

تأثیر رشد هزینه‌های بیمه خدمات درمانی مدیکر* و سهم مشارکت** بر استفاده‌کنندگان آسیب‌پذیر

استفنی ماکسول، مریلین مون، و میشا سگال
موسسه پژوهشی اربن***

ترجمه کهزاد آذرهوش



چکیده تحقیق

مدیکر، بزرگترین برنامه خدمات بهداشتی-درمانی ملی (امریکا)، در سالهای آتی با مشکلاتی چالش برانگیز روبه‌رو خواهد بود. این برنامه، به منظور حفظ ثبات و تداوم فعالیت، با ترکیبی از مشکلات، یعنی تأثیر شگرف هزینه‌های رو به افزایش خدمات بهداشتی-درمانی، درآمدهای نامتوازن با هزینه‌ها، و جمعیت روزافزون سالمندان درگیر خواهد شد. در زمینه تغییر در محتوای برنامه و چگونگی تأمین منابع مالی لازم پیشنهادهایی چند تاکنون ارائه شده است. سیاستگذاران،

* Medicare. برنامه خدمات بهداشتی-درمانی امریکا
** Out-of-pocket spending. منظور هزینه‌هایی است که استفاده‌کننده به صورت سهم مشارکت در تأمین منابع مالی مدیکر شخصاً در موقع استفاده از برخی خدمات (به‌شرحی که در متن آمده است) می‌پردازد.

*** Stephonie Maxwell, Marilyn Moon, and Misha Segal, The Urban Institute

نویسندگان از کمکهای ماتیو استوری‌گارد در ایجاد مدل پیشنهادی مدیکر و همچنین در تهیه جداول و نمودارهای این مقاله تشکر می‌کنند. این تحقیق با حمایت مالی صندوق مشترک المنافع (Commonwealth Fund) به عمل آمده است. نظراتی که در این مقاله مطرح شده است توسط نویسندگان ارائه شده و نباید به صندوق مشترک المنافع یا مدیران، مسئولان، و کارکنان آن، یا به مؤسسه پژوهشی اربن نسبت داده شود. نسخه‌های این گزارش را می‌توان با تماس به وسیله تلفن رایگان انتشارات به شماره ۱-۸۸۸-۷۷۷-۲۷۴۴ و ذکر شماره مقاله (۴۳۰) به دست آورد. همچنین از طریق وب سایت صندوق (WWW.cmwf.org) می‌توان به آن دسترسی یافت.

ضمن بررسی و گفت‌وگو درباره مزایای این پیشنهادات مختلف، باید تأثیر آنها را بر استفاده‌کنندگان از برنامه مدیکر در نظر گرفته و گروه‌های آسیب‌پذیر سالمند و ناتوان را در مقابل فشار مالی ناشی از پرداخت سهم مشارکت استفاده‌کننده (بیمه شده) در هزینه‌ها (پرداخت از جیب) مورد حمایت قرار دهند.

اقدامات چالش برانگیز در آینده

امتیاز مدیکر در مقایسه با بخش خصوصی بیمه خدمات بهداشتی-درمانی در ملایم بودن روند افزایش هزینه سرانه آن است. با وجود این، روند افزایش هزینه‌های برنامه مدیکر هنوز از روند رشد درآمدهای آن تندتر است. منبع عمده درآمد مدیکر مالیات بر حقوق و دستمزد کارکنان (بخش دولتی و خصوصی) است که از سال ۱۹۶۸ تاکنون در حد ۲/۹ درصد دریافتی حقوق‌بگیران ثابت مانده و برنامه‌ای برای افزایش آن در آینده نیز وجود ندارد. علاوه بر این، نظر به اینکه مبنای مالیاتی دستمزدها سهم نسبتاً ثابتی از تولید ناخالص داخلی^۱ را تشکیل می‌دهد، درآمد عمده مدیکر نیز به صورت سهمی ثابت از تولید ناخالص ملی باقی می‌ماند. با وجود این، طی ۲۵ سال آینده، هزینه‌های آن با روند صعودی ثابت از ۲/۵ درصد تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۰ به بیش از ۴ درصد افزایش خواهد یافت. براساس آخرین برآورد مذکور در گزارش سال ۲۰۰۰ هیئت‌های امنا، در سال ۲۰۲۵، صندوق مالی مدیکر بخش A^۲ (بیمه مربوط به درمان در بیمارستان) برای پرداخت هزینه‌های مربوط با کمبود اعتبار روبه‌رو خواهد شد.

ضمناً، تغییرات چشمگیر در ترکیب جمعیت^۳ تأثیری شگرف بر برنامه مدیکر خواهد داشت، زیرا افراد نسل پرزایی^۴ (متولدین بعد از جنگ دوم جهانی) به خیل واجدین شرایط استفاده از مزایای برنامه خواهند پیوست. در طول ۲۵ سال آینده حتی به فرض اینکه هیچ تغییری در شرایط و مقررات ناظر بر استفاده از مزایای برنامه مدیکر رخ ندهد، طبق برآوردهای به عمل آمده تعداد واجدین شرایط ۷۷ درصد افزایش داشته و از ۴۰ میلیون نفر به حدود ۷۰ میلیون نفر خواهد رسید (جدول شماره ۱-ES). با فرا رسیدن سال ۲۰۱۰، شاهد افزایش سریعتر تعداد استفاده‌کنندگان در مقایسه با تعداد حقوق‌بگیران (تأمین‌کنندگان منابع مالی برنامه مدیکر) خواهیم بود.

1. Gross Domestic Product (GDP)

2. Medicare A Trust Fund

3. demographic changes

4. baby - boom generation

جدول شماره ۱- ES. پیش‌بینی‌های به عمل آمده در مورد برنامه مدیریت در سالهای ۲۰۲۵ و ۲۰۳۰

(ارقام به دلار سال ۲۰۰۰)

سال ۲۰۲۵		سال ۲۰۳۰	
۶۹,۷۲۸ دلار	% ۲۰/۶	۳۹,۴۳۴ دلار	% ۱۳/۸
۴۴ دلار		۲۹ دلار	
۵۹۹/۱ دلار		۲۳۹/۵ دلار	
۸,۹۸۷ دلار	% ۴/۴۳	۶,۲۱۳ دلار	% ۲/۶۱
	% ۳/۸۹		% ۲/۳۵
۱,۱۵۱ دلار		۲۳۱ دلار	
۱,۵۰۹ دلار		۱,۰۰۵ دلار	
۲,۲۶۰ دلار	% ۲۵/۳	۱,۶۳۶ دلار	% ۱۲/۷
۵,۲۴۸ دلار		۳,۱۴۲ دلار	
۷,۲۲۳ دلار		۴,۴۷۸ دلار	
۹,۳۷۸ دلار	% ۲۹/۹	۵,۹۶۹ دلار	% ۲۱/۷
	% ۶۳/۳		% ۴۴
	% ۷۱/۸		% ۵۱/۶

توضیح: سهم مالیات‌دهنده از مجموع مخارج مدیر مساوی است با مجموع مخارج منتهی‌المراتب مستوفین استفاده‌کننده منبع. گزارش‌های سال ۱۹۹۹ مثبت است و مدل‌های پیش‌بینی شده سال ۱۹۹۹ نوسان دربار مدیریت

تعداد استفاده‌کنندگان از مزایا (به هزار نفر)
نسبت تعداد مزبور به کل جمعیت آمریکا
تعداد استفاده‌کننده در هر ۱۰۰ نفر حقوق‌بگیر
مجموع مخارج مدیر (به میلیارد دلار)
سراجه
درصد از تولید ناخالص داخلی
نسبت سهم مالیات‌دهنده از برنامه مدیر به تولید ناخالص داخلی
سراجه میزان مستوفیت مالی استفاده‌کننده از مدیر
حق بیمه بخش B
درصد مشارکت در هزینه (فراشیر)^۲
جمع
درصد نسبت به کل مخارج مدیر
سهم مشارکت استفاده‌کننده (از جیب)
استفاده‌کنندگان سالمند
سالمندان ناخوش و بدون بیمه اضافی
زنان مجرد، کم درآمد، ناخوش و بالاتر از ۸۵ سال
نسبت سهم مشارکت استفاده‌کننده به درآمد
استفاده‌کنندگان سالمند
سالمندان ناخوش و بدون بیمه اضافی
زنان مجرد، کم درآمد، ناخوش و بالاتر از ۸۵ سال

1. percapit a medicare beneficiary liability 2. Cost-sharing

بدین ترتیب، روشن است که ایجاد ثبات در برنامه مدیکر مستلزم ایجاد تغییرات عمده در برنامه، یا در شیوه‌های تأمین منابع مالی مورد لزوم، یا هر دو خواهد بود. تدابیر پیش‌بینی شده، در قانون بودجه متوازن^۱ سال ۱۹۹۷، به منظور کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از افزایش بی‌رویه آن، در کوتاه مدت به ایجاد ثبات در برنامه مدیکر کمک کرده است. هم‌اکنون، سیاستگذاران به گفت‌وگو درباره استراتژی‌های ناظر بر افزایش (خدمات)، همچنین اصلاحات وسیع ساختاری در جهت حفظ جامعیت مالی برنامه مدیکر، همراه با بهبود و توسعه سید (بسته)^۲ مزایای آن را آغاز کرده‌اند. از نظر بسیاری از دست‌اندرکاران، توسعه مزایای برنامه با اهداف تقویت بنیاد مالی آن در تضاد مستقیم است، اما در زمینه اندازه‌گیری دقیق تأثیرهای پیش‌بینی شده ضمن پیشنهادها گوناگون، کار چندانی انجام نشده است. از آن گذشته، در حالی که توجه زیادی معطوف میزان تأثیر اقدامات اصلاحی مزبور، از حیث مالی، بر مالیات‌دهندگان شده است، یک سؤال مهم بلا جواب مانده است: تغییرات بالقوه (پیش‌بینی شده) چه تأثیری بر استفاده‌کنندگان از مزایای برنامه خواهد داشت؟ به منظور ارزیابی شقوق مختلف از منظرگاه استفاده‌کننده، لازم است مبنایی^۳ برای مقایسه در نظر گرفته شود، یعنی این موضوع بررسی شود که اگر در آینده تغییری در طرح (بیمه‌ای) موجود رخ ندهد، هزینه‌ای که احتمالاً در آینده باید توسط استفاده‌کننده پرداخت شود در چه حد خواهد بود. منظور از این بررسی تعیین و توصیف این مینا است.

تأثیر بر استفاده‌کنندگان آسیب‌پذیر در انسانی و مطالعات فرهنگی

این مقاله بخشی از یک رشته مقالاتی است که با حمایت مالی صندوق مشترک المنافع تنظیم و ارائه می‌شود و طی آن فشار مالی ناشی از پرداخت سهم مشارکت استفاده‌کننده (از جیب) در تأمین هزینه‌های خدمات بهداشتی-درمانی بر استفاده‌کنندگان از مزایای مدیکر در آینده مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. پیش‌بینی‌های ما مقدماً براساس گزارشهای سال ۱۹۹۹ هیئت‌های امنای است. گزارشهای سال ۲۰۰۰ هیئت‌های مزبور رشد بیشتری در اقتصاد عمومی پیش‌بینی می‌کند، اما روند افزایش مخارج مدیکر در هر دو گزارش متشابه است. اگرچه داده‌های جدید سطح پیش‌بینی‌های مربوط به استفاده‌کننده را به صورتی جزئی پایین‌تر نشان می‌دهد، روندهای مذکور در گزارشهای سالهای ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ یکسان باقی می‌مانند.

1. Balanced Budget Act

2. benefit package

3. baseline

به منظور کمک به درک تأثیر هزینه‌های پیش‌بینی شده برنامه بر استفاده‌کنندگان، یافته‌های طرح پژوهش درباره استفاده‌کنندگان فعلی مدیکر^۱ را در ایجاد گروه‌های استفاده‌کنندگان آسیب‌پذیر^۲ به کار برده‌ایم. ضمن استفاده از اطلاعات مذکور در گزارش‌های هیئت‌های امناء، مجموع هزینه‌های مدیکر، میزان مسئولیت مالی استفاده‌کننده در تأمین منابع لازم برای پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی (حق بیمه بخش B مدیکر)، سایر هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، سهم مشارکت استفاده‌کننده در هزینه‌ها و نسبت آن به درآمد استفاده‌کننده را پیش‌بینی خواهیم کرد. گروه‌های متشکل از افراد همسان به منظور متمایز کردن استفاده‌کنندگان آسیب‌پذیر از دیگران و ارائه وجوه تمایز از حیث وضعیت سلامت آنان، پوشش بیمه‌ای مکمل^۳، میزان درآمد، و سهم مشارکت آنان به وجود می‌آیند. با تحلیل پیش‌بینی‌های مبنای^۴ در مورد میزان مسئولیت و سهم مشارکت استفاده‌کننده در میان گروه‌های مزبور، اساسی برای ارزیابی بعدی تأثیر شقوق مختلف طرح انتخابی مدیکر بر استفاده‌کنندگان ایجاد می‌کنیم.

میزان مسئولیت استفاده‌کننده^۵

این اصطلاح به بخشی از هزینه‌های مدیکر که استفاده‌کننده موظف به پرداخت آن است - یعنی حق بیمه مربوط به بخش B، فرانشیز^۶ یا سهم بیمه‌شده (بیمه‌گذار^۷) از هزینه‌های درمانی، و حق بیمه مشترک یا اتکایی^۸ - اشاره می‌کند (در برخی از موارد اعتبار لازم برای این هزینه‌ها توسط پرداخت‌کننده دیگری تأمین می‌شود). براساس پیش‌بینی انجام شده، بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۲۵، سهم استفاده‌کننده از مجموع مخارج سرانه مدیکر تقریباً در حدود ۳ درصد افزایش می‌یابد و از ۲۲/۷ درصد به ۲۵/۳ درصد می‌رسد. این افزایش عمدتاً به این سبب رخ می‌دهد که براساس قانون بودجه متوازن هزینه‌های مربوط به خدمات ویژه مراقبت‌های خانگی از بخش A به بخش B برنامه مدیکر منتقل شده است. در نتیجه، سهم بیشتری از مخارج مدیکر از محل حق بیمه بخش B تأمین خواهد شد. بنابراین، در آینده، بدون ایجاد تغییرات اضافی در طرح بیمه‌ای مدیکر^۹، سهم استفاده‌کننده از مخارج بیشتر خواهد شد.

1. Medicare Current Beneficiary Survey

2. cohorts of vulnerable beneficiaries

3. supplemental insurance coverage

4. baseline projections

5. beneficiary liability

6. deductible

7. insured

8. coinsurance

9. medicare policy

در عمل، (براساس دلار سال ۲۰۰۰)، افزایشی چشمگیر (بیش از ۸۰ درصد) در میزان حق بیمه سالانه بخش B پیش‌بینی می‌شود، به این ترتیب که از ۶۳۱ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۱۱۵۱ دلار در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. در طول این مدت، متوسط سرانه مسئولیت مالی استفاده‌کننده نیز از ۱۶۳۶ دلار به میزان (تخمینی) ۲۶۶۰ دلار افزایش می‌یابد. با وجود این، میزان مسئولیت مالی دو گروه - یعنی زنان ناخوش، کم درآمد، و بالای ۸۵ سال و نیز زنانی که به عنوان استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیکر^۱ شناخته می‌شوند حتی از این میزان هم بالاتر خواهد رفت. میزان مسئولیت زنان کم درآمد بالای ۸۵ سال در حدود ۱۰۰۰ دلار بیشتر از ارقام سرانه بوده و از ۲۵۸۸ دلار در سال ۲۰۰۰ به رقم (تخمینی) ۳۷۸۲ دلار در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. سهم پیش‌بینی شده برای زنان تحت پوشش برنامه استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیکر در حدود ۴۰۰ دلار بالاتر از ارقام سرانه خواهد بود.

سهم مشارکت (پرداخت از جیب) استفاده‌کننده در هزینه‌ها

بین میزان مسئولیت مالی استفاده‌کننده، از حیث پرداخت حق بیمه و مبلغی که به‌طور مستقیم به عنوان سهم مشارکت استفاده‌کننده در هزینه خدمات درمانی عملاً توسط او پرداخت می‌شود اختلافی نوعی وجود دارد. از یک سو، استفاده‌کنندگان کم درآمد از برنامه مدیکر که زیر پوشش برنامه مدی‌کید^۲ نیز قرار دارند و همچنین استفاده‌کنندگان پردرآمد و دارای بیمه مکمل (با حمایت مالی کارفرمایان سابق)، از بخشی از میزان مسئولیت خود در تأمین هزینه‌ها معاف هستند. از سوی دیگر، برنامه مدیکر هزینه همه خدمات درمانی را تأمین نمی‌کند، و بسیاری از استفاده‌کنندگان را مکلف می‌کند هزینه خدمات مزبور را شخصاً یا با خرید بیمه خصوصی تأمین کنند. در میان استفاده‌کنندگان سالمند نوعی، در حدود ۳۰ درصد از سهم مشارکت استفاده‌کننده در تأمین هزینه، مربوط به خدمات غیرمشمول برنامه مدیکر بوده و ۲۸ درصد مربوط به حق بیمه مکمل آنان بوده است.

سهم مشارکت استفاده‌کنندگان سالمند از خدمات برنامه سستی مدیکر (پرداخت در برابر انجام خدمت یا کارانه)^۳، از ۳۱۴۲ دلار در سال ۲۰۰۰ به رقم تخمینی ۵۲۴۸ دلار در سال ۲۰۲۵

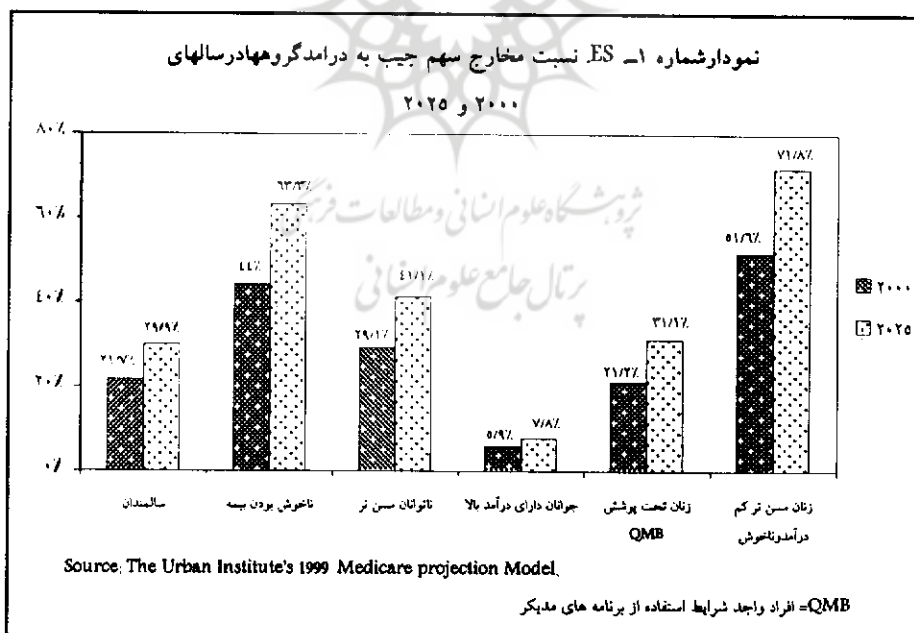
1. Qualified Medicare Beneficiaries (QMBs)

۲. Medicaid. برنامه کمک هزینه درمانی به افراد کم درآمد

3. fee-for-service

افزایش خواهد یافت. همچنین دو گروهی که تاکنون متحمل میزان مسئولیت مالی (حق بیمه مدیگر) نسبتاً بالایی بوده‌اند، حتی سهم مشارکت بیشتری خواهند پرداخت. در طول ۲۵ سال آتی سهم مشارکت مستقیم واقعی زنان مسن‌تر، ناخوش، و کم درآمد در هزینه‌های درمانی از مبلغ برآورد شده ۵۹۶۹ دلار به رقم ۹۳۷۸ دلار افزایش خواهد یافت. تخمین‌های مربوط به سهم مشارکت تقریباً برای گروه استفاده‌کنندگان سالمند و ناخوش فاقد بیمه اضافی نیز تقریباً در همین حد افزایش داشته و از رقم ۴۴۷۸ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۷۲۶۳ دلار در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.

در سالهای گذشته، میزان افزایش درآمد استفاده‌کنندگان همواره از روند رشد مخارج مراقبتهای بهداشتی و درمانی کندتر بوده و همین الگو در طی ۲۵ سال بعد نیز ادامه خواهد داشت، به این ترتیب، آنها شاهد افزایش سهم مشارکت خود از ۲۱/۷ درصد درآمدشان در سال ۲۰۰۰ به حد پیش‌بینی شده ۲۹/۹ درصد در سال ۲۰۲۵ خواهند بود (نمودار شماره ۱- ES).



گروه‌های زنان کم درآمد و ناخوش و استفاده‌کنندگان سالمند و ناخوش فاقد بیمه اضافی متحمل فشار مالی دوگانه پرداخت به‌ویژه دارای سهم مشارکت بالا و همچنین تخصیص سهم بیشتری از درامدشان برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خواهند بود. در مورد گروه اول، سهم مزبور از ۵۱/۶ درصد به میزان پیش‌بینی‌شده، ۷۱/۸ درصد در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد داشت. سالمندان، استفاده‌کنندگان ناخوش و فاقد بیمه اضافی شاهد افزایش سهم خود از حدود ۴۴ درصد در سال ۲۰۰۰ به رقم برآورد شده ۶۳/۳ درصد در سال ۲۰۲۵ خواهند بود. میزان مخارج هر دو گروه در محدوده ۱/۵ (۲۰ درصد) اول مقادیر سهم مشارکت کلیه استفاده‌کنندگان قرار خواهد گرفت.

اگرچه برآوردهای یاد شده به صورتی محافظه‌کارانه صورت گرفته است، نشان دهنده آن است که استفاده‌کنندگان از برنامه مدیکر در آینده، در صورت عدم تغییر طرح بیمه‌ای به صورتی روزافزون، مقادیری قابل ملاحظه از منابع مالی خود را برای تأمین مراقبت‌های بهداشتی-درمانی پرداخت خواهند کرد. یافته‌های بررسی همچنین بیانگر آن است که تغییر محل پرداخت هزینه‌های مدیکر از بخش A به بخش B یا از (درآمد) مالیات دهندگان به استفاده‌کنندگان، علت اصلی مشکل ناشی از افزایش مجموع هزینه‌های مراقبت‌های مذکور را برطرف نخواهد کرد. فقط با شناختن مشکلات سه‌گانه‌ای که مدیکر با آن مواجه است - افزایش سریع هزینه‌های بهداشتی-درمانی، درآمد ناکافی، و تغییر ترکیب جمعیت استفاده‌کنندگان - می‌توانیم موفقیت وسیع‌ترین برنامه بیمه بهداشتی-درمانی عمومی کشور را در آینده تضمین کنیم.

تأثیر رشد مخارج مدیکر و سهم مشارکت بر استفاده‌کنندگان آسیب‌پذیر

مدیکر به عنوان بزرگترین و عمومی‌ترین برنامه بیمه بهداشتی-درمانی کشور (امریکا) عمده‌ترین منبع پوشش دهنده سالمندان و ناتوانان از حیث بهداشت و درمان بوده، و به سهم دائماً فزاینده‌ای از جمعیت کشور ارائه خدمت می‌کند. در بدو پیدایش برنامه در سال ۱۹۶۶، مدیکر کمتر از یک نفر از هر ده نفر امریکایی را تحت پوشش قرار می‌داد. امروزه، از هر هشت نفر یک نفر زیر پوشش برنامه مزبور قرار دارد. در نتیجه این توسعه، هزینه‌های برنامه افزایش یافته است؛ با وجود این، رشد هزینه سرانه مدیکر طی ۳۰ سال گذشته، به صورتی چشمگیر کمتر از هزینه سرانه در بخش خصوصی خدمات بهداشتی-درمانی بوده است.^۱

1. Merilyn Moon. Beneath the average: An Analysis of Medicare and private Health expenditure, The Kaiser Family Foundation, Sept 1999.

علی‌رغم رشد بالنسبه کم سرانه، برنامه مدیکر یا چگونگی تأمین منابع مالی لازم برای اجرای آن به تغییرات عمده‌ای در آینده نیازمند خواهد بود. تا سال ۲۰۲۵، از هر پنج نفر امریکایی یک نفر زیر پوشش این برنامه قرار خواهد گرفت. براساس آخرین گزارش هیئت‌های امنای مدیکر، صندوق امنای بخش A مدیکر (بیمه خدمات بیمارستانی) تا سال ۲۰۲۵ از توازن مثبتی برخوردار خواهد بود. پس از آن، برای حفظ قدرت پرداخت صندوق مزبور، کسب درآمد اضافی یا کاهش مصرف منافع ضروری خواهد بود.^۱ اگرچه مدیکر بخش B، یا برنامه بیمه مکمل مدیکر از طریق تخصیص مالیات تأمین نمی‌شوند، تقاضای روز افزونی برای استفاده از درآمد عمومی مطرح می‌کنند. زیرا رشد میزان مخارج آن سریعتر از مخارج بخش A برنامه مزبور است.^۲

در سالهای ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ عمدتاً به علت اجرای قانون بودجه متوازن سال ۱۹۹۷ و همچنین به یمن کوششهای روز افزون در جهت کاهش تقلب و سوءاستفاده از امکانات برنامه کاهشهای اساسی و قابل ملاحظه‌ای در نرخ رشد مدیکر به وجود آمد.^۳ با وجود این، تغییرات مزبور و نتیجه آنها (به صورت کاهش مصرف منابع)، بتدریج طی چندین سال آینده به پایان خواهد رسید. براساس آخرین گزارش هیئت امنای، به فرض آنکه تغییرات دیگری در طرح بیمه‌ای مورد عمل رخ ندهد، نسبت مخارج برنامه مدیکر به تولید ناخالص داخلی از ۲/۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۴ درصد در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت.

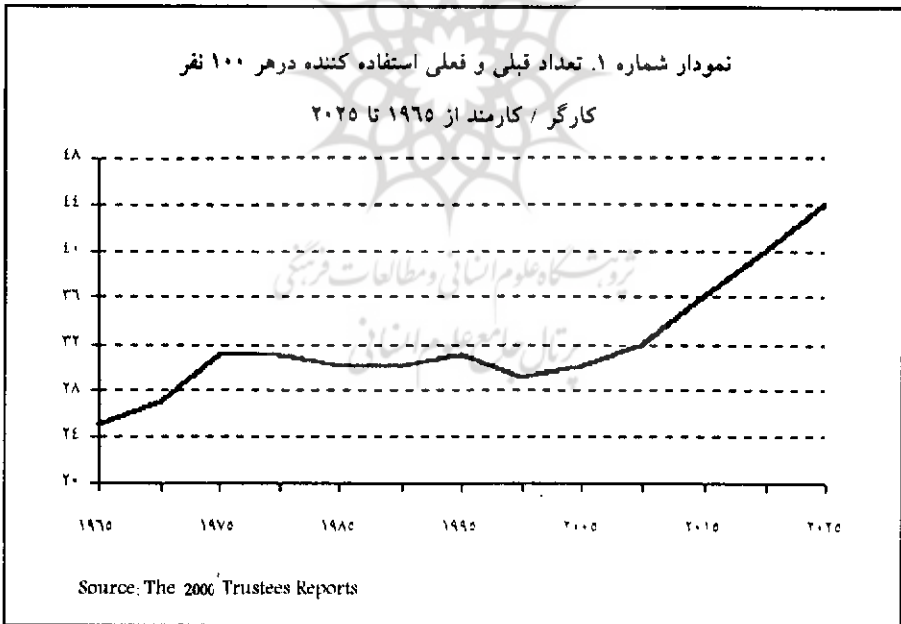
در واقع، رشد مصرف منابع مدیکر، تقریباً از اوان پیدایش آن، همواره از رشد درآمد آن بیشتر بوده است. این روند - به سبب آنکه متولدین نسل پرزایی بتدریج واجد شرایط استفاده از برنامه

۱. گزارش سالانه (۲۰۰۰) هیئت امنای صندوق امنای (Trust Fund) بیمه خدمات بیمارستانی فدرال (واشنگتن: USGPO, ۲۰۰۰).

۲. مدیکر بخش B هزینه‌های مربوط به خدمات پزشکان، بیماران غیربستری در بیمارستانها و دیگر خدمات درمانی سرپایی را تأمین می‌کند. استفاده از این بخش از برنامه، داوطلبانه (اختیاری) است، لکن به سبب اینکه حق بیمه پرداختی توسط استفاده‌کنندگان فقط ۲۵ درصد هزینه‌ها را تأمین می‌کند، اکثر استفاده‌کنندگان در آن بخش ثبت‌نام می‌کنند.

۳. طرح اعاده اطمینان از عملیات (Operation Restore Trust) اقدامی ابتکاری، متمرکز و چهار ساله (۱۹۹۵-۱۹۹۹) برای مبارزه با تقلب و سوء استفاده در برنامه‌های مدیکر و مدی‌کید بود. دفتر بازرس کل، اداره امور مالی خدمات بهداشتی-درمانی، و اداره امور سالمندان در دپارتمان بهداشت و خدمات درمانی در این اقدام مشارکت داشتند.

مدیکر خواهند شد - در آینده حتی بارزتر خواهد شد. در سال ۲۰۱۰ به سبب این تغییر در ترکیب جمعیت، تعداد استفاده کنندگان، سریعتر از تعداد کارکنان-کارگرانی که در تأمین منابع مالی سیستم مشارکت دارند شروع به افزایش خواهد کرد (نمودار شماره ۱). اگر قرار بر این بود مشکل مدیکر را صرفاً از طریق کنترل مصرف منابع حل کنیم، مصرف سرانه می‌بایستی کندتر از دستمزدها افزایش یابد - توفیقی که احتمال نمی‌رود در آینده قابل پیش‌بینی در بخش مراقبتهای بهداشتی- درمانی رخ دهد. در واقع، در سالهای اخیر، بسیاری از کارفرمایان بخش خصوصی مشارکت بیشتری در تأمین بیمه خدمات بهداشتی- درمانی داشته‌اند، در حالی که مبنای مالیاتی درآمد مدیکر فقط با روندی معتدل افزایش یافته است.^۱ به‌ویژه، اگرچه میزان درآمد پایه مشمول مالیات بر حقوق و دستمزد بخش A چندین بار افزایش یافته است، نرخ کسر مالیات (۲/۹ درصد) از سال ۱۹۸۶ تاکنون ثابت مانده است.



1. C.A. Cowan and B.R. Braden. "Business, Households, and Government": *Health Care Financing Review* 18 (spring 1997: 195 - 206).

رویهمرفته، مشکلات دشوار رو در روی مدیران ناشی از مجموعه‌ای از مخارج پیش‌بینی شده و در حال افزایش. سریعتر از درآمد، جمعیت رو به رشد سالمندان، و عدم کفایت درآمدهای برنامه است. در حال حاضر، گزینه‌های گوناگونی به منظور حفظ جامعیت مالی مدیران، و بهبود توسعه بسته یا سبد مزایای آن پیشنهاد شده است. بسیاری از افراد این دو اقدام را در تضاد با یکدیگر می‌بینند، هر چند، تاکنون اقدامات قابل ملاحظه‌ای در جهت ارزیابی و برآورد تأثیر پیش‌بینی‌های مزبور به عمل نیامده است. از آن گذشته، در شرایطی که توجه زیادی معطوف تشخیص تأثیر بالقوه گزینه‌های گوناگون بر هزینه‌های دولت شده است، تأثیر آنها بر استفاده‌کنندگان، در مرکز توجه قرار نگرفته است. به منظور ارزیابی طرح‌های انتخابی بایستی ابتدا آنچه استفاده‌کنندگان، احتمالاً، به شرط عدم تغییر در طرح بیمه‌ای، در آینده پرداخت خواهند کرد را مورد بررسی قرار دهیم، و بدین منظور، نظری بر آنچه ارقام پایه می‌نامیم بیفکنیم. این مقاله بخشی از یک رشته کارهای تحقیقی / تحلیلی است که توسط صندوق مشترک‌المنافع تهیه شده، و ضمن آن پیش‌بینی‌های پایه در مورد مخارج مربوط به سهم مشارکت چندین گروه از استفاده‌کنندگان از برنامه مدیران تا سال ۲۰۲۵ تشریح شده است.^۱ پژوهش‌های بعدی دور نمای تأثیر پیشنهادهای ارائه شده توسط سیاستگذاران بر استفاده‌کنندگان را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد - پیشنهادهایی که به منظور بهبود چشم‌انداز آتی برنامه مدیران مطرح شده است. نکات پیشنهادی در این مقاله مقدمتاً براساس گزارش هیئت‌های امنای در سال ۱۹۹۹ تهیه شده است. گزارش سال ۲۰۰۰ هیئت‌های مزبور حاوی پیش‌بینی رشد اقتصادی شکوفاتر و همچنین روند مشابهی در مصرف منابع مدیران است. اطلاعات تازه‌تر سطح پیش‌بینی‌های مربوط به استفاده‌کننده را به میزانی جزئی‌تر تنزل می‌دهد، با وجود این، روندهای مربوط به مخارج در هر دو گزارش متشابهند.

روش و دامنه بررسی (متدولوژی)

به منظور نشان دادن تأثیر قطعی فشار مالی ناشی از ازدیاد سهم مشارکت بر استفاده‌کنندگان، نخست گروه‌هایی از استفاده‌کنندگان همسان ایجاد می‌کنیم و مجموع مصارف مالی برنامه مدیران، میزان مسئولیت استفاده‌کننده، دیگر مخارج برنامه خدمات بهداشتی - درمانی، و درآمدهای سالانه استفاده‌کننده را نشان می‌دهیم.

۱. برای مطالعه اولین مقاله از این رشته نوشتارها، نک: مقاله رشد مخارج، مدیران: پرداخت‌های مصرف‌کنندگان در آینده، مریلین مون، نشریه صندوق مشترک‌المنافع، ماه مه ۱۹۹۹

مخارج مربوط به مراقبتهای بهداشتی - درمانی

مدل پیشنهادی ما عمدتاً با استفاده از اطلاعاتی تهیه شده است که در گزارش هیئتهای امنای بیمارستان فدرال، گزارش هیئتهای امنای صندوقهای بیمه مکمل مدیکر و همچنین طرح پژوهشی سال ۱۹۹۵ در مورد استفاده کنندگان جاری از برنامه‌های مدیکر تنظیم شده است. ما از همان مفروضات عمده اقتصادی مذکور در گزارش هیئتهای امنای - که امکان ایجاد و ارائه مجموعه‌ای پیوسته و مرتبط به هم از تخمین‌ها در مورد مخارج مدیکر، تولید ناخالص ملی، درآمد، و تورم را برآیمن فراهم می‌کند - استفاده می‌کنیم. با پیش‌بینی این نوع مخارج مربوط به استفاده کنندگان تا سال ۲۰۲۵، تأثیر - ناشی از ورود افراد نسل پوزایی به جرگه استفاده کنندگان از مدیکر - بر ترکیب جمعیت را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهیم (برای آگاهی از جزئیات مربوط به متدولوژی ارائه مدل مدیکر به پیوست این مقاله مراجعه شود).

در اینجا ما به دو جنبه متمایز اما مرتبط به هم درباره فشار مالی بر استفاده‌کننده، یعنی میزان مسئولیت در تأمین منابع مالی مدیکر و سهم مشارکت (از جیب) استفاده‌کننده در هزینه‌ها را مورد بحث قرار می‌دهیم. میزان مسئولیت استفاده‌کننده به سهمی از مخارج برنامه مدیکر که مسئولیت تأمین آن با استفاده‌کننده است - حق بیمه بخش B و الزامات مربوط به سهم (فرانشیز) بیمه‌شده در هزینه‌های درمانی - اشاره می‌کند. به موجب قانون، سهم مزبور شامل ۲۵ درصد مخارج بخش B مصروف برای استفاده‌کنندگان سالمند تعیین شده است. به منظور پیش‌بینی چگونگی سهم‌شدن در هزینه‌ها چنین فرض می‌کنیم که در طول زمان استفاده‌کنندگان از مدیکر سستی مشمول پرداخت دایمی بخشی از هزینه عناصری که فرانشیز به آنها تعلق می‌گیرد (از قبیل هزینه بیماران بستری و دستمزد پزشکان) خواهند بود.^۱

به منظور نشان دادن فشارهای مالی وارد بر استفاده‌کنندگان بابت سهم مشارکت واقعی آنها در مخارج مراقبتهای بهداشتی - درمانی، مفروضات اساسی و استفاده مدبرانه از مفاد گزارش هیئتهای امنای و اطلاعات حاصل از طرح پژوهشی درباره استفاده کنندگان جاری برنامه مدیکر مورد نیاز است. ما این نکته را نیز در نظر داریم که برخی از استفاده‌کنندگان بعضاً از نوعی حمایت مالی برخوردارند. به طور مثال، ممکن است سهم بیمه‌شده (فرانشیز) مربوط به بازنشستگان از

۱. برآوردهای مربوط به میزان مسئولیت استفاده‌کننده برای آنهایی که از گزینه تکمیلی مدیکر (Medicare + Choice) استفاده می‌کنند مستلزم تحلیلی بیشتر است. برای کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه به مقاله "What do Medicare HMO Enrollees spend out - of - pocket?" نوشته جی. کاستن، ام. تون، و ام. سگال، نشریه صندوق مشترک المنافع، ماه اگوست سال ۲۰۰۰ مراجعه شود.

طریق برنامه‌های بیمه مکمل توسط کارفرمایان قبلی آنها تأمین شود، در حالی که برنامه مدی‌کید بخشی از مسئولیت مدیکر در مورد سالمندان کم درآمد شرکت‌کننده در برنامه (از قبیل آنهایی که مشمول برنامه استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیکر هستند) را عهده‌دار خواهد شد. با وجود این، به سبب آنکه بسته (سبد) مزایای مدیکر جامع نیست، استفاده‌کنندگان باید سهم مشارکت قابل توجهی از هزینه خدمات غیرمشمول برنامه را شخصاً تقبل کنند. آنها به طور مستقیم یا غیرمستقیم مبلغی بابت استفاده از این خدمات از طریق حق بیمه مکمل انفرادی، موسوم به طرح‌های بیمه‌ای مدی‌گپ^۱، می‌پردازند، در مدل مورد بحث ما، فرض بر این است که مخارج مربوط به حق بیمه‌ها و بیشتر خدمات غیرمشمول برنامه با همان نرخ مخارج سرانه مدیکر افزایش خواهد یافت، لکن در مورد هزینه داروهای که با نسخه پزشک قابل تحویل است رشد بالاتری پیش‌بینی می‌کنیم. هزینه سرانه داروهای نسخه‌ای در دهه ۱۹۹۰ نسبت به دیگر انواع هزینه‌های پزشکی سالانه به طور متوسط ۱۱ درصد افزایش داشته است.^۲ با حفظ پیوستگی و ارتباط مدل خود با پیش‌بینی‌های ناظر بر ادامه این رشد دو رقمی در طول دهه مزبور، چنین فرض می‌کنیم که مخارج سرانه دارو تا سال ۲۰۰۸ سالانه ۱۰ درصد بیشتر شده، و از آن پس نیز با همان نرخ افزایش مخارج مدیکر افزایش خواهد یافت.

گروه‌های استفاده‌کنندگان (همسان)

به منظور درک فشار مالی نسبی سهم مشارکت (از جیب) در هزینه‌ها، گروه‌های متعددی از استفاده‌کنندگان همسان تشکیل داده، و نسبت سهم مشارکت آنان به درامدشان را پیش‌بینی خواهیم کرد. برخی از گروه‌ها به نحوی که نماینده استفاده‌کنندگان نوعی باشند، و برخی دیگر به منظور ارائه مثال در مورد جمعیت بویژه آسیب‌پذیر طراحی می‌شوند. ضمناً یک گروه شامل استفاده‌کنندگان بالنسبه سالم و دارای درآمد سطح بالا نیز در نظر گرفته می‌شود. گروه‌های مزبور مجموعاً وسیله مقایسه‌ای در مورد وضعیت سلامت، پوشش بیمه‌ای مکمل، درآمد، و سطح سهم مشارکت به دست می‌دهند. تجزیه و تحلیل خصوصیات گروه‌های مزبور مبنایی برای تعیین تأثیر طرح‌های گوناگون بیمه‌ای مدیکر در مورد انواع استفاده‌کنندگان ایجاد می‌کند. برخی از شرکت‌کنندگان - آنهایی که در برنامه‌های تنظیمی برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی

۱. Medigap policies. طرح‌های بیمه‌ای تأمین‌کننده تفاوت هزینه‌های درمانی

2. Sheila Smith et. al., "The Next Decade of Health Spending: A New Health Affair", 18 (July/August 1999): 86-95"

مستقیم (در درمانگاههای مدیکر)^۱ ثبت نام کرده اند، آنهایی که در مراکز پرستاری از سالمندان^۲ بیمار زندگی می کنند، یا در مراحل پایانی بیماریهای کلیوی قرار دارند - به سبب اطلاعات غیرکافی درباره آنها یا به سبب آنکه وضعیت آنها اساساً با بیشتر استفاده کنندگان متفاوت است، در شمار هیچ یک از گروههای مشروح زیر قرار نمی گیرند. بجز گروه استفاده کنندگان واجد شرایط استفاده از مدیکر، آنهایی نیز که به صورت دوگانه واجد شرایط استفاده از هر سطح پوشش مدیکر هستند، در شمار گروههای مزبور قرار نمی گیرند. با وجود این، همه ارقام "سرانه" در این مقاله، به کل جمعیت استفاده کننده از مدیکر اشاره می کند. در اینجا شش گروه مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار می گیرند (جدول شماره ۱-۱). گروههای مزبوره شرح زیرند:

- گروه سالمند - نوعاً شامل استفاده کنندگان ۶۵ ساله و بالاتر
- گروه سالمند، ناخوش (در وضعیت نامساعد از نظر سلامت)، و فاقد بیمه اضافی - منظور استفاده کنندگان ۶۵ ساله یا مسن تر دارای مشکلات جسمی، یا انواع مشکلات شناختی^۳ است. استفاده کنندگان منظور شده در این گروه فاقد بیمه اضافی یا بیمه از طریق کارفرما یا از طریق شخصی اند.
- گروه زنان مسن تر، کم درآمد و ناخوش - منظور زنان ۸۵ ساله و بالاتر دارای درآمد خانوادگی محدود (بین ۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ دلار در سال)، و دارای مشکلات جسمانی یا شناختی است. زنانی که در این گروه قرار می گیرند نیز مجردند.
- زنان واجد شرایط و تحت حمایت برنامه مدیکر - این اصطلاح به برخی از استفاده کنندگان کم درآمد مدیکر که حق بیمه و سهم مشارکت مستقیم آنها در هزینه درمانی توسط مدی کید پرداخت می شود، اطلاق می گردد. این گروه شامل زنانی است که تحت پوشش مزبور قرار دارند.
- گروه مسن تر و ناتوان - منظور افرادی است که سن آنها بین ۴۵ و ۶۴ بوده و دارای محدودیتهای جسمانی هستند، و به عنوان "ناتوان" در شمار واجدین شرایط استفاده از برنامه مدیکر قرار می گیرند.
- استفاده کنندگان جوانتر دارای درآمد بالا - منظور استفاده کنندگان ۶۵ تا ۷۴ ساله دارای سطح درآمد خانوادگی بالا (سالانه ۵۰۰۰۰ دلار یا بیشتر) است. استفاده کنندگانی که در این گروه قرار می گیرند نیز متأهل بوده، و از پوشش بیمه ای مکمل ناشی از مزایای استخدامی نیز برخوردارند.

1. Medicare managed care plans

2. nursing homes

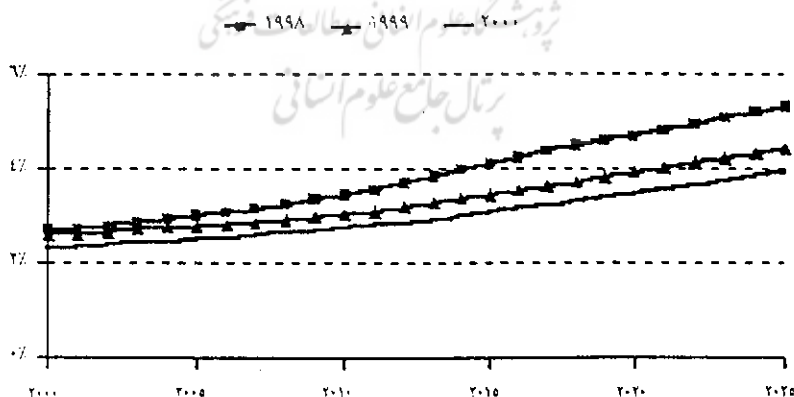
3. cognitive problems

مخارج مدیکر

طی ۲۵ سال آینده سهم قابل ملاحظه‌ای از درآمدهای مردم به برنامه مدیکر اختصاص خواهد یافت. براساس گزارش سال ۲۰۰۰ هیئت‌های امناء، مخارج مدیکر از ۲/۳ درصد تولید ناخالص ملی در سال ۲۰۰۰ به ۴ درصد در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت (نمودار شماره ۲). اگرچه این تغییر نشانه‌ای از گسترش برنامه مدیکر به شمار می‌رود، پیش‌بینی‌هایی که بویژه در سالهای ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ تنظیم و ارائه شد، رشدی کندتر در اقتصاد عمومی و سریعتر در دامنه مخارج مدیکر پیش‌بینی می‌کند. براساس پیش‌بینی‌های سال ۲۰۰۰ - که اقتصاد عمومی شکوفاتر و قویتری را تصویر می‌کند - انتظار می‌رود سهم مدیکر از تولید ناخالص ملی در سال ۲۰۲۵ تقریباً ۱/۵ درصد کمتر از میزانی باشد که در گزارش سال ۱۹۹۸ هیئت امناء پیش‌بینی شده است. گزارش سال ۱۹۹۹ (که مبنای این تحلیل قرار گرفته است) پیش‌بینی می‌کند که نسبت (مخارج) مدیکر به تولید ناخالص داخلی از ۲/۶ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۴ درصد در سال ۲۰۲۵ افزایش یابد. اگر چه این ارقام ممکن است در پیش‌بینی‌های به عمل آمده برای هر سال تغییری جزئی نشان دهد، روند رشد مدیکر همچنان ادامه خواهد یافت.

نمودار شماره ۲. نسبت مخارج مدیکر به تولید ناخالص داخلی پیش‌بینی‌های

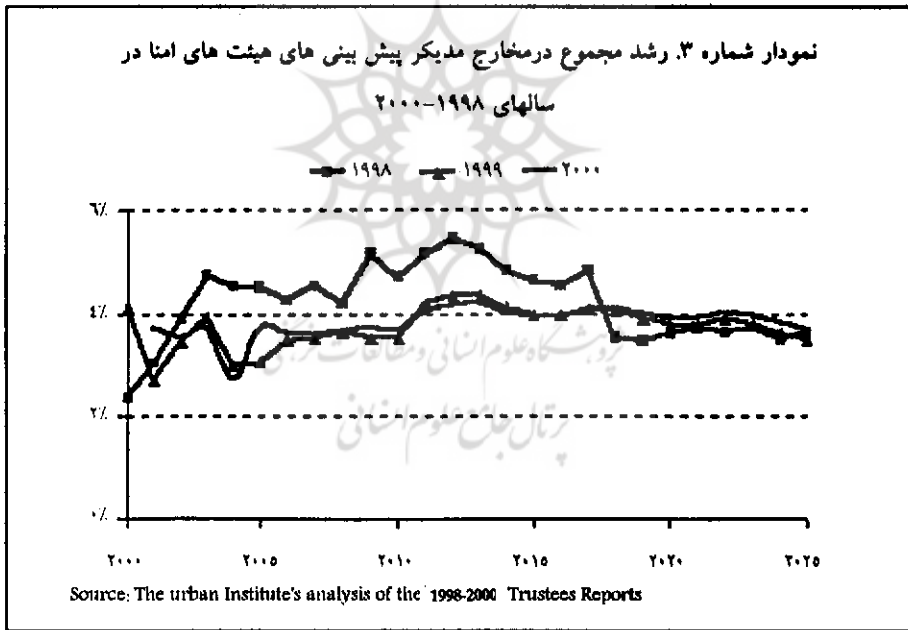
هیئت‌های امناء در سالهای ۱۹۹۸-۲۰۰۰



Source: The 1998-2000 Trustees Reports.

پیش‌بینی‌های کلی^۱

قانون بودجه متوازن به صورتی اساسی رشد مخارج مدیکر را حتی به میزانی بیش از حد پیش‌بینی محدود کرده و تحت کنترل قرار داده است. این اقدام همراه با اقدامات ابتکاری مؤثری که در جهت مبارزه با تقلب و سوء استفاده از مزایای برنامه به عمل می‌آید، به‌طور کلی سطح پیش‌بینی‌های مخارج مدیکر، مذکور در گزارش سالهای ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ هیئت امنا، را در مقایسه با گزارش سال ۱۹۹۸ (نمودار شماره ۳) تنزل داده است. اگرچه کاهش حاصل در مخارج به سبب اجرای قانون مذکور عمدتاً به سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۲ مربوط می‌شود، تأثیر این تغییرات تا سالها بعد نیز ادامه خواهد یافت. بویژه، سطح پیش‌بینی‌های بعدی از میزانی که در سال ۱۹۹۸ برای سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۸ پیش‌بینی شده پایین‌تر است.



در هر حال، رشد درآمدهای مدیکر (بخصوص درآمدهای مربوط به بخش A) همواره کمتر از رشد مخارج پیش‌بینی شده خواهد بود. مشخص‌ترین منبع درآمد مدیکر مالیات بر حقوق و

1. aggregate projections

دستمزد است. ضمناً برنامه‌ای برای افزایش نرخ مالیات، که از سال ۱۹۸۶ تا به حال ۲/۹ درصد حقوق یا دستمزد بوده است (نرخ‌ی مرکب از پرداخت متساوی توسط کارفرما و مستخدم) پیش‌بینی نشده است. مبلغ مبنای مالیات همه دستمزدها در طول زمان به صورت سهمی بالنسبه ثابت از تولید ناخالص ملی - یعنی ۴۹ درصد آن - باقی می‌ماند. بنابراین، اگرچه براساس پیش‌بینی، مخارج مدیکر، به عنوان سهمی از درآمد ناخالص ملی رشد خواهد کرد، درآمد ماخذ کسر مالیات و سایر منابع درآمد رشدی نخواهد داشت. در نتیجه، پس از ۲۵ سال، دیگر این منبع درآمد برای تأمین مخارج پیش‌بینی شده مدیکر کافی نخواهد بود. این واقعیت که گزارش سال ۲۰۰۰ هیئتهای امانا از خالی شدن صندوق امانی بخش A در سال ۲۰۲۵ خبر می‌دهد، همچون زنگ خطری قوی درباره عدم توازن درآمد و مخارج برنامه به شمار می‌رود.

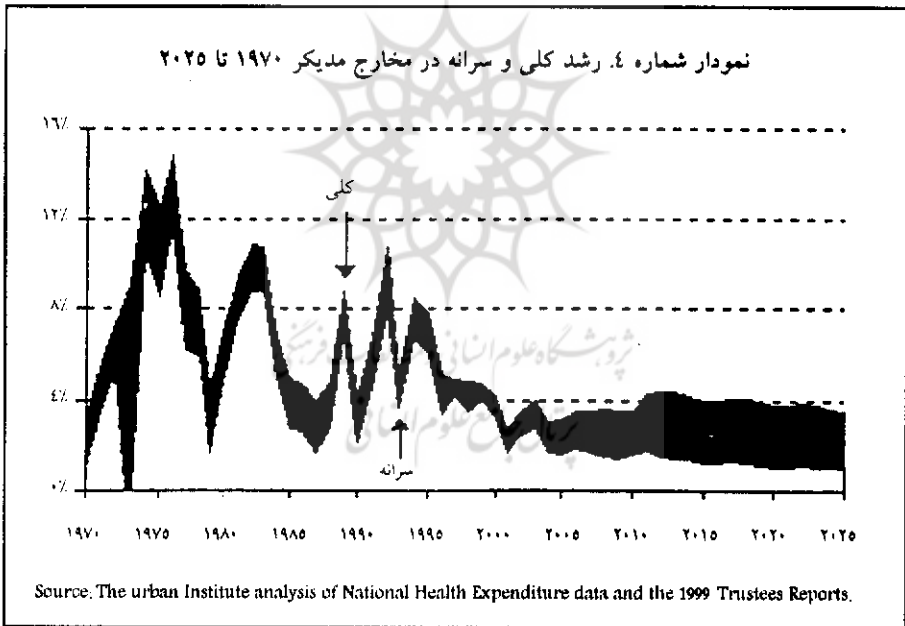
علاوه بر این، تغییرات چشمگیر در ترکیب جمعیت - به سبب آنکه متولدین دوره پرزایی واجد شرایط استفاده از برنامه مدیکر خواهند شد - اثر عمیقی بر این برنامه خواهد داشت. به فرض عدم تغییر مقررات ناظر بر استفاده از برنامه در ۲۵ سال آینده، تعداد استفاده‌کنندگان ۷۷ درصد افزایش داشته و از تقریباً ۴۰ میلیون نفر به رقم تخمینی ۷۰ میلیون نفر (جدول شماره ۱) خواهد رسید.

جدول شماره ۱. مجموع و سرانه مخارج برنامه مدیکر (به دلار سال ۲۰۰۰)

سال	مجموع مخارج مدیکر و نسبت آن به تولید ناخالص داخلی	مجموع مخارج مدیکر به میلیارد دلار	تعداد استفاده‌کنندگان به هزار نفر	مجموع تعداد استفاده‌کنندگان و نسبت آن به کل جمعیت	مجموع مخارج مدیکر به دلار سرانه
۲۰۰۰	۲/۶۱٪	۲۳۹/۵۹	۳۹,۴۸۴	۱۳/۸٪	۶,۲۱۳
۲۰۰۵	۲/۷۹	۲۸۰/۹۵	۴۲,۱۴۰	۱۴/۲	۶,۸۷۰
۲۰۱۰	۳/۰۴	۳۳۴/۴۵	۴۶,۵۱۴	۱۵/۱	۷,۴۵۹
۲۰۱۵	۳/۴۵	۴۱۰/۹۰	۵۳,۵۲۹	۱۶/۸	۸,۰۲۳
۲۰۲۰	۳/۹۲	۴۹۹/۱۶	۶۱,۳۹۸	۱۸/۷	۸,۵۲۵
۲۰۲۵	۴/۴۳	۵۹۹/۱۲	۶۹,۷۲۸	۲۰/۶	۸,۹۸۷

Source: The Urban Institute Analysis of the 1999 Trustees Reports.

نمودار شماره ۴ نرخهای قبلی و پیش‌بینی شده رشد مخارج مدیر را، به صورت ترکیبی از مجموع و سرانه، نشان می‌دهد. پیش‌بینی‌ها رشدی کند در میزان واقعی مخارج سرانه را - که نهایتاً به نرخ رشد مخارج در مقایسه با تولید ناخالص ملی نزدیک می‌شود - نشان می‌دهد. (در حالی که برخی ممکن است این پیش‌بینی را به سبب آنکه بیش از حد خوشبینانه است مورد انتقاد قرار دهند زیرا عدم نظارت بر رشد مخارج مدیر، با نرخی به صورت قابل توجه بالاتر از تولید ناخالص داخلی، به مدت طولانی، منتهی به ایجاد ارقامی غیرمستند، و لذا غیرمنطقی خواهد شد.) تأثیر افزایش تعداد استفاده‌کنندگان در طول زمان نیز در نمودار شماره ۴ نشان داده شده است. بخش تیره‌تر، حد فاصل بین رشد سرانه و مجموع، بوضوح تأثیر قاطع ترکیب متورم جمعیت را نشان می‌دهد.



مخارج و ویژگیهای استفاده‌کننده

بر مبنای این پیش‌بینی‌ها انتظار می‌رود مخارج سرانه مدیر (به دلار سال ۲۰۰۰) در فاصله بین سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۲۵ به میزان ۴۴ درصد، یعنی از ۶۲۱۳ دلار، به رقم تخمینی ۸۹۸۷ دلار

افزایش یابد.^۱ میزان مخارج برخی از استفاده‌کنندگان به صورتی قابل ملاحظه افزایش خواهد یافت (جدول شماره ۲). هزینه‌های جاری در همه شش گروه از پایین‌ترین رقم ۳۷۳۴ دلار در سال (مربوط به استفاده‌کنندگان جوانتر دارای درآمدهای بالا) تا ۱۳۵۸۵ دلار (مربوط به زنان مسن‌تر، کم درآمد، و ناخوش) تغییر می‌کند. براساس پیش‌بینی انجام شده، با رسیدن به سال ۲۰۲۵، مخارج دو گروه مزبور به ترتیب بالغ بر ۵۷۰۰ و ۱۸۳۳۸ دلار خواهد شد.

در همه گروه‌ها، سهم مدیر - نشان‌دهنده مخارج مربوط به بستری شدن در بیمارستان - معالجات پزشکان، و مخارج خدمات بخش بیماران غیربستری^۲ تقریباً مشابهند. با وجود این، اختلاف مشخصی بین میزان مخارج اختصاص یافته به مراکز پرستاری حرفه‌ای از سالمندان بیمار و بخش مراقبت‌های خانگی^۳ وجود دارد. به طوری که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، مخارج مدیر در خدمات مراقبتی خانگی از ۲ درصد در میان گروه استفاده‌کنندگان جوانتر، پردرآمد به ۲۳ درصد در میان زنان مسن‌تر، کم درآمد، و ناخوش رسیده است. اختلاف وسیع می‌تواند نشان‌دهنده شکنندگی یا آسیب‌پذیری عمیق‌تر افراد گروه اخیر و در عین حال فقدان سیستم حمایتی مناسب برای آنان باشد.

در واقع، گروه‌های مورد بحث به منظور تشخیص موارد تمایز میان استفاده‌کنندگان و مشخص کردن افراد بویژه آسیب‌پذیر در میان جمعیت استفاده‌کننده از مدیر طراحی شده‌اند. واضح است که استفاده‌کنندگان پردرآمد و دارای بیمه مکمل (با مباشرت کارفرما)، در مقابل فشارهای مالی ناشی از سهم مشارکت، از حمایت قابل توجهی برخوردارند. درآمد حد متوسط^۴ سالانه گروه‌های آسیب‌پذیر به مراتب پایین‌تر از استفاده‌کنندگان سالمند نوعی است.^۵

۱. مخارج پیش‌بینی شده در این مقاله به صورتی پیوسته و یکنواخت به ارقام واقعی نشان داده شده‌اند، به این معنا که پیش‌بینی‌های مذکور با در نظر گرفتن تأثیر نرخ عمومی تورم در بهای کالاهای مصرفی - به نحوی که بتوان آنها را با سطوح درآمد و مخارج سال ۲۰۰۰ مقایسه کرد - تنظیم و تعدیل شده‌اند. به طور مثال، بدون این تنظیم و تعدیل، مخارج سرانه مدیر در سال ۲۰۲۵، بالغ بر ۱۹۷۱۸ دلار می‌بود.

2. outpatient department

3. home health care

4. median annual income

۵. یقیناً به خاطر دارید که گروه نوعاً سالمند مورد بحث شامل استفاده‌کنندگان از خدمات برنامه درمان مستقیم توسط مدیر، سالمندان مقیم در مراکز پرستاری حرفه‌ای، کسانی که در مراحل پایانی بیماری‌های کلیوی قرار دارند، و آنهایی که به صورت دوگانه واجد شرایط استفاده از هر سطح پوششی مدیر هستند نمی‌شود.

جدول شماره ۲. ویژگیها و مخارج گروههای استفاده کننده از مدیر

درصد زنان	درصد بیمه خریداری شده توسط کارفرما	حد متوسط درآمد ^۱ استفاده کننده	درصد مخارج مدیر در مراقبتهای خانگی	درصد مخارج پیش بینی مدیر در سال ۲۰۲۵	مجموع مخارج مدیر	گروه
۵۶٪	۴۲٪	۱۴,۴۹۴ دلار	۱۰٪	۷,۸۶۳ دلار	۵,۴۵۱ دلار	استفاده کنندگان سالمند
۴۷	۳	۱,۰,۰۲۹	۱۹	۱۳,۳۵۱	۹,۷۴۰	استفاده کنندگان سالمند و ناخوش ^۲
هیچ	۲۰	۱۱,۵۷۰	۳۳	۱,۸,۳۳۸	۱۳,۵۸۵	زنان مسن ترک درآمد ناخوش
۴۷	۵	۴۵,۷۵۶	۲	۵,۷۰۰	۳,۷۳۴	استفاده کنندگان جوانتر و پر درآمد
هیچ	۱	۷,۸۷۱	۱۶	۱۱,۳۱۳	۷,۹۱۴	زنان تحت پوشش برنامه QMB
۴۰	۱۸	۱۳,۲۸۵	۱۴	۸,۲۱۷	۳,۳۰۶	استفاده کنندگان ناتوان و مسن تر

نوضح: اطلاعات ذکر شده از برنامه پژوهش درباره استفاده کنندگان جاری مدیر گرفته شده است. منظور از QMB استفاده کنندگان واجد شرایط مدیر است. افراد استفاده کننده از برنامه درمان مستقیم (در درمانگاههای مدیر)، کسانی که در خانه های پرستاری نگهداری می شوند، و آنهايي که در مراحل پایانی بیماریهای کلیوی قرار دارند در هیچ یک از گروهها منظور نشده اند.

1. median individual income

۱. وضعیت نامساعد سلامت (ناخوشی) نشان دهنده صدمات شناختی (بیماری آلزایمر یا شرایط مغزی / روانی)، یا جسمانی است. صدمات جسمانی با ظهور برخی شرایط تعیین شده (از قبیل سکته مغزی، دیابت، آرتریت روماتوئید، بزرگی شدن ریه، بویک استخوان، بویک استخوان، یا بیماری پارکینسون) و ترکیبها با مجموعه هایی از حالات استفاده از تسهیلات پرستاری حرفه ای، برآورد یا نظر شخصی درباره چگونگی سلامت خود، محدودیت در فعالیتهای زندگی روزانه یا در زندگی مفید و فعال روزانه شناخته می شود.

۲. در طرح مورد نظر ما، گروه استفاده کنندگان سالمند و ناخوش فقط به کسانی گفته می شود که فاقد پوشش بیمه ای اضافی هستند. صرف نظر از این محدودیت بیمه ای، ۳۲ درصد افراد این گروه دارای پوشش بیمه خریداری شده توسط کارفرما بوده اند.

۳. گروه استفاده کنندگان مجرد، کم درآمد و ناخوش صرفاً شامل زنان می شود. صرف نظر از این محدودیت از نظر جنس، ۸۲ درصد این گروه را زنان تشکیل می دادند.

۴. گروه استفاده کنندگان جوانتر و پر درآمد فقط شامل کسانی است که دارای پوشش بیمه ای مکمل خریداری شده توسط کارفرما هستند. صرف نظر از این محدودیت بیمه ای، ۵۲ درصد افراد این گروه را دارندگان پوشش بیمه ای مکمل با مباشرت کارفرما تشکیل می دادند.

۵. گروه استفاده کنندگان واجد شرایط مدیر (QMBs) صرفاً شامل زنان است. در صورتی که این محدودیت (از نظر جنس) را در نظر نمی گرفتیم، ۷۳ درصد افراد این گروه را زنان تشکیل می دادند.

با بررسی دامنه شمول بیمه‌ای، ملاحظه می‌کنیم که به‌طور متوسط ۴۲ درصد استفاده‌کنندگان سالمند از طریق کارفرمایان سابق خود از بیمه مکمل استفاده می‌کنند، و فقط ۱۰ درصد از آنها فاقد هرگونه بیمه اضافی‌اند. بررسیها نشان داده است که کارفرمایان دارای تعداد زیادی کارگر کم درآمد، به احتمال بسیار کمتری برای بازنشستگان خود بیمه مکمل تدارک می‌بینند.^۱ در گروه زنان مسن‌تر و کم‌درآمد، سهم کمتری (۳۰ درصد از آنان) دارای پوشش بیمه‌ای از طریق کارفرما بوده و سهم بیشتری (۴۴ درصد) شخصاً طرح بیمه‌ای مدی‌گپ^۲ را خریداری کرده‌اند. علی‌رغم ضرورت پرداخت سهم بیمه شده از هزینه‌ها (در طرحهای بیمه‌ای خریداری شده توسط کارفرمایان)، طرحهای مزبور نوعاً دامنه پوشش سخاوتمندانه‌تری با هزینه کمتر از طرحهای بیمه‌ای شخصاً خریداری شده فراهم می‌کنند. گروه استفاده‌کنندگان مسن‌تر و ناتوان (۵۵ تا ۶۴ ساله) به احتمال کمتری دارای اشکال دیگری از بیمه هستند، ۴۳ درصد از افراد گروه مزبور منحصرأ بر پوشش بیمه‌ای مدیگر متکی‌اند.

فشارهای مالی بر استفاده‌کنندگان

همان‌طور که گفته شد، در این مقاله دو جنبه از فشار مالی - میزان مسئولیت استفاده‌کنندگان و سهم مشارکت (پرداختی از جیب) آنان در تأمین هزینه‌های درمانی - مورد بررسی قرار می‌گیرد. هر دو جنبه اطلاعاتی مرتبط اما متمایز درباره وضعیت خدمات بهداشتی- درمانی رو در روی استفاده‌کنندگان در اختیار ما می‌گذارند.

میزان مسئولیت استفاده‌کننده (در تأمین اعتبارات مورد لزوم مدیگر)

میزان مسئولیت استفاده‌کننده شامل پرداخت حق بیمه ماهانه توسط افرادی که در بخش B برنامه ثبت‌نام کرده‌اند و همچنین پرداخت سهم بیمه‌گذار برای استفاده از همه خدمات هر دو بخش A و B برنامه (یعنی تمام فرانشیزها یا سهم بیمه‌گذار از هزینه‌های درمانی و حق بیمه‌های مشترک یا بیمه‌های اتکایی) است. در عمل این چنین پیش‌بینی شده است که حق بیمه بخش B برنامه بیش از ۸۰ درصد، یعنی از ۶۳۱ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۱۱۵۱ دلار در سال ۲۰۲۵ افزایش یابد (جدول شماره ۳).

۱. لاری لویت Levitt Larry و دیگران، مزایای بهداشتی-درمانی کارفرمایان: نشریه بررسی سالانه ۱۹۹۹، بنیاد خانوادگی کابزر و صندوق امانی بهداشت و درمان، پژوهش، و آموزش (Health, Research and Educational Trust)، اکتبر ۱۹۹۹.

۲. medigap. بیمه تأمین‌کننده تفاوت هزینه درمان

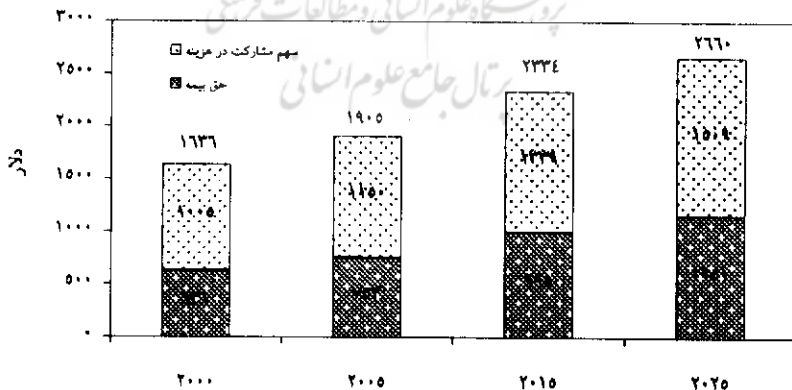
جدول شماره ۳. حق بیمه پیش بینی شده برای بخش B و فشار مالی وارده بر مالیات دهنده* از سال ۲۰۲۵ تا ۲۰۰۰

سال	سرنانه حق بیمه بخش B (به دلار سال ۲۰۰۰)	حق بیمه بخش B (نسبت آن به تولید ناخالص داخلی)	فشار مالی بر مالیات دهنده برای بخش B (نسبت آن به تولید ناخالص داخلی)
۲۰۰۰	۶۳۱ دلار	۰/۲۶	۲/۳۵
۲۰۰۵	۷۵۳	۰/۲۹	۲/۴۹
۲۰۱۰	۸۶۳	۰/۳۴	۲/۷۰
۲۰۱۵	۹۹۵	۰/۴۱	۳/۰۴
۲۰۲۰	۱,۰۹۲	۰/۴۸	۳/۴۴
۲۰۲۵	۱,۱۵۱	۰/۵۴	۳/۸۹

Source: The Urban Institute's Medicare Projections Model.

مخارج سرنانه واقعی مربوط به سهم بیمه گذار از هزینه‌ها به طور تخمینی تا ۵۰ درصد - از ۱۰۰۵ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۱۵۰۹ دلار در سال ۲۰۲۵ - رشد خواهد کرد (نمودار شماره ۵).

نمودار شماره ۵. پیش بینی سرنانه میزان مسئولیت استفاده کننده (به دلار سال ۲۰۰۰)

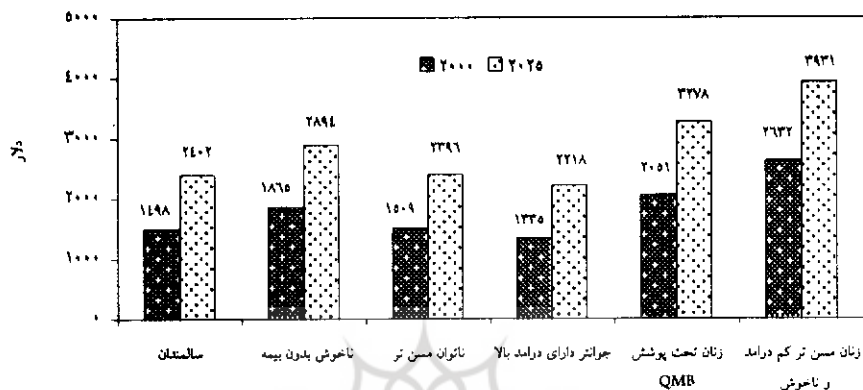


Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projection Model.

افزایش سریعتر حق بیمه در مقایسه با سهم گذار از هزینه نشان‌دهنده پیش‌بینی رشد سریعتر در مخارج بخش B مدیکر است. مخارج بخش B - نه تنها به سبب نرخهای رشد متغیر و متفاوت در جریان استفاده از خدمات، بلکه همچنین به سبب آنکه قانون بودجه متوازن انتقال مخارج خدمات مراقبتی خانگی خاص را از بخش A به بخش B ایجاب می‌کرد،^۱ - سریعتر از مخارج بخش A افزایش خواهد یافت. همین الگو در ارقام کلی (مجموع) مدیکر نیز مشاهده می‌شود. به طور مثال، پیش‌بینی شده است که نسبت حق بیمه بخش B به تولید ناخالص ملی دو برابر شده، و از ۰/۲۶ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۰/۵۴ درصد در سال ۲۰۲۵ افزایش یابد. آنچه اصطلاحاً فشار مالی مخارج مدیکر (مجموع مخارج برنامه منهای مسئولیت استفاده‌کننده) بر مالیات‌دهنده نامیده می‌شود، طی دوره مزبور، به طور تخمینی فقط به میزان ۶۵ درصد، یعنی از ۲/۳۵ درصد تولید ناخالص داخلی به ۳/۸۹ درصد خواهد رسید.

در عمل، مجموعه سرانه میزان مسئولیت استفاده‌کننده (حق بیمه و سهم بیمه‌گذار از هزینه‌ها)، به طور تخمینی ۶۳ درصد، یعنی از ۱۶۳۶ دلار در سال ۲۰۰۰ به مبلغ پیش‌بینی شده ۲۶۶۰ دلار در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت. این برآوردهای ارقام سرانه تا حدودی نمایانگر سه گروه از گروه‌های یاد شده است (نمودار شماره ۶). با وجود این، میزان مسئولیت پیش‌بینی شده برای دو گروه - زنان مسن‌تر کم‌درآمد و ناخوش و زنانی که زیر پوشش طرح استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیکر قرار می‌گیرند - به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر بوده و نشان‌دهنده بالاتر بودن میانگین مخارج مدیکر آنها است. میانگین میزان مسئولیت گروه اول در حدود ۱۰۰۰ دلار بیش از میانگین سرانه در هر سال پیش‌بینی شده است. میزان مسئولیت از ۲۶۳۲ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۳۹۳۱ دلار در سال ۲۰۲۵ افزایش می‌یابد. میزان مسئولیت پیش‌بینی شده برای زنان زیر پوشش طرح استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیکر، ۴۰۰ دلار بیش از مجموع ارقام سرانه است. جالب اینکه میزان مسئولیت گروه مسن‌تر و ناتوان (در سنین بین ۴۵ تا ۶۴ سال) تا حدودی با متوسط میزان مسئولیت استفاده‌کنندگان سالمند تشابه دارد.

نمودار شماره ۶. پیش بینی مخارج مربوط به میزان مسئولیت گروهها
در سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۲۵ (به دلار سال ۲۰۰۰)



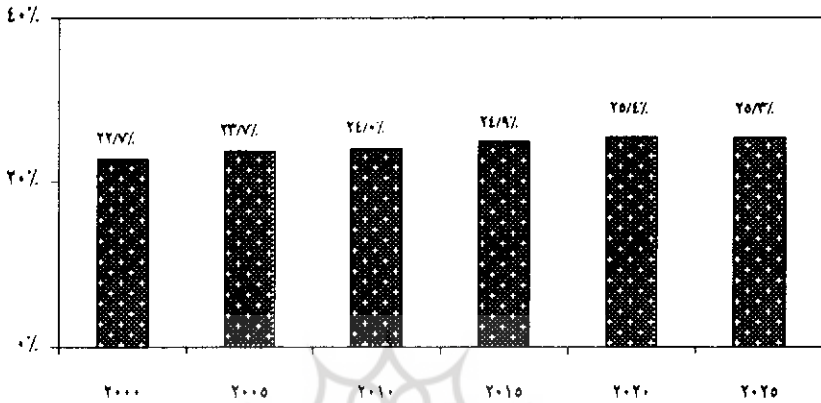
Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projections Reports.

QMB = افراد واجد شرایط استفاده از برنامه مدیکر

برای درک بیشتر مخارج مدیکر از دیدگاه استفاده کننده، میزان مسئولیت را از حیث سهمی که در کل مخارج مدیکر دارد مورد ارزیابی قرار می دهیم. به طوری که برآورد شده است در سال ۲۰۰۰ استفاده کنندگانی که براساس برنامه کارانه از مدیکر استفاده می کنند مسئولیت پرداخت ۲۲/۷ درصد مجموع مخارج سرانه مدیکر (نمودار شماره ۷) را به عهده دارند. این گروههای استفاده کننده که دارای کمترین میزان مسئولیت اند، در نهایت، موظف به پرداخت سهم بیشتری از مجموع مخارج مدیکر مربوط به خود هستند. به طور مثال، استفاده کنندگان جوانتر دارای درآمد سطح بالا، مسئولیت پرداخت ۳۰/۱ درصد مخارج مدیکر مربوط به خود در سال ۲۰۰۰ را به عهده دارند (نمودار شماره ۸).

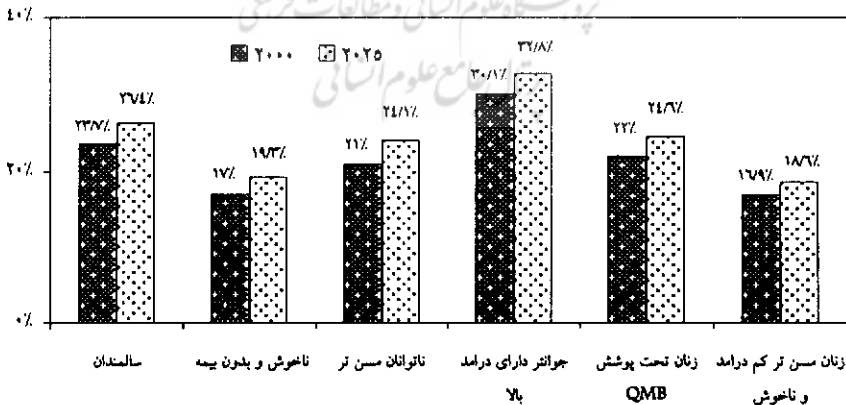
اگرچه این گروه متحمل مخارجی بالنسبه معتدل اند، آنچه واقعاً می پردازند در وهله اول برای خدمات درمانی سرپایی است که سهم بیمه گذاران از هزینه های آنها از سهم آنان در هزینه های خدمات مربوط به بیماران بستری بیشتر است.

نمودار شماره ۷. نسبت میزان پیش بینی شده مسئولیت استفاده کننده به مخارج سرانه مدیکر



Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projections Model.

نمودار شماره ۸. نسبت میزان پیش بینی شده مسئولیت به سهم مخارج مدیکر در گروهها در سالهای ۲۰۲۵ و ۲۰۰۰



Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projection Model.

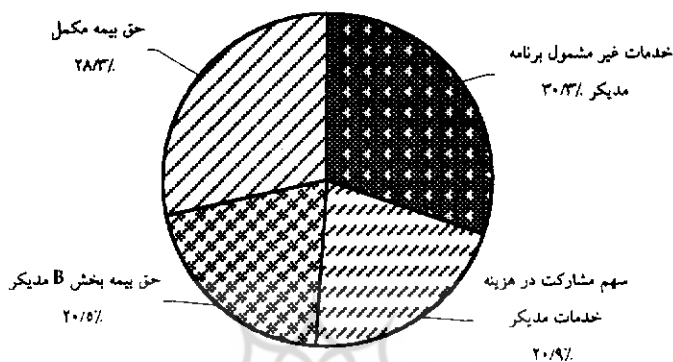
زنان مسن‌تر، کم‌درآمد، و ناخوش، یعنی گروه دارای بالاترین میزان مسئولیت، مسئول پرداخت سهم نسبتاً کوچکی (۱۶ درصد) از مجموع مخارج مدیکر آن گروه هستند. الگوی این گروه نشان دهنده استفاده نسبتاً زیاد افراد آن از خدمات مربوط به بیماران بستری است - که استفاده از بیمه مشترک یا اتکایی برای استفاده از خدمات مزبور صرفاً در مورد مدتهای طولانی بستری بودن، و همچنین برای خدمات مراقبتی خانگی، که فاقد هر نوع سهم بیمه‌گذار در هزینه است، تعیین می‌شود.

در فاصله بین سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۲۵، آن بخش از مخارج مدیکر که مسئولیت آن به عهده استفاده‌کننده است بین ۲ تا ۳ درصد افزایش خواهد یافت. این افزایش عمدتاً به این سبب رخ می‌دهد که حق بیمه بخش B نشان دهنده سهم بزرگتری از مدیکر است، زیرا مخارج بخش B به تناسب مخارج بخش A افزایش می‌یابد. بنابراین، حتی در صورت عدم تغییر طرح بیمه‌ای مدیکر، استفاده‌کنندگان، در آینده، مسئول پرداخت سهم بیشتری از مخارج (سهم بیمه‌گذار) خواهند بود.

سهم مشارکت استفاده‌کننده در هزینه‌ها (پرداخت از جیب)

بین آن بخش از هزینه‌های درمانی که افراد مسئولیت تأمین منابع مالی آن را به عهده دارند (میزان مسئولیت) و آنچه عملاً (از جیب) می‌پردازند تفاوتی نوعی وجود دارد. از یک سو، استفاده‌کنندگان کم‌درآمد از برنامه مدیکر که زیر پوشش برنامه مدی‌کید قرار دارند و همین‌طور دارندگان درآمد بالا که به کمک یارانه کارفرما از بیمه مکمل استفاده می‌کنند از برخی از مسئولیتهای خود معافند. از سوی دیگر، مزایای مدیکر جامع نیست، و مبالغ قابل ملاحظه‌ای به صورت سهم مشارکت استفاده‌کننده در هزینه (از جیب) برای تأمین هزینه خدماتی که مشمول برنامه نیست، یا برای پرداخت حق بیمه‌های خریداری شده جهت تأمین هزینه خدمات مزبور به عهده استفاده‌کننده می‌گذارد. گروه نوعی استفاده‌کنندگان سالمند ما در حدود ۳۰ درصد از سهم مشارکت استفاده‌کننده را به تأمین هزینه خدمات غیرمشمول، و ۲۸ درصد دیگر را برای پرداخت حق بیمه‌های مکمل تخصیص می‌دهند. ۴۰ درصد باقیمانده از سهم مشارکت استفاده‌کننده به‌طور متساوی مصروف پرداخت حق بیمه بخش B و سهم بیمه‌گذار از هزینه خدمات مشمول مدیکر می‌شود (نمودار شماره ۹).

نمودار شماره ۹. توزیع سهم مشارکت مستقیم (سهم جیب) میان سالمندان
استفاده‌کننده از مدیکر در سال ۲۰۰۰

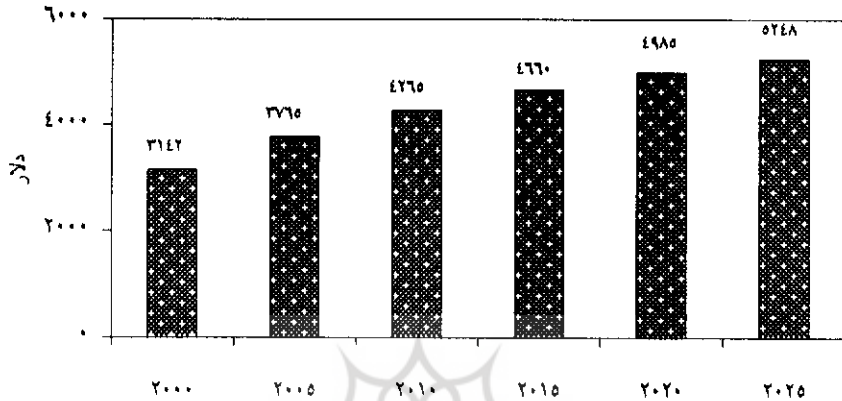


Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projections Model.

علی‌رغم عناصر متفاوت تشکیل‌دهنده میزان مسئولیت استفاده‌کننده و سهم مشارکت (پرداخت واقعی از جیب)، چنین می‌پنداریم که این جنبه‌های فشار مالی با همین روند در بلند مدت افزایش خواهد یافت. با وجود این، در طول دهه آینده، به سبب نرخ رشد بالنسبه بالای بهای داروی نسخه‌ای، چنین پیش‌بینی می‌کنیم که میزان سهم مشارکت (پرداخت از جیب) افزایشی سریعتر خواهد داشت. در میان استفاده‌کنندگان سالمند شرکت‌کننده در برنامه سستی مدیکر، مخارج واقعی از جیب از ۳۱۴۲ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۵۲۴۸ دلار در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت (نمودار شماره ۱۰)^۱ ارتباط میان گروه‌های استفاده‌کننده، از حیث سهم پرداختی از جیب، با ارتباطات مجموع میزان مسئولیت - بجز در مورد دو گروه، یعنی زنان تحت پوشش برنامه استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیکر و استفاده‌کنندگان مسن‌تر و ناتوان - مشابه است (نمودار شماره ۱۱).

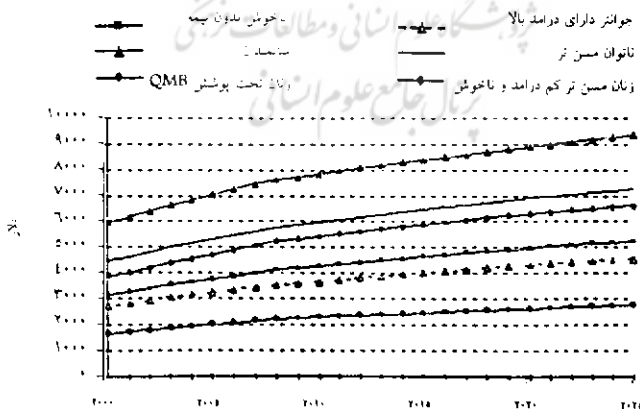
۱. بر مبنای سرانه همه استفاده‌کنندگان، مخارج (از جیب) تعدیل شده به تناسب میزان تورم، از ۳۶۰۹ دلار در سال ۲۰۰۰ به رقم پیش‌بینی شده ۵۹۱۴ دلار در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت.

نمودار شماره ۱۰. مخارج پیش بینی شده سهم جیب میان
استفاده کنندگان سالمند (به دلار سال ۲۰۰۰)



Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projections Model.

نمودار شماره ۱۱. مخارج پیش بینی شده سهم جیب میان گروهها
(به دلار سال ۲۰۰۰)



Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projections Model.

QMR = افراد واجد شرایط استفاده از برنامه مدیگر

اگرچه میزان مسئولیت برای زنان تحت پوشش برنامه استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیگر در ردیف بالاترین (میزان مسئولیت) گروههای استفاده‌کننده قرار دارد، سهم پرداختی از جیب آنها (۱۶۶۵ دلار در سال ۲۰۰۰ و میزان پیش‌بینی شده ۲۷۵۹ دلار در سال ۲۰۲۵) از همه گروههای دیگر کمتر است. سهم جیب نازل گروه مزبور، در مقایسه با میزان مسئولیت نسبتاً بالای آنها، منعکس‌کننده تأثیر حمایتی پرداخت سهم بیمه‌گذار در مخارج مدیگر توسط برنامه مدی‌کید برای آنها است. در تقابل با این گروه، استفاده‌کنندگان مسن‌تر و ناتوان عهده‌دار پرداخت میزان مسئولیتی در حد میانگین (۱۵۴۱ دلار در سال ۲۰۰۰)، لکن سهم مشارکت بسیار بالاتر (۳۸۳۷ دلار در سال ۲۰۰۰) هستند. این رقم عمدتاً منعکس‌کننده فقدان پوشش بیمه‌ای اضافی است - و این در حالی است که فقط ۱۱ درصد از استفاده‌کنندگان مسن‌تر فاقد پوشش بیمه‌ای مزبور هستند. ۴۳ درصد از افراد گروه استفاده‌کنندگان مسن‌تر و ناتوان از چنین پوشش حمایتی محرومند.

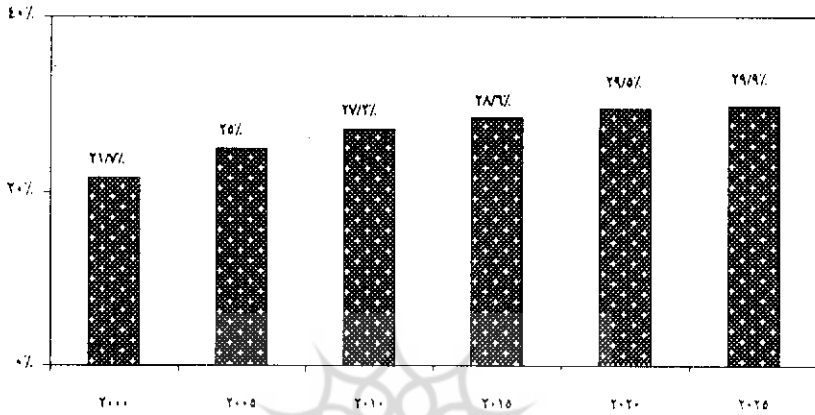
دو گروه دیگر دارای میزان مسئولیت نسبتاً بالا - زنان مسن‌تر، کم‌درآمد، و ناخوش و استفاده‌کنندگان سالمند ناخوش و فاقد بیمه اضافی - نیز متحمل هزینه‌های بالای سهم مشارکت (از جیب) می‌شوند. جالب آنکه فقط ۱۰ درصد از زنان ناخوش و کم‌درآمد فاقد پوشش بیمه‌ای اضافی‌اند. با وجود این، تعدادی بی‌تناسب (با گروههای دیگر) از این زنان مسن‌تر کم‌درآمد (۴۴ درصد) متکی به بیمه‌ای هستند که شخصاً خریداری کرده‌اند، در حالی که فقط ۳۶ درصد از مجموع سالمندان در چنین وضعیتی قرار دارند.

ما می‌توانیم آشکارا فشار مالی ناشی از سهم مشارکت در مخارج پزشکی را ضمن مقایسه آن با درآمد سالانه استفاده‌کننده مشاهده کنیم. براساس پیش‌بینی، بین سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵، درآمد واقعی استفاده‌کنندگان سالمند دارای درآمد حد متوسط ۲۱ درصد یعنی از رقمی در حدود ۱۴۵۰ دلار به رقم تخمینی ۱۷۵۰۰ دلار افزایش خواهد یافت که این رقم به‌طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از افزایش پیش‌بینی شده در مخارج خدمات بهداشتی - درمانی در طول این مدت است. سهم مشارکت مستقیم استفاده‌کنندگان سالمند از ۲۱/۷ درصد درآمد در سال ۲۰۰۰ به رقم تخمینی ۲۹/۹ درصد در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید (نمودار شماره ۱۲).^۱

۱. طی ۲۵ سال آینده، بر مبنای سرانه همه استفاده‌کنندگان، نسبت سهم مشارکت (از جیب) به درآمد تا یک سوم افزایش یافته، و از ۲۶/۱ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۳۵/۳ درصد در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.

نمودار شماره ۱۲. نسبت سهم مشارکت (پرداخت از جیب) به

درآمد استفاده کنندگان سالمند

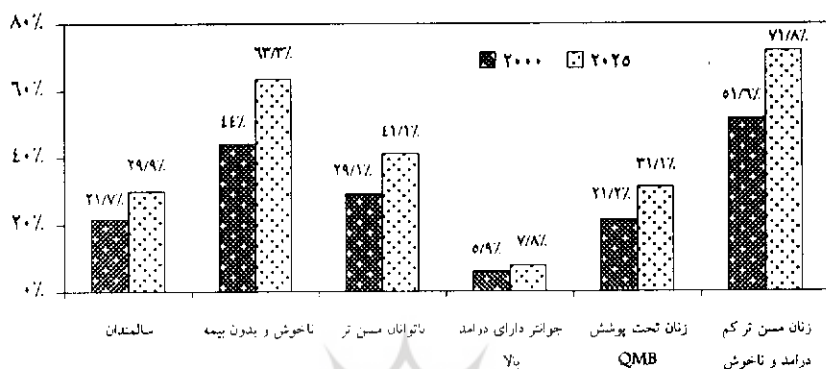


Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projections Model.

حتی در صورتی که نرخ رشد بالاتری برای درآمد فرض کنیم، سهم درآمد پیش‌بینی شده برای تخصیص به مخارج پزشکی باز هم در سطح بالاتری باقی خواهد ماند. به‌طور مثال، با فرض اینکه به جای ۸/۰ درصد یک درصد رشد درآمد واقعی سالانه داشته باشیم، مخارج از جیب در ۲۰۲۵ به میزان ۳/۲۸ درصد درآمد پیش‌بینی می‌شود. بیشتر این افزایش بین سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵ رخ خواهد داد، که نشان دهنده تأثیر افزایش حق بیمه بخش B در طول آن مدت است. با ادامه الگوی مشاهده شده مربوط به میزان مسئولیت و سهم مشارکت استفاده‌کننده، دو گروه - زنان مسن‌تر، کم درآمد، و ناخوش و سالمندان ناخوش و فاقد پوشش بیمه‌ای اضافی - بویژه زیر فشار قرار خواهند گرفت. در سال ۲۰۰۰، ۶/۵۱ درصد درآمد گروه اول مصروف پرداخت (از جیب) هزینه‌های پزشکی خواهد شد (نمودار شماره ۱۳). پیش‌بینی می‌شود این رقم، تا سال ۲۰۲۵، تا ۵/۷۱ درصد افزایش یابد. سهم مشارکت استفاده‌کنندگان سالمند و ناخوش و فاقد پوشش اضافی از ۴۴ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۳/۶۳ درصد در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت. مخارج هر دو گروه کاملاً در بخش بالایی (۲۰ درصد اول) سهم مشارکت همه استفاده‌کنندگان قرار دارد.

نمودار شماره ۱۳. نسبت سهم مشارکت مستقیم (سهم جیب) به

درآمد گروهها در سال ۲۰۲۵ و ۲۰۰۰



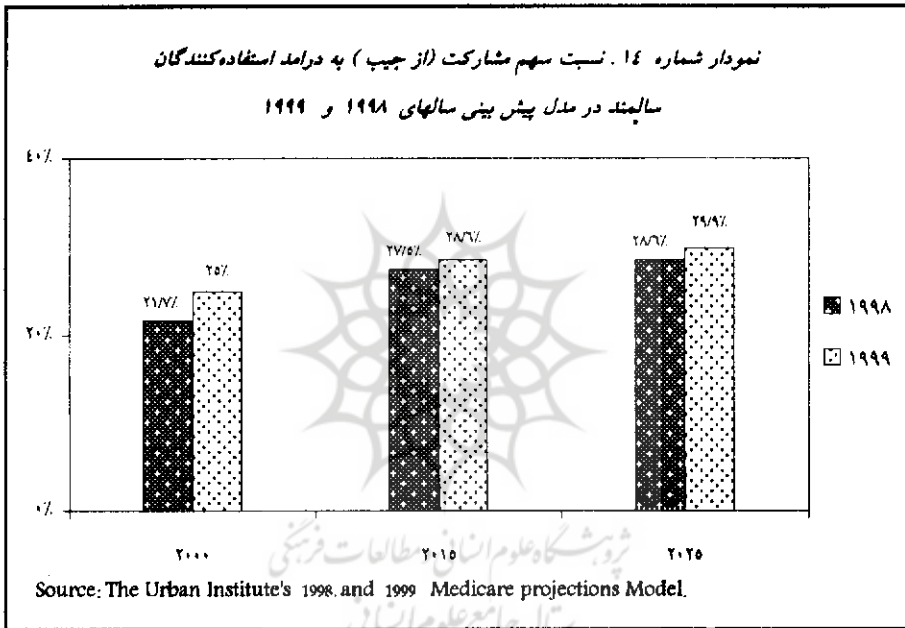
Source: The Urban Institute's 1999 Medicare projections Model.

QMB = افراد واجد شرایط استفاده از برنامه مدیکر

دو گروهی که به صورت مشخص از جهات متعدد با یکدیگر متفاوت اند - زنان استفاده کننده از پوشش برنامه استفاده کنندگان واجد شرایط مدیکر و استفاده کنندگان جوانتر دارای درآمد کافی و همچنین دارای پوشش بیمه‌ای مکمل (با مباشرت کارفرما)، شواهدی از اثر حمایتی آشکال بیمه مکمل - در مواردی که استفاده کنندگان انفرادی حق بیمه و سهم بیمه‌گذار کمتری می‌پردازند - به دست می‌دهند.^۱ استفاده کنندگان جوانتر و دارای درآمد کافی و نیز پوششهایی اینچنین کمتر از ۱۰ درصد درآمدشان را مصروف مراقبتهای بهداشتی - درمانی می‌کنند. حتی زنانی که زیر پوشش برنامه استفاده کنندگان واجد شرایط مدیکر قرار دارند، و هزینه‌های مدیکر آنها بیشتر از حد میانگین بوده و درآمدهایی کمتر از آن (حد) دارند، فقط سهمی در حد میانگین از

۱. کار پژوهشی انجام شده بعدی برای صندوق مشترک المنافع میزان تأثیر کمی گسترش مزایای مدیکر و در نتیجه شرایط مساعدتر از حیث سهم بیمه‌گذار در هزینه را بر هر دو زمینه، یعنی قدرت پرداخت برنامه مدیکر و مخارج سهم مشارکت استفاده کننده مشخص می‌کند. این کار می‌تواند ضرورت خرید طرحهای بیمه‌ای انفرادی را منتفی کند.

درآمد خود را مصروف پرداخت سهم مشارکت (از جیب) برای مخارج درمانی می‌کنند. با وجود این، بدون مزایای برنامه مزبور، سهم این گروه در سال ۲۰۰۰ به ۵۰ درصد نزدیک می‌شود. بالاخره، این نکته جالب توجه است که پیش‌بینی‌های (فعلی) ما در مورد مخارج سهم جیب بیشتر از پیش‌بینی‌های قبلی ما در همین زمینه است (نمودار شماره ۱۴)، در حالی که سطح پیش‌بینی‌های ما در مورد میزان مسئولیت، کمتر از پیش‌بینی‌های قبلی است.



گزارش‌های سالهای ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ هیئت‌های امناء روند افزایش کندتری در مخارج مدیران از آنچه در گزارش سال ۱۹۹۸ آمده است، پیش‌بینی می‌کند. این پدیده علت پیش‌بینی کمتر در مورد میزان مسئولیت استفاده‌کننده در مدل جاری ما را توضیح می‌دهد. پیش‌بینی‌های مربوط به مخارج بیشتر از جیب که از مدل جاری ما اقتباس شده عمدتاً منبعت از استفاده ما از آخرین اطلاعات درباره میزان مخارج (بیشتر مربوط به سال ۱۹۹۵ تا سال ۱۹۹۳ درباره مخارج سهم جیب)، و همچنین ناشی از افزایش دو رقمی در هزینه داروهای نسخه‌ای است که براساس پیش‌بینی در طول بیشتر سالهای این دهه افزایش خواهد یافت.

تأثیر قانون بودجه متوازن سال ۱۹۹۷

قانون بودجه متوازن نشان دهنده یکی از مهم‌ترین بخشهای مصوبات قانونی درباره برنامه مدیکر است که از بدو پیدایش این برنامه به مورد اجرا گذارده شده است. اگرچه بیشتر مقررات مدیکر به تغییرات حاصل در نوع تأمین‌کنندگان و تنظیم روشهای پرداخت (به صورت قسطی) مربوط می‌شود، تعداد کمی از آنها کاربردی بالنسبه مستقیم در مقوله سهم مشارکت استفاده‌کننده در مخارج مدیکر دارند. دو بند از مقررات این قانون، یعنی توسعه دامنه پوشش خدمات مربوط به پیشگیری و کاهش شرط اجباری سهم شدن در هزینه‌های خدمات بیمارستانی مربوط به بیماران غیربستری، ناظر بر کاهش سهم مشارکت (از جیب) است. مزایای جدید مربوط است به پیشگیری شامل ماموگرافی سالانه و آزمایش پاپ، (بدون هیچ نوع هزینه برای استفاده‌کنندگان)، خدمات مربوط به آزمایش تشخیص سرطان پروستات، سرطان مقعد و روده بزرگ، و همچنین آزمایشهایی که شخصاً توسط بیمار مبتلا به دیابت انجام می‌شود. شرایط مربوط به سهم هزینه‌های مربوط به درمان به صورت غیربستری، از طریق مرتبط و هماهنگ کردن نرخ پرداخت سهم بیمه‌گذار با نرخ معمول در پرداختهای مدیکر کاهش داده شده است. توضیح آنکه در گذشته، مبنای پرداخت سهم بیمه‌گذار در مورد بیماران غیربستری میزان هزینه (بسیار زیادتر) بیمارستانها بود. تأثیر این تدبیر بر میزان سهم مشارکت - به سبب آنکه کاهشها مرحله به مرحله و طی چندین سال صورت می‌گیرد - تدریجی خواهد بود. ما در مدل پیشنهادی خود اقدامی برای تخمین تغییرات در مخارج از جیب، به عنوان نتیجه پوشش توسعه یافته خدمات پیشگیری، به عمل نیاورده‌ایم. با وجود این، آنچنانکه بتفصیل در پیوست این مقاله آمده است، تأثیر شرایط (الزامی) مربوط به سهم بیمه‌گذار در هزینه‌های بیماران غیربستری را در این مطالعه منظور کرده‌ایم.

قانون بودجه متوازن همچنین آن بخش از مزایایی را که با بستری شدن در بیمارستان یا استفاده از تسهیلات پرستاری حرفه‌ای مرتبط نیست از بخش A برنامه به بخش B منتقل کرده است. این تدبیر هزینه‌های سهم جیب استفاده‌کنندگان را افزایش خواهد داد، زیرا حاصل کار مجموع هزینه بخش B بالاتر و در نتیجه حق بیمه بخش B بالاتر خواهد بود. این افزایش مرحله به مرحله در طول هفت سال رخ خواهد داد. بر مبنای برآورد دفتر بودجه کنگره در پایان فرایند انتقال (در سال ۲۰۰۴)، در حدود ۱۵۰ دلار از حق بیمه سالانه بخش B ناشی از این انتقال مزایا خواهد بود.^۱ (تأثیر انتقال مزایا نیز در مدل پیشنهادی ما منظور شده است.)

1. Congressional Research Service, *Medicare Provisions in the Balanced Budget Act of 1997*, the Library of Congress, August 18, 1997 (Pub No. 97-802-EPW)

قانون بودجه متوازن همچنین تغییرات قابل ملاحظه‌ای در سیستم درمان مستقیم (در درمانگاههای مدیر) را ضروری دانسته است. این تغییرات شامل توسعه نوع آن مؤسسات درمانی که می‌توانند در برنامه شرکت کنند، تغییر روش پرداخت برای بهتر منعکس کردن هزینه‌های واقعی برنامه ارائه خدمات، و اصلاح برخی الزامات اداری در مورد مؤسسات شرکت‌کننده است. برخی از این تدابیر ممکن است موجب پیدایش روندهای اخیر در زمینه درمان مستقیم شده باشد زیرا گروهی از برنامه‌های مدیر حق بیمه‌های خود و شرایط الزامی پرداخت مشترک^۱ را افزایش داده و برخی دیگر بعضی مناطق جغرافیایی را از حوزه عمل خود خارج کرده‌اند.^۲ با وجود این، فشارهای ناشی از افزایش هزینه در کل صنعت خدمات درمانی نیز عاملی مؤثر به شمار می‌رود. قانون بودجه متوازن همچنین تغییراتی مهم در برنامه درمان مستقیم را نیز الزام‌آور می‌کند.

پژوهشگرانی که بانک اطلاعاتی اداره امور مالی خدمات بهداشتی-درمانی^۳ مربوط به برنامه‌های درمان مستقیم توسط مدیر (پایگاه اطلاعاتی مدیر برای مقایسه) را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده‌اند به این نکته پی برده‌اند که الزامات مربوط به پرداخت مشترک عموماً در حال افزایش است و هر روز از تعداد بسته‌های دارای "حق بیمه صفر" کاسته می‌شود.^۴ به طور مثال، در سال ۱۹۹۹ تعداد برنامه‌های فاقد حق بیمه ۶۲ درصد بوده است، در حالی که در سال ۲۰۰۰ این نسبت به ۴۲ درصد رسیده است.^۵ پوشش داروی نسخه‌ای که انگیزه اصلی ثبت‌نام‌کنندگان در برنامه درمان مستقیم توسط مدیر است، همچنان در اکثریت برنامه‌های مدیر منظور می‌شود، اگرچه تعداد آن کمتر از سابق است. در سال ۱۹۹۹، ۷۳ درصد از برنامه‌ها و در سال ۲۰۰۰، ۶۸ درصد از آنها دارای پوشش داروی نسخه‌ای بودند. با وجود این، ماهیت پوشش دارویی به میزان وسیعی در برنامه‌ها و مناطق مختلف با یکدیگر متفاوت است. در یکی از مطالعات آشکار شد که در سال ۱۹۹۹ سهم مشارکت یک استفاده‌کننده نوعی، با نیازهای

1. copay requirements

۲. چندین سازمان خبری درباره طرحهای درمان مستقیم توسط مدیر که از برنامه‌های آن حذف شده‌اند، گزارشهایی منتشر کرده‌اند. برای آگاهی از خلاصه‌ای از این اقدامات در سال ۲۰۰۰، نک به مقاله زیر:
 Medicare + choice: 711,000 seniors to lose HMO coverage, American Health line, June 7, 2000)

3. Health care Financing Administration

4. "Zero Premium" packages

5. Amanda Cassidy and Marsha Gold, Medicare + choice in 2000: Will Enrollees spend More and Receive Less? The Commonwealth Fund, August 2000.

دارویی (نسخه‌ای) معتدل، در محدودترین برنامه موجود مدیکر (از حیث مزایا) ۲۷۰۰ دلار بوده است. همین استفاده‌کننده تحت شرایط برنامه‌های دارای وسیع‌ترین پوشش از حیث هزینه‌های دارویی فقط ۶۰۰ دلار می‌پردازد.^۱

ثبت‌نام‌کنندگان در برنامه درمان مستقیم می‌توانند سریعتر از افراد مشابه خود در برنامه‌های سنتی مدیکر، تغییرات را تجربه کنند. با وجود این، تعیین میزان تعدیلی که در برنامه‌های درمان مستقیم در نتیجه تغییر در برنامه مدیکر، بلوغ یا رشد کامل بازار ثبت‌نام‌کنندگان در مدیکر^۲، و تغییرات حاصله در محیط خدمات بهداشتی - درمانی رخ می‌دهد، مشکل است. مع‌هذا، به منظور ایجاد مبنای لازم برای برآورد چنین تغییراتی، مقاله دیگری از این مجموعه، فشار مالی مستقیمی را که ثبت‌نام‌کنندگان در برنامه درمان مستقیم در سال ۱۹۹۶ با آن مواجه بودند مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد.^۳

نتیجه‌گیری

این مقاله به تجزیه و تحلیل اساسی و پیش‌بینی فشارهای ناشی از سهم مشارکت (از جیب) رودرروی اکثریت سالمندان زیر پوشش برنامه سنتی مدیکر کمک می‌کند. تدابیر عمده قانون بودجه متوازن که مخارج سهم جیب این استفاده‌کنندگان (انتقال مزایای خدمات درمانی خانگی و کاهش سهم بیمه‌گذار در هزینه بیماران غیربستری) را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در تجزیه و تحلیل ما توضیح و تشریح شده‌اند. *گاه‌علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*

اگرچه قانون بودجه متوازن در کوتاه مدت به تثبیت مدیکر کمک کرده است، تغییرات عمده‌ای در برنامه، یا در شیوه تأمین منابع مالی آن - به منظور دوگانه حفظ جامعیت مالی برنامه و همچنین حمایت از استفاده‌کنندگان آسیب‌پذیر در برابر فشار مالی سنگین سهم جیب بر آنان - مورد نیاز خواهد بود. در واقع، اگرچه در این بررسی ما عمده‌اً پیش‌بینی‌های محافظه‌کارانه‌ای به عمل آورده‌ایم، تخمین‌ها نشان‌دهنده آن است که استفاده‌کنندگان - حتی در صورتی که تغییرات دیگری در برنامه بوجود نیاید - در آینده، به صورتی فزاینده بخش عمده‌ای از منابع خود را

1. Barents Group, LLC, *Analysis of Benefits offered by Medicare HMOs, 1999: Complexities and Implications*. The Kaiser Family Foundation August 1999. 2. market maturation
3. Kasten, Moon, and segal, August 2000

مصروف مخارج مدیکر و سایر برنامه‌های بهداشتی- درمانی خواهند کرد. از آن گذشته، این مخارج بخش بزرگی از درآمد استفاده‌کنندگان آسیب‌پذیر را مصرف خواهد کرد. از این برآوردها آشکارا استنباط می‌شود که انتقال مخارج مدیکر از بخش A به بخش B، یا از مالیات دهنده به استفاده‌کننده، نمی‌تواند تنش اساسی ناشی از افزایش مجموعه مخارج خدمات درمانی را بزداید. راه‌حلهای آتی برای مدیکر در صورتی موفقیت‌آمیز خواهد بود که سه مشکل پیچیده رودرروی برنامه مدیکر، یعنی افزایش مجموع هزینه‌های خدمات درمانی، عایدات غیرکافی، و جمعیت رو به افزایش سالخورده‌گان شناخته شود.

پیوست. مدل پیشنهادی مدیکر

پیش‌بینی مخارج مراقبتهای بهداشتی- درمانی

مدل مدیکر پیشنهادی ما با استفاده از اطلاعات به‌دست‌آمده از گزارشها و پژوهشهای زیر تنظیم شده است:

۱. گزارشهای سالانه هیئتهای امنای بیمارستان فدرال در سال ۱۹۹۹، و صندوق‌های امانی بیمه مکمل مدیکر؛

۲. برنامه پژوهش درباره استفاده‌کنندگان (جاری) مدیکر در سال ۱۹۹۵؛ و

۳. گزارش جاری بررسی جمعیت در سال ۱۹۹۹.^۱ ما همان مفروضات اساسی اقتصادی مورد استفاده در گزارش هیئتهای امنای ما را - که به ما امکان می‌دهد مجموعه‌ای مرتبط و هم‌راستا از برآوردهای مخارج مدیکر، تولید ناخالص ملی، درآمد استفاده‌کننده، و تورم در کالاهای مصرفی تهیه و پیش‌بینی کنیم - به کار برده‌ایم. نتایج به دلار واقعی (در سال ۲۰۰۰) به صورت سال تقویمی ارائه شده است.

اگرچه براساس مصوبات قانونی، گزارش هیئتهای امنای بایستی حاوی پیش‌بینی برای ۷۵ سال آینده باشد، چنین تعهد جاه‌طلبانه از حوزه توجه این مقاله فراتر است. در اینجا یک افق ۲۵ ساله بیشتر قابل کنترل در مدنظر قرار گرفته است. تا سال ۲۰۲۵ بیشتر افراد نسل پرزایی به سن ۶۵ سال خواهند رسید؛ بنابراین، مدل پیشنهادی به مقیاس وسیعی تأثیر تغییرات حاصله در ترکیب جمعیت را نیز تشریح خواهد کرد.

1. 1999 current population survey (CPS)

مخارج مدیکر

به منظور پیش‌بینی سرانه مخارج براساس مجموع هزینه‌های پیش‌بینی شده برای مدیکر در گزارشهای هیئت‌های امانا، از پیش‌بینی‌های مربوط به ثبت‌نام بیمه‌شدگان در بخشهای A و B (از ماه مارس ۱۹۹۹) دفتر محاسبات فنی مربوط به تعیین حق بیمه^۱ اداره امور مالی خدمات بهداشتی-درمانی استفاده می‌کنیم. دفتر مزبور همچنین نسبت‌های مربوط به تعداد استفاده‌کنندگان ثبت‌نام‌کننده در برنامه اختیاری مکمل^۲ مدیکر را نیز برآورد می‌کند. به منظور به دست آوردن برآورد میزان ثبت‌نام در برنامه اختیاری مکمل مدیکر، آن نسبتها را در ارتباط با ارقام ثبت‌نام‌کنندگان در بخشهای A و B به کار برده‌ایم. در حالی که ثبت‌نام در برنامه اختیاری مکمل مدیکر ضمن پیش‌بینی‌های ما در زمینه مخارج سرانه پایه‌ای منظور شده است، آنها را ضمن پیش‌بینی‌های مربوط به سهم هزینه بیمه‌گذارگروه‌های استفاده‌کنندگان منظور نکرده‌ایم. از لحاظ سرانه پیش‌بینی شده است که مخارج بخش A و B در سال ۲۰۱۰، به ترتیب به ۳۹۲۱ دلار و ۳۵۳۸ دلار (به دلار سال ۲۰۰۰)، افزایش یابد.

برآوردهای به دست آمده در مورد مخارج مدیکر نیز برای محاسبه "فشار مالی بر مالیات‌دهندگان" مدیکر مورد استفاده قرار گرفته است. این نمایانگر مبلغی است که انتظار می‌رود مالیات‌دهندگان، در طول این مدت - در صورتی که شرایط حق بیمه‌های بخش B به همین شکل باقی بماند - بپردازند. فشار مالی بر مالیات‌دهندگان به صورت مبلغ خالص پرداختی توسط استفاده‌کنندگان (از کل مخارج مدیکر) به صورت حق بیمه‌های بخش B، یعنی:

$$\text{مخارج بخش A} + (0/756) (\text{مخارج بخش B})$$

محاسبه می‌شود.

میزان مسئولیت استفاده‌کننده

در این مقاله ما دو جنبه متمایز از یکدیگر اما مرتبط با هم در مورد فشار مالی بر استفاده‌کننده یعنی، میزان مسئولیت و همچنین سهم مشارکت (از جیب) استفاده‌کننده در هزینه‌های برنامه مدیکر را مورد بحث قرار می‌دهیم. میزان مسئولیت استفاده‌کننده به بخشی از مخارج مدیکر که تأمین آن به عهده استفاده‌کننده است، - یعنی حق بیمه بخش B و سهم بیمه‌گذار (فرانشیز) در

1. the Office of the Actuary (OACT) 2. Medicare + Choice

هزینه اشاره می‌کند. بخش حق بیمه (B) میزان مسئولیت استفاده‌کننده به‌طور مستقیم به تناسب مخارج مدیر محاسبه شده و به سهولت قابل پیش‌بینی است. براساس قانون، حق بیمه مقرر برای استفاده‌کنندگان سالمند ۲۵ درصد مخارج بخش B است.

به منظور پیش‌بینی سهم بیمه‌گذار از هزینه، فرض می‌کنیم که به‌طور مداوم در طول زمان استفاده‌کنندگان از برنامه سنتی مدیر مکلف به پرداخت سهمی از عناصر مشمول پرداخت سهم بیمه‌گذار از هزینه - از قبیل مخارج مربوط به خدمات پزشکان و بیماران بستری - خواهند بود. بدین ترتیب پیش‌بینی‌های ما در مورد سهم بیمه‌گذار در هزینه با رشد نرخ مخارج سرانه خدمات ویژه مدیر مرتبط می‌شود. این رویه در بسیاری از موارد، که ضمن آنها سیاستهای مربوط به سهم بیمه‌گذار در هزینه بدون تغییر بوده و با روش بازپرداخت^۱ ارتباط دارد، فرضی عاقلانه است. آن بخش از مزایای مدیر که مستلزم پرداخت سهم بیمه‌گذار است شامل خدمات مربوط به بیماران بستری، تسهیلات پرستاری حرفه‌ای، خدمات بخش بیماران غیربستری، خدمات پزشکان، و بسیاری از خدمات مرتبط با بخش B (از جمله فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی؛ خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی - و همچنین مواردی چند از اقلام داروها) می‌شود. به منظور برآورد سهم بیمه‌گذار در هزینه‌ها، ابتدا سهم بیمه‌گذار در هزینه و مجموع مخارج مدیر - به تفکیک خدمات بیماران بستری، تسهیلات پرستاری حرفه‌ای و همه خدمات بخش B از سال ۱۹۹۲ تا سال ۱۹۹۶ را براساس آنچه که در مقاله "ضمیمه آماری مدیر و مدی‌کید" مجله بررسی امور مالی مراقبتهای بهداشتی - درمانی^۲ آمده است؛ مورد بررسی و مطالعه قرار دادیم. سپس، نسبت سهم بیمه‌گذار در هزینه بیماران بستری و تسهیلات پرستاری حرفه‌ای به مجموع مخارج را در مورد تخمین‌های پایه‌ای مخارج مدل خود به کار بردیم. به‌طور مثال، نسبتهای ۸/۳ و ۲۶/۵ درصد سهم بیمه‌گذار در هزینه به ترتیب در مدل مخارج خدمات درمانی بیماران بستری و تسهیلات پرستاری حرفه‌ای مدیر به کار برده شده است.

به سبب اینکه در گذشته سهم بیمه‌گذار مربوط به بیماران غیربستری، به جای ارتباط با پرداختهای (تعرفه) مدیر، با صورتحسابهای بیمارستانی مرتبط بوده است، نتوانستیم یک

1. reimbursement

2. Health care Financing Administration, *Health care Financing Review: Medicare and Medicaid Statistical Supplement, 1998* (Table 18).

نسبت واحد سهم بیمه شده را در مورد مدل پایه‌ای خود برای همه مخارج بخش B به کار بریم. به جای آن، مخارج بخش B را به مخارج بیماران غیربستری و همه مخارج دیگر بخش B (آن‌طور که در ضمیمه یاد شده گزارش شده است) تفکیک کردیم. سپس، میانگینی از نسبت سهم بیمه‌گذار در هزینه‌های بیماران غیربستری به پرداختها (۳۷ درصد)^۱ به دست آورده و آن را برای عامل (جزء تشکیل‌دهنده) بیماران غیربستری مدل پایه‌ای خود به کار بردیم. با وجود این، براساس الزامات قانون بودجه متوازن، نرخهای مربوط به سهم مشارکت در هزینه بیماران غیربستری در آینده کاهش خواهد یافت، و به جای وابسته‌بودن به صورتحساب بیمارستانها با پرداختهای مدیکر مرتبط خواهند شد.^۲ به طوری که در قانون مزبور آمده (و در مدل ما نیز منعکس شده) است. سهم مزبور با نرخ ثابت کاهش یافته و به حد ۲۰ درصد پرداختها در سال ۲۰۱۰ خواهد رسید. از آن سال به بعد نرخ سهم مشارکت در هزینه در حد ۲۰ درصد ثابت خواهد ماند. نظر به اینکه نرخهای سهم بیمه‌شده در هزینه مربوط به پزشکان و سایر خدمات بخش B قبلاً در حد ۲۰ درصد از پرداختها تثبیت شده است، سهم مزبور در هزینه را صرفاً بر مبنای باقیمانده مخارج بخش B تعیین کرده و نرخ سهم مزبور را در مورد عامل (جزء) بخش B بیماران غیربستری خود به کار برده‌ایم.

سطح مبنای مخارج در مدل پیش‌بینی‌های برنامه مدیکر ما نوع بهبود یافته‌ای از سطح مبنای مورد عمل در مدل قبلی ما در نشریات صندوق مشترک‌المنافع است. مدل اولیه صرفاً بر مبنای سرانه موجود آمده و براساس پیش‌بینی‌های مربوط به مخارج خدمات ویژه، صرفاً تا سال ۲۰۰۷، تنظیم شده بود. علاوه بر این، در مدل قبلی می‌بایستی پیش‌بینی‌های هزینه سال مالی مذکور در گزارشهای هیئت‌های امانا را با پیش‌بینی‌های مربوط به ثبت‌نام در سال تقویمی دفتر محاسبات آماری سازگار کنیم. برعکس، در این مدل می‌توانیم مخارج را برای مدت طولانی‌تری در آینده در مورد خدمات عمده پیش‌بینی کنیم. علاوه بر این، اطلاعات ذکر شده در مدل جاری به ما امکان می‌دهد برآوردهای خود در مورد شرکت‌کنندگان در برنامه درمان مستقیم را بهبود بخشیده و آنها را از شمول محاسبات مربوط به سهم بیمه‌گذار در هزینه مستثنی کنیم. همه این تغییرات کیفیت پیش‌بینی‌های مربوط به سهم بیمه‌گذار در هزینه - منبعث از مدل جاری ما - را بهبود می‌بخشد.

مخارج مربوط به سهم مشارکت استفاده کننده (پرداخت از جیب)

به منظور ساختن مدل پیش‌بینی میزان مخارج فوق (از جمله مخارج مربوط به خدمات زیر پوشش مدیر، دیگر خدمات بهداشتی-درمانی، حق بیمه‌های بخش B مدیر، و حق بیمه‌های مربوط به بیمه مکمل)، اطلاعات به دست آمده از برنامه پژوهش درباره استفاده کنندگان جاری مدیر در زمینه مخارج سهم مشارکت^۱ و بیمه مکمل را در مدل خود می‌گنجانیم. داشتن بیمه مکمل نوعاً هزینه‌های مشارکت را کاهش می‌دهد. به طور مثال، برخی از استفاده کنندگان سهم مسئولیت خود در برنامه مدیر (بویژه سهم بیمه‌گذار) را از طریق برنامه بیمه مکمل بازنشستگان توسط کارفرمایان پیشین می‌پردازند. همچنین، مدی‌کید مبلغی از سهم مسئولیت مدیر مربوط به استفاده کنندگان کم‌درآمد واجد شرایط را می‌پردازد. با وجود این، به سبب آنکه سبب (بسته) مزایای مدیر همه خدمات را پوشش نمی‌دهد، ممکن است استفاده کنندگان ناچار شوند سهم مشارکت قابل ملاحظه‌ای برای خدمات غیرمشمول متحمل شوند. استفاده کنندگان از مخارج این خدمات را به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از طریق حق بیمه‌های مکمل انفرادی می‌پردازند. ما مخارج سهم جیب را به سه عامل یا جزء تشکیل‌دهنده عمده: یعنی حق بیمه بخش B، سهم بیمه‌گذار در هزینه‌های مدیر، و انواع هزینه‌های متفرقه باقیمانده که شامل حق بیمه‌ها و هزینه‌های مربوط به خدمات غیرمشمول از قبیل مراقبت از دندان و چشم، و بهای داروهای نسخه‌ای می‌شود، تفکیک می‌کنیم. به‌طور کلی، ما عوامل حق بیمه و سهم بیمه‌گذار در هزینه‌ها را به عنوان عوامل عمده تشکیل‌دهنده پیش‌بینی‌های مخارج سهم مشارکت (پرداخت از جیب) به کار می‌بریم، زیرا آنها مستقیماً با پیش‌بینی‌های مربوط به مخارج مدیر مرتبط هستند. در نتیجه، ما می‌توانیم شقوق مختلف طرح‌های بیمه‌ای که مخارج را بین برنامه و استفاده کننده - به شیوه‌ای منتهی به برآوردهای مرتبط و همراستا تقسیم می‌کند - شبیه‌سازی کنیم.

در این مدل، چنین فرض می‌کنیم که مخارج مربوط به حق بیمه و بیشتر خدمات غیرمشمول (بجز مخارج مربوط به داروی نسخه‌ای) با همان روند افزایش نرخ مخارج سرانه مدیر افزایش خواهد یافت. این پیش‌بینی‌ها در صورتی که استفاده کنندگان برای بهره‌مندی از بیمه مکمل، سهم بیشتری در هزینه^۲ بیمه‌گذار در طول زمان بپردازند، احتمالاً نمایانگر حدود

1. residual component

2. share of cost = cost sharing

کمتری از مخارج از جیب در آینده است.^۱ این کار، با توجه به روند اخیر کاهش پوشش بیمه‌ای مکمل (خریداری شده توسط کارفرما)، محتمل به نظر می‌رسد.^۲

همان طور که قبلاً یادآوری شد، عامل هزینه‌های متفرقه باقیمانده (دیگر مخارج از جیب) منعکس کننده مخارج مربوط به حق بیمه‌های مکمل و خدمات غیرمشمول است. عامل هزینه متفرقه به عنوان باقیمانده از مجموعه مخارج پرداختی توسط استفاده کننده (آنچنانکه در برنامه پژوهش درباره استفاده کنندگان جاری مدیگر برآورد شده است) پس از کسر سهم الزامی بیمه گذار در هزینه‌ها (که از درخواستهای استفاده از مزایای مدیگر به دست می‌آید) و حق بیمه‌های مکمل، محاسبه شده است. این کار به طور ضمنی میزان سهم بیمه‌گذار در هزینه‌های مدیگر را - که توسط پرداخت کنندگان دیگر، از جمله مدی‌کید و بیمه‌های خریداری شده توسط کارفرما تأمین می‌شود - به هنگام برآورد مخارج سهم جیب کاهش می‌دهد.

به منظور برآورد نرخ رشد عامل هزینه‌های متفرقه باقیمانده، آن را به دو گروه، یعنی مخارج مرتبط با داروهای نسخه‌ای و همه مخارج دیگر تفکیک می‌کنیم. ما تعدیل دست بالای ۱۱ درصد را- آنچنانکه در گزارش ۱۹۹۵ برنامه پژوهش درباره استفاده کنندگان جاری مدیگر آمده است - در مورد مخارج داروی نسخه‌ای به کار می‌بریم. مسئولان برنامه فوق‌الذکر و دیگر پژوهشگران در این مورد هم عقیده‌اند که این برنامه پژوهشی، مخارج داروهای نسخه‌ای را کمتر از آنچه که هست، یعنی بین ۸ تا ۳۰ درصد گزارش کرده است. ما، بر مبنای مذاکراتی که با مجریان برنامه پژوهشی مزبور داشته‌ایم، و همچنین بر مبنای مقایسه با اطلاعات حاصل از جلسات بررسی مخارج مدیگر^۳ و اطلاعات موجود در گزارشهای مربوط به سلامت ملی، ۱۱ درصد را انتخاب کردیم. با در نظر گرفتن رشد مخارج در طول زمان، مخارج سرانه داروهای نسخه‌ای در دهه ۱۹۹۰ نسبت به سایر مخارج افزایش داشته و به رشد متوسط سالانه در حدود ۱۱ درصد رسیده است. کارشناسان چنین پیش‌بینی می‌کنند که این رشد دو رقمی در طول دهه جاری نیز ادامه یابد.^۴

۱. به طور کلی، ما سعی می‌کنیم پیش‌بینی‌های مدل مدیگر را تا آنجا که ممکن است صریح و ساده و با حداقل مفروضات به عمل آوریم. در مواردی که به مفروضات نیاز داریم و یک سلسله ارزشهای احتمالی وجود دارد، برای ایجاد پیش‌بینی‌هایی که نمایانگر حداقل اجبار در پرداخت مخارج توسط استفاده کنندگان باشد، برآوردهای محافظه کارانه‌ای به عمل می‌آوریم.

2. Hewitt Associates LLC, *Retiree Health Trends and Implications of possible Medicare Reformes*. The Kaiser Family Foundation, september 1997

3. Medicare Expenditure Panel Survey

4. Smith et. al., 1999

مدل خود چنین فرض کرده‌ایم که مخارج سرانه داروهای نسخه‌ای تا سال ۲۰۰۸ هر سال ۱۰ درصد افزایش خواهد داشت. با وجود این، بر این باور نیستیم که این میزان رشد می‌تواند برای همیشه و به صورتی نامحدود تداوم داشته باشد، و بنابراین بعد از سال ۲۰۰۸ مخارج سرانه دارو را با اعتدال بیشتری مطابق با همان نرخ معمول برای مخارج، متورم می‌کنیم.

عامل (جزء) داروی نسخه‌ای در مدل ما همچنین شامل درصدی از حق بیمه مکمل استفاده‌کننده و قابل استناد به پوشش دارویی نیز می‌شود. ما این درصد حق بیمه را بر طبق نوع بیمه آن تغییر می‌دهیم. به طور مثال، بسیاری از طرحهای بیمه‌ای خریداری شده به صورت انفرادی داروهای نسخه‌ای را پوشش نمی‌دهد، در حالی که بیشتر طرحهای بیمه‌ای خریداری‌شده توسط کارفرما آن را پوشش می‌دهد. با استفاده از طرح پژوهش درباره استفاده‌کنندگان جاری مدیکر، بخش حق بیمه طرحهای خریداری شده توسط کارفرما (۲۴/۳ درصد) را با تقسیم مخارج دارویی همه طرحهای بیمه‌ای مکمل خصوصی به مجموع مخارج مراقبتهای مربوط به آن طرحها، برآورد کرده‌ایم. در مورد طرحهای بیمه‌ای خریداری شده به صورت انفرادی، سهم حق بیمه (۴/۹ درصد) را با تقسیم مخارج دارویی همه طرحهای خصوصی بیمه‌مکمل به مجموع مخارج مربوط به حق بیمه طرحهای مزبور به دست می‌آوریم. سپس، برای به دست آوردن (استخراج) سهم مربوط به داروی آن حق بیمه، درصد متناسب (بیمه خریداری شده توسط کارفرما یا به صورت انفرادی) را در مورد حق بیمه طرح بیمه‌ای استفاده‌کننده به کار می‌بریم. به این ترتیب، در مدل ما مجموع مخارج عامل (جزء تشکیل‌دهنده) داروی نسخه‌ای مخارج متفرقه (باقیمانده) سهم مشارکت برابر با مجموع این بخش از حق بیمه و مخارج واقعی پرداخت شده توسط استفاده‌کننده برای داروهای نسخه‌ای خواهد بود.

عامل غیردارویی مخارج متفرقه (باقیمانده) سهم مشارکت (پرداخت از جیب) منعکس‌کننده هزینه‌های مربوط به خدمات غیرمشمول به غیر از دارو، و بخش باقیمانده حق بیمه‌های مکمل است. عامل (جزء تشکیل‌دهنده) غیردارویی را با کسر تمامی سهم بیمه‌گذار در هزینه، مخارج مربوط به داروی نسخه‌ای، و مجموع هزینه‌های حق بیمه از مجموع مخارج سهم جیب برآورد می‌کنیم. نرخ رشد سالانه سرانه مدیکر در مورد این عامل به کار گرفته می‌شود.

علی‌رغم پیش‌بینی‌های دست پایین مخارج مدیکر و میزان مسئولیت استفاده‌کننده در مدل جاری ما، در مقایسه با مدل قبلی، پیش‌بینی‌های مربوط به مخارج سهم جیب بیشتر از میزانی

است که بر مبنای مدل قبلی به عمل آمده است. (به طور مثال، نسبت مخارج سهم مشارکت استفاده‌کننده به درآمد، در سال ۲۰۲۵، بر مبنای مدل جاری ۲۹/۹ درصد و بر مبنای مدل پیشین ۲۸/۶ درصد پیش‌بینی شده است.) این اختلاف عمدتاً ناشی از ایجاد تغییر در روش بررسی و نوع منابع اطلاعاتی است. در مدل قبلی اتکای ما بر نتایج تجزیه و تحلیلی بود که توسط انجمن بازنشستگان امریکا انجام شده بود.^۱ برآورد میانگین مخارج سهم جیب از برنامه پژوهش درباره استفاده‌کنندگان جاری مدیکر در سال ۱۹۹۳ گرفته شده و در مدل قبلی ما مورد استفاده قرار گرفته بود. در مدل فعلی خود، با استفاده از تازه‌ترین اطلاعات برنامه پژوهش درباره استفاده‌کنندگان جاری مدیکر (۱۹۹۵) - که بخشی از افزایش مخارج داروی نسخه‌ای را نشان داده است - مخارج سهم مشارکت استفاده‌کننده را محاسبه می‌کنیم. پیش‌بینی‌های مربوط به داروی نسخه‌ای، برخی از برآوردهای بالای سهم جیب اقتباس شده از مدل جاری ما را توضیح می‌دهد.

ایجاد گروههای استفاده‌کننده (همسان)

برای کمک به درک وسعت برنامه مدیکر، ترکیب مجموع مخارج، اغلب به عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی توصیف می‌شود. به همین ترتیب، برای درک تأثیر (مخارج مزبور) بر استفاده‌کنندگان چندین گروه از استفاده‌کنندگان همسان را تشکیل داده و نسبت مخارج سهم جیب آنها به درآمدها را پیش‌بینی می‌کنیم. برخی از گروهها به منظور مشخص کردن نمونه‌های نوعی استفاده‌کنندگان، و برخی دیگر برای منعکس کردن جمعیت‌های بویژه آسیب‌پذیر ساخته شده‌اند. به منظور مقایسه، یک گروه به‌النسبه سالم و پردرآمد استفاده‌کنندگان نیز تشکیل شده است. در مجموع این گروهها تعدادی موارد تفاوت از حیث وضعیت سلامت، پوشش بیمه‌ای مکمل، میزان درآمد، و سطح مخارج سهم جیب به دست می‌دهند. ما در مراحل بعدی، با تجزیه و تحلیل این گروهها مبنایی برای تعیین تأثیر شقوق مختلف طرح بیمه‌ای مدیکر بر انواع ویژه استفاده‌کنندگان ایجاد می‌کنیم.

1. The Lewin Group, *Out - of - pocket Health spending by Medicare Beneficiaries Age 65 and older: 1997 Projections*, American Association of Retired Persons, December, 1997 (AARP NO. 9705)

برخی از استفاده کنندگان - آنهایی که از برنامه‌های درمان مستقیم مدیکر استفاده می‌کنند یا در خانه‌های پرستاری نگهداری می‌شوند، یا در مراحل پایانی بیماریهای کلیوی قرار دارند - به سبب نارسایی اطلاعات یا به سبب تفاوت‌های اساسی و چشمگیر با دیگر استفاده کنندگان - در هیچ یک از گروههای زیر منظور نشده‌اند.^۱ بجز گروه استفاده کنندگان واجد شرایط مدیکر، کسانی که به صورت دوگانه واجد شرایط استفاده از هر نوع پوشش مدیکر هستند، نیز در گروهها منظور نشده‌اند، زیرا میزان مسئولیت چنین طرحهای پوششی مدیکر برآوردهای ما درباره سهم جیب را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با وجود این، همه ارقام "سرانه" در این مقاله نشان‌دهنده مجموعه جمعیت استفاده کننده از مدیکر است. اگرچه بیشتر گروهها تا اندازه‌ای به صورت محدود تعریف شده‌اند، به این نکته نیز توجه شده است که تعاریف مزبور آن قدر وسیع در نظر گرفته شود که اطمینان یابیم به اندازه کافی نمونه از گروه استفاده کنندگان جاری واجد شرایط مدیکر انتخاب شده و برآوردهای مخارج مربوط به آنها از روایی و قابلیت اعتماد برخوردار باشد. در این مقاله شش گروه استفاده کننده همسان (که پیش از این مورد تعریف قرار گرفتند) به شرح زیر (جدول شماره A-۱) مورد بررسی قرار گرفته است.

برای تعریف استفاده کننده ناخوش یا "فاقد سلامت کامل" چندین جنبه از وضعیت سلامت - وجود شرایطی مشخص و بیانگر آسیبهای شناختی (بیماری آلزایمر و یا شرایط ذهنی یا روانی خاص)، یا ضایعات جسمانی - را به کار می‌بریم. آسیبهای جسمانی را با وجود شرایط مشخص (سکته مغزی، بیماری قند، روماتیسم مفصلی، بزرگ شدن ریه، پوکی استخوان یا بیماری پارکینسون) و ترکیبی از استفاده فرد از تسهیلات پرستاری حرفه‌ای، برآورد شخص در مورد میزان عدم سلامت کامل خود و وضعیت کارکردی^۲ - که به وسیله سنجش محدودیت‌های موجود در فعالیتهای روزانه و یا فعالیتهای مفید روزانه معلوم می‌شود - تشخیص می‌دهیم.

۱. استفاده کنندگان در برنامه‌های درمان مستقیم توسط مدیکر به این دلیل خارج از شمول گروههای مزبور واقع شده‌اند که ما اطلاعات مستقیم (حضور) درباره آنها در دست نداریم. (در مقایسه با این گروه، اطلاعات مربوط به درخواست مزایا برای استفاده کنندگان ضمن استفاده از روش کارانه به وجود می‌آید). افرادی که در خانه‌های پرستاری نگهداری می‌شوند به سبب عدم دسترسی به اطلاعات مربوط به مخارج دارویی آنها و استفاده کنندگانی که در مراحل پایانی بیماریهای کلیوی هستند به سبب آنکه شیوه استفاده آنها از برنامه خدمات درمانی و مخارج مربوط به آن به طور کلی با دیگر استفاده کنندگان از برنامه مدیکر متفاوت است، در هیچ یک از گروهها منظور نشده‌اند.

2. functional status

جدول شماره ۱-۱ ضوابط تشکیل گروه‌های استفاده کننده همسان

بیمه‌مکمل	مشکلات سلامت	درآمد	جنس	وضعیت تأمل	سن	گروه
هیچ	شناختی یا جسمانی	۵۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ دلار	زن	مجرد	۶۵ ساله و بالاتر	استفاده کنندگان سالمند
خریداری توسط کارفرما	شناختی یا جسمانی	۵۰۰۰۰ دلار و بیشتر	زن	متاهل	۶۵ ساله و بالاتر	استفاده کنندگان سالمند و ناخوش زنان مسن ترکم درآمد و ناخوش
QMB	جسمانی	واجد شرایط استفاده از QMB	زن		۶۵ تا ۷۴ ساله	استفاده کنندگان جوانتر و پر درآمد
					۶۵ ساله و بالاتر	زنان تحت پوشش QMB
					۴۵ تا ۶۴ ساله	استفاده کنندگان مسن تر و ناتوان

QMB استفاده کنندگان واجد شرایط مدیر

Source: The Urban Institute 1999 Medicare Projections Model.

توضیح: استفاده کنندگان از برنامه خدمات درمانی مستقیم مدیر، آنهایی که در خانه‌های پرستاری زندگی می‌کنند و آنهایی که در مراحل پایانی بیماریهای کلبوری قرار دارند در هیچک از گروهها منظور نشده‌اند. استفاده کنندگان دارای آسیبها یا ضایعات شناختی شامل مبتلایان به آلزایمر یا شرایط مغزی یا روانی خاص (از نظر روانپزشکی) اند. آسیبهای جسمانی جسمانی بومسانی وجود ترکیبی از استفاده از تسهیلات پرستاری حرفه‌ای، درجه ناخوشی به تشخیص خود فرد، میزان محدودیت در فعالیتهای زندگی روزانه یا فعالیتهای مفید زندگی روزانه، و وجود شرایط پزشکی خاص تشخیص و تعیین می‌شوند. این شرایط شامل سکنه مغزی، بیماری قلبی، روماتیسم مفصلی، بزرگ شدن ریه، بویک استخوان و بیماری پارکینسون است.

پیش‌بینی درآمد استفاده‌کنندگان

به منظور پیش‌بینی نسبت مخارج درمانی سهم جیب به میزان درآمد، ابتدا روندهای رشد درآمد و منابع درآمد سالمندان را مورد بررسی قرار داده و نهایتاً نرخهای رشد متفاوتی برای گروههای گوناگون استفاده‌کننده دارای سطوح مختلف درآمد برمی‌گزینیم. درآمد خانوار را از اطلاعات طرح بررسی جمعیت فعلی^۱ در سال ۱۹۹۹ و نرخهای رشد را از حقوق و دستمزد و مزایای تأمین اجتماعی اقتباس می‌کنیم. با استفاده از طرحهای بررسی جمعیت فعلی، ابتدا آخرین حد متوسط درآمد سرانه (۱۹۹۸) استفاده‌کنندگان سالمند مدیگر را محاسبه می‌کنیم. ارقام سرانه را با تقسیم درآمد خانوار بر تعداد اعضای آن به دست می‌آوریم. در مقایسه با استفاده از گزارش طرح بررسی جمعیت در مورد درآمد افراد، این روش به نحو بهتری وضعیت اقتصادی استفاده‌کنندگانی که متأهل بوده و یا با اقوام دیگر خود زندگی می‌کنند نشان می‌دهد. رقم به دست آمده، به دلار سال ۲۰۰۰، معادل ۱۴۴۹۴ دلار است.

در مورد استفاده‌کنندگان دارای درآمد سالانه در حد متوسط، نرخ افزایش واقعی سالانه ۰/۸ درصد را مفروض دانسته‌ایم. با این نرخ، در عمل، درآمد حد متوسط یک سالمند، تا سال ۲۰۲۵، به میزان برآورد شده ۱۷۵۸۱ دلار افزایش خواهد یافت. نرخ مزبور از نرخهای قبلی رشد درآمد کمتر بوده، اما در راستای پیش‌بینی‌های مربوط به رشد آینده است. به‌طور مثال از ۱۹۷۵ به بعد رشد واقعی درآمد به‌طور متوسط ۱/۲ درصد در سال بوده است؛ با وجود این، گزارشهای سال ۱۹۹۹ هیئتهای امنای نرخ رشد واقعی دستمزدها در آینده را ۰/۹ درصد می‌پندارد. نظر به اینکه سالمندان دارای درآمد سطح متوسط صرفاً در مورد (دریافت) ۶۰ درصد درآمد خود به نظام تأمین اجتماعی متکی‌اند، نرخ رشدی بین (مزایای) تأمین اجتماعی و نرخهای رشد دستمزد برای آن گروه از استفاده‌کنندگان متناسب است. (نرخ رشد واقعی درآمد تأمین اجتماعی صفر است، زیرا پرداختهای مزبور به تناسب تورم نوسان می‌کنند). ما نرخ ۰/۸ درصد را در مورد دو گروه از استفاده‌کنندگان، یعنی گروه نوعاً سالمند و گروه استفاده‌کنندگان مسن‌تر و ناتوان مورد عمل قرار می‌دهیم.

در مورد گروه استفاده‌کنندگان دارای درآمد بالاتر، نرخ به مقدار جزئی بالاتر از نرخ رشد

پیش‌بینی شده برای دستمزدها متناسب است. در مورد این گروه، نرخ رشد سالانه‌ای معادل یک درصد فرض می‌کنیم. در مورد سالمندان دارای درآمد کمتر، که تقریباً به‌طور کامل بر مزایای پرداختی تأمین اجتماعی (تحت عنوان درآمد مکمل تأمین اجتماعی)^۱ متکی‌اند، نرخ تا حدی پایین‌تر واقع بینانه‌تر است. به این ترتیب، ما نرخ رشد سالانه واقعی ۰/۵ درصد را برای سه گروه کم درآمد، یعنی گروه زنان مسن‌تر، کم‌درآمد، و ناخوش؛ زنان تحت پوشش طرح استفاده‌کنندگان واجد شرایط مدیکر؛ و سالمندان فاقد سلامت کامل و بدون بیمه اضافی به کار می‌بریم.

با انتخاب نرخ رشدی نسبتاً سخاوتمندانه در مورد درآمد، عمده‌اً برآوردهای محافظه‌کارانه‌ای از سهم درآمد مصروف مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در طول زمان به عمل می‌آوریم. با وجود این، در طول زمان، درآمد استفاده‌کنندگانی که تازه واجد شرایط شده‌اند از سطح درآمد استفاده‌کنندگان ۶۵ ساله بیشتر خواهد بود. استفاده از نرخهای نسبتاً بالا، در طول زمان، نیز به تناسب این تغییر در جمعیت و رشد درآمد تعدیل خواهد شد.

بالاخره، به منظور محاسبه سهم درآمد صرف شده در مراقبت‌های پزشکی، میانگین مخارج سهم جیب را بر درآمد حد متوسط تقسیم می‌کنیم. درآمد حد متوسط و میانگین مخارج^۲ را به این لحاظ به کار می‌بریم که درآمد خیلی بیشتر از مخارج بهداشتی - درمانی دستخوش تغییر می‌شود، لذا استفاده از میانگین برای هر دو متغیر؛ سهم درآمدی که نهایتاً مصروف خدمات درمانی خواهد شد کمتر از میزان واقعی آن نشان می‌دهد. یافته‌های مطالعات قبلی بر آن است که دقیق‌ترین میزان برای تعیین درصد سهم درآمد مصروفه در خدمات درمانی با محاسبه آن درصد برای هر فرد و سپس تعیین میانگین میانگین‌ها به دست می‌آید. نظر به اینکه ما نمی‌توانیم آن قدم را با اطلاعات (سی - پی - آی) مربوط به ترکیب مجموع^۳ انجام دهیم، به منظور رسیدن به رقمی دقیق‌تر و نزدیک‌تر میانگین مخارج را بر درآمد حد متوسط تقسیم می‌کنیم.

1. Supplementary Security Income (SSI)
3. aggregate - level CPI data

2. average spending

اصطلاحات معادل و معانی برخی از لغات و اصطلاحاتی که در این مقاله به کار رفته است.

Out-of-pocket spending

سهم مشارکت استفاده کننده از خدمات درمانی مدیکر (بیمه شده یا بیمه گذار) در تأمین منابع مالی برنامه که گاهی برای متمایز کردن آن از دیگر اصطلاحات مشابه، به صورت تحت‌اللفظی "سهم جیب"، "از جیب"، یا "پرداخت از جیب" - به تنهایی یا همراه با اصطلاح "سهم مشارکت" - به کار برده شده است. سهم مزبور شامل مجموعه‌ای از "حق بیمه (premium) بخش B مدیکر"، "فرانشیز (deductible) یا سهم بیمه شده از هزینه‌های درمانی"، و دیگر پرداخت‌های بیمه شده به هنگام استفاده از خدمات غیرمشمول طرح بیمه‌ای مدیکر و همچنین حق بیمه‌های مکمل بیمه مدیکر است که مجموعاً به نام "هزینه‌های باقیمانده یا متفرقه (residue)" نامیده می‌شود.

Share of cost ; Cost-sharing

سهم بیمه شده یا فرانشیز؛ منظور از این اصطلاح سهمی از هزینه (معمولاً به صورت درصد) است که بیمه شده باید به هنگام استفاده از خدمات یا خرید دارو یا خدمات بیمارستانی به فراهم‌کننده خدمات مزبورپردازد.

Insurance policy

طرح بیمه‌ای با حدود خدمات و دامنه شمول مشخص که آن را از دیگر طرحها متمایز می‌کند.

Beneficiary Liability

میزان مسئولیت استفاده کننده در تأمین منابع مالی برنامه مدیکر که شامل حق بیمه بخش B مدیکر و فرانشیز است.

Median Income

درآمد متوسط یعنی درآمدی که در میانه حداقل و حداکثر قرار دارد و بامیانگین (Average) متفاوت است.

Supplemental insurance

بیمه مکمل بیمه‌ای است که خدمات غیرمشمول طرح بیمه‌ای مدیکر را پوشش می‌دهد.

Medicare managed care plans

طرح بیمه‌ای که استفاده کنندگان از آن فقط می‌توانند به درمانگاههای تعیین شده از طرف مدیکر مراجعه کنند.