



**نظام تعیین تعرفه خدمات، دارو و**

**کالاهای سلامت در ایران**

**بخش اول:**

**نظام تعیین تعرفه و ارزش نسبی خدمات سلامت**



## شناسنامه گزارش

شماره گزارش: ۹۹-۰۱۹-۰۱

عنوان گزارش: نظام تعیین تعرفه خدمات، دارو و کالاهای سلامت در ایران (۱)

تدوین: دکتر سید مرتضی علیزاده رضویان، محمد مرادی جو

ناظرین علمی: دکتر محمد مهدی تدین، دکتر علی شجاعی

واژه های کلیدی: تعرفه خدمات سلامت، ارزش نسبی، الگو، ایران

تاریخ انتشار: تابستان ۱۳۹۹

## فهرست مطالب

مقدمه	۴
لزوم تعیین تعرفه خدمات سلامت	۴
روشهای مختلف تعیین تعرفه خدمات سلامت	۵
تاریخچه تعرفه گذاری خدمات سلامت در ایران و وضعیت کنونی آن	۶
مستندات قانونی تعرفه گذاری خدمات سلامت در ایران	۱۰
مبانی نظری تعرفه گذاری خدمات سلامت در ایران	۱۵
کلیات و چارچوب اصلی الگوی واحد ارزش نسبی	۱۶
تفاوتهای اصلی نحوه اجرای الگوی ارزش نسبی در امریکا و ایران	۲۰
جمع بندی	۳۰
منابع	۳۰

تعرفه<sup>۱</sup> در نظام سلامت، ابزاری تولیتی به منظور سیاستگذاری، رفتارسازی و دستیابی به اهداف موردنظر نظام سلامت در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در نظام ارائه خدمت به طور مستقیم تحت تاثیر نظام تعرفه گذاری تولید نظام سلامت می باشد. تعرفه، از سویی حتی بر گرایش دانشجویان رشته های پزشکی به رشته های تخصصی نیز تاثیر گذار است. تقریباً کلیه حوزه های یک نظام سلامت به نوعی از نظام تعرفه گذاری و تعرفه خدمات سلامت در آن نظام متأثر گردیده و این حوزه ها نیز بر نظام تعرفه گذاری اثر می گذارند. تعرفه مفهومی از جنس قیمت و بها است؛ اما صرفاً قیمت یا بها نیست. به طور خلاصه می توان تعرفه را یک قیمت دارای راهبرد مشخص، سیاستگذاری شده و هدفمند دانست؛ که برای یک دوره زمانی مشخص (مثلاً یک سال) تعیین می گردد و در طی این مدت تحت تاثیر نوسانات بازار و هریک از دو سوی عرضه و تقاضا خدمات سلامت، کاهش و یا افزایش نمی یابد. تعرفه یک ابزار سیاستگذاری در نظام سلامت است که تولید با استفاده از آن می تواند هر دوسوی عرضه و تقاضا را در نظام سلامت به گونه ای با یکدیگر متعادل نماید که پوشش همگانی سلامت<sup>۲</sup> محقق گردد. تعرفه در نظام سلامت از آنجا که همواره در معرض پدیده شکست بازار<sup>۳</sup> است، ارزش و جایگاهی ویژه دارد.

## لزوم تعیین تعرفه خدمات سلامت

وجود برخی مختصات، بازار سلامت را از سایر بازارها متمایز ساخته است. مهمترین این وجوه تمایز عبارت است از:

### عدم قطعیت تقاضا<sup>۴</sup>

در بازار سلامت، امکان پیش بینی میزان و شدت تقاضا در بسیاری اوقات ناممکن و یا بسیار دشوار است. برای حل این معضل، مکانیسمهای بیمه ای که به وسیله آن بتوان ریسکها و مخاطرات سلامتی غیرقابل پیش بینی (هزینه های درمان) را به مخاطرات مالی قابل پیش بینی (حق بیمه) تبدیل نماید، پیشنهاد می گردد؛ لکن دو معضل مخاطرات اخلاقی<sup>۵</sup> و انتخاب معکوس<sup>۶</sup>، کارکردهای نظام بیمه ای را نیز تهدید می نمایند.

<sup>۱</sup> Tariff

<sup>۲</sup> Universal Health Coverage (UHC)

<sup>۳</sup> Market Failure

<sup>۴</sup> Demand Uncertainty

<sup>۵</sup> Moral Hazard

<sup>۶</sup> Adverse Selection

## ۸۰ اطلاعات ناقص مصرف کنندگان<sup>۱</sup> و عدم تقارن اطلاعاتی<sup>۲</sup> در بازار سلامت

به این معنا است که بین اطلاعات ارائه دهندگان خدمات و اطلاعات گیرندگان خدمات در بازار سلامت، تفاوت زیادی وجود دارد و این عدم تقارن باعث می شود تا مصرف کنندگان عملاً براساس تجویز ارائه کنندگان، خدمات سلامت را مصرف نمایند و در پاره ای موارد این عدم تقارن اطلاعاتی می تواند به پدیده تقاضای القایی<sup>۳</sup> منجر گردد.

## ۸۱ وجود پتانسیل ایجاد انحصار

## ۸۲ وجود منافع جانبی<sup>۴</sup> یا اثرات بیرونی<sup>۵</sup>

بدین معنی که استفاده از برخی از خدمات سلامت توسط یک فرد می تواند منفی را برای جمع کثیری بدنبال داشته باشد؛ مانند واکسیناسیون برای بیماریهای واگیردار که می تواند موجب پیشگیری از شیوع بیماریهای واگیردار در بین جمعیت بزرگی گردد. در این شرایط اگر ارائه این خدمت به مکانیسم بازار سپرده شود، ممکن است آنقدر هزینه این خدمت افزایش یابد که عملاً خارج از توان بسیاری افراد، خصوصاً گروههای کم درآمد و فقیر باشد و با اصول عدالت اجتماعی<sup>۶</sup> در تعارض قرار گیرد.

این وجوه تمایز و توجه با این اصل که خدمات سلامت، عموماً از جنس کالاهای عمومی<sup>۷</sup> هستند، لزوم دخالت نهادهای سیاستگذار برای تنظیم این بازار را روشن می سازد و یکی از وجوه مهم دخالت نهادهای سیاستگذار و دولت در بازار سلامت، تعیین تعرفه خدمات سلامت است.

## روشهای مختلف تعیین تعرفه خدمات سلامت

روشهای مختلفی برای تعیین تعرفه خدمات سلامت وجود دارد؛ که اصلی ترین روشهای آن به شرح زیر است:

### ✚ محاسبه تعرفه براساس قیمت خرده فروشی کالا و خدمات

در این روش تعرفه با استفاده از یکی از سه فرمول یا روش زیر تعیین می گردد:

- فرمول لاسپیرز<sup>۸</sup>: عبارتست از نسبت حاصل جمع ارزش کالاها و خدمات در سال جاری براساس مقدار

سال پایه به حاصل جمع ارزش کالاها و خدمات در سال پایه

<sup>۱</sup> Informationally Imperfect Consumer

<sup>۲</sup> Asymmetric Information

<sup>۳</sup> Induced Demand

<sup>۴</sup> Side Benefits

<sup>۵</sup> Externalities

<sup>۶</sup> Social Equity

<sup>۷</sup> Public Goods

<sup>۸</sup> Laspeyres

- فرمول پاشه<sup>۱</sup>: عبارتست از نسبت حاصل جمع ارزش کالاها و خدمات در سال جاری به حاصل جمع ارزش کالاها و خدمات در سال پایه براساس مقدار سال جاری
- فرمول فیشر<sup>۲</sup>: عبارتست از میانگین هندسی حاصل دو فرمول لاسپیرز و پاشه.

➤ روش تعیین میزان تورم در بانک مرکزی

➤ روش استفاده از شاخص قیمتها

➤ روش استفاده از شاخص قیمت مصرف کننده برای کالا و خدمات درمانی<sup>۳</sup>

شاخصی است که میانگین تغییر ماهانه در قیمت برای بیمارستان و خدمات درمانی و طبی مرتبط را اندازه گیری می کند.

➤ محاسبه تعرفه براساس هزینه زندگی

عبارت است از در نظر گرفتن میزان هزینه مورد نیاز فرد برای یک زندگی متعارف به عنوان مبنا و تقسیم آن بر تعداد خدمات ارائه شده توسط فرد با توجه به وزن هریک از خدمات.

➤ محاسبه تعرفه براساس سیستم حسابداری قیمت تمام شده و واقعی خدمات

عبارتست از حاصل تقسیم قیمت تمام شده (هزینه تمام شده) هریک از خدمات سلامت بر میزان ارائه آن خدمت در طول یک سال. میزان ارائه آن خدمت می تواند بر حسب تعداد (نظیر ویزیت) یا ارزش ریالی K (در خدماتی که مبتنی بر الگوی ارزش نسبی قیمت گذاری می شوند) باشد. قیمت تمام شده عبارتست از مجموع هزینه های مواد مستقیم، پرسنلی مستقیم و هزینه های سربار که برای تولید یک خدمت در یک سال مصرف می گردد. هزینه های عمومی، اداری و هزینه استهلاک نیز تحت عنوان سایر هزینه ها در قیمت تمام شده خدمت منظور می گردد. شایان ذکر است در ادبیات قانونگذاری ایران، هزینه استهلاک را مازاد بر قیمت تمام شده و بخشی از قیمت واقعی تعریف نموده است.

## تاریخچه تعرفه گذاری خدمات سلامت در ایران و وضعیت کنونی آن

نخستین سابقه تعیین تعرفه یا بهای خدمات بهداشتی - درمانی در ایران به سال ۱۳۵۱ باز می گردد. در آن سال و به استناد مواد ۵ و ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت مصوب ۱۳۵۱/۱۲/۲۷ مقرر گردید ضوابط،

<sup>۱</sup> Paasche

<sup>۲</sup> Fisher

<sup>۳</sup> Medical Consumer Price Index (MCPI)

میزان سرانه تأمین خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات، تغییرات آن و همچنین سهم مشارکت مراجعه‌کننده (مبلغ فرانشیز) خدمات بهداشتی - درمانی از طرف شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی پیشنهاد و پس از تأیید مجمع عمومی به تصویب هیأت وزیران برسد. نخستین تجربه تعیین تعرفه خدمات بهداشتی - درمانی در ایران توسط شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی، با استفاده از ۳ منبع زیر تعیین می‌شد:

۱- بررسی نرخهای پیشنهادی پزشکان نظام پزشکی ایران

۲- بررسی صورتحسابهای بازپرداختی سازمان به بیمارانی که هزینه‌های درمانی خود را شخصاً پرداخت نموده بودند و

۳- نمونه‌گیری از نظرات پزشکان و موسسات درمانی بخش خصوصی در خصوص بهای درمان

به موجب تصویبنامه هیأت وزیران در آبان ماه ۱۳۵۳ اعلام گردید. این تعرفه‌ها تا سال ۱۳۶۱، بدون تغییر، ملاک عمل بود.<sup>۱</sup> سازمان تأمین خدمات درمانی به موجب لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۸/۹/۱۲ شورای انقلاب منحل و شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت به وزارت بهداشتی و بهزیستی منتقل گردیده و متکفل امر تعیین و ابلاغ تعرفه خدمات بهداشتی-درمانی می‌گردد. در ۱۰ اسفند ماه ۱۳۵۹ و بموجب ماده واحده قانون تنظیم هزینه‌های درمانی و بهداشتی، "وزارت بهداشتی مکلف می‌گردد ظرف مدت دو ماه جهت تنظیم صحیح و عادلانه هزینه‌های درمانی و بهداشتی، مطالعات لازم را انجام و با تهیه آیین‌نامه‌های مربوط به موقع اجرا گذارد."

تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، در سال ۱۳۷۳ گام مهمی برای اصلاح نظام تعرفه‌گذاری خدمات درمانی محسوب می‌شود. براساس ماده ۸ این قانون، مصوب آبان‌ماه ۱۳۷۳، تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. در این ماده، قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه مصوب، مبنای تعیین تعرفه‌ها قرار گرفته است.

<sup>۱</sup> کوهی، فرهاد. بیست سال تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران. تهران. انتشارات علمی و فرهنگی، سازمان تأمین اجتماعی. ۱۳۹۴.

در بند ۸ ماده ۱ همین قانون، قیمت واقعی خدمات چنین تعریف شده است:

قیمت واقعی خدمات عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه (داراییهای ثابت). در بخش دولتی سود سرمایه (داراییهای ثابت) و استهلاک منظور نخواهد شد.

در تعریف فوق، به طور مشخص تفاوت میان تعرفه های خدمات تشخیصی-درمانی در بخشهای دولتی و خصوصی، معادل سود سرمایه (داراییهای ثابت) و هزینه استهلاک تعیین شده است. پس از انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی، بموجب لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۸/۹/۱۲ شورای انقلاب و انتقال شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولتی مصوب اسفند ماه سال ۱۳۵۱ در وزارت بهداشتی و بهزیستی و تا سال ۱۳۷۴، این شورا به صورت سالیانه تعرفه خدمات بهداشتی-درمانی را تعیین و ابلاغ می نمود.

در سال ۱۳۶۱، کتاب تعرفه های خدمات تشخیصی-درمانی که در واقع ترجمه ای گزینشی از کتاب واحدهای ارزش نسبی مدیکر امریکا در ایالت کالیفرنیا بود؛ تحت عنوان «تعرفه های خدمات تشخیصی-درمانی اعمال رایج» و در اصطلاح کوتاه و رایج تحت عنوان «کتاب کالیفرنیا» به عنوان مبنای تعرفه گذاری خدمات تشخیصی-درمانی در بخش بیمارستانی کشور معرفی گردید و کماکان تعرفه های ثابت برای ویزیت سرپایی در نظر گرفته شد. ضرایب ریالی ذکر شده در سال ۱۳۶۱، تا سال ۱۳۷۵ معتبر بود تا اینکه در سال ۱۳۷۵ مجدداً این کتاب و ارزش ریالی ضرایب آن بازنگری گردید و تا سال ۱۳۹۳ ملاک عمل قرار گرفت؛ لکن ارزش ریالی عامل تبدیلی<sup>۱</sup> موجود در کتاب اصلی که به حرف لاتین «K» تغییر یافته بود در طی سنوات مختلف مورد بازنگری و افزایش واقع شد. در واقع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به جای آنکه بر اساس ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی را براساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی (از طریق محاسبه قیمت تمام شده، سود سرمایه و هزینه استهلاک) تعیین و ابلاغ نماید، الگوی ارزش نسبی را که تقریباً هیچگونه نسبتی با قیمت تمام شده و واقعی خدمات بهداشتی-درمانی در ایران نداشت را مبنای تعیین تعرفه خدمات سلامت در کشور قرار داد.

<sup>۱</sup> Conversion Factor (CF)

به عبارت دیگر، ترجمه کتاب ارزش نسبی چاپ سال ۱۹۸۴ میلادی، در سالهای ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۵ به صورت پراکنده چاپ گردید و در مقاطعی مورد استفاده واقع شد. در سال ۱۳۷۵، برای نخستین بار، ترجمه کتاب ارزش نسبی ایالت کالیفرنیا در ایران در قالب کتاب «تعرفه های خدمات درمانی اعمال شایع مراکز بهداشتی درمانی» که به کتاب کالیفرنیا شهرت یافت به چاپ رسید و توسط معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مرجع ارزش گذاری خدمات سلامت کشور تعیین گردید.

در بین سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۳، این کتاب سه بار در سالهای ۱۳۸۴، ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ مورد بازنگری اساسی (از طریق ترجمه نسخ بروز شده کتاب ارزش نسبی ایالات متحده ولی با برخی مداخلات) واقع شد؛ لکن هیچیک از این نسخ ملاک عمل واقع نگردید. در بین این نسخ ترجمه شده، «کتاب ارزشهای نسبی سال ۱۳۸۸» که در واقع ترجمه بی کم و کاستی از کتاب ارزشهای نسبی سال ۲۰۰۸ ایالات متحده بود، می توانست به عنوان بهترین جایگزین ملاک عمل واقع شود؛ اما هم از سوی برخی ارائه دهندگان خدمات سلامت و انجمنهای تخصصی بخش خصوصی (به سبب کاهش در واحد تعیین شده برای برخی خدمات رایج) و هم از سوی سازمانهای بیمه گر (به سبب تحمیل بار مالی) با مخالفت مواجه گردید و علیرغم ابلاغ آن توسط وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هرگز ملاک عمل واقع نگردید.

این کتاب که در ایالات متحده براساس الگوی مقیاس ارزش نسبی براساس منابع<sup>۱</sup> (RBRVS) تدوین گردیده است، برای هر یک از خدمات حوزه سلامت (به جز هتلینگ) مبتنی بر منابعی که برای تولید و ارائه آن خدمت مصرف گردیده است، واحدی به عنوان "ارزش نسبی"<sup>۲</sup> آن خدمت تعیین گردیده و سعی شده است بین خدمات در گروههای مختلف تخصصی پزشکی و نیز درون هر یک از گروههای تخصصی بین خدمات مختلف آن گروه، یک تناسب منطقی برقرار گردد. سپس مبتنی بر یک الگوی محاسباتی، ارزش نسبی تام هر خدمات بر مبنای واحد ارزش نسبی کار، هزینه های عملیاتی و ریسک خدمت، با اعمال یک شاخص هزینه عمل جغرافیایی به دست آمده و این ارزش نسبی تام در یک عامل تبدیلی (که بر مبنای دلار یا ریال است) ضرب گردیده و ماحصل، بها یا تعرفه آن خدمت تعیین می شود. در بخش کلیات و چارچوب اصلی الگوی واحد ارزش نسبی این گزارش به تفصیل به کلیه مفاهیم فوق پرداخته خواهد شد.

<sup>۱</sup> Resource-based Relative Value Scales (RBRVS)

<sup>۲</sup> Relative Value Unit (RVU)

در کنار این تعرفه ها، کماکان تعرفه اقامت (هتلینگ)، ویزیت سرپایی پزشکان و خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پزشکی، به صورت جداگانه تعیین و به تصویب هیأت وزیران می رسید. از سال ۱۳۹۳ و پس از بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت، مبنای محاسبه تعرفه خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پزشکی نیز به الگوی ارزش نسبی تغییر یافت.

## مستندات قانونی تعرفه گذاری خدمات سلامت در ایران

در ادامه گروهی از مستندات قانونی مرتبط با تعرفه گذاری خدمات سلامت در کشور به شرح زیر بیان می گردد:

👉 ماده ۵ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت مصوب ۱۳۵۱/۱۲/۲۷ مجلس شورای اسلامی: تأمین خدمات درمانی مقرر در این قانون طبق ضوابطی که به پیشنهاد شورای فنی به تصویب مجمع عمومی سازمان می رسد از طریق خرید خدمات پزشکان و مؤسسات و گروههای پزشکی بخش خصوصی و مؤسسات درمانی جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران بیمارستانهای سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی انجام خواهد شد.

👉 ماده ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت مصوب ۱۳۵۱/۱۲/۲۷ مجلس شورای اسلامی: میزان سرانه تأمین خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات، تغییرات آن و همچنین سهم مشارکت مراجعه کننده (مبلغ فرانشیز) به موجب مقرراتی خواهد بود؛ که از طرف شورای فنی پیشنهاد و پس از تأیید مجمع عمومی به تصویب هیأت وزیران برسد.

👉 ماده واحده لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی- لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۸/۹/۱۲ شورای انقلاب:

از تاریخ تصویب این قانون شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولتی مصوب اسفند ماه سال ۱۳۵۱ با ترکیب زیر در وزارت بهداری و بهزیستی تشکیل و عهده دار کلیه وظایفی خواهد بود که شورای فنی سابق به عهده داشته است:

- ۱- وزیر بهداری و بهزیستی یا نماینده او
- ۲- رییس هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مرکز یا دبیر کل سازمان مذکور
- ۳- رییس بیمه مرکزی یا نماینده او
- ۴- دو نفر از پزشکان آزاد به انتخاب وزیر بهداری و بهزیستی

تبصره: اختیارات مجمع عمومی موضوع ماده ۳ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولتی به وزیر بهداشتی و بهزیستی واگذاری و سازمان تأمین خدمات درمانی منحل می‌شود.

🔹 ماده واحده قانون تنظیم هزینه‌های درمانی و بهداشتی مصوب ۱۳۵۹/۱۲/۱۰ مجلس شورای اسلامی: وزارت بهداشتی مکلف است ظرف مدت دو ماه جهت تنظیم صحیح و عادلانه هزینه‌های درمانی و بهداشتی مطالعات لازم را انجام و با تهیه آیین‌نامه‌های مربوط به موقع اجرا گذارد.

🔹 تبصره ۳ (الحاقی ۱۳۶۷/۱۱/۲۳) ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴/۳/۲۹ کمیسیون مشترک مجلسین: قیمت‌گذاری هر نوع دارو و مواد بیولوژیک ساخت داخل کشور یا وارداتی توسط کمیسیون مرکب از اعضاء زیر تعیین می‌گردد:

- معاونت امور دارویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- مدیر عامل شرکت سهامی دارویی کشور

- یک نفر داروساز در صنعت داروسازی یا یک نفر متخصص در مواد بیولوژیک و یا یک نفر گیاه‌شناس بر

حسب مورد به دعوت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- یک نفر نماینده وزارت بازرگانی به معرفی وزارت مذکور

- مدیر کل امور دارویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

🔹 تصویب نامه شماره ۲۳۲۰۶/ت/۵۰۶۰۳ مورخ ۱۳۹۳/۳/۳ هیأت وزیران در خصوص تدوین، تنظیم، ابلاغ و

نظارت بر قیمت دارو، واکسن، شیرخشک و تجهیزات و ملزومات پزشکی: هیأت وزیران در جلسه ۱۳۹۳/۲/۲۸

به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صنعت، معدن و تجارت و به استناد

اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی ایران تصویب کرد: تدوین، تنظیم، ابلاغ و نظارت بر قیمت دارو،

واکسن، شیرخشک و تجهیزات و ملزومات پزشکی بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

🔹 بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی: قیمت واقعی خدمات

عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه (داراییهای ثابت). در بخش دولتی سود سرمایه

(داراییهای ثابت) و استهلاک منظور خواهد شد.

🔹 ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی: تعرفه‌های خدمات

تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان

برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

👉 تصویبنامه سال ۱۳۷۸ با شماره ۶۱۴۵۴ ت ۲۰۴۲۲ هـ مورخ ۱۳۷۷/۱۱/۲۱: نقطه آغاز جدا شدن تعرفه ویزیت سرپایی در بخشهای دولتی و خصوصی (بدون اعلام تعرفه ویزیت در بخش خصوصی).

👉 تصویبنامه سال ۱۳۷۹ با شماره ۶۱۲۰۲ ت ۲۲۴۰۴ هـ مورخ ۱۳۷۸/۱۱/۱۷: اعلام تعرفه ویزیت بخش خصوصی به صورت مجزا از تعرفه ویزیت در بخش دولتی و بیمه ای.

👉 تصویبنامه سال ۱۳۸۰ با شماره ۷۴۵۹ ت ۲۴۲۹۹ هـ مورخ ۱۳۸۰/۲/۲۵: تعیین تختههای نمونه کشوری و تعرفه مازاد (۵۰ درصد مازاد برای تعرفه خدمات و ۷۵ درصد مازاد برای هتلینگ).

👉 تصویبنامه سال ۱۳۸۱ با شماره ۳۹۰۵ ت ۲۶۱۶۵ هـ مورخ ۱۳۸۱/۲/۳: تعیین تعرفه جداگانه برای ویزیت اعضاء هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی.

👉 تصویبنامه سال ۱۳۸۲ با شماره ۴۴۳۰ ت ۲۸۲۷۱ هـ مورخ ۱۳۸۲/۲/۲: ویزیت استادان، دانشیاران و استادیاران تمام وقت جغرافیایی (مشروط بر ویزیت مستقیم بیمار) براساس درجه علمی آنان تا سقف تعرفه پزشکان متخصص در بخش خصوصی تعیین گردید.

👉 قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۸/۱۶: احاله تعیین تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی در بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی بموجب این قانون و آغاز تفکیک ارزش ریالی K ارزش نسبی و افزایش فاصله تعرفه خدمات در بخش خصوصی و دولتی از سال ۱۳۸۴.

👉 تصویبنامه سال ۱۳۸۶ با شماره ۱۴۹۴۱۷ ت ۳۷۰ هـ مورخ ۱۳۸۶/۹/۱۴: تعیین کارگروه نمایندگان ویژه رییس جمهور برای انجام امور اجرایی مربوط به بخش درمان و اصلاح مصوبه سازمان نظام پزشکی در خصوص تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی بخش خصوصی.

👉 احاله مجدد تعرفه گذاری خدمات تشخیصی - درمانی بخش خصوصی به شورای عالی بیمه سلامت و هیأت وزیران بموجب بند «ه» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه: شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی

محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

📌 **بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه کشور:** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

📌 **تبصره ۲ بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه کشور:** پزشکانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران مشمول حکم این تبصره خواهند بود. دولت به منظور جبران خدمات این دسته از پزشکان تعرفه خدمات درمانی را در اینگونه واحدها و مراکز، متناسب با قیمت واقعی تعیین می‌نماید.

📌 **تبصره ۵ بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور:** عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

📌 **قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۴/۶ مجلس شورای اسلامی:** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس بند (۱۵) ماده (۱) قانون تشکیلات وزارت مزبور موظف است استاندارد بسته‌های خدمات تشخیصی، درمانی کادر پرستاری (موضوع ماده (۱۶) قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۰/۹/۱۱) کلیه مراکز بهداشتی درمانی کشور را تعیین نموده و به استناد مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳، با هماهنگی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در چارچوب سرانه مصوب، تعرفه سالانه خدمات فوق را پیشنهاد نماید تا پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیأت وزیران برسد.

تبصره ۱ - کارانه ارائه‌دهندگان خدمات فوق براساس تعرفه‌های مزبور خواهد بود.

بند الف ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۶/۱/۱۶: شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند. این بند به عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می گردد.

بند «ب» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور: کلیه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاههای اجرایی موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در سایر مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستانهای بخش خصوصی، عمومی غیردولتی با رعایت تبصره (۱) ماده واحده قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۳۷۳/۱۰/۱۱ و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرایی خود نیستند. مسئولیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانههای مربوطه و معاونان آنها و مسئولان مالی دستگاههای مذکور است. دولت مکلف است در اجرای این حکم با جبران خدمات ذی نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص در چارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی، پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجههای سنواتی است.

بند «ت» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه کشور: عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین شده برای خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکتهای بیمه تجاری و صندوقهای بیمه پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

بند «ث» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه کشور: کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند ضمن رعایت تعرفههای مصوب دولت از خط مشیهای مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. دریافت هرگونه وجه مزاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی

و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهد بود.

تبصره بند «ث» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور: در چارچوب قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۴/۶ دولت مکلف است در قالب قوانین بودجه سالانه در سقف کارانه پرستاری و در چارچوب بسته‌های خدمات تشخیصی درمانی موضوع قانون مذکور اعتبارات مورد نیاز را از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین نماید.

## مبانی نظری تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران

پس از بررسی و تحلیل قوانین و مقررات مصوب، به طور کلی می‌توان مبانی نظری تعرفه‌گذاری خدمات سلامت را به شرح زیر بیان نمود:

- ❖ تعرفه و ارزش نسبی خدمات سلامت باید هر ساله و قبل از تصویب بودجه سال بعد بازنگری گردد.
- ❖ شورای عالی بیمه سلامت متکفل قانونی تایید تعرفه‌های خدمات سلامت است.
- ❖ تعرفه‌های خدمات سلامت (به جز دارو و تجهیزات پزشکی) باید لزوماً به تصویب هیات وزیران برسد.
- ❖ قیمت‌گذاری دارو و تجهیزات پزشکی در ساختارهای قانونی خارج از شورای عالی بیمه سلامت کشور و بدون نیاز به تصویب هیأت وزیران انجام می‌پذیرد.
- ❖ تعرفه خدمات سلامت باید بر مبنای اصل تعادل منابع و مصارف تعیین گردد.
- ❖ تعرفه خدمات سلامت در بخش دولتی باید مبتنی بر قیمت تمام شده خدمات تعیین گردد.
- ❖ تعرفه خدمات سلامت در بخش غیردولتی و خصوصی باید مبتنی بر قیمت واقعی خدمات (قیمت تمام شده + سود سرمایه + هزینه استهلاک) تعیین گردد.
- ❖ تعرفه خدمات سلامت باید با در نظر گرفتن میزان حق بیمه پایه سلامت تعیین گردد.
- ❖ ارزش نسبی، الگوی تعیین تعرفه خدمات سلامت است.
- ❖ جزء «حق فنی» (دستمزد) تعرفه خدمات سلامت در بخشهای دولتی و خصوصی باید یکسان باشد.
- ❖ تفاوت تعرفه خدمات سلامت در بخش دولتی با بخشهای غیردولتی و خصوصی صرفاً در سود سرمایه و هزینه استهلاک می‌باشد.

## کلیات و چارچوب اصلی الگوی واحد ارزش نسبی

الگوی ارزش نسبی برای نخستین بار در دهه ۵۰ میلادی و در سال ۱۹۵۶ برای جبران خدمات پزشکان در ایالت کالیفرنیا در امریکا ابداع گردید. در دهه ۷۰ میلادی این الگو توسط دادگاه ها به چالش کشیده شد و مطالعات مربوط به آن توسعه یافت. نتایج مطالعات منجر به تهیه الگوی کاملتری از ارزش نسبی خدمات در سال ۱۹۸۳ میلادی شد که در سال ۱۹۸۴ به چاپ رسید. در سال ۱۹۸۶ میلادی، دولت امریکا از این الگو در برنامه مدیکیر استفاده و در سال ۱۹۹۲ آن را تکمیل کرد.

الگوی «واحد ارزش نسبی»<sup>۱</sup> خود بخشی از الگوی مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع یا RBRVS است. RBRVS، یک سیستم پرداخت پزشکی است که توسط مراکز مدیکر و مدیکید<sup>۲</sup> (CMS) اغلب پرداخت کنندگان دیگر مورد استفاده قرار می گیرد. RBRVS براساس این اصل است که پرداختها برای خدمات پزشکی باید با هزینه‌های منابعی که برای تولید و ارائه این خدمات صرف شده متناسب باشد و در نظر دارد تا نظام پرداخت را بطور مستمر بهبود بخشیده و ثبات دهد. از زمان معرفی RBRVS، انجمن پزشکی امریکا<sup>۳</sup> با جوامع تخصصی پزشکی ملی کار کرده است تا به روزرسانی های توصیه شده و تغییرات مستقیم را به CMS ارائه کند. این بروز رسانی به واسطه کمیته بروز رسانی RVS از انجمن AMA های تخصصی و AMA می باشد؛ که توصیه‌های اصلاحی برای ارزش نسبی را به صورت سالانه به CMS ارائه می دهد. در سال ۱۹۹۲، مدیکر و دولت فدرال برنامه پرداخت استاندارد شده به یک پزشک را براساس RBRVS ایجاد کرد. در این سیستم، پرداختها توسط هزینه‌های منابع مورد نیاز برای تأمین آنها، با هر خدمات تقسیم شده به سه بخش تعیین می شوند:

۱- کار پزشک (Work RVU)

۲- هزینه های عملیاتی (Practice exPEnse RVU-PE RVU)

۳- بیمه مسئولیت حرفه‌ای (Public Liability Insurance) (PLI)

<sup>۱</sup> Relative Value Units (RVUs)

<sup>۲</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services (CMSs)

<sup>۳</sup> American Medical Association (AMA)

پرداختها با ضرب کردن ارزش نسبی ترکیبی یک سرویس در یک عامل تبدیلی Conversion Factor-CF که یک مقدار پولی تعیین شده توسط CMS است با اعمال تفاوت‌های جغرافیایی در هزینه‌های منابع مورد استفاده برای تولید خدمت، از طریق یک شاخص هزینه‌ای عملیاتی جغرافیایی<sup>۱</sup> یا GPCI محاسبه می‌شوند.

### ۱- جزء کار پزشک (Work RVU)

بخش کار پزشک به طور متوسط ۵۱ درصد از کل ارزش نسبی برای هر سرویس را حساب می‌کند. عوامل مورد استفاده برای تعیین کار پزشک شامل زمان انجام خدمت، مهارت تکنیکی و تلاش فیزیکی، تلاش ذهنی مورد نیاز و قضاوت و استرس ناشی از ریسک بالقوه بیمار است. مقادیر نسبی کار پزشک در هر سال به روز می‌شوند تا تغییرات در عملکرد پزشکی را توضیح دهند. همچنین CMS باید کل مقیاس را حداقل هر ۵ سال مرور کند.

### ۲- هزینه های عملیاتی (Practice expENSE RVU-PE RVU)

مولفه‌های هزینه‌های عملیاتی به طور متوسط ۴۵ درصد از کل مقدار نسبی برای هر سرویس را به خود اختصاص می‌دهد و مشتمل است بر کلیه هزینه‌های سرباری که برای تولید و ارائه یک خدمت لازم است. این بخش خود به دو زیر بخش تقسیم می‌گردد:

الف: هزینه‌های عملیاتی بیمارستانی (Facility Practice ExpENSE RVU)

ب: هزینه‌های عملیاتی مطب (Non facility Practice expENSE RVU)

### ۳- بیمه مسئولیت حرفه‌ای (Professional liability insurance-PLI)

در اول ژانویه ۲۰۰۰، CMS واحد ارزش نسبی PLI را پیاده‌سازی کرد. جز PLI حساب RBRVS به طور متوسط ۴ درصد از کل ارزش نسبی هر خدمت را تشکیل می‌دهد. این جزء، مبتنی بر حق بیمه سوء عملکرد یا سوء درمان<sup>۲</sup> است.

### ۴- دوره گلوبال مدیکیر (Medicare Global Period)

عبارتست از دوره زمانی مراقبتهای بعد از یک کد- خدمت CPT و چگونگی پیگیری انجام این مراقبتهای. هزینه مراقبتهای این دوره برای هر کد- خدمت، در ارزش نسبی آن کد در RBRVS دیده شده و بنابراین برای دوره گلوبال پیگیری آن کد، مبلغ اضافه‌ای از طرف مدیکیر پرداخت نمی‌گردد. این دوره گلوبال پیگیری برای هر کد - خدمت، شامل ویزیت روز قبل و روز ارائه خدمت، کلیه خدمات مرتبط با آن کد-

<sup>۱</sup> Geographic Practice Cost Index (GPCI)

<sup>۲</sup> Malpractice Insurance Premium

خدمت در روز ارائه خدمت و عوارض اعمال جراحی به جز در مواردی که نیاز به سفر جراح و یا انجام عمل مجدد در اطاق عمل باشد، می گردد.

#### ۵- شاخص هزینه های جغرافیایی عملیات (Geographic Practice Cost Index –GPCI)

از سال ۱۹۹۲ مبتنی بر سه عامل هزینه های زندگی، هزینه بیمه مسئولیت حرفه ای و هزینه های عملیاتی بر حسب مناطق مختلف جغرافیایی محاسبه و در سیستم پرداخت مدیکر مبتنی بر ارزش نسبی اعمال شده و هر ۳ سال یکبار بروز می شود. اعمال این شاخص در پرداختهای مدیکر تا حدی تضمین می کند که میزان پرداخت مدیکر منعکس کننده هزینه های ارائه مراقبت یا خدمت در آن منطقه جغرافیایی بوده و از پرداخت اضافه در برخی مناطق جغرافیایی و پرداخت کمتر از هزینه های واقعی در برخی مناطق دیگر تا حد زیادی جلوگیری می کند و به عبارتی پرداخت مدیکر به مناطق جغرافیایی مختلف با هزینه های زندگی و عملیاتی مختلف را تا حد زیادی متعادل می نماید. این شاخص بر هر سه جزء کار پزشک، هزینه های عملیاتی و بیمه مسئولیت حرفه ای اعمال می گردد.

#### ۶- عامل تبدیل کننده (Conversion Factor-CF)

مقداری است بر حسب دلار که بصورت سالیانه برای محاسبه جدول دستمزد پزشکان<sup>۱</sup> تعیین می گردد و واحد ارزش نسبی هر کد-خدمت در RVUs را به مقدار دلاری تبدیل می کند. عامل تبدیل کننده یا CF براساس یک سری محاسبات پیچیده و مبتنی بر شاخصهای اقتصادی و نرخ رشد پایدار مدیکر تعیین می گردد. بیمه های خصوصی نیز از همین الگو و با افزایشی بین ۲۰-۳۰ درصد در نرخ CF عمل می کنند. میزان دلاری عامل تبدیل کننده از تقسیم سطح پرداخت مجاز مدیکر<sup>۲</sup> (MAP) بر واحد هر خدمت تعیین می شود. فرمول محاسباتی مدیکر برای محاسبه ارزش دلاری هر کد-خدمت RVUs به قرار زیر است:

$$\text{Total RVU} = (\text{W RVU} * \text{W GPCI}) + (\text{PE RVU} * \text{PEGPCI}) + (\text{MP RVU} * \text{MP GPCI})$$

$$\text{Payment} = (\text{Total RVU}) * (\text{CF for the year in question})$$

<sup>۱</sup> Physician Fee Schedule

<sup>۲</sup> Medicare Allowable Payment

تغییرات عامل تبدیل کننده یا (CF) در بین سالهای ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۹ در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است:



نمودار شماره ۱: عامل تعدیل کننده در الگوی ارزش نسبی امریکا طی سالهای ۲۰۱۱-۲۰۱۹

#### ۷- نرخ رشد پایدار مدیکر ( Sustainable Growth Rate- SGR )

روشی بود که توسط مراکز مدیکر و مدیکید در ایالات متحده برای کنترل مخارج توسط مراقبتهای پزشکی در خدمات پزشکی استفاده شد. با اعمال نرخ رشد پایدار<sup>۱</sup>، اگر هزینه بیش از انتظار باشد، عامل تبدیل کننده، پرداختها را برای سال آینده به پزشکان کاهش داده و اگر هزینه کمتر از انتظار باشد، عامل تبدیل کننده، پرداختها را برای سال آینده به پزشکان افزایش خواهد داد.

چهار عامل برای محاسبه SGR مورد استفاده قرار می گیرد:

۱- درصد تخمین زده شده تغییر در هزینه خدمات پزشکان

۲- میزان برآورد شده تغییر در تعداد میانگین افراد ذینفع

۳- میزان متوسط تغییر سالانه در تولید ناخالص داخلی و سرانه تولید ناخالص ملی در یک افق ۱۰ ساله

۴- درصد برآورد شده تغییر در هزینهها مربوط به تغییرات در قوانین یا مقررات

<sup>۱</sup> Sustainable Growth Rate (SGR)

لازم به ذکر است که با اعمال SGR پرداختهای مدیکیر متوقف نشده و تا زمانی که عامل تبدیل کننده اصلاح گردد، کاهش نیز نمی یابد.

#### ۸- عامل خشی سازی اثرات بودجه ای (Budget Neutrality factor-BNF)

مرکز مدیکیر و مدیکید (CMS) براساس قانون نمی تواند افزون بر ۲۰ میلیون دلار بیش از بودجه مصوب خود هزینه کند و هرگاه براساس برآوردها افزایشی بیش از این میزان در هزینه ها پیش بینی گردد، باید از یک عامل خشی سازی اثرات بودجه ای (BNF) برای اصلاح هزینه ها استفاده کند. تا سال ۲۰۰۷، این عامل صرفاً بر بخش کار پزشک ارزش نسبی (Work RVU) اعمال می گردید؛ ولی از سال ۲۰۰۷ به اینسو، بر عامل تبدیل کننده (CF) اعمال می گردد.

مرکز مدیکیر و مدیکید امریکا، به صورت سالیانه و مبتنی بر مولفه های ذکر شده، جدول هزینه و دستمزد پزشکان مدیکیر (Medicare Physician Fee Schedule) را تعیین و بروز رسانی می نماید.

بمنظور تعیین ارزش دلاری CF، هر سال قانون بودجه امریکا درصد رشد CF را در هر سال تعیین می نماید. به جز اینها، مبلغ پرداختی مدیکیر برای پزشکان غیرطرف قرارداد<sup>۱</sup>، ۲۰ درصد کمتر از پزشکان طرف قرارداد<sup>۲</sup> است و برای پزشکانی که در مناطقی که با کمبود کادر بهداشتی- درمانی مواجه اند، نیز پرداختهای انگیزشی در نظر گرفته شده است.

### تفاوتهای اصلی نحوه اجرای الگوی ارزش نسبی در امریکا و ایران

در اینجا تنها الگوی ارزش نسبی ملاک عمل (بازنگری شده سال ۱۳۹۳) به بعد مورد استناد قرار گرفته است. با توجه به تفاوتهای ماهوی الگوی ارزش نسبی قبل از سال ۱۳۹۳، تحلیل آن کاملاً متفاوت خواهد بود. ضمناً لازم به ذکر است، بیان این تفاوتها به معنای عدم باور به لزوم بومی کردن ارزش نسبی خدمات سلامت در ایران نبوده و صرفاً بیان تفاوتها است.

۱- عدم پابندی به نظام کد گذاری مرسوم در کتاب ارزش نسبی اصلی و تغییر آن از الگوی CPT<sup>۳</sup> و HCPCS<sup>۴</sup> و تغییر آن به نظام کد گذاری موسوم به کدینگ ملی.

<sup>۱</sup> Non-Participating Provider

<sup>۲</sup> Participating Provider

<sup>۳</sup> Current Procedural Terminology (CPT)

<sup>۴</sup> Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)

۲- تغییر عناوین خدمات و مداخلات موجود در کتاب RVU از «طبقه بندی بین المللی مداخلات سلامت»<sup>۱</sup> یا (ICHI) سازمان جهانی سلامت و «واژه شناسی مداخلات رایج یا CPT انجمن پزشکی امریکا.

ICHI سازمان جهانی سلامت برای ارائه یک ابزار مشترک برای گزارش و تحلیل مداخلات بهداشتی برای اهداف آماری توسعه داده شده است. یک مداخله پزشکی عملی است که برای آن، یا به نیابت از فرد یا جمعیتی، انجام می شود که هدف آن ارزیابی، بهبود، حفظ، ارتقا یا اصلاح شرایط، درکارکردها یا وضعیتهای سلامت است. ICHI طیف وسیعی از ارائه کنندگان خدمات سلامت را تحت پوشش قرار می دهد و شامل مداخلات سلامت در حوزه های تشخیصی، درمان طبی، درمان جراحی، سلامت روانی، مراقبتهای اولیه، مراقبتهای بهداشتی، توانبخشی، پزشکی سنتی و بهداشت عمومی می باشد. طبقه بندی ICHI حول سه محور ساخته شده است:

۱- هدف؛ مفهوم مستقلی که عمل برای تحقق آن انجام می شود.

۲- عمل؛ عمل انجام شده توسط یک شرکت کننده در یک اقدام یا فرآیند برای رسیدن به هدف و

۳- وسایل؛ فرآیندها و روش هایی که توسط آن عمل انجام می شود.

کدهای اضافی، از جمله فهرست محصولات درمانی، محصولات کمکی و داروها، به کاربران امکان می دهد تا جزئیات اضافی در مورد مداخله علاوه بر کد ICHI مربوطه را توصیف کنند.

تعداد مداخلات در ICHI و در نتیجه سطح جزییات و طبقه بندی با توجه به موارد استفاده برای ICHI و نیاز به پایداری طبقه بندی در طول زمان تعیین شده است. نسخه بتا - ۲ ICHI در اکتبر ۲۰۱۸ منتشر شد. تستهای بیشتر در طول سال ۲۰۱۹ انجام خواهد شد و پس از نهایی شدن تغییرات و اصلاحات، نسخه نهایی ICHI آزادانه برای اقتباس از سوی کشورهای عضو در دسترس خواهد بود.

۳- ادغام کدهای متعدد در کتاب اصلی RVU در یک کد و تولید تعاریف جدید در خصوص خدمات و مداخلات سلامت و کاهش تعداد کد- مداخلات موجود در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایشهای بعدی آن به کمتر از نصف تعداد کد-مداخلات موجود در RVU اصلی.

۴- در کتاب ارزشهای نسبی امریکا، آن گروه از خدمات جراحی یا تشخیصی-درمانی که در شرایط غیر تهاجمی یا با تهاجم حداقلی (Minimally Invasive) ارائه می گردند (نظیر کوله سیستکتومی با لاپاراسکوپی)،

<sup>۱</sup> International Classification of Health Interventions (ICHI)

ارزش نسبی کمتری از ارزش نسبی این اعمال، زمانی که به صورت تهاجمی (مثلاً با لاپاراتومی) انجام شوند دارند؛ لیکن در کتاب ارزش نسبی ایران این کدها ارزش نسبی بالاتری نسبت به خدمات تهاجمی دارند.

۵- تغییر نسبت جزء حرفه ای<sup>۱</sup> به جزء فنی<sup>۲</sup> از ۰.۵۱ / ۰.۴۵ در کتاب اصلی به ۰.۷۵ / ۰.۲۵ در کد-خدماتهای دارای دو جزء حرفه ای و فنی مجزا، که حدود ۲۰ درصد کد-خدماتهای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایشهای بعدی آن را شامل می گردد و تغییر نسبت جزء حرفه ای به جزء فنی از ۰.۵۱ / ۰.۴۵ در کتاب اصلی به ۰.۸۳ / ۰.۱۶۷ در بخش دولتی و ۰.۸۰ / ۰.۲۰ در بخش خصوصی در خصوص کد-خدماتهایی که واجد یک جزء ارزش نسبی بوده و مشمول کد ۲۷- تعدیلی می باشند.

۶- حذف ارزش نسبی قصور پزشکی (Mal practice –MP RVU) در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایشهای بعدی آن.

۷- تغییر ارزش نسبی تام و نیز جزء حرفه ای و جزء فنی تقریباً کلیه کد-خدماتهای کتاب ارزشهای نسبی امریکا.

۸- عدم اعمال بخش عمده فهرست تعدیل کننده های کتاب امریکا (HCPCS Modifiers List) و تنها اعمال برخی تعدیل کننده های جراحی و بیهوشی با برخی تغییرات.

۹- حذف شاخص هزینه های جغرافیایی عملیات (Geographic Practice Cost Index –GPCI) در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایشهای بعدی آن.

۱۰- حذف عامل خنثی سازی اثرات بودجه ای (Budget Neutrality factor-BNF) در الگوی اجرایی کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایشهای بعدی آن.

۱۱- فقدان یک سطح پرداخت مجاز<sup>۳</sup> برای تعیین میزان ریالی K (از طریق فرمول تعیین ارزش دلاری عامل تبدیل کننده (Conversion Factor-CF)). (براساس قوانین موجود خصوصاً بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، سطح پرداخت مجاز قاعداً باید مبتنی بر قیمت تمام شده خدمات و با در نظر گرفتن سایر شاخصهای اقتصادی کشور تعیین گردد.)

<sup>۱</sup> Work RVU

<sup>۲</sup> Practice exPense –PE RVU

<sup>۳</sup> Allowable Payment

۱۲- حذف دوره گلوبال پیگیری. یک دوره گلوبال پیگیری یک دوره زمانی است که با یک روش جراحی شروع می‌شود و در یک بازه زمانی بعد از عمل پایان می‌پذیرد. بسیاری از جراحی‌های یک دوره پیگیری دارند که در طی آن هزینه‌های مراقبت‌های بعد از عمل جراحی به صورت هزینه جراحی کلی در نظر گرفته شده و در آن دوره هزینه دیگری مازاد بر هزینه کلی جراحی از سوی مدیکیر پرداخت نمی‌گردد. این دوره پیگیری در کتاب "تعرفه‌های خدمات درمانی اعمال شایع مراکز بهداشتی درمانی" تحت عنوان روزهای پیگیری (Follow Up Days- FUD) وجود داشت؛ لیکن در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایش‌های بعدی آن حذف گردید.

۱۳- یکسان نمودن ارزش ریالی عامل تبدیلی (K) بیهوشی با جراحی و داخلی در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳)، در حالی که در امریکا، کد- خدمات بیهوشی، دارای فهرست CPT جداگانه‌ای بوده و عامل تبدیلی بیهوشی نیز جدا از عامل تبدیلی سایر خدمات و در حدود ۷۰٪ ارزش دلاری عامل تبدیلی کد-خدمات جراحی و داخلی تعیین گردیده است؛ نظیر نمونه زیر که در ادامه بیان شده است.

# Anesthesiology related CPT codes

**Anesthesia Business Consultants, LLC (ABC)** is the largest physician billing and practice management company specializing exclusively in the practice of anesthesia and pain management. ABC serves thousands of anesthesiologists and CRNAs nationwide with anesthesia billing software solutions.

## Head

00100 salivary gland  
00102 repair of cleft lip  
00103 blepharoplasty  
00104 electroshock  
00120 ear surgery  
00124 ear exam  
00126 tympanotomy  
00140 procedures on eye  
00142 lens surgery  
00144 corneal transplant  
00145 vitreoretinal surgery  
00147 iridectomy  
00148 eye exam  
00160 nose/sinus surgery  
00162 radical nose/sinus surgery  
00164 biopsy of nose  
00170 intraoral surgery  
00172 cleft palate repair  
00174 pharyngeal surgery  
00176 radical intraoral surgery  
00190 face/skull bone surg  
00192 radical facial bone/skull surgery  
00210 cranial surg  
00211 cran surg, hematoma  
00212 skull drainage  
00214 skull drainage  
00215 skull repair/fract  
00216 head vessel surgery  
00218 intracranial procedures in sitting position  
00220 cerebrospinal fluid shunting procedures  
00222 intracranial nerve surgery

## Neck

00300 head/neck/ptrunk  
00320 neck organ, 1 & over  
00322 biopsy of thyroid  
00326 larynx/trach, < 1 yr  
00350 neck vessel surgery  
00352 simple ligation neck vessel

## Thorax

00400 skin, ext/per/atruunk  
00402 surgery of breast  
00404 radical or modified radical breast surgery  
00406 radical or modified radical breast surgery w/ node dissection  
00410 correct heart rhythm  
00450 surgery of shoulder  
00454 collar bone biopsy  
00470 removal of rib  
00472 chest wall repair  
00474 radical surgery of ribs

## Intrathoracic

00500 esophageal surgery  
00520 closed chest procedures  
00522 chest lining biopsy  
00524 chest drainage  
00528 chest partition view w/o 1 lung vent  
00529 chest partition w/ 1 lung vent  
00530 pacemaker insertion  
00532 vascular access  
00534 cardioverter/defib  
00537 cardiac electrophys  
00539 trach-bronch reconst  
00540 chest surgery

00541 chest surgery utilizing one lung vent  
00542 release of lung  
00546 lung, chest wall surgery  
00548 trachea, bronchi surgery  
00550 sternal debridement  
00560 heart surgery w/o pump  
00561 heart surgery w/ pump < age 1  
00562 ansth heart surgery w/pmp age 1+  
00563 heart surgery w/arrest  
00566 cabg w/o pump  
00567 cabg w/pump  
00580 heart/lung transplant

## Spine/Spinal Cord

00600 cervical spine, cord surgery  
00604 cervical spine and cord surgery in sitting position  
00620 thoracic spine, cord surgery  
00625 thoracic spine, cord surgery transthoracic w/o 1 lung vent  
00626 thoracic spine, cord surgery transthoracic w 1 lung vent  
00630 lumbar spine, cord surgery  
00632 removal of nerves  
00635 lumbar puncture  
00640 spine manipulation or closed procedures on spine  
00670 extensive spine, cord surgery



شکل شماره ۱: نمونه از کدهای CPT آمریکا، که دارای کدهای خدمتی مجزایی برای خدمات بیهوشی هستند.

ارزش نسبی خدمات بیهوشی نیز، مبتنی بر کدینگ CPT بیهوشی، به صورت سالیانه و در سطح فدرال و ایالتی بازنگری می گردد؛ نظیر نمونه زیر که در ادامه بیان شده است.

جدول شماره ۱. نمونه از بازنگری کدهای CPT بیهوشی در سال ۲۰۱۹

**2019 Maryland Workers' Compensation Commission Medical Fee Guide  
Anesthesiology CPT<sup>®</sup> Codes, Base Units/Calculation**

Code	Units	Code	Units	Code	Units	Code	Units	Code	Units	Code	Units
00100	5	00520	6	00800	4	00950	5	01480	3	01852	4
00102	6	00522	4	00802	5	00952	4	01482	4	01860	3
00103	5	00524	4	00811	4	01112	5	01484	4	01916	5
00104	4	00528	8	00812	3	01120	6	01486	7	01920	7
00120	5	00529	11	00813	5	01130	3	01490	3	01922	7
00124	4	00530	4	00820	5	01140	15	01500	8	01924	5
00126	4	00532	4	00830	4	01150	10	01502	6	01925	7
00140	5	00534	7	00832	6	01160	4	01520	3	01926	8
00142	4	00537	7	00834	5	01170	8	01522	5	01930	5
00144	6	00539	18	00836	6	01173	12	01610	5	01931	7
00145	6	00540	12	00840	6	01200	4	01620	4	01932	6
00147	4	00541	15	00842	4	01202	4	01622	4	01933	7
00148	4	00542	15	00844	7	01210	6	01630	5	01935	5
00160	5	00546	15	00846	8	01212	10	01634	9	01936	5
00162	7	00548	17	00848	8	01214	8	01636	15	01951	3
00164	4	00550	10	00851	6	01215	10	01638	10	01952	5
00170	5	00560	15	00860	6	01220	4	01650	6	01953	1
00172	6	00561	25	00862	7	01230	6	01652	10	01958	5
00174	6	00562	20	00864	8	01232	5	01654	8	01960	5
00176	7	00563	25	00865	7	01234	8	01656	10	01961	7
00190	5	00566	25	00866	10	01250	4	01670	4	01962	8
00192	7	00567	18	00868	10	01260	3	01680	3	01963	8
00210	11	00580	20	00870	5	01270	8	01710	3		
00211	10	00600	10	00872	7	01272	4	01712	5	01965	4
00212	5	00604	13	00873	5	01274	6	01714	5	01966	4
00214	9	00620	10	00880	15	01320	4	01716	5	01967	5
00215	9	00625	13	00882	10	01340	4	01730	3	01968	2
00216	15	00626	15	00902	5	01360	5	01732	3	01969	5
00218	13	00630	8	00904	7	01380	3	01740	4	01990	7
00220	10	00632	7	00906	4	01382	3	01742	5	01991	3
00222	6	00635	4	00908	6	01390	3	01744	5	01992	5
00300	5	00640	3	00910	3	01392	4	01756	6	01996	3
00320	6	00670	13	00912	5	01400	4	01758	5	01999	0
00322	3	00700	4	00914	5	01402	7	01760	7		
00326	7	00702	4	00916	5	01404	5	01770	6		
00350	10	00730	5	00918	5	01420	3	01772	6		
00352	5	00731	5	00920	3	01430	3	01780	3		
00400	3	00732	6	00921	3	01432	6	01782	4		
00402	5	00750	4	00922	6	01440	8	01810	3		
00404	5	00752	6	00924	4	01442	8	01820	3		
00406	13	00754	7	00926	4	01444	8	01829	3		
00410	4	00756	7	00928	6	01462	3	01830	3		
00450	5	00770	15	00930	4	01464	3	01832	6		
00454	3	00790	7	00932	4	01470	3	01840	6		
00470	6	00792	13	00934	6	01472	5	01842	6		
00472	10	00794	8	00936	8	01474	5	01844	6		
00474	13	00796	30	00938	4			01850	3		
00500	15	00797	11	00940	3						
				00942	4						
				00944	6						
				00948	4						

ارزش دلاری CF بیهوشی در سال ۲۰۱۹، با افزایشی اندک نسبت به سال ۲۰۱۸ در جداولی به شرح نمونه زیر تعیین می گردد:

جدول شماره ۲. نمونه از بازنگری ارزش ریالی CF بیهوشی در سال ۲۰۱۹

Locality	National Anesthesia Conversion Factor 2018: 22.19	National Anesthesia Conversion Factor 2019: 22.27
Alabama	20.54	21.20
Alaska	30.57	30.99
Arizona	21.35	21.95
Arkansas	20.47	21.25
Bakersfield, CA	22.03	22.36
Chico, CA	21.97	22.29
El Centro, CA	21.98	22.30
Fresno, CA	21.97	22.29
Hanford-Corcoran, CA	21.97	22.30
Los Angeles-Long Beach-Anaheim (Los Angeles Cnty), CA	22.97	23.28
Los Angeles-Long Beach-Anaheim (Orange Cnty), CA	22.97	23.28
Madera, CA	21.97	22.29
Merced, CA	21.97	22.29
Modesto, CA	21.97	22.29
Napa, CA	23.03	23.39
Oxnard-Thousand Oaks-Ventura, CA	22.55	22.87
Redding, CA	21.97	22.29
Riverside-San Bernardino-Ontario, CA	22.16	22.56
Sacramento-Roseville-Arden-Arcade, CA	22.10	22.47
Salinas, CA	22.10	22.49
San Diego-Carlsbad, CA	22.11	22.50
San Francisco-Oakland-Hayward (Alameda/Contra Costa Cnty), CA	23.56	23.93
San Francisco-Oakland-Hayward (Marin Cnty), CA	23.56	23.69
San Francisco-Oakland-Hayward (San Francisco Cnty), CA	23.56	23.93
San Francisco-Oakland-Hayward (San Mateo Cnty), CA	23.56	23.93
San Jose-Sunnyvale-Santa Clara (San Benito Cnty), CA	22.65	23.34
San Jose-Sunnyvale-Santa Clara (Santa Clara Cnty), CA	23.74	24.13
San Luis Obispo-Paso Robles-Arroyo Grande, CA	21.99	22.32
Santa Cruz-Watsonville, CA	22.27	22.77
Santa Maria-Santa Barbara, CA	22.23	22.68
Santa Rosa, CA	22.15	22.55
Stockton-Lodi, CA	21.97	22.29
Vallejo-Fairfield, CA	23.03	23.39
Visalia-Porterville, CA	21.97	22.29
Yuba City, CA	21.97	22.29
Rest of California, CA	21.97	22.29
Colorado	22.09	22.39
Connecticut	23.16	23.38
DC + MD/VD Suburbs	23.89	24.13
Delaware	22.40	22.62
Fort Lauderdale, FL	22.98	23.40
Miami, FL	24.31	24.50
Rest of Florida	21.98	22.59

این در حالی است که ارزش دلاری CF سایر خدمات، با افزایش اندکی نسبت به سال ۲۰۱۸ (که ۳۵/۹۹ دلار بود) به ۳۶/۰۴ دلار رسیده است. هر خدمت بیهوشی دارای سه واحد خواهد بود:

☞ واحد پایه (Base Unit)

☞ واحد زمانی (Time Unit) که هر ۱۵ دقیقه به عنوان یک واحد زمانی در نظر گرفته می شود و

☞ واحد تعدیلی (Modifying Units)

محاسبه تعرفه بیهوشی بر اساس فرمول زیر خواهد بود:

تعرفه بیهوشی = واحد پایه + واحد زمانی + واحد تعدیلی X عامل تبدیلی (CF) بیهوشی

در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایشهای بعدی آن، کدهای پایه بیهوشی، عموماً از RVU بیهوشی امریکا اقتباس گردیده و واحد زمانی نیز بر پایه هر ۱۵ دقیقه ۱ واحد محاسبه می گردد؛ لکن بسیاری کدهای تعدیلی اعمال نمی گردد و ارزش ریالی عامل تبدیلی (CF) بیهوشی نیز همانند سایر خدمات طبی و جراحی است.

با در نظر گرفتن نکات فوق، عمده ترین چالشهای اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران (سال ۱۳۹۳) و ویرایشهای بعدی آن به شرح زیر است:

۱- کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت سال ۱۳۹۳ ایران، مبتنی بر تصمیمات و اعمال نظر برخی گروههای تخصصی، و نه همه آنها تدوین یافته است. تعداد واحدها (Units) خدمات و مداخلات سلامت در این کتاب، از طریق الگوی مبتنی بر منابع (Resource Based) به دست نیامده و در زمان تدوین این کتاب و در خصوص اکثر خدمات، قیمت دستمزد بازار سلامت بعنوان قیمت واقعی قلمداد شده و از تقسیم این مقدار بر مقدار ارزش ریالی عامل تبدیلی (K)، ضرایب خدمات بدست آمده و از این رو تعادل بین رشته ای و درون رشته ای موجود در کتاب اصلی ارزشهای نسبی از بین رفته است. در جدول زیر قیمت دستمزد جراح بابت چند عمل جراحی مبتنی بر Physician Fee Schedule سال ۲۰۱۹ امریکا و کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران مقایسه گردیده است:

جدول شماره ۳. مقایسه قیمت دستمزد جراح بابت چند عمل جراحی مبتنی بر Physician Fee Schedule آمریکا و کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در ایران - سال ۲۰۱۹

ردیف	عنوان عمل جراحی	A: دستمزد جراح مبتنی بر Physician Fee Schedule سال ۲۰۱۹ آمریکا (ریال ایران) (معادل سازی بر مبنای ۱ دلار آمریکا=۱۴۰,۰۰۰ ریال)	B: دستمزد جراح مبتنی بر کتاب ارزش نسبی ایران (ریال)	نسبت A/B
۱	کله سیستکتومی با لاپاروسکوپی	۹۶,۲۱۷,۱۸۹	۲۲,۱۱۱,۸۷۲	۴/۳۵
۲	آپاندکتومی	۹۳,۹۴۶,۷۲۵	۱۶,۸۶۴,۰۰۰	۵/۵۷
۳	تیروئیدکتومی توتال	۱۳۳,۵۵۳,۶۹۷	۲۷,۷۴۴,۰۰۰	۴/۸
۴	ماستکتومی رادیکال مدیفیه	۱۷۴,۶۲۳,۸۵۵	۲۴,۴۸۰,۰۰۰	۷/۱۳
۵	ورتروپلاستی با تزریق	۳۰,۲۲۲,۳۸۹	۴۴,۶۸۰,۰۰۰	۰/۶۷
۶	لامینکتومی، فاستکتومی، فورامینوتومی کمری	۱۶۱,۳۰۳,۸۰۴	۲۹,۳۵۵,۰۰۰	۵/۵

لازم به تذکر است براساس آخرین داده های بانک جهانی در سال ۲۰۱۸، GDP per Capita در آمریکا حدود ۵۳۱۲۹ دلار و در ایران حدود ۶۹۴۷ دلار بوده و نسبت GDP per Capita آمریکا به ایران معادل ۷/۶۵ می باشد و منطقی است اگر چنین نسبتی را بین دستمزدها در ایران و آمریکا نیز برقرار سازیم. این در حالی است که دستمزد پزشکان در ایالات متحده، کماکان بسیار بالاتر از میانگین دستمزد پزشکان در اتحادیه اروپا، ژاپن و کره جنوبی است.

۲- تغییر نسبت جزء حرفه ای به جزء فنی در حدود ۲۰ درصد کدها و تک کده شدن کدها در بیش از ۸۰ درصد کدها و بند دوم کد تعدیلی ۲۷- کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ویرایش سال ۱۳۹۳ و ویرایشهای بعدی آن.

این اقدام که موجب تغییر نسبت جزء حرفه ای به جزء فنی شده است و در کد- خدماتهای طب و جراحی که ارزش نسبی آنها به دو جزء حرفه ای و فنی تقسیم گردیده و کمتر از ۲۰ درصد کدهای کتاب ارزش نسبی را تشکیل می دهند از ۵۵٪ / ۴۵٪ در کتاب اصلی به ۷۰٪ / ۳۰٪ و تغییر نسبت جزء حرفه ای به جزء فنی در بیش از ۸۰ درصد کد- خدماتهای طب و جراحی که تنها یک ارزش نسبی داشته و مشمول کد تعدیلی ۲۷- کتاب ارزش نسبی می گردند از ۵۵٪ / ۴۵٪ در کتاب اصلی به ۷۲٪ / ۲۸٪ در بخش دولتی و ۸۰٪ / ۲۰٪ در بخش خصوصی در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ویرایش سال ۱۳۹۳ و ویرایشهای بعدی آن است که موجب می شود سهم دستمزد از درآمد کل بیمارستانهای خصوصی از ۵۵ درصد ماقبل از سال ۱۳۹۳ به ۸۰ درصد در این کتاب افزایش یابد و سهم

Practice expense –PE RVU که مشتمل بر هزینه های پرسنلی (غیر ارائه دهنده-پزشک) و هزینه های فضای کاری و تجهیزات است از ۴۵ درصد قبل از سال ۱۳۹۳ به حدود ۲۰ درصد کاهش یافته و در نتیجه منابع بیمارستانهای خصوصی برای تامین هزینه های پرسنل غیرپزشک و نیز ملزومات و تجهیزات ناکافی بوده و گردش مالی بیمارستان مختل می گردد.

۳- ادغام بسیاری از کد-خدمتهای موجود در ارزش نسبی اصلی و کاهش تعداد کد-خدمتها از حدود ۱۶۶۰۰ کد-خدمت در ارزش نسبی اصلی به حدود ۶۰۰۰ کد-خدمت در ارزش نسبی سال ۱۳۹۳ ایران، موجب گردیده تا بسیاری از خدماتی که فاقد پیچیدگی بوده اند نیز با ارزش بالاتری محاسبه گردند و از طرف دیگر با تغییر مبنای کدینگ ارزش نسبی اصلی، از مبنای کدینگ ۵ رقمی مبتنی بر CPT و HCPCS به کدینگ شش رقمی موسوم به کدینگ ملی تغییر یافته و از این منظر، دیگر هزینه خدمات مبتنی بر این نظام کدینگ با هیچیک از مطالعات علمی بین المللی قابل مقایسه نبوده و در میان مدت و بلند مدت، موجب آسیب جبران ناپذیری به پژوهشهای مرتبط با این حوزه خواهد گردید.

۴- در نسخه ۱۳۹۳ کتاب ارزش نسبی جمهوری اسلامی ایران، کماکان خدمات ویزیت و مدیریت بیماری (E&M)، مورد غفلت واقع شده و کتاب موجود نیز موجب تحریک عرضه خدمات جراحی و پرهزینه و بالمآل ایجاد تقاضای القایی می گردد.

۵- هرچند نسخه جدید ارزش نسبی سال ۱۳۹۳ شامل معیارهای مختلفی برای محاسبه ارزش کلیه خدمات است. با این حال، سطح مهارت، تجربیات و مهارتهای پزشکان در محاسبه هزینه خدمات در نظر گرفته نمی شود.

۶- ارزش دلاری (و ریالی) واحدهای بیهوشی در کتاب اصلی ارزش نسبی ایالات متحده و نیز کتاب تعرفه خدمات شایع مراکز بهداشتی- درمانی، موسوم به کتاب کالیفرنیا که قبل از سال ۱۳۹۳ در نظام سلامت ایران اعمال می گردید، ۷۰ درصد ارزش دلاری (و ریالی) کتاب ارزش نسبی سال ۱۳۹۳ و بعد از آن است و این یکسان سازی فاقد هرگونه شواهد علمی معتبر است.

۷- ارزش ریالی واحد ارزش نسبی خدمات سلامت در ایران، در بخش جزء حرفه ای، مبتنی بر منابع (Resource based) و یکسان در بخش دولتی و غیردولتی نبوده و در بخش جزء فنی نیز مبتنی بر ارزش افزوده نمی باشد و از این منظر نیز در تعارض با قوانین موجود است.

## جمع بندی

الگوی ارزش نسبی، الگویی مناسب برای متعادل نمودن دستمزد ارائه دهندگان مستقیم و سایر عناصر دخیل در ارائه مراقبتهای سلامت است. با توجه به سابقه نسبتاً طولانی اجرای این الگو در نظام سلامت ایران، تداوم استفاده از آن بطور کلی توصیه می گردد؛ لکن ضروریست در اولین گام، کتاب کنونی ویرایش ۱۳۹۳ و ویرایشهای بعدی آن، با ترجمه اصیل آخرین ویرایش ارزش نسبی اصلی جایگزین گردد و در گام بعدی، با مشارکت کلیه انجمنهای تخصصی و ذینفعان نظام سلامت و مبتنی بر متدولوژی و شواهد علمی معتبر، به تدریج واحدهای خدمات سلامت بر مبنای منابع مصرف شده برای تولید هر خدمت در ایران، بومی سازی و اصلاح گردد.

## منابع

- کوهی، فرهاد. بیست سال تعرفه گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران. تهران. انتشارات علمی و فرهنگی، سازمان تأمین اجتماعی. ۱۳۹۴.
- علی حسن زاده، سعیده فخیم. مروری بر مبانی تعرفه گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره ۲۶ و ۲۷.
- Doshmangir, Leila, Arash Rashidian, Farhad Kouhi, and Vladimir S. Gordeev. Setting Health Care Services Tariffs in Iran: Half a Century Quest for a Window of Opportunity. 2020.
- Aryankhesal, Aidin, Ahmad Meydari, Seyran Naghdi, Hesam Ghiasvand, and Yousef Baghri. Pitfalls of revising physicians' relative value units (RVUs) in Iran: a qualitative study on medical practitioners' perspective. Health Scope 7, no. S (2018): e63140.

خواهشمند است به منظور افزایش غنی و اعتبار علمی ویرایش های بعدی، نظرات ارزشمند خود را از طریق نشانی زیر با ما در میان بگذارید:

[nchir@ihio.gov.ir](mailto:nchir@ihio.gov.ir)

کلیه حقوق متعلق به مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت می باشد و استفاده از مطالب با ذکر منبع بلامانع است.