یادداشت

درآمد محدود، تضمین سنگین

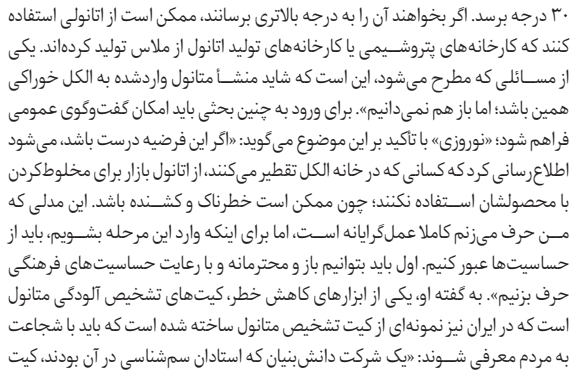
معادله جدید کارگزاری‌های بیمه

یاسر کارگری
کارشناس اقتصاد بیمه

آخرین اخبار و شایعات صنعت بیمه، درباره این موضوع جریان دارد که بیمه مرکزی به دنبال افزایش سطح حداقل سرمایه مورد نیاز برای کارگزاری‌ها و همچنین توثیق ضمانت‌نامه بانکی از آنهاست که متعاقبا می‌تواند منجر به ایجاد ریسک‌های جدی و جدید برای صنعت کارگزاری بیمه شود و بسیاری از این شرکت‌ها را تا مرز ورشکستگی و حذف از صنعت بکشاند. حفاظت از حقوق بیمه‌گذاران، پشتوانه اصلی نظارت بر صنعت بیمه است. طبیعی است که شرایط فعالیت در این بازار نیز متناسب با تحولات اقتصادی و نیازهای حرفه‌ای بازنگری شود. بحث درباره بازنگری شرایط مالی فعالیت کارگزاران بیمه، پرسشی فراتر از تعیین حداقل سرمایه یا مبلغ ضمانت‌نامه بانکی پیش‌روی صنعت قرار می‌دهد: این الزامات چه نسبتی با درآمد و اقتصاد واقعی کارگزاری دارند؟ کارگزار، واسطه‌ای تخصصی میان متقاضی بیمه و بیمه‌گر است که درآمد اصلی او از کارمزد خدمات بیمه‌ای تأمین می‌شود. بنابراین، هر تغییری در هزینه ورود و ادامه فعالیت این حرفه، باید با توجه به مقررات حاکم بر درآمد آن بررسی شود. موضوع این یادداشت، ارزیابی همین نسبت است؛ مستقل از ارقام غیررسمی و بدون پیش‌داوری درباره تصمیمی مشخص. تقویت بنیه مالی کارگزاری‌ها می‌تواند هدفی قابل دفاع باشد. مجموعه‌ای که کارکنان متخصص، زیرساخت مناسب و منابع کافی برای استمرار خدمت دارد، بهتر می‌تواند پاسخ‌گوی نیاز مشتریان باشد. اما میان تقویت بنگاه و افزایش شرط مالی ادامه فعالیت، رابطه‌ای خودکار وجود ندارد. الزام تازه زمانی به تقویت بنگاه می‌انجامد که منابع مطالبه‌شده با نیاز عملیاتی، مسئولیت و ظرفیت درآمدزایی آن متناسب باشد. در غیر این صورت، ممکن است منابع بیشتری درگیر شود، بی‌آنکه توان ارائه خدمت افزایش یابد. نقطه آغاز این بررسی، ساختار درآمد کارگزار است. در مقررات کارمزد، دریافتی کارگزار تابع سقف‌های تعیین‌شده است و برای بیمه‌نامه‌های مشمول، با عبور حق‌بیمه از نصاب‌های مقرر، کارمزد بخش مازاد به‌صورت پلکانی کاهش می‌یابد. ازاین‌رو، بزرگ‌ترشدن مبلغ یک قرارداد الزاما به رشد متناسب درآمد منجر نمی‌شود. حجم حق‌بیمه‌ای که با واسطه‌گری کارگزار تولید می‌شود، منابع متعلق به او نیست و نباید با درآمد یا توان مالی کارگزاری یکسان تلقی شود. کاهش پلکانی کارمزد را می‌توان با استناد به صرفه‌های مقیاس توضیح داد؛ هزینه جذب و اداره یک قرارداد بزرگ ممکن است به نسبت مبلغ آن افزایش پیدا نکند. با این حال، همین منطق اقتضا می‌کند ظرفیت درآمدی حاصل از مقررات نیز هنگام تعیین الزامات مالی دیده شود. اگر درآمد با سقف و ضریب کاهنده تنظیم می‌شود، افزایش هزینه‌های الزامی را نمی‌توان صرفا به توان کارگزار برای فروش بیشتر حواله داد. مقررات درآمد و مقررات ادامه فعالیت، دو بخش از یک الگوی اقتصادی هستند. در چنین الگویی، حداقل سرمایه نیز باید با اندازه و نوع فعالیت ارتباط داشته باشد. یک کارگزاری تخصصی با دفتر اجاره‌ای و تیم محدود، الزاما به دارایی‌ها و تشکیلات یک مجموعه بزرگ نیاز ندارد. منابع لازم برای راه‌اندازی و اداره این دو یکسان نیست. افزایش مرحله‌ای سرمایه، متناسب با توسعه فعالیت، می‌تواند به رشد واقعی بنگاه کمک کند؛ اما تعیین شرطی سنگین و یکسان ممکن است پیش از شکل‌گیری درآمد لازم، هزینه توسعه‌ای را تحمیل کند که هنوز ضرورتی برای آن وجود ندارد. حساسیت موضوع درباره ضمانت‌نامه بانکی بیشتر است. سرمایه شرکت می‌تواند صرف استخدام کارشناس، تجهیز دفتر و توسعه فناوری شود؛ در حالی که منابع و وثایق درگیر ضمانت‌نامه، ممکن است دسترسی بنگاه به دارایی و تأمین مالی را محدود کند. برای کارگزاری که اعتبار بانکی کافی ندارد، تأمین تضمین می‌تواند فشار بیشتری ایجاد کند. هزینه واقعی این الزام، علاوه بر کارمزد بانک، شامل هزینه فرصت منابعی است که امکان استفاده از آنها در فعالیت یا سرمایه‌گذاری دیگر محدود شده است. برای روشن‌شدن موضوع، می‌توان یک مثال کاملا فرضی مطرح کرد: اگر اخذ ضمانت‌نامه‌ای مستلزم درگیرشدن چندده میلیارد تومان منابع باشد، باید پرسید کارگزاری برای جبران هزینه فرصت این منابع، چه میزان درآمد و سود اضافی نیاز دارد؟ پاسخ را نمی‌توان با ضرب حجم فروش در یک نرخ ثابت کارمزد به دست آورد؛ ترکیب رشته‌های بیمه‌ای، اندازه بیمه‌نامه‌ها، کاهش پلکانی کارمزد و هزینه اداره قراردادها، همگی بر نتیجه اثر دارند. بدون این بررسی، برآورد توان انطباق بنگاه قابل اتکا نخواهد بود. صاحب سرمایه نیز میان گزینه‌های مختلف مقایسه می‌کند. ادامه کارگزاری باید بتواند هزینه کارکنان، دفتر، فناوری، تعهدات اداری و مالیاتی و هزینه فرصت سرمایه را پوشش دهد و بازدهی متناسب با ریسک فعالیت باقی بگذارد. اگر الزام تازه این امکان را از بین ببرد، کاهش فعالیت یا خروج سرمایه دور از انتظار نیست. چنین خروجی لزوما بیانگر ضعف حرفه‌ای نخواهد بود؛ ممکن است نتیجه شرایطی باشد که ارائه خدمت رسمی را برای بنگاه کم‌صرفه کرده است. آثار این وضعیت به سهامداران کارگزاری محدود نمی‌شود. منابعی که برای تأمین شرط مالی درگیر می‌شود، ممکن است از ظرفیت استخدام، آموزش و پشتیبانی مشتریان بکاهد. الزام ثابت و سنگین نیز برای بنگاه‌ها فشار نسبی یکسانی ندارد؛ مجموعه بزرگ‌تر می‌تواند هزینه آن را بر درآمد بیشتری سرشکن کند. در نتیجه، احتمال دارد ترکیب بازار به سود دارندگان پشتوانه مالی تغییر کند، بدون آنکه ارتقای متناسبی در کیفیت مشاوره یا پیگیری امور بیمه‌گذاران حاصل شده باشد. پرسش سیاستی، انتخاب میان نظارت و نبود نظارت نیست؛ مسئله، تناسب ابزار با خطر است. اگر نگرانی، نگهداری وجوه و تأخیر در انتقال حق‌بیمه باشد، میزان و مدت وجوه در اختیار کارگزار باید مبنای ارزیابی قرار گیرد. کنترل مسیر پرداخت، نظارت بر تسویه و تضمین متناسب با مواجهه واقعی، باید در کنار یکدیگر بررسی شوند. اگر مسئله خطای حرفه‌ای است، کیفیت عملکرد و پوشش مسئولیت اهمیت پیدا می‌کند. یک الزام مالی عمومی، جای تشخیص منشأ خطر را نمی‌گیرد. پیش از هر افزایش عمده، لازم است اطلاعات واقعی درآمد، سود عملیاتی و توان تأمین تضمین کارگزاری‌ها بررسی شود. نتیجه این ارزیابی باید روشن کند الزام پیشنهادی چه خطری را کاهش می‌دهد، چه هزینه‌ای ایجاد می‌کند و چرا راهکار کم‌هزینه‌تر کافی نیست. فرصت انطباق نیز باید بر همین مبنا تعیین شود؛ زیرا مهلت بیشتر، تعهد نامتناسب را اقتصادی نمی‌کند. تا زمانی که این محاسبه انجام نشده، افزایش سنگین ضمانت‌نامه نیازمند بازنگری است. حمایت پایدار از بیمه‌گذار، به بازاری نیاز دارد که فعالیت سالم و تخصصی در آن امکان ادامه داشته باشد.

گزارش «شرق» از ادامه مسمومیت‌های الکلی؛ پژوهشگران می‌گویند حتی اطلاع‌رسانی درباره کیت‌های تشخیص متانول هم محدودیت دارد

پشت پرده مرگ‌های متانولی



محمدحسین موسوی: از ۲۵ آبان موج تازه مسمومیت‌های الکلی از چند شهر کشور شروع شد؛ بندرعباس، نیشابور، خوی، شیراز و مرودشت. اکنون اما موج مسمومیت‌ها از این چند شهر گذشته و به استان‌های دیگر مانند کردستان، سیستان‌وبلوچستان، البرز، خراسان، اصفهان و زنجان رسیده است. بر اساس آمار وزارت بهداشت، از ۹ آبان تا ساعت ۲۰ روز چهارم آذر ۱۴۰۵، ۵۴۳ نفر دچار مسمومیت الکلی شده‌اند و ۲۳ نفر جان باخته‌اند. هشت مورد مرگ مغزی نیز ثبت شده است. از مجموع مسمومان، ۴۸۸ نفر مرد و ۵۵ نفر زن هستند. میانگین سنی آنها ۳۱ سال است و ۹۲ نفر کمتر از ۲۰ سال دارند. تاکنون ۲۷۰ نفر پس از درمان ترخیص شده‌اند و ۲۵۰ نفر همچنان بستری هستند. ۳۳ بیمار نیز در بخش مراقبت‌های ویژه بستری هستند، ۳۸ نفر دچار تاری دید شده‌اند و ۲۰۵ مورد دیالیز ثبت شده است. نیشابور با ۲۱۴ مسموم، پنج فوتی و چهار مرگ مغزی بیشترین شمار مسمومان را دارد و ۳۶ بیمار نیز از نیشابور به مشهد و سبزوار منتقل شده‌اند. بیشترین فوتی با هفت مورد در هرمزگان ثبت شده که ۹۳ مسموم داشته است. در شیراز ۸۱ مسمومِ، سه فوتی و چهار مرگ مغزی و در حوزه دانشگاه علوم پزشکی ایران ۶۹ مسموم و دو فوتی گزارش شده است. خوی نیز ۲۱ مسموم و سه فوتی، مشهد ۹ مسموم و یک فوتی و اصفهان هفت مسموم و دو فوتی داشته است. در کردستان ۲۱، البرز ۲۰، زنجان سه، خلخال سه و زابل دو مورد مسمومیت ثبت شده و فوتی یا مرگ مغزی گزارش نشده است. در میان این افراد، نوجوانانی ۱۲، ۱۴ و ۱۵ساله نیز قرار دارند تا هشداری که به گفته «محمدرضا قدیرزاده»، کارشناس مطالعات اعتیاد مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، از ۱۰سال پیش درباره کاهش سن مصرف الکل داده شده بود، رنگ واقعیت بگیرد. موج مسمومیت الکلی اتفاقی تازه در ایران نیست؛ از دهه ۸۰ خبرهایش به گوش می‌رسید و از سال ۱۳۹۲ تا به حال این پنجمین دور مسمومیت گسترده ناشی از مصرف الکل در ایران است. با وجود این، گفت‌وگو درباره الکل و مصائب آن همچنان گرفتار تابوها و ملاحظاتی کیفری است که راه مداخله مؤثر و هشدار عمومی گسترده را بسته است. «علیرضا نوروزی»، پژوهشگر حوزه اعتیاد، به «شرق» می‌گوید که بعضی راه‌حل‌های کنترل این همه‌گیری‌ها فنی نیستند، بلکه «از جنس سیاست‌گذاری هستند». در این بین، وزارت بهداشت در حال تلاش برای اطلاع‌رسانی و کنترل این همه‌گیری است. «سجاد رضوی»، معاون درمان این وزارتخانه، در گفت‌وگویی با تأکید بر ضرورت مراجعه سریع افراد مشکوک به مسمومیت به بیمارستان، گفته است: «به کادر درمان تأکید شده با رعایت کامل محرمانگی، خدمات لازم را به بیماران ارائه دهند. مردم نباید به دلیل نگرانی یا ملاحظات شخصی، مراجعه به مراکز درمانی را به تأخیر بیندازند». همین‌طور تأکید کرده که وزارت بهداشت به دنبال یافتن منشأ اصلی این مسمومیت‌های گسترده است. از سوی دیگر، پنجم آذرماه دادسرای مرکز استان خراسان رضوی اعلام کرد عوامل اصلی شبکه تولید و توزیعات مشروبات الکلی حاوی متانول که در استان‌های تهران، خراسان رضوی، هرمزگان و فارس فعالیت می‌کردند، بازداشت شده و برای طی‌شدن مراحل قانونی به شهرستان نیشابور منتقل شده‌اند.

تاریخ تلخ متانول در ایران

نخستین موج بزرگ مسمومیت جمعی با الکل در دهه ۹۰، خرداد ۱۳۹۲ در شهر رفسنجان رخ داد. در آن زمان، مصرف نوشیدنی‌های آلوده به الکل صنعتی باعث مراجعه ۶۹۴ نفر به اورژانس و فوت هشت نفر از آنها شد. اما طغیان بزرگ و فراگیر دهه ۹۰، در پاییز ۱۳۹۷ رخ داد؛ در شهریور و مهر آن سال ۲۱ استان به شکل هم‌زمان درگیر این موج بزرگ مسمومیت شدند و ۷۶۸ مراجعه به اورژانس و ۷۶ مرگ ثبت شد. در آن سال، استان‌های هرمزگان، البرز و خراسان شمالی بیشترین آسیب را دیدند و می‌توان گفت این موج مسمومیت، ابعاد جدیدی از خطرات بازار زیرزمینی نوشیدنی‌های الکلی را آشکار کرد. دهه ۹۰ یک موج بزرگ دیگر را نیز تجربه کرد؛ در اسفند ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹، بزرگ‌ترین و مرگ‌بارترین موج مسمومیت رقم خورد؛ هم‌زمان با شیوع کرونا و انتشار شایعاتی درباره فواید مصرف الکل در پیشگیری و درمان کرونا، موج عظیمی از مصرف الکل‌های دست‌ساز و صنعتی شروع شد و آمارهایی فاجعه‌بار ثبت شد: ۵۴۳ مرگ و پنج‌هزارو ۸۷۶ بستری. هرچند سازمان پزشکی قانونی آمار کل فوتی‌ها را ۸۰۰ نفر برآورد کرد و بر جان‌باختگان خارج از بیمارستان‌ها تأکید داشت، اما به هر حال همان آمار ۵۴۳ نفری نیز عددی بسیار بزرگ بود. در مهرماه ۱۴۰۳، موج جدیدی از مسمومیت‌ها ابتدا از استان مازندران و گیلان شروع شد و سپس در استان‌های مختلفی رشد پیدا کرد. در این موج، در بازه‌ای کوتاه از هشتم تا ۲۴ مهرماه، ۴۵۹ مورد مسمومیت گزارش شد و ۵۴ نفر جان باختند. از آن زمان تا موج اخیر، موج جدید دیگری ثبت نشد؛ اما این به معنای پایان بحران نبود و آمارهای رسمی سالانه گویای استمرار خاموش این شکل از مرگ‌ومیرهاست. در سال ۱۴۰۳ حدود ۶۴۵ نفر طبق آمارهای پزشکی قانونی به علت مصرف نوشیدنی الکلی مسموم جان باختند؛ این روند در سال ۱۴۰۴ نیز ادامه یافت و حالا در پاییز ۱۴۰۵ دوباره موج جدیدی ثبت شده است.

ترس از مراجعه و ایجاد عوارض جدی

«علیرضا نوروزی» پژوهشگر و روان‌پزشک حوزه اعتیاد است. او در پاسخ به این پرسش «شرق» که چرا موج‌های مسمومیت با متانول تکرار می‌شوند و چرا به نظر می‌رسد امکان مداخله و پیشگیری درباره آنها فراهم نیست؟ از «حساسیت فرهنگی» می‌گوید: «هر نوع مداخله‌ای که در حوزه الکل صورت می‌گیرد، نقطه شروعش این است که بپذیریم مثل سایر آسیب‌های اجتماعی که در جوامع وجود دارد، این مسئله هم به درجاتی در جامعه ما وجود دارد. با این حال، خود همین پذیرش با حساسیت‌هایی در جامعه مواجه می‌شود و لازم است افرادی که در بُعد فرهنگی صاحب‌نظر هستند، به‌ویژه روحانیون، با شجاعت وارد شوند و راه را برای بعضی راه‌حل‌ها باز کنند. بعضی از این راه‌حل‌ها فنی نیستند؛ از جنس سیاست‌گذاری هستند. واقعیت این است که نمی‌شود در حوزه الکل کار کرد، اما درباره‌اش حرف نزد». به گفته او، در ایران مسمومیت‌های متانولی چند بار به شکل همه‌گیری‌های توده‌ای رخ داده است: «فکر می‌کنم این ماجرا از حدود سال‌های ۸۷ یا ۸۸ شروع شد، شاید هم کمی قبل‌تر. اگر درست یادم باشد، موردی در شیراز بود و بعد در رشت. نتیجه‌اش این شد که وزارت بهداشت نخستین راهنمای مدیریت مسمومیت با متانول را منتشر کرد. یکی از توصیه‌های راهنما این بود که اگر در یک اورژانس بیش از پنج مورد مسمومیت یا شک به مسمومیت با متانول دیده شد، احتمال یک همه‌گیری توده‌ای وجود دارد. در این شرایط باید رسانه‌ها اعلام خطر عمومی کنند و در بخش سلامت فضایی ایجاد شود که افراد بتوانند بدون ترس از پیگیری‌های قضائی و قانونی مراجعه کنند. تأخیر در مراجعه می‌تواند باعث عوارض جدی شود؛ ازجمله نابینایی، مرگ، نیاز به دیالیز و بستری‌های طولانی‌مدت». او دوره کرونا را یکی از نقاط اوج مسمومیت‌ها می‌داند؛ دوره‌ای که تقاضا برای الکل افزایش پیدا کرد. او در ادامه مسئله را دارای دو جنبه می‌داند؛ یک جنبه، جنبه سلامت است و جنبه دیگر، جنبه انتظامی و قضائی ماجرا: «باید ببینیم منشأ این آلودگی چیست و چطور در یک بازار غیرقانونی، متانول به جای اتانول به افراد فروخته می‌شود». این پژوهشگر برای توضیح اهمیت وجه انتظامی و قضائی، به بحران فنتانیل در آمریکا اشاره می‌کند: «مشابه این وضعیت را الان در آمریکا داریم؛ آلودگی فنتانیل در هروئین باعث شده مرگ‌ومیر به‌شدت بالا برود. در دو، سه سال اخیر این روند رو به کاهش بوده، اما افزایش آن آن‌قدر شدید بود که در آمریکا از بحران حرف می‌زدند. به همین دلیل مراجع انتظامی و قضائی آنجا به‌شدت درگیر موضوع هستند. حتی سال‌ها پیش در دیدار بایدن و شی جین‌پینگ در سان‌فرانسیسکو، درخواست بایدن از چین این بود که جلوی قاچاق فنتانیل به آمریکا را بگیرد؛ موادی که منشأ تولیدشان چین است و از مسیر مکزیک منتقل می‌شوند. ترامپ نیز از این مسئله برای رأی‌آوردن استفاده کرد؛ زیرا یکی از خواسته‌های عمومی مردم آمریکا مبارزه با مواد مخدر بود؛ چون خیلی‌ها جوانان خود را بر اثر اوردوز از دست داده بودند و ترامپ هم با شعار مبارزه با این مسئله رأی آورد. می‌خواهم بگویم قضیه یک وجه پلیسی و قانونی جدی دارد. باید بفهمیم متانولی که وارد الکل می‌شود از کجا می‌آید». او با تأکید بر اینکه پاسخی قطعی درباره منشأ متانول در ایران ندارد، می‌گوید: «نظریه‌های مختلفی وجود دارد، ولی بشخصه جوابش را نمی‌دانم. اما باید در نظر گرفت که در جرم‌شناسی، تیپولوژی افرادی که مواد می‌فروشند با افرادی که الکل می‌فروشند، متفاوت است. افرادی که الکل می‌فروشند معمولا وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتری دارند و فقط الکل می‌فروشند، در حالی که فروشندگان مواد ممکن است انواع مواد را بفروشند. بعید می‌دانم این افراد آگاهانه و صرفا برای سودجویی چنین کاری کنند؛ چون مثل این است که مشتری‌هایی را که قرار است فردا هم از آنها خرید کنند، به کشتن بدهند. سؤال این است که آلودگی متانول چطور وارد الکل شده؟ در آمریکا، وقتی فنتانیل وارد هروئین شد، دادگاه‌های زیادی برگزار کردند تا بالاخره معلوم شود چه کسی مسئول است. ما هم باید بفهمیم متانول از کجا وارد این الکل‌ها می‌شود؛ کسی دستگیر شده؟ اطلاع‌رسانی شده؟ انگیزه سودجویی بوده یا خطای سهوی؟». او یکی از فرضیه‌های مطرح درباره منشأ آلودگی را کیفیت اتانول تولیدی می‌داند، اما تأکید می‌کند که این فرضیه هنوز برای او اثبات نشده است: «ما در کشور چند مسیر تولید اتانول داریم. یکی از ملاس و بقایای نیشکر است؛ مثلا در خوزستان از بقایای نیشکر اتانول تولید می‌شود. مسیر دیگر پتروشیمی‌هاست. گاز طبیعی که از مخازن بیرون می‌آید، مخلوطی از گازهایی مثل متان و اتان است و در پتروشیمی از ترکیبات آن برای تولید اتانول استفاده می‌کنند. یکی از فرضیه‌ها این است که اتانولی که تولید و در بازار عرضه می‌شود، ناخالصی درخور توجهی از متانول داشته باشد». او احتمال می‌دهد در برخی فرایندهای خانگی، این اتانول برای بالابردن درجه الکل به کار برود: «کسانی که در خانه الکل را تقطیر می‌کنند، ممکن است الکل‌شان مثلا به ۳۰ درجه برسد. اگر بخواهند آن را به درجه بالاتری برسانند، ممکن است از اتانولی استفاده کنند که کارخانه‌های پتروشیمی یا کارخانه‌های تولید اتانول از ملاس تولید کرده‌اند. یکی از مسائلی که مطرح می‌شود، این است که شاید منشأ متانول واردشده به الکل خوراکی همین باشد؛ اما باز هم نمی‌دانیم». برای ورود به چنین بحثی باید امکان گفت‌وگوی عمومی فراهم شود؛ «نوروزی» با تأکید بر این موضوع می‌گوید: «اگر این فرضیه درست باشد، می‌شود اطلاع‌رسانی کرد که کسانی که در خانه الکل تقطیر می‌کنند، از اتانول بازار برای مخلوط‌کردن با محصولشان استفاده نکنند؛ چون ممکن است خطرناک و کشنده باشد. این مدلی که من حرف می‌زنم کاملا عمل‌گرایانه است، اما برای اینکه وارد این مرحله بشویم، باید از حساسیت‌ها عبور کنیم. اول باید بتوانیم باز و محترمانه و با رعایت حساسیت‌های فرهنگی حرف بزنیم». به گفته او، یکی از ابزارهای کاهش خطر، کیت‌های تشخیص آلودگی متانول است که در ایران نیز نمونه‌ای از کیت تشخیص متانول ساخته شده است که باید با شجاعت به مردم معرفی شوند: «یک شرکت دانش‌بنیان که استادان سم‌شناسی در آن بودند، کیت آلودگی متانول در الکل را ساخته است. اگر جست‌وجو کنید، می‌بینید بعضی شرکت‌ها آن را می‌فروشند؛ اما به مردم اطلاع‌رسانی نشده که چنین کیتی وجود دارد. وقتی کسی الکل تهیه می‌کند، باید بداند که امکان بررسی آلودگی وجود دارد؛ چون ممکن است نابینا شود. چنین امکانی در کشور هست، ولی اطلاع‌رسانی نشده و نخواهد شد؛ چون کسی نیست مسئولیتش را بپذیرد. هیچ پزشک یا مسئول بهداشتی این را گردن نمی‌گیرد. شجاعتش را ندارد مصاحبه کند و بگوید چنین کیت‌هایی وجود دارد». از نظر او، برای پیشبرد چنین اقدامات پیشگیرانه‌ای، وزارت کشور و دیگر نهادها باید پشت مداخله بایستند و از مراجع مذهبی حمایت بگیرند: «وزارت کشور باید با مراجع صحبت کند، از آنها حکم بگیرد و پشتوانه داشته باشد تا بتواند کار را انجام دهد. ما تجربه چنین کاری را نیز داریم، در گذشته وقتی می‌خواستند در زندان‌ها سرنگ بدهند تا اچ‌آی‌وی منتشر نشود، پیش آیت‌الله شاهرودی، رئیس وقت قوه قضائیه رفتند و از ایشان نامه گرفتند. ایشان هم توجیهات عاطفی و حقوقی را مطرح کرد. با آن پشتوانه بود که بخش سلامت توانست در زندان‌ها متادون بدهد و به کسانی که تزریق می‌کردند بگوید دست‌کم از سرنگ مشترک استفاده نکنند. اگر راه فقهی و حقوقی باز شود، راه‌های تکنیکی هم وجود دارد».

تابوهای خودساخته

«محمدرضا قدیرزاده»، کارشناس مطالعات اعتیاد در مرکز تحقیقات پزشکی قانونی و درمانگر است. او هم درباره موج مسمومیت‌ها به «شرق» می‌گوید: «اصل مسمومیت‌ها این است که معمولا یک همه‌گیری در یک شهر یا استان داریم؛ یعنی مشروباتی که آنجا توزیع شده‌اند، حاوی متانول بوده‌اند. این مشروبات ممکن است در کارگاه‌های زیرزمینی تولید شده باشند؛ با استفاده از اتانول، اسانس و آب. در فرایند تولید گاهی افراد به دلیل ناشی‌گری یا نداشتن توجه کافی به اینکه الکلی که استفاده می‌کنند اتانول است یا متانول، مقداری متانول را با الکل مخلوط می‌کنند و متأسفانه چنین اتفاق‌هایی می‌افتد. چنین اتفاقی در قم هم افتاده است». او می‌گوید اگر مسمومیت‌ها به‌صورت موجی و در چند نقطه رخ دهند، باید احتمال توزیع یک محموله آلوده در مقیاس گسترده را جدی گرفت: «وقتی می‌بینیم یک سری موج‌های مسمومیت در یک استان و چند شهر اتفاق می‌افتد، چند روز بعد در یک استان دیگر و بعد در منطقه‌ای دورتر، باید ذهنمان برود به این سمت که متأسفانه یک محموله مشروبات الکلی تقلبی به مقدار وسیع در کشور توزیع شده است. اینجا دیگر نباید کاری داشته باشیم که مصرف مشروبات الکلی به چه صورت است یا قانونی هست یا نیست؛ یک اتفاق مغایر با سلامت در کشور دارد می‌افتد». در چنین وضعیتی اطلاع‌رسانی باید گسترده و فوری باشد؛ نه محدود به خبر کوتاهی که در ساعتی کم‌مخاطب پخش می‌شود: «لازم است از طریق رسانه‌های ملی، مثل صداوسیما، رادیو و تلویزیون، به‌صورت وسیع دراین‌باره اطلاع‌رسانی شود؛ نه اینکه ساعت ۱۲ نصف‌شب، وقتی کسی نمی‌بیند، خبر کوتاهی بدهیم که معاون بهداشتی یک دانشگاهی گفته یک مشروب الکلی توزیع شده و خطرناک است. باید برنامه‌ای داشته باشیم که گسترده باشد. حتی اگر لازم است، با کسانی که در بیمارستان‌ها درگیر این مسئله شده‌اند، مسموم شده‌اند، دیالیز شده‌اند یا بینایی‌شان را از دست داده‌اند و با پزشکان معالجشان مصاحبه کنیم. لازم نیست تصویر افراد مشخص باشد و می‌شود تصویر را محو کرد. مهم این است که اطلاع‌رسانی انجام شود». او گسترش گستره اطلاع‌رسانی به شبکه‌های اجتماعی و صفحه‌های پرمخاطب را هم ضروری می‌داند: «اگر لازم است، باید از افرادی استفاده کنیم که در شبکه‌های مجازی برنامه‌های پرطرفدار دارند. بعضی از این صفحه‌ها سه، چهار یا حتی ۱۰ میلیون دنبال‌کننده دارند. مخاطبانشان هم ممکن است همان کسانی باشند که به سمت مصرف مشروبات الکلی می‌روند و در معرض چنین اتفاقی قرار می‌گیرند؛ معمولا جوان‌ها و نوجوان‌ها طرفدار برنامه‌های این افراد هستند. باید از این مسیر هم اقدام کنیم تا اطلاع‌رسانی وسیع انجام شود و جوان‌ها و نوجوان‌ها بدانند مشروباتی که در کشور توزیع شده ممکن است آلوده باشد و احتمال مسمومیت، کوری و حتی مرگ وجود دارد». «قدیرزاده» معتقد است درحال حاضر اما اطلاع‌رسانی رسمی درباره موج‌های مسمومیت، گاه به شکلی انجام می‌شود که عملا به مردم نمی‌رسد: «وقتی موج اول اتفاق افتاد، کدام‌یک از مسئولان آمدند مصاحبه کنند، اطلاعات را در اختیار مردم بگذارند و هشدار بدهند که اگر در این چند روز مشروب مصرف کرده‌اید، ممکن است در معرض مسمومیت باشید؟ حالا که کار از کار گذشته و تعدادی مسموم شده‌اند، بعضی فوت کرده‌اند و بعضی نابینا شده‌اند، مثلا توسط معاونتی در وزارت بهداشت یک مصاحبه دوخطی انجام می‌شود. این به درد نمی‌خورد؛ چه کسی آن را می‌شنود و کجا منتشر می‌شود؟ این کار فقط برای این است که بگوییم تکلیفمان را انجام داده‌ایم». او از تجربه شخصی خود در مواجهه با محدودیت‌های اطلاع‌رسانی می‌گوید، محدودیت‌هایی که لزوما به سیاست‌های نهادهای رسمی مربوط نیست: «حدود دو ماه پیش از برنامه آقای علی ضیا با من تماس گرفتند و قرار شد درباره همین موضوع برنامه‌ای داشته باشیم، اما برنامه لغو شد. استدلالی که درباره لغو برنامه به من گفته شد این بود که شما فردی دولتی هستید و اگر با شما برنامه بگیریم، بیننده‌هایمان کم می‌شود. پس از این موج اخیر مسمومیت‌ها به فردی که رابط من با برنامه بود گفتم ای کاش آن برنامه ضبط می‌شد؛ شاید دو نفر می‌دیدند و همان دو نفر هم ممکن بود در معرض خطر باشند. ما همیشه فکر می‌کنیم فقط سیستم دولتی مقصر است که اطلاع‌رسانی نمی‌کند، درحالی‌که چنین برنامه‌ای در فضای مجازی بود و می‌توانست مخاطبان زیادی داشته باشد؛ از جمله کسانی که مصرف‌کننده‌اند». به گفته این کارشناس، محدودیت فقط به رسانه‌ها یا نهادهای رسمی مربوط نیست و به تابویی گسترده‌تر درباره صحبت از الکل برمی‌گردد: «ما متأسفانه در بحث الکل تابوی خیلی زیادی داریم؛ خودمان این تابو را درست کرده‌ایم و اجازه نمی‌دهیم مسئله باز شود. نمی‌پرسیم چرا این اتفاق می‌افتد و چه کاری باید انجام بدهیم. حتی اینکه قرار است بحث الکل در کشور چه زمانی و چطور حل شود، قابل طرح نیست. من از اولین نفرهایی بودم که حدود ۱۵ سال پیش در برنامه زنده صداوسیما درباره الکل صحبت کردم. چند سال پیش هم در برنامه‌ای اطلاعات آماری مربوط به الکل را مطرح کردم، اما همان موقع رئیس ما تماس گرفت و توبیخم کرد که چرا درباره الکل صحبت کرده‌ام. می‌خواهم بگویم از نظر سیاست‌گذاری، اطلاع‌رسانی و حتی در میان مردم، برای خودمان تابو ساخته‌ایم و اجازه نمی‌دهیم موضوع باز شود».

کاهش سن مصرف

«قدیرزاده» یکی دیگر از نگرانی‌ها را پایین‌آمدن سن مصرف‌کنندگان می‌داند؛ موضوعی که به گفته او، در موج‌های اخیر آشکارتر شده است. او می‌گوید اخیرا بررسی‌هایی محرمانه در کشور صورت گرفته که نتایج مهمی داشته است: «در آن بررسی‌ها نکته اول این بود که مصرف الکل در دهه اخیر در کشور خیلی افزایش پیدا کرده. آماری است که نمی‌توانم بگویم و مسئولان باید درباره انتشارش تصمیم بگیرند. نکته دوم، پایین‌آمدن سن مصرف در کشور است. از ۱۰ سال پیش می‌دانستیم اگر موج دیگری در کشور اتفاق بیفتد، احتمالا موارد بیشتری را در سنین پایین‌تر خواهیم دید و در موج اخیر هم این را دیدیم. نکته سوم این بود که مصرف‌کنندگان زن نسبت به مردان بیشتر می‌شوند. در کل، تعداد مصرف‌کنندگان بالا می‌رود، اما میزان افزایش در زنان بیشتر است». او پیامدهای احتمالی این روند را فراتر از مسمومیت‌های مقطعی می‌داند و به خطرهای مصرف الکل در دوران بارداری اشاره می‌کند: «خانمی که قرار است ازدواج کند، تشکیل خانواده بدهد و فرزنددار شود، ممکن است در معرض پیامدهای جدی مصرف الکل قرار بگیرد. در کشورهای اروپایی یکی از مشکلات، اختلال‌های جنینی ناشی از مصرف الکل است؛ کودکانی که از مادران مصرف‌کننده متولد می‌شوند، ممکن است مشکلات مادرزادی داشته باشند. اگر این مسئله را کنترل نکنیم، در آینده با همین مشکلات روبه‌رو خواهیم شد». به گفته او، افزایش مصرف به این معنا نیست که ایران به سطح کشورهای اروپایی یا آسیای شرقی رسیده است، اما در مقایسه با گذشته و در منطقه، روند نگران‌کننده‌ای دیده می‌شود: «نمی‌شود گفت به سطح کشورهای اروپایی یا کشورهای آسیای شرقی رسیده‌ایم؛ نه، هنوز آن‌طور نیست. اما در خاورمیانه از کشورهایی بودیم که وضعمان نسبتا بهتر بود و حالا می‌توانیم بگوییم مصرف در کشورمان دارد بالا می‌رود».

احتمال تکرار موج مسمومیت‌ها

«قدیرزاده» به تجربیات موجود در حوزه مواد مخدر اشاره می‌کند و می‌گوید امکان مداخله در حوزه الکل برابر با آنچه در زمینه مواد مخدر انجام شده نیست: «در بحث مواد مخدر، در مقطعی آمدیم قضیه را به عنوان بیماری دیدیم و بعد برای درمان افراد داروهای مخدر توزیع کردیم. در کشور خودمان هم شربت تریاک، تولید و توزیع شد. یعنی عملا سیستم بهداشت و درمان توزیع داروهای مربوط به درمان این افراد را بر عهده گرفت. در بعضی کشورهای اروپایی برای مصرف هروئین، خودشان ماده را کنترل و توزیع می‌کنند و حتی به مصرف‌کننده می‌دهند تا ناخالصی نداشته باشد و باعث مرگ‌ومیر و مشکلات شدید نشود. در بحث الکل نمی‌توانیم این‌طور فکر یا عمل کنیم، چون ممنوعیت شرعی وجود دارد. ما کشوری مثل ترکیه یا کشورهای دیگر نیستیم که با وجود اسلامی‌بودن، مصرف آزاد باشد. بنابراین باید بیشتر اطلاع‌رسانی کنیم و درباره مضرات مصرف الکل، مشکلات و خطرهایش حرف بزنیم». «قدیرزاده» معتقد است محدودکردن گفت‌وگو درباره الکل به علت، گاه نتیجه معکوس دارد: «در کشورهای اروپایی، بخش زیادی از تبلیغات درباره مضرات مصرف الکل است؛ ما هم باید درباره سلامت و پیامدهای مصرف اطلاع‌رسانی کنیم». او هشدار می‌دهد اگر برخورد با مسئله به همین شکل ادامه پیدا کند، موج‌های مسمومیت دوباره تکرار خواهند شد: «این داستان همچنان ادامه پیدا خواهد کرد. اگر بخواهیم با این رویکرد برخورد کنیم، دفعه بعد هم موج‌های مسمومیت را خواهیم دید، مرگ‌ومیر بیشتری خواهیم داشت، دستگاه‌های دیالیزمان درگیر می‌شوند و متأسفانه باید منتظر موج‌های بزرگ‌تری باشیم».

از ممنوعیت تا مدیریت بحران

داستان نوشیدنی‌های الکلی در ایران هم‌زمان دو وجه حقوقی و درمانی دارد؛ از یک سو تولید، واردات، نگهداری و عرضه آن در چارچوبی کیف