

سلامت و سیاست جهانی شدن

دکتر محمد اسماعیل اکبری

استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در اوایل دهه ۱۹۸۰ موضوع جهانی شدن (Globalization) به صورت یک سیاست مقبول در دنیای غرب و کشور های پیشرفته مطرح شد و در طول ۲۵ سال گذشته روند توسعه ای پیدا کرد و با فشار کشورهای توسعه یافته به عنوان یک استراتژی پذیرفته شده برای همه جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه تلقی گردید.

منظور از جهانی شدن باز شدن مرزهای کشورهای برای جریان سریع کالاها، خدمات، سرمایه ها، مردم، اعتقادات و فرهنگ ها بود که به تغییرات وسیعی در زمینه های سیاست های بین المللی و ملی در بخش های مختلف توسعه ای منجر شد. جهانی شدن آثار مثبت و مخربی در توسعه کشورها داشته که سعی می شود در اینجا آثار آن را روی سلامت بویژه در کشورمان تحلیل نماییم.

اگر چه مبنای اصلی جهانی شدن بر پایه اقتصاد استوار است اما به یقین تاثیرات مثبت و منفی در مورد تجارت، سیاست، توزیع قدرت، فرهنگ و ساختار های اجتماعی خواهد داشت.

همچنین تغییرات تکنولوژی ناشی از جهانی شدن مثل ساختار های ارتباطی، حمل و نقل و بهره گیری از تکنولوژی های گوناگون در توسعه های بخش ها می تواند اثر مثبت و منفی برای کشورهای مختلف داشته باشد جهانی شدن چهره دیگری هم دارد که جدای از موضوع سیاست های اقتصادی و تجاری است اگر چه ارتباط اصولی بین آنها برقرار است به عنوان مثال تغییرات جوی که به علل مختلف منجمله تخریب لایه اوزون پیش آمده است و منجر به گرم شدن کره زمین شده است، خود اثرات بسیار بزرگی بر سلامت مردم جهان بویژه کشورهای در حال توسعه داشته است. و هر چه کشورها کمتر توسعه یافته بودند بیشتر تحت تاثیر این امر قرار گرفته اند کشور ما که در در بین کشور های با در آمد میانه پایین است به زودی و کمتر از ۲۰ سال دیگر آثار تخریبی بیشتری از این اتفاق را شاهد خواهد بود اگر چه امروز هم آثار این تخریب ها نمایان شده است.

بر اساس آمارهای منتشر شده از سازمان جهانی بهداشت، حدود ده سال دیگر به دلیل تغییرات جوی که آفریقایی های هیچ تاثیری در آن نداشته اند و محصولی از عملکرد اقتصادی، اجتماعی و تجاری جهان غرب است دچار بحران غیر قابل جبران به خاطر آب خواهند شد که قریب ۲۵۰ میلیون نفر را در معرض بحران قرار خواهد داد، این رقم در حال حاضر در قاره آفریقا ۷۵ میلیون نفر است. همچنین زمین های زیر کشت در آفریقا در ده سال آینده به ۵۰ درصد افول

خواهد کرد بدیهی است به راحتی می توان تاثیر بحران آب و کاهش زمین های کشاورزی را در سلامت مردم آفریقا تخمین زد و اثرات معکوس این اثر روی سلامت را در توسعه آفریقا و یا حتی بقای کشورهای آفریقایی حدس زد.

در حال حاضر تمامی جامعه روستایی آفریقا آنقدر از کشاورزی استفاده می کنند که زنده بمانند، یعنی کشاورزی تنها برای بقاست نه برای تجارت و زندگی کردن با تعریف کشور های غربی. در جوامع پیشرفته شهری آفریقا نیز کشاورزی مهمترین عامل تجارت است که با کاهش سطح زمین های کشاورزی و بحران آب بزودی این جوامع نیز همانند جوامع روستایی در معرض نابودی قرار خواهند گرفت.

این تغییرات آب و هوایی در کشور ما نیز در حدی تاثیر گذاشته است که یک روز خودکفا از گندم می شویم و روز دیگر بزرگترین وارد کننده گندم. بدیهی است این امر تاثیر مقتضی روی رژیم غذایی و سلامت مردم دارد، در اغلب کشورهای در حال توسعه، هزینه مواد غذایی سالم و بهداشتی را ۸۰ درصد درآمد مردم می داند، وقتی امکان تامین این درصد وجود نداشته باشد و هزینه های دیگری چون مسکن، آموزش، رفاه نیز پیدا شوند ناچارا باید نوع مواد غذایی تغییر کند بنحوی که غذا های سالم از سفره مردم فقیر جمع می شود، زیرا این غذا ها معمولا گران تر هستند، به عنوان مثال پروتئین های حیوانی، سبزیجات و میوه جات.

با حذف و یا کم شدن این غذا های ارزشمند، غذا های فاقد ارزش و یا کم ارزش جایگزین آنها می شود بعنوان مثال غذاهای سرخ کرده و از قبل تهیه شده که پر از چربی و شکر هستند و کمتر از مواد غذایی موثر برخوردار هستند، رژیم اصلی مردم می شود که نتیجه آن چاقی و افزایش وزن بدلیل افزایش کالری بدون خاصیت و یا لاغری تغذیه ای خواهد بود که هر دو زمینه های اصلی نا سلامتی را در کشور ها فراهم می کنند.

در گزارش سال ۲۰۰۷ سازمان جهانی بهداشت ارقام منتشره از بهم خوردن ساختارهای غذایی کشورهای در حال توسعه بدلیل جهانی شدن تجارت و اثرات اقتصادی جهان بر آنها بسیار حیرت انگیز است و بیماری های مزمن وابسته به رژیم غذایی (Diet Related Chronic Diseases) بسرعت در حال افزایش هستند.

به عنوان مثال شیوع سوء تغذیه (Undernourished) در کشور های در حال توسعه در سال ۱۹۹۰-۱۹۹۲ حدود ۲۰ درصد بوده در حالیکه در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۱ این رقم به ۱۷ درصد کاهش یافته است اما در خاورمیانه این رقم از ۸ درصد به ۹ درصد افزایش یافته است و عدد خام مبتلایان از ۲۵ میلیون به ۳۷/۶ میلیون رسیده است. این رقم در آفریقا بسیار بدتر است.

در مورد چاقی ناشی از دریافت کالری های غیر مناسب و یا لاغری ناشی از سوء تغذیه نیز وضعیت همین طور است و این عوارض در خانواده های فقیر بیشتر است.

شیوع ۴۰ درصدی چاقی در کشور ما را بین زنان و کودکان و همچنین شیوع ۲۵ درصدی بالا بودن فشار خون و افزایش رقم مبتلایان به دیابت جملگی آثاری از روند فوق را نشان می دهد. در حال حاضر اگر چه کمتر از ۵۰ درصد هزینه خانوار را مواد غذایی در ایران تشکیل می دهد اما با توجه به قیمت مواد غذایی پروتئین های ارزشمند و میوه

جات و سبزیجات، روند دریافت کالری و مواد تغذیه ای مناسب رو به افول است. بدیهی است که گرفتاری در جوامع فقیر بیشتر خواهد بود و هم اکنون زنگ های ناسلامتی در کشور به صدا در آمده اند. قبول سیاست جهانی شدن که بیشتر به مفهوم قبول اقتصاد جهانی و تجارت بین المللی است اثرات متفاوتی بر کشورها گذاشته است، در بعضی از کشورها با رشد ۱۰۴ درصدی درآمد ناخالص ملی همراه بوده است، و در کشور هایی که این سیاست را نپذیرفته اند. قریب ۱۸ درصد افت در درآمد ناخالص ملی داشته اند.

اما نکته بسیار مهم این است که این توسعه اقتصادی به معنی رفع بی عدالتی در کشور نبوده است در مطالعه ای که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ منتشر کرد از ۱۸ کشور که با سیاست جهانی شدن توسعه بیشتری پیدا کرده بودند، در ۱۳ تای آنها بی عدالتی رشد بیشتری داشته است. این مسئله یعنی پیاده سازی سیاست های اقتصادی بین المللی بدون در نظر گرفتن شرایط کشور از احتمال اثر بخشی آن به شدت می کاهد.

همچنین در گزارشی که توسط کمیسیون متغیر های اجتماعی سلامت در جهان منتشر شد معلوم گردید که سرمایه گزارای های بین المللی بویژه از طرف بانک جهانی در کشورهای در حال توسعه هرگز منجر به افزایش عدالت نشده اند سرمایه گذاری های انجام شده در تحقیقات سلامت بیشترین میزان را از بودجه های بین المللی بر خود اختصاص داده اند، اما این گزارش نشان می دهد و بانک جهانی نیز اقرار کرده است که در کشورهای با درآمد پایین و یا میانه بدلیل افزایش هزینه های سرباری و نوع تحقیقات انجام شده، بی عدالتی افزایش یافته است.

رابطه اقتصاد و سلامت بویژه اقتصاد کلان کاملاً روشن است و در گزارش تحقیقاتی آقای Sachs به اثبات رسید که سلامت تنها نتیجه توسعه نیست بلکه سلامت می تواند سرمایه و عامل توسعه شود، این بیان منجر به افزایش سرمایه گذاری در تحقیقات سلامت گردید، اما نه بر اساس نیاز کشورهای هدف که معمولاً کشورهای فقیر بودند، بلکه بر اساس آنچه که سرمایه گزاران فکر کردند باید انجام شود صورت گرفت که جملگی به انحراف در سرمایه گذاری و حتی انحراف ساختارهای سلامت و کاهش عدالت گردید. به عنوان مثال در بهترین وضعیت و علمی ترین رفتارها، کار روی ژنوم انسانی از اولویت های کشورهای پولدار برای سرمایه گذاری گردید و مقدار زیادی پول در این زمینه هزینه شد، اما هیچ اتفاقی در سلامت افراد فقیر نیافتاد و وضعیت آنها بدتر شد. زیرا این سرمایه ها دیدگاه ها و عملکرد و حتی ساختار های مدیران و نظام سلامت را در کشورهای در حال توسعه تحت تاثیر قرار داد.

امروز بخش خصوصی در جهان اقتصادی و مالی توسعه بیشتری یافته است و این دیدگاه است که برای دنیا برنامه ریزی می کند، بدیهی است که بخش خصوصی هدف اصلی خود را سود دهی بیشتر طراحی کرده است نه عدالت بیشتر و حتماً در حال و آینده سرمایه گذاری ها با این وجهه نمی تواند منجر به عدالت گردد. مثال نزدیک آن در کشور خودمان تأمین میلیاردها تومان برای خرید داروهای سرطانی از شرکت های چند ملیتی و دادن به بیمارانی است که کمتر از ۷-۵ درصد از این سرمایه گذاری بهره می برند، این هزینه مصداق بارز انحراف سرمایه و ایجاد بی عدالتی در سلامت است. این روش عملکرد و یا حتی قانون گذاری همان افزایش فشار بخش خصوصی و انحراف سیاست های ملی برای تأمین عدالت است.

در دنیا بین ۲۰ تا ۶۰۰۰ دلار سرانه در کشورهای مختلف برای سلامت هر فرد هزینه می شود این رقم در کشور ما حدود ۱۲۰ تا ۱۵۰ دلار است. از نظر نظام مدیریتی اگر چه این میزان هزینه مهم است، اما مهمتر از آن این است که چه کسی این هزینه را می پردازد؟ بر اساس اعلام سازمان های بین المللی در جمعیت جهان سوم که ۵/۶ میلیارد نفر را تشکیل می دهد بیش از ۵۰ درصد این هزینه توسط مردم پرداخت می شود، که این رقم قطعا معرف بی خاصیت بودن نظام سلامت آن کشور است. متاسفانه در کشور ما در سال های اخیر این رقم به تدریج رو به فزونی رفته و در حال حاضر به قریب ۷۰ درصد بویژه در بیماری های پر هزینه نزدیک شده است که مغایر صریح قانون برنامه پنجساله چهارم (ماده ۹۰) و راهبردهای مقام معظم رهبری برای برنامه پنجساله پنجم است.

جالب است که بدانیم علت این افزایش پرداختی از جیب مردم در کشور ما نیز همانند سایر کشورهای در حال توسعه ناشی از سیاست های اقتصادی بخش خصوصی ملی و بین المللی است نه سیاست های عدالت پرورانه مبتنی بر قانون.

آنچه در کشور ما اتفاق افتاده است همین انحراف ساختاری در سلامت است، اولویت های تکنولوژیک اعم از دارو و تجهیزات و روش ها آنقدر کم اثر و کم فایده برای سلامت مردم شده اند، که حذف بسیاری از آنها کوچکترین لطمه ای به سلامت نمی زند اما به دلیل قدرت سیاست های اقتصادی خصوصی و ضعف سیاست های عدالت پرورانه ملی این رفتار آنقدر پیچیده شده است که دوشاب به جای دوغ معرفی می شود. و روز به روز تعداد افرادی که با بی عدالتی در سلامت در چرخه فقر و ناخوشی گرفتار می شوند افزایش می یابد.

کشورهای معدودی در بین کشورهای جهان سوم وجود دارند که تسلیم این رفتار نشده اند و توانسته اند با بودجه اندک خود عدالت را در سلامت برقرار کنند و تسلیم سیاست های اقتصادی منحرف ملی و بین المللی نشوند.

امروز بیماری های غیر واگیر مثل قلب و عروق، دیابت و فشار خون و سرطان و هیپر لیپیمی معضلات اصلی کشور ما هستند، اما براساس ساختار های اقتصادی علمی دنیا تصمیم گرفته ایم این بیماری ها را با قرص و کپسول غربی و اقدامات تشخیصی آنها بشناسیم و درمان کنیم اگر چه اثر بخشی آنها کم باشد و یا هزینه های آنها زیاد باشد. امروز اهمیت شناخت فلان داروی پیچیده برای دانشگاهیان ما بیشتر از شناخت چگونگی مهار و کنترل بیماری است و این نقصانی است که ناشی از بد نگاه کردن به جهانی شدن است. جهانی شدن نه یک فرایند که یک پدیده است، و حتما نیازمند مراقبت است اگر به نحوی هدایت شود ممکن است به سلامت و بویژه عدالت در سلامت کمک کند و گرنه حتما زیان بار خواهد بود. تا یار که را خواهد و میلش به که باشد؟...