

نظام سلامت زیر تیغ جراحی^۱

رفتن به فراسوی سرمایه‌داری برای سلامتمان

هاوارد وایتکینز و کارگروه «سلامت در فراسوی سرمایه‌داری»

مترجم: دکتر ونوشه بحرانی

^۱ این کتاب به مرور در سایت حلقه تجریش منتشر می‌شود و در انتها به صورت یک اثر کامل در دسترس مخاطبان قرار خواهد گرفت. این متن ترجمه فصل نخست کتاب است. مشخصات کتاب:

Health Care Under the Knife :Moving Beyond Capitalism for Our Health. Edited by Howard Waitzkin.
Published by: Monthly Review Press

مقدمه :

مقصود این پژوهش و بنیان‌های ساختاری آن

هاوارد وایتزکین

مارتین لوتر کینگ در سال ۱۹۶۶، پس از بیش از نیم‌قرن تلاش نافرجام برای ایجاد نظام ملی سلامت با پوشش همگانی در ایالات متحده، گفت:

«از میان همه اشکال نابرابری، بی‌عدالتی در حوزه سلامت تکان‌دهنده‌ترین و غیرانسانی‌ترین است.» (۱)

پنجاه سال بعد، طرحی با عنوان اوباما کر به اجرا درآمد. این طرح تعداد افراد فاقد بیمه را حدود ۴۰ درصد کاهش داد، اما در مقابل، هزینه‌های درمان برای بسیاری از بیمه‌شدگان پیشین به شکل چشمگیری افزایش یافت. سهم پرداخت مستقیم بیماران بیشتر شد، بار مالی از دوش شرکت‌های بیمه برداشته شد و با استفاده از منابع مالیاتی عمومی، یارانه‌های کلانی نصیب صنعت بیمه خصوصی گردید. پیش‌بینی‌ها نشان می‌داد که طی چند سال آینده، هزینه درمان پرداختی از جیب خانواده متوسط می‌تواند به حدود نیمی از کل درآمد سالانه آن خانواده برسد. به این ترتیب، اوباما کر از همان ابتدا در مسیری بحران‌زا قرار داشت. (۲)

این روند شکست‌خورده پیش از آن شکل گرفته بود که دولت ترامپ رسماً کوشید اوباما کر را لغو کند. تلاش نخست به جایی نرسید و اقدامات بعدی نیز نشان داد که جمهوری خواهان صاحب قدرت قصد حذف عناصر اصلی این طرح را ندارند. از همین رو بسیاری پرسش کردند که آیا این شکست ظاهری و طرح نیم‌بند جایگزین ترامپ کر چیزی جز یک نمایش سیاسی بود؟ پیوندهای عمیق میان جمهوری خواهان و شرکت‌های بیمه — که در دوران اوباما کر سودهای تاریخی به دست آوردند — شک‌ها نسبت به اراده واقعی دولت برای لغو طرح را افزایش داد. بدین ترتیب، سیاستی که به نامی تازه عرضه شد، همچنان با همان تضاد بنیادین میان هزینه‌های گزاف و پوشش ناکافی ادامه یافت.

سرمایه‌داری و پزشکی کالایی شده در دل آن، روزبه‌روز شکننده‌تر شده است: رکود ساختاری، بحران‌های پیاپی، بیکاری و بی‌ثبات کاری، و شکاف طبقاتی فزاینده. انباشت سرمایه برای طبقات ممتاز — آنچه جنبش اشغال از آن با عنوان «یک

درصد» یاد کرد — اکنون بیش از هر زمان دیگری از مسیر مالی‌سازی صورت می‌گیرد؛ یعنی کسب سود از ابزارهای مالی پرمنفعت و عمدتاً خیالی که هیچ ارتباطی با اقتصاد تولیدی واقعی ندارند.

شکل دیگر انباشت، «سرمایه‌داری فاجعه» است: ایجاد بحران‌ها از رهگذر جنگ‌های بی‌پایان و سپس کسب سود از بازسازی ویرانی‌ها. همان‌گونه که سمیر امین و دیگران یادآور شده‌اند، سرمایه‌داری به سبب تناقض‌های درونی خود به تدریج در حال فروپاشی است (۳) و هم‌زمان تهدیدهای زیست‌محیطی می‌آفریند که بقای انسان و دیگر گونه‌های حیات را به خطر می‌اندازد. (۴)

در برابر این وضعیت، جنبش‌های اجتماعی بسیاری در سراسر جهان در تلاش‌اند الگوهای پایدار برای تولید و خدمات انسانی پدید آورند؛ الگوهای مبتنی بر همبستگی و نه سود. در آمریکای لاتین نمونه‌های روشن و موفقی دیده می‌شود: برنامه‌های نوآورانه سلامت عمومی که با حمایت دولت‌های مردمی شکل گرفته‌اند، شاخص‌های مرگ و میر و ابتلا را کاهش داده و با وجود مداخله و فشار سیاسی ایالات متحده همچنان پابرجا مانده‌اند. این تلاش‌ها اغلب در پیوند با دفاع از منابع حیاتی مانند آب، حمایت از حقوق «مادر زمین» و حرکت به سوی اقتصادهای غیرسرمایه‌دارانه است.

در چنین شرایطی، پرسش‌هایی بنیادین پیش روی ماست؛ پرسش‌هایی درباره رابطه ساختاری میان سرمایه‌داری، نظام سلامت و خود سلامت. این کتاب از ضرورت پرداختن به همین پیوندها شکل گرفته است؛ ضرورتی برای رسیدن به شناختی ژرف‌تر که بتواند به مبارزه‌های عملی برای تغییر یاری رساند.

در سال ۲۰۱۳، من و مت اندرسون با اعضای هیئت تحریریه مانتری ریویو وارد گفتگو شدیم تا راه‌های همکاری مشترک را بیازماییم. گفت‌وگو با جان بلامی فاستر، مایکل بیتس و برت کلارک ما را برای گسترش این پروژه در این دوره پرتلاطم تاریخی دلگرم‌تر کرد.

بخش عمده کتاب پیش از انتخابات ۲۰۱۶ نوشته شد و پس از به قدرت رسیدن ترامپ بازنگری گردید. شگفت آن که تغییر دولت تأثیر چندانی بر تحلیل ما نگذاشت، زیرا مسئله اصلی نه نام دولت‌ها، بلکه رابطه ساختاری سرمایه‌داری و سلامت بود. پزشکی کالایی شده در دوره اوباما تقویت شد، در دوره ترامپ ادامه یافت و اگر کلیتون پیروز می‌شد، تفاوت ماهوی چندانی در مسیر ایجاد نمی‌شد.

نویسندگان این کتاب، که در آمریکا و دیگر کشورهای جهان هم پژوهشگر و هم کنشگرند، گرد آمده‌اند زیرا باور دارند که برای مؤثرتر شدن مبارزه‌هایمان به تحلیلی شفاف‌تر و ژرف‌تر نیاز داریم. امید داریم تنوع تجربه‌هایمان به ما امکان دهد پاسخ‌هایی به پرسش‌هایی بدیهیم که هیچ‌یک از ما به‌تنهایی قادر به پرداختن کامل به آن نبود. من کار را با دعوت از رفقا

برای تدوین پرسش‌های محوری آغاز کردم؛ پرسش‌ها روشن‌تر شد و هر یک از ما مسئولیت پرداختن به بخشی از آن را پذیرفت.

بخش نخست کتاب به طبقه اجتماعی و کار پزشکی می‌پردازد. به‌ویژه به اینکه چگونه جایگاه طبقاتی کارکنان سلامت در دهه‌های اخیر، هم‌زمان با شرکتی شدن، خصوصی‌سازی و مالی‌سازی پزشکی دچار دگرگونی شده است. در این بخش، دو پرسش محوری مطرح می‌شود:

۱. جایگاه طبقاتی کارکنان سلامت — حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای — در جریان تحولات اقتصاد جهانی سرمایه‌داری چگونه تغییر کرده است؟

۲. وقتی کنترل ابزار تولید و شرایط کار از متخصصان به شرکت‌ها منتقل شده است، کار پزشکی چگونه دگرگون شده است؟

من این بحث را با تجربه شخصی خود شروع می‌کنم: زمانی که به‌عنوان پزشک تصمیم گرفتم دستوری اداری را که به سود بیمار نمی‌دانستم نادیده بگیرم، واکنش دریافت‌شده به‌روشنی نشان داد که متخصصان پزشکی کارگری‌شده‌اند و این دگرگونی طبقاتی چه ظرفیت تازه‌ای برای سازمان‌یابی گسترده‌تر و تغییر ساختار سرمایه‌محور پزشکی فراهم آورده است.

پس از آن، مت‌اندرسون با اتکا به تجربه بالینی و آموزشی خود در پزشکی خانواده و نیز به‌عنوان پژوهشگر، سردبیر مجله و فعال حوزه پزشکی اجتماعی، به بررسی تغییرات جایگاه طبقاتی پزشکان می‌پردازد؛ تغییراتی که با فقدان اختیار حرفه‌ای، محدود شدن کنترل بر روند کار، دستمزد و مزایا شناخته می‌شود. او «وضعیت تأسفبار مراقبت‌های اولیه در آمریکا» را می‌کاود و مجموعه‌ای از «نوآوری‌های به ظاهر پیشرو اما فریبنده» را به نقد می‌کشد: «خانه پزشکی بیمارمحور»، «پرداخت مبتنی بر عملکرد»، پرونده الکترونیک سلامت، سنج‌های کمی‌ساز کیفیت مانند شاخص رضایت بیمار («کوشش برای نمره پنج»)، و تعارض منافع فزاینده ناشی از وابستگی انجمن‌های حرفه‌ای و دانشکده‌های پزشکی به سرمایه شرکت‌های سودمحور — چیزی که او آن را به‌درستی «هم‌زیستی با ساختار سلطه» می‌نامد.

در فصل بعد، گوردی شیف و سارا وینچ بر تغییر ماهیت نیروی کار پزشکی تمرکز می‌کنند: از تنزل و تخریب نیروی کار درمانی گرفته تا بازتعریف کیفیت مراقبت سلامت. آن‌ها — به‌عنوان پزشک و پژوهشگر کیفیت مراقبت — تحلیل خود را بر بخشی از آثار بنیادین هری براورمن درباره کار و سرمایه انحصاری بنا می‌کنند و نشان می‌دهند که «بیگانگی در کار» صرفاً «فرسودگی شغلی» نیست، بلکه واکنشی به سلب کنترل کارکنان سلامت از ابزار و سازمان کار است. آنان همچنین اثرات فرساینده فناوری اطلاعات در محیط درمان را بررسی می‌کنند و استدلال می‌نمایند که ارتقای واقعی کیفیت سلامت نیازمند دگرگونی سیاسی-اقتصادی ساختاری است.

بخش نخست کتاب با گفت‌وگو با دیوید هیمل‌اشتاین و استفی وول‌هندر به پایان می‌رسد؛ دو پزشک مراقبت اولیه و پژوهشگر برجسته سیاست سلامت که نقش زیادی در شکل‌گیری و تداوم سازمان پزشکان برای برنامه ملی سلامت (PNHP) داشته‌اند — نهادی با بیش از بیست‌هزار عضو که خواستار نظام تک‌پرداختی در آمریکا و دیگر کشورهاست. آنان درباره کالایی‌شدن سلامت، دگرگونی سرمایه‌داری معاصر، تغییر جایگاه طبقاتی پزشکان، و تأثیر کامپیوتری‌شدن و پرونده‌های الکترونیک سلامت سخن می‌گویند. سپس مسیرهای راهبردی PNHP، نقاط قوت و ضعف آن و چشم‌اندازهای آینده را برمی‌شمارند؛ مباحثی که در فصل‌های بعد بسط داده می‌شود.

طبقه اجتماعی و کار پزشکی

۱. نافرمانی: پزشکان کارگر، متحد شوید!

هاوارد وایتزکین

«آدمی می‌تواند از رهگذرِ نافرمانی و با آموختنِ گفتنِ «نه» به قدرت، آزادی را تجربه کند... در این لحظه تاریخی، توانِ تردید کردن، نقد کردن و نافرمانی شاید تنها سدی باشد میان آینده‌ای برای انسان و فروبستگی کاملِ تمدن.»

— اریک فروم، «درباره نافرمانی»

اعتراف می‌کنم: من پزشکی نافرمانم. (۱)

پس از سال‌ها کار در پزشکی دانشگاهی و بهداشت عمومی، تصمیم گرفتم بخشی از وقتم را در یک برنامه بهداشت روستایی بگذرانم. آنجا بود که به تدریج دریافتم چگونه کاهش کنترل بر شرایط کار پزشکی، بسیاری از پزشکان را گرفتار کرده است. خواسته‌های اداری پی‌درپی فزونی می‌گرفت و مجال مرا برای مراقبت از بیماران — آن‌گونه که خود درست و بایسته می‌دانستم — تنگ‌تر می‌کرد.

پس تصمیم به نافرمانی گرفتم. یک الزام آموزشی کوچک و ظاهراً بی‌اهمیت — «طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ویرایش دهم» (ICD-10) — که از نخستین روز اکتبر ۲۰۱۵ برای صورت‌حساب‌های پزشکی از سوی مدیکر (Medicare) و دیگر بیمه‌گران اجباری شد، بدل به همان مطالبه اداری دیگری شد که مرا از مرز مطیع بودن گذراند. هرچند این تنش

می‌توانست در بسیاری دیگر از عرصه‌های پزشکی بالینی نیز رخ دهد؛ عرصه‌هایی که در آن‌ها خواسته‌های کارفرمایان آزادی پزشک را برای عمل بر پایه داورى حرفه‌ای خویش محدود می‌کنند.

پرولتاریایی‌شدن

در بنیاد خود، من با پرولتر بودن (کارگر بودن) هیچ ناسازگاری ندارم. همه اعضای خانواده نزدیکم کارگران مزدی بودند و بخش مهمی از هزینه تحصیلم را نیز با کار یدی—برای نمونه در کارخانه تولید تیر—پرداختم؛ جایی که از نزدیک با زیست روزمره طبقه کارگر در جامعه سرمایه‌داری آشنا شدم. در سراسر مسیر حرفه‌ای‌ام، با منشی‌ها، کمک‌پرستاران، سرایداران و دیگر کارگران «غیرحرفه‌ای» حوزه سلامت دوستی‌های ارزشمند داشته‌ام؛ انسان‌های فرهیخته و پرتلاشی که خدمات‌شان برای بیماران و پزشکان غالباً نادیده گرفته می‌شود. اینان بیشتر ساعات بیداری خود را صرف انجام وظایفی می‌کنند که از سوی سرپرستان تعیین می‌شود و کمترین میزان اختیار را بر شرایط و آهنگ کار خویش دارند.

می‌پنداشتم پزشکی راهی خواهد بود برای در دست گرفتن فرایند کار و خلاقیت خود؛ اینکه بتوانم دست‌کم بخش عمده‌ای از هفته کاری‌ام را مطابق سلیقه و روش خویش سامان دهم. جایگاهی در پزشکی دانشگاهی چنین امکانی را فراهم می‌کرد، هرچند در کنار دشواری‌های بوروکراسی دانشگاه، کاهش بودجه‌ها، گردآوری منابع مالی و سیاست‌بازی‌های آکادمیک.

حتی در دانشگاه نیز توانایی‌ام برای سامان دادن به فعالیت‌هایم رفته‌رفته فرسوده شد؛ فرسایشی که بیشتر با تنگناهای مالی و معیارهای کمی بهره‌وری گره خورده بود.

بااین‌همه، ورود به جهان پزشکی که بیرون از محیط آکادمیک و به‌مثابه کارمند فعالیت می‌کنند، چشم‌انداز هول‌انگیز پرولتاریایی‌شدن را پیش چشمم گشود؛ دگرگونی تندی در جایگاه طبقاتی پیشین پزشکان. (۲) تا دهه ۱۹۸۰، پزشکان غالباً مالک یا دست‌کم فرمان‌ران ابزار کار و شرایط حرفه‌ای خود بودند. هرچند دشواری‌های شغلی اندک نبود، اما این خود پزشک بود که درباره ساعات کار، همکاران، مدت‌زمان اختصاص‌یافته به هر بیمار، چگونگی ثبت مراقبت در پرونده پزشکی و حتی میزان دستمزد خدماتش تصمیم می‌گرفت.

اما امروز، شرکت‌هایی که پزشکان را در استخدام دارند، معمولاً همه این تصمیم‌ها را در قبضه خود گرفته‌اند. این واگذاری اجباری اختیار، نارضایتی و فرسودگی ژرفی در حرفه پزشکی برانگیخته است. سال‌ها پیش، یکی از استادان بالینی و راهنمایانم هنگامی که نخستین نشانه‌های این روند آشکار می‌شد، پرولتاریایی‌شدن پزشکی را «کار کردن بر خط تولید کارخانه» (۳) توصیف کرد. اکنون بیشتر پزشکان کارمندان شرکت‌های بیمارستانی و سامانه‌های سلامت‌اند (۴) و نزدیک به نیمی از آنان گزارش می‌دهند که فشارهای ناشی از کارمندی، آنان را به مرز فرسودگی کشانده است. (۵، ۶) راز و رمز

«حرفه‌ای بودن» و حقوق نسبتاً بالا گاه نمی‌گذارد پزشکان دریابند که این ناخشنودی، بازتابِ دگرگونی موقعیت طبقاتی‌شان است.

تصمیم به نافرمانی

به‌عنوان پزشکی که در موقعیتِ کارگر-کارمند قرار گرفته بود، زمانی گرفتار دردسر شدم که درباره آموزشی که شبکه بهداشت‌مان (OHN) پیش از اجرای ICD-۱۰ برای تمامی درمانگران الزامی کرده بود، لب به اعتراض گشودم. تا آن زمان، نه تنها هیچ نکوهش جدی از مدیریت دریافت نکرده بودم، بلکه بارها مورد قدردانی قرار گرفته و به‌تازگی نیز دوباره در هیئت کادر فعال پزشکی منصوب شده بودم.

قرار بود شبکه بهداشت‌مان با یک شرکت به نام \$Crop برای گذار به سیستم بین‌المللی ICD-۱۰ همکاری کند. این شرکت یکی از صدها شرکتی بود که در سال‌های اخیر برای فروش خدمات مشاوره‌ای به سازمان‌های سلامت سر برآورده‌اند؛ سازمان‌هایی که با چالش‌های فناورانه تحمیل‌شده از سوی بیمه‌گران خصوصی، مدیکر (medicare)، مدیکید (medicaid) و نهادهای گواهی‌دهنده و نظارتی مواجه هستند. از پرونده الکترونیک سلامت گرفته تا استفاده هدفمند از پرونده‌های الکترونیک (meaningful use)، تضمین کیفیت، مراقبت مبتنی بر پاسخ‌گویی، «خانه پزشکی» و دیگر حوزه‌ها—همه عرصه‌هایی‌اند آکنده از «شاخص‌ها» و «پارمترهای ارزیابی» که می‌کوشند کیفیت را در قالب عدد و رقم بیان کنند؛ تلاشی که در میان پزشکان و در گستره بزرگ‌تر جامعه —برای نمونه در مناقشه آزمون‌های استاندارد مدارس — با تردید و نگرانی بسیار پذیرفته شده است.

آموزش \$Corp برای ICD-۱۰ ساعت‌ها وقت بی‌مزد می‌طلبید: تماشای اسلایدهای روایت‌شده و گذراندن آزمون‌های سنجش مهارت. من تصمیم گرفتم تن به این الزام ندهم. یکی از دلایل، بیماریِ رو به پایان یکی از نزدیک‌ترین دوستانم بود؛ دوستی که سرطان متاستاتیک معده—مری آرام‌آرام او را از پا می‌انداخت. روند مرگ او و میل به بودن در کنارش، بیش از همیشه نشانم داد که هر لحظه زندگی از آن ارزشمندتر است که صرف فعالیت‌هایی شود که معنای آن‌ها ناروشن و ارزش‌شان مشکوک است.

پس از مرور محتوای آموزش \$Corp، دریافتیم که کیفیت آن تأسفبار است: تعارض‌های منافع پنهان مانده بود، غالب توصیه‌ها پشتوانه علمی نداشت و لحنِ روایت به‌گونه‌ای ضمنی پزشکان را به «کدگذاریِ بیش‌ازحد» ترغیب می‌کرد—یعنی بالا بردن سطح شدت بیماری و افزودن بیماری‌های همراه بیشتر—تا کدهای صورت‌حساب، درآمد بیشتری برای OHN فراهم کنند. از ممنوعیت‌های دولت فدرال درباره این عملِ خلاف نیز سخنی به میان نیامده بود. افزون بر این، آموزش هیچ توضیحی درباره کاربست ICD-۱۰ در نرم‌افزار پرونده الکترونیک سلامت خودمان ارائه نمی‌داد.

گفت‌وگوهای کوتاه با همکاران نشان داد که این نارضایتی همگانی است، اما اطاعت نیز همگانی . زیرا هرکس احساس می‌کرد گریزی ندارد. من زمان تلف‌شده در این دوره آموزشی را با لحظه‌هایی که می‌توانستم در کنار دوست در احتضارم بگذرانم سنجیدم و تصمیم گرفتم در برابر این آموزش اعتراض کنم.

الزامات کار و سراسیمی خزنده فاشیسم

برخوردهای بعدی‌ام با مدیران OHN مرا به‌راستی شگفت‌زده کرد؛ شگفت‌زده، حتی با آنکه از دگرگونی جایگاه طبقاتی پزشکان آگاه بودم. رئیس اطلاعات پزشکی (CMIO) در پیامی نوشت: «هر درمانگری که تا نیمه‌شب ۷ اکتبر ۲۰۱۵ دوره ICD-۱۰ را کامل نکرده باشد، تا هنگام تکمیل دوره تعلیق خواهد شد.» من در پاسخ، نامه‌ای فرستادم و از او خواستم منطق این الزام آموزشی را برایم روشن کند. او در پیامی که مدیرعامل (CEO) را نیز در رونوشت داشت، پاسخ‌های خود را بی‌هیچ توضیحی در لابه‌لای جملات نامه من چسباند:

۱. لطفاً شواهدی ارائه کنید که نشان دهد آموزش تکمیلی ICD-۱۰ پیامدهای بیماران، هزینه‌ها یا وصول مطالبات را به‌طور قابل اندازه‌گیری بهبود می‌بخشد.

- «قابل بحث نیست. این، دستور OHN است. چه موافق باشید و چه مخالف، باید انجام شود.»

۲. لطفاً هزینه این آموزش برای OHN را اعلام کنید.

- «بی‌ارتباط است، زیرا این یک الزام است.»

۳. لطفاً برآوردی کمی از منافع مالی این آموزش برای OHN ارائه کنید.

- «بی‌ارتباط است، زیرا این یک الزام است.»

۴. لطفاً فرایند رسیدن به این نتیجه را توضیح دهید که «تکمیل این آموزش ما را قادر می‌سازد هم مراقبت مناسب ارائه کنیم و هم از نظر مالی مسئول بمانیم—جزئی از سرپرستی OHN.»

- «بی‌ارتباط است، زیرا این یک الزام است.»

این پاسخ، یکی از زنگ‌های خطر دیرینه‌ام را به صدا درآورد—زنگی که شاید بهترین نامش «هشدار فاشیسم» باشد. نوشتم که پدر بزرگم - مردی که روزگاری کشاورز بود و پس از از دست‌دادن زمینش، نقاش ساختمان شد - به من آموخته بود که

هرگز تن به الزامی ندهم که دلایلش را نمی‌فهمم. توضیح دادم که پزشکان امروز زیر بارِ فزاینده دستورهای می‌روند که نه ریشه‌ای دارند و نه توجیهی روشن؛ دستورهایی که لذتِ طبابت را می‌ربایند و بسیاری را پیش از موعد از این حرفه می‌رانند.

با اشاره به کتاب کلاسیک هانا آرنت درباره آدولف آیشمن (۷)، سرایشی لغزنده فاشیسم را یادآور شدم: لحظه‌ای که انسان‌ها، بی‌آنکه معنای کار را بفهمند، صرفاً فرمان‌هایی را که در محیط کار صادر می‌شود اجرا می‌کنند. نوشتم که چنین الزاماتی —بی‌پایه، کور و بی‌پاسخ‌گو— سزاوار پرسشگری اخلاقی‌اند و گاه سزاوار سرپیچی. سرپیچی‌ای کوچک اما ضروری؛ چیزی در حد یک «نافرمانی مدنی» خرد.

بالین‌همه، CMIO بی‌اعتنا پاسخ داد:

«همه باید آموزش را کامل کنند. ما درنهایت خود دست به انتخاب می‌زنیم و امیدوارم شما انتخاب درست را برای خود و بیمارانتان انجام دهید.»

استانداردسازی

با خود اندیشیدم: اگر استدلال درباره نشانه‌های آغازین فاشیسم در محیط کار، کارگر نیفتاد شاید بتوانم به عقلانیت و کارکردگرایی متوسل شوم. پیشنهادی دادم: اینکه بی‌هیچ چشم‌داشتی، در زمانی خارج از ساعت کاری، به مطب بیایم و کار با ICD-۱۰ را در نرم‌افزار پرونده الکترونیک زیر نظر یکی از کارکنان IT تمرین کنم تا او بتواند شایستگی مرا گواهی کند. اما CMIO از جای خود تکان نخورد و پاسخ داد:

«تحول OHN جنبشی است برای تضمین یکنواختی فرایندها و استانداردسازی. درخواست شما برای استثنا بیرون از انتظار سازمان است.»

این پاسخ نیز یکی دیگر از زنگ‌های خطر ذهنی‌ام را به صدا درآورد؛ این بار «هشدار هنری فوردیسم». از من، به‌عنوان پزشک-کارگر، نه فقط انتظار می‌رفت که بی‌چون‌وچرا دستورها را اطاعت کنم، بلکه باید چون قطعه‌ای از ماشین خط تولید رفتار می‌کردم —موجودی مکانیکی در یک خط مونتاژ پزشکی که با «یکنواختی فرایند» و «استانداردسازی» اداره می‌شود. (۸) وقتی جایی برای فردیت، ابتکار و خلاقیت باقی نمی‌ماند. «تحول» سازمان چیزی نبود جز همان پیش‌بینی استاد راهنمایم: «کار کردن بر خط تولید کارخانه».

سپس از مدیران خواستم توضیح دهند تعلیقی که در انتظارم بود دقیقاً چه پیامدهایی خواهد داشت، پشوانه قراردادی این تعلیق چیست، برای مراقبت از بیمارانش چه برنامه جایگزینی تدارک دیده‌اند، دخالت OHN در داوری حرفه‌ای‌ام چگونه از منظر یک مرجع مستقل بررسی خواهد شد و نیز اینکه حقوقم ذیل قوانین و مقررات حمایت از افشاگران (whistle-

blowers) چگونه رعایت می‌شود. بار دیگر نگرانی‌ام را درباره اقتدارگرایی رو به رشد در محیط کار پزشکی بیان و به شواهد فراوانی که نشان می‌دهند استانداردسازیِ افراطی می‌تواند کیفیت، خلاقیت و حتی بهره‌وری را کاهش دهد، اشاره کردم. همچنین درخواست قبلی‌ام را برای دیداری رودررو یادآور شدم.

مجازات

مخمسۀ اخلاقی که درگیرش شده بودم با شتاب رو به وخامت گذاشت. صبح فردا، مدیرعامل ایمیلی فرستاد بی‌آنکه کوچک‌ترین پاسخی به پرسش‌ها و درخواست‌های مستندی که مطرح کرده بودم بدهد و از من خواست ظرف یک هفته استعفا دهم—درست در هنگامه‌ای که برنامه کاری‌ام لبریز از بیماران ناپایدار و نیازمند مراقبت مستمر بود. تنها پنج روز مانده به موعد تعلیق، نامه‌ای با پست سریع دریافت کردم که مرا رسماً در «نقض قرارداد» مقصر می‌دانست. نامه دیگری همان روز رسید که در آن اعلام شده بود جلسه‌ای که درخواستش را داده بودم لغو شده و ساعات ویزیت با بیماران نیز تا اطلاع بعدی متوقف است.

وقتی کوشیدم برای پاسخ‌گویی به آزمایش‌ها و پیام‌های اضطراری پرستاران وارد سامانه پرونده الکترونیک بیماران شوم، دریافتم دسترسی‌ام به کلی قطع شده است. به ایمیل سازمانی‌ام نیز دسترسی نداشتم و حتی از همان دوره آموزشی ICD-۱۰—که از ابتدا منشأ این بحران بود—منع شده بودم.

اکنون با وضعیتی روبه‌رو بودم که عملاً به رهاشدن صدها بیمار، بی‌هیچ طرح جایگزینی برای مراقبت از آنان می‌انجامید. سال‌ها بود که به دانشجویان و رزیدنت‌ها می‌آموختم «رهاسازی بیمار» در تعارض آشکار با اخلاق حرفه‌ای است. این کار در «آیین‌نامه اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا» (AMA) (۹) صراحتاً نکوهیده شده و در بسیاری از ایالت‌ها جرم محسوب می‌شود. از همین‌رو فوراً با رئیس هیئت پزشکی و رئیس شورای پزشکان تماس گرفتم. آن‌ها مداخله کردند و از مدیرعامل خواستند تا دست‌کم دسترسی‌ام به پرونده‌های الکترونیک برقرار شود و بتوانم بحران‌های بالینی بیماران ناپایدارم را مدیریت کنم.

اما چون نمی‌توانستم بیمارانم را به حال خود رها کنم، یکی از مدیران را متقاعد کردم دسترسی‌ام به برنامه آموزشی ICD-۱۰ را بازگرداند. آن دوره را—درنهایت تلخی و با اعلام اعتراض رسمی—نیمه‌شب همان روز، پس از آنکه ساعاتی را کنار دوستی گذرانده بودم که واپسین روزهای زندگی‌اش را طی می‌کرد، به پایان رساندم. صبح فردا ایمیلی از مدیرعامل دریافت کردم که با لحنی تشریفاتی بابت «اتمام دوره آموزشی» تشکر و اعلام کرد که «نقض قرارداد» از نظر او «مرتفع شده» است.

پرستاران با شتاب برنامه روز بعدم را تنظیم کردند تا بتوانم بخش عمده‌ای از بیمارانم را ببینم. آنان می‌گفتند بیماران، هراسان و سرگردان، در فروشگاه‌ها و حتی در خانه‌هایشان با آن‌ها تماس گرفته و پرسیده بودند اکنون که «پزشکشان رفته»، چه بر سر درمانشان خواهد آمد. حتی یکی از بیماران پرسیده بود: «آیا او مرده است؟»

رستگاری

به‌عنوان پزشک، با موقعیتی اخلاقی و حرفه‌ای بسیار دشوار روبه‌رو شدم؛ موقعیتی که در آن استقلال حرفه‌ای من نادیده گرفته شد، شیوه‌های اقتدارگرایانه بر محیط کار سایه افکند و بیماران به‌گونه‌ای آشکار رها شدند. تعلیق نخست من در بیش از چهل سال خدمت، پرسش‌هایی جدی برانگیخت: آیا گزارشی از این تعلیق به «بانک داده‌های پزشکان ملی» می‌تواند مجوزهای پزشکی‌ام را تهدید کند یا توانایی من برای خدمت در مراکز دیگر را محدود سازد؟ و آیا وظیفه اخلاقی من نبود که تخلفات در OHN را به نهادهای صدور مجوز، ارزیابی و بیمه اطلاع دهم؟

این اقدام کوچک وظیفه‌شناسانه، واکنش‌هایی غیرمنتظره برانگیخت. قرارداد من و قوانین ایالتی مقرر می‌داشت که OHN براساس ادعای مداخله در قضاوت حرفه‌ای، یک بررسی مستقل برگزار کند. هماهنگ‌کننده نهاد دولتی مسئول صدور مجوز مراکز درمانی نیز آمادگی خود را برای رسیدگی به این مسئله و رهاشدگی بیماران اعلام کرد.

با نزدیک شدن احتمال بررسی، مدیرعامل نهایتاً حاضر به ملاقات با من شد. در جلسه، پیشنهاد کردم که یک فرایند میانجی‌گری رسمی برگزار شود. پاسخ او اما سندی بود که شامل عذرخواهی، حذف اطلاعات مربوط به نقض قرارداد از پرونده پرسنلی، تعهد به لحاظ کردن ترجیحات فردی پزشکان در الزامات آموزشی آینده و وعده دیدار شخصی با هر پزشک هنگام در نظر گرفتن تعلیق بود، به‌گونه‌ای که مراقبت از بیماران دچار وقفه نشود.

اما مسیر دستیابی به چشم‌اندازی انسانی و غیرتجاری از پزشکی، که انعکاس واقعی وظیفه اجتماعی و اخلاقی حرفه ما باشد، کجاست؟ این مسیر از تسلیم مداوم نمی‌گذرد. من اعتراف می‌کنم که تصمیم گرفته‌ام با این مشکلات از طریق نافرمانی فردی روبه‌رو شوم. برای من که به انتهای دوران حرفه‌ای‌ام نزدیک‌ترم، چنین اقداماتی خطر چندانی ندارد. اما برای دیگران، غلبه بر این ریسک نیازمند رویکردی سازمان‌یافته‌تر و جمعی نسبت به نافرمانی است. (۱۰) آیا جرئت دارم نافرمانی را به‌صورت جمعی تشویق کنم؟ و یا به تعبیر دیگر:

«پزشکان کارگر جهان، متحد شوید!»

«نه!» کشیش گفت: «لازم نیست همه چیز را حقیقت بدانیم؛ کافی است آن را ضروری بپنداریم.»

کا (یوزف کا) پاسخ داد: «نتیجه‌ای غم‌افزا؛ این نگاه، دروغ را به اصلی عام و فراگیر بدل می‌کند.»

– فرانتس کافکا، محاکمه

در آغاز سده بیست‌ویکم، تصاحب کنترل بر شرایط کار پزشکی و ابزارهای تولید در حوزه درمان، چه در ایالات متحده و چه در دیگر نقاط جهان، به کانونی مهم از منازعه بدل شده است. (۱) این کشمکش به فعالیت‌های روزانه پزشکان و دیگر متخصصانی مربوط است که قانون، حق تصمیم‌گیری بالینی و تعیین مسیر مراقبت از بیمار را به آنان سپرده است. مدیران و صاحبان ساختارهای درمانی، تلاش‌های خود برای چیرگی بر شیوه‌های کار بالینی را غالباً در قالب کوششی برای خلق «ارزش» بیشتر، بهبود «کارآمدی» و «کیفیت» مراقبت و اعمال «انضباط بازار» بر نظامی که آن را ناکارآمد، پرهزینه و غیرمنطقی توصیف می‌کنند، توجیه می‌نمایند.

اما به گمان من، واژگانی همچون ارزش، کارآمدی، کیفیت و انضباط بازار، بیش از آنکه مفاهیمی فنی یا بی‌طرف باشند، بخش‌های یک ایدئولوژی‌اند؛ ایدئولوژی‌ای که هدف آن مشروعیت‌بخشی به سیطره شرکتی بر کار پزشکان و کارکنان حوزه سلامت است. در توضیح روند «فروهرفه‌ای‌سازی» کارکنان سلامت، اندیشه بیگانگی نزد مارکس—جدایی کارگر از کنترل بر کار خویش و از محصول آن—به‌مثابه چارچوبی سودمند برای نگرستن به چهره درمانگر آینده پدیدار می‌شود؛ درمانگری که باید بیاموزد چگونه، نه صاحب حرفه خویش، که کارمند یک سازوکار مسلط باشد. مارکس می‌نویسد: «شیئی که کار آن را پدید می‌آورد—محصول کار—دربرابر کارگر چونان چیزی بیگانه، چون نیرویی مستقل از او قرار می‌گیرد... تحقق کار، برای کارگر، به‌صورت سلب واقعیت درمی‌آید؛ عینیت یافتگی به‌منزله از دست دادن شیء و بندگی دربرابر آن و تملک همچون جدایی و بیگانگی.» (۲)

در این فصل می‌کوشم روشن کنم که چگونه الگوی شرکتی پزشکی، فرهنگ مراقبت بالینی و جان‌مایه کار بالینگران را تنزل می‌دهد. خواهیم دید هنگامی که این الگو، «کالایی‌بودن» درمان و «منفعت‌جویی فردی» را به انگیزه محوری بدل می‌کند چه بر سر رسالت درمان می‌آید: در چنین جهانی، هدف سود بر هدف شفابخشی چیره می‌شود.

وضع رقت‌بار مراقبت‌های اولیه در ایالات متحده

شواهد پرشماری در دست است که نشان می‌دهد مراقبت‌های اولیه، سلامت جمعیت را به‌طور چشمگیری بهبود می‌بخشد و برخلاف پزشکی تخصصی، به کاهش نابرابری‌های سلامت یاری می‌رساند. (۳) مراقبت اولیه همچنین هزینه‌ای به‌مراتب کمتر از مراقبت تخصصی دارد. حتی پژوهش‌هایی از ایالات متحده حکایت از آن دارد که تعداد بیش از اندازه متخصصان می‌تواند به زیان سلامت جامعه باشد. (۴) با وجود این واقعیت‌های روشن، تنها ۱۲ درصد پزشکان آمریکایی در حوزه مراقبت اولیه کار می‌کنند؛ درحالی‌که اکثریت قاطع—بیش از ۸۵ درصد—به صفوف تخصص‌های مختلف پیوسته‌اند. (۵) در اروپا اما، پزشکان مراقبت اولیه معمولاً نزدیک به ۷۰ درصد بدنه پزشکی را تشکیل می‌دهند.

این تمرکز افراطی بر تخصص، ریشه در عوامل گوناگونی دارد اما درنهایت به خصلت فناوری محور و سودآفرین نظام درمانی ایالات متحده بازمی‌گردد. (۶) این نظام، پزشکان جوان را به‌سوی تخصص‌هایی سوق می‌دهد که بر تکنولوژی گران‌قیمت و رویه‌های پرهزینه متکی‌اند—همچون ارتوپدی و قلب—و درمقابل، رشته‌های شناختی‌تر و رابطه‌محورتر مانند پزشکی داخلی، پزشکی خانواده و کودکان را به حاشیه می‌رانند. دانشجویان پزشکی از همان سال‌های نخست درمی‌یابند که مراقبت اولیه، رشته‌ای کم‌اعتبار و کم‌دستمزد تلقی می‌شود.

بااین‌همه، هیچ استدلال معقولی وجود ندارد که کار مراقبت اولیه باید فروارزش‌گذاری شود. هسته مسئله، به‌روشنی سیاسی است: متخصصان، زمام مراکز دانشگاهی و نهادهای تصمیم‌ساز پزشکی را در اختیار دارند، روابط مالی تنگاتنگی با صنایع دارویی و فناوری‌های پزشکی برقرار کرده‌اند و طی دهه‌ها موفق شده‌اند تعریف پزشکی و درمان را به «مصرف داروهای اعجاب‌آور و اتکای بی‌حد به فناوری‌های گران‌قیمت» تقلیل دهند.

خانه پزشکی بیمارمحور: نه «بیمارمحور» و نه «خانه»

در دهه گذشته، الگویی تازه با نام خانه پزشکی بیمارمحور یا Patient-Centered Medical Home : PCMH مطرح شده است؛ الگویی که مدعی است می‌تواند مشکلات مراقبت‌های اولیه را برطرف کند. اصطلاح medical home نخستین‌بار در سال ۱۹۶۷ در ادبیات پزشکی کودکان مطرح شد؛ مفهومی ساده که قصد داشت «کانونی یکپارچه» برای نگهداری پرونده پزشکی کودک را توصیف کند. (۷) اما در دهه ۱۹۹۰، این مفهوم در جامعه مراقبت‌های اولیه بسط یافت—نخست در اسناد انجمن متخصصین کودکان آمریکا و سپس در انجمن متخصصین پزشکان خانواده و کالج متخصصین داخلی آمریکا—تا سرانجام در سال ۲۰۰۷ به بیانیه مشترک پنج نهاد مهم مراقبت اولیه بینجامد. در سال ۲۰۰۸ نیز کمیته ملی تضمین کیفیت، معیارهایی رسمی برای PCMH تعیین کرد که رعایتشان برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، پاداش مالی به همراه داشت.

با همه این تلاش‌ها، تعریف دقیق PCMH همچنان دشوار است. سازمان‌های مختلف، برداشت‌های متفاوتی از آن ساخته‌اند. (۸) با این حال، عناصر مشترک معمولاً چنین‌اند: یکپارچه‌سازی خدمات از رهگذر تشکیل «تیم‌های سلامت» به جای مطب‌های انفرادی، بهبود دسترسی به درمان، «پزشک شخصی» برای هر فرد و دستیابی به کیفیت از طریق اهداف استاندارد شده. برای جبران نابرابری درآمدی نیز وعده داده شد که اگر پزشکان به معیارهای تعیین شده برسند، درآمدشان افزایش خواهد یافت؛ سازوکاری که آن را Pay-for-Performance : P4P (پرداخت مبتنی بر عملکرد) می‌نامند.

با این حال، همه این تدابیر در نهایت تنها به ظاهر بحران می‌پردازند و ریشه‌های تاریخی و ساختاری آن را هدف نمی‌گیرند. جریان گسترده منابع همچنان به سمت مراقبت‌های تخصصی پرهزینه روان است و مراقبت‌های اولیه با کمبود تأمین و حمایت، رها شده‌اند. اگر غایت نظام سلامت، ارتقای سلامت جمعی باشد، این رویکرد عقلانی نمی‌نماید. اما اگر منطق پنهان سود و سرمایه را در دل نظام ببینیم، همه چیز نه تنها «منطقی»، بلکه کاملاً «ضروری» جلوه می‌کند.

در اصل، PCMH سازوکاری برای ارائه خدمات بهداشتی در بستر بازار رقابتی بیمه‌های خصوصی است. بیمه‌پردازان — چه افراد و چه نهادها — می‌بایست هر ساله تصمیم بگیرند کدام طرح، از نظر هزینه و مزایا، برایشان مناسب‌تر است. اگر استعاره «خانه» را در نظر بگیریم، این وضعیت شبیه آن است که هر سال به خانواده‌ای گفته شود: «فرصت دارید نقل مکان کنید و اعضای خانواده تازه‌ای بیایید.» حتی اگر بیماری بخواهد در «خانه» خود بماند و نزد همان پزشک ادامه درمان دهد، هیچ تضمینی نیست که آن پزشک در طرح بیمه سال آینده باشد. آشکار باید گفت: این مدل، خانه نیست بلکه یک شرکت است. همچنین باید صریح بود: PCMH نه از دل تجربه بیماران، بلکه از دل انجمن‌های تخصصی و بوروکراسی شرکتی پدید آمده است. بیماران در طراحی آن نقشی نداشته‌اند. این الگو «بیمارمحور» است، درست به همان معنایی که فست‌فود زنجیره‌ای مک دونالد «مشتری‌محور» است. طنز تلخ ماجرا آنجاست که هیاهوی پیرامون PCMH، به جای نویدبخش بودن، بیشتر نشانگر افول مراقبت انسانی و شخصی شده است.

مهم است به یاد داشته باشیم که PCMH چه مسائلی را نمی‌تواند حل کند و چه گزینه‌هایی را دنبال نمی‌کند. نابرابری‌های شدید طبقاتی و نژادی همچنان در نظام سلامت پابرجا خواهند ماند؛ این نابرابری‌ها کیفیت و دسترسی به مراقبت و حتی امکان ورود به حرفه پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. علاوه بر این، سیستمی که به شدت بر تحقق اهداف کمی کیفیت تمرکز دارد، ممکن است از پذیرش بیماران فقیرتر یا بیمارتر خودداری کند — کسانی که نتایج درمانی‌شان به طور ساختاری احتمالاً نامطلوب‌تر از بیماران برخوردار از منابع اجتماعی و مالی بیشتر خواهد بود.

در تاریخ پزشکی، الگوهای ارزشمندی وجود داشته‌اند که می‌کوشیدند مرکز سلامت را در بافت جامعه ادغام کنند و کلینیک را به عامل توسعه اجتماعی تبدیل سازند. بنیان موفقیت برنامه Community Health Centers در دهه ۱۹۶۰ — به رهبری دکتر جک گایگر — همین درک زمینه‌ای بود. (۹) اما در PCMH نه گوش شنوایی برای جامعه

محلی هست و نه جایگاهی برای حضور آن. هرچند این مدل ظاهر پدرسالارانه پزشکی را حفظ کرده است، «پدر» این خانه دیگر پزشک یا جامعه نیست، بلکه بوروکراسی شرکتی است. در نظامی که سراسر بر بیمه خصوصی فردمحور بنا شده، اساساً چگونه می‌توان «مشارکت اجتماعی کلینیک» را تشویق یا معنادار کرد؟

پرداخت مبتنی بر عملکرد (P4P)

یکی از ستون‌های اصلی «خانه پزشکی بیمارمحور» همان برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد (P4P) است؛ سازوکاری که در آن، پزشکان در ازای دستیابی به اهداف بالینی کمی و ازپیش تعریف شده—برای نمونه درصد بیمارانی که واکسن آنفلوآنزا دریافت کرده‌اند—پاداش مالی می‌گیرند. مطالعات مربوط به P4P نتایجی به شدت متناقض و ناهمگون درباره تأثیر این برنامه‌ها بر شاخص‌های کیفیت ارائه کرده‌اند. (۱۰) به زبان ساده، هنوز دقیقاً نمی‌دانیم این سیاست اساساً کارآمد است یا نه. اگر P4P یک «دارو» بود، همین کمبود شواهد مانع از تصویب و مصرف آن می‌شد؛ اما جهان کسب‌وکار منطق دیگری دارد: ضرورت ایدئولوژیک تبدیل کارکنان سلامت به کارمندان مطیع ساختارهای مدیریتی سودمحور چنان قدرتمند است که نبود شواهد را به آسانی نادیده می‌گیرد.

ناکامی P4P احتمالاً از آن جا ناشی می‌شود که این نظام، مستقیماً مهم‌ترین مسئولیت تاریخی و حرفه‌ای پزشک—یعنی صیانت از سلامت و رفاه بیمار—را تضعیف می‌کند. وقتی بیماری از من می‌پرسد که آیا باید واکسن آنفلوآنزا بزنم یا نه، درواقع پاسخی بی‌طرفانه و مبتنی بر قضاوت حرفه‌ای و شناختی که از او دارم می‌خواهد. اگر بخواهم صادق باشم، باید به او بگویم که برای هر واکسنی که او دریافت می‌کند، مبلغی هرچند ناچیز به من پرداخت می‌شود. تصور کنید چنین اعترافی چه بر سر اعتماد می‌آورد—اعتمادی که باید سنگ‌بنای رابطه درمانی باشد. در منطق سرمایه‌داری، حتی اعتماد نیز در معرض کالایی شدن قرار می‌گیرد.

این برنامه‌های سنجش‌محور، ازمنظری عملی نیز به شدت قابل نقد هستند. معمولاً بر اهدافی تکیه می‌کنند که آسان اندازه‌گیری می‌شوند: تعداد واکسن‌ها، میزان فشار خون، سطوح کلسترول، نظرسنجی‌های رضایت بیماران و مانند این‌ها. اما بسیاری از ما باور داریم که هسته واقعی و انسانی طبابت اولیه، در روابط طولانی‌مدت با بیماران و خانواده‌ها شکل می‌گیرد—روابطی که به یک «عدد» تقلیل‌پذیر نیستند. هنگامی که بیمارانم را در بیمارستان ملاقات می‌کنم—چهره‌ای آشنا در فضایی غریب و هراس‌آور—نوعی از مراقبت را ارائه می‌دهم که برای نقش درمانگر اساسی است، اما در جهان تکنوکراتیک «اهداف سخت» کاملاً نامرئی می‌ماند. بیماران سال‌ها بعد این دیدارها را به یاد دارند و قدردان آن‌اند، حتی اگر من خود آن لحظه را از خاطر برده باشم.

ازسوی دیگر، اهداف بالینی خود به شدت ناپایدارند. پزشکی بالینی با سرعتی چشمگیر دگرگون می شود و آنچه امروز «استاندارد» تلقی می شود، چند سال بعد «نامطلوب» به شمار می رود. اهداف مربوط به کنترل فشار خون، کلسترول و دیابت در سال های اخیر بارها بازنگری اساسی شده اند—تغییراتی که برنامه های P4P معمولاً توان ثبت یا انطباق با آن ها را ندارند. افزون بر این، با گسترش مؤسسات درمانی بزرگ و اشتغال بیشتر پزشکان در این ساختارها، نسبت دادن نتایج بالینی به یک پزشک واحد، از اساس دشوار و گاه بی معنا می شود.

اگر واقعاً قصد ارائه «مراقبت بیمارمحور» داشته باشیم، ناگزیر باید انعطاف چشمگیری در نتایج بالینی قائل شویم. همه بیماران همه درمان ها را نمی خواهند یا نمی پذیرند. اهداف کیفی تحمیل شده از بیرون، اغلب نه با نیاز واقعی بیمار سازگار است، نه با مسائل روزمره کلینیک و نه با واقعیت های اجتماعی و بهداشتی جامعه ای که در آن طبابت می کنیم.

ورود پرونده پزشکی الکترونیک

دولت جرج بوش پسر برنامه ای گسترده برای ترویج فناوری سلامت، به ویژه «پرونده پزشکی الکترونیک» (EMR)، آغاز کرد. این طرح در نخستین سال دولت اواما شتاب بیشتری گرفت؛ زمانی که مطب ها و مراکز درمانی به موجب «قانون بازبایی و سرمایه گذاری مجدد آمریکا»—بسته محرک اقتصادی سال ۲۰۰۹—مشوق های مالی دریافت کردند تا سامانه های EMR خریداری کنند. (۱۱) به این ترتیب، پرونده پزشکی الکترونیک به یک مرکز تازه سودآوری، آن هم با یارانه دولتی، تبدیل شد و ده ها شرکت تجاری به فروش نرم افزارهای EMR برای پزشکان روی آوردند.

تناقض آمیز اینکه، نتیجه این روند چیزی جز پاره پاره تر شدن اطلاعات سلامت نبود. امروز با مجموعه ای حیرت انگیز از سامانه های EMR روبه رو هستیم که هیچ یک با دیگری سازگار نیست. حتی در درون یک مؤسسه واحد نیز اغلب چندین نوع EMR وجود دارد. سامان دادن به این آشوب—آشوبی که ریشه در منطق بازار دارد—شاید ده ها زمان بخواهد. چه کسی می داند چند نفر مجبور خواهند شد واکسن ها یا آزمایش های تکراری بگیرند فقط به خاطر اینکه اطلاعاتشان در نرم افزارهای از کار افتاده و غیرقابل دسترسی گم شده است؟ «خانه پزشکی» گویی به تسخیر خانواده هایی آشفته درآمده که هیچ یک زبان دیگری را نمی فهمند.

اما ویژگی های نگران کننده دیگری نیز در EMR ها وجود دارد. بیشتر این سامانه ها برای ثبت اطلاعات مالی و شاخص های کیفیت طراحی شده اند، نه برای تسهیل مراقبت بالینی. از همین رو، پزشک به جای نگاه کردن به بیمار، پشت کامپیوتر خم می شود و مربع های کوچکی را تیک می زند که نشان دهد بیمار را از سیگار کشیدن برحذر داشته یا برای او کولونوسکوپی تجویز کرده است—نمونه ای تمام عیار از کار بیگانه شده. یکی از بیماران درمانده ام به من گفت: «قبلاً با دکترم حرف می زدم؛ حالا فقط پشت سرش را می بینم.» (۱۲) جریان بالینی گفت و گو دیگر منطق خودش را ندارد؛ اکنون باید

مطابق فرمان‌های ازپیش‌ساخته رایانه پیش برود. وقتی از میان صفحه‌های متعدد و پاسخ‌های ازقبل‌استانداردشده عبور می‌کنید، گویی پشت پیشخوان برگزین کینگ ایستاده‌اید و فقط مشخص می‌کنید مشتری سیب‌زمینی سرخ‌کرده می‌خواهد یا حلقه‌های پیاز.

در بسیاری از EMRها نه تنها صدای پزشک خاموش شده، بلکه —و از آن مهم‌تر— صدای بیمار نیز محو شده است. در سامانه‌ای مبتنی بر منوهای ازپیش‌تعریف‌شده، تاریخچه بالینی به مجموعه‌ای پراکنده از داده‌های بی‌ارتباط با تجربه واقعی بیمار تقلیل می‌یابد:

درد پهلوی چپ / کیفیت: کرامپی / مدت: دو تا چهار روز / بهبود با: دفع.

این رویکرد تقریباً ضد پزشکی است؛ زیرا وظیفه اساسی درمانگر —فهم تجربه زیسته بیمار برای یاری در تشخیص و درمان— را دگرگون و تهی می‌کند.

«ما برای پنج می‌کوشیم»: رضایتی که ساخته می‌شود

یکی از آسیب‌زاترین جنبه‌های «خانه پزشکی بیمارمحور» تمرکز وسواس‌گونه آن بر پرداختن و دست‌کاری داده‌هاست؛ کوششی برای رسیدن به هدف‌هایی عددی که خود، بنیاد دانشی را که باید نیروی محرکه بهبود باشد، تباہ می‌سازد. نمود روشن این انحراف را می‌توان در شیوه برخورد با نظرسنجی‌های رضایت دید. برای نمونه در «محصول بهبود مراقبت» شرکت پرس‌گینی. (Press Ganey's Improving Healthcare) (۱۳) پرس‌گینی، بزرگ‌ترین بنگاه سودمحور در عرصه سنجش رضایت بیماران، پس از هر ویزیت، پرسش‌نامه‌هایی درباره کیفیت مراقبت برای گروهی از بیماران می‌فرستد. مدیران میانی تحت فشار دائمی‌اند تا نمره‌های رضایت را بالا نگه دارند. برای ارتقای این نمره‌ها، شعار «ما برای پنج می‌کوشیم» —که در آن پنج بالاترین امتیاز ممکن است— بر پوسترها، کارت‌های زمان ویزیت، یا حتی به صورت شفاهی به بیماران اعلام می‌شود. و اگر این تمهید هم کارگر نیفتد، همان شرکت پرس‌گینی را می‌توان به کار گرفت تا راه‌های افزایش نمره‌ها را به مؤسسه بیاموزد —فعالیتی جانبی و پرسود برای نهادی که ادعای بی‌طرفی در ارزیابی دارد.

اعلام چنین انتظاری به بیماران، خواه‌ناخواه سوگیری ظریفی در پاسخ‌های آنان ایجاد می‌کند. همان وضعیتی که در پژوهش بالینی با جدیت از آن پرهیز می‌شود. اگر پژوهشگری، پرستار تحقیقاتی خود را تنها به این دلیل سرزنش کند که نتایج فشارخون «مطابق انتظار» نیست، احتمالاً از کار برکنار یا دست‌کم به تخلف پژوهشی متهم می‌شود. اما مدیری میانی که چنین رفتاری نشان دهد، ستوده و پاداش داده می‌شود.

این وضعیت نمود دقیق اصل مشهور دونالد تی. کمبل (Donald T. Campcell) است—اصلی که بعدها «قانون کمبل» نام گرفت: «هرچه یک شاخص کمی اجتماعی (حتی کیفی) بیشتر مبنای تصمیم‌گیری قرار گیرد، بیش از پیش در معرض فشارهای فسادآلود قرار می‌گیرد و بیش‌تر تمایل می‌یابد روندهایی را که در اصل برای پایش آن‌ها طراحی شده، منحرف و مخدوش سازد.» (۱۴) چنین نتایج دست‌کاری‌شده‌ای، تلاش‌های واقعی برای بهبود ساختارها را مختل می‌کنند. هرچند شاید تا زمانی که سرمایه در گردش است، خودِ بهبود ساختار چندان موضوعیتی نداشته باشد.

هم‌زیستی با ساختار سلطه، بخش نخست: انجمن‌های حرفه‌ای

پیروزی شرکت‌های بزرگ بر طبابتِ مراقبتِ اولیه، با همدستیِ پزشکیِ ممکن شده که بر رأس انجمن‌های حرفه‌ای نشسته‌اند و رهبری‌شان به‌واسطهٔ منافع تجاری آلوده و متزلزل شده است. در میان نمونه‌های بسیار، سه مورد را می‌توان شاهد گرفت:

«انجمن متخصصین پزشکی خانوادهٔ آمریکا» (AAFP) شرکت کوکاکولا را به‌عنوان «شریک شرکتی» خود برگزیده است؛ تا آنجا که در صفحهٔ این انجمن دربارهٔ شیرین‌کننده‌های مصنوعی به خواننده یادآوری می‌شود: «این محتوا با حمایت عام از سوی شرکت کوکاکولا فراهم شده است.» (۱۵)

«انجمن متخصصین کودکان آمریکا» (AAP) با صراحت شیردهی را بهترین شکل تغذیهٔ نوزاد می‌داند؛ با این‌همه، نسله—یکی از بزرگ‌ترین تولیدکنندگان جایگزین‌های شیر مادر—به‌عنوان «حامی معتبر» شناخته می‌شود. (۱۶) سال‌ها آرم رسمی AAP بر صفحات نخست نشریات تبلیغ‌کنندهٔ شیرخشک نقش بسته بود. تبلیغ جایگزین‌های شیر مادر، در بیشتر کشورهای جهان غیرقانونی است.

حتی «مؤسسه‌های ملی سلامت» آمریکا (NIH) نیز شرکای تجاری داشته‌اند و این شرکا گاه شرکت‌هایی چون پپسی و کوکاکولا (۱۷) بوده‌اند. اکنون تصور کنید بیماری که این تناقض را دریابد که پزشکش و دولتش—دو نهادی که رسماً موظف به پاسداری از سلامت اویند—با افتخار شریک شرکتی چون کوکاکولا هستند. پس لابد نوشابهٔ کوکاکولا چندان هم زیان‌بار نیست؛ مگر نه؟

هم‌زیستی با ساختار سلطه: بخش دوم — مراکز دانشگاهی پزشکی

مراکز دانشگاهی پزشکی، نیروهای انسانی را می‌پروراند و شاکلهٔ ارزشی و هنجاری حرفهٔ پزشکی را می‌سازند. این نهادها بخش عمدهٔ پژوهش‌هایی را تولید می‌کنند که موتور محرک پیشرفت‌های فناورانه در طب جدید است. فراتر از آن، گونه‌ای از براساخت‌های اجتماعی و زیست‌سیاسی را ترویج می‌کنند — از جمله فرض وجود بنیانی ژنتیکی یا نژادی برای بیماری‌ها و

مسائل اجتماعی — که در نهایت به تولید نوعی اجماع ایدئولوژیک می‌انجامد. مدیران این ساختار پادشاهی هنگفتی دریافت می‌کنند. تا آنجا که در بسیاری از دانشگاه‌های بزرگ، پردرآمدترین افراد نه استادان و پژوهشگران، بلکه مربی تیم بسکتبال و رئیس بیمارستان آموزشی‌اند.

این مسئله معمولاً در قالب «تعارض منافع» نام‌گذاری می‌شود؛ تعارضاتی که باید افشا و تنظیم شوند. اما در واقعیت، هم‌تنیدگی سرمایه‌داری صنعتی با طبابت دانشگاهی چنان ژرف و ساختاری است که رابطه میان این دو را نباید «تعارض»، بلکه هم‌زیستی متقابل و وابستگی ارگانیک دانست. نمونه‌ای روشن‌گر، پیمایشی است که اریک کمپیل و همکارانش در سال ۲۰۰۷ در دانشکده پزشکی هاروارد انجام دادند. از میان ۶۸۸ رئیس بخش، ۴۵۹ نفر (۶۷ درصد) پاسخ دادند و نتایج حیرت‌انگیز بود: دوسوم آنان پیوندهای شخصی مستقیم با صنعت داشتند؛ از مشاوره (۲۷ درصد) تا نقش اجرایی در شرکت (۷ درصد)، بنیان‌گذاری شرکت (۹ درصد)، یا عضویت در هیئت‌مدیره آن (۱۱ درصد). جالب‌تر اینکه بیش از دوسوم ادعا کردند این روابط «هیچ تأثیری بر فعالیت حرفه‌ای‌شان ندارد.» (۱۸) پرسش اینجاست: اگر تأثیر حرفه‌ای ندارد، پس این روابط چه کارکرد غیرحرفه‌ای برای رؤسای بخش‌ها دارد؟

درسوی دیگر، دانشجویان پزشکی بارها کنشگرانی مؤثر در برابر این ساختار بوده‌اند. ماجرای هاروارد نمونه‌ای برجسته است. در ۲۰۰۸، افشای شماری از پرونده‌های تعارض منافع افشانشده، موجی از اعتراض دانشجویی را برانگیخت. دانشجویان گروهی تشکیل دادند و علیه عادی‌سازی روابط پنهان با صنعت داروسازی ایستادند. (۱۹) در سطح ملی نیز «انجمن دانشجویان پزشکی آمریکا» (AMSA)، که در ۱۹۵۰ به‌مثابه بدیلی مترقی در برابر شاخه دانشجویی انجمن پزشکی آمریکا (AMA) تأسیس شد، نقشی تعیین‌کننده ایفا کرده است. بسیاری از اعضای پیشین AMSA در تشکیل «اتلاف ملی پزشکان» در ۲۰۰۵ — نهادی مترقی و نقدمحور در برابر AMA — سهیم بودند. AMSA سالانه دانشکده‌های پزشکی را از منظر روابط‌شان با صنعت داروسازی پایش کرده و به آن‌ها از A تا F نمره می‌دهد. (۲۰)

آیا «شواهد معتبر» بی‌اعتبار شده‌اند؟

پزشکی مدرن طی چند دهه کوشیده است از اتکای صرف بر «نظر متخصص» فاصله بگیرد و به‌سوی «طبابت متکی بر شواهد معتبر» حرکت کند. اما منطق شرکتی مسلط بر نظام سلامت کمتر با چنین شواهدی سروکار دارد. «خانه پزشکی بیمارمحور» (PCMH)، «پرداخت مبتنی بر عملکرد» (P4P) و سازوکارهای مشابه، پیش از آزمون‌های بالینی سخت‌گیرانه و بدون ارزیابی پیامدهای اجتماعی، بالینی و اخلاقی، به اجرا گذاشته و در عمل به مرزهای تازه‌ای برای انباشت سرمایه بدل شده‌اند. تأمل‌برانگیز آنکه امروزه شرکت سهامی سودمحور — نهادی که مبانی علمی، اخلاقی و اجتماعی‌اش به‌درستی مورد تردید قرار گرفته (۲۱) — زمام نظام درمانی را در اختیار دارد.

وقتی پزشکان بالینی اعتراض می‌کنند که وادار به انجام اقداماتی می‌شوند که نه تنها فاقد توجیه بالینی‌اند بلکه به بیماران آسیب می‌زنند، پاسخ می‌شنوند که این اقدامات «برای اهداف سازمان» ضروری است. هنگامی که پزشکان خانواده همکاری انجمن پزشکان خانواده آمریکا با شرکت کوکاکولا را نقد کردند، به آنان گفته شد که این همکاری هم «ضروری» است. بدین‌سان، نظام سلامت به فضایی بدل شده است که می‌توان آن را با جهان کافکایی توصیف کرد: نظامی که در آن دروغ به اصل جهان‌شمول تبدیل شده است.

۳ — فرسایش نیروی کار پزشکی و معنای «کیفیت» در مراقبت سلامت

گوردون دی. شیف و سارا وینچ

«کیفیت در مراقبت سلامت» بدیهی می‌نماید، اما مواجهه با وضعیت کنونی نظام سلامت ایالات متحده ما را وامی‌دارد که همین بدیهی‌ترین اصل را دوباره اعلام کنیم. بیمار، هنگامی که آسیب‌پذیر است، می‌خواهد بداند که مراقبتی که دریافت می‌کند مطابق معیارهای معتبر علمی و اخلاقی است و به زیانش نخواهد انجامید. گاه بیماران چنان در طلب مراقبتی با کیفیت انسانی و مؤثر درمانده می‌شوند که ناچار به پرداخت هزینه‌های کمرشکن یا طی مسافت‌های طولانی برای یافتن درمانی قابل اعتمادند. از آنجاکه کیفیت نیازی انسانی و جهان‌شمول است، فرض طبیعی آن است که نباید تابع طبقه، درآمد یا جغرافیا باشد. باین‌حال، در بسیاری از زمان‌ها و مکان‌ها، «کیفیت» کاهش می‌یابد و سبب خطا، آسیب و بدرفتاری با بیمار می‌شود. نمونه‌هایی از فروریختن کیفیت چنین‌اند:

۱. فقدان تشخیص دقیق یا به‌موقع

۲. تجویز داروهای نامناسب یا زیان‌بار و نبود نظارت دقیق

۳. آزمایش‌ها و درمان‌های غیرضروری

۴. مراقبت شتاب‌زده، بی‌اعتنا، فاقد همدلی و توجه فردمحور

۵. طیفی از شکست‌های ارتباطی: از دسترسی ناپذیری ارائه‌دهندگان تا توضیحات نامفهوم یا دیر هنگام

۶. عفونت‌های اکتسابی بیمارستان و دیگر عوارض ایاتروژنیک (آسیب ناشی از مداخله درمانی م.)

۷. فقدان شفافیت، صراحت، و پیگیری معنادار در برابر خطاها و رویدادهای ناگوار

۸. نابرابری‌های آشکار در درمان بر پایه توان پرداخت، نژاد/قومیت، دورافتادگی جغرافیایی، یا شرایط برچسب‌خورده مانند بیماری روان‌پزشکی

با گسترش شرکتی‌سازی و تبدیل مراقبت سلامت به عرصه‌ای کالایی، «کیفیت» در معنایی فشرده و تقلیل‌یافته بازتعریف شده است. کیفیت به مجموعه‌ای از شاخص‌ها و عددها فروکاسته شده و خود به میدان تنش میان نیروی کار سلامت، مدیران، و بیماران بدل شده است. مراقبان خط مقدم بیش از پیش فرسودگی، سرخوردگی، و حتی بدبینی ساختاری را تجربه می‌کنند. آنان که صادقانه به کیفیت می‌اندیشند، می‌بینند که در شرایط کاری‌ای قرار گرفته‌اند که امکان کنش حرفه‌ای اخلاق‌محور را از آنان گرفته و وعده‌های بهبود کیفیت، به ابزار کنترل نیروی کار تبدیل شده‌اند. (۱)

برای فهم آنچه در بطن «بحران کیفیت» جاری است — از ناکامی طرح‌های بهبود، تا ناتوانی در جلب نیروی کار، اجرای طرح‌های بی‌اثر یا زیان‌بار، نارضایتی شدید از فناوری اطلاعات سلامت و بهبودهای ناپایدار — باید کیفیت را در چشم‌اندازی تاریخی و ساختاری مطالعه کرد. ما با رویکردی انتقادی به سلطه تفکر بازارمحور بر گفتمان کیفیت می‌نگریم. چنین لنزی تناقض‌های درونی پروژه‌های رسمی «بهبود کیفیت» را آشکار می‌سازد: تحمیل شاخص‌های عددی بی‌روح، اجرای روش‌های موسوم به «روش‌های کاهش گرایانه مدیریت بهره‌وری»، تلاش برای جایگزینی «پرداخت به ازای خدمت» با «پرداخت مبتنی بر کیفیت»، رشد بی‌محابای فناوری‌های اطلاعاتی ناکارآمد و پیاده‌سازی انواع سازوکارهای «پرداخت مبتنی بر عملکرد» که اغلب تضاد منافع ساختاری ایجاد می‌کنند.

این چشم‌انداز انتقادی کمک می‌کند دریابیم که «مشکلات کیفیت» درواقع نشانه‌هایی از مسائل عمیق‌تر و ساختاری‌ترند. به همین دلیل، ما از پرداختن صرف به سطح پدیدارها — مانند ضعف ارتباطات، رکود سازمانی، کمبود آموزش، بی‌انگیزگی، ناتوانی در استانداردسازی، یا کمبود آموزش بیمار — فراتر رفته، استدلال می‌کنیم که بحران کیفیت، بازتاب تناقضات بنیادی در سازمان اجتماعی و اقتصادی مراقبت سلامت است؛ تناقضاتی که تنها با فهم دقیق و مواجهه ساختاری با آنها می‌توان راهی برای تحول یافت.

بیگانگی در کار سلامت

با فرسودگی و دل‌زدگی فزاینده کارکنان نظام سلامت از کار و بیماران‌شان، کلمات کارل مارکس بخش بزرگی از تجربه آنان را به‌درستی صورت‌بندی می‌کند:

«خصلت بیگانه‌شده کار برای کارگر در این واقعیت آشکار می‌شود که این کار، کارِ او نیست بلکه کار برای دیگری است؛ در روند کار، او نه به خود، که به دیگری تعلق دارد. بیگانگی نه فقط در محصول، بلکه در خودِ روند، در تولید، در خودِ فعالیتِ مولد رخ می‌نماید.» (۲)

توصیفات مارکس از اینکه چگونه کارگران از کار خود بیگانه می‌شوند—از محصول کار، از کنش تولید، از سایر کارگران و حتی از خویشتن خویش—برای بسیاری از پزشکان، پرستاران و دیگر حرفه‌مندان سلامت امروز کاملاً آشناست. کاری که روزگاری درونی و رضایت‌بخش بود، اکنون به امری فرساینده، بی‌پاداش و بیگانه بدل شده است.

هری براورمن، در تحلیل تازه‌تر خود راه‌هایی را واکاوی کرد که طی آن‌ها کارگران بی‌احترام شمرده شدند و از امکان مشارکت معنادار در روند تولید تهی گردیدند—فرایندی که نه تنها به زیان کارگران، بلکه به زیان کیفیت محصول نهایی نیز تمام شد. (۳) براورمن این «تنزل‌یافتگی» در کارخانه و بخش خدمات را به «کالایی‌سازی همه وجوه زندگی» در زیر سلطه «بازار عام» پیوند زد و نشان داد چگونه این روند، جوهر انسانی کار را می‌فرساید. (۴)

ما که در عرصه سلامت کار می‌کنیم، همچون بیماران مان، نیک می‌دانیم که مراقبت، پیش و بیش از هرچیز، رابطه است—رابطه‌ای شفاف‌بخش، مراقبت‌کننده، همدلانه، درازمدت و شخصی. (۵) مارکس در توصیف آنچه انسان را از سایر گونه‌ها متمایز می‌کند، از «نیاز نوعی» (species need) سخن گفت—نیازی آفرینش‌گر که فراتر از نیازهای طبیعی مشترک با حیوانات است؛ نیازی برای دگرگون کردن جهان با کارِ خلاق. در این خوانش، هنگامی که پیوند آفرینش‌گرانه کارگر با محصول کارش گسسته و محصول به کالایی بیگانه بدل می‌شود، بیگانگی رخ می‌دهد.

امروز تجلی‌های بیگانگی در نظام سلامت فراگیر است. صفحات روزنامه‌ها و مجلات پزشکی مملو از گزارش‌هایی درباره فرسودگی شغلی‌اند—با نرخ‌هایی که گاه به ۶۰ درصد می‌رسد و بیش از ۲۰ درصد گزارش فرسودگی شدید یا بسیار شدید می‌دهند (۶)؛ ترک کار از سرِ سرخوردگی، کاهش معنا و لذت کاری، سیطره صفحه‌نمایه‌ها و علامت‌زدن‌های بی‌پایان که زمان رابطه انسانی را می‌بلعد، جابه‌جایی مکرر همکاران که منجر به اختلال در تداوم کار می‌شود، فشارها برای افزایش سرعت و تعداد ویزیت‌ها، ملاقات‌هایی چنان شتاب‌زده که نه مجالی برای شنیدن می‌ماند و نه پاسخ‌گویی، گسست پیوستگی مراقبت و تحمیل جابه‌جایی بیمار به واسطه تحویل اجباری بین درمانگران (۷)، انبوه مقررات بی‌معنی و زمان‌بر و سلطه مدیران و مشاورانی که اغلب شناخت اندکی از واقعیت کار بالینی دارند. (۸)

درک این مشکلات به مثابهٔ امور پراکنده و جداگانه، خطاست. این‌ها همه تجلی‌های یک ریشه واحد هستند: بیگانگی از کار. کار مراقبت بیگانه شده است نه به این دلیل که ما کمبود افرادِ دلسوز، مدیرانِ بصیر، شاخص‌های هوشمند یا حتی زمان کافی داریم—اگرچه وجودشان بی‌شک مؤثر است. آنچه دگرگون شده، از دست رفتن کنترل ما بر غایت، محتوا، طراحی و

محصول کاری است که تولید می‌کنیم. در گذشته، سلطه حرفه‌ای پیامدهای منفی خود را بر مراقبت داشت؛ اما بیگانگی اخیر نیروهای سلامت، ماهیت کار پزشکی را به‌گونه‌ای بنیادی دگرگون کرده است. (۹)

کارشناسان سیاست‌گذاری این دشواری‌ها را غالباً «پیامدهای ناخواسته» تلاش‌های خیرخواهانه برای بهبود «ارزش» یا کیفیت می‌نامند، همچنین آن‌ها این دشواری‌ها را حاصل تلاش برای برقراری تعادلی میان دوگانه‌های به‌ظاهر ذاتی و ناگزیر نظام سلامت تلقی می‌کنند و از نیاز به یافتن «حد میانه» میان استانداردسازی و انعطاف، میان معیارهای سخت و شاخص‌های بومی‌سازی‌شده، میان خصوصی و عمومی، میان تفویض بیشتر یا کمتر و میان استقلال و پاسخ‌گویی سخن می‌گویند. اما از منظر ما، این‌ها نه پیامدهای فرعی، بلکه پیامدهای مستقیم ساختارهای بالادستی‌اند—ساختارهایی که سازمان‌دهی مراقبت سلامت را در چارچوب نظام سیاسی—اقتصادی سرمایه‌داری تعیین می‌کنند. از این چشم‌انداز، مسئله بنیادی، مالکیت ابزارهای تولید پزشکی، کنترل بر شرایط کار، فرایند کاری تهی‌شده از خلاقیت و تجربه بیگانگی سلامت کارگران است.

اکنون برای توضیح اینکه چرا کیفیت مراقبت فروکاسته و چرا تلاش‌های «بهبود کیفیت» ناکام مانده‌اند به بررسی تناقض‌های درونی چند روند مسلط در این حوزه می‌پردازیم: **الگوی تولید بهره‌ورانه (lean production)**. شاخص‌ها و سنجه‌های کیفیت، و فناوری اطلاعات سلامت. [تولید ناب یا بهره‌ورانه یک رویکرد مدیریتی/صنعتی است که هدفش کاهش اتلاف، بالا بردن کیفیت و ساده و کارآمد کردن فرایندها است.م]

«به‌نام کیفیت»

اعتراض به هدف‌هایی که «الگوی تولید بهره‌ورانه» برای ارتقای کیفیت برمی‌شمارد، کار ساده‌ای نیست: کاهش اتلاف، اصلاح پیوسته فرایندهای کاری، رسیدگی به مشکلات در همان لحظه وقوع—حتی اگر به توقف کار بینجامد—هماهنگ‌سازی ظرفیت با نیاز، تکیه بر داده به جای نظر شخصی، جست‌وجوی علت‌های ریشه‌ای در ساختارهای نظام‌مند به‌جای مقصردانستن افراد و فراهم کردن ابزارهایی برای کارکنان تا بتوانند کیفیت را اندازه‌گیری و بهتر کنند. (۱۰)

ما که سال‌ها در بالین و در حوزه بهبود کیفیت کار کرده‌ایم، بی‌پرده می‌گوییم که در برابر این رویکرد—و شیوه‌های بهبود مستمر—هم شگفت‌زده‌ایم و هم مردد. (۱۱) بارها دیده‌ایم که این روش‌ها چگونه در برطرف کردن برخی از مشکلات دیرپا در نظام سلامت اثرگذار بوده‌اند و گاهی واقعاً توانسته‌اند خللی را پر کنند که در آغاز فصل به آن اشاره شد.

اما پشت این روش‌های «بهره‌ورانه» لایه‌ای از تناقض‌ها و کاستی‌ها پنهان است که کمتر درباره‌شان سخن گفته می‌شود؛ مسائلی که هر کس که واقعاً به کیفیت اهمیت می‌دهد ناچار است با آن‌ها روبه‌رو شود. بسیاری از نقدهای وارد به این

رویکرد، که پیش از این نیز درباره نسخه صنعتی آن مطرح شده بود معمولاً با این بهانه کنار گذاشته می‌شوند که مشکل از «اجرای ناقص»، «برداشت نادرست از اصول»، یا «اطلاعات ناکافی» درباره شیوه پیاده‌سازی آن است. (۱۲)

این نوع واکنش‌ها، نشانه‌های هشداردهنده را نادیده می‌گیرند—نشانه‌هایی که می‌گویند «رویکرد بهره‌ورانه» در عمل آن‌قدرها هم که ادعا می‌شود، کارآمد، پخته یا خردمندانه نیست.

تعهدی سطحی به کیفیت و به نیروی کار: آنچه در بسیاری از موارد، «کیفیت» دانسته می‌شود تنها نقابی است که بر اراده عمیق‌تر سازمان‌ها برای کاهش هزینه‌ها زده می‌شود. اما زمانی که شرایط ایجاد کند —و این لحظه کم هم پیش نمی‌آید—تمام آن سخنان پرطمطراق درباره کیفیت، به سرعت در برابر اصل بنیادین نظام سازمانی عقب‌نشینی می‌کند. تجلی‌های این شکاف میان ادعاهای رسمی و واقعیت میدانی، طیفی گسترده دارد: از صورت‌های ظریف‌تر—مثل لغزش‌ها یا حواس‌پرتی‌هایی که باعث دور شدن از هدف‌های کیفی می‌شود—تا کنار گذاشتن برنامه‌های ارتقای کیفیت به محض فروکش کردن موج کوتاه علاقه و هیجان اولیه و حتی تا نقض جدی وعده‌هایی که به کارکنان داده شده بود؛ وعده‌هایی درباره احترام به تجربه آنان، پرهیز از تعدیل نیرو یا برون‌سپاری نکردن مشاغل. در این میان، پرسش اصلی پابرجاست: صدای کارکنان چند بار واقعاً شنیده می‌شود؟ تجربه زیسته آنان—که نزدیک‌ترین تماس را با بیماران و فرایند واقعی کار دارند—چند بار در تصمیم‌گیری‌ها به رسمیت شناخته می‌شود؟

ناتوانی در تمایزگذاری میان «اتلاف» و نظام طبیعی کار، یکی از کاستی‌های بنیادین مدیریت صنعتی است. نظام طبیعی کار شامل وقت کافی برای مواجهه با بیماران، فرصت‌های مفید برای استراحت و بازسازی نیرو و پرهیز از فشارهای فرساینده است. پیچیدگی‌های ذاتی مراقبت سلامت — و بسیاری از سایر اشکال کار انسانی — اقتضا می‌کند که به کارکنان و ساختار زمان‌بندی کار آن‌ها احترام گذاشته شود. باین‌حال، همان‌گونه که فردریک وینسلو تیلور، پیشگام جنبش بهره‌وری و بنیان‌گذار «مدیریت علمی» در اوایل سرمایه‌داری قرن بیستم در ایالات متحده، استدلال می‌کرد، برخی کارکنان غالباً به کاهش کاری روی می‌آورند (که در تعبیرات منفی‌تر می‌توان آن را «کاهش عمدی تلاش» یا «تظاهر به عدم بهره‌وری» نامید) و بنابراین به نظارت و ساختاردهی دقیق نیاز دارند. چنین رویکردی نه تنها بی‌احترامی به کارکنان است، بلکه نشان‌دهنده فهمی سطحی و نادرست از ماهیت واقعی کار است. (۱۳) در حوزه مراقبت سلامت، رویکرد صنعتی به معنای تحمیل فشارهای تولیدی بیرونی بر فرایندهای کاری بالینی است. برای مثال، یک پزشک مراقبت اولیه که از ویزیت‌های طولانی و پی‌درپی عقب مانده، ممکن است از وجود یک بیمار «آسان» ده دقیقه‌ای در یک نوبت پانزده دقیقه‌ای بهره‌بردار تا فرصتی برای جبران عقب‌ماندگی و بازسازی نیرو بیابد. اما مدیرانی که تنها بر «بهینه‌سازی بهره‌وری» تمرکز دارند، همین بیمار آسان را می‌توانند «اتلاف زمان» تلقی کنند؛ کاری که به نظرشان می‌توان آن را به فردی کم‌مهارت‌تر سپرد یا حتی از نظر آن‌ها ویژگی غیرضروری به حساب آورد.

بهبودهای جزئی در برابر دگرگونی‌های ساختاری: نیت‌های خیرخواهانه مدیران برای ارتقای کیفیت، توان مقابله با نیروهای قدرتمندی که ساختار سلامت را شکل می‌دهند ندارد. (۱۴) ادغام‌ها، تملک‌ها، بازسازی‌های شرکتی، خرید بیمارستان‌ها و مطب‌ها با اتکا به وام و موج‌های خصوصی‌سازی خدمات عمومی عملاً اصل نخست ادوارد دمینگ، نظریه‌پرداز برجسته مدیریت کیفیت و بهبود مستمر — یعنی «ثبات هدف در بهبود محصولات و خدمات، با هدف تداوم فعالیت و حفظ اشتغال بلندمدت» — را به تمسخر می‌گیرند. (۱۵) طبیعی است که کارکنان با حقانیت و گاهی با بدبینی عمیق، نسبت به موج‌های پی‌درپی مدیران جدید و سبک‌های مدیریتی که کارشان را دیکته می‌کنند، واکنش نشان دهند. تغییراتی که اجرا می‌شوند، اغلب در مقایسه با تحولات ساختاری مورد نیاز برای بهبود واقعی کار، بسیار اندک‌اند. زیرا روش‌های بهینه‌سازی منابع و حذف اتلاف (رویکرد «لین») و نیز الگوهای بهبود مستمر کیفیت (CQI: continuous quality improvement) عمدتاً بر اصلاحات جزئی و تدریجی تمرکز دارند نه بر دگرگونی‌های بنیادین.

نبود پیگیری و ماندگاری دستاوردها: اگرچه این مسئله با برخی نگرانی‌های پیش‌گفته هم‌پوشانی دارد اما ناکامی مکرر سازمان‌ها و طرح‌ها در ادامه دادن مسیر آغازشده و تثبیت تغییرات، خود موضوعی مستقل و اساسی است. بسیاری از بهبودها — به‌ویژه تغییراتی که به شیوه کار روزمره کارکنان مربوط است — وقتی تنها چند سال بعد دوباره نگاه می‌کنیم، چنان کم‌رنگ و محو شده‌اند که گویی هرگز وجود نداشته‌اند. آمار دقیقی در دست نیست که نشان دهد چه نسبتی از این برنامه‌ها در درازمدت دوام می‌آورند و کدام‌ها آرام‌آرام کنار گذاشته می‌شوند. اما تجربه ما نشان می‌دهد که تداوم واقعی، بیشتر استثناء است تا قاعده. (۱۶)

غفلت از پیوند اتلاف‌های پزشکی با اتلاف‌های کلان محیط زیستی: نظام‌های کنونی تولید و ارائه خدمات در جامعه ما با مجموعه‌ای از بحران‌های زیست‌محیطی روبه‌روست: گرمایش جهانی، آلودگی هوا و آب، انباشت پسماند، تهمی‌سازی منابع طبیعی و جنگل‌زدایی. بی‌تردید نمی‌توان روش‌های مدیریتی مورد بحث را مسئول همه این بحران‌ها دانست اما با توجه به ادعای آن‌ها درباره «کاهش اتلاف» و نقشی که برای خود در سامان دادن فرایندهای تولید و مصرف قائل‌اند، ناتوانی‌شان در رویارویی با مسئله بزرگ‌تر «اتلاف» در مقیاس اجتماعی، تضادی عمیق و بنیادین ایجاد می‌کند. (۱۷)

سوگیری‌ها و تحریف‌های ارزیابی موفقیت‌ها و ناکامی‌های الگوی تولید بهره‌ورانه: کتاب‌ها، مطالعات موردی، گزارش‌های اینترنتی و ادعاهای مشاوران درباره ارزش و فضائل الگوی تولید بهره‌ورانه به‌طور گسترده‌ای منتشر شده است. هرچند برخی از این گزارش‌ها بازتاب پدیده شناخته‌شده سوگیری به نفع گزارش نتایج مثبت هستند، به نظر می‌رسد در این حوزه تعارض منافع ویژه‌ای نیز وجود دارد. بیمارستان‌هایی که مشتاقان کیفیت بالای خدمات خود را برند کنند، مشاورانی که در پی فروش خدمات خود هستند و حتی اعضای پرشور پروژه‌ها و تیم‌ها غالباً مشتاقان تلاش‌های

فداکارانه و موفقیت‌های خود را به جهانیان گزارش دهند. همه این عوامل تصویری نامتعادل از فضائل الگوی تولید بهره‌ورانه ایجاد می‌کند.

تضاد میان کار تیمی و رقابت فردی : با اینکه تلاش‌ها در قالب مفاهیم تیمی و همکاری گروهی ارائه شده است، اما رقابت غالباً بر همکاری غلبه می‌کند. جامعه ما و ایدئولوژی بازار سرشار از زبان و رفتارهای رقابتی است. این امر را می‌توان در موارد متعدد مشاهده کرد: استفاده از نمره‌های گزارش کیفیت برای انتخاب بهترین پزشکان یا بیمارستان‌ها، تمرکز و پاداش‌دهی به واحدهای کاری کوچک که توجه خود را محدود به عملکرد شخصی خود می‌کنند و اغلب به زیان تعامل با کل پیچیده و بزرگ‌تر عمل می‌کنند (فرایندی کاهش‌گرایانه که به‌درستی «بهینه‌سازی جزئی» نامیده می‌شود)، پاداش‌دهی به عملکرد فردی که توجه را از کار گروهی منحرف می‌کند و گاهی آن را تضعیف می‌کند، فرایندهای پزشکی غیرقابل اشتراک و نرم‌افزارهای اختصاصی و مخالفت با استانداردهای عمومی و مقرراتی که می‌توانند اشتراک‌گذاری دانش و تجربه را تسهیل کنند.

امتیازدهی به برخورداران پیشین؛ مجازات کم‌برخورداران: بیمارستان‌ها و کلینیک‌های کم‌برخوردار، بیماران محروم را خدمت‌رسانی می‌کنند؛ بیمارانی که بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی‌شان کمتر مورد توجه قرار گرفته و مراقبت از آنان دشوارتر است. این مؤسسات به‌ویژه نیازمند بازطراحی برای ارائه مراقبت با بالاترین کیفیت هستند. اما واقعیت، حداقل در ایالات متحده، این است که «غنی‌تر، غنی‌تر می‌شود» و قانون وارونگی مراقبت تئودور هارت «دسترس‌ی به مراقبت پزشکی خوب با نیاز جمعیتی که خدمت‌رسانی می‌شود، رابطه معکوس دارد» — نه‌تنها درمورد بیماران، بلکه برای سازمان‌های مراقبت بهداشتی نیز صادق است. (۱۸) از آنجاکه مؤسساتی که به فقرا خدمت می‌کنند منابع لازم برای سرمایه‌گذاری در مشاوران، اختصاص زمان کارکنان به پروژه‌های بهبود را ندارند یا تمام کوشش‌شان معطوف به پرداختن سیمای بیرونی مراقبت است، اغلب بیش‌تر عقب می‌مانند. (۱۹) سازمان‌هایی که به عملکرد پاداش می‌دهند (موسوم به «پرداخت براساس عملکرد») اذعان دارند که خدمت به محرومان همچنان نقطه‌ضعف آن‌هاست، حتی باوجود تلاش‌هایشان در اصلاح معیارهای سنجش عملکرد.

مزایای نابرابر در سازمان‌ها : موضوع تنها حقوق بالای مدیران یا پاداش‌ها نیست (که اغلب به‌شدت ناعادلانه و هزار برابر بیشتر از حقوق کارکنان خط مقدم است) بلکه به نحوه شناسایی و پاداش‌دهی به کارکنانی مربوط می‌شود که کار سخت خط مقدم را انجام می‌دهند و موظف‌اند در تلاش‌های بهبود کیفیت مشارکت کنند. شادی‌ها و دشواری‌های چنین کاری اغلب نادیده گرفته می‌شوند. درحالی‌که مدیران و رهبران از موفقیت‌ها اعتبار کسب می‌کنند. با وجود تقدیرهای گهگاه، کارکنان سلامت غالباً نیت واقعی را می‌بینند و از تلاش‌های بهبود کیفیتی که به نمایندگی از سازمان از آن‌ها خواسته می‌شود، احساس رنجش می‌کنند.

فناوری اطلاعات سلامت: ضربه‌های پیاپی سرمایه بر کار بالینی و فرایند مراقبت

یکی از حوزه‌های کلیدی که وعده‌های ارتقای کیفیت با تناقض‌های سرمایه‌داری معاصر روبه‌رو می‌شود، فناوری اطلاعات سلامت است. ازمنظر تاریخی، نخستین تمرکز بر کامپیوتری کردن نظام سلامت برای مدیریت مالی و صدور صورت‌حساب بود. بالاین‌حال، سیاست‌گذاران به‌تدریج دریافته‌اند که هرچند این امر برای درآمدزایی و حفظ تراز مالی اهمیت دارد، پیچیدگی‌ها و هزینه‌های ارائه مراقبت پزشکی، هدفی بسیار کلیدی‌تر برای اتوماسیون و نظم‌بخشی دیجیتال است.

سامانه‌های دیجیتال، از ثبت و مدیریت نتایج آزمایش‌ها تا سفارش دارو و انجام مستندسازی بالینی، به‌تدریج بخش عمده‌ای از کار روزمره درمان‌گران را در بر گرفته‌اند. بر این کارکردهای پایه، امکانات متعددی افزوده شده است: هشدارها و راهنمایی‌ها برای سفارش دارو و آزمایش، پیام‌رسانی میان همکاران، دسترسی بیماران به بخش‌هایی از پرونده‌های خود، و ابزارهایی برای پیگیری گروه‌های نیازمند غربالگری و گزارش‌دهی به بیمه‌ها و نهادهای ناظر.

در نسل‌های نخست فناوری اطلاعات سلامت، هدف اصلی آسان‌تر کردن کار بالینی بود: کاهش بار کار تکراری، کم کردن مستندسازی دستی و روان کردن جریان کار. پزشکان و پرستارانی که پیشگام این مسیر بودند، اغلب سامانه‌هایی ساده و بومی برای تسهیل کار خود می‌ساختند. یکی از اهداف کلیدی آن‌ها کاهش خطا از طریق استانداردسازی فرایندهای تکراری و پرخطا بود. نخستین گزارش‌های موفق در زمینه بهبود کیفیت، ایمنی و کارایی، عمدتاً از همین مراکز پیشرو برمی‌آمد. (۲۰)

بالاین‌حال، اکنون سامانه‌های تجاری بزرگ تقریباً تمام سیستم‌های بومی را کنار زده‌اند. پارادایم تغییر کرده است: از «ابزاری برای آسان‌تر کردن کار» به «سامانه‌ای برای کنترل، استانداردسازی و نظارت بر کار». این تحول، دست‌کم در نظریه، می‌توانست به کاهش تفاوت‌های نامتناسب، کاستن از خطا و افزایش پاسخ‌گویی منجر شود. اما در عمل، و علی‌رغم سرمایه‌گذاری‌های کلان به ارزش ده‌ها میلیارد دلار یا یورو در ایالات متحده، بریتانیا و سایر کشورها، سامانه‌های شرکتی با نارضایتی کاربران، ناکارآمدی و مشکلات ایمنی مواجه‌اند. وعده‌های کاهش هزینه و کمک به درمان‌گران برای ارائه مراقبتی با کیفیت‌تر، بارها و بارها شکست خورده است.

شکایت‌های کاربران، که با داده‌های پژوهشی نیز تأیید می‌شود، طیفی از مسائل بنیادین را دربرمی‌گیرد:

الف) نگارش یادداشت‌های بالینی اکنون زمان‌برتر شده است؛

ب) درمان‌گران از صحبت کردن یا حتی نگاه کردن به بیمار بازداشته می‌شوند؛

پ) یادداشت‌ها قالب‌مند و خشک‌اند و فاقد روایت منسجم از تجربه زیسته؛

ت) پرونده‌ها پر از اطلاعات بی‌ربط یا نادرست‌اند؛

ث) سامانه‌های پرونده الکترونیک با یکدیگر ارتباط برقرار نمی‌کنند و این امر موجب ارائه مراقبت‌های نالایمن یا ناکارآمد به بیمارانی می‌شود که خدمات خود را در چند مرکز دریافت می‌کنند.

ج) طراحی نامناسب و پیچیده سامانه‌ها، کار بالینی را کند و سفارش دارو و آزمایش را به روندی ناکارآمد و سخت تبدیل کرده است.

چ) هشدارهای بی‌ربط و مثبت‌های کاذب سبب می‌شود مراقبان از هشدارهای مهم غفلت کنند.

ح) الزامات مالی و گزارش‌دهی، پیچیده‌تر، زمان‌بر و پرهزینه شده‌اند. (۲۱)

سنجه‌ها: مترها، خط‌کش‌ها و افراد تحت سنجش

وقتی بیماران و کارکنان سلامت از این گلایه می‌کنند که «به یک عدد فروکاسته شده‌اند»، درحقیقت تجربه‌ای واقعی را بیان می‌کنند؛ تجربه‌ای که شاید خود نیز به ژرفای آن آگاه نباشند. سنجه‌هایی که برای اندازه‌گیری عملکرد بالینی و پیامدهای درمان به کار می‌روند، امروز بر ساختار مراقبت سلامت و برنامه‌های بهبود کیفیت چیره شده‌اند. حتی مدیرانی که گاهی به کاربرد نادرست سامانه‌های الکترونیک یا الگوهای تولید بهینه انتقاد می‌کنند، همچنان به سنجش به عنوان ابزاری برای ارتقای کیفیت دلبسته‌اند. این باور رایج که «هرچه را نتوان اندازه گرفت، نمی‌توان بهبود داد» چنان بدیهی پنداشته می‌شود که هرگونه تردید نسبت به نقش محوری عددها به سرعت با انگ «ضد علم بودن» کنار زده می‌شود. اما همان‌گونه که الگوهای بهینه‌سازی کار و فناوری‌های سلامت تهی از پیش‌فرض‌های ایدئولوژیک نیستند، خود سنجه‌ها نیز حامل چارچوب‌ها و داوری‌هایی‌اند که می‌توانند کیفیت واقعی مراقبت را تحریف، کم‌اهمیت، منحرف یا حتی خنثی کنند.

فوکو نشان داده است که منطق اندازه‌گیری و تحلیل، با شیوه‌های امروزی انضباط بخشی، هنجارسازی و نظارت بر رفتار پزشکی هم‌ساز است. (۲۲) هنگامی که کارکنان سلامت رتبه‌بندی می‌شوند و کارشان در قالب نمودار و منحنی بازنمایی می‌شود، این بازنمایی می‌تواند مبنایی برای اعمال انضباط و جهت‌دهی باشد؛ روندی که فوکو آن را «نرمال‌سازی» می‌نامد. قابلیت نظارت از دور، امکان «اداره کردن از دور» را ایجاد می‌کند؛ وضعیتی که در آن اختیار و کنترل محلی از دست کارکنان خط مقدم بیرون کشیده می‌شود و آنان به تدریج حق تعیین مسیر و محتوای کار خود را از دست می‌دهند. (۲۳) در این سازوکار، چنان وانمود می‌شود که گویی خود سنجه‌ها هستند که حکم می‌رانند و بدین‌سان روابط واقعی قدرت و تصمیم‌گیری‌هایی که در سطوح دور از عرصه بالینی اتخاذ می‌شود از نظر پنهان می‌ماند.

طنز تلخ ماجرا این جاست که پزشکان سال‌ها بیماران را به اعداد فروکاسته‌اند. برای نمونه با اولویت‌دادن به داده‌های «عینی» آزمایشگاهی و بی‌اعتنایی به تجربه زیسته و «ذهنی» بیمار. امروز این روند وارونه شده است: نگاه بوروکراتیک متوجه خود پزشکان شده و آنان را در جایگاه ابژه‌های عددی نشانده است.

برای بازگشایی بار مفهومی و پیامدهای همراه با شیف‌تگی کنونی نسبت به سنجه‌های محدود و به‌کارگیری نامتعادل آن‌ها، ضروری است که فرایندهای اندازه‌گیری را از چند منظر و زاویه مورد واکاوی قرار دهیم:

ارزیابی مبتنی بر ارزش‌ها. انتخاب اینکه چه چیزی سنجیده شود، درواقع بیانگر یک ارزیابی مبتنی بر ارزش‌ها است و اغلب نیازهای کسانی را منعکس می‌کند که در نظام سلامت قدرت دارند. این لزوماً به معنای وجود نقشه‌ای شیطن‌آمیز نیست. ابزارهای تصمیم‌گیری براساس معیارهای خاصی عمل می‌کنند، معیارهایی که به‌دلیل سهولت کمی کردن و توانایی مقایسه عملکرد کارکنان سلامت انتخاب شده‌اند. نمونه‌ای از چنین معیاری، اندازه‌گیری هموگلوبین **A1C** در بیماران دیابتی است که کنترل قند خون طی چند ماه گذشته را تخمین می‌زند. شرکت‌های بیمه سلامت، مدیران و کارگزاران ارتقای کیفیت، این عدد جادویی **A1C** را به‌عنوان معیار تعریف‌کننده کیفیت پزشکان، به‌ویژه پزشکان مراقبت‌های اولیه که بیشتر بیماران دیابتی را مدیریت می‌کنند، به کار گرفته‌اند. این تصمیم‌گذاری، فشاری را بر پزشکان وارد می‌کند و آن‌ها نیز به‌نوبه خود بیماران را تحت فشار قرار می‌دهند تا سطح **A1C** خود را به اهداف از پیش تعیین‌شده برسانند، هرچند درباره میزان پایین نگه داشتن این هدف و چگونگی در نظر گرفتن سن و سایر متغیرهای بیمار اختلاف نظر وجود دارد. کنترل شدید قند خون ممکن است با کاهش عوارض دیابت مرتبط باشد، اگرچه این یافته بیشتر در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ وابسته به انسولین صدق می‌کند تا بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ غیروابسته به انسولین. همچنین در این کنترل کردن‌ها شاهد آسیب‌های فراوانی بوده‌ایم، مانند عوارض ناشی از پایین آمدن قند خون، به‌دلیل فشار بر تجویز داروها (قرص‌ها و انسولین) برای درمان **A1C**. بدون در نظر گرفتن کل بیمار و زمینه اجتماعی گسترده‌تر مراقبت. همان‌طور که یکی از سخن‌گویان برجسته کیفیت و ایمنی به‌درستی گفته است: «ما به اهداف رسیده‌ایم، اما نکته اصلی را از دست داده‌ایم.» (۲۴)

تعاریف محدود و مخدوش. در برخی محافل مدیریتی، کیفیت به معنای تولید بدون نقص و حداکثر کمیت با پایین‌ترین قیمت ممکن تعریف شده است. اگرچه این تعریف ممکن است در صنعت تولید کاربرد داشته باشد، اما مراقبت‌های بهداشتی شامل متغیرها و تعاملات اجتماعی پیچیده‌ای است که اغلب تنشی اساسی بین تولید و حفاظت از بیمار ایجاد می‌کند. (۲۵) تعاریف و سنجه‌های کیفیت معمولاً قادر به اندازه‌گیری جنبه‌های کلیدی بین‌فردی و کیفی مراقبت خوب نیستند و مراقبتی را که کارکنان سلامت بیشتر وقت خود را صرف آن می‌کنند—مانند کیفیت تشخیص، که امری حیاتی است—نادیده می‌گیرند. در حالی که تصور آنتونیو گرامشی از کیفیت به‌عنوان هنر یا زیبایی نیز ممکن است

دست‌نیافتنی باشد، ایده‌هایی مانند برتری مراقبت، به نظر می‌رسد خودمختاری در عمل و تمرکز بر بیمار در تولید نظام سلامت مبتنی بر سرعت و کارایی، کمتر ارزشمند شمرده می‌شوند. دیدگاه‌های محدود نسبت به کیفیت اغلب داستان پیچیده‌تر پشت بهبود کیفیت و نتایج آن را نادیده می‌گیرند.

چه کسی باید کیفیت را ارزیابی کند؟ همکاران و بیماران معمولاً بهترین قاضیان هستند. آن‌ها کیفیت را دقیق‌تر از هر امتیاز عددی یا کارنامه مصنوعی درک می‌کنند. کسانی که به دنبال ارتقای کیفیت از طریق بهره‌گیری از نیروهای بازار هستند، بارها با شکست این استراتژی‌ها مواجه شده‌اند. ما به جای امید بستن به اینکه بازار به‌طور معجزه‌آسا کیفیت خوب را ایجاد کند، نیاز داریم تا تعهدات ذاتی کارکنان سلامت به کیفیت را درک کنیم.

تحمیل سنجش تحمیل سنجش، امروز فشار سنگینی بر پزشکان و کارکنان درمان وارد می‌کند. (۲۷) پژوهشی اخیراً نشان داده است که هر مطب در ایالات متحده، سالانه بیش از چهل هزار دلار برای گزارش‌دهی سنجه‌های کیفیت هزینه و هر پزشک، به‌طور میانگین، هر هفته حدود دو ساعت و نیم زمان — معادل نزدیک به نه ویزیت بیمار — صرف این فرایندها می‌کند. (۲۸) دن برویک، مدیر پیشین سازمان خدمات درمانی و بیمه سالمندی آمریکا، این وضعیت را چنین توصیف می‌کند:

«تمام این عرصه سنجش کارکرد، به‌نوعی میدانِ رها و بی‌قاعده بدل شده است؛ جایی که سازمان‌ها و ذی‌نفعان، مطابق خواست و سلیقه خود، از هر که بخواهند و هر زمان که بخواهند، سنجش طلب می‌کنند. از هم‌سویی، سازگاری، گزیده‌سازی و کارآمدی بسیار گفته می‌شود اما پیشرفت اندک است و فشاری که این آشفتگی بر دوش پزشکان و کارکنان درمان می‌گذارد، دیگر نه فقط سنگین که به‌روشنی مضحک شده است. هزینه‌های سنجش به‌راستی سرسام‌آور شده است.» (۲۹)

بازی‌دادن نظام؛ پیروی بی‌فکرانه از قواعد سنجه‌های کیفیت، به‌جای آنکه پزشکان و کارکنان درمان را به جست‌وجوی صادقانه خطاها و یادگیری از لغزش‌ها سوق دهند، آن‌ها را به‌سوی «امتیازگرفتن» در بازی‌های کیفیت می‌کشانند. در چنین فضایی، نوآوری، آزمون‌گری و خطرپذیری برای برقراری پیوند با بیماران دشوار، نه نشانه کوشش برای بهبود که راه باخت در این بازی تلقی می‌شود. بازیگران، قواعد بازی را می‌آموزند؛ همین و بس. در پژوهشی درباره سازوکارهای بازی‌دادن نظام در پزشکی معاصر، هیملشتاین و وول‌هندلر نشان داده‌اند که بهبود ظاهری در نرخ بازگشت بیماران تحت پوشش بیمه سالمندی، تا حد زیادی محصول شگردهایی است که بیمارستان‌ها برای گسترش تعریف «بازگشت» به کار می‌گیرند؛ ازجمله ثبت بیماران در قالب بستری تحت‌نظر در بخش اورژانس تا در آمار بازگشت منظور نشوند. آنان نتیجه می‌گیرند: «اگر در حيله‌گری مهارت پیدا کنید، دیگر نیازی نیست در هیچ چیز دیگری مهارتی داشته باشید.» (۳۰)

بخشی از مسئله، نه راه حل این سنجش‌های پرهزینه و گمراه‌کننده، نه تنها کیفیت واقعی را بهبود نمی‌بخشند، بلکه خود مانع آن شده و پیوند اخلاقی، نوع دوستی و روابط انسانی را که اساس کیفیت‌اند، تضعیف می‌کنند. با درونی شدن ذهنیت سنجه‌محور و جایگزینی آن به عنوان قطب‌نمای اخلاقی، پزشکان و کارکنان درمان هرچه بیشتر دچار فرسودگی و بدبینی می‌شوند. به گفته رابرت واکتر: «این تلاش‌های تجاری‌مآب برای سنجش و بهبود کیفیت، اکنون همان انسان دوستی و مهرورزی را سد کرده‌اند که انگیزه اصلی ورود افراد به حرفه‌های مراقبتی است.» (۳۱)

نتیجه‌گیری: کیفیت و برنامه ملی سلامت

پزشکان و کارکنان درمان و بیماران به کیفیت اهمیت زیادی می‌دهند. برای اینکه کیفیت بتواند شکوفا شود، برخی پیش‌نیازها ضروری‌اند که در نظام سلامت ایالات متحده در حال حاضر فراهم نیستند. همه افراد باید به خدمات درمانی دسترسی داشته باشند و خدمات باید به شیوه‌ای سازمان‌دهی و ارائه شوند که منصفانه، مقرون به صرفه و مبتنی بر جامعه، روابط پیوسته و مراقبت اولیه باشد و در صورت نیاز، از خدمات تخصصی نیز پشتیبانی کند. تحقق این اصول ساده مستلزم وجود یک نظام بیمه سلامت یکپارچه و فراگیر است که دسترسی را تضمین کرده و منابع لازم برای سازماندهی و پشتیبانی از خدمات مورد نیاز را تجمیع کند. همان‌طور که در فصل‌های بعدی کتاب نشان داده شده، چنین نظام یکپارچه و فراگیری تنها از طریق یک برنامه ملی سلامت عمومی و تک‌پرداختگر قابل تحقق است. (۳۲)

کیفیت به تحقق چنین چارچوب بنیادی برای ارائه مراقبت با کیفیت وابسته است و نیز به پذیرش این نکته که انگیزه و تعهد جمعی ما نسبت به کیفیت می‌تواند در ایجاد و پایداری چنین نظام مشترک و فراگیری نقش داشته باشد. تنها در چنین سیستمی است که ارزش‌های خدمت عمومی به جای ارزش‌های بازار غالب شده و سیستمی شکل می‌گیرد که کیفیت را بر سودآوری مقدم می‌دارد. (۳۳)

۴- اقتصاد سیاسی اصلاح نظام سلامت

دیوید هیملشتاین و استفی وول‌هندلر

توضیح هاوارد وایتزکین: این فصل به شکل مصاحبه ارائه شده است و نویسندگان به پرسش‌هایی پاسخ می‌دهند که من درباره اقتصاد سیاسی اصلاح نظام سلامت مطرح کرده‌ام.

هاوارد وایتزکین: واژه «کالایی شدن مراقبت‌های سلامت» به چه معناست؟

هیملشتاین و وول‌هَندلر: برای هزاران سال، مراقبت‌های سلامت رابطه‌ای عمیقاً شخصی میان بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت بود؛ رابطه‌ای انسانی. البته، واقعیت همیشه با این تصویر ایده‌آل مطابقت نداشت. گاه پزشکان به رفتارهایی خودخواهانه و سودجویانه متوسل می‌شدند و طبقه حاکم اغلب تعیین می‌کرد که مراقبت برای کارگران تنها شامل موارد ضروری برای حفظ توانایی کار آن‌ها باشد. (به‌علاوه، بسیاری از کارگران—مانند رعایا و بردگان—دسترسی کمی داشتند و یا هیچ دسترسی به مراقبت پزشکی نداشتند.) بااین‌حال، پزشکان و پرستاران مستقل بیشتر مراقبت‌ها را ارائه می‌دادند و روابط شخصی با بیماران برقرار می‌کردند.

در پنجاه سال گذشته در ایالات متحده، مراقبت‌های سلامت به رابطه‌ای اقتصادی و غیرشخصی میان بیمار، که به‌عنوان خریدار دیده می‌شود، و یک فروشنده سازمان‌یافته و بزرگ تبدیل شده است. مراقبت‌های سلامت اکنون به یک کالا بدل شده‌اند که خرید و فروش می‌شوند. این تحول نیازمند بازتعریف مفهوم مراقبت بود: به‌جای پزشکی که وقتی بیمار می‌شدید یا به کمک نیاز داشتید از شما مراقبت می‌کرد، ارائه‌دهندگان سازمانی، مجموعه‌ای مشخص از خدمات را برای فروش عرضه می‌کنند. بیماران به‌جای مراجعه به یک انسان خاص برای دریافت مراقبت باید با یک نهاد سازمانی تعامل کنند؛ جایی که پزشکان و پرستاران به اجزای قابل جایگزینی تبدیل شده‌اند.

هاوارد وایتزکین: خدمات سلامت در مرحله کنونی سرمایه‌داری چگونه تحول یافته‌اند؟ جایگاه طبقاتی اجتماعی پزشکان و دیگر کارکنان سلامت چه تغییری کرده است؟

هیملشتاین و وول‌هَندلر: تا همین اواخر، اکثریت قریب به اتفاق پزشکان مستقل بودند، در مطب‌های انفرادی یا گروه‌های کوچک فعالیت می‌کردند و دستمزد خود را مستقیماً از بیماران دریافت می‌کردند و یا دستمزد آن‌ها از طریق بیمه بیماران پرداخت می‌شد (امری که عمده‌تاً پس از جنگ جهانی دوم رایج شد).

در چنین شرایطی، پزشکان کنترل زیادی بر کار و محیط کاری خود و نیز تأثیر قابل‌توجهی بر نحوه اداره بیمارستان‌ها داشتند و در عوض بیمارستان‌ها تسلط چندانی بر پزشکان نداشتند.

در دهه گذشته، ادامه حیات اقتصادی مطب‌های کوچک و مستقل عملاً غیرممکن شده است. بیمه‌ها یا قرارداد با چنین مطب‌هایی را رد می‌کنند یا هزینه‌هایی بسیار پایین می‌طلبند که تنها ارائه‌دهندگان بزرگ و شرکتی توان مقاومت در برابر آن را دارند؛ زیرا آن‌ها کنترل خدمات حیاتی مانند بیمارستان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های تخصصی را در اختیار دارند و بیمه‌ها

مجبورند این خدمات را در شبکه‌های خود بگنجانند. علاوه بر این، بسیاری از بیمه‌ها اکنون بر پرداخت یک مبلغ سالانه ثابت برای هر بیمار، موسوم به «پرداخت سرانه» (capitation) تأکید دارند تا تمام هزینه‌های مراقبت یک بیمار، از جمله بستری شدن، داروها و خدمات تخصصی، پوشش داده شود. مراقبت از یک بیمار مبتلا به بیماری شدید می‌تواند میلیون‌ها دلار هزینه داشته باشد؛ این هزینه یک مطب کوچک را ورشکسته می‌کند، اما برای یک سازمان بزرگ که سرانه صدها هزار بیمار را دریافت می‌کند—که اغلب آن‌ها سالم هستند و مراقبت کمی نیاز دارند—به راحتی قابل مدیریت است. با کنار گذاشته شدن اکثریت پزشکان از مطب‌های کوچک و مستقل، آن‌ها اکنون به عنوان کارمندان سازمان‌های بزرگ مراقبت سلامت—مانند بیمارستان‌ها، سازمان‌های مدیریت مراقبت یا گروه‌های پزشکی با هزاران پزشک—فعالیت می‌کنند. در این سازمان‌ها، مدیران و مسئولان اجرایی عمدتاً تعیین می‌کنند که پزشکان کجا و چه زمانی کار کنند، چند بیمار ویزیت کنند، چه میزان از بیماران بابت خدمات دریافت شود و جزئیات مراقبت‌هایی که پزشکان اجازه ارائه دارند چگونه باید باشد. پزشکانی که سودآور نباشند یا با مدیریت همکاری نکنند، در معرض اخراج قرار دارند و فرصت‌های دیگر برای ادامه فعالیت حرفه‌ای به سرعت محدود می‌شوند. بنابراین، پزشکان از نظر رابطه با مدیریت روند پرتلاطم‌تر شدن را تجربه می‌کنند، اگرچه هنوز گروهی با درآمد بسیار بالا هستند و احتمالاً در آینده نزدیک نیز این وضعیت ادامه خواهد داشت.

هاوارد وایتزکین: آیا قانون «اوباما کر» (Obamacare) به افزایش کنترل سازمان‌های بزرگ بر مراقبت سلامت کمک کرده است؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: قانون اوباما کر از چند طریق باعث تقویت شرکت‌های بزرگ مراقبت سلامت شد. نخست، این قانون خرید بیمه خصوصی را برای بیشتر مردم ایالات متحده اجباری کرد و بدین ترتیب بازار شرکت‌های بیمه تضمین شد. علاوه بر این، یارانه‌های جدید برای پوشش بیمه خصوصی، تزریق عظیمی از منابع عمومی به صنعت بیمه خصوصی فراهم کرد—که طی ده سال نزدیک به یک تریلیون دلار بود. اوباما کر همچنین توافقی با شرکت‌های داروسازی دربرداشت که ضمن این توافق هیچ محدودیتی برای قیمت داروها اعمال نمی‌شد. در نتیجه، هزینه داروها و سود شرکت‌های دارویی از زمان تصویب قانون مراقبت مقرون به صرفه (ACA) در اوایل سال ۲۰۱۰ به شدت افزایش یافته است. در نهایت، این قانون مقرر کرد که برنامه مدیکر به پرداخت سرانه برای مراقبت روی آورد. همان طور که پیش‌تر توضیح دادیم، این موضوع باعث شده که مطب‌های کوچک و مستقل امکان ادامه فعالیت نداشته باشند و روند انتقال به مطب‌ها و سازمان‌های بزرگ و تحت مالکیت شرکت‌های عظیم را تسریع کرده است.

هاوارد وایتزکین: پرونده‌های الکترونیک سلامت چه تأثیری بر این روند گذاشته‌اند؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: تا زمانی که تعامل پزشک و بیمار رابطه‌ای خصوصی باقی می‌ماند — و بنابراین برای مدیریت تا حد زیادی نامرئی و غیرقابل ردیابی بود — اعمال کنترل شرکتی بر طبابت و ادغام کامل کار پزشکان در ساختارهای شرکتی

دشوار بود. پرونده‌های الکترونیک سلامت به ابزار اصلی «مدیریت» پزشکان تبدیل شدند. زیرا امکان نظارت بر مدت زمان صرف‌شده برای هر بیمار، میزان تبعیت پزشک از پروتکل‌های سخت‌گیرانه درمان و ثبت و کدگذاری خدمات درمانی و همچنین ارزیابی سودآوری پزشکان برای شرکت کارفرما را فراهم کردند.

این نوع استفاده از رایانه برای مدیریت پزشکان و تبدیل مراقبت سلامت به کسب‌وکار، ماهیت پرونده‌های الکترونیک سلامت را دگرگون کرده و از هدف اصلی خود منحرف ساخته است. به‌جای آنکه این سامانه‌ها وعده رایانه‌ای‌سازی مراقبت را محقق کنند، سیستم‌هایی که به‌طور گسترده به کار گرفته شده‌اند، در عمل به ابزارهای مدیریتی و ثبت و کدگذاری خدمات تبدیل شده‌اند و تنها بخش‌هایی از مراقبت بیمار به آن‌ها محدود شده است. در گذشته، پزشکان یادداشت‌هایی می‌نوشتند که اگرچه گاهی ناخوانا بودند، اما معمولاً پرمحتوا و مفید به شمار می‌رفتند. امروز، بسیاری از یادداشت‌های الکترونیک چیزی جز نوشته‌هایی ظاهراً منسجم اما درواقع تهی و کم‌فایده نیستند. پرونده‌های پزشکی پر شده‌اند از صفحات اطلاعات تکراری و کم‌اعتبار که به‌صورت خودکار پر می‌شوند یا از جایی کپی و جای‌گزاری می‌شوند، شرح معاینه‌های مفصل و تاریخچه‌برداری‌هایی که تنها برای توجیه ثبت یک ویزیت طولانی درج شده و با چند کلیک وارد می‌شوند — چه این معاینات واقعاً انجام شده باشند یا نه — و همچنین مجموعه‌ای از جعبه‌های علامت‌گذاری‌شده برای رعایت الزامات و دستورالعمل‌های اداری.

هاوارد وایتزکین : به‌عنوان هم‌بنیان‌گذاران «پزشکان برای برنامه ملی سلامت» (PNHP)، لطفاً توضیح دهید که PNHP چگونه تأسیس شد.

هیملشتاین و وول‌هندلر: خاستگاه این سازمان به اوایل دهه ۱۹۸۰ بازمی‌گردد. از سال ۱۹۸۲ ما همراه با گروهی از فعالان در ماساچوست برای پیشبرد «نظام پرداخت واحد» تلاش می‌کردیم. این فعالیت‌ها در سال ۱۹۸۶ به اقدامی مهم انجامید: فعالان — به‌ویژه ائتلاف کنشگران سالمندان ماساچوست (Massachusetts Gray Panter) — توانستند قطعنامه‌ای را در سطح ایالت به رأی بگذارند که نمایندگان ماساچوست در کنگره را موظف می‌کرد از چنین اصلاحی حمایت کنند. ما نگران بودیم که «انجمن پزشکی ماساچوست» — که می‌توانست مخالفی قدرتمند برای این همه‌پرسی باشد — علیه آن موضع بگیرد (هرچند درنهایت تصمیم گرفت بی‌طرف بماند). همین نگرانی ما را به این فکر انداخت که وجود یک گروه پزشکان حامی «نظام پرداخت واحد» می‌تواند نیروی تعادلی مؤثری در برابر مخالفت‌های احتمالی باشد. نیاز به چنین پشتوانه سازمان‌یافته‌ای از سوی پزشکان، همان جرقه‌ای بود که به شکل‌گیری رسمی «پزشکان برای برنامه ملی سلامت» انجامید.

آن تابستان، در گردهمایی‌ای در نیوهمپشایر با حضور پزشکان و دیگر درمانگرانی که مراقبت از فقرا را برعهده داشتند، پیشنهاد تشکیل چنین گروهی را مطرح کردیم. پس از بحث‌های فراوان، حاضران تصمیم گرفتند پروژه را آغاز کنند. این

تصمیم ریشه در دو عامل داشت: نخست، ضرورت حمایت از ابتکار ماساچوست و دوم، ناکامی تلاش‌های پیشین برای دفاع از مراقبت از فقرا، که عمدتاً به حمایت از برنامه مدیکیت محدود می‌شد — برنامه‌ای ناکارآمد برای مردمی فقیر. افزون بر این، نظام سلامت آن زمان حتی به بسیاری از بیماران طبقه متوسط نیز خدمات مطلوب ارائه نمی‌داد. ما بر این باور بودیم که حرکتی که بتواند سطح پوشش و کیفیت مراقبت را برای هر دو گروه — فقرا و طبقه متوسط — ارتقا دهد، ظرفیت اجتماعی و سیاسی بسیار بیشتری خواهد داشت. یک «برنامه ملی سلامت» می‌توانست چنین کاری انجام دهد: صرفه‌جویی میلیاردری در هزینه‌های اداری نظام سلامت و هدایت آن منابع به‌سوی پوشش همگانی و کامل.

هاوارد وایتزکین: چگونه و بر چه اساسی تصمیم گرفته شد که از الگوی بیمه‌گری واحد مشابه کانادا حمایت شود و نه از نظام بهداشت و درمان ملی که برخی سیاستمداران پیشنهاد کرده بودند.

هیملشتاین و وول‌هندلر: در دهه ۱۹۷۰ میان فعالان پیشرو حوزه سلامت شکافی جدی وجود داشت. گروهی — به‌ویژه در جنبش کارگری — طرفدار الگویی بودند که شبیه نظام بیمه‌گری سراسری کانادا (NHI) است: دولتی به‌مثابه پرداخت‌کننده یگانه، اما بدون تصدی‌گری مستقیم در استخدام پزشکان یا اداره بیمارستان‌ها. گروهی دیگر، عمدتاً وابسته به جریان چپ نو و نسل جوان‌تر، طرفدار نظام بهداشت و درمان ملی انگلستان (NHS) بودند؛ مدلی یکپارچه و عمومی که بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را در مالکیت و اداره عمومی قرار می‌دهد.

برای پرهیز از جدال‌های درون‌گروهی، ما اصطلاح «برنامه ملی سلامت» (NHP) را به کار بردیم تا هم از شکاف میان این دو اردوگاه فاصله بگیریم و هم حمایت خود را از مجموعه‌ای از گزینه‌های «نظام پرداخت واحد» نشان دهیم؛ گزینه‌هایی که هم شکل کانا‌دایی بیمه‌گری سراسری را دربرمی‌گرفت و هم مدل انگلیسی خدمت ملی سلامت را. علاوه بر این، ما بر این باور بودیم که جلوگیری از شکل‌گیری یک نظام خصوصی موازی — یعنی قراردادن همگان در یک قایق مشترک سلامت — به همان اندازه اهمیت داشت که تفاوت میان دو مدل یادشده. در انگلستان، با وجود نظام بهداشت و درمان ملی، بسیاری از ثروتمندان بیمه خصوصی می‌خرند و می‌توانند صف انتظار را دور بزنند. در مقابل، در مدل کانا‌دایی، بیمه خصوصی که پوشش عمومی را تکرار کند ممنوع است. بنابراین ثروتمندان نمی‌توانند از نظام خارج شوند یا با پول مراقبت سریع‌تر بخرند.

زمانی که نوبت به تدوین طرح رسمی «پزشکان برای برنامه ملی سلامت» رسید — طرحی که در ۱۹۸۹ منتشر شد — مسیر کانا‌دایی را انتخاب کردیم؛ زیرا گذار به آن عملی‌تر بود و نیز چون جلوگیری از شکل‌گیری بخش خصوصی موازی برای ثروتمندان اولویت داشت. امروز، با ظهور شبکه‌های بزرگ و یکپارچه درمانی که چندین بیمارستان و هزاران پزشک را دربرمی‌گیرند «به اصطلاح سازمان‌های مراقبت پاسخگو (ACOها)» و مراقبت‌های درمانی کل یک منطقه تحت نفوذ و کنترل آن‌هاست، بحث بازهم درباره الگوهای شبیه «نظام بهداشت و درمان ملی» مطرح شده است. در طرح‌های اخیر، ما

پیشنهاد می‌کنیم این شبکه‌های غول‌پیکر که بر بازارهای منطقه‌ای مسلط شده‌اند، باید به مالکیت و اداره مستقیم عمومی درآیند.

هاوارد وایتزکین : چرا «پزشکان برای برنامه ملی سلامت» (PNHP) عمدتاً پزشکان را هدف سازماندهی قرار داد؟ می‌توانید به جایگاه اجتماعی-طبقاتی پزشکان و نقش آن‌ها در تغییر اجتماعی اشاره کنید و روابط با جنبش کارگری و دیگر سازمان‌های فعال در عرصه تغییر اجتماعی را هم بررسی کنید لطفاً؟

هیملشتاین و وول‌هندلر : نیاز به گروهی از پزشکان که بتوانند هم‌زمان با همه‌پرسی سال ۱۹۸۶ در ماساچوست درباره نظام پرداخت واحد، در برابر مخالفت سازمان‌یافته انجمن‌های پزشکی مقاومت کنند، انگیزه‌ای برای شکل‌گیری PNHP بود. همچنین به نظر می‌رسید که در بلندمدت، وجود گروهی که دیدگاه‌های پزشکان را بیان کند، می‌تواند به افکار عمومی اطمینان دهد که پزشکان همه به‌طور یکسان با برنامه ملی سلامت مخالف نیستند و اجرای اصلاحات نظام سلامت دچار اختلال نخواهد شد. علاوه بر این، ما به مسئله عملی استراتژی سازماندهی تعداد زیادی پزشک برای حمایت عمومی از نظام پرداخت واحد نیز می‌اندیشیدیم. براساس نظرسنجی‌ها و تعامل با همکاران، مطمئن بودیم که بخش قابل توجهی از پزشکان با چنین اصلاحاتی موافقت، بخشی از این موافقت، ناشی از تهدیدی بود که آغاز تسلط شرکت‌های بزرگ بر پزشکی برای موقعیت ممتاز پزشکان ایجاد می‌کرد. با وجود این پتانسیل حمایت، پیش‌بینی می‌کردیم که تعداد نسبتاً کمی از همکاران تمایل داشته باشند در یک سازمان سیاسی با فعالان غیرپزشک، به‌ویژه فعالان طبقه کارگر، همکاری نزدیک داشته باشند. همان‌طور که پرسش شما اشاره می‌کند، جایگاه اجتماعی-طبقاتی پزشکان و هنجارهای فرهنگی ناشی از آن، مانعی برای ادغام آن‌ها در یک جنبش پیشرو گسترده‌تر است.

ساختارهای اجتماعی و حرفه‌ای جامعه پزشکی نیز شکل‌گیری یک گروه ویژه پزشکان را توجیه می‌کرد. مجلات پزشکی کانالی برای دسترسی به پزشکان فراهم می‌کرد که از محدودیت تقریباً کامل بحث درباره نظام پرداخت واحد در رسانه‌های جریان اصلی می‌گذشت. اگرچه مجلات پیشرو به مقالات پیشرو از سوی گروه پزشکان علاقه‌مند بودند، اما مقالاتی که از خارج از حرفه ارائه می‌شدند، سخت‌تر پذیرفته می‌شدند. همچنین، پزشکان معمولاً در نشست‌های بزرگ بیمارستان، کنفرانس‌های بخش‌ها و جلسات گروه‌های تخصصی منطقه‌ای و ملی گرد هم می‌آیند؛ این‌ها فرصت‌های بالقوه‌ای برای بحث درباره اصلاح نظام سلامت فراهم می‌کند و بار دیگر نشان می‌دهد ارائه مطالب از سوی گروهی از پزشکان، بسیار راحت‌تر از گروه‌های عمومی امکان‌پذیر است.

نهایتاً، پزشکان نگرانی‌ها و ایده‌های خاص خود درباره اصلاح نظام سلامت دارند که برای جلب حمایتشان باید به آن‌ها توجه شود. برای مثال، ازجمله نگرانی‌های آن‌ها درباره بدهی‌های تحصیلی پزشکان، تفاوت دستمزد میان تخصص‌ها و

قوانین مسئولیت حرفه‌ای پزشکی است. سازمانی متشکل از پزشکان امکان پرداختن به این مسائل را فراهم می‌آورد، مسائلی که برای غیرپزشکان چندان جذاب نیست.

به همین دلایل، تصمیم گرفتیم با تشکیل یک گروه ویژه پزشکان پیش برویم و امیدوار بودیم با گروه‌های پرستاران، اتحادیه‌های کارگری و دیگر اجزای ائتلاف پیشرو هم‌پیمان شود. درواقع، اتحادیه ملی پرستاران یکی از متحدان اصلی ما بوده و مدیر اجرایی آن به‌عنوان مشاور هیئت‌مدیره در PNHP حضور دارد.

بااین‌حال، PNHP اعضای غیرپزشک را نیز می‌پذیرد. هرچند تنها حرفه‌ای‌های حوزه سلامت حق رأی در سازمان را دارند، اما در عمل تقریباً هیچ‌گاه رأی‌گیری رسمی انجام نمی‌دهیم. کار ما براساس توافق جمعی است و چندین غیرپزشک نقش‌های مهمی در گروه ایفا کرده‌اند.

هاوارد وایتزکین : PNHP چگونه با تضادهای دولت سرمایه‌داری مواجه شده است؟ نظام پرداخت واحد در کجا و چگونه در ساختار و فرایندهای سیاسی-اقتصادی دولت سرمایه‌داری جای می‌گیرد؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: PNHP تلاش کرده است تا سلامت را به یک کالای غیربازاری تبدیل کند، کالایی که براساس نیاز پزشکی و نه توانایی مالی فرد توزیع شود. این رویکرد درواقع تجسم این شعار سنتی است: «از هر کس به میزان توانایی، به هر کس براساس نیاز». تجربه چند کشور سرمایه‌داری دیگر نشان می‌دهد که پیشرفت در این مسیر حتی بدون بازسازی بنیادین سایر بخش‌های اقتصاد ممکن است. بااین‌حال، ما به خوبی از دشواری‌های ناشی از زمینه دولت سرمایه‌داری آگاهیم. هرچند به نظر ما با اینکه مدیریت دولتی تأمین مالی سلامت به مراتب بر مدیریت بیمه‌گران خصوصی ترجیح دارد، اما درعین‌حال دولت تا حد زیادی بازتاب‌دهنده منافع طبقه سرمایه‌دار است. بنابراین، درست مانند حوزه آموزش، دولت با اعمال مشوق‌های آسیب‌رسان مبتنی بر «پرداخت بر اساس عملکرد» و استراتژی‌های کامپیوتری‌سازی، بخشی از فرایند تبدیل سلامت به یک کالای بازار را پیش می‌برد. دولت دائماً در پی هدایت بودجه عمومی به‌سوی سرمایه‌گذاران خصوصی در حوزه سلامت است و سرمایه‌گذاری در تأسیسات جدید سلامت را به نفع ثروتمندان جهت می‌دهد. علاوه بر این، دولت عملاً یا هیچ اقدامی نمی‌کند و یا اقدام بسیار کمی درجهت مقابله با مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت، ازجمله نابرابری اقتصادی و نژادی، محیط‌های غذایی ناسالم، گرمایش جهانی و مسائل بهداشت عمومی مانند خطرات شغلی، انجام می‌دهد.

هاوارد وایتزکین : PNHP چگونه با قدرت نهادینه‌شده شرکت‌های سودآور بیمه، داروسازی و دیگر شرکت‌های مرتبط با آنچه «صنعت پزشکی» خوانده می‌شود، مقابله کرده است؟ اجرای طرح نظام پرداخت واحد چه تغییراتی در نقش این شرکت‌ها در سطح ایالتی یا فدرال در نظر گرفته است؟

همیلمشتاین و وول‌هَندلر: ما از ابتدا روشن کرده‌ایم که شرکت‌های سودآور بیمه نباید هیچ نقشی در نظام سلامت داشته باشند. هیچ راهی وجود ندارد که بتوان یک نظام سلامت نسبتاً عادلانه و کارآمد ایجاد کرد، اگر اجازه بدهیم این شرکت‌ها همچنان فعالیت کنند. طبیعتاً این بدان معناست که شرکت‌های بیمه با استفاده از قدرت مالی و سیاسی گسترده خود، در برابر اصلاحات نظام پرداخت واحد مقاومت خواهند کرد. هیلاری کلینتون روزی از ما پرسید که حامیان (این) اصلاحات چگونه می‌توانند بر این مخالفت غلبه کنند. ما پیشنهاد کردیم که رئیس‌جمهور باید در رهبری یک جنبش مردمی گسترده برای تغییر نقش داشته باشد، پیشنهادی که او به کلی رد کرد. بالاین‌حال، واضح است که بیشتر آمریکایی‌ها از شرکت‌های بیمه ناراضی هستند و نظام پرداخت واحد را ترجیح می‌دهند. چالش ما این است که این احساس عمومی را بسیج کنیم. برخی شکاف‌های بالقوه با طبقه سرمایه‌دار نیز فرصت‌هایی را فراهم می‌کنند. برای بخش عمده‌ای از سرمایه‌داری آمریکا، مراقبت سلامت یک هزینه تولید است که بخشی از سود آن‌ها را به شرکت‌های بیمه منتقل می‌کند. یک برنامه ملی سلامت این فشار را کاهش خواهد داد.

ما همچنین روشن کرده‌ایم که موسسات سودآور مراقبت سلامت، مانند بیمارستان‌ها و مراکز نگهداری پرستاری، باید به سازمان‌های غیرانتفاعی تبدیل شوند. این رویکرد مبتنی بر شواهد قانع‌کننده‌ای است که نشان می‌دهد مؤسسات سودآور، خدماتی با کیفیت پایین‌تر و قیمت‌های بالاتر ارائه می‌دهند و سرمایه‌گذاری‌ها را به جای پاسخگویی به نیازهای پزشکی، به کسب سود سوق می‌دهند. مانند شرکت‌های بیمه، این مؤسسات قدرتمند هستند، اما دشمنانی شکست‌ناپذیر نیستند. برخی کشورهای سرمایه‌داری مانند هلند، فعالیت مؤسسات سودآور را ممنوع کرده‌اند.

بالاین‌حال، PNHP تاکنون به دنبال ملی کردن یا تبدیل به سازمان غیرانتفاعی شرکت‌های داروسازی که بسیار بزرگ‌تر و قدرتمندتر از شرکت‌های بیمه هستند، نبوده است. مسئله برای ما این است که حد تقاضاهای خود را تا کجا بگسترانیم. ممنوع کردن سودآوری در تمام صنایع مرتبط با سلامت عملاً به معنای درخواست سوسیالیسم است. هرچند برخی اعضا با آن موافق‌اند، اما در PNHP اجماعی بر سر این موضوع وجود ندارد.

بنابراین، همانند برنامه‌های ملی سلامت در کشورهای دیگر، PNHP از قدرت خرید یک‌جانبه نظام پرداخت واحد و همچنین مقررات سختگیرانه‌تر قیمت‌گذاری داروها برای محدود کردن سودجویی شرکت‌های دارویی استفاده خواهد کرد. از آنجاکه برنامه ملی سلامت تقریباً تمام داروهای نسخه‌ای را پوشش می‌دهد، می‌تواند با نفوذ خود در بازار، شرکت‌های دارویی را وادار به پذیرش قیمت‌های پایین‌تر کند.

هاوارد وایتزکین: نقاط قوت و ضعف PNHP چه بوده‌اند؟

همیلمشتاین و وول‌هَندلر: PNHP توانسته است امکان بسیج پزشکان پیشگام در حوزه پزشکی را فراهم کند و تمرکز لازم برای مقابله با تسلط شرکت‌های بزرگ بر نظام سلامت و همچنین حمایت از ارتقای مراقبت از فقرا را ایجاد نماید.

موفق‌ترین بخش، جذب نسلی از پزشکان بوده است که در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ به بلوغ حرفه‌ای رسیده‌اند. در سال‌های اخیر، PNHP نیز در میان دانشجویان پزشکی فعالیت‌های سازماندهی‌کننده بسیار مفیدی انجام داده است و اکنون در تقریباً نیمی از دانشکده‌های پزشکی کشور، شعب فعال دارد. با این حال، در جذب گروه میانی پزشکان، یعنی کسانی که اکنون بین سی تا چهل و پنج سال دارند، کمتر موفق بوده‌ایم. همچنین، تماس و فعالیت کافی با همکاران آفریقایی-آمریکایی و اسپانیایی‌تبار نداشته‌ایم.

ما معتقدیم که اهمیت PNHP در این است که برای سه دهه به عنوان سازمانی فعال و مبتنی بر مشارکت اعضا باقی مانده است، نه سازمانی که محور آن کارکنان حقوق‌بگیر باشند. در بسیاری از موارد، گروه‌های پزشکان پیشرو عملاً به پایگاهی برای جذب کمک‌های مالی تبدیل شده‌اند که از طریق آن، کارکنان حقوق‌بگیر بخش اعظم فعالیت‌های سازمان را انجام می‌دهند. گرچه در کوتاه‌مدت این روش گاهی باعث تسهیل انجام امور می‌شود، زیرا اکثر پزشکان با مشغله‌های روزمره خود گرفتارند، اما در بلندمدت باعث بی‌حرکی و دلزدگی اعضا می‌شود. علاوه بر این، کارکنان ممکن است برای تأمین بودجه لازم، به مصالحه با سیاست‌های گروه ترغیب شوند. در مورد PNHP، چندین بار پیشنهاد دریافت کمک‌های مالی مشروط به «نرم‌تر کردن» مواضع قاطع ما در اصلاحات شده است، اما ما توانسته‌ایم در برابر این وسوسه‌ها مقاومت کنیم. البته، تکیه بر اعضای پرمشغله برای انجام بخش اعظم فعالیت‌های گروه و نمایندگی عمومی آن، گاهی مشکلاتی نیز ایجاد می‌کند و برخی امور ممکن است به انجام نرسند.

هاوارد وایتزکین: نقاط قوت و ضعف جنبش نظام پرداخت واحد چیست؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: تمرکز محدود بر اصلاح سازوکار تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت، هم نقطه قوت و هم نقطه ضعف این جنبش بوده است. PNHP یک سازمان تک‌موضوعی است، همان‌طور که بسیاری از گروه‌های فعال در اصلاح نظام سلامت چنین‌اند. این رویکرد امکان داده تا جنبش بتواند با طیف گسترده‌ای از افرادی که نگران وضعیت سلامت‌اند و آماده حمایت از اصلاحات نسبتاً ریشه‌ای هستند—اما هنوز آمادگی همراهی با یک دستور کار گسترده‌تر را ندارند—ارتباط برقرار کند.

با این حال، تحقق اصلاحات جدی در نظام سلامت نیازمند شکل‌گیری جنبشی قدرتمند و فراگیر است که بتواند در جبهه‌های متعدد، قدرت شرکتی را به چالش بکشد. ما بر این باوریم که سازماندهی پیرامون اصلاح نظام سلامت می‌تواند بخشی مهم در ساختن چنین جنبشی باشد زیرا هم فهمی ژرف از یکی از عرصه‌های حیاتی اقتصاد ایجاد می‌کند و هم نمونه‌ای روشن از اینکه چگونه منطق سود، راهکارهای سنجیده و مبتنی بر منافع عمومی را از مسیر خارج می‌کند، ارائه می‌دهد. با این همه، همچنان روشن نیست که تلاش‌ها برای پیشبرد نظام پرداخت واحد چگونه می‌تواند به‌طور مؤثر در جنبش وسیع‌تری که برای دگرگونی چندلایه جامعه لازم است، ادغام شود. در بسیاری از کشورها، پوشش ملی سلامت معمولاً از سوی حزبی با

برنامه اجتماعی-برابری خواهانه یا حزبی با پیوندهای نیرومند با جنبش کارگری به اجرا درآمده است. بنابراین، یکی از پرسش‌های اساسی پیش روی جنبش ما این است که چگونه می‌توانیم در شکل‌دادن به نیروی پیشرو و فراگیر، نقشی مؤثر داشته باشیم.

هاوارد وایتزکین: اگر این مسیر دوباره طی می‌شد، چه می‌کردید؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: فهرست آن بسیار طولانی است. اما چیزی که اکنون کاملاً روشن به نظر می‌رسد این است که باید خیلی زودتر می‌آموختیم چگونه از شبکه‌های اجتماعی و دیگر شیوه‌های نوین سازماندهی اجتماعی به‌طور مؤثر استفاده کنیم.

هاوارد وایتزکین: در این مقطع حساس تاریخی، چه راهبردهایی را ترجیح می‌دهید؟ آیا پزشکان همچنان باید یکی از محورهای سازماندهی سیاسی باشند؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: ما این مسئله را یک انتخاب دوگانه نمی‌دانیم. پزشکان در پیشبرد اصلاح نظام سلامت نقش مهمی دارند و صدای آنان می‌تواند بسیج دیگر گروه‌ها را تقویت کند. با این حال، تصور اینکه پزشکان نیروی اصلی دگرگونی نظام سلامت—یا جامعه—باشند، واقع‌بینانه نیست. ما به کنشگرانی از عرصه‌های گوناگون نیاز داریم، از جمله پزشکان. برخی از ما بیشترین تأثیر را در بسیج همکاران خود داریم. شمار اندکی ممکن است بتوانند نقش‌های رهبری گسترده‌تری بر عهده بگیرند، هرچند بعید است تعداد زیادی از پزشکان بتوانند یا باید چنین مسئولیتی داشته باشند.

هاوارد وایتزکین: با توجه به شرکتی‌سازی پزشکی، سلطه سرمایه مالی و تغییر موقعیت اجتماعی-طبقاتی پزشکان، آیا هنوز نظام پرداخت واحد را راهبرد مناسبی می‌دانید؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: ما همچنان معتقدیم نظام پرداخت واحد غیرانتفاعی هم ضروری است و هم دست‌یافتنی و همچنان نقطه تمرکز مؤثری برای سازماندهی محسوب می‌شود. سال‌هاست که ما و دیگر اعضای PNHP مقابله با سلطه شرکتی را بخش مرکزی کار خود قرار داده‌ایم—و اکنون این محور بیش از هر زمان دیگری اهمیت دارد. اما در نهایت، موضوع اصلی زندگی بیماران و رنج بیهوده‌ای است که متحمل می‌شوند؛ و حفظ این اولویت در مرکز همه تلاش‌ها کاملاً ضروری است.

هاوارد وایتزکین: لطفاً درباره نمونه‌ها و همکاری‌ها با فعالان در کشورهای دیگر توضیح دهید.

هیملشتاین و وول‌هندلر: تصاحب نظام مراقبت‌های سلامت توسط شرکت‌ها در ایالات متحده الگویی است که طبقه حاکم در بسیاری از کشورهای دیگر آرزوی تحقق آن را دارند. افزون بر این، دانشگاهیان آمریکایی نقش اصلی را در ترویج

سیاست‌های سلامت طرفدار بازار ایفا کرده‌اند که به خصوصی‌سازی منجر شده و نابرابری را تشدید می‌کند. از این‌رو، ما مسئولیت ویژه‌ای داریم تا به مهار این «آفت درحال گسترش» کمک کنیم. برای ما شخصاً، این مسئولیت عمدتاً به معنی هشدار دادن به همکاران در کشورهای دیگر از طریق انتشار حقیقت درباره وضعیت کشور خودمان در مجلات بین‌المللی، نشست‌ها و گاه در تورهای سخنرانی و حضور در رسانه‌ها بوده است. PNHP با سازمان‌های مشابه در کانادا و چند کشور دیگر همکاری داشته، اما چنین کارهایی از نظر لجستیکی دشوار بوده و تاکنون به تمرکز اصلی فعالیت‌ها تبدیل نشده است.

هاوارد وایتزکین: آیا نکات دیگری هست که فکر می‌کنید باید تأکید شود تا در ادامه مبارزه دیده شوند؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: واکنش چشمگیر به نامزدی برنی سندرز، به‌ویژه استقبال مثبت از پیشنهاد او برای اصلاح نظام پرداخت واحد، برای ما امیدوارکننده بوده است. یک نظرسنجی اخیر گالوپ نشان داد که ۵۸ درصد آمریکایی‌ها (و تنها ۳۸ درصد مخالف‌اند)، از جمله ۴۱ درصد جمهوری‌خواهان، از نظام پرداخت واحد حمایت می‌کنند. اگرچه بسیاری از سیاستمداران و بخش عمده‌ای از رسانه‌ها همچنان اصرار دارند که چنین اصلاحاتی و دیگر اقداماتی که سندرز حمایت می‌کند غیرممکن است، کمپین او پتانسیل بسیج حمایت گسترده برای تغییرات رادیکال را آشکار کرده است و نشان داده که زمینه برای سازماندهی بسیار مساعد است.

هاوارد وایتزکین: در دوره ترامپ چه تغییراتی رخ داده است؟

هیملشتاین و وول‌هندلر: دوران ترامپ، بدون شک، در کوتاه‌مدت یک عقب‌نشینی بزرگ محسوب می‌شود. اما موج مخالفت با سیاست‌های او نویددهنده فرصت‌های بهتر در آینده است. دموکرات‌ها با ارائه حمایت اندک به خانواده‌های کارگر و تمرکز بر ثروتمندان، هم در حوزه سلامت و هم در دیگر زمینه‌ها، زمینه را برای پیروزی ترامپ فراهم کردند. حتی با وجود آنکه ACA (قانون مراقبت مقرون به صرفه) پوشش حدود ۲۰ میلیون نفر را گسترش داد، برای دیگر ۳۰۰ میلیون آمریکایی تقریباً هیچ دستاوردی نداشت و در بسیاری جهات سلطه شرکت‌ها بر نظام سلامت را تقویت کرد. اما زمانی که جمهوری‌خواهان تلاش کردند از ACA عقب‌نشینی کنند، موجی از مخالفت ایجاد شد و حمایت از اصلاحات نظام پرداخت واحد که نقایص ACA را برطرف می‌کند، افزایش یافت. ده‌ها هزار نفر در تجمع‌های حمایت از نظام پرداخت واحد حضور یافتند. ده‌ها عضو کنگره تازه به لایحه‌های مربوط به نظام پرداخت واحد پیوسته‌اند. تلاش‌های مبتنی بر ایالت‌ها درحال گسترش است. نظرسنجی‌ها نیز حمایت 0639 مومی قوی و روبه‌رشد از چنین اصلاحاتی را نشان می‌دهند — حتی در میان رأی‌دهندگانی که خود را «محافظه‌کار» معرفی می‌کنند.

بنابراین، دوره پیش رو بدون شک خطراتی دارد، اما همزمان فرصت‌های واقعی و ملموسی نیز در آن نهفته است.

این یک متن آزمایشی است

یادداشتها و منابع

مقدمه

1. "Dr. Martin Luther King on Health Care Injustice."
<http://www.pnhp.org/news/2014/october/dr-martin-luther-king-on-health-care-injustice>

2. Howard Waitzkin and Ida Hellander, "The Neoliberal Model Comes Home to Roost in the United States-If We Let

It. Monthly Review 68/1 (May 2016): 1-18

3. Samir Amin, The Implosion of Contemporary Capitalism (New York: Monthly Review Press, 2013)

4. John Bellamy Foster, Brett Clark, and Richard York, The Ecological Rift: Capitalism's War on the Earth (New York: Monthly Review Press, 2011), Naomi Klein, This Changes Everything: Capitalism vs. the Climate (New York: Simon & Schuster, 2014).

5. Harry Braverman, Labor and Monopoly Capital (New York: Monthly Review Press, 1998).

۶. برای تمایز میان جنوب جهانی و شمال جهانی، وامدار آثار سمیر امین هستیم؛ کسی که اهمیت تاریخی و معاصر پیرامون‌های استثمارشده در جنوب و مراکز استثمارگر در شمال را روشن ساخته است. برای نمونه، بنگرید به:

Samir Amin, "Revolution from North to South, Monthly Review 69/3 (July-August 2017): 113-27.

8. Howard Waitzkin and Barbara Waterman, The Exploitation of Illness in Capitalist Society (Indianapolis: Bobbs- Merrill, 1974).

۱. نافرمانی: پزشکان کارگر، متحد شوید!

1. Epigraph: Erich Fromm, On Disobedience (New York: Harper, 2010).

نسخه خلاصه‌ای از این بخش نخست در مجله مداسکیپ با این مشخصات منتشر شده است:

Medscape., May 20, 2016, [hmp/www.medscape.com/viewarticle/863297](http://www.medscape.com/viewarticle/863297).

برای حفظ محرمانگی، همه نام‌های اشخاص را حذف کرده‌ام و نام همه سازمان‌ها را به صورت خیالی تغییر داده‌ام. «اسناد الکترونیکی نافرمانی» در صورت درخواست در دسترس است و یادداشت‌ها رسمی را دربر می‌گیرد که برای کارگر دکنرها تدارک دیده شده تا در تصمیم‌گیری درباره انجام نافرمانی یا در به اجرا گذاشتن آن از آن‌ها بهره بگیرند.

۲. جزئیات و تحلیل‌ها از پرولتریایی شدن پزشکی در فصول ۲، ۳، ۴ و ۷ آمده است.

3. Carol Peckham, "Medscape Physician Compensation Report 2016, Medscape, April 1, 2016.

4. John D. Stoeckle, "Working on the Factory Floor," Annals of Internal Medicine 107/2 (1987): 250-51.

5. Carol Peckham, "Medscape Lifestyle Report 2016: Bias and Burnout," Medscape, January 13, 2016, http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2016/public/overview_page_1.

6. "Physician Burnout is a Public Health Crisis, Ethicist Says, Medscape, March 4, 2016, <http://www.medscape.com/viewunicle> 859300

7. Hamah Arendt, Eschumann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil (New York: Viking, 1968). 8. Pamela Hartzband and Jerome Groopman, "Medical Taylorism." New England Journal of Medicine 374/2 (2016):106-

9. American Medical Association, Code of Medical Ethics, 2016, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-esdics/code-medical-ethics/opinion>) 15.

10. Noam Scheiber, "Doctors Unionize to Resist the Medical Machine, New York Times, January 9, 2016, [hmpuwww.nytimes.com/2016/01/10/business/doctors-unionize-to-resist-the-medical-machine.html](http://www.nytimes.com/2016/01/10/business/doctors-unionize-to-resist-the-medical-machine.html)

۱۱. عمیقاً وامدار دوست خود، مارک تمن، هستم که هنگامی که این مقاله را می‌نوشتیم، در حالی که خود در واپسین روزهای زندگی‌اش بود، با الهام‌بخشی، دلگرمی و نقدهای سازنده‌اش از من پشتیبانی کرد. همچنین وامدار شریک زندگی و هم‌پیمانم، میرزا لی، هستم که با پیشنهادهای سازنده و یادآوری‌هایش همواره به من خاطر نشان می‌کرد که نافرمانی می‌تواند جهان را دگرگون کند.

۲. کارمند شدن: فروحرفه‌ای‌سازی و جایگاه نوظهور طبقاتی متخصصان حوزه سلامت

1. Epigraphs: Franz 2. Karl Marx, "Estranged Labor," in Economic and Philosophical Manuscripts of 1844, <https://www.manists.org>

2. Kafka, The Trial (Harmondsworth and London: Penguin, 1953), p. 243.

3. Barbara Starfield et al, "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, Milbank Quarterly 83/3 (2005): 457-502. James Macinko et al, "Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States," International Journal of Health Services 37/1 (2007): 111-26.
4. Barbara Starfield et al., "The Effects of Specialist Supply on Populations' Health: Assessing the Evidence, Health Affairs 24, Web Exchange (2005): W5-97-WE-107
5. "OECD Health Statistics 2016, Commy Statistical Profiles, Organization for Economic Cooperation and Development, [hup://www.oecd.org](http://www.oecd.org)
6. John D. Goodson, "Unintended Consequences of Resource-Based Relative Value Scale Reimbursement," JAMA 298/19 (2007): 2308-10.
7. Calvin Sia et al., "History of the Medical Home Concept," Pediatrics 113, Supp. 4 (2004): 1473-78.
8. See also: Kurt C. Stange et al., "Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home," Journal of General Internal Medicine 25/6 (2010): 601-12.
9. H. Jack Geiger, "Community-Oriented Primary Care: A Path to Community Development," American Journal of Public Health 52/11 (2002): 1713-16
10. Pieter Van Herck et al., "Systematic Review: Effects, Design Choices, and Context of Pay-for-Performance in Healthcare, BMC Health Services Research 10 (2010): 247,
11. Catherine M. DesRoches et al., "Electronic Health Records' Limited Successes Suggest More Targeted Uses," Health Affairs 29/4 (2010): 639-46
12. Pamela Hartzhand and Jerome Groopman, "Off the Record: Avoiding the Pitfalls of Going Electronic," New England Journal of Medicine 358/16 (2008): 1656-58. 13. Press Ganey Associates, Inc., "Patient Voice: Every Patient Maners, Every Voice Counts," Journal of Medicine 358/16 (2008): 1656-58.
13. Press Ganey Associates, Inc., "Patient Voice: Every Patient Maners, Every Voice Counts," <https://helpandtraining.pressganey.com>.
14. Donald T. Campbell, "Assessing the Impact of Planned Social Change," Public Affairs Center, Dartmouth College, Occasional Paper Series, December 1976, <https://www.globalhivmeinto.org>.
15. American Academy of Family Physicians, "Sugar Substitutes: What You Need to Know," <http://familydoctor.org>.

16. American Academy of Pediatrics, "Corporate Friends of Children Fund Members," <http://www.aap.org>.
17. National Heart, Lung, and Blood Institute, "Corporate Partners," <http://www.nhlbi.nih.gov>.
18. Eric G. Campbell et al., "Institutional Academic-Industry Relationships, JAMA 298/15 (2007): 1779-86.
19. Mary Carmichael, "Biner Pills: Harvard Medical School and Big Pharma," Boston Magazine, November 2009.
20. American Medical Student Association, "AMSA Scorecard 2014," [hmp://amsascorecard.org/](http://amsascorecard.org/).
21. Matthew Stewart, The Management Myth: Why the Experts Keep Getting It Wrong. (New York: W. W. Norton, 2009).

۳. فرسایش نیروی کار پزشکی و معنای «کیفیت» در مراقبت سلامت

1. Joseph Rabatin, Eric Williams, Linda Baier-Manwell, Mark Schwartz, Roger Brown, and Mark Linzer, "Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians," Journal of Primary Care and Community Health 7/1 (2016): 41-43; Stewart Babbott, Linda Manwell, Roger Brown et al., "Electronic Medical Records and Physician Stress In Primary Care: Roger Results From the MEMO Study," Journal of the American Medical Informatics Association 21/e1, (2014): e100-06, Perry An, Joseph Rabatin, Linda Manwell et al., "Burden of Difficult Encounters in Primary Care: Data From the Minimizing Error, Maximizing Outcomes Study," Archives of Internal Medicine 169/4 (2009): 410-14; Doris Vahey, Linda Aitken, Douglas Sloane et al., "Nurse Burnout and Patient Satisfaction," Medical Care 42/2 Suppl. (2004): 1157-66
2. Karl Marx, The Marx-Engels Reader, val. 4 (New York: W. W. Norton, 1972).
3. Harry Braverman, Labor and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century (New York: Monthly Review Press, 1998); R. Jamil Jonna and John Bellamy Foster, "Beyond the Degradation of Labor: Braverman and the Structure of the US Working Class," Monthly Review 66/5 (2014): 1-24.
4. Gordon Schiff and Norbert Goldfield, "Deming Meets Braverman: Toward a Progressive Analysis of the Continuous Quality Improvement Paradigm," International Journal of Health Services 24/4 (1994): 655-73

5. Gordon Schiff, "Crossing Boundaries: Violation or Obligation?" *Journal of the American Medical Association*, 310/12 (2013): 1233-34
6. Bernie Monegain, "Burnout Rampant in Healthcare: Survey Reveals 60% of Healthcare Workers Experience Burnout," *Healthcare News*, April 30, 2013, <http://healthcareitnews.com/news/burnout-rampam-healthcare>.
7. Bomile Jennings, Margarete Sandelowski, and Melinda Higgins, "Turning Over Patient Turnover: An Ethnographic Study of Admissions, Discharges, and Transfers," *Research in Nursing and Health* 30/6 (2013): 554-66
8. Thomas Bodenheimer and Christine Sinsky, "From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider," *Annals of Family Medicine* 12/6 (2013): 573-76
9. Thomas Bodenheimer, "Primary Care: Will I Survive?" *New England Journal of Medicine* 355/9 (2009): 861-64. On the prior pattern of professional dominance, see Eliot Freidson, *Professional Dominance* (New York: Taylor & Francis, 1970) and *Profession of Medicine* (Chicago: University of Chicago Press, 1988).
10. Charles Kenney, *Transforming Health Care Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience* (New York: CRC Press, 2011), Craig C. Blackmore and Gary S. Kaplan, "Lean and the Perfect Patient Experience," *BMJ Quality & Safety* (2016), doi: 10.1136/bmjqs-2016-005273
11. Sarah Winch and Amanda Henderson, "Making Cars and Making Healthcare: A Critical Review," *Medical Journal of Australia* 191/1 (2009): 28-29.
12. Bozena Poksinska, Malgorzata Fialkowska-Filipek, and Jon Engström, "Does Lean Healthcare Improve Patient Satisfaction? A Mixed-Method Investigation in Primary Care," *BMJ Quality and Safety* (February 10, 2016), doi 10.1136/hmjgs-2015-004290, Chris Husley, "Fifteen Decades of Lean Production: Practice, Ideology, and Resistance," *International Journal of Sociology* 45/2 (2015): 133-51, Mike Parker and Jane Sloughner, "Management by Smea," *Technology Review* 51/7 (1998): 37-44.
13. Cedric Lomba, "Beyond the Debate Over 'Posu' vs 'Neo' Taylorism: The Conforming Evolution of Industrial Work Production," *International Journal of Sociology* 20/1 (2005): 71-91.
14. Leo Panitch and Colin Leys, *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism*, *Socialist Register* (London: Merlin Press, 2009), David Coburn, "Neoliberalism and Health," *The*

Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society (2014): 1678-83, doi: 10.1002/9781118410868.wbehibs149.

15. Mary Walton, *The Deming Management Method* (New York: Penguin, 1988).

16. Antonio D'Andreemaneo, Luca Ianni, Federico Lega, and Massimo Sargiacomo, "Lean in Healthcare: A Comprehensive Review," *Health Policy* 119/9 (2015): 1197–209.

17. Terry Tudor, Steven Bannister, Sharon Butler et al., "Can Corporate Social Responsibility and Environmental Citizenship Be Employed in the Effective Management of Waste?: Case Studies From the National Health Service (NHS) in England and Wales, *Resources, Conservation and Recycling* 52/5 (2008): 764-74; Naomi Klein, *This Changes Everything: Resources, Conservation Capitalism vs. the Climate* (New York: Simon and Schuster, 2015).

18. Julian Tudor Hart, "The Inverse Care Law," *The Lancet* 297/7696 (1971): 405-12

19. Lawrence Casalino, Arthur Elster, Andy Eisenberg, Evelyn Lewis, John Montgomery, and Diana Ramos, "Will Pay- For-Performance and Quality Reporting Affect Health Care Disparities?" *Health Affairs* 26/3 (2007): 405-14.

20. Joshua Vest, Jangho Yoon, and Brian Bossak. "Changes to the Electronic Health Records Market in Light of Health Information Technology Certification and Meaningful Use," *Journal of the American Medical Informatics Association* 20/2(2013): 227-32

21. Sherry Turkle, "The Flight from Conversation," *New York Times*, April 21, 2012, Sherry Turkle, *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other* (New York: Basic Books, 2012); Nancy Brown, "Driving EMR Adoption: Making EMRs a Sustainable, Profitable Investment, *Health Management Technology* 25/5 (2005): 47-48

22. Michel Foucault, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison* (New York: Vintage, 1977); Foucault, "Governmentality," in *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, ed. Graham Burchell, Colin Gordon, and Peter Miller (Chicago: University of Chicago Press, 1991); Alan McKinlay and Ken Starkey, "Managing Foucault," in *Foucault, Management and Organization Theory: From Panopticon to Technologies of Self*, ed. Alan McKinlay and Ken Starkey (London: Sage Publications, 1998).

23. Fitzhugh Mullan, "A Founder of Quality Assessment Encounters a Troubled System Firsthand: Interview with Dr. Avedis Donabedian," *Health Affairs* 20, no. 1 (2001): 137-41.

Copitaltun vs. the Climate (New York: Simon and Schuster, 2015). 18. Julian Tudor Hart, "The Inverse Care Law," *The Lancet* 297/7696 (1971): 405-12

19. Lawrence Casalino, Arthur Elster, Andy Eisenberg, Evelyn Lewis, John Montgomery, and Diana Ramos, "Will Pay- For-Performance and Quality Reporting Affect Health Care Disparities?" *Health Affairs* 26/3 (2007): 405-14.

20. Joshua Vest, Jangho Yoon, and Brian Bossak. "Changes to the Electronic Health Records Market in Light of Health Information Technology Certification and Meaningful Use," *Journal of the American Medical Informatics Association* 20/2

(2013): 227-32 21. Sherry Turkle, "The Flight from Conversation," *New York Times*, April 21, 2012, Sherry Turkle, *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other* (New York: Basic Books, 2012); Nancy Brown, "Driving EMR Adoption: Making EMRs a Sustainable, Profitable Investment, *Health Management Technology* 25/5 (2005): 47-48

22. Michel Foucault, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison* (New York: Vintage, 1977); Foucault,

"Governmentality," in *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, ed. Graham Burchell, Colin Gordon, and Peter

Miller (Chicago: University of Chicago Press, 1991); Alan McKinlay and Ken Starkey, "Managing Foucault," in *Foucault, Management and Organization Theory: From Panopticon to Technologies of Self*, ed. Alan McKinlay and Ken Starkey (London: Sage Publications, 1998).

23. Fitzhugh Mullan, "A Founder of Quality Assessment Encounters a Troubled System Firsthand: Interview with Dr. Avedis Donabedian," *Health Affairs* 20, no. 1 (2001): 137-41.

24. Robert Wachter, "How Measurement Fails Doctors and Teachers," *New York Times*, January 16, 2016.

25. James Reason. *Managing the Risks of Organizational Accidents*, vol. 6 (Burlington, VT: Ashgate Publishing, 1997).

26. Antonio Gramsci, *Prison Notebooks*, vol. 2 (New York: Columbia University Press, 1992).

27. Donald Berwick, "The Stories Beneath, *Medical Care* 45/12 (2007): 1123-25; Asal Bitton, Gregory Schwartz, Elizabeth Stewart et al., "Off the Hamster Wheel? Qualitative

Evaluation of a Payment-Linked Patient-Centered Medical Home (PCMH) Pilot," *Milbank Quarterly* 90/3 (2012): 484-515, Benjamin Crabtree, Sabrina Chase, Christopher Wise et al., "Evaluation of Patient-Centered Medical Home Practice Transformation Initiatives," *Medical Care* 49/1 (2011): 10-16, doi: 10.1097/MLR.0b013e3181180766.

28. Lawrence Casalino, David Gans, Rachel Weber et al., "US Physician Practices Spend More than \$15.4 Billion Annually To Report Quality Measures," *Health Affairs (Millwood)* 35/3 (2016): 401-6

29. Donald Berwick, "Health Services Research, Medicare, and Medicaid: A Deep Bow and a Rechartered Agenda," *Milbank Quarterly* 53-4 (2015): 659-62

30. David Himmelstein and Steffie Woolhandler, "Quality Improvement: 'Become 'Become Good at Cheating and You Never Need To Become Good at Anything Else,' *Health Affairs Blog*. August 27, <http://healthaffairs.org/blog/2015/08/27/quality-improvement-become-good-at-cheating-and-you-never-need-m-become-2015-good-at-anything-else/>

31. Wachter, "How Measurement Fails Doctors and Teachers."

32. Gurdon D. Schiff, Andrew B. Bindman, and Troyen A. Brennan, "A Better-Quality Alternative: Single-Payer National Health System Reform," *Journal of the American Medical Association* 272/10 (1994): 803-8, Adam Gaffney, Steffie Woolhandler, Marcia Angell, and David Himmelstein, "Moving Forward from the Affordable Care Act to a Single-Payer System, *American Journal of Public Health* 106/6 (2016): 987-88.

33. Julian Tudor Hart, "Two Paths for Medical Practice," *Lancet* 340 (1992): 772-75.