

# چشم‌اندازی به نظام بهداشتی امریکا

گردآوری و ترجمه ابراهیم جعفری پویان

کشور امریکا همانند کشورهای انگلیس، کانادا و سوئد دارای یک نظام بهداشتی منسجم نیست، زیرا متشکل از ایالت‌هایی است که هر کدام از آنها از نظر جمعیت، فرهنگ، آداب و رسوم اجتماعی و... تا حد زیادی با یکدیگر متفاوتند. به همین دلیل از نظر نیازهای بهداشتی و میزان رفاه بهداشتی نیز با هم تفاوت دارند. از نظر دیگر، نظام امریکا با تناقض «دسترسی و محرومیت»<sup>۱</sup> شناخته می‌شود؛ یعنی با دسترسی پایین بخش اعظمی از جمعیت و هزینه‌های بالا همراه است. به طور مثال، هزینه سرانه امریکا برای بخش بهداشت تقریباً دو برابر متوسط این هزینه برای ۲۴ کشور عضو سازمان همکاری‌های توسعه اقتصادی<sup>۲</sup> است و همچنین این کشور ۱۴ درصد از تولید ناخالص داخلی<sup>۳</sup> خود را به بخش بهداشت اختصاص می‌دهد که این میزان بیشتر از کشورهای دیگر است. در زیر به تناقض مذکور به طور دقیق‌تر اشاره می‌شود:

**فناوری پیچیده و پیشرفته:** پزشکان و دیگر حرف بهداشتی در کشور امریکا بهترین و تخصصی‌ترین آموزش‌ها را می‌بینند، دارای امکانات تشخیصی و درمانی پیشرفته هستند، بودجه تحقیقاتی بالایی دارند و...

1. access & deprivation
2. Organization for Economic Corporation Development (OECD)
3. gross domestic production (GDP)

دسترسی محدود: در این زمینه، مشکلات مهمی درباره کیفیت و کفایت خدمات بهداشتی برای جمعیت‌ها مطرح می‌شود. مثلاً در بین ۲۴ کشور عضو سازمان همکاری‌های توسعه اقتصادی در سال ۱۹۹۰، آمریکا از جهت مرگ و میر جنین بیست و یکمین کشور و در ارتباط با امید به زندگی مردان و زنان به ترتیب هفدهمین و شانزدهمین کشور بوده است. این مشخصات نشان‌دهنده شرایط بهداشتی ضعیف مادران و کودکان کم‌درآمد در نواحی روستایی، به‌خصوص در ایالت‌های جنوبی است.

### ۱. نظام بهداشتی آمریکا

نظام بهداشتی در آمریکا دارای مشخصاتی به شرح زیر است:

- کارکنان بیشتری به نسبت هر تخت بیمارستانی وجود دارد، ولی سرانه تخت و متوسط اقامت کمتری از کشورهای عضو سازمان همکاری‌های توسعه اقتصادی دارد.
- دارای بیشترین تراکم خدمات با فناوری بالاست.
- از نظر آموزش و تحقیقات پزشکی در ردیف بهترین‌های جهان قرار دارد.
- تقریباً ۱۵ درصد جمعیت بیمه نیستند و دسترسی نامعینی به خدمات بهداشتی دارند و حتی شانس کمتری برای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته دارند و تعداد زیادی هم که بیمه هستند، فاقد بیمه‌ای‌اند که بیماریها و سوانح جدی را پوشش دهد، مگر اینکه فرانشیزهای بالایی بپردازند.
- بیمارستانها و بیمه‌گراها به‌طور مرتب هزینه‌های بیمارستانی بیماران بیمه‌نشده را - برای پرداخت به مشتریان - تغییر می‌دهند و بیشتر آنها از پذیرفتن بیماران پرخطر اجتناب می‌کنند.
- در مراجعه به آرای عمومی<sup>۱</sup>، ۷۵ درصد آمریکایی‌ها از ایجاد اصلاحات در خدمات بهداشتی حمایت و خواستار ملی شدن مراقبت‌ها هستند.
- هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های طولانی مدت<sup>۲</sup>، که در سال ۱۹۹۵ در حدود ۷/۹ درصد از همهٔ مخارج بهداشتی را به خود اختصاص داده بود - هم‌زمان با پیر شدن جمعیت رشد می‌کند.

1. polling

2. long term care

## ۲. توسعه سیستم بیمارستانی آمریکا

نخستین بیمارستانها در آمریکا توسط افراد فقیر و کم‌درآمد اشغال شده بود، در صورتی که افراد مرفه در خانه‌های خود مراقبت می‌شدند. بیمارستانهایی نیز برای افراد روانی در نظر گرفته شده بود. اولین بیمارستان بزرگ و مهم بیمارستان پنسیلوانیا در فیلادلفیا بود که در سال ۱۷۵۲ ایجاد و الگویی برای بیمارستانهای دیگر شد. در سال ۱۹۰۰ بیش از ۴۰۰۰ بیمارستان تحت نظارت کلیسا وجود داشت که منابع آنها از طریق اوقاف تأمین می‌شد. این بیمارستانها در واقع به محل مانور عملیاتی پزشکان، بویژه جراحان، تبدیل شده بود. در سال ۱۹۶۴ دولت فدرال با تصویب قانون، ۲۵ درصد هزینه‌ها را به عهده گرفت که این مسئله منجر به گسترش بیمارستانهای داوطلبانه و خیریه در نواحی روستایی و کم‌درآمد شد.

## ۳. ظهور صنعت بیمه بهداشتی

در سال ۱۸۴۷ اولین بیمه بهداشتی با عنوان شرکت بیمه ماساچوست شروع به کار کرد، که در ابتدا فقط مربوط به بیماری‌ها بود. در سال ۱۹۱۷ با حمایت روزولت، رئیس‌جمهور وقت، تلاشهایی برای ایجاد یک سیستم بیمه ملی صورت گرفت ولی به علت مخالفت انجمن پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> و عدم همراهی گروههای ذینفع قدرتمند، قبل از تصویب قانونی این سیستم، متوقف شد. در سال ۱۹۴۵ تلاشهای دولتی جهت ایجاد یک سیستم بیمه ملی توسط هری ترومن، رئیس‌جمهور وقت، با عنوان مبارزه برای بیمه بهداشتی اجباری پیگیری شد، ولی دوباره به دلیل مخالفت انجمن پزشکی، قانونی نشد. این تلاشها در سالهای ۱۹۶۷ - ۱۹۶۲ نیز توسط کندی و جانسون (رؤسای جمهور وقت) با هدف مبارزه با فقر ادامه یافت تا به تصویب قوانینی در زمینه بهداشت مهاجران، بیماران روانی و مادران و کودکان منجر شد. برنامه‌های بیمه دولتی مدیکر و مدیکید نیز در همین دوره ایجاد شدند.

## ۴. نظام بیمه‌ای در آمریکا

نظام بیمه‌ای آمریکا هم‌اکنون شامل دو نوع، بیمه بهداشتی دولتی و بیمه بهداشتی خصوصی است.

1. American Medical Association (AMA)

#### ۱-۴. بیمه بهداشتی دولتی

این بیمه شامل برنامه‌های مدیکر، مدیکید، بیمه نظامیان<sup>۱</sup> و کارکنان دولت است.

##### ● مدیکر

کنگره آمریکا این برنامه را در سال ۱۹۶۵، بعد از یک دهه مباحث جنجال برانگیز و مخالفت‌های جدی پزشکان و صنعت بیمه بهداشتی، معرفی کرد. مشخصات این برنامه به شرح زیر است:

— افراد بالای ۶۵ سال و گروه‌های خاصی از معلولان و همچنین بیماران کلیوی (در مراحل پایانی بیماری) را تحت پوشش دارد.

— بخش بیمارستانی این برنامه برای افراد تحت پوشش اجباری است و بخش مراقبت‌های سرپایی و آزمایشگاهی و دیگر مراقبت‌های پزشکی به صورت داوطلبانه است.

— گرانترین و بزرگترین برنامه دولتی است.

— اداره تأمین مالی دولت فدرال<sup>۲</sup>، قانونگذاری، مدیریت و تخصیص پرداخت‌های مربوط به آن را به عهده دارد.

— استحقاق<sup>۳</sup> برای استفاده از این برنامه کاملاً به سن وابسته است و نه به درآمد افراد.

— برای تأمین مالی این برنامه درصدی به عنوان مالیات از لیست حقوق کارکنان و از کارفرمایان آنها دریافت می‌شود؛ درصدی، از درآمدهای اختصاصی دولت فدرال تأمین می‌شود و یک حق

بیمه ماهیانه برای مراقبت‌های سرپایی — که ۲۵ درصد هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد — بیمه‌شدگان پرداخت می‌کنند.

##### ● مدیکید

این برنامه در سال ۱۹۶۶ آغاز به کار کرد. مشخصات برنامه به صورت مختصر به شرح زیر است:

۱. پوشش این برنامه شامل افراد سالمند بستری در بیمارستان، تیمارستان، آسایشگاه سالمندان

و...، افراد نابینا و معلول (۶۶ درصد) و کودکان و زنان فقیر، بچه‌های در حال کار، مهاجران

غیرقانونی، بیماران ایدزی، زنان بیوه حامله و... (۳۴ درصد) می‌شود.

1. Civil Health and Medical Plan of Uniform Services (CHAMPUS)

2. Health Funding Administration (HCFA)

3. eligibility

۲. این برنامه از طرف دولت فدرال و ایالتی حمایت مالی می‌شود؛ دولت فدرال ۵۶ درصد و دولت ایالتی ۴۴ درصد هزینه‌ها را تقبل می‌کند.
۳. اداره تأمین مالی دولت فدرال همانند مدیکر، مسئول قانونگذاری مدیکید است.
۴. مدیکید یک سازوکار مالی برای مراقبتهای طولانی مدت است و بر اساس استطاعت مالی افراد خدمات خود را ارائه می‌دهد. به دلیل نرخ پایین بازپرداخت این برنامه، اکثر بیمارستانها و پزشکان از پذیرفتن بیماران تحت پوشش آن اکراه دارند. در این برنامه بیمه‌ای بیشتر فعالیتها توسط ایالتها انجام می‌شود.

● بیمه نظامیان و کارکنان دولت

کلیه نظامیان و کارکنان دولت آمریکا اعم از دولت فدرال، ایالت‌ها و دولت‌های محلی از خدمات بیمه دولتی استفاده می‌کنند.

۲-۴. بیمه بهداشتی خصوصی

این برنامه به دو صورت غیرانتفاعی<sup>۱</sup> شامل بلوکراس<sup>۲</sup>، بلو شیلد<sup>۳</sup>، بیمارستان کودکان شراینر<sup>۴</sup>، رستوران مک دونالد<sup>۵</sup> و انتفاعی شامل سازمان‌های تجاری، سازمان‌های حفظ‌الصحه<sup>۶</sup> و کارفرمایان دیگر است.

● بلوکراس

این برنامه در سال ۱۹۳۳ توسط انجمن بیمارستانی نیوجرسی، به صورت یک ساز و کار پیش‌پرداختی<sup>۷</sup> شروع شد. در بیمارستانهای طرف قرارداد، اگر بیماری توانایی پرداخت نقدی هزینه‌ها را نداشت، توسط این برنامه حمایت می‌شد.

1. not\_for\_profit      2. Blue Cross      3. Blue Shield  
4. Shriner Childrens Hospital      5. Mc Donald Restaurant  
6. Health Maitainance Organization (HMO)      7. prepaid mechanism

● بلوشیلد

این برنامه در سال ۱۹۳۵ توسط انجمن پزشکی امریکا با همکاری انجمن بیمارستانی این کشور اجرا شد. بلوشیلد از طریق دادن پیش پرداخت به پزشکان عمل می‌کرد. این برنامه، رفته رفته در سراسر ایالتها گسترش یافت و به تازگی در تعدادی از ایالتها در سازمانی ادغام شده است.

● بیمارستان کودکان شراینر

شراین<sup>۱</sup> (مقدس) در سال ۱۸۷۲ میلادی توسط ۱۳ مرد که شناخته شده‌ترین آنها والتر فیلیپینگ و ویلیام فلورانس و متعلق به گروه فراماسون‌ها بودند بنیانگذاری شد. این سازمان در ابتدا فقط خدمات تفریحی و تفرّجی برای اعضای خود فراهم می‌کرد ولی بعد از مدتی که رشد نمود، بنیانگذاران آن تصمیم گرفتند خدمات بشر دوستانه ارائه دهند. خدمات مذکور دربرگیرنده بیمارستان کودکان شراینر بود. این بیمارستان اولین بار در سال ۱۹۲۲ شروع به کار کرد و شامل شبکه‌ای از مراکز ارائه خدمات پزشکی تخصصی به اطفال زیر ۱۸ سال بود این خدمات (ارتوپدی، سوختگی و خدمات مربوط به صدمات مربوط به نخاع) بصورت کاملاً رایگان ارائه می‌شدند.

بیمارستانهای شراینر در سراسر امریکای شمالی (حدود ۲۰ بیمارستان) و در شهر مکزیکو (یک بیمارستان) فعالیت می‌کنند. حمایت مالی این بیمارستان از طریق اوقاف و ارشاد میراث بنیانگذاران و حامیان آن صورت می‌گیرد.

● رستوران مک دونالد

مک دونالد بزرگترین زنجیره جهانی از رستورانهای تولیدکننده غذاهای سریع است که در ۱۲۱ کشور جهان فعالیت می‌کند. اولین رستوران مک دونالد در سال ۱۹۴۰ توسط برادران مک دونالد (دیک و ماک) در ایالت کالیفرنیا ایجاد شد. با رشد این زنجیره و بالا رفتن شهرت، برادران مک دونالد تصمیم گرفتند در کنار فعالیتهای خود، خدمات خیریه نیز انجام دهند که ارائه خدمات بیمارستانی به افراد نیازمند از جمله این خدمات بود. این رستوران خود دارای تعدادی

1. Shrine

پزشک است و همچنین با تعدادی از بیمارستانها قرارداد دارد و هزینه درمان اعضای خود را پرداخت می‌کند.

#### ● سازمانهای حفظ‌الصحه

سازمانهایی هستند که بیمه‌گر و ارائه‌کننده خدمات<sup>۱</sup> را به‌صورت یک گروه ترکیب می‌کند. بیمارانی که در سازمان حفظ‌الصحه ثبت‌نام می‌کنند، معمولاً مجبورند - جز در حالات اضطراری - مراقبت را از این سازمانها دریافت کنند. این سازمانها به بهترین حالت هزینه‌ها را کنترل می‌کنند. آنها از طریق خرید خدمات برای اعضای خود با مناسبترین قیمت، سعی در جلب بیشتر اعضا دارند. سازمانهای حفظ‌الصحه با بستن قرارداد با بیمارستانهایی که هزینه پایین‌تر دارند، هزینه‌های خود را کاهش می‌دهند.

#### ● کارفرمایان دیگر

سازمانها و مراکز خصوصی کوچکی هستند که بصورت گسترده‌ای در ایالت متحد خدمات بهداشتی و درمانی را به افراد تحت پوشش خود ارائه می‌دهند.

### ۵. ساختار سیاسی

مسئولیت مشارکت دولتی در مراقبت‌های بهداشتی بین چهار سطح اصلی فدرال، ایالتی، شهرستان<sup>۲</sup> و شهرداریها<sup>۳</sup> تقسیم شده است. دولت فدرال به همراه کنگره امریکا، قوه مجریه و سیستم قضایی، تعیین سیاست‌های کلی را به عهده دارد. هر دو مجلس، سنا و نمایندگان، باید قوانین حمایتی و تأمین مالی دولت فدرال را تصویب کنند و همهٔ لوایح تصویب‌شده به‌وسیله رئیس‌جمهور امضا شود. اگر در میان آنها، چالشی به‌وجود آید، سیستم قضایی فدرال برای مطابقت آن طرح با قانون به همراه دادگاه عالی<sup>۴</sup> به‌عنوان داور نهایی قضاوت می‌کنند. سیستم قضایی مشکلات بین ایالت‌ها، گروههای ذینفع، شرکتها و... را در مورد بهداشت همگانی و مشکلات بهداشت محیط حل می‌کند. بعضی از فعالیتهای کلیدی و مهم دولت فدرال در قوه مجریه عبارتند از:

1. third party & provider

2. county

3. Municipal

4. supreme court

- حمایت از کلینیک‌های دولتی در نواحی روستایی و شهری کم‌درآمد در سراسر کشور که به کارگران مهاجر و دیگر گروه‌های جمعیت کمک می‌کنند.
  - پالایش و پاکیزه کردن محیط با همکاری و کمک آژانس‌ها و گروه‌های حمایت از محیط زیست
  - حمایت از تحقیقات و آموزشها و قرارداد با دانشگاهها و مراکز آموزشی
  - فراهم کردن بیمه بهداشتی برای نظامیان، سربازان قدیمی و همه کارکنان دولت فدرال از قبیل اعضای کنگره از طریق تعدادی از برنامه‌های بیمه دولتی
  - برنامه‌های بیمه‌ای مدیکر و مدیکید
- کنترل کیفیت مراقبتهای بهداشتی و همچنین مقررات مربوط به مراقبتهای طولانی‌مدت نیز از طریق ایالت اجرا می‌شود. تعدادی از ایالتها نیز برای متحول کردن ارائه مراقبتهای، ابتکار عمل را در دست گرفته‌اند، مانند ایالت هاوایی که یک پوشش کامل بیمه‌ای ایجاد کرده یا ایالت اورگن که پوشش بیمه‌ای مدیکید را گسترش داده است. در اصل پوشش و ارائه واقعی خدمات بهداشتی به وسیله واحدهای دولت محلی و ایالتی صورت می‌گیرد.

## ۶. آموزش پزشکی

تعداد خیلی کمی از پزشکان در امریکا، بلافاصله بعد از گرفتن درجه پزشک عمومی شروع به خدمت تمام وقت می‌کنند. در واقع گرفتن تخصص در آنجا به قانون تبدیل شده، حتی در مورد مراقبتهای بهداشتی اولیه. پزشکان عمومی در این کشور خیلی کم تمایل به ادامه تحصیل در تخصص‌های مربوط به مراقبتهای بهداشتی اولیه دارند، به همین دلیل دولت فدرال برای این منظور از بورس تحصیلی، کمک هزینه و... به‌عنوان انگیزه استفاده می‌کند، هر چند این موارد نیز کافی نبوده است.

ثبت‌نام دانشجویان اقلیتها و زنان در دانشکده‌های پزشکی رو به افزایش است، بویژه در دهه‌های اخیر که این ثبت نام رشد سریعی پیدا کرده است (به‌طور مثال، ثبت‌نام اقلیتها از ۴ درصد در سال ۱۹۶۸ به ۳۰ درصد در سال ۱۹۹۳ رسیده و ثبت‌نام زنان نیز از ۱۴ درصد در سال ۱۹۷۲ به ۴۲ درصد در سال ۱۹۹۳ رسیده است).



## ۷. مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی

بیشتر بیمارستانها، گروههای پزشکی بزرگ و... را در حال حاضر افرادی با درجات تحصیلی در حوزه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی اداره می‌کنند. آموزش این افراد در دانشکده‌های بهداشت عمومی، مدیریت و... صورت می‌گیرد. بیشتر برنامه‌های آموزشی دوساله هستند و اغلب دانشجویان این رشته تجارب اولیه‌ای در زمینه بهداشت و درمان دارند.

## ۸. بیمارستانها

مدیران و هیئت مدیره بیمارستانها سعی در کسب آخرین فنآوری برای جذب بیماران و پزشکان دارند. بنابراین بیشتر آنها دچار مشکلات مالی مهمی شده و مجبور شده‌اند واحدهای خود را کوچک کنند.<sup>۱</sup> بدهیهای وصول نشده و بیمارانی که توانایی مالی لازم برای پرداخت مخارج خود را ندارند، از علل اصلی این بحرانهای مالی به شمار می‌روند.

تحولات و تغییرات زیر در بیمارستانها مشهود است:

- جراحی سرپایی از ۱۶ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۵۴ درصد در سال ۱۹۹۲ رسیده است.
- متوسط طول اقامت بیماران از ۸/۴ روز در سال ۱۹۶۰ به ۷/۴ روز در سال ۱۹۹۲ رسیده است.
- تعداد بیمارستانهای کوچک در فاصله سال ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۲، به علت مشکلات مالی و تمایل به مراقبت‌های سرپایی، ۲۵ درصد کاهش یافته است.
- درصد اشغال تخت در فاصله سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۲، در بیمارستانهای زیر ۱۰۰ تخت از ۶۰ درصد به ۵۰ درصد، در بیمارستانهای بین ۱۰۰ تا ۴۰۰ تخت از ۷۷ به ۶۷ درصد و در بیمارستانهای بیشتر از ۵۰۰ تخت از ۸۲ درصد به ۷۶ درصد رسیده است.
- تعدادی از بیمارستانها، واحدهایی تخصصی برای درمان بیماریهایی که شیوع بالایی دارند، ایجاد کرده‌اند، (مانند بیماری آرتریت که از ۷ نفر یک نفر را درگیر می‌کند و تقریباً یک درصد تولید ناخالص ملی<sup>۲</sup> را به صورت سالیانه به خود اختصاص می‌دهد) که این امر هم مطابقت مراقبتهای درمانی را با نیاز مردم در نظر گرفته و هم باعث افزایش درآمد می‌شود.

1. downsizing

2. gross national production (GNP)

— نزدیک به نیمی از بیمارستانهای امریکا در روستاها قرار دارد. در بیمارستانهای روستایی توجه به رضایت افراد در استفاده از فناوری پزشکی اولویت بیشتری دارد، به همین خاطر رضایت افراد در آنجا بالاتر است.

میزان استفاده از فناوری پزشکی در بیمارستانهای امریکا بسیار بالاست. به طور مثال، نرخ استفاده از ام. آر. آی در امریکا ۸ برابر بیشتر از کانادا و ۴ برابر بیشتر از آلمان است. در واقع در حدود ۳۳ تا ۷۵ درصد هزینه‌های درمانی به فناوری مربوط می‌شود.

— بیمارستانها به تخصص‌سازی زیاد و بوروکراتیک کردن بی‌مورد متهم شده‌اند در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۱ در مورد توزیع هزینه‌ها انجام شد این نتایج به دست آمد:

- تنظیم اسناد ۲۹ درصد
- زمان انتظار برای انجام کارهای لازم ۲۰ درصد
- مدیریت و نظارت ۷ درصد
- نقل و انتقال ۶ درصد
- هتلینگ ۸ درصد
- برنامه‌ریزی و هماهنگی ۱۴ درصد
- مراقبت از بیماران ۱۶ درصد

## ۹. رشد هزینه‌ها

تقریباً ۶۶ درصد افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۳ به دلیل افزایش قیمت‌های نسبی مراقبت‌ها بود و افزایش حجم خدمات موجب افزایش هزینه‌ها در ۳۴ درصد بعدی شده است. دلایل افزایش هزینه‌ها به شرح زیر ذکر شده است:

- تورم عمومی در اقتصاد و بهداشت
- افزایش حقوق جِرف پزشکی
- گسترش فناوری، عرضه زیاد و بهره‌وری کم
- افزایش در کمیت و جامعیت خدمات
- افزایش هزینه‌های اداری مربوط به ارائه خدمات و بیمه
- افزایش پوشش بیمه‌ای و مزایای آن

- تغییرات جمعیتی بویژه افزایش تعداد سالمندان
- افزایش پزشکان، دندانپزشکان و...
- پزشکی شدن<sup>۱</sup> مراقبتهای بلندمدت
- ایجاد شدن دعاوی قضایی برای عملکردهای اشتباه

## ۱۰. اصلاحات

در اکثر موارد، به دلیل افزایش هزینه‌ها و همچنین با توجه به اینکه ۷۴ درصد آمریکایی‌ها از کیفیت مراقبتهای بهداشتی ناراضی و ۷۲ درصد آمریکایی‌ها، خواستار دخالت مستقیم دولت برای بهبود شرایط بودند، ضرورت اصلاحات ایجاد شده مشخص شد.

ولی علی‌رغم وجود دلایل فوق، به‌خاطر منافع شخصی و مخالفت گروههای ذینفع، معمولاً از تغییرات عمده جلوگیری می‌شود. اگرچه هنوز توافق عمومی روی کنترل هزینه‌ها و افزایش دسترسی به مراقبتهای وجود دارد، ولی در مورد روش رسیدن به این هدف وفاق کمی به چشم می‌خورد. یکی از اصلاحات اخیر، تلاش دولت کلینتون طی سالهای ۱۹۹۳ و ۱۹۹۴ بود که برنامه‌های زیر را پیگیری می‌کرد: «به کارفرمایان کوچک یارانه پرداخت شود. بیمه‌گرها بدون توجه به شرایط یا وضعیت استخدامی متقاضیان، برای همه آنها پوشش بیمه‌ای فراهم کنند. از کارفرمایان پوشش بیمه‌ای درخواست شود. و در نهایت ایالتها مسئولیت بیشتر و مهمتری در زمینه بهداشت و درمان ساکنان خود عهده‌دار شوند.»

تلاشهای کلینتون نیز به دلیل بی‌میلی کنگره امریکا به خاطر اجتناب از فشار گروههای ذینفع، ناکام ماند.

## خلاصه و نتیجه‌گیری

نظام بهداشتی امریکا، گرانترین نظام از نظر هزینه سرانه و نسبت تولید ناخالص داخلی تخصیص داده شده به بهداشت در میان کشورهای دیگر است. با وجود این، میزان دسترسی به مراقبتهای بهداشتی در آنجا محدود است و پیامد و نتایج مراقبتهای ارائه شده (نرخ مرگ و میر جنین و امید به زندگی) خیلی پایین‌تر از کشورهای صنعتی دیگر است.

1. medicalization

تقریباً ۱۵ درصد از جمعیت امریکا در سال ۱۹۹۵ پوشش بیمه‌ای نداشتند. نظام بهداشتی امریکا غیرمتمرکز و در جامعیت و کیفیت از ایالتی به ایالت دیگر و بین جوامع مختلف متغیر است. افراد ثروتمند از سراسر نقاط جهان به این کشور مسافرت می‌کنند تا از روشهای درمانی پیچیده و فناوری مدرن پزشکی استفاده کنند. گروهی از برنامه‌های ملی و خیریه نیز به افراد کم‌درآمد ارائه خدمات می‌کنند. سازمانهای حفظ‌الصحه رشد سریعی پیدا کرده‌اند و دیگر تنها به عنوان مراکز جایگزین<sup>۱</sup> استفاده نمی‌شوند، بلکه خود قسمت اعظمی از مراقبتهای بهداشتی امریکا را ارائه می‌دهند. افزایش هزینه‌ها نیز به تازگی کندتر شده ولی هنوز تحت کنترل در نیامده و در نهایت اینکه تناقض «دسترسی و محرومیت» همچنان بدون هیچ راه حل مشخصی ادامه دارد.

## منابع

1. Lassy, L. Marie et al. *Health Care System Around the World, Characteristics, Issue, Perform*, Prentice-Hall, Inc. 1997.
2. Dunlop, W. David et al, *An International Assessment of Health Care Financing; Lesson for Developing Countries*, EDT Seminar Series, 1995.
3. Bodenhiemer, S. Thomas. Grumbach, Kiven, *Understanding Health Policy*, First Edition, Appleton & Lange, 1995.

---

1. alternative