

گزارش نشست تخصصی

پیشگیری سطح چهارم

نقش پیشگیری از اقدامات غیر ضروری تشخیصی، درمانی و

پیشگیرانه در پایداری خدمات سلامت

(نشست شماره ۱)

موسسه ملی تحقیقات سلامت

۱۳۹۴/۸/۵

مَدَامَ

فهرست

۳.....	مقدمه و طرح موضوع.....
۵.....	خلاصه سخنان آقای دکتر حریرچی.....
۶.....	پیشگیری سطح چهارم چیست؟.....
۶.....	رویکرد خط زمان.....
۷.....	مدل Crosstab ۲*۲.....
۹.....	چهار عرصه فعالیت پزشکی در مدل هنگ کنگ.....
۱۰.....	تعریف سطوح چهارگانه پیشگیری.....
۱۳.....	خلاصه سخنان دکتر جامول.....
۱۵.....	نقش پیشگیری از خدمات غیر ضروری در ارائه خدمات بالینی به بیمار.....
۱۶.....	دسته اول: نیازهای القایی.....
۱۹.....	دسته دوم: نقاط خاکستری درمان.....
۲۰.....	دسته سوم: درمان نامناسب.....
۲۴.....	دسته چهارم: مراقبت‌های بیهوده.....
۲۶.....	دسته پنجم: مراقبت‌های بی‌خاصیت.....
۲۶.....	ویژگی‌های راهکارهای عقلایی (ویژگی‌های گزینه‌های مدیریتی ممکن).....
۲۷.....	راهکارهای کاهش مراقبت‌های بیش از حد پزشکی.....
۳۰.....	خلاصه سخنان آقای دکتر ادیبی.....
۳۲.....	نقش پزشکی خانواده در کاهش اقدامات غیر ضروری پزشکی.....
۳۳.....	دلایل اهمیت مراقبت‌های اولیه.....
۳۳.....	خدمات پزشکی خانواده.....
۳۴.....	تعریف پزشکی خانواده در ایران.....
۳۵.....	نقش پزشکی خانواده در کاهش خدمات غیر ضروری.....
۳۸.....	خلاصه سخنان آقای دکتر حیدرزاده.....

- ۴۰ مضرات درمان بیش از حد (فیلم گروه)
- ۴۰ محتوای فیلم
- ۵۱ استفاده بیش از حد و غیر ضروری از خدمات پزشکی: پژوهش و مراقبت
- ۵۳ آنچه نمی‌دانیم (و لازم است بدانیم)
- ۵۵ موضوعات پژوهش در حیطه مراقبت بیش از حد
- ۵۸ خلاصه سخنان آقای دکتر پزشکی
- مداخلات و اقدامات معاونت درمان در حوزه کنترل هزینه‌های غیر ضروری بعد از اجرای طرح تحول سلامت
- ۶۰ سلامت
- ۶۰ پیشران‌های اصلی هزینه مراقبت‌های سلامت
- ۶۱ سازوکارهای عمده کنترل هزینه
- ۶۲ سازوکارهای مدیریتی
- ۶۳ سیاست‌های کشورهای OECD جهت کاهش هزینه‌ها
مهم‌ترین مداخلات و اقدامات معاونت درمان در حوزه کنترل هزینه‌های غیر ضروری بعد از اجرای طرح تحول سلامت
- ۶۴ اجرای طرح تحول سلامت
- ۶۷ خلاصه سخنان آقای دکتر اولیایی منش
- برنامه‌های وزارت بهداشت در خصوص پیشگیری از اقدامات غیر ضروری و کنترل هزینه‌ها بعد از اجرای طرح تحول سلامت
- ۷۰ سلامت
- ۷۳ آسیب‌شناسی راهکارهای استفاده بیش از حد
- ۷۵ خلاصه سخنان آقای دکتر آقاجانی
- ۷۶ نقطه نظرات برخی مدعوین
- ۷۷ IRANIZATION OF AMERICAN MEDICINE AND UNNECESSARY MEDICAL CARE IN IRAN
- ۷۷ دلایل افزایش هزینه‌های پزشکی در کشور آمریکا
- ۷۹ راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش هزینه‌های ناشی از خدمات غیر ضروری
- ۸۰ خلاصه سخنان آقای پروفسور رونقی
- ۸۱ جمع‌بندی

مقدمه و طرح موضوع

آقای دکتر ایرج حریرچی^۱

مفهوم پیشگیری سطح یک، جلوگیری از ایجاد بیماری، پیشگیری سطح دو، غربالگری^۲ و پیشگیری سطح سه، جلوگیری از عوارض بیماری‌ها و پیشرفت بیماری است. پیشگیری سطح چهار از سال ۱۹۸۶ توسط دکتر مارک جامول^۳ در دنیا مطرح شد. پیشگیری سطح چهار به معنای پیشگیری از آسیب‌های خدمات غیر ضروری به بیماران یا اتخاذ تمهیداتی برای شناسایی یک بیمار یا یک جمعیت در معرض خطر طبی سازی بیش از حد^۴ است تا این افراد از مداخلات پزشکی تهاجمی محافظت شوند و خدماتی به آن‌ها ارائه شود که از نظر علمی و اخلاقی قابل قبول است.

آقای دکتر پزشکی از پیشگامان مطرح سازی پیشگیری سطح چهارم در کشور بوده‌اند. سرمنشأ شکل گیری این سطح از پیشگیری، اصل «در درجه اول آسیب نباید رساند» است که همواره در سلامت باید مدنظر قرار بگیرد.

به طور خلاصه پیشگیری سطح چهارم، پیشگیری از به کارگیری غیر ضروری اقدامات تشخیصی، درمانی و پیشگیرانه بالینی است. منظور از به کارگیری غیر ضروری، هر نوع به کارگیری است که مؤثر نباشد یا آسیب آن بیش از درمان باشد. به طور مثال: درمانی انجام شود که نسبت به درمان با دارونما و پلاسیبو فاقد اثربخشی کافی باشد یا درمان مؤثر محسوب شود اما آسیب‌های حاصل از آن، بیشتر از منافع قابل دستیابی باشد.

۱ قائم مقام وزیر و معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲ Screening

۳ Marc Jamouille

۴ Overmedicalization

به‌طور مثال روش شیمی‌درمانی^۱ تهاجمی^۲ ممکن است قادر به درمان بیماری باشد ولی ممکن است عوارض ناشی از آن منجر به مرگ بیمار شوند. در این صورت کار مناسبی انجام نگرفته است. در این نوع پیشگیری سه هدف مطرح است:

○ کاهش میزان مواجهه با خدمات پزشکی: به این صورت که ویزیت، آزمایش و بستری غیرضروری انجام نشود.

○ کاهش سطح مواجهه: به این صورت که ارائه خدمات توسط ماما و پزشک عمومی مانع از ارجاع بیمار به سطوح تخصصی‌تر شود (در موارد غیرضروری) یا خدمات سرپایی تا جایی که امکان‌پذیر است، جایگزین خدمات بستری شوند.

○ پیشگیری از آسیب‌های ناشی از خدمات پزشکی
در بحث پیشگیری سطح چهارم، روی دو قسمت باید تأکید کرد، نخست، تعهد گروه سیاست‌گذار بهداشتی درمانی و دوم، ایجاد مطالبه از طرف مردم و رسانه از طریق آگاه‌سازی آنان.

تمرکز مباحث پیشگیری سطح چهارم، حول محور خدمات تشخیصی و درمانی است اما در نظام‌هایی مانند ایران که به‌صورت پرداخت به ازای خدمت (FFS^۳) اداره می‌شوند، مسئله کاهش هزینه‌ها نیز از محورهای اصلی است. نظام ایران در درمان، الگوبرداری ناقصی از کشور آمریکا است. آمریکا در سال ۲۰۱۳، بین ۲۱۵۰ تا ۲۹۰۰ میلیارد دلار هزینه صرف بهداشت و درمان کرده است. طبق برآورد انجام شده در این کشور، یک سوم این مبلغ معادل ۷۰۰ میلیارد دلار به‌صورت بیهوده^۴ از بین می‌رود. باوجود

^۱ Chemotherapy

^۲ Intensive

^۳ Fee For Service

^۴ Waste

تفاوت‌های بین دو کشور از نظر درآمد، جمعیت و نظام بهداشت و درمان، در ایران نیز این مسئله رخ می‌دهد و از ۳۰ میلیارد دلار صرف شده در بهداشت و درمان، بخشی از منابع تلف می‌شوند. با توجه به آنچه بیان شد، در زمینه پیشگیری سطح چهارم، محتاج کار کارشناسی هستیم. لذا آگاهی از دیدگاه افراد صاحب‌نظری همچون اساتید هیئت‌علمی، مدیران، دانشجویان و سیاست‌گذاران در این خصوص می‌تواند مفید باشد.

خلاصه سخنان آقای دکتر حریرچی

- پیشگیری سطح چهارم به معنای پیشگیری از آسیب‌های خدمات غیرضروری به بیماران یا اتخاذ تمهیداتی برای شناسایی یک بیمار یا یک جمعیت در معرض خطر (طبی سازی بیش از حد)^۱ است.
- سرمنشأ اصلی پیشگیری سطح چهارم اصل «در درجه اول آسیب نباید رساند» است.
- اهداف پیشگیری سطح چهارم شامل میزان مواجهه با خدمات پزشکی، کاهش سطح مواجهه، پیشگیری از آسیب‌های ناشی از خدمات پزشکی است.
- دو موضوع مورد تأکید در بحث پیشگیری سطح چهارم تعهد گروه سیاست‌گذار بهداشتی درمانی، ایجاد مطالبه از طرف مردم و رسانه از طریق آگاه‌سازی آنان، است.
- علاوه بر تشخیص و درمان، کاهش هزینه‌ها در پیشگیری سطح چهارم از محورهای اصلی است.

^۱ Overmedicalization

پیشگیری سطح چهارم چیست^۱؟

دکتر مارک جامول^۲

پیشگیری شامل اقداماتی به منظور پرهیز از وقوع یا پیشرفت یک مشکل بهداشتی و عوارض آن است. پیشگیری داستانی است که در آن سه بازیگر اصلی یعنی بیمار، ارائه دهنده خدمت و هزینه وجود دارد. رویکرد پیشگیری اولین بار توسط کلارک و الویس در سال ۱۹۵۸ مطرح شد که دقیقاً براساس الگوی سیر طبیعی بیماری سفلیس بود.

رویکرد خط زمان^۳

در این دیدگاه، پیشگیری سطح اولیه قبل از وقوع اتفاق یا حادثه^۴ (بیماری) و پیشگیری سطح دوم مربوط به قبل و بعد از وقوع آن است. جایگاه دقیق پیشگیری سطح دوم مشخص نیست اما در مجموع دربرگیرنده اقدامات مربوط به ارتقاء و آموزش است. به طور مثال متخصصان قلب می‌گویند در صورتی که بعد از وقوع بیماری به بیمار دارو داده شود پیشگیری سطح دوم انجام گرفته است اما این عمل از دید پزشکان عمومی از مصادیق پیشگیری سطح سوم است زیرا از عوارض جلوگیری می‌نماید و پیشگیری سطح چهارم برای مراقبت‌های تسکینی^۵ مطرح شده است. در حقیقت بیمار هدف اصلی مراقبت‌ها در طول خط زمان است و شرایط وی اصلی‌ترین مسئله است. مدل خط زمان و سطوح پیشگیری مربوط به آن در شکل ۱ قابل مشاهده هستند.

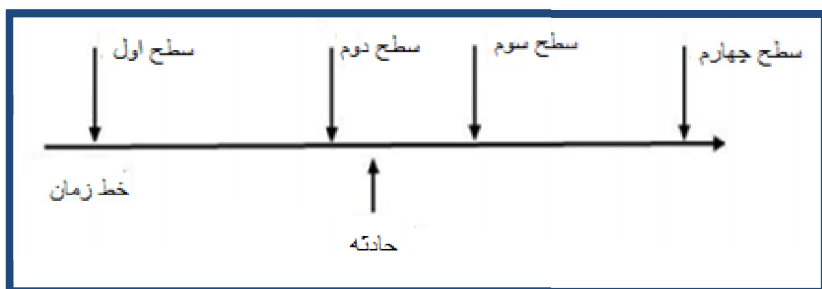
^۱What is quaternary prevention?

^۲طراح و مبتکر پیشگیری سطح چهارم - پزشک عمومی از بلژیک

^۳ Time Line

^۴Event

^۵Palliative Care



شکل ۱: مدل خط زمان و سطوح پیشگیری در آن

مدل Crosstab ۲*۲

در این مدل، پیشگیری در نتیجه روابط بین پزشک و بیمار شکل می‌گیرد. این مدل چهار دسته از فعالیت‌های پیشگیری را در برمی‌گیرد. در این مدل تعریف بیمار و پزشک از زمان متفاوت است. بین دانش و درک پزشک و دانش و درک بیمار تفاوت‌هایی وجود دارد.

مربعی وجود دارد که بیمار در آن احساس بیماری ندارد و پزشک نیز بیماری تشخیص نمی‌دهد. در این حالت اقداماتی نظیر پیشگیری اولیه انجام می‌شود و پزشک صرفاً به ارزیابی بیمار و بررسی‌های ارتقای سلامت می‌پردازد.

اصولاً یک پزشک به‌عنوان شخصی که مطالعات زیادی داشته است، از یافتن بیماری لذت می‌برد در این حالت رابطه پزشک و بیمار وارد مربع دوم می‌شود.

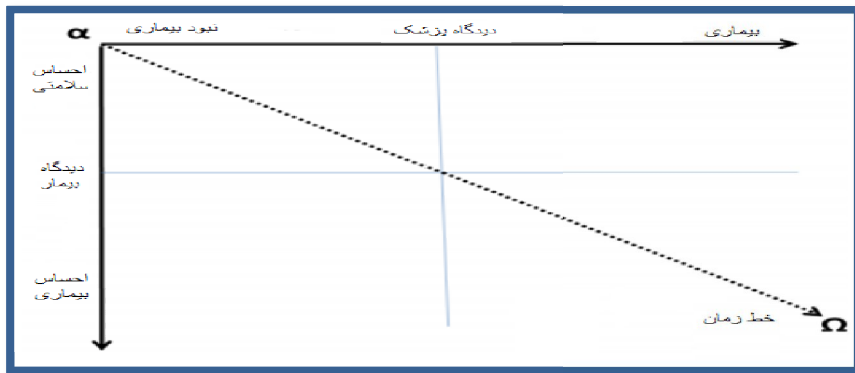
در مربع سوم، اعتقاد اصلی بیمار این است که بیماری وجود دارد اما تاکنون مخفی مانده است؛ بنابراین غربالگری^۱ انجام می‌شود.

^۱Screening

در قسمت چهارم، بیمار و پزشک معالج هر دو به دنبال جلوگیری از عوارض هستند زیرا بیمار ناسالم محسوب می‌شود. اکثر مشکلات جوامع به مواردی بازمی‌گردد که بیمار دارای علائم توجیه‌ناپذیر است. پزشک تلاش می‌کند با درخواست آزمایش‌های متعدد و اقدامات تشخیصی بی‌شمار بیماری وی را شناسایی نماید اما این درخواست‌ها راهگشا نخواهند بود؛ زیرا مشکل بیمار ناشی از یک مسئله پزشکی نیست و پزشک از این حقیقت بی‌اطلاع است.

خط زمانی در مدل جدید از ۲ بخش عبور می‌کند. عملکرد در طول خط زمانی نیز پیشگیری محسوب می‌شود. رابطه پزشک و بیمار وی در حالت مناسب، همانند نان و کره^۱ است یعنی آن قدر نزدیک هستند که باهم درد بیماری را تحمل می‌کنند و باهم می‌میرند (نقطه امگا). مدل Crosstab ۲*۲ در شکل ۲ قابل مشاهده است.

شکل ۲: مدل Crosstab ۲*۲، پیشگیری براساس تعامل دیدگاه‌های پزشک و بیمار



^۱Bread And Butter

چهار عرصه فعالیت پزشک در مدل هنگ کنگ

بر اساس مدل Crosstab ۲*۲، در خصوص روابط بین بیمار و پزشک چهار عرصه فعالیت پزشک عمومی یا پزشک خانواده در مدل سال ۱۹۹۵ هنگ کنگ در نظر گرفته شده است. این مدل شامل فعالیت‌های پیشگیری خط زمان نیز است. مداخلات قبل درمان، اجتناب از منفی کاذب، درمان و پرهیز از عوارض و اجتناب از مثبت کاذب، عرصه‌های مطرح شده در این مدل هستند. اطلاعات کامل‌تر در خصوص مدل هنگ کنگ در شکل ۳ موجود است.



شکل ۳: ۴ عرصه فعالیت پزشک خانواده یا پزشک عمومی در مدل هنگ کنگ ۱۹۹۵

تعریف سطوح چهارگانه پیشگیری

آخرین تعریف منتشر شده در دیکشنری ونکا^۱، مربوط به سال ۲۰۰۳ است، در این سال براساس تلاش‌های فرینتزر، سطح چهارم پیشگیری به تعاریف سه‌گانه پیشگیری اضافه شد.

در پیشگیری سطح سوم باید از بیمار به نحوی مراقبت شود که از ورود وی به عرصه چهارم پیشگیری شود. اگر پزشک به بیمار بگوید «ممکن است این بیماری را داشته باشی» او را تشویق به انجام و پیگیری مداخلات، بررسی‌ها و تصویربرداری بیشتر می‌نماید. به‌طور کلی نباید به بیمار اطلاعات غیرضروری و نامناسب ارائه شود. تعاریف سطوح چهارگانه پیشگیری در شکل ۴ قابل مشاهده هستند.



شکل ۴: تعریف سطوح چهارگانه پیشگیری از دیکشنری ونکا

پیشگیری سطح چهارم، مفهومی فراتر از یک فعالیت ملموس یا حقیقی است و در حقیقت روشی برای تفکر محسوب می‌شود و به کار و کیفیت آن می‌پردازد. در این نوع از تفکر، پزشک متعهد، سؤالات اساسی از خود می‌پرسد. سؤالاتی همچون: در حال انجام چه کاری برای بیمار هستیم؟ رابطه من و بیمار چگونه است؟ عمق دانش بیمار، در خصوص کار من چقدر است؟ و...

امروزه از نظر اخلاقی تلاش می‌شود که بیمار در تصمیم‌گیری در خصوص درمان مشارکت داده شود تا او خودش تصمیم بگیرد که کدام درمان مناسب و کدام یک نامناسب است.

پیشگیری سطح چهارم (P4) شامل مصادیق پزشکی بیش‌ازحد^۱ همچون اطلاعات بیش‌ازحد^۲، غربالگری بیش‌ازحد^۳، اقدامات تشخیصی بیش‌ازحد^۴، درمان بیش‌ازحد^۵، درمان‌های قابل اجتناب^۶ و حفاظت از بیمار است.

در بحث پیشگیری سطح چهارم، بیماران و جمعیت‌های محروم از خدمات پزشکی^۷ نیز مطرح می‌گردند. چالش موجود در بحث پیشگیری سطح چهارم، مربوط به بیماری‌های عجیبی است که توجه‌پذیر نیستند. بیماری‌هایی همچون سندرم جسمی عملکردی^۸، اختلالات شبه جسمی^۹ و رفتار غیرعادی بیماری^{۱۰}.

^۱ Overmedicalisation Overinformation

^۲ Overinformaton

^۳ Overscreening

^۴ Overdiagnosis

^۵ Overtreatment

^۶ Avoidable Care

^۷ Undermedicalisation

^۸ Functional Somatic Syndromes

^۹ Somato form Disorder

^{۱۰} Abnormal Illness Behavior

این نوع پیشگیری شامل کلمات توصیفی مورد استفاده پزشک در موقعیت‌هایی که بیماری بیمار را نمی‌شناسد، نیز است. وقتی از این کلمات استفاده می‌شود، یک حفره و شکاف در سیستم تأمین اجتماعی با درخواست پروسیجرهای متعدد ایجاد می‌شود (به بیت‌المال ضربه می‌خورد).

پیشگیری سطح چهارم، با بحث پیشگیری از تجویز دارو نیز سروکار دارد. در این نوع پیشگیری مناسب بودن یا نبودن اقدامات فردی مورد بحث قرار می‌گیرد. در حقیقت تناسب عملکرد پزشکی از این منظر که بیش از حد خدمت‌رسانی می‌نماید یا کمتر از حد را زیر سؤال می‌برد. این مسئله به اشکال متفاوتی در سطوح پیشگیری نمود دارد. به‌طور مثال در کشور آمریکا، واکسیناسیون علیه آنفولانزا یا ایدز و ارائه بیش از حد، در سطح یک پیشگیریو چک آپ ماموگرافی، در سطح دو از انواع موارد پزشکی بیش از حد هستند. در بسیاری از کشورهای آمریکای جنوبی نیز این موارد مشاهده می‌شوند به همین دلیل این کشورها گروهی را به نام پی فور (P۴) سازمان‌دهی نموده‌اند و به‌طور مرتب، کنفرانس‌هایی در زمینه موضوعات پیشگیری سطح چهارم تشکیل می‌دهند.

در پایان، آرزو دارم که رابطه پزشک و بیمار در ایران به‌گونه‌ای باشد که پزشک را ترغیب نماید که از خود بپرسد «آنچه در حال حاضر برای بیمار انجام می‌دهم چیست؟ (آیا ضرورت دارد؟)» و این پیشکش من برای بهبود مراقبت‌های سلامت است.

خلاصه سخنان دکتر جامول

- پیشگیری سطح چهارم، مفهومی فراتر از یک فعالیت ملموس یا حقیقی است و در حقیقت روشی برای تفکر محسوب می‌شود و به کار و کیفیت آن می‌پردازد.
- در رویکرد خط زمان، پیشگیری سطح اولیه قبل از وقوع اتفاق یا حادثه^۱ (بیماری) و پیشگیری سطح دوم مربوط به قبل و بعد از وقوع آن است و پیشگیری سطح چهارم برای مراقبت‌های تسکینی^۲ مطرح شده است. در حقیقت بیمار هدف اصلی مراقبت‌ها در طول خط زمان است و شرایط وی اصلی‌ترین مسئله است.
- در رویکرد Crosstab ۲*۲^۳ پیشگیری در نتیجه روابط بین پزشک و بیمار شکل می‌گیرد. در حالت اول بیمار احساس بیماری ندارد و پزشک نیز بیماری تشخیص نمی‌دهد؛ اما اصولاً پزشک به‌عنوان شخصی که مطالعات زیادی داشته است، از یافتن بیماری لذت می‌برد در این حالت رابطه پزشک و بیمار وارد مربع دوم می‌شود. در مربع سوم، اعتقاد اصلی بیمار این است که بیماری وجود دارد اما تاکنون مخفی مانده است؛ بنابراین غربالگری^۳ انجام می‌شود. در قسمت چهارم، بیمار و پزشک معالج هر دو به دنبال جلوگیری از عوارض هستند زیرا بیمار ناسالم محسوب می‌شود.
- بر اساس مدل سال ۱۹۹۵ هنگ‌کینگ که بر مبنای مدل Crosstab ۲*۲^۳ تدوین شده است، در خصوص روابط بین بیمار و پزشک چهار عرصه فعالیت پزشک

^۱Event

^۲Palliative Care

^۳Screening

عمومی یا پزشک خانواده شامل مداخله قبل بیماری، اجتناب از منفی کاذب، درمان و پیشگیری از عوارض و اجتناب از مثبت کاذب شناسایی شده است.

○ پیشگیری سطح چهارم شامل پزشکی بیش از حد، اطلاعات بیش از حد، غربالگری بیش از حد، اقدامات تشخیصی بیش از حد، درمان بیش از حد، درمان‌های قابل اجتناب، تجویز بیش از حد دارو و حفاظت از بیمار است.

نقش پیشگیری از خدمات غیر ضروری در ارائه خدمات بالینی به بیمار آقای دکتر پیمان ادیبی^۱

من، مسئله خدمات غیر ضروری را از دیدگاه یک پزشک و با پیش فرض اینکه در حال کشف یک بیماری جدید هستیم، بررسی کردم و این بیماری جدید را سندرم مراقبت بیش از حد^۲ نام گذاری کرده‌ام. به اعتقاد من، افراد خارجی از نظر تفکر منطقی^۳ تفاوتی با ما ندارند، بنابراین مباحثی مثل مسئله حاضر که جزو مباحث انسانی محسوب می‌شود را می‌توان دوباره دسته‌بندی و نام گذاری نمود. مسائل حوزه سلامت جزء مسائل پیچیده^۴ هستند و مسائل پیچیده دو شیوه راه حل دارند؛ نخست، توسط یک سیستم پیچیده حل شوند و دوم آن‌ها را ساده‌سازی^۵ کنیم؛ بنابراین سعی کرده‌ام مسئله حاضر را براساس تجارب شخصی^۶، روش‌های کیفی^۷ و داده‌های اپیدمیولوژیک^۸ به دسته‌های کوچک‌تر (۴ دسته) ساده‌سازی کنم. این دسته‌ها عبارت هستند از: نیازهای القایی^۹، نقاط خاکستری درمان^{۱۰}، درمان نامناسب^{۱۱}، مراقبت‌های بیهوده^{۱۲}، مراقبت بی‌خاصیت^{۱۳}.

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۲ Hyper Caring Syndrom

^۳ Logical Thinking

^۴ Complex Problem

^۵ Reduction

^۶ Personnal Experience

^۷ Grounded Theory

^۸ Epidemiologic data

^۹ Induced Care

^{۱۰} Grey Zone Care

^{۱۱} Inappropriate Care

^{۱۲} Futile Care

^{۱۳} Null Care

دسته اول: نیازهای القایی

این دسته به دو گروه عوامل مرتبط با پزشک^۱ و عوامل مرتبط با بیماران^۲ تقسیم‌بندی می‌شود.

الف) عوامل مرتبط با پزشک

۱. زمینه اجتماعی: در این حالت، بیمار براساس اتفاقاتی که ممکن است در آینده برای پزشک رخ دهد به سمت خدمات اضافی و نا به‌جا هدایت می‌شود. یکی از دلایل شکل‌گیری این مسئله، ترس از شکایت^۳ بیمار است. به‌طور مثال پزشک براساس راهنماهای بالینی^۴ می‌داند که برای عمل بیمار، در صورتی نیاز به چک کردن CBC, PTT و PT است که بیمار خونریزی شدید^۵ یا سابقه فامیلی داشته باشد اما چون تجارب تلخی در زمینه مسائل حقوقی مرتبط دارد، حتماً این موارد را چک می‌کند. تعداد این آزمایش‌ها با توجه به تعداد اعمال جراحی در کل کشور رقم چشمگیری خواهد شد؛ بنابراین تفکر پزشکی محافظتی^۶ پزشکان را به سمت تجویز و ارائه خدمات غیرضروری سوق می‌دهد.

علاوه بر مسئله ترس از شکایت، فرهنگ جامعه پزشکی^۷ که به‌صورت رایج در آمده است نیز در شکل‌گیری سندرم مراقبت بیش‌ازحد مؤثر است. به‌طور مثال به‌عنوان

^۱ Physician related

^۲ Patient related

^۳ Fear of sue

^۴ Guidelines

^۵ Bleeding intensity

^۶ Protective medicine

^۷ Medical society culture

یک فرهنگ رایج برای تمام بیماران دارای ترومای سر^۱ در اورژانس سینا یا الزهرا اصفهان باید سی‌تی‌اسکن مغز انجام شود.

۲. زمینۀ مالی^۲، به دو صورت پرداخت به ازای ارجاعات^۳ و سهم سرمایه‌گذاری^۴ شکل می‌گیرند. در حالت نخست یعنی پرداخت به ازای ارجاعات، به ازای تعداد ارجاعات به یک داروخانه یا آزمایشگاه خاص، درصدی در پایان ماه یا امتیازات و هدایایی به پزشک ارجاع دهنده تعلق می‌گیرد. در بحث سهم سرمایه‌گذاری، دلایلی همچون فشار بازار^۵ و یا رقابت‌های دولتی^۶، سرمایه‌گذاران را ترغیب می‌نماید که جهت تأمین هزینه‌های سرمایه‌گذاری و حفظ جایگاه خود در رقابت به خدمات غیرضروری روی آورند. این مسئله در بخش دولتی به این صورت رخ می‌دهد که به بیمارستان‌ها استقلالی^۷ داده می‌شود و آن‌ها را ترغیب می‌نمایند که هرچقدر حقوق کارکنان و درآمد بیشتر باشد، بهتر است، بنابراین بیمارستان‌ها تلاش می‌کنند پول دریاورند تا ارزش بیشتری داشته باشند و به‌طور مثال تعداد بیشتری آنژیو انجام می‌دهند.

^۱ Head Truma

^۲ Financial

^۳ Fee-for-referral payments

^۴ Investment share

^۵ Market pressure

^۶ Governmental competition

^۷ Autonomy

ب) عوامل مرتبط با بیماران

۱. دلایلی نیز وجود دارند که منجر به استفاده بیش از حد بیماران از خدمات بهداشتی و درمانی موجود می‌شوند. برخی از این دلایل به دلیل وجود عوامل اجتماعی^۱ مرتبط است. جامعه ایران، به شدت تحت تأثیر استرس بیماری حاد^۲ به عنوان یک عامل استرس‌زای اصلی^۳ قرار دارد. افراد در مواجهه با سرماخوردگی ساده نیز به پزشک مراجعه می‌نمایند در صورتی که اگر از آن‌ها علت مراجعه را پرسید می‌گویند «چون در رسانه گفته شده بود که به پزشک مراجعه کنید! من به پزشک مراجعه کردم».

احساس جبران حس کهنتری (خود کمتر بینی) یا بی‌توجهی^۴، دلیل دیگری برای استفاده نا به جا از خدمات سلامت است، فرد می‌گوید «به دلیل اینکه من دهاتی هستم یا شهرستانی هستم به من توجه نمی‌کنید. آقای دکتر، لطفاً هر کاری می‌توانید برای ما انجام بدهید». در اولین تماس بیمار و پزشک^۵، بیمار تلاش می‌کند از طریق گرفتن خدمات اضافی این حس را جبران نماید. این مسئله منجر به مراقبت‌های غیرواقعی می‌شود.

۲. عوامل روان‌تنی^۶ دلیل دیگری برای استفاده بیش از حد بیماران از خدمات بهداشتی و درمانی است. اختلال اضطراب سلامت^۷ و رفتار مراقبت‌جویی^۸ از مهم‌ترین این عوامل هستند. به طور مثال وقتی افسردگی در جامعه زیاد است، بیمار می‌گوید

^۱ Social related

^۲ Acute illness stress

^۳ Major stressor

^۴ Inferiority /Neglect coping

^۵ First contact physician

^۶ Psychosomatic factor

^۷ Health anxiety disorder

^۸ Abnormal health seeking

«یک ماه است شانه و گلویم درد می‌کند» و بارها برای این مسئله به پزشک مراجعه می‌کنند. احساس بغض در گلو^۱ از شایع‌ترین دلایل مراجعه به همکاران گوش و حلق و بینی^۲ محسوب می‌شود. با وجود انجام مکرر آندوسکوپی، پی‌اچ متری^۳ و لارنگوسکوپی مستقیم برای بیمار، وی راضی نیست چون کسی به او نگفته است ریشه این مشکل افسردگی است.

دسته دوم: نقاط خاکستری درمان

دسته دوم نقاط خاکستری درمان هستند. به‌طور مثال یک بیمار دارای تنگی خفیف شریان قدامی نزولی قلب^۴ به میزان سی درصد است، درد قفسه سینه^۵ فعالیتی نیز دارد و تست ورزش (ET^۶) او هم مثبت و هم منفی است. در راهنماهای بالینی بیان شده است که درجه شواهد در این حالت پنج (V) است؛ یعنی هم می‌توان انجام داد هم می‌توان انجام نداد. سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چرا انجام ندهیم؟ و پاسخ انجام می‌دهیم! است.

مثال دیگر، مریضی با دل‌درد به اورژانس مراجعه می‌کند و در شرایط بدی قرار دارد. جراح معتقد است این مورد می‌تواند آپاندیسیت باشد. می‌توان او را جراحی کرد، می‌توان صبر کرد. این جراح اگر جراحی را انجام بدهد نمی‌توان او را محکوم کرد زیرا شواهدی مبنی بر انجام این جراحی وجود داشته است.

^۱ Globus sensation

^۲ ENT

^۳ PH Meter

^۴ Non Significant Stricture LAD

^۵ Chest Pain

^۶ Excercise Test

نقاط خاکستری درمان مسئله‌ای است که تمام دنیا درگیر آن هستند و صدها مثال دارد. در نظام‌هایی مثل ایران، می‌توان نقاط خاکستری را به نقاط سفید و سیاه تقسیم کرد زیرا به طور مثال ۸۰ درصد جامعه بزرگسال^۱ ایرانی هلیکوباکتر پیلوری^۲ مثبت دارند از آنجاکه مطابق راهنماها باید هلیکوباکتر پیلوری ریشه‌کن^۳ شود، همه این افراد مورد غربالگری قرار می‌گیرند و آنتی‌بیوتیک و آنتی‌بادی دریافت می‌کنند، این عمل تا ریشه‌کنی کامل ادامه می‌یابد تا جایی که بیمار بگوید «کافی است، من دارم سرطان می‌گیرم»، نکته قابل توجه در این مثال آن است که راهنماهای بالینی برای کشور آمریکا تهیه شده‌اند که تنها ۵ درصد جامعه هلیکوباکتر پیلوری دارند. در مواردی مشابه این مثال، تعداد نیازمندان به درمان (NNT)^۴ در کشور بسیار زیاد است.

دسته سوم: درمان نامناسب

دسته سوم درمان نامناسب^۵ است. این بحث پیشگیری به مفهوم دوستی خاله‌خرسه بسیار نزدیک است. در ادامه دلایل شکل‌گیری درمان نامناسب براساس معرفی یک مورد^۶ بیان می‌شود. دلایل شکل‌گیری درمان نامناسب عبارت هستند از: موانع دانشی پزشکان^۷ (تعصبات و سوگیری در درمان و نبود الگوی اختلالات عملکردی^۸ در ذهن آنان)، موانع فرهنگی پزشکی بیماران^۹ (سندرم بی‌دی اس^۱ و شرح حال ضعیف) و

^۱ Adult

^۲ H.pylori

^۳ H.pylori Eradication

^۴ Number Needed To Treat

^۵ In Appropriate Care

^۶ Case

^۷ Physician Knowledge Barrier

^۸ Functional Disorder

^۹ Patients' Medical Cultural Barrier

اشتیاق سیستم بهداشت و درمان به ارائه مراقبت بیشتر^۲ (به دلایل استقلال مالی بیمارستان^۳ و نفوذ پرداخت FFS^۴)

• موانع دانشی پزشکان^۵

مثال: یک مرد ۵۵ ساله دارای دل درد، غار و غور شکم، سی سال پیش یک کولونوسکوپی انجام داده که نتیجه آن کولیت غیراختصاصی^۶ بوده است. از آن زمان تا به امروز روزی دو گرم سولفاسالازین^۷ مصرف می کند. اکنون باکم خونی ماکروسیتیک^۸ و کمبود فولات^۹ ناشی از مصرف سولفاسالازین مراجعه کرده است. علت این مسئله آن است که فارغ التحصیلان ۲۰ سال گذشته نظام آموزشی سلامت، دارای موانع دانشی^{۱۰} هستند به این صورت که اساساً الگوی اختلالات عملکردی در را در ذهن ندارند و معتقد هستند تمام مریض ها یا کولیت یا آپاندیسیت یا گاستریت هستند. براساس این دیدگاه، کسی که شکایت دارد حتماً یک مشکل جسمی جدی دارد. علت شکل گیری این موانع، آموزش های مبتنی بر پاتولوژی است. در عصر ابن سینا و بقراط رویکرد مورد استفاده، مراقبت منطقی^{۱۱} بوده است و آنان سعی می کردند سندرم ها را شناسایی نمایند ولی امروزه علم پزشکی و تشخیص، روی اتیولوژی بیماری ها متمرکز شده است. ۸۰٪

^۱ Bodily Distress Syndrome

^۲ Healthcare system eagerness to more care

^۳ Hospital financial autonomy

^۴ Fee-for-service dominancy

^۵ Physician Knowledge Barrier

^۶ Non-specific colitis

^۷ Sulfasalzaine ۲ gm daily

^۸ Macrocytic anemia

^۹ Folate deficiency

^{۱۰} Physician Knowledge Barrier

^{۱۱} Logical Care

مراجعه سرپایی، اختلالات عملکردی هستند و پشت تظاهرات آن‌ها بیماری ۱ وجود ندارد. بسیاری پزشکان از این مسئله غافل هستند حال آنکه حتی این‌سینا هم به اینکه برخی بیماری‌ها ریشه در مالخولیای مراق دارند، اذعان داشت. در مثال فوق وقتی که مریض مراجعه می‌کند به او گفته نمی‌شود که «تو سندرم روده تحریک‌پذیر داری و باید استرس خود را کم کنی و از مصرف نخود لوبیا پرهیز کنی» بلکه به او گفته می‌شود که «تو کولیت داری و باید سولفاسالازین مصرف کنی».

مثال: مرد ۳۴ ساله بدون ریسک، به مدت چهار سال، روزانه ۲ گرم جم فیروزیل و ۱۰ گرم آتروواستاتین مصرف نموده است و در این مدت، تنها یک آزمایش انجام داده که نتایج آن تری گلیسیرید=۲۲۵، کلسترول=۲۲۰ و ال دی ال=۱۳۵ بوده‌اند. او در حال حاضر از خستگی^۲ و گرگرفتگی^۳ رنج می‌برد.

این موارد همگی علائم شروع سندرم متابولیک^۴ هستند. ۴۰٪ جامعه بالای ۴۰ سال ایرانی سندرم متابولیک دارند. تعصبات درمانی^۵ باعث می‌شود به او قرص داده شود چون راحت‌تر است تا اینکه به او گفته شود که «برنج و نان را کمتر مصرف کن و صبح که سر کار می‌آیی و ظهر که برمی‌گردی راه برو». نکته اصلی این است که ترس از عامل خطر^۶ بیشتر از ترس از بیماری است، حال آنکه رویکرد صحیح آن است که خطر، مدیریت^۷ شود نه درمان.

^۱ Disease

^۲ Generalized fatigue

^۳ Flushing

^۴ Metabolic Syndrome

^۵ Diagnosis/ Treatment bias

^۶ Risk

^۷ Manage

• موانع فرهنگی پزشکی بیماران^۱

مثال: خانم ۲۳ ساله به اورژانس مراجعه می‌نماید. او ۸ سال است که دل‌درد، میگرن، سردرد و در زمان عادت ماهانه، دل‌پیچه دارد. در طی یک سال گذشته، دو بار به اورژانس مراجعه نموده و ام آر آی و سی تی انجام داده است، هر سال سونوگرافی داشته است، ۲ بار تست ورزش برای او انجام شده است. اکنون به او گفته‌اند که ممکن است بیماری قلبی باشد باید سی تی آنژیو^۲ و بعد گالیوم اسکن^۳ انجام دهد.

این یک تظاهر شایع در جامعه پزشکی است که اسم آن را دانمارکی‌ها در ICD و BSM جدید، بی‌دی اس (BDS^۴) نام‌گذاری کرده‌اند به این معنی که تعداد زیادی از افراد وجود دارند که همه جای بدن آن‌ها تلق‌تلق می‌کند ولی لزوماً مریض نیستند. در دامنه لغات پزشکان ایرانی، چیزی به نام نشانه‌های غیرقابل توضیح پزشکی^۵ وجود ندارد. وقتی نشانه‌های غیرقابل توضیح پزشکی وجود دارند اختلالات به سمت بی‌دی اس می‌روند بنابراین زمانی که تعداد موارد غیرقابل توضیح زیاد شد، یک مشکل روانی^۶ وجود دارد که باید فرد را به خاطر آن ارجاع داد. یکی دیگر از موانع فرهنگی پزشکی بیماران، شرح‌حال ضعیف^۷ است که می‌تواند ناشی از فقدان مهارت روایت^۸ و سخنان غیر مرتبط^۹ باشد.

^۱ Patients' Medical Cultural Barrier

^۲ CT angiography

^۳ Gallium scan

^۴ Bodily Distress Syndrome

^۵ Medical unexplained symptom

^۶ Over psychological problem

^۷ Poor history

^۸ Lack of narrative skill

^۹ Incoherent speech

- اشتیاق سیستم بهداشت و درمان به ارائه مراقبت بیشتر^۱
این اشتیاق ریشه در استقلال مالی بیمارستان^۲ و نفوذ پرداخت FFS^۳ در نظام سلامت کشور دارد.

دسته چهارم: مراقبت‌های بیهوده

دسته چهارم، مراقبت‌های بیهوده^۴ است. مفهوم مراقبت‌های بیهوده خدماتی است که احتمال اثر^۵ آن‌ها زیر ۱ درصد در بیماری‌های مهم باشد. مثال: یک خانم ۹۲ ساله به بخش اورژانس مراجعه کرد، سطح هوشیاری وی کم شده بود و استفراغ ترشحات کافی گرانده^۶ داشت. به سیروز جبران نشده^۷ مبتلا بود و از پنج ماه پیش هپاتوسلولار کارسینوما^۸ داشت. او را به مدت ۵ روز با تهویه مکانیکی^۹ در بخش آی سی یو بستری کردند، در این مدت، سه بار همودیالیز، ۱۵ مشاوره تخصصی پزشکی^{۱۰} و چهل ویزیت برای او انجام گرفت و در نهایت مریض فوت کرد^{۱۱}. از ابتدا هم مشخص بود که این مریض فوت خواهد کرد. در تمام بیمارستان‌های ایران این سیکل به طور مکرر اتفاق می‌افتد و هر کدام از این سیکل‌ها ۵۰ میلیون تومان به طور تخمینی به نظام سلامت هزینه وارد می‌کند.

^۱ Healthcare system eagerness to more care

^۲ Hospital financial autonomy

^۳ Fee-for-service dominancy

^۴ Futile care

^۵ Efficacy

^۶ Café-ground vomiting

^۷ Decompensated cirrhosis

^۸ Hepatocellular carcinoma

^۹ Mechanical ventilation

^{۱۰} Medical specialty consults

^{۱۱} Expire

دلایل بروز این دسته از مشکلات به دو گروه عوامل مرتبط با پزشکی^۱ و موانع فرهنگ عمومی^۲ تقسیم می‌شوند.

- عوامل مرتبط با پزشکی

در این مثال، ابهام در اخلاقیات^۳ و غیرواضح بودن قواعد قانونی پزشکی^۴ به‌عنوان دلایل مرتبط با عوامل پزشکی محسوب می‌شوند. مراجع قانونی و حقوقی می‌گویند که تا آخرین لحظهٔ حیات مسلم هر کار که ممکن باشد باید برای او انجام داد و تا یک دقیقهٔ آخر زندگی، آخرین لحظهٔ حیات محسوب می‌شود. سؤالی که در اینجا مطرح است این است که می‌توان جای این بیمار ۹۲ ساله را با بیمار دیگری که ۱۲ سال سن دارد، تنفس وی مختل شده و دارای ترومای سر است، عوض کرد؟ پاسخ این است که نمی‌دانم! جامعهٔ ایرانی از نظر قانونی و شرعی دچار ابهام است؛ بنابراین به‌طور مکرر با مراقبت از بیماران رو به موت، هزینه به سیستم تحمیل می‌شود.

- موانع فرهنگ عمومی

موانع فرهنگی عمومی شامل انکار اطرافیان^۵ و بیش از حد برآورد کردن نتایج مراقبت‌های بهداشتی^۶ است. در مثال فوق خانوادهٔ بیمار ۹۲ ساله از پزشک می‌پرسند «آقای دکتر، اتفاقی برای بیمار ما نمی‌افتد؟». در حقیقت جامعه از پزشک انتظار دارد مانند مسیح با دست کشیدن بر سر بیمار، سلامتی را به وی بازگرداند. به دلیل همین

^۱ Physician related

^۲ Public Cultural Barrier

^۳ Ambiguity of ethical facts

^۴ Unclear legislative medicolegal rules

^۵ Relatives Denial

^۶ Overestimation of healthcare outcomes

انتظارات و فشارهای اجتماعی مراقبت از بیماران رو به موت به سیستم سلامت تحمیل می‌گردد.

دسته پنجم: مراقبت‌های بی‌خاصیت

دسته پنجم مراقبت بی‌خاصیت^۱ است. منظور این است که مجموعه‌ای از اقدامات انجام می‌شوند که نه اثر خوب دارند و نه اثر بد. به‌طور مثال یک‌سوم جامعه دارای کبد چرب^۲ هستند. سونوگرافی به‌طور مکرر برای این افراد انجام می‌گیرد اما جامعه جهانی هنوز نمی‌داند در مورد کبد چرب چه چیز را می‌خواهد درمان کند. شربت‌های (آنتی‌اکسیدان‌ها) تبلیغاتی که همه‌چیز را خوب می‌کنند در این دسته قرار می‌گیرند. داروخانه‌ها به دلیل اینکه این موارد تحت پوشش بیمه نیستند و حاشیه سود زیادی دارند، از فروش آن‌ها استقبال زیادی دارند. این نوع از مراقبت در حال حاضر به‌شدت در جامعه تبلیغ می‌شود که ممکن است دارای آثار جانبی جسمی و روانشناسی نیز باشد.

ویژگی‌های راهکارهای عقلایی (ویژگی‌های گزینه‌های مدیریتی ممکن)

واژه ممکن به این دلیل نگاشته شده است که اصولاً روی کلیات بحثی وجود ندارد، آنچه تضادها در آن نمود پیدا می‌کند، برنامه‌ها و عملکرد هستند.

۱. مراقبت بیش‌ازحد یک سندرم است و سندرم درمان ندارد، بنابراین نیازمند یک مدیریت تغییر^۳ در کل سیستم است.

^۱ Null Care

^۲ Fatty Liver

^۳ Change management

۲. در اعمال راهکارها، نیاز به رویکرد سیستماتیک^۱ وجود دارد زیرا در صورتی که تغییری در قسمتی از سیستم اعمال شود، ممکن است از جای دیگر سیستم صدای اعتراض بلند شود.
۳. صرفاً با تزریق پول و وضع مقررات جدید، وضعیت موجود بهبود نمی‌یابد بلکه نیاز به تغییر رفتار^۲ وجود دارد و مشابه رویکردی که در دکترای تخصصی (PhD^۳) ارتقا سلامت وجود دارد باید پیش رفت.
۴. مداخلاتی باید انجام گیرند که بیشترین کارایی را در پی خواهند داشت^۴. از کارهای کوچک شروع شود که توأم با هزینه اثربخشی^۵ و کارایی باشند.

راهکارهای کاهش مراقبت‌های بیش از حد پزشکی

- تقویت روابط پزشک و بیمار

اروپایی‌ها و آمریکایی‌ها امروزه روی روابط بیمار و پزشک^۶ تأکید زیادی دارند. هیچ‌کدام از پزشکان ایران، تاکنون آموزش رسمی رساندن خبر بد به بیمار^۷ را دریافت نکرده‌اند. درحالی که این کار در دنیا از اصولی برخوردار است. چند درصد پزشکان ایرانی راهنماهای کالگری کمبریج را در مصاحبه‌های پزشکی^۸ رعایت می‌کنند؟

^۱ It needs systematic approach

^۲ It needs behavior change

^۳ Philosophiae Doctor

^۴ It needs efficient interventions

^۵ Cost effectiveness

^۶ Doctor And Patient Relationship

^۷ Breaking bad news

^۸ Calgary Cambridge guide to the medical interview

مسئولیت تقویت روابط پزشک - بیمار^۱ بر عهده سازمان‌هایی همچون معاونت آموزشی، دانشکده‌های پزشکی، دوره‌های بازآموزی و بخش عمومی^۲ است. امروزه در بخش عمومی به پزشک گفته می‌شود که تو باید ۹۰ مریض را در ۶ ساعت ببینی، کیفیت ویزیت‌ها مهم نیست. وقتی وزارت بهداشت به بخش خصوصی بگوید که «فلان قسمت را درست کن» پاسخ می‌شوند که «اول بیمارستان خودت را درست کن و بعد سراغ ما بیا».

آزمایش قند درازمدت^۳ در درمان بیماران دیابتی مراکز دولتی و درمان بیماران مراکز خصوصی را مقایسه کنید. نتیجه این آزمایش یکی از شاخص‌های مهم سندرم‌های سوخت‌وساز است و می‌تواند ده سال عمر یک جامعه را افزایش بدهد. این شاخص در درمانگاه‌های بخش خصوصی بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. پزشک بخش دولتی، وقت نمی‌گذارد، سؤال نمی‌پرسد و حرفی نمی‌زند. فقط نام دارو را می‌نویسد و می‌گوید «برو».

- ایجاد شاخص، معیار و استاندارد

خدمات سلامتی نیازمند شاخص، معیار و استاندارد هستند. سطح یک خدمات نیازمند کد عملی یا دستورالعمل ثابت است ولی نیازمند گایدلاین نیست^۴. خط دو خدمات، نیازمند

^۱ Strengthen Doctor –patient relationship

^۲ Public sector

^۳ هموگلوبین A1C

^۴ Definite clinical “code-of-practice” in primary care not “clinical practice guidelines

معیارهای ممیزی بالینی است^۱. به علاوه در معیارها باید مشخص شود که به طور مثال تجویز چند درصد آنژیو می تواند طبیعی باشد. به طور متوسط بین یک الی دو ماه نوشتن راهنماها یا معیارها زمان می برد. باید پزشکان را درگیر نگارش این موارد نمود و آن ها را برای صرف نظر از پول سهل و آسان مطبشان و همکاری در فرآیند وقت گیر و کم درآمد نگارش راهنماها ترغیب کرد.

- وجود سامانه های حمایت از نیروی انسانی^۲ مراقبت سلامت نیرویی که در شرایط افزایش بارکاری بدترین و بیشترین بیمار را برحسب دستورالعمل ها معاینه می کند، در صورتی که مرتکب خطایی شد، نباید به تنهایی پاسخگو باشد بلکه رییس وی و مشاور حقوقی یا وکیل باید جوابگو باشند. اگر این شرایط ایجاد نشود، پزشک سعی می کند با نوشتن سی تی اضافی برای خود حاشیه امنیت ایجاد نماید. تا وقتی نظام حمایتی ایجاد نشده است، امکان تغییر رفتار وجود ندارد.

- ایجاد ساختار حاکمیتی مشخص جهت مراقبت از کیفیت در نظام بهداشت و درمان ایران هیچ ساختار حاکمیتی مشخصی برای مراقبت از کیفیت درمان وجود ندارد. چک لیست ها فقط در مورد استانداردهای فضای فیزیکی هستند و مشخص نیست چند نفر از بیماران آی سی یو در زمان ترخیص نارسایی احتقانی قلب^۳ (CHF) داشته اند یا سکنه چند درصد بیماران به خوبی کنترل شده است. لازم است

^۱ Define “clinical audit criteria” for money consuming or high-side-effect procedures in secondary care

^۲ Establishment amanpower supportsystem

^۳ Congestive Hearth Failure

ساختاری مشابه یا بهتر از نایس^۱ (NICE) و ای اچ آر کیو^۲ (AHRQ) در ایران ایجاد شود و این مهم نیازمند تعقل و قانون گذاری^۳ است.

خلاصه سخنان آقای دکتر ادیبی

- خدمات غیر ضروری به عنوان یک بیماری نوظهور در پزشکی محسوب می گردد و نام این بیماری، سندرم مراقبت بیش از حد است.
- خدمات غیر ضروری به دلایلی همچون نیازهای القایی، نقاط خاکستری درمان، درمان نامناسب، مراقبت های بیهوده، مراقبت بی خاصیت به بیماران ارائه می شوند.
- عوامل مؤثر بر شکل گیری نیازهای القایی به دو گروه عوامل مرتبط با پزشک (زمینه اجتماعی: ترس از شکایت و فرهنگ رایج جامعه پزشکی و زمینه مالی: پرداخت به ازای ارجاعات و سهم سرمایه گذاری) و عوامل مرتبط با بیماران (عوامل اجتماعی: استرس بیماری حاد جبران حس کهنتری و عوامل روان تنی: اختلال اضطراب سلامت و رفتار مراقبت جویی) تقسیم بندی می شوند.
- عوامل مؤثر بر شکل گیری درمان نامناسب به موانع دانشی پزشکان (به دلیل تعصبات و سوگیری در درمان و نبود الگوی فانکشنال دیس اوردرد در ذهن پزشکان) موانع فرهنگی پزشکی بیماران (شامل سندرم بی دی اس و شرح حال ضعیف) و اشتیاق سیستم بهداشت و درمان به ارائه مراقبت بیشتر (به دلایلی همچون استقلال مالی بیمارستان و نفوذ پرداخت FFS) تقسیم بندی می شوند.

^۱The National Institute for Health and Care Excellence

^۲ Agency for Healthcare Research and Quality

^۳ Legislation

- عوامل مؤثر در شکل‌گیری مراقبت‌های بیهوده شامل عوامل مرتبط با پزشکی (ابهام در اخلاقیات و غیرواضح بودن قواعد قانونی پزشکی) و موانع فرهنگ عمومی (انکار اطرافیان حد برآورد نتایج مراقبت‌های بهداشتی) تقسیم‌بندی می‌شوند.
- اصولی که باید در هنگام انتخاب راهکار عقلایی پیشگیری از خدمات غیر ضروری مدنظر قرار بگیرند؛ رویکرد سیستماتیک در اعمال تغییرات، تغییر رفتار و مدیریت تغییر و اعمال راهکارهایی ساده با بیشترین کارایی و اثربخشی هستند.
- تقویت روابط پزشک و بیمار، ایجاد شاخص، معیار و استاندارد خدمات سلامت، وجود سامانه‌های حمایت از نیروی انسانی^۱ مراقبت سلامت و ایجاد ساختار حاکمیتی مشخص جهت مراقبت از کیفیت، از راهکارهای کاهش مراقبت بیش‌ازحد پزشکی محسوب می‌شوند.

^۱ Establishment amanpower supportsystem

نقش پزشک خانواده در کاهش اقدامات غیر ضروری پزشکی

آقای دکتر آبتین حیدرزاده^۱

منظور از پزشک خانواده در این سخنرانی، پزشک خانواده متخصص و پزشک خانواده عمومی است. این ارائه درصدد پاسخگویی به دو سؤال اساسی است، نخست رویکرد پزشک یا پزشکی خانواده به بیماران چیست؟ دوم، رویکرد پزشکی خانواده چگونه باعث کاهش اقدامات و مداخلات غیر ضروری می‌شود؟

خدمت ارائه شده در پزشکی خانواده، باید دارای ویژگی‌های همچون ایمن^۲، به موقع^۳، مؤثر^۴، کارآمد^۵، منصفانه^۶، بیمار محور^۷ باشند (STEEEP).

در پزشکی سنتی بیماری محوری آموزش داده می‌شود اما پزشک خانواده مراقبت‌های سلامت را به صورت جامع^۸ و مستمر^۹ به افراد و جامعه تحت پوشش و در تمامی شرایط بدون هرگونه تبعیض از نظر سن، جنس، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، نژاد، مذهب و خطر بیماری ارائه می‌نماید. متخصصین این رشته، با آشنایی با ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی خانواده‌ها و محل سکونت آن‌ها در یک رویکرد نیاز محور^{۱۰} و مبتنی بر بیمار^{۱۱}، خدمات خود را در زمینه‌های پیشگیری؛ شامل حفاظت، ایمنی و ارتقای سلامت، تشخیص، درمان، توان بخشی و... به افراد، خانواده و جامعه ارائه می‌نمایند.

^۱ معاون تحقیقات و فناوری و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^۲ Safe

^۳ Timely

^۴ Effective

^۵ Efficient

^۶ Equitable

^۷ Patient-Centered

^۸ Comprehensive

^۹ Continuos

^{۱۰} Needs oriented

^{۱۱} Patient oriented

دلایل اهمیت مراقبت‌های اولیه^۱

در رویکرد پزشک خانواده، اهمیت دادن به مراقبت‌های اولیه منافاتی با خدمات تخصصی و سطح سه ندارد؛ زیرا اگر به‌طور مناسب به این گروه مراقبت‌ها پرداخته شود، منجر به آن می‌گردد که:

مرگ‌ومیر مادران، کودکان و ... کاهش یابد، بستر و زمینه انجام فعالیت‌های پیشگیری مهیا شود. سرطان‌هایی مانند روده بزرگ، دهانه رحم و پستان تحت کنترل درآیند. موارد استفاده از بیمارستان‌ها و اورژانس‌ها کاهش یابد و با بهبود بی‌عدالتی‌های نظام سلامت^۲ و عدم توازن‌های موجود در مراقبت‌های اولیه منجر به آن می‌شود که حداقل خدمات موردنیاز برای اکثریت افراد جامعه در دسترس قرار داشته باشند و در این صورت، به هنگام نیاز حداکثر خدمات را می‌توانند خودشان خریداری نمایند.

خدمات پزشک خانواده

علاوه بر ویژگی‌های که قبلاً ذکر شد، خدمات پزشکی خانواده از ویژگی‌های عمومی بودن، فراگیری مراقبت، تداوم، پیوستگی و هماهنگی خدمات، خط اول بودن در مراقبت، تمرکز بر خانواده و طبابت مبتنی بر الزامات سلامت نیز برخوردار هستند. این خدمات عبارتند از:

- پیشگیری و درمان آسیب‌های حاد و بیماری‌ها^۳
- ارتقای سلامت^۴ (بخشی از ارتقای سلامت آموزش به بیمار و آموزش پزشکی است، یکی از دلایلی که بیماران ارائه‌دهندگان خدمت را جهت ارائه مراقبت‌های غیرضروری تحت فشار می‌گذارند این است که به آنان آموزش داده نشده است که

^۱ Primary Care

^۲ Reduced Health Disparities

^۳ Prevention & Management Of Acute Injuries And Illnesses

^۴ Health Promotion

حالاتی که دارند طبیعی است و همه افراد دچار این حالات می‌شوند و بنابراین بدون درمان هم خودبه‌خود بهبود می‌یابند).

- مراقبت بیمارستانی بیماری‌های حاد^۱ (در برخی از مناطق پزشک خانواده قادر است بیمار را در بیمارستان‌ها بستری و به آن‌ها خدمت‌رسانی نماید. حتی اگر چنین اختیاری به وی داده نشده باشد، معمولاً بحث اورژانس را برای پزشک خانواده در نظر می‌گیرند).
- درمان بیماری‌های مزمن^۲ (این بیماری‌ها در هر کشوری متفاوت است).
- مراقبت از مادران^۳
- مراقبت از سلامتی و رشد کودک^۴
- مراقبت‌های بهداشتی اولیه روان^۵
- توان‌بخشی^۶ (در نظام آموزش پزشکی کشور ایران این موضوع مورد غفلت واقع شده است).
- مراقبت‌های حمایتی در پایان زندگی^۷

تعریف پزشک خانواده در ایران

پزشک خانواده، فرد فارغ‌التحصیل دارای پروانه پزشکی^۸ است که عهده‌دار مسئولیت اولین تماس سیستم سلامت با جامعه^۹ است. وی ارائه‌دهنده مراقبت‌های یکپارچه، جامع

^۱ Hospital Care For Acute Medical Illnesses

^۲ Chronic Disease Management

^۳ Maternity Care

^۴ Well-Child Care And Child Development

^۵ Primary Mental Health Care

^۶ Rehabilitation

^۷ Supportive And End-Of-Life Care

^۸ The Family Physician Is a Licensed Medical Graduate

^۹ Responsible For The First Contact Of Community With Health

و مستمر مبتنی بر عملکرد به جامعه^۱ است و وظیفه مدیریت گروه سلامت^۲ بر عهده اوست. هماهنگ سازی با سایر بخش ها^۳ از دیگر مسئولیت های پزشک خانواده است. همان طور که پیش از این بیان شد، پزشک خانواده وظیفه دارد صرف نظر از نوع بیماری یا سایر ویژگی های فردی، اجتماعی و مخاطرات بیماری^۴ به ارائه خدمت به افراد جامعه بپردازد. به علاوه، او عهده دار مسئولیت حفظ و ارتقای سلامت^۵، ارجاع بیمار به سطوح تخصصی^۶ و مسئول سلامتی فرد و جامعه^۷ نیز است.

نقش پزشک خانواده در کاهش خدمات غیر ضروری

علاوه بر آن که مجموعه خدمات جامع پزشک خانواده در کاهش خدمات غیر ضروری پزشکی مؤثر هستند، موارد ذیل نیز به دلیل ایجاد طرح پزشک خانواده بر کاهش استفاده بیش از حد از خدمات پزشکی مؤثرند.

○ شکل گیری اعتماد بین بیمار و پزشک در اثر معاینات مستمر

کمتر احتمال دارد بیماری که دارای پزشک خانواده است و در طول زمان به او مراجعه کرده است، خدمات غیر ضروری مثل اقلام دارویی متعدد دریافت نماید زیرا در این مدت او به پزشک خود اعتماد کرده است و پزشک نیز بیمار را به خوبی می شناسد البته به شرط آنکه پزشک معاینات مستمری را به عمل آورده باشد. تمام نظام های سلامت به افراد اجازه می دهند که اگر به پزشک خانواده خود اطمینان ندارند او را عوض نمایند.

^۱ Providing Integrative, Comprehensive And Continuing And System Based Practice Care For Community

^۲ Management Of The Health Team

^۳ Coordination With Other Sectors

^۴ Takes Care Of Individuals In Society, Irrespective Of The Patient's Type Of Disease Or Other Personal And Social Characteristics Or Risk Of Illness

^۵ Maintaning & Promoting Health

^۶ Refer Of Patient To Specialty Levels

^۷ Responsible For Health Of Individual & Community

در سطح دو، باید معیارهای ممیزی وجود داشته باشند که پزشک خانواده، براساس آن راهنماها عمل نماید، اگرچه تبعیت از گایدلاین ها در مواردی نیز مشکلاتی ایجاد می کند (به طور مثال اگر برای یک میلیون بچه واکسیناسیون علیه فلج اطفال انجام شود امکان دارد که یک نفر آن ها به فلج مبتلا شود). باین وجود اگر راهنماها به شکل قانون درآیند، توسط معاونت درمان ابلاغ شوند و مراجع قضایی آن را بپذیرند، در صورتی که مورد استفاده قرار گیرند، می توانند هزینه سلامت و مداخلات غیر ضروری را کاهش دهند.

○ شیوه پرداخت به صورت سرانه

پرداخت سرانه منجر به کاهش مداخلات غیر ضروری می شود. به علاوه بیمه ها می توانند ارائه خدمات بیش از حد را در این شیوه جریمه نمایند.

○ جایگاه پزشک خانواده در بحث ارجاع

پزشکان خانواده در اغلب نقاط دنیا، جایگاه کلیدی در نظام سلامت دارند. پزشکان خانواده نقش اساسی در مدیریت و تخصیص منابع محدود بخش سلامت ایفا می کنند زیرا می توانند با هدایت صحیح افراد در درون نظام مراقبت کشور و ارائه خدمات به موقع (فارغ از هرگونه تقاضای القایی)، بیماران را در مسیر دریافت خدمات قرار داده و با استفاده کارا از منابع نظام سلامت از طریق هماهنگ سازی مراقبت ها، در تنظیم هزینه های مراقبت نقش کلیدی بازی کنند. شواهد و مستندات زیادی وجود دارد که نشان می دهد در نقاط مختلف جهان ارائه خدمات توسط پزشکان خانواده و با رویکرد مبتنی بر الزامات نظام سلامت و تبعیت از راهنماهای بالینی ارائه خدمات، توانسته است از بار مراجعات، بار بستری های نا به جا، تجویز غیر مؤثر دارو و اقدامات پاراکلینیک غیر ضروری بکاهد. در بسیاری از موارد بین نیازها و تقاضاهای یک بیمار و جامعه

تعارض وجود دارد. پزشکان خانواده تعادل مناسبی میان این دو برقرار می‌نمایند و این موضوع را به نحو مناسبی مدیریت می‌نمایند.

در حالت ایده آل، تعداد متخصصان پزشک خانواده باید آن قدر در جامعه زیاد شود که به‌عنوان یک سطح قبل از متخصصان دیگر به مراقبت از مریض پردازد. در این حالت، پزشک خانواده، بیماران را مستقیماً به بیمارستان می‌فرستد یا با سایر متخصصان در درمان وی سهیم می‌شود. در نتیجه، مداخلات غیر ضروری بسیار کاهش می‌یابند زیرا پزشک خانواده متخصص به‌طور مستمر با بیمار خود در ارتباط است و به وی اطمینان می‌دهد که پله پله مراحل درمان را در کنار یکدیگر سپری خواهند کرد.

با توجه به شرایط فعلی، می‌توان پزشکان عمومی را به صورتی تربیت نمود که مانند پزشک خانواده در نظام سلامت به فعالیت پردازند. ایجاد اعتماد در جامعه و سواد کافی در خصوص دردهای شایع، درمان براساس شواهد موجود و مبتنی بر گایدلاین، بستر تربیت پزشکان خانواده عمومی و تخصصی هستند. در صورتی که به ازای هر ۲۰۰۰ نفر از افراد جامعه یک پزشک خانواده وجود داشته باشد، می‌توان به‌صورت مستمر مراقبت‌های ایده آل پزشک خانواده را در جامعه ارائه داد که این مسئله به‌نوبه خود قادر است منجر به کاهش مصرف دارو، مراقبت‌های پاراکلینیک و... شود.

خلاصه سخنان آقای دکتر حیدرزاده

- پزشک خانواده، فرد فارغ‌التحصیل دارای پروانه پزشکی است که وظیفه دارد صرف‌نظر از نوع بیماری یا سایر ویژگی‌های فردی، اجتماعی و مخاطرات بیماری به ارائه خدمت به افراد جامعه بپردازد. به‌علاوه، او عهده‌دار مسئولیت حفظ و ارتقای سلامت، ارجاع بیمار به سطوح تخصصی و مسئول سلامتی فرد و جامعه نیز است.
- خدمت‌رسانی پزشکان خانواده در زمینه‌های پیشگیری شامل: پیشگیری و درمان آسیب‌های حاد و بیماری‌ها، ارتقا سلامت، مراقبت بیمارستانی بیماری‌های پزشکی حاد، درمان بیماری‌های مزمن، مراقبت از مادران، مراقبت سلامتی و رشد کودک، مراقبت‌های بهداشتی اولیه روان، توان‌بخشی، مراقبت‌های حمایتی در پایان زندگی به افراد، خانواده و جامعه با رویکرد نیاز محور مبتنی بر بیمار، ضرورت دارد.
- پزشکان خانواده در کاهش خدمات غیرضروری به دلایلی همچون: ارائه خدمات جامع و مستمر به بیماران، شکل‌گیری اعتماد و شناخت بین بیمار و پزشک در اثر معاینات منظم، شیوه پرداخت سرانه و جایگاه پزشک خانواده در ارجاع بیماران به سطوح تخصصی به دلیل قرار دادن بیماران در مسیر دریافت خدمات صحیح و تنظیم هزینه‌ها از طریق هماهنگ‌سازی مراقبت‌ها، نقش کلیدی دارند.
- پزشک خانواده در پیشگیری از خدمات غیرضروری از طریق برقراری تعادل بین تعارض نیازها و تقاضاهای فرد و جامعه جایگاه مهمی دارد.

- با استفاده از رویکرد مبتنی بر الزامات نظام سلامت و تبعیت از راهنماهای بالینی در ارائه خدمات می توان بار مراجعات، بار بستری‌های نا به‌جا، تجویز غیر مؤثر دارو و اقدامات پاراکلینیک توسط پزشکان خانواده را کاهش داد.
- برای پیشگیری از تحت فشار قرار دادن پزشکان با درخواست‌ها و اقدامات غیر ضروری، پزشک خانواده باید آموزش‌های لازم را به بیماران بدهد.
- ایجاد اعتماد در جامعه و سواد کافی در خصوص دردهای شایع، درمان براساس شواهد موجود و مبتنی بر گایدلاین، بستر تربیت پزشکان خانواده عمومی و تخصصی هستند.
- تأثیر تربیت پزشکان عمومی جهت انجام وظایف پزشک خانواده (به ازای هر ۲۰۰۰ نفر از افراد جامعه یک پزشک خانواده) در کاهش خدمات غیر ضروری پزشکی
- در حالت ایده آل، تعداد متخصصان پزشک خانواده باید آن قدر در جامعه زیاد شود که به‌عنوان یک سطح قبل از متخصصان دیگر به مراقبت از مریض بپردازد. در نتیجه، مداخلات غیر ضروری بسیار کاهش می‌یابند زیرا پزشک خانواده متخصص به‌طور مستمر با بیمار خود در ارتباط است و به وی اطمینان می‌دهد که پله پله مراحل درمان را در کنار یکدیگر سپری خواهند کرد.
- به ازای هر ۲۰۰۰ نفر از افراد جامعه یک پزشک خانواده وجود داشته باشد، می‌توان به‌صورت مستمر مراقبت‌های ایده آل پزشک خانواده را در جامعه ارائه داد که این مسئله به‌نوبه خود قادر است منجر به کاهش مصرف دارو، مراقبت‌های پاراکلینیک و... شود.

مضرات درمان بیش از حد (فیلم گروه BMJ)^۱

این فیلم توسط گروه BMJ تهیه شده است و مسئلهٔ درمان بیش از حد در آمریکا و راهکارهای مربوط به آن را مورد بررسی قرار می‌دهد. افرادی که بیشتر در این فیلم صحبت می‌کنند رییس و نایب‌رییس موسسهٔ لون^۲ هستند این موسسه یکی از سازمان‌های مطرح آمریکایی است که در زمینهٔ مداخلات پزشکی غیرضروری فعالیت دارد.

محتوای فیلم

دکتر *شانون برونلی*^۳: من نگران آیندهٔ درمان بیش از حد در آمریکا هستم. این مسئله در دو شاخصهٔ یک نمودار ساده یعنی افزایش امید به زندگی طی قرن بیستم و رشد سرسام‌آور هزینه سرانه خدمات سلامت در نیم‌قرن اخیر قابل مشاهده است. درحالی که که منحنی هزینه سرانه به حرکت خود با شیب تند به سمت بالا ادامه می‌دهد، بودجه کافی وجود ندارد.

دکتر *مارک ابل*^۴: مطابق با نمودار ۱، دور از باور نیست که کشورهایی که هزینهٔ زیادی به سلامت اختصاص نمی‌دهند، امید به زندگی کمتری داشته باشند؛ بنابراین هرچقدر

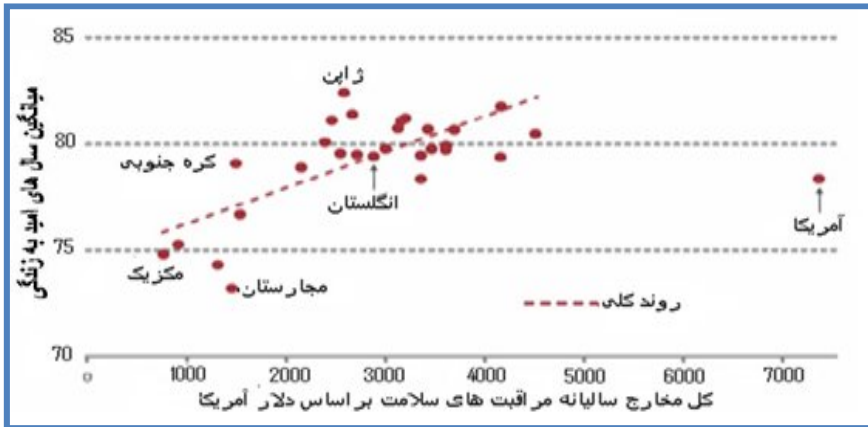
^۱British Medical Journal

^۲LoanInstitute

^۳Shannon Brownlee is Senior Vice President of the Lown Institute, a non-profit organization dedicated to improving healthcare and health. A former acting director of health policy at the New America Foundation, a non-partisan think tank in Washington, DC, she is also an instructor at the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice

^۴Dr. Mark Ebell, an associate professor in the College of Public Health at the University of Georgia

پول بیشتر صرف شود مردم مدت طولانی‌تری زندگی خواهند کرد. کشورهایی که کمتر از ۱۰۰۰ دلار به‌طور سالانه و به ازای هر نفر در بخش سلامت صرف می‌کنند، از میانگین امید به زندگی ۷۴ سال برخوردار هستند. کشورهایی مانند ژاپن و نروژ که بیش از ۴۰۰۰ دلار به‌طور سالانه و به ازای هر نفر هزینه می‌کنند، از میانگین امید به زندگی ۸۲ سال برخوردار هستند. منحنی در این شکل یک روند صعودی دارد و بین هزینه‌های سلامت و میانگین امید به زندگی رابطه مستقیم برقرار است. به‌طور کلی مخارج بخش سلامت در کشورهای OECD در محدوده خاصی واقع شده است. استثنایی در این منحنی وجود ندارد به جز یک نقطه در سمت راست آن که آمریکا را نشان می‌دهد. ناراحت‌کننده است که می‌بینیم آمریکا بیش از دو برابر کشورهای OECD هزینه می‌نماید اما از امید به زندگی کمتر از میانگین این کشورها برخوردار است، درحالی‌که با توجه به مخارج حوزه سلامت در آمریکا، امید به زندگی در این کشور باید برابر با ۸۶ یا ۸۹ باشد. یک تحقیق واقعی در خصوص تعیین میزان مخارج نظام سلامت در آمریکا و چرایی ارزش کمی تولید شده باید اجرا شود؛ زیرا با توجه به هزینه‌های انجام شده، آمریکا باید به‌عنوان یکی از بهترین نظام‌های سلامت دنیا شناخته می‌شد.



نمودار ۱: نمودار مقایسه بین هزینه سرانه مراقبت سلامت و میانگین امید به زندگی در کشورهای

OECD

جیان لنزر^۱: بیماران زیادی به مراکز غربالگری و درمان مراجعه می کنند، اما خودشان آگاه نیستند که با این کار به سلامتی خود آسیب می رسانند. من فراوانی خدمات غیرضروری را بررسی کردم و فهمیدم که تعداد زیادی تست های تشخیصی غیرضروری انجام می شود، زیرا بیماران با خود این گونه فکر می کنند که «فقط یک تست ساده خون است چرا آن را انجام ندهم؟» آن ها از این موضوع بی اطلاع هستند که یک تست بیجا آشناری از مداخلات غیرضروری را به دنبال خواهد داشت.

دکتر شانون برونلی: تفکر آمریکایی ها درباره نظام سلامت یکی از کمبودهای این بخش است. آن ها فکر می کنند که ۴۰ میلیون بیمه نشده در این کشور وجود دارد و افراد بیمه نشده خدمات سلامتی و مراقبت های مورد نیاز را دریافت نمی کنند. این تفکر درست است اما بیمارانی هم هستند که زیادتر از نیاز خدمت دریافت می کنند. اگرچه امروزه،

^۱Jeanne Lenzer. Independent medical investigative journalist

مردم نسبت به مسئله خدمات اضافی آگاه‌تر شده‌اند اما هنوز باید به اصلاح ساختار ذهنی پردازند.

۵ سال پیش، یک کتاب با نام "درمان بیش‌ازحد"^۱ از من به چاپ رسید. بحث درمان بیش‌ازحد منحصر به آمریکا نیست بلکه مشکل اکثر کشورهای توسعه‌یافته است. براساس شواهد معتبری مانند نرخ پروسیجرهای غیرضروری در داخل یک کشور درمان‌های غیرضروری افزایش یافته است.

جیان لنرز: من می‌خواستم بفهمم چگونه درمان کمتر از نیاز و درمان بیشتر از نیاز ترکیب شده‌اند و یک سیستم یکپارچه را به وجود آورده‌اند (دو روی یک سکه هستند)؛ بنابراین با دیوید هیملستین به خاطر دیدگاه منحصر به فرد وی در این موضوع، مصاحبه کردم.

دکتر دیوید هیملستین^۲: این یک مشکل جهانی است که سیستم سلامت نه‌تنها برای بیمارانی که به خدمات نیاز دارند کار نمی‌کند بلکه در خدمت مردمی است که بی‌نیاز از مراقبت هستند. زمانی که من به‌عنوان رزیدنت در یک بیمارستان عمومی کالیفرنیا مشغول به کار بودم، در منابع بخش دولتی کمبود وجود داشت اما وقتی برای یک دوره شش‌ماهه کاردیولوژی آموزشی به یک بیمارستان خصوصی رفتم مشاهده کردم که نه‌تنها بیماران تحت مراقبت خوب قرار نمی‌گرفتند بلکه به‌طور عجیبی پروسیجرهای غیرضروری برای آن‌ها انجام می‌شد که ممکن بود آسیب‌رسان نیز باشد؛ بنابراین به این نتیجه رسیدم که در سطح یک جامعه، منابع مناسبی وجود دارد اما این منابع به‌طور

^۱Over Treatment

^۲Dr. David Himmelstein is professor in the CUNY School of Public Health at Hunter College, adjunct clinical professor at Albert Einstein College of Medicine, and lecturer in medicine at Harvard Medical School. He has served as chief of the division of social and community medicine at Cambridge Hospital.

مناسبی بین مردمی که دارای تقاضای سلامت قابل حصول هستند و مردمی که خدمات ارائه‌شده را نادیده می‌گیرند، توزیع نمی‌شود.

دکتر *شانون برونلی*: بیماران دارای شرایط مشابه در جمعیت‌های متفاوت به‌صورت یکسان درمان نمی‌شوند. این مسئله به تفکر بیماران در خصوص کارکرد طب و تفکر پزشکان به‌عنوان نمایندهٔ بیماران در خصوص رفتار خودشان مربوط است. پزشکان فکر می‌کنند که در حال انجام بهترین کار براساس شواهد و تجربیاتشان هستند. ولی در حقیقت تعداد زیادی از آن‌ها براساس فرهنگ رایج در سازمان تابعه عمل می‌کنند. روش پرداخت به ازای خدمت، روش پرداخت غالب کشور است. این شیوه از پرداخت، ارائهٔ خدمات بیش‌ازحد را تشویق می‌نماید. روش پرداخت به ازای خدمت به ارائه‌دهندهٔ خدمت می‌گوید که «بیشتر می‌گیری اگر بیشتر خدمت بدهی و بیشتر نمی‌گیری اگر بهتر خدمت بدهی».

جیان لنزر: مطالعات این مسئله را تأیید کرده است نه اینکه در همهٔ افراد و همیشه این اتفاق بیافتد اما در بیشتر مناطق آمریکا به این صورت است که اگر ارائه‌دهندگان خدمت به ارائهٔ خدمات بیشتر تشویق شوند، همین کار را انجام خواهند داد و اگر آنان به ارائهٔ خدمات کمتر تشویق شوند نیز کمتر خدمت می‌رسانند.

دکتر *دیوید هیملستین*: دختر من دچار پارگی رباط صلیبی قدامی شد، پزشک جراح وی به ازای یک ساعت و ۱۵ دقیقه جراحی وی ۴۰۰۰ دلار و به ازای مشاوره ۵۰۰۰ دلار دریافت کرد. یک عدم تعادل غیرطبیعی وجود دارد.

دکتر ویکاس ساینی^۱: من به وضوح به خاطر دارم موردی را که به او گفته شده بود، باید یک جراحی خاص داشته باشد. وی دارای ۹۰ سال سن، عوامل خطر Morbidity و مشکلاتی بود که باعث افزایش ریسک عمل جراحی می شد. سؤال اساسی که در اینجا مطرح است این است آیا نمی توان سبک زندگی فعلی را تغییر داد؟ (آیا نمی توان مشکل بیمار را با تغییر سبک زندگی او برطرف نمود؟) اگر خودت (ارائه دهنده) جای او (بیمار) بودی حاضر می شدی جراحی را انجام بدهی؟ این جراحی در برابر ریسک آن سودی ندارد. پیشنهاد می شود در اولین ویزیت همه گزینه های ممکن به او (بیمار) گفته شود و برخی دیگر بیمه را پیشنهاد می دهند. جراحی کاری نیست که یک پزشک متعهد بخواهد برای این بیمار انجام دهد، زیرا او را وارد چرخه ای می کند که همه چیز را در آن از دست بدهد بدون آنکه چیزی به دست آورد. انجام جراحی برای این بیمار سکتۀ جراحی را در پی خواهد داشت و او یک ماه و نیم حداکثر بعد از جراحی عمر خواهد نمود. حقیقت، نبود نگاه جامع در پزشکان است و این مسئله اصلی محسوب می شود.

دکتر شانون برونلی: هر کسی که در بیمارستان های آمریکا کار می کند می تواند بفهمد که تعداد غیر نرمالی از خدمات غیر ضروری به بیماران ارائه می شوند که بیماران نه نیازمند آن ها هستند و نه آن ها را می خواهند (به شرط اینکه بدانند) و این مسئله تا پایان زندگی ادامه دارد.

¹Vikas Saini, MD is President of the Lown Institute. After majoring in philosophy at Princeton, with an interest in economics, politics, and history, he completed his MD with Distinction from Dalhousie University in Halifax (۱۹۸۰), residency at Baltimore City Hospitals/Johns Hopkins Bayview, and a Lown Fellowship at Brigham and Women's Hospital.

دکتر دیوید هیملستین: این مشکل منحصر به امریکا نیست بلکه در اروپا نیز وجود دارد. تعداد زیادی استنت در بیمارهای عروق کرونری قلب آمریکایی‌ها قرار داده شده است چراکه به بیمار دارای بیماری پایدار عروق کرونری گفته شده است که مطابق تصویر رادیولوژی عروق تنگ شده‌اند و باید کاری انجام شود؛ بنابراین وقتی عروق باز می‌شود، مریض خوشحال می‌شود.

دکتر شانون برونلی: تعداد زیادی در حدود ۱۰۰۰۰۰۰۰۰ آتریوپلاستی و استنت گذاری سالانه به صورت الکتیو انجام می‌شوند که بیشتر آن‌ها غیرضروری‌اند.

جیان لنزر: من یک راننده کامیون را می‌شناختم که مریض دیابتی بود و بیماری وی کنترل نشده و تهدیدکننده حیات وی محسوب می‌شد. ارائه دهنده خدمت از دست او عصبانی شد و گفت «چرا از خودت مراقبت نمی‌کنی و به خودت توجه نمی‌کنی» آن مرد به گریه افتاد، صورتش را با دست‌هایش پوشاند و گفت «من پول ندارم و تنها هزینه یک قرص من در ماه سه هزار دلار است» این مشکل در مکان‌های مختلف مشاهده می‌شود؛ مثلاً مرد جوانی (مایکل اسکولنیک) به دلیل تشنج‌های قبلی یک MRI انجام داد و مشخص شد وی یک کیست کوچک در سر دارد. جراح اعصاب باعجله می‌گوید که «باید یک جراحی اورژانسی انجام شود» (علی‌رغم اینکه کیست جایی را مسدود نکرده و مهم نیست).

دیوید اسکولنیک (پدر مایکل): دکتر به ما گفت که «بچه شما ممکن است بمیرد، ۴۸ تا ۷۲ ساعت وقت دارید و زمان مرگ وی نزدیک است» او هیچ چیز درباره آسیب‌های جسمانی احتمالی مایکل به ما نگفت.

جیان لنزر: در همین زمان یک دورنگار از طرف پزشک مراقبت‌های اولیهٔ مایکل رسید به این مضمون که «هیچ کاری انجام ندهید. این یک کیست ساده است. ۸-۱۲ ماه دیگر او را ویزیت می‌کنیم، فقط یک EEG بگیرید و با من تماس بگیرید».

ولی جراح، مایکل را به سمت جراحی سوق می‌داد، وی همچنین برخلاف اصول اخلاقی، ارزش تشخیص پزشک مراقبت‌های اولیه را زیر سؤال برد.

دکتر دیوید هیملستین: پزشک مراقبت‌های اولیه در آمریکا فاقد قدرت در سیستم سلامت شده است زیرا بیماران بیشتر به متخصصین مراجعه می‌کنند و پزشک عمومی از جایگاه پایین‌تری نسبت به این پزشکان برخوردار است. متخصصین به‌عنوان افراد دارای دانش بیشتر شناخته می‌شوند و سیستم به پزشک مراقبت‌های اولیه اهمیتی نمی‌دهد. این پیامی است که در کل سیستم وجود دارد.

جیان لنزر: نتیجهٔ جراحی مایکل منجر به عوارض زیادی شد. این مرد ۲۲ سالهٔ جوان و معصوم، از نظر صحبت و ارتباط و راه رفتن ناتوان شد و بعد از ۳۲ ماه به طرز تکان‌دهنده‌ای فوت کرد. هزینهٔ نگهداری و درمان وی، بیش از ۵ میلیون دلار تخمین زده شد.

دکتر شانون برونلی: برخی کشورها، مانند دانمارک به‌صورت بهتری عمل کرده‌اند. در زمانی که مسئولین این کشور فهمیدند که تخت‌ها زیاد مورد استفاده قرار می‌گیرند، با ارائهٔ خدمات بهتر و جامعه‌محور تخت‌ها را کاهش و خدمات سیار را توسعه دادند؛ اما تخت‌ها در آمریکا حذف نمی‌شوند به این دلیل که پول‌ساز هستند.

جیان لنزر: ما باید چه کاری انجام بدهیم؟

دکتر دیوید هیملستین: برخی چیزهای بد را باید حذف کنیم، نباید به پزشکان زیاد یا کم پرداخت کنیم. پرداخت براساس کمیت نباشد. این روش خوبی برای پرداخت به پزشکان نیست، زیرا ممکن است منجر به آن شود که پزشکان مردم را نادیده بگیرند.

جیان لنرز: منظور شما پرداخت به پزشکان به صورت حقوق است؟

دکتر دیوید هیملستین: پرداخت حقوق احتمالاً بهترین شیوه پرداخت به پزشکان است. ما باید اطمینان حاصل کنیم که هر بیمار برای پزشک از نظر مالی یکسان است (به یک اندازه پول ساز است) در این صورت، پزشک به بیماری که پول بیشتر می‌پردازد رسیدگی بیشتر نخواهد کرد.

جیان لنرز: به نظر شما، پزشکان چقدر نسبت به پذیرش این مسئله اشتیاق خواهند داشت؟

دکتر دیوید هیملستین: بیشتر همکاران من خوشحال می‌شوند. تحقیقات نشان داده است که ۶۰٪ پزشکان خواستار NHI^۱ در آمریکا هستند. البته نیازمند پژوهش‌های بیشتر عمومی و تجاری روی این مسئله هستیم. کارخانه‌های دارویی وقتی مجری یک پژوهش می‌شوند، تلاش می‌کنند که آنچه می‌خواهند را به پژوهشگر القا کنند و نتایج واقعی نیستند. استفاده از کارخانه‌های دارویی برای تأمین مالی پژوهش باعث تخریب آن و تهیه اطلاعات کاذبی می‌شود که مبتنی بر واقعیت نیستند.

دکتر شانون برونلی: اگر صادقانه بخواهم بگویم، ما دیتای لازم را در خصوص اینکه چه چیز کار می‌کند، چه چیز کار نمی‌کند و برای چه بیماری کار می‌کند، در اختیار نداریم. یکی از دلایل این مسئله این است که دیتاهای موجود توسط شرکت‌های دارویی و

^۱National Health Insurance

تجهیزات پزشکی دستکاری شده‌اند. از آنجا که ۸۰٪ پژوهش‌های انجام شده توسط صنعت، تأمین مالی می‌شوند، شرکت‌های دارویی تنها به پژوهش‌هایی علاقه‌مند هستند که صنعت، آن‌ها را تأیید کند. اطلاعات در حوزه دارویی زیاد است و بیشتر این اطلاعات خوب نیستند، اما شواهد در حوزه جراحی وجود ندارد. پروسیجرهای جراحی هدف کار آزمایشی‌های بالینی قرار نمی‌گیرند.

دکتر ویکاس ساینی: موضوع اصلی در یافته‌های مطالعات مربوط به تضاد منافع است، مقالات انجام شده سرشار از این مسئله هستند. افکار عمومی نیازمند آن هستند که بدانند چه چیز کار می‌کند و چه وسیله‌ای کار نمی‌کند، چه کسی تأمین مالی را انجام می‌دهد و چه کسی ذینفع است. علاقه چندانی به بررسی مراقبت‌هایی که منجر به کاهش درمان‌های غیر ضروری می‌شوند وجود ندارد. در دنیای امروز، بحث منفعت مشکلی جدی محسوب می‌شود.

دکتر دیوید هیملستین: به‌عنوان پزشک مراقبت‌های اولیه من روی تک‌تک ۳۰-۴۰ مورد دارو تجویز شده تحقیق انجام داده‌ام اما به طرز غیرقابل‌باوری در خصوص روش‌های غیر دارویی مانند ورزش و رژیم غذایی به‌عنوان درمان‌های جایگزین تحقیقات مقایسه‌ای نسبتاً کمی وجود دارد که مشخص نماید کدام رویکرد برای کدام موقعیت مناسب است. بسیاری از شرکت‌های دارویی داروها و پلاسمو‌ها را باهم مقایسه می‌کنند، درحالی‌که نیازمند آن هستیم که داروها را باهم مقایسه کنیم.

دکتر شانون برونلی: من معتقد هستم که مجلات، نقش حیاتی در تحقیقات پزشکی دارند. این مجلات باید در زمینه تضاد منافع، کارهای دیگری انجام دهند و از مطالعات بد خالی شوند. باید کارهای آرکایو را در زمینه پزشکی الگوی خود قرار دهند. آرکایو، بخشی برای مجلات دارد به نام «کمتر بیشتر» (محتوای مختصر و مفید منتشر می‌کند)

که در آن به‌طور فعالانه خواستار مقالات استفاده بیش‌ازحد شده است. اگر هر نشریه پزشکی یا استاد متخصص این کار را انجام بدهد، برای ما فوق‌العاده خواهد بود. جیان لنرر: نمی‌خواهم پزشکی من را درمان کند که می‌دانم اگر کار بیشتری انجام دهد، پول بیشتری خواهد گرفت همچنین پزشکی را نمی‌خواهم که اگر کمتر خدمت ارائه دهد ممکن است بیشتر دریافت کند. من پزشکی را می‌خواهم که درست‌ترین کار را انجام بدهد و نخواهد هیچ‌چیز در جیب او تغییری ایجاد کند. پتی اسکولنیک (مادر مایکل): اگر می‌دانستیم پروسیجرهای کم‌خطر دیگری نیز وجود دارند، نتیجه نهایی بسیار متفاوت می‌شد و مایکل هنوز زنده بود. دکتر ویکاس ساینی: اگر چیزی در بحث مالی تغییر نکند، در یک سیکل ناتمام از نظر اخلاق جامعه درمانی قرار داریم. اگر نتوانیم این مسئله را کنترل کنیم، منابع بیشتر و بیشتر از بین خواهند رفت، با مصرف منابع و ارائه خدمات غیرضروری مردم را آزار خواهیم داد و در نتیجه منابع کافی برای حمایت از تمام افراد نیازمند در اختیار نخواهیم داشت. ما نباید منتظر بایستیم و ببینیم این موارد گسترش می‌یابند و تکرار می‌شوند. چون فناوری همواره به جلو حرکت می‌کند، ما نیازمند آن هستیم که بفهمیم چطور فناوری را درست استفاده کنیم و نباید نامناسب از آن استفاده کنیم اگر نتوانیم این کار را انجام بدهیم، فناوری بر انسان‌ها مسلط خواهد شد.

استفاده بیش از حد و غیر ضروری از خدمات پزشکی: پژوهش و

مراقبت^۱

آقای دکتر زکریا پزشکی^۲

موضوع این سخنرانی مقاله‌ای است که هفته گذشته در مجله پزشکی بریتانیا^۳ به چاپ رسید. هدف این مقاله، چگونگی انجام پژوهش‌های مناسب در زمینه مداخلات غیرضروری^۴ و در گام بعدی مراقبت^۵ است (همان‌طور که برای بیماری‌ها نظام مراقبتی وجود دارد برای مداخلات غیرضروری نیز باید این نظام ایجاد گردد). ضعف پژوهشی در زمینه مداخلات غیرضروری، در کشور ایران مشهود است. معدود پژوهش‌های مرتبط در این زمینه عبارت هستند از: شیوع انجام MRI کم‌درد^۶ از دکتر محمد اسماعیل اکبری، پژوهش‌های دکتر حیدرزاده در خصوص مداخلات غیرضروری کاردیولوژی در رشت و پژوهش‌های دکتر عسکریان در خصوص تجویز غیرضروری^۷ آنتی‌بیوتیک و آنژیوگرافی در شیراز.

مطالعات انجام شده در کشور آمریکا نیز بسیار محدود هستند. در اینجا لازم است به جمله طلایی دکتر حریرچی بازگردیم که «نظام بهداشتی درمانی ایران، تقلید نادرستی از نظام دارای مشکلات متعدد (آمریکا) است».

^۱ Unnecessary Overuse Of Medical Services: Research And Surveillance

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ British medical journal

^۴ Unnecessary intervention

^۵ Surveillance

^۶ Acute Low Back Pain

^۷ Unnesesary Prescription

بنیان‌گذار طب مدرن^۱، به سایر پزشکان نصیحت می‌کند که یکی از وظایف پزشکان آموزش عموم در خصوص مصرف نکردن داروهاست^۲. استفاده بیش از حد شامل تست‌های غیرضروری^۳، درمان غیرضروری^۴ و پیشگیری غیرضروری^۵ است. اطلاعات کامل‌تر در شکل ۵ ارائه شده‌اند. جهت مطالعه علمی مصادیق استفاده بیش از حد، یک برنامه پژوهشی مورد نیاز است زیرا استفاده بیش از حد، مضر^۶ و دارای شیوع بالایی است، منجر به اتلاف^۷ منابع می‌شود و شاید باری که بیماری‌های یاتروژنیک^۸، برای مردم ایجاد می‌کنند از بار بسیاری از بیماری‌ها بیشتر باشد که صحت این ادعا باید مورد اندازه‌گیری و مطالعه قرار گیرد.

^۱William Osler(۱۸۴۹-۱۹۱۹)

^۲One of the first duties of the physician is to educate the masses not to take medicine

^۳Unnecessary testing

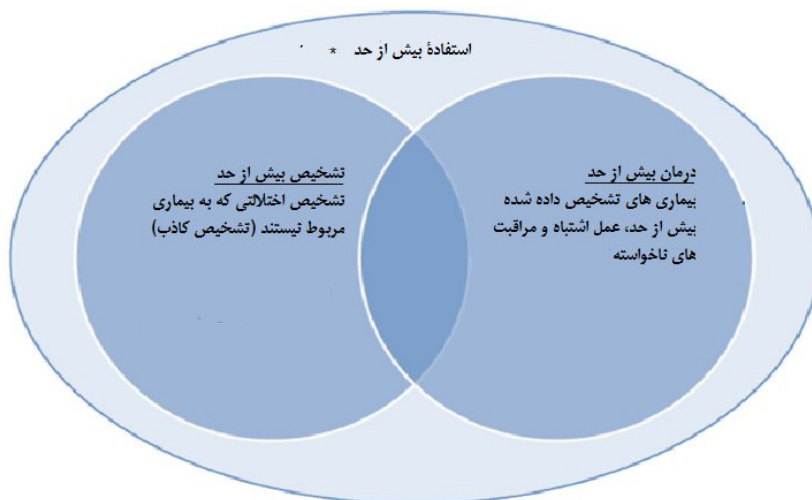
^۴Unnecessarily over treatment

^۵Unnecessary over prevention

^۶Harmful

^۷Wasteful

^۸Iatrogenesis



* شامل تست های بیش از حد و دیگر ارزیابی های غیر ضروری پزشکی

شکل ۵: مصادیق استفاده بیش از حد و تعاریف مربوط به آنها

آنچه نمی دانیم (و لازم است بدانیم)

در خصوص اقدامات و مداخلات مختلف پزشکی باید یک تعریف مشترک ایجاد شود سپس باید علل استفاده بیش از حد شناسایی شوند. در جدول ۱، علل شناسایی شده براساس مطالعات محدود انجام شده، بیان شده اند. براساس این علل باید تعیین گردد که شیوع به چه میزان است^۱ و تا چه حد می تواند آسیب رسان^۲ باشد. مسئله^۳ NNT & NNH که دکتر ادیبی مورد اشاره قرار دادند در ارتباط با این قسمت است (در این مبحث به همکاران پیشنهاد می دهیم از وبسایت www.thennt.com دیدن فرمایند).

^۱How prevalent it is

^۲Rates of Harm

^۳Number Needed to Harm

جدول ۱: دلایل استفاده بیش از حد براساس مطالعات انجام شده

داخلی	خارجی	
<p>داشتن باور به بهتر بودن مراقبت بیشتر فقدان دانش در خصوص خسارات ناشی از استفاده بیش از حد احساس ناراحتی از عدم قطعیت (موقعیتی که در آن وضعیت بیماری بیمار روشن نباشد) آگاهی کم از ترجیحات بیمار تاسف و پشیمانی انجام خطاهای omission از خطاهای commision بیشتر است اعتقاد به بهتر بودن عدم انفعال نسبت به انفعال استفاده کردن از برچسب درمانی اتکا بیش از حد به استدلال‌های آناتومیکی و پاتوبیوفیزیولوژیک تمایل به اطمینان مجدد</p>	<p>مسائل مالی عرضه منابع پزشکی دفاعی تنوع اقدامات جراحی و پزشکی اندازه گیری فرآیند کمبود زمان سوگیری در چاپ مقالات با نتایج مثبت گایدلاین های مشوق استفاده بیش از حد فرهنگ پزشکی فقدان آموزش در زمینه تصمیم‌گیری مشترک (دخالت دادن بیمار در تصمیمات) گروه‌های حمایتی پزشکی شدن غیر بیماری‌ها (مثلاً طاسی)</p>	<p>ارائه دهنده خدمت</p>
<p>داشتن باور به بهتر بودن مراقبت بیشتر فقدان دانش در خصوص خسارات ناشی از استفاده بیش از حد احساس ناراحتی از عدم قطعیت</p>	<p>میزان پرداخت -محافظةت مالی هزینه ها فرهنگ اجتناب از مرگ و میر گروه‌های حمایتی پزشکی شدن غیر بیماری‌ها (مثلاً طاسی) ارائه اطلاعات نادرست رسانه‌های پژوهشی</p>	<p>بیمار</p>

در گام بعدی باید به‌طور دقیق مشخص شود که چه تعداد از بیماران، اگر از مقدار تأثیر
مداخله آگاهی داشتند این مداخله را قبول می‌کردند؟ باید از این موضوع که بیمار

می‌داند این مداخله تا چه میزان تأثیرگذار است^۱ اطمینان حاصل گردد. در علم پزشکی، ندرتاً تعداد افراد نیازمند به درمان (NNT) زیر ده مشاهده می‌شود. بیشتر NNT ها، دورقمی هستند به خصوص در پیشگیری، این میزان بالاتر است. باید مشخص شود که بیمار چگونه این آسیب‌ها را تجربه می‌نماید^۲ و مداخله مؤثر چیست؟ دانش حاصل از مطالعه پژوهش‌های مرتبط با استفاده بیش‌ازحد در طراحی نظام مراقبت بسیار مفید است.

موضوعات پژوهش در حیطه مراقبت بیش‌ازحد

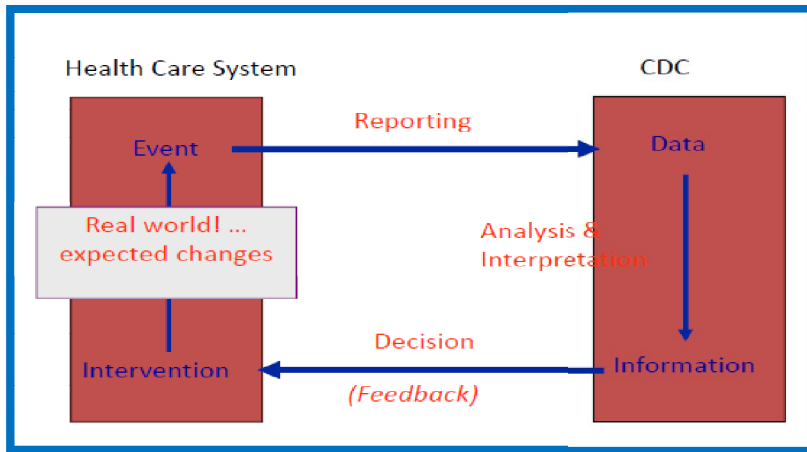
برمبنای آنچه تاکنون گفته شد موضوعاتی که باید در نظام مراقبت از استفاده بیش‌ازحد به شیوه پژوهش موردتوجه قرار گیرند، عبارت هستند از:

- ایجاد یک تعریف مشترک
 - شناسایی و رتبه‌بندی علل
 - اندازه‌گیری فراوانی
 - اندازه‌گیری اثرات نهایی
 - شناسایی استراتژی‌های کنترل و کاهش استفاده بیش‌ازحد
 - شناسایی تغییرات موردنیاز در زیرساخت پژوهشی
- ترویج ادبیات مرتبط با استفاده بیش‌ازحد (تست‌های غیرضروری، درمان غیرضروری و پیشگیری غیرضروری) نیاز امروز ایران است. پژوهش در این خصوص می‌تواند به دستیابی به دانش جدید و شناسایی اقدامات کنترلی منجر گردد. در صورتی که پیشینه پژوهش در این زمینه غنی شود، می‌توان به سمت ایجاد یک نظام مراقبت برخوردار از

^۱Number of patients treated that would have chosen a different course if informed

^۲How Patients experience harms

سازوکار گزارش دهی حرکت کرد تا بر مبنای شواهد ثبت شده، بار^۱ محاسبه شود که این مشکل (ارائه خدمات غیر ضروری) چه میزان به کشور آسیب می زند. شکل ۶ معرف یک نظام مراقبتی سنتی براساس گزارش گیری است.



شکل ۶: نظام مراقبتی به صورت سنتی

این شکل، یک مدل کلاسیک مراقبت است. به نظر من، ایجاد یک نظام مراقبت برای خدمات غیر ضروری نسبت به ایجاد آن (نظام مراقبت) برای بسیاری از بیماری‌ها مهم‌تر است. نظام گزارشی باید ایجاد گردد، دیتاها مورد آنالیز قرار گیرند، اطلاعات مناسب تولید شوند و براساس این اطلاعات در خصوص مداخلات مؤثر بر کاهش بروز موارد استفاده بیش از حد تصمیم گرفته شود. در حقیقت همچون یک بیماری با این مسئله باید برخورد شود.

^۱Burden

مقاله‌ای از دکتر ابوتراب نفیسی در مجله نظام پزشکی با عنوان "بیماری‌هایی که توسط پزشک ایجاد می‌شود" (منظور همان بیماری‌های یاتروژنیک^۱ است)، در سال ۱۳۴۹ به چاپ رسید. این مقاله هنوز ارزش خود را حفظ کرده و در قالب یک کتاب نیز مجدداً به چاپ رسیده است. نتایج آن در ترویج این تفکر که استفاده بیش‌ازحد، یک بیماری است اما توسط پزشک ایجاد می‌گردد، کمک‌کننده خواهد بود. ایوان ایلپیچ معتقد است که سیستم سلامت، بیماری‌های یاتروژنیک را به سه دسته تقسیم نموده است: بیماری‌های یاتروژنیک بالینی^۲، بیماری‌های یاتروژنیک اجتماعی و بیماری‌های یاتروژنیک فرهنگی (مثل فرهنگ کورتن و پنی‌سپلین). موارد متعددی از استفاده بیش‌ازحد وجود دارد، لازم است اولویت‌بندی شود که در گام نخست برای کدام‌یک از این موارد لازم است نظام مراقبت تنظیم و ایجاد گردد.

دکتر براتی: همان‌طور که برخی اساتید فرمودند، بحث ارتباط بین پزشک و بیمار یک نکته بسیار مهم و کلیدی در ارائه خدمات سلامت است. مطالعات نشان داده است که ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار با افزایش درصد ترک بیمار با میل شخصی از بیمارستان ارتباط مستقیم دارد.

^۱Iatrogenesis

^۲Clinical Iatrogenesis

خلاصه سخنان آقای دکتر پزشکی

- کمبود تحقیقات انجام شده در زمینه استفاده بیش از حد در سطح ایران و دنیا
- معرفی موارد استفاده بیش از حد مشتمل بر تست‌های غیرضروری، درمان غیرضروری و پیشگیری غیرضروری
- نیاز به ایجاد یک برنامه منسجم پژوهشی جهت مطالعه علمی مصادیق استفاده بیش از حد به دلیل مضر بودن، شیوع بالا و اتلاف منابع ناشی از این مسئله
- ایجاد یک ساختار مراقبتی برای مسئله مراقبت‌های غیرضروری جهت فراهم آوری اطلاعات مفید در زمینه ایجاد یک تعریف مشترک، شناسایی و رتبه‌بندی علل، اندازه‌گیری فراوانی، اندازه‌گیری اثرات نهایی، شناسایی استراتژی‌های کنترل و کاهش استفاده بیش از حد، شناسایی تغییرات مورد نیاز در زیرساخت پژوهشی
- تعیین میزان شیوع و آسیب‌رسانی خدمات غیرضروری بر مبنای علل مشخص شده
- تعیین مداخلات مؤثر بر کاهش خدمات غیرضروری بر مبنای پژوهش‌های انجام گرفته
- تعیین میزان خسارات وارد شده به بیماران به دلیل دریافت خدمات غیرضروری و موافقت بیماران با مداخله انجام گرفته (به شرط برخورداری از دانش کافی)
- استفاده بیش از حد، یک بیماری است که توسط پزشک ایجاد می‌شود.
- دسته‌بندی بیماری‌های یاتروژنیک به سه دسته بیماری‌های یاتروژنیک بالینی، بیماری‌های یاتروژنیک اجتماعی و بیماری‌های یاتروژنیک فرهنگی توسط ایوان ایلینچ

- ضرورت تعیین مصادیق خدمات غیر ضروری که نیازمند به تنظیم نظام مراقبت هستند.

مداخلات و اقدامات معاونت درمان در حوزه کنترل هزینه‌های غیر ضروری بعد از اجرای طرح تحول سلامت

آقای دکتر علیرضا اولیایی منش^۱

استفاده نامناسب هم از طرف عرضه کننده و هم از طرف مصرف کننده نمود دارد.

پیشران‌های^۲ اصلی هزینه مراقبت‌های سلامت

پیشران‌های اصلی هزینه مراقبت‌های سلامت (البته به طور کامل با پیشگیری سطح چهارم یکی نیستند ولی تا حدودی مطابقت دارند) در کشورهای OECD و آمریکا عبارتند از:

- انحراف سیستم پرداخت (باعث تقاضای القایی از طرف ارائه‌دهنده خدمت می‌شود).
- نادرست بودن قیمت‌گذاری خدمات سلامت (با تعرفه متفاوت است).
- هزینه‌های مدیریتی و بوروکراتیک زیاد (وقتی چند سازمان بیمه‌گر وجود داشته باشند، هر کدام دارای هزینه‌های مدیریتی و بوروکراتیک هستند و به همین دلیل هزینه‌های بالاسری کل بیشتری نسبت به یک سازمان ادغام یافته خواهند داشت).
- درگیر نبودن بیمار در ارائه خدمت و گرفتن سرویس (ضروری است به سمت مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌ها حرکت شود).

^۱ مدیر دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استانداردها و تعرفه سلامت وزارت بهداشت

^۲ Driver

- ناهماهنگی بین نیروهای تربیت شده و نیازهای موجود (به طور مثال این مسئله منجر به تمرکز پزشکان متخصص در یک منطقه و ایجاد تقاضای القایی می گردد).
- عدم حمایت قوانین از پزشکان (در چنین حالتی اگر پزشک به بیمار بگوید «ام آر آی برای تو ضروری نیست» ولی بیمار بخواهد ام آر آی انجام بدهد و پزشک مخالفت نماید، ممکن است، بیمار با شکایت برای پزشک پرونده سازی نماید و مشکلاتی برای وی ایجاد نماید).
- وجود بیماری های مزمن کاهنده سلامت
- تغییرات جمعیتی

سازوکارهای^۱ عمده کنترل هزینه

سازوکارهای عمده کنترل هزینه شامل دو دسته هستند: سازوکارهای مالی و سازوکارهای مدیریتی.

سازوکارهای مالی

سازوکارهای مالی از ۵ بخش تشکیل شده اند.

۱. به اشتراک گذاری هزینه ها^۲؛ یعنی برای بیماری که ممکن است خدمات را به صورت بیش از حد و بیش از نیاز استفاده نماید، سرویس رایگان ایجاد نشود.
۲. قاعده مبتنی بر رتبه^۳؛ یعنی برای داروها و خدمات لیست رتبه بندی شده وجود داشته باشد که اگر مریضی با آموکسی سیلین درمان می شود، ارائه دهنده خدمت

^۱ Mechanism

^۲ Cost Sharing

^۳ Rank -based formulary

- سراغ سفتریاکسون یا سفالوسپورین نرود یا اگر رادیوگرافی کافی است، لازم نیست پت اسکن^۱ انجام شود.
۳. بسته مزایای طول عمر^۲
۴. بسته‌های مزایای سالانه^۳؛ بسته‌های مطرح‌شده در مورد ۳ و ۴ به نحوی با مشارکت بیمه‌ها در ارتباط هستند به این صورت که محدودیت‌هایی گذاشته شود که سالانه تا سقف مشخصی هزینه‌ها تحت پوشش دولت قرار گیرند.
۵. نرخ بازپرداخت^۴ به عرضه‌کنندگان خدمت؛ باید در نرخ‌های پرداخت به پزشکانی که همکاری کرده‌اند یا همکاری نکرده‌اند (در تجویز خدمات غیرضروری) تفاوت وجود داشته باشد به نحوی که برای پزشکان، مشوق کنترل استفاده بیش از حد ایجاد شود.

سازوکارهای مدیریتی

۱. اولویت‌بندی^۵؛ بین بیماران و تجهیزاتی که وجود دارد تطابق ایجاد شود به‌طور مثال گفته شود در استفاده از پت اسکن بیماران دارای عود سرطان از اولویت برخوردار هستند.
۲. درمان مرحله‌ای^۶؛ یک لیست ایجاد شود و براساس آن اول داروهای ارزان‌قیمت، سپس داروهای متوسط قیمت و درنهایت داروهای گران‌قیمت برای بیمار تجویز شود.

^۱ PET Scan

^۲ Lifetime benefit packages

^۳ Annual benefit packages

^۴ Reimbursement rates

^۵ Prioritization

^۶ Step therapies

۳. محدودیت‌های مقداری^۱؛ بهتر است تا جایی که امکان دارد مشخص شود که تعداد ویزیت و مشاوره‌ای که پوشش داده می‌شود، چقدر است.

۴. استثنائات پوششی^۲؛ برخی از سرویس‌ها مثل خدمات زیبایی از سیستم‌های بیمه‌ای خارج شوند.

جهت اجرای سازوکارهای فوق، مذاکره با تمام ذینفعان، فارغ از اینکه در طرف عرضه قرار گرفته‌اند یا طرف تقاضا، الزامی است. این ذینفعان شامل بیماران، سازمان‌های بیمه‌گر، کارفرمایان، شرکت‌های دارویی و تجهیزاتی، ارائه‌دهندگان خدمت و... هستند. پزشکان از تمام ارائه‌دهندگان خدمت مهم‌تر هستند زیرا هم در طرف عرضه قرار دارند و هم در طرف تقاضا. این گروه از ذینفعان می‌توانند به‌طور همزمان با ارائه خدمت (عرضه خدمت)، در مردم تقاضا ایجاد کنند.

سیاست‌های کشورهای OECD جهت کاهش هزینه‌ها

۶ یا ۷ سیاست کلی و سازوکار کنترل هزینه در کشورهای OECD تعیین شده است. این سیاست‌ها عبارت هستند از:

- از قیمت‌گذاری مناسب در سیستم سلامت اطمینان حاصل شود.
- از مراقبت‌های غیر مناسب و غیر مؤثر به‌وسیلهٔ اهرم‌هایی چون HTA، گایدلاین و تصمیم‌گیری مشارکتی و تصمیم‌گیری با کمک بیمار جلوگیری شود. تصمیم‌گیری مشترک، کاملاً مبتنی بر شواهد است، در این شیوهٔ تصمیم‌گیری پزشک می‌تواند توسط همکاران خود مورد پایش قرار بگیرد (مشابه تجربه‌ای که در قم اتفاق افتاد)

^۱ Quantity limitations

^۲ Coverage exclusions

یا کمیته‌هایی در بیمارستان‌ها ایجاد شوند که به پزشک بازخورد بدهند (به‌طور مثال به وی بگویند «اندیکاسیون آنژیوگرافی بالایی در یک ماه گذشته داشته‌ای»). البته این شیوه پایش در بیمارستان‌های تخصصی سخت‌تر اجرا می‌شود؛ اما انجام آن از بسیاری از کارها راحت‌تر است.

- پرداخت مناسب به پزشک و در صورت صرفه‌جویی به وی مشوق ارائه شود. باید توجه شود که اگر قیمت‌ها در سطح خیلی پایین بسته شوند، زمینه استفاده بیش‌ازحد در سیستم فراهم می‌آید.
- نیروهای کاری باید با کاری که می‌خواهند انجام دهند، مناسبت داشته باشند.
- مهم‌ترین کارهایی که در زمینه هزینه‌های مدیریتی می‌توان انجام داد ایجاد یک سیستم یکپارچه مدیریتی، فناوری اطلاعات^۱ و اصلاح سوء مدیریت‌ها از طریق افزایش تعهدات است.

مهم‌ترین مداخلات و اقدامات معاونت درمان در حوزه کنترل هزینه‌های غیر ضروری بعد از اجرای طرح تحول سلامت

بسته‌های مهمی در بحث تحول سلامت ایجاد شد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها بسته فرانشیز بوده است. این بسته نیمی از منابع طرح را به خود اختصاص داده است.

بسته فرانشیز طرح تحول

- تعیین محدودیت‌های بودجه‌ای

^۱IT

از ابتدای کار برای بودجه سقف مشخصی در نظر گرفته شد، برای خدمات گران‌قیمت بیمارستان‌ها، سقف تعدادی حداکثر به تعداد سال قبل (۹۲) و برای سایر خدمات محدودیت بودجه‌ای تعیین شد. میزان رشد بودجه فعلی نسبت به بودجه قبلی براساس محاسبات انجام شده به بیمارستان‌ها اطلاع داده شد تا در این سقف هزینه‌ها را مدیریت نمایند. به‌طور کلی مبنای تخصیص بودجه طرح، بر مبنای تعداد سال قبل بوده است (سال ۹۳ بر مبنای سال ۹۲).

▪ خدمات دارای دستورالعمل، استاندارد و گایدلاین
یارانه طرح تحول فقط براساس دستورالعمل‌های مربوطه داده می‌شود (برای خدمات مورد تعهد بیمه و غیر بیمه).

▪ ایجاد کمیته‌های مدیریت بیمارستانی برای برخی از خدمات
در صورتی که لازم باشد پول طرح تحول جهت مصارف خارج از تعهد بیمه‌ای خرج شود، حتماً باید یک کمیته داخل بیمارستانی متشکل از اساتید خوش‌نام و معتبر در خصوص این موضوع نظر بدهند که آیا واقعاً لازم است یا لازم نیست؟ البته همانند سیستم اعمال نظارت طرح‌های بیمه‌ای، در طرح تحول نیز محدودیت تعدادی قرار داده شد. اگر بیمه کسورات وارد کند و موضوعیت داشته باشد، وزارتخانه موافقت می‌کند و در بودجه‌های طرح تحول اعمال می‌گردد.

▪ در نظر گرفتن مشوق برای بیماران تابع نظام ارجاع
بیمارانی که از سیستم ارجاع و پزشک خانواده تبعیت می‌نمایند، خواه روستایی و خواه شهری باشند، از مشوق‌هایی برخوردار می‌شوند و نصف فرانشیز خود را نمی‌پردازند. این

امر در کنترل خدمات غیرضروری تأثیر به سزایی دارد زیرا منجر به آن می‌شود که بیمار نامناسب مراجعه نکند.

▪ مدیریت بازار تجهیزات پزشکی

این امر از آغاز طرح تحول به‌شدت هزینه‌ها را پایین آورد زیرا اختیارات قیمت‌گذاری از وزارت بازرگانی گرفته شد و قیمت‌های تجهیزات تعیین شد. همچنین دولت توانست یک چانه‌زنی جدی با شرکت‌های تجهیزات پزشکی انجام دهد و مشکلات بیمارستان‌ها را در زمینه خرید تجهیزات مرتفع سازد.

فعالیت‌های انجام شده در حوزه تعرفه و نظام پرداخت

- تبدیل ۱۲ هزار کد کتاب به ۶ هزار کد و حرکت به سمت خدمات گلوبال
- کاهش تعداد کدها، حرکت به سمت گلوبال براساس شواهد است که این امر به مدیریت هزینه‌های خدمات کمک شایان توجهی می‌نماید.
- منوط شدن ۵۰ خدمت به استاندارد و گایدلاین
- تعرفه دار کردن ۷۰۰ خدمت جدید (این امر منجر به شفافیت عملکرد می‌گردد).
- ایجاد سیستم نرم‌افزاری بازپرداخت به کارکنان پزشکی
- ایجاد پوشش بیمه‌ای برای برخی از خدمات پیشگیری در کتاب ارزش نسبی

سایر بخش‌ها

از ابتدای طرح تحول برای ۵۰ سیاست بالینی خدمات پرهزینه چند رشته تخصصی که بالای ۱۰ میلیون تومان قیمت داشتند، کارهایی شروع شده است که متعاقباً اعلام خواهد شد.

یکی از مهم‌ترین کارهای انجام شده سیستم اطلاعات بیمارستانی بوده است که به پایش صحیح کمک می‌کند. در ابتدای طرح تحول ۶۰ الی ۷۰ بیمارستان از HIS قابل اتصال به سامانه سپاس وزارتخانه برخوردار بودند، اکنون تنها ۶۰-۷۰ بیمارستان این امکان را ندارند. از طریق این سامانه می‌توان سیستم را به‌طور کامل پایش نمود. همچنین تشویق پزشکان به ماندگاری در مناطق محروم منجر به آن می‌شود که بیمار رفت‌وآمد کمتری به مراکز داشته باشد و در هزینه‌های درمان صرفه‌جویی شود.

خلاصه سخنان آقای دکتر اولیایی منشی

- عرضه‌کننده و مصرف‌کننده هر دو در استفاده نامناسب از خدمات پزشکی اثرگذار هستند.
- پیمان‌های اصلی هزینه‌های مراقبت‌های سلامت در کشورهای OECD و آمریکا شامل: انحراف سیستم پرداخت، نادرست بودن قیمت‌گذاری خدمات سلامت، هزینه‌های مدیریتی و بوروکراتیک زیاد، درگیر نبودن بیمار در ارائه خدمت و گرفتن سرویس، ناهماهنگی بین نیروهای تربیت‌شده و نیازهای موجود، عدم حمایت قوانین از پزشکان، وجود بیماری‌های مزمن کاهنده سلامت و تغییرات جمعیتی هستند.
- سازوکارهای عمده کنترل هزینه شامل: سازوکارهای مالی (به اشتراک‌گذاری هزینه‌ها، قاعده مبتنی بر رتبه، بسته مزایا طول عمر، بسته‌های مزایای سالانه و نرخ بازپرداخت به عرضه‌کنندگان خدمت) و سازوکارهای مدیریتی (اولویت‌بندی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقداری و استثنائات پوششی) هستند.

- مذاکره با ذینفعان در خصوص چگونگی اجرای سازوکارهای کنترل هزینه ضرورت دارد.
- پزشکان نقش دوگانه ای در اثربخشی انگیزاننده‌های کنترل هزینه عرضه و تقاضای بازار سلامت دارند.
- گزینه‌های سیاست‌گذاری کشورهای (OECD) جهت دستیابی به بیشترین صرفه‌جویی هزینه عبارتند از: قیمت‌گذاری مناسب، تناسب نیرو کار و کار آنان، جلوگیری از مراقبت‌های غیر مناسب و غیر مؤثر به وسیله اهرم‌هایی چون HTA، گایدلاین و تصمیم‌گیری مشارکتی و تصمیم‌گیری با کمک بیمار و پرداخت مناسب به پزشک و در صورت صرفه‌جویی ارائه مشوق به وی، ایجاد یک سیستم یکپارچه مدیریتی، آی تی^۱ و اصلاح سوء مدیریت‌ها از طریق افزایش تعهدات
- مهم‌ترین مداخلات و اقدامات معاونت درمان در حوزه کنترل هزینه‌های غیرضروری بعد از اجرای طرح تحول سلامت عبارتند از: ایجاد بسته‌های مهمی از جمله بسته فرانشیز، تعیین محدودیت‌های بودجه‌ای، توصیه به ایجاد کمیته‌های مدیریت بیمارستانی برای برخی از خدمات، در نظر گرفتن مشوق برای بیمارانی تابع نظام ارجاع، مدیریت بازار تجهیزات پزشکی
- مهم‌ترین اقدامات طرح تحول سلامت در حوزه تعرفه و نظام پرداخت عبارتند از: تبدیل ۱۲ هزار کد کتاب به ۶ هزار کد و حرکت به سمت خدمات گلوبال، منوط شدن ۵۰ خدمت به استاندارد و گایدلاین، تعرفه دار کردن ۷۰۰ خدمت جدید، ایجاد سیستم بازپرداخت به کارکنان پزشکی، ایجاد پوشش بیمه‌ای برای برخی از

^۱IT

خدمات پیشگیری در کتاب ارزش نسبی، تجهیز اکثر بیمارستان‌ها به HIS قابل
اتصال به سامانه سپاس وزارتخانه و...

برنامه‌های وزارت بهداشت در خصوص پیشگیری از اقدامات غیر ضروری و کنترل هزینه‌ها بعد از اجرای طرح تحول سلامت

آقای دکتر محمد حاجی آقاچانی^۱

از آغاز سال ۱۳۹۴ یکی از اصلی‌ترین کارهای معاونت درمان وزارتخانه، بحث کنترل هزینه‌ها و برنامه‌ریزی برای جلوگیری از استفاده بیش از حد بوده است. جلسات متعددی در این حوزه با اساتید و معاونین درمان دانشگاه‌ها برگزار شده است. راه‌حلی‌هایی که در این حوزه وجود دارد و برخی در مسیر برنامه‌ریزی و برخی در مسیر اجرا قرار دارند، شامل موارد زیر هستند:

۱. تغییر نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بر مبنای خروجی‌های نظام

سلامت از ابتدای سال ۹۵

نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشور براساس تولید مستندات و فضای فیزیکی بوده است و روی درون داده‌ها متمرکز بوده است. در طراحی جدیدی که صورت گرفته است و تا دی‌ماه نهایی خواهد شد و از ابتدای سال ۹۵ به اجرا گذاشته خواهد شد، عمده وزن اعتباربخشی به سمت Output و Outcome ها رفته است. این تحول بزرگی در جهت افزایش کیفیت خدمات درمان، کاهش عوارض و کنترل استفاده بیش از حد است.

۲. تغییر سطح‌بندی خدمات

سطح‌بندی خدمات می‌تواند از استفاده بیش از حد جلوگیری نماید. ولی این کار، کار بسیار دشواری است زیرا مقاومت‌های زیادی در برابر آن وجود دارد. اینکه منطقی‌ترین

^۱ معاون درمان وزارت بهداشت

یک میلیون نفر جمعیت دارد پس بهتر است MRI نداشته باشد، در نظام ارجاع زیر نظر یک مرکز بزرگ از شهر بزرگ تر قرار بگیرد و به اندازه نیاز هر شهر خدمات درمانی در نظر گرفته شود، فقط در بیان آسان است و در اجرا با مقاومت های محلی و سیاسی - اجتماعی بسیار جدی روبرو خواهد بود. گفتن نظریه ها کار دشواری نیست اما اجرا دشوار است. سطح بندی جدیدی براساس آمایش سرزمین در حال طراحی است که امیدوار هستیم اجرای آن زمینه توزیع امکانات، متناسب با نیاز مردم و پیشگیری از خدمات غیر ضروری را فراهم آورد.

۳. تقویت نظام ارجاع

نظام ارجاع بدون زیرساخت ها معنا ندارد و با شعار اتفاق نمی افتد بلکه باید تعداد کافی پزشک عمومی به عنوان ارجاع دهنده وجود داشته باشد که با اجرای طرح تحول، وضعیت بهتر شده است. لازم است مکانیسم انتقال دستور ارجاع از طریق فناوری اطلاعات (IT)^۱ و پرونده الکترونیک ایجاد شود و ارجاع گیرنده سطح دوم و سوم تخصصی به تعداد کافی وجود داشته باشند (با اجرای طرح تحول سلامت در حال حاضر ۶۰۰ کلینیک فعال وجود دارد، ۲۵۰ پلی کلینیک در حال ساخت است، تعداد ۱۰.۰۰۰ پزشک متخصص و فوق تخصص در این کلینیک ها کار می کنند، نظام ارجاع با کمک همکاران حوزه بهداشت و بیمه سلامت، برای ۲۳ میلیون نفر روستایی و شهرهای زیر ۲۰.۰۰۰ نفر در حال طراحی است).

^۱ Information Technology

۴. تدوین و استقرار راهنماهای بالینی توسط صاحبان فرآیند و حمایت‌طلبی در سازمان‌های ذریبط

تدوین راهنماهای بالینی یک بحث فنی است که نه دشوار است و نه دور از دسترس. آنچه دشوار است استقرار این راهنماهای بالینی است که تأثیر جدی روی جلوگیری از تقاضاهای القایی دارند. این راهنماها باید موجب تغییر روش طبابت در حوزه سلامت شوند به همین دلیل کار بسیار پیچیده‌ای محسوب می‌شود. یکی از آفت‌هایی که در این موضوع وجود دارد سطحی‌نگری به این موضوع است با این تصور که کار ساده‌ای بوده و سال‌ها مورد غفلت قرار گرفته است. یک شورا برای این موضوع در وزارتخانه ایجاد شده است و حوزه آموزش به‌طور جدی در آن درگیر شده است تا راهنماها به دست خود صاحبان فرآیند (هیئت‌های مورد و انجمن‌های تخصصی) تدوین شوند و مهر و تأیید بزرگان هر رشته را داشته باشند. از این نظر باید در جامعه پزشکی حمایت‌طلبی نماییم زیرا وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه به‌تنهایی کاری را از پیش نخواهند برد.

۵. تعریف شاخص

لازم است یک سری شاخص تعیین شود و در گام بعد مشخص شود کدام‌یک از پزشکان، بیش از این شاخص‌ها، خدمات تشخیصی، دارو و... در نسخ خود درخواست و تجویز می‌نمایند. ضرورت انجام این کار در دنیا ثابت شده است. در راستای انجام آن در گام نخست باید به خود افراد (پزشکان) اطلاع‌رسانی شود. این کار به‌مثابه آینه‌ای است که در اختیار افراد قرار می‌گیرد و آنان را قادر می‌سازد در سایه این شاخص‌ها خود و روش طبابتشان را اصلاح نمایند.

۶. حرکت به سمت نظام پرداخت به مراکز درمانی براساس DRG

در حال حاضر شیوه پرداخت به مراکز درمانی مبتنی بر روش پرداخت به ازاء خدمت است و این روش آفات زیادی در پی دارد. حرکت به سمت نظام پرداخت به مراکز درمانی براساس DRG تحول عمده‌ای محسوب می‌شود و یک مرحله جلوتر از پرداخت گلوبال است.

۷. ثبت الکترونیک خدمات و اصلاح نظام آماری

فناوری اطلاعات، پرونده و نسخ الکترونیک یکی از بزرگ‌ترین اقداماتی است که می‌تواند انجام شود. تا زمانی که سیستم دستی جمع‌آوری نشود، توفیقات، ناچیز خواهد بود و آمار و ارقام دقیقی وجود ندارد که بتوان شناسایی کرد چه مشکلی باید حل شود.

آسیب‌شناسی راهکارهای استفاده بیش از حد

راهکارهای مؤثر بر کاهش استفاده از خدمات غیرضروری ممکن است عوارضی را در پی داشته باشند که لازم است قبل از هر اقدامی، آگاهی لازم در خصوص این عوارض ایجاد گردد. این آسیب‌ها عبارت هستند از:

- خدشه به اعتماد بین پزشک و بیمار

در تبلیغات و اطلاع‌رسانی به جامعه باید به‌گونه‌ای عمل شود که به اعتماد مابین پزشک و بیمار خدشه‌ای وارد نشود و آسیب این اعتماد منجر به آن می‌شود که بخشی از مردم سال‌ها از خدمات درمانی محروم شوند. این بحث‌های کارشناسی نباید به‌صورت حساب‌نشده و فیلتر نشده در رسانه عمومی ارائه شوند بلکه باید مناسب احوال آموزش عمومی ارائه گردند. نمونه‌های زیادی وجود دارد که پزشک براساس شواهد به بیمار توصیه می‌نماید که عمل جراحی انجام دهد، بیمار استتکاف می‌کند و با خود می‌گوید

«نکند به خاطر پول مرا به اتاق عمل هدایت می کند؟». مقام معظم رهبری نیز قبلاً بسیار دقیق به این موضوع اشاره فرموده بودند.

- ناهماهنگی بخش دولتی و خصوصی هر اقدامی که انجام می شود باید در هر دو حوزه عمومی و خصوصی انجام شود. نمی توان با روش پرداخت به ازای خدمت، در بخش دولتی مخالفت کرد و در بخش خصوصی آن را مورد حمایت قرار داد. این ادبیات فریبنده است، کمکی به نظام سلامت نخواهد کرد و به منزله تضعیف بخش عمومی به قیمت رشد بی رویه بخش خصوصی است. ضرورت دارد که تصمیمات در خصوص گایدلاین ها و هر محدودسازی مربوط به هر دو حوزه باشد.

- اتخاذ سیاست های کنترل استفاده بیش از حد در جهت مخالف با سایر سیاست ها با توجه به بهره‌وری پایین بیمارستان ها و توصیه سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی در خصوص انجام اقدام اصلاحی از طریق خودمختاری، نمی توان با نگاه ایزوله به بحث خدمات غیر ضروری پرداخت و افزایش بهره‌وری و راندمان مراکز را از طریق خودمختاری در نظر نگرفت.

- کاهش دسترسی مردم به خدمات سلامت در اثر راهکارهای کنترل استفاده بیش از حد

در کشور ایران دسترسی مردم به خدمات سلامت محدود است، تصمیمات در خصوص کنترل استفاده بیش از حد نباید به گونه ای اتخاذ شوند که منجر به کاهش بیشتر دسترسی ها شوند. به طور مثال می گویند که افزایش تخت بیمارستانی منجر به افزایش

خدمات غیر ضروری می‌شود به همین دلیل تعداد تخت‌های بیمارستانی باید کاهش داده شود. ادبیاتی مانند این گفته تا چند سال پیش، در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی بسیار رایج بود. درست است که اجرای سیاست کاهش بستری و تخت بیمارستانی در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته متداول است ولی با چه اندکسی؟ در چه فضایی صحبت از این سیاست می‌شود؟ ایران از نظر تخت بیمارستانی بسیار عقب است. در ایران این شاخص به ازای جمعیت ۱.۵ است ولی در ژاپن یا کره که این سیاست را در پیش گرفته‌اند این شاخص به ترتیب برابر با ۱۳.۵ و ۱۱.۵ است.

خلاصه سخنان آقای دکتر آقاجانی

- اصلی‌ترین راهکارهای معاونت درمان وزارتخانه، در بحث کنترل هزینه‌ها و برنامه‌ریزی برای جلوگیری از استفاده بیش‌ازحد عبارت است از: تغییر نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بر مبنای خروجی‌های نظام سلامت از ابتدای سال ۹۵، تغییر سطح‌بندی خدمات، تقویت نظام ارجاع، تدوین و استقرار راهنماهای بالینی توسط صاحبان فرایند و حمایت‌طلبی در سازمان‌های ذیربط، تعریف شاخص‌ها، ثبت الکترونیک خدمات و اصلاح نظام آماری
- عوارض اتخاذ راهکارهای مؤثر بر کاهش استفاده از خدمات غیر ضروری عبارت است از: خدشه به اعتماد بین پزشک و بیمار، ناهماهنگی بخش دولتی و خصوصی، اتخاذ سیاست‌های کنترل استفاده بیش‌ازحد غیر هم‌راستا با سایر سیاست‌ها و کاهش دسترسی مردم به خدمات سلامت در اثر راهکارهای کنترل استفاده بیش‌ازحد

نقطه نظرات برخی مدعوین

آقای دکتر فریدون نوحی^۱

نباید تصور شود که در قسمت بهداشت و درمان هزینه زیادی در حال انجام است. باید در ادبیات استفادهٔ بیش از حد، بسیار محتاطانه عمل شود و این گونه نباشد که از این به بعد فکر کنیم که هر کاری در حوزه سلامت انجام شده اضافی محسوب می‌شود. به خاطر داشته باشیم که بسیاری از پروسیجرهای مجاز نیز دارای عوارض درمانی هستند. در بحث کنترل خدمات غیرضروری اصل قضیه آن است که باید سواد پزشکان و اخلاقیات در آنان ارتقا داده شود. هیچ پزشک باسوادى کار خلاف را برای خود به عنوان اصل قرار نمی‌دهد. بسیاری از مشکلاتی که وجود دارد، ناشی از ضعف دانش نیست بلکه ناشی از این است که پزشکان فکر می‌کنند کاری که انجام می‌دهند واقعاً درست است.

در تمام دنیا راهنماها توسط انجمن‌های علمی نگاشته می‌شوند و این کار وظیفهٔ دولت‌ها نیست، گاهی اوقات چند انجمن علمی به صورت مشترک باهم یک گایدلاین را می‌نویسند؛ بنابراین در نظام سلامت ایران نیز وظیفهٔ نگارش گایدلاین باید به طور مأموریتی به انجمن‌ها سپرده شود.

^۱ رییس انجمن متخصصین قلب و عروق ایران و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

Iranization of American medicine and unnecessary medical care in Iran

آقای پروفسور حسینعلی رونقی^۱

به طور کلی امروزه افزایش هزینه‌های پزشکی به صورت یک طوفان مصرف زیاد مشاهده می‌شود. پزشکان آمریکایی از درآمد بالایی برخوردار هستند و این امر ناشی از دو دلیل است نخست، این افراد زیاد کار می‌کنند و دوم خدمات غیر ضروری زیادی تجویز می‌نمایند.

در آمریکا MRI نسبت به سایر کشورها، سه برابر بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. عوض کردن رگ‌های قلب دو برابر بیشتر از سایر کشورهاست با این وجود میزان مرگ و میر به دلیل بیماری قلبی تغییری نداشته است و این نشانگر آن است که انجام این کارها به خاطر بیمار نبوده است.

امروزه بسیاری از مسائل طبیعی مثل زایمان و یائسگی مدیکالیزه^۲ شده‌اند. سالانه تعداد زیادی عکس و دارو برای کمردرد که اکثر افراد آن را تجربه می‌کنند، هزینه می‌شود. در برخی سرماخوردگی‌ها، آنتی‌بیوتیک‌های غیر ضروری مصرف می‌شوند.

دلایل افزایش هزینه‌های پزشکی در کشور آمریکا

• پیشرفت فناوری

به دلیل پیشرفت و پیچیدگی فناوری در سالیان اخیر، هزینه‌های بخش سلامت رشد قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. به کار بستن فناوری نوین با وجود آنکه برای جامعه سودهایی در

^۱ استاد دانشگاه کالیفرنیا سان‌دیگو

^۲Medicalize

پی دارد، زیان‌های غیرقابل پیشگیری را نیز به دنبال خواهد داشت. در کشور آمریکا هزینه‌های پزشکی نسبت به شاخص هزینه رشد ۲ تا ۳ برابری داشته‌اند. در ایران مسئله فناوری بسیار مهم است و در رسانه‌ها تبلیغات معجزه فناوری مطرح می‌گردد. به‌عنوان مثال گفته می‌شود که «MRI» می‌تواند معجزه کند و این گفته، گرفتاری قابل ملاحظه‌ای را به دلیل فشار و درخواست زیاد مردم در پی خواهد داشت.

- پزشکی دفاعی

در کشور آمریکا، پزشکان بیشتر بر مبنای پزشکی دفاعی به ارائه خدمت می‌پردازند به این دلیل که پزشکان از بیماران می‌ترسند. این مسئله در جامعه ایران وجود ندارد.

- نبود استاندارد و شاخص

استاندارد یا شاخصی جهت محدودسازی دستورات دارویی و فناوریانه وجود ندارد؛ بنابراین پزشک کاملاً تابع دستورات بیمار خواهد بود. همچنین اکثر پزشکان دارای وقت کافی جهت شنیدن مشکلات و ناراحتی‌های بیماران نیستند.

- وجود شرکت‌های متعدد بیمه‌ای

در آمریکا ۱۸ درصد درآمد ملی در بخش سلامت خرج می‌شود با این وجود ۴۰ میلیون نفر از هیچ پوششی برخوردار نیستند. در حالی که در کشور همسایه آمریکا، یعنی کانادا تنها ۱۲٪ درآمد ملی صرف می‌شود و پوشش ۱۰۰ درصد بیمه‌ای برای تمام مردم موجود است. علت این مشکل در آمریکا وجود شرکت‌های بیمه تجاری است. بخشی از پولی که این شرکت‌ها دریافت می‌نمایند، صرف هزینه‌های اداری و پاداش به مدیران می‌شود و کمتر در پزشکی به مصرف می‌رسد.

- بهای دارو

در کشور آمریکا بهای داروها ۳۰ درصد بیشتر از سایر کشورها است بنابراین مردم سعی می‌کنند داروهای خود را از کانادا یا مکزیک تهیه نمایند.

راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش هزینه‌های ناشی از خدمات غیر ضروری

۱. آموزش عمومی

آموزش کافی در خصوص پیشگیری از انجام موارد اضافی و غیر ضروری باید به عموم مردم ارائه شود. این آموزش‌ها باید از دبستان و دبیرستان آغاز گردند. باید به مردم آموخت که دارو نقل و نبات نیست و با ورزش، رژیم غذایی مناسب و رفتار درست، افراد سالم‌تر زندگی خواهند کرد.

۲. پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمت در خصوص تجویزها و دستورها

ارائه‌دهندگان خدمت باید در خصوص آنچه دستور داده‌اند پاسخگو باشند چراکه در برخی موارد برای افرادی که فاقد اندیکاسیون هستند دستور بستری، اسکن و MRI داده می‌شود. مسئله بستری غیر ضروری، یکی از بزرگ‌ترین هزینه‌های وارد شده به بیمارستان‌ها است. به علاوه افراد مختلف تقاضای بستری شدن دارند در حالی که بستری شدنشان ضرورت ندارد و کارهایی که لازم است برای این بیماران انجام شود را می‌توان بدون بستری کردن انجام داد.

خلاصه سخنان آقای پروفیسور رونقی

- دلایل افزایش هزینه‌های پزشکی در کشور آمریکا شامل: پیشرفت فناوری، پزشکی دفاعی، نبود استاندارد و شاخص، وجود شرکت‌های متعدد بیمه‌ای و بهای گزاف داروها است.
- آموزش عمومی و پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمت در خصوص تجویزها و دستورها، به عنوان راهکارهای کاهش هزینه‌های ناشی از خدمات غیرضروری محسوب می‌شوند.
- موضوع فناوری مهم‌ترین گرفتاری نظام سلامت ایران در بحث کنترل هزینه‌های غیرضروری است.

جمع بندی

آقای دکتر حریرچی

اجازه بدهید پایان این بحث را باز بگذاریم و اگر ارائه سخنرانی جدید در این موضوع مورد استقبال قرار گرفت، می توان جلسه آتی موسسه ملی تحقیقات را مجدداً به همین موضوع اختصاص داد.

در مجموع اگرچه حجم ریالی خالص هزینه های خدمات غیر ضروری ممکن است چندان چشمگیر نباشد ولی درصد آن از ¹ THE با توجه به محدودیت منابعی که وجود دارد، قابل توجه است. برای فردی که دارای حقوق کم به میزان زیر یک میلیون تومان است، هر مقدار پول بیت المال و مالیات اهمیت دارد و نباید در آن اسراف شود.

مسئله دیگر این است که بهداشت و درمان کشور همواره از طرف بسیاری از افراد با جایگاه بالا (مثلاً مجلس) در مظان اتهام قرار گرفته است. به طور مثال، به این سیستم اعتراض می شود که چرا در حالی که سیاست کشورهای پیشرفته دنیا کاهش تخت های بیمارستانی است، در کشور ایران بیمارستان جدید تأسیس می شود؟

سیاست گذاران اقتصاد سلامت ایران از این موضوع آگاه هستند که در این مملکت، بسیاری از خدمات به صورت غیر ضروری مصرف می شوند اما نکته قابل توجه این است که سرانه مصرف دارو در ایران براساس دلار و ² PPP از کشورهای هم جوار کمتر است، یعنی به بسیاری از بیماران داروهای لازم داده نمی شود. مثلاً دیابتی ها اصلاً شناسایی نمی شوند. به طور کلی این بحث یک تیغ دو لبه است به این صورت که اگر درجایی

¹ Total Health Expenditures

² Purchasing Power Parity

داروی اضافه داده می‌شود، در جای دیگر مکمل به مادر حامله و کودک زیر پنج سال داده نمی‌شود.

اطلاعات تماس با موسسه ملی تحقیقات سلامت

آدرس: تهران، بلوار کشاورز، خیابان قدس، خیابان ایتالیا، پلاک ۷۸

تلفن: ۸۸۹۹۱۱۰۲

نمابر: ۸۸۹۵۱۳۹۷

پست الکترونیک: nihr@tums.ac.ir