



Faculty of Social Sciences
Institute of Social Studies and Research

Quarterly of Social and Studies Research in Iran

Vol. 10, No. 1, Spring 2021: 175-212

Doi: 10.22059/jisr.2020.279953.857

**Critical Approach to Commodification of health and exclusion
of the poor elderly***

Taghi Azad Armaki¹
Majid Koosheshi²
Shiva Parvaei³

Received February 29, 2020

Acceptance November 15, 2020

Abstract

Introduction: In the society of Iran, health is a valuable commodity which is sold in the market. In this situation, we can speak about “commodification of health”. The result of commodification will be treating it as something for obtaining benefits. In such a condition, Monetization, market values and inequality will increase. It seems that the Iranian society gradually have had some paradigm changes in health discourse and the government’s economic withdrawal in general supplying of health services and expansion of the private sector in the health system. In this discourse the patient is considered as a customer who must provide the expenses of his health and treatment. Furthermore, health is considered as a personal commodity rather than a public one which all people have the right of access to it. In such a system, instead of patient’s need, patient’s purchasing power is the criterion for access to health services. Therefore, the current study is that what are the

* Paper from PhD thesis, “Ageing in transition of Iranian Society Changes”, University of Tehran, Faculty of Social Sciences, Department of Sociology.

1. Professor of the Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran, Tazad@ut.ac.ir

2. Assistant Professor of the Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran, kooshesh@ut.ac.ir

3. PhD in Sociology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author), Shiva.Parvaei@ut.ac.ir

consequences of health commodification for the elderly as the regular consumers of health system?

Method: This study has been done through “Qualitative Research” and “in-depth and Semi-Structured Interviews” with 28 elderly people in Tehran (people over 65 years old). To identify the elderly has been used a combination of purposeful samplings such as “Maximum Variation Sampling” and “Theoretical sampling”. The Maximum Variation sampling is used for finding the elderly in various types and theoretical sampling is used to achieve conceptual saturation. Finally, the interview data were coded and categorized by “Thematic analysis”. Besides the qualitative research, the health related documents have been investigated.

Results and discussion: The results indicated that classified health, poor governmental health system and ignored the poor elderly are amongst the consequences of Commodification of health for the elderly in low social classes and at last will be resulted in exclusion and ignorance of the poor elderly. Other consequences of Commodification of health can be pointed to the feeling of class exclusion, increasing poverty among the poor people, removing health from consumption basket, financial inability of the poor and turn to self-curing. The greatest victims of the health system are the poor and ill elderly who because of their age are the fixed customers of the health and treatment system. As the poor elderly live in an insecure and inflammatory economic society, will be resulted in providing some essentials for their life and sometimes they will remove health services from their consumption basket. Commodification of health will be resulted in classified health and it will be continued to the classified differences in having access to health services. As a result of all this differences and inequalities the experience of ageing in the Iranian society will turn into a multiple experience and the rich elderly have a good access to the commodified health system. As a result, the economic capital is considered as an important factor in the ageing experience.

Conclusion: In commodification of health condition, the poor elderly share is nothing but exclusion. Nowadays the Iranian government needs to be more responsible for the poor elderly. The Iranian government must de-commodification of health services and consider it as an essential commodity. Furthermore, paying attention to Prevention and general care besides cure in social health policy for the elderly is important.

Keywords: Ageing, Elderly, Ageing Studies, Commodification of Health, Exclusion, the poor elderly, Qualitative Research.

Bibliography

- Abazari, Y., & Zakeri, A. (2019), **Three Decades of Association between Religion and Neoliberalism in Iran, Critique of Political Economy**, Retrieved from <https://pecritique.com/2019/02/24/> (*In Persian*)
- Alston, P. (2018), **Extreme poverty and human rights, United Nations, General Assembly**, Retrieved from <https://undocs.org/A/HRC/38/33/ADD.1>.
- Bagheri, Y., & Abdi, R. (2019), **Reflections on the Demands of Retirees**, Tehran: Saba Pension Strategies Institute. (*In Persian*)
- Baltussen, R., Mikkelsen, E., Tromp, N., Hurtig, A., Byskov, J., Olsen, O., Bæroe, K., Hontelez, J.A., Singh, J., & Norheim, O.F. (2013), “Balancing Efficiency: Equity and Feasibility of HIV Treatment in South Africa Development of Programmatic Guidance”, **Cost Effectiveness and Resource Allocation**, No. 26: 1-9.
- Bastani, S., Rahnama, F., & Ghazinejad, M. (2013), “Social Exclusion Case: Subjective and Objective Exclusion Tehranian's Elderly”, **Quarterly of Social Studies and Research in Iran**, No. 2, 599-626. (*In Persian*)
- Bonoli, G., George, V., & Taylor-Gooby, P. (2001), **European Welfare Futures: Towards a Theory of Retrenchment**, Translated by Hormoz Homayounpour, Tehran: Social Security Organization Research Institute. (*In Persian*)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006), “Using Thematic Analysis in Psychology”, **Qualitative Research in Psychology**, No. 2: 77-101.
- Callinicos, A. (2004), **Social Theory a Historical Introduction**, Translated by Akbar Masoom Beigi, Tehran: Agah Publications. (*In Persian*)
- Center for Statistics and Strategic Information (2019), **Study of Health Costs and Social and Medical Insurance in the Consumption Basket of Households in the Country – 2018**, Tehran: Ministry of Cooperatives, Labor and Social Welfare (*In Persian*)
- Center for Statistics and Strategic Information (2020), **Study of Health Costs and Social and Medical Insurance in the Consumption Basket of Households in the Country: 2011-2019**, Tehran: Ministry of Cooperatives, Labor and Social Welfare (*In Persian*)
- Gholami, S. (2017), **The Study of the Share of Health Care Costs of Families with Elderly Members**, Tehran: Saba Pension Strategies Institute. (*In Persian*)

- Harvey, D. (2012), **A Brief History of Neoliberalism**, Translated by Mahmoud Abdullahzadeh, Tehran: Dot Publication. (*In Persian*)
- Jafari Sirizi, M., Rashidian, A., Abolhasani, F., Mohammad, K., Yazdani, Sh., Parkerton, P., Younesian, M., Akbari, F., & Arab, M. (2008), "Qualitative Assessment of Dimensions and Degree of Autonomy Granting to University Hospitals", **Hakim Research Journal**, No. 11 (2): 59-71. (*In Persian*)
- Jakab, M., Preker, A. S., & Harding, A. (2003), **The Missing Link? Hospital Reform in Transition Economies**, In A. L. Harding and A. S. Preker (Ed.), **Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals, Health, Nutrition, and Population**, (PP. 207-238), Washington DC: World Bank,
- Jalaeipour, H., & Bayangani, B. (2016), "Sociological Study of the Economic Consequences of the Market and Border Trade (Critical Ethnography of Baneh Border Market)", **Quarterly of Social Studies and Research in Iran**, No. 5: 539-573. (*In Persian*)
- Leon, D. A., Walt, G., & Gilson, L. (2001), "Recent Advances: International Perspectives on Health Inequalities and Policy", **British Medical Journal**, No. 322: 591-594.
- Marx, K. (1973), **Capital**, Translated by Iraj Eskandari, Volume 1. Tehran: Tudeh Party of Iran Publication. (*In Persian*)
- McGregor, S. (2001), "Neoliberalism and Health Care", **International Journal of Consumer Studies**, No. 25: 82-89.
- Mirzaie, M., & Darabi, S. (2017), "Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs", **Salmand: Iranian Journal of Ageing**, No. 12: 156-169. (*In Persian*)
- Norman, A. H., Russell, A. J., & Merli, C. (2016), "The Quality and Outcomes Framework: Body Commodification in UK General Practice", **Social Science and Medicine**, No. 170: 77-86.
- Parvaei, S. (2019), **Ageing in Transition Of Iranian Society Changes**, PhD dissertation in Sociology, Supervisors: Taghi Azad Armaki & Majid Koosheshi, Tehran, University of Tehran, Faculty of Social Sciences. (*In Persian*)
- Parvaei, S. (2020), **Typology of Consumption Behavior of Retirees**, Tehran: Saba Pension Strategies Institute. (*In Persian*)
- Parvaei, S & mousaei, M. (2020), Exclusion of Ageing in Social Policy Analyzing Development Plans after the Revolution, **Journal of Social Problems of Iran**; No. 2: 59-83. (*In Persian*)

- Peikanpour, M., Esmaeli, S., Yousefi, N., Aryaeinezhad, A., & Rasekh, H. (2018), "A Review of Achievements and Challenges of Iran's Health Transformation Plan", **Payesh**, No. 17: 481-494. (*In Persian*)
- Petrovici, D., & Christopher, R. (2006), "Population Health and Risk Factors in Transitional Economy", **Journal of Consume Policy**, No. 29: 279-300.
- Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017), "The Effects of Neoliberal Policies on Access to Healthcare for People with Disabilities", **International Journal for Equity in Health**, No. 16: 1-8.
- Saksena, P., Xu, K., & Durairaj, V. (2010), **The Drivers of Catastrophic Expenditure: Outpatient Services, Hospitalization or Medicines**, Background Paper, No. 21, World Health Organization.
- Sampath, P., & Wilson, D. M. (2012), "A Case Study and State of Science Review: Private Versus Public Healthcare Financing", **Global Journal of Health Science**, No. 4: 118-126.
- Sandel, M. J. (2014), **What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets**, Translated by Hassan Afshar, Tehran: Markaz Publication. (*In Persian*)
- Sharifzadegan, M. H. (2018), **Inequality in Social Welfare and Its Pathological Consequences**, In the Second Report on the Social Status of Iran 2009-2017: Social Solidarity and Inequality (Volume 1), by Mirtaheer Mousavi, Tehran: Agah Publications. (*In Persian*)
- Somkotra, T. L., & Lagrada, P. (2009), "Which Households Are at Risk of Catastrophic Health Spending: Experience in Thailand after Universal Coverage", **Health Affairs**, No. 28: 467-478.
- Statistical Center of Iran (1956-2016), **Detailed Results of the General Census of Population and Housing of the whole country**, Tehran: Statistical Center of Iran (*In Persian*)
- Tajmazinani, A. (2011), "A Typology of Welfare Systems around the World", **Journal of Welfare Planning and Social Development**, No. 2: 203-234. (*In Persian*)
- Taylor, G. (2013), **Ideology and Welfare**, Translated by Hossein Mohagheghi Kamal and Mehdi Nosratabadi, Tehran: Sociologists Publications. (*In Persian*)
- Vandenberghe, F. (2007), **The Sociology of George Simmel**, Translated by Abdolhossein Nikgozar, Tehran: Totia Publication. (*In Persian*)
- Yip, W., & Hsiao, W. (2014), "Harnessing the Privatization of China's Fragmented Health-Care Delivery", **Lancet**, No. 384: 805-18.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

رهیافت انتقادی به کالایی شدن سلامت و پردشدگی سالمندان تهیدست*

تقی آزاد ارمکی^۱

مجید کوششی^۲

شیوا پروائی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۱۰

چکیده

در جامعه ایران سلامت و درمان، کالایی گران بها و ارزشمند است که در بازار عرضه و خرید و فروش می شود. در چنین حالتی می توان از «کالایی شدن سلامت» صحبت کرد. مسئله پژوهش حاضر این است که کالایی شدن سلامت برای سالمندان به عنوان مشتریان همیشگی نظام سلامت و درمان، چه پیامدهایی دارد. در پژوهش کیفی حاضر، به کمک مصاحبه های عمیق و نیمه ساختاریافته با ۲۸ نفر از سالمندان تهرانی (افراد بالای ۶۵ سال) به این سؤال پاسخ داده شد. برای شناسایی سالمندان ترکیبی از نمونه گیری های هدفمند، مانند نمونه گیری ناهمگون و نمونه گیری نظری استفاده شد. نمونه گیری ناهمگون برای شناسایی سالمندان در سنخ های متنوع و نمونه گیری نظری برای دستیابی به اشباع مفهومی کاربرد دارد. در نهایت داده های مصاحبه ای به روش تحلیل مضمون، کدگذاری و مقوله بندی شدند. نتایج پژوهش نشان می دهد «سلامت طبقاتی شده، فقیرشدگی نظام سلامت دولتی و جاماندگی سالمندان تهیدست» از پیامدهای کالایی شدن سلامت برای سالمندان طبقات اجتماعی پایین دست است که در نهایت به پردشدگی و جاماندگی سالمندان تهیدست می انجامد. از پیامدهای دیگر کالایی شدن سلامت برای جامعه سالمندان می توان به احساس محرومیت طبقاتی، فقیرسازی سالمندان تهیدست، صف های طولانی انتظار، حذف سلامت از سید مصرفی، ناتوانی مالی تهیدستان و روی آوری به خوددرمانی اشاره کرد.

واژه های کلیدی: پژوهش کیفی، سالمندی، سالمندان، سالمندان تهیدست، پردشدگی، کالایی شدن سلامت، مطالعات سالمندی.

* مقاله علمی - پژوهشی، مستخرج از رساله دکتری جامعه شناسی با عنوان «سالمندی در کشاکش تغییرات جامعه ایرانی»، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.

۱. استاد گروه جامعه شناسی دانشگاه تهران، tazad@ut.ac.ir

۲. استادیار گروه جمعیت شناسی دانشگاه تهران، kooshesh@ut.ac.ir

۳. دکتری جامعه شناسی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)، shiva.parvaii@ut.ac.ir

مقدمه و بیان مسئله

یکی از دستاوردهای رفاهی در چهار دهه اخیر، ارتقای بهداشت و امید زندگی ایرانیان است. در جامعه ایران قبل از انقلاب (۱۳۵۵)، امید زندگی ایرانیان ۵۷ سال بود؛ در حالی که امروزه پس از گذشت چهار دهه، امید زندگی ایرانیان به ۷۵ سال رسیده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۵۵، ۱۳۹۵). این موفقیت ناشی از بهبود نظام بهداشت و درمان و افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی طی چند دهه گذشته بوده است. در نتیجه بهبود وضعیت بهداشت و افزایش امید زندگی، بسیاری از افراد به سنین سالمندی می‌رسند که در این دوره از زندگی به خدمات رفاهی، بهداشتی و درمانی بیشتری نیاز دارند. سالمندی جمعیت با چالش‌هایی برای نظام رفاهی و همچنین نظام بهداشتی و درمانی همراه است و می‌تواند هشدار برای رشد هزینه‌های رفاهی، پزشکی و درمانی باشد. همچنین بر تقاضای حمایت‌های اجتماعی تأثیرگذار است و یکی از منابع فشار بر نظام حمایت اجتماعی قلمداد می‌شود (بونولی و همکاران، ۱۳۸۰: ۲۲۵) و بر سطح هزینه‌ها در سه حوزه اصلی مربوط به حمایت اجتماعی (مستمری بازنشستگی، مراقبت‌های درمانی و مراقبت‌های اجتماعی) مؤثر است (همان: ۲۳۲). علاوه بر این‌ها، با دگرگونی ساختارهای خانوادگی، نیاز به حمایت‌های دولتی و تقاضای خدماتی مانند مراقبت از سالمندان افزایش می‌یابد و در نتیجه این امر بر هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی دولت‌ها نیز می‌افزاید (همان: ۲۲۵). نتایج مطالعات سامکوترا و لاگرادا (۲۰۰۹) و ساکسنا و همکاران (۲۰۱۰) نشان می‌دهد خانواده‌های دارای سالمند با هزینه‌های فراوان سلامت و درمان مواجه هستند.

با توجه به اینکه هزینه‌های درمانی و بهداشتی سالمندان از دیگر گروه‌های سنی بیشتر است و نیازهای بهداشتی و درمانی سالمندان در این دوره از زندگی افزایش می‌یابد، نظام‌های سلامت و درمان مسئولیت حمایت از شهروندان را در برابر هزینه‌های مالی دریافت خدمات سلامت برعهده دارند. نظام‌های سلامت در بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید زندگی نقشی تعیین‌کننده و مؤثر دارند. در این میان، سطح توسعه‌یافتگی کشورها و نظام رفاهی حاکم بر هر کشور بر چگونگی عملکرد نظام سلامت و درمان بسیار تأثیرگذار است. تلقی از سلامت به‌مثابه حقی در نظام رفاهی، دولت را موظف می‌کند خدمات سلامت و درمان را به قیمتی ارزان و مناسب و در مواردی، رایگان در دسترس همه شهروندان قرار دهد، اما در صورتی که

سلامت یک کالا تلقی شود، شهروندان باید در ازای درخواست خدمات بهداشتی و درمانی، هزینه آن را پرداخت کنند. این گونه از نظام رفاهی، با اصل عدالت در تناقض است؛ چراکه عدالت در سلامت مستلزم ارائه خدمات سلامت به بیماران متناسب با نیاز آنان است، نه توانایی و قدرت خرید بیماران (بالتوسن و همکاران، ۲۰۱۳).

امروزه با جهانی شدن مؤلفه‌های اقتصاد سرمایه‌داری، منطق تجاری‌سازی و کالایی شدن در سراسر جهان سیطره یافته است. تجربه جهانی نشان می‌دهد، سایه برنامه‌های تعدیل ساختاری و فشار برای کاهش هزینه‌های دولت در بخش سلامت و ساماندهی بهداشت و درمان در بخش خصوصی، یکی از تهدیدهای عمده عدالت در امر سلامت است (لئون و همکاران، ۲۰۰۱؛ پتریوسی و کریستوفر، ۲۰۰۶). همچنین تأثیر بازتوزیعی تأمین خدمات از سوی بخش خصوصی، به زیان گروه‌های اجتماعی و اقتصادی فرودست و تهیدست خواهد بود (بونولی و همکاران، ۲۰۱۳: ۲۸۰-۲۸۱).

در این میان، به نظر می‌رسد جامعه ایرانی شاهد تغییر الگو در گفتمان سلامت و عقب‌نشینی اقتصادی دولت از تأمین عمومی و همگانی خدمات سلامت و گسترش بخش خصوصی در نظام سلامت بوده است. مطالعه مسائل سالمندان، به‌ویژه در حوزه بهداشت و درمان، روند «کالایی شدن سلامت» را به‌خوبی به‌مثابه مسئله‌ای مهم نشان می‌دهد. فشارهای ناشی از تجاری شدن و کالایی شدن سلامت نه تنها بر گروه‌های تهیدست جامعه بیشتر است، بلکه حتی هزینه‌های فراوان سلامت بر شمار این گروه‌ها می‌افزاید. امروزه خانواده‌ها تنها با بیماری مواجه نیستند، بلکه با فشار مالی تأمین هزینه‌های سلامت و مواجهه با هزینه‌های کمرشکن بیماری نیز روبه‌رو هستند. بخش زیادی از هزینه‌های پزشکی و درمانی و مراقبت‌های بهداشتی از سوی خانواده‌ها به‌صورت پرداخت از جیب انجام می‌شود که این امر می‌تواند به افزایش خطر فقیرشدگی افراد و حتی حذف مصرف سلامت در برخی از طبقات تهیدست منجر شود که همین امر، بستر و زمینه رشد بیماری‌ها و ناتوانی‌ها را فراهم می‌کند؛ در نتیجه روزبه‌روز بر شدت بیماری و فقر افزوده می‌شود و این دو یکدیگر را تشدید می‌کنند؛ از این‌رو مسئله پژوهش حاضر این است که کالایی شدن امر اجتماعی مانند سلامت و درمان چه پیامدهایی برای جامعه سالمندان به‌ویژه سالمندان طبقات تهیدست دارد.

مفهوم کالایی شدن

مفهوم کالایی شدن^۱ از اندیشه‌های مارکس نشئت می‌گیرد و در کنار مفاهیمی مانند بت‌وارگی کالا^۲ به کار می‌رود تا فرایندی را توضیح دهد که از نظر مارکس برای سلطه نظام سرمایه‌داری بر منابع ثروت و قدرت جامعه ایجاد می‌شود. مشخصه کلیدی شیوه تولید سرمایه‌داری، دگرذیسی همه‌چیز به کالا است. جهان جدید، دنیای افسون‌زده در بند حیات کالایی شده و پول و بازار است (کالینیکوس، ۱۳۸۳: ۱۶۵). کالا چیزی است که برای فروش و کسب سود در بازار عرضه می‌شود. یک پدیده تنها در صورتی می‌تواند کالا باشد که برای دیگری دارای ارزش مصرف باشد و در جایی بتوان آن را مبادله کرد تا سودی به دست آید (مارکس، ۱۳۵۲)؛ بنابراین کالایی شدن به فرایندی اشاره دارد که یک پدیده به مثابه یک کالا در نظر گرفته می‌شود که برای دیگری دارای ارزش مصرف است و می‌توان آن را برای کسب سود در بازار خرید و فروش کرد (نورمان و همکاران، ۲۰۱۶). هاروی نیز معتقد است «کالایی‌سازی مستلزم وجود حقوق مالکیت بر فرایندها، چیزها و روابط اجتماعی است که بر آن‌ها می‌توان قیمت گذاشت و به شرط قرارداد قانونی می‌توان آن‌ها را خرید و فروش کرد» (هاروی، ۱۳۹۱: ۲۳۱). وقتی چیزی قابلیت خرید و فروش پیدا می‌کند، در نتیجه می‌توان با آن همانند کالا به عنوان ابزاری برای سود و منفعت اقتصادی برخورد کرد.

زیمل در کتاب *فلسفه پول* به «پولی شدن» پرداخته است. از نظر او، پول می‌تواند فرهنگ و آهنگ زندگی و مناسبات انسانی را تعیین کند. اهمیت پول در جوامع سرمایه‌داری، به قدری زیاد می‌شود که به هدف اصلی مبدل می‌شود (واندنبرگ، ۱۳۸۶: ۸۵). به بیان زیمل، «پول در این دنیا، خدای زمینی است» (همان: ۹۵). به اعتقاد او، پولی شدن موجب می‌شود انسان مدرن، روزبه‌روز عقلانی‌تر و حسابگرتر شود. در نتیجه عقلانی شدن زندگی، وسایل بر اهداف تسلط می‌یابند و احساسات پوچ و بی‌ریشه حاکم می‌شوند (همان: ۹۸). سندل نیز در کتاب *آنچه با پول نمی‌توان خرید: مرزهای اخلاقی بازار*، به گذر از اقتصاد بازار به سوی گسترش «جامعه بازاری»^۳ اشاره کرده است. از نگاه وی، اقتصاد بازار یک ابزار برای سامان‌دهی فعالیت‌های تولیدی است و ابزار

1. Commodification
2. Fetishism
3. Market Society

بازرزش و کارآمدی است، اما جامعه بازاری یک شیوه زندگی است که در آن ارزش‌های بازار، در همه جنبه‌های زندگی رخنه کرده‌اند (همان: ۷-۸). او معتقد است در دنیای سرمایه‌داری آلوده به بازار، ارزش‌های بازاری به‌طور چشمگیری بر زندگی روزمره مسلط شده‌اند و منطق خرید و فروش امروزه نه تنها بر کالاهای مادی بلکه بر کل زندگی حاکم شده است (سندل، ۱۳۹۳: ۳-۶). از نگاه سندل، در چند دهه اخیر نه تنها فاصله میان فقرا و اغنیا بیشتر شده است، بلکه کالایی شدن همه چیز اهمیت افزون‌تری به پول بخشیده و نیش نابرابری را گزنده‌تر کرده است. به نظر وی، اگر چیزهای خوب زندگی صورت کالایی پیدا کنند، فاسد می‌شوند و ارزش و معنای خود را از دست می‌دهند (همان: ۶). بسط این تفکرات می‌تواند موجب زوال اخلاق و انسانیت در جامعه شود و جای خود را به عقلانیت ابزاری و محاسبات پولی دهد.

جایگاه سلامت در ایدئولوژی‌های رفاهی

در این بخش به جایگاه سلامت در ایدئولوژی‌های رفاهی مختلف پرداخته شده است تا مشخص شود کالایی شدن سلامت در کدام ایدئولوژی رفاهی معنا پیدا می‌کند و هرکدام از ایدئولوژی‌های رفاهی برای نهاد دولت در تأمین سلامت چه جایگاهی قائل هستند. دولت رفاه‌های لیبرال، کمترین میزان کالازدایی از خدمات رفاهی را عملیاتی کرده‌اند که عمده این خدمات باید به کمک سازوکار بازار فراهم شود (تاج‌مزیانی، ۱۳۹۰). با این حال لیبرال‌ها از نقش حمایتی دولت و سرمایه‌گذاری آن در مراقبت‌های سلامت و درمان استقبال می‌کنند. از دید لیبرال‌های اجتماعی مانند کندی (۲۰۰۱) با توجه به اینکه بخش خصوصی به دنبال کسب سود است، نباید سلامت جامعه به‌عنوان یک نیاز مهم در بخش خصوصی تأمین شود (کندی، ۲۰۰۱: ۱۱۸). اگرچه در ایدئولوژی لیبرالی، ابعاد اجتماعی مراقبت‌های سلامت و مداخله دولت پذیرفته می‌شود، نظام سلامت ارائه شده در این گفتمان، همچنان نابرابری‌های طبقاتی را منعکس می‌کند (تیلور، ۱۳۹۲: ۴۳).

محافظه‌کاران در بیشتر موارد مخالف تأمین خصوصی هستند. از دیدگاه آن‌ها، خدمات بخش خصوصی برای بسیاری از تهیدستان گران و دست‌نیافتنی است. همچنین در این رابطه، مداخله دولت را تا حدودی ضروری می‌دانند. از دیدگاه آن‌ها، خدمات سلامت و درمان به اندازه‌ای مهم

است که نباید تنها به بخش خصوصی سپرده شود. در این ایدئولوژی، افراد در قبال یکدیگر مسئول هستند و اگر فردی از عهده تأمین خویش برنیاورد، دولت باید مداخله و نقش تأمینی و حمایتی خود را ایفا کند. در این نظام رفاهی، مداخله دولت در خدمات سلامت زمانی معنا می‌یابد که بخش خصوصی و بازار در تأمین این خدمات با مشکل روبه‌رو شوند. سنت محافظه‌کاری به هیچ‌وجه هوادار مداخله گسترده دولت در تأمین مراقبت‌های درمانی و بهداشتی نیست. در این دیدگاه، گیلومر (۱۹۹۲) ادعا می‌کند که سلامت کالایی نیست که در قلمرو نیروهای بازار قرار بگیرد و دولت‌ها باید زمانی که شهروندان قادر به تأمین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود نیستند، مداخله کنند (گیلومر، ۱۹۹۲: ۱۸۴-۱۹۷ به نقل از تیلور، ۱۳۹۲: ۶۸-۶۹).

سوسیال‌دموکرات‌ها در تأمین منابع بهداشتی و درمانی سخاوتمندانه عمل می‌کنند. به باور آنان، نظام‌های مبتنی بر بیمه که از سوی لیبرال‌ها و محافظه‌کاران پایه‌ریزی شده است، به دلیل اشتغال‌محور بودن و همچنین گرانی حق بیمه‌ها، در بیشتر موارد بخش‌های مهمی از جامعه را حذف می‌کنند. در نتیجه سوسیال‌دموکرات‌ها به منظور غلبه بر نابرابری‌ها، پیشنهاد می‌کنند دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید به‌منزله یک حق اجتماعی پذیرفته شود؛ در واقع آن‌ها به‌نحوی دولت را مسئول سلامت نظام اجتماعی معرفی می‌کنند؛ البته این به معنای پایان تأمین خصوصی سلامت و درمان نیست. افراد حق دارند که مراقبت‌های سلامت و بهداشت خصوصی را خریداری و بار تأمین دولتی را سبک‌تر کنند (همان: ۹۶-۹۷).

با ظهور نئولیبرالیسم، نگاه به مسئولیت اجتماعی دولت‌ها تغییر کرد. ایدئولوژی‌های لیبرال اجتماعی، محافظه‌کاری و سوسیال‌دموکراسی اتفاق نظر داشتند که دولت باید برخی مسئولیت‌های رفاه عمومی را بپذیرد و رفاه افراد را به‌کمک سیاست‌های اجتماعی و حمایتی ارتقا دهد؛ درحالی‌که نئولیبرال‌ها به‌شدت منتقد مداخله دولت و سیاست‌های اجتماعی بودند. از نظر نئولیبرال‌ها، بی‌ثباتی‌های نظام سرمایه‌داری سودمند است و باید از آن استقبال کرد. از سوی دیگر، آن‌ها معتقد بودند که مداخله دولت در اقتصاد تهدیدی برای آزادی افراد است و منافع اقتصادی را به خطر می‌اندازد (همان: ۱۰۱-۱۰۳). نئولیبرال‌ها بر این عقیده‌اند که اگر دولت‌ها بخواهند در موقعیتی که کاهش نرخ رشد اقتصادی و سالمندی جمعیت - که بار سنگینی بر بودجه‌های رفاهی تحمیل می‌کند - به تعهدات مالی ناشی از سیاست اجتماعی خود عمل کنند، چاره‌ای جز

محدودکردن گستره رفاه، کاهش هزینه‌های رفاهی، اعمال مقررات انعطاف‌پذیر در بازار کار و مشارکت بخش خصوصی در خدمات رفاهی ندارند (بونولی و همکاران، ۱۳۸۰). برخلاف اقتصاد کینزی که سعی می‌کرد براساس اندیشه سازش طبقاتی، حوزه‌هایی مانند آموزش و سلامت را از به‌حداکثر رساندن سود ایمن نگه دارد، سرمایه‌داری نئولیبرال حتی روابط عاطفی را نیز مشمول سود و زیان می‌داند و تأکید می‌کند باید ذهنیتی آفریده شود که حتی در عاطفی‌ترین روابط نیز جز سود و زیان به چیز دیگری نیندیشد (اباذری و ذاکری، ۱۳۹۷: ۴). تلاش نئولیبرال‌ها برای تأمین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در چارچوب نظم بازار قرار می‌گیرد. نئولیبرال‌ها ارائه خدمات عمومی را تقبیح می‌کنند و معتقدند افراد باید در قبال دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، هزینه‌های آن را بپردازند. با معرفی اصول بازار در خدمات بهداشتی و درمانی، مشتری جای بیمار را می‌گیرد. از نظر این دیدگاه، سلامت دارایی شخصی است و افراد باید مسئول سلامتی خویش باشند (بونولی و همکاران، ۱۳۸۰: ۱۱۸-۱۱۹).

در این میان، ایدئولوژی راه سوم مترادف است با افزایش مداخله دولت در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی. از دیدگاه تونی بلر، رویکرد راه سوم به‌دنبال حفظ تعهد سوسیال دموکرات‌ها به عدالت اجتماعی و ترکیب آن با دیدگاه نئولیبرال‌ها درباره آزادی فردی در بازار آزاد است (بلر، ۲۰۰۳: ۲۸). راه سوم به‌جای اتکای صرف به دولت در تأمین مراقبت‌های بهداشتی و درمان، اغلب به‌دنبال اقتصادی مختلط است. از دید دولت بلر، رویکرد راه سوم در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، به‌معنای خصوصی‌سازی خدمات سلامت نیست. راه سوم از سویی از دخالت بیش‌ازحد دولت بیمناک است و از سوی دیگر، منتقد تکیه صرف بر مکانیسم بازار یا بخش خصوصی است. از دید راه سوم، دولت می‌تواند با مأموریتی اجتماعی، نابرابری‌های سلامت را کاهش دهد و راه‌هایی را برای تأمین سلامت افرادی طراحی کند که امکانات محدودی دارند. دستیابی به این هدف مستلزم مشارکت دولت با بخش خصوصی و سایر نهادهای جامعه است (تیلور، ۱۳۹۲: ۱۴۶-۱۴۸).

همان‌طور که اشاره شد، ایدئولوژی‌های مختلف تفسیرهای متفاوتی درباره مقوله سلامت ارائه می‌دهند که بررسی این رویکردها، نقش دولت در تأمین خدمات رفاهی و جایگزین‌های آن را مشخص می‌کند. کالایی‌شدن سلامت در جهان‌بینی نئولیبرالی است که مطرح می‌شود.

براساس این جهان‌بینی، به سلامت و درمان به‌مثابه یک کالای قابل‌خرید و فروش در بازار نگریسته می‌شود. مشتری، جای بیمار را می‌گیرد که باید هزینه‌های سلامت و درمان خود را تأمین کند. همچنین در این گفتمان، سلامت دارایی و سرمایه شخصی محسوب می‌شود که براساس آن همه افراد باید مسئول و مراقب سلامتی خود باشند. براین‌اساس در این گفتمان، فارغ از اینکه همه افراد به فرصت‌ها، امکانات و خدمات برابر دسترسی ندارند، خودمراقبتی موعظه می‌شود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش کیفی حاضر به‌کمک ابزار مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته با سالمندان و تکنیک تحلیل مضمون^۱ انجام شده است. در تحلیل مضمون، مضامین آشکار و پنهان موجود در متن داده‌های کیفی استخراج می‌شود، تحلیل‌ها از معانی آشکار محتوای داده‌ها فراتر می‌رود و ایده‌ها و مفاهیم نهفته در داده‌ها کشف می‌شود (براون و کلارک^۲، ۲۰۰۶). نمونه مورد مطالعه، افراد ۶۵ سال و بالاتر در شهر تهران و در میان گروه‌های سنی، جنسی و طبقاتی گوناگون سالمندان بوده است. برای شناسایی سالمندان ترکیبی از نمونه‌گیری‌های هدفمند، ماند نمونه‌گیری ناهمگون و با حداکثر تنوع و نمونه‌گیری نظری استفاده شده است. نمونه‌گیری ناهمگون و با حداکثر تنوع^۳ برای شناسایی سالمندان در نسخ‌های متنوع و نمونه‌گیری نظری^۴ برای دستیابی به اشباع مفهومی به‌کار می‌رود. در این پژوهش نمونه‌گیری نظری تا نقطه اشباع مفهومی ادامه یافت؛ یعنی تا وقتی که پژوهشگر به این نتیجه رسید که با مصاحبه‌های جدیدتر، مفاهیم و مقوله‌های تازه‌ای به‌دست نمی‌آورد و به تکرار مفاهیم و مقوله‌های به‌دست‌آمده و کفایت مقوله‌ها رسیده است. پارک‌ها و بوستان‌ها، کانون‌های بازنشستگی، مترو، بازارها و دیگر فضاهای عمومی از جمله مکان‌هایی بودند که پژوهشگر به گردآوری اطلاعات از سالمندان (۲۸ نفر) در این مکان‌ها اقدام کرده است. در کنار پژوهش کیفی، از مطالعه اسناد مرتبط با مقوله سلامت و درمان نیز استفاده شده است.

1. Thematic Analysis
2. Braun & Clarke
3. Maximum Variation Sampling
4. Theoretical Sampling

جدول ۱. ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی سالمندان مورد مطالعه

ردیف	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت بیمه‌ای	منبع تأمین درآمد
۱	مرد	۷۱	بی سواد	بدون بیمه بازنشستگی	سالمند کار (کارگری و بنایی)
۲	مرد	۶۸	ششم ابتدایی	بازنشسته تأمین اجتماعی	سالمند کار (خدماتی)
۳	مرد	۷۳	بی سواد	بازنشسته تأمین اجتماعی	حقوق بازنشستگی
۴	مرد	۷۳	بی سواد	بدون بیمه بازنشستگی	سالمند کار (کارگری)
۵	مرد	۷۲	لیسانس	بازنشسته شرکت نفت	حقوق بازنشستگی و دارایی‌های سرمایه‌ای
۶	مرد	۷۳	لیسانس	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری	حقوق بازنشستگی
۷	مرد	۶۵	ششم ابتدایی	بازنشسته تأمین اجتماعی	سالمند کار (رانندگی)
۸	زن	۶۸	بی سواد	بدون مستمری بازنشستگی	سالمند کار (مشاغل خانگی و خدماتی)
۹	مرد	۷۸	سیکل	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری	حقوق بازنشستگی
۱۰	زن	۶۸	بی سواد	بدون مستمری بازنشستگی	کمک‌های مردمی
۱۱	مرد	۶۶	ششم ابتدایی	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری	حقوق بازنشستگی
۱۲	مرد	۷۱	فوق لیسانس	بازنشسته تأمین اجتماعی	حقوق بازنشستگی و کمک‌های فرزندان
۱۳	مرد	۷۰	دیپلم	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری	حقوق بازنشستگی
۱۴	زن	۶۵	سیکل	بدون مستمری بازنشستگی	شبكة حمایتی دوست‌محور
۱۵	مرد	۷۴	دکتر	استاد بازنشسته (بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری)	حقوق بازنشستگی و دارایی‌های سرمایه‌ای
۱۶	زن	۹۰	بی سواد	مستمری‌بگیر تأمین اجتماعی	مستمری بازنشستگی
۱۷	مرد	۶۸	لیسانس	بازنشسته شرکت نفت	حقوق بازنشستگی و دارایی‌های سرمایه‌ای
۱۸	زن	۷۲	بی سواد	مستمری‌بگیر تأمین اجتماعی	مستمری بازنشستگی
۱۹	مرد	۶۵	دیپلم	بدون بیمه بازنشستگی	سالمند کار (دست‌فروشی)
۲۰	مرد	۶۸	لیسانس	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری	حقوق بازنشستگی
۲۱	زن	۶۹	بی سواد	بدون بیمه بازنشستگی	سالمند کار (مشاغل خانگی و خدماتی)
۲۲	مرد	۶۹	سیکل	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری	سالمند کار (دست‌فروشی)
۲۳	مرد	۷۲	لیسانس	بدون بیمه بازنشستگی	سالمند کار (دست‌فروشی)
۲۴	مرد	۶۶	خواندن و نوشتن	بازنشسته حداقل‌بگیر	حقوق بازنشستگی حداقلی و نجاری
۲۵	مرد	۶۵	خواندن و نوشتن	بدون بیمه بازنشستگی	سالمند کار (کفاشی)
۲۶	زن	۷۰	بی سواد	بدون بیمه بازنشستگی	سالمند کار (دست‌فروشی)
۲۷	زن	۶۸	دیپلم	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری (آموزش و پرورش)	حقوق بازنشستگی
۲۸	مرد	۶۹	ششم ابتدایی	بازنشسته تأمین اجتماعی	حقوق بازنشستگی

یافته‌های پژوهش

در اصول متعددی از قانون اساسی ایران، دولت مکلف به تأمین خدمات سلامت و درمان شده است. بند ۱۲ اصل سوم، اصل ۲۱ و بند یک اصل ۴۳ از جمله بندها و اصول قانون اساسی هستند که به ضرورت تأمین سلامت برای همه اشاره کرده‌اند. اصل ۲۹ قانون اساسی نیز به‌صراحت، دولت را به تأمین خدمات سلامت برای همه افراد جامعه موظف کرده است. براساس این اصل، دولت وظیفه دارد به‌کمک منابع عمومی، امکانات لازم برای ارائه خدمات درمانی به عموم مردم را فراهم کند. با این حال اگرچه متن قانون اساسی، دولت را در بستر تأمین خدمات بهداشتی و درمانی برای همه شهروندان مکلف کرده است، در دوره‌های بعد قوانین و سیاست‌هایی تصویب و اعمال شده است که از واگذاری، خصوصی‌سازی و تجاری‌سازی در نظام سلامت و درمان حکایت دارد. در این باره می‌توان به اصلاحات نظام سلامت در آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه (ماده ۶ و ۷)، ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰ و ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه اشاره داشت که وجه مشترک این قوانین و دستورالعمل‌ها، تمرکززدایی در نظام سلامت و کوچک‌سازی بخش دولتی است. در برنامه سوم توسعه در بخش سلامت برای اولین بار به‌صورت مشخص به سیاست خرید خدمت از بخش خصوصی اشاره شده است. در برنامه چهارم توسعه نیز دولت موظف شده است سالانه ۳ درصد از تصدی‌گری و ۵ درصد از تعداد کارکنان خود را کاهش دهد. در قانون برنامه و بودجه سال ۱۳۹۶ نیز به‌دلیل هزینه‌های زیاد طرح تحول سلامت، دولت ۱۰ درصد از فعالیت‌های تصدی‌گری خود را به بخش خصوصی واگذار کرده است. همچنین در قانون برنامه ششم توسعه، دولت موظف شده است از بخش خصوصی برای مقوله سلامت و درمان حمایت کند.

با این اوصاف به‌نظر می‌رسد جامعه ایران شاهد تغییر الگو در گفتمان سلامت و عقب‌نشینی اقتصادی دولت از نظام سلامت کشور و ارتقای بخش خصوصی در تأمین خدمات سلامت و درمان بوده است. یکی از سیاست‌ها در این باره، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها^۱ (۱۳۷۴) است

۱. این طرح «هیئت‌امنایی‌شدن بیمارستان‌ها» نیز نام دارد.

که نسخه‌ای برای نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها بود. براساس این طرح، بیمارستان‌ها ملزم می‌شدند اداره امور خود را براساس درآمدهای خود و بدون اتکا به بودجه عمومی دولت به دست گیرند. دولت سازندگی در دهه هفتاد (۱۳۷۴) به بهانه رفع مشکلات مالی بیمارستان‌ها این طرح را تصویب و در تمام بیمارستان‌های دولتی کشور اجرا کرد. براساس این طرح، به بیمارستان‌های دولتی اجازه داده می‌شد از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمدزایی کنند. این طرح در این دوره، پیامدهایی را برای نظام سلامت ایران به دنبال داشت؛ چراکه در جریان خودگردانی، بودجه بیمارستان‌های دولتی تقلیل یافت و بیمارستان‌ها برای درآمدزایی به بازار وارد شدند (جاکاب و پریکر، ۲۰۰۳). همچنین خودگردانی بیمارستان‌ها، مدیران بیمارستان را از ارائه خدمات پرهزینه و درمان سنگین معاف کرد و به سوی درمان لوکس و خدمات پردرآمد سوق داد؛ درحالی که ادعا می‌شد تبدیل بیمارستان‌های دولتی به واحدهایی خودگردان، مدیریت و تخصیص منابع عمومی را بهبود می‌بخشد و پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها را ارتقا می‌دهد (جعفری‌سیریزی و همکاران، ۱۳۸۷). علاوه بر طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، در چند سال گذشته برخی بیمارستان‌های دولتی نیز به شکل‌های مختلف به بخش خصوصی واگذار شده‌اند. صحبت‌های وزیر بهداشت وقت (قاضی‌زاده هاشمی) نیز حول محور حمایت از بخش خصوصی و جلب مشارکت آن است که در واقع به معنای تلاش برای عقب‌نشینی هرچه بیشتر دولت از ارائه خدمات درمانی است.

ویژگی خصوصی‌سازی سلامت در ایران این‌گونه است که یک‌باره و مشخص انجام نمی‌شود. معمولاً روال به این صورت است که بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها را به تدریج به بخش خصوصی واگذار می‌کنند. بعضی از بیمارستان‌ها نیز به کلی به بخش خصوصی واگذار می‌شوند. به تازگی مراکز بهداشتی و درمانی نیز به پیمانکاران بخش خصوصی واگذار می‌شوند که آگهی‌های مناقصه‌اش در اینترنت در دسترس است.^۱ این واگذاری‌ها روند خصوصی‌شدن سلامت و درمان را در ایران سرعت می‌بخشد. وزارت بهداشت براساس برنامه چهارم توسعه و اصل ۴۴ قانون اساسی، امور خدماتی بیمارستان‌های دولتی، برخی داروخانه‌های بیمارستان‌ها و مراکز آزمایشگاهی را به بخش خصوصی واگذار کرده است؛ درحالی که گزارش سازمان ملل با

۱. برای مثال در این لینک می‌توانید یکی از آگهی‌های مناقصه را مشاهده کنید:

عنوان فقر شدید و حقوق بشر (۲۰۱۸)، «خصوصی‌سازی را دینامیسم نقض نظام‌مند حقوق بشر و ابزار به‌حاشیه‌راندن فقرا و گروه‌های کم‌درآمد معرفی کرده است» (آلستون، ۲۰۱۸). دولت با واگذاری خدمات بهداشتی و درمانی به بخش خصوصی، از تصدی‌گری خود در این بخش می‌کاهد. به‌علاوه با این واگذاری‌ها، هزینه‌های دولتی را در این بخش کاهش می‌دهد.

با وجود اجرای طرح تحولات سلامت، سهم دولت کاهش یافته، بخش خصوصی در سلامت گسترده‌تر شده و پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات سلامت و درمان همچنان بالا است. براساس اطلاعات سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ درصد هزینه‌های پرداخت از جیب سلامت برای ایران، ۴۲ درصد بوده است (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۹: ۳). به‌علاوه، نتایج پژوهش پیکان‌پور و همکاران (۱۳۹۷) نشان می‌دهد افزایش هزینه‌های سلامت در شکل افزایش تقاضای القایی، افزایش کل هزینه‌های درمانی و افزایش سهم هزینه‌های سلامت از سبد هزینه خانوار از ضعف‌های طرح تحول سلامت است.

مطالعه مسائل سالمندان در حوزه بهداشت و درمان، به‌خوبی روند کالایی‌شدن سلامت را نشان می‌دهد. در حالت کالایی‌شدن سلامت، سلامت از یک حق اجتماعی تبدیل به یک امتیاز طبقاتی می‌شود و در نتیجه طبقات بالا امکان دسترسی بیشتری پیدا می‌کنند؛ درحالی‌که طبقات اجتماعی پایین دست‌دستیابی به سلامت را بسیار دوردست می‌بینند و سلامت به کالایی لوکس تبدیل می‌شود که همه افراد توان دسترسی به آن را ندارند. در این نگاه، حرف اول و آخر را پول می‌زند و سلامت سالمندان به‌مثابه کالایی گران‌بها تلقی می‌شود که دستیابی به آن مستلزم پرداخت هزینه‌های سرسام‌آور است. در این رویکرد، کیفیت خدمات پزشکی و درمانی برای سالمندان به‌صورت سلسله‌مراتبی ارائه می‌شود؛ به‌طوری‌که دریافت خدمات بهتر، مستلزم صرف هزینه‌های بیشتر می‌شود؛ بنابراین سلامت به کالایی لوکس تبدیل می‌شود. همچنین در چنین نظامی، هریک از افراد جامعه در مرحله نخست موظف هستند مسئولیت حمایت از خود را در برابر بروز بیماری‌ها و ریسک‌های زندگی روزمره خودشان برعهده بگیرند. در نتیجه چنین سیاست‌هایی، سلامت به‌عنوان یک کالای شخصی مطرح می‌شود، نه یک کالای عمومی که همه انسان‌ها حق دسترسی به آن را داشته باشند، بلکه کسانی که توانایی مالی دارند، می‌توانند این کالا را خریداری کنند. در چنین نظامی با کالایی‌شدن سلامت، مفهوم خودمراقبتی

و خوددرمانی که سلامت را به خود فرد می‌سپارد، تبلیغ می‌شود. تبلیغ و گسترش راهکار خودمراقبتی به معنای تأکید بر مسئولیت‌های فردی برای مراقبت از خود و مسئولیت‌زدایی از دولت است. پیامد این‌گونه سیاست‌ها، کاهش و حذف مصرف سلامت و درمان از سبد مصرفی خانواده‌های طبقات پایین است. در راستای تأیید این امر، میزان مراجعه مردم و استفاده از خدمات درمانی ۳۰ درصد کاهش یافته است.^۱ نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد پیامد کالایی شدن سلامت برای سالمندان، «طردشدگی سالمندان طبقات تهیدست» بوده است. در جدول ۲ مضامین اولیه و مضامین فرعی آمده است.

جدول ۲. مضامین اولیه، فرعی و اصلی

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مضامین اولیه
	سلامت طبقاتی شده	تفاوت طبقاتی برخورداری از سلامت احساس محرومیت طبقاتی
طردشدگی سالمندان تهیدست	فقیرشدگی نظام سلامت دولتی	فقر خدمات سلامت بیمارستان‌های دولتی اعتمادزدایی از بیمارستان‌های دولتی صف‌های انتظار طولانی
	جاماندگی سالمندان تهیدست	فقیرسازی سالمندان تهیدست ناتوانی مالی تهیدستان و روی‌آوری به خوددرمانی حذف سلامت از سبد مصرفی

وقتی در حوزه‌ای چون سلامت و درمان، از کالایی شدن صحبت می‌شود، به این معناست که صرف اینکه من سالمند بیمارم و نیاز به خدمات درمانی دارم، موجب دستیابی من به این خدمات نمی‌شود، بلکه ملاک دستیابی به خدمات درمانی کالایی شده، توانایی مالی خریداری این خدمات است. سالمند بیمار به‌مثابه مشتری همیشگی نظام سلامت و درمان دیده می‌شود که در صورت توانایی مالی می‌تواند از خدمات درمانی استفاده کند؛ بنابراین در چنین نظام کالایی شده، پول اهمیت بیشتری دارد نه نیاز. در دنیای امروز، سلامت نیز مانند دیگر چیزها

۱. سایت روزنامه همشهری، کد خبر ۴۷۰۵۰۷، منتشرشده در ۲۵ آذر ۱۳۹۸ دسترسی در:

حالت کالایی پیدا کرده و قیمت یافته است. همان‌طور که همه نمی‌توانند خانه بخرند، نمی‌توانند ماشین مدل بالا داشته باشند یا لباس خاصی را تهیه کنند، همه نیز نمی‌توانند به یک میزان از کالای سلامت برخوردار باشند.

کالایی‌شدن سلامت، نوعی قشربندی و نابرابری را در کیفیت خدمات‌رسانی به سالمندان ایجاد کرده است. نیروی بازار دسترسی برابر به فرصت‌ها را از بین می‌برد. نابرابری نیز خصلت بازار است. کالایی‌شدن سلامت، نظام دولایه‌ای از خدمات درمانی و بهداشتی خصوصی با کیفیت بالا، اما بسیار گران در برابر خدمات درمانی و بهداشتی دولتی با کیفیت پایین توسعه می‌دهد (بیات، ۱۳۹۰: ۵۱). قشربندی سلامت در نتیجه قشربندی اقتصادی ایجاد می‌شود. خدمات بهتر به سوی سالمندان ثروتمندتر سرازیر می‌شود و سالمندان فقیر، از پایین‌ترین کیفیت خدمات درمانی و پزشکی استفاده می‌کنند. می‌توان گفت دسترسی به خدمات سلامت مبتنی بر تعلق طبقاتی افراد است.

مرد ۷۱ ساله، فوق‌لیسانس، بازنشسته تأمین اجتماعی و برخوردار از سرمایه و دارایی شخصی می‌گوید:

«همیشه بیمارستان خصوصی می‌ریم یا مطب خصوصی. یه دکتر خانوادگی هم داریم. بیمه تکمیلی پاسارگاد داریم، مشکلی نداریم بابت هزینه‌ها» (تفاوت طبقاتی در حوزه درمان). در موقعیت کالایی‌شدن سلامت می‌توان از طبقاتی‌شدن برخوردار از سلامت یا سلامت طبقاتی‌شده صحبت کرد. در این وضعیت، فرد بیمار در صورت برخوردار از توانایی مالی مستحق دریافت خدمات سلامت می‌شود و در صورت نابرخورداری، ارائه خدمات درمانی از او سلب می‌شود. کالایی‌شدن سلامت و درمان به احساس نابرابری و تبعیض به ضرر بیماران کم‌درآمد و تهیدست جامعه دامن می‌زند. رهاشدگی سالمندان در گوشه خیابان‌ها و اتوبان‌ها در سال‌های اخیر تنها بخشی از پیامدها در این زمینه است.

مرد ۶۸ ساله و بازنشسته تأمین اجتماعی می‌گوید:

«ما بیمارستان‌های خصوصی که خونین نمی‌تونیم بریم. واسه ما بیمارستان میلاد هست که به‌سختی می‌شه وقت گرفت. دکتراشم خوب نیستن. من کمرمو چند سال پیش عمل کردم بیمارستان میلاد ولی بدتر از قبلش شده. به ما که طبقه پایین هستیم نمی‌رسن، ما کارگر بودیم. بیمه ما خوب نیست، بیمارستان‌های خوب نمی‌تونیم بریم» (احساس محرومیت طبقاتی).

مرد ۷۳ ساله و بازنشسته تأمین اجتماعی می‌گوید:

«دکترای الان خوب نیستن. نمی‌دونم شاید ما چون پول نداریم و بیمه تأمین اجتماعی هستیم و فقیریم به ما نمی‌رسن (احساس محرومیت طبقاتی). به هر حال دکترای قدیم دیگه نیستن. ۱۵ سال قبل چشممو عمل کردم، تا الان خوب بوده، ولی همین چند وقت پیش این چشممو عمل کردم همش درد می‌کنه و بارها رفتم دکتر، ولی دکتر چیزی نمی‌دونن (بی‌اعتمادی به بیمارستان‌های دولتی). شاید ما دکتر خوب نمی‌تونیم بریم، فقط همین میلاد می‌بریم».

در چنین نظامی، هر چقدر یک سالمند پول بیشتری داشته باشد، از خدمات بهداشتی و درمانی بهتر و بیشتری نیز برخوردار خواهد شد؛ پس معیار بهره‌مندی از خدمات خوب، توانایی مالی سالمندان است. در این زمینه، سبد مصرفی خانوارهای شهری و روستایی در سال ۱۳۹۷ نشان می‌دهد متوسط هزینه بهداشت و درمان خانوارهای شهری که در دهک دهم هزینه‌ای قرار دارند، ۱۵ برابر خانوارهایی است که در دهک اول هزینه‌ای قرار دارند (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۸: ۸). این میزان در میان خانوارهای روستایی، ۲۳ برابر است (همان: ۱۱). این هزینه‌ها در سال ۱۳۹۸ به ۱۷ برابر در خانوارهای شهری و ۲۵ برابر در خانوارهای روستایی رسیده است (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۹: ۳)؛ بنابراین سرمایه اقتصادی یکی از مؤلفه‌های مهم در تجربه سالمندی است و سالمندانی که از سرمایه اقتصادی برخوردار هستند، می‌توانند در نظام کالایی شده سلامت به خدمات خوبی دسترسی داشته باشند.

مرد ۷۲ ساله و بازنشسته شرکت نفت در این زمینه می‌گوید:

«ما می‌تونیم هم بیمارستان شرکت نفت بریم هم اینکه هر بیمارستان خصوصی دیگه، هر جا بریم ۱۰ درصدشو فقط باید خودمون بدیم، بقیه‌شو مدارک می‌بریم و می‌گیریم. خدماتش خوبه و راضی هستیم» (تفاوت طبقاتی در حوزه درمان).

در این میان، آنچه حساسیت‌ها در بخش سلامت کشور را در حوزه سالمندان افزایش می‌دهد، پیامدهای اقتصادی و اجتماعی ناشی از کالایی شدن سلامت برای جامعه سالمندان است. یکی از مهم‌ترین مخاطرات بخش سلامت، فقیرکنندگی هزینه‌هایی است که سالمندان برای امور بهداشتی و درمانی خود متحمل می‌شوند. به عبارت دیگر، یک سالمند ممکن است مجبور به پرداخت هزینه‌های هنگفتی شود که در نهایت به سقوط او زیر خط فقر بینجامد؛ برای

مثال گاهی بیماری‌های صعب‌العلاج، طبقه اجتماعی فرد را تغییر می‌دهد و او را از طبقه متوسط به طبقات پایین‌تر می‌کشد. فشار این هزینه‌ها به‌ویژه زمانی که نظام اقتصادی کشور در وضعیت تورمی و بی‌ثبات قرار دارد، بیشتر می‌شود. همچنین هزینه‌های سلامت و درمان در مقایسه با سیاست‌های تورم‌زا با شدت بیشتری واکنش نشان می‌دهد.^۱

مرد ۷۳ ساله و بازنشسته تأمین اجتماعی می‌گوید:

«همسر من چند سال پیش مریض شد. ما سه طبقه خونه داشتیم، چند سالی درمانش طول کشید و خیلی هزینه کردم، درحالی‌که یک طبقه خونه رو فروختم و خرج درمانش کردم (هزینه‌های درمان و فقیرسازی تهیدستان). الان حالش بهتره، خودم پرستارشم».

مرد ۶۵ ساله و بازنشسته تأمین اجتماعی می‌گوید:

«دخترم سرطان داشت و حدود یک ماهی می‌شه که از دنیا رفته. فکر کنم سه سال مریض بود. خیلی اذیت شد، ما بدتر. همه زندگیمو براش گذاشتم، هرچی داشتم خرجش کردم تا نجات پیدا کنه. دخترم فوق‌لیسانس دانشگاه دولتی داشت، تازه درسش داشت تموم می‌شد. قرار بود کار کنه و کمک حال زندگیمون باشه، ولی... خیلی آرزوها داشت، همش به دکترا می‌گفت منو نجات بدید (گریه)، من آخرش دیگه بردمش بیمارستان خصوصی، نمی‌تونستم ببینم جلوی چشم بمیره. آخرش بیمارستان خصوصی تموم کرد، ولی خب عذاب وجدان ندارم که چرا بهش نرسیدم. خونه‌مونو فروختیم، کلی قرض گرفتیم، خیلی بدهی داریم الان. الان چهلم دخترم تموم نشده اومدم کار کنم درآمدی داشته باشم. فک نمی‌کنم بتونم زنده بمونم و این همه بدهی رو صاف کنم. نزدیک ۷۰ میلیون فقط ماه‌های آخر هزینه کردیم. بازنشسته‌م، حقوقم زیاد نیست. یه پراید قراضه از یکی از دوستانم گرفتم دارم باهاش کار می‌کنم، ولی چون ماشین خرابه و ۲-۳ میلیون باید هزینه بشه، نمی‌تونم برم اسنپ کار کنم. همین‌جوری تو مسیر مسافر برمی‌دارم، خیلی سخته با این حال روحیم پیام سرکار، ولی چاره‌ای ندارم. دو تا بچه دیگه و خانمم هستن، اونا هم حالشون بده. حالا

۱. در این ارتباط، سبب مصرفی خانوارها در سال ۱۳۹۷ نشان می‌دهد متوسط هزینه سالانه بهداشت و درمان یک خانوار در سال ۱۳۹۷ در مناطق شهری و روستایی کشور به ترتیب ۲۲/۵ و ۳۱ درصد از سال ۱۳۹۶ افزایش داشته است. این افزایش در سال ۱۳۹۶ در مقایسه با سال ۱۳۹۵ در نقاط شهری و روستایی کشور به ترتیب ۱۷ و ۲۱ درصد بوده است (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۸: ۲). این افزایش‌ها به دلیل تحریم‌ها و تورم به‌وجود آمده است.

تو این وضعیت، مشکلات مالی هم خیلی داره فشار میاره. مستأجریم و این روزها باید دنبال خونه هم باشیم» (فقیرکنندگی هزینه‌های بالای درمان).
مرد ۶۵ ساله و کفاش می‌گوید:

«من بیمه ندارم، همیشه کار کردم. بازنشسته خدایی‌ام من. اون موقع عقلمون نرسید. خودمونو بیمه کنیم. پارسال عمل پروستات کردم ۹ میلیون ازم گرفتن، آزاد رفتن عمل کردم. حالم خیلی بد بود. بیمه سلامت رو قبول نکردن اونجا و دیگه آزاد حساب شد. هرچی سرمایه داشتم، دادم، بچه‌ها هم یکم کمک کردن» (فقیرکنندگی هزینه‌های درمان).

کالایی شدن سلامت به جامعه سالمندان که از دیگر گروه‌های سنی بیشتر در معرض آسیب‌پذیری هستند و به درمان و مراقبت بیشتری نیاز دارند، فشار وارد می‌کند. در این باره، تحلیل داده‌های پیمایش هزینه درآمد خانوارها در سال ۱۳۹۴ نشان می‌دهد، سهم هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای دارای سالمند تقریباً دو برابر این سهم برای خانوارهای بدون سالمند است (غلامی، ۱۳۹۶). در دوره زندگی سالمندی، افراد درگیر بیماری‌های مختلفی می‌شوند و نیازمند درمان و صرف هزینه هستند. همچنین در این دوره سنی، سالمندان نیاز دارند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیشتری در زندگی روزمره داشته باشند که همین مراقبت‌ها نیز نیازمند صرف هزینه است.

زن ۶۸ ساله و بازنشسته آموزش و پرورش می‌گوید:

«هم مشکل قلبی دارم هم دیابتی هستم و قرص می‌خورم. عمل سینه کردم، توده توش بود، دیسک کمر عمل کردم. من بیمه درمان همسرم و تحت پوشش اون هستم. اینجا (صندوق بازنشستگی کشوری) خوب نبود و من بیمه همسرم هستم که ارتش هست. اینجا خدماتش خوب نبود؛ به خاطر همین رفتم بیمه ارتش. هر سه ماه میرم دکتر که آخرین بار فقط داروهام شد ۲۰۰ تومن» (سالمندی و افزایش هزینه‌های درمان).

مرد ۷۸ ساله و بازنشسته اداره مخابرات می‌گوید:

«من ۳۱ سال اداره کار کردم. بعدش ۷-۸ سالی بیرون کار کردم، بعدش دیگه چلاق شدم، خیلی هزینه کردم واسه پام، ولی خوب نشد، ۶ ماه یه دکتر ۳۴۰۰,۰۰۰ تومن دادم، ماساژ می‌داد، فیزیوتراپی می‌رفتم اونجا رو بیمه قبول می‌کرد، یه مبلغش رو داد، ولی این آزاد بود و همه‌شو خودم دادم. دارو گرونه، آزاده داروهامون خیلی می‌شه. من هر ۶ ماه می‌رم چکاپ

و بعدش دکتر می‌رم، مطب ۹۰ تومن می‌گیره ازم، ۳۰۰-۳۵۰ تومن هم دارو هام می‌شه»
(سالمندی و افزایش هزینه‌های درمان).

سالمندان هزینه‌های بهداشتی و درمانی فراوانی دارند؛ چراکه با افزایش سن، سهم بیماری‌ها در آن‌ها بیشتر می‌شود. در نتیجه آن‌ها ناچار هستند همچنان در جست‌وجوی تأمین نیازهای ضروری در پایین‌ترین سطوح سلسله‌مراتب نیازها باشند. در پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۹۶) نیز وزن بالای بهداشت و درمان در سبد مصرفی خانوارهای دارای سالمند تأیید شده است. در پژوهش حاضر نیز سالمندان به هزینه‌های بالای سلامت و درمان اشاره داشته‌اند؛ بنابراین بزرگ‌ترین قربانیان نظام کالایی‌شده سلامت، سالمندان فقیر و بیماری هستند که به دلیل کهولت سن، مشتریان ثابت نظام درمان هستند.

در حال حاضر این قوانین اقتصاد بازار هستند که نظام سلامت را پیش می‌برند. در این الگو، هر آنچه را که می‌توان خرید و فروش کرد، به کالا تبدیل می‌شود؛ حتی سلامت یک سالمند. در گفتمانی که مبتنی بر کالانگاری سلامت است، سود و منفعت حاصل از ارائه خدمات، حرف اول را می‌زند. همچنین درمان اهمیت بیشتری می‌یابد. بزرگ‌ترین قربانیان چنین نظام سلامت بازارمحور، سالمندان فقیر و کم‌توانی هستند که از عهده هزینه‌های درمان خود به راحتی بر نمی‌آیند و مجبورند در آخرین سال‌های زندگی خویش، انواع سرزنش‌ها و حقارت‌ها را از سوی اعضای خانواده تحمل کنند.

یکی از پیامدهای دیگر کالایی‌شدن سلامت، جاماندگی سالمندان تهیدست از برخورداری خدمات سلامت و درمان است. در شرایطی که بار مالی تأمین هزینه‌های پزشکی و درمانی بر دوش خود افراد و خانوار است، خانواده‌های طبقات پایین توانایی تأمین مالی مراجعه و استفاده از خدمات درمانی را ندارند، یا در صورت تأمین این هزینه‌ها از مخارج ضروری روزمره صرف‌نظر می‌کنند یا برای تأمین هزینه‌های درمانی مجبور به فروش دارایی‌های خود می‌شوند، یا بدهی انباشت می‌کنند یا برای گرفتن کمک و وام به خیریه‌ها پناه می‌برند. در بسیاری از موارد نیز سالمندان تهیدست از مصرف سلامت و بهداشت صرف‌نظر می‌کنند و در مواردی نیز در منزل به خوددرمانی روی می‌آورند.

مرد ۶۵ ساله و دست‌فروش کتاب می‌گوید:

«باید ماهی ۱/۵ دربیارم که بتونم زنده بمونم، خیلی وقتا درنمیارم و بدهی هام زیاد شده، امروز هم روز اومدم؛ چون خیلی عقبم، ولی مریضم الان. کتاب نمی خرن مردم، روزا هم شهرداری نمی ذاره، مجبورم شبا بیام، از غروب میام تا دو شب. خونه ندارم. همیشه در این حد درآمد داشتم که خرج روزمره بشه و نتونستم چیزی پس انداز بکنم. گاهی می رم پیش دوستم گاهی هم می رم مسافرخونه، گاهی هم تو پارک می خوابم. مریض هم هستم، سرطان پروستات دارم. دفترچه بیمه ندارم، حتی کمیته امداد هم منو ثبت نام نکردن که به چیزی بهم بدن. ازین دفترچه های سلامت دارم که فایده نداره. هزینه هام بالاست، شخصی باید برم دکتر. دارو هامو آزاد می گیرم، همه چی آزاده و ماهی ۱/۵ باید دربیارم تا بتونم خرج دوا و درمون کنم. اگه کار نکنم و درنیارم نمی تونم دنبال مریضم باشم» (جامانانگی سالمندان تهیدست از خدمات سلامت).

در شرایط کالایی شدن سلامت، سالمندان با توجه به اینکه میزان مراجعه بالایی به نظام سلامت دارند و هزینه های درمانی و مراقبتی بخش زیادی از هزینه های آن ها را شامل می شود، در نتیجه مشتریان همیشگی نظام سلامت هستند. در واقع می توان گفت سالمندان در نظام سلامت، کالای خوبی محسوب می شوند. در این میان، با افزایش فرایند خصوصی سازی، روند کالایی شدن افزایش می یابد که پیامد کالایی شدن نیز قربانی شدن سالمندان نیازمند و ناتوان در جامعه ایرانی است. در گروه های کم درآمد، به دلیل تأمین نشدن هزینه ها، مصرف سلامت و بهداشت کاهش می یابد یا در مواردی که هزینه های بیمارستانی زیادی وجود دارد، این هزینه ها حذف می شوند و به مراکز درمانی مراجعه صورت نمی گیرد. این وضعیت یکی از مصادیق جامانانگی اقشار تهیدست از دسترسی به خدمات درمانی است. جمعیت ساکن در حاشیه شهرها و افراد کارتن خواب و بی خانمان و به طور کلی افرادی که بیمه ندارند، از جمله مهاجران در جامعه ایران، مصداق واقعی کسانی هستند که جامانده تلقی می شوند و از نابرابری شدید در بخش سلامت و درمان رنج می برند (شریف زادگان، ۱۳۹۷: ۱۹۸). به نظر می رسد با تداوم تحریم ها و کاهش بودجه دولت در امر سلامت و ناتوانی اقتصادی مردم از تأمین خدمات سلامت، پیامدها و آثار ناشی از کالایی شدن سلامت فشار بیشتری به سالمندان طبقات اجتماعی پایین دست تحمیل می کند و به پردشدگی و جامانانگی قشر تهیدست از خدمات سلامت و بهداشت و همچنین بازتولید این قشر می انجامد.

زن ۶۸ ساله، همسر فوت‌شده و بدون درآمد می‌گوید:

«از همسر من چیزی نداریم، شهرستان بیمه نمی‌کردند اون موقع. اونجا کشاورزی می‌کردیم، پسران کار می‌کنند و خرجی می‌دن. کرایه خونه رو هم پسر می‌دن. خودم زندگیو با یارانه خودم و پسر کوچیکم می‌گذروم. گاهی هم پسر واسم خرید می‌کنن. گوشت و مرغی یا برنجی می‌گیرن میارن. مریض می‌شم گاهی بچه‌ها منو می‌برن دکتر، ولی دکتر خوب نمی‌تونم برم. همین‌جوری سر می‌کنم» (ناتوانی مالی تهیدستان).

مرد ۶۶ ساله سالمند کار و بدون بیمه بازنشستگی می‌گوید:

«بدبخت‌ترین سالمندان، سالمندان بدون حقوق مثل من هستن. خیلی‌ها مثل من بازنشستگی ندارن. من از اون موقع که از مترو اومدم بیرون و نتونستم واسه خودم بیمه بریزم، دیگه همش تو خیابونم، تو خیابون کار می‌کنم، دست‌فروشی می‌کنم. من الان مشکل دارم وقتی نیاز به دکتر دارم. نیاز دارم برم بیمارستان واسه عمل جراحی ولی نمی‌تونم» (ناتوانی مالی سالمندان تهیدست).

پیامد دیگری که به دنبال ناتوانی مالی نصیب سالمندان تهیدست می‌شود، حذف سلامت از سبد مصرفی و در مواردی پناه‌بردن به خوددرمانی است. نتیجه شرایط اقتصادی تورمی، بی‌ثبات و ناامن برای سالمندان طبقات تهیدست، تلاش برای تأمین معیشت و نزاع برای بقاست. آن‌ها در این شرایط از مصرف خدمات سلامت اجتناب می‌کنند و در مواردی به خوددرمانی پناه می‌برند. به‌طور کلی با افزایش تورم و کاهش ارزش درآمدی، مصرف سلامت و درمان خانواده‌ها کاهش می‌یابد.

مرد ۷۱ ساله، بدون درآمد و بدون بیمه بازنشستگی می‌گوید:

«زنم دیابت داره و باید انسولین بزنه، ولی دیدیم نمی‌تونیم تأمین کنیم، به دکتر گفتم من درآمدی ندارم نمی‌تونم تأمین کنم، قرص داد بهش، اولش گفته بود یک بار در روز بخوره، ولی قندش باز بالا بود و قرار شد دو تا دونه بخوره در روز. دیدیم که نمی‌تونیم تأمین کنیم، نزدیک ماهی ۱۰۰ تومن می‌شه فقط این قرصش. الان روزی یه دونه می‌خوره، شاید دیگه نتونه بخوره. من خودم هم مریضم، ولی دکتر نرفتم، اصلاً آزمایش نرفتم بینم مشکلم چیه. نمی‌تونیم به این چیزا برسیم» (حذف مصرف سلامت از سبد مصرفی).

مرد ۷۰ ساله و بازنشسته کشوری در این زمینه می‌گوید:

«خانومم ناراحتی گواتر داشت. به قرصی داره که هر روز به دونه بایستی بخوره، الان دو ماهه که نخورده. واسه اینکه پول نداریم بگیریم. سال ۹۶ رفتم دفترچه مونیو المثنی شو بگیرم، سال ۹۷ رفتم گرفتم، بعدش تا الان نرفتم به آزمایش بینم چمه، تا ۳ سال پیش می رفتم آزمایش خون می دادم، ولی الان چندساله دیگه نمی رم، به خاطر نداشتن پول و نداشتن وسیله رفتن» (حذف سلامت از سبد مصرفی).

زن ۶۵ بدون درآمد و تنها که تأمین زندگی اش از طریق شبکه حمایتی دوست محور است می گوید:

«وقتی مریض می شدم نمی رم دکتر، چون دفترچه ما رو که نگاه نمی کنن، واسه به سرماخوردگی ممکنه برم و صد تومن یا حتی بیشتر باید خرج کنم، نمی رسم دکتر برم. وقتی مریض می شدم سعی می کنم خوددرمانی کنم، قرص بگیرم از داروخونه بخورم (ناتوانی مالی و خوددرمانی). واسه قلبم باید برم دکتر و درمان کنم، ولی فعلاً نتونستم، روم نمی شه بهشون منظورشان خانواده ای است که هزینه های ماهیانه اش را تأمین می کنند» بگم.

یکی از نکات دیگری که باید به آن اشاره کرد، نداشتن بیمه مخصوص سالمندان و جاماندگی سالمندان طبقات تهیدست از خدمات سلامت است. برای سالمندانی که به نظام تأمین اجتماعی و خدمات درمانی متصل نیستند، خدمات سلامت و درمان کالایی بسیار گران بهاست و دسترسی به این خدمات به سختی قابل دسترس است و در صورت دسترسی، باید هزینه بالایی را متحمل شوند. هرچند با اجرای طرح تحول سلامت، افراد به حداقل هایی از خدمات سلامت دسترسی دارند، این امکانات در عمل برای سالمندان طبقات تهیدست ناچیز است و آن ها قدرت پرداخت هزینه های بالای سلامت را ندارند؛ در نتیجه از خدمات سلامت جا می مانند. براساس نتیجه مطالعه باستانی و همکاران (۱۳۹۲) می توان گفت طرد سالمندان از منابع مادی، امکانات و خدمات اجتماعی می تواند احساس طرد ذهنی را در میان سالمندان افزایش دهد.

مرد ۷۱ ساله و بدون درآمد می گوید:

«الان همسر من سنگ کلیه داره، به بار دخترم بردش سونوگرافی و فهمیدن سنگ داره. الان سه ماه گذشته، ولی دیگه نتونستم ببرمش سونوگرافی ببینیم سنگ ها افتاده یا نه، الان موندم

قرص قندشو بگیرم که خیلی واجبه، همه داروها آزاده. این دفترچه‌ای که ما داریم بیمه سلامت رو نگاه نمی‌کنن، دارو نمی‌دن، ویزیت می‌خوان، قرصای زن من ۴۰۰ تومن می‌شه در ماه، چطور تأمین کنم وقتی درآمدی ندارم» (جاماندگی سالمندان تهیدست).

زن ۷۰ ساله و دست‌فروش مترو در پاسخ به این سؤال که آیا دفترچه بیمه دارید؟ می‌گوید: «از این دفترچه بیمه سلامت دارم که خیلی استفاده نمی‌کنم، نمی‌بینش، فایده نداره. بخوام برم دکتر باید آزاد برم. بیمه ندارم. مریضم، قند دارم، چربی دارم. خیلی نمی‌تونم برم دکتر، داروی قند می‌گیرم می‌خورم» (ناتوانی مالی و خوددرمانی). او در پاسخ به این سؤال که آیا آزمایش می‌روید قندتان را چک کنید؟ می‌گوید: «نه نرفتم، همین قرص قند رو می‌خورم. به بار رفتم قندم ۵۰۰ بود».

پیامد دیگر کالایی شدن و تجاری شدن سلامت، فقیرشدگی نظام سلامت دولتی است که فقر خدمات سلامت بیمارستان‌های دولتی، اعتمادزدایی از بیمارستان‌های دولتی و صف‌های انتظار طولانی نیازمندان، مهم‌ترین مضامین آن است. پس از اجرای طرح تحول سلامت، آمار مراجعه بیماران به بیمارستان‌های دولتی، چند برابر شده و همین امر موجب پایین آمدن کیفیت بسیاری از بیمارستان‌های دولتی شده است. در این رابطه، نتایج پیمایش سرمایه اجتماعی حاکی از آن است که بازنشستگان از کیفیت بیمارستان‌های دولتی ناراضی بوده‌اند. این پیمایش در سال اول اجرای طرح تحول سلامت انجام شده است و در آن سال، با وجود اینکه طرح مذکور مورد نظارت جدی قرار داشته، اما با این وجود طرح تحول سلامت نتوانسته است رضایت جامعه بازنشستگان را به دنبال داشته باشد (باقری و عبدی، ۱۳۹۸: ۲۹-۳۰). به علاوه به دنبال تحولات اقتصادی و افزایش هزینه‌های زندگی روزمره، توان مراجعه مردم به بیمارستان‌های خصوصی کاهش یافته و بر جمعیت ورودی بیمارستان‌های دولتی افزوده می‌شود.

مرد ۶۸ ساله و بازنشسته تأمین اجتماعی می‌گوید:

«ما می‌خواهیم بیمارستان خصوصی بریم. شاید ۹۰ درصد مردم هم دوست دارند، ولی وقتی پول ندارند چه جوری می‌تونن برن؟ من که به کارگر بازنشسته هستم، می‌رم بیمارستان تأمین اجتماعی خب وقتی بیمه دارم. بخش اعظمی از مردم نمی‌تونن دسترسی داشته باشن به بیمارستان‌های خصوصی چون توان مالی پرداخت هزینه‌هاشو ندارن و ناچارن از

بیمارستان‌های دولتی استفاده کنند. طبقات پایین ناچاران از بیمارستان‌های دولتی استفاده کنند. حتی بخشی از مردم نمی‌تونن از همین خدمات هم استفاده کنند و توانایی تأمین همین هزینه‌ها رو ندارن چه برسه به اینکه برن بیمارستان خصوصی. تو بیمارستان‌های دولتی می‌گن اینا فقیرن اومدن این بیمارستان، خدمات خوبی می‌خوان برن بیمارستان خصوصی و اونجا هزینه کنن و خدمات خوبی بگیرن. بیمارستان‌های دولتی به بیماران توجه نمی‌کنن، نمی‌رسن، دقت نمی‌کنن. آپاندیس من گرفت، داشتم می‌مردم، ولی دکترای بیمارستان دولتی نمی‌فهمیدن که آپاندیس هست، بعد از یک ماه رفتن و اومدن، آخرش مجبور شدیم بریم به بیمارستان خصوصی و اونجا فهمیدن مشکل چیه و عمل کردن وگرنه می‌مردم» (کیفیت پایین پزشکان بیمارستان‌های دولتی).

در این میان، به دنبال گسترش بیمارستان‌های خصوصی، ارائه حداقل خدمات درمانی به بیماران در بیمارستان‌های دولتی، لطف سخاوتمندانه‌ای از جانب دولت به مردم تلقی می‌شود؛ در نتیجه از بیماران انتظار می‌رود که بدون توقع به کمترین‌ها راضی باشند، اگر ضعف و کمبودی در ارائه خدمات بود عکس‌العملی نشان ندهند؛ چراکه از نگاه آن‌ها ارائه خدماتی فراتر از این در نظام بهداشتی و درمانی دولتی مقدور نیست و افرادی که از این خدمات رضایت ندارند، بهتر است به نظام سلامت خصوصی مراجعه کنند تا خدمات بهتری دریافت کنند.

زن ۶۵ ساله‌ای که طلاق گرفته و بعد از طلاق از دواج نکرده است، می‌گوید:

«من چون درآمدی ندارم، سعی می‌کنم اصلاً دکتر نرم و خوددرمانی کنم (ناتوانی مالی تهیدستان و خوددرمانی)، ولی اگه مجبور بشم برم باید برم درمانگاه یا بیمارستان دولتی که می‌دونم خیلی داغونه و ممکنه سالم برنگردم و همون‌جا بمیرم. از بس از این بیمارستان‌ها خبرهای بد شنیدیم، من دیگه می‌ترسم برم (اعتمادزدایی از بیمارستان‌های دولتی). البته من چند باری که رفتم دکتر کلی هزینه‌م شد؛ چون دفترچه بیمه دمانی ندارم، بیمه سلامت رو دارم که همه جا نگاه نمی‌کنن». مرد ۷۴ ساله و استاد بازنشسته می‌گوید:

«بیمارستان‌های دولتی شلوغه، دکتراش خوب نیستن، دقت کار ندارن، تو این بیمارستان‌ها امنیت وجود نداره. بیمارستان خصوصی امنیش بیشتره، من سعی می‌کنم پول بیشتری بدم، ولی خدمات خوبی خریداری کنم. من ترجیح می‌دم بیمارستان خصوصی برم. ممکنه بیمارستان دولتی برم عمل کنم و هزینه کمی کنم، ولی ممکنه بعداً هزار تا مشکل برام پیش

بیاد. چه بهتر که از همون اول پول بیشتری بدم و برم بیمارستان خصوصی» (اعتمادزدایی از بیمارستان‌های دولتی).

مقوله دیگر، صف‌های انتظار طولانی است که نیازمندان خدمات درمانی دولتی اسیرش می‌شوند. شلوغی و صف‌های طولانی در بیمارستان‌های دولتی در روایت‌های سالمندان طبقات اجتماعی پایین بسیار شنیده می‌شود. هرچند سالمندان بازنشسته نیز گرفتار صف‌های انتظار طولانی بیمارستان‌های دولتی می‌شوند، آن‌ها گزینه‌های بیشتری برای انتخاب دارند. برخی از آن‌ها در نظام کالایی‌شده سلامت می‌توانند با پرداخت پول بیشتر، آسایش و رفاه بیشتری در دریافت خدمات درمانی خریداری کنند؛ درحالی‌که سالمندان بدون درآمد و غیربازنشسته راه دیگری جز توسل به بیمارستان‌های دولتی ندارند که ورود و بهره‌گیری از خدمات درمانی و پزشکی این بیمارستان‌ها بسیار سخت و در مواردی حتی ناممکن است. در صورت ورود به این مراکز نیز باید در صف‌های طولانی انتظار باشند که گاهی این انتظار ماه‌ها به طول می‌انجامد. این موضوع موجب می‌شود که سالمندان طبقات تهیدست که سلامت و درمان در سبد مصرفی‌شان جایگاه پایینی دارد یا در مواردی مصرف سلامت و درمان از سبد مصرفی‌شان حذف شده است، امیدی برای مراجعه به بیمارستان‌های دولتی برای دریافت خدمات سلامت نداشته باشند. نتیجه همه این تفاوت‌هاست که تجربه سالمندی در جامعه ایرانی به تجربه‌ای متکثر تبدیل می‌شود.

زن ۶۸ ساله، خانه‌دار و بدون درآمد می‌گوید:

«اون موقع شهرستان بیمه نمی‌کردند، شوهرم بیمه نداشت، من الان حقوقی ندارم. دفترچه بیمه هم از این بیمه سلامت که خیلی جاها نگاش نمی‌کنن، هر وقت هم مریض شدم و بچه‌ها خواستن منو ببرن بیمارستان دولتی که این دفترچه رو استفاده کنیم، از بس شلوغ بوده وقت ندادن. گفتن برید ده روز دیگه، یه ماه دیگه بیاید (صف‌های انتظار طولانی بیمارستان‌های دولتی)، اون موقع مجبور شدیم بریم بیمارستان پولی که نه دفترچه رو دیدن، نه دارو نوشتن، هیچی. همه‌ش آزاد حساب شد. من چون خودم توانشو ندارم، بچه‌هامم همه‌شون درگیر مشکلاتشون هستن، نمی‌تونم دکتر خوب برم و خودمو دوا درمون کنم، کلی مریضی دارم، ولی خب درآمدی ندارم که بتونم برم دکتر و به خودم برسیم» (جاماندگی سالمندان تهیدست).

مرد ۷۱ ساله و بدون درآمد نیز می‌گوید:

«همسرم کمرش هم بدجوری درد می‌کنه، همیشه می‌گه کمرم داره می‌شکنه. دخترم بردش دکتر، یک ماه تو نوبت بودیم تا تونستیم بریم. بیمارستان‌های دولتی وقت نمی‌دن، حتی رفتیم گفتیم اینجا می‌شینیم بین مریض بریم داخل، گفتن نمی‌شه و برگشتیم، دکتر ام‌آرآی نوشت واسه زخم. رفتیم گفتش یه ماه دیگه می‌تونیم نوبت بدیم، آزمایش هم دو هفته طول کشید جوابش اومد، وقتی کسی مریض می‌شه، می‌خواد همون روز بره دنبالش و نمی‌تونه که یک ماه منتظر باشه. بچه‌ها هم کار دارن، ما هم که تنها نمی‌تونیم جایی بریم، این بیمارستان‌ها هم نزدیک نیست و بدون وسیله سخته (صف‌های انتظار طولانی بیمارستان‌های دولتی). دفترچه ما رو همه جا نگاه نمی‌کنن، باید بریم جایی که می‌بینن تا کمتر هزینه کنیم؛ چون نداریم. آگه داشتیم نمی‌رفتیم دولتی، می‌رفتیم یه جای نزدیک مطب یا بیمارستان خصوصی که زود کارمونو راه بندازن».

زیست سالمندان طبقات تهیدست در جامعه‌ای با نظام اقتصادی که نرخ تورم بالای ۴۰ درصد از ویژگی‌های آن است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸) و طی یک دهه اخیر شاهد تورم‌ها و ابرتورم‌ها، نوسانات نرخ ارز و افزایش شدید سطح قیمت‌ها و چندبرابری شدن هزینه‌های زندگی روزمره بوده است، به مصرف ضرورت‌محور و معیشت‌گونه می‌انجامد و در این میان مصرف سلامت و بهداشت از سبد مصرفی تهیدستان حذف می‌شود. نظام رفاهی کشور از ناامنی نظام تأمین اجتماعی و فقر نظام حمایتی رنج می‌برد و در چنین وضعیتی دولت در راستای کاهش هزینه‌های رفاهی پیش می‌رود و مسئولیت فردی بیشتر می‌شود. در این میان، افرادی که سرمایه‌های فردی فراوانی دارند، می‌توانند با پرداخت هزینه از خدمات مورد نیاز بهره‌مند شوند، اما تهیدستان و کم‌درآمدان به‌دنبال ناتوانی اقتصادی، بسیاری از هزینه‌های سلامت و درمان خود را حذف می‌کنند یا در صورت پیگیری سلامت به‌دلیل هزینه‌های بالای سلامت و درمان، فقیرتر می‌شوند.^۱

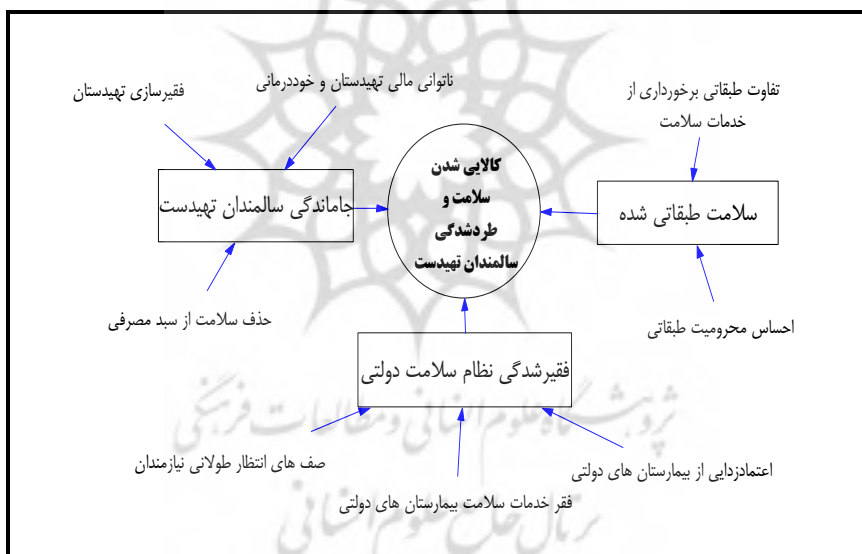
۱. در این زمینه پژوهش پروائی (۱۳۹۹) نشان می‌دهد علاوه بر سالمندان کم‌درآمد، بدون درآمد و تهیدست، حتی در میان بازنشستگان طبقات اجتماعی پایین نیز مصرف سلامت ضرورت‌محور و در مواردی حذف مصرف سلامت دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در دهه‌های اخیر تفکر بازاری و سودمحور به عرصه‌هایی نفوذ کرده است که در گذشته محل هنجارهای غیربازاری بوده‌اند (سندل، ۱۳۹۳: ۴۱). برای مثال می‌توان به سلامت و درمان اشاره کرد؛ درحالی‌که بهداشت، سلامت و درمان از جمله مقوله‌هایی است که دولت باید در آن‌ها به‌صورت مستقیم ارائه‌دهنده خدمات باشد و این‌گونه خدمات وارد مناسبات بازاری و پولی نشود، اما اگر روابط کالایی به کالاهای عمومی تعمیم داده شود، اقتصاد بازاری به جامعه بازاری تبدیل می‌شود و ارزش‌های اخلاقی در آن بازاری شده و به تدریج اجتماع از انسانیت و اخلاقیات تهی می‌گردد (همان: ۷-۱۰). نتایج مطالعات نیز پیامدهای منفی خصوصی‌سازی در امر سلامت را نشان می‌دهد؛ برای مثال مطالعه‌ای که در کشور چین انجام شده است، نشان می‌دهد خصوصی‌سازی، هزینه‌های نظام سلامت را افزایش می‌دهد و بیماران متحمل هزینه‌های بیشتری می‌شوند (بیپ و هسیائو، ۲۰۱۴). سمپات و ویلسون (۲۰۱۲) در کانادا نیز نتایج بیمه‌های خصوصی سلامت را منفی ارزیابی کرده‌اند؛ زیرا موجب افزایش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت برای اقشار کم‌درآمد می‌شود. مرور جایگاه سلامت در ایدئولوژی‌های رفاهی نیز نشان‌دهنده حاکمیت و تسلط دیدگاه‌های اقتصاد بازاری در نظام سلامت کالایی شده دارد و در این سیستم، تأمین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در چارچوب نظم بازار قرار می‌گیرد. در رویکرد اقتصاد بازاری، ارائه عمومی خدمات درمانی تقبیح می‌شود و این اعتقاد وجود دارد که افراد باید در قبال دریافت خدمات سلامت و بهداشت، هزینه‌های آن را بپردازند. در چنین نظامی، مشتری جای بیمار را می‌گیرد و بازار سلامت ایجاد می‌شود (تیلور، ۱۳۸۸: ۱۱۸-۱۱۹).

پژوهشگرانی مانند فورکاد و هیلی (۲۰۰۷) معتقدند نئولیبرالیسم و بازار آزاد به هر کجا پا می‌نهد، آثار تخریب‌گری برای جامعه به‌بار می‌آورد (جلایی‌پور و باینگانی، ۱۳۹۵). مرور مطالعات نشان می‌دهد اجرای سیاست‌های نئولیبرالی در برخی از کشورها موجب تشدید نابرابری در خدمات بهداشتی و درمانی شده است. اصلاحات نئولیبرالی بر بازار آزاد تأکید دارند تا اینکه سلامت را به‌عنوان حقوق انسانی تعبیر کنند. همچنین بر مؤلفه‌های اقتصادی تا حقوق انسانی تمرکز دارند که این امر به تغییرات زیادی در نظام مراقبت‌های بهداشتی در

سراسر جهان منجر شده و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را محدود کرده است. این تغییرات را می‌توان شکلی از خشونت ساختاری دانست که به شکلی نامتناسب بر اقشار آسیب‌پذیری مانند سالمندان تأثیر می‌گذارد و دسترسی به حقوق اساسی مانند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را محدود می‌کند؛ برای مثال، شواهد کشور شیلی نشان می‌دهد اصلاحات نئولیبرالی تأثیرات منفی بر سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی داشته و اقشار آسیب‌پذیر جامعه را به شدت تحت تأثیر قرار داده است. سیاست‌های ریاضت اقتصادی یونان نیز تأثیری منفی بر سلامت عمومی و کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی، به‌ویژه اقشاری مانند معلولان و سالمندان داشته است؛ چراکه آن‌ها اغلب مجبور به پرداخت هزینه بسیار برای دارو هستند، به‌طور منظم نیاز به دارو دارند و به‌طور کلی در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر نیاز بیشتری به خدمات درمانی و بهداشتی دارند (مک‌گروگر، ۲۰۰۱: ۸۴؛ ساکلاریو و روتارو، ۲۰۱۷).



شکل ۱. شبکه مضامین کالایی شدن سلامت و پردشدگی سالمندان تهیدست

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد کالایی شدن سلامت، سلامت طبقاتی شده را به ارمغان می‌آورد که تفاوت طبقاتی برخورداری از خدمات سلامت و احساس محرومیت طبقاتی از پیامدهای آن است. در نظام سلامت کالایی شده، افراد متناسب با جایگاه طبقاتی خود دسترسی

متفاوتی به خدمات سلامت و درمان دارند. دسترسی به خدمات سلامت، طبقاتی شده است و افراد با طبقات اجتماعی بالا این فرصت را دارند که از امکانات و خدمات سلامت مناسب و مطلوبی بهره‌مند شوند؛ درحالی‌که افراد طبقات پایین حتی به راحتی فرصت برخورداری از خدمات نظام سلامت دولتی را ندارند و صف‌های طولانی انتظار را برای دستیابی به خدمات سلامت دولتی سپری می‌کنند. این مقوله‌ها بازنمای طردشدگی سالمندان طبقات تهیدست در دسترسی به خدمات سلامت و درمان است. سالمندان به‌ویژه سالمندان طبقات تهیدست از کالایی شدن سلامت بیشتر آسیب می‌بینند؛ به این دلیل که با توجه به افزایش سن و شروع انواع بیماری‌ها در میان آن‌ها، بیشتر نیازمند خدمات سلامت و درمان و مراقبت‌های بهداشتی هستند و در نتیجه هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها در سبد مصرفی‌شان جایگاه بالایی دارد. همه این‌ها سالمندان را به مشتریان همیشگی نظام سلامت و درمان تبدیل می‌کند. در نتیجه کالایی شدن سلامت می‌تواند پیامدهای مخربی در زندگی سالمندان داشته باشد.

اقتصاد سرمایه‌داری به همه پدیده‌های زندگی به صورت بازاری نگاه می‌کند و پدیده‌ها را در چارچوب عرضه و تقاضا می‌بیند. براین اساس، اگر انسانی بیمار شود و نتواند خدمات درمانی بخرد، هیچ‌کس این خدمات را برای او عرضه نخواهد کرد. در نتیجه، این امر به طردشدگی و جاماندگی قشر تهیدست می‌انجامد. به قول سندل (۱۳۹۳)، زندگی در جامعه‌ای که همه چیز آن قابل فروش باشد، برای افراد بی‌بضاعت و تهیدست بسیار دشوار می‌شود؛ زمانی که همه چیز قابل خرید و فروش باشد، پول داشتن یا نداشتن، بسیار متفاوت می‌شود و افراد دارا و ندار از یکدیگر متمایز می‌شوند. افزایش فاصله طبقاتی که به شکل احساس نابرابری رو به گسترش است، محصول چنین نظام اجتماعی است؛ تا آنجا که در چند دهه اخیر با سرایت ارزش‌های بازاری به حوزه‌های مختلف زندگی، فاصله فقرا و اغنیا افزایش یافته است؛ به نحوی که سلامت نیز به منزله امری اجتماعی و حقوق اجتماعی به کالا تبدیل شده است و می‌توان از سلامت طبقاتی شده صحبت کرد که در این شرایط بهره سالمندان طبقات تهیدست از خدمات سلامت و درمان، چیزی جز طردشدگی و جاماندگی نیست.

محدودیت‌هایی که در اثر کالایی شدن سلامت و درمان تحمیل می‌شود، به نظامی دوطبقه‌ای منجر می‌شود که کیفیت مطلوب و بسنده مراقبت‌های بهداشتی را برای آن‌هایی فراهم می‌کند که

آمدگی و توانایی پرداخت بهای مالی آن را داشته باشند. در چنین نظام اجتماعی، عقلانیت اقتصادی غلبه می‌یابد و پذیرش گزاره‌ای چون «کسی که هزینه بیشتری می‌پردازد، حق دارد از امکانات بهداشتی و درمانی بهتر و بیشتری برخوردار باشد»، ممکن می‌شود. این همان گفتمان بازارمحور است که به تدریج در خدمات اجتماعی و رفاهی تسری می‌یابد و امور اجتماعی و رفاهی از حق همگانی به کالا مبدل می‌گردد (پروائی و موسایی، ۱۳۹۸). این وضعیت در نهایت به طردشدگی، جاماندگی و کنارگذاری سالمندان طبقات تهیدست از خدمات سلامت و درمان می‌انجامد. در چنین شرایطی جامعه ایرانی نیازمند مسئولیت‌پذیری بیشتر دولت در قبال سالمندان طبقات تهیدست با کالازدایی (غیر کالایی‌کردن) از خدمات سلامت و درمان به‌عنوان کالاهای ضروری است. همچنین توجه به امر پیشگیری و مراقبت عمومی در کنار امر درمان در سیاست‌گذاری اجتماعی سلامت برای سالمندان مهم است.



منابع

- ابادری، یوسف و آرمان ذاکری (۱۳۹۷)، سه دهه هم‌نشینی دین و نولیبرالیسم در ایران، <https://pecritique.com/2019/02/24/>
- باستانی، سوسن، رهنمای، فاطمه و مریم قاضی‌نژاد (۱۳۹۲)، «طرد اجتماعی (مورد مطالعه: طرد عینی و ذهنی سالمندان شهر تهران)»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، شماره ۲: ۵۹۹-۶۲۶.
- باقری، یاسر و ریحانه عبدی (۱۳۹۸)، *تأملی بر مطالبات بازنشستگان*، تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- بونولی، جولیانو، جورج، ویکتور و پیتر تیلر-گوبی (۱۳۸۰)، *دولت رفاه در اروپا (به سوی تدوین نظریه‌ای در باب کاهش نقش دولت در خدمات رفاهی)*، ترجمه هرمز همایون‌پور، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- پروائی، شیوا (۱۳۹۸)، *سالمندی در کشاکش تغییرات جامعه ایرانی*، رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی، اساتید راهنما: تقی آزاد ارمکی و مجید کوششی، تهران، دانشگاه تهران.
- پروائی، شیوا (۱۳۹۹)، *سنخ‌شناسی رفتار مصرفی بازنشستگان (صندوق بازنشستگی کشوری)*، تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- پروائی، شیوا و موسایی، میثم (۱۳۹۸)، «طردشدگی سالمندی در ساحت سیاست‌گذاری اجتماعی؛ تحلیلی بر برنامه‌های توسعه پس از انقلاب»، *مسائل اجتماعی ایران*، شماره ۲: ۵۹-۸۳.
- پیکان‌پور، محمد، اسماعیلی، سجاد، یوسفی، نازیلا، آریایی‌نژاد، احمد و حمیدرضا راسخ (۱۳۹۷)، «مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران»، *پایش*، شماره ۱۷: ۴۸۱-۴۹۴.
- تاج مزینانی، علی‌اکبر (۱۳۹۰)، «گونه‌شناسی نظام‌های رفاهی در جهان»، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، شماره ۲: ۲۰۳-۲۳۴.
- تیلور، گری (۱۳۹۲)، *ایدئولوژی و رفاه*، ترجمه حسین محقق‌کمال و مهدی نصرت‌آبادی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- جعفری سیریزی، مهدی، رشیدیان، آرش، ابوالحسنی، فرید، محمد، کاظم، یزدانی، شهرام، پارکرتون، پاتریشیا، یونسیان، مسعود، اکبری، فیض‌اله و محمد عرب (۱۳۸۷)، «مطالعه کیفی بررسی ابعاد و درجه اعطای خودگردانی به بیمارستان‌های دانشگاهی مورد پژوهش»، *مجله پژوهشی حکیم*، شماره ۱۱: ۵۹-۷۱.

- جلالی‌پور، حمیدرضا و بهمن باینگانی (۱۳۹۵)، «مطالعه جامعه‌شناختی پیامدهای اقتصادی بازار و تجارت مرزی (اتنوگرافی انتقادی بازار مرزی بانه)»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، شماره ۵: ۵۳۹-۵۷۳.
- سندل، مایکل (۱۳۹۳)، *آنچه با پول نمی‌توان خرید: مرزهای اخلاقی بازار*، ترجمه حسن افشار، تهران: نشر مرکز.
- شریف‌زادگان، محمدحسین (۱۳۹۷)، *نابرابری در رفاه اجتماعی و پی‌آمدهای آسیب‌شناسی آن*، در دومین گزارش وضعیت اجتماعی ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۶: هم‌بستگی اجتماعی و نابرابری (جلد ۱)، تألیف میرطاهر موسوی، تهران: انتشارات آگاه.
- غلامی، سمیرا (۱۳۹۶)، *بررسی سهم هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای دارای عضو سالمند*، تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- کالینیکوس، آکس (۱۳۸۳)، *درآمدی تاریخی بر نظریه‌های اجتماعی*، ترجمه اکبر معصوم‌بیگی، تهران: انتشارات آگاه.
- مارکس، کارل (۱۳۵۲)، *سرمایه*، ترجمه ایرج اسکندری، جلد اول، تهران: انتشارات حزب توده ایران.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵-۱۳۳۵)، *نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور*، تهران: مرکز آمار ایران.
- مرکز آمار و اطلاعات راهبردی (۱۳۹۸)، *بررسی هزینه‌های سلامت و بیمه‌های اجتماعی و درمانی در سبد مصرفی خانوارهای کشور-سال ۱۳۹۷*، تهران: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.
- مرکز آمار و اطلاعات راهبردی (۱۳۹۹)، *بررسی هزینه‌های سلامت و بیمه‌های اجتماعی و درمانی در سبد مصرفی خانوارهای کشور: ۱۳۹۰-۱۳۹۸*، تهران: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.
- میرزایی، محمد، دارابی، سعداله و میترا باباپور (۱۳۹۶)، «سالخوردگی جمعیت در ایران و هزینه‌های رو به افزایش بهداشت و درمان»، *سالمند*، شماره ۱۲: ۱۵۶-۱۶۹.
- واندنبرگ، فردریک (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی جورج زیمل*، ترجمه عبدالحسین نیک‌گهر، تهران: نشر توتیا.
- هاروی، دیوید (۱۳۹۱)، *تاریخ مختصر نئولیبرالیسم*، ترجمه محمود عبدالله‌زاده، تهران: نشر دات.
- Alston, P. (2018), **Extreme poverty and human rights, United Nations, General Assembly**, Retrieved from <https://undocs.org/A/HRC/38/33/ADD.1>.
- Baltussen, R., Mikkelsen, E., Tromp, N., Hurtig, A., Byskov, J., Olsen, O., Bæroe, K., Hontelez, J.A., Singh, J., & Norheim, O.F. (2013), "Balancing Efficiency: Equity and Feasibility of HIV Treatment in South Africa

Development of Programmatic Guidance”, **Cost Effectiveness and Resource Allocation**, No. 26: 1-9.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006), “Using Thematic Analysis in Psychology”, **Qualitative Research in Psychology**, No. 2: 77-101.
- Jakab, M., Preker, A. S., & Harding, A. (2003), **The Missing Link? Hospital Reform in Transition Economies**, In A. L. Harding and A. S. Preker (Ed.), **Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals, Health, Nutrition, and Population**, (PP. 207-238), Washington DC: World Bank,
- Leon, D. A., Walt, G., & Gilson, L. (2001), “Recent Advances: International Perspectives on Health Inequalities and Policy”, **British Medical Journal**, No. 322: 591-594.
- McGregor, S. (2001), “Neoliberalism and Health Care”, **International Journal of Consumer Studies**, No. 25: 82-89.
- Norman, A. H., Russell, A. J., & Merli, C. (2016), “The Quality and Outcomes Framework: Body Commodification in UK General Practice”, **Social Science and Medicine**, No. 170: 77-86.
- Petrovici, D., & Christopher, R. (2006), “Population Health and Risk Factors in Transitional Economy”, **Journal of Consume Policy**, No. 29: 279-300.
- Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017), “The Effects of Neoliberal Policies on Access to Healthcare for People with Disabilities”, **International Journal for Equity in Health**, No. 16: 1-8.
- Saksena, P., Xu, K., & Durairaj, V. (2010), **The Drivers of Catastrophic Expenditure: Outpatient Services, Hospitalization or Medicines**, Background Paper, No. 21, World Health Organization.
- Sampath, P., & Wilson, D. M. (2012), “A Case Study and State of Science Review: Private Versus Public Healthcare Financing”, **Global Journal of Health Science**, No. 4: 118-126.
- Somkotra, T. L., & Lagrada, P. (2009), “Which Households Are at Risk of Catastrophic Health Spending: Experience in Thailand after Universal Coverage”, **Health Affairs**, No. 28: 467-478.
- Yip, W., & Hsiao, W. (2014), “Harnessing the Privatization of China’s Fragmented Health-Care Delivery”, **Lancet**, No. 384: 805-18.