

مقدمه‌ای بر اقتصاد بهداشت*

شرمن فولاند، الن سی. گودمن، میرون استانو**

ترجمه حسن حق پرست



چکیده

افزایش شدید هزینه‌های درمانی در تمامی دنیا، اکثر دولتها و سازمانهای ذی ربط را وادار کرده است در مورد این امر به تفکر پردازند، و این خدمات را از دیدگاه اقتصادی مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند. از این رو، زمینه خاصی به نام «اقتصاد بهداشت» به وجود آمده است. در واقع، اقتصاد بهداشت به مطالعه چگونگی تخصیص منابع به بخش بهداشت و توزیع آن میان فعالیت‌های مختلف در این بخش می‌پردازد.

مقاله حاضر به اهمیت فزاینده جایگاه اقتصاد بهداشت در اقتصاد کلان ایالات متحد و فزونی قابل ملاحظه سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی در مخارج دولت و هزینه‌های خانوار اشاره می‌کند. همچنین این مقاله مسائل اقتصادی بخش بهداشت را بررسی کرده و اهمیت بیمه، عدم اطمینان و مسائل مربوط به اطلاعات (عدم تقارن) را تحلیل می‌کند.

* The Economics of Health and Health Care, 2001, Part 1

** Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano

مقدمه

بهداشت و درمان و مراقبتهای بهداشتی - درمانی موضوعهای سیاسی و اقتصادی عمده‌ای در امریکا و برخی کشورهای دیگر به شمار می‌روند. به دلیل اینکه بیشتر کشورها در طول ۳۰ سال گذشته رشد سریعی را در هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی خود تجربه کرده‌اند، شگفت‌آور نیست که اقتصاد بهداشت به عنوان یک رشته تخصصی مجزای علم اقتصاد پدید آمده است.

علم اقتصاد بهداشت، بنابر تعریف رسمی به «مطالعه چگونگی تخصیص منابع به بخش بهداشت و درمان و همچنین تخصیص اعتبارات در درون بخش مزبور» اطلاق می‌شود. تولید خدمات بهداشتی - درمانی و توزیع آن میان همه افراد جامعه در بطن این تعریف وجود دارد. در این مقاله، چند مثال به منظور نشان دادن چگونگی تحلیل اقتصادی موضوعات بهداشتی مطرح می‌شود.

همچنین سعی شده تا اهمیت و گستردگی بخش بهداشت - درمان نشان داده شود. معیارهای مختلفی از لحاظ اندازه و میزان رشد به کار گرفته خواهد شد تا ارتباط اقتصاد بهداشت را با مصالح شخصی و سیاست ملی تعیین کند.

هدف نهایی این مقاله افزایش اعتبار این موضوع است که علم اقتصاد به توضیح چگونگی عملکرد بازارهای مراقبتهای بهداشتی - درمانی کمک خواهد کرد. در این مقاله، همچنین اهمیت شناخت مشخصه‌های منحصر به فرد بازارهای خدمات بهداشتی - درمانی مورد تأکید قرار می‌گیرد تا اصلاحات مناسبی در ابزارهای تحلیل سنتی اقتصاددانان به عمل آورد. علی‌رغم مباحثات مداومی که در زمینه اغلب موضوعات عمده در جریان است کارشناسان اقتصاد بهداشت - درمان توانسته‌اند پاسخهایی برای بسیاری از سؤالات محققین و سیاستگذاران ارائه کنند.

ارتباط اقتصاد بهداشت با دیگر بخش‌ها

بررسی و مطالعه اقتصاد بهداشت از سه جهت مرتبط با یکدیگر حائز اهمیت و قابل توجه است:

۱. میزان مشارکت بخش بهداشت در کل اقتصاد؛

۲. علایق سیاسی ملی منبعث از اهمیت دادن مردم به مسائل اقتصادی که در پیگیری و حفظ سلامت خود با آنها مواجه می‌شوند؛ و
۳. این حقیقت که بسیاری دیگر از مباحث بهداشتی- درمانی یک مشخصه اصلی اقتصادی در درون خود دارند.

اندازه و حیطه اقتصاد بهداشت - درمان

اقتصاد بهداشت و درمان، صرفاً به‌خاطر اندازه و حوزه عمل، شایسته توجه است. این مقوله سهم بزرگی از تولید ناخالص داخلی امریکا و نیز دیگر کشورها را تشکیل می‌دهد، و همچنین نشان‌دهنده سرمایه‌گذاری اساسی و سهم بزرگ و در حال رشدی از نیروی کار است.

سهم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی در امریکا تقریباً از هر ۷ دلاری که در اقتصاد امریکا برای خدمات و کالاهای نهایی خرج می‌شود، ۱ دلار مربوط به بخش بهداشت - درمان است. برای نشان دادن این نسبت در تصویر کلی، مثلاً در سال ۱۹۸۰ سهم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی^۱، ۱ دلار از ۱۱ دلار و در سال ۱۹۶۰ فقط ۱ دلار از ۲۰ دلار بود. نمودار شماره ۱ سهم اقتصاد بهداشت از تولید ناخالص داخلی از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۰ را نشان می‌دهد. نتیجه آن است که بخش بهداشت و درمان، سهم بزرگ و در حال افزایشی از اقتصاد امریکا را تشکیل می‌دهد.

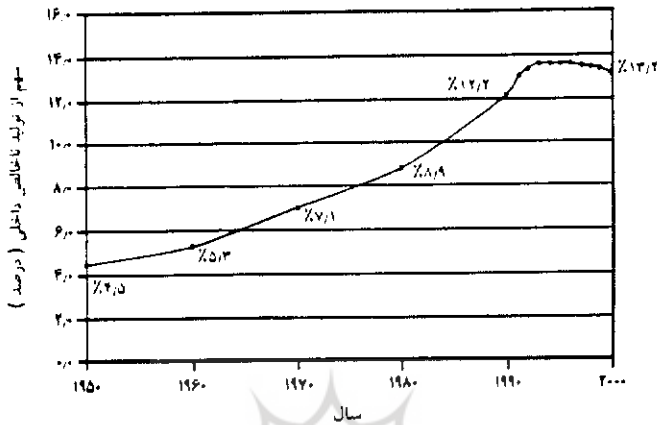
در فرایند محاسبه مخارج انجام‌شده تولید ناخالص داخلی در بخش مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، هر دو عامل، یعنی تولید ناخالص داخلی و مخارج با نرخ روز دلار اندازه‌گیری می‌شود؛ به این ترتیب، تورم عمومی بر محاسبه مزبور بی‌تأثیر خواهد بود. بنابراین، فقط سه احتمال عمده برای توضیح نسبت‌های افزایش‌یافته نشان داده شده در نمودار شماره ۱ وجود دارد:

۱. ممکن است مردم خدمات بهداشتی و درمانی بیشتری خریداری کنند. بیماران بیشتر با ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی مشورت کنند؛ و پزشکان آزمایش‌های بیشتری توصیه کرده یا داروی بیشتری تجویز کنند.

1. Gross Domestic Product (GDP)

ارزش بازاری کالاهای نهایی و خدمات تولیدشده در درون مرزهای یک کشور در مدت یک سال است.

نمودار شماره ۱. سهم مخارج بهداشتی - درمانی از ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۰



مأخذ: اداره تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی - درمانی امریکا، ۲۰۰۲

۲. ممکن است مردم خدماتی با کیفیت بالاتر (شامل محصولات و خدماتی که قبلاً وجود نداشتند) خریداری کنند. از سال ۱۹۶۰ به بعد جراحی لیزری، واکسیناسیون سرخک و درمانهای جدید برای قربانیان سوختگی، کیفیت مراقبتها را بالا برده است. تئوری اقتصاد مبین آن است که مردم تمایل دارند پول بیشتری برای کیفیت بهتر پرداخت کنند.
۳. میزان تورم در زمینه مراقبتهای بهداشتی - درمانی ممکن است بیشتر از میزان تورم عمومی باشد. درآمدهای بالاتر و عمومیت یافتن روزافزون استفاده از بیمه، از جمله برنامه‌های دولتی گسترده مانند مدیکر^۱ و مدی‌کید^۲ ممکن است منجر به افزایش در بهای خدمات بهداشتی - درمانی شده باشد.

1. Medicare

۲. Medicaid، یک برنامه تعاونی برای افراد نیازمند و کم‌درآمد در ایالات متحد که به وسیله دولت فدرال الزامی تعیین شده است. هزینه آن را دولت فدرال و حکومت‌های ایالتی تأمین می‌کنند، اما هر ایالت رأساً خصوصیات واجد شرایط بودن را تعیین کرده و مسئول اجرای برنامه است. هرچند مزایا از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است، شرایط فدرال مستلزم این است که مدی‌کید هزینه بستری شدن و مراقبت سرپایی (از جمله مراقبت روانپزشکی)، خدمات پزشکان، آزمایشهای لابراتواری، تصویرسازی تشخیصی، خدمات بهداشتی خانگی و مراقبت خانه‌های پرستاری را تأمین کند. خدمات ممکن است به انتخاب ایالت عرضه شود.

چالش اساسی شناختن این پدیده‌ها و سهم و نقش آنها در مجموع مخارج است. بررسی حجم تقاضا، بیمه، تولید، تکنولوژی و میزان عرضه نیروی کار، در میان دیگر موضوعات، در برخورد با این چالش کمک خواهند کرد.

مخارج مراقبتهای بهداشتی در دیگر کشورها

بررسی اقتصاد بهداشت در دیگر کشورها شناخت ما از اقتصاد بهداشت امریکا را افزایش خواهد داد. بسیاری از کشورها دارای بخش بهداشت گسترده‌ای هستند و مباحث عمده مورد علاقه مشترکی در این زمینه دارند.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در بیشتر کشورها سهم مراقبتهای بهداشتی از تولید ناخالص داخلی بین سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰ رشد سریعی داشته است. با وجود این، برخلاف بیشتر کشورهای دیگر، رشد نرخ افزایش سهم مراقبتهای بهداشتی از جی - دی - پی در امریکا تا سالهای دهه ۱۹۹۰ ادامه پیدا کرده است - اگرچه تا اندازه‌ای در چند سال گذشته کند شده است. داده‌ها همچنین اندازه نسبی اقتصاد بهداشت امریکا در مقایسه با دیگر کشورها را نشان می‌دهند. برای مثال، سهم مراقبتهای بهداشتی از جی - دی - پی در امریکا تقریباً دو برابر سهم آن در انگلستان - کشوری با بیمه بهداشتی ملی - است.

اهمیت اقتصاد بهداشت در مخارج شخصی

به دلیل اینکه بخش بهداشت سهم زیادی در تولید ملی دارد، بنابراین اندازه اقتصاد بهداشت از طریق دیگر نشانگرهای کلیدی نیز منعکس می‌شود. دو نمونه از این نشانگرها که بویژه به سطح شخصی مربوط می‌شوند، عبارتند از:

۱. سهم خرج شده از درآمد برای مراقبتهای پزشکی
۲. شمار شغل‌ها در اقتصاد بهداشت

جدول شماره ۱. سهم (درصد) هزینه‌های بهداشتی از تولید ناخالص داخلی در کشورهای منتخب سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (در سالهای منتخب)

کشور	سال	۱۹۶۰	۱۹۷۰	۱۹۸۰	۱۹۹۰	۱۹۹۷
استرالیا	۲/۹	۵/۷	۷/۳	۸/۳	۸/۳	۸/۳
اتریش	۲/۳	۵/۳	۷/۷	۷/۲	۷/۲	۷/۹
بنویک	۳/۴	۴/۱	۶/۵	۷/۵	۷/۵	۷/۶
کانادا	۵/۵	۷/۱	۷/۳	۹/۲	۹/۲	۹/۳
جمهوری چک	۳/۶	۶/۱	۳/۸	۵/۴	۵/۴	۷/۰
دانمارک	۳/۹	۵/۷	۸/۷	۸/۲	۸/۲	۷/۷
فنلاند	۴/۲	۵/۸	۶/۵	۸/۰	۸/۰	۷/۳
فرانسه	۴/۸	۶/۳	۸/۸	۸/۹	۸/۹	۹/۹
آلمان	۲/۴	۳/۳	۳/۶	۴/۲	۴/۲	۷/۱
یونان	۳/۳	۵/۰	۶/۲	۶/۱	۶/۱	۶/۵
مجارستان	۳/۸	۵/۲	۸/۷	۶/۷	۶/۷	۷/۰
ایسلند	۳/۶	۵/۲	۷/۰	۸/۱	۸/۱	۷/۶
ایرلند	۲/۱	۲/۷	۲/۹	۳/۹	۳/۹	۴/۰
ایتالیا	۳/۸	۴/۵	۶/۲	۶/۶	۶/۶	۷/۱
ژاپن	۳/۸	۵/۹	۷/۹	۸/۳	۸/۳	۸/۵
کره	۴/۳	۵/۲	۶/۰	۷/۰	۷/۰	۷/۶
لوکزامبورگ	۲/۹	۴/۵	۷/۰	۷/۸	۷/۸	۷/۴
مکزیک	۲/۸	۲/۸	۵/۸	۶/۵	۶/۵	۸/۲
هلند	۱/۵	۳/۷	۵/۶	۶/۹	۶/۹	۷/۴
نیوزلند	۴/۷	۷/۱	۹/۴	۸/۸	۸/۸	۸/۶
نروژ	۳/۱	۴/۹	۶/۹	۸/۳	۸/۳	۱۰/۲
لهستان	۲/۴	۲/۴	۳/۳	۳/۶	۳/۶	۶/۷
پرتغال	۳/۹	۴/۵	۵/۶	۶/۰	۶/۰	۶/۷
اسپانیا	۵/۳	۷/۱	۸/۹	۱۲/۲	۱۲/۲	۱۳/۴
سوئد						
سوئیس						
ترکیه						
انگلیس						
امریکا						

مأخذ: سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (OECD)، اطلاعات بهداشتی-درمانی، ۱۹۹۸

داده‌های جدول شماره ۲ زمینه‌هایی را که مصرف‌کنندگان آمریکایی درآمدهای قابل استفاده خود را خرج می‌کنند، نشان می‌دهد. در محدوده زمانی منتهی به سال ۱۹۹۲، مراقبت‌های پزشکی، جانسین بزرگترین بخش از هزینه‌ها، یعنی غذا و دخانیات شده بود. در سال ۱۹۹۷، مصرف‌کنندگان ۱۷/۴ درصد از بودجه خود را برای مراقبت‌های پزشکی در مقایسه با ۱۵/۱ درصد برای غذا و دخانیات و ۱۵/۱ درصد برای مسکن خرج کردند. این آمار تغییر عمده‌ای در الگوهای مصرف مردم نشان می‌دهد. در سالهای اخیر، قبل از سال ۱۹۶۰، غذا در حدود ۲۵ درصد، مسکن در حدود ۱۵ درصد و مراقبت‌های پزشکی فقط ۵ درصد از مخارج مصرف‌کنندگان را تشکیل می‌داد.

درصد	مبلغ	شرح
۱۵/۱	۸۳۲	غذا و دخانیات
۱۵/۱	۸۳۰	مسکن
۱۷/۴	۹۵۷	مراقبت‌های بهداشتی - درمانی
۱/۸	۹۸	دارو - هزینه متفرقه
۳/۷	۲۰۵	پزشکان
۱/۰	۵۳	دندانپزشکان
۷/۴	۴۰۸	بیمارستان‌ها و مراکز زندگی سالمندان ناتوان
۱/۱	۵۸	بیمه بهداشتی
۲/۵	۱۳۵	سایر موارد
۱۱/۶	۶۳۶	حمل و نقل
۱۱/۳	۶۲۱	اداره خانواده
۸/۴	۴۶۳	تفریح و سرگرمی
۶/۴	۳۵۳	پوشاک
۸/۴	۴۵۹	کار و کسب خصوصی
۶/۲	۳۴۳	دیگر موارد
۱۰۰	۵,۴۹۴	کل

مأخذ: اداره بررسی تجاری مشاغل موجود در ایالات متحد آمریکا، اوت ۱۹۹۸، جداول ۲ و ۴.

اهمیت اقتصاد بهداشت برای نیروی کار

جنبه دیگر مخارج مصرف شده برای مراقبتهای بهداشتی - درمانی، از طریق شغل‌هایی که در بخش اقتصاد بهداشت ایجاد شده‌اند نشان داده می‌شود. جدول شماره ۳ الف نشان می‌دهد که در سال ۱۹۹۶ بیش از ۱۱ میلیون نفر (تقریباً ۹ درصد از نیروی کار) در بخشهای مختلف خدمات بهداشتی کار می‌کردند و تقریباً نیمی از آنها در بیمارستان‌ها مشغول بودند.

جدول شماره ۳ الف: کارکنان استخدام شده مراکز ارائه خدمات بهداشتی- درمانی: ۱۹۹۸	
شرح	کل استخدام‌ها (بر حسب هزار)
کل اشخاص استخدام شده	۱۳۱,۴۶۳
کل مراکز ارائه خدمات بهداشتی- درمانی	۱۱,۵۰۴
بیمارستان‌ها	۵,۱۱۶
مراکز پرستاری و مراقبتهای شخصی	۱,۸۰۱
مطب‌ها و درمانگاههای پزشکان	۱,۵۸۱
مطب‌ها و درمانگاههای دندانپزشکان	۶۶۶
دفاتر کار و درمانگاههای فیزیوتراپیست‌ها	۱۲۷
دیگر اماکن ارائه خدمات بهداشتی- درمانی	۲,۲۱۳
مأخذ: اداره خدمات بهداشتی- درمانی و انسانی ایالات متحد آمریکا، ۱۹۹۹ جدول ۱۰۱	

جدول شماره ۳ ب رشد قابل ملاحظه‌ای را در تعداد کارکنان مراقبتهای بهداشتی - درمانی از سال ۱۹۷۰ به بعد در حرفه‌های پزشکی منتخب نشان می‌دهد. این جدول نشان می‌دهد که در سال ۱۹۷۰، ۲۹۰,۸۶۲ پزشک، یعنی ۱۴۳ نفر پزشک به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت وجود داشته است. با رسیدن به سال ۱۹۹۶، شمار پزشکان و همچنین پرستاران رسمی بیش از دو برابر شده است. شمار پرستاران رسمی به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بیش از دو برابر شده، یعنی از ۳۶/۹ به ۸۱۵ رسیده است.

بنابراین با توجه به افزایش در مخارج بهداشتی کشور، می‌توان گفت که بخش مراقبتهای

بهداشتی - منعکس‌کننده افزایش در مخارج - به‌طور فزاینده منبعی برای استخدام نیروی انسانی می‌شود. بنابراین می‌توان گفت کاهش در مخارج صرف‌شده برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی نوعاً به معنای کاهش در فرصتهای شغلی خواهد بود.

جدول شماره ۳ ب. نیروی کار فعال در بخش بهداشت - درمان و تعداد آنها به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت (داخل پرانتز)				
سال	۱۹۷۰	۱۹۸۰	۱۹۹۰	۱۹۹۶
پزشکان	۲۹۰,۸۶۲ (۱۴۳)	۴۲۷,۱۲۲ (۱۹۰)	۵۶۷,۶۱۱ (۲۳۰)	۷۰۱,۱۹۵ (۲۶۴)
دندانپزشکان	۹۵,۷۰۰ (۴۷)	۱۲۱,۲۴۰ (۵۴)	۱۴۶,۶۰۰ (۵۹)	۱۵۹,۵۰۰ (۵۸)
چشم پزشکیان	۱۸,۴۰۰ (۹)	۲۲,۳۰۰ (۱۰)	۲۶,۰۰۰ (۱۰)	۲۹,۵۰۰ (۱۱)
داروسازان	۱۱۲,۷۵۰ (۵۵)	۱۴۲,۷۸۰ (۶۳)	۱۶۱,۹۰۰ (۶۴)	۱۸۵,۰۰۰ (۶۹)
پزشکان متخصص (از میچ تا انگلستان)	۷,۱۱۰ (۴)	۸,۸۱۰ (۴)	۱۰,۶۰۰ (۴)	۱۰,۳۰۰ (۴)
پرستاران رسمی	۷۵۰,۰۰۰ (۳۶۹)	۱,۲۷۲,۹۰۰ (۵۶۰)	۱,۷۸۹,۶۰۰ (۷۱۴)	۲,۱۶۱,۷۰۰ (۸۱۵)
مأخذ: اداره خدمات بهداشتی-درمانی و انسانی ایالات متحد آمریکا، ۱۹۹۹ جدول ۱۰۳				

سرمایه‌گذاری (به کار انداختن) سرمایه در اقتصاد بهداشت

علاوه بر نیروی کار، مقادیر اساسی قابل توجهی سرمایه نیز جذب سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی آمریکا شده است. شمار تخت‌های مراکز زندگی سالمندان معلول و ناتوان از ۱/۳ میلیون در سال ۱۹۷۰ به ۱/۸ میلیون در سال ۱۹۹۶ رسیده است (هرچند، تخت به ازای هر نفر به صورتی جزئی کاهش یافته است). شمار تخت‌ها در اکثر ۶۰۰۰ بیمارستان ویژه اقامت کوتاه^۱ موجود در سالهای پایانی دهه ۷۰ افزایش یافت، ولی شمار کلی آنها در مرتبه یک میلیون باقی ماند. در سیستم بهداشتی آمریکا، همچنین، شمار قابل توجه و در حال رشدی از دیگر انواع سرمایه (از قبیل تجهیزات تشخیصی) به ازای هر تخت وجود دارد.

1. short-stay hospitals

دیگر منابع

اطلاعات مربوط به مخارج صرف شده بخش مراقبتهای بهداشتی - درمانی و اطلاعات مربوط به نیروی کار شاغل در آن بخش و عامل سرمایه به کار رفته در آن^۱ فقط در برخی از منابع (وارد شده به سیستم)^۲ را که افراد برای تأمین سلامت خود به کار می‌برند، منعکس می‌کند. واردهایی که در بازار خرید و فروش نمی‌شوند - از جمله، مشارکت خود فرد به صورت زمان و کوششی که مصروف این کار می‌کند - نیز حائز اهمیت است. واردهای مزبور متضمن هزینه‌هایی واقعی برای جامعه است. برای مثال، هزینه مدت زمانی که شخص برای تأمین تندرستی بهتر خود صرف می‌کند، برای شخص و جامعه در حکم ارزش فرصتهای از دست رفته است. بنابراین، ارزش عواملی (واردهایی) که برای تأمین و حفظ سلامت خود به کار می‌بریم خیلی بیشتر از هزینه‌های محاسبه شده مراقبتهای بهداشتی - درمانی است که خریداری می‌کنیم.

اگرچه ما واردها را مورد تأکید قرار دادیم، در نهایت مشارکت منابع بهداشتی - درمانی در اقتصاد مقیاسی برای سنجش ارزش محصول آن (یعنی تندرستی) به شمار می‌رود. ارزش بهبودهای حاصل در تندرستی ما از حیث میزان مصرف و تولید اندازه‌گیری می‌شود. این بدان معناست که از نظر ما تندرستی، هم به خاطر خود آن و هم به دلیل مشارکت و تأثیر آن در تولید دیگر کالاها، واجد ارزش است.^۳

ارزش ذاتی تندرستی ارزشی است که ما در نهایت برای حفظ و سلامت تن و جان خود قائلیم؛ ارزشی که به تعبیر مردم در برخی شرایط و اوضاع و احوال غیرقابل اندازه‌گیری و در بعضی شرایط حداقل واقعی و قابل ملاحظه است. ارزش سلامت در تولید دیگر کالاها را نه فقط در کاهش میزان غیبت از کار بلکه در میزان تولید هر کارگو شاغل به کار نیز می‌توان مشاهده کرد. ستانده (محصول) بخش بهداشت، از هر دو جنبه تولید و مصرف خدمات بهداشتی - درمانی، تأثیری اساسی در اقتصاد کشور دارد.

اهمیت مشکلات اقتصادی در توزیع مراقبتهای بهداشتی - درمانی

بخش بهداشت به خاطر مشکلات گسترده‌اش مورد توجه سیاست‌گذاران قرار دارد. منابع عمده

1. capital inputs

2. Inputs

۳. این داده‌ها در مقاله‌ای توسط Fuchs (1972) با تفصیل بیشتری توضیح داده شده است.

اختصاص یافته به بخش بهداشت به شیوه‌ای معقولانه‌تر از طریق سطح متوسط مخارج جامعه برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی منعکس می‌شوند. جدول شماره ۴ مقادیر مختلف مخارج مصرفی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و رشد این مخارج را از سال ۱۹۶۰ به بعد ارائه می‌کند. این جدول نشان می‌دهد که چگونه مخارج بهداشتی ملی^۱ از ۲۷ میلیارد دلار در سال ۱۹۶۰ به ۱۰۸۸ میلیارد دلار در سال ۱۹۷۷ رسیده است. در طول آن دوره، جمعیت امریکا رشدی بالغ بر ۵۵ درصد داشته، یعنی از ۱۷۹ میلیون نفر به ۲۷۸ میلیون نفر رسیده است. بدین لحاظ مخارج بهداشتی ملی سرانه با مضربی از ۲۷، از ۱۴۳ دلار در سال ۱۹۶۰ به ۳،۹۱۲ دلار در سال ۱۹۹۷ افزایش یافته است.

جدول شماره ۴. مخارج بهداشتی ملی و اطلاعات دیگر سالهای ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۰
(میلیارد دلار)

سال	مخارج بهداشتی ملی	مخارج بهداشتی ملی سرانه	تولید ناخالص داخلی	مخارج بهداشتی ملی از تولید ناخالص داخلی	درصد مخارج بهداشتی ملی	شاخص قیمت مصرف‌کننده	مراقبت‌های بیمارستانی	خدمات پزشکی
۱۹۶۰	۲۷/۱	۱۴۳	۵۱۵	۵/۳	۲۹/۶	۹/۳	۲۱/۹	
۱۹۷۰	۷۳/۲	۳۴۶	۱،۰۳۵	۷/۱	۳۸/۸	۲۳/۶	۳۴/۵	
۱۹۸۰	۲۴۵/۸	۱،۰۶۷	۲،۷۹۵/۶	۸/۸	۸۲/۴	۱۰۱/۵	۴۷/۱	
۱۹۹۰	۶۹۵/۶	۲،۷۳۷	۵،۸۰۳/۶	۱۲	۱۳۰/۷	۲۵۳/۹	۱۵۷/۵	
۱۹۹۶	۱،۰۳۸/۰	۳،۸۴۲	۷،۸۱۳/۲	۱۳/۳	۱۵۶/۹	۳۵۵/۹	۲۲۹/۳	
۱۹۹۷	۱،۰۹۳/۹	۴،۰۱۱	۸،۳۱۸/۴	۱۳/۲	۱۶۰/۵	۳۶۷/۷	۲۴۰/۹	
۱۹۹۸	۱،۱۴۶/۱	۴،۱۶۴	۸،۷۹۰/۲	۱۳	۱۶۳	۳۷۷/۱	۲۵۴/۳	
۱۹۹۹	۱،۳۱۰/۷	۴،۳۵۸	۹،۲۹۹/۲	۱۳	۱۶۶/۶	۳۹۰/۹	۲۶۹/۴	
۲۰۰۰	۱،۲۹۹/۵	۴،۶۳۷	۹،۸۷۲/۹	۱۳/۲	۱۷۲/۲	۴۱۲/۱	۲۸۶/۴	

مأخذ: اداره خدمات بهداشتی-درمانی و انسانی ایالات متحد آمریکا، ۲۰۰۲. جداول ۱۱۵ و ۱۱۸، لویت و همکاران

با وجود این، آنچه از همه مهمتر است، افزایش واقعی قیمت‌هاست. قیمت‌ها به ترتیبی که توسط شاخص جامع و فراگیر قیمت مصرف‌کننده^۲ اندازه‌گیری شد، در طول همین دوره ۴۴۲

1. National Health Expenditures (NHE)

2. Consumer Price Index (CPI)

درصد افزایش داشت. بعد از تعدیل تورم به وسیله شاخص مزبور، دریافتیم که سرانه هزینه‌های واقعی در سال ۲۰۰۰ تقریباً ۵/۵ برابر سطح قیمت‌های ۱۹۶۰ بود که هنوز به طور محسوسی در حال افزایش است.^۱

تورم

اگرچه ما ارزش مخارج را با استفاده از شاخص قیمت مصرف‌کننده تعدیل کرده‌ایم، بهای خدمات مراقبت‌های درمانی به صورت تاریخی، رشد سریعتری نسبت به قیمت‌ها به طور کلی داشته است. جدول شماره ۴ همچنین الگوی تورم در بخش خدمات بهداشتی- درمانی را از سال ۱۹۶۰ به بعد نشان می‌دهد. توجه داشته باشیم که قیمت خدمات بیمارستانی و پزشکی رشدی سریعتر از سی- پی- آی داشته است؛ پدیده‌ای که نوعاً در مورد دیگر خدمات و کالاهای بهداشتی و درمانی نیز صادق است.

هزینه‌های فزاینده مشکلی مشترک در برنامه‌های حفظ سلامت است؛ این مشکلات، طی دو دهه گذشته، موجب تسریع کوششها و اقداماتی متعدد در جهت محدود کردن دامنه هزینه‌ها توسط دولت (امریکا) شده است. درک و ارزیابی اثرات این قبیل اقدامات تنظیم‌کننده از جمله وظایف مهم یک کارشناس اقتصاد بهداشت است.

دسترسی

از نظر بسیاری از افراد، افزایش در هزینه‌ها قابلیت دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی را به صورتی قابل توجه کاهش می‌دهد. قابلیت تحمل هزینه‌ها بر میزان تقاضا برای بیشتر کالاها و خدمات تأثیر می‌گذارد، و دلایل زیادی برای عدم برخورداری برخی افراد از بیمه خدمات بهداشتی- درمانی وجود دارد. آنچه روشن است این است که شمار افراد بیمه‌نشده در امریکا رو به افزایش است (در حال حاضر ۴۴ میلیون نفر فاقد بیمه‌اند)، بسیاری نیز از پوشش بیمه‌ای رسا

۱. این افزایش پنج‌برابری با تقسیم ۴۶۸۱ دلار (سرانه مخارج بهداشتی ملی در سال ۲۰۰۰) بر ۱۷۱/۹ (شاخص قیمت مصرف‌کننده ۲۰۰۰) و تقسیم نتیجه به دست آمده بر نسبت مربوط به سال ۱۹۶۰، حاصل شده است. آخرین آمار و ارقام مربوط به مخارج بهداشتی ملی امریکا در سایت اینترنتی مدیریت امور مالی (<http://www.hcfa.gov>) مراقبت‌های بهداشتی - درمانی امریکا در دسترس است.

برخوردارند. مشکلات هزینه، تورم و افراد بیمه‌نشده، منجر به ارائه پیشنهادهای متعددی برای ایجاد نوعی بیمه بهداشتی ملی شده است.

کیفیت

افزایش در کیفیت خدمات موجب افزایش در مخارج می‌شود. در بیشتر موارد، تأکید بر تضمین کیفیت از طریق صدور اجازه کار و گواهی صلاحیت، و اختصاصاً برای بیمارستان‌ها از طریق برنامه‌های تضمین کیفیت تأکید می‌شود. در عین حال، نگرانی برای دسترسی به مراقبت‌های با کیفیت بالا برای کسانی که بیمه ندارند یا از حداقل پوشش بیمه‌ای برخوردارند، افزایش می‌یابد. جالب توجه اینکه برخی افراد نیز نگران این نکته‌اند که کیفیت مراقبت‌ها در امریکا، بویژه در زمینه برخی اشکال درمان با تکنولوژی پیشرفته، برای این قبیل درمان‌ها هزینه‌های منابع از منافع آن برای بیماران فراتر رود. تأثیر متقابل بین بیمه، تکنولوژی و مصرف، توجه رو به افزایش اقتصاددانان را موجب شده است.

جنبه اقتصادی دیگر مباحث بهداشتی - درمانی

تولید، هزینه‌ها و بیمه، موضوعاتی هستند که به اقتضای طبیعت خود با علم اقتصاد ارتباطی نزدیک دارند، اما بسیاری از دیگر مباحث بهداشتی وجود دارند که عناصری اقتصادی در خود دارند. اگرچه ممکن است به نظر برسد صرفاً در زمینه‌های پزشکی باشند. برای نشان دادن این نکته نمونه‌های چندی می‌توان ذکر کرد:

انتخاب یک روش درمانی از نظر بسیاری از مردم صرفاً موضوعی پزشکی به شمار می‌آید، اما پزشکان و دیگر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی به صورتی فزاینده این نکته را درمی‌یابند که روش‌های درمانی جایگزین، می‌توانند براساس جنبه‌های اقتصادی ارزیابی و مقایسه شوند. بررسی هزینه‌های تکنیک‌های درمانی جایگزین ضروری است. پزشکان نیز به‌طور روز افزون حساسیت زیادی نسبت به جنبه اقتصادی روابط پزشک - بیمار نشان می‌دهند. ترجیحات و سلیقه بیماران به عنوان یک ابزار معتبر در تعیین مناسب بودن یک روش درمانی بخصوص، مورد توجه قرار می‌گیرد.

ما همچنین، باید دلایل اقتصادی مبناي انتخاب افراد در مورد سلامت خود را دریابیم. مردم در برخی اوقات بخوبی از خود مواظبت می‌کنند و برخی اوقات کمتر توجه می‌کنند. وضعیت تندرستی مطلوب افراد می‌تواند به عنوان یک انتخاب اقتصادی مناسب پنداشته شود. حتی اعتیاد به مواد مخدر، زمانی که به عنوان یک انتخاب اقتصادی احتمالاً عقلانی تجزیه و تحلیل شود، بهتر می‌تواند درک شود.

دیگر موضوعات بهداشتی، به روشنی، یک جنبه اقتصادی دارند: دولت در بخش بهداشت و درمان باید چه نقشی داشته باشد؟ یک کشور در حال توسعه چه سرمایه‌گذاری‌هایی باید در بخش بهداشت و درمان انجام دهد؟ آیا تبلیغات مربوط به سیگار باید ممنوع شود؟ ماهیت پرسشهایی از این دست منحصرأ اقتصادی نیست بلکه دارای یک وجه اقتصادی هستند.

روشهای اقتصادی و نمونه‌هایی از تجزیه و تحلیل

تا اینجا تعریفی رسمی از علم اقتصاد بهداشت تحت عنوان "بررسی تخصیص منابع به اقتصاد بهداشت و توزیع منابع اختصاص داده‌شده میان واحدهای درون‌بخشی" به دست داده‌ایم. با وجود این، از نظرگاه دیگر، علم اقتصاد آن چیزی است که اقتصاددانان در عمل انجام می‌دهند و شیوه‌ای است که به وسیله آن علم اقتصاد را در مورد موضوع بهداشت و درمان به کار می‌برند. آنچه اقتصاددانان در جریان عمل انجام می‌دهند، کاربرد برخی رویکردهای مشخص ویژه در تجزیه و تحلیل جهان است.

وجوه مشخص تجزیه و تحلیل اقتصادی

بسیاری از صفات ممیز علم اقتصاد می‌تواند به صورتی کامل و دقیق شناخته شود، اما ما فقط به چهار مورد از آنها تأکید می‌کنیم.

- مفروض بودن روش منطقی
- کاربرد تجزیه و انتزاع
- کاربرد تحلیل نهایی
- استفاده از مدل‌ها به صورت مجاز یا استعاره

تصمیم‌گیری عقلایی

کارشناسان اقتصاد با این فرض – که تصمیم‌گیرنده موجودیتی عقلایی است – با مشکل رفتار اقتصادی انسان روبه‌رو می‌شوند. عقلایی بودن به صورتی مؤثر به «برگزیدن شقوقی که، با توجه به محدودیت‌های منابع، برای انسان بیشترین میزان صرفه را فراهم می‌کند» تعبیر می‌شود. برخی رفتارها ممکن است غیرمنطقی به نظر آیند. با وجود این، آن‌گاه که درباره منطقی بودن بحث و مجادله درمی‌گیرد، اقتصاددانان اغلب کوشش می‌کنند این نکته را – شاید با خوشحالی – خاطر نشان کنند که آنچه به نام رفتار غیرمنطقی مشهود است در اکثر اوقات – در مواردی که انگیزه‌های رو در روی تصمیم‌گیرنده کاملاً درک شده باشند – منطقی است.

کاربری تجزیه و انتزاع

در بیشتر تجزیه و تحلیل‌های معاصر، دنیا به صورتی مجرد و انتزاعی تصویر می‌شود. اینکه مدل‌ها بیش از حد مجرد و دور از واقعیت‌اند یا نه، موضوع مباحثه‌ای مشروع است، اما به طور مثال، برای یک دیدارکننده بار اول از بورس مبادله سهام نیویورک، درک اقتصاد بازارهای مالی از طریق مشاهده مستقیم سراسیمگی گیج‌کننده فعالیت در جریان روی صحنه مبادله سهام، دشوار است.

به همین منوال، یک نقشه (جغرافیایی) به عنوان یک مدل تجریدی (انتزاعی) عمل می‌کند. به طور مثال، در صورتی که مایل باشید محل کتابخانه کنگره آمریکا در شهر واشنگتن را پیدا کنید، یک عکس هوایی کاملاً منطبق بر واقعیت در این مورد کارساز نیست، زیرا روی این نقشه شماره خیابان و اشکال ظاهری ساختمانها منعکس شده است. در این حالت شما نقشه مجردی را که نامها به وضوح در آن ذکر شده و کتابخانه کنگره در آن نشان داده شده باشد – شاید با رنگی دیگر – ترجیح می‌دهید. تجرید در اقتصاد به هنر حذف جزئیات غیراساسی به منظور مفیدتر کردن باقیمانده مدل در راستای هدف مورد نظر اطلاق می‌شود. تجرید همواره لازم است، اما حذف وجوه اساسی (از قبیل کاخ سفید در روی نقشه واشنگتن) از کتاب اشتباه است.

کاربرد تحلیل نهایی

از مشخصات روند اصلی تجزیه و تحلیل‌های اقتصادی به صرفه بودن تفاوت قسمت خرید در آخرین نقاط تولید یا مصرف و فروش است.

تصمیم‌گیرندگان، به منظور انتخاب حالت مناسب، باید هزینه و همین‌طور مزایای واحد بعدی یا حاشیه‌ای (آخرین نقطه تولید یا مصرف کالا یا خدمت) را بشناسند. به‌طور مثال، شخص می‌تواند درباره تعداد کل مطلوب پوندهای گوشت که مایل به خرید آن است - با در نظر گرفتن موضوع تأثیر و تأثر متقابل بین شق خرید پوند بعدی و ارزش هزینه کردن - برای آن به تفکر بپردازد. بر همین روال، تحلیل نهایی اغلب متضمن تجربه ذهنی تهاثر هزینه و مزایا در حد حاشیه سود بیشتر است. معاملات تهاثری از این دست، هم در علم اقتصاد و هم در دنیای واقعی وجود دارد.

میلتون فریدمن^۱ برنده جایزه نوبل زمانی اظهار عقیده کرد که شخص می‌تواند علم اقتصاد را در جمله زیر خلاصه کند: «چیزی به نام ناهار رایگان وجود ندارد».

کاربرد مدل‌ها

در نهایت، علم اقتصاد با توجه به خصوصیات ذاتی خود، مدل‌هایی برای تصویر کردن موضوع ایجاد می‌کند. مدل‌ها ممکن است به وسیله کلمات، نمودارها یا ریاضیات توصیف شوند. در این متن، از نمودارها و کلمات استفاده شده است. این مدل‌ها ممکن است مجاز و استعاره‌ای از واقعیت باشند. می‌گوییم «این بازار مراقبت‌های پزشکی است»، اما در واقع منظور واقعی ما این است: «این شبیه بازار مراقبت‌های پزشکی است». هر نوع مجاز یا استعاره می‌تواند به افراط گراید و لازم است یا درک و احساس شهودی شخص درباره واقعیت و در نهایت با حقایق مقایسه و آزمایش شود. با وجود این، استعاره‌ها می‌توانند محتمل باشند و ما می‌توانیم از آنها بیاموزیم.

در تجزیه و تحلیل اقتصادی، مدل‌ها اکثراً مجردند. مدل‌های مجرد به ایجاد احساس جهانی بودن - در اقتصاد و همچنین در زندگی روزمره - کمک می‌کند. بچه کوچکی که می‌پرسد منظومه شمسی به چه چیز شبیه است بدون تردید طرح‌آشنای خورشید و سیارات در مدارهای خود - یک مدل مجرد - به او نشان داده خواهد شد. این تصور به سرعت جذب ذهن می‌شود، با وجود این، کسی تصور نمی‌کند که آسمان به این نقاشی شباهت داشته باشد.

1. Milton Friedman

نمونه‌هایی از تجزیه و تحلیل اقتصاد بهداشت - درمان

به منظور پی بردن به نقش اقتصاددانان نمونه‌هایی از تجزیه و تحلیل اقتصادی ارائه می‌شود. از یک سو پزشکان، کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها از نیروی کار و ماشین‌ها، درست مثل دیگر بخشهای اقتصادی، استفاده می‌کنند. آنها قیمت‌هایی برای خدماتشان تعیین می‌کنند و انتظار دارند که حداقل آن قدر درآمد داشته باشند که مجبور نشوند به کارهای دیگر روی آورند. در این معنای به‌خصوص آن تئوری‌های اقتصادی که به ما می‌گویند: «بناگاهها چه کاری انجام دهند و چگونه منابع خود را برای به حداکثر رساندن سود ترکیب کنند» ممکن است در مورد چگونگی کارکرد مؤثر بخش مراقبتهای بهداشتی بر بینش و آگاهیهای ما بیفزایند.

از سوی دیگر، وضعیت بخش بهداشت و درمان پیچیده است (نسبت به دیگر بخشها). مصرف‌کننده اغلب باید به ارائه‌کنندگان مراقبتها وابسته باشد تا آنها به او بگویند که آیا مریض است یا نه و اگر مریض بود چه کاری باید انجام دهد. ارائه‌کنندگان اغلب درمان ما را بدون توجه به هزینه‌ها تجویز می‌کنند. پزشکان ممکن است نه فقط کارآفرین باشند، بلکه ممکن است آزمایشگاه اختصاصی خود را اداره کنند، بیمارستان‌ها را کنترل کنند، یا بر شرکتهای بیمه تأثیر گذارند (که خود این شرکتها نیز بخش مراقبتهای بهداشتی - درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند).

برخی از اولین مطالعات در زمینه اقتصاد بهداشت نمونه‌های متعددی از این مباحث را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است. میلتون فریدمن و سیمون کوزنتز^۱ (دارندگان جایزه نوبل)، کمبود پزشکان را در دهه ۱۹۳۰ بررسی کردند. آنها دریافتند اگرچه درآمد سالانه پزشکان در حدود ۳۲ درصد بیشتر از دندانپزشکان است، هزینه‌های آموزشی آنها ۱۷ درصد بیشتر از دندانپزشکان است.

با وجود این، هنوز تفاوت باقیمانده زیاد بود و از این رو فریدمن و کوزنتز (۱۹۴۵) بخش زیادی از این بازده (درآمد برگشتی) را در سرمایه‌گذاری‌هایی که پزشکان از آنها به عنوان موانعی برای ورود افراد بیشتر به حرفه پزشکی استفاده می‌کردند، نسبت دادند. موانع ورودی متمایل به کاهش عرضه پزشکان بودند، از این رو، افزایش درآمد پزشکان و همچنین میزان بازده

1. Simon Kuznets

سرمایه‌گذاری در آموزش آنها افزایش می‌یافت. این حالت این‌گونه نیز معنی داد که ارزش اجتماعی پرورش بیشتر از یک پزشک، از هزینه تربیت آن فراتر می‌رود.

روبن کسل^۱ کار معمول پزشکان در چند سال گذشته را که دستمزدهای مختلفی برای بیماران گوناگون طلب می‌کردند، بررسی کرد. این کار، اغلب به عنوان یک اقدام نیکوکارانه تفسیر می‌شد، زیرا چنین پنداشته می‌شد که پزشکان مبالغ کمتری از بیماران فقیرتر مطالبه می‌کردند. با وجود این، کسل (۱۹۵۸) نشان داد که، به هر حال مطالبه دستمزدهای مختلف به عنوان شکلی از تبعیض^۲ تلقی می‌شود که در آن به پزشکان اجازه داده می‌شود به وسیله مطالبه دستمزد زیادتر از بیمارانی که توانایی پرداخت بیشتری دارند، درامدشان را افزایش دهند.

کسل تحلیلی تاریخی در تأیید این موضوع ارائه کرد. او استدلال کرد که پزشکان از امتیازات سیستم بیمارستان به عنوان وسیله‌ای برای دوام تبعیض استفاده می‌کنند. پزشکان برای این کار معمولاً به عضویت بیمارستان‌ها درمی‌آیند. به‌طور تاریخی، به کسانی (پزشکانی) که سیستم رقابتی (به صورت رقابت با بیمارستان) را پذیرفتند، اغلب انگ «غیراخلاقی» عمل کردن زده شد و از عضویت در مجامع پزشکی ایالتی، دسترسی به گواهینامه‌های تخصصی یا امتیازات بیمارستانی محروم شدند.

این نمونه‌ها، دو خصوصیت از اقتصاد بهداشت را مشخص می‌کند: ۱) اولین خصوصیت «میان رشته‌ای بودن»^۳ یا وابستگی مباحث بخش بهداشت و درمان به دیگر رشته‌های علمی است. اقتصاددانان باید بدانند چگونه مراقبتهای بهداشتی - درمانی ارائه می‌شوند. این اطلاعات از ارائه‌کنندگان مراقبتها و همچنین از نمایندگان دیگر رشته‌های علمی مثل بهداشت عمومی، جامعه‌شناسی و روانشناسی به دست می‌آید. ۲) خصوصیت دیگر به نهادهای درون سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی مانند بیمارستان‌ها، بیمه‌گذاران و تنظیم‌کنندگان (مؤسسه‌های ناظر) مربوط می‌شود. نمونه‌هایی از این ویژگیها شامل موارد زیر است:

- روابط پزشکان با بیمارستان‌ها
- سازمان و عملکرد صنعت بیمه بهداشتی - درمانی
- مجوز و گواهینامه ارائه‌کنندگان مراقبتها

1. Reuben Kessel

2. Discrimination

3. Interdisciplinary

این قبیل دغدغه‌های سازمانی، لزوماً اقتصاد بهداشت را از دیگر اشکال تجزیه و تحلیل اقتصادی متمایز نمی‌کند، بلکه شکل تاریخی و حال حاضر خاص مؤسسه‌ها مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، اقتصاد بهداشت را از دیگر زمینه‌ها جدا می‌کند. ما باید به منظور ارائه مدل‌های مناسب به شرح خصوصیات سازمانی بخش بهداشت توجه کنیم.

آیا علم اقتصاد برای بخش بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی به کار می‌رود؟

شکایت مکرر بسیاری از افرادی که در معرض کاربرد اقتصاد در بخش بهداشت قرار می‌گیرند، این است که علم اقتصاد و بهداشت هیچ ارتباطی با هم ندارند. این بحث اغلب آن قدر در زمینه‌های جدی به وجود آمده است که نیاز به توجه دارد. شکایتهای، مدلی از مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را پیشنهاد می‌کنند که در آن بهداشت در بدو امر به عنوان یک بحث فنی از علم پزشکی است، که بهتر است آن را به خبرگان آن واگذار کرد. مثلاً شخصی مریض می‌شود، به یک دکتر مراجعه می‌کند و دکتر درمان مناسبی برای او ارائه می‌کند.

در عمومی‌ترین سطح، غالباً این ادعا که علم اقتصاد برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کاربردی ندارد، غیرقابل دفاع است. اگر همان‌طور که گفتیم، علم اقتصاد بررسی می‌کند که چگونه منابع کمیاب برای تولید کالاها و خدمات مورد استفاده قرار گیرند و سپس نظارت می‌کند که چگونه این کالاها و خدمات توزیع شوند، پس به صراحت می‌توان گفت که اقتصاد در بخش مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کاربرد دارد.

منابع مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کمیاب‌اند، در حقیقت آن چیزی که مردم را نگران می‌کند، هزینه این مراقبت‌هاست. پس هیچ ابهامی وجود ندارد که مراقبت‌های بهداشتی - درمانی تولید و توزیع می‌شوند.

با وجود این، یک سؤال پیش می‌آید که آیا از رویکردهای خاص علم اقتصاد برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی استفاده می‌شود؟ آیا مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به صورت آگاهانه عمل می‌کنند؟ آیا آنها در نهایت بهینه عمل می‌کنند؟ تصور کنید یکی از دوستان شما دچار ایست قلبی شده است. در این حالت آیا زمان یا قدرت استدلال، اجازه محاسبه را می‌دهد؟ آیا کسی تحت چنین شرایطی از قیمت خدمات اورژانسی سؤال می‌کند؟ به هر حال بیشتر مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را نمی‌توان به سادگی فوریتی دانست.

حجم قابل توجهی از مراقبتهای بهداشتی - درمانی انتخابی هستند، بدین معنی که بیمار در مورد ضرورت و همچنین زمان اقدامات تشخیصی یا معالجه‌ای حق انتخاب دارد یا لاقلاً چنین تصور می‌کند. بیشتر مراقبتهای بهداشتی - درمانی معمول (شایع) شامل مشکلاتی مانند عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی، کمر درد، معاینات و آزمایشهای تشخیصی می‌شوند. بیمار اغلب نسبت به این زمینه‌ها، تجربه قبلی دارد، به علاوه حتی در شرایط واقعاً ضروری، مصرف‌کننده یک نماینده (پزشک) دارد تا به نمایندگی از او تصمیم بگیرد یا به او در تصمیم‌گیری کمک کند. بنابراین، انتخابهایی آگاهانه می‌تواند صورت گیرد. هدف اصلی این مقاله این است که نشان دهد علم اقتصاد می‌تواند به ما کمک کند تا بفهمیم چگونه تصمیم‌گیرندگان در اقتصاد بهداشت، روشهای گوناگون را انتخاب می‌کنند. در حقیقت این از ویژگیهای خاص بازارهای مراقبت بهداشتی و تولیدات آن است که باعث می‌شود اقتصاد بهداشت از دو جنبه «چالش برانگیز بودن» و «سودمندی» مورد مطالعه قرار گیرد.

آیا قیمت اهمیت دارد؟

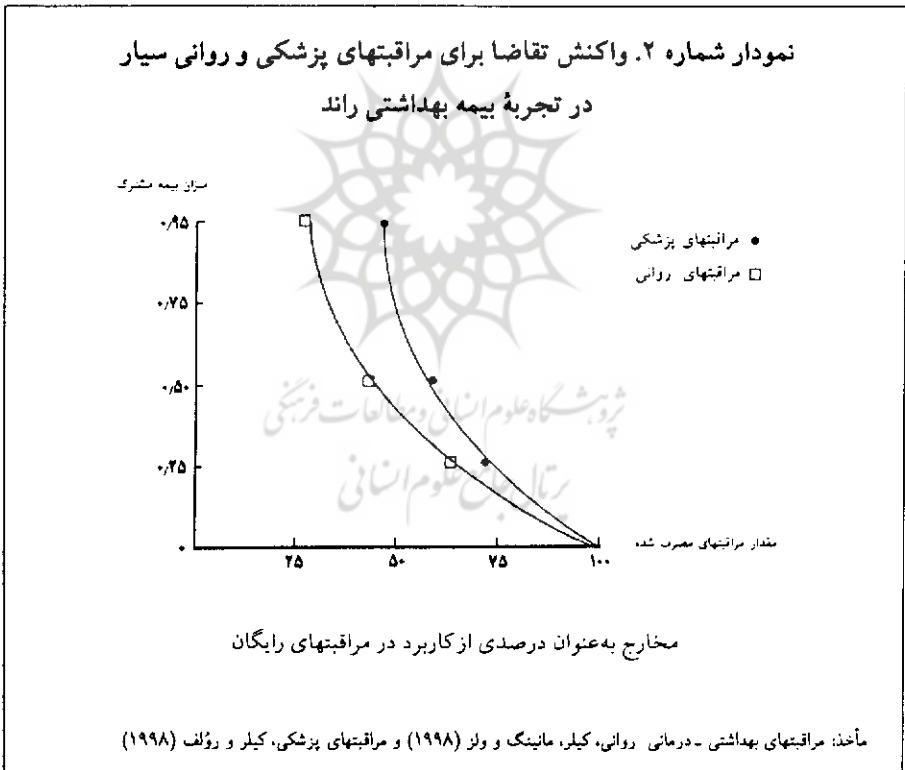
این سؤال در بررسی هیچ یک از کالاهای دیگر حتی مطرح نمی‌شود. هرچند، خیلی‌ها استدلال کرده‌اند که تفاوت مراقبتهای بهداشتی - درمانی با دیگر کالاها در حدی است که مصرف‌کنندگان در آن به محرکهای پولی پاسخ نمی‌دهند. این دیدگاهها به وسیله بحثهایی مانند اینکه «تقاضا بر پایه نیاز است» یا اینکه «بیماران حق تصمیم‌گیری را کاملاً به ارائه‌کنندگان واگذار کرده‌اند» توجیه می‌شوند؛ ارائه‌کنندگانی که بیشتر به منافع خود می‌اندیشند تا تعیین مبلغی که بیمار باید بپردازد. اطلاعات به دست آمده از تجربیات بیمه بهداشتی «راند»^۱ پاسخی صریح برای این سؤال ارائه می‌کند: بله، محرکهای اقتصادی تا حد قابل ملاحظه‌ای اهمیت دارند.

نمودار شماره ۲ نتایج مطالعات راند را شرح می‌دهد. حجم مراقبتهای مورد استفاده روی محور افقی اندازه‌گیری می‌شود. این مقادارها از ۵ تا ۱۰۰ درصد درجه‌بندی شده‌اند. در حالی که عدد ۱۰۰ درصد سطح میانگین مراقبتهای استفاده‌شده به وسیله گروهی را نشان می‌دهد که به طور متوسط بیشترین مصرف را دارد. جای تعجب نیست که این گروه، گروهی با مراقبت

1. Ränd

«رایگان» است. محور عمودی، مشوق‌های اقتصادی را که به وسیله بیمه مشترک (اتکایی)^۱ نشان داده شده، اندازه‌گیری می‌کند (بیمه مشترک درصدی از صورت‌حساب است که به طور مستقیم توسط مصرف‌کننده پرداخت می‌شود). بنابراین میزان زیادتر بیمه منعکس‌کننده قیمتی بالاتر برای مصرف‌کننده است.

منحنی نشان داده شده در نمودار شماره ۲ شبیه به نمودار تقاضاست که نشان می‌دهد افراد، وقتی که مراقبتها کم هزینه‌تر می‌شوند به طور مستقیم از مراقبت‌های بیشتری استفاده می‌کنند. از همه مهمتر، این نمودار ثابت می‌کند که محرک‌های اقتصادی در میزان مصرف مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اهمیت دارند.



1. Coinsurance

آیا مراقبتهای بهداشتی - درمانی متفاوت از دیگر کالاها و خدمات اند؟

اگرچه به طور یقین علم اقتصاد در بخش بهداشت و درمان به کار می‌رود، پاسخ به این سؤال که «چگونه از علم اقتصاد به طور مستقیم و به سادگی در بخش بهداشت و درمان استفاده می‌شود؟» بسیار چالش برانگیز است. آیا تئوری‌های اقتصادی موجود، تا آن حد به آسانی در بخش بهداشت قابل کاربرد هستند که رشته خاص اقتصاد بهداشت دیگر ضرورت نداشته باشد؟ برعکس، آیا ویژگی مراقبتهای بهداشتی تا آن حد است که آن را به صورت بخشی منحصر به فرد جلوه می‌دهد؟ یا حقیقت جایی در بین این دو قرار دارد؟^۱

یک پاسخ رضایت بخش و معقول به این پرسشها نشان دهنده آن است که مراقبتهای بهداشتی و درمانی ویژگیهای متمایز خود را دارند، ولی از لحاظ هیچ یک از این خصوصیات منحصر به فرد نیستند. آنچه منحصر به فرد است شاید ترکیب این ویژگیها و حتی تعداد محض^۲ آنهاست. هر جا بهداشت در غالب اصطلاحات اقتصادی نمایانگر شود، می‌توان با استفاده از برخی تئوری‌های اقتصادی و بررسی تجربی این موضوع را اثبات کرد.

وجود و حدود عدم اطمینان^۳

وقتی کیت ارو^۴، دارنده جایزه نوبل، در سال ۱۹۶۳ توجه خود را بر اقتصاد بهداشت متمرکز کرد، در پایه‌گذاری اقتصاد و بهداشت به صورت یک رشته مجزا کمک کرد. مقاله او شیوع عدم اطمینان در مراقبتهای بهداشتی - درمانی، هم در زمینه تقاضا و هم در زمینه عرضه را مورد بررسی قرار داد. مصرف‌کنندگان از وضعیت تندرستی خود و نیاز به مراقبتهای بهداشتی - درمانی در هر دوره‌ای در آینده نامطمئن هستند. این بدان معناست که تقاضا برای مراقبتهای بهداشتی - درمانی از دیدگاه شخصی، دارای طبیعتی نامنظم است و همین‌طور تقاضایی که یک مؤسسه ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی با آن روبه‌روست نیز نامنظم است.

۱. برای بسط بیشتر مباحث بعدی و برای دستیابی به نظرهای متنوع، نک به: Arrow (1963), Pauly (1978) و Fuchs (1972) مقالات.

2. Sheer number

3. Uncertainty

4. Kenneth Arrow

عدم اطمینان در زمینه عرضه نیز وجود دارد. تحلیل اقتصادی استاندارد^۱ اغلب چنین فرض می‌کند که محصولات، خدمات و لذتی که به دنبال دارند، به خوبی توسط خریداران درک می‌شود. خرید استیک^۲، شیر، لباس نو یا بلیط برای مسابقه بیسبال، حالت خوشی ایجاد می‌کند که به آسانی قابل درک است. برعکس، برخی محصولات تولیدشده در بخش بهداشت، نتیجه کاملاً مطمئنی ندارند. مصرف‌کنندگان اغلب نتایج مورد انتظار درمانهای مختلف را بدون توصیه‌های پزشکان نمی‌شناسند و در بیشتر موارد خود پزشکان نیز نمی‌توانند نتایج حاصل از درمانها را به طور مطمئن پیش‌بینی کنند.

ارو استدلال کرد که عدم اطمینان در طرفین عرضه و تقاضا چنان بود که بازارهای بیمه اغلب به خاطر نگرانی از ریسک‌های مختلف ایجاد نمی‌شد. این عوامل ضرورت ایفای نقش توسط دولت را مطرح کردند. اگرچه دیگران به نتیجه انتقاد کردند، نکته‌ای که به قوت خود باقی است، این است که عدم اطمینان یکی از ویژگیهای برجسته بخش بهداشت و ابزارهای تحلیل اقتصادی «عدم اطمینان» و «ریسک» برای تجزیه و تحلیل کامل مباحث اقتصادی مورد نیاز خواهد بود.

اهمیت بیمه

حقیقت عدم اطمینان و ریسک در بهداشت، متضمن نقشی برای بیمه است. مصرف‌کنندگان، بیمه را می‌خرند تا آنها را در برابر عدم اطمینان حمایت کند. به دلیل وجود بیمه بهداشتی و درمانی، بیشتر امریکایی‌ها و شهروندان دیگر کشورها، مستقیماً هزینه کامل مراقبتهای بهداشتی - درمانی خود را نمی‌پردازند. بلکه هزینه‌ها به صورت غیرمستقیم توسط بیمه اتکایی (مشترک) و از طریق حق بیمه‌ها که اغلب (اگرچه نه همیشه) به سبب مشارکت در نیروی کار خریده می‌شوند، پرداخت می‌شود.^۳

جدول شماره ۵ اطلاعاتی در مورد منابع پرداخت برای خدمات بهداشتی درمانی شخصی برای سالهای انتخابی از ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۰ ارائه می‌کند. در دهه ۱۹۶۰ تقریباً ۵۵ درصد از همه

1. Standard economic analysis

2. Steak

۳. تحلیلگران بیشتر نگران پوشش بیمه‌ای افرادی هستند که جزو نیروی کار نیستند یا آنهایی که از طریق شغلشان تحت پوشش قرار نمی‌گیرند.

هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی (شخصی) از جیب افراد (به صورت مستقیم)^۱ پرداخت می‌شد، یعنی اینکه ۴۵ درصد، به وسیله پرداخت‌کننده شخص ثالث^۲ (دولت یا بخش خصوصی) پرداخت شده است. در سال ۱۹۹۷، بیش از ۸۰ درصد توسط شخص ثالث پرداخت شده است. این افزایش، هم در نتیجه رشد برنامه‌های بیمه خصوصی و هم برنامه‌های بیمه عمومی بوده است. به طور یقین، این‌گونه جدایی از پرداخت مستقیم، باید بخشی از اثرات قیمت را که در تحلیل اقتصادی استاندارد انتظار می‌رود کاهش دهد. بیمه تقاضا برای مراقبت‌ها را تغییر می‌دهد و همچنین به صورت بالقوه موجب تغییر مشوق‌های ارائه‌کنندگان خدمات می‌شود.

جدول شماره ۵. هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی - درمانی شخصی (برحسب میلیارد دلار)
به تفکیک منابع پرداخت در سالهای انتخابی ۱۹۶۰-۲۰۰۰

سال	پرداخت مستقیم (از جیب)	بیمه‌های درمان خصوصی	دیگر پرداخت‌های خصوصی	دولت ایالتی یا محلی	دولت فدرال	کل پرداخت‌های شخص ثالث	کل پرداختها	درصد پرداخت‌های شخص ثالث
۱۹۶۰	۱۳/۱	۵	۰/۴	۳	۲/۱	۱۰/۵	۲۳/۶	۴۴/۷
۱۹۷۰	۲۴/۹	۱۴/۸	۱/۷	۷/۸	۱۴/۷	۳۸/۹	۶۳/۸	۶۱
۱۹۸۰	۶۰/۳	۶۲/۱	۷/۸	۲۳/۷	۶۳/۴	۱۵۶/۷	۲۱۷	۷۲/۲
۱۹۹۰	۱۴۴/۵	۲۰۶/۵	۲۱/۵	۶۴/۵	۱۷۷/۶	۴۷۰/۲	۶۱۴/۷	۷۶/۵
۱۹۹۷	۱۸۸	۳۱۳	۳۵/۹	۹۵	۳۳۷/۲	۷۸۱	۹۶۹	۸۰/۶
۱۹۹۸	۱۷۴/۳	۳۴۲/۷	۵۴/۷	۱۰۳/۸	۳۳۴/۲	۸۳۵/۴	۱,۰۰۹/۹	۸۲/۷
۱۹۹۹	۱۸۴/۴	۳۶۳/۹	۵۶/۳	۱۱۱/۳	۳۴۶/۸	۸۷۸/۲	۱,۰۶۲/۶	۸۲/۶
۲۰۰۰	۱۹۴/۵	۳۹۰/۷	۵۶/۱	۱۱۸/۶	۳۷۰/۴	۹۳۵/۹	۱,۱۳۰/۴	۸۲/۷

مأخذ: اداره خدمات بهداشتی - درمانی و انسانی ایالات متحد آمریکا، ۲۰۰۲، جدول ۱۲۰

1. Out-of-pocket

2. Third-party payer

امکان تغییر مشوق‌های ارائه‌کنندگان خدمات، زمانی که سهم بیمه صورت‌حساب‌ها افزایش می‌یابد، بیشتر اهمیت پیدا می‌کند. بنابراین، اینکه چطور بیمه‌گرها سهم مؤسسه‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را پرداخت می‌کنند، به صورت یک حقیقت مهم حیات اقتصادی (کشور) درمی‌آید. اینکه آیا شیوه‌ها یا خدمات حرفه‌ای، برای تحت پوشش قرار دادن - به وسیله شرکت‌های بیمه‌گر مورد پذیرش قرار می‌گیرند یا نه، ممکن است تعیین‌کننده این باشد که ارائه‌کنندگان آن روشها را به کار برند. به علاوه تغییر در روشهای پرداخت بیمه می‌تواند به طور اساسی رفتار ارائه‌کننده و علایق او را تغییر دهد. شاهد این مدعا، تصمیم مدیر برای تغییر سیستم پرداخت به بیمارستان‌های تحت پوشش خود در دهه ۱۹۸۰ به منظور کنترل هرچه مؤثرتر هزینه‌هاست.

مشکل کمبود اطلاعات

مشکل عدم اطمینان می‌تواند تا حدودی به فقدان اطلاعات نسبت داده شود. مشکلات اطلاعاتی واقعی و بالقوه در بازارهای مراقبت بهداشتی - درمانی مسائل اقتصادی زیادی به وجود می‌آورد. گاهی اطلاعات برای همه بخش‌های مربوط در اختیار نیست. برای مثال، نه برای ژنیکولوژیست‌ها (متخصصان زنان و زایمان) این امکان وجود دارد نه برای بیماران آنها، تا مراحل اولیه سرطان سرویکس (گردن رحم) را بدون انجام پاپ اسمیر تشخیص دهند. در دیگر اوقات، اطلاعات در این خصوص ممکن است برای بعضی بخشها (نه همه آنها) شناخته شده باشد، بنابراین می‌توان گفت که «عدم تقارن اطلاعات»^۱ است که مسئله‌ساز می‌شود.

مسائل و مشکلات مربوط به اطلاعات بدین معنی است که تحلیلگر اقتصادی باید با دقت شیوه‌های استاندارد تحلیل را اصلاح کند. تحلیل‌های استاندارد اغلب فرض می‌کنند که مصرف‌کننده، دانش و آگاهی لازم را در مورد کیفیت غذا و لباسی که می‌خرد داراست. به طور مثال، افراد، گوشت گاو را به جای گوشت ماهی می‌خرند یا منسوجات نخی را به پلاستیکی ترجیح می‌دهند. آنها تصمیم‌گیریشان را براساس ویژگیهای کالاها، قیمت آنها و مطلوبیتی که از خرید آنها به دست می‌آورند، پایه‌گذاری می‌کنند.

1. Asymmetry of Information

خرید کالاها و خدمات بهداشتی درمانی اساساً متفاوت از این مدل است. مصرف‌کنندگان نمی‌توانند بدانند کدام پزشکان یا بیمارستان‌ها خوب هستند. آنها ممکن نیست بدانند که آیا مریض هستند و اگر باشند چه باید انجام دهند. این فقدان اطلاعات، که بیشتر اوقات به عنوان یک اصل محسوب می‌شود، باعث وابستگی مصرف‌کننده به ارائه‌کننده خدمات (به عنوان نماینده) می‌شود. عرضه‌کننده خدمات، هم اطلاعات و هم خدمات به بیمار ارائه می‌کند که این منجر به تضاد منافع (بین ارائه‌کننده و بیمار) می‌شود. اقتصاد بهداشت باید تدارک خدمات بهداشتی - درمانی را در این زمینه راهنمایی کند.

نقش گسترده مؤسسه‌های غیرانتفاعی

فرض همیشگی تحلیل اقتصادی این است که بنگاهها سود خود را به حداکثر می‌رسانند. تئوری اقتصادی مدل‌هایی ارائه می‌کند که توضیح می‌دهند، چگونه مشاغل مختلف، منابع خودشان را به منظور حداکثر کردن سودشان اختصاص دهند. با وجود این، بیشتر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی، مانند بیمارستان‌ها، بیمه‌گذاران و آسایشگاه‌ها، حالت غیرانتفاعی دارند. پس چه انگیزه و مشوق‌هایی برای سازمانهای غیرانتفاعی وجود دارد، وقتی آنها نتوانند از منافع ناشی از کوشش خود بهره‌برداری کنند؟ اقتصاددانان باید (نحوه) تأسیس و استقرار سازمانهای غیرانتفاعی و ادامه فعالیت آنها را تجزیه و تحلیل کنند و تفاوت در رفتار آنها را در مقایسه با سازمانهای انتفاعی درک کنند.

محدودیت‌های رقابت^۱

اقتصاددانان و سیاستگذاران، عموماً، بازار رقابتی را مورد ستایش قرار می‌دهند، زیرا ورود بنگاهها یا ارائه‌کنندگان در صورت افزایش قیمت یا افزایش سود، موجب خواهد شد تا دیگر بنگاهها یا ارائه‌کنندگان، قیمتشان را پایین‌تر آورند. این ورود و در نتیجه، کاهش قیمت، رفاه مصرف‌کننده را افزایش می‌دهد.

1. restrictions on competition

با وجود این، بخش بهداشت برخی شیوه‌ها (اعمال) را که به طور مؤثری رقابت را محدود می‌کنند، توسعه داده است. این شیوه‌ها مانند الزام به داشتن گواهینامه برای ارائه‌کنندگان، محدودیت تبلیغات ارائه‌کننده و معیارهای رفتار اخلاقی، ارائه‌کنندگان را از رقابت با یکدیگر منع می‌کنند. ما باید نیروهایی را که موجب پدید آمدن این قبیل شیوه‌ها و اعمال می‌شوند، شرح دهیم و منافع بالقوه آنها را درک کنیم. ما باید اثرهای ضد رقابتی آنها را بشناسیم و میزان هزینه‌های بالایی را که ممکن است بر مردم تحمیل کنند محاسبه کنیم.

مقرراتی که برای ارتقای کیفیت یا برای مهار هزینه‌ها وضع می‌شوند، آزادی انتخاب ارائه‌کنندگان را کاهش می‌دهند. این عمل ممکن است اثری روی رقابت داشته باشد یا رقابت را محدود کند. غالباً منافع بالقوه‌ای در تنظیم مقررات بخش بهداشت و درمان وجود دارد. علل و همچنین اثرهای مقررات نیاز به توجه قابل ملاحظه‌ای دارد. صنایعی مانند صنعت دارو معتقدند حمایت آشکار از آنها برای ثبات مالی آنها ضروری است. اقتصاددانان باید توجه کنند که قوانین و مقررات چگونه وضع می‌شوند و همچنین باید در نظر بگیرند که چه کسانی از این مقررات سود می‌برند و چه کسانی ضرر می‌کنند.

دیگر انواع ملاحظات دولت، بویژه اقدامات ضد تراستی می‌تواند برای بهبود رقابت صورت گیرد. تئوری اقتصادی در مورد قدرت انحصاری پیشنهاد می‌کند که تولید ممکن است با افزایش برابر در قیمت‌ها محدود شود. کنترل عمل شرکت‌های بزرگ و انحصاری برای مهار انحصارگری ممکن است برای مصرف‌کننده سودمند باشد.

نقش برابری و نیاز

فقر بهداشت دیگر انسانها، اغلب موجب احساس نگرانی می‌شود که مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را از دیگر کالاها و خدمات متمایز می‌سازد. برخی طرفداران این عقیده، این احساس را با گفتن این جمله که «افرادی که نیاز دارند باید این مراقبت‌ها را صرف نظر از توان (مالی) شان به دست آورند» بیان می‌کنند. در عمل، «نیاز» را نمی‌توان به راحتی تعریف کرد و توزیع و تخصیص

مراقبت‌ها تحت تعاریف خاص از «نیاز» ممکن است به جای فایده بیشتر، سبب زیان اقتصادی بیشتری شود. با وجود این، این کلمه (نیاز) نشان‌دهنده مجموعه‌ای از نگرانی‌های مشروع است که نیازمند تحلیل بیشتر است.

یارانه‌های دولت و تدارک عمومی

در بیشتر کشورها، می‌توان حضور گسترده بخش دولتی را در تدارک خدمات بهداشتی احساس کرد. برنامه‌هایی از قبیل مدیکر و مدی‌کید (در امریکا)، دولت را برای تأمین مالی و پرداخت برای خدمات دخالت می‌دهد. علاوه بر این، تحت شرایطی دولتها خدمات بهداشتی-درمانی را از طریق کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها فراهم می‌کنند. از ۴۸۳ میلیارد دلار مخارج دولت امریکا در سال ۱۹۹۶، ۴۷ درصد آن (یعنی، ۱،۰۳۵ میلیارد دلار) کل مخارج ملی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را تشکیل می‌دهد.

چالش‌های جدید برای اقتصاددانان بهداشت، مراقبت‌های سازمان‌یافته و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی - درمانی

از سالهای میانی دهه ۱۹۶۰ تا اوایل دهه ۱۹۹۰، سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی امریکا به طور ثابت به رشد خود ادامه داد. همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده کردیم، هزینه‌های بهداشتی از ۵/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۶۰ به ۸/۹ درصد در سال ۱۹۸۰ و ۱۲/۲ درصد در سال ۱۹۹۰ افزایش یافته‌اند. همزمان با افزایش درآمدها، گسترش بیمه و دسترسی به پیشرفته‌ترین تکنولوژی‌ها و روشهای درمانی پرهزینه، مصرف‌کنندگان و بیمه‌گران، مخارج بهداشتی درمانی خود را به صورت چشمگیری افزایش دادند.

سیستم کارانه^۱ که این افزایش را (در مخارج) تقویت کرد، شیوه‌ای بود که از ارائه‌کنندگان (به طور عمده پزشکان و بیمارستان‌ها) میزان مخارج انجام‌شده راپرسیده و معادل آن را پرداخت می‌کرد.

1. fee-for-service

سیستم کارانه نه مصرف‌کنندگان را به خرید مراقبت‌های ارزانتر تشویق می‌کند و نه رقابت در کاهش هزینه‌ها را در میان عرضه‌کنندگان خدمات تزریق می‌کند. بویژه برای افرادی که دارای بیمه بهداشتی بودند، مراقبت‌های با کیفیت بالا (که به وسیله استفاده مکرر از متخصصان و طول اقامت زیاد در بیمارستان منعکس می‌شد) با قیمت‌های بالا ارائه می‌شد.

در دهه ۱۹۸۰ فضای موجود شروع به تغییر کرد. افزایش هزینه‌ها در برنامه مدیریت، باعث شد دولت فدرال یک طرح پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیص^۱ را آغاز کند. در این طرح، میزان قابل پرداخت به ارائه‌کنندگان به آنها گفته می‌شد و به این ترتیب، مسئولیت مالی کاهش هزینه‌ها یا ضرر مالی به عهده آنها واگذار شد. این سیاست بویژه تأثیری قوی بر طول مدت اقامت در بیمارستان (که یکی از گرانترین مشخصه‌های بخش بهداشت است) داشت.

علاوه بر این، تأسیس سازمان‌های حفظ سلامت^۲ که فقط قسمت ناچیزی از بخش بهداشت را تشکیل می‌دادند، به وسیله قوانین فدرال (دولت مرکزی) تشویق می‌شدند، زیرا این سازمانها، ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی - درمانی با هزینه کمتری بودند. از طریق قراردادهای اختصاصی یا بیمارستان‌ها و پزشکان و بازنگری دقیق‌تر بهره‌برداری از خدمات، سازمان‌های حفظ سلامت و اشکال متنوع بعدی آنها، شکل‌های جایگزینی از مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کم‌هزینه‌تر ارائه کردند. در نتیجه تعداد متقاضیان آنها شروع به افزایش کرد.

ظهور چنین طرح‌های مراقبتی سازمان‌یافته توسط مدیران بحث‌های داغی در آمریکا به وجود آورده است. آیا طرح‌های سازمان‌های ارائه‌کننده مرجح^۳ یا سازمان‌های حفظ سلامت، موارد اتلاف اعتبارات را از سیستم بهداشت و درمان حذف می‌کنند یا مراقبت‌های غیرکافی ارائه می‌دهند؟ آیا بیماران از بیمارستان «سریعتر ولی بیمارتر» مرخص می‌شوند؟ رسانه‌های عمومی، این بحث را به صورتی عمیق‌تر در تلویزیون، مجلات، روزنامه‌ها و حتی در صفحات کارتون‌ها پوشش داده است.

تحلیلگران خط مشی و کارشناسان بخش مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به این مناظره

1. Diagnostic Related Groups
2. Health Maintenance Organizations (HMOs)
3. Preferred Provider Organizations (PPOs)

پیوسته‌اند. در چاپ سپتامبر ۱۹۹۸، کتاب «امور بهداشتی»^۱ مقاله‌ای از تحلیلگران اداره تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی - درمانی^۲ - آژانسی که مدیگر و مدی‌کید را تأمین مالی می‌کند - مطرح شد که سهم مراقبتهای بهداشتی و درمانی را از اقتصاد ملی تا سال ۲۰۰۷ پیش‌بینی می‌کرد. اگرچه سهم مخارج بهداشتی در سالهای میانی دهه ۱۹۹۰ در حدود ۱۳/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی تثبیت شد، تحلیلگران اداره تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی - درمانی معتقدند که این سهم احتمالاً جریان صعودی خود را از سر می‌گیرد و به ۱۶/۶ درصد در سال ۲۰۰۷ افزایش می‌یابد. پیش‌بینی تحلیلگران براساس دو تصور اصلی زیر، پایه‌گذاری شده است.

۱) تثبیت^۳ سهم مخارج بهداشتی در دهه ۱۹۹۰ انتقال بخش بزرگی از جمعیت را از سیستم کارانه به سمت بخش مراقبتهای سازمان‌یافته نشان داد؛ تغییری که کاهش یکباره‌ای (فقط یک بار) در مخارج را باعث شد. با وجود این، شواهد اندکی برای اثبات اینکه هزینه‌های مراقبتهای سازمان‌یافته کندتر از هزینه‌های سیستم کارانه افزایش می‌یابد، وجود دارد. از این‌رو، رشد هزینه‌ها - که با انتقال به مراقبتهای با هزینه کمتر، آهسته‌تر شده است - از سر گرفته خواهد شد، زیرا هزینه‌های مراقبتهای سازمان‌یافته نیز رشد خواهند داشت.

۲) هرچه به سال ۲۰۰۷ نزدیک می‌شویم، جمعیت عظیم متولدان سالهای اولیه پس از جنگ^۴ (از اوایل ۱۹۴۰ تا اواسط دهه ۱۹۶۰) به سمت ۵۵ تا ۶۴ سال سن حرکت می‌کنند. این موضوع، افزایش هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی برای بخش زیادی از جمعیت را نشان می‌دهد. دیگر صاحب‌نظران در چاپ بعدی کتاب «امور بهداشتی» (ژانویه ۱۹۹۹)، با بیان اینکه مراقبتهای سازمان‌یافته به طور اساسی اقتصاد بهداشت را تغییر داده است؛ با این نتیجه‌گیری به فعالیت پرداخته‌اند. چالشهای اصلی این کتاب بر تفکر در مورد طبیعت مداوم کاهش هزینه‌های مراقبتهای سازمان‌یافته پایه‌گذاری شده است. آیا مراقبتهای سازمان‌یافته کاهش هزینه‌ها را به صورت یکباره موجب می‌شود یا اینکه میزان رشد مخارج را در طول زمان کاهش خواهد داد؟ آیا

1. health affairs

2. Health Care Financing Administration (HCFA)

3. leveling off

4. baby boom population

کارفرمایان (که بخش عمده‌ای از بیمه بهداشتی را ارائه می‌کنند) هزینه‌های در حال افزایش را خواهند پرداخت یا اینکه تلاش خواهند کرد بر ارائه‌کنندگان برای پایین نگه داشتن هزینه‌ها تأثیر بگذارند؟

برای اینکه ببینیم این فرضیات تا چه حد اهمیت دارند، فرض می‌کنیم که هزینه‌های مراقبت‌های درمانی و بهداشتی فقط به اندازه $15/6$ درصد تولید ناخالص داخلی افزایش یابد، که این رقم یک درصد کمتر از $16/6$ درصد پیش‌بینی شده به وسیله محققان اداره تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی برای سال 2007 است. این یک درصد چه مقدار است؟ در سال 1998 ، تولید ناخالص داخلی امریکا $8/5$ تریلیون دلار بود. با فرض اینکه افزایش تولید ناخالص داخلی به ازای هر سال 5 درصد است (بازداده واقعی + تورم) انتظار داریم در سال 2007 ، تولید ناخالص داخلی، $13/2$ تریلیون دلار باشد. تفاوت یک درصد در سهم مخارج بهداشتی، 132 میلیارد دلار است که ممکن است در مواردی غیر از مراقبت‌های بهداشتی - درمانی خرج شود. مهم این نیست که کدام پیش‌بینی درست است، بلکه مهم این است که بدانیم در مورد تعداد زیاد فاکتورهای اقتصادی که زیربنا و اساس پیش‌بینی‌ها را تشکیل می‌دهند چه می‌توانیم انجام دهیم. تجزیه و تحلیل اقتصادی برای ما ابزارهایی بخردانه ارائه می‌دهد که با آنها می‌توانیم سیاست‌ها را بازبینی، پیش‌بینی و پیشنهاد کنیم و در اقتصاد بهداشت و قسمتهای مختلف آن پیاده کنیم.

نتیجه‌گیری

مشخصه‌های اقتصاد بهداشت که قبلاً مورد بحث قرار گرفت، متمایز هستند اما بخش بهداشت از این جهت منحصر به فرد نیست. بیان ویژگیهای بخش بهداشت کاملاً در حیطه بررسی اقتصادی واقع می‌شود. حوادث غیرقابل پیش‌بینی، بیشتر شئون زندگی مانند ایمنی اتومبیل، امنیت خانواده و شانس کسب و کار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برنامه‌های بیمه، بسیاری از این موارد را تحت پوشش قرار می‌دهند و هر تصمیم مالی عنصری از ریسک را در خود دارد. بیشتر مراقبت‌های بهداشتی - درمانی پس از بگومگوهای انجام شده، آگاهی مصرف‌کنندگان را ارتقا

می‌دهد. در مواردی که پزشکان (به صورتی نامتقارن) از بیماران آگاه‌ترند، اغلب به مواردی که یک خریدار خدمات تعمیر خودرو یا دوربین پیچیده با کمبود اطلاعات مواجه است بی‌شبهت نیست.^۱

اهمیت اقتصاد بهداشت به توانایی آگاه کردن و امکان تأثیرگذاری بر تصمیمات کسانی که سیاستهای بخش بهداشت را تدوین می‌کنند، مربوط می‌شود. ویکتور فاجز^۲، اقتصاددان برجسته در زمینه بهداشت، در سخنرانی مربوط به پذیرفته شدن به عنوان رئیس انجمن مزبور در ژانویه ۱۹۹۶ در «انجمن اقتصاد آمریکا»^۳ چنین نتیجه‌گیری کرد:

«در سه دهه گذشته اقتصاد، مشارکت مثبت و سازنده‌ای با بهداشت و مراقبتهای بهداشتی - درمانی داشته است و من معتقدم که مشارکتهای آینده، بیشتر و گسترده‌تر خواهد بود. اکنون که نظریات اساسی علم اقتصاد مورد پذیرش واقع می‌شود، برای اقتصاددانان از هر وقت دیگر مهمتر خواهد بود تا بر بسیاری از پیچیدگی‌های مؤسسه‌های ارائه‌کننده مراقبتهای بهداشتی - درمانی و تکنولوژی‌های آن تسلط پیدا کنند. ما نیز مجبور خواهیم بود به مسائل توزیع خدمات توجه کنیم، به منظور اینکه تضمین کنیم زمانی که ما نتایج تحقیق را می‌پذیریم، این نتایج به وسیله همه مخاطبان (گروههای ذی‌نفع) مربوط که شامل رسانه‌های گروهی، سیاستمداران و متخصصان بهداشت و درمان هستند پذیرفته می‌شوند(فاجز، ۱۹۹۶، صفحه ۲۰)».

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

۱. برای تجزیه و تحلیل منطقی‌تر تفاوت مابین مراقبتهای بهداشتی و درمانی و دیگر کالاها و خدمات نک به: مقاله Pauly (۱۹۷۸). او خصوصاً بحث می‌کند که در مواردی، مسائل و مشکلات اطلاعاتی مربوط به مراقبتهای بهداشتی - درمانی جدا از دیگر کالاها نیست.

2. Victor Fuchs

3. American Economic Association