

کنترل هزینه در بخش بهداشت و درمان

مقدمه

در این فصل برای درک دقیق مفهوم کنترل هزینه، ترجمه فصل هشتم کتاب **Understanding**

Health Policy: A Clinical Approach با عنوان "کنترل هزینه دردناک در مقابل کنترل

هزینه بدون درد^۱ ارائه گردیده است. این فصل، مسائل و مشکلات ناشی از افزایش هزینه ها در بخش بهداشت و درمان ایالات متحده امریکا همراه با ذکر مثال هایی شفاف در این زمینه و استراتژی های نوین در کنترل این هزینه ها را مطرح می سازد. هر چند این مباحث مربوط به کشور امریکا می باشد ولی دانستن آنها برای برنامه ریزان، سیاست گذاران و مدیران اجرایی بخش بهداشت و درمان کشور ما ضروری می باشد. در این فصل، در ابتدا بحث کنترل هزینه دردناک و بدون درد در غالب یک مدل که رابطه بین هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی و منافع حاصل از آن را بر حسب پیامدهای بهداشتی تشریح می کند، توضیح داده میشود. سپس شیوه های عمومی مختلف برای محدود کردن هزینه و امکان استفاده از آنها بصورت "بدون درد" بحث خواهد شد.

رشد مخارج بهداشتی و درمانی در ایالات متحده

آقای دکتر جاشوا ورسی رئیس بخش نورولوژی (اعصاب) یک سازمان بزرگ حافظ

سلامت یا HMO^۲ مدل پرسنلی می باشد و به عنوان نماینده پزشکان در کمیته اجرایی HMO

¹ Painful versus Painless Cost Controls

² Health Maintenance Organization(HMO)

حضور دارد. دیگر اعضای کمیته اجرایی شامل مدیر عامل بیمارستان و مدیر عامل طرح HMO، نمایندگان کادر پرستاری و دیگر پرسنل و اعضای هیأت رئیسه مصرف کنندگان HMO می باشند. اخیراً یک طرح بهداشتی ملی وضع شده است که کنترل هزینه های سرپرستی (قیمومیت) را تحمیل می کند. بودجه HMO در سالی که در پیش روست (سال آینده) در سطح بودجه سال جاری ثابت خواهد بود. در سالهای گذشته رشد سالانه بودجه HMO به طور متوسط ۱۲ درصد بوده است.

مدیر عامل طرح HMO جلسه کمیته را با نالیدن شروع کرد، "این کاهش ها در بودجه شدید است! برای مقابله با این محدودیت های بودجه مجبوریم تا از تعداد کارمندان بکاهیم و تکنولوژی های نجات بخش را سهمیه بندی کنیم. بیماران متضرر خواهند شد. یکی از نمایندگان مصرف کنندگان پاسخ داد، "ما همگی می دانیم که سیستم ما متورم است. چند روز قبل در روزنامه مقاله ای در خصوص عمل جراحی کمر چاپ شده بود. در این مقاله نوشته شده بود که عمل جراحی کمر در شهر ما ۲ برابر میانگین کشور است. اگر ما قصد داریم در خصوص کاهش هزینه ها صحبت کنیم شاید، لازم باشد ابتدا از حقوق شما و تعداد مدیرانی که در اینجا کار می کنند شروع کنیم. من مطمئن نیستم بیماران متضرر شوند زیرا ما نوعی از محدودیت های معقولانه ای را در مخارج می پذیریم که در بیشتر کشورها نیز وجود دارند."

دکتر ورسی بیشتر وقت جلسه را ساکت بود. او از خودش می پرسید: آیا حق با مدیر عامل است؟ آیا کاهش هزینه قطعاً فرآیند دردناکی است که بیماران ما را از خدمات بهداشتی ارزشمند محروم می کند؟، "آیا ما می توانیم از منابع موجود بهتر استفاده کنیم؟ آیا

راهی وجود دارد که HMO ها بتوانند این کنترل های هزینه را بصورتی نسبتاً بدون درد اجرا

کنند به طوری که سلامتی بیماران هم مد نظر قرار گیرد؟ کمیته با توجه به درایت و خردمندی

دکتر ورسی، او را به عنوان رئیس کارگروه HMO منصوب کرد تا یک استراتژی کنترل هزینه

را برای دستیابی به حقایق بودجه ای جدید، ارائه نماید.

نگرانی ها در مورد افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی بر سیاست بهداشتی ایالات متحده

حاکم می باشد. به طوریکه دیگر نگرانی های (مسائل) سیاستی موجود در بخش بهداشت – فقدان پوشش

مناسب بیمه و دسترسی ناکافی به مراقبت های بهداشتی و درمانی برای ده میلیون نفر از مردم – تا حدودی به

مشکل افزایش هزینه ها نسبت داده می شود. تورم موجود در بخش بهداشت و درمان ، دستیابی به پوشش بیمه

بهداشتی و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را برای بسیاری از خانواده ها و کارفرمایان با مشکل مواجه

ساخته است.

در سالهای اخیر تورم موجود در بخش بهداشت و درمان ایالات متحده مورد توجه پرداخت کنندگان های

خصوصی و دولتی در این کشور قرار گرفته و استراتژی های جدیدی را که در صدد مهار رشد هزینه ها می

باشد، پیشنهاد نموده اند: روش هایی از قبیل شیوه های نوین برای بازنگری بهره برداری (استفاده) خدمات ،

تشویق عضویت در HMO ها ، تدبیر سیستم های گروه تشخیصی وابسته یا DRG³ و دیگر اصلاحات در

سیستم پرداخت ها برای ارائه کنندگان خدمات و مجموعه ای از دیگر ابزارها. تا اخیراً، این شیوه ها اثر قابل

توجهی روی نرخ رشد هزینه های بهداشتی و درمانی در ایالات متحده نداشته است. سرانه مخارج بهداشتی و

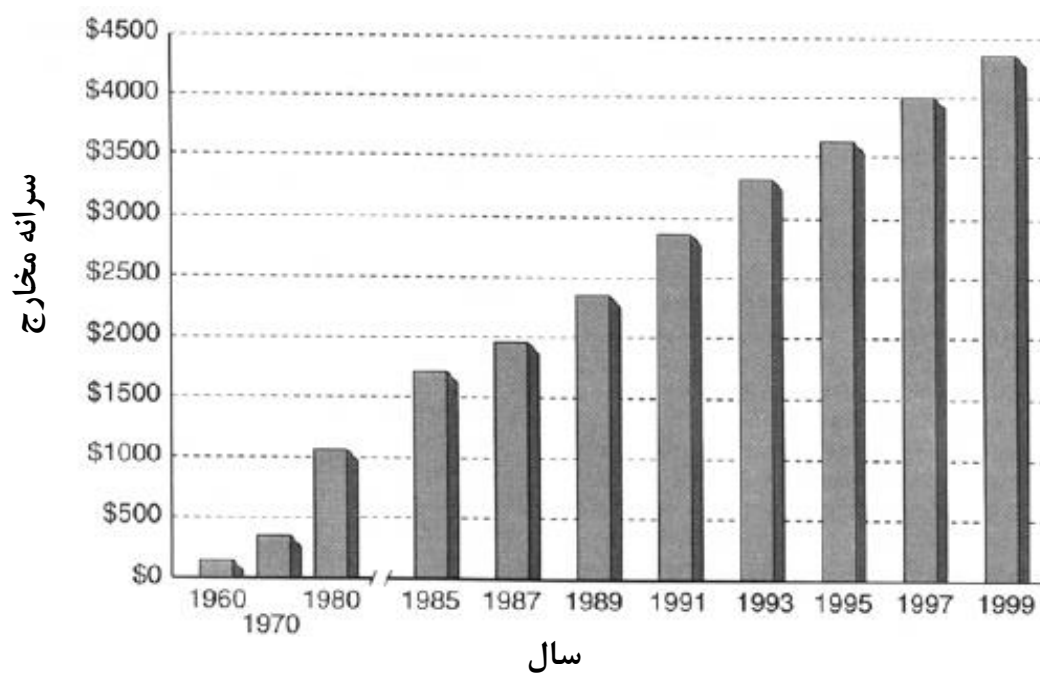
درمانی ملی ایالات متحده بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ چهار برابر شده است یعنی سرانه ای در حدود ۱۰۰۰ دلار

³ Diagnosis Related Group(DRG)

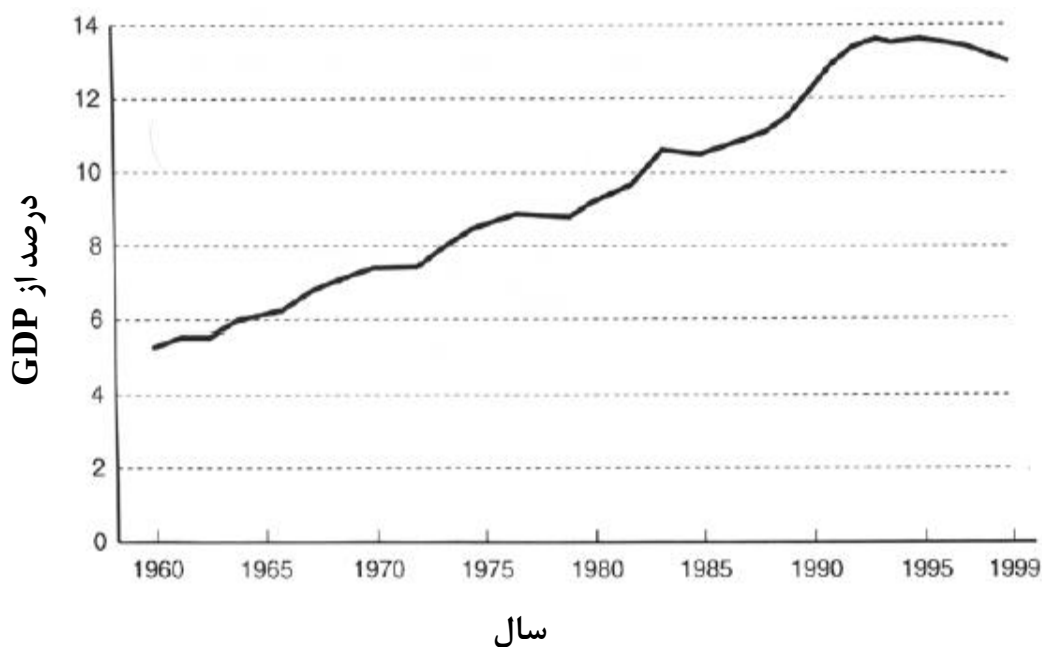
به ۴۰۰۰ دلار رسیده است (نمودار ۱۲-۱). همچنین درصد مخارج بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی (GDP) از ۸/۹ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۱۳ درصد در سال ۱۹۹۹ رسیده است (نمودار ۱۲-۲). نرخ تورم مراقبت های بهداشتی و درمانی در اواخر دهه ۱۹۹۰ تا حدودی پائین آمده است. حتی بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۹ درصد مخارج بهداشتی و درمانی از GDP کاهش یافته است. به هر حال این کاهش عمدتاً به رشد اقتصادی یکباره و قابل توجه ایالات متحده در این دوره بود که رشد سریعی را در GDP کلی این کشور بوجود آورد به طوری که این نرخ رشد از میانگین نرخ رشد سرانه مخارج بهداشتی و درمانی فراتر رفت.

در سال ۲۰۰۰، مشخص شد که تورم شدید مراقبت های بهداشتی و درمانی بازگشته است. مخارج بهداشتی و درمانی ملی به بیش از ۸ درصد از ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ رسید و پیش بینی می شود که درصد مخارج بهداشتی و درمانی از GDP به ۱۴ درصد در سال ۲۰۰۲ افزایش یابد (Heffler et al , 2001).

ارائه کنندگان مراقبت های بهداشتی و درمانی پی خواهند برد که آنها در عصری هستند که منابع محدودند و بنابراین باید خود را با این شرایط وفق دهند. همانند دکتر ورسی، پزشکان و دیگر ارائه دهندگان مراقبت نیاز دارند تا در مورد این موضوع به تفکر پردازند که چگونه اعمال محدودیت ها روی رشد مخارج بهداشتی و درمانی، ممکن است روی سلامتی بیماران تأثیر بگذارند. آیا باید کنترل هزینه لزوماً "دردناک" باشد، که منجر به جیره بندی خدمات سودمند شود؟ یا آیا مسیر "بدون درد" برای محدود کردن هزینه ها وجود دارد که بوسیله حذف درمان های غیرضروری و مخارج اداری قابل دستیابی است؟



نمودار ۱۲-۱: سرانه مخارج بهداشتی و درمانی ایالات متحده



نمودار ۱۲-۲: درصد مخارج بهداشتی و درمانی ایالات متحده از GDP آن کشور

هزینه های مراقبت بهداشتی و درمانی و پیامدهای آنها

دکتر ورسی قبل از ورود به دانشکده پزشکی ، در سپاه سلامت^۴ در یک منطقه دور افتاده در آمریکای مرکزی کار می کرد. در ابتدای ورود او به آن منطقه ، نرخ مرگ و میر نوزادان (IMR)^۵ بسیار بالا و مرگ و میرهای ناشی از عفونت معده و روده نیز بالا بود. دکتر ورسی در ایجاد یک سیستم فاضلاب مناسب و منابع آب پاکیزه برای آن منطقه ، همچنین اجرای برنامه ORS نوزادان مشارکت کرد. پس از گذشت ۲ سال اقامت دکتر ورسی در آن منطقه ، نرخ مرگ و میر نوزادان نزدیک به ۲۵ درصد کاهش یافته بود. هزینه کل برنامه برای هر نفر ۱۵ سنت بالغ شد که توسط سازمان بهداشت جهانی پرداخت گردید.

شرایط برای دکتر ورسی به عنوان یک متخصص اعصاب (در ایالات متحده) بسیار سخت شده است. در پنج سال گذشته ، بالغ بر یک دوجین MRI در شهری که HMO او قرار دارد، راه اندازی شده است. جمعیت این شهر حدود ۸۰۰ هزار نفر می باشد. دکتر ورسی متوجه شده است که تصاویری که MRI ارائه می دهد بهتر از تصاویر سی تی اسکن می باشد و باعث می شود که با دقت بیشتری شرایطی مانند سکته قلبی را در مراحل اولیه آن تشخیص دهد. او مطمئن نیست که آیا این تصاویر عالی همیشه نتایج عالی برای این بیماران فراهم خواهد کرد یا نه؟

از دیدگاه جامعه ، ارزش مخارج مراقبت های بهداشتی و درمانی در خرید سلامتی بهتر برای جامعه می باشد. مفهوم " سلامتی بهتر " بسیار وسیع می باشد که مفاهیمی از قبیل طول عمر و کیفیت زندگی بهبود یافته ، کاهش نرخ های مرگ و میر و بیماری حاصل از بیماری های خاص ، تسکین درد ، افزایش توانایی برای فعالیت

^۴ Peace Corps

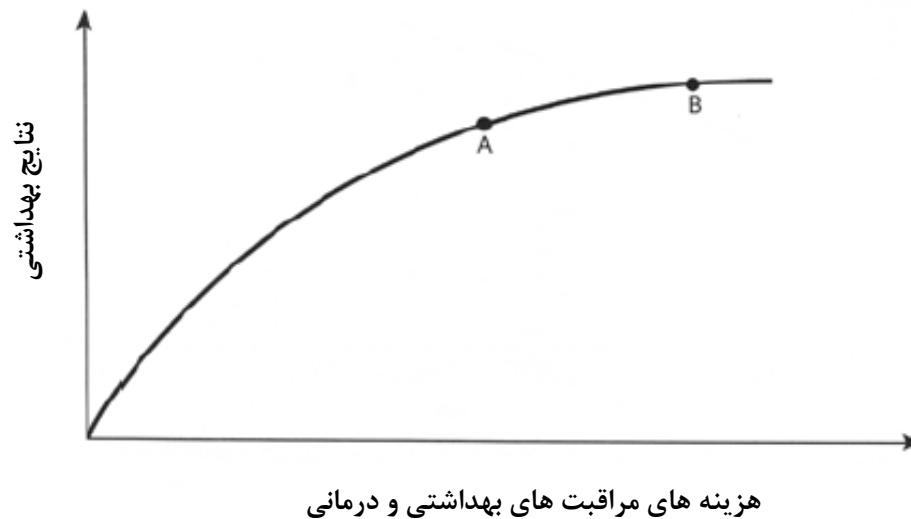
^۵ Infant Mortality Rate

مستقل روزانه برای افراد با بیماری های مزمن و کاهش ترس از بیماری و مرگ را در بر می گیرد. بنابراین اهمیت دارد که بدانیم آیا سرمایه گذاری منابع بیشتر در مراقبت های بهداشتی و درمانی پیامدهای بهداشتی بهبود یافته برای جامعه به بار می آورد و اگر چنین است ، چه مقدار از پیشرفت در پیامدها را می توان به مقدار منابع سرمایه گذاری شده نسبت داد.

نمودار ۱۲-۳: که توسط رابرت ایوانز (۱۹۸۴) ترسیم شده است ، رابطه تئوریک بین منابع ورودی مراقبت های بهداشتی و درمانی و پیامدهای مراقبت های بهداشتی و درمانی را نشان می دهد. در ابتدا ، زمانی که منابع مراقبت های بهداشتی و درمانی افزایش می یابند ، این پیامدها بهبود می یابند اما در یک سطح خاص ، شیب نمودار کاهش می یابد ، که نشان می دهد که افزایش سرمایه گذاری ها در مراقبت های بهداشتی و درمانی منافع نهایی را به مقدار کمتری افزایش می دهد. براساس تجربه دکتر ورسی ، منطقه آمریکای مرکزی که او در آنجا کار می کرد روی شیب تند این نمودار هزینه-منفعت قرار دارد؛ یعنی یک سرمایه گذاری کوچک منابع برای ایجاد امکانات آب بهداشتی و سالم و مدیریت برنامه ORS (آب درمانی) پیشرفت های برجسته ای در سلامتی به همراه دارد. از طرف دیگر ، خرید MRI برای جایگزینی CT اسکن نشان می دهد که سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی روی قسمت مسطح نمودار قرار دارد؛ یعنی سرمایه گذاری های وسیع منابع برای خرید تکنولوژی های جدید ممکن است پیشرفت های بسیار کم (حاشیه ای) و سخت قابل اندازه گیری در سلامتی کلی جامعه ایجاد کند.

طبیعتاً ، مداخلات درمانی مختلف روی قسمت پر شیب نمودار (واکسیناسیون کودکان) یا روی قسمت مسطح نمودار (طولانی کردن پر هزینه زندگی یک نوزاد آنانسفالیک) قرار دارند. نمودار نشان داده شده در **نمودار ۱۲-۳** ممکن است در مجموع به عنوان نمودار هزینه-منفعت کل یک سیستم بهداشتی و درمانی در نظر

گرفته شود. این سیستم ممکن است یک سیستم ملی یا یک واحد کوچکتر از قبیل HMO با جمعیت تحت پوشش آن باشد.



نمودار ۱۲-۳: مدل نظری هزینه ها و نتایج بهداشتی. حرکت از نقطه A به سمت نقطه B

روی نمودار نشاندهنده هزینه های بیشتر و نتایج بهتر می باشد.

در مجموع، اکنون سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی ایالات متحده در قسمت مسطح نمودار فعالیت

می کند. حال فرض می کنیم که سیستم HMO دکتر ورسی در نقطه A روی نمودار ۱۲-۳ می باشد و میانگین

مراقبت های بهداشتی و درمانی HMO به ازای هر عضو آن با سرانه هزینه کلی مراقبت های بهداشتی و درمانی

در ایالات متحده برابر است (تقریباً ۴۴۰۰ دلار در سال ۱۹۹۹).

اگر یک سیاست جدید لازم الاجرا برای محدود کردن هزینه ، HMO را مجبور کند تا مخارج خود را

به جای افزایش سالانه و حرکت به سمت نقطه B در نقطه A ثابت نگه دارد ، بنابراین شکل ۳-۸ نشان می دهد

که HMO برابر با فاصله بین نقاط A و B روی محور عمودی ، بهبود سلامتی اعضای خود را فدا می کند.

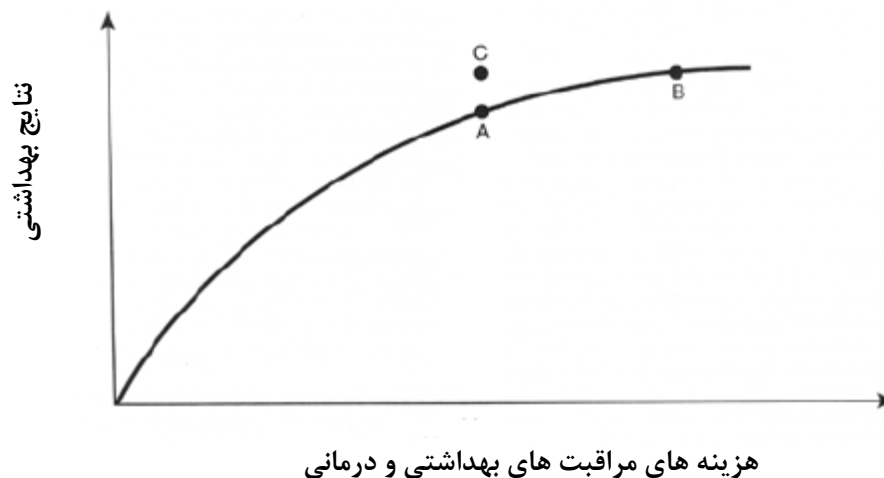
چنین تحلیلی دیدگاه افرادی که می گویند محدود کردن هزینه ها نیازمند انتخاب های دردناکی است که روی سلامتی جامعه تأثیر می گذارند ، را تأیید می کند. از طرفداران شدید این دیدگاه آیرن و شوارتز^۶ (۱۹۹۰ و ۱۹۸۴) می باشند که شرح داده اند که محدود کردن هزینه به عنوان یک " نسخه دردناک " می باشد که نیازمند جیره بندی مراقبت های سودمند می باشد. در نمودار ۱۲-۳ ، فاصله بین نقاط A و B روی محور Y می سنجند که چه مقدار " درد " با تصمیم محدود کردن مخارج در نقطه A به جای پیشرفت به سمت نقطه B همراه می باشد. البته قابل ذکر است که درجه ای از " درد " جزء لاینفک نمودار می باشد. چنانچه اوانز (۱۹۸۴) خاطر نشان می کند: "اگر شیب نمودار مثبت است، پس در دنیایی که منابع محدود هستند ، وجود نیازهای بدون پاسخ اجتناب ناپذیر می باشد". مهم نیست که ما کجای روی نمودار قرار داریم ، بلکه همیشه این امر صادق است که ما می توانیم کمی بهتر عمل کنیم اگر ما بیشتر خرج می کردیم.

در نمودار ۱۲-۳ ، فاصله بین نقاط A و B روی محور Y کوچک و شیب نمودار در روی این نقاط نسبتاً مسطح می باشد. اما دوباره اطمینان دادن ها در مورد درد نسبتاً ملایم کنترل هزینه موجب تردید پزشکان جهت اقدام برای بیماران می شود. درد کم لزوماً به معنای بدون درد نمی باشد ، چنانچه دکتر فوچز (۱۹۹۳) اظهار می دارد که داروی " دارای مزیت کم " یک داروی " بدون مزیت " نمی باشد.

قبل از اینکه بخاطر دردناک بودن قطعی محدود کردن هزینه مأیوس شویم ، اجازه بدهید تا بعد جدیدی از کارآیی را بیان کنیم. ما می توانیم نقطه ای مانند C روی نمودار ترسیم کنیم (نمودار ۱۲-۴) که در آن مخارج مشابه نقطه A می باشد و ستاده ها (نتایج) آن بالاتر است. چگونه می توان نقطه C را که خارج از نمودار است توجیه کرد؟

^۶Aaron & Schwartz

حرکت به سمت نقطه C مستلزم انتقال نمودار (نمودار ۵-۱۲)، وجود یک رابطه جدید و کاراتر بین هزینه ها و پیامدهای بهداشتی و درمانی می باشد (Donabedian , 1988). شیوه های متعددی برای رسیدن به کارآیی بیشتر وجود دارند. برای مثال از هر ۴ زایمان در ایالات متحده، یک زایمان با استفاده از سزارین صورت می گیرد، یعنی یک میزانی نزدیک به ۲ برابر بیشتر از دیگر کشورهای صنعتی غربی. مطالعات متعدد مشخص کرده اند که میزان های بالای عمل سزارین در ایالات متحده به هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی می افزاید، بدون اینکه پیامد کلی تولد^۷ یا دوران نوزادی^۸ را بهبود بخشد. با کاهش تعداد عمل های سزارین غیر ضروری می توان بیش از یک میلیارد دلار در هزینه های جراحی و روزهای بستری بیمارستان بعد از وضع حمل، صرف جویی کرد و همزمان کیفیت مراقبت های دوران زایمان را بهبود بخشید (Stafford, 1990).

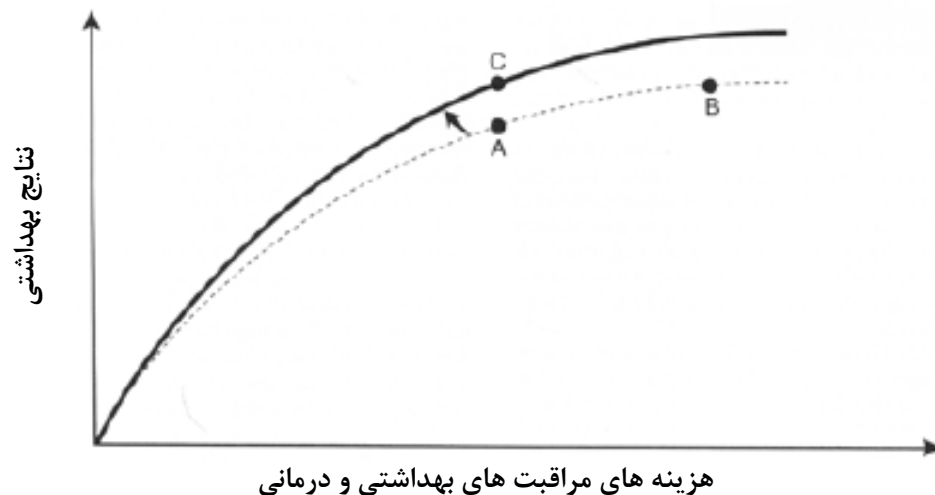


⁷ Neonatal

⁸ Maternal

نمودار ۱۲-۴: انتقال نمودار. نقطه C دستیابی به نتایج بهداشتی بهتر، بدون افزایش هزینه

را نشان می دهد.



نمودار ۱۲-۵: انتقال نمودار. انتقال نمودار نشاندهنده حرکت به سمت یک رابطه کارا

بین هزینه ها و نتایج بهداشتی می باشد.

در بقیه این فصل ما به طور مفصل شیوه های مختلفی که گروه کاری کنترل هزینه دکتر ورسی می توانند

مورد توجه قرار بدهند، از قبیل کاهش جراحی های غیرضروری، به منظور دستیابی به "نتایج یا حاصل"^۹

بهداشتی بیشتر از "منابع صرف شده" مراقبت های بهداشتی. قبل از پرداختن به این بحث، لازم است سه فرض

را در مورد این مدل از هزینه ها و پیامدها بیان کنیم.

۱- اولین فرض ضمنی در این مدل این است که پیامد مورد نظر به جای سلامتی هریک از بیماران به طور

منفرد، مجموع سلامتی جامعه در نظر گرفته شده است. اخیراً برخی نویسندگان این نیاز را برای پزشکان برای

^۹ Bang

^۱ Buck

گسترش دیدگاهشان در خصوص در نظر گرفتن سلامتی عموم جامعه ، همچنین تمرکز سنتی محدودتر روی ارائه بهترین مراقبت های ممکن برای هریک از بیمارانشان تأکید کرده اند (Eddy, 1991 ; Greenlick, 1992).

مدل جامعه محور هزینه ها و پیامدها که در نمودارهای ۱۲-۳ تا ۱۲-۵ به تصویر کشیده شده اند، ممکن است با برخی از تجارب پزشکان در مراقبت از یک بیمار خاص سازگار نباشد. در سطح یک بیمار منفرد، پیامد ممکن است از قانون همه یا هیچ پیروی کند (برای مثال ، در صورتی که بیمار تحت عمل جراحی قرار گیرد، زنده خواهد ماند ولی اگر عمل نشود فوت خواهد کرد) و به آسانی نمی توان بوسیله نمودارها و شیب آنها در مورد پیامدها قضاوت کرد. نمودار به جای تمرکز روی یک مداخله یا بیمار خاص ، در مجموع تلاش می کند تا عملکرد کلی یک سیستم بهداشتی و درمانی را در خصوص جمعیت تحت پوشش آن نشان دهد.

۲- این مدل فرض می کند که کمی کردن سلامت در سطح جامعه امکان پذیر می باشد. به طور سنتی وضعیت سلامتی در این سطح به طور نسبتاً خام و از طریق آمارهای حیاتی از قبیل امید به زندگی و میزان مرگ و میر نوزادان سنجیده می شود، است. در حالیکه شاخصی مثل میزان های مرگ و میر نوزادان ممکن است روش مناسب برای ارزیابی اثر مراقبت های بهداشتی و برنامه های بهداشت عمومی در مناطق روستایی آمریکای مرکزی می باشد. برخی تحلیل گران در استفاده از چنین شاخص های ساده و خام برای سنجش صحیح اثر خدمات بهداشتی و درمانی در جوامع ثروتمند صنعتی تردید دارند. در کشورهای مذکور ، بیشتر مراقبت های بهداشتی و درمانی روی پیامدهای بهداشتی " ملایم تر " از قبیل بهبود وضعیت عملکرد اعضای بدن و کیفیت زندگی در افراد دارای بیماری مزمن متمرکز می باشد (جنبه هایی که پایش آنها در سطح جمعیت نسبت به میزان های مرگ و میر و آمارهای حیاتی مرتبط ، مشکلتر می باشد). از طرف دیگر در نظر گرفتن مقیاسی روی محور

Y نمودارهای ۱۲-۳ تا ۱۲-۵ که بتواند هم اثرات کنترل اسهال را در یک جمعیت فقیر و هم وجود دستگاه های

اضافی MRI را در یک شهر ایالات متحده را نشان بدهد مشکل می باشد.

۳- موقع ارزیابی سلامتی جامع ، جدا کردن اثرات مراقبت های بهداشتی و درمانی روی سلامت جامعه از

اثرات عوامل اجتماعی اساسی از قبیل فقر ، تحصیلات ، سبک زندگی و همبستگی اجتماعی (به فصل سوم

مراجعه کنید) مشکل می باشد.

سوسر (۱۹۹۳) یک طبقه بندی ارائه کرده است که در آن او مراقبت های پزشکی را به عنوان "

اقدامات بالینی و درمانی که متخصصین بخش بهداشت و درمان و سیستم های پزشکی برای بیماران فراهم می

کنند" تعریف کرده است. مراقبت های بهداشتی و درمانی از مراقبت های پزشکی بعلاوه " اقدامات پیشگیرانه و

بهداشت عمومی " تشکیل می شود. سرانجام وضعیت سلامتی یک جامعه نه تنها بوسیله مراقبت های بهداشتی و

درمانی مشخص می شود بلکه دیگر عوامل تأثیرگذار مانند استاندارد زندگی و فرهنگ نیز باید در نظر گرفته

شوند. ما در بحث از کنترل هزینه ، فرض می کنیم نمودارهای ترسیم شده در نمودارهای ۱۲-۳ تا ۱۲-۵ به

عنوان نماینده کارکردهای سیستم بهداشت و درمان (شامل بهداشت عمومی) می باشند.

بنابراین ما واژه پیامدهای بهداشتی - واژه ای که آن جنبه های وضعیت بهداشتی که مستقیماً تحت تأثیر

مراقبت های بهداشتی و درمانی می باشند را ارزیابی می کند- را برای شرح محور Y استفاده می کنیم. به طور

متقابل ، محور X ، مخارج صرف شده برای خدمات بهداشتی و درمانی رسمی را نشان می دهد.

قیمت ها و مقادیر

¹ Susser

ما نشان داده ایم که از نظر تئوری کنترل هزینه بدون درد ممکن می باشد. اما آیا در دنیای واقعی ، بهبود کارآیی امکان پذیر می باشد؟ گروه کاری دکتر ورسی چه استراتژی هایی می تواند برای حرکت HMO از نقطه A به نقطه C روی نمودار ، پیشنهاد دهد؟ پاسخ به این سوالات نیاز به بررسی بیشتر در زمینه هزینه منابع در بخش

مراقبت های بهداشتی و درمانی دارد؟ هزینه ها را می توان بصورت معادله ذیل شرح داد :

$$\text{مقدار} \times \text{قیمت} = \text{هزینه}$$

قیمت به مواردی مثل هزینه بستری روزانه در بیمارستان یا حق الزحمه بابت یک ویزیت پزشک بر می گردد. کمیت (مقدار)، حجم و شدت مصرف خدمات بهداشتی و درمانی (از قبیل ، طول مدت اقامت در بخش ICU یا تعداد و نوع تست های تشخیصی که یک بیمار در طول دوران بستری انجام داده است) را نشان می دهد. لوماس و همکارانش (۱۹۸۹) با در نظر گرفتن این وجه تمایز بین قیمت ها (Ps) و مقادیر (Qs) ، از محدود کردن هزینه به عنوان " اهمیت دادن به قیمت ها و مقادیر " هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی یاد می کنند.

حال اجازه بدهید مثالی برای معادله $C = P \times Q$ بیاوریم :

طرح بیمه ای سپرآبی به دکتر مورتن بابت ۱۰ ویزیت ۴۰۰ دلار می پردازد، یعنی حق الزحمه ای در حدود ۴۰ دلار برای هر ویزیت. سال بعد سازمان بیمه گر به دکتر مورتن ۴۸۰ دلار بابت ۱۰ ویزیت ، یعنی ۴۸ دلار به ازای هر ویزیت ، می پردازد.

¹ Blue Shield

طرح دورانديش^۳ به دكتر نورتن ۴۰۰ دلار بابت ۱۰ ويزيت و سال بعد ۴۸۰ دلار

بابت ۱۲ ويزيت، به ازاي هز ويزيت ۴۰ دلار مي پردازد. افزايش قيمت براي دكتر نورتن

مشابه دكتر مورتن مي باشد ولي كميت (تعداد ويزيت) براي دكتر نورتن بيشتري شده است.

تغييرات در قيمت ها و مقادير پيچيدگي هاي متفاوتي براي بيماران و ارائه كنندگان خدمات

دارند (Reinhardt , 1987).

در مثال بالا ، درآمد هردو پزشك (و مخارج طرح هاي بيمه) ، ۸۰ دلار افزايش يافته است اگر چه در

مورد افزايش قيمت، اين درآمد اضافي نيازمند حجم كار بالاتر نيست اما براي بيمار فقط ۸۰ دلار اضافي خرج

شده است براي خريد مقدار بالاتري ويزيت خدمات مراقبت بهداشتي.

(براي سادگي فرض مي كنيم كه تمام ويزيت ها مشابه هستند و اينكه افزايش قيمت ها منعكس كننده

افزايش كيفيت نيست). افزايش هزينه اي كه صرفا نشان دهنده افزايش قيمت ها باشد بدون اينكه مقدار مراقبت

هاي بهداشتي و درماني افزايش يابد ، از ديدگاه بيمار: استفاده ناكارآمد از منابع محسوب مي شود. با بازگشت به

نمودارهاي ۱۲-۳ تا ۱۲-۵، چنانچه هزينه هاي واقعي در يك سيستم مراقبت هاي بهداشتي و درماني فقط بدليل

بالاتر بودن تورم قيمت هاي خدمات درماني از تورم عمومي، افزايش يابد ، در حالي كه مقدار سرانه مراقبت ها

ثابت بماند ، در اينصورت هزينه هاي بهداشتي و درماني افزايش يافته موجب افزايش پيامدهاي بهبود يافته

بهداشتي و درماني نخواهد شد و نمودار كلي كاملا مسطح خواهد شد.

استراتژي هاي كنترل هزينه

كنترل تورم قيمت ها

¹ Prudential

بعد از بحث و تبادل نظر زیاد ، گروه کاری **دکتر ورسی** ، طرحی برای " کنترل هزینه بصورت بدون درد" به کمیته اجرایی HMO پیشنهاد کردند. اولین پیشنهاد ایجاب می کرد که HMO فعالانه به دنبال کاهش در قیمت های پرداختی بابت خرید ملزومات ، تجهیزات و داروها باشد و این کار را از طریق بستن قراردادهای انتخابی HMO با عرضه کنندگان برای خریدهای عمده و انبار کردن حداقل محصولات و داروهای یک گروه درمانی مشابه ، انجام دهد. این پیشنهاد ۱۰ درصد کاهش در حقوق کلیه پرسنل HMO که در آمدشان در سال بالای ۱۰۰ هزار دلار می باشد، همچنین ۱۰ درصد کاهش در سرانه پرداختی به گروه پزشکی HMO را ایجاب می کرد. البته کمیته اجرایی زیربار این بخش از طرح پیشنهادی نرفت و بحث شدیدی روی پیشنهاد کاهش درآمده در گرفت.

تورم قیمت یکی از علل اصلی افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی در دهه اخیر بوده است. بین سالهای ۱۹۴۷ و ۱۹۸۷ هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی ایالات متحده ۲/۵ درصد در سال سریعتر از رشد کلی اقتصاد افزایش یافت. دوسوم از این میزان رشد بالا (یا ۱/۶ درصد) در نتیجه افزایش بسیار سریعتر قیمت های مراقبت های بهداشتی و درمانی قیمت ها در کل اقتصاد بوده است. ۹/۰ درصد باقیمانده در نتیجه تفاوت ها در نرخ افزایش مقادیر مراقبت های بهداشتی و درمانی نسبت به افزایش مقدار کلی کالاها و خدمات بوده است (Fuchs , 1990).

افزایش سریع در قیمت های مراقبت های بهداشتی و درمانی خودش را خود نشان می دهد مثلاً قیمت ها برای نسخه پیچی داروها در ایالات متحده اغلب بیش از ۵۰ درصد بالاتر از قیمت فروش محصولات مشابه در

دیگر کشورها می باشد. همچنین قابل ذکر است تا این اواخر در ایالات متحده درآمد پزشکان خیلی سریعتر از دیگر شاغلین افزایش می یافت.

یکی از راهها برای محدود کردن هزینه ها بدون وارد کردن "درد" بر روی سلامت عموم، محدود

کردن این قبیل تورم قیمت ها می باشد (جدول ۱۲-۱).

حذف مراقبت های ناکارآمد و نامناسب

بعد از یک وقفه کوچک، هیاو فروکش کرد و کمیته اجرایی HMO دوبار تشکیل جلسه داد. دکتر ورسی پیشنهاد دوم گروه کاری خودش را - توسعه مناسب دستورالعمل های مراقبت - با شرح یکی از تجربیات کاری خود آغاز کرد. در آغاز ورود دکتر ورسی به HMO، نورولوژیست ها بیماران سکته مغزی خود را قبل از شروع فیزیوتراپی، ۱ هفته برای استراحت روی تخت بیمارستان نگه می داشتند. اما در مقابل، دکتر ورسی برنامه فیزیوتراپی و ترخیص بیماران سکته ای خود را موقعی که وضعیت عصبی آنان ثابت بود، آغاز می کرد. متوسط طول اقامت در بیمارستان حاد برای بیماران سکته ای دکتر ورسی ۳ روز در حالی که برای دیگر نورولوژیست ها ۹ روز بستری بود. دکتر ورسی با ارائه آمار و ارقامی نشان داد که ۴ روز تمرین برای بازگرداندن نیروی از دست رفته در اثر هر روز استراحت روی تخت لازم بود که بدین معنی است که بیماران تحت مراقبت او نسبت به بیماران تحت مراقبت همکارانش نتایج بهتری خواهند داشت و منابع کمتری مصرف خواهد شد (یعنی طول مدت اقامت در بیمارستان کمتر خواهد بود و خدمات توانبخشی کمتری مصرف خواهد شد). دکتر

ورسی با ذکر این مثال فقط به یک نمونه از مواردی که ممکن است HMO منابع خودش را

به مراقبت های ناکارآمد و یا حتی مضر اختصاص دهد، اشاره کرد.

اگر کنترل قیمت ها یک روش برای کنترل بدون درد هزینه ها باشد ، آیا راههایی وجود دارند که فاکتور

Q (کمیت مقدار) را مورد توجه قرار دهند بصورتی که از مراقبت های سودمند نکاهد؟ پیشتر ما ذکر کردیم که

میزان های غیر معمول سزارین در ایالات متحده نمونه ای از مصرف ناکارآمد منابع برحسب مقادیر (کمیت)

خدماتی می باشد که به هزینه های افزاینده بدون اینکه (در اکثر موارد) به منافع بهداشتی و درمانی بیافزایند،

منجر می گردد.

برخی محققین شواهد قانع کننده ای از مصرف مقادیر قابل توجهی از مراقبت های غیرضروری در ایالات

متحده پیدا کرده اند (Leape 1992 : Brook and Lohr , 1986 ; Eisenberg , 1986).

مطالعات اخیر تأیید می کنند که پزشکان در ایالات متحده تعداد بسیار زیادی روشهای نامناسب ارائه

دهند (Chassin et al , 1987 ; Schuster et al , 1998) و اینکه بیشتر آنچه به عنوان استانداردهای "

مناسب " عملکرد محسوب می شوند (به فصل ۱۲ مراجعه کنید) فاقد اثر ثابت شده می باشد (Weinberg ,

1993 ; Grimes , 1988 ; Roper et al , 1987).

شیب نمودار هزینه- منفعت ، در صورتی دلخواه خواهد شد که یک سیستم بتواند اجزای افزایش دهنده

هزینه ها که شیب مسطح دارند (یعنی مزایا پزشکی ندارند) یا شیب منفی دارند (مضرات آن از منافع آن بیشتر

باشد ، به عنوان مثال اعمال جراحی نامناسب یا اقامت طولانی مدت بعد از سکته های مغزی) را حذف نمایند. به

هرحال قابل ذکر است که وادار کردن پزشکان و بیماران برای حذف انتخابی مراقبت های غیرضروری موضوع

ساده ای نیست.

جدول ۱۲-۱: نمونه ای از روش های کنترل بدون درد هزینه ها

- ۱- کنترل حق الزحمه ها و درآمدهای ارائه کنندگان خدمات
- ۲- کاهش قیمت های داروها و دیگر ملزومات
- ۳- کاهش ضایعات اداری
- ۴- حذف مداخلات درمانی بدون فایده
- ۵- جایگزین کردن تکنولوژی های کم هزینه تر که از نظر مؤثر بودن یکسان باشند.
- ۶- افزایش تدارک خدمات پیشگیرانه ای که هزینه ارائه آنها از هزینه بیماری که پیشگیری می کنند کمتر باشد.

ضایعات اداری

پیشنهاد سوم **دکتر ورسی** برای کنترل بدون درد هزینه ها مربوط به ، هزینه های اداری HMO می شود. گروه کاری پیشنهاد کرد که HMO بودجه تبلیغات رادیو تلویزیون خود را حذف کند ، ۲۵ درصد از کارکنان اداری را مرخص کند و ۲۵ نفر از ۵۰ نفری که در بخش رسیدگی به قراردادهای کارفرماها فعالیت می کنند به بخش جدیدالتأسیس که پوشش ۱۰۰ درصد واکسیناسیون کودکان و خدمات پیشگیرانه سالمندان را برای افراد تحت پوشش HMO تضمین می کند ، انتقال یابند.

مدیر بازاریابی HMO صبورانه به دکتر ورسی توضیح داد که اگر چه او در اصل با این پیشنهادات موافق است، اما نباید این موضوع را نادیده گرفت که کاهش هزینه های HMO باید بصورتی انجام گیرد که توانایی آن را برای حفظ سهم بازار (افراد تحت پوشش) به مخاطره نیندازد.

ماهیتا تمام کمیت ها در معادله هزینه مراقبت های بهداشتی و درمانی بالینی نیستند. طبق بررسی های جدید صورت گرفته مشخص شده است که هزینه های بسیار زیاد سربار اداری در سیستم بهداشت ایالات متحده منبع اصلی ناکارایی در مخارج مراقبت های بهداشتی و درمانی می باشد (Himmelstein , 1991 Woolhandler). تخمین زده اند که تقریباً از هر دلار مخارج بهداشتی و درمانی ایالات متحده ، ۲۴ سنت به سمت خدمات اداری نظیر بازاریابی بیمه ، فرآیند مطالبات و صورتحساب ها و بازنگاری در مصرف خدمات (به جای خدمات بالینی واقعی) حرکت می کند.

هزینه های اداری ایالات متحده بیش از دو برابر هزینه ها در کشورهایی نظیر کانادا می باشد و این هزینه ها بسیار سریعتر از نرخ تورم کلی مراقبت های بهداشتی و درمانی در حال افزایش است. در حالیکه برخی سطوح خدمات اداری (نظیر تضمین کیفیت) برای مدیریت مالی مراقبت های بهداشتی و درمانی و فعالیت های مربوطه لازم می باشد ، برخی افراد بحث می کنند که فعالیت های چانه زنی اداری و بازاریابی به پیشرفت و بهبود معنی دار سلامتی بیمار منجر می شود. کاهش خدمات اداری شیوه دیگری برای کنترل بدون درد هزینه هاست. کاهش خدمات اداری شیوه دیگری برای کنترل بدون درد هزینه هاست.

حذف مقادیر زاید خدمات بهداشتی و درمانی (خدمات بالینی ناکارآمد یا فعالیت های اداری غیرضروری) ، یک شیوه مستقیم برای کنترل بدون درد هزینه ها می باشد. شعار این روش " توقف فعالیت هایی که مزیت بالینی ندارند " می باشد.

شیوه های پیچیده ای نیز وجود دارند که در جهت افزایش کارایی گام بر می دارند و فعالیت های بدون بهره وری را بطور کامل متوقف نمی کنند ، ولی به شیوه متفاوتی عمل می کنند. نمونه ای از این شیوه ها عبارتند

از نوآوری هایی که مراقبت های کم هزینه تر با منافع یکسان را جایگزین می کنند. مراقبت های پیشگیرانه و توزیع مجدد منابع از خدمات دارای منافع کمتر به سمت خدمات با منافع بیشتر نسبت به هزینه آنها.

نوآوری و صرفه جویی هزینه

فرآیند نوآوری در مراقبت های بهداشتی و درمانی غالباً شامل جستجو برای روش های کم هزینه تر برای تولید پیامدهای بهداشتی مشابه و یا بهتر می باشد. یک داروی جدیدی که تهیه می شود معمولاً ارزانتر ولی دارای سودمندی مشابه و تولرانس بهتری نسبت به داروی متداول می باشد. خدماتی با هزینه بالا که بوسیله پزشکان ارائه می گردد اغلب می تواند با همان کیفیت توسط پرستاران ، کادر پرستاری یا کمک پزشک (پزشکیاران) ارائه گردد. یک تحقیق بالینی اثبات می کند که شیمی درمانی برای بسیاری از سرطان ها ممکن است بصورت سرپایی مطمئن تر انجام شود، علاوه بر اینکه این امر از مخارج هتلینگ می کاهد.

اغلب ، تکنولوژی های جدید با این امید معرفی می شوند که کم هزینه تر از روش های درمانی فعلی باشند. تکنولوژی های جدید اغلب در تحقق انتظارات صرفه جویی با شکست مواجه می شوند (Schwartz , 1987). مثلاً در لاپاروسکوپی که عمل برداشتن کیسه صفرا با استفاده از تکنولوژی فیبر نوری انجام می شود، در مقایسه با عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا به روش سنتی ، برش شکمی بسیار کوچکی لازم است ، بنابراین مدت زمان لازم برای بهبودی بعد از عمل در بیمارستان به طور اساسی کوتاه می شود. طول مدت اقامت کوتاه تر در بیمارستان ، هزینه کلی عمل را کاهش می دهد ، علاوه بر اینکه قاعدتاً نتیجه عمل هم بدلیل درد و ناتوانی کمتر بعد از عمل ، بهتر می شود - ظاهراً به نظر می رسد که تکنولوژی جدید یک مورد کلاسیک از " جانشینی کارا " می باشد که هزینه ها را کاهش می دهد و پیامدهای بهداشتی را بهبود می بخشد. بنابراین در اینجا یک

¹ Fiber optic

مشکل (مسئله) وجود دارد. ضرورت انجام عمل جراحی کیسه صفرا همیشه برای بیماران دارای سنگ کیسه صفرا روشن نیست. بسیاری از بیماران فقط علائم اتفاقی و خفیف دارند و ترجیح می دهند تا این علائم را تحمل کنند ولی در عوض تحت عمل جراحی قرار نگیرند. بررسی ها نشان داده اند که میزان عمل جراحی کیسه صفرا به دنبال پیدایش تکنیک لاپاراسکوپی به صورت فزاینده ای افزایش یافته است که به طور منظم این امر نشان می دهد که عمل جراحی کیسه صفرا روی بیماران دارای علائم خفیف تر صورت می گیرد. در یک HMO ، جراحی برداشتن کیسه صفرا بین سالهای ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ بعد از معرفی تکنیک لاپاراسکوپی ، ۵۹ درصد افزایش یافت. با وجود اینکه هزینه متوسط هر عمل جراحی برداشتن کیسه صفرا ۲۵ درصد کاهش یافت ، هزینه کل تمام اعمال جراحی در HMO ، بدلیل افزایش تعداد اعمال انجام شده ، ۱۱ درصد افزایش یافت (Legorreta et al , 1993).

پیشگیری

اگر یک انس پیشگیری برابر با یک پوند درمان باشد ، بنابراین (به نظر می رسد) جایگزین کردن درمان های نهایی پر هزینه با مراقبت های پیشگیری کم هزینه یک راه حل ایده آل برای " تشویق کنترل بدون درد هزینه ها " باشد. سرمایه گذاری در مراقبت های پیشگیرانه ، گاهی اوقات این نوع از کارآیی را در مخارج مراقبت های بهداشتی و درمانی ایجاد می کند (برای مثال ، هزینه واکسیناسون در دوران کودکی کمتر از هزینه مراقبت از کودکان دارای عفونت می باشد) (White et al , 1985). به هر حال داستان پیشگیری همیشه هم ساده نیست. در موارد بسیاری ، هزینه اجرای یک برنامه وسیع پیشگیرانه ممکن است از هزینه درمان بیماری مورد هدف آن برنامه فراتر رود. برای مثال ، بررسی شده است که غربالگری عمومی فشار خون بالا و ارائه درمان طولانی مدت جهت افراد دارای علائم خفیف جهت تعدیل فشار خون بالای آنها ، برای پیشگیری از

سکته ها و دیگر مشکلات قلبی-عروقی ، از مخارج درمان مشکلات احتمالی آنها پر هزینه تر می باشد (Stason , 1987). برای برخی بیماریها ، این امر موردی می باشد، زیرا این مشکلات ، که به سرعت اتفاق می افتند و کم هزینه نیستند ، کشنده و وخیم می باشند، در حالی که مراقبت های پیشگیرانه موفق منجر به طولانی شدن زندگی با هزینه های درمانی بالا می شوند، بنابراین شاید برای بیماریهای مختلف ، در موارد خاص عدم پیشگیری لازم شود.

به طور مشابه ، یک برنامه غربالگری معمولی ماموگرافی و بافت برداری از موارد غیر نرمال منجر به هزینه های پیش از صرفه های تشخیصی سرطان پستان در مراحل ابتدایی می شود. برنامه غربالگری فشار خون و سرطان پستان منجر به بهبود سلامتی جامعه می شوند ولیکن نیازمند یک سرمایه گذاری خالص در منابع اضافی می باشند.

اولویت بندی و تحلیل هزینه-اثر بخشی

چهارمین پیشنهاد گروه کاری **دکتر ورسی** در مورد تشخیص و درمان سرطان کولون

بود. برخی از پزشکان HMO غربالگری دوره ای سیگموئیدوسکوپی را برای بیماران پنجاه

سال به بالای خود ، برای شناسایی سرطان کولون در مراحل اولیه ، سفارش می کنند. تمام

متخصصی سرطان شناسی HMO قویا شیمی درمانی را برای بیماری که دارای سرطان پیشرفته

کولون هستند توصیه می کنند. تحلیل هزینه-اثر بخشی نشان داده است که غربالگری

سیگموئیدوسکوپی سالهای زندگی زیادهتری (به ازاء هر دلار خرج شده) نسبت به شیمی

درمانی برای بیماران دارای سرطان پیشرفته کولون نجات می دهد. با این وجود ، شیمی درمانی

گاهها به بیماران دارای بیماری پیشرفته اجازه می دهد ۶ تا ۱۲ ماه اضافه تر از زندگی لذت ببرند.

بنابراین گروه کاری پیشنهاد کرد که پزشکان HMO باید غربالگری سیگموئیدوسکوپی

را انجام دهند و اینکه طرح بیمه ای HMO نباید شیمی درمانی سرطان پیشرفته کولون را تحت

پوشش قرار دهد.

یکی از بحث انگیز ترین استراتژی ها برای کارا تر کردن مراقبت های بهداشتی و درمان ، توزیع مجدد

منابع از خدمات دارای منافع کمتر به سمت خدمات دارای منافع زیادتر نسبت به هزینه ، می باشد. این شیوه که

معمولا به عنوان تحلیل هزینه- اثربخشی تعبیر می شود توسط **آیزنبرگ** (1989) به صورت ذیل تعریف

شده است :

سنجش هزینه خالص ارائه یک خدمت (مخارج منهای صرفه جویی ها) و پیامدهای

بدست آمده می باشد. پیامدها به صورت یک واحد سنجش مجزا ، یا به صورت پیامد کلینیکی

متداول (برای مثال ، سال های زندگی نجات داده شده) یا به صورت یک واحد سنجش که

چند پیامد مختلف را به صورت یک معیار مشترک ترکیب می کند، گزارش می شوند. (

(Eisenberg JM : Clinical economics. JAMA 1989 ; 262 : 2879).

یک نمونه از تحلیل هزینه- اثربخشی ، تحلیل هزینه- اثربخشی استراتژی های پیشگیری از بیماریهای قلبی

می باشد که نشان می دهد هزینه هر سال زندگی نجات داده شده (به دلار سال ۱۹۸۴) برای برگزاری جلسه

توجیهی کوتاه جهت ترک سیگار در طول یک ویزیت معمولی ۱۰۰۰ دلار می باشد (, Cummings et al

1989). ۲۴ هزار دلار برای درمان فشار خون ملایم و نزدیک ۱۰۰ هزار دلار برای درمان دارویی سطوح بالای

کلسترول به منظور بدست آوردن بیشترین "نتیجه یا حاصل" برای "منابع صرف شده" مراقبت های بهداشتی و

¹ Eisenberg

درمانی . این تحلیل پیشنهاد می کند که بهترین راه برای یک سیستمی که با منابع محدود روبرو می باشد این است که قبل از سرمایه گذاری در غربالگری کلسترول و درمان ، حداکثر منابع را برای ترک سیگار اختصاص دهد.

البته باید ذکر کنیم که در استفاده از تحلیل هزینه- اثربخشی باید جانب احتیاط را رعایت کنیم ، زیرا گر داده های مورد استفاده نادرست باشند ، نتایج هم ممکن است دچار مشکل شوند. به علاوه ، تحلیل هزینه- اثربخشی ممکن است برای افرادی که دارای ناتوانی هستند ، متفاوت باشد. محققان احتمالاً ارزش کمتری به یک سال زندگی یک فرد ناتوان ، در مقایسه با ارزشی که این افراد برای خود قایلند، نسبت می دهند. بنابراین تحلیلهایی که " سالهای زندگی تعدیل یافته با کیفیت یا QALYs"^۶ را استفاده می کنند ممکن است در مقابل افرادی که توان کمتری برای فعالیت مستقل دارند ، دچار تورش شوند (Menzel , 1992).

دکتر دیوید ادی^۷ (۱۹۹۱، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳) در یک سری مقالات بحث انگیز در مجله انجمن پزشکی آمریکا ، به چالش های عملی و اخلاقی کاربرد تحلیل هزینه- اثربخشی برای خدمات درمانی ، اشاره کرده است. دو مورد از این مقاله ها به تصمیم گیری HMO برای استفاده معمول از ماده حاجب با علظت پائین ، که یک نوع ماده رنگی جدید برای بررسی های رادیولوژی خاص می باشد ، به جای ماده رنگی ارزانه قیمت موجود مربوط می شود. با استفاده از این ماده جدید برای همه بررسی های رادیولوژی رنگی ، سالانه از ۴۰ مورد واکنش آلرژیک غیرکشنده جلوگیری می شود و سالانه معادل ۳/۵ میلیون دلار هزینه بیشتر به HMO ، در مقایسه با هزینه استفاده از ماده قدیمی تر برای موارد معمول و استفاده از ماده جدید برای بیماران دارای ریسک بالای آلرژیک، تحمیل می کند. اگر معادل همین ۳/۵ میلیون دلار در یک برنامه گسترده غربالگری سرطان

^۱ Quality-Adjusted Life Years(QALYs)

6

^۱ David Eddy

7

سرویکس (سرطان گردن رحم) در HMO سرمایه گذاری می شد ، در سال در حدود ۱۰۰ مورد مرگ و میر در اثر سرطان سرویکس جلوگیری می شود.

برای تخصیص بهینه این منابع ، آقای **ادی** چند نکته مهم برای متخصصین بهداشت و درمان به شرح ذیل ذکر می کند:

۱- باید قبول کرد که منابع واقعا محدود هستند. اگر چه تحلیل هزینه-اثر بخشی ماده حاجب رنگی با غلظت پائین و غربالگری سرطان گردنی کاملا متفاوتند ، با این وجود هردوی این برنامه ها دارای مزایایی می باشند (یعنی شیب نمودار آنها مسطح نیست) اگر محدودیت منابع وجود نمی داشت ، بهترین سیاست ، سرمایه گذاری در هردوی این خدمات بود.

۲- اگر منابع محدود باشند و مبادلات براساس ملاحظات هزینه-اثر بخشی صورت بگیرد ، این مبادلات دارای مشروعیت حرفه ای خواهد بود ، بنابراین واضح است که منابع صرفه جویی شده از عدم ارائه خدمات با هزینه-اثر بخشی پائین در خدمات دارای هزینه-اثر بخشی بالا (به جای منتقل کردن منابع به مراقبت های ناکارآمد یا دارای سود بالاتر) سرمایه گذاری خواهد شد.

۳- تنش های اخلاقی بین حداکثر کردن پیامدهای بهداشتی برای یک گروه یا جمعیت در مقابل یک بیمار وجود دارد. رادیولوژیست ها ، شوک بیماران دارای واکنش های آلرژیک شدید نسبت به تزریق ماده حاجب را تجربه می کنند. پیشگیری از مرگ های ناشی از سرطان گردنی در یک گروه نامعین از بیماران که به طور غیرمستقیم تحت مراقبت یک رادیولوژیست قرار دارند، از دیدگاه او یک هدف آرمانی و دور از واقعیت می باشد و حتی مزیتی ندارد- البته این امر ممکن است در تضاد با وظیفه رادیولوژیست ها برای ارائه بهترین خدمات ممکن برای بیمارانشان تصور شود.

برخی تحلیل گران ، شامل آن افرادی که تحلیل هزینه- اثربخشی را مورد انتقاد قرار داده بودند، نتیجه

گیری آقای **ادی** را که به شرح ذیل می باشد ، پذیرفتند :

" پزشکان باید دیدگاه خود را وسعت ببخشند تا نیازهای بیماران منفردی که مستقیماً تحت نظر آنها

هستند را با نیازهای کلی جمعیت تحت پوشش سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی (چه سیستمی مانند یک

HMO یا در کل سیستم بهداشت و درمان ملی) متعادل کنند. در آینده اصول اخلاق حرفه ای موجب خواهد

شد که مسئولیت اجتماعی استفاده از منابع و سلامت جامعه و مسئولیت بالینی برای مراقبت از بیماران (بصورت

انفرادی) پیوند بخورند (Hiatt , 1975 ; Greenlick , 1992).

آخرین پیشنهاد گروه کاری **دکتر ورسی** این بود که HMO یک مشاور جهت مشاوره

HMO در خصوص هزینه- اثربخشی خدمات مختلفی که توسط HMO ارائه می شود به منظور

اولویت بندی هزینه- اثربخش ترین فعالیت ها ، استخدام کند. گروه کار پیشنهاد کرد که HMO

این استراتژی را با اضافه کردن ۵ دقیقه به ویزیت بیماران سیگاری به منظور مشاوره پزشک ،

پرستار یا پزشکیاران در خصوص ترک سیگار بیماران ؛ همچنین تأسیس ۱۲ کلاس گروهی در

مورد ترک سیگار برای اعضای HMO آغاز کند. هزینه این فعالیت های جدید از محل بودجه

مربوط به اعمال جراحی قلب باز تأمین شود و از تعداد این اعمال جراحی سال جاری ۱۲ عدد

کاسته شود. بعد از جلسه کمیته ، مدیر آموزش بهداشت HMO ، دکتر ورسی را به ناهار دعوت

کرد و دیدگاه های روشنفکرانه او را تحسین کرد. در راه بازگشت از ناهار ، رئیس بخش

کاردیولوژی (قلب) HMO ، سر صحبت با دکتر ورسی باز کرد و گفت که " چرا ما باید ۱۲ نفر

از بیماران دارای نارسایی شدید عروق قلبی را نپذیریم به جای آنکه آنها را رد کنیم، آنها را

بپذیریم .

نتیجه گیری

رابطه بین پیامدهای بهداشتی و هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی ، رابطه ساده ای نیست. منحنی

" هزینه – منفعت " موقعی که افزایش سرمایه گذاری منابع ، بهبودهای بیشتری در سلامت جامعه حاصل می

کند ، دارای شیب نزولی است و این منحنی بسته به کارآیی سطح منابع اختصاص یافته ، ممکن است شیب

نزولی یا صعودی داشته باشد.

یک روش ایده آل کنترل هزینه، روشی است که بتواند از طریق به کارگیری روش های " بدون درد "

استفاده کارا از منابع موجود موجب بهبود پیامدهای کلی سلامت جامعه شود.

کنترل افزایش قیمت ها، کاهش ضایعات اداری و حذف خدمات نامناسب و ناکارا از جمله این روش ها

می باشند. محدود کردن " دردناک " هزینه ها طرف دیگر طیف را نشان می دهد. یعنی زمانی که کنترل مخارج

همراه با کاستن و از دست دادن مقادیری از خدمات درمان مفید باشد- ارائه خدمات برپایه هزینه- اثربخشی

نسبی آنها ، بسته به دیدگاه های افراد ، ممکن است دردناک یا بدون درد باشد. برخی از افراد ممکن است درد

محروم بودن از خدمات مفید را تجربه کنند اما نفع خالص در سلامتی کل جامعه از طریق استفاده کارا تر از منابع

موجود شود.

در دنیای واقعی محدود کردن هزینه در نقطه ای بین یک الگو کاملاً بدون درد و روش مطرود کاملاً

دردناک واقع می شود (Ginzberg , 1983 ; Platt , 1983). همانطور که تجربیات دکتر ورسی نشان می

دهد ، اجرای روش های کنترل بدون درد ممکن است با موانع سیاسی ، سازمانی و فنی روبرو شد. سیاست

کنترل قیمت ها هرچند ممکن است حس صرفه جویی بوجود آورد اما از سوی ارائه کنندگان با مقاومت مواجه می شود. سیاست صرفه جویی های اداری ممکن است اساسا خارج از کنترل یک سازمان HMO یا گروهی از ارائه کنندگان باشد و نیازمند بازنگری در کل سیستم بهداشت و درمان باشد. شناسایی و اصلاح خدمات بالینی نامناسب یک وظیفه دلهره آور است ، همانطور که اولویت بندی خدمات براساس هزینه- اثربخشی این چنین می باشد. اما با وجود اینکه روش های کنترل هزینه ممکن است در عمل مشکل باشند ، برخی افراد بحث می کنند که سیستم بهداشت و درمان ایالات متحده اخیرا در جایی نزدیک حداکثر سطح کارآیی عمل می کند.

اگر چه داده ها در مورد وضعیت سلامتی محدود می باشند ، شاخص هایی از قبیل میزان مرگ و میر نوزادان و امید به زندگی پیشنهاد می کنند که درجه بالای مخارج صرف شده روی بهداشت و درمان متناسب با سطح سلامت جامعه پیش نرفته است (Star field , 2000). استفاده بهتر از منابع موجود باید در اولویت استراتژی های کنترل هزینه در ایالات متحده قرار داده شود.

منبع مورد استفاده

Bodenheimer, Thomas S., Grumbach, Kevin.(2001)" Understanding Health Policy: A Clinical Approach". LANGE Medical Books. Third Edition. Chapter 8 (Painful versus Painless cost control).