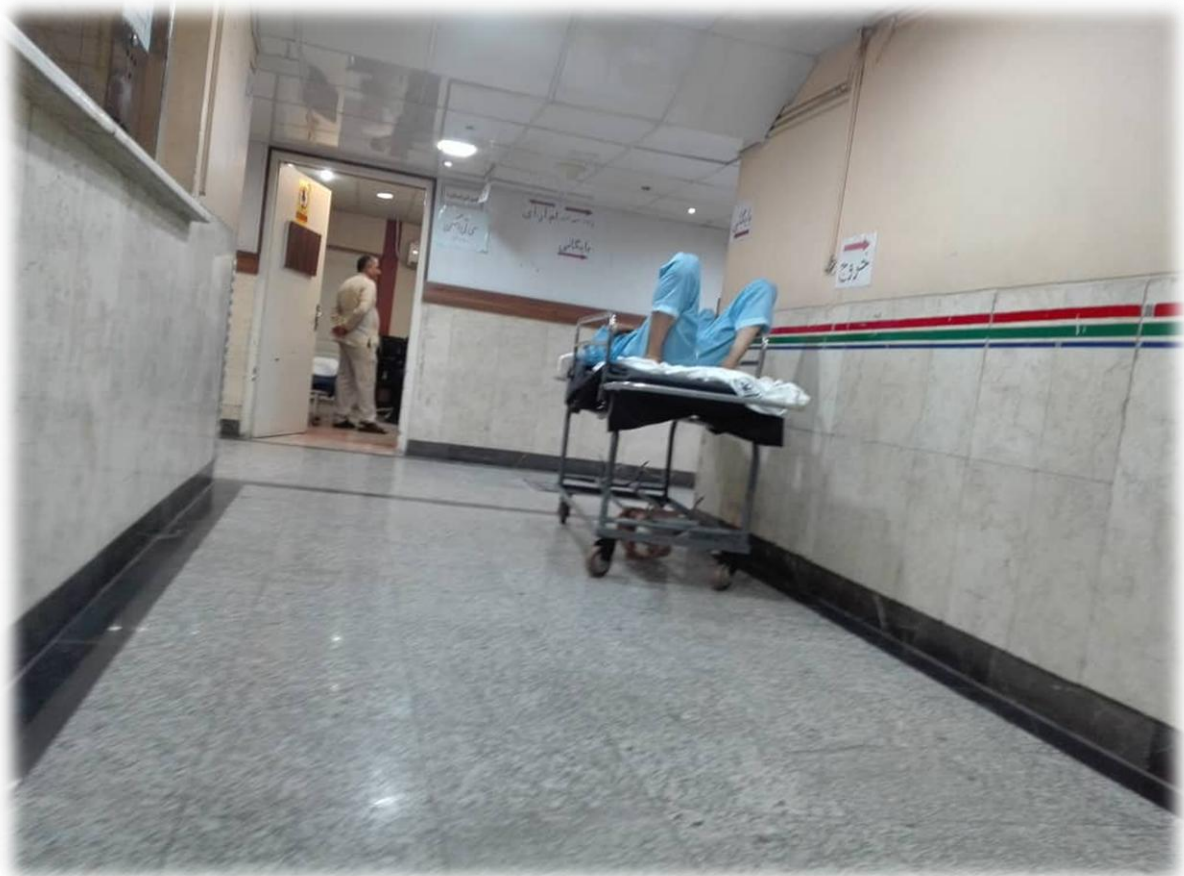


**نقد**  
**اقتصاد سیاسی**

# **بیمارستان؛ کارخانه‌ی تولید و توزیع درمان**

**نیکزاد زنگنه**



**نقد اقتصاد سیاسی**

**مردادماه ۱۳۹۷**

انگیزه‌ی نوشتن این یادداشت از آن‌جا شکل گرفت که دو هفته‌ی نخست تیرماه امسال را به‌عنوان همراه دائمی بیماری با محدودیت حرکتی شدید، در بخش نورولوژی یکی از بیمارستان‌های دولتی غرب تهران سپری کردم. مواجهه‌ی بی‌واسطه با مناسبات بخش درمان در یک مکان دولتی، تجربه‌ای فراتر از خواندن گزارش‌ها و شنیدن تجربیات مشابه به نظر می‌آمد. از این رو، بر آن شدم تا با پرداختن به برخی از مهم‌ترین جنبه‌های این تجربه‌ی عینی، عمق بحرانی را که نظام درمانی کشور با آن دست به‌گریبان است، روایت کنم.

### کالبد و تجهیزات فرسوده‌ی بیمارستان

این بیمارستان در سال ۱۳۴۳ در یک زمین وقفی تأسیس و تا سال ۱۳۷۱ با احداث سه ساختمان به یک مجموعه تبدیل شده است که در حال حاضر با بیش از ۸۶۰ تخت، در ۲۲ رشته‌ی تخصصی و ۱۸ رشته‌ی فوق تخصصی مشغول ارائه‌ی خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی است. بخش آموزش بیمارستان از ابتدای تأسیس آن فعال بوده و این مجموعه در حال حاضر یکی از مراکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

با توجه به قدیمی بودن بنای اصلی ساختمان بیمارستان، بخش‌های مختلف بارها مورد بازسازی قرار گرفته است. با این حال برخی از امکانات اساسی بیمارستان مانند آسانسور، دستگاه‌های سرمایشی و یخچال‌ها کاملاً فرسوده هستند. گرچه کیفیت امکانات و زیرساخت‌ها در بخش‌های مختلف تخصصی، متفاوت است اما به نظر می‌رسد اولویت‌بندی مشخصی در نوسازی امکانات کالبدی مجموعه وجود نداشته است.

برای مثال اکثر بیماران نورولوژی در مقابل گرما آسیب‌پذیر هستند. با این حال دستگاه‌های سرمایشی این بخش حتی پس از پیگیری‌های فراوان و اعزام نیرو از واحد تأسیسات، کارایی مناسبی نداشت. به طوری که در روزهای گرم تابستان تهران، بدن بیمارانی که اکثراً توانایی‌های حرکتی بسیار اندکی دارند، از گرما خیس عرق می‌شد. در این میان برخی بیماران به تهیه‌ی پنکه از خارج از بیمارستان اقدام کرده بودند. تصور این که بیماران شهرستانی یا بیمارانی که دسترسی به امکانات ندارند، در این شرایط با چه وضعیتی مواجه می‌شوند، چندان سخت نیست.

در این تجربه‌ی دو هفته‌ای، آسانسورهای مجموعه بارها از کار افتاد و بیمارانی که با ویلچر و برانکاردر تردد می‌کردند، برای جابه‌جایی بین بخش‌ها به منظور انجام معاینات تکمیلی با دردرس فراوان و به تأخیر افتادن فرآیند درمان روبرو شدند.

بیش‌تر سرویس‌های بهداشتی بخشی مانند نورولوژی که باید با توجه به توان متوسط و رو به پایین حرکتی بیماران اعصاب، بهسازی شده باشد، ایرانی (دارای فرنگی سیار) بود. سرویس بهداشتی یکی از اتاق‌ها به استفاده‌ی

پرسنل بخش اختصاص داده شده بود و کلید داشت. طوری که بیماران آن اتاق باید از سرویس‌های اتاق‌های مجاور استفاده می‌کردند.



### ابژه‌ای به نام «بیمار»

مجتمع بهداشتی-درمانی مورد مراجعه‌ی ما، یکی مراکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران است. بنابراین بیماری که در این بیمارستان بستری می‌شود، روزانه با انترن‌ها، رزیدنت‌ها و در نهایت تعداد محدودی از پزشکان متخصص از گروه‌های تخصصی متفاوت برخورد خواهد داشت. در واقع بخشی از کلاس درس دانشجویان در مقاطع مختلف، به طور عملی و بر بالین بیماران برگزار می‌شود. اما به نظر می‌رسد در این کلاس‌ها تنها دانش پزشکی آموزش داده می‌شود و اثری از آموزش اخلاق پزشکی و شیوه‌ی برخورد با بیمار نیست. آنچه که بین تمام این پزشکان -صرف نظر از تجربه و سابقه- کاملاً یکسان است، برخورد با بیمار به‌منابه‌ی یک ابژه است.

بیمارها در این بیمارستان «انسان»‌هایی نیازمند درمان نیستند بلکه «اشیایی» برای تمرین روش‌های درمانی‌اند. آن‌ها اسم ندارند و معمولاً با شماره‌ی تخت خوانده می‌شوند و طوری مورد برخورد قرار می‌گیرند که گویا خارج از تخت بستری، دارای هیچ هویتی نبوده‌اند. در مراجعه‌های مکرر روزانه‌ی پزشکان و پرستاران، کمتر شاهد این بودم که بیمار به طور مستقیم مورد پرسش قرار بگیرد و معمولاً پزشک بدون توجه به بیمار، مستقیماً

با همراه وارد گفتگو می‌شود. در تمام این مدت که به ضرورت فرآیند درمان، با پزشکان مختلف، پرستاران، بهیاران، مسئول MRI، اسکن، سونوگرافی، کاردرمانی، فیزیوتراپی و... در تماس بودم تنها یک بار مشاهده کردم که یک کاردرمان، بیمار را به نام کوچکش صدا زد و احوال‌پرسی کرد. در باقی موارد با بیماران همچون انسان بی‌گذشته‌ای رفتار می‌شد که جز مورد درمان قرار گرفتن، کاربرد دیگری ندارند. فراوانی و شدت چنین برخوردهایی به حدی است که می‌توان آن را با رفتار یک مکانیک با اتومبیلی فرسوده یا یک تعمیرکار وسایل خانگی با لباس‌شویی از کار افتاده مقایسه کرد.

در این وضعیت، بیماران کم‌توان وضعیت بدتری دارند. کسانی که به دلیل ضعف حرکتی یا بینایی، از انجام امور روزمره‌ی خود عاجز هستند، در صورت نداشتن همراه باید ساعت‌ها برای بدیهی‌ترین درخواست‌های خود منتظر بمانند. بیمارانی با لرزش‌های عصبی حاد، بیمارانی که دشواری تکلم داشتند، بیماران بدون کنترل ادرار و بسیاری از موارد بغرنج دیگر مجبور بودند بارها به‌طور حضوری برای دریافت دارو یا خدمات دیگر به ایستگاه پرستاری مراجعه کنند.

درگیری‌های لفظی بین کارمندان و یا بین کارمندان و مراجعان (که در درجه‌ی اول به خاطر حجم بالای کار و کمبود نیرو رخ می‌داد)، بی‌حوصلگی در شرح وضعیت بیمار به او و همراهش، بی‌تفاوتی محض نسبت به استرس‌ها و تنش‌های بیمار و ... از شایع‌ترین اتفاقات روزمره بود.

نکته این‌جاست که این تراژدی به تمامی در محلی اتفاق می‌افتد که قرار است آموزشگاه باشد؛ و این سؤال در ذهن شکل می‌گیرد: از دانشجویانی که روزانه به‌طور مرتب شاهد این وضعیت هستند، انتظار می‌رود که به چه پزشکانی تبدیل شوند؟



### مکانی برای دیدن سلسله مراتب

از مناسبات جاری در این بیمارستان می توان برای ترسیم و تشریح یک سیستم به تمامی مبتنی بر سلسله مراتب استفاده کرد. هر می که در رأس آن پزشکان متخصص و در قاعده بیماران و همراهان در مرتبه ای پایین تر از نیروهای خدماتی بخش - کسانی که مسئول نظافت هستند - قرار می گیرند.

هرچه از رأس به سمت پایین حرکت کنیم، حجم وظایف و فشردگی مسئولیت ها افزایش می یابد. یعنی پزشکان صرفاً برای معاینه ی بیماران و آموزش دانشجویان برای مدت کوتاهی در بخش حاضر می شوند. رزیدنت ها زمان بیش تری (و گاهی تا پاسی از شب) را در بخش می گذرانند و بار اصلی فرآیند درمان را به عهده دارند.

مراقبت های تکمیلی مانند توزیع داروها، وصل/قطع کردن سیرم، تکمیل روزانه ی شرح وضعیت بیماران، گزارش دادن به مقام بالاتر، هماهنگی انتقال بیماران بین بخش ها و تماس با پزشک در صورت نیاز برای مراجعه، برعهده ی پرستاران است. باید توجه داشته باشیم که پرستاران مسئول تمام اتفاقاتی هستند که در بخش رخ می دهد.

تکان‌دهنده بودن این تقسیم کار نابرابر زمانی آشکار می‌شود که نگاهی به تفاوت دریافتی‌های این دو گروه بیندازیم: آمار رسمی از درآمد متوسط و همچنین حداقل و حداکثر درآمد پزشکان متخصص در ایران از سوی مراجع رسمی نظیر وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی، وزارت کار و یا سازمان آمار منتشر نمی‌شود. با این حال در گزارش‌های انتقادی متعددی که از آغاز دهه ۹۰ به طور مرتب در نشریات و وبسایت‌ها منتشر می‌شود، ارقام متفاوتی از سوی دست‌اندرکاران و صاحب‌نظران در خصوص کارانه<sup>۱</sup> پزشکان متخصص در بیمارستان‌های مختلف گزارش شده است. در سال ۱۳۹۲ حسن طریقت منفرد (وزیر سابق بهداشت) [اعلام کرد](#) که: «درآمد پزشکان در بخش دولتی برای ۱۵۰ ساعت کار ماهانه ۳۴ میلیون تومان است». باید توجه داشت که کارانه تنها دریافتی پزشکان متخصص نیست و به مبلغ آن باید حقوق پایه‌ی ماهیانه<sup>۲</sup>، درآمد مطب و کلینیک‌های خصوصی و البته «زیرمیزی» را نیز اضافه کرد. در مقابل محمد شریفی مقدم (قائم‌مقام سازمان نظام پرستاری) در [مصاحبه‌ای](#) در سال ۱۳۹۵ می‌گوید: «بالاترین دریافتی یک جراح چند صد میلیون تومان و پایین‌ترین کارانه‌ی پرستار ۱۰۰ هزار تومان است... یعنی اختلاف بیش از یک‌هزار برابری بین درآمد پزشک و پرستار وجود دارد.» پیش‌تر غضنفر میرزاییگی (رئیس کل وقت سازمان نظام پرستاری) در [مصاحبه‌ای](#) گفته بود: «پرداخت کارانه برای پزشکان از ۱۰ میلیون تومان تا ۳۰۰ میلیون متغیر است؛ در حالی که این کارانه برای پرستاران از ۵۰ هزار تومان در حداقل تا ۲۵۰ هزار تومان در حداکثر پرداختی است».

در عین حال، حسن قاضی زاده‌هاشمی (وزیر بهداشت دولت دوازدهم) در [مصاحبه‌ای](#) ادعا می‌کند: «کاری که برای پرستاران در این دولت انجام داده‌ایم، قبل از ما انجام نشده بود. تفاوت پرداخت بین پرستار و پزشک قابل توجه است. اما در این دوره توانسته‌ایم کارانه پرستاران را ۲ تا ۳ برابر افزایش دهیم.»

با رسیدن به بخش پایین سلسله‌مراتب قدرت، با فقدان نیروی اجرایی مهمی به نام بهیار مواجه می‌شویم. در حالیکه پست دیگری به‌عنوان کمک بهیار (کمک پرستار) وجود دارد. در واقع کمک بهیار عهده‌دار دو نوع مسئولیت است. وظایفی که عمدتاً بار جسمی و ذهنی سنگینی دارند. در تجربه‌ی من در هر شیفت (معمولاً ۱۲ ساعته) یک کمک بهیار برای ۲۰ تخت مشغول فعالیت بود. تعویض ملافه تخت‌ها، دادن لباس بیمارستان، پوشک بزرگسالان و زیرانداز بهداشتی به بیمار، تعویض کردن پوشک بیمارانی که همراه نداشتند، خالی کردن سوندها، جابه‌جا کردن روزانه‌ی بیمارانی که در شرف ابتلا به زخم بستر هستند و شستن وسایل چندبار مصرف بخش از جمله وظایف ثابت کمک بهیار بخش است. این وضعیت بحرانی زمانی روشن تر می‌شود که بدانیم همین کمک بهیارها مسئول بردن بیماران متعدد به بخش‌های دیگر مانند اسکن، سونوگرافی، رادیولوژی، MRI،

<sup>۱</sup> نوعی پرداخت مالی غیر از حقوق می‌شود که طبق تعریف هر شرکتی برحسب میزان سودی که از فروش مازاد و یا تولید خود به‌دست می‌آورد آن را بین پرسنل تقسیم می‌کند. ولی نحوه‌ی تقسیم کردن آن متفاوت است و در هر شرکت و سازمانی فرق دارد.

<sup>۲</sup> بسیاری از پزشکان متخصص که در دانشگاه‌ها و یا سایر سازمان‌های دولتی یا غیر دولتی نظیر سازمان تأمین اجتماعی کار می‌کنند حقوق ماهانه‌ی چندمیلیونی بر اساس سابقه‌ی کار و رده‌ی علمی دریافت می‌کنند. این ارقام به کارانه اضافه و به‌عنوان دستمزد نهایی پرداخت می‌شود.



نوار مغز و ... هستند که باعث می‌شود که روزانه برای زمان طولانی مجبور به ترک بخش باشند؛ و نکته این جاست با این حجم از فعالیت، برخی از کمک بهیارها شیفت‌های ۱۸ ساعته (یعنی از ساعت ۱۳ تا ۸ صبح روز بعد) دارند. با توجه به کمبود بهیار، برداشتن این شیفت اجباری است.

در انتهای سلسله‌مراتب اداری، نیروهای خدماتی قرار دارند. آنها مسئول نظافت کلیه سطوح و سرویس‌ها، تعویض مرتب پلاستیک زباله‌های بخش (عفونی و عادی) و جابه‌جایی کلیه وسایل و تجهیزات بخش (در صورت نیاز) هستند. به علاوه، این نیروها گاهی در صورت لزوم برای خالی کردن بار کامیون یا جابه‌جایی نخاله و وسایل اسقاطی در محوطه‌ی بیمارستان فراخوانده می‌شوند. نیروهای خدماتی معمولاً دو شیفت روز و یا شب دارند. در هفته یک روز تا ساعت ۱۴ کار می‌کنند و یک هفته در میان جمعه‌ها تعطیل هستند.

### ناهماهنگی، اغتشاش، ناکارآمدی

«ناکارآمدی» تمام آن چیزی است که می‌توان در مورد وضعیت هماهنگی در این بیمارستان گفت. به دلیل حجم بالای مراجعه‌ها به بیمارستان برای استفاده از خدمات تصویربرداری مانند MRI و رادیولوژی، بیمارانی که بستری هستند، معمولاً ۳ تا ۴ روز پس از شروع درمان، به این بخش‌ها ارجاع می‌شوند. این مسئله باعث می‌شود بیمارانی که با وضعیت حاد یا حمله‌های ناگهانی عصبی بستری شده‌اند، دچار استرس و تنش شوند.

معمولاً زمان مراجعه برای استفاده از خدمات تصویربرداری نیمه‌های شب است. این اقدام یعنی بیدار کردن بیماری که معمولاً تحت تأثیر داروهای قوی است، روشن کردن چراغ اتاق عمومی چهار تخته در نیمه شب، جابه‌جایی بیمار با ایجاد سر و صدا و بیدار کردن بیماران و همراهان گاهی در یک شب چندین بار اتفاق می‌افتد. این فرآیند هنگام بازگشت از خدمات تصویربرداری مجدداً تکرار می‌شود. این در حالی است که زمان بیدارباش، توزیع صبحانه و نوبت اول داروها نهایتاً ۶ صبح است و در این زمان همه به اجبار بیدار می‌شوند.

در این میان، به دلیل فقدان امکانات کافی بیمارانی که نیاز به درمان‌های جدی و حساس و بستری شدن در ICU دارند، در بخش و در کنار بیماران عادی بستری هستند. علاوه بر خطراتی که محیط بخش برای بیمار با وضعیت حساس دارد، موقعیت این بیمار با توجه به دستگاه‌های متعددی که به او وصل است، برای سایر بیماران، مزاحمت ایجاد می‌کند.

در بسیاری از موارد بیمارانی که مشکل‌های حرکتی حاد دارند و جابه‌جایی برای آن‌ها بسیار دشوار است، برای دریافت خدمات تکمیلی به ساختمان‌های مجاور فرستاده و در آن‌جا با این پاسخ مواجه می‌شوند که هماهنگی انجام نشده است یا اسم بیمار در سیستم نیست یا بیمار شما نیازی به این خدمت ندارد. در تمام طول

این فرآیند حضور همراه بیمار الزامی است و در همه‌ی موارد، بهیار بخش صرفاً برای تحویل پرونده‌ی همراه بیمار به کلینیک موردنظر مراجعه کرده و سپس برای رسیدگی به سایر وظایف خود، به بخش برمی‌گردد.

از سوی دیگر مراجعه‌ی روزانه به بخش‌های دیگر به منظور گرفتن معاینه‌های تکمیلی، باعث می‌شود که بیمار فرصت معاینه شدن توسط پزشک اصلی خود (که تنها برای مدت کوتاهی در بخش حضور دارد) یا فرصت کاردرمانی و فیزیوتراپی را که روزانه به‌طور مرتب قبل از ظهر به بخش مراجعه می‌کنند، برای یک روز کامل از دست بدهد.



### وضعیت همراه بیمار

باتوجه وضعیتی که شرح داده شد، به صراحت می‌توان گفت همراه بیمار در چنین مجموعه ای، کارکرد یکی از پرسنل بدون حقوق را دارد. او باید به صورت دائم گوش‌به‌زنگ باشد. برای کوچک‌ترین اقدامات مثل قطع کردن سیرمی که تمام شده یا گرفتن یک دست لباس یا ملافه‌ی تمیز، چندین بار به مسئول مربوطه مراجعه کند. مسئولیت بردن بیمار برای معاینات تکمیلی به بخش‌های دیگر با همراه است. چنین فشار مسئولیتی در کنار



تألمات عاطفی که معمولاً همراهان به دلیل بستری شدن بیمارشان به آن دچار می‌شوند، باعث خستگی جسمی و فرسایش روحی شده و بارها به درگیری همراه با کادر بیمارستان می‌انجامد.

به جز جای خواب، هیچ خدمت دیگری به همراه داده نمی‌شود. حتی غذای همراه بیمار از برنامه‌ی غذایی بیمارستان حذف شده است. در تجربه‌ی پیشین بستری همین بیمار در همین بیمارستان در آبان ۱۳۸۹، همراه بیمار به‌طور ثابت غذا همراه با سوپ یا ماست و آب دریافت می‌کرد. حذف غذای همراه باعث می‌شود که آن‌ها تا زمانی که بتوانند بخش را ترک کنند، گرسنه بمانند یا گروهی به دلیل بضاعت پایین مالی، هفته‌ها از خوردن حداقل غذای سالم و مقوی محروم شوند.

### **وضعیت مراجعان شهرستانی**

اکثر بیماران بخش از شهرستان‌های اطراف مانند اسلام‌شهر و بعضاً از راه‌های دورتر مثل قم، بابل، ارومیه و حتی مهران آمده بودند. برخی از بیماران نمی‌توانند به زبان فارسی حرف بزنند بنابراین برای بیان نیازهای اولیه یا پاسخ دادن به پرسش‌های ساده‌ی پزشک و پرستار، دچار مشکل جدی هستند. در مقابل کادر درمان بدون توجه خاصی، از کنار این بیماران می‌گذرند یا به گرفتن اطلاعات دست و پا شکسته و ناقص از همراهان بیمار، اکتفا می‌کنند.

مراجعان شهرستانی که بستگانی در تهران ندارند یا بضاعت مالی پایینی دارند، در حیاط بیمارستان، پارک روبروی اورژانس و خیابان مجاور بیمارستان مستقر می‌شوند. در تمام ساعات شبانه‌روز می‌توان چادرها یا زیراندازهای بسیاری را در گوشه و کنار و حوالی بیمارستان دید.



### بیمارستان یا زندان؛ مسئله این است

اولین بار این مشابهت را زمانی احساس کردم که در پاسخ به پرسش یکی از پرستاران ناخودآگاه گفتم که «بیمار قرار است فلان روز آزاد شود.» به جرات می‌توان ادعا کرد که بیمارستان در کلیت آن، در قالب یک زندان بزرگ پدیدار می‌شود. جایی که سیاست‌های انضباطی فوکویی را می‌توان به آسانی در ویژگی‌های کالبدی و مناسبات انسانی جاری در آن تشخیص داد و تحلیل کرد.

اولین ویژگی سیاست انضباطی این است که نگاه پایگان‌مند (سلسله‌مراتبی) دارد. این ویژگی کاملاً در بیمارستان وجود دارد یعنی دارای نوعی از معماری است که در اردوگاه‌ها، زندان‌ها، ادارات دولتی، بیمارستان‌ها، مدارس و ... قابل مشاهده است. مدلی که به لحاظ چینش افراد و به کارگیری تکنولوژی‌ها، روابط مشخصی از قدرت را شکل می‌دهد. به نظر می‌رسد کارکرد عمده‌ی این نوع معماری، از بین بردن حس تشخیص برای ارباب رجوع باشد. ساختمان‌های تودرتو با نقشه‌ای پیچیده که فاقد علائم کافی اطلاع‌رسانی و مسیریابی است و حس جهت‌یابی افراد را مختل می‌کند و تاثیر به‌سزایی در گوش به فرمان کردن آن‌ها دارد. عدم امکان قفل شدن در توالت‌ها، محصور بودن کامل ساختمان بیمارستان، قفل شدن در ورودی اصلی مجموعه بعد از ساعت ۲۱ و حفاظ داشتن کلیه پنجره‌ها در تمامی طبقات را می‌توان مؤید این ویژگی دانست.

ویژگی دوم سیاست انضباطی، مجازات برای «به‌هنجارسازی» است که در بیمارستان به‌وضوح دیده می‌شود. یعنی جایگاه و حرکت هر فرد مشخص و کنترل شده است، هیچ‌گونه انحراف از تعالیم و مناسک تعریف شده امکان ندارد، و اگر هم صورت گیرد به‌شدت سرکوب می‌شود. این ویژگی به‌وضوح در مناسبات میان بیمار و همراه بیمار با تیم پزشکی به چشم می‌خورد. همه‌ی این افراد در جایگاهی از پیش تعیین‌شده قرار می‌گیرند که رفتار مشخصی را به آن‌ها دیکته می‌کند. برای مثال پزشک به صورت آیینی عملیات تشخیص و درمان را در زمان کوتاهی انجام می‌دهد و معمولاً زمانی برای پاسخ دادن به پرسش‌ها و نگرانی‌های بیمار و همراه او نمی‌گذارد. در این وضعیت پیگیری‌های بیمار یا همراه او برای صحبت با پزشک یا دیگر اعضای کادر درمان معمولاً پاسخی پرخاشگرانه و توهین‌آمیز در پی دارد. گویی «بیماری و درمان آن» گوهری است گرانبها که با در اختیار دیگران قرار دادن، بی‌اجر می‌شود. در حالی که واقعیت امر این است که پزشکان، بیمار و همراه او را در جایگاهی نمی‌بینند که خود را موظف به پاسخ‌گویی بدانند. این رفتار را می‌توان مصداق روشن بورژوازی‌شدن علم، یا به تعبیری تخصصی شدن آن نیز قلمداد کرد. بدین ترتیب تقسیم اجتماعی کار، به‌عنوان مرکزی‌ترین ایده‌ی نظام تولید سرمایه‌داری، ناگزیر است که علوم را تا حد زیادی تقسیم‌بندی کرده و انسان‌ها را در مسیر بسیار تخصصی‌ای کانالیزه کند. در تجربه‌ی من که معطوف به علم پزشکی می‌شود، می‌توان صراحتاً ضد اجتماعی بودن و بورژوازی شدن علم را دید. پزشک که قاعدتاً می‌بایست مجموعه‌ای از مهارت‌ها را تحت عنوان اخلاق پزشکی، کسب کرده باشد، عملاً تنها متخصص یک رشته‌ی محدود خاص با افق درمانی محدود است. به این ترتیب است که تقسیم کار اجتماعی به‌عنوان اهرم اصلی اعمال هژمونی بورژوازی در جامعه، به بحران موجود دامن می‌زند.

ویژگی دیگر سیاست انضباطی این است که انسان‌ها مدام در حیطه‌های آزمایشی و آزمونی گرفتار می‌شوند. یعنی همواره یک قدرت نامریی وجود دارد که همانند آموزشگاه و دانشگاه، انسان را تحت آزمون و پرسش و پاسخ‌های مکرر و فشار ابدی این چرخه‌ی تکراری می‌گذارد، تا انضباط مورد نظر خویش را با روشی علمی و مشروعیتی عقلانی حاکم کند. قوانین سفت و سخت رفت‌وآمد همراهان، چک کردن صبحگاهی لباس بیمارها، ملافه‌ی تخت‌ها و مرتب بودن فضای کنار تخت‌ها هنگام تحویل شیفت را می‌توان در این ویژگی دید.

بر این اساس به نظر می‌رسد فضای بیمارستان بیش از آنکه محل تشخیص و درمان بیماری باشد، محلی برای مجازات بیماران محسوب می‌شود. بیماری به‌عنوان نوعی از فرودستی، بیماران را در پایین‌ترین سطح هرم قدرت بیمارستان قرار می‌دهد. بخش مهمی از منطق سرمایه این است که **فرودست مسئول و مقصر وضعیت فعلی خود و در نتیجه مستوجب مجازات است**. استیلای این منطق این فرض را قدرت می‌بخشد که بیمار به مثابه مجرمی که برآیند سرکوب‌های ساختار طبقاتی است، به صرف بیمار بودن (نوعی فرودستی) مورد مجازات قرار می‌گیرد. این ادعا زمانی بیشتر با واقعیت همخوانی می‌یابد که بیمار پول خرید خدمات درمانی بهتر را ندارد یا به دلایل دیگری مانند استفاده از خدمات بیمه یا پزشک حاذق مجبور می‌شود از خدمات دولتی استفاده کند.

به عبارت بهتر، منطق «پول بیشتر = خدمات درمانی بهتر» باعث می‌شود که نوعی فرودستی مضاعف به مراجعان بیمارستان‌های دولتی تحمیل شود.

## پایان بندی

تجربه‌ی دریافت خدمات درمانی از یک «بیمارستان دولتی» در یکی از راست‌گراترین دولت‌های پس از انقلاب ۵۷، تجربه‌ای ملموس و عینی برای درک بی‌واسطه‌ی مفاهیمی است که پیش‌تر در تئوری‌ها خوانده‌ایم. برخورد شی‌وارانه با انسان دردمند و رنجور، ارائه‌ی درمان دولتی به‌عنوان کالایی که چون پرداخت قابل توجهی برای خرید آن صورت نمی‌گیرد، فاقد کیفیت لازم و کافی است، فرسودگی بافت کالبدی و امکانات بیمارستان، کمبود یا خرابی وسایل پایه‌ای پزشکی مانند دستگاه فشارسنج، کمبود وسایل پایه‌ای بهداشتی مانند ملافه و لباس فرم بیمار در کنار کمبود پرسنل و حجم بالای وظایف، تنها گوشه‌ای از بحران روزمره‌ای است که بیماران و همراهان با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

اما بیماران تنها کسانی نیستند که از اجرای چنین سازوکاری آسیب می‌بینند. امتناع از رسیدگی به بخش‌های خدماتی غیر سودآور مانند بیمارستان‌های دولتی، پیامدهای متعددی برای بخش میانی و پایین کادر درمانی یعنی پرستاران، کمک‌بهبهارها و نیروهای خدماتی در پی دارد. حقوق پایین، شیفت‌های طولانی، حجم بالای وظایف، درگیری مداوم با مراجعان، کمبود نیروی کافی و مواردی از این دست به استثمار شدیدی منجر می‌شود که نوک پیکان آن متوجه پایین‌ترین بخش‌های هرم سلسله‌مراتبی درمان است.

طبعاً این پرسش مهم مطرح می‌شود که چرا سیستم اداره‌ی بیمارستان‌های دولتی این‌قدر ناکارآمد است؟ چرا فشار همه‌جانبه‌ی این وضعیت باید مستقیماً متوجه فرودستان یعنی بیماران و رتبه‌های پایین کادر درمانی باشد؟ چه‌گونه است که نهادهای سیاستگذار و اجرایی مرتبط با بخش درمان مانند وزارت بهداشت و نظام پزشکی کشور در قرق ذی‌نفعان رأس هرم یعنی پزشکان و مدیران بیمارستان‌هاست و ذی‌نفعان اصلی یعنی بیماران و سایر کادرهای درمانی نماینده‌ای در این کارزار ندارند؟ این ترکیب زمانی معنادار می‌شود که به یاد بیاوریم خانه کارگر نیز که قرار است حامی حقوق و مطالبات کارگران باشد، در انحصار کارفرمای اصلی یعنی دولت نفولیبرالی مستقر و کارفرمایان است. آیا ایده‌ی «خصوصی سازی خدمات دولتی به منظور ارتقای کیفیت و افزایش کارآمدی خدمات» که در سیاست‌های تمام دولت‌های پس از جنگ در ایران نقش محوری داشته، راه‌حل مناسبی برای حل بحران بخش دولتی است؟

همان‌گونه که در منطق سرمایه، سودآوری و تولید ارزش به دست سرمایه‌دار و «کارآفرین» اتفاق می‌افتد، در ساختار درمانی نیز، درمان تنها با دست توانای پزشکان رخ می‌دهد. این دقیقاً منطق نخبه‌گرایی ضد اجتماعی

است که در آن بود و نبود توده‌ی کارگران و فرودستان در سلسله‌مراتب شغلی و اجتماعی، اساساً چندان فرقی نمی‌کند. همان رویکردی است که برای حل بحران اقتصادی، دست به دامان سرمایه‌داران یا «کارآفرینان» می‌شود و برای حل معضل درمان، دست به دامان پزشکان؛ در واقع سیستم همواره از کسانی کمک می‌خواهد که خود یکی از مسببان بحران هستند. این سیستم بخش عمده‌ی فعالان نظام درمانی را نادیده می‌گیرد و عامدانه آن‌ها را زیرمجموعه‌ی بخش‌های دیگر تعریف می‌کند. مطالبات آن‌ها را معیشتی و مطالبات رؤس سلسله‌مراتب بالایی را مدنی و ارزشمند تعریف می‌کند. این روند در تمام شئون اجتماعی بازتولید می‌شود و ساختار استثمارگر و فرودست‌کننده‌ی مستقر، مصداق روال طبیعی امور در نظر گرفته می‌شود.

سال گذشته معاون وزیر بهداشت [اعلام کرد](#) که یکی از مهم‌ترین مشکلات وزارت بهداشت در اداره‌ی بیمارستان‌ها، دولتی بودن آنهاست و از واگذاری اداره‌ی بیمارستان‌های دولتی به شرکت‌های غیردولتی با تصویب برنامه‌ی ششم توسعه خبر داد. خصوصی‌سازی، سلطه‌ی مفاهیم بازار آزاد به تمام شئون زندگی انسان را نه تنها مشروع که لازم می‌اند. باید پرسید این اقدامات قرار است منافع چه کسانی را تأمین کند و فردای خصوصی‌سازی، آیا وضعیت بیمارانی که قدرت خرید خدمات پولی ندارند و کادرهای درمانی رتبه‌ی میانی و پایین که هیچ تشکل و نهادی برای دفاع از حقوق خود ندارند، بهتر خواهد شد؟ خصوصی‌سازی خدمات درمان شاید به افزایش کیفیت خدمات درمانی منجر شود. اما برای چه کسانی؟