

دستمزد پزشکان بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران پس از اصلاح تعرفه‌های خدمات تهاجمی و اعمال جراحی

سعیده باباشاهی^۱، علی اکبری‌ساری^{۱*}، آرش رشیدیان^۱، علی‌رضا اولیایی‌منش^۲

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه اقتصاد سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی * نویسنده مسؤل: تهران، خیابان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۹-۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹-۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹ پست الکترونیک: akbarisari@tums.ac.ir

دریافت: ۹۰/۵/۲ پذیرش: ۹۱/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: در سال ۱۳۸۱ نسخه جدید کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی درمانی بر اساس کتاب ۲۰۰۸ CPT/RVU توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه گردید و در دسترس بیمارستان‌ها قرار گرفت. هدف مطالعه حاضر، تخمین تعداد اعمال تهاجمی در کشور و مقایسه تعرفه‌های قدیم و جدید، و برآورد میزان تغییر در دستمزد پزشکان در صورت اجرای تعرفه‌های جدید بود.

روش کار: ابتدا با استفاده از اطلاعات سازمان‌های اصلی بیمه درمان و بر اساس الگوی مطالعه، پس از حذف موارد تکراری فهرست، ۵۴ مورد از رایج‌ترین و تأثیرگذارترین اعمال تهاجمی انتخاب شدند. سپس با استفاده از اطلاعات سازمان‌های بیمه‌گر، جمعیت تحت پوشش آن‌ها و جمعیت کشور، تعداد هر یک از این اعمال در کشور در مدت یک‌سال برآورد شد. در نهایت با توجه به میزان دستمزد پزشکان بابت هر کای جراحی و نسبت اعمال جراحی در بخش خصوصی به دولتی، تفاوت پرداخت به پزشکان در صورت اجرای تعرفه‌های جدید برآورد گردید.

یافته‌ها: برآورد می‌شود در ایران سالانه حدود چهار میلیون و نهصد هزار عمل جراحی و خدمت درمانی تهاجمی انجام شود که تقریباً ۵۳٪ آن مربوط به ۵۴ خدمتی است که از رایج‌ترین و اثرگذارترین اعمال در کشور می‌باشند. انتظار می‌رود با اجرای تعرفه‌های جدید، دستمزد پزشکان بابت گروهی از خدمات تهاجمی و اعمال جراحی حدود ۷۶۷۸۳۳ میلیون ریال اضافه شود و از طرفی دستمزد آن‌ها بابت انجام گروه دیگری از خدمات تهاجمی و اعمال جراحی حدود ۸۱۰۶۵۵ میلیون ریال کاهش یابد. به عبارتی با اجرای تعرفه‌های جدید، دستمزد پرداخت شده به پزشکان کشور بابت اعمال جراحی و تهاجمی در مجموع در حدود ۴۳۰۰۰ میلیون ریال کاهش یافته و به همین میزان هزینه‌های نظام سلامت نیز کاهش خواهد یافت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که اجرای تعرفه‌های جدید اعمال جراحی موجب باز توزیع هزینه اختصاص یافته به خدمات پزشکان تخصص‌های مختلف می‌شود و با توجه به این که اصلاح تعرفه‌ها بر مبنای پیشرفت‌های سال‌های اخیر در ارایه خدمات است، انتظار می‌رود موجب تناسب منطقی‌تر درآمدها شود. همچنین به نظر می‌رسد تغییر محسوسی در مجموع هزینه‌های دستمزد پزشکان ایجاد نشود.

کل‌واژگان: نظام پرداخت، تعرفه، ارزش نسبی خدمات درمانی، ضریب کای جراحی

مقدمه

در هر نظام سلامت، بیماران به طور طبیعی انتظار دارند خدمات مورد نیاز را با کیفیت و در زمان مناسب دریافت نمایند و از طرفی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نیز متوقع هستند به ازای خدمات، دریافتی متناسب و به موقع داشته باشند. در کشور ما جبران هزینه خدمات پزشکی به پزشکان عمدتاً بر اساس تعرفه صورت می‌گیرد. در حال حاضر مبنای پرداخت هزینه خدمات بستری بر اساس کتاب قدیم موسوم به کالیفرنیا می‌باشد (۱). کتاب مذکور در اواسط دهه ۷۰ ترجمه و منتشر شده است و تا به امروز بدون به روزآمد شدن، علی‌رغم وجود نسخه‌های جدید، مورد استفاده قرار گرفته است (۱). این در حالیست که در طول

در هر نظام سلامت، بیماران به طور طبیعی انتظار دارند خدمات مورد نیاز را با کیفیت و در زمان مناسب دریافت نمایند و از طرفی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نیز متوقع هستند به ازای خدمات، دریافتی متناسب و به موقع داشته باشند. در کشور ما جبران هزینه خدمات پزشکی به پزشکان عمدتاً بر اساس تعرفه صورت می‌گیرد. در حال حاضر مبنای پرداخت هزینه خدمات بستری بر اساس کتاب قدیم موسوم به کالیفرنیا می‌باشد (۱). کتاب مذکور در اواسط دهه ۷۰ ترجمه و منتشر شده است و تا به امروز بدون به روزآمد شدن، علی‌رغم وجود نسخه‌های جدید، مورد استفاده قرار گرفته است (۱). این در حالیست که در طول

ضریب کا انتخاب شد (۸). پس از حذف موارد تکراری فهرست ۵۴ مورد از اعمال تهاجمی در کشور انتخاب گردید که بیشترین میزان شیوع را در میان کلیه اعمال، بیشترین ضریب کای جراحی و یا در مقایسه بین کتاب قدیم و جدید بیشترین تغییر در ضریب کا را داشتند. در مرحله دوم، با استفاده از اطلاعات سازمان‌های اصلی بیمه‌گر، جمعیت تحت پوشش آنها و جمعیت کشور، تعداد هر یک از این اعمال برای مدت یک سال برآورد گردید. جمعیت تحت پوشش بیمه که برای آنها داده‌های مورد نیاز در دسترس بود حدود ۴ میلیون نفر از سراسر کشور بود و جمعیت کشور ۷۵ میلیون نفر برآورد شد.

در مرحله سوم، با توجه به نسبت ارایه اعمال جراحی در بخش خصوصی و دولتی و میزان دستمزد پزشکان بابت هر کای جراحی در بخش خصوصی و دولتی تفاوت پرداخت به پزشکان در صورت اجرای تعرفه‌های جدید طبق فرمول زیر برآورد گردید.

$$\Delta \text{Cost} = P * N * F \sum (\Delta K)$$

ΔCost = تفاوت میزان هزینه‌ها در بخش خصوصی (یا در بخش دولتی)؛ $P_{\text{proportion}}$ = نسبت اعمال جراحی در بخش خصوصی به بخش دولتی (۲۵٪ به ۷۵٪)؛ N_{number} = تعداد هر عمل در کشور در سال (تعداد کاتاراکت، سزارین و...); K = میزان افزایش یا کاهش ضریب کای ناشی از اعمال جراحی منتخب (با مقایسه کتاب قدیم و جدید)؛ F_{cc} = مبلغ پرداختی بابت هر کا (۳۶۰۰۰۰ ریال در بخش خصوصی و ۵۵۵۰۰ ریال در بخش دولتی).

بر اساس مستندات به دست آمده از وزارت بهداشت میزان ارایه هر یک از اعمال در بخش دولتی در حدود ۷۵٪ و در بخش خصوصی در حدود ۲۵٪ برآورد گردید (۹). همچنین میزان پرداختی برای کای جراحی به پزشکان در بخش دولتی معادل ۵۵،۵۰۰ ریال و در بخش خصوصی ۳۶۰،۰۰۰ ریال می‌باشد (۱۰).

نتایج

بر اساس داده‌ها و فرض‌های استفاده شده در مطالعه برآورد می‌شود در ایران سالیانه حدود ۴،۸۹۴،۰۰۰ اعمال جراحی و خدمات درمانی تهاجمی انجام شود که حدود ۲۶۰۰،۰۰۰ مورد (۵۳٪) آن مربوط به ۵۴ خدمتی است که بیشترین میزان شیوع، بیشترین ضریب کا و یا بیشترین تغییر در ضریب کا را داشته‌اند. از میان فهرست اعمال تهاجمی استخراج شده، ۲۷ مورد از اعمال جراحی دارای افزایش، ۲۴ مورد کاهش و ۳ مورد نیز تغییری در میزان ضریب کای جراحی نداشته‌اند. میزان بار مالی

بهار ۹۱، دوره پانزدهم، شماره اول

این مدت مدید به علت تغییر در فن‌آوری‌های مورد استفاده، مهارت مورد نیاز و زمان انجام اعمال، ارزش نسبی (جزء حرفه‌ای) خدمات تغییر نموده است (۴-۲). بنابراین به نظر می‌رسد در حال حاضر در کتاب کالیفرنیا تناسب و تعادل درون‌رشته‌ای و بین‌رشته‌ای در تعرفه خدمات سلامت وجود ندارد. در مطالعه جعفری و همکاران اشاره شده است که ساز و کار پرداخت (و یا به عبارتی توزیع مبالغ پرداختی برای خدمات مختلف) در کشور ما منصفانه نبوده و موجب نارضایتی کارکنان غیر پزشک و مهم‌تر از آن تفاوت غیرعادی درآمدهای پزشکان مختلف شده است. تا جایی که تفاوت درآمدی پزشکان در یک بیمارستان تا ۳۰ برابر هم برآورد شده است. این در حالیست که افراد این نابسامانی درآمدی را از سوی متولی نظام سلامت دیده و اظهار داشته‌اند امکان و توانایی تغییر یا تعدیل آن را ندارند (۵). چنین تفاوت‌های درآمدی در کشورهای توسعه یافته یا با نظام منسجم خدمات سلامت مشاهده نمی‌شود.

در سال ۱۳۸۴ کتاب تعرفه‌های نظام سلامت کشور براساس کتاب ۲۰۰۴ CPT/RVU به روز گردید؛ ولی به مرحله اجرا نرسید (۶). به رغم چاپ این کتاب، یکی از مهم‌ترین دلایل برای عدم ابلاغ کتاب، مخالفت سازمان‌های بیمه درمانی در آن زمان ذکر شده است که علت آن احتمال افزایش جدی هزینه سازمان‌های بیمه‌گر در اثر تغییرات پیشنهادی در تعرفه‌ها بود. مطالعه اخیر دشمنگیر و همکاران نشان می‌دهد که ابلاغ آن کتاب می‌توانست عدم تناسب درآمد رشته‌های مختلف را کاهش دهد، اما به نظر می‌رسید نگرانی از افزایش شدید هزینه‌ها نیز بی‌مورد نبوده است (۷). در سال ۱۳۸۸ نسخه ۲۰۰۸ کتاب CPT/RVU (کتاب جدید)، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و منتشر گردید و در سال ۱۳۸۹ در دسترس بیمارستان‌ها قرار گرفت. هدف مطالعه حاضر آن بود که با تخمین تعداد اعمال تهاجمی در کشور و مقایسه تعرفه‌های قدیم و جدید، تفاوت پرداخت به پزشکان بابت اعمال تهاجمی را در صورت اجرای تعرفه‌های جدید برآورد نماید.

روش کار

در مرحله اول با استفاده از اطلاعات سازمان‌های اصلی بیمه درمانی، ۱۵ مورد از شایع‌ترین اعمال جراحی کشور شناسایی شد. سپس از طریق کتاب کالیفرنیا، ۱۵ مورد از اعمال جراحی با بیشترین میزان ضریب کا مشخص شد. سپس با مقایسه کتاب قدیم و جدید ۱۵ مورد از اعمال جراحی با بیشترین میزان افزایش ضریب کا و ۱۵ مورد از اعمال با بیشترین میزان کاهش

میلیون ریال، آپاندکتومی با ۲۱،۷۷۶ میلیون ریال است. در بخش خصوصی بیشترین میزان افزایش هزینه متعلق به اعمال زایمان طبیعی با ۱۸۱،۴۴۸ میلیون ریال، سزارین با ۱۱۸،۱۴۲ میلیون ریال، سینوس پیلوئید با ۴۹،۴۷۱ میلیون ریال، آپاندکتومی با ۴۷،۰۸۳ میلیون ریال می‌باشد. اگر فرض شود با اجرای کتاب جدید، تعداد و نسبت اعمال جراحی در بخش خصوصی و دولتی تغییر نمی‌کند، در مجموع ۷۶۷،۸۳۳ میلیون ریال افزایش هزینه ناشی از تغییر ضریب کای جراحی در کتاب جدید در بخش دولتی و خصوصی ایجاد می‌گردد.

ناشی از آن دسته اعمال جراحی منتخب که با افزایش میزان ضریب کای جراحی در کتاب جدید مواجه بوده‌اند، به تفکیک بخش دولتی و خصوصی در جدول ۱ آورده شده است. جدول ۱ نشان می‌دهد افزایش هزینه ناشی از افزایش ضریب کای جراحی اعمال منتخب در کتاب جدید، در بخش دولتی ۲۴۲،۸۱۹ میلیون ریال و در بخش خصوصی ۵۲۵،۰۱۴ میلیون ریال می‌باشد. در بخش دولتی بیشترین میزان افزایش هزینه متعلق به اعمال زایمان طبیعی با ۸۳،۹۱۹ میلیون ریال، پس از آن سزارین با ۵۴،۶۴۰ میلیون ریال، سینوس پیلوئید با ۲۲،۸۸۰

جدول ۱- هزینه ناشی از افزایش میزان ضریب کای جراحی در بخش دولتی و خصوصی (میلیون ریال)

ردیف	عنوان خدمت	میزان ضریب کای جراحی قدیم	میزان ضریب کای جراحی جدید	میزان اختلاف ضریب k قدیم و جدید	تعداد فراوانی در کشور	تفاوت هزینه در بخش دولتی	تفاوت هزینه در بخش خصوصی
۱	زایمان طبیعی	۱۴/۳۸	۱۷	۲/۶۲	۷۶۹،۵۰۰	۸۴،۹۱۹	۱۸۱،۴۴۸
۲	سزارین	۱۶/۷۳	۲۰	۳/۲۷	۴۰۱،۴۳۴	۵۴،۶۴۰	۱۱۸،۱۴۲
۳	سینوس پیلوئید	۷/۸۱	۱۳	۵/۱۹	۱۰۵،۹۱۲	۲۲،۸۸۰	۴۹،۴۷۱
۴	آپاندکتومی	۱۰/۶۱	۱۳	۳/۶۱	۱۴۴،۹۱۸	۲۱،۷۷۶	۴۷،۰۸۳
۵	اصلاح انحراف تیغه بینی	۱۰	۱۳	۳	۱۳۴،۷۶۶	۱۶،۸۲۸	۳۶،۳۸۶
۶	کوله سیستکتومی	۱۵/۱۸	۲۱	۵/۸۲	۶۶،۶۹۰	۱۶،۱۵۶	۳۴،۹۲۳
۷	بای‌پس شریان کرونر	۴۸/۴۷	۵۲	۴/۵۲	۵۶،۳۵۸	۸،۲۸۱	۱۷،۹۰۴
۸	هیسترکتومی	۱۷	۲۱	۳	۴۶،۲۶۰	۵،۷۷۶	۱۲،۴۹۰
۹	فتق مغنی	۸/۸۵	۱۱	۲/۱۵	۵۸،۸۶۰	۵،۲۶۷	۱۱،۳۸۹
۱۰	هموروئیدکتومی	۸/۳	۹	۰/۷	۸۴،۹۰۶	۲،۴۷۳	۵،۳۴۹
۱۱	ترمیم امفالوسل بزرگ یا گاستروش	۱۵	۹۹	۸۴	۳۴۲	۱،۱۹۴	۲،۵۸۲
۱۲	لامینوتومی، هر فضای بین مهره‌ای	۶	۳۶	۳۰	۴۵۶	۵۷۴	۱،۲۴۲
۱۳	رزکسیون رادیکال برای تومور باف	۱۸	۴۹	۳۱	۳۹۶	۵۰۶	۱،۰۹۴
۱۴	سیستو یا دستکاری بدون درآوردن	۵	۲۳	۱۸	۴۳۲	۵۰۰	۱،۰۸۲
۱۵	ترمیم فتق دیافراگمی مری، نوزاد	۲۲	۱۱۹	۹۷	۹۰	۳۶۲	۷۸۲
۱۶	پیوندانگشت، به غیر از شست	۱۴	۴۷	۳۳	۲۱۶	۳۰۰	۶۴۹
۱۷	فتق اینگوینال	۹/۹۱	۱۰	-/۰۹	۶۲،۲۹۸	۲۳۴	۵۰۷
۱۸	پیوند انگشت کامل	۲۰	۵۳	۳۳	۱۶۲	۲۳۳	۵۰۴
۱۹	اکسیژن تومور زاویه منحنی	۵۰	۷۸	۲۸	۱۸۰	۲۳۴	۴۸۵
۲۰	ازوقارکتومی با جایگزینی سگمان روده	۳۳	۸۴	۵۱	۹۰	۲۰۸	۴۵۱
۲۱	سزارین به همراه هیسترکتومی توتال	۱۹	۵۴	۳۵	۱۶۲	۱۸۹	۴۰۹
۲۲	اصلاح و یا تعویض تی تیوب ترانس	۲	۳۶	۳۴	۵۴	۷۵	۱۶۳
۲۳	فلاپ استخوانی جلدی خار خاصره	۳۲	۶۰	۲۸	۵۴	۶۴	۱۳۹
۲۴	آناستوموز مجاری صفراوی داخل کبد	۲۰	۵۵	۳۵	۳۶	۵۲	۱۱۲
۲۵	گلوستکتومی کامل	۱۸	۴۸	۳۰	۳۶	۴۵	۹۷
۲۶	تعویض دریچه با بزرگ کردن آنولوس	۶۰	۷۰	۱۰	۱۰۸	۴۳	۹۳
۲۷	جراحی عروقی دوران پیچیده	۶۵	۷۵	۱۰	۱۸	۷	۱۶
جمع نهایی						۲۴۲،۸۱۹	۵۲۵،۰۱۴

جدول ۲، نشان‌دهنده میزان کاهش هزینه ناشی از کاهش میزان تعرفه خدمات در کتاب جدید در بخش دولتی و خصوصی می‌باشد. این جدول نشان می‌دهد کاهش هزینه ناشی از کاهش ضریب کای جراحی اعمال منتخب، در بخش دولتی ۲۵۶،۳۶۴ میلیون ریال و در بخش خصوصی ۵۵۴،۳۰۱ میلیون ریال می‌باشد. بنابراین در صورتی که تعرفه‌های جدید ابلاغ و اجرا گردد انتظار می‌رود در مجموع حدود ۷۶۷،۸۳۳ میلیون ریال در سال به درآمد گروهی از پزشکان اضافه شود و حدود ۸۱۰،۶۶۵ میلیون ریال از درآمد برخی پزشکان کسر شود.

در بخش دولتی بیشترین میزان کاهش هزینه ناشی از اعمال ضریب کای جراحی جدید، متعلق به اعمال کاتاراکت با ۲۲۳،۸۰۰ میلیون ریال، دیسک بین مهره‌ای با ۱۴،۷۹۴ میلیون ریال، ویتراکتومی مکانیکی با ۷،۲۵۵ میلیون ریال، و لیتوتریپسی، توسط موج ضربه‌ای با ۲،۴۵۲ میلیون ریال می‌باشد. در بخش خصوصی بیشترین میزان هزینه کاهش یافته متعلق به اعمال کاتاراکت ۴۸۳،۸۹۳ میلیون ریال، دیسک بین مهره‌ای با ۳۱،۹۸۸ میلیون ریال، ویتراکتومی مکانیکی با ۱۵،۶۸۶ میلیون ریال، تکنیک دوایر با ۶،۶۴۷ میلیون ریال و لیتوتریپسی با ۵،۳۰۳ میلیون ریال می‌باشد.

در صورت اجرای تعرفه‌های جدید، در مجموع پرداخت دستمزد پزشکان حدود ۴۲،۸۳۱ میلیون ریال کاهش می‌یابد (جدول ۳).

در بخش دولتی بیشترین میزان کاهش هزینه ناشی از اعمال ضریب کای جراحی جدید، متعلق به اعمال کاتاراکت با

جدول ۲- هزینه ناشی از کاهش میزان ضریب کای جراحی در بخش دولتی و خصوصی (میلیون ریال)

ردیف	عنوان خدمت	میزان ضریب k قدیم	میزان ضریب k جدید	میزان اختلاف ضریب k قدیم و جدید	تعداد فراوانی در کشور	تفاوت هزینه در بخش دولتی	تفاوت هزینه در بخش خصوصی
۱	کاتاراکت	۲۷/۹	۱۵	(۱۲/۹)	۴۱۶،۷۹۰	(۲۲۳،۸۰۰)	(۴۸۳،۸۹۳)
۲	دیسک بین مهره‌ای، کمری	۴۰	۳۱	(۹)	۳۹،۴۹۲	(۱۴،۷۹۴)	(۳۱،۹۸۸)
۳	ویترکتومی مکانیکی	۳۵	۱۸/۵۶	(۱۶/۴۴)	۱۰،۶۰۲	(۷،۲۵۵)	(۱۵،۶۸۶)
۴	تکنیک دوایر (عمل مستقل)	۵۰	۱۶/۰۹	(۳۳/۹۱)	۲،۱۷۸	(۳۰،۷۴)	(۶،۶۴۷)
۵	لیتوتریپسی، توسط موج ضربه‌ای خار	۵۰	۲۲/۰۲	(۲۷/۹۸)	۲،۱۰۶	(۲،۴۵۲)	(۵۳،۳)
۶	واریکوسل	۹/۲۵	۹	(-/۲۵)	۱۸۱،۸۳۶	(۱،۸۹۲)	(۴۰،۹۱)
۷	لامینوتومی، درهرسطحی، کمری	۳۵	۷/۲۶	(۲۷/۴۴)	۶۸۴	(۷۸۹)	(۱،۷۰۷)
۸	اصلاح اسکولیوز، روش میله هارینگ	۴۵	۱۶/۸۴	(۲۸/۱۶)	۵۴۰	(۶۲۳)	(۱،۳۶۸)
۹	آنژیوپلاستی عروق کرونر	۴۵/۲۶	۴۵	(-/۲۶)	۴۵،۴۶۸	(۴۹۳)	(۱۰،۶۳)
۱۰	استفاده طولانی از دستگاه گردش خون	۵۰	۲۱/۲۹	(۲۸/۷۱)	۳۶۰	(۹۳۰)	(۳۰)
۱۱	پروفیلاکسی دکلمان رتین بدون درناژ	۹۰	۹/۳	(۸۰/۷)	۵۴	(۱۵)	(۳۲)
۱۲	پیوند قلب	۲۰۰	۹۶/۲۶	(۱۰۳/۷۴)	۳۶	(۱۵۵)	(۳۳۶)
۱۳	برداشتن تومور داخل قلبی	۵۰	۳۳/۸۵	(۱۶/۵۱)	۱۸۰	(۱۲۱)	(۲۶۱)
۱۴	کرانیکتومی برای استئومیلیت	۴۰	۲۳/۴۹	(۱۶/۵۱)	۱۴۴	(۹۸)	(۱۳۳)
۱۵	جراحی جهت ناهنجاری شریانی وریدی	۶۰	۴۶/۵۰	(۱۳/۵۰)	۵۴	(۳۰)	(۶۵)
۱۶	اصلاح ثانویه بازسازی ناحیه اوربیت	۶۰	۱۷/۰۸	(۴۹/۲۲)	۳۶	(۶۴)	(۱۳۹)
۱۷	اکسیژن تومور خط وسط در قاعده	۶۷	۶۵/۶۸	(۱/۰۲)	۱۴۴۰	(۶۱)	(۱۳۰)
۱۸	جلو آوردن پشمانی	۶۵	۴۰/۹۶	(۲۴/۰۴)	۵۴	(۵۴)	(۱۱۶)
۱۹	کانتوپکسی، طرفی (جانبی)	۶۰	۷/۴۶	(۵۲/۵۴)	۱۸	(۳۹)	(۸۵)
۲۰	ترمیم جابجایی عروق بزرگ بازسازی شریان	۷۰	۱۵/۷۶	(۱۸/۲۴)	۳۶	(۲۷)	(۵۹)
۲۱	کرانیوتومی برای اکسیژن کرانی	۷۳	۶۵/۰۱	(۷/۹۹)	۷۲	(۲۳)	(۵۱)
۲۲	بازسازی ضخامت کامل، پیوند متقاط	۳۰	۱۴/۱۳	(۱۵/۸۷)	۳۶	(۲۳)	(۵۱)
۲۳	تعویض دریچه با بزرگ کردن آنولوس	۷۰	۵۵/۰۹	(۱۴/۹۱)	۳۶	(۲۲)	(۴۸)
۲۴	ترمیم عروق بزرگ	۶۰	۵۱/۷۶	(۸/۲۴)	۳۶	(۱۲)	(۲۶)
جمع نهایی						(۲۵۶،۳۶۴)	(۵۵۴،۳۰۱)

() نشان‌دهنده کاهش در هزینه می‌باشد

جدول ۳- بار مالی اعمال جراحی منتخب در بخش دولتی و خصوصی (میلیون ریال)

عنوان	افزایش هزینه ناشی از تغییر ضریب کای جراحی اعمال منتخب مطالعه	کاهش هزینه ناشی از تغییر ضریب کای جراحی اعمال منتخب مطالعه	جمع نهایی
بخش دولتی	۲۴۲،۸۱۹	(۲۵۶،۳۶۴)	(۱۳،۵۴۵)
بخش خصوصی	۵۲۵،۰۱۴	(۵۵۴،۳۰۱)	(۲۹،۲۸۶)
جمع نهایی	۷۶۷،۸۳۳	(۸۱۰،۶۶۵)	(۴۲،۸۳۱)

() نشان‌دهنده کاهش هزینه ناشی از تغییر ضریب کای جراحی جدید می‌باشد

بحث

به طور خلاصه میزان افزایش هزینه ناشی از افزایش ضریب کای جراحی اعمال منتخب، در بخش دولتی ۲۴۲،۸۱۹ میلیون ریال و در بخش خصوصی ۵۲۵،۰۱۴ میلیون ریال می‌باشد. همچنین میزان کاهش هزینه ناشی از کاهش ضریب کای جراحی اعمال منتخب، در بخش دولتی ۲۵۶،۳۶۴ میلیون ریال و در بخش خصوصی ۵۵۴،۳۰۱ میلیون ریال می‌باشد. در نهایت اجرای کتاب جدید منجر به ۴۲،۸۳۱ میلیون ریال کاهش در پرداخت دستمزد پزشکان و صرفه‌جویی در منابع تخصیص داده شده به نظام سلامت خواهد گردید.

در بخش دولتی بیشترین میزان افزایش هزینه متعلق به اعمال زایمان طبیعی با ۸۳،۹۱۹ میلیون ریال، سزارین با ۵۴،۶۴۰ میلیون ریال، سینوس پیلوئید با ۲۲،۸۸۰ میلیون ریال، آپاندکتومی با ۲۱،۷۷۶ میلیون ریال و در بخش خصوصی بیشترین میزان افزایش هزینه، متعلق به اعمال زایمان طبیعی با ۱۸۱،۴۴۸ میلیون ریال، سزارین با ۱۱۸،۱۴۲ میلیون ریال، سینوس پیلوئید با ۴۹،۴۷۱ میلیون ریال، آپاندکتومی با ۴۷،۰۸۳

میلیون ریال می‌باشد. در بخش دولتی بیشترین میزان کاهش هزینه متعلق به اعمال کاتاراکت با ۲۲۳،۸۰۰ میلیون ریال، دیسک بین مهره‌ای با ۱۴،۷۹۴ میلیون ریال، ویترکتومی مکانیکی با ۱۵،۶۸۶ میلیون ریال، تکنیک دوایر با ۳۰،۷۴ میلیون ریال و لیتوتریپسی با ۲،۴۵۲ میلیون ریال می‌باشد. همچنین در بخش خصوصی بیشترین میزان کاهش هزینه متعلق به اعمال کاتاراکت ۴۸۳،۸۹۳ میلیون ریال، دیسک بین مهره‌ای با ۳۱،۹۸۸ میلیون ریال، ویترکتومی مکانیکی با ۱۵،۶۸۶ میلیون ریال، تکنیک دوایر با ۱۵،۶۸۶ میلیون ریال و لیتوتریپسی با ۵۳،۳ میلیون ریال می‌باشد. در مجموع نیز اجرای کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت سال ۱۳۸۸ در کشور (در بخش دولتی و خصوصی) منجر به ۴۲،۸۳۱ میلیون ریال کاهش در هزینه دستمزد پزشکان می‌گردد.

با توجه به این که اعمال منتخب در این مطالعه مشتمل بر اعمال جراحی است که بیشترین میزان فراوانی (شامل ۵۳٪ اعمال جراحی کشور) را دارند، دارای بیشترین میزان ضریب کای جراحی می‌باشند و یا بیشترین میزان اختلاف ضریب کای را دارند،

بهار ۹۱، دوره پانزدهم، شماره اول

دارای مشکلاتی نیز می‌باشد؛ از جمله آن که در این کتاب کماکان تناسب بین تعرفه برخی خدمات وجود ندارد، مثلاً تفاوت تعرفه عمل آپاندیسیت معمولی با آپاندیسیت سوراخ شده بسیار پایین است که ممکن است باعث شود پزشکان تمایل چندانی برای جراحی آپاندیسیت سوراخ شده نداشته باشند. همچنین اجرای این کتاب الزاماً باعث متناسب شدن پرداخت‌ها بین بخش خصوصی و دولتی نمی‌شود و این امر مستلزم افزایش میزان پرداخت بابت هر کار در بخش دولتی است که موضوع این مطالعه نمی‌باشد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود تا بومی‌سازی تعرفه‌ها در داخل کشور یا جایگزین نمودن یک نظام پرداخت مناسب و مبتنی بر شواهد با اتخاذ سیاست‌های درست و تدریجی، زمینه‌های لازم برای اجرای این کتاب جدید مهیا شده و اجرای آن و نظارت درست بر آن با جدیت دنبال گردد. این تغییرات می‌تواند تدریجی بوده و در «میزان ضریب کای جراحی» و یا در «میزان پرداختی برای هر کای جراحی به پزشکان» اعمال گردد. با توجه به آن که اجرای این کتاب باعث کاهش درآمد برخی پزشکان می‌شود برای جلوگیری از مقاومت آن‌ها و پیشگیری از ارایه خدمات غیرضروری (افزایش تعداد اعمال جراحی) و افزایش دریافت زیرمیزی توسط برخی پزشکان، لازم است راهکاری مناسب در این زمینه اندیشیده شود و اجرای دقیق آن مورد توجه و نظارت کافی قرار گیرد.

References

- 1- Book of relative value of diagnostic and therapeutic services (the old tariff book), Ministry of Health and Medical Education and drug treatment Affairs; 1994: 1-5. (in Persian)
- 2- Saaty TL. Relative Measurement and its Generalization in Decision Making: Why Pairwise Comparisons are Central in Mathematics for the Measurement of Intangible Factors - The Analytic Hierarchy/Network Process. RACSAM (Review of the Royal Spanish Academy of Sciences, Series A, Mathematics) 2008-06; 102 (2): 251-318.
- 3- Edmund R. Becker DD, Braun P, William CH. Refinement and Expansion of the Harvard Resource-Based Relative Value Scale: The Second Phase. Am J Public Health 1990;80:799-803.
- 4- Hsiao WC, Braun P, Becker ER, Thomas SR. Resource-based Relative Value Scale. JAMA 1988; 256 (16): 43-56.
- 5- Jafari-Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. International Journal of Health Planning and Management 2011; 26(3): 121-137.
- 6- Kalantar M, Moaeiri F. Medical Tariff Relative Values. 1st ed. Tehran: Ministry of Health, Arvij; 2005. (in Persian)
- 7- Doshmangir L, Rashidian A, Moayeri F, Akbarisari A. Study the effect of proposed changes of different specialized medical tariff relative values on the payment weight of clinical expertise's and health system costs. Hakim Scientific Journal 2011; 1: 1-9. (in Persian)
- 8- Babashahy S, Akbarisari A. (dissertation). Comparing New and Old Tariffs and Measuring the Cost of Common Operations in Iran in 2010, Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2010: 55-65. (in Persian)
- 9- Olyaeemanesh A, Manavi A, Monazzam K. Documentation and studies conducted at the Department of Health Economics. Department of Health, Ministry of Health and Medical Education; 2004 to 2009. (in Persian).
- 10- Olyaeemanesh A, Salehi Gh, Khamseh A, Zandi A, Manavi S, Babashahy S, et al. Booklet of Tariff of Diagnostic and Therapeutic Services. Ministry of Health and Medical Education; 2010: 5-15. (in Persian)

بنابراین می‌توان انتظار داشت در صورت اجرای تعرفه‌های جدید بیشترین تغییر در هزینه خدمات مربوط به این اعمال خواهد بود و سایر اعمال تغییر چندانی در هزینه‌ها به جای نمی‌گذارند. نتایج حاصل از مطالعه مشابهی که توسط دشمنگیر و همکاران در سال ۱۳۸۸ انجام شد نشان داد، ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی سال ۱۳۸۴، ضمن برطرف نمودن بی‌تناسبی و عدم تعادل میان ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و میان رشته‌ای، مقداری بار مالی بر بخش سلامت تحمیل می‌نماید؛ اگر چه در آن مطالعه محاسبات بر اساس نسبت اعمال جراحی در کشور انجام گردید و برآوردی از تعداد اعمال جراحی در کشور انجام نشد و محاسبات آن مطالعه نیز بر اساس کتاب سال ۱۳۸۴ می‌باشد (۱۰). به نظر می‌رسد در این زمینه در داخل کشور مطالعه دیگری انجام نشده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به مباحث پیشین می‌توان نتیجه گرفت اجرای تعرفه‌های جدید (کتاب ۲۰۰۸ CPT/RVU) در مقایسه با کتاب کالیفرنیا باعث تناسب در پرداخت دستمزد پزشکان و ایجاد عدالت درون‌رشته‌ای و بین‌رشته‌ای در بین خدمات سلامت می‌شود و بار مالی کل را نیز کاهش می‌دهد و اگر بار مالی هم داشته باشد، در حد پایین و قابل قبول است. از نقاط قوت دیگر کتاب جدید، اضافه شدن بیش از ۱۵۰۰ مورد اعمال جدید به آن می‌باشد که در کتاب قدیم وجود ندارد. البته این کتاب همچنان

Payments of Physicians Employed in Public and Private Hospitals after Modification of Surgical and Invasive Services Tariffs

Babashahy S^{1,2} (MSc); Akbari Sari A^{1*} (MD, PhD); Rashidian A¹ (MD, PhD); Olyaei Manesh A² (MD, PhD)

¹Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Health Economics, Iranian Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: 24 Jul 2011, Accepted: 14 Apr 2012

Abstract

Introduction: The old version of the USA tariff book (California Book) has been the basis for paying physicians' fees of surgeries and other invasive procedures in Iran for a long time. In 2010, Iran Ministry of Health and Medical Education (MOHME) translated the new version of the USA tariff book (CPT/RVU 2008) to replace the old version. This study aimed to explore the financial effects of implementing the new tariffs on physicians' fees of invasive procedures in public and private hospitals in Iran.

Methods: Using the databases of main medical insurance organizations, the old tariff book and new tariff book (book of CPT / RVU 2008); and excluding the duplicate procedures, we selected a list of 54 procedures. Considering the population covered by the insurance organizations and the total population of the country, we estimated the total number of invasive procedures for each selected type of procedure. Then, according to the fees paid to physicians in public and private hospitals, we estimated the possible changes in the physicians' income.

Results: The estimated total number of invasive procedures in Iran was about 4,894,000 per year, of which about 2,600,000 (53%) was related to the 54 selected types of procedures. The overall increase in the costs of invasive procedures was 767,833 million IR Rials and the reduction in the costs was 810,665 million IR Rials in both sectors.

Conclusion: Implementing the new tariff book will result in a small reduction in overall costs of the health services and will improve the appropriateness and equity of paying physicians' fees for invasive procedures. This, however, might lead to more induced demand and informal payments; so any changes should be introduced gradually and with careful monitoring.

Key words: tariff, payment system, physician fees, relative value, CPT

Please cite this article as follows:

Babashahy S, Akbari Sari A, Rashidian A, Olyaei Manesh A. Payments of Physicians Employed in Public and Private Hospitals after Modification of Surgical and Invasive Services Tariffs. *Hakim Research Journal* 2012; 15(1): 38- 43.

*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Keshavarz Blvd, Tehran, Iran. Tel/Fax: +98- 21- 88989129, Email: akbarisari@tums.ac.ir