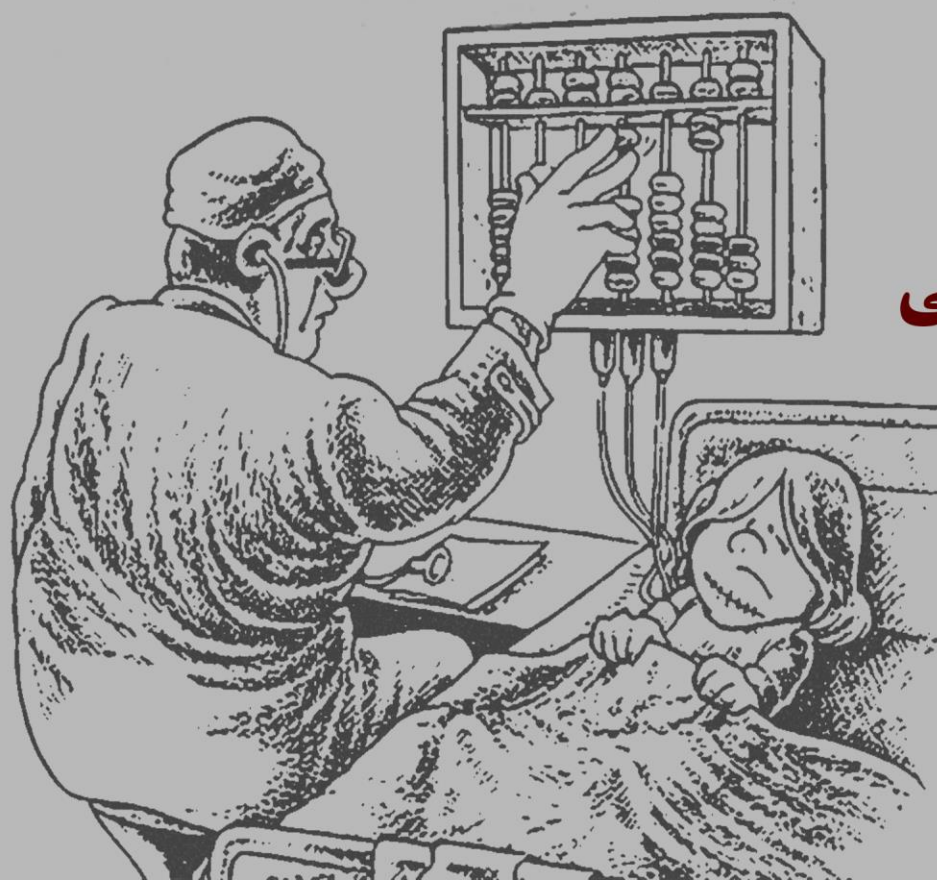




# ارزیابی سیاستگذاری سرمایه‌دارانه‌ی سلامت در ایران پس از جنگ



سنجش شدت کالا شدگی  
خدمات بهداشت و  
سلامت

## ارزیابی سیاستگذاری سرمایه‌دارانه‌ی سلامت در ایران پس از جنگ

### سنجش شدت کالا شدگی خدمات بهداشت و سلامت

مقدمه:

آشکارگی بی‌کفایتی و ناکارآمدی حاکمیت در تدبیر نظام سلامت در جریان بحران همه‌گیری ویروس کرونا، و بارها و بارها شنیده شدن روایت‌هایی از این دست از سوی همراهان بیمار که «گفتن "اول برید فلان میلیون تومان ورودی بیمارستان رو واریز کنید تا براتون جای خالی پیدا کنیم"، گفتیم "تا شب جور می‌کنیم"، قبول نکردن و ناچار شدیم بپریمش خونه و تا برسیم مُرد»، بیانگر به اوج رسیدن روند بیمارگونه و ضدمردمی‌ای است که دستکم بیش از ۳۰ سال است در کشورمان جریان دارد و در هنگامه‌ی بحران‌هایی از این دست، صرفاً تمامی کثافت‌های پنهان از دیده‌ها که در پس‌حوزه‌ی سلامت درجریان است، بی‌هیچ شرمی در هیأت جمالتی نظیر «اول برید فلان میلیون تومان بریزید، بعد پذیرش می‌کنیم» متبلور می‌شود.

در این رساله می‌کوشیم تا سازوکارهای رسیدن به نقطه‌ی کنونی را برای شما آشکار کنیم تا از دل آن بتوانیم به‌گونه‌ای رادیکال و در عین حال واقعی، به آفق‌های نوین و راهکاری سوسیالیستی بیان‌دیشیم و در راستای آن به مبارزه ادامه دهیم.

در آنچه علم اقتصاد خوانده می‌شود، فرض بنیادی آن است که حتی هوا هم بالقوه یک کالا است اما به سبب عرضه‌ی طبیعی زیادش از خرید و فروش آن موقتاً صرف‌نظر شده. در این برداشت کالا اساساً عبارت است از هر آنچه نیازی را رفع می‌کند و از این‌رو قابلیت خرید و فروش در بازار را دارد. آنچه خرید و فروش کالاها را متأثر می‌کند نسبت میان عرضه و تقاضای آن‌هاست. فرض بنیادی کم‌یابی کالاها در قیاس با گوناگونی نیازها، باعث می‌شود که «چگونگی دسترسی تقاضا کنندگان کالایی با عرضه‌ی محدود» بدل به یک «مسئله‌ی اجتماعی» شود. این امر در خصوص آنچه در سیاست‌گذاری اجتماعی ذیل عنوان «خدماتی» ای شناخته می‌شود که مسئولیت سازماندهی نحوه‌ی بهره‌مندی اعضای جامعه از آن متوجه‌ی دولت است به طریق اولی‌تر شرایط چالش‌برانگیزی را باعث می‌شود.

از بدو پیدایش «دولت مدرن» که همگام با برآمدن سرمایه‌داری است و نضج گرفتن معنا و مفهوم «زیست-سیاست» (bio-politics) مواجهه با «سلامت اعضای جامعه» به عنوان تکلیفی برای دولت همواره یک معمای تناقض‌آمیز بوده است. تمرکز بر چگونگی حل و فصل این موضوع از آنجایی اهمیت دارد که «سیاستگذاری بهداشت با بسیاری از سیاست‌های دیگر در ارتباط است: مثل مالیات بر فروش دخانیات، یا کارآمدی تلاش‌ها برای کنترل آلودگی آب و هوا، سلامت غذا، یا بهداشت محیط کار» (بلیک مور، ۱۳۸۵: ۲۵۶).

رشد روزافزون طبقه‌ی کارگر در نظام سرمایه‌داری به سبب «منطق سرمایه» و پائین آمدن استانداردهای سلامت او به خاطر تأثیرات کار زیاد، نایمنی محیط کار، فقر، کثیفی محل‌های زندگی، شرایط بد تغذیه و ... تقاضا برای سلامت را به نحو بی‌سابقه‌ای بالا می‌برد: از طرفی «منطق سرمایه» برای «خودگستری» اش نیازمند «نیروی کار سالم» است و از طرف دیگر نیاز به سودآوری از ارائه‌ی خدمات به خاطر ناگزیری تعهد به «منطق انباشت سرمایه»، باعث تحت تأثیر قرار گرفتن دایره‌ی شمول رایگان و کیفیت ارائه‌ی خدمات سلامت می‌شود؛ لذا باید دست به انتخابی زد: ضعیف‌ترین و شکننده‌ترین افراد از لحاظ زیست‌شناختی می‌بایست مشمول شکلی از حذف از دایره‌ی شمولیت سلامت قرار بگیرند. این سازوکاری است که فوکو به درستی آن را «استراتژی سلامت» می‌نامد (نک به: فوکو، میشل، ۱۳۸۷).

در فضای ایران پس از جنگ، در حالی که به سبب یک دوره «درون‌تابی» و آهنگ کند «انباشت سرمایه» به سبب ویرانی جنگ و هزینه‌های ناشی از آن، ضرورت بازبایی آن از طریق اتصال بیشتر به بازار جهانی احساس می‌شد، سیاست‌گذاری اجتماعی در ایران شدیداً تحت تأثیر این ناگزیری ناشی از واقع شدن در اتمسفر سرمایه‌داری جهانی قرار گرفت. این امر در حوزه‌ی مسائل مربوط به بهداشت و سلامت با اجرای یک سیاست تنظیم خانواده به منظور جلوگیری از رشد جمعیت برای مدیریت بهتر منابع در جریان برنامه اول آغاز شد، با تصویب طرح «خودگردانی بیمارستان‌ها» و مکلف شدن آن‌ها به درآمدزایی و عدم تحقق طرح بیمه‌ی درمانی به منظور تقبل ۲۵ درصد از هزینه‌ها ادامه یافت (که باعث روند رو به رشد سهم مردم از هزینه‌های بهداشت و سلامت شد). به اعتبار این وضعیت بود که هزینه‌های خانمان برانداز درمان (catastrophic fees) به عنوان بحرانی جدید خود را نشان دادند. هر چند که این موضوع در سال‌های بعد کنترل شد اما شدت کالا بودن سلامت از وجوه دیگری خود را نمایاند. این کالا شده‌گی اما بنا بر درک مسلط از اقتصاد (حتی در بینش‌های سوسیال-دموکراتیک) امری ناگزیر دانسته می‌شود که هرچند بر تلاش برای کاستن از هزینه‌های درمانی توسط دولت یا ضرورت کنترل سقف دستمزدهای پزشکان تأکید می‌شود، اما بنا بر تعریف غلطی که از معنا و مفهوم «کالا» وجود دارد، هدف سیاست‌گذاری اجتماعی در حوزه‌ی سلامت بیش از آنکه بر اصلاح روند تولید «کالا»ی سلامت متمرکز باشد، بر توزیع بخش محدودی از خدمات آن هم نه مبتنی بر رعایت اصول چهارگانه‌ی ارائه‌ی یک خدمت (موجود، قابل پرداخت، دسترس‌پذیر و قابل قبول) است.

## چیستی کالا شدگی و سنجش آن

### • معنای کالا

برای به‌دست دادن تبیینی دقیق از آنچه در حوزه‌ی سلامت در سپهر سرمایه‌داری ایران پس از جنگ رخ داده، باید ابتدا دست به بازنگری بنیادین در تعاریف مفاهیمی چون کالا زد و سپس کوشید تا از مباحثی که عمیقاً ریشه‌های فلسفی و انتزاعی دارند و در عین حال کیفی

هم هستند، شاخص ساخت (که البته لاجرم گونه‌ای از تقلیل‌گرایی است). به این ترتیب ما برای کلیشه‌زدایی از تعریف کالا از این نقطه می‌آغازیم که آنچه در اقتصاد «ارزش نیروی کار» محسوب می‌شود و عبارت است از مجموعه کالاهای مادی و غیرمادی ضروری برای بازتولید آن. از این مفروض غلط چنین برمی‌آید که «نیروی کار» همچون «زمین» برای زمیندار و «پول» برای سرمایه‌دار دارای آدمی نیست؛ اما با فرض گرفتن این گزاره‌ی غلط «مزد» حق کارگر، «رانت» حق زمیندار و «سود» و «بهره» حق مشروع سرمایه‌دار، در «عدالتی» طبیعی، فطری و ازلی و ابدی درنظر گرفته می‌شود؛ حال آنکه نیروی کار هستی انسان و جدایی ناپذیر از اوست.

اگر صرفاً محصولات ساخته‌ی انسان را درنظر بگیریم (که تولیدات و خدمات حوزه‌ی سلامت از این جنس است) برای تولید هر «کالایی»، «کاری» انجام می‌شود. همین عنصر مشترک درون هر کالایی، مبادله میان آن‌ها را امکان‌پذیر می‌کند. اما این عنصر مشترک برای بدل شدن به منجر مشترک همه‌ی کالاها باید فارغ از کیفیت انجامش (این یا آن کار خاص) درنظر گرفته شود؛ یعنی به عنوان یک «انتزاع عام». چنین چیزی که مارکس اسمش را می‌گذارد «کار مجرد»، در شکل «ارزش مبادله» می‌توان به وسیله‌ی «زمان» اندازه‌گیری کرد. این زمان باید در هیأت کالایی بیان شود که با دیگر «زمان‌ها» (یعنی کالا/خدمتی که برایش زمانی کار انجام گرفته) قابل مبادله باشد. آن کالای هم‌ارز کننده‌ی همه‌ی زمان‌ها نامش «پول» است. به این ترتیب است که «ارزش»ی که به اعتبار کاری که در بازه‌ی زمانی مشخصی در کالایی متبلور است، ناگزیر در هیأت «قیمت»ی (مثلاً به ازای هر ساعتش) باید بیان شود. به این ترتیب اگر کالا هر آن شیء/خدمتی است که دارای جوهری به نام «کار مجرد»، و شکلی به نام «ارزش مبادله» است، پس می‌بایست مقداری هم داشته باشد که روشن می‌کند چقدر کار مجرد درون یک شیء/خدمت متبلور است که در صورت وجود مابه‌ازای مساوی با آن، قابل مبادله خواهد بود. چه معیاری تعیین می‌کند که شیء/خدمتی با فلان کیفیت در بهمان بازه‌ی زمانی باید تولید/ارائه شود و بیان قیمتی ارزش‌اش هم فلان است؟

همان‌طور که برای میسر شدن مبادله از کیفیت این یا آن کار صرف‌نظر کردیم تا به مفهومی به نام «کار مجرد» برسیم، اینجا هم باید از این یا آن زمان انجام بنا به انواع و اقسام مقتضیات صرف‌نظر کرده و یک «میانگین» را درنظر بگیریم. میانگین زمان کار لازم برای تولید محصول مدنظر. معنای چنین مفهومی عبارت است از زمان کاری که برای تولید هر نوع ارزش مصرفی، در شرایط متعارف تولید، در جامعه‌ای معین و با میزان مهارت میانگین و شدت کار رایج در آن جامعه لازم است.

اما چطور فلان مقدار کار اجتماعاً لازم برای تولید کالایی قیمت‌گذاری می‌شود؟ قیمت کالا را مرکب از مزد می‌دانند که «درآمد» کارگر است و «سود» که درآمد سرمایه‌دار است. انتقاد مارکس این است که مزد «درآمد» کارگر نیست، بلکه یک مبادله‌ی ساده کالا-پول از دید کارگر یا پول-کالا از دید سرمایه‌دار است. کارگر، کالایش، یعنی نیروی کارش را می‌دهد و در ازایش پول می‌گیرد. اما پولی که سرمایه‌دار به جیب می‌زند در ازای چیست؟ چرا سود به سرمایه‌دار، تعلق می‌گیرد؟ پاسخ به این سوال، قاعداً باید این باشد: چون او سرمایه‌اش را



پیش‌ریز کرده است. به زبان روشن، چون او دارنده‌ی شرایط عینی تولید، یعنی سرمایه‌ی ثابت است. پس سود به اعتبار سرمایه‌ی ثابتی که اینجا مفقود شده و مسکوت گذارده شده است، به سرمایه‌دار تعلق می‌گیرد.

به نظر می‌رسد درست مشابه روند استدلالی‌ای که برای ممکن شدن مبادله، ابتدا به ضرورت کنار گذاشتن کیفیت کارهای متفاوت و تولد مفهوم «کار مجرد» رسیدیم و از آنجا به ضرورت کنار گذاشتن این یا آن زمان کار متأثر از مقتضیات گوناگون و سربرآوردن مفهوم «میانگین اجتماعی زمان کار لازم»، اینک باید از قیمت این عوامل یا آن عوامل تولید در شرایط متفاوت صرف‌نظر کرده، و به یک «میانگین» برسیم.

قیمتی که می‌توان برای کالایی تعیین کرد بنا بر آنچه تا به اینجا گفتیم مبتنی است بر مقدار سودی که به اعتبار مقوله‌ای تحت عنوان «نرخ میانگین سود» می‌تواند نصیب کل سرمایه‌ی پیش‌ریخته (سرمایه‌ی ثابت {وسایل و مکان} و سرمایه‌ی متغیر {نیروی کار}) شود؛ و این نرخ میانگین عبارت است از نرخ سودی که در اثر حرکت دائمی سرمایه‌های متعدد و مختلف برای کسب سود بیشتر به حرکت درمی‌آیند و وجود و حرکت این سرمایه‌های متعدد که شرط تحقق ارزش است، خود را به صورت رقابت نمودار می‌سازد. حرکت ضروری سرمایه‌ها از یک شاخه به شاخه‌ی دیگر تولید، کسب و جذب نیروی کار در روند تولید در مقدار متناسب و با مهارت‌های ضروری و بهترین شکل استفاده از شرایط عینی تولید که هم بر تقسیم کار اجتماعی موجود مبتنی است و هم به‌نوبه‌ی خود آن را دامن می‌زند، خود را وابسته به توانایی، دانش، ابتکار و مهارت سرمایه‌ها و سرمایه‌دارها در استفاده‌ی مطلوب از این شرایط، در یک کلام در رقابت، متجلی می‌کند. آنچه در این‌جا برای ما روشن است عبارت از این است که ارزش محصول برابر است با جمع کاری که به اعتباری نیروی کار (+) با استفاده از ابزار تولیدی فراهم آمده توسط مقداری سرمایه (+) بر روی مواد اولیه‌ای انجام می‌گیرد.

اگر ارزش محصول صددرصد برابر با ارزش عواملی است که در تولیدش به‌کار رفته‌اند، به‌طوری‌که اگر اجزای ارزش محصول فقط برای بازتولید یا جایگزین‌سازی عناصر وارد شده در آن (مواد خام، ابزار، نیروی کار) کفایت کنند و هیچ مقدار مازادی آفریده نشده باشد، آن‌گاه نه تنها تولید سرمایه‌دارانه، بلکه هر شیوه‌ی تولیدی دیگری پیش و پس از سرمایه‌داری، و اساساً بقای نوع انسان، امکان‌پذیر نیست، نمی‌بوده است و نخواهد بود. اگر انسان با اتکا به سطحی از بارآوری کارش، حتی اگر این سطح فقط مهارت انباشته شده در دست و پا و اعضای بدن خود او باشد، نتواند به اندازه‌ی بازتولید نیروی کار فردی خویش تولید کند، بقای مادی خودش غیرممکن است و اگر نتواند با اتکا به همان سطح، اندکی بیش‌تر از سهمی که برای بازتولید فردی خودش ضروری است تولید کند، بقای زندگی اجتماعی‌اش امکان‌پذیر نخواهد بود. بنابراین محصول فرآیند تولید باید واجد مازادی، علاوه بر آنچه بازتولید‌کننده‌ی عوامل تولید است، نیز باشد. اما این مازاد از کجا می‌آید؟ کدام‌یک از عناصر وارد شده در فرآیند تولید این توانایی سرشتی و هستی‌شناختی را دارند که نه تنها عوامل مادی (و معنوی) بازتولید خود، بلکه مازادی علاوه بر آن‌را نیز تولید کنند؟ جز کار زنده، کدام‌یک از عوامل دیگر تولید از چنین قابلیت و

توانایی‌ای برخوردارند؟ بنابر اصل مبادله‌ی هم‌ارزها، هیچ‌کدام بیش‌تر از ارزش خود نمی‌توانند به محصول منتقل کنند، مگر «نیروی کار زنده» (نک به: خسروی، «کار زنده و ارزش آفرینی»)

معضل اقتصاد سیاسی این بود، و کماکان هست که از یک‌سو ارزش عوامل تولید را با ارزش مقدار کار صرف شده برای تولید آن‌ها اندازه می‌گیرد و از سوی دیگر، یکی از این عوامل تولید را خود کار تلقی می‌کند و ناگزیر است که مثلاً ارزش روزانه کار ۸ ساعته را با ۸ ساعت کار اندازه بگیرد و سرانجام نمی‌تواند مازاد ارزشی را که محصول، نسبت به ارزش عوامل تولید دارد، توضیح دهد. در این صورت، مثلاً اگر ارزش مواد خام برابر ۴۰ ساعت کار و ارزش روزانه کار ۱۰ ساعته برابر با ۱۰ ساعت کار باشد، ارزش محصول نمی‌تواند بیش‌تر از ۵۰ ساعت کار شود. بنابراین محصول مازادی نسبت به عوامل تولید ندارد و همچنان که استدلال کردیم دوام چنین شیوه‌ی تولیدی ممکن نیست.

«این ویژگی منحصر به فرد سرشت کار زنده‌ی انسان است، که می‌تواند مقداری ورای مقداری که برای بازتولید نیروی این کار زنده لازم است، نیرو صرف کند. این ویژگی اما هنوز ویژگی فراتاریخی توان کار انسان است و شامل زندگی در شیوه‌های تولید و بازتولید زندگی مادی پیش و پس از سرمایه‌داری هم می‌شود. اما اگر این قابلیت را اینک در چارچوب سرمایه‌داری قرار دهیم، رابطه‌ی ورودی‌ها (inputs) و خروجی‌ها (outputs)ی فرآیند تولید چنین خواهد شد که سرمایه‌داری ارزش همه‌ی عوامل ورودی، از جمله ارزش نیروی کار را، بی‌کم و کاست پرداخت می‌کند و محصول را نیز بنابه ارزش آن، نه کم و نه بیش، می‌فروشد، اما این محصول واجد ارزشی است که از مجموعه‌ی ارزش ورودی‌های فرآیند تولید بیش‌تر است. علت هم بدیهی است. تنها عاملی که این توانایی را دارد که استفاده از آن، ارزشی بیش از ارزش لازم برای بازتولیدش را تولید کند، نیروی کار است. اگر فرض کنیم ارزش نیروی کار که برابر است با ارزش همه‌ی کالاهایی (مادی، مجازی، اجتماعی، فرهنگی و...) که برای بازتولیدش لازم‌اند، معادل با مثلاً ۴ ساعت کار باشد و کارگر روزانه ۸ ساعت کار کند، بنابراین ارزش محصول، علاوه بر ارزش عوامل دیگر تولید واجد ۸ ساعت کار نوآفریده است که ۴ ساعت آن، مازاد بر ارزش نیروی کار است (همان).

در واقع از آنجا که ما کالا را محصول مستقیم کار (مجرد) تعریف کرده‌ایم، نیروی کار نمی‌تواند کالایی مانند کالاهای دیگر باشد، زیرا نیروی کار محصول مستقیم صرف نیروی کار (مجرد) دیگران نیست. بنابراین نیروی کار، کالایی ویژه است که بطور غیرمستقیم همه‌ی شرایط تعریف شدن به مثابه کالا را دارد: ارزش مصرفی دارد و ارزش دارد و ارزشش جوهر، شکل و مقدار دارد. تفاوت عمده‌ی کالای نیروی کار با کالاهای دیگر این است که مقدار ارزشش را نه با مقدار کار اجتماعاً لازمی که مستقیماً برای تولیدش ضروری است، بلکه با مقدار کار اجتماعاً لازمی که برای تولید کالاهایی که مصرف آنها برای تولید/بازتولیدش ضروری است، اندازه می‌گیریم.

اما همچنان باید توضیح دهیم که چطور ما در یک سر معادله، نسبت مبادله‌ی کالاها را با ارزش و بنابراین با مقدار کار مجرد اندازه‌گیری می‌کنیم، در حالیکه در سر دیگر معادله، قیمت‌ها را داریم که با پول اندازه‌گیری می‌شوند. پاسخ عبارت از این است که:

اولاً آنچه در اثر این محاسبه می‌تواند تغییر کرده باشد، مقدار به‌دست آمده است.

ثانیاً اگر مقدار جدید به‌دست‌آمده را که در ظاهر مقداری متفاوت و منحرف از مقدار اولیه است بر حسب کالایی که نقش معادل عام را ایفا می‌کند، یعنی پول، بیان کنیم و نام این مقدار جدید را قیمت بگذاریم، تغییری در کیفیت ورودی‌ها و خروجی‌های ما داده نشده است (نک به: خسروی، «دیالکتیک پنهان شدن پشت عریانی»).

در پایان این صورتبندی مختصر، کالا را می‌توان چنین تعریف کرد:

هر آن شیء/خدمتی که جوهرش کار مجرد است، شکل‌اش «ارزش مبادله‌ای» است و مقدارش «میانگین زمان کار لازم از لحاظ اجتماعی» است که در هیأت «قیمت» بیان می‌شود.

#### • درجه‌ی کالا شدگی

مطابق صورتبندی‌ای که به‌دست دادیم تحقق‌یابی یا عدم تحقق‌یابی ارزش، تأثیری در اصل کالا شدن محصول کار زنده ندارد. این که این ارزش تولید شده در بازار متحقق نشود در واقع شکلی از بحران برای ساختار تولید رقم می‌خورد. با در نظر گرفتن این نکته ما می‌-کوشیم از مُدل فرضی‌ای که محمد مالجو برای سنجش درجه‌ی کالا شدگی یک کالا پیشنهاد می‌کند نه برای فهم کالا بودن یا نبودن «سلامت» (که مبتنی بر توضیحات داده شده روشن است که در ساختار تولید سرمایه‌دارانه‌ی ایران چنین اتفاقی برای سلامت افتاده است)، بلکه برای ارزیابی شدت و حدت آن، استفاده کنیم.

مالجو اما خود معتقد است:

«مجموعه‌ی عواملی که شرایط امکان سودآوری کالای حقیقی را در فرآیندهای تولید ارزش و تحقق ارزش با نقش‌آفرینی قیمت‌های بازاری به درجات گوناگون پدید می‌آورند عوامل مؤثر بر کالا شدگی هستند. باید توجه داشت که اشاره نه به خود میزان سودآوری بلکه به شرایط امکان سودآوری است. شرایط امکان سودآوری با خود میزان سودآوری فرق می‌کند. با فرض ثبات شرایط امکان سودآوری،

میزان سودآوری می‌تواند با تغییر در قیمت‌های ذی‌ربط در بازارهای عوامل تولید و بازارهای سایر کالاها بازاری دچار تغییر شود. این‌جا در تلاش برای شناسایی عوامل مؤثر بر کالاشدگی فقط عواملی باید لحاظ شوند که شرایط امکان سودآوری کالا را مهیا می‌کنند.

دست‌کم پنج مجموعه‌ی عام از عوامل تأثیرگذار بر فرآیند کالایی‌سازی را می‌توان از هم منفک کرد، نخستین دو مجموعه به سپهر تولید ارزش مربوط است و سه مجموعه‌ی بعدی به سپهر تحقق ارزش. یکم، مجموعه‌ی عواملی که کالایی‌سازی نیروی کار به‌منزله‌ی نوعی عامل تولید را در تولید کالای ذی‌ربط رقم می‌زنند؛ دوم، مجموعه‌ی عواملی که کالایی‌سازی انواع ظرفیت‌های محیط‌زیست هم‌چون نوع دیگری از عامل تولید را در تولید کالای ذی‌ربط سبب می‌شوند؛ سوم، مجموعه‌ی عواملی که شرایط امکان خرید و فروش کالای ذی‌ربط در بازار را فراهم می‌آورند؛ چهارم، مجموعه‌ی عواملی که انگیزه‌ی سودآوری نزد عرضه‌کنندگان را در فرآیند فروش کالای ذی‌ربط هر چه نهادینه‌تر می‌کنند؛ و پنجم، مجموعه‌ی عواملی که بر درجه‌ی مصونیت قیمت‌های ذی‌ربط بازاری از مداخله‌ی دولت و جامعه‌ی مدنی می‌افزایند.» (مالجو، «کالایی‌سازی در آینده‌ی گفتمان نقد: پالایش یا آرایش؟»)

با وجود نقدی که بر این صورتبندی وارد است (و در زیر از نظر خواهد گذشت)، اما می‌توان به بیانی دیگر از آن برای یک ارزیابی استفاده کرد:

«اولاً محصول هر کاری کالا نیست؛ و ثانیاً چیزی که اساساً محصول کار نیست، نمی‌تواند کالا باشد. بنابراین همه‌ی چیزهایی که به‌واسطه‌ی صرف کار انسانی تولید می‌شوند کالا نیستند، اما می‌توانند کالا بشوند. یعنی اگر همان کاری که آنها را تولید می‌کند در شرایطی تولیدشان کند که کار با سرمایه‌ی مولد معاوضه شده است، این محصولات کالا می‌شوند. اگر نام این فرآیند را «کالا شدن» بنامیم، چیزهایی که ساخته‌ی انسان نیستند، هرچند که تیمار و حفظ و دوام‌شان به رفتار — و حتی کار — انسان مربوط باشد، همانا همه‌ی چیزهای طبیعی مانند زمین، جنگل، آب و هوا، موجودات بی‌جان و جاندار طبیعی، می‌توانند به‌واسطه‌ی منطق شیوه‌ی تولید سرمایه‌داری به نحوی «کالایی» یا «کالاگون» یا «شبه کالا» قابل تملک، توارث و خرید و فروش بشوند. نام این فرآیند را «کالایی شدن» می‌نامند.» (نک به: خسروی، «کالا شدن یا کالایی شدن»)

به این ترتیب اگر شکلی که مالجو متأثر از تحلیلش به آن می‌رسد را در نظر آوریم:





### عوامل مؤثر بر درجه‌ی کالابودگی یک کالای حقیقی فرضی

آنگاه داستان از این قرار خواهد بود که مساحت شکل محاط شده با خطوط قرمز و نقطه‌های زرد، شدت و درجه‌ی کالا شدگی یک محصول را نشان می‌دهد؛ به این نحو که هرچه مساحت بیشتر، درجه کالا شدگی بیشتر، و هرچه مساحت کمتر، درجه کالا شدگی کمتر. اما با این مدل بنا نیست درباره نفس کالا بودن/نبودن یک محصول سخن بگوییم، چون پیشاپیش در سرمایه‌داری محصولات تولید شده توسط نیروی کار کالا شده، «کالا» است.

مالجو در تفسیر این شکل می‌نویسد:

«مساحت بزرگ‌ترین پنج‌ضلعی سبزرنگ بر بیش‌ترین درجه از کالابودگی بالقوه دلالت می‌کند، یعنی بر وضعیتی که تمامی عوامل تأثیرگذار بر درجه‌ی کالابودگی کالای حقیقی فرضی‌مان به بیش‌ترین حد منطقی امکان‌پذیر تحقق یافته‌اند. این حداعلای درجه‌ی کالابودگی کالای حقیقی فرضی‌مان است که در دنیای واقع هرگز رخ نمی‌دهد. نقطه‌ی مرکزی پنج‌ضلعی‌های سبزرنگ نیز که طبیعتاً مساحتی معادل با صفر دارد بر ناکالابودگی مطلق دلالت می‌کند، یعنی بر وضعیتی که هیچ‌یک از عوامل تأثیرگذار بر درجه‌ی کالابودگی کالای حقیقی فرضی بالقوه‌مان مطلقاً تحقق نیافته‌اند. این وضعیت مطلقاً ناکالابودگی نیز غالباً در دنیای واقع تحقق نمی‌یابد. درجه‌ی کالابودگی همواره چیزی بین این دو حد نهایی است. در مثال فرضی‌مان مشخصاً مساحت پنج‌ضلعی قرمز رنگ را می‌توان سنج‌های برای درجه‌ی کالابودگی کالای حقیقی موضوع بحث‌مان در نظر گرفت. گرایش منطقی سرمایه همواره به این است که درجه‌ی کالابودگی کالای حقیقی فرضی‌مان را به اندازه‌ی مساحت بزرگ‌ترین پنج‌ضلعی سبزرنگ افزایش دهد، اما هم تناقض‌های درونی منطقی سرمایه و هم مقاومت طبقات مردمی عملاً ضدگرایش‌هایی را درون نظام سرمایه‌داری پدید می‌آورند که چنین سودایی را ناممکن می‌کنند، هم در زمینه‌ی یک کالا و هم در زمینه‌ی کلیت شیوه‌ی تولید کالایی. باید توجه داشت که انبساط و انقباض درجه‌ی کالابودگی یک کالای

حقیقی خاص فقط ذیل حاکمیت شیوه‌ی تولید کالایی است که امکان تحقق دارد.» (مالجو، «کالایی‌سازی در آینه‌ی گفتمان نقد: پالایش یا آرایش؟»)

## تاریخ مختصر کالای سلامت در ایران پس از جنگ

### • سازندگی

پس از یک دوره تأکید بر افزایش جمعیت با انگیزه‌های ایدئولوژیک دینی، مبنی بر افزایش تعداد امت اسلام (خاصه شیعیان امامی) به منظور قدرت‌نمایی در برابر جهانیان، پیامدهای سوء این توصیه خود را در سال ۱۳۶۷ نشان داد. لذا در این سال یک چرخش ناگهانی در سیاست‌ها صورت گرفت و تنظیم خانواده‌ی رایگان از نو برقرار و کمی پس از آن عقیم‌سازی دوباره مجاز دانسته شد (قاراخانی، ۱۳۹۰: ۵۴). از طرفی این دوره به اعتبار «نوسازی صنعتی» و «افزایش تولید» با افزایش اندازه‌ی طبقه‌ی کارگر به واسطه‌ی اجرای پروژه‌ی «موقتی‌سازی نیروی کار» روبه‌رو هستیم و نیاز به تأمین سلامت این نیروی گسترده به مسئله‌ای حاکمیتی بدل می‌شود. به این ترتیب به منظور جبران کاستی ناشی از «انباشت کم سرمایه» در یک دهه‌ی گذشته (به خاطر جنگ و ...)، به نیروی کار با بازدهی مناسب احتیاج بود. در راستای این امر حد فاصل ۱۳۶۹-۱۳۶۸، حدود ۳۰۰ خانگی بهداشت کارگری در جوار مراکز اصلی کار و مناطق کارگری ایجاد می‌شود. اما این وضعیت به تبعیت از تناقض درونی منطق سرمایه پیرامون سلامت، ظرف سه سال بعد با اجرای طرح «خودگردانی بیمارستان‌ها» معکوس می‌شود.

همچنین به‌طور کلی حد فاصل ۱۳۷۲-۱۳۶۸ (برنامه‌ی اول توسعه) در حوزه‌ی مسائل سلامت اولویت‌ارائه‌ی خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات، و همچنین اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری در دستور کار قرار می‌گیرد. مبتنی بر این رویکرد با جلب و جذب مشارکت مردم در تأمین بخشی از هزینه‌ها در فعالیت‌ها و خدمات درمانی، ایجاد زمینه‌های مناسب برای استفاده از مشارکت منابع اعتباری غیردولتی سرمایه و سرمایه‌گذاری برای اجرای طرح‌های

---

۱. رشد روزافزون طبقه‌ی کارگر در نظام سرمایه‌داری به سبب «منطق سرمایه» و پائین آمدن استانداردهای سلامت او به خاطر تأثیر معضلات اجتماعی ناشی از «شکاف طبقاتی»، تقاضای برای سلامت را به نحوی بی‌سابقه بالا می‌برد. از طرفی «منطق سرمایه» برای «خودگستری» اش نیازمند «نیروی کار سالم» است و از طرفی دیگر وسوسه‌ی سودآوری از ارائه‌ی خدمات مربوط به سلامت این حوزه را کالا می‌کند. لذا پای یک انتخاب به میان کشیده می‌شود: ضعیف‌ترین و شکننده‌ترین افراد از لحاظ زیست‌شناختی، می‌بایست مشمول شکلی از حذف از دایره‌ی تحت پوشش سلامت قرار بگیرند. این سازوکاری است که فوکو به درستی آن را «استراتژی سلامت» می‌نامد.

سنگین ایجاد بیمارستان‌ها، و نیز ایجاد جاذبه‌های لازم برای افزایش کارایی کادرهای اجرایی نیروهای پزشکی و پیراپزشکی، هیچ گونه همه‌گیری بیماری که بازتاب عوارض جنگ باشد، عارض نگردید (قاراخانی، ۱۳۹۰: ۴۴).

با اجرای طرح «خودگردانی بیمارستان‌ها»، بیمارستان‌ها موظف شدند که تمامی هزینه‌ها (اعم از جاری، حقوق پرسنل، خرید تجهیزات و ...) را خودشان تأمین کنند. این طرح به قصد مدیریت کردن دخل و خرج بیمارستان و جلوگیری از هزینه‌های اضافی بود. برای مثال با توجه به هزینه‌ی یک شب نگهداری از بیمار، اگر بتوان با مدیریت مناسب، از هزینه‌ی فرصت بیمارانی که نیاز مبرمی به بستری شدن ندارند، جلوگیری کرد، آنگاه از استهلاک زود هنگام خدمات بهداشتی و کسری بودجه‌های فزاینده تا حد زیادی کاسته می‌شود. همچنین طرح خودگردانی باعث می‌شد تا به سبب هزینه‌های درمان، مردم رویکردهای «پیشگیرانه» را در دستور کار قرار دهند. به عبارتی این طرح ظاهراً هدف خود را کاستن از رفتارهای پرریسک عنوان می‌کند. این طرح از یک سو چالش معروف به «مدیر متخصص / متخصص مدیر» را به دنبال خواهد آورد؛ یعنی مدیریت بیمارستان از یک سو به دنبال مدیریت هزینه‌هاست، در حالی که متخصصین بیمارستان درصدد ارائه‌ی بهترین خدمات به مراجعه کنندگان. از طرف دیگر چالش طبقاتی حول محور بهداشت است: درحالی که طبقات محروم، به سبب درآمد نامکفی، زندگی در مناطق نامناسب به جهت بهداشتی، سبک زندگی پرریسک به جهت سلامت و ... نسبت به طبقات فوقانی بالقوه مستعدتر به ابتلا به بیماری‌اند، از عهده‌ی هزینه‌های درمان نیز بر نمی‌آیند. این مسئله وقتی بحرانی‌تر می‌شود که بیمارستان‌های به اصطلاح دولتی که درصد التزامشان به خودگردانی اندکی کمتر از بیمارستان‌های خصوصی است، به سبب هزینه‌های بالای خودگردانی، عموماً از تجهیز بیمارستان می‌پرهیزند. از اینرو بسیاری از این بیمارستان‌ها، به دلیل عدم برخورداری از استانداردهای لازم، عملاً احتمال فوت و بدتر شدن حال بیمار را بالا می‌برند (نقش «عفونت‌های بیمارستانی» یا «رسیدگی-های نامناسب نیروهای غیرمتعهد»). رجوع به پرونده‌های قضایی شکایت از بیمارستان‌ها، گواهی است بر این مدعا. در سال ۱۳۷۳، دولت به اعتبار قانون بیمه‌ی درمانی‌ای که تصویب کرده بود، بنا را بر این گذاشت که تا ۷۵ درصد از هزینه‌های درمان از سوی بیمه‌ها و ۲۵ درصد آن توسط مردم پرداخت شود. طبق این طرح بیمارستان‌ها خودگردان می‌شدند و بر اساس آن از صد درصد درآمد بیمارستان‌ها، حدود ۱۰ درصد سهم بیمارستان، ۵ درصد سهم دانشگاه، ۲۰ درصد سهم سایر پرسنل به جز پزشک (گروه پیراپزشکی) و حدود ۵۵ تا ۶۰ درصد سهم پزشک بود. در عمل اما با عملی نشدن طرح بیمه‌های درمانی، بخش اعظم هزینه‌های درمان بر دوش مردم افتاد و در ارتباط با توزیع درآمد بیمارستان نیز، شکاف عمده‌ای میان پرسنل (پرستاران/ پزشک) بروز کرد. مشکلات ناشی از «پزشک سالاری» در بیمارستان‌ها، از بعد از طرح مذکور، به دفعات باعث اعتراضات جامعه‌ی پرستاران به شرایط نامناسب کاری خویش شده است.

یافته‌های یکی از پژوهش‌های «مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور» در بهمن ماه سال ۱۳۷۸ (در حالی که یافته‌هایی مشابه برای سال‌های قبل درکار نیست تا امکان مقایسه بدهد)، حاکی از وجود نابرابری در بهره‌مندی از زندگی سالم و بالتبع به سبب فقدان، عدم

دسترس‌پذیری، عدم توان پرداخت و یا غیرقابل قبول بودن خدمات بهداشتی مورد نیاز برای بیمار شدگان در سایه‌ی این زندگی ناسالم، بار بیشتر بیماری و مرگ برای فرودستان:

«۱۴/۹ درصد خانوارها در منازل با زیربنای سرانه‌ی کمتر از ۱۰ مترمربع سکونت دارند و ۲۴/۵ درصد فاقد حمام هستند. مشکل نداشتن حمام در منازل روستایی حدود ۵ برابر و نداشتن یخچال در روستا ۸ برابر شهر است. ۱۱/۷ درصد از جمعیت به زغم نیاز به عینک از داشتن آن محروم اند و تنها ۱۷ درصد کسانی که به سمک احتیاج دارند از آن استفاده می‌کنند... ۲۱ درصد افراد از افسردگی رنج می‌برند و شیوع آن در مردان ۱۶/۴ و در زنان ۲۴/۶ درصد است.» (به نقل از بابایی، ۱۳۸۲: ۲۲۴).

#### • اصلاحات

امید به زندگی در بدو تولد از ۷۰ سال در ۱۳۷۹ به ۷۱/۷ سال در ۱۳۸۳ افزایش یافته است. این به معنی بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی و همچنین بهبود سطح سواد (به ویژه در روستاها) است (گزارش عملکرد برنامه سوم، جلد دوم: ۹۳۱).

بر اساس آخرین اطلاعات منتشر شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعداد کل پزشکان از ۶۷۰۴۶ نفر در سال ۱۳۷۹ با رشد ۷ درصد به ۷۲۷۹۲ نفر در سال ۱۳۸۰ افزایش یافته است. به این ترتیب طی این یک ساله، شاخص پزشک به هزار نفر جمعیت از ۱/۰۶ به ۱/۱۳ درصد رسیده است (همان: ۹۳۵). اما این رقم را می‌بایست در پرتو میزان خصوصی شدن بیمارستان‌ها (به عنوان مصداقی از درجه‌ی قیمت‌های ذی‌ربط بازاری از مداخله‌ی دولت و جامعه‌ی مدنی {مؤلفه‌ی پنجم مدل مالجو}) ارزیابی کرد. برای مثال در سال ۱۳۸۰ از طریق قرارداد خرید خدمات بخش خصوصی تعداد ۴۵ پایگاه، در ۱۳۸۱ بالغ بر ۹۰ پایگاه اورژانس و تا پایان ۱۳۸۳ حدود ۲۴۶ پایگاه اورژانس از مجموع ۷۰۵ پایگاه موجود در کشور (۳۴ درصد) اعم از جدید یا قدیم آماده واگذاری به بخش غیردولتی بوده و به طور عمده واگذار شده‌اند (همان: ۹۷۶).

متوسط نرخ رشد سالیانه‌ی تخت ثابت در کشور در دوره‌ی ۱۳۸۱-۱۳۸۳، ۰/۸ درصد بوده است. در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۳ تعداد بیمارستان‌ها از ۷۱۷ بیمارستان به ۷۳۸ بیمارستان افزایش یافته است. در همین حد فاصل تعداد ۶ بیمارستان و ۸۷۰ تخت ثابت به امکانات درمانی سازمان تأمین اجتماعی و ۱۳ بیمارستان و ۲۲۷۱ تخت ثابت به امکانات درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ۲ بیمارستان و ۲۹۷ تخت ثابت به امکانات بخش خصوصی، خیریه و سایر مؤسسات اضافه شده است (همان: ۹۳۸).

تعداد مراکز بهداشتی از ۷۳۴۵ واحد در ۱۳۸۱ با رشد متوسط سالیانه ۱/۹۶ درصد به ۷۶۳۳ واحد در ۱۳۸۳ افزایش یافته است. از این تعداد در ۱۳۸۳، ۵۹۳۷ واحد آن (یعنی ۷۷/۷۸ درصد) دولتی بوده است. تعداد آزمایشگاه‌ها از ۳۸۳۴ واحد در ۱۳۸۱ با رشد متوسط

سالیانه ۳/۸ درصد به ۴۱۲۶ واحد در ۱۳۸۳ بالغ گردیده است. سهم آزمایشگاه‌های متعلق به بخش دولتی در ۱۳۸۳، ۴۸/۲ درصد کل آزمایشگاه‌های کشور می‌باشد (همان: ۹۳۹).

تعداد خانه‌های بهداشت از ۱۶۰۵۰ باب در ۱۳۷۹ با رشد متوسط سالیانه ۰/۹ درصد به ۱۶۴۹۳ باب در ۱۳۸۲ افزایش یافته است. کل این واحدها متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. این رقم در ۱۳۸۳ به ۱۶۶۴۸ واحد بالغ گردیده است که نسبت به سال قبل از آن حدود ۱ درصد رشد نشان می‌دهد (همان).

شاخص دسترسی به امکانات بخش سلامت برای جمعیت کشور در این دوره به تقریب ثابت بوده است. به ازای هر ۱۰ هزار نفر ۱/۱۳ مرکز بهداشتی و درمانی، ۰/۹۴ داروخانه ی مستقل، ۰/۶ آزمایشگاه و ۰/۳ مرکز توانبخشی در سال ۱۳۸۳ وجود داشته است (همان: ۹۴۰).

نسبت تخت فعال به ثابت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ۷۷/۵ درصد در ۱۳۸۰ به ۷۹/۲ درصد در سال ۱۳۸۳ افزایش یافته است این شاخص در بخش خصوصی در این دوره از ۹۳/۹ درصد به ۹۷/۵ درصد افزایش یافته است (همان: ۹۳۹) به این ترتیب ضریب اشغال تخت که بر اساس تخت‌های فعال محاسبه می‌شود، از ۵۷/۲ درصد در ۱۳۷۹ به ۶۱/۳ درصد در ۱۳۸۱ افزایش یافته است (همان: ۹۴۰) که می‌تواند نشان از مزمن شدن بیماری‌ها، افزایش طول دوره‌ی درمان و یا استفاده‌ی بیشتر گروه‌های پردرآمد از تخت باشد.

اما همانطور که اشاره کردیم، بهبود امکانات بهداشتی یک مسئله است، و امکان استفاده ی بالفعل افراد از این امکانات یک مسأله‌ی دیگر. با چنین رویکردی به سراغ عملکرد برنامه‌ی سوم در حوزه ی بهداشت و درمان رفتن، حاکی از وضعیتی نه چندان مناسب است:

سهم بودجه‌ی بهداشت و درمان کل کشور از ۸ درصد در سال ۱۳۷۰ به ۵ درصد در سال ۱۳۸۳ کاهش یافته است و وزارت بهداشت برای ارائه‌ی خدمات خود با دو هزار میلیارد ریال کسری بودجه مواجه است. سرانه‌ی هزینه‌ی بهداشت و درمان هر فرد ایرانی فقط ۱۵۵ دلار است در حالی که سرانه‌ی بهداشت در کشورهای پیشرفته ۲۳۵۹ دلار و در کشورهای نفت خیز ۲۵۶ دلار است. در عین حال سهم مردم از ۱۵۵ دلار سرانه‌ی بهداشت و درمان ۶۰ درصد و سهم دولت فقط ۴۰ درصد است. علاوه بر کمبود اعتبار، در طول این سال‌ها، معمولاً بودجه‌ی اختصاص یافته هر سال به علت مشکلات و کسری کاهش می‌یابد. در حالی که نتیجه‌ی توصیه‌ها و تجارب دیگر کشورها نشان می‌دهد که مردم باید فقط ۲۵ درصد هزینه‌ی سلامت خود را بپردازند نه ۶۰ درصد. در اکثر کشورهای توسعه یافته سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی میان ۱۵ تا ۲۰ درصد است و حتی کشورهای هم سطح ایران حدود ۷/۶ درصد از تولید ناخالص ملی را به سرانه سلامت تخصیص داده‌اند (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۲۴).



## • مهرورزی

با زمام‌داری دولت موسوم به مهرورزی، عملکرد برنامه‌ی چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۳) در حوزه‌ی بهداشت و درمان به روایت برخی آمارهای معاونت نظارت راهبردی دفتر نظارت برنامه، به این قرار است (گزارش عملکرد برنامه‌ی چهارم، جلد دوم: ۱۹):

- افزایش تعداد خانه‌های بهداشت از ۱۶۹۴۰ واحد در سال ۱۳۸۴ به ۱۷۴۰۱ واحد در سال ۱۳۸۷.
- افزایش دسترسی جمعیت شهری و روستایی به مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی از ۹۲ درصد در سال ۱۳۸۴ به ۹۴ درصد در سال ۱۳۸۷.
- افزایش بیمارستان‌های فعال کشور از ۸۰۹ واحد در سال ۱۳۸۴ به ۸۵۶ واحد در سال ۱۳۸۷.
- افزایش تعداد تخت‌های بستری از ۹۷ هزار تخت در سال ۱۳۸۴ به ۱۱۰ هزار تخت در سال ۱۳۸۷.
- دسترسی ۹۵ درصد جمعیت روستایی به آب آشامیدنی سالم.

به اعتبار پژوهش دژمان و دیگران (۱۳۹۰)، میزان شاخص مرگی و میر کودکان زیر ۵ سال در هر ۱۰۰۰ تولد طی سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ به ترتیب از ۳۵ به ۲۸ کاهش یافته، اما در مقابل نرخ مرگ و میر بزرگ سالان طی همان بازه و برای همان تعداد جمعیت از، به تفکیک مردان از ۱۷۰ به ۱۷۵ و زنان از ۱۰۶ به ۱۲۴ رسیده است. بر اساس داده‌های ثبت مرگ برای کل جمعیت در سال ۱۳۸۳، سه علت اصلی مرگ شامل بیماری‌های عروق کرونر قلب (۲۴/۶)، حوادث ترافیکی (۹/۸ درصد) و سکته‌ی مغزی (۹/۲ درصد) بوده است (دژمان و دیگران، ۱۳۹۰: ۱۳۲ و ۱۳۴).

تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر از ۱۱/۹ در سال ۱۳۷۸ به ۹ نفر در سال ۱۳۸۵ تنزل یافته است (همان: ۱۳۵). به منظور جبران کاستی‌های آماری چاره‌ای نیست مگر رجوع به برخی از اخبارهای پراکنده:

مرضیه وحید دستجردی، وزیر بهداشت دولت دوم احمدی‌نژاد در افتتاحیه شصت و دومین اجلاس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی با اشاره به اضافه شدن ۷ هزار تخت بیمارستانی در دوره دولت نهم اظهار داشت: در حال حاضر ۴۸۲ بیمارستان در کشور در حال ساخت است و از این تعداد ۴۷ بیمارستان با ظرفیت بیش از ۴ هزار تخت تا پایان امسال به بهره‌برداری خواهد رسید. وی افزود: با کار کارشناسی انجام شده روی سازه‌های بیمارستانی تنها ۱۲ درصد از بیمارستان‌ها در مقابل زلزله مقاوم هستند و ۸۸ درصد نیاز به بازسازی یا تخریب دارند. وی تعداد بیمارستان‌هایی که ارزش بازسازی دارند را تنها ۳۰ درصد از ۸۸ درصد اعلام کرد و گفت: ۵۸ درصد باقی مانده نیز باید تخریب و از نو بنا شوند (به نقل از: کافی، ۱۳۸۸).

در پایان برنامه‌ی چهارم نه‌تنها سهم مردم در هزینه‌های درمان کاهش نیافته بلکه از رقم ۳۰ به ۷۰ درصد افزایش یافت.

#### • اعتدال‌گرایی

در دوران زمام‌داری دولت موسوم به «اعتدال‌گرا» که برنامه‌های پنجم و ششم در دستور کار بود، از سال ۱۳۹۳ به این سو تدوین و اجرا طرح «نظام جامع سلامت» به شاهیت سیاست‌گذاری حوزه‌ی سلامت بدل شد. ایرج حریرچی، قائم‌مقام وزیر بهداشت در سال ۱۳۹۴ مهم‌ترین هدف تعیین‌شده برای برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه را کاهش پرداخت از جیب مردم عنوان کرده و از آماری به این شرح سخن می‌گوید: «در طول این ۱۰ سال، مصوبه کاهش سهم پرداختی مردم از هزینه‌های سلامت به کمتر از ۳۰ درصد محقق نشد و حتی در سال‌های اول اجرای برنامه پنجم توسعه به بالای ۵۰ درصد نیز رسید.»

این عدد گویای شدت بالای کالاشدگی خدمات سلامت برای جامعه است.

در سال ۱۳۹۲ پوشش جمعیت کشور از نظر بیمه‌های پایه درمان برابر ۹۰ درصد بود که با اجرای طرح بیمه همگانی سلامت برای پوشش افراد فاقد بیمه سلامت، جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت تا آذرماه ۱۳۹۴ بالغ بر ۹۶ درصد کل جمعیت کشور را شامل شد. در اجرای طرح تحول سلامت در حدود ۱۰ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر که براساس مطالعات انجام شده حدود ۹۰ درصد آنها ساکنان حاشیه شهرها بوده‌اند، از طریق سازمان بیمه سلامت تحت پوشش بیمه پایه درمان قرار گرفته‌اند. ۹ درصد از بیمه شدگان دارای سرپرست زن بوده‌اند، حدود ۴۹ درصد اجاره نشین بوده‌اند، ۴۰ درصد از بیمه شدگان قبل از بیمه سلامت فاقد هر نوع پوشش بیمه‌ای بوده‌اند و ۱۶ درصد از خانوارهای ثبت نام شده هیچ درآمدی نداشتند و ۷/۶۷ درصد از خانوارها نیز دارای درآمد ماهیانه زیر یک میلیون بوده‌اند، اما بیمه شدگان بنا بر ابلاغیه دولت در صورتی که مایل به خدمت گرفتن از مراکز دیگر هستند باید حق بیمه پرداخت کنند و در واقع صندوق بیمه‌ای خود را تغییر دهند.

نکته اما آنجاست که فاصله‌گیری از هدف اولویت‌پیشگیری به عوض درمان و فقدان شبکه‌ی روابط مدنی حول محور خانه‌های بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر را متحمل بار مالی مضاعفی کرد که فقط یک قلم آن برای سال ۹۴-۹۳ بیش از ۶۵۰۰ میلیارد تومان برای سازمان تأمین اجتماعی بوده است. این امر در عمل ورشکستگی صندوق‌ها را به‌بار آورد و باعث شد تا ناتوانی دولت در تأمین مالی طرح، منجر به انتشار ۸ هزار میلیارد تومان اوراق قرضه شبه‌ربوی برای استقراض از مردم شود.

در واقع طرح جامع سلامت، «طرح تولید بیمار» و تحمیل فشار به سازمان‌های بیمه‌گر و بودجه‌ی دولت برای تقبل هزینه‌های درمانی بود؛ هزینه‌هایی که بی‌شک کاسته شدن از آن در وهله‌ی اول برای اکثریت مردم درگیر بیماری به سبب فقر و نابرابری، رضایت‌بخش است اما

کاسته شدن از هزینه‌ها در این حوزه، زمانی می‌تواند همچون سیاست موفق رفاهی مورد تقدیر قرار گیرد که این بار مالی از جایی به جایی دیگر جابه‌جا نشده باشد.

### جمع‌بندی

پژوهش قاراخانی (۱۳۹۱) در خصوص «سیاست سلامت در ایران» حاکی از آن است که در بحث از «هزینه‌ی سلامت» دولت‌های چهارگانه‌ی دهه‌ی شصت، سازندگی، اصلاحات و عدالت‌محور تفاوت اندکی با یکدیگر دارند و آزمون تحلیل واریانس یک سویه هم نسبت اختلاف بین گروه‌ها و درون گروه‌ها را معنادار نشان نمی‌دهد، که یعنی میان رویکردهای این دولت‌های چهارگانه تفاوت وجود ندارد (قاراخانی، ۱۳۹۱: ۲۴۱-۲۴۰)

رویکرد دولت و میانگین هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی

رویکرد دولت	میانگین	دست کم	حدبیشتر	انحراف معیار
چپ سستی	۱٫۹	۱٫۳	۲٫۸	۰٫۵۱
راست مدرن	۱٫۷	۱٫۴	۲٫۳	۰٫۲۹
چپ مدرن	۱٫۴	۱٫۱	۱٫۶	۰٫۱۹
اصول‌گرا	۱٫۸	۰٫۹۵	۲٫۳	۰٫۵۲
کل	۱٫۷	۰٫۹۵	۲٫۸	۰٫۴۱

بررسی عملکرد دولت اعتدال‌گرا نشان می‌دهد که هرچند این دولت به‌طور چشمگیری موفق به کاهش هزینه‌های درمانی شده است، اما بار مالی ایجاد شده به واسطه‌ی رویکرد آن در حوزه‌ی سلامت، و عدم التفات این دولت به دیگر ابعاد اجتماعی نظام جامع سلامت (نظیر اشتغال و درآمد مردم، شکاف طبقاتی میان نیروی کار سلامت، سواد سلامت، سیاست‌های پیشگیری و ...) نتیجتاً یک بازگشت به عقب را پس از ۳ سال ایجاد کرد.

### سنجش شدت کالا شدگی

- شدت کالاسازی نیروی کار

برای سنجش این شاخص، مهمتری مصداق ارزیابی وضعیت نیروی کار حوزه‌ی سلامت (پزشک و پرستار) از حیث «دستمزد» و «وضعیت امنیت شغلی {قراردادهای کاری}» است.

در سال ۱۳۷۳، دولت به اعتبار قانون بیمه‌ی درمانی‌ای که تصویب کرده بود، بنا را بر این می‌گذاشت که تا ۷۵ درصد از هزینه‌های درمان از سوی بیمه‌ها و ۲۵ درصد آن توسط مردم، پرداخت شود. طبق این طرح بیمارستان‌ها خودگردان می‌شدند و بر اساس آن از صد درصد درآمد بیمارستان‌ها، حدود ۱۰ درصد سهم بیمارستان، ۵ درصد سهم دانشگاه، ۲۰ درصد سهم سایر پرسنل به جز پزشک (گروه پیراپزشکی) و حدود ۵۵ تا ۶۰ درصد سهم پزشک بود. در عمل اما با عملی نشدن طرح بیمه‌های درمانی، بخش اعظم هزینه‌ها درمان بر دوش مردم افتاد و در ارتباط با توزیع درآمد بیمارستان نیز، شکاف عمده‌ای میان پرسنل (پرستاران/ پزشک) بروز کرد. مشکلات ناشی از «پزشک سالاری» در بیمارستان‌ها، از بعد از طرح مذکور، به دفعات باعث اعتراضات جامعه‌ی پرستاران به شرایط نامناسب کاری خویش شده است.

همچنین نتایج مطالعه‌ی میرزاییگی و همکاران (۱۳۸۸) که با مشارکت ۱۵۰۸ پرستار در ایران در سال ۱۳۸۵ انجام شده نشان داد که امنیت شغلی در حرفه پرستاری معادل ۴۴٫۵ درصد می‌باشد و تنها یک سوم پرستاران از شغل خود راضی هستند (میرزاییگی، ۱۳۸۸). همچنین بر اساس یافته‌های این مطالعه نوع استخدام پرستاران در کشور رسمی، پیمانی، قراردادی، شرکتی و به ترتیب برابر با ۶۵٫۶، ۱۱٫۲، ۹٫۲ و ۴٫۸ درصد می‌باشد. بیشترین نوع استخدام مربوط به استخدام رسمی در سال ۱۳۸۵ گزارش شده است. در همین پژوهش آمده است که ۴۵٫۵ درصد از پرستاران از وضعیت امنیت شغلی خود راضی هستند و ۵۵٫۵ درصد اظهار نارضایتی کرده‌اند. نتایج مطالعه دیگری که توسط کوشا و همکاران (۱۳۹۱) در سال ۱۳۹۰ با مشارکت ۴۲۰ نفر از دو بخش درمان و بهداشت در استان آذربایجان شرقی انجام شدنشان می‌دهد میانگین رضایت شغلی بین پزشکان عمومی و ماماها‌ی مراکز بهداشت درمانی و بیمارستان‌ها در تمامی ابعاد دارای تفاوت معنی‌دار بود.

جدول زیر نشان می‌دهد که بین متوسط کارانه و حقوق از کل دریافتی بین پرستار، پزشک عمومی و پزشک متخصص اختلاف وجود دارد. به طوری که در پرستاران بیشترین میزان دریافتی مربوط به حقوق و بیشترین درصد کارانه به پزشکان متخصص و سپس پزشکان تعلق می‌گیرد.

نسبت دریافتی حقوق و پاداش (درصد) برای پرستاران و پزشکان تمام وقت و غیر تمام وقت در بیمارستان‌های دولتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (منبع: دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶)

	پرتل	متوسط حقوق از کل دریافتی	متوسط کارانه عملکردی از کل دریافتی
۱	پرستار	۶۷	۳۳
۲	پزشک عمومی شاغل در بیمارستان‌ها	۳۵	۶۵
۳	پزشک متخصص و فوق تخصص	۲۵	۷۵

منبع: دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶

### • کالایی‌سازی انواع ظرفیت‌های محیط زیست

برای سنجش این شاخص مصادیقی چون بنا شدن بیمارستان در مکان‌های نامناسب (به ویژه از حیث زمین‌خواری بیمارستان‌ها یا واگذاری‌های زمین به صورت خصوصی-وقفی و یا بنا کردن بیمارستان توأم با نابودی محیط زیست) و همچنین اثر زباله‌های بیمارستانی بر محیط زیست و سلامت جامعه (همچون داده شدن حق تولید کثافت بدون مسئولیت برای دفع مناسب آن) می‌تواند معنادار باشد.

سال ۱۳۹۶ «معاون حقوقی و امور مجلس اوقاف و امور خیریه، بایان اینکه ۲۵ درصد بیمارستان‌های کشور وقفی هستند، گفت: طبق سیاست‌های جدید، مدیریت این موقوفات بر عهده وزارت بهداشت است». همچنین حجت الاسلام علی محمدی رئیس سابق سازمان اوقاف، مهر ۱۳۹۷ در آئین تودیع خود از ریاست سازمان اوقاف و امور خیریه اظهار داشته است که بیش از ۱۳۰ بیمارستان و ۲۰ هزار درمانگاه در سراسر کشور موقوفه هستند.

اهمیت این اخبار از منظر صورت‌بندی ما ریشه در این بحث دارد که نهاد وقف به عنوان وسیله‌ای برای جلوگیری از دست‌اندازی قدرت سلطنت بر املاک ناامن غیرسلطنتی به وجود آمد. تغییر مالکیت خصوصی به وقف می‌توانسته یک عمل ایمانی بوده باشد، اگرچه همیشه نمی‌توان دیگر انگیزه‌های محتمل را از نظر دور داشت. بنابراین می‌توان گفت که وقف نهادی است که اغلب اوقات به عنوان یک سازوکار در دفاع از مالکیت خصوصی و حق استفاده از آن عمل می‌کند.

«خصوصی کردن» مدارس و دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، وسایل حمل و نقل شهری و عمومی، ارتباطات (پست، اینترنت)، نهادهای شهرداری و حفظ فضای شهری، گنج‌اندیدن این فعالیت‌ها در اشکال حقوقی بنگاه‌های سرمایه‌دارانه‌ی فردی و سهامی، سپردن سهام آنها به بازارهای بورس و غیره در دستور روز همه‌ی این نیروهاست. همچنین، کالایی‌کردن زمین و منابع زیرزمینی، جنگل‌ها و مراتع و حتی هوا و فضای تنفس هدف و محتوای تلاش هرروزه‌ی سرمایه است. تجاوز به فضای زیست زندگی اجتماعی انسان‌ها و تصرف آخرین روزه‌ها و گوشه‌های «غیرسرمایه‌دارانه» در دستور روز سرمایه است. در بحث‌هایی که اخیراً در کشورهای پیش‌رفته‌ی



سرمایه‌داری پیرامون «بهبود محیط زیست» و «مبارزه با آلودگی هوا» صورت می‌گیرند، گرایش و اصرار سرمایه بر کالایی‌شدن و سپردن سازوکارها و سیاست‌ها به منطق سرمایه کاملاً آشکار است. به عنوان نمونه، درحالی‌که برخی از گرایش‌ها راه‌حل کاستن از تولید گاز کربنیک را، بستن مالیات به تولید کالاهایی می‌دانند که متضمن تولید گاز کربنیک بیش‌تر و گران‌تر کردن این کالاها هستند، گرایش نئولیبرال اصرار دارد که باید «حق کثیف‌کردن هوا» را به «کالا»یی قابل خرید و فروش تبدیل کرد و به سرمایه‌دارانی که می‌خواهند گاز کربنیک بیش‌تر تولید کنند، اجازه داد «حق تولید کثافت» را در بازار بخرند و به سرمایه‌داران «انسان‌دوستی» که گاز کربنیک کم‌تری تولید می‌کنند، امکان داد که «حق استفاده‌نکردن از تولید کثافت» را بفروشند.» (خسروی، «کالا شدن یا کالایی شدن»)

مبنتی بر این امر، زمین‌هایی که بیمارستان‌ها روی آن بنا می‌شوند محصول یک سلب مالکیت از جامعه هستند، و در ادامه حجم، کیفیت و دفع زباله‌هایی که بیمارستان‌ها تولید می‌کنند (و حرفی بر سر ناگزیری تولید این نوع از زباله‌ها نیست، اما سخن از حجم و نحوه‌ی دفع آن هست)، در نابودی امکان‌های حیات و بازتولید بیماری‌هایی مهلک و مرگ‌بار نقش بسیار مؤثری دارد.

آمارها حکایت از آن دارد که در جهان روزانه به‌طور متوسط بیش از ۳.۵ میلیون تن زباله تولید می‌شود، آلمانی‌ها با ۹۰ هزار تن یکی از کشورهای رکوددار در تولید زباله هستند اما ۸۰ درصد این زباله‌ها بازیافت می‌شوند، این در حالی است که ایران تنها پنج درصد از ۴۰ هزار تن زباله تولیدی خود را روزانه بازیافت می‌کند و ۹۵ درصد آن راهی طبیعت و کوه و دشت می‌شود.

زباله‌های بیمارستانی از انواع مواد زائد جامد خطرناکی هستند که دفع مناسب آن‌ها برای بهداشت جامعه دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشند و شامل دو بخش سمی و غیرسمی هستند. بر اساس برآوردهای انجام شده، در بیمارستان‌ها در مجموع از ۶۳۰ نوع ماده شیمیایی استفاده می‌شود که از این تعداد حدود ۳۰۰ نوع آن غیرسمی و ۳۰۰ مورد آن سمی و خطرناک است. زباله‌های این مراکز از زباله‌های سایر مؤسسات شهری متمایز بوده و جزء مواد زائد خطرناک طبقه‌بندی می‌شوند. مطالعات نشان می‌دهد ۷۵ تا ۸۰ درصد زباله‌ها در مراکز پزشکی، زباله‌های شهری یا از نظر ساختاری مشابه زباله‌های شهری هستند، فقط ۲۰ تا ۲۵ درصد این زباله‌ها که عفونت‌زا و بیماری‌زا هستند، نیاز به فرآوری دارند. این نوع زباله‌ها از آنجا که همراه با دیگر زباله‌ها جمع‌آوری و دفع می‌شود خطرات بسیاری را به همراه دارد. مهمترین خطر زباله‌های بیمارستانی آلوده‌سازی محیط با عوامل پاتوژن و باکتری‌هاست و مشکلات از بین بردن این زباله‌ها نیز در مرحله اول با پتانسیل آلوده‌سازی بیولوژیک آنها مرتبط می‌باشد (طاهری آزاد؛ شهسواری پور؛ طاهری آزاد و محمودی، ۱۳۸۵)

رییس سازمان حفاظت محیط زیست در سال ۱۳۹۰ خبر از تولید هر روزی ۴۰۰ تن پسماند بیمارستانی در کشور می‌دهد. به گفته کارشناسان بین ۷۵ تا ۸۰ درصد زباله‌های بیمارستانی را زباله‌های عادی و ۲۰ تا ۲۵ درصد این زباله‌ها را زباله‌های عفونی یا خطرناک و شبه خطرناک تشکیل می‌دهند. از پسماندهای عادی بیمارستانی می‌توان به عنوان مثال ته مانده‌های غذای آشپزخانه، قوطی‌های کمپوت، اشیائی همچون اشیای تیز و برنده همچون سوزن سرنگ، تیغ‌های جراحی را پسماند خطرناک بیمارستانی می‌گویند.

میزان تولید زباله های عفونی می تواند بین ۱/۸ تا ۲/۲ کیلوگرم به ازای هر تخت در روز باشد. به این ترتیب داده های میزان سرانه ی تولید پسماند بیمارستانی در سه رتبه کمتر از ۱/۸، بین ۱/۸ تا ۲/۲ کیلوگرم و بیشتر از ۲/۲ کیلوگرم به ازای هر تخت در روز تقسیم بندی شدند. کاظمی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه جامعه شناختی مدیریت پسماند بیمارستانی به این نتایج رسیدند که تولید پسماند بیمارستانی در ۷۶،۶ درصد موارد بیشتر از استانداردهای سازمان بهداشت جهانی است و فقط در ۱۶،۷ درصد موارد میزان تولید پسماند با میزانی که سازمان بهداشت جهانی پیش بینی کرده مطابقت دارد. از سوی دیگر یافته های این مطالعه نشان داد که میزان تولید پسماند عفونی در ۹۰ درصد موارد بیش از ۲۵ درصدی است که سازمان بهداشت جهانی تعیین کرده است (کاظمی، ۱۳۹۴).

نتایج تحقیق کاظمی و همکاران (۱۳۹۴) حاکی از این است که تفکیک پسماند بیمارستانی در ۵۳،۳ درصد مطلوب، ۲۳،۳ درصد متوسط و در ۲۳،۳ درصد موارد نامطلوب است. در بخش نگهداری نیز فقط در ۲۳،۳ درصد موارد وضعیت مطلوب و در بخش بی خطر سازی و تفکیک نیز فقط در ۶،۷ درصد موارد وضعیت مطلوب و در ۶۳،۳ درصد موارد نامطلوب ارزیابی شده است (جدول دوم).

به طور کلی می توان گفت وخامت وضعیت پسماند بیمارستانی تا آنجاست که در ۷۲،۲ درصد سرانه تولید بیمارستانی بیشتر از استانداردهای سازمان بهداشت جهانی است و از آن مهم تر و خطرناک تر سرانه تولید پسماند عفونی است که در ۹۰ درصد مناطق بیشتر از استانداردهای جهانی برآورد شده است.

فراوانی میزان سرانه ی تولید زباله ی بیمارستانی در ایران بر حسب استاندارد سازمان بهداشت جهانی

درصد	فراوانی	سرانه زباله Kg/bed/day
۶/۶۶	۲	کمتر از ۱/۸
۱۶/۶۶	۵	۲/۲-۱/۸
۷۶/۶۶	۲۳	بیشتر از ۲/۲
۹۹/۹۸	۳۰	جمع

وضعیت مدیریت پسماند بیمارستانی در ایران

بی خطر سازی و دفع		نگهداری		تفکیک		وضعیت مدیریت پسماند
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۶/۷	۲	۲۲/۳	۷	۵۲/۳	۱۶	مطلوب
۳۰	۹	۴۰	۱۲	۲۲/۳	۷	متوسط
۶۲/۳	۱۹	۳۶/۷	۱۱	۲۲/۳	۷	نامطلوب
۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	جمع

## • شرایط امکان خرید و فروش کالا در بازار

بر مبنای صورت‌بندی‌ای که از نظر گذشت روشن است که محصولی که مشمول قیمت‌گذاری می‌شود یعنی وارد حیطه‌ی کالا شده است. مسأله در بحث از شاخص «شرایط امکان خرید و فروش کالا در بازار» برای سنجش «درجه‌ی کالابودگی سلامت» عبارت است از ارزیابی منابع تأمین مالی سلامت در ایران و وزن پرداخت از جیب در آن.

در واقع اینجا بحث از این است که چطور پیرامون هر محصولی بازار شکل می‌گیرد و آن محصول به کالا تبدیل می‌شود. به این ترتیب وقتی می‌پرسیم «شرایط امکان خرید و فروش کالای مدنظر در بازار برای خریدار و فروشنده به چه نحو است؟» اگر پاسخ‌مان از این قرار باشد که «برای خریدار بسیار سخت» و «برای فروشنده بسیار پرسود»، و کالایی که درباره‌ی آن صحبت می‌کنیم «بی‌کشش»<sup>۲</sup> یا «کم‌کشش»<sup>۳</sup> باشد، که درباره‌ی کالای سلامت، نظر به ربط مستقیم آن به جسم فرد و احیاناً ادامه‌ی زندگی یا مرگ او به نظر می‌رسد چنین است، آن‌گاه از حیث شدن شرایط عالی خرید و فروش کالا، ما با شدت بیشتر کالا شدگی محصول مورد نظر روبرویم.

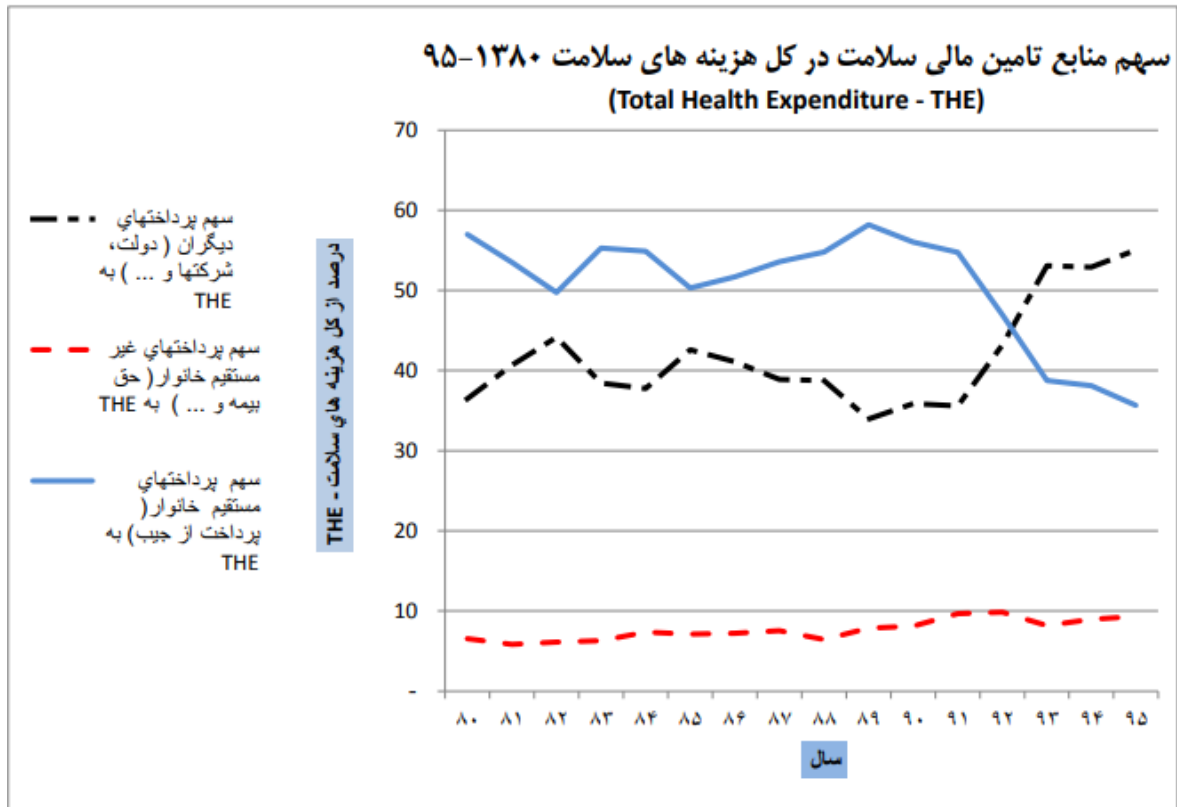
با این تفاسیر به سراغ سنجه‌ی تأمین مالی سلامت در ایران می‌رویم:

سهام منابع تأمین مالی سلامت در ایران (منبع: حساب ملی سلامت، ۱۳۹۵)



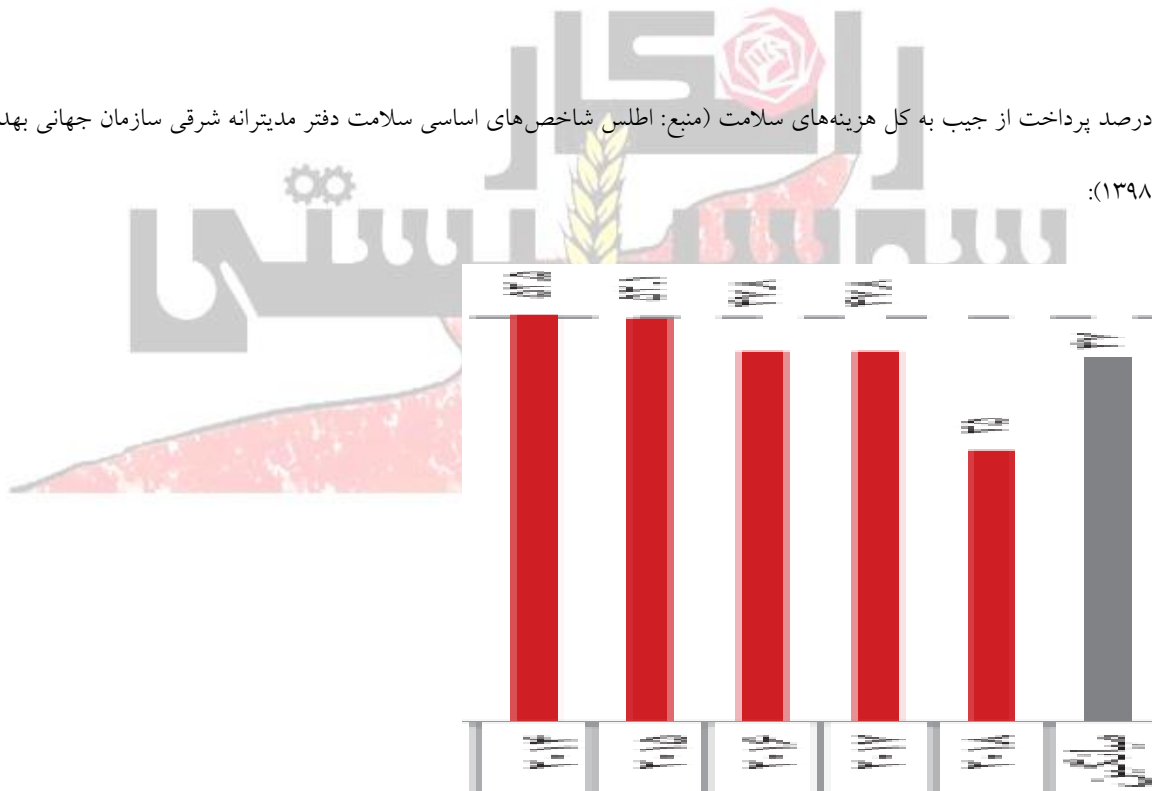
<sup>۲</sup>. یعنی در رابطه با آن تقاضا هیچ حساسیتی نسبت به تغییرات قیمت ندارد.

<sup>۳</sup>. یعنی در رابطه با آن اگر یک درصد قیمت افزایش یابد تقاضا کمتر از یک درصد کاهش می‌یابد.



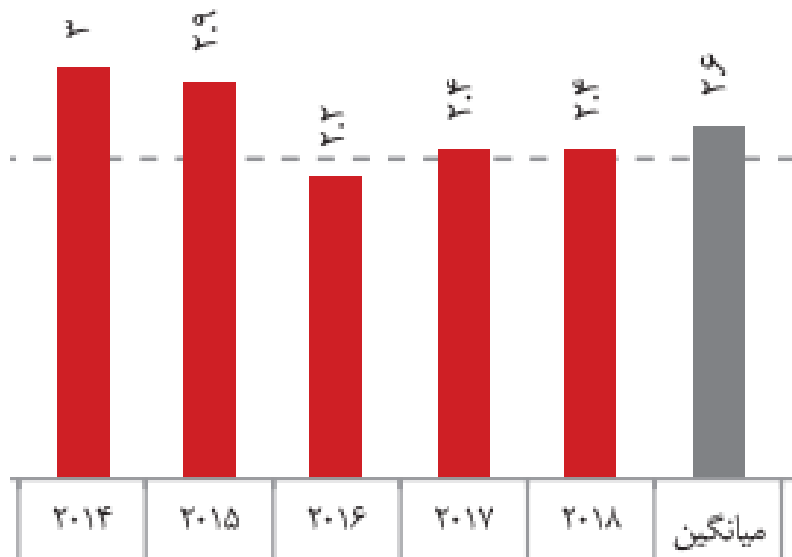
درصد پرداخت از جیب به کل هزینه های سلامت (منبع: اطلس شاخص های اساسی سلامت دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت،

۱۳۹۸):



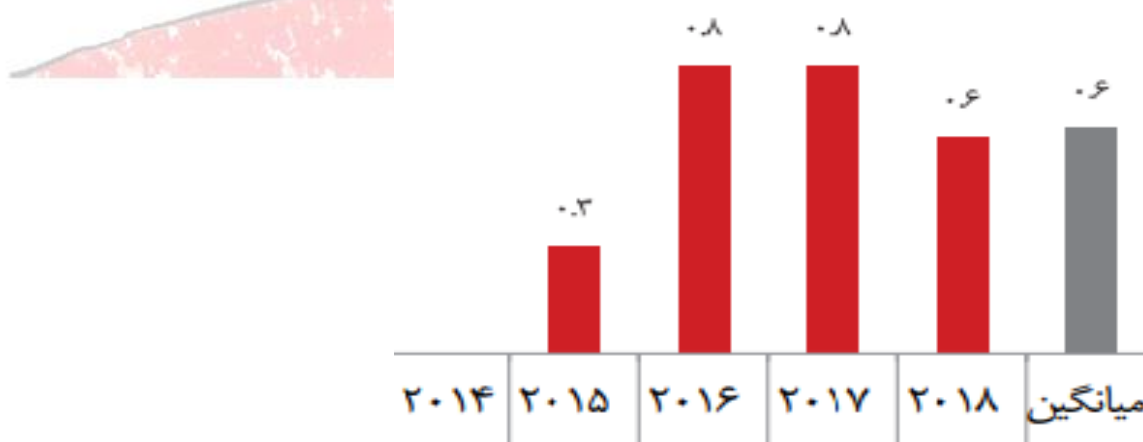
درصد مواجهه با هزینه‌های کم‌رشدن سلامت در ایران (منبع: اطلس شاخص‌های اساسی سلامت دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی

بهداشت، ۱۳۹۸):



درصد مواجهه با هزینه‌های فقرزای سلامت در ایران (منبع: اطلس شاخص‌های اساسی سلامت دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی

بهداشت، ۱۳۹۸):





همانطور که پیش‌تر توضیح دادیم در طی برنامه‌ی دوم توسعه مهمترین اتفاق در راستای هرچه بیشتر محقق شدن شرایط امکان خرید و فروش کالای سلامت تصویب و اجرای طرح «خودگردانی بیمارستان‌ها» بود. همچنین در سال ۱۳۷۳، دولت به اعتبار قانون بیمه‌ی درمانی‌ای که تصویب کرده بود، بنا را بر این گذاشت که تا ۷۵ درصد از هزینه‌های درمان از سوی بیمه‌ها و ۲۵ درصد آن توسط مردم، پرداخت شود. نظر به این زمینه اگر به سراغ تفسیر جداول فوق برویم، داستان به این قرار خواهد بود:

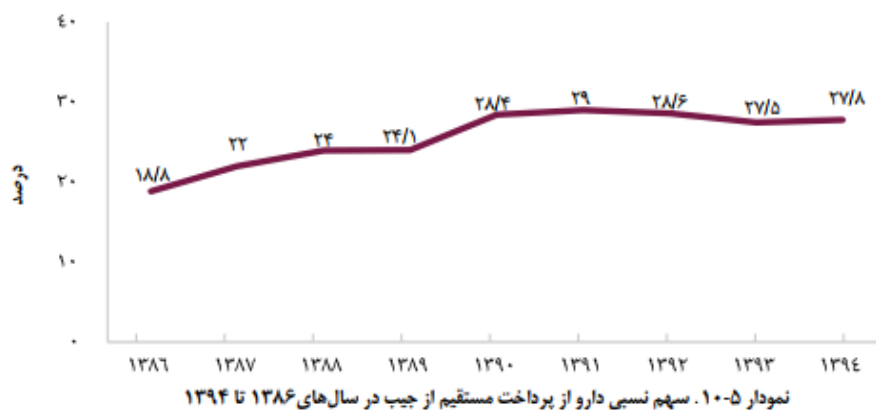
بر اساس اطلاعات حساب ملی سلامت (۱۳۹۵) درصد پرداخت از جیب در بخش سلامت طی برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹-۱۳۸۴) در سال ۱۳۸۲ به ۵۰ درصد کاهش و سپس در سال ۱۳۸۴ به ۵۰٫۵ درصد افزایش پیدا کرده است. سهم بودجه‌ی بهداشت و درمان کل کشور از ۸ درصد در سال ۱۳۷۰ به ۵ درصد در سال ۱۳۸۳ کاهش یافته است و وزارت بهداشت برای ارائه‌ی خدمات خود با دو هزار میلیارد ریال کسری بودجه مواجه است. سرانه‌ی هزینه‌ی بهداشت و درمان هر فرد ایرانی فقط ۱۵۵ دلار است، در حالی که سرانه‌ی بهداشت در کشورهای پیشرفته ۲۳۵۹ دلار و در کشورهای نفت خیز ۲۵۶ دلار است. در عین حال سهم مردم از ۱۵۵ دلار سرانه‌ی بهداشت و درمان ۶۰ درصد و سهم دولت فقط ۴۰ درصد است. علاوه بر کمبود اعتبار، در طول این سال‌ها، معمولاً بودجه‌ی اختصاص یافته هر سال به علت مشکلات و کسری کاهش می‌یابد. در حالی که نتیجه‌ی توصیه‌ها و تجارب دیگر کشورها نشان می‌دهد که مردم باید فقط ۲۵ درصد هزینه‌ی سلامت خود را بپردازند نه ۶۰ درصد. در اکثر کشورهای توسعه یافته سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی میان ۱۵ تا ۲۰ درصد است و حتی کشورهای هم‌سطح ایران حدود ۷/۶ درصد از تولید ناخالص ملی را به سرانه‌ی سلامت تخصیص داده اند (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۲۴).

در طی برنامه‌ی چهارم توسعه (سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۸) درصد پرداخت از جیب روندی افزایشی داشته است به طوری که بر اساس مطالعه مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۵) سهم پرداخت از جیب کل کشور در سال ۱۳۸۷، ۵۰٫۸۵ درصد گزارش شده و سپس در سال ۱۳۸۸ به ۵۴٫۶۴ درصد کاهش پیدا کرده است. مرضیه وحید دستجردی، وزیر بهداشت دولت دوم احمدی‌نژاد در افتتاحیه‌ی شصت و دومین اجلاس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی تأکید می‌کند: در حال حاضر ۵۵ درصد هزینه‌های درمانی را مردم می‌پردازند و همین مسئله باعث به چالش کشیده شدن مردم در پرداخت هزینه‌های درمانی شده است. وی تصریح کرد: ۳۴ درصد از مردم ۴۰ درصد درآمدشان را صرف سلامت می‌کنند که این مسأله دهک‌های اول و دوم جامعه را با مشکلات بیشتری مواجه می‌کند. درخور اشاره است طبق برنامه‌ی چهارم توسعه سهم مردم از هزینه‌های درمان باید ۳۰ و سهم دولت ۷۰ درصد باشد.

منبع: دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶

جدول ۱-۳. شاخص‌های تأمین مالی بخش سلامت از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴							
سال	شاخص						
۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	سهام هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۷	۷/۱	۶/۸	۶/۵	۶/۱	۷/۵	۸/۱	
۲/۷	۲/۴	۲/۴	۲/۲	۲/۴	۳/۷	۴/۶	سهام هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۳/۸	۴/۱	۳/۸	۳/۶	۲/۹	۲/۹	۳/۴	سهام پرداختی از جیب خانوار از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۱۱۲۰	۱۲۳۳	۱۲۳۳	۱۲۴۵	۱۰۹۶	۱۳۶۶	۱۵۵۷	سرتانه هزینه کل سلامت (دلار بین‌المللی) <sup>۱</sup>
۴۲۶	۴۱۶	۴۳۳	۳۸۲	۴۲۷	۶۸۰	۷۹۹	سرتانه هزینه سلامت بخش عمومی (دلار بین‌المللی)
۴۱۶	۷۱۷	۶۹۱	۶۲۷	۵۱۵	۵۲۹	۵۹۳	سرتانه پرداختی از جیب خانوار (دلار بین‌المللی)
۳۸/۰	۳۳/۷	۳۵/۱	۳۳/۳	۳۹/۰	۴۹/۸	۵۱/۳	سهام هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه کل سلامت (درصد)
۱۶/۸	۱۶/۰	۱۵/۱	۱۷/۸	۱۹/۷	۲۴/۱	۲۸	سهام بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه کل سلامت (درصد)
۲۱/۳	۱۷/۷	۱۹/۹	۱۵/۵	۱۹/۲	۲۵/۷	۲۳/۴	سهام بخش عمومی به غیر از بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه کل سلامت (درصد)
۶۱/۹	۶۶/۳	۶۴/۹	۶۶/۷	۶۱/۰	۵۰/۳	۴۸/۷	سهام بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) در سلامت از هزینه کل سلامت (درصد)
۵۴/۸	۵۸/۲	۵۶/۰	۵۴/۸	۴۷/۰	۳۸/۷	۳۸/۱	سهام پرداختی از جیب خانوار از هزینه کل سلامت (درصد)
۸۸/۴	۸۷/۸	۸۶/۳	۸۲/۱	۷۷/۰	۷۷/۲	۷۸/۳	سهام پرداختی از جیب خانوار از هزینه بخش خصوصی (درصد)
۱۵,۹۶۹	۱۷,۳۹۷	۱۸,۱۱۳	۱۷,۵۱۲	۱۷,۸۵۳	۱۸,۱۴۳	۱۷,۵۳۲	سرتانه تولید ناخالص ملی (دلار بین‌المللی)

۱. طبق تعریف سازمان همکاری اقتصادی و توسعه برابری قدرت خرید، به معنی تبدیل نرخ ارز کشورها به یک پول مشترک و یکسان نمودن قدرت خرید ارزهای متفاوت می‌باشد. به عبارت دیگر، برابری قدرت خرید عبارت است از حذف اختلافات سطوح قیمتی در روند تبدیل شاخص‌های دو کشور



منبع: دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶

- نهادینه شدن انگیزه‌ی سودآوری نزد عرضه‌کنندگان کالا

اهمیت شاخص فوق در ارزیابی «درجه‌ی کالا شدگی» یک محصول به این برمی‌گردد که تا چه اندازه پیرامون محصولی که به کالا بدل شده، سازوکارهای بازاری فعالانه عمل می‌کنند و هر دم امکان‌های بیشتری برای بیرون کشیده شدن سود از تولید و فروش آن محقق می‌شود.

در این راستا هرچه بیشتر فراهم شدن زمینه‌ی واگذاری حوزه‌ی سلامت به بخش خصوصی از یک سو و نیز خارج شدن بخشی از خدمات درمانی از شمولیت پوشش بیمه‌ای می‌تواند مصادیق قابل توجهی برای سنجیدن شاخص نام‌برده باشد.

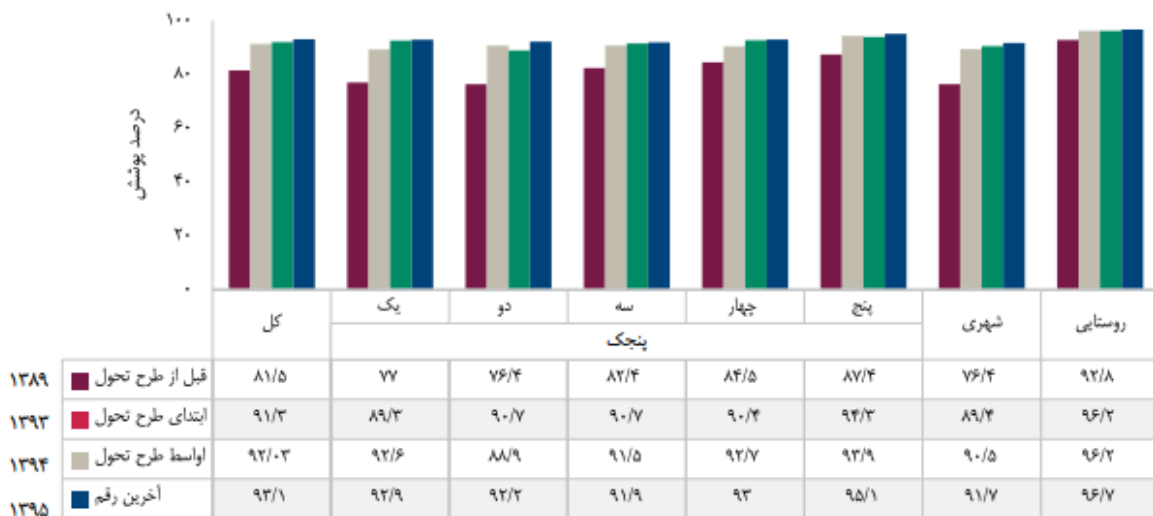
برای تشریح بیشتر موضوع از بابت کم‌رنگ شدن مؤلفه‌ی عدالت به اعتبار پُررنگی شاخص مذکور می‌توان این فرض را تا حد زیادی موجه دانست که با فرض رفاهی افزایش تعداد تخت بیمارستانی در کل کشور، و قاعدتا در اولویت بودن مناطق و شهرستان‌هایی که تعداد تخت پایین دارند، آیا بخش خصوصی حاضر است در چنین مناطقی سرمایه‌گذاری کند؟ تجربه نشان داده که این‌گونه نیست و ما از هنگام رشد بخش خصوصی در حیطه‌ی سلامت، همواره شاهد گسترش آن در مناطق برخوردار بوده‌ایم که ساکنانش حاضر به پرداخت هزینه‌های بیشتر برای بهره‌مندی از خدمات باکیفیت‌تر به نسبت بیمارستان‌های دولتی هستند.

برای سودآوری بخش درمان نیاز به افزایش شدید و همه‌ساله‌ی تعرفه‌های درمان است که تا حد زیادی هم این کار انجام شده است (که به ویژه در طرح تحول سلامت با توجه کاهش زیرمیزی‌ها به شکلی تصاعدی صورت گرفت). خروجی این وضع عملاً افزایش هزینه‌هایی بی‌بازگشت بوده و به گران تمام شدن بخش بهداشت و درمان منجر خواهد شد. مسئله‌ای که در نهایت دولت، شرکت‌های بیمه و در نهایتاً مردم بایستی تاوان آن را پرداخت کنند.

جدول ۲-۳) درصد پوشش بیمه پایه در مطالعات MICS ۷۶, DHS۷۹, UHS ۸۱, IMES ۸۴, MIDHS۸۹

MICS ۷۶	DHS ۷۹	UHS ۸۱ <sup>۱</sup>	IMES ۸۴	MIDHS ۸۹	
-	-	۷۴.۰۰	-	۸۳.۱۵	کل کشور
-	-	۷۲.۷۰	-	۸۱.۳۹	مرد
-	-	۷۴.۵۰	-	۸۵.۰۹	زن
-	-	۶۶.۸۰	-	۷۷.۹۸	شهری
-	-	۸۴.۳۰	-	۹۴.۵۷	روستایی

<sup>۱</sup> بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت، سال ۱۳۸۱، UHS (Utilization of Health Services)



نمودار ۸-۱. درصد پوشش بیمه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت

منبع: دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶

جدول ۳-۲. جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه در سال ۱۳۹۵		
سازمان	تعداد جمعیت (نفر)	سهم از کل جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه (درصد)
بیمه سلامت ایران	۲۸,۸۸۳,۳۹۸	۴۷/۹۲
بیمه تأمین اجتماعی	۲۶,۲۲۱,۸۴۳	۴۴/۶۴
کمیته امداد امام خمینی (ره)	۱,۳۴۵,۴۹۲	۱/۵۳
بیمه سلامت نیروهای مسلح	۴۸۰۰,۰۰۰	۵/۹۱
مجموع کل بیمه شده‌ها	۸۱,۱۵۰,۷۳۳	۱۰۰
فاقدین بیمه درمانی	۵,۵۲۰,۰۰۰	۶/۹ درصد از کل جمعیت
همپوشانی بیمه‌های درمانی	۶,۶۷۰,۷۳۳	۸/۲ درصد کل بیمه شدگان

منبع: دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶

نگاهی به هزینه‌های داخل بیمارستان‌ها حاکی از آن است که بیشتر هزینه‌ها در بخش دارو و امکانات است، و بخش‌های حقوق و دستمزد، تعمیر و نگهداری و غیره در مرتبه‌های بعدی هستند. نکته حائز توجه این است که مدیران بیمارستان‌های خصوصی همچون هر بنگاه بازاری دیگری تلاش زیادی می‌کنند تا سهم سی درصدی هزینه‌های نیروی انسانی افزایش نیابد. همچنین بیمارستان‌های خصوصی

با حذف تدریجی پزشکان عمومی و مشاوران بهداشتی، تلاش می‌کنند تا پزشکان متخصص بیشتری را جذب کنند که حقوق‌های‌شان چندین برابر همکاران‌شان در بیمارستان‌های دولتی است.

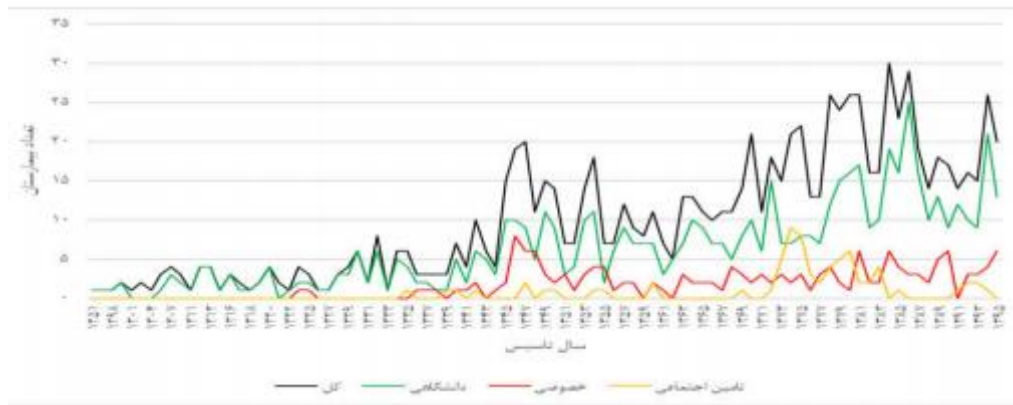
همچنین تجربه‌ی بیماران نشان می‌دهد که بیمارستان‌های خصوصی همواره علاقه دارند که پیش از بهبود کامل بیماران، نسبت به ترخیص آنها اقدام کنند تا در هزینه‌های آنان صرفه جویی شده و در عین حال توانایی پذیرش بیمار بیشتری را پیدا کنند. مطالعات اقتصادی در حوزه بیمارستان‌ها نشان می‌دهد که بیشترین سودآوری در چند روز ابتدایی بستری بیمار به دست می‌آید و پس از آن، حاشیه سود رو به افول می‌گذارد؛ چرا که پس از انجام آزمایش‌های اولیه و انجام عمل جراحی بر روی بیمار، در دوران نقاهت، تنها امکان دریافت هزینه‌های تخت بیمارستانی و خدمات دوره نقاهت وابسته به آن مسیر است (وی.بی.آرو، قدیر و پریا، ۱۳۹۹)

#### • درجه‌ی مصونیت قیمت‌های ذی‌ربط بازاری از مداخله‌ی دولت و جامعه‌ی مدنی

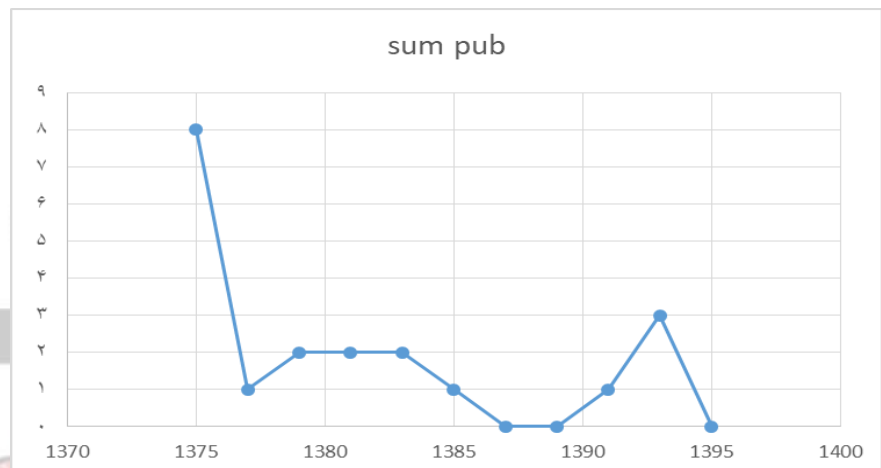
سیاست بیرون‌بردن برخی «محصولات» یا «خدمات» از تولید کالایی و تبدیل دوباره‌ی آنها به محصولاتی که در زمره‌ی خدمات عمومی نهادهای سیاسی و دولتی است، همچنان امری در چارچوب مرزهای شیوه‌ی تولید سرمایه‌داری است، اما با این حال فهم تفاوت بهداشت رایگان، یا دست‌کم دسترسی سهل‌تر همگان به آن با تبعیت تام و تمام آن از منطق سرمایه و بازار برای سنجش «درجه‌ی کالا شدگی» حائز اهمیت است.

شدت مسئولیت‌گریزی دولت (روند کاسته شدن از نظارت و سوبسید-دهی دولتی) از ارائه‌ی خدمات پیشگیرانه-درمانی به مردم یا ناتوانی جامعه به اعتبار انجمن‌ها، اتحادیه‌ها، احزاب و ... در ایجاد فشار به بازار برای عقب‌نشینی از حوزه‌ی سلامت، مواردی است که باید ارقام مربوط به سهم خانوار، دولت و بیمه‌ها در تأمین مالی سلامت (متأثر از بحث شاخص «شرایط امکان خرید و فروش کالا در بازار») را خوانش سیاسی کرد.

در اینجا به منظور نشان دادن کاسته شدن از نظارت و سوبسید-دهی دولتی، از بررسی روند تأسیس بیمارستان‌های کشور به تفکیک مالکیت استفاده شد. نتایج مطالعه مصدق‌راد و همکاران (۱۳۹۸) درخصوص روند سال تأسیس بیمارستان‌های کشور نشان می‌دهد بیمارستان‌های با مالکیت تأمین اجتماعی از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵ روند کاهشی داشته و در سال ۱۳۹۵ عملاً صفر شدن تعداد این بیمارستان‌ها بیمارستان‌های حاکی از شکست جدی جامعه‌ی مدنی و دولت است. همچنین تعداد بیمارستان‌های با مالکیت دانشگاهی کاهش یافته و در مقابل روند تعداد بیمارستان‌های با مالکیت خصوصی از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۳۹۵ با شیب زیاد افزایش یافته است.

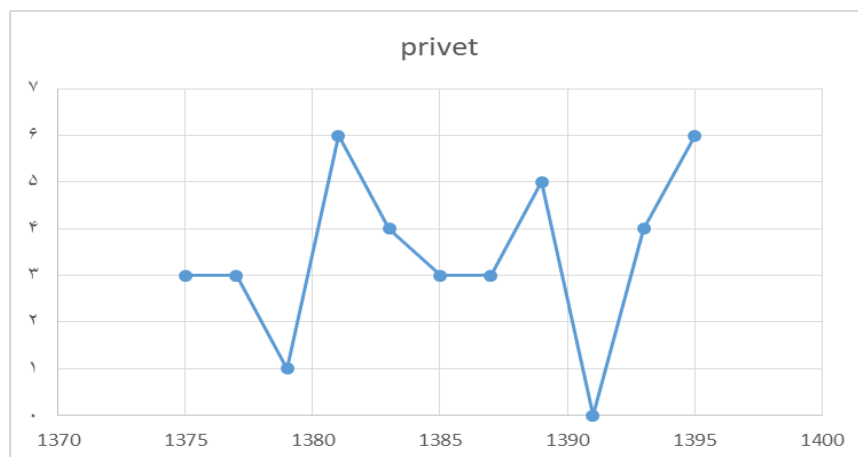


روند تاسیس بیمارستان‌های ایران به تفکیک مالکیت



مجموع تعداد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و دانشگاهی (دولتی)

منبع: مصدق‌راد، ۱۳۹۸



مجموع تعداد بیمارستان های خصوصی

منبع: مصدق راد، ۱۳۹۸



### بحث و نتیجه گیری

با وقوع انقلاب ۱۳۵۷ برای مدت دست کم یک دهه، آهنگ انباشت سرمایه به کندترین حد خود از زمان آغاز رسید. هژمونی افکار انقلابی ضد سرمایه دارانه و ضرورت های تدبیر اقتصاد در شرایط جنگ، مانع از آن می شد تا خرده بورژوازی سنتی تازه به قدرت رسیده، مجاری تازه را برای بازسازی مناسبات سرمایه داری احیا کند. ساخت دوگانه ی حاکمیت که میراث برجای مانده از دوران رضا خان بود، با شکل و شمایل اسلامی، ایده ی زیست-سیاست سرمایه دارانه را به دو طریق پیش می برد:

از یک سو با تدبیر مجموعه ی دولت (نخست وزیر) در شرایطی جنگی متکی بر مصادره ها و بازتوزیع منابع و از یک سوی دیگر توسط نهادهای امنیتی متکی بر حذف سیاسی مخالفان احیای مناسبات سرمایه داری.

با پایان جنگ و بحران های ناشی از آهنگ کند انباشت سرمایه و خرابی های ناشی از جنگ، درحالی که در عرصه ی جهانی اتحاد جماهیر شوروی فروپاشیده بود و از میانه ی دهه ی ۱۹۷۰، به منظور پشت سر گذاشتن ایدئولوژی سوسیال دموکراسی، تاکتیک «طرح تعدیل



ساختاری» توسط ایدئولوژی نئولیبرالیسم، بسته‌ی تشویقی بانک جهانی بود برای کشورهای مستعد خروج از بحران‌های مالی، اولین برنامه‌ی پنج‌ساله‌ی توسعه توسط راست‌گرایانِ محافظه‌کار حاکمیت ایران، منطبق با بسته‌ی بانک جهانی، تدوین شد.

درحالی که در ظاهر امر با انجام یک سلسله از اقدامات مربوط به ترمیم خسارات برجای مانده از جنگ، به نظر می‌رسید که بسته‌ی حمایتی بانک جهانی، لزوماً هم تاکتیکی برای تعمیق مناسبات سرمایه‌داری نئولیبرال نیست، اما پیامدهای اجرای طرح خود را در قالب تضادهای طبقاتی در دل سپهر سلامت نشان داد:

در ادامه تلاش شد با اجرای یک سیاست تنظیم خانوادگی منسجم تلاش شد جلوی رشد جمعیت گرفته شود تا بهتر بتوان آن را مدیریت کرد؛ اما سیاست‌گذاری‌های راست‌گرایانه در دیگر حوزه‌ها، نتایجی کنترل‌ناپذیر برای حوزه‌ی سلامت به بار آورد: در بخش مسکن با تصویب طرح خودکفایی شهرداری‌ها و فروش تراکم از پی آن، قیمت زمین رشدی ۵۹ درصدی را تجربه می‌کند که نتیجه‌ی عملی آن گسترش حاشیه‌نشینی از یک سو و درگیری میان دولت با ایشان به منظور مالکیت بر زمین شهری از سوی دیگر است. در بخش اشتغال با آغاز واگذاری‌های گسترده‌ی تولیدی-خدماتی به بخش خصوصی، افزایش نرخ تورم به سبب قطع موقت یارانه‌ها از برخی کالاهای اساسی و به دنبال این امر، اصلاح قانون کار به نفع کارفرمایان و شدت گرفتن موقتی‌سازی نیروی کار، موجی از شورش‌های شهری در اعتراض به گرانی و همچنین موجی از اعتصابات کارگری در اعتراض به موقتی‌سازی‌ها و سطح پائین دستمزدها به وقوع می‌پیوندد. به این ترتیب دومینوی حاشیه‌نشینی، کاهش دستمزدها، و افزایش تورم و گرانی تله‌ی بحران سلامت را بیش از پیش برای اکثریت جامعه به وجود می‌آورد. مردمانی که اشتغال مناسبی نداشتند و ساکن حاشیه‌ها و سکونت‌گاه‌های غیررسمی می‌شدند، به سبب واقع شدن در محیط‌های غیربهداشتی از یک سو و عدم بهره‌مندی مناسب از تغذیه‌ی سالم و دسترسی‌ناپذیری‌شان به امکانات بهداشتی از سوی دیگر، هرچه بیشتر سلامتی‌شان به مخاطره می‌افتاد.

در برنامه‌ی دوم که توسط همان دولت قبلی تدوین شد، به سبب استقراض خارجی ناشی از پیش بردن طرح تعدیل، بالغ بر ۲۰ میلیارد دلار بدهی به بار آمد و آثار تورمی اجرای طرح در داخل کشور موجی از ناآرامی‌ها را رقم زده بود. در این برنامه تغییری در جهت‌گیری سرمایه‌دارانه‌ی نئولیبرالی داده نشده بود، اما به جهت فائق آمدن بر بحران‌های حادث شده، تعدیل‌هایی در طرح تعدیل (خاصه در مورد کنترل قیمت‌ها) ایجاد شد. با این حال تضاد طبقاتی در سپهر سلامت هرچه بیشتر تعمیق شد:

با تصویب طرح «خودگردانی بیمارستان‌ها» و مکلف شدن آن‌ها به درآمدزایی، و عدم تحقق طرح بیمه‌ی درمانی به منظور تقبل ۲۵ درصد از هزینه‌ها، کالایی شدن درمان کلید می‌خورد. کاهش هرچه بیشتر سرمایه‌گذاری در بخش مسکن و شدت گرفتن موقتی‌سازی نیروی کار در بخش اشتغال، مخاطرات حوزه‌ی سلامت را برای اکثریت نابرخوردار جامعه تشدید کرد.

در جریان اجرای برنامه‌ی سوم در عین اینکه فرصت بی‌سابقه‌ای برای جبران انباشت معوق مانده از آغاز انقلاب فراهم شد و موتور پیشرفت توسعه‌ی سرمایه‌دارانه با قدرت هرچه تمام‌تر به گردش درآمد، هزینه‌های اجتماعی سنگینی از منظر بهزیستی و رفاه برجای ماند:

در بهداشت و درمان واگذاری‌ها کمافی‌سابق ادامه یافت و سهم مردم از هزینه‌های بهداشت بیشتر شد. در بخش مسکن اما ابعاد فاجعه بسیار بیشتر بود: طرح مسکن استیجاری با پشتوانه‌ی انبوهی از بانک‌های خصوصی، تراکم فروشی را به نحو بی‌سابقه‌ای افزایش داد و به این ترتیب با کاسته شدن از کیفیت مسکن‌های انبوه برای گروه‌های درآمدی خط مطلق فقر و متوسط جامعه، اسکان غیررسمی به شدت افزایش یافت. قیمت زمین شهری تا حدود ۷۰ درصد در هر سال رو به افزایش گذاشت و شکاف طبقاتی در شهر، و نیز شکاف میان شهر و روستا از سوی دیگر به بالاترین حد خودش رسید. در اشتغال با اجرای طرح ضربتی اشتغال و خارج کردن کارگاه‌های زیر ده نفر از شمول قانون کار، کودکان کار (به عنوان نیروی کار ارزان برای چنین کارگاه‌هایی) رشد بیش از اندازه‌ای پیدا کردند و با کاهش سطح حداقل زندگی به سبب سختی کار و دستمزد پائین، پدیده‌ی چندشغلی ابعاد جدیدتری به خود گرفت.

در برنامه‌ی چهارم هم نسبت هزینه‌های مردم از کل هزینه‌های بهداشتی و درمانی بیشتر شد و تغییر و بهبود خاصی در دیگر حوزه‌های مؤثر بر سلامت ایجاد نگردید.

با اتکا به پژوهش قاراخانی (۱۳۹۱) در خصوص «سیاست سلامت در ایران» نشان دادیم که دولت‌های چهارگانه‌ی «جنگ»، «سازندگی»، «اصلاح‌طلب» و «اصول‌گرا» در بحث از «هزینه‌ی سلامت» تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. این تفاوت معنادار به اعتبار روی کار آمدن دولت موسوم به «اعتدال‌گرا» و اجرای «طرح جامع نظام سلامت» (برنامه‌ی پنجم) به طور خاص در خصوص «هزینه‌های درمان» به وقوع پیوست، اما بار مالی فزاینده‌ی طرح به سبب نامتوازی افزایش تعرفه‌ها با توان مالی سازمان‌های بیمه‌گر و دولت (به ویژه از حیث شرایط نایمن اشتغال برای نیروهای کار و بالتبع آن امکان پرداخت حق بیمه) به عوض نهادینه شدن سازوکار «پیشگیری» نوعی «کارخانه-ی تولید بیمار» را باعث شد که از حیث مؤلفه‌های چهارگانه‌ی اجتماعی بنیادی مؤثر بر سلامت (موجود بودن، دسترس‌پذیری، قابل پرداخت بودن، و مقبول بودن) استانداردهای مناسب را برای مناطق محروم نداشت.

با تبیین این نکته که پیشاپیش در سرمایه‌داری محصولات تولید شده توسط نیروی کار کالا شده، «کالا»ست، ما کوشیدیم از مدل محمد مالجو در خصوص عوامل مؤثر بر درجه‌ی کالابودگی یک کالای حقیقی فرضی برای سنجش شدت و درجه‌ی کالا شدگی محصولی به-نام «سلامت» و نه نفس کالا بودن/نبودن آن استفاده کنیم.

سنجش پنج شاخص «شدت کالاسازی نیروی کار»، «کالایی‌سازی انواع ظرفیت‌های محیط‌زیست»، «شرایط امکان خرید و فروش کالا در بازار»، «نهادینه شدن انگیزه‌ی سودآوری نزد عرضه‌کنندگان کالا» و «درجه‌ی مصونیت قیمت‌های ذی‌ربط بازاری از مداخله‌ی دولت و

جامعه‌ی مدنی» نشان داد که شدت و درجه‌ی «کالا شدن» سلامت اجتماعی در ایران طی سال‌های پس از جنگ روندی پرسرعت داشته است، که هرچند با اجرایی شدن «طرح جامع نظام سلامت» از هزینه‌های درمانی به شدت کاسته شد، اما بار مالی طرح، خود را در ورشکستگی سازمان‌های بیمه‌گر، نابودی ایمنی شغلی و افزایش سکونت‌گاه‌های غیررسمی نشان داد که تبعات سلامت اجتماعی آن در بدل شدن «طرح جامع» به مکانیزم «تولید بیمار» نمود یافت.

به این ترتیب هرچند که به سبب ناروشنی بسیاری از سنجه‌ها، یا دشواری تبدیل آن‌ها به کمیت، نشان دادن درجه‌ی کالا شدگی به اتکای شکل پنج ضلعی مدل مالجو مبهم می‌نماید، اما واضح است که به اعتبار تحلیل‌های صورت گرفته و آمارها می‌توان به ضرس قاطع از بزرگ شدن مساحت این پنج ضلعی در حفاصل سال‌های آغازین پس از جنگ تا به امروز سخن گفت.

قرار گرفتن این شدت‌گیری کالا شدگی کالای بهداشت در کنار دیگر پارامترهای رفاهی (همچون مسکن و آموزش)، و نیز افزایش جمعیت کارگران و نابرابری درآمدی و شکاف طبقاتی هر دم فزاینده‌تر شده‌ی پس از جنگ، نشان از خطر «بی‌حس شدگی» توده‌ی مردم در اثر خویش را در محاصره‌ی مشکلات بی‌شمار معیشتی دیدن است. برون‌رفت از چنین انسدادی در شرایط کنونی، تنها درگرو درک «هم‌سرنوشتی» از سوی توده‌ی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کادر درمان بایکدیگر است. اگر منطق نابرابری پرداخت‌ها شکافی طبقاتی میان پزشک و پرستار ایجاد کرده است، دستکم باید کوشید با امکان‌پذیری دو لحظه‌ی «درک دردهای توده‌ی مردم از سوی پرستاران» و نیز «درک دشواری‌های پرستاران از سوی توده‌ی مردم»، یک فضای مدنی علیه حاکمیت سود حکومت در سپهر بهداشت و درمان شکل داد.

اگر بیمارستان‌ها ظرفیت پذیرش ندارند و ناکارآمدی حاکمیت در وضع محدودیت‌های غیرسلیقه‌ای مؤثر بر کاهش شیوع، وضعیت ابتلا و مرگ و میر را هر دم افزایش می‌دهد، می‌توان به اعتبار همبستگی مدنی مذکور میان مردم و پرستاران، با دادن آموزش‌های اولیه‌ی لازم به همراهان بیماران از یک‌سو، و در جریان شبکه‌ی ارتباط مردمی یافتن فضاهای قابل تبدیل به مراکز نگهداری موقت بیماران از سوی دیگر، با چنین بحرانی مواجهه‌ای مردمی از نوع «سیل ایران» (بهار ۱۳۹۸) یا «زلزله» (۱۳۹۸) داشت. همبستگی‌های خودپوی اجتماعی بالیده بر بستر این بدترین فاجعه‌های انسانی، ضمن آنکه نجات‌بخش مردم از سایه‌گستری مرگ است، نبردی‌ست با حاکمیت سرمایه نه فقط به میانجی اعتراض علیه آن، بلکه فراتر از این، به میانجی متولد کردن بدیل سوسیالیستی به اعتبار هم-باری طبقاتی.

## منابع:

- اطلس شاخص‌های اساسی سلامت دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۹۸
- بایبی، نعمت‌الله. (۱۳۸۲)، «سیاست اجتماعی و سلامت»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۰.
- بلیک مور، کن. (۱۳۸۵)، مقدمه‌ای بر سیاست‌گذاری اجتماعی، ترجمه: علی اصغر سعیدی و سعید صادقی جقه، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- خسروی، «دبالکتیک پنهان شدن پشت عریانی»، قابل دسترسی در:  
<https://pecritique.com/۲۰۱۶/۰۲/۰۲/%D8%AF%DB%AC%D8%AV%D9%84%DA%A9%DA-AA%DB%AC%DA%A9%D9%90-%D9%BE%D9%86%D9%87%D8%AV%D9%86%E2%80%AC-%D8%B4%D8%AF%D9%86-%D9%BE%D8%B4%D8%AA-%D8%B9%D8%B1%DB%AC%D8%AV%D9%86%DB%AC-%DA%A9%D9%85%D8%AV%D9%84/>
- خسروی، «کار زنده و ارزش آفرینی»، قابل دسترسی در:  
<https://pecritique.com/۲۰۱۷/۱۱/۰۴/%DA%A9%D8%AV%D8%B1-%D8%B2%D9%86%D8%AF%D9%87-%D9%88-%D8%AV%D8%B1%D8%B2%D8%B4%E3%80%AC%D8%A3%D9%81%D8%B1%DB%AC%D9%86%DB%AC-%DA%A9%D9%85%D8%AV%D9%84-%D8%AE%D8%B3%D8%B1%D9%88%DB%AC/>
- خسروی، «کالا شدن یا کالایی شدن»، قابل دسترسی در:  
<https://naghd.com/۲۰۱۹/۰۵/۱۹/%DA%A9%D8%AV%D9%84%D8%AV-%D8%B4%D8%AF%D9%86-%DB%AC%D8%AV-%DA%A9%D8%AV%D9%84%D8%AV%DB%AC%DB%AC-%D8%B4%D8%AF%D9%86/>
- حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۱-۱۳۸۷. (۱۳۹۰)، مرکز آمار ایران.
- حساب‌های ملی سلامت. (۱۳۹۴)، مرکز آمار ایران.
- حساب‌های ملی سلامت. (۱۳۹۵)، مرکز آمار ایران.



- کاظمی، سیمین و صالحی، صادق. (۱۳۹۴)، «تحلیل جامعه‌شناختی مدیریت پسماند بیمارستانی با تأکید بر وضعیت توسعه-یافتگی در ایران»، مجله‌ی مسائل اجتماعی ایران، سال ششم، شماره ۲.
- مصدق‌راد، علی‌محمد و همکاران. (۱۳۹۸)، «چالش‌های مشارکت عمومی-خصوصی در بهره‌برداری از بیمارستان: یک مطالعه-ی موردی»، نشریه پایش، دوره ۱۸، شماره ۲.
- وی.بی.آرو، رامنا و قدیر، ایتارا و پریا، ریتو. (۱۳۹۹)، «خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها به چه قیمتی؟»، قابل دسترسی در:

<https://vista.ir/w/a/۱۶/vxpgi/%D8%AE%D8%B0%D9%88%D8%B0%DB%AC-%D8%B3%D8%AV%D8%B2%DB%AC-%D8%A8%DB%AC%D9%80%D8%AV%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%AV%D9%86-%D9%87%D8%AV-%D8%A8%D9%87-%DA%86%D9%87-%D9%82%DB%AC%D9%80%D8%AA%DB%AC>

