

نگاهی بر روند هزینه‌های سلامت در ایران و جهان و نحوه مدیریت آن

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۵۶۲۷

آذرماه ۱۳۹۶

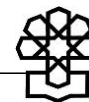
معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

دفتر: مطالعات اجتماعی

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	مقدمه
۴	۱. روندهای مخارج سلامت در دنیا
۷	۲. تجربیات برخی کشورهای دنیا از افزایش هزینه‌های سلامت و راهکارهای مدیریت آن
۲۲	۳. ترکیب هزینه‌های سلامت در کشورهای با گروه‌های مختلف درآمدی
۲۳	۴. هزینه‌های سلامت در ایران
۳۱	جمع‌بندی و ارائه پیشنهاد
۳۶	پیوست‌ها
۴۰	منابع و مآخذ



نگاهی بر روند هزینه‌های سلامت در ایران و جهان و نحوه مدیریت آن

چکیده

بررسی روند هزینه‌های سلامت در جهان نشان‌دهنده افزایش مخارج سلامت در غالب کشورهای است. این امر موجب شده تا سیاستگذاران اهرم‌های سیاستی را به‌منظور مقابله با آن به‌کار برند. این راهکارها با توجه به وضعیت هر کشور متفاوت بوده است و طیف گسترده‌ای از اقدامات را در هر دو سوی عرضه و تقاضای خدمات در بر گرفته‌اند. بررسی دقیق‌تر نشان می‌دهد که عمده اقدامات صورت گرفته به‌منظور مهار هزینه‌های سلامت در سمت تقاضای خدمات معطوف به سه بخش هزینه‌های عمده نظام‌های سلامت (یعنی بخش‌های دارویی، بستری و سرپایی) می‌شوند که در این میان نوع اقدامات اجرا شده در هر بخش بسته به ساختار نظام سلامت هر کشور (نظام طب ملی، نظام بیمه همگانی و...) متفاوت می‌باشند.

به‌طور کلی اقدامات صورت گرفته در سمت **تقاضا** در این کشورها براساس بخش‌های عمده هزینه‌ای عبارت بودند از:

– **بخش دارویی:** انگیزش مالی برای استفاده از داروهای ژنریک، ترویج داروهای بدون نیاز به نسخه، تدوین دارونامه ملی، افزایش هم‌پردازی^۱ و در موارد نادری فرانشیز درصدی، دسته‌بندی داروها براساس معیارهای مختلف و تدوین لیست‌های مثبت و منفی.

– **بخش بستری:** افزایش هم‌پردازی، تعیین سقف هزینه برای خدمات بستری.

– **بخش سرپایی:** استفاده از نظام پزشک خانواده، افزایش هم‌پردازی، تعیین سقف برای داروهای تجویز شده براساس روز (برای مثال داروهای تجویزی تنها باید برای مصرف سه روز باشند).

اقدامات انجام شده در این کشورها در سمت عرضه عمدتاً شامل اصلاح مکانیسم‌های بازپرداخت یا بودجه‌ای (به‌طور کلی تأمین مالی) و تغییر میزان پوشش خدمات می‌شوند که بخش قیمتی آن هستند. بخش غیرقیمتی آن نیز عمدتاً توسعه راهنماهای بالینی و بررسی هزینه اثربخشی و هزینه منفعت را با هدف افزایش کارایی دربر می‌گیرد. به‌طور کلی کشورها در سمت عرضه در عین حالی که در پی افزایش پوشش خدمات سلامت و تضمین دسترسی به آن هستند، از طریق انتقال ریسک ارائه خدمات غیرضروری به ارائه‌کنندگان و افزایش کارایی آنها در پی مدیریت هزینه‌ها هستند. به

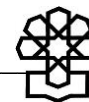
این صورت که از طریق استفاده از نظام‌های پرداخت ترکیبی و عمدتاً آینده‌نگر در پی مدیریت ارائه خدمات هستند و از طریق تأسیس سازمان‌ها و کمیته‌هایی برای بررسی هزینه اثربخشی تکنولوژی‌ها، داروها و تجهیزات پزشکی به دنبال استفاده از کارآترین موارد می‌باشند.

نظام سلامت ایران نیز همانند سایر کشورهای دنیا با سیر صعودی هزینه‌ها و مخارج حوزه سلامت مواجه بوده است و علیرغم پیش‌بینی راهکارهای مؤثر در قوانین و اسناد بالادستی به‌ویژه ارائه بسته کامل در برنامه پنجم توسعه به دلیل عدم اجرای قانون و بعضاً اجرای نادرست برخی از موارد قانونی، کماکان شاهد رشد هزینه‌های سلامت بوده و هستیم و پیش‌بینی می‌شود که این سیر صعودی در آینده نیز ادامه یابد.

با توجه به مفاد سیاست‌های کلی سلامت و قانون برنامه ششم مجموعه‌ای کامل از راهکارهای اصلاحی در حوزه نظام سلامت با رویکرد مدیریت ارائه خدمت و کنترل هزینه‌ها پیش‌بینی شده است از جمله موارد موجود در این برنامه می‌توان به موارد 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، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، 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 اشاره کرد.

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 نزده باشد، اما این اقدامات مستلزم صرف هزینه‌هایی هستند که بعضاً بزرگ‌ترین بخش از مخارج عمومی دولت‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. از طرفی رشد روزافزون این هزینه‌ها به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت



در سراسر دنیا تبدیل شده است. بنابراین، دولت‌ها در پی 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 همواره در کنترل نظام‌های سلامت نمی‌باشند. همانند گذارهای جمعیتی، گذارهای اپیدمیولوژیک، تغییر رفتارهای سلامت و پزشکی شدن^۱ 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 که با توجه به رشد روزافزونی که در هزینه‌های سلامت در دنیا شاهد هستیم باید شناسایی شده و مدیریت شوند. این موضوع می‌تواند در تعیین بهترین سیاست‌ها برای کنترل هزینه‌های سلامت مفید و مؤثر باشد. 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 مدت زمان سرانه هزینه‌های سلامت در ایران نیز از ۷۵۹ هزار ریال به ۱۰۳۵۵ هزار ریال در سال ۱۳۹۳ رسیده است که حدود چهارده برابر شده است.

بنابراین، افزایش هزینه‌های نظام سلامت و ازسوی دیگر محدود بودن منابع، سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بخش سلامت را وامی‌دارد تا به‌منظور پرداختن به هرکدام از عوامل افزایشنده مخارج، راهکارهای مناسبی را اتخاذ کنند. در این راستا بررسی این عوامل و مرور تجربیات انواع مختلف نظام‌های سلامت می‌تواند آموزه‌های مهمی به‌منظور رفع مشکلات ناشی از هزینه‌های رو به افزایش در نظام سلامت کشور ما فراهم کند.

در بخش اول گزارش، ضمن بررسی روند هزینه‌های نظام‌های سلامت در دنیا طی دو دهه اخیر، به تعیین‌کننده‌های آنها و سیاست‌های اتخاذ شده در نظام‌های سلامت مختلف پرداخته شده است. شایان ذکر است، کشورهای مختلف برحسب نوع نظام سلامت (نظام طب ملی، نظام بیمه سلامت همگانی، نظام مبتنی بر نظام تأمین اجتماعی و نظام مختلط) دسته‌بندی شده‌اند و از هر دسته چند کشور انتخاب شده و علل افزایش هزینه‌های سلامت و واکنش هر یک از آنها به این افزایش بررسی شده است.

در بخش دوم، تصویری از وضعیت روند هزینه‌های سلامت در ایران از ۱۳۸۱ - ۱۳۹۴ (آخرین

سال قابل دسترسی به حساب‌های ملی سلامت) ارائه می‌شود و سپس به راهکارهایی که به منظور مدیریت اثربخش‌تر هزینه‌های بخش سلامت در کشور می‌تواند مدنظر قرار گیرد، پرداخته شده است.

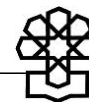
۱. روندهای مخارج سلامت در دنیا

به منظور بررسی وضعیت هزینه‌های نظام سلامت در کشورهای مختلف دنیا، روند جهانی مخارج سلامت به تفکیک وضعیت درآمدی کشورها (درآمد بالا، درآمد متوسط رو به بالا، درآمد متوسط، درآمد متوسط رو به پایین و کشورهای با درآمد پایین) به دو صورت سهم از تولید ناخالص داخلی و سرانه مخارج سلامت به شرح زیر بررسی شده است.

۱-۱. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در دنیا

سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)^۱ در دوره زمانی ۱۹۹۵ - ۲۰۱۴ (آخرین سال در دسترس) برحسب گروه‌بندی درآمدی بانک جهانی در دنیا، در نمودار ۱ قابل مشاهده است. به طور کلی در بازه زمانی ۱۹ ساله، متوسط جهانی سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۸/۵ درصد به ۹/۹۲ درصد افزایش یافته است (افزایش ۱۶/۷ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۰/۸۷٪). اما میزان این افزایش در کشورهای با درآمدهای متفارت، یکسان نیست. به طوری که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای دارای درآمد بالا از ۹/۲ به ۱۲/۲۶ درصد (افزایش ۳۳ درصد، تقریباً ۱/۷۳ درصد در سال)، در کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا از ۵/۲۲ به ۶/۱۶ درصد (افزایش ۱۸ درصد، حدود ۰/۹۵ درصد در سال)، در کشورهای دارای درآمد متوسط از ۴/۸ به ۵/۸ درصد (افزایش ۲۰/۸ درصد، حدود ۱/۱ درصد در سال)، در کشورهای دارای درآمد متوسط رو به پایین از ۳/۷۵ به ۴/۴۹ درصد (افزایش ۱۹/۷، حدود ۱ درصد در سال) و در کشورهای دارای درآمد پایین از ۴/۵ به ۵/۷۴ درصد (افزایش ۲۹ درصد، حدود ۱/۵ درصد در هر سال) افزایش یافته است.

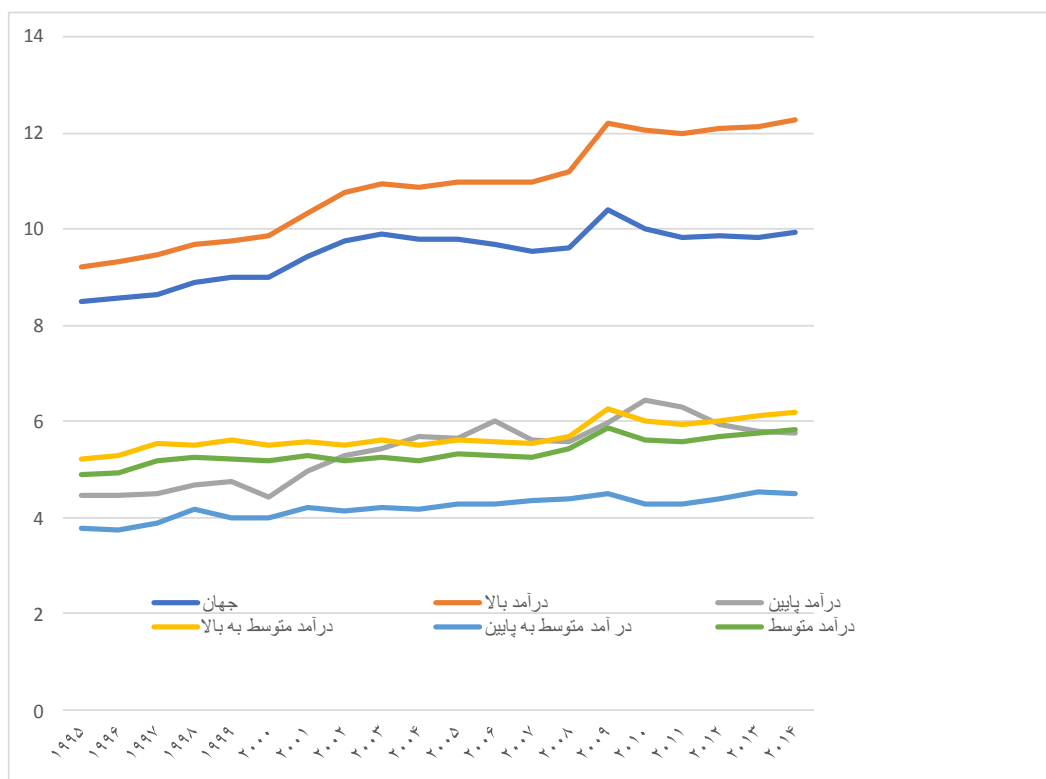
1. Gross Domestic Product



نمودار ۱. سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در بازه زمانی ۱۹۹۵ - ۲۰۱۴

(درصد)

برحسب گروه‌های درآمدی بانک جهانی



مأخذ: داده‌های بانک جهانی.

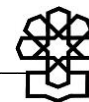
در این بین جدای از افزایش سهم هزینه‌های نظام سلامت از تولید ناخالص داخلی در همه گروه‌های درآمدی کشورهای مختلف در دنیا، بالاترین نرخ رشد سهم هزینه‌ها، مربوط به کشورهای دارای درآمد بالا (متوسط ۱/۷۳ درصد) و کمترین نرخ رشد نیز مربوط به کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالاست (متوسط ۰/۹۵ درصد) بوده است.

۱-۲. روند جهانی سرانه مخارج سلامت

از آنجا که در بحث سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی، دو عامل مهم اندازه تولید ناخالص داخلی و اندازه جمعیت به خوبی نشان داده نمی‌شوند، بررسی وضعیت سرانه مخارج می‌تواند به روشن شدن هرچه بیشتر ابعاد هزینه‌ای کمک کند. به همین منظور در این بخش سرانه هزینه‌های سلامت ارزیابی می‌شود.

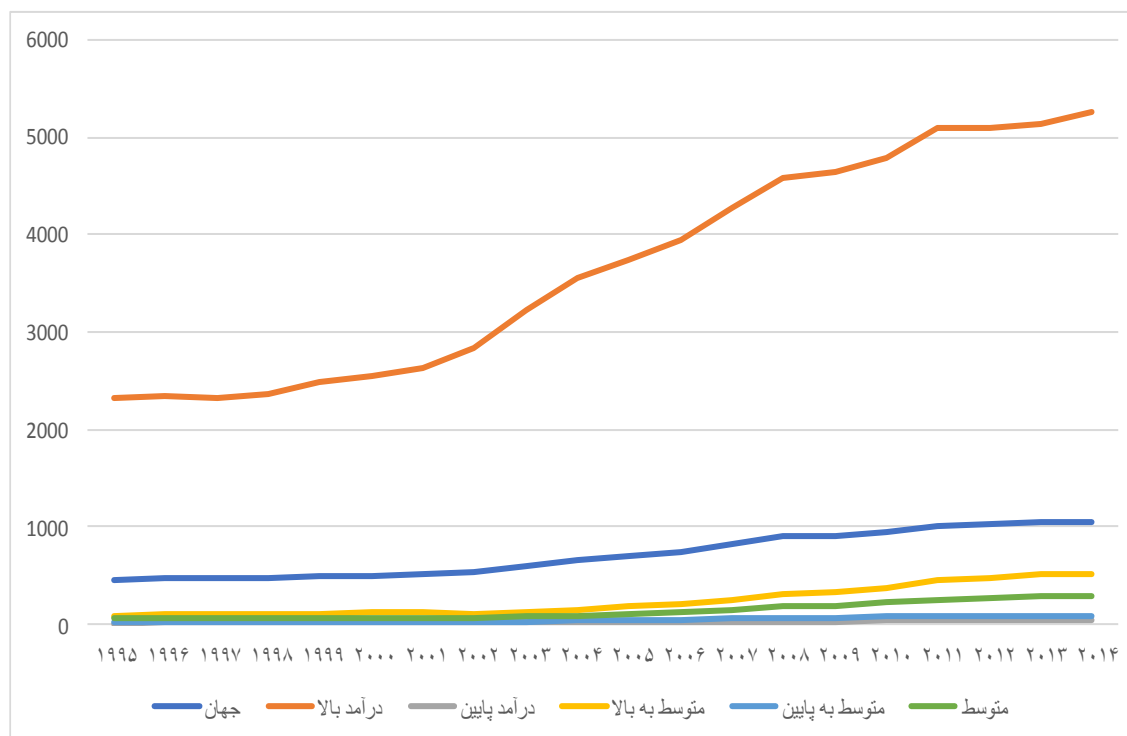
نمودار ۲ روند سرانه هزینه‌های سلامت گروه‌های درآمدی مورد بررسی را در فاصله زمانی ۱۹۹۵ - ۲۰۱۴ نشان می‌دهد. به طور کلی در این بازه زمانی متوسط جهانی سرانه هزینه‌های سلامت از ۴۶۱ دلار به

۱۰۵۸ دلار افزایش یافته است (افزایش ۱۳۰ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۶/۸ درصد). در این میان کشورهای دارای درآمد بالا با فاصله معناداری سرانه بیشتری را صرف سلامت جمعیت‌های خود می‌کنند. پس از آن کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا، کشورهای دارای درآمد متوسط، کشورهای دارای درآمد متوسط رو به پایین و کشورهای دارای درآمد پایین قرار دارند. کشورهای دارای درآمد بالا در این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۲۳۲۰ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۵۲۶۵ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده‌اند (افزایش ۱۲۶ درصد، حدود ۶/۷ درصد در هر سال)، کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا سرانه خود را از ۸۸/۹۷ به ۵۱۸/۵۳ دلار افزایش داده‌اند (افزایش ۴۸۲ درصد، حدود ۲۵/۴۰ درصد در هر سال)، کشورهای دارای درآمد متوسط سرانه خود را از ۵۵/۵۹ به ۲۹۰/۴۵ دلار افزایش داده‌اند (افزایش ۴۲۲/۴۴ درصد، حدود ۲۲/۲۳ درصد در هر سال)، کشورهای دارای درآمد متوسط رو به پایین نیز سرانه خود را از ۲۱/۸۶ به ۹۲/۰۴۶ دلار افزایش داده‌اند (افزایش ۳۲۰ درصد، حدود ۱۶/۸۹ درصد در هر سال) و در نهایت کشورهای دارای درآمد پایین نیز سرانه خود را از ۹/۸۱ به ۳۶/۹۲ دلار افزایش داده‌اند (افزایش ۲۷۶ درصد، حدود ۱۴/۵۴ درصد در هر سال). همان‌طور که ملاحظه می‌شود سرانه مخارج سلامتی کشورهای مختلف در طول مدت مورد مطالعه رشد چشمگیری داشته است (از ۱۲۶ درصد تا ۴۸۲ درصد به ترتیب در کشورهای با درآمد بالا و کشورهای دارای درآمد متوسط رو به بالا).



نمودار ۲. سرانه هزینه‌های سلامت برحسب گروه‌های درآمدی بانک جهانی در فاصله زمانی ۱۹۹۵ - ۲۰۱۴

(دلار آمریکا)



مأخذ: همان.

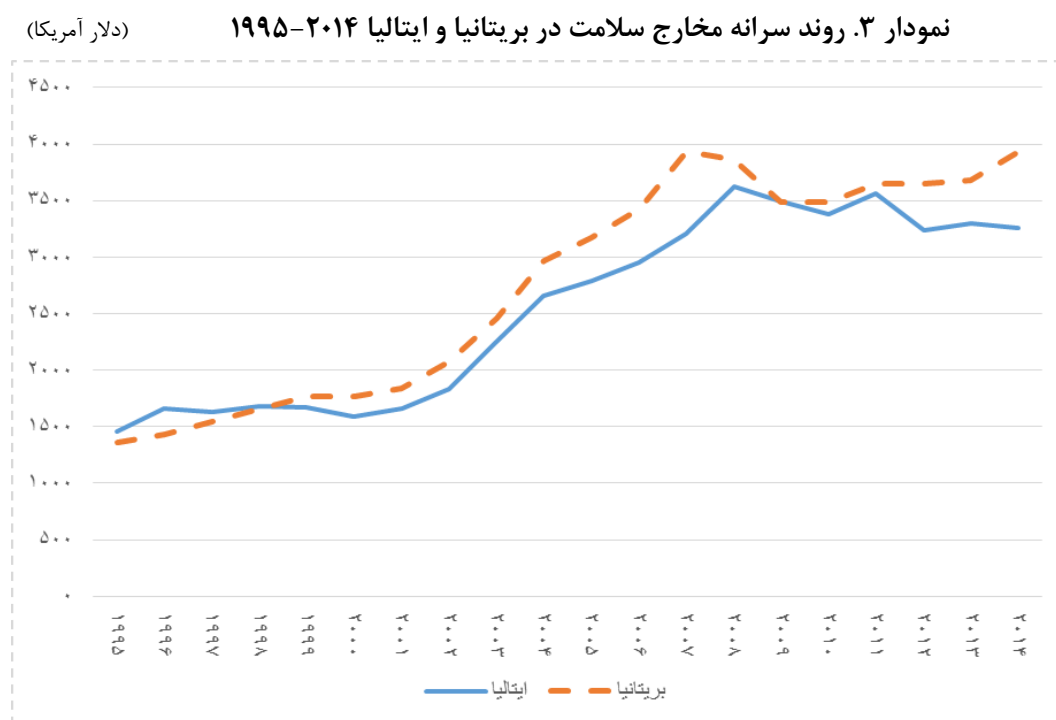
۲. تجربیات برخی کشورهای دنیا از افزایش هزینه‌های سلامت و راهکارهای مدیریت آن

از آنجا که در این گزارش بررسی عوامل افزایش هزینه به تفکیک همه کشورهای دنیا میسر نمی‌باشد، از هریک از دسته‌بندی انواع نظام‌های سلامتی در دنیا یعنی نظام طب ملی، نظام بیمه سلامت همگانی، نظام تأمین اجتماعی و نظام‌های مختلط، کشورهایی به‌عنوان نمونه انتخاب و به عوامل مؤثر بر روند هزینه‌های مراقبت سلامت و راهکارهای اتخاذ شده به‌منظور مدیریت هزینه‌ها در هریک پرداخته شده است. گفتنی است که برای درک بهتر نسبت به اقدامات انجام شده توسط هریک از کشورهای منتخب، اقدامات مذکور در دو دسته کلی سمت تقاضا و اقدامات سمت عرضه تقسیم‌بندی و ارائه شده‌اند.

۲-۱. کشورهای دارای نظام طب ملی

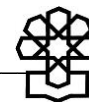
از بین کشورهایی که دارای نظام طب ملی هستند، کشورهای بریتانیا و ایتالیا بررسی می‌شوند. دلیل انتخاب این دو کشور مدیریت قابل توجه هزینه‌ها در نظام طب ملی بریتانیا و تمرکز آن بر نظام ارجاع و تأکید بر

مراقبت‌های سلامت اولیه و همچنین اقدامات و سیاست‌های آشکار نظام سلامت ایتالیا برای دسته‌بندی و جیره‌بندی خدمات سلامت و محصولات دارویی است. همانند سایر کشورهای جهان، این دو کشور نیز در طول سال‌های گذشته شاهد افزایش مخارج بخش سلامت خود بوده‌اند. به‌گونه‌ای که سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در بریتانیا در فاصله زمانی (۱۹۹۵-۲۰۱۴) از ۶/۷ به ۹/۱۱ درصد افزایش یافته است (افزایش ۳۶ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۱/۹ درصد). همچنین این کشور در این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۱۳۶۴ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۳۹۳۵ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده‌اند (افزایش ۱۸۸/۵ درصد، حدود ۹/۹۲ درصد در هر سال). سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایتالیا نیز در فاصله زمانی (۱۹۹۵-۲۰۱۴) از حدود ۷/۱ به ۹/۲۵ درصد افزایش یافته است (افزایش ۳۰ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۱/۶ درصد). همچنین این کشور در این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۱۴۶۲ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۳۲۵۸ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده‌اند (افزایش ۱۲۳ درصد، حدود ۶/۵ درصد در هر سال). نمودار ۳ روند سرانه مخارج سلامت را طی سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۱۴ برای این دو کشور به تصویر کشیده است.



مأخذ: همان.

در ادامه برخی از عواملی که بیشترین سهم را در افزایش مخارج سلامت این دو کشور داشته‌اند، آورده شده‌اند (جدول ۱).



جدول ۱. مهمترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامتی در بریتانیا و ایتالیا

تغییر الگوهای بقای بیمار- افزایش هزینه‌های پیش از مرگ- پیشرفت‌های تکنولوژیک- افزایش قیمت داروها- افزایش تعداد ارائه‌کنندگان	بریتانیا	عوامل داخلی
کنترل ناچیز بر جریان اداری نظام سلامت غیرمتمرکز این کشور، تقاضای القایی در زمینه محصولات دارویی و بستری شدن، تغییرات تکنولوژیک، نبود صرفه‌جویی نسبت به مقیاس، مراقبت چندپاره	ایتالیا	
مراقبت‌های گران‌قیمت پایان عمر	بریتانیا	عوامل مرتبط با بیمه
متمرکز بودن نظام قیمتگذاری و غیرمتمرکز بودن نظام بازپرداخت، آزاد بودن استان‌ها برای کسب درآمدهای اضافی از طریق ارائه خدمات بیشتر	ایتالیا	
افزایش درآمد و در نتیجه افزایش تقاضا برای سلامت - افزایش بیماری‌های مرتبط با استرس و فشارهای ناشی از رکودهای اقتصادی دهه ۲۰۰۰	بریتانیا	عوامل اقتصادی
فساد اقتصادی در نظام سلامت، تأثیر مالی بحران مالی سال ۲۰۰۴ از طریق تغییر نمایه اپیدمیولوژیک	ایتالیا	
تغییر ساختار سنی جمعیت- افزایش رفتارهای ناسالم	بریتانیا	عوامل اجتماعی و رفتاری
گذار سنی، افزایش رفتارهای پرریسک	ایتالیا	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود عواملی همچون پیشرفت‌های تکنولوژیک، افزایش قیمت داروها، افزایش تعداد ارائه‌کنندگان، در بریتانیا و مشکلات مرتبط با مدیریت و نظام اداری همچون چندپارگی مراقبت‌ها، عدم صرفه‌جویی مقیاس، فساد اقتصادی، افزایش درآمد و تقاضا، تقاضای القایی در کشور ایتالیا از محرک‌های عمده افزایش هزینه‌ها و مخارج بخش سلامت هستند. برخی عوامل نیز همچون بحران مالی، تغییرات اپیدمیولوژیک، افزایش رفتارهای پرریسک نیز عوامل مشترک در جهت افزایش هزینه‌های سلامت در این دو کشور است در ادامه راهکارهای استفاده شده به‌منظور مهار هزینه‌های سلامت در این دو کشور نشان داده شده‌اند (جدول ۲).

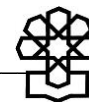
جدول ۲. راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامتی در بریتانیا و ایتالیا

بریتانیا	
<p>اقدامات</p> <p>سمت</p> <p>تقاضا</p>	<p>به‌کارگیری یکسری طرح‌های با فرانشیز ابتدایی بالا^۱ در بخش خصوصی. به‌طور کلی کمتر از ۱۲ درصد بودجه نظام طب ملی از محل انتقال هزینه‌ها تأمین می‌شود که عبارتند از درمان خصوصی با استفاده از مراکز ارائه خدمات نظام طب ملی، داروهای بدون نیاز به نسخه، مراقبت‌های چشم‌پزشکی، مراقبت‌های دندانپزشکی و مراقبت‌های اجتماعی.</p>
<p>اقدامات</p> <p>سمت</p> <p>عرضه</p>	<p>تعیین سقف بودجه گلوبال که امکان افزایش آن وجود ندارد و 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.</p> <p>منابع مالی نظام طب ملی به گروه‌های کمیسیون بالینی تخصیص می‌یابند که شیوه هزینه‌کرد منابع در این گروه‌ها برای جلوگیری از هزینه بیش از حد به‌دقت پایش می‌شود.</p> <p>کنترل استفاده‌های غیرضروری از خدمات از طریق نظام پزشک خانواده و ایجاد لیست انتظار برای خدمات غیرحاد.</p> <p>محدود کردن افزایش حقوق پرسنل (تاحدودی به‌علت بحران‌های مالی).</p> <p>افزایش استفاده از داروهای ژنریک به‌جای برند.</p> <p>تمرکز بر کاهش هزینه‌های اداری بیمارستان‌ها، مدیریت تقاضای بیمارستانی و کاهش استفاده از DRG.</p> <p>اجرای طرح کنترل قیمت محصولات دارویی برای کنترل هزینه داروهای (برند) تجویز شده و تنظیم سودی که شرکت‌های دارویی می‌توانند از طریق فروش به نظام طب ملی به‌دست آورند.</p> <p>مذاکره وزارت سلامت با صنعت داروسازی در مورد قیمت داروهای جدید و تعیین سقف سود برای هر دارو. در کنار این طرح، برنامه‌های ارزیابی هزینه اثربخشی مؤسسه ملی تعالی خدمات بالینی^۲ NICE نیز وجود دارند.</p> <p>استفاده از روش پرداخت بودجه مشخص به‌ازای ارائه سطح مشخصی از فعالیت به بیمارستان‌ها (PBR)^۳.</p> <p>در پرداخت به پزشکان خانواده و متخصصان از روش‌های حقوق و دستمزد، سرانه و کارانه استفاده می‌شود که در کنار کنترل هزینه‌ها انگیزه‌های پزشکان برای کاهش خدمات ارائه شده را نیز مهار می‌کند. از سال ۲۰۰۴ با هدف افزایش کیفیت خدمات ارائه شده پرداخت به پزشکان خانواده از سیستم مبتنی بر سرانه و فوق‌العاده ثابت به نظامی تغییر کرد که سرانه و نمرات کیفیت را ترکیب می‌کند.</p>
ایتالیا	
<p>اقدامات</p> <p>سمت</p>	<p>تدوین لیست‌های مثبت (خدماتی که به تمام ساکنین ارائه می‌شوند) و منفی (خدماتی که تحت پوشش نیستند. مثل جراحی زیبایی) با استفاده از معیارهای مربوط به ضرورت پزشکی،</p>

۱. طرح‌های بیمه‌ای با حق بیمه‌های پایین و فرانشیزهای ابتدایی بالاتر از طرح‌های بیمه‌ای مرسوم. عموماً تحت پوشش این‌گونه طرح‌ها قرار گرفتن نیازمند داشتن یک حساب پس‌انداز سلامت می‌باشد.

2. National Institute for Clinical Excellence

3. Payment By Results



<p>اثربخشی، کرامت انسانی، متناسب بودن و کارایی در ارائه خدمت. داروها به سه دسته تقسیم شده‌اند ۱. داروهای حیاتی: که تحت پوشش هستند (برای مثال داروهای بیماران مزمن)؛ ۲. شامل داروهایی می‌شود که توسط نظام طب ملی پوشش داده نمی‌شوند؛ ۳. داروهایی که تنها می‌توانند در بیمارستان‌ها ارائه شوند.</p> <p>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 سرپایی در تمام تجویزها و هم‌پردازی استفاده «غیرضروری» از خدمات اضطراری.</p> <p>افراد زیر ۶ سال و بالای ۶۵ سالی که درآمد خانواده آنها از آستانه تعیین شده توسط دولت پایین‌تر است از انتقال هزینه معاف هستند.</p>	<p>تقاضا</p>
<p>بازنگری فی‌های بیمارستانی و تشخیصی (در جهت کاهش). کاهش تعداد تخت‌های بیمارستانی. افزایش هم‌پردازی‌ها برای داورها. 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</p>	<p>اقدامات سمت عرضه</p>

۲-۲. کشورهای دارای نظام بیمه اجتماعی

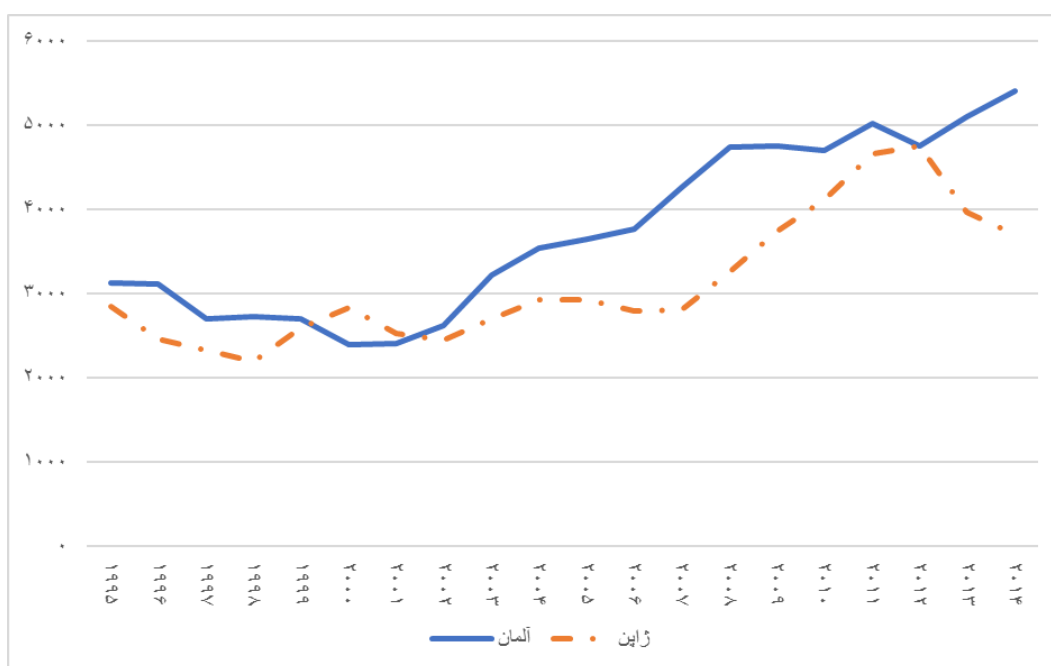
در این بخش کشورهای ژاپن و آلمان بررسی شده‌اند. دلیل انتخاب کشور ژاپن اقدامات صورت گرفته برای مدیریت هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های پایان عمر^۱ و همچنین اقدامات مرتبط با بازنگری بازپرداخت به پزشکان و مدیریت هزینه‌های دارویی، ماهیت اجباری بیمه تأمین اجتماعی و همچنین پوشش گسترده بیمه خصوصی تکمیلی است. کشور آلمان نیز به دلیل تلاش این کشور برای کاهش چندپارگی نظام سلامت و افزایش مداومت^۲ درمان انتخاب شده است. سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در ژاپن نیز در فاصله زمانی (۱۹۹۵-۲۰۱۴) از حدود ۶/۶ به ۱۰/۲۲ درصد افزایش یافته است (افزایش ۵۴/۸ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۲/۸۸ درصد). همچنین این کشور در این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۲۸۴۵ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۳۸۰۳ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده‌اند (افزایش ۳۳/۵ درصد، حدود ۱/۸ درصد در هر سال). همچنین سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در آلمان در فاصله زمانی (۱۹۹۵-۲۰۱۴) از حدود ۹/۴۳ به ۱۱/۲۹ درصد

1. End of Life Care

2. Continuity

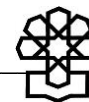
افزایش یافته است (افزایش ۱۹/۷۸ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۱/۰۵ درصد). این کشور در این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۳۱۲۹ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۵۴۱۱ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده است (افزایش ۷۳ درصد، حدود ۳/۸ درصد در هر سال). روند سرانه مخارج سلامت در این دو کشور طی سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۱۴ در نمودار ۴ مشاهده می‌شود.

نمودار ۴. روند سرانه مخارج سلامت در آلمان و ژاپن ۱۹۹۵-۲۰۱۴ (دلار آمریکا)



مأخذ: همان.

جدول ۳ برخی از عواملی که بیشترین سهم را در افزایش مخارج سلامت در کشورهای ژاپن و آلمان داشته‌اند، نشان می‌دهد.



جدول ۳. مهمترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامتی در ژاپن و آلمان

بالا بودن نسبی قیمت داروهای ژنریک (۶۰ درصد قیمت داروهای برند)، استفاده مداوم از تکنولوژی‌های گران‌قیمت، تورم بخش سلامت	ژاپن	عوامل داخلی
افزایش درمان‌پذیری بیماری‌ها، استفاده بیش از حد از خدمات سلامت (برای مثال در زمینه مداخلات قلبی - عروقی آلمان در میان کشورهای OECD رتبه اول را دارد)، ظرفیت بیش از حد و چندپارگی مراکز سلامت و نرسیدن به بازدهی نسبت به مقیاس، نبود هماهنگی میان بخشی عمومی و خصوصی	آلمان	
استفاده از چندین طرح بیمه‌ای و در نتیجه افزایش هزینه‌های اداری، غالب بودن نظام کارانه	ژاپن	عوامل مرتبط با بیمه
استفاده از نظام Pay-as-You-Go ^۱ ، تکثر صندوق‌های بیمه (۱۶۰ صندوق دولتی و خصوصی)، کم‌رنگ بودن نقش پزشکان دروازه‌بان، تفکیک سنتی مراقبت‌های سرپایی از مراقبت‌های بستری	آلمان	
افزایش شیوع ریسک فاکتورهای بیماری‌های مزمن ناشی از استرس‌های فشار کاری زیاد	ژاپن	عوامل اقتصادی
کاهش کارآیی، رکود اقتصادی و استرس‌های ناشی از آن	آلمان	
هنجار فرهنگی مبنی بر زنده نگه‌داشتن بیمار با هر شرایطی که به اتفاق ۸۰ درصد مرگ‌ها در بیمارستان منجر شده است، (سالخوردگی جمعیت)	ژاپن	عوامل اجتماعی و رفتاری
تغییرات جمعیت‌شناسانه (مسن شدن سریع جمعیت)، افزایش تقاضا به‌علت تغییر بار بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن	آلمان	

به‌طور کلی عواملی همچون بالا بودن قیمت داروهای ژنریک، تکنولوژی گران‌قیمت، تورم بخش سلامت، نظام پرداخت کارانه، نرم‌ها و هنجارهای فرهنگی در کشور ژاپن و مسائلی همچون کم‌رنگ بودن نقش پزشکان دروازه‌بان، استفاده بیش از اندازه از خدمات سلامت، عدم هماهنگی بخش خصوصی و دولتی، مکلات مرتبط با استفاده از نظام Pay-as-You-Go و همچنین رکود اقتصادی جزء مؤثرترین علل افزایش هزینه‌های بخش سلامت در کشور آلمان در سال‌های گذشته بوده‌اند. همچنین عواملی همچون سالخوردگی جمعیت و افزایش بیماری‌های مزمن، چندپارگی در بخش‌های مختلف نظام سلامت، از عواملی هستند که به‌طور مشترک در هر یک از این کشورها باعث بالا رفتن منحنی هزینه‌های سلامت شده‌اند.

در ادامه راهکارهای استفاده شده برای مهار هزینه‌های سلامت در این دو کشور نشان داده شده‌اند

(جدول ۴).

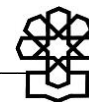
۱. مخاطب اصلی این طرح بیمه‌ای جوانان سالمی هستند که عموماً از استفاده از بیمه خودداری می‌کنند. براساس این طرح فرد در ابتدا یک طرح ارزان‌قیمت خریداری می‌کند و سپس در صورت نیاز به استفاده از خدمات بیمارستانی می‌تواند با پرداخت مابه‌التفاوت قیمت آن را به یک طرح پوشش جامع تبدیل کند.

جدول ۴. راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامتی در ژاپن و آلمان

ژاپن	
اقدامات سمت تقاضا	<p>انباشت تقریباً کامل منابع از طریق عضویت اجباری تمام افراد در یک طرح بیمه‌ای دولتی (اعم از بیکار، خویش فرما، یا بازنشسته).</p> <p>پرداخت ۳۰ درصد هزینه درمان و داروها هنگام مراجعه به پزشک توسط فرد.</p> <p>پرداخت کل هزینه خدمات خارج از بسته ضروری یا تکنولوژی که در مرحله بررسی کارآیی است.</p>
اقدامات سمت عرضه	<p>کنترل فی^۱ تمام خدمات قید شده در بسته ضروری توسط دولت (اعم از خدمات، داروها و تجهیزات).</p> <p>استفاده از یک قیمت واحد بدون تعدیل‌های منطقه‌ای برای تمام صندوق‌های بیمه.</p> <p>تعیین سقف هزینه برای مخارج سلامت ملی توسط نخست‌وزیر و بازرگری فی‌ها در زمان نزدیک شدن هزینه‌های یک خدمت به این سقف یا کاهش هزینه ارائه‌کنندگان</p> <p>تدوین برنامه جایگزینی نظام کارانه برای بازپرداخت خدمات بیمارستانی با نظام معروف به Diagnosis Procedure Combination (نوعی کیس‌میکس)^۲ که مشابه DRG در برنامه مدیگر ایالات متحده می‌باشد با این تفاوت که پرداخت بابت خدمات پزشکان در نظام ژاپنی وارد شده است.</p> <p>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 کلانشهرها منجر می‌شود.</p> <p>کاهش قیمت دارو در صورت پیشی گرفتن مقدار فروش آن از پیش‌بینی صورت گرفته، کاهش قیمت داروهای برند با ورود نسخه‌های ژنریک و هنگام تعیین قیمت تجهیزات پزشکی قیمت کشورهای همسایه نیز در نظر گرفته می‌شوند.</p> <p>ارزیابی تکنولوژی‌ها پیش از ورود به کشور.</p> <p>ایجاد انگیزش‌های مالی در جدول فی با هدف بهبود تصمیم‌گیری بالینی (مثلاً اگر پزشکی تعداد اقلام تجویزی موجود در نسخه خود را افزایش دهد، فی‌های مربوط به تجویز کاهش می‌یابند).</p> <p>کنترل تعداد تخت‌های بیمارستانی و ظرفیت دانشکده‌های پزشکی توسط یک برنامه استراتژیک ملی</p> <p>تمرکز اصلی 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</p>

1. Fee

۲. نوعی نظام کیس‌میکس است که برای بازپرداخت بیماران بستری به صورت 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.



آلمان	
اقدامات سمت تقاضا	هم‌پرداری بابت خدماتی که کاملاً توسط بیمه‌ها پوشش داده نمی‌شوند و پرداخت‌های مستقیم بابت مزایایی که بازپرداختی بابت آنها صورت نمی‌گیرد. اعمال یک هم‌پرداری 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» با هدف افزایش رقابت صندوق‌های بیماری می‌توانند با ارائه‌کنندگان و شرکت‌های داروسازی برای کاهش نرخ‌ها دست به مذاکره بزنند. قراردادن تمام داروها، دارای حق ثبت و ژنریک، 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 از سوی بیمه‌ها. تأسیس سازمانی ^۱ 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).

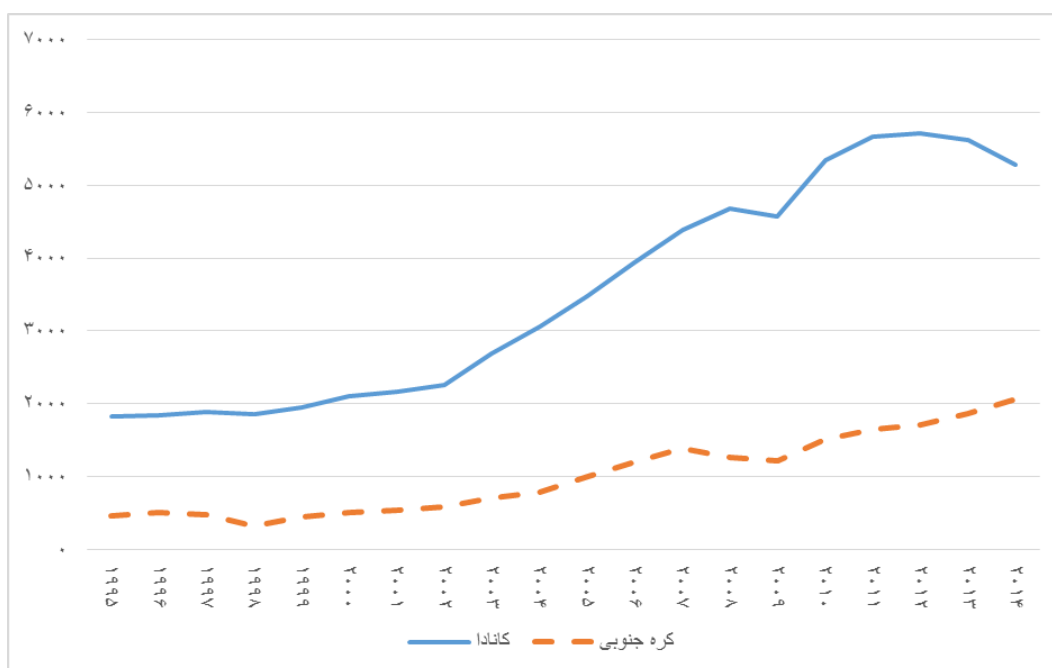
۲-۳. کشورهای دارای نظام بیمه همگانی

در این بخش کشورهای کانادا و کره جنوبی بررسی شده‌اند. کشور کانادا به دلیل کنترل قابل توجه فی‌ها و مکانیسم‌های موجود برای ارزیابی فناوری‌ها و داروهای جدید و کشور کره جنوبی به دلیل سرعت بالای این کشور در دستیابی به پوشش همگانی سلامت با هزینه نسبتاً پایین‌تر نسبت به سایر کشورهای OECD انتخاب شده‌اند. سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در کانادا در فاصله زمانی (۱۹۹۵-۲۰۱۴) از حدود ۸/۸۶ به ۱۰/۴۵ درصد افزایش یافته است (افزایش ۱۸ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۰/۹۴ درصد). همچنین این کشور در این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۱۸۳۱ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۵۲۹۲ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده‌اند (افزایش ۱۸۹ درصد، حدود ۹/۹ درصد در هر سال). سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در کره در فاصله زمانی (۱۹۹۵-۲۰۱۴)

1. Institute for Quality and Efficiency in Health Care

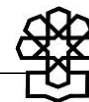
از حدود ۳/۶۷ به ۷/۳۷ درصد افزایش یافته است (افزایش ۱۰۰ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۵/۳ درصد). همچنین این کشور در این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۴۵۲ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۲۰۶۰ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده‌اند (افزایش ۳۵۵ درصد، حدود ۱۸/۷ درصد در هر سال). در ادامه روند سرانه مخارج سلامت در این دو کشور را طی سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۱۴ مشاهده می‌کنید (نمودار ۴).

نمودار ۵. روند سرانه مخارج سلامت در کانادا و کره جنوبی ۱۹۹۵-۲۰۱۴ (دلار آمریکا)



مأخذ: همان.

برخی از عواملی که بیشترین سهم را در افزایش مخارج سلامت این کشور داشته‌اند در جدول زیر آورده شده‌اند.



جدول ۵. مهمترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامتی در کانادا و کره جنوبی

افزایش داروهای تجویزی (ناشی از دو عامل افزایش مصرف و تغییر ترکیب داروها)، افزایش تعداد پرسنل سلامت (به‌ویژه تعداد پزشکان از سال ۲۰۰۳ به بعد)، تغییر تکنولوژی	کانادا	عوامل داخلی
افزایش هزینه‌های دارویی (عمدتاً به‌خاطر ترکیب داروهای مصرفی)، افزایش بیماری‌های مزمن، ترجیحات پزشکان به تجویز داروهای گران‌قیمت، دو برابر شدن تقاضا (۲۰۰۶ - ۲۰۰۸) بر اثر تغییر مکانیسم پرداخت از per episode به‌ازای هر ویزیت، غالب بودن نظام کارانه، افزایش ناگهانی و زیاد فی پزشکان در سال ۲۰۰۱	کره جنوبی	
افزایش نرخ استفاده از خدمات (به‌ویژه خدمات بیمارستانی)، تغییر ترکیب داروهای تجویزی به‌خاطر سیاست‌های پوشش بیمه‌ای آنها	کانادا	عوامل مرتبط با بیمه
خطر اخلاقی به‌علت مشارکت پایین بیمه شده، گسترش سریع پوشش بیمه سلامت همگانی، پذیرش سریع داروهای گران‌قیمت جدید، پوشش تقریباً کامل تمام خدمات و افزایش یکباره تقاضا	کره جنوبی	
بالاتر بودن تورم بخش سلامت از تورم کشوری، افزایش دستمزدهای بخش سلامت بیش از متوسط اقتصاد	کانادا	عوامل اقتصادی
کاهش رشد اقتصادی که به‌علت وابسته بودن حق بیمه‌ها به درآمد، موجب کاهش مشارکت بیمه‌شدگان و در نتیجه افزایش سهم دولت شده است	کره جنوبی	
رشد جمعیت و سالخوردگی آن ^۱ که به همراه توسعه اجتماعی اقتصادی بار بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن رفته است، انتظارات بالاتر از نظام سلامت	کانادا	عوامل اجتماعی و رفتاری
سالخوردگی جمعیت، افزایش شدید تقاضا برای خدمات رفاهی	کره جنوبی	

به‌طور خلاصه در کشور کانادا افزایش داروهای تجویزی، افزایش تعداد پرسنل بخش سلامت و بالارفتن دستمزد آنها، تغییرات تکنولوژی، افزایش استفاده از خدمات، به‌خصوص در بیمارستان‌ها، تورم بالای بخش سلامت و در کره نیز عواملی همچون چیرگی نظام کارانه، افزایش ناگهان بالای فی پزشکان، مشارکت پایین بیمه شده و خطر اخلاقی ناشی از آن، گسترش سریع پوشش بیمه همگانی، کاهش رشد اقتصادی در کره به سیر صعودی هزینه‌های سلامت منجر شده است. همچنین سالخوردگی جمعیت، افزایش بیماری‌های مزمن، تغییر ترکیب داروهای تجویزی، از عوامل مشترک افزایش مخارج سلامت در هر دو کشور هستند.

جدول ۶ راهکارهای استفاده شده به‌منظور مهار هزینه‌های سلامت در این دو کشور را نشان می‌دهد.

۱. عوامل جمعیت‌شناسانه (رشد جمعیت و مسن شدن) نقش متوسطی در افزایش هزینه‌های بخش سلامت این کشور داشته‌اند.

جدول ۶. راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامتی در کانادا و کره جنوبی

کانادا	
اقدامات سمت تقاضا	<p>نظام بیمه سلامت 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^۱ 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.</p>
اقدامات سمت عرضه	<p>ایجاد پرداخت‌کننده واحد و سهولت مدیریتی و کنترل سهم هزینه‌های اداری به ۱۷ درصد کل مخارج.</p> <p>کاربرد بودجه‌های گلوبال از پیش تعیین شده برای بیمارستان‌ها</p> <p>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 بوده است)، تأکید بیشتر بر مشارکت دادن بیمار و خودمدیریتی^۲ و خودمراقبتی^۳، پیاده‌سازی پرونده الکترونیک و نظام‌های مدیریت اطلاعات با هدف بهبود عملکرد کلی نظام سلامت و کنترل هزینه‌ها</p> <p>گذار از پرداخت کارانه (به همراه نسبت پایینی از حقوق و سرانه)، به ترکیبی از کارانه، سرانه، حقوق، Per Session و پرداخت‌های هدفمند مشوق ارائه خدمات اولویت‌دار^۴</p> <p>انباشت قدرت خرید طرح‌های بیمه استانی برای محدود کردن قیمت‌های داروها و تجهیزات پزشکی</p> <p>بالابردن نسبت پزشکان خانواده و پزشکان فعال در حیطه مراقبت‌های اولیه</p> <p>سیاست طرح‌های بیمه‌ای استانی این کشور به صورت ثبت‌نام 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 پایین‌تر انگیزه‌های آن کاهش یافته است.</p> <p>تعدیل سیاست‌های مربوط به نیروهای انسانی با هدف هماهنگ شدن نظام جبران خدمت، ساعات کار بازنشستگی و مقرری با افزایش امید به زندگی و مسن شدن جمعیت.</p> <p>افزایش کارایی نیروی کار از طریق برنامه‌های ارزیابی نیازهای ذهنی و فیزیکی و حمایت از پرسنل</p> <p>افزایش کارایی آموزش و تربیت نیروی انسانی^۵</p> <p>مذاکره در مورد جدول فی‌ها با ارائه‌کنندگان، مبتنی بر فی‌های سال قبل که مانعی برای افزایش بیش از حد آنها می‌شود.</p> <p>تدوین لیست دارویی برای انواع مختلف مراقبت‌ها.</p>

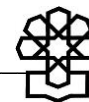
1. User fee

2. Self-management

3. Self-care

۴. در سطح ملی تعداد پزشکان خانواده‌ای که ۹۰ درصد درآمد خود را به صورت کارانه دریافت می‌کردند از ۵۸/۷ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۴۸/۲ در سال ۲۰۰۳ کاهش یافت.

۵. 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 بازنشستگی برای ادامه فعالیت می‌باشد.



<p>محدودیت تربیت نیروی انسانی، (برای مثال استان‌ها برای پذیرش دانشجویان سهمیه دارند) محدودیت بر سرمایه‌گذاری‌های سرمایه‌ای و تکنولوژیک جدید.</p> <p>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)</p> <p>تشکیل یک برد واحد برای مذاکره در مورد قیمت پایین‌تر برای داروهای برند (از سال ۲۰۱۰).</p>	
کره جنوبی	
<p>پرداخت مبلغی از سوی بیماران هنگام دریافت خدمات که توسط بیمه سلامت ملی تعیین می‌شود.</p> <p>خروج افرادی که ۶ ماه و بیشتر حق بیمه نپردازند و همچنین مهاجران غیرقانونی از پوشش بیمه‌ای</p>	اقدامات سمت تقاضا
<p>ادغام صندوق‌های بیمه و ایجاد یک بیمه سلامت واحد.</p> <p>تفکیک دو کارکرد تجویز و فروش دارو میان پزشکان و داروسازان برای کاهش انگیزه سودطلبی پزشکان از فروش دارو</p> <p>انجام اقدامات میان‌مدت (ثابت نگاه‌داشتن فی پزشکان، حذف برخی داروها از بسته خدمت، کاهش قیمت داروها، افزایش هم‌پردازی‌ها و سخت‌تر کردن مکانیسم مرور بازپرداخت پزشکان و تعلیق کلیه برنامه‌های گسترش) و بلندمدت (تقویت نظام مدیریت اطلاعات، اصلاحات نظام پرداخت، ایجاد برنامه بیمه مراقبت بلندمدت عمومی (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.</p> <p>برنامه‌ریزی 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.</p> <p>تعیین کارانه براساس نظام ارزش نسبی منبع‌محور (RBRV).^۱ ارزش‌های نسبی از طریق مذاکره با انجمن‌های تخصصی تعیین می‌شوند.</p> <p>وضع مالیات بر تنباکو هم به‌عنوان یک منبع یارانه برای نظام سلامت و هم به‌عنوان یک عامل بازدارنده مصرفی.</p>	اقدامات سمت عرضه

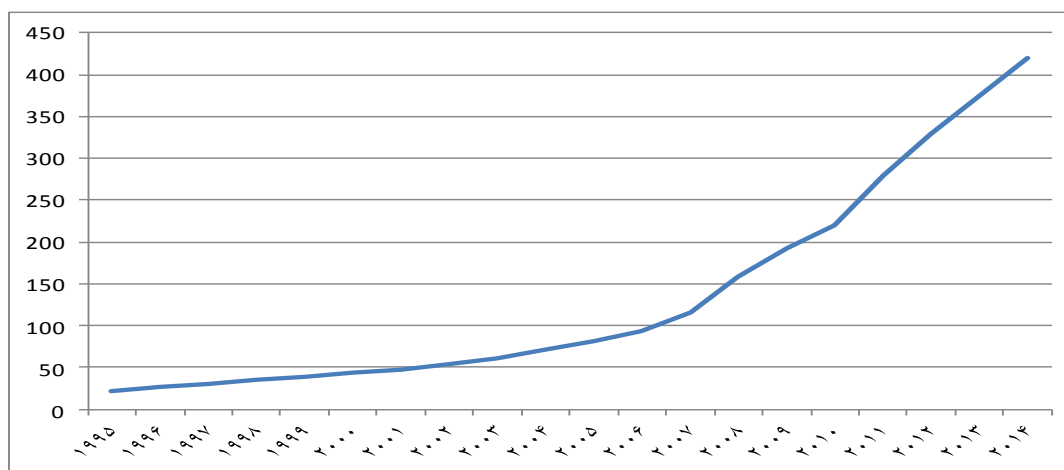
۴-۲. کشورهای دارای نظام مختلط

از بین کشورهای دارای نظام سلامت مختلط، کشور چین مورد بررسی قرار گرفته است. دلیل انتخاب این کشور اصلاحات بیمه‌ای صورت گرفته در این کشور در سال‌های دهه ۲۰۰۰ میلادی و همچنین گسترش قابل توجه شبکه مراقبت‌های اولیه این کشور در سال‌های دهه ۱۹۹۰ می‌باشد. سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در چین در فاصله زمانی (۱۹۹۵-۲۰۱۴) از حدود ۳/۵ به ۵/۵۴ درصد افزایش یافته است (افزایش ۵۸ درصد در ۱۹ سال، هر سال حدود ۳ درصد). همچنین این کشور در

1. Resource-based Relative Value

این دوره زمانی سرانه هزینه‌های خود را از ۲۱ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۴۲۰ دلار در سال ۲۰۱۴ افزایش داده‌اند (افزایش ۱۹۰۰ درصد، حدود ۱۰۰ درصد در هر سال). روند سرانه مخارج سلامت در کشور طی سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۱۴ در نمودار ۶ مشاهده می‌شود.

نمودار ۶. روند سرانه مخارج سلامت در چین (۱۹۹۵-۲۰۱۴) (دلار آمریکا)

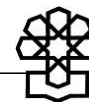


مأخذ: همان.

عواملی که دارای بیشترین سهم در افزایش مخارج سلامت این کشور بوده‌اند در ادامه آورده شده‌اند (جدول ۷).

جدول ۷. مهمترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامتی در کشور چین

افزایش مخارج درمان هر مورد بیماری، پیشرفت‌های تکنولوژیک، رفتار سودگرایانه ارائه‌کنندگان به خاطر کاهش بودجه مراکز سلامت، ارتباط درآمد کارکنان به سود مراکز سلامت و غالب بودن نظام کارانه، حاشیه سود تعیین‌شده توسط دولت برای محصولات دارویی، گسترش بخش خصوصی و افزایش رفتار سودطلبانه، بالابودن سهم بستری‌های ضروری (تا ۳۰ درصد)، افزایش بیماری‌های غیرواگیر	عوامل داخلی
افزایش سریع پوشش بیمه سلامت، سهم بالای دولت در تأمین هزینه‌های بیمه‌های سلامت، افزایش کسب درآمدی سلامت، تکثیر بیمه‌های سلامت	عوامل مرتبط با بیمه
تورم بخش سلامت، رشد درآمد، وجود نیروهای باتخصص بالاتر و سرعت بیشتر افزایش دستمزد آنها نسبت به سایر بخش‌های اقتصاد	عوامل اقتصادی
سالخوردگی جمعیت، شهرنشینی، رشد جمعیت، تغییر رفتارهای سلامت، افزایش تحصیلات	عوامل اجتماعی و رفتاری



همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود عوامل متعددی در افزایش مخارج سلامت کشور چین طی سال‌های اخیر وجود داشته است که از جمله آن می‌توان به مواردی همچون سالخوردگی جمعیت، پیشرفت‌های تکنولوژیک، غالب بودن نظام کارانه، گسترش بخش خصوصی، افزایش بیماری‌های غیرواگیر، افزایش سریع پوشش بیمه سلامت و تعدد بیمه‌ها، تورم بالای بخش، تغییر رفتارهای بهداشتی و... اشاره کرد. جدول ۸ مهمترین اقدامات انجام شده به‌منظور مدیریت و کنترل هزینه‌های بخش سلامت در کشور چین را نشان می‌دهد:

جدول ۸. راهکارهای اتخاذ شده به‌منظور مدیریت هزینه‌های سلامتی در چین

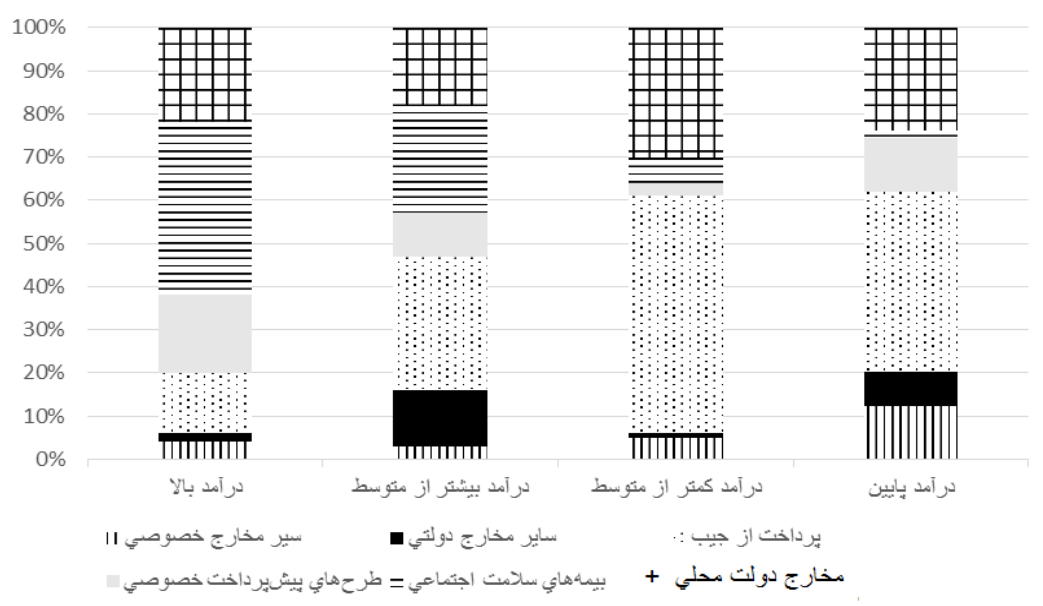
چین	
اقدامات سمت تقاضا	عموماً شامل هم‌پردازی، محدود کردن بسته خدمت و تعیین سقف بازپرداخت در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ که به سطوح بالایی از پرداخت از جیب منجر شدند و نقش آنها از اواسط دهه ۲۰۰۰ کم شد.
اقدامات سمت عرضه	<p>کاهش در نرخ آسیب‌ها و مسمومیت‌ها، بیماری‌های عفونی و انگلی به‌علت مجموعه‌ای از مقررات و قوانین مرتبط با ایمنی در تولید و حمل‌ونقل، آسیب‌های شغلی و مسمومیت توسط دولت [۲۴].</p> <p>ایجاد یک نظام کنترل و پیشگیری از بیماری، ترویج واکسیناسیون و سازماندهی پوشش‌های سلامت وطن‌پرستانه که به کاهش بروز و شیوع بیماری‌های عفونی منجر شده است. تدوین لیست داروهای ضروری جدید با هدف استفاده منطقی از داروها. پایش و ارزیابی داروهای تجویزی در تمام بیمارستان‌های عمومی. هر نسخه تجویز شده شامل مصرف ۳ روز دارو می‌شود.</p> <p>تغییر مکانیسم‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان، حرکت از نظام مبتنی بر کارانه و بودجه گلوبال به سمت نظام پرداخت ترکیبی (استفاده از پرداخت موردی و نرخ پرداخت ثابت)^۱ برای پرداخت خدمات سرپایی و بستری‌های بیمارستان. تعیین بودجه گلوبال برای یک تعداد از پیش تعریف شده از پذیرش‌های بیمارستانی تنظیم مقررات^۲ 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 سلامت توافق شده می‌باشد. دیگر درآمد پرسنل سلامت به درآمدهای ایجاد شده ارتباط ندارند.</p> <p>اصلاح نظام قیمتگذاری سلامت با هدف انعکاس بهتر منابع مصرف شده در هزینه‌ها. حفظ تعادل میان درآمد و مخارج. صندوق بیمه هر ساله یک مازاد متوسط داشته باشد.</p>

۳. ترکیب هزینه‌های سلامت در کشورهای با گروه‌های مختلف درآمدی

نمودار ۷ ترکیب هزینه‌های سلامت را براساس گروه‌های مختلف درآمدی کشورها در دنیا (در سال ۲۰۱۱)^۱ نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در این سال، در کشورهای با درآمد بالا هزینه‌های مرتبط با بیمه‌های سلامت اجتماعی بیشترین سهم را در مقایسه با سایر هزینه‌های سلامت به خود اختصاص داده است. این در حالی است که در سایر کشورها (شامل کشورهای با درآمد پایین، درآمد بیشتر از متوسط و همچنین کمتر از متوسط) بیشترین سهم مربوط به پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران است.

تصویر کلی نمودار نشان می‌دهد که با افزایش سطح توسعه‌یافتگی و افزایش درآمد کشورها نقش تأمین مخارج از طریق بیمه‌های سلامت پررنگ‌تر شده (روند افزایش سهم بیمه‌های سلامت و طرح‌های پیش‌پرداخت خصوصی با افزایش درآمد کشورها در نمودار به وضوح قابل مشاهده می‌باشد)، این در حالی است که پرداخت از جیب کمتر می‌شود.

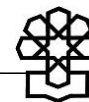
نمودار ۷. ترکیب هزینه‌های سلامت (دلار آمریکا) در گروه‌های مختلف درآمدی کشورها



طبقه‌بندی بانک جهانی براساس درآمد خالص ملی/سرانه کشورها-۲۰۱۱

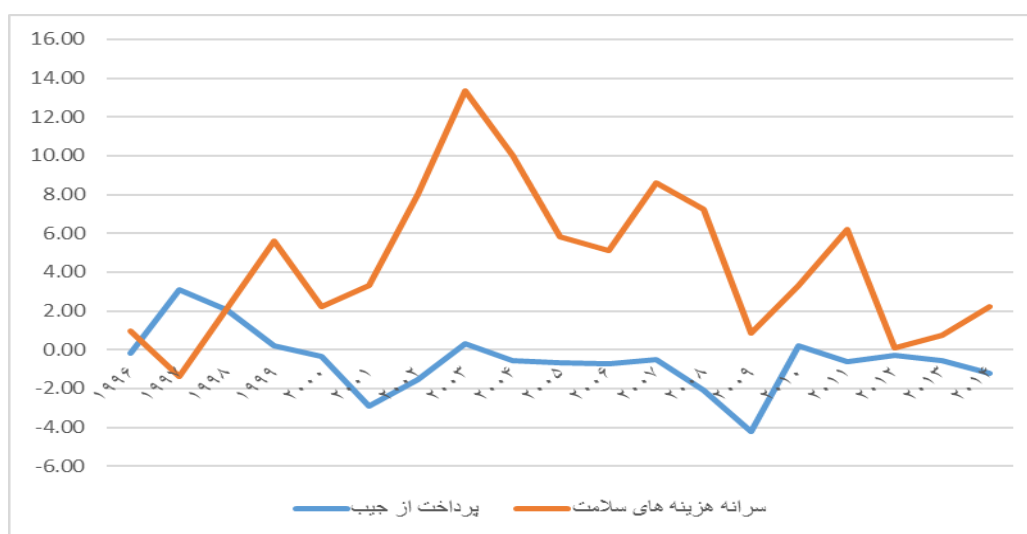
درآمد بالا: ۱۲۴۷۶ دلار آمریکا یا بیشتر، در آمد بیشتر از متوسط: ۴۰۳۶- ۱۲۴۷۵ دلار آمریکا، کمتر از متوسط: ۱۰۲۶-۴۰۳۵ دلار آمریکا، درآمد پایین: ۱۰۲۵ دلار آمریکا یا کمتر

Source: WHO Health Accounts unit, Health System Governance and Financing, HGF, World Health Organization www.who.int/health-accounts/en/



همچنین در نمودار ۸ مشاهده می‌شود، در بازه زمانی ۱۹۹۵ - ۲۰۱۴ در اکثر کشورهای OECD متوسط سهم پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از مخارج سلامت کاهش یافته است (از حدود ۱۵ درصد به حدود ۱۳/۲ درصد): نمودار ۸ نرخ تغییرات سهم پرداخت از جیب و سرانه هزینه‌های سلامت را نشان می‌دهد که در بیشتر سال‌ها کشورهای OECD کاهش سهم پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از کل مخارج سلامت را تجربه کرده‌اند.

نمودار ۸. نرخ تغییرات پرداخت از جیب و سرانه مخارج سلامت در کشورهای OECD در بازه زمانی ۱۹۹۵ - ۲۰۱۴



مأخذ: بانک داده‌های بانک جهانی.

براساس همین نمودار، افزایش سهم بیماران از کل هزینه‌های سلامت در این کشورها کمتر از نرخ عمومی افزایش هزینه‌های سلامت بوده است و تا حدودی می‌تواند ناشی از گسترش بیمه‌های اجباری و حمایت‌های ایجاد شده برای گروه‌های آسیب‌پذیر بوده باشد.

۴. هزینه‌های سلامت در ایران

۴-۱. روند کلی مخارج سلامت

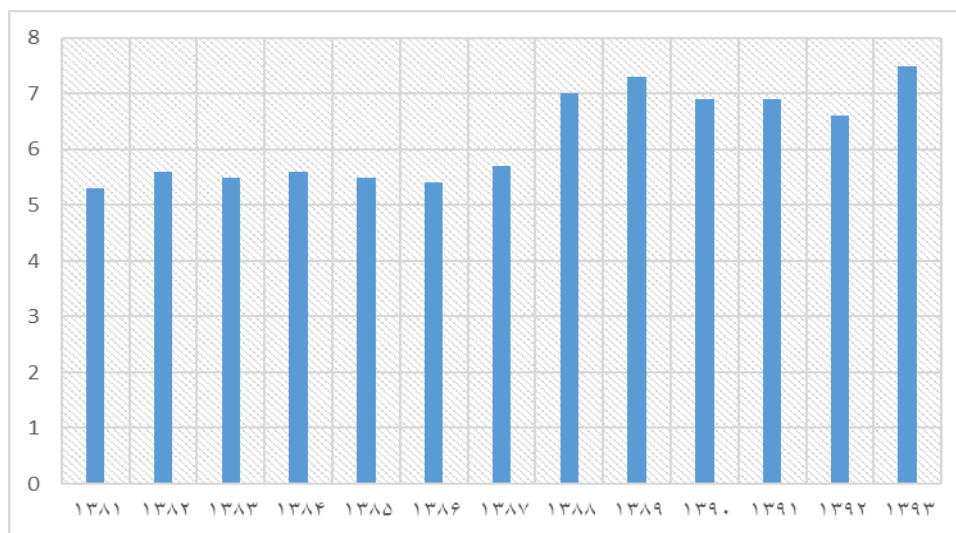
موریس در گزارش چشم‌انداز سلامت جهانی که در سال ۲۰۱۶ منتشر شد، پیش‌بینی کرده است که در چندین کشور -عمدتاً در آسیا و خاورمیانه- هزینه‌ها به‌سرعت افزایش خواهند یافت. بخش زیادی از این افزایش هزینه‌ها ناشی از گسترش نظام‌های سلامت خصوصی و دولتی و همچنین حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت می‌باشد. بنابراین، فشارها برای کاهش هزینه‌ها، افزایش کارایی و استفاده

هزینه اثربخش از منابع بخش سلامت دوچندان خواهند شد.

هزینه‌های سلامت در ایران نیز همواره از جمله موضوعات مهم بحث شده سیاستگذاران، صاحب‌نظران و کارشناسان سلامت و اقتصاد بوده است و افزایش هزینه‌های سلامت، تعیین‌کننده‌های آن و همچنین چگونگی مقابله با آنها به یکی از مهمترین مباحث و چالش‌های سیاستگذاران و برنامه‌ریزان در بخش سلامت تبدیل شده است. از این رو همواره به دنبال راهکار برای برون‌رفت از مسائل حوزه مالی هستند. این مسئله 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.

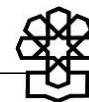
شواهد و آمارها نشان می‌دهد نظام سلامت ایران نیز همانند سایر نظام‌های سلامت، در طول سال‌های گذشته با روند رو به رشد مخارج حوزه سلامت روبرو بوده است و این روند کماکان نیز ادامه‌دار می‌باشد. بررسی روند سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایران نشان می‌دهد که میزان آن از ۵/۳ درصد در سال ۱۳۸۱ به حدود ۷/۵ درصد در سال ۱۳۹۳ رسیده است، یعنی رشدی حدود ۴۲ درصد (به‌طور متوسط ۳/۴ درصد در سال) (نمودار ۹). همچنین در دوره زمان ۱۳۸۱-۱۳۹۳ سرانه هزینه‌های سلامت از ۷۵۹ هزار ریال به ۱۰۳۵۵ هزار ریال افزایش پیدا کرده است^۱ (به‌طور متوسط سالیانه ۸۰۰ هزار ریال) (نمودار ۱۰).

نمودار ۹. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در ایران به قیمت جاری ۱۳۸۱-۱۳۹۳

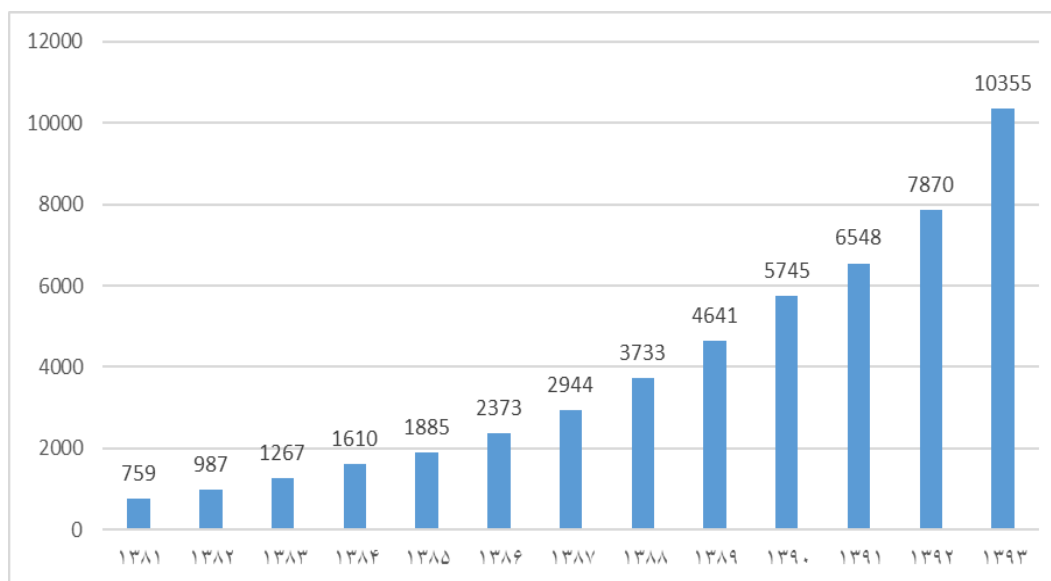


مأخذ: گزاره برگ مؤسسه ملی سلامت، بررسی مهمترین شاخص‌های بودجه و هزینه‌های سلامت، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت.

۱. 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.



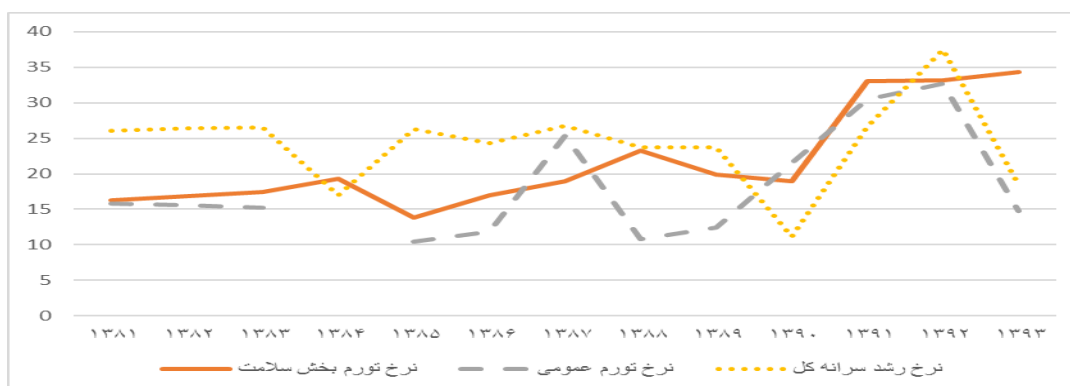
نمودار ۱۰. سرانه هزینه‌های سلامت به قیمت ثابت ۱۳۸۱-۱۳۹۳



مأخذ: گزاره برگ بررسی مهمترین شاخص‌های بودجه و هزینه سلامت، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران).

نکته قابل توجه دیگر اینکه در بازه زمانی بررسی شده، نرخ تورم بخش سلامت در اکثر سال‌های مورد بررسی (بجز سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰) همواره از میزان تورم عمومی کشور بالاتر بوده است و از سال ۱۳۹۲ به بعد علیرغم کاهش نرخ تورمی عمومی کشور نرخ تورم بخش سلامت به روند صعودی خود ادامه داده است (نمودار ۱۱).

نمودار ۱۱. مقایسه درصد تورم بخش سلامت و درصد تورم عمومی و نرخ رشد سرانه هزینه‌های سلامت در کشور (۱۳۸۱-۱۳۹۳)

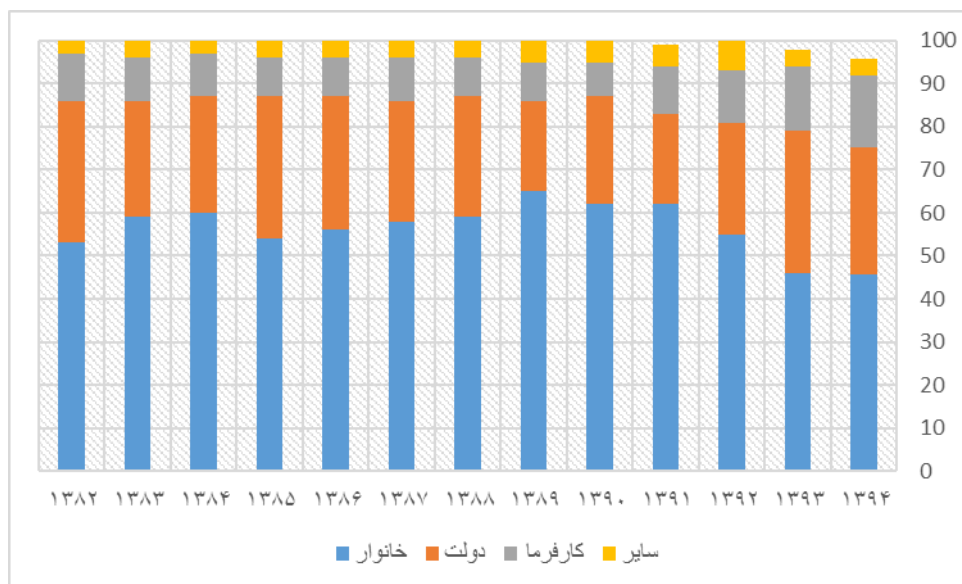


مأخذ: گزاره برگ بررسی تورم بخش سلامت، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران).

مقایسه نرخ رشد سرانه هزینه‌های سلامت با نرخ تورم عمومی نیز نشان می‌دهد که تا پیش از سال ۱۳۹۰، بجز در سال ۱۳۸۷ که نرخ رشد هزینه‌ها کمتر از نرخ تورم بوده است، در سایر سال‌ها هزینه‌های سلامت با نرخ بیشتری افزایش یافته‌اند و از سال ۱۳۹۰ - ۱۳۹۲ همزمان با جهش تورمی نزول در نرخ رشد هزینه‌های سلامت رخ داده است.

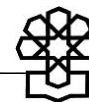
همچنین، همان‌طور که نمودار ۱۲ نشان می‌دهد، پرداخت از جیب خانوارها همواره بالای ۴۵ درصد بوده است. سهم کارفرمایان نیز از ۸ تا ۱۶ درصد در نوسان بوده است و از سال ۱۳۸۲ - ۱۳۹۰ روندی نزولی داشته است (از ۱۱ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۸ درصد در سال ۱۳۹۰ کاهش یافته است) و پس از آن روندی افزایشی در پیش گرفته است. بررسی داده‌های پوشش هزینه‌ها همچنین نشان می‌دهد که دولت و خانوارها دارای نقش مکملی در تأمین مالی می‌باشند به نحوی که هرچا سهم یکی کاهش یافته سهم دیگری افزایش یافته است. ازسویی نتایج نشان می‌دهند که پس از افزایش ناگهانی هزینه‌های خانوار در سال ۱۳۸۹ و رسیدن آن به بالای ۶۰ درصد، اجرای طرح تحول سلامت توانسته است این هزینه‌ها را در فاصله زمانی ۱۳۹۲ - ۱۳۹۴ به ۴۵ درصد کاهش دهد (کاهش ۲۶ درصد).

نمودار ۱۲. سهم هریک از منابع مالی در پوشش هزینه‌های عاملین تأمین مالی سلامت در سال‌های ۱۳۸۲ - ۱۳۹۴



مأخذ: تحلیل براساس حساب‌های ملی سلامت.

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

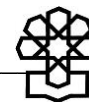


تأثیر گذاشته‌اند. از این رو سیاستگذاران این حوزه همواره در صدد انجام راهکارها و اصلاحاتی به منظور مدیریت بهتر این حوزه بوده‌اند. البته هرکدام از این اصلاحات به نوعی موجب مدیریت هزینه‌ها و به نوعی دیگر موجب افزایش آن شده‌اند. از این جهت در ادامه این بخش، با توجه به پیشینه تحولات نظام سلامت ایران (در طول سه دهه گذشته) به بررسی علل افزایش هزینه‌ها در سال‌های گذشته پرداخته شده است و راهکارهای اتخاذ شده به منظور مهار این هزینه‌ها بیان شده‌اند.

۲-۴. عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامت ایران و نحوه مدیریت آن

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 خدمات سلامت در شهرهای کوچک و مناطق روستایی بود. در این دوره نظام سلامت ایران در پی پیاده‌سازی نظام مراقبت‌های سلامت اولیه^۱ (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. در نتیجه سیاست‌های اجرا شده در 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. از طرفی در این دوره، خدمات تشخیصی نیز با گذار از خدمات مرتبط با مهارت ارائه‌کننده خدمات سلامت به خدمات مبتنی بر ابزار که منجر به گسترش و تجهیز آزمایشگاه‌ها و مراکز تشخیصی - تصویربرداری (برای مثال MRI، پروسیجرهای مختلف بیماری‌های قلبی و...) مواجه شدند. 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 به‌وجود می‌آورد. افزایش مهاجرت از روستا به شهر و آغاز حاشیه‌نشینی نیز منجر به این شد که به تدریج 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 نقش منفعلی داشت، جابجا شود. از سویی این مهاجرت در افزایش تعداد بیمه‌نشدگان نیز نقش داشت. در این دوره با گسترش بدون کنترل بخش خصوصی شاهد نابسامانی در گسترش این بخش 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 داشتند. عامل مهم دیگر در افزایش مخارج، انتقال تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از وزارت بهداشت به نظام پزشکی بود که به جهش در تعرفه‌های بخش خصوصی منجر شده بود. در این دهه با توجه 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 کارایی نظام سلامت در شهرها نیز مطرح شد. روند افزایش هزینه‌های سلامت ناشی از علل یاد شده در دهه‌های ۱۹۷۰، ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ نیز کماکان باقی بود و به دلیل نبود سیستم کنترل و نظارت دقیق و شفاف به 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 منجر شد. در نتیجه پیامدهای میانی 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، خودتحریمی در ملزومات حوزه سلامت 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، رشد متوسط ۳۳ درصدی در تعرفه‌ها و ابلاغ کتاب ارزش نسبی بازبینی شده بدون اصلاح نظام‌های پرداخت و نظام ارائه خدمت و پیامدهای ناشی از طراحی و اجرای نامناسب و شتابزده آن نیز نقش بسزایی در افزایش مجدد مخارج سلامت داشتند.

**جدول ۹. مهمترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌های سلامتی در ایران در طول سه دهه گذشته**

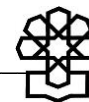
تغییر الگوی مرگ‌ومیر و بار بیماری‌های کشور به سمت بیماری‌های غیرواگیر، گسترش خدمات تشخیصی مبتنی بر ابزار، واردات دستگاه‌های تشخیصی پزشکی، گسترش بدون کنترل بخش خصوصی و نابسامانی در آن.	دهه ۷۰	عوامل داخلی
گسترش ریسک‌فاکتورهای بیماری‌های مزمن، ادامه گسترش بخش خصوصی به‌ویژه در زمینه خدمات سرپایی تحت نظام کارانه‌ای غالب، جهش در تعرفه‌ها به‌خاطر انتقال تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از وزارت بهداشت به سازمان نظام پزشکی	دهه ۸۰	
ابتدای دهه: بالابودن 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	
تصویب قانون بیمه همگانی و توجه به این امر	دهه ۷۰	عوامل مرتبط با بیمه
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	
سیاست یکسان‌سازی قیمت ارز	دهه ۷۰	عوامل اقتصادی
افزایش نرخ ارز و تورم بالا	دهه ۸۰	
ابتدای دهه: بار مالی ناشی از هدفمندی یارانه‌ها	دهه ۹۰	
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	عوامل اجتماعی و رفتاری
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 در هریک از دوره‌های زمانی اشاره شده دست به اتخاذ راهکارهایی به‌منظور مهار هزینه‌های سلامت زدند که هرکدام از این اصلاحات به نوعی موجب مدیریت هزینه‌ها و به نوعی دیگر موجب افزایش آن شده‌اند. اقداماتی همچون تمرکز بر پوشش بیمه‌ای و حفاظت خطر مالی، تمرکز بر سطح‌بندی خدمات و شبکه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، اجرای برنامه پزشک

خانواده و... مثال‌هایی از اقدامات انجام شده در این راستا می‌باشند. جدول ۱۰ اقدامات صورت گرفته در سه دهه اخیر به منظور مدیریت هزینه‌های سلامت را به تفکیک نشان می‌دهد:

جدول ۱۰. راهکارهای اتخاذ شده به منظور مدیریت هزینه‌های سلامتی در ایران

<p>گسترش شبکه مراقبت‌های سلامت اولیه؛ تربیت نیروهای کار ارزان قیمت (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 پیشگیریانه در مناطق روستایی (که در آن زمان بخش اعظم جمعیت در این مناطق ساکن بودند).</p>	دهه ۶۰
<p>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.</p>	دهه ۷۰
<p>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.</p>	دهه ۸۰
<p>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 ارزش افزوده).</p>	دهه ۹۰



جمع‌بندی و ارائه پیشنهاد

همان‌طور که نهادهای سلامت، ارائه‌کنندگان، پرداخت‌کنندگان، دولت‌ها و سایر ذینفعان برای ارائه مراقبت مؤثرتر، کارآتر و عادلانه‌تر تلاش می‌کنند، با چالشی بنیادین در اکوسیستم نظام‌های سلامت مواجه می‌شود. چالشی به نام «افزایش هزینه‌ها» که توسط تغییر ساختار سنی و رشد جمعیت، افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، جوامعی آگاه‌تر و قدرتمندتر، ارائه درمان‌ها و تکنولوژی‌های گران‌قیمت، نیاز به بازسازی و حفظ زیرساخت‌ها و... تشدید می‌شود. همان‌طور که در بخش اول مطرح شد متوسط جهانی سرانه هزینه‌های سلامت در فاصله زمانی ۱۹۹۵ - ۲۰۱۴ از حدود ۴۶۱ دلار به ۱۰۵۸ از ۱۱۰۰ دلار افزایش یافته است - یک افزایش حدود ۱۳۰ درصدی ظرف ۱۹ سال. این افزایش هزینه‌ها درحالی صورت گرفته است که در این بازه زمانی کشورها با فشار بیشتر تقاضا برای خدمات سلامت، تغییر هرم سنی و جمعیت فعال خود و سه بحران اقتصادی و مالی بزرگ - بحران مالی دهه ۱۹۹۰، بحران مالی ۲۰۰۴-۲۰۰۵ و بحران مالی سال ۲۰۰۸-۲۰۰۹ مواجه شده‌اند که موجب افزایش بیشتر فشارهای مالی بر بخش سلامت شده است. عمده اقدامات صورت گرفته به‌منظور مهار هزینه‌های سلامت در سمت تقاضای خدمات معطوف به سه بخش هزینه‌ای عمده نظام‌های سلامت (یعنی بخش‌های دارویی، بستری و سرپایی) می‌شوند که در این میان نوع اقدامات اجرا شده در هر بخش بسته به ساختار نظام سلامت هر کشور (نظام طب ملی، نظام بیمه همگانی و...) متفاوت می‌باشند. به‌طور خلاصه می‌توان گفت که تقریباً تمام کشورها میزان انتقال هزینه خود را در طول دوره زمانی مورد بررسی افزایش داده‌اند. روش غالب انتقال هزینه نیز افزایش هم‌پردازی بوده است و در موارد نادری از فرانشیز درصدی استفاده شده است. در مورد هزینه‌های دارویی رایج‌ترین روش انتقال هزینه استفاده از یک پرداخت ثابت به‌زای هر دارو می‌باشد، میزان انتقال هزینه نیز عموماً براساس معیار هزینه اثربخشی تعیین می‌شود. از اقدامات ضمنی انتقال هزینه می‌توان به نظام طب ملی ایتالیا اشاره کرد که با تدوین لیست‌های مثبت و منفی نرخ‌های بازپرداخت مختلفی تنظیم کرده است. قابل توجه اینکه، به‌طور هم‌زمان مکانیسم‌های حمایتی برای گروه‌های آسیب‌پذیر گسترش یافته‌اند. در طول مدت‌زمان بررسی، در میان اکثر کشورهای OECD سهم پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از کل مخارج سلامت کاهش یافته است. نشان‌دهنده این است که افزایش سهم بیماران کمتر از نرخ عمومی افزایش هزینه‌های سلامت بوده است و تا حدودی می‌تواند ناشی از گسترش بیمه‌های اجباری و حمایت‌های ایجاد شده برای گروه‌های آسیب‌پذیر بوده باشد.

استراتژی‌های مورد استفاده در بخش خدمات بستری و سرپایی بیشتر به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از استراتژی‌های تدوین شده در زمینه محدودسازی کلی هزینه‌های آنها می‌باشد تا اقدامات ویژه برای محدود کردن هزینه‌های دارویی. پرداخت‌های کاربران نیز در این بخش مطرح شده‌اند، اما به‌علت سهم

بالای هزینه و خطر مواجه شدن بیماران با هزینه‌های کمرشکن افزایش‌های صورت گرفته در بخش بستری نسبت به سایر بخش‌ها کمتر بوده است. در مورد انتقال هزینه در بخش‌های بستری و سرپایی تقریباً تنها در بریتانیا انتقال هزینه‌ها کاهش یافته است و سایر کشورها با افزایش انتقال هزینه مواجه شده‌اند - عمدتاً از طریق وضع هم‌پردازی، البته افزایش انتقال هزینه با تعیین سقف برای پرداخت از جیب همراه بوده است.

به‌طور کلی اقدامات صورت گرفته در **سمت تقاضا** در این کشورها براساس بخش‌های عمده هزینه‌ای عبارت بودند از:

- **بخش دارویی:** انگیزش مالی برای استفاده از داروهای ژنریک، ترویج داروهای بدون نیاز به نسخه، تدوین دارونامه ملی، افزایش هم‌پردازی و -در موارد نادری- فرانشیز درصدی، دسته‌بندی داروها براساس معیارهای مختلف و تدوین لیست‌های مثبت و منفی.

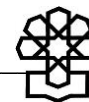
- **بخش بستری:** افزایش هم‌پردازی، تعیین سقف هزینه برای خدمات بستری.

- **بخش سرپایی:** استفاده از نظام پزشک خانواده، افزایش هم‌پردازی، تعیین سقف برای داروهای تجویز شده براساس روز (برای مثال داروهای تجویزی تنها باید برای مصرف سه روز باشند). از طرفی اقدامات انجام شده در این کشورها در سمت عرضه عمدتاً شامل اصلاح مکانیسم‌های بازپرداخت یا بودجه‌ای (به‌طور کلی تأمین مالی) و تغییر میزان پوشش خدمات می‌شوند که بخش قیمتی آن هستند. بخش غیرقیمتی آن نیز عمدتاً توسعه راهنماهای بالینی و بررسی هزینه اثربخشی و هزینه منفعت را با هدف افزایش کارایی دربر می‌گیرد. به‌طور کلی کشورها در سمت عرضه در عین حالی که در پی افزایش پوشش خدمات سلامت و تضمین دسترسی به آن هستند، از طریق انتقال ریسک ارائه خدمات غیرضروری به ارائه‌کنندگان و افزایش کارایی آنها در پی مدیریت هزینه‌ها می‌باشند. به این صورت که از طریق استفاده از نظام‌های پرداخت ترکیبی و عمدتاً آینده‌نگر در پی مدیریت ارائه خدمات هستند و از طریق تأسیس سازمان‌ها و کمیته‌هایی برای بررسی هزینه اثربخشی تکنولوژی‌ها، داروها و تجهیزات پزشکی در پی استفاده از کارآترین موارد هستند.

خلاصه اقدامات صورت گرفته در **سمت عرضه** عبارتند از:

- **تأمین مالی:** حرکت به سمت مکانیسم‌های پرداخت ترکیبی و افزایش دسته‌بندی^۱ خدمات، اصلاح مکانیسم پرداخت برای افزایش بستری شدن در منزل، اصلاح تأمین مالی مراقبت‌های بلندمدت، کنترل رشد تعرفه‌های خدمات، تعیین سقف بودجه، انتقال بودجه و افزایش قدرت چانه‌زنی با ارائه‌کنندگان کالاها و خدمات سلامت از طریق ادغام صندوق‌های بیمه.

- **پوشش:** وضع محدودیت بر گسترش خدمات، حذف خدمات غیرضروری از بسته خدمت یا



افزایش هم‌پردازی آنها، تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده، ایجاد لیست انتظار، انگیزش مالی برای استفاده از داروهای ژنریک، تدوین لیست‌های مثبت و منفی و گسترش بخش خصوصی.

- کارآیی: بررسی هزینه اثربخشی از طریق سازمان‌ها یا کمیته‌های ویژه، استفاده از مشارکت عمومی - خصوصی.

همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، نظام سلامت ایران نیز همانند سایر کشورهای دنیا با سیر صعودی هزینه‌ها و مخارج حوزه سلامت طی سال‌های مورد بررسی مواجه بوده است و علیرغم پیش‌بینی راهکارهای مؤثر در قوانین و اسناد بالادستی به‌ویژه ارائه بسته کامل در برنامه پنجم توسعه از قبیل اصلاح نظام ارائه خدمت در قالب سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع، اصلاح نظام پرداخت، تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی، تک‌شغله شدن پزشکان، اصلاح نظام بیمه‌ای... به‌دلیل عدم اجرای قانون و بعضاً اجرای نادرست برخی از موارد قانونی، کماکان شاهد رشد هزینه‌های سلامت بوده و هستیم و پیش‌بینی می‌شود که این سیر صعودی در آینده نیز ادامه یابد. در حال حاضر با اجرای طرح تحول سلامت و مشکلات ناشی از عدم برنامه‌ریزی و اجرای صحیح آن که بیشتر درمان‌محور و غیرهوشمند بوده به‌طوری که همه اقشار کشور از مزایای آن بهره‌مند شده‌اند، به ایجاد بار مالی سنگین بر نظام بیمه‌ای کشور منجر شده است.

به‌دلیل وضعیت اقتصادی کنونی در دولت، پرداختن به مسئله کنترل هزینه‌ها در حوزه سلامت و ارائه راهکار برای مدیریت آن به ضرورتی انکارناپذیر بدل گشته است. ضروری است تا این راهکارها تحت عنوان مجموعه‌ای از طرح‌ها و استراتژی‌ها باشد که در نهایت باعث برطرف ساختن مشکلات مرتبط با هزینه‌های فزاینده در کنار بهبود دسترسی، کیفیت یا بهره‌وری و در نهایت سلامت بهتر شود. راهکارهایی که در کنار عدم افزایش بیش از حد معقول پرداخت از جیب، به کاهش استفاده از خدمات غیرضروری ناشی از خطر اخلاقی مصرف‌کننده یا تقاضای القایی ارائه‌دهنده نیز شود. 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 دولت را در شناخت وضع موجود یاری رساند و همچنین پیش‌بینی‌های بلندمدت که شامل عوامل اقتصادی و جمعیت‌شناختی می‌شود و نیز 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 آن 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.

شایان ذکر است به استناد مفاد سیاست‌های کلی سلامت، اصلاحات عمده‌ای در بخش سلامت لایحه برنامه ششم توسعه صورت گرفت و نتیجه آن مجموعه‌ای کامل از راهکارهای اصلاحی در حوزه

نظام سلامت با رویکرد مدیریت ارائه خدمت و کنترل هزینه‌ها در قانون برنامه ششم توسعه شد و لازم است دولت براساس قانون برنامه ششم توسعه در حوزه سلامت به سیاستگذاری و برنامه‌ریزی بپردازد تا حتی با تغییر مدیریت‌ها، برنامه‌های اصلاحی از مسیر خود منحرف نشود از جمله موارد موجود در این برنامه 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، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، 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.

همچنین برخی از راهکارهای پیشنهادی ممکن در حوزه سلامت به شرح زیر است:

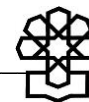
- **اصلاح روش‌های پرداخت:** اصلاح نظام پرداخت فعلی و گذار به سمت نظام‌های پرداخت آینده‌نگر (برای مثال، گسترش خدمات گلوبال با هدف افزایش مدیریت منابع، کاهش تقاضای القایی و افزایش پیش‌بینی‌پذیری منابع)؛

- **تدوین راهنمای بالینی** برای خدمات موجود در بسته خدمت (که در کنار ارتقای کیفیت ارائه خدمات و همچنین کاهش ایجاد ریسک برای پزشک و بیمار باعث جلوگیری از ایجاد هزینه‌های غیرضروری خواهد شد).

- **توجه و تأکید بر نظام ارجاع:** گسترش نقش پزشک خانواده و پزشک عمومی بسته خدمت در کنار تقویت نقش شبکه‌های بهداشتی درمانی با هدف افزایش دیدبانی پزشکان خانواده و کنترل ورودی مراکز پرهزینه 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** 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^۱ 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: مدیریت منابع سلامت بهتر است از طریق خرید خدمت راهبردی و نظارت و پایش مستمر و دقیق صورت بگیرد، این امر در حال حاضر توسط وزارت بهداشت صورت می‌گیرد.
- نیروی انسانی: توزیع متعادل‌تر نیروهای انسانی، به‌ویژه نیروهای متخصص؛
- نهادینه کردن نظام بودجه‌ریزی شفاف و عملیاتی.
- افزایش آگاهی جامعه یا سواد سلامت به‌منظور ایجاد تغییر رفتار و افزایش رفتارهای سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها و نیز مشارکت مردم در موضوعات مرتبط با حوزه سلامت (هم از طریق سیاستگذاری برمبنای نیاز جامعه و همچنین جذب حمایت‌های مالی سازمان‌های مردم‌نهاد).

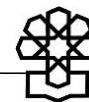
پیوست‌ها

پیوست ۱. کلیات نظام سلامت بریتانیا

نظام طب ملی (NHS)^۱ در سال ۱۹۴۸ بر پایه سه اصل پیشگیری، تشخیص و درمان ایجاد شده است و این خدمات را عموماً به صورت رایگان به تمام شهروندان ارائه می‌کند. تا پیش از سال ۱۹۹۰ این نظام بر مبنای مدلی کار می‌کرد که در آن نقش خریدار از ارائه‌دهنده خدمت تفکیک نشده بود، اما از سال ۱۹۹۱ به بعد اصلاحاتی در این زمینه انجام شد، به نحوی که به دو نقش خریدار و ارائه‌دهنده تفکیک شد (معروف به بازار داخلی). خریداران، تعدادی نهاد یا تراست مراقبت اولیه هستند که در واقع بازوی اجرایی نظام طب ملی محسوب می‌شوند و مسئولیت خرید و نظارت بر ارائه خدمات را در منطقه جغرافیایی تحت پوشش خود برعهده دارند. ارائه‌دهندگان نیز شامل پزشکان خانواده، متخصصان و همچنین بیمارستان‌ها می‌شوند. رابطه بین خریداران و ارائه‌دهندگان خدمات بر مبنای قرارداد است. در نظام مراقبت اولیه این کشور پزشکان عمومی نقش دروازه‌بان را برعهده دارند و مشخص می‌کنند که چه کسی به خدمات سطوح بالاتر نیاز دارد. مراقبت‌های سطح دوم و سوم که نظام طب ملی تأمین مالی می‌کند توسط پزشکان متخصص، پرستاران و سایر پیراپزشکانی ارائه می‌شود که در بیمارستان‌های دولتی (تراست‌های نظام طب ملی) کار می‌کنند و حقوق‌بگیر می‌باشند. البته در کنار آن، برخی از مراقبت‌های انتخابی توسط بیمه‌های خصوصی یا پرداخت مستقیم بیماران تأمین مالی می‌شوند. وزارت سلامت با چانه‌زنی و مذاکره با دولت مرکزی درصدی از منابع مالی عمومی را دریافت می‌کند که این رقم در واقع بودجه سه سال آتی بخش سلامت خواهد بود.

پیوست ۲. کلیات نظام سلامت ایتالیا

خدمات سلامت ملی ایتالیا (Servicso Sanitario Nazionale) در سال ۱۹۷۸ بر اساس اصول پوشش همگانی، همبستگی، کرامت انسانی و نیازهای بشری تأسیس شده است. نظام سلامت این کشور در سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی تقسیم شده است. دولت مرکزی (در سطح ملی) توزیع درآمدهای مالیاتی برای خدمات سلامت را برعهده دارد و یک بسته خدمات برای کلیه ساکنین هر منطقه طراحی می‌کند. در سطح منطقه‌ای ۱۹ استان و دو منطقه خودمختار وظیفه مسئولیت سازماندهی و ارائه خدمات سلامت از طریق واحدهای محلی را برعهده دارند. استان‌ها، دارای خودمختاری قابل توجهی (تمرکززدایی) برای تعیین ساختار کلان نظام سلامت خود می‌باشند. نظام طب ملی ایتالیا به صورت خودکار و همگانی کلیه ساکنین کشور و خارجی‌ان دارای مجوز اقامت را پوشش می‌دهد. از سال ۱۹۹۸ مهاجرین غیرقانونی نیز به خدمات اضطراری و ضروری دسترسی دارند. از آنجا که بر اساس قوانین ملی افراد اجازه خروج از نظام طب ملی و استفاده از خدمات بیمه خصوصی را ندارند «بیمه خصوصی جایگزین» وجود ندارد، اما بیمه خصوصی تکمیلی در دسترس می‌باشد. خدمات سلامت اولیه و بستری در نقطه استفاده رایگان هستند.



پیوست ۳. نظام سلامت ژاپن

نظام بیمه‌ای این کشور الگو گرفته از کشور آلمان و بر پایه اصول بیسمارکی (بیمه اجتماعی مبتنی بر اشتغال) است. ثبت نام در یکی از طرح‌های بیمه‌ای برای تمام ساکنین کشور اجباری بوده و انتخاب نوع بیمه بر اساس نوع شغل یا محل سکونت می‌باشد. افرادی که خود را بیمه نکنند در هنگام ثبت نام می‌بایست حق بیمه دو سال قبل (شاید هم بیشتر) را پرداخت کرده و پس از آن وارد طرح بیمه‌ای شوند. بیش از ۷۰ درصد جمعیت دارای بیمه تکمیلی سلامت خصوصی می‌باشند. بیمه تکمیلی خصوصی تنها برای پوشش هم‌پردازی‌ها و هزینه‌های پوشش داده نشده توسط بیمه سلامت ملی در دسترس است (امکان جانشینی بیمه‌های دولتی توسط بیمه سلامت خصوصی وجود ندارد).

در این کشور دو نوع اصلی بیمه سلامت وجود دارد:

۱. **کوکوهو (Kokuho)**: بیمه سلامت ملی که مسئولیت پوشش بیمه‌ای افراد خویش فرما، کشاورزان، بازنشستگان و بیکاران را برعهده دارد (۴۵/۴۵ میلیون نفر بیمه شده). این طرح توسط شهرداری‌ها اداره می‌شود و بیش از ۳۲۰۰ زیرمجموعه دارد. حق بیمه بر اساس درآمد خانوار، دارایی‌های ثابت و سایر انواع ثروت تعیین می‌شود. افراد حاضر در سایر طرح‌های بیمه‌ای پس از بازنشستگی وارد این طرح می‌شوند.

۲. بیمه‌های سلامت مبتنی بر اشتغال، شامل؛

الف) شاهو (Shaho): این بیمه کارکنان کمپانی‌های بزرگ را پوشش می‌دهد.
ب) بیمه سلامت دولتی (Seikan): این بیمه پوشش بیمه‌ای کارکنان شاغل در شرکت‌های کوچک تا متوسط را برعهده دارد.

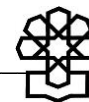
در این کشور بخش خصوصی در زمینه خدمات سلامت بسیار فعال می‌باشد، به طوری که مالکیت بیش از نیمی از مؤسسات ارائه خدمات سلامت و بیمارستان‌ها متعلق به این بخش است. مراقبت‌های سلامت در دو سطح ملی و محلی ارائه می‌شوند، شهرداری‌ها مسئولیت اصلی ارائه خدمات سلامت در سطح محلی را برعهده دارند. دولت‌های محلی می‌بایست هر پنج سال یکبار طرح‌های سلامتی خود را بازننگری نمایند. هراستان حداقل دارای پنج طرح سلامتی به شرح زیر می‌باشد: ۱. طرح ارتقای سلامت؛ ۲. طرح مراقبت‌های پزشکی؛ ۳. طرح خدمات مراقبتی بلندمدت افراد بیمه شده؛ ۴. طرح‌های پایه به منظور افزایش کنترل سرطان؛ و ۵. طرح بهینه‌سازی هزینه خدمات پزشکی.

پیوست ۴. نظام سلامت آلمان

از سال ۲۰۰۹ در این کشور بیمه سلامت برای تمام شهروندان و ساکنین دائمی اجباری است - یا از طریق بیمه دولتی اجباری یا از طریق بیمه خصوصی. بیمه از طریق دو نظام ارائه می‌شود: ۱. صندوق‌های بیمه سلامت (صندوق‌های بیماری) غیردولتی غیرانتفاعی (تا سال ۲۰۱۶، ۱۱۸ مورد بودند) - که جزئی از نظام اجباری هستند؛ و ۲. بیمه سلامت خصوصی جایگزین (تا سال ۲۰۱۶، ۴۲ مورد بودند). ویژگی برجسته نظام سلامت این کشور تفکیک آشکار میان خدمات سلامت عمومی، مراقبت سیاری و مراقبت بیمارستانی است. البته در سالیان اخیر تلاش‌هایی برای ادغام آنها صورت گرفته است. شهرداری‌ها در امور مرتبط با سلامت عمومی فعالیت دارند و تقریباً نیمی از تمام تخت‌های بیمارستانی را اداره می‌کنند، اما بسیاری از ایالات‌ها نیز اقدام به تأسیس بیمارستان دانشگاهی کرده‌اند. سطوح مختلف دولت عملاً هیچ نقشی در تأمین مالی مستقیم یا ارائه مراقبت‌های سلامت ندارد. مقدار زیادی از قوانین و مقررات به انجمن‌های خودگردان صندوق‌های بیماری و انجمن‌های ارائه‌دهنده واگذار شده است و مهمترین بخش کمیته مشترک فدرال است. بیمه خصوصی بیشتر برای افراد جوان دارای درآمد بالا مناسب می‌باشد. پزشکان بیمارستانی به صورت مستقل از پزشکان فعال در مراقبت‌های سرپایی فعالیت می‌کنند، به نحوی که پزشکان بخش سرپایی نمی‌توانند بیماران خود را در بیمارستان بستری کنند. تأمین مالی نظام سلامت این کشور به صورت مشترک توسط دولت، کارفرمایان، کارگران و صندوق‌های بیمه صورت می‌گیرد. قوانین کلی نظام پرداخت از طریق مذاکره در سطح فدرال و با مشارکت انجمن مشترک صندوق‌های بیماری و انجمن مشترک ارائه‌دهندگان بیمه سلامت قانونی در سطح ملی مشخص می‌شوند. موارد جزئی و مرتبط با قرارداد در سطوح ایالتی و توسط انجمن‌های ارائه‌دهندگان و صندوق‌های بیماری تعیین می‌شوند. وجه تمایز اصلی نظام آلمان با سایر کشورهای دارای نظام سلامت مشابه در رقابت موجود میان صندوق‌های بیماری است.

پیوست ۵. نظام سلامت کانادا

مراقبت‌های سلامت در این کشور عمدتاً از طریق یک نظام بیمه مراقبت سلامت منفرد که تأمین منابع آن توسط بخش عمومی صورت می‌گیرد، تأمین مالی می‌شوند، به صورت غیررسمی مدیکیر نامیده می‌شود، اما ارائه‌کنندگان عمدتاً خصوصی هستند. استان‌ها مسئولیت اصلی سازماندهی و ارائه خدمات سلامت و نظارت بر ارائه‌کنندگان را برعهده دارند. دولت فدرال و نهادهای سلامت استانی به صورت مشترک تأمین مالی خدمات سلامت را که عمدتاً از طریق مالیات می‌باشد، انجام می‌دهند. اصول پایه نظام سلامت این کشور برگرفته از **Canada Health Act (1985)** هستند که براساس آن دسترسی به خدمات سلامت به عنوان یک حق در نظر گرفته شده است (پوشش جامع) و بیمه سلامت میان قلمروها و استان‌های مختلف این کشور قابلیت انتقال دارد. استان‌ها برنامه‌های بیمه سلامت همگانی خود را اجرا می‌کنند و تمام ساکنین منطقه خود را براساس الزامات اقامتی پوشش می‌دهند. در این کشور علاوه بر بیمه عمومی موجود بیمه‌های خصوصی نیز فعالیت دارند که حدود دوسوم کانادایی‌ها برای پوشش خدماتی که در بسته خدمت بیمه سلامت عمومی قرار ندارد از آن استفاده می‌کنند. نظام سلامت این کشور از اوایل دهه ۲۰۰۰ اصلاحاتی را با هدف تقویت نقش پزشکان مراقبت اولیه و تقویت مراقبت هماهنگ شده اجرا کرده است.



پیوست ۶. نظام سلامت کره جنوبی

این کشور دارای بیمه سلامت ملی اجباری و براساس پوشش همگانی می‌باشد (در حال حاضر ۹۶ درصد جمعیت کشور تحت پوشش این طرح است). کره جنوبی در میان کشورهای OECD تنها کشوری است که توانسته با هزینه پایین و ظرف مدت کوتاهی به پوشش همگانی سلامت دست یابد که بخش زیادی از این موفقیت را مرهون استفاده از قدرت انحصاری تک پرداختگری خود بوده است. نظام پرداخت این کشور مبتنی بر یک بیمه سلامت همگانی با ارائه‌کنندگان خصوصی می‌باشد - حدود ۹۰ درصد تخت‌های بیمارستانی خصوصی هستند. بسته خدمت بیمه سلامت ملی در تمام کشور یکپارچه است در حالی که محاسبات مربوط به حق بیمه برای افراد شاغل و خویش‌فرما متفاوت است و به این علت که تابع درصدی از درآمد افراد است تاحدودی صعودی می‌باشد. افراد بیکار و زندانیان نیز از طریق پرداخت حق بیمه آنها توسط دولت حق بیمه پوشش داده می‌شوند و نحوه محاسبه حق بیمه آنها نیز همانند خویش‌فرمایان است. پوشش جمعیتی برنامه سلامت ملی به دو بخش تقسیم می‌شود:

۱. **کارکنان:** این گروه شامل کارکنان شاغل در بخش صنعتی با بیش از یک شغل؛ کارکنان خدمات شهری و سربازان؛ معلمان مدارس خصوصی و خانواده‌های آنها می‌شود.

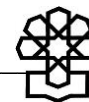
۲. **خویش‌فرمایان:** این گروه شامل خویش‌فرمایان و اعضای خانواده آنها در مناطق شهری و روستایی می‌شود. تا پیش از سال ۲۰۰۱ این نظام تک پرداخت‌کننده با کنترل شدید کارانه‌ها هزینه‌های سلامت را به شکل موثری کنترل می‌کرد اما پس از اعتصاب سال ۲۰۰۱ ارائه‌کنندگان خدمات سلامت مجبور شد تا فی‌ها را به میزان قابل توجهی افزایش دهد که در نتیجه آن دچار کسری ترازپرداخت‌ها و بحران مالی شد. از آن سال به بعد این نظام تک‌پرداختی چندان از قدرت انحصاری خود استفاده نمی‌کند.

پیوست ۷. نظام سلامت چین

پس از بنیانگذاری جمهوری خلق چین در سال ۱۹۴۹ نظام سلامت این کشور نیز همانند سایر بخش‌های اقتصاد به صورت متمرکز برنامه‌ریزی و تأمین مالی می‌شد. اما پس از اجرای سیاست درهای باز، بخش سلامت این کشور نیز این سیاست‌ها را اجرا کرد، در حقیقت رویکرد اقتصاد بازاری در نظام سلامت اجرا شد. در این دوره منابع سلامت و ظرفیت ارائه خدمت به سرعت تقویت گردیدند، در عین حال دولت نقش خود را در تأمین مالی درون‌دادهای مالی برای توسعه سلامت کاهش یافت. در این دوره پرداخت از جیب از ۲۰/۴ درصد در سال ۱۹۷۴ به حدود ۶۰ درصد کل مخارج سلامت در سال ۲۰۰۰ افزایش یافت. در مرحله سوم دولت چین تأمین مالی عمومی بخش سلامت را افزایش داد، عمدتاً از طریق گسترش سه طرح بیمه‌ای خود، به نحوی که تا سال ۲۰۱۲ سهم پرداخت از جیب در حساب‌های ملی سلامت به ۳۴/۳ درصد کاهش یافت. در طول دو دهه گذشته هزینه‌های سلامت این کشور با نرخ ۱۱/۷ درصد در سال رشد کرده‌اند که نرخ رشد اقتصادی ۹/۹ درصد این کشور بالاتر می‌باشد، در نتیجه این تحولات سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۳/۵ به ۵/۵ درصد افزایش است. بخش اعظم این رشد در فاصله زمانی ۲۰۰۹ - ۲۰۱۲ بوده است. دور جدید اصلاحات این کشور معطوف به کنترل هزینه‌ها و با تمرکز اصلی بر محدود ساختن بیمارستان‌های عمومی می‌باشد.

منابع و مأخذ

۱. بررسی مهمترین شاخص‌های بودجه و هزینه‌های سلامت، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت، گزاره برگ مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۵.
۲. بررسی تورم بخش سلامت، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، گزاره برگ، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۵.
۳. داده‌های بانک جهانی، ۱۹۹۵-۲۰۱۴.
۴. مرکز آمار ایران، حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۸۷-۱۳۹۵.
5. Lancet, T. (2011). Japan: universal health care at 50 years.
6. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-health-care-outlook-uk.pdf>
7. Health care cost drivers Canada: the facts. Canadian Institute for health information
8. Zhai, T., Goss, J & Li, J. (2017). Main drivers of health expenditure growth in China: a decomposition analysis. *BMC health services research*. ۱۷(۱), ۱۸۵.
9. Squires, D & Anderson, C. (2015). US health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries. *The Commonwealth Fund*. ۱۶-۱, ۱۵.
- Na, S & Kwon, S. (2015). *(Building Systems for Universal Health Coverage in South Korea)* No. 98266. The World Bank.
- Kang, M. S., Jang, H. S., Lee, M & Park, E. C. (2012). Sustainability of Korean national health insurance. *Journal of Korean medical science* ۲۷(Suppl), S21-S24.
10. Health system in transition, Germany health system review (2014)
11. Lagravinese, R & Paradiso, M. (2012). Corruption and health expenditure in Italy.
12. Castellana, C. (2012). Impact of the economic crisis on the Italian public healthcare expenditure. *arXiv preprint arXiv:1205.2863. Fiscal sustainability report in Drivers of rising health spending*. 2015, Office for Budget Responsibility: UK. p. 95.
13. NHS Payment System 2016; Available from: <https://www.england.nhs.uk/resources/pay-syst/>.
14. Hossein, Z. and A. Gerard, *Trends in cost sharing among selected high income countries—2000–2010*. Health policy, 2013. 112(1): p. 35-44.
15. Lagravinese, R. and M. Paradiso, *Corruption and health expenditure in Italy*. 2012.
16. Castellana, C., *Impact of the economic crisis on the Italian public healthcare expenditure*. arXiv preprint arXiv:1205.2863, 2012.
17. *Health Care Systems Profile*. Cost Control Measures 2016; Available from: <http://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>.
18. *iscal sustainability report in Drivers of rising health spending*. 2015, Office for Budget Responsibility: UK. p. 95.
19. NHS Payment System 2016; Available from: <https://www.england.nhs.uk/resources/pay-syst/>.



20. Hossein, Z. and A. Gerard, *Trends in cost sharing among selected high income countries—2000–2010*. Health policy, 2013. 112(1): p. 35-44.
21. Lagravinese, R. and M. Paradiso, *Corruption and health expenditure in Italy*. 2012.
22. Castellana, C., *Impact of the economic crisis on the Italian public healthcare expenditure*. arXiv preprint arXiv:1205.2863, 2012.
23. *Health Care Systems Profile*. Cost Control Measures 2016; Available from: <http://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>.
24. Nozaki, M., K. Kashiwase, and I. Saito, *Health spending in Japan: Macro-fiscal implications and reform options*. The Journal of the Economics of Ageing, 2017. 9: p. 156-171.
25. Reich, M.R. and K. Shibuya, *The future of Japan's health system—sustaining good health with equity at low cost*. New England Journal of Medicine, 2015. 373(19): p. 1793-1797.
26. Ikegami, N. and G.F. Anderson, *In Japan, all-payer rate setting under tight government control has proved to be an effective approach to containing costs*. Health Affairs, 2012. 31(5): p. 1049-1056.
27. Stock, S., et al., *Disease-management programs can improve quality of care for the chronically ill, even in a weak primary care system: a case study from Germany*. Commonwealth Fund Publication, 2011. 1560: p. 24.
28. *Health in Transition Germany*. 2014, Technische Universitat Berlin.
29. Marchildon, G.P., *Health care cost drivers: the facts*. 2011: Canadian Institute for Health Information.
30. *Employment, Earnings and Hours*. 2011, Statistics Canada: Ottawa.
31. Himmelstein, D.U. and S. Woolhandler, *Cost control in a parallel universe: Medicare spending in the United States and Canada*. Archives of internal medicine, 2012. 172(22): p. 1764-1766.
32. Hutchison, B., et al., *Primary health care in Canada: systems in motion*. The Milbank Quarterly, 2011. 89(2): p. 256-288.
33. Park, S.E., et al., *Evaluation on the first 2 years of the positive list system in South Korea*. Health Policy, 2012. 104(1): p. 32-39.
34. Kwon, H.-Y., B. Yang, and B. Godman, *Key components of increased drug expenditure in South Korea: implications for the future*. Value in Health Regional Issues, 2015. 6: p. 14-21.
35. Kang, M.S., et al., *Sustainability of Korean national health insurance*. Journal of Korean medical science, 2012. 27(Suppl): p. S21-S24.
36. Lim, B., *Korean medicine coverage in the National Health Insurance in Korea: present situation and critical issues*. Integrative Medicine Research, 2013. 2(3): p. 81-88.
37. Na, S. and S. Kwon, *Building Systems for Universal Health Coverage in South Korea*. 2015, The World Bank.
38. Organization, W.H., *Republic of Korea health system review*. 2015: Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
39. Zhai, T., J. Goss, and J. Li, *Main drivers of health expenditure growth in China: a decomposition analysis*. BMC health services research, 2017. 17(1): p. 185.
40. Tang, S., J. Tao, and H. Bekedam, *Controlling cost escalation of healthcare:*

- making universal health coverage sustainable in China.* BMC Public Health, 2012. 12(1): p. S8.
41. in *Report on National Health Service survey in China.* 2009, The Chinese Ministry of Health.
42. *China Injury Prevention Report,* M.o.H.o. China, Editor. 2007, People Health Press: Beijing.
43. Morris, M., *Global health care outlook: Battling costs while improving care.* 2016, Deloitte.
44. Stabile, M., et al., *Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States.* Health Affairs, 2013. 32(4): p. 643-652.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۵۶۲۷

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نگاهی بر روند هزینه‌های سلامت در ایران و جهان و نحوه مدیریت آن

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین‌کنندگان: صادق غضنفری، محمد بختیاری‌علی‌آباد

ناظران علمی: مریم رهبری، علی اخوان‌بهبهانی، ایروان مسعودی‌اصل

منتقاصی: علی لاریجانی (رئیس مجلس شورای اسلامی)

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____



واژه‌های کلیدی: _____

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۹/۱۴