

اعتراضات پرستاران

اعتصابات پرستاران در ایران در ماه‌های اخیر به نقطه‌ی عطفی رسیده که دیگر نمی‌توان آن را نادیده گرفت. پرستاران که سال‌ها زیر بار فشار کاری، کمبود نیروی انسانی و عدم دریافت حقوق معوقه، سکوت کرده بودند، اکنون در برابر شرایطی که به آن‌ها تحمیل شده، قاطعانه ایستاده‌اند. این اعتصابات که از مرداد ۱۴۰۳ با اعتراض پرستاران در بیمارستان‌های بزرگ تهران و مشهد آغاز شد، به سرعت به شهرهای دیگری مانند شیراز، تبریز و اصفهان گسترش یافت و به حرکتی سراسری تبدیل شد. بیش از ۵۰ بیمارستان در سراسر کشور به این اعتصابات پیوسته‌اند. شرایط به جایی رسیده که در برخی موارد، حقوق معوقه‌ی پرستاران از ۶ ماه نیز فراتر رفته است.

با گذشت چندین ماه از آغاز اعتراضات و فرارسیدن روز پرستار، هنوز وعده‌های دولت در حد شعار باقی مانده و شرایط کار پرستاران تغییر محسوسی نکرده است. دولت در واکنش به موج نارضایتی‌ها وعده‌هایی همچون پرداخت حقوق معوقه و بهبود شرایط کاری را مطرح کرده است، اما پرستاران که از وعده‌های تکراری و بدون پشتوانه خسته شده‌اند، قاطعانه اعلام کرده‌اند که دیگر با وعده‌های پوچ راضی نخواهند شد. آن‌ها به دولت اولتیماتوم داده‌اند که اگر این بار هم اقدامی واقعی صورت نگیرد، با واکنش قاطع و هماهنگ پرستاران مواجه خواهد شد.

و اما پرسش اساسی این جاست: چرا با وجود خواسته‌های منطقی و روشن پرستاران، مطالبات آنان بی‌پاسخ می‌ماند؟ چه عواملی مانع از رسیدگی به وضعیت پرستاران می‌شود و ریشه‌ی این مشکلات کجاست؟ برای یافتن راهکاری پایدار، آیا باید به این مسائل صرفاً به‌عنوان یک مشکل صنفی و اقتصادی نگاه کرد و یا نیازمند نگاهی عمیق‌تر به ساختار سیاسی و اقتصادی جامعه و جهان امروز هستیم؟ برای درک این شرایط، ضروری است تا به ریشه‌ها و روندهای تاریخی، اقتصادی و سیاسی که جامعه‌ی پرستاری و به‌طور کلی طبقه‌ی کارگر را به این نقطه رسانده‌اند، نگاهی داشته باشیم. در ادامه تلاش می‌کنیم با تحلیل این عوامل به بررسی مشکلات پرستاران و مطالبات آنان در بستر ساختارهای کلی جامعه بپردازیم.

عملکرد سیستم سرمایه‌داری

سرمایه‌داری به‌عنوان یک نظام اقتصادی، در طول تاریخ تحولات بسیاری را تجربه کرده است. در دوران کینزی و دولت رفاه، سرمایه‌داری امتیازات قابل توجهی به طبقه کارگر اعطا کرد. این امتیازات شامل افزایش دستمزدها، بهبود شرایط کاری، و ارائه‌ی خدمات رفاهی، آموزشی و درمانی رایگان بود. این دوره که از دهه ۱۹۴۰ تا ۱۹۷۰ میلادی ادامه داشت، به دلیل رونق اقتصادی، حضور قدرتمند اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی به‌عنوان پشتیبان طبقات کارگر تمام کشورها و همچنین مبارزات پیگیر طبقات کارگر دول سرمایه‌داری امکان‌پذیر شد. در این دوران، کشورهای صنعتی شمال جهانی توانستند به رشد اقتصادی چشمگیری دست یابند. به‌عنوان مثال، در دهه‌ی ۱۹۵۰، رشد اقتصادی

سالانه‌ی ایالات متحده به‌طور متوسط حدود ۴٪ بود و نرخ بیکاری به کمتر از ۵٪ کاهش یافت. این رونق اقتصادی به دولت‌ها اجازه داد تا برنامه‌های رفاهی گسترده‌ای را اجرا کنند. از طرف دیگر در دوران پس از جنگ جهانی دوم، رقابت و تضاد ایدئولوژیک بین نظام سرمایه‌داری و سوسیالیسم به اوج خود رسید. اتحاد جماهیر شوروی به‌عنوان نماد سوسیالیسم، تأثیر قابل‌توجهی بر سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی کشورهای سرمایه‌داری داشت. دولت‌های سرمایه‌داری برای جلوگیری از گسترش کمونیسم و حفظ امنیت سرمایه، مجبور شدند امتیازات بیشتری به طبقه‌ی کارگر ستیزه‌جو و مبارز خود بدهند. می‌توان گفت یکی از دلایل اعطای این امتیازات، ترس از نفوذ ایدئولوژی کمونیستی بود. دولت‌های سرمایه‌داری با افزایش دستمزدها، بهبود شرایط کاری، و ارائه‌ی خدمات رفاهی، سعی کردند رضایت طبقه کارگر را جلب کنند و از وقوع انقلاب‌های مشابه انقلاب کبیر روسیه جلوگیری کنند. این اقدامات به‌عنوان بخشی از سیاست‌های دولت رفاه شناخته می‌شوند که در کشورهای غربی مانند ایالات متحده و کشورهای اروپای غربی اجرا شدند. علاوه بر این، مبارزات و تلاش‌های طبقات کارگر دول سرمایه‌داری نیز نقش مهمی در کسب این امتیازات داشت. اتحادیه‌های کارگری و جنبش‌های کارگری با سازماندهی اعتصابات و تظاهرات، فشار زیادی بر دولت‌ها و کارفرمایان وارد کردند تا شرایط کاری و زندگی بهتری برای کارگران فراهم شود.

با این حال، در دهه ۱۹۷۰، بحران‌های اقتصادی و کاهش نرخ سود سرمایه‌داری، منجر به تغییرات اساسی در سیاست‌های اقتصادی شد. با کاهش نرخ سود و افزایش فشارهای اقتصادی، دولت‌ها به سمت سیاست‌های سرمایه‌دارانه‌ی نئولیبرالی روی آوردند تا نرخ سود را احیا کنند و بحران را به تعویق بیندازند. این کار با افزایش فشار بر طبقه‌ی کارگر همراه بود. نئولیبرالیسم که از دهه ۱۹۸۰ به بعد به عنوان رویکرد غالب اقتصادی در سرمایه‌داری شناخته می‌شود، اساساً بر بازپس‌گیری امتیازات داده شده به طبقه‌ی کارگر تمرکز دارد. این نظام اقتصادی بر اصولی همچون تجارت آزاد، مقررات‌زدایی، خصوصی‌سازی و کاهش هزینه‌های دولت تأکید دارد. نئولیبرالیسم به دنبال انتقال کنترل عوامل اقتصادی از دولت به بخش خصوصی است و معتقد است که بازارهای آزاد و رقابت اقتصادی منجر به رشد و توسعه اقتصادی خواهند شد. اما همانطور که می‌بینیم بحران صرفاً به تعویق افتاده است و در عصر ما به شکل فزاینده‌تری خودنمایی می‌کند. خصوصی‌سازی واحدهای تولیدی، ایجاد و توسعه‌ی مناطق آزاد تجاری، کوچک‌شدن دولت و کاهش خدمات رفاهی، آموزشی و درمانی رایگان از ویژگی‌های بارز این دوران است. در بریتانیا، خصوصی‌سازی صنایع دولتی در دهه‌ی ۱۹۸۰ تحت رهبری مارگارت تاچر منجر به کاهش تعداد کارکنان دولتی از ۷٫۵ میلیون نفر در سال ۱۹۷۹ به ۵٫۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ شد. همچنین، نرخ بیکاری در این دوره به حدود ۱۰٪ افزایش یافت. در ایالات متحده، سیاست‌های نئولیبرالی رونالد ریگان منجر به کاهش مالیات‌ها از ۷۰٪ به ۲۸٪ برای بالاترین درآمدها شد. همچنین، بودجه‌ی برنامه‌های رفاهی مانند کمک‌های غذایی و مسکن کاهش یافت و تعداد افراد زیر خط فقر از ۲۹ میلیون نفر در سال ۱۹۸۰ به ۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۸۸ افزایش یافت. این تغییرات اقتصادی باعث افزایش نابرابری درآمدی و کاهش دسترسی به خدمات عمومی برای طبقات زحمت‌کش جامعه شده است. این آمار در کشورهایی است که ماحصل سال‌ها کار کارگران و استعمار نظام پیشین در این کشورها وجود دارد. این وضعیت برای کشورهایی که چنین انباشتی نداشتند بدتر نیز بود.

یکی از امتیازاتی که در دوران نئولیبرالیسم از طبقه‌ی کارگر پس گرفته می‌شود، خدمات درمانی رایگان است.

خصوصی‌سازی خدمات بهداشتی، کاهش بودجه‌های دولتی برای بهداشت عمومی و افزایش هزینه‌های درمان از جمله پیامدهای این سیاست‌ها بوده است. بر اساس گزارش‌ها، در سال ۲۰۱۹، بیش از ۲۷ میلیون نفر در ایالات متحده بیمه‌ی درمانی نداشتند. همچنین در کشورهای در حال توسعه، سیاست‌های نئولیبرالی منجر به کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی و افزایش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قابل‌پیشگیری شده است. برای مثال شیلی یکی از اولین کشورهای بود که در دهه‌ی ۱۹۸۰ اصلاحات نئولیبرالی را در بخش بهداشت معرفی کرد که منجر به نابرابری‌های بهداشتی قابل توجهی شد و یا تغییرات گسترده در سیستم بهداشتی یونان به دلیل سیاست‌های نئولیبرالی منجر به کاهش کیفیت خدمات بهداشتی گشته است.^۱

سرمایه‌داری در ایران

در اوایل انقلاب ۵۷، به دلیل وجود فضای انقلابی زنده و مبارزات پرچوش و خروش کارگران، دولت سرمایه‌داری جمهوری اسلامی ایران مجبور گشت برای حفظ سرمایه‌داری، امتیازاتی به طبقه‌ی کارگر دهد که خدمات بهداشت و درمان رایگان بخشی از آن بود. اما با گذشت زمان و فروکش کردن فضای انقلابی و مبارزات کارگران، این امتیازات کم‌کم در دولت‌ها یکی پس از دیگری پس گرفته شدند و هم‌پا با روند جهانی، سیاست‌های نئولیبرالی جای آن‌ها را گرفتند. حذف یارانه‌ها، جراحی اقتصادی، تک‌نرخ کردن ارز، آزادسازی قیمت‌ها، مقررات‌زدایی از فعالیت‌های اقتصادی، بانکی و مالی، جذب سرمایه‌ی مستقیم خارجی و گسترش بورس نشان از تلاش‌ها در اجرای سیاست‌های نئولیبرالیستی، پایه‌پای سایر دولت‌های سرمایه‌داری، دارد. این روند صرفاً مربوط به دولت‌های اصلاح‌طلب طرفدار غرب نیست. با این حال نیروهای چپ محور مقاومت، امتیازات داده شده در اوایل انقلاب را به حساب خودشان می‌زنند و در تلاش‌اند رویای بازگشت به آن زمان را به طبقه کارگر بفروشند. اما این حقیقت دارد که در دوره‌ی ریاست جمهوری رئیسی، دولت «سید محرومان» و مورد تأیید جریان‌های سیاسی چپ محور مقاومت، بزرگترین خصوصی‌سازی‌ها رخ داده است. چطور می‌توان به این رؤیا دل باخت وقتی که نه افقی برای اجرای پایدار و همیشگی آن وجود دارد و نه دلیل سیاست‌های رفاهی اوایل انقلاب آن‌چه بال چپ بورژوازی ج.ا. می‌گوید است.

از طرفی نیروهای اپوزیسیون وضعیت طبقه‌ی کارگر ایران را به «نامتعارف» بودن سرمایه‌داری در ایران گره می‌زنند و بهبود وضعیت را به «متعارف‌سازی» سرمایه‌داری در ایران منوط می‌کنند. آن‌ها از روند رو به وخامت زحمت‌کشان در سرمایه‌داری‌های «متعارف» جهان هیچ نمی‌گویند؛ از اوضاع کارگران بنگلادشی، کنیایی، یونانی، آرژانتینی، فرانسوی و ... علاوه بر آن‌ها نمی‌گویند که تصویر بهتر زندگی در کشورهای اروپای غربی چگونه به فلاکت و بهره‌کشی از کارگران کشورهای آمریکای جنوبی، آفریقایی، آسیای شرقی و ... وابسته است.

^۱ <https://academic.oup.com/book/45660/chapter/398034285>

بهداشت در ایران و جهان

تا بدین‌جا، به بررسی سرمایه‌داری و دوره‌بندی آن در امپریالیسم آمریکا پرداختیم و ویژگی‌های این دوران را تحلیل کردیم. همچنین، سرمایه‌داری در ایران به‌صورت تاریخی بحث شد. همان‌طور که مشخص شد ما در جامعه‌ای سرمایه‌داری و طبقاتی زندگی می‌کنیم که تمام ابعاد آن، از جمله بهداشت و درمان، تحت تأثیر این ساختار قرار دارد. در قسمت‌های قبل دریافتیم که سیاست‌های نئولیبرالی که در پاسخ به بحران نزول نرخ سود در اواخر دوران کینزی حاکم شد، دست به کاهش هزینه‌های دولت، خصوصی‌سازی و پولی‌سازی امتیازات داده شده به طبقه کارگر می‌زند. به عنوان مثال در سال ۲۰۲۱، تعداد بیمارستان‌های غیرانتفاعی (Not-for-profit) و انتفاعی (For-profit) در فرانسه به ترتیب ۶۶۱ و ۹۸۲ بود. همین‌طور در آلمان این نسبت ۱۳۲۷ به ۸۷۹ است.^۲ این رویه در جغرافیای ایران نیز برقرار است: در کلان‌شهر تهران که دارای بیشترین و مجهزترین بیمارستان‌های کشور است ۱۱۸ بیمارستان وجود دارد که از این تعداد ۴۹ بیمارستان دولتی، ۱۴ بیمارستان برای نیروهای مسلح و ۵۵ بیمارستان خصوصی است.^۳ به عبارت دیگر تعداد بیمارستان‌های خصوصی از تعداد بیمارستان‌های دولتی پیشی گرفته است.

این روند از سال‌های دور شروع شده است و تا به امروز ادامه دارد. در دهه‌ی هفتاد و در دولت رفسنجانی طرح خودگردانی بیمارستان‌های دولتی مطرح می‌شود. هدف این برنامه کاهش وابستگی مالی بیمارستان‌ها به دولت و به صورت خلاصه پولی‌سازی بهداشت و درمان است. در این طرح برای کاهش هزینه‌ها پیشنهاد استفاده از دانشگاهیان مطرح می‌شود. همچنین طرح تبدیل حقوق ثابت به کارانه از این دوره ابتدا برای پزشکان شروع شد که به اختلاف شدید درآمد بین پرستاران و پزشکان منجر شد. سپس در سال ۸۶ طرح کارانه برای پرستاران به مجلس می‌رود که در صورت اجرای آن به صورتی که در قانون آمده است اختلاف دریافتی پزشکان و پرستاران کاهش می‌یابد. اما تا امروز این طرح به آن شکلی که باید اجرا نشده است. در بخش مطالبات پرستاران بیشتر به این موضوع پرداخته می‌شود.

در ادامه‌ی خصوصی‌سازی‌ها و کاهش وابستگی بیمارستان‌ها به دولت و در برنامه‌های دولت پزشکیان، ظفرقندی وزیر بهداشت، بر خصوصی‌سازی بیشتر در حوزه‌ی بهداشت و درمان تأکید می‌ورزد. در بند کاهش تصدّی‌گری در اداره‌ی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی به واگذاری بیمارستان‌های دولتی به بخش خصوصی اهتمام ورزیده شده است. همان‌طور که بررسی شد برنامه‌ی ظفرقندی ادامه‌ی برنامه‌ی دولت‌های قبلی است، این را از آن‌جا می‌توان فهمید که وزرای بهداشت دولت‌های سابق، اصول‌گرا و اصلاح‌طلب، از ظفرقندی حمایت ویژه‌ای کرده‌اند.^۴

در بین سایر کشورهای دنیا یک استثنا وجود دارد و آن هم کوبا است. کوبا یکی از سرآمدترین کشورها در حوزه‌ی سلامت است. کوبا بیمارستان‌های دولتی و رایگان دارد و با این‌که همانند ایران زیر بار تحریم قرار گرفته است می‌بینیم که توانسته بهداشت خود را رایگان نگه دارد و حتی آن را در سطح بهترین کشورها که مشکلات تحریمی از طرف امپریالیسم آمریکا را ندارند برساند. با وجود شباهت بین فشار تحریمی بین کوبا و ایران، تفاوت آن‌ها در ماهیت طبقاتی

^۲ [Privately owned hospitals in select countries worldwide 2021 | Statista](#)

^۳ [بیمارستان‌های تهران اعم از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی را بهتر بشناسید | ایران ما](#)

^۴ [حمایت وزرای پیشین بهداشت از ظفرقندی - ایرنا](#)

دولت‌شان سبب شده تا سیاست‌های متضادی را در حیطه‌ی بهداشت و سلامت این دو کشور مشاهده کنیم. در واقع کوبا ثابت کرده است که تحریم (که لقلقه‌ی دهان عده‌ای، برای بازگشت به دامان امپریالیسم، و عده‌ای دیگر، برای انداختن تقصیر مشکلات به گردن "استکبار جهانی" است.) نیز پدیده‌ای طبقاتی است. خبرها حاکی از آن است که از سال ۱۳۹۷ تا کنون (یعنی از زمان بازگشت تحریم‌ها) ۱۱۰۰ بیمار تالاسمی به خاطر نبود دارو جان باخته‌اند که بیشتر آن‌ها نیز کودک بوده‌اند.^۵ بله اثرات تحریم در همه حوزه‌ها روی زیست طبقه کارگر فشار آورده است اما فشار تحریم‌ها می‌تواند مستقیماً روی زیست طبقات فرودست جامعه سرشکن شود و طبقات بالادست جامعه بتوانند از خدمات درمانی در سطح اروپا و آمریکا یا حتی بالاتر استفاده کنند، یا این‌که همچنان بهداشت برای جامعه رایگان نگه داشته شود. تحریم‌ها هم طبقاتی هستند؛ امکانات پزشکی، داروهای نایب، پزشکان حاذق ایرانی و خارجی و پزشکان ایرانی مهاجرت کرده، تفاوتی نمی‌کند! همگی می‌توانند مهیا شوند اگر به اندازه‌ی کافی پول داشته باشید! در حالی که اگر هزینه‌ی آن را نداشته باشید به خاطر تحریم‌ها بعضاً به ساده‌ترین داروها دسترسی ندارید و جان می‌بازید.

اما این اوضاع تنها مختص ایران نیست.

البته تنها غرض‌ورزان، پیکان‌چنین مصائبی را به جای نظم طبقاتی به شکل حکومت در ایران نشانه می‌روند. در اینجا اشاره به توییت رضا پهلوی در حمایت از پرستاران نشان‌گر این امر است. رضا پهلوی «فساد، ناکارآمدی، و ماجراجویی‌هایی منطقه‌ای» جمهوری اسلامی را عامل بدبختی ایرانیان می‌داند و امیدوار است پرستاران بتوانند دست‌کم بخشی از حقوق اقتصادی خود را باز پس گیرند. البته این را منحصر به پرستاران نمی‌داند و مخاطبش تمام زحمت‌کشان و بازنشستگانی هستند که درآمدشان متناسب با تلاش‌شان نیست. جای تعجب ندارد که رضا پهلوی هیچ اشاره‌ای به ریشه و بنیان مشکلات طبقه‌ی کارگر و زحمت‌کش جامعه و علی‌الخصوص پرستاران نمی‌کند، چراکه در دنیای رؤیایی او نیز این ریشه و بنیان، قوی‌تر از قبل وجود دارد. رضا پهلوی تنها نقدش به این است که «فرقه‌ای تبهکار» پُست‌های مدیریتی را بین خود تقسیم می‌کند و اگر این مدیران نالایق بروند و مدیران و سرمایه‌دارانی از جنس سرمایه‌داران غربی روی صندلی مدیریت بشینند و طبقه‌ی کارگر را استثمار و منکوب کنند؛ اوضاع روبه‌راه می‌شود. در انتهای توییت این دغل‌باز دلیل چاپلوسی پهلوی برای طبقه‌ی کارگر را درمی‌یابیم. او از طبقه کارگر و زحمت‌کشان می‌خواهد به میدان بیایند و ایشان را در رهایی ایران از «شر ج.ا.ا» همراهی کنند. امید است روزی فرصت آن پیش‌آید تا طبقه کارگر سیلی محکمی به این مفت‌خوران غربی حامی سرمایه‌داری بزنند.

چه بلایی بر سر ما می‌آید؟

سرمایه‌داری هر روز بیشتر با اقداماتی نظیر خصوصی‌سازی و پولی‌سازی، امکانات رایگان بهداشتی را از ما دور می‌کند. در چنین شرایطی، فردی که توان مالی کافی برای پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی مجهز را ندارد، ناچار است در صف‌های طولانی بیمارستان‌های دولتی منتظر بماند و از خدماتی بهره‌مند شود که به مراتب بی‌کیفیت‌تر از

^۵ www.asriran.com/fa/news/964503 /آمار-هولناک-از-فوت-بیماران-در-ایران-مرگ-۱۱۰۰-بیمار-به-دلیل-نبود-دارو).

خدمات بیمارستان‌های خصوصی است. این نابرابری هم در دسترسی به خدمات درمانی و هم در کیفیت آن‌ها به وضوح دیده می‌شود. در حالی که بیمارستان‌های دولتی با مشکلاتی نظیر کمبود منابع و نیروی انسانی مواجه‌اند، هتل‌بیمارستان‌های خصوصی با امکانات و تجهیزات پیشرفته خدمات ویژه ارائه می‌دهند. در نتیجه، سلامت و رفاه افراد به میزان ثروت و توان مالی آن‌ها وابسته است. این واقعیت شکاف طبقاتی، در دسترسی به خدمات درمانی را بیش از پیش نمایان می‌کند. اگر خدمات بهداشتی دولتی به اندازه‌ی کافی و همچنین با حداقلی از کیفیت همراه بود، طبقه‌ی کارگر هیچ‌گاه مجبور نمی‌شد به بیمارستان خصوصی مراجعه کند. بخش خصوصی خوب می‌داند که طبقه‌ی کارگر می‌تواند گوشت و مرغ کمتری مصرف کند اما هرچقدر هم فشار اقتصادی به ایشان وارد شود بالاخره باید از خدمات بهداشت و درمان استفاده کند. این مرگ و زندگی اوست. پس با وقاحت تمام سود خود را با خون و جان کارگر آغشته می‌کند.

سیاست‌های سرمایه‌داری با تمام قدرت، طبقه‌ی کارگر، به‌ویژه پرستاران را به زیر فشار خردکننده‌ی انداخته‌اند. حتی پرستارانی که در بیمارستان‌های دولتی کار می‌کنند نیز قربانی این سیاست‌های بی‌رحمانه کاهش هزینه‌های دولت هستند. بیمارستان‌ها با وجود کمبود نیروی انسانی شدید، از استخدام خودداری می‌کنند و این یعنی هر پرستار باید به‌جای چندین نفر کار کند. اضافه‌کاری اجباری با دستمزدی ناچیز به امری عادی برای پرستاران تبدیل شده است. آن‌ها خواهان پایان دادن به این بیگاری طاقت‌فرسا هستند و این خواسته، یکی از اصلی‌ترین مطالبات‌شان است.

به‌راستی در نظم سرمایه‌داری که مبتنی بر کسب سود است بیمارستان‌ها چرا باید نیروی جدید استخدام کنند وقتی می‌توانند با تحمیل اضافه‌کاری اجباری به ازای مبلغ تمسخرآمیز ساعتی ۲۰ هزار تومان، بدون استخدام نیروی جدید، از نیروهای موجود دو برابر کار بکشند. پرستار با ۲ الی ۳ میلیون تومان به جای دو نفر کار می‌کند، در صورتی که اگر پرستار جدیدی استخدام می‌شد باید ۱۵ میلیون تومان دستمزد دریافت می‌کرد. استخدام پرستار جدید با منطق سود و کاهش هزینه‌های بخش دولتی و کوچک‌سازی آن، همخوانی ندارد. منطق سود درکی از فشار مضاعف روی پرستار ندارد و حتی کار به جایی می‌رسد که پرستار به علت فشار کاری زیاد جان می‌دهد یا به مرز خودکشی می‌رسد!^۶

زمانی که درمورد فشار کاری پرستاران صحبت می‌شود قضیه فرای تصورات ماست. اخباری مربوط به فوت پرستاران به‌علت کار زیاد منتشر شده است.^۷ آمار خودکشی پرستاران نیز گویای وضعیت است: یا به‌علت عدم امنیت شغلی که نتیجه‌ی خصوصی‌سازی‌ها است^۸ یا به‌علت فشار کاری زیاد که در دوران کرونا این فشار دوچندان بوده است.^۹

این شرایط وحشتناک نه فقط پرستاران را به لبه‌ی فروپاشی می‌رساند بلکه باعث شده کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی به‌شدت افت کند. وقتی یک پرستار مجبور می‌شود بیش از توان خود کار کند، نمی‌توان انتظار

^۶ علت مرگ خاموش پرستاران چیست؟ - خبرآنلاین (khabaronline.ir) و نتایج یک مطالعه در ایران: ۳۸ درصد پرستاران به خودکشی فکر کرده‌اند (beytoote.com)

^۷ تنها در عرض یک ماه: کار زیاد باعث مرگ سه پرستار ایرانی در خواب شد

^۸ خودکشی پرستار ۳۲ ساله کرمانشاهی / دبیرکل خانه پرستار: از چند ماه پیش، دیگر قرارداد این پرستار تمدید نشده بود؛ بعد از آن هم مدتی بیکار ماند / در ایام کرونا، ۲۷ درصد پرستاران افکار خودکشی و ۹ درصد هم آمادگی برای خودکشی داشتند / پرستاران بعد از پایان کرونا مطالبات‌شان نادیده گرفته شد و بسیاری از پرستاران طرحی نیز به‌راحتی کنار گذاشته شدند | سایت انتخاب

^۹ «کرونا» و زخم «خودکشی» بر پیکر کادر درمان / افزایش روند «خودکشی» در بین پرستاران در جهان - ایسنا

داشت که اشتباهات پزشکی رخ ندهد. هر پرستار از ۲۰ بیمار مراقبت می‌کند در حالی که استاندارد آن ۵ بیمار است. بعضی از بیمارستان‌های دولتی به دلیل همین اشتباهات به «کشتارگاه» معروف می‌شوند: بیمارستان‌های ولیعصر اراک، مدنی کرج، کاشانی خزانه در تهران و کاشانی اصفهان.

نوبت گرفتن در بعضی از بیمارستان‌های دولتی که خدمات با کیفیت تری ارائه می‌دهند هم برای خود هفت‌خان رستم است. مثلاً بیمارستان میلاد هیچ‌وقت زمان خالی ندارد و اگر شانس به شما رو کند و نوبت بگیرید، نوبت شما برای ماه‌های آینده است. این وضعیت نه تنها فشار زیادی به کادر درمان وارد می‌کند، بلکه کارگران و اقشاری که توان مالی مراجعه به بیمارستان‌های خصوصی ندارند را نیز با مشکل جدی مواجه می‌کند. در چنین شرایطی، دسترسی به خدمات درمانی رایگان و باکیفیت برای بسیاری از افراد جامعه امکان‌ناپذیر می‌شود و نابرابری در حوزه‌ی سلامت، هر روز بیشتر از قبل افزایش می‌یابد.

وضعیت بیمارستان‌های دولتی شرح داده شد، اما بخش خصوصی چطور است؟ وقتی افرادی از طبقات پایین دست جامعه با بیماری جدی و خطرناکی مواجه می‌شوند، با توجه به اوضاع بیمارستان‌های دولتی، تنها راه پیش‌پای‌شان البته جز انتظار مرگ را کشیدن که گاهی بسی راه آسان‌تری است! این است که با قرض و وام، خود را به بیمارستان خصوصی برسانند. در این صورت شاید بتوانند از خدماتی استفاده کنند که طبقات بالادست جامعه برای کوچک‌ترین مشکلی به راحتی به آن دسترسی دارند. کم نیستند مواردی که حتی جسد بیمار به خانواده تحویل داده نمی‌شود چون صورت حساب بیمارستان پرداخت نشده است. بعد از آن که با قرض از دوستان و آشنایان و وام‌های مختلف هزینه‌ی بیمارستان تأمین شد، مدت‌ها این بدهی‌های سنگین بر روی حقوق ناچیز کارگر فشار می‌آورد.

وضعیت خود پرستاران چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی فاجعه‌بار است. در بخش خصوصی قراردادهای موقت و نبود امنیت شغلی، عملاً جلوی هر نوع اعتراضی را برای پرستاران این بخش گرفته است. اگر پرستاری بخواهد اعتراض کند، کارفرما به راحتی می‌تواند او را اخراج کند و از میان خیل عظیم پرستاران بیکار، جایگزینی برای او پیدا کند. این همان «ارتش ذخیره کار» است که سرمایه‌داری با ایجاد آن، با خیال راحت به سرکوب طبقاتی خود می‌پردازد. طبق گفته‌ی رئیس وقت سازمان نظام پرستاری، میرزابیگی، در سال ۱۴۰۲، ۲۰ الی ۳۰ هزار پرستار بیکار داریم. پرستاری که رسمی نیست، هیچ‌گونه امنیت شغلی ندارد، از حقوق و مزایای کمتری بهره‌مند است و اگر زبان به اعتراض باز کند، باید انتظار اخراج را داشته باشد. این وضعیت در بیمارستان‌های خصوصی وخیم‌تر از بیمارستان‌های دولتی است. کافی است نگاهی به تعداد زیاد افرادی که در آزمون‌های استخدامی شرکت می‌کنند بیندازیم تا بفهمیم چند نفر تلاش می‌کنند تا با رسمی شدن، یک حداقلی از امنیت شغلی برای خود فراهم کنند. در سال ۱۴۰۲ طبق اظهارات جهان‌پور، رئیس کل سازمان نظام پرستاری، ۲۵۰۰۰ نفر در آزمون استخدامی شرکت کردند که ۸۰۰۰ نفر آن‌ها پذیرفته شدند. این در حالی است که سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ آزمون استخدامی برگزار نشد و پرستاران به شکل قراردادهای پیمانی، تبصره ۳، تبصره ۴، ۸۹ روزه و ... به کار گرفته شدند و حتی از دانشجویان پرستاری با دستمزد ناچیز و باورنکردنی استفاده می‌کنند. در سال ۱۴۰۳ حق‌الزحمه‌ی کار دانشجویی دانشجویان سال آخر پرستاری از ساعتی ۲۰ هزار تومان به ۳۰ هزار تومان افزایش یافته و همچنین برای دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری نیز حق‌الزحمه

ساعتی ۳۵ هزار تومان تصویب شده است! وضعیت به شکلی است که پرستاران به مشاغل دیگر مثل رانندگی اسنپ روی آورده‌اند. برخی بیمارستان‌ها به خاطر کمبود پرستار افتتاح نمی‌شوند. این بلایی است که نظم سرمایه‌داری بر سر پرستاران آورده است.

اما وضعیت پرستاران در بخش دولتی هم دست‌کمی از بخش خصوصی ندارد. مؤسسه‌ی کارآفرینان آواسلامت زیر نظر هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی وزارت بهداشت، واسطه‌ای برای استثمار بیشتر و قانونی پرستاران است. کار این مؤسسه این است که با پرستاران و دانشگاهیان قرارداد ببندد و آن‌ها را در بیمارستان‌های دولتی مشغول به کار کند. از طرفی ۱۲ مدل قرارداد مختلف شامل قراردادهای پیمانی و تبصره ۳ و ۴ و ۸۶ روزه و ... برای استخدام پرستاران وجود دارد. پرستاران در مدل‌های مختلف قرارداد دستمزدهای متفاوتی دریافت می‌کنند ولی وظایف تقریباً یکسانی دارند. این یکی دیگر از شگردهای سرمایه‌داری برای سرکوب دستمزد است. در انواع این قراردادها پرستاران استثمار شدیدتری نسبت به استخدام رسمی می‌شوند.

وضعیت پرستاران در سایر دنیا

وضعیت پرستاران ایران در نسبت با سیاست‌های اعمالی توسط دولت بورژوازی برای اداره‌ی جامعه تشریح شد. سؤالی که می‌توان مطرح کرد این است که سرمایه‌داری در بقیه‌ی دنیا چه بلایی سر پرستاران و به‌طور کلی بهداشت و درمان می‌آورد؟ آیا این وضعیت نابسامان مختص پرستاران جغرافیای ایران است؟ آیا وضعیت پرستاران در سایر نقاط دنیا گل و بلبل است؟ خیر! باید در نظر داشت که کشورهای قرار گرفته در قسمت‌های بالایی زنجیره‌ی تولید جهانی سرمایه‌داری، به لطف استثمار نیروی کار ارزان سایر کشورهای پایین‌تر این زنجیه و انتقال ارزش اضافی به جوامع‌شان، از وضعیت بهتری برخوردارند. اما می‌توان گفت که روند رو به بحران که در ایران به شکل سخت‌تری خودنمایی می‌کند در این کشورها نیز وجود دارد. درمورد خصوصی‌سازی‌ها و مقایسه‌ی تعداد بیمارستان‌های خصوصی و غیرخصوصی در برخی کشورهای مهم نظم جهانی صحبت شد. وضعیت طبقه‌ی کارگر سایر کشورها در حوزه‌ی بهداشت و درمان روندی مشابه وضعیت کارگران در ایران دارد. وضعیت پرستاران نیز به همین شکل است. به عنوان نمونه می‌توان به بررسی اعتراضات پرستاران در این کشورها پرداخت. در سپتامبر ۲۰۲۲، حدود ۱۵,۰۰۰ پرستار در مینه‌سوتا بزرگترین اعتصاب بخش خصوصی در تاریخ آمریکا را برگزار کردند. این اعتصاب به دلیل نگرانی‌های مربوط به کاهش سطح کارکنان و شرایط کاری نامناسب بود.^{۱۰} یا در فوریه‌ی ۲۰۲۳، حدود ۱۰۰,۰۰۰ پرستار در انگلستان، ولز و ایرلند شمالی در اعتراض به حقوق و شرایط کاری دست به اعتصاب زدند. این اعتصاب نیز بزرگترین اعتصاب پرستاران در تاریخ ۷۵ ساله‌ی خدمات بهداشتی بریتانیا (NHS) بوده است.^{۱۱} جالب آن‌جاست که موضوع کلی مطالبات پرستاران در انگلیس و آمریکا با مطالبات پرستاران در ایران مشابه است!

^{۱۰} [Why 15,000 nurses went on strike in Minnesota | PBS News Weekend](#)

^{۱۱} [Workers stage largest strike in history of Britain's health service | Reuters](#)

پرستاران و کارگران

تا این جا باید به روشنی متوجه شده باشید که پرستاران و کارگران در بسیاری از مسائل مشابه هم هستند و منافعشان به هم گره خورده است. در نظام سرمایه‌داری، سرمایه‌دار با پرداخت پول، نیروی کار را می‌خرد تا سود تولید کند. بیمارستان‌های خصوصی در نظم سرمایه‌داری هم به‌مثابه یک بنگاه اقتصادی دقیقاً به همین شکل عمل می‌کنند؛ آن‌ها نیروی کار پرستاران و کارگران خدماتی را با حداقل هزینه خریداری می‌کنند و خدمات سلامت را به‌عنوان کالا به بیماران می‌فروشند. معلمان و فرهنگیان، بازنشستگان، کارگران صنعت نفت و سایر صنایع و ... متحدان پرستاران هستند.

بسیاری از پرستاران ممکن است خود را از طبقه‌ی کارگر جدا بدانند، اما واقعیت این است که آن‌ها نیز جزئی از همین طبقه هستند و منافع روزمره و اساسی همسان و همچنین منافع تاریخی مشترکی با این طبقه دارند. ارزش اضافی‌ای که پرستاران تولید می‌کنند، به جیب سرمایه‌داران و پزشکانی می‌رود که چندین برابر آن‌ها حقوق می‌گیرند. این واقعیت به‌وضوح در مطالبات پرستاران، مثل تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری، قابل‌مشاهده است. از آن مهم‌تر، بیمارستان‌های خصوصی نیز توسط همان پزشکان و سرمایه‌دارانی ساخته شده که سود انبوهی را از کار پرستاران انباشت کرده‌اند. به‌عنوان مثال بیمارستان کسری در سال ۱۳۷۹ توسط دکتر احمد علی‌زاده خوئی، متخصص بی‌هوشی تأسیس شد و بیمارستان آتیه در سال ۱۳۷۷ توسط دکتر خلیل علی‌زاده، متخصص ارتوپدی و جراحی دست، تأسیس شد.

پرستاران گاهی خود را هم‌سطح پزشکان می‌بینند و تلاش می‌کنند به سبک زندگی و تفریحات آن‌ها دست یابند اما با حقوق ناچیز و شیفت‌های طاقت‌فرسا هرگز نمی‌توانند به آن‌چه در ذهن دارند برسند. اگر تصور کنند که تفاوت پزشکان و ایشان، در میزان تلاش و استعداد آن‌هاست، سخت در اشتباه‌اند. ذات نظام سرمایه‌داری طبقاتی است و سلطه‌ی یک طبقه بر طبقه‌ی دیگر نه‌تنها اجتناب‌ناپذیر است، بلکه نیروی کار یک طبقه اساساً سوخت ماشین سودآوری برای طبقه‌ی دیگر است.

آن‌چه پرستاران به آن نیاز دارند، آگاهی طبقاتی است. در دو جبهه‌ی اصلی این نظام، یعنی جبهه‌ی بورژوازی و جبهه‌ی پرولتاریا، پرستاران در جبهه‌ی پرولتاریا قرار دارند و منافع‌شان با این طبقه گره خورده است. پرستاران و کارکنان خدماتی بیمارستان‌ها، چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی، کارگران خط تولید بهداشت و سلامت هستند؛ و تا زمانی که این جایگاه را درک نکنند، به اصلاحات اساسی دست نخواهند یافت.

مطالبات پرستاران

مطالبات مشخص پرستاران در اعتراضات اخیرشان به‌صورت خلاصه عبارت است از: افزایش حقوق و مزایا بر اساس نرخ تورم و تأمین رفاه آنان، اجرای واقعی طرح تعرفه‌گذاری، لغو اضافه‌کاری اجباری، اجرای قانون مشاغل سخت و زیان آور، تأمین امنیت جانی، شغلی و امکانات رفاهی و حق فعالیت صنفی، تجمع، اعتصاب و اعتراض. در ادامه به شرح

تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری

تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری یکی از مهم‌ترین مطالبات پرستاران در ایران است، چه در بیمارستان‌های دولتی و چه در بخش خصوصی. این خواسته بر این اساس شکل گرفته که پرستاران، نقش اصلی را در مراقبت از بیماران دارند، اما خدماتی که ارائه می‌دهند به نام پزشکان ثبت می‌شود و تعرفه‌ی آن به حساب پزشکان واریز می‌گردد. به عبارت دیگر، پرستار تمام وظایف مرتبط با مراقبت و درمان بیمار را انجام می‌دهد، اما پاداش مالی این کارها نصیب پزشک می‌شود. در سال ۱۳۸۶، با توجه به اعتراضات گسترده‌ی پرستاران، قرار شد که خدمات پرستاری نیز مانند خدمات پزشکی، تعرفه‌گذاری شود. در این سیستم، خدمات پرستاری قرار بود بر اساس ۲۵۰ بسته‌ی خدماتی تعریف و تعرفه‌ها براساس میزان کار انجام‌شده توسط پرستار محاسبه شود. این قانون پس از تصویب در مجلس، هیچ‌گاه به شکل کامل اجرایی نشد و فقط در سطح وعده باقی ماند. آن چه هم که اجرا شد تقریباً ارتباطی به خواسته‌ی اصلی پرستاران نداشت و این مطالبه بی‌پاسخ باقی ماند.

یکی از مشکلات اصلی در مسیر اجرای این قانون، تضاد منافع بین پزشکان و پرستاران است. پزشکان به دلیل این که با اجرای قانون، بخشی از درآمد خود را از دست می‌دهند، مخالف اجرای آن هستند. این مسأله باعث می‌شود که پزشکان درآمد قابل توجهی را بر اساس کاری که انجام نداده‌اند، به دست آورند.

اجرای این قانون می‌تواند اختلاف دریافتی بین پزشکان و پرستاران را کاهش دهد و همچنین هزینه‌های بیماران را نیز کمتر کند، چراکه تعرفه‌ی پرستاری کمتر از تعرفه‌ی پزشکی است.

در مقابل این قانون، سازمان نظام پرستاری طرح دیگری را معرفی کرده که تحت‌محمور است نه خدمات‌محور. این طرح با کاهش تعداد بسته‌های خدمتی از ۲۵۰ به ۱۷ بسته، تفاوت نیاز بیماران به خدمات در بخش‌های مختلف را نادیده می‌گیرد. در این سیستم، تفاوتی نمی‌کند که بیمار در بخش عمومی باشد یا ویژه، تنها بر اساس زمان بستری شدن بیمار تعرفه تعیین می‌شود.

یکی دیگر از مشکلات این سیستم جدید، نحوه‌ی محاسبه‌ی پرداختی‌ها به پرستاران است. اولین واریزی که به اسم تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری انجام شد، در واقع فقط کارانه‌ی قبلی پرستاران را با ضریب ۲,۲ بود و مبلغ اندکی را به حقوق آن‌ها اضافه کرده است. این نه تنها باعث کاهش اختلاف دریافتی بین پزشکان و پرستاران نشده، بلکه اختلاف درآمد بین پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف را نیز بیشتر کرده است. برای مثال، پرستاری که در گذشته حدود یک میلیون تومان به عنوان کارانه دریافت می‌کرد، اکنون سه میلیون تومان دریافت می‌کند، اما یک مترن که قبلاً ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان دریافت می‌کرد، اکنون ۳۰ میلیون تومان می‌گیرد. همچنین، پرستاران ۱۱۵ که در شرایط بحرانی و پیش از بیمارستان فعالیت می‌کنند، کمترین بهره را از این طرح برده‌اند یا تقریباً بی‌نصیب مانده‌اند.

به طور کلی، اجرای تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری به شکل فعلی نه تنها به بهبود وضعیت پرستاران منجر نشده، بلکه اختلاف درآمدی را میان گروه‌های مختلف پرستاری ایجاد کرده است. از سوی دیگر، پزشکان نیز به دلیل منافع مالی

خود مانع از اجرای کامل و درست این قانون شده‌اند. راه‌حل اساسی برای رفع این مشکلات، اجرای دقیق و کامل قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری است که بر اساس خدمات واقعی پرستار و نه سیستم تخت‌محور تنظیم شده باشد.

در راستای اعتراضات اخیر پرستاران و در جهت خاموش کردن خشم طبقاتی آنان، مسئولین دولت، خود را خیلی جدی و مصمم در رسیدگی به مطالبات ایشان نشان دادند. حتی خبرها حاکی از پرداخت بخش اول مطالبات پرستاران بود. اما بخش اول چیست؟ واریز مبلغ ناچیز ۱ میلیون و ۶۰۰ هزار تومان (۷۰۰ کارانه و ۹۰۰ فوق‌العاده خاص) بعد از چندین هفته اعتراضات پرستاران، مشخص است که برای ساکت کردن اعتراضات انجام شده است نه رسیدگی به مطالبات پرستاران.

قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت

قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت در سال ۱۳۸۸ توسط مجلس شورای اسلامی تصویب شد. هدف اصلی این قانون، افزایش کارایی و اثربخشی کارکنان بالینی نظام سلامت، به‌ویژه پرستاران، در بخش‌های دولتی و غیردولتی بود. بر اساس این قانون، ساعت کاری هفتگی پرستاران و دیگر کارکنان بالینی با توجه به عواملی چون سختی کار، سابقه‌ی خدمت و شیفت‌های کاری غیرمتعارف، تا سقف ۸ ساعت کاهش می‌یابد. این کاهش در ساعت کاری بر اساس جدول‌های مشخصی تعیین شده و برای کارکنان بالینی بسته به شرایطشان متفاوت است. به‌طور مثال، پرستاران با سابقه‌ی خدمت کمتر از ۴ سال، یک ساعت از ساعت کاری‌شان کاهش پیدا می‌کند.

اگرچه در برخی از بیمارستان‌ها این کاهش ساعت کاری اجرا می‌شود و ساعت کاری از ۱۷۵ به حدود ۱۶۵ ساعت کاهش یافته است، اما همچنان مشکلات زیادی وجود دارد. پرستاران با وجود کاهش ساعت کاری رسمی، همچنان مجبور به انجام اضافه‌کاری‌های اجباری می‌شوند و در بسیاری از موارد به جای ۸ ساعت کاهش، ۸۰ ساعت اضافه‌کاری اجباری دارند. این مسئله به نوعی نشان‌دهنده‌ی تداوم فشار و استثمار بر پرستاران است.

با اعتراضات اخیر پرستاران، دیوان عالی ورود می‌کند و رأی خود را مبنی بر این که اضافه‌کاری اجباری نیست اعلام می‌کند. اما پرستاران بر حسب تجربه می‌دانند این هم مثل قانون‌های قبلی که اجرا نشدند یا فقط روی کاغذ اجرا شدند نمی‌تواند پیاده‌سازی شود. حتی اگر به صورت رسمی اضافه‌کاری اجباری نباشد، به صورت غیررسمی اجباری می‌شود. وقتی که بیمارستان اقدام به استخدام پرستار نمی‌کند حجم زیاد کارها بین پرستاران موجود تقسیم می‌شود و به صورت غیرمستقیم مجبورند که اضافه‌کاری کنند. اگر اعتراض جدی صورت بگیرد نیز اخراج شده و جایگزین می‌شوند.

قانون سخت و زیان‌آور بودن مشاغل بالینی

یکی از بخش‌های کلیدی این قانون، مرتبط با شغل‌های سخت و زیان‌آور در بخش بهداشت و درمان است. طبق این قانون، پرستاران و کارکنان بخش‌های روان‌پزشکی و سوختگی در زمره‌ی مشاغل سخت و زیان‌آور قرار می‌گیرند و باید از مزایای اضافی مانند مرخصی بیشتر و حقوق بالاتر برخوردار شوند. همچنین این کارکنان می‌توانند از مرخصی استحقاقی سالیانه حداکثر تا دو ماه بهره‌مند شوند و بازنشستگی آن‌ها به ۲۰ سال سابقه‌ی کار کاهش یابد.

به‌طور کلی پرستاران در معرض انواع بیماری‌ها قرار دارند. شغل پرستاری شیفت شب و روز، روز تعطیل و غیرتعطیل

نمی‌شناسد. قانون مشاغل سخت و زیان‌آور برای پرستاران در سال ۱۳۶۸ تصویب شد و سال ۸۸ مورد تأکید مجلس قرار گرفت. با این حال، این قانون به‌طور کامل اجرا نشده و تنها در برخی از بخش‌ها اعمال می‌شود.

علاوه بر این، ساعت کاری پرستاران در شیفت‌های شب و عصر باید با ضرایب بالاتری محاسبه شود. به‌طور مثال، ساعات کاری در شب با ضریب ۱,۵ و در عصر با ضریب ۱,۲ محاسبه می‌شود. همچنین، پرستاران نباید بیش از ۱۲ ساعت کار متوالی داشته باشند و اضافه‌کاری‌ها باید با توافق بین پرستار و کارفرما انجام شود.

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌هایی که پرستاران با آن مواجه‌اند، موضوع اضافه‌کاری است. در قانون کار و قانون ارتقای بهره‌وری، اضافه‌کاری به هیچ‌وجه نباید اجباری باشد و باید با رضایت پرستار انجام شود. همچنین مزد یک ساعت اضافه‌کاری باید ۱,۴ برابر مزد یک ساعت کار عادی باشد. اما در عمل، در بسیاری از بیمارستان‌ها این قانون رعایت نمی‌شود و مزد اضافه‌کاری به مراتب کمتر از قانون است. به‌طور مثال، در حالی که مزد یک ساعت کار عادی حدود ۵۰ تا ۶۰ هزار تومان است، اضافه‌کاری تنها ۱۵ تا ۲۰ هزار تومان پرداخت می‌شود!

اجرای نیمه‌کاره‌ی قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی و تحمیل اضافه‌کاری‌های اجباری، شرایط کاری پرستاران را همچنان سخت و طاقت‌فرسا کرده است. هرچند قوانین حمایتی برای بهبود این وضعیت وضع شده‌اند، اما یا به‌درستی اجرا نمی‌شوند، یا در عمل مشکلات بیشتری ایجاد می‌کنند. به همین دلیل، پرستاران با فشارهای مضاعفی مواجه‌اند که این قوانین باید از بین می‌بردند.

تشکل‌های صنفی پرستاران

سازمان نظام پرستاری

سازمان نظام پرستاری در سال ۱۳۸۱ بر اساس قانون مجلس شورای اسلامی تشکیل شد تا از حقوق مادی و معنوی پرستاران و مردم در قبال خدمات پرستاری حمایت کند و به رشد حرفه‌ی پرستاری کمک نماید. این سازمان به‌عنوان نهادی مستقل با شخصیت حقوقی تعریف شده و بودجه‌ی آن از حق عضویت اعضا و کمک‌های اشخاص حقیقی و حقوقی تأمین می‌شود. تمامی پرستاران ملزم به عضویت در این سازمان هستند که تعداد اعضای آن را به حدود ۲۰۰ هزار نفر رسانده است.

اگرچه سازمان نظام پرستاری بر اساس اساس‌نامه‌اش به‌عنوان یک تشکل مستقل تعریف شده، اما به‌دلیل نفوذ دولت و وزارت بهداشت در مدیریت آن، نتوانسته استقلال واقعی را حفظ کند. طبق اساس‌نامه، ۵ نفر از اعضای شورای عالی سازمان توسط ارگان‌های حکومتی انتخاب می‌شوند: یک نفر به انتخاب مجلس، دو نفر از سوی وزیر بهداشت، یک پرستار از نیروهای مسلح و یک نماینده‌ی پزشکی قانونی.

یکی از مشکلات اصلی این سازمان، عدم استقلال از سیاست‌های دولت سرمایه‌داری است. به‌رغم این که اعضای شورای عالی نظام پرستاری از میان خود پرستاران انتخاب می‌شوند، این تشکل نتوانسته منافع واقعی پرستاران را دنبال کند. بسیاری از اقدامات و وعده‌های این سازمان به جای حل مشکلات پرستاران، بیشتر در راستای منافع دولت و نظام پزشکی‌سالار بوده است.

برای نمونه، در سال‌های اخیر دو ائتلاف «پرستاران عدالت‌خواه» و «هویت، رفاه و هم‌دلی» در انتخابات هیئت‌مدیره‌ی سازمان حضور داشته‌اند. ائتلاف دوم با حمایت وزارت بهداشت و نفوذ در ساختار سازمان، کنترل بیشتری بر سیاست‌های آن داشته است. افرادی مثل محمد میرزابیگی، رئیس کل سازمان نظام پرستاری، بارها با حمایت این ائتلاف و پشتیبانی وزارت بهداشت به ریاست رسیده‌اند. میرزابیگی ابتدا با وعده‌ی افزایش حقوق پرستاران و اجرای طرح تعرفه‌گذاری، حمایت‌های زیادی جلب کرد اما پس از نزدیک‌شدن به انتخابات، طرح خود را نقد کرد تا بتواند دوباره پست خود را حفظ کند.

این رفتار نشان‌دهنده‌ی عدم‌استقلال سازمان است. حتی اگر اعضای شورای عالی این سازمان از میان پرستاران انتخاب شوند، بدون سیاستی مستقل از سیستم سرمایه‌داری، قادر به دفاع از حقوق کارگران حوزه‌ی پرستاری نخواهند بود.

خانه‌ی پرستار

خانه‌ی پرستار در سال ۱۳۸۱ با مجوز وزارت کشور به عنوان یک تشکل صنفی-سیاسی آغاز به کار کرد و پس از تطبیق با قانون جدید احزاب در سال ۱۳۹۷، خود را به عنوان یک حزب سیاسی معرفی کرد. این تشکل اگرچه خود را مستقل معرفی می‌کند، اما سیاست‌های آن بیشتر در چارچوب گفتمان عدالت‌خواهانه و محدود به منافع نظام سرمایه‌داری است.

در انتخابات ریاست‌جمهوری سال ۱۳۹۶، خانه پرستار به‌طور رسمی از حسن روحانی حمایت کرد و از پرستاران خواست تا در انتخابات شرکت کنند. این اقدام نشان داد که سیاست‌های این تشکل نیز در راستای حفظ وضع موجود است و توانایی لازم برای پیگیری منافع مستقل صنفی پرستاران را ندارد.

خانه‌ی پرستار همچنین به‌طور گسترده از طریق محمد شریفی‌مقدم، دبیر کل این تشکل، در فضای مجازی و رسانه‌ها فعالیت می‌کند. بسیاری از مواضع این تشکل از طریق توییت‌ها و سخنرانی‌های شریفی‌مقدم مطرح می‌شود، اما اقدامات عملی کمی در جهت بهبود وضعیت پرستاران مشاهده می‌شود.

تشکل‌های صنفی پرستاران در ایران، چه سازمان نظام پرستاری و چه خانه‌ی پرستار، به دلیل وابستگی به نهادهای دولتی و سیاست‌های سرمایه‌داری، نتوانسته‌اند به‌طور مستقل از حقوق پرستاران دفاع کنند. این تشکل‌ها بیشتر به‌عنوان ابزاری در دست سیستم سرمایه‌داری عمل می‌کنند و با دادن وعده‌های بی‌اساس یا حمایت از سیاست‌های نظام اقتصادی موجود، توانایی واقعی در پیشبرد منافع پرستاران را ندارند.

برای دستیابی به حقوق واقعی، پرستاران نیاز به تشکل‌های مستقل و آگاهی طبقاتی دارند که بتوانند به‌دور از سیاست‌های بورژوازی، مبارزات صنفی خود را به پیش ببرند. بدون این استقلال و آگاهی، تشکل‌های فعلی تنها به تداوم وضع موجود و بهره‌کشی از پرستاران کمک خواهند کرد.

پایان نامه‌ی اتحاد

پرستاران امروز در شرایطی قرار دارند که نیاز به اتحاد و همبستگی با سایر اقشار زحمت‌کش جامعه بیش از هر زمان دیگری برایشان احساس می‌شود. آنان که شبانه‌روز در بیمارستان‌ها، بی‌هیچ چشم‌داشتی، به بیماران خدمت می‌کنند و امید به زندگی می‌بخشند، حالا خود نیازمند پیگیری منافع خود هستند. اتحاد پرستاران با سایر زحمت‌کشان جامعه، مانند معلمان، بازنشستگان و دیگر اقشار کارگران، نیرویی عظیم و غیرقابل شکست ایجاد می‌کند.

تشکیل تشکلهای مستقل و واقعی، سازمان‌هایی که منافع پرستاران را بدون وابستگی به دولت یا سیستم سرمایه‌داری دنبال کنند ضرورتی فوری است. این تشکلهای باید با صدای بلند و قوی، حقوق پرستاران را مطالبه کنند.

آگاهی طبقاتی گره‌گاه اساسی برای پرستاران است. پرستاران باید جایگاه خود را در جامعه به‌عنوان بخشی از طبقه‌ی کارگر بشناسند و به اتحاد با دیگر کارگران برای رسیدن به اهداف مشترک قدم بردارند. تنها در سایه این آگاهی است که می‌توانند به منافع اساسی خود دست یابند.