

## فرهنگستان علوم پزشکی

### گروه علوم بالینی

#### مقایسه تعرفه ویزیت بیماران و اعمال جراحی در ایران

دکتر محمدعلی جواد: استاد- چشم پزشک- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر دانیال نجدی: چشم پزشک

سیستم جدید پرداخت حق الزحمه پزشکان در آمریکا از سال ۱۹۹۲ جایگزین سیستم قبلی شد و تا به امروز جهت محاسبه پرداختی به پزشکان جهت ویزیت و اقدامات درمانی و جراحی استفاده می‌شود. این سیستم که Physician fee schedule یا به اختصار PFS نامیده می‌شود، بیش از ۷۰۰۰ خدمت شامل ویزیت در مطب، اعمال جراحی و تست‌های تشخیصی را شامل می‌شود. (البته با توجه به زیر شاخه شدن هر خدمت، مجموعاً بیش از ۱۵۰۰۰ آیتم در لیست ذکر شده وجود دارد). برای اکثر این خدمات، سیستم بهداشتی درمانی ۸۰ درصد مبلغ را تقبل می‌کند و ۲۰ درصد باقیمانده توسط خود بیمار (و یا توسط بیمه تکمیلی وی) پرداخت می‌شود.

فرمول محاسبه مبلغ پرداختی هر خدمت به صورت زیر است:

$$\text{Payment} = \text{RVU} \times \text{Geographic adjustment} \times \text{conversion factor}$$

در این فرمول:

Payment: مبلغ خدمت

RVU: Relative value unit که نشاندهنده ارزش نسبی آن خدمت پزشکی است.

Geographic adjustment: اختلافات منطقه‌ای در هزینه تامین خدمت پزشکی را اعمال می‌کند.

(CF) Conversion factor: این فاکتور، مقدار RVU را تبدیل به مبلغ دلاری می‌کند و یک عدد ثابت است.

در ادامه به توضیح هر کدام از موارد ذکر شده می‌پردازیم.

## RVU

براساس سیستم درمانی آمریکا، به هر خدمت پزشکی، ارزشی (وزنه‌ای) تعلق می‌گیرد که نشان‌دهنده هزینه نسبی آن

خدمت است. این وزنه (ارزش) که RVU نامیده می‌شود از سه جز تشکیل شده است:

۱- Physician work= RVU (W): که مربوط به زمان مصرف شده توسط پزشک، مهارت و آموزش وی است.

۲- Practice expense= RVU (PE): که مربوط به تسهیلات لازم برای ارائه آن خدمت است از جمله اجاره مطب،

تسهیلات و وسایل خریداری شده، تدارکات و هزینه پرسنل می‌شود.

۳- Malpractice expense= RVU (ME): پوشش دهنده هزینه مسئولیت و الزامات قانونی پزشک است.

## Geographic adjustment

جهت اصلاح جغرافیایی از GPCIs (Geographic practice cost indices) استفاده می‌شود که در واقع هزینه‌ها را براساس

اختلافات جغرافیایی در هزینه خدمت اصلاح می‌کند. GPCIs همان قسمت مشابه RVU را دارد یعنی physician work،

Practice expense و Malpractice expense.

۸۹ منطقه جغرافیایی مختلف برای این فاکتور تعریف شده است که این مناطق می‌توانند یک ایالت کامل، قسمتی از

یک ایالت و یا یک منطقه شهری بزرگ باشند.

## Conversion factor (CF)

یک عدد ثابت است که به تمامی خدمات اضافه می‌شود. مبلغ Conversion factor در سال ۲۰۱۵، ۳۵,۷۵۴۷ دلار

می‌باشد. میزان CF سالیانه براساس سیستم Sustainable growth rate (SGR) که در نظر گیرنده تورم سالیانه و میزان

افزایش سالیانه نرخ خدمات است، بازنگری می‌شود و هر سال مبلغ جدید اعلام می‌گردد.

جهت روشنتر شدن مطلب در ادامه به ذکر چند مثال می‌پردازیم:

ویزیت در مطب جهت بیماری که اولین بار مراجعه نموده است به ۵ سطح تقسیم می‌شود که هر کدام RVU متفاوتی می‌گیرند.

سطح اول (Level 1): بیمار مشکل جزئی دارد که با ۵ دقیقه معاینه و حل می‌شود.

سطح دوم (Level 2): بیمار مشکل جزئی دارد که نیاز به معاینه مختصر و درمان دارد و حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد.

سطح سوم (Level 3): بیمار مشکل متوسط دارد که نیاز به مشورت و درمان و گاهی نیاز به همکاری با سایر پزشکان دارد و ویزیت حدود ۱۵ دقیقه طول می‌کشد.

سطح چهارم (Level 4): بیمار مشکل متوسط تا شدید دارد که نیاز به مشورت و درمان و گاهی نیاز به همکاری با سایر پزشکان، ویزیت حدود ۲۵ دقیقه طول می‌کشد.

سطح پنجم (Level 5): بیمار مشکل پیچیده‌ای دارد که نیاز به بررسی جامع و کامل دارد و ویزیت حدود ۴۰ دقیقه طول می‌کشد.

حال به محاسبه هزینه این ۵ سطح ویزیت می‌پردازیم.

جهت محاسبه، Washington DC و مطب خصوصی را در نظر گرفتیم (اندکس جغرافیایی واشینگتن DC ۱/۱۳۴ است)

هزینه =  $RVU \times Geographic\ adjustment \times conversion\ factor$

$$\text{سطح اول} = 1.21 \times 1.134 \times 35.7547 = 49 \$$$

$$\text{سطح دوم} = 2.08 \times 1.134 \times 35.7547 = 84.3 \$$$

$$\text{سطح سوم} = 3.02 \times 1.134 \times 35.7547 = 122.45 \$$$

$$\text{سطح چهارم} = 4.64 \times 1.134 \times 35.7547 = 188.13 \$$$

$$\text{سطح پنجم} = 5.78 \times 1.134 \times 35.7547 = 234.35 \$$$

برای معاینه چشم پزشکی بیماری که تازه مراجعه نموده است، در مطب در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 4.2 \times 1.134 \times 35.7547 = 170.3 \$$$

معاینه چشم پزشکی در مراجعات بعدی بیماری که قبلاً معاینه کامل شده در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 2.43 \times 1.134 \times 35.7547 = 98.5 \$$$

جهت اعمال جراحی هم از همین روش استفاده می‌شود.

مثلاً آرتروسکوپی / جراحی زانو در بیمارستان در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 18.01 \times 1.134 \times 35.7547 = 730.23 \$$$

عمل جراحی کاتاراکت با گذاشتن لنز داخل چشمی در بیمارستان در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 21.2 \times 1.134 \times 35.7547 = 860 \$$$

عمل جراحی کاتاراکت پیچیده در بیمارستان در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 23.39 \times 1.134 \times 35.7547 = 948 \$$$

عمل جراحی گلوکوم با گذاشتن شانت در بیمارستان در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 33.89 \times 1.134 \times 35.7547 = 1.374 \$$$

عمل جراحی پیوند قرنیه در بیمارستان در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 35.71 \times 1.134 \times 35.7547 = 1.447 \$$$

عمل جراحی ویتراکتومی برای ماکولار hole در بیمارستان واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 44.26 \times 1.134 \times 35.7547 = 1.794 \$$$

عمل جراحی گذاشتن Pacemaker بطنی در قلب، در بیمارستان در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 14.04 \times 1.134 \times 35.7547 = 569 \$$$

عمل جراحی پیوند قلب در بیمارستان در واشینگتن DC:

$$\text{هزینه} = 141.55 \times 1.134 \times 35.7547 = 5.739 \$$$

همانطور که در لیست بالا مشاهده می‌شود، هزینه عمل جراحی کاتاراکت با گذاشتن لنز داخل چشمی حدوداً به اندازه

ویزیت ۵ بیمار چشمی در اولین مراجعه آنهاست!

در مطالعه گسترده‌ای که توسط دکتر مکانیک، مک آلپین و روزنتال در سال ۲۰۰۱ صورت گرفت، استفاده از داده‌های

American medical associations socioeconomic monitoring و National Ambulatory medical care survey (NAMCS)

(SMS) system متوسط زمان معاینه بیماران در مطب در آمریکا بررسی شد. براساس این گزارش تعداد ویزیت‌ها در مطب بین سالهای ۱۹۸۹ و ۱۹۹۸ در ۶۷۷ میلیون به ۷۹۷ میلیون افزایش پیدا کرده بود. در عین حال متوسط زمان معاینه بیماران نیز از ۱۶/۳ دقیقه در ۱۹۸۹ به ۱۸/۳ دقیقه در ۱۹۹۹ افزایش داشت.<sup>۲</sup>

البته بعدها مطالعه دکتر گیلکریست و همکاران نشان داد که پزشکان و یا پرسنل مطب هنگام پرکردن فرم‌های مطالعه NAMCS حدوداً ۴ دقیقه زمان ویزیت را بیش‌تر از مقدار واقعی گزارش داده بودند.<sup>۳</sup>

مطالعه باربارا یان و همکاران در سال ۲۰۰۳ نشان داد که متوسط زمان ویزیت بیماران در مطب در ایالت اوهایو براساس حاد یا مزمن بودن بیماری بین ۹ تا ۱۰ دقیقه بوده است.<sup>۴</sup>

مطالعه دیگری توسط مینگ تای سیل و همکاران در سال ۲۰۰۷ صورت گرفت و آنها به بررسی نوارهای ویدیویی ضبط شده در مطب پزشکان پرداختند (۳۹۲ نوار ویدیویی بررسی شد). در این بررسی متوسط زمان معاینه بیماران ۱۵/۷ دقیقه ذکر شد.<sup>۵</sup>

مطالعه NAMCS در سال ۲۰۱۰ متوسط زمان معاینه در مطب را ۲۰/۸ دقیقه به ازای هر بیمار ذکر می‌کند که کمترین زمان مربوط به متخصصین پوست با ۱۶/۷ دقیقه و چشم پزشکان با ۱۷ دقیقه و بیشترین زمان مربوط به روان پزشکان با متوسط ۳۴/۳ دقیقه بود.<sup>۶</sup>

در حال حاضر در کشور ما طبق تصویب نامه هیات وزیران در جلسه ۱۳۹۴/۲/۶، تعرفه ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی در بخش خصوصی ۱۹,۰۰۰ تومان، ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص ۳۰,۰۰۰ تومان و ویزیت پزشکان فوق تخصص، فلوشیپ و متخصصان روان پزشکی ۳۸,۰۰۰ تومان و ویزیت پزشکان فوق تخصص روان پزشکی ۴۲,۵۰۰ تومان تعیین شده است. در این تصویب نامه متوسط زمان ویزیت برای پزشکان عمومی ۱۵ دقیقه، برای پزشکان متخصص ۲۰ دقیقه، برای پزشکان فوق تخصص ۲۵ دقیقه و برای روان پزشکان ۳۰ دقیقه تعیین شده است. در همین بیانیه ضریب ریالی کا (K) مربوط به خدمات سلامت (جراحی، بی‌هوشی، داخلی و فیزیوتراپی) در بخش خصوصی ۳۸,۰۰۰ تومان تعیین شده است.

در ایران فرمول محاسبه هزینه اعمال جراحی جهت پرداخت سیستم بهداشتی به پزشکان فرمول خیلی ساده‌تری است و به این صورت محاسبه می‌شود.

K × ارزش نسبی خدمت

در ادامه به بررسی چند خدمت جراحی در بخش خصوص در کشورمان می‌پردازیم:

آرتروسکوپی زانو (کد خدمت: ۲۰۴۸۹۰ با ترمیم مینیسک داخلی یا خارجی)

$$۲۷,۲ \times ۳۸,۰۰۰ = ۱,۰۳۳,۶۰۰ \text{ تومان}$$

عمل جراحی کاتاراکت (کد خدمت: ۶۰۲۲۳۵)

$$۳۱,۷ \times ۳۸,۰۰۰ = ۱,۲۰۴,۶۰۰ \text{ تومان}$$

عمل جراحی گلوکوم با شانت (کد خدمت: ۶۰۲۱۳۵)

$$۵۴,۱ \times ۳۸,۰۰۰ = ۲,۰۵۵,۸۰۰ \text{ تومان}$$

عمل جراحی پیوند قرنیه (کد خدمت: ۶۰۲۰۲۰)

$$۷۵ \times ۳۸,۰۰۰ = ۲,۸۵۰,۰۰۰ \text{ تومان}$$

عمل جراحی بای پس شریان کرونر، سه‌گرافت یا کمتر وریدی یا شریانی (کد خدمت: ۳۰۱۲۱۵)

$$۱۵۰ \times ۳۸,۰۰۰ = ۵,۷۰۰,۰۰۰ \text{ تومان}$$

در خصوص مدت زمان معاینه هر مریض در مطب یا در کلینیک‌ها در کشور ما تحقیق مستندی وجود ندارد. در مقاله‌ای که اخیراً در روزنامه اطلاعات مورخ ۹ خرداد ۱۳۹۴ چاپ شده بود، به دو بررسی از دانشگاه‌های قزوین و گرگان اشاره شده بود که در یکی از این مقالات، متوسط زمان معاینه کودکان در بیمارستان آموزشی اطفال قدس در قزوین، ۳/۵ دقیقه بوده و در دیگر مقاله نیز متوسط درمان معاینه بیماران توسط پزشک عمومی در گرگان ۶/۹ دقیقه گزارش شده است.

هر ساله مقالات متعددی در خصوص متوسط درآمد سالانه گروه‌های مختلف پزشکی در آمریکا و اروپا به چاپ می‌رسد. از آخرین مقالات در این زمینه می‌توان به مقاله جیمز هامبلین در ژانویه ۲۰۱۵ در آتلانتیک هلت (The Atlantic health) اشاره کرد. در این مقاله متوسط درآمد سالیانه تخصص‌های مختلف پزشکی در آمریکا ذکر شده که بیشترین مقدار آن مربوط به جراحان مغز و اعصاب با درآمد سالیانه ۶۰۹ هزار دلار و پس از آن جراحان ارتوپدی با ۵۳۵ هزار دلار بوده است. در رده‌های میانی رشته‌هایی مثل بی‌هوشی (۳۵۷ هزار دلار)، انکولوژی (۳۴۱ هزار دلار)، چشم‌پزشکی

(۳۴۳ هزار دلار) و گوش و حلق و بینی (با ۳۶۹ هزار دلار قرار دارند). کمترین درآمد نیز مربوط به رشته‌هایی مثل غدد اطفال (۱۵۷ هزار دلار)، عفونی اطفال (۱۶۳ هزار دلار) و نفرولوژی اطفال (۱۸۳ هزار دلار) بودند.

مجله Forbes در سال ۲۰۱۲ مقاله مشابهی در خصوص درآمد سالیانه تخصص‌های مختلف پزشکی چاپ کرد. در این مقاله کم‌ترین درآمد مربوط به پزشک خانواده با درآمد سالیانه ۱۸۹ هزار دلار و نیز رشته‌های اطفال و روان پزشکی با درآمد مشابه بود. بیشترین درآمد و اصطلاحاً رشته‌های لوکس شامل جراحان ارتوپدی با ۵۱۹ هزار دلار درآمد سالیانه، کاردیولوژی با ۵۱۲ هزار دلار و اورولوژی با ۴۶۱ هزار دلار بود.<sup>۷</sup>

سایت معتبر Medscape نیز گزارش مشابهی در سال ۲۰۱۴ منتشر کرد. در گزارش آنها بیشترین درآمد مربوط به ارتوپدها با ۴۱۳ هزار دلار، کاردیولوژی با ۳۵۱ هزار دلار، اورولوژی با ۳۴۸ هزار دلار بود. کمترین درآمد نیز مربوط به متخصصان عفونی با ۱۷۴ هزار دلار، پزشک خانواده با ۱۷۶ هزار دلار و متخصصین اطفال با ۱۸۱ هزار دلار می‌شد.<sup>۸</sup>

با نگاهی به مطالب ذکر شده، کمبودها و کاستی‌هایی در نظام درمانی کشورمان به چشم می‌آید که لازم است در رفع آنها و بهبود کیفیت خدمات ارایه شده تلاش شود. نکته اول زمان کم اختصاص داده شده برای معاینه هر بیمار در کشورمان است. گاهی دیده شده این زمان آن قدر کم است که حتی پزشک کلیه شکایات و مشکلات بیمار را نمی‌شنود و زمانی برای برقراری ارتباط وجود ندارد. این مساله به ویژه در درمانگاه‌ها و مراکزی که حجم عظیمی از بیماران مراجعه کننده وجود دارد پررنگ‌تر می‌شود چون پزشک ناچار است در بازه زمانی مشخص تعداد زیادی بیمار را ویزیت نماید لذا زمان خیلی کمی به هر بیمار می‌رسد. همان طور که ذکر شد، در سیستم درمانی کشور آمریکا براساس زمان لازم جهت رفع مشکل بیمار و میزان پیچیدگی مشکلات وی، تعرفه خدمات و در نتیجه حق‌الزحمه خدمات انجام شده نیز متغیر می‌شود. عدم تخصیص زمان کافی برای تشخیص و درمان، خود مشکلات دیگری را به همراه می‌آورد. از جمله این که ممکن است مشکل اصلی بیمار نادیده گرفته شود و یا تشخیص ناصحیح گذاشته شود. هر بیمار به مثابه یک مساله ریاضی است که داده‌هایی را به پزشک خود می‌دهد و پزشک براساس آن داده‌ها به پاسخ و حل مساله می‌رسد. گاهی این مساله، پیچیده بوده و نیاز به تفکر بیشتر دارد لذا عدم دقت و توجه کافی در اثر کمبود زمان و بالا بودن سرعت معاینات، منجر به این می‌شود که تفکر لازم برای رسیدن به تشخیص صحیح صورت نگیرد. تشخیص ناصحیح، درمان ناصحیح را نیز به دنبال دارد که خود می‌تواند بیمار را عارضه دارد کند. از طرفی همان طور که ذکر شد، در این

گونه موارد ارتباط منطقی بین بیمار و پزشک برقرار نمی‌شود و لذا بیمار با رضایت کامل و اطمینان خاطر از مطب خارج نمی‌شود. این عدم رضایت امتناع بیمار، منجر به مراجعه به پزشک بعدی می‌شود. گهگاه دیده شده که یک بیمار جهت رفع مشکل خود در یک روز به چندین متخصص در رشته مورد نظر مراجعه نخماید که این هم باعث تلف شدن وقت بیمار و سیستم درمان و هم باعث ایجاد بار اضافه به سیستم درمانی کشور می‌شود.

مشکل بعدی که به چشم می‌آید، وجود نداشتن سقفی برای تعداد مراجعات روزانه بیماران بیمه‌ای به پزشکان در سیستم بیمه‌ای کشور است. خیلی از موارد دیده شده که چون بیمار به ویژه در مراکز درمانی دولتی هزینه مستقیمی برای ویزیت پرداخت نمی‌کند، در یک روز به چندین متخصص مراجعه می‌نماید و بدون این که مشکل خاصی در قسمت‌های دیگر بدن خود داشته باشد، پس از رفع مشکل اصلی، کلیه درمانگاه‌های تخصصی آن مرکز را مراجعه می‌نماید که باز هم باعث تحمیل هزینه زیادی به سیستم درمانی می‌شود و گهگاه وقت کافی برای رسیدگی به بیمارانی که نیاز به درمان سریعتر دارند، نمی‌رسد.

در سیستم PFS که در ابتدا ذکر شد، هزینه ویزیت مثلاً چشم‌پزشکی بیماری که در اولین نوبت مراجعه کرده ۱۷۰ دلار است و هزینه عمل جراحی کاتاراکت ۸۶۰ دلار است. یعنی ۵ ویزیت چشم پزشکی، حق‌الزحمه‌ای معادل یک عمل جراحی کاتاراکت دارد در حالی که در کشور ما ویزیت متخصص در بخش خصوصی ۳۰ هزار تومان و دستمزد جراحی کاتاراکت در بخش خصوصی حدود ۱,۲۰۰,۰۰۰ تومان است یعنی در کشور ما این نسبت ۴۰ به ۱ است و لازم است پزشک متخصص ۴۰ بیمار را معاینه کند تا دستمزدی برابر یک عمل جراحی بگیرد. این مورد چند مشکل اصلی را به دنبال دارد. اول این که باعث سوق دادن پزشکان به سمت اعمال جراحی و یا سایر اقدامات مداخله‌ای می‌شود چون با حذف زمان و انرژی خیلی کم‌تر، درآمدزایی بیشتری به همراه داد. در نتیجه احتمال انجام اعمال مداخله‌ای غیرضروری خیلی بیش‌تر می‌شود که هم هزینه خیلی زیادی را به بیمار و سیستم درمانی و اقتصاد کشور تحمیل می‌کند و هم این که می‌تواند باعث ایجاد عوارض ناخواسته در بیماری شود که نیاز ضروری به آن عمل جراحی هم نداشته است. با بالا رفتن آمار عمل‌های جراحی که تعداد و درصد زیادی از آنها غیرضروری بوده است، نیاز به وسایل مصرفی و وسایل لازم برای اعمال جراحی نیز بالا می‌رود و ایجاد نیازهای کاذب در کشور می‌کند. به عنوان مثال نیاز به وارد کردن لنز داخل



چشمی و یا انواع پروتزها افزایش می‌یابد که خود باعث تشدید وابستگی به منابع خارجی جهت رفع نیازهای سیستم درمانی و خروج مقادیر زیادی ارز از کشور می‌شود.

مشکل دیگری که در این عدم تناسب بین حق‌الزحمه ویزیت و عمل جراحی بروز می‌کند، این است که پزشک سعی می‌کند جهت جبران این عدم تناسب، تعداد بیش‌تری ویزیت در یک بازه زمانی انجام دهد و سرعت انجام معاینات طبیعتاً بالا می‌رود و مشکل ابتدایی که ذکر کردیم یعنی زمان کم معاینه هر بیمار بروز پیدا می‌کند. در صورتی که اگر پزشک خاطر جمع باشد که نیاز به معاینه تعداد زیادی بیمار در طول روز جهت جبران این عدم تناسب ندارد، وقت لازم و کافی برای بیمار خواهد گذاشت و خیلی از این مشکلات برطرف خواهد شد.

در انتها با نگاه به مشکلات موجود در سیستم درمانی و سیستم پرداخت موجود در کشورمان، چند راهکار به ذهن می‌رسد:

۱- اجرای کامل کتاب تعرفه کالیفرنیا بدون دخل و تصرف

۲- افزایش تعرفه ویزیت نسبت به افزایش کای جراحی

در واقع به این گونه عدم تناسب بین حق‌الزحمه ویزیت و عمل جراحی را کاهش دهیم. با این روش هم رضایتمندی بیمار افزایش می‌یابد و هم پزشک زیرا دقت کافی برای هر بیمار صرف خواهد شد و توضیحات کامل به وی داده خواهد شد و بدین وسیله بیمار احساس نیاز مراجعه به پزشک دیگری نخواهد کرد. از طرف دیگر نیز پزشک ناچار نخواهد بود جهت پرکردن اختلاف زیاد بین تعرفه ویزیت و حق‌العمل جراحی، بیماران زیادی را در مدت کوتاهی ویزیت کند و یا به انجام اعمال جراحی بعضاً غیرضروری اقدام نماید. البته این افزایش تعرفه ویزیت باید همراه باشد با اعمال حداقل‌های زمان لازم جهت ویزیت هر بیمار. در واقع باید به طور هم‌زمان، تعداد ویزیت‌های روزانه محدود شود و زمان هر معاینه افزایش یابد. این افزایش تعرفه ویزیت و محدود شدن تعداد ویزیت‌ها، از طرفی احساس نیاز جراحان به افزایش هر چه بیشتر تعداد اعمال جراحی را کاهش می‌دهد و از طرف دیگر بیمار نیز رضایت خاطر بیشتری را کسب خواهد کرد.

۳- محدود کردن دفعات استفاده از دفترچه‌های بیمه به خصوص بیمه‌های تکمیلی

اگر امکان استفاده از دفترچه‌های بیمه محدود شود و حد مشخصی برای ویزیت‌های ماهیانه در آنها لحاظ شود، بیماران نیز قدر این خدمت بیمه‌ای را بیش‌تر خواهند دانست و از مراجعات مکرر و غیرضروری پرهیز خواهند کرد.

در انتها باید در نظر داشت که ادامه روند موجود، منجر به کاهش هر چه بیشتر تماس بیمار و پزشک می‌شود و به علت عدم اقناع بیمار، دور باطل مراجعه بیش از حد بیمار به پزشکان مختلف ادامه می‌یابد.

۱- (منبع [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))

2- N Eng J Med. 2001 Jan 18; 344(3):198-204.

3- Med Care. 2004 Mar; 42(3): 276-280.

4- Fam Pract. 2003 Aug; 20(4): 474-477.

5- Health Serv Res. 2007 Oct; 42(5): 1871-1894.

6- CDC/NCHS, National ambulatory medical care survey

7- Jacquelyn smith. The best and worst paying job, for doctors. Forbs magazine 7/20/2012

8- Leslie Kane, Carol Peckham. Medscap, physician compensation report 2014; April 2014.