

## اخلاق در اقتصاد بازار سلامت و توصیه ها برای سیاست گذاری

محمود کاظمیان<sup>۱</sup>

### چکیده

در اقتصاد بازار، تحلیل وضعیت تلاش می نماید مشکلات اقتصادی را در مقایسه با کارایی و تخصیص مطلوب منابع در شرایط آزادی مبادله و رقابت توضیح دهد. در تحلیل یادشده، توانایی بخش خصوصی در هدایت فعالیت های اقتصادی و بازار با مزیت قیمت های رقابتی و کارایی، بی نیاز از ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته می شود. توضیح فرایند عرضه، دسترسی به خدمات و تعیین ارزش تجاری فایده ی خدمات سلامت برای مصرف کننده در اقتصاد بازار نمی تواند خدمات سلامت را آنچنان که مورد انتظار فرد و جامعه می باشد، تأمین نماید. این انتظارات با قضاوت های ارزشی از تحلیل وضعیت و سیاست های مداخله گر بیان می شود و نتایج را در مقایسه با ضرورت عرضه و دریافت خدمات براساس ارزش های ذهنی و اخلاقی ارزیابی می نماید.

در این مقاله توضیح داده می شود که تحلیل وضعیت سلامت نیازمند شناخت ارزش های اخلاقی فراتر از ارزش تجاری خدمات سلامت و انتظاراتی است که با عرضه ی غیرانتفاعی کالای سلامت بیان می شود. گذار به توصیه ی سیاست های اقتصادی و مداخله گر سلامت نیز برای حفظ و توسعه ی همین ارزش های اخلاقی امکان پذیر می شود.

واژگان کلیدی: اقتصاد بازار، ارزش های اخلاقی، قضاوت های ارزشی، ملاحظات اخلاقی، ارزش تجاری فایده ی خدمت سلامت، کالای غیرانتفاعی سلامت.

طبقه بندی H59, I11, P49: JEL

<sup>۱</sup> دکتر محمود کاظمیان، استادیار گروه اقتصاد بهداشت، دانشکده پزشکی شاهد، دانشگاه شاهد

اخلاقی<sup>۱</sup> در تصمیمات دولت براساس این اصول توضیح داده می‌شود و موجب می‌گردد که دولت هم در جستجوی تخصیص کارآی منابع، و هم دارای مسوولیت برای تخصیص عادلانه باشد.

از نظر کولیر (Culyer, 2001) قضاوت‌های ارزشی و تخصیص منابع دو موضوع اصلی در اقتصاد سلامت هستند که موضوعات و سوالات بسیاری را موجب می‌شوند، و به طور مثال تحقیق در مورد شکست بازار و فعالیت‌های خصوصی را در عمل در نظام طب ملی انگلیس ضروری نموده‌اند. فیدن و شیبایا (Faden, Shebaya; 2007) در مورد تأمین مالی دولت برای خدمات بهداشت عمومی<sup>۲</sup>، مشکل ناسازگاری این خدمات را با موضوعات اخلاقی از جهات زیر مهم دانسته‌اند. الف) خدمات بهداشت عمومی الزاماً با خدمات مورد نیاز هر فرد یکسان نیست، ب) در بهداشت عمومی ارائه‌ی خدمات کلینیکی تنها به مراجعین صورت می‌گیرد و آنان که مراجعه نمی‌کنند، خدمتی نیز دریافت نمی‌کنند، ج) حمایت عموم مردم از خدمات درمانی بیشتر از پشتیبانی آنها از بهداشت عمومی است، و د) برای بسیاری عادلانه بودن توزیع خدمت مهم است در حالی که در بهداشت عمومی نتیجه عمل مهم دانسته می‌شود.

از نظر پیکاک و همکاران (Peacock et. al.; 2006) تعیین اولویت‌های عمل‌گرا و اخلاقی<sup>۳</sup> از جهات اقتصادی برای مدیریت منابع در بنگاه‌های اقتصادی بهداشت و درمان اهمیت محوری دارند. ملاحظات عمل‌گرا با توضیح اهداف سازمانی و برقراری شرایط لازم برای نتایج عملی و مورد انتظار مشخص می‌شوند. ملاحظات اخلاقی با خواسته‌های شرکای اجتماعی<sup>۴</sup> شامل مدیران، پزشکان، بیماران و عموم مردم تعیین می‌شود و این در فرایند انتشار عمومی اولویت‌ها، موافقت عمومی با آن، و به چالش کشیدن تصمیمات و راه‌حل‌ها توسط شرکای اجتماعی مشخص می‌شود. در این نظر، اصول اقتصادی به همراه یک فرایند مناسب برای تعیین اولویت‌های مدیریتی بسیار مطلوب دانسته می‌شود. موسوی و همکاران (Moosavi et.al.; 2010) نیز اصول اخلاق پزشکی<sup>۵</sup> را در بحث‌های اقتصادی برای تخصیص منابع مراقبت‌های سلامت مهم دانسته‌اند و اعتماد اجتماعی ناشی از اخلاق پزشکی را یک سرمایه

<sup>1</sup> ethical considerations

<sup>2</sup> public health services

<sup>3</sup> pragmatic and ethical priorities

<sup>4</sup> stakeholders

<sup>5</sup> medical ethics

اجتماعی برای ایجاد مراقبت‌های شایسته سلامت معرفی نموده‌اند. این سرمایه اجتماعی براساس رابطه بین پزشک و بیمار تعریف می‌شود.

در مجموعه موضوعات اشاره شده در این بخش، نشان داده شد که روحیات اخلاقی با مبانی مذهبی باید در تنظیم کارکردهای برنامه‌های اقتصادی دولت و تنظیم روابط بین دولت و جامعه، و جامعه و مردم بسیار مهم دانسته شود. یک موضوع اصلی در تنظیم این روابط ایجاد شرایط اقتصادی و اجتماعی مناسب برای ارتقای سطح سلامت جامعه می‌باشد. به این جهت قضاوت‌های ارزشی در ارزیابی کارکردهای بخش سلامت عمدتاً با توجه به توضیح شرایط اقتصادی بخش و نقش اخلاق در اقتصاد سلامت صورت می‌پذیرد. اهمیت توضیح اخلاقی کارکردهای سلامت به حدی است که حتی نمی‌توان به سادگی خدمات بهداشت عمومی را نیز یک برنامه کاملاً سازگار با موضوعات اخلاقی دانست، و از وجود چالش‌های اخلاقی در این خدمات چشم‌پوشی نمود. همچنین نمی‌توان برای مدیریت اقتصادی سلامت، بدون توجه به انتظارات شرکای اجتماعی از اصول اخلاقی در اداره و عرضه خدمات به درستی اولویت‌گذاری نمود. و این که تنها در صورت تخصیص اقتصادی منابع با توجه به اصول اخلاق پزشکی می‌توان یک سرمایه‌ی اجتماعی برای مراقبت‌های سلامت ایجاد نمود.

در این مقاله تلاش می‌شود نشان داده شود که عرضه و ضرورت دسترسی به کالای سلامت آن‌چنان وابسته به مفاهیم اخلاقی است که باید آن را از نظر اقتصادی از نوع کالای کاملاً غیرانتفاعی با مسوولیت‌پذیری کامل دولت برای تأمین دسترسی یکایک افراد جامعه به آن دانست.

### ۳) ناکارآمدی اقتصاد بازار برای عرضه‌ی کالای سلامت

تحلیل وضعیت در اقتصاد به طور ساده به توضیح شرایطی می‌پردازد که مشکلات با نبود شرایط اقتصاد بازار<sup>۱</sup> برای کارایی و تخصیص مطلوب منابع برای مبادلات در بخش‌های اقتصادی باوجود محدودیت‌های ناشی از فشار منابع و نظایر آن بیان می‌شود. با این حال تلاش عمومی اقتصاددانان این است که با هدف افزایش کارایی در مدیریت اقتصادی فعالیت‌ها، مزیت مبادلات و قیمت‌گذاری در اقتصاد را در مقایسه با مزیت‌ها در اقتصاد آزاد و رقابتی و توانایی بخش خصوصی در هدایت فعالیت‌های اقتصادی به طور کارآ، به طور نسبی مورد سنجش قرار

<sup>1</sup> market economy



دهند. در بخش سلامت، نتیجه سیاست‌های مبتنی بر صرفاً کارآیی بخش خصوصی در فعالیت‌ها، می‌تواند به یک بحران از جهت انکار ملاحظات اخلاقی در جامعه بیانجامد. در واقع در چنین وضعیتی، می‌توان انتظار داشت که ارزیابی نتیجه سیاست‌ها در قضاوت‌های ارزشی به صورت جانبداری سیاست‌گذاران از گروه‌های طالب سود اقتصادی و به زیان سلامت جامعه بیان شود. آیا علت این است که حداقل منفعت تصریح شده در نظام مبادله آزاد و رقابتی، در بسیاری از فعالیت‌های بخش سلامت قابل پذیرش نیست؟ آیا سهمیه‌بندی براساس نظام قیمت‌گذاری آزاد، می‌تواند در بخش سلامت پذیرفته شود؟ آیا نتیجه تخصیص منابع براساس مبادله آزاد و رقابتی، برای بخش سلامت و در درون این بخش با قضاوت ارزشی متفاوتی نسبت به نتایج در بخش‌های عرضه‌کننده کالاها و خدمات تجاری ارزیابی می‌شود؟ و به طور کلی آیا می‌توان بدون رویکرد اخلاق در اقتصاد، تدوین سیاست‌های اقتصاد سلامت را امکان‌پذیر دانست؟

در پاسخ به این سوالات، باید ابتدا تصریح نمود که خدمات سلامت برای افراد و خانوارها اساساً دارای ارزشی فراتر از ارزش تجاری یا مزیت اقتصادی مبادله می‌باشد. دلایل آن نیز روشن است.

الف) سلامت در رفتار اقتصادی خانوار یکی از نیازهای اساسی محسوب می‌شود؛ و این که سلامتی افراد نمی‌تواند مشروط به توانایی پرداخت یا فشار منابع مالی و محدودیت دسترسی به خدمات دانسته شود.

ب) سلامتی نمی‌تواند محدود به رجحان مصرف‌کننده دانسته شود؛ توسعه اقدامات پیشگیری و تشخیصی پیش از بروز بیماری و ایجاد تقاضای القایی برای جبران این نقیصه همیشه ضروری است.

ج) توزیع مجدد سلامتی و اصلاح آن مانند توزیع مجدد دارایی‌ها نیست، و سیاست‌ها و ادامه مداخلات تقریباً همیشه با هدف بهبود پارتو درون بخش سلامت تدوین می‌شوند.

د) در رفتار اقتصادی فردی، سلامت نمی‌تواند الزاماً سازگار با یا در تهدید رجحان جمعی پذیرفته شود.

بر این اساس مقادیر و بهای تعادلی خدمات سلامت تنها نشان‌دهنده برابری هزینه نهایی خدمات و ارزش نهایی فایده تجاری<sup>۱</sup> خدمات برای مصرف‌کننده می‌باشد. با این تعریف برای

<sup>۱</sup> marginal value of commercial benefit

تبادل در بازار سلامت، باز نمی‌توان بروز عرضه اضافی را یک پدیده عادی در دوره رکود محسوب نمود. در واقع عرضه اضافی در چنین وضعیتی نشانه‌ای از مشکلاتی مانند کمبود توانایی پرداخت برای مصرف‌کننده یا ناکارآمدی کارگزار بیمه‌ای برای خرید خدمات دانسته می‌شود، که به‌هرحال از نظر مصرف‌کننده مشکلاتی نیستند که حتی در دوره رکود نیز قابل پذیرش باشند.

همچنین همیشه به طور ضمنی توصیه می‌شود که:

الف) تأمین نیازها برای خدمات سلامت، باید صرف‌نظر از هر نوع منفعت تجاری برای طرفین عرضه و تقاضا و مقدم بر آن فراهم آید؛

ب) هیچ‌کس در درجات متفاوت فقر یا محدودیت در توانایی پرداخت نباید از دریافت این خدمات محروم شود؛

ج) خدمات سلامت برای همه باید به عنوان کالای عمومی<sup>۱</sup>، شایسته<sup>۲</sup> و غیرانتفاعی<sup>۳</sup> برای همه انواع باقی‌مانده، در نظر گرفته شود به طوری که دسترسی به خدمات سلامت برای همه با حداقل هزینه فرصت امکان‌پذیر گردد؛

د) مداخلات دولت باید بتواند همیشه عرضه‌ای بیشتر از وضعیت تبادل در بازار خدمات سلامت در شرایط غیررقابتی و در وضعیت تبادل در شرایط رقابتی که به سهمیه‌بندی خدمات می‌انجامد، فراهم نماید،

ه) دسترسی به خدمات سلامت باید از پیش از بروز بیماری و بدون تحمیل هزینه در زمان بروز بیماری از طریق مجموعه نظام ارائه خدمت یا خدمات جانبی مانند بیمه‌های اجتماعی درمانی برای همه فراهم شود.

در ارزیابی کارایی مدیریت اقتصادی بخش سلامت، اینکه نمی‌توان ارزش تجاری مزایای سلامت را جایگزین ارزش ذهنی<sup>۴</sup> آن نمود و توصیه‌های گفته شده و انتظارات از مداخلات دولت در قضاوت‌های عمومی به عنوان معیار سنجش<sup>۵</sup> در نظر گرفته می‌شود. دولت‌ها نیز از پیش، آمادگی لازم برای فراهم نمودن معیارهای این ارزیابی را فراهم می‌نمایند.

<sup>1</sup> public good

<sup>2</sup> merit good

<sup>3</sup> non-profit good

<sup>4</sup> subjective values

<sup>5</sup> evaluation criterion



در معیارهای ارزیابی، برای نشان دادن رشد اقتصادی و تغییرات در اجزای منابع و مصارف هزینه‌های بخش سلامت، از برآوردهای سالانه حسابهای ملی استفاده می‌شود. در این برآوردها، ارزش پولی خدمات بخش سلامت شامل مجموع هزینه‌های عملیاتی و ارزش افزوده این بخش دانسته می‌شود. ارزش افزوده در بخش خصوصی نیز شامل جبران خدمت کارکنان و مزاد عملیاتی یا سود عرضه‌کنندگان می‌باشد. رشد خدمات بخش خصوصی همیشه مشروط به وجود حداقلی برای این مزاد عملیاتی یا سود تجاری مورد انتظار عرضه‌کنندگان می‌باشد. حال اگر عرضه یک کالا یا خدمت بهداشتی و درمانی علی‌رغم تجویز دانش پزشکی نتواند این حداقل منفعت تجاری را تضمین نماید، آیا عرضه آن باید کاسته یا متوقف شود؟ در چنین شرایطی پاسخ از نوع تجاری به متقاضیان خدمات سلامت و تجویز دانش پزشکی امکان‌پذیر نیست. زیرا در ارزش ذهنی جامعه برای خدمات سلامت، و در توصیه‌ها و انتظارات از مداخلات دولت، مبادله کالاها و خدمات سلامت حتی با حداقل منفعت، مشکلات آشکار و پنهان بسیاری دارد که می‌توان آنها را در نتیجه حاصل از قیمت‌گذاری رقابتی و آزاد نیز مشاهده نمود.

مبادله تجاری کالا و خدمت سلامت و قیمت‌گذاری در اقتصاد آزاد و رقابتی، موجب برقراری سهمیه‌بندی برای دسترسی به این کالا و خدمت می‌گردد. در نتیجه این سهمیه‌بندی، گروهی که از توانایی پرداخت مناسب برخوردار نیستند، از دریافت کالا و خدمت سلامت محروم می‌مانند. این در حالی است که برای دریافت کالای سلامت همیشه تمایل به پرداخت تجاری بیش از توانایی پرداخت و همچنین بیش از هزینه نهایی عرضه کالا، آنچنان که عرضه‌کنندگان خصوصی در محاسبات خود منظور می‌دارند، می‌باشد. تفاوت بین تمایل به پرداخت تجاری و توانایی پرداخت براساس همان توصیه‌های اشاره شده، باید با استفاده از منابع عمومی دولت جبران شود. این نیز تجهیز و تخصیص منابع دولتی برای خدمات سلامت را با چالش مداخلات صریح دولت در عرضه و قیمت‌گذاری کالای دولتی و خصوصی سلامت و وسعت نامحدود نقش دولت در فعالیت بخش سلامت، و به دنبال آن کاهش کارایی منابع به کار گرفته شده در این بخش مواجه می‌سازد.

حال شرایطی را در نظر می‌گیریم که به طور مثال در مواجهه با بیماری‌های بازپدید و نوپدید ایجاد تقاضای القایی پیش از مشاهده یا گسترش این بیماری‌ها در جامعه، یک ضرورت عملیاتی محسوب می‌شود. کالای سلامت برای این منظور می‌تواند مجموعه‌ای از کالاهای تجاری، عمومی، شایسته و غیرانتفاعی سلامت باشد. ضرورت تجویز و عرضه این مجموعه از کالای سلامت در مقابل بیماری‌های یاد شده بدون آن که تضمینی برای تخصیص کافی منابع

در ابتدای کار وجود داشته باشد، مشهود است. نظام تخصیص منابع در وضعیت مبادله آزاد و رقابتی، تنها قادر به تأمین سطحی از منابع برای عرضه این کالاها است که مقادیر مبادله در بازار، به کارگیری تجاری این منابع را امکان‌پذیر می‌سازد. تخصیص منابع مورد نیاز مازاد بر آن جز با چشم‌پوشی از کارکرد موثر نظام یاد شده امکان‌پذیر نیست، و شروع آن ابتدا با توصیه دانش پزشکی و ادامه آن با چالش مداخلات دولت ممکن می‌شود. این وضعیت تا آنجا ادامه می‌یابد که منابع تخصیصی بیش از آن چیزی می‌شود که در ابتدا لازم بود. در واقع این شرایطی است که در مورد بسیاری دیگر از انواع کالای سلامت و کالاهای عادی سلامت، و با گسترش مداخلات دولت به عنوان چالشی ماندگار در بخش سلامت مشاهده می‌شود.

درون بخش سلامت نیز به سادگی می‌توان تخصیص نامناسب منابع را با جهت‌گیری منابع بخش به سمت کالاها و خدمات سلامت برای پیشگیری یا درمان با ریسک کمتر و برای عرضه‌کنندگان خصوصی با سود بیشتر مشاهده نمود. علت آن نیز روشن است. فراهم آوردن خدمات سلامت تنها آموزش برای ارائه بهترین تجویز پزشکی صرف‌نظر از میزان هزینه آن دارند، و برای عرضه‌کنندگان خصوصی کالای سلامت نیز همیشه کسب منفعت در شرایط بیشتر بودن تمایل به پرداخت تجاری نسبت به متوسط هزینه عرضه خدمت اهمیت دارد. در چنین شرایطی مداخلات دولت تا به آن حد پیش می‌رود که حتی برای یک خدمت تشخیصی یا تجویز یک دارو تصمیم‌گیری می‌شود.

حال در پاسخ به سوالی که امکان ارزیابی کارکردها و سیاست‌های اقتصاد سلامت را بدون اصول اخلاق در اقتصاد پرسش می‌نماید، باید گفت که در اقتصاد بازار که نقش اقتصادی دولت در آن تنها محدود به اداره امور مدیریت کشوری و پس از آن جبران نوسانات در فعالیت‌های اقتصادی می‌باشد، بازار کالای سلامت تنها در شرایط آمیختگی علم و اخلاق پزشکی به صورت مجموعه‌ای از ارزش‌های غیرتجاری در بازار، و پذیرش توصیه‌ها و چالش‌های مداخلات دولت به تعادل می‌رسد. در واقع در بازار کالای سلامت، علم و اخلاق پزشکی جانشین حاکمیت مصرف‌کننده، ارزش‌های غیرتجاری سلامت برای مصرف‌کننده موجب بی‌اعتباری نتایج حاصل از نظام قیمت‌گذاری بازار، توصیه‌ها برای فعالیت‌های غیرانتفاعی جانشین شاخص‌های منفعت تجاری، و چالش‌های مداخلات دولت جانشین سازوکارهای تخصیص منابع و کارآیی در اقتصاد بازار می‌شود.



حال اگر پذیرفته شود که کارکردهای اقتصاد بازار برای کالای سلامت همواره در شرایط یک وضعیت غیرانتفاعی- غیررقابتی طبیعی<sup>۱</sup> قرار دارد، می توان بیش از پیش تأثیر ارزش ها و ملاحظات اخلاقی در کارکرد اقتصادی بازار را برای مصرف کنندگان کالای سلامت و عرضه کنندگان آن حائز اهمیت دانست.

#### ۴) مداخلات اقتصادی و ملاحظات اخلاقی در اقتصاد سلامت

تصویر منابع و مصارف در حسابهای ملی سلامت در سه زیربخش اصلی شامل بخش دولتی، بیمه های اجتماعی درمان از منابع حق بیمه ها یا پیش پرداختها<sup>۲</sup>، و مشارکت بخش خصوصی نمایش داده می شود. دو زیربخش اول به روشنی کارکردی در مقابل نظام اقتصاد بازار دارند. مشارکت بخش خصوصی نیز شامل مشارکت خانوارها، بیمه های خصوصی درمان<sup>۳</sup>، و مشارکت موسسات غیرانتفاعی خصوصی در خدمت خانوارها<sup>۴</sup> می باشد. این آخری دارای مفهوم غیرتجاری در توضیح کارکردهای آن در بخش سلامت می باشد. همچنین در اقتصادهای پیشرفته با بازار آزاد، مشارکت خانوارها با کمتر از ۲۵ یا ۳۰ درصد مطلوب دانسته می شود. در این اقتصادها بیمه های اجتماعی درمان خریدار اصلی خدمات از عرضه کنندگان خصوصی برای تمامی افراد جامعه محسوب می شوند. این بیمه ها با محدودیت اجباری منابع مالی از انباشت حق بیمه های درمانی مواجه هستند. پذیرش این محدودیت برای پیش گیری از اثرات کاهنده حق بیمه ها بر درآمد قابل تصرف خانوارها مورد تأکید می باشد. با چنین محدودیتی بیمه های اجتماعی به عنوان خریدار عمده ی خدمات خصوصی سلامت، ناگزیر از قیمت گذاری این خدمات در شرایط غیر رقابتی و متناسب با منابع داخلی خود هستند. در مقابل، جامعه پزشکی خصوصی نیز با چنین محدودیتی در مجموع دریافتی ها، برای ایجاد صرفه های اقتصادی برای عرضه کنندگان خصوصی خدمات، آشکارا اقدام به ایجاد محدودیت در عرضه می نماید. چنین اقدامی به روشنی مغایر با قواعد اقتصاد آزاد می باشد.

قوانین اجباری برای کارفرماها به منظور تأمین پوشش کشوری بیمه های سلامت در بخش رسمی اشتغال، حتی در کشورهایی که به ظاهر تمایلی به بیمه های اجتماعی درمان با پوشش

<sup>1</sup> natural non-benefit and non-competitive characteristics

<sup>2</sup> prepayments

<sup>3</sup> private prepaid plans

<sup>4</sup> non-profit institutions in service to households



کشوری ندارند، مانند ایالات متحده و آلمان، از موانع رشد فعالیت کارفرماهای خصوصی می-باشد. اما رفع این موانع هیچ‌گاه مورد نظر نبوده است. همچنین برای کارکنان در بخش غیررسمی، بیکارها و بازنشسته‌ها، برای بخش سلامت یا بیمه‌های اجتماعی همیشه سهمی در بودجه‌های دولتی در نظر گرفته می‌شود. این شرایط مجموعاً حاکمیت قواعد اقتصاد غیرتجاری را در بخش سلامت نشان می‌دهد.

اقتصاد غیرتجاری در سایر بخش‌ها عموماً شامل تولید و مصرف کالاهای عمومی و شایسته و یا کالاها در شرایط خاص مانند انحصار طبیعی یا در شرایط نبود عرضه‌کننده‌ی خصوصی می‌شود. اما کالای سلامت علاوه بر این مجموعه از گروه کالاهای غیرتجاری، شامل انواع بسیار دیگری نیز هست که با وجود امکان عرضه خصوصی آنها، تنها به جهت درخواست عرضه به صورت غیرانتفاعی (یا کمتر انتفاعی)، در گروه کالاهای خصوصی غیرتجاری قرار می‌گیرند. عرضه‌کنندگان این کالاهای خصوصی نیز یا باید انتظار کسب درآمد بدون سود تجاری داشته باشند، و یا اگر درآمدی فراتر از آن را جستجو می‌کنند باید در چارچوب بازارهای کنترل‌شده فعالیت نمایند. در بازارهای عادی کنترل‌شده با پیش‌بینی سطوح تقاضا و عرضه، باز امکان دارد نوساناتی از نوع نوسانات در دوره‌های تجاری کوتاه و بلند مدت مشاهده شود. اما بازار کنترل‌شده برای خدمات سلامت باید همیشه بدون نوسانات در جهت کاهش تقاضا یا مصرف و یا کاهش عرضه سازمان‌دهی شود. آیا علت آن می‌تواند چیزی غیر از مداخله سیاست‌گذاری‌ها در مبانی اقتصادی بازار کنترل‌شده سلامت باشد؟ و این که آیا می‌توان این سیاست مداخله‌گر را بدون وجود ملاحظات اخلاقی در پیشینه آن امکان‌پذیر دانست؟

کنترل بازار سلامت از نظر گروهی از متخصصین اقتصاد بهداشت می‌تواند تا حدی وسعت داشته باشد که شامل قواعد از پیش نوشته شده برای همه درمان‌ها هم بشود. در این صورت هرگونه تشخیص یا تجویزی که متفاوت از قواعد رسمی درمان مشاهده شود، به ایجاد تقاضای القایی نسبت داده می‌شود. باید توجه داشت که علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در تنظیم قواعد درمان در نظام مراقبت مدیریت‌شده<sup>۱</sup> یا سازمان حفظ سلامت<sup>۲</sup> و مانند آن مشاهده می‌شود، در شرایط یکسان نبودن ترتیبات تشخیص و درمان در عمل و در مورد انواع بیماران با انتظارات متفاوت و از طبقات اجتماعی متفاوت، هنوز ارزیابی‌ها از وجود تقاضای القایی قانع‌کننده نیستند. یک علت روشن این است که علم پزشکی هنوز در بسیاری از جزئیات دارای یک روش

<sup>۱</sup> managed care

<sup>۲</sup> Health Maintenance Organization

واحد برای تشخیص و درمان و با یک درصد مشخص از پذیرش ریسک برای درستی این تشخیص و درمان نمی‌باشد. یک پزشک در مواجهه با دو بیمار در شرایط بیماری یکسان، ممکن است دو روش متفاوت تشخیص و درمان را در پیش گیرد. علت آن نیز با حالات شخصی یا انتظارات بیمار مشخص می‌شود. یکی ممکن است با توان پرداخت مناسب به سادگی هزینه بالاتر برای تشخیص و درمان با ریسک کمتر را بپذیرد. دیگری ممکن است به جهت احتراز از هزینه بالاتر یا اساساً هراس از شیوهی درمان خاص گرایش به مراحل کم هزینه‌تر یا طولانی‌تر تشخیص و درمان داشته باشد. در چنین شرایطی پیچیدگی اخلاق حرفه‌ای در پزشکی به سادگی در قالب قواعد رسمی درمان قابل توضیح نیست و به تبع آن نمی‌توان وجود تقاضای القایی را پذیرفت. در چنین موقعیتی ملاحظات اخلاقی به وضوح موجب می‌گردد تا کنترل بازار کمتر در جهت محدود نمودن دسترسی یا تقاضا برای کالای سلامت به کار گرفته شود.

#### (۵) نتیجه‌گیری

ارزیابی اقتصادی کارکردها در بخش سلامت همیشه نشان‌دهنده تأثیر مجموعه عواملی بوده است که به صورت ارزش‌های ذهنی یا اخلاقی برای خدمات سلامت و تأکید بر ضرورت توسعه این خدمات در اشکال غیرانتفاعی مشاهده می‌شود. توصیه‌ها بدون هیچ ملاحظه‌ای تنها توسعه خدمات سلامت را در هر وضعیتی از رکود و رونق اقتصادی از سیاست‌گذاران بخش سلامت مطالبه می‌کنند. مداخلات دولت نیز باید در اشکال متفاوت اعم از ارائه خدمات دولتی، پشتیبانی از خدمات بیمه‌های اجتماعی درمان، و حمایت‌های قانونی و مقرراتی وجود داشته باشد. همه این انتظارات ناشی از عدم اطمینان از کارکرد نظام اقتصاد بازار و قیمت‌گذاری رقابتی برای کالای سلامت و برای تأمین خدمات مورد نیاز جامعه در قضاوت‌های ارزشی می‌باشد. نقائص نظام یاد شده تنها محدود به دشواری عرضه کافی خدمات با نرخ‌های بازاری مناسب نیست. مشکلات عموماً ناشی از عدم سازگاری این نظام با ارزش‌های ذهنی سلامت برای همه، بدون تبعیض بین فقیر و غنی و بدون تصور محرومیت از دریافت خدمت برای فردی از آحاد جامعه می‌باشد.

در چنین شرایطی مداخلات دولت تنها مداخله برای رفع نقائص بازار و تأمین کالای سلامت در شرایط کمبود عرضه نیست. کمبود عرضه در بازارهای کوچک و بزرگ زمانی مشاهده می‌شود که مراجعین برای دریافت خدمت در نوبت قرار می‌گیرند. در مقابل، این مداخله در بازار سلامت باید تضمین نماید که همه افراد جامعه در وضعیت سلامت و پیش از



بروز بیماری، نگرانی درباره دسترسی به خدمات سلامت و هزینه آن نداشته باشند. علی‌رغم شروع تقریباً هم‌زمان مقررات‌زدایی و آزادسازی از سه دهه گذشته، هنوز مقررات و نقش دولت‌ها در خدمات بخش سلامت در حال افزایش است. خصوصی‌سازی در بخش سلامت نیز عموماً در سطح کارگزاری خدمات دولتی، یا خدمات خصوصی سلامت طرف قرارداد با بیمه‌های اجتماعی، پذیرفته شده است. توسعه نظام حسابهای سلامت از اوایل دهه ۱۹۹۰ و روند تکاملی آن در دهه نخست قرن حاضر میلادی، که در قالب جداول تفصیلی از وضعیت منابع، نوع خدمت و فراهم‌آورنده خدمت با جزییات بسیار تهیه می‌شود، برای دولت‌ها در اقتصادهای پیشرفته امکان‌پذیر جزییات هزینه‌ها و مصارف را در گروه‌های عرضه‌کننده و تقاضاکننده کالاها و خدمات سلامت و از جمله در پرداخت‌های مستقیم خانوارها فراهم نموده است.

توالی تحلیل وضعیت و سیاست‌گذاری اقتصادی یک روش شناخته شده برای گذار از شناخت آنچه که هست به توصیه برای آنچه که باید باشد، به نظر می‌رسد. تحلیل وضعیت سلامت نیازمند شناخت ارزش‌های اخلاقی فراتر از ارزش تجاری خدمات سلامت و انتظاراتی است که با عرضه غیرانتفاعی کالای سلامت بیان می‌شود. گذار به توصیه سیاست‌های اقتصادی و مداخله‌گر سلامت نیز برای حفظ و توسعه همین ارزش‌های اخلاقی امکان‌پذیر می‌شود. تأثیر ملاحظات اخلاقی در توضیح مبانی بازار و سیاست‌گذاری اقتصادی سلامت امروزه تا به آن حد وسعت یافته است که می‌توان توالی یاد شده را گذار از "شناخت آنچه که پیش‌تر باید حاصل می‌شد" به "توصیه برای آنچه که سپس باید حاصل شود"، دانست.