

بحران جهانی بیمه‌های درمانی

جیره‌بندی خدمات درمانی یا خصوصی‌سازی؟

گردآوری و ترجمهٔ دکتر ناصر موفقیان

در سرتاسر اروپا حساب و کتاب نظامهای خدمات درمانی عمومی به مرحله‌ای بحرانی رسیده است. برای تنظیم مجدد بودجه‌های درمانی و کاستن از هزینه‌هایی که، بویژه در سالهای اخیر، به طرزی جهش‌آسا افزایش می‌یابند، تدابیر گوناگونی به کار گرفته می‌شود که گاه بسیار تند و تیز و آشوب‌زاست و در بهترین حالات نیز موجب اعتراض و شکایت‌های بسیار و، در هر صورت، نامطلوب و عصبی‌کننده است. نخستین فشارها و محدودیتها بر پزشکان وارد می‌آید که در عمل ناچار شده‌اند پیش از انتخاب نوع درمان بیماران، نگاهی به اخطارهای بازدارنده و همچنین به قیمت‌های داروها بیفکنند، زیرا نخستین محدودیتها در مورد داروها اعمال می‌شود که تا چندی پیش با دست و دلبازی هرچه تمامتر تجویز می‌شد ولی دسترسی به آنها بیش از پیش مشکل شده است.

نسخه‌های بلندبالا، که بویژه در کشورهایی مانند ایتالیا مایهٔ نشاط و سرزندگی بیماران و پزشکان بود، اینک به صورت خط مقدم جبههٔ پرآشوبی درآمده‌اند که دولتها برای مبارزه با هزینه‌های درمانی زایدگشوده‌اند. با این حال، نگرانتر از پزشکان، بیماران و مراجعان به پزشکان هستند که ناچارند با اضطراب روزافزون و با جیب پُر پول به مطب پزشکان وارد شوند.

برای کاستن از هزینه‌های فزاینده دارو و درمان هیچ راه‌گزینی جز صرفه‌جویی باقی نمانده است. و دولت‌های اروپایی که ناچارند هزینه‌های دارویی را به میزان زیادی کاهش دهند، راهی جز بلعیدن داروی تلخ و نامطبوع صرفه‌جویی در پیش ندارند.

طی دوره زمانی ۲۰۰۱ - ۱۹۹۰، هزینه سرانه مصرف دارو در آلمان ۱۷ درصد، در ایتالیا ۲۸ درصد و در فرانسه ۶۳ درصد افزایش داشته است. به طور کلی، کشورهای اتحادیه اروپا بین ۱۰ تا ۲۰ درصد از کل هزینه‌های بهداشتی - درمانی خود را به خرید و مصرف داروهای مختلف تخصیص می‌دهند (در فرانسه و ایتالیا این درصد به ترتیب ۲۱ و ۲۲/۳ است).

بدین ترتیب، چاره‌ای نیست. باید این هزینه را به نحوی کاهش داد. پاره‌ای از کشورهای کوچکتر اروپایی از مدتی پیش دست به کار شده‌اند: یونان، به عنوان مثال، طی سالهای ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۱ هزینه‌های دارویی خود را از ۱۷ درصد کل هزینه‌های درمانی به ۱۴ درصد کاهش داده است. چگونه؟ با برقراری نوعی «مشارکت» در پرداخت قیمت داروها از سوی بیمار؛ مشارکتی که به ۲۵ درصد قیمت داروها می‌رسد (و احتمالاً از طریق نوعی بیمه خصوصی بازپرداخت می‌شود). کشور لوگزامبورگ هم در طول همان دوره زمانی هزینه‌های دارویی خود را از ۱۵ درصد کل هزینه‌های درمانی به ۱۲ درصد رسانده است.

تعدیل قیمت داروها در ایتالیا

ولی در کشورهای بزرگتر معکوس کردن گرایشها دشوارتر است، زیرا راهی جز کاستن از بودجه عمومی به نظر نمی‌رسد، و این راه خطرناک و پر دست‌اندازی است که زندگی میلیونها نفر از مردم کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد، و حتی پایه‌های «دولت همه‌کاره» و قدرتمند را که اتحادیه اروپا بر اساس آن استوار شده است به لرزه درمی‌آورد. این لرزش در ایتالیا محسوس‌تر از کشورهای دیگر است. در طول سالهای اخیر، دولت قبل از هر کار بین داروهایی که شهروندان باید پول آنها را از جیب خود پردازند و داروهایی که پول آنها را «سازمان ملی بهداشت و درمان» به طور مستقیم به داروخانه‌ها می‌پردازد، تمایزی به وجود آورده است. در مرحله بعدی، دولت وظیفه یافتن راه‌حل‌های دیگر برای صرفه‌جویی‌های بیشتر را به مسئولان و مقامات منطقه‌ای سپرده است.

در اجرای این دستور، بسیاری از مسئولان منطقه‌ای کشور تصمیم گرفته‌اند، نرخ تعدیل‌کننده‌ای روی هر نسخهٔ پزشک و هر جعبهٔ دارویی که میان داروخانه‌ها توزیع می‌شود قرار دهند، و حاصل این کار هم آن بوده است که اکنون به تعداد مناطق اداری کشور نرخ‌ها و تعرفه‌های دارویی گوناگون وجود دارد. در مجموع، محدودیتهای رنگارنگی که دولت در مورد داروها به کار گرفته است، از نظر مالی نسبتاً مثبت بوده‌اند، ولی پیامدهای اجتماعی نه‌چندان کم‌اهمیتی هم به بار آورده‌اند.

در سال ۲۰۰۳، بر اساس آمار رسمی، در بخش عمومی، ۵/۳ درصد کمتر از سال ۲۰۰۲ هزینه شده است. ولی برای مردم ایتالیا این «ابتکار» نوعی خونریزی واقعی بوده، زیرا خرید داروهای درمانی برای مصرف‌کنندگان یک میلیارد یورو بیشتر تمام شده، یعنی ۵۰ یورو برای هر خانوادهٔ ایتالیایی. در شرایطی که افزایش قیمت‌ها بخش مهمی از طبقات متوسط را به نابسامانی سوق می‌دهد، همین ۵۰ یورو بیشتر نیز ضربه‌ای کاری محسوب می‌شود.

فروش «دانه‌ای» قرص‌ها و آمپول‌ها

این رویداد منحصر به ایتالیا نیست، بلکه سرتاسر اروپا را از شمال تا جنوب در بر می‌گیرد. در ظرف چند ماههٔ اخیر، قیمت داروهای درمانی در اسپانیا به میزان ۱۲/۱۹ درصد افزایش یافته است. هنگامی که اعداد و ارقام در اختیار وزیر بهداشت و درمان قرار گرفت، وی بی‌درنگ متوجه شد که تجدید نظر در فهرست قیمت داروها (که با توافق آزمایشگاه‌های داروسازی تهیه شده بود) به هیچ وجه کافی نبوده است. بنابراین، برای کاستن از کسر بودجه چارهٔ دیگری باقی نمی‌ماند جز صرفه‌جویی باز هم بیشتر در مصرف دارو. بدین ترتیب، برای اجتناب از ریخت و پاش‌های معمول در خرید و مصرف دارو، باید عادهای مصرف‌کنندگان را تغییر داد.

در نخستین وهله وزارت بهداشت و درمان مقرر داشت که کوچکترین قرص، یا کوچکترین قوطی یا آمپول حاوی مواد دارویی هم نباید به دلیل ماندگی و گذشتن تاریخ مصرف به سطل خاکروبه بیفتد، و برای تضمین این امر، وزارت بهداشت دستور صادر کرد که داروهای بسیار رایج مانند آنتی‌بیوتیک‌ها و آرام‌بخش‌ها باید «دانه‌ای» فروخته شوند. دولت اسپانیا امیدواری زیادی به این تدبیر بدیع دوخته است. ولی کارآمد بودن واقعی آن محل مناقشه است.

رئیس فدراسیون داروخانه‌داران، ایزابل والخو، به عنوان مثال، اعتقادی به این ابتکار ندارد: «اینکه ما تصمیم بگیریم داروها را در بسته‌بندی‌های تک‌واحدی به مصرف‌کنندگان عرضه کنیم، نباید مانع از آن شود که بیماران مصرف داروهای تجویز شده را تا پایان دوره بهبودی خود ادامه دهند.»

استراتژی صرفه‌جویی هرچه بیشتر در هزینه‌های دارویی در واقع بر اساس توزیع داروهای موسوم به «ژنریک» استوار شده است؛ یعنی داروهایی که دارای یک عنصر فعال هستند که امتیازنامه آن به سر رسیده باشد و، بنابراین، می‌توان آنها را ارزانتر از داروهای مشابه ولی «مارک‌دار» آنها به فروش رساند. در کشور ایتالیا، با استفاده از همین تعبیر قیمت «ژنریک» را مرجع بازپرداخت قیمت داروها به وسیله بیمه‌های درمانی قرار داده‌اند. اسپانیا هم همین راه و روش را برگزیده است. در برخی کشورهای دیگر، برای پزشکانی که داروهای ژنریک تجویز می‌کنند «پاداش ویژه» ای در نظر گرفته شده است.

در فرانسه، به عنوان نمونه، دولت ترجیح داده به داروخانه‌ها اجازه دهد تا به جای داروهای «اسپسیالته» ای که در نسخه‌های پزشکان نوشته می‌شود، داروهای ژنریک مشابه را به مصرف‌کنندگان بفروشند. با این حال، در سه کشور یادشده، این‌گونه راه‌حل‌ها به جایی نرسیده است: در اسپانیا، بازار داروهای ژنریک فقط ۶ درصد از کل فروش داروخانه‌ها را تشکیل می‌دهد؛ در فرانسه و ایتالیا، این رقم حتی به ۳ درصد هم نمی‌رسد. ولی در آلمان به طرز استثنایی، بازار ژنریک به ۵۰ درصد رسیده و در انگلستان نیز تا مرز ۴۰ درصد پیش رفته است.

خریدن یا نخریدن دارو؟

ولی در انگلستان به این حد هم اکتفا نکرده‌اند و دولت تونی بلر، در میان دشواری‌های سیاسی و اقتصادی گوناگونی که با آنها روبه‌روست، تصمیم دارد «رژیم» سفت و سختی برای مصرف‌کنندگان دارو برقرار کند. آخرین اقدام انقباضی دولت تونی بلر در مورد مصرف داروها برقراری نوعی حد تعدیلی برای نسخه‌های نظام ملی درمان در انگلستان و اسکاتلند بوده است. تعدیل‌های مورد نظر - ۱۰ پنی بیشتر برای هر نسخه - از ماه آوریل گذشته شروع شد. کاربرانی که از معافیت پرداخت بهای داروها برخوردار نیستند، باید برای هر نسخه ۹/۵۲ یورو پرداخت

کنند. پیش‌بینی شده است که این افزایش در سال ۲۰۰۵ بالغ بر ۶۸۷ میلیون یوروی اضافی به خزانه دولت سرازیر کند.

اما اینکه هزینه اجتماعی این ابتکار چه خواهد بود، برای مردم انگلستان هم هنوز روشن نیست. بسیاری از مردم انگلستان، از جمله رئیس اتحادیه داروخانه‌داران، جان دارسی، معتقدند که «دود این صرفه‌جویی دولتی بیشتر از همه به چشم آن گروه از بیماران کم‌درآمد خواهد رفت که از معافیت‌های درمانی و دارویی برخوردار نیستند.» این اتحادیه که نمایندگی ۱۱,۰۰۰ داروخانه موجود در کشور را بر عهده دارد و، بنابراین، نبض بخش عظیمی از مصرف‌کنندگان دارو را در دست دارد، این پیش‌بینی تلخ را مطرح می‌کند که «ما به خوبی می‌دانیم که این به اصطلاح تعدیل‌ها موجب خواهد شد بسیاری از بیماران نتوانند داروهایی را که پزشکشان برای آنها تجویز کرده بخردند و به مصرف برسند.»

افزایش مداوم حق بیمه‌ها و کاهش مداوم بازپرداختها

در فرانسه کشمکش‌های شدید بر سر بیمه‌های درمانی از گستره و عمق بیشتری برخوردار است. نظام چندحزبی جامعه فرانسه و فقدان قطب‌های سیاسی - اقتصادی یکپارچه و انحصاری، چه در جناح راست و چه در جناح چپ، طبعاً جابه‌جایی‌های نسبتاً سریع‌تر حکومتها را در پی داشته است؛ جابه‌جایی‌هایی که به افراد و شخصیت‌های سیاسی یا اجتماعی منحصر نمی‌شده، بلکه تغییراتی اساسی در ماهیت و محتوای سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی را نیز در پی داشته است. به عنوان نمونه، در زمینه مورد بحث این مقاله - تحولات جاری در نظام بیمه‌های درمانی - می‌توان گفت که از سال ۱۹۴۵ - سال ایجاد بیمه‌های درمانی در فرانسه - تاکنون همواره طرح‌ها و برنامه‌های گوناگونی به مناسبت بحرانی شدن موازنه پرداختها در زمینه هزینه‌های درمانی به مرحله اجرا درآمده که فهرست‌وار می‌توان به آنها اشاره کرد:

- ۱۹۴۵: تصویب طرح‌های بنیادین نظام تأمین اجتماعی.
- ۱۹۶۷: تلاشی شدن نظام یکدست تأمین اجتماعی و پدید آمدن سه شاخه مختلف: بیماری، سالخوردگی و خانوار.
- ۱۹۷۶: طرح ریمون بار، نخست‌وزیر وقت، مبنی بر عدم بازپرداخت «داروهای تفنی».

- ۱۹۷۸ - ۱۹۷۷: طرح سیمون ویل، وزیر بهداشتی وقت، مبنی بر کاهش بازپرداختها، افزایش حق بیمه‌های درمانی و تعمیم حق بیمه‌های درمانی به بازنشستگان.
- ۱۹۷۹: طرح بارو: مسدود کردن بودجه بیمارستانها و حق الزحمه‌های پزشکی.
- ۱۹۸۰: ایجاد بخش درمانی با حق الزحمه‌های آزاد.
- ۱۹۸۲: طرح برگوآ، وزیر بهداشت و درمان: ایجاد نظام هزینه‌های مقطوع بیمارستانی، بودجه کلی بیمارستان، کاهش بازپرداخت بهای داروها.
- ۱۹۸۶: طرح سگن، وزیر بهداشتی: افزایش هزینه‌های مقطوع بیمارستانی و حق بیمه‌های درمانی.
- ۱۹۹۱: اجرای طرح «مشارکت اجتماعی عام».
- ۱۹۹۳: طرح سیمون ویل، وزیر بهداشت و درمان: افزایش سطح «مشارکت اجتماعی عام»، و کاهش بازپرداخت بهای داروها از ۷۰ درصد به ۶۵ درصد.
- ۱۹۹۵: طرح آلن ژوپه، نخست‌وزیر: ایجاد طرح «مشارکت برای بازپرداخت وام اجتماعی»، ایجاد کارگزاری‌های منطقه‌ای برای بستری کردن بیماران و تصویب بودجه به وسیله پارلمان.
- ۱۹۹۸: طرح اوپری، وزیر بهداشتی: گسترش طرح «مشارکت اجتماعی عام». کاهش نرخ رادیولوژی، بیولوژی و پزشکان مربوط.
- ۲۰۰۰: ایجاد پوشش درمانی همگانی.

پرسش خطرناک و پاسخ نامعلوم

و، اینک، به‌رغم تمام تدابیر و شگردهای ممکن که در طول دهه‌های گذشته در زمینه بیمه‌های درمانی جامعه پرتحرکی مانند جامعه فرانسه به کار گرفته شده، پرسش حساس و جنجال‌برانگیزی در این کشور مطرح شده که تاکنون نه فقط در فرانسه بلکه در اروپا نوعی «تابو» محسوب می‌شود: «آیا بیمه درمانی باید کامل باشد و بازپرداخت تمام هزینه‌ها را بر عهده بگیرد؟»

یکی از راههای جلوگیری از ریخت و پاش‌ها و صرفه‌جویی منطقی در هزینه‌های درمانی، با آنکه مخالفان زیادی دارد، سپردن پاره‌ای از برنامه‌های بیمه‌ای و حمایتی درمانی به

بخش خصوصی است تا نوعی همبستگی معقول و منطقی بین تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان خدمات درمانی ایجاد شود. این راه‌حل که تا چندی پیش طرح آن در اروپا انفجارهای سیاسی و اجتماعی شدیدی به وجود می‌آورد، اکنون رفته‌رفته محلی از اعراب پیدا می‌کند. با این حال، احزاب چپ کشورهای بزرگ اروپا، و پیش از همه حزب سوسیالیست فرانسه که «عدالت اجتماعی» را تنها دلیل وجودی خود می‌دانند، به مجرد شنیدن چنین راه‌حل‌هایی شبخ خوفناک «خصوصی‌سازی» تأمین اجتماعی را به رخ رأی‌دهندگان خود - طبقات متوسط و گروه‌های کارگری - می‌کشند. چنین بود که در اوایل پاییز، نخست‌وزیر فرانسه با پیش کشیدن ضرورت تجدیدنظر در تقسیم کار بین بخش عمومی و بخش خصوصی در زمینه طرح‌ها و برنامه‌های جاری تأمین اجتماعی نخستین پاره‌سنگ را به درون برکه آرام و بی‌حرکت تأمین اجتماعی پرتاب کرد. وی قبل از هر چیز بین «نیازهای اصلی» که زیر پوشش بیمه‌های درمانی عمومی قرار می‌گیرند و «نیازهایی که شاید ضرورت کمتری داشته باشند»، تمایزی قائل شد. به گفته نخست‌وزیر فرانسه، پی‌یر رافارن، «وقت آن فرارسیده که بین مسئولیت عام و ذاتی جمهوریت که در همبستگی ملی تبلور می‌یابد، از یک سو، و مسئولیت فردی اعضای جامعه، از سوی دیگر، موازنه‌ای منصفانه برقرار شود. و، برای ارائه مصداق یا تصویر مشخصی از این سخنان مؤدبانه، این پرسش مشخص را مطرح کرد: «آیا شکستگی دست یک فرد حین انجام وظیفه و شکستگی دست یک فرد در اثر حادثه اسکی را باید تحت شرایط یکسانی مورد پوشش قرار داد؟» اما واقعیتها نیز انکارناپذیرند. به‌عنوان مثال، در کشور مورد بحث، بیمه‌های درمانی به طور متوسط ۷۵ درصد هزینه‌های درمانی را برمی‌گردانند. همچنین در سالهای سالخوردگی، شمار افرادی که مشمول پوشش‌های بیمه‌ای صددرصد واقع می‌شوند بیش از پیش افزایش می‌یابد. به طور نمونه، هم‌اکنون تعداد افرادی که در فرانسه مبتلا به بیماریهای «درازمدت» هستند، بیش از ۵/۷ میلیون نفر است (بیماریهای قلب و عروق، غده‌های بدخیم، بیماری قند و...). این گروه از بیماران مشمول معافیت‌های درمانی صددرصد واقع می‌شوند.

به موازات این وضع، بیمه‌های درمانی بیش از پیش خود را از حوزه مراقبت‌های درمانی چشم و گوش و دندان‌ها کنار می‌کشند و آنها را به بیمه‌های تکمیلی می‌سپارند.

خطرهای بزرگ و خطرهای کوچک

بدین ترتیب، پاره‌ای از کارشناسان تأمین اجتماعی در اروپا پیشنهاد می‌کنند که برای مقابله با هزینه‌های فزاینده بهداشت و درمان، شاید بهتر باشد نظام رسمی تأمین اجتماعی بر محور «خطرهای بزرگ»، درمانهای لازم‌تر و پرهزینه‌تر متمرکز شود، و خود را از پوشش «خطرهای کوچکتر» کنار بکشد و مسئولیت آنها را به بخش خصوصی واگذارد. ناگفته نماند که این چشم‌انداز برای بیمه‌گرانی که در رؤیای تسلط کامل بر مراقبتهای درمانی چشم و گوش و دندان و زمینه‌های دیگری مانند بازپروری و تشخیص‌های آزمایشگاهی هستند، بسیار هیجان‌انگیز است.

راه‌حل‌های دیگری هم برای نجات نظامهای رسمی بیمه درمانی از کسر بودجه مزمن مطرح شده است. از آن جمله، گزارش اخیر وزیر بهداشتی فرانسه، با عنوان «پوشش همگانی بیماری» است. به موجب این طرح، برخی مراقبتهای درمانی از پیش تعیین‌شده تحت پوشش قرار می‌گیرند، و بقیه برعهده خانوار می‌افتد. بدین ترتیب که یک پوشش اجباری و یک پوشش تکمیلی اختیاری با یکدیگر ترکیب می‌شود و کمکهایی هم برای پوشش اختیاری ارائه می‌شود. آنچه احتمالاً نمایشگر وعده‌ای است که ژاک شیراک، رئیس جمهوری فرانسه، در مورد بیمه‌های اختیاری داده است: «... یک کمک مالی سودمند برای افراد کم‌درآمد به منظور تأمین بیمه‌های تکمیلی».

و، اندکی رقابت ...

راه‌حل دیگری که بیشتر در محافل جناح راست مطرح می‌شود، وارد کردن اندکی رقابت به صحنه است. به موجب این طرح، دولت فقط به تعیین اولویتهای مهم اکتفا خواهد کرد و عاملان (صندوق تأمین اجتماعی، شرکتهای بیمه و دیگر کارگزاری‌های حمایتی و درمانی) خدمات بیمه‌ای و درمانی را در رقابت با یکدیگر انجام خواهند داد، و میزان پرداختها و نرخها و تعرفه‌های مربوط را ضمن مذاکره مستقیم با دستگاه‌ها و افراد حرفه‌ای مراقبتهای درمانی (بیمارستانها، پزشکان، متخصصان) تعیین خواهند کرد.

سازمانهای تعاونی دست‌اندرکار بیمه‌های درمانی با انتقال بیمه‌های درمانی به بخش خصوصی یا ایجاد فضای رقابتی در زمینه تأمین اجتماعی مخالفند و، برعکس، خواستار آن

هستند که سازمانهای تعاونی معتبر را بیشتر در اداره امور بیمه‌های درمانی سهم سازند، ولی نه به طور صوری یا تزئینی بلکه با نوعی «مشارکت متوازن».

به طور کلی، احزاب چپ اروپا، بویژه در فرانسه، ایتالیا، آلمان و اسپانیا، از پیشنهادهای مبتنی بر «خصوصی‌سازی جزئی» امور درمانی و نوعی تأمین اجتماعی «دو موتور» سخت ابراز نگرانی می‌کنند. از دیدگاه آنها خطر این‌گونه راه‌حل‌ها این است که بیمه‌شدگانی که ثروت چندانی ندارند، سالخورده‌گان و قشر آسیب‌پذیرتر در اثر تاخت‌وتاز بیمه‌گرانی که سودآوری را شعار خود قرار می‌دهند، نادیده گرفته شوند و بدون یار و یاور در راه بمانند.

تنوع نظامهای خدمات درمانی

در زمینه تأمین اجتماعی به طور کلی، و بیمه‌های درمانی به طور خاص، نظامهای رایج در کشورهای بزرگ اروپایی در شکل و سازمان‌بندی‌های موجود ملهم از تحولات تاریخی، اجتماعی و سیاسی هر یک از کشورهای آن قاره به‌رغم بعضی مشترکات فرهنگی، به معنای وسیع کلمه، تفاوت‌های محسوسی نیز با یکدیگر دارند.

به منظور درک دقیق‌تر موضوع و آشنایی با دشواری‌هایی که در راه همگن‌سازی نظامهای تأمین اجتماعی متفاوت ۲۵ کشور عضو اتحادیه اروپا یا ایجاد یک نظام واحد تأمین اجتماعی به مقیاس کل اتحادیه اروپا وجود دارد، نمای ساده و مختصری از نظامهای موجود بیمه درمانی در چند کشور اروپایی به دست می‌دهیم:

آلمان

- ساختار: نظام بیمه‌های درمانی غیرمتمرکز این کشور از سال ۱۸۸۳ به وجود آمده و ترکیبی است از دو بخش عمومی و خصوصی. افرادی که دارای درآمد ماهانه کمتر از ۳۸۲۵ یورو باشند، باید به طور اجباری به عضویت بیمه درمانی عمومی درآیند. افرادی که درآمدهایی بالاتر از این سطح دارند، در صورت تمایل می‌توانند از بیمه‌های درمانی خصوصی استفاده کنند.
- منابع مالی: پرداخت حق بیمه‌های اجتماعی. در سال ۱۹۹۹، هزینه‌های درمانی در حد ۱۰/۳ درصد تولید ناخالص داخلی بوده است (۹/۳ درصد در فرانسه).

- دستیابی به امکانات درمانی: فرد بیمه‌شده باید برای یک دوره حداقل سه‌ماهه نزد یک پزشک عمومی به انتخاب خود ثبت‌نام کرده باشد. برای رجوع به پزشک متخصص یا بستری شدن تشخیص و اجازه پزشک عمومی لازم است. تقریباً تمام پزشکان تحت قرارداد بیمه‌های درمانی هستند و اگر از حق‌الزحمه‌های قانونی تخطی کنند مجازات می‌شوند.
- هزینه: معاینه‌های پزشکی و مراقبتهای بیمارستانی به طور کلی رایگان است، زیرا پزشکان از صندوق‌های بیمه‌های درمانی حقوق می‌گیرند. برای بیماریهای دندان و تهیه داروها نرخ‌های تعدیلی وجود دارد (به استثنای جوانان، سالمندان و مبتلایان به بیماریهای وخیم یا مزمن).
- اصلاحات: دولت سوسیال - دمکرات شرودر، در ماه مارس گذشته طرح ویژه‌ای برای مدرن‌سازی بیمه‌های درمانی ارائه داده که به موجب آن رقابت بین ۶۰۰ صندوق بیمه برقرار می‌شود، نرخ‌های تعدیلی بالاتر می‌رود و از سال ۲۰۰۵ ثبت‌نام برای بیمه تکمیلی در زمینه‌هایی چون نصب دندان مصنوعی و بیکاری‌های موقت اجباری می‌شود.

ایتالیا

- ساختار: نظام ملی بیمه‌های درمانی ایتالیا در سال ۱۹۷۸ به وجود آمد و به صورت همگانی، رایگان، و غیرمتمرکز است. نظام بیمه‌های درمانی ایتالیا بسیار سخاوتمندانه عمل می‌کند، ولی به سبب فقدان هماهنگی در توزیع و مصرف امکانات تفاوت‌های فاحشی بین مناطق مختلف کشور به وجود آمده که در مجموع به زیان مناطق جنوبی کشور تمام می‌شود که همواره از مناطق شمالی در زمینه توسعه اقتصادی و اجتماعی عقب‌تر بوده‌اند و این محرومیت در برخورداری از بیمه‌های درمانی نیز نمود یافته است.
- منابع مالی: مالیاتها. هزینه‌های درمانی کل کشور در سال ۱۹۹۹ در حدود ۷/۹ درصد تولید ناخالص داخلی بوده است.
- دستیابی به امکانات درمانی: مردم باید در یکی از ۲۲۷ مرکز مراقبتهای درمانی که با عنوان «اتحادیه‌های درمانی - بهداشتی محلی» مشخص می‌شوند، ثبت‌نام کنند. این مراکز درمانی زیر نظر مسئولان و مقامات محلی اداره می‌شوند. در این مراکز مراجعان یک پزشک عمومی تحت قرارداد را از میان فهرستی از پزشکان انتخاب می‌کنند. برای مراجعه به پزشکان

متخصص یا بستری شدن در بیمارستان، شخص بیمار باید قبلاً به پزشک عمومی مورد انتخاب خود رجوع کند.

- هزینه: بیشتر مراقبت‌ها و درمان‌ها، حتی در صورت بستری شدن، رایگان است. در مورد داروها و آزمایش‌های پزشکی نیز نوعی تعرفه تعدیلی وجود دارد. ولی، برای دندان مصنوعی هیچ‌گونه بازپرداختی وجود ندارد.

- اصلاحات: دولت در نظر دارد، با وجود انتقادهایی که به تفاوت‌های خدمات درمانی در مناطق مختلف وارد می‌شود، منطقه‌ای شدن خدمات درمانی عمومی را گسترش دهد، و در ضمن بخش وسیع‌تری از این خدمات را هم به بخش خصوصی واگذار کند.

هلند

- ساختار: نظام بیمه‌های درمانی این کشور مخلوطی از خدمات درمانی عمومی و خصوصی است. در نخستین سطح پوشش عمومی، نظامی وجود دارد که تأمین‌کننده مراقبت‌های پزشکی پرهزینه و درازمدت (بستری شدن، معلولیت، بیماری‌های مزمن، روان‌پزشکی) برای تمام مردم است.

دومین سطح به مراقبت‌های درمانی معمولی اختصاص دارد و دارای دو شاخه است: شاخه عمومی برای مزدبگیران (۶۵ درصد مردم)؛ و شاخه خصوصی برای درآمدهای بالا و کارکنان مستقل (۲۵ درصد مردم). بیمه‌های تکمیلی در هلند وجود ندارد.

- منابع مالی: پرداخت حق بیمه متناسب با درآمد یا متناسب با خطرهای احتمالی و هزینه‌های درمانی هلند در سال ۱۹۹۸ در حدود ۸/۵ درصد تولید ناخالص داخلی بوده است. کشور هلند یکی از معدود کشورهای توسعه‌یافته است که هزینه‌های درمانی خود را تحت کنترل دارد.

- دستیابی به امکانات درمانی: شخص مراجع باید حداقل برای مدت معینی نزدیک پزشک عمومی ثبت‌نام کرده باشد. این پزشک درباره ضرورت مراجعه بیمار به پزشک متخصص یا بستری شدن در بیمارستان رأی می‌دهد. کمیت و کیفیت نسخه‌های دارویی بشدت مورد بررسی و واریسی قرار می‌گیرد و پزشکان متخلف با قطع قراردادشان با بیمه‌های درمانی مواجه‌اند.

- هزینه: درمانهای بیمارستانی رایگان است. بعضی هزینه‌های درمانی مانند نصب دندان مصنوعی یا همیوپاتی بازپرداخت نمی‌شود.
- اصلاحات: کشور هلند در نظر دارد رقابت بیشتری به نظام درمانی خود وارد کند. در ضمن، نوعی فرانشیز سالانه عمومی نیز در دست اقدام است که به موجب آن نخستین یوروهای پرداختی برای درمانهای پزشکی در هر سال بازپرداخت نمی‌شود. همچنین انتظار می‌رود بیمه تکمیلی نیز اجباری شود.

انگلستان

- ساختار: «سازمان ملی خدمات درمانی» که در سال ۱۹۴۸ به وجود آمد، کاملاً دولتی است. در هر سال مالی، دولت بودجه معینی به این سازمان تخصیص می‌دهد که نارسایی‌های زیادی دربر دارد ولی به هر صورت موجب شده هزینه‌های درمانی کشور در حد معین باقی بماند. تمام مردم کشور به طور رایگان زیر پوشش این نظام ملی قرار دارند. نظام درمانی خصوصی چندان توسعه‌ای نیافته است، ولی کارکنان سطوح بالای مؤسسات دولتی و غیردولتی می‌توانند از سوی سازمانهای متبوع خود به خدمات درمانی مکمل دست یابند.
- منابع مالی: مالیات. هزینه‌های درمانی انگلستان در سال ۱۹۹۹ در حدود ۶/۹ درصد تولید ناخالص داخلی بوده است.
- دستیابی به امکانات درمانی: شخص بیمه‌شده باید طی حداقل شش ماه نزد یک پزشک عمومی به انتخاب خود ثبت‌نام کرده باشد. این پزشک عمومی که در واقع نقش نگهبان را ایفا می‌کند، کنترل بیماران را برای رجوع به پزشک متخصص یا برای بستری شدن در بیمارستان در اختیار دارد.
- پزشکان عمومی یا متخصص بدون استثنا در چارچوب قرارداد معینی با «سازمان ملی خدمات درمانی» انجام وظیفه می‌کنند.
- هزینه: معاینه بیماران توسط پزشک عمومی رایگان است. در مورد خرید داروها، امور دندان پزشکی و چشم پزشکی بعضی تعرفه‌های تعدیلی وجود دارد (به استثنای افراد زیر ۱۶ سال، بازنشستگان و بیکاران).
- اصلاحات: دولت سعی دارد وابستگی مطلق «سازمان ملی خدمات درمانی» به دولت را تا حدی کاهش دهد و نوعی رقابت را در داخل نظام موجود ممکن سازد.

سوئد

- ساختار: نظام خدمات درمانی در این کشور بسیار غیرمتمرکز است، ولی اهداف عمده توسط دولت تعیین می‌شود. در سطوح محلی، شوراهای محل منابع مالی خدمات درمانی را تأمین می‌کنند و اداره امور بیمارستانها و مراکز درمانی را برعهده دارند. ثبت نام در این نظام اجباری است.
- منابع مالی: مالیاتها، اغلب در سطوح محلی اخذ می‌شود. هزینه‌های درمانی سوئد در سال ۱۹۹۸ در حدود ۸/۶ درصد تولید ناخالص داخلی کشور بوده است.
- دستیابی به امکانات درمانی: سوئدی‌ها برای درمانهای مقدماتی به مراکز درمانی عمومی دسترسی دارند و می‌توانند پزشک عمومی مورد نظر خود را انتخاب کنند. نکته قابل توجه این است که در این کشور سطح مرخصی‌های درمانی درازمدت، بسیار بالا و بی نظیر است: ۳۴۰,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۲ از مرخصی‌های بیش از دو هفته با دریافت هزینه استفاده کرده‌اند، حال آنکه در سال ۱۹۹۷ این رقم در حدود ۱۷۰,۰۰۰ نفر بوده و، بنابراین، در ظرف پنج سال دو برابر شده است. هزینه کلی این‌گونه مرخصی‌های درمانی ۱۲ میلیارد یورو بوده، یعنی ۱۶ درصد کل بودجه ملی کشور.
- هزینه: شخص بیمار هزینه‌های درمانی خود را پیش از بازپرداخت آنها می‌پردازد، ولی سقف معینی برای این هزینه‌ها معین شده که در صورت تجاوز از آنها بیمار می‌تواند از کمکهای مالی یا معافیت‌های پرداخت استفاده کند. هزینه‌های درمانی اشخاص سالمند یا معلول از سوی شوراهای محلی برعهده گرفته می‌شود. مراقبتهای درمانی برای افراد زیر بیست سال رایگان است.

خدمات درمانی فرانسه: بهترین در دنیا؟

نکته قابل ملاحظه در زمینه تحولات جاری نظامهای خدمات درمانی در اروپا و امریکا این است که «سازمان جهانی بهداشت» وابسته به سازمان ملل متحد، نظام کنونی خدمات درمانی در کشور فرانسه را در ردیف اول نظامهای خدمات درمانی موجود در دنیای کنونی قرار داده است. با این حال، در خود فرانسه، نه سازمانها و نمایندگان کارفرمایان و صاحبان صنایع نظام خدمات کنونی را بی قید و شرط می‌پذیرند و نه احزاب و نمایندگان سازمانهای کارگری و دیگر کارکنان بخشهای عمومی و خصوصی.

به عنوان نمونه، در برابر تدابیری که دولت برای حل مسئله کسری بودجه سازمان خدمات درمانی در نظر گرفته، از یک طرف نمایندگان سازمانهای کارفرمایی در «شورای عالی آینده بیمه‌های درمانی» مخالفت خود را با هرگونه افزایش مشارکت مالی کارفرمایان برای تأمین کسر بودجه صندوق بیمه‌های درمانی عمومی اعلام کرده‌اند و، از سوی دیگر، حزب سوسیالیست که در چند انتخابات اخیر (تابستان ۲۰۰۴) به اکثریت قاطعی نسبت به احزاب حاکم دست یافته، ضمن مخالفت با خصوصی‌سازی بیمه‌های درمانی، طرح ویژه خود را برای حل کسر بودجه خدمات درمانی ارائه داده است.

جناح کارفرمایان، ضمن مخالفت با بالا بردن سهم کارفرما در پرداخت حق بیمه‌های درمانی، اعلام داشته که راه‌حل این کسری بودجه در واقع کاستن از بازپرداخت هزینه‌های درمانی و دارویی است. نماینده این جناح طی مصاحبه‌ای با روزنامه لوفیگارو (جمعه ۹ سپتامبر) به صراحت می‌گوید: «هرگونه افزایش مالیات‌گونه فقط به شکستن کمر رشد اقتصادی آینده می‌انجامد. ما نمی‌توانیم بپذیریم که باز هم بر میزان مشارکت مالی کارفرمایان و صاحبان صنایع در تأمین کسر بودجه خدمات درمانی افزوده شود. میزان برداشتهای جمعی که هم‌اکنون نیز از ثروتهای ملی ما صورت می‌گیرد، بیشتر از مقداری است که در تمام کشورهای پیشرفته مرسوم است.» نماینده صاحبان صنایع می‌افزاید: «ما نمی‌فهمیم که چرا کارشناسان مالی به سراغ «سبب خدمات درمانی» نمی‌روند. به عبارت روشن‌تر چرا حاشیه خدمات درمانی غیرقابل بازپرداخت را گسترده‌تر نمی‌کنند - به عنوان مثال، چرا به سراغ علل و عوامل پیدایش بیماریها و آسیبهای جسمانی و روانی مردم نمی‌روند و موجبات اصلی بیماریهای پرهزینه و آزاردهنده را از بین نمی‌برند.»

نماینده صاحبان صنایع در ادامه استدلال‌های خود اضافه می‌کند: «باز هم به عنوان مثال، چرا به این فکر نیفتاده‌اند که حوادث ورزشی دیگر تحت پوشش خدمات درمانی عمومی قرار نگیرند بلکه مؤسسه‌های تعاونی ویژه یا بیمه‌های تکمیلی آنها را برعهده بگیرند تا ادغام آنها در نظام خدمات درمانی کشور کامل‌تر هم بشود.»

همین نماینده باز هم اظهار تأسف می‌کند از اینکه «اندیشه بسیار مفید تغییر رفتارهای بیمه‌شدگان و همچنین محافل حرفه‌ای امور درمانی» مورد توجه کارشناسان قرار نگرفته است، و توضیح می‌دهد که منظور وی عبارت است از تلاش برای کاستن از مصرف زیاده از حد و

اسراف‌گرانه داروها که اغلب بدون توجه به هزینه‌های ضمنی آنها همچون نقل و نبات در نسخه‌های درمانی گنجانیده می‌شود. برای نیل به این هدف صرفه‌جویانه باید احساس مسئولیت و مسئولیت‌پذیری را در میان همه دست‌اندرکاران خدمات درمانی برانگیخت، و از دیدگاه ما، «این احساس مسئولیت‌پذیری حاصل نخواهد شد مگر از راه نوعی مشارکت شخصی در حفظ و تأمین سلامت خویشتن: پرداخت مبلغی هر چند ناچیز، ولی غیرقابل بازپرداخت، برای خدمات درمانی (مثلاً، پرداخت چند یورو برای مراجعه به پزشک یا برای خرید یک جعبه دارو، یا ایجاد نوعی فرانشیز سقف‌بندی شده) و، در صورت لزوم، معاف کردن بعضی از مراجعان واقعاً کم‌درآمد از همین پرداختهای ناچیز.

جیره‌بندی خدمات درمانی یا تغییر ساختارهای موجود

از سوی دیگر، حزب سوسیالیست فرانسه که با پیشروی‌های انتخاباتی اخیر، خود را برای به دست گرفتن قدرت در انتخابات آینده پارلمان آماده می‌کند، برای عقب نماندن از قافله و حتی پیش از انتشار طرح «اصلاح بیمه‌های درمانی» از سوی دولت، طرح ویژه خود را برای گشودن گره کور کسر بودجه خدمات درمانی ارائه کرده است.

این طرح که با عنوان طولانی «مدرن‌سازی نظام خدمات درمانی کشور برای تضمین دستیابی مددکارانه و همگانی به مراقبتهای پزشکی کارآمد» مشخص می‌شود، در واقع حمله منظمی است به سیاست دولت که «نظام خدمات درمانی ما را به بن‌بست خواهد کشاند». در این زرادخانه انباشته از تدابیر گوناگون، پیش از هر چیز به کاهش برنامه زمان‌بندی شده هزینه‌های دارویی، توسعه اقدامات پیش‌گیرانه، تصریح مسئولیتهای متصدیان و نوعی تعریف حوزه باقی‌مانده از خدمات درمانی پرداخته می‌شود که در «حوزه مسئولیت دولت» قرار می‌گیرد.

از دیدگاه حزب سوسیالیست فرانسه، «در حال حاضر، کاملاً لازم به نظر می‌رسد که کل نظام خدمات درمانی، و قبل از هر چیز سازماندهی و کیفیت این خدمات، طی یک دوره زمانی سه‌ساله مورد بررسی و تجدید نظر قرار گیرد». هدفهای اصلی این تجدید نظر عبارت است از: «دسترسی هر کس به خدمات درمانی با کیفیت بالا، تأمین حداکثر ممکن هزینه‌ها از سوی سازمان خدمات درمانی و تأمین مداوم و مشارکت‌جویانه منابع مالی لازم». به نحوی که «حفظ

تندرستی همگانی، همچون آموزش و پرورش، به صورت یکی از اولویتهای سیاست اجتماعی بخش عمومی درآید.»

در متن پیشنهادهای حزب سوسیالیست فرانسه، سه اصل اساسی دیده می‌شود: ۱. «اصل برابری» که در تضاد مطلق با «جداسازی بیماریهای سخت از بیماریهای ساده» قرار می‌گیرد که جزو پیشنهادهای دولت است. ۲. «اصل کیفیت» که در تضاد مطلق با یکی دیگر از پیشنهادهای طرح اصلاحی دولت است، یعنی جیره‌بندی خدمات درمانی و حفظ ساختارها و رفتارهای موجود و ۳. «اصل آزادی انتخاب برای بیماران».

یکی از پیشنهادهای کلیدی طرح خدمات درمانی حزب سوسیالیست این است که برای محاسبه سهم مؤسسات و بنگاه‌های تولیدی در حق بیمه درمانی باید «ارزش افزوده» مؤسسه را ملاک تعیین حق بیمه قرار داد و نه دستمزدها را. به موجب این پیشنهاد، مشارکت اجتماعی مؤسسه بر اساس سود به دست آمده بالغ بر ۱/۵ تا ۱/۶ میلیارد یورو خواهد بود که تمام آن به حساب بیمه خدمات درمانی واریز خواهد شد.

از سوی دیگر، حزب سوسیالیست پیشنهاد می‌کند که عوارض وصول‌شده از دخانیات (سیگار و توتون)، الکل و همچنین عوارض دریافتی از قراردادهای بیمه نیز به حساب خدمات درمانی واریز شود، یعنی ۱۷ میلیارد یورو در سال.

با این حال، حزب سوسیالیست نیز مانند دولت محافظه کار و سازمانهای کارفرمایان، مسئله کاستن از مصرف بی‌رویه داروها را از بیرهه «بازگشت به کاربرد مناسب و منطقی داروها» مطرح کرده و حتی آن را نوعی اولویت برای «هرگونه خدمات درمانی معطوف به کیفیت» شمرده است. هدف این برنامه جاه‌طلبانه عبارت است از کاهش هزینه‌های دارویی هر یک از افراد به میزان ۲۰ درصد در ظرف سه سال. در صورت موفقیت این برنامه ۳/۵ میلیارد یورو صرفه‌جویی می‌شود. سه زمینه اصلی کاهش مصرفهای دارویی هم عبارتند از: داروهای کم‌کننده چربی، داروهای آرام‌بخش و داروهای معروف به ضد افسردگی. به منظور تشخیص و تعیین داروهای مشمول این کاهش، دولت، صندوق‌های بیمه درمانی، تعاونی‌ها، صنعت داروسازی و سندیکاهای پزشکی و دارویی هر شش ماه یک بار برای بررسی عملیات انجام‌یافته گردهمایی ویژه‌ای خواهند داشت.

در ضمن، توسعه و تشویق داروهای ژنریک نیز از طریق کمک به پزشکان و، در صورت لزوم، از طریق نوعی کاهش عمومی قیمت فرآورده‌های دارویی ادامه خواهد یافت. از سوی دیگر، دولت فعالیتهای خود در مورد اخبار و اطلاعات و آموزشهای حرفه‌ای کارکنان امور دارویی که اکنون به طور کامل در اختیار صنعت داروسازی است از سر خواهد گرفت.

نقش پزشک درمانگر در زمینه پیشگیری از بیماریها

بر اساس طرح یادشده، آن گروه از پزشکان معالج که در عملیات پیشگیری، بهداشت و تندرستی عمومی و قراردادهای «حُسنِ عَمَل» مشارکت داشته باشند، نه فقط بر اساس عملیات انجام یافته بلکه به طور مقطوع نیز پاداش خواهند داشت. در نواحی مواجه با کمبود خدمات درمانی، صندوق‌های بیمه درمانی «سازمانهای درمانی متناوب» از نوع مراکز درمانی - بهداشتی برپا خواهند کرد، و از استخدام یا اعزام پزشک برای مناطق یا نواحی مواجه با تراکم زیاد امکانات درمانی جلوگیری خواهد شد. شبکه‌های درمانی - بهداشتی تعمیم خواهد یافت و پایگاه‌های اطلاعاتی و مشورتی برای بیمه‌شدگان به وجود خواهد آمد، و پرونده‌های پزشکی افراد جامعیت و گسترش بیشتری خواهند یافت.

و، سرانجام، حزب سوسیالیست فرانسه در طرح ویژه خود برای اصلاحات در نظام خدمات درمانی و گشودن گره کسر بودجه فزاینده صندوق‌های بیمه درمانی در آن کشور، برنامه جامعی برای آموزش، تجدید آموزش، افزایش مهارت و کیفیت تمام کارکنان حرفه‌ای خدمات درمانی، اعم از آنکه در بیمارستان شاغل باشند یا در شهر، طراحی کرده است.

در مجموع، از طرح پیشنهادی حزب سوسیالیست فرانسه چنین برمی آید که در کشوری که تاکنون خدمات «درمانی» را در مرکز توجه خود قرار داده بود، حرکت تازه‌ای در جهت متوازن ساختن مراقبتهای درمانی و فعالیتهای پیشگیرانه شروع شده است: مبارزه با استعمال دخانیات، با چاقی رو به افزایش در میان مردم و بویژه نوجوانان همچنین مبارزه‌ای گسترده بر ضد الکلیسم و غیره.

در چنین فضایی است که حزب سوسیالیست (که به احتمال قوی پس از انتخابات پارلمانی آینده زمام امور کشور را به دست خواهد گرفت) در برنامه وسیع و پردامنه خود برای حل مسئله بیمه‌های درمانی، طرح‌های دیگری نیز در نظر گرفته است، مانند اصلاحات در زمینه پزشکی کار

«به قصد تحکیم استقلال آن» و ایجاد «خدمات درمانی ویژه کارگاه‌ها»، تحکیم و تقویت «خدمات درمانی مخصوص آموزشگاه‌ها» به مقیاس ملی و اتخاذ تدابیر لازم برای سلامت زیست محیطی. بیماریهای مزمن از مزایای خدماتی بیشتری برخوردار خواهند شد. از سوی دیگر، حزب سوسیالیست فرانسه اعلام کرده که خواهان تجدید نظر در قانون خدمات درمانی عمومی، بویژه برای ایجاد موقعیتهای شایسته‌تری برای کاربران خدمات درمانی و انجمن‌ها و اتحادیه‌های بیماران است.

بهشت خصوصی‌سازی خدمات درمانی

از مجموع رویدادها و تحولات سالهای اخیر بیمه‌های درمانی در اروپا که در حقیقت پایه‌گذار نظامهای عمومی خدمات درمانی در قرن بیستم بوده، چنین برمی‌آید که به دلایل گوناگونی که تشریح آنها بحث جداگانه‌ای را می‌طلبد، بجز چند استثنا مانند سوئد که از بسیاری لحاظ موردی منحصر به فرد محسوب می‌شود، بیشتر نظامهای موجود بیمه‌های درمانی با تنگناهایی مواجه شده‌اند که رفع آنها را جز از طریق خصوصی‌سازی بیمه‌های درمانی ممکن نمی‌دانند - هرچند دیدگاه‌های دیگری هم وجود دارد که خصوصی‌سازی بیمه‌های درمانی را مغایر با اهداف اجتماعی و انسانی مشخص می‌دانند که در جریان تحولات و حرکت‌های عدالت‌طلبانه قرن بیستم در اروپا به کرسی نشانده شد و در قالب بیمه‌های همگانی تأمین اجتماعی به صورتهای مختلف به دولتها، اعم از راست و چپ و میانه، تحمیل شد.

با این حال، در نیم‌کره غربی، بویژه در ایالات متحد آمریکا، این نوع جنبش‌ها همچون اروپا در بستر سازمانهای دولتی ماندگار نشد و راه به بخش خصوصی گشود. به نحوی که، به عنوان نمونه مشخص، در امریکای امروز (ایالات متحد) در عمل چیزی به نام بیمه‌های درمانی به معنای اروپایی آن وجود ندارد.

به طور کلی می‌توان گفت که در امریکا، علاوه بر دو برنامه فدرال به نامهای «مراقبتهای درمانی» (مدیکر) - منحصرراً برای اشخاص سالمند - و «کمکهای درمانی» (مدیکید) - منحصرراً برای تنگدست‌ترین افراد - هیچ‌گونه نظام بیمه‌های درمانی عمومی دیگری که به مباشرت دولت عمل کند وجود ندارد.

در امریکا، حمایت‌های اجتماعی برعهده بیمه‌های خصوصی است که بسیار گران و اغلب هم

در سطح مؤسسه (اداره، کارخانه، بنگاه) بین بیمه‌گر و بیمه‌پذیر به صورت قراردادهای شخصی شکل می‌گیرد و کارفرما هم تحت ضوابط معینی در آن مشارکت دارد. در چنین شرایطی، چیزی به نام بیمه‌های درمانی همگانی وجود خارجی ندارد. چنین است که در عمل نزدیک به ۴۰ میلیون آمریکایی از هیچ‌گونه پوشش درمانی برخوردار نیستند، یعنی ۱۵ درصد کل جمعیت آمریکا.

بدین سان، تأمین منابع مالی بیمه‌های درمانی در آمریکا کیفیتی کاملاً انفرادی دارد. در سال ۱۹۹۹، هزینه‌های خدمات درمانی در ایالات متحد ۱۲/۹ درصد تولید ناخالص داخلی کشور را تشکیل داده؛ سطحی که در قیاس با کشورهای توسعه‌یافته جهان نوعی رکورد محسوب می‌شود. در چنین شرایطی، از منظر هزینه زندگی می‌توان گفت که یک فرد آمریکایی متوسط برای تأمین خدمات درمانی مورد نیاز خود در هر سال دو برابر یک فرد، مثلاً فرانسوی، از جیب می‌پردازد. از نظر امکانات دستیابی به خدمات درمانی، وضع بدین صورت است که شرکتهای بیمه خصوصی قراردادهایی با شبکه‌ای از پزشکان منعقد می‌کنند و، سپس، از بیماران و مراجعان می‌خواهند برای رفع نیازهای درمانی خود با پزشکان تحت قرارداد در این شبکه تماس بگیرند. در چنین ساختاری، هرگونه تغییر محل زندگی یا تغییر محل کار مشخص بیمه‌شده پیچیدگی‌های گوناگونی می‌آفریند که تشریح آنها مستلزم فرصت دیگری خواهد بود.

با این حال، در آمریکا نیز به رغم آرامش ظاهری موجود در عرصه خدمات درمانی، نبرد سنگینی، بویژه از نخستین سال قرن ۲۱، بین دو حزب حکومتی جمهوریخواه و دمکرات در مورد «اصلاحات» مورد نیاز در نظام خدمات درمانی کشور آغاز شد که هنوز هم بشدت ادامه دارد. در جریان انتخابات ریاست جمهوری آمریکا در سال ۲۰۰۱، مسئله تأمین اجتماعی و بویژه مراقبتهای درمانی، به صورت مهمترین موضوع مبارزات انتخابی بین نامزدهای دو حزب دمکرات و جمهوریخواه - الگور و بوش - درآمد و بیشترین وقت و انرژی ستادهای انتخاباتی این دو حزب را به خود تخصیص داده بود.

به طور کلی، می‌توان گفت که دست‌کم در جریان بحثها و گفت‌وگوهای دو رقیب انتخاباتی بر سر مسائل خدمات درمانی آمریکا، نامزد حزب دمکرات عملاً «دولت‌گرا» بود و نامزد حزب جمهوریخواه «هوادار بخش خصوصی». حزب جمهوریخواه، از زبان نمایندگان و نامزدهای انتخاباتی خود همواره از خصوصی‌سازی تمام‌عیار تأمین اجتماعی دفاع می‌کردند. به زعم

حزب جمهوریخواه که خصوصی سازی تأمین اجتماعی را «شخصی سازی» می نامد، خصوصی سازی کامل خدمات درمانی به کارکنان امکان می دهد که بخشی از درآمد خود را که در حسابهای بانکی مخصوص خودشان پس انداز خواهند کرد به هر طریق که بخواهند سرمایه گذاری کنند، و حزب دمکرات که تصدی دولت فدرال بر صندوق تأمین اجتماعی را لازم می داند، سپردن کامل خدمات درمانی به بخش خصوصی را از نظر تضمین سلامت مردم خطرناک می داند.

به طور کلی، حزب جمهوریخواه، چه در گذشته و چه هم اکنون، به طرز مداوم و پایدار مداخله دولت در تأمین اجتماعی و خدمات درمانی را مترادف با هزینه های سنگین، مالیاتهای کمرشکن و دستگاه دولتی مداخله گر و دیوان سالار می داند، و حزب دمکرات در مقابل استدلال می کند که کاستن از مالیاتها، آن گونه که از سوی حزب جمهوریخواه پیشنهاد می شود منحصرأ به سود کمتر از یک درصد از ثروتمندترین مردم کشور تمام می شود.

به اختصار می توان گفت که برنامه حزب جمهوریخواه که در حال حاضر از زبان رئیس جمهوری بوش بیان می شود به طور نظری در اقدامات زیر خلاصه می شود:

- مدرن سازی مراقبتهای درمانی (مدیکر): دادن حق انتخاب بیشتر به سالمندان در زمینه مراجعه به پزشک و گسترش پوشش این خدمات تا حد معاینه های پزشکی سالانه از چشم و گوش و دندان و فراهم ساختن امکان دستیابی سالمندان به تازه ترین تکنولوژی های پزشکی.
- ایجاد پوشش جدید بیمه ای برای پرداخت بخشی از هزینه های دارویی بیماران، از جمله استفاده رایگان از بعضی داروها برای سالمندان کم درآمد، و تعهد بازپرداخت حداقل ۲۵ درصد از هزینه نسخه های دارویی برای تمام سالمندان.
- تصویب «قانون حقوق بیماران» برای تضمین کیفیت مراقبتهای درمانی ارائه شده از سوی واحدهای درمانی تحت قرارداد.
- فراهم ساختن امکان دستیابی به خدمات درمانی برای افرادی که بیمه نشده اند، از طریق ارائه اعتباری در حدود ۲۰۰۰ دلار به خانوارهای فاقد بیمه درمانی برای خرید بیمه درمانی، و تعهد ۳/۶ میلیارد دلاری از سوی دولت برای ساختن ۱۲۰۰ «مرکز درمانی عمومی» در ظرف پنج سال، بویژه در نقاط روستایی و فاقد امکانات درمانی.

در این زمینه، حزب جمهوریخواه برای مصور کردن پیشنهادهای خود در زمینه خدمات درمانی، تصویر زیر را در زمان مبارزات انتخاباتی ۲۰۰۱ ارائه می‌داد:

ماجرای پیرزن بیمار در زمان دمکراتها و در زمان جمهوریخواهان

پیرزنی ۶۸ ساله که با درآمد سالانه ۱۱,۰۰۰ دلار تحت پوشش خدمات درمانی (مدیکر) قرار دارد برای پرداخت هزینه‌های دارویی خود ۹۰۰ دلار در سال می‌پردازد. این زن برای پرداخت بهای داروهای خود از هیچ پوشش بیمه‌ای برخوردار نیست و هیچ‌گونه بیمه مکمل هم ندارد. متأسفانه این پیرزن به طور ناگهانی به بیماری سختی مبتلا می‌شود. پس از مراجعت به خانه (از بیمارستان)، این زن علیل باصورت حساب ۱۵,۰۰۰ دلاری هزینه داروهایی که مصرف کرده است تنها می‌ماند. ولی چنانچه برنامه خدمات درمانی بوش به تصویب برسد، هزینه‌های دارویی ماهانه او کاملاً بازپرداخت می‌شود، و او برای تسویه تمام هزینه‌های دارویی خود بیش از ۶۰۰۰ دلار نخواهد پرداخت.

نتیجه‌گیری: بدون «اصلاحات» مورد نظر جمهوریخواهان، به دلیل کسر بودجه خدمات درمانی، مزایای بیمه‌شدگان حداقل باید ۳۰ درصد کاهش یابد، یا آنکه مالیاتها ۵۰ درصد بیشتر بشود. حال آنکه طرح جمهوریخواهان (بوش) این مسئله را حل خواهد کرد و نظام تأمین اجتماعی را نجات خواهد داد.

در برابر این گونه داعیه‌های حزب جمهوریخواه در زمینه خدمات درمانی و، بویژه، ارزانتر فروختن داروهای تجویز شده از سوی پزشکان، حزب دمکرات در جریان مبارزات انتخاباتی سپتامبر ۲۰۰۰، در حملات متقابل، واقعیت‌های عینی را در مورد مسئله داروها مطرح می‌کرد و هنوز هم در همین جهت عمل می‌کند:

«جمهوریخواهان مدعی‌اند که به تمام سالمندان کمک خواهند کرد تا هزینه‌های دارویی خود را بپردازند یا کاهش دهند. آنان این کار را چگونه انجام خواهند داد، در حالی که کل صنایع دارویی کوچکترین نشانه‌ای از همدردی یا همکاری با خدمات درمانی نشان نداده و نمی‌دهد. صنعت داروسازی امریکا برای تبلیغات و آگهی‌های تجارتي پول بسیار بیشتری خرج می‌کند تا برای تحقیقات علمی و کاربردی. ارتش ۷۰,۰۰۰ نفری فروشندگان این صنعت سالانه بیش از هفت میلیارد دلار هزینه برمی‌دارد. در مجموع هزینه‌های بازاریابی و اداری صنعت داروسازی

امریکا بیش از دو برابر هزینه تحقیق و توسعه آنهاست. کمپانی‌های دارویی حتی بیشتر از مجموع کوکاکولا و نوشابه‌سازی بادوایزر، برای به فروش رساندن فرآورده‌های خود هزینه می‌کند. در چنین اوضاع و احوالی چگونه می‌توان آنها را وادار کرد داروهای خود را به بهای ارزاتر در اختیار بیمه‌شدگان قرار دهند؟

به‌علاوه، هنگامی که آقای بوش فرماندار ایالت تگزاس بود با استفاده از اختیارات خود در سطح ایالتی، قانونی را امضا کرد که استعمال داروهای ژنریک را بسیار محدود می‌کرد. همین قانون فقط در سطح ایالت تگزاس بیش از ۲۰ میلیون دلار هزینه اضافی به مصرف‌کنندگان و بیماران تحمیل کرد.

به طور کلی، ایالت تگزاس در تمام مدت نسبتاً طولانی فرمانداری جمهوریخواهان به شهادت آمارهای رسمی فدرال، از نظر پوشش بیمه‌های درمانی نسبت به دیگر ایالات کشور در پایین‌ترین سطح قرار داشته و شمار بیمه‌نشده‌گان در این ایالت از ۲۳ درصد در شروع فرمانداری آقای بوش (۱۹۹۵) به بیش از ۲۴ درصد در ۱۹۹۹ افزایش یافته است.

در مورد پوشش خدمات درمانی ویژه کودکان نیز طی دوره فرمانداری جمهوریخواهان ایالت تگزاس در پایین‌تر سطح ممکن قرار داشته است. شمار کودکان بیمه‌نشده در تگزاس - بیش از ۱/۳ میلیون - زیادتر از مجموع کودکان بیمه‌نشده ایالت‌های نیویانگلند، نیویورک و نیوجرسی است.»



با اشاره به گردش سریعی که در عرصه پهناور و پر مسئله خدمات درمانی در اروپا و امریکای امروز صورت گرفت، می‌توان انتظار داشت که برخورد نگرشها و آرا و عقاید متفاوت و اغلب متضاد در زمینه اصلاحات و تجدید نظرهای لازم در نظامهای موجود خدمات و بیمه‌های درمانی در سالهای آینده نیز همچنان ادامه یابد. با این حال، برای کشورهایی که برای گسترش و تثبیت بیمه‌های درمانی خود در آغاز راهند، آگاهی پیوسته و منظم از تجربیات، تحولات، ارزیابی‌ها، شکستها و موفقیت‌های جاری در دیگر جامعه‌های دنیای امروز ارزشمندترین ابزار کار و تصمیم‌گیری خواهد بود.