

## بررسی تأثیر تغییرات پیشنهادی ارزش‌های نسبی تعرفه تخصص‌های بالینی در وزن پرداختی تخصص‌های مربوطه و هزینه‌های نظام سلامت

لیلا دشمن‌گیر<sup>۱\*</sup>، آرش رشیدیان<sup>۱\*</sup>، فروهر معیری<sup>۴</sup>، علی اکبری‌ساری<sup>۳</sup>

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
۳- مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
\* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ایتالیا، شماره ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تلفن: ۸۸۹۹۱۱۱۲ نمابر: ۸۸۹۹۱۱۱۳  
پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

دریافت: ۸۹/۷/۲۸ پذیرش: ۹۰/۱/۱۷

### چکیده

**مقدمه:** در صورتی که ارزش‌گذاری خدمات مختلف بالینی به صورت اصولی و با استناد صحیح به منابع موجود تعرفه‌گذاری صورت نگیرد، باعث ایجاد آثار نامطلوب بر استمرار خدمات بالینی می‌گردد. در این مطالعه پژوهشگران با مقایسه ارزش‌های نسبی تعرفه‌های تخصص‌های بالینی موجود در کتاب مرجع تعرفه کشور تدوین شده در سال ۱۳۷۲ (موسوم به کتاب کالیفرنیا) با تغییرات نسبی پیشنهاد شده بر ارزش‌های تعرفه‌ای ارائه شده در کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی و درمانی تدوین شده در سال ۱۳۸۴، به بررسی تأثیر تغییرات پیشنهادی بر وزن پرداختی به تخصص‌های بالینی کشور و به تبع آن بر هزینه‌های نظام سلامت، پرداخته است.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد. ارزش‌های نسبی تعرفه‌های تخصص‌های مختلف بالینی در دو کتاب تعرفه‌ای، بر اساس کدهای مشترک دو تخصص و پس از لحاظ نمودن تعداد اعمال جراحی انجام شده مربوط به هر کد، با یکدیگر مقایسه گردید. در مرحله نهایی مطالعه تعدادی از اعمال بالینی به طور هدفمند انتخاب و میزان تغییر هزینه نسبی آنها مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از پژوهش بیانگر بی‌تناسبی و عدم تعادل میان ارزش‌های نسبی فعلی خدمات مختلف بالینی در کشور می‌باشد. در صورت اعمال ارزش‌های نسبی پیشنهادی، وزن پرداختی تخصص‌های مختلف بالینی به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.

**نتیجه‌گیری:** در صورت اعمال ارزش‌های نسبی تدوین شده در کتاب تعرفه‌ای تدوین ۱۳۸۴ بی‌تناسبی و عدم تعادل میان ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای رفع می‌شود، ولی (در صورتی که تغییر دیگری در این نظام پرداخت ایجاد نشود) هزینه‌های نظام سلامت افزایش قابل توجهی می‌یابد.

**کلواژگان:** تعرفه‌های بالینی، هزینه‌های نظام سلامت، وزن پرداخت

### مقدمه

مقابل آن جامعه پزشکی و برخی دیگر از سیاست‌گذاران (به خصوص در بخش‌های مختلف وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها) از ناکافی بودن میزان تعرفه‌های پزشکی در نتیجه پایین بودن ارزش نسبی خدمات مربوطه و سایر عوامل دخیل در آن شکایت داشته‌اند (۲). هدف اصلی تعیین تعرفه یا قیمت خدمت ارائه شده، دستیابی به هدف یا پیامد مطلوبی است که برای آن خدمت تعیین شده است. به همین جهت است که تعرفه‌گذاری را بهار ۹۰، دوره چهاردهم، شماره اول

منطقی بودن ارزش‌های نسبی وضع شده برای خدمات مختلف پزشکی در جهت تعیین تعرفه‌های این خدمات از دیرباز در جامعه پزشکی از یک سو و اقشار مختلف جامعه از سویی دیگر همواره مورد بحث بوده است (۱). این امر همیشه با دو نقطه‌نظر کاملاً متفاوت همراه بوده است به نحوی که اقشار جامعه و برخی سیاست‌گذاران (به خصوص در بخش‌های بودجه‌ای و بیمه‌ای کشور) از هزینه بالای خدمات درمانی ناراضی بوده و در

یکی از ابزارهای مهم سیاست‌گذاری قلمداد می‌کنند که دولت‌ها برای مداخله در بازار خدمات سلامت (سیاست‌گذاری و رفتارسازی در نظام سلامت) به کار می‌گیرند (۳). تعیین ارزش خدمات سلامت یکی از اجزا و فعالیت‌های کلیدی و گسترده تخصیص منابع و خرید خدمت در نظام مراقبت سلامت است (۴). بنابراین با توجه به چنین چالش‌هایی موضوع تعرفه‌های پزشکی موجود در نظام سلامت هر کشور و چگونگی تعیین و میزان نرخ خدمات بهداشتی و درمانی و تأثیر نرخ‌های تعیینی بر هزینه‌های نظام سلامت و رفتارهای مرتبط با ارایه خدمت یکی از موضوع‌های مهم و اساسی حوزه سلامت یک کشور است (۵). باید توجه نمود که نظام پرداخت تعرفه‌ای تنها شیوه پرداخت و جبران هزینه نیست و بررسی نقاط قوت و ضعف نظام تعرفه‌ای به مفهوم برتری این روش پرداخت بر روش‌های دیگر پرداخت (مثل پرداخت کلی بر مبنای گروه‌های تشخیصی و یا روش‌های پرداخت سرانه) نمی‌باشد (۶)، بلکه با توجه به استفاده از آن به عنوان روش غالب پرداخت به پزشکان در کشور مورد توجه قرار می‌گیرد.

در کشور ما 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 می‌باشد. ارزش‌های نسبی تدوین شده در کتابی با عنوان کتاب موسوم به کالیفرنیا گردآوری شده است. در ترجمه و تدوین این کتاب به منظور تبیین تعرفه در کشور عدم رعایت برخی موارد منجر به پایه‌ریزی اشتباه آن شده است به گونه‌ای که با گذشت زمان و اعمال ضریب سالانه بر این تعرفه‌ها، اختلاف پرداخت قابل توجهی بین گروه‌های مختلف پزشکی ایجاد شده است (۷ و ۸). همچنین بکارگیری این کتاب که سال‌ها از تدوین آن می‌گذرد به واسطه 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 (۹). در کشور ما وجود چنین چالش‌ها و مشکلاتی باعث مطرح شدن سؤال‌های دیگری نیز شده است که از جمله آن ارتباط میان ارزش‌های نسبی موجود در کتاب مرجع تعرفه (موسوم به کتاب کالیفرنیا که در سال ۱۳۷۲ تدوین شده است) با هزینه منطقی خدمات ارایه شده است.

۱۳۸۴ است (۱۰). این کتاب به طور عمده برگرفته از کتب تعرفه‌گذاری تدوین شده در سال ۲۰۰۳ در کشور آمریکا می‌باشد (۱۰) که به نوعی می‌توان آن را ویرایش به روز شده کتاب مرجع تعیین تعرفه کشور در نظر گرفت. در این کتاب علاوه بر تفاوت در ارزش‌های نسبی تعرفه‌ها به تفاوت بهای دلاری خدمات نیز توجه شده است که این امر می‌تواند بخشی از خطاهای موجود در کتاب مرجع تعرفه‌گذاری کشور را اصلاح کند. در تدوین کتاب تعرفه‌گذاری کشور در سال ۱۳۸۴ دو منبع مورد استناد قرار گرفته‌اند. کتاب CPT<sup>۱</sup> که به توصیف اقدام‌های جراحی و تشخیصی می‌پردازد (۱۱) در این کتاب به منظور بررسی تعرفه‌های پزشکی در آمریکا، فهرستی از اقدام‌های مختلف بالینی و جراحی به همراه کدهای تشخیصی برای گزارش خدمات و دستورالعمل‌های پزشکی گردآوری شده است (۱۲). دیگری کتاب فهرست هزینه‌ها<sup>۲</sup> است که در آن ارزش‌های دلاری اقدام‌های مختلف بالینی کشور آمریکا گردآوری شده است (۱۳). دلیل استفاده از کتاب فهرست هزینه‌ها در زمان تدوین ارزش‌های پیشنهادی در سال ۱۳۸۴ آن است که ارزش‌های خدمات تدوین شده در کتاب فهرست هزینه‌ها در درون هر رشته تخصصی و میان تخصص‌های مختلف از تناسب برخوردار بوده (۱۴) و به تبع لحاظ نمودن این ارزش‌ها در کتاب پیشنهادی نیز باعث رفع یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های مرجع تعرفه‌گذاری ایران یعنی اختلاف درآمدی غیرمتناسب در میان گروه‌های مختلف بالینی می‌گردد.

به رغم چاپ این کتاب و تصمیم اولیه برای ابلاغ جهت اجرای آن، اما تاکنون مورد استناد تعرفه‌گذاری و اعمال سیاست‌گذاری‌های مربوط به آن در کشور قرار نگرفت. یکی از مهم‌ترین دلیل‌های ابراز شده برای عدم ابلاغ کتاب، مخالفت سازمان‌های بیمه‌گر در آن زمان ذکر شده است که علت آن احتمال افزایش جدی هزینه سازمان‌های بیمه‌گر در اثر تغییرات پیشنهادی در تعرفه‌هاست. مطالعه‌ای که پژوهشگران به آن پرداختند پاسخ به این سؤال است که اگر سیاست‌گذاران کتاب تدوین شده در سال ۱۳۸۴ را ابلاغ می‌کردند چه تغییری در هزینه‌های نظام سلامت در نتیجه تغییر در ارزش‌های نسبی جراحی و بیهوشی ایجاد می‌شد. سؤال دیگری که در این پژوهش به بررسی آن پرداخته شده این است که این تغییر در پرداخت نسبی گروه‌های مختلف بالینی به چه میزانی می‌باشد.

در کشور ما 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 می‌باشد. ارزش‌های نسبی تدوین شده در کتابی با عنوان کتاب موسوم به کالیفرنیا گردآوری شده است. در ترجمه و تدوین این کتاب به منظور تبیین تعرفه در کشور عدم رعایت برخی موارد منجر به پایه‌ریزی اشتباه آن شده است به گونه‌ای که با گذشت زمان و اعمال ضریب سالانه بر این تعرفه‌ها، اختلاف پرداخت قابل توجهی بین گروه‌های مختلف پزشکی ایجاد شده است (۷ و ۸). همچنین بکارگیری این کتاب که سال‌ها از تدوین آن می‌گذرد به واسطه 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 (۹). در کشور ما وجود چنین چالش‌ها و مشکلاتی باعث مطرح شدن سؤال‌های دیگری نیز شده است که از جمله آن ارتباط میان ارزش‌های نسبی موجود در کتاب مرجع تعرفه (موسوم به کتاب کالیفرنیا که در سال ۱۳۷۲ تدوین شده است) با هزینه منطقی خدمات ارایه شده است.

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

<sup>1</sup> Current Procedural Terminology

<sup>2</sup> Fee Schedule

## روش کار

است (۱۰). مصاحبه با صاحب‌نظران و کارشناسان بیمه بیانگر آن بود که در عمل در روال کنونی پرداخت کشور واحد روزهای پیگیری موجود در کتاب مرجع تعرفه مورد استناد پرداخت قرار نمی‌گیرد (۶). بنابراین تنها دو بخش واحد جراحی و واحد بیهوشی (که در دو کتاب موجود مشترک است) در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفتند.

طبق فرمول زیر ارزش نسبی (ضریب K) هر کد عمل در تعداد عمل انجام شده ضرب گردید. این محاسبه برای تمامی اعمال جراحی انجام و اعداد به دست آمده برای تمام اعمال جراحی با هم جمع گردید، سپس عدد نهایی به دست آمده بر اساس کتاب سال ۱۳۷۲ به عدد نهایی به دست آمده بر اساس کتاب سال ۱۳۸۴ تقسیم گردید و ضریب نهایی که میزان افزایش یا کاهش نسبی هزینه‌های این اعمال را نشان می‌دهد محاسبه گردید.

$$\frac{\sum (K_{1384} \text{Surgery}_i^3 \times \text{number of surgery}_i)}{\sum (K_{1372} \text{surgery}_i \times \text{number of surgery}_i)}$$

سپس به منظور لحاظ نمودن ارزش نسبی بیهوشی و بررسی تغییرات حاصل از آن ارزش نسبی هر کد عمل به ارزش نسبی بیهوشی آن عمل اضافه و سایر محاسبات مربوط به آن طبق فرمول زیر انجام گردید.

$$\frac{\sum ((K_{1384} \text{Surgery}_i + K_{1384} \text{ansth}_i) \times \text{number of surgery}_i)}{\sum ((K_{1372} \text{Surgery}_i + K_{1372} \text{ansth}_i) \times \text{number of surgery}_i)}$$

در مرحله نهایی مطالعه به طور هدفمند چند مورد عمل جراحی خاص که ارزش نسبی آن هم به میزان قابل توجهی در کتاب تعرفه سال ۸۴ تغییر کرده بود انتخاب و میزان تغییر هزینه نسبی آنها به تفکیک با تفصیل بیشتر مورد ارزیابی قرار گرفت.

## نتایج

جدول ۱ توزیع فراوانی کدهای استخراجی مورد پژوهش بر حسب سال و نوع بیمارستان به تفکیک گروه تخصصی را نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۱ بیشترین تعداد کد مشترک استخراج شده از دو کتاب تعرفه‌ای مورد مطالعه مربوط به گروه دستگاه اسکلتی - عضلانی<sup>۴</sup> و کمترین تعداد کد مربوط به گروه جراحی میان‌جنسی<sup>۵</sup> با ۲ کد می‌باشد. مقایسه تعداد کدها و ارزش‌های

در این پژوهش از دو منبع داده‌ای شامل کتاب‌های تعرفه‌گذاری و داده‌های مربوط به تعداد و نوع اعمال جراحی به شرح زیر استفاده شده است. ابتدا از بین ۱۹ گروه اصلی خدمات سلامت موجود در کتاب‌های تعرفه سال‌های ۷۲ و ۸۴ گروه‌های بالینی شامل ۱۶ گروه که در هر دو کتاب به طور مشترک وجود داشت و تمام اعمال جراحی را پوشش می‌داد، انتخاب گردید. سپس کدهای مربوط به اعمال جراحی موجود در این ۱۶ گروه که به طور مشترک در هر دو کتاب تعرفه وجود داشت، شامل ۳۸۷۱ کد شناسایی شد. به دلیل آنکه در کتاب پیشنهادی تعرفه سال ۸۴ برای دو کد مشترک مورد مطالعه در گروه جراحی میان‌جنسی، ارزش‌های نسبی جدیدی تعیین نشده بوده بنابراین تأثیر ارزش‌های نسبی دو عمل موجود در این گروه بر وزن پرداختی لحاظ نگردیده و فقط تأثیر کلی این ارزش‌ها بر هزینه‌های نظام سلامت بررسی گردید.

در مرحله بعد پنج بیمارستان آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران (مرکز طبی کودکان، انستیتو کانسر، امیرعلم، زنان - میرزا کوچک خان سابق - و سینا) به طور هدفمند انتخاب گردید به نحوی که پوشش نسبتاً کاملی از تخصص‌های مورد مطالعه فراهم شود. سپس آمار مربوط به تعداد و نوع اعمال جراحی انجام شده در این بیمارستان‌ها در سال ۱۳۸۶ از بانک اطلاعاتی آنها استخراج گردید (شامل ۳۳۹۹۷ عمل جراحی). همچنین آمار مربوط به تعداد و نوع اعمال جراحی انجام شده در شهریور و آبان سال ۱۳۸۷ که از قبل برای ۳۲ بیمارستان متعلق به سازمان تأمین اجتماعی از سراسر کشور موجود بود (شامل ۳۰۶۱۱ عمل جراحی) استخراج گردید. سپس تمامی این اعمال جراحی (۶۴۶۰۸ عمل جراحی) به تفکیک تخصص (کد عمل) در یک بانک اطلاعاتی جمع‌آوری شد. در این مطالعه تعداد کل جراحی‌های انجام شده در این بیمارستان‌ها به عنوان شاخصی تقریبی از میزان آرایه خدمات جراحی در کشور مورد استفاده قرار گرفت.

ارزش نسبی (ضریب K) مربوط به تمامی ۳۸۷۱ کد جراحی و ارزش نسبی بیهوشی آن اعمال از کتاب‌های تعرفه سال ۷۲ و ۸۴ به طور جداگانه استخراج و به بانک اطلاعاتی اضافه گردید. ارزش‌های نسبی اعمال مختلف جراحی در کتاب سال ۷۲ مرجع تعرفه کشور در سه بخش واحد جراحی، واحد بیهوشی و روزهای پیگیری آورده شده‌اند (۱۵)، اما در کتاب سال ۱۳۸۴، این ارزش‌ها در دو گروه واحد جراحی و واحد بیهوشی تدوین و ارزش‌های نسبی مربوط به روزهای پیگیری ذکر نشده

<sup>۳</sup> ایندکس I بیانگر یک اقدام بالینی می‌باشد.

<sup>۴</sup> Musculoskeletal System

<sup>۵</sup> Intersex Surgery

اعمال بالینی انجام شده) تغییر وزن پرداختی در هر تخصص با توجه به جدول ۳ خواهد بود. به گونه‌ای که در جدول مذکور نشان داده شده است بیشترین میزان افزایش در ارزش‌های نسبی خدمات یک گروه (بیشترین تغییر در وزن پرداختی) در گروه خون و لنف<sup>۸</sup> و پس از آن به ترتیب در گروه‌های دستگاه اسکلتی عضلانی<sup>۹</sup> و گروه دستگاه گوارش<sup>۱۰</sup> خواهد بود. کمترین میزان افزایش در ارزش‌های نسبی خدمات یک گروه (کمترین تغییر در وزن پرداختی) نیز به ترتیب در گروه‌های چشم<sup>۱۱</sup>، زنان و مامایی<sup>۱۲</sup> و گروه دستگاه ادراری<sup>۱۳</sup> خواهد بود. هرچند با توجه به تورم ارزش‌های نسبی بسیاری از اقدام‌ها بالینی در این گروه‌های تخصصی در طول سال‌ها افزایش یافته است ولی این میزان افزایش در مقایسه با سایر تخصص‌ها ناچیز بوده است. در صورت اعمال واحدهای جراحی و بیهوشی به صورت همزمان، بیشترین میزان تغییر در وزن پرداختی به ترتیب در گروه خون و لنف، گروه دستگاه تناسلی مرد<sup>۱۴</sup> و گروه عضلانی-اسکلتی خواهد بود. کمترین میزان تغییر در وزن پرداختی تخصص‌های مذکور نیز به ترتیب با تغییری مختصر در گروه‌های زنان و مامایی، گروه چشم و گروه دستگاه ادراری خواهد بود.

جدول ۴ نتایج مقایسه مجموع کلی ارزش‌های نسبی جراحی وزن داده شده به تفکیک گروه‌های بالینی در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۷۲ و میزان تغییر کلی در هزینه‌های نظام سلامت در صورت اعمال ارزش‌های نسبی پیشنهادی سال ۱۳۸۴ را نشان می‌دهد. به طوری که در جدول مزبور نشان داده شده است مجموع ارزش‌های نسبی تدوین شده در کتاب ۱۳۸۴ بیشتر از آن است که بر مبنای کتاب سال ۱۳۷۲ به دست می‌آید. این امر نشان‌دهنده رشد فزاینده ارزش‌های نسبی بسیاری از اعمال جراحی در کتاب پیشنهادی تدوین شده در سال ۸۴ می‌باشد. همچنین نتایج منعکس شده در این جدول بیانگر آن است که در صورتی که ارزش‌های نسبی پیشنهادی در سال ۸۴ اعمال شود هزینه‌های نظام سلامت افزایش می‌یابد. که این میزان افزایش در صورت اعمال ارزش‌های نسبی جراحی پیشنهادی ۲/۲۵ برابر و در صورت اعمال ارزش‌های نسبی جراحی و بیهوشی پیشنهادی به صورت همزمان ۱/۸۶ برابر می‌باشد.

نسبی تدوین شده در دو منبع مورد مطالعه بیانگر آن است که کتاب تدوین شده در سال ۱۳۸۴ در واقع گامی در جهت رفع کاستی‌های کتاب مرجع تعرفه گذاری تدوین شده در سال ۱۳۷۲ بوده است و برای ۶۷ کد که در کتاب سال ۷۲ برای آنها ارزش نسبی تعیین نشده و تحت عنوان، اعمالی که ارزش نسبی آنها مشخص نشده است و به صورت (ب-گ: بر اساس گزارش) و (ت-ن: تعیین نشده)<sup>۷</sup> طبقه‌بندی شده بودند در کتاب تدوین شده در سال ۱۳۸۴ این کاستی رفع شده و برای آنها ارزش نسبی تعیین شده است (جدول ۱). همین طور بسیاری از اعمال جراحی که در کتاب مرجع تعرفه تدوین سال ۷۲ موجود بوده ولی در حال حاضر این اعمال منسوخ شده و در بیمارستان‌های کشور نیز مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، از کتاب پیشنهادی سال ۸۴ حذف شده و با اعمال جدید و به روز جایگزین شده است. در این کتاب حدود ۳۰۰۰ کد، جایگزین اعمال منسوخ شده است.

جدول ۲ تعداد اعمال جراحی را به تفکیک بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و سازمان تأمین اجتماعی نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۲ کل تعداد اعمال جراحی انجام شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه در زمان‌های بررسی شده ۶۴۶۰۸ عدد می‌باشد که بیشترین آن مربوط به گروه تخصصی اسکلتی عضلانی و کمترین آن مربوط به جراحی میان جنسی می‌باشد. به علت قلت تعداد کدها و اعمال جراحی انجام شده مربوط به جراحی میان جنسی تأثیر تغییر ارزش‌های نسبی اعمال جراحی این گروه بر هزینه‌های نظام سلامت بسیار ناچیز است.

جدول ۳ میزان افزایش یا کاهش نسبی هزینه‌های جراحی و بیهوشی را در هر گروه تخصصی نشان می‌دهد. در مقایسه نسبت ارزش‌های نسبی جراحی وزن داده شده در دو منبع مورد مطالعه می‌توان وجود تفاوت قابل ملاحظه میان ارزش‌های جراحی پیشنهادی در سال ۱۳۸۴ و ارزش‌های تدوین شده در کتاب مرجع تعرفه ۱۳۷۲ اشاره نمود. این امر حاکی از رشد فزاینده ارزش‌های نسبی پیشنهادی در سال ۸۴ در بسیاری تخصص‌ها می‌باشد. ارزش‌های نسبی بسیاری از اقدام‌ها بالینی با توجه به تورم، رشد داشته است که این میزان افزایش در برخی تخصص‌ها قابل ملاحظه می‌باشد. در برخی دیگر از تخصص‌ها ارزش‌های نسبی رشد چندان زیادی نداشته‌اند.

در صورت اعمال ارزش‌های نسبی جراحی پیشنهادی سال ۱۳۸۴ با توجه به کارکرد بیمارستان‌های مورد مطالعه (تعداد

<sup>8</sup> Hemic and Lymphatic

<sup>9</sup> Musculoskeletal System

<sup>10</sup> Digestive System

<sup>11</sup> Eye and Ocular Adnexa

<sup>12</sup> Maternity Care and Delivery

<sup>13</sup> Urinary System

<sup>14</sup> Male Genital

<sup>6</sup> By Report

<sup>7</sup> Relativity not established

جدول ۱- توزیع فراوانی کدهای استخراجی مورد پژوهش بر حسب سال و نوع بیمارستان

نوع تخصص	تعداد کدهای مشترک در دو کتاب	تعداد کدهای جراحی که در سال ۷۲ فاقد ارزش نسبی بوده و در سال ۸۴ برای آنها ارزش نسبی تعیین شده است	تعداد کدهایی که در سال ۷۲ فاقد ارزش نسبی بوده و در سال ۸۴ برای آنها ارزش نسبی تعیین شده است	تعداد کدهایی که در خارج از اتاق عمل قابل انجام بوده و برای آن در سال ۸۴ ارزش نسبی تعیین شده است	تعداد کدهایی که در سال ۷۲ برای آنها ارزش نسبی واحد روزهای پیگیری تعیین شده است
پوست و ضمام	۲۷۷	۳	۴	۲۰۳	۲۲۵
دستگاه عضلانی- اسکلتی	۱۲۶۱	۱	۳	۲۸۶	۱۲۶۰
دستگاه تنفسی	۲۰۳	۰	۴	۴۸	۱۱۹
دستگاه قلبی- عروقی	۳۲۵	۱	۲	۱۳	۳۲۳
دستگاه خون و لنف	۳۴	۲	۲	۷	۳۲
میان سینه و حجاب حاجز	۱۴	۰	۰	۰	۱۴
دستگاه گوارشی	۵۵۳	۰	۰	۱۸۸	۵۴۶
دستگاه ادراری	۲۵۱	۰	۲	۴۴	۲۴۶
دستگاه تناسلی مرد	۱۲۲	۱	۲۰	۲۱	۲۵
جراحی دو جنسی	۲	۰	۰	۲	۲
دستگاه تناسلی زن	۱۱۸	۰	۱	۳۲	۱۲۱
مراقبت‌های مامایی و زایمان	۲۵	۰	۰	۵	۲۵
دستگاه غدد درون‌ریز	۲۰	۰	۰	۲	۲۰
دستگاه عصبی	۳۵۴	۱	۱	۵۰	۳۵۳
چشم و ضمام چشمی	۲۲۴	۶	۲	۱۰۳	۲۲۴
گوش	۸۸	۵	۶	۲۱	۸۲
جمع	۳۸۷۱	۲۰	۴۷	۱۱۲۵	۳۶۱۷

جدول ۲- توزیع فراوانی اعمال جراحی انجام شده در بیمارستان‌های مورد پژوهش

نوع تخصص	مجموع اعمال انجام شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران	مجموع اعمال انجام شده در بیمارستان‌های وابسته به سازمان تامین اجتماعی	مجموع اعمال انجام شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه
پوست و ضمام	۴۲۷۲	۳۴۷۹	۷۷۵۱
دستگاه عضلانی- اسکلتی	۷۸۹۲	۱۱۲۶۹	۱۹۱۶۱
دستگاه تنفسی	۲۵۸۰	۵۰۳	۳۰۸۳
دستگاه قلبی- عروقی	۱۶۴۲	۶۳۲	۲۲۷۴
دستگاه خون و لنف	۴۷۳	۶۷	۵۴۰
میان سینه و حجاب حاجز	۲۷	۲	۲۹
دستگاه گوارشی	۵۶۵۶	۳۴۶۸	۹۱۲۴
دستگاه ادراری	۲۶۸۳	۲۰۶۵	۴۷۴۸
دستگاه تناسلی مرد	۱۵۶۷	۱۰۶۶	۲۶۳۳
جراحی دو جنسی	۱۱	۰	۱۱
دستگاه تناسلی زن	۲۰۱۸	۱۲۰۴	۳۲۲۲
مراقبت‌های مامایی و زایمان	۱۷۶۶	۳۱۹۰	۴۹۵۶
دستگاه غدد درون‌ریز	۲۲۶	۳۴	۲۶۰
دستگاه عصبی	۱۲۲۵	۳۰۶	۱۵۳۱
چشم و ضمام چشمی	۴۱	۳۳۴۷	۳۳۸۸
گوش	۱۹۱۸	۷۹	۱۹۹۷
جمع	۳۳۹۹۷	۳۰۶۱۱	۶۴۶۰۸

جدول ۳- میزان تغییر در وزن پرداختی تخصص‌های مختلف بالینی در صورت اعمال ارزش‌های نسبی پیشنهادی

نوع تخصص	نسبت مجموع ارزش‌های نسبی جراحی و بی‌هوشی وزن داده شده	نسبت مجموع ارزش‌های نسبی جراحی وزن داده شده
پوست و ضمام	۱/۸۱	۲/۳۳
دستگاه عضلانی- اسکلتی	۲/۳۵	۳/۰۹
دستگاه تنفسی	۱/۷۲	۲/۰۰
دستگاه قلبی- عروقی	۱/۸۱	۲/۲۸
دستگاه خون و لنف	۳/۵۳	۴/۵۰
میان سینه و حجاب حاجز	۱/۷۲	۲/۲۰
دستگاه گوارشی	۲/۰۲	۲/۶۸
دستگاه ادراری	۱/۴۲	۱/۵۲
دستگاه تناسلی مرد	۲/۵۱	۲/۳۱
دستگاه تناسلی زن	۱/۶۴	۲/۰۹
مراقبت‌های مامایی و زایمان	۱/۱۹	۱/۴۵
دستگاه غدد درون‌ریز	۱/۹۵	۲/۳۲
دستگاه عصبی	۱/۹۳	۲/۲۲
چشم و ضمام چشمی	۱/۲۷	۱/۴۵
گوش	۱/۷۴	۱/۹۰

جدول ۴- مجموع ارزش‌های نسبی وزن داده شده در سال‌های ۷۲ و ۸۴ و میزان تغییر در هزینه‌های نظام سلامت در صورت اعمال ارزش‌های نسبی پیشنهادی

مجموع ارزش‌های نسبی وزن داده شده برای اعمال مختلف جراحی در سال ۷۲	۶۹۹۳۶۲٫۲
مجموع ارزش‌های نسبی اعمال جراحی وزن داده شده برای اعمال مختلف جراحی در سال ۸۴	۱۵۷۱۰۰۳
نسبت کلی ارزش‌های نسبی وزن داده شده برای اعمال مختلف جراحی در دو منبع مورد مطالعه	۲/۲۵
نسبت کلی ارزش‌های نسبی جراحی و بی‌هوشی وزن داده شده برای اعمال مختلف بالینی در دو منبع مورد مطالعه	۱/۸۶

تحلیل ارزش نسبی برخی خدمات موجود در این دو گروه نمودیم. بررسی‌های صورت گرفته نشان داد یکی از تغییرات قابل توجه در گروه خون و لنف تدوین ارزش‌های نسبی برای خدمات مربوط به جراحی لاپاراسکوپی که شامل لاپاراسکوپی بهار ۹۰، دوره چهاردهم، شماره اول

به دلیل تغییر فاحش نسبت ارزش‌های نسبی موجود در دو گروه خون و لنف و گروه چشم در مقایسه با سایر گروه‌ها، افزایش نسبت قابل ملاحظه ارزش خدمات در گروه خون و لنف و افزایش ناچیز نسبت ارزش خدمات در گروه چشم، اقدام به

در کتاب پیشنهادی سال ۱۳۸۴، ارزش‌های نسبی بیهوشی یا اصلاً تغییر نکرده و یا افزایش و کاهش بسیار ناچیزی داشته است. دلیل کاهش در میزان تغییر وزن پرداختی در صورت اضافه کردن واحد بیهوشی، به تغییر بسیار ناچیز و یا عدم تغییر ارزش‌های پیشنهادی برای واحد بیهوشی برای اعمال مختلف بالینی مربوط می‌گردد. از جمله دلایل احتمالی چنین امری کوتاه‌تر شدن زمان بیهوشی و کاهش مخاطرات متعاقب آن به دلیل ساده‌تر شدن جزء حرفه‌ای اقدام‌ها بالینی در سال‌های اخیر می‌باشد که منجر به تدوین کمتر ارزش بیهوشی برای این اقدام‌ها می‌گردد.

بر اساس جدول ۳ می‌توان چنین عنوان نمود که در مقایسه نسبت ارزش‌های نسبی برای اعمال مختلف جراحی و بیهوشی در دو منبع مورد مطالعه به تفکیک تخصص‌های مختلف بالینی از آن جا که در برخی تخصص‌ها این نسبت قابل توجه و در برخی دیگر مقدار عددی نسبت به دست آمده کمتر می‌باشد این امر نشان‌دهنده بی‌تناسبی و عدم تعادل میان ارزش‌های نسبی فعلی در هر حیطه تخصصی و میان حیطه‌های مختلف تخصصی که در سیستم تعرفه‌گذاری کشور اعمال می‌شود، است. جمع کل ارزش‌های نسبی وزن داده شده برای گروه خون و لثف بالاترین رشد و گروه چشم کمترین رشد را نسبت به سال ۱۳۷۲ داشته است. گروه‌های تخصصی دیگر در میان این دو سر طیف قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر در صورتی که ارزش‌های نسبی تدوین شده در سال ۸۴ را مبنا قرار دهیم ارزش‌های نسبی تدوین شده در سال ۱۳۷۲ برای گروه چشم بالاتر از معمول و برای گروه خون و لثف کمتر از معمول می‌باشد. کوچک بودن این نسبت در گروه‌های چشم، زنان و مامایی و دستگاه ادراری بیانگر آن است که ارزش‌های فعلی تعرفه‌ای این خدمات که بر اساس کتاب تعرفه تدوین شده در سال ۷۲ اعمال می‌گردد، بالا بوده و به نظر می‌رسد لازم است که در ارزش‌های نسبی فعلی این اقدام‌ها تغییراتی اعمال شود. بسیاری از صاحب‌نظران بر این باورند هر چند جز تکنیکی این خدمات پیچیده‌تر شده ولی به دلیل ساده‌تر شدن جز حرفه‌ای این خدمات نسبت به سال‌های اخیر و کاهش زمان صرف شده توسط پزشک برای انجام این اقدام‌ها باید ارزش نسبی خدمات مربوط به این تخصص‌ها کاهش یابد (۶). دلیل احتمالی دیگر برای بالا بودن ارزش‌های نسبی فعلی این خدمات آن است که ممکن است پزشکان این رشته‌های تخصصی در زمان تدوین ارزش‌های نسبی مربوط به خدمات این گروه‌ها در کتاب تعرفه سال ۷۲ از نفوذ و قدرت چانه‌زنی بالایی برخوردار بوده به گونه‌ای که توانسته‌اند ارزش‌های نسبی بالایی برای این تخصص‌ها اعمال نمایند. بزرگ بودن نسبت به دست

تشخیصی نیز می‌گردد، است. همچنین برای اعمال مربوط به لنفادنکتومی محدود برای مرحله‌بندی<sup>۱۵</sup> که در کتاب تدوین شده در سال ۷۲ برای آنها ارزش نسبی تعیین نشده و برخی از بیمارستان‌های مورد مطالعه خود اقدام به تعیین ارزش نسبی برای آن کرده‌اند، در کتاب تدوین شده در سال ۸۴ برای این اعمال ارزش نسبی تعیین شده است. برای اقدام‌ها مربوط به انسزیون و اکسیزیون عقده‌ها و مجاری لنفاوی شاهد تغییر قابل ملاحظه (افزایش ارزش نسبی خدمات مربوطه) در ارزش نسبی خدمات مربوطه می‌باشیم که بالاترین آن با افزایش ارزش نسبی به میزان ۱۴ برابر مربوط به بیوپسی عقده لنفاوی می‌باشد. در موارد معدودی نیز ارزش‌های نسبی بعضی خدمات این گروه نسبت به سال ۱۳۷۲ کاهش قابل توجهی یافته است.

با وجود افزایش کلی ارزش‌های نسبی تدوین شده در سال ۸۴ برای اقدام‌ها مختلف بالینی، در گروه تخصصی چشم این افزایش ناچیز بوده و نسبت ارزش خدمات در این گروه از افزایش کمی برخوردار بوده است. ارزش نسبی جراحی و بیهوشی دو عمل شایع در این گروه، کاتاراکت و استرایسیم، تغییر ناچیزی داشته است. شایان ذکر است که واحد بیهوشی اعمال مربوط به جراحی استرایسیم بر خلاف ارزش نسبی اعمال بیهوشی سایر گروه‌ها یا کاهش یافته و یا صفر شده است.

## بحث

در تلاش جهت رفع چالش‌های مربوط به تعیین تعرفه‌های خدمات بالینی بر اساس ارزش‌های نسبی موجود در کتاب مرجع تعرفه‌گذاری ایران تدوین شده در سال ۱۳۷۲ (کتاب موسوم به کالیفرنیا) گروهی از کارشناسان سلامت کشور در سال ۱۳۸۴ اقدام به تدوین کتاب تعرفه‌گذاری دیگری با ارزش‌های نسبی جدید کردند که به طور عمده برگرفته از کتب تعرفه‌گذاری تدوین شده در سال ۲۰۰۳<sup>۱۶</sup> در کشور آمریکا می‌باشد (۱۰). در تدوین این کتاب تلاش شد خطاهای موجود در کتاب تعرفه‌گذاری پیشین کاهش یابد. این کتاب به مرحله ابلاغ و اجرا نرسید اما با توجه به اینکه موضوع هنوز حساسیت خود را از دست نداده و مشکل نظام تعرفه‌ای حل نشده است (۱۶)، این مطالعه به بررسی نتایج احتمالی ناشی از ابلاغ و اجرای تعرفه‌های تدوین شده در آن کتاب می‌پردازد. در مقایسه واحدهای جراحی و بیهوشی در دو کتاب تعرفه‌ای مورد مطالعه کمترین میزان تغییر در ارزش‌های نسبی پیشنهادی مربوط به واحدهای بیهوشی برای اعمال مختلف بالینی می‌باشد که عملاً

<sup>15</sup> Limited lymphadenectomy for staging

<sup>16</sup> Fee Schedule, CPT

معقول می‌باشد (۶). استناد کارشناسان سلامت کشور به کتاب فهرست هزینه‌ها - تدوین شده در کشور آمریکا - در تدوین ارزش‌های پیشنهادی سال ۱۳۸۴ گامی مؤثر در این مسیر می‌باشد.

قریب به اتفاق صاحب‌نظران تعرفه‌گذاری کشور بر این باورند که یکی از بزرگترین چالش‌های نظام تعرفه‌گذاری کشور این است که در کتاب مرجع تعیین تعرفه موسوم به کالیفرنیا تناسب ارزش‌های درون رشته‌ای و بین رشته‌ای در آن رعایت نشده است و همین امر مبنایی بر دیگر چالش‌های استفاده از این کتاب شده است (۶). دلیل این امر ظاهراً استناد صرف به کتاب "واحدهای ارزش نسبی خدمات پزشکان"<sup>۱۷</sup> (۱۸) بوده است هر چند برخی دیگر احتمال‌هایی نظیر اعمال نظرات برخی ذی‌نفعان غالب در زمان تدوین ارزش‌های نسبی را مطرح کرده‌اند. از زمان چاپ این کتاب در سال ۱۳۷۲ در عمل اصلاح اساسی در آن صورت نگرفته و تنها اعمال ضریب سالانه به صورت گروهی بر این ارزش‌های نسبی رخ داده است. نتیجه اینکه هر اشتباه احتمالی در سال ۱۳۷۲ نه تنها تکرار بلکه به تدریج نیز بزرگ‌تر شده است. اعمال ارزش‌های کتاب پیشنهادی تدوین سال ۱۳۸۴ به دلیل لحاظ نمودن کتاب فهرست هزینه‌ها در تدوین آن و رعایت معیارهای علمی باعث رفع این چالش می‌گردد.

مطالعات نشان می‌دهند یکی از رموز موفقیت هر نظامی همگامی یا تغییرات روز می‌باشد (۱۹) و این در حالی است که مرجع نظام تعرفه‌گذاری کشور ما متعلق به چندین سال قبل بوده و به دلیل قدمت، پاسخگوی شرایط روز نمی‌باشد (۲۰). قدیمی و به روز نبودن کتاب باعث شده است که در مورد کلیه اعمال بالینی قابل استناد نبوده، بسیاری از خدمات نوین در آن لحاظ نشده و بسیاری از خدماتی که قبلاً از آن استفاده می‌شده و در حال حاضر منسوخ شده‌اند، همچنان در این کتاب به چشم بخورد (جدول ۱). کتاب جدید پیشنهادی باعث رفع چنین چالشی می‌گردد.

از آنجا که نظام تعرفه‌گذاری کشور به دلیل اهمیت و حساسیت از جایگاه قابل توجهی برخوردار می‌باشد (۲۱) لازم است هر گونه تغییر و اعلام آن به ارگان‌های مختلف علمی و بالینی جهت اعمال آنها با بررسی‌ها و نظرات کارشناسی دقیق و اعمال اصول مکتوب علمی صورت گیرد. این مطالعه نیز نشان داد که اعمال ارزش‌های پیشنهادی جدید در کنار مزایای بسیار مثبت آن که در صورت پذیرش آن از سوی نیروی انسانی باعث رفع بسیاری از چالش‌های فعلی نظام تعرفه‌گذاری کشور خواهد شد

آمده (میزان تغییر در وزن پرداخت) در گروه‌های خون و لنف، عضلانی اسکلتی و گوارش نیز نشان می‌دهد که ارزش‌های فعلی اقدام‌ها مربوط به این تخصص‌ها پایین بوده و لازم است که در خصوص این ارزش‌های نسبی نیز تعدیلاتی از سوی کارشناسان و سیاست‌گذاران بخش سلامت کشور صورت گیرد. تحلیل‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که اگر ارزش‌های نسبی تدوین شده در کتاب سال ۱۳۸۴ برای رشته تخصصی چشم ملاک عمل قرار گیرد، باعث افزایش ناچیز در هزینه‌های نظام سلامت در این زمینه خواهد شد.

نتیجه کلی به دست آمده از مطالعه بیانگر آن است که ابلاغ کتاب ۱۳۸۴ هر چند می‌توانست بی‌تعدالی و عدم تناسب موجود در تعرفه‌های کشور را اصلاح کند اما منجر به افزایش قابل توجه هزینه‌های نظام سلامت می‌گردید. بنابراین بررسی پیامدهای حاصل از این امر سیاست‌گذاران را بر آن داشت که از ابلاغ ارزش‌های نسبی این کتاب جهت اعمال در سیستم تعرفه‌گذاری کشور بپرهیزند و به بررسی کامل این موضوع از تمامی زوایای ممکن بپردازند.

### نتیجه‌گیری

هر گونه حذف یا کاهش در هر گونه منبع پیشنهادی باید بر اساس استدلال‌های منطقی و با دلایل مبتنی بر شواهد صورت گیرد. مثلاً از آنجا که نظام تعرفه‌ای کشور ما نمودی از نظام تعرفه‌ای کشور آمریکا می‌باشد و در آن کشور واحد روزهای پیگیری همچون سایر واحدهای جراحی و بیهوشی به صورت گسترده اعمال می‌شود عدم اعمال روزهای پیگیری در نظام تعرفه‌ای کشور و عدم لحاظ نمودن آن در منبع پیشنهادی نیز باید بر اساس مستندات مستحکم علمی و با در نظر گرفتن تمامی جنبه‌های این امر بر بخش سلامت کشور همچون دسترسی، کیفیت، پاسخگویی در برابر خدمت‌گیرندگان و تأثیر بر هزینه‌های نظام سلامت و با توجه به دیدگاه‌های گروه‌های مختلف ذی‌نفعان صورت گیرد. اعمال تعیین تعرفه در کشور بر اساس اصول و مبانی علمی و نه بر اساس منافع صنفی و یا غالب بودن قدرت چانه‌زنی باعث حفظ رابطه صحیح میان ارزش خدمات مختلف بالینی و رفع چالش‌های مربوط به بی‌عدالتی میان گروه‌های مختلف بالینی می‌گردد (۱۷).

هر چند ارزش‌گذاری بومی برای اقدام‌ها مختلف بالینی امری لازم در نظام تعرفه‌گذاری هر کشور می‌باشد (۱۸) اما در کشور ما به دلیل عدم نظام ثبت مناسب جهت تعیین قیمت تمام شده خدمات مختلف به منظور تدوین مبلغ پرداختی، استفاده از نظام ثبت کشوری دیگر که بتواند وزن‌دهی متناسبی به خدمات بدهد

<sup>17</sup> Relative Value Units For Physicians

## تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه رساله کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی بوده که در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. بدین وسیله مراتب امتنان خویش را از مشورت آقایان دکتر مهدی راسل، دکتر محمد حسن ابوالحسنی، آقای سعید معنوی و همینطور از آقای دکتر محمود رضا گوهری و بیمارستان‌های مورد مطالعه به خاطر فراهم گذاشتن داده‌های مطالعه اعلام می‌داریم.

اما به دلیل افزایش قابل ملاحظه در هزینه‌های نظام سلامت کشور لازم است که بررسی‌ها و کاوش‌های بیشتری صورت گیرد. به نظر می‌رسد ابلاغ کتاب پیشنهادی تدوین شده در سال ۱۳۸۴ می‌توانسته است بخشی از مشکلات نظام تعرفه‌ای را حل کند. چالش افزایش کلی هزینه‌های نظام سلامت نیز با کاهش ارزش ضریب K تعرفه‌ای در آن سال و افزایش تدریجی آن در طول سال‌ها قابل اصلاح بوده که در نظر گرفته نشده است. هر نوع اصلاح نظام تعرفه‌ای در کشور باید با توجه به ایرادات بنیادی تعرفه‌های موجود که بخش از آن در این مقاله نشان داده شده است، صورت گیرد.

## References

- Hosiao WC, Braun P, Kelly N, et al. Results, Potential effects and implementation issues of the resource-based relative value scale. JAMA 1988; 260(16): 2429-2438
- Noorbakhash T. Is medical tariff principal problem. Sepid weekly Magazine 2008; 98 (2):3-14. (In Persian)
- Noori M, Monazam K, Manavi S. Study of policy making and rating the challenges of medical tariff (Research project). Islamic Parliament Research Center: Iran, Tehran.2008:112-113. (In Persian)
- 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: URL: [http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/files/IMC\\_StudyFinalReport\\_081999.pdf](http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/files/IMC_StudyFinalReport_081999.pdf).
- Waters H, Hussey P. *Pricing Health Services for purchasers: A review of methods and experiences*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development; 2004: 5-11.
- Doshmangir L, Rashidian A. (dissertation). 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. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009: 37-39. (In Persian)
- Loghmanian M. Comparative study of tariff mechanisms in selected countries and designing a model for Iran. Medical services insurance organization: Iran, Tehran. 2005: 82-83. (In Persian)
- Tariff has challenges in base. Medical Network Information system 2007. [cited 2009 Jul 2]. Available from: URL:<http://www.pezeshki.net/fa/content/section/12/101>. (In Persian)
- Moazzami M. Finally, do we want clinical private section in country. Meeting with the Heads of private hospitals. Medical Council of Islamic Republic of Iran. June 2007; Tehran, Iran. [cited 2009 Mar 12]. Available from: URL:<http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=4802>.
- Kalantar M, Moaeiri F, Moazaami M, Saaekholeslami E, et al. *Medical Tariff Relative Values*. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Ministry of Health; 2005. (In Persian)
- Citardi MJ. Current Procedural Technology: History, Structure, Process & Controversies. UHealth 2008. [cited 2010 Dec 22]. Available from: URL: <http://www.uth.tmc.edu/orl/newsletters/ORL-Update/fall-2009/current-procedural-technology.html>
- Kelly NL, Hosiao WC, Braun P, et al. Extrapolation of Measures of work for Surveyed Services to Other Services. JAMA1988; 260(16): 2379-2384.
- 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. Homayeh Salamat Journal 2011. [In Press]. (In Persian)
- Kominski GF, Pourat N, Black JT. The Use of Relative Value Scales for Provider Reimbursement in State Workers Compensation Programs. A Report to the Industrial Medical Council California Department of Industrial Relations. UCLA Center for Health Policy Research: US, California. 1999: 2-7.
- Kalantar M, Moaeiri F, Moazaami M, et al. Medical Tariff Relative Values. 1<sup>st</sup> ed. Iran: Ministry of Health; 1994. (In Persian)
- Universal health care insurance. The challenges of Medical tariff. Research lexicon. Monthly News- Educational Magazine 1999; 6-8.
- Bisang K, Moser Ch, Widmer Th. Stakeholder participation in program theory development, Experiences from preparing an impact evaluation of the new Swiss medical tariff structure; Swiss. 2004: 1-28
- Hosiao WC, Stason WB. Toward developing a Relative Value Scale for Medical and surgical services. Health Care Financing rev 1979; 1: 23-2.
- Gentler PJ, Hammer JS. Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services. World Bank Policy Research Working Paper No. 1762: US, California. 1997:1-37
- Contention in health sector. Internal publications of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2000; 46-47: 12-14. (In Persian)
- Tofghi SH. Designing a model for medical tariff in governmental and non- governmental sectors. Research project: Ministry of Health, Functional Researches Secretariat. Iran, Tehran. 2007: 63-65. (In Persian)



## Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight of Specialties and Health System Costs

Doshmangir L<sup>1,2</sup> (MS), Rashidian A<sup>\*1,3</sup> (MD, PhD), Moaeiri F<sup>4</sup> (MD, MPH), Akbari Sari A<sup>1,3</sup> (MD, PhD)

<sup>1</sup>Department of Health Management and Economics, School of Public Health,  
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>School of Management & Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: 20 Oct 2010, Accepted: 6 Apr 2011

### Abstract

**Introduction:** If relative values for services are not determined correctly, they might have negative consequences on availability of care. In this study, we aimed to compare relative values of medical tariffs determined in 1993 (known as the 'California' book) with proposed changes to relative values in 2005 (clinical and diagnosis relative values); and assess the effects of the proposed changes on payment weights of different clinical specialties and costs of health system.

**Methods:** In this descriptive cross-sectional study, we conducted a situational analysis, compared the codes, and assessed the potential effects on costs. We, also, investigated views of different experts on relative value changes of some medical tariffs in the proposed book.

**Results:** Findings showed imbalance between different relative values of clinical services in the country. If the proposed relative values were implemented for different clinical services, payment weights for different services would have changed considerably.

**Conclusion:** If the proposed relative values were implemented, the present imbalances between the relative values within and between different fields of clinical services would have been reduced; however, the total healthcare cost would have been increased.

**Key words:** Medical Tariff, Health system costs, Payment weight

---

#### Please cite this article as follows:

Doshmangir L, Rashidian A, Moaeiri F, Akbari Sari A. Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight of Specialties and Health System Costs. *Hakim Research Journal* 2011; 14(1): 1- 9.

---

\*Corresponding Author: National Institute of Health Research, No 78, Italia Ave, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 88991112, Fax: +98- 21- 88991113, E-mail: [arashidian@tums.ac.ir](mailto:arashidian@tums.ac.ir)