

©1985-1997 Hasbro Canada, Inc.
All Rights Reserved / Tous droits réservés
Made in U.S.A. / Fabriqué aux États-Unis



اشتباهاتی که باعث می شود هزینه های درمانی بیشتر شود

نوشته رابرت کاپلان و دریک هاس

کاهش دهد و مراقبت را بهبود بخشد، از دست می‌دهند. تحقیق میدانی که ما در بیش از ۵۰ سازمان ارائه‌کننده خدمات سلامت که عمدتاً در آمریکا هستند انجام دادیم، نشان می‌دهد که راه‌های بهتری برای کاهش هزینه‌ها بدون به خطر انداختن مراقبت و حتی ارتقای آن وجود دارد. اجازه دهید پنج اشتباه در کاهش هزینه‌ها را به صورت دقیق بررسی کنیم:



اشتباه شماره ۱: کاهش کارکنان پشتیبان

اولین راه‌حل در کاهش هزینه‌ها، اغلب لیست حقوق است که حدود دو سوم هزینه‌های سازمان را در بر می‌گیرد. بیشتر مدیران با کاهش حقوق‌ها و استخدام‌های جدید شروع می‌کنند. بعضی کارهای چشم‌گیرتری با کاهش تعداد افراد انجام می‌دهند و از پرسنل اجرایی شروع می‌کنند. اغلب دلیل بیان شده برای هدف قرار دادن کارمندان غیر کلینیکی، تمایل برای عدم تاثیر بر مراقبت بیمار است. یک دلیل بیان نشده احتمالی این است که کارکنان بالینی مستقیماً قابل بازپرداخت است در حالیکه کار اجرایی این طور نیست.

اما کاهش غیر متناسب کارکنان پشتیبان می‌تواند باعث شود بهره‌وری متخصص کاهش یابد و هزینه درمان و مشکلات بیمار را افزایش دهد. یک پزشک به ما گفت که دپارتمان او پشتیبان اجرایی را به کمتر از یک منشی برای هر ۱۰ پزشک کاهش داده است. بعد از این کاهش‌ها دکترها باید زمان بیشتری را صرف کارهای کاغذی می‌کردند که گاهی مراقبت بیمار را به خطر می‌اندازد - برای مثال زمانی که پیام‌ها درباره نیازهای بیمار به متخصصان به موقع ارائه نمی‌شدند.

تحقیق ما نشان می‌دهد که وقت متخصص اغلب مقداری (۱۰ برابر) پر هزینه‌تر از زمان دستیار او است. بی‌معنی است که از پزشکان و پرستاران ارشد بخواهیم کارهایی را انجام دهند که می‌تواند به همان خوبی با پرسنل کم هزینه‌تر انجام شود. در واقع، ما دریافته‌یم که یکپارچه ساختن کارآمد پرستاران و دستیاران پزشک بیشتر، متخصصان ارشد را آزاد می‌سازد تا کارهای مهم خود را سامان دهند و کارهایی را انجام دهند که فقط آنها از عهده انجام آن بر می‌آیند که این مسئله منجر به مراقبت با کیفیت بالاتر و با هزینه کمتر به ازای هر بیمار می‌شود.

این رویکرد به مرکز ارزیابی آنستزیا در مرکز سرطان آندرسون MD هاستون - که بیماران را قبل از عمل هایشان ارزیابی می‌کند - اجازه داد که هزینه‌های هر بیمار را به میزان ۴۵ درصد

شرکت‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت در ایالات متحده و بسیاری از نقاط دیگر جهان تلاش می‌کنند که برای مقابله با فشارهای موجود، هزینه‌ها را کاهش دهند. بسیاری از تلاش‌های آنها با این حال غیر مولد است و نهایتاً منجر به هزینه‌های بیشتر و گاهی کیفیت خدمات کمتر می‌شود.

چه اتفاقی در حال وقوع است؟ یافته‌های ما نشان می‌دهد که برای مشخص کردن فرصت‌های کاهش هزینه، مدیران بیمارستان نوعاً روی اطلاعاتی کار می‌کنند که دسترسی به آنها آسان‌تر است و بیشتر مورد اعتماد آنهاست - مثلاً دسته‌های هزینه‌های لیست شده در صورت‌های سود و زیان شرکت. مثلاً هزینه‌های پرسنلی، فضا، تجهیزات و تدارکات اهداف جذابی هستند: به نظر می‌رسد کاهش این هزینه‌ها نتایج آنی ایجاد کند. اما این کاهش‌ها معمولاً بدون در نظر گرفتن «بهترین ترکیب منابع لازم برای ارائه خدمات عالی به بیماران» به شیوه‌ای ناکارآمد انجام می‌شود.

سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات مراقبت همینطور تلاش می‌کنند که تعداد و ترکیب بیماران ویزیت شده را بهینه کنند - برای مثال، با وادار کردن پزشکان برای صرف زمان کمتر برای هر بیمار و تمرکز روی پرونده‌های درمانی که تحت مکانیسم هزینه برای خدمات بازپرداخت ضعیفی دارد. پرداخت‌های هزینه برای خدمات پزشکان را ترغیب می‌کند که حجم روند قابل پرداخت خود و ویزیت‌ها را افزایش دهند و مراقبت کارآمد و موثر برای شرایط بیمار ارائه نکنند. مسئله‌ای که همه چیز را بدتر می‌کند این است که پرسنل کلینیک - افرادی که در واقع بیماران را درمان می‌کنند - به ندرت در تصمیمات کلیدی مرتبط مشارکت دارند، یعنی شرکت‌ها فرصت‌های قابل توجهی را برای استانداردسازی و تعیین معیار کارهای پزشکی به شیوه‌هایی که می‌تواند هزینه‌ها را

مسئله

تحقیق میدانی با بیش از ۵۰ سازمان ارائه کننده خدمات سلامت که اغلب در آمریکا بودند نشان می‌دهد که بسیاری از تلاش‌های کاهش هزینه در واقع منجر به هزینه‌های بالاتر و مراقبت با کیفیت کمتر می‌شود.

چرا این اتفاق می‌افتد

مدیران نوعاً به دنبال کاهش هزینه‌های موجود و افزایش حجم بیماران پذیرش شده هستند. این می‌تواند دستاوردهای مالی آئی ایجاد کند اما اگر کاهش‌ها بدون در نظر گرفتن آنچه برای ارائه نتایج عالی به بیمار لازم است، انجام شود منجر به هزینه‌های بیشتر در طولانی مدت می‌شود.

راه حل

مدیران، در همکاری با پزشکان، باید تمام هزینه‌های تحمیل شده در چرخه مراقبت برای مشکلات پزشکی را بررسی کنند. این کار فرصت‌های متعددی برای تعیین معیار، بهبود و استانداردسازی پروسه‌ها به شیوه‌ای که هزینه‌های کلی را کاهش دهد و مراقبت بهتری ارائه شود، ارائه می‌کند.

کاهش دهند درحالیکه ۱۹ درصد بیمار بیشتری می‌دیدند و کیفیت مراقبت مشابه را حفظ می‌کردند. بیماران با شرایط نسبتاً ساده توسط ارائه کننده‌های سطح متوسط به جای پزشکان دیده می‌شدند که به دو تا از انستروپولوژیست‌ها امکان می‌دهد که از AAC به اتاق عمل منتقل شوند. این یک کاهش هزینه افزایش یافته ارزش و پایدار است.

اجبارهای هزینه از بالا به پایین عمدتاً در بدتر کردن تنش سود خالص برابر مأموریت بین متخصصان مالی و بالینی موثر هستند. محدودیت‌های اجباری یا کاهش هزینه‌های پرسنل، بدون آگاهی از دانش منابع کارکنان و منابع بالینی زیرساخت مورد نیاز برای ارائه نتایج با کیفیت بالا برای انواع مشکلات پزشکی، می‌تواند منجر به تاخیرهای درمانی طولانی شود، مراقبت و نتایج را بدتر کند، و بیماران را ناامید کند و تحت استرس قرار دهد.

اشتباه شماره ۲:**کم تخمین زدن فضا و تجهیزات**

در آنالیز هزینه ما از چند مشکل پزشکی، هزینه‌های فضا و تجهیزات به صورت سازگاری مقداری کمتر از هزینه‌های پرسنل بودند. این یافته منجر به نتیجه گیری آشکاری می‌شود که فضا و تجهیزات ایده‌آل هزینه کمتری از متخصصان و تکنیسین‌های ایده‌آل دارند. با این حال به خاطر اینکه سیستم‌های بیمارستان هزینه‌های فضای کافی، تجهیزات و پرسنل را اندازه نمی‌گیرند، اغلب تبادلات ضعیفی انجام می‌دهند و فضا و تجهیزات را کم در نظر می‌گیرند و بنابراین بهره‌وری گران‌ترین منابع خود(افراد متخصص) را کاهش می‌دهند.

در این جا مثالی وجود دارد: ما اخیراً در حال مطالعه پروسه جراحی

برای تعویض مفصل در بیش از ۳۰ بیمارستان به عنوان بخشی از همکاری برای ارتقای مراقبت بهداشت هستیم. ما دریافتیم که بعضی جراحان ارتوپد هفت تا ده تعویض مفصل در روز انجام می‌دهند، در حالیکه بقیه فقط دو تا سه تعویض انجام می‌دهند- اگرچه مدت روند جراحی واقعی تفاوت زیادی بین دو گروه ندارد. تفاوت در نتایج بهره‌وری ناشی از تعداد اتاق‌های جراحی در دسترس است: جراحان با حجم زیاد معمولاً دو اتاق جراحی دارند در حالیکه جراحان با حجم کم تنها یک اتاق دارند و باید منتظر بمانند تا اتاق تمیز شود و بیمار بعدی آماده شود.

آنالیز ما نشان می‌دهد که هزینه اتاق عمل دوم بسیار کمتر از هزینه جراح ماهر و زمان کافی تیم بالینی است. این یک مثال زنده از اشتباه تلاش برای کاهش هزینه‌ها از طریق کاهش هزینه در دسته‌های هزینه‌ای مجزا است. اغلب، هزینه‌های بسیار بیشتری در دسته دیگری ظاهر می‌شود. تنها با اندازه‌گیری هزینه‌های تمام منابع استفاده شده برای درمان مشکل بیمار، تبادلاتی می‌تواند انجام شود که هزینه مراقبت را کاهش دهد.

به صورت مشابه، افزایش هزینه در تجهیزات می‌تواند مراقبت را بهبود بخشد و هزینه‌های کلی را کاهش دهد. دپارتمان اورژانس بیمارستانی که ما مطالعه کردیم سه ماشین اشعه ایکس دارد. طی دوره‌های شلوغ بیمار و کارکنان اغلب باید منتظر بمانند تا یک ماشین در دسترس قرار گیرد. یک آنالیز مالی نشان داد که اضافه کردن ماشین قابل حمل دیگر هزینه بهره‌وری دارد: صرفه جویی ناشی از انتظار کمتر کارکنان، بیش از هزینه سالانه ماشین است- حتی بدون محاسبه سود ناشی از تشخیص سریع‌تر وضعیت بیمار! متأسفانه، این نوع فرصت‌ها به ندرت پیگیری می‌شود به خاطر اینکه ارائه کننده‌ها آنالیز مزیتی که نشان می‌دهد که هزینه‌ی افزایش یافته در تجهیزات می‌تواند با صرفه جویی ناشی از کاهش زمان کار کارکنان تامین شود (و به همان اندازه می‌تواند پاسخ‌گویی به مشکل بیمار را بهبود بخشد)، را انجام نمی‌دهند.



اشتباه شماره ۳

تمرکز بر روی هزینه‌های تامین کالا

با شناخت خطرات کاهش پرسنل، بعضی مجریان کاهش هزینه‌های مواد و کالای خود را هدف قرار می‌دهند - اهداف فریبنده‌ای هستند به خاطر اینکه این آیتم‌ها اغلب ۲۵ تا ۳۰ درصد هزینه‌های کلی را شامل می‌شوند و کاهش آنها به مجریان امکان می‌دهد که از اثر تضعیف روحیه کارکنان و احتمالاً مذاکرات دشوار اتحادیه مرتبط با حذف پرسنل اجتناب کند.

ارائه‌کننده‌ها نوعاً تلاش می‌کنند هزینه‌های آیتم‌های خریداری شده را با مذاکره درباره تخفیف‌های بیشتر از عرضه‌کننده‌ها کاهش دهند. بسیاری از ارائه‌کننده‌ها به سازمان‌های خرید گروهی می‌پیوندند تا مزیت‌های حجم بالاتر در مذاکرات خود را به دست آورند. مطابق با انجمن زنجیره تامین مراقبت سلامت، ۹۶ درصد از تمام بیمارستان‌های مراقبت حاد متعلق به حداقل یک انجمن مرتبط هستند.

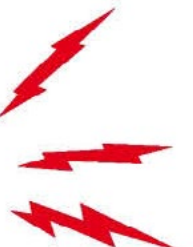
با این حال ما تغییرات زیادی در هزینه‌های سازمان در تامین‌ها به خاطر تغییرات در مقدار و ترکیب آیتم‌هایی که متخصصان استفاده می‌کنند پیدا کردیم. برای مثال، در مطالعه چند منطقه‌ای از تعویض زانو، هزینه سیمان استخوان بیش از یک فاکتور ۱۰ میان موسسات متغیر بود (برای جمعیت‌های بیمار مشابه و نتایج مشابه). این تغییر به خاطر تعداد کمی از مسائل بیرونی نبود. هزینه‌ها در موسسه‌های صدک ۷۵ و ۲۵ به میزان ۳ فاکتور متغیر بودند. تفاوت‌ها دو علت اصلی داشت: بعضی بیمارستان‌ها از سیمان آنتی بیوتیک از پیش ترکیب شده گران قیمت استفاده می‌کردند در حالیکه بیمارستان‌های دیگر از سیمان استخوان صاف یا ترکیب شده با دست استفاده می‌کردند و بیمارستان‌ها در مقدار متوسط سیمان استفاده شده در هر جراحی با هم فرق داشتند.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از بیمارستان‌ها بسیار کم روی مذاکره قیمت تمرکز می‌کنند و نمی‌توانند بررسی کنند که چطور یک متخصص در واقع تدارکات را استفاده می‌کند. در نتیجه، آنها فرصت‌های بالقوه بزرگ برای کاهش هزینه‌ها را از دست می‌دهند.

اشتباه شماره ۴:

به حداکثر رساندن تعداد بیمار

نامعقول است که سعی کنیم بهره‌وری موسیقی‌دان‌ها را با وادار کردن آنها به سریع‌تر نواختن افزایش دهیم. با این حال مجریان مراقبت و سلامت افزایش در تعداد بیماران ویزیت شده توسط پزشکان در هر روز را با ایجاد اهداف بهره‌وری که ویزیت‌های مطب را به دوره‌های زمانی خاصی محدود می‌کند مثلاً ۱۵ دقیقه یا نیم ساعت، می‌خواهند. این افزایش آشکار در بهره‌وری با این حال



به اثر این استانداردهای ظاهراً اجباری روی نتایج بیمار حساس نیست.

در واقع اگر شما آنطور که باید بهره‌وری پزشک را نه توسط دروندادهای (تعداد بیماران دیده شده) بلکه توسط کیفیت نتایج به دست آمده ارزیابی کنید، خواهید فهمید که پزشکان اغلب می‌توانند به بهره‌وری کلی بیشتری با صرف زمان بیشتر با بیماران کمتر برسند. برای مثال، بسیاری از بیماران با بیماری مزمن کلیه نهایتاً نیاز به دیالیز دارند. تحقیق گسترده نشان می‌دهد که بیماران نتایج بهتر (زندگی طولانی‌تر و مشکلات کمتری) دارند زمانی که دیالیز با فیستولا شروع می‌شود (که نیاز به عمل جراحی برای متصل کردن شریان به ورید دارد) یا با گرافت به جای کاتتر بهتر انجام می‌شود. بیماران با شروع‌های مطلوب ده‌ها هزار دلار کمتر در سال هزینه می‌کنند. با این حال بیش از نیمی از بیماران دیالیز آمریکا امروزه دیالیز را به صورت غیر مطلوب با کاتتر شروع می‌کنند.

یک نفرولوژیست بیان می‌کرد که اگر می‌توانست ۳۰ دقیقه صرف مشاوره با هر بیمار مبتلا به بیماری مزمن کلیه کند، می‌توانست به صورت قابل توجهی احتمال اینکه بیماران دیالیز را با فیستولا یا گرافت شروع کنند افزایش دهد. ما تخمین می‌زنیم که هزینه افزایشی چنین مشاوره‌ای کمتر از ۱ درصد هزینه اضافی تحمیل شده در موقعیتی است که دیالیز با کاتتر شروع می‌شود و این نتایج بسیار بهتری ایجاد می‌کند. حتی اگر تنها افزایش کمی از بیماران دیالیز با روش ترجیحی را شروع کنند، زمان مشاوره بازده بالایی بر حسب هزینه‌های آینده که حذف می‌شود ارائه می‌کند. شرکت این کاهش هزینه‌ها را بدست می‌آورد به خاطر اینکه از نظر مالی مسئول هزینه کلی مراقبت از بیمار است. اما به خاطر اینکه استانداردهای نهادی طول مدت ویزیت بیمار را محدود می‌کند، نفرولوژیست فرصت کمی برای چنین مشاوره‌ای دارد.

به عنوان مثالی دیگر، در مطالعه تعویض کامل مفصل، بیمارستانی توجه زیادی را روی مدیریت هزینه‌های بستری بعد از جراحی متمرکز ساخته است. اما بسیاری فرصت بزرگ و کم هزینه‌ای برای اختصاص زمان بیشتر قبل از جراحی برای تعیین انتظارات بیمار و خانواده‌ها درباره طول مدت بستری و جایی که بیمار قرار بود بعد از ترخیص برود، را از دست دادند. (ترخیص به خانه، آسایشگاه سالمندان یا مرکز توانبخشی). متخصصین در بیمارستان‌ها در یک چهارم کمتر هزینه‌های کلی یاد گرفته‌اند که زمان بیشتری را صرف آموزش بیماران و خانواده‌های آنها درباره نقشه بعد از ترخیص نمایند: چطور خانه را آماده کنند تا بیمار بتواند مستقیماً به آنجا بازگردد و نیاز برای تعیین عضو خانواده یا فرد دیگری که بیمار را می‌برد و کمک در مراقبت خانه، همینطور مهم بود که انتظارات درباره مراقبت بعد از جراحی میان اعضای تیم مراقبت حرفه‌ای بیمار مشخص شود از کارگران در مطب پزشک تا کارکنان بیمارستان.

فشار از کجا ناشی می‌شود؟

بیشتری را جذب می‌کنند، و آنها قادرند نرخ‌های پرداخت بالاتری از بیمه‌گرها درخواست کنند. این دینامیک صنعت به افزایش بیش از دو برابر شاخص قیمت برای بیمارستان و خدمات مرتبط با سرعت شاخص قیمت مصرف‌کننده طی ۳۰ سال گذشته کمک کرده است. فاکتورهای جدید متعددی ارائه‌کننده‌ها را ترغیب می‌کنند تا بیشتر از هزینه‌ها آگاه شوند:

هزینه بهره‌وری به صورت تاریخی یک ضرورت رقابتی در مراقبت سلامت بوده است. واقعا هیچ ارائه‌کننده‌ای استراتژی با هزینه کم/قیمت کم ارائه نمی‌کند به خاطر اینکه بیماران که معمولا بیمه شده اند هیچ مزیتی از ارائه‌کننده‌ها با قیمت پایین نمی‌بینند. در عوض، آنها به دنبال ارائه‌کننده‌ها با اعتبار برای مراقبت با کیفیت بالا هستند. متعاقبا، ارائه‌کننده‌ها با ادعا برای ارائه مراقبت بهتر رقابت می‌کنند. آنهایی که به نظر می‌آید این طور عمل می‌کنند بیماران

ظهور جایگزین‌های کم هزینه با قیمت کم	بیمه‌گرهای سخت‌گیرتر	مکانیسم‌های باز پرداخت جدید	طراحی‌های برنامه بیمه سلامت جدید
کلینیک‌های سرپایی مثل مینت کلینیک و دیگران در داروخانه‌ها و مغازه‌های خرده‌فروشی شروع به ارائه مراقبت بیمار سرپایی با قیمت بسیار کمتر کرده‌اند. آنها می‌توانند به ارائه‌کننده مراقبت سلامت خطوط هوایی سوئوس و والمارت تبدیل شوند و تامین گرانقیمت مراقبت جامعه توسط ارائه‌کننده‌های موجود را مختل کنند.	در واکنش به مقاومت قیمت افزایش یافته از جانب مصرف‌کننده‌ها، کارفرماها و دولت، بیمه‌گرها جایگاه سخت‌تری در مذاکرات با ارائه‌کننده‌ها اتخاذ کرده‌اند. بعضی دیگر افزایش‌های قیمت وری تورم را مجاز نمی‌دانند و در حال کاهش یا حذف پرداخت‌های استفاده‌شده برای پشتیبان تحقیق و آموزش هستند. به علاوه به خاطر افزایش سن جمعیت و پوشش افزایش یافته ACA بیماران تحت مراقبت پزشکی، درصد بیشتری از بیماران اکنون تحت پوشش برنامه‌های بیمه عمومی با بازپرداخت کمتر قرار دارند.	بعضی ارائه‌کننده‌ها اکنون پرداخت‌های کلی دریافت می‌کنند که آنها را برای هزینه کلی برای مراقبت از بیمار پاسخگو می‌سازد از جمله مراقبت ارائه شده توسط ارائه‌کننده‌های دیگر. ACA مراقبت پزشکی را برای بسط مدل‌های پرداخت جهانی در سازمان‌های مراقبت پاسخگو تصویب کرده است و بسیاری پرداخت‌کننده‌های خصوصی نیز فشار وارد می‌کنند. بیمه‌گرها همینطور پرداخت‌های دسته‌ای یا مبتنی بر اپیزود را معرفی می‌کنند که تحت آن مقدار ثابت منفردی را برای تحت پوشش قرار دادن تمام هزینه‌های مرتبط با چرخه کامل مراقبت برای مشکل بیمار را پرداخت می‌کنند.	بسیاری برنامه‌ها اکنون مستلزم این است که مصرف‌کننده‌ها به پرداخت‌های مشترک بالاتر برای دسترسی به ارائه‌کننده رده بالاتر کمک کنند(آنهایی که بیمه‌گر به عنوان گرانقیمت‌ترین رتبه بندی می‌کند). بعضی از جمله برنامه‌های ارائه شده تحت قانون مراقبت قابل ارائه (ACA) ارائه‌کننده با قیمت بالاتر را حذف می‌کنند. به علاوه، بیمه‌گرها برنامه‌های تخفیفی بیشتری را معرفی کرده‌اند با کاهش‌هایی به اندازه چند صد دلار، تا مصرف‌کننده‌ها را به قیمت حساس‌تر سازند. از آنجایی که این برنامه‌ها سهم بیشتری از بازار به دست می‌آورند، ارائه‌کننده با قیمت بالا می‌تواند حجم بیمار کمتری کسب کند.

کاهش هزینه‌های کلی برخورد با بیمار حین بهبود نتایج را نادیده می‌گیرند. چنین فرصت‌هایی باید برای سازمان‌های جدید مراقبت سلامت، بسیار مناسب باشد که انگیزه‌هایی برای کاهش هزینه‌های کلی برخورد با بیمار تحت پوشش از جمله هزینه‌های تحمیل شده در تسهیلات دیگر دارند.

بیمارانی که ارائه‌کننده آنها زمان بیشتری را صرف تبادل درباره این مسائل کرده‌اند بستری بعد از جراحی کوتاه‌تری داشتند. مسئله مفیدتر این بود که درصد بالاتری از آنها می‌توانستند مستقیما به خانه خود ترخیص شوند تا به تسهیلات پرستاری یا مراکز توانبخشی که در آنجا هزینه‌های توانبخشی پنج تا ده برابر بالاتر از خانه است. در اینجا نیز مقدار متوسط هزینه انتهای افزایش یافته اغلب منجر به کاهش زیادی در هزینه‌های پایین می‌شود.

اشتباه شماره ۵:

عدم توانایی تعیین معیار و استاندارد سازی

ما تغییرات زیادی در هزینه‌ها و پروسه‌های اجرایی و بالینی موجود در درمان مشکلات پزشکی خاص میان تسهیلات متعددی در سازمان ارائه‌کننده و حتی میان پزشکان در تسهیلات مشابه یافته‌ایم. در یک بیمارستان خصوصی در آلمان که تعویض مفصل را در چندین منطقه انجام می‌دهد، هزینه عمل به میزان ۳۰ درصد میان تسهیلاتی که ترکیب بیمار مشابه را درمان می‌کردند و به

متخصصین در چندین پروژه تحقیق مداوم دیگر به خصوص آنهایی که بیماران با مشکلات مزمن را درمان می‌کردند مثل دیابت و نقص مادرزادی قلب، به ما داستان‌های مشابهی را می‌گویند. اگر آنها می‌توانستند زمان بیشتر و پول بیشتری را صرف آموزش و نظارت بر بیماران نمایند، هزینه کلی برای مشکلات بیماران به صورت چشم‌گیری کاهش پیدا می‌کرد. مدیران سطح بالا با این حال صرفا روی دسته‌های هزینه موجود در صورت‌های سود و زیان شرکت خود تمرکز می‌کنند، اغلب این فرصت‌ها برای



ترانسفیوژن خون را به صورت متفاوتی استفاده می‌کنند. آنها با هم جمع شدند و در یک سال خط مشی‌های محصولات خونی را توسعه دادند که همه آن را اتخاذ کنند. ترانسفیوژن‌ها به میزان ۵۰ درصد افت کرد، بیماری کلیه مرتبط با ترانسفیوژن به میزان ۴۰ درصد کاهش پیدا کرد و مایو ۱۵ میلیون دلار طی سه سال صرفه‌جویی کرد. بیمارستان کودکان بستون به نتایج چشم‌گیر مشابهی بعد از اجرای برنامه‌ای که آن را استانداردسازی ارزیابی بالینی و برنامه‌های مدیریت می‌نامد، دست یافت. این طرح که به حیصه‌هایی مثل درد سینه و ناهنجاری‌های دریچه قلب می‌پردازد، هزینه‌ها به ازای هر اپیزود را به میزان ۱۱ تا ۵۱ درصد بدون کاهش کیفیت مراقبت کاهش داد.

متاسفانه، چنین داستان‌های موفقیتی نادر هستند. پزشکان، پرستاران، و مراقبان دیگر اغلب هزینه‌های مرتبط با پروتکل‌های درمانی خود را نمی‌دانند. و مدیران به ندرت با آنها برای توسعه نتیجه و اندازه‌گیری‌های هزینه‌ای که تعیین معیار و فرصت‌های به اشتراک گذاشتن بهترین کارها را تسهیل می‌کند، همکاری می‌کنند.

درگیر ساختن فعال متخصصان در پروسه مدیریت و سنجش هزینه، آنها را قادر می‌سازد که محرک‌های هزینه واقعی چرخه کامل مراقبت را از تشخیص تا درمان و بهبودی بفهمند. متخصصان بالینی می‌خواهند که مراقبت بیمار را ارتقا دهند. آنها همینطور محدودیت‌های هزینه‌ای که تحت آن سیستم‌های مراقبت سلامت در دنیا باید عمل کنند، را تصدیق می‌کنند. آنها تمایل دارند که به دنبال بهبودهای پروسه‌ای باشند که هزینه‌ها را کاهش می‌دهد در حالیکه کیفیت کلی مراقبت را حفظ می‌کند یا بهبود می‌بخشد. هزینه‌های مراقبت سلامت بالا اغلب نتیجه ظرفیت بدون تطابق، ارائه مجزا، نتایج غیر مطلوب و استفاده غیر کارآمد از کارکنان فنی و بالینی بسیار ماهر هستند. کارکنونی مدیریت و کاهش هزینه‌ها از طریق صورت‌های مالی، کمکی برای پرداختن به این مشکلات نمی‌کند.

تنها راه پایدار برای کاهش هزینه‌ها شروع با آنالیز عمیق کل پروسه کنونی درمان هر مشکل پزشکی است. متخصصان بالینی و مدیران نیاز دارند که کاملا تمام هزینه‌های تحمیل شده طی چرخه کامل مراقبت و نتایج، برای هر درمانی که تسهیلات آنها فراهم می‌کند را درک کنند. با این درک آنها می‌توانند با هم کار کنند تا نتایج مشابه یا بهتر با ترکیب هزینه کم کلی پرسنل، مواد خریداری شده و تجهیزات را ارائه کنند. همانطور که نتایج از سازمان‌هایی مثل ام دی اندرسون، کلینیک مایو و بیمارستان کودکان بستون نشان می‌دهد، این مسیر می‌تواند به صورت چشم‌گیری کارآمدی را بهبود بخشد و هزینه‌ها را کاهش دهد در حالیکه به ارائه مراقبت استثنایی ادامه می‌دهد.

نتایج قابل مقایسه‌ای دست می‌یافتند تفاوت داشت. در مطالعه تعویض مفصل، هزینه ایمپلنت‌ها در تسهیلات مختلف به میزان بیش از ۱۰۰ درصد تفاوت داشت. مطالعه دیگر تغییرهای بیش از ۵۰۰ درصد برای هزینه‌های ایمپلنت را میان مناطق مختلف مستند ساخت.

تغییرات زیاد در کارهای بالینی می‌تواند حتی با موسسات و متخصصین برجسته اتفاق بیفتد. برای مثال دکتر جان نوز ورسی، رئیس کلینیک مایو، گفته جراح قلب گروه او را بازگو می‌کند که «تمام ما پنج نفر در کاری که انجام می‌دهیم بسیار خوب هستیم اما هر کدام این کار را به صورت متفاوتی انجام می‌دهیم. حداقل چهار نفر از ما باید اشتباهی در کارش باشد»، جراح دیگر پاسخ داد «در واقع، احتمالا همه ما پنج نفر اشتباهاتی داریم. بیایید سعی کنیم کار را درست انجام دهیم». علی‌رغم تلاش‌های متعدد طی سالها، فرصت‌های زیادی برای ارتقای نتایج بیمار و کاهش هزینه‌ها هنوز از تعیین معیار و استانداردسازی اعمال بالینی درک نشده است. مایو تصمیم داشت که به مزیت‌های استانداردسازی بیشتر دست یابد. برای مثال، جراحان قلبی عروقی دریافتند که آنها همگی



«موجود نیست!»