

اقتصاد بهداشت و درمان: دیدگاه‌ها و نظریه‌ها

حسن حق پرست و اسفندیار معینی

چکیده

اقتصاد بهداشت - درمان شاخه جدیدی از علم اقتصاد است که به یک تعبیر سابقه آن به دهه ۱۹۵۰ بر می‌گردد، یعنی زمانی که بحث تأمین مخارج بهداشت - درمان به عنوان کالایی عمومی در اقتصاد بخش عمومی مطرح می‌شود یا زمانی که به عنوان یک صنعت از آن نام برده می‌شود، اما کاربرد سیستماتیک مفاهیم اقتصادی در شاخه بهداشت - درمان نسبتاً جدید است و به دهه ۱۹۷۰ بر می‌گردد. در حقیقت می‌توان گفت که دلیل اصلی پیدایش تفکر اقتصادی در بخش بهداشت - درمان یا به عبارت دیگر پیدایش اقتصاد بهداشت - درمان، رشد بسیار شدید هزینه‌های درمانی در بین کشورهاست. در مقاله حاضر که از چهار بخش اصلی: تعریف، دیدگاه‌ها، چارچوب و تاریخچه اقتصاد بهداشت - درمان، تشکیل شده، دیدگاه‌ها و نظریه‌هایی که در این شاخه جدید اقتصادی مطرح است، به اختصار بیان می‌شود.

مقدمه

افزایش بسیار شدید هزینه‌های درمانی در تمام دنیا، اکثر دولتها و سازمان‌های ذیربط را واداشته تا در مورد این امر به تفکر بپردازند و این خدمات را از دیدگاه اقتصادی تجزیه و تحلیل کنند. از این رو، زمینه خاصی به نام «اقتصاد بهداشت - درمان»^۱ پدیدار شده است. در واقع اقتصاد بهداشت - درمان به

1. Health Economic

«مطالعه چگونگی تخصیص منابع به بخش بهداشت و توزیع آن بین فعالیت‌های مختلف در این بخش» می‌پردازد.^۱

نقش اساسی اقتصاد در خدمات بهداشتی - درمانی به نحوه تخصیص و توزیع بهینه منابع در بخش بهداشت - درمان برمی‌گردد، در صورتی که برخی افراد نقش آن را تعیین این مطلب می‌دانند که برنامه‌ریزیها و اجرای عملیات، چگونه با روش‌های اقتصادی صورت گیرند تا ستانده‌های بیشتری از منابع به کار رفته حاصل آید. اگرچه ارزیابی صرفاً اقتصادی از خدمات بهداشتی - درمانی به دلیل طبیعت انسان‌گرایانه و ضروری بودن این خدمات کاری بیهوده است، هرگاه این ارزیابی در راستای سنجش کارایی و استفاده بهینه از منابع به کار رود، بسیار سودمند خواهد بود. باید یادآور شد که محدودیت کاربرد قوانین اقتصادی در همه جنبه‌های پزشکی و بهداشتی و دشواری ارزشیابی و ارزش‌گذاری تندرستی و کسب سلامت بر اساس معیارهای پولی به مشکلات استفاده از این قوانین در بهداشت دامن می‌زند. در عصر حاضر استفاده بهینه از منابع انسانی و مادی یکی از اهداف مدیران سازمانهاست. لذا توسعه اندیشه اقتصادی در مدیریت سازمان‌های بهداشتی - درمانی اهمیت زیادی دارد.^۲

۱. تعریف اقتصاد بهداشت - درمان

اقتصاد بهداشت - درمان زمینه‌ای کاربردی از علم اقتصاد محسوب می‌شود و ساختار نظری خود را در چهار حوزه سنتی اقتصاد، یعنی تأمین مالی و بیمه، سازمان صنعتی، نیروی کار و تأمین مالی عمومی ترسیم می‌کند.^۳

اقتصاد بهداشت - درمان قسمتی از اقتصاد بخش عمومی است که در حقیقت تمام مفاهیم اقتصاد عمومی را می‌توان در رابطه با آن به کار گرفت، چون در اقتصاد بهداشت - درمان نیز بر حسب محدود بودن منابع و تسهیلات (پزشک، پرستار، تخت)، مسئله انتخاب (چه تعدادی از منابع برای چه دسته‌ای از مردم یا برای چه نوع برنامه بهداشتی - درمانی) مطرح است. به همین جهت همان گستردگی و وسعت مباحث اقتصاد عمومی در اقتصاد بهداشت - درمان نیز مطرح است. به طور کلی اقتصاد بهداشت - درمان را می‌توان بدین ترتیب تعریف کرد:

۱. شرمز فولاند، ال. سی. گودمن و میرون استانو، «مقدمه‌ای بر اقتصاد بهداشت»، حسن حق پرست، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۳، ص ۴۵.

۲. سعید آصف زاده، اقتصاد بهداشت، تهران: نشر امروز، ۱۳۷۱، ص ۱۷.

3. Culyer, A.J., Newhouse J.P., (2000), "Handbook of Health Economics", Volume 1 A, Elsevier, p.1

«مطالعه و بررسی کمیت، قیمت و ارزش منابع محدودی که برای بهداشت - درمان اختصاص می‌یابند و نحوه ترکیب این منابع با هم برای تولید خدماتی معین به طوری که به بالاترین درجه بهره‌دهی و کارایی برسند.»

بنا به تعریف فوق هر برنامه و طرح بهداشتی - درمانی علاوه بر جنبه‌های اپیدمیولوژیک، درمان، پیشگیری و غیره دارای یک جنبه اقتصادی نیز هست. همه تصمیمات درمانی و بهداشتی اعم از تصمیمات بزرگ نظیر تخصیص منابع مالی و انسانی برای پیشگیری بیماری‌های واگیر، بهداشت و تنظیم خانواده، تغذیه و درمان و تصمیمات کوچک نظیر نوشتن نسخه برای بیمار یا پرداخت اضافه کاری به کارکنان بهداشت و مانند آن دارای اثرهای اقتصادی بزرگ یا کوچک است.^۱

۲. دیدگاه‌های اقتصاد بهداشت - درمان

اقتصاد بهداشت - درمان را در چند سطح و از چند دیدگاه بررسی می‌کنند. سطح اول سطحی است که در حیطه اقتصاد رفاه اجتماعی قرار دارد و ارتباط بخش بهداشت را با سایر بخشهای تولیدی و اجتماعی تجزیه و تحلیل می‌کند. در این سطح، بخش بهداشت به عنوان یکی از بخشهای سرمایه‌گذاری در بودجه‌بندی و برنامه‌ریزی ملی به حساب می‌آید و درباره اموری از قبیل ارتباط سلامت جامعه با ازدیاد تولید، سهم هزینه‌های بهداشتی - درمانی در بودجه کل کشور و بهداشت - درمان ملی یا بیمه درمانی و غیره بحث می‌شود. سطح دوم شامل مباحث اقتصادی مربوط به درون بخش بهداشت است و درباره جنبه‌های مختلف توزیع در داخل این بخش در زمینه بهداشت عمومی و خدمات درمانی و سهم هر یک از برنامه‌های خاص نظیر بهداشت محیط، بهداشت مادر و کودک، مراکز درمانی و بیمارستانی از منابع مالی کشور بحث می‌شود. در سطح سوم اداره واحدی بهداشتی نظیر بیمارستان یا آزمایشگاه مورد نظر است. در این سطح مسائل کارایی و حداکثر بهره‌گیری از منابع موجود در این گونه واحدها و به‌طور کلی مسائل مربوط به سازمان و مدیریت و بررسی روشهای کار و فنون افزایش کارایی و غیره مطرح است.^۲

همچنین در تجزیه و تحلیل بر اساس نظم خاصی که به طور کلی بر اقتصاد حاکم است، اقتصاد بهداشت - درمان به دو شاخه خرد و کلان تقسیم می‌شود؛ در شاخه خرد، واحدهای تولیدی و

۱. سعید آصف زاده، اقتصاد بهداشت، همان ص.

۲. ناهید حاتم، مقایسه هزینه - کارایی بیمارستان‌های عمومی - آموزشی شیراز در ۶ ماهه دوم ۱۳۷۶، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی ایران، تهران: ۱۳۷۴، ص ۲۵.

خدماتی به طور منفرد بررسی می‌شوند (مثل بیمارستان، مرکز بهداشت یا مطب پزشک). اقتصاد خرد کارایی و قدرت عمل نیروی انسانی و سرمایه را همراه با مسائل هزینه، قیمت و مطلوبیت و سطح عملیات می‌سنجد. البته اطلاعات حاصل از شاخه خرد اقتصاد بهداشت - درمان مبنای محاسبات هزینه‌های عمومی در برنامه‌ریزی کلی بهداشت - درمان قرار می‌گیرد. در شاخه کلان ابتدا فعالیت تک‌تک واحدها به صورت کلی و در یک مجموعه بررسی می‌شود و سپس سهم کل منابع به کاررفته در خدمات بهداشتی - درمانی با مبالغی که به سایر فعالیت‌های اقتصادی تخصیص یافته است، مقایسه می‌شود. به عبارت دیگر در شاخه خرد دربارهٔ جزء جزء منابع و چگونگی تخصیص آن به بخش بهداشت - درمان برای دستیابی به حداکثر بازدهی مطلوب بحث می‌شود، در صورتی که در شاخه کلان رابطه بین منابعی که بخش بهداشت - درمان و سایر بخش‌های اجتماع اختصاص داده شده، با این هدف که کلیه شاخص‌های مهم توسعه، هماهنگ رشد کند و حداکثر بازدهی را داشته باشد، بررسی می‌شود.^۱

شایان ذکر است که بسیاری از خصوصیات مورد توجه و استثنایی اقتصاد بهداشت - درمان مربوط به بخش درمان آن است و این بدان جهت است که نه تنها خدمات درمانی بیشتر مورد توجه مردم و در نتیجه، اقتصاددانان است، بلکه قسمت اعظم پیچیدگیها و مشکلات تئوریک اقتصاد بهداشت - درمان و مسائل مربوط به عرضه و تقاضای خدمات، دستمزدها و نظایر آن در قسمت خدمات درمانی به چشم می‌خورد. شاید دلیل اصلی چنین وضعی این باشد که قسمت مربوط به خدمات بهداشت عمومی به علت وسعت دامنه کار و سرمایه‌گذاری بالا از حیطه کار بخش خصوصی خارج و در همه کشورها در حیطه کار دولتها قرار گرفته است.^۲

۳. چارچوب اقتصاد بهداشت - درمان

ساختار شماتیک مفید از اقتصاد بهداشت - درمان ابتدا توسط ویلیامز^۳ (۱۹۸۷) ترسیم شد. در شکل ارائه شده ساختار مباحث اصلی در زمینه اقتصاد بهداشت - درمان و همچنین ارتباطات منطقی بین آنها را نشان می‌دهد. فلش‌ها جهت جریان‌ات منطقی بین پنجره‌ها را نشان می‌دهد.

۱. مریم، کشتکار. بررسی اقتصادی سیستم ارائه خدمات درمانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس، تهران ۱۳۷۶، صص ۲۱-۲۲.

۲. ناهید، حاتم. مقایسه هزینه - کارایی بیمارستان‌های عمومی - آموزشی شیراز در ۶ ماهه دوم ۱۳۷۲، همان ص.

3. Williams



چهار پنجره مرکزی A, B, C, D موتورخانه^۱ (هسته مرکزی) اقتصاد بهداشت - درمان هستند و چهار پنجره پیرامونی E, F, G, H زمینه‌های تجربی کاربرد موتورخانه (چهار پنجره مرکزی) است. البته این بدان معنی نیست که چهار پنجره مرکزی فقط شامل اطلاعاتی که نقش بنیادی دارند، خواهد بود، بلکه آنها همچنین شامل جنبه‌های عملی نیز هستند، اما منظور از چهار پنجره مرکزی نقش ابزاری آنهاست.

پنجره A مفهوم اساسی یعنی سلامتی را شامل می‌شود. آن پنجره ادبیاتی چند رشته‌ای را دربر می‌گیرد که در آن اقتصاددانان، اپیدمیولوژیست‌ها، محققان، روانشناسان و جامعه‌شناسان همگی در آن فعالیت و حتی با هم همکاری می‌کنند. مباحث مهم در این پنجره به مفهوم "سلامتی"، ارتباط آن با "رفاه"^۲ و سنجش‌های معتبر و قابل اطمینان از آن برای منظوره‌های عام و خاص مربوط می‌شود. رسیدگی به این موضوعات بدون توجه دقیق به فروضی که در نظر گرفته می‌شود، غیر ممکن است. پنجره B به عوامل مؤثر در سلامتی (ژنتیکی و محیطی) به عنوان سرمایه انسانی، نه فقط به معنای منافع کاهش یافته (در اثر بیماری) طی طول عمر مورد انتظار، بلکه به عنوان شیوه منحصر به فرد نگرستن به سلامتی مربوط می‌شود؛ یعنی ذخیره سرمایه‌ای که می‌توان در آن سرمایه‌گذاری کرد و تحت تأثیر تقاضا برای دیگر سرمایه‌گذاری‌های انسانی قرار دارد و به تعامل میان تابع تولید سلامتی و تابع تقاضای سلامتی مربوط است، همیشه یک ناحیه مورد پژوهش منحصر به فرد درون اقتصاد بهداشت - درمان است.

پنجره C به تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی مربوط می‌شود. این تقاضا، تقاضایی مشتق شده از تقاضا برای سلامتی است و منطقاً بعد از پنجره‌های A و B قرار می‌گیرد. همچنین این تقاضا جایی قرار دارد که پیامدهای خارجی وجود دارند؛ جایی که تنش بین "نیاز" و "تقاضا" (و طرفداران هر کدام) مطرح می‌شود و جایی که سئوالات مهم مربوط به اهمیت هنجاری تقاضای آشکار (مؤثر) به طور مفصل بحث شده است.

پنجره D شامل اطلاعات مربوط به طرف عرضه اقتصاد شامل توابع تولید بیمارستان، جانشینی بین داده‌ها، روابط (نسبت‌های) رفتاری، بازارهای نیروی کار، واکنش‌های کارکنان مؤسسات و

1. Engin room

2. Welfare

صنعت بهداشت به تغییرات در محیط آنها و شیوه‌های پرداخت و نظارت صنعتی است. صنعت مراقبت‌های بهداشتی نه تنها شامل سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی - درمانی آشکاری مثل بیمارستان‌ها، سازمانهای حفظ سلامت¹ و پزشکان عمومی و بخش ملزومات و تجهیزات درمانی (دارو، تجهیزات و...) می‌شود، بلکه دیگر آژانسهای داوطلب خصوصی و عمومی را که اغلب با گروههای خاصی مثل سالمندان، بیماران روانی و از کارافتادگان در ارتباط هستند، نیز شامل می‌شود.

پنجره E به شیوه عمل بازارهای خدمات بهداشتی - درمانی مربوط می‌شود و بخش اصلی از اقتصاد بهداشت - درمان کاربردی، بویژه در کشورهایی است که وابستگی اساسی به نهادهای بازار برای تدارک بیمه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و ارائه این مراقبت‌ها دارند. حتی جایی که هیچ بازار رسمی وجود ندارد، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به عنوان نوعی از شبه بازار عمل می‌کنند، به عنوان مثال با بستن قراردادهایی بین آژانسهای غیرانتفاعی بخش عمومی و پرداخت شبه‌قیمت‌ها یا قیمت‌های کاذب² (شامل قیمت‌های زمانی). صف بستن و فهرستها و زمانهای انتظار برای پذیرش در بیمارستان در این پنجره مورد توجه قرار می‌گیرد. اطلاعات این پنجره "قطعی"³ است (یعنی مطرح می‌شود با "چه اتفاقی افتاد" و چه "پیش‌بینی می‌شود تا اتفاق بیفتد" اگر...) و همچنین "هنجاری"⁴ است (برای مثال، ارزیابی عملکرد بازاریابی که ابزارهای اقتصاد رفاه را به کار می‌برند).

پنجره F به طور خاص، به مسائل ارزشی و هنجاری می‌پردازد. این پنجره، مربوط به تحلیل‌های کاربردی هزینه اثربخشی و هزینه - مطلوبیت است. ادبیات در این شاخه در حال حاضر بسیار گسترده است و یک کتاب هم نمی‌تواند تنوع عظیمی از موضوعات، تکنولوژی‌ها و مکانیسم‌هایی را که توسط این روشها ارزیابی شده‌اند، به درستی بیان کند.

پنجره G بیشتر مربوط به کشور امریکاست، به دلیل تنوع زیاد مؤسسات ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، بیمه و مکانیسم‌های پرداخت و نقش‌های متنوعی که آژانس‌های دولت فدرال و ایالت‌ها ایفا می‌کنند.

1. Health Maintenance Organizations (HMO)
4. Normative

2. Pseudo-Prices

3. Positive

پنجره H به بالاترین سطوح ارزیابی و ارزشیابی درون سیستم‌ها و کشورها مربوط می‌شود. تفاوت‌های مشاهده‌شده بین‌المللی بین مکانیسم‌ها، میزان هزینه‌ها، اهداف و نتایج، پدیده‌هایی است که نیازمند توضیح است اما آنها همچنین، سئوالات مهمی در این مورد مطرح می‌کنند. بهترین روش برای انجام مقایسه‌ها چیست (و به چه منظور است) و بهترین روش برای برداشت تجربیات از یک سیستم برای سیستم دیگر چیست؟^۱

۴. تاریخچه اقتصاد بهداشت - درمان

"آن میلز"^۲، استاد دانشکده بهداشت و طب گرمسیری لندن، خلاصه‌ای از پیشرفت اقتصاد بهداشت - درمان و کاربرد آن در کشورهای دارای درآمد متوسط را در سه مرحله در دهه‌های ۱۹۷۰، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰ به صورت زیر بیان می‌کند که در هر یک از این مراحل نگرانی‌های اقتصاددانان بهداشت متفاوت بوده است.

۴-۱. دیدگاه‌های اقتصاد بهداشت - درمان قبل از دهه ۱۹۷۰

توجه به کاربرد اقتصاد در زمینه بهداشت و رفاه از زمانی آغاز شد که جری روزنتال^۳ مقاله "بهداشت و جامعه" را در فصلنامه "میلبانک مموریال فاندز"^۴ با تأکید بر سیر تاریخی پیشرفت آن در ایالات متحد نوشت.

ریشه‌های اقتصاد بهداشت - درمان را می‌توان در نوشته‌های قرن هفدهم سر ویلیام پتی^۵ اقتصاددان و متخصص آمار، که «بنیانگذار اقتصاد سیاسی» شمرده می‌شود نیز یافت. او در نوشته‌هایش به مسائلی مانند ارزیابی زندگی و نقش مناسب دولت پرداخته که هنوز هم دارای اهمیت است. پتی ارزش هر کس را به اندازه خدماتی که برای تولید ملی انجام می‌داد، می‌دانست. و این به نوبه خود، او را به محاسبه هزینه‌هایی رهنمون شد که مثلاً صرف بهبود وضعیت دارو یا بیرون بردن مردم لندن برای نجاتشان از طاعون شده بود که البته آن را به دلیل بیشتر بودن فایده از هزینه‌هایش سرمایه‌گذاری خوبی دانست و از این محاسبات نتیجه گرفت: «به نفع دولت نیست که پزشکان و بیماران را به حال خود رها کند.»

1. Culyer, A.J., Newhouse jp., (2000). Ibid, pp 1-5.

2. Anne Mills

3. Gerry Rosenthal

4. Millbank Memorial Funds

5. Sir. William Petty

حسابهای تاریخی یکی از تناقض‌های پایدار درون نظام اقتصاد بهداشت - درمان، یعنی مسئله بسیار دقیق نحوه اندازه‌گیری ارزش زندگی در قالب اصطلاحات تولیدی را مطرح کرده بود. در قرن نوزدهم چادویک^۱، از پیروان یوتیلیتاریان^۲ هایی که در قرن نوزدهم توانستند بر قانون بهداشت عمومی تأثیر بگذارند، چنین مطرح کرد:

«همچنان که هنرمند برای هدف خود انسان را به صورت محملی که می‌توان زیبایی را در آن پرورش داد، می‌بیند و فیزیولوژیست به سبب حرفه خود انسان را تنها به عنوان ماده زنده می‌شناسد، اقتصاددانان نیز برای پیشبرد علم خود ممکن است انسان را به صورت سرمایه‌گذاری در نیروهای مولد، تلقی کند.»

او استدلال می‌کرد که ساختن حمام، سرمایه‌گذاری خوبی است و پیشگیری از بیماری می‌تواند از ساختن بیمارستان برای درمان بیماریها، مفیدتر باشد. جالبتر اینکه در برخی نوشته‌های اولیه ادبیات اقتصاد بهداشت - درمان، کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط نیز به آثار اقتصادی بیماریها و مفید بودن پیشگیری از آنها با اصطلاحات تولیدی اشاره شده است. مثلاً در مطالعه کلاسیک اپیدمیولوژیک راجع به تأثیر اقتصادی مالاریا آمده است:

«در پاییز ۱۹۰۸ یک بیماری شدید واگیر در ایالت پنجاب رخ داد و آثار این اپیدمی ابتدا به صورت درهم ریختن نظم خدمات سازمان راه‌آهن در اثر شیوع "تب" بین کارکنان ایستگاه ظاهر شد. در امرستار و سایر شهرها تقریباً تمام جمعیت از کار افتاده بودند. داد و ستد معمولی در شهر مختل شده بود، کارگران چندین هفته بیمار بودند و حتی فروشندگان مواد غذایی از انجام کارهای روزمره‌شان بازمانده بودند.»

البته ادبیات اقتصاد بهداشت - درمان کشورهای در حال توسعه قبل از دهه ۱۹۷۰ به طور کامل به اندازه‌گیری تأثیر به اصطلاح "اقتصادی" بیماریهای گرمسیری مربوط می‌شد و اگر می‌خواست کمی جلوتر برود به مقایسه هزینه‌های صرفه‌جویی شده و زیانهای ناشی از بیماری بسنده می‌کرد.

۲-۴. دیدگاه‌های اقتصاد بهداشت - درمان در دهه ۱۹۷۰

نخستین دوره اقتصاد بهداشت - درمان دهه ۱۹۷۰ است که طی آن برای نخستین بار اقتصاددانان موضوع تخصیص منابع به بخش بهداشت را بررسی کردند. در این دوره در ایالات متحد و انگلستان دو جریان عمده در مورد نظام اقتصاد بهداشت - درمان به پیش می‌رفت. از یک طرف ر

1. E.Chadwick

2. Utilitarians

۱۹۶۳ با انتشار مقاله^۱ بحثی در توجیه دخالت دولت در بازار مراقبت بهداشتی مطرح شد و این پرسش که از لحاظ نظری آیا ارائه خدمات بهداشتی باید از سوی دولت صورت گیرد یا بازار آزاد بوجود آورد. از طرف دیگر اقتصاددانان بخش بهداشت، درگیر مسائل مدیریت کلان اقتصادی و تخصیص منابع بین بخشها و نیز در داخل بهداشت بودند.

در این دهه مشکلات اقتصاددانان درون دولت در مورد تخصیص و کارایی به گسترش تکنیک‌های مثل هزینه - فایده انجامید که به آنها توانایی اظهارنظر در این زمینه‌ها را می‌داد. این تکنیک تحلیلی ابتدا در تصمیمات سرمایه‌گذاری بخش بهداشت در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ و سپس برای سنجش تأثیر بیماریها بر بازدهی تولید به کار گرفته شد و فواید آن به صورت ثمراتی که از تولید به دست می‌آمد، ارزش‌گذاری شد. بنابراین در دهه ۱۹۷۰ نیز مانند دهه‌های پیشین تأثیر بهبود سلامت بر رشد اقتصادی مورد تأکید بود با این تفاوت که پیشرفتهایی در زمینه توجیه سرمایه‌گذاری‌های عمومی در بخش بهداشت پدیدار شد. بسیاری از مطالعات این دوره ناپخته هستند و خیلی‌ها گذرا از شواهد تجربی گذشته‌اند.

به‌رغم استدلالهای محکمی که تاکنون برای قبولاندن هزینه بهداشت به عنوان سرمایه‌گذاری در نیروی انسانی یا به عبارت دیگر به عنوان وسیله‌ای برای مولدتر کردن مردم ارائه شده، به نظر می‌رسد اثبات اینکه بیماریها بر بازدهی تأثیر می‌گذارند یا تولید کل را پایین می‌آورند یا بهبود سلامت بازدهی را بالا می‌برد، جز در شرایط بسیار خاص و در مورد بیماریهای معین، بسیار مشکل باشد. بنابراین به نظر نمی‌رسد تحلیل هزینه - فایده به شکلی که در سالهای دهه ۱۹۷۰ به کار گرفته می‌شد، تکنیک نیرومندی برای هدایت سرمایه‌گذاریهای بخش بهداشت باشد. به علاوه بسیاری از اقتصاددانان در مورد کاربرد مطالعاتی که سرمایه‌گذاری در بهداشت را تنها در صورت بالا بردن تولید، مفید می‌شمردند، اگرآه داشتند، چون سؤالات بی‌پاسخی در زمینه تخصیص منابع برای درمان کودکان و سالمندان به وجود آورد و به این درک نادرست انجامید که بهداشت خوب تنها زمانی ارزشمند است که بازده را افزایش دهد.

پیشرفت بیشتر تکنیک‌های ارزیابی اقتصادی در بهداشت منجر به پیدایش تحلیل هزینه - اثربخشی شد. این تکنیک بیشتر در بخشهای اقتصادی که در آنها اندازه‌گیری سود مشکل است، به

۱. بسیاری از کتابها و مقالات در زمینه اقتصاد بهداشت - درمان Kenneth J. Arrow را بنیانگذار اقتصاد بهداشت - درمان می‌دانند زمانی که او در سال ۱۹۶۳ توجه خود را به اقتصاد بهداشت - درمان نشان داد، در پایه‌گذاری اقتصاد بهداشت به عنوان رشته‌ای مجزا کمک کرد در مقاله او شیوع عدم اطمینان در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، هم در زمینه عرضه بیان شده است. شرمن فولاند والن. سی. گودمن و میرون استانو، «مقدمه‌ای بر اقتصاد بهداشت»، همان ص.

کار می‌رود. ایل اسمیت^۱ می‌گوید: «اکنون تحلیل هزینه - اثربخشی به صورت ابزار اصلی بهبود کارایی خدمات بهداشتی درآمده است»، در سالهای آخر دهه ۱۹۷۰ مطالعات زیادی بویژه در زمینه ایمن‌سازی انجام شد که تا اوایل دهه ۱۹۸۰ ادامه یافت. در اینجا به دو نمونه برجسته از آنها که مناسب بودن بررسیهای هزینه - اثربخشی برای سیاستگذاری و مدیریت در زمینه‌های خاص را نشان می‌دهند، اشاره می‌شود.

در نخستین مطالعه گادفری واکر^۲ و اسکار گیش^۳، استفاده از هواپیما را برای ارائه خدمات بهداشتی در مناطق دورافتاده بوتسوانا بررسی کردند. در آن زمان استفاده از هواپیما در برخی کشورهای آفریقایی رایج شده بود. واکر و گیش با استفاده از اطلاعات ناقص ولی قابل قبولی که از بیماران درمان‌شده (از نظر پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی) گردآوری کردند، دریافتند هزینه دسترسی به بیمار به وسیله هواپیما دو برابر درمانگاههای ثابت یا درمانگاههای سیار زمینی بوده است.

هزینه اثربخشی خدمات بهداشتی سیار بوتسوانا			
هزینه (دلار)	درمانگاه ثابت	درمانگاه سیار زمینی	درمانگاه سیار هوایی
برحسب دسترسی به بیمار	۰/۶۸	۰/۶۳	۱/۳۹
برحسب درمان احتمالاً مؤثر	۰/۷۵	۵/۸۶	۱۰/۶۴

مأخذ: Walker and Gish, 1997

در مورد درمان‌های احتمالاً مؤثر بیمار، هزینه درمانگاههای سیار زمینی ۸ برابر و هزینه درمانگاههای سیار هوایی ۱۴ برابر درمانگاههای ثابت بود. تفاوت هزینه - اثربخشی بیشتر از عدم توانایی خدمات سیار در پیگیری درمانی مؤثر بیماران ناشی می‌شد که نیاز به مراقبت مداوم داشتند. واکر و گیش نتیجه گرفتند که درمانگاههای سیار زمینی و هوایی فقط می‌توانند برای پشتیبانی و سرپرستی مورد استفاده قرار گیرند ولی برای ارائه خدمات مناسب نیستند.

نمونه دوم در مورد توضیح هزینه - اثربخشی به کمک برنامه گسترش ایمن‌سازی^۴ سازمان جهانی بهداشت، استفاده از رهنمودهای هزینه‌یابی استاندارد در اواخر دهه ۱۹۷۰ است.

1. Brian Able - smith

2. Godfery Walker

3. Oscar Gish

4. Expanded Programme of Immunization

در متون برنامه‌ریزی معمولاً هزینه‌های میانگین مراکز یا سطوح مختلف ستاده را بدون توجه به مغایرت‌های آنها برآورد می‌کنند. حال آنکه کریس و همکاران^۱ در بررسی هزینه‌های ایمن‌سازی در تایلند، اندونزی و فیلیپین روشهای هزینه‌یابی اقتصاددانان را بویژه در مورد مغایرت هزینه میانگین بر حسب سطح درآمد، معتبر دانسته‌اند.

هزینه‌های میانگین با افزایش سطح تولید گرایش به کاهش دارند، چون بخش بزرگی از هزینه کل ثابت است و به تغییرات سطح تولید حساسیت نشان نمی‌دهد و کاربردهای معینی در سیاست‌گذاری دارد. مثلاً ممکن است کارایی برخی از وسایل ایمن‌سازی در سطح معینی به حداقل برسد و اعتباری در سطح پایین‌تر از آن مستلزم کشف وسایل جدید باشد. همچنین ممکن است لازم باشد الگوهای استخدای که معمولاً استاندارد هستند خود را با تقاضای جمعیت منطبق کنند.

این دو بررسی بخوبی نحوه کمک اقتصاد بهداشت - درمان را به تصمیم‌سازان روشن می‌کند، چون هر دو برای پاسخ دادن به مسائل آنها و ارائه رهنمودهای سیاست‌گذاری عملی طرح‌ریزی شده‌اند.

بررسی‌هایی که به آنها اشاره شد به توصیه سازمانهای بین‌المللی و به وسیله مقامات محلی انجام شده است اما اقتصاددانانی که در بخش بهداشت کار می‌کردند، در دهه ۱۹۷۰ بیشتر متوجه بهبود برنامه‌ریزی و مدیریت خدمات بخش عمومی بودند.

در این دهه مطالعات مربوط به محاسبه قیمت تمام شده خدمات بهداشتی و بحثهای تغییر سیاستها مثلاً در زمینه مراقبتهای بهداشتی اولیه و در نظر گرفتن نقش قیمت تمام شده در اجرای آنها در جریان بود.

از آنچه تاکنون گفته شد چنین برمی‌آید که در سالهای ۱۹۷۰ تلاش اقتصاد بهداشت - درمان بیشتر متوجه اصلاح مدیریت خدمات بهداشتی دولتی از نظر کارایی و عدالت بوده و بهبود اطلاعات اقتصادی بخش بهداشت در اولویت بعدی قرار داشته است. اقتصاددانان نشان داده‌اند که از درون دولت می‌توانند به جریان روزمره تصمیم‌سازی، یاری رسانند. اما آنان توجه چندانی به استفاده کنندگان خدمات بهداشتی نداشتند ولی تا آنجا که به مصرف‌کنندگان مربوط می‌شد، حتی اگر خدمات هنگام مصرف قیمت‌گذاری نمی‌شد، مفهوم اقتصادی تقاضا باید در برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی مورد توجه قرار می‌گرفت. اقتصاددانان برای قبولاندن اندیشه‌ها و تکنیکهای خود به

1. AL. Creese et al

عنوان جزء مهم تصمیم‌سازی در بخش بهداشت، شدت تلاش می‌کردند، به همین جهت مخاطب تعدادی از کتابها و مقالات، بیشتر متخصصان و تصمیم‌سازان بهداشتی بود، تا خود حرفه اقتصاد.

۳-۴. دیدگاه‌های اقتصاد بهداشت - درمان در دهه ۱۹۸۰

دهه ۱۹۸۰ را می‌توان با تسامح دوره تأمین مالی خدمات بهداشتی نامید. مطالعاتی که در دهه ۱۹۷۰ در زمینه تأمین مالی و هزینه مراقبت‌های بهداشتی انجام شد، مبنای جستجوی راه‌های بدیل برای تأمین مالی بخش بهداشت شد. بحث در مورد وجوه پرداختی بیماران بویژه در تأمین مالی بخش بهداشت کشورهای افریقایی، جریان غالب را تشکیل می‌داد.

بیمه اجباری خدمات بهداشتی که در دهه گذشته به دلیل مسائل کارایی و عدالت از نظر سیستم تأمین اجتماعی در امریکای لاتین مورد اعتراض قرار گرفته بود، به طور فزاینده به عنوان راه حلی برای تأمین کسری بودجه دولتی مراقبت بهداشتی، مورد توجه قرار گرفت. هزینه - اثربخشی همچنان ابزار تحلیل بود ولی دیگر پیش‌تاز گسترش اقتصاد بهداشت - درمان به شمار نمی‌آمد.

در دهه ۱۹۸۰، اقتصاددانان پس از اثبات مرتبط بودن مفاهیم اقتصادی تقاضا در بخش بهداشت مشغول برآورد توابع تقاضا و به کار گرفتن نتایج آن در تعیین سیاست‌های هزینه بیماری شدند. بخش عمومی همچنان در مرکز توجه قرار داشت، اما اطمینان به کاربرد ابزارهای استاندارد تحلیل اقتصادی در بهداشت افزایش یافت و بتدریج مرتبط بودن اقتصاد و بهداشت پذیرفته شد. افزایش توجه به سهم بیمار، هم ریشه در مسائل عملی ناشی از کمبودهای بودجه بخش عمومی مراقبت بهداشتی و نیاز به تأمین منابع کمکی وجه نقد داشت و هم از ملاحظات تئوریک درباره استفاده از قیمت‌ها برای تأثیر بر رفتار مصرف‌کننده ناشی می‌شد. از اوایل دهه ۱۹۸۰، اقتصاددانان بیش از پیش به موضوع سهم بیمار پرداختند و ساختارهای مناسبی برای تعرفه و سطوح قیمت‌گذاری، پیشنهاد کردند.

گرتلر و همکاران^۱ در ۱۹۸۷ با استفاده از مدل پیش‌بینی تقاضا که امکان تأثیر متقابل قیمت و درآمد را بر اساس داده‌هایی از کشور پرو فراهم می‌ساخت، دریافتند که تقاضای مراقبت بهداشتی برای درآمدهای پایین‌تر و قیمت‌های بالاتر با کَشش است و این نشان می‌دهد - و البته تعجب‌آور هم نیست - که افزایش سهم بیمار دسترسی به خدمات بهداشتی را برای فقرا نسبت به ثروتمندان

1. P.Gertler et al

مشکلتر می‌کند. آنها همچنین دریافتند که سهم بیمار ممکن است درآمد قابل توجهی ایجاد کند ولی با کاهش شدید رفاه مصرف‌کننده همراه است و بار آن به دوش فقرا می‌افتد.

از آنجا که قیمت‌گذاری بر مبنای بهای تمام‌شده کامل خدمات بهداشتی بدون پیش‌پرداخت و مشارکت در ریسک، غیرممکن و نامطلوب بود، بیمه خدمات درمانی به عنوان منبع جدید درآمد مورد توجه قرار گرفت. به علاوه طرفداران بیمه خدمات درمانی استدلال می‌کردند که بار مراقبت بهداشتی کارکنان رسمی که از بیمه درمان استفاده می‌کنند، از عهده سیستم مالیاتی برداشته می‌شود و می‌توان منابع بیشتری را به فقرا اختصاص داد. از طرف دیگر برایان ابل اسمیت هم استدلال می‌کرد که اگر از بیمه‌شدگان در بخش‌های عمومی مراقبت شود، درآمد حاصل از بیمه به تأمین مالی بخش بهداشت کمک می‌کند ضمن آنکه از ارائه کاملاً جداگانه به بیمه‌شدگان هم، اجتناب می‌شود.

بسیاری از کشورهای دارای درآمد متوسط، بویژه در جنوب شرقی آسیا، از اواخر دهه ۱۹۸۰ اجرا و گسترش بیمه اجباری را با سرعت شروع کردند، ولی بتدریج، برای آنان که با وضعیت آشنا بودند روشن شد که فقیرترین کشورها از اجرای بیمه اجباری نه تنها چیزی به دست نیاوردند، احتمالاً زیان فراوانی نیز متحمل شدند.

۴-۴. دیدگاه‌های اقتصاد بهداشت - درمان در دهه ۱۹۹۰

دهه ۱۹۸۰ را می‌توان دوره تأمین مالی بهداشت دانست، ولی به دهه ۱۹۹۰ نام مشخصی نمی‌توان داد چون سطح بحث‌ها و تکنیک‌های به کار گرفته شده تغییر زیادی یافته و هر جا اطلاعات در دسترس بوده، تکنیک‌های اقتصادسنجی بیشتری به کار گرفته شده است.

در این دهه کیفیت خدمات بهداشتی به عنوان عامل تعیین‌کننده تمایل به پرداخت، بیشتر مورد توجه قرار گرفته، دامنه بررسی‌های اقتصاد بهداشت - درمان گسترده‌تر شده و به موضوعاتی مانند اولویتهای بخش عمومی و تخصیص منابع، منابع تأمین مالی، رفتار بخش خصوصی و رفتار مصرف‌کنندگان کشیده شده است. ابتدا به نظر می‌رسید ارزیابی اقتصادی مضمون اصلی بحثهای دهه ۱۹۹۰ را تشکیل می‌دهد، در صورتی که در دهه ۱۹۷۰ از هزینه - اثربخشی برای تحلیل راههای انجام برنامه‌ها یا خدمات معین استفاده می‌شد. در دهه ۱۹۹۰ گزارش توسعه بانک جهانی آن را برای اولویت‌گذاری در تمام بخش بهداشت دولتی توصیه کرد. هدف اولیه تحلیل هزینه - اثربخشی تأثیرگذاری بر سیاستگذاران، برنامه‌ها و شکل خدمات بهداشتی بود. البته ناقص بودن نگرش آن به فرایند سیاستگذاری تأثیرش را محدود می‌کرد. البته ابزارهای اولویت‌گذاری که تحلیل هزینه -

اثربخشی را هم دربر می‌گیرند، شدت مورد نیاز هستند ولی این ابزارها باید نسبت به شرایط محلی و اولویت‌های مردم، حساس باشند.

به نظر می‌رسد مضمون اصلی دهه ۱۹۹۰ بازارها و رقابت باشد و بررسی مؤسسات درون بخش بهداشت، نحوه رفتار آنها و چگونگی تغییر انگیزه‌های سازمان بیشتر مورد تأکید است. بحث در مورد نقش دولت و نیروهای بازار نیز در سطح تخصصی تری ادامه دارد و به مقایسه بخش خصوصی و عمومی یا مقایسه ابزارهای کنترل برنامه‌ریزی متمرکز یا غیرمتمرکز محدود نخواهد ماند. به نظر می‌رسد به کار گرفتن برخی مکانیسم‌های بازار در بخش عمومی اهمیت بیشتری پیدا خواهد کرد و همچنین سمت و سوی بسیاری از سیاستها و پژوهشها از طریق اصلاحات سیستم‌های بهداشتی کشورهای پیشرفته تعیین شده که در آنها بر اهمیت جداسازی اصولی و سازمانی خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات تأکید شده است. از طرفی بر اهمیت رقابت، هم از طرف خریداران و هم از طرف ارائه‌دهندگان خدمات نیز تأکید شده است.

۴-۵. دیدگاه‌های اقتصاددانان بهداشت - درمان از سال ۲۰۰۰ تاکنون

در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰ اقتصاددانان بهداشت بیشتر به تخمین هزینه‌های ناشی از بیماریها^۱ و شاخص‌هایی چون QALYS^۲ و DALYS^۳ پرداخته‌اند. این روند هم اکنون نیز در حال جریان است. در این دوره نیز همانند دهه‌های گذشته، تکنیک‌های ارزیابی اقتصادی از قبیل هزینه - اثربخشی اصل مهمی است.

نتیجه‌گیری

دولتمردان و سیاستگذاران به بهداشت - درمان اغلب به عنوان مبحثی اجتماعی توجه می‌کنند ولی اکثر صاحب‌نظران اقتصادی معتقدند با توجه به تأثیر قطعی و مهم بهداشت - درمان روی سلامت افراد جامعه و بهره‌وری نیروی کار و با توجه به تأثیر متقابل بین رشد و توسعه اقتصادی و بهداشت - درمان، تخصیص بهینه منابع به این گونه خدمات از ماهیت و ضرورت خاصی برخوردار است. بنابراین بررسی اقتصادی بهداشت - درمان حداقل در زمینه تخصیص منابع ضرورت خواهد داشت. و می‌توان گفت که بهداشت - درمان و نحوه ارائه خدمات مبحثی اقتصادی - اجتماعی است و باید از این دیدگاه مورد بررسی و کنکاش قرار گرفته شود.

1. Burden of disease 2. Quality-Adjusted Life-Years
3. Disability-Adjusted Life-Years

در دهه‌های اخیر نیز با توجه به رشد شدید هزینه‌های خدمات درمانی (ناشی از توسعه و تکامل تکنولوژی پزشکی) و مشکلاتی که از نظر تأمین مالی این هزینه‌ها برای اغلب دولت‌ها فراهم کرده، سیاستگذاران و دولتمردان پذیرفته‌اند بهداشت - درمان مسئله‌ای صرفاً اجتماعی نیست و باید از جنبه‌های اقتصادی نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین لزوم توجه بیشتر به شاخه جدید اقتصاد بهداشت - درمان در دانشگاه و استفاده و کاربرد تئوریهای اقتصادی در زمینه بهداشت - درمان احساس شده است. به همین دلیل در دهه اخیر کتابهای زیادی درباره این مبحث نوشته شده و تحقیقات زیادی نیز در این زمینه صورت گرفته که محور اصلی بیشتر این تحقیقات در زمینه تخصیص منابع در این بخش از خدمات بوده است.

منابع

۱. آصف زاده، سعید؛ اقتصاد بهداشت. چاپ اول. تهران: نشر امروز، ۱۳۷۱.
۲. حاتم، ناهید. «مقایسه هزینه - کارایی بیمارستان‌های عمومی - آموزشی شیراز در شش ماهه دوم ۱۳۷۲». تهران: پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی ایران. ۱۳۷۴.
۳. فولاند، شرمین و آلن سی. گودمن و میرون استانو. «مقدمه‌ای بر اقتصاد بهداشت». حسن حق پرست، فصلنامه تأمین اجتماعی. سال پنجم: شماره سیزدهم
۴. فیلیس، چارلز. اقتصاد بهداشت. منوچهر عسگری. چاپ اول. تهران: نشر اقتصاد نو، ۱۳۷۶.
۵. کشتکار، مریم. «بررسی اقتصادی سیستم ارائه خدمات درمانی»، تهران: پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۶.
۶. مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، مجموعه مقالات همایش اقتصاد بهداشت - درمان. چاپ اول. تهران: ۱۳۸۰.
۷. میلز، آن. اقتصاد بهداشت بین‌الملل و سیاست بهداشتی: گذشته، حال و آینده. اسفندیار معینی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر بودجه برنامه‌ای و اقتصاد بهداشت. تهران: ۱۳۷۹.
8. Culyer, A.J., Newhouse J.P., (2000) *Handbook of Health Economics*, Volume 1A, Elsevier.
9. Folland S., Goodman A., Stano N., (2001), *The Economics of Health and Health Care*, 3rd edition, Prentice Hall.