

# آیا افزایش میزان پرداخت به پزشکان موجب تأمین اهداف دولت انگلستان در نظام ملی سلامت شده است؟\*

آلن می‌نارد و کارن بلور\*\*

ترجمه دکتر سید ابراهیم هاشمی و ناماعلی آزادی

## مقدمه

روشن است که عملکرد متخصصان تحت تأثیر روشهای پرداخت مزد به آنان قرار دارد. این واقعیت، در حال حاضر - که انتظار می‌رود اصلاح قرارداد پزشکان، دولت را در جهت افزایش فعالیتهای امکانات به منظور دستیابی به اهداف کیفی در نظام ملی سلامت<sup>1</sup> یاری کند - اهمیت بیشتری یافته است.

این سؤال همواره مطرح بوده است که آیا افزایش صعودی در هزینه‌های پزشکی و دستمزد فعالیتهای کلینیکی با بهبود کیفیت مراقبت و کاهش انتظار بیمار همراه است یا این افزایش پرداخت صرفاً افزایش دستمزد پزشکان را در پی دارد و در بهبود مراقبت از بیمار ارزشی ندارد. و پرسش مهمتر این که میزان اضافه در پرداخت چقدر باید باشد تا این آهنگ پرداخت با آهنگ نظام ملی سلامت هماهنگ شود.

---

\* عنوان اصلی مقاله Do those who pay the piper call the tune? است که برای سهولت انتقال مفهوم عنوان فوق انتخاب شده است.

\*\* Alan Maynard and Karen Bloor, Yourk Health Policy Group Department of Health Sciences, University of Yourk. WWW.york.ac.uk/depts/hstd/pubs/hpminindex.htm

1. national health system (NHS)

## سازمانهای دولتی

تردید نیست که در انگلستان دولت خواهان نوسازی نظام ملی سلامت است، به طوری که با ۴۰ میلیون پوند فراتر از بودجه تعیین شده برای سالهای ۲۰۰۲-۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸-۲۰۰۷ در بریتانیا، به سرمایه گذاری در این بخش مشغول است که این رقم به طور متوسط افزایش سالانه ۷/۳ درصد بیش از نرخ تورم را نشان می دهد. همچنین تا سال ۲۰۰۸ در بخش مراقبتهای بهداشتی و سلامت بیش از ۹ درصد از تولید ناخالص داخلی هزینه خواهد شد. این افزایش معنی دار در میزان سرمایه گذاریها به همراه صرفه جویی و امساکهای نسبی در بیمارستانها، با توجه به آنکه کدام یک از بودجه های درآمدی تحمیل و کدام جنبه مهم از نظام ملی سلامت اجازه کاهش داشته باشد عملی می شود. منبع نیروی کار قبلی نیز با کنترلهای شدیدتر بر مکانهای آموزشی و همچنین افزایش نسبتاً کم در سطوح پاداش با دقت محدود شده بود.

در عوض این افزایش بودجه، دولت انتظار دارد که سطوح فعالیتها و کیفیت در بخش نظام ملی سلامت بهبود یابد. درخصوص روشهای غیراورژانسی<sup>۱</sup> و همچنین اصلاح مراقبتهای اورژانسی، دولت اهداف زیادی را دنبال می کند. سلامت روحی، بیماریهای قلبی، سرطان، دیابت، خدمات مربوط به زایمان و افراد سالخورده، کودکان و جوانان در چارچوب خدمات ملی قرار گرفته و هر یک به طور واضحی تعریف شده و در اهداف زمانبندی شده مشخصی قرار می گیرند. هدف این است که تا سال ۲۰۰۴ هیچ بیماری برای دریافت یک روش غیر اورژانسی بیش از ۹ ماه و تا سال ۲۰۰۵ بیش از ۶ ماه در انتظار نماند. بیماران سرطانی ارجاعی اورژانسی نیز باید در ظرف ۱۴ روز معاینه شوند. هدف دیگر این است که تا آوریل ۲۰۰۳ مدت انتظار ۷۵ درصد از بیمارانی که بعد از حمله قلبی و دریافت داروهای ترمبولیتیک وارد بیمارستان می شوند، از ۳۰ دقیقه حاضر به کمتر از ۲۰ دقیقه کاهش یابد. در بخش ترخیص، چنین بیمارانی باید داروهای استاندارد و مرتبط مانند beta-blockers و آسپرین دریافت کنند. چارچوب خدمات ملی همچنین نیازمند بازبینی مراحل درمان سرطان نیز است.

در بخش مراقبتهای اولیه نیز اهدافی دنبال می شود. تا سال ۲۰۰۴ تمام بیماران باید بتوانند طی ۲۴ ساعت توسط متخصص مراقبتهای اولیه و در ظرف ۴۸ ساعت به وسیله پزشک عمومی معاینه

1. elective procedure

شوند. در نظام ملی سلامت مؤسسه ملی بهبود خدمات کلینیکی<sup>۱</sup> رهنمودها و توصیه‌های لازم درباره داروها، تکنولوژی و دستورالعمل درمانی را ارائه می‌کند.

این ملزومات با التزام معرفی سیستم مدیریت و کنترل کلینیکی و ارزیابی ریسک به منظور تضمین کیفیت تکمیل شده است. چنین مراحل توسط بازرسانی پرتوان، کمیسیون بازرسی و ممیزی مراقبتی بهداشتی<sup>۲</sup>، سازمانی که التزام تبعیت از دستورالعمل مؤسسه ملی بهبود خدمات کلینیکی را ارزیابی می‌کند، مدیریت نیروی کار و مسائل کیفی و همچنین توسط نحوه فعالیتها کنترل می‌شوند.

به طور بالقوه با احتساب تورم و ابداعاتی از قبیل ائتلاف اتحادیه‌ها<sup>۳</sup> و سیستم قیمت‌گذاری هزینه‌های ارجاع برای برنامه‌های مدرنیزاسیون، هنوز نمی‌توان مطابق این بودجه‌های افزایش یافته نوسازی و همراهی سیاستهای ساختاری را انتظار داشت. سایر عوامل دخیل در هزینه‌های تورم، هزینه‌های کار ناشی از نرخهای بالای بیمه ملی و مدیریت زمانهای کاری اروپاست که ساعات کار پزشکان جوان<sup>۴</sup> را کاهش می‌دهد. بنابراین اگرچه افزایش هزینه‌های برنامه‌ریزی شده چشمگیرند، هنوز مشکل شکافهای سرمایه‌ای و سهمیه‌بندی مراحل حاضر وجود دارد که حل نشده باقی مانده است.

تعهد به ارائه خدمات، به همان اندازه که باعث بالا رفتن انتظارات عمومی بیماران در ارائه خدمات سلامت می‌شود، باعث بهبود مشارکت واقعی بیماران در نظام ملی سلامت نیز می‌شود. اجتماع این تعهدات، انقلاب و تحولی بزرگ را در کارایی نیروی کار نتیجه خواهد داد. با وجود این هنوز این سؤال باقی است که آیا پزشکان به بهبود سطوح فعالیت و کیفیت مراقبت از بیمار تشویق خواهند شد یا خیر؟

### درصد پزشک به جمعیت

در انگلستان از سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۱ تعداد مراکزی که خدمات بهداشتی و پزشکی ارائه داده‌اند و بیمارستانها و همچنین تعداد کارکنانی که به ارائه خدمات دندانپزشکی پرداخته‌اند، رشدی ۲۶ درصدی را نشان می‌دهد. علی‌رغم این رشد چشمگیر ظاهری، در بریتانیا هنوز میزان پزشک به بیمار نسبتاً پایین است. بریتانیا در مقایسه با استرالیا با رقم ۲/۵ در هزار، سوئد ۲/۹ در هزار، فرانسه

1. National Institute for Clinical (NICE)

2. Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI)

3. foundation trusts

4. Junior doctor

۳ در هزار و آلمان ۳/۴ در هزار، تنها از میزان ۱/۸ پزشک در هزار نفر جمعیت برخوردار است. با توجه به اینکه تعداد زیادی از این پزشکان در آستانه نزدیک شدن به سن بازنشستگی قرار دارند، در سالهای آتی نسبت به کمبود پزشک در نظام ملی سلامت نگرانیهای جدی وجود دارد. این بحث در سال ۱۹۹۹ منجر به تأکید بیشتر دولت بر نیاز نظام ملی سلامت به وجود تعداد بیشتری پزشک، پرستار و سایر کارمندان بهداشتی شد. در سال ۲۰۰۰ وزیر بهداشت وقت، آلن میلبورن، اعلام کرد که تا سال ۲۰۰۴ به بیش از ۷۵۰۰ پزشک متخصص و ۲۰۰۰ پزشک عمومی جهت فعالیت در بخش نظام ملی سلامت نیاز خواهد بود. همچنین وی خاطر نشان می‌کند که از سال ۲۰۰۲ تا سال ۲۰۰۸، نظام ملی سلامت به بیش از ۱۵۰۰۰ پزشک عمومی و متخصص نیاز خواهد داشت. دولت برای تأمین این نیروی ماهر در حال حاضر به طور تقریبی ظرفیت پذیرش دانشکده‌های پزشکی را به میزان ۳۰ درصد افزایش داده است.

این سیاست قطعاً تعداد پزشکان را زیاد خواهد کرد و کاهش زمان مراقبت مستقیم از بیماران را در پی خواهد داشت. این موضوع به همراه مدیریت بهتر ساعات کار<sup>۱</sup>، کاهش هرچه بیشتر کارکنان غیرمتخصص را نتیجه خواهد داد. اما برای افزایش تیم متخصصان، راه حل دیگر برداشتن یا کاستن فاصله موجود میان کارکنان پایه متوسط است. که رشد محسوسی را در تعداد متخصصان (یکی از اهداف دولتها) نتیجه خواهد داد. کمک به تربیت پرستاران متخصص و تجویز دارو به بیمار توسط پرستار از مهارتهایی است که می‌توان در این راستا انجام داد. و بالاخره راه حل سوم به منظور افزایش تعداد پزشکان، استخدام کارکنان پزشکی از سایر کشورهاست.

این ابداعات رادیکال از اکراه ادامه‌دار تصمیم‌گیران نظام ملی سلامت تا اعمال یک مدیریت خوب در مورد سهمیه فعلی پزشکان بسیار متغیر است. برای بهبود بهره‌برداری از ظرفیت فعلی پزشکان، به اطلاعاتی جامع و رغبت مدیریتی، کلینیکی و غیرکلینیکی به منظور تغییر بنیادی در رفتار پزشکان نیاز است. مطالعات توصیفی، تغییرپذیری قابل ملاحظه‌ای در طبابت پزشکان عمومی از نظر تعداد جلسات معاینه، ارجاع به بیمارستان و تجویز دارو نشان می‌دهد. حامیان پزشکان عمومی، که در حال حاضر در انگلستان مراکز مراقبت‌های اولیه<sup>۲</sup> هستند، به طور کلی نسبت به خرید فعالانه خدمات مراقبتی اولیه غیرشفاف عمل می‌کنند. از زمانی که درمانگاه‌های دولتی

1. directive working time

2. Primary Care Trusts (PCTs)

شکل گرفته، بویژه از زمان قضیه هارولد شپمن<sup>۱</sup> به بعد، حمایت نظام مند از مصرف کننده در حیطه مراقبت‌های اولیه به طور عمده به علت نبود اطلاعات معتبر ناقص مانده است.

**اطلاعات موجود پیرامون فعالیتهای بیمارستانها:** چندین دهه است که اطلاعات آماری حوادث بیمارستانی<sup>۲</sup> جمع آوری می شود. مشکلات سیستم اطلاعات آماری حوادث بیمارستانی که مراجعه به پزشکان عمومی، فعالیتهای بستری و مرگ و میر بیمارستانها را در بر می گیرد، بندرت جهت اتخاذ سیاستها و برنامه ریزی های پیش رو مورد استفاده تصمیم گیران، پزشکان و مدیران مربوطه قرار می گیرد که حاصل چنین رویکردی نامعتبر بودن داده ها و اطلاعات موجود است. این داده ها تغییر پذیری قابل ملاحظه ای را در فعالیت فرد به فرد جراحان متخصص نشان می دهد. هر چند این تغییر پذیری ممکن است به علت تفاوت واقعی موجود در فعالیتهای فردی جراحان باشد، این امکان نیز وجود دارد که این تغییرات ممکن است ناشی از ثبت داده ها و اطلاعات نادرست، جرح و تعدیل داده ها به منظور جور کردن افراد<sup>۳</sup> و وجود تغییر پذیری در دسترسی به ثبت فعالیت اتاقهای عمل طی روزهای مختلف هفته باشد. امکان دسترسی متفاوت جراحان به تختها و پرستاران و همچنین وجود تغییر پذیری در میزان فعالیتهای خارج از مرکز کالجهای سلطنتی و بخشهای مراقبت‌های بهداشتی خصوصی نیز می تواند از دیگر علل دخیل در این موضوع باشد.

وجود این تغییر پذیری ها تا حدودی مطابق انتظار است اما کمبود ظرفیتهای فعلی نظام ملی سلامت، نشان می دهد که بسیاری از مدیران محلی<sup>۴</sup> از سطوح فعالیت متخصصان تحت امر خود آگاهی ندارند، در نتیجه قادر به توضیح و تبیین این تغییرات مشارکتی نیز نیستند. در حقیقت مدیریت فعال باید به افزایش معنی دار فعالیتهای پزشکی محلی که به عنوان مثال مورد تأکید شاخص یِتس (Yates)<sup>۵</sup> باشد منجر شود.

باید ذکر کرد که مدیریت کارمندان پزشکی در بیمارستانها و مراکز مراقبت‌های اولیه<sup>۶</sup> هم در بریتانیا و هم در اروپا تا حدودی منفعل و بی تفاوت عمل می کند اما در عوض در ایالات متحد این مدیریت به صورت فعالانه ای بر مبنای دستورالعمل و بهره گیری در پیگیری های منظم صورت می گیرد.

۱. هارولد شپمن در نامه ای افشاکننده (حاوی نتیجه تحقیقات خود در مورد مجموعه ای از مرگها) مجمع عمومی پزشکان را به علت قصور پزشکان در مراقبت از بیماران و اعمال تبعیض در مواجهه با آنان مورد انتقاد شدید قرار داد. یافته های وی از نقش پزشکان عمومی در مرگ ۲۱۵ نفر از بیماران پرده برداشت.

2. hospital episode statistics (HES)      3. case mix      4. local managers

5. Yates J. *Private eye, heart and hip*. London, Churchill Livingstone, 1995.

6. Primary care

## روشهای پاداش دهی به پزشکان

آنالیز استانداردهای اقتصادی سیستم پرداخت کار بر این نکته تأکید دارد که کارفرمایان، سطح و ساختار دستمزدها را به منظور کاهش تعداد کارگران جهت عرضه مطلوب کمی و کیفی کار دستکاری می‌کنند. به طور کلی دستمزد از دو ساختار عمده پرداخت می‌شود. میزان زمانی<sup>۱</sup> که به کارگران به ازای ساعات فعالیت مزد پرداخت می‌شود. میزان کارمزدی<sup>۲</sup> که در آن به هر فرد متناسب با میزان کارکردش<sup>۳</sup> مزد پرداخت می‌شود. در عمل مدیران اغلب از ادغام این دو روش استفاده می‌کنند. در سیستم مراقبتهای بهداشتی از میزان زمانی و در سیستم کارانه از میزان کارمزدی استفاده می‌شود. با وجود این در جدول شماره ۱ فرمهای پرداخت حقوق سرانه به عنوان روش حد واسط ارائه شده است. رایبسون برای پرداخت پزشکان چندین مکانیسم را معرفی می‌کند که بعضی از این راهکارها را خوب و بعضی را نیز نامناسب می‌داند. وی معتقد است که بدترین آنها سیستم مزد در ازای خدمت<sup>۴</sup> است.

سیستم مزد در ارضای خدمت به پزشکان اجازه می‌دهد که برای هر مداخله و طبابت مبلغی را دریافت کنند. اما سیستم سرانه<sup>۵</sup> در عوض پرداخت بر مبنای درمان یک فرد خاص، میزان مزد<sup>۶</sup> را بر اساس تعداد افراد درمان شده پرداخت می‌کند. و در آخرین سیستم، یعنی سیستم حقوق<sup>۷</sup> پاداش پزشکان همان حقوق دریافتی آنهاست. همان حداقل میزانی که به پزشکان به ازای وظیفه کلی تعیین شده به آنان پرداخت می‌شود. در جدول شماره ۱ این سه سیستم آورده شده است.

در عمل اغلب از ترکیب این سه نوع سیستم پرداخت می‌شود. از میان پنج مرکز پزشکان عمومی در بریتانیا، سه مرکزی که به صورت مستقل عمل می‌کنند، در طول سال ملزم به ارائه مراقبتهای ۲۴ ساعته به بیماران شده‌اند. در حال حاضر، این مراکز، تلفیقی از سیستمهای پرداخت شامل نظام حقوق، سیستم پرداخت سرانه برای هر بیمار و سیستم مزد در ازای خدمت (پرداخت مزد برای هر فقره خدمت) را مورد استفاده قرار می‌دهند. به طور تقریبی هم اکنون ۶۵ درصد درآمد هر کارکن بهداشتی از طریق سیستم سرانه پرداخت می‌شود که می‌تواند موجب تشویق کارکنان به ارائه مراقبتهای بهتر به بیماران شود. با وجود این پزشکان عمومی به علت آگاهی از لیست ثابتی از

- |               |               |            |                    |
|---------------|---------------|------------|--------------------|
| 1. time rate  | 2. piece rate | 3. out put | 4. Fee-for-service |
| 5. capitation | 6. fee        | 7. salary  |                    |

جدول شماره ۱. سیستم‌های پرداخت پزشکان							
ردیف	نوع پرداخت	شرح	مشوق برای افزایش فعالیت	مشوق برای کاهش فعالیت	انتقال و پخش هزینه‌های بیمار به سایر بیماران	انگیزه برای رسیدن به فقر	کنترل هزینه استخدام پزشکان
۱	مزد در ازای خدمت	پرداخت به ازای هر عمل پزشکی	بله	خیر	خیر	شاید	خیر
۲	حقوق	پرداخت در ازای واحد زمانی کارکرد (مثلاً هر ماه)	خیر	بله	بله	خیر	بله
۳	سرنانه	پرداخت به ازای هر بیمار برای مراقبت در یک دوره زمانی مورد نظر (مثلاً یک سال)	خیر	بله	بله	خیر	بله

بیماران برای ویزیت، جهت ارائه راحت خدمات<sup>۱</sup> انگیزه مالی نسبتاً ضعیفی خواهند داشت (به عنوان مثال بازکردن مطب در ساعاتی مناسب).

سیستم حقوق سرنانه (مانند سیستم حقوق) پرداخت‌کنندگان را از خدمات و سرویس‌های ارائه‌شده به آنان آگاه نمی‌کند. در نتیجه در سال ۱۹۹۰ به منظور ارائه بعضی از خدمات خاص از قبیل جراحی‌های کوچک<sup>۲</sup> و کلینیک‌های ترویج سلامت، در بازبینی قرارداد پزشکان عمومی سیستم مزد در ازای خدمت مطرح شد. این بازبینی سیستم پرداخت‌های اضافی و حق‌الامتیازها را برای دستیابی به بعضی از اهداف خاص ارائه کرد. مطابق این سیستم هرچه درصد افراد واجد شرایط

1. user-friendly      2. minor surgery

برای ایمن‌سازی، واکسیناسیون و غربالگری گردنه رحم بالاتر باشد، پرداختهای اضافی نیز بیشتر خواهد بود. این سیستم پرداخت فعالیت کارکنان را با سرعت بالا می‌برد. بسیاری از خدمات موجود در سیستم مزد در ازای خدمت دارای معیار هزینه‌ اثر بخشی نیستند (برای مثال کلینیکهای ترویج بهداشت و غربالگرهای سالانه برای کسانی که دارای سن ۷۵ یا بالاترند). حذف این خدمات بعد از آنکه نخستین بار ارائه شد، مشکل خواهد بود. سیستم مزد در ازای خدمت به طور بالقوه مشوق پزشکانی است که با بیماران بعد از درمان سروکار دارند.

در سال ۱۹۹۰ اصلاح قرارداد پزشکان عمومی نشان داد که انگیزه‌های مالی بر رفتار کارکنان پزشکی اثر داشته، و موجب افزایش فعالیت آنان می‌شود. به عنوان مثال دشیکو<sup>۱</sup> و همکارانش نشان دادند که انگیزه‌های اقتصادی در اجرا و مدیریت<sup>۲</sup> منجر به کاهش سطوح پذیرشهای بیمارستانی می‌شود. تقریباً مزد دو پنجم پزشکان عمومی و تمام پزشکان موجود در بیمارستانها بر مبنای سیستم حقوق پرداخت می‌شود. سیستم حقوق، در برگیرنده تشویقهای حین درمان<sup>۳</sup> نیست، بنابراین از کنترل هزینه‌ها حمایت می‌کند. این سیستم ممکن است در برگیرنده انگیزه‌هایی باشد که به مضایقه داشتن مراقبتها یا سرشکن کردن هزینه‌ها منجر شود. سیستم پرداخت مزد (میزان زمانی) می‌تواند از نظر ساختار تشویقها عکس سیستم مزد در ازای خدمت (میزان فقره) عمل کند زیرا سیستم حقوق صریحاً در برگیرنده تشویق به منظور فعالیت بیشتر نیست. چنانچه نظام حقوق بدون هیچ گونه مشوق مکمل صریحی استفاده شود (از قبیل پرداختهای اضافی)، نیازمند آیین‌نامه یا ساختار مشوق تلویحی برای افزایش میزان فعالیتها خواهد بود، که این کار به اطلاعات اجرایی نیاز خواهد داشت. در بریتانیا پرداختها به متخصصان بیمارستانی به طور گسترده‌ای بر مبنای نظام حقوق صورت می‌گیرد، به علاوه سیستم پرداخت اضافی و ارتباط با درآمد بخش خصوصی که بر مبنای مزد در ازای خدمت پرداخت می‌شود، نیز به این پرداخت اضافه می‌شود.

بنابراین بهترین روش پرداخت کدام است؟ جواب این سؤال تا حدود زیادی به اهداف و خط‌مشی‌های مورد نظر مدیران بستگی دارد. چنانچه فعالیتها انگیزنده باشند، ادغام سیستم پرداخت و مدیریت کارا، ممکن است موفقیتهای بیشتری را در پی داشته باشد در حالی که نظام حقوق سرانه

1. Dusheiko M, Gravelle H, Jacob R and Smith P. *The effects of budgets on doctors' behaviour*. Technical Paper 26, Center for Health Economics, University of York, 2003.

2. fundholding

3. over-treat



می تواند منجر به کنترل مؤثر هزینه ها شود. مکمل کردن سیستم مزد در ازای خدمت چنانچه با مدیریتهای محلی سطح پایین<sup>۱</sup>، محدودیتها و محدود کردن پرداختها<sup>۲</sup> همراه شود، ممکن است فعالیتها را افزایش دهد و باعث ارتقای کیفیت شود.

## اصلاح قرارداد پزشکان

از سال ۱۹۴۸ قرارداد استخدام پزشکان عمومی و متخصصان بیمارستانی شاهد تغییرات بنیادینی بوده است. هدف این اصلاحات اطمینان از جذب و حفظ افراد حرفه ای و همچنین افزایش فعالیت نظام ملی سلامت و ظهور مراکز مدرن بر مبنای سیستم مزد در ازای خدمت برای تکمیل قراردادهای موجود بوده است. این مراکز برای اداره به مدیران و افرادی حرفه ای نیاز خواهد داشت.

## قرارداد متخصصان

سالیان متمادی، میزان و نحوه پرداخت مزد به پزشکان متخصص یکی از موضوعات و بحثهای جنجالی بوده است. اناج پاول<sup>۳</sup>، وزیر بهداشت وقت، در آغاز تصدی پست وزارت متذکر شد که تنها موضوعی که در نظر دارد در مورد آن با پزشکان وارد بحث شود موضوع پول است. کوشش برای اصلاح قرارداد متخصصان از نظر تاریخی با مقاومتهای جدی مواجه بوده است. در سال ۱۹۷۰ هیئتی از طرف دولت سعی کرد در نظام ملی سلامت پرداخت بر اساس تخت را بتدریج لغو کند و موجب دلسردی فعالیت بخش خصوصی از طریق اصلاح قرارداد شود. این کوشش جنجالها و درگیریهای سیاسی فراوانی در پی داشت. پزشکان این تصمیم دولت را تهدیدی علیه درآمدهای شخصی و استقلال حرفه ای خود پنداشتند به طوری که این موضوع در بیشتر ملاقاتهای نمایندگان و متخصصان با وزرا بشدت مورد اعتراض بود. تا آنجا که پزشکان در یک رویارویی شدید علیه این سیاست، به استعفای دسته جمعی از نظام ملی سلامت تهدید کردند. سرانجام با میانجیگری و انجام مذاکراتی زمان بر پیرامون قرارداد، به علت باقی ماندن تعدادی از اعضای حزب کارگر در دولت، توسط وزیر محافظه کار بعدی در سال ۱۹۷۹ قرارداد تکمیل شد. دولت کارگر حاضر با خوش بینی امیدوار بود که بر مسائل بعدی فائق آید اما با همان مقاومتها روبه رو شد. طرح نظام ملی سلامت بیانگر این بود که هدف دولت در بیمارستانهای بریتانیا از اصلاحات

1. micro-management

2. Cash limited

3. Enoch powell

اساسی در قرارداد، تشویق و پاداش دهی به پزشکانی است که در نظام ملی سلامت فعالیت دارند. در فوریه ۲۰۰۱ متأثر از این دیدگاه که فعالیت مراکز درمانی خصوصی سودمندی بخش نظام ملی سلامت را کاهش خواهد داد، پیشنهادهایی ارائه شد. در نتیجه پزشکان متخصصی که فارغ التحصیل می شدند ملزم به گذراندن ۷ سال به صورت انحصاری در بخش نظام ملی سلامت شدند. منطبق این کار بر این اساس استوار بود که چون تربیت و آموزش پزشکان از محل بودجه عمومی صورت می گیرد، این عمل باعث استرداد بخشی از بودجه صرف شده برای تربیت و آموزش آنان می شود. به علاوه قرارداد جدید اولیه میزان پرداختهای شغلی به پزشکانی را که در نظام ملی سلامت فعالیت داشتند، به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می داد. با وجود این هم دانشجویان و هم متخصصان نسبت به کنترلهای فزاینده در اوقات خصوصی - عمومی آنها و مداخلات مدیریتی که استقلالشان را تهدید می کرد مخالفت ورزیدند.

در نهایت در ژوئن ۲۰۰۲ توسط اداره بهداشت ساختار تجدید نظر شده‌ای از قرارداد ارائه شد. مطابق این تجدید نظر ماده مربوط به ۷ سال خدمت پزشکان حذف اما با شاخصهایی برای مدیریت بیشتر بر فعالیتهای درمانی همراه شد. همچنین پزشکان ملزم شدند در صورت مبادرت به اضافه کاری، نظام ملی سلامت باید در اولویت اول<sup>۱</sup> آنان باشد به طوری که متخصصان مجبور به ارائه خدمات چهار ساعته و متخصصان جوان قبل از عهده دار شدن مطب شخصی<sup>۲</sup> ملزم به ارائه خدمات هشت ساعته شوند. مدیر منابع انسانی اداره بهداشت اظهار می کند که وی در اسلاید معروف شماره ۹ که در سپتامبر سال ۲۰۰۲ منتشر شده چگونگی اداره و مدیریت قرارداد در نظام ملی سلامت را تبیین کرده است.

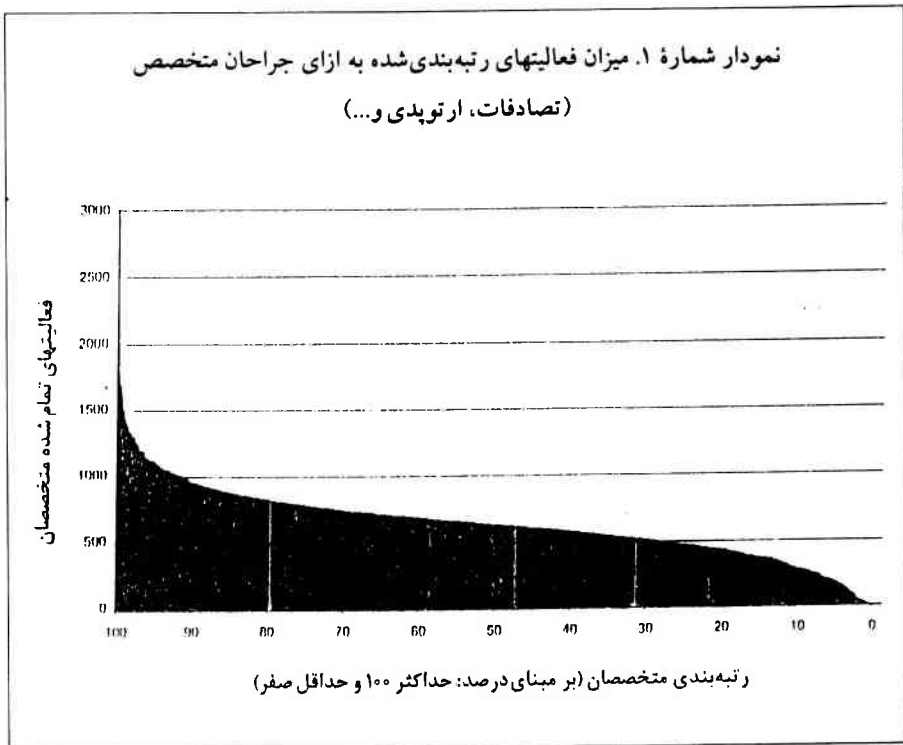
قرارداد جدید در اسکاتلند و ایرلند جنوبی پذیرفته شده اما بیشتر متخصصان ولز و انگلستان از پذیرش آن سرباز زدند. مقام مسئول بهداشت وقت<sup>۳</sup> مذاکرات بیشتر بر سر قرارداد را رد کرد و پیشنهادهایی را ارائه کرد که طبق آن از ساختار قرارداد منتشر شده حمایت می شد و اتحادیه‌ها و متخصصان به انجام آن تشویق شده بودند. همچنین از اتحادیه و مراکز مراقبت اولیه خواسته شده بود در تشویق سالیانه خود به معرفی سیستم جدید مبادرت کنند و متخصصانی که در نظام ملی سلامت بیشترین بیمار را داشته‌اند مشمول پاداش قرار گیرند. بر این اساس مراکز درمانی و مدیران به پرداختهای اضافی بلاعوض به متخصصان بر اساس معیارهای عملکردی در نظام ملی سلامت تشویق شدند.

1. first call                      2. private practice                      3. secretary of state

## آیا افزایش میزان پرداخت به ...

بالاخره مقام مسئول جدید در سال ۲۰۰۳ با مذاکره کنندگان به توافقی ضمنی دست یافت. این توافق برای تعهددهندگان به اضافه کاری در نظام ملی سلامت (چهار ساعت برای تمام متخصصان) امتیازاتی قائل می‌شد. به طوری که دیگر الزامی به انجام کار در عصر و آخر هفته نبود و مدت زمان جلسات خارج از ساعت به سه ساعت کاهش یافت و با تعطیلات بیشتری نیز موافقت شد. این توافق شکستی قابل ملاحظه برای کسانی بود که در خیابان «وایت هال» در پی بهبود مدیریت بر مبنای عملکرد بودند. اگرچه این قرارداد توسط بدنه متخصصان پذیرفته شد، همان‌گونه که انتظار می‌رفت دیگر، بسته پیشنهادی مزد در ازای خدمت، اضافی به نظر می‌رسید.

از تغییرپذیری (واریانس) موجود در فعالیت جراحی پزشکان، که در اطلاعات آماری حوادث بیمارستانی مشهود است (نمودار شماره ۱)، می‌توان نتیجه گرفت که هنوز به منظور تقویت و افزایش فعالیتها میدان عمل قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.



اینکه آیا با مزد در ازای خدمت، پرداختهای هدفدار و اجرای یک مدیریت فعالتر بتوان به این هدف نایل شد، موضوعی تجربی است. یکی از موضوعات اساسی بعد از ارائه و انجام هر اصلاحی، ارزیابی تأثیرات آن بر فرایند موجود است، به طوری که انتخاب سیاستهای آینده و اطلاع از هزینه - اثربخشی آن نیز تضمین شود. مزایا و معایب مزد در ازای خدمت در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۲. مزایا و معایب اجرای سیستم مزد در ازای خدمت برای پزشکان عمومی و متخصص			
ردیف	مزایا	ردیف	معایب
۱	افزایش فعالیتهای	۱	فعالتهایی که انگیزنده نباشد، ممکن است بدون توجه به هزینه اثربخشی آنها در اولویتهای بعدی قرار گیرد
۲	ترغیب مراکز برای اطمینان از تناسب امکانات مرکز با نیازها (به طوری که می توانند بهای فعالیت هایشان را افزایش دهند)	۲	ممکن است فعالتهای نامناسب و کم اهمیتی جزو فعالتهای انگیزنده قرار گیرد
۳	—	۳	ممکن است به رسمی شدن فعالتهای انگیزنده منجر شود: تغییر سیستم مزد در ازای خدمت ممکن است مشکل شود
۴	—	۴	ممکن است تورمزا باشد

قرارداد ۲۰۰۳ متخصصان نشان می دهد که، حداقل به طور موقت، تقاضا جهت استقلال کلینیکی (یعنی نبود مدیریت محلی و مأموریت دهنده مؤثر بر انجام فعالیتهای امور) پیروزی بخش بوده است. همچنین در همان زمان، پزشکان متخصص شاهد افزایشی اساسی در درآمدهای شخصی خود بوده اند. این پیروزی باید این تضمین را می داد که متخصصان در پی اخلاص در طرحهای مدرن کردن نظام ملی سلامت نبوده اند، اما قدری به اصلاح و تعدیل تغییر پذیری های

بزرگ در میزان فعالیتهای مبادرت کرده‌اند که بیانگر استفاده نکردن کامل از ظرفیت نظام ملی سلامت است.

### قرارداد جدید پزشکان عمومی

در سال ۱۹۹۰، ادارهٔ تاجر بازمینی مهمی را در قرارداد پزشکان عمومی ارائه کرد که هم در برگیرندهٔ سیستم پرداخت مزد در ازای خدمت بود، و هم سیستم پرداختهای هدفمند را دربر داشت. دولت وقت قرارداد جانشین رادیکالتری پیشنهاد کرد. در توافق جدید با پزشکان، قراردادی بسته نمی‌شد بلکه طرف قرارداد مراکز بودند. مراکز متعهد می‌شدند که سطوح مختلفی از مراقبتها و خدمات اولیه، مکمل و پیشرفته را ارائه کنند. خدمات اولیه و مکمل باید به طور طبیعی در تمام مراکز ارائه می‌شد. اما برای ارائهٔ خدمات پیشرفته، مراکز درمانی می‌توانستند با مراکز مراقبت اولیه قرارداد منعقد کنند. ساعات کاری در قرارداد اولیه بر مبنای ۸ صبح الی ۱۸/۳۰ بعدازظهر از روز دوشنبه تا جمعه تعیین شد و خارج از این ساعات مشمول پرداختهای اضافی به کارکنان می‌شد. درآمد پزشکانی که در خارج از این ساعات کار نمی‌کردند (یعنی اضافه کاری نداشتند) به ۶۰۰۰ پوند کاهش می‌یافت اما می‌توانستند در صورت تمایل با مراکز مراقبت اولیه قرارداد ببندند و همین خدمات را به صورتی انتخابی و شاید با دریافتی بالاتری انجام دهند. بر اساس این قرارداد مراکز خدمات درمانی برای دستیابی به ۱۶ هدف تشویق می‌شوند که شامل ۱۰ هدف کلینیکی، ۵ هدف مدیریتی و یک هدف مربوط به بیمار است. اهداف کلینیکی در جدول شماره ۳ آورده شده است به عنوان مثال پاداشهای مربوط به اندازه گیری فشارخون و همچنین کنترل آن پنج هدف مدیریتی به رکوردها، ارتباط با بیماران، مدیریت دارو، مدیریت استخدام کارکنان حرفه‌ای و آموزش و تعلیم کارمندان مربوط است. تنها هدف مربوط به بیمار را می‌توان به وسیلهٔ بررسی رضایت‌مندی‌ها اندازه گیری کرد.

در مراکز نحوهٔ پاداش دهی بر اساس سیستم امتیازات<sup>۱</sup> عمل می‌کند که حداکثر آن باید ۱۰۵۰ باشد. در سال ۲۰۰۵-۲۰۰۴ در زمینهٔ کلینیکی ۵۵۰ امتیاز، رضایت‌مندی بیماران ۱۸۴ امتیاز و بقیه به خدمات اضافی ۳۰ امتیاز، کیفیت ۳۰ امتیاز و دسترسی ۵۰ امتیاز مربوط می‌شود. این امتیازات به تفکیک در جدول شماره ۳ آمده است.

1. points

جدول شماره ۳. چارچوب کیفی قرارداد پزشکان عمومی

الف	شاخصهای بالینی، گروهها	امتیازات
۱	بیماری عروق کرونر شامل عدم فعالیت بطن چپ	۱۲۱
۲	سکته مغزی و حمله‌های قلبی	۳۱
۳	سرطان	۱۲
۴	دیابت	۹۹
۵	فشار خون	۱۰۵
۶	بهداشت روانی	۴۱
۷	آسم	۷۲
۸	نارسایی مزمن تنفسی	۴۵
۹	صرع	۱۶
۱۰	ازکارافتادن یا نقص غده تیروئید	۸
		۵۵۰
ب	شاخصهای سازمانی	امتیازات
۱	رکوردها	۸۵
۲	ارتباط با بیماران	۸
۳	آموزش	۲۹
۴	مدیریت استخدام کارکنان	۲۰
۵	مدیریت دارو	۴۲
		۱۸۴
ج	خدمات اضافی	امتیازات
۱	غربالگری گردنه رحم	۲۲
۲	نظارت بر سلامتی و بهداشت کودکان	۶
۳	خدمات مربوط به مادران	۶
۴	خدمات پیشگیری از حاملگی	۲
		۳۶
د	تجربه بیمار	امتیازات
۱	پیگیری بیمار	۷۰
۲	طول مدت زمان مشاوره	۳۰
		۱۰۰

ادامه جدول شماره ۳		
۱۰۰	پرداختهای هولستیک	ه
۳۰	کیفیت پرداختها در مرکز	و
۱۰۰۰	جمع	
۵۰	ساختار دسترسی <sup>۲</sup>	ز
۱۰۵۰	جمع کل	

طبق قرارداد ارزش هر امتیاز در حدود ۷۵ پوند به ازای هر مرکز است (که تا سال ۲۰۰۶-۲۰۰۵ به ۱۲۰ پوند خواهد رسید). اصل داوطلب‌گرایی<sup>۳</sup> قرارداد بدین معناست که هر مرکز در انتخاب موقعیت و محل کانون این امور کاملاً آزاد عمل می‌کند اما «دامنه انجام آن» به وسیله مراقبت‌های هولستیک<sup>۴</sup> (۱۰۰ پوند) و پرداخت‌های مربوط به کیفیت مرکز (۵۰ پوند) تشویق و مشمول پرداخت پاداش می‌شود.

اما چگونه فعالیتها ممیزی می‌شود؟ به نظر می‌رسد که مبنای عملکرد سیستم بر اطمینان باشد. در این راستا سرمایه‌گذاری برای خودکار کردن رکوردها، اضافه‌کاری<sup>۵</sup>، راه‌اندازی و توسعه سیستم ثبت ملی و بررسی عملکردها می‌تواند بسیار ارزشمند باشد. بررسی رضایت‌مندی بیماران، باعث اطلاع مراکز مراقبت اولیه محلی از چگونگی کیفیت خدمات ارائه‌شده می‌شود. اما به نظر می‌رسد کمیته‌های پارلمانی و بدنه‌های اصلی ممیزی از قبیل کمیسیون بازرسی و ممیزی مراقبت‌های بهداشتی، کمیسیون ممیزی و اداره ملی ممیزی به اطلاعات سیستماتیک و مفصل‌تری نیاز خواهند داشت. اما کیفیت را چگونه می‌توان ممیزی کرد؟ قرارداد جدید در عوض ارائه متعدد خدمات درمانی یکجا، کامل و با کیفیت، بر تفکیک مراقبت‌های اولیه متمرکز شده است. برای ممیزی کیفیت، آگاهی از ارتباط بین اطلاعات مربوط به مراقبت‌های اولیه و آمار و ارقام بیمارستانی، اداره آمار ملی اطلاعات مرگ‌ومیر و معیارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با

1. Quality practice payments

2. Access bonus

3. voluntarism

4. holistic care، در بیمارستان به بیماران علاوه بر مراقبت‌های رایج و سنتی مراقبت‌های تکمیلی جدیدی شامل مراقبت‌های ذهنی، جسمی و روحی ارائه می‌شود که به فرایند سلامتی افراد و کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند.

5. overtime

سلامت (که به طور آزمایشی توسط سازمان BUPA<sup>۱</sup> استفاده می‌شود) مورد نیاز است که به آرامی اجرا و تکمیل می‌شود.

قرارداد جدید در دو بخش پزشکان عمومی و به‌کارگیری پرستاران بیشتری برای ارائه مراقبتهای اولیه عرضه شد. اینکه، این افزایش تقاضا برای پرستاران، چگونه استخدام و حفظ نیروهای موجود در بیمارستانها را تحت تأثیر قرار خواهد داد نامشخص است. اضافه‌کاری ممکن است به علت تردد در مرکز به اجتماع فیزیکی افراد، همکاری خارج از ساعات پزشکان عمومی و گروههای حوادث و اورژانس<sup>۲</sup> بیمارستانی منجر شود، در نتیجه نظام فوری رده‌بندی درمائی متمرکز و قاعده‌مند خواهد شد. هزینه‌ای که به وسیله مراکز مراقبت اولیه برای ارائه چنین خدماتی پرداخت می‌شود اگر به خوبی مدیریت نشود ممکن است، افزایش یابد.

وقتی این قرارداد پیشنهاد شد، برای مراقبتهای اولیه فرمول جدید تخصیص اعتبار رادیکال ارائه شد. تأثیرات ناشی از انتشار مجدد فرمول کارهیل<sup>۳</sup>، قابل ملاحظه بود به طوری که به پزشکان عمومی به منظور پذیرش قرارداد جدید این تضمین داده شد که دچار هیچ‌گونه کاهش فوری درامدی نخواهند شد.

قرارداد جدید بر مبنای یک چرخه هزینه معلوم، تعریف و مشخص شده بود. با وجود این اثرهای قرارداد جدید هنوز مشخص نبود. بنابراین این امکان وجود داشت که با وجود محقق شدن اهداف بالینی و کلینیکی، هزینه‌های دارویی و بیمارستانی افزایش یابد. به عنوان مثال، برای درمان و کنترل فشار خون بالا فراهم کردن برخی داروها (مانند blocker و beta stain) و تست منظم خون ضروری است. بسیاری از پزشکان از کار در ساعات خارج از وقت مقرر سرباز می‌زنند که این به معنی چشم‌پوشی از ۶۰۰۰ پوند برای آنان است. با وجود این، چنین پس‌اندازهایی برای مراکز مراقبتهای اولیه به منظور تأمین متخصصان جایگزین کافی نخواهد بود. این فاصله را می‌توان با تغییر جهت‌گیری از بیمار به سمت خدمات حوادث و اورژانس بیمارستانی پر کرد.

۱. Britioh united providced association، این سازمان در سال ۱۹۴۷ ابتدا جهت حمایت از آزادی عمل در انتخاب مراقبتهای بهداشتی دایر شد. در دهه ۱۹۹۰ با حمایت از انجام برنامه‌های ورزشی عامه‌پسند و برنامه‌های جامع ارزیابی توانایی جسمی به سلامتی و توانایی‌های جسمانی نیز مرتبط شد.

2. Accident and Emergency (A&E)

3. NHS Confederation and BMA. *Investing in general practice: the new general medical services contract*. Annex D: Carr-Hill Resource Allocation Formula, 2003.



## نتیجه: آیا اصلاح قرارداد منجر به افزایش فعالیت و کیفیت نظام ملی سلامت خواهد شد؟

برای دستیابی به اهداف مورد نظر، برنامه‌نوسازی نظام ملی سلامت نیاز به استخدامهای کوتاه‌مدت و افزایش قابل ملاحظه‌ای در تقاضا برای پزشکان خواهد داشت. از لحاظ زمانی تأخیری که تا فارغ‌التحصیل شدن دانشجویان مدارس پزشکی وجود دارد، و همچنین مشکلات موجود برای استخدام نیرو و از سایر کشورها باعث شده است تا دولت اصلاح قراردادها را به منظور حفظ، استخدام و بهبود فعالیتها مد نظر قرار دهد.

هنوز به لحاظ بهبود فعالیتها و ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده، از تأثیر قراردادهای جدید بر عملکردها به منظور دستیابی به حداکثر بهبودی در سلامت جامعه نمی‌توان مطمئن بود. برخی شواهد نشان می‌دهد که فعالیت پزشکان متخصص بنا به دلایل نامعلومی از دهه ۱۹۹۰ به این سو در حال کاهش بوده است. در قرارداد جدید متخصصان، تضمینی که سطوح فعالیتها حفظ شود وجود ندارد (نمودار شماره ۱). کارکنان درمانی ادعا می‌کنند که پایین بودن سطوح فعالیتها ممکن است نتیجهٔ واکنش به بازرسیهای بریستول<sup>۱</sup> و دیگر مسائل کیفی باشد، به طوری که کارکردن به آرامی و با سرعت کمتر، موجب افزایش کیفیت می‌شود. اما به نظر می‌رسد میان کارکردن به آرامی و با سرعت کمتر، کاهش فعالیتها و رضایتمندی بیمار هیچ‌گونه رابطهٔ علیتی وجود نداشته باشد. ادعاهایی از این دست و راز کاهش فعالیت پزشکان متخصص نباید مجوزی برای ادامهٔ عرضهٔ خدماتی باشد که به نحو فزاینده‌ای گران و گرانتر می‌شوند.

از دیدگاه یک مرکز درمانی معتبر<sup>۲</sup> از جنبهٔ مراقبتهای بالینی، قرارداد جدید پزشکان عمومی کاملاً شفاف است. بدین معنی که در قرارداد جدید کاملاً روشن شده است که پرداختها به وسیلهٔ مراکز به چه منظوری صورت می‌پذیرد و مراکز به ارائهٔ خدماتی تشویق می‌شوند که در حال حاضر در آن مرکز ارائه نمی‌شود. اما سؤال مدیریتی و راهبردی<sup>۳</sup> این است که این مراکز در راستای اهداف ملی چگونه می‌توانند در آینده، فعالیتهای حاضر و روئین خود را کنار بگذارند؟ جواب این سؤال با توجه به سیستم اطلاعاتی موجود دشوار می‌نماید. با سیستم‌های مزد در ازای خدمت، تشخیص

۱. Bristol، نهادی که توسط وزارت بهداشت به منظور نظارت بر امور بهداشتی تأسیس شده است.

2. good practice

3. policy question

چگونگی توسعه سیستم‌ها و همچنین مدیریت و اداره آنها ضروری است. ارتقای کیفیت با یا بدون انگیزه‌های مالی همواره هزینه‌بر بوده است.

در بیمارستانها و سیستم مراقبتهای اولیه هرچه از نظام پرداخت مزد در ازای خدمت استفاده شود، باید تأثیر آن بر فعالیتهای و نتایج نیز برنامه‌ریزی و مدیریت شود. در حال حاضر با توجه به ادبیات تمایل به استفاده از مدیریت اهداف و کارایی، نمی‌توان چندان خوش‌بین بود. بدبینی دربارهٔ چنین رویکردی دلیل اصلی دریافتن انگیزه‌های مالی (مانند مزد در ازای خدمت) به عنوان محور تغییرات در نظام ملی سلامت است.

نتایج تشویقی دربارهٔ قراردادهای جدید، با تأکیدهای فزاینده بر انگیزه‌های مالی، کوششهایی است که در بریتانیا برای مدیریت کارایی در بخش نظام ملی سلامت شهرت یافته است. با وجود این، نتایج این کشمکشها غیرشفاف، پرهزینه، جنجال‌برانگیز و حاکی از تغییرات بیشتر در آینده است. کارکنان پزشکی نه تنها در قبال بیماران برای مراقبتی به موقع، با کیفیت و انسانی بلکه به کارفرمایان، دولت، مالیات‌دهندگان و بیمه‌گران خصوصی نیز تعهد دارند.