

فرآیند بازنگری کتاب جدید ارزش نسبی خدمات سلامت و بومی سازی سیستم کدینگ در گام سوم طرح تحول نظام سلامت با تمرکز بر تأثیرات گسترده آن بر بازار سلامت کشور

محمد آقاجانی^۱، علیرضا اولیایی منش^{۲*}، سعید معنوی^۳، مانی یوسفوند^۴، علی ماهر^۵، علی شهرامی^۶، پیرحسین کولیوند^۷، موسی طباطبایی^۸، جمشید کرمانچی^۹، فرح بابایی^{۱۰}، حسن واعظی^{۱۱}، لیلا پورآقاسی^{۱۲}، مرضیه زنگنه^{۱۳}، آرزو دهقانی^{۱۴}، سیده سنا حسینی^{۱۵}

۱- معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- رئیس اداره سیاست گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- کارشناس اداره سیاست گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۵- معاون امور فنی و برنامه ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۶- معاون اجرایی معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۷- رئیس سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- رئیس گروه برنامه ریزی اقتصاد و بیمه های سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- مشاور معاون درمان در بیماری ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رئیس اداره مامایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رییس اداره اورژانس بیمارستانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۲- کارشناس اداره سیاست گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه ریزی های بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- مدیر روابط عمومی معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۵- کارشناس معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسئول: تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، بلوک A، طبقه ۷. تلفن ۸۱۴۵۴۳۲۱
پست الکترونیک: olyaee@health.gov.ir

دریافت: ۹۶/۴/۸ پذیرش: ۹۶/۶/۲۶

مقدمه

مسئله بیان گر تنوع زیاد و افزایش در خدمات بهداشتی، درمانی در دنیای کنونی است (۵). بنابراین با توجه به چنین چالش هایی موضوع تعرفه های پزشکی موجود در نظام سلامت هر کشور و چگونگی تعیین و میزان نرخ خدمات بهداشتی و درمانی و تأثیر نرخ های تعیینی بر هزینه های نظام سلامت و رفتارهای مرتبط با ارایه خدمت یکی از موضوع های مهم و اساسی حوزه سلامتی کشور است (۶). هدف اصلی تعیین تعرفه یا قیمت خدمت ارایه شده، دستیابی به هدف یا پیامد مطلوبی است که برای آن خدمت تعیین شده است. به همین جهت است که تعرفه گذاری را یکی از ابزارهای مهم سیاست گذاری قلمداد می کنند که دولت ها برای مداخله در بازار خدمات سلامت (سیاست گذاری و رفتارسازی در نظام سلامت) به کار می گیرند (۷). نهایتاً اولین ویرایش کتاب کالیفرنیا در سال ۱۹۸۴ (سال ۱۳۶۲) با همکاری «شرکت مطالعات ارزش های نسبی خدمات» با نام Ingenix منتشر شد و همان کتاب در ایران مبنای محاسبه حق الزحمه پزشکان قرار گرفت (۹). بعدها، انجمن پزشکی آمریکا^۲ فهرستی جامع از عناوین خدمات را منتشر نمود که به عنوان یکی از معتبرترین شیوه نام گذاری و کدینگ خدمات سلامت در سرتاسر دنیا مورد استفاده قرار می گیرد. این کدها برای تمامی ارایه کنندگان اعم از پزشک و پیراپزشک قابل استفاده می باشد (۸). ارزش های نسبی نیز پس از طرح مباحث کارشناسی مختلف و طراحی روش های

ارزش گذاری واقعی و منطقی خدمات بهداشتی و درمانی همواره به عنوان یکی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر اجزای نظام سلامت در مبحث اقتصاد و درمان مطرح بوده است (۱). منطقی بودن ارزش های نسبی وضع شده برای خدمات مختلف پزشکی در جهت تعیین تعرفه های این خدمات از دیرباز در جامعه پزشکی از یک سو و اقشار مختلف جامعه از سوی دیگر همواره مورد بحث بوده است (۲). تعیین ارزش خدمات سلامت یکی از اجزا و فعالیت های کلیدی و گسترده تخصیص منابع و خرید خدمت در نظام مراقبت سلامت است (۳). این امر همیشه با دو نقطه نظر کاملاً متفاوت همراه بوده است به نحوی که اقشار جامعه و برخی سیاست گذاران (به خصوص در بخش های بودجه ای و بیمه ای کشور) از هزینه بالای خدمات درمانی ناراضی بوده و در مقابل آن جامعه پزشکی و برخی دیگر از سیاست گذاران (به خصوص در بخش های مختلف وزارت بهداشت و دانشگاه ها) از ناکافی بودن میزان تعرفه های پزشکی در نتیجه پایین بودن ارزش نسبی خدمات مربوطه و سایر عوامل دخیل در آن شکایت داشته اند (۴).

مبانی نظری

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، هزینه های بهداشت و درمان در کشورها رو به افزایش است، به طوری که متوسط سهم از تولید ناخالص داخلی (GDP)^۱ از حدود ۳٪ در سال ۱۹۴۸ به ۷٫۹٪ در سال ۱۹۹۸ افزایش یافته است. این

^۱ Gross Domestic Product

^۲ American Medical Association (AMA)

دیگری کتاب فهرست هزینه‌ها^۲ است که در آن ارزش‌های دلاری اقدام‌های مختلف بالینی کشور آمریکا گردآوری شده است (۱۹). مهم‌ترین مزیت کتاب جدید تعرفه‌گذاری را می‌توان ایجاد زیرساختی جدید برای کاهش هزینه‌های درمانی مردم دانست چرا که به دلیل قدیمی بودن «کتاب کالیفرنیا» پس از ۲۰ سال، تعرفه بیش از ۱۷۰۰ خدمت جدید درمانی مشخص شد و راه را برای دریافت‌های سلیقه‌ای بست. از طرف دیگر بیش از ۳۰۰ خدمت جدید پزشکی از میان این ۱۷۰۰ خدمت، نیز در فهرست بیمه‌ای قرار گرفت که پیش از آن به دلیل ناشناخته بودن برای سازمان‌های بیمه‌گر، تحت پوشش قرار نمی‌گرفت (۸). دو مورد اخیر یکی از مهم‌ترین دستاوردهای برنامه بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت است که توانست با حذف پرداخت‌های غیررسمی در مراکز درمانی به حفاظت مالی از بیماران منجر شود.

اهداف

- ۱- حرکت به سمت واقعی‌سازی تعرفه‌ها و ایجاد عدالت در پرداخت
- ۲- حذف پرداخت‌های غیررسمی در بازار سلامت
- ۳- ایجاد عدالت در نسبت و وزن خدمات با ایجاد نظام واحد
- ۴- کاهش پرداخت از جیب در خدمات سرپایی و پاراکلینیک
- ۵- ایجاد شفافیت در بازار ارایه خدمات از طریق تعرفه‌گذاری خدمات و فناوری نوین پزشکی
- ۶- ایجاد سیستم کدینگ ملی و یکپارچه کردن تمامی سیستم‌های مالی در بازار سلامت و نظارت بر آن

روش اجرا

گزارش حاضر رویکردی مروری بر فعالیت‌های صورت‌پذیرفته منجر به اجرای شدن کتاب جدید و دستاوردهای آن دارد. در این گزارش به مروری بر پیشینه و ضرورت بازنگری کتاب، سیستم‌های مالی مراکز درمانی، ریشه‌ها و نیازهای بازار سلامت در این حوزه، اسناد بالادستی، تکالیف محول شده به وزارت بهداشت در مورد بازنگری کتاب، بهینه‌کاوای نظام‌های سازگار با حوزه تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، چارچوب‌های تعیین شده توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه به‌عنوان بازیگران مهم در این حوزه از بازار سلامت، بررسی شیوع ارایه خدمات در مراکز درمانی، بررسی اسناد جلسات و نشست‌های برگزار شده در سیر بازنگری تعرفه‌ها با اکثر ذینفعان صورت گرفت و در نهایت با مطالعه دستاوردهای کتاب جدید ارزش نسبی خدمات سلامت و سیستم کدینگ مرتبط با آن و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با مسئولین این بسته خدمتی تکمیل شد.

مختلف برای محاسبه ارزش‌های نسبی، درنهایت در ژانویه سال ۱۹۹۲ بر اساس رویکرد معیار ارزش نسبی مبتنی بر منبع^۳، به‌طور ملی مورد بازنگری قرار گرفت تا عدالت بیش‌تری در ارزش‌های نسبی ایجاد گردد. سالانه هزاران کارشناس به همراه دو کمیته اصلی کار بازنگری و تدوین ارزش‌های نسبی را انجام می‌دهند (۸). این کتاب به‌عنوان یک مرجع اصلی در بسیاری کشورهای دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد. واحد ارزش نسبی^۴ بیانگر مقدار منابع صرف شده برای ارایه خدمت است. این ارزش به‌وسیله اندازه‌گیری عواملی مانند مهارت، مدت‌زمان ارایه خدمت، شدت بیماری، خطر برای بیمار و پزشک و سختی کاربری تجهیزات و لوازم به‌کار گرفته‌شده، در جهت عرضه خدمات به دست می‌آید (۱۰). این معیارها در پرداخت کارانه استفاده زیادی دارد. البته در این نوع پرداخت، مبلغ بیشتری برای پروسیجرها ارایه می‌شود تا خدمات تشخیصی؛ لذا برای رفع این مشکل از معیار ارزش نسبی مبتنی بر منبع^۵ استفاده می‌شود (۱۱، ۱۲). در ایران الگوی اعمال معیار تعرفه بر اساس نظام تعرفه‌ای کشور آمریکا می‌باشد و قریب به ۲۰ سال است که ارزش‌های نسبی موجود در آن ملاک عمل کارکنان بخش سلامت و پرداخت در کشور است. در ترجمه و تدوین این کتاب به‌منظور تبیین تعرفه در کشور، عدم رعایت برخی موارد منجر به پایه‌ریزی اشتباه برخی تعرفه‌ها شده است به‌گونه‌ای که با گذشت زمان و اعمال ضریب سالانه بر این تعرفه‌ها، اختلاف پرداخت قابل‌توجهی بین گروه‌های مختلف پزشکی ایجاد شده است (۱۳، ۱۴). همچنین به‌کارگیری این کتاب که سال‌ها از تدوین آن می‌گذرد به‌واسطه تغییراتی که به مرور زمان در نحوه ارایه خدمات (نظیر ورود فن‌آوری‌ها و روش‌های جدید تشخیص و درمان) ایجاد شده است منجر به برهم خوردن رابطه صحیح میان ارزش خدمات شده است (۱۵). در تلاش جهت رفع این چالش‌ها در سال‌های اخیر برخی اقدام‌ها انجام شده است که حاصل یکی از این اقدام‌ها تدوین «کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی و درمانی» در سال ۱۳۸۴ است (۱۶). این کتاب به‌طور عمده برگرفته از کتب تعرفه‌گذاری تدوین‌شده در سال ۲۰۰۳ در کشور آمریکا می‌باشد (۱۶). در تدوین کتاب تعرفه‌گذاری کشور در سال ۱۳۸۴ دو منبع مورد استناد قرار گرفته‌اند. کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت^۶ که به توصیف اقدام‌های جراحی و تشخیصی می‌پردازد (۱۷). در این کتاب به‌منظور بررسی تعرفه‌های پزشکی در آمریکا، فهرستی از اقدام‌های مختلف بالینی و جراحی به‌همراه کدهای تشخیصی برای گزارش خدمات و دستورالعمل‌های پزشکی گردآوری شده است (۱۸).

³ Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)

⁴ Relative Value Units (RVU)

⁵ Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)

⁶ Current Procedural Terminology (CPT)

⁷ Fee Schedule

گام اول: توجه به وظایف محوله از سوی اسناد بالادستی

کتاب تعرفه‌های جدید از نیمه دوم سال ۱۳۹۳، پس از ۶ ماه فعالیت گسترده و برگزاری بیش از صدها جلسه با ذینفعان و بوردهای تخصصی و با بیش از ۲۰ هزار ساعت نفر کار تخصصی در حوزه اقتصاد سلامت، ابلاغ شد. تأثیر این کتاب بر هزینه‌های حوزه سلامت از منظر جامعه به‌منظور تحقق هدف حفاظت مالی از بیماران در برابر

هزینه‌های سلامت که بخشی از آن را حق الزحمه پزشکان تشکیل می‌دهد، آن بود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به وظایف محول شده از سوی اسناد بالادستی مصوب، باید فعالیت‌هایی را انجام دهد که در این بخش بدان اشاره می‌شود. این قوانین بالادستی همواره بر انجام وظایف مرتبط با بازنگری سالانه کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت اشاره داشت اما مورد توجه قرار نمی‌گرفت (جدول ۱).

جدول ۱- نگاهی به اسناد بالادستی در زمینه تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت

| عنوان سند | شرح سند |
|--|---|
| تصره (۲) ذیل بند (د) ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه | تصره ۲- پزشکی 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 هیأت‌وزیران مشمول حکم این تصره خواهند بود. دولت به‌منظور جبران خدمات این دسته از پزشکان تعرفه خدمات درمانی را در اینگونه واحدها و مراکز، متناسب با قیمت واقعی تعیین می‌نماید. پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنی می‌باشند مشروط به این که تنها از یک محل به میزان بخش دولتی و بدون هیچ دریافتی دیگر، حقوق و مزایا دریافت نمایند. |
| بند (ه) ماده ۲۸ قانون برنامه پنجم توسعه | هـ- 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 ارائه‌دهندگان 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 مابانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند (ا) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیأت‌وزیران ارائه نماید. |
| تصره ذیل بند (ج) تصویب‌نامه شماره ۲۱۴۴۶/ت ۵۰۳۹۹-هـ مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۳۰ هیأت وزیران | ضریب کای جراحی، بیهوشی، داخلی، فیزیوتراپی بخش دولتی و خصوصی مطابق ضرایب کا تعرفه‌های مصوب سال ۹۳ ملاک عمل ارائه‌دهندگان خدمات درمانی قرار گیرد و رشد ضریب مذکور موقوف به بازنگری کتاب ارزش نسبی گردد. |

گام دوم: توجه به فعالیت‌های صورت پذیرفته قبلی در مورد تدوین کتاب

به‌منظور بازنگری و تدوین کتاب جدید ارزش نسبی خدمات سلامت، به‌طور منطقی می‌بایست گام‌های پیشین موردتوجه قرار می‌گرفت و نقاط قوت و ضعف هر کدام استخراج می‌شد و در مورد چالش‌ها و مشکلاتی که منجر به عدم موفقیت آنها شد، بحث و تبادل نظر می‌شد. در گام دوم تدوین کتاب جدید فعالیت‌های قبلی مرتبط با بازنگری‌های قبلی موردتوجه قرار گرفت. در این بخش به این فعالیت‌ها اشاره می‌شود.

۱- انتشار و چاپ کتاب ارزش نسبی در سال ۱۳۸۴ و توقف آن

در سال ۱۳۸۴ برای اولین بار (پس از انتشار ترجمه کتاب کالیفرنیا در سال ۱۳۶۴) کتاب ارزش‌های نسبی پس از حدود دو سال کار کارشناسی با همکاری انجمن‌های علمی-تخصصی از سوی وزارت بهداشت منتشر شد که با توجه به بار مالی بالای اجرای کتاب و مخالفت سازمان‌های بیمه‌گر پایه، وزارت رفاه و تامین اجتماعی سابق و همچنین سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی سابق متوقف گردید. مبنای اصلی تدوین کتاب ۱۳۸۴، عدم کاهش ارزش نسبی هیچ خدمتی نسبت به کتاب در حال اجرای کالیفرنیا در آن زمان بود، همچنین میزان

متوسط رشد کتاب ۱۳۸۴، بدون اعمال تعدیل‌کننده‌های جدید، در حدود ۱۶۵٪ رشد بود که این میزان با مخالف سازمان‌های بیمه‌گر، اجرایی نشد.

۲- انتشار و توقف اجرای کتاب ۱۳۸۸

در سال ۱۳۸۸ برای دومین بار کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شده است، این کتاب حاصل تلاش‌های ۴ ساله تیم کارشناسی از سازمان‌های مختلف است که مبنای آن براساس اقداماتی مبتنی بر استفاده از نام‌گذاری اقدامات رایج^۸ ۲۰۰۸ و جداول پرداخت (Fee Schedule) سال ۲۰۰۸ است. کتاب مذکور طی بخشنامه شماره ۵۲۴۴۴۸ مورخ ۶/۱۱/۱۳۸۸ به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شد. مدت کوتاهی پس از ابلاغ کتاب، این بار مراتب با اعتراض برخی از گروه‌های تخصصی مواجه شد و جهت بررسی بیشتر ابعاد و جنبه‌های مختلف کتاب ۲۰۰۸، اجرای کتاب فوق‌الاشاره طی بخشنامه شماره ۱۶۷۵۹۹/س مورخ ۲۶/۱۲/۱۳۸۸، تا تاریخ ۱/۷/۱۳۸۹ متوقف شد.

۳- انتشار و توقف اجرای کتاب ۱۳۸۹

در سال ۱۳۸۹ برای بار سوم، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

⁸ Current Procedural Terminology (CPT)

در جلسات بررسی نهایی در اختیار این شورا قرار گرفت و مقرر شد که میزانی از اعتبارات طرح تحول نظام سلامت از سوی وزارت بهداشت، در صورت مواجهه سازمان‌های بیمه‌گر در فاز سوم با مشکل مالی، در اختیار آنها قرار گیرد.

گام چهارم: همکاری بین بخشی برای تدوین، بازنگری، بومی‌سازی و نهایی‌سازی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت

فرآیند اجرایی مرتبط با تدوین و بازنگری تعرفه‌ها در واقع فعالیتی بین‌بخشی است که ذینفعان اصلی آن، اداره سیاست‌گذاری تعرفه وزارت بهداشت، گروه تعرفه و ارزش نسبی دفتر بیمه سلامت وزارت تعاون، سازمان نظام پزشکی و تمامی ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی هستند که با همکاری انجمن‌های علمی و بوردهای تخصصی، تحت نظارت شورای عالی بیمه سلامت و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری با تشکیل کمیته حل اختلاف به بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت پرداختند (جدول ۲).

منتشر شده است، این کتاب براساس نامگذاری اقدامات رایج (CPT) ۲۰۰۸ و جداول پرداخت (Schedule Fee) ۲۰۰۸ و با اعمال تغییراتی در کتاب ۱۳۸۸ تدوین شد. بار مالی برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تغییر در میانی و وزن ارزش نسبی خدمات در سال ۱۳۸۸، از دلایل مخالفت با اجرای این کتاب بوده است.

گام سوم: برآورد بار مالی ناشی از بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت با بررسی شیوع خدمات سلامت ارائه‌شده در بیمارستان‌ها

مطالعه بار مالی با تمرکز بر بررسی شیوع خدمات ارائه شده در سیستم نظام سلامت آغاز شد. از این‌رو کارگروه تدوین کتاب، شیوع خدمات سلامت را در بیمارستان‌ها بررسی و از این طریق ۵۰۰ خدمت شایع را مشخص کرد. این ۵۰۰ خدمت تقریباً ۸۸٪ خدمات سلامت در بیمارستان‌های کشور را تشکیل می‌داد لذا برآورد بار مالی حاصل با همین درصد به واقعیت نزدیک بود. سپس بار مالی برآورد شده با توجه به شروط شورای عالی بیمه سلامت تعدیل و مقدار نهایی آن استخراج شد. این برآورد

جدول ۲- فرآیند اجرایی کتاب ارزش نسبی خدمات در ۵ مرحله

| مرحله | تاریخ | موضوع | توضیحات |
|---|--------------------------|--|---|
| مرحله اول: سیاست‌گذاری در سطح کلان | ۱۳۹۲/۱۲/۱۴ | اولین اقدامات بنیادی در راستای تعرفه واقعی و تصویب رشد ضرایب ریالی | با توجه به قانون بودجه سال ۹۳ و بر اساس رشد منابع سازمان‌های بیمه‌گر و همچنین برنامه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در راستای منطقی نمودن تعرفه‌ها بر اساس مبانی علمی قیمت تمام شده اولین گام در راستای واقعی‌سازی تعرفه در شورای عالی بیمه سلامت برداشته شد. همزمان با تصویب تعرفه هتلینگ و ویزیت بر اساس قیمت تمام شده، رشد ۴۸٪ ضرایب ریالی حق‌الزحمه‌ها مصوب گردید. |
| | ۱۳۹۲/۱۲/۲۷ | جلسات کلان مدیران و سیاست‌گذاران سلامت و تصویب نهایی تعرفه در شورای عالی بیمه | پس از تصویب اولیه رشد تعرفه در جلسه ۱۳۹۲/۱۲/۱۴ مطالعات و بررسی کارشناسی در خصوص نگرانی و پیامدها اجرای تعرفه‌ها و عواقب ناشی از عدم توازن ارزش نسبی موجود موجب شد تا با هم‌اندیشی مدیران ارشد و صاحب‌نظران نظام سلامت بحث بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت برای بار چهارم شروع گردد. نتیجه جلسات و بحث‌های کلان منجر به تصویب کلیات تعرفه‌های تشخیصی درمانی و منوط نمودن رشد ضرایب کا به بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت گردید. این جلسات با حضور مدیران ارشد وزارت بهداشت، رفاه، نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و صاحب‌نظران نظام سلامت در بیش از ۵ جلسه کاری به توافق نهایی منجر گردید. |
| | ۱۳۹۳/۰۲/۳۰ | تصویب تعرفه در هیأت دولت | هیأت محترم دولت تعرفه‌های سال ۱۳۹۳ را ابلاغ و ضرایب کا را منوط به جلسات آتی شورای عالی بیمه و بازنگری مطابق بند هـ ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم نمودند. |
| مرحله دوم: مطالعات کارشناسی و میدانی (فاز اساسی تحول و بازنگری) | ۱۳۹۳/۰۳/۰۵ ۱۳۹۳/۰۴/۰۵ | جلسات با انجمن‌های علمی تخصصی و بوردهای آموزشی و معتمدین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | این مرحله مهم‌ترین و اساسی‌ترین مرحله در راستای تدوین ارزش نسبی ارزش خدمات سلامت بود. در این مرحله بر اساس نظرات مدیران ارشد و خیرگان حوزه سلامت چهارچوب اخذ نظرات انجمن، مورد، معتمدین و ارائه‌دهندگان خدمات تدوین گردید. پس از برگزاری بیش از ۱۰۰ جلسه کارشناسی نظرات ۲۸ انجمن تخصصی/فوق تخصصی در خصوص بازنگری کتاب جدید اخذ گردید و در نهایت در یک بازه زمانی یک ماهه نسخه اولیه مورد تأیید انجمن‌ها و بوردهای تخصصی براساس مبانی تدوین‌شده وزارت بهداشت تدوین شد (در حدود ۲۰،۰۰۰ نفر-ساعت کار کارشناسی صورت گرفت) نسخه اولیه کتاب جدید جهت ارائه به شورای عالی بیمه تدوین گردید. |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| در این مرحله کتاب جدید تدوین شده که شامل بیش از ۲۰۰۰ خدمت شایع در ۲۸ رشته تخصصی بود همراه با نحوه و چهارچوب تدوین آن به دبیرخانه شورای عالی ارایه شد. که در نهایت بر اساس جلسات بار مالی حاصل از کتاب ۱۳۹۳ و نحوه تدوین کتاب توسط وزارت بهداشت ارایه و نقطه نظرات سازمان‌های بیمه‌گر با نظرخواهی مجدد و تأیید انجمن‌ها و بوردهای تخصصی در نسخه اولیه اعمال شد. همچنین بار مالی نسخه اولیه برآورد شد و در خصوص نحوه اجرای کتاب بین اعضای دبیرخانه شورا توافق حاصل گردید. | جلسات نقد و بررسی نسخه اولیه دبیرخانه شورای عالی بیمه | ۱۳۹۳/۰۴/۰۵ لغات ۱۳۹۳/۰۴/۲۵ | مرحله سوم: نقد و بررسی نسخه اولیه در دبیرخانه شورا عالی بیمه |
| تصویب کلیات کتاب ارزش نسبی تدوین شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تشکیل کمیته کارشناسی در دبیرخانه شورای عالی | تصویب کلیات کتاب در شورای عالی بیمه | ۱۳۹۳/۰۴/۱۵ | |
| بر اساس مصوبه جلسه ۵۵ شورای عالی بیمه خدمات درمانی مورخ ۱۳۹۳/۰۴/۲۵ در دبیرخانه شورای عالی بیمه در جلسات فشرده چهار هفته‌ای تشکیل و جزییات کتاب مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله تمام کدهای تدوین شده در نسخه نهایی در جلسات فشرده با حضور نمایندگان تمام اعضای شورای عالی بیمه مورد بررسی کارشناسی قرار گرفت و در نهایت نسخه نهایی کتاب تهیه گردید (در مجموع ۲۵ روز کاری و بیش از ۳۷۰۰ نفر-ساعت کار کارشناسی با حضور ۱۵ نفر از کارشناسان دستگاه‌های مختلف در محل دبیرخانه شورای عالی بیمه تشکیل گردید) | جلسات کمیته کارشناسی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت | ۱۳۹۳/۰۴/۲۵ لغات ۱۳۹۳/۰۶/۰۱ | مرحله چهارم: تصویب کلیات نسخه اولیه کتاب و تهیه نسخه نهایی |
| در این تاریخ اولین نسخه کتاب پس از بررسی کارشناسی انجام شده در دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت جهت ابلاغ به هیأت دولت ارسال گردید. | ارایه اولین نسخه کتاب ۱۳۹۳ به هیأت دولت | ۱۳۹۳/۰۶/۰۱ | |
| تصویب کلیات کتاب و ارجاع به کمیته سه جانبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور | تصویب کلیات کتاب ارزش نسبی در هیأت محترم دولت | ۱۳۹۳/۰۶/۰۲ | |
| پس از ارجاع کتاب از هیأت دولت به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور در فرصت دو هفته‌ای بررسی کارشناسی در خصوص ضرورت اجرا و بار مالی کتاب برای سازمان‌های بیمه‌گر برگزار و پس از تأیید معاونت، کتاب به دولت ارجاع گردید. | جلسات توجیهی در معاونت نظارت راهبردی | ۱۳۹۳/۰۶/۱۵ | مرحله پنجم: فرآیند تصویب و ابلاغ نهایی |
| قبل از ارایه نسخه نهایی کتاب به دولت، در جلسات دو روزه ۲۶ و ۲۷ شهریور ماه کتاب به تأیید همه انجمن‌های علمی تخصصی رسید و جهت ابلاغ به دولت ارسال گردید. | مهر و تأیید نهایی انجمن‌های علمی تخصصی | ۱۳۹۳/۰۶/۲۷ | |
| هیأت محترم دولت طی نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۹۸۲-هـ مورخ ۱۳۹۳/۰۷/۰۱ کتاب ارزش نسبی را جهت اجرا ابلاغ نمود. | ابلاغ توسط دولت محترم | ۱۳۹۳/۰۷/۰۱ | |

نظام سلامت کشور، می‌بایست بستر IT آن ایجاد می‌شد لذا واحد آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، این بستر یکپارچه را بر اساس کدهای تجمیع و ساده‌سازی شده و نیز کدهای جدید ایجاد نمود و سیستم کدینگ ملی شش‌رقمی بر این مبنای در تمامی بیمارستان‌ها پیاده شد و مبنای تکمیل صورتحساب‌ها در HIS بیمارستان‌ها شد.

گام ششم: آموزش مسئولین مرتبط با اجرای کتاب جدید در بیمارستان‌ها

مسئولین بسته تدوین کتاب جدید ارزش نسبی خدمات، دو همایش در برج میلاد برگزار کردند و تمامی افرادی که مسئول اجرای کتاب جدید در بیمارستان‌ها بودند، به‌عنوان مسئولین درآمد بیمارستان‌ها، به این همایش دعوت شدند. در این دوره‌های آموزشی، اجرایی کردن کتاب جدید به مدعوین آموزش داده شد. همچنین دوره‌های آموزشی دیگری از طریق ویدئو کنفرانس به جامعه هدف ارایه شد. به‌منظور اطلاع‌رسانی و بیش‌تر

ذکر این نکته ضروری است که با توجه به گام‌های برشمرده شده، کتاب جدید کاملاً بومی‌سازی شد و برای آن سیستم کدینگ جدید تعریف شد. در واقع یکی از مهم‌ترین تغییرات و اقدامات صورت گرفته در بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت در سال ۱۳۹۳ تجمیع کدینگ خدمات است که این امر در راستای ساده‌سازی گزارش خدمات ارایه‌شده توسط ارایه‌دهندگان، تسهیل رسیدگی و نظارت بر اسناد بیمه‌ای و در نهایت پایان دادن به چالش بین ارایه‌دهندگان خدمات و بیمه‌ها در خصوص گزارش کدها انجام شد. سیستم کدینگ شش‌رقمی موجود در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت یکی دیگر از خروجی‌های کتاب جدید ارزش نسبی خدمات است.

گام پنجم: زیرساخت IT مورد نیاز در حوزه بازنگری سیستم کدینگ و ایجاد سیستم کدینگ ملی برای خدمات و مراقب‌های سلامت

به‌منظور جاری‌سازی کتاب ارزش نسبی خدمات در

زمینه‌سازی برای حذف پرداخت غیررسمی از بازار سلامت

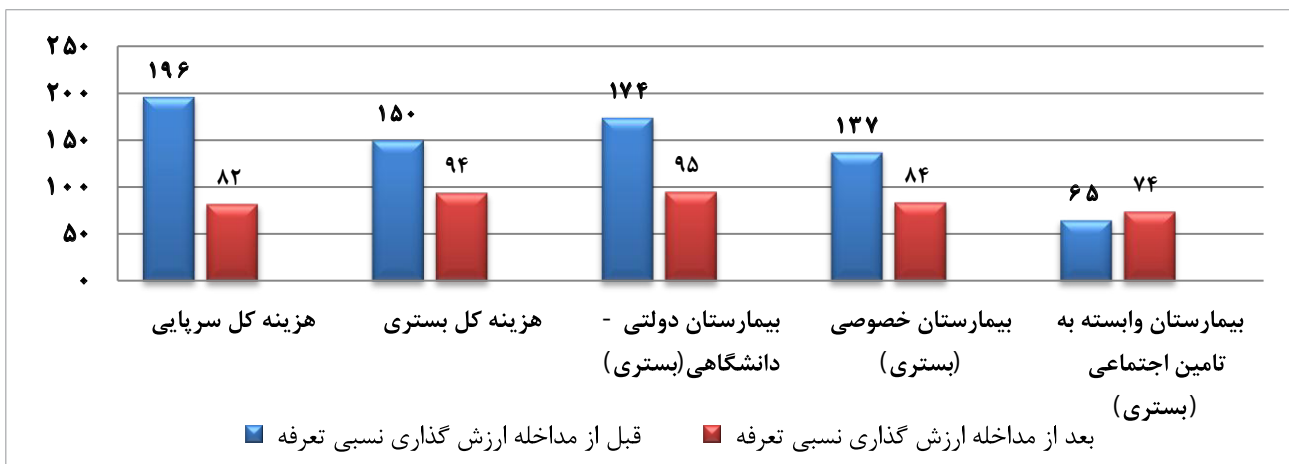
عدم تناسب در وزن و ارزش نسبی خدمات سلامت در حال اجرا از علل اصلی اخذ زیرمیزی در بازار سلامت می‌باشد. ایجاد تناسب در وزن و نسبت خدمات در درون و بین رشته‌های تخصصی، سبب ایجاد زمینه برای کنترل بازار سلامت می‌گردد. بر اساس تحقیقاتی که پس از اجرایی شدن کتاب جدید در بازار سلامت کشور انجام شده است، میانگین پرداخت مستقیم از جیب قبل و بعد از ارزش‌گذاری نسبی تعرفه کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد (۹).

و سریع‌تر، وبسایت RVU.Behdasht.gov.ir طراحی و راه‌اندازی شد و تمامی پاورپوینت‌های آموزشی و مرتبط در این سایت بارگزاری شد.

دستاوردها

سیاست‌گذاری در نظام تعرفه و تدوین کتاب جدید، یکی از دستاوردهای بزرگ طرح تحول نظام سلامت است و بر این نکته تأکید دارد که باید فرآیندی به‌منظور بازنگری سالانه کتاب همراه با زمان‌بندی شفاف مدون شود.

تأثیرات تدوین و بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت پس از ۳۰ سال عبارتند از:



نمودار ۱- میانگین پرداخت قبل و بعد از مداخله ارزش‌گذاری نسبی خدمات سلامت (تأثیر مستقیم بر کاهش کلی هزینه‌ها)

مردم برای دریافت خدمات آزمایشگاه تشخیصی-طبی، پاتولوژی، ژنتیک، رادیوگرافی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، پزشکی هسته‌ای و رادیوتراپی مراجعه نمایند، به علت کاهش فاصله تعرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی، هزینه کمتری از جیب پرداخت خواهند نمود. این میزان کاهش، به‌طور متوسط در حدود ۲۵٪ پیش‌بینی و تا حدودی نیز محقق شده است.

شفافیت در بازار ارایه خدمات از طریق تعرفه‌گذاری خدمات و فناوری‌های نوین پزشکی

در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران، در حدود ۱۷۰۰ تکنیک، خدمت و فناوری نوین تعرفه‌گذاری شده‌اند که از این طریق بازار آشفته بخش سلامت هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی ساماندهی شده است. هزینه دریافتی از مردم پیش از اجرای برنامه برای چنین خدماتی، گاهی تا دو برابر میزان تعرفه‌های تعیین‌شده در کتاب مذکور است. تعیین تعرفه برای این خدمات سبب ایجاد شفافیت در بازار سلامت، کاهش پرداخت از جیب مردم و کنترل بازار سلامت شده است. حفاظت مالی به دلیل از میان برداشتن اعمال سلیقه ثابت شده است (۲۲).

ایجاد عدالت در نسبت و وزن خدمات با ایجاد نظام واحد

یکی از نکات مثبت و دستاوردهای کتاب ارزش نسبی جدید آن است که پراکندگی را کم کرد. به‌جزء هزینه هتلینگ که به‌کار مرتبط نیست و شامل هزینه ریالی خدمات هتلینگ می‌باشد و ویزیت سرپایی، سایر مراجع تعیین تعرفه در کتاب جدید ارزش نسبی خدمات یکپارچه شد. با اجرای کتاب جدید، ضریب ریالی مختلف موجود در بازار سلامت که از علل ناعدالتی در بین رشته‌های تخصصی می‌باشد، در قالب یک ضریب ریالی واحد جمع شده است. این جمع در قالب ضریب ریالی واحد سبب ایجاد عدالت در گروه‌های مختلف پزشکی و پیراپزشکی و شفافیت محاسبه حق‌الزحمه‌ها و تسهیل در انجام محاسبات مالی شد (۲۱).

کاهش پرداخت از جیب مردم در خدمات پاراکلینیک

در کتاب جدید ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران (به علت عدم‌تغییر در تعرفه خدمات پاراکلینیک بخش خصوصی به علت واقعی بودن آن)، ارزش نسبی متناسب برای خدمات پاراکلینیک بخش دولتی تعیین شده است و در نتیجه در صورتی که

جدول ۳- نمونه‌ای از کاهش تعرفه در خدمات و فناوری نوین پزشکی

| تعرفه‌گذاری خدمات نوین | | | |
|------------------------|---|---|------------------------|
| شرح خدمت | تعرفه اخذ شده از مردم قبل از اجرا/دولتی | تعرفه اخذ شده از مردم بعد از اجرا/دولتی | میزان کاهش پرداخت مردم |
| PET-CT | ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۳,۰۰۰,۰۰۰ | %۵۴ |
| کویل‌گذاری عروق مغزی | ۲۳,۰۰۰,۰۰۰ | ۹,۱۵۲,۰۰۰ | %۶۰ |

منبع: نتایج حاصل از مطالعات پژوهشگران

سیستم کدینگ ملی برای خدمات و مراقبت‌های سلامت

در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران برای شناسایی تمامی خدمات از نظام کدینگ ملی و واحد استفاده‌شده است که زمینه جمع‌آوری شفاف اطلاعات در سطح نظام سلامت را فراهم کرده است و در حال حاضر در تمامی بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت اجرایی شده است. این در حالی است که در نظام قبلی درمان از نظام کدینگ متنوع، فاقد استاندارد و از بخشنامه و دستورالعمل‌های متفاوت و متناقض استفاده می‌شد که با اجرای این کتاب نظام کدگذاری و نام‌گذاری خدمات در بخش دولتی و خصوصی کشور ساماندهی شده است.

حمایت از تمام وقتی پزشکان در بیمارستان‌های دانشگاهی

از نکات مثبت در کتاب جدید، حمایت از پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی در بخش دولتی است. این دسته از پزشکان تنها در بخش دولتی فعالیت دارند و ایجاد مشوق (تعرفه ۲۰٪ برای پزشکان تمام وقت جغرافیایی) و حمایت از تمام‌وقتی آنان سبب کاهش محسوس پرداخت از جیب مردم و افزایش دسترسی مردم به خدمات تخصصی در بخش دولتی شده است.

کاهش هزینه‌های پاراکلینیک با توجه به احیاء طب بالینی

عدم توجه به تشخیص، شرح‌حال‌گیری و معاینه بالینی به علت عدم تناسب تعرفه‌های ویزیت و مشاوره با سایر خدمات، ضمن کم اهمیت جلوه دادن طب مادر، سبب سوق طب بالینی از مدیریت درمان بیمار از طریق معاینه و تشخیص دقیق به سمت تست‌های تشخیصی و پاراکلینیکی اغلب غیرضرور شده بود که این چالش سبب آسیب بالقوه به طب و از بین رفتن منابع کمیاب بخش سلامت شده بود. همچنین به دلیل ارجاع بی‌مورد بیمار برای دریافت خدمات گران پاراکلینیک، بار مالی بسیاری به سازمان‌های بیمه‌گر اعمال می‌شد. با اجرای کتاب جدید، معاینه و تشخیصی بالینی و حضور بر بالین بیمار به عنوان بخش اصلی طب اهمیت دوباره یافته است و پزشکان به ارابه خدمات بالینی رغبت بیش‌تری پیدا کرده‌اند.

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

ساده‌سازی کدها و اصلاح بازتوزیع درآمدهای اختصاصی در مراکز ارائه خدمت

ساده‌سازی کدها در ایجاد شفافیت و انضباط سیستم مالی حوزه سلامت نقش بسیاری ایفا می‌کند. در این راستا تجمیع کدها و تفکیک اجرای فنی و حرفه‌ای ارابه خدمت موردتوجه قرار گرفت که در زیر به آن اشاره می‌شود.

الف) تجمیع کدها:

در نسخه جدید کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، بالغ بر ۱۰۰۰۰ خدمت و فناوری با توجه به ماهیت و کاربرد آنان، در راستای دستیابی به اهدافی همچون تسهیل رسیدگی به اسناد، ساده‌سازی کاربرد و رفع معایب نظام پرداخت FFS تجمیع و ساده‌سازی شده است و امکان گزارش کدهای متنوع و متعدد برای یک اقدام خاص توسط ارائه‌کنندگان از بین می‌رود و اختلاف در تفسیر کدها به حداقل ممکن می‌رسد.

ب) تفکیک اجزای فنی و حرفه‌ای در خدمات مبتنی بر فناوری:

از دیگر نکات مثبت در تدوین کتاب جدید ارزش نسبی، تفکیک اجزای فنی و حرفه‌ای در خدمات مبتنی بر فناوری بوده است. شفافیت این اجزاء سبب شد که موسسات در هنگام بازتوزیع درآمدهای حاصل از این خدمات، سهم پزشکان و بیمارستان را تعیین و محاسبات بر مبنای سلیقه برای تعیین سهم پزشک و بیمارستان حذف شده است که این امر نیز بر رضایت ارائه‌دهندگان خدمات تأثیر مثبت گذاشته است.

فراهم‌آوری بخشی از زیرساخت‌های لازم جهت بازنگری و تدوین بسته بیمه پایه و تکمیلی سلامت

تعیین بسته خدمات براساس شفاف شدن تعرفه و نوع خدمات قابل ارابه در نظام سلامت، سبب شفافیت بسته خدمات بیمه پایه و تکمیلی سلامت شده است. تمامی خدماتی که در حال حاضر، شرایط پوشش توسط بیمه پایه را ندارند، با علامت (*) مشخص شده‌اند. این دسته از خدمات بر اساس تبصره (۵) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه مشمول پوشش توسط بیمه تکمیلی سلامت را دارند. در حال حاضر بیش از ۳۰۰ خدمت فاقد پوشش بیمه با توجه به تعرفه مشخص شده برای آنها و اعتبار مورد نیاز آنها، تحت پوشش بیمه قرار گرفته است.

کنترل و مدیریت بازار سلامت در خدمات سرپایی

با تعیین ارزش ریالی برای خدمات سرپایی و تعیین علامت ویژه برای این دسته از خدمات (در کتاب ارزش نسبی با علامت O^9 مشخص شده‌اند)، این خدمات به جای آن که با ضریب ریالی تعرفه ۳۸۰,۰۰۰ محاسبه

شوند، با ضریب ریالی تعرفه ۲۰۰,۰۰۰ ریال محاسبه می‌شوند و این با توجه کاهش فاصله تعرفه بخش دولتی و خصوصی از سویی باعث کاهش پرداخت از جیب مردم می‌شود و از سوی دیگر سبب کنترل تعرفه ارایه خدمت در بخش خصوصی می‌گردد (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه اجمالی قبل و بعد بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت

| وضعیت قبل | وضعیت بعد |
|---|--|
| ۱- وجود خدمات بسیار زیاد فاقد تعرفه | ۱- واقعی شدن تعرفه خدمات سلامت |
| ۲- واقعی نبودن تعرفه خدمات سلامت | ۲- محاسبه دقیق رشد هر یک از اجزای تعرفه‌ای (جزء فنی و حرفه‌ای) |
| ۳- لزوم تفکیک جزء فنی و حرفه‌ای خدمات سلامت | خدمات سلامت در برآورد تعرفه سالانه خدمات سلامت و توزیع شفاف و عادلانه درآمد اختصاصی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت |
| ۴- عدم کفایت منابع مورد لزوم جهت واقعی شدن تعرفه خدمات سلامت | ۳- حذف پدیده دریافت‌های غیررسمی به دلیل واقعی شدن تعرفه خدمات سلامت |
| ۵- افزایش پدیده دریافت‌های غیررسمی به دلیل واقعی نبودن تعرفه خدمات سلامت | ۴- توقف ارجاع بیماران از بخش‌های دولتی به خارج از مراکز دانشگاهی |
| ۶- ارجاع بیماران از بخش‌های دولتی به خارج از مراکز دانشگاهی به منظور دریافت خدمات سلامت | ۵- افزایش انگیزه حضور و ماندگاری نیروهای تخصصی در مناطق محروم به دلیل رفع اختلاف سطح درآمدی گروه‌های تخصصی مشابه در شهرستان مناطق محروم و شهرستان‌های برخوردار |
| ۱-۶- به دلیل غیرواقعی بودن تعرفه خدمات در بخش دولتی نسبت به خصوصی (به ویژه حق‌الزحمه) و اختلاف سطح درآمدی بخش دولتی و غیردولتی | ۶- افزایش کمی و کیفیت خدمات سلامت ارایه‌شده در بخش‌های سرپایی و بستری دولتی |
| ۲-۶- به دلیل عدم هزینه اثربخش بودن ارایه خدمات تشخیصی و گاهاً درمانی در بخش دولتی (خدمات همراه با فناوری) به واسطه غیرواقعی بودن تعرفه خدمات در بخش دولتی | ۷- دفاع منطقی و مبتنی بر شواهد جهت تأمین کسری منابع مورد نیاز در بخش سلامت |
| ۷- کاهش انگیزه حضور و ماندگاری نیروهای تخصصی در مناطق محروم به دلیل وجود اختلاف سطح درآمدی گروه‌های تخصصی مشابه در شهرستان مناطق محروم و شهرستان‌های برخوردار | |
| ۸- افت کمی و کیفی خدمات سلامت ارایه‌شده در بخش‌های سرپایی و بستری دولتی | |
| ۹- ناتوانی در احصاء قیمت تمام شده تعداد عمده خدمات سلامت، به واسطه کسرت خدمات فاقد تعرفه واقعی و زمان بر بودن مطالعات و محاسبات قیمت تمام شده | |

منبع: نتایج حاصل از مطالعات پژوهشگران

توجه به این مطلب بسیار مهم است که علی‌رغم این که با اجرای کتاب حق‌الزحمه خدمات سلامت به‌طور متناسب رشد کرده است اما پرداختی مردم در بیمارستان‌های دولتی افزایش نیافته است که این مورد نیز یکی از دستاوردهای مهم طرح است چراکه رقم ریالی با مکانیسم بخشنامه‌های کاهش پرداخت بیماران بستری پس از ابلاغ کتاب ثابت ماند و باری بر دوش مردم اضافه نکرد. با ابلاغ تخفیف اجرایی شدن کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، فرانشیز بیماران بستری شهری از ۱۰٪ به ۵٪ و فرانشیز بیماران بستری روستایی از ۵٪ به ۳٪ کاهش یافت. پس از ابلاغ کتاب، بیمه‌ها در بحث خدمات سلامت بر اساس آن هزینه می‌کنند لذا کار متقاعد ساختن دولت برای ایجاد منبع اعتباری جدید بر عهده آنها است چراکه به دلیل تغییر مبنای هزینه‌کرد بیمه‌ها، باید از منابع دولتی یا ردیف‌هایی بودجه‌ای دولت، اعتبار بیمه‌ها اصلاح شود. یکی از مباحث مهمی که پس از ابلاغ کتاب جدید از سوی سازمان‌های بیمه‌گر مطرح شد، حجم بار مالی پیش‌بینی نشده از سوی آنها برای نیمه دوم سال ۱۳۹۳ بود، در صورتی که تعرفه‌های بازنگری شده در کتاب جدید تمامی شروط شورای عالی بیمه سلامت را تأمین می‌کرد و گروه تعرفه‌گذاری سلامت این وزارتخانه در تدوین آن همکاری داشته است.

بعد از تدوین کتاب جدید ارزش نسبی خدمات سلامت

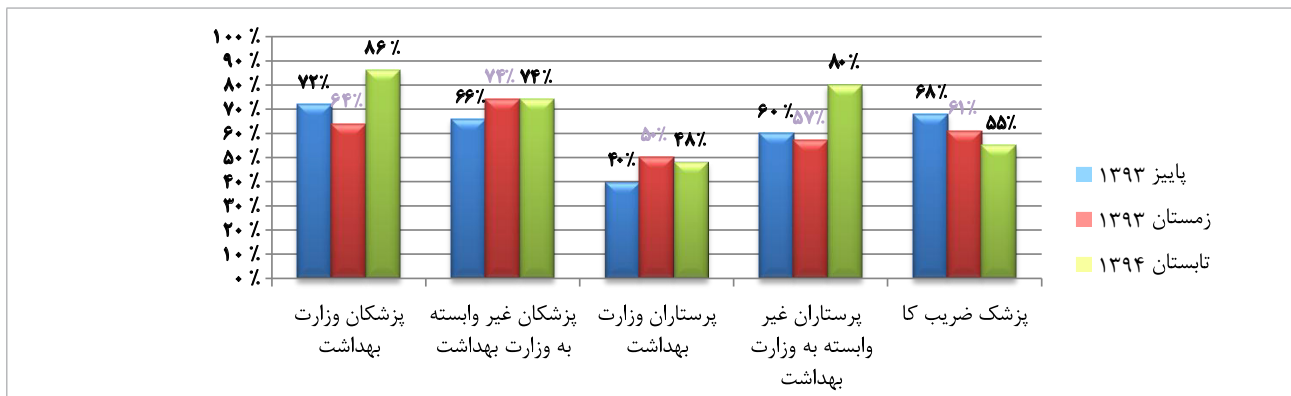
این علامت دلالت بر این دارد که این خدمات می‌توانند در بخش سرپایی و در قالب مطب،⁹ درمانگاه و مرکز جراحی محدود و هم در قالب بیمارستان و عرصه بستری ارایه شوند. ارزش ریالی این دسته از خدمات اعم از این که در بخش سرپایی یا بستری ارایه شوند، یکسان خواهد بود.

و اجرایی شدن آن از مهرماه ۱۳۹۳، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت با وظیفه دیده‌بانی طرح تحول، مطالعه‌ای در زمینه تأثیر این کتاب بر درآمد جامعه پزشکان و سایر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، انجام داده است. با توجه به بررسی انجام‌شده در سه ماهه اول اجرایی شدن کتاب جدید در پاییز ۱۳۹۳ و سپس زمستان همان سال، درنهایت جمع‌بندی در تابستان سال ۱۳۹۴ و ارایه گزارش تجمیعی در مورد طرح تحول نظام سلامت به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خروجی‌های زیر حاصل شده است که در این بخش به آنها اشاره می‌شود.¹⁰

حجم نمونه شامل پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت؛ متخصصین شاغل در بیمارستان‌های غیروابسته به وزارت بهداشت اعم از تأمین اجتماعی، خیریه، خصوصی و غیره و پزشکان مشمول گذراندن تعهدات خدمات شاغل در مناطق محروم در پاییز و زمستان ۱۳۹۳ و روش پرسشگری تلفنی بوده است. در مورد پرستاران، حجم نمونه ۱۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته و غیروابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی و روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسشگری تلفنی بوده است. حجم نمونه برای هر دو گروه در تابستان سال ۱۳۹۴، ۱۵۰ نفر بوده است و روش پرسشگری نیز تلفنی بوده

منبع: گزارشات مؤسسه ملی تحقیقات سلامت درمورد برنامه تحول نظام سلامت¹⁰

است.



نمودار ۲- درصد موافقت ارایه‌دهندگان خدمات سلامت با مداخله ارزش نسبی تعرفه خدمات در پاییز و زمستان ۱۳۹۳ و تابستان ۱۳۹۴

شده رضایت داشته باشند تا عرضه خدمات با کیفیت تضمین شود، از این رو نمایندگان ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در قالب انجمن‌های علمی و بوردهای تخصصی، ذینفع و تصمیم‌گیر بسیار مهم در امر تعرفه‌گذاری خدمات سلامت محسوب می‌شوند.

بنا بر تحقیقات انجام‌شده پرداخت از جیب مردم نیز به دلیل حذف زیرمیزی‌ها، کاهش درصد فرانشیز پس از اجرایی شدن کتاب، حذف دریافت سلیقه‌ای برای خدمات ارایه‌شده با فناوری‌های نوین با تعیین تعرفه برای آنها، کاهش تعرفه خدمات پاراکلینیک و غیره کاهش یافته است. دستیابی به هدف ساماندهی کیفیت خدمات درمانی با تعرفه‌های واقعی، نیازمند گذشت زمان و مطالعات بلندمدت با تعیین شاخص‌ها و معیارهای بلندمدت است. در کل، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت باید به صورت سالانه مورد بازنگری قرار گیرد، لذا نیاز است که این فعالیت‌ها در قالب یک فرایند مدون و زمان‌بندی‌شده، با مشخص ساختن وظایف تمامی ذینفعان و شفاف نمودن نوع همکاری‌های بین‌بخشی و میان‌بخشی، انجام شود.

Reference

- 1- Pourreza A. *Health economics: Areas and perspectives (in Persian)*. Payesh: J Iran Inst Health Sci Res. 2003;2(4):297-302.
- 2- Hsiao WC. *Results, potential effects, and implementation issues of the resource-based relative value scale*. J American Med Ass. 1988;260(16):2429-38.
- 3- Kominski G, Pourat N, Black J. *The use of relative value scales for provider reimbursement in state workers compensation programs*, UCLA center for health. Policy Research 1999. [cited 2010 Oct 6]. Available from: http://www.health-policy.ucla.edu/pubs/files/IMC_StudyFinalReport_081999.pdf.
- 4- Noorbakhash T. *Is medical tariff principal problem*. Sepid week Mag (in Persian). 2008;98(2):3-14.
- 5- Asghari F, Majdzadeh R. *Responsiveness: Concept and importance*. Iran J Diabetes Lipid Disorder (in Persian). 2005;1:15-24.
- 6- Bow CJ, Waters NM, Faris PD, Seidel JE, Galbraith PD, Knudtson ML, et al. *Accuracy of city postal code coordinates as a proxy for location of residence*. International journal of health geographics. 2004;3(1):5.
- 7- Noori M, Monazam K, Manavi S. *Study of policy making and rating the challenges of medical tariff (Research project) (In Persian)*. Islamic Parliament Research Center: Tehran, Iran; 2008. 112-3 p.
- 8- Murad N. *A comparative study of the influence of California and the relative value of the admission fees apply common services in selected hospitals of Ilam in summer 2014 (Research Projects)*: Health Insurance Organization of Iran; 2015.
- 9- Pasban SZ, Pakar F. *Comparative study of the influence of California and the relative performance of the book value over the cost of inpatient services at Farabi hospital in August and September 2014 (Research Projects)*2015.

- 10- Inc. Rvs. Relative value for physicians Antony publishing 2000.
- 11- Kongstvedt P. Compensation of primary care physician in managed health care. Managed health care hand book. 4th ed: Aspen publication; 2001.
- 12- scale. R-Brv. [cited 2011 5 Jun]. Available from: Wikipedia.com/resource-based relativevalue scale/ accessed-5june2011.08.31.
- 13- Loghmanian M. Comparative study of tariff mechanisms in selected countries and designing a model for Iran (in Persian). Tehran, Iran: Medical services insurance organization; 2005.
- 14- base. Thci. Medical network information system 2007 (in Persian). [cited 2009 Jul 2]. Available from: <http://www.pezeshki.net/fa/content/section/12/101>.
- 15- Moazzami M. Finally, do we want clinical private section in country. Meeting with the Heads of private hospitals. Tehran, Iran.: Medical Council of Islamic Republic of Iran; 2007 [cited 2009 Mar 12]. Available from: <http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=4802>.
- 16- Kalantar M, Moaeiri F, Mozaami M, Saeikholeslami E. Medical tariff relative values (In Persian). 1st ed. Tehran: Ministry of Health; 2005.
- 17- Citardi MJ. Current procedural technology: History, structure, process and controversies. 2008 [cited 2010 Dec 22]. Available from: <http://www.uth.tmc.edu/orl/newsletters/ORL-Update/f.all-2009/current-procedural-technology.html>.
- 18- Kelly NL, Hosiao WC, Braun P. *Extrapolation of measures of work for surveyed services to other services*. J American Med Asso. 1988;260(16):2379-84.
- 19- Doshmangir L, Rashidian A. *Methodology and challenges of making tariff, An overview on how to use resource-based relative value scale (RBRVS) in determining physicians' payment rate (in Persian)*. Homayeh Salamat J. 2011.
- 20- Internal publications of medical council of islamic republic of Iran (In Persian): Contention in health sector.; 2000. 12-4 p.
- 21- Tofighi SH. Designing a model for medical tariff in governmental and non- governmental sectors. Research project (In Persian): Tehran, Iran; 2007. 63-5 p.

The Process of Reviewing the New Book on the Relative Value of Health Services and Localization of the Coding System in the Third Step of the Health Transformation Plan, with a Focus on Its Wide Impact on the Health Market of the Country

Mohammad Aghajani¹, Alireza Olyaeemanesh^{2*}, Saeid Manavi³, Mani Yusefvand⁴, Ali Maher⁵, Ali Shahrami⁶, Peirhossein Kolivand⁷, Mosa Tabatabaei⁸, Jamshid Kermanchi⁹, Farah Babaei¹⁰, Hassan Vaezi¹¹, Leila Poraghasi¹², Marziyeh Zangeneh¹³, Arezoo Dehghani¹⁴, Seyedeh Sana Hosseini¹⁵

¹ Deputy for Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

² Director General of the Office of Technology Assessment, Standards and Health Tariffs

³ Head of the Tariff Policy Department and Payment System, Ministry of Health and Medical Education

⁴ Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources, Ministry of Health and Medical Education

⁵ Vice Deputy of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

⁶ Executive Vice of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

⁷ Head of the Emergency Department of the Country, Ministry of Health and Medical Education

⁸ Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

⁹ Adviser of Curative Affairs in the Disease Management, Ministry of Health and Medical Education

¹⁰ Head of Department of Midwifery, Ministry of Health and Medical Education

¹¹ Head of Hospital Emergency, Ministry of Health and Medical Education

¹² Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources, Ministry of Health and Medical Education

¹³ Expert of Coordination office and Planning of Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

¹⁴ Director of Public Relations of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

¹⁵ Expert of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

Please cite this article as follows:

Aghajani M, Olyaeemanesh A, Manavi S, Yusefvand M, Maher A, Shahrami A, et al. The Process of Reviewing the New Book on the Relative Value of Health Services and Localization of the Coding System in the Third Step of the Health Transformation Plan, with a Focus on Its Wide Impact on the Health Market of the Country. *Hakim Health Sys Res* 2017; 20(3): 164- 174.

*Corresponding Author: Ministry of Health and Medical Education, 7th Floor, Block A, Eyvanak- E, Qods, Tehran, Iran. Tel: +98-2181454321, E-mail: Olyae@Health.Gov.Ir