

هزینه اثر بخشی و هزینه منفعت در بخش سلامت



دکتر بهزاد نجفی

کارشناس امور دارویی

■ نقش پزشکان عمومی در کنترل هزینه‌های درمانی

در سال‌های اخیر نیاز به خدمات تخصصی و افزایش هزینه‌ها موجب شده است که یک مدیریت مناسب برای روش مراقبت‌های اولیه به ثانویه به وجود آید. تفاوتی که بین این دسترسی به خدمات (رضایت مشتریان) و هزینه ایجاد می‌شود مشکلاتی را در کشورهای مختلف ایجاد نموده است. مدیریت مناسب برای تغییر روش مراجعه از نظام مراقبت‌های اولیه به ثانویه به طرق مختلف امکان‌پذیر است:

الف) کنترل فعالیت‌ها در محل‌های ارائه‌دهنده خدمات

ب) تلاش برای عدم درخواست خدمت استراتژی‌هایی با هدف تاثیر بر تقاضای خدمت در تمام دنیا (مخصوصاً از جهت تایین قیمت برای خدمات بهداشتی) در حال انجام می‌باشند. استراتژی‌های کنترل تقاضا بیشتر مورد تاکید کارشناسان بوده و عمدتاً تاثیر روی انتخاب بیماران و تصمیمات بالینی توسط پزشکان است. در مورد اخیر، این هدف بوسیله کاهش نیاز به خدمات تخصصی برای ایجاد درمان ارزانتر دنبال می‌شود. وقتی هدف بصورت کنترل روی بیماران متمرکز شود، اعمال این سیاست معمولاً به شکل پرداخت مشارکتی و فرانشیزی خواهد بود. وقتی هدف به صورت کنترل روی پزشکان متمرکز گردید، اعمال این سیاست

معمولاً به شکل کنترل فرایند، مسؤلیت‌پذیری و محرک‌سازی مالی مانند افزایش قیمت‌ها، خواهد بود. یکی از روش‌های مورد استفاده معمول، برای تغییر روش مراجعه به نظام‌های مراقبتی از اولیه به ثانویه، استفاده از پزشکان عمومی (به‌عنوان یک دروازه‌بان) می‌باشد. در این حالت، پزشکان عمومی نقطه ورود به نظام بهداشتی درمانی را تشکیل می‌دهند. با چنین تصمیمی، پزشک عمومی که متقبل این مسؤلیت شده نه تنها به‌عنوان اولین خط مراقبت بهداشتی بلکه به‌عنوان پزشک ارجاع‌دهنده کنترل‌کننده و هماهنگ‌سازنده برای رسیدن بیمار به خدمات تخصصی (که خط دوم را تشکیل می‌دهد) عمل می‌کند. این نقش می‌تواند مهم و چند پهلو می‌باشد. زیرا نه تنها هزینه‌ها را در سرویس‌های بهداشتی - درمانی کنترل می‌کنند. بلکه کیفیت خدمات مورد نیاز را نیز بالا می‌برد و اگر این مساله تداوم یابد، تقاضای سهمیه توسط پزشکان برای انجام خدمات را افزایش خواهد داد. گزارشات ما از این شبکه‌های خدماتی بیشتر در مورد به‌کارگیری پزشکان عمومی به‌عنوان ناظران کنترل نظام درمانی بریتانیا، کانادا و آمریکا بوده است و روش اعمال این فرایندها و محرک‌های لازم برای تاثیر بر تصمیم پزشکان ارجاع‌دهنده مورد بررسی قرار گرفته است. سپس سعی کرده‌ایم تا میزان زمان ناشی از این روش را با توجه به کنترل هزینه و کیفیت مراقبت مورد نیاز بررسی نماییم.

■ بریتانیا (انگلستان)

نظام سلامتی بریتانیا به‌طور کلی شامل یک نظام ملی، جامع و کاملاً فراگیر می‌باشد. بخش

خصوصی، نقش محدودی در بودجه و مقررات سرویس‌های موجود دارد. در بریتانیا، پزشکان عمومی به‌عنوان نقطه ورود به نظام بهداشتی و کنترل‌کننده خدمات تخصصی عمل می‌کنند. پزشکان عمومی بریتانیا، پزشکان مستقل هستند که به‌طور کلی از صندوق دولت حقوق می‌گیرند سرویس ملی سلامتی (وزارت بهداشت)، مسؤول روش پرداخت حق‌الزحمه میزان آن به پزشکان عمومی می‌باشد. این سرویس همچنین مسؤول تعریف و تعیین خدماتی است که این پزشکان باید برای بیماران خود (تحت قرارداد با سیستم ملی) تامین نمایند. پزشکان عمومی انگلستان بخواهند به‌طور خصوصی کار کنند (خارج از نظام دولتی) باید کاملاً از آن منفک گردند. برخلاف متخصصان گروه پزشکی که می‌توانند هم در نظام دولتی و هم در نظام خصوصی طبابت نمایند. در نتیجه چنین قانون مشکلی، فقط سه درصد پزشکان عمومی انگلستان در بخش خصوصی طبابت می‌نمایند. حق‌الزحمه دولتی پزشکان عمومی انگلستان بر پایه چهار اصل می‌باشد:

- اول -** پرداخت براساس تعداد بیماران گزارش شده آن‌ها (حدود نیمی از کل حق‌الزحمه)
- دوم -** یارانه‌های ثابتی جهت اعزام بیماران برای جراحی (حدود ۲۰ درصد کل حق‌الزحمه)
- سوم و چهارم -** یارانه‌هایی که براساس فعالیت‌های پزشک در جهت ارتقاء سلامتی و نظارت بر خدمات تخصصی پرداخت می‌شود (حدود ۳۰ درصد حق‌الزحمه). در مقابل، هر پزشک عمومی مسؤول تامین خدمات بهداشتی - سلامتی مورد نیاز افراد تحت پوشش و بیماران مراجعه‌کننده به وی

همیشه به یک روش مشابه ارجاع نمی‌دهند. بدین وسیله فضا برای تحقیق در مورد مدیریت مناسب برای تغییر روش مراجعه از نظام اولیه به ثانویه وجود دارد. در این تحقیق پیش خواهد آمد، این است که موارد دسترسی عادلانه به خدمات تخصصی در بریتانیا بالا می‌رود.

در بریتانیا تقویت بخش اولیه سلامتی هنوز یک امر اساسی می‌باشد. ایجاد «گروه‌های مراقبت اولیه» که مسؤول خدمات خط مقدم و برنامه‌ریزی برای دستیابی به خدمات دیگر هستند، قدم مهمی در این مسیر محسوب می‌شود در همین زمان وزارت بهداشت انگلستان جهت تسهیل دستیابی به برخی خدمات خط مقدم است از طریق سرویس تلفنی و همچنین از طریق کلینیک‌هایی که در محل زندگی تلاش می‌کنند که در آن پرستاران قسمتی از فعالیت خط اولیه درمان را تشکیل می‌دهند. احتمالاً مراجعه و قرار گرفتن هم‌زمان در فهرست بیماران عمومی نیز اخیراً مطرح گردیده است. ایجاد «موسسه ملی مراقبت‌های برتر» خواست دولت مردان انگلیسی برای توسعه ارجاع به مراقبت‌های تخصصی می‌باشد که معتقدند این امر در تصمیم‌گیری‌های بالینی کمک می‌کند.

■ کانادا

نظام بهداشتی درمانی کانادا به علت ساختار متفاوت آن کشور و به دلیل نقشی که استان‌ها و مناطق در تامین مراقبت سلامتی دارند و همچنین تمرکززدایی، فرق می‌کند ولی به هر حال در مورد مساله بهداشت و درمان در سطح عملی یکپارچه عمل شده است. این نظام بر پایه

می‌باشد. افراد تحت پوشش یک پزشک عمومی معمولاً ۱۸۰۰ نفر هستند.

دسترسی مستقیم به پزشکان متخصص در نظام بهداشتی درمانی انگلستان به‌جز برای درمان‌های اورژانس مقدور نمی‌باشد. با این توصیف، نظام ارجاع در بریتانیا از نظر بیماران بسیار انعطاف‌ناپذیر است. زیرا آن‌ها نمی‌توانند از خدمات یک متخصص یا بیمارستان، بدون ارجاع پزشک عمومی بهره‌مند شوند.

در بخش بالینی و کلینیکی، پزشکان انگلیسی دارای خودمختاری قابل توجهی بوده و قادرند بیماران ارجاع شده به‌خود را به متخصصین دیگر (سطح ثانویه) بدون هیچ محدودیتی ارجاع دهند. نیازی به نظر پزشک عمومی برای این معرفی ندارند و عملاً جز مسؤولیت خودشان محسوب می‌شود. از وقتی که «برنامه اساسی پزشک عمومی» لغو شد و براساس آن پزشکان عمومی قادر شده‌اند تا قسمتی از هزینه‌ی مربوط به مراقبت ثانویه بیماران خود را دریافت نمایند، انگیزه مالی برای پزشکان در مورد محدود بودن بیماران ارجاع شده به متخصصان بیمارستان‌ها از بین رفته است.

علی‌رغم این خودمختاری کلینیکی (که پزشکان انگلیسی دارا هستند) میزان توسط ارجاع در این کشور به‌طور کلی، هنوز میزان پایینی در حدود ۱۵ ارجاع به ازای ۱۰۰ مشاوره پزشکی می‌باشد. که فقط نیمی از آن‌ها موارد اورژانسی نیستند.

به هر حال، میزان ارجاع در محدوده‌های مختلف پزشکان آن محدوده‌ها متفاوت است. این تفاوت به وسیله وزارت بهداشت به‌عنوان یک مساله مورد کنکاش قرار گرفته است. که چرا پزشکان انگلیسی

۱۳ استان و زیر شبکه‌های ایالتی آن تقسیم‌بندی شده، روابط بین آن‌ها توسط قانون سلامت کانادا که در سال ۱۹۸۴ در پارلمان فدرال تصویب شده است، مشخص می‌باشد. نظام بهداشت و سلامت کانادا یک مدل بین نظام آمریکایی و انگلیسی با پوشش کل جامعه برای خدمات سرپایی و بستری و شرکت‌های بیمه خصوصی که پوشش تکمیلی را ایجاد می‌کنند، می‌باشد.

پزشکان عمومی در کانادا به‌عنوان پزشکان ناظر کار می‌کنند. به نظر می‌رسد که درجه مسؤلیت آن‌ها (با توجه به نظارت برای دسترسی به نظام بهداشتی سلامت) کمتر از پزشکان انگلیسی باشد. ولی برخلاف پزشکان عمومی انگلستان، پزشکان کانادایی قسمتی از فعالیت‌های بالینی خود را در محیط‌های بیمارستانی انجام می‌دهند که عمدتاً در بخش‌های اورژانس یا بخش سرپایی و یا حتی برای بیماران بستری می‌باشد. در نتیجه، در کانادا جدایی بین پزشکان عمومی انگلستان و کانادا موجود است، فعالیت می‌نمایند. آنها در صورت تمایل به طبابت در بخش خصوصی باید بخش دولتی را کاملاً رها کنند.

اکثر پزشکان عمومی کانادا به‌صورت پزشکان خانواده فعالیت می‌کنند، ولی در کانادا فهرستی از افرادی که جهت دریافت مراقبت‌های اولیه لازم است که به یک پزشک مراجعه نمایند، وجود ندارد و عدم وجود آشنایی سنتی و یا اجباری بین بیمار و پزشک، موجب شده است، بیماران در کانادا بتوانند از خدمات مراقبت اولیه چند پزشک عمومی در یک سال استفاده کنند.

دسترسی مستقیم به پزشکان متخصص در

کانادا منعی ندارد. متخصصان خاصی قادرند ویزیت مستقیم بیماران را انجام دهند. مشاهده شده که هزینه درمان چنین بیمارانی کمتر از بیمارانی است که به وسیله یک پزشک عمومی یا یک پزشک متخصص دیگر یا متخصص سلامت و بهداشت به متخصص مربوطه ارجاع می‌شوند.

پزشکان کانادایی مجاز به گرفتن هزینه‌های بیشتر از نرخ مصوب نیستند (و میزان ویزیت در خواستی آن‌ها بالاتر از حقوق بخش دولتی نیست) بنابراین اغلب پزشکان متخصص، بیمارانی را که برگ ارجاع ندارند ویزیت نمی‌کنند، گروهی از پزشکان متخصص این بیماران را بدون برگ ارجاع (فقط به‌صورت بیمار سرپایی) ویزیت می‌کنند و این گروه معمولاً پزشکان متخصص اطفال زنان، ایمنی‌شناسی، پوست، چشم و روان‌پزشکان هستند. این پزشکان به‌عنوان پزشکان خط مقدم مراقبت‌های تخصصی محسوب می‌شوند.

ایالت‌ها و نواحی مختلف کانادا با تشریک مساعی با دولت فدرال، اخیراً در حال تقویت نظام مراقبت اولیه در کانادا هستند. با همین هدف، تقریباً همه ایالت‌ها و نواحی، در حال برنامه‌ریزی برای ایجاد گروه‌هایی از پزشکان عمومی می‌باشند. روش حق‌الزحمه پزشکان عمومی از جمله بحث‌های جاری بوده و احتمال تصویب حق‌الزحمه درصدی به ازای هر مریض نیز مطرح می‌باشد. در انتها، احتمال اجبار ثبت نام شهروندان کانادایی برای یک پزشک عمومی یا گروهی از پزشکان عمومی که مسؤول خدمات گروهی به آن‌ها در سطح وسیعی از خدمات خواهند بود، مطرح است و این مساله روز به روز بیشتر حس می‌شود.

■ ایالات متحده

تعریف کردن نظام بهداشتی - درمانی آمریکا در چند کلمه دشوار است. نظام بهداشتی ایالات متحده (برخلاف نظام کانادا و انگلیس) به صورت پلورالیست (چندتایی) و تقسیم شده می‌باشد. بیمه‌های درمانی براساس ترکیبی از برنامه‌های ملی و خصوصی، با قیمت‌های متفاوتی در پرداخت‌های بیمه‌ای (که براساس قرارداد تنظیم شده) می‌باشد و همچنین مواردی از بیمه‌های تکمیلی را نیز دارند.

این تقسیم‌بندی موقعیتی را پدید آورده که ۱۵ درصد مردم ایالات متحده تحت پوشش بیمه درمانی مناسبی نباشند. این پیچیدگی نظام آمریکایی نه موجب ایجاد تشکیلات مناسبی برای خدمات بهداشتی و درمانی شده است که هر دوی آن‌ها برای اعمال مدیریت و نظارت بر خدمات درمانی ضروری است.

در نتیجه اعمال این نظام عجیب نیست که کارمندان آمریکایی (که سهم زیادی از هزینه سلامتی در قسمت بهداشت ایالات متحده را می‌پردازند) به طرف تشکلهای تامین حداقل سلامتی تکمیلی می‌توان با پرداخت مقداری حق بیمه (براساس قرارداد) از خدمات بیشتری (علاوه بر خدمات سنتی) استفاده نمود و طبقه این قرارداد میزان پرداخت فرانشیز نیز کم می‌شود. در این روش «تامین حداقل سلامتی» ارایه خدمات درمانی نیازمند به کارگیری یک گروه تکمیلی می‌باشد که این گروه خدمات درمانی اضافی را تامین می‌نمایند و با این گروه (براساس یک قیمت ثابت و به‌طور سالانه) قرارداد بسته می‌شود و این گروه احتمالات

مربوط به افزایش هزینه‌ها (در استفاده طرف‌های قرارداد خود که همان بیمه‌شدگان‌شان هستند) را خواهند پذیرفت. برای درآمد کافی (بقای مالی) و همچنین رقابت (در یک محیط قابل رقابت) آن‌ها باید پذیرش فعال در جهات مختلف خدمات‌دهی را ایجاد نمایند. آن‌ها دسترسی به خدمات تخصصی را نیز باید تدارک ببینند. در چنین وضعیتی تشکیلات تامین حداقل سلامتی ناگزیر به استفاده از پزشکان عمومی به‌عنوان ناظر خواهند بود.

برخلاف نظام‌های کانادا و انگلیس نظام تامین حداقل سلامتی آمریکا از فرایندهای تایید، کنترل حمایت از تصمیمات متخذه و تامین منابع مالی برای اداره فرایند ارجاع بیماران برخوردار است. ممکن است پزشکان نظام تامین حداقل سلامتی اولیه مجبور به پیگیری بیشتر (قبل از تصمیم به ارجاع بیماران به خط دوم) یا ملزم به رعایت پروتکلی برای مراقبت (که از پیش تعیین شده است) باشند.

این تشکیلات آمریکایی به پزشکان خود اختیاراتی برای تحلیل چگونگی مصرف دارو و بازبینی پروتکلی درمانی اعطا می‌نماید. بالاخره برخی از تشکیلات تامین حداقل سلامتی (مخصوصاً آن‌هایی که سودآور بوده‌اند) به پزشکانشان تقبل برخی خطرهای مالی (برای پیش‌بینی بعضی خدمات) را می‌دهند مخصوصاً استفاده از خدمات از پیش تعیین شده‌ای (براساس یک قرارداد) که می‌توانند استفاده نمایند.

در سال‌های اخیر، مدیریت اعمال شده در استفاده از مراقبت‌های تکمیلی منجر به نارضایتی قابل توجهی در میان پزشکان و اعضای تحت پوشش

این نظام در آمریکا گردیده است. به علت این نارضایتی، تعدادی از این نظام‌های تامین حداقل سلامتی موافقت کرده‌اند که با توجه به تقابل نظام‌های اولیه و ثانویه مراقبت‌های بهداشتی دستیابی پزشکان متخصص را تسهیل نمایند.

■ کنترل هزینه‌ها

در بحث کلی، همه موافقتند که هزینه‌های خدمات درمانی در کشورهایی که پزشک عمومی به‌عنوان ناظر باشد، کمتر از کشورهایی است که دسترسی به خدمات تخصصی را کنترل نمی‌نمایند. باید در نظر داشته باشیم کشورهایی که از پزشک عمومی به‌عنوان ناظر استفاده می‌کنند، اغلب کشورهایی هستند که بار مالی دولت (استفاده از درآمد ناخالص ملی) برای تامین خدمات سلامتی بیش‌ترین میزان را داراست. این کشورها استراتژی‌ای زیادی را برای کنترل هزینه‌های سلامتی (به وسیله تحت کنترل در آوردن ارایه خدمات تکمیلی) به اجرا گذارده‌اند.

به همین دلیل، در این کشورها بسیار مشکل خواهد بود که استفاده از پزشکان عمومی (به‌عنوان ناظر) را از فرایندهای پرداخت سر جمع هزینه‌های خدمات سلامتی حذف نمایند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد تجربیات کانادا و انگلیس آن نظارت را تایید می‌نماید.

پزشکان انگلیسی و کانادایی تمایل کمتری برای ارجاع به خدمات خط دوم نسبت به هم‌تاهای آمریکایی خود دارند و این ممکن است تا حدی به علت بودجه نظام‌های انگلیسی و کانادایی باشد (و به این صورت توجیه می‌گردد).

ارزیابی ساده‌تر این است که استفاده از پزشکان عمومی (به‌عنوان ناظر) برای کنترل هزینه‌ها در ایالات متحده به‌عنوان تکه‌تکه شدن نظام سلامتی تلقی شده و موجب عدم وجود استراتژی فراگیر برای کنترل ارایه خدمات می‌باشد.

به هر حال، اکثر مطالعات در نظام تامین حداقل سلامتی آمریکایی (که برای استفاده از پزشکان عمومی به‌عنوان ناظر انجام شده) دلالت بر این دارند که این روش استفاده از خدمات تخصصی را کاهش داده و در نتیجه منجر به کاهش هزینه‌ها در ارایه خدمات پزشکی می‌گردد. در این مطالعات کاهش هزینه‌ها حدود ۷ - ۵ درصد گزارش شده است.

■ کیفیت درمان

استفاده از پزشکان عمومی به‌عنوان ناظر و تاثیر آن روی کیفیت مراقبت بیشتر از تاثیر آن روی کنترل هزینه‌ها، بحث‌برانگیز شده است و فعلاً نظرات بسیار متفاوتی وجود دارد. عده‌ای از متخصصان عقیده دارند که استفاده از پزشکان عمومی به‌عنوان ناظر، کیفیت درمان را گسترش داده و بالا می‌برد. زیرا این امر بیشتر موجب پیشگیری، تداوم مراقبت و هماهنگی در خدمات قابل ارایه خواهد شد. از طرف دیگر برخی متخصصان این روش را بیشتر به‌عنوان یک فرآیند برای کنترل هزینه‌ها می‌دانند و به‌عنوان فرآیند کیفیت مراقبت قبول ندارند.

آن‌ها این مساله را به‌عنوان سهمیه‌بندی نمودن ارجاع به متخصصانی که خدمات سلامتی را ارایه می‌نمایند، نسبت می‌دهند. در حقیقت، هنوز سؤال

آگاهانه و چه ناآگاهانه، شرکت کنندگان تصمیم خود را براساس تحلیل اقتصادی اتخاذ می‌کردند. افرادی که احساس می‌کردند فواید بالقوه بیش از هزینه‌های بالقوه است، توصیه می‌کردند که منابع به این اقدام اختصاص یابد. از سوی دیگر افرادی که فکر می‌کردند هزینه‌های بالقوه بر فواید بالقوه می‌چربد، توصیه می‌کردند که بهتر است منابع در جای دیگری صرف شود. اما چگونه نتایج این تحلیل‌های اقتصادی شخصی، این قدر متفاوت است؟ نظر ما این است که اختلاف نظر موجود، از تفاوت دیدگاه‌های افراد ناشی شده است. در این جا ما به بحث در مورد این موضوع پرداخته‌ایم که چگونه تفاوت دیدگاه‌ها می‌تواند تحلیل‌های اقتصادی مرتبط با تصمیمات اتخاذ شده در مورد غربالگری سرطان را که یکی از مقولات متعدد مراقبت سلامت است، تحت تاثیر قرار دهد؛ مقوله‌ای که تصمیمات در مورد آن می‌تواند از منظر دیدگاه‌های گوناگون اتخاذ شود.

■ اجزای دیدگاه

دیدگاهی که بر مبنای آن، تحلیل اقتصادی صورت می‌گیرد، اثر قابل توجهی بر هزینه‌ها و فواید در نظر گرفته شده و ارزشی خواهد داشت که بر هر یک از عواقب مثبت و منفی گذاشته می‌شود. این موضوع توسط دیگر پژوهشگران از جمله ملتزر مورد بحث قرار گرفته است. ما این مباحثات اولیه را با شناسایی هفت جز دیدگاه که از اهمیت ویژه‌ای در تحلیل اقتصادی غربالگری سرطان برخوردار هستند گسترش دادیم و دریافتیم چگونه هر یک از این اجزاء، بسته به دیدگاهی که تصمیم‌گیری بر

این است که بین پزشکان عمومی (به‌عنوان ناظر) و میزان مراقبت چقدر ارتباط وجود دارد که پاسخ آن مشکل است. زیرا بسیاری از مقالاتی که در این زمینه منتشر شده است، مشخص می‌کند که مراقبت در پزشکی (بخش‌های مراقبت ویژه) یا به کارگیری فناوری بسیار عجین شده است و نمی‌توان این خدمات را از بیماران سلب نمود.

■ اهمیت دیدگاه در تحلیل‌های اقتصادی غربالگری سرطان

در سال ۱۹۹۷، موسسه ملی سلامت (NIH) ایالات متحده، میزان کنفرانسی بود که هدف آن دستیابی به اتفاق نظر در مورد لزوم انجام غربالگری سرطان پستان از طریق ماموگرافی در زنان ۴۹ - ۴۰ ساله بود. عدم دستیابی به اتفاق نظر در طول کنفرانس و مباحثات متعاقب آن، فضایی بسیار احساسی و پرتنش را ایجاد کرده بود. بعضی این نظر را مطرح می‌کردند که خطر مرگ و میر زودرس به دلیل سرطان پستان، حتی در زنان جوان به‌طور غیرقابل قبولی بالا است و غربالگری به کمک ماموگرافی می‌تواند زندگی افراد را نجات دهد.

دیگران عقیده داشتند، در بهترین حالت، فایده این اقدام برای زنان جوان کم است و در مقایسه با خطر آسیب‌های جسمانی و عاطفی وارده از جانب اقدامات تهاجمی غیرضروری که به دنبال نتایج مثبت کاذب (که در مقایسه با زنان مسن، بیشتر در زنان دیده می‌شود) بی‌ارزش به نظر می‌رسد. احتمالاً هر شرکت‌کننده پس از بررسی هزینه‌ها و فواید این خدمت پیشگیرانه، از منظر دیدگاه خود به تصمیم شخصی می‌رسید. بنابراین چه

مبنای آن انجام می‌شود، متغیر است. ما ۹ دیدگاه ممکن را از دیدگاه فرد بیمار گرفته تا کل جامعه‌ای که بیمار در آن زندگی می‌کند شناسایی کردیم در طول مقاله از واژه تصمیم‌گیرنده به‌طور گسترده استفاده شده است تا امکان طرح و بررسی این دیدگاه‌های مختلف که ممکن است با تصمیم سیاستگذاران سلامت یا بیمه‌گران سلامت متفاوت باشد، وجود داشته باشد.

اولین جز، کانون توجه یا نگرانی عمده تصمیم‌گیرندگان است. در مدل‌های رسمی اقتصادی، این مقوله تحت عنوان تقاضای حداکثر یا به عبارتی آنچه تصمیم‌گیرنده می‌خواهد به حداکثر برساند، شناخته می‌شود. دومین و سومین جز، آگاهی تصمیم‌گیرنده از پیامدهای بالقوه سلامتی مرتبط با بیماری (از جمله احتمال این پیامدها) و آگاهی از پیامدهای ثانویه سلامتی و غیرسلامتی است که می‌تواند از غربالگری تشخیص و درمان ناشی شوند (و از جمله احتمال این پیامدها). چهارمین جز، آگاهی از ترجیح‌ها و ارزش‌های بیمار است که برای روشن کردن نحوه تاثیر پیامدهای سلامتی و غیرسلامتی بر آسایش بیمار، ضروری است. جز بعدی، میزان باری است که تصمیم‌گیرنده با توجه به پیامدهای سلامتی و هزینه‌های منابع متحمل می‌گردد. جز آخر، ترجیح زمانی تصمیم‌گیرنده با توجه به فواید و هزینه‌های آتی است.

■ کانون توجه تصمیم‌گیرنده

کانون توجه یا نگرانی عمده تصمیم‌گیرنده شامل دو بخش است. بخش اول به این بستگی

دارد که تصمیم‌گیرنده، عمده توجه خود را به کدام یک از موارد، شخص بیمار و خانواده یا یک جمعیت (عموماً کانون توجه بیمه‌گران همگانی نظام مراقبت سلامت و جامعه) و یا یک سازمان معطوف نماید. بخش دوم به این مساله مربوط است که تصمیم‌گیرنده، بیشتر به حداکثر رساندن سطح سلامت علاقه دارد یا به رفاه؟ رفاه به‌صورت حس کلی خوب بودن فرد، جمعیت یا سازمان تعریف می‌گردد. سلامت یکی از جوانب رفاه است و محدوده‌ای از کارکرد جسمانی و ذهنی است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به حس شخصی تندرستی کمک می‌کند.

هنگامی که کانون توجه بر شخص بیمار است احتمال دارد آثار ثانویه ناشی از فرایند غربالگری و هزینه‌های مرتبط با منابع اختصاص یافته آن مورد غفلت قرار گیرد. این امر به خاطر این است که احتمال آن که یک بیمار خاص دچار یک پیامد ثانویه خاص گردد، عموماً بسیار کم است. به‌عنوان مثال نامحتمل است که به دنبال یک ماموگرافی غربالگرانه، به نمونه‌برداری از پستان احتیاج پیدا شود. البته، هنگامی که کانون توجه، جمعیتی زیاد در طول دوره‌ای طولانی مدت باشد، آثار ثانویه و هزینه‌های مرتبط به منابع اختصاص یافته کاملاً اهمیت پیدا می‌کنند و به همین دلیل در شمار عواقب انگاشته می‌شوند. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالت متحده (CDC) که تامین مالی برنامه ملی شناسایی زود هنگام سرطان پستان و گردن رحم را بر عهده دارد، تخمین زده است که یافته‌های مشکوک حاصل از ماموگرام‌های غربالگرانه در سال ۱۹۹۵، به هزینه‌های زیاد

نمی‌کنند و بنابراین به‌طور مشخص برای پزشک اهمیت ندارند.

■ آگاهی از پیامدهای بالقوه سرطان

کارکنان حرفه‌های پزشکی معمولاً به اطلاعات مربوط به پیامدهای سلامتی و احتمالات مربوطه بیشتر دسترسی دارند و این خود مزیتی نسبت به بیماران، خانواده‌ها و کارفرمایان به شمار می‌آید. این بیشتر در مورد احتمالات پیامدها صادق است تا خود پیامدها؛ اغلب افراد به خودی خود می‌دانند که سرطان ماهیت وخیمی دارد که می‌تواند گسترش یافته و به مرگ منجر گردد، اما در مورد احتمالات مربوط به امکان ابتلا و مرگ بر اثر سرطان‌ها آگاهی اندکی دارند. مثلاً، در مردان آمریکایی میزان مرگ و میر سرطان پروستات و سرطان کولورکتال مشابه است، و بقای ۵ ساله سرطان پروستات که طبق شواهد، کاهش مرگ و میر را به دنبال ندارد از سوی افرادی که از این بیماری بهبود یافته‌اند قاطعانه توصیه می‌شود، در حالی که غربالگری از نظر سرطان کولورکتال که بنابر شواهد، از مرگ و میر می‌کاهد، از حمایت کمتری برخوردار گشته و کمتر از حد لازم مورد استفاده قرار می‌گیرد. این وضعیت بر این واقعیت صحنه می‌گذارد که توصیه کردن، در پیشبرد و گسترش غربالگری سرطان حایز اهمیت است و شمار توصیه‌کنندگان بالقوه ارتباط نزدیکی با شمار بازماندگان دارد.

افرادی که در حرفه‌های مراقبت سلامت کار می‌کنند (مثلاً پزشکان عمومی، پزشکان متخصص و بیمه‌گران) از احتمالات پیامدها

اقدامات تشخیصی پیگیرانه منجر گردیده است؛ به ازای هر ۱۰,۰۰۰ غربالگری توسط ماموگرام به عمل آمده، مجموع ۲۳۴,۸۶۸ دلار برای انجام ۱۸۱۸ اقدام تشخیصی مکمل هزینه شده است.

تصمیم‌گیرندگانی که با دیدگاه سازمانی تصمیم می‌گیرند مشخصاً هنگامی که بار چنین آثار ثانویه‌ای، بر سازمان آن‌ها تحمیل می‌شود، این موارد را مدنظر قرار می‌دهند (نظیر مواردی که یک سازمان بیمه‌گر، اقدامات تشخیصی پیگیری را تامین مالی می‌کند).

اگر به جای رفاه کلی، تاکید بر سلامت باشد تصمیم‌گیرندگان تمایل پیدا می‌کنند آثار فرایند غربالگری را که بر سلامت مربوط نمی‌شود مورد غفلت قرار دهند اما در هر صورت این آثار برای رفاه بیمار و خانواده‌اش حایز اهمیت است. به‌عنوان مثال، بیماری که تحت سیگموییدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای یافتن پولیپ‌های سرطانی یا پیش سرطانی قرار می‌گیرد، ناراحتی و شرمی را تجربه می‌کند که ممکن است از نظر پزشک در زمره عواقب به شمار نیاید. البته از نگاه بیماران چنین پیامدهای غیرسلامتی ممکن است برای صرف‌نظر از انجام آزمون غربالگری کافی باشد. کاهش بهره‌وری ناشی از مرخصی برای حضور در غربالگری، به خصوص اگر قرار باشد کارکنان زیادی تحت غربالگری قرار گیرند، احتمالاً برای کارفرمای آنان اهمیت پیدا خواهد کرد. کاهش بهره‌وری می‌تواند برای بیمار نیز مایه اضطراب باشد از آن حیث که وی نگران نظر مدیریت درباره عملکرد شغلی خود با توجه به این کاهش بهره‌وری، خواهد بود. البته، این عوامل تهدید فوری برای سلامت بیمار ایجاد

آگاهی بیشتری دارند. مثلاً بیشتر احتمال دارد که آن‌ها بدانند بسیاری از تومورهای پروستات که از نظر بافت‌شناسی بدخیم هستند، رفتار خوش‌خیمی از خود نشان می‌دهند. به این ترتیب، احتمال آن که غربالگری وسیع بتواند به هر گونه فایده کلی بیانجامد، کاهش می‌یابد، چرا که در صورتی که این بدخیمی‌های بافت‌شناختی، تشخیص داده نشده باقی بمانند، مردان به احتمال بیشتر با همراه داشتن این توده‌ها فوت می‌کنند نه به سبب آن‌ها. شاید همین مسایل در تصمیم‌گیری گروه کاری خدمات پیشگیری ایالات متحده مبنی بر توصیه غربالگری معمول از نظر سرطان کولورکتال و عدم توصیه برای سرطان پروستات نقش داشته است.

■ آگاهی از پیامدهای بالقوه ثانویه

سطوح آگاهی افرادی که در بخش مراقبت‌های سلامت کار می‌کنند با کسانی که در این بخش کار نمی‌کنند، از نظر پیامدهای سلامتی ثانویه و پیامدهای غیرسلامتی اقدامات غربالگری، تشخیصی و درمانی و احتمالات مرتبط با آن تفاوت فاحشی دارد. پیامدهای ثانویه را (مثل خطر سوراخ شدن روده بزرگ حین کولونوسکوپی یا بروز بی‌اختیاری پس از درمان تومور پروستاتی که در غربالگری یافت شده است) می‌توان اثرات جانبی غربالگری قلمداد نمود. برای نمونه، اگر چه اکثر مردان می‌دانند سرطان پروستات می‌تواند به مرگ منجر شود، اما عموماً نمی‌دانند که درمان آن تومور می‌تواند به بی‌اختیاری ادراری و ناتوانی جنسی بیانجامد. بنابراین، هر چند بیمار تمایل دارد احتمال مرگ را بیشتر از میزان واقعی بپندارد،

ولی ممکن است تلویحاً احتمال اثرات جانبی را هیچ بیانگارد تا زمانی که پزشک متخصص این احتمال را برای وی روشن نماید. حتی با آگاهی از این که درمان می‌تواند به بی‌اختیاری و ناتوانی جنسی یا هر دو منجر گردد، باز هم ممکن است بیمار کاملاً آگاه نباشد که این عوارض می‌تواند فعالیت‌های طبیعی وی را تحت تاثیر قرار دهد و به ناخوش‌هایی نظیر افسردگی بیانجامد و در نهایت رفاه کلی وی را کاهش دهد. از این گذشته، از آنجا که متخصصان معمولاً عمده توجه خود را معطوف به سلامت بیمار و نه رفاه وی می‌نمایند (و از آنجا که متخصصان و ارزش‌های بیماران آگاهی اندکی دارند)، اغلب برای عواقب منفی این عوارض، ارزش در خوری قایل نمی‌شوند و درمان مجدانه تومور را از طریق جراحی و پرتوتابی یا هر دو، توصیه می‌نمایند. چنین توجهی، به همراه آگاهی ناکامل بیمار می‌تواند به پذیرش توصیه متخصص از سوی بیانجامد، بدون آن که بیمار کاملاً از جوانب امر مطلع باشد.

شاغلان آگاه بخش سلامت که عمده توجه خود را به سلامت جمعیت اختصاص می‌دهند، کنش‌های فوق‌الذکر را درک می‌کنند و این بحث را مطرح می‌کنند که یکی از هزینه‌های غربالگری معمول سرطان پروستات، بیماران پرشماری خواهند بود که به دنبال درمان، بی‌اختیاری و ناتوانی جنسی پیدا می‌کنند. این شاغلان بخش سلامت با دیدگاه وسیع اجتماعی و توجه عمده به رفاه افراد، این بحث را مطرح می‌کنند که هزینه نهایی این عوارض، کاهش رفاه اجتماعی در نتیجه انجام این اقدام خواهد بود. با توجه به این دیدگاه

دیگران ندارد (مثلاً تصمیم در مورد بیماری‌های عفونی ممکن است بر سلامت دیگران اثر داشته باشد)، تصمیم‌گیری شخصی مانند مثال مذکور نه تنها از دیدگاه فردی بهینه است بلکه احتمالاً از دیدگاه اجتماعی نیز بهینه است (بسته به این که رفاه اجتماعی چگونه تعریف شود). اما هنگامی که نوبت به تصمیم‌گیری‌های مراقبت سلامت می‌رسد معمولاً این فرضیات چندان کاربردی نمی‌یابند. در موارد بسیاری، همان‌طور که پیش از این بحث شد بیمار اطلاع کاملی از هزینه‌ها و فواید ندارد و شاید در موارد بسیار بیشتری، تصمیم‌بیماران به نحوی از آنجا بر دیگران اثر می‌گذارد. مثلاً امتناع خانم دوم ممکن است به این امر بیانجامد که وی به سرطان کولورکتال دچار شود و پیش از موعد بمیرد و بر رفاه خانواده، دوستان و هر سازمانی که وی در آن به خدمت مشغول بوده است اثر منفی بگذارد.

یکی از نگرانی‌های واقعی تحلیل‌گرانی که به ارزشیابی اقتصادی از منظر دیدگاه اجتماعی می‌پردازند آن است که عموماً از ارزش‌ها و ترجیحات بیماران آگاهی بسیار اندکی دارند. چگونه یک تحلیل‌گر می‌تواند میزان ارزشی را که بیمار برای تاثیر انجام یک بار کولونوسکوپی در کاهش خطر مرگ قایل است، تعیین کند؟ یا این که چگونه می‌تواند میزان اهمیتی را که بیماران برای ناراحتی‌های همراه با انجام کولونوسکوپی قایل هستند، مشخص نماید؟ از آنجا که مسایل روانشناختی و آگاهی به بیمار به یک اندازه بر ترجیحات وی موثرند، تعیین ارزش می‌تواند پیچیده باشد. این موارد مسایل بسیار دشواری

گروه مزبور در مقایسه با بیماران و پزشکان تمایل چندانی برای توصیه غربالگری معمول سرطان پروستات نخواهند داشت.

■ آگاهی از ترجیحات و ارزش‌های بیمار

دو زن ۶۰ ساله با وضعیت مشابه از نظر بیمه سلامت، امید به زندگی، وضعیت خانوادگی و احتمال ابتلا به سرطان کولورکتال را در نظر بگیرید. هر دو در سن ۵۰ سالگی تحت کولونوسکوپی قرار گرفته‌اند که نتایج یکسانی داشته است. اثرات جسمانی کولونوسکوپی و آمادگی صورت گرفته در شب پیش از آن مشابه بوده است. با این حال، در حالی که یکی از آن‌ها این اثرات را ناراحت‌کننده ولی قابل تحمل دانسته است، دیگری احساس کرده است که این اثرات واقعاً وحشتناک هستند. اکنون ۱۰ سال پس از آن، پزشک هر یک از آن‌ها به ایشان انجام کولونوسکوپی را توصیه می‌نماید. خانم اول علی‌رغم ناخشنودی از فکر آماده‌سازی و انجام کولونوسکوپی توصیه پزشک را می‌پذیرد. خانم دیگر از پذیرش کولونوسکوپی سرباز می‌زند. پزشک وی که از تهدید سلامت او بیم دارد، سعی می‌کند وی را راضی به انجام کولونوسکوپی نماید. خانم که از تهدید رفاه کنونی خود بیم دارد، امتناع می‌کند. هر دو خانم، هزینه‌ها و فواید راه‌های جایگزینی را وزن‌دهی کرده‌اند. یکی تمایل به صرف زمان و انرژی خود برای انجام غربالگری دارد، در حالی که دیگری چنین تمایلی ندارد. تفاوت تصمیم‌ها، نتیجه تفاوت ترجیحات در برابر پیامدها است. در شرایطی که بیماران کاملاً از هزینه‌ها و فواید مطلع هستند و تصمیم آن‌ها اثری بر

هستند که به‌طور روزافزون به موضع بررسی‌های اقتصادی و سلامتی تبدیل می‌شوند و تا حدودی مسؤول حرکت از سمت تحلیل هزینه - اثربخشی به سمت تحلیل هزینه - مطلوبیت هستند. پژوهشگران تلاش کرده‌اند با روش‌های مختلف چنین ارزش‌هایی را اندازه‌گیری کنند، اما پیش از آن که بتوان ترجیحات بیمار را کاملاً در تحلیل‌های اقتصادی تصمیمات غربالگری سرطان وارد نمود به انجام مطالعات زیادی نیاز هست.

■ بار پیامدهای سلامتی و هزینه‌های مرتبط با منابع

آثار پنجمین و ششمین جز دیدگاه (میزان باری که تصمیم‌گیرنده برای پیامدهای سلامت و هزینه‌های مرتبط به منابع قایل است) یکسان است. تصمیم‌گیرندگان احتمالاً بیشترین اهمیت را برای عواقبی که بیشترین تاثیر را بر خود آن‌ها می‌گذارد قایل هستند. عموماً بار رفاهی ناشی از آثار بالقوه سلامتی، بر دوش بیمار و خانواده‌اش قرار دارد. سنگینی بار رفاهی مربوط به هزینه‌های منابع معمولاً بر عهده بیمه‌گران، نظام مراقبت‌های سلامتی و جامعه قرار می‌گیرد. به این ترتیب بیماری که تحت پوشش کامل بیمه می‌باشد احتمالاً اثر غربالگری بر سلامت را مورد تاکید قرار می‌دهد، بیمه‌گر احتمالاً کانون توجه خود را معطوف هزینه‌های مربوط به منابع می‌نماید و بیمار بدون بیمه که خود هزینه‌ها را می‌پردازد، به هر دو مساله توجه می‌کند. البته بیمه‌گران تنها به هزینه‌های مربوط به منابع توجه نمی‌کنند و سلامت بیمار نیز برای آن‌ها حایز اهمیت است، چرا که

امکان بقای طولانی مدت و رفاه بیمه‌گران، نیز منوط به توانای آن‌ها در حفظ مشتری است که به نوبه خود تا حدودی به راضی نگهداشتن بیماران با ارایه مراقبت‌های کافی سلامت وابسته است. به عبارت دیگر، برای بیمه‌گران خصوصی، موازنه بین سود کوتاه مدت و دراز مدت مطرح است و برای بیمه‌گران همگانی، موازنه بین قدرت مالی کنونی و امکان بقای دراز مدت سیاسی مطرح است. پزشکان به‌طور مشخص بار اندکی را از نظر پیامدهای سلامتی و هزینه‌ای مربوط به منابع بر عهده می‌گیرند. به‌عنوان مثال، معمولاً زمان، انرژی و منابع دیگری که پزشکان آن‌ها را به مراقبت از بیماران اختصاص می‌دهند، جبران می‌شود. یک استثنای آشکار، پزشکانی هستند که ازای هر بیمار، بدون در نظر گرفتن خدمات ارایه شده، دریافتی ثابت دارند (پرداخت سرانه). اتخاذ ترتیبات این چنینی که مقداری از بار منابع را بر دوش پزشکان می‌گذارد اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. در هر صورت، در نظام‌های غیرسرانه‌ای، نبود بار بر دوش پزشکان می‌گذارد اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. در هر صورت، در نظام‌های غیرسرانه‌ای، نبود بار بر دوش پزشکان می‌تواند تا حدی توجیه‌کننده گرایش بیشتر پزشکان به توصیه غربالگری سرطان و دیگر انواع مداخلات مربوط به مراقبت‌های سلامت نسبت به بیمه‌گران، آژانس‌های سلامت دولتی و شاغلان در بخش سلامت همگانی باشد. بعضی ممکن است این بحث را نیز مطرح کنند که امکان تحصیل درآمد اضافی از طریق بازپرداخت برای خدمات غربالگری، این انگیزه‌ها را تقویت می‌نماید.

■ ترجیح زمانی

جز هفتم، یا جز پایانی دیدگاه، دیدگاه زمانی تصمیم‌گیرنده است. افراد و سازمان‌ها گرایش دارند عمده توجه خود را بیشتر معطوف رفاه کوتاه مدت نمایند تا رفاه بلند مدت. این امر عموماً به تنزیل شدید یا غفلت کامل از عواقب آتی تصمیماتشان می‌انجامد. به‌عنوان مثال، یک برنامه خصوصی مراقبت سلامتی که عمده توجه خود را معطوف به رفاه سازمانی فعلی کرده است، ممکن است چندان علاقه‌ای به پرداخت برای خدمات غربالگری که در حال حاضر هزینه‌های چشمگیری ایجاد می‌کند اما فواید سلامت و صرفه‌جویی در هزینه درمان را تا ۱۵ - ۱۰ سال آینده ایجاد نمی‌کند، نداشته باشند. در شرایطی که احتمال خروج بعضی از افراد غربالگری شده از برنامه سلامت، قبل از ظهور فواید

وجود داشته باشد، این علاقه سازمانی باز هم کمتر می‌شود. حتی ممکن است خود بیماران تمایل نداشته باشند که هزینه‌های فوری غربالگری را (زحمت، ناراحتی هزینه‌های مالی) برای فواید آتی که ممکن است رخ بدهد یا ندهد متحمل شوند. تحلیل‌گرانی که از منظر دیدگاه وسیع‌تر اجتماعی به موضوع می‌نگرند، هزینه‌ها و فواید آتی را در تحلیل‌های اقتصادی خود لحاظ می‌کنند. البته ممکن است با توجه به درک خود از ترجیح زمانی جامعه، آثار آتی را کاهش دهند. غربالگری حال حاضر سرطان هزینه‌هایی را در عوض فواید آتی ایجاد می‌کند، از این‌رو افرادی که از منظر دیدگاه اجتماعی به مساله می‌نگرند در مقایسه با افراد دارای دیدگاه‌های کوتاه مدت‌تر، بیشتر احتمال دارد موافق غربالگری باشند.

