

# معضل هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامت

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۵۵۵۹

آبان‌ماه ۱۳۹۶

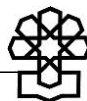
معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

دفتر: مطالعات اجتماعی

## به نام خدا

### فهرست مطالب

- ۱.....خلاصه
- ۲.....مقدمه
- ۳.....دیدگاه‌ها در مورد ماهیت معضل هزینه‌ها
- ۴.....۱. دیدگاه هزینه - بیماری: هزینه اجتناب‌ناپذیر است اما یک مشکل نیست
- ۵.....۲. رویکرد تکنولوژی: پیشرفت پرهزینه
- ۹.....۳. رویکرد سیستم: انگیزه‌ها و محدودیت‌ها
- ۱۱.....۴. رویکرد اطلاعاتی: اهداف پنهان
- ۱۳.....۵. رویکرد ویژگی‌های بیمار: این مسئله‌ای پیچیده است
- ۱۵.....خلاصه و توصیه‌ها
- ۱۸.....مفاهیمی برای پژوهش‌های بیشتر و برنامه‌های مراقبت سلامت
- ۲۰.....منبع و مأخذ



## معضل هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامت

### خلاصه

هزینه مراقبت‌های سلامت از موضوعاتی است که با دیدگاه‌های متضاد که هرکدام به‌طور جداگانه مدعی توضیح افزایش هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامت هستند مورد بحث و بررسی بسیار قرار گرفته است. معضل جهانی هزینه‌های مراقبت‌های سلامت به سادگی و وضوح آنچه در خارج از این حوزه وجود دارد قابل درک نمی‌باشد. در این گزارش که ترجمه فصلی از کتاب «معضل هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامت» با عنوان «چالش‌ها و فرصت‌های مدیریت مراقبت‌های سلامت» است، پنج رویکرد نظری برای درک مسائل مرتبط با افزایش هزینه مراقبت‌های سلامت شرح داده شده است. هرکدام از این رویکردها مسیری متفاوت در مورد هزینه‌ها و کاهش آن را پیشنهاد می‌دهند. از یک طرف، دو دیدگاه، اجتناب‌ناپذیری افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت را نشان می‌دهد، هم به دلیل هزینه‌های عمدتاً پرسنلی و همچنین به این علت که جمعیت‌شناسی بیماران روند مناسبی را در جهان طی نمی‌کند. در طرف دیگر، سه دیدگاه دیگر اشاره می‌کنند که هزینه‌های مراقبت سلامت ممکن است به‌خاطر نیروهای نظارتی (تنظیم‌کنندگان) و صنعتی منحصر به مراقبت‌های سلامتی متورم شوند، بنابراین این نوشته توضیحات بیش از اندازه ساده درباره معضل هزینه را به چالش کشیده و در تلاش برای شکل‌دهی بحثی جدی‌تر و متفکرانه‌تر در میان پرداخت‌کنندگان، ارائه‌دهندگان و سیاستگذاران است.

## مقدمه

افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی چالشی رو به رشد و مشخص برای کشورهای صنعتی است. در همه کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) هزینه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی بسیار سریع‌تر از تولید ناخالص ملی آنها رشد کرده است (پامولی، ۲۰۱۲). این روند، بسیاری از جوامع در حال توسعه را با چالش مواجه کرده و باعث ایجاد فشار برای ایجاد تغییر جمع‌کثیری از بازیگران مختلف در نظام مراقبت‌های سلامتی شده است. سیاستگذاران برای دهه‌ها در تلاش بوده‌اند تا منحنی هزینه‌ها را پایین آورند. به‌طور شگفت‌آوری، انفجار هزینه‌ها بر کشورهای صنعتی مختلف دارای نظام‌های سلامت گوناگون تأثیرگذار بوده است. معضل هزینه ظاهراً علل اساسی مشترکی دارد. پیش از بررسی این علل ما به این پرسش پاسخ می‌دهیم: معضل هزینه چیست؟ معضل هزینه به مؤلفه‌هایی ایستا و پویا تقسیم می‌شود:

۱. هزینه‌ها بسیار بالا هستند (برای مثال به دلیل ناکارآمدی)،

۲. هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی در حال افزایش هستند (افزایش فراتر از افزایش تولید ناخالص داخلی).

هر دو نقطه نظر معتبرند و معضل هزینه را توصیف می‌کنند. علاوه بر این به‌نظر می‌رسد دست‌اندرکاران و سیاستگذاران مراقبت‌های سلامتی در مورد علل افزایش هزینه‌ها بیش از تولید ناخالص داخلی و نیز چگونگی تغییر منحنی هزینه‌ها به‌سوی کاهش، سردرگمند. چالش نهایی که مشکل‌سازترین وضعیت را ایجاد می‌کند و در این نوشته نیز



به آن خواهد پرداخت این است: عوامل اساسی در پس معضل هزینه‌ها کدامند؟ فهم بهتر این مسائل می‌تواند دست‌اندرکاران و سیاستگذاران عرصه مراقبت‌های سلامتی را در ایجاد تغییرات مثبت کمک کند.

هیچ عامل واحدی که مسبب معضل هزینه‌ها باشد، وجود ندارد. بنابراین در اینجا به‌منظور آشکار شدن مسئله، یافته‌های حاصل از بررسی دیدگاه‌های موجود در این باره با یکدیگر در آمیخته شده‌اند. این رویکرد چند دیدگاهی باعث ایجاد فهم بهتر در مورد چرایی چالش‌انگیز بودن حل معضل هزینه‌ها برای دست‌اندرکاران و محققان دارای پیشینه‌های مختلف عرصه سلامت می‌شود. بخش سوم یافته‌ها را خلاصه می‌کند و توصیه‌هایی برای سیاستگذاران و دست‌اندرکاران فراهم می‌کند. بخش چهارم با ارائه مفاهیم پژوهشی برای تحقیقات بیشتر به دست‌اندرکارانی که بر روی معضل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی کار می‌کنند، پایان می‌یابد.

### دیدگاه‌ها در مورد ماهیت معضل هزینه‌ها

دیدگاه‌های نظری متعدد هرکدام به‌طور مستقل مدعی توضیح افزایش سهم هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی هستند. در ادامه به توصیف پنج دیدگاه در این باره پرداخته شده است. این دیدگاه‌ها عبارتند از:

۱. دیدگاه هزینه - بیماری،

۲. دیدگاه تکنولوژی،

۳. دیدگاه سیستم،

۴. دیدگاه اطلاعات،

۵. دیدگاه ویژگی‌های بیمار.

در ادامه به شرح منطق نهفته در پس هرکدام از دیدگاه‌ها پرداخته خواهد شد و به‌منظور بررسی اینکه که آیا هرکدام از آنها با یافته‌های تجربی پشتیبانی می‌شوند یا خیر، پژوهش‌های اخیر مورد بحث قرار می‌گیرند.

### ۱. دیدگاه هزینه - بیماری: هزینه اجتناب‌ناپذیر است اما یک مشکل نیست

اگر افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی برخاسته از فعل و انفعالات درون خود سیستم نباشد، بلکه نشئت گرفته از بخش‌های دیگر اقتصاد باشد که به بخش سلامت سرریز می‌شوند چه می‌شود. احتمالاً این دیدگاه ناشناخته‌ترین دیدگاه در مورد افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی است (بیتس و سانتر،<sup>۱</sup> ۲۰۱۲) که توصیفی جالب از آثار خارجی ارائه می‌دهد. برطبق این دیدگاه هزینه‌های خدماتی که توسط اشخاص ارائه می‌شوند همچون مراقبت‌های سلامتی، آموزش یا تئاتر فراتر از حد تورم افزایش می‌یابند (بامول،<sup>۲</sup> ۲۰۱۲) و با این روند ادامه پیدا خواهد کرد. برخلاف صنایع دیگر از جمله برق و یا صنایع خودرو، مراقبت‌های سلامتی به ایجاد سودهای قابل توجهی قادر نمی‌باشند. اشخاص در مقایسه با ماشین‌ها، در افزایش حاصل کاری خود محدودیت دارند. محصولات دیگر از جمله کامپیوترها و ماشین‌ها به بهره‌وری بالاتری دست می‌یابند و کمتر بر نیروی کار متکی هستند. با این حال دستمزدها برای تمام حرفه‌ها از جمله مراقبت‌های سلامتی بالا می‌رود (اگر غیر از این می‌بود مردم در بخش‌هایی که بهره‌وری پیدا می‌کنند جذب می‌شدند و

---

1. Bates and Santerre

2. Baumol



این تفاوت بسیار زیاد شده و به تدریج مشاغل مراقبت سلامت نابود می‌شدند). به این دلیل که بخش مراقبت بهداشتی نسبت به جبران افزایش دستمزدها به‌خاطر بهره‌وری نیروی کار ناتوان است، سهم این بخش از درآمدهای ملی به‌طور گریزناپذیری افزایش می‌یابد. از این رو نه تنها خود نظام مراقبت‌های سلامتی مسئول افزایش هزینه‌های این بخش است، بلکه افزایش بهره‌وری و دستمزدها در سایر صنایع نیز در این امر دخیل است (هارتویگ، ۲۰۰۸، بومل ۲۰۱۲). علاوه بر این استدلال‌های نظری، شواهدی قوی نیز وجود دارد که نشان می‌دهند که فرآیند هزینه - بیماری بامول واقعاً در حال رخ دادن است. براساس چندین مطالعه تجربی هزینه بخش مراقبت‌های سلامتی به‌شدت تحت تأثیر افزایش بهره‌وری و دستمزدهای مربوط به آن در سایر صنایع است (هارتویگ، ۲۰۰۸، بیتز و سانتِر، ۲۰۱۲، پامولی، ۲۰۱۲). اگرچه رویکرد هزینه - بیماری در نگاه نخست دلسردکننده به نظر می‌رسد، اما یک جنبه مثبت وجود دارد. اینکه همه صنایع بجز صنایع نیازمند به نیروی کار زیاد همچون مراقبت‌های سلامت بهره‌وری را افزایش می‌دهند، جوامع همیشه قادر به تأمین خدمات بهداشتی و درمانی خواهند بود، حتی اگر درصد تولید ناخالص داخلی صرف شده برای مراقبت‌های سلامتی مدام افزایش یابد (بامول، ۲۰۱۲).

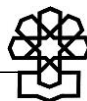
## ۲. رویکرد تکنولوژی: پیشرفت پرهزینه

در مقابل رویکرد هزینه - بیماری بامول، این رویکرد که تکنولوژی‌های جدید باعث افزایش هزینه مراقبت‌های سلامتی می‌شوند، شایع‌تر است. در مجموع، پیشرفت‌ها و نوآوری در

فناوری به دستاوردهای بهتر در ازای هزینه بیشتر منجر شده است (اوکنید و مرثی،<sup>۱</sup> ۲۰۰۲، گلید،<sup>۲</sup> ۲۰۰۳). برای مثال مراقبت‌های ویژه نوزادان، ماشین‌های انکوباتور و دستگاه‌های تهویه به‌گونه‌ای موفقیت‌آمیز باعث افزایش میزان بقا در نوزادان با وزن کم در هنگام تولد شده‌اند (ثورپ،<sup>۳</sup> ۲۰۰۵). نوآوری از دو طریق بر هزینه‌ها تأثیرگذار است. نخست اینکه بعضی از نوآوری‌ها باعث افزایش هزینه‌ها از طریق افزایش عملکرد می‌شوند. برای مثال دستگاه‌های تابشی پروتون، M.R.I یا دستگاه‌های ارتقا یافته انکوباتور. دوم سایر اشکال نوآوری‌ها هزینه‌ها را از طریق افزایش بهره‌وری کاهش می‌دهند. برای مثال گلوکومترها برای بیماران و یا پرونده پزشکی الکترونیکی برای بیمارستان‌ها. بسیاری از نوآوری‌های فناورانه هم عملکرد و هم هزینه را افزایش می‌دهند (سود تلیس، ۲۰۱۱). پیشرفت و نوآوری در فناوری به بهبود درمان بیماری‌ها می‌انجامد. به همان اندازه که بیماری‌ها درمان‌پذیر می‌شوند، سهم هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی بالا می‌رود (ثورپ، ۲۰۰۴، ثورپ، ۲۰۰۵). علاوه بر این، زمانی که هدف، دسترسی به نتایج بهتر است هزینه هر بیماری با ارتقای تکنولوژی‌هایی همچون داروها و تجهیزات جدید بالا می‌رود (ثورپ، ۲۰۰۵). کریستنسن و همکاران (کریستنسن و بوور، ۱۹۹۶، کریستنسن، ۱۹۹۷ و ۲۰۰۰) این فرآیند را نوآوری تداومی<sup>۴</sup> می‌نامند زیرا تکنولوژی‌های جدید ویژگی‌های کارکردی‌ای که پیش از این نیز در حال بهبود بوده‌اند را مداوم بهبود می‌بخشند. برای مثال تحقیقات در زمینه مراقبت‌های سلامتی به دنبال روش‌هایی برای بهبود و توسعه فناوری‌های تصویربرداری هستند تا به پزشکان امکان مشاهده دقیق‌تر بدن انسان را بدهند. نسل‌های جدید فناوری‌های پرتو ایکس، CT-Scan

- 
1. Okunade and Murthy
  2. Glied
  3. Thorpe
  4. Sustaining innovation





یا دستگاه‌های M.R.I باعث بهبود عملکرد در ازای هزینه‌های بیشتر شده‌اند. با این حال تمام تکنولوژی‌هایی که گران‌تر هستند، باعث ارتقای عملکرد نمی‌شوند. برای مثال بررسی‌ها نشان داده که هورمون درمانی سرطان سینه در زنان یائسه در تقابل با شیمی درمانی‌های مرسوم کم‌اثرتر و پرهزینه‌تر بوده و نتایج بهتری را ایجاد نکرده است (پراساد،<sup>۱</sup> ۲۰۱۳). با وجود این برخی از این اقدامات هنوز هم به‌کار گرفته می‌شوند. در مطالعه‌ای وسیع بر روی بسیاری از روش‌های مختلف، تنها ۴۰ درصد از آنها کاربردی تشخیص داده شدند و ۶۰ درصد مابقی تأثیرات مضر یا ناشناخته داشتند و یا بدون تأثیر بودند (پراساد، ۲۰۱۳). ایجاد تمایز میان نوآوری‌هایی که پیامدها را بهبود می‌بخشند و آنهایی که هزینه‌افزا، غیرمؤثر و یا حتی زیان‌بخش هستند یک چالش است. برخی نوآوری‌ها همچون پرونده الکترونیک پزشکی می‌تواند باعث صرفه‌جویی در زمان و انرژی برای پزشکان و کادر اداری شود (هیلستاد،<sup>۲</sup> ۲۰۰۵). مثال دیگر مربوط به گلوکومترهاست که محور مراقبت را از پزشکان به بیماران تغییر داده‌اند (کریستنسن،<sup>۳</sup> ۲۰۰۰). پیش از امکان استفاده آسان از گلوکومترهای کوچک، بیماران مجبور به استفاده از تست‌های غیرقابل اعتماد و یا تجهیزات آزمایشگاهی گران‌قیمت پزشکان بودند. هم‌زمان با معرفی گلوکومترها به بیماران، زمان کاری متخصصین غدد درون‌ریز کاهش یافت. بهبود بهره‌وری با این دست نوآوری‌ها می‌تواند به رسیدن به دستاوردهای بهره‌وری همچون سایر صنایع و کاهش منحنی بیماری - هزینه بامول کمک کند. این شکل از نوآوری‌ها (که به «نوآوری‌های گسست‌زا»<sup>۴</sup> معروف هستند)<sup>۵</sup> نیز همانند نوآوری‌های تداومی، ممکن است در

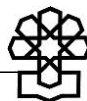
1. Prasad
2. Hillestad
3. Christensen

۴. نوآوری‌هایی که بازار و زنجیره ارزش جدیدی را ارائه می‌کنند و سرانجام باعث حذف فناوری موجود می‌شوند.

5. Disruptive Innovation

کاهش هزینه‌ها یا ارائه خدمات بهداشتی بهتر شکست بخورند. بعضی از نوآوری‌های گسست‌زا همچون گلوکومترهای بیماران، دستگاه‌های سونوگرافی کوچک و یا انکوباتورهای ۲۵ دلاری، قابلیت کاهش هزینه‌ها در بخش مراقبت‌های سلامتی را دارند. به‌علاوه، آنژیوپلاستی بالونی باعث از رده خارج شدن درمان جراحی تصلب شرایین با هزینه‌های بسیار کمتر و دستاوردهای نسبتاً پایین‌تر شده است. آنژیوپلاستی، در مقایسه با جراحی قلب نتایج مشابه ولی با هزینه به مراتب کمتری به بخشی از جمعیت بیماران ارائه کرده است (شَدی، ۱۹۹۳<sup>۱</sup>، هام، ۱۹۹۴<sup>۲</sup>، وین تراوب، ۱۹۹۵<sup>۳</sup>، هانکی، ۱۹۹۷<sup>۴</sup>). نوآوری‌های گسست‌زا در مراقبت‌های سلامتی اغلب با چالش‌های جدی مواجه هستند. نوآوری‌های گسست‌زایی که در مقابل نوآوری‌های موجود اثرگذاری کمتر و هزینه بسیار کمتری را ارائه می‌کنند، با واکنش‌های مختلفی از سوی قانونگذاران و پرداخت‌کننده‌های شخص ثالث مواجه شده‌اند (دووی، ۲۰۰۴<sup>۵</sup>). علاوه بر این ذینفعان قدرتمندی همچون انجمن‌های پزشکی یا نهادهای قانونگذاری، مدل‌های جدید مراقبت‌هایی که اقدامات موجود را تهدید کرده یا باعث تحمیل ریسک می‌شوند را ممنوع می‌کنند. ذینفعان دارای منافع متعارض چالش‌هایی جدی برای ابداعات کم‌هزینه ایجاد می‌کنند (آکوینو شلوزاس و لیفر، ۲۰۱۲<sup>۶</sup>). از همین رو رویکرد تکنولوژی با رویکرد هزینه - بیماری در تضاد نیست، بلکه هر دو توصیفاتی همسو از افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی ارائه می‌دهند. تکنولوژی می‌تواند

- 
1. Shaddy
  2. Hamm
  3. Weintraub
  4. Hlatky
  5. Dowie
  6. Aquino Shluzas and Leifer



هزینه‌های مراقبت را افزایش (یا کاهش) دهد، در همین حال سایر صنایع نرخ بزرگ‌تری از کاهش هزینه‌ها را تجربه می‌کنند که باعث بیماری هزینه‌ها می‌شود.

### ۳. رویکرد سیستم: انگیزه‌ها و محدودیت‌ها

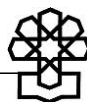
بازار مراقبت‌های سلامتی بازاری آزاد و بدون محدودیت نیست، بلکه نظام‌های مراقبت سلامت تحت مقررات خاصی هستند که هزینه‌های ذینفعان متعدد را در این نظام افزایش می‌دهد. در بسیاری از کشورها نظام بهداشتی - درمانی دارای انگیزه‌هایی برای تشخیص و درمان بیش از اندازه بیماران («فراتشخیص»<sup>۱</sup> و «فرا درمان»<sup>۲</sup>) است. این امر می‌تواند به دلیل وجود انگیزه‌های منفی و مجازات ناشی از انجام خدمات تشخیصی کمتر یا مشوق‌های اقتصادی باشد که به فراتشخیص پاداش می‌دهد یا پیش‌فرض‌های فرهنگی و فردی همچون نگرش به ریسک باشد (موینیان،<sup>۳</sup> ۲۰۱۲). پیشرفت فنی باعث انگیزه‌بخشی به پزشکان و سایر بازیگران عرصه مراقبت‌های سلامتی برای درمان بیماری‌هایی که بی‌نیاز از درمان هستند، می‌شود. برای مثال با معرفی گروه‌های تشخیصی وابسته<sup>۴</sup> (DRG) در آلمان، قانونگذاران توانستند انگیزه اقامت بیمارستانی را کم کنند (بوکینگ،<sup>۵</sup> ۲۰۰۵). با این حال تعداد موارد درمان شده با معرفی DRG اغلب افزایش می‌یابد، مثلاً جراحی‌های جایگزینی مفصل زانو یا ران، فراتر از حدی که بتواند با سالخوردگی جمعیت یا سایر دلایل توجیه‌پذیر توصیف شود افزایش یافته است: میزان

1. Over-diagnosis
2. Over-treatment
3. Moynihan
4. Diagnose-related Groups
5. Bo Cking

جایگزینی مفصل ران و زانو در آلمان نسبت به میانگین اتحادیه اروپا دو برابر است. علاوه بر این، مقررات معمولاً مانع تغییر می‌شوند. در نتیجه نظام مراقبت‌های سلامتی نسبت به سایر صنایع به کندی تغییر می‌کند. برای مثال مدل جدید انجام کار در خطوط هوایی کم‌هزینه به‌طور قابل توجهی مخارج سفرهای هوایی را کاهش داده است. در مقابل، مقررات مراقبت‌های سلامتی می‌تواند اثر نامطلوب بر نیروهای طبیعی کاهش هزینه‌ها داشته باشد.

برای مثال کریستنسن<sup>۱</sup> استدلال کرده است که هزینه‌های کمتر به شرطی قابل دستیابی است که ارائه‌دهندگان خدمات به دو بخش مختلف مجدداً سازماندهی شوند: طب سنتی<sup>۲</sup> و طب<sup>۳</sup> دقیق (کریستنسن، ۲۰۰۹). مفهوم طب سنتی به درمان بیماری‌های پیچیده که نیازمند آزمایش و راهکارهای خلاقانه است، اشاره می‌کند. در مقابل طب دقیق، نوع دیگری از خدمات مراقبت سلامت است که درمان و تشخیص مبتنی بر قانون (یا قاعده‌مند) را توصیف می‌کند که به آزمایش احتیاجی ندارد، ولی نیازمند فرآیندهای گران و با کیفیت بالاست. برای مثال مرکز «شولدیس هرنیا»<sup>۴</sup> بیمارستانی تخصصی تنها برای درمان فتق است. این مرکز از طریق تخصصی‌سازی، به دستاوردهای موفقیت‌آمیزی با هزینه‌های اندک دست یافته است. اجرای این‌گونه تغییرات که برای دستیابی به پیامدهای مطلوب با هزینه کم‌اهمیت دارند، در هر دو نوع خدمات نیازمند نظامی است که پذیرای مدل‌های کاری جدید است. با این حال ذینفعان مراکز مراقبت‌های بهداشتی - درمانی

- 
1. Christensen
  2. Intuitive Medicine
  3. Precision Medicine
  4. Shouldice Hernia



موجود در اعمال فشار بر سیاستگذاران و جلوگیری از هرگونه تغییر بنیادی در ساختار این صنعت موفق بوده‌اند و از همین رو هزینه‌های بالاتر تداوم یافته‌اند.

#### ۴. رویکرد اطلاعاتی: اهداف پنهان

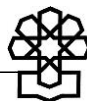
حتی اگر مقررات قادر به تغییر انگیزه‌های فرادمان شود، کماکان بازیگران بخش مراقبت‌های سلامتی از نبود اطلاعات در مورد ارزش و هزینه مداخلات رنج می‌برند. نظام مراقبت‌های سلامتی اطلاعات را که منبعی برای کاهش هزینه‌ها هستند، محدود می‌کند. برای مثال میزان بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات معمولاً به‌عنوان نماینده‌ای برای هزینه‌های واقعی استفاده می‌شود. کاپلان و پورتر<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) استدلال می‌کنند که بیمارستان‌ها اغلب از میزان‌های بازپرداخت به‌عنوان جایگزینی برای هزینه‌ها استفاده می‌کنند. با این حال میزان‌های بازپرداخت به‌ندرت بازتابی از هزینه‌های واقعی می‌باشند. در مراقبت‌های بهداشتی درون‌داده‌ها، فرآیندها و برون‌داده‌ها همواره به‌صورت چالش باقی می‌مانند. ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های سلامتی از کمبود ابزارهای اندازه‌گیری برای تعیین هزینه‌های مراقبتی و فعالیت‌های غیرضروری رنج می‌برد. ارائه‌دهندگان خدمات باید استفاده از جایگزین در دسترس اما غیرواقعی همچون بازپرداخت‌ها را رها کنند. عوض باید از هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت به‌منظور تعیین هزینه‌های واقعی درمان استفاده کنند. (کاپلان و پورتر، ۲۰۱۱). هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، هزینه‌ها را براساس ساعت به‌ازای هر منبع محاسبه می‌کند و سپس آن هزینه‌ها را، بسته به میزان زمانی که از هر منبع در درمان‌های مختلف استفاده می‌شود، به هر درمان اختصاص می‌دهد. با اطلاعات

دقیق‌تر در مورد هزینه‌های درمانی، تصمیمات معقولانه‌تری امکانپذیر است و مدیران قادر به حذف فرآیندهای هزینه‌بر و بلااستفاده می‌شوند. جدای از نبود آگاهی نسبت به هزینه‌های واقعی، بخش مراقبت‌های سلامتی از کمبود درک کامل نسبت به ارزش بیماران نیز رنج می‌برد (پورتر، ۲۰۱۰). واضح است که بهتر است یک بیمار زنده بماند و یا در بیمارستان دچار عفونت نشود - عواملی که می‌توانند به دقت سنجیده شوند، اما با این حال این دیدگاهی محدود نسبت به ارزش بیمار است. بعید است که «گزاره ارزش مشتری» برای بیمار، محدود به اجتناب از مرگ باشد. در واقع ارزش بیماران، کسب پیامدهای بهتر در ازای هزینه‌های کمتر است، اما بخش مراقبت‌های سلامتی درک واضحی از چگونگی اندازه‌گیری پیامدهای مربوط به بیمار نیز ندارد (برای مثال سیتیا، ۱۹۹۹<sup>۱</sup>، مید و بوور، ۲۰۰۲<sup>۲</sup>). به دلیل محدودیت درک واضح و یا نبود توافق بر سر چگونگی محاسبه پیامدهای بیمار، تنظیم‌کنندگان سعی در شبیه‌سازی مشتری در معادله کرده‌اند. به خاطر نبود درک کامل از پیامدهای بیمار، صنعت بهداشت و درمان از قرار دادن ارزش بیمار به‌عنوان هدف اصلی ناتوان است. همچنین ارائه‌دهندگان از شناسایی عوامل مؤثر در هزینه‌ها و برآورد هزینه‌های واقعی ناتوان هستند، چرا که آنها فاقد مدل‌هایی برای شناخت آنچه که هستند، می‌باشند. علاوه بر اینها بحث در مورد جایگزین‌هایی کاهنده هزینه‌ها با ارزش‌های غیرساختارمند بیماران در تضاد خواهد بود، اما از آنجا که هیچ‌کدام قابل اندازه‌گیری نیستند، بحث به مباحث اخلاقی با شمار کثیری از دیدگاه‌های متعارض تبدیل شده است.

---

1. Sitzia

2. Mead and Bower



از این رو کمبود اطلاعات تأثیر افزایشی بر هزینه‌ها داشته یا دست‌کم فرصت افزایش هزینه‌ها را فراهم می‌کند.

### ۵. رویکرد ویژگی‌های بیمار: این مسئله‌ای پیچیده است

معضل هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامتی تنها از علل درونی سیستم برنمی‌خیزد، بلکه از تغییرات بیرونی در جامعه نیز متأثر است. بسیاری از کشورهای صنعتی با مشکلی بزرگ روبرو هستند: یک جامعه رو به سالخوردگی. بهبودهای ژرف تکنولوژیک و پزشکی امید به زندگی را در کشورهای توسعه‌یافته از ۶۱ سال در سال ۱۹۳۰ به ۸۰ سال تا امروز افزایش داده است. علاوه بر این نسل مربوط به دوران نرخ بالای زادوولد به سن پیری نزدیک می‌شوند. به این دلیل که درصد زیادی از مردم، بالای ۶۵ سال سن دارند و افراد در این سن به مراقبت‌های سلامتی بیشتری نیاز دارند، به همین دلیل انتظار می‌رود که هزینه مراقبت‌های سلامت بالا رود. با وجود این شواهد متفاوتی در مورد این ادعا وجود دارد که جمعیت سالخورده یک نیروی محرکه عمده برای هزینه‌های مراقبت سلامت باشد (گِتزن<sup>۱</sup> ۱۹۹۲، مارتین<sup>۲</sup> ۲۰۱۱). سالخوردگی تدریجی جمعیت تنها به صورت جزئی بر رشد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی - درمانی تأثیر دارد (رینهارت<sup>۳</sup> ۲۰۰۳، بریر<sup>۴</sup> ۲۰۱۰). اگرچه هزینه مراقبت‌های سلامتی در اشخاصی که بالای ۶۵ سال سن دارند بیشتر است، اما این اثر با کنترل داده‌های مربوط به سال‌های عمر باقی مانده، رو به ضعف می‌نهد، از این رو

- 
1. Getzen
  2. Martin
  3. Reinhardt
  4. Breyer

نه خود سن بلکه آخرین دوره قبل از مرگ تعیین‌کننده هزینه مراقبت‌های سلامت می‌باشد. انتقال این دوره به سن و سال‌های بالاتر بر هزینه‌ها تأثیرگذار نیست (زویفل، ۱۹۹۹). این به اصطلاح فرضیه «شاه ماهی قرمز» (اثر درک شده از سالخوردگی توجه سیاستگذاران را از مسائل واقعی منحرف کرده است) توضیح می‌دهد که چرا بسیاری از مطالعات در یافتن ارتباط قوی میان جمعیت سالخورده و هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی، ناتوان بوده‌اند. مضاف بر این، پژوهش‌ها جهت عکس این قضیه را که سالخوردگی باعث افزایش هزینه‌های مراقبت سلامتی می‌شود بررسی کرده‌اند، که این‌گونه است که هزینه بیشتر در مراقبت‌های سلامتی سال‌های عمر بیشتری را به ارمغان می‌آورد. رابطه علی میان تغییرات سنی جمعیت و هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی به وضوح مشخص نشده است با این حال این دیدگاه که سالخوردگی، نیرو محرکه هزینه مراقبت‌های سلامتی است همه‌جا وجود دارد. علاوه بر سالخوردگی، تغییر در رفتار جمعیت‌ها نیز ممکن است هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را افزایش دهد. انتظارات رو به افزایش است. در برخی بررسی‌ها روند بلندمدتی از افزایش انتظارات از نظام مراقبت‌های سلامتی مشاهده شده است (اپ، ۱۹۸۶). علاوه بر این، رفتارهای پرخطر جمعیت باری بر نظام مراقبت‌های سلامتی تحمیل کرده است. مثلاً دیابت بیشتر در میان افراد و جمعیت‌های دارای اضافه وزن کشورهای توسعه‌یافته مشاهده شده و تحت درمان قرار می‌گیرد (ثورپ، ۲۰۰۴). اضافه وزن به شدت تحت تأثیر محیطی است که جمعیت در آن زندگی می‌کند. در دسترس بودن غذاهای ارزان، سرشار از انرژی و کاهش فعالیت فیزیکی قویاً بر اضافه وزن مؤثرند (هیل، ۲۰۰۳). در نتیجه، مسئله

---

1. Zweifel

2. Epp





هزینه‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر تغییرات فرهنگی جمعیت‌هاست که به نوبه خود بر رفتار و ویژگی‌های افراد و جمعیت‌ها اثر می‌گذارد. از همین رو حل معضل هزینه‌ها نیازمند رویکردی جامع است که دربرگیرنده عوامل محیطی نیز باشد.

### خلاصه و توصیه‌ها

براساس درک جوامع، هزینه‌ها به شدت در حال افزایش هستند و پیش‌بینی می‌شود که این افزایش تداوم یابد. ما پنج دیدگاه که هر کدام مستقلاً ادعای تبیین معضل هزینه‌ها را دارند را بازبینی کرده‌ایم. در ادامه نتایج بررسی هر کدام از این دیدگاه‌ها ذکر و مفاهیمی را به طور خلاصه توصیف می‌کنیم.

**نخست** اگر منطق رویکرد هزینه - بیماری را دنبال کنیم، دو نتیجه‌گیری می‌توان

ارائه داد:

۱. بپذیریم که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی - درمانی افزایش پیدا خواهند کرد و از طریق ایجاد نوآوری‌هایی که بهره‌وری را در سایر بخش‌ها تقویت می‌کنند همواره این هزینه‌ها را مقرون به صرفه کنیم و/ یا ۲. نوآوری‌های افزایش بهره‌وری در مراقبت‌های سلامت را افزایش دهیم تا شکاف بهره‌وری میان صنایع کاهش یابد. نتیجه‌گیری اول ارتباط باز و صادقانه را با عموم پیشنهاد می‌کند و نتیجه دوم پیشنهاد می‌کند که طرح‌های انگیزشی و اقدامات جدیدی به منظور افزایش نوآوری‌های کاهنده هزینه نیاز است.

**دوم** اینکه هزینه‌های مراقبت سلامت به این دلیل که تکنولوژی باعث بهبود بخشیدن

به پیامدها می‌شود و شمار بیماری‌های درمان‌پذیر را بیشتر می‌کند نیز افزایش می‌یابد. از همین رو نوآوری‌های مراقبت‌های سلامتی هدف ارتقای پیامدها را تأمین می‌کند و

در صورتی که این هدف کسب شد افزایش هزینه مراقبت‌های سلامت توجیه‌پذیر است. با این حال تعداد زیادی از نوآوری‌ها که پیامدها را بهبود نمی‌بخشند باعث افزایش هزینه‌ها می‌شوند. نظام‌های کنونی توانایی محدودی برای عدم استفاده از مداخلات پرهزینه و کم‌بازده دارند (ثورپ، ۲۰۰۵). علاوه بر این نوآوری‌هایی که امکان کاهش هزینه‌ها را دارند نیز با موانع زیادی در نظام مراقبت سلامت مواجه می‌شوند. حذف فناوری‌های نامناسب و پرهزینه از طریق نظام‌های بازبینی اصولی و افزایش فناوری‌های کم‌هزینه از طریق تغییر در نظام بازپرداخت و تغییر مقاومت پزشکان باعث افت منحنی هزینه‌ها در عین حال حفظ و بهبود سطح پیامدها خواهد شد (مک دانل و دَرزی، ۲۰۱۳).

**سوم** بازار مراقبت‌های سلامتی به صورت بازاری خاص شناخته می‌شود و نیازمند تنظیمات خاص است. سیاستگذاران باید از محدودیت‌های موجود بر سر راه نوآوری و تأثیرات غیرعمدی مقررات که هزینه‌ها را افزایش می‌دهند آگاه باشند. مراقبت‌های بهداشتی درمانی نیازمند فرصت‌های ویژه برای تجربه فناوری‌ها و مدل‌های نوین انجام کار هستند که می‌تواند اجرای طرح‌های پایلوت یا مشاهده تجربیات واقعی در کشورهای مختلف باشد. رصد نظام‌مند و تحلیل سیاست‌ها و فرآیندهای اصولی موفق که نحوه انتقال این سیاست‌ها را توصیف می‌کند پیشرفت به‌سوی یک نظام بهداشتی - درمانی بهتر را تضمین می‌کند. زمانی که انگیزه‌های مختلف باعث فرادارمان و فراپذیرش می‌گردند، پاداش‌های مالی برای اقدام محافظه‌کارانه، سیستم‌های محاسباتی، همکاری یا هماهنگی، بهترین راه‌ها برای کنترل معضل هزینه‌ها می‌باشند (فیشر، ۲۰۰۹).



**چهارم** هزینه‌ها به‌درستی محاسبه نمی‌شوند و این محاسبات نیز جایی برای ارزش بیماران لحاظ نکرده‌اند. در نتیجه تلاش‌ها برای کاهش هزینه‌ها (یا افزایش ارزش)، اثربخشی محدودی دارد. بدین ترتیب تلاش‌ها برای کاهش هزینه‌ها با یک دیدگاه اخلاقی که براساس آن مراقبت‌های بهداشتی - درمانی باید با هر هزینه‌ای خدمات را ارائه دهد تضاد پیدا می‌کند. در عین حال که هزینه‌کرد نامحدود برای مراقبت‌های سلامت غیرممکن است اما صنعت سلامت توان پاسخگویی مؤثر به این استدلال اخلاقی را ندارد و کاهش هزینه‌ها به‌صورت کاری غیراخلاقی و نامطلوب تعبیر می‌شود. کدام متخصص یا سیاستگذار می‌خواهد این برچسب بر او زده شود؟

**پنجم** سالخوردگی نه عامل عمده بلکه عامل جزئی معضل هزینه است. سیاستگذاران نباید توجهشان به ابعاد جمعیت‌شناختی منحرف شود. به‌جای آن باید بر تغییرات رفتاری که بر مشخصه‌های بیماران تأثیر می‌گذارد متمرکز شوند. تغییرات رفتاری بیشتر در معضل هزینه‌ها دخیل هستند. شناسایی این تغییرات و همچنین شناسایی راهکارهای پیشگیرانه‌ای همچون کمپین‌های کارآ و مؤثر، چالشی عمده برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در سال‌های پیش‌رو خواهد بود.

این پنج دیدگاه به‌صورت جداگانه درک ناقصی از علل اثرگذار بر معضل هزینه‌ها به‌دست می‌دهند. مثلاً واضح است که سطح بهره‌وری تکنولوژیک شناخته شده در اقتصاد عمومی عاملی تام و تمام نیست. چنین استدلالی میزان بهره‌وری بالاتری برای صنعت سلامت متصور نبوده و فرض می‌کند که افزایش لجام گسیخته هزینه‌ها ناگزیر است، درحالی که تکنولوژی سطح هزینه‌های مراقبت سلامت را می‌تواند کاهش دهد و کاهش می‌دهد.

همزمان که نیازهای بهداشتی - درمانی جمعیت سالخورده اهمیت مدیریت بیماری‌های مزمن را بیشتر می‌کند، تکنولوژی‌های راه دور می‌تواند باعث انطباق صنعت بهداشت و درمان شود. بدین ترتیب بحث کاهش هزینه‌های مراقبت سلامت باید همه پنج دیدگاه فوق را در نظر بگیرد. هیچ‌کدام از آنها مستقلاً کافی نیستند. بنابراین توجه به مسئله هزینه‌ها با استفاده از این چند دیدگاه، بحث هزینه را دگرگون می‌کند. راهکارهای بالقوه در یک دیدگاه نهفته نمی‌باشند، بلکه همزمان نگرشی چندبُعدی نیاز است.

### مفاهیمی برای پژوهش‌های بیشتر و برنامه‌های مراقبت سلامت

اگرچه هدف این متن ایجاد درک بهتر درباره معضل هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامتی است، اما شاید پرسش‌های بیشتری را نسبت به پاسخ‌هایی که فراهم آورده است، مطرح کرده باشد. بسیاری از این پرسش‌ها هنوز از طریق پژوهش‌ها، بررسی نگردیده و به آنها پرداخته نشده است. در ادامه منتخبی از زمینه‌های پژوهشی به‌منظور بیشتر پرداختن به این مسئله آورده شده است. یکی از مهمترین مفاهیم این بخش این است که احتمالاً نوآوری‌های کم‌هزینه یکی از راه‌ها برای رویارویی با معضل هزینه‌هاست. با این حال اینکه نظام مراقبت سلامت چگونه می‌تواند موجب افزایش نوآوری‌های کاهنده هزینه شود روشن نیست. برای مثال، بهترین راه‌ها برای خلق این نوآوری‌های کم‌هزینه و استفاده از ارزش آنها در مراقبت‌های سلامت چیست؟ چگونه این ارزش باید در زنجیره ارزش توزیع شود تا نوآوری‌های کم‌هزینه تقویت شوند؟ و مسائلی مرتبط با این پرسش‌ها: چه کسانی باید برای نوآوری‌ها قانونگذاری کرده و آنها را تأمین مالی کنند؟ مثلاً در آلمان بازیگران مختلفی نوآوری‌ها را تأمین مالی می‌کنند (برای نمونه دولت برای تجهیزات پزشکی در



بیمارستان، مؤسسات خصوصی برای اقدامات خصوصی) که این امر به آشفتگی سرمایه‌گذاران و کارآفرینان منتهی می‌شود.

با توجه به مطالب ذکر شده در بالا، نیروی کار مراقبت‌های بهداشتی - درمانی چگونه می‌تواند، سطح بهره‌وری نیروی کاری که باعث شده صنایع دیگر دچار بیماری هزینه بامول نشوند را تجربه کند؟ چرا فناوری‌های صرفه‌جویی‌کننده در نیروی کار در حوزه مراقبت‌های سلامت، به نظر به نیروی کار بیشتر و نه کمتری منجر می‌شوند؟ چرا بایستی اضافه کردن آزمایش MRI به مراقبت‌های یک بیمار، ویزیت‌های مطب بیشتر - و در نتیجه نیروی کار اضافی - را باعث شود؟ چه چیزی این فناوری را از تحریک مدل‌های کاری جدید که هزینه‌های نیروی کار را به‌جای افزایش کاهش می‌دهند، باز داشته است؟ در مورد پتانسیل فناوری‌های جدید همچون تله‌مدیسین و یا اپلیکیشن‌های گوشی‌های هوشمند چه؟ آیا پتانسیل اینها برای کاهش نیروی کار مراقبت سلامت محقق خواهد شد یا اینکه چیزی اجتناب‌ناپذیر در صنعت وجود دارد که موجب از دست رفتن این پتانسیل می‌شود و بیماری هزینه را تداوم خواهد بخشید؟ پژوهش‌های بیشتر می‌تواند به پاسخ به این سؤال بیانجامد که چرا سایر صنایع بسیار ضابطه‌مند در اجرای مدل‌های کاری جدید و کم‌هزینه موفق هستند؟ برای مثال، چرا مقررات در حوزه مراقبت‌های سلامت باعث محدود شدن نوآوری‌های گسست‌زا شده است، اما در صنایع بسیار ضابطه‌مند دیگری همچون بانک‌ها، شرکت‌های هواپیمایی و یا داروسازی به این شکل نبوده است؟ علاوه بر این چرا قدرت قانونگذاری، نوآوری برای کاهش هزینه‌ها را محدود می‌کند؟ پژوهشگران همچنین می‌توانند به این پرسش پاسخ دهند که ذینفعان مختلف چگونه بر نوآوری تأثیر گذاشته و یا چگونه راهکارهایی می‌یابند تا مراقبت‌های سلامتی از یک بازار محلی با رقابت

ضعیف به سمت یک بازار جهانی‌تر با رقابت بیشتر تبدیل شود. یک اقدام ساده می‌تواند این باشد که ارائه‌دهندگان خدمات، قیمت خدمات را برای عموم نشر دهند. این فصل پنج رویکرد که به توضیح معضل هزینه در مراقبت‌های سلامت می‌پردازند را به نمایش گذاشت. دینفعان مراقبت‌های سلامت که در پی چاره‌جویی برای معضل هزینه‌ها هستند باید علل زمینه‌ای آن و هر راه حل ممکن که باید در برابر این علل قرار داده شود را پیدا کنند. سیاستگذاران نیز باید تعیین کنند که آیا راهکارها تأثیری در کاهش معضل حاد هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامت دارد؟ به همین ترتیب همچنین درک رویکردهای مختلف درباره معضل هزینه‌ها می‌تواند به دست‌اندرکاران کمک کند تا تفکرشان را در مورد هزینه‌ها تعدیل کرده و وضعیت درمانی و رقابتی را بهبود بخشند. بنابراین این نوشته تفکر پژوهشگران و دست‌اندرکاران را به گونه‌ای پیچیده‌تر از آنچه در متون پیش از این آمده است، به سمت معضل هزینه‌ها هدایت می‌کند. تفکر کامل‌تر در مورد این معضل می‌تواند به پژوهشگران این امکان را بدهد که در جستجوی روش‌های بهتر برای حل معضل هزینه به دست‌اندرکاران بیشتر کمک کنند.

### منبع و مأخذ

- Ronny Reinhardt and William J. Oliver. The Cost Problem in Health Care. In: Sebastian Gurtner, Katja Soye, Editors. Challenges and Opportunities in Health care Management. Switzerland: Springer International Publishing, 2015.p. 2-13.



مرکز پژوهش‌ها  
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۵۵۵۹

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: معضل هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامت

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کنندگان: ایروان مسعودی‌اصل، محمد بختیاری

ناظر علمی: علی اخوان‌بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: \_\_\_\_\_

ویراستار ادبی: \_\_\_\_\_

واژه‌های کلیدی: \_\_\_\_\_

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۸/۱۵

