

## مقایسه تسهیلات درمانی در بخش عمومی و خصوصی

دکتر کیومرث ناصری\*

خلاصه :

در مقایسه آمار بهداشتی آمریکا با سوئد و انگلستان چنین نتیجه گیری میشود که آمریکا از نظر بهداشتی با اینکه قسمت زیادتری از درآمد خود را برای این منظور اختصاص میدهد نسبت به سوئد و انگلستان در شرایط پائین تری قرار دارد و بدلیل تأکید زیاد روی پرداخت حق‌العلاج سیاه‌پوستان امریکاکه از نظر اقتصاد از سفیدپوستان آنجا عقب‌تر هستند در وضع بهداشتی بدتری هم قرار دارند . بدین لحاظ لازم است قبل از قراردادن خدمات درمانی در اختیار بخش خصوصی ، توجه دقیقی به تجربیات سایر ممالک معطوف گردد .

مقدمه :

«تندرستی تنها به‌عدم وجود بیماری اطلاق نمیگردد ، بلکه حالت کامل سلامت»  
«جسمی ، روانی و اجتماعی را شامل میشود .»  
«استفاده ازعالیترین سطح ممکن تندرستی از اساسی‌ترین حقوق هر انسان میباشد.»  
اساسنامه سازمان بهداشت جهانی

گرچه بدست آوردن چنین سطحی از تندرستی ، کاری مشکل و هدفی دور بنظر میرسد ولی در عین حال حد اکثر استفاده از هر سطحی از تندرستی که در يك اجتماع دیده میشود جزو حقوق اولیه و مسلم هر يك از افراد آن اجتماع میباشد . متأسفانه رشد سریع اقتصادی و آهنگ سریع صنعتی شدن ، تعادل نسبی بین عرضه و تقاضای خدمات درمانی را بنحو شدیدی برهم زده لذا کوششهای همه‌جانبه‌ای در جهت رفع این حالت کاملاً ضروری میباشد .

بدلیل اینکه از زمانهای قدیم بهداشت و خدمات درمانی جزو وظایف دولتها بوده است گروهی معتقدند که خارج نمودن خدمات درمانی از بخش عمومی و واگذاری آن به بخش خصوصی تنها راه حل این مشکل میباشد .

هدف از تهیه این مقاله مقایسه بین اثرات و تاحنودی چگونگی خدمات درمانی در دو بخش خصوصی و عمومی و نتیجه گیری از این مقایسه میباشد. در این مقایسه که بین کشورهای ایالات متحده آمریکا، انگلستان و سوئد انجام میگردد سعی شده است اثرات دخالت بخش خصوصی در خدمات درمانی تعیین گردیده و مورد بحث قرار گیرند.

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده میگردد آمار مرگ و میر اختصاصی بیماریهای عفونی و قابل پیشگیری و درمان در آمریکا که تقریباً تمامی خدمات درمانی آن در اختیار بخش خصوصی میباشد. ارقام بزرگتری را در مقایسه با سوئد و انگلستان که خدمات درمانی آن در اختیار بخش عمومی است نشان میدهد حال آنکه در مورد بیماریهای غیر عفونی و تقریباً غیر قابل پیشگیری در حد مساوی قرار دارند.

جدول ۱- مقایسه آمار مرگ و میر اختصاصی در آمریکا - سوئد و انگلستان ۱۹۶۷

انگلستان	سوئد	آمریکا	
۱۸/۹	۱۲/۹	۲۲/۴	۱- میزان مرگ و میر اطفال کمتر از یکسال*
۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۲۸	۲- میزان مرگ و میر ناشیه از زایمان*
۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۱۲	۳- درصد مرگ و میر ناشیه از زایمان*
۰/۷۲	۰/۷۵	۰/۸۷	۴- درصد مرگ و میر بیماریهای عفونی**
۸۹/۷۸	۹۰/۴۲	۸۲/۴۹	۵- درصد مرگ و میر ۵۰ ساله و بیشتر**
۷۱/۷۲	۷۱/۵۳	۷۰/۹۲	۶- درصد مرگ و میر بیماریهای غیر عفونی**

\* : براساس يك هزار تولد زنده در سال .

\* : نسبت به کل مرگ و میر زنان در سال .

\*\* : نسبت به کل مرگ و میر در سال .

++ : بیماریهای : عروق قلب - سکنه مغزی و سرطان به کل مرگ و میر .

علاوه بر معیارهای فوق در جدول شماره ۲ مشاهده میکنیم که امید بزندی در یکسالگی در آمریکا برآب کمتر از سوئد و انگلستان میباشد، در نتیجه با در نظر گرفتن این حقیقت و هم چنین سایر ارقام جدول ناگزیر از این نتیجه گیری میباشیم که در خطوط کلی و در مقایسه با آمریکا، سوئد و انگلستان که خدمات درمانی در بخش عمومی متمرکز است از شرایط بهداشتی بهتری برخوردار میباشد.

جدول ۲- مقایسه امید بزندی در یکسالگی در آمریکا - سوئد و انگلستان ۱۹۶۷

انگلستان	سوئد	آمریکا	امید بزندی در یکسالگی
۷۵/۱	۷۶/۴	۷۴/۶	دختر
۶۹/۱	۷۱/۸	۶۷/۷	پسر

این اختلاف را نمیتوان به نیروی انسانی پزشکی و سرمایه گذاری اقتصادی در امور بهداشتی مربوط دانست زیرا همانگونه که در جدول ۳ مشاهده میگردد آمریکا پول و نیروی انسانی پزشکی زیادتری در امور بهداشتی مصرف میکند.

## جدول ۳- مقایسه آمار نیروی انسانی و بودجه بهداشتی در آمریکا - سوئد و انگلستان ۱۹۶۷

انگلستان	سوئد	آمریکا	
۱/۱۷	۱/۱۷	۱/۵۳	۱- تعداد طبیب برای هر هزار نفر
۴/۲۹	۸/۴۸	۸/۹۹	۲- تعداد پرستار برای هر هزار نفر
۴/۶۵	۴/۳۱	۶/۴	۳- درصد درآمد ناخالص ملی مصرف شده در امور بهداشتی

چنانچه آمارهای مندرجه در جداول ۱ و ۲ را براساس رنگ و نژاد آمریکائیان تقسیم کنیم متوجه میشویم که سفیدپوستان آمریکا از نظر بهداشتی وضع خوبی دارند در حالیکه غیر سفیدپوستان در شرایط نامناسبی بسر میبرند. (جدول ۴)

## جدول ۴- مقایسه آمار مرگ و میر اختصاصی و امید بزندگی در سفیدپوستان و غیر سفیدپوستان آمریکا ۱۹۶۷

مجموع	غیر سفیدپوستان	سفیدپوستان	
۲۲/۴	۳۵/۹	۱۹/۷	۱- میزان مرگ و میر اطفال کمتر از یکسال*
۰/۲۸	۰/۶۹	۰/۱۹	۲- میزان مرگ و میر ناشیه از زایمان*
۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۱۸	۳- درصد مرگ و میر ناشیه از زایمان+
۰/۸۷	۱/۸۳	۰/۷۴	۴- درصد مرگ و میر بیماریهای عفونی**
۸۲/۴۹	۶۶/۲۵	۸۴/۲۲	۵- درصد مرگ و میر ۵۰ ساله و بیشتر**
۷۴/۶	۶۹/۵	۷۵/۳	۶- امید بزندگی در یکسالگی
۶۷/۷	۶۲/۶	۶۸/۳	دختر پسر

\* : براساس يك هزار تولد زنده .

+ : نسبت به کل مرگ و میر زنان .

\*\* : نسبت به کل مرگ و میر .

از جانب دیگر در جدول ۵ مشاهده میکنیم که این اختلاف میزان مرگ و میر و امید بزندگی در بین سفیدپوستان و غیر سفیدپوستان آمریکا ارتباط مستقیمی با میزان استفاده از تسهیلات درمانی دارد .

## جدول شماره ۵ - چگونگی استفاده از تسهیلات درمانی بر حسب رنگ پوست در آمریکا ۱۹۶۷

غیر سفیدپوستان	سفیدپوستان	
۳/۱	۴/۵	۱- تعداد متوسط مراجعه به طبیب برای هر نفر در سال
۸/۲	۱۰/۲	۲- درصد افرادی که برای مدت کوتاه در بیمارستانها بستری شده اند در سال
۳/۲	۵/۲	۳- تعداد متوسط مراجعه به دندانپزشک برای هر خانواده در سال
۱۱/۶	۱۴/۵	۴- تعداد متوسط مراجعه به طبیب برای هر خانواده در سال
۴۱/۰	۳۰/۷	۵- درصد افرادی که اصولا به طبیب مراجعه نکرده اند در سال

۶- درصد زایمان در بیمارستان در سال  
۷- درصد زایمان در منزل با کمک قابله در سال

۹۲/۸۸      ۹۹/۳۶  
۵/۴۴      ۰/۲۶

میزان استفاده از تسهیلات درمانی علاوه بر عتاید و عادات فردی ، بدلیل لزوم پرداخت حق‌العلاج ( Fee For Services ) ، ارتباط مستقیمی با درآمد افراد نیز پیدا میکند . براساس قوانین اداره خدمات و امنیت اجتماعی امریکا ، دولت موظف است به هر خانواده چهار نفری که درآمد سالیانه‌اش از ۳,۳۳۵ دلار کمتر باشد بعنوان خانواده فقیر کمک مالی بنماید و بدین لحاظ این نوع خانواده‌ها تا حدودی میتوانند با آسایش زیادتری از تسهیلات درمانی استفاده نمایند . خانواده‌هایی که بیشتر از ۷۰۰۰ دلار در سال درآمد دارند نیز میتوانند هزینه بیمارستان و اطباء را پرداخت نمایند .

در نتیجه فشار مخارج و هزینه‌های درمانی بردوش آن گروهی واقع میشود که بین ۳۳۳۵ دلار و ۷۰۰۰ دلار درآمد دارند زیرا اینها نه آنقدر فقیر هستند که دولت به آنها کمک نماید و نه آنقدر پولدار که شخصاً بتوانند از تسهیلات درمانی استفاده نمایند و این گروه در حدود ۳۵ درصد کل جمعیت آمریکا را تشکیل میدهند . البته باید متوجه بود که بدلیل تورم شدید مالی در جهان و آمریکا این ارقام را نباید بصورت مطلق در نظر گرفت .

#### جدول ۶- نسبت درصد درآمد برحسب رنگ پوست آمریکا ۱۹۶۷

میزان درآمد سالیانه	سفیدپوستان	غیرسفیدپوستان
کمتر از ۳۰۰۰ دلار	۱۲/۶	۳۵/۱
۷۰۰۰-۳۰۰۰ دلار	۳۵/۰	۴۱/۴
بیشتر از ۷۰۰۰ دلار	۴۸/۳	۱۸/۴
نامعلوم	۴/۱	۵/۱

مسأله پرداخت حق‌العلاج نه تنها بر روی چگونگی و میزان استفاده از تسهیلات درمانی اثر میگذارد بلکه انتشار جغرافیائی و نوع تخصص را نیز تا حدود زیادی معین میکند . برای مثال در سال ۱۹۷۱ ، تعداد ۸۵/۷٪ تمام پزشکان غیر دولتی آمریکا در شهرهای بزرگ که فقط ۷۳/۴٪ جمعیت کل مملکت را تشکیل میدهد بکار مشغول بوده‌اند و ۶۱/۳٪ کلیه پزشکان غیر دولتی در ۱۰ ایالت که مجموعاً ۵۰٪ کل جمعیت آمریکا را شامل میشوند بنطبابت اشتغال داشته‌اند . علاوه برانتشار جغرافیائی ، نوع تخصص نیز تحت تأثیر این حالت قرار میگیرد و تخصص‌های کم زحمت‌تر و پردرآمد بنحو بیسابقه‌ای افزایش پیدا میکند .

#### جدول ۷- انتشار و چگونگی بعضی تسهیلات درمانی در آمریکا - سوئد و انگلستان ۱۹۶۷

آمریکا	سوئد	انگلستان
۱/۵	۱/۱۷	۱/۱۷
۳/۱	۱/۴	۱/۶
۱/۱	۸/۲	۱۲/۶

۱- تعداد طبیب برای هر يك هزار نفر  
۲- تعداد متخصص زنان برای هر يك هزار نفر زن  
۳- تعداد قابله برای هر يك هزار نفر زن

۱۵-۵۹ ساله  
۱۵-۵۹ ساله

۴- تعداد تخت‌های بیمارستان عمومی برای

۴۰/۸	۶۳/۷	۴۶/۶
۷۸/۹	۷۴/۳	۷۸/۵
۱۴/۹	۱۲/۷	۹/۴

هریک هزار نفر

۵- میزان درصد استفاده از تخت‌های بیمارستان

۶- متوسط طول اقامت بیمار در بیمارستانها (روز)

کاملاً روشن است که ازدیاد متخصصین زنان و مشابه فقط بقیمت کم شدن سایر متخصصین و اطباء عمومی بدست می‌آید و گرچه زایمان يك مسأله کاملاً طبیعی است ولی بعات تعلقات شدید عاطفی بصورت رشته پولسازی در می‌آید و با گرچه طول اقامت کوتاه در بیمارستان میتواند دلیل موفقیت خدمات درمانی به حساب بیاید ولی از جانب دیگر نیز میتواند دلیل براستفاده غیر صحیح از تسهیلات بیمارستانها جهت درمان امراض ساده نیز باشد.

بنابراین میتوان چنین گفت که قرارداد خدمات درمانی در اختیار بخش خصوصی مسئله را بصورت يك تجارت پر منفعت در می‌آورد که در آن کشش به جانب تخصص و استفاده نامناسب از تسهیلات درمانی بنحو شدیدی به چشم می‌خورد. جنبه دیگر این قضیه که بسیار مهمتر از جنبه اولیه آن میباشد، مسئله توجه شدید به درمان خواهد بود. هر نوع اقدامی که در پیشگیری از بیمارها انجام گیرد و در نتیجه از بروز بیمارها جلوگیری نماید برای بخش خصوصی بصورت عامل منفی عمل کرده و مورد پسند آنها نمی‌باشد، حال آنکه وجود تسهیلات و خدمات درمانی در بخش عمومی هیچگونه اصطکاک منافی با فعالیت‌های پیشگیری کننده نداشته و در جهت همکاری با آنها قدم بر میدارد زیرا که درآمد و زندگی طبیب درمانی دیگر در گرو تعداد بیمار نمی‌باشد و او بخاطر کار و تخصص خود در حد متعارف و قابل قبولی حقوق دریافت میدارد.

البته لازم بتوضیح میباشد که وجود تسهیلات درمانی در بخش عمومی یا خصوصی هیچگاه بطور صددرصد قابل قبول و عملی نبوده و اصولاً منطقی نیز نمی‌باشد، بلکه در حقیقت باید مخلوطی از این دو حالت تهیه و بمرحله اجراء در بیاید.

بهر صورت باید متوجه بود که علت اصلی کوشش در مورد تغییر سیاست درمانی در هر مملکت و منطقه‌ای دقیقاً کمبود پزشک عمومی و تسهیلات بیمارستان میباشد و چون تسهیلات درمانی در اختیار بخش عمومی قرار دارد متخصصین و کارشناسان کم اطلاع و غیر متعهد غالباً راه خصوصی بدان را تجویز می‌نمایند و آمریکا را بعنوان مثال ذکر می‌کنند در حالیکه همانطور که دیدیم با اینکار نه تنها مشکلی از مشکلات بهداشتی را حل نمی‌کند، بلکه دقیقاً در يك دایره مسدود باعث ازدیاد و تشدید علت اصلی میگردد.

### نتیجه گیری :

با توجه بمطالب فوق میتوان نتیجه گرفت که قرارداد خدمات درمانی در اختیار بخش خصوصی، مسئله خدمات درمانی و بهداشتی را بصورت يك تجارت پر منفعت در می‌آورد و هدف اصلی که حفظ سلامت و بهداشت جامعه و افراد آن میباشد بشکل کارتجاری بتواند به هدف اصلی که حفظ سلامت اجتماع میباشد منتهی گردد. برای رسیدن به این هدف در آمده و به حفظ درآمد فردی چه مالی و چه اجتماعی تغییر شکل میدهد و در نتیجه عملاً هر کس که قدرت مالی بهتری داشته باشد از خدمات درمانی بهتر و جامع‌تری بهره

میگیرد و تجمع اطباء در شهرهای بزرگ و مهمتر از آن در نقاط بهتر این شهرها «شمال شهر» دلیل بر این مسئله میتواند باشد. اقدامات دولت در مورد تأمین تمام یا قسمتی از مخارج خدمات درمانی بصورت انواع بیمه‌ها و یا پرداخت مستقیم، نیز گرچه تا حدودی از شدت مسئله میکاهد ولی هنوز در محدوده تجاری قرار داشته و کمکی به رسیدن هدف اصلی نمی‌نماید. آنچه لازم است، نوعی تغییر در برنامه‌ریزی و اقدامات دولتی است که بتواند به هدف اصلی که حفظ سلامت اجتماع میباشد منتهی گردد. برای رسیدن به این هدف راههای متفاوتی وجود دارد که باید با توجه به موقعیت اقلیمی و فرهنگی و همچنین امکانات مالی، مورد توجه قرار گیرد. این اعمال میتواند در هرفاصله‌ای بین قراردادن کامل خدمات درمانی در بخش خصوصی تا قراردادن کامل خدمات درمانی در بخش عمومی قرار گیرد. تجربیات سایر ممالک میتواند بعنوان راهنما مورد استفاده قرار گیرد. برای مثال در جمهوری خلق چین گذشته از اینکه خدمات درمانی کلا در اختیار بخش عمومی بوده و برای تمام افراد مجانی میباشد میزان حقوقی که طبیب دریافت میدارد ارتباط معکوس با موارد بیماریهای عفونی و قابل پیشگیری مشاهده شده در منطقه او دارد، باین معنی که هرچه موارد اینگونه بیماریها زیادتر بشود میزان حقوق طبیب و در نتیجه درآمد ماهیانه او کمتر میشود. بخوبی روشن است که در چنین روشی هدف اصلی از درمان به پیشگیری تغییر شکل میدهد و این درست همان چیز است که مورد توجه مقامات بهداشتی میباشد. و نباید از خاطر دور داشت مقایسه این روشها و انتخاب يك روش خاص بعلت ارتباط نزدیک با سایر مسائل اجتماعی، هیچگاه نمیتواند بطور مطلق و جدا از واقعیات موجود مورد بحث قرار گیرد. □

## REFERENCES

- اعدادی که در این مقاله ذکر گردیده‌اند از منابع زیر و غالباً بوسیله نگارنده محاسبه گردیده‌اند. انتخاب سال ۱۹۶۷ بدلیل کامل بودن کلیه اطلاعات مورد احتیاج برای این سال در زمان نگارش مقاله (۱۹۷۳) بوده است.
1. Abel Smith, 1962. The Price of Freedom, Medical World, 96: 43-49.
  2. Balfe, B.E., 1971, Infant Mortality Rate, JAMA, 215: 1318-1320.
  3. Weisbrod B.A., 1968, Economics of Public Health, 2nd Print, University of Pennsylvania Press.
  4. Delivery of Health Services for the Poor, 1967, U.S.D.H.E.W. Office of the Assistant Secretary (Planning & Evaluation).
  5. Measurement of Levels of Health, WHO, Tech. Rep. Ser. 137, 1957.
  6. National Health Programme Surveys of Eight European Countries. Pharmaceutical Manufacturing Association Publication, 1970.
  7. Reference Data on the Profile of Medical Practice, 1971. AMA, Centre for Health Services, Research & Development.
  8. U.N. Demographic Yearbook, 1967, 1968.
  9. WHO Health Statistics, 1967.
  10. U.S. Vital Statistics, 1967.