامعه‌شناسی سیاسی و سیاست اجتماعی تبدیل شده‌اند (داودی، ۱۴۰۳؛ هال و میدگلی[1] ۲۰۰۴). افزایش چشمگیر بار بیماری‌های غیرواگیر، گسترش آلودگی‌های زیست‌محیطی ناشی از رشد صنایع آلاینده، تشدید تغییرات اقلیمی و رشد فزاینده هزینه‌های درمانی موجب شده است که رابطه میان الگوی توسعه اقتصادی، تخریب محیط‌زیست و سلامت عمومی به یکی از مهم‌ترین محورهای پژوهش‌های بین‌رشته‌ای در علوم اجتماعی و سیاست‌گذاری عمومی تبدیل شود (رومانلو و همکاران[2]، ۲۰۲۳؛ سازمان بهداشت جهانی ۲۰۲۱). گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که آلودگی هوا ناشی از احتراق سوخت‌های فسیلی همچنان یکی از اصلی‌ترین عوامل خطرساز محیط‌زیستی برای مرگ‌ومیر زودرس و ابتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، تنفسی و انواع سرطان‌ها در جهان است (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۲۱[3]). همچنین گزارش‌های بین‌المللی لنست کانت‌داون گواهی می‌دهند که پیامدهای سلامت‌محور تغییرات اقلیمی و مصرف سوخت‌های فسیلی به یکی از گره‌گاه‌ها و چالش‌های حاد نظام‌های سلامت در قرن بیست ویکم تبدیل گردیده است (رومانلو و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران نیز طی سه دهه گذشته (۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰)، هم‌زمان با رشد شهرنشینی، اجرای برنامه‌های پنج‌ساله توسعه پس از جنگ تحمیلی، توسعه صنایع سنگین و انرژی‌بر (مانند فولاد، پتروشیمی و سیمان)، گسترش حمل‌ونقل شهری متکی بر سوخت‌های فسیلی و افزایش شتابان مصرف انرژی، بحران‌های زیست‌محیطی ابعاد گسترده‌تر و پیچیده‌تری یافته‌اند (رفیعی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۴۰۱). آلودگی مزمن هوا در کلان‌شهرها، افت کیفی و کمی منابع آب، استمرار مازوت‌سوزی در نیروگاه‌ها و صنایع، تخریب زیست‌بوم‌ها و تشدید مخاطرات زیست‌محیطی، به‌تدریج به

1 Hall and Midgley
2 Romanello
3 WHO

بخشی از تجربه زیسته و روزمره زندگی شهروندان ایرانی تبدیل شده است. در کنار این تحولات، بار بیماری‌های غیرواگیر و مزمن نیز رشد فزاینده‌ای داشته و نظام سلامت با چالش‌هایی همچون رشد سرسام‌آور هزینه‌های درمان، محدودیت شدید منابع مالی افزایش تقاضا برای خدمات پزشکی مواجه شده است (مرندی و همکاران، ۱۴۰۰؛ ملکی و همکاران، ۱۳۹۹). بااین‌حال، سیاست‌گذاری عمومی در ایران غالباً این مسائل را در قالب حوزه‌هایی مجزا و با رویکردی جزیره‌ای بررسی کرده است. مسائل زیست‌محیطی عمدتاً در چارچوب سیاست‌های سازمان حفاظت محیط‌زیست و مسائل سلامت عمدتاً در قالب سیاست‌های بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موردمطالعه و مداخله قرار گرفته‌اند (جواهری و همکاران، ۱۳۹۹؛ سازمان حفاظت محیط‌زیست، ۱۴۰۲).

نتیجه ناگزیر این تفکیک بخشی و خردنگاری آن بوده است که پیوندهای ساختاری میان الگوی توسعه اقتصادی، تخریب محیط‌زیست و تحولات نظام سلامت مغفول بماند. به بیان دیگر، هنوز پرسش از این‌که چگونه الگوی توسعه مبتنی بر سوخت‌های فسیلی می‌تواند هم‌زمان تولیدکننده مخاطرات زیست‌محیطی و بار بیماری‌ها باشد و نظام سلامت چگونه در مواجهه با این فرسایش زیستی به سمت الگوی درمانی و بازاری حرکت می‌کند، جایگاه پررنگی در ادبیات سیاست اجتماعی و جامعه‌شناسی سلامت ایران نیافته است (امیدی و کاشی، ۱۳۹۹؛ داودی، ۱۴۰۳). این خلأ تحلیلی زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که اقتصاد ایران را در چارچوب ساختاری اقتصادهای متکی بر منابع فسیلی کالبدشکافی کنیم. اقتصاد سیاسی ایران طی دهه‌های اخیر به طور گسترده تحت‌تأثیر درآمدهای نفتی، صنایع وابسته به انرژی و الگوی توسعه‌ای قرار داشته که مصرف سوخت‌های فسیلی در آن نقشی محوری ایفا کرده است. پژوهشگران اقتصاد سیاسی نفت نشان داده‌اند که سوخت‌های فسیلی صرفاً منابع انرژی یا منبع کسب درآمد ارزی نیستند، بلکه بنیان شکل خاصی از سازمان اجتماعی، الگوهای توسعه، آرایش طبقاتی و روابط قدرت را شکل می‌دهند (مالم[1]، ۲۰۱۶؛ میچل[2]، ۲۰۱۱). از این منظر، پیامدهای

1 Malm
2 Mitchell

زیست‌محیطی و سلامت‌محور توسعه فسیلی را نمی‌توان صرفاً پیامدهای جانبی یا انحرافات مقطعی توسعه اقتصادی تلقی کرد، بلکه باید آن‌ها را بخشی از منطق ساختاری و بازتولید این الگوی انباشت دانست. ازسوی‌دیگر، تحولات درونی نظام سلامت ایران نیز طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ واجد اهمیت عمیق جامعه‌شناختی است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که از دهه ۱۳۷۰ به بعد و هم‌زمان با اجرای سیاست‌های تعدیل ساختاری، روندهایی همچون گسترش مشارکت‌بخش خصوصی، اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، رشد بازار خدمات درمانی، توسعه بیمه‌های تکمیلی و افزایش سهم پرداخت از جیب خانوارها (پرداخت‌های از جیب[1]) در نظام سلامت به‌شدت تقویت شده است (امیدی و کاشی، ۱۳۹۹؛ حیدریان دولت‌آبادی و مظاهری کوهانستانی، ۱۴۰۰؛ داودی، ۱۴۰۳). بر اساس گزارش‌های رسمی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۱۴۰۰ الف)، علی‌رغم تأکید اسناد بالادستی (برنامه‌های چهارم تا ششم توسعه) بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان به زیر ۳۰ درصد، سهم پرداخت از جیب خانوارها همواره در سطوح بالای ۳۵ تا ۵۰ درصد باقی‌مانده که به‌مراتب بالاتر از میانگین جهانی (۱۸ درصد) است. این فشار مالی باعث شده که سالانه حدود ۲.۸ درصد از جمعیت کشور (بالغبر ۲.۴ میلیون نفر) به دلیل هزینه‌های درمان به زیر خط‌فقر سقوط کرده و ۲.۸۸ درصد از خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شوند (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۴۰۰ ب). در ادبیات سیاست اجتماعی، این روندها غالباً در قالب مفهوم کالایی‌شدن سلامت [2] تحلیل می‌شوند؛ مفهومی که به افزایش نقش سازوکارهای بازار در تأمین، توزیع و مصرف خدمات سلامت اشاره دارد (بامبرا[3]، ۲۰۰۵; گودر و ریوز[4]، ۲۰۲۴؛ مکینتاش و کویوسالو[5]، ۲۰۰۵). در چنین شرایطی، سلامت نه صرفاً یک حق جامع اجتماعی، بلکه به‌تدریج به حوزه‌ای تبدیل می‌شود که دسترسی به آن بیش‌ازپیش تحت‌تأثیر توان اقتصادی و پایگاه

1 Out-of-Pocket Payments
2 Commodification of Healthcare
3 Bambra
4 Goodair & Reeves
5 Mackintosh & Koivusalo

طبقاتی افراد قرار می‌گیرد. اگرچه پژوهش‌های داخلی به بررسی خصوصی‌سازی سلامت، نابرابری‌های سلامت و سیاست‌گذاری سلامت پرداخته‌اند (آزاد ارمکی و همکاران، ۱۴۰۰؛ جواهری و همکاران، ۱۳۹۹؛ قاراخانی، ۱۳۹۲؛ عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۴۰۰)، اما کمتر پژوهشی تلاش کرده است رابطه میان اقتصاد فسیلی، فرسایش سلامت و کالایی‌شدن درمان را در قالب یک چارچوب تحلیلی واحد و منسجم توضیح دهد. به همین ترتیب، در ادبیات بین‌المللی نیز اگرچه مطالعاتی درباره اقتصاد سیاسی سوخت‌های فسیلی (مالم، ۲۰۱۶؛ میچل، ۲۰۱۱)، نابرابری‌های ساختاری سلامت (ناوارو و شی، ۲۰۰۱[6]) و خصوصی‌سازی و ارزیابی کیفیت خدمات درمانی (بکتی و سولفرینو[2]، ۲۰۲۵؛ گودر و ریوز[3]، ۲۰۲۴) وجود دارد، اما پیوند زنجیره‌ای و دیالکتیکی میان این سه حوزه کمتر به‌صورت هم‌زمان و داده‌محور مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش حاضر برای پرکردن این خلأ نظری و تجربی، مفهوم زیست سیاست کربن بنیان (زیست سیاست مبتنی بر کربن[4]) را به‌عنوان چارچوب تحلیلی و نوآوری اصلی خود پیشنهاد و صورت‌بندی می‌کند. این مفهوم با الهام از نظریه زیست سیاست (فوکو[5]، ۱۹۷۸، ۲۰۰۸)، اقتصاد سیاسی سوخت‌های فسیلی و مطالعات انتقادی سلامت تدوین شده است. زیست سیاست کربن بنیان به الگویی از حکمرانی رفاهی - محیط‌زیستی اشاره دارد که در آن توسعه مبتنی بر سوخت‌های فسیلی از طریق تولید مخاطرات زیست‌محیطی، سلامت جمعیت را دچار فرسایش مادی کرده و هم‌زمان بخش مهمی از پیامدهای این فرسایش زیستی، به‌جای مهار از مبدأ، از طریق بازار خدمات درمانی، خصوصی‌سازی ناقص و انتقال بار مالی بیماری به جیب خانوارها مدیریت می‌شود. در این چارچوب، آلودگی، تولید بیماری و کالایی‌شدن درمان پدیده‌هایی منفک نیستند، بلکه اجزای به‌هم‌پیوسته و یک‌چرخه بازتولیدشونده ذیل یک نظم سیاسی - اقتصادی واحد را تشکیل می‌دهند. براین‌اساس، پرسش اصلی پژوهش

6 Navarro & Shi
2 Becchetti & Solferino
3 Goodair & Reeves
4 Carbon-Based Biopolitics
5 Foucault

حاضر آن است که: اقتصاد فسیلی در ایران طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ چگونه از طریق تولید مخاطرات زیست‌محیطی و تأثیرگذاری بر سلامت عمومی، به شکل‌گیری و بازتولید زیست سیاست کربن بنیان منجر شده است؟ مقاله حاضر با اتخاذ روش‌شناسی ترکیبی (تحلیل اسنادی ۶۵۹ مصوبه هیئت دولت، ردیابی فرایند علّی، تحلیل مضمون مصاحبه با ۱۱ تن از خبرگان و مدل‌سازی اقتصادسنجی کمی GMM با استفاده از داده‌های سالانه ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰)، می‌کوشد سازوکارهای پیوند میان اقتصاد فسیلی، فرسایش سلامت و کالایی‌شدن درمان را تبیین کند و از این طریق افزوده متفاوتی به ادبیات جامعه‌شناسی سلامت، سیاست اجتماعی و اقتصاد سیاسی محیط‌زیست در ایران ارائه دهد.

## ۱. پیشینه پژوهش

### الف) مبانی نظری

#### الف-۱) چارچوب نظری زیست سیاست، اقتصاد فسیلی و کالایی‌شدن سلامت

تحولات حوزه سلامت در جوامع معاصر را نمی‌توان صرفاً در چارچوب پیشرفت‌های پزشکی، فناوری‌های درمانی یا گسترش خدمات درمانی فهمید. سلامت همواره در پیوندی استوار با ساختارهای قدرت، الگوی انباشت اقتصادی، نهادهای حکمرانی و شیوه‌های مدیریت جمعیت قرار داشته است. برای تحلیل ساختاری پدیده زیست سیاست کربن بنیان و فرایند کالایی‌شدن سلامت در ایران طی بازه زمانی ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰، چارچوب نظری پژوهش حاضر از تلفیق سه محور اصلی شکل‌گرفته است: (۱) نظریه زیست قدرت و زیست سیاست فوکویی و مطالعات انتقادی سلامت، (۲) نظریه اقتصاد سیاسی و کالایی‌شدن درمان و (۳) نظریه نهادگرایی تاریخی و هنجاری در سیاست اجتماعی.

#### الف-۲) زیست قدرت، زیست سیاست و حکمرانی سلامت

یکی از مهم‌ترین چارچوب‌های نظری برای فهم پیوند میان قدرت و حیات انسان، مفهومی است که توسط میشل فوکو مطرح شد. فوکو استدلال می‌کند که از قرن هجدهم میلادی به بعد، شکل جدیدی از قدرت در جوامع مدرن ظهور کرد که موضوع اصلی آن نه صرفاً

قلمرو جغرافیایی یا فرمان‌بری سیاسی، بلکه حیات زیستی جمعیت‌ها بود (فوکو، ۱۹۷۸). در این چارچوب، دولت‌ها به‌تدریج مسئولیت مدیریت فرایندهایی همچون تولد، مرگ، بیماری، بهداشت، امید به زندگی و بازتولید جمعیت را بر عهده گرفتند و سلامت عمومی به یکی از عرصه‌های اصلی مداخله و اعمال قدرت تبدیل شد.

**الف-۳) تفکیک مفهومی زیست قدرت و زیست سیاست**

برای رفع ابهامات نظری، تمایز میان دو مفهوم کلیدی فوکویی ضروری است:

۱) زیست قدرت[1]: فوکو این تحول را گذار از قدرت انضباطی به زیست قدرت می‌داند. درحالی‌که قدرت انضباطی بر کنترل و آرام‌سازی بدن‌های فردی در نهادهای محصور (مانند پادگان، مدرسه و بیمارستان) متمرکز بود، زیست قدرت فناوری عام و کلانی است که در سطح کل جمعیت عمل می‌کند و از طریق آمار، نظام‌های بهداشتی، سیاست‌های رفاهی و دانش پزشکی به تنظیم حیات اجتماعی می‌پردازد (فوکو ۲۰۰۸). زیست قدرت، فناوری حاکمیت بر حیات است.

۲) زیست سیاست[2]: زیست سیاست به قلمرو منطقه‌بندی شده، راهبردها، آیین‌نامه‌ها، قوانین و برنامه‌های اجرایی مشخصی اطلاق می‌شود که دولت‌ها و نهادهای مقتدر برای اعمال زیست قدرت در عرصه‌های عمومی (مانند بیمه، بهداشت عمومی، توسعه شهری و محیط‌زیست) طراحی و اجرا می‌کنند (فوکو ۲۰۰۸). از این منظر، زیست سیاست مجموعه مداخلات سیاستی و نهادی مستقر برای تحقق زیست قدرت است؛ بنابراین، سلامت تنها یک وضعیت زیستی نیست، بلکه بخشی از فرایند حکمرانی بر جمعیت محسوب می‌شود و دولت‌ها از طریق سیاست‌های سلامت، نه‌تنها بیماری را مدیریت می‌کنند، بلکه اشکال خاصی از نظم اجتماعی و اقتصادی را نیز بازتولید می‌نمایند. ادبیات جامعه‌شناسی سلامت نیز نشان می‌دهد که پزشکی و سلامت صرفاً نهادهایی درمانی نیستند، بلکه در تولید و بازتولید نظم اجتماعی نقش مهمی ایفا می‌کنند. ایلیچ[3] (۱۹۷۶) با طرح مفهوم پزشکی‌سازی

1 Biopower
2 Biopolitics
3 Illich

[1] استدلال می‌کند که بسیاری از مسائل اجتماعی و انسانی به‌تدریج در قالب مسائل پزشکی بازتعریف می‌شوند. در چنین شرایطی، حوزه پزشکی فراتر از درمان بیماری، به سازوکاری برای تنظیم رفتارها، سبک زندگی و بدن افراد تبدیل می‌شود. کونراد[2] (۲۰۰۷) نیز نشان می‌دهد که گسترش پزشکی‌سازی موجب می‌شود مسائل ناشی از ساختارهای ناعادلانه اجتماعی و اقتصادی، بیش‌ازپیش در قالب مشکلات فردی و نقص‌های زیستی و درمانی فهم شوند. این بحث در حوزه سلامت عمومی اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. پژوهشگران معین‌های اجتماعی سلامت بارها تأکید کرده‌اند که عوامل تعیین‌کننده سلامت تنها در نظام درمانی یا ویژگی‌های زیستی افراد خلاصه نمی‌شوند، بلکه شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی نقش تعیین‌کننده‌ای در تولید و توزیع بیماری دارند (مارموت[3]، ۲۰۰۵؛ سولار و ایروین[4]، ۲۰۱۰).به همین دلیل، تمرکز صرف بر درمان بیماری بدون توجه به زمینه‌های ساختاری و محیط‌زیستی تولید آن، نمی‌تواند به بهبود پایدار سلامت جمعیت منجر شود. در ایران نیز مطالعات متعددی بر نقش ساختارهای سیاسی و اقتصادی در شکل‌گیری وضعیت سلامت تأکید کرده‌اند. مرندی و همکاران (۱۴۰۰) نشان می‌دهند که بخش مهمی از چالش‌های سلامت در ایران با عوامل اجتماعی و اقتصادی پیوند دارد. همچنین عبدالله‌تبار و همکاران (۱۴۰۰) استدلال می‌کنند که تحولات نظام سلامت ایران را باید در بستر سیاست‌های رفاهی، ساختار دولت و تغییرات اقتصاد سیاسی کشور تحلیل کرد. این مطالعات براین نکته تأکید دارند که سلامت صرفاً محصول عملکرد نظام درمانی نیست، بلکه نتیجه تعامل میان نهادهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است.

### الف-٤) اقتصاد سیاسی، کالایی‌شدن سلامت و بازاری شدن درمان

یکی از مهم‌ترین تحولات نظام‌های سلامت در دهه‌های اخیر، گسترش روندهای بازارگرایانه و کالایی‌شدن سلامت بوده است. مفهوم کالایی‌شدن[5] ریشه در سنت اقتصاد

1 Medicalization
2 Conrad
3 Marmot
4 Solar & Irwin
5 Commodification

سیاسی انتقادی دارد و به فرایندی اشاره می‌کند که طی آن کالاها و خدماتی که پیش‌تر به‌عنوان حقوق اجتماعی یا کالاهای عمومی تلقی می‌شدند، در معرض منطق بازار، قیمت‌گذاری و مبادله اقتصادی قرار می‌گیرند (اسپینگ - اندرسن[1]، ۱۹۹۰). در حوزه سلامت، این فرایند به معنای افزایش نقش سازوکارهای بازار در تأمین، توزیع و مصرف خدمات درمانی است. ناوارو [2] (۱۹۷۶) از نخستین پژوهشگرانی بود که نشان داد نظام سلامت در جوامع سرمایه‌داری را نمی‌توان مستقل از مناسبات اقتصادی و فرایندهای انباشت تحلیل کرد. از نظر او، بیماری و درمان در بسیاری از موارد به بخشی از بازار انباشت سرمایه تبدیل می‌شوند. وایتزکین[3] (۲۰۰۰) نیز استدلال می‌کند که گسترش منطق بازار در حوزه سلامت موجب می‌شود دسترسی به خدمات درمانی بیش‌ازپیش تابع موقعیت اقتصادی افراد باشد و درنتیجه، نابرابری‌های اقتصادی به نابرابری‌های عمیق در سلامت تبدیل گردند. مطالعات جدیدتر نیز از گسترش جهانی روندهای خصوصی‌سازی و بازارگرایی در نظام‌های سلامت خبر می‌دهند (گودر و ریوز[4]، ۲۰۲۴؛ مکینتاش و کویوسالو[5]، ۲۰۰۵). این روندها معمولاً با افزایش نقش بخش خصوصی، رشد بیمه‌های تکمیلی، گسترش سرمایه‌گذاری درمانی و وابستگی بیشتر نظام سلامت به سازوکارهای بازار همراه هستند. در ایران نیز از دهه ۱۳۷۰ به بعد و تحت‌تأثیر اجرای سیاست‌های تعدیل ساختاری، سیاست‌های مرتبط با خصوصی‌سازی و مشارکت‌بخش خصوصی در حوزه سلامت گسترش‌یافته است. امیدی و کاشی (۱۳۹۹) نشان می‌دهند که اصلاحات اقتصادی و محدودیت منابع عمومی، زمینه افزایش نقش بازار در ارائه خدمات سلامت را فراهم کرده است. همچنین جواهری و همکاران (۱۳۹۹) و داودی (۱۴۰۳) بر این نکته تأکید دارند که رشد هزینه‌های درمان، توسعه بیمه‌های تکمیلی و افزایش سهم پرداخت از جیب خانوارها (از جیب خودتان[6])، از مهم‌ترین نشانه‌های کالایی‌شدن سلامت در ایران محسوب

1 Esping-Andersen
2 Navarro
3 Waitzkin
4 Goodair & Reeves
5 Mackintosh & Koivusalo
6 Out-of-Pocket

می‌شوند. بااین‌حال، کالایی‌شدن سلامت صرفاً به معنای خصوصی‌سازی فیزیکی خدمات درمانی نیست. این فرایند به تغییر در معنای بنیادین سلامت نیز منجر می‌شود؛ به‌گونه‌ای که سلامت از یک حق اجتماعی و کالای عمومی به موضوعی تبدیل می‌شود که دستیابی به آن بیش‌ازپیش به توان اقتصادی افراد وابسته است. در چنین شرایطی، درمان بیماری‌ها به حوزه‌ای برای تولید ارزش اقتصادی تبدیل شده و نظام سلامت به‌جای تمرکز بر کنترل عوامل ساختاری تولید بیماری، بیش‌ازپیش بر مدیریت درمانی و سودآور پیامدهای آن متمرکز می‌گردد.

**الف-۵) صورت‌بندی مفهومی و عملیاتی زیست سیاست کربن بنیان**

اگرچه ادبیات انتقادی سلامت به کالایی‌شدن درمان پرداخته است، اما این ادبیات غالباً از پیوند میان الگوی توسعه فسیلی و تولید ساختاری بیماری غفلت ورزیده است. برای پرکردن این خلأ، پژوهش حاضر مفهوم زیست سیاست کربن بنیان (زیست سیاست مبتنی بر کربن[1]) را بر پایه تلفیق نظریه زیست سیاست فوکو (۲۰۰۸)، اقتصاد سیاسی سوخت‌های فسیلی (مالم، ۲۰۱۶؛ میچل، ۲۰۱۱) و نظریات سیاست اجتماعی صورت‌بندی می‌کند.

تعریف مفهومی: زیست سیاست کربن بنیان به الگویی از حکمرانی رفاهی - محیط‌زیستی اشاره دارد که در آن الگوی توسعه اقتصادی متکی بر سوخت‌های فسیلی (صنایع انرژی‌بر، آلودگی هوا و مصرف انرژی)، سلامت و حیات جمعیت را دچار فرسایش زیستی می‌کند. سپس دولت و نظام سلامت، به‌جای مهار علل ساختاری بیماری از مبدأ (کنترل آلاینده‌ها)، پیامدهای این فرسایش زیستی را از طریق توسعه بازار درمان، خصوصی‌سازی ناقص خدمات پزشکی و انتقال بار مالی بیماری به جیب خانوارها مدیریت می‌نمایند. در این چارچوب، آلودگی زیست‌محیطی، تولید بیماری و کالایی‌شدن درمان، اجزای به‌هم‌پیوسته یک نظم سیاسی - اقتصادی واحد را تشکیل می‌دهند.

مرزبندی مفاهیم مشابه: تمایز با دولت کربنی (حالت کربن[2]): مفهوم دولت کربنی مشخصاً

1 Carbon-Based Biopolitics
2 Carbon State

بر رانت نفتی، وابستگی بودجه دولت به درآمدهای ارزی نفت و صنایع وابسته تمرکز دارد (میچل ۲۰۱۱)؛ اما زیست سیاست کربن بنیان نحوه امتداد این وابستگی فسیلی بر بدن شهروندان، شیوع بیماری‌های غیرواگیر و پاسخ بازاری نظام درمان را تبیین می‌نماید.

تمایز با بیماری‌زایی ساختاری (پاتوژنز ساختاری[1]): بیماری‌زایی ساختاری مفهومی عام در جامعه‌شناسی سلامت است که بر تولید بیماری توسط نابرابری‌های طبقاتی و فقر تأکید می‌کند (مارموت، ۲۰۰۵[2])؛ درحالی‌که زیست سیاست کربن بنیان مشخصاً بر حلقه بازخورد و چرخه خود بازتولیدکننده میان اقتصاد فسیلی← تخریب محیط‌زیست← فرسایش سلامت ← بازارگرایی و کالایی‌شدن درمان تمرکز دارد.

### الف-٦)تعریف عملیاتی و ابعاد تحلیلی

برای ارزیابی تجربی و عملیاتی‌سازی این مفهوم، زیست سیاست کربن بنیان بر اساس شاخص‌ها و مصادیق اجرایی زیر در چهار بعد دسته‌بندی می‌شود:

**جدول ۱. ابعاد، شاخص‌های عملیاتی و مصادیق زیست سیاست کربن بنیان**

| ابعاد تحلیلی | شاخص‌های عملیاتی | متغیرهای قابل‌سنجش و مصادیق اجرایی در ایران |
|---|---|---|
| پایه اقتصاد فسیلی | - شدت انرژی در الگوی توسعه<br>- میزان وابستگی به سوخت‌های آلاینده | - استمرار مصرف مازوت در نیروگاه‌ها و صنایع سنگین (فولاد و پتروشیمی)<br>- میزان آلایندگی و فرسودگی ناوگان حمل‌ونقل شهری (مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۴۰۱) |
| فرسایش زیستی (تولید بیماری) | - مواجهه با مخاطرات محیط‌زیستی<br>- بار بیماری‌های مرتبط با آلودگی | - غلظت ذرات معلق $PM_{2.5}$ بالاتر از استانداردهای سازمان جهانی بهداشت (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۲۱)<br>- نرخ شیوع بیماری‌های قلبی - عروقی، تنفسی و سرطان‌ها (مرندی و همکاران، ۱۴۰۰) |

1 Structural Pathogenesis
2 Marmot

| ابعاد تحلیلی | شاخص‌های عملیاتی | متغیرهای قابل‌سنجش و مصادیق اجرایی در ایران |
|---|---|---|
| درمان‌محوری و کالایی‌شدن | - غلبه رویکرد درمانی بر پیشگیری<br>- گسترش منطق بازار در ارائه خدمات | - تخصیص بخش اعظم بودجه به تجهیزات بیمارستانی در مقایسه با بهداشت عمومی<br>- تعرفه‌گذاری بازارمحور، رشد بیمه‌های تکمیلی و خودگردانی بیمارستان‌ها (امیدی و کاشی، ۱۳۹۹) |
| شکاف عدالت و انتقال ریسک | - سهم پرداخت مستقیم از جیب (OOP)<br>- میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن | - سهم پرداخت از جیب بالای ۳۵ درصد تا ۵۰ درصد در بازه ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ (وزارت رفاه، ۱۴۰۰ الف)<br>- سقوط سالانه ۲.۸ درصد از جمعیت به زیر خط‌فقر به دلیل هزینه‌های درمانی (وزارت رفاه، ۱۴۰۰ ب) |

**الف-٦) نهادگرایی تاریخی و هنجاری: تبیین تداوم نهادی و شکاف عدالت**

برای تبیین این‌که چرا زیست سیاست کربن بنیان در طول سه دهه و علی‌رغم جابه‌جایی دولت‌ها استمراریافته است، این پژوهش از ترکیب رویکردهای نهادگرایی تاریخی و نظریه‌های هنجاری سیاست اجتماعی بهره می‌گیرد:

۱) نهادگرایی تاریخی و پدیده تداوم نهادی: نهادگرایی تاریخی بر مفاهیمی چون وابستگی به مسیر [1]، تصلب نهادی[2] و بازده افزایشی تأکید دارد (پیرسون[3]، ۲۰۰۰). طبق این رویکرد، تصمیمات و انتخاب‌های سیاستی اولیه (مانند اتخاذ سیاست‌های تعدیل ساختاری و خودگردانی بیمارستان‌ها در دهه ۱۳۷۰)، قواعد و ترتیبات نهادی مستحکمی را ایجاد می‌کنند که در طول زمان از طریق ذی‌نفعان ذی‌نفوذ و سازوکارهای خودتقویت‌کننده تثبیت می‌شوند. درنتیجه، تغییر دولت‌ها با گرایش‌های سیاسی متفاوت (سازندگی، اصلاحات، مهر و تدبیر و امید) الزاماً به تغییر در منطق مسلط سیاست‌گذاری نینجامیده،

1 Path Dependency
2 Institutional Sclerosis
3 Pierson

بلکه به‌نوعی هویت ساختاری[1] و بازتولید همان الگوی حاکم بر رفاه و سلامت منجر شده است.

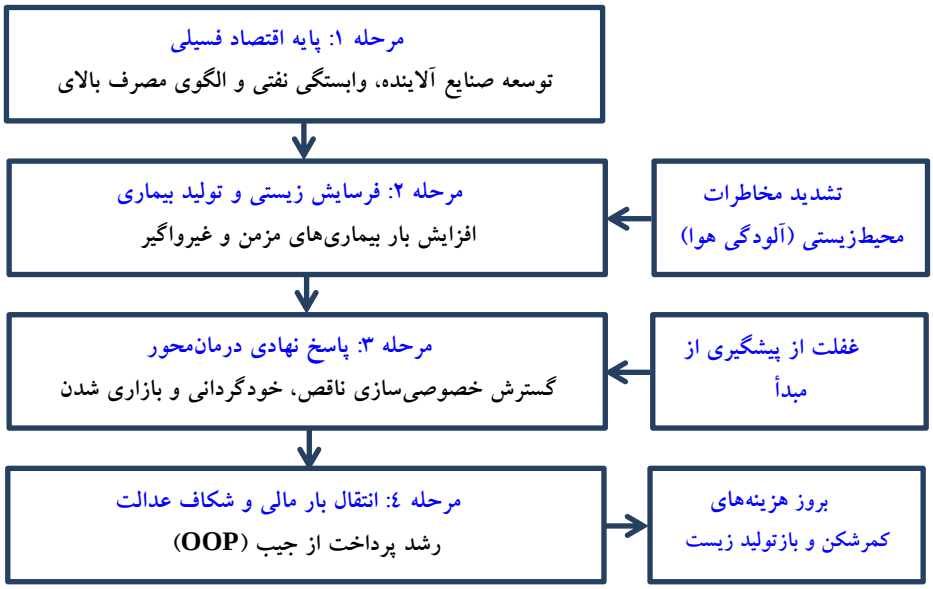
۲) نظریه‌های هنجاری و شکاف عدالت گفتمانی و نهادمند: از منظر نظریات هنجاری سیاست اجتماعی (هال و میدگلی ۲۰۰۴)، سیاست‌های اجتماعی بر پایه ارزش‌هایی چون عدالت، برابری و حقوق شهروندی سنجیده می‌شوند. تحلیل تاریخی اسناد بالادستی ایران (قانون اساسی، سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه) نشان می‌دهد که مفاهیم عدالت و دسترسی همگانی همواره در گفتمان رسمی حضور پررنگی داشته‌اند؛ اما در سطح ساختاری و اجرایی، به دلیل عدم تأمین مالی پایدار و غلبه منطق بازار، نوعی شکاف میان عدالت گفتمانی و عدالت نهادمند شکل گرفته است؛ وضعیتی که در آن عدالت به شعارها و اقدامات جبرانی مقطعی تقلیل‌یافته، اما سازوکارهای نهادی تثبیت‌شده، هزینه‌ها و ریسک‌های بیماری را به خانوارها منتقل می‌کنند.

### الف-۷) مدل مفهومی و زنجیره علّی پژوهش

برآیند تلفیق این مبانی نظری، مدل مفهومی پژوهش را شکل می‌دهد. این مدل نشان می‌دهد که زیست سیاست کربن بنیان بر پایه یک زنجیره علّی ۴ مرحله‌ای عمل می‌کند که در نمودار زیر کادربندی شده است. این مدل مفهومی نشان می‌دهد که مسئله اصلی نظام سلامت در ایران را نمی‌توان صرفاً به ناکارآمدی مدیریتی مقطعی تقلیل داد؛ بلکه این وضعیت محصول تداوم یک ساختار نهادی واحد است که در آن اقتصاد فسیلی، تولید محیط‌زیستی بیماری و کالایی‌شدن درمان به‌صورت هم‌زمان و درون یک‌چرخه بازتولیدشونده عمل می‌نمایند.

1 Structural Identity

شکل ۱. مدل مفهومی و زنجیره علّی پژوهش




## ۲. روش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی - تاریخی و با اتخاذ طرح پژوهش ترکیبی (طراحی روش‌های ترکیبی)[1] از نوع متوالی - تئلیثی انجام شده است. هدف از انتخاب این روش‌شناسی، فرا رفتن از تحلیل‌های خرد و دستیابی به ابزاری علمی برای تبیین زنجیره علّی و ساختاری میان اقتصاد فسیلی، تولید زیست‌محیطی بیماری و کالایی‌شدن درمان در بازه زمانی ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ بوده است. این طرح پژوهش در سه گام عملیاتی مجزا، اما پیوسته اجرا گردیده است که جزئیات آن در ادامه تشریح می‌شود.

### الف) گام اول: تحلیل اسنادی و ردیابی فرایند[2]

برای تحلیل تاریخی تحولات سیاست‌گذاری، شناسایی ساختار تصمیم‌گیری دولت‌ها و آزمون فرضیه تداوم نهادی، از روش ردیابی فرایند استفاده شد. ردیابی فرایند یک روش تحلیلی - تاریخی است که امکان شناسایی سازوکارهای میانجی، نقاط عطف و

1 Mixed-Methods Design
2 Process Tracing

زنجیره‌های علّی متصل‌کننده رویدادها را فراهم می‌سازد.

معیارهای انتخاب اسناد (جهت اجتناب از سوگیری انتخاب / سوگیری انتخاب[1]):

جامعه اسنادی پژوهش بر اساس سه معیار روش‌شناختی مشخص انتخاب شدند تا از ورود اسناد غیرمرتبط یا انتخاب سلیقه‌ای جلوگیری شود:

۱) معیار جامعیت ملی و رسمی بودن: اسناد باید صادرشده توسط نهادهای حاکمیتی و بالادستی بوده و الزامات قانونی در سطح ملی ایجاد کرده باشند.

۲) معیار ارتباط موضوعی مستقیم: اسناد باید حاوی تصمیمات تکلیفی، بودجه‌ای یا ساختاری در حوزه‌های توسعه اقتصادی، صنایع فسیلی، حفاظت از محیط‌زیست، تأمین مالی سلامت و تغییر ساختار ارائه خدمات پزشکی باشند.

۳) معیار شمول زمانی: اسناد باید بازه زمانی ۱۳۶۸ (آغاز برنامه اول توسعه پس از جنگ) تا ۱۴۰۰ (پایان دولت دوازدهم) را کاملاً پوشش دهند. بر اساس این معیارها، جامعه اسنادی بررسی‌شده شامل موارد زیر بود:

- اسناد بالادستی شامل قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳.
- قوانین برنامه‌های اول، دوم، سوم، چهارم، پنجم و ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.
- کلیه مصوبات هیئت وزیران در حوزه بهداشت، درمان، بیمه و محیط‌زیست طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ (مجموعاً ۶۵۹ مصوبه مرتبط)
- قوانین و مقررات مصوب مجلس شورای اسلامی ازجمله قانون هوای پاک (۱۳۹۶)، قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی (۱۳۸۶)
- قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱۳۸۰).
- گزارش‌های نظارتی و آماری رسمی شامل گزارش‌های نظارتی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، گزارش‌های وضعیت محیط‌زیست سازمان حفاظت محیط‌زیست، گزارش‌های حساب‌های ملی سلامت وزارت بهداشت و گزارش‌های پایش فقر وزارت

1 Selection Bias

تعاون، کار و رفاه اجتماعی.

فرایند اجرایی ردیابی علّی: برای ردیابی زنجیره علّی، اسناد گردآوری‌شده به ترتیب زمانی مرتب گردیدند و پیوند میان حلقه فرضی زنجیره تحلیل شد. این فرایند از بررسی مصوبات مربوط به توسعه صنایع سنگین فسیلی و خروجی‌های آلاینده آغاز شد، سپس گزارش‌های نظارتی عدم اجرای تکالیف زیست‌محیطی (مانند گزارش‌های قانون هوای پاک) تحلیل گردید، در گام بعد گزارش‌های شیوع بیماری‌های مزمن متناظر با آلودگی استخراج شد و درنهایت مصوبات ناظر بر واگذاری خدمات، خودگردانی بیمارستان‌ها و رشد پرداختی‌های مستقیم مردم ردیابی گردید.

## ب) گام دوم: مراحل عملیاتی تحلیل مضمون (رویکرد ٦ مرحله‌ای براون و کلارک)

جهت تحلیل عمیق داده‌های کیفی استخراج‌شده از اسناد قانونی و همچنین مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته، از روش تحلیل مضمون بر اساس چارچوب ۶ مرحله‌ای براون و کلارک[1] (۲۰۰۶) استفاده شد.

جامعه و روش نمونه‌گیری مصاحبه‌ها: مصاحبه‌شوندگان شامل ۱۱ تن از خبرگان، مدیران ارشد سابق و فعلی وزارت بهداشت، سیاست‌گذاران رفاهی، جامعه‌شناسان سلامت و کارشناسان ارشد سازمان برنامه‌وبودجه بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند[2] و با استفاده از معیار حداکثر تنوع انتخاب شدند. روند انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری[3] ادامه یافت؛ بدین معنا که از مصاحبه ۸ به بعد، کدهای جدیدی استخراج نگردید و ۳ مصاحبه پایانی جهت اطمینان انجام شد.

### مراحل عملیاتی تحلیل مضمون:

۱) آشنایی با داده‌ها: تمامی مصاحبه‌های ضبط‌شده به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند.

---

1 Braun & Clarke
2 Purposive Sampling
3 Theoretical Saturation

متن پیاده شده مصاحبه‌ها به همراه متن ۶۵۹ مصوبه هیئت دولت چندین بار مطالعه شد تا احاطه کامل بر داده‌ها حاصل شود.

۲) ایجاد کدهای اولیه: در این مرحله، کدهای توصیفی و تحلیلی اولیه از دل عبارات و بندهای اسناد و مصاحبه‌ها استخراج گردید (مانند کدهای خودگردانی، تعرفه آزاد، مازوت‌سوزی، تعارض منافع و...).

۳) جست‌وجوی مضامین: کدهای اولیه استخراج‌شده بر اساس قرابت مفهومی دسته‌بندی‌شده و ذیل کدهای ثانویه و مقوله‌های انتزاعی‌تر سازمان‌دهی شدند.

۴) بازبینی مضامین: شبکه کدهای اولیه و ثانویه مجدداً با کل متن اسناد و مصاحبه‌ها تطبیق داده شد. کدهای نامربوط حذف‌شده و کدهای مشابه هم‌پوشان ادغام گردیدند.

۵) تعریف و نام‌گذاری مضامین: ۶ مضمون کانونی شامل عدالت ناکارآمد، خصوصی‌سازی ناقص، درمان‌محوری، بازاری شدن سلامت، پزشکی‌سازی و مالی‌سازی سلامت استخراج، تعریف دقیق و نام‌گذاری شدند.

۶) تهیه گزارش تحلیلی: در مرحله نهایی، روایتی تحلیلی از پیوند کدهای استخراج‌شده تدوین گردید و ماتریس تحلیلی متناظر برای مقایسه عملکرد دولت‌ها شکل گرفت.

### ج) گام سوم: تحلیل کمی و مدل‌سازی اقتصادسنجی (GMM)

برای آزمون تجربی فرضیه ماندگاری نهادی پرداخت از جیب، سنجش میزان پایداری هزینه‌های خانوار و ارزیابی اثر تغییر دولت‌ها بر شاخص‌های کمی سلامت، از الگوی پویای داده‌های سری زمانی و روش گشتاورهای تعمیم‌یافته [1] استفاده شد. استفاده از روش GMM به این دلیل انجام شد که این روش مشکل درون‌زایی متغیرها، اتوهمبستگی و ناهمسانی واریانس را در معادلات پویا برطرف می‌کند. منابع و مشخصات داده‌های کمی: داده‌های سری زمانی سالانه متغیرهای پژوهش برای بازه زمانی ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ از منابع رسمی زیر گردآوری شدند: حساب‌های ملی سلامت و سالنامه‌های آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بانک‌های اطلاعاتی سری‌های زمانی اقتصادی بانک

1 Generalized Method of Moments - GMM

مرکزی جمهوری اسلامی ایران. سالنامه‌های آماری و درگاه داده‌های مرکز آمار ایران. گزارش‌های مالی سالانه سازمان برنامه‌وبودجه کشور. تصریح الگوی رگرسیونی: معادله پویای برآورد عوامل مؤثر بر پرداختی مستقیم مردم به‌صورت زیر تصریح گردید:

متغیر وابسته، سهم پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت در سال (t) است. متغیر مستقل پویای اول، وقفه مرتبه اول متغیر وابسته، سهم پرداخت از جیب در سال (t-1) است که برای آزمون وابستگی به مسیر و پایداری نهادی وارد مدل شد. متغیرهای مستقل کلان شامل نرخ رشد تولید ناخالص داخلی (جهت کنترل اثرات رونق و رکود اقتصادی)، سهم اعتبارات عمومی سلامت از بودجه دولت (جهت سنجش حمایت مالی عمومی)، سهم بخش خصوصی در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی (سهم تخت‌ها و مراکز خصوصی) و شاخص آلودگی زیست‌محیطی (غلظت ذرات معلق و سوخت‌های سنگین) بودند.

همچنین جهت سنجش تفکیکی اثر ساختاری دولت‌های مختلف، چهار متغیر مجازی [۱] برای دوره چهار دولت (سازندگی، اصلاحات، مهر و تدبیر و امید) در مدل تعریف گردید. پیش از برآورد مدل، مانایی (ثابت[۲]) متغیرها با استفاده از آزمون دیکی - فولر تعمیم‌یافته (ADF) بررسی شد. همچنین اعتبار ابزارهای به‌کاررفته در روش GMM با استفاده از آزمون سارگان[۳] جهت بررسی اعتبار قیود مازاد و آزمون آبلانی - بوند[۴] برای بررسی نبود اتوهمبستگی مرتبه دوم سنجیده شد.

### د) راهبردهای اعتبارسنجی و تضمین استحکام یافته‌ها

برای تضمین قابلیت اعتماد [۵]، اعتبار [۶] و تکرارپذیری علمی یافته‌های پژوهش، راهبردهای زیر به کار گرفته شد:

---

1 Dummy Variables
2 Stationary
3 Sargan exam
4 Arellano-Bond Test
5 Trustworthiness
6 Validity

۱) مثلث‌سازی داده‌ها[1]: یافته‌های حاصل از سه سطح تحلیل شامل: (الف) داده‌های قانونی و مصوبات اسنادی، (ب) آمارهای کمی سری زمانی و مدل‌سازی GMM و (ج) روایت‌های کیفی حاصل از مصاحبه با خبرگان با یکدیگر مقایسه و تطبیق داده شدند تا همگرایی سطوح مختلف تحلیل احراز گردد.

۲) گزارش‌گیری همتایان[2]: فرایند کدگذاری تحلیل مضمون، تعاریف مقوله‌ها و همچنین ساختار تصریح مدل رگرسیونی GMM در فواصل زمانی مشخص در اختیار متخصصان خارج از گروه پژوهش (اساتید جامعه‌شناسی سیاسی و اقتصاد سلامت) قرار گرفت و اصلاحات پیشنهادی آنان اعمال شد.

۳) چک کردن توسط اعضا[3]: شبکه مضامین استخراج‌شده و ماتریس تحلیل دولت‌ها در اختیار ۵ تن از مصاحبه‌شوندگان اصلی قرار گرفت تا میزان مطابقت تفاسیر تحلیلی با تجارب اجرایی آنان تأیید گردد.

۴) روش شفاف و گام‌به‌گام: تمام مراحل لکه‌گیری داده‌های کمی، کدهای استخراج‌شده و فرایند کدگذاری کیفی مستندسازی شدند تا قابلیت ممیزی و تکرارپذیری تحقیق توسط پژوهشگران آتی تضمین شود.

## ۳. یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش بر پایه مثلث‌سازی داده‌ها از سه سطح تحلیل مجزا اما مکمل شامل: (۱) تحلیل اسنادی ۶۵۹ مصوبه و قوانین برنامه‌های توسعه، (۲) تحلیل کمی اقتصادسنجی به روش گشتاورهای تعمیم‌یافته (GMM) با داده‌های سالانه ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ و (۳) تحلیل مضمون ۱۱ مصاحبه عمیق با خبرگان و سیاست‌گذاران ارشد نظام سلامت و رفاه اجتماعی سازمان‌دهی شده است.

---

1 Data Triangulation
2 Peer Debriefing
3 Member Checking

### الف) یافته‌های تحلیل اسنادی مصوبات و قوانین (۱۳٦۸–۱٤۰۰)

بررسی ۶۵۹ مصوبه هیئت‌وزیران، قوانین پنج‌ساله برنامه‌های اول تا ششم توسعه، قوانین بودجه سالانه و اسناد بالادستی طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰، سه روند نهادی اصلی را در سیاست‌گذاری سلامت و توسعه در ایران نشان می‌دهد:

۱) تداوم و استمرار وابستگی به اقتصاد فسیلی و صنایع آلاینده: بررسی قوانین برنامه‌های اول تا ششم توسعه نشان می‌دهد که علی‌رغم درج موادی مجزا درزمینهٔ حفاظت از محیط‌زیست، جهت‌گیری کلان اقتصادی دولت‌های مختلف بر پایه توسعه صنایع متکی بر انرژی ارزان، توسعه صنایع سنگین (پتروشیمی، فولاد، مس و سیمان) و گسترش حمل‌ونقل شهری متکی بر سوخت‌های فسیلی استوار بوده است. اسناد نشان می‌دهند که در تمامی دولت‌ها، اهداف رشد اقتصادی و درآمدزایی حاصل از سوخت‌های فسیلی بر اولویت‌های زیست‌محیطی غلبه داشته است. مهم‌ترین نمونه این ناکارآمدی ساختاری در گزارش نظارتی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۴۰۱) درباره قانون هوای پاک (مصوب ۱۳۹۶) منعکس شده است. این گزارش نشان می‌دهد که از مجموع ۱۷۴ تکلیف قانونی تعیین‌شده برای ۲۳ دستگاه اجرایی، اکثریت تکالیف محوری (مانند نوسازی ناوگان حمل‌ونقل عمومی، ارتقای استاندارد سوخت و حذف مازوت‌سوزی در نیروگاه‌ها) به دلیل اولویت‌های اقتصادی صنایع فسیلی و کسری بودجه، اجرانشده یا عملکردی نزدیک به صفر داشته‌اند.

۲) شکاف میان عدالت گفتمانی و عدالت نهادمند: تحلیل اسناد بالادستی نظیر اصول ۱۲، ۲۱، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳ نشان می‌دهد که مفاهیمی همچون عدالت در سلامت، کاهش پرداخت مستقیم مردم و پوشش همگانی همواره در سطح گفتار و قوانین حضور پررنگی داشته‌اند. بااین‌حال، مقایسه متون قوانین با آیین‌نامه‌های اجرایی و احکام بودجه‌ای نشان‌دهنده یک شکاف پایدار است. ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم، ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم و بندهای ۹ و ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت همگی تصریح کرده بودند که سهم پرداخت مستقیم مردم از

هزینه‌های سلامت باید به زیر ۳۰ درصد کاهش یابد؛ اما مصوبات اجرایی هیئت دولت در این سه دهه به‌گونه‌ای تنظیم شدند که تخصیص منابع پایدار برای بیمه‌های پایه محقق نشد و هدف‌گذاری قانونی کاهش پرداختی مردم در هیچ دوره‌ای ثبات نیافت.

۳) قانون‌گذاری در جهت خصوصی‌سازی ناقص: بررسی قوانین و آیین‌نامه‌های مصوب نشان می‌دهد که از ابتدای دهه ۱۳۷۰ جهت‌گیری تکلیفی دولت‌ها به سمت واگذاری خدمات و بازاری شدن درمان حرکت کرده است. مهم‌ترین مصوبات قانونی احصاشده در اسناد عبارت‌اند از:

- طرح خودگردانی بیمارستان‌های دولتی (۱۳۷۲): الزام بیمارستان‌های دولتی به تأمین بخشی از هزینه‌های جاری خود از طریق دریافت وجه خدمات که نقطه عطفی در تجاری‌سازی درونی خدمات دولتی بود.

- آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹): مجاز شمردن واگذاری مدیریت و خدمات مراکز بهداشتی و درمانی دولتی به بخش خصوصی.

- مواد ۳۳ و ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱۳۸۰): اعطای مجوز رسمی خرید خدمات از بخش غیردولتی و برون‌سپاری مراکزی که تصدی آن‌ها دولتی تلقی می‌شد. - مواد ۸۸، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۹، ۱۴۴ و ۱۴۵ قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۳): توسعه انقباض تصدی‌های دولتی در سلامت، تشویق سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و رسمی‌سازی بیمه‌های تکمیلی درمان.

اسناد نشان می‌دهند که این مقررات‌زدایی‌ها بدون ایجاد نهادهای تنظیم‌گر (نهادهای نظارتی[1]) مستقل برای کنترل تعرفه‌ها، مهار نیازهای القایی و جلوگیری از تعارض منافع انجام شد. درنتیجه، دولت بخشی از بار مالی مسئولیت‌های خود را به بازار منتقل کرد، اما توان کنترلی خود را بر بازار خدمات درمانی از دست داد.

1 Regulatory Bodies

### ب) یافته‌های کمی: بررسی عوامل مؤثر بر پرداخت از جیب (OOP) به روش GMM

برای سنجش تجربی ماندگاری نهادی پرداختی‌های مردم و بررسی اثر تغییر دولت‌ها بر شاخص‌های کمی سلامت در بازه ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰، مدل رگرسیون پویای GMM بر اساس داده‌های سری زمانی سالانه تخمین زده شد. داده‌های آماری مستخرج از حساب‌های ملی سلامت، بانک مرکزی، مرکز آمار و وزارت بهداشت نشان می‌دهد که میانگین سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم (OOP) در این ۳۲ سال همواره در سطح بالایی (بین ۳۵ درصد تا ۵۰ درصد) نوسان داشته که فرسنگ‌ها با استانداردهای جهانی (میانگین جهانی ۱۸ درصد) و اهداف اسناد بالادستی (زیر ۳۰ درصد) فاصله دارد.

**جدول ۲. خلاصه نتایج برآورد الگوی پویای GMM برای تبیین پرداخت از جیب (OOP) در ایران (۱۴۰۰–۱۳۶۸)**

| متغیر | ضریب برآوردی | آماره t | سطح معنی‌داری (P-value) | نتیجه و تفسیر علمی |
|---|---|---|---|---|
| پرداخت از جیب دوره قبل ($OOP_{t-1}$) | ۰/۶۲ | ۵/۴۲ | ۰/۰۰۱ | تأیید وجود وابستگی به مسیر و ماندگاری نهادی شدید |
| تولید ناخالص داخلی (GDP) | -۰/۱۵ | -۲/۱۸ | ۰/۰۳۲ | اثر منفی و معنی‌دار رشد اقتصادی بر پرداختی مردم |
| سهم بخش خصوصی در خدمات (PrivateShare) | ۰/۳۸ | ۳/۷۶ | ۰/۰۰۲ | اثر مثبت و معنی‌دار؛ گسترش بخش خصوصی پرداختی مردم را افزایش داده است. |
| شاخص آلودگی زیست‌محیطی (آلودگی[1]) | ۰/۲۴ | ۲/۸۵ | ۰/۰۰۸ | اثر مثبت و معنی‌دار؛ افزایش آلاینده‌ها بار مالی درمان خانوار را بالا برده است. |
| متغیر مجازی دولت سازندگی | ۰/۰۸ | ۰/۹۲ | ۰/۳۶۱ | غیرمعنی‌دار؛ نبود تفاوت ساختاری با الگوی عمومی |

1 Pollution

| متغیر | ضریب برآوردی | آماره t | سطح معنی‌داری (P-value) | نتیجه و تفسیر علمی |
|---|---|---|---|---|
| متغیر مجازی دولت اصلاحات | -۰/۰۴ | -۰/۷۴ | ۰/۴۶۲ | غیرمعنی‌دار؛ تغییرنکردن معنی‌دار ساختار پرداختی‌ها |
| متغیر مجازی دولت مهر | -۰/۰۶ | -۱/۰۵ | ۰/۲۹۸ | غیرمعنی‌دار؛ بی‌اثری ساختاری برنامه‌های استانی بر شاخص |
| متغیر مجازی دولت تدبیر و امید | -۰/۱۱ | -۱/۸۹ | ۰/۰۶۲ | معنی‌داری شکننده و کوتاه‌مدت (تحت‌تأثیر طرح تحول سلامت) |

مأخذ: یافته‌های پژوهش

## ج) تفسیر یافته‌های کمی:

۱) ثبات و ماندگاری نهادی (OOP_ {t-1} = 0.62): ضریب مثبت و کاملاً معنی‌دار وقفه متغیر وابسته نشان می‌دهد که ۶۲ درصد از تغییرات پرداخت از جیب در هرسال، به وضعیت این شاخص در سال قبل وابسته است. این یافته به‌روشنی وجود تصلب نهادی (اسکلروز نهادی[1]) و وابستگی به مسیر را در الگوی تأمین مالی سلامت ایران اثبات می‌کند.

۲) بی‌اثری تغییر دولت‌ها (این‌همانی ساختاری): غیرمعنی‌دار بودن متغیرهای مجازی (متغیرهای ساختگی) برای دولت‌های سازندگی، اصلاحات و مهر نشان می‌دهد که جابه‌جایی گفتمان‌های سیاسی دولت‌ها، به دگرگونی معنادار و ساختاری در میزان اتکای نظام سلامت به جیب مردم منجر نشده است. ضریب دولت تدبیر و امید نیز تنها در سطح ۱۰ درصد معنی‌دار شکننده است که بررسی روندی نشان می‌دهد به دلیل اجرای طرح تحول سلامت در سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ سهم OOP موقتاً کاهش یافت، اما به دلیل عدم اصلاح ساختاری تأمین مالی و رشد تورم درمانی، در انتهای دوره (سال ۱۴۰۰) مجدداً سهم پرداختی مردم به ۴۳ درصد افزایش یافت.

۳) اثر مستقیم خصوصی‌سازی و آلودگی: ضرایب مثبت متغیرهای بخش خصوصی (۰.۳۸) و آلودگی محیط‌زیستی (۰.۲۴) به‌روشنی گواهی می‌دهند که گسترش بازار درمانی و

1 Institutional Sclerosis

تشدید مخاطرات زیست‌محیطی دو محرک عینی در افزایش فشار مالی بر خانوارها بوده‌اند.

### د) یافته‌های حاصل از تحلیل مضمون مصاحبه‌ها (۱۱ مصاحبه عمیق)

تحلیل مضمون متن ۱۱ مصاحبه با متخصصان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت بر اساس رویکرد ۶ مرحله‌ای براون و کلارک، منجر به استخراج ۶ مضمون کانونی اصلی گردید که شبکه سازوکارهای اجتماعی - سیاسی خصوصی‌سازی و فرسایش سلامت را تشریح می‌کنند:

۱) مضمون عدالت ناکارآمد (تزلزل حمایتی): مصاحبه‌شوندگان تأکید داشتند که اقدامات حمایتی دولت‌ها صرفاً جنبه مسکن‌های مقطعی داشته است. گسترش صندوق‌های بیمه‌ای متعدد و طرح‌های رایگان بدون تأمین منابع پایدار، موجب شکل‌گیری پوشش بیمه‌ای صوری شده است که در مواجهه با بیماری‌های سنگین و مزمن، کارایی خود را از دست می‌دهد.

۲) مضمون خصوصی‌سازی ناقص (انتقال مسئولیت بدون تنظیم‌گری): به اعتقاد خبرگان، واگذاری‌های صورت‌گرفته در نظام سلامت ایران تابع الگوی رقابتی مدرن نبوده است. دولت باهدف جبران کسری بودجه، بار هزینه‌ها و خدمات را به بخش خصوصی و غیردولتی واگذار کرده است، اما نهادهای نظارتی مستقل برای کنترل قیمت‌ها و تعرفه‌ها ایجاد نکرده است. نتیجه این امر شکل‌گیری بازار افسارگسیخته درمان و تعمیق نابرابری است.

۳) مضمون درمان‌محوری (حاشیه راندن بهداشت و پیشگیری): روایت کنشگران نشان می‌دهد که ساختار نظام سلامت به‌شدت پزشک محور و بیمارستان محور است. سهم بخش بهداشت عمومی و پیشگیری از بودجه سلامت بسیار ناچیز بوده و تمام تمرکز اعتباری و مدیریتی دولت‌ها بر توسعه‌بخش‌های بستری، خرید تجهیزات گران‌قیمت پزشکی و درمان مراحل نهایی بیماری‌ها قرار دارد.

۴) مضمون بازاری شدن سلامت (تبدیل سلامت به کالای در مبادله): کدهای استخراج‌شده نشان می‌دهند که مناسبات اقتصادی در نظام درمان بر منطق سود استوار شده است. ظهور پدیده‌هایی مانند تقاضای القایی (تقاضای القایی[1])، دریافتی‌های غیررسمی (زیرمیزی) و

1 Induced Demand

رواج نگاه تجاری به بیمار به‌عنوان مشتری، منجر به خروج سلامت از زیر چتر حقوق اساسی شهروندی شده است.

۵) مضمون پزشکی‌سازی (ردیابی فردی به‌جای علت‌یابی ساختاری): خبرگان مصاحبه‌شده تصریح کردند که نظام سلامت در ایران، ریشه آلام و بیماری‌های جامعه را صرفاً به فاکتورهای زیستی و سبک زندگی فردی تقلیل می‌دهد. اثرات تخریبی آلودگی هوا، کیفیت پایین تغذیه و محیط‌زیست ناپایدار توسط دستگاه‌های رسمی جدی گرفته نمی‌شود و در عوض، مسئولیت بیمار شدن به خود فرد و درمان آن به توان مالی او واگذار می‌گردد.

۶) مضمون مالی‌سازی سلامت (نفوذ بیمه‌های تکمیلی و ابزارهای مالی): توسعه بیمه‌های تکمیلی و ورود نهادهای مالی به حوزه سلامت، به‌جای ایجاد حفاظت همگانی، به دسته‌بندی طبقاتی جامعه در دریافت خدمات منجر شده است. افرادی که از تمکن مالی یا پوشش‌های سازمان‌های خاص برخوردارند، به خدمات درجه یک دسترسی دارند و مابقی جامعه در بیمارستان‌های دولتی فرسوده با صف‌های انتظار طولانی مواجه می‌گردند.

### ٤-د) مقایسه عملکرد دولت‌های هشت‌گانه (۱۳٦۸–۱٤۰۰)

برای تمایزیافته‌های مستخرج از اسناد و آمارها، عملکرد ۴ گفتمان حاکم بر دولت‌ها در جدول ۳ مقایسه شده است:

**جدول ۳. ماتریس تطبیقی رویکرد دولت‌ها در حوزه توسعه، سلامت و خصوصی‌سازی (۱٤۰۰–۱۳٦۸)**

| دوره دولت | گفتمان و شعارهای رسمی | جهت‌گیری کلان در نظام سلامت | وضعیت شاخص OOP و خصوصی‌سازی | پیامد ساختاری بر عدالت سلامت |
|---|---|---|---|---|
| دولت سازندگی (۱۳۷۶-۱۳۶۸) | نوسازی، بازسازی، ابتدا اقتصاد سپس سلامت | آغاز اجرای تعدیل ساختاری، تصویب طرح خودگردانی بیمارستان‌ها | رشد شدید سهم پرداخت از جیب (رسیدن به بالای ۴۵ درصد) | ورود رسمی منطق بازار به بیمارستان‌های دولتی، فردی‌سازی هزینه درمان |
| دولت | توسعه سیاسی، | تصویب قانون بیمه | تثبیت سهم بالای OOP | شکل‌گیری شکاف میان |

| دوره دولت | گفتمان و شعارهای رسمی | جهت‌گیری کلان در نظام سلامت | وضعیت شاخص OOP و خصوصی‌سازی | پیامد ساختاری بر عدالت سلامت |
|---|---|---|---|---|
| اصلاحات (۱۳۷۶-۱۳۸۴) | جامعه مدنی، سلامت همگانی | همگانی، ساختارسازی رفاهی، قانون برنامه‌های سوم و چهارم | (حدود ۴۰ درصد) علی‌رغم اصلاحات ساختاری | قوانین جامع و عدم تخصیص بودجه، توسعه بیمه‌های تکمیلی |
| دولت مهر (۱۳۸۴-۱۳۹۲) | عدالت‌گرایی، توزیع ثروت، مهرورزی | اجرای طرح مسکن مهر، توزیع یارانه‌ها، اجرای قانون اصل ۴۴، طرح‌های سفرهای استانی | اوج‌گیری مجدد پرداخت از جیب تا حدود ۵۰ درصد به دلیل تورم دارویی | تضعیف نهادهای برنامه‌ریزی، اتکای شدید به درآمد نفتی، تعمیق خصوصی‌سازی غیررسمی |
| دولت تدبیر و امید (۱۳۹۲-۱۴۰۰) | اعتدال، خرد، طرح تحول سلامت | اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳)، تزریق منابع یارانه به درمان بیمارستانی | کاهش مقطعی OOP به حدود ۳۲ درصد و سپس جهش مجدد به ۴۳ درصد در سال ۱۴۰۰ | تشدید شدید درمان‌محوری، بدهکار شدن بیمه‌ها، تعمیق نابرابری پس از اتمام منابع |

مأخذ: یافته‌های پژوهش

### هـ) نهادگرایی تاریخی و هنجاری: تبیین تداوم نهادی و شکاف عدالت

برای تبیین این‌که چرا زیست سیاست کربن بنیان در طول سه دهه و علی‌رغم جابه‌جایی دولت‌ها استمراریافته است، این پژوهش از ترکیب رویکردهای نهادگرایی تاریخی و نظریه‌های هنجاری سیاست اجتماعی بهره می‌گیرد:

۱) نهادگرایی تاریخی و پدیده تداوم نهادی: نهادگرایی تاریخی بر مفاهیمی چون وابستگی به مسیر (وابستگی به مسیر)، تصلب نهادی (اسکلروز نهادی) و بازده افزایشی تأکید دارد (پیرسون، ۲۰۰۰). طبق این رویکرد، تصمیمات و انتخاب‌های سیاستی اولیه (مانند اتخاذ سیاست‌های تعدیل ساختاری و خودگردانی بیمارستان‌ها در دهه ۱۳۷۰)، قواعد و ترتیبات نهادی مستحکمی را ایجاد می‌کنند که در طول زمان از طریق ذی‌نفعان ذی‌نفوذ و سازوکارهای خودتقویت‌کننده تثبیت می‌شوند. درنتیجه، تغییر دولت‌ها با گرایش‌های سیاسی متفاوت (سازندگی، اصلاحات، مهر و تدبیر و امید) الزاماً به تغییر در منطق مسلط

سیاست‌گذاری نینجامیده، بلکه به‌نوعی این‌همانی ساختاری (هویت ساختاری) و بازتولید همان الگوی حاکم بر رفاه و سلامت منجر شده است.

۲) نظریه‌های هنجاری و شکاف عدالت گفتمانی و نهادمند: از منظر نظریات هنجاری سیاست اجتماعی (هال و میدگلی، ۲۰۰۴)، سیاست‌های اجتماعی بر پایه ارزش‌هایی چون عدالت، برابری و حقوق شهروندی سنجیده می‌شوند. تحلیل تاریخی اسناد بالادستی ایران (قانون اساسی، سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه) نشان می‌دهد که مفاهیم عدالت و دسترسی همگانی همواره در گفتمان رسمی حضور پررنگی داشته‌اند؛ اما در سطح ساختاری و اجرایی، به دلیل عدم تأمین مالی پایدار و غلبه منطق بازار، نوعی شکاف میان عدالت گفتمانی و عدالت نهادمند شکل‌گرفته است؛ وضعیتی که در آن عدالت به شعارها و اقدامات جبرانی مقطعی تقلیل‌یافته، اما سازوکارهای نهادی تثبیت‌شده، هزینه‌ها و ریسک‌های بیماری را به خانوارها منتقل می‌کنند.

## ج) مدل نهایی مفهومی و زنجیره علّی پژوهش

برآیند تلفیق این مبانی نظری، مدل نهایی مفهومی پژوهش را شکل می‌دهد. این مدل نشان می‌دهد که زیست سیاست کربن بنیان بر پایه یک زنجیره علّی ۴ مرحله‌ای عمل می‌کند که در نمودار زیر کادربندی شده است:

شکل ۲. مدل نهایی مفهومی و زنجیره علّی پژوهش




تفسیر نهایی زنجیره: در چارچوب زیست سیاست کربن بنیان، دولت‌ها در ایران از یک‌سو برای کسب درآمد و تحقق رشد اقتصادی، الگوی توسعه متکی بر سوخت‌های فسیلی و صنایع آلاینده را تداوم می‌بخشند. این الگو با تخریب زیست‌بوم و تشدید آلودگی هوا، سلامت عمومی را دچار فرسایش کرده و به تولید ساختاری و محیط‌زیستی بیماری می‌انجامد. ازسوی‌دیگر، نظام سلامت به‌جای مهار علت ساختاری بیماری (کنترل آلاینده‌ها و بهداشت عمومی)، با اتخاذ رویکرد درمان‌محور و خصوصی‌سازی ناقص، مدیریت درمانی بیماران را به بازار خدمات درمانی محول می‌کند. در این فرایند، بیماری حاصل از فرسایش فسیلی، خود به ابزاری برای انباشت سرمایه در بخش خصوصی درمان، فروش تجهیزات پزشکی و رونق بیمه‌های تکمیلی تبدیل می‌شود و بار مالی آن از طریق پرداخت‌های از جیب (OOP) بر دوش خانوارها بار می‌شود. این همان چرخه خودبازتولیدکننده‌ای است که زیست سیاست کربن بنیان را به منطق مسلط حکمرانی رفاهی – محیط‌زیستی در ایران تبدیل کرده است.

## ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین رابطه میان اقتصاد فسیلی، فرسایش سلامت عمومی و کالایی‌شدن درمان در ایران طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۴۰۰ انجام شد و مفهوم زیست سیاست کربن بنیان را به‌عنوان یک چارچوب تحلیلی نوآورانه برای فهم پیوند میان الگوی توسعه، محیط‌زیست و نظام سلامت پیشنهاد کرد. تحلیل مثلث‌سازی‌شده یافته‌های حاصل از بررسی ۶۵۹ مصوبه اسنادی، مدل اقتصادسنجی GMM و تحلیل مضمون ۱۱ مصاحبه عمیق با خبرگان نشان می‌دهد که تحولات حوزه سلامت در سه دهه گذشته را نمی‌توان به تصمیمات اداری، ناکارآمدی‌های مدیریتی مقطعی یا تغییر دولت‌ها تقلیل داد. برعکس، سیاست‌گذاری سلامت در ایران تحت‌تأثیر نوعی تداوم نهادی (تداوم نهادی[1]) و این‌همانی ساختاری میان دولت‌ها قرار داشته است.

### الف) تفسیر نظری یافته‌ها و هم‌افزایی با ادبیات پژوهش

یافته‌های این مطالعه در چند محور با ادبیات نظری و تجربی موجود تقاطع و هم‌افزایی دارد: نخست، در حوزه اقتصاد سیاسی سلامت و معین‌های ساختاری، یافته‌ها تأییدکننده دیدگاه ناوارو (۱۹۷۶، ۲۰۰۱) و وایتزکین (۲۰۰۰) است که سلامت را نه امری صرفاً زیستی یا پزشکی، بلکه محصول مناسبات قدرت و الگوهای انباشت اقتصادی می‌دانند. شواهد این پژوهش نشان داد که در ایران، بخشی از بار بیماری‌های مزمن و غیرواگیر ریشه در الگوی توسعه‌ای دارد که بر مصرف گسترده سوخت‌های فسیلی، صنایع سنگین آلاینده و حمل‌ونقل نامناسب استوار شده است. این یافته با پژوهش‌های رفیعی و همکاران (۱۴۰۰) و ملکی و همکاران (۱۳۹۹) درزمینهٔ اقتصاد سیاسی محیط‌زیست و نابرابری ساختاری سلامت در ایران همخوانی کامل دارد. دوم، درزمینهٔ توسعه نظریه زیست سیاست، فوکو (۱۹۷۸، ۲۰۰۸) زیست سیاست را عمدتاً در قالب نهادهای رفاهی، بهداشتی و اداری دولت‌های مدرن غربی تحلیل می‌کرد. صورت‌بندی زیست سیاست کربن بنیان در این مقاله نشان می‌دهد که در جوامع متکی بر منابع فسیلی (مانند ایران)، مناسبات تولید انرژی و

1 Institutional Continuity

صنایع آلاینده نیز مستقیماً در شکل‌دهی به حیات زیستی، تولید ساختاری بیماری و کالایی‌شدن بدن شهروندان نقش‌آفرینی می‌کنند. این تحلیل، پیوند نوآورانه‌ای میان ادبیات زیست سیاست فوکویی و اقتصاد سیاسی سوخت‌های فسیلی ایجاد می‌کند (مالم، ۲۰۱۶؛ میچل، ۲۰۱۱).

سوم، در حوزه نهادگرایی تاریخی و سیاست اجتماعی، نتایج مدل GMM با اثبات ضریب وقفه معنی‌دار پرداخت از جیب (OOP_ {t-1} = 0.62) و غیرمعنی‌دار بودن متغیرهای مجازی اکثر دولت‌ها، پدیده وابستگی به مسیر و تصلب نهادی (پیرسون، ۲۰۰۰) را در الگوی تأمین مالی سلامت تأیید کرد. علی‌رغم تغییر گفتمان‌های سیاسی دولت‌ها (از سازندگی و اصلاحات تا مهر و تدبیر و امید)، منطق مسلط بر سیاست‌گذاری سلامت تغییر نیافته و نوعی خصوصی‌سازی ناقص بر نظام درمان حاکم بوده است. این یافته، نتایج پژوهش‌های امیدی و کاشی (۱۳۹۹)، جواهری و همکاران (۱۳۹۹) و داودی (۱۴۰۳) را مبنی بر استمرار روندهای بازارگرایانه و شکاف میان عدالت گفتمانی (اسناد بالادستی) و عدالت نهادمند (نتایج اجرایی) تعمیق می‌بخشد.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات بین‌المللی اخیر ازجمله گودایر و ریوز (گودیر و ریوز، ۲۰۲۴[1]) و بکت و سولفرینو (بچتی و سولفرینو، ۲۰۲۵[2]) هم‌راستاست که نشان می‌دهند روند خصوصی‌سازی و بازارگرایی در نظام‌های سلامت نه‌تنها به بهبود کارایی یا کیفیت منجر نشده، بلکه به افزایش هزینه‌های پرداختی از جیب مردم، شکل‌گیری نظام دو لایه درمانی و انتقال فشار مالی به خانوارها انجامیده است.

### ب) تبیین ساختاری زیست سیاست کربن بنیان

مهم‌ترین دستاورد و یافته تحلیلی این پژوهش، کشف و تبیین چرخه خودبازتولیدکننده‌ای است که عناصر آن در قالب زنجیره زیر به یکدیگر متصل می‌شوند:

۱. پایه اقتصاد فسیلی: اتکای ساختاری توسعه اقتصادی به صنایع انرژی‌بر و سوخت‌های

1 Goodair & Reeves
2 Becchetti & Solferino

فسیلی آلاینده.

**۲.** تولید محیط‌زیستی بیماری (فرسایش زیستی): تشدید مخاطرات محیط‌زیستی (مانند آلودگی هوا و مازوت‌سوزی) و افزایش بار بیماری‌های قلبی، تنفسی و سرطان‌ها.

**۳.** پاسخ نهادی درمان‌محور: غفلت نظام سلامت از پیشگیری از مبدأ و تمرکز بر توسعه امکانات بستری و تجاری‌سازی خدمات.

**٤.** کالایی‌شدن درمان و انتقال بار مالی: اجرای خصوصی‌سازی ناقص، توسعه بیمه‌های تکمیلی و انتقال هزینه‌ها به خانوارها از طریق پرداخت مستقیم از جیب (OOP).

در این چرخه، آلودگی و بیماری صرفاً عوارض جانبی یا انحرافات مقطعی توسعه نیستند، بلکه بخشی از سازوکار بازتولید یک نظم سیاسی - اقتصادی واحد محسوب می‌شوند. نظام سلامت به‌جای مهار علل ساختاری بیماری، خود به عرصه‌ای برای مدیریت درمانی پیامدهای اقتصاد فسیلی و انباشت اقتصادی در بازار پزشکی تبدیل شده است.

## ج) محدودیتی‌های پژوهش و ملاحظات احتیاطی در استنتاج

جهت رعایت دقت علمی و موازین پژوهش‌های کیفی - تاریخی، توجه به محدودیت‌های زیر و اعمال ملاحظات احتیاطی در تعمیم‌یافته‌ها ضروری است:

۱. محدودیت‌های دسترسی به داده‌ها: در بخش تحلیل اسنادی و داده‌های کمی، عدم انتشار متمرکز و منظم حساب‌های ملی سلامت در برخی سال‌های دهه ۱۳۷۰ و همچنین محرمانه بودن برخی گزارش‌های نظارتیِ ارزیابی آلایندگی صنایع سنگین، دسترسی کامل پژوهشگران به تمام جزئیات مالی و زیست‌محیطی را با محدودیت روبه‌رو ساخت.

۲. ملاحظات احتیاطی در تعمیم‌دهی: الگوی تحلیلی زیست سیاست کربن بنیان بر پایه ویژگی‌های ساختاری اقتصاد سیاسی ایران (تک‌محصولی بودن، وابستگی شدید بودجه به نفت و حجم بالای مداخله دولت در اقتصاد) صورت‌بندی شده است؛ بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به سایر کشورهای درحال‌توسعه باید بااحتیاط علمی و لحاظ نمودن بستر نهادی، ساختار رفاهی و میزان وابستگی آن‌ها به انرژی انجام گیرد.

### د) دلالت‌های سیاستی و پیشنهادهای اجرایی تفکیک‌شده[1]

یافته‌های این پژوهش به‌روشنی اثبات می‌کند که چالش‌های عمیق نظام سلامت در ایران و تداوم سهم بالای پرداخت از جیب خانوارها (OOP)، حاصل تصمیمات اداری مقطعی یا ناکارآمدی‌های مدیریتی فردی نیست؛ بلکه برآمده از کارکرد ساختاری و چرخه بازتولیدکننده زیست سیاست کربن بنیان است. در این چرخه، توسعه متکی بر سوخت‌های فسیلی به آلودگی زیست‌محیطی و تولید بیماری منجر می‌شود و نظام درمان به‌جای مهار علل ساختاری بیماری، با اتخاذ رویکرد خصوصی‌سازی ناقص و گسترش منطق بازار، هزینه‌های ناشی از این فرسایش زیستی را به خانوارها منتقل می‌سازد.

ازاین‌رو، اصلاحات درون‌بخشی، مقطعی و محدود به وزارت بهداشت به‌تنهایی توان شکستن این مسیر تجلی‌یافته نهادی را ندارد. خروج از عدالت صوری و گفتمانی و گذار به عدالت نهادمند و پایدار مستلزم اتخاذ نقشه راهی جامع، فرابخشی و تفکیک‌شده در سه سطح ساختاری، نهادی و عملیاتی است:

#### د-۱) سطح کلان و فرابخشی: گذار از اقتصاد فسیلی به الگوی توسعه کم‌کربن

##### د-۱-۱) کاهش وابستگی ساختاری به سوخت‌های فسیلی و اصلاح الگوی انرژی:

سیاست‌گذاری عمومی در کشور باید افت وابستگی بودجه، صنعت و حمل‌ونقل به انرژی‌های آلاینده را به‌عنوان یک هدف راهبردی و فوق‌تکلیفی دنبال کند. این گذار مستلزم اصلاح الگوی سوخت در صنایع سنگین (پتروشیمی، فولاد و سیمان)، خروج تدریجی سوخت‌های آلاینده (به‌ویژه مازوت‌سوزی در نیروگاه‌ها)، توسعه واقعی انرژی‌های تجدیدپذیر (خورشیدی و بادی)، نوسازی کامل ناوگان حمل‌ونقل عمومی شهری و ارتقای اجباری استانداردهای آلایندگی خودروهای داخلی است. تا زمانی که تولید ساختاری بیماری از مبدأ آلاینده‌های فسیلی مهار نشود، نرخ ابتلا به بیماری‌های مزمن تنفسی، قلبی و سرطان‌ها سیر صعودی خواهد داشت و هیچ بودجه درمانی نمی‌تواند پاسخگوی هزینه‌های سرسام‌آور آن باشد.

---

1 Policy Implications

**د-۱-۲) نهادینه‌سازی و اجرای واقعی اصل آلاینده می‌پردازد (اصل پرداخت توسط آلوده‌کننده):**[1]

هزینه‌های مادی، زیستی و درمانی ناشی از آلودگی هوا و تخریب زیست‌بوم نباید در قالب پرداختی‌های مستقیم از جیب مردم به خانوارها منتقل گردد. صنایع سنگین آلاینده، نیروگاه‌ها، واحدهای پتروشیمی و خودروسازان باید ملزم به پرداخت مالیات‌های زیست‌محیطی، عوارض کربن و جریمه‌های آلایندگی متناسب با سهم خود در تولید آلودگی شوند. منابع حاصل از این مالیات‌ها نباید در بودجه جاری دولت مستهلک شود، بلکه باید طبق قانون به یک صندوق ملی پیشگیری و سلامت عمومی منتقل‌شده و صرفاً جهت توسعه مراقبت‌های اولیه، کاهش مواجهه گروه‌های آسیب‌پذیر با آلاینده‌ها و جبران هزینه‌های دارویی و درمانی بیماران مزمن تخصیص یابد.

**د-۲) سطح نهادی و ساختاری: اصلاح حکمرانی و ساختار تنظیم‌گری نظام سلامت**

**د-۲-۱) ادغام ساختاری و قانونی سیاست‌های محیط‌زیست و سلامت:**

حکمرانی عمومی کشور باید از نگاه جزیره‌ای و تفکیک بخشی فعلی عبور کند. این تحول مستلزم ایجاد یک سازوکار فرابخشی و مقتدر تحت عنوان شورای‌عالی حکمرانی زیست‌محیطی سلامت با عضویت فعال وزارت بهداشت، سازمان حفاظت محیط‌زیست، وزارت نفت، وزارت نیرو، وزارت صمت و سازمان برنامه‌وبودجه است. این شورا باید اختیارات قانونی الزام‌آوری برای ارزیابی اجباری پیوست سلامت و محیط‌زیست برای تمامی پروژه‌های بزرگ صنعتی و عمرانی پیش از تصویب و تخصیص اعتبارات داشته باشد.

**د-۲-۲) خروج از خصوصی‌سازی ناقص و تقویت ظرفیت تنظیم‌گری مستقل دولت**[2]:

تجربه سه دهه گذشته نشان‌داده است که واگذاری خدمات درمانی به بخش خصوصی

1 Polluter Pays Principle
2 Regulatory State

بدون ایجاد نهادهای نظارتی قدرتمند، تنها به بازاری شدن درمان، رواج تقاضای القایی، بروز دریافتی‌های غیررسمی و رشد هزینه‌های مردم انجامیده است. دولت باید از نقش‌های متعارض خود خارج شود؛ وزارت بهداشت نباید هم‌زمان در مقام سیاست‌گذار، خریدار خدمت، ارائه‌دهنده خدمت و تعیین‌کننده تعرفه عمل کند. تفکیک دقیق نهاد سیاست‌گذار از ارائه‌دهندگان، ایجاد نهادهای تنظیم‌گر مستقل برای نظارت بر تعرفه‌ها و کیفیت بخش خصوصی، سامان‌دهی بیمه‌های تکمیلی، ارزیابی اقتصادی فناوری‌های جدید پزشکی و مدیریت جدی تعارض منافع (کنترل و ممنوعیت اشتغال هم‌زمان پزشکان در هر دو بخش دولتی و خصوصی) از الزامات حیاتی اصلاح ساختار تنظیم‌گری است.

### د-۳) سطح اجرایی و عملیاتی: حفاظت مالی پایدار و تقدم پیشگیری بر درمان

#### د-۳-۱) تغییر جهت‌گیری بودجه‌ای از درمان‌محوری به بهداشت و پیشگیری:

نظام سلامت باید اولویت تخصیص اعتبارات مالی خود را از توسعه ساخت‌وساز بیمارستانی و خرید تجهیزات گران‌قیمت بستری در کلان‌شهرها بردارد و منابع را به سمت تقویت شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، پایش مستمر بیماران مزمن، غربالگری بیماری‌های مرتبط با آلاینده‌ها و آموزش بهداشت عمومی سوق دهد. ارتقای رویکرد پیشگیرانه در شبکه بهداشتی، بار ورود بیماران به مراحل پرهزینه بستری و درمانی را به‌شدت کاهش خواهد داد.

#### د-۳-۲) نهادمندسازی حفاظت مالی هدفمند و کاهش سهم پرداخت از جیب (OOP):

برای جلوگیری از سقوط سالانه ۲.۸ درصد از جمعیت کشور به زیر خط‌فقر به دلیل هزینه‌های درمان و مواجهه ۲.۸۸ درصدی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت، اجرای اقدامات عملیاتی زیر ضروری است:

۱) تأمین منابع مالی پایدار برای صندوق‌های بیمه پایه: تحقق هدف قانونی کاهش سهم پرداختی مردم به زیر ۳۰ درصد از طریق تخصیص منابع پایدار ناشی از مالیات‌های

زیست‌محیطی.

۲) پوشش ۱۰۰ درصدی بیمه‌ای برای دهک‌های پایین درآمدی: ارائه چتر حمایتی کامل بیمه‌ای برای هزینه‌های دارویی، درمان بیماری‌های صعب‌العلاج و خدمات ضروری دندان‌پزشکی دهک‌های ۱ تا ۴ درآمدی جامعه.

۳) گذار به صندوق تأمین مالی یکپارچه: ادغام صندوق‌های بیمه‌ای متعدد و پراکنده برای پایان‌دادن به قشربندی سلامت، حذف تبعیض در ارائه خدمات به بیمه‌شدگان بسترهای مختلف و تضمین پشتیبانی مالی به‌عنوان یک حق شهروندی ثابت که با نوسانات و تغییر دولت‌ها دچار افت پوشش نگردد.

## تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

## اظهارنامه استفاده از هوش مصنوعی

نویسنده این مقاله اظهار می‌دارد که در مراحل تدوین این پژوهش، از فناوری‌های هوش مصنوعی زاینده صرفاً در جهت بهبود نگارش ادبی و ویراستاری زبانی بهره گرفته شده است.

**ORCID**

Fatemeh Homayouni **http://orcid.org/0000-0001-7189-4046**

## منابع

آزاد ارمکی، تقی، کوششی، مجید و پروایی، شیوا. (۱۴۰۰). رهیافت انتقادی به کالایی‌شدن سلامت و طردشدگی سالمندان تهیدست. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۲ (۲)، ۱-۲۴.

امیدی، رضا و غلامرضا کاشی، فاطمه. (۱۳۹۹). نسبت میان خصوصی‌سازی و نابرابری سلامت، کار و جامعه، (۲۴۴)، ۲۹-۵۷.

جواهری، فاطمه، صفری شالی، رسول و مهدوی کنده، داوود. (۱۳۹۹). تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران. *مسائل اجتماعی ایران*، ۱۱ (۱)، ۶۳-۸۷.

حیدریان دولت‌آبادی، محمدجواد و مظاهری کوهانستانی، رسول. (۱۴۰۰). بررسی روش‌ها و موانع خصوصی‌سازی در نظام سلامت ایران. *مطالعات و پژوهش‌های اداری*، (۹)، ۷۶-۸۶.

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

رفیعی، حسن و همکاران. (۱۴۰۰). اقتصاد سیاسی محیط‌زیست و توسعه ناپایدار در ایران، تحقیقات رفاه اجتماعی،۲۱ (۸۲)، ۴۵-۷۸.

رضایی، محمدرضا. (۱۳۹۵). فرصت‌ها و چالش‌های ناشی از پیامدهای خصوصی‌سازی سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت، *مدیریت بهداشت و درمان*، ۷ (۳)، ۵۵-۶۸.

سازمان برنامه‌وبودجه کشور. (۱۳۶۸). قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تهران: *سازمان برنامه‌وبودجه کشور*.

سازمان برنامه‌وبودجه کشور. (۱۳۷۳). قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تهران: *سازمان برنامه‌وبودجه کشور*.

سازمان برنامه‌وبودجه کشور. (۱۳۷۹). قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تهران. *سازمان برنامه‌وبودجه کشور*

سازمان برنامه‌وبودجه کشور. (۱۳۸۳). قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تهران: *سازمان برنامه‌وبودجه کشور*.

سازمان برنامه‌وبودجه کشور. (۱۳۸۹). قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تهران: *سازمان برنامه‌وبودجه کشور*.

سازمان برنامه‌وبودجه کشور. (۱۳۹۵). قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تهران: *سازمان برنامه‌وبودجه کشور*.

سازمان حفاظت محیط‌زیست. (۱۴۰۲). *گزارش وضعیت محیط‌زیست ایران*، تهران: *سازمان حفاظت محیط‌زیست*.

عبدالله‌تبار، هادی، سجادی، حمیرا، سام‌آرام، عزت الله و تاج‌مزینانی، علی اکبر. (۱۴۰۰). بستر نهادی نظام سلامت و تحولات آن در ایران. *رفاه اجتماعی*،۲۱(۸۱)، ۸۷-۱۲۷.

قاراخانی، معصومه. (۱۳۹۲). دولت و سیاست سلامت در ایران، *علوم اجتماعی*، (۶۱)، ۲۱۱-۲۵۴.

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. (۱۴۰۱). گزارش نظارتی اجرای قانون هوای پاک، تهران: *مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی*.

مرندی، سید علیرضا، جمشیدی، حسن‌رضا، عزیزی، فریدون و لاریجانی، باقر. (۱۴۰۰). سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۴۰۰-۱۳۵۷، (جلد اول و دوم)، تهران: *اطلاعات*.

ملکی، امیر و همکاران. (۱۳۹۹). تحلیل ساختاری نابرابری‌های سلامت در ایران، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۱ (۳)، ۱۵-۳۸.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۴۰۱). گزارش حساب‌های ملی سلامت ایران، تهران: *وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۴۰۲). گزارش حساب‌های ملی سلامت ایران، تهران: *وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. (۱۴۰۰ الف). مجموعه گزارش‌های پایش فقر در سال ۱۴۰۰، تهران: *وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی*.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. (۱۴۰۰ ب). مجموعه گزارش‌های فقر چندبعدی: گزارش فقر بهداشت و سلامت در ایران، تهران: *وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی*.

## References

Abdollahtabar, H., Sajjadi, H., Sam Aram, E., & Tajmazinani, A. A. (2021). The institutional context of the health system and its developments in Iran. *Social Welfare Quarterly*, 21(81), 87–127. [In Persian]

Azad Armaki, T., Koosheshi, M., & Parvaei, S. (2021). A critical approach to commodification of health and exclusion of the poor elderly. *Journal of Applied Sociology, 32*(2), 1–24. [In Persian]

Bambra, C. (2005). Cash versus services: 'Worlds of welfare' and the decommodification of cash benefits and health care services. *Journal of Social Policy*, 34(2), 195–213. https://doi.org/10.1017/S0047279404008260

Beach, D., & Pedersen, R. B. (2019). Process-tracing methods: Foundations and guidelines (2nd ed.). University of Michigan Press.

Becchetti, L., & Solferino, N. (2025). Testing health expenditure rationing under universal health coverage: The Italian case. *Health Policy*, 139, 104920.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Conrad, P. (2007). The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. *Johns Hopkins University Press.*

Davoudi**,** M**.** (2024). Social citizenship and the right to health: An introduction to the effects of adjustment and privatization policies on the health sector in the Islamic Republic of Iran. *Public Policy,* 10(4), 127–140. [In Persian]

Department of Environment. (2023). Report on the state of Iran's environment. Tehran: Department of Environment. [In Persian]

Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism. *Princeton University Press*.

Foucault, M. (1978). The history of sexuality: Volume 1: An introduction (R. Hurley, Trans.). *Pantheon Books.*

Foucault, M. (2008). The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978–1979 (G. Burchell, Trans.). *Palgrave Macmillan.*

Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet Public Health*, 9(3), e199–e206. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3

Hall, A. L., & Midgley, J. (2004). Social policy for development. *Sage Publications.*

Heydarian Mohammadabadi, M. J., & Mazaheri Kohanestani, R. (2021). Investigating methods and barriers of privatization in Iran's health system. *Administrative Studies and Research*, 9, 76–86. [In Persian]

Illich, I. (1976). Medical nemesis: The expropriation of health. *Pantheon Books.*

Javaheri, F., Safari Shali, R., & Mahdavi Kande, D. (2020). Comprehensive analysis ofhealth policy comprehensiveness in Iran's development laws. *Iranian Social Issues*, 11(1), 63–87. [In Persian]

Mackintosh, M., & Koivusalo, M. (Eds.). (2005). Commercialization of health care: Global and local dynamics and policy responses. *Palgrave Macmillan.*

Maleki, A., et al. (2020). Structural analysis of health inequalities in Iran. *Journal of Applied Sociology*, 31(3), 15–38. [In Persian]

Malm, A. (2016). Fossil capital: The rise of steam power and the roots of global warming. *Verso*.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6

Marandi, S. A., Jamshidi, H. R., Azizi, F., & Larijani, B. (2021). Health in the Islamic Republic of Iran 1978–2021 (Vols. 1–2). Tehran: Ettela'at Publications. [In Persian]

Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare. (2021a). Collection of poverty monitoring reports for the year 2021. Tehran: Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare. [In Persian]

Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare. (2021b). Multidimensional poverty reports: Health and sanitation poverty report in Iran. Tehran: Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare. [In Persian]

Ministry of Health and Medical Education. (2022). Iran's National Health Accounts Report. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. [In Persian]

Ministry of Health and Medical Education. (2023). Iran's National Health Accounts Report. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. [In Persian]

Mitchell, T. (2011). Carbon democracy: Political power in the age of oil. *Verso*.

Navarro, V. (1976). Medicine under capitalism. Prodist.

Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services*, 31(1), 1–21. https://doi.org/10.2190/LYJL-LC06-QPUP-XFGX

Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251–267. https://doi.org/10.2307/2586011

Planning and Budget Organization. (1989). First Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Planning and Budget Organization. [In Persian]

Planning and Budget Organization. (1994). Second Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Planning and Budget Organization. [In Persian]

Planning and Budget Organization. (2000). Third Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Planning and Budget Organization. [In Persian]

Planning and Budget Organization. (2004). Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Planning and Budget Organization. [In Persian]

Planning and Budget Organization. (2010). Fifth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Planning and Budget Organization. [In Persian]

Planning and Budget Organization. (2016). Sixth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Planning and Budget Organization. [In Persian]

Qarahkhani, M. (2013). The state and health policy in Iran. Social Sciences, 61, 211–254. [In Persian]

Rafiei, H., et al. (2021). Political economy of environment and unsustainable development in Iran. *Social Welfare Research*, 21(82), 45–78. [In Persian]

Rezaei, S., Karami, A., Soltani, S., Barfar, E., Mohammadi, M., Ghareghani, A., Badakhshan, A., Badiee, M., Pakdaman, M., & Brown, G. (2024). Financial burden of out-of-pocket health payments in Iran: Findings from a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 24(1), 102–115.

Romanello, M., Di Napoli, C., Green, C., Kennard, H., Lampard, P., Scamman, D., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., et al. (2023). The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: The imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *The Lancet*, 402(10419), 2346–2394. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *World Health Organization*.

Waitzkin, H. (2000). The second sickness: Contradictions of capitalist health care. *Rowman & Littlefield Publishers*.

World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *World Health Organization.*

World Health Organization. (2021). WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. *World Health Organization*.

World Health Organization. (2024). Ambient air pollution: Health impacts. *World Health Organization*.

**استناد به این مقاله:** همایونی، فاطمه السادات. (۱۴۰۵). زیست سیاست کربن‌بنیان در ایران:تحلیلی تاریخی از رابطهٔ اقتصاد فسیلی، فرسایش سلامت و کالایی‌شدن درمان (۱۴۰۰–۱۳۶۸)، *فصلنامه اقتصاد محیط زیست و منابع طبیعی*، ۶(۱۵)، صفحات ۱۷۵-۲۲۰. DOI: 10.22054/eenr.2026.93682.237

Journal of Environmental and Natural Resource Economics licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.