

تحول و تکامل نظام درمان و

بیمه درمانی کانادا*

رابرت جی. ایوانز و مورین ام. لاؤ

ترجمه دکتر ابوالقاسم پوررضا

نظام بیمه‌های درمانی همگانی کانادا، موفق‌ترین و محبوب‌ترین برنامه ملی محسوب می‌شود. این نظام، بسیار فراتر از دستگاہی برای پرداخت صورت‌حساب‌های پزشکی است، و بسیاری از مردم آن را به عنوان نهاد مهمی از تعاون اجتماعی و نشانه ملموسی از همیاری‌های متقابل می‌شناسند و محترم می‌دارند. در کشوری که نیروهای قدرتمند تفرقه‌انگیز، ریشه در تاریخ و جغرافیا دارند، نظام بیمه خدمات درمانی یک نهاد و یک اندیشه مهم وحدت‌بخش به‌شمار می‌آید. این نظام بیانگر برابری بنیادی شهروندان کانادایی در برابر مرگ و بیماری است، و نیز تعهدی است بر این که جامعه هر فردی را که با این مسایل مواجه شود، از طریق بخش عمومی، تا آن‌جا که ممکن باشد کمک می‌کند. همان‌گونه که دیوید پیتوسن^۱، نخست‌وزیر انتاریو^۲، در افتتاحیه "کنفرانس بین‌المللی کیفیت و کارایی مراقبت‌های درمانی سال ۱۹۸۹" اعلام داشت، "هیچ برنامه اجتماعی خاصی در این کشور وجود ندارد که بتواند تا بدین حد کانادایی بودن^۳ را تعریف کند یا برای مردم کشور ما مهم‌تر از این امر باشد."

* Robert G. Evans and Maureen M. Law, "The Canadian Health Care System: Where Are We and How Did We Get Here?", *An International Assessment of Health Care financing Lessons for Developing Countries*, 1995, p. 79-113.

1. David Peterson

2. Ontario

3. Canadianism

توضیح تاریخی: برنامه کانادا از مراحل متعددی گذشته است که می توان آن‌ها را چنین تعریف کرد: تلاش‌های دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰، برنامه سال ۱۹۴۶ ساسکاچوان^۱، برنامه بیمارستان ملی سال‌های ۵۶-۱۹۴۵، برنامه بیمارستان ملی از سال ۱۹۵۶ به بعد، طرح بیمه ساسکاچوان در سال ۱۹۶۱، برنامه‌های مالی ۱۹۷۷، و قانون ۱۹۸۴ کانادا، طبقه‌بندی و تعریف کرد.

تلاش‌های اولیه (دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰)

برنامه بیمه‌های درمانی برای اولین بار توسط حزب لیبرال در رقابت‌های انتخاباتی سال ۱۹۱۹ وعده‌ای داده شده بود. علی‌رغم موفقیت حزب در جمع‌آوری آرای انتخاباتی، بحث جدی و عمومی در باب تأمین مالی مراقبت‌های درمانی در سطح ملی تا سال ۱۹۳۷ مطرح نشد. در این سال گزارش کمیسیون راول-سی‌رویس^۲ (کانادا، ۱۹۳۷)، که یک کمیسیون مهم سلطنتی است و جنبه‌های مختلف روابط ایالتی-فدرالی را بررسی می‌کند، توصیه‌ای برای "پزشکی ایالتی و مراقبت‌های بیمارستانی ایالتی یا بیمه درمانی" ارائه کرد. این کمیسیون اعلام کرد که چنین برنامه‌هایی باید در حوزه مسئولیت‌های ایالتی باشند. این توصیه‌ها تأثیر عمده‌ای در برنامه‌ریزی آینده حکومت‌های ایالتی و فدرال در رابطه با گزینه‌های ممکن برای تأمین مالی یک برنامه درمانی در سطح "ملی" داشتند.

در طول هشت سال بعد، کمیته‌های متعددی مرکب، از سیاستمداران و سیاست‌گذاران خدمات عمومی برای بحث درباره تأمین مالی عمومی^۳ بیمه‌های درمانی تشکیل شد. گزارش بورج^۴ در ۱۹۴۲ در بریتانیای کبیر بسیار مؤثر بود.

این کمیته‌ها با سؤالات مشکلی دست به گریبان بودند که بعضی از آنها به قرار زیر است: اول، قانون اساسی کانادا موضوعات مربوط به مراقبت‌های درمانی را تقریباً به‌طور کلی در حوزه مسئولیت ایالتی قرار می‌دهد، به این ترتیب چگونه ممکن است که برنامه‌ای تنظیم شود که مورد حمایت همه ایالت‌ها قرار گیرد و توسط همه آنها تأمین و تدارک شود؟ آیا ممکن بود که تبصره یا الحاقیه‌ای به قانون اساسی ضمیمه شود که به دولت فدرال اجازه طرح‌ریزی این برنامه را بدهد؟ دوم، این برنامه چه هزینه‌ای در بردارد؟ هر چند اطلاعات مربوط به مالیات بردارآمد پزشکان در دسترس بود و اداره آمار کشور نیز^۵ اطلاعات مربوط به هزینه‌های بیمارستان را در اختیار

1. Saskatchewan

2. Rowel-Sirois Commission

3. Public Financing

4. Beveridge

5. Dominion Bureau of Statistics

داشت، هیچ‌کس نمی‌دانست که متعاقب عرضه نظام تأمین مالی عمومی، در بهره‌برداری از این داده‌ها چه پیش خواهد آمد.

سوم، درآمدها چگونه باید جمع‌آوری می‌شد؟ رویکرد "بیمه‌ای" که همواره در مدنظر بود، نوعی مالیات سرانه را ایجاب می‌کرد. به نظر می‌رسید که می‌توان این مالیات را از طریق کارفرمایان تأمین کرد، اما در رابطه با بیکاران و بازنشستگان چه می‌بایست کرد؟ هزینه ثابت نام تمام افراد و اخذ و جمع‌آوری حق بیمه از آنها بسیار پیچیده و گران به نظر می‌رسید. به علاوه چه کسی باید هزینه افراد بی‌بضاعتی را که خود نمی‌توانستند هزینه‌هایشان را بپردازند متقبل می‌شد؟ چهارم، آیا برنامه می‌توانست فقط افراد بی‌بضاعت را تحت پوشش قرار دهد، و پوشش کسانی را که توان خرید خدمت از بیمه‌های خصوصی را دارند، به خود آنها واگذار کند؟

پنجم، عکس‌العمل پزشکان چه می‌توانست باشد؟ انجمن پزشکی کانادا (CMA) موضوع را به بحث گذاشته بود. نخستین بیانیه این انجمن که در سال ۱۹۳۹ منتشر شد اعلام می‌کرد که انجمن نمی‌تواند اعضای خود را به اجرای چنین برنامه‌ای موظف کند زیرا آشنایی کافی با چنین طرح‌هایی ندارند تا بتوانند اتخاذ موضع نمایند.

با این حال، در سال ۱۹۴۳، اعضای این انجمن آماده بودند تا دو قطع‌نامه زیر را تأیید نمایند:

۱. انجمن پزشکی کانادا اصل اتخاذ خط‌مشی بیمه درمانی مشروط بر آن را می‌پذیرد.
۲. انجمن پزشکی کانادا از طرح بیمه درمانی مشروط بر آن‌که توسعه و تدارک خدمات بهداشتی، پیشگیری و درمانی را در حد بالاترین استانداردها تأمین کند، و به شرط آن که این طرح برای بیمه‌شدگان و همه آنهايي که خدمات ارائه می‌کنند عادلانه باشد، حمایت می‌کند (انجمن پزشکی کانادا، ۱۹۴۳).

پزشکان برنامه‌ای را مرجح می‌شمردند که سقف درآمدی برای افراد ذی‌نفع در نظر بگیرد. آنها میل به حمایت از "نظام پرداخت‌های سرانه"^۱ برای پزشکان عمومی و "پرداخت در برابر خدمات" برای متخصصین داشتند.

ششم، عکس‌العمل مراکز تولید و کسب و کار چه می‌توانست باشد؟ طرح پیشنهادی بریتیش کلمبیا^۲ برای یک برنامه ایالتی، در آخرین لحظه به‌خاطر مخالفت رهبران سازمان‌های تولیدی با مالیات‌های جدید کنار گذاشته شد. صنعت بیمه در آن زمان طرحی را تصویب کرد که مطابق آن،

1. Capitation

2. British Columbia

طرح به طور کامل از نظر مالی خودگردان بود و دولت فدرال فقط هزینه‌های افرادی را که توان پرداخت ندارند تقبل می‌نمود. سازمان‌های کارگری و کشاورزی، از این امر حمایت کردند. هفتم، عکس‌العمل ایالت‌ها چه می‌توانست باشد؟ در ۱۹۴۴ همه ایالت‌ها با مفهوم بیمه جامع درمان عمومی موافقت کردند، اما آنها قائل به آزادی عمل هر ایالت در ارائه مزایایی بودند که قادر به تأمین آنها بودند.

علی‌رغم این مسائل مشکل، شگفت‌انگیز است که گزارش‌های کمیته‌های مختلف حکومتی و اظهارات گروه‌های ذی‌نفع در این دوره حاکی از پشتیبانی وسیع از برنامه‌های جامعی بود که اقدامات پیشگیری را هم در برگیرند، یا بر آنها تأکید ورزند.

بنابراین به نظر می‌رسید که کانادا در سال ۱۹۴۳، پس از سال‌ها بحث و گفت‌وگو، آماده بود تا نوعی بیمه درمانی عمومی را بپذیرد. در هر حال، در طول سال ۱۹۴۴ یک سلسله مشاجرات فدرالی-ایالتی، فراخوان گردهمایی طراحی شده برای معرفی برنامه‌های دولت فدرال را به تعویق انداخت. به همین علت بود که این طرح‌ها با طرح‌های وسیع‌تری که مربوط به تجدید ساختار جامعه کانادا پس از جنگ بودند، جایگزین شدند.

سرانجام، در جلسه تاریخی فدرال-ایالتی اگوست ۱۹۴۵، دولت فدرال طرح‌های پیشنهادی خود را علنی کرد. این طرح‌ها توصیه‌های زیر را در برداشت:

۱. کمک‌های مالی فوری برای برنامه‌ریزی و مدیریت باید فراهم شود تا ایالت‌ها را برای راه‌اندازی بیمه درمانی آماده و به آنها کمک کند.
۲. ایالت‌ها می‌بایست نوعی بیمه درمانی اجباری، جامع و همگانی تنظیم و آن را مطابق جدول زمانی مورد توافق به راه بیندازند.
۳. دولت فدرال، $\frac{1}{5}$ هزینه‌های برآورده شده خدمات، و $\frac{1}{4}$ هزینه‌های اضافی واقعی را تا سقف ۱۲/۹۶ دلار به طور سرانه پرداخت کند.
۴. دولت فدرال کمک‌های مالی اضافی برای بیمه درمانی عمومی (در ایالت‌هایی که برنامه را راه‌اندازی کرده بودند) فراهم خواهد کرد.
۵. دولت فدرال برای ساختن بیمارستان‌ها به ایالت‌ها کمک مالی خواهد کرد.

متأسفانه، مجموعه کنفرانس به خاطر عدم توافق مشارکت‌کنندگان در تقسیم منابع بین دولت فدرال و دولت‌های ایالتی به بن‌بست رسید و طرح‌های درمانی در برزخ بلاتکلیفی باقی ماندند (اگر نگوئیم مردند).

برنامه بیمه بیمارستانی ساسکاچوان (۱۹۴۶)

به دنبال شکست این تلاش‌ها برای برقراری یک برنامه ملی، فعالیت‌ها به سوی ایالت ساسکاچوان جهت‌گیری شدند. این ایالت سخت‌ترین ضربات را از رکود اقتصادی متحمل شده بود. جمعیت پراکنده، منابع بسیار محدود، و وابستگی انحصاری به یک محصول - گندم - که به رشد بنگاه‌های تعاونی نه فقط برای بازاریابی گندم بلکه برای ارائه خدمات اجتماعی اساسی منتهی شده بود. در حقیقت، نهضت تعاونی، و شکوفایی آن در ساسکاچوان در هیچ یک از دیگر ایالت‌های کانادا نظیر نداشت، و این شکل ابتکار محلی در تاریخ بیمه درمانی در کانادا بی‌نهایت اهمیت داشت.

ساسکاچوان پیشرو طرح‌های موسوم به پزشک شهرداری بود. به موجب این‌گونه طرح‌ها پزشکان عمومی توسط شهرداری‌های روستایی و بر اساس حقوق مقرر به کار گرفته می‌شدند. این شهرداری‌ها همچنین دارای یک نظام "بیمارستان‌های متحده" بودند که مطابق قانون، شهرداری‌ها را به منظور ساخت و فعالیت بیمارستان‌ها بر اساس منطقه گروه‌بندی می‌کرد. بعضی از این شهرداری‌ها حتی در تدارک مراقبت‌های لازم برای تهیدستان، فراتر از محدوده مسئولیت‌های خود اقدام به جمع‌آوری مالیات‌های محلی برای پرداخت صورتحساب‌های بیمارستانی همه ساکنان تحت پوشش خود کردند.

در سال ۱۹۴۴، پیش از برنامه دولت فدرال، حکومت ساسکاچوان قانونی برای ایجاد یک کمیسیون خاص به منظور تدوین یک برنامه بیمه درمانی در ایالت تصویب کرد و بدین ترتیب موجب افزایش سطح انتظارات عموم گردید.

هنگامی که در سال ۱۹۴۶ نخست‌وزیر طرح دولت را برای راه‌اندازی اولین برنامه جامع بیمه بیمارستان‌های عمومی در امریکای شمالی را اعلام کرد، این ایالت از کمبودهای اساسی خدمات درمانی، از جمله پزشک، پرستار، تخت بیمارستانی، و منابع مالی رنج می‌برد. ترس از این بود که این منابع کاملاً جانفرسا و فلج‌کننده باشند. مع‌هذا، نخست‌وزیر آقای تامی داگلاس^۱ تعهد شخصی نیرومندی نسبت به کارهای بزرگ داشت. او متقاعد شده بود که ساسکاچوان خواهد توانست عملی‌بودن بیمه خدمات درمانی را به نمایش گذارد، و از این طریق راه‌اندازی این برنامه ملی و انتقال منابع دولت فدرال به ایالت را تسهیل کند. همان‌گونه که او در مجلس قانون‌گذاری ساسکاچوان گفته است:

1. Tommy Douglas

«من خیلی پیش تر از آن که در این مجلس عضویت یابم، درباره ضرورت خدمات درمانی، به خصوص هنگامی که توان مالی تأمین آن را نداشته باشید، چیزهایی می دانستم و در همان سال ها با خود عهد کردم که اگر روزی توان انجام کاری را یافتم، اقداماتی را به عمل بیاورم که مردم بتوانند همان گونه که قادر به دریافت خدمات آموزشی هستند، به دریافت خدمات درمانی نیز به عنوان یک حق تفکیک ناپذیر شهروندی در یک کشور مسیحی نایل آیند.»^۱

در مورد مزایا، با در نظر گرفتن همان اصل اساسی، تصمیم گرفته شد که همه خدمات اساسی بیمارستانی تحت پوشش قرار گیرد و برای تعداد روزهای شمول محدودیتی جز ضابطه الزام پزشکی وجود نداشته باشد. چنین تصور می شد که بیمارستان ها ممکن است به دریافت مبالغ اضافی بابت تجهیزات بخش های خصوصی و نیمه خصوصی ادامه دهند، اما لازم بود که از وجود تعدادی کافی از ضابطه های استاندارد مربوط به میزان تخت های در دسترس اطمینان حاصل شود.

اولین برآوردهای هزینه بر اساس داده های بیمارستانی و نیز برآورد میزان بهره برداری از تجهیزات موجود که در کنفرانس فدرال- ایالتی سال ۱۹۴۵ در مورد آن موافقت شده بود، محاسبه گردید.

عامل اصلی برای تصمیم گیری در مورد شیوه جمع آوری درآمد و عواید مرتبط با ضرورت نوعی رویکرد "بیمه ای" بود که از سوی دولت فدرال پیشنهاد شده بود. به این معنی که هر فرد تحت پوشش طرح، باید مبلغی برای ثبت نام در برنامه یا به عنوان حق بیمه پرداخت کند. بنابراین دولت تصمیم گرفت که مبلغی معادل آنچه قبل از اجرای طرح به بیمارستان ها پرداخت می کرد، کمک کند و مابقی را از طریق جمع آوری حق بیمه ها تأمین نماید.

پیچیده ترین مسئله ای که می بایست حل شود چگونگی پرداخت به بیمارستان ها بود. در این زمینه، اصول مشخصی راهنمای عمل گردید: (تیلور، ۱۹۷۸)

۱. طرح خدمات بیمارستانی می بایست مهم ترین و عمده ترین منبع مالی برای همه بیمارستان ها در ایالت (ساسکاچوان) بشود.

۲. تعطیل یک بیمارستان به خاطر فقدان منابع مالی باید غیرممکن گردد. به عبارت دیگر هیچ بیمارستانی نباید به خاطر فقدان منابع مالی تعطیل شود.

۳. کسب مازاد قابل توجه توسط بیمارستان نباید ارزشمند تلقی شود.

1. Reginal Leader Post, September 1, 1944.

۴. نظام پرداخت باید به نحوی باشد که کارایی عملیات و اعتلای کیفیت خدمات درمانی را ترغیب کند. این نظام نباید اتلاف، گشاده‌خرجی و ناکارآمدی را یارانه دهد.

۵. پرداخت‌های اضافی توسط بیماران بابت خدمات "فوق‌العاده" باید در حداقل ممکن باشد.

۶. پرداخت باید فقط برای هزینه‌های عملیاتی صورت گیرد. هزینه‌های سرمایه‌ای را باید به‌عهده جامعه وا گذاشت و از وجوه عمرانی ایالتی استفاده کرد.

موافقت گردید که عملی‌ترین شیوه پرداخت برای هزینه‌های عملیاتی در نظر گرفته شود، اما در آغاز کار تعیین این شیوه مشکل بود زیرا شیوه‌ها و روش‌های استاندارد حسابداری وجود نداشت، و بنابراین در شروع کار مطالبات و اعتبارات بیمارستانی بر مبنای نظام امتیازدهی صورت گرفت که در آن بیمارستان‌ها بر اساس اندازه و خدمات ارائه‌شده درجه‌بندی شده بودند. مدیریت نظام به کمیسیون طرح خدمات درمانی که مرکب از کارمندان بخش عمومی بود، واگذار گردید.

نتایج: در ابتدای کار نرخ بهره‌برداری از بیمارستان‌ها حتی بیشتر از حد مورد انتظار افزایش یافت و در نتیجه هزینه‌ها به‌طور قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌های برآورده‌شده اولیه بالاتر رفت. عوامل مهمی در این امر دخالت داشتند: کمبود پزشکان و مشکلات حمل و نقل در مناطق روستایی به نرخ بالای بستری شدن در بیمارستان‌ها انجامید، سلامت و تندرستی جمعیت به‌علت وجود خانوارهای بزرگ و فقیر در حد نسبتاً پایین قرار داشت، و در عین حال تسهیلات جایگزینی مثل خانه سالمندان یا معلولین هم وجود نداشت.

معهد، برنامه بر این مشکلات اولیه فائق آمد، و در ظرف یک یا دو سال طرح به ثمر نشست، و مردم ساسکاچوان متقاعد شدند که تصمیم برای عمل و پیش‌رفتن بدون تکیه بر دولت فدرال تصمیم خوبی بوده است.

تمام کانادا از طرح و تجربه ساسکاچوان فایده بردند. گفته شده است که "در فرایند آموزشی خاصی که از طریق آن دولت‌های کانادایی مدیریت بیمه بیمارستانی را یاد گرفته‌اند، ساسکاچوان بیشترین شهریه را پرداخت کرده است" (تیلور، ۱۹۷۸).

زمینه برنامه ملی بیمارستانی (۱۹۴۵-۵۶)

در فاصله سال‌های ۱۹۴۵ و ۱۹۵۶، دولت فدرال در بیمه درمانی پیشنهادی خود به ایالت‌ها تجدیدنظر به‌عمل نیاورد. با این همه، برخی اقدامات مهم، علاوه بر معرفی برنامه ساسکاچوان،

به عمل آمد. بریتیش کلمبیا برنامه مشابهی را در ۱۹۴۹ عنوان کرد، اما ضعف طرح و مدیریت این برنامه به مشکلات جدی متعددی انجامید و به شکست حکومت ایالتی در ۱۹۵۲ منجر شد. در ۱۹۵۴ حکومت جدید به جمع‌آوری حق بیمه‌ها از طریق برداشت از دستمزدها و ثبت‌نام انفرادی پایان داد و به تأمین منابع مالی از طریق مالیات روی نمود. آلبرتا، برنامه‌ای اصلاحی در ۱۹۵۰ پیشنهاد کرد و از هر شهرداری می‌خواست که داوطلبانه آن را انتخاب کند، اما بعدها با فشارهای غیرمستقیم آنها را موظف به پذیرش و انتخاب برنامه موردنظر کرد. "سرزمین تازه"، که در سال ۱۹۴۹ به ایالتی مبدل شد، با خود "نظام بیمارستانی کوهستان" را به ارمغان آورد که خدمات درمانی و بیمارستانی را به تحت پوشش به‌زای پرداخت حق بیمه سالانه ارائه می‌کرد. بیمارستان‌ها در تملک ایالت بودند و پزشکان حقوق دریافت می‌کردند. این نظام، جمعیت خارج از مراکز شهری را (در حدود نصف کل جمعیت) تحت پوشش قرار داد.

در بُعد منفی، انجمن پزشکی کانادا (CMA) در سال ۱۹۴۹ دست از حمایت پیشین خود از دولت به نفع توسعه طرح‌های داوطلبانه برای پوشش همه کانادایی‌ها برداشت، با این عقیده که دولت، حق بیمه افرادی را که قادر به پرداخت آن نبودند، پرداخت کند. این دوره شاهد رشد سریع عضویت اختیاری در بیمه بود. بدون شک مهم‌ترین پیشرفت عبارت از آن بود که انتاریو با قدرت سیاسی عظیم خود، نقش رهبری را برای اعمال فشار بر دولت فدرال به منظور انجام تعهدات اولیه خود نسبت به برنامه ملی برعهده گرفت.

در ۱۹۵۶ دولت فدرال در معرض فشار پرزوری برای دست‌به‌کارشدن قرار داشت. اول، در ۱۹۵۲ بررسی ملی بیماری‌ها نشان داده بود که نابرابری جدی در زمینه تندرستی و بار مالی ناشی از بیماری‌ها وجود دارد. این نابرابری‌ها هم در گروه‌های اقتصادی اجتماعی و هم در مناطق جغرافیایی مشهود بود. دوم، نابرابری‌های جدی بین ایالت‌ها نیز در رابطه با توانمندی آنها در تولید خدمات درمانی مورد نیاز وجود داشت. سوم، فشار روزافزون سیاسی از سوی مردم و ایالت‌ها برای یک برنامه ملی محسوس بود.

در همان زمان، بعضی موانع هم هنوز پابرجا بود و از جمله مسائل مالی و مخالفت احتمالی از سوی سازمان پزشکی کانادا و سازمان بیمارستان‌های کانادا (CHA) که هر دو از طرح خصوصی و داوطلبانه با بارانه دولتی برای نیازمندان دفاع می‌کردند. نهایتاً موضوعات پیچیده مربوط به قانون اساسی هم بود که می‌بایست حل می‌شد.

برنامه ملی بیمه بیمارستانی (۱۹۵۶)

علی‌رغم این موانع، دولت فدرال در سال ۱۹۵۶ پرداخت ^۱ هزینه خدمات تشخیصی و مراقبت‌های بیمارستانی بیماران بستری را پیشنهاد کرد. شرایط خاصی مطرح بود: پوشش همگانی می‌بایست عملی شود، در یک دوره زمانی مورد توافق، بیماران سرپایی نیز می‌بایست تحت پوشش خدمات تشخیصی قرار می‌گرفتند، بیمه اتکایی یا هزینه‌های "بازدارنده" باید به سختی کنترل و محدود می‌شدند، هزینه‌های سرمایه‌ای نباید منظور می‌گردید، بیمارستان‌های روانی و آسایشگاه‌های مسلولین (که تقریباً به‌طور کامل از سوی دولت‌های ایالتی تأمین مالی می‌شدند) نباید منظور می‌گردید، و کمک دولت فدرال می‌بایست ۲۵ درصد هزینه‌های قابل تسهیم هر ایالت به اضافه ۲۵ درصد میانگین هزینه سرانه برای کل کانادا باشد (به نحوی که به ایالات فقیرتر امکانات بیشتری در مقایسه با ایالت‌های غنی اختصاص یابد).

این تصمیمات در قانون خدمات تشخیصی و بیمه بیمارستانی فدرال که در سال ۱۹۵۷ به تصویب رسید، متبلور شدند. تحت این قانون پرداخت‌های دولت فدرال به ایالت‌ها از طریق طرح‌های هم‌شکل آغاز گردید. انتاریو به‌عنوان وسیع‌ترین ایالت، طرح خود را برای بیمه بیمارستانی در ۱۹۵۹ راه‌اندازی کرد. طرح انتاریو با آن که رسماً "داوطلبانه" بود، به اندازه کافی موفقیت داشت که در ظرف یک‌سال ۹۲ درصد جمعیت و در ظرف دو سال ۹۹ درصد جمعیت را تحت پوشش قرار دهد. در عمل، رویکرد انتاریو بسیار شبیه برنامه ساسکاچوان بود که بدون اجبار و الزام آشکار در عمل به پوشش همگانی دست یافت.

یک تفاوت مهم در آغاز کار این بود که در زمان ارائه برنامه، حداقل در حدود ^۲ از ساکنین انتاریو، از حمایت‌هایی در برابر هزینه‌های بیمارستانی برخوردار بودند. این هزینه‌ها عمدتاً از طریق طرح بیمارستان صلیب آبی انتاریو^۱، که شاخه‌ای فرعی از انجمن بیمارستان‌های انتاریو بود، تأمین می‌شد.

انجمن بیمارستان‌های انتاریو، با محدود کردن فعالیت‌های بیمه‌ای در جهت پوشش دادن به مزایای تکمیلی نظیر هزینه‌های اضافی مربوط به اقامت خصوصی و نیمه خصوصی موافقت کرد. به‌منظور تأمین رضایت سازمان پزشکی انتاریو، طرح، خدمات تشخیصی بیماران سرپایی و بخش مبتکرانه مراقبت در منزل را که اساساً موردنظر بود در برنمی‌گرفت.

به‌دلیل انبوه اطلاعات به‌دست‌آمده از برنامه ساسکاچوان و طرح صلیب آبی، برآوردهای

1. Ontario Blue Cross Hospital

اولیه هزینه، بسیار آسان تر و دقیق تر بود. شیوه‌ها و روش‌های استاندارد شده حسابداری بیمارستان، محاسبه پرداخت‌ها به بیمارستان‌ها را بسیار ساده‌تر از گذشته کرده بود. نتایج: در ۱۹۶۱ همه ایالت‌ها برنامه‌ها را به اجرا درآورده بودند. برنامه‌های ده ایالت با شرایط یکسان اقامت، مدت زمان یکسان انتظار جهت احراز شرایط برای ساکنین جدید، و مزایای یکسان، با هم ترکیب شدند و به صورت برنامه ملی درآمدند.

برخلاف نظر کارشناسان باید گفت که بیمه عمومی رشد مصرف خدمات بیمارستانی را تسریع نکرد. میزان روزهای بستری بیمارستان به‌طور سرانه فقط $13/7$ درصد در ده سال بین ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۶ افزایش یافت که در مقایسه با سال‌های بین ۱۹۴۷ تا ۱۹۵۶ ($27/2$ درصد) بسیار کم‌تر است (Barer and Evans, 1986). افزایش عمده در بهره‌برداری به‌وضوح در ایالت‌های وسیع‌تر، احتمالاً به‌خاطر طرح‌های داوطلبانه، رخ داده بود.

از طرف دیگر، تصمیم برای شروع مراقبت‌های بیمارستانی به منزله اولین مزیت بیمه‌های عمومی، و ناکامی در تدارک پشتیبانی لازم برای جایگزین‌های ارزان‌تر نظیر مهدکودک‌ها، مراقبت در منزل، یا خدمات متحرک، به استمرار و بسط الگوی مراقبت‌های درون بیمارستانی منجر شد که با کمک و پشتیبانی طرح‌های خصوصی توسعه یافته بودند. در اواسط دهه ۱۹۶۰، نامناسب بودن و غیرضروری بودن بخش وسیعی از خدمات بیمارستانی در کانادا، و بسیاری از کشورهای دیگر، توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده بود. بعضی از خدمات را می‌شد با هزینه‌ای کم‌تر و مزایایی برابر یا بیشتر، در موقعیت‌های دیگر عرضه کرد. بعضی خدمات، نظیر بستری شدن‌های زیاده از حد یا روش‌های درمانی نامناسب، صرفاً فعالیت‌هایی غیرضروری و اتلاف هزینه محض بودند. طرح‌های عمومی این مسئله را به وجود نیاوردند، اما برای سال‌های زیادی آن را به فراموشی سپردند.

در هر حال، تأمین اعتبار مالی برنامه، به‌سرعت از مدل بیمه‌ای منحرف شد. قبل از ۱۹۷۳ فقط دو ایالت، آلبرتا و انتاریو، به جمع‌آوری حق بیمه‌ها به‌مثابه شرط بهره‌مند شدن از خدمات بیمارستانی ادامه دادند. امروزه، فقط آلبرتا برای مراقبت‌های بیمارستانی حق بیمه می‌گیرد و همان‌گونه که در پایین توضیح داده شده است قوانین فدرال به وضوح اعلام می‌دارند که چنین پوشش‌هایی باید همگانی و غیر مشروط به پرداخت حق بیمه باشند. دیگر ایالت‌ها برنامه‌های خود را از محل درآمدهای عمومی / عواید دولتی و از طریق ترکیب‌های متعددی از مالیات بردارآمد و مالیات بر فروش تأمین می‌کنند. در عمل، برنامه‌های "بیمه" بیمارستانی در بسیاری از موارد به صورت برنامه‌های "خدمات" بیمارستانی برای ساکنین درآمدی بوده.

طرح بیمه مراقبت‌های درمانی ساسکاچوان (۱۹۶۱)

یکبار دیگر جریان کار به سوی ساسکاچوان برگشت. انگیزه اولیه برای این امر، بدون شک تعهد متفکرانه و فیلسوفانه حکومت، به ویژه نخست‌وزیر، نسبت به مفهوم خدمات درمانی به مثابه نوعی حق اساسی انسان‌ها بود. استقرار برنامه بیمه بیمارستانی فدرال، نوعی منبع مالی بادآورده برای ساسکاچوان درست کرده بود. به علاوه، یک تجربه محلی در پیش‌پرداخت برای مراقبت‌های درمانی (طرح منطقه‌ای درمان جاری و فوری) عملی بودن یک برنامه همگانی را که براساس مالیات استوار باشد، نشان می‌داد. در واقع، این برنامه به بالاترین نسبت پزشک به جمعیت در مناطق روستایی ساسکاچوان انجامیده بود، جایی که کمبود شدید پزشک هنوز هم پابرجا بود.

مشکل عمده، جدا از مسئله همیشگی منابع مالی محدود ایالت‌ها، مخالفت صاحبان حرف پزشکی بود که اعضای آن از "بیمه درمانی اما نه از درمان دولتی" حمایت می‌کردند (تیلور، ۱۹۷۸). آنها خود را مسئول مراقبت‌های درمانی ایالت می‌دانستند. به خاطر کمبود مزمن پزشک و جابه‌جایی پزشکان، آنها در موقعیت سیاسی بسیار قدرتمندی قرار داشتند.

طرح‌های حمایت‌شده توسط پزشکان

ساسکاچوان، همانند دیگر ایالت‌ها، طرح‌های بیمه مراقبت‌های درمانی مورد حمایت پزشکان را به اجرا درآورده بود. این طرح‌ها نقش مهمی در توسعه بیمه مراقبت‌های درمانی در کانادا داشتند. آنها طرح‌های جامع و داوطلبانه‌ای بودند که غالباً از طریق محل کار (با این هدف که آنها می‌خواستند سالم‌ترین اعضای جامعه را تحت پوشش قرار دهند) به افراد ارائه می‌شدند. این طرح‌ها بیشتر از نوع "خدماتی" بودند تا "جبرانی"، به این معنی که پزشک مستقیماً از طرح مطالبات خود را دریافت می‌کرد، نه از بیمار. پرداخت‌های طرح مطابق جدول کارمزدها، عموماً به صورت پرداخت کامل بود، جز در انتاریو، پزشکان به ندرت از بیماران مبلغ اضافی مطالبه می‌کردند. این طرح‌ها نظام حق‌الزحمه در برابر خدمت را به عنوان شیوه برتر پرداخت برای صاحبان حرف پزشکی، نهادینه کردند.

قانون بیمه مراقبت‌های درمانی ساسکاچوان

علی‌رغم نگرانی‌های موجود درباره عکس‌العمل پزشکان و مطبوعات (که معمولاً ضد دولتی

هستند) و عدم اطمینان از واکنش مردم (زیرا $\frac{1}{3}$ جمعیت حداقل از نوعی پوشش [بیمه‌ای] اختیاری برخوردار بودند) رهبران ساسکاچوان در این که مردم از یک رویارویی بزرگ با صاحبان حرف پزشکی حمایت کنند، تردید داشتند، در دسامبر ۱۹۵۹ نخست‌وزیر وقت اعلام کرد که دولت طرح بیمه مراقبت‌های درمانی ایالتی را اجرا خواهد کرد.

دو سال بحث و مناظره جدی در مورد لایحه پیشنهاد شده در این خصوص ادامه یافت، اما در اواخر ۱۹۶۱، نهایتاً این قانون به تصویب رسید. به موجب مفاد این قانون، نیت اصلی پرداخت حق الزحمه در برابر خدمت بود؛ مدیریت به عهده کمیسیونی مرکب از شش تا هشت نفر واگذار شد، که حداقل سه نفر آنها پزشک باشند؛ سخن از یک هیئت مشورتی درمانی به نمایندگی از صاحبان حرف پزشکی و سازمان‌های ذی‌نفع به میان آمد؛ در ضمن کمیته مشورتی پزشکی با اعضای مورد تأیید نظام پزشکی؛ همگانی و اجباری بودن طرح با تأمین اعتبار طرح از محل عواید عمومی و حق بیمه‌ها؛ خدمات تحت پوشش بیمه، به معنای همه خدمات پزشکان و جراحان در مطب، بیمارستان یا خانه؛ با چند استثنای جزئی، پرداخت تام و تمام توسط طرح؛ و تضمین آزادی بیمار در انتخاب پزشک و حق آزادی پزشکان در پذیرش یا عدم پذیرش بیمار مورد تأیید قرار گرفت. علی‌رغم اولویت پرداخت نوعی نظام پرداخت سرانه در مورد پزشکان عمومی، دولت، در یک حرکت دل‌جویانه از پزشکان، با پرداخت به شیوه حق الزحمه در برابر خدمت موافقت کرد.

در این مرور کوتاه بحث درباره همه ابعاد پیشنهادات موافق و مخالف غیرممکن است. نتیجه این بحث‌ها بدترین مرحله تاریخ بیمه درمانی در کانادا بود. در اول جولای ۱۹۶۲، پزشکان آغاز به اعتصابی کردند که به مدت ۲۳ روز به طول انجامید و چنان خشم و دلزدگی در جمع شهروندان ساسکاچوان به وجود آورد که بهبود آن ده سال به درازا کشید.

دولت با استخدام پزشکان دلسوز از خارج از ایالت، عمدتاً از بریتانیا و همچنین از دیگر ایالت‌ها، برای رویارویی اعتصاب بالقوه پزشکان آماده شده بود. پزشکان اعتصابی نه تنها از سوی نظام پزشکی کانادا و مطبوعات ایالتی (که مخالفت آنها با طبیعت اجباری برنامه بود)، بلکه از سوی شهروندان زیادی که ترس از دست‌دادن پزشکان یا امنیت فکری خود را داشتند و، شعار "کمیته‌های پزشکان ما را نگه دارید" را مطرح ساختند، حمایت می‌شدند. این کمیته‌ها تقریباً در تحمیل شکست به دولت و پذیرش آن موفق بودند. در مقابل بسیاری از رسانه‌های گروهی ملی از موضع دولت حمایت کردند.

در مواجهه با این بن‌بست، دولت از لرد تیلور^۱، پزشک انگلیسی که در آغاز برنامه‌های خدمات درمانی انگلیس نقشی داشت، دعوت به عمل آورد تا به ساسکاچوان بیاید. او پس از بررسی چنین نتیجه گرفت که طرح، اساساً طرح خوبی بوده است اما تماس‌های اولیه با پزشکان ناکافی بوده است. به نظر لرد تیلور نگرانی عمده پزشکان این بوده است که ممکن است در عمل به صورت کارمندان دولت درآیند. بعد از مذاکرات که نه تنها حکومت ایالتی و نمایندگان کالج، بلکه نمایندگان نظام پزشکی کانادا، درگیر آن بودند، تیلور راه‌میان و سازشی را مطرح کرد که نهایتاً توسط هر دو طرف مورد قبول واقع شد: قرار شد طرح‌های پیش پرداخت به موجودیت خود ادامه دهند. پزشکان بتوانند مستقیماً در طرح دولتی وارد شوند و پرداخت به آنها از طریق دولت صورت گیرد یا مطالبات خود را از طرح داوطلبانه‌ای تقاضا کنند که آن طرح به نوبه خود آنها را از دولت بخواهد، یا به‌طور کلی خارج از این طرح‌ها کار کنند (که در این صورت کمیسیون دولت بازپرداخت هزینه بیماران آنها را، در صورتی که مطابق جدول دستمزد صورت حساب دریافت کرده باشند، یا اصلاً صورت حسابی دریافت نکرده باشند، به عهده خواهد داشت). در آغاز، بسیاری از پزشکان مطالبات خود را از طریق طرح‌های پیش پرداخت تنظیم کردند، اما با گذشت زمان گرایش به ارسال مستقیم صورت حساب به کمیسیون بیشتر شد.

نتایج: بلافاصله پس از اعتصاب، ایالت با مهاجرت چشمگیر پزشکان مواجه شد، اما در ظرف دو سال نسبت پزشک به جمعیت بالاتر از هر زمان دیگر بود؛ و درآمدهای پزشکان به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته بود. یک‌بار دیگر ساسکاچوان نشان داد که برنامه همگانی، علی‌رغم مشکل اجرایی و راه‌اندازی، چیزی دور از دسترس نیست.

برنامه ملی بیمه مراقبت‌های درمانی (۱۹۶۶)

در اوایل دهه ۱۹۶۰ یک واقعه مهم دیگر در رابطه با توسعه بیمه درمانی کانادا رخ داد: کمیسیون سلطنتی خدمات درمانی به ریاست ایمت هال^۲، رئیس دیوان عالی ایالت ساسکاچوان شکل گرفت.^۳ کمیسیون گزارش خود را در ۱۹۶۴ منتشر و بر وجود "برنامه خدمات درمانی جامع و همگانی برای مردم کانادا، بر اساس آزادی در انتخاب و استقلال حرفه‌ای، و تأمین اعتبار از طریق پیش‌پرداخت" تأکید کرد. این گزارش سند راهنمایی بود که جزئیات برنامه‌های لازم را اعلام می‌کرد.

1. Lord Taylor

2. Emmett Hall

3. Canada, 1964.

عدم قطعیت و ابهام درباره هزینه‌ها، عکس‌العمل ایالت، مخالفت پزشکان و عکس‌العمل اهل کسب و کار همچنان پابرجا بود. و رهبری سیاسی نیز همچنان عامل مهمی در این خصوص به‌شمار می‌رفت. نخست‌وزیر، لستر. بی. پیرسون^۱، که تعهد شخصی عمیقی نسبت به موضوع داشت، موظف به اجرای برنامه پیش از صدمین سال تولد کانادا، در اول جولای ۱۹۶۷ گردید. نتیجتاً، دولت فدرال برنامه خود را در ۱۹۶۶ اعلام کرد. قوه مقننه چهار اصل پیشنهاد شده توسط نخست‌وزیر به کنفرانس ایالت-فدرال در ۱۹۶۵ را تأیید کرد (تیلور، ۱۹۷۸). طرح‌های ایالتی باید همگانی باشد و خدمات درمانی لازم پزشکان را تحت پوشش قرار دهد، به شیوه عمومی اداره بشود، و قابلیت انتقال از یک ایالت به ایالت دیگر را تدارک ببیند. این "چهار نکته" بر محور پنج معیار می‌چرخند که امروزه مورد استفاده است و در زیر به تفصیل از آنها یاد می‌شود.

نتایج: قوانین تصویب شده از سوی بعضی ایالت‌ها، مشخصاً انتاریو و کویک، مورد استقبال قرار گرفت و هر دوی این ایالت‌ها به شرایط، (نظیر آنهایی که در برنامه بیمه بیمارستانی مندرج بود) و موجب فشار و مداخله دولت فدرال در زمینه‌هایی می‌شد که در حیطه حقوقی و قانونی ایالت‌هاست اعتراض کردند. با این همه، قبل از ۱۹۷۱، تمامی ایالت‌ها برنامه را پذیرفته و به آن ملحق شده بودند. انتقال منابع تأمین مالی از بخش خصوصی به دولتی/عمومی، وضع مالیات‌های جدید ایالتی و فدرالی را الزامی کرده بود.

یک وجه مهم نظام در طول توسعه و شکل‌گیری این بود که بیمه خصوصی برای خدمات بیمه‌ای عمومی در بسیاری از ایالت‌ها ممنوع بود، و این تقریباً به معنی ناممکن بودن ظهور نوعی نظام خصوصی بود.

شیوه‌های تأمین منابع مالی برنامه (۱۹۷۷)

علی‌رغم محبوبیت و موفقیت برنامه‌های بیمه مراقبت‌های درمانی و بیمارستانی، دولت‌های فدرال و ایالتی نگرانی‌هایی در مورد تأمین منابع مالی آن داشتند. دولت فدرال نگران فقدان کنترل، و حتی پیش‌بینی هزینه‌های این دو برنامه بود زیرا مساعدت‌های دولت فدرال می‌بایست پاسخ‌گوی هزینه‌های ایالتی باشند. به‌علاوه افزایش پیش‌بینی شده در هزینه‌های عمومی، به‌علت پایان یافتن حساب‌های غیرقابل وصول و افزایش بهره‌برداری، به‌واسطه عواملی که خارج از کنترل طرح‌های بیمه بودند، از جمله افزایش مستمر نسبت پزشک به جمعیت، توسعه

1. Lester B. Pearson

فن آوری، و به ویژه رشد سریع مصرف خدمات توسط سالخوردهگان و خیم تر می گردید. هزینه های اداری به طور کلی، در سطح پایینی قرار داشت.

در همان زمان، ایالت ها انعطاف پذیری بیشتری را در تخصیص اعتبارات دولت فدرال مطالبه می کردند. بحث هایی بین دپارتمان های بهداشت فدرال و ایالت ها در ۱۹۷۶ درباره امکان توسعه "طرح های مشارکت در هزینه" به "جایگزینی هایی با هزینه کم تر" نظیر خانه سالمندان و مراقبت در منزل آغاز گردید.

در همان سال مذاکراتی بین وزرای دارایی ایالتی و فدرال برای ایجاد منابع مالی جدید شروع شد. در خاتمه توافقی برای تغییر اساسی از روش مشارکت در هزینه به روش تأمین مالی کلی و یک جا^۱ به دست آمد، اما نه در جزئیات و به تفصیل. نهایتاً در سال ۱۹۷۷ دولت فدرال ایالت ها را برای پذیرش قانون برنامه های مالی تنظیم شده (EPF)^۲ تحت فشار گذاشت، و بدین وسیله به مشارکت در هزینه خاتمه داده شد، و برای ایالت ها نوعی دریافتی مرکب از مالیات و پرداخت های نقدی تدارک دیده شد. در مقابل، ایالت ها در نحوه هزینه نمودن کمک های دولت فدرال آزاد بودند مشروط بر آن که ویژگی های اصلی برنامه (همگانی بودن، جامع بودن، در دسترس بودن، قابلیت انتقال داشتن، و مدیریت عمومی) مورد رعایت قرار گیرد. به علاوه، به ایالت ها جهت "توسعه خدمات درمانی" کمک های بلاعوض سرانه و بی قید و شرط اعطا شد. ایالت های زیادی دسترسی و دستیابی به مراقبت های خانگی و خدمات خانه های سالمندان را مورد توجه قرار دادند، زیرا از اواسط دهه ۱۹۷۰ و حتی جلوتر از آن، کاهش گزندی در استفاده از خدمات بستری شروع شده بود. اما در سال های بعد از آن، دولت فدرال سه بار برای کاهش تعهدات خود تحت فرمول EPF به طور یک جانبه اقدام کرده بود، و در قانونی هم که در ۱۹۹۰ به تصویب رسید، جدولی برای مرحله بندی کل کمک های نقدی خود گنجانده بود. این برنامه، حداقل به ظاهر، به تعهدات دولت پایان نمی داد، زیرا آیین نامه های EPF در ۱۹۷۷ برای انتقال عواید به دو صورت نقدی و سهمی از مالیات بر درآمد فراهم شده بود. صورت اول به تدریج از دور خارج می شود، اما این امر ممکن است توانایی دولت فدرال را برای تأکید بر استانداردهای ملی کاهش دهد.

قانون خدمات درمانی کانادا (۱۹۸۴)

در ۱۹۷۰، وزیر خدمات درمانی در برنامه های بیمه درمانی ایالتی و عملکرد آنها دچار مسائل و

1. block funding

2. Established Programs Financing Act

مشکلاتی شد. او استدلال می‌کرد که ایالت‌ها اعتبارات دولتی حاصل از مالیات بر درآمد و وجوه نقدی را از خدمات درمانی به مخارج غیر درمانی "منحرف" می‌سازند. به علاوه، ترس او از این بود که برقراری حق انتفاع از سوی ایالت‌ها جهت خدمات بیمارستانی و دریافت‌های اضافی توسط پزشکان (منظور دریافت‌های مازاد بر جدول دستمزدهای توافق شده است) به نقطه‌ای برسد که با "دسترسی معقول" که یکی از شرط‌های اساسی برنامه دولت فدرال است منافات پیدا کند.

دولت فدرال هزینه مطالعه جدید و مستقلی توسط ایمنت هال را تقبل کرد و در دستور کار قرار داد. این مطالعه ادعای مبتنی بر "انحراف" اعتبارات از مراقبت‌های درمانی توسط ایالت‌ها را رد کرد اما نگرانی‌های مربوط به برقراری حق انتفاع بیمارستان‌ها و صورت حساب‌های اضافی پزشکان را موجه دانست. بنابراین دولت قانون جدیدی وضع کرد که مراقبت‌های بیمارستانی و پزشکی را تحت پوشش قرار می‌داد. برای ایالت‌هایی که حق انتفاع و صورت حساب‌های اضافی در آنها مجاز شمرده می‌شد جریمه‌هایی در نظر گرفته شد که در مجموع به از میان بردن مؤثر این دو انحراف منجر گردید. این قانون در ضمن شرایط قانونی قبلی را روشن‌تر کرد و انسجام و هماهنگی بیشتری به آن بخشید.

یک‌بار دیگر بحث جنجال‌برانگیزی پیرامون مخالفت پزشکان و ایالت‌ها با دولت فدرال در گرفت. اما قانون خدمات درمانی کانادا بالاخره در ۱۹۸۴ به اتفاق آرا و با پشتیبانی همگانی در پارلمان فدرال به تصویب رسید. تصمیم فوق‌العاده جناح مخالف (محافظه کار) مبنی بر حمایت از این قانون برای پزشکان و دولت‌های ایالتی به طرز دردناکی تعجب‌برانگیز بود و آگاهی جناح مخالف دولت از پشتیبانی قدرتمندانه افکار عمومی از طرح بیمه‌های درمانی را منعکس می‌کرد. در ۱۹۸۶ برقراری ممنوعیت در مورد صورت حساب‌های اضافی منجر به اعتصاب پزشکان در انتاریو گردید (اعتصاب دوم در کانادا)، که به مدت ۲۵ روز ادامه داشت. فقدان حمایت عمومی از این اقدام پزشکان، که از سوی خود پزشکان نیز حمایت جدی از آن به عمل نیامده بود، نهایتاً منجر به پایان اعتصاب گردید.

اهداف عمده قانون خدمات درمانی کانادا - حذف حق انتفاع و صورت حساب‌های و اضافی تحقق پیدا کرده بود، اما هدف بسیار متعالی آن، "حفظ، ارتقا و بازگرداندن سلامت جسمانی و روانی کانادایی‌ها"، فراتر از اطمینان به دسترسی به خدمات درمانی بدون موانع مالی است، و تفاوت‌های موجود میان گروه‌های مختلف اقتصادی - اجتماعی در استفاده از خدمات درمانی مبین این امر است.

درس‌هایی از تجربیات تاریخی کانادا

از دیدگاه مردم کانادا نظام مالی مراقبت‌های درمانی کانادا به صورت کنونی خود، بیش از بیست سالی حیات داشته است. برای بسیاری، این نظام "همیشه وجود داشته است": اکثریتی از جمعیت فعلی در بیمارستان‌هایی با برنامه‌های بیمه همگانی خدمات بیمارستانی متولد شده‌اند. در این دوره، تحولات سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری تأثیر ناچیزی روی بیمار یا ارائه‌کننده خدمات داشته است یا دست‌کم آنها قضیه را چنین می‌بینند.

نظام مراقبت‌های درمانی، توجه سیاسی و عمومی را به خود معطوف کرده است؛ و همواره نوعی بحث و جدل در رسانه‌ها در زمینه "بحران" خدمات درمانی وجود دارد. اما این توجه معمولاً ناظر به وضعیت ظاهری و آنی است و نوعی خطا یا انحراف دیدگاه نسبت به نیروهای اساسی و دست‌اندرکار ایجاد می‌کند. ارائه‌کنندگان خدمات درمانی به‌طور مداوم موضوع "کمبود منابع مالی" را در بوق و گُرنا می‌دمند، که با درخواست پول بیشتر تفاوت چندانی ندارد، درحالی‌که پرداخت‌کنندگان ایالتی از "انفجار هزینه‌ها" و ورشکستگی نزدیک نظام می‌نالند. همه اینها درگیری‌های نمایشی جالب توجهی به وجود می‌آورد و موجب فروش بیشتر روزنامه‌ها می‌شود. در ضمن، برای برنامه‌های تلویزیونی تحریک‌کننده ولی بی‌معنی با استفاده از خون، هیجان، عواطف و دستگاه‌های پیچیده نیز مواد و مصالحی آرمانی فراهم می‌سازد.

قسمت دوم این فصل ارزیابی نسبتاً مفصل‌تری از وضعیت نظام مالی مراقبت‌های درمانی کانادا از آغاز دهه ۱۹۹۰ ارائه می‌کند. بحث عمدتاً روی نکات قوت و ضعف، تهدیدها و تضمین‌ها در رابطه با اهداف طراحان آن و اهداف کنونی تأکید دارد. اما درس‌های مشخصی نیز از نفس‌گزارش تاریخی، مستقل از وضعیت موجود، حاصل می‌آید که شاید بهتر آن باشد ابتدا به آن‌ها پرداخته شود.

کارها و برنامه‌ها وقت زیادی می‌گیرند

حدود پنجاه سال از اولین بحث جدی درباره نظام بیمه درمانی در سطح ملی در سال ۱۹۴۳ تا ورود این نظام به آخرین ایالت در سال ۱۹۷۱ فاصله بود. این فرایند، بسیار کند و جدل‌برانگیز بود و گاه به نظر می‌رسید که عمیقاً متوقف شده است.

وضع موجود ظاهراً بسیار شبیه گذشته است

آنچه از دیدگاهی خاص، تغییری بنیانی از تأمین منابع مالی توسط بخش خصوصی به بخش

عمومی محسوب می‌شد، ممکن بود به عنوان دنباله طبیعی الگوهای جا افتاده بازپرداخت (مدل صلیب آبی اصلی غیرانتفاعی، مزایای خدمت و پوشش فراگیر) به منظور تحت پوشش قرار دادن کل جمعیت در همان چارچوب خصوصی حق‌الزحمه در برابر خدمات پزشکی و بیمارستان‌های مستقل غیرانتفاعی مورد توجه قرار گیرد. در تضاد با تجربه امریکا، نظام مالی عمومی کانادا به شدت "محافظه کارانه" به نظر می‌رسد.

اگر مشکل حل نشود، نظام معیوب می‌ماند

زمانی که ایالت‌های کانادا بیمه جامع بیمارستانی را برقرار کردند، با میراث بسیار گسترده‌ای از میزان‌های بالای استفاده از خدمات درون بیمارستانی مواجه بودند. تغییر نام و هویت پرداخت‌کننده (خصوصی به دولتی) هیچ‌گونه تأثیری نداشت. چهل سال بعد، علی‌رغم پیشرفت‌های بنیانی که صورت گرفته است، هنوز استفاده بیش از حد (می‌توان گفت سوءاستفاده) از خدمات درون بیمارستانی وجود دارد. چنین روندی در آموزش پزشکی نیز قابل مشاهده است. همان‌گونه که در پایین توضیح داده می‌شود، بیمه درمانی با ظرفیت‌سازی بیش از حد برای دانشکده‌های پزشکی آغاز به کار کرد که هنوز هم قرار است معکوس شود. و پرداخت به صورت "حق‌الزحمه در برابر خدمت" به پزشکان همانند سابق ادامه یافت.

"دادن" چیزی به مردم آسان‌تر از "پس گرفتن" آن است

این عمل به ویژه برای ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی و آموزش مصداق پیدا می‌کند. حق خدمت کردن (و دریافت کارمزد بابت آن) حتی نیروی سیاسی قدرتمندتری از حق دریافت خدمت به نظر می‌رسد. بنابراین توسعه یک نظام آسان‌تر از تغییر دادن و مدیریت آن است.

پس، نوعی دو راهی برای راه‌اندازی وجود دارد

عبور از فرایندهای کند و بحث‌انگیز پذیرش و راه‌اندازی، در صورتی که حداقل تغییرات در وضعیت موجود مطرح باشد، بسیار آسان خواهد بود. (رهیافت‌های "انقلابی"، حداقل در کانادا، با شکست مواجه می‌شوند.) اما راهبرد یادشده همه مسائل نظام موجود را به حالت منجمد حفظ خواهد کرد.

تاریخ متوقف نمی‌شود

در حالی که نظام تأمین اعتبار در کانادا برای استفاده‌کنندگان، با ثبات بوده است، بنیان‌های

قانون‌گذاری، اداری و منابع مالی، تغییرات عمده‌ای را تجربه کرده و همچنان در حال تحول‌اند. این نظام در هر مرحله، از سوی منابع اقتصادی و حرفه‌ای خاصی که از ابتدا در مقابل آن مقاومت می‌کردند مورد حمله قرار گرفته است: پزشکان، دولت‌های محافظه‌کار ایالتی، بیمه‌های درمانی، و افراد مرفه. همان استدلال‌های قدیمی به‌طور مکرر به چشم می‌خورد و باید مرتب به رد و ابطال آن‌ها همت گماشت. اما از آن‌جا که این استدلال‌ها ریشه در استنباط واقع‌بینانه‌ای از نفع "شخصی" دارد، هرگز از بین نخواهند رفت.

جنبه‌های اساسی وضع و حال کنونی

سیستم تأمین منابع مالی کانادایی، به معنای محدود، نه یک نظام ملی که یک نظام فدرالی-ایالتی است که با مشارکت دولت‌های محلی و فدرال اداره می‌شود. دولت فدرال، به‌جز چند استثنا، در رابطه با مسایل درمانی اختیاراتی بر اساس قانون اساسی ندارد. بنابراین طرح‌های بیمه عمومی در واقع توسط دولت‌های ایالتی اداره می‌شوند که آنها اختیارات و مسئولیت تام و تمام مالی و اداری دارند. اما دولت فدرال مساعدت‌های مالی چشم‌گیری در مورد چنین طرح‌هایی در اختیار ایالت‌ها می‌گذارد (در حال حاضر حدود ۴۰ درصد هزینه‌های کل)، به شرطی که طرح‌های ایالتی، استانداردهای خاص تعریف‌شده توسط دولت فدرال را مورد رعایت قرار دهند. بنابراین، می‌توان از، نظام "کانادایی" سخن گفت و حتی آن را توصیف کرد، هر چند هر یک از ده طرح ایالتی، ویژگی‌های خاص خود را دارند.

همان‌گونه که در بالا توصیف شد، لستر پیرسون^۱ نخست‌وزیر کانادا در ۱۹۶۵، چهار اصل عمومی را مطرح کرد که مشخص‌کننده ویژگی‌های مربوط به طرح‌های بیمه بیمارستانی موجود بود و می‌بایست در مورد خدمات پزشکان نیز اعمال گردد. این چهار اصل در گذر زمان حک و اصلاح و در پنج استاندارد فدرال خلاصه شدند. طرح‌های بیمه ایالتی برای تأیید شدن و دریافت کمک‌های فدرال می‌بایست این پنج اصل را رعایت کنند.

این استانداردها- همگانی بودن^۲، جامع بودن^۳، قابلیت دسترسی^۴، قابلیت جابه‌جایی^۵، و مدیریت غیرانتفاعی^۶- هرکدام یک اصل کلی و عام را مطرح می‌کنند که هدف آن به اندازه کافی روشن است اما جزئیات عملی آن جای بحث و تفسیر دارد. در طول زمان این اصول مورد

1. Lester Pearson

2. universality

3. comprehensiveness

4. accessibility

5. portability

6. nonprofit administration

بحث‌های زیاد قرار گرفته‌اند و گاه، تکامل یافته‌اند. قانون ۱۹۸۴ خدمات درمانی کانادا، جایگزین قوانین قبلی فدرال (قانون ۱۹۵۷ بیمه بیمارستان و خدمات تشخیصی و قانون ۱۹۶۶ مراقبت‌های درمانی) گردید و تغییراتی در آنها ایجاد کرد. این قوانین به‌عنوان مبنای کمک‌های دولت فدرال ایفای نقش می‌کردند و در حال حاضر مرجع تفسیر این اصول پنجگانه‌اند. آنها (اصول) سرفصل‌های مفیدی هستند که در ذیل آنها می‌توان سیستم کانادا را توصیف کرد.

پوشش همگانی

همگانی بودن در آغاز، هنگامی که برنامه‌های بیمه بیمارستانی و درمانی ایالت به ایالت مرحله‌بندی می‌شدند، به معنای "تقریباً" همه ساکنین ایالت‌ها بود (۹۵ درصد که در طول زمان به ۹۹ درصد افزایش پیدا کرد). اما در حال حاضر پوشش ۱۰۰ درصد جمعیت ایالت‌ها در مدنظر است. در دو ایالت باقیمانده که هنوز از ساکنین خود درخواست پرداخت حق بیمه به‌عنوان بخشی از نظام بیمه درمانی همگانی را دارد، این امر دارای اهمیت ویژه‌ای است.

هر دولت ایالتی برای جمع‌آوری پول، منجمله حق بیمه‌ها برای برنامه‌ای که انتخاب می‌کند، به‌طور قانونی مورد تقویت و حمایت قرار می‌گیرد. اما استانداردهای دولت فدرال، بیمه‌شدن همه افرادی را که در ایالت زندگی می‌کنند طلب می‌کند. بنابراین هیچ‌کس نمی‌تواند از خدمات محروم بماند، یا حتی در صورت عدم پرداخت حق بیمه، بابت آنها هزینه‌ای بپردازد. (پرداخت هزینه قانوناً مطالبه می‌شود، و حق بیمه‌های پرداخت‌نشده جمع‌آوری می‌شوند، اما پرداخت شرطی برای تحت پوشش قرار گرفتن نیست). بنابراین "حق بیمه" صرفاً صورتی از "مالیات سرانه است"، و حساب‌های درآمد ملی همواره به همین شیوه آنها را منظور می‌کنند.

در هر حال، در سال‌های اولیه این نگرانی وجود داشت که افراد با ریسک کم‌تر ممکن است بیمه خصوصی را ترجیح دهند و بدینوسیله خارج از طرح عمومی بیمه قرار گیرند. از آن‌جا که این امر ممکن بود با کنار گذاشتن خطرهای احتمالی خوب هدف توزیع خطر در سطح کل جمعیت را با شکست مواجه نماید، برای خدماتی که طرح عمومی آنها را تحت پوشش دارد به بیمه خصوصی اجازه فعالیت داده نشد. بیمه خصوصی برای ارائه خدمات خارج از تحت پوشش بیمه‌های درمانی، مانند، دندان پزشکی، داروهای تجویز شده خارج از بیمارستان، و هزینه‌های درمانی خارج از کانادا (مازاد بر مبلغی که توسط بخش عمومی پرداخت می‌شود)، اصرار می‌ورزد. اما (جز دندان پزشکی) در مجموع مبالغی ناچیز است.

هیچ‌گونه نظام خصوصی ارائه خدمات درمانی در کنار بخش عمومی وجود ندارد. همه

پزشکان و بیمارستان‌ها، همانند همهٔ بیماران، در چارچوب پرداخت‌های عمومی کار می‌کنند، اما نظام ارائه خدمات از بسیاری لحاظ هنوز «خصوصی» به‌شمار می‌رود. در بعضی از ایالات هنوز امکان دارد که یک پزشک خود را از طرح بیمه عمومی کنار بکشد و بیماران خود را به‌طور کاملاً خصوصی ویزیت کند، و توسط طرح عمومی نیز بازپرداخت نشود. حتی گروهی از پزشکان می‌توانند، با هر قدر از هزینه‌های اقتصادی که می‌پسندند، بیمارستان خصوصی یا تسهیلات و مراکز تشخیصی مربوط به خود راه‌اندازی نمایند. اما بیماران آنها نه بیمهٔ عمومی خواهند داشت و نه بیمهٔ خصوصی. چنین خدماتی فقط ناظر به گروهی بسیار محدود خواهد بود. به‌علاوه، پزشکان در چنین موقعیتی نمی‌توانند به‌طور همزمان، خدمات برای بیماران تحت پوشش بخش عمومی ارائه کنند. آنها باید کاملاً دولتی یا کاملاً خصوصی باشند. بنابراین ارائه‌کنندگان خصوصی قادر خواهند بود که زندگی خود را بر اساس فعالیت کاملاً خصوصی بنا نهند، ولی آن‌گونه که در نظام‌های اروپایی دارای بخش خصوصی رایج است، نمی‌توانند در دو سوی طیف (خصوصی و دولتی) ایفای نقش نمایند. نتیجتاً، بخش خصوصی حتی در ایالت‌هایی که مجاز است توسعه نیافته است. این پدیده نمایشگر یک اصل بسیار عام‌تری است و آن این‌که بخش خصوصی در عرصهٔ درمان فقط زمانی می‌تواند به بقای خود ادامه دهد که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم توسط نظام عمومی حمایت شود.

پوشش جامع

جامعیت، مستلزم پوشش «همهٔ انواع خدمات درمانی ضروری» توسط طرح‌های ایالتی است. خدماتی نظیر بستری‌شدن در بیمارستان خصوصی یا نیمه خصوصی، زمانی که با توجه به شرایط درمانی بیمار نیازی به آن نباشد، یا جراحی زیبایی‌گزینه‌ی، در طرح‌های عمومی منظور نمی‌شوند. به‌همان ترتیب خدمات ارائه‌شده توسط غیرپزشک - بینایی‌سنجی، درمان طبیعی، ماساژ درمانی^۱، و سایر خدمات از این دست - به‌طور ضمنی خارج از چارچوب تعریف رسمی دولت فدرال از «الزام درمان»^۲ قرار می‌گیرند و نیازی به پوشش آنها نیست. یک ایالت ممکن است خدمات تخصصی دیگری را از هر نوع یا با هر عنوان بپذیرد، اما دولت فدرال در این گونه موارد نه شرایطی تحمیل می‌کند و نه کمکی در رابطه با چنین خدماتی ارائه می‌دهد. توجه روزافزون به کارایی مراقبت‌های درمانی معاصر، یا فقدان آن، به‌طور محسوسی مفهوم

1. Chiropractors

2. Medical necessity

"الزام درمان"، را غنی تر می‌کند. بسیاری از خدماتی که توسط درمان‌گران ارائه می‌شود، و با بستری شدن در بیمارستان مرتبط است، به طور کلی یا تا حدودی غیر ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، به مفهوم دقیق کلمه، این گونه خدمات نباید توسط طرح عمومی تحت پوشش قرار بگیرند. با این حال، آزمون "الزام درمان" (به استثنای مواردی بسیار محدود)، در عمل منوط به تمایل پزشک صاحب صلاحیت و پروانه دار برای انتخاب نوع درمان و پذیرش آن از سوی بیمار بوده است.

مفهوم "الزام درمان" ممکن است توجهات بیش تری را در آینده جلب کند، به شرط آن که دولت‌های ایالتی خدماتی را که مزایای درمانی مشخص ندارند از بیمه کردن معاف دارند. پزشکان ممکن است خدماتی نظیر carotid endarterectomy یا پیوند Cardiac by-pass را برای گرفتگی یک یا دو رگ پیشنهاد کنند اما بیماران ممکن است مجبور باشند تمام هزینه‌ها را خودشان بپردازند.

با وجود این، اکنون تأکید بیشتر بر توسعه مکانیسم‌های قانونی برای اداره این گونه مسایل با همکاری و رهبری حرفه پزشکی است تا مطرح نمودن مسایل سیاسی و بالقوه جنجال برانگیزی که در این گونه رویکردهای "بازاری" پنهان است.

دولت‌های ایالتی سال‌هاست که کمیته‌های مشورتی موقت یا دائم، مرکب از متخصصین، متصدیان امور اداری، و بین مردم برقرار کرده‌اند تا تکنولوژی‌های جدید را بررسی و با توجه به زمان و مکان برنامه‌های جدید، توصیه‌هایی ارائه دهند. تصمیمات مربوط به میزان افزایش ظرفیت در عمل تبدیل می‌شود به تصمیم‌گیری درباره محتوای فعالیت پزشکی، زیرا عمل همواره محدودیت‌های ظرفیتی را در فشار قرار می‌دهد. این شیوه رهبری و مدیریت فعالیت پزشکی به کهنگی طرح‌های عمومی و حتی کهنه‌تر از آن است.

اما به طور روزافزونی از این گونه کمیته‌ها خواسته می‌شود که توصیه‌ها و پیشنهادات روشنی درباره مسئله پزشکی مورد نظر ارائه دهند: راهنماهایی برای معاینه‌های ادواری، برای بخش‌های سزارین، برای جراحی عروق، یا غربالگری کولسترول، و مانند اینها. بعضی از مجموعه‌های حرفه‌ای - تخصصی ایالتی به جست‌وجوی یک نقش فعال در این فرایند پرداخته‌اند، و دیگران عقب‌نشینی کرده‌اند، اما تقریباً مسلم به نظر می‌رسد که توسعه پروتکل‌های حرفه‌ای، از طریق نوعی همکاری بین دولت و صاحبان تخصص، عرصه روبه‌رشدی را شکل می‌دهد.

این فرایند هنوز در ابتدایی‌ترین مراحل خود قرار دارد به نحوی که بازده ملموس و قابل تشخیص زیادی نمی‌توان برای آن در نظر گرفت. اما بعضی نشانه‌های موفقیت به چشم

می خورد. بسیار محتمل به نظر می رسد که این فرایند مشورت، رشد فزاینده آزمایش و درمان کلسترول را که در حال حاضر تهدید روزافزونی برای سلامت جمعیت امریکایی به شمار می رود کنترل خواهد کرد. در طرف دیگر قضیه، ارزیابی دقیق چنین کمیته هایی به گسترش سریع و مؤثر درمان فشار خون منجر شده است.

مطلبی که هنوز عنوان نشده چگونگی راه اندازی است. چه باید کرد زمانی که پروتکل ها اجرا نمی شدند؟ هنوز هیچ کس با این مشکل پنجه در نیفکنده است، هر چند در عین حال پیشنهادهای حرفه ای و انگیزه های اقتصادی زیادی وجود داشته است.

دسترسی معقول به شرایط و هزینه های برابر

دسترسی به خدمات درمانی به طور اخص، زمینه ای بحث انگیز بوده است و دو موضوع بحث انگیز عمده بین پزشکان و دولت را در بر می گیرد: ظرفیت بیمارستان و دریافت های اضافی. آیا اخذ مستقیم هزینه ها از بیماران مانع دسترسی آنان به خدمات و مراقبت های مورد نیاز است و به نقض این اصل می انجامد؟ و آیا تلاش برای تعدیل توسعه تخت ها و تکنولوژی به نوعی «جیره بندی» نمی انجامد که حتی در صورت رایگان بودن مراقبت های درمانی عملاً و به طور مؤثر همان نقش را ایفا می کند؟ امروزه، پاسخ های کوتاه ارائه شده از دیدگاه و رفتار کانادایی ها نسبت به این سوالات عبارتند از، «بلی»، و «نه الزاماً». مسئله اول ظاهراً، در زمان حاضر، حل شده است، اما دومی بسیار گسترده است و سهم بزرگی از بحث های سیاسی کانادا را به خود اختصاص داده است.

دریافت هزینه های اضافی توسط پزشکان

نخستین نکته این بوده است که، اساساً عملکرد پزشکان بسته به قدرت سیاسی انجمن های پزشکی در زمان استقرار طرح های بیمه درمانی، از ایالتی به ایالت دیگر تفاوت داشت. در کبک^۱، یک سوی طیف، پزشکانی که از بیماران حق الزحمه ای بیشتر از مبلغ مندرج در جدول مورد توافق دریافت می نمودند به هیچ وجه توسط طرح های بیمه دولتی بازپرداخت نمی شدند، و بیماران آنها نیز از این امر مستثنی نبودند. در ایالتی دیگر، در آلبرتا، پزشکان برای دریافت حق الزحمه خود از بنگاه های عمومی و دریافت مبلغ اضافی از بیماران خود به هر میزانی که می خواستند آزاد بودند، و این در واقع دو دریافت یا دو صورت حساب جداگانه است: ایالت های

1. Quebec

دیگر به نوعی دریافت اضافی را مجاز شمردند اما با تعاریف و چارچوب‌های کم‌وبیش دقیق. در هرحال قانون خدمات درمانی کانادا قائل به این موضوع بود که هر دولت ایالتی در قبال تحمیل هزینه به بیماران به‌ازای دریافت خدمات اضافی یا صدور مجوز برای بدهکار نمودن بیماران (دریافت هزینه از آنها) توسط هر فرد دیگر، معادل کل مبلغ هزینه‌شده را از اعتبارات فدرالی از دست خواهد داد. از آن زمان به بعد، همه ایالت‌ها دریافت‌های اضافی از بیماران را مورد بحث قرار داده یا به آن خاتمه داده‌اند. این قانون واکنشی به نگرانی‌های فزاینده از گسترش دریافت‌های اضافی در سطح جامعه بود و مانعی روبه رشد در دستیابی به خدمات درمانی، به‌خصوص برای آنهایی که نیاز شدید به خدمات داشتند، محسوب می‌گردید.

حد معقول دستیابی چیست؟

چه مقدار دستیابی به خدمات درمانی، معقول است؟

دومین موضوع به لحاظ مفهومی بسیار پیچیده است. کانادا به لحاظ تاریخی دارای تخت‌های بیمارستانی نسبتاً زیاد و استفاده زیاد از این تخت‌ها بوده است. در سطح ملی، حدود ۶/۷۵ تخت بیمارستان عمومی به ازای هر یک‌هزار نفر وجود دارد که $\frac{2}{3}$ آن در واحدهای مخصوص بستری‌شدن‌های کوتاه‌مدت و $\frac{1}{3}$ آن به واحدهای مخصوص بستری‌شدن‌های طولانی‌مدت یا مراقبت‌های اضافی اختصاص دارد. روزهای مراقبت (بستری‌شدن) قابل عرضه در حدود دو هزار روز برای هر هزار نفر جمعیت است، با اندکی بیشتر از ۶۰ درصد در مراقبت‌های کوتاه‌مدت، که بخش کوچک‌تری از روزها را در برمی‌گیرد، زیرا میزان اشتغال تخت در واحدهای کوتاه‌مدت میانگینی در حدود ۸۰ درصد دارد، درحالی‌که در واحدهای مراقبت طولانی‌مدت بیشتر از ۹۵ درصد است.

بررسی‌کنندگان مسئله مدیریت مراقبت‌های درمانی عمدتاً چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که الگوی کانادایی نمایشگر استفاده بیشتر از حد در زمینه نیازهای درمانی است، و سیاست عمومی در همه ایالت‌ها به سوی کاهش استفاده از بیمارستان‌ها سوق داده شده است. بر همین منوال عرضه و پراکندگی تسهیلات تکنیکی و شیوه‌ها و روش‌های جدید از طریق کنترل سرمایه و بودجه عملیاتی در بیمارستان‌ها و فرایند مذاکره که تعیین‌کننده اقلامی است که باید در جدول دستمزدها منظور گردد، محدود شده است.

با این‌همه عرضه پزشکی به‌طور مستمر افزایش یافته است، و این افزایش با گسترش سریع تکنولوژی برای ایجاد یک فشار دائمی در جهت تأمین "ابزارهای حرفه‌ای" بیشتر و تازه‌تر در

تعارض قرار می‌گیرد. درآمدهای پزشکان، در فضای "حق‌الزحمه در برابر خدمت"، بستگی به فرصت‌های تنظیم صورت حساب (میزان فعالیت کاری که طی صورت حساب‌هایی حق‌الزحمه آنها مطالبه می‌شود)، و متعاقب آن، برای بسیاری از متخصصان، بستگی به دسترسی آنها به سرمایه (عمومی) و پرستارها و کارکنان فنی (که حق‌الزحمه‌شان از محل عواید عمومی پرداخت می‌شود) خواهد داشت. به این ویژگی فشار قدرتمند دیگری از سوی پرستارها و دیگر کارکنان بیمارستانی، که بیمارستان برای آنها مظهر اشتغال و فرصت‌های پیشرفت شغلی است، افزوده می‌شود. این گروه‌ها به صورت بارزترین متقاضی افزایش تخت‌ها و بودجه‌های بیشتر درآمده‌اند، و عامه مردم را با تهدید سلامتی آنها از طریق قطع فعالیت خود هشدار می‌دهند. یکی از ناظران عبارت "قلعه اشتغال" را برای توصیف بیمارستان کانادایی وضع کرده است. کانادا در واقع بیشترین میزان هزینه سرانه را، بعد از ایالات متحد، در جهان دارد (نمودار ۱-۵)، و این هزینه‌ها کم و بیش به موازات درآمد ملی در بیست سال گذشته افزایش داشته‌اند (نمودارهای ۲-۵ و ۳-۵)، اما این وضع برای ارائه‌کنندگان خدماتی که به میزان درآمد فزاینده هم‌تایان خود در کشور همسایه، ایالات متحد، غبطه می‌خورند، کافی نیست.

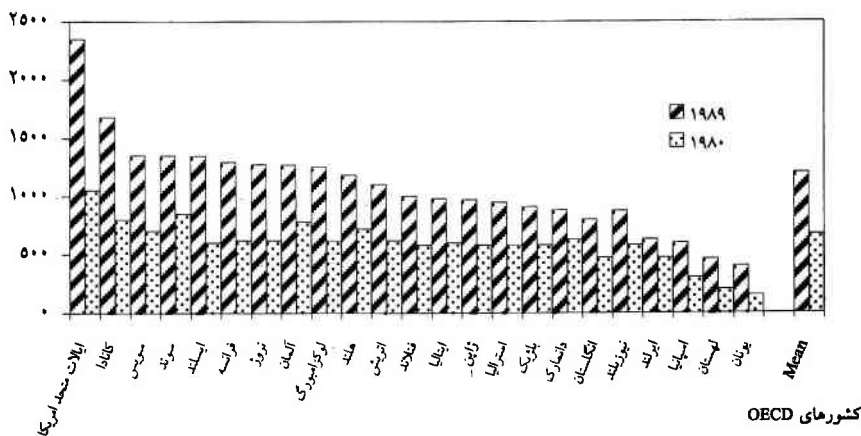
توافق عامه و اتفاق آرا بر این است که "دسترسی" به معنی تدارک همه خدمات قابل تصور برای همه افراد نیست، بلکه تدارک خدمات مطابق و منطبق بر نیاز است. بنابراین، تلاش سیاسی در زمینه فرایندهایی است که نیاز به واسطه آنها تعریف می‌شود. برای صاحبان حرفه‌های پزشکی نیاز همان چیزی است که یک پزشک می‌گوید. اگر این خدمات هزینه‌های بیشتر و بیشتری می‌طلبد، اشکالی ندارد بگذار بطلبد. بعضی دیگر، مانند دولت، بیماران، و بقیه افراد جامعه ممکن است منابع مالی لازم را فراهم کنند. دولت‌ها، از طرف دیگر، به شدت بر این امر اصرار می‌ورزند که دلیل ضرورت همانا تأثیر قابل مشاهده و ملموس اقدامات انجام یافته در وضع سلامت و بهداشت و کارایی مردم است و نه صرفاً آن‌چه پزشک متخصص به آن عقیده دارد یا ندارد. مضافاً، آنها (پزشکان و متخصصین) روزبه‌روز با دستاوردهای تحقیقاتی وسیعی مواجه‌اند که نشان می‌دهند اغلب بین نظریات پزشکان و کارایی یا عدم کارایی ملموس خدمات ارائه شده همبستگی ضعیف وجود دارد و یا اصولاً همبستگی وجود ندارد.

لذا کشمکش بین استقلال رأی متخصصین (و نفع اقتصادی شخصی) و اهمیتی که پرداخت‌کنندگان برای منافع شخصی خود و ارزش پول‌شان قائل‌اند موضوع مهمی است که تقریباً در همه کشورهای توسعه یافته جهان به چشم می‌خورد. بنابراین، اجرای اصل دسترسی در سیستم کانادا احتمالاً تا تحقق کامل آن، تا مدت زمانی طولانی بحث‌انگیز خواهد ماند.

نمودار ۵-۱. مقایسه بین‌المللی هزینه سرانه مراقبت‌های درمانی در

سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۸۹

دلار آمریکا

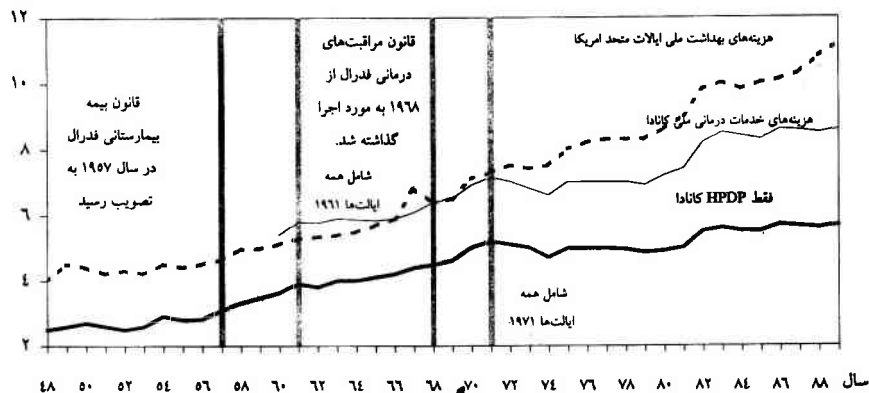


OECD کشورهای
 مأخذ: OECD (۱۹۹۰) - جدول ۲/۹

نمودار ۵-۲. سهم کل هزینه‌های درمانی از تولید ناخالص ملی - کانادا و ایالات

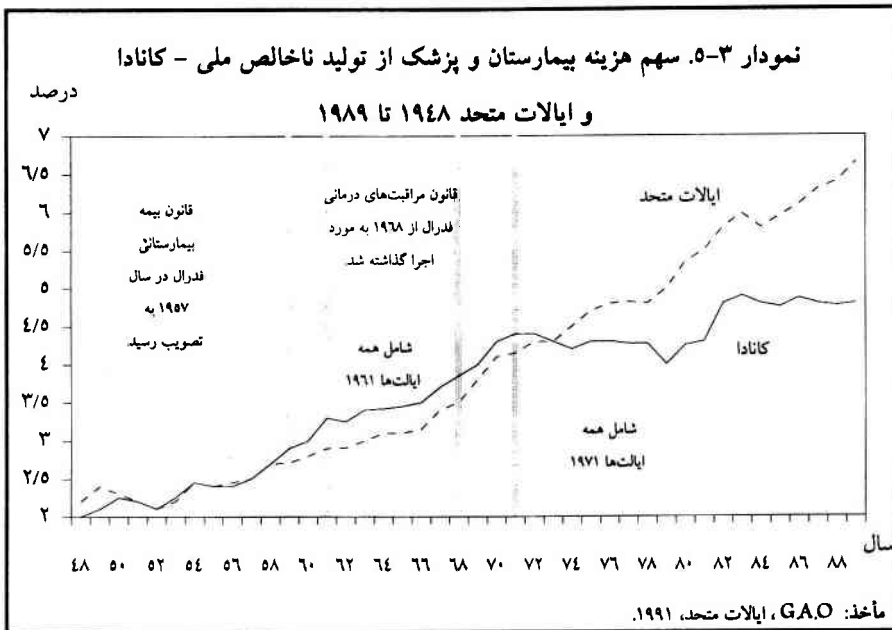
متحد در سال‌های ۱۹۴۸ تا ۱۹۸۹

درصد



یادآوری: HPDP = hospitals, physicians, dentists, and prescriber drugs - بیمارستانها، پزشکان - دندانپزشکان و نسخ داروها

مأخذ: GAO ایالات متحد (۱۹۹۱).



قابلیت جابه‌جایی پوشش بیمه‌ای در کانادا

قابلیت استفاده از مزایا در هر کجای کانادا به سبب رابطه نمادین آن با وحدت ملی یک اصل مهم به شمار می‌رود، اما این مسئله چندان بحث‌انگیز نبوده است. این قابلیت عمدتاً یک مسئله تکنیکی است. مسائل سیاسی تنها زمانی به وجود می‌آیند که یک منطقه شهری بزرگ محدوده خود را توسعه می‌دهد، یا بخش مهمی از یک ایالت خدمات مورد نیاز خود را از یک شهر بزرگ در ایالتی دیگر می‌گیرد. اگر جدول دستمزدها اساساً تفاوت باشند، چه ارائه‌کنندگان خدمات درمانی و چه پرداخت‌کنندگان حق‌الزحمه‌ها ممکن است به تبادلات مالی مربوطه اعتراض نمایند. مشکل بسیار جدی و بالقوه، موضوع پرداخت‌ها در طول مرزهای ایالات متحد است. همان‌گونه که در بحث دسترسی اشاره شد، دولت‌های ایالتی افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها و بالاحص تجهیزات گران‌قیمت تشخیصی را، با تأمین اعتبار برای آنها از طریق بودجه عملیاتی و سرمایه بیمارستانی، و نه از طریق پرداخت به‌ازای هر قلم سرویس، محدود می‌کنند. به‌عنوان مثال، بیمارستانی که آرزوی دریافت یک دستگاه ام.آر.آی^۱ یا لیتوتریپتر^۲ دارد نباید فقط تأییدیه

1. M.R.I

2. Lithotripter

طرح از وزارت بهداشت ایالت بگیرد بلکه باید وزارت متبوع را برای تأمین اعتبارات سرمایه‌ای لازم متقاعد نماید. پزشکان خصوصی در اصل می‌توانند چنین تجهیزاتی را خریداری و مورد استفاده قرار دهند، اما اگر ردیف مشخصی در جدول دستمزدها ناظر بر فعالیت‌های آنان نباشد، بازپرداخت به آنان (توسط دولت یا بیمار) بابت استفاده از آن دستگاه صورت نمی‌گیرد.

نتیجه این است که پزشکان کانادایی مدعی کمبود تجهیزات اصلی تشخیصی در مقایسه با ظرفیت بسیار وسیع‌تر و استفاده بیشتر از آنها در ایالات متحد، می‌شوند (در هر حال، قیمت در ایالات متحده پایین نمی‌آید). در هر حال، این که مسئله بالا نشان‌دهنده کمبودهایی در ارتباط با نیازهای مردم کاناداست یا افراط در امریکا را نشان می‌دهد، یا هر دو، موضوع دیگری است.

بنابراین جریان روبه‌افزایش بیماران در طول مرزها در پاسخ به شکاف فزاینده بین الگوهای درمانی امریکایی و کانادایی امری قابل پیش‌بینی است. این امر ممکن است دولت‌های ایالتی را، چه به لحاظ پرداخت برای مراقبت‌های اضافی، و متعاقب آن از دست‌دادن کنترل بر کل خروجی‌های خود، و چه به لحاظ اجازه دادن به توسعه یک نظام درمانی بالفعل خصوصی به موازات نظام عمومی، در موقعیت مشکلی قرار دهد.

در هر حال، به نظر نمی‌رسد که در عمل این مسئله به‌طور جدی گسترش یافته باشد، جز در یک یا دو شهر مرزی، و یک یا دو رویه بحث‌انگیز. واقعیت این است که در استفاده از خدمات درمانی بیماران به‌طور عام تقاضای رویه‌های خاصی را ندارند. آنها به دنبال توصیه‌های پزشکان خود هستند. پزشک می‌تواند، بیماران خود را به ایالات متحد ارجاع دهد و گاه چنین می‌کند و سپس این واقعه را به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های مستمر و خستگی‌ناپذیر خود در مبارزه با دولت ایالتی درباره دسترسی به منابع درمانی لازم در بوق و گونا می‌دمد. اما این نوع نمایش‌های سیاسی به معنای حرکت وسیع بیماران یا دلارها به سوی ایالات متحد نیست.

مدیریت پوشش توسط بنگاه‌های غیرانتفاعی

اصل آخر، یعنی مدیریت غیرانتفاعی، تفاسیر مختصری را در کانادا موجب شده است، زیرا در بخش‌های وسیعی از کانادا، صنعت بیمه خصوصی در زمان ارائه و استقرار طرح‌های عمومی، تا حدودی توسعه نیافته و عقب مانده بود. در هر یک از ایالات بیمه‌گران غیرانتفاعی حضور داشتند، که اساساً نظیر طرح‌های صلیب آبی در ایالات متحد توسط بیمارستان و انجمن‌های پزشکان حمایت می‌شدند. بیمارستان‌ها و فعالیت‌های بیمه درمانی این طرح‌ها خیلی راحت زیر

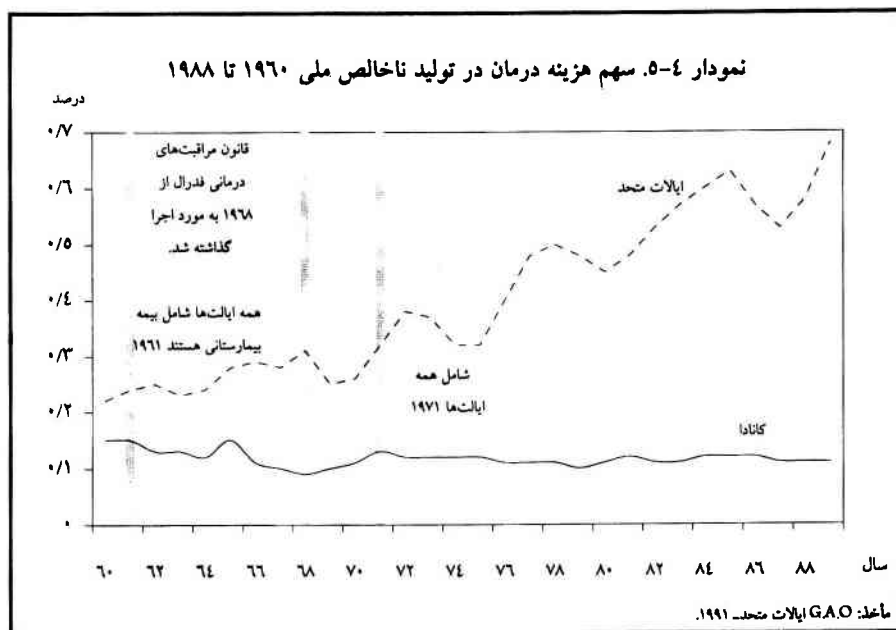
سلطه بنگاه‌های عمومی / دولتی درآمدند. در مواردی طرح‌های ایالتی به تداوم کار خود از طریق عوامل اجرایی قبلی، به‌عنوان رابط، ادامه دادند، اما این روش کار هم به‌طرزی غیرضروری پرهزینه و ناکارآمد بود و لذا زود به پایان رسید.

حمایت تاریخی و مرسوم از مدیریت غیرانتفاعی با توصیه‌ها و پیشنهادهای گزارش کمیسیون سلطنتی خدمات درمانی فدرال (کانادا، ۱۹۶۴) تحکیم یافت. گزارش‌های وزارت دادگستری حاکی از آن بود که طرح‌های بیمه خصوصی بخش‌های نسبتاً کمتری از پرداخت‌های خود را به‌صورت مزایا واریز می‌کردند.

مطالعاتی که برای کمیسیون به عمل آمد نشان داد که در اوایل دهه ۱۹۶۰ هزینه‌های بالاسری مدیریت حدود ۲۲ درصد کل حق‌بیمه‌ها را در بیمه خصوصی درمان در کانادا به‌خود اختصاص داده است. این میزان، البته برای طرح‌های گروهی رایج پایین‌تر (۲۰ درصد) از طرح‌های غیرگروهی بود (۳۰ درصد). اما طرح‌های ارائه‌شده توسط بنگاه‌های تجاری که تازه آغاز به نفوذ در بازار کرده بودند، با سطح پوشش محدودتر و انتخاب گروه‌های کم‌خطرتر، هزینه‌های بالاسری ۳۰ درصد برای قراردادهای گروهی و میزان چشم‌گیر ۵۵ درصد برای غیرگروهی داشت (کانادا، ۱۹۶۴، فصل ۱۸). این نه تنها ناکارآمد بلکه غیرعادلانه بود.

تعیین دقیق هزینه‌های بالاسری نظام دولتی / عمومی در کانادا مشکل است، اما توافق همگانی بر این است که این هزینه‌ها چیزی حدود ۵ درصد یا اندکی کمتر از پرداخت‌های انجام‌شده به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی است. به‌عنوان بخشی از درآمد ملی، هزینه‌های مدیریت و پیش‌پرداخت مراقبت‌های درمانی تقریباً در سی سال گذشته ثابت مانده است.

برعکس، در ایالات متحد، هزینه‌های عملکرد خود مکانیسم بیمه به شدت روبه افزایش بوده است (نمودار ۴-۵). فرایند پرداخت‌ها در آمریکا روزبه‌روز پیچیده‌تر شده است، زیرا پرداخت‌کنندگان تلاش‌های مضاعف برای به حداقل رساندن هزینه‌های خود از طریق تحمیل آنها بر دوش دیگران به عمل می‌آورند. دولت‌های ایالتی بیشتر هزینه‌ها را بر دوش کارفرمایان می‌گذارند و کارفرمایان و بیمه‌گران در این تلاش‌اند تا هزینه‌ها را به بیماران منتقل کنند. هزینه‌های پرداخت‌نشده مربوط به مراقبت‌های تهیدستان که بیمارستان‌ها به‌طور سنتی آنها را به بیمه‌گران خصوصی تحمیل می‌نمودند، اینک به خود بیماران منتقل می‌شود، و پرداخت‌کنندگان و ارائه‌کنندگان بر سر قیمت و استفاده فردی از خدمات موردی گران‌قیمت، توان‌فرسا و فرایندهای غالباً ناکارآمد مجادله می‌کنند. نتیجتاً با توجه به کاغذبازی و منافع قابل ملاحظه و کلاً، حسابداران، مشاوران و مدیران، خدمات درمانی روزبه‌روز گران‌تر و گران‌تر می‌شود.



هزینه‌های اداری بیمه یا پیش‌پرداخت‌ها هیچ‌کدام بازگوکننده همه ماجرا نیستند. هزینه‌های اداری بیمارستان‌ها و مطب پزشکان به سرعت و به موازات تلاش آنها برای سازگاری با شیوه‌های پرداخت و مقررات پیچیده روبه افزایش نهاده است. بنابراین بخش قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌های ثبت‌شده برای بیمارستان و مراقبت‌های درمانی در حقیقت هزینه‌های ایجادشده توسط مکانیسم پرداخت است، هرچند به وضوح در هزینه‌های پیش‌پرداخت یا اداری منظور نشده باشد. سهم فزاینده‌ای از هزینه‌های بیمارستان و درمان بابت پرداخت به مدیران، حسابداران، وکلا، متخصصین روابط عمومی و دیگر افرادی است که خدمات آنها به‌طور معمول، مؤثر در سلامت بیماران شناخته نمی‌شود. برآوردهای اخیر از هزینه‌های اداری اضافی نظام آمریکایی در مقایسه با نظام و رویکرد کانادایی بین ۵۰ تا ۱۲۰ میلیون دلار در سال است.^۱ این هزینه‌های متورم فرایند بیمه، تعداد روزافزونی از پزشکان، بیماران و پرداخت‌کنندگان آمریکایی را نسبت به برتری نظام کانادا متقاعد کرده است.

1. Woolhandler, S., and D. U. Himmelstein, 1991.

هزینه‌های درمانی در آمریکا به‌طور مستمر افزایش می‌یابند اما ارائه‌کنندگان خدمات درمانی بر این باورند- و به حق- که سهم آنها به موازات هزینه‌های درمانی افزایش نمی‌یابد. ولی همان‌ها هستند که فشار سنگین اقداماتی را که برای جلوگیری از افزایش هزینه‌ها به عمل می‌آید- و اغلب هم بی‌فایده است- بر دوش خود احساس می‌کنند.

انجمن پزشکان آمریکا ممکن است با آن‌چه خود "طب اجتماعی شده" می‌نامد، به‌طور سرسختانه‌ای مخالفت کند، اما "کالج پزشکان آمریکا"، دومین سازمان پزشکی بزرگ کشور، از بیمه عمومی حمایت می‌کند.

به‌طور سنتی، بیمه‌گران صرفاً هزینه‌های انجام‌شده در نظام مراقبت‌های درمانی را پرداخت می‌نمودند (یا بسته به شرایط بیمه‌شده از پرداخت آن اجتناب می‌کردند). پزشکان و دیگر متخصصین پزشکی مراقبت مورد نیاز بیماران "خود" را تعیین و آن را یا شخصاً ارائه می‌کردند یا به مراجعی دیگر احاله می‌دادند. مسئولان اداری تسهیلات، تجهیزات و پرسنل مورد نیاز برای اجرای نظریات و تصمیمات متخصصین را فراهم می‌کردند. اما آنها در این خصوص که چه نوع مراقبتی باید ارائه شود، یا اثرات این مراقبت را باید مورد ارزیابی قرار داد، هرگز مدیریتی اعمال نمی‌کردند، زیرا این مسائل مربوط به متخصصین و صاحبان جرّف پزشکی یا درمانگران می‌دانستند. رؤسای ادارات صرفاً پرسنل ارشد بودند و وظایف اساسی سازمان یا چگونگی اداره آن توسط آنها تعیین و تعریف نمی‌شد. پرداخت‌کنندگان فقط بنا به تقاضا چک می‌نوشتند و در صورت نیاز به جمع‌آوری حق بیمه‌ها می‌پرداختند.

مدیریت، برعکس، مستلزم تصمیم‌گیری درباره نوع خدمت موردنیاز، شرایط مرتبط با آن، و آثار و نتایج تجربی یا مورد انتظار است. مدیریت همچنین در تعیین چگونگی انجام وظایف سازمان، کارآمدترین شیوه ترکیب پرسنلی، تجهیزات، و تسهیلات نقش مهمی ایفا می‌کند. چه کسی چه کاری باید انجام دهد، و با چه چیزی، و برای چه کسی؟ این‌ها تصمیمات بسیار مورد علاقه و حمایت متخصصین بود زیرا در کانون اختیارات و قدرت آنها قرار داشت. اما همین تصمیم‌گیری‌ها غالباً با بی‌اعتنایی و ناآگاهی، بدون پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در برابر هر فرد یا مقام دیگر، صورت می‌گرفت. واقعیت‌ها نشان می‌دهند که چنین تصمیماتی از کیفیت مطلوب برخوردار نیستند. انبوهی از مراقبت‌های ناکارآمد و نامناسب به شیوه‌های پرهزینه و نالازم تولید و ارائه می‌شود که در مجموع باز هم باری بر مدیریت نامطلوب می‌افزاید.

اینها مشابه مسائلی هستند که زیربنای بحث‌های مربوط به دسترسی را تشکیل می‌دهند: چه خدماتی ارزش پرداخت دارند، برای چه کسی، و چه اطلاعات و فرایندهای تحلیلی برای تصمیم‌گیری مورد نیاز است؟

در هر حال باید تأکید شود که این‌ها با مسائلی که بیمه خصوصی با آنها روبه‌روست کاملاً متفاوت است. بیمه‌گران خصوصی تحت فشار قوانین رقابت بازار، باید مقدار زیادی از کوشش‌های خود را صرف تعیین گروه‌هایی از مردم بنمایند که نباید بیمه شوند: بدترین خطرهای احتمالی. بازار بیمه خصوصی نمی‌تواند افرادی را که بیشترین نیاز را به مراقبت‌های درمانی دارند، تحت پوشش قرار دهد، و این کار را هم نمی‌کند.

کنترل افزایش هزینه‌های مراقبت‌های درمانی

کنترل هزینه، به‌عنوان اولین حوزه مشکلات، مسئله‌ای است که رویاروی همه جوامع صنعتی، جز ژاپن قرار دارد. اگر مدرنیزاسیون و رشد اقتصاد عمومی یک کشور بتواند سریع‌تر و جلوتر از رشد نظام مراقبت‌های درمانی باشد، این کشور نگرانی‌ای درباره کنترل هزینه‌های درمانی نخواهد داشت. اما کشورهای اروپای غربی و امریکای شمالی در چنین موقعیتی نبوده‌اند و در دهه گذشته، حتی جلوتر از آن، همواره برای تعدیل و کنترل رشد هزینه‌های درمانی، به‌منظور حفظ منابع جهت دیگر اولویت‌های اجتماعی و خصوصی، در تلاش بوده‌اند.¹

در هر حال، در پنج یا ده سال گذشته، چنین جوامعی، جز ایالات متحد راه‌حل‌هایی، هر چند نه نهایی، برای این مسئله یافته‌اند (شیبور و پولیور، ۱۹۹۱). کشورهای زیادی سهم درآمد ملی تخصیص یافته به بخش درمان را، در مواردی به میزان بسیار چشم‌گیر، کاهش داده‌اند. در هر یک از این کشورها فرایند کنترل با مشکلات و تضادهای سیاسی همراه بوده و همواره این امکان وجود داشته است که نظام مراقبت‌های درمانی این کنترل‌های تحمیل شده را در هم شکند اما تاکنون تا حدودی ثبات بر اوضاع حاکم بوده است.

فرایندهایی که طی آنها دولت‌های ایالتی کانادا چنین کنترل‌هایی را در یک دوره بیست ساله (جز سال رکود ۱۹۸۲) به اجرا گذاشته‌اند، به سه مورد خلاصه می‌شوند.

نخست، همان‌گونه که در سطور بالا اشاره شد، ماهیت نظام پرداخت کانادا امکان اقتصادی

1. Evans, 1990, 1991.

عملکردهای متناسب با هزینه‌های اداری را فراهم می‌کند، و لذا این‌گونه هزینه‌ها در گذر زمان افزایش پیدا نکرده‌اند. طنزآمیز است که تلاش‌های امریکا برای ایجاد رقابت بیشتر در زمینه مراقبت‌های درمانی به افزایش شدید هزینه‌های غیرمولد منجر شده است.

دوم، جدول دستمزدهای مورد توافق بین انجمن‌های پزشکی و دولت‌ها در هر ایالت افزایش آرام‌تر و کندتری نسبت به دستمزدها در فضای کنترل‌نشده امریکا داشته‌اند. درعین حال، حذف پرداخت‌های اضافی، پزشکان را از بهره‌مندی از این منبع جایگزین که به تورم دستمزدها کمک می‌کند، بازداشت. در طول زمان دستمزدها در کانادا، کم‌وبیش همراه و هم‌سو با تورم عمومی قیمت‌ها افزایش یافته‌اند، زمانی‌که پزشکان بتوانند دستمزد خود را آزادانه تعیین کنند، میزان دستمزدها به طرز چشم‌گیرتر افزایش خواهد یافت.

در برابر این وضع، به نظر می‌رسد که پزشکان کانادا حجم صورت‌حساب‌های خود را سریع‌تر از امریکا افزایش داده‌اند، اما در مجموع نتوانسته‌اند لطمه رشد آرام دستمزدها را به‌طور کامل جبران نمایند (باور، ایوانز، و لایل، ۱۹۸۸). یک عامل مهم و مساعد در فرایند کنترل، این واقعیت است که جدول دستمزدها بازپرداخت خدمات تشخیصی خارج از بیمارستان‌ها را محدود می‌کند و بنابراین بسیاری از پزشکان نمی‌توانند به آسانی، به‌عنوان مثال آزمایشگاه‌های شخصی برای خود راه‌بندازند. درضمن، تقسیم پنهانی دستمزدها بین آزمایشگاه‌ها و پزشکان ارجاع‌دهنده، نیز غیرممکن می‌شود (رینهارد، ۱۹۸۷).

دولت‌های ایالتی کانادا به‌طور جدی در جست‌وجوی راه‌هایی برای تعیین و به‌کارگیری "سقف‌های" هزینه برای خدمات پزشکان‌اند. دو ایالت، کیبک و بریتیش کلمبیا، این کار را انجام داده‌اند، و احتمالاً بقیه ایالت‌ها نیز آن‌را دنبال خواهند نمود (لوماس و همکاران، ۱۹۸۹).

چنین "سقف‌هایی" می‌توانند اشکال متعدد و متفاوت داشته باشند. ساده‌ترین نوع آن، یعنی سهمیه‌بندی قبلی، مبلغ کل ثابتی را برای یک دوره زمانی مشخص جهت پرداخت به پزشکان در نظر می‌گیرد. سپس این مبلغ با کل ارزش پولی صورتحساب‌ها یا تقاضاهای بازپرداخت ارائه شده توسط پزشکان در برابر خدمات انجام یافته در آن دوره زمانی مقایسه می‌شود، و نسبت بین مبلغ تخصیص داده شده و کل مطالبات هر یک از پزشکان در رقم درخواستی پزشک مربوطه ضرب می‌شود تا میزان واقعی پولی که به او تعلق می‌گیرد، تعیین شود. این رقم ممکن است کمتر یا بیشتر از مقدار مطالبات باشد (بسته به این که کل مطالبات کم‌تر یا بیشتر از بودجه

منظور شده باشد). یک مدل از این فرایند سال‌ها توسط صندوق‌های بیماری آلمان مورد استفاده بوده، و افزایش هزینه‌ها در آلمان در طی دهه گذشته، در مقایسه با دیگر کشورهای پیشرفته صنعتی "سازمان همکاری‌های اقتصادی برای توسعه" کمتر بوده است. کنترل هزینه‌ها با سیاست‌گذاری نیروی انسانی نیز ارتباط مستقیم دارد، زیرا حجم صورتحساب‌های خدمات پزشکان کم‌وبیش به نسبت افزایش پزشکان در نظام "حق‌الزحمه در برابر خدمت" افزایش می‌یابد. سیاست‌گذاری برای تأمین نیروی انسانی، با حمایت از افزایش تعداد پزشکان، به میزانی بیشتر از نرخ رشد جمعیت، عملاً در جهت مخالف کنترل هزینه‌ها کار می‌کند. این برنامه فشار فزاینده‌ای روی هزینه‌ها دارد، اما بسیج حمایت‌های سیاسی برای کاستن از تعداد مراکز تربیت پزشک بسیار مشکل است.

یک بخش مهم دیگر در زمینه کاهش هزینه مراقبت‌های درمانی، نظام بودجه‌بندی کلی برای بیمارستان‌ها بوده است، که می‌تواند این بخش از بودجه خدمات درمانی را به میزان نقدینه موجود مشروط نماید. نتیجه این امر از یکسو کاهش مستمر در هزینه مراقبت‌های حاد بود که در ایالات متحد همچنان بالاست، و از سوی دیگر افزایش کند روش‌های درمانی گران‌قیمت و مرتبط با تکنولوژی‌های نوین. ایالت‌های کانادا از تکنولوژی مدرن استقبال می‌کنند اما چنین تکنولوژی و تجهیزاتی را به بیمارستان‌های آموزشی محدود می‌نمایند و در بیشتر بیمارستان‌های منطقه‌ای یا مراکز خصوصی از آن بهره نمی‌گیرند. بنابراین در کانادا دستیابی به چنین تجهیزاتی در مقایسه با کشورهای نظیر ایالات متحد، آلمان، یا ژاپن پایین‌تر است و همین امر به تعدیل رشد هزینه‌ها کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، رویکرد کانادایی به تأمین منابع مالی مراقبت‌های درمانی به منظور تحقق دسترسی یکسان به خدمات و مراقبت‌های درمانی موفق بوده است هرچند این موفقیت در دستیابی به تندرستی مطلوب کمتر بوده است. این یک ویژگی عمومی کشورهای صنعتی و منعکس‌کننده این واقعیت است که دستیابی به مراقبت‌های درمانی تنها تعیین‌کننده سلامت و بهداشت جمعیت نیست. پایگاه و موقعیت بهداشتی جمعیت کانادا قابل قیاس با شاخص‌های بهداشتی امید به زندگی و مرگ و میر کودکان در کشورهای پیشرفته صنعتی جهان است و مستمراً بهبود و پیشرفت می‌یابد.

نظام بیمه عمومی نه تنها دستیابی به مراقبت‌های درمانی را ارتقا بخشید، بلکه با تأکید مؤکد بر برابری بین شهروندان نقش مهمی در "ملت سازی"، و انسجام و وحدت جامعه ایفا نمود. ثروت زیاد و موقعیت برتر، چیزهای خیلی زیادی می‌توانند فراهم کنند، اما نمی‌توانند مراقبت درمانی بیشتر یا بهتر بخرند. در این زمینه همه کانادایی‌ها برابرند. به اضافه این نکته که بار اقتصادی این نظام مطابق توانایی پرداخت شهروندان، و از طریق نظام عمومی مالیات‌ها میان تمام جمعیت تقسیم می‌شود. از آن‌جا که پرداخت مستقیمی به ازای دریافت خدمات درمانی وجود ندارد، افرادی که بار بیماری و خسارت‌های ناشی از آن را تحمل می‌کنند دیگر مجبور به تحمل بار اقتصادی اضافی نیستند. هیچ‌کس در کانادا ترس از تضعیف و تخریب بنیه اقتصادی خود به علت هزینه‌های مراقبت‌های درمانی ندارد، و هیچ‌کس وابسته به "صدقه"، اعم از عمومی یا خصوصی، نیست. مشکلات و مسائل مالی، و پیامدهای آنها از دوش شهروند منفرد برداشته شده است.

نظام کانادایی فراتر از تأمین دسترسی به بیمه و اعتلای زندگی شهروندان کانادایی، مهار هزینه‌های مراقبت درمانی را برای دوره‌ای طولانی به‌دست گرفت. این آزمون حساسی برای پایداری یک نظام تأمین مالی بود. عدم توازن و بی‌ثباتی همواره مستلزم دگرگونی است. به‌علاوه این تغییر به چنان روشی انجام شد که منافع شهروندان را هم به‌عنوان پرداخت‌کننده، و هم به‌عنوان بیمار تضمین کرد و در نتیجه به لحاظ سیاسی نیز مورد تأیید قرار گرفت. این نظام حداقل به طور رسمی، کمتر مورد تأیید پزشکان است، حداقل به‌طور رسمی، اما عمیقاً از سوی بیمارستان‌ها و صاحبان سایر حرف پزشکی حمایت می‌شود.

با این حال، هزینه سیاسی کنترل هزینه‌ها روبه افزایش است. رکود اقتصادی شدید در اوایل دهه ۱۹۸۰ با افزایش شدید سهم مراقبت‌های درمانی از درآمد ملی همراه بود، زیرا سطح درآمد پایین آمده بود اما هزینه‌های درمانی نه. ثبات مجدداً برقرار شد اما این محیط و فضای جدید با رشد آرام و کند به کنترل حتی بیشتری نیاز داشت. سهم ثابت از کل درآمد ملی کمتر مورد قبول ارائه‌کنندگان خدمات درمانی است، و فشار برای افزودن بر آن هر لحظه بیشتر شدت می‌گیرد.

بر اساس این تجربه، که خیلی هم متفاوت از تجربه بعضی کشورهای اروپایی نیست، ما به این نتیجه رسیدیم که نظام‌های تأمین اعتبار متمرکز و عمومی کارآمدی دارند، هر چند این‌گونه نظام، برای تعیین محتوای فعالیت‌های درمانی به همکاری‌ها و مشارکت‌ها و مداخله‌های جمعی صریح‌تر و بیشتری نیاز دارند.

از طرف دیگر، در قیاس با تجربه ایالات متحد آمریکا چنین نتیجه می‌گیریم که نظام‌های خصوصی و "کثرت‌گرای" تأمین منابع مالی کارآیی مطلوبی ندارند. آنها نه مراقبت‌های درمانی مؤثر ارائه می‌دهند، نه برابری را تأمین می‌کنند، و نه رضایت عمومی را فراهم می‌آورند و حتی نمی‌توانند از آزمون بسیار مهم تثبیت هزینه‌ها سربلند بیرون بیایند.

ضعف آشکار نظام کانادایی در ناتوانی‌اش در طراحی و توسعه یک نظام منسجم و هماهنگ پرسنلی است، و این البته ضعف بزرگی است. در هر حال کانادایی‌ها نیز همانند بیشتر مردم جهان هنوز آگاهی کافی از عوامل تعیین‌کننده سلامتی و این که چرا بعضی‌ها سالم و بعضی دیگر بیمارند، ندارند. اما آنها مسئله را می‌شناسند و روی آن کار می‌کنند.

منابع

- Barer, M. L. 1988. "Regulating Physician Supply: The Evolution of British Columbia's Bill 41." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13 (1): 1-25.
- Barer, M. L., and R. G. Evans. 1986. "Riding North on a South-Bound Horse? Expenditures, Prices, Utilization and Incomes in the Canadian Health Care System." In R. G. Evans and G. L. Stoddart, eds., *Medicare at Maturity: Achievements, Lessons and Challenges*. Calgary: University of Calgary Press.
- Barer, M. L., R. G. Evans, C. Hertzman, and J. Lomas. 1987. "Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies," *Social Science and Medicine* 24 (10): 851-62.
- Barer, M. L., R. G. Evans, and R. J. Labelle. 1988. "Fee Controls as Cost Control: Tales from the Frozen North." *Milbank Quarterly* 66 (1): 1-64.
- Barer, M. L., A. Gafni, and J. Lomas. 1989. "Accommodating Rapid Growth In Physician Supply: Lessons from Israel, Warnings for Canada." *International Journal of Health Services* 19 (1): 39-45.
- Barer, M. L., I. R. Pulcins, R. G. Evans, and others. 1989. "Trends in Use of Medical Services by the Elderly in British Columbia." *Canadian Medical Association Journal* 141(1): 39-45.
- Barer, M. L., and G. L. Stoddart. 1991. "Toward Integrated Resource Management Policies for Canada." HPRU Discussion Papers 91-6D and 91-7D. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

- Barer, M. L., P. Welch, and L. Antioch. 1991. "Canadian / U.S. Health Care: Reflections on the HIAA's Analysis." *Health Affairs* 10(3):229-36.
- Beveridge, Sir William. 1942. *Social Insurance and Allied Services*. New York: Macmillan.
- Blendon, R. J. 1989. "Three Systems: A Comparative Survey." *Health Management Quarterly* 11(1): 2-10.
- Canada, Royal Commission on Dominion-Provincial Relations. 1937. *Report, Book 2* [Rowell-Sirois Commission] Ottawa: The King's Printer.
- Canada, Royal Commission on Health Services. 1964. *Report, Volume 1* [Hall Commission] Ottawa: Queen's Printer.
- Canadian Medical Association. 1943. Special Meeting of General Council. *Transactions January* 18-19, Toronto. Processed.
- Enthoven, A., and R. Kronick. 1988. "A Consumer Choice Health Care Plan for the 1990s." Parts I and II. *New England Journal of Medicine* 320 (1&2):29-37, 94-101.
- Evans, R. G. 1983. "The Welfare Economics of Public Health Insurance: Theory and Canadian Practice." In L. Soderstrom, ed., *Social Insurance*. Amsterdam: North-Holland.
- _____. 1988a. "We'll Take Care of It for You: Health Care in the Canadian Community." *Daedalus: Journal of the American Academy of Art and Sciences* 117(4): 155-89.
- _____. 1988b. "Squaring the Circle: Reconciling Fee-for-Service with Global Expenditure Control." Health Policy Research Unit Discussion Paper 88-8D. University of British Columbia, Vancouver.
- _____. 1990. "Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 15(1): 101-28.
- _____. 1991. "Life and Death, Money and Power: The Politics of Health Care Finance." In Theodor J. Litman and Leonard S. Robins, eds. *Health Politics and Policy*. 2d ed. Albany, N.Y.: Delmar.
- Evans, R. G., J. Lomas, M. L. Barer, and others. 1989. "Controlling Health Expenditure: The Canadian Reality." *New England Journal of Medicine* 321(9):571-77.
- Evans, R. G., M. L. Barer, C. Hertzman, and others. 1989. "The Long Good-Bye: The Great Transformation of the British Columbia Hospital System." *Health Services Research* 24(4):435-59.

- Fein, R. 1986. *Medical Care, Medical Costs: The Search for a Health Insurance Policy*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Lalonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Lomas, J., M. L. Barer, and G. L. Stoddart. 1985. *Physician Manpower Planning: Lessons from the Macdonald Report*. Ontario Economic Council Discussion Paper Series, Toronto.
- Lomas, J., C. Fooks, T. Rice, and R. J. Labelle. 1989. "Paying Physicians in Canada: Minding Our Ps and Qs." *Health Affairs* 8(1):80-102.
- National Leadership Commission on Health Care. 1989. *For the Health of a Nation: A Shared Responsibility*. Washington, D.C.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 1990. *Health Care Systems in Transition*. Paris.
- Rachlis, M., and C. Kushner. 1989. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto: Collins.
- Reinhardt, U. E. 1987. "Resource Allocation in Health Spending: Issues and Trends." *Health Affairs* 10(1):106-16.
- Taylor, M. G. 1978. *Health Insurance and Canadian Public Policy*, Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Todd, J. S. 1989. "It Is Time For Universal Access, Not Universal Insurance." *New England Journal of Medicine* 321(1):46-47.
- U.S., General Accounting Office (GAO). 1991. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*. GAO/HRD 91-91 B-244081. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Woods, Gordon Management Consultants. 1984. *An Investigation of the Impact of Demographic Change on the Health Care System of Canada—Final Report*. Prepared for the Task Force on the Allocation of Health Care Resources, Joan Watson, Chairman. Toronto.
- Woolhandler, S., and D. U. Himmelstein. 1991. "The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System." *New England Journal of Medicine* 324(18):1253-58.