

# نظام سلامت در حال تغییر ایالات متحده آمریکا

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۵۳۱۳

اسفندماه ۱۳۹۵

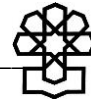
معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

دفتر: مطالعات اجتماعی

## به نام خدا

### فهرست مطالب

۱	چکیده
۱	مقدمه
۲	۱. توصیف کشور
۵	۲. تاریخچه‌ای خلاصه از نظام سلامت
۸	۳. توصیف نظام مراقبت سلامت فعلی
۱۵	۴. خرده نظام‌های ارائه مراقبت سلامت در ایالات متحده
۲۱	۵. ارزیابی نظام سلامت
۳۰	۶. آخرین اصلاحات در نظام سلامت
۳۰	جمع‌بندی
۳۲	پی‌نوشت‌ها



## نظام سلامت در حال تغییر ایالات متحده آمریکا

### چکیده

نظام خدمات سلامت در ایالات متحده آمریکا مثالی ویژه و منحصر به فرد می‌باشد که اقتصاد، بودجه‌های فدرال و تقریباً کلیه هزینه‌های تندرستی خانوارها را تحت تأثیر قرار داده است. البته وسعت این کشور، جمعیت بالا و پراکندگی جمعیت، ارائه خدمات را با دشواری و هزینه بالاتر روبرو نموده است. ایالات متحده در مقایسه با سایر کشورهای با درآمد بالا، تنها کشوری است که فاقد نظام ارائه مراقبت‌های سلامت یکپارچه و مناسب برای کلیه شهروندان می‌باشد. در مقابل، خرده‌نظام‌های متعددی توسط نیروهای بازار یا از طریق ابداعات دولتی برای مشخص نمودن نیازهای خاص گروه‌های جمعیتی وجود دارد. در حال حاضر ایالات متحده آمریکا بالاترین هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی را در کشورهای جهان به خود اختصاص داده است (۱۷/۱ درصد) و رشد این هزینه نسبت به سایر کشورها نیز مشهودتر است. بنابراین با وجود هزینه هنگفتی که دولت آمریکا در حوزه سلامت به شهروندان خود اختصاص می‌دهد، خروجی مطلوبی دریافت نمی‌کند. البته عنوان برترین تولیدکننده فناوری‌های پیشرفته در حوزه صنعت تجهیزات پزشکی و دارو علاوه بر سودآور بودن برای این کشور، بار مالی فراوانی را در استفاده از این فناوری‌ها تحمیل نموده است. در مجموع، روح حاکم بر این نظام نکات مثبت و منفی را پدید آورده است که در گزارش به آن اشاره خواهد شد.

### مقدمه

ایالات متحده آمریکا نظام ارائه مراقبت سلامت منحصر به فردی دارد. برخلاف سایر کشورهای توسعه‌یافته که سلامت به‌عنوان یک «حق» پذیرفته شده و تقریباً تمامی شهروندان مستحق دریافت حداقل خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند، در ایالات متحده تعداد قابل توجهی از مردم بدون بیمه سلامت به‌سر می‌برند. به‌علاوه ایالات متحده شاهد نابرابری‌های قابل ملاحظه‌ای در وضعیت سلامت در گروه‌های نژادی - قومی و اقتصادی - اجتماعی در بین بیمه‌شدگان و بیمه‌نشدهگان بوده است. نظام ارائه مراقبت سلامت در معنای واقعی آن یک نظام نیست، اگرچه به‌هنگام رجوع به ویژگی‌ها، مفاهیم و خدمات متنوع آن یک نظام نامیده می‌شود. این نظام، یک نظام از هم گسیخته است؛ چراکه تعداد بی‌شماری برنامه‌های بیمه خصوصی و برنامه‌های حمایتی بیمه‌ای دولتی در آن وجود دارد. این نظام، مرتباً تحت تغییرات رو به رشد است. این تغییرات به‌ویژه در پاسخ و در ارتباط با

مواردی چون هزینه، دسترسی و کیفیت است. علیرغم این تغییرات، فراهم نمودن حداقل یک بسته مراقبت سلامت اولیه به قیمت مقرون به صرفه برای تمامی مردم آمریکا، یک هدف تحقق نیافته است. گاهی اوقات، مردم خارج از ایالات متحده آمریکا در شگفت هستند که چرا آمریکایی‌ها فاقد نظام مراقبت سلامت ملی هستند. پاسخ آن در شیوه‌ای نهفته است که فرهنگ آمریکایی توسط تاریخ شکل گرفته که به خوداتکایی، رویگردانی از مالیات‌های غیرمنطقی و ترجیح برای یک دولت محدود منتهی می‌شود. اگرچه امروزه در داخل کشور، عقاید در خصوص مراقبت سلامت، متناقض است. اما تحت تأثیر رسانه‌های آمریکایی، مردم آمریکا به این باور رسیده‌اند که نظام مراقبت سلامت ممکن است نیازمند اصلاح اساسی باشد. البته در سطح فردی، مردم عمیقاً با مراقبت از خود موافقند. هدف اصلی این نوشتار ارائه یک نظام اجمالی از ایالات متحده به‌عنوان یک ملت و فراهم نمودن درک وسیعی از نظام ارائه مراقبت سلامت می‌باشد. مبنا و پایه اصلی این گزارش براساس فصل بیست‌ویکم کتاب مطالعه تطبیقی نظام‌های سلامت: رویکرد جهانی<sup>(۱)</sup> شکل گرفته است که مطالب تکمیلی و به‌روز با هدف غنای آن مورد استفاده قرار گرفت.

## ۱. توصیف کشور

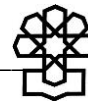
### ۱-۱. اندازه و جغرافیا

مجموع منطقه ایالات متحده آمریکا ۳/۷۹ میلیون مایل مربع (۹/۸۳ میلیون کیلومتر) است. ۹۳ درصد از این منطقه، خشکی است. ایالات متحده تقریباً ۶/۵ درصد از سطح جهان را در خود جای داده است (تقریباً برابر با چین و کمی بیش از نیم برابر روسیه) و تقریباً ۴/۵ درصد از جمعیت جهان را دارد.

### ۱-۲. مخاطرات طبیعی و زیست‌محیطی

از مخاطرات طبیعی ایالات متحده می‌توان به سونامی‌ها، آتشفشان‌ها و زمین‌لرزه‌های فعال در کمربند اطراف اقیانوس آرام، تندباد دریایی در سراسر اقیانوس اطلس، سواحل خلیج مکزیک، گردبادها در باختر میانه و جنوب شرقی، گل‌رودها در کالیفرنیا، آتش‌سوزی جنگل‌ها در غرب، سیل، یخبندان دائمی در شمال آلاسکا، می‌توان به‌عنوان موانع اساسی توسعه اشاره کرد.

به‌لحاظ محیطی نیز مسئله فعلی، آلودگی هوای منتهی به باران اسیدی در ایالات متحده آمریکا و کانادا است. ایالات متحده به تنهایی بزرگترین ساطع‌کننده دی‌اکسیدکربن ناشی از سوزاندن سوخت‌های فسیلی به حساب می‌آید. همچنین، آلودگی آب‌ها ناشی از هز آب‌های آفت‌کش‌ها و کودها، محدودیت منابع آب تازه طبیعی در اکثر بخش‌های غربی ایالت، همچنین جنگل‌زدایی (بیابان‌زایی) نیازمند مدیریت دقیق و هوشیارانه می‌باشد.



### ۳-۱. نظام سیاسی یا حکومت

ایالات متحده آمریکا یک جمهوری فدرال است. تمامی شهروندان ایالات متحده که به سن ۱۸ سال رسیده‌اند حق شرکت در انتخابات را دارند. برطبق قانون عالی کشور، قانون اساسی ایالات متحده آمریکا (مصوب ۱۷ سپتامبر ۱۷۸۷) متشکل از چندین اصل کلیدی حکومتی است: ۱. حکومت توسط مردم، که به معنای آن است که مردم، خود دولت را تشکیل می‌دهند. ۲. دولت محدود بدان معناست که دولت از طریق به‌کارگیری قوانین نظام توسعه‌یافته، تنها قادر به انجام اعمالی باشد که مردم آن را بپذیرند. ۳. نظام حکومتی فدرال: برطبق آن، اصل خودمختاری ایالات در زیر چتر یک دولت مرکزی اجرا می‌شود. ۴. تفکیک قدرت، که قدرت سیاسی را در بین سه گروه دولتی شامل: مقننه یا پارلمان (مجلس شورا)، اجرایی و قضایی توزیع می‌نماید. ۵. کنترل‌ها و تعدیلات که ناشی از توزیع قدرت و توانمندی بازرسی و ممانعت یک بخش از نظام سیاسی توسط بخش دیگر است. ۶. احترام به ارزش انسانی، اصلی که بدو در اعلامیه استقلال مطرح گردید و به‌عنوان مقیاس ارزش نهادهای اجتماعی برای افراد مورد استفاده قرار گرفته است. ۷. برابری فرصت‌ها، که ارزش‌های فردی را از طریق در دسترس قرار دادن فرصت‌ها برای هر فرد به‌منظور توسعه توانایی‌ها و علایق آنها به حرکت در می‌آورد. ۸. لایحه حقوق که حقوق و امتیازات شهروندان را در مقابل تخلفات حکومتی محفوظ می‌دارد. این حقوق به شکل ۱۰ مورد ماده الحاقی به قانون اساسی افزوده شد که توسط تمامی ایالات در سال ۱۷۹۱ تصویب و رسمیت یافت. اولین ماده الحاقی از حق آزادی مذهب و حق آزادی بیان از دخالت دولت حمایت می‌نمایند:

دولت ایالتی سه قسمت دارد: مقننه (مجلس سنا و مجلس نمایندگان) و قضایی (دادگاه ایالتی و دیوان عالی ایالات متحده آمریکا). هریک از ایالت‌ها ساختار و بخش‌های قانونگذاری، اجرایی و قضایی خاص خود را دارند. در مجموع، ایالت‌ها می‌توانند به آنچه در قانون اساسی ایالات متحده آمریکا منع نشده و یا مغایر با سیاست‌های دولت مرکزی نباشد بپردازند. قدرت‌های اصلی ملحوظ در هر ایالت شامل تفویض اختیار برای تنظیم تجارت در داخل ایالت و تعلیم نیروهای پلیس می‌باشد. آخرین مورد، به حقوق ایالت‌ها، تصویب و اجرای قوانینی اشاره می‌نماید که منجر به ارتقای سلامت، ایمنی، رفاه و اصول اخلاقی می‌گردند.

براساس عرف، دو حزب سیاسی فرآیند سیاستی کشور را به‌خود اختصاص می‌دهند. سایر گروه‌های حزبی کم‌اهمیت در صحنه‌های سیاسی ظاهر شده، اما هیچ‌یک از آنها در جایگزینی دو حزب اصلی، فعلی، جمهوریخواهان و دمکرات‌ها به موفقیت نائل نگردیده‌اند.

در واکنش به مسائلی که قانونگذاران با آن مواجه می‌شوند، سیاستمداران معتقدند دولت تصمیماتی را اتخاذ و اقداماتی را به‌کار بندد که به آنها در سطح وسیعی سیاست دولتی اطلاق گردد. سیاست‌ها می‌توانند برگرفته از قوانین جدید، لغو قوانین موجود، تفسیر و اجرای قوانین، دستورات

اجرائی یا احکام دادگاه باشند. در سراسر فرآیند سیاستگذاری، نظام وابسته به قانون اساسی حاکم بر کنترل و تعدیل‌کننده امور است. رئیس‌جمهوری اغلب نقش مهمی در رهبری در مسائل کلیدی سیاسی ایفا می‌نماید.

قانون اساسی به مجلس شورا قدرت قانونگذاری را اعطا می‌نماید. فرآیند قانونگذاری به‌عنوان یک لایحه (قبل از تبدیل آن به قانون) اغلب کند و دست‌وپاگیر است که از نظر مجلس سنا، کمیسیون‌های مختلف و زیر کمیته‌های آن می‌گذرد. نهادهای مختلفی که تحت عنوان گروه‌های مدافع نامیده می‌شوند، اهداف معمول اعضای خود را به مجلس ارائه نموده و سعی بر اثرگذاری بر سیاستگذاران دارند تا از این طریق از علایق اعضایشان جانبداری نمایند. در پایان، در صورتی که رئیس‌جمهور لایحه مصوب را امضا نماید تبدیل به قانون خواهد شد. همچنین رئیس‌جمهور قدرت لغو لایحه مورد تأیید کنگره را دارد. مگر آنکه رأی ریاست‌جمهوری توسط دوسوم اکثریت کنگره رد شود که مانع از تصویب آن به‌صورت قانون می‌گردد. حتی پس از تصویب قانون، سیاستگذاران به‌صورت تفسیری و اجرائی از سوی سازمان فدرال مسئول اجرای قانون می‌باشند. به‌عنوان مثال، سازمان سلامت و خدمات انسانی نظارت بر بیش از ۳۰۰ برنامه مرتبط با سلامت و خدمات رفاهی را برعهده دارد. این سازمان مسئولیت ۱۲ سازمان مختلف را که هرکدام حیطه متنوعی از مسائلی همچون بهداشت عمومی، تصویب داروهای جدید، پژوهش‌های مراقبت سلامت، خدمات به سالمندان و سوء‌مصرف مواد را دربر می‌گیرد، سروکار دارند.

#### ۴-۱. اقتصاد کلان

آمریکا به سرزمین فراوانی مشهور است. مردم از وفور منابع طبیعی موجود در رفاه هستند. در بخش وسیعی، رشد اقتصادی خارق‌العاده ملت آمریکا به روش کسب‌وکاری نسبت داده می‌شود که آمریکایی‌ها از منابع ملی خود بهره می‌گیرند. سرچشمه‌های نظام سرمایه‌داری آمریکا در قانون اساسی آن بنا شده است. نظام اقتصادی ایالات متحده به‌طور وسیعی براساس اصول بازار آزاد، رقابت کامل، انگیزه سود و مالکیت خصوصی تمامی عوامل تولید بنا نهاده شده است. چنین فشارهایی، نیروهای بالقوه انسانی را در جهت به حداکثر رسانیدن بهره‌وری، نوآوری، تولید و توزیع کالاها و خدمات که مردم برای آنها ارزش قائلند، به کار می‌گیرد. اکثریت قریب به اتفاق آمریکایی‌ها بر این باورند که بازار مکانی است که فرصت موفقیت را برای افراد فراهم نموده و سختکوشی کلید موفقیت آن است.

ایالات متحده آمریکا، بزرگترین و مدرن‌ترین اقتصاد پیشرفته دنیا را در خود جای داده است. ساکنین ایالات متحده از بالاترین استانداردهای زندگی در جهان برخوردارند. نیروی کار در میان پربازده‌ترین‌ها بوده و براساس اطلاعات دفتر آمار کار در سال ۲۰۱۶ بیکاری نسبتاً ناچیز است (۴/۹ درصد). این در حالی است که روند بیکاری نیز در این کشور رو به کاهش است. تقریباً یک‌سوم از نیروی کار غیرنظامی از مدارج دانشگاهی برخوردارند. تمامی کارکنان تمام‌وقت و پاره‌وقت به‌طور



متوسط در حدود ۳۹/۲ ساعت در هفته به کار مشغولند. در میان شاغلین غیرنظامی، تقریباً ۱۵ درصد برای دولت کار می‌کنند و ۸۵ درصد باقیمانده در استخدام بخش خصوصی هستند.

### ۱-۵. جمعیت شناسی

جمعیت برآورد شده آمریکا در سال ۲۰۱۵، بالغ بر ۳۲۱,۷۷۴,۰۰۰ نفر گزارش شده است.<sup>(۳)</sup> بانک جهانی در سال ۲۰۱۴، نرخ باروری به‌زای هر زن را ۲/۴۵۳ اعلام کرده که روند رشد جمعیت از سال ۱۹۶۴ کاهشی بوده است.<sup>(۳)</sup> در سال ۲۰۱۵، ۳,۹۷۸,۴۹۷ تولد در این کشور به ثبت رسیده است که نسبت به سال ماقبل آن ۱ درصد رشد داشته است. نرخ باروری کلی در هر ۱۰۰۰ زن در جمعیت ایالات متحده آمریکا از ۷۰/۹ در سال ۱۹۹۰ به ۶۲/۹ در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است.<sup>(۴)</sup> همچنین ۲,۶۲۶,۴۱۸ مرگ در سال ۲۰۱۴ گزارش شده است که نرخ مرگ‌ومیر تنظیم شده براساس سن از ۹۳۹ در صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۷۲۴/۶ مرگ در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است.<sup>(۵)</sup> در واقع، آمریکا ملتی از مهاجرین و گروه‌های اقلیت است. این کشور از کشورهای مهاجرپذیر در دنیا به شمار می‌آید. شاهد این مدعا آن است که در سال ۲۰۱۲، ۵,۰۰۷,۸۸۷ نفر به این کشور مهاجرت کرده‌اند.<sup>(۳)</sup>

در سال ۲۰۰۵، ۲۰/۳۷ درصد از جمعیت ایالات متحده آمریکا در فقر زندگی کرده‌اند، این رقم برای سال ۲۰۱۳، به ۱۰/۶۸ درصد کاهش یافته است که براساس برابری قدرت خرید در سال ۲۰۱۱ و با درآمد کمتر از روزی ۱/۹ دلار محاسبه شده است.<sup>(۳)</sup>

## ۲. تاریخچه‌ای خلاصه از نظام سلامت

### ۲-۱. پیش از جنگ جهانی دوم

خدمات پزشکی پیش از صنعتی شدن آمریکا: از زمان استعمار تا آغاز دهه ۱۹۹۰، آموزش پزشکی و تدریس عملی در بریتانیای کبیر، فرانسه و آلمان بسیار پیشرفته‌تر از آمریکا بود. در آن زمان طب در ایالات متحده آمریکا وجهه درون‌مرزی داشت تا هویت حرفه‌ای، چراکه رویه‌های پزشکی، بدوی بوده‌اند و آموزش پزشکی براساس علم پایه‌گذاری نشده بودند. در نتیجه، حرفه پزشکی بیشتر جنبه تجاری داشت تا حرفه‌ای. در کشور، تنها تعداد انگشت‌شماری بیمارستان وجود داشت که در شهرهای بسیار بزرگ مانند نیویورک، بوستون و فیلادلفیا مستقر بودند و هیچگونه بیمه بهداشتی از نوع خصوصی یا دولتی نیز وجود نداشت.

## ۲-۲. از زمان جنگ جهانی دوم

خدمات پزشکی در آمریکای پسا صنعتی: دوران پسا صنعتی با رشد و توسعه حرفه پزشکی که برگرفته از شهرنشینی، اکتشافات علمی جدید و اصلاحات در آموزش پزشکی ذینفع بود، توصیف می‌گردد. پزشکان آمریکایی به صورت حرفه‌ای سازمان یافتند؛ به طوری که تا به امروز به عنوان یک نیروی مقتدر در ارائه طرح‌های پژوهشی پیشنهادی در برنامه ملی مراقبت سلامت بوده‌اند.

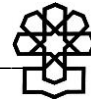
نظام ارائه مراقبت سلامت در آمریکا، در طی همین دوره، شکل کنونی خود را یافته است. حرفه پزشکی در بخش خصوصی آنچنان محکم در جای خود استوار گردید که پزشکان به عنوان صاحبان حرفه‌ای منسجم برای تخصص برگزیده شدند و قدرت و اعتبار یافتند. پس از آن بیمارستان‌ها به عنوان مرکزی برای تسهیلات حاوی تکنولوژی برتر و تجهیزات ظهور یافتند.

## ۲-۳. تاریخچه بیمه سلامت

اولین پوشش سراسری بیمه سلامت در ایالات متحده به صورت غرامت‌های کارگری به وجود آمد. این بیمه اساساً برای پرداخت‌های پولی به کارگران در مقابل از دست دادن دستمزدها به خاطر صدمات و بیماری‌های ناشی از کار آنها طراحی شده بود که متعاقب آن غرامت مخارج پزشکی و مزایای پس از فوت برای بازماندگان به آن اضافه گردید.

بیمه سلامتی به صورت پوشش ناتوانی، درآمدی موقتی را در طی دوره ناتوانی که در اثر صدمه جسمانی یا بیماری ناشی می‌شد، فراهم می‌نمود. در اوایل دهه ۱۹۹۰، درمان‌های پزشکی و مراقبت‌های بیمارستانی، به لحاظ اجتماعی مورد پذیرش واقع شد؛ اگرچه هزینه این مراقبت‌ها به طور فزاینده‌ای روبه افزایش بود و مردم قادر نبودند نیازمندی‌های آینده خود را برای مراقبت‌های پزشکی یا هزینه‌های آن، پیش‌بینی نمایند. چنین پیشرفت‌هایی، نیاز به برخورداری از چندین نوع بیمه را برای توزیع مالی خطر در بین تعداد بیشماری از افراد طلب می‌نمود. بین سال‌های ۱۹۱۶ و ۱۹۱۸، ۱۶ پارلمان ایالتی شامل نیویورک و کالیفرنیا در اجرای قانون اجباری کارگران جهت برخورداری از بیمه سلامت، مساعی خود را به کار گرفتند، اما تلاش‌های آنها ناموفق ماند و بیمه سلامت تنها به صورت ویژگی دائمی مزایای استخدامی در طول جنگ جهانی دوم باقی ماند. در طی این دوره، دستمزدها تثبیت شد و کارکنان، کسر مبلغی از دستمزدها به عنوان حق بیمه سلامت را پذیرفتند. بنابراین بیمه سلامت به عنصر مهم چانه‌زنی جمعی بین اتحادیه‌ها و کارفرمایان بدل گردید. متعاقب آن، استخدام بر مبنای بیمه سلامت به طور چشمگیری گسترش یافت و بیمه سلامت خصوصی ابزار اصلی ارائه خدمات مراقبت سلامت در ایالات متحده شد و رشد بیمه سلامت خصوصی از یک صنعت یک میلیارد دلاری در سال ۱۹۵۰ به صنعت ۸/۷ میلیارد دلاری در سال ۱۹۶۵ برآورد شد.

قبل از سال ۱۹۶۵، بیمه سلامت خصوصی تنها منبع موجود گسترده پرداخت برای مراقبت‌های



سلامت بود و در درجه نخست در دسترس افراد شاغل متعلق به طبقه متوسط و خانواده‌های آنها بود. جمعیت مسن‌تر، افراد بیکار و فقرا مجبور بودند که به اندوخته‌های خودشان، برنامه‌های دولتی محدود شده یا به خیریه بیمارستان‌ها و شخص پزشکان متکی باشند. در سال ۱۹۶۵، کنگره آمریکا، ماده الحاقی را به قانون تأمین اجتماعی اضافه نمود که برنامه‌های مدیکید (بیمه بهداشت مستمندان) و مدیکیر (بیمه پزشکی سالمندان) را پیشنهاد نمود. از آن پس مسئولیت مستقیم بیمه‌گذاری دو گروه از اقشار آسیب‌پذیر - سالمندان و فقرا - به دولت واگذار شد.

اگرچه هر دو برنامه با هم به تصویب رسید، اما بیمه بهداشت مستمندان و بیمه پزشکی سالمندان به شدت بازتاب سنت‌های متفاوت بودند. بیمه پزشکی سالمندان با حرکت گسترده مردمی تأیید و به تأمین اجتماعی پیوند خورد و هیچگونه تمایز طبقاتی را در بر نداشت. از سوی دیگر، بیمه بهداشتی مستمندان، مایه ننگ رفاه دولتی بود. بیمه پزشکی سالمندان، استانداردهای ملی یکپارچه‌ای را برای واجد شرایط بودن و برخورداری از مزایای آن در بر داشت. اما بیمه بهداشتی مستمندان از ایالتی به ایالت دیگر از نظر دایره شمول و مزایا متفاوت بود. بیمه پزشکی سالمندان تمامی افراد ۶۵ سال و بالاتر را تحت پوشش قرار می‌داد، اما بیمه بهداشتی مستمندان، یک برنامه آزمون و خطا بود که دایره شمول را به افرادی که پایین‌تر از سطح درآمدی از پیش تعیین شده اختصاص داشتند، محدود می‌نمود. متعاقب آن، بسیاری از فقرا، واجد شرایط نبودند چراکه درآمدهای آنها بالاتر از حدود آزمون و خطا بود. ابداع بیمه پزشکی سالمندان و بیمه بهداشتی مستمندان، اثر چشمگیری بر بودجه‌های ایالتی و دولت فدرال مرکزی به جا گذاشت، اما دولت مرکزی بیشترین بار مالی را متحمل می‌شد. مخارج سالیانه مراقبت‌های سلامت دولت مرکزی به‌طور متوسط با نرخ ۳۰ درصد افزایش یافت در حالی که مخارج کل دولت مرکزی با نرخ تنها ۱۱/۳ درصد افزایش داشته است. به‌منظور مهار تورم، رئیس‌جمهور وقت، نیکسون برنامه تثبیت اقتصادی را در سال ۱۹۷۱ به اجرا گذاشت. تحت این برنامه، قیمت‌ها و دستمزد افرادی که در صنعت مراقبت سلامت مشغول به‌کار بودند تثبیت شدند. قانون سازمان بیمه سلامت<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۳ که در طول ریاست نیکسون پس از کنترل قیمت‌ها تصویب شده بود با شکست روبرو شد. منطق اصلی نهفته در قانون جدید، ایجاد رقابت در بازار مراقبت سلامت بود. قانون برای کارفرمایان با بیش از ۲۵ کارگر، برنامه سازمان بیمه سلامت را به‌عنوان جایگزینی برای برنامه‌های استاندارد بیمه سلامت که در آن زمان به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده بود، عرضه می‌نمود. طی دهه ۱۹۹۰، مراقبت‌های مدیریت شده به‌طور گسترده‌ای به‌دلیل تورم دو رقمی در هزینه‌های مراقبت سلامت شهرت یافت. اگرچه یکبار دیگر در ابتدای قرن بیست‌ویکم، مخارج مراقبت‌های سلامت با افزایش روبرو شد، در همین زمان ۱۵ تا ۱۷ درصد جمعیت ایالات متحده آمریکا فاقد هرگونه برنامه پوشش بیمه‌ای خصوصی یا دولتی بوده‌اند.

---

1. Health Maintenance Organization (HMO)

با وجود کلیه تلاش‌هایی که برای پوشش بیمه‌ای صورت گرفته است، نرخ افراد فاقد بیمه در این کشور بالاست. براساس مطالعه‌ای میان افراد ۱۸ تا ۶۴ ساله به ترتیب ۲۱/۳، ۲۰/۹ و ۲۰/۴ درصد از افراد در سال‌های ۲۰۱۱، ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ فاقد بیمه بوده‌اند.<sup>(۶)</sup>

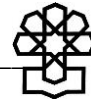
### ۳. توصیف نظام مراقبت سلامت فعلی

شاخص‌های کلان احصا شده از سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی، مرکز ملی آمار سلامت آمریکا به صورت ذیل است:

#### جدول ۱. شاخص‌های سلامتی ایالات متحده آمریکا

منبع	سال	آماره	شاخص
(۳)	۲۰۱۵	۳۲,۱۷۷,۴۰۰ نفر	جمعیت
(۳)	۲۰۱۳	۲۰ درصد	درصد جمعیت زیر ۱۵ سال
(۳)	۲۰۱۳	۲۰ درصد	درصد جمعیت بالای ۶۰ سال
			تولد و باروری
(۳)	۲۰۱۵	۷۷/۸۲ سال	امید به زندگی بدو تولد (زن/مردان)
(۷)	۲۰۱۵	۶۲/۵	تولد به ازای هر ۱,۰۰۰ زن ۱۵-۴۴ ساله
(۷)	۲۰۱۵	۸/۰۷	درصد نوزادان متولد شده کم‌وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)
(۷)	۲۰۱۵	۱/۳۹	درصد نوزادان متولد شده دارای کم‌وزنی شدید (کمتر از ۱۵۰۰ گرم)
			مرگ‌ومیر
(۳)	۲۰۱۳	۷۶/۱۲۸	مرگ‌ومیر در سال‌های ۱۵ تا ۶۰ سال (در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت زن/مردان)
(۸)	۲۰۱۳	۴/۰۴	مرگ‌ومیر نوزادان کمتر از ۲۸ روز <sup>۱</sup> (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)
(۸)	۲۰۱۳	۱/۹۲	مرگ‌ومیر نوزاد بالای ۲۸ روز و کمتر از یکسال <sup>۲</sup> (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)
(۸)	۲۰۱۳	۵/۹۶	مرگ‌ومیر کودکان کمتر از یکسال <sup>۳</sup> (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)
(۳)	۲۰۱۵	۶/۵	مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)
(۳)	۲۰۱۵	۱۴	مرگ‌ومیر مادران باردار (در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده)
			هزینه‌های سلامت
(۳)	۲۰۱۴	۱۷/۱ درصد	درصد هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی
(۹)	۲۰۱۴	۹,۵۲۳ دلار	هزینه سرانه سلامت
(۳)	۲۰۱۴	۴۸/۲۹۷ درصد	سهم کل هزینه‌های دولت از کل هزینه‌های سلامت
(۳)	۲۰۱۴	۱۱ درصد	سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت

1. Neonatal
2. Postneonatal
3. Infant



بالاترین علت مرگومیر در این کشور در سال ۲۰۱۴، به ترتیب عبارتند از: بیماری‌های ایسکمی قلب، آلزایمر، سایر بیماری‌های دمانس و زوال عقل و پس از آن بیماری‌های ریوی و سرطان ریه عنوان شده است. البته روند بیماری‌های قلبی رو به کاهش، روند بیماری‌های دمانس رو به افزایش و روند بیماری‌های ریوی ثابت بوده است<sup>(۲)</sup>.

### ۱-۳. امکانات و تسهیلات

مراقبت سلامت بزرگترین صنعت در ایالات متحده می‌باشد. از نقطه نظر فناوری، مردم زیرساختی بسیار توسعه یافته برای ارائه خدمات پزشکی در دسترس دارند. مردم از تسهیلات فرامردن مراقبت سلامت، دانشکده‌های پزشکی با کیفیت، برنامه آموزشی دانشگاه‌محور برای آماده‌سازی مدیران مراقبت سلامت و صاحبان مشاغل بهداشت عمومی، نهادهای پژوهشی و صنعت گسترده داروسازی، تولیدکنندگان دستگاه‌های پزشکی و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بلندمدت و خدمات بازتوانی برخوردارند. بخش خصوصی، مالکیت اکثر این زیرساخت‌ها را برعهده دارد. لکن، دولت نقش حمایتی و حیاتی را برعهده دارد. به طور مثال زیرساخت‌های سلامت در بخش دولتی در حوزه دولتی وجود دارد. دولت نیز تأمین‌کننده مالی مهم پژوهش‌های خدمات سلامت و آموزش پزشکی است و نظام سلامت ارتش و جانبازان را نیز به اجرا می‌گذارد.

دولت ارائه مراقبت را به اقشار آسیب‌پذیر و بودجه خدمات سلامت هندی برای بومیان آمریکا را مورد حمایت قرار می‌دهد. مطابق با آخرین پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی ایالات متحده آمریکا خدمات پزشکی خود را توسط پزشکان بسیار مجرب خود در دنیای پرآوازه مراکز و امکاناتی که مورد غبطه تمامی جهان است، عرضه می‌نماید. البته تمرکز بر فناوری‌های نوین و تخصص‌گرایی، تأثیرات منفی خاص خود را دارد. این امر، هزینه مراقبت‌های پزشکی را که موجب نابرابری در دسترسی به بیمه سلامت می‌شود، افزایش می‌دهد. همچنین بر آموزش پزشکی، طب و رقابت تکنولوژی محور در بین بیمارستان‌ها نیز تأثیرگذار است.

### ۲-۳. هزینه‌های سلامت

هزینه‌های بهداشت و درمان فردی، هزینه‌های مرتبط با کالاها و ارائه خدمات حوزه سلامت است. تعدیل هزینه‌های سلامت در نظام سلامت آمریکا براساس شاخص قیمت زنجیره وزن<sup>۱</sup> مورد محاسبه قرار گرفته است. در این شاخص، شاخص قیمت ارائه‌کننده خدمات در بیمارستان‌ها، مطب پزشکان، آزمایشگاه‌های تشخیصی-طبی، خدمات مراقبت در منزل و امکانات خانه‌های سالمندان مورد محاسبه قرار می‌گیرد. بر این اساس داده‌های مرتبط در سال ۲۰۱۴ به صورت جدول ذیل می‌باشد.<sup>(۱۰)</sup>

1. chain-weighted price index

جدول ۲. منابع هزینه‌های سلامت در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۴

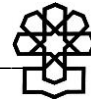
درصد	منابع تأمین هزینه‌ها
۱۲/۹	پرداخت از جیب
۷۸/۰	مجموع بیمه‌های سلامت
۳۳/۹	بیمه‌های سلامت خصوصی
۲۲/۷	مدیکیر
۱۷/۴	مدیکید (فدرال و ایالت‌ها)
۰/۴	بیمه سلامت کودکان (فدرال و ایالت‌ها)
۳/۷	سایر برنامه‌های بیمه سلامت
۹/۱	سایر برنامه‌ها و پرداخت کنندگان طرف سوم
۱۰۰	مجموع

### ۳-۳. نیروی کار حوزه سلامت

در سال ۲۰۱۳، ۲۷/۶ پزشک به‌ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت شهری وجود داشته است.<sup>(۹)</sup> در این سال بیش از یک میلیون پزشک در سراسر آمریکا مشغول به فعالیت بوده‌اند. طبق آخرین آمار منتشر شده در سال ۲۰۱۶ تعداد ۱,۰۴۵,۹۱۰ پزشک شاغل در این کشور گزارش شده است. هر پزشک عمومی در این کشور بیش از ۳۵۰۰ بیمار را در سال ویزیت می‌کند، این در حالی است که یک پزشک متخصص ۲۷۰۰ بیمار را ویزیت می‌کند. براساس یک مطالعه پیمایشی مدت زمان اختصاص یافته برای هر بیمار حدود ۱۳ تا ۱۶ دقیقه است. هفتاد درصد از پزشکان عمومی بیش از ۳۱ ساعت در هفته مشغول کار هستند که ۴۰ درصد از آنها شیفت‌های عصر و شب را نیز پوشش می‌دهند. در مقابل ۶۱ درصد از پزشکان متخصص بیش از ۳۱ ساعت در هفته به فعالیت می‌پردازند و تنها ۱۹ درصد از آنها شیفت‌های عصر و شب را نیز پوشش می‌دهند. ۷۸ درصد از بالغین در این کشور تحت پوشش یک پزشک خانواده و یا خدمات اولیه یک پزشک قرار دارند. بنابراین، در مجموع رضایت از پزشکان آمریکایی بسیار بالا است.<sup>(۱۰)</sup>

الزامات و پیش‌زمینه ورود به رشته پزشکی و طبابت در ایالات متحده شامل موفقیت در آزمون مقدماتی پذیرش در کالج پزشکی،<sup>۱</sup> دوره لیسانس چهارساله<sup>۲</sup> و دوره علوم پیش‌پزشکی<sup>۳</sup> می‌باشد. دوره‌های تخصص هم باتوجه به نوع رشته تخصصی بین ۳ تا ۷ سال به طول می‌انجامد. دوره‌های فوق‌تخصص نیز معمولاً ۳ ساله می‌باشند. البته قوانین مکمل در ایالات مختلف متفاوت است. برای مثال، برخی از ایالت‌ها آزمون‌های متعددی برای تأیید صلاحیت در شروع به کار دارند. در برخی از ایالت‌ها پزشکان الزام به گذراندن آزمون سالیانه و کسب صلاحیت حرفه‌ای دارند.<sup>(۱۱)</sup> پزشکان آموزش‌دیده باید با موفقیت از عهده آزمون‌های سخت و گذراندن آموزش‌های متعاقب آن پیش از

1. Medical College Admission Test (MCAT)  
2. Baccalaureate Degree  
3. Premed Science Coursework



طبابت، برآیند. اگرچه در مقایسه با اکثریت حکومت‌های اروپایی، ایالات متحده در مجموع در بازار پزشکان اشباع شده است، اما نحوه توزیع آن از نابرابری‌های خاص خود حکایت دارد.

پرستاران بزرگترین گروه در حرفه مراقبت سلامت را تشکیل می‌دهند. براساس آمار اداره آمار ایالات متحده، در سال ۲۰۱۴ تعداد ۲,۷۵۱,۰۰۰ پرستار پروانه‌دار<sup>۱</sup> در این کشور شاغل بوده‌اند. میانگین سالیانه درآمد پرستاران ۶۷۴۹۰ دلار در سال ۲۰۱۵ بوده است.<sup>(۱۲)</sup> همانند پزشکان و سایر متخصصان مراقبت سلامت، پرستاران باید برای فعالیت در شرایط مرتبط با استخدام خود گواهینامه فعالیت داشته باشند. پرستاران می‌توانند، براساس سطح آموزش و ارزشیابی توانایی‌هایشان گواهینامه‌ای را به‌عنوان پرستار لیسانس دارای پروانه رسمی یا پرستاران تجربی یا حرفه‌ای دارای مجوز<sup>۲</sup> دریافت نمایند. پرستاران لیسانس دارای پروانه رسمی باید دوره چهار ساله لیسانس، دوره چهارساله دیپلم یا دو یا سه سال دوره فوق دیپلم پرستاری را طی کرده باشند. علاوه بر این پرستاران می‌توانند فراتر از آموزش‌های دوره لیسانس آموزش دیده تا بتوانند پرستاران حرفه‌ای ممتاز باشند.

دندانپزشکان، چشم‌پزشکان، روانپزشکان، داروسازان، فیزیوتراپ‌ها، متخصصان ارتوپدی با تخصص پا باید آموزش‌های دوره دکتری را برای احراز شرایط دریافت لیسانس در رشته مورد نظر خود به‌دست آورند. شنوایی‌سنج‌ها و گفتاردرمانگران نیز باید دوره ارشد رشته خود را طی نمایند. صاحبان حرفه مراقبت‌های سلامت که در مجموع ملزم به گذراندن دوره چهارساله لیسانس می‌باشند شامل فیزیوتراپ‌ها، کاردرمانگرها، کارشناسان علوم آزمایشگاهی و متخصصین تغذیه می‌باشند. الزامات آموزشی برای تعداد بیشماری از انواع مرتبط حرف سلامت از ایالتی به ایالتی دیگر متفاوت بوده، اما همگی لازم به طی دوره آموزشی یک تا چهار سال می‌باشد.

براساس گزارش سال ۲۰۱۵ اداره کار ایالات متحده آمریکا، میانگین درآمد سالیانه کلیه مشاغل ۴۷,۲۳۰ دلار در سال گزارش شده، این در حالی است که میانگین درآمد سالیانه مشاغل فنی گروه سلامت ۷۶,۰۱۰ دلار در سال اعلام شده است.<sup>(۱۴)</sup>

#### ۳-۴. خدمات بستری

مراقبت‌های سازمانی مورد نیاز براساس نیازمندی‌های بیماران در طی اقامت در طول شب در بیمارستان‌های عمومی مراقبت‌های حاد، بیمارستان‌های تخصصی که شامل بیمارستان‌های توانبخشی و مراکز روان‌درمانی و مراکز مراقبت‌های بلندمدت می‌باشد، ارائه می‌گردد. ساختار و عملیات چنین مؤسساتی توسط قوانین دولت مرکزی، قوانین ایالتی، احکام شهری، استانداردهای کمیسیون‌های مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت و کدهای ساختمان، اطفای حریق و بهسازی محیط

1. Registered Nurse (RN)

2. Licensed Practical/ Vocational Nurses (LPNs/LVNs)

اداره می‌شوند. کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت یک نهاد غیرانتفاعی خصوصی است که استانداردها و اعتبارنامه‌های مراکز مختلف مراقبت سلامت را از نقطه نظر تطابق با استانداردهای موجود مورد بررسی قرار می‌دهد.

نظام مراقبت‌های پزشکی ارتش و نظامیان در بیمارستان‌های دولت مرکزی که برای عموم مردم در دسترس نمی‌باشد، فعالیت دارند. اکثریت مابقی بیمارستان‌ها در حدود ۵۰۰۰ بیمارستان که با بیشتر از ۸۰۰ هزار تخت فعالیت دارند توسط عامه مردم قابل دسترس بوده و بیمارستان‌های عمومی نامیده می‌شوند.

بیمارستان‌ها در ایالات متحده در سه نوع اصلی مالکیت طبقه‌بندی می‌شوند: خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی انتفاعی و تحت مالکیت دولت. سازمان‌های غیرانتفاعی خصوصی مانند انجمن‌های جامعه و کلیساها، بیمارستان‌های غیرانتفاعی را اداره می‌نمایند.

در این کشور انواع بیمارستان‌ها عبارتند از:<sup>(۹)</sup>

- بیمارستان‌های جامعه<sup>۱</sup> شامل بیمارستان‌های غیرفدرال عمومی و تخصصی با اقامت کوتاه مدت (کمتر از ۳۰ روز) است که برای عموم افراد قابل استفاده است. تخصص‌های مرتبط با بیمارستان‌های تخصصی در این گروه عبارتند از: زنان و زایمان، کودکان، ارتوپدی و سایر خدمات تخصصی. علاوه بر آن خدمات سالمندان و مراقبت در منزل با ارائه خدمات کمتر از ۳۰ روز در این دسته بیمارستان‌ها جای می‌گیرد ولی البته واحدهای درمانی برخی مؤسسات نظیر زندان‌ها و درمانگاه‌ها را شامل نمی‌شود.

- بیمارستان‌های فدرال<sup>۲</sup> شامل بیمارستان‌هایی است که مستقیماً توسط دولت فدرال اداره می‌شود.

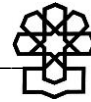
- بیمارستان‌های انتفاعی با هدف سودآوری توسط افراد، با شراکت چند تن و یا توسط شرکت‌ها راه‌اندازی و اداره می‌شوند. این بیمارستان‌ها در یک فضای رقابتی فعالیت داشته و باید براساس کیفیت برتر و ارائه خدمات هزینه اثربخش رقابت نمایند.

- بیمارستان‌های عمومی<sup>۳</sup> کلیه خدمات تشخیصی، درمانی و جراحی ارائه می‌دهند. بیمارستان‌های روستایی و بیمارستان‌هایی که خدمات محدودی را ارائه می‌دهند در این دسته نمی‌گنجد.

- بیمارستان‌های غیرانتفاعی<sup>۴</sup> توسط سازمان‌های غیرانتفاعی مانند کلیساها، جوامع ائتلافی و دوستانه بدون در نظر گرفتن سود کنترل می‌شوند. برطبق قانون، این بیمارستان‌ها باید سود حاصل را در عملیات بیمارستانی باز سرمایه‌گذاری نموده و اجازه توزیع آن در بین افراد را ندارند.

---

1. Community Hospital  
2. Federal Hospital  
3. General Hospital  
4. Nonprofit Hospital



• بیمارستان‌های ثبت شده<sup>۱</sup> با فراوانی ۹۸ درصد توسط سازمان بیمارستان‌های آمریکا<sup>۲</sup> ثبت می‌شوند.

• بیمارستان‌های با اقامت کوتاه‌مدت<sup>۳</sup> خدمات کوتاه‌مدت نظیر عمومی، مادران، چشم، گوش و حلق و بینی، کودکان و استخوان و مفاصل را پوشش می‌دهند.

• بیمارستان‌های تخصصی<sup>۴</sup> به بیماران نیاز به خدمات بلندمدت شامل روانپزشکی، سل و بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های مزمن، بازتوانی، زایشگاه‌ها، تسهیلات مرتبط با بیماران وابسته به مواد مخدر و الکل ارائه خدمت می‌شود.

در کل از تعداد ۵,۶۸۶ بیمارستان در ایالات متحده، ۵,۴۷۳ بیمارستان غیرفدرال و ۲۱۳ بیمارستان فدرال مشغول به فعالیت می‌باشند. همچنین از مجموع ۴,۹۷۴ بیمارستان‌های جامعه، ۲,۹۰۴ بیمارستان به شکل غیرانتفاعی (۵۸ درصد)، ۱,۰۶۰ بیمارستان به شکل انتفاعی (۲۱ درصد) و ۱,۰۱۰ بیمارستان توسط ایالت یا دولت محلی (۲۰ درصد) اداره می‌شوند. در ایالات متحده، در سال ۲۰۱۳، به‌طور متوسط، ۲/۶ تخت بیمارستانی عمومی (جامعه) در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت موجود است که متوسط طول اقامت ۶/۱ روز، با ضریب اشغال ۶۴/۷ و در شمول حداقل‌ها در دنیا است. در نتیجه، بسیاری از بیمارستان‌ها برای آنکه سودآور باقی بمانند، خدمات بستری و سرپایی را به‌طور همزمان ارائه می‌کنند.<sup>(۹)</sup>

در سال ۲۰۱۴، تعداد ۱۵,۶۴۳ خانه سالمندان تأیید شده با ۱,۶۹۳,۹۴۳ تخت با ضریب اشغال بیش از ۸۰ درصد به فعالیت پرداخته‌اند.<sup>(۹)</sup> خانه‌های سالمندان عمدتاً مراقبت‌های پرستاری تخصصی را که از نقطه‌نظر پزشکی، مراقبت‌محور بوده و مورد تأیید پزشکان است؛ به‌وسیله یا زیر نظر مستقیم پرستاران دارای مجوز برای بیماران با وضعیت پیچیده و مزمن که اغلب شامل درمان‌های توانبخشی است، ارائه می‌گردد. به‌علاوه در خانه‌های سالمندان تعداد زیادی از تسهیلات کمکی زندگی و مراقبت‌های فردی ارائه می‌شود که عمدتاً یاری‌دهنده فعالیت‌های زندگی روزانه افراد است.

### ۳-۵. خدمات سرپایی

خدمات سرپایی (مراقبت‌های سرپایی) در اشکال متنوعی بسته به عواملی چون نوع مراقبت مورد نیاز، محل و اینکه آیا فرد دارای بیمه سلامت است یا خیر، ارائه می‌شوند. توسعه فناوری‌های نوین و نوآوری در روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان، موجب کاهش استفاده از بیمارستان‌های بستری و گسترش خدمات سرپایی هم از نظر اندازه و هم از نظر حیطه خدمات شده است. بسیاری از رویه‌هایی که در

---

1. Registered Hospital  
2. American Hospital Association (AHA)  
3. Short-stay Hospital  
4. Special Hospital

گذشته نیازمند اقامت در بیمارستان بود، هم‌اکنون در مراکز سرپایی ارائه می‌شوند. در سال ۲۰۱۱ در مجموع، ۱,۲۴۹,۰۴۷,۰۰۰ تعداد ویزیت سرپایی در مطب پزشکان، بخش سرپایی بیمارستان‌ها و بخش اورژانس گزارش شده است که از این میان ۹۲۸,۶۳۰,۰۰۰ مورد مربوط به مطب پزشکان بوده است.<sup>(۹)</sup> اگرچه واحد اورژانس بیمارستان‌ها عموماً توسط افراد بیمه شده یا بیمه نشده و به‌طور مشابه در وضعیت‌های اضطراری و غیراضطراری مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ اشغال بیش از اندازه واحد اورژانس در مواقع غیراضطراری منجر به ازدحام و اتلاف منابع می‌شود. در واحدهای اورژانس، مراقبت‌های غیراضطراری، اغلب توسط افرادی که دسترسی به مراقبت‌های اولیه ندارند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

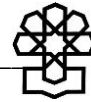
مراقبت‌های در منزل از جمله پرسرعت‌ترین رشد را در میان بخش‌های مراقبت سلامت در ایالات متحده به خود اختصاص داده است. بیش از ۷۰ درصد بیماران نیازمند مراقبت در منزل، سالمند هستند. معمولاً مراقبت‌های در منزل شامل مراقبت‌های پرستاری پاره‌وقت یا ادواری، خدمات توانبخشی، مشاوره‌های تغذیه‌ای و یاری رساندن به بیمار در فعالیت‌های زندگی روزانه است. از اوایل دهه ۱۹۸۰، درمان‌های در منزل با فناوری‌های تخصصی پیشرفته به‌سرعت فزونی یافته است. این درمان‌ها شامل آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی، تومور درمانی، همودیالیز، تغذیه، مراقبت‌های تنفسی و تکنولوژی‌های تصویری مراقبت در منزل برای پایش از راه دور بیماران در منزل می‌باشند. روی هم رفته، ثابت شده است که مراقبت‌های سلامت در منزل هزینه اثربخش می‌باشند، زیرا میزان مراجعه به بیمارستان‌ها، واحدهای اورژانس و خانه‌های سالمندان را کاهش داده است.

سایر خدمات عمده سرپایی در ایالات متحده شامل ورود به درمانگاه‌هایی است که وسایل رفاه عصرگاهی و ساعات آخر هفته را بدون قرار قبلی و بدون نیاز به وقت‌های طولانی فراهم می‌سازد. مراکز مراقبت اضطراری که به‌صورت ۲۴ ساعته و در طی ۷ روز هفته فعالند، مراکز جراحی سرپایی رایگان که جراحی‌های سرپایی را انجام می‌دهند، آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری، مراکز دیالیز، داروخانه‌ها و مراکز توانبخشی از مصادیق آن هستند. کلینیک درمان‌های جزئی نیز اقدام به بازگشایی فروشگاه‌های بزرگ نموده‌اند که عموماً مردم مایحتاج روزانه‌اشان را از آنها خریداری می‌نمایند.

دولت مرکزی، بودجه بیشتر از ۱۱۰۰ مرکز سلامت عمومی را تأمین می‌نماید. این مراکز پزشکی در مناطق ویژه محروم قرار دارد تا مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های سلامت روان و مراقبت‌های دندانپزشکی را برای اکثریت اقشار کم‌درآمد و بیمه‌نشده‌گان فراهم نماید.

### ۳-۶. بهداشت عمومی

به‌طور معمول، خدمات بهداشت عمومی در ایالات متحده آمریکا توسط ادارات محلی سلامت و در طیفی از خدمات قابل ارائه که به‌طور قابل توجهی بسته به محل متفاوت است ارائه می‌شود. این



برنامه‌ها عمدتاً از نظر هدف متفاوتند و شامل مراقبت نوزاد سالم، درمانگاه‌های بیماری‌های مقاربتی، خدمات تنظیم خانواده، غربالگری، درمان سل و مراقبت‌های سلامت روان سرپایی می‌باشد.

#### ۴. خرده نظام‌های ارائه مراقبت سلامت در ایالات متحده

ایالات متحده فاقد نظام ارائه مراقبت سلامت یکپارچه و هماهنگ شده‌ای است که مورد توافق همگان باشد. به جای آن، خرده نظام‌های چندگانه از طریق نیروهای بازار یا در نتیجه تحریکات سیاسی جهت مشخص نمودن نیازهای بخش خاصی از جمعیت وجود دارد. خرده نظام‌های اصلی در ادامه مطرح خواهند شد.

##### ۴-۱. نظام مراقبت‌های مدیریت شده

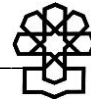
مراقبت‌های مدیریت شده، نظامی از ارائه مراقبت‌های سلامت است که ۱. در جستجوی دستیابی به کارآیی از طریق ادغام کارکردهای اصلی ارائه مراقبت‌های سلامت است، ۲. از مکانیسم‌های کنترلی (مدیریتی) به منظور به کارگیری خدمات پزشکی بهره می‌گیرد و ۳. قیمت فروش خدمات را تعیین کرده و در نتیجه قیمتی را که باید به ارائه‌کنندگان پرداخت شود مشخص می‌نماید. این نظام غالب‌ترین نظام ارائه خدمات در ایالات متحده آمریکا بوده و در دسترس اکثر آمریکایی‌ها می‌باشد.

تأمین‌کنندگان مالی اصلی در نظام مراقبت‌های مدیریت شده، کارفرمایان و دولت می‌باشند؛ لکن این یک شراکت خصوصی دولتی نمی‌باشد. کارفرمایان، بیمه کارکنان را خریداری می‌کنند، اما در خرید بیمه سلامت مختار به انتخاب داوطلبانه هستند. در نتیجه، بسیاری از کارفرمایان کسب‌وکارهای کوچک، بیمه مراقبت سلامت را به کارکنان خود ارائه نمی‌نمایند. از سوی دیگر، از آنجا که بیمه سلامت کارفرمامحور، نیازمند تسهیم هزینه‌هاست، بنابراین بسیاری از کارکنان تا زمانی که کارفرمایان بخش عمده‌ای از هزینه حق بیمه را پرداخت نمایند در آن مشارکت نمی‌کنند. به دلیل تنوع برنامه‌های دولتی، دینفعان یا نیازمند دریافت خدمات مراقبت سلامت از طریق سازمان مراقبت‌های مدیریت شده<sup>۱</sup> بوده یا نیازمند دریافت خدمات از دیگر مکانیسم‌های جایگزین می‌باشند. دو نوع اصلی سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده وجود دارد: سازمان حفظ سلامت و سازمان‌های ارائه‌دهنده ممتاز. کارکردهای سازمان‌های ارائه‌دهنده ممتاز همانند شرکت‌های بیمه بوده و متعهد به فراهم نمودن خدمات مراقبت سلامت منعقد شده در قرارداد تحت برنامه بهداشتی به ثبت نام‌شدگان برنامه هستند. واژه ثبت نام‌شدگان یا اعضا به افرادی که تحت برنامه پوشش بیمه‌ای قرار دارند، اطلاق می‌شود. موافقتنامه‌های منعقد فی‌مابین سازمان مراقبت‌های مدیریت شده و اعضای آن - شامل لیستی از

خدمات سلامت تحت پوشش است که اعضا مشمول آن هستند- که با عنوان برنامه بهداشتی (یا برنامه به اختصار) نامیده می‌شود. در مجموع، برنامه بهداشتی از بین ارائه‌دهندگان خدمات، ارائه‌دهندگانی را گلچین می‌نماید که افراد ثبت نام‌کننده بتوانند برای دریافت خدمات معمول و روتین آنها را انتخاب نمایند.

سازمان‌های حفظ سلامت معمولاً نیازمند دسترسی به شبکه هستند؛ به این معنا که اعضای برنامه باید خدمات را از ارائه‌دهندگانی که سازمان حفظ سلامت تعیین می‌نماید، دریافت کنند. از طرف دیگر سازمان‌های ارائه‌دهنده ممتاز، اجازه دسترسی خارج از شبکه را فراهم می‌سازند. به این معنا که، اعضای برنامه می‌توانند خدمات را از ارائه‌دهندگان مشارکت‌کننده در شبکه انتخابی سازمان‌های ارائه‌دهنده ممتاز یا از ارائه‌دهندگانی که خارج از شبکه می‌باشند، دریافت نمایند. البته اعضای برنامه زمانی که ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه را انتخاب نمایند متحمل هزینه پرداخت از جیب بیشتری می‌شوند. با این حال، به دلیل امکان انتخاب همه ارائه‌دهندگان، برنامه‌های سازمان ارائه‌دهنده ممتاز معروف‌تر از برنامه سازمان حفظ سلامت است. به‌ویژه آنکه در سازمان‌های حفظ سلامت، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه یا پزشکان عمومی خدمات روزمره را مدیریت کرده و مناسب بودن ارجاع به سطح بالاتر یا خدمات تخصصی را تعیین می‌نمایند. در این برنامه‌ها اغلب به پزشکان عمومی، عنوان دروازه‌بان اطلاق می‌گردد. ممکن است بعضی از سازمان‌های ارائه‌دهنده ممتاز برخی از خدمات را به‌صورت جزئی توسط پزشکان استخدامی برنامه ارائه نمایند، اما اکثر خدمات از طریق قرارداد با ارائه‌دهندگانی مانند پزشکان، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تشخیصی ارائه می‌گردد.

اگرچه، کارفرما مراقبت را از طریق خرید برنامه از سازمان مراقبت مدیریت شده تأمین مالی می‌نماید، با این حال این سازمان تنها سازمان مذاکره‌کننده مسئول با ارائه‌دهندگان است. سازمان‌های حفظ سلامت به‌طور معمول روش سرانه را برای پرداخت به ارائه‌دهندگان به کار می‌گیرند. تحت پرداخت‌های سرانه، مبلغ ثابتی در ماه به‌ازای هر عضو، به ارائه‌دهنده پرداخت می‌گردد. این مبلغ ثابت به‌طور معمول به‌عنوان نرخ ماهیانه هر عضو شناخته می‌شود. ریسک در یک سازمان حفظ سلامت و ارائه‌دهنده‌ای که هر ماه و به‌ازای هر عضو مبلغی را دریافت می‌کند توزیع می‌شود، زیرا در تبادل این پرداخت، ارائه‌دهنده ملزم به ارائه آنچه در قرارداد قید شده و اعضا نیازمند آن هستند، می‌باشد. سازمان ارائه‌دهنده ممتاز، عموماً ارائه‌دهندگان را مشمول تخفیف‌هایی می‌نماید که طی مذاکره بین آنها و ارائه‌دهندگان صورت می‌پذیرد. ارائه‌دهندگان همواره تمایل به ارائه تخفیف در خدمات خود دارند تا از این طریق بتوانند در شمول شبکه سازمان‌های ارائه‌دهنده ممتاز قرار گرفته و از جمعیت بیمار برخوردار گردند. به‌عنوان بیمه‌گر، برنامه‌های بهداشتی باید با استفاده از پیش‌بینی‌های آماری، بتوانند هزینه‌های مورد انتظار استفاده از مراقبت‌های سلامت را برآورد نمایند. بیمه‌گران ریسک را می‌پذیرند تا هزینه خدمات ارائه شده بتواند از مجموع حق بیمه‌های جمع‌آوری شده فزونی یابد. با تعهد ریسک، برنامه نقش بیمه‌گر را ایفا می‌نماید.



#### ۴-۲. ارتش، نظامیان با تجربه و جانبازان

نظام مراقبت‌های پزشکی نظامی برای نیروهای نظامی تمام‌وقت، به‌صورت رایگان در دسترس است. این نظام، نظامی ساختاریافته و کاملاً یکپارچه است که تحت نظارت وزارت دفاع ایالات متحده در حال فعالیت می‌باشد. خدماتی جامع، پیشگیری را همانند درمان که همگی توسط کارکنان حقوق‌بگیر مراقبت سلامت ارائه می‌شوند، تحت پوشش قرار می‌دهد. مراقبت‌های سرپایی معمول غالباً در بهداری، درمانگاه و داروخانه، ایستگاه کمک‌های اولیه یا ایستگاه‌های پزشکان مستقر در نزدیکی محل خدمات کارکنان در دسترس است. خدمات روزانه بیمارستانی در بهداری‌های واقع در پایگاه‌های نظامی، درمانگاه و داروخانه‌های عمومی مانند بهداری کشتی‌ها یا مراکز کوچک بیمارستانی فراهم شده است. خدمات پیچیده بیمارستانی در بیمارستان‌های نظامی منطقه‌ای ارائه می‌شوند. وابستگان اعضای خدمت، بازنشستگان و وابستگان آنها، بازماندگان عضو متوفی می‌توانند مراقبت‌های پزشکی را از طریق برنامه بیمه‌ای موسوم به Tri Care دریافت نمایند. این برنامه به ذینفعان همانند مراکز مراقبت‌های پزشکی خصوصی اجازه دریافت مراقبت‌ها را از ارتش می‌دهد. اگرچه بیماران صرفنظر از چگونگی ارائه خدمت، انتخاب اندکی دارند، اما در مجموع نظام مراقبت پزشکی ارتش مراقبت‌های سلامت با کیفیتی را فراهم می‌نماید. جانبازان جنگی محق دریافت شمار زیادی از خدمات پزشکی در مراقبت‌های بلندمدت توسط مراکز امور جانبازان هستند. نظام امور جانبازان طیف گسترده‌ای از مراقبت‌های توانبخشی، جراحی و پزشکی را فراهم می‌نماید و یکی از بزرگترین و قدیمی‌ترین نظام مراقبت سلامت سازمان‌یافته رسمی در جهان است. اداره جانبازان، متصدی پیشین وزارت فعلی امور جانبازان است که در سال ۱۹۳۰ پایه‌گذاری شد. افزون بر مراقبت‌های پزشکی، مأموریت آن شامل آموزش، تعلیم، پژوهش، پشتیبانی در پیشامدهای غیرمترقبه و مدیریت موارد اورژانس در نظام مراقبت پزشکی وزارت دفاع است. نظام امور جانبازان ۱۵۲ مرکز پزشکی را با حداقل یک مرکز مستقر در هر ایالت، پورتوریکو و بخش کلمبیا اداره می‌نماید. همچنین مراکز امور جانبازان شامل ۱۴۰۰ مکان مراقبتی (درمانگاه‌های سرپایی، آسایشگاه‌های سالمندان، مراکز توانبخشی و ...) است.

در سال ۲۰۱۴، ۵۸,۰۱۰,۰۰۰,۰۰۰ دلار هزینه سلامت در این بخش بوده است. این در حالی است که این هزینه در سال ۲۰۰۵، ۳۰,۲۹۱,۰۰۰,۰۰۰ دلار بوده است که در این مدت، بیش از ۹۰ درصد رشد داشته است.<sup>(۹)</sup>

#### ۴-۳. نظام اقشار آسیب‌پذیر

در سال ۱۹۶۵، مجلس ایالات متحده دو ماده الحاقی عمده را برای قانون تأمین اجتماعی به تصویب رساند که برطبق آن برنامه‌های «بیمه سلامت سالمندان»<sup>۱</sup> و «بیمه سلامت مستمندان»<sup>۲</sup> ایجاد شد و

1. Medicare  
2. Medicaid

دولت خود مسئولیت مستقیم پرداخت بعضی از مراقبت‌های سلامت را از جانب دو گروه جمعیتی آسیب‌پذیر - سالمندان و فقرا - تقبل نمود. برنامه‌های بیمه سلامت سالمندان و بیمه سلامت مستمندان، نمونه‌هایی از مداخلات بخش دولتی در آمیزه‌ای از رویکردهای خصوصی و دولتی برای فراهم نمودن دسترسی به مراقبت‌های سلامت در ایالات متحده می‌باشند. همچنین، در سال ۱۹۹۷، «برنامه بیمه سلامت کودکان»<sup>۱</sup> به منظور تدارک بیمه سلامت کودکانی که در خانواده‌های کم‌درآمد زندگی می‌کنند و واجد شرایط برنامه بیمه بهداشت مستمندان نمی‌باشند، تصویب شد. در این سه برنامه اصلی، دولت خود بیمه‌ها را تأمین مالی می‌نماید. اما خدمات مراقبت‌های سلامت عمدتاً از طریق ارائه‌دهندگان خصوصی فراهم می‌شود. در برنامه «بیمه سلامت سالمندان» و «بیمه سلامت کودکان»، اعضا هزینه‌های پرداخت از جیب ناچیزی را متقبل می‌شوند، اما پیش‌بینی شده است که بیمه سلامت سالمندان، تقریباً نیمی از متوسط هزینه‌های مراقبت سلامت اعضای خود را پرداخت می‌نماید.

این برنامه‌ها - با جمعیت هدف کودکان زیر ۱۹ سال، فقرا و سالمندان ۶۵ سال و بالاتر - روی هم‌رفته بیش از ۱۰۰ میلیون آمریکایی را تحت پوشش قرار داده است. اما هدف اصلی تنها پوشش بالا نمی‌باشد، بلکه ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده همواره مدنظر قرار گرفته است.<sup>(۱۰)</sup>

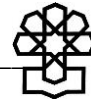
• در اصل برنامه بیمه سلامت سالمندان برای افراد مسن ایجاد شده است؛ جمعیت تحت پوشش این برنامه عبارت است از: ۱. افراد ۶۵ سال و بالاتر، ۲. افرادی که محق تأمین اجتماعی می‌باشند یا بازنشسته‌های راه‌آهن با مزایای از کار افتادگی حداقل ۲۴ ماه، ۳. کارکنان دولت یا همسر آنها که تنها تحت پوشش این بیمه بوده‌اند و بیش از ۲۹ ماه ناتوانی داشته‌اند، ۴. غالب بیماران حاد کلیوی که در مراحل پایانی عمر خود هستند و ۵. افرادی که در مناطق خاصی مشغول به کار هستند و در معرض آسیب‌های مرتبط با آژبست تشخیص داده شده‌اند.

در سال ۲۰۱۲، ۵۲ میلیون نفر براساس این برنامه بیمه شده‌اند که ۱۰۰ درصد جمعیت هدف را پوشش داده‌اند. در حالی که در سال ۱۹۹۲، ۳۶/۸ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفته بودند. اما میانگین سرانه اختصاص یافته به هر فرد در این برنامه ۱۷،۱۹۷ دلار در سال ۲۰۱۲ اعلام شده است، در حالی که در سال ۱۹۹۲، سرانه هر فرد ۶،۷۱۶ دلار بوده است.<sup>(۹)</sup>

• برنامه بیمه سلامت مستمندان خدمات مراقبت سلامت را برای فقرا که باید واجد شرایط بودن آنها براساس دارایی‌ها و درآمدشان که باید زیر حد آستانه مصوب هر ایالت باشد؛ تأمین مالی می‌نماید. این برنامه اساساً افراد نیازمند را تحت پوشش قرار می‌دهد.

براساس گزارش محاسبات بیمه‌ای حوزه سلامت در وزارت سلامت و خدمات انسانی در سال ۲۰۱۵، ۴۹۶/۳ میلیارد دلار به این برنامه اختصاص یافته است که ۳۰۱/۵ میلیارد دلار (۶۱ درصد) سهم دولت فدرال و ۱۹۴/۸ میلیارد دلار (۳۹ درصد) سهم ایالت‌ها بوده است. با این هزینه حدود ۶۴ میلیون

1. Children's Health Insurance Program (CHIP)



نفر تحت پوشش قرار گرفته‌اند. در سال ۲۰۱۴، هزینه اختصاص یافته هر فرد در این برنامه بیمه‌ای ۷,۳۱۵ دلار در سال ۲۰۱۴ بوده است. در این گزارش پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۴، به‌طور سالیانه ۶/۴ درصد رشد هزینه‌ای به این برنامه متحمل شود که با احتساب آن، ۹۲۰/۵ بلیون دلار بودجه اختصاص یافته به این برنامه پیش‌بینی شده است. در این راستا، با تخمین سالیانه ۱/۹ درصد رشد در تعداد بیمه‌شدگان تحت پوشش این طرح، تا سال ۲۰۲۴ حدود ۷۷/۵ میلیون آمریکایی تحت پوشش این بیمه قرار خواهند گرفت.<sup>(۱۴)</sup>

• برنامه بیمه سلامت کودکان به‌صورت مشترک توسط ایالت‌ها و دولت فدرال تأمین بودجه می‌شود. در واقع این بیمه با هدف پوشش کودکانی که شرایط لازم برای تحت پوشش قرارگرفتن بیمه مستمندان را نداشته و از سوی دیگر توان پرداخت بیمه خصوصی را نیز ندارند، آغاز به کار نمود. این برنامه با راهنما و دستورات کلی دولت فدرال از یکسو و تنظیم راهنماهای تفصیلی در هر ایالت - براساس شرایط و خدمات مختص خود- اجرا می‌شود. تا سال ۲۰۱۵، ۸/۴ میلیون کودک را تحت پوشش قرار داده است.<sup>(۱۵)</sup> براساس گزارش عملکرد برنامه بیمه سلامت کودکان در سال ۲۰۱۵، به‌کنگره اعلام شده است که شش ایالت در گسترش این برنامه دچار مشکل بوده‌اند. در این گزارش ادغام منابع و پرداخت‌های دو برنامه بیمه‌ای مستمندان و کودکان به‌دلیل منابع متفاوت آنها، دشوار بیان شده است.<sup>(۱۶)</sup>

در سال ۲۰۱۴، ۵۲/۶ میلیون نفر از جمعیت زیر ۶۵ سال تحت پوشش دو بیمه مستمندان و کودکان قرار گرفته‌اند. در واقع این دو بیمه ۱۹/۹ درصد از جمعیت را تحت پوشش قرار داده است. خاطرنشان می‌سازد در راستای اقدامات دولت پوشش بیمه مستمندان و کودکان از ۶/۸ درصد در سال ۲۰۰۴ به ۱۲/۲ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش داشته است.<sup>(۹)</sup>

این پرداخت‌ها عمدتاً به‌دلیل کسورات بالا، پرداخت‌های مشترک و خدمات خاص خارج از پوشش مانند خدمات دندانپزشکی، مراقبت‌های بینایی، کمک‌شنوایی و وقفه در تجویز داروهای تحت پوشش که در سال ۲۰۰۵ به برنامه اضافه شده‌اند، می‌باشد. اعضای مستمند برنامه بیمه‌ای، می‌توانند برای هر دو «بیمه سلامت سالمندان» و «بیمه بهداشت مستمندان» که در آن برنامه بهداشت مستمندان از قلم افتادگی‌های بیمه سلامت سالمندان را پوشش می‌دهد، واجد شرایط شناخته شوند. اکثریت باقی مانده، به خرید خدمات بیمه سلامت خصوصی که با نام Medigap شناخته می‌شود اقدام می‌نمایند. در این برنامه پرداخت برای مخارجی است که تحت پوشش برنامه بیمه سلامت سالمندان قرار نمی‌گیرند. سایر جمعیت آسیب‌پذیر به‌ویژه بیمه‌نشده‌گان، آنهایی که در اقلیت بوده و یا وضعیت مهاجر داشته و یا آنهایی که به‌لحاظ جغرافیایی یا اقتصادی در جوامع محروم زندگی می‌کنند، مراقبت را از ارائه‌دهندگان خدمات برای افراد فاقد بیمه دریافت می‌نمایند که مشتمل بر مراکز بهداشتی، مطب پزشکان، واحدهای سرپایی بیمارستان‌ها و بخش‌های اورژانس مراکز بهداشتی عمومی که به وضوح برای

محرومان تدارک دیده شده‌اند، می‌باشند. در راستای نقش ویژه و مأموریت ارائه‌دهندگان خدمات برای افراد فاقد بیمه، آنها خدمات پزشکی و توانمندسازی ویژه‌ای را (مانند درک زبان، حمل‌ونقل، کمک‌رسانی، تغذیه و خدمات حمایتی اجتماعی) با هدف تأمین نیازهای اقشار آسیب‌پذیر عرضه می‌نمایند.

برای بیش از ۴۰ سال بودجه فدرال خدمات سلامت اولیه و پیشگیری را برای اقشار محروم مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی روستایی و شهری فراهم نمود. اداره مراقبت‌های اولیه سلامت در دپارتمان سلامت و خدمات انسانی، مسئول تأمین حمایت دولت مرکزی برای مراکز بهداشتی جامعه‌محور است که شامل برنامه‌های مهاجرین و کشاورزان فصلی و خانواده‌هایشان، افراد بی‌خانمان، ساکنان خانه‌های دولتی و کودکان در سنین مدرسه می‌باشد. افزون بر مراقبت‌های اولیه ضروری و خدمات پیشگیری، مراکز بهداشتی، خدمات توانمندسازی مانند مدیریت موردهای خاص، حمل‌ونقل، آموزش بهداشت، ترجمه زبان گفتاری و مراقبت از کودکان را فراهم می‌نمایند. این خدمات دسترسی معمول به مراقبت‌ها را عمدتاً برای اقلیت‌ها، بی‌بضاعت‌ها، بیمه‌نشده‌گان و بیماران تحت پوشش بیمه بهداشت مستمندان تسهیل می‌نماید.

در هر صورت، ارائه‌دهندگان خدمات به افراد فاقد بیمه در آمریکا، به هیچ‌وجه امن نبوده و دسترسی ارائه‌دهندگان خدمات به افراد فاقد بیمه از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت می‌باشد. اقشار آسیب‌پذیر در جوامع بدون ارائه‌دهندگان خدمات به افراد فاقد بیمه مجبورند که از مراقبت‌ها چشم‌پوشی کرده یا در جستجوی مراقبت در واحد اورژانس بیمارستان باشند مشروط بر آنکه چنین خدماتی در محدوده زندگی آنها در دسترس باشد. ارائه‌دهندگان خدمات به افراد فاقد بیمه با فشارهای عظیم ناشی از تقاضا به‌ویژه در جوامعی که تعداد بیمه‌نشده‌گان و فقرای آن روبه افزایش است، مواجهند. ناتوانی در سوق دادن هزینه مراقبت‌های بدون غرامت به سمت بیمه‌های خصوصی به معضل قابل ملاحظه‌ای تبدیل شده است، زیرا درآمدهای بیمه بهداشت مستمندان، منبع اصلی تأمین مالی شخص ثالث برای ارائه‌دهندگان خدمات به افراد فاقد بیمه است که آن هم به‌خاطر محدودیت‌های بودجه‌ای ناکافی می‌باشد.

#### ۴-۴. نظام سلامت بومیان آمریکایی

سرخپوستان آمریکایی و بومیان آلاسکا (بومیان آمریکایی) تنها گروه قومی هستند که دولت مرکزی مسئولیت مستقیم مراقبت سلامت آنها را برعهده گرفته است. همچنین به‌عنوان شهروندان ایالات متحده بومیان آمریکا مجاز به شرکت در تمامی برنامه‌های سلامت دولتی، خصوصی و ایالتی در دسترس برای عموم می‌باشند. خدمات سلامت سرخپوستان<sup>۱</sup>، سازمانی وابسته به دولت مرکزی است

1. The Indian Health Services (IHS)



که تدارک‌دهنده اصلی مراقبت بهداشتی و مدافع سلامت بومیان آمریکاست. سیاست خودمختاری شالوده خدمات مراقبت سلامت برای بومیان آمریکا است. از این‌رو، قبایل سه انتخاب برای دریافت مراقبت‌های سلامت دارند: ۱. مستقیماً از نظام سلامت بومیان آمریکا دریافت دارند، ۲. از طریق انعقاد قرارداد با نظام سلامت بومیان تا بتوانند کنترل اجرایی، عملیاتی و بودجه‌ریزی منتقل شده به دولت‌های قبیله بومیان آلاسکا و سرخپوستان آمریکا را انجام دهند، ۳. از طریق معاهده با نظام سلامت سرخپوستان و حتی برعهده گرفتن کنترل وسیع‌تر و استقلال در توزیع خدمات مراقبت سلامت از جانب خودشان.

این سازمان خدمات سلامت را برای حدوداً ۲,۲۶۹,۰۰۰ مرد و ۲,۲۵۰,۰۰۰ زن بومی آمریکایی در سال ۲۰۱۴ در ۳۵ ایالت فراهم نموده است.<sup>(۹)</sup> نظام سلامت سرخپوستان و بومیان، ۳۳ بیمارستان و بیش از ۵۹ مرکز سلامت و ۵۰ پایگاه سلامتی را اداره می‌کند.<sup>(۱۷)</sup>

#### ۴-۵. نظام‌های ارائه یکپارچه

نظام ارائه یکپارچه<sup>۱</sup> به صورت شبکه‌ای از سازمان‌هایی که زنجیره هماهنگ شده‌ای از خدمات را برای جمعیت معینی فراهم می‌نمایند و از نظر بالینی و مالی متمایل به قبول مسئولیت پیامدها و وضعیت سلامتی جمعیت است، تعریف می‌شود. با گذشت بیش از یک دهه تاکنون، یکپارچگی سازمانی برای شکل‌دهی نظام‌های ارائه خدمات یکپارچه، مشخصه صنعت مراقبت سلامت ایالت متحده بوده است. یکپارچه‌سازی نظام ارائه مراقبت سلامت ایالات متحده پاسخی به فشارهای هزینه‌ای، توسعه جایگزین‌های جدید در ارائه مراقبت‌های سلامت، قدرت رو به رشد مراقبت‌های مدیریت شده و نیاز به تدارک خدمات کارآتر برای جمعیت پراکنده در سراسر منطقه جغرافیایی وسیع، بوده است. نظام‌های ارائه یکپارچه نمایانگر اشکال متنوع مالکیت و ارتباط استراتژیک در بین مشارکت‌کنندگان اصلی مانند بیمارستان‌ها، پزشکان و بیمه‌گران بوده است. هدف، دستیابی به ادغام وسیع‌تر خدمات مراقبت سلامت در سراسر پیوستار مراقبت بوده است.

#### ۵. ارزیابی نظام سلامت

نظام مراقبت سلامت متأثر از عوامل بیرونی شامل جو سیاسی، توسعه اقتصادی، پیشرفت فناوری، ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی، محیط فیزیکی و ویژگی‌های جمعیتی مانند مشخصه‌های جمعیت‌شناختی و رویکردهای بهداشتی است. فعل و انفعالات درهم آمیخته این نیروها مسیر ارائه مراقبت‌های سلامت در ایالات متحده را تحت تأثیر قرار داده است. مشخصه‌های اساسی که نظام ارائه

مراقبت سلامت در ایالات متحده را از دیگر کشورها متمایز می‌سازد، به‌طور خلاصه عبارتند از:

- سازمان دولتی غیرمتمرکز و ادغام و هماهنگی ناچیز،
- نظام ارائه تکنولوژی محور با تمرکز بر مراقبت‌های حاد،
- هزینه بالا، نابرابری در دسترسی و پیامدهای مختلط،
- ارائه مراقبت‌های سلامت در شرایط بازار ناقص،
- دولت به‌عنوان مکمل بخش خصوصی،
- عدالت بازار در مقابل عدالت اجتماعی فراگیر در سراسر مراقبت سلامت،
- بازیگران متعدد و تعادل در قدرت،
- تلاش برای یکپارچه‌سازی و پاسخگویی.

#### ۵-۱. سازمان دولتی غیرمتمرکز و ادغام و هماهنگی ناچیز

نظام مراقبت سلامت ایالات متحده، تضاد قابل ملاحظه‌ای را در مقایسه با سایر کشورهای توسعه‌یافته دارد. اکثر کشورهای توسعه‌یافته، نظام مراقبت سلامت همگانی متمرکز، تأمین مالی و ارائه مراقبت‌های سلامت تمامی ساکنان خود را مجاز می‌دانند. نظام سلامت آمریکا به‌صورت متمرکز کنترل نمی‌شود و ساختار بسیار پیچیده‌ای را از نظر تأمین مالی، بیمه، ارائه خدمات و مکانیسم‌های پرداخت دارد. ساختار کمتر پیچیده نظام مراقبت سلامت کنترل شده مرکزی، به‌وسیله مدیریت هزینه‌ها از طریق بودجه کلی و کنترل دسترسی و بهره‌مندی از خدمات از طریق برنامه‌ریزی مرکزی کارایی را ارتقا می‌دهد. از آنجا که ایالات متحده دارای نظام خصوصی گسترده تأمین مالی، بیمه و ارائه خدمات است، اکثر قریب به اتفاق بیمه‌گران مانند ارائه‌دهندگان، کسب‌وکار خصوصی داشته و مستقل از دولت می‌باشند.

با وجود این، دولت مرکزی و ایالتی نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های سلامت ایفا می‌نماید. دولت مرکزی و ایالتی خدمات مراقبت سلامت را عموماً برای بیماران بیمه شده مانند افرادی که تحت پوشش «برنامه‌های بیمه سلامت سالمندان» و «بیمه بهداشت مستمندان» هستند، تأمین مالی می‌نمایند. همچنین دولت‌های مرکزی و ایالتی مخارج بخش دولتی و نرخ بازپرداخت خدمات ارائه شده به بیماران تحت پوشش «بیمه سلامت سالمندان» و «بیمه بهداشت مستمندان» را وضع می‌نمایند.

دولت مکانیسم‌های پرداخت متنوعی را برای ارائه‌دهندگان به‌کار می‌گیرد. در حال حاضر، تقریباً تمامی خدمات مراقبت سلامت بستری و مراقبت در منزل برای بیماران تحت برنامه «بیمه سلامت سالمندان» و «بیمه سلامت مستمندان» برطبق شیوه پرداخت آینده‌نگر بازپرداخت می‌گردد. نرخ‌های بازپرداخت پزشکان برگرفته از فرمول‌های پیچیده‌ای است که در محاسبه آن عواملی چون زمان،



مهارت و فشار کاری پزشکان لحاظ می‌گردد. در آغاز سال ۱۹۸۳، خروج تدریجی از شیوه‌های بازپرداخت مبتنی بر هزینه قبلی به وقوع پیوست. به‌علاوه دولت با استفاده از سیاست‌های سلامت و تنظیم و الزام ارائه‌دهندگان به تبعیت از استانداردها و دریافت مجوز دولت مرکزی به‌منظور ارائه مراقبت‌ها به بیماران مشمول بیمه پزشکی سالمندان و بیمه بهداشتی مستمندان، استانداردهایی را برای مشارکت‌کنندگان وضع می‌نماید. همچنین مجوز استانداردهای ارائه شده به‌عنوان حداقل استانداردهای کیفی در بیشتر بخش‌های صنعت مراقبت سلامت در نظر گرفته می‌شود.

بیمه و کارکردهای ارائه خدمت در برنامه‌های اصلی دولت تفکیک یافته‌اند (بیمه سلامت سالمندان، بیمه سلامت مستمندان، بیمه خدمات درمانی دولتی کودکان) زیرا دولت عمل بیمه‌گری را انجام می‌دهد، اما خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود. حتی در نظام‌های ارتش و امور جانبازان، بعضی از خدمت از طریق قرارداد با بخش خصوصی ارائه می‌گردد.

## ۲-۵. نظام ارائه تکنولوژی محور با تمرکز بر مراقبت‌های حاد

ایالات متحده آمریکا، خواستگاه وسیع پژوهش و نوآوری در فناوری‌های نوین پزشکی است. به‌دلیل پیامدهای هزینه‌ای، تقریباً تمامی ملت‌ها در تلاش برای محدود کردن گسترش و استفاده از فناوری‌ها از طریق برنامه‌ریزی و کنترل متمرکز می‌باشند. کاستی در چنین کنترل‌هایی در ایالات متحده، موجبات ابتکار، توزیع سریع و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین را فراهم آورده است. رشد علم و فناوری علیرغم کاهش منابع در تأمین مالی مراقبت‌های پیچیده، اغلب موجب ایجاد تقاضا برای خدمات جدید شده است.

سایر عوامل ایجادکننده افزایش تقاضا در مراقبت‌های فناورانه گرانبه‌تر عبارتند از: تصورات بیماران مبنی بر اینکه آخرین ابتکارات بالاترین کیفیت را عرضه می‌نمایند؛ پزشکان درصدد آزمودن آخرین ابزارها هستند و رقابت در بین بیمارستان‌ها که اغلب با اکتساب فناوری ایجاد می‌شوند؛ پس از آنکه سازمان‌ها تسهیلات و تجهیزات جدید را کسب نمودند، اغلب تحت فشار بازپرداخت سرمایه‌گذاری خود هستند. خطرات قانونی ارائه‌دهندگان و برنامه‌های سلامت به‌طور مشابه ممکن است نقش بازدارنده‌ای برای تکنولوژی ایفا نمایند.

اگرچه فناوری، نسل جدیدی از مداخلات موفقیت‌آمیز را با خود به‌همراه دارد، اما پیامدهای منفی ناشی از استعمال مفرط آن بسیار است. به‌عنوان مثال مخارج مداخلات بسیار فنی، پرداخت به ارائه‌دهندگان را افزایش می‌دهد، حق بیمه‌ها فزونی می‌یابند و همین امر بسط پوشش خدمات را برای کارفرمایان دشوارتر می‌سازد. قرار گرفتن در معرض توزیع فناوری در بدو آموزش پزشکی نه تنها ترجیحات بالینی را متأثر می‌سازد؛ بلکه بر رفتار حرفه‌ای و الگوهای عمل آینده اثرگذار است. از آنجا که تخصص پزشکی حول فناوری می‌چرخد، افزایش بیش از حد متخصصین در ایالات متحده میزان

توزیع فناوری در بین این افراد را با مشکلی دوچندان مواجه ساخته است. در این فضای تکنولوژی‌محور، نظام مراقبت سلامت از منابع غیرمکفی و مکانیسم‌های تشخیص در نیازهای روزافزون افراد با شرایط مزمن و هم‌زمانی ابتلا به بیماری‌ها رنج می‌برد. با توجه به تعداد رو به افزایش سالمندان در جمعیت ایالات متحده، نظامی که در درجه نخست بر مبنای الگوی مراقبت حاد حرکت کند، مسبب تحمیل بار اضافی خواهد بود مگر آنکه گام‌های مناسبی برای تغییر جهت منابع از سوی مراقبت‌های حاد به مزمن برداشته شود.

### ۳-۵. هزینه بالا، دسترسی نابرابر و پیامدهای مختلط

اگرچه اطلاعات هزینه‌های مراقبت سلامت در کشورهای مختلف به دلیل تفاوت در حساسی هزینه همیشه قابل مقایسه با یکدیگر نیستند، اما در مجموع کارشناسان بر این نکته اتفاق نظر دارند که در مقایسه با سایر کشورهای توسعه‌یافته جهان، ایالات متحده بیشترین هزینه را صرف می‌کند. ضمن آنکه روند هزینه‌ها همواره افزایشی بوده است. برای مثال سرانه هزینه‌های سلامت فردی<sup>۱</sup> از ۴,۱۲۱ دلار در سال ۲۰۰۰، به ۲۸,۰۵۴ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است.<sup>(۹)</sup>

هزینه بالای مراقبت سلامت پیامدهایی را در گسترش بیمه سلامت برای بیمه‌نشدگان، توانایی پرداخت بدهی‌های بلندمدت در برنامه‌های عمومی، تأمین مالی و سایر مسائل مساوات و نابرابری‌های سلامت که هنوز نامشخص باقی مانده‌اند، داشته است.

دسترسی به معنای توانایی فرد در به دست آوردن خدمات مراقبت سلامت به‌هنگام نیاز است. در ایالات متحده دسترسی محدود می‌شود به: ۱. افرادی که بیمه سلامت را از طریق کارفرمای خود دارند، ۲. افرادی که تحت پوشش یکی از برنامه‌های مراقبت سلامت دولت قرار دارند، ۳. افرادی که تمکن مالی برای خرید بیمه از بودجه شخصی خود را دارند، ۴. افرادی که قادر به پرداخت خدمات خصوصی می‌باشند.

بیمه سلامت، ابزار اصلی اطمینان از دسترسی است اگرچه بعضی از بیمه‌نشدگان آمریکایی، مراقبت را از طریق ارائه‌دهندگان خدمات به افراد فاقد بیمه دریافت می‌نمایند. در اوایل سال ۲۰۰۵، ۴۱/۷ میلیون آمریکایی در تمامی سنین (۱۴/۴ درصد از جمعیت) بیمه‌ای نداشتند، بدین معنا که تحت برنامه بیمه سلامت خصوصی یا دولتی قرار نگرفته بودند.

به‌منظور یکپارچگی مراقبت‌های اولیه معمول و اساسی، بیمه‌نشدگان اجازه ویزیت پزشک را ندارند مگر آنکه بتوانند دستمزد وی را بپردازند. چه‌بسا، افرادی که استطاعت مالی ندارند صبر می‌کنند تا زمانی که مشکلات سلامتی‌شان بیشتر شود که در این حالت ممکن است قادر به دریافت خدمات

#### 1. Personal Health Care

۲. هزینه‌های مصرفی سلامت، متشکل از هزینه سلامت فردی، هزینه اداره بیمه سلامت خصوصی و هزینه‌های سلامت عمومی است. این رقم به انضمام سرمایه‌گذاری هزینه سلامت ملی را شامل می‌شود.



رایگان از اورژانس بیمارستان باشند. قانون کار و درمان فوریت‌های پزشکی در سال ۱۹۸۶، غربالگری و ارزیابی تمامی بیماران، درمان‌های تثبیت‌کننده لازم و پذیرش به‌هنگام ضرورت را صرفنظر از توانایی پرداخت ضروری می‌داند. بنابراین آمریکایی‌های فاقد بیمه بهداشتی قادر به دریافت مراقبت‌های پزشکی برای بیماری‌های حاد می‌باشند. از این رو می‌توان ادعا نمود که قطعاً ایالات متحده بیمه‌ای فراگیر برای مشکلات حاد و فاجعه‌بار سلامت حتی برای افراد فاقد بیمه را نیز داراست.

به‌درستی قابل اذعان است که فقدان بیمه، بیماران را از دریافت مراقبت‌های سلامت هدایت شده، هماهنگ و مداوم از طریق دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه در زمان نیاز و ارجاع به خدمات تخصصی باز می‌دارد. در مجموع، کارشناسان بر این باورند که دسترسی ناکافی به خدمات مراقبتی اولیه روزمره برای آحاد جامعه، دلیل اصلی است که ایالات متحده علی‌رغم آنکه به‌لحاظ اقتصادی پیشرفته‌ترین کشور است؛ در اقدامات سلامت جمعیت مانند مرگ‌ومیر نوزادان و امید به زندگی کل دچار واپس‌ماندگی از سایر کشورهای توسعه‌یافته شده است. اگرچه این باور عمدتاً با در نظر گرفتن این واقعیت که وضعیت سلامت جمعیت براساس عوامل متعددی مشتمل بر سبک زندگی و رفتارهای فردی است؛ بی‌اساس می‌باشد.

#### ۴-۵. ارائه مراقبت‌های سلامت در شرایط بازار ناقص

تحت برنامه‌های ملی مراقبت سلامت، بیماران گزینه‌های انتخابی متفاوتی در انتخاب ارائه‌دهندگان خود دارند، در حالی که نیروهای بازار اقتصادی واقعی عملاً وجود ندارند. اگرچه در ایالات متحده، ارائه خدمات به‌طور وسیعی در دست بخش خصوصی است؛ مراقبت سلامت فقط تا حدودی توسط نیروهای بازار آزاد کنترل می‌شوند. ارائه و استفاده از خدمات مراقبت سلامت در ایالات متحده چنانکه بعداً توضیح داده خواهد شد از معیارهای اساسی یک بازار آزاد به‌طور کامل تبعیت نمی‌کند. از این رو، بهترین توصیف از این نظام، یک شبه‌بازار یا بازار ناقص است. در ادامه بعضی از جنبه‌های کلیدی مشخص‌کننده بازارهای آزاد ارائه شده است:

در یک بازار آزاد بیماران متعدد (خریداران) و ارائه‌کنندگان (فروشنندگان) به‌صورت مستقل از هم عمل می‌کنند. در این بازار، بیماران باید قادر باشند به‌راحتی ارائه‌دهندگان را براساس قیمت و کیفیت خدمات انتخاب نمایند. اگر این امر به‌سادگی امکان‌پذیر بود، انتخاب بیمار و متعاقب آن تعیین قیمت‌ها از طریق تأثیر متقابل عرضه و تقاضا انجام می‌شد.

به‌لحاظ نظری، حداقل قیمت‌ها بین پرداخت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان مورد مذاکره قرار می‌گیرد. اگرچه در بسیاری موارد پرداخت‌کننده، بیمار نیست، بلکه سازمان مراقبت مدیریت شده، بیمه سلامت سالمندان یا بیمه سلامت مستمندان است. زیرا که قیمت‌ها توسط سازمان‌های خارج از بازار تعیین می‌شوند. در واقع، قیمت‌ها آزادانه توسط نیروهای عرضه و تقاضای بازار کنترل نمی‌شوند. برای آنکه

بازار مراقبت سلامت یک بازار آزاد باشد، باید رقابت آزادانه در بین ارائه‌دهندگان بر سر قیمت و کیفیت برقرار گردد. به‌طور کلی، رقابت آزاد در بین ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در ایالات متحده وجود دارد؛ اگرچه یکپارچگی قدرت خرید توسط برنامه‌های سلامت خصوصی؛ ارائه‌دهندگان را وادار به اتحاد ماهوی و نظام ارائه یکپارچه در طرف عرضه می‌نماید. در مناطق جغرافیایی خاص کشور، یک غول نظام پزشکی بزرگ و منفرد به‌عنوان ارائه‌دهنده انحصاری عمده، خدمات مراقبت سلامت رقابت را محدود کرده است. همچنانکه، نظام مراقبت سلامت به حرکت در این جهت ادامه می‌دهد به نظر می‌رسد که تنها در کلان‌شهرها، بیش از یک نظام یکپارچه وسیع در به‌دست آوردن کسب‌وکار برنامه‌های سلامت به رقابت می‌پردازند.

*بازار آزاد نیازمند آن است که بیماران درباره گزینه‌های خدمتی اطلاعات داشته باشند.* بازارهای آزاد زمانی بهترین عملکرد را دارند که مشتریان درباره کالاها و خدماتی که مورد استفاده قرار می‌دهند، آگاهی داشته باشند. با این حال، بیماران همیشه اطلاعات مکفی درباره تصمیماتی که باید در رابطه با مراقبت مورد نیاز اتخاذ شود را ندارند. گزینه‌های انتخابی مشتمل بر فناوری پیشرفته، روش‌های تشخیصی، مداخلات و داروها دشوار بوده و اغلب نیازمند دخالت پزشک هستند. اما ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه می‌توانند این شکاف اطلاعاتی را برای بیماران کاهش دهند. اخیراً، مصرف‌کنندگان مراقبت‌های سلامت ابتکار عمل بیشتری را برای آگاهی رساندن به آنها با به‌کارگیری منابع اینترنتی به‌منظور گردآوری اطلاعات پزشکی به‌کار بسته‌اند. همچنین تبلیغات فرآورده‌های دارویی تأثیراتی بر انتظارات مشتریان و افزایش آگاهی از داروهای در دسترس داشته است.

*در بازار آزاد، بیماران اطلاعاتی درباره قیمت و کیفیت تمامی ارائه‌کنندگان دارند.* روش‌های فعلی قیمت‌گذاری خدمات مراقبت سلامت، مکانیسم‌های بازار آزاد را مشوش‌تر می‌نماید. هزینه‌های پنهان، برآورد هزینه کل خدمات پیش از زمان وقوع هزینه برای بیماران را دشوار می‌سازد. به‌طور مثال قیمت‌گذاری بر مبنای اقلام به هزینه‌های اضافی خدمات که در روش‌های اصلی مانند جراحی کاربرد دارد، اطلاق می‌گردد. بیماران اغلب از هزینه‌های جراحی پیش از انجام آن اطلاع دارند، اما قادر نیستند تا هزینه متخصص بیهوشی و آسیب‌شناسی یا تدارکات بیمارستان و تسهیلات را تخمین بزنند؛ بنابراین محرز نمودن قیمت کل پیش از آنکه خدمات دریافت شود، بی‌نهایت دشوار است. بسته قیمتی و حق سرانه‌ها می‌توانند با فراهم نمودن هزینه همراه برای بسته خدمات مربوطه، بر معایب ناشی از افزایش هزینه‌ها غلبه نمایند. بسته قیمتی، خدمات هر بخش را که شامل حق سرانه کمتر است با یکدیگر در یک گروه دسته‌بندی می‌کند. حق سرانه‌ها کلیه خدمات مورد نیاز اعضای خود را که ممکن است در طول یکسال مورد نیاز آنها باشد تحت پوشش قرار می‌دهند.

در سال‌های اخیر، کیفیت مراقبت‌ها بسیار مورد توجه قرار گرفته است. نرخ عملکرد برنامه‌های بهداشتی با موفقیت‌هایی روبرو شده است، لکن صرفنظر از اخبار پراکنده، در مجموع عموم مردم



اطلاعات اندکی از کیفیت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت دارند.

در یک بازار آزاد، بیماران باید به‌طور مستقیم هزینه خدمات دریافتی را متحمل شوند. در این راستا هدف بیمه، حمایت در مقابل مخاطرات ناشی از حوادث مصیبت‌بار و پیش‌بینی نشده است. از آنجا که هدف بنیادی بیمه تأمین هزینه‌های عمده به‌هنگام وقوع رویدادهای ناخواسته است، برخورداری از بیمه برای مراقبت‌های سلامت روزمره و اولیه، اصل بیمه را تضعیف می‌نماید.

پوشش بیمه سلامت برای خدمات جزئی مانند سرماخوردگی، سرفه و گوش‌درد، نیاز به مقداری پیش‌پرداخت برای چنین خدماتی دارد. در این حال احتمال مخاطرات اخلاقی نیز وجود دارد، زیرا اعضای بیمه شده ممکن است بعد از تهیه بیمه سلامت اقدام به استفاده از خدمات مراقبت سلامت به مقداری بیشتر از آنچه پرداخته‌اند بنمایند. حتی ممکن است در صورتی که بیمار مجبور به تقبل کل هزینه خدمات باشد، از ارجاعات خاص به خدمات سطوح بالاتر چشم‌پوشی نمایند.

مخاطرات اخلاقی می‌تواند با نوع جدیدی از خدمات بیمه سلامت که در حال گسترش است تداوم یابد. تحت شرایط احراز خاص، افراد می‌توانند حساب پس‌انداز سلامت<sup>۱</sup> داشته باشند که حساب مطمئن مالیاتی است که فرد با هدف پرداخت مخارج مجاز پزشکی صاحب آن حساب می‌گردد. حساب پس‌انداز سلامت با طرح بهداشتی واجد شرایط معافیت پیوند خورده است. به‌منظور بهره‌مندی از حساب پس‌انداز سلامت، افراد باید در طرح بهداشتی واجد شرایط معافیت ثبت نام نمایند. مراقبت‌های سلامت از محل حساب پس‌انداز سلامت پرداخت می‌گردد. ضربات وارده بر بیمه یکبار و آن هم در کسورات سالیانه برآورد می‌شود.

در سال ۲۰۱۷، حداقل و حداکثر مشارکت سالیانه به ترتیب در حساب پس‌انداز فردی ۱۳۰۰ و ۳۴۰۰ دلار و حساب پس‌انداز خانوادگی ۲۶۰۰ و ۶۷۵۰ دلار برای هر خانواده تعیین شده است.<sup>(۱۹)</sup>

در بازار آزاد مراقبت سلامت، بیماران به‌عنوان مصرف‌کنندگان درباره خرید خدمات مراقبت سلامت تصمیم‌گیری می‌نمایند. علاوه بر عواملی که پیش از این مطرح شد، حداقل بیش از دو عامل امکان تصمیم‌گیری برای بیماران را محدود می‌نماید. اول، تصمیمات درباره بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت اغلب مبتنی بر نیاز است تا آنکه مبتنی بر قیمت باشد. عموماً نیاز به‌عنوان مقداری از مراقبت‌های پزشکی که متخصصین پزشکی معتقدند سلامتی فرد را حفظ می‌نماید، تعریف می‌گردد. دوم، ارائه مراقبت‌های سلامت منتهی به ایجاد تقاضا می‌گردد. این تقاضا از خود ارزیابی نیازها حاصل می‌شود و زمانی که با مخاطرات اخلاقی همراه گردد منتهی به استفاده بیشتری از خدمات خواهد شد. این مسئله تقاضای مصنوعی (القایی) را ایجاد می‌نماید. پیامد آن در نظر نگرفتن قیمت‌ها می‌باشد. همچنین پزشکانی که برای ارائه درمان‌های اضافی انگیزه مالی دارند، تقاضای مصنوعی ایجاد نموده و این مسئله به تقاضای القایی ارائه‌دهنده شناخته می‌شود.

---

1. Health Saving Account (HSA)

### ۵-۵. دولت به‌عنوان مکمل بخش خصوصی

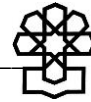
در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، دولت نقش اصلی تدارک مراقبت‌های سلامت را برعهده دارد. اما در ایالات متحده، بخش خصوصی نقش غالب را ایفا می‌نماید. این مسئله به درجاتی توسط سنت آمریکایی‌ها که متکی بر مسئولیت فردی و تعهد به محدودیت قدرت حکومت ملی است، قابل توجیه می‌باشد. در نتیجه، غالب هزینه‌های دولت در حوزه مراقبت‌های سلامت محدود به پر نمودن شکاف‌های بخش خصوصی است. این شکاف‌ها مشتمل بر حفاظت زیست‌محیطی، حمایت پژوهشی و آموزشی و مراقبت‌های اقشار آسیب‌پذیر است.

### ۵-۶. عدالت بازار در مقابل عدالت اجتماعی فراگیر در سراسر مراقبت سلامت

عدالت در بازار و عدالت اجتماعی دو تئوری متضادند که تولید و توزیع خدمات مراقبت سلامت در ایالات متحده را در کنترل دارند. اصل عدالت بازار توزیع عادلانه مراقبت سلامت را به نیروهای بازار در یک اقتصاد آزاد منتسب می‌سازد. مراقبت‌های سلامت و فواید ناشی از آن براساس تقاضای افراد و توانایی پرداخت توزیع می‌گردد. در مقابل، عدالت اجتماعی بر تندرستی جامعه و فراتر از سطح فردی تأکید دارد؛ بنابراین عدم توانایی در به‌دست آوردن خدمات پزشکی ناعادلانه تلقی می‌گردد. توزیع عادلانه مزایا باید براساس نیاز باشد و نه منحصراً توانایی خرید در بازار. در نظام مراقبت سلامت دولتی و خصوصی ناقص، اغلب دو تئوری یاد شده در کنار هم عمل می‌کنند اگرچه اصول عدالت در بازار غالب است. متأسفانه عدالت بازار منتهی به تخصیص نابرابر خدمات مراقبت سلامت و چشم‌پوشی از نگرانی‌های حیاتی انسان‌ها می‌شود که منحصر به افراد نبوده، بلکه تأثیرات منفی وسیع‌تری بر اجتماع دارد.

### ۵-۷. بازیگران متعدد و تعادل در قدرت

نظام مراقبت سلامت ایالات متحده دارای بازیگران متعددی است. بازیگران کلیدی این نظام، پزشکان، مدیران سازمان‌های خدمات سلامت، شرکت‌های بیمه، کارفرمایان بزرگ و دولت هستند. تجارت‌های بزرگ، مشاغل، سازمان مراقبت‌های مدیریت شده، شرکت‌های بیمه، پزشکان و بیمارستان‌ها به‌لحاظ سیاسی گروه‌های ذینفع خاص و قدرتمندی را تشکیل می‌دهند که در مقابل قانونگذارانی که به‌وسیله لابی‌های سیاسی گرانیقیمت تعیین می‌گردند، قرار می‌گیرند. در این نظام، هر یک از بازیگران به دنبال حفظ منافع خود هستند. مشکل آنجاست که نفع شخصی هر یک از بازیگران اغلب در تضاد با منافع سایرین است. به‌طور مثال، ارائه‌دهندگان به دنبال حداکثر نمودن بازپرداخت دولت در خدمات ارائه شده به بیماران مشمول بیمه سلامت سالمندان و بیمه سلامت مستمندان هستند، اما دولت درصدد است تا افزایش هزینه‌ها را مهار نماید. تفکیک منافع شخصی بازیگران متعدد، نیروهای مخالف را در



داخل نظام ایجاد می‌نماید. از آثار مثبت حضور نیروهای مخالف آن است که از تسلط هرکدام در این نظام جلوگیری می‌کند. در واقع، در محیطی که مملو از انگیزه حمایت از منافع شخصی متضاد است؛ دستیابی به اصلاحات یکپارچه نظام گسترده، تقریباً غیرممکن است و مهار هزینه‌ها به‌عنوان یک چالش بزرگ باقی می‌ماند. در نتیجه، توصیفی که از رویکرد اصلاحات مراقبت سلامت در ایالات متحده به عمل می‌آید، به‌صورت افزایشی یا تدریجی است.

## ۸-۵. تلاش برای ادغام و پاسخگویی

در ایالات متحده آمریکا، استفاده از مراقبت‌های اولیه به‌عنوان کانون خدمات مستمر و هماهنگ شده سلامت بازسازماندهی شده است. پیش‌بینی شده بود که سایر خدمات مراقبت سلامت از طریق مراقبت‌های اولیه به روشی بدون خطا، در هم ادغام شوند. گرچه این مدل با گسترش مراقبت‌های مدیریت شده محبوبیت یافت، اما توسعه آن قبل از آنکه به حداکثر توان خود برسد متوقف شد. گذار ارائه مراقبت‌های سلامت در مقیاس وسیع به نظام مراقبت‌های مدیریت شده در دهه ۱۹۹۰ با انتقادات وسیعی روبرو شد که منجر به واکنش شدیدی از سوی مصرف‌کنندگان، پزشکان و قانونگذاران شد که در نتیجه آن، توافقات مختلفی حاصل شد. الگوی سازمان حفظ سلامت که براساس مراقبت‌های اولیه و دروازه‌بانی بوده است، کمتر از آنچه در آغاز توسط هواداران آن پیش‌بینی شده بود، رواج یافت.

الگوی مورد توافق سازمان‌های ارائه‌دهنده ممتاز، الگوی غالب در ارائه مراقبت‌های سلامت ایالات متحده شد؛ لکن مباحثات سیاسی کنونی، حکایت از نیاز به ساماندهی مجدد الگوی مبتنی بر مراقبت‌های اولیه در ارائه مراقبت‌های سلامت دارد. همچنین این الگو بر اهمیت رابطه بین پزشک و ارائه‌کننده و اینکه چگونه عالی‌ترین کارکرد به‌منظور ارتقای سلامت کلیه افراد محقق شود تأکید دارد. لکن، چنین نظامی بدون دسترسی همگانی به مراقبت‌های بهداشتی اساسی در تأمین اهداف جمعیت گسترده موفق نخواهد بود. در سال ۲۰۰۷، ایالت ماساچوست برنامه‌ای را که طی آن دستیابی به پوشش سلامت همگانی را در آن ایالت متعهد می‌شد، به اجرا در آورد. تحت مجازات قانونی، در اجرای برنامه تمامی شهروندان برای به‌دست آوردن بیمه سلامت و تمامی کارفرمایان جهت عرضه برنامه بیمه اولیه به کارکنانشان فراخوان شدند تا بتوانند این برنامه را پیش از برقراری مالیات بر دلار خریداری کنند. براساس برنامه یارانه‌های دولت در اختیار افراد بی‌بضاعت به‌منظور خرید بیمه قرار خواهد گرفت. حق بیمه فقرا نیز توسط ایالت پرداخت خواهد شد. اداره مرکزی، کارگزار خرید بیمه‌ها و ایجاد قوانین و دستورالعمل‌ها خواهد بود. طبیعتاً، سایر ایالت‌ها از نزدیک شاهد این خواهند بود که آیا برنامه ایالت ماساچوست می‌تواند امکان ارائه دسترسی همگانی را در چارچوب پارامترهای معقول هزینه‌ها فراهم نماید.

یکپارچه‌سازی رابطه بین پزشکان و ارائه‌دهندگان به مفهوم پاسخگویی است. برای ارائه‌دهندگان، پاسخگویی به معنای ارائه مراقبت‌هایی است که کارآمد، اخلاقی و با کیفیت باشد. از نقطه نظر بیمار پاسخگویی به معنای مسئولیت‌پذیری فرد در مقابل حفظ سلامت طرف مقابل با بهره‌گیری معقولانه از منابع در دسترس است.

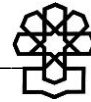
## ۶. آخرین اصلاحات در نظام سلامت

با توجه به بی‌کیفیتی در درمان، شکست در ایمنی، تعلل درمان بیماران در مقابل تمرکز بر حفظ سلامت آنها و ارائه خدمات غیرمنسجم همراه با هماهنگی ضعیف در نظام سلامت، قانون مراقبت مقرون به صرفه با تمرکز اصلی بر تحت پوشش قرار دادن افراد فاقد بیمه در سال ۲۰۱۰ تصویب شد. این قانون که از اصلاحات سال‌های اخیر حوزه سلامت در ایالات متحده به شمار می‌آید، تأثیر قابل ملاحظه‌ای در حل چالش‌های طولانی‌مدت پیش‌روی نظام سلامت از جمله دسترسی، توانایی پرداخت و کیفیت خدمات داشته است. در این مدت نرخ افراد فاقد بیمه، در مجموع ۴۳ درصد - از ۱۶ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۹/۱ درصد در سال ۲۰۱۵- کاهش داشته است. پژوهش‌ها و اسناد به بهبود دسترسی (برآورد کاهش سهم بالغین غیرسالمند با عدم توانایی پرداخت به میزان ۵/۵ درصد)، امنیت مالی (برآورد کاهش ارسال بدهی ۶۰۰-۱۰۰۰ دلار سرانه پوشش مدیکید) و سلامت (برآورد کاهش سهم بالغین غیرسالمند با سطح سلامت کم و متوسط در گزارش به میزان ۳/۴ درصد) اذعان داشته‌اند. این قانون با اصلاح نظام پرداخت با برآورد ۳۰ درصد از پرداخت‌های سنتی به سمت الگوهای پرداخت جایگزین مانند بسته‌های پرداخت یا سازمان‌های پاسخگو در مقابل مراقبت آغاز شد. این اصلاحات و اصلاحات مرتبط نقش بسزایی در رشد آهسته و پایدار هزینه و کیفیت مراقبت‌ها داشته است. علیرغم این پیشرفت‌ها، بسیاری از فرصت‌های توسعه نظام سلامت دست‌نخورده باقی مانده است.<sup>(۹۱)</sup>

## جمع‌بندی

نظام خدمات سلامت در ایالات متحده آمریکا مثالی ویژه و منحصر به فرد می‌باشد که اقتصاد، بودجه‌های فدرال و تقریباً کلیه هزینه‌های تندرستی خانوارها را تحت تأثیر قرار داده است. البته وسعت این کشور، جمعیت بالا و پراکندگی جمعیت، ارائه خدمات را با دشواری و هزینه بالاتر روبرو نموده است. اما روح حاکم بر این نظام نکات مثبت و منفی را پدید آورده است که به برخی موارد آن اشاره خواهد شد.

ایالات متحده در مقایسه با سایر کشورهای با درآمد بالا، تنها کشوری است که فاقد نظام ارائه مراقبت‌های سلامت یکپارچه و مناسب برای کلیه شهروندان می‌باشد. در مقابل، خرده‌نظام‌های



متعددی چه توسط نیروهای بازار یا از طریق ابداعات دولتی برای مشخص نمودن نیازهای خاص گروه‌های جمعیتی وجود دارد. این خرده نظام‌ها شامل مراقبت‌های مدیریت شده، ارتش و نظام امور جانبازان، نظام اقشار آسیب‌پذیر (بیمه سلامت سالمندان، بیمه سلامت مستمندان و بیمه سلامت کودکان) و نظام‌های ارائه یکپارچه نوظهور است. بنابراین، ویژگی اصلی که نظام ارائه مراقبت‌های سلامت منحصر به فرد ایالات متحده را متمایز می‌نماید نبود سازمان مرکزی جهت کنترل نظام، یکپارچگی و هماهنگی اندک است. به نظر می‌رسد این خرده نظام‌ها درصد جبران فقدان نظام سلامت جامع و یکپارچه برآمده‌اند. به عبارت دیگر، دولت به عنوان تکمیل‌کننده بخش خصوصی است. در واقع نظام متمرکز در این کشور وجود ندارد، بخش خصوصی گسترش یافته و دولت نقش تنظیم بازار و نظارت را ایفا می‌نماید و در مجموع، ارائه مراقبت‌های سلامت در شرایط بازار ناقص و کشمکش فی مابین عدالت در بازار و عدالت اجتماعی، بازیگران متعدد و توازن قدرت و تلاش برای ادغام و پاسخگویی، از ویژگی‌های متمایز این نظام به شمار می‌آید که در این زمینه نسبتاً موفق عمل نموده است.

یکی از بزرگترین نقدهایی که همواره به این نظام وارد آمده است، نظام پرهزینه‌ای است که نابرابری در دسترسی و پیامدهای در حد متوسط را ایجاد می‌نماید. در حال حاضر ایالات متحده آمریکا بالاترین هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی را در کشورهای جهان به خود اختصاص داده است (۱۷/۱ درصد) و رشد این هزینه نسبت به سایر کشورها نیز معنادارتر بوده است. این موضوع زمانی به یکی از مهمترین چالش‌های این کشور بدل شده است که در مقایسه با سایر کشورهایی که هزینه کمتری برای سلامت خود اختصاص می‌دهند، الزاماً خروجی بارزتر و چشمگیرتری نیز نداشته است. بنابراین با وجود هزینه هنگفتی که دولت آمریکا در حوزه سلامت به شهروندان خود اختصاص می‌دهد، خروجی مطلوبی در مقایسه با سایر کشورها دریافت نمی‌کند.

این نظام به عنوان برترین تولیدکننده فناوری‌های پیشرفته در حوزه صنعت تجهیزات پزشکی و دارو در دنیا شناخته می‌شود و ضمن اینکه نظام ارائه تکنولوژی محور و متمرکز بر مراقبت‌های حاد آن به عنوان نقطه ضعف قلمداد می‌شود و به نظر می‌رسد پایانی برای بکارگیری از فناوری‌های نوین در این نظام وجود ندارد و بار مالی فزاینده‌ای در طی زمان به این سیستم تحمیل نموده است. از جمله اقدامات مؤثر در سال‌های اخیر می‌توان به کاهش پرداخت از جیب اشاره کرد. طی سال‌های اخیر، قانون مراقبت مقرون به صرفه موسوم به برنامه بیمه سلامت اوباما، تلاش کرد تا جمعیت تحت پوشش بیمه‌ها افزایش یافته و نکات منفی مترتب بر این نظام تعدیل گردد.

1. Johnson JA, Stoskopf CH. Comparative health systems: global perspectives: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
2. World Health Organization. United States of America 2017. Available from: <http://www.who.int/countries/usa/en/>.
3. World Bank. United States 2017. Available from: <http://www.worldbank.org/en/country/unitedstates>.
4. Martin JA, Hamilton BE, Osterman M. Births in the United States, 2015. NCHS Data Brief. 2016;258:1-8.
5. Kochanek KD, Murphy SL, Xu J, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2014. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2016;65(4):1.
6. Ward BW, Schiller JS, Freeman G, Clarke TC. Early release of selected estimates based on data from the January–March 2013 National Health Interview Survey. National Center for Health Statistics. 2013.
7. Hamilton BE, Martin JA, Osterman M. Births: Preliminary Data for 2015. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2016;65(3):1.
8. Matthews TJ, MacDorman MF, Thoma ME. Infant Mortality Statistics From the 2013 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2015;64(9):1-30.
9. Statistics NCFH. Health, United States, 2015: with special feature on racial and ethnic health disparities. 2016.
10. Statista. Statistics and facts about U.S. physicians. 2016.
11. An Overview of Education and Training Requirements for Global Healthcare Professionals: Pharmacist, Global Knowledge Exchange Network on Health Care. September 2009.
12. nurse bolsr. Registered Nurses 2017. Available from: [https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm#TB\\_inline?height=325&width=325&inlineId=qf-number-jobs](https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm#TB_inline?height=325&width=325&inlineId=qf-number-jobs).
13. Statistics BoL. OCCUPATIONAL EMPLOYMENT AND WAGES 2015.
14. Mathews Burwell S. 2015 ACTUARIAL REPORT ON THE FINANCIAL OUTLOOK FOR MEDICAID. In: Services DoHH, editor. Office of the Actuary Centers for Medicare & Medicaid Services United States Department of Health & Human Services 2015.
15. Children's Health Insurance Program (CHIP) 2017. Available from: <https://www.medicaid.gov/chip/reports-and-evaluations/reports-and-evaluations.html>.



16. Congress Rt. Section 503 of the Children's Health Insurance Program Reauthorization Act: Prospective Payment Systems for Federally Qualified Health Centers and Rural Health Clinics Transition Grants. 2015.
17. Indian Health Service 2016. Available from: <https://www.ihs.gov/>.
18. Gogna CBaA. IRS announces 2017 limits for HSAs and HDHPs 2016. Available from: <https://www.towerswatson.com/en/Insights/Newsletters/Americas/insider/2016/05/irs-announces-2017-limits-for-hsas-and-hdhrs>.
19. Obama B. United States health care reform: progress to date and next steps. *Jama*. 2016;316(5):525-32.



مرکز پژوهش‌ها  
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۵۳۱۳

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نظام سلامت در حال تغییر ایالات متحده آمریکا

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کنندگان: ایوان مسعودی اصل، سارا آقابابا

ناظران علمی: علی اخوان بهبهانی، مریم رهبری

منتقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: \_\_\_\_\_

ویراستار ادبی: \_\_\_\_\_



واژه‌های کلیدی: \_\_\_\_\_

تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۱۲/۱۰