

یادداشت

در نشست «همبستگی، تاب‌آوری و امید در بحران» عنوان شد

امید در روزگار سخت

در روزهایی که بحران‌های بی‌دریی، معنای تلاش و آینده را برای بسیاری از افراد زیر سؤال برده است، امید دیگر صرفا خوش‌بینی به فردا نیست؛ بلکه تلاشی برای ایستادن در برابر یأس، حفظ کرامت انسانی و ادامه کنشگری در دل واقعیت‌های دشوار است. «سمیه توحیدولو»، جامعه‌شناس و استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی و «محمدمهدی مجاهدی»، استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی و استاد علوم سیاسی، سخنران‌های نشست «همبستگی، تاب‌آوری و امید در بحران» بودند و در باب امید صحبت کردند. توحیدولو، به‌عنوان اولین سخنران، با اشاره به بحران‌های متعددی که جامعه امروز را در بر گرفته، شکل‌گیری پرسش‌های بنیادین درباره معنای تلاش و کنشگری را ناشی از وضعیت شکننده کنونی می‌داند و می‌گوید: «اگر بخواهیم درباره امید صحبت کنیم، آن چیزی که می‌دانم این است که وقتی به دوروبرمرسان نگاه می‌کنیم و بحران‌های متعددی را در جامعه امروزمان می‌بینیم، یک سؤال بزرگ برای ما شکل می‌گیرد: اصلا چرا باید کار کرد؟ این وضعیت را در فضای دانشگاهی، در خانه و خانواده و سایر فضاهای اجتماعی می‌بینیم. «خب من الان تلاش کنم چه می‌شود؟ درس بخوانم که چه بشود؟ بروم سر کار که چه بشود؟». به نظر می‌آید آن قدر وضعیت ما شکننده و توفانی است که باعث شده افراد به نوعی درگیر این پرسش‌های مکرر درونی شوند. واقعیت قضیه هم این است که به این پرسش‌ها با دو شکل جواب داده می‌شود: بعضی از این مدل پاسخ‌ها یک نوع خوش‌بینی ساده‌لوحانه و مسکن‌وار دارد. بعضی این خوش‌بینی را اساسا تعبیر می‌کنند به امری مثل مسائل مزاجی و امثالهم. خوش‌بینی به‌تنهایی مقوله‌ای نیست که بشود به آن تکیه کرد». او ادامه می‌دهد: «یکی دیگر از پاسخ‌ها هم می‌تواند این باشد که در شرایط فعلی، یأس و بدبینی فلج‌کننده‌ای وجود دارد که افراد را نگه می‌دارد. اما نکته اینجاست که در هر وضعیتی، ما با یک انفعال روبه‌رو هستیم؛ چه خوش‌بینی مسکن‌وار داشته باشیم و چه دچار یأس فلج‌کننده باشیم. هر دو اینها بهانه‌ای است برای شانه خالی‌کردن از زیر بار مسئولیت‌هایی که افراد دارند. به نظر می‌رسد وقتی ما از خوش‌بینی حرف می‌زنیم، کسی که در این وضعیت قرار دارد، خودبه‌خود دست روی دست می‌گذارد و کار خاصی نمی‌کند و آن کسی هم که یأس و بدبینی دارد، از آنجا که همیشه درگیر این است که من می‌دانم اتفاق مثبتی نمی‌افتد، باز به یک انفعال می‌رسد و یک جا می‌نشیند و کاری نمی‌کند». او در ادامه صحبت‌هایش به ارتباط امید و شرایط بحرانی اشاره می‌کند: «نکته جالبی که وقتی کتاب‌های مرتبط با امید را می‌خوانیم، می‌بینیم، این است که اغلب این کتاب‌ها در زمان‌های بحران نوشته شده‌اند. مثلا یکی از مهم‌ترین کتاب‌ها کتاب «اصل امید» است که «ارنست هکینگ» نوشته و دقیقا در سال ۱۹۳۰ است؛ یعنی هم‌زمان با جنگ جهانی دوم. کتاب «فرانکل» را که می‌بینید دقیقا تجارب خودش از حضور در اردوگاه‌های کار اجباری است. به همین شکل که نگاه می‌کنیم، بخش زیادی از آثار ماندگار ما درباره امید مربوط به دوره‌هایی است که اتفاقا تاریکی بسیار گسترش پیدا کرده و این تاریکی است که به شما در مورد ضرورت امید رهاوردی می‌دهد، حرفی می‌زند و شما را وامی‌دارد که درباره امید حرف بزنید». این جامعه‌شناس با تفکیک انواع امید به تبیین وجوه تمایز آنها می‌پردازد: «ما یک امید کاذب داریم که خیلی هم باب است. خیلی از چیزهایی که درباره امید گفته می‌شود، همان امید کاذب است، همان خوش‌بینی ساده‌لوحانه، همان چیزی است که آدم‌هایی که روی موضوع امید کار می‌کنند اغلب از آن دور می‌شوند و به آن نگاه مثبتی ندارند. در این نگاه گویی اساسا نوعی چشم‌پ بستن به روی واقعیت‌های موجود و انضمامی در جامعه وجود دارد و تصور می‌شود که یک شانس هست و مبتنی بر این شانس اتفاقات رخ می‌دهد؛ ما امیدواریم آن شانس مدنظرمان سر برسد، امیدواریم آن لحظه موعود برسد، امیدواریم آن تقدیر کار خودش را بکند و... . امید دومی هم وجود دارد که همان امید در عرصه روان‌شناسی است. «اشنایدر» که روان‌شناس معروفی است، کتاب‌ها و آزمایش‌های معروفی درباره فضای امید دارد. به اعتقاد او، امید، شناختی و هدف‌محور است. در این تعریف از امید، اساسا نگاه یک نوع روکرد محاسبه‌گر، فردی و هدفمند است؛ یعنی آدم‌ها هدفی را مشخص می‌کنند و بزرگترین هدف‌هایی را که برای رسیدن به این هدف معلوم می‌شود، دنبال می‌کنند. مثل یک کوهنورد که می‌خواهد به قله برسد؛ تجهیزاتش را بررسی می‌کند، از قبل برنامه‌ریزی می‌کند و... . او «امید» دارد و برای رسیدن به آن تلاش می‌کند. این امید، هدف‌محور است، ولی یک مشکل دارد؛ چون فردی است خیلی وقت‌ها مسائل و وسایل و بحران‌ها و آسیب‌های دیگری را که در جامعه می‌تواند وجود داشته باشد، نمی‌بیند. گاهی وقت‌ها مثل الان خیلی از ماها می‌گوییم امیدواریم زخمی نداشته باشیم، به دلیل شرایط، به دلیل بحران‌ها، به دلیل اینکه نمی‌دانیم چه‌نیم لحظه جنگ هست یا نیست، فردا جنگ می‌شود یا نمی‌شود، به دلیل همه این شرایط، ممکن است اهدافمان گنگ و مبهم شود. «توحیدولو» در ادامه به مفهوم امید انضمامی، فعال و پیوند آن با واقعیت‌های عینی اشاره می‌کند و می‌گوید: «ما یک امید انضمامی فصال یا آموزش دیده داریم؛ یک امید واقعی‌بینانه. این امیدی است که افراد در آن شور و رؤیا و تخیلاتشان را در هوارها نگرده‌اند، روی زمین آورده‌اند و با مقوله‌ها و واقعیت‌های زمینی پیوند داده‌اند. یعنی یک مسئله انتزاعی نیست و کاملا از امکان‌های عینی‌شان بهره می‌برند برای اینکه بتوانند آن امیدواری را حفظ کنند. در این مدل از امیدواری، بحث ضمیر ناخوداکاه «فرویدی» مطرح است، در این بحث‌ها می‌گویند خیلی‌ای از کارهایی که ما انجام می‌دهیم، مبتنی بر ضمیر ناخوداکاه است. ولی «ارنست بلوخ» برای تعریفی که از آن آم می‌دهد، می‌گوید که ضمیر ناخوداکاه نیست که در این فضا به کمک ما می‌آید، آن ضمیری است به اسم «هنوز ناگاکه». یعنی این امیدواری هم مختص به امری در آینده است، ضمیر هنوز ناگاکه ما و آن بخشی از ما که در مواجهه با آینده است، درگیر می‌شود؛ یعنی آن بخشی از ما که پیشتر است. آن بخشی از زمان حال برای ما مهم است که آینده در آن ساخته و پرداخته می‌شود». او با اتصال این مفهوم به شأن اخلاقی و امید تراژیک توضیح می‌دهد: «فرد امیدوار ضرورتا فردی خوش‌بین نیست. ممکن است بداند هدفش دست‌نیافتنی است، اما با یاقشاری و کارمات‌ها و اخلاق تلاش می‌کند یا قهرجه و سوگ، چشم در چشم شود. او مثل سوگواری است که تلاش می‌کند قربانی و عزیزش، غبار فراموشی نگردد. این همان امید تراژیک است. شاید فضایی که اکنون در آن قرار داریم از همین نوع امید است». «محمدمهدی مجاهدی»، استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی و استاد علوم سیاسی است. او سخنران دیگری این نشست بود و با بازخوانی نسبت میان امید، عقلایت و معرفت‌شناسی، امید را پیوندخوره با نوعی فروتنی بنیادین می‌داند. او با مقایسه جایگاه امید در سنت‌ها و فرهنگ‌های گوناگون می‌گوید: «شما می‌دانید که امید در همه فرهنگ‌ها ستوده نیست. در فرهنگ‌های شرقی امید مدموم است و یکی از دلایلش غرور یا سرکشی است که برخی منتقدان فرهنگ امید در آن دیده‌اند و خوانده‌اند؛ سرکشی و غرور، یک جور اراده‌گرایی خام و نیندیشیده و نستجیده. واقعیت این است که کاملا برعکس، در فرهنگ‌های ادیان معطوف به ادیان غربی، یعنی یهودیت، مسیحیت و اسلام که امید ستوده شده، منظور نوعی تواضع معرفتی است. خیلی‌ها امید را از این زاویه دیده‌اند و در نقد و نکوهش آن کوشیدند؛ ولی در واقع کسانی که در فرهنگ‌های ستاینده امید، خصوصا فرهنگ‌های معروف به ادیان غربی، به امید سفارش کرده‌اند، ما را مقدم بر امید و به نوعی تواضع و فروتنی معرفتی فراخوانده‌اند».

محمدحسین موسوی: «مردم به دلیل گرانی گاهی نمی‌توانند هزینه کل دوره درمان را یکجا پرداخت کنند؛ برای مثال به‌جای مصرف کامل دارو، خرید خود را به ۱۰روز کاهش می‌دهند و عملا نصفه‌ونیمه گذاشتن دوره درمان را انتخاب می‌کنند تا هزینه کمتری بپردازند». این روایت یکی از داروسازان است؛ کسی که هر روز تعداد زیادی نسخه می‌بیند و شاهد ناتوانی مالی بسیاری از بیماران است. نسخه‌ها در داروخانه‌ها دیگر کامل پیچیده نمی‌شوند و بیماران بیش از دستور پزشک، در حساب‌وکتاب مالی خود فکر می‌کنند. افزایش مداوم قیمت دارو در سایه ناتوانی بیمه‌ها و سیاست‌های نافرجام، مصرف دارو در بین مردم را از یک فرایند درمانی به یک فرایند اقتصادی و در مواردی به یک تصمیم سخت درباره ترک اجباری درمان تبدیل کرده است. گفت‌وگو با شهروندان و پزشکان داروساز تصویری تلخ ترسیم می‌کند: بیماران توان پرداخت ندارند. بیمه‌ها عقب‌نشینی کرده‌اند، داروخانه‌ها چک‌هایشان برگشت خورده و درمان به انتخابی طبقاتی و اقتصادی تبدیل شده است.

داروی گران، ترک درمان

«بعد از پایان جنگ ۱۴روزه داروهایی که برای افسردگی و ای‌دی‌اچ‌دی مصرف می‌کردم، تمام شد و جرئت نکردم برای خرید دوباره اقدام کنم. در نتیجه شروع به کم‌کردن آرام مصرف داروها کردم تا فشار مالی‌ای را که قیمت بالای داروها ایجاد می‌کرد، کاهش دهم». «سارا»، دختری ۲۳ساله است. او می‌گوید قیمت داروهایش افزایشی بسیار زیاد داشته است: «اولین نسخه‌ام را اواسط سال ۱۴۰۳ نزدیک به ۲۰۰ هزار تومان خریدم، اما بعد از جنگ که برای خرید دوباره مراجعه کردم، دیدم قیمت همان نسخه به نزدیک یک میلیون تومان رسیده است». او تأکید می‌کند که کاهش مصرف دارو، بر زندگی روزمره‌اش تأثیر جدی داشته است: «خیلی وقت‌ها این احساس را داشتم که وقتی داروهایم را مصرف نمی‌کنم، خواب‌آلود و بدحالم، از سستی بخشی از داروهایم مربوط به خواب بود و مدتی طولانی به علت مصرف‌نکردن آنها خواب خوبی نداشتم. تا اینکه سرانجام مدتی پیش وقتی یک سایت فروش دارو برای ملاتونین تخفیف گذاشته بود، آن را خریدم. ولی خب باقی داروها را نتوانستم با تخفیف بخرم». «سارا»، می‌گوید که در موارد دیگری نیز افزایش قیمت دارو بر زندگی او تأثیر گذاشته است: «به‌طورکل بدن ضعیفی دارم و وقتی تحت فشار کاری و فیزیکی زیاد قرار می‌گیرم، مجبورم به دستور پزشک سرم تقویتی مصرف کنم؛ تا پیش از جنگ حدودا صد تا ۲۰۰ هزار تومان برای تزریق هر سرم پرداخت می‌کردم، اما حالا این رقم به ۶۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان رسیده است». اخیرا سرم‌هایوردگی ساده یکی از دوستان او نیز باعث شده او بار دیگر وضعیت وخیم قیمت درمان را تجربه کند: «چند هفته پیش با نفر از دوستان من مریض شدند؛ یکی از آنها گفت نمی‌خواهد هزینه کند و ترجیح می‌دهد در خانه با استراحت و دمنوش خود در درمان کند، اما دیگری حالش بسیار بد شد و نیاز داشت به دکتر برود. من او را همراهی کردم و دیدم بدون احتساب هزینه ویزیت پزشک، تنها برای سرم و آنتی‌بیوتیک نزدیک به دو میلیون تومان پرداخت کرد که رقم بسیار بالایی بود».

نسخه‌های گرینشی

«حسین‌زاده» داروخانه‌ای محلی در یکی از کوچه‌های گیشا دارد که در آن خبری از بیماران خاصی نیست، اما همین محلی‌بودن و داشتن مشتری‌های آشنا و تکراری، وضعیت فعلی را برای او دردناک‌تر از دیگران کرده است: «در این چند ماه مدام بیماران می‌آیند که وقتی قیمت نهایی نسخه‌شان را می‌گویم، شروع به حساب‌وکتاب کرده و در نهایت نصف یا حتی کمتر از نصف داروهایشان را می‌برند. چند روز پیش خانمی که مسئول‌ا‌دهش را می‌شناسم و خانواده‌ای با چند سرتیاز خانوادگی را که بزرگوار هستند، به داروخانه آمد و تنها برای ۱۰روز داروهای مریضی پسر کوچکش را خرید و گفت باقی را آخر ماه می‌خرد». او می‌گوید که در این شرایط پوشش ناکافی بیمه‌ها نیز باعث شده بیماران بیشتر به انتخاب گرینشی در بین داروهای خود رو بیاورند: «آقای میناسالی هست که اتفاقا همسایه ماست، او دیابت دارد و هر بار برای خرید داروهای خود می‌آید می‌گوید فقط به تعدادی به او دارو بدهیم که بیمه پوشش می‌دهد. برای مثال دکتر اگر سه بسته قرص نوشته است، نهایتا یک تا دو بسته را می‌برد، چون بیمه بیشتر از این تعداد را پوشش نمی‌دهد. او می‌گوید با مشورت گرفتن از دوستان خود که آنها نیز دیابت دارند، میزان مصرف خود را تغییر داده و مجبور نشود داروهای را که بیشتر از پوشش بیمه هستند، خریداری کند». این داروساز می‌گوید مصرف گرینشی دارو ممکن است به سلامت عمومی جامعه آسیب برساند: «وقتی فردی بدون درمان کامل بیماری‌اش، برای اینکه بتواند معیشت خود را تأمین کند تصمیم به سر کار رفتن و حضور در جامعه می‌گیرد، ممکن است بیماری‌اش را به دیگران سرایت دهد و آنها را نیز درگیر کند». «حسین‌زاده» به تفاوت موجود در پوشش بیمه اشاره کرده و می‌گوید افزایش قیمت داروها در حال طی‌کردن روندی سرسام‌آور است: «یک ورق قرص مسکن ژلوفن الان حدودا ۹۰ هزار تومان قیمت دارد؛ این نشان‌دهنده یک افزایش بسیار زیاد نسبت به پیش از جنگ است که اگر اشتباه نکنم ۳۰ تا ۴۰ هزار تومان قیمت یک ورق قرص ژلوفن بود. الان وضعیت به این صورت است که ما مدام در حال افزایش قیمت داروها هستیم؛ یعنی اگر قبلا کسی از می‌پرید فلان دارو و نسخه چقدر می‌شود و برای او یک تخمین سریع می‌زد، الان باید در سیستم چک کنم چون حتما قیمت آن دارو تغییر داشته است».

از قیمت بالا تا نسخه‌هایی با محدودیت‌های زمانی

«افزایش قیمت دارو هم برای خودم و هم برای مادرم که ناراحتی قلبی دارد، تأثیر بسیار زیاد و بزرجایی داشته است. برای مثال دارویی که به‌طور روتین‌س برای درمان مایع گوش میانی مصرف می‌کنم، بیش از این سه ورق آن را صد هزار تومان می‌خریدم، اما در حال حاضر تنها برای یک ورق آن باید ۸۰ هزار

گزارش «شرق» از ناتوانی بیماران در خرید داروهای تجویزی و بی‌پولی داروخانه‌ها

نسخه‌های گران، گرینشی و ناقص

بیماران توان پرداخت ندارند، بیمه‌ها عقب‌نشینی کرده‌اند، داروخانه‌ها چک‌هایشان برگشت خورده و درمان به انتخابی طبقاتی و اقتصادی تبدیل شده است



علی‌اکبر

تومان بپردازم». «حسینی» زنی در دهه پنجم زندگی است. مادر او بیماریِ حاد قلبی دارد: «نادرمان ناراحتی قلبی دارد و تعداد داروهای مصرفی‌اش بسیار بالاست؛ او روزانه حدود ۱۷ قرص مصرف می‌کند. این داروها علاوه بر اینکه به‌شدت گران شده‌اند، کمبود زیادی هم دارند. پیش از این روال پزشکان برای بیماران قلبی به این صورت بود که نسخه‌ها را سه‌ماهه تجویز می‌کردند؛ مثلا دارویی که باید روزی یک عدد مصرف شود، برای سه ماه ۹۰ عدد نوشته می‌شد. اما اکنون به ما می‌گویند فقط برای یک ماه دارو تحویل می‌دهند. این وضعیت برای بیماران سالمند و کسانی که بیماری‌شان پیشرفته است و خودشان توان پیگیری ندارند یا نیاز به همراه دارند، مشکلات بزرگی ایجاد کرده؛ چراکه هر ماه باید مجددا برای تهیه آن مراجعه کنند. دوباره وقت بگیرند، هزینه ویزیت مجدد پزشک بپردازند و بار مالی رفت‌وآمد را تحمل کنند». او می‌گوید این وضعیت باعث شده هزینه جدیدی بر بیماران تحمیل شود: «وقتی دارو برای دوره سه‌ماهه داده می‌شد، بیمار و خانواده دیگر مجبور نبودند هر ماه هزینه ویزیت اضافه به پزشک و هزینه‌های گزاف تردد شهری بپردازند. اما در حال حاضر این سه هزینه به صورت ماهانه به یک فرد بازنشسته و مبتلا به ناراحتی قلبی تحمیل می‌شود که راه درمانی دیگری هم ندارد. قهرجه‌باترر اینکه با توجه به ترافیک تهران و ناتوانی جسمی بیمار، برای تهیه برخی داروهای کمپاب باید ابتدا به پزشک مراجعه کرد تا دوباره بنویسد، سپس به هلال‌احمر رفت تا در مواردی نسخه را تأیید کنند و در نهایت دارو تحویل داده شود. اما در بیشتر موارد همان دارو هم موجود نیست و فرد مجبور است مسافت‌های طولانی تا مراکزی مانند هلال‌احمر یا داروخانه ۲۹ فروردین طی کند و در نهایت هم با این پاسخ مواجه شود که دارو موجود نیست یا توزیع نشده است». «حسینی» درباره کیفیت و میزان پوشش‌های بیمه‌ای در کاهش این بحران می‌گوید: «بیمه من تنها بخشی از هزینه ویزیت را پرداخت می‌کند و برای دارو عملا هیچ هزینه‌ای در نظر نگرفته است. در مورد مادرم نیز وضعیت مطلوب نیست؛ اگر داروها در بیمارستان‌ها و مراکز تحت پوشش خود بیمه موجود باشد، حدود ۴۰ درصد هزینه‌ها پرداخت می‌شود. در گذشته این ۴۰ درصد برای ما چندان به چشم نمی‌آمد و تفاوتی نمی‌کرد که از کدام داروخانه خرید کنیم، اما اکنون با توجه به تورم سنگین دارو و عدم تناسب حقوق کارمندان و به‌خصوص بازنشستگان با این گرانی‌ها، نادرمان ساعت‌ها جست‌وجو کنیم تا همان مراکز خاص را بیابیم و از تخفیف ۵۰درصدی استفاده کنیم؛ هرچند معضل اصلی این است که حتی همان داروخانه‌های تحت پوشش نیز در اغلب موارد داروها را موجود ندارند». به گفته او، امکان جایگزینی داروها وجود ندارد: «امکان استفاده از داروهای گیاهی یا جایگزین‌های ارزان‌تر برای بیمارهای حساسی مثل بیماری قلبی اصلا وجود ندارد؛ چون تداخل دارویی ایجاد می‌کند. در مورد خود من نیز امکان جایگزینی کامل نبود، اما در مواردی به دلیل گرانی دارو، سعی کردم مصرف را تعدیل کنم؛ برای مثال زمان‌هایی که سرگیجه ناشی از گوش میانی داشتم، تلاش کردم تا جای ممکن به جای مصرف منظم دارو، با ترکیباتی مثل زنجبیل و عسل علائم را کنترل کنم تا نیاز به خرید داروی گران‌قیمت کمتر شود».

از بیمه تا داروساز؛ یک چرخه معیوب

«محمود هادی‌پور» داروخانه‌دار است. او با اشاره به منطق اقتصادی افزایش قیمت‌ها و نقد ادعاهای تولید داخل می‌گوید: «کسی نمی‌تواند انتظار داشته‌شود کشور تورم وجود داشته باشد، اما قیمت دارو ثابت بماند؛ بنابراین افزایش قیمت دارو در شرایط تورمی یک امر کاملا طبیعی است. اما مسئله اساسی اینجاست که ما سال‌ها ادعا کردیم تولیدکننده دارو هستیم و ماده اولیه تولید می‌کنیم تا وابستگی ارزی کاهش یابد و اثر تغییرات اولیه ارز بر دارو به حداقل برسد. با این حال، آنچه در عمل مشاهده می‌شود، این است که تأثیر نوسانات ارز بر قیمت دارو کاملا یکسان و متناسب با تغییرات نرخ ارز است. باید بررسی شود که چرا چنین اتفاقی می‌افتد؛ آیا آن تولید ادعاشده یک تولید واقعی نبوده است؟ اگر تولید واقعی نبوده، چرا این همه سال به بهانه حمایت از تولید داخل، مردم و بیماران را تحت فشار قرار دادیم؟ این مسئله بسیار مهمی است، وگرنه تغییرات قیمتی فنفسه و در حد خودش طبیعی است». او درباره هزینه‌هایی که یک بیمار در این روزها برای تهیه داروی خود باید بپردازد، می‌گوید: «هزینه‌ها کاملا متفاوت است و نمی‌توان یک رقم ثابت برای بیماری‌هایی مثل فشار خون یا دیابت گفت؛ در دیابت ممکن است یک بیمار متفوقرمن مصرف کند و بیمار دیگر نیازمند داروهای بسیار گران‌قیمت باشد. با این حال، در ساده‌ترین و معمولی‌ترین حالت ممکن، برای یک سرماخوردگی ساده که تنها نیازمند خرید یک تا دو ورق قرص باشد، بیمار باید حدود ۵۰ تا ۶۰ هزار تومان و در دقیق‌ترین حالت حدود ۶۱ هزار تومان هزینه کند که این عدد عملا از پوشش حمایتی بیمه خارج است. در مواردی مثل دیابت نیز در سده‌ت‌رین شکل، یعنی در حالتی که بیمار تنها یک عدد قرص متفوقرمن در روز مصرف

کند، رقمی در حدود ۲۰۰ هزار تومان حداقل هزینه‌ای است که باید توسط فرد بیمار پرداخت شود». این داروخانه‌دار، عملکرد بیمه‌ها را یکی از معضلات اصلی زنجیره سلامت می‌داند: «بیمه اکنون به یک معضل بزرگ در سیستم سلامت کشور تبدیل شده است. بیمه‌ها حمایت خاصی از این هزینه‌ها انجام نمی‌دهند و از سوی دیگر پول داروخانه‌ها را به‌موقع پرداخت نمی‌کنند. وقتی پول داروخانه پرداخت نشود، کل چرخه دارورسانی دچار اختلال می‌شود؛ داروخانه پول ندارد دارو بخرد، شرکت پخش دارو تحویل نمی‌دهد و در نتیجه شرکت تولیدکننده هم نمی‌تواند تولید کند. علاوه بر این، افزایش رسمی قیمت داروها در سامانه بیمه‌ها نیز در بسیاری از موارد با تأخیر اعمال می‌شود و این موضوع وقتی با پرداخت‌نشدن مطالبات داروخانه‌ها از سمت بیمه‌ها همراه می‌شود، انگیزه و رغبت داروخانه‌ها را برای فعالیت کاهش می‌دهد».

درمان نصفه‌ونیمه رها می‌شود

او درباره چالش‌های تأمین دارو و آیین‌نامه‌های اخیر توضیح می‌دهد: «چالش نقدینگی مثل گذشته بسیار زیاد شده و رقابت‌ها پیچیده است. این وضعیت از معضلاتی است که مسئولان با آیین‌نامه‌های اخیر خلق کرده‌اند؛ داروخانه‌ها نمی‌توانند چک‌های خود را به شرکت‌های توزیع به‌موقع پاس کنند و وقتی نتوانند طب شرکت را تسویه کنند، دارویی به آنها تحویل داده نمی‌شود که این روند کل بازار دارو را به هم ریخته و شرایط را سخت‌تر کرده است. تنها راهکار در شرایط فعلی این است که دولت از طریق بیمه‌ها نقدینگی فوری به سیستم دارویی تزریق کند تا بدهی‌هایشان را کاهش دهند و داروخانه‌ها بتوانند سریا بایستند». «هادی» نگاهی انتقادی به سیاست‌های انحصاری‌ای که تحت عنوان حمایت از تولید داخلی نام می‌گیرند، دارد: «در شرایط فعلی نباید با اصرار بی‌منا بر حمایت از تولید، دسترسی مردم را محدود کرد؛ اگر قیمت تولید داخل از داروهای ژنریک ساده در بازار جهانی بالاتر می‌رود، طبیعی است که باید موانع بر برداشت و واردات ژنریک‌های ارزان‌قیمت از دنیا را انجام داد. البته در حال حاضر در حوزه واردات نیز به دلیل انسداد و محدودیت‌های خطوط کشتیرانی و هوایی با چالش مواجه هستیم و واردکردن ماده اولیه و محصول نهایی بسیار سخت شده است. او در پایان درباره مواجهه مراجعان با گرانی دارو و تغییر در رفتارهای بیمری بیماران می‌گوید: «مردم به دلیل گرانی گاهی نمی‌توانند هزینه کل دوره درمان را یکجا پرداخت کنند، برای مثال به جای مصرف کامل دارو، خرید خود را به ۱۰روز کاهش می‌دهند و عملا نصفه‌ونیمه گذاشت دوره درمان را انتخاب می‌کنند تا هزینه کمتری بپردازند. وقتی درآمد و حقوق عموم مردم متناسب با تورم افزایش پیدا نمی‌کند، بسیار طبیعی است که با این فشار اقتصادی، بیماران دست به تغییر دوره درمان یا خرید مقطعی دارو بزنند».

دارو، حق است

داروکالایی مصرفی نیست، بلکه حقی است که عموم جامعه باید به آن دسترسی داشته باشند. در «ميثاق بين المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» که ایران نیز هم‌اکنون عضو آن است، این حق به‌عنوان «حقی حیاتی و غیرقابل تعلیق» اعلام شده است. در ماده ۱۲ این میثاق‌نامه بر «حق هر انسان برای بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی» تأکید شده است و ذیل این ماده بر وظیفه کشور‌های عضو در ایجاد شرایطی که در صورت ابتلا به بیماری، خدمت و مراقبت‌های پزشکی برای عموم جامعه در دسترس باشد، اشاره شده است. در تفسیر رسمی این میثاق‌نامه که با عنوان «تفسیر عمومی شماره ۱۴» به ثبت رسیده، «کمیت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل» اعلام کرده که «دسترسی به داروهای ضروری و حیاتی» از تعهدات اساسی کشور‌های عضو بوده و این دسترسی شامل چهار بُعد است: نبود تبعیض، دسترسی فیزیکی، دسترسی اقتصادی و دسترسی به اطلاعات. در نتیجه اگر در کشوری افزایش قیمت دارو باعث کاهش دسترسی اقشار مختلف جامعه به درمان شود، «حق هر انسان برای بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی» نقض شده است. اما این «میثاق» تنها مرجعی نیست که بر حق دسترسی افراد به دارو تأکید کرده است؛ در ماده ۲۵ «اعلامیه جهانی حقوق بشر» بر حق همکان در دسترسی به سطح مناسبی از مراقبت‌های پزشکی که تأمین دارو نیز لازمه تحقق آن است، اشاره شده است؛ همین‌طور در خدمات درمانی و دارویی شورای حقوق بشر» در سال ۲۰۰۹ رسما گفته شده که «دسترسی به دارو‌ها یکی از عناصر بنیادین حق بر سلامت است» و دولت‌ها مکلف به اتخاذ سیاست‌هایی هستند که از انحصارات تجاری یا قیمت‌های بالا که مانع دسترسی عموم مردم به دارو می‌شود، جلوگیری کنند. در «کنوانسیون حقوق کودک» و «کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان» نیز بر دسترسی به خدمات درمانی و دارویی به‌عنوان حق و وظیفه‌ای اساسی تأکید شده است.

یادداشت

سیاست‌در برابر زندگی

حسام‌محمدی

دکترای جامعه‌شناسی

جنگ و صلح، دو شیوه متفاوت از سازمان‌دادن زندگی اجتماعی هستند. جنگ، حتی زمانی که میدان نبرد از خیابان‌ها و خانه‌ها فاصله دارد، می‌تواند منطق خود را به اقتصاد، فرهنگ، رسانه، روابط اجتماعی و افق انتظارات شهروندان گسترش دهد و خودش را به این حوزه‌ها تحمیل کند. در مقابل، صلح برای جامعه چیزی فراتر از توقف شلیک هاست؛ امکان بازگشت به زندگی، بازسازی افق آینده و بازیابی اطمینان ازدست‌رفته به فرداست. از همین منظر، نزاع بر سر جنگ یا صلح را نمی‌توان تنها در سطح محاسبات نظامی و ملاحظات دیپلماتیک فهم کرد. این نزاع، هم‌زمان نزاعی بر سر تعریف مسئله، تعیین اولویت‌ها و نسبت میان قدرت سیاسی و تجربه زیسته جامعه است.

مسئله از جایی آغاز می‌شود که زبان سیاست‌گذار از زبان جامعه فاصله می‌گیرد. سیاست‌گذار ممکن است وضعیت کشور را در چارچوب تهدیدهای امنیتی، موازنه قدرت، بازدارندگی و ضرورت ایستادگی صورت‌بندی کند؛ حال آنکه شهروندان همان وضعیت را در قالب دشواری معیشت، نااطمینانی اقتصادی، نگرانی برای آینده فرزندان، اختلال در برنامه‌های زندگی و فرسایش امکان تصمیم‌گیری تجربه می‌کنند. این دو صورت‌بندی لزوما یکدیگر را نفی نمی‌کنند؛ امنیت ملی و امنیت زندگی روزمره می‌توانند به یکدیگر وابسته باشند. مسئله زمانی پدیدار می‌شود که یکی از این دو سطح، دیگری را به حاشیه براند و تجربه روزمره مردم در تعریف مسائل عمومی جایگاهی ثانویه پیدا کند. این واضح است که سیاست در تمام لحظات زندگی جامعه حضور دارد. شهروند، جنگ را تنها از خلال اخبار و تحلیل‌های راهبردی درک و دریافت نمی‌کند، آن را در قیمت‌ها، تصمیم‌های به‌تعویق‌افتاده، اضطراب خانواده، تردید درباره مهاجرت یا ماندن و دشواری تصور آینده نیز تجربه می‌کند. از این‌رو، آنچه ممکن است در سطح رسمی به‌عنوان یک ضرورت راهبردی تعریف شود، در سطح زندگی روزمره می‌تواند به تجربه‌ای ممتد از تعلیق و بی‌ثباتی تبدیل شود. اینجاست که این پرسش جامعه‌شناختی اهمیت می‌یابد که آیا سیاست‌گذاری توانسته میان ضرورت‌های امنیتی و نیازهای اجتماعی پیوند برقرار کند یا زندگی مردم ناخواسته به تغییری تابع در معادلاتی تبدیل شده است که بیرون از تجربه آنان تعریف می‌شود؟

در این میان، باید به یک تمایز اساسی توجه کرد: خواست زندگی عادی الزاما به معنای بی‌اعتنایی به امنیت ملی، نادیده‌گرفتن تهدیدهای خارجی یا پذیرش هر نوع توافقی نیست. جامعه ممکن است هم‌زمان خواهان دفاع از کشور، حفظ کرامت ملی و پایان‌یافتن وضعیت منازعه باشد. بنابراین، فروکاستن مطالبه صلح به ضعف، ترس یا بی‌تفاوتی سیاسی، نه‌تنها تحلیلی نارسا از جامعه ارائه می‌کند، بلکه امکان فهم واقع‌بینانه ترجیحات و نگرانی‌های شهروندان را نیز کاهش می‌دهد. خواست صلح می‌تواند از دل دغدغه امنیت برآید؛ همان‌گونه که مطالبه امنیت، لزوماً به معنای حمایت نامحدود از تداوم منازعه نیست.

از منظر سیاست‌گذاری عمومی، این مسئله را می‌توان شکاف میان تعریف سیاستی مسئله و تعریف اجتماعی مسئله نامید. سیاست‌گذار ابتدا مسئله‌ای را تشخیص می‌دهد، آن را در چارچوبی خاص صورت‌بندی می‌کند و سپس اهداف و ابزارهای مداخله را بر همان مبنا سامان می‌دهد. اما اگر این صورت‌بندی با تجربه و اولویت‌های گروه‌های اجتماعی فاصله داشته باشد، حتی سیاست‌هایی که از منظر دستگاه تصمیم‌گیری واجد انسجام هستند نیز ممکن است از منظر جامعه نامتناسب یا پرهزینه به نظر برسند. در چنین شرایطی، مسئله فقط احتمال خطای تصمیم نیست؛ مسئله کاهش ظرفیت نظام سیاست‌گذاری برای شنیدن جامعه و اصلاح مسیر بر مبنای بازخوردهای اجتماعی است.

یادداشت کامل را در سایت شرق بخوانید