

پوشش همگانی سلامت: ضروری، اما ناکافی

پوشش همگانی سلامت بر یک اصل ساده بنا شده است: هر انسان، در هر نقطه از جهان، باید بتواند بدون ترس از گرفتار شدن در مشکلات مالی، به خدمات سلامت مورد نیاز خود دسترسی داشته باشد. در طول تاریخ، جوامع به این درک رسیده‌اند که سلامت یک مسئولیت جمعی است-از مرخصی استعلاجی با حقوق در مصر باستان، تا نظام بیمه اجتماعی بیسمارک در آلمان قرن نوزدهم، و فراخوان قاطع «بیانیه آلماتا» در سال ۱۹۷۸ میلادی. این اصل در اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ میلادی گنجانده شد و دولت‌ها متعهد شدند تا سال ۲۰۳۰ میلادی پوشش خدمات سلامت را گسترش دهند و از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت محافظت کنند. امروز، پوشش همگانی سلامت به‌عنوان چشم‌انداز اصلی نظام‌های سلامت کشورها شناخته می‌شود: تعهدی جهانی برای برابری، حمایت و دسترسی همگانی.

با این حال، عملی کردن این وعده بسیار دشوارتر از آن چیزی است که به‌نظر می‌رسد. پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت با دو شاخص سنجیده می‌شود: پوشش خدمات سلامت (هدف ۳٫۸٫۱ اهداف توسعه پایدار) و دشواری مالی ناشی از هزینه‌های سلامت (هدف ۳٫۸٫۲ اهداف توسعه پایدار). گزارش پایش جهانی سال ۲۰۲۵ میلادی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۳ میلادی حدود ۴٫۶ میلیارد نفر از خدمات سلامت ضروری محروم بوده‌اند و در سال ۲۰۲۲ میلادی حدود ۲٫۱ میلیارد نفر با دشواری مالی ناشی از هزینه‌های سلامت روبه‌رو شده‌اند. این شاخص‌ها برای پاسخ‌گویی اهمیت دارند، اما همیشه تصویر کامل را نشان نمی‌دهند. پشت هر عدد، انسانی قرار دارد که درمان را به تعویق می‌اندازد، پدری که میان خرید دارو و پرداخت اجاره یکی را انتخاب می‌کند، یا کودکی که واکسن‌هایش را دریافت نمی‌کند. تنها پنج سال تا ۲۰۳۰ میلادی باقی مانده و شکاف میان آرزو و واقعیت در حال افزایش است. اینجاست که پارادوکس پوشش همگانی سلامت آشکار می‌شود: اینکه هم کم می‌طلبند و هم زیاد می‌طلبند.

اگر پوشش همگانی سلامت به‌صورت محدود تفسیر شود، خطر آن وجود دارد که به رویکردی بیش از حد فنی و خشک تبدیل شود. پیشرفت کشورها در مسیر پوشش همگانی سلامت یکسان نیست و هر جامعه آن را تحت تأثیر تاریخ، سیاست و شرایط محلی خود تجربه می‌کند؛ هیچ نسخه واحد و فراگیری برای موفقیت وجود ندارد. علاوه بر این، شاخص‌های پوشش همگانی سلامت تنها بخشی از واقعیت را بازتاب می‌دهند: آن‌ها بر پوشش خدمات و حفاظت مالی تمرکز دارند، اما بسیاری از ابعاد گسترده‌تر سلامت را که قابل اندازه‌گیری نیستند یا از دید پنهان می‌مانند نادیده می‌گذارند. سلامت مردم به عواملی بسیار فراتر از مراکز ارائه خدمات سلامت وابسته است؛ طراحی شهری، چگونگی تولید و عرضه مواد غذایی، شیوه تولید انرژی و سیاست‌های محیط‌زیستی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری پیامدهای سلامت دارند. در گزارش کمیسیون لنست درباره سلامت جمعیت پس از همه‌گیری کووید-۱۹، سه تهدید هم‌گرا شناسایی شده است (بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های عفونی و تخریب محیط‌زیست) که عمدتاً از عواملی خارج از بخش سلامت ناشی می‌شوند. این تهدیدها بیشترین فشار را بر کسانی وارد می‌کنند که کمترین قدرت و کمترین منابع را دارند. اگر با عوامل ریشه‌ای و بالادستی مقابله نشود، این خطر وجود دارد که پوشش همگانی سلامت فقط دسترسی ایجاد کند، بدون آن که واقعاً سلامت بهتر شود.

پوشش همگانی سلامت یک آرمان اخلاقی ضروری است، اما پیگیری کامل و هم‌زمان آن می‌تواند غیرعملی به نظر برسد. کمک‌های خارجی برای سلامت رو به کاهش است و بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط با بودجه‌های داخلی ثابت یا رو به کاهش مواجه‌اند؛ وضعیتی که آن‌ها را مجبور به انتخاب‌های دشوار درباره آنچه باید تأمین مالی شود و آنچه باید کنار گذاشته شود، می‌کند. بسته‌های خدمتی که همه چیز را وعده می‌دهند، در خطر آن هستند که تقریباً هیچ ارائه نکنند—و نیروی انسانی، بودجه و زنجیره‌های تأمین را بیش از حد تحت فشار قرار می‌دهند. واقعیت‌های سیاسی از چرخه‌های انتخاباتی گرفته تا اولویت‌های رقابتی و ضعف حکمرانی، اجرای مداخلات را بیشتر محدود می‌کنند. بدون اولویت‌بندی روشن‌تر، این خطر وجود دارد که پوشش همگانی سلامت بیش از آنچه قابل تحقق است را مطالبه کند.

پس چگونه می‌توان با وجود منابع محدود، پیشرفت معنادار ایجاد کرد؟ گزارش کمیسیون سلامت جهانی ۲۰۵۰ نشان می‌دهد که تمرکز راهبردی ظرفیت بزرگی دارد. تمرکز بر تنها ۱۵ وضعیت اولویت‌دار—هشت بیماری عفونی و مشکلات سلامت مادران، و هفت بیماری غیرواگیر و آسیب‌ها—می‌تواند تا سال ۲۰۵۰ میلادی تعداد مرگ‌های زودرس را به نصف کاهش دهد. یک رویکرد گام‌به‌گام به ارائه خدمات سلامت به دولت‌ها اجازه می‌دهد ظرفیت‌های اصلی را ایجاد کنند و به تدریج پوشش خدمات سلامت را گسترش دهند. تأمین مالی عمومی برای داروهای ضروری، واکسن‌ها، آزمایش‌های تشخیصی و سایر اقلام کلیدی می‌تواند ارائه مداخلات با اولویت بالا را هدایت کند؛ این اقدامات باید با سیاست‌های بین‌بخشی مانند کنترل دخانیات—قدرتمندترین ابزار برای کاهش مرگ‌های قابل پیشگیری—و تقویت آمادگی برای همه‌گیری‌ها همراه شود. کمک‌های توسعه‌ای نیز باید ظرفیت ملی کشورهای فقیرتر و کالاهای عمومی جهانی را تقویت کند. مجموعه این توصیه‌ها نشان می‌دهد که دستاوردهای سلامت قابل توجه و عادلانه، مدت‌ها پیش از تحقق کامل پوشش همگانی سلامت امکان‌پذیر است.

پوشش همگانی سلامت همچنان یک تعهد اخلاقی مهم باقی می‌ماند: هیچ انسانی نباید از دریافت مراقبت‌های سلامت محروم شود یا به دلیل هزینه آن دچار فقر شود. در ششم دسامبر [سال ۲۰۲۵ میلادی]، رهبران جهان در یک نشست عالی‌رتبه در توکیو گرد هم آمدند تا مجدداً بر تعهد خود به این هدف تأکید کنند و سرعت پیشرفت را افزایش دهند. در این نشست همچنین «مرکز دانش پوشش همگانی سلامت» راه‌اندازی شد تا به تقویت ظرفیت کشورها و همکاری بین وزارتخانه‌های بهداشت و دارایی کمک کند. این‌ها ابتکارات ارزشمندی هستند. با این حال، پوشش همگانی سلامت به‌تنهایی نمی‌تواند نظام‌های سلامت تاب‌آور یا سلامت پایدار جامعه را تضمین کند. هدف این نیست که این مفهوم را بی‌پایان گسترش دهیم، بلکه باید آن را بر اولویت‌هایی استوار کنیم که نظام‌های سلامت را تقویت کرده و سلامت جامعه را بهبود می‌بخشند.