

مراقبت ارزش محور و ضرورت ارزیابی اقتصادی خدمات پرستاری

فتانه قدیریان* امیر واحدیان عظیمی** عباس عبادی***

نامه به سردبیر

ارزیابی اقتصادی ابزار ارزشمند و مهم در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در خدمات سلامتی است. در دهه‌های متمادی پارادایم کمیت محور (Volume-based) مهم‌ترین زیربنای ارزیابی اقتصادی خدمات سلامتی بود. در این رویکرد افزایش تعداد بیماران درمان شده در کنار کاهش هزینه‌ها هدف اصلی و مورد توجه بوده است. علی‌رغم این رویکرد و در طی سال‌های گذشته هزینه‌های سلامتی بدون دستیابی به کیفیت و پیامدهای متعالی مورد انتظار سلامتی به طرز چشمگیری افزایش یافته و وضعیت به نقطه‌ای رسیده است که در آن بودجه‌های دولتی، ارایه‌دهندگان خدمات و بیماران مایل یا قادر به پرداخت هزینه‌های ناشی از آن نیستند (۱). وضعیت در کشورهای پردرآمد که چند برابر سایر کشورهای با درآمد متوسط یا پایین در سلامت هزینه می‌کنند، نیز به همین منوال است (۲).

صاحب‌نظران علت مهم و زیربنایی این شرایط را مدل‌های ناکارآمد ارایه خدمات سلامتی ذکر کرده‌اند که منجر به گسیختگی، ناهماهنگی، کاهش کیفیت در مراقبت و در نهایت افزایش هزینه‌های سلامتی شده است (۳). تصور بر این است که مدل‌های ارایه خدمات سلامتی به طور مؤثری بر هزینه‌های سلامتی اثرگذار هستند. بدین ترتیب اقتصاد سلامت، تنها به معنای ارزیابی صرف هزینه‌های سلامتی نیست؛ بلکه حوزه‌هایی نظیر افزایش کیفیت، دسترسی و برابری در دسترسی به خدمات را نیز شامل می‌شود (۴).

اولین بار به طور مشخص در سال ۲۰۰۶ مراقبت ارزش محور (Value-based) در ارزیابی اقتصادی خدمات سلامتی به میان آمد (۵). اساس این پارادایم که نوعی مدل ارایه خدمات نیز محسوب می‌شود، پرداخت براساس برآیندهای بیمار (Outcomes) به عنوان جایگزین پرداخت براساس خدمات (Fee-for-Service) ارایه شده توسط کارکنان سلامتی است. بدین ترتیب کارکنان سلامتی از جمله پزشکان و پرستاران زمانی خدماتشان جبران می‌شود که بتوانند سلامت بیماران را بهبود دهند، از بروز عوارض بیماری بکاهند و به ایجاد یک زندگی سالم‌تر برای بیمار کمک کنند (۶). این در حالی است که گذار جمعیت به سمت سالمندی و رشد بیماری‌های مزمن که علاوه بر خدمات مراقبتی حاد نیازمند رویکردهای رفتاری به منظور تعدیل عوامل خطر بیماری هستند، نیز تغییر مدل‌های مراقبتی را اجتناب‌ناپذیر ساخته‌اند. بنابراین جایگزینی این مدل پرداخت در آمریکا در سال ۲۰۱۶ به میزان ۳۰٪ و تا اواخر ۲۰۱۸ به ۵۰٪ رسید و براساس آن مؤسسات جدیدی همچون مؤسسات مراقبت پاسخ‌گو

* گروه آموزشی روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

** مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

*** نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

e-mail: Ebadi1347@yahoo.com

(ACOs) و مدل‌های مراقبت اولیه پیشرفته و مراقبت یکپارچه راه اندازی شدند (۷). تمرکز این مؤسسات جدید طراحی مسیرهای مؤثر مراقبتی (Care pathways) بوده است که در کنار کاهش هزینه‌های خدمات سلامتی منجر به پیشگیری و مراقبت‌های اولیه گردد (۷). کار تیمی و یکپارچگی خدمات، هماهنگی مؤثرتر کارکنان سلامتی در مؤسسات مختلف، توجه وسیع‌تر به سلامت جمعیت محور (Population-based) و ایجاد و بهره‌برداری از نظام داده‌ها و اطلاعات برای بهبود خدمات از ملزومات کاری این مؤسسات جدید هستند (۷).

در سال ۲۰۱۱ گزارشی با عنوان «آینده پرستاری: رهبری تغییر و پیشرفت سلامتی» منتشر شد که در آن از این قابلیت در پرستاری سخن به میان آمد که خدمات پرستاری از سویی می‌تواند افزایش نیاز جوامع به خدمات با کیفیت و ایمن‌تر را بدون افزایش هزینه‌ها پاسخ‌گو باشد و از سوی دیگر امکان برابری در دسترسی به خدمات سلامتی و نیز افزایش توان برخورداری از خدمات سلامتی را در جوامع ایجاد کند (۸). به زعم این گزارش فعالیت پرستاری پیوستار وسیعی از کارکردها همچون ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، هماهنگی مراقبت، در صورت امکان درمان و در غیر این صورت مراقبت تسکینی را شامل می‌شود. از این رو پرستاران اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر مراقبت از بیمار دارند. آنان ارزیابی بیماران، مراقبت در بیمارستان، خانه‌های پرستاری، مدارس، درمانگاه‌ها، مراکز مراقبت سیار و محل‌های کار را بر عهده دارند و از این رو می‌توانند در رایه مراقبت عادلانه، قابل دسترس و با کیفیت در نظام سلامت کمک کنند.

از منظر مدل ارزش محور، سه شاخص کیفیت، دسترسی و ارزش (Value) خدمات سلامتی شاخص‌های کلیدی و نشان‌دهنده اثرگذاری خدمات بر اقتصاد سلامت هستند (۱). شواهد نشان می‌دهد که خدمات پرستاری به طور شگرفی می‌تواند بر این سه شاخص اثرگذار باشد. با وجود این مطالعات اندکی وجود دارد که نشان دهد توسعه خدمات پرستاری منجر به کاهش هزینه‌ها به همراه افزایش کیفیت خدمات می‌شود. البته شواهد در این خصوص در حال رشد است. شواهد موجود در خصوص این سه شاخص شامل موارد زیر است:

پرستاری و کیفیت خدمات سلامت

اگرچه نشان دادن قواعد علت و معلولی این موضوع دشوار می‌نماید، اما بدنه مطالعاتی در حال شکل‌گیری است که نشان می‌دهد کیفیت مراقبت به میزان زیادی به پرستاران مرتبط است. ارتباط مراقبت پرستاری و کیفیت مراقبت بیمارستانی از جمله برآیندهای بیمار همچون طول مدت اقامت، مرگ و میر، زخم بستر، ترومبوز وریدهای عمقی و عفونت‌های بیمارستانی در مطالعات متعددی منتشر شده است (۹-۱۱). مطالعات نشان داده است که پرستاران در افزایش کیفیت و کارآمدی بیمارستان مؤثرند (۱۲ و ۱۳) در حالی که این موضوع که مراقبت‌های پرستاری به چه میزانی بر سلامتی و یا موضوعات مرگ و زندگی اثرگذار هستند، هنوز مبهم است (۸). همچنین مراقبت بیمار محور (Patient-centered) در پرستاری موضوعی است که اثرگذاری مراقبت‌های پرستاری را بر رضایتمندی بیماران به عنوان شاخص کیفیت خدمات آرایه شده در سرتاسر دنیا افزایش داده است (۱۴ و ۱۵).

پرستاری و دسترسی به خدمات سلامت

شواهد پیشنهاد می‌کنند که دسترسی به خدمات با کیفیت با توسعه نقش‌های پرستاری در مراقبت‌های اولیه، مزمن و نیز انتقالی از بیمارستان به خانه به میزان زیادی افزایش می‌یابد. به عنوان مثال چنانچه پرستاران در نقش‌های ویژه‌ای مانند هماهنگ‌کننده درمانی و یا مراقبت اولیه که میزان دسترسی به خدمات را افزایش می‌دهد به کار گرفته شوند، از میزان بستری شدن و نیز بستری شدن‌های مجدد افراد کاسته می‌شود. کاهش پذیرش‌های اورژانسی تا ۵۲٪ که هزینه هر پذیرش حداقل ۸۰۰ دلار برآورد می‌شود، از نتایج بازدیدهای پس از عمل جراحی و پیگیری‌های تلفنی پرستاران ذکر شده است (۱۶). در هماهنگی مراقبت‌های انتقالی از بیمارستان، بازدیدهای ۳ ماهه بعد از ترخیص از بیمارستان، در بیماران با تشخیص نارسایی قلبی نشان می‌دهد که به ازای هر بیمار ۴۸۴۵ دلار همراه با افزایش معنادار در بقای بیماران و نیز کمتر شدن بستری‌های مجدد ذخیره شده است (۱۷). همچنین فعالیت‌هایی نظیر خودمدیریتی دارویی و هماهنگی ارجاع بیماران که در مراکز جامعه‌نگر و یا سیار توسط پرستاران انجام می‌گیرد، می‌تواند در یک دوره ۱۲ ماهه منجر به ذخیره ۶۸۶ دلار به ازای هر بیمار گردد (۱۸).

پرستاری و ارزش خدمات سلامتی

ارزش در سلامتی به سلامت جسمی و یا حس رفاه کسب شده در نسبت با هزینه گفته می‌شود. شواهد کمی در سطح کلان وجود دارد که نشان دهد توسعه خدمات پرستاری در حالی که کیفیت و برآیندها را ارتقا می‌دهد، هزینه‌ها را نیز در جامعه کاهش می‌دهد (۱۹). به عنوان مثال مدیریت جزئی ساعات کاری نیروی انسانی در پرستاری می‌تواند به طرز بسیار شگفت‌انگیزی در کاهش ۱/۵ میلیون روز بستری بیماران، تقریباً کاهش ۶۰ هزار ابتلا به عوارض جانبی و کاهش نیم درصدی هزینه‌ها اثرگذار باشد (۲۰).

در نهایت به نظر می‌رسد که مطالعات دقیقی در سطح کلان به منظور بررسی اثرات خالص اقتصادی ناشی از مدل‌های رایج مراقبت‌های پرستاری نیاز است تا به وسیله آن توسعه پرستاری بتواند در سیاست‌گذاری‌های عرصه سلامت مورد توجه جدی قرار گیرد. همچنین، فهم اثرگذاری مراقبت پرستاری بر نظام سلامت نیازمند داده‌هایی است تا به وسیله آن پرستاران بتوانند در تحول مراقبت از سلامتی اثرگذارتر شوند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت ارزش محور، خدمات پرستاری، اقتصاد خدمات پرستاری

منابع

- 1 - Salmond SW, Echevarria M. Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthop Nurs*. 2017 Jan/Feb; 36(1): 12-25.
- 2 - Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, Williams C, Ali R, Sullivan R, et al. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *Lancet*. 2016 Aug 13; 388(10045): 684-95.

- 3 - Reiss-Brennan B, Brunisholz KD, Dredge C, Briot P, Grazier K, Wilcox A, et al. Association of integrated team-based care with health care quality, utilization, and cost. *JAMA*. 2016 Aug 23-30; 316(8): 826-34.
- 4 - Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 4th ed. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2015.
- 5 - van der Nat PB, van Veghel D, Daeter E, Crijns HJ, Koolen J, Houterman S, et al. Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. *International Journal of Healthcare Management*. 2017 Nov 7: 1-4.
- 6 - Porter ME. A strategy for health care reform--toward a value-based system. *N Engl J Med*. 2009 Jul 9; 361(2): 109-12.
- 7 - Burwell SM. Setting value-based payment goals — HHS efforts to improve U.S. health care. *N Engl J Med*. 2015 Mar; 372(10): 897-9.
- 8 - Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing at the Institute of Medicine. *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
- 9 - Thiele RH, Rea KM, Turrentine FE, Friel CM, Hassinger TE, McMurry TL, et al. Standardization of care: impact of an enhanced recovery protocol on length of stay, complications, and direct costs after colorectal surgery. *J Am Coll Surg*. 2015 Apr; 220(4): 430-43.
- 10 - Tourangeau AE, Giovannetti P, Tu JV, Wood M. Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Can J Nurs Res*. 2002 Mar; 33(4): 71-88.
- 11 - Arefian H, Hagel S, Heublein S, Rissner F, Scherag A, Brunkhorst FM, et al. Extra length of stay and costs because of health care-associated infections at a German university hospital. *Am J Infect Control*. 2016 Feb; 44(2): 160-6.
- 12 - Silber JH, Rosenbaum PR, McHugh MD, Ludwig JM, Smith HL, Niknam BA, et al. Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk. *JAMA Surg*. 2016 Jun 1; 151(6): 527-36.
- 13 - Vahedian-Azimi A, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, Fornes-Vives J, Hunsucker RL, Rahimibashar F, et al. Effects of stress on critical care nurses: a national cross-sectional study. *J Intensive Care Med*. 2017 Jan 1: 0885066617696853.
- 14 - Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014 Jan; 29(1): 3-7.
- 15 - Duffy JR. *Quality caring in nursing and health systems: implications for clinicians, educators, and leaders*. New York: Springer Publishing Company; 2018.
- 16 - Robles L, Slogoff M, Ladwig-Scott E, Zank D, Larson MK, Aranha G, et al. The addition of a nurse practitioner to an inpatient surgical team results in improved use of resources. *Surgery*. 2011 Oct; 150(4): 711-7.
- 17 - Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004 May; 52(5): 675-84.
- 18 - Marek KD, Adams SJ, Stetzer F, Popejoy L, Rantz M. The relationship of community-based nurse care coordination to costs in the Medicare and Medicaid programs. *Res Nurs Health*. 2010 Jun; 33(3): 235-42.
- 19 - Keepnews DM. *Mapping the economic value of nursing: a white paper*. Seattle: Washington State Nurses Association; 2013.
- 20 - Needleman J, Buerhaus PI, Stewart M, Zelevinsky K, Mattke S. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Aff (Millwood)*. 2006 Jan-Feb; 25(1): 204-11.