

کتاب جامع

بهداشت عمومی

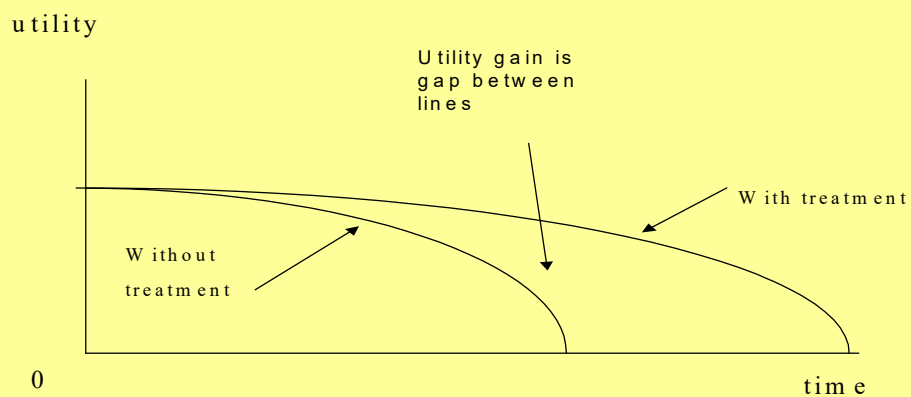
فصل ۷ / گفتار ۲ / دکتر ابوالقاسم پوررضا

اقتصاد بهداشت

فهرست مطالب

۹۵۷	اهداف درس
۹۵۷	مقدمه
۹۵۸	بازار کالا - بازار بهداشت : تفاوت ها
۹۶۰	عرصه‌های مورد تاکید در اقتصاد و بهداشت
۹۶۰	اقتصاد و سیاستگذاری در بهداشت
۹۶۱	رویکردهای نوین و فرایندهای تغییر
۹۶۳	خلاصه
۹۶۴	منابع

Cost-Effectiveness Analysis



اقتصاد بهداشت Health economics

دکتر ابوالقاسم پوررضا
دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس:

- حوزه‌های مورد مطالعه در اقتصاد بهداشت را بشناسد
- تفاوت‌های اقتصاد بهداشت با اقتصاد کالا را تشخیص دهد
- تحولات انجام شده در سیاستگذاری‌های بهداشتی را درک و تحلیل نماید
- برابری، اثربخشی و کیفیت را در ارتباط با هم بحث کند
- سازمان‌های نوین ارائه خدمات بهداشتی و سیاست‌های آنها را بشناسد
- ارتباط بین مدیریت، اقتصاد و بهداشت را در فرایند توسعه، تبیین کند
- تعریف اقتصاد از دیدگاه‌های مختلف را بداند.

مقدمه

اقتصاد، مطالعه نحوه انتخاب و بکارگیری کمیاب مولد برای تولید کالا و خدمات و توزیع آن‌ها در جمع افراد و گروه‌های مختلف جامعه است (Wavd etur. 1989.P.4). اقتصاد را علم مبارزه با فقر، علم قوانین حاکم بر ثروت و نشان دهنده شیوه‌های تشکیل و توزیع و مصرف آن، علم مطالعه در بهزیستی انسان و علم استفاده از منابع کمیاب نیز تعریف کرده‌اند (به کتاب‌های اقتصاد خرد آقای دکتر باقر قدیری و اقتصاد کلان و خرد آقای دکتر محمود منتظر ظهور مراجعه شود). به نظر بعضی‌ها (مخصوصاً کینز و طرفداران وی) علم اقتصاد یک روش صحیح تفکر و ناظر به هدف است که فرد را در دستیابی به هدف، راهنمایی می‌کند. در هر حال عناصر اصلی علم اقتصاد تولید، توزیع، منابع و تکنیک (روش) می‌باشد. بطور خلاصه می‌توان گفت که علم اقتصاد علم

رفتار کالا و خدمات است. همه عناصر اصلی اقتصاد به نحوی در کالا گرد می‌آیند و فرایند شکل‌گیری کالا، توزیع و مصرف آن، جملگی مباحثی از علم اقتصاد را به خود اختصاص می‌دهند.

کالا واحد تحلیل جامعه سرمایه‌داری بویژه از نقطه نظر مارکس و مارکسیست‌های کلاسیک است. کالا تولیدی است برای مبادله و فروش. کالا نماد جامعه سرمایه‌داری است و صرفاً اشیاء و مواد بی‌جان و مصنوعات را شامل نمی‌شود. تولیدات انسانی در قالب کالا و برای فروش در مرحله‌ای خاص از تحول حیات اجتماعی او شکل می‌گیرد - مشخصاً بعد از انقلاب صنعتی و شکل‌گیری تولید انبوه- و علم اقتصاد به عنوان شاخه‌ای از علوم اجتماعی و انسانی که به مطالعه آن می‌پردازد، متعاقب آن سامان یافته و سیستماتیزه می‌شود.

انقلاب صنعتی قرن ۱۸ بزرگترین نقطه عطف تاریخ حیات بشر است. این انقلاب در عرصه‌های مختلف از باروری و مرگ و میر گرفته تا مهاجرت و شهرنشینی و ساختار خانواده و حکومت و روابط نسل‌ها و طبقات اجتماعی تاثیر چشمگیر و شگرفی داشته است. این انقلاب سرآغاز گسترش تولید ماشینی (انبوه)، پیدایش بازار و کالا، و ظهور علم اقتصاد بوده است، این انقلاب به شکل‌گیری یک جهان واحد (Globalized) و رشد روابط بین‌المللی و تاثیرگذاری همه حرکت‌های اجتماعی تاریخی، فنی و تکنولوژیک بر یکدیگر کمک شایانی نموده است. مساله اقتصاد و بهداشت نیز به عنوان پدیده‌های جمعی و سرنوشت ساز، دقیقاً پس از گسترش دستاوردهای این انقلاب در عرصه‌های مختلف، مورد توجه قرار گرفتند.

بازار کالا - بازار بهداشت: تفاوت‌ها

اقتصاد بهداشت به عنوان یک عرصه مطالعات بینابینی (Interdisciplinary) در چند دهه اخیر مورد توجه علمای اقتصاد، بهداشت، و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، قرار گرفته است. اقتصاد بهداشت یا مراقبت‌های بهداشتی، بکارگیری و استفاده از ابزار و مفاهیم اقتصادی در مسایل مرتبط با بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی است. اقتصاددانان به دلایل مختلفی به عرصه مراقبت‌های بهداشتی توجه دارند. اول اینکه منابع برای مراقبت‌های بهداشتی محدود است و همانند موارد دیگر، تقاضا برای خدمات بهداشتی از عرضه آن‌ها بیشتر است. دیگر این که محدودیت و کمیابی به آسانی و با افزایش هزینه‌های بهداشتی از میان نمی‌رود، زیرا هم تقاضا و هم عرضه به شدت در تحول مستمر بوده و منابع جدید و سیاستگذاری‌های جدیدی می‌طلبند. به عبارت بهتر عرضه و تقاضا در این عرصه آنچنان در هم تنیده‌اند که توجه مضاعف به منابع را برای تامین نیازهای راستین سلامت، می‌طلبند و در این راه عنایت مخصوص به هزینه‌های فرصت، مساله‌ای بسیار اساسی است زیرا در اغلب تصمیم‌گیری‌ها اهمیت هزینه‌های فرصت، نادیده گرفته می‌شود. این درهم‌تنیدگی عرضه و تقاضا به حدی است که گفته می‌شود با رشد علوم پزشکی تعداد بیماری‌ها هم افزایش می‌یابد و لذا نیاز به مداخله درمانی بیشتر می‌شود که این امر خود به منابع و اعتبارات بیشتری نیاز دارد. برای افزایش اعتبارات بخش سلامت، طبیعتاً لازم است که اعتبارات مثلاً آموزش، راه و ترابری، دفاع و ... کاهش یابد. در بسیاری از شرایط، معیار ما برای تخصیص کالا و خدمات در بخش سلامت، نه میل و اشتیاق (Willingness) یا توانمندی پرداخت (Ability to pay)، بلکه نیاز (Need) می‌باشد. لذا ما به مجموعه‌هایی از تکنیک‌های اقتصادی برای تحلیل و ارزیابی بازار مراقبت‌های بهداشتی نیازمندیم.

نهایتاً یک رابطه دو سویه بین وضعیت سلامت فرد با فعالیت اقتصادی او وجود دارد. افراد سالم‌تر و ملت‌های سالم‌تر (با امید زندگی بالاتر، مثلاً ژاپن) بهره‌وری بیشتری دارند و یک اقتصاد مولد، توانایی بیشتری برای خرید مراقبت‌های بهداشتی بیشتر دارد.

سلامت کامل، یک پدیده آرمانی و غیرقابل خرید است اما مراقبت‌های بهداشتی را می‌توان خریداری نمود. مصرف خدمات بهداشتی از یک ویژگی که اقتصاد دانان به آن **نامطلوبیت یا بیفایده‌گی (Disutility)** می‌گویند برخوردار است. به این معنی که مصرف خدمات بهداشتی فی نفسه ناخوشایند است. از طرف دیگر مصرف کالاهای دیگر مانند میوه تازه از مطلوبیت (Utility) برخوردار است. مصرف میوه تازه، تشنگی یا گرسنگی را تخفیف می‌دهد و ممکن است خاطراتی را از سفرهای دور و دراز نیز تداعی نماید. یک نکته بسیار مهم این است که مصرف یک انتخاب آزاد و رضایت بخش است.

در بسیاری از موارد، مصرف مراقبت‌های بهداشتی یک انتخاب آزاد نیست (بجز در موارد پیشگیری) و فی نفسه خوشایند و رضایت بخش نیز نمی‌باشد (Clinton and Scheiwe, 1995). تفاوت‌های دیگری نیز بین کالاهای و خدمات بهداشتی و دیگر کالاهای و خدمات وجود دارد که اقتصاد بهداشت به آنها می‌پردازد. این تفاوت‌ها اساساً به تفاوت‌های موجود بین کالای عمومی و دیگر کالاهای از جمله کالاهای مصرفی یا لوکس و یا... مربوط می‌شود و در عرصه سلامت به اختصار عبارتند از:

- ضعف آگاهی مشتری از خدمات بهداشتی درمانی
- فقدان یا ضعف کشش تقاضا برای خدمات درمانی
- برخورداری بیماری و سلامت از عوارض خارجی (Externalities)
- امکان ایجاد تقاضا توسط عرضه کننده خدمات بهداشتی درمانی
- تصمیم‌گیری عرضه کننده در رابطه با نوع و حجم خدمات قابل ارائه به مشتری (بیمار)
- سلامت و بهداشت به عنوان یک نیاز اساسی و حق انسانی
- ضعف مصرف کنندگان (بیماران) خدمات بهداشتی درمانی در ارزیابی آنها
- عدم قاطعیت و اطمینان از وقوع بیماری و ...

همه این عوامل دست در دست یکدیگر شرایطی را فراهم می‌کنند که به بیان اقتصادی به آن نارسایی بازار یا (market failure) گفته می‌شود. بازار خدمات بهداشتی از این ویژگی برخوردار است و همانند بازار کالا و دیگر خدمات، عمل نمی‌کند و سلطه مشتری در آن وجود ندارد.

نارسایی بازار زمانی رخ می‌دهد که نیروهای بازار مانع از شکل‌گیری تخصیص بهینه می‌شوند. عوامل عمده این نارسایی کنترل قیمت و حجم تولید، اطلاعات ناقص، و خدمات بیشتر تولید کنندگان و ارائه کنندگان کالاها و خدمات در مقایسه با مصرف کنندگان (مثلاً در حالت انحصار) می‌باشد. همه این موانع به نوعی در بازار خدمات و مراقبت‌های بهداشتی وجود دارند.

عرصه‌های مورد تاکید در اقتصاد و بهداشت

اقتصاد و بهداشت هر دو به گونه‌های وسیع و جامع، رفتارهای ما را تحت تاثیر قرار می‌دهند. به عبارت بهتر هر رفتار و کنش یا واکنشی که از انسان سر می‌زند با صفات اقتصادی و بهداشتی یا غیراقتصادی و غیربهداشتی، قابل توصیف است. این ویژگی سلطه مشترک آن‌ها را در حوزه‌های مختلف رفتار فردی و جمعی تبیین می‌کند. این دو از یک ویژگی مشترک دیگر نیز برخوردارند که از آن به عنوان "پیشگیری" یاد می‌کنیم. در معنایی محدودتر بهداشت پیشگیری از بیماری و اقتصاد، پیشگیری از اتلاف منابع، تعریف می‌شود. با این اوصاف در اقتصاد بهداشت عرصه‌های زیر مورد بحث قرار می‌گیرند:

- ابعاد اقتصادی خدمات بهداشتی
- تفاوت‌های بازار خدمات بهداشتی با بازار کالا
- تحلیل هزینه‌ها و طبقه بندی آن‌ها
- تخصیص هزینه در مراکز فعالیت
- سیاستگذاری و برنامه ریزی برای واحدهای بهداشتی درمانی
- ارزشیابی واحدها و خدمات درمانی و بهداشتی
- برابری و کیفیت در عرصه خدمات بهداشتی درمانی
- شیوه‌های پرداخت حقوق و دستمزد
- قیمت گذاری و تعرفه خدمات بهداشتی درمانی
- نقش دولت در ساختار خدمات بهداشتی درمانی
- توسعه اقتصادی، توسعه بهداشتی
- بیمه و اشکال متعدد و متنوع آن
- اقتصاد عفونت بیمارستانی
- ارزیابی اقتصادی پروژه‌های بهداشتی درمانی
- و ... (رجوع شود به کتاب‌های Witter ، Feldstein ، Folland)

در حقیقت اقتصاد بهداشت بیش از آنکه به عنوان یک بحث و یا موضوع مطرح شود، به عنوان یک رویکرد مطرح است و لذا هر عرصه‌ای از خدمات بهداشتی درمانی را در چارچوب مفاهیم و اصول اقتصادی می‌تواند تحت پوشش قرار دهد.

اقتصاد و سیاستگذاری در بهداشت

چنانچه موضوع اقتصاد بهداشت را به دو عرصه وسیع بهداشت و درمان تقسیم کنیم، برای سیاستگذاری دقیق‌تر و کارآمدتر باید به تفاوت‌های این دو عرصه توجه داشته باشیم. البته این نکته را باید همواره به خاطر داشته باشیم که تفکیک بهداشت از درمان یک امر واقعی و عینی نیست و صرفاً به جهت مطالعه دقیق‌تر پدیده‌ها

و مسایل مرتبط، این جداسازی صورت می‌گیرد. به عبارت بهتر محدودیت منابع در همه عرصه‌ها و بالاخص در عرصه بهداشت و درمان ما را ناچار از انتخاب و سرمایه گذاری در عرصه‌های بخصوصی می‌نماید که چنانچه با مطالعه و درایت کافی صورت گیرد می‌تواند بهره وری قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. در این رابطه چند سوال استراتژیک مطرح است که عمدتاً ناظر به سیاستگذاری و تعیین اولویت‌هاست. در تخصیص مبلغ مشخصی از اعتبارات یا سهم مشخصی از تولید ناخالص ملی، فعالیت‌های کدام عرصه (بهداشت یا درمان) برای ما مهم‌تر است؟ **بهداشت** معمولاً با پیشگیری از بروز بیماری‌ها، با تکنولوژی ساده و ارزان، با دولتی و جمعی بودن آن، و با تاثیرات آن در درازمدت تعریف می‌شود در حالی که **درمان** با متوقف نمودن پیشرفت بیماری، با تکنولوژی گران و پیچیده، با (معمولاً) خصوصی و فردی بودن آن و تاثیرات بلافصل مشخص و معین می‌شود.

تکیه بر استفاده از نیروی انسانی یا تکنولوژی پیچیده و مبتنی بر سرمایه سنگین نیز یکی دیگر از سوالات استراتژیک است. این که چه چیز (چه نوع خدمت یا خدمات) برای چه کسانی (کدام گروه یا جمعیت) و با چه روشی و بوسیله چه کسانی تولید شود سوالات عمده‌ای است که به لحاظ اقتصادی، سیاستگذاران باید به آن‌ها توجه کنند (Normandic, 1997). بعد از مساله تولید، مساله برابری در دسترسی (Equity) و اثر بخشی (Effectiveness) مطرح است. با عنایت به این که برخورداری از سلامت یک حق انسانی است و در عین حال منابع محدود برای تامین سلامت همه افراد وجود دارد لذا عرصه اقتصاد بهداشت عرصه جدال یک ارزش انسانی (Equity) و یک ارزش اقتصادی (Effectiveness) تلقی می‌شود.

در بسیاری از موارد صرف هزینه‌های کلان و سرمایه گذاری بیشتر در عرصه خدمات بهداشتی درمانی، به اشتباه به تامین برابری در دسترس تعبیر می‌شود. صرف هزینه‌های سنگین سرانه برای خدمات بهداشتی همیشه به معنی بالا بودن میزان بازده و اثر بخشی برنامه نمی‌باشد. ایالات متحده بالاترین سرانه بهداشتی در دنیا را به خود اختصاص می‌دهد اما در مقایسه با دیگر کشورهای پیشرفته (OECD)، از شاخص‌های بهداشتی چندان مطلوبی برخوردار نیست و امارات عربی متحده با درآمد سرانه‌ای حدود ۴۰ برابر در آمد سرانه سریلانکا، از امید به زندگی یکسانی با این کشور برخوردار است (پازوکی، ۱۳۷۸)، برابری نیز صرفاً با بیمه اجباری یا ساخت بیمارستان‌های مدرن و مجهز متجلی نمی‌شود. بلکه در تخصیص منابع براساس نیاز، در تولید و توزیع خدمات بر اساس یافته‌های اپیدمیولوژیک و کیفیت نسبتاً یکسان خدمات در مناطق مختلف تعریف می‌شود (Witter, 2000).

رویکردهای نوین و فرایندهای تغییر

جدال بین این دو عرصه - برابری و اثربخشی - در میدانی صورت می‌گیرد که به آن "کیفیت" گفته می‌شود. کیفیت به عبارتی هم ناظر به هزینه (کاهش هزینه) و هم ناظر به اثر بخشی است. این هر دو مقوله و یا بهتر بگوییم هر سه مقوله (کیفیت، هزینه، اثر بخشی)، به گونه بسیار در هم تنیده‌ای با مساله مدیریت ارتباط دارند. مدیریت کیفیت، مدیریت هزینه (مالی)، مدیریت اثر بخش / اثر بخشی، هر کدام جایگاهی ویژه در عرصه خدمات بهداشتی درمانی دارند. کیفیت بویژه در قالب مفاهیم کیفیت زندگی (Quality of life) سال‌های زندگی تعدیل شده با کیفیت (Quality Adjusted Life years = QALYs) سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی

(Disability Adjusted Life Years = DALYs) و . . . به ابزاری اساسی و مورد توجه در ارزیابی خدمات بهداشتی درمانی در سطح فردی و جمعی تبدیل شده است. نظام‌های باثبات و معتبر بهداشتی نظیر NHS انگلیس شاخص‌هایی را برای تامین کیفیت در خدمات بهداشتی تعریف و به اجرا در آورده‌اند که عمدتاً در سطح کلان سیاستگذاری و مدیریتی ناظر به موضوع است. کیفیت تنها به یک مرحله یا یک بعد از ساختار و فرایند ارائه خدمات محدود نمی‌شود. در هر لحظه و هر عرصه‌ای می‌توان آن را طرح، پیگیری و محقق نمود. توجه به کیفیت از انتخاب دروندادهای سیستم یا (Inputs) تا فرایند ارائه خدمات و ارزیابی نتایج به عنوان یک مساله اقتصادی، مدیریتی و بهره‌وری امروزه بسیار مورد تاکید است. مدیریت کیفیت (Quality Management)، ارتقاء کیفیت مداوم (Continuous Quality Improvement = CQI) مدیریت کیفیت جامع Total Quality Management، و عناوین و عرصه‌هایی نظیر این‌ها، اقتصاد و مدیریت و خدمات بهداشتی درمانی را در کنار هم و با هم مورد تحلیل قرار می‌دهند. آنچه در تامین کیفیت باید مورد توجه اکید قرار گیرد، وجود معیارها و شاخص‌های راهنمای عمل و همچنین شاخص‌های سنجش و ارزیابی آن است (Leathard, A. 2001).

توجه به کیفیت به عنوان یک ابزار اقتصادی می‌تواند عکس‌العملی سنجیده در برابر تورم و رشد افسار گسیخته قیمت‌ها بویژه در رابطه با خدمات بهداشتی درمانی تلقی شود. برابر مطالعات انجام شده شتاب تورم در خدمات بهداشتی درمانی به مراتب بیشتر از دیگر عرصه‌های فعالیت است (Buividas, J., 1992)، و این امر نیز شاید به عنوان یکی از تفاوت‌های بازار بهداشت با بازار کالا تلقی شود.

دخالت دولت در کنترل بازار در حال حاضر طرفداران زیادی ندارد. اقتصادهای کنترل شده از سوی حکومت، امروزه به تاریخ پیوسته‌اند و خصوصی سازی به عنوان گامی برای یکپارچه شدن نظام‌های اقتصادی دنیا روند روبه رشدی به خود گرفته است. اما علیرغم این در عرصه بهداشت و درمان دخالت دولت، کمک دولت و نظارت دولت در همه کشورها امری پذیرفته شده است. تقریباً همه دولت‌ها در سرمایه‌گذاری و تامین یارانه برای بخش بهداشت مسئولیت دارند، زیرا بهداشت و درمان، بالخصوص بهداشت، ماهیتاً کالایی عمومی شناخته می‌شود که بخش خصوصی رغبت چندانی برای سرمایه‌گذاری در آن ندارد.

پیچیده بودن عرصه خدمات بهداشتی درمانی، بالا بودن هزینه‌ها و رشد قیمت‌ها در آن، تقاضای روزافزون برای برخورداری از بهداشت و سلامت، محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی، بال‌آوردن بهره‌وری و بکارگیری شیوه‌های کنترل و مهار هزینه‌ها را در این عرصه بیش از پیش حیاتی نموده است. در حقیقت در واکنش برای شرایط و مقتضیات بود که دگرگونی ساختاری در ارائه مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای پیشرفته به وقوع پیوست و سازمان‌های متعددی با نقش‌های متفاوت درمانگری، واسطه‌گری و بیمه‌گری فرصت ظهور و بروز یافتند. این سازمان‌ها که از آن‌ها تحت عنوان Managed Care Organizations یا سازمان‌های مراقبت کنترل شده یاد می‌شود (Folland, Goodman, and Stano, 2001) دارای سه بعد مهم مدیریتی، اقتصادی، و بهداشتی درمانی‌اند. این سازمان‌ها مدیریت و هدایت :

- هزینه کردن منابع محدود مالی

- توسط گروهی از ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی

- برای گروه یا گروه‌های مشخصی از افراد به عضویت در آمده
 - جهت پیشگیری، درمان و بهبود بیماری و عوارض آن
 - بر اساس استانداردهای روشن و صریح مراقبت
 - به شیوه‌ای موثر، کار آمد، اقتصادی
 - در راستای تامین سلامت فرد و جامعه
- را به عهده دارند.

سازمان‌های حافظ سلامت (Health Maintenance Organizations = HMOs)، ارائه کنندگان ترجیحی (Preferred Provider Organizations = PPOs)، و... عمدتاً در پاسخگویی به نیازهای یاد شده و براساس معیارهای بهره‌وری، کیفیت و کنترل هزینه‌ها سامان یافته‌اند (Buividas, 1992). شکل‌گیری سازمان‌هایی مشابه این سازمان‌ها در کشور ما نیز آغاز شده است، مجتمع‌های سلامت تاسیس شده در تبریز شباهت‌های زیادی به HMOs در آمریکا و دیگر کشورهای صنعتی دارند. ارائه کنندگان ترجیحی نیز از سال‌ها قبل در کشور ما رایج بوده و بسیاری از سازمان‌ها از آن‌ها خرید خدمت می‌نمایند.

در هر حال دنیای متحول کنونی ثبات ساختاری و سازمانی هر نظام و سیستمی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. خدمات بهداشتی درمانی نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد و برای هماهنگی با تغییرات و تحولات دیگر عرصه‌ها، استفاده بهینه از منابع، تامین مدیریت کیفیت و جلب رضایت مصرف کننده و ارائه کننده دچار تحولاتی شده است که آگاهی از آن می‌تواند در سیاستگذاری کارآمد و اقتصادی، ما را یاری کند. این تحولات با توجه به سه بُعد اقتصادی، مدیریتی و بهداشتی درمانی به طور خلاصه به شرح زیر است:

- ۱) تغییر در شیوه پرداخت: **فی فور سرویس** به عنوان یک شیوه پرداخت حاکم بر بازار جای خود را به پرداخت سرانه (Capitation) داده است
- ۲) شیوه پرداخت گذشته نگر با شیوه پرداخت آینده نگر جایگزین شده است
- ۳) تمرکز و تاکید بر فرد جای خود را به توجه و تاکید بر جمع داده است
- ۴) استمرار و تداوم در ارائه و دریافت خدمات جایگزین درمان‌های مقطعی شده است
- ۵) پیشگیری اولویت اول را در مقایسه با مداخله بخود اختصاص داده است
- ۶) حفظ منابع بر ایجاد درآمد ترجیح داده می‌شود
- ۷) عمده فروشی جایگزین خرده فروشی می‌شود
- ۸) شیوه‌های غیر تهاجمی بر شیوه‌های تهاجمی برتر شمرده می‌شود
- ۹) وابستگی و کار گروهی بر خودمختاری فردی و تخصیصی غلبه می‌کند
- ۱۰) سرمایه گذاری برای حفظ منابع بر سرمایه گذاری برای ایجاد منابع (پول) ترجیح داده می‌شود.

خلاصه

بطور خلاصه اقتصاد، ناظر به تخصیص منابع کمیاب به شیوه‌ای است که سود حاصله را به حداکثر

برساند. در بسیاری از موارد، نظام قیمت‌ها به عنوان یک مکانیسم تخصیص برای اطمینان از استفاده بهینه از منابع بکار گرفته می‌شود. در تخصیص منابع خدمات بهداشتی درمانی مکانیسم کنترل نشده قیمت برای تخصیص منابع، با توجه به اهمیت برابری در این عرصه، نامناسب به نظر می‌رسد. لذا، تصمیم در باره این که چه کسانی باید به منابع دسترسی داشته باشند، چه خدماتی باید تولید شود و کجا باید این امر صورت گیرد، در عرصه بهداشت و درمان، پیچیدگی خاصی پیدا می‌کند. در شرایط کنونی در کشورهای با اقتصاد پیشرفته کنترل و نظارت دولت بر بخش بهداشت و حد متناسب آن در معرض بازنگری است. این مساله با توجه به تحولات اخیر و یک قطبی شدن دنیا و جهانی شدن پدیده‌ها به نحوی نظام کشورهای در حال توسعه را نیز تحت تاثیر قرار داده و حرکت‌های اصلاحی در جهت بالا بردن بهره‌وری و کارایی و حاکمیت ارزش‌های مدیریت نوین، از جمله کیفیت، رضایت مشتریان و ارائه‌کنندگان، خصوصی سازی و ... را در پی داشته است.

آنچه عرصه سلامت و اقتصاد مرتبط با آن را حساس و آسیب پذیر و تا حدودی کنترل ناپذیر می‌نماید، البته در چارچوب سیاست‌های ناکارآمد، درهم تنیدگی عرضه و تقاضا (قدرت و منزلت ارایه‌کنندگان خدمت)، از یکسو و **(Medicalization)** یا **طبی سازی** عرصه‌های بيشماری از زندگی اجتماعی است که هم هزینه‌های سنگینی، اعم از مالی و غیرمالی، بر جامعه تحمیل می‌کند و هم گفتمان قدرت و نابرابری‌های اقتصادی را در سطح کلان اجتماعی می‌تواند موجب شود (در خلاء برنامه‌ها و سیاست‌های کارآمد). این پیامدها غالباً در نظام‌های سلامتی که یکپارچه نیستند و بخش خصوصی، قدرت مسلطی در آنها دارد بیشتر دیده می‌شود. برای پرهیز از این پیامدها بعضی‌ها بر این باورند که چون سلامت، ماهیتاً کالایی عمومی و حاکمیتی است و منابع آن عمدتاً از بودجه عمومی که برآمده از مالیات‌ها و عوارض پرداختی مردم است، تامین می‌شود، لذا بخش خصوصی نباید جایگاه پررنگی در نظام‌های سلامت داشته باشد. در هر حال دیدگاه‌های مختلفی در ساختار و کارایی نظام‌های سلامت، وجود دارد که عملکرد آن را در بستر ساختار کلان اقتصادی - اجتماعی کشورها می‌تواند تحت تاثیر قرار دهد و بهتر است که بسته به امکانات و مقتضیات، در این حوزه تصمیمات لازم اتخاذ شود.

منابع

1. Buividas, g. (1992), Health Care Financing, From Preventive medicine and Public health, editor, Brettg. Cassensg Williams & Wilkins Publisher.
2. Folland , Goodman and Stano. (2001) , The Economics of Health and Health Care , Third edition, Prentice Hall.
3. Leathard, A (2001) , Health Care Provision, Second edition, Nelson Thornes Ltd, UK.
4. Witter, S. et. al. (2001) , Health Economics for Developing Countries, A Practical guide , Macmillan ,UK.
5. Normand , C. (1997), Social Health Insurance.
6. Feldstein, P. (1998) , Health Care Economics, Delmar, USA.
7. Clintom, M. Scheiwe, D. (1995) Management in the Industrial Health Care Industry, Harper Educational Publishers, Australia.

۸ - قدیری، باقر (۱۳۷۵). اقتصاد خرد، دانشگاه تهران .

۹ - منتظر ظهور، محمود (۱۳۷۶) اقتصاد (خرد و کلان) دانشگاه تهران .

۱۰ - پازوکی، محمود (۱۳۷۸)، بهداشت و توسعه، مجله برنامه بودجه شماره ۲۰-۱۹ .

چند نکته

- اقتصاد بهداشت به تحلیل و بهره‌وری منابع محدود و کمیاب و ارزیابی دقیق آنها برای استفاده مطلوب در جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و حفاظت از محیط زیست می‌پردازد.
- اقتصاد بهداشت تخصیص و بهره‌وری مطلوب از منابع موجود، همراه با جلب مشارکت مؤثر افراد، خانواده‌ها، جوامع محلی، ملی و بین‌المللی در کلیه سطوح با رعایت کامل عدالت و دسترسی و برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی را به عنوان یک اصل مهم در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت انسان‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد.
- بهره‌وری مطلوب از منابع محدود مستلزم توجه به کلیه شرایط و عوامل مؤثر بر سلامت انسان می‌باشد. در سطح خرد این امر می‌تواند در قالب مدل سرمایه‌انسانی گراسمن مورد بررسی قرار گیرد.
- شیوه زندگی که ترکیبی از عوامل مختلف، از جمله اندیشه‌ها و رفتارهای صحیح بهداشتی و با برخورداری از امکانات مورد نیاز است را باید بر سایر عوامل مقدم دانست.
- باید در نظر داشت که ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید به شیوه علمی انجام شود تا بتوان کارایی و اثر بخشی آن را در تأمین سلامت انسان در مقایسه با سایر عوامل از قبیل آموزش، درآمد و نظایر آن اندازه‌گیری کرد.
- برخی از ارزیابی‌های بالینی، اثربخشی خدمات بهداشتی و درمانی را بدون در نظر گرفتن مقدار مصرف منابع و هزینه‌ها نشان می‌دهند، در حالی که در بررسی اقتصادی علاوه بر اثربخشی خدمات به ارزیابی منابع مصرف شده و هزینه‌ها نیز توجه می‌شود.
- نقش اقتصاددان‌ها در این مقوله محاسبه و تحلیل نسبت منابع مصرفی در مقایسه با هزینه فرصت پیشگیری و درمان بیماری‌ها با استراتژی‌های مختلف است.
- برای شناخت محدودیت‌های به کارگیری فن‌آوری‌های جدید اقتصادی در عرضه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مطالعات موردی بسیار زیادی صورت گرفته است. در این پژوهش‌ها پزشکان و مشاغل پزشکی، نقش اصلی و منحصر به فردی در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بدون در نظر گرفتن تمام جنبه‌های اقتصادی آن دارند، علت آن فاصله زیاد بین توانایی تشخیص و تصمیم‌گیری عرضه‌کنندگان خدمات با سطح دانش و تصمیم‌گیری مصرف‌کنندگان بوده است.
- معمولاً گروه یا واحد ثالث پرداخت‌کننده (دولت‌ها و شرکت‌های بیمه‌ای) در هر بار مراجعه بیماران، بیش از خود بیماران هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را پرداخت می‌کنند و از این رو بیشتر با مشکلات تورم و افزایش قیمت‌ها مواجه هستند.
- برای کنترل قیمت‌ها و اثرات ناشی از تورم، مشارکت دریافت‌کنندگان خدمات از طریق روشی که هزینه - منفعت خدمات در آن لحاظ شده باشد را مطرح می‌کنند.
- استفاده نامطلوب و بیش از حد نیاز از خدمات بهداشتی و درمانی، عملی غیر اخلاقی که بعثت محدودیت منابع موجب محرومیت عده‌ای از بیماران نیازمند واقعی از خدمات مذکور می‌گردد.
- هدف نهایی اقتصاد بهداشت توزیع عادلانه منابع و استفاده بهینه از منابع موجود برای تحقق هدف سلامت برای همه است. از این رو بهره‌گیری از روش‌های اقتصاد بهداشت می‌تواند موجب کارایی و اثر بخشی هر چه بیشتر نظام‌های بهداشتی و درمانی در تمام جهان گردد.