

Allocation of Medical Resources

Some thoughts for starters...

- * You can't put a price on a human life...
- * There is a right to health...
- * There is a right to health care...

تقریباً در همه کشورها نارسایی های جدی در عملکرد نظام های سلامت در یک یا چند کارکرد از جمله تامین منابع مالی وجود دارد. نتیجه این نارسایی ها عبارتند از: تعداد بسیار زیادی مرگ و ناتوانی قابل پیشگیری در هر کشور؛ رنج ها و دردهای غیر ضروری؛ بی عدالتی، نابرابری و نادیده گرفته شدن حقوق اولیه افراد.

یک نظام با تامین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می نماید. نظام سلامتی که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه اکثر کشورهای فقیرتر و برخی از کشورهای با درآمد متوسط یا بالاتر است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می شوند. در نهایت مهم ترین عامل تعیین کننده عادلانه بودن تامین مالی یک نظام سلامت، سهم پیش پرداخت از کل هزینه پرداخت شده توسط خانوار است.

Limits on the right to health care...

- * If each citizen of a community has a right to healthcare
 - * What happens when they conflict?
 - * Can I rightfully claim an organ from a healthy person?
 - * What if two people need a donated kidney?
- * Even where our rights don't conflict, there will always be limits in the form of available resources to the degree that our 'rights' may be satisfied.

Key Issues

- * Medical resources are expensive.
- * How are they to be allocated?
- * Who decides who gets what?
- * How do doctors, hospital managers and society make decisions between patients with competing medical needs?

Key questions

- * Should treatment be to everyone regardless of whether their illness is self-inflicted?
Smokers, drinkers, drug users, drink drivers, self-harmers?
- * Should it be regardless of cost? E.g. 1 liver transplant v's 100 hip replacements?
- * Should it be regardless of age? E.g. 25 week premature baby v's 70 yr old pensioner?
- * Should it be regardless of the patient's place in society - rich or poor, law-abiding or criminal?

Limited Resources

- * Resources are indefinitely limited
- * Scarcity of resources can be radical or comparative
 - * Radical: not enough for everyone
 - * Comparative: not enough to treat everyone now

ابعاد عدالت در سلامت

* سه بعد در عدالت در سلامت وجود دارد:

- عدالت در تامین منابع
- عدالت در خدمات رسانی
- عدالت در پیامدها

What limits resources...?

- * Financial Constraints
 - * No money to spend
 - * Unfair distribution of what money there is

What limits resources...?

- * Increased supply and demand
 - * Improved treatments and technology allows medicine to treat more disease.
 - * Innovations are frequently brought 'to the market' by biotechnology/ pharmaceutical companies who need to generate profit from their investment.
 - * People live longer and *expect* to live longer
 - * With longer lives the nature of the treatment to be delivered changes over time.

Types of distribution problems

- * Macro-allocation
 - * Department of Health
 - * Hospitals
- * Micro-allocation
 - * Deciding between patients

سطوح مختلف تخصیص منابع در مراکزهای بهداشتی درمانی

■ سطح کلان

■ سطح میانی

■ سطح خرد یا پایین

تصمیم گیری در سطح کلان

عبارت است از تقسیم و توزیع منابع بین بخشهای مختلف جامعه مانند آموزش و دفاع و حمل و نقل و بهداشت و درمان و غیره



تصميم گيري در سطح مياني

عبارت است از تقسيم و توزيع منابع بين بیمارستانها و واحدهاي بهداشتي درماني





تصميم گيري در سطح خرد يا پايين

عبارت است از تقسيم و توزيع منابع بين بيماران




دیدگاه‌های موجود در خصوص تخصیص منابع محدود

1- تخصیص منابع محدود از دیدگاه اقتصادی

2- تخصیص منابع محدود از دیدگاه اخلاقی



ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص منابع عبارتند از:

- ارتباط
 - عمومیت
 - تجدید نظر (اصلاح)
 - اجبار (الزام)
 - توانمندسازی
- 



ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص
منابع عبارتند از:

■ ارتباط





ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص منابع عبارتند از:

■ عمومیت





ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص
منابع عبارتند از:

■ تجدید نظر (اصلاح)





ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص
منابع عبارتند از:

■ اجبار (الزام)





ویژگی‌های یک فرایند تنظیم اولویت عادلانه در تخصیص منابع عبارتند از:

■ توانمندسازی



How to macro-allocate...

- * Need based analysis
 - * How is need defined?
 - * How are different needs evaluated / compared?
 - * Does kidney dialysis count for more or less than a ruptured appendix?
 - * Does a fractured hip in an elderly person count for more or less than a young adult?
 - * How to assess Value of Life.

Problems...

- * A range of people have input into the decisions that are made:
 - * Medical professionals
 - * Managers
 - * Economists
 - * Politicians
 - * Public opinion
 - * Lobby groups
 - * Media
- * Each group will have its own priorities and bias.

Medical Method

- * QALYs: Quality Adjusted life Years.
- * Ask question: how many years of good quality life will patient have as a result of treatment?
- * Doctors use this method when allocating drugs, surgery and technological treatments to competing patients – look at the long-term prognosis of each case.

QALYs - Quality Adjusted Life Years

- * A common mechanism for working out who to treat
 - * Term comes from Health Economics, rather than Ethics
- * The more QALYs a given treatment will produce - having regard to the cost of that treatment - the clearer the indication as to whether that treatment should be given to that particular person

Problems with QALYs

- * Numerical bias: two years of life for one person is 'better' than one year of life for two people (because cost of treating them is higher).
- * May discriminate:
 - * Elderly
 - * People with conditions that are cheaper to treat
 - * Those with pre-existing conditions

توصیه های کمک کننده در تخصیص منابع در سطح خرد

1- انتخاب روش های درمانی سوومند و استاندارد

2- به حداقل رساندن استفاده از آزمایشات و درمان های حاشیه ای و غیر ضروری

3- یافتن روش های تشخیصی و درمانی که با کمترین هزینه بهترین نتیجه را بدهند

4- حمایت کامل بیمار در تصمیم گیری

5- حل عادلانه مشكلات منابع محدود براساس معيارهاي اخلاقي مانند توجه به نياز ، سوددهي و رعايت عدالت

6- درجریان قرار دادن بیمار در خصوص کمبود های موجود با روش منطقی

7- یافتن راه حل برای کمبود های غیرقابل قبول در سطح کلان، میانی و خرد

* لطفا تا تاریخ ۳۰ دی ماه نظرات خود را در مورد پرسش های این
کیس ارسال فرمائید.

جراح توراکس یک دهنده مناسب ریه برای یکی از دو بیمار زیر دارد.

- بیمار اول آقای ۲۱ ساله مبتلا به فیروزکیستیک می باشد. وی ۱۵ ماه قبل تحت عمل جراحی پیوند ریه قرار گرفته ولی به علت رد مزمن پیوند و عفونت قارچی، ریه پیوندی در حال تخریب است. بیمار در طی این مدت به طور متناوب نیازمند ونتیلاسیون مکانیکی بوده است و نام وی به عنوان کاندید پیوند مجدد ثبت شده است اما با توجه به وجود عفونت قارچی و خطرات عمل پیوند دوم، میزان بقاء یک ماهه پس از عمل ۶۵٪ و بقاء ۲۴ ماهه ۳۸٪ پیش بینی می شود.

- بیمار دوم خانم معلم ۴۲ ساله ایست که به دلیل هیپرتانسیون ریوی پیشرونده همراه با هموپتیزی و هیپوکسمی کاندید دریافت ریه پیوندی است. با توجه به نارسایی شدید و مقاوم به درمان قلب راست ادامه درمان وی در منزل ممکن نیست. میزان بقاء ۱ ماهه و ۲۴ ماهه برای این بیمار با توجه به عدم وجود عفونت و انجام عمل اول به ترتیب ۸۲ و ۶۲ درصد پیش بینی می شود.

جراح برای این دو گیرنده یک دهنده مناسب دارد و می داند بهترین نتیجه در صورتی به دست می آید که هر دو ریه به یک گیرنده پیوند شوند.

لطفاً با پاسخ های خود جراح را در تصمیم گیری راهنمایی فرمائید.

۱- به نظر شما جراح ریه را باید به کدام بیمار پیوند بزند؟

۲- جراح چگونه باید تصمیم خود را مطرح کند تا از اتهام مبرا شود؟