

## بسم الله الرحمن الرحيم

آیا اصلاحات رئیس جمهور جدید امریکا در بهداشت و درمان به معنای پایان اندیشه لیبرالیسم در این حوزه است؟

### دکتر محمد رضا واعظ مهدوی

در دنیای امروز ، نظام های متعددی برای مدیریت و اداره امور « سلامت » در جهان پیشنهاد شده اند. کشورهای مختلف بر حسب نحوه نگرش و زیر بنای فلسفی و تجربیات خود یکی از این مدل ها را به عنوان « نظام سلامت » برگزیده اند.

نظام های سلامت ، از دو منظر مهم قابل تحلیل هستند:

۱- مدل ارائه خدمات ؛ شامل مدل های متکی بر بیمه ؛ مدل های متکی بر طب ملی ( National health ) و مدل های مبتنی بر بخش خصوصی

۲- نحوه تأمین منابع مالی : از طریق مالیات ها و عوارض ملی و منطقه ای ؛ از طریق دریافت یا جمع آوری حق بیمه ؛ یا پرداخت مستقیم توسط بیماران

از منظر اول در میان مشهور ترین مدل ها ، مدل انگلستان که بر اساس طب ملی است ؛ و مدل کشورهای اسکانداویژی که بر اساس بیمه همگانی شکل گرفته است ؛ قابل ذکر هستند . از منظر نحوه پرداخت نیز هر دو مدل ذکر شده از منابع مالیاتهای عمومی تغذیه می شوند در حالی که آلمان و بلژیک و برخی دیگر از کشورها منابع مالی مورد نیاز را عمدتاً از طریق حق بیمه ها جمع آوری می کنند.

نکته مهم این است که در تمام مدل های شناخته شده و معتبر جهان ، تأمین منابع در قالب پیش پرداخت صورت می پذیرد. و پرداخت هزینه های سلامت در هنگام بیماری که اصطلاحاً « پرداخت از جیب » تعریف می شود روشی نا مطلوب و مطرود بوده ؛ با توجه به افزایش هزینه های مراقبت از سلامت در اثر پیشرفت علم و تکنولوژی و تولید نسل های جدید دارو و تجهیزات گران قیمت ؛ و مصارف غیر ضروری ایجاد شده توسط سلائق پزشکان که « تقاضای الفایی : induced demand » نام گرفته است ، نظامات مختلف سلامت سعی کرده اند تا پرداخت هزینه ها را به صورت پیش پرداخت ( و قبل از بروز بیماری ؛ به صورت پس انداز ) برنامه ریزی کنند. نکته بسیار مهم در طرح های پرداخت این است که به طور کلی همه منابع مالی موجود در کشورها ( و در

مبحث سلامت؛ منابع مالی سلامت) اصولاً متعلق به « مردم » آن کشور می باشد! ( به استثناء منابعی که احیاناً از محل کمکهای سایر کشورها : International donations تأمین می شود). مهم این است که این منابع چه موقع ( در هنگام سلامتی یا بیماری ؛ در جوانی یا در پیری) و چگونه ( به صورت مالیات؛ یا حق بیمه ؛ یا کمک های خیریه ویا توسط خود بیماران ) ؛ و توسط چه کسی ( دولت ، شرکت های بیمه ؛ یا خود بیماران ) پرداخت می شود. همچنین با توجه به تخصصی بودن خدمات سلامت ، و نقش متخصصان این حوزه در تجویز داروها و تجهیزات و اعمال جراحی پرهزینه ، و فاصله عمیق بین دانایی و اطلاعات تجویز کنندگان و مصرف کنندگان ( نابرابری اطلاعات : Asymmetry of information ) ، کارایی کلاسیک بازارها بسیار پایین بوده پدیده شکست بازار : market failure در این حوزه اتفاق می افتد. بدین لحاظ دخالت دولت ها در تنظیم بازار خدمات بهداشتی و درمانی بسیار ضروری و حیاتی تلقی شده است. این دخالت و مدیریت که به « تولید : Stewardship دولت ذر نظامات سلامت » موسوم می باشد ، ارتباطی تنگاتنگ با ظرفیت و توان اجرایی و کارشناسی دولت ها داشته و در کشورهای پیشرفته ، بسیار عمیق و گسترده است. برعکس کشورهای جهان سوم به دلیل فقدان سازو کارهای کارآمد تولید دولت در این حوزه بسیار ضعیف بوده و بازار خدمات بهداشتی و درمانی آنها به شدت تحت تأثیر سیاست های بخش خصوصی و تابع منافع و تبلیغات کمپانی های دارویی و صاحبان حرف پزشکی قرار دارد.

نظام بهداشت و درمان آمریکا ، در میان نظامات بهداشتی و درمانی کشورها ، بیش از آنکه به نظامات کشورهای پیشرفته شبیه باشد ، به نظام های سلامت کشورهای عقب افتاده مشابهت دارد و به همین سبب هم هرگز برای الگو برداری به کشورهای در حال توسعه پیشنهاد نشده است.

ویژگی مهم نظام بهداشت و درمان آمریکا ، اتکا بر الگوی اخلاقی لیبرال های طرفدار حقوق فردی ( libertarians ) می باشد؛ به این ترتیب که آنها معتقدند : تنها حقوق منفی افراد شایسته محافظت هستند؛ تا افراد بتوانند آنچه را که خود می خواهند بدون تعدی دولت و با انتخاب های فردی خود انجام دهند. آنان خواستار آن هستند که دولت نقش محدودی در محافظت از حقوق مالکیت فردی و آزادی های فردی داشته باشد ؛ و با این استدلال با محدودیت استفاده از داروها یا تجهیزات پر هزینه مخالف هستند زیرا این اقدامات آزادی های فرد را برای انتخاب محدود می کند. پی آمد این اندیشه ؛ آزاد گذاشتن دست واحدهای ارائه کننده خدمت برای اقدامات پرهزینه بوده است. در اثر این رویه ، هزینه های سلامت به نحو سرسام آوری افزایش یافته است. گزارش های موجود از افزایش ۷۸ درصدی هزینه ها از سال ۲۰۰۴ به این طرف حکایت می کند. افراد برای پوشش هزینه های درمانی ناگزیر هستند خود را بیمه کنند ؛ لکن این افزایش بدون کنترل هزینه ها ، در

سرانه بیمه ها هم انعکاس پیدا می کند و بالتبع سرانه مورد مطالبه شرکت های بیمه از توان پرداخت افراد و نیز کارفرمایان برای بیمه کارکنان فراتر رفته است. بدین سان تعداد کارفرمایانی را که افراد تحت استخدام خود را بیمه می کردند، کم کرده است. امروزه بالارفتن هزینه ها و افزایش تعداد بیمه نشدگان، حساس ترین چالش افکار عمومی از زمانی است که برنامه های اصلاحی بیل کلینتون برای نظام بهداشت و سلامت در دوران ریاست جمهوری اش شکست خورد.

نتیجه این فرایند این بوده است که نظام بهداشت و درمان آمریکا پرهزینه ترین نظام جهان ( با سرانه ای در حدود ۶۷۱۴ دلار در سال با ۱۵.۳ درصد سهم از تولید ناخالص داخلی) شده است. میزان پرداخت دولت ۴۵ درصد و بخش خصوصی ۵۵ درصد از مبلغ فوق است . ۲۴ درصد از پرداخت بخش خصوصی به صورت پرداخت از جیب صورت می پذیرد. دولت ۲۲ درصد از بودجه خود (یعنی ۲۸۶۲ دلار به ازای هر آمریکایی) را برای هزینه های بهداشت و درمان صرف می کند ، درحالی که بیش از ۴۶ میلیون نفر از شهروندان توان پرداخت هزینه سرانه درمان را ندارند و فاقد پوشش بیمه و بالتبع از هر نوع سرویس درمانی محروم هستند. به این جمعیت ، شاغلین مهاجر غیر آمریکایی که عمدتاً در مشاغل غیر رسمی مشغول هستند نیز باید افزوده شوند جمعیت این گروه نیز حدود ۴۵ میلیون نفر برآورد می شود. به این ترتیب بیش از ۹۰ میلیون نفر در آمریکا فاقد پوشش بیمه هستند و هزینه های درمانی آنها چالش بزرگ جامعه آمریکا را تشکیل داده است. بزرگی این چالش به حدی است که در انتخابات اخیر آمریکا ؛ اصلاحات سیستم بهداشت و درمان در رأس برنامه های هردو کاندید جمهوری خواه و دموکرات قرار گرفت. تنها رویکرد مواجهه آنها متفاوت بود. کاندیدای دموکرات معتقد بود باید با کمک برنامه های دولتی همه یا تقریباً همه مردم را زیر پوشش بیمه برد ولی نگرانی مک کالین بیشتر بالارفتن هزینه های دولت در نتیجه اجرای این برنامه ها بود تا پوشش همگانی بیمه. مک کین و نمایندگان جمهوری خواه کنگره معتقدند که لازم نیست همه بیمه باشند و همچنین بیمه گزاران را نباید مجبور به بیمه کردن افرادی کرد که مشکلات پزشکی دارند. دموکرات ها معتقدند هرکس را که خواهان بیمه است باید بیمه کرد و جمهوری خواهان می گویند با اعمال تشویق های مالیاتی بیشتر باید مردم را راغب کرد که خود هزینه های بیمه خودشان را پرداخت کنند، نه اینکه با هزینه دولت یا از طریق محل کارشان بیمه شوند. در مقابل، دموکرات ها معتقدند که نظام فعلی پوشش بیمه از طریق کارفرمایان را باید تقویت کرد.

آنچه نهایتاً در مصوبه اخیر کنگره اتفاق افتاد ؛ تامین ۶۴۰ میلیارد دلار برای پوشش بیمه ای ۴۶ میلیون نفر بیمه نشده جامعه آمریکا است. الگویی که تنها مورد نظر دموکراتها بود و تقریباً هیچیک از آرای جمهوری خواهان را نه در کنگره و نه در سنا با خود همراه نکرد. باین الگو ، جمعیت مهاجر دا رای مشاغل غیر رسمی کماکان بلا تکلیف

بلقی می مانند. تکلیف هزینه های بالای درمانی و رشد سرسام آور هزینه درمان و به دنبال آن سرانه بیمه ها روشن نیست. به دلیل فقدان یک الگوی جامع مبتنی بر توزیع جامع ریسک (risk sharing) شرکت های بیمه اقدام به طبقه بندی هزینه ای شهروندان کرده و به این ترتیب هزینه سرانه افراد سالمند یا دارای سوابق بیماریهای فامیلی بسیار بالا تر شده است؛ به این ترتیب عملاً میزان جمعیت فاقد بیمه در بین سالمندان و حاشیه نشینان شهری از نسبت بالاتری برخوردار شده است و به دلیل فقدان طرح جامع بیمه ای، شرکت های بیمه جمعیت جوان و کم هزینه را برای بیمه شدن «سوا» می کنند و در هنگام پیری و سالمندی که نیاز به مراقبت های درمانی بیشتر است، آنها رابه حال خود رها می کنند. الگوی پیشنهادی رئیس جمهور آمریکا برای هیچکدام از مسائل فوق راه حلی ندارد.

مشکل اصلی نظام بهداشت و درمان امریکا تبعیت آن از الگوی « حقوق فردی لیبرالی Libertarian » و تکیه بر بازار و بخش خصوصی و عدم توجه به پدیده ناکارایی و شکست بازار در این حوزه است. مادامی که الگوی جایگزینی بر اساس تجربیات جهانی انتخاب نشود و نظام سلامت آن کشور برآن تکیه نکند، بعید است مشکل نگرانی جامعه امریکا از هزینه های بهداشتی و درمانی حل شود.