

طبابت کنتراتی - بخش ۱ (The Concierge Cure)

این نرخ‌های گزاف باعث شده که پزشکان کنتراتی (خدمات ویژه=کنسیرج) به عنوان افرادی سودجو تلقی شوند که از بیماران ثروتمند و نسبتاً سالم پول زیادی به جیب می‌زنند. اما با پیوستن پزشکان بسیار ماهر به این نوع خدمات و تداوم دشواری در دسترسی به مراقبت پزشکی، به نظر می‌رسد که نگاه تحقیرآمیز جای خود را به واقع‌گرایی می‌دهد. مثلاً وقتی به مادرم که متخصص قلب است گفتم یکی از دوستانمان را به یک مطب کنتراتی معرفی کرده‌ام، اعتراف کرد که خودش هم برای بیمارانش همین کار را شروع کرده است. پرسیدم «چرا؟» گفت: «چون می‌خواهم آنها دکتر داشته باشند».

البته، این وعده دسترسی آسان، یک پرسش اخلاقی را مطرح می‌کند: آیا ما حاضر به پذیرش یک سیستم دوسطحی هستیم که در آن افراد ثروتمند صرفاً با پرداخت پول بتوانند به مراقبت و توجه پزشکی دست یابند؟ حتی اگر وضع این چنین نباشد، نابرابری‌های فراوان اجتماعی به ما یادآوری می‌کند که «بازار» معمولاً نسبت به این دغدغه‌ها بی‌تفاوت است. رشد طبابت کنتراتی ممکن است صرفاً بازتابی از محاسبات بیخیالانه سرمایه‌داری باشد که مراقبت بهتر را برای ثروتمندان فراهم می‌کند و درعین حال پزشکان کمتری را برای مراقبت از سایر افراد باقی می‌گذارد. اما آیا واقعاً طبابت کنتراتی بهتر است؟ چگونه می‌توانیم از این موضوع آگاه شویم؟ و از آنجایی که برخی جنبه‌های کیفیت، قابل سنجش نیست، آیا تقاضا برای طبابت کنتراتی می‌تواند چیزی درباره شکست‌های سیستم سنتی مان در پاسخگویی به بیماران و پزشکان به ما بیاموزد؟

داستان از کجا شروع شد؟

در سال ۱۹۹۸، زمانی که شاریس فازاری مسئول میز خدمات ویژه در هتل ماندارین اورینتال سانفرانسیسکو بود، جردن شلین آشفته‌حال وارد شد. نه ماه از پایان دوره

دوستی خانوادگی اخیراً از من کمک خواست تا در بوستون برایش یک پزشک مراقبت‌های اولیه (= پزشک عمومی PCP) پیدا کنم. معمولاً هنگام ترخیص به بیماران چند شماره تماس با پزشکان مراقبت‌های اولیه می‌دهم تا برای پیگیری به آنان مراجعه کنند. البته می‌دانم ممکن است ماه‌ها طول بکشد تا وقت ملاقات بگیرند. در استفاده از ارتباطاتم برای سفارش به دادن وقت ملاقات زودتر تردید دارم. اما در این مورد نیازی به نگرانی نبود: نمی‌توانستم کمکی بکنم.

در بوستون، مثل بسیاری از نقاط دیگر آمریکا، زمان انتظار برای ملاقات با پزشک مراقبت‌های اولیه، چندین ماه تا یک سال است. شنیده‌ام که بعضی از مطب‌ها حتی لیست انتظار هم ندارند. بنابراین به او همان چیزی را گفتم که این روزها به دیگرانی که خواهان رابطه مستمر با یک پزشک هستند و توان مالی هم دارند، می‌گویم: به یک مطب کنتراتی بپیوندید.

باتوجه به اینکه مراقبت‌های اولیه سنتی سال‌هاست در آستانه فروپاشی قرار دارد، طبابت کنتراتی (Concierge Medicine) ظاهراً در حال رونق گرفتن است. به سختی می‌توان اندازه این رونق را تعیین کرد. اگرچه تخمین می‌زنند ارزش بازار این حوزه بین ۷ تا ۲۰ میلیارد دلار است و رشد سالانه‌ای حدود ۱۰ درصد دارد، اما هیچکس دقیقاً نمی‌داند چه تعداد پزشک در این حوزه فعالیت می‌کند یا چند بیمار تحت پوشش آنها است. داده‌های فدرال یا ایالتی به نحوی قابل اعتماد، وابستگی سازمانی پزشکان را مشخص نمی‌کند. بیشتر شرکت‌هایی که مراکز بزرگ پزشکی کنتراتی را اداره می‌کنند، اطلاعات خود را محرمانه نگه می‌دارند. همچنین این مراکز بسیار متنوع است؛ اگرچه برخی تخصصی‌اند، اما بیشتر آنها بر طب داخلی تمرکز دارند، از یک پزشک تا بیش از ۱۰۰۰ پزشک را به کار می‌گیرند و برای خدمات مختلف از بیماران بین ۲۰۰۰ تا ۱۰۰,۰۰۰ دلار در سال هزینه دریافت می‌کنند.

ارزش در برابر هزینه؟

داده‌های اندک موجود نشان می‌دهند که مطب‌های کنتراتی ممکن است واقعا هزینه‌های بالاتری داشته باشد. در یک تحلیل که توسط آدام لیو، اقتصاددان دانشگاه کالیفرنیا، برکلی، انجام شد، هزینه‌ها و نتایج درمانی ۶ ساله بیماران عضو Medicare را در مطب‌های کنتراتی و مطب‌های سنتی با هم مقایسه شد. از آنجا که پزشکانی که در مقطعی به مطب‌های کنتراتی می‌پیوندند، ممکن است سبک کاری متفاوتی نسبت به آنهایی داشته باشند که هرگز چنین کاری نمی‌کنند، گروه شاهد شامل بیمارانی بود که پزشکانشان در طول دوره بررسی شده در مطب‌های سنتی باقی مانده بودند اما بعدها به مطب‌های کنتراتی روی آوردند. پس از تطبیق بیماران بر اساس سن و شرایط پزشکی، پژوهشگران دریافتند که هزینه‌ها در میان بیمارانی که پزشکشان به مطب کنتراتی تغییر مسیر داده بود، ۳۰ تا ۵۰ درصد بیشتر بود — اما هیچ تفاوتی در نرخ مرگ و میر مشاهده نشد.

این داده‌ها ممکن است قابل تعمیم نباشند — زیرا بسیاری از شرکت‌های طبابت کنتراتی حاضر به ارائه داده‌های خود با پژوهشگران نیستند و تنها یک شرکت مورد ارزیابی قرار گرفته است. الگوهای کاری، جمعیت بیماران و اندازه پنل‌ها (کل بیمارهای) آن شرکت ممکن است منحصر به فرد باشد. علاوه بر این در تحلیل انجام شده، هم «ماندگان» (بیمارانی که رفتن پزشکشان به مطب کنتراتی را دنبال کردند) و هم «ترک کنندگان» (کسانی که این کار را نکردند) لحاظ شده‌اند. با توجه به اینکه بیمارانی که پزشکشان بازنشسته می‌شود معمولاً هزینه‌های بالاتری دارند — که اغلب ناشی از مراقبت‌های فوری، مراجعه به بخش اورژانس و دریافت خدمات تخصصی بیشتر است — تشخیص تفاوت میان اثرات از دست دادن پزشک و خود طبابت کنتراتی دشوار است.

مهم‌ترین محدودیت، با این حال، به نحوه‌ای مربوط می‌شود که ما اساساً کیفیت مراقبت‌های اولیه را تعریف می‌کنیم. مراقبت اولیه خوب چه معنایی دارد؟ جلوگیری از مرگ؟ تشخیص بیماری‌های نامشخص؟ غربالگری بیماران برای هر مشکل احتمالی، حتی در حالی که آنها را راهی خانه می‌کنیم؟ طبابت کنتراتی در حال رشد است؛ آیا این رشد نشان‌دهنده آن است که بیماران به چیز دیگری ارزش می‌دهند، آیا عناصر خاصی وجود دارد که بتوان آنها را در مقیاس وسیع ارائه کرد؟

برداشت اولیه من از پزشکی کنتراتی این بود که راهی است برای افراد ثروتمند تا داروهای آرامبخش (بنزوها) را

رزیدنتی‌اش گذشته بود و شلین پس از آنکه رئیسش به وعده‌اش برای بازنشستگی در پایان سال و واگذاری مطب به او عمل نکرد، از اولین شغلش استعفا داده بود. او نگران پرداخت اجاره‌اش بود و از طرفی از دکتری که در چارچوب‌های محدود طبابت سنتی به آن تبدیل شده بود، رضایت چندانی نداشت. در این گیرودار بود که شلین با یک ایده به سراغ فازاری رفت. شلین پرسید: «وقتی یکی از مهمان‌های هتلتان مریض می‌شود، با کدام پزشک تماس می‌گیرید؟»

فازاری که نسبت به توانایی‌های شلین تردیدهایی داشت و از پزشک فعلی هتل هم ناراضی بود، او را زیر بال و پر خود گرفت. شلین نگرش فازاری در زمینه مراقبت کامل از افراد را سرلوحه کار خود قرارداد و خیلی زود کسب و کار خود را گسترش داد و به زودی خدمات فوریتی پزشکی را برای مسافران سراسر منطقه خلیج ارائه کرد. اما رکود اقتصادی سال ۲۰۰۱ او را مجبور به تغییر مسیر کرد. با این حال، شلین که هنوز امیدوار بود بتواند مراقبت‌های اولیه را به شیوه‌ای که روزی به آن باور داشت ارائه دهد، همراه با یک متخصص کودکان به نام دکتر یان چین، خدماتی را راه‌اندازی کرد که بعدها به «پرایوت مدیکال» تبدیل شد؛ ارائه‌دهنده مراقبت‌ها در سطح طبابت کنتراتی در ازای پرداخت سالانه. امروزه، شرکت Private Medical، با دفاتری در شش شهر، فازاری را به عنوان مدیر "عضویت و تجربه پزشکی" در کنار خود دارد.

Private Medical کارش را به صورت طبابت کنتراتی واقعی شروع کرد، لیکن این نوع طبابت مدتها ویژگی منحصر به فرد این شرکت باقی ماند.

اما برچسب «کنتراتی» بی‌تردید این تصور را تقویت می‌کند که در این نوع مطب‌ها، مراقبت‌هایی افراطی، پرهزینه و گاه خارج از چارچوب‌های رایج به بیماران ثروتمندی ارائه می‌دهد که خواهان آن هستند. احتمالاً در این تصور، اندکی حقیقت وجود دارد. همانطور که اریک سواگل، متخصص داخلی که در سال ۲۰۰۹ به عنوان شریک بنیانگذار به Private Medical پیوست، توضیح داد — پس از تأکید بر اینکه بیشتر پزشکان کنتراتی با حسن نیت کار خود را انجام می‌دهند — پزشکانی که نسبت به مقبولیت کاری که پیشنهاد می‌کنند، احساس ناامنی دارند ممکن است تلاش کنند «تا ثابت کنند که بیشتر کار می‌کنند، آنهم ... صرفاً با انجام دادن کارهای بیشتر». این اقدامات ممکن است شامل ام‌آر‌آی کامل بدن، درمان با پتیدها، یا تجویز تستوسترون برای مردانی باشد که دچار کمکاری غدد جنسی نیستند — و همه اینها بسته به خواسته‌های بازار و برداشتهای در حال تحول از مفهوم «سلامت» دستخوش، دگرگونی‌هایی می‌شود.



کنتراتی نهادینه شده است، چرا سیستم درمانی سنتی ما تا این اندازه «پذیرفتن مسئولیت کامل مراقبت را» کم اهمیت می داند؟

پذیرفتن مسئولیت

در انتقادهای انگیزه های نامتجانس در کار طبابت اغلب به رویارویی مستقیم میان انگیزه های مالی و مراقبت از بیمار اشاره می شود؛ نمونه کلاسیک آن، مدل «فی فور سرویس» (پرداخت به ازای خدمت) است که پزشکان را به استفاده بیش از حد از خدمات ترغیب می کند. اما کمتر درباره عکس این موضوع صحبت می شود: اینکه مراقبت از بیمار ممکن است زمانی آسیب ببیند که پزشکان بابت تلاش هایشان پاداشی دریافت نکنند. برای مثال، دربخش مشاوره قلب اغلب تمایل داریم درد بیماران را «غیرقلبی» تلقی کنیم تا از وظیفه بستری کردن او در بخش قلب و پذیرش مسئولیت اصلی مراقبت اجتناب کنیم.

یا وقتی باید از بیماری سرپایی مراقبت کنم که از قبل او را نمی شناسم، فرستادن وی به بخش اورژانس بسیار آسان تر از تلاش برای یافتن علت مشکل او است.

در میان امکانات فرعی و خدمات لوکس طبابت کنتراتی — که بسیاری از آنها نه برای عموم قابل اجراست و نه ضروری — شاید مهم ترین دستاورد این مدل طبابت، همراستا شدن انگیزه ها باشد: چیزی که برای پزشک خوب است، برای بیمار هم مفید است و بالعکس.

اریک سواگل، که پیش از پیوستن به مجموعه Private Medical، در دانشگاه کالیفرنیا سانفرانسیسکو

به دلخواه دریافت کنند. اما این تصور حدود پنج سال پیش شروع به تغییر کرد. در آن زمان، من در حال مراقبت از بیماری جوان و سالم بودم که با افیوژن بزرگ پریکارد و تامپوناد مراجعه کرده بود. اگرچه علائمش پس از تخلیه افیوژن فروکش کرد، اما خودش و مادرش به شدت ترسیده بودند. به محض اینکه درن خارج شد، خواستند بیمارستان را ترک کنند. اما آخر هفته بود. در چنین موقعیت هایی ذهنم به شدت درگیر مسائل پیچیده این نوع بیماران می شود — یک فرد جوان، آزمایش های متعدد ارسال شده ای که جوابش هنوز حاضر نیست، بررسی احتمال سرطان در جریان است و پیگیری های حیاتی که در آخر هفته قابل برنامه ریزی نیستند. حتی اگر برای پیگیری آزمایش ها، برنامه منظمی تدارک ببینم، باز نگرانم: چه کسی در آن سوی ماجرا کنارشان خواهد بود؟ می دانم برنامه ریزی برای پیگیری های سرپایی هر روز دشوارتر می شود و در این حال زدن ضربه ای دوستانه به پشت بیمار و دادن شماره تلفن مطب پزشک عمومی برای تماس در روز بعد از پایان تعطیلات، بیشتر شبیه رها کردن آنها در پرتگاه است تا مراقبت واقعی.

وقتی صبح اولین روز تعطیلی، پیش از آنکه حتی بیمار را دیده باشم، پزشک داخلش با من تماس گرفت، شگفت زده شدم. گفت: «من همه چیز را پیگیری می کنم» و به نظر می رسید حتی بیشتر از من درباره پرونده اطلاع دارد. با سردرگمی پرسیدم: «چی؟» وقتی توضیح داد که در حال راه اندازی یک مطب کنتراتی است و از والدین بیمار مراقبت می کند، احساس آسودگی کردم اما همزمان گیج شدم. اگر چنین نقش راهبری و هماهنگی ای — که می تواند برای سلامت بیمار حیاتی باشد — در ذات پزشکی

به گرفتن هیچ تصمیمی نبودند مگر آنکه اول با پزشک خود (یعنی همان پزشک عمومی شان) صحبت کرده باشند؛ این نوع پزشکان عمومی و چنین رابط های در حال تبدیل شدن به گونه ای در حال انقراض است.

شاید این موضوع اشکالی نداشته باشد. نوستالژی، گذشته را رمانتیک جلوه می دهد و می تواند مزایای دنیای مدرن را پنهان کند. امروزه مراقبت های پزشکی ممکن است تکه تکه شده باشند، اما بیماران از پیشرفت های علمی و تخصص های مرتبط بهره مند می شوند و با همگرایی نیروهای دیگر- مانند حرکت به سوی مراقبت تیم محور، هوش مصنوعی و گسترش کلینیک های مجازی و انجام برخی از کارهای تشخیصی و درمانی در فروشگاه ها (اندازه گیری فشار خون، وزن، قند خون، و فروش داروهای بدون نسخه)- نقش پزشک داخلی جامع ممکن است به تدریج منسوخ شود. با این حال، با وجود همه این گونه موانع حسرت آلود و آرمانگرایانه، هنوز این پرسش منصفانه باقی می ماند: آیا ما به عنوان یک جامعه آماده ایم که از این نقش روزگاری حیاتی دست بکشیم؟ ادامه این مطلب را در شماره آینده می خوانید.

منابع:

1. Song Z, Zhu JM. Primary care — from common good to freemarket commodity. N Engl J Med 2025; 92:1977-9.
2. Grand View Research. U.S. concierge medicine market size, share & trends analysis report by ownership (group, standalone), by speciality (primary care, internal medicine, pediatrics, cardiology, osteopathy, psychiatry), and segment forecasts, 2025-2030 (<https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/usconciierge-medicine-market-report>).
3. Press release of BioSpace. Concierge medicine market to reach US\$ 37.87 billion by 2031, Coherent Market Insights. November 7, 2024 (<https://www.biospace.com/press-releases/concierge-medicine-market-to-reach-us-37-87-billion-by-2031-coherent-market-insights>).
4. Jabbarpour Y, Jetty A, Byun H, Siddiqi A, Park J. The health of US primary care: 2025 scorecard report — the cost of neglect. Milbank Memorial Fund, February 18, 2025. (<https://www.milbank.org/publications/the-health-of-us-primary-care-2025-scorecard-report-the-cost-of-neglect/>).
5. Leive A, David G, Candon M. On resource allocation in health care: the case of concierge medicine. J Health Econ 2023;90: 102776.
6. Sabety AH, Jena AB, Barnett ML. Changes in health care use and outcomes after turnover in primary care. JAMA Intern Med 2021; 181: 186-94.
7. Baldwin R. Why is everyone on steroids now? GQ. June 5, 2024 (<https://www.gq.com/story/why-is-everyone-on-steroids-now>).
8. Sharma A. The suit that couldn't be copied. New Yorker. July 11, 2016 (<https://www.newyorker.com/business/currency/the-suit-that-couldnt-be-copied>). DOI: 10.1056/NEJMs2510427 Copyright © 2025 Massachusetts Medical Society.

سکو به عنوان پزشک مراقبت های اولیه فعالیت می کرد، از تجربه ای مواجهه با چندگانگی ارزش ها در یک مرکز پزشکی قانون دانشگاهی سخن گفت: « قانون غالب این بود که هرچه مؤثرتر بودی و مسئولیت شخصی بیشتری می پذیرفتی، کار بیشتری از دیگران به دوش تو می افتاد». اگر در مدل های سنتی، پزشکان متعهد را تنبیه می کنند، در مدل طبابت کنتراتی برعکس آن عمل می شود. بیماران برای تقبل امر مراقبتشان به شما پول می دهند، همکاران این حس «پذیرفتن مسئولیت کامل مراقبت» از بیمار را محترم می شمارند و سیستم هم- با کاهش چشمگیر تعداد بیماران تحت پوشش- امکان آن را فراهم می کند. سواگل تأکید کرد که «گرهگاه این مسئولیت پذیری فردی، شرط اساسی و غیرقابل چشمپوشی در مدل طبابت کنتراتی است».

شکست سیستم ما در حمایت از نقش هماهنگ کننده ی کارکنان مراقبت های پزشکی- نقشی که معمولاً بر عهده پزشکان عمومی (PCP) است- بی تردید پیامدهایی برای بیماران دارد. یکی از پزشکان عمومی برای مثال به من گفت که اغلب نقش او صرفاً انتقال توصیه های متخصصان به بیماران است؛ توصیه هایی که خود متخصصان در انتقال درست آن ناموفق بوده اند. در مورد یکی از بیماران او که انگلیسی صحبت نمی کند و در مسیر درمان با دشواری مواجه است، به تازگی مرحله I سرطان حنجره تشخیص داده اند. او را بین دو انتخاب- جراحی یا پرتودرمانی- مخیر کردند و به او گفتند که ۶ تا ۱۰ هفته آینده برای پیگیری مراجعه کند؛ اما او هرگز این کار را نکرد. بنابراین، پزشک عمومی ماه ها بعد خود را در موقعیتی یافت که باید با متخصصان مربوطه بگیرد تا بیمار را دوباره وارد برنامه های درمانیشان کند. او پرسید: «مسئولیت اینکه این سرطان از مرحله I به مرحله IV پیشرفت نکند، با کیست؟» و خودش پاسخ داد «در نهایت، این من هستم که باید ابتکار عمل به خرج دهم، چون هیچکس دیگر اینکار را وظیفه خودش نمی داند».

بی تردید، هنوز پزشکان عمومی (PCP) و متخصصانی در سیستم درمانی سنتی وجود دارند که نگاه گسترده تری به نقش خود به عنوان پزشک بیمار دارند. برای مثال، من اغلب تحت تأثیر قرار می گیرم وقتی بیماری بستری در بخش قلب، به طور اتفاقی اشاره می کند که «پزشکش» (یعنی متخصص قلبش) شب گذشته دیر وقت به ملاقاتش آمده است. اما احساسی که در من ایجاد می شود، به همان اندازه که از زیبایی این رفتار سرچشمه می گیرد، از نادر بودن این رویکرد قدیمی نیز ناشی می شود. زمانی بود که بیماران پزشک عمومی، حاضر