



درک سیاست گذاری سلامت

ارویگرد بالینی

انتشارات: McGraw-Hill

سال ۱۰۱۲ هجری

مؤلفین:

Thomas Bodenheimer , Kevin Grumbach

زیر نظر: دکتر علی اکبری ساری، دکتر شهرام صفاری

مترجمین: بهروز رحیمی، سهیل مختاری، هادی عاشقی.

محمود صمدپور

سرشناسه	: بودنهايمر، تامس
عنوان و نام پديدآور	: Bodenhimer, Thomas درك سياست‌گذاري سلامت با رويکرد باليني/الويسندگان توماس اس. بودنهايمر، كوين گرومياخ ؛ زير نظر علي اكبري ساري، شهرام غفاري ؛ مترجمين بهروز رحيمي ... (و ديگران).
مشخصات نشر	: تهران: فوزان كتاب ، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهري	: ۶۷۶ص.
شابك	: ۹۷۸-۶۲۲-۷۱۲۱۲۱-۶
وضعيت فهرست نويسي	: فيبا
يادداشت	: عنوان اصلي: Understanding health policy : a clinical approach, ۶th يادداشت: ۲۰۱۲.ed ,
يادداشت	: مترجمين بهروز رحيمي، سهيل مختاري، هادي عاشقي، محمود صمديور.
يادداشت	: ويرايش سال ۲۰۰۵ كتاب حاضر قيبا با عنوان "تحليل سياست‌هاي تامين سلامت: رويکرد باليني" با ترجمه شهرام توفيقی توسط انتشارات محور در سال ۱۳۹۰ منتشر شده است.
عنوان ديگر	: ميل سياست‌هاي تامين سلامت: رويکرد باليني.
موضوع	: سياست پزشکی - ايالات متحده
موضوع	: Medical policy -- United States
موضوع	: اقتصاد پزشکی - ايالات متحده
موضوع	: Medical economics -- United States
شناسه افزوده	: گرومياخ، كوين
شناسه افزوده	: Frimbach, Kevin
شناسه افزوده	: اكبري ساري، علي - ۱۲۰۰
شناسه افزوده	: غفاري، شهرام، ۱۳۴۶:
شناسه افزوده	: رحيمي، بهروز، ۱۳۵۵ - مت
رده بندي كننگره	: RA۳۹۵
رده بندي ديويي	: ۳۶۲/۱۰۹۷۳
شماره كتابشناسي ملي	: ۶۱۱۲۰۶۰

درك سياست‌گذاري سلامت با رويکرد باليني

زيرنظر: دكتر علي اكبري ساري، دكتر شهرام غفاري

مترجمين: بهروز رحيمي، سهيل مختاري، هادي عاشقي، محمود صمديور

ويراستار ادبي: نازنين شايسته

صفحه آرايي: مهدي صادقي

شمارگان: ۵۰۰۰

سال نشر: ۱۳۹۹

پیشگفتار

حفظ و ارتقای سلامت مهم ترین وظیفه فردی و اجتماعی و هدف اصلی نظام های سلامت است. دستیابی به این هدف ارزشمند خود نیازمند دستیابی به اهداف دیگری همچون دسترسی، کیفیت، اثربخشی، هزینه اثربخشی، کارایی، عدالت در سلامت و خدمات سلامت است. نظام های سلامت همواره در انجام وظایف اساسی خود به منظور تحقق این اهداف ارزشمند با چالش ها و پیچیدگی های زیادی روبرو بوده اند. چالش هایی همچون افزایش هزینه ها، محدودیت منابع مالی، تجهیزات و نیروی انسانی و همچنین ارائه به موقع و با کیفیت خدمات سلامت که رفع هر کدام از آنها نیازمند سیاستگذاری و برنامه ریزی دقیق، مبتنی بر شواهد علمی و بر مبنای اولویت بندی و انتخاب اثربخش ترین و هزینه اثربخش ترین برنامه های بهداشتی و درمانی است. کتاب درک سیاست گذاری سلامت راهنمای خوبی برای سیاستگذاران، مدیران، کارکنان و دانشجویان بخش سلامت است که به درک بهتر آنها از نظام سلامت و سیاست گذاری و تحلیل سیاست های سلامت کمک می نماید. نویسندگان این کتاب سعی نموده اند با بیانی ساده و شیوا توضیح دهند

نظام های سلامت چگونه کار می کنند و چگونه می توان بر چالش ها و مشکلات پیچیده آنها غلبه نمود. یکی از ویژگی های بارز این کتاب استفاده از مثال ها و نمونه های عینی بالینی برای فهم آسان تر مطالب است. از دوستان عزیز و دانشجویان علاقمند که زحمت ترجمه این کتاب را به جان خریدند تشکر میکنم و مطالعه آن را به علاقمندان نظام سلامت و یادگذاری سلامت توصیه می نمایم.

دکتر علی اکبری ساری

استاد دانشمند بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

فهرست مطالب

۲۱	۱. تناقض فزونی و فقدان
۲۳	فزونی و فقدان
۲۸	دیدگاه عموم نسبت به نظام مراقبت سلامت
۲۹	درک بحران
۳۱	۲. پرداخت مخارج مراقبت
۳۲	روش‌های پرداخت هزینه‌های مراقبت سلامت
۳۳	نیاز در مقابل نیاز
۳۵	غیرقابل پیش‌بینی بودن نیاز و هزینه
۳۷	بیماران ناچارند که به توسعه‌های پزشکی اعتماد کنند
۶۶	بار تامین مالی هزینه‌های مراقبت سلامت
۷۱	نتیجه‌گیری
۷۵	۳. دسترسی به مراقبت سلامت
۷۶	موانع مالی بر سر راه مراقبت‌های سلامت
۷۹	چرا مردم بیمه نیستند؟
۸۵	بیمه‌نشده‌ها چه کسانی هستند؟
۸۶	آیا بیمه سلامت تفاوتی ایجاد می‌کند؟
۸۸	بیمه سلامت و استفاده از خدمات سلامت
۸۹	بیمه سلامت و پیامدهای سلامت
۹۱	آیا مدیکید تفاوتی ایجاد می‌کند؟
۹۲	مدیکید و استفاده از خدمات سلامت
۹۳	مدیکید و پیامدهای سلامت
۹۴	محدودیت‌های پوشش بیمه
۹۵	کسورات بیمه و پرداخت‌های مشترک
۹۵	شکاف در پوشش مدیکر

- ۹۷ عدم پوشش برای مراقبت طولانی مدت
- ۹۸ آثار کم‌بیمه‌شدگی
- ۹۹ موانع غیرمالی مراقبت سلامت
- ۱۰۸ رابطه میان مراقبت سلامت و وضعیت سلامت
- ۱۱۶ نتیجه‌گیری
۴. بازپرداخت به تامین‌کنندگان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت ۱۱۹
- ۱۲۱ واحدهای پرداخت
- ۱۲۵ روش‌های پرداخت هزینه پزشکان
- ۱۳۵ سراز با ساختار دولایه
- ۱۳۸ سرانه به ساختارهای دولایه
- ۱۴۷ روش‌های پرداخت به استان
- ۱۵۵ نتیجه‌گیری
۵. مراقبت‌های سلامت چگونه سازماندهی می‌شوند؟ بخش اول: مراقبت‌های اولیه، ثانویه و عالی ۱۵۹
- ۱۶۲ مدل‌های سازماندهی مراقبت
- ۱۹۶ نیروهای محرک سازمان مراقبت سلامت در ایالات متحده
- ۲۰۴ نتیجه‌گیری
۶. مراقبت‌های سلامت چگونه سازماندهی می‌شوند؟ بخش دوم: نظام‌های تحویل مراقبت سلامت ۲۰۹
- ۲۱۰ ساختار سنتی مراقبت‌های پزشکی
- ۲۱۲ بذرهای ساختارهای جدید مراقبت‌های پزشکی
- پرماننت سازمان‌های حفظ سلامت نسل اول و ادغام عمودی: طرح مراقبت‌های درمانی کایزر-
۲۲۶
- مقایسه مدل‌های یکپارچه عمودی و مجازی ۲۴۱
- سازمان‌های مراقبت پاسخگو ۲۴۷
- از خانه‌های پزشکی تا محله‌های پزشکی ۲۵۰
۷. نیروی کار سلامت و آموزش متخصصان مراقبت سلامت ۲۵۵
- پزشکان ۲۵۶

۲۶۹.....	دستیاریان پزشک
۲۷۲.....	پرستار رسمی
۲۷۷.....	پرستار درمانگران
۲۸۲.....	داروسازان
۲۸۴.....	مددکاران اجتماعی
۲۸۶.....	عرضه، تقاضا و نیاز
۲۹۸.....	زنان در حرفه‌های سلامت
۳۰۱.....	اقلیت‌های کمتر معرفی شده در مشاغل سلامت
۳۰۶.....	نتیجه‌گیری
۳۰۹.....	۸. کنترل هزینه رخدادهای مقابل کنترل هزینه بدون درد
۳۱۴.....	هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی درمانی و پیامدهای سلامت
۳۲۶.....	استراتژی کنترل هزینه
۳۴۵.....	۹. مکانیسم‌های کنترل هزینه
۳۴۶.....	مکانیسم‌های کنترل تامین مالی
۳۵۶.....	مکانیسم‌های کنترل بازپرداخت
۳۶۰.....	تغییر واحد پرداخت
۳۶۵.....	مشارکت بیمار در پرداخت هزینه
۳۶۹.....	مدیریت بهره‌مندی
۳۷۴.....	محدودیت‌های عرضه
۳۷۷.....	کنترل نوع عرضه
۳۷۸.....	نتیجه‌گیری
۳۸۱.....	۱۰. کیفیت مراقبت سلامت
۳۸۵.....	اجزای تشکیل‌دهنده مراقبت با کیفیت بالا
۴۳۸.....	اصلاح معالجه نادرست در کجا مناسب است؟
۴۴۴.....	حل مناقشات متقابل
۴۴۶.....	جمع‌بندی
۴۴۹.....	۱۱. پیشگیری چیست؟
۴۵۳.....	اولین انقلاب اپیدمیولوژیک

- ۴۵۵ دومین انقلاب آیدمیولوژیک
- ۴۵۹ فرد یا جامعه؟
- ۴۶۴ مدل های پیشگیری
- ۴۷۸ خلاصه
- ۴۷۸ آیا پیشگیری هزینه های مراقبت پزشکی را کاهش می دهد؟
- ۴۸۰ جمع بندی
- ۴۸۱ ۱۲. مراقبت، طولانی مدت
- ۴۸۵ چه کسی هزینه مراقبت طولانی مدت را پرداخت می کند؟
- ۴۹۰ پوشش طولانی مدت مدیکید
- ۴۹۵ چه کسی مسئولیت مالی مدت را ارائه می کند؟
- ۵۰۵ ارتقای مراقبت طولانی مدت
- ۵۱۳ ۱۳. اخلاق پزشکی و سرمایه بندی مراقبت سلامت
- ۵۱۳ چهار اصل اخلاق پزشکی
- ۵۲۱ معضلات اخلاقی، قدیم و جدید
- ۵۲۸ سهمیه بندی چیست؟
- ۵۳۳ کمبود کالا: نمونه پیوند اعضا
- ۵۳۸ کمبود مالی و تخصیص منابع
- ۵۴۱ رابطه سهمیه بندی با کنترل هزینه
- ۵۶۰ یک سطح پایه از فواید پزشکی تضمین شده
- ۵۶۱ اصول اخلاقی تامین مالی مراقبت سلامت
- ۵۶۶ چه کسی منابع مراقبت سلامت را تخصیص می دهد؟
- ۵۷۳ ۱۴. مراقبت سلامت در چهار کشور
- ۵۷۵ آلمان
- ۵۸۵ کانادا
- ۵۹۷ انگلستان
- ۶۱۱ ژاپن
- ۶۲۳ کنترل هزینه
- ۶۲۴ جمع بندی

۶۲۹.....	۱۵. اصلاح مراقبت سلامت و بیمه سلامت ملی.....
۶۳۲.....	بیمه سلامت ملی با تامین مالی دولتی.....
۶۴۲.....	مدل بیمه سلامت ملی اجباری کارفرما.....
۶۴۵.....	مدل بیمه سلامت ملی اجباری فردی.....
۶۵۹.....	ویژگی‌های ثانویه طرح‌های بیمه سلامت ملی.....
۶۶۱.....	سهم بیمار از هزینه.....
۶۶۳.....	مهارت زینه.....
۶۶۷.....	کدام مدل تامین مالی برای طرح بیمه سلامت ملی بهترین است؟.....
۶۷۱.....	جمع بندی.....
۶۷۳.....	۱۶. تضاد و نحو در نظام مراقبت سلامت آمریکا.....
۶۷۳.....	چهار بازیگر اصلی.....
۶۷۶.....	سال‌های ۱۹۴۵ تا ۱۹۷۰: اتحاد ارائه‌دهنده- بیمه‌گر.....
۶۸۰.....	دهه ۱۹۷۰: ایجاد اختلاف.....
۶۸۴.....	دهه ۱۹۸۰: جنبش خریداران.....
۶۸۹.....	دهه ۱۹۹۰: انحلال اتحاد ارائه‌دهنده- بیمه‌گر.....
۶۹۳.....	هزاره جدید: قدرت ارائه‌دهندگان مجدداً مه‌ور می‌کند.....
۶۹۵.....	انقلاب متقابل ارائه‌دهنده.....
۷۱۰.....	چالش‌ها.....
۷۱۳.....	۱۷. نتیجه‌گیری: تنش‌ها و چالش‌ها.....
۷۲۵.....	۱۸. پرسش‌ها و موضوعات قابل بحث.....
۷۲۵.....	فصل ۲: پرداخت هزینه‌های مراقبت سلامت.....
۷۲۷.....	موضوعات بحث.....
۷۲۸.....	فصل ۳: دسترسی به مراقبت سلامت.....
۷۲۹.....	فصل ۴: بازپرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت.....
۷۳۲.....	فصل ۵: سازماندهی مراقبت سلامت چگونه است-I: مراقبت اولیه، ثانویه و ثالثیه.....
۷۳۳.....	فصل ۶: مراقبت سلامت چگونه سازماندهی شده است-II: نظام‌های ارائه سلامت.....
۷۳۴.....	فصل ۷: نیروی کار مراقبت سلامت و آموزش متخصصان سلامت.....
۷۳۴.....	فصل ۸: کنترل هزینه ناخوشایند در مقابل کنترل هزینه خوشایند.....

فصل ۹: مکانیسم‌های کنترل هزینه	۷۳۶
فصل ۱۰: کیفیت مراقبت سلامت	۷۳۹
فصل ۱۱: پیشگیری از بیماری	۷۴۰
فصل ۱۲: مراقبت بلندمدت	۷۴۱
فصل ۱۳: اخلاق پزشکی و سهمیه‌بندی مراقبت سلامت	۷۴۳
فصل ۱۴: مراقبت سلامت در ۴ کشور	۷۴۶
فصل ۱۵: اصلاح مراقبت سلامت و بیمه سلامت ملی	۷۴۷
فصل ۱۶: اختلاف و تغییر در نظام مراقبت سلامت آمریکا	۷۴۸

www.ketab.ir

مقدمه

درک سیاست گذاری سلامت: با رویکردی بالینی، کتابی در مورد سیاست گذاری سلامت و همچنین بیماران و ارائه دهندگان مراقبت فردی و نحوه ارتباط آنها با یکدیگر و با نظام کلی سلامت است. مولفین این کتاب، پزشکان راقبت‌های اولیه هستند که در بیمارستان و درمانگاه عمومی مشغول به کار بودند و از تحلیلگران نظام مراقبت سلامت کشورشان هستند. هنگام درمان یک بیمار، به نظر می‌رسد که مخارج سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی یا تغییرات در نرخ‌های جراحی بین یک شهر و دیگری، رتبه و موثر است. سیاست گذاری سلامت بر روی بیمارانی که ما درمان آن‌ها را می‌بینیم، تأثیر می‌گذارد. الگوهای ارجاع مراقبت‌های مدیریت شده یا همان پورتنال‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تعیین می‌کنند که ما می‌توانیم یک بیمار را به کدام متخصص بفرستیم، چالش‌های پوشش برای داروهای سرپایی در بسته‌ی مزایای مدیکر بر نحوه‌ی تجویز داروهای ما برای بیماران سالمند ما و تفاوت‌های دسترسی به مراقبت بین خانواده‌ها در مدیکید و کسانی که تحت پوشش بیمه‌ی خصوصی

هستند، بر این موضوع تأثیر می‌گذارد که کدام بیمار در نهایت به دیدن یکی از پزشکان (در بخش خصوصی) و کدام‌یک به دیدن دیگری (در یک زمینه عمومی) می‌رود. در این کتاب، ما امیدواریم که کسستگی‌های سیاست‌گذاری سلامت در مقیاس خرد و کلان را از بین ببریم.

مخاطبان

این کتاب در درجه‌ی اول برای دانشجویان علوم سلامت - پزشکی، پرستاری، کارشناس ارشد پرستاری، دستیار پزشک، داروخانه، مددکار اجتماعی، بهداشت عمومی و سایرین - است که از درک محیط پیچیده‌ای که در آن کار می‌کنند بهر خواهند برد. پزشکان در متن به طور برجسته نشان داده شده‌اند اما کار نیام. واقعی پزشکی بالینی، برخورد بیماران با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، بخش مهمی از تجربه‌ی مراقبت سلامت آن‌ها را تشکیل می‌دهد. پزشکان، بدون همکاری بسیاری از اعضای دیگر تیم مراقبت سلامت قادر به کار نیستند. بیماران به ندرت از مشارکت‌های انجام‌شده توسط کارکنان بهداشت عمومی، پژوهشگران علمی، مربیان و بسیاری از متخصصین مرتبط با خدمات سلامت خود آگاهی دارند. ما امیدواریم این کتاب برای بسیاری از اعضای غیرپزشک مراقبت‌های بالینی، بهداشت عمومی و گروه‌های آموزش علوم سلامت و همچنین دانشجویانی که در پی پیوستن به این گروه‌ها هستند مفید باشد. هیچ کاری نمی‌تواند بدون تلاش‌های جمعی کارکنان در زمینه‌ی مراقبت سلامت انجام شود.

هدف این کتاب

درک سیاست گذاری سلامت تلاش می کند تا شرح دهد که نظام مراقبت سلامت چگونه کار می کند. ما بر اصول اساسی سیاست سلامت تمرکز می کنیم با این امید که خواننده پس از مطالعه ای این کتاب به روش فکر کردن روشن تر و اصولی تری در مورد مراقبت سلامت در آمریکا و هر کشور دیگری، مشکلات آن و گزینه هایی برای مدیریت این مشکلات دست یابد. اکثر این اصول همچنین برای درک نظام های مراقبت سلامت در سایر کشورها کاربرد دارند.

با توجه به نمره عمومی در مورد مراقبت سلامت، این کتاب بر شکست های نظام سلامت یک کشور که در اینجا آمریکاست تمرکز دارد. زمان کمتری را بر روی ویژگی های موفق آن صرف شده، چرا که آن ها نیاز به توجه کمتری دارند. تنها با شناخت مشکلات نظام سلامت می توان شروع به رفع مشکلات آن کنیم. بدین ترتیب هدف این کتاب، کمک به همه ی افراد در درک نظام مراقبت سلامت است تا بتوانیم بهتر در نظام کار کنیم و آنچه را که نیاز به تحول دارد را انجام دهیم.

مطالعه ی موردی بالینی

کتاب در تلاش برای متحد کردن حوزه های دارای همپوشانی برخورد های سیاست گذاری سلامت و مراقبت سلامت توسط افراد، از مطالعه ی موردی بالینی به عنوان یک ویژگی اصلی این کتاب استفاده

شده است. این توصیفات کوتاه بیماران، پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت که با نظام مراقبت سلامت در تعامل هستند بر اساس تجربیات شخصی مولفین به‌عنوان پزشکان، تجارب همکاران یا مواردی است که در نوشته‌های پزشکی یا نشریات محبوب گزارش شده است. برای رعایت حریم خصوصی، به اکثر مردم و مؤسسات ارائه‌شده در مطالعه‌ی موردی، اسامی ساختگی داده شده است. برخی از اسامی استفاده‌شده نشانگر مشاغل، مشکلات سلامت، یا نگرش‌هایی است که در مطالعه‌ی موردی نشان داده شده است. اکثر این اسامی معنی خاصی ندارند.

در بررسی بسیاری از مسائل بحث‌برانگیز سیاست سلامت، نظرات مولفین به‌عنوان نویسندگان به‌آچار بر کلماتی که استفاده می‌کنیم و نتیجه‌گیری‌هایی که به آن‌ها دست می‌یابند، رنگ و سایه می‌افکند. نویسندگان چند مورد از اساسی‌ترین ارزش‌ها و دیدگاه‌های خود را در اینجا ارائه می‌دهند.

حق مراقبت سلامت

نویسندگان اعتقاد دارند که مراقبت سلامت باید حقی باشد که همه از آن به‌طور یکسان برخوردار شوند. برخی از چیزها در زندگی ضروری محسوب می‌شوند. اگر فردی به علت عدم استطاعت پرداخت هزینه‌ی یک بلیت از یک فیلم یا کنسرت بیرون انداخته شود، هیچ‌کس برآشفته نمی‌شود. اما افرادی که بیمار هستند و از تمرین پزشکی بیرون انداخته می‌شوند به‌حق می‌توانند سرفصل‌های اخبار قرار گیرند. یک بیانیه‌ی

ساده از حق مراقبت سلامت، چیزی شبیه به این مطلب خواهد بود: همه‌ی افراد باید بدون در نظر گرفتن توان پرداخت، به سطح معقولی از خدمات بهداشتی درمانی مناسب دسترسی برابر داشته باشند.

در سال ۲۰۰۹، آمریکا در مورد اینکه آیا مراقبت سلامت باید یک حق باشد یا خیر، وارد بحث شدیدی شد. این بحث بر کمپین انتخاباتی رئیس‌جمهور باراک اوباما برای تصویب بیمه‌ی سلامت کلی تمرکز داشت. مجلس پس از یک سال جوش و خروش عموم، قانون مراقبت مقرون به صرفه را به تصویب رساند، که مسیری طولانی را در جهت تضمین مراقبت سلامت به عنوان یک حق طی می‌کند. با این حال، در زمان نوشتن این نسخه از *دک سیاست سلامت*، بحث‌ها همچنان با چالش‌هایی در پیاده‌سازی قانون مراقبت مقرون به صرفه مواجه می‌شوند.

قانون الزامی مهار هزینه‌ها

مؤلفین بر این باور هستند که محدودیت‌ها باید بر روی هزینه‌های مراقبت سلامت قرار گیرند. روش‌های کنترل هزینه را می‌توان به گونه‌ای اعمال نمود که آسیب نسبتاً کمی به سلامت عموم مردم برساند. بخشی از هزینه‌ای به سرعت رو به افزایش مراقبت سلامت به وسیله‌ی پیشرفت‌های علمی ایجاد می‌شود که فن‌آوری‌های جدید و گران‌بها را تولید می‌کنند. برخی از این فناوری‌ها به خوبی سلامت را بهبود می‌بخشند، برخی از آن‌ها ارزش کمی دارند یا مضر هستند، و بقیه آن‌ها برای برخی از بیماران سودمند هستند، اما برای بیمارانی که از آن‌ها سود نمی‌برند، به‌طور نامناسب مورد استفاده قرار می‌گیرند. حذف خدمات

پزشکی که هیچ‌گونه مزیتی را تولید نمی‌کنند، یک راه برای کنترل هزینه‌ی بدون درد و رنج است (نگاه کنید به فصل ۸).

کاهش هزینه‌های نظام مدیریت مراقبت سلامت که به سرعت در حال افزایش اند راه دیگری برای مهار هزینه‌های بدون درد و رنج است. افراط اداری، پولی را که می‌تواند صرف اهداف مفید چه در داخل چه در خارج از بخش مراقبت‌های سلامت شود را به هدر می‌دهد. درحالی‌که تأسیسات اداری بزرگ مزیت ایجاد می‌کنند، اما کشور و نظام مراقبت سلامت، یک نیاز بزرگ بیش‌تری به مشارکت دارای پاداش اجتماعی و مشاغل تولیدی دارند (به‌عنوان مثال، دستیاری (بهداشتی) خانگی بهداشت، مشاوران توان‌بخشی مواد مخدر، کارکنان مراقبت از کودکان و سیاری دیگر) می‌توانند از بودجه‌ای که در حال حاضر برای وظایف اداری اضافی استفاده می‌شود، تأمین مالی شوند.

یک اتفاق نظر رو به افزایش وجود دارد که افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت برای اقتصاد مضر است. کارفرمایان شایسته‌ای دارند که هزینه‌های بالای بیمه‌ی سلامت برای کارکنان، رقابت‌مندی بین مالی را کاهش می‌دهد. اگر هزینه‌های سلامت دولت به افزایش سریع خود ادامه دهد، سایر برنامه‌های تأمین مالی شده توسط دولت که برای اقتصاد کشور ضروری هستند (مانند آموزش و پرورش و حمل و نقل) محدود خواهند شد و کسری بودجه‌ی دولتی ناپایدار، آینده‌ی رفاه کشور را تحت فشار قرار خواهد داد.

هزینه‌های رو به افزایش برای همه مضر است، چراکه این هزینه‌ها خدمات بهداشتی درمانی و بیمه‌ی سلامت را غیرقابل استطاعت می‌سازند.