



تأثیر سیاست‌های نئولیبرالی بر بهره‌مندی افراد معلول به حق سلامت

علی فریور

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
(نویسنده مسئول)

a.farivar136236@gmail.com

سمیه خدادادی قندهار

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران
s.khodadadi64@yahoo.com

چکیده

امروزه و به دلیل رواج اندیشه‌های نئولیبرالی مداخله دولت در امور اجتماعی تا حد حفظ نظم و امنیت تنزل یافته و هرگونه مداخله دولتی در شئون اجتماعی تقبیح و نکوهش می‌شود. این امر باعث شده تا بازار و دست نامرئی آن به مبنایی بی‌بدیل در تنظیم مناسبات اجتماعی بدل گردد. تأکید بی‌رویه بر بازار آزاد نیز به نوبه خود باعث شده تا بسیاری از حقوق اجتماعی در معرض کالایی‌شدن قرار گیرند که از این میان به می‌توان به حق سلامت اشاره نمود. در پرتو چنین اصلاحاتی، طبقات فرودست و اقشار آسیب‌پذیر و به‌ویژه افراد دارای معلولیت به دلیل نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین‌تر، می‌توانند در معرض آسیب قرار گیرند. در این مقاله، اثرات اعمال سیاست‌های نئولیبرالی در کشورهای آمریکا، شیلی و یونان بر دسترسی افراد معلول به مراقبت‌های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. فرض اصلی این مقاله این است که سیاست ملی مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای موردنظر که بر اساس جهان‌بینی نئولیبرالی استوار است باعث ایجاد موانعی مؤثر در مسیر بهره‌مندی افراد معلول به حق سلامت، شده است. در این مقاله با شیوه تحلیل و توصیفی نشان می‌دهیم که چگونه این دیدگاه جهانی توجیهی برای روند فعلی به سمت خصوصی‌سازی حق بر سلامت و درمان بوده و اجرای این سیاست‌ها باعث بروز نابرابری‌های بهداشتی، تنزل کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و تضعیف سیستم‌های مراقبت بهداشتی در بسیاری از کشورها شده است. اعمال این سیاست‌ها به طور مستقیم و غیرمستقیم بر دسترسی افراد به مراقبت‌های بهداشتی و به‌ویژه افراد معلول تأثیر می‌گذارد. نتایج تحقیق نشان داد اجرای سیاست‌های نئولیبرالی باعث شده است که نیازهای پزشکی و حقوق سلامت این اقشار تابعی از نظام بازار گردد و آثار خود را به شکل پرداخت گزاف هزینه حق بر سلامت و تضييع این حق در سازوکار تابع بازار نشان دهد.

کلیدواژه‌ها: نئولیبرالیسم، حق بر سلامت، معلول، خصوصی‌سازی



مقدمه

حق بر سلامتی، جزئی از حقوق بنیادین شهروندان در هر جامعه سیاسی است. هر شهروندی به‌مثابه عضوی از جامعه صرف‌نظر از ملاحظات نژادی، دینی، سیاسی و فرهنگی صرفاً به‌واسطه وجود رابطه شهروندی، دارای حق و استحقاق لازم جهت بهره‌مندی از این حق می‌باشند (نورمحمدان، نعیمی و قاسمی، ۱۴۰۱: ۲۷۳). یکی از مهم‌ترین جلوه‌های حق بر سلامت عبارت است از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی که به نوبه خود یکی از حق‌های اساسی بشری محسوب می‌شود. دسترسی آسان شامل کمک به مردم برای برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی است. دسترسی به خدمات بهداشتی برای سیاست‌گذاران، محققان، سیاستمداران، کارگزاران خدمات بهداشتی و همچنین استفاده‌کنندگان خدمات مساله پر اهمیتی محسوب می‌شود. گاه دولت‌ها در برنامه‌ریزی‌های کلان می‌توانند وجاهت ملی و جهانی خود را تسهیل دسترسی مردم به خدمات بهداشتی فراهم کنند (رجعی، کمالی و پرویزی، ۱۳۹۰: ۱۷) با این وجود، این هدف با اجرای برخی سیاست‌های اقتصادی مانند اصلاحات نئولیبرالی در بسیاری از کشورها در معرض تضییع قرار گرفته و تحقق حق بر سلامتی و بهره‌مندی از خدمات پزشکی برای بسیاری از افراد به آرزویی دست نیافتنی تبدیل شده است. از آن جمله می‌توان به افراد دارای معلولیت اشاره نمود که در تلاش برای دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی و تامین نیازهای سلامت در مقایسه با افراد بدون معلولیت با موانع متعددی مواجه هستند (گیسون، ۲۰۱۰: ۲۲) هدف ما در این مقاله بررسی تأثیر اعمال سیاست‌های نئولیبرال بر حق سلامت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای افراد معلول است. تحقیقات در طیف وسیعی از کشورها نشان می‌دهد که اجرای سیاست‌های نئولیبرالی و به ویژه خصوصی سازی هزینه‌ها را افزایش می‌دهد و در نتیجه دسترسی به خدمات بهداشتی را برای عموم مردم و به ویژه اقشار آسیب پذیر مانند معلولان کاهش می‌دهد. مطالعات تأثیر اصلاحات نئولیبرالی در کشورهای مجری طرح نشان می‌دهد که برنامه‌های بهداشت عمومی بدتر شده است در حالی که خصوصی سازی هزینه‌های بهداشتی را افزایش داده و در بهبود کارایی و برابری شکست خورده است. افزایش هزینه‌های عمومی عمدتاً به نفع ثروتمندان بوده است در حالی که فقرا به دلیل مشارکت بالا همچنان در دسترسی به خدمات با مشکل مواجه هستند. برای مثال، مطالعه خصوصی‌سازی در ۱۵ کشور جنوب صحرا در آفریقا نشان داد که از هر ۱۰ نفر، دو نفر از ارائه‌دهندگان خصوصی استفاده می‌کردند، از هر ۱۰ نفر، تنها سه نفر از امکانات عمومی و بهداشتی و درمانی استفاده می‌کردند، اما از هر ۱۰ نفر، ۵ نفر از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی سهمی نداشتند.

۱. مفاهیم

موضوعات محوری این مقاله حول چهار مفهوم کلیدی «معلولیت»، «حق دسترسی»، «نئولیبرالیسم» شکل گرفته است که جهت تبیین معنای این واژگان، تعریف هریک را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۱-۱. معلولیت

معلولان به عنوان یکی از بزرگ‌ترین اقلیت‌ها که جمعیتی بالغ بر یک دهم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهد در اکثر موارد از روی ناچاری به فقر، بیکاری و انزوای اجتماعی تن در داده‌اند. این افراد که بیش از دو سوم آنان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، در معرض اشکال مختلف تبعیض و محرومیت‌های اجتماعی قرار دارند. مسلم است که آن‌ها به مانند سایر افراد انسانی، از کلیه حقوق و آزادی‌های اساسی که در اسناد حقوق داخلی و بین‌المللی معلولان به آن‌ها اشاره شده، بهره‌مند هستند. در قوانین ایران براساس ماده ۱ «قانون جامع حمایت از حقوق معلولان»؛ فرد کم‌توان، ناتوان یا فرد معلول به کسی گفته می‌شود



که بر اثر ضایعه جسمی، ذهنی، روانی یا توأم، اختلال مستمر و قابل توجهی در سلامت و کارآمدی عمومی وی ایجاد گردد، به‌طوری که موجب کاهش استقلال فرد در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی شود. این گروه، شامل معلولان حسی (نظیر ناشنوا و نابینا)، معلولان جسمی و معلولان ذهنی می‌شود.

در منابع جهانی، براساس «کنوانسیون سازمان ملل در مورد حقوق افراد دارای ناتوانی»^۱ «معلولیت یا ناتوانی به هر شرایطی گفته می‌شود که انجام برخی فعالیت‌ها یا تعامل مؤثر با دنیای اطراف (اجتماعی یا مادی) را برای فرد دشوارتر می‌کند. اختلالات درازمدت جسمی، ذهنی، فکری یا حسی که در تعامل با موانع مختلف ممکن است مانع مشارکت کامل و مؤثر فرد در جامعه بر مبنای برابر با دیگران شود».

۱-۲. دسترسی (بهره مندی)

دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی یک مفهوم چند وجهی است که می‌تواند از جمله به در دسترس بودن خدمات، استفاده از خدمات، ارتباط خدمات و عدالت اشاره کند. تعاریف مختلفی از دسترسی به مراقبت سلامت وجود دارد، اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که دسترسی با استفاده بموقع از خدمات با توجه به نیاز مرتبط می‌باشد. اگرچه اکثر پژوهشگران بین عرضه و فرصت استفاده از خدمات و استفاده واقعی از خدمات سلامت تمایز قائل شده‌اند، اما اغلب دریافته‌اند که دسترسی به خدمات سلامت شامل نیاز عینی به خدمات سلامت می‌باشد. در این مقاله، یک چارچوب مفهومی که توصیفات دیرینه دسترسی به خدمات سلامت را بیان کرده و شامل نیازهای واقعی است مورد استفاده قرار گرفت. در این چارچوب، چهار بعد اصلی دسترسی عبارتند از:

۱-۲-۱. دسترسی جغرافیایی

به معنای فاصله فیزیکی یا زمان مسافرت از مرکز ارائه خدمات تا استفاده‌کننده.

۱-۲-۲. دسترسی (قابلیت استفاده)

داشتن نوع صحیحی از دسترسی به مراقبت برای آنهایی که به آن مراقبت نیاز دارند، مانند ساعات بهره‌مندی و زمان انتظار برای برآورده نمودن تقاضاهای کسانی که درخواست خدمت کرده‌اند، همچنین داشتن ارائه دهندگان خبره و ابزارهای مناسب.

۱-۲-۳. دسترسی مالی

ارتباط بین قیمت خدمات و تمایل و توانایی استفاده‌کنندگان به پرداخت در ازای آن خدمات، همچنین محافظت شدن در برابر پیامدهای اقتصادی هزینه‌های سلامت. امروزه دسترسی مالی یا توانایی پرداخت یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های دسترسی در نظر گرفته می‌شود و به طور مستقیم با ابعاد فقر همراه است.

۱-۲-۴. مقبولیت

به معنای اینکه چگونه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در برابر انتظارات اجتماعی و فرهنگی افراد و جوامع پاسخ گو هستند (رضاپور و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۶).

در نتیجه مفهوم دسترسی به حق سلامت متشکل از چهار رکن «دسترسی جغرافیایی»، «قابلیت استفاده»، «دسترسی مالی» و «مقبولیت» می‌باشد.

¹- Convention on the Rights of Persons with Disabilities



۲. نتولیبالیسم

پس از بحران مالی جهانی در سال ۲۰۰۸، چندین کشور برنامه‌های تعدیل ساختاری را اجرا کردند که بیشتر بخش‌های اقتصادی از جمله مراقبت‌های بهداشتی را تحت تأثیر قرار داد. با این حال، چنین برنامه‌هایی از سیاست‌های نتولیبیرال الهام گرفته اند که پدیده جدیدی نیست. این سیاست‌ها ریشه در اوایل دهه ۱۹۷۰ داشتند، زمانی که مجموعه وسیعی از اصلاحات نتولیبیرالی در انگلستان و آمریکا (در دوران مارگارت تاچر و رونالد ریگان)، شیلی و کشورهای دیگر آغاز شد. نتولیبیرالیسم از سه اصل تشکیل شده است: فردگرایی، بازار آزاد از طریق خصوصی سازی و مقررات زدایی و تمرکززدایی.

تأثیر نتولیبیرالیسم بر زندگی اقتصادی، اجتماعی و سیاسی به طور گسترده ای مورد بررسی قرار گرفته است، به ویژه در زمینه برنامه‌های تعدیل ساختاری اعمال شده در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در کشورهای تحت بحران در آفریقا، آمریکای لاتین و اتحاد جماهیر شوروی سابق. با وقوع بحران‌های اقتصادی اخیر، سیاست‌های نتولیبیرالی مجدداً زیر ذره بین قرار گرفته‌اند، زیرا بسیاری از دولت‌ها (این بار در اروپا) برای کاهش هزینه‌های بودجه خود اقدامات ریاضتی اتخاذ کرده‌اند. «کارامسینی» بیان می‌کند که «... حمله نتولیبیرال تأثیر مخرب عمده‌ای بر انسجام اجتماعی، و همچنین بر زندگی و روحیه مردم، به ویژه اقشار آسیب پذیر اجتماعی داشته است...» (کارامسینی، ۲۰۱۲: ۱۷۶).

نتولیبیرالیسم به طور کلی با مجموعه ای از سیاست‌هایی مرتبط است که در دهه ۱۹۸۰ توسط صندوق بین المللی پول، بانک جهانی و وزارت خزانه داری ایالات متحده آمریکا در تلاش برای کمک به کشورهای در حال توسعه بحران زده با تجویز یک سری اصلاحات تحت عنوان سیاست‌های «اجماع واشنگتن» اجرا شد. چنین سیاست‌هایی با هدف دستیابی به ثبات اقتصاد کلان، کاهش نقش دولت‌ها در اقتصاد، خصوصی سازی دارایی‌های عمومی و کاهش هزینه‌های عمومی انجام شد. در حالی که نتولیبیرالیسم تعاریف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فلسفی بسیاری را به دست آورده است، معمولاً با جهت گیری کلی به سمت یک رویکرد شدیداً مبتنی بر بازار همراه است که بر مقررات زدایی، حداقل سازی دولت، خصوصی سازی و ظهور مسئولیت فردی تأکید دارد (هاروی، ۱۳۸۶: ۱۲۱).

یکی از عناصر مهم نتولیبیرالیسم، کاهش ابعاد رفاهی دولت است که به عنوان مانعی برای عملکرد بهینه بازارها تلقی می‌شود. نتولیبیرالیسم به عنوان یک رویکرد اقتصادی در راستای پاسخ به بحران مالی «دولت رفاه کینزی» ظهور کرد. بحران کاهش سرعت انباشت سرمایه، افزایش تورم و کسری بودجه ملی در آغاز دهه ۱۹۷۰ دولت‌ها را مجبور به اعمال سیاست‌ها و برنامه‌هایی کرد که هزینه‌های دولت و سیاست‌های پولی آن را کاهش می‌داد (کلارک، ۲۰۰۵: ۵). در این راستا برای پذیرش اجتماعی نتولیبیرالیسم، سیاستمداران و کارشناسان اقتصادی با حربه رسانه و شعارهایی از قبیل: «دولت رفاه جیب دولت را خالی می‌کند؛ لذا ما دیگر نمی‌توانیم دولت رفاه را تحمل کنیم»، «اگر اقتصاد خوب کار کند، وضعیت همه بهتر می‌شود» یا «توسعه اقتصادی باعث ایجاد شغل می‌شود» افکار عمومی را به سمت موردنظر خود جهت‌دهی کردند. ساخت و تداوم کلیشه‌هایی از قبیل سوءاستفاده فقرا از دولت رفاه، تعصبات شدیدی را در افکار عمومی ایجاد کرد و بر اساس این شعار که «همه معمار ثروت (بخت) خود هستند»، فقر در تفکر عموم به عنوان بحرانی خودساخته و یک مجازات عادلانه برای عدم تلاش فردی در نظر گرفته شد. در پرتو این شعارها دولت‌ها از مسئولیت‌های اجتماعی خود شانه خالی کردند، بیکاری گسترده و گرسنگی به عنوان عوارض جانبی یک بازار آزاد پذیرفته شد و اعلام شد تنها مسئولیت اجتماعی کارآفرینان مسئولیت سود سهامداران است (اشتارک،

1. Karamessini M.



۲۰۱۸: ۱۹۵.

تجلی این سیاست‌ها در حوزه سلامت و بهداشت را می‌توان به خدمات مراقبت‌های بهداشتی کمتر، گران‌تر، کنترل کمتر و با کیفیت پایین‌تر تعبیر کرد. علاوه بر این، این فرآیند کاهش دولت رفاه، مسئولیت مراقبت از مردم را از دولت به بازار آزاد منتقل می‌کند و منجر به اختلافات گسترده در سطح و کیفیت مراقبت‌های دریافتی افراد می‌شود (روتارو و اسکالریو، ۲۰۱۷: ۹۸). با ظهور نئولیبرالیسم، نگاه به مسئولیت اجتماعی دولت‌ها تغییر کرد. ایدئولوژی‌های لیبرال اجتماعی، محافظه کاری و سوسیال دموکراسی اتفاق نظر داشتند که دولت باید برخی مسئولیت‌های رفاه عمومی را بپذیرد و رفاه افراد را به کمک سیاست‌های اجتماعی و حمایتی ارتقا دهد؛ در حالی که نئولیبرال‌ها به شدت منتقد مداخله دولت و سیاست‌های اجتماعی بودند. از نظر نئولیبرال‌ها، بی‌ثباتی‌های نظام سرمایه داری 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 (روتارو و اسکالریو، ۲۰۱۷: ۱۰۳-۱۰۱). نئولیبرال‌ها بر این عقیده اند 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 محدود کردن گستره رفاه، کاهش هزینه‌های رفاهی، اعمال مقررات انعطاف پذیر در بازار کار و مشارکت بخش خصوصی در خدمات رفاهی ندارند (بونولی و همکاران، ۱۳۸۰). برخلاف اقتصاد کینزی که سعی می‌کرد بر اساس اندیشه سازش طبقاتی حوزه‌هایی مانند آموزش و سلامت را از به حداکثر رساندن سود ایمن نگه دارد سرمایه داری 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 نیاندیشد (ابادری 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: ۱۱۹-۱۱۸).

۳. تاثیر نئولیبرالیسم بر نابرابری سلامت

دولت نئولیبرال به طرق مختلفی از مسیر سیاست‌های اتخاذی خود، شهروندان را در مسیر فقر و بیکاری قرار می‌دهد. فقر و بیکاری در دولت نئولیبرال می‌تواند ناشی از قطع هزینه‌های عمومی، خصوصی سازی و یا قواعد بازار آزاد باشد. اجرای سیاست‌های نئولیبرال علاوه بر تأثیر منفی بر فقر، انسجام اجتماعی و رشد اقتصادی، می‌تواند اثرات شدیدی بر سلامت جمعیت داشته باشد که منجر به نابرابری‌های بهداشتی و افزایش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی می‌شود (غلامی دون و کسایبی، ۱۴۰۰: ۱۳۴). یکی از اصول مبنایی اندیشه نئولیبرال این است که توصیه به دخالت حداقلی دولت در امور مرتبط با تأمین اجتماعی و کاهش یا قطع هزینه‌های مرتبط با این قبیل امور را دارد. این روند منجر به اتخاذ سیاست‌هایی شده که بر بهداشت آسیب گسترده‌ای وارد نموده است. از جمله این آسیب‌ها می‌توان به: کاهش میزان اشتغال در بخش بهداشت، کاهش تخت‌های بیمارستان‌ها، تعطیلی مراکز درمانی محلی، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و داروها، کاهش سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و تجهیزات، خصوصی‌سازی بخش‌های مختلف بهداشتی، کاهش سرمایه‌گذاری توسط بخش دولتی در تحقیقات و توسعه، تبلیغات به سود منافع گروه‌های بزرگ دارویی خصوصی و... اشاره نمود. بدیهی است، سیاست‌های مدرن در حوزه مراقبت‌های بهداشتی در



کشورهای نئولیبرال به بازار هدایت می‌شوند و شرکت‌های خصوصی را ترغیب به تصدی این حوزه‌ها می‌نماید. متأسفانه این پدیده، از نیاز به بهبود زندگی گروه‌های با حداقل درآمد که توانایی کمتری جهت رقابت در یک جامعه سرمایه‌داری جهت حفظ سلامت خود را دارند، غافل است. در جامعه‌ای که بیش از حد به کسب ثروت علاقه دارد و جایی که پول و مصرف‌گرایی مساوی با استقلال و قدرت است، برچسب «مصرف‌کننده سلامتی» نسبت به گروهی که قدرت مالی برای هزینه کردن در این بخش را ندارند، تبعیض قائل می‌شود (غلامی دون و کسای، ۱۴۰۰: ۱۳۴).

در این بخش از پژوهش، کشورهای مجری سیاست‌های نئولیبرال را از منظر تاثیر این سیاست‌ها بر بهره‌مندی افراد از حق بر سلامت مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۳-۱. ایالات متحده آمریکا

آمریکا یکی از کشورهای پیشتاز و به نوعی بانی سیاست‌های نئولیبرال محسوب می‌شود که در این سیاست‌ها را در حوزه‌های مختلف اجتماعی به اجرا گذارده است.

بر اساس منابع متعدد ایالات متحده در سال ۲۰۱۸ توسط صندوق مشترک المنافع، بیشترین پول را در بین تمام کشورهای صنعتی (برابر با تقریباً ۱۷,۸٪ از تولید ناخالص داخلی این کشور) برای مراقبت‌های بهداشتی خرج می‌کند. با این حال از نظر دسترسی، برابری، کیفیت، کارایی و زندگی سالم از بسیاری از آن کشورها عقب است.^۱

به عنوان نمونه، نئولیبرالیسم پزشکی در ایالات متحده منجر به گسترش و یکه تازی بخش خصوصی در صنعت مراقبت‌های بهداشتی و در نتیجه تغییر ساختار ارائه مراقبت‌های بهداشتی به روابط کالایی و کالاسازی درمان شده است. بر مبنای این اصلاحات، حق بر سلامت که قاعدتاً و بر طبق حقوق بشر از وظایف دولت محسوب می‌شود، بیشتر به عنوان کالایی در بازار مورد خرید و فروش واقع می‌شود تا اینکه به عنوان یک حق طبیعی بخشی از حقوق شهروندی افراد باشد. حوزه‌های صنعت مراقبت‌های بهداشتی که به بخش خصوص واگذار می‌شوند (صنعت داروسازی، تولیدکنندگان دستگاه‌های پزشکی و صنعت بیمه سلامت)، مراقبت‌های بهداشتی را که بایستی توسط سیستم‌های بیمارستانی برای مراقبت از بیمار استفاده شوند، از بین می‌برند. این امر منجر به کاهش دسترسی به مراقبت‌های اولیه و تضعیف حق سلامت در میان جمعیت ایالات متحده شده است. معیارهای سلامت عمومی که به طور سنتی برای اندازه‌گیری گام‌های مثبت در کیفیت مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گرفتند، در چند سال اخیر سیر نزولی داشته‌اند (راتنا، ۲۰۲۰: ۳).

قیمت داروهای تجویزی در ایالات متحده مدام در حال افزایش بوده که این افزایش از جیب شهروندان پرداخت شده است. میانگین کل هزینه دارو به ازای هر بستری در بیمارستان بین سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۷ ۱۸,۵ درصد افزایش یافته است. هزینه داروی سرپایی در هر پذیرش ۲۸ درصد افزایش یافته است در حالی که هزینه داروی بستری در هر بستری در مدت مشابه ۹,۶ درصد افزایش یافته است. علاوه بر این، دفتر اچ‌وی‌تری در مرکز خدمات مدیکر و مدیکید (CMS) افزایش هزینه‌های دارو را

۱. هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده، سایر کشورهای با درآمد بالا. هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده، سایر کشورهای با درآمد بالا. ۲۰۱۸ [نقل شده در ۲۰ سپتامبر ۲۰۱۹]. قابل دسترسی در:

[https://www.commonwealthfund.org/publications/journal article/2018/mar/health-care-spending-united-states-and-other-high-income](https://www.commonwealthfund.org/publications/journal%20article/2018/mar/health-care-spending-united-states-and-other-high-income)

2. Haran N. Ratna

3. Recent Trends in Hospital Drug Spending and Manufacturer Shortages [Internet]. [Cited 2019Sep20]. Available online: <https://www.aha.org/system/files/2019-01/aha-drug-pricing-study-report-01152019.pdf>



سریع پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۲۰ به رشدی نزدیک به ۶,۱ درصد می‌رسد. افزایش قیمت دارو منبع مهمی از هزینه‌های بالای بیماران است.

۲-۳. شیلی

شیلی از کشورهای عضو سازمان توسعه اقتصادی و همکاری (OECD) با درآمد بالا بود که تغییرات ساختاری گسترده‌ای را در بخش‌های بهداشتی مربوطه خود انجام داد. شیلی یکی از اولین کشورهایی بود که اصلاحات نئولیبرالی را در بخش سلامت با ترویج بازاریابی گسترده مراقبت‌های بهداشتی خود در دهه ۱۹۸۰ انجام داد که منجر به بازسازی بنیادی سیستم مراقبت‌های بهداشتی و ایجاد و تداوم نابرابری‌های بهداشتی در این کشور شد.

مطالعات در سال ۲۰۱۵ نشان داد که حدود ۲۰ درصد از مردم شیلی دارای یک یا چند معلولیت هستند و زنان بالغ بیشتر از مردان دارای معلولیت هستند (به ترتیب ۲۶ درصد در مقابل ۱۵ درصد). آفرد دارای معلولیت به عنوان فردی تعریف می‌شود که دارای نقص جسمی، ذهنی یا حسی است که مشارکت کامل وی در جامعه محدود شده است. این تعریف رسمی از معلولیت در کشور شیلی است و در تمام بررسی‌ها و گزارش‌ها از آن استفاده می‌شود. همانطور که مشاهده می‌شود، معلولیت براساس این تعریف، نه به عنوان یک حالت شایسته حمایت، بلکه به عنوان موجودی ناقص و ضعیف تلقی شده که به غیر از هزینه، هیچ عایدی برای یک جامعه (اقتصاد) نمی‌تواند داشته باشد. تحقیقات محدود در مورد معلولیت و خدمات مراقبت‌های بهداشتی در شیلی نشان داده است که افراد دارای معلولیت در دسترسی و استفاده از خدمات با موانع بیشتری روبرو هستند، نه تنها به دلیل نیازهای بهداشتی بالاتر بلکه به دلیل آسیب‌های ساختاری - مانند بیکاری، آموزش پایین، و درآمد کمتر - که آنها را از دسترسی به پوشش مراقبت‌های بهداشتی خصوصی با کیفیت خوب باز می‌دارد (روتارو و ساکلاریو، ۲۰۱۷: ۴۹۸). این نتیجه چیزی است که شرکر آن را «اپیدمی‌های نئولیبرال» می‌نامد، یعنی اثرات مادی نئولیبرالیسم.

تجزیه و تحلیل داده‌های جدیدترین نظرسنجی ملی اجتماعی - اقتصادی (CASEN) دولت شیلی نشان داد که در سال ۲۰۱۵، ۲۳,۳ درصد از افراد دارای معلولیت به پایین‌ترین پنجم درآمد تعلق داشتند، در مقابل ۱۹,۷ درصد افراد بدون معلولیت. از سوی دیگر، تنها ۱۳,۸ درصد از افراد دارای معلولیت به بالاترین پنجم در مقابل ۲۰,۶ درصد از افراد بدون معلولیت تعلق داشتند.

۳-۳. یونان

از سوی دیگر، یونان یکی از جدیدترین نمونه‌های کشورهای است که به دلیل شروط مرتبط با برنامه‌های مدیریت بدهی، مجبور شدند تغییرات گسترده‌ای را در بخش دولتی از جمله مراقبت‌های بهداشتی انجام دهند. این گونه اصلاحات نئولیبرالی منجر به وخامت شدید کیفیت بخش بهداشت و خدمات شده و در نتیجه پیامدهای منفی و جدی برای جمعیت کشور به دنبال داشته است (چارلامپوس و دیگران، ۲۰۱۴: ۲۳).

۱. پیش‌بینی‌های فدرال نشان می‌دهد که هزینه‌های مواد مخدر تا سال ۲۰۲۰ سالانه ۶,۱ درصد افزایش می‌یابد. آمار ۲۰۱۹ (نقل شده در ۲۰ سپتامبر ۲۰۱۹). قابل دسترسی در:

1. <https://www.statnews.com/2019/02/20/drug-spending-could-rise-6-1-percent-annually-by-2020-federal-projections-show>
 2. Ministry of Social Development. II Estudio Nacional Sobre Discapacidad. Ministry of Social Development. 2016. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/endisc_publicaciones.php. Accessed 15 Oct 2017.
 3. Ministry of Social Development. Observatorio Social: Encuesta CASEN. Ministry of Social Development. 2016. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/basedatos.php>. Accessed 5 Aug 2017.



بحران‌های اقتصادی می‌توانند بر وضعیت سلامت تأثیر منفی بگذارند، به ویژه از طریق کاهش هزینه‌های عمومی و درآمد خانوار (ماسگرو، ۱۹۹۵؛ استاکلر و همکاران، ۲۰۰۹). هر دو شاخص (هزینه‌های عمومی و درآمد خانوار) در یونان به شدت کاهش یافته‌اند، و اثرات بحران و ریاضت اقتصادی بر سلامت، به ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر بیش از پیش شده است.

در شرایط گسترش بحران اقتصادی، سیستم بهداشت یونان تحت فشار قرار گرفت و اصلاح آن به وضوح یک اولویت تحمیلی توسط بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول بود. با این حال، باید توجه داشت که فشارهای مالی قبل از بحران وجود داشت و مشکلات ساختاری برای یک دهه انباشته شده بود (اکونومو، ۲۰۱۰). در طول دهه ۲۰۰۰، هزینه‌های بهداشت عمومی و خصوصی به طور پیوسته افزایش یافت. کل مخارج بهداشتی از ۸/۶ درصد تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۳ به ۹/۹ درصد در سال ۲۰۰۹ افزایش یافت، علیرغم این واقعیت که کل هزینه‌های بهداشتی (به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی) در یونان پیش از این بالاتر از میانگین اتحادیه اروپا بود (۸/۰۶ درصد در سال ۲۰۰۳ و ۸/۹۲ درصد). در سال ۲۰۰۹، (یورواستات، ۲۰۱۳). مخارج عمومی دولت از ۵۹،۵ درصد به ۷۰،۳ درصد از کل هزینه‌های سلامت در همین دوره افزایش یافت. سطوح بالای مخارج خصوصی برای سلامت، عمدتاً در قالب پرداخت‌های OOP، همیشه یکی از ویژگی‌های سیستم مراقبت بهداشتی یونان بوده و همچنان بالا بوده است. هزینه‌های دارویی نیز در این دوره ۸۰ درصد افزایش یافت، از ۲۹۳ یورو در سال ۲۰۰۳ به ۵۲۸ یورو در سال ۲۰۱۰ (OECD، 2013)، که بیش از ۷۷ درصد از هزینه‌ها توسط دارایی‌های عمومی پوشش داده شد (OECD، 2013). در همان زمان، افزایش هزینه‌های دارویی در سایر کشورهای اروپایی به طور قابل توجهی کمتر (۲۹٪) بود و میانگین هزینه سرانه در سال ۲۰۰۳، معادل ۳۲۶ یورو و در سال ۲۰۱۰، معادل ۴۲۰ یورو برآورد شد (OECD، 2013). عدم کنترل رشد هزینه‌ها را می‌توان به دلایل متعددی از جمله عدم کنترل بر سرمایه‌گذاری و تخصیص منابع و همچنین یارانه‌های ثابت از بودجه دولت برای پوشش نسبت داد. کسری‌های بیمارستانی همچنین به طور قابل توجهی به کسری فزاینده برخی از صندوق‌های بیمه سلامت اجتماعی کمک کرد (اکونومو، ۲۰۱۰).

پس از ارائه مروری کوتاه بر نئولیبرالیسم و تأثیرات آن بر افراد ناتوان، نحوه و چگونگی تأثیر سیاست‌های نئولیبرالی بر دسترسی افراد معلول به مراقبت‌های بهداشتی را مورد بررسی قرار خواهیم داد. در پایان، تأثیرات اصلاحات نئولیبرالی به عنوان نوعی خشونت ساختاری مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۴. معلولیت در جامعه نئولیبرال

در زمینه نئولیبرالیسم، افراد دارای معلولیت اغلب به دلایلی که در ادامه در این بخش مورد بحث قرار خواهد گرفت، چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرند و به حاشیه رانده می‌شوند. این در حالی است که برخی از اولین سیاست‌های همسو با نئولیبرالیسم در مورد افراد دارای معلولیت، غیر نهادینه‌سازی و پرداخت‌های مستقیم برای مدیریت مراقبت از خود بود. هر دوی این سیاست‌ها نیز برای مدت‌های طولانی اهداف جنبش افراد معلول (DPM) به عنوان راه‌هایی برای ارتقای خودمختاری، استقلال و خودمختاری افراد دارای معلولیت بودند (ملادینوف، ۲۰۱۵: ۴۴۹). همان طور که ملادینوف گفت (ملادینوف، ۲۰۱۵: ۴۵۱)، «ترس آزادیخواهانه بازاری شدن نئولیبرالیسم به خوبی با آرمان‌های رهایی بخش DPM طنین انداز شد». مجموعه‌ای از تحولات سیاست (عمدتاً در حوزه‌های بهداشت و کار) یک دستور کار نئولیبرالی را ترویج داده است که مستقیماً



زندگی افراد دارای معلولیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در بسیاری از موارد باعث محرومیت مادی، ناامنی و انگ می‌شود (یتس، ۲۰۱۵: ۹۵). به عنوان مثال، تحت فشار کاهش هزینه‌ها و رفاه، طبقه بندی‌ها و ارزیابی‌های جدیدی از افراد دارای معلولیت با هدف بازتعریف توانایی‌های افراد برای انجام کار با حقوق و دریافت مزایای دولتی پدید آمده است (گروور و سولداتیچ، ۲۰۱۳: ۱۰۲). این معیارها سخت‌گیرانه‌تر بودند و باعث افزایش فشار بر مدعیان معلولیت برای ورود به شغل بودند و در تلاش بودند تا دسته‌بندی جدیدی برای موارد «ناتوانی» و جدا کردن افرادی که «واقعاً ناتوان هستند» از کسانی که می‌توانند نوعی کار با حقوق را انجام دهند، خلق کنند (گروور و سولداتیچ، ۲۰۱۳: ۱۰۲). چنین اقداماتی نشان‌دهنده تأکید نفولیبرالی بر «انضباط کاری، بازارهای کار غیرقانونی شده، و سیستم رفاهی با نرخ ثابت است که حداقل‌ها و معمولاً مزایای آزمایش شده را ارائه می‌کند» (گریمشاو و روبری، ۲۰۱۲: ص ۴۷). همانطور که گودین (گودین، ۲۰۰۲: ۵۷۹) استدلال کرد، شهروندی به طور فزاینده ای بر حسب «مسئولیت‌ها و تعهدات» دیده می‌شود که بر افراد دارای معلولیت در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد (گروور و سولداتیچ، ۲۰۱۳: ۱۰۲).

تاکید مستمر بر کاهش مزایا و وجود بیکاری بالا که از سیاست‌های ریاضتی مورد حمایت اندیشه نفولیبرال نشأت گرفته، بسیاری از معلولان را به سمت فقر سوق داده است (یتس، ۲۰۱۵: ۱۰۴). در پی اقدامات ریاضتی اخیر، به ویژه در ایالات متحده، اروپا و استرالیا، افرادی که به مزایا متکی هستند، آسیب ویژه ای دیده اند، زیرا مزایای مراقبت‌های بهداشتی و بیکاری به دلیل کمبود بودجه کاهش یافته است (سولداتیچ و چاپمن، ۲۰۱۰: ۶۷). اقدامات ریاضتی همراه با تلاش‌ها برای تعیین مجدد معنای «اشخاص واقعاً ناتوان» می‌تواند پیامدهای تبعیض آمیزی در مورد اینکه چه کسی باید از حمایت رفاهی برخوردار باشد (سولداتیچ و چاپمن، ۲۰۱۰: ۶۷). به همراه داشته باشد. در گفتمان نفولیبرالی بدن‌های توانا و غیر توانا، همه بدن‌ها بر حسب موفقیت یا شکستشان در دستیابی به سلامت، ثروت یا تحقق شغلی ارزیابی می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

در دهه‌های اخیر تفکر نفولیبرال که بر واگذاری حداکثری و مطلق شئون اجتماعی به نظام بازار و سودمحور تاکید دارد در عرصه‌هایی نفوذ کرده است که تا چندی پیش جزو حقوق و هنجارهای اجتماعی محسوب می‌شدند و دولت وظیفه تامین و تحقق این امور را بر عهده داشت. سلامت و درمان از جمله همین مقولات بود؛ درحالی که بهداشت، سلامت و درمان از جمله مقوله‌هایی است که دولت باید در آن‌ها به صورت مستقیم ارائه دهنده خدمات باشد و ورود این گونه خدمات به روابط و مناسبات بازاری و پولی آسیب زا می‌باشد، این حوزه رفته رفته به تسلط بازار درآمده و به مثابه کالایی مورد خرید و فروش واقع می‌شود و دسترسی افراد به این مقوله‌ها نه از مسیر «حق بر داشتن»، بلکه تابعی از قدرت خرید افراد می‌باشد. نتایج مطالعات نیز پیامدهای منفی رواج تفکرات بازارمحور و نفولیبرال و خصوصی سازی در امر سلامت را نشان می‌دهد؛ امری که در توان تفکر نفولیبرال نبوده و نتایج حاصله نشانگر شکست اندیشه نفولیبرال در تحقق وعده‌های اجتماعی آن است. در این شرایط، ما می‌توانیم ظهشکست و ناتوانی اندیشه نفولیبرالی به وضوح قابل مشاهده است و از نتایج آن می‌توان به افزایش هزینه‌های درمان و تضییع حق بر سلامت و به حاشیه راندن اقشار آسیب پذیر مانند معلولان اشاره نمود: در تفکرات سودمحور و متکی به اندیشه

1. Yates S.
2. Grover C, Soldatic K.
3. Grimshaw D, Rubery J.



نئولیبرالی، افراد ناتوان اغلب به عنوان بدن‌های پرهزینه‌ای در نظر گرفته می‌شوند که از منابع محدود مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌کنند یا به‌طور بالقوه از نظر مالی سنگین هستند. این ارزیابی منفی را می‌توان با «مسئولیت‌پذیری» نئولیبرالی برای سلامت فرد تشدید کرد که به‌طور گسترده عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را نادیده می‌گیرد - از جمله عواملی مانند فقر، نابرابری، محیط ضعیف، طرد اجتماعی، و سیاست‌ها و خدمات عمومی ضعیف - که ایجاد و نابرابری‌های بهداشتی را تداوم می‌بخشد و منجر به به خطر افتادن دسترسی و استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی توسط افراد دارای معلولیت می‌شود. علاوه بر این، این مسئولیت اغلب درونی می‌شود. نیاز به کمک به یک مشکل تبدیل می‌شود که با وابستگی و در نتیجه از دست دادن بهره‌وری، هم برای فردی که به کمک نیاز دارد و هم برای شخصی که آن را ارائه می‌دهد، تبدیل می‌شود.

منابع و مآخذ

۱. ابادری، یوسف و آرمان ذاکری (۱۳۹۷)، *سه دهه هم‌نشینی دین و نئولیبرالیسم در ایران*، <https://pecritique.com/2019/02/24/>.
۲. رجعتی، فاطمه، کمالی، محمد، پرویزی، سرور (۱۳۹۰). تبیین تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی: یک مطالعه کیفی. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۷ (۲): ۱۷-۲۴.
۳. رضایپور، عزیز، رومیانی، یار الله، عبادی فرد آذر، فرید، غضنفری، صادق، میرزایی، سعید، سرابی آسیابار، علی و همکاران (۱۳۹۴)، عوامل مؤثر در بهره‌مندی و دسترسی به خدمات سلامت: مطالعه مبتنی بر جمعیت شهر کرمان، *فصلنامه مدیریت سلامت*، ۱۸ (۶۰): ۲۴-۳۶.
۴. سید موسوی، میرسجاد (۱۳۹۳)، *حق برخورداری از سلامت*، چاپ اول، انتشارات پزشکی شروین.
۵. غلامی دون، حسین و کسائی، الهه سادات (۱۴۰۰). رویکردی جرم‌شناختی به چالش‌های نظام سیاسی اقتصادی نئولیبرال با نگاهی به شرایط کرونایی، *پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی*، ۹ (۱۷): ۱۵۱-۱۲۷.
۶. نورمحمدان، فرید، نعیمی، عمران و قاسمی، محسن (۱۴۰۱)، حق بر سلامت و نظام حقوقی بازنشستگی تأمین اجتماعی ایران از منظر حقوق بنیادین بشر، *نشریه تحقیقات حقوقی بین‌المللی*، ۱۵ (۵۵): ۲۹۸-۲۷۳.
۷. هاروی، دیوید (۱۳۸۶)، *تاریخ مختصر نئولیبرالیسم*، چاپ اول، ترجمه محمود عبدالله زاده، تهران: انتشارات اختران.
8. Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Alexander Kentikelenis, Anna Maresso, & Aris Sissouras (2014), The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, Copenhagen: World Health Organization and the European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, (41).
9. Christian Stark (2018), "The Neoliberal Ideology, Its Contradictions, the Consequences and Challenges for Social Work", *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, (25)195.
10. Economou C, Greece (2010), health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7):1-180.
11. Eurostat. Eurostat statistics database 2013. Luxembourg: Eurostat; 2013. (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, accessed 29 October 2014).
12. Goodin RE (2002), Structures of mutual obligation. *J Soc Policy*, 31(4): 579-96.
13. Grimshaw D & Rubery J (2012), Reinforcing neoliberalism: crisis and austerity in the UK. In: Lehndorff S, editor, *A triumph of failed ideas: European models of capitalism in the crisis*, Brussels: ETUI aisbl: 41-59.
14. Grover C & Soldatic K (2013), Neoliberal restructuring, disabled people and social (in) security in Australia and Britain. *Scand J Disabil Res*, 15(3): 216-232.
15. Karamessini M (2012), Sovereign debt crisis: an opportunity to complete the neoliberal project and dismantle the Greek employment model. In: Lehndorff S, editor. *A triumph of failed ideas: European models of capitalism in the crisis*. Brussels: ETUI aisbl: 155-83.
16. Labonté R & Stuckler D (2016), The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it, *J Epidemiol Community Health*, Mar, 70(3): 312-318.
17. Mladenov T (2015), Neoliberalism, postsocialism, disability. *Disabil Soc*, Mar 16; 30(3): 445-459.
18. OECD. Health statistics. Paris: Organization for Co-operation and Development; 2013. (<http://www.oecd.org/else/health-systems/health-data.htm>, accessed 5 November 2014).
19. Rory O'Connor (2010), Access to health care for disabled people: A systematic review, *Social Care and Neurodisability* 1(3): 21-31.
20. Rotarou ES & Sakellariou D (2017), Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: a case study from Chile. *Health Policy*, 121(5): 495-503.



21. Rotarou ES & Sakellariou D (2017), Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: a case study from Chile. *Health Policy*, 121(5): 495-503.
22. Simon Clarke (2005), "The neoliberal theory of society", *Neoliberalism: A critical reader*, 50(8).
23. Undurraga T (2015), Neoliberalism in Argentina and Chile: common antecedents, divergent paths. *Revista de Sociologia e Política*, 23(55): 11-34.
24. Yates S (2015), Neoliberalism and disability: the possibilities and limitations of a Foucauldian critique. *Foucault Studies*, (19): 84-107.



The Effect of Neoliberal Policies on the Access of Disabled People to the Right to Health

Ali Farivar

Master Student of Criminal Law & Criminology, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
(Corresponding Author)
Alifarivar136236@gmail.com

Somayye Khodadi Kandahar

Master Student of International Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
s.khodadadi64@yahoo.com

Abstract

Today, due to the prevalence of neoliberal ideas, government intervention in social affairs has been reduced to the level of maintaining order and security, and any government intervention in social affairs is condemned and condemned. This has caused the market and its invisible hand to become an irreplaceable basis for regulating social relations. Excessive emphasis on the free market, in turn, has caused many social rights to be exposed to commodification, among which the right to health can be mentioned. In the light of such reforms, the lower classes and vulnerable groups, and especially people with disabilities, can be exposed to harm due to their need for health care and lower socio-economic status. In this article, the effects of applying neoliberal policies in the countries of America, Chile and Greece on the access of disabled people to health care have been investigated. has been evident. The central premise of this article is that national health care policy is currently based on a neoliberal worldview. In this article, with analytical and descriptive methods, we show how this global perspective is a justification for the current trend towards the privatization of the right to health and treatment, and the implementation of these policies causes health inequalities, the degradation of the quality of health and treatment services, and the weakening of the system. health care in many countries. Applying these policies directly and indirectly affects people's access to health care, especially disabled people. The results of the research showed that the implementation of neoliberal policies has caused the medical needs and health rights of these classes to become a function of the market system, and its effects are shown in the form of excessive payment of the right to health and the violation of this right in the mechanism of the market.

Keywords: Neoliberalism, Right to Health, Disabled, Privatization