

چگونه مراقبت‌های سلامتی همگانی می‌تواند بر تصمیم‌گیری در مورد کار و بازنشستگی تأثیرگذار باشد؟^۱

نویسنده: جاناتان ب. فورمن^۲
مترجمان: مهدی ملایی، ندا شعریاف شعار

چکیده

سیستم خدمات درمانی ایالات متحد رویکرد خود را در تصمیم‌گیری فردی در ارتباط با کار و بازنشستگی تغییر داده است. این مقاله پس از شرح کوتاهی از چگونگی کارکرد سیستم خدمات درمانی فعلی، به بررسی این تغییرات و چگونگی پاسخگویی افراد نسبت به اجرای نظام مراقبت‌های سلامتی همگانی می‌پردازد. نگارنده این مقاله، این‌گونه استدلال می‌کند که اثرات مخرب بیمه اجباری سلامت کارفرمایان بر کارکنان کم مهارت، می‌تواند با بکارگیری نظام مناسبی از تخصیص یارانه‌های دولتی به حداقل برسد. ساختار نظام سلامت امریکا به طور قابل ملاحظه‌ای بر الگوهای کار و بازنشستگی شهروندان

1. "How universal health care would influence decisions about work and retirement?", *Benefit Quarterly*, 2007 23(3): 226

۲. جاناتان باری فورمن (Jonathan Barry Forman) استاد حقوق دانشگاه اوکلاهاما، دانشکده حقوق است که دروس مالیات و حقوق مالیاتی را در آنجا تدریس می‌کند. فورمن همچنین معاون رئیس هیئت امنای سیستم عمومی بازنشستگی کارکنان اوکلاهاما (OPERS) می‌باشد همچنین مؤلف کتاب تلاش برای تنظیم کار در امریکاست. پیش از ورود به دانشگاه، وی در تمامی سه شاخه دولت فدرال خدمت کرده است. علاوه بر مدرک حقوق از دانشگاه میشیگان، فورمن دارای مدارک کارشناسی ارشد در رشته‌های اقتصاد و روانشناسی نیز می‌باشد.

امریکایی تأثیر می‌گذارد. تحت سیستم فعلی، اغلب افراد امریکایی توسط طرح بیمه سلامت مربوط به استخدام، پوشش داده شده‌اند. به طور کلی، رابطه اجتناب‌ناپذیر خدمات سلامتی با استخدام، افراد را ترغیب می‌کند تا وارد نیروی کار شده و به کار ادامه دهند.

از طرف دیگر، کار، پوشش خدمات درمانی را تضمین نمی‌کند. کارفرمایان نیازی ندارند تا پوشش خدمات درمانی برای کارمندان خود تدارک ببینند؛ با این حال افرادی که به طور معمول کار می‌کنند، آنقدر درآمد دارند که قادر باشند تحت پوشش مدیکید^۱ قرار گیرند. از ۴۶/۶ میلیون (۱۵/۹ درصد) امریکایی تحت پوشش خدمات درمانی در سال ۲۰۰۵، ۲۷/۳ میلیون نفر بین ۱۸ تا ۶۴ سال سن داشتند که گروهی به صورت موقت در طی سال اشتغال داشته و ۲۱/۵ میلیون نفر از آنها نیز به طور تمام وقت مشغول به کار بوده‌اند.^۲

به طور کلی، سیستم بیمه سلامت مبتنی بر استخدام، دارای اثرات قابل ملاحظه‌ای بر رفتار کاری و بازنشستگی داشته است، اما تمامی این اثرات مثبت نیست. پس از شرح خلاصه‌ای از چگونگی کارکرد سیستم فعلی خدمات درمانی، این مقاله به این مسئله می‌پردازد که چگونه سیستم فعلی، تصمیم‌گیری افراد را در مورد کار و بازنشستگی تغییر می‌دهد.^۳ در پایان، این مقاله به بررسی اینکه چگونه افراد به اجرای یک سیستم خدمات درمانی همگانی پاسخ می‌دهند می‌پردازد.

واژه‌های کلیدی: سیستم خدمات درمانی ایالات متحد، یارانه‌های دولتی، پوشش خدمات درمانی، بیمه سلامت بازنشستگان.

خلاصه‌ای از نظام سلامت ایالات متحد

در سال ۲۰۰۴، مخارج سلامت ملی، ۱,۸۷۷/۶ میلیارد دلار یعنی ۱۶ درصد از تولید ناخالص

۱. Medicaid: برنامه سلامت ایالات متحده برای افراد و خانواده‌های کم درآمد واجد شرایط، منبع: ویکیپدیا.

۲. دوناز-والث (DeNaVas-Walt et al) و همکاران، ۲۰۰۶، جدول ۸.

۳. این مقاله از کتاب تلاش برای تنظیم کار در امریکا توسط جاناتان باری فورمن انتشارات مؤسسه شهری، واشنگتن، ۲۰۰۴، اقتباس شده است. بر اساس حق معنوی سال ۲۰۰۶ از انتشارات مؤسسه اربان، بخش‌هایی از این کتاب دوباره چاپ شده است. با انتشار این شماره، اداره آمار در برخی از برآوردهای مربوط به بیمه سلامت سال ۲۰۰۵ بازرینی کرد. برای مثال، برآورد بازرینی شده نشان می‌دهد که ۴۴/۸ میلیون نفر، به عبارتی ۱۵ درصد از جمعیت، در سال ۲۰۰۵ بدون بیمه سلامت بودند که تقریباً ۱/۸ میلیون نفر کمتر از گزارش اولیه می‌باشد. به دلیل اینکه بازرینی اداره آمار هنوز کامل نشده است، متن این مقاله به برآوردهای اولیه اکتفا می‌کند.

داخلی را به خود اختصاص می‌داد.^۱ هزینه سرانه خدمات درمانی، ۶,۲۸۰ دلار بود. در حال حاضر، هزینه سرانه خدمات درمانی در ایالات متحد نسبت به دیگر کشورهای صنعتی، در حدود دو برابر است.^۲

پوشش بیمه‌ای پایه، بر مبنای بیمه سلامت مبتنی بر استخدام^۳، مدیکیر^۴ و مدیکید^۵ هستند. برای مثال، در سال ۲۰۰۵، ۱۷۴/۸ میلیون آمریکایی (۵۹/۵ درصد) توسط بیمه خصوصی مبتنی بر استخدام تحت پوشش قرار گرفتند؛ ۲۶/۸ میلیون (۹/۱ درصد) بیمه خصوصی خود را خریداری کردند؛ ۸۰/۲ میلیون نفر (۲۷/۳ درصد) نیز دارای بیمه سلامت دولتی (یعنی مدیکیر، مدیکید یا خدمات درمانی نظامی) بودند؛ و ۴۶/۶ میلیون نفر (۱۵/۹ درصد) تحت هیچ نوع پوششی نبودند.^۶

بیشتر آمریکایی‌های غیرسالمند پوشش خدمات درمانی خود را از طریق پوشش مبتنی بر استخدام که شامل کارگران و خانواده‌های آنها می‌شد، دریافت می‌کردند. برای مثال، در سال ۲۰۰۵، ۱۶۲/۱ میلیون آمریکایی غیرسالمند (۶۲/۸ درصد) پوشش خدمات درمانی خود را از طریق طرح مبتنی بر استخدام دریافت کردند.^۷ ۳۴/۷ میلیون (۱۳/۴ درصد) توسط مدیکید و ۶/۵ میلیون (۲/۵ درصد) توسط مدیکیر تحت پوشش قرار گرفتند. در مجموع، در سال ۲۰۰۵، ۲۱۲/۲ میلیون آمریکایی غیرسالمند (۸۲/۱ درصد) دارای پوشش سلامت بودند و ۴۶/۱ میلیون (۱۷/۹ درصد) تحت هیچ نوع پوشش نبودند.

برنامه مدیکیر تقریباً یک پوشش همگانی برای تمامی آمریکایی‌های سالمند فراهم کرده است. برای مثال، ۹۵ درصد از افراد سالمند در سال ۲۰۰۵، توسط مدیکیر تحت پوشش قرار گرفتند و تنها ۰/۸ درصد از افراد سالمند بدون پوشش بیمه سلامت بودند. علاوه بر مدیکیر، بیشتر آمریکایی‌های سالمند تحت پوشش بیمه سلامت مبتنی بر استخدام هستند یا به صورت

۱. مرکز ملی آمار سلامت (national center for health statistics)، ۲۰۰۶، جدول ۲۰.

2. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2006 p 209.

3. employment-based health insurance

۴. Medicare؛ یک برنامه بیمه اجتماعی که توسط دولت امریکا اجرا می‌شود و افرادی که سن ۶۵ و بیشتر دارند یا مشکلات پزشکی خاص دارند، تحت پوشش بیمه سلامت قرار می‌دهد.

5. Medicaid

۶. دو ناواز-والت و همکاران، ۲۰۰۶، جدول C-1.

۷. نتیجه محاسبات مؤلف از اداره آمار ایالات متحده، جداول تاریخی مربوط به بیمه سلامت (۲۰۰۶)، جدول HI-2.

فردی طرح‌های مدیگپ^۱ را خریداری می‌کنند.

چگونه سیستم خدمات درمانی فعلی تصمیم‌گیری افراد را برای کار و بازنشستگی تغییر می‌دهد؟ مسائل مربوط به نظام خدمات درمانی فعلی تا حد زیادی با پوشش و قابلیت پرداخت^۲ در ارتباط است. مسئله مهم دیگری نیز در این ارتباط وجود دارد و آن، تغییر تصمیم‌گیری افراد در کار و بازنشستگی توسط نظام فعلی است^۳. به طور کلی، نظام خدمات درمانی مبتنی بر استخدام، افراد را ترغیب می‌کند تا وارد نیروی کار شده و به کار ادامه دهند. افرادی که پوشش خدمات درمانی را مهم می‌دانند، با کار برای کارفرمایانی که پوشش خدمات درمانی را برای آنها فراهم می‌آورند، می‌توانند با بهای کم و پس‌انداز اضافی که از طریق مزایای مرتبط با مالیات به دست می‌آید، در خدمات درمانی سهم شوند. از سویی دیگر، ارائه بیمه سلامت از طریق کارفرمایان، می‌تواند تصمیم‌گیری کارمندان در زمینه کار و بازنشستگی را تغییر دهد. همچنین، شرایط جامع و طبقه‌بندی‌شدهٔ مدیکیر و مدیکید بر تصمیم‌گیری افراد در مورد کار و بازنشستگی تأثیرگذار است.

بیمه سلامت مبتنی بر استخدام، افراد را ترغیب به ورود و ادامه کار می‌کند. میزان دسترسی بیمه سلامت مبتنی بر استخدام، بسیاری از کارگران را به ورود و ادامه به کار تشویق می‌کند. طرح‌های بیمه سلامت فردی به سختی قابل دسترس است و تحت هر شرایط، بسیار گران‌تر از طرح‌های بیمه گروهی است. ارائه پوشش گروهی از طریق استخدام، از خطر مسائل مربوط به تقسیم شخصی بازار جلوگیری می‌کند. تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که بیمه سلامت مبتنی بر استخدام، بیشتر مورد علاقه گروه ویژه‌ای از کارگران است مثلاً کارگرانی که دارای مشکلات سلامتی هستند یا آنهایی که [از لحاظ اقتصادی] محافظه‌کار هستند^۴.

میزان در دسترس بودن بیمه سلامت مبتنی بر استخدام نیز تأثیر قابل توجهی بر تصمیمات

۱. Medigap؛ برنامه کمکی درازمدت سیستم بیمه مدیکیر.

2. affordability

۳. آرون (Aaron)، ۱۹۹۹؛ گروبر و مادریان (Gruber & Madrian)، ۲۰۰۴؛ کاتلر (Culter)، ۱۹۹۷؛ ایوان و

مکفرسون (Even & Macpharson)، ۲۰۰۳.

۴. ایوان و مکفرسون، ۲۰۰۳، ص ۵۱.

فردی و خانوادگی در مورد کار می‌گذارد. برای مثال، هنگامی که زنان متأهل کارمند، از بیمه سلامت شوهر محروم می‌شوند، بیشتر ترجیح می‌دهند تا به دنبال کارهای مطمئنی باشند که بیمه سلامت ارائه می‌دهند.^۱ از طرفی، زنانی که همسرانشان دارای بیمه سلامت هستند نیز تمایل دارند تا ساعات کمتری کار کنند؛ این زنان بیشتر علاقمندند تا از مشاغل تمام وقت با بیمه بیکاری^۲ به استخدام نیمه وقت بدون پوشش بیمه‌ای یا حتی عدم اشتغال روی بیاورند.^۳

هزینه‌های بالای بیمه سلامت مبتنی بر استخدام، محدودیت‌هایی برای سیستم ایجاد کرده است. درصد کارگرانی که دارای پوشش خدمات درمانی هستند، در دهه‌های اخیر در حال کاهش و سهم هزینه‌های خدمات درمانی برای کارمندان (و افراد بازنشسته) در حال افزایش است. کارفرمایان و کارمندان با تغییر رفتار، به این هزینه‌های بالا پاسخ داده‌اند.

کارفرمایان غالباً با تلاش برای تحمیل هزینه‌ها به کارکنان خود، به هزینه‌های بالا پاسخ می‌دهند، برای مثال، با کاهش دستمزدها، با تبدیل مشاغل تمام وقت با پوشش بیمه به وضعیت نیمه وقت بدون پوشش بیمه یا از طریق حذف پوشش بیمه‌ای. نتایج یکی از مطالعات اخیر حاکی از آن است که، برای کارگرانی که تحت پوشش بیمه بودند، افزایش ۱۰ درصدی در پرداخت حق بیمه سلامت از سوی کارفرما، از طریق ۲/۳ درصد کاهش در دستمزدها و ۳/۸ درصد کاهش در احتمال تحت پوشش قرار دادن کارگران^۴، جبران شد.^۵

همچنین، هر میزان حق بیمه سلامت کارکنان افزایش یابد، کارفرمایان بیشتری از طریق طرح‌هایی که پوشش کمتری ارائه می‌دهند یا با عدم پوشش بیمه‌ای کارکنان‌شان، به این مسئله پاسخ می‌دهند. برای مثال، گولدمن^۶، سود^۷ و لیبوتز^۸ (۲۰۰۵) دریافتند که کارفرمایان دو سوم افزایش حق بیمه را از طریق کاهش دستمزدها و باقیمانده آن را با کاهش در مزایا جبران کردند. همچنین، مطالعه دیگری نشان می‌دهد که از میان آن دسته از کارگران غیربیمه‌ای که در سال ۲۰۰۲ تحت پوشش نبودند، ۶۴ درصد اظهار داشتند که از دریافت پوشش منصرف شدند زیرا

۱. اولسون (Olson)، ۲۰۰۰.

2. unemployment

۳. بوچمولر و والتا (Buchmueller & Valletta)، ۱۹۹۹.

4. the probability of being offered coverage

۵. بیکر و چندرا (Baicker & Chandra)، ۲۰۰۵.

6. Goldman

7. Sood

8. Leibowitz

هزینه آن بسیار بالا بود.^۱ کارگران به طور کلی، و کارگران کم‌درآمد به طور خاص، تنها افرادی نیستند که تمایل دارند تا با کاهش دستمزد، پوشش خدمات درمانی را بپردازند.^۲ در مجموع، برآورد شده است، فردی که در سن ۶۵ سالگی در سال ۲۰۰۵ بازنشسته می‌شود و تا سن ۸۰ سالگی زندگی می‌کند، نیاز به ۱۱۲,۰۰۰ دلار پس‌انداز دارد تا برای حق بیمه مدیکیر بخش (ب) پرداخت کند، که این بیمه‌نامه سلامت و مبتنی بر استعدادی است که مکمل مدیکیر است و در عین حال، این فرد نیاز به ۱,۸۰۰ دلار در سال دارد تا هزینه‌های شخصی درمان خود را بپردازد.

انحصار شغلی^۳

سیستم خدمات درمانی مبتنی بر اشتغال نیز دارای یک اثر مخرب برانگیزه شغلی است، کارگران غالباً خود را محصور به کار برای یک کارفرمای خاص می‌بینند تا قادر باشند: پوشش خدمات درمانی خود را حفظ کنند. مطالعه‌ای دریافت که بیمه سلامت فراهم شده توسط کارفرما، گردش کار اختیاری را تا ۲۵ درصد کاهش می‌دهد.^۴ برای کاهش مشکل انحصار شغلی، باید پوشش خدمات درمانی را بیشتر «قابل انتقال» کرد و مقررات ادامه خدمات درمانی کبریا، اولین قدم در این مسیر است.

گذر از رفاه به کار^۵

مسئله دیگر در ارتباط با ساختار فعلی سیستم خدمات درمانی چگونگی ارتباط آن با مقوله گذر از رفاه به کار است. دریافت‌کنندگان خدمات رفاهی و افراد ناتوانی که تازه وارد کار می‌شوند یا مجدداً جذب کار شده‌اند معمولاً مزایای سلامت خود را تحت پوشش مدیکید از دست می‌دهند که این مسئله می‌تواند به عنوان یک بازدارنده قوی برای اشتغال در نظر گرفته

۱. فرانتسین (Fronstin)، ۲۰۰۵.

۲. برای مثال، به ولور، مک براید و ولف (۲۰۰۳) مراجعه کنید، آنها اشاره می‌کنند سیاست‌هایی که پوشش همگانی را در میان کارگران کم‌درآمد افزایش می‌دهند، سبب کاهش استخدام تمام‌وقت این گروه می‌شود.

3. job lock

۴. ایوان و مکفرسون، ۲۰۰۳.

5. the COBRA health care continuation rules

6. transition from welfare to work

شود. مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده، نشان می‌دهد که ۲/۶ برابر دریافت‌کنندگان خدمات رفاهی، در صورتی که تحت پوشش بیمه سلامت کارفرمایان قرار بگیرند، دو سال بیشتر به اشتغال خود ادامه می‌دهند!

بیمه سلامت بازنشستگان

بازنشستگان، به خصوص افرادی که بیش از ۶۵ سال سن دارند، معمولاً هزینه‌های خدمات درمانی خود را با ترکیبی از مدیکیر بخش (الف)، مدیکیر بخش (ب) و یک بیمه نامه تکمیلی کارفرما یا روش‌های جایگزین تأمین می‌کنند. افراد بازنشسته الزاماً متحمل هزینه‌های مربوط به پرداخت از جیب نیز هستند. به طور کلی این گونه برآورد می‌شود که فردی که در سن ۶۵ سالگی در سال ۲۰۰۵ بازنشسته می‌شود و تا سن ۸۰ سالگی عمر می‌کند، نیاز به ۱۱۲,۰۰۰ دلار پس‌انداز دارد تا بتواند حق بیمه مدیکیر بخش (ب) خود را پرداخت کند، که این بیمه‌نامه سلامت و مبتنی بر استخدام و مکمل مدیکیر است و در عین حال، به طور سالانه این فرد نیاز به ۱,۸۰۰ دلار دارد تا هزینه‌های شخصی درمان خود را پردازد.^۱

منطقاً، امکان دسترسی یا عدم دسترسی، به بیمه سلامت پس از بازنشستگی دارای یک «اثر قوی» بر زمانبندی بازنشستگی دارد.^۲ کارگرانی که دارای پوشش سلامت بازنشستگی هستند، معمولاً زودتر از کسانی که تحت این پوشش نیستند، بازنشسته می‌شوند. طی یک مطالعه برآورد شد که امکان دسترسی به بیمه سلامت بازنشستگی، نرخ بازنشستگی را تا ۲۶٪ برای مردان و ۳۱٪ برای زنان افزایش داده است.^۳

از سویی دیگر، کارگرانی که دارای مزایای سلامت بازنشستگی نیستند، انگیزه دارند تا زمانی که واجد شرایط دریافت مدیکیر نشده‌اند، در شغل فعلی خود باقی بمانند. در این راستا، مطالعات پیشنهاد می‌دهند که پوشش خدمات درمانی همگانی یا کاهش شرط سنی مدیکیر ممکن است تا حد زیادی برخی از کارگران را تشویق به بازنشستگی زود هنگام کند. نتایج یک

۱. بوشی (Boushey)، ۲۰۰۲.

۲. فرانتستین و یاکوبوسکی (Fronstin and Yakoboski)، ۲۰۰۵.

۳. آرون، ۱۹۹۹، ص ۵۳.

۴. جانسون، دیودوف و پرس، ۲۰۰۳؛ جانسون، ۲۰۰۷.

مطالعه نشان می‌دهد که کاهش شرط سنی به ۶۲ سال موجب افزایش ۷ درصدی نرخ کلی بازنشستگی در میان کارگران تمام وقت با سن ۵۱ تا ۶۱ سال می‌شود. از طرف دیگر، افزایش شرط سنی به ۶۷ سال سبب کاهش ۵ درصدی در نرخ سرانه بازنشستگی برای کارگران با سن ۵۵ تا ۶۴ سال، می‌گردد.

تبعیض سنی

مشکل دیگر در ارتباط با سیستم خدمات درمانی آن است که این سیستم سبب می‌شود کارفرمایان، هزینه بیشتری را صرف کارگران سالمند خود کنند. در سال ۲۰۰۴، هزینه خدمات درمانی برای یک فرد متوسط بین سنین ۲۵ تا ۳۴ سال، ۱,۵۱۹ دلار، برای سنین ۴۵ تا ۵۴ سال، ۲,۶۹۵ دلار و برای سنین ۵۵ تا ۶۴ سال، ۳,۲۶۲ دلار و برای افراد ۶۵ سال و بالاتر از آن ۳,۸۹۹ دلار است^۱. همچنین، هزینه‌های پوشش بیمه عمر با سن کارگر افزایش می‌یابد، در همین راستا، هزینه‌های مربوط به ناتوانی و حوادث ناشی از کار نیز افزایش می‌یابد^۲. در واقع، عموماً کارگران با افزایش سن، هزینه بیشتری برای استخدام می‌پردازند.

در تئوری، کارفرمایان می‌توانند هزینه‌های بسیار بالای مزایا را متوجه کارگران سالمند خود کنند اما در عمل این کار کمتر اتفاق می‌افتد. در عوض، یک کارفرمای معمول، حق‌بیمه خدمات درمانی یکسانی برای تمامی کارگران خود و بدون در نظر گرفتن سن آنها، تعیین می‌کند که در نتیجه آن، کارگران سالمند از کمک هزینه مزایای خدمات درمانی افراد جوانتر بهره می‌برند. در مجموع، مزایا برای کارگرانی که به انتهای زمان اشتغال خود نزدیک می‌شوند، فراتر از بهره‌وری آنهاست و این در حالی است که مزایا برای کارگران جوانتر نسبت به بهره‌وری آنها کمتر خواهد بود. هنگامی که این اتفاق روی می‌دهد، کارفرمایان انگیزه اقتصادی بالاتری نسبت به اجتناب از استخدام یا ابقای کارگران سالمند داشته و کارگران جوانتر نیز ترجیح می‌دهند در جای دیگری کار کنند.

۱. وزارت کار ایالات متحد (U.S., Department of Labor)، اداره آمار نیروی کار (Bureau of Labor

Statistics)، ۲۰۰۶، جدول ۴.

۲. کمیته توسعه اقتصادی (Committee for Economic Development)، ۱۹۹۹، ص ۳۱.

چگونه پوشش همگانی بر تصمیم‌گیری فردی در مورد کار و بازنشستگی تأثیر می‌گذارد؟

پوشش همگانی بیشتر مشکلات مربوط به بازار کار را که از ساختار فعلی سیستم تأمین اجتماعی نشأت می‌گیرد، حل می‌کند. به ویژه اینکه پوشش همگانی، مسئله انحصار شغلی را از بین می‌برد؛ زیرا از این پس، کارگران به دلیل تغییر شغل، مزایای بیمه سلامت خود را از دست نمی‌دهند. همچنین، پوشش همگانی مسائل مربوط به گذر از رفاه به کار و گذر از ناتوانی به کار را حل می‌کند. امروزه، دریافت‌کنندگان خدمات رفاهی یا مزایای ناتوانی، در صورت آغاز به کار یا ورود مجدد به کار، پوشش مدیکید و مدیکیز را از دست می‌دهند. اما، با پوشش همگانی، آنها تحت پوشش باقی می‌مانند.

از طرف دیگر، پوشش خدمات درمانی همگانی می‌تواند به بازنشستگی زود هنگام منجر شود. امروزه، بسیاری از کارگران، بازنشستگی خود را به تعویق می‌اندازند تا بتوانند واجد شرایط مدیکیر در سن ۶۵ سالگی شوند. اما، با پوشش همگانی خدمات درمانی، کارگران سالمند کمتر دلیلی برای به تعویق انداختن بازنشستگی‌شان دارند.

همچنین، در دسترس قرار دادن پوشش همگانی خدمات درمانی ممکن است عرضه نیروی کار جوان را کاهش دهد. به ویژه، افرادی که در حال حاضر به طور تمام وقت کار می‌کنند تا واجد شرایط استفاده از مزایای خدمات درمانی شوند، می‌توانند از مشاغل تمام‌وقت به مشاغل پاره‌وقت یا حتی ترک اشتغال تغییر وضعیت دهند.^۱

طی سالهای گذشته، پیشنهادات بیشماری در زمینه چگونگی دستیابی به پوشش همگانی ارائه شده است. برخی این گونه استدلال می‌کنند که نیاز به سیستم بیمه سلامت ملی تک-منبعی^۲ می‌باشد.^۳ که به سادگی می‌توان با گسترش مدیکیر همگان را پوشش داد^۴، یا پیشنهاد پیچیده‌ای

۱. استورل و اسپرو (Steuerle and Spiro)، ۱۹۹۹.

۲. singlepayer national health insurance system: An approach to health care financing with only one source of money for paying health care providers
سوی ایالات متحد ارائه شده و به مفهوم پرداخت حق بیمه از یک منبع واحد و در بعضی موارد دولت می‌باشد.

۳. برای مثال به هیملسناین و ولندلر (۲۰۰۳) مراجعه کنید.

۴. برای مثال به مورون (۲۰۰۲) مراجعه کنید.

مانند طرح اصلاح خدمات درمانی رئیس جمهور کلینتون که در سال ۱۹۹۳ ارائه شد.^۱ بسیاری از طرح‌ها نیاز به تعهدات بیشتر کارفرما را یادآور می‌شوند تعهداتی که از کارفرمایان می‌خواهد تا یا پوشش خدمات درمانی برای تمامی کارگران تدارک ببیند یا مالیات بر درآمد پردازد تا دولت بتواند پوشش را فراهم کند. گاهی اوقات به این مسئله به عنوان رویکرد پرداخت تحت هر شرایط^۲ ارجاع داده می‌شود. در عوض، بسیاری از طرح‌ها به تعهدات فردی اشاره می‌کنند که از افراد می‌خواهد تا پوشش خود را از طریق کارفرمایان و یا راه‌های دیگر تأمین کنند. بسیاری از طرح‌ها نیز اعتبارات مالیاتی^۳ یا انگیزه‌های مالی را برای کمک به کارفرما یا افراد برای تأمین پوشش، تعیین می‌کنند. در عین حال، طرح‌هایی وجود دارد که تأسیس صندوق ذخیره برای خرید^۴ در تمامی ایالت‌ها را پیشنهاد می‌دهند و برخی از طرح‌ها نیز حامی دیگر اصلاحات در بازار بیمه هستند.

با اطمینان می‌توان گفت، تعهدات کارفرما ممکن است فرصت‌های استخدام را برای کارگران کم‌مهارت کاهش دهد.^۵ از طرف دیگر، تعهد کارفرما به همراه یارانه‌های دولت می‌تواند به گونه‌ای طراحی شوند که فرصت‌های استخدام را افزایش دهند.

بر اساس نظریه اقتصادی معیار^۶، جبران خسارت کارکنان به بهره‌وری [آنان] کاملاً مرتبط است و کارفرمایان تنها به یک جبران کلی توجه می‌کنند و به سبب دستمزد و مزایای سلامت توجه‌ای ندارند. در نتیجه، کارفرمایان با فراهم کردن پوشش خدمات درمانی و جبران هزینه‌های آن از طریق کاهش دستمزدهای نقدی، به این تعهد کارفرما پاسخ می‌دهند. اما، دو مسئله در مورد جبران نوعی دلار با دلار وجود دارد.

اولاً، قانون حداقل دستمزد ممکن است منجر به آن شود که برخی از کارفرمایان نتوانند از کاهش دستمزدهای نقدی برای پوشش هزینه‌های خود استفاده کنند. برای مثال، تصور کنید شرکتی که به کارگران خود ساعتی ۷ دلار می‌پردازد اما برای آنها را تحت پوشش بیمه سلامت

۱. لایحه تأمین اجتماعی ۱۹۹۳، با کد شناسایی و آدرس: HR 3600 and S 1757, 103rd Cong., 1st Sess. شورای سیاست‌گذاری داخلی کاخ سفید، تأمین سلامت، گزارش ریاست جمهوری به مردم آمریکا (واشنگتن، اداره چاپ دولت، ۱۹۹۳).

۲. play-or-pay approach، رویکردی که بر اساس آن توافق پرداخت مطابق با قرارداد تحت هر شرایطی و حتی در صورت توقف کار به فوت خود باقی می‌ماند.

3. tax credits

4. purchasing pool

۵. ولاور، مک براید و ولف (Wolaver, McBride and Wolfe)، ۲۰۰۳.

6. standard economic theory

قرار نمی‌دهد و طبق قانون این شرکت موظف به تامین پوشش خدمات درمانی برای کارگران خود است این در حالی است که اگر هزینه بیمه سلامت معادل ۳ دلار در ساعت باشد، شرکت باید دستمزدها را به ۴ دلار در ساعت کاهش دهد اما قانون حداقل دستمزد کمترین دستمزد را ۵/۱۵ دلار در ساعت تعیین کرده و عملاً این مسئله را برای کارفرما غیرممکن می‌سازد. تا حدی که تعهد کارفرما، هزینه‌های کاری کارگران را بیشتر از ارزش کاری آنها افزایش می‌دهد، که در این صورت برخی از کارگران شغل خود را از دست می‌دهند.^۱

ثانیاً تعهد کارفرما، سبب ایجاد تغییراتی در عملکرد نیروی کار می‌شود که این مسئله با ارزشی که کارگران برای دریافت بیمه سلامت در نظر می‌گیرند، رابطه مستقیم دارد. در صورتی که کارگران، بیمه سلامت را با وجود هزینه‌های آن، ارجحیت دهند، سبب ارتقا عملکرد آنها می‌شود اما در شرایطی که کارگران دریافت‌های نقدی را ترجیح دهند، سبب افول عملکرد آنها خواهد شد. اثرات دقیق تعهد کارفرمایان بر استخدام پیچیده و مبهم است اما شواهد تجربی نشان می‌دهد که در چنین شرایطی به طور معمول میزان استخدام کارگران کم مهارت بسیار کاهش می‌یابد.

به طور حتم، یک سیستم یارانه دولتی با طراحی مناسب می‌تواند به میزان بسیار زیادی اثرات مخرب تعهدات قانونی کارفرما را کاهش دهد. این یارانه‌ها می‌توانند برای کارفرمایان و یا کارگران باشد شاید هم به صورت یارانه درآمدی^۲ باشد. برای مثال، دولت فدرال یک اعتبار مالیاتی را برای کارفرمایانی که دارای کارگران کم درآمد هستند، فراهم می‌کند تا به آنها کمک کند تا افزایش هزینه‌های ارائه بیمه سلامت را جبران کنند. همچنین، دولت فدرال می‌تواند کوپن‌های خدمات درمانی^۳ برای کارگران فراهم کند تا آنها قادر باشند خدمات درمانی را از توزیع‌کنندگان رسمی آنها خریداری کنند.

نتیجه‌گیری

ما می‌توانیم و باید از سیستم فعلی به سیستم پوشش همگانی گذر کنیم^۴ در مجموع، ما باید

۱. در صورتی که برخی از کارگران از تعهد معاف شوند — مانند کارگران پاره‌وقت یا موقت — کارفرمایان احتمال دارد شغل‌های تمام‌وقت را با پوشش به پاره‌وقت یا پست‌های کاری موقت بدون پوشش تبدیل کنند.

2. earnings subsidy

3 health care voucher

۴. برای مثال به استورل (۲۰۰۳) مراجعه کنید.

قادر باشیم سیستم خدمات درمانی خود را از نو طراحی کنیم تا [سیستم نو] بتواند پوشش همگانی را ارائه دهد؛ همچنین باید سیستم را طوری از نو طراحی کنیم که مسائلی که منجر به از بین رفتن انگیزه اشتغال می‌شوند به حداقل برسند. خلاصه اینکه ما می‌توانیم کاری کنیم که خدمات درمانی همگانی اجرا شود.

منابع و ماخذ

منابع انگلیسی

1. Aaron, Henry, "Retirement, Retirement Research, and Retirement Policy" *Behavioral Dimensions of Retirement Economics*, edited by Henry J. Aaron (43-80). Washington D.C, Brookings Institution Press, 1990.
2. Baicker, Katherine, and Amitabh Chandra, "The Labor Market Effects of Rising Health Insurance Premiums." Working Paper No. 11 160. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2005.
3. Boushey, Heather, "Staying Employed After Welfare: Work Supports and Job Quality Vital to Employment Tenure and Wage Growth, Briefing Paper No 128, Washington D.C, Economic Policy Institute, 2002.
4. Buchmueller, Thomas C., and Robert G. Valleria, "The Effect of Health Insurance on Married Female Labor Supply", *Journal of Human Resources* 34(1), pp 42 70, 1999.
5. Committee for Economic Development, *New Opportunities for Older Workers*, New York, Committee for Economic Development, 1999
6. Cutler, David M., "Public Policy for Health Care", *In Fiscal Policy: Lessons from Economic Research*, Edited by Alan J. Auerbach (159-98), Cambridge, MA: MIT Press, 1997.
7. DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor and Cheryl Hill Lee, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005*, Current Population Report No. P60-231, Washington D.C., U.S. Government Printing Office 2006.
8. Even, William E., and David A. Macpherson, "Benefits and Productivity", In *Benefits for the Workplace of the future*, edited by Olivia S. Mitchell, David S. Blitstein, Michael Gordon and Judith F. Mazo (43-57), Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2003.
9. Fronstin, Paul, "Employment-Based Health Benefits: Trends in Access and Coverage", Issue Brief No. 284, Employee Benefit Research Institute, 2005.
10. Fronstin, Paul, and Paul Yakoboski, "Options and Alternatives to Fund Retiree Health Care Expenditures", Policy Brief, New York, TIAA-CREF Institute, 2005.

11. Goldman, Dana, Neeraj Sood and Arleen Leibowitz, "Wage and Benefit Changes in Response to Rising Health Insurance Costs", Working Paper No. 11,063. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2005.
12. Gruber, Jonathan, and Brigitte C. Madiran, "Health Insurance, Labor Supply, and Job Mobility: A Critical Review of the Literature", In *Health Policy and the Uninsured*, edited by Catherine McLaughlin (97-177), Washington D.C., Urban Institute Press, 2004.
13. Himmelstein, David U., and Steffie Woolhandler, "National Health Insurance or Incremental Reform: Aim High, or at Our Feet?" *American Journal of Public Health*, 93(1), pp 102-105, 2003.
14. Johnson, Richard W., "What Happens to Health Benefits After Retirement?", Work Opportunities for Older Americans Issue in Brief No. 7., Boston, MA: Center for Retirement Research at Boston College, 2007.
15. _____, "When Should Medicare Coverage Begin?" Health and Income Security for an Aging Workforce Paper No. 6, Washington D.C., National Academy of Social Insurance, 2003.
16. Johnson, Richard W., Amy J. Davidoff and Kevin Perese, "Health Insurance Costs and Early Retirement Decisions", *Industrial and Labor Relations Review*, 54(4), pp 716-30, 2003.
17. Morone, James A., "Medicare for All" In *Covering America: Real Remedies for the Uninsured*, vol. II, edited by Jack A. Meyer and Elliot K. Wicks (63-74), Washington D.C., Economic & Social Research Institute, 2002.
18. National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2006*, Washington D.C., National Center for Health Statistics, 2006
19. Olson, Craig A., "Part-Time Work, Health Insurance Coverage, and the Wages of Married Women" In *Employee Benefits and Labor Markets in Canada and the United States*, edited by William T. Alpert and Stephen A. Woodbury (295-324), Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2000.
20. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), *OECD Factbook: Economic, Environmental, and Social Statistics*, Paris, 2006.
21. Steuerle, C. Eugene, "A Workable Social Insurance Approach to Expanding Health Insurance Coverage", *Covering America: Real Remedies for the Uninsured*, vol. III, edited by Jack A. Meyer and Elliot K. Wicks (97-112), Washington D.C., Economic & Social Research Institute, 2003.
22. Steuerle, C. Eugene and Christopher Spiro, "Nonemployment: A Necessary Economic Indicator", Straight Talk on Social Security and Retirement Policy No.2., Washington D.C., The Urban Institute, 1999.
23. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, *Consumer Expenditures in 2004*, Report No. 992, Washington D.C., U.S. Bureau of Labor Statistics, 2006.

24. Wolaver, Amy, Timothy McBride and Barbara Wolfe, "Mandating Insurance Offers for Low-Wage Workers: An Evaluation of Labor Market Effects", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 28(5) , pp 883-926, 2003.



شعبه پژوهش‌های علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی