



## بیمه سلامت، از بی‌هدفی تا هدفمندی

چیزی شبیه به هدفمندی غیر هدفمند یا ارائه‌ها بیمه رایگان ۱۱ میلیون ایرانی هم طی دولت یازدهم اگرچه پرچمدار خدمات اجتماعی دولت بود و یکی از افتخارات آن به‌شمار می‌آمد اما همین هدفمند نبودن هم کار دست آن داد و مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت را به بازنگری و تغییر در سیاست‌ها واداشته است. «بیمه همگانی رؤیایی که دست‌یافتنی شد»؛ این تیتری بود که بسیاری از رسانه‌ها هم‌زمان با برپایی جشن بیمه همگانی سلامت برای خیر خود انتخاب کردند. جشن بیمه سلامت برای همه مردم ایران و با حضور رئیس‌جمهور در دولت یازدهم هم با صدور ۸ میلیون و یکمین دفترچه بیمه برای دختر خردسال معلولی به نام نرگس تحیرپرست در دی ماه سال ۹۳ به‌شکرانه برخورداری همه مردم از خدمات بیمه رایگان بر پا شد.

حالا انطور که طاهر موهبتی، رئیس سازمان بیمه سلامت می‌گوید

۸ هزار و ۵۰۰ تا ۹ هزار میلیارد تومان کسری اعتباری روی دست بیمه سلامت مانده است.

■ **ماجرا ی بدهی‌های میلیاردی بیمه سلامت**

ماجرا ی بدهی‌های امروز بیمه همگانی سلامت از دولت یازدهم آغاز شد اما سرانجامش همچون آغازش با خوبی و خوشی همراه نبود. بخشی از ماجرای ختم به خیر نشدن این سرانجام و مواجه شدن با کمبود بودجه شدید به طرح تحول سلامت و نوع مدیریت مخارج این طرح باز می‌گشت که موجب شد تا بار مالی فراوانی بر دوش بیمه‌ها گذاشته شود و انتقادات بسیاری از کارشناسان حوزه‌های اقتصاد و سلامت را در پی داشت. بخش دیگر اما مستقیم با طرح تحول مرتبط نمی‌شد بلکه با طرح دولت برای بیمه همگانی سلامت مرتبط بود؛ آنچه از دولت عنوان «روحانی کر» نام برده شد و با طرح بیمه سلامت همگانی در امریکا در دوران ریاست جمهوری اوباما موسوم به «اوباما کر» مقایسه شد. با تمام اینها «اوباما کر» با کنار رفتن اوباما و جانشینی ترامپ در این سمت تغییر کرد و عملاً زیر پا گذاشته شد اما «روحانی کر» به رغم آنکه در کنار انتخاب قبلی‌شان را تکرار کردند و بار دیگر دکتر حسن روحانی بر کرسی ریاست جمهوری نشست با وجود تغییر نکردن دولت دستخوش تغییرات اساسی شد؛ از افزایش فرانشیزها و بازگشت به دوران قبل تحول گرفته تا محدود کردن ارائه خدمت به دارندگان بیمه رایگان سلامت در مراکز دولتی و دانشگاهی.

■ **تحولات بیمه سلامت**

طی طرح تحول سلامت فرانشیز پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌ها از ۱۰ درصد برای بیمه‌شدگان شهری و ۶ درصد برای بیمه‌های روستایی به ۵ درصد برای شهرها و ۳ درصد برای روستایی‌ها کاهش یافت، اما خرداد ماه سال گذشته در نخستین گام برای مدیریت منابع –که به باور منتقدان طرح تحول در گام سوم این طرح و از ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصدی تعرفه‌های پزشکی به چاه ویل درمان ریخته شده بود و به گفته وزیر بهداشت و مسئولان سلامت کشور به دلیل افزایش بیمه‌شدگان رایگان از ۵ میلیون به حدود ۱۱ میلیون بود– این افزایش فرانشیز از سوی مدیران سلامت تدبیر شد.

آزمون وسیع و خط گرفتن بیمه‌شدگانی که توانایی پرداخت ماهانه ۲۰ یا ۴۰ هزار تومان حق بیمه‌ها را دارند هم راهکار دیگری است که برای مدیریت منابع محدود بودجه بیمه سلامت می‌تواند بدهی‌های این سازمان را که حالا با تصویب نمایندگان مجلس سکووت جزئی از وزارت بهداشت به شمار می‌رود و دخل و خرج سلامت عملاً به این وزارت‌خانه واگذار شده مدیریت کند و کاهش دهد.

■ **بی‌ضاعتان با بی‌ضاعتان**
رئیس سازمان بیمه سلامت معتقد است تنها ۱۱ درصد بیمه‌شدگان این سازمان به راستی توانایی پرداخت حق بیمه ماهانه ۲۰ تا ۴۰ هزار تومانی را ندارند. حرف آقای رئیس غیرمنطقی هم نیست و به نظر می‌رسد ادعای بیمه‌شدگان رایگان این سازمان توان پرداخت حق بیمه خود را داشته باشند. نکته مهم در این میان اما چرایی سکوت و انفعال مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت درقبال روند بیمه شدن رایگان افرادی است که حالا گفته می‌شود بی‌ضاعت نیستند، جالب‌تر اینکه پیش از این و در ایام انتخابات بیمه رایگان ۱۱ میلیون حاشیه‌نشین به عنوان یکی از مهم‌ترین دستاوردهای دولت معرفی می‌شد و حالا معلوم شده این ۱۱ میلیون نفر حاشیه‌نشین و بی‌ضاعت نبودند!

همین ماجرای بی‌ضاعت نبودن بیمه‌شدگان سلامت هم در کنار تغییرات تعرفه‌های دواو درمان کار دست دولت داد و موجب شد تا به قول سید حسن قاضی‌زاده هاشمی وزیر بهداشت «محاسبات طرح تحول درست از آب در نیاید.» این اشتباه محاسباتی اما تا خرداد ماه ۹۶ مسکووت بود و پس از آن بود که رسانه‌ای شد.

■ **ضرورت مدیریت منابع**

حالا؛ از همه این حرف‌ها گذشته شرایط پیچیده‌ای بر نظام بیمه‌ای کشور حاکم شده که بالا کشیدن ارز و محاسبات دلا ری آن را پیشبرد کرده است. بیمه رایگان برای همه بیمه‌شدگان سلامت من دخل و خرج این‌س سازمان بیمه‌های را نامتعادل‌تر از قبل می‌کند و می‌تواند به‌ کوچک‌تر شدن بسته‌های خدمات منجر شود. همانگونه که تاکنون این بسته‌ها عملاً با محدود شدن ارائه خدمت به بیمه‌شدگان سلامت در مراکز دولتی و بیمارستانی اعمال شد و حالا هم خبرهای تعیین سقف برای خدمات به گوش می‌رسد.

بدیهی است در این میان اگر کسانی که توانایی پرداخت هزینه ماهانه ۲۰ تا ۴۰ هزار تومانی بیمه سلامت را داشته باشند باپیش‌بگذارند و پول خدمات بیمه‌ای خود را بپردازند اعتبارات مناسبی از این محل به‌جیب بیمه سلامت می‌روند و این بیمه می‌تواند خدمات بهتری را به آنهاهی که واقعاً نیازمند بیمه رایگان هستند بدهد. اما بی‌تردید این تنها راهکار نیست و باید مدیریت منابع در جاهای دیگری همچون تقاضاهای اللقایی برای خدمات پاراکلینیکی و آزمایشگاهی و همچنین تعادل در تعرفه‌های درمان هم اتفاق بیفتد تا این ماجرا سرانجام خوش‌تری پیدا کند. بدین منظور لازم است تا به موازات تعیین سقف برای دفترچه‌های بیمه و خدمات نظارت بهتری بر عملکرد پزشکان صورت گیرد چراکه کسی خودش را مسؤول برای انجام خدمات پاراکلینیکی و یا آزمایشات تشخیصی اقدام نمی‌کند و این بخش از نسخه پیچی‌ها که اتفاقاً بخش مهمی از هزینه‌های القایی و بار مالی بیمه‌ها را به همراه دارد از سوی پزشکان تجزی می‌شود.

از سوی دیگر نمی‌توان انکار کرد منابع حوزه سلامت محدود است و این محدودیت منابع مدیریت صحیح این حوزه را بیش از پیش ضروری می‌کند.



### گفت‌وگو

زهرا چیدری

**در حالی که تکلیف قانون برنامه پنجم توسعه تجمیع بیمه‌ها و ارائه خدمات یکسان به تمام بیمه‌شده‌ها بود اما نه تنها این محقق نشد بلکه سازمان بیمه سلامت هم سربر آورد. چه شد سازمان بیمه سلامت به این شکل و شمایل به بیمه‌های در مان اضافه شد؟**

در برنامه پنجم تجمیع بیمه‌ها آمده بود اما تکلیف نبود بلکه اینگونه ذکر شده بود که به دولت اجازه داده می‌شود. در حال حاضر ۲۱ صندوق بیمه وجود دارد که هر صندوق وابسته به یک وزارت‌خانه است و در نهایت انباشت منابع صورت نگرفت. از سوی دیگر اصلی‌ترین صندوق ما تأمین اجتماعی است که درباره این صندوق در قانون ابهام ایجاد شده است. به دلیل سیستم‌های کاری و حساسیت‌هایی که روی آن بود عملاً باعث شد این اتفاق نیفتد اما به طور کلی از ادغام صندوق‌ها ما به دنبال انباشت منابع هستیم که بتوانیم خریدار واحد ایجاد کنیم چون قانون عدد بزرگ حاکم می‌شود اما من معتقدم ما الان قانون عدد بزرگ را داریم و در صندوق بیمه سلامت ۴۰ میلیون نفر جمعیت کشور را پوشش دادیم. گرچه ایده‌آل ما تجمیع بود و امیدواریم بشود و با حکم مندرج در اساس نامه همکاری شود. البته گام‌هایی هم در قانون برداشته شده است، مثل استحقاق‌سنجی. تمامی بخش‌های دولتی و غیردولتی مکلفند در هنگام دریافت خدمت از پایگاه ما استحقاق‌سنجی کنند که این خودش نزدیک کردن صندوق‌های بیمه‌ای به یکدیگر است و تا شش ماه اول باید استحقاق‌سنجی مستقر شود.

**پس در برنامه ششم تکلیف تجمیع بیمه‌ها از دوش دولت برداشته شده است؟**

بله، در برنامه ششم این مسئله نیامده اما چون در اساسنامه آمده قابل پیگیری است.

**اما یکی از اهداف ذکر شده برای تجمیع بیمه‌ها ارائه خدمات یکنواخت به بیمه‌شده‌هاست و اینکه بنا به تعبیری افراد بر سر سفره‌های رنگارنگ نشینند و هر کدام از خدماتی با سطوح و فرانشیزها مختلف برخوردار باشند. اما در حال حاضر بیمه سلامت ایرانیان از صندوق‌های تجمیع شده که برخی برای دریافت خدمت تنها محدود به مراکز شما به مراکز دولتی شده‌اند. به نظر شما این همان تبعیض در دریافت خدمات نیست؟**

در خدمات هیچ فرقی نمی‌کند، در مراجعه به کجا فرق می‌کند و کسی که بیمه رایگان است به دلیل نداشتن توان مالی بیمه شده است و وقتی به بخش خصوصی می‌رود مابه‌التفاوت بخش دولتی را خودش پرداخت می‌کند چون بیمه سلامت تعرفه بخش دولتی را در بخش خصوصی هم می‌پردازد. به طور مثال برای هر

شعب ۳ میلیون هزینه پرداخت می‌شود. نکته هم در این است که ۳ میلیون هزینه ۱۵۰ ماهه سرانه بیمه سلامت ۲۰ هزار تومانی که در ۵۰ درصد برای این محاسبه شده است و بدیهی است کسی که می‌تواند این هزینه را پرداخت کند قادر خواهد بود هزینه ماهانه ۲۰ هزار تومان بیمه‌اش را هم بپردازد. ضمناً این قانون است که در بودجه سال ۹۶ بود برای سال آینده هم هست ولی در بسته خدمت هیچ تغییری نیست. حالا اگر قرار است کسی از مرکز دیگری خدمت را دریافت کند بیاید ۲۰ هزار تومان یا ۲۰ هزار تومان حق بیمه‌اش را بدهد و به مرکز دیگری مراجعه کند. در نهایت بسته خدمتی تغییری نمی‌کند و چه در مرکز دولتی چه در مرکز خصوصی یکی است. فقط مرکز ارائه‌دهنده خدمت متفاوت است و فردی که توانایی پرداخت مابه‌التفاوت بخش خصوصی و دولتی را دارد، طبعاً می‌تواند سرانه ۲۰ تا ۴۰ هزار تومانی را پرداخت کند. بسته خدمت شاید یکی باشد اما طبعاً کیفیت ارائه این بسته در یک بیمارستان خصوصی مجیز با یک بیمارستان دولتی و دانشگاهی یکسان نیست. شما! منتظر فکر نمی‌کنید؟

در تکنیک و فنی همچنین تجهیزات، بیمارستان‌های دولتی بسیار قوی‌ترند. تنها هزینه‌ای بیمارستان‌ها در دولتی نسبت به بخش خصوصی متفاوت است که حق دریافتی بیشتری هم دارند. با فراهم شدن ۲۴هزار تخت بیمارستانی، سطح دسترسی گسترده‌تری هم فراهم شده است. خیلی جاها قبل از بیمارستان نبود اما حالا هست. به طور مثال مشکل ما فقط در بحث مسائل مالی نبود بیمار سروانی ممکن بود پولش را داشته باشد اما مراکز درمانی و متخصص در آنجا نبود ولی طرح تحول آمد این کار را انجام داد.

**اصلی‌ترین ایرادی که به طرح تحول وارد است و به تعبیری موجب انباشت بدهی برای شما و تأمین اجتماعی شده گام سوم طرح تحول است؟**
**ارزش گذاری نسبی تعرفه‌هاست. شما چه پاسخی به این انتقاد دارید؟**

طرح تحول ۱۱ بسته بود که در بسته‌اش در اختیار وزارت بهداشت بود و دو بسته‌اش در اختیار وزارت رفاه، اتفاقاً این دو بسته یکی تعرفه و دیگری بیمه رایگان بود. منابع هم به خاطر این دو پروژه کم آمده و متولی تعرفه وزارت بهداشت نبوده است. متولی تعرفه، شورای عالی بیمه است که وزارت رفاه در این شورا سه رأی داشت و دبیر‌خان‌اش هم در وزارت رفاه بود. طبیعتاً انتظار می‌رفت اگر بیمه‌ها پولش را ندارند تعرفه‌ها را تأیید نکنند، در حالی که این تعرفه‌ها از سوی بیمه‌ها تأیید شده و بیمه‌ها این را صورت‌جلسه کرده‌اند بعد سازمان برنامه و بودجه آن‌را تأیید کرده و بعد به هیئت دولت رفته و با تأیید آنها ابلاغ شده‌است.

# گفت‌وگو

سرویس اجتماعی ۹۰۸۸۴۹۸۴۰

### گفت‌وگو

زهرا چیدری



**رئیس سازمان بیمه سلامت در گفت‌وگو با «جوان» مطرح کرد**

# طرح تحول در بیمه سلامت!

مدیریت منابع یا کمبود منابع؟ این سؤالی است که همواره در برابر چالش‌های مالی طرح تحول سلامت قرار می‌گیرد. شاید بر همین اساس تلاش‌های وزارت بهداشت برای انتقال بیمه سلامت به زیر مجموعه خود شکل گرفت تا بتواند بهتر دخل و خرجش را جور کند. برای مدیریت این سازمان هم مهندسن طاهر موهبتی انتخاب شد؛ تنها کسی که تجربه معاونت در دوران سه وزیر اخیر سلامت را در کارنامه خود دارد و پس از پیوستن سازمان بیمه سلامت به وزارت بهداشت سکانداری این سازمان را در حالی به عهده گرفت که بدهی ۹ هزار میلیارد تومانی روی دستش مانده بود. این بدهی و کاهش بودجه ۳ تا ۴ درصدی بیمه سلامت برای سال پیش رو اما مدیریت منابع راز راه‌های مختلف ضروری می‌کند؛ مدیریت منابعی که سال گذشته با افزایش فرانشیز بستری کلید خورده بود. محدودیت ارائه خدمت به بیمه‌شدگان رایگان سلامت در مراکز دولتی و دانشگاهی و آزمون استحقاق‌سنجی برای تعیین تکلیف رایگان بودن یا نبودن بیمه

شود اما این به مفهوم آن نیست که اگر منابع کم است نباید سد را می‌ساختیم و به طرح ایرادی وارد نیست اگر منبایش تأمین نشده است.
هتلینگ را قوی کردیم، با سبازاری و مقاومت‌سازی بیمارستان‌ها، استقرار پزشکی در مناطق محروم و ایجاد ۳ هزار خانه بهداشت از جمله کارهایی است که نمی‌توان به آن ایرادی وارد کرد. در گذشته ۵۰ درصد مراکز، پزشک نداشتند.

**یعنی بنا به تأکید شما انتقاداتی که امروز از سوی برخی بیمه‌ها درباره افزایش بار هزینه‌های یشان طی اجرای طرح تحول عنوان می‌شود نوعی فرافکنی است؟**

حرف من این است آنچه امروز بعضی از آقایان از آن انتقاد می‌کنند خودشان تصویب کردند و همین تعرفه‌ها که در اصلاح کتاب‌از‌رنگزاری نسبی تعرفه‌ها تغییر کرد در شورای عالی بیمه و با امضا و تأیید همین دوستان مصوب شد. در این بین یک رأی متعلق به وزارت بهداشت بود و سه رأی در حوزه وزارت رفاه. نماینده سازمان نظام پزشکی، رئیس سازمان برنامه و نماینده کمیته امداد هم در شورای عالی بیمه حضور دارند. دبیر‌خانه‌اش هم در وزارت رفاه است. من در صدد ارزشگذاری نیستم و نمی‌گویم کار درست یا غلطی بوده اما صحت‌م این است که کسانی که امروز به افزایش هزینه‌ها انتقاد می‌کنند خودشان این تعرفه‌ها را تصویب کرده‌اند و نباید خود این دوستان علیه خودشان حرف بزنند. یا بیمه رایگان را سازمان بیمه انجام داد و باید جلوبش را می‌گرفتند تا جمعیت آن زیاد نشود و زیر نظر وزارت رفاه انجام شد اما حالا نوبت یکپاک‌حمله به سمت وزارت بهداشت نشانه‌رفته است. هر چند من به طور کلی با جمله به هیچ کس موافق نیستم. به هر حال طرحی اجراشد و افزایش رضایت مردم را در پی داشت و حالا منابع کم آمده، خب می‌توان آن را کوچک کرد. کم بهتر است یکدیگر را محکوم نکنیم اما اگر قرار است قضایوتی صورت گیرد باید عادلانه باشد.

**پس در این بین وزارت بهداشت باز یگر اصلی نقش افزایش بار مالی با افزایش تعرفه‌ها نبوده و از پس این رأی یک رأی**



شما می‌توانید دیدن این گفت‌وگو را در کانال تلگرام ما در این آیدی کنید

در گذشته هزینه خرید خدمت بسیار بیشتر از اعتبارات بود که مشکلات عدیده‌ای را فراهم ساخت. باید توجه داشت که اگر بیشتر از بودجه سازمان هزینه کنیم، تخلف محسوب می‌شود. ما برای اینکه تکلیف خود را به درستی انجام دهیم، نیاز به گایدلاین و پروتکل درمانی داریم تا براساس آن خرید راهبردی خدمات را انجام دهیم

### گفت‌وگو

به بیمه‌شدگان اعلام نمایند نسبت به حذف این همپوشانی اقدام کنند. علاوه بر آن باید از ایجاد همپوشانی جدید خودداری کنیم. به همین منظور علاوه بر کنترل این موضوع در صدور اولیه دفترچه، در زمان تمدید آن نیز این همپوشانی کنترل خواهد شد.

همپوشانی سازمان بیمه سلامت با سازمان تأمین اجتماعی ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار مسورد است. برای رفع این همپوشانی از روش استفاده می‌کنیم؛ یکی خودداری از ایجاد همپوشانی جدید و دیگری خودداری از تمدید دفترچه بیمه‌ای که دارای همپوشانی است. با تدابیری که از طریق سامانه انجام شده هم در زمان صدور دفترچه جدید و هم در زمان تمدید نسبت به رفع همپوشانی اقدام می‌کنیم.

**شما معتقدید بسیاری از بیمه‌شدگان رایگان توانایی پرداخت حق بیمه خود را نداشته‌اند. برای آینده چه برنامه‌ای دارید؟ آیا از این به بعد کسانی که می‌خواهند خود را بیمه کنند با بد هزینه بپردازند؟**

برابر قانون تمامی بخش‌های ارائه‌دهنده خدمت در حوزه سلامت اعم از دولتی، خصوصی و غیردولتی مکلف شدند در زمان ارائه خدمت از پایگاه بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران استحقاق‌سنجی کنند. این موضوع به مدیریت هزینه و حذف دفترچه در بیمارستان‌های دولتی کمک قابل توجهی خواهد کرد. طرح استحقاق‌سنجی در بخش بستری اجرائی می‌شود و اعلام کرده‌ایم سایر دانشگاهها و ادارات بیمه سلامت استانی که تمایل داشته باشند می‌توانند این برنامه را اجرا کنند. هدف نهایی این برنامه دریافت خدمت از طریق استحقاق‌سنجی و پایگاه بیمه سلامت در تمام مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی و دولتی است.

پیش‌بینی شده است اگر مشکلی در اجرای این طرح پیش‌نیاید، تا پایان شش ماهه اول سال ۹۷ تمام بیمارستان‌های دولتی با همکاری وزارت بهداشت دفترچه را در بخش بستری حذف کنند. گام بعدی نیز اجرای برنامه در بخش سرپایی است. البته این موضوع مشکلات خاص خود را دارد و همکاری پزشکان را می‌طلبد.

**در حال حاضر اوضاع منابع و بدهی‌های شما چگونه است؟**

در نیمه دوم سال گذشته با چالش جدی منابع مالی مواجه شدیم؛ به طور کلی به مطالبات دانشگاه‌های علوم پزشکی با ۱۲ و داروخانه‌ها تا ۱۰ ماه تأخیر مواجه بودند که با همت و برنامه‌ریزی دقیق و دریافتی‌های صورت گرفته، امروز بدهی دانشگاه‌ها به چهار، پنج ماه رسیده است. داروخانه‌ها در وضعیت خوبی قرار گرفته و فقط یک ماه و نیم از این سازمان مطالبه دارند. بدهی پاراکلینیک‌ها هم اکنون به مرادماه رسیده است و پنج ماه مطالبه دارند. پرداخت مطالبات در شش ماهه نخست سال گذشته ۲ هزار و ۴۸۰ میلیارد تومان در شش ماهه دوم به ۹ هزار و ۲۰۰ میلیارد تومان افزایش یافت.

**ماجرا ی تعیین سقف برای خدمات چیست؟**

مهم‌ترین اقدام این سازمان رعایت سقف اعتبارات است. ایجاد سقف برای اعتبارات هر چند تبعات و مشکلاتی دارد، ولی باید نهادینه و اجرائی شود.

**اولین بار وزیر بهداشت این موضوع را مطرح کردند و حالا هم خبر و بشننامه‌های این جسته و گریخته در فضای مجازی دست به دست می‌شود. آیا این تعیین سقف تبعات ناخوشایندی بر سلامت مردم نخواهد داشت؟**

طی سال‌های گذشته اعتبارات این‌س سازمان مثلاً ۱۰ هزار میلیارد تومان بود در عمل هزینه خرید خدمات انجام‌شده بسیار بیشتر بود که مشکلات عدیده‌ای را فراهم ساخت.

باید توجه داشت که اگر بیشتر از بودجه سازمان هزینه کنیم، تخلف محسوب می‌شود. ما برای اینکه تکلیف خود را به درستی انجام دهیم، نیاز به گایدلاین و پروتکل درمانی داریم تا براساس آن خرید راهبردی خدمات را انجام دهیم.

با توجه به محدودیت‌هایی که وجود دارد باید خرید راهبردی رعایت شود. مسلماً اگر منابع وجود داشت با تمام مراکز و مطب‌هایی که مورد تأیید وزارت بهداشت و نظام پزشکی است، قرارداد امضای می‌کردیم ولی با توجه به شرایط موجود، باید منابع را مدیریت کنیم یعنی از چه کسی، برای چه کسی، با چه مشخصاتی و چه قیمتی باید خرید خدمت صورت گیرد.

برای تدوین شیوه‌نامه اجرائی پروتکل‌ها لازم است. طی همکاری مدیران کل استانی با کارشناسان، انجمن‌های علمی و دانشگاه‌ها، اولویت مشخص شود تا براساس نیازهای هر استان، شیوه‌نامه اجرائی پروتکل‌ها تدوین شود.

البته مدیریت هزینه به سهولت محقق نمی‌شود. برای اجرای مدیریت هزینه‌ها ابتدا با دانشگاه‌های علوم پزشکی که بزرگ‌ترین تولیدکنندگان در مان کشور هستند، هماهنگ شده و استان‌ها نیز توجیه شدند.