

## Health Care Costs in Iran and How to Control It

Iravan Masoudi Asl<sup>1</sup>, Mohammad Bakhtiari Aliabad<sup>1</sup>, Ali Akhavan Behbahani<sup>1</sup>, Maryam Rahbari Bonab<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* **Corresponding Author:** Maryam Rahbari Bonab, Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: M.Rahbari2003@yahoo.com

Received: 01 Dec 2018

Revised: 23 Feb 2019

Accepted: 23 Feb 2019

Online Published: 16 Mar 2019

### Abstract

**Introduction:** Today, the increase of costs is one of the challenges for health systems. The current study aimed at investigating the health costs trend in Iran and the policies adopted to manage them better.

**Methods:** The current descriptive-analytical study was conducted in two phases: 1- General review of the Iran's health system costs trend based on National Health Accounts. 2-identification of experts' views on factors leading to increasing health costs in Iran and the strategies used to manage these costs better in the last few decades, through simple and accessible sampling and semi-structured interviews. Data analysis was performed through deductive / inductive hybrid framework, and a thematic framework was developed during the analysis. The NVivo software was used to manage and categorize data.

**Results:** Health costs in Iran increased over the past years, and various strategies are employed to manage these costs among which extending primary health care, expanding insurance coverage, implementing a family physician program in small towns, villages, and among nomads are the most important ones.

**Conclusions:** Despite the adoption of some strategies to control the health costs in Iran in different periods, increase in health costs is a concern. Therefore, health policy makers need to make and implement appropriate policies in order to manage these costs better, while improving access, quality of service, and eventually welfare of patients.

**Keywords:** Health System, Health Care Costs, Policy Option

### Citation:

Masoudi Asl I, Bakhtiari Aliabad M, Akhavan Behbahani A, Rahbari Bonab M. Health care costs in Iran and how to control it. *Iran J Health Insur.* 2019;1(4):117-127.

## هزینه‌های سلامت در ایران با رویکرد مدیریت آن

ایروان مسعودی اصل<sup>۱</sup>، محمد بختیاری علی‌آباد<sup>۱</sup>، علی اخوان‌بهبهانی<sup>۱</sup>، مریم رهبری‌بناب<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: مریم رهبری‌بناب، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: M.Rahbari2003@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۴

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۱۲/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۱۰

### چکیده

**مقدمه:** امروزه یکی از چالش‌های پیش‌روی نظام‌های سلامت افزایش روزافزون هزینه‌ها است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی روند هزینه‌های سلامت و سیاست‌های اتخاذ شده به منظور مدیریت بهتر منابع در ایران است.

**روش بررسی:** مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر در ۲ مرحله انجام شد: ۱- بررسی روند هزینه‌های نظام سلامت کشور براساس اطلاعات حساب‌های ملی سلامت ۲- دریافت نظرات خبرگان و کارشناسان در رابطه با عوامل هزینه‌افزای سلامت در ایران و راهبردهای استفاده شده به منظور مدیریت بهتر منابع در چند دهه اخیر که از طریق نمونه‌گیری ساده و در دسترس و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته شناسایی و اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از یک چارچوب ترکیبی قیاسی/استقرایی استفاده و در طول تحلیل یک چارچوب تماتیک تدوین شد. برای مدیریت و دسته‌بندی داده‌ها از نرم‌افزار NVivo استفاده گردید.

**یافته‌ها:** مخارج سلامت در ایران در طول سال‌های گذشته افزایش یافته است و دوره‌های مختلف راهبردهایی برای کنترل هزینه‌ها بکار گرفته شده است که گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت، گسترش پوشش بیمه، اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای کوچک، روستاها و عشایر از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌باشند. **نتیجه‌گیری:** علیرغم اتخاذ راهبردهای متفاوت برای کنترل هزینه‌های سلامت در ایران در دوره‌های مختلف، افزایش روزافزون هزینه‌های سلامت یک نگرانی به شمار می‌رود. بنابراین لازم است سیاستگذاران حوزه سلامت در راستای کنترل هزینه‌ها همزمان با بهبود دسترسی به خدمات، ارتقای کیفیت خدمات و در نهایت تأمین رفاه بیماران هزینه‌های سیاستی مناسب را تدوین و به اجرا در بیاورند.

**واژگان کلیدی:** نظام سلامت، هزینه‌های سلامت، کنترل هزینه

### مقدمه

امروزه کمتر کشوری را می‌توان یافت که حفظ و ارتقای سلامت شهروندان را جزء وظایف بنیادین خود نداند و برای دستیابی به آن، دست به اقدامات عملیاتی زده باشد، اما این اقدامات مستلزم صرف هزینه‌هایی است که بعضاً بزرگ‌ترین بخش از مخارج عمومی دولت‌ها را به‌خود اختصاص می‌دهند [۱]. از طرفی رشد روزافزون این هزینه‌ها به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت در سراسر دنیا تبدیل شده است [۲]. بنابراین، دولت‌ها به دنبال راهی هستند تا در کنار دستیابی به بیشترین خروجی ممکن بتوانند هزینه‌های سلامت را نیز کنترل کنند. با این حال اگر از اندک کاهش‌های پیش آمده در هزینه‌های سلامت صرف‌نظر کنیم، این هزینه‌ها در طول دهه‌های گذشته تقریباً با سیر یکنواختی در اکثر کشورهای جهان افزایش یافته‌اند. این افزایش‌ها (و گاهی کاهش‌ها) ریشه در وقایعی دارند که الزاماً در کنترل نظام‌های سلامت نمی‌باشند؛ همانند گذارهای جمعیتی، گذارهای اپیدمیولوژیک، تغییر رفتارهای سلامت و پزشکی شدن جامعه. در عین حال برخی از این عوامل همچون گسترش دسترسی به خدمات، گسترش تنوع و افزایش قیمت آنها، ورود تکنولوژی‌های جدید و گران‌قیمت و البته مکانیسم‌های

بازپرداخت به ارائه‌کنندگان تاحدودی در کنترل بخش سلامت هستند و لازم است شناسایی شده مدیریت شوند [۳]. این موضوع می‌تواند در تعیین بهترین سیاست‌ها برای کنترل هزینه‌های سلامت مفید و مؤثر باشد [۴]. در این بین نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام‌های سلامت، همواره با افزایش شدید هزینه‌های سلامت ناشی از انواع مختلفی از این عوامل مواجه بوده است. در سال ۱۳۸۱ در حدود ۵/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی ایران به بخش سلامت اختصاص یافته است، در حالی که این مقدار در سال ۱۳۹۳ به حدود ۷/۵ درصد رسیده است. در این مدت‌زمان سرانه هزینه‌های سلامت در ایران از ۷۵۹ هزار ریال به ۱۰۳۵۵ هزار ریال در سال ۱۳۹۳ رسیده است که حدود چهارده برابر شده است [۵]. بنابراین، افزایش هزینه‌های نظام سلامت و از سوی دیگر محدود بودن منابع، این انگیزه را برای سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بخش سلامت ایجاد می‌کند تا راهکارهای مناسبی را برای مدیریت بهتر هزینه‌های این حوزه اتخاذ کنند. در این مطالعه، ضمن بررسی روند هزینه‌های نظام‌های سلامت در ایران در طی سال‌های اخیر، سیاست‌های اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های بهداشتی درمانی در نظام سلامت در ایران مورد بررسی قرار گرفت.

محققانی انجام شد که اقدام به اجرای مصاحبه‌ها نموده بودند. برای تضمین روایی و کیفیت داده‌ها از روش‌هایی همچون بررسی روایی صوری، جستجو برای شواهد متناقض و مثلثی‌سازی داده‌ها استفاده شد. برای مدیریت و دسته‌بندی داده‌ها از نرم‌افزار NVivo استفاده گردید.

## یافته‌ها

### هزینه‌های سلامت در ایران

هزینه‌های سلامت در ایران همواره از جمله موضوعات مهم در میان سیاستگذاران، صاحب‌نظران و کارشناسان سلامت و اقتصاد بوده است و روند آن، عوامل افزایش و چگونگی مقابله با این عوامل به یکی از مهمترین مباحث و چالش‌های سیاستگذاران و برنامه‌ریزان در بخش سلامت تبدیل شده است. این موضوع، به دنبال چالش‌های مالی به وجود آمده پس از اجرای طرح تحول سلامت در سال‌های اخیر بسیار پررنگ‌تر شده و اهمیت دوچندان پیدا کرده است. طبق شواهد موجود، کشور ما در طول سال‌های گذشته با روند رو به رشد مخارج حوزه سلامت روبرو بوده است و این روند کماکان ادامه‌دار می‌باشد. بررسی روند سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایران نشان می‌دهد که میزان آن از ۵/۳ درصد در سال ۱۳۸۱ به حدود ۷/۵ درصد در سال ۱۳۹۳ رسیده است، همچنین سرانه هزینه‌های سلامت در دوره زمانی مذکور از ۷۵۹ هزار ریال به ۱۰۳۵۵ هزار ریال و به‌طور متوسط سالیانه ۸۰۰ هزار ریال افزایش پیدا کرده است (شایان ذکر است براساس گزارش مرکز آمار ایران این عدد در سال ۱۳۹۴ به ۸/۷۲ درصد رسیده است همچنین برآورد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این است که این عدد در سال ۱۳۹۵ به ۹/۱۸ درصد رسیده است). [۵]. در ادامه، جزییات بیشتر مربوط به روند سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و همچنین سرانه هزینه‌های سلامت در کشور مشاهده می‌شود (تصویر ۱ و ۲).

## روش بررسی

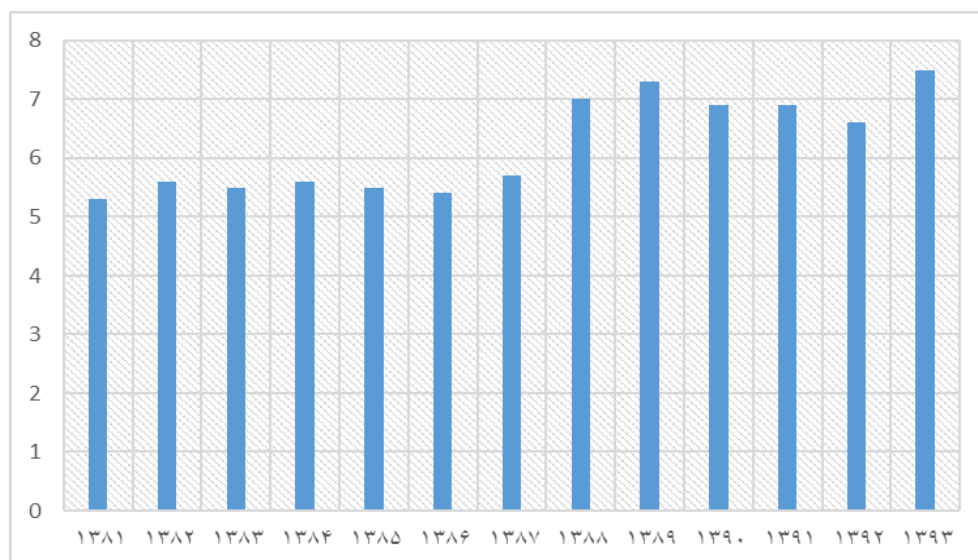
مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر در سال ۱۳۹۷ و در ۲ مرحله صورت پذیرفت:

مرحله اول: روند هزینه‌های نظام سلامت کشور (شامل سهم مخارج سلامت نسبت به تولید ناخالص داخلی و سرانه مخارج سلامت) بر اساس اطلاعات حساب‌های ملی سلامت طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳ بررسی شد.

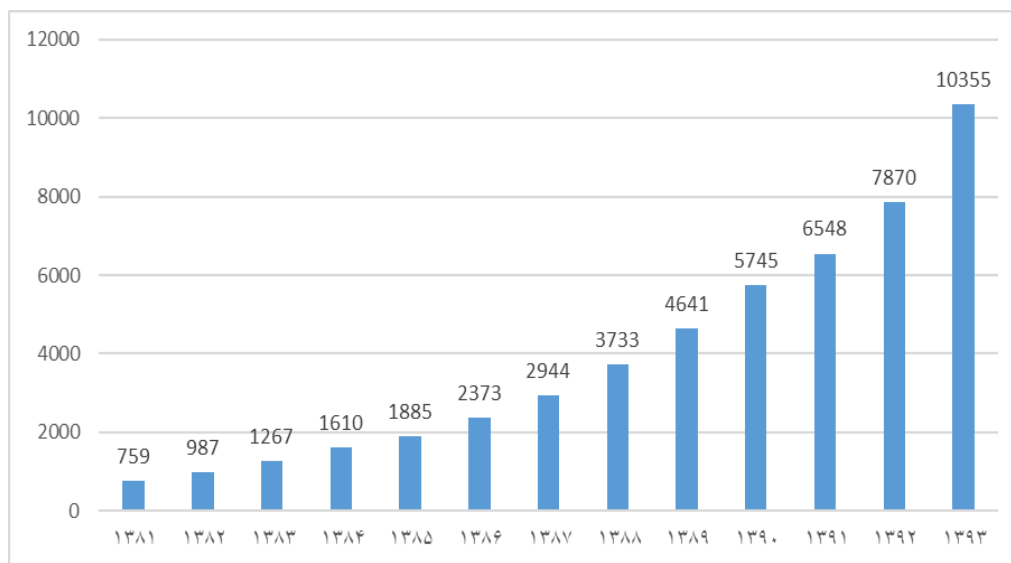
مرحله دوم: نظرات خبرگان و کارشناسان نظام سلامت در رابطه با عوامل هزینه‌افزا در نظام سلامت ایران و راهکارهای استفاده شده به منظور مدیریت کارآمد هزینه‌ها، شناسایی شدند.

مصاحبه‌ها به روش نیمه‌ساختاریافته انجام شده است. برای تدوین چارچوب مصاحبه در ابتدا با استفاده از یافته‌های مرحله اول مطالعه، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر روند هزینه‌های سلامت شناسایی شدند. سپس بر اساس این عوامل، پرسشنامه ابتدایی (متشکل از پنج پرسش آنها باز) تدوین شد و پس از انجام پایلوت و دریافت بازخوردهای مصاحبه‌شوندگان لیست پرسش‌ها بازنگری و مصاحبه‌های اصلی اجرا شدند. در نهایت در مجموع با چهار نفر از فعالین و سیاستگذاران ارشد نظام سلامت (از طریق نمونه‌گیری ساده و در دسترس) مصاحبه‌ها انجام شد. متوسط زمان مصاحبه‌ها نیز ۴۵ دقیقه (با واریانس هشت دقیقه‌ای) بود.

برای تحلیل داده‌ها از یک چارچوب ترکیبی قیاسی/استقرایی استفاده شد و در طول تحلیل یک چارچوب تماتیک تدوین شد. فرآیند گردآوری داده‌ها و تحلیل به‌صورت همزمان اجرا شدند. با هدف افزایش دقت تحلیل‌ها از کدبندی تماتیک بالا-به-پایین و همچنین کدبندی قیاسی پایین-به-بالا که امکان کدبندی داده‌ها بدون دسته‌بندی نظری پیشین را فراهم می‌کند استفاده گردید. کدبندی داده‌ها توسط همان



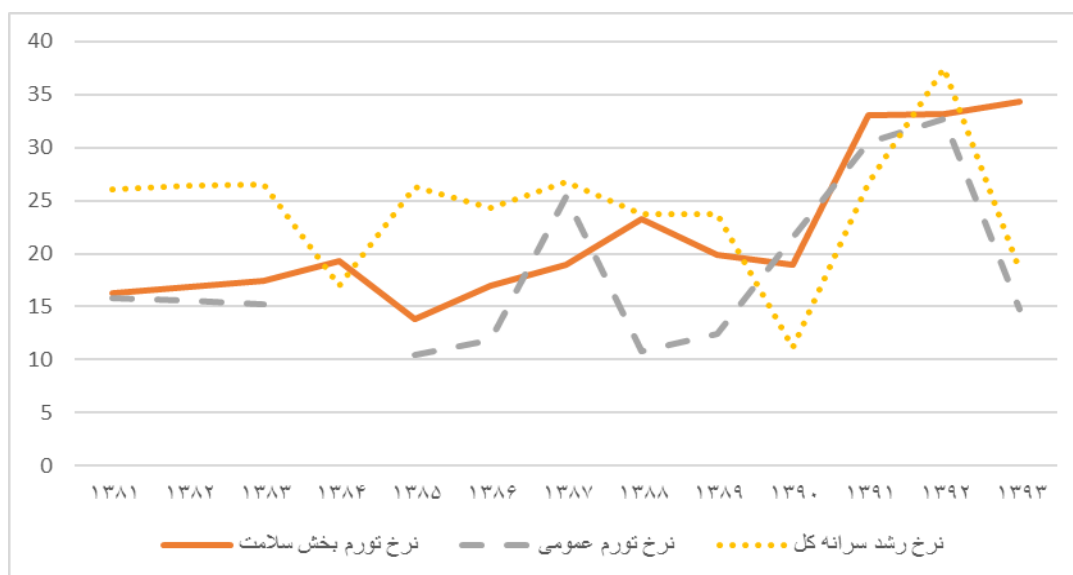
تصویر ۱. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایران به قیمت جاری طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران [۵]



تصویر ۲. سرانه هزینه‌های سلامت به قیمت ثابت طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران [۵]

داده است [۶]. تصویر ۳، جزئیات مربوط به درصد تورم بخش سلامت، درصد تورم بخش عمومی و همچنین نرخ رشد سرانه هزینه‌های سلامت در ایران را در این دوره نشان می‌دهد.

در بازه زمانی بررسی شده، نرخ تورم بخش سلامت در کشور در بیشتر سال‌های مورد بررسی (بجز سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰) همواره از میزان تورم عمومی بالاتر بوده است و از سال ۱۳۹۲ به بعد علیرغم کاهش نرخ تورمی عمومی، نرخ تورم بخش سلامت به روند صعودی خود ادامه



تصویر ۳. مقایسه درصد تورم بخش سلامت و درصد تورم عمومی و نرخ رشد سرانه هزینه‌های سلامت در کشور طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران [۵]

### عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامت ایران

خدمات سلامت در شهرهای کوچک و مناطق روستایی بود. در این دوره نظام سلامت ایران به دنبال پیاده‌سازی نظام مراقبت‌های سلامت اولیه (PHC) بود. پس از پیروزی انقلاب اسلامی نیز با اندک تغییراتی، استراتژی توسعه مراقبت‌های سلامت اولیه با تأکید بر بیماری‌های واگیر قابل پیشگیری رایج آن دوره در دهه ۶۰ ادامه یافت. نمایه اپیدمیولوژیک کشور نیز نشان‌دهنده بالابودن سهم مرگ‌ومیرهای قابل پیشگیری ناشی از بیماری‌های واگیر بود. سیاست‌های اجرا شده در

به‌طور کلی نظام سلامت ایران همواره در طول سال‌های گذشته شاهد رویدادهای بزرگ و کوچکی بوده است که هرکدام به نوبه خود بر عملکرد نظام سلامت و همزمان روند هزینه‌های آن تأثیر گذاشته‌اند. در ادامه، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامت در ایران، بر اساس یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام شده تشریح شده است: تا پیش از شروع دهه ۶۰ در ایران، عمده خدمات سلامت قابل دسترس معطوف به مراکز ارائه‌دهنده شهری و اندک مراکز ایجاد شده برای ارائه

بود که به جهش در تعرفه‌های بخش خصوصی منجر شده بود. در این دوره، باتوجه به گسترش ریسک فاکتورهای بیماری‌های مزمن، افزایش سطح آموزش و آگاهی جامعه، نیاز به بازبینی شبکه مراقبت‌های سلامت اولیه در مناطق روستایی احساس شد و بحث‌هایی درباره افزایش کارآیی نظام سلامت در شهرها نیز مطرح شد. روند افزایش هزینه‌های سلامت ناشی از عوامل یاد شده در دهه‌های قبل نیز کماکان باقی بود و به دلیل نبود سیستم کنترل و نظارت دقیق و شفاف بروز، پیامدهایی از قبیل تقاضای القایی، دریافت‌های غیررسمی، تغییر فرهنگ مصرف و درخواست خدمت تحت تأثیر تبلیغات شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، تضاد منافع و پزشکی شدن سلامت و اولویت گرفتن پاسخ به نیازهای درمانی بر گسترش فرهنگ سلامت‌محوری و پیشگیرانه در نظام سلامت ایجاد شده بود. در نتیجه پیامدهای فوق شاهد افزایش قابل توجه هزینه‌های سلامت، به‌ویژه به‌صورت پرداخت از جیب در دو سال ابتدایی دهه ۹۰ بودیم. در این سال‌ها به‌دنبال مسائل سیاسی و تحریم‌های اقتصادی، با وجود اینکه حوزه سلامت از جمله دارو و تجهیزات پزشکی در زمره تحریم‌های بین‌المللی قرار نگرفت، متأسفانه به‌دلایلی از جمله تضاد منافع، سوءمدیریت و عدم نظارت کافی، در حوزه ملزومات سلامت خودتحریمی صورت گرفت و هزینه‌های سلامت و پرداخت از جیب رشد بیشتری پیدا کرد. از سال ۱۳۹۳ به بعد و با شروع طرح تحول نظام سلامت، طراحی و اجرای نامناسب و شتابزده طرح، رشد متوسط ۳۳ درصدی در تعرفه‌ها و ابلاغ کتاب ارزش نسبی بازبینی شده، بدون اصلاح نظام‌های پرداخت و نظام ارائه خدمت نقش بسزایی در افزایش مجدد مخارج سلامت داشتند. در ادامه، جزئیات مهمترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامتی در ایران، به تفکیک سه دهه اخیر مشاهده می‌شود (جدول ۱).

دهه‌های ۵۰ و به‌ویژه دهه ۶۰، باعث کاهش بیماری‌های واگیر قابل پیشگیری از طریق واکسن شد. نهایتاً بر اثر اقدامات و سیاست‌های اجرا شده در دهه ۶۰، الگوی مرگ‌ومیر و بار بیماری‌های کشور در دهه ۷۰ به سمت بیماری‌های غیرواگیر تغییر کرد. در این دوره، خدمات تشخیصی نیز با گذار از خدمات مرتبط با مهارت ارائه‌کننده به خدمات مبتنی بر ابزار، منجر به گسترش و تجهیز آزمایشگاه‌ها و مراکز تشخیصی-تصویربرداری (برای مثال MRI، پروسیجرهای مختلف بیماری‌های قلبی و...) شد. این دو مسئله مهمترین منبع افزایش هزینه‌های نظام سلامت در این دوره بودند. از طرفی همزمان با گسترش خدمات تشخیصی مبتنی بر ابزار، واردات دستگاه‌های تشخیصی پزشکی نیز افزایش پیدا کرد که یک منبع هزینه‌ای جدید با سرعت رشد بالا برای نظام سلامت به حساب می‌آید. افزایش مهاجرت از روستا به شهر و آغاز حاشیه‌نشینی نیز منجر به این شد که به‌تدریج جمعیت از مناطق روستایی که نظام سلامت در آنها فعالانه در پی ارتقای سلامت بود به سمت مناطق شهری و حاشیه‌ای که نظام سلامت در آن نقشی منفعل داشت، جایجا شود. ازسویی این مهاجرت در افزایش تعداد افراد فاقد پوشش بیمه نیز نقش داشت. در این دوره شاهد گسترش نابسامان و کنترل نشده بخش خصوصی نیز بودیم، در بخش دولتی نیز تنها در بخش روستایی خدمات سلامت به شکل فعالانه به جمعیت ارائه می‌شدند. همه این عوامل به افزایش مخارج سلامت در این برهه منجر شدند.

در دهه ۸۰، ادامه گسترش بخش خصوصی، به‌ویژه در زمینه خدمات سرپایی، تحت نظام کارانه‌ای غالب، افزایش هزینه‌های سلامت را در پی داشت. عامل مهم دیگر در افزایش مخارج در این دهه، انتقال تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از وزارت بهداشت به سازمان نظام پزشکی

جدول ۱. مهم‌ترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامتی در ایران در طول سه دهه گذشته

عوامل داخلی	
تغییر الگوی مرگ‌ومیر و بار بیماری‌های کشور به سمت بیماری‌های واگیر، گسترش خدمات تشخیصی مبتنی بر ابزار، واردات دستگاه‌های تشخیصی پزشکی، گسترش بدون کنترل بخش خصوصی و نابسامانی در آن	دهه ۷۰
گسترش ریسک‌فاکتورهای بیماری‌های مزمن، ادامه گسترش بخش خصوصی به‌ویژه در زمینه خدمات سرپایی تحت نظام کارانه‌ای غالب، جهش در تعرفه‌ها به‌خاطر انتقال تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از وزارت بهداشت به سازمان نظام پزشکی	دهه ۸۰
ابتدای دهه: بالا بودن پرداخت از جیب، کم بودن نقش حفاظت مالی در نظام سلامت، تراکم پایین ارائه‌کنندگان سلامت در مناطق محروم، گسترش خدمات بخش عمومی به مناطق محروم، بعد از اجرای طرح تحول: اجرای ناگهانی طرح تحول، رشد یکباره تعرفه‌ها پس از اجرای آن بدون اصلاح نظام پرداخت	دهه ۹۰
عوامل مرتبط با بیمه	
تصویب قانون بیمه همگانی و توجه به این امر	دهه ۷۰
بیمه رایگان روستاییان	دهه ۸۰
ابتدای دهه: تکثر صندوق‌های بیمه پایه و در نتیجه کاهش انباشت منابع بیمه‌ای، تعداد بالای افراد فاقد بیمه سلامت	دهه ۹۰
عوامل اقتصادی	
سیاست یکسان‌سازی قیمت ارز	دهه ۷۰
افزایش نرخ ارز و تورم بالا	دهه ۸۰
ابتدای دهه: بار مالی ناشی از هدفمندی یارانه‌ها	دهه ۹۰
عوامل اجتماعی و رفتاری	
کاهش مزیت نظام سلامت به‌دلیل مهاجرت از روستا (به‌علاوه حاشیه‌نشینی) به شهر که نظام سلامت در آن نقش منفعل‌تری داشت و همچنین افزایش تعداد بیمه‌نشدگان به‌خاطر این مهاجرت	دهه ۷۰
افزایش سطح آگاهی جامعه	دهه ۸۰
تغییر مصرف به سمت داروهای برند؛ ایجاد تقاضاهای القایی و انجام مداخلات غیرضروری تشخیصی و درمانی؛ تغییر سبک زندگی و اتخاذ الگوی زندگی توأم با رفتارهای پرخطر سلامتی	دهه ۹۰

سیاستگذاران حوزه سلامت ایران در هریک از دوره‌های زمانی اشاره شده در بخش قبل، راهکارهای مختلفی را به‌منظور مهار هزینه‌های

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در ایران

بیمه در دهه ۷۰ و اقداماتی نظیر طرح تفکیک خریدار از ارائه‌کننده، برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع و بیمه سلامت روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر در دهه ۸۰، به عنوان مهمترین اقدامات صورت گرفته به منظور مدیریت بهتر هزینه‌های سلامت در سال‌های اخیر در ایران از سوی مصاحبه‌شوندگان عنوان شده‌اند. همچنین به ادغام برخی صندوق‌های بیمه پایه در سازمان بیمه سلامت نیز به عنوان مهمترین اقدام صورت گرفته در این راستا در دهه ۹۰ اشاره شده است.

سلامت به کار برده‌اند. جدول ۲، مهم‌ترین راهکارهای مورد استفاده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت را در طول چند دهه اخیر در کشور نشان می‌دهد.

به طور کلی، گسترش شبکه مراقبت‌های سلامت اولیه، ارائه فعالانه خدمات سلامت و پیشگیرانه در مناطق روستایی، تربیت نیروهای کار ارزان‌قیمت (بهورز) در دهه ۶۰، تصویب قانون بیمه سلامت همگانی و افزایش انباشت منابع، ایجاد صندوق بیمه کارکنان دولت و اجرای گام‌های اولیه نظام دیده‌بانی هزینه‌های سلامت با استفاده از مکانیسم

جدول ۲: راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامتی در ایران

دهه ۶۰	گسترش شبکه مراقبت‌های سلامت اولیه؛ تربیت نیروهای کار ارزان‌قیمت (بهورز) و جایگزین پزشک برای پاسخگویی به خدمات روتین با رویکرد جلب مشارکت مردم؛ کنترل ورودی به بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی از طریق اجرای زنجیره ارجاع و متناسب‌سازی پاسخ به نیاز براساس سطح مهارت مورد نیاز؛ ارائه فعالانه خدمات سلامت و پیشگیرانه در مناطق روستایی (که در آن زمان بخش اعظم جمعیت در این مناطق ساکن بودند)
دهه ۷۰	با تصویب قانون بیمه سلامت همگانی روند انباشت منابع افزایش یافت؛ جدایی درمان روستاییان از وزارت بهداشت و منتقل شدن آن به بیمه سلامت و ادغام آن در صندوق بیمه روستاییان؛ ایجاد صندوق بیمه کارکنان دولت؛ برداشتن اولین گام در ایجاد نظام دیده‌بانی هزینه‌های سلامت با استفاده از مکانیسم بیمه
دهه ۸۰	اجرای طرح تفکیک خریدار از ارائه‌کننده؛ پس از اجرای این طرح سازمان بیمه سلامت از وزارت بهداشت جدا و به وزارت رفاه منتقل گردید. در نتیجه وزارت بهداشت تبدیل شد به ارائه‌کننده خدمات سلامت و وزارت رفاه نیز تبدیل شد به بزرگ‌ترین خریدار خدمات سلامت؛ اجرای طرح پزشک خانواده، نظام ارجاع و بیمه سلامت روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر که براساس آن کلیه ساکنین این مناطق تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند (در آن زمان حدود ۲۵ میلیون نفر)؛ اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها نیز اقدام مهم دیگری در راستای بهبود بهره‌وری و کیفیت خدمات سلامت بود؛ بنابراین در این دهه نیز مجدداً به‌طور عمده از ابزار بیمه‌ای انباشت منابع برای مدیریت‌ها هزینه و ریسک‌ها استفاده شد.
دهه ۹۰	تاکنون مهمترین اقدام صورت گرفته در این دهه ادغام برخی صندوق‌های بیمه پایه در سازمان بیمه سلامت بوده است. در بعد تأمین مالی سلامت نیز برای اولین بار مالیات نشان‌دار سلامت ایجاد گردید (۱ درصد مالیات بر ارزش‌افزوده)

## بحث

براساس معیارهایی همچون رعایت کرامت انسانی، اثربخشی و کارایی، لیست مثبت (خدماتی که به همه افراد جامعه ارائه می‌شود) و لیست منفی (خدمات خارج از پوشش) تدوین شده است [۱۲]. اقداماتی همچون مکانیسم‌های کاراثر بازپرداخت یا تأمین بودجه، پرداخت استفاده‌کنندگان از خدمات، استفاده از داروهای ژنریک و یا ارزیابی‌های فناوری سلامت از جمله اقدامات مؤثر دیگر برای مدیریت بهتر هزینه‌ها هستند که مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در کشور کانادا به منظور کنترل بهتر هزینه‌ها تأمین بودجه بیمارستان‌ها به صورت گلوبال انجام می‌شود. همچنین در این کشور نظام پرداخت سلامت از نظام عمدتاً مبتنی بر کارانه به ترکیبی از کارانه، حقوق و پرداخت‌های هدفمند برای تشویق به ارائه خدمات اولویت‌دار اصلاح شده است [۱۳].

در کشور ژاپن سقفی برای هزینه‌های سلامت توسط نخست‌وزیر تعیین می‌شود و با نزدیک شدن هزینه‌های هر خدمت به این سقف تعرفه آن کاهش داده می‌شود [۱۰]. در ایتالیا یک برنامه ارزیابی فناوری سلامت که تأمین مالی آن در سطح منطقه‌ای صورت می‌پذیرد، تدوین و اجرا می‌شود؛ همچنین استفاده غیرضروری از خدمات فوری در این کشور مشمول هم‌پردازی است [۱۲]. بریتانیا سیاست جایگزینی داروهای ژنریک بجای برند را اجرا می‌کند [۱۴]. در ژاپن ورود فناوری‌های بهداشت و درمان بر اساس ارزیابی فناوری‌های سلامت انجام می‌شود [۱۰]. کانادا نیز یکی از سخت‌گیرانه‌ترین فرآیندهای ارزیابی فناوری‌های سلامت را برای فناوری‌های جدید در دنیا مورد استفاده قرار می‌دهد [۱۳].

به پیوست مجموعه راهکارهای مورد استفاده در برخی کشورهای دارای نظام‌های سلامت پیشرو را به تفکیک در سمت تقاضا و عرضه خدمات ارائه شده است. استفاده از این تجربیات می‌تواند برای کنترل هزینه‌های

هزینه‌های سلامت در ایران در طی چند سال اخیر با روندی روبه رشد مواجه بوده است. مواردی نظیر افزایش بیماری‌های غیر واگیر، استفاده از تکنولوژی‌های گران، افزایش آگاهی جامعه، گسترش پوشش بیمه، نظام پرداخت غالب کارانه، گسترش خدمات به مناطق محروم و یا افزایش تعرفه‌ها از جمله مهمترین عوامل افزایش هزینه‌های سلامت در ایران ذکر شده‌اند. در طول ۴ دهه اخیر در کشور تلاش‌هایی برای مدیریت هزینه‌های سلامت انجام شده است که گسترش شبکه‌های بهداشتی و تمرکز بر بهداشت و پیشگیری در دهه ۶۰ و استفاده از ابزار بیمه محور راهکارهای مدیریت هزینه‌ها در دهه‌های بعدی مهم‌ترین آن‌ها بوده‌اند. نظام ارجاع و پزشکی خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر نیز از اقدامات مثبت در این راستا قلمداد می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد که راهکارهای مذکور از جمله اقدامات اجرا شده در کشورهای دیگر دنیا نیز می‌باشند. برای مثال تمرکز بر مراقبت‌های اولیه و خدمات پیشگیری محور، افزایش تعداد پزشکان خانواده و پزشکان فعال در حوزه مراقبت‌های اولیه در کانادا [۷]، کنترل استفاده غیرضروری از خدمات از طریق پزشک خانواده در بریتانیا [۸] و یا ایجاد نظام کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ترویج واکسیناسیون و سازماندهی پوشش‌های سلامت در کشور چین [۹]. مثال دیگر کشور ژاپن است که از طریق عضویت اجباری تمام افراد جامعه در طرح بیمه دولتی به انباشت تقریباً کامل منابع ناقل آمده است [۱۰]. کره جنوبی نیز در راستای مدیریت بهتر هزینه‌های سلامت اقدام به جمع‌بندی صندوق‌های بیمه سلامت نموده است [۱۱].

اقدامات کشورهای با نظام سلامت پیشرو به منظور کنترل هزینه‌ها محدود به موارد مذکور نمی‌شود و به طور معمول اقدامات دیگری نیز در این راستا مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای مثال در کشور ایتالیا



### نتیجه گیری

هزینه‌های سلامت در کشور در حال افزایش است. بنابراین لازم است دست‌اندرکاران بخش سلامت با بهره‌گیری از تجربیات کشورهای پیشرو در نظام سلامت و از طرفی بازگشت به اجرای مفاد اسناد و قوانین بالادستی کشور سیاست‌های مناسب را در راستای مدیریت این روند روبه‌رشد تدوین و به اجرا درآورده نظارت مستمر را نهادینه نمایند. بدین منظور راهکارهای زیر برای بهبود وضع موجود پیشنهاد می‌شود: **اصلاح روش‌های پرداخت: اصلاح نظام پرداخت فعلی و گذار به سمت نظام‌های پرداخت آینده‌نگر.**

**تدوین و ابلاغ راهنمای بالینی:** تدوین راهنمای بالینی برای خدمات تحت پوشش (که در کنار ارتقای کیفیت ارائه خدمات و همچنین کاهش ایجاد ریسک برای پزشک و بیمار باعث جلوگیری از ایجاد هزینه های غیرضروری خواهد شد).

**توجه و تأکید بر اجرای صحیح نظام ارجاع:** گسترش نقش پزشک خانواده در کنار تقویت نقش شبکه‌های بهداشتی درمانی با هدف افزایش دیده‌بانی توسط پزشکان خانواده و کنترل ورودی مراکز هزینه ارائه خدمات سلامت مانند بیمارستان‌ها.

**عملکرد تیمی:** تقویت رویکرد تیم‌محوری در پزشک خانواده و سایر سطوح ارائه خدمت.

**گسترش مراکز فوریتی در مراکز بهداشتی - درمانی:** گسترش مراکز فوریتی برای کاهش بار مراجعه بیمارستانی (با هدف افزایش پیچیدگی خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها و تفکیک خدمات ساده‌تر به مراکز سطح پایین‌تر).

**تقویت خدمات پیش‌بیمارستانی** برای کنترل ورودی به بیمارستان. **پوشش بیمه‌ای:** تعیین مکانیسم شناسایی افراد بیمه نشده، تعیین گروه‌بندی اجتماعی اقتصادی این افراد، تعیین نظام پرداخت برای آن، تعیین نظام تخصیص منابع، نظام اطلاعات، نظام پایش و ارزشیابی.

**مدیریت منابع مالی از طریق نظام بیمه‌ای:** طبق اصول علمی و همچنین اسناد بالادستی از جمله بند ۷ و ۹ سیاست‌های کلی سلامت و مواد ۷۲ و ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه، مدیریت منابع سلامت لازم است از طریق نظام بیمه‌ای و با رعایت اصولی از جمله از طریق خرید خدمت راهبردی و نظارت پایش مستمر و دقیق صورت بگیرد.

**نیروی انسانی:** توزیع متعادل‌تر نیروهای انسانی، به‌ویژه نیروهای متخصص.

**نهادینه کردن نظام بودجه‌ریزی شفاف و عملیاتی.**

**توانمندسازی مردم و جلب مشارکت آنها در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و جامعه:** بر اساس بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت و تجارب سایر کشورها و همچنین توصیه‌های بین‌المللی، ضرورت دارد تا نگاه سیاستگذاران حوزه سلامت به مشارکت مردم از حوزه تأمین مالی به سایر حوزه‌های سیاستگذاری، اجرا و ارزیابی تسری پیدا کند. این امر با توانمندسازی مردم ممکن می‌شود.

سلامت در کشور ما نیز کمک کننده باشد. شایان ذکر است بخشی از راهکارهایی که در دنیا برای مدیریت هزینه‌های سلامت استفاده می‌شود در قوانین و اسناد بالادستی ایران توصیه شده‌اند ولی تا کنون اجرای کامل و صحیح این قوانین به طور جدی مورد توجه مسئولین قرار نگرفته‌اند. اخیراً نیز با اجرای طرح تحول سلامت و مشکلات ناشی از عدم برنامه‌ریزی و اجرای صحیح آن که شتابزده، درمان‌محور و غیرهوشمند بوده است، شاهد یک جهش در هزینه‌های حوزه سلامت هستیم که بار مالی سنگینی را نیز بر نظام بیمه‌ای کشور وارد ساخته است. در حال حاضر پرداختن به مسئله کنترل هزینه‌ها و ارائه راهکار برای مدیریت بهتر آن در این حوزه به ضرورتی انکارناپذیر تبدیل شده است. از جمله موارد مرتبط با مدیریت هزینه‌های سلامت در قوانین و اسناد بالادستی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه‌ای، راه‌اندازی پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور، ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چارچوب قانون، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدیگری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، فهرست رسمی دارویی ایران براساس نظام دارویی ملی کشور، استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان، «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده و به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرداخت مبتنی بر عملکرد، سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور.

لازم است موارد مورد تأکید اسناد و قوانین بالادستی در کنار استفاده از تجربیات کشورهای دیگر، تحت عنوان مجموعه‌ای از طرح‌ها و راهبردهای منسجم مدنظر قرار گیرند. راهبردهایی که علاوه بر عدم انتقال بار مالی به دریافت‌کنندگان خدمت، منجر به کاهش تقاضای القایی از سوی ارائه‌دهنده خدمت نیز شوند تا در نهایت بتوان هزینه‌های این بخش را همراه با بهبود کیفیت و دسترسی به خدمات، به شکل بهتری مدیریت کرد. بدین منظور نظام سلامت در درجه اول نیازمند گسترش نظام اطلاعات به‌موقع و بهنگام سلامت برای تقویت نظام سیاستگذاری و تصمیم‌گیری آگاه از شواهد می‌باشد. ابزاری که در شناخت وضع موجود ضروری است و همچنین پیش‌بینی‌های بلندمدت (شامل عوامل اقتصادی، جمعیت‌شناختی و همچنین الزامات هزینه‌ای کوتاه‌مدت که دولت می‌تواند براساس آن بودجه را تنظیم کند) را ممکن ساخته و اطلاعات به‌موقع در مورد هزینه‌های واقعی را در جهت اعمال روش‌های کارآی کاهش هزینه‌ها مهیا سازد. پس از شناخت کافی از وضع موجود به‌کارگیری سایر راهکارها به‌منظور مدیریت هزینه‌ها با توجه به موقعیت نظام سلامت آسان‌تر و واقع‌بینانه‌تر خواهند شد.

### References

- Folland S, Goodman A, Stano M. [Health Economics and Health Care]. Tehran: Asare Sobhan; 2016.
- Davari M. Economic Challenges of Iran's Health System. J Health Inf Manag. 2011;8(7):915-7.
- Wonderling D, Gruen R, Black N. Health Economic TextBook]. Tehran: Vazhe Pardaz; 2009.

4. Alizadeh M, Gol Khandan A. [Strong determinants of health care costs in Iran: The Bayesian models mediocre approach]. *J Health Manag.* 2017;7(2):217-26.
5. INIHR. [Fact Sheet of the most important indicators of budget and health expenditure before and after the development of the health system]. Iran National Institute of Health Research, 2016.
6. INIHR. [Fact Sheet of Health Inflation Survey, before and after implementation of Health System Transformation Plan]. Iran National Institute of Health Research, 2016.
7. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q.* 2011;89(2):256-88. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x pmid: 21676023
8. NHS. NHS Payment System: England; 2016 [cited 2018]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/resources/pay-syst/>.
9. Tang S, Tao J, Bekedam H. Controlling cost escalation of healthcare: making universal health coverage sustainable in China. *BMC Public Health.* 2012;12 Suppl 1:S8. doi: 10.1186/1471-2458-12-S1-S8 pmid: 22992484
10. Nozaki M, Kashiwase K, Saito I. Health spending in Japan: Macro-fiscal implications and reform options. *J Econ Ageing.* 2017;9:156-71. doi: 10.1016/j.jeoa.2016.11.002
11. Na S, Kwon S. Building Systems for Universal Health Coverage in South Korea. Washington DC: The World Bank, 2015.
12. Health Care Systems Profile. Cost Control Measures: Health Care Systems Profile; 2016 [cited 2018]. Available from: <http://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>.
13. Himmelstein DU, Woolhandler S. Cost control in a parallel universe: Medicare spending in the United States and Canada. *Arch Intern Med.* 2012;172(22):1764-6. doi: 10.1001/2013.jamainternmed.272 pmid: 23108503
14. Hossein Z, Gerard A. Trends in cost sharing among selected high income countries--2000-2010. *Health Policy.* 2013;112(1-2):35-44. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.020 pmid: 23809913



## پیوست

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در بریتانیا	
اقدامات سمت تقاضا	به کارگیری یکسری طرح‌های با فرانشیز ابتدایی بالا (طرح‌های بیمه‌ای با حق بیمه‌های پایین و فرانشیزهای ابتدایی بالاتر از طرح‌های بیمه‌ای مرسوم. عموماً تحت پوشش این گونه طرح‌ها قرار گرفتن نیازمند داشتن یک حساب پس‌انداز سلامت می‌باشد). در بخش خصوصی، به طور کلی کمتر از ۱۲ درصد بودجه نظام طب ملی از محل انتقال هزینه‌ها تأمین می‌شود که عبارتند از درمان خصوصی در مراکز ارائه خدمات نظام طب ملی، داروهای بدون نیاز به نسخه، مراقبت‌های چشم پزشکی، مراقبت‌های دندانپزشکی و مراقبت‌های اجتماعی.
اقدامات سمت عرضه	تعیین سقف بودجه گلوبال که امکان افزایش آن وجود ندارد، تعیین بودجه نظام طب ملی برای دوره‌های سه‌ساله و الزام کلیه دریافت‌کنندگان بودجه به حفظ تعادل پرداخت‌ها در انتهای هر سال. مراکز ارائه خدمات تنها مجاز به کسری ۲ درصد هستند. منابع مالی نظام طب ملی به گروه‌های کمیسیون بالینی تخصیص می‌یابد که شیوه هزینه‌کرد منابع در این گروه‌ها برای جلوگیری از هزینه بیش از حد به دقت پایش می‌شود. کنترل استفاده‌های غیرضروری از خدمات از طریق نظام پزشک خانواده و ایجاد لیست انتظار برای خدمات غیرحاد. محدودیت افزایش حقوق پرسنل (تأجیدی به علت بحران‌های مالی). ترویج استفاده از داروهای ژنریک به جای برند. کاهش هزینه‌های اداری بیمارستان‌ها، مدیریت تقاضای بیمارستانی و کاهش استفاده از DRG. اجرای طرح کنترل قیمت محصولات دارویی برای کنترل هزینه داروهای (برند) و تنظیم سود شرکت‌های دارویی از فروش دارو به نظام طب ملی. مذاکره وزارت سلامت با صنعت داروسازی در مورد قیمت داروهای جدید و تعیین سقف سود برای هر دارو. ارزیابی هزینه اثربخشی توسط مؤسسه ملی تعالی خدمات بالینی (NICE: National Institute for Clinical Excellence) استفاده از روش پرداخت بودجه مشخص به‌ازای ارائه سطح مشخصی از فعالیت به بیمارستان‌ها (PBR: Payment By Results). استفاده از روش‌های حقوق و دستمزد، سرانه و کارانه در پرداخت به پزشکان خانواده و متخصصان، که در کنار کنترل هزینه‌ها انگیزه‌های پزشکان را برای کاهش خدمات ارائه شده نیز مهار می‌کند. از سال ۲۰۰۴ با هدف افزایش کیفیت خدمات ارائه شده، پرداخت به پزشکان خانواده از نظام مبتنی بر سرانه و فوق‌العاده ثابت به نظامی تغییر کرد که سرانه و نمرات کیفیت را ترکیب می‌کند.

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در ایتالیا	
اقدامات سمت تقاضا	تدوین لیست‌های مثبت (خدماتی که به تمام ساکنین ارائه می‌شوند) و منفی (خدماتی که تحت پوشش نیستند، مثل جراحی زیبایی) با استفاده از معیارهای ضرورت پزشکی، اثربخشی، کرامت انسانی، متناسب بودن و کارایی. دسته بندی داروها در سه دسته ۱. داروهای حیاتی: که تحت پوشش هستند (برای مثال داروهای بیماران مزمن)؛ ۲. داروهای که توسط نظام طب ملی پوشش داده نمی‌شوند؛ ۳. داروهایی که تنها می‌توانند در بیمارستان‌ها ارائه شوند. خدمات دندانپزشکی بجز برای کودکان زیر ۱۶ سال عموماً پوشش داده نمی‌شود. پرداخت هم‌پردازی دارای سقف برای هر فرآیند تجویز شده یا ویزیت متخصص. وضع هم‌پردازی برای داروهای سریایی در تمام تجویزها و هم‌پردازی استفاده «غیرضروری» از خدمات اضطراری. معاذت افراد زیر ۶ سال و بالای ۶۵ سال که درآمد خانواده آنها از آستانه تعیین شده توسط دولت پایین‌تر است از انتقال هزینه.
اقدامات سمت عرضه	بازنگری فی‌های بیمارستانی و تشخیصی (در جهت کاهش). کاهش تعداد تخت‌های بیمارستانی. افزایش هم‌پردازی‌ها برای داروها. کاهش نیروی انسانی از طریق محدود کردن گردش نوبت‌های کاری (turn over). اجرای ارزیابی تکنولوژی سلامت و تأمین مالی آن در سطح منطقه‌ای. تعیین قیمت مرجع برای تجهیزات پزشکی و داروها براساس مطالعات هزینه اثربخشی. بازپرداخت داروها براساس مذاکره میان دولت و تولیدکننده بر پایه معیارهای هزینه اثربخشی در مواردی که هیچ درمان جایگزین دیگری وجود ندارد، مقایسه قیمت‌ها با محصولات دارای اثربخشی مشابه، تأثیر مالی بر نظام سلامت، تخمین سهم بازار داروی جدید و متوسط قیمت‌ها و داده‌های مصرفی در سایر کشورهای اروپایی.

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در ژاپن	
اقدامات سمت تقاضا	انباشت تقریباً کامل منابع از طریق عضویت اجباری تمام افراد در یک طرح بیمه‌ای دولتی (اعم از بیکار، خویش فرما، یا بازنشسته). پرداخت ۳۰ درصد هزینه درمان و داروها هنگام مراجعه به پزشک توسط فرد. پرداخت کل هزینه خدمات خارج از بسته ضروری یا فناوری که در مرحله بررسی کارآیی است.
اقدامات سمت عرضه	کنترل فی تمام خدمات قید شده در بسته ضروری توسط دولت (اعم از خدمات، داروها و تجهیزات). استفاده از یک قیمت واحد بدون تعدیل‌های منطقه‌ای برای تمام صندوق‌های بیمه. تعیین سقف هزینه برای مخارج سلامت ملی توسط نخست‌وزیر و بازنگری فی‌ها در زمان نزدیک شدن هزینه‌های یک خدمت به این سقف یا کاهش هزینه ارائه‌کنندگان تدوین برنامه جایگزینی نظام کارانه برای بازپرداخت خدمات بیمارستانی با نظام معروف به Diagnosis Procedure Combination (نوعی کیس میکس) (نوعی نظام کیس میکس است که برای بازپرداخت بیماران بستری به‌صورت نظام پرداخت یکجا (Lump-sum) استفاده می‌شود. هدف اصلی از اجرای این سیستم پیاده‌سازی نظام ثبت الکترونیک صورت حساب‌های بیماران و شفاف کردن عملکرد بیمارستانی است). که مشابه DRG در برنامه مدیگر ایالات متحده می‌باشد با این تفاوت که پرداخت بابت خدمات پزشکان در نظام ژاپنی وارد شده است. نظام تعرفه‌ای این کشور هیچ نوع تعدیل در فی‌ها انجام نمی‌دهد. به این معنا که بیمارستان‌هایی که در مناطق دارای هزینه‌های پایین‌تر قرار دارند می‌توانند به پزشکان خود حقوق بالاتر بدهند که به خروج پزشکان از کلاشپرها منجر می‌شود. کاهش قیمت دارو در صورت پیشی گرفتن مقدار فروش آن از پیش‌بینی صورت گرفته و کاهش قیمت داروهای برند با ورود نسخه‌های ژنریک. هنگام تعیین قیمت تجهیزات پزشکی قیمت کشورهای همسایه نیز در نظر گرفته می‌شوند. ارزیابی تکنولوژی‌ها پیش از ورود به کشور. ایجاد انگیزش‌های مالی در جدول فی با هدف بهبود تصمیم‌گیری بالینی (مثلاً با افزایش تعداد اقلام تجویزی موجود در نسخه، فی‌ها کاهش می‌یابند). کنترل تعداد تخت‌های بیمارستانی و ظرفیت دانشکده‌های پزشکی توسط یک برنامه راهبردی ملی. تمرکز برنامه محدودسازی هزینه‌های سلامت بر ترویج رفتارهای سلامت، کاهش اقامت بیمارستانی از طریق مراقبت هماهنگ شده و توسعه مراقبت در منزل و گسترش استفاده از داروهای مؤثر.

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در آلمان	
اقدامات سمت تقاضا	هم‌پردازی بابت خدماتی که کاملاً توسط بیمه‌ها پوشش داده نمی‌شوند و پرداخت‌های مستقیم بابت مزایایی که بازپرداختی بابت آنها صورت نمی‌گیرد. هم‌پردازی با نرخ ثابت برای تمام داروها از سال ۱۹۹۳.
اقدامات سمت عرضه	مذاکره با انجمن‌های پزشکان در مورد فی‌ها. محدود کردن پرداخت به پزشکان به حداکثر تعداد از پیش تعیین شده‌ای از بیماران. تلاش برای مرتبط کردن پرداخت‌های بیمارستانی به خدمات با کیفیت و کاهش پرداخت بابت خدمات «کم ارزش». صندوق‌های بیماری می‌توانند با ارائه‌کنندگان و شرکت‌های داروسازی برای کاهش نرخ‌ها دست به مذاکره بزنند. قراردادن تمام داروها، دارای حق ثبت و زنتیک، در گروه‌های دارای قیمت مرجع (حداکثر قیمت) غیر از دارویی که مزیت افزوده دارد. استفاده از نظام DRG برای بازپرداخت خدمات بیمارستانی. معرفی برنامه‌های مدیریت بیماری با هدف بهبود کیفیت و کنترل هزینه‌ها. تشویق همکاری میان پزشکان سرپایی با پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها با هدف بهبود زنجیره درمان و ارائه یک درمان هماهنگ شده. ممنوعیت بازپرداخت بابت خدمات غیرضروری ازسوی بیمه‌ها. تأسیس سازمانی برای بررسی اثربخشی درمان‌ها، داروها، تجهیزات پزشکی و... ورود هر درمان جدیدی منوط به تأیید این سازمان است. کاهش هزینه‌های اداری بیمه درمان به سطوح سال ۲۰۱۳. محدود کردن یکسری افزایش‌ها در حقوق پزشکان. مرتبط کردن قیمت درمان‌های جدید به ارزش‌افزوده‌ای که ایجاد می‌کنند (نسبت به گزینه‌های فعلی).

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در کانادا	
اقدامات سمت تقاضا	نظام بیمه عمومی کانادا هیچ نوع انتقال هزینه خاصی برای خدمات تحت پوشش پزشکی، تشخیصی و خدمات بیمارستانی تعریف نکرده است، اما برای خدمات دیگر، مانند خدمات آمبولانس، هزینه کاربر تعریف شده است. تمام هزینه‌های دارویی تجویز شده در بیمارستان‌ها پوشش داده می‌شوند، ولی هزینه‌های دارویی سرپایی مشمول پرداخت می‌شوند که پوشش آن میان استان‌های مختلف متفاوت است.
اقدامات سمت عرضه	ایجاد پرداخت‌کننده واحد و سهولت مدیریتی و کنترل سهم هزینه‌های اداری به ۱۷ درصد کل مخارج. کاربرد بودجه‌های گلوبال از پیش تعیین شده برای بیمارستان‌ها. تأکید بر مراقبت‌های اولیه، هماهنگی و ادغام بهتر مراقبت، گسترش رویکردهای تیم‌محور به مراقبت بالینی، بهبود کیفیت و متناسب بودن مراقبت‌ها، تمرکز بیشتر بر پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مزمن و پیچیده (که بخشی از آن از طریق آموزش در مدارس است)، تأکید بیشتر بر مشارکت بیمار و خودمدیریتی و خودمراقبتی، پیاده‌سازی پرونده الکترونیک و نظام‌های مدیریت اطلاعات با هدف بهبود عملکرد کلی نظام سلامت و کنترل هزینه‌ها. گذار از پرداخت کارانه (به همراه نسبت پایی از حقوق و سرانه)، به ترکیبی از کارانه، سرانه، حقوق، Per Session و پرداخت‌های هدفمند مشوق ارائه خدمات اولویت‌دار. ابلیت قدرت خرید طرح‌های بیمه استانی برای محدود کردن قیمت‌های داروها و تجهیزات پزشکی. بالابردن نسبت پزشکان خانواده و پزشکان فعال در حیطه مراقبت‌های اولیه. سیاست طرح‌های بیمه‌ای استانی این کشور به‌صورت ثابت‌نام افراد نزد یک پزشک خانواده و ارجاع به سطوح بالاتر از طریق این پزشک است. هرچند که مراجعه مستقیم به پزشک متخصص ممنوعیت ندارد اما از طریق پرداخت فی پایی‌تر انگیزه‌های آن کاهش یافته است. تعدیل سیاست‌های مربوط به نیروهای انسانی با هدف هماهنگ شدن نظام جبران خدمت، ساعات کار بازنستگی و مقرری با افزایش امید به زندگی و مسن شدن جمعیت. افزایش کارایی نیروی کار از طریق برنامه‌های ارزیابی نیازهای ذهنی و فیزیکی و حمایت از پرسنل. افزایش کارایی آموزش و تربیت نیروی انسانی (این مورد در ترکیب با دستمزدهای بالاتر افراد جوان را تشویق به ورود سریع‌تر به بازار نیروی کار سلامت می‌کند و در عین حال مشوق افراد در آستانه بازنستگی برای ادامه فعالیت می‌باشد). مذاکره در مورد جدول فی‌ها با ارائه‌کنندگان بر اساس فی‌های سال قبل که مانعی برای افزایش بیش از حد آنها می‌شود. تدوین لیست دارویی برای انواع مختلف مراقبت‌ها. محدودیت تربیت نیروی انسانی (برای مثال استان‌ها برای پذیرش دانشجویان سهمیه دارند). محدودیت سرمایه‌گذاری‌های سرمایه‌ای و تکنولوژیک جدید. کاربرد یکی از محدود‌کننده‌ترین فرآیندهای ارزیابی تکنولوژی جدید سلامت در جهان. کنترل ورود داروهای جدید دارای حق ثبت توسط نهاد مستقل شبه‌قضایی (کمیته قیمتگذاری دارویی فدرال). تشکیل یک برد واحد برای مذاکره در مورد قیمت پایین‌تر برای داروهای برند (از سال ۲۰۱۰).

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در کره جنوبی	
اقدامات سمت تقاضا	پرداخت میلی تعین شده توسط بیمه سلامت ملی ازسوی بیماران در هنگام دریافت خدمات. خروج افرادی که ۶ ماه و بیشتر حق بیمه نپرداخته‌اند و همچنین مهاجران غیرقانونی از پوشش بیمه‌ای.
اقدامات سمت عرضه	ادغام صندوق‌های بیمه و ایجاد یک بیمه سلامت واحد. تفکیک دو کارکرد تجویز و فروش دارو میان پزشکان و داروسازان برای کاهش انگیزه سودطلبی پزشکان از فروش دارو. انجام اقدامات میان‌مدت (ثابت نگه‌داشتن فی پزشکان، حذف برخی داروها از بسته خدمت، کاهش قیمت داروها، افزایش هم‌پردازی‌ها و سخت‌تر کردن مکانیسم بازپرداخت پزشکان و تعلیق کلیه برنامه‌های گسترش) و بلندمدت (تقویت نظام مدیریت اطلاعات، اصلاحات نظام پرداخت، ایجاد برنامه بیمه عمومی مراقبت بلندمدت (برای کاهش ابعاد اجتماعی بیمارستان‌های مراقبت حاد) برای تسهیم بار میان دولت، بیمه‌گر، ارائه‌کنندگان و بیمه شده پس از بحران کسری بودجه بیمه در سال ۲۰۰۱. برنامه‌ریزی برای گذار از نظام مبتنی بر کارانه به نظام مبتنی بر DRG و استفاده از آن برای تمام ارائه‌کنندگان مراقبت‌های حاد برای هفت دسته از بیماری‌ها و استفاده از پرداخت روزانه متفاوت برای ۱۷ دسته از بیماری‌ها در بیمارستان‌های مراقبت بلندمدت. تعیین کارانه براساس نظام ارزش نسبی منبع‌محور (RBRV: Resource-based Relative Value)، ارزش‌های نسبی از طریق مذاکره با انجمن‌های تخصصی تعیین می‌شوند. وضع مالیات بر تباکو هم به‌عنوان یک منبع یارانه برای نظام سلامت و هم به‌عنوان یک عامل بازدارنده مصرفی.

راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت در چین	
اقدامات سمت تقاضا	<p>عموماً شامل هم‌پردازی، محدود کردن بسته خدمت و تعیین سقف بازپرداخت در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ که به سطوح بالایی از پرداخت از جیب منجر شدند و نقش آنها از اواسط دهه ۲۰۰۰ کم شد.</p>
اقدامات سمت عرضه	<p>اتخاذ مجموعه‌ای از مقررات و قوانین مرتبط با ایمنی در تولید و حمل‌ونقل، آسیب‌های شغلی و مسمومیت توسط دولت که به کاهش میزان آسیب‌ها و مسمومیت‌ها، بیماری‌های عفونی و انگلی منجر شد.</p> <p>ایجاد یک نظام کنترل و پیشگیری از بیماری، ترویج واکسیناسیون و سازماندهی پوشش‌های وطن پرستانه در مورد سلامت که به کاهش بروز و شیوع بیماری‌های عفونی منجر شده است. تدوین لیست داروهای ضروری جدید با هدف استفاده منطقی از داروها.</p> <p>پایش و ارزیابی داروهای تجویزی در تمام بیمارستان‌های عمومی.</p> <p>هر نسخه تجویز شده شامل مصرف ۳ روز دارو می‌شود.</p> <p>تغییر از نظام مبتنی بر کارانه و بودجه گلوبال به نظام پرداخت ترکیبی (استفاده از پرداخت موردی و نرخ پرداخت ثابت) برای پرداخت خدمات سرپایی و بستری‌های بیمارستان. تعیین بودجه گلوبال برای تعداد از پیش تعریف شده از پذیرش‌های بیمارستانی.</p> <p>تنظیم مقررات برای استفاده از تکنولوژی‌های پیشرفته.</p> <p>تفکیک نظام هزینه و درآمدهای بیمارستانی، تمام درآمدهای بیمارستانی وارد یک حساب متمرکز دولتی می‌شوند درحالی که پرداخت به هر ارائه‌کننده خدمت توسط اداره مالی محلی براساس بودجه‌های توافق شده می‌باشد. درآمد پرسنل سلامت به درآمدهای ایجاد شده ارتباط ندارند.</p> <p>اصلاح نظام قیمت‌گذاری سلامت با هدف انعکاس بهتر منابع مصرف شده در هزینه‌ها.</p> <p>حفظ تعادل میان درآمد و مخارج.</p> <p>تعیین یک مازاد متوسط سالانه برای صندوق بیمه.</p>