

نگاهی به تحولات نظام تأمین اجتماعی در آمریکا (بخش دوم)

# نظام درمانی تبعیض آمیز در قلب سرمایه داری

گزارش

ایالات متحده آمریکا در نظام سلامت و بهداشت با تناقض های بسیاری روبه روست. این کشور اگرچه دارای بیشترین تراکم خدمات بهداشتی با بالاترین فناوری هاست اما در عین حال با محدودیت و محرومیت دسترسی به خدمات بهداشتی در جهان شناخته می شود. هرچند از نظر آموزش و تحقیقات پزشکی در ردیف بهترین های جهان قرار دارد اما تقریباً ۱۵ درصد جمعیت آن از بیمه درمانی محروم هستند، دسترسی نامعینی به خدمات بهداشتی دارند و حتی شانس کمتری برای استفاده از مراقبت های بهداشتی پیشرفته دارند. همه اینها در حالی است که هزینه سرانه آمریکا برای بخش بهداشت تقریباً دو برابر متوسط این هزینه برای ۲۴ کشور عضو سازمان همکاری های توسعه اقتصادی است. همچنین ۱۴ درصد از تولید ناخالص داخلی آن به بخش بهداشت اختصاص می یابد!



دولت های مختلف آمریکا در طول تاریخ نه چندان بلند این کشور برای ملی کردن سیستم بیمه بهداشتی تلاش های بسیاری انجام داده اند. برای اولین بار در سال ۱۹۱۷ روزولت رئیس جمهور وقت آمریکا تلاش هایی برای ایجاد یک سیستم بیمه ملی داشت اما به علت مخالفت انجمن پزشکی آمریکا و سایر ذی نفعان متوقف شد. در سال های ۱۹۴۵ و ۱۹۶۷ نیز اقداماتی توسط رؤسای جمهور وقت یعنی ترومن، کندی و جانسون با هدف مبارزه با فقر انجام گرفت که به تصویب قوانینی در زمینه بهداشت مهاجران، بیماران روانی و مادران و کودکان منجر شد.

## نظام بیمه ای در آمریکا

نظام بیمه ای در آمریکا شامل دو نوع، بیمه بهداشتی دولتی و خصوصی می شود. بیمه بهداشتی دولتی شامل برنامه های مدیر، مدیکید، بیمه نظامیان و کارکنان دولت است.

## بیمه مدیکر

بیمه مدیکر در سال ۱۹۶۵ به کنگره معرفی شد و مخصوص افراد بالای ۶۵ سال و گروه های خاصی از معلولان و همچنین بیماران کلیوی است. این برنامه که گرانترین و بزرگترین برنامه دولتی آمریکاست در بخش بیمارستانی برای افراد تحت پوشش اجباری است و در بخش مراقبت های سرپایی و آزمایشگاهی به صورت داوطلبانه انجام می شود. استفاده از این برنامه پوشش بیمه ای، کاملاً به سن افراد وابسته است، نه درآمد آنها و دولت برای تأمین مالی این برنامه در صدی به عنوان مالیات از لیست حقوق کارکنان و از کارفرمایان آنها دریافت می کند. همچنین در صدی از هزینه ها از طریق درآمدهای اختصاصی دولت فدرال تأمین می شود و یک حق بیمه ماهیانه برای مراقبت های سرپایی را که ۲۵ درصد هزینه ها را تشکیل می دهد، بیمه شدگان پرداخت می کنند.

## برنامه بیمه ای مدیکید

این برنامه در سال ۱۹۶۶ تصویب شد و شامل افراد سالمند بستری در بیمارستان، تیمارستان، آسایشگاه سالمندان و... افراد نابینا و معلول و کودکان و زنان فقیر، کودکان در حال کار، مهاجران غیرقانونی، بیماران ایدزی، زنان بیوه حامله و... است و دولت فدرال ۵۶ درصد و دولت ایالتی ۴۴ درصد هزینه ها را تقبل می کند. این برنامه بر اساس استطاعت مالی افراد خدمات خود را ارائه می دهد و به دلیل نرخ پایین بازپرداخت این برنامه اکثر بیمارستان ها و پزشکان از پذیرفتن بیماران تحت پوشش آن اکراه دارند.

## بیمه نظامیان و کارکنان دولت

کلیه نظامیان و کارکنان دولت آمریکا اعم از دولت فدرال، ایالت ها و دولت های محلی از خدمات بیمه دولتی استفاده می کنند.

## بیمه بهداشت خصوصی

این برنامه به دو صورت غیرانتفاعی شامل بلوکراس،

## اصلاحات در نظام بیمه ای آمریکا

در اکثر موارد به دلیل افزایش هزینه ها و همچنین با توجه به اینکه ۷۴ درصد آمریکایی ها از کیفیت مراقبت های بهداشتی، ناراضی و ۷۲ درصد آمریکایی ها نیز خواستار دخالت مستقیم دولت برای بهبود شرایط بوده اند ضرورت اصلاحات بیش از پیش عیان بوده است. اگرچه بر سر کنترل هزینه ها و افزایش دسترسی به مراقبت ها توافق وجود دارد، اما در مورد روش رسیدن به این هدف وفاق کمی به چشم می خورد. یکی از اصلاحات اخیر تلاش دولت کلینتون در سال های ۱۹۹۳ و ۹۴ که تلاش می کرد تا به کارفرمایان کوچک یارانه پرداخت کند و بیمه گر ها بدون توجه به شرایط وضعیت استخدامی متقاضیان، برای همه آنها پوشش بیمه ای فراهم کنند. از کارفرمایان پوشش بیمه ای درخواست شود و در نهایت ایالت ها مسئولیت بیشتر و مهمتری در زمینه بهداشت و درمان ساکنان خود به عهده گیرند. اما این تلاش ها به خاطر اجتناب از فشار گروه های ذی نفع ناکام ماند. پس از آن او بامانیز تلاش کرد تا اصلاحاتی را در این حوزه انجام دهد. برنامه پیشنهادی او برای اصلاح نظام سلامت در آمریکا شامل الزام شرکت های بیمه در بیمه کردن تمام شهروندان که توان پرداخت حق بیمه را دارند بدون توجه به وضعیت جسمانی یا سابقه پزشکی آنان، ایجاد اعتبار بیمه سلامت برای دارندگان مشاغل کوچک به منظور کمک به آنها جهت پرداخت حق بیمه کارکنان خود بود و این اطمینان را به همه مردم می داد که در صورت نیاز می توانند از اعتبار مالیاتی برای پرداخت حق بیمه خود بهره ببرند. اما این طرح نیز مخالفان بسیاری دارد و او بامان را به داشتن گرایشات سوسیالیستی و در به اصطلاح میانه روترین حالت او را به مخالفت با اصول سرمایه داری متهم می کرد.

با همه این تلاش ها برای اصلاح نظام بهداشتی در آمریکا همچنان ۱۵ درصد مردم این کشور، یعنی نزدیک به ۵۰ میلیون نفر پوشش بیمه ای ندارند. نظام بهداشتی آمریکا غیرمتمرکز و در جامعیت و کیفیت از ایالتی به ایالت دیگر و بین جوامع مختلف متغیر است. روش های درمانی پیچیده و فناوری های مدرن پزشکی ثروتمندترین افراد را از سراسر جهان به این کشور برای درمان می کشاند و در طول سال های بعد از دهه ۹۰ گروهی از برنامه های ملی و خیریه نیز به افراد کم درآمد ارائه خدمات می کنند، سازمان های حافظ سلامتی رشد سریعی کرده اند و دیگر تنها به عنوان مراکز جایگزین استفاده نمی شوند، افزایش هزینه ها نیز کندتر شده اما هنوز تحت کنترل در نیامده و در نهایت اینکه تناقض دسترسی و محرومیت همچنان بدون هیچ راه حل مشخصی در این کشور ادامه دارد.

## نژادپرستی پزشکی

نمی توان در مورد نظام بهداشت و درمان آمریکاسخن گفت و مسأله نژادپرستی پزشکی در این کشور را نادیده گرفت. نژادپرستی پزشکی در ایالات متحده شامل اعمال تبعیض آمیز و هدفمند پزشکی و ارائه نادرست در آموزش های پزشکی می شود که ناشی از تعصبات مبتنی بر ویژگی های نژادی و قومیتی بیماران است. در تاریخ آمریکا، نژادپرستی پزشکی بر گروه های نژادی و قومی مختلف و بر نتایج سلامت آنها تأثیر گذاشته است. زیرگروه های آسیب پذیر در این گروه های نژادی و قومی مانند زنان، کودکان و فقرا در طول سال ها در معرض خطر قرار گرفته اند. نژادپرستی پزشکی به عنوان یک پدیده مستمر و همیشگی حداقل از قرن هجدهم در ایالات متحده، به طور گسترده از طریق مطالعات غیر اخلاقی مختلف، روش های اجباری و درمان های متفاوتی که توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، محققان و حتی گاهی اوقات نهادهای دولتی اجرا می شوند، آشکار شده است. سیاهپوستان آمریکایی به دلیل نژادپرستی پزشکی موجود در این کشور با موانع بی شماری برای دسترسی برابر به مراقبت های بهداشتی مواجه بوده و هستند و پیامد آن دریافت خدمات بهداشتی بی کیفیت و چالش های متعدد برای سلامتی آنها بوده است. در این رویه، پزشکان و مؤسسات آمریکایی به طور تاریخ نقش بزرگی در تداوم نژادپرستی علمی،

انکار مراقبت یکسان از بیماران سیاهپوست و ارتکاب اعمال خشونت آمیز علیه سیاهپوستان بازی کرده اند.

## استفاده از سیاهپوستان به عنوان موش آزمایشگاهی

در کنار دسترسی نابرابر به مراقبت های پزشکی، نژادپرستی پزشکی به خشونت هایی که در طول تاریخ علیه سیاهپوستان آمریکایی اعمال می شود، کمک کرده است؛ از جمله استفاده «گروه رستخیز گرایان» برای بازیابی اجساد تازه دفن شده سیاهپوستان متوفی برای استفاده در مطالعات پزشکی و همچنین آزمایش های پزشکی. همان طور که در نوشته های مربوط به تاریخ نژادپرستی پزشکی در حوزه پزشکی آمریکا اشاره شده، «آموزش پزشکی آمریکایی بر دزدی، تشریح و نمایش اجساد متکی بود که بسیاری از آنها سیاهپوست بودند.» از جمله پرونده هنریتا لاکس که به آزمایش غیرتوافقی سر روی زنان برده سیاهپوست برای کمک به پیشبرد حوزه زنان مربوط می شد. به دنبال آن، با توجه به تاریخچه اصلاح نژاد در ایالات متحده، همین جمعیت بار دیگر قربانی روش های اجباری و به ویژه عقیم سازی شدند. این امر در اواخر دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ در ایالات متحده ادامه یافت. برای سیاهپوستان آمریکایی، عقیم سازی غیرارادی زنان سیاهپوست آنقدر شناخته شده بود که به آن «پایند کتومی می سی سی پی» می گویند. در ایالات متحده ایده های مربوط به رابطه سیاهپوستان با انسان های نخستین و حشرات بیولوژیکی و فکری آنها نسبت به سفیدپوستان، یکی از راه های توجیه برده داری بود. به دنبال آن، این باور مطرح شد که سیاهپوستان آستانه درد بسیار بالاتری دارند، یا این باور که آنان اصلاً احساس درد نمی کنند. برخی از طرفداران این عقاید نژادپرستانه حتی معتقد بودند که سیاهپوستان می توانند بدون هیچ داروی درد جراحی شوند و همچنین معتقد بودند وقتی سیاهپوستان مجازات می شوند، در دوران بردگی شان، هیچ دردی احساس نمی کنند. آزادی از برده داری تأثیراتی را که برده داری بر سیاه پوستان داشت، مانند تأثیراتی که در حوزه مراقبت های بهداشتی وجود داشت، متوقف نکرد. در سیستم مراقبت های بهداشتی آمریکا تفاوت قابل توجهی بین خدماتی که به بیماران سفید پوست و سیاهپوست- حتی با ارائه همان شدت علائم و همان بیمه - ارائه می شد مشاهده شده است.

## ستم پزشکی بر بومیان و سایر اقلیت ها

از قرن هجدهم، ایالات متحده بسیاری از اعمال شرم آور پزشکی را علیه بومیان آمریکایی مرتکب شده است. در قرن ۱۸، آبله به عنوان یک سلاح بیولوژیکی برای از بین بردن جمعیت های بومی مورد استفاده قرار گرفت. به ویژه در سال ۱۷۶۳ «جفری آمهرست» به سربازان دستور داد تا پتوها و دستمال های بیماران آبله را بردارند و در یک جلسه صلح آمیز به مردم بومی هدیه دهند. همچنین در دهه های اخیر نیز شیوع عقیم سازی غیرارادی دختران و زنان جوان بومی نیز مرتباً گزارش شده است. برخی داده ها نشان می دهند که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در برخی ایالت های آمریکا، بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از زنان بومی را از سال ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۶ عقیم کرده است. در ایالت مونتانا، امید به زندگی برای زنان بومی ۶۲ و برای مردان ۵۶ سال است که تقریباً ۲۰ سال کمتر از میانگین کلی امید به زندگی در این کشور است. به طور مشخص یکی از دلایل این امر، بودجه بسیار کم بهداشتی در ایالت هایی است که بومیان در آنها ساکن هستند.

همینطور در ایالات متحده ۲۰ درصد از آمریکایی های اسپانیایی تبار می گویند با تبعیض در مراکز مراقبت های بهداشتی مواجه می شوند و ۱۷ درصد هم عنوان می کنند به دلیل تبعیض مورد انتظار، از مراجعه به مراقبت های پزشکی خودداری می کنند. گزارش های وزارت بهداشت آمریکا نشان می دهد آسیب هایی که آمریکایی های اسپانیایی تبار با آن مواجه می شوند می تواند بیشتر به پیامدهای منفی سلامتی که از تجربه نژادپرستی و تبعیض توسط اقلیت ها سرچشمه می گیرد، بیفزاید.



سجاد مرادی

روزنامه نگار

## برای اولین بار در سال ۱۹۱۷ روزولت

## رئیس جمهور وقت آمریکا

## تلاش هایی برای ایجاد

## یک سیستم

## بیمه ملی

## داشت اما به

## علت مخالفت

## انجمن پزشکی

## آمریکا و سایر

## ذی نفعان

## متوقف شد

## خبر



## پایان رونق مشاغل در انگلیس

کارشناسان هشدار داده اند بازار کار در انگلیس که از زمان شروع بهبود اقتصاد پس از همه گیری کرونا و پایان قرنطینه سرزنده شده، احتمالاً با یک چرخش منفی روبه رو خواهد شد. رئیس مرکز کارپایی انگلیس گفت: «رونق مشاغل که شش ماه پس از همه گیری کرونا آغاز شد، احتمالاً اکنون به پایان می رسد». هرچند هنوز ما شاهد کاهش بیکاری هستیم و تعداد زیادی شغل خالی وجود دارد که صاحبان کسب و کار آنها را تبلیغ می کنند تا نیروی کار مناسبی جذب نمایند، اما بنا به گفته رئیس مرکز کارپایی انگلیس «سؤال این است که بعد از این چه اتفاقی خواهد افتاد؟ آیا رکود شغلی رخ خواهد داد؟»

اگرچه نرخ بیکاری در سه ماه منتهی به ژوئیه (تیر) ۳.۶ درصد کاهش داشت (پایین ترین میزان از سال ۱۹۷۴) اما نرخ اشتغال و تعداد مشاغل خالی نیز کاهش یافته و افزایش دستمزدهای معمولی نیز با افزایش هزینه های زندگی همراه نیست. در حال حاضر فشار بر دستمزدها همچنان پابرجاست و افزایش دستمزدها، کمتر از میزان افزایش تورم در انگلیس است. با در نظر گرفتن افزایش قیمت ها و تورم، ارزش حقوق معمولی در این سه ماه ۲.۸ درصد کاهش یافته.

تورم همچنان در بالاترین حد خود در ۴۰ سال گذشته قرار دارد (۱۰.۱ درصد) و شکاف مداوم بین رشد دستمزد بخش خصوصی و دولتی نیز قابل مشاهده است. متوسط رشد حقوق منظم برای بخش خصوصی در ماه مه تا ژوئیه (اردیبهشت تا تیرماه) ۳ درصد بود، در حالی که برای بخش دولتی دو درصد محاسبه شده است. نرخ اشتغال در انگلیس نیز به ۷۵.۴ درصد کاهش یافته که نسبت به دوره سه ماهه قبل کاهش اندکی است و این نشانه تأثیر نامطلوب اقتصاد ضعیف بر بازار کار است.

اکنون تعداد افراد دارای شغل همچنان بالاست و نرخ بیکاری به کمترین میزان خود در نزدیک به نیم قرن گذشته رسیده اما نشانه هایی از تغییر وضعیت دیده نمی شود. نخست، نرخ پایین بیکاری واقعاً ارتباطی با رونق مشاغل ندارد، بلکه بیشتر منعکس کننده تعداد کمتر افرادی است که فعالانه به دنبال کار هستند. همچنین به رغم کندی رشد اقتصاد، تعداد مشاغل خالی همچنان بالاست و کمبود نیروی کار به نوبه خود کسب و کارها را مهار می کند؛ به ویژه می تواند به این معنا باشد که تورم برای مدت طولانی تر و به میزان بالاتری باقی خواهد ماند.

تونی ویلسون مدیر مؤسسه مطالعات اشتغال در لندن، هشدار داد که «شرکت ها به سادگی نمی توانند کارگرانی را برای پر کردن مشاغل خود پیدا کنند. این امر مانع رشد اقتصادی شده، اما تورم را نیز بالا می برد، به طوری که رشد دستمزد در بخش خصوصی اکنون بالای شش درصد است و این امر به افزایش قیمت ها کمک می کند». مسأله عرضه پایین نیروی کار فشار مخربی بر اقتصاد این کشور داشته و شرکت هایی که با بازار کار بسیار فشرده ای مواجه اند هم اکنون در حال کاهش میزان رشد اقتصادی و توان سرمایه گذاری خود هستند.