

محاسبه هزینه تمام شده خدمت ویزیت پزشکان عمومی در ایران در سال ۱۴۰۳

علیرضا درودی^۱، علی اکبری ساری^۲، رجبعلی درودی^{۳*}

۱- استادیار اقتصاد سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 ۲- استاد سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۳- دانشیار اقتصاد سلامت، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: تهران، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت.

پست الکترونیک: rdaroudi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۸

چکیده

مقدمه: تعرفه گذاری خدمات سلامت از ابزارهای کلیدی سیاست گذاری در نظام سلامت است که بر عدالت، کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات تأثیر می گذارد. این مطالعه با هدف محاسبه هزینه تمام شده خدمت ویزیت پزشکان عمومی در ایران در سال ۱۴۰۳ انجام شد. **روش کار:** در این مطالعه مقطعی از روش هزینه یابی پایین به بالا استفاده شد. منابع مورد نیاز برای ارائه خدمت ویزیت در مطب پزشکان عمومی با استفاده از استانداردها و مصاحبه با پزشکان عمومی (۲۰ نفر) شناسایی و اندازه گیری شد، سپس این منابع با توجه به قیمت های بازار ارزش گذاری گردید. متوسط هزینه های مطب در هر ماه به تفکیک نوع هزینه برآورد گردید. متوسط درآمد مورد انتظار پزشک عمومی در هر ماه با استفاده از داده های هزینه-درآمد خانوار برآورد گردید. از مجموع هزینه های مطب و درآمد مورد انتظار پزشک، درآمد مورد انتظار مطب در هر ماه محاسبه شد. در نهایت از تقسیم درآمد مورد انتظار مطب در هر ماه بر تعداد ویزیت مورد انتظار، هزینه به ازای هر ویزیت برآورد گردید. **یافته ها:** هزینه تمام شده هر ویزیت برای تهران (۲۶۴،۲۸۱ ریال) و برای کل کشور (۱،۴۲۱،۹۸۶ ریال) در سال ۱۴۰۳ برآورد شد. سهم حق الزحمه حرفه ای پزشک حدود ۵۰٪ از کل هزینه بود. هزینه های سربار مطب حدود ۴۰٪ و مالیات بر درآمد ۱۰-۹٪ از کل درآمد مورد انتظار مطب را تشکیل می داد.

نتیجه گیری: بین تعرفه جاری و هزینه تمام شده واقعی ویزیت شکاف وجود دارد. این شکاف می تواند بر انگیزه پزشکان، دسترسی به خدمات و کیفیت ارائه خدمت تأثیر منفی بگذارد. یافته های این مطالعه می تواند مبنای علمی برای تعیین تعرفه های عادلانه و مبتنی بر شواهد فراهم کند

واژگان کلیدی: هزینه تمام شده، ویزیت پزشک عمومی، تعرفه خدمات سلامت، ایران

مقدمه

می توانند رفتار ارائه دهندگان خدمات، انتخاب های بیماران، کارایی نظام سلامت و در نهایت پیامدهای سلامت را تحت تأثیر قرار دهند [۲، ۳].

در این میان، خدمات سطح اول و به ویژه ویزیت پزشکان عمومی، به عنوان سنگ بنای نظام سلامت و نقطه اول تماس بیماران، از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۴]. دسترسی

تعرفه گذاری عادلانه و مبتنی بر شواهد برای خدمات سلامت، یکی از ارکان اساسی اعمال «تولیت» مؤثر توسط حکومت ها و تضمین دسترسی عادلانه به مراقبت های باکیفیت است [۱]. این تعرفه ها نه تنها به عنوان یک ابزار پرداخت، بلکه به عنوان یک اهرم قدرتمند سیاستی عمل می کنند که

استفاده شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی مطب‌های پزشکان عمومی در مناطق شهری ایران بود. به دلیل ناهمگونی هزینه‌ها در مناطق مختلف جغرافیایی، مناطق شهری به دو دسته تهران و سایر شهرها تقسیم شدند. منابع مورد نیاز بر اساس استانداردهای وزارت بهداشت (۱۵-۱۷) و مصاحبه با نمونه‌ای از پزشکان عمومی شناسایی و اندازه‌گیری شد. ارزش‌گذاری منابع با استفاده از قیمت‌های بازار و روش درآمد هدف (بر مبنای دهک نهم درآمدی) انجام شد. هزینه‌ها شامل استهلاک ساختمان و تجهیزات، مواد مصرفی، پرسنلی، انرژی و هزینه‌های جاری پزشک بود. تعداد ویزیت ماهانه بر اساس استانداردهای زمان ویزیت و داده‌های بیمه‌ای محاسبه شد. مراحل شناسایی، اندازه‌گیری و ارزش‌گذاری منابع مورد نیاز برای ارائه خدمت ویزیت، مطابق با استانداردهای هزینه‌یابی خدمات سلامت به شرح زیر انجام شد:

۱. شناسایی منابع: فهرست کاملی از منابع مورد نیاز (نیروی انسانی، فضای فیزیکی، تجهیزات، مواد مصرفی) با استفاده از استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۲۰ پزشک عمومی (به روش نمونه‌گیری هدفمند) تهیه شد.
 ۲. اندازه‌گیری منابع: مقدار هر منبع مورد استفاده (مانند مترائ مطب، ساعت کار پزشک و منشی، تعداد مصرف مواد) بر اساس استانداردهای وزارت بهداشت و میانگین گزارش شده توسط پزشکان مصاحبه شونده، اندازه‌گیری گردید.
 ۳. ارزش‌گذاری منابع: ارزش پولی منابع با استفاده از قیمت‌های بازار در سال ۱۴۰۳ محاسبه شد. قیمت تجهیزات و مواد مصرفی از بازار استعلام شد. هزینه اجاره‌بها بر اساس گزارش‌های بانک مرکزی از قیمت مسکن و عرف بازار (ضریب تبدیل رهن به اجاره) محاسبه گردید. حقوق منشی مطابق با حداقل حقوق قانون کار مصوب شورای عالی کار در سال ۱۴۰۳ در نظر گرفته شد.
- در این مطالعه محاسبه بهای تمام شده هر ویزیت در طی چند مرحله به شرح زیر برآورد گردید:

مرحله اول: محاسبه متوسط هزینه‌های هر مطب در یک ماه

متوسط هزینه‌های مطب در هر ماه به تفکیک زیر برآورد گردید:

۱. هزینه اجاره بهای ساختمان: برای محاسبه هزینه اجاره بهای مطب پزشک عمومی از رابطه زیر استفاده شد:

به این خدمات با قیمتی مناسب، نقش کلیدی در ارتقای سلامت جامعه، پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش هزینه‌های سنگین مراقبت‌های ثانویه و سوم دارد [۵]. با این حال، چالش همیشگی، یافتن نقطه تعادلی برای تعرفه این خدمات است که از یک سو انگیزه کافی برای ارائه‌دهندگان ایجاد کند و از سوی دیگر، برای بیماران و نظام مالی سلامت، مقرون به صرفه باشد [۶].

در بسیاری از کشورها، محاسبه دقیق «هزینه تمام‌شده» به عنوان پایه‌ای علمی و شفاف برای مذاکرات تعرفه‌ای بین پرداخت کنندگان (بیمه‌ها) و ارائه‌دهندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد [۷]. روش‌های استاندارد می‌مانند «هزینه‌یابی پایین به بالا» این امکان را فراهم می‌کنند که تمامی نهادهای مستقیم و غیرمستقیم درگیر در تولید یک خدمت شناسایی، اندازه‌گیری و ارزش‌گذاری شوند [۸].

در ایران، علی‌رغم تأکید قوانین بالادستی بر لزوم تعیین تعرفه‌ها بر مبنای هزینه تمام‌شده، در عمل، این امر به ندرت و به صورت جامع محقق شده است [۹]. نظام تعرفه‌گذاری موجود عمدتاً بر اساس تطبیق تعرفه‌های سال گذشته با نرخ تورم عمومی عمل می‌کند [۱۰]. این رویکرد، به‌ویژه در شرایط تورم شدید و نوسانات اقتصادی، منجر به ایجاد شکاف فزاینده‌ای بین هزینه‌های واقعی ارائه خدمات و تعرفه‌های مصوب شده است [۱۱]. مطالعات پیشین در ایران عمدتاً بر محاسبه هزینه خدمات در بیمارستان‌ها یا مراکز دولتی متمرکز بوده‌اند [۱۲، ۱۳] و شکاف دانشی در مورد هزینه تمام‌شده خدمات در مطب‌های خصوصی، که بخش عمده‌ای از بار ارائه خدمات سرپایی را بر عهده دارند، وجود دارد.

این شکاف می‌تواند به کاهش انگیزه پزشکان برای فعالیت در بخش خصوصی، کاهش کیفیت خدمات، افزایش تمایل به ارجاع‌های غیرضروری و تقاضای القایی برای خدمات پردرآمدتر، و در نهایت، تضعیف دسترسی و عدالت در سلامت بینجامد [۶، ۱۴]. بنابراین، انجام مطالعات دقیق برای برآورد هزینه واقعی ارائه خدمات، نه تنها یک ضرورت علمی، بلکه یک نیاز فوری برای سیاست‌گذاری است. لذا این مطالعه با استفاده از یک روش استاندارد هزینه‌یابی، به محاسبه هزینه تمام‌شده خدمت ویزیت پزشکان عمومی در ایران در سال ۱۴۰۳ در بخش خصوصی می‌پردازد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی از روش هزینه‌یابی پایین به بالا

تعداد مصرف در قیمت هر کدام از مواد مصرفی، هزینه مواد مصرفی در ماه محاسبه شد.

۴. هزینه‌های مصرف انرژی، دفع پسماند و نظافت مطب: این هزینه‌ها نیز از طریق مصاحبه با تعدادی از پزشکان عمومی برآورد گردید.

۵. هزینه‌های پرسنلی: هزینه پرسنلی مطب شامل هزینه منشی است. در این مطالعه، هزینه منشی مطب معادل حداقل حقوق قانون کار در سال ۱۴۰۳ تعیین گردید. لازم به ذکر است که برای محاسبه حقوق کامل، کمک هزینه بن کارگری، مسکن، عیدی و پاداش، سنوات خدمت، و ۲۳ درصد حق بیمه تأمین اجتماعی سهم کارفرما و بیکاری نیز محاسبه شد.

۶. هزینه‌های جاری پزشک: این هزینه‌ها شامل هزینه شرکت در دوره‌های بازآموزی و کنگره‌ها، صدور و تمدید مجوز، بیمه مسئولیت، حق عضویت در انجمن‌های علمی و صنفی می‌شود. هزینه‌های مربوط به صدور و تمدید مجوز و عضویت در انجمن‌ها براساس تعرفه‌های اعلام شده از سوی سازمان نظام پزشکی در سال ۱۴۰۳ محاسبه شد. هزینه بیمه مسئولیت پزشکان عمومی نیز از سامانه جامع بیمه پزشکان کشور استعلام شد. هزینه‌های شرکت در دوره‌های بازآموزی و کنگره‌ها نیز از طریق مصاحبه با پزشکان برآورد گردید.

مرحله دوم: محاسبه متوسط درآمد مورد انتظار پزشک در هر ماه

مهم‌ترین منبع استفاده شده برای خدمت ویزیت، زمان صرف شده بوسیله پزشک است که تعیین ارزش پولی آن با استفاده از قیمت‌های بازاری به راحتی امکان پذیر نیست و لازم است از روش‌های جایگزین برای ارزش‌گذاری آن استفاده شود. یکی از روش‌های جایگزین برای ارزش‌گذاری زمان صرف شده توسط پزشک، استفاده از روش درآمد هدف است. با این حال در این روش ما یک درآمد مشخص را به عنوان درآمد هدف پزشکان عمومی تعیین می‌کنیم و سپس براساس درآمد هدف مورد نظر ارزش زمان صرف شده توسط پزشک تعیین می‌شود. درآمد هدف، درآمدی است که ما انتظار داریم پزشکان عمومی در هر سال یا ماه با آن دست پیدا کنند. در این مطالعه، از روش درآمد هدف برای ارزش‌گذاری زمان پزشکان عمومی استفاده شد. تعیین درآمد هدف پزشکان عمومی در سال ۱۴۰۳ از طریق تعیین دهک درآمدی یا مخارج مناسب برای پزشکان تعیین شد. برای تعیین دهک درآمدی یا مخارج برای

هزینه اجاره بهای ساختمان مطب = مساحت مطب * متوسط قیمت هر متر مربع زمین مسکونی * ضریب تبدیل ارزش اعیان به رهن * ضریب تبدیل رهن به اجاره بها
مساحت فضای فیزیکی مورد نیاز مطب براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶۰ متر مربع در نظر گرفته شد. براساس گزارش بانک مرکزی متوسط قیمت هر متر مربع زمین مسکونی در شهر تهران در مردادماه سال ۱۴۰۳ معادل ۸۸۵ میلیون ریال بوده است [۱۸]. برای کل سال ۱۴۰۳ متوسط قیمت هر متر مربع زمین مسکونی در شهر تهران و متوسط کشور به ترتیب ۹۰۰ و ۲۲۵ میلیون ریال محاسبه گردیده است. ضریب تبدیل متوسط قیمت هر متر مربع زمین مسکونی در شهر تهران به کل کشور ۲۵ درصد، ضریب تبدیل ارزش اعیان به رهن براساس عرف بازار برابر ۱۶,۶۷ درصد، ضریب تبدیل رهن به اجاره بها ۳ درصد در نظر گرفته شد.

۲. هزینه استهلاک تجهیزات: برای محاسبه هزینه استهلاک تجهیزات، ابتدا لیست کامل تجهیزات اداری و طبی مطب براساس استانداردهای وزارت بهداشت تهیه شد. سپس با توجه به قیمت‌های روز، ارزش ریالی تجهیزات اداری و طبی مطب برآورد گردید. در این مطالعه فقط تجهیزات مورد نیاز برای ارائه خدمت ویزیت در نظر گرفته شده است. به عنوان مثال اگرچه ممکن است در بسیاری از مطب‌ها تجهیزات مربوط به تزریقات و پانسمان هم وجود داشته باشد، اما بدلیل اینکه این خدمات تعرفه جداگانه دارند، در این مطالعه هزینه مربوط به این نوع تجهیزات محاسبه نشد. پس از محاسبه ارزش ریالی تجهیزات، برای محاسبه هزینه استهلاک تجهیزات از رابطه زیر [۸] استفاده شد.

$$K = E \frac{1 - (1 + r)^{-n}}{r}$$

در این رابطه K معرف ارزش کل تجهیزات مطب، E معرف هزینه استهلاک سالیانه تجهیزات، r معرف نرخ سود سرمایه و n معرف عمر مفید تجهیزات است. نرخ سود سرمایه معادل ۲۰ درصد در نظر گرفته شد.

۳. هزینه مواد مصرفی عمومی و اختصاصی: برای محاسبه هزینه مواد مصرفی عمومی و اختصاصی نیز ابتدا لیست مواد مصرفی تهیه شد، سپس از طریق مصاحبه با تعدادی از پزشکان عمومی، متوسط تعداد مصرف در هرماه برای هر ماده مصرفی محاسبه شد و در نهایت از طریق ضرب

مرحله پنجم: محاسبه هزینه تمام شده هر ویزیت

برای محاسبه هزینه تمام شده هر ویزیت درآمد مورد انتظار مطب در ماه بر تعداد مورد انتظار ویزیت در ماه تقسیم شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ بهای تمام شده خدمت ویزیت پزشک عمومی در سال ۱۴۰۳ در کشور ارائه شده است. براساس محاسبات انجام شده، درآمد مورد انتظار پزشک عمومی در کشور (با فرض درآمد مورد انتظار دهک ۹) در هر ماه ۴۲۹,۳۷۶,۶۷۴ ریال و متوسط هزینه‌های مطب پزشک عمومی در کشور در هر ماه ۳۴۴,۴۷۵,۷۵۰ ریال برآورد شد. لذا با احتساب این هزینه‌ها و مالیات بر درآمد، درآمد مورد انتظار مطب پزشک عمومی در کشور در هر ماه ۸۵۶,۰۳۵,۳۱۷ ریال برآورد گردید. با فرض ۶۰۲ بیمار در هر ماه، متوسط بهای تمام شده خدمت ویزیت پزشک عمومی در سال ۱۴۰۳ در کشور ۱,۴۲۱,۹۸۶ ریال محاسبه شد. حق الزحمه پزشک (جزء حرفه ای ارائه خدمت) حدود ۵۰ درصد بهای تمام شده ویزیت را به خود اختصاص داد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، حق الزحمه پزشک (درآمد هدف) با سهم حدود ۵۰٪، بزرگ‌ترین جزء هزینه را تشکیل می‌دهد. پس از آن، هزینه‌های سربار مطب (با سهم ۴۰.۲۴٪) و مالیات (با سهم ۹٪) قرار دارند.

در جدول شماره ۲ بهای تمام شده خدمت ویزیت پزشک عمومی در سال ۱۴۰۳ در شهر تهران ارائه شده است. براساس محاسبات انجام شده، درآمد مورد انتظار پزشک عمومی در شهر تهران (با فرض درآمد مورد انتظار دهک ۹) در هر ماه ۶۸۷,۸۴۱,۹۹۳ ریال و متوسط هزینه‌های مطب پزشک عمومی در شهر تهران در هر ماه ۵۴۶,۹۷۵,۷۵۰ ریال برآورد شد. لذا با احتساب این هزینه‌ها و مالیات بر درآمد، درآمد مورد انتظار مطب پزشک عمومی در شهر تهران در هر ماه ۱,۳۶۳,۰۹۷,۱۶۷ ریال برآورد گردید. با فرض ۶۰۲ بیمار در هر ماه، متوسط بهای تمام شده خدمت ویزیت پزشک عمومی در سال ۱۴۰۳ در شهر تهران ۲,۲۶۴,۲۸۱ ریال محاسبه شد. حق الزحمه پزشک (جزء حرفه ای ارائه خدمت) حدود ۵۰ درصد بهای تمام شده ویزیت را به خود اختصاص داد.

هزینه تمام‌شده هر ویزیت در سال ۱۴۰۳ در تهران ۲,۲۶۴,۲۸۱ ریال و در کل کشور ۱,۴۲۱,۹۸۶ ریال برآورد شد. هزینه تمام‌شده در تهران به دلیل تفاوت در قیمت مسکن و اجاره بها، حدوداً ۱.۶ برابر متوسط کشوری است.

پزشکان عمومی جلسه‌ای با حضور ذی‌نفعان مختلف تشکیل شد و از طریق اجماع نظرات، مناسب‌ترین دهک برای پزشکان عمومی تعیین شد. سپس اطلاعات هزینه-درآمد دهک مورد نظر از پیمایش‌های هزینه-درآمد خانوار که همه ساله توسط مرکز آمار ایران انجام می‌شود، استخراج شد.

مرحله سوم: محاسبه متوسط درآمد مورد انتظار مطب در هر ماه

از مجموع درآمد مورد انتظار پزشک در هر ماه و مجموع هزینه‌های مطب در هر ماه، متوسط درآمد مورد انتظار مطب در هر ماه با لحاظ کردن مالیات بر درآمد محاسبه شد.

مرحله چهارم: برآورد تعداد ویزیت مورد انتظار

پس از تعیین درآمد مورد انتظار مطب پزشکان عمومی، لازم است متوسط تعداد ویزیت در ماه (و یا روز) تعیین شده و سپس از تقسیم هزینه یا درآمد مورد انتظار مطب در هر ماه (یا روز) به تعداد ویزیت‌ها در هر ماه (یا روز)، هزینه به ازای هر ویزیت به تفکیک نوع هزینه محاسبه شود. به منظور تعیین متوسط تعداد ویزیت در هر ماه از دو روش استاندارد و واقعی استفاده شد. در روش استاندارد فرض می‌شود تعداد کافی بیمار در جامعه وجود دارد و بیماران به طور مساوی در بین پزشکان عمومی توزیع می‌شوند. بر این اساس با توجه به تعداد روزهای کاری استاندارد و ساعات کار مفید یک پزشک عمومی در یک روز و همچنین مدت زمان استاندارد ویزیت یک بیمار، تعداد بیمار تعیین خواهد شد. به عنوان مثال ممکن است با لحاظ روزهای تعطیل انتظار داشته باشیم پزشکان ۲۳ روز در ماه کار کنند و هر روز ۶ ساعت زمان صرف ویزیت بیماران کنند و هر ویزیت براساس استاندارد ۱۵ دقیقه زمان نیاز داشته باشد، لذا تعداد استاندارد ویزیت در ماه و روز به ترتیب ۵۵۲ و ۲۴ خواهد بود. لذا با تقسیم متوسط هزینه‌های ماهیانه بر تعداد استاندارد بیماران در ماه هزینه به ازای هر ویزیت محاسبه شد.

برای محاسبه تعداد ویزیت‌ها با استفاده از روش واقعی از داده‌های بیمه‌های پایه سلامت از قبیل سازمان بیمه سلامت و سازمان بیمه تامین اجتماعی استفاده شد. در این رویکرد براساس تعداد پزشکان طرف قرار داد بیمه‌ها و تعداد نسخ ارسال شده برای آنها متوسط تعداد ویزیت به ازای هر پزشک در هر روز تعیین شد.

جدول ۱- بهای تمام شده خدمت ویزیت پزشک عمومی در کشور در سال ۱۴۰۳

درصد از کل	متوسط هزینه در ماه (ریال)	آیتم هزینه	
۷۸۹	۶۷,۵۰۰,۰۰۰	استهلاک ساختمان	
۶۰۸	۵۲,۰۳۲,۱۲۸	استهلاک تجهیزات	
۵۰۹۴	۵۰,۸۷۰,۵۲۳	هزینه مواد مصرفی مطب پزشک عمومی	هزینه های مطب
۳۰۱۱	۲۶,۵۸۵,۷۵۵	هزینه انرژی، عوارض شهرداری، دفع پسماند و نظافت مطب	
۱۷۰۳۳	۱۴۷,۴۸۷,۳۴۳	هزینه منشی مطب پزشک عمومی	
۴۰۰۳۴	۳۴۴,۴۷۵,۷۵۰	مجموع هزینه های مطب	
۰۰۵۱	۴,۳۶۱,۵۰۰	هزینه های جاری پزشک (شرکت در دوره های بازآموزی و کنگره ها، عضویت در انجمن ها، صدور و تمدید مجوز، بیمه مسئولیت)	هزینه ها و درآمد مورد انتظار پزشک
۵۰۰۱۶	۴۲۹,۳۷۶,۶۷۴	درآمد مورد انتظار پزشک عمومی (با فرض درآمد دهک نهم)	
۹	۷۷,۸۲۱,۳۹۲	مالیات بر درآمد مطب (۱۰ درصد)	
۱۰۰	۸۵۶,۰۳۵,۳۱۷	مجموع درآمد مورد انتظار مطب	
	۶۰۲	تعداد خدمت ویزیت در ماه (۴*۷*۲۱.۵)	
	۱,۴۲۱,۹۸۶	هزینه به ازای هر خدمت ویزیت	

جدول ۲- بهای تمام شده خدمت ویزیت پزشک عمومی در شهر تهران در سال ۱۴۰۳

درصد از کل	متوسط هزینه در ماه (ریال)	آیتم هزینه	
۱۹۸۱	۲۷۰,۰۰۰,۰۰۰	استهلاک ساختمان	
۳۸۲	۵۲,۰۳۲,۱۲۸	استهلاک تجهیزات	
۳۰۷۳	۵۰,۸۷۰,۵۲۳	هزینه مواد مصرفی مطب پزشک عمومی	هزینه های مطب
۱۰۹۵	۲۶,۵۸۵,۷۵۵	هزینه انرژی، عوارض شهرداری، دفع پسماند و نظافت مطب	
۱۰۸۲	۱۴۷,۴۸۷,۳۴۳	هزینه منشی مطب پزشک عمومی	
۴۰۰۱۳	۵۴۶,۹۷۵,۷۵۰	مجموع هزینه های مطب	
۰۰۳۲	۴,۳۶۱,۵۰۰	هزینه های جاری پزشک (شرکت در دوره های بازآموزی و کنگره ها، عضویت در انجمن ها، صدور و تمدید مجوز، بیمه مسئولیت)	هزینه ها و درآمد مورد انتظار پزشک
۵۰۰۴۶	۶۱۷,۸۴۱,۹۹۳	درآمد مورد انتظار پزشک عمومی (با فرض درآمد دهک نهم)	
۹	۱۲۳,۹۱۷,۹۲۴	مالیات بر درآمد مطب (۱۰ درصد)	
۱۰۰	۱,۳۶۳,۰۹۷,۱۶۷	مجموع درآمد مورد انتظار مطب	
	۶۰۲	تعداد خدمت ویزیت در ماه (۴*۷*۲۱.۵)	
	۲,۲۶۴,۲۸۱	هزینه به ازای هر خدمت ویزیت	

بحث

منعکس شده است. نادیده گرفتن این تفاوت‌های منطقه‌ای در تعرفه‌گذاری یکسان، می‌تواند به جابجایی نامتعادل نیروی کار دامن بزند. ضمن اینکه باید خاطرنشان کرد، پزشکان مستقر در تهران از دسترسی به حجم بیشتر بیماران برخوردارند که این خود می‌تواند تا حدی توجیه‌کننده شکاف هزینه‌ای شناسایی شده بین پایتخت و سایر مناطق باشد. همچنین باید از پزشکان برای خدمت کردن در سایر شهرها نسبت به تهران حمایت کرد و انگیزه کافی را بر آنها ایجاد کرد.

یافته‌ها به وضوح نشان می‌دهد که تعدیل تعرفه ویزیت پزشکان عمومی بر مبنای نرخ تورم به تنهایی قادر به پوشش هزینه‌های واقعی نیست و یک بازنگری اساسی مبتنی بر محاسبات هزینه تمام‌شده ضروری است.

بر این اساس پیشنهاد می‌شود که تعرفه خدمت ویزیت پزشک عمومی بر اساس یافته‌های این مطالعه و با در نظر گرفتن تفاوت‌های منطقه‌ای تعدیل شود، تشکیل یک دپارتمان مستقل هزینه‌یابی در وزارت بهداشت یا سازمان بیمه سلامت برای به‌روزرسانی مداوم هزینه تمام‌شده خدمات مختلف، انتشار عمومی گزارش‌های هزینه تمام‌شده برای ایجاد درک مشترک بین همه ذی‌نفعان (پزشکان، بیمه‌ها، بیماران و سیاست‌گذاران) و مطالعات بعدی برای بررسی تأثیر افزایش تعرفه بر رفتار پزشکان، دسترسی بیماران و تعادل مالی صندوق‌های بیمه‌ای انجام شود.

نتیجه‌گیری

محاسبه هزینه تمام‌شده خدمات سلامت ابزار ضروری برای تعرفه‌گذاری عادلانه و مبتنی بر شواهد است. نتایج این مطالعه می‌تواند مبنای علمی برای تعدیل تعرفه ویزیت پزشکان عمومی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و نهادهای بیمه‌گر از این یافته‌ها در فرآیند تعیین تعرفه استفاده کرده و مطالعات مشابه برای سایر خدمات سلامت نیز انجام شود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

یافته‌های این مطالعه دارای کاربردهای مستقیم و حیاتی در سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران است. نخست، این یافته‌ها می‌تواند مبنای علمی برای بازنگری اساسی در نظام تعرفه‌گذاری و جایگزینی روش تعدیل تورمی با یک نظام تعرفه‌گذاری مبتنی بر هزینه تمام‌شده و تفکیک جغرافیایی باشد تا شکاف موجود بین تعرفه‌های مصوب و

تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از ابزارهای کلیدی سیاست‌گذاری در نظام سلامت است که بر عدالت، کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات تأثیر می‌گذارد، لذا این مطالعه با هدف محاسبه هزینه تمام‌شده خدمت ویزیت پزشکان عمومی در ایران در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که بین تعرفه‌های فعلی و هزینه تمام‌شده واقعی شکاف معناداری وجود دارد. این شکاف می‌تواند بر انگیزه پزشکان، دسترسی به خدمات و کیفیت ارائه خدمت تأثیر منفی بگذارد. همچنین، تفاوت هزینه بین مناطق مختلف نشان‌دهنده ضرورت توجه به عوامل منطقه‌ای در تعیین تعرفه‌هاست. استفاده از روش درآمد هدف بر مبنای دهک نهم درآمدی، رویکردی منطقی برای ارزش‌گذاری زمان پزشک در نظر گرفته شد.

طبق تصویب نامه هیات وزیران [۱۹] تعرفه خدمت ویزیت توسط پزشکان عمومی در سال ۱۴۰۳ برای بخش دولتی ۴۴۹,۰۰۰ ریال، عمومی غیر دولتی ۵۶۰,۰۰۰ ریال، خیریه ۸۷۰,۰۰۰ ریال و خصوصی ۱,۲۶۰,۰۰۰ ریال بوده است. این مطالعه نشان داد که هزینه واقعی ارائه خدمت ویزیت توسط پزشکان عمومی در ایران بسیار بالاتر از تعرفه‌های مصوب فعلی است. اختلاف تعرفه مصوب بخش خصوصی با هزینه واقعی بین ۱,۰۰۴,۲۸۱ ریال (۸۰ درصد) در تهران تا ۱۶۱,۹۸۶ ریال (۱۳ درصد) در کل کشور بوده است. این شکاف که عمدتاً ناشی از تورم بالا و عدم تعدیل متناسب تعرفه‌ها در سال‌های اخیر است، می‌تواند پیامدهای منفی متعددی داشته باشد.

از دیدگاه اقتصاد سلامت، زمانی که تعرفه بسیار پایین‌تر از هزینه تمام‌شده باشد، می‌تواند منجر به پدیده‌های زیر شود: (۱) کاهش عرضه (کاهش انگیزه پزشکان برای کار در بخش خصوصی یا افزایش مهاجرت آنان)، (۲) پدیده صف (کاهش کیفیت خدمت به دلیل مراجعه بیش از حد بیماران برای استفاده از خدمت ارزان‌قیمت) و (۳) القای تقاضا برای خدمات دیگر با حاشیه سود بالاتر (مانند تجویز دارو یا آزمایش‌های غیرضروری) که به ناکارایی نظام سلامت می‌انجامد [۲۰].

تفاوت قابل‌ملاحظه هزینه بین تهران و سایر شهرها نیز موضوع مهمی است که عدالت جغرافیایی در دستمزدها را زیر سؤال می‌برد. یک پزشک عمومی در تهران برای دستیابی به استاندارد زندگی مشابه با همتای خود در یک شهر کوچک، نیاز به درآمد بسیار بالاتری دارد که در محاسبات این مطالعه

به دنبال تعدیل عادلانه تعرفه‌ها و حفظ انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات باشد. علاوه بر این، وزارت بهداشت می‌تواند از این یافته‌ها در برنامه‌ریزی نیروی انسانی و طراحی بسته‌های مشوق مالی هدفمند برای جذب و نگهداشت پزشکان در مناطق محروم بهره‌بردارد. در مجموع، نهادینه کردن مطالعات منظم هزینه‌یابی، یک سرمایه‌گذاری ضروری برای تحقق نظام پرداخت عادلانه، شفاف و پایدار در سلامت است.

هزینه‌های واقعی، به‌ویژه در کلان‌شهرهایی مانند تهران، کاهش یابد. دوم، سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند از این داده‌ها برای پیش‌بینی دقیق‌تر تعهدات مالی، طراحی بسته‌های واقع‌بینانه و استقرار سیستم‌های پرداخت ترکیبی که کیفیت و دسترسی را تشویق می‌کنند، استفاده نمایند. سوم، این نتایج، ابزاری قدرتمند برای چانه‌زنی مبتنی بر شواهد در اختیار سازمان نظام پزشکی قرار می‌دهد تا از طریق مذاکره شفاف،

References

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva; World Health Organization; 2000: 21-44.
2. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance. UK; McGraw-Hill Education (UK); 2005: 83-236.
3. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*. 2001; 56(3):171-204.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*. 2005; 83(3):457-502.
5. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. *The Journal of ambulatory care management*. 2009; 32(2):150-71.
6. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of health services research & policy*. 2001; 6(1):44-55.
7. Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for health care organizations: concepts and applications. 2nd Edition, Aspen Publishers, Inc., Rockville, MD. 1999: 81-214.
8. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press; 2015: 219-255.
9. Doshmangir L, Bazayr M, Majdzadeh R, Takian A. So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2019; 22(10): 592-605.
10. Darrudi A, Khoonsari MH, Tajvar M. Challenges to achieving universal health coverage throughout the world: a systematic review. *Journal of preventive medicine and public health*. 2022; 55(2):125.
11. Mirshafiee A, Shahrestani H, Memarnezhad A, Ghaffari F. Inflation Uncertainty and Health. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2022; 21(3): 273-285. (in Persian)
12. Bayati M, Ahari AM, Badakhshan A, Gholipour M, Joulaei H. Cost analysis of MRI services in Iran: an application of activity based costing technique. *Iranian Journal of Radiology*. 2015; 12(4):e18372.
13. Rabiyan M, Darrudi A, Darrudi R, Darrudi A, Bahman N. Activity Based Costing in Abouzar Health Center: A Case Study. *payavard* 2017; 11 (S1) :10-17. (in Persian)
14. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments?. *International journal of health care finance and economics*. 2011; 11(4):267-85.
15. Islamic Parliament Research Center Of The Islamic Republic Of IRAN. Executive Regulations of the Office Entry Permit Law. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/108596>.
16. Ministry of Health and Medical Education. Establishing a doctors' office. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://treatment.tums.ac.ir/Zs3oo>.
17. Ministry of Health and Medical Education. National checklist for supervising general practitioners' offices. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://medcare.behdasht.gov.ir>.
18. Central Bank of the Islamic Republic of Iran, Report on developments in the housing transaction market in Tehran. [cited 2025 Nov 20]. Available from : <https://cbi.ir/category/16994.aspx>.
19. Ministry of Health and Medical Education. Tariffs and relative value of health services. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://rvu.behdasht.gov.ir/>.
20. Mosadeghrad A, Darrudi A, Karimi F. Health care pricing and tariff setting methods: A scoping review. *Payesh (Health Monitor)*. 2024; 23(1):19-34. (in Persian).

Calculating the Cost of General Practitioner Visit Services in Iran in 2024

Alireza Darrudi¹, Ali Akbari Sari², Rajabali Daroudi^{3*}

1- Assistant Professor of Health Economics, Department of Health Economics and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Professor of Health Policy, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Associate Professor of Health Economics, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Tariff-setting for healthcare services is a key policy tool in health systems, influencing equity, efficiency, quality, and access to care. This study aimed to calculate the cost of a General Practitioner (GP) visit in Iran in 2024.

Methods: This cross-sectional study employed a bottom-up costing approach. Resources required for providing a GP visit service in private practices were identified and measured using standards and interviews with 20 GPs. These resources were then valued using market prices. Average monthly clinic costs were estimated. The expected monthly income for a GP was estimated using Household Income and Expenditure data. The total expected monthly revenue of the clinic was calculated by summing the clinic costs and the GP's expected income. Finally, the cost per visit was estimated by dividing the total expected monthly revenue by the expected number of monthly visits.

Results: The estimated cost per visit in 2024 was 2,264,281 Rials in Tehran and 1,421,986 Rials for the entire country. The GP's professional fee constituted approximately 50% of the total cost. Clinic overhead costs accounted for about 40%, and income tax accounted for 9-10% of the total expected clinic revenue.

Conclusion: A gap exists between the current official tariff and the actual cost of a GP visit. This gap can negatively affect physicians' motivation, access to services, and the quality of care provided. The findings of this study can provide a scientific basis for establishing equitable and evidence-based service tariffs.

Keywords: Cost Analysis, General Practitioner Visit, Health Service Tariffs, Iran

Please cite this article as follows:

Darrudi AR, Akbari Sari A, Daroudi R. Calculating the Cost of General Practitioner Visit Services in Iran in 2024. *Hakim Health Sys.* 2024; 27(1): 48-55.

*Corresponding Author: Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Pour Sina St., Tehran, Iran. E-mail: rdaroudi@yahoo.com

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.