



پزشکی در برابر اقتصاد

مقدمه:

دیدگاه‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی در زمینه دارو، از جمله موضوعاتی است که مطبوعات تخصصی و محافل پزشکی و داروسازی خارجی در سالهای اخیر بدان توجه خاصی داشته‌اند. طرح این دیدگاهها و گسترش و درج اندیشه‌های مختلف در این حیطه، زمینه‌ساز اجرای طرح ژنریک و سایر طرحهای اقتصادی مناسب و در برگیرنده منافع ملی در کشورهای گوناگون خصوصاً جهان سوم گردیده است.

از آنجا که گروهی از این دیدگاهها می‌تواند راهگشای بعضی معضلات موجود در زمینه مسائل دارو - درمانی مملکت باشد به طرح گوشه‌هایی از آن می‌پردازیم.

* کارشناس امور دارویی

پزشکی در برابر اقتصاد:

گفتگو در مورد اقتصاد مراقبت‌های بهداشتی با افزایش هزینه‌های آن از ۵ درصد به ۱۱ درصد در آمد ناخالص ملی، در خلال دو دهه گذشته آغاز شد. علیرغم هزینه بیشتری از در آمد ناخالص ملی در مراقبت‌های بهداشتی در مقایسه با دیگر کشورها، ایالات متحده پانزدهمین کشور از نظر امیدبزندگی مردان، هفتمین از نظر امیدبزندگی زنان و سیزدهمین از نظر مرگ و میر کودکان است.

با وجودیکه این موارد عموماً واقعیت‌های مرتبط اند، از دیدگاه مراقبت بهداشتی بعنوان مسئله اجتماعی، این شرایط از دیرباز وجود داشته و ریشه آن در فشارهای حاد کنونی تغییر نظام مراقبت‌های بهداشتی نیست. این فشارها از دیدگاه باریکتر بودجه‌ای مطرح گردیده‌اند. اساساً هر نهادی که روزانه در کار پرداخت

هزینه مراقبت‌های بهداشتی می‌خواهد از چنین الزاماتی رها گردد.

بودجه کشوری با کسری بیشتر از ۲۰۰ میلیارد دلار روبرو است. بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار سالانه در مراقبت‌های بهداشتی هزینه

از آنجا که حکومت در نخستین اولویت، کار تأمین مراقبت‌های بهداشتی پیران و فقراراً عهده‌دار است، کاهش بودجه بصورت محرومیت این گروهها از خدمات فوق جلوه خواهد کرد. نتیجه فوری این اقدام بطرح این

ه از آنجا که حکومت در نخستین اولویت، کار تأمین مراقبت‌های بهداشتی پیران و فقراراً عهده‌دار است، کاهش بودجه‌های مراقبت‌های بهداشتی بصورت محرومیت این گروهها از خدمات فوق جلوه خواهد کرد.

می‌گردد، اگر کسری یاد شده فوق از رهگذر کاهش هزینه‌ها تأمین گردد، هزینه مراقبت‌های بهداشتی نیز تقلیل خواهد یافت. دولت مرکزی بر سبیل عادت چشم‌انداز مسائل مراقبت‌های بهداشتی را در عداد مسائل اجتماعی می‌شناسد. این روزها این دیدگاه غالباً بصورت انحصار بودجه‌ای تلقی می‌گردد. پس چرخش دیدگاه بسیار مهم است. مسائل اجتماعی می‌توانند رها شده یا رو به وخامت گذارند، لکن مسائل ناشی از کسر بودجه نیاز براه‌حل‌های فوری دارند.

برای کاهش هزینه‌ها، دولت مرکزی اقدام بکاهش کمک‌های خود با ایالات و حکومت مرکزی مینماید، با این اقدام تنها از طریق افزایش مالیات یا کاهش هزینه‌ها میتوان بحفظ شرایط اقتصادی موجود رسید. ایالات و حکومت‌های محلی مقادیر زیادی در مراقبت‌های بهداشتی هزینه مینمایند، قطع هزینه مراقبت‌های بهداشتی و قرار دادن آن در مرکز تصمیم قطع بودجه کشوری موجب ستیز حکومت‌های محلی و ایالتی با دولت مرکزی می‌گردد.

سؤال میرسد که آیا چیزی برای جایگزینی آن وجود دارد.

در دهه گذشته با وجود آنکه نیروی اصلی تأمین بار مالی این خدمات، دولت بوده است، در دهه آینده این نقش بعهده بخش خصوصی گذاشته خواهد شد. بازرگانی امریکا در فشار شدید و فزاینده رقابت خارجی است. در سال ۱۹۸۳ در موازنه بازرگانی، واردات ۱۲۳ میلیارد دلار از صادرات پیشی گرفته است. نظام بیمه درمانی بخش مهمی از هزینه‌های قیمت تمام شده در بازرگانی را تشکیل میدهد.

تجویز داروها، بالقوه مقادیر زیادی از منابع مالی را در هر مورد قبل از وصول به آنچه بصورت متعارف مرحله «آسیب نرسان» و نقطه توقف و رها کردن تلقی می‌گردد هزینه مینماید. تمامی پرداخت کنندگان اصلی در تلاش برای کاهش سریع نقش خود در نظام مراقبت‌های بهداشتی‌اند. آنان علاقمند بکاهش این هزینه‌ها هستند، ولی نکته مهم اینست که نمی‌خواهند در جایگاه یک بیمار نیازمند بدلیل هزینه‌های

گران از دریافت خدمات درمانی محروم گردند.

از دیدگاه پرداخت کنندگان مسئله روشن است، در نظام فعلی هزینه‌ها از کنترل خارج شده‌اند که این هزینه‌ها باید کنترل گردند. ریشه (منشأ) مسئله کاملاً روشن است. در ارزیابی گذشته نگر نظام کارانه، با پرداخت نظام بیمه هیچ کس علاقه‌ئی در مورد بار مالی نشان نمی‌داد. برای پزشکان بیماران، بیمارستانها و شرکتهای بیمه این نظام به منزله دوره گذار تلقی می‌شد. پرداخت کنندگان (دولت، شرکتهای) که بار پرداخت را عهده‌دار بوده‌اند هنوز در مورد میزان هزینه چیزی نگفته‌اند.

از دیدگاه پرداخت کنندگان راه حل نیز روشن است. نظام فعلی باید جای خود را به نظامی بدهد که تمامی افراد (مردم) درگیر، به بار مالی توجه نمایند. برای دستیابی به این هدف، نظام باید از شیوه پرداخت کارانه به پرداخت جاری براساس بیمار تغییر پذیرد. با این روش پرداخت کنندگان بدون دخالت در تعیین نوع درمان بیماری میتوانند هزینه‌های خود را محدود نموده و جامعه پزشکی میتواند در مورد تخصیص این منابع برای بیمار تصمیم‌گیری نماید.

تفضیل آن متفاوت و توضیح داده خواهد شد، لکن نظام گروه وابسته به تشخیص RDG (diagnostic-related group) حرکتی است که به ساخت موج آینده می‌رسد؛ نظام کنونی DRG پرداخت به ارائه کنندگان را به جایگاه بیمار در گروه‌های تشخیصی پیوند

داده است. نظام فردا میتواند هزینه ثابتی را برای مراقبت گروه بیماران بالقوه فارغ از تشخیص موردی بیمار منظور نماید. می‌توان پیش‌بینی کرد که شرکتهای و نه حکومت‌ها پیشگام اجرای



این تلاش خواهند بود. وقتی تحقق قانونی این اندیشه برای کارگران گروه‌های میانه تجربه شد دولت به تعمیم آن برای پیران و فقرا اقدام خواهد کرد.

این نظام ضمن پاسخ به نیاز پرداخت کنندگان می‌تواند به دگرگونی اندیشه فراگیر تبدیل نظام مراقبت بهداشتی به نظام بازار نیز منتهی گردد. هیچکس آرزومند چنین نظامی نیست لکن هدف بلند مدت، بازگشت نظام به نقطه‌ای است که در آن بخش غالب هزینه‌های نظام مراقبت بهداشتی از جیب افراد

پرداخت شود. هدف اینست که بیماران بخش اصلی هزینه‌های درمان را عهده‌دار گردند. به همین دلیل است که حکومت مرکزی در کار افزایش برگرداندن هزینه‌های بیمه مراقبت‌های بهداشتی از درآمد مشمول مالیات بوده و از همین رهگذر، مشارکت در هزینه‌های بیمه درمانی و یا خرید بیمه درمانی پیشنهاد شده است. نیروی ناشی از افزایش بیشتر برگشت فوق از بیماران در حقیقت بتحمیل حقیقی بار مالی منتهی شده و از این رو بخش اصلی کل هزینه‌ها از منابع فردی تأمین خواهد شد. بیمه درمانی شخص باید مشمول مالیات بر درآمد گردد تا کاربرد آن کاهش یابد، زیرا خریداران بیمه درمانی شخصی از این طریق در کار پر کردن فاصله حاصل از منابع بیشتر قابل بازگشت‌اند و بدینوسیله به ابطال هدف نهائی این اقدام می‌پردازند. برای کسانی که به خرید بیمه درمانی شخصی اقدام مینمایند باز هم انگیزه بار مالی فردی مستقیم وجود ندارد. در شکل مطلوب، دولت علاقمند به ممنوع کردن خرید بیمه شخصی برای مواردی است که بیمه دولتی پوشش نمیدهد، لکن از رهگذر عدم امکان سیاسی، استفاده از ابزار مالیاتی جانشین بعدی خواهد بود.

این کوشش در جهت افزایش برگشت از درآمد مشمول مالیات و ایجاد انگیزه در جهت انتقال بار مالی به بیمارست، حکومت مرکزی در این زمینه با شرکتها رقابت خواهد کرد و آنها همچنین در کار افزایش این سهم قابل برگشت‌اند تا بتوانند بیمار را عهده‌دار هزینه‌های

اصلی نمایند.

بی‌تردید در صورتیکه بار مالی بتنهایی مطرح باشد، نظام DRG میتواند کارساز باشد، و در حقیقت این نظام کار می‌کند. ترکیب افزایش سهم بازگشت‌پذیر و نظام RDG بسرعت از میزان

نظام مراقبت درمانی تدبیر شده دولتی در کمترین سطح آن برای بیماران و فقرا خواهد بود که حکومت با پرداخت رقم سالانه ثابتی به ارائه‌کنندگان خدمات، بخشی از جمعیت را پوشش خواهد داد.

بستری شدن و طول زمان بستری بیماران Medicare خواهد کاست. بدین ترتیب اگر حدود، به صورت سرانه و نه براساس بیماری تعریف گردد باید کاهش چشم‌گیری را انتظار کشید.

مسائلی از رهگذر عدم مساوات در نظام خدمات مراقبت‌های بهداشتی پدید خواهد آمد. در حدود ۱۲٪ از جمعیت تحت پوشش بیمه نیستند. پاره‌ای از کسانی که در پوشش بیمه نیستند بصورت آشکار (با داشتن نظام بیمه با مشارکت خزانه در پرداخت هزینه‌های افراد بیمه نشده) و یا بصورت پوششی (از طریق هزینه کردن اضافی مازاد بر آن و تأمین منابع اضافی برای پوشش افراد فاقد بیمه) پوشش نیافته است. منابع نظام جاری برای پرداخت بخش بیمه نشده دو شیوه میشود. در نظام پرداخت جاری به صورت سرانه بیمار، این روش عملی نخواهد بود. در این روش بیمه‌شدگان علاوه بر نیاز به منابع بیمه خود، بخشی از درآمد شخصی نیز

مراقبت‌های تدبیر شده از سوی حکومت و یا شرکتهای به هزینه شخصی خود باز نمی‌دارد. در این جا بازاری برای خرید خدمات مراقبت بهداشتی برای افرادی که قادر و مایل باشند وجود دارد، لکن این بازار توزیع خدمات و کالای خود را براساس توزیع درآمد تطبیق

نیازمندند. در این روش شکافی برای پوشش افراد بیمه نشده مستقیم وجود ندارد.

این امر فوراً دو سؤال برمی‌انگیزد: چه کسی عهده‌دار بیمه کسانی است که پوششی ندارند، و با چه معیاری باید نظام مراقبت بهداشتی برای این گروه تدبیر گردد؟ آیا باید



خواهد داد. از آنجا که ۲۰٪ از جمعیت دارای درآمدی ۱۱ برابر درآمد جمعیت ۲۰٪ پائین جامعه‌اند، طبیعی است که در نظام بازار، تأمین خدمات مراقبت بهداشتی برای ۲۰٪ بالای جامعه ۱۱ برابر افراد ۲۰٪ پائین جامعه است. اگر مراقبت‌های بهداشتی از دیدگاه اقتصاددانان

این امر هم‌سنگ با دیگران باشد، یا بر پایه نیازهای اصلی، بدون حاشیه و بدون معیارهای اخلاق مراقبت‌های پزشکی تعیین گردد.

روشن است که این مراقبت هم‌سنگ نخواهد بود. نظام پرداخت جاری افراد را از خرید خدماتی بالاتر و یا پائین تر از

«فوق العاده» خوب (مردم علاقمندند که سهم بیشتری از درآمد اضافی در حال افزایش خود را خرج کنند) خوانده شود در این صورت محتملاً فاصله بیشتر از ۱۱ به ۱ خواهد بود.

قیمت ثابت برای تأمین خدمات درمانی کارکنان در دروه خاص مبادرت مینمایند)، لکن نظام پرداخت جاری سرانه اساساً استعداد بیشتری از نظام ارائه خدمات مراقبت بهداشتی دولتی را داراست.

این امر باید مشخص شود که بهترین مراقبت پزشکی به معنی به خدمت گرفتن تمامی روشهای تجربی شناخته شده برای انسان نیست.

محتمل ترین نتیجه طبقه بندی کردن نظام مراقبت های بهداشتی تقسیم آن به سه طبقه خواهد شد. نظام مراقبت درمانی تدبیر شده دولتی در کمترین سطح آن برای پیران و فقرا خواهد بود که حکومت با پرداخت رقم سالانه ثابتی به ارائه کنندگان خدمات، بخشی از جمعیت را پوشش خواهد داد. سطح مراقبت بهداشتی از رهگذر تخصیص سرانه پرداخت دولت بمنظور تأمین آن تعریف میشود. ارائه کنندگان خدمات بهداشتی تصمیم خواهند گرفت که آیا در مناقصه دولتی این قرارداد دولتی شرکت کنند و یا آنکه رقابت خود را به دو بخش دیگر منتقل نمایند.

نوع سوم:

بازار آزادست که تأمین درمان فردی را عهده دارست. در این نظام افراد میتوانند مراقبت های بهداشتی اضافی و فراتر از اشکال دولتی را خریداری نمایند. تنها محدودیت این نظام میزان پولی است که افراد مایل به هزینه آن در جهت تأمین درمان خود و خانواده اند. در اساس، تمامی این بازار بر اساس خریدار (پرداخت کننده) و فروشنده (ارائه کننده خدمات) سمت میگیرد. در نظام بازار، دولت و شرکت خریدار در موضع مسلط قرار دارند. در بازارهای سرمایه داری، خریداران و فروشندگان تسلط دارند، و ازین رهگذر قادر به انجام اقداماتی در محدوده ظرفیت صنایع با تولید انبوه اند.

نوع دوم:

خدمات از سوی شرکتهای خصوصی تدبیر شده و کیفیت آن با تمایل ارائه کنندگان آن برای کارکنان شرکتهای خواهد بود. این نظام می تواند همانند نظام تدبیر شده از سوی حکومت باشد (شرکتهای معمولاً به امضای قراردادهایی با

در بازار سوم ارائه کنندگان خدمات تسلط متعارف خود را دارند. بیمه شدگان در کار معامله زندگی و سلامت خود بوده و ازین رهگذر اجازه می دهند که سودی به مراتب فراتر از آنچه در روشهای اول و دوم تحصیل میشود بدست آید. بر پایه این واقعیت بازاریابی میتوان پیش بینی کرد که ارائه کنندگان مراقبت های بهداشتی علاقمند به رقابت در بازار سوم اند، زیرا درآمد و حاشیه سود در این بخش بیشترست.

کسانی که در بازار سوم توفیق نیابند رقابت خود را در بازار دیگر تمرکز خواهند داد.

«ممکنست» این واقعیت که تفاوت فاحشی از منطقه‌ای به منطقه، دیگر در کاربرد روشهای درمانی گران که با سرعت رو به افزایش دارند توسعه یابد بدون آنکه نتایج مشهودی بر آن مترتب باشد (امید به زندگی، مرگ و میر، روزهای غیبت از کار بدلیل بیماری). در يك مورد ناظران بیان خامی از تفاوتها اعلام نمودند. اگر در منطقه‌ای جراحان زیادی وجود دارند، جراحی در آنجا بیشترست، لکن این بیان خام به نظر صحیح نمی‌رسد.

روشهای طبابت نیز بر اساس ادراك محلی از نهادهای پزشکی مطلوب در نواحی مختلف بیشتر می‌گردد. اگر کسانی بتوانند چرخشی در روش طبابت، بعنوان گروهی از پزشکان واجد صلاحیت انجام دهند که به کاربرد روشهای حداقل قناعت گردد، در اینصورت علاوه بر صرفه جویی فراوان نیازی به کاربرد نظام‌های سه گانه فعلی نخواهد بود.

برای انجام چنین عملی باید پیشرفت‌های انجام شده در خلال دوده گذشته را کنار گذاشته شود. روش درمان جاری خدمات مراقبت پزشکی برابر برای افراد را تأمین نمی‌کند، لکن به تحقیق خدماتی به مراتب متعادل‌تر از ۲۵ سال گذشته فراهم می‌سازد.

پزشکان روشی را بکار نمی‌برند مگر آنکه کارکرد مطلوب آن تأیید گردد. روشهای تجربی، يك شبه به روش‌های معمولی تبدیل نمی‌شوند. روشهای قهرمانی بدون احتمال بالای

توفیق آن بکار گرفته نخواهد شد.

اجازه بدهید مثالی در زمینه روانی ارائه کنم. آنچه آلمانیها آنرا egdanken خوانند ترسیم تغییری است که باید در محدوده تفکر پزشکی حادث شود. در لحظه حاضر جامعه پزشکی می‌داند که با تجویز درمان گرانی که اثر ناچیزی دارد، هزینه‌های فراوانی بجا می‌گذارد و لکن پول ناچیزی نصیب آنان می‌گردد. پزشکان باید به خود اطمینان دهند که این مقدار به حدی ناچیزست که باید از آن چشم‌پوشی نمود.

زمان تغییر حالاست. آیا جامعه پزشکی میتواند به صورت نظام‌گرا به تغییر روش طبابت خود به انتخاب درمان ارزانتر بپردازد؟ این سئوالی است که باید پاسخ آن از سوی جامعه پزشکی داده شود.

تغییر همانندی در گرایش جوامع بزرگتر نیز ضروری است. این امر بایستی مشخص شود که بهترین مراقبت پزشکی به معنی به خدمت گرفتن تمامی روشهای تجربی شناخته شده برای انسان نیست. ضمناً بایستی آموخته شود که پزشکان نباید از رهگذر هزینه نکردن تمامی هزینه‌های ممکن در شرایط نومیدی، تحت تعقیب قرار گرفته و در صورت طرح دعوی، محاکم باید بدانند که شکست در هزینه کردن نباید قرینه‌ای بر طبابت بد تلقی گردد.

مأخذ

NEJM. Vol. 313. No. 10, pp. 611-614, Sep. 5. 1985