

# سلامت ملل

## بررسی تأمین مالی مراقبتهای سلامت\*

پل والاس\*\*

ترجمه دکتر علی حسن زاده و سعید فخیم علیزاد

### مقدمه

ارائه خدمات سلامتی از مهمترین وظایف دولتها تلقی می شود و سازمان جهانی بهداشت، در آغاز هزاره سوم، سلامت را دریچه ورود به رفاه و توسعه اجتماعی و اقتصادی قلمداد می کند. هزینه های سلامت روندی فزاینده دارد به گونه ای که در دهه گذشته این هزینه در کشورهای عضو گروه ۷ دو برابر شده است. افزایش مصارف سلامتی نه تنها در کشورهای در حال توسعه نگران کننده است بلکه در کشورهای ثروتمند نیز بخش بزرگی از درآمد جامعه را به خود اختصاص می دهد. آقای پل والاس در این مقاله به بررسی چگونگی انجام این هزینه ها می پردازد و ارزش خدمات را در مقابل پول هزینه شده بررسی می کند و در بخشهایی با عناوین زیر این موضوع را مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهد:

— **دنده عقب هرگز:** در این بخش به چگونگی افزایش هزینه ها می پردازد و پاسخ سؤال «چرا هزینه ها به طور مرتب افزایش می یابد» را جست و جو می کند.

— **درس آناتومی:** چگونگی تأمین منابع خدمات مراقبتی سلامت بررسی می شود.

\* A survey of health-care finance, the Economist July 17th 2004

\*\* Paul Wallace

- آیا پول بخوبی هزینه می‌شود؟ در پاسخ به این سؤال این گونه تحلیل می‌شود که «بستگی به این دارد که چگونه جمع و تفریق انجام می‌شود».
- بیماری تلف‌کننده: داستان کیفیت ضعیف و ناکارآمدی بررسی می‌شود.
- علائم درمانی: در این بخش بحث می‌شود که چگونه تلاشها برای محدود کردن هزینه‌های مراقبتهای سلامت منجر به شکست می‌شود.
- راه چاره‌های جدید: بحث می‌شود که «باید راه حل بهتری وجود داشته باشد».
- دارو و مصرف نکنید: در بخش پایانی نتیجه گرفته می‌شود که «اگرچه انجام اصلاحات به کندی صورت گرفته و انجام آن دشوار است، گزینه دیگری وجود ندارد».



مراقبتهای سلامت بخشی بزرگ و در حال رشد، از درآمد کشورهای ثروتمند را مصرف می‌کند. پرسش این است که این امر در مقابل پول مصرف‌شده ارزش دارد؟

امپراتوری مالی آقای ناتان راتس چایلد<sup>۱</sup> وی را هم‌مطراز شاهان کرده بود. بخت و اقبال او این بود که به ثروتش غبطه بخورند. وی در سال ۱۸۳۶ به دنبال آبسه‌ای که منجر به عفونت خونی شد، از دنیا رفت و ثروت وی هیچ فایده‌ای برایش نداشت. درحالی که یک قرص آنتی‌بیوتیک، که امروزه به تعداد چند سکه قیمت دارد، براحتی می‌توانست زندگی این بانکدار ۵۹ ساله را نجات بخشد. اگر این امکان در آن روز فراهم بود، آقای ناتان تمایل داشت که برای این نسخه چقدر پول بپردازد؟

یک مراقبت درمانی مؤثر برای فردی که مبتلا به بیماری شدید و جدی است، آن قدر باارزش است که نمی‌توان برای آن قیمتی تعیین کرد. ولی نکته این است که، نه هر کسی که به پزشک مراجعه می‌کند بشدت بیمار است و نه اینکه همه مراقبتهای سلامتی مؤثر هستند. از یک طرف تقاضای افراد برای مراقبتهای سلامتی بدون حد و مرز است و از طرف دیگر سیستم‌های تسجیمی<sup>۲</sup>، که منابع را برای اکثر مراقبتهای سلامت فراهم می‌کنند، محدودیتهایی را در برخورداری از آن اعمال می‌کنند. این موضوع تناقضی را ایجاد کرده که با توجه به رشد فزاینده هزینه‌ها، مشکل عمده‌ای برای کشورهای ثروتمند شده است.

1. Nathan Rothschild

2. collective system

در کشور امریکا مراقبتهای سلامتی که از منابع عمومی تأمین می‌شود، انحصاراً سالمندان و فقرا را تحت پوشش دارد. بیشتر کارکنان امریکایی و خانواده‌هایشان از بیمه خصوصی کارفرمایی بهره‌مند هستند. تجربه نشان داده است که هزینه این گونه طرحها صرف‌نظر از دوره شروع آن در دهه ۹۰، با نرخ رشدی دو رقمی نسبت به چند سال قبل افزایش پیدا کرد. آقای آلن آنتوان<sup>۱</sup>، اقتصاددان سلامت در دانشگاه استانفورد و از پیشگامان راهبردهای کنترل هزینه، سناریویی ارائه داده که به موجب آن بعد از انتخابات ریاست جمهوری سال ۲۰۰۸، در تأمین منابع مراقبتهای سلامت و در راستای مقابله با استمرار در انفجار هزینه‌ها، دولت به جای کارفرمایان ایفای نقش خواهد کرد.

این سناریو سیستم مختلط تأمین منابع امریکا را، که تحت لوای آن هم‌اکنون ۴۴ میلیون نفر بدون پوشش مراقبتهای سلامتی هستند، به مدل کانادایی نزدیک خواهد کرد. در این سیستم، تأمین منابع از مالیاتها موجب استفاده آزاد کلیه مردم از خدمات پزشکان و بیمارستانها خواهد شد. اگرچه کانادایی‌ها رفته‌رفته ایمان خود را به سیستمی که فکر می‌کردند زمانی جزو افتخارات ملی آنهاست، از دست می‌دهند. در سال ۱۹۸۸ حدود ۶۰ درصد از کانادایی‌ها معتقد بودند که سیستم سلامتشان عملکرد خوبی دارد، ولی در سال ۲۰۰۲ فقط ۲۰ درصد این عقیده را داشتند. در این نظرسنجی تعداد زیادی از افراد معتقد بودند که سیستم نیازمند شوکی بنیادین است و از این‌رو مراقبتهای سلامت مقوله بسیار مهمی در انتخابات عمومی اخیر بود.

تعدادی از کشورهای اروپایی منابع لازم برای مراقبتهای سلامتی خود را منحصراً از طریق مشارکتهای دستمزدی اجباری از کارفرمایان و کارکنان تأمین می‌کنند. این مدل بیمه اجتماعی برای اولین بار توسط اتو ون بیسمارک<sup>۲</sup> در سال ۱۸۸۳ در کشور آلمان ارائه شد و نشان داد که در مقابل هزینه‌های سلامتی فزاینده و کاهش منابع حاصل از مشارکت ناشی از افزایش بیکاری آسیب‌پذیر است. اگرچه اصلاحات انجام‌شده در کشورهای آلمان و فرانسه برای کاهش کسری بودجه شیوع چندانی در سایر کشورها نداشته است.

فشار بر بودجه‌های ملی موجب افزایش فشارهای بین‌المللی شده است. این موضوع در قیمت‌گذاری داروها که سهم عمده‌ای از رشد فزاینده هزینه‌های سلامت را برعهده دارد، نشان

1. Alain Enthovan

2. Otto Von Bismarck

داده شده است. به طور عام داروهای تجویزی در کشور امریکا بسیار گرانتر از کانادا و اروپاست. اگرچه سیستم‌های مراقبت سلامت دولتی در این زمینه توانسته تخفیف‌هایی ایجاد کند، آقای تامی تامسون<sup>۱</sup>، وزیر بهداشت امریکا، اعتقاد دارد که در واقع، کشورش بخش عمده‌ای از هزینه‌های مربوط به تحقیقات دارویی را به دوش می‌کشد و اعتقاد دارد که اروپاییان باید مبلغ بیشتری در این رابطه پرداخت کنند.

## یک‌دهم برای پزشکی<sup>۲</sup>

در حال حاضر مراقبت‌های سلامتی، به طور متوسط یک‌دهم تولید ناخالص داخلی<sup>۳</sup> کشورهای ثروتمند را می‌بلعد. این نسبت اگرچه با شیب آهسته‌ای در حال رشد است، این نکته را باید در نظر داشت که با مسن شدنِ انبوه متولدان بعد از جنگ، هزینه‌های پزشکی، به خاطر نیاز بیشتر آنها به مراقبت‌های سلامتی، بزرگ جلوه داده خواهد شد. در کشور امریکا طرح‌های مراقبت‌های درازمدت<sup>۴</sup> که در دفتر بودجه کنگره بررسی شده است، نشان می‌دهد که هزینه‌های دولت در طرح مدیکر<sup>۵</sup> برای سالمندان رشد شدیدی داشته است. به گونه‌ای که این رقم در سال ۲۰۰۳ به ۲/۴ درصد از تولید ناخالص داخلی رسیده است. این دفتر پیش‌بینی می‌کند که رقم مذکور در سال ۲۰۵۰ به عدد ۸/۳ درصد خواهد رسید چرا که مدیکر بخش بزرگی از هزینه نسخه‌های دارویی را از سال ۲۰۰۶ به بعد برای سالمندان به عهده خواهد گرفت.

«اگر روشن‌تر نگاه کنیم، ادله شفاف‌ی وجود دارد که نشان می‌دهد مراقبت‌های سلامت موجب طولانی‌تر شدن زندگی و سلامت انسانها می‌شود، رابطه‌ای که قبلاً مورد سؤال واقع شد – و تجربه آقای راس چایلند ارتباط موضوعی را نشان نداد – زیرا مقایسه‌های بین‌المللی نشان می‌دهد ارتباط شفاف‌ی بین منابع تخصیص یافته برای مصارف پزشکی و معیارهایی مانند امید به زندگی وجود ندارد.» ولی تحقیقات دقیق در بیماری‌های خاص مانند بیماری‌های قلبی عروقی نشان می‌دهد که مزایای درمان‌های ارائه شده ممکن است بسیار بیشتر از هزینه‌های آن باشد. آقای ویلیام نوردهاوز<sup>۶</sup>، اقتصاددان دانشگاه ییل<sup>۷</sup>، چنین برآورد می‌کند که در کشور امریکا در نیمه دوم

1. Tommy Thompson      2. medical thenth      3. gross domestic product (GDP)  
4. long term care (LTC)      5. medicare      6. William Nordhous      7. Yale

قرن بیستم رفاه حاصل از افزایش امید به زندگی با کشورهایایی که بخش بیشتری از مصارف خود را در مقوله‌هایی غیر از سلامتی هزینه کرده بودند، به طور تقریبی قابل مقایسه است.

آیا این امر مجوزی می‌دهد که درمان پزشکی به هر قیمتی انجام شود؟ جواب این است که به سختی می‌توان اجازه چنین کاری داد. تحقیقات نشان می‌دهد اگرچه درمانهای پزشکی مزایای زیادی دربر دارند، ناکارایی، هدر رفتن منابع و کیفیت ضعیف مراقبتهای سلامتی نیز وجود دارد. گزارشهای منتشر شده توسط مؤسسه پزشکی امریکا نشان می‌دهد که نرخ بالایی از خطاهای پزشکی در بیمارستانها صورت می‌گیرد. به گونه‌ای که سالانه موجب ۹۸۰۰۰ مرگ ناخواسته می‌شود و این رقم بسیار بالاتر از تعداد افرادی است که در حوادث جاده‌ای جان خود را از دست می‌دهند. مستندات زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد مشکلات جدی و وسیع در کیفیت طب امریکایی وجود دارد و موجب ایجاد خطر برای بسیار از امریکایی‌ها می‌شود و نتیجه اینکه «هزینه هدر رفتن، کیفیت ضعیف و ناکارآمدی بسیار بالاست».

شواهد موجود در سایر کشورها نشان می‌دهد، آنان نیز از مشکلات مشابهی رنج می‌برند. بخش پزشکی در سرمایه‌گذاری بر فناوری اطلاعات کند عمل می‌کند به گونه‌ای که مانع از به‌کارگیری ظرفیت بالقوه این فناوری در کاستن از خطاهای پزشکی و افزایش کارآمدی و کیفیت می‌شود. هماهنگی بسیار ضعیف در مراقبتهای سلامتی موجب می‌شود تعداد بیشتری از مبتلایان به بیماریهای مزمن که نیازمند مراقبتهای مستمر به جای مراقبتهای گاه به‌گاه پزشکی هستند از خدمات مورد لزوم محروم شوند. از طرف دیگر پیوستگی مؤثر در خدمات فراهم‌شده توسط پزشکان فراهم‌کننده مراقبتهای اولیه، با مراقبتهای بیمارستانی بندرت مشاهده می‌شود.

موارد فوق نشان می‌دهد که سیستم موجود در راستای منافع فراهم‌کنندگان خدمات یعنی پزشکان و بیمارستانها عمل می‌کند تا منافع مصرف‌کنندگان؛ و همچنین فشار زیادی اعمال می‌شود تا پول بیشتری در مراقبتهای پزشکی هزینه شود. هدف آرمانی که در گزارش سازمان همکاری اقتصادی و توسعه<sup>۱</sup> توسط سیاست‌گذاران کشورهای توسعه‌یافته با عنوان «به سوی سیستم‌های سلامت دارای عملکرد بالا» اعلام شده است به این نکته اشاره دارد که باید کارایی افزایش‌یافته و مراقبتهای ارائه‌شده پزشکی، ارزش پول هزینه‌شده را داشته باشد.

1. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

سیستم مراقبتهای سلامت در مقابل اصلاحات مقاوم است، زیرا ایجاد یک محدودیت ساده در مقابل هزینه‌ها - که راهبردی معمولی است - اغلب فشار هزینه‌ای را برای مدت زمان کوتاهی اعمال می‌کند ولی سرعت موجب هیاھوی اجتماعی شده و پول بیشتری را برای جبران آن طلب می‌کند. محدودسازی هزینه‌ها چه از طریق اعمال سقف بودجه‌ای و یا کنترل قیمت‌ها نمی‌تواند بر ساختار مراقبت‌ها و قدرت پشت پرده آن اثری بگذارد. توانمندسازی مصرف‌کنندگان مراقبتهای پزشکی با توجه به خرید غیرمستقیم این خدمات توسط بیمه‌ها بسیار مشکل است. بیمه‌گران مراقبتهای سلامت در پاسخ به افزایش رقابت، به جای کاستن هزینه‌ها از طریق فراهم‌کننده خدمت، مخاطرات خوب<sup>۱</sup> را انتخاب می‌کنند و موجب می‌شوند مصرف‌کنندگان سهم بزرگتری از هزینه‌ها را پردازند. اگرچه این امر سبب کارکرد بهتر بازار مراقبتهای سلامت می‌شود، اغلب افراد در میزان ریسکی که به تھایی می‌توانند به دوش بکشند، محدودیت دارند و توانایی آنان در چانه‌زنی مؤثر با پزشکان و بیمارستانها، ناچیز است.

امید به اصلاحات موفق در این نکته نهفته است که بیمه‌گران مراقبتهای سلامت و خریداران گروهی این گونه خدمات قادرند هزینه‌ها را به‌طور مستقیم به فراهم‌کنندگان منتقل کنند. این سیستم‌ها در گذشته به علت نداشتن اطلاعات، در چگونگی کیفیت ارائه خدمات پزشکی، ناتوان بودند، ولی این وضعیت در حال تغییر است، زیرا هم‌اکنون استانداردهای کیفیت در راستای اندازه‌گیری خدمت پزشکی و بیمارستانی طراحی شده است. از طرف دیگر با ایجاد رقابت بیشتر در ارائه خدمات پزشکی، امید به اصلاح بیشتر شده است. به گونه‌ای که در کشور انگلستان، سیستم خدمات طب ملی قراردادهایی برای برخی از اعمال جراحی معمول (مانند تعویض مفصل ران) با گروههای خارجی منعقد کرده است. اگرچه حجم این گونه خدمات در مقایسه با کل خدمات ارائه شده اندک است، ورود این گروهها موجب ایجاد شوک سلامت‌بخش در خدماتی شده است که قبلاً هیچ گونه رقابتی در آن وجود نداشت. در کشور آلمان نیز سعی شده موانع موجود در ارائه سرپایی مراقبتهایی که قبلاً در بیمارستانها و به صورت بستری انجام می‌شد، برداشته شود.

در این بررسی فشارهای هزینه‌ای مربوط به مراقبتهای سلامتی از دید هدر رفتن منابع،

1. good risks

ناکارآمدی بخش عمده‌ای از هزینه‌های پزشکی، ارزش واقعی خدمات، در امریکا و کشورهای اروپایی مطالعه شده و نشان داده شده که مهندسی مجدد و جامع در مراقبت‌های سلامت مورد نیاز است. این مطالعه نشان می‌دهد که چگونه کشورهای ثروتمند عملکرد بهتری در رابطه با پول‌های کلان مصرف‌شده در مراقبت‌های سلامت داشته‌اند.

## دنده عقب هرگز!

چرا هزینه‌ها به‌طور مرتب افزایش می‌یابد؟

اندکی پس از ایجاد خدمات طب ملی انگلیس<sup>۱</sup> آقای آنورین بیوان<sup>۲</sup>، بنیانگذار سیاسی این سیستم، پیش‌بینی کرد که منحنی شدید تقاضا با انجام خدمات ناتمام افت خواهد کرد. یک سال بعد دانسته‌هایش بیشتر شد و اعلام کرد: «من از فکر کردن به روند بلاانقطاع داروهای که در حلق بریتانیایی‌ها ریخته می‌شود، مشمئز می‌شوم». وی در سال ۱۹۵۱ در حالی استعفا داد که خزانه‌داری کشور مبالغ اندکی را هنگام ارائه خدمات سلامتی از بیماران دریافت می‌کرد. در صورتی که هزینه‌ها سه برابر بیشتر از برآورد مورد انتظار بود.

این دوره که در آن مصارف بشدت افزایش یافت، در خاطره مسئولان مالی و سلامتی ارشد کشور به ورطه فراموشی سپرده شد. آقای جرمی هرست<sup>۳</sup>، اقتصاددان سلامت در سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه، اعلام کرد بریتانیا کنترل‌های سختی را اعمال کرد تا هزینه‌های خود را نسبت به سایر کشورهای ثروتمند پایین نگه دارد. ولی این امر نارضایتی عمومی را افزایش داد و موجب شد دولت کارگری لندن از بُعد منابع کمک‌هایی را برای سیستم در نظر بگیرد. پیش‌بینی شده است که مصارف خدمات طب ملی تا سال ۸-۲۰۰۷ سالانه به میزان ۷ درصد به قیمت‌های واقعی افزایش خواهد یافت به گونه‌ای که کل مصارف سلامت بریتانیا به ۹/۴ درصد از تولید ناخالص داخلی در مقایسه با ۶/۹ درصد در سال ۱۹۹۸ خواهد رسید.

مصارف پزشکی در کشورهای ثروتمند عموماً رشد سریع‌تر از بازده ملی دارد. به‌طور مثال سهم آن از تولید ناخالص داخلی در گروهی از ۱۸ کشور دارای اقتصاد توسعه‌یافته، از رقم ۵/۲ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۸/۹ درصد در سال ۲۰۰۱ رسید. در عین حال سه کشور امریکا،

1. national health service (NHS)

2. Aneurin Bevan

3. Jeremy Hurst

سوئیس و آلمان در سال ۲۰۰۲ بیش از ۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را در مراقبت‌های سلامت هزینه کرده‌اند. این مصارف هم‌اکنون در کشور آمریکا به رقم ۱۵ درصد از تولید ناخالص داخلی رسیده است که بالاترین میزان در سراسر جهان است. به طوری که شکاف بین این کشور و سایر کشورها طی سه دهه گذشته بسیار زیاد شده است. اگرچه این رقم به مفهوم ولخرجی کشور آمریکا نیست، شاید یکی از علل آن، رشد بالاتر تولید ناخالص داخلی در سایر کشورها باشد. به طوری که در کشور ایرلند مصارف سرانه سلامت در سالهای ۲۰۰۰ - ۱۹۹۰ هر سال به میزان ۶/۸ درصد رشد یافت در صورتی که این رقم به صورت سهمی از تولید ناخالص داخلی مقدار اندکی رشد کرد. در این دوره سرانه سلامت کشور آمریکا بیش از ۱ درصد واحد افزایش یافت.

آقای پل گینزبرگ<sup>۱</sup> از مرکز مطالعات تغییر در سیستم‌های سلامت در واشنگتن دی - سی اعلام می‌کند که افزایش مصارف سرانه مراقبت‌های سلامتی در سایر کشورهای صنعتی در درازمدت مشابه آمریکا خواهد بود. از سال ۱۹۷۰ میانگین رشد واقعی کشورهای ثروتمند غیر از آمریکا ۴ درصد در سال بوده، در صورتی که آمریکا ۴/۴ درصد رشد داشته است.

ارقام فوق بیانگر یک علت مشترک است. مطالعه‌ای که توسط آقای ویکتور فوکس<sup>۲</sup> از دانشگاه استنفورد در سال ۱۹۹۵ انجام گرفت، نشان داد که بیشتر اقتصاددانان سلامت، انگشت اشاره را به سوی پیشرفت در فناوری پزشکی گرفته‌اند. تحقیقات علمی نیز نشان می‌دهد که علت افزایش هزینه‌ها، روشهای پرهزینه پزشکی جدید مانند پیوند اعضا و محصولات جدید مانند تصویربرداری مغناطیسی<sup>۳</sup> و داروهاست.

مرکز مطالعات توسعه دارو<sup>۴</sup> هزینه تولید یک قلم داروی جدید را با احتساب مطالعات به نتیجه نرسیده، مبلغ ۹۰۰ میلیون دلار برآورد می‌کند. از آنجایی که کشور آمریکا اولین کشوری است که به این فناوری دست می‌یابد، هزینه در این کشور بالاتر بوده، سپس با قیمتی پایینتر به سایر کشورها انتشار می‌یابد.

با گذشت زمان به دنبال پیشرفت در کیفیت، هزینه فناوری پزشکی کاهش یافته است. داروهای گران قیمت که دارای امتیاز انحصاری<sup>۵</sup> هستند با داروهای ژنریک ارزانتر جایگزین شده

1. Palu Ginsburg      2. Victor Fuchs      3. magnetic resonance imaging (MRI)

4. Tufts      5. patent



است. اعمال جراحی و تجهیزات پزشکی کاهش قیمت پیدا کرده و در نتیجه کل هزینه به ازای هر بیمار کاهش یافته است. علی‌رغم این کاهش هزینه، افزایش تقاضا برای چنین درمانهایی، فشار بر مصارف به ازای هر فرد را بالاتر برده است. علاوه بر آن بخش بهداشت و درمان به نیروی کار بسیار حساس بوده، کارکنان آن حقوق بالایی دریافت می‌کنند، از طرف دیگر هرچه این بخش گسترده‌تر می‌شود، مردم بیشتری به آن احتیاج پیدا می‌کنند. در کشور امریکا بیش از ۶۰ درصد هزینه‌ها را خدمات بیمارستانی تشکیل می‌دهد. بسیاری از خدمات پزشکی به سختی در قالب استاندارد قرار می‌گیرد. بنابراین دورنمای کاستن از هزینه‌ها از طریق اتوماسیون سیستم کمتر امیدوارکننده است. آقای ویلیام بامول<sup>۱</sup>، اقتصاددان دانشگاه نیویورک، ویژگی مراقبتهای سلامتی را همانند صنایع دستی تلقی می‌کند که مبتلا به «بیماری مزمن هزینه‌ای ناشی از خدمات انسانی» است.

اگرچه این گونه توضیحات خیلی متقاعدکننده نیست، فناوری نیز ممکن است موجب افزایش هزینه‌ها شود که علت اصلی آن آمادگی پرداخت بازار برای ابتکارات گران‌قیمت است. اساساً لازم است فناوری جدید پزشکی به سمتی هدایت شود که موجب اختراع تجهیزات کاهنده هزینه‌ها شود. بنابراین، این سؤال مطرح است که چرا بخش بهداشت و درمان در سازگاری با هزینه‌های فناوری اطلاعات، علی‌رغم دارا بودن قابلیت افزایش‌دهی کارایی، کند حرکت می‌کند.

سیستم‌های طب ملی در کشورهای مختلف متفاوت است ولی همگی آنها دارای ویژگی یکسان مدل بیمه، در مقابل صورتحساب‌های غیرقابل پیش‌بینی پزشکی هستند. این موضوع به این معنی است که حجم عمده‌ای از هزینه‌های مراقبت سلامت توسط اشخاص ثالث (مانند بیمه‌گران خصوصی یا دولتها) پرداخت می‌شود. فناوری پزشکی، توسعه یافته و در بازارهایی به فروش می‌رسد که حساسیت کمتری نسبت به محدودیتهای بودجه‌ای در مقایسه با مصرف‌کنندگان فردی دارد. آقای دانا گلدمن<sup>۲</sup>، اقتصاددان سلامت در مؤسسه ذخیره فکری رند<sup>۳</sup>، در لس‌آنجلس معتقد است تعامل بین بیمه سلامت و ابتکارات است که موجب حرکت سیستم به سمت جلو می‌شود.

1. William Baumol

2. Dana Goldman

3. Rand think-tank

در چنین بازار پرداخت‌کننده شخص ثالثی است که پزشکان نقشی دوگانه دارند. آنها مراقبت‌های پزشکی را فراهم کرده، خود عامل تقاضا از جانب بیماران خود هستند. این امر موجب بروز «تقاضای القایی ناشی از فراهم‌کننده» می‌شود.

آقای آلن گاربر<sup>۱</sup>، رئیس مرکز سیاست‌گذاری سلامت از دانشگاه استنفورد، اعتقاد دارد که فرضیه بازار رقابتی کلاسیک در امر بهداشت و درمان صادق نیست. وی معتقد است بعضی بخشها، مانند داروهای تحت امتیاز انحصاری، تک‌قطبی<sup>۲</sup> است و در بخشهای دیگر، مانند بیمارستانها، چندقطبی<sup>۳</sup> است و به همین دلیل مواجهه با ضعف رقابت است و از طرف دیگر مراقبت‌های سلامتی به صورت محلی عرضه و فراهم می‌شود.

افزایش اخیر در هزینه‌های پزشکی، نشان‌دهنده قدرت کثش فراهم‌کننده در بازار مراقبت‌های سلامت است. در کشور امریکا رشد مصارف بیمارستانی که از اواسط تا اواخر دهه ۹۰ پایین نگه‌داشته شده بود، دوباره افزایش پیدا کرده است. بیمارستانها فشارهای هزینه‌ای ناشی از کمبود نیروی کار و الزامات قانونی جدید را مورد سرزنش قرار می‌دهند. برخی می‌گویند که این امر منعکس‌کننده قدرت آنها در بازار است که ناشی از موج ادغام شرکتهاست.

خانم هلن دارلینگ<sup>۴</sup>، رئیس گروه ملی کسب و کار در بهداشت و درمان، معتقد است که همبستگی کافی بین شرکتهای پزشکی وجود دارد؛ به گونه‌ای که می‌توانند به خریداران سلامت فشار وارد آورند. در بخش دارویی مصارف عددی به ازای داروهای موجود در نسخ تجویزی، سالانه ۱۵ درصد رشد می‌کند. در کشورهای ثروتمند رشد مصارف دارویی بسیار سریع‌تر از مصارف کلی مراقبت‌های سلامتی است.

اگر ساختار بازارهای مراقبت سلامت اصلاح نشود، مصارف کماکان فزاینده خواهد بود و این امر زمانی بدتر خواهد شد که فشار هزینه‌ای ناشی از افزایش سالمندان در این کشورها نیز به موضوع اضافه شود. از سال ۲۰۱۰ به بعد نسل متولدان بعد از جنگ به سن بازنشستگی خواهد رسید و این امر نسبت امریکاییان دارای بیش از ۶۵ سال سن را از ۱۲ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۰ درصد در ۲۰۳۰ خواهد رساند. این موضوع در سایر کشورهای توسعه‌یافته بالاتر از ارقام ذکر شده خواهد بود.

1. Allen Garber

2. mono poly

3. oligo poly

4. Helen Darling

اگرچه بین سن و مصارف سلامت رابطه مستقیمی وجود ندارد، واقعیت این است که افراد سالمند، مصرف‌کنندگان بالای مراقبتهای سلامت هستند. مصارف سرانه به ازای افراد بالاتر از ۶۵ سال سن ۳ تا ۴ برابر بزرگسالان کم‌سن‌تر است. بخش عمده‌ای از مصارف بالا در دو دهه آخر زندگی اتفاق می‌افتد. این امر در مورد افرادی که در سنین جوانتر نیز فوت می‌کنند، اتفاق می‌افتد و بیانگر این عقیده است که هرچه مردم عمر طولانی‌تری پیدا کنند هزینه‌های آنها به تعویق می‌افتد، ولی از بین نمی‌رود.

مدل پیش‌بینی رند (Rand) در مراقبتهای سلامت که توسط آقای گلدمن ابداع شده است نشان می‌دهد که افزایش عمر به تنهایی مسئله بزرگی نیست و به این مفهوم است که اگر شما به مردم عمر طولانی بدهید در واقع آنها در شرایط سالمتری زندگی می‌کنند که هزینه زیادی دربر ندارد.

### نسل تدبیرگر

از یک طرف به نظر می‌رسد متولدان انبوه بعد از جنگ، مشتریان گرانتری نسبت به نسل سالمندان فعلی هستند. خانم دارلینگ اعتقاد دارد که آنان مشتریان متنوعی هستند. خانم مارتا مارش<sup>۱</sup>، رئیس اجرایی بیمارستان استنفورد، می‌گوید که آنان نگرشهای متفاوت دارند، دوست دارند در سن ۹۰ سالگی در مسابقات دو شرکت کنند و نسلی هستند که می‌گویند اگر نمی‌توانم بدوم پس زانوی مرا (تعویض مفصل زانو) فیکس کنید. پیش‌بینی‌های رسمی می‌گوید که الگوی جاری مصارف سلامتی مرتبط با سن در آینده نیز ادامه خواهد یافت. آنچه به دست خواهد آمد اثر هزینه‌های سلامت ناشی از تعداد خالص جمعیت سالمند متولد بعد از جنگ خواهد بود که پیش‌بینی می‌شود ۲ درصد واحد از تولید ناخالص داخلی را به طور متوسط تا سال ۲۰۵۰ در کشورهای توسعه‌یافته جذب مراقبتهای سلامت کند و مفهوم آن این است که مصارف سلامتی به ازای هر فرد مسن همگام با استانداردهای زیستی افزایش پیدا خواهد کرد.

این قضیه چیزی نیست که در گذشته اتفاق افتاده باشد. از سال ۱۹۷۰ هزینه‌های مدیرک امریکا به ازای هر عضو آن سالیانه ۳ درصد واحد سریع‌تر از سرانه تولید ناخالص داخلی رشد

1. Marta Marsh

پیدا کرده است. دفتر بودجه‌کنگره برآورد می‌کند که این رقم به یک درصد واحد کاهش می‌یابد ولی پیش‌بینی می‌کند که مصارف مدیکر در مقایسه با سهم تولید ناخالص داخلی تا سال ۲۰۵۰ سه برابر خواهد شد.

پیش‌بینی افزایش مصارف، به علت اثر مزایای جدید دارویی است که از سال ۲۰۰۶ برای سالمندان شروع خواهد شد. این مزایا طرحی غیرمعمول است، به گونه‌ای که بیمار ۲۵۰ دلار اول در هر سال را رأساً پرداخت خواهد کرد و مدیکر بخش اعظم ۲۰۰۰ دلار بعدی را پرداخت می‌کند. سپس بیمار ۲۸۵۰ دلار بعدی را پرداخت کرده و کل هزینه‌های بالاتر از این رقم توسط مدیکر پرداخت می‌شود. آقای کنت اسمیتز<sup>۱</sup>، از دانشکده وارتون، که اعتقاد به عدم توازن درازمدت منابع و مصارف مدیکر دارد می‌گوید: «ما خود این سوراخ بزرگ را ایجاد کرده‌ایم. آیا فکر کردیم که آن را چگونه پر خواهیم کرد؟» با این نگاه مدیکر بسیار گرانتر خواهد شد و مصارف دولت فدرال در برنامه مدیکر - که برنامه‌ای مشترک با ایالات برای هدایت پول به سمت اقشار کم‌درآمد (شامل سالمندان) است - به ۱۱/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی تا سال ۲۰۵۰ خواهد رسید و این امر نیازمند اعمال مالیات‌های سنگین بر مالیات‌دهندگان خواهد بود.

در کشورهای اروپایی افزایش در مصارف سلامتی موجب شده، بودجه‌های ملی از طیف مازاد به سمت کسری سوق پیدا کند. در کشور انگلستان افزایش شدید هزینه‌های گوشواره‌ای در سلامت موجب کاهش امکان تخصیص پول برای سایر برنامه‌های عمومی شده است. سالمند شدن جمعیت در اروپا چشمگیرتر است و نسبت افراد در سن اشتغال به افراد بالای ۶۵ سال نصف شده است به گونه‌ای که از نسبت ۴ به ۱ به نسبت ۲ به ۱ در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید و بنابراین افزایش بعدی در مصارف سلامت، تأمین منابع عمومی را دچار ناپایداری خواهد کرد. این پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که چرا تأمین بودجه‌های سلامت، نگرانی بسیار بزرگی را برای سیاست‌گذاران پدید آورده است. هر موقع وزرای اقتصاد کشورهای عضو گروه هفت (کشورهای بزرگ صنعتی) دور هم جمع می‌شوند معمولاً در مورد بازارهای ارز و یا ناپایداری اقتصادی صحبت می‌کنند اما آنان ماه می ۲۰۰۴ در خصوص سلامتی نیز حرف زدند. به راحتی می‌توان حدس زد که چرا افزایش بی‌انتهای هزینه‌های سلامت موجب داد و فریاد وزرای اقتصاد و دارایی

1. Kent Smetters

شده است ولی اگر افزایش مصارف سلامتی موجب زندگی طولانی تر شود چرا نباید این موضوع را جشن گرفت؟

## درس آناتومی

خدمات سلامتی چگونه تأمین مالی می شوند؟ کشورهای ثروتمند از روشهای متفاوتی برای پرداخت هزینه مراقبتهای سلامت استفاده می کنند ولی در اکثر آنها منبع اصلی پول، از بخش عمومی است. در کشورهای عضو سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه، در سال ۲۰۰۱ به طور متوسط ۷۲ درصد از مصارف سلامت از این منبع تأمین شده است. کمترین سهم را کشور امریکا دارد به طوری که در این کشور فقط ۴۵ درصد از کل مصارف سلامت از منابع عمومی تأمین شده است.

برای تأمین منابع سلامتی سه روش عمده وجود دارد:

– در روش اول قسمت اعظم آن از محل مالیات تأمین می شود مانند کشورهای کانادا، انگلستان و سوئد؛

– در روش دوم منابع از مشارکتهای اجباری کارگر و کارفرما جمع آوری می شود مانند کشورهای آلمان، فرانسه و هلند؛

– در روش سوم بخش اعظم مشارکتهای از طریق شرکتهای بیمه خصوصی اختیاری حاصل می شود که کشور امریکا تنها مثال این روش است و جریان منابع توسط کارفرمایان ایجاد می شود زیرا هزینه کردن در مزیای سلامتی برای کارکنان، جزو معافیتهای مالیاتی منظور می شود. با این نگاه برآورد می شود که دولت امریکا نیز حدود ۶۰ درصد از کل مصارف سلامتی را پرداخت می کند.

منابع خصوصی تأمین مالی مراقبتهای سلامت شامل پرداختهای بیمه ای و پرداختهایی از جیب است. برعکس امریکا، در بیشتر کشورها، بیمه های خصوصی، پوشش تکمیلی را به جای پوشش اولیه ارائه می دهند. در کانادا این منابع برای خدمات دندانسی (که توسط بیمه عمومی پوشش داده نمی شود) صرف می شود و در فرانسه این منابع برای پرداخت هزینه های مازاد بر برنامه های عمومی استفاده می شود. در کشور انگلستان بیمه تکمیلی خصوصی برای شکستن نوبت طولانی جراحی در سیستم خدمات طب ملی به کار می رود.

اگرچه مراقبهای سلامت به طور انحصاری از کیسه عمومی تأمین می‌شود، در برخی کشورها از طریق اقتصاد مختلط ارائه می‌شود. بیشتر پزشکانی که در بخش خدمات اولیه کار می‌کنند، یا خویش فرما هستند و یا در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند. بخش عمومی به طور عمده درگیر اداره بیمارستانهاست. در انگلستان از طریق عقد قرارداد با پزشکان کنترل بسیار شدیدی بر مراقبهای اولیه می‌شود. در عوض در کشور آلمان بیش از نیمی از تختهای بیمارستانی در اختیار بخش خصوصی غیرانتفاعی است و در کشور هلند بیش از ۹۰ درصد بیمارستانها، سازمان غیرانتفاعی خصوصی هستند. ساختار پرداخت نیز بسیار متفاوت است. در امریکا بیشتر پزشکان بر مبنای روش کارانه<sup>۱</sup> دستمزد دریافت می‌کنند. در فرانسه پزشکان مراقبهای اولیه به همین روش دستمزد دریافت می‌کنند ولی پزشکان شاغل در بیمارستانهای عمومی حقوق ثابت دارند. در انگلستان پزشکان شاغل در بیمارستان حقوق بگیر هستند و پزشکان عمومی آمیزه‌ای از روشهای سیرانه<sup>۲</sup> و پرداخت بر اساس عملکرد<sup>۳</sup> را دارا هستند. خانم الیزابت داکتوئر<sup>۴</sup>، اقتصاددان سلامت شاغل در سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه، اعتقاد دارد که در اکثر کشورهای ثروتمند، هم تأمین منابع و هم ارائه خدمات مختلط است. به این معنی که در امریکا سهم دولت از تأمین منابع در حال افزایش است در صورتی که در کشور آلمان سعی بر این است که افراد مشارکت بیشتری در پرداخت هزینه‌های سلامت خود داشته باشند. کشور فرانسه در حال عریض کردن پهنای مبنای تأمین منابع عمومی شامل منابع مالیاتی و مشارکتهای بیمه‌ای اجتماعی است. دولت بریتانیا در عین التزام به تأمین منابع عمومی برای خدمات سلامتی در حال اعطای خودگردانی به بیمارستانهای عمومی و استفاده از فراهم‌کنندگان بخش خصوصی برای ارائه خدمات بیشتر در سیستم طب ملی انگلیس است.

### آیا پول به خوبی هزینه می‌شود؟

بستگی به این دارد که شما چگونه تجمیع<sup>۵</sup> را انجام می‌دهید

علی‌رغم رشد غیرعادی و حیرت‌آور مصارف سلامتی طی ۴۰ سال گذشته همیشه این ایراد مطرح بوده که آیا مراقبتهای سلامتی ارزش پول خرج شده را داشته است؟ پیشرفتهای پزشکی مانند واکس،

1. fee-for-service
2. capitation
3. performance payments
4. Elizabeth Doctuer
5. Sums

آنتی‌بیوتیک علیه بیماریهای عفونی، که نسبتاً ارزان است، به طور واضحی موجب بهبود سطح سلامت مردم شده است. با این نگاه، بقیه مصارف موجب دستیابی به چه چیزی شده است؟

یکی از ابزارهای شایع اندازه‌گیری سطح سلامت، امید به زندگی است. این ابزار طی دهه گذشته در مقوله اثربخشی هزینه‌های سنگین از دو بعد مورد تردید قرار گرفته است. اولاً بیشترین افزایش در امید به زندگی قبل از ایجاد سیستم‌های مراقبت‌های ملی سلامت بوده است. به‌طور مثال در انگلستان و ناحیه ولز امید به زندگی در بدو تولد در نیمه اول قرن بیستم، ۲۰ سال افزایش یافته بود، در صورتی که در نیمه دوم فقط ۱۰ سال افزایش پیدا کرد. مهمترین علت دستیابی اولیه به امید به زندگی، نتیجه غلبه بر بیماریهای عفونی بود که ضایعات سنگینی را در قرن قبل به جامعه تحمیل می‌کرد. بیشترین بهبود قبل از استفاده وسیع از برنامه‌های ایمن‌سازی و آنتی‌بیوتیک‌ها بود. این چنین تصور می‌شود که مراقبت‌های پزشکی فقط عامل یک پنجم از افزایش امید به زندگی در آمریکا و بریتانیا در قرن بیستم است. و بقیه آن ناشی از بهبود تغذیه، بهداشت عمومی، تمیز بودن و خانه‌های سالم است.

دومین علت تردید، ناشی از مقایسه‌های بین‌المللی مصارف سلامت است. کشور آمریکا بیشترین سهم از تولید ناخالص داخلی خود را به مراقبت‌های پزشکی تخصیص می‌دهد ولی امید به زندگی مردم در بدو تولد در این کشور پایینتر از بسیاری از کشورهای است که بودجه سلامت معتدل تری دارند.

مقایسه‌های این‌چنینی اغلب برای نقد سیستم مراقبت‌های سلامت آمریکا و یا دفاع از بودجه‌های تنگ‌نظرانه پزشکی سایر کشورها به کار می‌رود، ولی واقعیت این است که سلامتی مقوله‌ای پیچیده است، به گونه‌ای که مراقبت‌های پزشکی فقط یکی از عوامل است. سلامت کالایی سرمایه‌ای است که افراد نه تنها از طریق هزینه در مراقبت‌های پزشکی بلکه توسط رفتارهای خودشان نیز در آن سرمایه‌گذاری می‌کنند. به‌طور مثال ترک سیگار و میگزاساری از این عوامل است. شرایط زیستی و عوامل محیطی نیز بر سلامت اثرگذار است.

آقای تد فرچ<sup>۱</sup>، از دانشگاه سانتا باربارا ای‌کالیفرنیا، می‌گوید تا چندی پیش بسیاری از اقتصاددانان سلامت در مورد مشارکت مراقبت‌های پزشکی در افزایش سلامت عمومی تردید

1. Ted Frech

داشتند. خود وی نیز جزو این گروه بود ولی حالا اعتقاد دارد علی‌رغم در نظر گرفتن اثر سبک زندگی، مراقبتهای پزشکی نیز در این امر تفاوت ایجاد می‌کنند. او به این باور رسیده که داروها، بویژه داروهای پایین‌آورنده کلسترول خون (استاتین‌ها) در مقابله با بیماریهای قلبی - عروقی بسیار ارزشمند است. مطالعه و بررسی در ۱۸ کشور پیشرفته در مصرف این قرصها نشان می‌دهد که کشورهایی که داروی بیشتری مصرف کرده‌اند، نسبت به کشورهایی که داروی کمتری استفاده کرده‌اند عمر طولانی‌تری داشته‌اند.

در عین حال کیفیت درمانها، بهبود قابل ملاحظه و جهش‌واری پیدا کرده است. اشکال جدید جراحی، کمتر تهاجمی بوده و بهبود سریع را ایجاد می‌کنند. استفاده از درمانهای دارویی جدید در بیماران پیوند قلب موجب می‌شود آنان فقط ۱۰ روز در بیمارستان استانفورد بستری شوند. در صورتی که در ۲۰ سال پیش از این، مجبور بودند ۲ ماه و حتی بیشتر بستری شوند. آقای جک تریپلت<sup>۱</sup>، اقتصاددان مؤسسه بروکینگ، از جراحی آب مروارید به عنوان مثالی دیگر یاد می‌کند. وی می‌گوید زمانی بیمار مجبور بود ۱۰ روز بی‌حرکت در بخش مراقبتهای ویژه بستری شود اما اکنون درمان به صورت سرپایی ارائه می‌شود. این امر نه تنها موجب بهبود کیفیت شده بلکه زمان بسیار کمی صرف می‌شود.

آقای دیوید کاتلر<sup>۲</sup>، اقتصاددان دانشگاه هاروارد، در کتاب پول شما یا عمر شما نکات جالبی از ارزش مراقبتهای سلامت ارائه می‌دهد. به طور مثال امروزه یک امریکایی ۴۵ ساله ۴/۵ سال بیش از کسی عمر می‌کند که در سال ۱۹۵۰ همین سن را داشته است؛ که عامل آن کاهش بیماریهای قلبی - عروقی است. او معتقد است دو سوم از این افزایش در امید به زندگی مربوط به مراقبتهای پزشکی و یک سوم باقیمانده در ارتباط با تغییرات رفتاری مانند ترک سیگار است. نرخ بقا برای شیرخواران دارای وزن کم در هنگام تولد به موجب درمانهای پزشکی، بهبود قابل توجهی یافته است و این دو قلمرو بزرگترین عامل تفاوت در مرگ و میر با ۵۰ سال قبل است.

### عمرتان چقدر برای شمار می‌ارزد؟

مردم ارزش بالایی را برای عمر طولانی قائل هستند. آقای کاتلر برآورد می‌کند که یک سال عمر

1. Jack Triplet

2. David Cutler



اضافه برای هر فرد ۱۰۰,۰۰۰ دلار ارزش دارد. بر این اساس وی به نتیجه‌ای شگفت‌انگیز می‌رسد که در امریکا مزایای پیشرفته‌های پزشکی برای این دو بیماری به تنهایی برابر با تمام افزایش هزینه‌های پزشکی در نیم‌قرن گذشته است. بنابراین یافته فوق با تصور جاری مبنی بر اینکه «ارزش مصارف پزشکی زیر سؤال است» مقابله کرده و از سرازیر شدن منابع به مراقبت‌های سلامتی دفاع می‌کند.

یکی از مشکلات موجود با این نوع تحلیل آن است که مقایسه مورد به مورد انجام نمی‌دهد زیرا هزینه، مقوله‌ای واقعی است و باید از درآمد کارگران تأمین شود؛ صرف‌نظر از اینکه محل آن حق بیمه، پرداخت نقدی، مالیات و یا مشارکتهای تأمین اجتماعی است. در صورتی که ارزش‌گذاری مزایا بیشتر خیالی است. درست است که این نگاه از یک گواه مجرد ناشی شده مانند مقدار پولی که مردم برای وسایل ایمنی مثل کیسه‌های هوای ماشین برای نجات زندگی خود در صحنه تصادف می‌پردازند، منطق فوق این سؤال را به ذهن می‌آورد که چرا بسیاری از مردم علی‌رغم هزینه بسیار کم چنین خدماتی از خود مراقبت نمی‌کنند. در صورتی که موقع بیمار شدن برای هزینه‌های مداخلات پزشکی مبلغ زیادی می‌پردازند؟

این تحقیق جدید باب مهمی را می‌گشاید آنچه در باب مشارکت طب در قرن گذشته مورد تردید بود امروزه با فشار بر امید به زندگی خود را نشان می‌دهد. چرا که انتظار نفع بیشتر از پیشرفت در علوم زیستی، خود را در درمان‌های خلاق نشان می‌دهد. درمان‌های بالقوه شامل روش‌های هدفمند در مبارزه با سرطان و مهندسی نسوج برای جایگزین کردن اندامهای ازکارافتاده از این دست است. آقای جان پاتس<sup>۱</sup>، رئیس پیشین بخش تحقیقات بیمارستان عمومی ماساچوست، می‌گوید: «افزایش بزرگ در امید به زندگی آینده در صورتی به وقوع خواهد پیوست که در حیطه ظرفیت دانش پایه علمی و سیستم ارائه پزشکی نگران هزینه‌ها نباشید و بیشتر خرج کنید».

آقای کاتلر معتقد است که درست است که هزینه‌ها در مقایسه با ارزش بالای سلامت باید کمتر نگران‌کننده باشد ولی در آن صورت سهم مصارف سلامت از اقتصاد، رشدی فزاینده داشته و به ۳۰ درصد خواهد رسید. اگرچه چنین رقمی عجیب و غریب به نظر می‌رسد، سهم فعلی پانزده درصدی در سالهای دهه ۶۰ که سهم بهداشت و درمان فقط ۵ درصد از تولید ناخالص داخلی را شامل می‌شد، عجیب و غریب است.

1. John Potts

دو نظریه عمده مخالف در روند فزاینده تخصیص درآمد ملی به مراقبتهای سلامتی وجود دارد. اگر این پدیده ناشی از گزینه‌های خصوصی افراد باشد، موجب اعمال محدودیت در بودجه خانوار خواهد شد. ولی آقای پیتر زیفل<sup>۱</sup>، اقتصاددان دانشگاه زوریخ، می‌گوید که این بازار، بازاری است که دولتها در طیفی وسیع در آن مداخله می‌کنند و آنها از دید خود نگران بالا رفتن مالیاتها هستند که به نوبه خود موجب کند شدن رشد اقتصادی می‌شود.

از طرف دیگر از دید سیاست‌گذاران باید تضمینی برای این مقوله وجود داشته باشد که پولی اضافی که در سلامتی هزینه می‌شود، مزایای متناسب و اضافی به همراه دارد. آقای گلدمن، از مؤسسه رند، این موضوع را به شکل دیگری بیان می‌کند. سؤال این است که آیا فناوریهای پزشکی در حاشیه خود اثربخش هستند؟ به طور مثال برای برخی از مردم مصرف استاتین‌ها به‌طور واضح ارزشمند است ولی آیا ما باید پول خود را در آب بریزیم؟ آقای کاتلر نیز که خود منتقد جدی بسیاری از هدر رفتن‌های مراقبتهای سلامتی است همین سؤال را دارد.

این نگرانیها با تجمع دستاوردهای اخیر در خصوص ناکارآمدی و هدر رفتن منابع در مراقبتهای پزشکی افزایش یافته است و به نظر می‌رسد قبل از نوشتن چک سفید برای بودجه‌های سلامتی لازم است این مشکلات مورد بررسی و حل و فصل قرار گیرد.

## بیماریهای تلف‌کننده

### حکایت کیفیت ضعیف و ناکارآمدی

تلاشهای ما برای ارائه فناوریهای امروزی با ظرفیتهای تولید پزشکی امروز، درست مشابه ساخت میکروپروپروسورها در یک کارخانه تیوب خلأ<sup>۲</sup> است. هزینه‌های هدر رفته، کیفیت ضعیف و ناکارآمدی، بسیار متعدد است. اگر سیستم‌های ارائه جاری قادر به استفاده کارآمد از فناوریهای امروز نباشد کمتر قادر خواهد بود که بتواند وزن فناوریهای فردا را، همراه با سالمند شدن جمعیت و افزایش طیف تغییرپذیری در کیفیت تحمل کند و منجر به خطاهای بیشتر، پاسخگویی کمتر، و هزینه‌های بیشتری همراه با هدر رفتن منابع و کیفیت ضعیف می‌شود.

1. Peter Zweifel

2. vaccum tube

متهم کردن سیستم مراقبتهای سلامت امریکا ناشی از عصبانیت کور نیست بلکه در گزارش معتبر انستیتو طب با عنوان «عبور از اختلاف فاحش در کیفیت» که نتیجه سالها تلاش کمیته کارشناسی است در خصوص استانداردهای ضعیف و هدر دادن آن بحث شده است.

یکی از علائم آشکار کیفیت ضعیف، مرگ تعداد زیادی از مردم به دنبال بروز خطاهای پزشکی است. در گزارش قبلی انستیتو طب برآورد شده بود که بیمارستانهای امریکا سالانه مسئول حداقل ۴۴۰۰۰ مرگ و شاید دو برابر آن هستند. خطاهای دارویی مانند دوزاژ غلط، به تنهایی عامل ۷۰۰۰ مرگ است. به گفته این انستیتو، مراقبتهای سلامتی در مقایسه با صنایع پرمخاطره در مقوله توجه به تضمین ایمنی اساسی، یک دهه یا بیشتر عقب هستند.

خطاهای پزشکی نه تنها موجب تراژدی‌های انسانی می‌شود، بلکه با ارائه صورتحساب، پول را هدر می‌دهند و به علاوه منابعی هم برای اصلاح آن صرف می‌شود. نوعی دیگر از هدر دادن پول، استفاده نامناسب از مداخلات پزشکی برای بیمارانی است که مخاطره آن مداخله بیش از مزایای بالقوه آن است. این امر در طیف وسیع و نگران‌کننده‌ای در حال اتفاق افتادن است. به طور مثال ۱۴ درصد از جراحیهای قلب باز در امریکا نامناسب ارزیابی شده است.

این روند در سایر کشورها نیز به همین شکل جریان دارد. مطالعات اخیر در کانادا و دانمارک بیانگر بروز بالای خطای پزشکی در بیمارستانهاست. آقای توماس شیولر<sup>۱</sup>، عضو هیئت ملی بهداشت و درمان دانمارک، اظهار می‌کرد که در بسیاری از کشورها تعداد زیادی از بیماران به خاطر درمانهای پزشکی آسیب می‌بینند که ناشی از بیماریهای زمینه‌ای آنان و یا استفاده بیش از حد از مداخلات پزشکی شایع است. در سوئد و بریتانیا به ترتیب ۱۰ و ۱۶ درصد جراحیهای قلب باز نامناسب تشخیص داده شده‌اند.

نوعی دیگر از هدر رفتن منابع، استفاده کمتر از مراقبتهای پزشکی مناسب است. گزارش اتحادیه ملی اطمینان از کیفیت<sup>۲</sup> که یکی از ناظرین مستقل مراقبتهای سلامت امریکاست، در سال ۲۰۰۳ برآورد کرد که بروز ۵۷۰۰۰ مرگ در سال بیانگر نارسایی امریکا برای ارائه بهترین مراقبتهاست. این کمیته محاسبه کرده است که نارسایی فوق سالانه هزینه‌ای برابر با ۱/۶ میلیارد دلار دارد که قابل پیشگیری است.

1. Thomas Schioler

2. National Committee for Quality Assurance (NCQA)

بر اساس مطالعهٔ اخیر که توسط مؤسسهٔ ذخیرهٔ فکری رند انجام شده، امریکاییان بزرگسال فقط نیمی از مراقبتهای پزشکی توصیه‌شده را دریافت کرده‌اند. مقایسهٔ کیفیت مراقبتها در پنج کشور استرالیا، کانادا، نیوزیلند، انگلستان و امریکا که توسط خانم الیزابت مک گلین<sup>۱</sup> انجام و در نشریهٔ امور سلامت<sup>۲</sup> منعکس شده نشان می‌دهد که امریکا نسبت به سایر کشورها عملکرد بهتری ندارد. وی اعتقاد دارد که این مطالعه نشان‌دهندهٔ تشابه در سطح عملکرد سیستم کشورهای فوق با سیستم کلی ایالات متحد است.

### به هم نزدیک شدن

گزارش انستیتو طب امریکا اعلام می‌کند که سیستم‌های پزشکی نیز ناکارآمد هستند، زیرا جراحان آگاهند که اعمال جراحی آنان بندرت، سر وقت انجام می‌شود. پزشکان و پرستاران منتظر می‌مانند تا داده‌های مربوط به اطلاعات حیاتی بیماران آماده شود. بنابراین تأخیرهای ایجادشده و موانع در ارجاع بیماران، زمان و انرژی زیادی را از پزشکان و متخصصان مشاور می‌بلعد.

در سیستم طب ملی انگلیس بسیاری از اتاقهای عمل، علی‌رغم فشار بسیار بالا که برای شکستن نوبت طولانی لیست انتظار وجود دارد بلا استفاده می‌مانند. بازرسی‌ها نشان می‌دهد که اتاقهای عمل به جای ۴۰ ساعت کار در هفته به طور متوسط ۲۴ ساعت کار می‌کنند. یکی از بزرگترین نارسایی‌های سیستم مراقبتهای سلامت این است که مراقبتهای ادغام‌یافتهٔ پزشکی بندرت فراهم می‌شود. بیماران در زمان اورژانس به‌طور مستقیم به بیمارستان محلی مراجعه می‌کنند و برای بیماریهای جزئی خود با پزشکان خانواده مشورت می‌کنند ولی موارد مزمنی مانند دیابت و بیماریهای قلبی - عروقی که روزه‌روز بر تعداد آن افزوده می‌شود و نیازمند مراقبت و مشاوره توأمان پزشک اولیه و بیمارستان هستند بدون درمان باقی می‌مانند. هماهنگی مؤثر این‌گونه مراقبتها منجر به درمانهای بهتر و ارزانتر می‌شود. بنا به گفتهٔ سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه، سازمانهای مراقبت سلامت، بیمارستانها و پزشکان همانند سیلوهای جداگانه عمل می‌کنند بدون اینکه مزایای داشتن اطلاعات کامل از وضعیت بیمار، تاریخچهٔ بیماری

1. Elizabeth Mc Glyn

2. Health Affairs

و خدمات ارائه شده همراه با داروهای تجویز شده در سایر مراکز و مؤسسه‌ها، مدنظر قرار گیرد. علاوه بر آن، ناکارآمدی از تخصیص ضعیف منابع در قسمت‌های مختلف سیستم سلامت نیز ناشی می‌شود به گونه‌ای که منابع زیادی در اختیار بیمارستانهای پرهزینه قرار می‌گیرد و در عوض منابع کمتری در اختیار مراقبت‌های اولیه کم‌هزینه گذاشته می‌شود. به طور سنتی پزشکانی که در مراقبت‌های اولیه اشتغال دارند عملاً مستقل کار می‌کنند. با توجه به تقاضای فزاینده بیماران و لزوم دسترسی همه‌جانبه و فوری و افزایش پیچیدگی علوم پزشکی، این نوع ساختارها عملکرد خوبی ندارند ولی علی‌رغم عدم تخصیص سرمایه کافی برای مراقبت‌های اولیه، این گونه درمانها هنوز هم بهتر از بیمارستان عمل می‌کنند.

سیستم ارائه خدمات پزشکی در کشور آلمان نیز به شکلی ناکارآمد سازماندهی شده است. صرف‌نظر از بعضی استثنائات، بیمارستانها فقط خدمات بستری را ارائه می‌دهند. بنا به گفته آقای راین هارد باس<sup>۱</sup>، از دانشگاه فنی برلین، متخصصان بیمارستانی قادر نیستند خدمات خود را در کلینیک‌های سریایی ارزاتر ارائه دهند. این نوع محدودیت که از سال ۱۹۳۱ در این کشور وجود دارد فرصتی ایجاد کرده که نیمی از متخصصان مستقل به جای کار کردن به صورت گروه‌های پزشکی، به طور مستقل در مطب خود به کار اشتغال داشته باشند و از این‌رو جداسازی کامل مراقبت‌ها موجب شده پیوستگی مؤثر بین پزشکان ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه و بیمارستانها (مانند بیماران سرطانی) میسر نشود. به همین دلیل اصلاحاتی در جهت لغو این نوع محدودیت‌ها در حال انجام است.

ولی کشور آلمان مثالی بارز از سیستم ارائه خدمات پزشکی است که طراحی آن به گونه‌ای است که به علایق پزشکان بیشتر جواب می‌دهد تا نیاز بیماران. تنها استثنای این قاعده سازمان حفظ سلامت<sup>۲</sup> به نام کایزر پرماتنه<sup>۳</sup> [در امریکا] است که خدمات را برای ۸/۲ میلیون امریکایی بیمه شده فراهم می‌کند. این مؤسسه در سال ۱۹۴۵ افتتاح شد و مدلی مشخص از ارائه خدمات سلامت است. این مؤسسه مالک قسمت عمده‌ای از بیمارستانها و تسهیلات پزشکی است که به کار می‌گیرد. پزشکان شاغل در این سیستم به جای دریافت کارانه حقوق دریافت می‌کنند، به

1. Reinhard Busse

2. health-maintenance organization (HMO)

3. Kaiser Permanete

شکل گروهی کار می‌کنند و مدیریت خودگردان دارند. این ساختار موجب شده مراقبت‌های پزشکی به شکلی ادغام‌یافته ارائه شود.

آقای ریچارد فیچم<sup>۱</sup>، مدیر اجرایی صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا در ژنو، تأکید می‌کند که «در سطح جهان هیچ نوع سیستم کاملی وجود ندارد و هر کدام کاستی‌های خاص خود را دارند. آنها مرتکب اشتباهاتی جدی می‌شوند که ضررش به مردم می‌رسد ولی مؤسسه کایزر نزدیکترین مرکز به سیستم ایده‌آلی است که من می‌شناسم». وی مطالعه «مقایسه عملکرد کایزر در کالیفرنیا را با سیستم خدمات طب ملی انگلیس» انجام داده و نشان داده که با فرض منابع یکسان، مؤسسه کایزر عملکرد بهتری داشته است. به اعتقاد او علت این عملکرد بهتر، ناشی از پیوستگی بهتر خدماتی است که توسط مؤسسه ارائه می‌شود؛ پیوستگی‌ای که بین پیشگیری و درمان، سرپایی و بستری، پزشکان ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه و بیمارستانها وجود دارد.

موارد فوق به کایزر اجازه می‌دهد تا بیماران خود را در هزینه اثربخش‌ترین سطح مراقبتی درمان کند و زمان گرانبهای بیمارستانی را اقتصادی‌تر کند. مقایسه دیگری که توسط آقای کریس هام<sup>۲</sup>، رئیس واحد استراتژی وزارت بهداشت انگلیس، در لندن انجام شد و در آن مراقبت‌های حاد برای افراد ۶۵ سال و بالاتر مورد بررسی قرار گرفت، نشان داد که در ۱۱ بیماری شایع کلینیکی، نرخ بستری بیمارستانی در سیستم خدمات طب ملی انگلیس بالاتر از کایزر بود. مدت اقامت بستری بیمارستانی نیز طولانی‌تر بود. این اختلاف در مورد بیماران مبتلا به سکتة مغزی و شکستگی مفصل ران بالاترین تفاوت را داشت، به گونه‌ای که در سیستم طب ملی بیماران ۵ تا ۶ برابر بیشتر از بیمارستانهای کایزر بستری می‌شوند.

آقای فیچم توضیح می‌دهد که کایزر توجه زیادی به چگونگی سیر حرکت بیماران در بیمارستان دارد. موقعی که بیماری وارد بیمارستان می‌شود ترخیص وی از قبل طراحی شده است. این راهبرد با پشتیبانی کامل پزشکان، و نه فقط مدیران، صورت می‌گیرد. رویکرد سیستماتیک به چگونگی حرکت بیمار بسیار بااهمیت است زیرا اگر تأخیرهای کوچک روی هم جمع شوند ممکن است موجب از دست رفتن ۴۸ ساعت شوند. این روش، مورد پسند بیماران نیز هست زیرا آنان متوجه می‌شوند که در کانون توجه کارکنان قرار دارند.

1. Richard Feachem

2. Chris Ham

## استفاده از سیستم ماشینی<sup>۱</sup>

روش دیگری که در سراسر جهان قابل اطلاق است و می‌تواند مراقبت‌های پزشکی ادغام‌یافته بهتر و بیشتری ایجاد کند، فناوری اطلاعات است. این فناوری وسیله‌ای برای پیشگیری از بسیاری از خطاهای پزشکی است. سیستم‌های رایانه‌ای شامل کارتهای الکترونیک بیماران، صحت دوزاژ دارو را کنترل کرده و در ارتباط با داروهایی که بیماران دریافت می‌کنند موجب بهبود ایمنی آنان می‌شود. پرونده‌های الکترونیکی بیماران باعث سهولت پیوستگی خدمات پزشکی بین پزشکان مراقبت‌های اولیه و بیمارستانها در سطح دوم خدمات می‌شود.

هم‌اکنون سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی در حال تلاش بیشتر برای استفاده از فناوری اطلاعات<sup>۲</sup> هستند. آلمان ۱/۸ میلیارد یورو برای ایجاد کارت الکترونیکی بیماران هزینه کرده است که آغاز عملیات آن از سال ۲۰۰۶ خواهد بود. آقای فیلیپ دوئسته بلیزی<sup>۳</sup>، وزیر بهداشت فرانسه، اعلام کرده که در حال اجرای طرح کامپیوتری پرونده‌های سلامتی به منظور جلوگیری از استفاده بیش از حد از پزشکان است که به دنبال ایجاد تقاضاهای کاذب توسط بیماران صورت می‌گیرد.

در امریکا مدیگر تأکید دارد که همزمان با شروع طرح تقبل بخشی از هزینه‌های دارویی سالمندان توسط دولت، پزشکان از روشهای الکترونیکی برای تجویز داروی سالمندان امریکایی استفاده کنند. آقای مارک مک کلیلان<sup>۴</sup>، مسئول مرکز خدمات مدیگر و مدیک‌اید<sup>۵</sup>، می‌گوید که زمان شروع مهمترین توجیه علت استفاده از این فناوری است. او انتظار دارد فناوری اطلاعات نقش بزرگی را در برنامه‌های مدیریت بیماریهای مزمن برای سالمندان امریکایی ایفا کند. به‌طور مثال «مؤسسه پاسیفی کر»<sup>۶</sup> که بیمه‌گر سلامتی در ایالت کالیفرنیاست، از ارتباطات مردم برای کنترل روزانه استفاده دارو توسط بیمارانی که مبتلا به بیماری احتقانی قلب<sup>۷</sup> هستند، بهره می‌برد.

در کشور بریتانیا پروژه‌های مهم‌تری در حال اجراست. در حال حاضر یادداشت‌های مربوط به بیماران هنوز به صورت نوشتاری و بر روی کاغذ انجام می‌شود. اطلاعات الکترونیکی در سیستم‌های متفرق و بسیار پراکنده به کار گرفته شده است و بخش اعظمی از آنها به‌طور موازی انجام می‌شود. هدف این است که وضعیت موجود با سیستم جامع الکترونیک ملی به ارزش ۶

1. deus ex machina      2. information technology (IT)      3. Philippe Douste Blazy  
4. Mark Mc MCCIellan      5. Centres for Medicare and Medicade Services (CMS)  
6. Pacificare      7. Congestive heartdisease

میلیارد پوند (۱۱ میلیارد دلار) جایگزین شود که در آن صورت بزرگترین پروژه فناوری اطلاعات شهری در جهان خواهد بود. تا سال ۲۰۰۷ کلیه نسخه‌های پزشکی به صورت الکترونیکی نوشته می‌شود و به داروخانه‌ها انتقال می‌یابد. تا سال ۲۰۱۰ دسترسی ادغام یافته به پرونده‌های بیماران برای کلیه دارندگان حرف بهداشتی - درمانی صرف نظر از محل کار آنها توسط سیستم فراهم خواهد شد.

ارائه طرح‌های فوق این امیدواری را ایجاد کرده که بتواند بدون افتادن در چاله‌هایی که معمول این گونه پروژه‌های بزرگ فناوری اطلاعات است استقرار یابد. تجربه فناوری اطلاعات در سایر صنایع خدماتی نشان می‌دهد که در مراقبت‌های سلامتی نیز ظرفیت بالقوه‌ای برای جلوگیری از به هدر رفتن منابع و افزایش کارایی وجود دارد. اما با در نظر گرفتن نگرانی‌های مربوط به حفظ اسرار بیماران و صرف زمان برای طراحی آن، استقرار سیستم ماشینی در مراقبت‌های سلامتی بسیار طولانی شده است. در اواسط دهه ۹۰ مطالعه‌ای که بر روی ۵۳ صنعت در کشور امریکا انجام شد، رتبه مصارف فناوری اطلاعات به ازای هر کارمند در صنعت مراقبت‌های سلامتی برابر با رتبه سی و ششم بود. مشابه همین نتیجه در مطالعه مصارف فناوری اطلاعات بریتانیا در سال ۲۰۰۰ به دست آمد. سیستم بانکی ۹ برابر بخش بهداشت و درمان در فناوری اطلاعات به ازای هر کارمند، هزینه کرده بود.

موارد فوق سؤال مهم دیگری را به ذهن متبادر می‌کند. بر اساس گزارش انستیتو طب امریکا به دلیل سطوح بالای هدر رفتن منابع در سیستم جاری، کمیته کارشناسی به این نتیجه رسید که تناقضی بین دنبال کردن همزمان کاستن از هزینه‌ها، از طریق کارایی و ایمنی بیماران، اثربخشی، بیمارمحوری، و به هنگام بودن وجود ندارد. شواهد بین‌المللی در مقوله هدر رفتن و ناکارآمدی نشان می‌دهد که این نتیجه نه تنها در امریکا بلکه در بسیاری از اقتصادهای پیشرفته سایر کشورها نیز مصداق دارد. بنابراین سؤال این است که چرا تلاش‌های جدی برای کنترل هزینه‌های پزشکی و جلوگیری از هدر رفتن منابع منجر به شکست شده است؟

## علائم درمانی

تلاش برای محدودسازی هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی محکوم به شکست است زمانی که دولتها برای اولین بار نگران هزینه‌های فزاینده سلامتی در اواسط دهه ۷۰ و ۸۰ شدند



سعی در کنترل دوباره مصارف کردند. روشها از کشوری به کشور دیگر متفاوت بود و از روشهای ساده تا بسیار پیچیده را شامل می‌شد. ولی همه آنها در یک موضوع مشترک بودند و آن اینکه هرگونه موفقیت اولیه در درون سیستم در نهایت با اعمال فشار برای مصارف بالاتر موجب هدر رفتن بیشتر منابع می‌شد.

تجربه اخیر فرانسه مشکل را بخوبی نشان می‌دهد. رشد مصارف سلامتی در انتهای دهه ۹۰ به عنوان نقطه عطفی در نظر گرفته می‌شود. خانم دومینیکه پولتون<sup>۱</sup>، مدیر مؤسسه تحقیقات اقتصاد سلامت ایردس<sup>۲</sup>، دو علت مهم برای آن قائل است؛ اولاً بیمارستانها مجبور به استخدام ۴۵,۰۰۰ پرسنل مازاد برای انجام ۳۵ ساعت کار در هفته هستند که همین امر موجب افزایش هزینه نیروی کار می‌شود. ثانیاً هزینه‌های دریافتی توسط پزشکان مراقبتهای اولیه، بعد از پایین نگه داشته شدن طولانی آن، هم‌اکنون بشدت افزایش یافته است.

اگرچه به اعتقاد وی علت ساختاری این بحران مالی، شکست اقدامات محدودسازی هزینه‌ها در راستای حذف انگیزه برای مصرف بیشتر در پزشکی است، بیماران فرانسوی می‌توانند هر پزشکی را (شامل متخصصان) که دوست دارند انتخاب کنند. پزشکان به ازای هر ویزیت حق‌الزحمه‌ای دریافت می‌کنند و به این ترتیب علاقه‌مندی برای حداکثر کردن تعداد ویزیت‌ها وجود دارد. کشور فرانسه سومین کشور از کشورهای سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه<sup>۳</sup> است که سهم بالایی از بیمه سلامتی خصوصی را داراست. اگرچه بخش عمده‌ای از آن برای پوشش فرانشیز (مشارکت در هزینه) ویزیت و دارو<sup>۴</sup> به کار می‌رود، همین اقدام در جهت عکس هدف مشارکت در هزینه است. چنانچه از نام آن پیداست، هدف از اعمال فرانشیز، (مشارکت در هزینه) تقلیل تقاضاست. بنابراین فرانسویان قهرمان بالاترین ویزیت (بار مراجعه) توسط پزشکان در اروپا هستند.

در سایر کشورها نیز در جهت تلاش برای کنترل مصارف، روندی مشابه در مقابله با عود هزینه‌ها صورت گرفته است. در کانادا و سوئد در دهه ۹۰ سعی در کنترل هزینه‌ها به عمل آمد ولی با افزایشی برابر با ۶ درصد در سال در خلال سالهای ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۲ مواجه شد. در کشور بریتانیا تلاش جاری در کنترل مصارف سلامتی در انتهای دهه ۹۰ موجب پایین نگه داشتن بودجه خدمات طب ملی

1. Dominique Polton

2. IRDES

3. Organization for Economic cooperation Development (OECD)

4. ticket modérateur

به میزان ۱/۵ درصد در سال شد که کمتر از نصف رقم متوسط آن طی ۱۵ سال قبل بود.

دولتها تلاشهای متفاوتی را برای محدودسازی هزینه‌های سلامت و با روشهای مختلف انجام داده‌اند که برخی از آنها عبارت‌اند از اعمال سقف بودجه بالانحص در بخش بیمارستانی، کنترل دستمزدها، تعیین سقف قیمت در تعرفه‌های پزشکی و نسخ دارویی، محدودیت در ورود دانشجویان جدید پزشکی و اعمال تأخیر در ورود فناوری‌های جدید. اگرچه این روشها برای مدت زمان کوتاهی اثر خوبی اعمال کرد، در نهایت به شکست انجامید. در بعضی موارد تقاضا برای افزایش دستمزد قابل مقاومت نبود و در بعضی دیگر، فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی با افزایش حجم خدمات پرهزینه، کنترل قیمت‌ها را دور زدند. علت اصلی چرایی شکست این روشها این بود که آنها نتوانستند موجب کارایی بیشتر شوند و فقط سعی کردند فشار درازمدتی را برای کنترل مصارف از طریق بهبود در فناوری اعمال کنند و در نهایت همه این تلاشها با افزایش نارضایتی بیماران به شکست انجامید.

راهبردهای پیچیده‌تر کنترل هزینه‌ها نیز کمتر از حد مورد انتظار به توفیق انجامید. یکی از مثالهای بارز آن انجام اصلاحات در سیستم پرداخت بیمارستانهای امریکاست که در ۲۰ سال پیش به وقوع پیوست. در سالهای اولیه استقرار برنامه مدیریت برای امریکاییان سالمند، یعنی سال ۱۹۶۵، مصارف تحت کنترل بود. بعد از آن دولت فدرال با یکی از بدترین ویژگی‌های بیمه خصوصی سلامت مواجه شد و آن بازپرداخت صورتحساب‌های بیمارستانی بود. این روش انگیزه کافی برای بیمارستانها فراهم می‌کرد تا بیماران خود را به مدت طولانی در بیمارستان بستری کنند و خدمات غیرضروری را برای آنان فراهم آورند. با انجام اصلاحات در سال ۱۹۸۳ سیستم پرداخت آینده‌نگر برای خدمات بستری مبتنی بر هزینه‌های اعمال جراحی و بیماریهای مختلف طراحی شد و از این رو برای گروههای مرتبط با تشخیص<sup>۱</sup> مبلغ از پیش تعیین شده‌ای به ازای هر بستری به بیمارستان پرداخت شد. اگرچه این نظام موجب کند شدن قابل توجه تورم هزینه‌ها شد، با اقدام متقابل بیمارستانها در دستکاری ساختار قیمت‌های جدید، از طریق طبقه‌بندی بیماریها به گروههای گرانیهاتر (که به عنوان خزش<sup>۲</sup> نامیده شد) و توسعه فعالیت‌های سرپایی که در این بسته قرار نمی‌گرفت، دوباره موجب افزایش هزینه‌ها شد. علی‌رغم انجام اصلاحات و توسعه این روش به سایر فعالیت‌های بیمارستانی و پزشکان، رشد مصارف به ازای

هر فرد تحت پوشش مدیکر از سال ۱۹۹۰ از رشد سرانه تولید ناخالص داخلی به اندازه ۲ درصد واحد در سال بالاتر رفت.

### درمانی دوباره از مراقبتهای مدیریت شده

در سایه چنین درسهایی، اصلاحات دهه ۹۰، سعی در مقابله با علت ریشه‌ای تورم هزینه مراقبتهای سلامتی کرد؛ روشی که در آن فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی بعد از پرداخت هزینه به جای مواجه شدن با مصرف‌کنندگان، در مقابل پرداخت‌کننده شخص ثالث قرار گرفتند. در کشور امریکا این روش در قالب «مراقبتهای مدیریت شده»<sup>۱</sup> تجلی پیدا کرد. کارفرمایان کارکنان خود را تحت پوشش طرحهایی بردند که هزینه‌ها را از طریق اعمال محدودیت در آزادی انتخاب فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی تحت کنترل درآورد. بین سالهای ۱۹۸۸ و ۲۰۰۰ اعضای تحت پوشش طرحهای مراقبت مدیریت شده از ۲۷ درصد به ۹۲ درصد رسید.

طرح مراقبتهای مدیریت شده اشکال متفاوتی داشت. در یک طیف طرحهایی مانند کاپیز بود که اعضا را محدود به پزشکان و تسهیلات درون سازمان خود می‌کرد و در طیف دیگر سازمانهای فراهم‌کننده خدمات ترجیحی<sup>۲</sup> بودند که اجازه می‌دادند اعضا با پرداخت هزینه بیشتر، از پزشکان و تسهیلات خارج از طرح نیز استفاده کنند.

با رشد این گونه طرحها خطوط تمایز بین طرحهای مختلف از شفافیت کمتری برخوردار شد ولی یک نکته مشترک بود و آن اینکه همه طرحها از درجاتی از اهرم اعمال قدرت بر پزشکان شاغل در بیمارستانهای سازمان حفظ سلامت و سازمان فراهم‌کننده خدمات ترجیحی برخوردار بودند، به گونه‌ای که در اعمال تخفیف بر قیمت خدمات مذاکره کرده، کنترل‌هایی در استفاده از خدمات پزشکی به کار بردند.

انقلابی که توسط طرحهای مراقبتهای مدیریت شده اتفاق افتاد، در یک محدوده زمانی، خوب عمل کرد. افزایش هزینه‌ها در بازاری که توسط کارفرما تأمین منابع می‌شد. روندی کاهنده پیدا کرد. این اثر از طریق کاهش سریع در رشد واقعی مصارف کلی سرانه مراقبتهای سلامت در امریکا به رقم ۲/۴ درصد در سال، طی سالهای ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۹ رسید که برابر نصف نرخ رشد آن

1. managed care

2. Preferred Provider Organizations (PPOs)

در ۲۰ سال گذشته بود. این کاهش راحتی قابل توجهی را برای کارفرمایان به دست داد چراکه آنان توانستند در نهایت بیماری شایع تورم هزینه‌ها در بخش سلامت را درمان کنند. پزشکان از طرح مراقبت‌های مدیریت شده متنفر بودند زیرا این گونه طرح‌ها به کیف پول آنها حمله کرده، استقلال مالی آنها را در معرض مخاطره قرار می‌داد. آقای مارک پاولی<sup>۱</sup>، اقتصاددان سلامت در دانشکده وارتون، می‌گوید: «اعمال محدودیت در انتخاب پزشکان و مراقبت‌ها موجب شد بین بیمه‌گران و پزشکان مسابقه کشتی برقرار شود.» عکس‌العمل‌های سیاسی به وجود آمده سبب شد کارفرمایان و بیمه‌گران که مراقبت‌های مدیریت‌شده را سازماندهی کرده بودند، مجبور شوند در انتخاب پزشکان و برخورداری از خدمات محدودیت کمتری قائل شوند که این امر منجر به برگشت افزایش هزینه‌های سلامت و رشد دو رقمی آن شد.

با فرو نشستن گرد و غبار ناشی از مراقبت‌های مدیریت‌شده مشخص شد که این انقلاب ظاهری بود تا واقعی. اگرچه هدف اصلی، توسعه مدل کاپزر و ایجاد رقابت در میان سازمانها در سراسر امریکا بود، با توجه به اظهارات آقای فرانسیس ژای کراسون<sup>۲</sup>، نماینده پزشکان مؤسسه کاپزر، فرهنگ یک شرکت در طول سالیان متمادی شکل می‌گیرد و قابلیت مشابه‌سازی یک‌شبه را، که بیمه‌گران انتظار داشتند، ندارد. آقای پاول به گونه‌ای دیگر آن را بیان می‌کند و می‌گوید مراقبت‌های مدیریت‌شده در تست بازار شکست خورده‌اند.

علی‌رغم اینکه موضوع به صورت یک انقلاب شروع شد، به سازوکاری تبدیل شد که بیمه‌گران توانستند تخفیف‌های قیمتی از پزشکان و بیمارستانها دریافت دارند. آقای نورمن در تحلیل علت شروع این گونه اقتصادها اعتقاد دارد که امریکا در دهه ۹۰ مواجه با ظرفیت مازاد از مراقبت‌های پزشکی بود ولی در انتهای این دهه این ظرفیت مازاد جذب شد و بنابراین موجب شد بیشتر بیمه‌گران نتوانند بهبود واقعی در هزینه - اثربخشی اعمال کنند.

قضاوتی که در مورد مراقبت‌های مدیریت‌شده می‌توان ارائه کرد این است که راهبردهای محدودسازی هزینه‌ها هرچه که باشد، همانند پیشینیان خود فقط علائم را درمان می‌کند. اشتباه است اگر تصور کنیم اقدامات کنترل هزینه‌ای بی‌فایده بوده زیرا سیستم پرداخت آینده‌نگر برای خدمات بیمارستانی می‌تواند سنگ زیرین آسیاب برای اصلاحات بعدی قرار گیرد ولی توجه به

1. Mark Pauly

2. Francis Jay Crosson

این نکته اهمیت دارد که بدانیم علی‌رغم کلیه تلاشها برای کنترل هزینه‌ها در ۲۰ سال گذشته، هدر رفتن منابع امری شایع است. خانم داکتور، از سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه، معتقد است که سعی در فشار آوردن بر هزینه‌ها به تنهایی کار نخواهد کرد. راه چاره اساسی تغییر بنیادین در سیستم ارائه مراقبتهای پزشکی است.

## راه چاره‌های جدید

باید راه حل بهتری وجود داشته باشد

سوء کارکرد مزمن بازارهای مراقبتهای بهداشتی - درمانی بیانگر این است که باید راه حل ساده‌ای وجود داشته باشد و به جای محدود کردن مصرف‌کنندگان فردی به آنها اجازه بدهیم خود انتخاب کنند. این گزینه در سایر بازارها بخوبی کارکرد دارد. چرا باید در بازار بهداشت و درمان جواب ندهد؟ پاسخ معمول این است که مصرف‌کنندگان خدمات پزشکی فاقد اطلاعات کافی برای انتخاب گزینه‌های آگاهانه هستند. در شرایط اورژانس هر فرد باید متکی به مهارتهای حرفه‌ای و توصیه‌هایی باشد که بیمارستان محلی در اختیار وی قرار می‌دهد. در سایر موارد نیز بیماران مجبورند با هدایت پزشکان خود از مسیر پیچیده خدمات پزشکی بگذرند. در این حالت اگر پزشکان بخواهند با توجه به حجم رو به رشد تحقیقات کلینیکی، در رشته خود سرآمد شوند در آن صورت افراد چه امیدی در پیش رو خواهند داشت.

اعمال قدرت مصرف‌کننده در بازار بهداشت و درمان به دلیل شکاف اطلاعاتی بین پزشک و بیمار با مشکل جدی مواجه است. تصمیم درباره اقدام درمانی به‌طور انحصاری در اختیار پزشکی است که خود آن را پیشنهاد می‌دهد و خود نیز مراقبت را فراهم می‌کند. به همین دلیل است که اقتصاددانان سلامت اعتقاد به مداخله دولت در این بازار دارند به گونه‌ای که پرداخت‌کننده انحصاری، قدرتمند و دارای توانایی مقابله با فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی باشد.

دولت کارگری انگلستان تلاش دارد خدمات سلامتی را که از محل منابع عمومی تأمین می‌شود، شخصی‌تر کرده و به مصرف‌کنندگان قدرت انتخاب بیشتری بدهد. در دنیای طب به‌طور فزاینده‌ای این فرضیه مورد پذیرش واقع می‌شود که مراقبتهای سلامتی باید بیمارمحور باشد. هرچه بیماریهای مزمن رو به فزونی می‌گذارد، عقیده «بیماران ماهر»<sup>۱</sup> که نقش حیاتی در

1. expert patients

مدیریت و کنترل بیماریهای خود بازی می کنند، جدی تر می شود. مستندات نشان می دهد که این گونه بیماران بهتر عمل کرده، هزینه کمتری دارند و بهتر از بیماران عمل می کنند که نقشی غیر فعال دارند.

یکی از عوامل توانمندسازی مصرف کنندگان، مراقبتهای سلامتی اینترنت است. گزارش سال ۲۰۰۲ نشان می دهد که بیش از ۷۰ میلیون امریکایی از اینترنت برای به دست آوردن اطلاعات سلامتی بهره برده اند و بیش از ۶۰ میلیون نفر هر روز به همین منظور از آن استفاده می کنند. با داشتن اطلاعات بیشتر، امریکاییان در قبال پولی که برای مراقبتهای سلامتی هزینه می کنند ناشادتر می شوند. خانم مارگارت اوکین<sup>۱</sup>، رئیس اتحادیه ملی اطمینان از کیفیت، می گوید مصرف کنندگان خدمات سلامت هر چه بیشتر از کیفیت آگاه می شوند، از میزان هزینه ها بهت زده می شوند.

### قدرت مصرف کننده

صنعت بیمه های سلامتی خصوصی در کشور امریکا فرصت تغییر را در اختیار دارد. پس از بروز عکس العمل های سیاسی علیه مراقبتهای مدیریت شده، سازمانهای بیمه ای به دنبال روشهایی هستند که مسئولیت بیشتری را از طریق طرحهایی که ویژگی مشارکت در هزینه بالاتری داشته اند و فرانشیزها بالاتری را اعمال می کنند، به مصرف کنندگان بدهند. بنا به گفته آقای جمیز رابینسون<sup>۲</sup>، از دانشگاه برکلی کالیفرنیا، این تفکر موجب اختراع مجدد بیمه سلامت در «عصر مصرف کننده» خواهد شد. خانم رژینا هرزلینگر<sup>۳</sup>، از دانشگاه تجارت هاروارد، که نویسنده کتاب جدید مراقبتهای سلامت با هدایت مصرف کننده<sup>۴</sup> است معتقد است که فقط قدرت مصرف کننده می تواند بیماری سیستم مراقبتهای سلامت امریکا را شفا دهد. وی اعتقاد دارد اگرچه اطلاعات پزشکی ممکن است بسیار پیچیده باشد، همین امر در بسیاری از بازارهای مصرف نیز وجود داشته با موفقیت هدایت می شود.

اگر هر مصرف کننده ای بتواند کنترل بیشتری در مراقبت از سلامت خود اعمال کند، در عین بیمه بودن، از اموال نیز حفاظت خواهد کرد. در امریکا معافیتهای مالیاتی حسابهای پس انداز

1. Margaret O'kane

2. James Robinson

3. Regina Herzlinger

4. *Consumer-driven Health Care*

سلامتی برای بسیاری از افراد آن قدر جاذبه داشته است که امکانی در اختیار داشته باشند تا سهم خود را از این گونه هزینه‌ها افزایش دهند.

تأکید زیاد بر مصرف‌کنندگان انفرادی به سر آمده است و حال نوبت فراهم‌کنندگان خدمات است. خانم مارش، رئیس بیمارستان استانفورد، می‌پذیرد زمانی که افراد سهم بیشتری از صورت‌حساب را می‌پردازند، بیمارستانها تحت فشار رقابتی بیشتری قرار می‌گیرند ولی هیچ کدام از این روشها تغییر شکل بنیادینی ایجاد نمی‌کند. زیرا اقلیت نسبتاً کوچکی از امریکاییان قادرند برای مراقبتهای خود پس‌انداز کنند و بنابراین سهم بیشتر پرداخت از جیب توسط مصرف‌کننده لزوماً بودجه‌های سلامت را محدود نخواهد کرد. در کشور سوئیس علی‌رغم بالا بودن این گونه پرداختها، مصارف کلی سلامت کشور به صورت نسبتی از تولید ناخالص داخلی در مقایسه با امریکا مقام دوم را دارد.

نکته مهم دیگر این است که مصرف‌کنندگان باید بتوانند این گونه پس‌اندازها را با بیمه سلامت درهم بیامیزند. در این مقوله تجربه سوئیس ناامیدکننده است و نشان می‌دهد که انتخاب بیمه سلامتی می‌تواند منجر به نتایج گمراه‌کننده و نامطلوب شود. از سال ۱۹۹۶ افراد تحت پوشش طرحهای بیمه سلامت اجباری دولت حق انتخاب بین بیمه گران رقابتی مختلف را دارند. همه این بیمه‌گران بسته‌ای از مزایای استاندارد را فراهم می‌کنند. اصلاحات انجام‌شده به منظور تشویق رقابت بین بیمه‌گران صورت پذیرفته است. بررسی نشان می‌دهد اگرچه فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی از این امر راضی هستند، بیمه‌گران سعی در انتخاب ریسک‌های خوب، علی‌رغم وجود طرح «برابرسازی ریسک» مرتبط با سن و جنس را دارند. در این ارتباط شرکتهایی که می‌توانند اعضای سالمتر را جذب کنند قادرند حق بیمه را پایتتر نگه دارند زیرا افراد کم‌هزینه را جذب کرده‌اند.

از آنجایی که رقابت فقط بر محور انتخاب ریسک قرار گرفته است، هیچ‌گونه اثر نیروبخشی را بر فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی اعمال نکرده و بنابراین مصارف سلامتی کماکان در حال رشد است.

در کشور امریکا انتخاب ریسک از طریق ارتباط بین پوشش بیمه‌ای و اشتغال تعدیل می‌شود، یعنی بیمه‌گرانی توسط کارفرمایان انتخاب می‌شوند که کلیه کارکنان را پوشش دهند.

آقای بروس بوداکن<sup>۱</sup>، رئیس و مدیر اجرایی سپرآبی کالیفرنیا، که ۲/۷ میلیون بیمه‌شده را پوشش می‌دهد، می‌گوید این تجربه در بازارهای انفرادی به صورت وسیع وجود دارد. او معتقد است که بیمه‌گران سلامت باید کلیه تبعات سیستم را با تعدیل مؤثر ریسک بپذیرند. در این صورت است که می‌توان به جای ریسک، در مقوله خدمت و کیفیت رقابت کرد.

در حال حاضر اصلاحات در مراقبتهای سلامت باید بر تشویق بیشتر رقابت بین فراهم‌کنندگان خدمات متمرکز شود. به همین دلیل لازم است بیمه‌گران سلامتی و پرداخت‌کنندگان از منابع عمومی، خریداران مؤثرتر مراقبتهای پزشکی شوند. تاکنون، آنان به دلیل فقدان اطلاعات کلیدی در زمینه کیفیت مراقبتهای پزشکی خریداری‌شده در موضع ضعف قرار داشتند. بنا به گفته سوزان دلبانکو<sup>۲</sup>، رئیس اجرایی گروه لپ فراگ<sup>۳</sup>، که سازمانی کارفرمایی است و سعی در افزایش استانداردهای مراقبت برای بیمارستانهای امریکا دارد، می‌گوید خریداران مراقبتهای سلامت صرف‌نظر از خوب یا بد بودن مراقبت و وجود یا عدم وجود اشتباهات، پرداخت یکسانی دارند.

### بهترین کارکرد

تکوین استانداردهای کیفیت قادر است شفافیت بیشتری را در بازارهای مراقبتهای پزشکی ایجاد کند. در امریکا انگیزه‌های امیدوارکننده‌ای در حال بروز است. اتحادیه تعیین کیفیت ملی، در آغاز کار، پایش طرحهای مراقبتهای سلامتی بیمه‌گران را عهده‌دار بود، ولی بعدها ارزیابی خدمات پزشکی را نیز در دستور کار خود قرار داد. از سال ۱۹۹۷ برنامه‌هایی را انجام داده تا بتوانند شناخت لازم استانداردهای کیفیت را برای درمان دیابت در اختیار گروههای پزشکی و پزشکان قرار دهد. این اتحادیه در سال ۲۰۰۳ برنامه شناسایی مشابهی برای پزشکانی که از بیماران قلبی و سکتی‌های مراقبت می‌کردند، انجام داد.

گروه لپ فراگ که ۴ سال پیش تأسیس شده و فلسفه اولیه آن تلاش در ایجاد بیمارستانهای ایمن در راستای حفظ زندگی افراد بوده است، کامپیوتری کردن تجویز دارو، در اختیار گذاشتن مراقبتهای ویژه، تحت نظارت مدیریت تخصصی، و تمرکز اعمال پرمخاطره در بیمارستانهایی

1. Bruce Bodaken

2. Suzanne Delbanco

3. Leap Frog



با حجم کافی از متخصصان مورد نیاز را در دستور کار خود قرار داده است. در زمان ارائه گزارش، ۶۰ درصد از بیمارستانها در مکانهایی قرار داشتند که بیش از نصف جمعیت امریکا را، تحت پوشش خود داشتند ولی اکنون آنها می‌خواهند ۲۷ فعالیت دیگر را نیز از دیدگاه نشانگرهای کیفی بررسی و گزارش کنند.

در ساحل غربی امریکا، مؤسسه پاسیفی کر با استفاده از داده‌های مربوط به صورت‌حساب‌های داخلی خود، گزارشهای کیفی در ارتباط با فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی را فراهم می‌کند. به‌طور مثال در منطقه لس‌آنجلس شبکه‌ای از گروههای پزشکی که بهترین کارکرد را با توجه به شاخص‌های کیفی داشتند، ۲۰ درصد ارزانتر از سایر افراد خدمات ارائه دادند، در عین اینکه شاخص‌هایشان ۲۰ درصد بالاتر نیز بود. از سال ۱۹۸۸ که مؤسسه پاسیفی کر این‌گونه گزارشها را منتشر می‌کند، هر سال ۶/۵ درصد از اعضای تحت پوشش با انتخاب خود به سمت بهترین فراهم‌کنندگان متمایل می‌شوند. آقای سام هو<sup>۱</sup>، رئیس دفتر پزشکی بیمه گران، معتقد است که همین عملکرد نوعی از طب مستندمحور است و پزشکان نیاز دارند اطلاعات بیشتری از اثربخشی اقدامات تشخیصی درمانی خود داشته باشند.

در سایر کشورها به‌طور فزاینده‌ای اصلاحات به سمت تقاضای مراقبتهای سلامتی هدف‌گیری شده است. یکی از این موضوعات سیستم‌های پرداخت آینده‌نگر برای مراقبتهای بیمارستانی است که هم‌اکنون در خارج از امریکا در کشورهای استرالیا، سوئد، بریتانیا و آلمان در حال انجام است و امید است سیستم‌های جدیدی طی چهار سال آینده طراحی شود. همانند امریکا این‌گونه سیستم‌ها، در کشورهای مذکور، در ابتدا عملکرد خوبی داشتند زیرا فعالیتهای ضعیف و نامناسب را نشان داده، به بیمارستانها فشار می‌آوردند تا کاراتر عمل کنند ولی دولتها سعی داشتند تفکرات خود را اعمال کنند. آقای جان اپل‌بی<sup>۲</sup>، اقتصاددان بنیاد کینگز، مؤسسه‌ای فکری برای سیاست‌گذاری سلامتی، می‌گوید: «در بریتانیا تعرفه‌های جدید به این معنی است که برخی بیمارستانها ۳۰ درصد از منابع خود را از دست خواهند داد». آقای کریستف فوکس<sup>۳</sup>، مدیر اتحادیه پزشکی آلمان، همین امر را این‌گونه بیان می‌کند: «امید است تعدادی از بیمارستانها در نتیجه این تصمیمات تعطیل شوند.»

1. Same Ho

2. John Appleby

3. Christoph Fuchs

به نظر می‌رسد سیستم‌های جدید پرداخت، بدون انجام اصلاحات بعدی به شکلی دیگر از کنترل قیمت‌ها استحال خواهد شد، اگرچه دولتها تلاش خواهند کرد رقابت بیشتری بین فراهم‌کنندگان خدمات ایجاد کنند. در آلمان دولت تلاش دارد برنامه‌های مراقبتی ادغام‌یافته را، که بخش‌های بیمارستانی و مراقبت‌های اولیه را به هم نزدیک کرده و گروه‌های جدید پزشکی را از نظر کاری ایجاد خواهد کرد، تقویت کنند. آقای باسه<sup>۱</sup>، از دانشگاه فنی برلین، می‌گوید: «مهمترین گام در برداشتن مانع بین بیمارستانها و سایر فراهم‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی، همین برنامه‌های مراقبت ادغام‌یافته است».

### تجربه جهانی سازی

در تلاش بعدی برای تحریک سمت عرضه، دولت سعی کرد گروه‌های پزشکی خارجی را جذب بازار سیستم خدمات طب ملی کند. این گروه توانستند طی یک برنامه پنج‌ساله هر سال ۲۵۰ هزار عمل جراحی انتخابی را انجام دهند. اگرچه این مقدار فقط ۵ درصد از ۵ میلیون جراحی انتخابی را در سال ۲۰۰۲ به خود اختصاص داد، ورود رقابت‌کنندگان جدید به عرصه ارائه خدمات، علامتی قوی را به بیمارستانهای ناکارآمد بخش دولتی فرستاد. دولت هم‌اکنون در تلاش برای برنامه‌ریزی است تا فراهم‌کنندگان خصوصی بتوانند تا ۱۵ درصد از اعمال جراحی انتخابی را تا اوایل سال ۲۰۰۸ انجام دهند.

در عین اینکه اروپا در حال پیشرفت است، از آمریکا علائم نگران‌کننده‌ای در سمت عرضه خدمات می‌رسد که نشان می‌دهد این بخش کمتر رقابتی است.

در هر حال عقاید جدید در جهت اصلاح مراقبت‌های سلامتی ظرفیتهای بالقوه‌ای خواهند داشت. برخلاف سیاستهای محدودسازی قبلی، عقاید جدید به سمت عناصر ساختاری در بازارهای پزشکی هدف‌گیری شده است. به گونه‌ای که بتواند هزینه‌ها را در عین وجود هدر دادن منابع تحت فشار قرار دهد. بنابراین هنوز هم کار زیادی لازم است تا سیستم‌های سلامت بتوانند ارزش بهتری را در قبال پول هزینه داشته باشند.

1. Busse

## دارو مصرف نکنید

### اگرچه اصلاحات کند و مشکل است، چاره دیگری وجود ندارد

مراقبتهای سلامت در کشورهای پیشرفته نشانگر یک پارادوکس است. از یک سمت پیشرفت در پزشکی، عمر را طولانی کرده و کیفیت آن را بهبود بخشیده است که برای افرادی که از آن سود می‌برند ارزش بسیار بالایی دارد، از طرف دیگر مستندات موجود در نرخ خطاهای پزشکی نشان می‌دهد که در بیمارستانها پزشکان به طور معمول اولین قانون پزشکی را که صدمه نرساندن به بیمار است، زیر پا می‌گذارند. هدر رفتن وسیع منابع وجود دارد و در عین حال هزینه‌های مراقبت سلامتی به طور ماریجی بالا می‌رود و علائم هشداردهنده‌ای به افراد، کارفرمایان و پرداخت‌کنندگان مالیات می‌دهد. هزینه‌های پزشکی بسیار شناور بوده، به گونه‌ای که راهبردهای محدودسازی هزینه‌ای در نهایت منجر به شکست شده است.

اگرچه خود ارزیابی درازمدت و آرام توسط دارندگان حرف پزشکی ضروری است، به تنهایی کافی نیست. پزشکان و بیمارستانها در دنیای پیشرفته عهده‌دار سیستمی بشدت معیوب از ارائه خدمات پزشکی هستند که نیازمند مهندسی مجدد و جامع است. فناوری اطلاعات نقش بزرگی را در این زمینه ایفا خواهد کرد ولی همین امر قادر نخواهد بود بدون انگیزه‌های صحیح در مراقبتهای سلامت دگر دیسی ایجاد کند.

آنچه نیاز است این است که تغییر در ساختار سیستم‌های مراقبتهای سلامتی به گونه‌ای انجام شود که آنها را به سمت مفیدی، هدایت کرده، قدرت خریداران را تقویت کرده و رقابت را در تأمین خدمات پزشکی افزایش دهد. بحث سستی این است که مراقبتهای سلامت به قدری اهمیت دارد که نباید به تنهایی به تعاملات بازار سپرده شود. در صورتی که نظریه مخالف آن، این است که این‌گونه مراقبتها اصلاً نباید وارد بازار شود.

### دولتها چه اقداماتی می‌توانند انجام دهند

این امر نیازمند تفکر مجدد توسط دولت در جهت مداخله در کلیه بازارهای مراقبت سلامت است، زیرا دولت پرداخت بخش عمده‌ای از صورتحساب‌ها را به عهده دارد. این مداخلات می‌تواند سازنده باشد به این معنی که به جای ریشه‌کنی بازار سعی کند رقابت را در عین بها دادن به ارزشهای اجتماعی و برابری در مراقبتهای سلامتی تقویت کند. بنابراین در بریتانیا دولت

کارگری دریافته است که تناقضی بین اقدام تاریخی به آزاد کردن خدمات قابل ارائه توسط پزشکان و بیمارستانها از یکسو و ایجاد بازار داخلی در سیستم خدمات طب ملی انگلیس از سوی دیگر وجود ندارد. در کشورهایی که بیمه گران با یکدیگر رقابت می کنند، دولتها می توانند منابع عمومی را به سمت اقشار فقیرتر و بیمارتر هدایت کنند، به گونه ای که بیمه قابل دسترس باشد و رقابت مؤثرتری را در راستای ارائه مراقبتهای پزشکی بهتر ایجاد کند.

درس دیگر این است که از آنجایی که دولتها منابع بخش عمده ای از مراقبتهای سلامتی را تأمین می کنند، ضرورت ندارد که خود آن را ارائه کنند. سیستم طب ملی انگلیس ۱/۴ میلیون کارمند دارد که آن را سومین کارفرمای بزرگ جهان بعد از ارتش سرخ چین و راه آهن هند ساخته است. این اقدام انحصاری در تأمین مراقبتهای پزشکی موجب شده از استقرار تجاربی که مالکیت بیمارستان را تغییر می دهد، ممانعت شود که این امر سبب بروز اخلاقیات ضعیف نیروی کار می شود.

دولتها باید در نقش خود به عنوان قانونگذار تجدیدنظر کنند. به طور تاریخی تنظیم ضوابط موجب جلوگیری از رقابت می شود، زیرا از عقد قرارداد انتخابی بین خریداران و فراهم کنندگان جلوگیری می کند. نقش خوب برای قانونگذار به گونه ای است که خود پشتیبان رقابت شود. تنظیم کنندگان قوانین باید استانداردهای کیفیت را تدوین کرده و عملکرد سیستم را بر اساس برخی از انگیزه ها پایش کند که ارزش آنها قبلاً در امریکا به اثبات رسیده است.

مهندسی مجدد مراقبتهای سلامتی قطعاً نیازمند اصلاحات در نحوه پرداخت فراهم کنندگان خدمات پزشکی است. خانم اوکین معتقد است که تغییر در سیستم پرداخت گریزناپذیر و هدف آن بسیار شفاف است: پرداخت به پزشکان برای انجام کار صحیح در زمان صحیح و بهترین راه دستیابی به این هدفی است که کمتر شفاف است، زیرا روش پرداخت کارانه<sup>۱</sup> بهره وری را تقویت کرده ولی استفاده بیش از حد را تشویق می کند. برعکس آن، پرداخت حقوق مستقیم به پزشکان در بازارهایی که به شدت کنترل شده، منجر به کاهش عملکرد می شود و بنابراین بهره وری لازم به دست نمی آید. اصلاحات موفق باید سیستم پرداخت را به گونه ای تغییر شکل دهد که موجب افزایش کیفیت و بهبود عملکرد شود. آقای مک کلی لان می گوید: «ما سعی می کنیم بیشتر به

1. fee for service

سمت انگیزه‌های مالی حرکت کنیم که پرداخت مستقیم برای نتایج بهتر<sup>۱</sup> داشته باشیم که در نتیجه چنین اقدامی هزینه مراقبت‌ها کاهش می‌یابد.»

بنابراین مدل تک اندازه‌ای که بتواند پاسخگو در مراقبت‌های سلامت باشد، وجود ندارد. سیستم‌های سلامت به روش‌های متنوعی توسعه یافته‌اند. به گونه‌ای که تاریخ و ارزش‌های هر کشوری را به طور انفرادی نشان می‌دهد. از این رو مهم‌ترین موضوعی که باید انجام شود این است که این گونه ساختارها طوری تغییر یابند که فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی را تشویق به کار بهتر کنند نه اینکه موجب آزردهی خاطر آنها شوند. زیرا «ارائه یک راه حل ملی و منفرد برای آمریکا که کشوری بسیار بزرگ و بسیار متنوع است، چاره‌ساز نیست».

مشکلات موجود در انجام اصلاحات نباید کوچک شمرده شود. سیستم‌های مراقبت سلامتی امروزین آمیخته با علایق بسیار قوی است. هر دلاری که با استفاده از عملیات هزینه اثربخشی صرفه‌جویی می‌شود، یک دلار از درآمد آحاد امریکاست. ولی جایزه تغییر شکل سیستم‌های سلامتی دارای عملکرد نامطلوب به سیستم‌های دارای کیفیت بالا و قابل خرید توسط همگان به قدری ارزش دارد که می‌توان پا را از گلیم خود فراتر گذاشت.