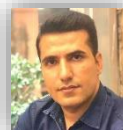


کرونا

و اقتصاد سیاسی سلامت در ایران

محمد دارکش



با شیوع ویروس کرونا، اهمیت برخورداری از نظام بهداشتی و درمانی مناسب بیش از پیش آشکار می‌شود. در این یادداشت، وضعیت کنونی نظام سلامت و آثار و تبعات این نوع نظام سلامت و شیوه‌های تأمین مالی آن به اختصار تشریح می‌شود. در سال‌های اخیر، در مطالب متعددی موضوعاتی مانند اقتصاد سیاسی آموزش، مسکن و... بررسی شده است اما به نظام سلامت و اقتصاد سیاسی آن در ایران کم‌تر توجه شده است. در این نوشتار تلاش شده گامی در بررسی اقتصاد سیاسی سلامت در ایران برداشته شود.

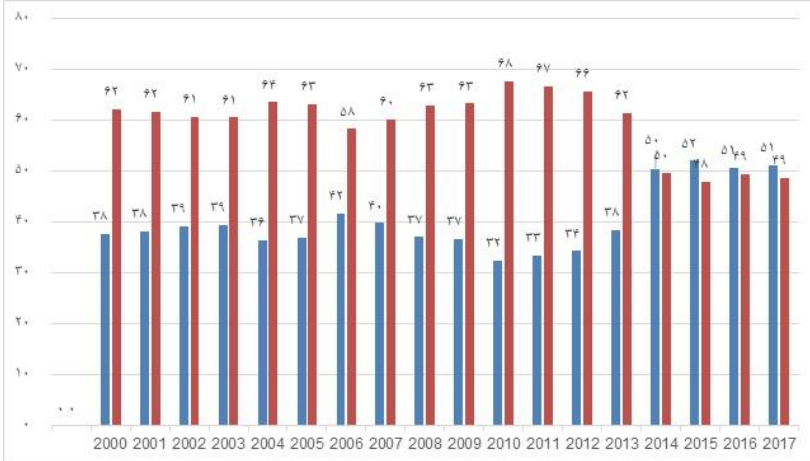
برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، و برخورداری از سلامت فردی علاوه بر آن که یک حق فردی همگانی است عنصری ضروری در انجام فعالیت‌های اجتماعی است و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی از الزامات ایجاد عدالت در جامعه است. در واقع حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از عوامل زمینه‌ساز ایجاد فرصت‌های برابر در جامعه است. امروزه حفظ، گسترش و ارتقای سلامتی در جوامع بشری در زمره‌ی اساسی‌ترین و کلیدی‌ترین سیاست‌ها برای ایجاد و توسعه‌ی عدالت اجتماعی در کشورها تلقی می‌شود. مبحث سلامتی موضوعی چندبُعدی است که عوامل و عناصر متعدد و متنوعی در تأمین، گسترش و یا تخریب آن تأثیر دارد. در این میان آن‌چه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است لزوم وجود نظام سلامت کارآمد و اثربخش در راستای بسط عدالت، فراهم ساختن فرصت‌های جسمی و روانی ضروری افراد برای توسعه و ارتقای سلامتی در جامعه است. امروز و با توسعه‌ی نظام سلامت در تمام کشورها (چه غنی و چه

فقیر)، نقش عمده و مؤثری در زندگی انسان‌ها، نسبت به گذشته ایفا می‌کند؛ در واقع فلسفه‌ی وجودی و هدف نظام سلامت، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه با تأکید بر گروه‌های در معرض آسیب و پرخطر است.

یکی از ارکان مهم نظام سلامت نحوه‌ی تأمین مالی هزینه‌های سلامت است. منابع مالی سلامت عمدتاً از طریق منابع عمومی دولت، بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خصوصی و پرداخت مستقیم افراد تأمین می‌شود. در ایران نیز شیوه‌های تأمین مالی، ترکیبی از همین چهار روش است. منابع دولتی و بیمه‌های اجتماعی را هزینه‌های عمومی سلامت و بیمه‌های خصوصی و پرداخت مستقیم افراد بخش خصوصی سلامت محسوب می‌شوند. براساس اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دسترسی به خدمات بهداشت و درمان، حقی همگانی شناخته شده است.

در ادامه، برای بررسی شیوه تأمین مالی نظام سلامت از داده‌های سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. سازمان جهانی بهداشت آمارهای مربوط به هر کشور در زمینه‌های مختلف بهداشتی را بر روی سایت خود قرار می‌دهد و آمارهای ارائه‌شده در این قسمت عیناً از داده‌های ارائه‌شده در سایت این سازمان گرفته شده است. نمودار یک میزان هزینه‌های عمومی و خصوصی سلامت را نسبت به کل هزینه‌های سلامت (به درصد) نشان می‌دهد.

نمودار یک: سهم هزینه های بخش خصوصی □ و دولتی □ در سلامت^۱



باتوجه به آمارهای سازمان جهانی بهداشت، این ارقام برای ایران از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۷ موجود است. همانطور که آمار نشان می دهد از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ به طور میانگین ۶۰ درصد از هزینه های سلامت توسط بخش خصوصی (در اینجا منظور بیمه های خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب خانوار است) پرداخت شده است. اما در پی اجرای طرح بیمه ی همگانی سلامت این رقم به حدود ۵۰ درصد کاهش یافته است. البته از سویی شایان ذکر است که علی رغم اینکه بخش عمده ای از منابع صندوق های تأمین اجتماعی توسط

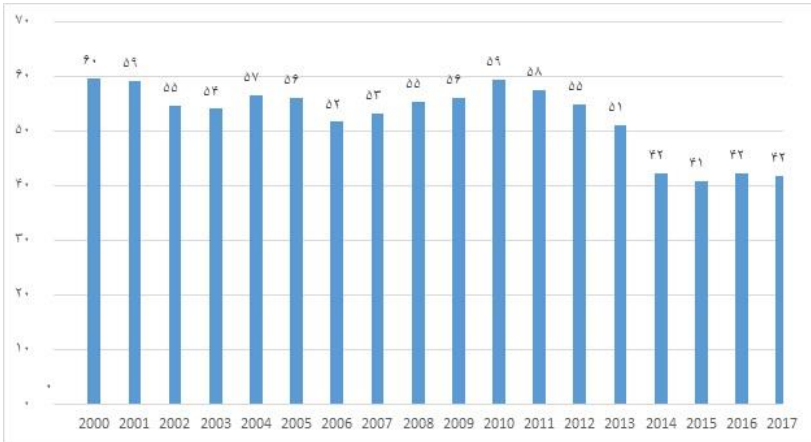
^۱ سازمان جهانی بهداشت، حساب های سلامت، <https://www.who.int/health-accounts/en>

خانوارها (به صورت حق بیمه شده و کارفرما) تأمین می‌شود، در جداول تأمین مالی حساب‌های ملی سلامت، کل منابع صندوق‌های تأمین اجتماعی به عنوان منابع بخش دولتی لحاظ شده است، و از این رو سهم بخش خصوصی در صندوق تأمین اجتماعی نیز در بخش دولتی لحاظ شده است. این سهم می‌بایست به منظور تحلیل دقیق‌تر توسط مرکز آمار ایران و مراجع ذی‌ربط اصلاح گردد. با توجه به آمارهای موجود به طور میانگین از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۷، هر ساله ۲۳ درصد از هزینه‌های دولتی سلامت توسط صندوق‌های تأمین اجتماعی تأمین می‌شود. با اضافه کردن سهم خانوارها در صندوق تأمین اجتماعی به هزینه‌ی بخش خصوصی، سهم بخش خصوصی در تأمین مالی هزینه‌های سلامت در ایران بیش‌تر هم خواهد شد. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد با توجه به بحران مالی که طرح بیمه‌ی سلامت با آن روبه‌رو شده است افزایش سهم هزینه‌های دولتی در بخش سلامت از سال ۱۳۹۳ به بعد در سال‌های جاری بار دیگر کاهش یابد.

حال باید به بررسی سهم پرداخت مستقیم از جیب خانوار در تأمین مالی هزینه‌های سلامت پردازیم. پرداختی از جیب مردم، یکی از ساده‌ترین و ناکارآمدترین شیوه‌های تأمین مالی نظام سلامت است که در این روش افراد، حین ارائه‌ی خدمات، پول را به صورت مستقیم پرداخت می‌کنند. این شیوه‌ی پرداخت با تأمین عادلانه‌ی تأمین مالی در نظام سلامت همخوانی ندارد. به عبارت دیگر توزیع هزینه‌های سلامت میان خانوارها زمانی عادلانه خواهد بود که براساس توان پرداخت خانوارها شکل گرفته باشد نه براساس خطر بروز

بیماری. بر همین اساس دولت‌ها به منظور تحقق عدالت اجتماعی به دنبال کاهش پرداختی از جیب مردم در حد توان پرداختی، به‌عنوان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی، هستند. اما تحقق هدف مذکور مستلزم افزایش تأمین مالی از جانب سایر ابزارهای تأمین مالی است.

نمودار شماره دو: پرداخت مستقیم از جیب نسبت به کل هزینه‌های سلامت (به درصد)^۱



باتوجه به آمار ارائه شده، از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ به‌طور متوسط ۵۳ درصد هزینه‌ی سلامت را به‌طور مستقیم خود خانوارها پرداخت کرده‌اند. در پی اجرای طرح بیمه‌ی سلامت این نسبت به حدود ۴۲ درصد کاهش یافت. اما،

^۱ سازمان جهانی بهداشت، حساب‌های سلامت، <https://www.who.int/health-accounts/en>

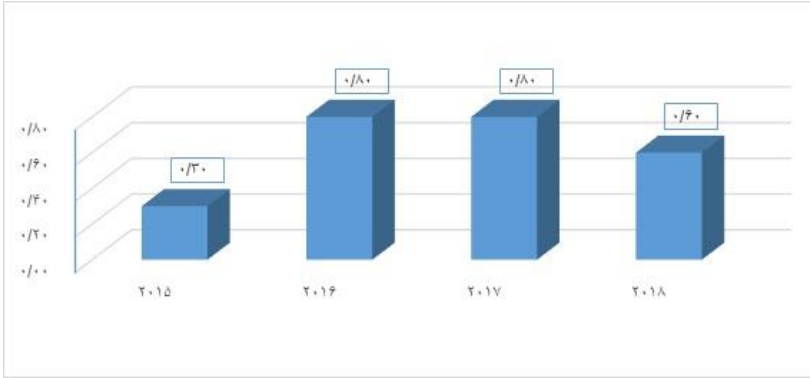
چنان‌که گفته شد، با توجه به مشکلات مالی در استمرار این طرح به نظر می‌رسد به سرعت شاهد افزایش دوباره‌ی سهم خانوارها در کل هزینه‌های سلامت باشیم. این نوع پرداخت ناعادلانه‌ترین شیوه‌ی پرداخت هزینه‌های سلامت است و پی‌آمدهای منفی زیادی نیز دارد که در ادامه به مهم‌ترین آنها اشاره خواهد شد.

پی‌آمدها

هنگامی که بار اصلی هزینه‌های سلامت بر دوش مردم باشد و آن‌ها مجبور باشند در بازار بهداشت و درمان برای سلامتی که کالا شده، خود به‌طور مستقیم هزینه‌های آن را پرداخت کنند قطعاً با مشکلاتی مواجه خواهند شد که در ادامه به اختصار آن‌ها را شرح می‌دهیم.

۱- هزینه‌های فقرزای سلامت: در این قسمت به بررسی خانوارهایی می‌پردازیم که به علت پرداخت هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر پرتاب می‌شوند.

نمودار شماره ۳: درصد مواجهه به هزینه های فقرزای سلامت^۱



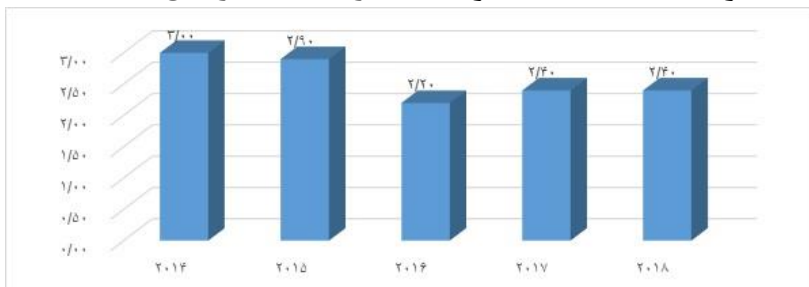
براساس بررسی های سازمان دفتر مدیترانه ای شرقی سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷، ۲٫۶ درصد از خانوارهای ایرانی به علت تحمل هزینه های سلامت به زیر خط فقر پرداخت شدند یا اصطلاحاً با هزینه های فقرزای سلامت مواجه شدند.

۲- هزینه های کمرشکن سلامت

هزینه های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می افتد که کل هزینه های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیر خوراکی او باشد.

^۱ atlas of World Health Organization's Eastern Mediterranean Region Office (EMRO)

نمودار شماره ۴: درصد مواجهه به هزینه‌های کمرشکن سلامت^۱



براساس بررسی‌های سازمان دفتر مدیترانه‌ای شرقی سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ حدود ۱۳ درصد از خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن مواجه شدند.

نکته‌ی بعدی ارتباط دهک‌های درآمدی با هزینه‌های فقرزا و کمرشکن سلامت است. تقریباً در اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در ایران ارتباط معناداری بین دهک‌های درآمدی پایین و هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت وجود دارد. همچنین بیمه‌های درمانی نتوانستند از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت محافظت بکنند. با توجه به تأثیر ویرانگر طرح تحول سلامت بر صندوق‌های بیمه‌ای به نظر می‌رسد که درصدی از این خانوارهای که با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند به علت وضعیت بحرانی صندوق‌های بیمه‌ای به زیر خط فقر پرتاب شوند. براساس نتایج تحقیق مرکز پژوهش‌های مجلس، تحت عنوان «نگاهی بر عملکرد سازمان بیمه

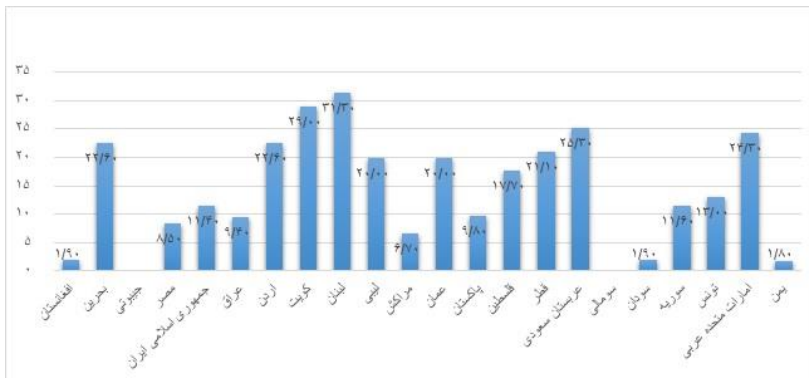
^۱ atlas of World Health Organization's Eastern Mediterranean Region Office (EMRO)

سلامت در سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۶» انجام داده است از یک سو طی این سال‌ها، شاهد رشد یک‌باره‌ی جمعیت تحت پوشش این سازمان بوده‌ایم که این موضوع ناشی از اجرای طرح بیمه‌ی همگانی رایگان بوده است و از سوی دیگر تغییر کتاب ارزش نسبی خدمات بهداشتی - درمانی که در راستای طرح تحول نظام سلامت صورت پذیرفت، موجب رشد یک‌باره‌ی هزینه‌های سازمان در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ و سال ۱۳۹۴ به بعد شده است که به رغم رشد اعتبارات ۸۳,۱۴ درصدی، اعتبارات عمومی این سازمان در قانون بودجه‌ی سال ۱۳۹۶، به عدد ۱۰ هزار میلیارد تومان رسیده است. همچنین تا پایان سال ۱۳۹۵ سازمان با زیان انباشته در حدود ۴۴۰۰ میلیارد تومان مواجه بود. با توجه به اینکه عملاً خلق منابع جدید برای سازمان میسر نیست باید رویکردهایی در جهت کنترل هزینه‌ها اتخاذ شود (ص. ۱).

این اعداد مهم

در این بخش آمار کشورهای دیگر هم قرار داده‌ایم تا خوانندگان امکان مقایسه‌ی وضعیت ایران را با کشورهای دیگری که از نظر سازمان جهانی بهداشت تحت عنوان کشورهای مدیترانه‌ای شرقی از آن‌ها یاد می‌شود داشته باشند. برای مثال، در این زمینه تنها وضعیت کشورهای یمن، سودان، مراکش، عراق و مصر از ما بدتر است و حتی وضعیت کشورهای فلسطین و سوریه کمی از ما بهتر است.

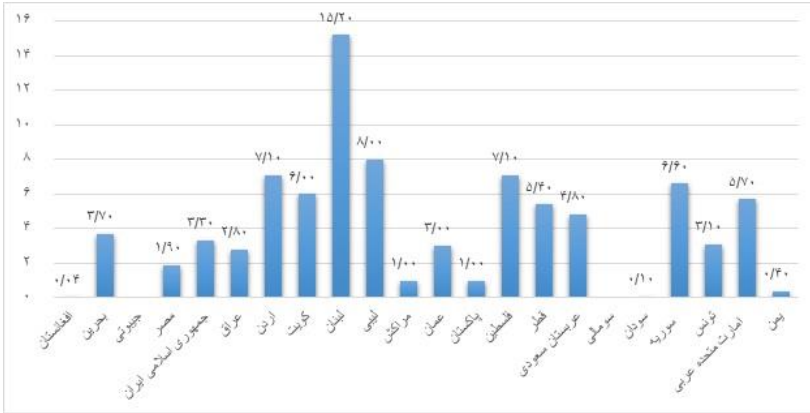
نمودار شماره ۵: تعداد پزشک به ازای ده هزار نفر (۲۰۱۷)



در کنار تعداد کم پزشک، توزیع ناعادلانه‌ی پزشکان از جمله مشکلات دیگری است که در صحبت‌های مسئولان و همین‌طور متخصصان به آن اشاره شده است.

در زمینه‌ی تعداد دندانپزشکان وضع از بخش پزشکی نیز بدتر است و به‌طور تقریبی به ازای هر سه هزار و پانصد نفر یک دندانپزشک وجود دارد. در این زمینه حتی وضعیت کشورهای لبنان، فلسطین، لیبی، سوریه از ما بهتر است.

نمودار شماره ۶: تعداد دندانپزشک به ازای ده هزار نفر (۲۰۱۷)



سخن پایانی

آنچه در این سال‌ها به‌وضوح مشخص شده است، شانه خالی کردن دولت از وظایف و مسئولیت‌های خود در حوزه سلامت است. خصوصی شدن سلامت و بازاری شدن شیوه دسترسی به خدمات سلامت، سیاست مشخص در این چند دهه بوده است. در چنین وضعیتی سلامت به کالایی تبدیل می‌شود که در بازار به فروش می‌رسد و هرکسی که پول داشته باشد می‌تواند به آن دسترسی داشته باشد. در نبود بیمه‌های مناسب، پرداخت اکثر هزینه‌های درمان توسط مردم و حاکمیت بازار بر بخش سلامت، وضعیت برای طبقه‌های کارگر و فرودستان سخت‌تر هم خواهد شد؛ چراکه علاوه بر هزینه‌های معیشتی و آموزش و مسکن، هزینه‌های سلامت را نیز باید پردازند.

طبق گفته‌ی یعقوب صفاری عضو کمیسیون پزشکی بهداشت و درمان مجلس، در جریان اجرای طرح تحول سلامت، تعرفه‌ی خدمات درمانی

افزایش زیادی داشته و همین امر سبب افزایش هزینه‌های بخش درمان شده است. با اجرای طرح تحول سلامت به واسطه‌ی افزایش ضریب تعرفه‌ی خدمات پزشکی، قیمت خدمات درمانی حداقل ۲,۲ برابر شد. مجموع دستمزد پرداختی به پزشکان هم در سال ۹۵ نیز نسبت به سال ۹۲، سه‌ونیم برابر شد.^۱ با شکست طرح تحول سلامت و بدهی‌های زیادی که بر دوش تأمین اجتماعی گذاشته است، به نظر می‌رسد با این شرایط شاهد افزایش هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت باشیم و حق برخورداری از خدمات پزشکی مناسب نیز همچون حق داشتن آموزش رایگان به محاق خواهد رفت. این در حالی است که هیچ‌گاه «نظام درمانی فراگیر» که حداقل تضمین‌دهنده‌ی درمان رایگان و باکیفیت برای اقشار در معرض آسیب‌های محیطی، مانند کارگران کم‌درآمد و بدون بیمه، بی‌ثبات کاران، دستفروشان، افراد بیکار و... باشد، به وجود نیامد.

اما آخرین میخ تابوت بر خدمات درمانی کارگران، خودگردانی مراکز درمانی تأمین اجتماعی است؛ که البته بعد از مدتی طرح به «طرح بودجه‌ی عملکردی بیمارستان‌ها» تغییر نام پیدا کرد. امیرعباس منوچهری، معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی تأکید کرد «تنها حدود ۷۸ بیمارستان سازمان تأمین اجتماعی می‌توانند هزینه‌های خود را پوشش دهند.» او مدعی شد در صورت اجرای طرح، یارانه‌ی پرداختی به بیمارستان‌ها قطع نمی‌شود و فقط قرار است

^۱ - مصاحبه با عیار آنلاین، ۷ اسفند ۹۷، قابل‌بازرسی
<http://ayaronline.ir/html۲۸۹۰۱۶/۰۱/۱۳۹۸>

منابع و مصارف به صورت «هوشمندانه‌تر» استفاده شود»^۱ [تأکیدات

از من است].

«کوچک‌سازی»، «برون‌سپاری»، «خرید خدمات»، «صرفه‌جویی» و استفاده‌ی «هوشمندانه‌تر» از امکانات، مفاهیمی آشنا هستند که حکومت در دهه‌های اخیر اجرای سیاست‌های نولیبرالی و انداختن بار درمان و آموزش و سایر خدمات دولتی بر دوش کارگران و سایر اقشار کم‌درآمد را پشت آن‌ها مخفی کرده است.

در دنیای امروز دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین‌کننده‌ی غیرطبی سلامت توجه ویژه‌ای معطوف شده است. هر یک از این عوامل تعیین‌کننده به خودی خود و یا از طریق تأثیر متقابل بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و سبب بروز بی‌عدالتی‌های بیش‌تر در وضعیت سلامت می‌شوند. این عوامل تعیین‌کننده از قبیل وراثت، شیوه‌ی زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و ... بوده که تأثیر چشمگیری بر سلامت دارند. در واقع صحیح است که مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی - اقتصادی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. بدین معنا که عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه‌ی

^۱ -منتشر شده در عصر ایران، ۲۰ بهمین ۹۸، asriran.com/002yzx

اجتماعی بسیار بیش تر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند و در سلامت انسان نقش به‌سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می‌کنند.

در ادامه، به‌اختصار برخی از عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت را که به‌طور خاص مرتبط با ویروس کرونا هستند بررسی می‌کنیم. اصلی‌ترین توصیه‌ها برای پیشگیری از ابتلا به ویروس مثل شستن مداوم دست‌ها با آب و صابون و محلول ضد عفونی‌کننده و پرهیز از حضور در اماکن پرجمعیت است. با نگاهی به گزارش شاخص‌های چندگانه‌ی سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۹ مشاهده می‌کنیم که ۳,۱۹ درصد از جمعیت کشور از منابع غیربهینه‌ی آب استفاده می‌کنند؛ این عدد برای جمعیت روستایی ۷,۰۹ است. این اعداد میانگین کشوری است در بعضی استان‌ها مثل هرمزگان، ۱۸,۱۷ درصد مردم از آب غیر بهینه‌ی بهداشتی استفاده می‌کنند (ص. ۵۳). با نایاب شدن مواد ضد عفونی‌کننده و افزایش قیمت آن‌ها، قطعاً آقشار کم‌درآمد به‌راحتی نمی‌توانند به این مواد دسترسی پیدا بکنند.

در مورد پرهیز از حضور در اماکن پرجمعیت باید اشاره شود که براساس نتایج طرح پژوهشی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت که توسط مؤسسه‌ی تحقیقات ملی سلامت در سال ۱۳۹۵ انجام شده است، تقریباً حدود ۱۱ میلیون نفر در کشور حاشیه‌نشین هستند و ۹ میلیون نفر نیز ساکن بافت‌های

فرسوده‌اند. به‌علت تراکم جمعیت بالادراین محله‌ها که محل سکونت کارگران، تهی‌دستان و حاشیه‌نشینان است، این اقشار در مقابل بیماری آسیب‌پذیرتر هستند. کارگران زیادی نیز مجبور هستند در محیط کاری پرتراکم‌شان حاضر شوند و برای جابه‌جایی روزانه مجبورند از وسایل نقلیه‌ی عمومی استفاده بکنند که خود یکی از محیط‌های اصلی انتقال بیماری است. در چنین شرایطی و با چنین زمینه‌ای از بی‌عدالتی در توزیع خدمات بهداشتی و سلامتی و همین‌طور نابرابری‌های اجتماعی که بر سلامت مؤثر هستند، می‌توان انتظار داشت که فرودستان و کارگران و سایر مزدبگیران در شرایط کنونی بیش‌ترین صدمات را از همه‌گیری کرونا متحمل شوند.

پیوست – کارگر و پزشک / شعری از برتولت برشت^۱

می‌دانیم چه چیز ما را بیمار می‌کند
 وقتی بیمار هستیم به ما می‌گویند
 شما هستید که ما را شفا می‌دهید
 ده سال است که به ما می‌گویند
 شما درس شفا را در مدارس خوب آموخته‌اید
 مدارس با هزینه‌ی مردم ساخته شد
 و برای کسب دانش‌تان
 هزینه‌ها خرج شده
 بنابراین باید بتوانید شفا دهید
 آیا می‌توانید شفا دهید؟
 وقتی نزد شما می‌آییم
 لباس‌های ژنده‌ی ما پاره‌پاره است
 و شما به سرتاسر بدن برهنه‌ی ما گوش می‌دهید
 در مورد علت بیماری ما
 نگاهی به لباس ژنده‌ی ما چیزهای بیشتری
 در مورد ما به شما می‌گوید.
 به‌همین دلیل

^۱ <https://utmedhumanities.wordpress.com/۲۰۱۴/۱۰/۱۳/a-workers-speech-to-a-doctor-bertolt-brecht/>

بدن‌های ما را خسته و لباس‌هایمان را پاره می‌کند.
 درد شانه‌مان آن‌طور که می‌گویید از رطوبت است
 و این رطوبت همان دلیل حضور لکه بر روی دیوار خانه‌ی ماست
 پس به ما بگویید
 این رطوبت از کجا می‌آید؟
 کار بسیار زیاد و غذای خیلی کم
 ما را ضعیف و باریک می‌کند.
 نسخه‌ی شما می‌گوید:
 خودتان را تقویت کنید.
 پس حتماً به گیاه خیزران هم می‌گویید
 خیس نشود.
 بی‌تردید خواهید گفت
 شما بی‌گناه هستید.
 لکه‌ی رطوبت روی دیوارهای خانه‌های ما نیز
 همین داستان را روایت می‌کند.