



کالایی سازی سلامت به مثابه نقض حق بر سلامت

علی فریور

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

Alifarivar136236@gmail.com

سمیه خدادادی قندهار

دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

s.khodadadi64@yahoo.com

چکیده

خصوصی‌سازی یا واگذاری حوزه سلامت به شرکت‌های خصوصی یکی از مباحث چالش‌برانگیز در نظام‌های حقوقی محسوب می‌شود. بر اساس تئوری‌های رایج بنا بر این بود که با واگذاری حوزه سلامت به بخش خصوصی، کارایی مؤسسات پزشکی افزایش یابد و در مقابل، هزینه‌های درمان نیز کاهش یابد. اما سؤال اساسی در این مورد این است که خصوصی‌سازی سلامت چه تأثیری می‌تواند بر حق سلامت شهروندان داشته باشد؟ نتایج تحقیق نشان می‌دهد که واگذاری حوزه سلامت به بخش خصوصی باعث شده تا حق بر درمان به مثابه حقوق بشر، مبدل به کالایی شود که به تدریج از دسترس عموم جامعه خارج و به کالایی لوکس و گران‌بها تبدیل می‌شود. در این مقاله به شیوه‌ی تحلیلی-توصیفی، جایگاه حق بر درمان را از منظر حقوق بشر و نظام حقوقی ایران مورد بررسی قرار دادیم.

کلیدواژه‌ها: سلامت، حق، خصوصی‌سازی، درمان، کالایی‌سازی



مقدمه

رویکرد حقوق بشر فرض می‌کند که دولت‌ها مسئول شکل‌دهی و اجرای ارائه خدمات بهداشتی برای اطمینان از سازگاری با الزامات حقوق بشر هستند. باین حال، در چشم‌انداز سلامت معاصر، خدمات بهداشتی به‌طور فزاینده‌ای از طریق مؤسسات بخش بهداشت خصوصی ارائه می‌شود و دولت‌ها فاقد کنترل مستقیم بر برخی یا بسیاری از اجزای سیستم سلامت هستند. امروزه در اقتصاد بخش خصوصی، بخش مهم و رو به رشدی است که سهم فزاینده‌ای از بازار سلامت در سراسر جهان را به خود اختصاص داده است. در کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای در حال توسعه، که بودجه دولتی مدت‌ها نماد مراقبت‌های بهداشتی همگانی بود، در حال حاضر دستخوش تغییرات ساختاری بزرگی شده است و خدمات را به روی رقابت با بخش خصوصی باز کرده است. لکن واگذاری حوزه سلامت و درمان به بخش خصوصی، باعث تکه‌تکه شدن نظام سلامت، شده و از همه مهم‌تر، حق بر سلامت را دچار چالش ساخته است. تقسیم‌بندی سیستم سلامت، به یک بخش عمومی ضعیف که عمدتاً رسالت ارائه خدمات به اقشار ضعیف را دارد و از سوی دیگر، بخش خصوصی باکیفیت بهتر که قشر مرفه را کانون توجه خود قرار داده، بیش از هر چیز منجر به نقض حق بر سلامت به‌عنوان یکی از وظایف دولت شده است. علاوه بر این، اهداف و اولویت‌های مؤسسات مراقبت بهداشتی خصوصی معمولاً به‌طور قابل‌توجهی با ارزش‌ها و هنجارهای پارادایم حقوق بشر متفاوت است. کار مؤثر با ارائه‌دهندگان بخش خصوصی و از طریق آن به مهارت‌های مدیریتی و سیستم‌های اطلاعاتی بهداشتی پیچیده‌ای نیاز دارد که بسیاری از دولت‌ها، به‌ویژه دولت‌های کشورهای فقیر و با درآمد متوسط، اغلب فاقد آن هستند.

در این مقاله پس از تبیین جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی و نظام حقوقی ایران، تأثیر خصوصی‌سازی خدمات پزشکی و امر درمان را در فرایند ارائه خدمات بهداشتی و کیفیت این خدمات و نیز دسترسی افراد به حق بر درمان مورد ارزیابی قرار می‌دهیم و به این سؤال پاسخ خواهیم داد که آیا خصوصی‌سازی خدمات بهداشتی به‌طور بالقوه با تعهدات حقوق بشری دولت در زمینه حق بر سلامت سازگار است یا خیر.

۱. اصول حقوقی حاکم بر نظام سلامت

حق بر سلامتی به‌منزله حقی از حقوق بشر، در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاه والایی دارد و می‌توان آن را از اصول کلی پذیرفته‌شده در نظام‌های حقوقی توسعه‌یافته محسوب کرد. آنچه در علم حقوق مورد توجه است، این است که ضوابطی برای مشخص شدن حق بر سلامتی وجود داشته باشد تا به‌طور دقیق مشخص گردد که دولت‌ها در قبال ارائه خدمات برای ارتقای حق بر سلامتی چه تکالیف مشخصی دارند و چگونه می‌توان عدم ایفای این تکالیف را به اثبات رساند. این حق مسئولیتی بر دوش دولت نهاده و آن‌ها متعهد هستند حق بر سلامتی را در سرزمین تحت صلاحیت خود محترم شمارند. حق بر سلامتی علاوه بر ارتباط با حوزه‌های گوناگون، حقی جهان‌شمول نیز محسوب می‌شود. هر انسانی در هر جای دنیا از چنین حقی برخوردار است. اعلامیه جهانی حقوق بشر از «حق هرکس» نسبت به استانداردی از زندگی سخن می‌گوید که برای سلامتی و رفاه او و خانواده‌اش کفایت کند (رضایی‌زاده، ۱۳۹۹: ۱۹۵).

۲. حق بر سلامت در اسناد حقوق بشر

حق بر سلامت به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در بسیاری از اسناد بین‌المللی حقوق بشری به رسمیت شناخته شده است؛



از مهم‌ترین اسنادی که به این حق اشاره کرده‌اند می‌توان به بند الف ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد، ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (بند ۱)، ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نظر کلی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان ناظر بر اجرای مقررات میثاق در زمینه حق بر سلامتی، فعالیت کمیسیون حقوق بشر و متعاقب آن شورای حقوق بشر و همچنین تلاش‌های سازمان بهداشت جهانی در توجه به حق بر سلامتی اشاره نمود.

۱-۲. ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد

اگرچه حق بر سلامتی در منشور سازمان ملل متحد صراحتاً مورد اشاره قرار نگرفته است، اما بر اساس (بند الف) ماده ۵۵ منشور، سازمان به‌طور ضمنی به مسأله حق بر سلامتی اشاره شده است. در این ماده سازمان ملل را موظف به ارتقای استانداردهای بالاتر زندگی و پیدا نمودن راهکارهای مناسب در جهت ارتقای این حق نموده است. حق بر سلامتی در اسناد سازمان بهداشت جهانی^۱ نیز منعکس گردیده که در سال ۱۹۴۶ برای نخستین بار حق بر سلامتی را در اساسنامه خود مورد شناسایی قرار داده است. همچنین در مقدمه این اساسنامه آمده است که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حقوق بنیادی هر انسانی است و سلامتی ملت‌ها برای دستیابی به صلح و امنیت جنبه بنیادی دارد.

۲-۲. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

اما روشن‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی در اسناد بین‌المللی، در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (مصوب ۱۹۶۶) متجلی شده است که بر اساس بند ۱ ماده ۱۲ این میثاق با الهام از اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مقرر شده: «دولت‌های عضو میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حال سلامتی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند». و در ادامه بند ۲ ماده ۱۲ اقداماتی را که بایستی در راستای تحقق کامل حق بر سلامتی از سوی دولت‌های عضو انجام شود ذکر نموده است. حق سلامتی همچنین در اسناد حقوق بشری دیگر هم جایگاه برجسته‌ای دارد مانند ماده ۵ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، ماده ۱۲ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، حق بر سلامتی صریحاً مورد اشاره واقع نشده است. اما نکات مهمی درخصوص این حق در این ماده وجود دارد که شایسته تأمل است. این ماده مقرر می‌دارد: «الف) هرکس حق دارد که سطح زندگی او، سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش را از حیث خوراک و مسکن و مراقبت‌های طبی و خدمات لازم اجتماعی تأمین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، بیماری، نقص اعضا، بیوگی، پیری، یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان، وسایل امرارمعاش او از بین رفته باشد، از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود. مادران و کودکان حق دارند که از کمک دولت و مراقبت مخصوصی بهره‌مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند». این ماده را بیشتر می‌توان حاوی «حق بر سطح آبرومند زندگی» که شامل شرایطی که برای سلامتی فرد کافی باشد، دانست و نه دقیقاً منعکس‌کننده حق بر سلامتی. در بند ۱ این ماده دو حق به هم مرتبط ذکر شده است: حق برخورداری از استاندارد زندگی که در آن نیازهای اساسی فرد و خانواده‌اش به‌طور کامل برآورده شود. این نیازهای اساسی شامل سلامتی و رفاه می‌شود و چنانچه فردی در وضعیت مطلوب سلامتی و رفاه باشد، حق فوق تأمین شده است. سلامتی معیار تحقق حق بر حداقلی از استاندارد زندگی است. در این بند ابزار دستیابی به این حق ذکر نشده است (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۴۳).

1. WHO



۲-۳. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۱

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ۱۱ مه ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره ۱۴ را در زمینه حق بر بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی صادر نمود. هدف نظر کلی کمیته ارائه کمک و مساعدت به کشورهای عضو میثاق و اجرای آن و ایفای تعهدات، و گزارشدهی آن‌ها دانسته شده است. تفسیر عمومی کمیته از چند نکته مقدماتی و پنج بخش تشکیل شده است. نکات مقدماتی نظر کمیته را می‌توان چنین خلاصه کرد: (متیوسی، ۱۳۸۷: ۵۵۱-۵۵۰).

- حق بر سلامتی، حق بشری بنیادی است و برای اعمال حق‌های بشری دیگر ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. هر انسانی حق دارد از بالاترین سطح قابل وصول سلامتی منجر به زندگی توأم با کرامت برخوردار شود.

- حق بر سلامتی جایگاه ویژه‌ای در اسناد متعدد بین‌المللی دارد.

- حق بر سلامتی پیوند نزدیک و تنگاتنگی با سایر حق‌های بشری مندرج در منشور حقوق بشر دارد و به تحقق آن‌ها وابسته است. این حق‌های مرتبط با سلامتی شامل موارد ذیل است: حق بر غذا، مسکن، شغل، آموزش و پرورش، کرامت انسانی، حیات، عدم تبعیض، برابری، ممنوعیت شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات و آزادی تشکل، اجتماعات و جابجایی. این حق‌ها و سایر حق‌ها و آزادی‌ها به اجزای لاینفک حق بر سلامتی می‌پردازد.

- حق بر سلامتی محدود به حق بر مراقبت سلامتی نیست و عبارات صریح ماده ۱۲ میثاق حاکی از آن است که این حق دربرگیرنده طیف وسیعی از اعمال اجتماعی اقتصادی است که شرایطی را گسترش می‌دهند تا در آن مردم بتوانند زندگی سالمی داشته باشند. حق بر سلامتی دارای مؤلفه‌های اصلی نظیر غذا، تغذیه، مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و قابل شرب، بهداشت و نظافت، شرایط امن و سالم شغلی، و محیط زیست سالم است.

در نتیجه، حق بر سلامت در اسناد متعدد حقوق بشری به‌عنوان یک حق بشری شناخته شده است. هم‌چنین پذیرفته شده است که تحقق حق بر سلامت بستگی به تحقق دیگر حقوق بشر و از جمله حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد. علاوه بر آن ثابت شده است که ریشه بسیاری از بیماری‌ها و هم‌چنین مرگ‌ومیرها در نتیجه عدم رفع نیازهای اولیه انسان است. کمبود و عدم دسترسی به خدمات پزشکی و سلامت، آب آشامیدنی سالم و تغذیه بدون تردید از جمله مهم‌ترین این نیازها هستند. سلامت عمومی باید خارج از نظام سلامت انجام گیرد. در حقیقت تحقق حق بر سلامت به‌طور کامل بستگی به تحقق سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد. تغذیه، مسکن، بهداشت، شرایط کار و... هم‌چنین صلح و امنیت نیز برای تحقق حق بر سلامت لازم و ضروری است.

۳. حق بر سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران حق بر سلامت عمومی و لزوم برخورداری شهروندان از بهداشت و درمان عمومی مناسب مورد شناسایی و تأکید قانون‌گذار قرار گرفته است. 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 تمامی اتباع ایران اشاره کرده‌اند. طبق بند سوم اصل ۱۲ قانون اساسی؛ «پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی برای ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هرنوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار،

1. The Right to the Highest attainable Standard of Health, General Comment No. 14



بهداشت و تعمیم بیمه» از وظایف دولت است. بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی نیز به صراحت، دولت موظف شده تا خدمات سلامت را برای همه افراد جامعه تأمین کند. و مقرر شده: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری و پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، دراهماندگی، حوادث و سوانح نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و ... حقی است همگانی». به‌موجب این اصل، هرکس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامتی فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب و محیط کار سالم را در برمی‌گیرد (عباسی، رضایی و دهقانی، ۱۳۹۳: ۱۶۷).

در اندیشه حقوق عمومی حق بر سلامت عمومی، جزئی از حقوق بنیادین در هر جامعه سیاسی است. هر فردی به‌مثابه عضوی از جامعه صرف‌نظر از ملاحظات نژادی، دینی، سیاسی و فرهنگی، از این حق بهره‌مند می‌باشد. این دسته از حقوق که به‌طور معمول از آن‌ها در امتداد صیانت و حمایت از حق حیات افراد سخن به میان می‌آید، دارای ارتباط معناداری با دیگر حقوق بشر می‌باشد. به همین مناسبت، توجه لازم و بایسته به حق بر سلامت از سوی دولت‌ها فارغ از ساختار نظام سیاسی آن‌ها امری ضروری به نظر می‌رسد. تهیه، تدوین و تصویب اسناد و معاهدات بین‌المللی مرتبط با حق بر سلامت و نیز وضع قوانین و مقررات موضوعه داخلی در این زمینه خود دلیلی بر این مدعا است.

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 قانونگذار ایرانی با تصویب و اعمال قوانین و سیاست‌هایی به سمت خصوصی‌سازی نظام سلامت و درمان تغییر مسیر داد. در این باره می‌توان به اصلاحات نظام سلامت در آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۹۲، مواد ۶ و ۷ برنامه سوم توسعه، ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰ و ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه اشاره نمود که وجه مشترک این قوانین و دستورالعمل‌ها «تمرکززدایی در نظام سلامت و کوچک سازی 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 به دلیل 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.

این تغییرات حکایت از تغییر الگو در گفتمان سلامت و عقب‌نشینی اقتصادی دولت از نظام سلامت دولتی و هموارسازی فضا برای تصدی‌گری بخش خصوصی در تأمین خدمات سلامت و درمان داشت. از نمونه‌های موردی این تغییر و اصلاح رویه می‌توان به طرح‌هایی مانند «خودگردانی بیمارستان‌ها» یا «هیئت‌امنایی شدن بیمارستان‌ها» اشاره نمود که در واقع خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها است و با این طرح، هزینه درمان به مردم تحمیل می‌شود.

بر اساس این طرح، بیمارستان‌ها ملزم می‌شدند اداره امور خود را بر اساس درآمدهای خود و بدون اتکا به بودجه عمومی دولت به دست گیرند. دولت‌سازندگی در دهه هفتاد (۱۳۷۴) به بهانه رفع مشکلات مالی بیمارستان‌ها این طرح را تصویب و در تمام بیمارستان‌های دولتی کشور اجرا کرد. بر اساس 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 وارد بازار شدند (جاکاب و پریکر، ۲۰۰۳).



در حالی که برنامه‌های توسعه هر پنج سال یک بار بر کاهش سهم بیمار از تأمین هزینه‌های درمان تأکید کرده بودند، اجرای این طرح سهم بیمار از هزینه درمان را پس از یک دهه از ۲۵ درصد به حدود ۶۰ درصد افزایش داد. در خصوص بخش‌های مربوط به سلامت برنامه ششم توسعه هم باید گفت طرح تحول سلامت و واگذاری بیمارستان دولتی به بخش خصوصی هزینه‌های درمان را بین ۳۰۰ تا ۴۰۰ درصد افزایش می‌دهد که این موضوع آثار جدی و گسترش نابرابری در جامعه را در پی خواهد داشت. 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؛ در حالی که ادعا می‌شد تبدیل بیمارستان‌های دولتی به واحدهایی خودگردان مدیریت و تخصیص منابع عمومی را بهبود می‌بخشد و پاسخگویی بیمارستان‌ها را ارتقا می‌دهد (جعفری سیریزی 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 (قاضی زاده هاشمی) نیز حول محور حمایت از بخش خصوصی و جلب مشارکت آن است^۱ که در واقع به معنای تلاش برای عقب‌نشینی هر چه بیشتر دولت از ارائه خدمات درمانی است. ویژگی خصوصی‌سازی سلامت در ایران این گونه است که یکباره و مشخص انجام نمی‌شود. معمولاً روال به این صورت است که بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها را به تدریج به بخش خصوصی واگذار کنند. بعضی از بیمارستان‌ها نیز به کلی به بخش خصوصی واگذار می‌شوند. به‌تازگی مراکز بهداشتی و درمانی نیز به پیمانکاران بخش خصوصی واگذار می‌شوند که آگهی‌های مناقصه این مراکز در اینترنت در دسترس است. ^۲ این واگذاری‌ها روند خصوصی شدن سلامت و درمان را در ایران سرعت می‌بخشد (آزاد ارمکی، کوششی و پروایی، ۱۴۰۰: ۱۹۰).

وزارت بهداشت بر اساس 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؛ در حالی که گزارش سازمان ملل با عنوان فقر شدید و حقوق بشر (۲۰۱۸)، خصوصی‌سازی را دینامیسم نقض نظام‌مند حقوق بشر و ابزار به حاشیه راندن فقرا و گروه‌های کم‌درآمد معرفی کرده است^۳ (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، حجم بخش خصوصی در حوزه سلامت گسترده‌تر شده و پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات سلامت و درمان همچنان بالا است. بر اساس اطلاعات سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ میزان هزینه‌های پرداختی ایرانیان برای سلامت حدود ۴۲ درصد بوده است (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۹: ۳) به‌علاوه، نتایج پژوهش پیکان پور 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 حوزه بهداشت و درمان به خوبی روند کالایی شدن سلامت را نشان می‌دهد.

۱. دکتر هاشمی: دولت از سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در پروژه‌های بهداشتی و درمانی حمایت می‌کند، ۲۰ دی ۱۳۹۳، به نقل از تارنمای خبرآنلاین قابل مشاهده در لینک: <https://www.khabaronline.ir/news/>
 ۲. آگهی‌های مناقصه در این لینک قابل مشاهده است: <https://iums.ac.ir/content/66615>



۴. مفهوم کالایی شدن

کالایی شدن مفهومی است که ریشه در نظریات و اندیشه‌های کارل مارکس دارد و در کنار مفاهیمی مانند «بت وارگی کالا» به کار می‌رود. از نظر مارکس، مشخصه اصلی شیوه تولید سرمایه‌داری، دگرذیسی همه چیز به کالا است. جهان جدید، دنیای افسون‌زده در بند حیات کالایی شده و پول و بازار است (کالینیکوس، ۱۳۹۳: ۱۲۰). 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 (هاروی، ۱۳۹۱: ۲۳۱) و به شرط قرارداد قانونی می‌توان آن‌ها را خرید و فروش کرد. وقتی چیزی قابلیت خرید و فروش پیدا می‌کند، در نتیجه می‌توان با آن همانند کالا به‌عنوان 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. در یک سیستم اقتصادی سرمایه‌داری، کالا شدن یا کالایی شدن عبارت است از تبدیل چیزهایی مانند اجناس، خدمات، ایده‌ها، طبیعت، اطلاعات شخصی، افراد یا حیوانات به کالاها و مبادلات تجاری. از نظر حقوقی نیز کالا در ابتدایی‌ترین حالت خود، «هر چیزی است که برای مبادله در نظر گرفته شده است» یا هر شیء‌ای که دارای ارزش اقتصادی است. حتی کالاهای عمومی مانند هوا و آب (والش، ۲۰۱۱: ۹۲) نیز می‌توانند کالایی شوند.

سندل نیز در کتاب «آنچه با پول نمی‌توان خرید؛ مرزهای اخلاقی بازار» به گذر از اقتصاد بازار به سوی گسترش «جامعه بازاری» اشاره کرده است. از نگاه وی، اقتصاد بازار یک ابزار برای سامان دهی فعالیت‌های تولیدی است و ابزار باارزش و کارآمدی است، اما جامعه بازاری یک شیوه زندگی است که در آن ارزش‌های بازار، در همه جنبه‌های زندگی رخنه کرده‌اند. 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: ۶-۳). 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 نابرابری را بیشتر کرده است. به نظر وی، اگر چیزهای خوب زندگی صورت کالایی پیدا کنند، فاسد می‌شوند و ارزش و معنای خود را از دست می‌دهند (سندل، ۱۳۹۳: ۶-۳). بسط این تفکرات می‌تواند موجب زوال اخلاق و انسانیت در جامعه شود و جای خود را به عقلانیت ابزاری و محاسبات پولی دهد.

۵. کالایی شدن سلامت

یکی از نتایج مستقیم و بلافاصله خصوصی‌سازی حوزه درمان، کالایی شدن و تبدیل سلامت از یک حق اجتماعی به یک کالای بازاری است. در نتیجه، سلامت نیز مانند دیگر چیزها حالت کالایی پیدا کرده و قیمت پیدا می‌کند. همان طور 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. کالایی شدن در حوزه‌ای مانند سلامت و درمان به این معناست که ملاک دستیابی به خدمات درمانی کالایی شده توانایی مالی خریداری این خدمات است و صرف نیاز به خدمات درمانی موجب دستیابی به این خدمات نمی‌شود. بیمار به‌مثابه مشتری همیشگی نظام سلامت و درمان تنها در صورت توانایی مالی قادر به بهره‌مندی از خدمات درمانی خواهد بود؛ بنابراین در چنین نظام کالایی شده پول اهمیت بیشتری دارد نه نیاز.

در حالت کالایی شدن سلامت، سلامت از یک حق اجتماعی تبدیل به یک امتیاز طبقاتی می‌شود و در نتیجه طبقات فرادست و اقشار مرفه امکان دسترسی بیشتری به آن پیدا می‌کنند؛ درحالی‌که برای طبقات اجتماعی فرودست، دستیابی به سلامت رفته رفته غیرممکن می‌شود و سلامت به کالایی لوکس تبدیل می‌شود که همه افراد توان دسترسی به آن را ندارند. در این رویکرد، پول به عاملی تعیین کننده تبدیل می‌شود و سلامت به کالایی گران بها تبدیل می‌شود که دستیابی به آن مستلزم پرداخت هزینه‌های سرسام‌آور است. در این رویکرد کیفیت خدمات پزشکی و درمانی برای مردم به‌صورت سلسله مراتبی ارائه می‌شود؛ به‌طوری‌که دریافت خدمات بهتر، مستلزم صرف هزینه‌های بیشتر می‌شود؛ بنابراین سلامت به کالایی لوکس تبدیل می‌شود. همچنین در چنین نظامی هر یک از افراد جامعه در مرحله نخست موظف هستند مسئولیت حمایت از خود را در برابر بروز بیماری‌ها و ریسک‌های زندگی روزمره شخصاً بر عهده بگیرند.

در چنین نظامی با کالایی شدن 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 مسئولیت زدایی از دولت است پیامد این گونه سیاستها کاهش و حذف مصرف سلامت و درمان از سبد مصرفی خانواده‌های طبقات پایین است. در راستای تأیید این امر، میزان مراجعه مردم و از خدمات درمانی ۳۰ درصد کاهش یافته است.^۱

کالایی شدن سلامت نوعی قشربندی و نابرابری را در کیفیت خدمات رسانی به افراد ایجاد کرده است. نیروی بازار دسترسی برابر به فرصت‌ها را از بین می‌برد. نابرابری نیز خصلت بازار است. کالایی شدن 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).

در چنین نظامی، بیمار هر چقدر پول بیشتری داشته باشد از خدمات بهداشتی و درمانی بهتر و بیشتری نیز برخوردار خواهد شد؛ پس معیار بهره‌مندی از خدمات خوب، توانایی مالی افراد 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 (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۸: ۸). 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).

در این میان، آنچه حساسیت‌ها در بخش سلامت کشور را افزایش می‌دهد، پیامدهای اقتصادی و اجتماعی ناشی از کالایی شدن سلامت برای افراد جامعه است. یکی از مهم‌ترین مخاطرات بخش سلامت، فقیرکنندگی هزینه‌هایی است که مردم برای امور بهداشتی و درمانی خود متحمل می‌شوند. به عبارت دیگر یک فرد ممکن است مجبور به پرداخت هزینه‌های هنگفتی شود که

۱. سایت روزنامه همشهری کد خبر ۴۷۰۵۰۷ منتشر شده در ۲۵ آذر ۱۳۹۸ دسترسی در:

<https://www.hamshahrionline.ir/news/470507>



در نهایت به سقوط او زیر خط فقر بیانجامد؛ 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. در این ارتباط سبد 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 ۵/۲۲ 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 ۲۱ درصد بوده است (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۸: ۲) این افزایش‌ها به دلیل تحریم‌ها و تورم به وجود آمده است (آزاد ارمکی، کوششی و پروایی، ۱۴۰۰: ۱۸۵).

بحث و نتیجه‌گیری

در دهه‌های اخیر تفکر بازاری و سود محور 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 هم در اسناد بین‌المللی حقوق بشر و همچنین در نظام حقوقی ایران، بهداشت سلامت و درمان از جمله مقوله‌هایی است که دولت باید در آن‌ها به‌صورت مستقیم ارائه دهنده 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 سندل، همو 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 هسیانو، 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 نشان دهنده 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: ۱۱۹-۱۱۸).

پژوهشگرانی مانند فورکاد و هیلی (۲۰۰۷) معتقدند نئولیبرالیسم و بازار آزاد به هر کجا پا می‌نهد، آثار تخریبگری برای جامعه به بار می‌آورد (جلایی پور و باینگانی، ۱۳۹۵). 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 آسیب‌پذیر 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 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).

کالایی شدن سلامت، باعث می‌شود تا سلامت به مقوله‌ای طبقاتی مبدل شود 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 (پروائی و موسایی، ۱۳۹۸).

در نتیجه کالایی شدن سلامت پیامدهای جدی و مخربی بر زندگی طبقات فرودست جامعه دارد. اقتصاد سرمایه‌داری به همه پدیده‌های زندگی به‌صورت بازاری نگاه می‌کند و پدیده‌ها را در چارچوب عرضه و تقاضا می‌بیند. بر این اساس اگر انسانی بیمار شود و نتواند خدمات درمانی بخرد، هیچ کس این خدمات را برای او عرضه نخواهد کرد. در نتیجه، این امر به طردشدگی و جاماندگی قشر تهیدست می‌انجامد. زمانی که همه چیز 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 طبقات تهیدست از خدمات سلامت و درمان چیزی جز طرد شدگی 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 آمادگی 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. این وضعیت در نهایت به طردشدگی، جاماندگی و کنارگذاری طبقات تهی‌دست از خدمات سلامت و درمان می‌انجامد. در چنین شرایطی جامعه ایرانی نیازمند مسئولیت‌پذیری بیشتر دولت در قبال طبقات تهی‌دست است تا با کالازدایی یا غیرکالایی کردن خدمات سلامت و درمان به‌عنوان کالاهای ضروری است.

منابع و مأخذ

۱. آل کجیاف، حسین (۱۳۹۲)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۷ (۲۴): ۱۳۹-۱۷۰.
۲. پروائی، شیوا (۱۳۹۹)، *سنخ‌شناسی رفتار مصرفی بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری*، تهران، مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
۳. پروائی، شیوا (۱۳۹۸)، *سالمندی در کشاکش تغییرات جامعه ایرانی*، رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی، تهران، دانشگاه تهران.



۴. پیکان پور، محمد، اسماعیلی، سجاد، یوسفی، نازیلا، آریایی نژاد، احمد و حمیدرضا راسخ (۱۳۹۷)، مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران، (۱۷): ۴۹۴-۴۸۱.
۵. تیلور گری (۱۳۹۲)، *ایدئولوژی و رفاه*، ترجمه حسین محقق کمال و مهدی نصرت‌آبادی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
۶. جعفری سیریزی، مهدی، رشیدیان، آرش، ابوالحسنی، فرید، محمد کاظم، یزدانی، شهرام، پارکرتون پاتریشیا، یونسین، مسعود، اکبری فیض‌اله و عرب، محمد (۱۳۸۷)، مطالعه کیفی بررسی ابعاد و درجه اعطای خودگردانی به بیمارستان‌های دانشگاهی مورد پژوهش، *مجله پژوهشی حکیم*، (۱۱): ۷۱-۵۹.
۷. جلالی پور، حمیدرضا و باینگانی، بهمن (۱۳۹۵)، مطالعه جامعه‌شناختی پیامدهای اقتصادی بازار و تجارت مرزی اتنوگرافی انتقادی بازار مرزی بانه، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، (۵): ۵۷۳-۵۳۹.
۸. رضایی‌زاده، محمدجواد (۱۳۹۹)، بررسی نظام حقوقی دارویی ایران از منظر حق بر سلامت، *نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت*، ۴(۲): ۲۰۱-۱۹۳.
۹. سندل، مایکل (۱۳۹۳)، *آنچه با پول نمی‌توان خرید مرزهای اخلاقی بازار*، ترجمه حسن افشار، تهران: نشر مرکز.
۱۰. عباسی، محمود، رضایی، راحله و دهقانی، غزاله (۱۳۹۳)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۸(۳۰): ۱۹۹-۱۸۳.
۱۱. کالینیکوس، آلکس (۱۳۸۳)، *درآمدی تاریخی بر نظریه‌های اجتماعی*، ترجمه اکبر معصوم بیگی، تهران: انتشارات آگاه.
۱۲. کریون، متیوسی‌آر (۱۳۸۸)، *چشم‌اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی*، اجتماعی و فرهنگی، ترجمه محمد حبیبی مجنده، انتشارات دانشگاه مفید.
۱۳. مارکس، کارل (۱۳۵۲)، *سرمایه*، ترجمه ایرج اسکندری، جلد اول، تهران: انتشارات حزب توده ایران.
۱۴. مرکز آمار ایران (۱۳۹۵-۱۳۳۵)، نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور، تهران: مرکز آمار ایران.
۱۵. 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.
۱۶. 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.
17. Barlow, Maude (2001-02-01), "Commodification of water - the wrong prescription", *Water Science & Technology*, 43(4): 79-84.
18. Braun, V & Clarke, V (2006), "Using Thematic Analysis in Psychology", *Qualitative Research in Psychology*, (2): 77-101.
19. Burawoy, Michael (2010-05-31), "From Polanyi to Pollyanna: The False Optimism of Global Labor Studies", *Global Labour Journal*, 1(2).
20. Development of Programmatic Guidance", *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, (26): 1-9.
21. 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*, Washington DC: World Bank, 207-238.
22. Jose, George (2017-09-03), "Hawa khaana in Vasai Virar", *City*, 21(5): 632-640.
23. Leon, D. A, Walt, G & Gilson, L (2001), "Recent Advances: International Perspectives on Health Inequalities & Policy", *British Medical Journal*, (322): 591-594.
24. Maloney, Lauren (2020), "The Commodification of Human Beings", *nulawrevieworg* Retrieved 26 February.
25. McGregor, S (2001), "Neoliberalism & Health Care", *International Journal of Consumer Studies*, (25): 82-89.
26. Norman, A. H, Russell, A. J & Merli, C (2016), "The Quality and Outcomes Framework: Body Commodification in UK General Practice", *Social Science & Medicine*, (170): 77-86.
27. Petrovici, D & Christopher, R (2006), "Population Health and Risk Factors in Transitional Economy", *Journal of Consume Policy*, (29): 279-300.
28. 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*, (16): 1-8.
29. Saksena, P, Xu, K & Durairaj, V (2010), *The Drivers of Catastrophic Expenditure: Outpatient Services, Hospitalization or Medicines*, Background Paper, World Health Organization, (21).



30. Sampath, P & Wilson, D. M (2012), "A Case Study & State of Science Review: Private Versus Public Healthcare Financing", *Global Journal of Health Science*, (4): 118-126.
31. Somkotra, T. L & Lagrada, P (2009), "Which Households Are at Risk of Catastrophic Health Spending: Experience in Thailand after Universal Coverage", *Health Affairs*, (28): 467-478.
32. Wilsterman, James M. (2008). "The Human Commodity". *thecrimson*. thecrimson.com. Retrieved 26 February 2020.
33. Yip, W & Hsiao, W (2014), "Harnessing the Privatization of China's Fragmented Health-Care Delivery", *Lancet*, (384): 805-818.



Commodification of Health as a Violation of 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 Khodadadi Kandahar

Master Student of International Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran

s.khodadadi64@yahoo.com

Abstract

Privatization or handing over the health sector to private companies is one of the most challenging topics in legal systems. Based on popular theories, it was supposed to increase the efficiency of medical institutions by handing over the health sector to the private sector, and on the other hand, treatment costs would also decrease. But the basic question in this case is, what effect can privatization of health have on citizens' right to health? The results of the research show that handing over the health field to the private sector has made the right to treatment as a human right become a commodity that is gradually out of the reach of the general public and turns into a luxury and expensive commodity. In this article, in an analytical-descriptive manner, we examined the position of the right to treatment from the perspective of human rights and Iran legal system.

Keywords: Health, Right, Privatization, Treatment, Commercialization