

ناخشنودی از خصوصی سازی: نظام در حال شکل گیری مراقبت سلامت در چین

دیوید بلومنتال / ویلیام شیائو

ترجمه اسفندیار معینی^۱



مقدمه

چین در اولین نگاه، مبهوت کننده به نظر می رسد. سرزمین نیروی شگفت انگیز زندگی با ابعاد و تفاوت های غیرقابل تصور، شهرهایی پر از همه همه انرژی، اراده و راهبندان های تمام نشدنی، ترافیک خفه کننده و خیابان های ناکافی، اینجا منزل یک چهارم جمعیت جهان است. جمعیت ۱/۳ میلیاردی چین از پیش در کلان شهرهایی (مانند شانگهای با ۱۶ و پکن با پیش از ۱۳ میلیون نفر) که هر چیزی در دنیای غرب را کوچک نشان می دهند، ازدحام کرده اند. در حالی که آسمان خراش های شیشه پوش آن سر به فلک می ساینند و مراکز بازرگانیش لندن و پاریس را از مد افتاده نشان می دهند، بیشتر جمعیت روستایی آن، که به ۹۰۰ میلیون نفر می رسند، در فقر و تبعیض زندگی می کنند که یادآور فراموش شده ترین مناطق دنیاست.

۱. کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، دبیرخانه تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مصلحت‌نامه تأمین اجتماعی: سال هشتم شماره بیست و هشتم و بیست و هفتم

این واقعیت پیچیده نشان دهنده تغییرات اقتصادی و سیاسی عظیمی است که چین دارد از سر می‌گذارند. تولید ناخالص داخلی (GDP) چین طی ۲۵ سال گذشته با نرخ غیرعادی ۸ درصد رشد کرده است و اقتصادش که از بزرگترین اقتصادهای دنیاست با سریع‌ترین نرخ توسعه می‌یابد.

تحلیل‌گران معمولاً می‌گویند چین در قرن ۲۱ قدرت مسلط جهان خواهد شد تا رویای مائوتسه تونگ رهبر انقلابی افسانه‌ای و پرتناقض خود را تحقق بخشد.

اما ابزارهای پیشرفت چین، ممکن بود مائو را از کوره به در کند، چون به جای راهبرد سوسیالیستی و جمع‌گرایانه‌ای که بر کنترل متمرکز و عدالت اجتماعی تأکید می‌کرد، چینی‌ها اقتصاد خود را خصوصی کرده و به جای کنترل دولتی، منطق و قدرت‌های محلی غیر متمرکز را پذیرفته‌اند.

رهبران کنونی چین به‌جای اولویت دادن به منافع دهقانان روستاها که مائو از آنها طرفداری می‌کرد (چون انقلاب او، انقلابی دهقانی بود که از روستاهای بر دامنه چین آغاز شده بود)، پول‌ها را به شهرها سرازیر کرده و نواحی روستایی را در سختی و مشقت رها کرده‌اند و این به تفاوت‌های بزرگ در رفاه جمعیت شهری و نواحی روستایی و ناآرامی اجتماعی انجامیده است.

تبدیل چین به یک قدرت عمده جهانی، امور داخلی - و به‌ویژه ثبات سیاست داخلی آن را - در آینده برای تمام مردم جهان با اهمیت خواهد کرد. در این مورد یکی از خیره‌کننده‌ترین و مهمترین ابعاد تاریخ معاصر چین، تحول نظام مراقبت سلامت آن بوده است. چین با شکوفا شدن اقتصادش، به تقلید از روش‌های اقتصادی غربی، نظام مراقبت سلامت را به سبب طرفداری و پذیرش کتبی یا شفاهی راهبردهای خصوصی‌سازی بنیادی ایالات متحد، تقریباً در هم ریخت اما طنز زمانه این است که شهروندان ایالات متحد دژ سرمایه‌داری اکنون در مقابل هزینه بیماری نسبت به شهروندان چین، کشوری که سوسیالیستی بشمار می‌رود از حفاظت بیشتری برخوردارند. در نتیجه، چین با مشکلات عظیم مراقبت سلامتی روبرو است که در مقایسه با آنها مشکلات ایالات متحد تقریباً ناچیز به‌نظر می‌رسد و تهدید بالقوه‌ای برای ثبات ملی چین به حساب می‌آید. در همین حال، چینی‌ها با خزانه‌ای که از مالیات بر درآمدهای اقتصاد شکوفایشان آکنده است اکنون فرصت‌هایی برای بهبود مراقبت سلامتشان دارند که سیاستگذاران غربی تنها می‌توانند بر آنها رشک ببرند. این ترکیب انبوه چالش‌ها و فرصت‌های

عظیم نظام مراقبت سلامت چین را به آزمایشگاهی یگانه تبدیل کرده است که برنامه ریزان مراقبت سلامت غربی نمی‌توانند از آن چشم‌پوشند.

انتخاب‌های کنونی مقام‌های چین ممکن است بر توانایی آینده آنها در مدیریت بیماری‌های واگیر، مانند سندرم حاد و شدید دستگاه تنفس^۱ و آنفلوآنزای ترسناک پرندگان، که رفاه انسان‌ها را در همه جا به شدت تهدید می‌کنند، اثر بگذارد. این گزارش، تاریخچه و وضعیت کنونی نظام مراقبت چین را بازنگری می‌کند، همچنین تغییرات مهمی را که در نتیجه خصوصی‌سازی اقتصاد آن، در نظام سلامت رخ داده است و مشکلات مراقبت سلامت که در شهرهای بازسازی شده و روستاهای فراموش شده پدیدار شده است و نیز راهبردهایی را که رهبران چین برای در افتادن با این مشکلات در پیش گرفته‌اند، پیگیری می‌کند. گزارش با اشاره به واکنش‌های ایالات متحد و نظام‌های مراقبت سلامت غربی، در برابر پیشرفت این مشکلات، پایان می‌پذیرد.

۱. تاریخ معاصر نظام سلامت چین ۲۰۰۲ - ۱۹۵۰

پس از این که مائوتسه‌تونگ و حزب کمونیست چین در ۱۹۴۹ کنترل چین را به دست گرفتند، یک نظام مراقبت سلامت از نوع جامعه‌های کمونیستی قرن بیستم که اکنون از بین رفته‌اند، ایجاد کردند.

نظامی با مالکیت و تأمین مالی دولتی که تمام بیمارستان‌های بزرگ و درمانگاه‌های تخصصی آن در مناطق شهری (که بیشتر به اعضای حزب خدمت می‌دادند) و درمانگاه‌های شهرهای کوچک بوسیله دولت مدیریت می‌شدند. طب خصوصی و مالکیت خصوصی و ارائه‌کنندگان خصوصی سلامت از بین رفتند، پزشکان حقوق‌بگیر دولت بودند. در مناطق روستایی، نظام مراقبت سلامت بر کمون بنا شده بود، که نهاد حیاتی زندگی روستایی بود. کمون‌ها مالک زمین بودند. کاشت و برداشت را ساماندهی می‌کردند و خدمات اجتماعی از جمله مراقبت سلامت بوسیله نظام پزشکی تعاونی آنها ارائه می‌شد. نظام پزشکی تعاونی عملیات مراکز سلامت روستا و بخش را به عهده داشتند. کارکنان آنها - پزشکان معروف به پاپره‌نه که در کشورهای غربی به سبب نشان دادن تصویری اثربخش از خود در بر آوردن

نیازهای جمعیت روستایی، مشهور شده بودند، فقط آموزش‌های اولیه مراقبت سلامت را گذرانده بودند. پزشکان پا برهنه مراقبت سلامت غربی و سنتی چینی را همراه با بسیاری از خدمات سلامت عمومی ارائه می‌کردند.

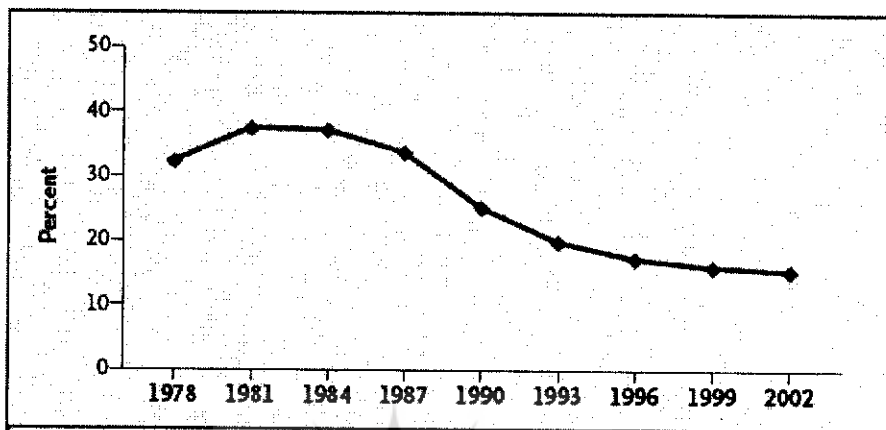
از ۱۹۵۲ تا ۱۹۸۲ نظام سلامت چین به بهبود عظیم سلامت و مراقبت سلامت دست یافت. میزان مرگ و میر کودکان هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت از ۲۰۰ به ۳۴ نفر کاهش یافت و امید به زندگی از ۳۵ به ۶۸ سال رسید. این پیشرفت‌ها، تأثیر سرمایه‌گذاری‌های عظیم در سلامت عمومی را از طریق یک واحد دولتی بسیار متمرکز طبق مدل اتحاد شوروی اوایل دهه ۱۹۵۰، نشان می‌داد.

این دستگاه عظیم سلامت عمومی دستاوردهای بزرگی در زمینه کنترل بیماری‌های عمومی از طریق ایمن‌سازی و سایر تدابیر بهداشت عمومی مانند بهبود بهداشت و کنترل بیماری‌های عفونی، از جمله پشه مالاریا و انگل شیستوزما، داشته است. در آغاز دهه ۱۹۸۰ چین وارد گذار اپیدمیولوژیک که در کشورهای غربی مشاهده شده بود، گشت و بیماری‌های واگیر جای خود را به بیماری‌های مزمن (مانند بیماری قلبی، سرطان و ضربه مغزی) که مهمترین علت‌های بیماری و مرگ نامیده شده‌اند، دادند.

سپس در اوایل دهه ۱۹۸۰ چین یکشنبه نظام مراقبت سلامت موفق و بهداشت عمومی خود را از دست داد بدون این که چیزی جایگزین آن شود. این رخداد شگفت‌آور و غیرقابل توجیه، پیامد تخریب بسیار خوب طراحی شده و یک حمله سیاسی موفقیت‌آمیز در جهت خصوصی‌سازی اقتصاد چین بود، تلاشی عمومی برای کاهش کنترل دولت مرکزی پکن بر مناطق و امور محلی. مقامات چینی فقط در سال‌های اخیر دردهای این تخریب عظیم مراقبت سلامت را که خود باعث آن شده بودند، دریافته‌اند.

۲. چند تصمیم ویژه اوایل دهه ۱۹۸۰ که طوفان کنونی در مراقبت سلامت چین را بوجود آورد

۱. چین نحوه تأمین مالی مراقبت سلامت خود را کاملاً تغییر داد. این کشور سرمایه‌گذاری در خدمات مراقبت سلامت و همچنین بسیاری از خدمات عمومی را کاهش داد. از ۱۹۷۸ تا ۱۹۹۹ سهم دولت مرکزی در تأمین مخارج هزینه ملی مراقبت سلامت از ۳۲ درصد به ۱۵



نمودار شماره ۱. سهم دولت در تأمین هزینه ملی مراقبت سلامت از کل مخارج بخش سلامت

درصد کاهش یافت (نمودار شماره ۱) دولت مرکزی در همان زمان مسئولیت قسمت بیشتر تأمین مالی خدمات مراقبت سلامتی را بر عهده مقام‌های منطقه‌ای و محلی گذاشت و از طریق گرفتن مالیات‌های محلی، انجام دهند. که این تأثیر فوری به نفع استان‌های ثروتمند ساحلی و به زیان استان‌های روستایی کم ثروت گذاشت و پایه اصلی تفاوت فراینده بین سرمایه‌گذاری در مراقبت سلامت شهرها و روستا شد. در نتیجه دولت مرکزی توانایی و تعهد خود را نسبت به باز توزیع منابع مراقبت سلامت از مناطق ثروتمند به مناطق فقیر از دست داد و وضع کشوری را که اکثریت جمعیت آن در مناطق فقیرنشین روستایی زندگی می‌کردند، بدتر کرد. کاهش پشتیبانی دولت از نظام مراقبت سلامت باعث خصوصی‌سازی بیشتر مؤسسات ارائه‌کننده مراقبت سلامت چینی شد و آنها را وادار به فروش خدمات در بازارهای خصوصی کرد تا بتوانند هزینه‌های خود را پس از کاهش تخصیص منابع عمومی، پوشش دهند. بیمارستان‌های دولتی بیشتری شروع به فعالیت مانند مؤسسات سودآوری کردند که به قشرهای پائینی فشار می‌آورد. دولت چین بطور غیررسمی خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها را نادیده گرفت یا تأیید کرد.

۲. دولت یک نظام تنظیم قیمت را برقرار کرد که اثرات فاجعه‌بار و ناخواسته‌ای داشت، دولت برای اطمینان یافتن از دسترسی به مراقبت‌های اساسی، به کنترل سفت و سخت

مبلغی که بیمارستان‌ها و در مانگاه‌های دولتی بابت ویزیت‌های معمولی و خدماتی مانند جراحی، آزمایش‌های استاندارد و درمان‌های معمولی، دریافت می‌کردند، ادامه داد، اما به آنها اجازه داد بابت داروها، آزمایش‌ها و تکنولوژی‌های ۱۵ درصد یا بیشتر حاشیه سود را افزایش دهند.

علاوه بر این، دولت نظام پرداخت حقوق را، با جبران خدمات پزشکان بیمارستان از طریق پرداخت پاداش‌هایی که برحسب درآمد ایجاد شده در بیمارستان خود بدست می‌آورند، جایگزین کرد. پاداش‌ها به شدت وابسته به فروش سودآور داروها و تکنولوژی جدید بودند. این باعث انفجار فروش داروها و خدمات تکنولوژی عالی مانند تصویربرداری و افزایش کلی قیمت‌ها و هزینه‌های مراقبت سلامت شد و در حالیکه بیشتر شهروندان چینی توانایی پرداخت بهای خدمات سلامتی را نداشتند، گروه جدیدی از چینی‌های نوکیسه مراقبت تکنولوژی غربی گرانتقیمت دریافت می‌کردند.

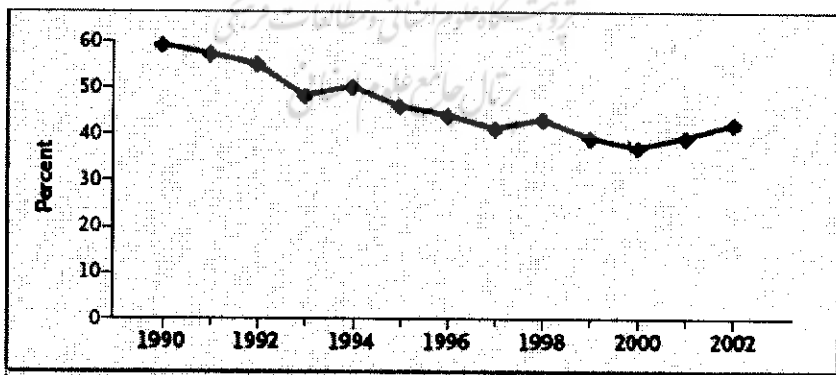
۳. دولت ناگهان و به طور کامل کمون‌ها را برای خصوصی‌کردن کشاورزی، برچید. تأثیر جانبی این کار کنار گذاشته شدن شبکه مراقبت سلامت بیشتر روستاهای چین بود که بدون نظام پزشکی تعاونی، هیچ راهی برای انباشت مخاطرات هزینه‌های مراقبت سلامت نداشتند، و ۹۰۰ میلیون روستایی که بیشتر آنها از شهروندان فقیر بودند، یکشنبه پوشش بیمه‌ای خود را از دست دادند. در همین حال، پزشکان پابرهنه محبوب بیکار شدند و ناگزیر به عنوان کارکنان مراقبت سلامت به استخدام بخش خصوصی در آمدند، آنها به صورتی تنظیم نشده، تأکید بر خدمات با تکنولوژی لوکس که برای آنها آموزش ندیده بودند، کردند در نتیجه کیفیت کلینیکی کار آنها به شدت مورد سوال قرار گرفت. پزشکان پابرهنه قبلی بسرعت دریافتند که فروش داروها یکی از بهترین راه‌ها برای دوام آوردن از لحاظ اقتصادی است و قیمت‌گذاری داروها و فروش آنها در مناطق روستایی نیز رواج یافت.

چین نظام سلامت عمومی خود را غیرمتمرکز کرد، چون این نظام تأمین مالی و انجام خدمات خاص خود را لازم داشت، و تأمین مالی متمرکز برای پرداخت هزینه‌های فعالیت‌های بهداشت عمومی محلی را کاهش داد. این حرکت گذشته از افزایش تفاوت مراقبت سلامت شهری و روستایی، به کاهش تأمین مالی برنامه‌های بهداشت عمومی در بسیاری از مناطق محلی، انجامید. در عوض، دولت مرکزی اختیار واحدهای بهداشت

عمومی را برای کسب درآمد از دست رفته از طریق فروش خدمات پزشکی به اشخاص و دریافت وجه خدمات بهداشت عمومی مانند بازرسی هتل‌ها و رستوران‌ها بابت وضعیت بهداشتی و صنایع نقض‌کننده مقررات محیط زیست، را تضمین کرد. قابل پیش‌بینی بود که مقام‌های حفظ بهداشت محلی بر فعالیت‌های درآمدزا، تأکید کرده، از آموزش بهداشت، بهداشت مادر و کودک و کنترل بیماری‌های واگیر، غفلت خواهند کرد. طی دوره ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۲ تأمین مالی عمومی به عنوان بخشی از درآمدها بهداشت عمومی محلی، برای تکمیل خصوص کردن نسبی نظام تأمین سلامت چین، از ۶۰ درصد به ۴۲ درصد کاهش یافت (نمودار شماره ۲). این به پزشکان پابرهنه که ناگهان از قطع پرداخت بابت بهداشت عمومی در مناطق روستایی و ارائه خدمات سلامت عمومی صدمه روحی دیده بودند، کمکی نمی‌کرد.

۳. پیامد تأسّف بار این سلسله رخدادها اگر از سه منظر

عملکرد کلی نظام ارائه مراقبت‌های سلامت، تفاوت بین مناطق شهری و روستایی و اثر بخشی دستگاه آن در کنترل بیماری‌های واگیر دیده شود، بهتر درک خواهد شد. نظام جدیداً خصوصی شده چین از تمام مشکلات مراقبت سلامت مانند آمریکا رنج می‌برد، در ضمن فقط ۲۹ درصد از مردم چین دارای بیمه سلامت، که برای پوشش دادن، هزینه‌های سلامت ضروری است،



نمودار شماره ۲. سهم درآمدها بهداشت عمومی محلی در تأمین مالی عمومی

مستادانه تأمین اجتماعی: سال هشتم شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

برخوردارند. پرداخت از جیب بالغ بر ۵۸ درصد مخارج سلامت در سال ۲۰۰۲ را تشکیل داده است که در مقایسه با ۲۰ درصد در سال ۱۹۷۸ نزدیک به سه برابر افزایش یافته است. در سال ۲۰۰۱ در بررسی میدانی ساکنین سه استان نمونه چین، نیمی از پاسخ دهندگان گفته‌اند که از مراجعه برای مراقبت سلامت به سبب بالا بودن هزینه آن طی ۱۲ ماه گذشته، خودداری کرده‌اند.

با این حال هزینه‌های مراقبت سلامت در حال افزایش است هر چند در سطحی پائین‌تر از ایالات متحد از سال ۱۹۷۸ تا ۲۰۰۲، سرانه سالانه خدمات سلامت شخصی چین با ضریب ۴۰ یعنی از ۱۱ به ۴۴۲ یوان (یا تقریباً از ۱/۳۵ به ۵۵ درصد) افزایش یافت. روی هم رفته هزینه انواع مراقبت‌های سلامت (شامل بهداشت عمومی) از ۳ درصد به ۵/۵ درصد تولید ناخالص داخلی رسید. داروها و خدمات تکنولوژی عالی به دلیل سودآوری فروششان، بیش از اندازه مصرف می‌شوند. نیمی از مخارج مراقبت سلامت چینی‌ها صرف داروها می‌شود (در مقایسه با ۱۰ درصد در ایالات متحد). یک بخش پزشکی سود آور جدید به برگزیدگان ثروتمند شهری چین ارائه کند. در این حال کارایی نظام مراقبت سلامت چین، با شتاب کاهش یافته است. با رشد بخش خصوصی مراقبت سلامت از ۱۹۸۰ تعداد مکان‌های ارائه خدمات مراقبت سلامت چینی و کارکنان آن به شدت افزایش یافته است، اما به سبب موانع دسترسی، استفاده و به همین دلیل کارایی بخش مراقبت سلامت، کاهش یافته است. برای بسیاری از مردم در ایالات متحد، این فراوانی مجموعه‌های درمانی در متن دسترسی کاهش یابنده و انفجار هزینه‌ها و ناکارایی به نحو تأثرانگیزی آشنا به نظر می‌رسد.

دومین راه درک اثرات اصلاحات مراقبت سلامت بعد از ۱۹۸۰ مقایسه‌های شهری - روستایی است. در نظام مراقبت سلامت بازار پایه چین، ثروت مصرف‌کنندگان، یک تخمین‌زننده مهم دسترسی به آنها به خدمات و کیفیت آن است، در حالی که در آمد شهری‌ها سه برابر درآمد مناطق روستایی است، شهری‌ها خیلی بیشتر از روستائیان از خدمات سلامت بهره‌مند می‌شوند.

در ۱۹۹۹، ۴۹ درصد شهرنشینان چینی بیمه درمان داشتند. در حالی‌که این نسبت برای روستائیان ۷ درصد و برای فقیرترین روستائیان مناطق ساکن استان‌های غربی، تنها ۳ درصد بوده است، علاوه بر این کیفیت مراقبت روستائیان به دلایلی که برای همه مردم دنیا روشن است یعنی ناکافی بودن تعداد مکان‌ها و کارکنان در مناطق روستایی، پائین‌تر است. به ویژه،

چین به شیوع سارس مطمئناً بطور عمده انعکاس این جریانها بوده و این پرسش را بر می‌انگیزد که آیا زیر بنای سلامت عمومی چین از عهده شناختن و پاسخگویی به شیوع ناگهانی اپیدمی آنفولانزای پرندگان بر می‌آید؟ همین نگرانی در مورد توانایی چین در مقابله با عفونت ویروسی نقض ایمنی اکتسابی^۱ فزاینده و شیوع سل مقاوم در برابر داروها در مناطق روستایی وجود دارد.

۴. پاسخهای دولت

دولت چین برای حفظ اعتبار خود، شناخت و رودروئی با مشکلات عظیم سلامتی را که خود پدید آورده آغاز کرده است و اینکار را با عمل‌گرایی قابل تحسین بدون توجه به محدودیت‌های ایدئولوژیک و با استفاده از راه‌حل‌های پیشرو برگرفته از سایر کشورها (پس از آزمون دقیق)، انجام می‌دهد. در این حال چین از یک فرصت نادر مالی بهره مند است. به دلیل رشد سریع اقتصادی، دولت‌های مرکزی و محلی درآمدهای مالیاتی کافی برای سرمایه‌گذاری اساسی در زمینه مراقبت‌های سلامت بدون کاهش سایر مخارج خدمات اجتماعی رقیب مانند مسکن و آموزش یا دفاع که اکنون از اولویت‌های رهبران چین بشمار می‌روند، در اختیار دارند.

چون به نظر می‌رسد اکنون چین از دو جامعه روستایی و شهری تشکیل شده است، دولت راهبردهای مختلفی را برای حل مشکلات این دو محیط در چین گرفته است.

این کشور سعی کرده است دوباره یک شبکه سلامت شهری را از طریق به هم بافتن ابزارهای مختلف بوجود آورد که سیاستگذاران مراقبت بهداشتی ایالات متحد با آنها آشنا هستند. اولی بیمه اجباری از طریق کارفرما است. در ۱۹۹۸ دولت مرکزی از کلیه مؤسسات تحت مالکیت دولت خواست که حساب‌های پس‌انداز درمانی را همراه با بیمه رخدادهای کمرشکن به کارکنان خود ارائه کنند، حساب‌های پس‌انداز درمانی که از سنگاپور فراگرفته شده است از افراد می‌خواهد که پول خود را برای پرداخت بخشی از هزینه‌های درمان شخصی خود پس‌انداز کنند. بدین امید که چون حسابهای پس‌انداز درمان شامل پول خود بیمار هستند آنها را نسبت به هزینه‌های مراقبت خود حساس‌تر خواهد کرد، اگر چه در مقابل این هزینه‌ها محافظت خواهند شد. حسابهای پس‌انداز درمان هزینه‌های مراقبت را تا میزان ۱۰ درصد

1. Human Immunodeficiency Virus (HIV)

ناخشنودی از خصوصی سازی

حقوق سالانه کارگر پرداخت می‌کنند، پس از آن بیمه هزینه‌های کمرشکن در مجموع هزینه‌های بین ۱۰ تا ۴۰۰ درصد دستمزدها را تأمین می‌کند. بالاخره کارفرما ممکن است به کارگران پیشنهاد بیمه مکمل را برای پوشش هزینه‌های مراقبت سلامت بیش از ۴۰۰ درصد دستمزدشان، ارائه کند.

هنوز خیلی به تکمیل این نظام باقی مانده است. بعضی از کارفرماها از پذیرفتن اجبار دولتی به بهانه اینکه توان پرداخت، حق بیمه را ندارند خودداری کرده‌اند. بسیاری از شهرنشینان برای کارفرمایان سازماندهی شده کار نمی‌کنند. شرکت‌ها به سرعت برای پرداخت نکردن مزایا به کارگران متشکل شدند، بستگان کارگران تحت پوشش قرار نمی‌گیرند. یک صنعت بیمه سلامت خصوصی برای فروش بیمه سلامت به اقلیت ثروتمندی که توان تحمل آن را دارند، ایجاد شده است و دولت چین صدور مجوز برای شرکت‌های بیمه خارجی در مورد فروش پوشش بیمه‌ای را در نظر گرفته است. اینکه آیا دولت چین خواهد توانست ۵۱ درصد شهرنشینان را که هنوز هیچ حفاظتی در مقابل هزینه بیماری ندارند، پوشش دهد و یا اینکه چگونه می‌خواهد این کار را انجام دهد تاکنون مشخص نشده است.

دولت مرکزی در حل مشکلات مراقبت سلامت مناطق روستایی کندتر و بی‌میل‌تر بوده است، اما به دلیل اینکه هزینه‌های مراقبت سلامت سایر تلاش‌های دولت برای فقرزدایی دهقانان را بی‌اثر کرده است ناگزیر است اقدام کند.

در سال ۲۰۰۲ مقام‌های رسمی یک شبکه اولیه تأمین مالی برای مراقبت سلامت را تجربه کردند در این برنامه، دولت معادل ۲/۵ دلار در سال برای کمک به پوشش بیمه‌ای روستائیان در نظر گرفت به شرطی که با پرداخت ۱/۲۵ دلار در سال از طرف خود آنها همراه باشد.

این برنامه‌ها به دلیل پرداختی ناچیزشان فقط مراقبت‌های بستری را (با کسور خیلی زیاد) پوشش می‌داد و دهقانان را بدون خدمات مراقبت اولیه و دارو باقی می‌گذاشت. دانشکده سلامت عمومی هاروارد چینی‌ها را در آزمون مدل بدیلی که پیشگیری مراقبت اولیه و پوشش بیمه‌ای را دربرگیرد کمک می‌کند.

دولت مرکزی که از بیماری سارس بکه خورده است، وجوه قابل توجهی را به بازسازی دستگاهش برای کنترل بیماری واگیر بدون توجه به ابعاد دیگر نظام بهداشت عمومی، سرمایه‌گذاری کرده است. دولت همچنین یک نظام گزارش‌دهی الکترونیک بیماری‌ها را بر پایه سطح ناحیه بنا کرده است به هر ناحیه نیز یک بیمارستان بیماری‌های عفونی اختصاص داده

شده. ولی خلاء بزرگ این است که شکاف دائمی بین ساز و کارهایش در زیر سطح ناحیه پایدار مانده است. از آنجا که هر ناحیه صدها هزار نفر را در چین در بر می‌گیرد، ممکن است آنفولانزا یا سارس قبل از آنکه مورد توجه مقام‌های ناحیه واقع شود، بطور گسترده شیوع یابد. از این گذشته هنوز در زمینه آموزش عمومی سلامت شخصی و سلامت عمومی که ممکن است باعث بروز بیماری‌های واگیر شود، سرمایه‌گذاری نکرده است.

۵. نگاه به گذشته و آینده

تاریخ معاصر نظام مراقبت سلامت چین به مشاهده‌کنندگان ایالات متحد و دیگر کشورها چند درس می‌دهد. به نظر واضح می‌رسد که خصوصی کردن بنیادی نظام‌های مراقبت سلامت خطرهای عظیمی را متوجه سلامت شهروندان و ثبات حکومت می‌کند. به علاوه تجربه چین ضرورت درگیر شدن دولت برای تأمین یک شبکه ایمنی مراقبت موثر سلامت را که در آن ارائه‌کنندگان صرف‌نظر از تاریخ و یا زبانشان بابت خدمات شده خود پاداش بگیرند، آشکار ساخته است. زمانی که پزشکان و بیمارستان‌های چین بابت ارائه خدمات با تکنولوژی عالی پاداش گرفتند. همان کاری را کردند که پزشکان و بیمارستان‌های ایالات متحد طی دهه‌ها مشغول انجام آن بودند. در واقع تجربه چینی‌ها، به بقیه دنیا هشدار می‌دهد؛ رهبران در هر جا هوشیار باشند که با تقلید و حتی فرا رفتن از نظام مراقبت سلامتی که ایالات متحد نمونه آن است، ممکن است وارث بی‌کفایتی‌ها و بی‌عدالتی‌های آن شوند.

در این حال خوشبینان ممکن است امیدوار باشند دلیلی برای بقای چین در مقابل زخم‌هایی که به مراقبت سلامت خود تحمیل کرده است، بیابند. رهبران چین عاقلانه و هدفمند برای روبرو شدن با چالش عظیم مهندسی اجتماعی، بهبود خسارت‌های گذشته و شکل دادن به یک نظام مراقبت سلامت جدید را که با نظام اجتماعی یگانه و فرهنگ کشورشان متناسب باشد آغاز کرده‌اند. به سختی می‌توان گفت این نظام به چه شباهت خواهد داشت ولی بدون تردید ارائه عمومی و خصوصی خدمات و بیمه را با ترکیبی که در مناطق شهری و روستایی متفاوت خواهد بود، در پیش خواهد گرفت. چالش مهمی که در چین و ایالات متحد به آن بها داده نشده، این است که چگونه یک نظام ارائه‌کننده مراقبت سلامت ناکارا و بدسازماندهی شده که در شهرها متورم شده و در مناطق روستایی کهنه شده

است را می توان اصلاح کرد چالش دیگر فراروی چین القای ضرورت حفظ منافع بیماران و کیفیت منطقی خدمات به کارکنان مراقبت بهداشتی بویژه پزشکان، و مراعات اخلاق حرفه ای بوسیله بخشی خصوصی است. برای چند نسل از پزشکان چینی، وفاداری به دولت و ایدئولوژی کمونیسم به عنوان چارچوب اخلاقی، جانشین حرفه گرایی شده بود. چالش دیگر وسعت عظیم چین و تنوع آن است.

با توجه به اهمیت سیاسی و سلامت جسمی چین برای مردم همه دنیا، آمریکایی ها باید درایت و ابتکار و مسئولیت بیشتری در مورد برخورد رهبران چین به چالش های کشورشان از خود نشان دهند، در عصر تروریسم، سارس، آنفولانزای پرندگان و نقض ایمنی اکتسابی، مراقبت از سلامت هیچ کشوری، به صورت جزیره ای جدا از دیگران، میسر نیست.

منبع

Blumenthal, David (M.D., M.P.P) & William Hsiao (Ph.D.), Privatization and Its Discontents, The Evolving Chinese Health Care System, *The new England journal of medicine*, September 15, 2005. (www.nejm.org)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی