

طراحی الگوی محاسبه و اعلام تعرفه‌های خدمات درمانی برای ایران

فرهاد کوهی^۱

چکیده

مقدمه: وجود مکانیسمی شفاف و قابل ارزیابی جهت تعرفه‌گذاری خدمات درمانی برای دستیابی به پیامدهای مطلوب نظام سلامت ضروری است. در این مطالعه تلاش شده است که الگویی بومی برای نظام تعرفه‌گذاری کشور طراحی گردد.

روش انجام مطالعه: پژوهش توصیفی - تطبیقی است که در سه مرحله انجام شده است: (۱) با استفاده از روش تحلیل محتوا، چالش‌های نظام تعرفه‌گذاری موجود شناسایی شده است. (۲) با استفاده از روش مطالعه تطبیقی، نظام سلامت و فرایندهای تعرفه‌گذاری در کشورهای منتخب بررسی شده است. (۳) با استفاده از تکنیک دلفی، الگوی مطلوب طراحی شده است.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه، ضمن ارائه الگویی کلی، حاوی پیشنهادهاتی به شرح زیر است: (۱) در حوزه ساختار، ایجاد تعادل میان آرای طرف‌های عرضه و تقاضای خدمات درمانی و وجود کمیته‌هایی جهت تهیه شواهد لازم برای تصمیم‌گیری. (۲) در حوزه فرآیند، تفکیک اجزای حرفه‌ای و فنی برای تمام خدمات پزشکی؛ تعیین ضریب تعرفه جزء حرفه‌ای؛ تعیین ضریب تعرفه جزء فنی یا تعدیل واحدهای ارزش نسبی آن طبق جزء حرفه‌ای؛ محاسبه هزینه متوسط اجزای حرفه‌ای و فنی خدمات پاراکلینیک؛ محاسبه هزینه متوسط اجزای حرفه‌ای و فنی ویزیت سرپایی؛ تبدیل هزینه هتلینگ به واحدهای ارزش نسبی. (۳) در حوزه نظارت، تشکیل کمیته‌ای برای نظارت بر تدوین و اجرای تعرفه‌ها.

بحث: نظام تعرفه‌گذاری کشور ایران دچار چالش‌های جدی است که انتظار می‌رود، اصلاحات پیشنهادی این مطالعه زمینه‌ساز بروز پیامدهای مطلوبی در نظام سلامت کشور باشد.

واژه‌های کلیدی: تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی، جدول حق الزحمه پزشکان، حق الزحمه خدمات تشخیصی و درمانی، قیمت‌گذاری خدمات سلامت

۱- کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، تهران.

قیمت‌گذار خدمات سلامت یک جزء کلیدی از فعالیت گسترده‌تر تأمین مالی و خرید در نظام‌های سلامت است. (1: Hugh Waters, 2004) قیمت (تعرفه) کالاها و خدمات محوری‌ترین موضوع تئوری‌های اقتصادی محسوب می‌شود که بازار سلامت را نیز در بر می‌گیرد. در کشور ما با وجود اینکه از دیرباز سعی شده است تعرفه خدمات مراقبت سلامت (خدمات تشخیصی و درمانی) با نظارت دولت‌ها و تعامل طرف‌های عرضه و تقاضای این خدمات تعیین شود؛ اما همواره مکانیسم تعرفه‌گذاری و به تبع آن، تعرفه‌های تعیین‌شده مورد انتقاد ذی‌نفعان نظام سلامت بوده است.

در ایران به دنبال تصویب قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت در سال ۱۳۵۱ براساس ماده ۵ این قانون، سازمان تأمین خدمات درمانی ملزم به ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان از طریق بخش خصوصی و سایر مؤسسات درمانی کشور شد. به همین ترتیب، بر اساس بند (ج) ماده (۱۰) اساسنامه سازمان تأمین خدمات درمانی^۱ موضوع وظایف و اختیارات شورای فنی، مسئولیت تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی بر عهده سازمان مذکور قرار داده شده است.

این سازمان نیز به منظور ارتباط مطلوب با بخش خصوصی و جلب همکاری اکثریت پزشکان کشور برای نخستین بار در سال ۱۳۵۱ با مطالعه و بررسی تعرفه‌های مدون کشورهای اجراکننده سیستم بیمه درمانی مانند بلژیک، فرانسه و آمریکا اقدام به تهیه تعرفه اعمال جراحی و خدمات پزشکی نمود و به طور آزمایشی به مرحله اجرا در آورد.^۲ در مدت دو سال تجربه اجرایی و با توجه به مسائل اقتصادی و نوسانات نرخ‌های درمانی سازمان تأمین خدمات درمانی و با استفاده از سه منبع اطلاعات زیر: ۱. بررسی نرخ‌های پیشنهادی پزشکان نظام پزشکی ایران؛ ۲. نمونه‌گیری از نظرات پزشکان و مؤسسات درمانی بخش خصوصی در مورد بهای خدمات درمانی؛ ۳. بررسی صورت‌حساب‌های بازپرداختی سازمان به بیمارانی که هزینه‌های درمانی را شخصاً پرداخت کرده بودند و با بررسی مجموع اطلاعات فوق در کمیسیون‌های پزشکی مرکب از متخصصان حرف پزشکی اقدام به تهیه و تنظیم تعرفه خدمات پزشکی نمود و این تعرفه پس از بررسی شورای فنی مرکب از نمایندگان زیر: ۱. وزیر بهداشت یا نماینده او؛ ۲. رئیس هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مرکز یا دبیرکل سازمان مذکور؛ ۳. رئیس بیمه مرکزی یا نماینده او؛ ۴. مدیرعامل شیر و خورشید سرخ ایران یا نماینده او؛ ۵. مدیرعامل سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی یا نماینده او به مجمع عمومی سازمان تقدیم و به تصویب رسید.^۳

۱- تدوین ضوابط مربوط به خرید خدمات موضوع ماده ۵ قانون از قبیل تعیین تعرفه‌های خرید خدمات درمانی پزشکان و بیمارستان‌ها و سایر مؤسسات درمانی و تنظیم ضوابط امور فوق‌الذکر و تقسیم‌بندی مؤسسات درمانی از نظر تعرفه‌های خرید خدمات درمانی موضوع قانون برای پیشنهاد به مجمع عمومی.

۲- قبل از آن، تعرفه‌های هلال احمر جهانی در مورد بازپرداخت هزینه‌های درمان کارکنان در خارج از کشور پرداخت می‌شد.

۳- لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات

نمایندگانی که از طرف وزیر بهداشتی، مدیرعامل جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران و مدیرعامل سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی برای شرکت در شورای فنی معرفی می‌شوند از بین پزشکان انتخاب خواهند شد.

این ترکیب پس از پیروزی انقلاب اسلامی با اندکی تغییر در نام نهادها و مؤسسات عضو آن باقی ماند. از سال ۱۳۶۴ و پس از تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ریاست شورای فنی بر عهده وزارت مذکور قرار گرفت. در سال ۱۳۷۳ و با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، مسئولیت تعرفه‌گذاری خدمات درمانی به شورایی با نام «شورای عالی بیمه خدمات درمانی» واگذار شد که بر اساس ماده (۳) قانون مذکور، ترکیب شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شرح زیر تعیین شده است:

۱. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس شورای عالی)؛

۲. وزیر کار و امور اجتماعی؛

۳. وزیر امور اقتصادی و دارایی؛

۴. رئیس سازمان برنامه و بودجه؛

۵. دبیرکل سازمان اموراداری و استخدامی کشور؛

۶. رئیس کل سازمان نظام پزشکی؛

۷. مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی؛

۸. مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی؛

۹. مدیرعامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح؛

۱۰. سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)؛

۱۱. معاون اموردرمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رأی)؛

۱۲. دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیون‌های برنامه و بودجه و بهداشتی و بهزیستی (از هر کدام یک نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد، به‌عنوان ناظر

◀ درمانی مصوب ۱۳۵۸/۹/۱۲.

ماده‌واحد: از تاریخ تصویب این قانون شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولتی مصوب اسفند ماه سال ۱۳۵۱ با ترکیب زیر در وزارت بهداشتی و بهزیستی تشکیل و عهده‌دار کلیه وظایفی خواهد بود که شورای فنی سابق به عهده داشته است: ۱. وزیر بهداشتی و بهزیستی یا نماینده او؛ ۲. رئیس هیئت‌مدیره سازمان نظام پزشکی مرکز یا دبیرکل سازمان مذکور؛ ۳. رئیس بیمه مرکزی یا نماینده او؛ ۴. دو نفر از پزشکان آزاد به انتخاب وزیر بهداشتی و بهزیستی.

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

در جلسات شورای عالی شرکت خواهند کرد.^۱

این ترکیب به گونه‌ای تعیین شده است که نمایندگان گروه‌های ذی‌نفع بازار مراقبت‌های سلامت (شامل طرف‌های عرضه، تقاضا و دولت به‌عنوان تنظیم‌کننده و ناظر بر روابط و قوانین و مقررات) در آن حضور داشته باشند. در طرف تقاضا دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی و همچنین نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر پایه و نیز نماینده بیمه مرکزی قرار دارند و در طرف عرضه نیز نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی حضور دارند. در عین حال، نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی خود در حکم نمایندگان دولت و متولیان تنظیم بازار مراقبت‌های سلامت ایفای نقش می‌کنند. از سوی دیگر، برخی سازمان‌های بیمه‌گر (همچون سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) نیز هم‌زمان که به‌عنوان نمایندگان طرف تقاضا ایفای نقش می‌کنند، به سبب دارا بودن مراکز و مؤسسات تشخیصی - درمانی تحت مالکیت خود، به‌نوعی به‌عنوان نمایندگان طرف عرضه نیز نقش دارند.

بر اساس تبصره (۲) ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۲/۲۱، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شد و ریاست شورای عالی بیمه خدمات درمانی نیز به وزیر رفاه و تأمین اجتماعی محول گردید و پس از تأسیس وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۹۰، ریاست شورای عالی بیمه خدمات درمانی به این وزارتخانه محول شد.

پس از اینکه در سال ۱۳۹۳ طرح تحول سلامت با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا شد - که طی آن در همان سال با بازنگری کتاب ارزش‌های نسبی خدمات پزشکی و افزایش چشمگیر تعداد واحدهای ارزش نسبی هر خدمت، تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بیش از دو برابر تعرفه‌های سال ۱۳۹۲ شد- این وزارتخانه در سال ۱۳۹۶ با استناد به مفاد قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران، اقدام به انتقال دبیرخانه شورای عالی بیمه به وزارت بهداشت نمود و مجدداً ریاست شورای مذکور به وزارت بهداشت محول گردید که تاکنون ادامه داشته است.

مهم‌ترین تحولی که در طول این سال‌ها برای تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی رخ داده است

۱- بر اساس تبصره (۲) ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۲/۲۱، کلیه مسئولیت‌ها و اختیارات مربوط به دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، صندوق‌ها و نهادهای فعال در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام، از وزراء مربوطه یا بالاترین مقام مسئول آنها سلب و به وزیر رفاه و تأمین اجتماعی تفویض می‌گردد. این امر شامل عضویت و یا ریاست شوراها، مجامع و هیئت‌های امناء نهادهای موصوف و کمیسیون‌های فرعی و اصلی دولت، شوراها، عالی‌فرابخشی و مجامع بین‌المللی مرتبط نیز هست. همچنین، بر اساس بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵، به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود.

را می‌توان تفکیک تعرفه‌های مذکور در بخش‌های دولتی، خصوصی، خیریه و عمومی غیردولتی و افزایش تدریجی این اختلاف دانست. به این ترتیب، در سال‌های ۱۳۷۰ یا ۱۳۷۱ تعرفه خدمات هتلینگ (اقامت در بیمارستان) و پاراکلینیک (آزمایشگاه و تصویربرداری پزشکی) در سال ۱۳۷۹ تعرفه ویزیت سرپایی پزشکان و در سال ۱۳۸۳ تعرفه خدمات بستری (ضریب تعرفه k) بر حسب بخش‌های دولتی و خصوصی تعیین و ابلاغ شدند. در عین حال، تلاش شده است که سرانه حق بیمه درمانی نیز متناسب با افزایش تعرفه‌ها تعدیل گردد تا منابع مورد نیاز سازمان‌های بیمه‌گر پایه جهت خرید خدمات درمانی از طریق حق بیمه تأمین شود.

در سال‌های اخیر، خصوصاً پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به‌واسطه هزینه‌های فراوان ناشی از اجرای طرح مذکور و اصلاح کتاب ارزش نسبی خدمات پزشکی، مقوله تأمین مالی نظام سلامت به‌طور چشمگیری در اولویت قرار گرفته است. اهمیت این مقوله به میزانی است که بزرگترین سازمان بیمه‌گر اجتماعی کشور برای پرداخت هزینه تعهدات درمانی خود به مراکز و مؤسسات طرف قرارداد ناگزیر به استقراض از نظام بانکی شده است. در این میان، افزایش تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی از عمده‌ترین علل ایجاد بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر محسوب می‌شود؛ اما متأسفانه تاکنون گزارشی مستند و علمی که نشان‌دهنده علل افزایش تعرفه‌ها (اصلاح کتاب ارزش نسبی) و حتی میزان واقعی افزایش آن باشد، از سوی نظام تعرفه‌گذاری کشور منتشر نشده است. به همین دلیل، به‌واسطه عدم دسترسی به اطلاعات شفاف و به‌موقع، تلاش می‌شود که به روش‌های مختلف کسری منابع جبران شود. به عبارت دیگر، بسیار بیشتر از پرداختن به مقوله خرید خدمات درمانی^۱ به جمع‌آوری درآمد^۲ و تا حدودی انباشت و مدیریت منابع^۳ پرداخته شده است. مؤلفه اصلی در خرید خدمات درمانی قیمت آنها است. بنابراین، چنانچه قصد انجام اصلاحات در نظام سلامت جدی باشد، باید به نظام تعرفه‌گذاری خدمات درمانی توجه ویژه شود تا با توجه به وظایف برشمرده شده برای آن، از طریق پاسخ‌گویی به سؤالات و رفع ابهامات مطرح‌شده در قسمت قبل، بتوان زمینه دستیابی به اهداف نظام سلامت را فراهم نمود.

مطالعات گذشته به برخی جنبه‌های نظام تعرفه‌گذاری پرداخته‌اند و قادر به ارائه الگویی جامع در این زمینه نبوده‌اند؛ برای نمونه موارد زیر قابل ذکر است:

زارع و همکاران (۱۳۹۰) با تألیف کتابی با عنوان شیوه‌های تعیین تعرفه در بخش سلامت تلاش نموده است که با استفاده از منابع در دسترس، اطلاعاتی را در خصوص نظام تعرفه‌گذاری کشور ایران

1- Purchasing
2- Revenue collection
3- Pooling

و برخی کشورهای منتخب همچون آمریکا، انگلیس، اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، پرتغال، آلمان، فرانسه و کشورهای اسکاندیناوی جمع‌آوری و ارائه نماید. در این کتاب الگو یا الگوهایی مشخص برای نظام تعرفه‌گذاری کشور ایران ارائه نشده است. همچنین، در بسیاری از کشورهای مورد مطالعه، اساساً به نظام تعرفه‌گذاری خدمات درمانی پرداخته نشده است و تنها به کلیاتی در خصوص نظام پرداخت آنها اشاره شده است.

کوهی (۱۳۹۴) با تألیف کتابی با عنوان *بیست سال تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران* به بررسی جزئیات نظام تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران پرداخته است. در پایان کتاب مذکور، به‌طور خلاصه پیشنهادهایی برای انجام اصلاحات در نظام سلامت و از جمله نظام تعرفه‌گذاری ارائه شده است. پیشنهادات ارائه‌شده به‌صورت الگویی روشن برای نظام تعرفه‌گذاری تدوین نشده است. همچنین، رسیدن به الگوی مطلوب نیازمند بررسی تطبیقی الگوهای موجود تعرفه‌گذاری در سایر کشورها است که در کتاب مذکور به آنها پرداخته نشده است.

زمانی (۱۳۸۳) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد به مقایسه روند شاخص قیمت تعرفه‌های مصوب پزشکی و تخت روز بیمارستان با قیمت خرده‌فروشی کالاها و خدمات در طول سال‌های ۱۳۵۷ تا ۱۳۸۲ پرداخته است.

دشمنگیر و همکارانش، در مطالعه خود، از طریق انجام مصاحبه فردی با ۹ نفر از مدیران، سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و سایر نهادهای مرتبط و ارائه‌کنندگان خدمات بالینی که در امر تعرفه‌گذاری در کشور صاحب‌نظر بودند، به بررسی چالش‌ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران پرداخته است.

در سال ۱۹۸۵ مطالعه‌ای در دانشگاه هاروارد برای تعیین مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع^۱ شروع شد و نتایج آن در سال ۱۹۸۸ منتشر شد (William C. Hsiao, 1988). به همین منظور، محقق اصلی - ویلیام شائو^۲ - یک تیم چند تخصصی از محققان شامل متخصصان آمار، اقتصاد، سنجش و اندازه‌گیری تشکیل داد. در این مطالعه هزینه منابعی که توسط پزشکان برای ارائه خدمت به کار می‌روند چنین دسته‌بندی شده است:

(۱) ارزش نسبی کار پزشک^۳: هزینه مجموع کاری که پزشک انجام می‌دهد که بر اساس مدت‌زمان ارائه خدمت، میزان تلاش ذهنی و فیزیکی، استرس و مهارت مورد نیاز برای ارائه خدمت تعیین می‌شود.

1- Resource-based relative value scale

2- William Hsiao

3- Physician's work

۲) ارزش نسبی مخارج اقدام (مرکز) درمانی: ^۱ به عبارتی، سایر هزینه‌های مرکز درمانی به جز دستمزد پزشک است که شامل هزینه‌هایی از قبیل هزینه‌های حسابداری، هزینه کارکنان غیرپزشک، تبلیغات، استهلاک، حق عضویت، تعمیرات و نگهداری، بیمه اجتماعی، انرژی و تلفن و اینترنت، بازآموزی، اجاره و شارژ ساختمان، مواد و لوازم مصرفی پزشکی و غیرپزشکی (به جز آنها که صورت حساب مشخص دارند) و ...

ارزش نسبی معالجه نادرست: ^۲ هزینه‌هایی که برای جبران معالجه نادرست مصرف می‌شوند، مانند حق بیمه مسئولیت، جریمه و غیره.

هیو واترز و پیتر هوسی (۲۰۰۴) در مقاله‌ای با عنوان «قیمت‌گذاری خدمات سلامت برای خریداران: مرور روش‌ها و تجارب» به بررسی روش‌های هزینه‌یابی و قیمت‌گذاری در کشورهایی با نظام‌های پرداخت متفاوت نموده‌اند. در این مقاله عوامل زیر بر تعیین قیمت‌هایی که توسط خریداران خدمات سلامت پرداخت می‌شوند موثر دانسته شده است: نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات؛ میزان دسترسی به اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، مقدار خدمات، پیامدها و ویژگی‌های ارائه‌کنندگان و بیماران؛ روش‌های مورد استفاده جهت محاسبه هزینه تمام‌شده خدمات تولیدشده توسط ارائه‌کنندگان؛ و ویژگی‌های خریداران و ارائه‌کنندگان - مشتمل بر شرایط تنظیم بازار، میزان استقلال ارائه‌کنندگان، قدرت چانه‌زنی و میزان رقابت‌پذیری بازار.

در این مطالعه تلاش شده است که با بهره‌گیری از نظرات خبرگان و منابع اطلاعاتی قابل دسترس، الگویی بومی برای نظام تعرفه‌گذاری کشور در سه بُعد ساختار، فرآیند و نظارت طراحی گردد.

◀ روش انجام مطالعه

این پژوهش از نوع توصیفی - تطبیقی است که اهداف کاربردی را محقق می‌سازد. برای انجام مطالعه سه مرحله انجام شده است: ۱) ابتدا با بررسی نظام تعرفه‌گذاری موجود ایران، ضمن شناسایی و دسته‌بندی مؤلفه‌های اثرگذار در این نظام، نقاط ضعف و قوت آن بررسی شده است. ۲) با بررسی مستندات و منابع قابل دسترس، به بررسی فرایندهای تعرفه‌گذاری در کشورهای منتخب پرداخته شده است و رویکرد آنها در خصوص مؤلفه‌های اثرگذار بر نظام تعرفه‌گذاری بررسی شده است. ۳) در انتها با جمع‌بندی وضعیت کشورهای مورد مطالعه در هر مؤلفه، با توجه به وضعیت موجود نظام سلامت کشور و اهداف کلان آن، مؤلفه‌های متناسب تعرفه‌گذاری انتخاب و الگوی مطلوب طراحی شده است. در مرحله اول مطالعه، به‌منظور شناخت نقایص و کاستی‌های احتمالی نظام تعرفه‌گذاری موجود

1- Practice costs

2- Malpractice Costs

کشور، از نظر و درک صاحب‌نظران در این خصوص استفاده می‌شود. برای این منظور، رویکرد تحلیل چهارچوب و روش تحقیق کیفی تحلیل محتوا روش مناسبی تشخیص داده شد.

تحلیل محتوا برای به دست آوردن تفسیر عمیقی از داده‌ها به کار می‌رود. پژوهش‌های کیفی که مبتنی بر پارادایم تفسیری و روش‌شناسی پدیدارشناختی‌اند، بر درک معنای رویدادها توسط افراد تحت مطالعه استوارند (Patton, 2003: 14). تحلیل محتوای کیفی را می‌توان روش تحقیقی برای تفسیر ذهنی محتوایی داده‌های متنی از طریق فرایندهای طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و تم‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته‌شده دانست.

در این پژوهش تحلیل محتوای کیفی، به‌گونه‌ای است که اطلاعات از طریق مصاحبه با عمیق نیمه‌ساختارمند جمع‌آوری شده است و از طریق تداعی معنا تحلیل می‌شوند و نظریه‌های از پیش موجود جایگاهی ندارند. در این حالت، تحلیل داده‌ها با خواندن آنها به صورت مکرر آغاز می‌شود تا درکی کامل درباره آنها به دست آید. باید واژه به واژه هر مصاحبه را برای مشتق‌ساختن عناصری از متن آن جهت طرح رمزها خواند (Mayring, 2000: 2). در این مرحله پس از مطالعه وضع موجود نظام تعرفه‌گذاری کشور، چالش‌ها و کاستی‌های این نظام از طریق مصاحبه با ۱۲ نفر از خبرگان این حوزه شناسایی و از طریق نرم افزار MAXQDA تحلیل و طبقه‌بندی شده است. در این مطالعه نمونه‌ها طی نمونه‌گیری هدفمند از جامعه پژوهش شامل مطلعان کلیدی در مورد موضوع پژوهش انتخاب شدند تا با نظر و درک آنها از نقایص و کاستی‌های احتمالی نظام تعرفه‌گذاری پی ببریم. این صاحب‌نظران از دو سازمان بیمه‌گر پایه (سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح) سازمان نظام پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شدند. افراد منتخب سابقه شرکت در جلسات کارشناسی شورای عالی بیمه خدمات درمانی و حضور در صحن شورای مذکور را داشته‌اند. سابقه فعالیت افراد منتخب در حوزه تعرفه‌گذاری خدمات درمانی بین پنج تا ۲۲ سال است. از این تعداد پنج نفر دانش‌آموخته دکترای عمومی پزشکی، دو نفر داروسازی، چهار نفر دکترای تخصصی در رشته‌های اقتصاد سلامت، سیاست‌گذاری سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و یک نفر کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی بودند. جنسیت فرد اخیر زن و سایر مصاحبه‌شوندگان مرد بود.

در مطالعه دوم با استفاده از روش مطالعه تطبیقی، متون نظام سلامت و تعرفه‌گذاری خدمات درمانی هفت کشور منتخب شامل ایالات متحده آمریکا، آلمان، انگلیس، استرالیا، کانادا، ژاپن و چین بررسی و متغیرهای اثرگذار بر نظام تعرفه‌گذاری آنان در سه دسته ساختار، فرآیند و نظارت استخراج شد. به‌منظور بررسی نظام تعرفه‌گذاری خدمات درمانی در انواع نظام‌های سلامت، انتخاب کشورهای مذکور با توجه به طبقه‌بندی نظام‌های سلامت به روش گاردن صورت گرفته است. علی‌رغم اینکه

مطالعات مربوط به انواع نظام‌های سلامت نشان می‌دهد که در برخی موارد نمی‌توان مرز دقیق و روشنی میان نظام‌های سلامت قائل شد؛ اما بر اساس تقسیم‌بندی گاردن کشورها بر اساس نظام‌های تأمین مالی و بیمه‌ای به چهار گروه عمده به شرح زیر تقسیم می‌شوند:

۱ - کشورهای با سیستم بیمه سنتی (بیمه اجتماعی)^۱: در این کشورها ساختار بیمه بر مبنای بیمه‌های خصوصی و یارانه‌های دولتی و ایالتی استوار است. کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان در این گروه قرار می‌گیرند (این کشورها نظام بیمه‌های اجتماعی سلامت را دنبال می‌کنند).

۲ - کشورهای با سیستم بیمه سلامت ملی^۲: این شیوه مبتنی بر سیستم بیمه درمان در سطح ملی است. کشورهای کانادا، فنلاند و سوئد در این گروه قرار می‌گیرند. نظام تأمین مالی در این کشورها بر مبنای حق بیمه‌ها، مالیات‌ها و مشارکت مالی بیمه‌شدگان استوار است.

۳ - نظام سلامت ملی^۳: در این روش کشورها ارائه خدمات را به صورت ایالتی در دستور کار خود قرار داده‌اند. کشورهای دانمارک، انگلستان، یونان و ایتالیا در این گروه قرار می‌گیرند. نظام تأمین مالی این کشورها بر مبنای مالیات‌های مرکزی و ایالتی است.

۴ - سیستم بیمه‌ای تلفیقی^۴: که شامل تلفیقی از سیستم بیمه بیماری سنتی و سیستم بیمه سلامت ملی است. کشورهای هلند، استرالیا، ژاپن و آمریکا در این گروه قرار می‌گیرند (ایروان مسعودی اصل، ۱۳۹۴: ۲۳).

در این مرحله به منظور دستیابی به ادبیات مربوط به قیمت‌گذاری خدمات درمانی در کشورهای منتخب در پایگاه‌های اطلاعاتی همچون PubMed, Google scholar, Science Direct, SID واژه‌های انگلیسی Healthcare tariff, physician's fee Schedule, Healthcare fees, Health Act, Health Services Pricing و معادل‌های فارسی آنها، جستجو برای یافتن مقالات منتشرشده به زبان‌های فارسی و انگلیسی مرتبط با نظام‌های تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در سال‌های ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۶ میلادی انجام شد. علاوه بر این، جهت دسترسی به برخی منابع و اطلاعات مورد نیاز با برخی خبرگان حوزه تعرفه‌گذاری در برخی کشورها از جمله آمریکا، استرالیا، انگلیس و آلمان مکاتبه انجام شد.

برای انجام مرحله سوم مطالعه از روش دلفی استفاده شده است. این تکنیک به صورت یک فن تسهیل گروهی که با استفاده از پرسش‌نامه درصد به دست آوردن نظر خبرگان است تعریف شده است. در این روش از اطلاعات به دست آمده در هر مرحله برای مرحله بعد استفاده می‌شود و این فرآیند تا

1- Traditional Sickness Insurance
2- National Health Insurance
3- National Health System
4- Mixed System

دستیابی به اجماع خبرگان ادامه می‌یابد.

در مطالعه اول که نتایج آن در بخش اول یافته‌ها آمده است، پس از انجام مصاحبه با صاحب‌نظران در زمینه نظام تعرفه‌گذاری کشور، تعداد ده مقوله اصلی تشخیص داده شد که در قالب چهار حوزه کلان‌ساختار، فرآیند، نظارت و سایر عوامل به شرح جدول شماره (۲) دسته‌بندی شدند.

بر این اساس سعی شد که به‌منظور رفع چالش‌ها و نقایص نظام تعرفه‌گذاری موجود و اصلاح آن، سؤالات مرتبط با مقولات مطرح‌شده در سه حوزه ساختار، فرآیند و نظارت و کنترل نظام تعرفه‌گذاری کشور طراحی و نظرات صاحب‌نظران در خصوص آنها اخذ شود. بر این اساس، نه سؤال در حوزه ساختار، ۱۱ سؤال در حوزه فرآیند و ۵ سؤال در حوزه نظارت طراحی شد. لازم به توضیح است که برای برخی مقولات شناسایی‌شده به شرح زیر سؤالی مطرح نشد؛ برای مثال، در مورد مقوله «جبران خدمات آموزشی با متغیر قیمت» با توجه به اینکه از یک سو نتایج حاصل از مطالعات تطبیقی نشان داد که در هیچ‌یک از کشورهای مورد مطالعه تعرفه‌ای خاص برای اساتید و اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها تدوین نمی‌شود و از سوی دیگر، در کشور ما از سال ۱۳۹۴ با اجرای آیین‌نامه پرداخت دو کا به اعضای هیئت‌علمی و پزشکان درمانی تمام‌وقت جغرافیایی، موضوع پرداخت دو برابری به اعضای هیأت علمی تمام‌وقت جغرافیایی به سایر پزشکانی که عضو هیئت‌علمی نیستند؛ اما تمام‌وقت جغرافیایی محسوب می‌شوند، تعمیم یافته است و این پرداخت‌ها تنها منوط به تمام‌وقت جغرافیایی بودن پزشکان در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شده است. همچنین، با عنایت به اینکه مقولات اصلی مطرح‌شده در حوزه سایر عوامل مؤثر بر تعرفه، مستقیماً در مدل‌های تعرفه‌گذاری لحاظ نمی‌شوند، در پرسش‌نامه طراحی‌شده برای اخذ نظر صاحب‌نظران و ایجاد اجماع در خصوص مدل بومی تعرفه‌گذاری کشور لحاظ نشدند. اختصاصاً مقوله «ناسازگاری نظام پرداخت کارانه با قیمت واقعی» به‌واسطه اطلاعات حاصل از مطالعه نظام قیمت‌گذاری کشورهای منتخب نقض می‌شود؛ چراکه بر این اساس، تمام کشورهای مورد مطالعه از اشکالی از نظام پرداخت کارانه^۱ استفاده می‌کنند و بدین ترتیب، خدمات و پروسیجرهای درمانی را رتبه‌بندی و هزینه تمام‌شده آنها را محاسبه می‌کنند.

تلاش شد که سؤالات و گویه‌های این مرحله بر اساس نتایج مطالعات تطبیقی و وضعیت نظام تعرفه‌گذاری کشور طراحی شود؛ برای مثال، در خصوص چالش ساختاری «ترکیب نامتوازن طرف‌های عرضه و تقاضا» با توجه به نتایج مطالعات تطبیقی مشخص شد که قیمت خدمات درمانی در کشورهای منتخب معمولاً از طریق اجماع و توافق نمایندگان طرف‌های عرضه (انجمن‌های پزشکی و بیمارستانی) و تقاضا (دولت‌ها یا بیمه‌ها) تعیین می‌شوند. به همین منظور، در کشورهای مورد مطالعه،

شوراها یا کمیته‌هایی با ترکیب متوازن طرف‌های مذکور وجود دارد. علاوه بر این، در زیرمقوله‌های مربوط به چالش اشاره‌شده در بالا، به نابرابر بودن تعداد آرای طرف‌های عرضه و تقاضا و وجود تضاد منافع در ترکیب شورای عالی بیمه اشاره شده است. به همین دلیل، سؤالاتی همچون سؤالات ۱، ۴ و ۵ در جدول (۱) طراحی شد. به همین ترتیب، با توجه به چالش «ضعف علمی و اجرایی دبیرخانه شورای عالی بیمه» از یک طرف و وجود مؤسسات، کمیته‌ها و نهادهای مشخص در ساختار کشورهای منتخب جهت تهیه مستندات مورد نیاز تصمیم‌گیری در شورای تعیین تعرفه‌ها، گویه‌های شماره ۳ و ۶ جدول (۱) تدوین شد. به همین ترتیب، برای سایر چالش‌ها در سه حوزه ساختار، فرآیند و نظارت، پس از تطبیق چالش‌ها با راهکارهای استفاده‌شده توسط کشورهای منتخب، گویه‌ها و سؤالات مرتبط جهت کسب نظر خبرگان طراحی شد.

سؤالات مذکور در اختیار پنج نفر از کارشناسان خبره در حوزه تعرفه‌گذاری قرار گرفت و از آنان درخواست شد تا نظرات خود را در مورد محتوا و نحوه نگارش پرسش‌نامه بیان نمایند. پس از دریافت نظرات آنها عبارت یکی از سؤالات حوزه ساختار ویرایش شد و سه سؤال از حوزه فرآیند به دلیل هم‌پوشانی با سایر سؤالات حذف شد. در نهایت، ۲۲ سؤال به شرح جدول شماره ۱ تهیه شد.

جدول شماره ۱. سؤالات پرسش‌نامه دلفی

| | |
|--|-------|
| ۱) در سازمان/شورای تعیین‌کننده تعرفه‌ها، تعداد یا وزن آرای طرف‌های عرضه و تقاضای خدمات درمانی باید برابر باشد. | تعیین |
| ۲) تولید و ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در سطح وسیع توسط تولید نظام سلامت مفید است. | |
| ۳) انجام مطالعات و تهیه شواهد مورد نیاز برای تصمیم‌گیری‌های مرتبط با تعیین تعرفه خدمات درمانی بهتر است توسط مؤسسات علمی انجام شود و نتایج آن، در اختیار دبیرخانه سازمان/شورای تعیین‌کننده تعرفه‌ها قرار گیرد. | |
| ۴) لازم نیست که نمایندگان سازمان‌های عضو شورای تعیین‌کننده تعرفه‌ها حتماً دانش‌آموخته پزشکی باشند. | |
| ۵) نقش و شرح وظایف هر یک از سازمان‌های عضو شورای تعیین‌کننده تعرفه‌ها باید مشخص باشد. | |
| ۶) وجود دو کمیته تخصصی به شرح زیر راهکار مؤثری برای تدوین و بازنگری کتاب ارزش نسبی است: الف) کمیته تخصصی پزشکی، متشکل از نمایندگان انجمن‌های پزشکی برای تعیین تعداد واحدهای ارزش نسبی خدمات پزشکی و ب) کمیته تخصصی مالی، متشکل از متخصصان علوم مالی، حسابداری، مدیریت و اقتصاد برای تعیین ضریب تعرفه هر واحد ارزش نسبی | |
| ۷) حضور بدون حق رأی نمایندگان مصرف‌کنندگان خدمات درمانی (در قالب اتحادیه‌های کارگری یا کارفرمایی) در شورای تعیین تعرفه ضروری است. | |
| ۸) حضور بدون حق رأی نمایندگان مجلس شورای اسلامی (همچون کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون اجتماعی) در شورای تعیین تعرفه ضروری است. | |
| ۹) حضور رسانه‌ها (همچون خبرگزاری‌ها) در شورای تعیین تعرفه ضروری است. | |

ادامه جدول شماره ۱.

| | | |
|--|---|---|
| ۱۰) بهتر است جلسات مربوط به بازنگری تعرفه‌ها دو سال یک بار و در بازه زمانی تعریف شده برگزار گردد. | ت | |
| ۱۱) تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی مشمول بیمه پایه در مراکز درمانی مشابه (مطب، درمانگاه یا بیمارستان با درجه ارزشیابی معین) نباید بر حسب نوع مالکیت آنها (دولتی و خصوصی) متفاوت باشد. | | |
| ۱۲) تعداد واحدهای ارزش نسبی دستمزد پزشک (جزء حرفه‌ای) و ضریب تعرفه آن باید در بخش‌های دولتی و خصوصی یکسان باشد. | | |
| ۱۳) برای محاسبه هزینه تمام شده باید میانگین مربوط به عملکرد مراکز درمانی منتخب شورای تعیین تعرفه به عنوان نمونه در نظر گرفته شود. | | |
| ۱۴) باید در متن قوانین و آیین نامه‌ها به جای عبارت «قیمت واقعی» خدمات تشخیصی و درمانی، عبارت «قیمت استاندارد» یا «قیمت مورد توافق» به کار برده شود. | | |
| ۱۵) برای برخی متغیرهای اثرگذار در تعیین تعرفه (از قبیل درآمد ماهانه مورد انتظار پزشکان، تعداد خدمات قابل تولید در ماه و ...) استانداردها یا نرم‌های (Norms) مشخصی تدوین شود. | | |
| ۱۶) تبدیل عبارت «سود سرمایه» به عبارت «سود عادلانه» در تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی ضروری است. | | |
| ۱۷) باید سهم (درصد) سود سرمایه (سود عادلانه) از مبلغ تعرفه خدمات درمانی مشخص باشد. | | |
| ۱۸) در حال حاضر متولای اصلی و نهایی نظارت بر اجرای صحیح تعرفه‌های خدمت تشخیصی و درمانی مشخص نیست. | | ت |
| ۱۹) وجود نهاد (کمیته‌ای) در زیرمجموعه شورای تعیین تعرفه خدمات درمانی برای نظارت بر اجرای صحیح تعرفه‌ها ضروری است. این کمیته می‌تواند در سطوح کشوری و استانی تشکیل شود. | | |
| ۲۰) تدوین نظام‌نامه‌ای برای نظارت بر خدمات درمانی (از جمله تعرفه‌های خدمات درمانی) ضروری است. | | |
| ۲۱) تعیین حدود اختیارات سازمان‌های مختلف از قبیل سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی، سازمان تعزیرات حکومتی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان حمایت از تولیدکننده و مصرف‌کننده و ... در نظارت بر اجرای تعرفه‌های خدمات درمانی ضروری است. | | |
| ۲۲) سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان خریدار خدماتی که قیمت آنها بر اساس مذاکره مورد توافق قرار گرفته است، علاوه بر اختیار انجام بازرسی و اعمال شرایط مندرج در قراردادهای خرید خدمت، باید امکان طرح شکایت از مؤسسات درمانی متخلف را نیز داشته باشند. | | |

سؤالات یا گزینه‌های مذکور در دو مرحله در اختیار اعضای تیم دلفی که مرکب از ۱۵ نفر از متخصصان و کارشناسانی بودند که در گذشته یا حال به عنوان نمایندگان سازمان‌های عضو شورای عالی بیمه خدمات درمانی در جلسات کارشناسی یا صحن شورای مذکور حضور داشته اند، قرار گرفت. سابقه فعالیت مرتبط افراد منتخب در زمینه تعرفه‌گذاری خدمات درمانی و حضور رسمی در جلسات کارشناسی شورای عالی بیمه از پنج تا ۲۲ سال متغیر است.

ترکیب این صاحب‌نظران از سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان نظام پزشکی که میانگین سن آنها ۴۳ سال است، یک نفر زن و ۱۴ نفر مرد بودند. ترکیب آنها بر حسب سطح تحصیلات نیز مطابق جدول (۲) بوده است.

جدول شماره ۲. ترکیب خبرگان بر اساس سطح تحصیلات

| جمع | MSc | Ph.D | MD | MD-Ph.d |
|-----|-----|------|----|---------|
| ۱۵ | ۲ | ۴ | ۵ | ۴ |

پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها به هر یک از جواب‌های کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق به ترتیب امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ داده شد و فرضیه صفر بدین صورت مطرح گردید که میانگین امتیاز پاسخ‌دهندگان، کمتر یا مساوی میانگین امتیازات متعلقه (عدد ۳) است. در ادامه فرضیه مخالف بدین نحو مطرح شد که این میانگین از عدد ۳ بزرگ‌تر است. در واقع، فرضیه اولیه و فرضیه مخالف به‌صورت زیر بیان شد:

$$H_0: \bar{X} \leq 3$$

$$H_1: \bar{X} > 3$$

یافته‌ها

چالش‌های نظام تعرفه‌گذاری موجود

در این بخش با توجه به روش مطالعه، به‌طور کلی مقولات و تم‌های اصلی، طبقات استخراج‌شده در قالب چهار حوزه اصلی ساختار، فرآیند، نظارت و سایر موارد دسته‌بندی شدند. چالش‌ها و نقایص احتمالی نظام تعرفه‌گذاری در قالب ۱۰ مقوله اصلی جمع‌بندی شد که به‌همراه طبقات مختلف آنها در جدول شماره (۳) ارائه شده است.

$$t = \frac{\bar{X} - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

جدول شماره ۳. فهرست چالش‌های اصلی نظام تعرفه‌گذاری در کشور ایران

| حوزه | تم‌های اصلی |
|--------|--|
| ساختار | ترکیب نامتوازن طرف‌های عرضه و تقاضا |
| | ضعف علمی و اجرایی دبیرخانه شورای عالی بیمه |

| حوزه | تم‌های اصلی |
|--------------------------|--|
| فرآیند | مشخص نبودن تعاریف و استراتژی‌ها |
| | جبران خدمات آموزشی با متغیر قیمت |
| | عدم محاسبه هزینه تمام شده |
| نظارت و کنترل | ناکارآمدی نظام نظارت و کنترل بر تدوین و اجرای تعرفه‌ها |
| سایر عوامل مؤثر بر تعرفه | تضاد منافع |
| | چندگانه بودن منبع تأمین مالی در بخش دولتی |
| | عدم وجود سیستم‌های الکترونیک سلامت و بیمه |
| | ناسازگاری نظام پرداخت کارانه با قیمت واقعی |

وضعیت تعرفه‌گذاری در کشورهای منتخب

در این بخش با مطالعه وضعیت کشورهای منتخب سعی شده است که تصویری کلی از نظام سلامت و نظام تعرفه‌گذاری آنها ارائه شود که عمده مطالب آن برگرفته از کتاب *نیمرخ بین المللی نظام‌های سلامت* نوشته الیاس موسیالوس و مارتین ونز از مدرسه اقتصاد و علوم سیاسی لندن است که با حمایت صندوق کشورهای مشترک‌المنافع تدوین شده است. (Elias Mossialos, 2017) مطالعات و ادبیات زیادی وجود دارد که نشان می‌دهند بازار مراقبت سلامت با بازارهای کلاسیک کالاها و خدمات عادی متفاوت هستند و مصادیق شکست بازار از قبیل عدم تقارن اطلاعات میان خریداران و ارائه‌کنندگان کالاها و خدمات اثرات خارجی مثبت یا منفی تولید خدمات، بالابودن هزینه‌های معاملاتی و ... متعاقباً دخالت دولت را در این بازارها توجیه می‌کنند. مثالی از فرآیند ارائه قیمت رقابتی برای تولید خدمات درمانی را می‌توان در ایالات متحده یافت. بیمارستان‌های ایالات متحده روابط قراردادی با بیمه‌گرهای سلامت خصوصی و دولتی دارند؛ اما حتی در این بازار هم قیمت‌های تعیین شده توسط خریدار دولتی (مدیکر و مدیکید) موجب تعدیل قیمت‌هایی می‌شود که ارائه‌کنندگان از سایر بیمه‌ها مطالبه می‌کنند. بنابراین، دخالت دولت‌ها در نظام‌های سلامت موجب تعیین قیمت‌های مدیریت شده (تعرفه) می‌شود. در نقطه مقابل آن می‌توان نظام قیمت‌گذاری خدمات درمانی کشورهای ژاپن و انگلیس را مثال زد که در آن قیمت‌ها به صورت کاملاً متمرکز و به صورت یکسان برای تمام مراکز درمانی کشور اعمال می‌شود. در این میان، قیمت خدمات درمانی در کشورهایی همچون استرالیا و کانادا در سطح ایالتی تعیین می‌شوند. در هر صورت، در تمام کشورهای مورد مطالعه دو ویژگی اصلی مشترک در تعیین قیمت خدمات درمانی وجود دارد:

۱) قیمت‌ها با توافق خریداران و ارائه‌کنندگان تعیین می‌شوند.

۲) از روش‌های قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه و به‌ویژه مبتنی بر هزینه کامل (Cost Plus) استفاده می‌شود. در روش قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه کامل، قیمت کالاها و خدمات بر اساس هزینه تمام‌شده به‌علاوه درصدی به‌عنوان سود تولید/ ارائه‌کننده تعیین می‌شود (برای مطالعه جزئیات این روش‌های قیمت‌گذاری به کتاب سجادی پور، ۱۳۶۸ مراجعه شود).

متغیرهای متعددی در تعیین قیمت خدمات درمانی مؤثر هستند که با توجه به میزان در دسترس بودن اطلاعات، در کشورهای مختلف به کار می‌روند. این متغیرها به شرح زیر هستند:

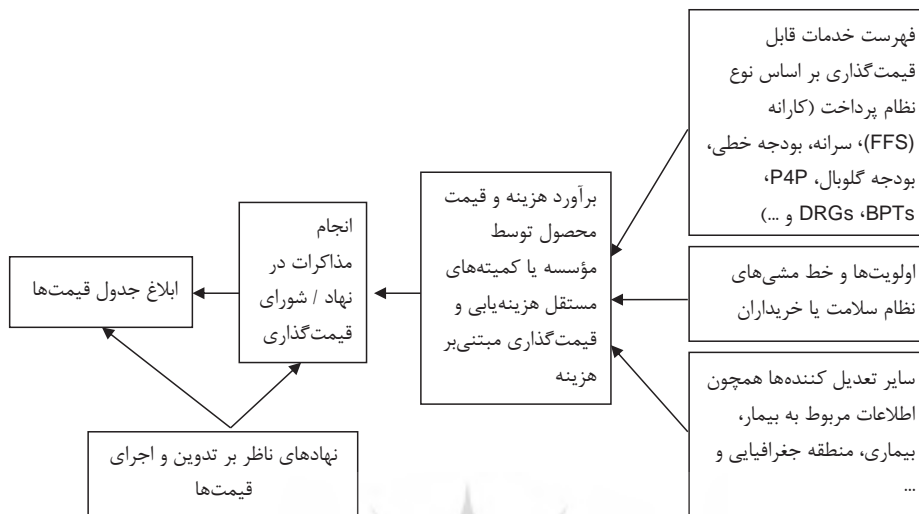
۱) نظام پرداخت که بر اساس آن، واحد خدمات قابل قیمت‌گذاری، آینده‌نگر یا گذشته‌نگر بودن و همچنین، ثابت یا متغیر بودن پرداخت‌ها تعیین می‌شود و در ادامه فهرست خدمات و ارزش‌های نسبی آنها تعیین می‌شود.

۲) روش هزینه‌یابی که ممکن است از بالا به پایین یا از پایین به بالا، سنتی یا ABC^۱ و ... باشد.

۳) متغیرهای تعدیل‌گر هزینه‌ها و قیمت‌ها از قبیل ویژگی‌های بیمار و بیماری، منطقه جغرافیایی و ...

۴) اهداف و اولویت‌های نظام سلامت و یا خریداران خدمات در خصوص کیفیت، اثرات خارجی مثبت، کنترل هزینه‌ها، سقف منابع مالی قابل مصرف و ...

برای قیمت‌گذاری خدمات درمانی و همچنین، نظارت بر اجرای قیمت‌ها و ارزیابی پیامدهای آن، ساختاری متشکل از نهادها یا سازمان‌هایی مورد نیاز است که وظیفه گردآوری شواهد و مستندات لازم در مورد موضوعات فوق‌الشاره که عمدتاً مسائل فنی هستند را بر عهده داشته باشند تا تصمیم‌گیرندگان در زمان انجام مذاکرات به اطلاعات طبقه‌بندی‌شده درست و به‌هنگام دسترسی داشته باشند. این ساختار در کشورهای مورد مطالعه از یک شورا یا کمیسیون مرکزی تشکیل می‌شود که در آن نمایندگان خریداران و ارائه‌کنندگان حضور دارند و تمام وظایف یا یکی از وظایف آن، تصمیم‌گیری در خصوص قیمت خدمات درمانی است. در کنار یا زیرمجموعه این شورا یا کمیسیون مرکزی، معمولاً نهادها یا مؤسسات مستقلی برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز قیمت‌گذاری از قبیل هزینه‌یابی، تدوین ارزش‌های نسبی خدمات یا گروه‌های مرتبط تشخیصی، سنجش کیفیت خدمات، تعیین بسته خدمات مورد تعهد خریداران، تدوین راهنماهای بالینی، رتبه‌بندی مراکز ارائه‌دهنده خدمات و ... فعالیت می‌کنند. بدیهی است که تمام این نهادها و مؤسسات در همه کشورها ایجاد نشده‌اند. در مجموع، با توجه به موارد ذکرشده، تصویر شماره ۱ را می‌توان به‌عنوان مدل کلی قیمت‌گذاری خدمات درمانی در کشورهای مورد مطالعه معرفی نمود:



مقایسه الگوی کلی با الگوی تعرفه گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران

تصویر ۲ الگوی موجود نظام تعرفه گذاری ایران را نشان می دهد. بر این اساس، به نظر می رسد که این نظام تا حد بسیار زیادی به الگوی کلی ای شباهت دارد که برای قیمت گذاری خدمات درمانی در کشورهای مورد مطالعه ترسیم شد. در این الگو پرداخت بابت خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس دو روش کارانه^۱ و روزانه^۲ انجام می شود؛ اما با توجه به نتایج حاصل از مطالعه اول و وضعیت شاخص های مورد بررسی در حوزه سلامت کشورهای منتخب و ایران به نظر می رسد که اهداف و کارکردهای مورد انتظار این نظام در کشور ایران به درستی محقق نشده است؛ برای مثال، یکی از اهداف نظام قیمت گذاری تعیین قیمت های متناسب با هزینه تمام شده است که یکی از پیامدهای آن کنترل سهم پرداخت از جیب مصرف کنندگان خدمات (بیمه شدگان یا شهروندان) خواهد بود. این شاخص در میان کشورهای منتخب بین ۱۱٫۵ درصد (ایالات متحده آمریکا) تا ۳۵٫۲ درصد (چین) در نوسان بوده است. در حالی که رقم این شاخص در ایران، حتی پس از اصلاحات موسوم به طرح تحول سلامت و کاهش سهم خودپرداخت بیماران در مراکز درمانی دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به ۴۰ درصد می رسد. در ایران و چین سیاست بر این بوده است که قیمت خدمات درمانی کمتر از هزینه تمام شده تعیین شود و این امر موجب شده است که مابه التفاوت هزینه تمام شده تا قیمت خدمات به صورت پرداخت از جیب (رسمی و غیررسمی) به بیماران و تا حدودی

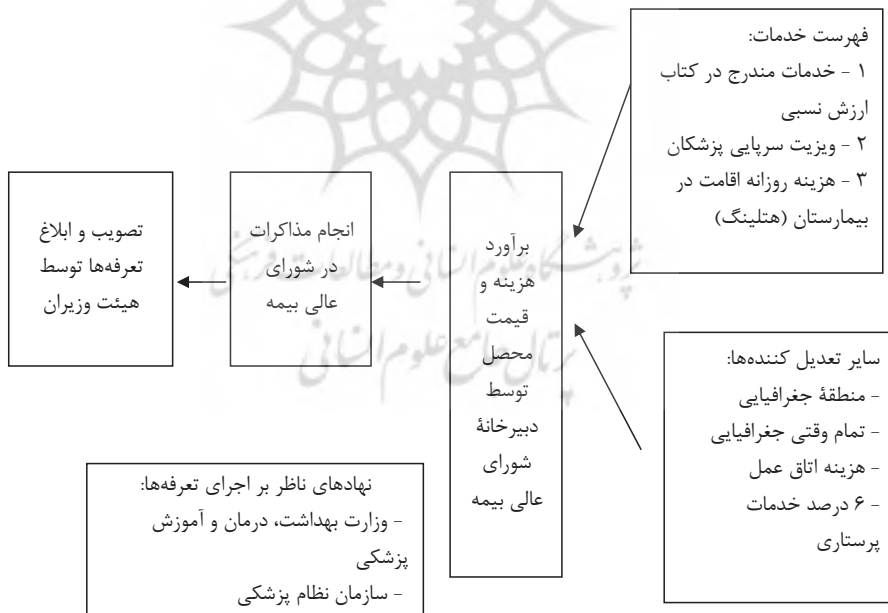
1- Fee for Service
2- Per Diem

به دولت منتقل شود.

نکته مهم دیگری که در الگوی موجود کشور مشهود است، عدم بهره‌گیری از نهادها، مؤسسات یا کمیته‌های مستقل و تخصصی جهت انجام مطالعات و محاسبات لازم در زمینه‌هایی همچون بازنگری ارزش‌های نسبی، هزینه تمام‌شده و ... است؛ به طوری که تمام این امور به‌علاوه بسیاری وظایف دیگر همچون تعیین نرخ حق بیمه‌ها، نرخ خودپرداخت‌ها و ... توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه انجام می‌شود.

علاوه بر این، موارد نتایج حاصل از مطالعه اول نشان می‌دهد که دو مؤلفه اصلی مشترک در نظام‌های قیمت‌گذاری کشورهای منتخب، یعنی (۱) توافق میان خریداران و ارائه‌کنندگان و (۲) محاسبه هزینه تمام‌شده در نظام تعرفه‌گذاری کشور به‌طور مناسب انجام نمی‌شود. در خصوص مؤلفه اول می‌توان به مقوله‌های «ترکیب نامتوازن طرف‌های عرضه و تقاضا» در شورای عالی بیمه اشاره نمود و این موضوع که هم خریداران و هم ارائه‌کنندگان از تعرفه‌های مورد عمل رضایت ندارند. در خصوص مؤلفه دوم نیز می‌توان به مقوله «عدم محاسبه هزینه تمام‌شده» اشاره کرد.

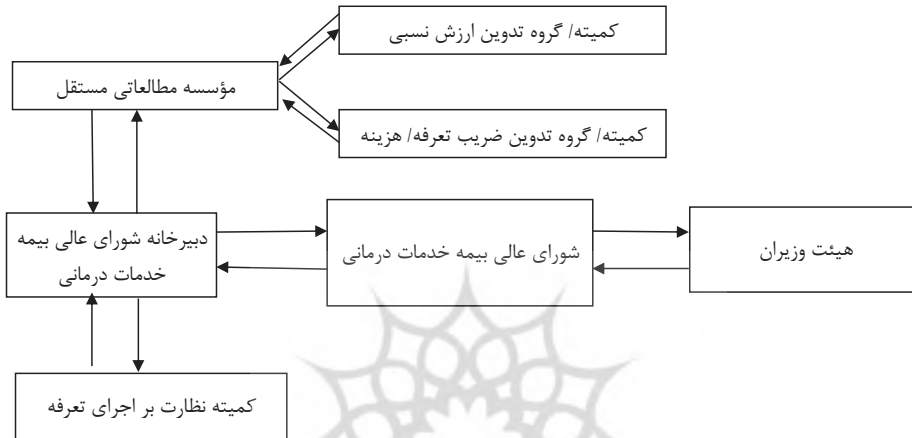
تصویر شماره ۲. الگوی موجود نظام تعرفه‌گذاری در ایران



طراحی الگوی تعرفه‌گذاری خدمات درمانی در ایران

یافته‌های مطالعه ارائه الگوی کلی به شرح تصویر ۳ به همراه نکات کلیدی قابل اصلاح در حوزه‌های ساختار، فرآیند و نظارت نظام تعرفه‌گذاری به شرح زیر است:

تصویر شماره ۳. الگوی مناسب برای نظام تعرفه‌گذاری خدمات درمانی در ایران



بر این اساس، موارد زیر در الگوی پیشنهادی باید لحاظ شود:

۱) در ساختار شورای عالی بیمه سلامت باید میان آرای طرف‌های عرضه و تقاضای خدمات درمانی تعادل برقرار باشد و نقش و شرح وظایف نمایندگان آنها مشخص باشد. دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت، تهیه شواهد علمی در خصوص موضوعات مرتبط با تعرفه‌گذاری را در دو دسته موضوعات دائمی و موردی به یک یا چند مؤسسه مطالعاتی مستقل محول می‌کند و علاوه بر نظارت ناظران علمی و اجرایی، نتایج مطالعات با تأیید دبیرخانه مذکور جهت تصمیم‌گیری در صحن شورا ارائه خواهد شد.

باید حداقل دو کمیته دائمی در مؤسسه مطالعاتی همکار با دبیرخانه تشکیل شود:

۱-۱) کمیته‌ای که وظیفه تعیین ارزش نسبی خدمات پزشکی را بر عهده دارد و می‌تواند کتاب ارزش نسبی را بازنگری نماید. این کمیته باید متشکل از نمایندگان انجمن‌های مختلف پزشکی باشد.

۲-۱) کمیته‌ای که وظیفه تعیین مبلغ ریالی هر واحد ارزش نسبی (ضریب تعرفه) را بر عهده دارد. این کمیته همچنین وظیفه تعیین هزینه تمام‌شده خدمات خارج از کتاب ارزش نسبی (ویزیت سرپایی و

هتلینگ) را نیز بر عهده دارد. در این کمیته متخصصان اقتصاد سلامت، حسابداری، آمار و ... حضور دارند. از جمله وظایف دیگر مؤسسه مطالعاتی مذکور در حوزه تعرفه‌گذاری عبارتند از:

- تعیین نرُم‌ها و استانداردهای متغیرهای مؤثر در تعرفه خدمات درمانی از جمله استانداردهای عملکرد، سطح درآمد مورد انتظار، متوسط زمان و

- ارائه تعریف مشخص از متغیرهای مؤثر در تعرفه‌گذاری و محصولاتی که باید تعرفه آنها مشخص شود، از قبیل انواع ویزیت، هتلینگ، ضریب تعرفه (K) سود سرمایه و

- قیمت‌گذاری محصولات جدید متناسب با تغییر نظام پرداخت در آینده، برای مثال، قیمت‌گذاری هر واحد DRG.

۲) در حوزه فرآیند تعرفه‌گذاری، شش مرحله اصلاحی با عنوان‌های زیر تعریف و تشریح شده است:

۱-۲) تفکیک تعداد واحدهای ارزش نسبی خدمات پزشکی به اجزای حرفه‌ای^۱ و فنی^۲ برای تمام خدمات مندرج در کتاب ارزش نسبی. ممکن است خیلی ساده و بدون محاسبه مجدد ارزش‌های نسبی، کل ارزش نسبی خدمات پزشکی تک‌کده (خدماتی که اجزای حرفه‌ای و فنی آنها تفکیک نشده است) به‌عنوان جزء حرفه‌ای لحاظ شود و ۴۰ درصد آن (که در حال حاضر به‌عنوان هزینه اتاق عمل در صورت حساب اعمال می‌شود) به‌عنوان جزء فنی تلقی گردد.

۲-۲) تعیین ارزش ریالی (ضریب تعرفه) هر واحد جزء حرفه‌ای

الف) تعیین حداکثر و متوسط درآمد مورد انتظار پزشکان متخصص. برای مثال، مبلغ ۶۰۰ میلیون ریال درآمد ماهانه به‌عنوان سقف درآمد یا ۲۰۰ میلیون ریال به‌عنوان متوسط درآمد ماهانه تعیین شود. توافق در این خصوص باید با انجام مطالعات لازم و اجماع اعضای شورای عالی بیمه صورت گیرد. این محاسبات می‌تواند به تفکیک تخصص‌های مختلف پزشکی نیز انجام شود.

ب) تعیین حداکثر و متوسط واحدهای ارزش نسبی تولیدشده توسط پزشکان متخصص در یک دوره زمانی معین (مثلاً یک‌ساله). برای تعیین حداکثر واحدهای ارزش نسبی تولیدشده می‌توان عملکرد تعداد معینی (مثلاً ۱۰۰ نفر) از پزشکان متخصص را که بیشترین تعداد واحدهای ارزش نسبی را در طول یک سال در تمام بخش‌های دولتی و خصوصی تولید کرده‌اند در نظر گرفت (این افراد می‌توانند از میان تخصص‌های مختلف انتخاب شوند). همچنین، می‌توان با اخذ نمونه مناسب، میانگین تعداد واحدهای ارزش نسبی تولیدشده توسط یک پزشک را نیز استخراج کرد؛ برای مثال، ممکن است حداکثر تعداد واحدهای ارزش نسبی تولیدشده ۱۰۰ هزار واحد و متوسط آن ۳۰ هزار واحد در سال

1- Physician work
2- Practice expense

تعیین شود (این متغیر می‌تواند با توجه به درصد کارانه‌ای که پزشکان دریافت می‌کنند تعدیل گردد).
 ج) از تقسیم اعداد حاصل از مراحل قبل می‌توان ضریب تعرفه جزء حرفه‌ای را محاسبه کرد. با توجه
 به فروض قبل، حداکثر ضریب تعرفه جزء حرفه‌ای معادل ۷۲,۰۰۰ ریال و متوسط آن معادل ۸۰,۰۰۰
 ریال تعیین می‌شود.

$$۷۲۰۰۰ = ۱۰۰,۰۰۰ / (۱۲ * ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰)$$

$$۸۰,۰۰۰ = ۳۰,۰۰۰ / (۱۲ * ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰)$$

۳-۲) تعیین ارزش ریالی (ضریب تعرفه) هر واحد جزء فنی یا تعدیل واحدهای ارزش نسبی جزء فنی
 بر اساس ضریب تعرفه جزء حرفه‌ای

الف) محاسبه کل هزینه تمام‌شده اتاق عمل بیمارستان‌های نمونه و تقسیم آن بر کل تعداد واحدهای
 ارزش نسبی تولیدشده در اتاق عمل بابت جزء فنی اعمال جراحی. در این مرحله می‌توان ضریب تعرفه
 (K) جزء فنی را اعلام کرد و صورت حساب خدمات بر اساس دو ضریب تعرفه متفاوت برای اجزای
 حرفه‌ای و فنی محاسبه شود. اما اگر سیاست‌گذار قصد اعلام یک ضریب تعرفه واحد برای اجزای فنی
 و حرفه‌ای را داشته باشد، می‌توان ارزش‌های نسبی جزء فنی را به شرح زیر تعدیل کرد:

ب) چنانچه ضریب تعرفه جزء فنی حاصل از زیربند قبل بر ضریب تعرفه جزء حرفه‌ای حاصل از مرحله
 (۲) تقسیم شود، ضریبی حاصل می‌شود که از طریق آن می‌توان تعداد واحدهای ارزش نسبی جزء
 فنی را تعدیل کرد.

۴-۲) هزینه تمام‌شده اجزای حرفه‌ای و فنی خدمات شایع آزمایشگاه و پرتوپزشکی در نمونه‌ای از این
 مراکز محاسبه می‌شود. از تقسیم هزینه تمام‌شده هر خدمت در اجزای حرفه‌ای و فنی آن بر ضریب
 تعرفه (K) محاسبه‌شده در مراحل (۲) و (۳) می‌توان تعداد واحدهای ارزش نسبی خدمات مذکور را
 به تفکیک اجزاء حرفه‌ای و فنی آن محاسبه کرد.

۵-۲) هزینه تمام‌شده هر واحد ویزیت سرپایی به تفکیک اجزای حرفه‌ای و فنی آن در مراکز درمانی،
 مطب پزشک و در منزل محاسبه و با تقسیم هزینه تمام‌شده هر جزء بر ضریب تعرفه (K) محاسبه‌شده
 در مراحل (۲) و (۳) می‌توان تعداد واحدهای ارزش نسبی خدمات مذکور را به تفکیک اجزاء حرفه‌ای
 و فنی آن محاسبه کرد.

۶-۲) تبدیل هزینه‌های مرتبط با هتلینگ به واحدهای ارزش نسبی و افزودن آن به جزء فنی خدمات
 مندرج در کتاب ارزش نسبی. به این منظور، ابتدا هزینه تمام‌شده خدمات مرتبط با هتلینگ در
 بخش‌های بستری بیمارستان‌های منتخب محاسبه می‌شود و با توجه به خدمات تولیدشده در
 بخش‌های مختلف بستری و میانگین مدت اقامت بیمار برای هر خدمت، متوسط هزینه هتلینگ

هر خدمت محاسبه می‌شود. از تقسیم هزینه تمام‌شده هتلینگ هر خدمت بر ضریب تعرفه (K) محاسبه‌شده در مراحل (۲) و (۳) می‌توان تعداد واحدهای ارزش نسبی خدمات مذکور را به تعیین و به جزء فنی آن اضافه کرد. چنانچه شرایط فراهم باشد، می‌توان هزینه‌های مرتبط با پیگیری بیمار^۱ را نیز به همین روش به اجزاء حرفه‌ای و فنی اضافه نمود.

بدیهی است با طی هر یک از این مراحل جزء حرفه‌ای در تمامی بخش‌های دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و ... یکسان خواهد شد. در ادامه سایر اصلاحات مرتبط با کاهش فاصله میان ضریب تعرفه جزء فنی در بخش‌های مختلف و توزیع یارانه‌های دولتی از طریق بیمه‌های پایه و ... اجرا خواهد شد.

(۳) در حوزه نظارت کمیته‌ای برای نظارت بر اجرای صحیح تعرفه‌ها به همراه دستورالعمل مشخص حاوی مواردی همچون اهداف، وظایف و کارکردها، ترکیب اعضاء، محدودیت‌ها، اختیارات و ... تشکیل شود؛ به گونه‌ای که قادر باشد در قالب نظام‌نامه‌ای که تدوین خواهد کرد، نظارت مؤثر بر اجرای صحیح تعرفه‌ها داشته باشد و گزارشات دوره‌ای عملکرد خود را به شورای عالی بیمه سلامت ارائه نماید.

مهم‌ترین تفاوت‌های الگوی جدید طراحی‌شده با وضعیت فعلی نظام تعرفه‌گذاری کشور را می‌توان به شرح زیر بیان نمود:

در ساختار الگوی جدید، برای انجام مطالعات علمی و تهیه مستندات لازم برای تصمیم‌گیری در شورای عالی بیمه در قالب مؤسسه مطالعاتی مستقل و کمیته‌های زیرمجموعه آن در نظر گرفته شده است که نظام فعلی فاقد آن است. وجود چنین مستنداتی جهت فراهم‌شدن توافق میان طرف‌های عرضه و تقاضای خدمات درمانی از یک سو و پیگیری تأمین منابع مالی از سوی دیگر بسیار ضروری خواهد بود.

در ساختار الگوی جدید، جهت انجام نظارت مؤثر بر تدوین و اجرای تعرفه‌های خدمات درمانی وجود کمیته‌ای با شرح وظایف و اختیارات معین در نظر گرفته شده است؛ به طوری که قادر باشد معضلات مربوط به ناکارایی نظام نظارتی فعلی را از قبیل هم‌پوشانی وظایف نظارتی، کم‌اثربودن تنبیهات و تشویق‌ها، بوروکراسی طولانی و ... را کاهش دهد.

در حوزه فرآیندی و نظارتی الگوی جدید نظام تعرفه‌گذاری، موارد زیر باید لحاظ شود:

- مبنا قرار گرفتن محاسبه هزینه تمام‌شده خدمات تشخیصی و درمانی؛
- تعریف خدمات تشخیصی و درمانی مشمول تعرفه‌گذاری و تعیین حدود و شرایط آنها؛
- تعیین نمودن برخی فروض در تعیین تعرفه‌ها از قبیل سطح درآمد مورد انتظار پزشکان، میزان سود

سرمایه، تعداد استاندارد خدمات قابل ارائه در مدت زمان معین و ...؛

- تدوین برنامه زمان بندی جلسات رسیدگی به موضوعات مربوط به تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی
- تدوین آیین نامه اجرایی شورای عالی بیمه حاوی شرح وظایف اعضای شورا، نحوه انتخاب،
چگونگی تشکیل جلسات، روش رفع تضاد منافع اعضای شورای تعیین کننده تعرفه ها و کمیته های
زیرمجموعه آن؛

- تدوین آیین نامه مربوط به نحوه نظارت بر تدوین و اجرای تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی.

چنانچه در فرآیند تدوین تعرفه ها، محاسبه هزینه تمام شده خدمات مبنا قرار گیرد، انتظار می رود
که در کوتاه مدت ضمن بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات پزشکی، کلیه خدمات مندرج در آن به
تفکیک اجزاء حرفه ای و فنی تعیین شوند که هدف نهایی آن حرکت به سمت یکسان سازی تعرفه ها
در بخش های دولتی و غیردولتی خواهد بود. در میان مدت نیز لازم است تعرفه خدمات ویزیت سرپایی
و خدمات مربوط به اقامت در بیمارستان (هتلینگ) به واحدهای ارزش نسبی تبدیل شوند و در کتاب
ارزش نسبی خدمات پزشکی جمهوری اسلامی ایران ثبت شوند. به این ترتیب، کیفیت و کارایی این
خدمات بهبود خواهد یافت؛ برای مثال، چنانچه واحدهای ارزش نسبی خدمت ویزیت سرپایی، آنچنان
که در کتاب ارزش نسبی آمریکا برحسب محل وقوع ویزیت (در مطب، بیمارستان، مراکز آسایشگاهی
و منزل) و در پنج سطح مختصر؛ محدود؛ متوسط؛ پیچیده و جامع وجود دارد تعیین شود، انتظار
می رود کیفیت خدمات ویزیت ارتقاء یابد. همچنین، چنانچه هزینه خدمات مربوط به هتلینگ نیز با
توجه به میانگین مدت اقامت مورد نیاز برای هر کد درمانی، بر حسب واحدهای ارزش نسبی تعیین و
به جزء فنی^۱ هر خدمت افزوده شود، با کاهش انگیزه اقامت بیش از اندازه در بیمارستان، زمینه افزایش
کارایی و کیفیت را فراهم کند. شاید مهم ترین پیامد این امر فراهم نمودن زمینه تغییر نظام پرداخت
کارانه (FFS) به گروه های مرتبط تشخیصی (DRG) و تسهیل آن باشد.

با توجه به اصلاحات پیشنهادی در الگوی طراحی شده، به نظر می رسد ساختار پیشنهادی و تعادل
میان آرای طرف های عرضه و تقاضا و تفکیک وظایف هر یک از طرف های شورا و فرآیند شفاف
محاسبه تا تصویب تعرفه های خدمات درمانی که در بخش فرآیندها تشریح شده است در کنار وجود
ساختار نظارتی با دستورالعمل شفاف برای اعضای آن و همچنین، مکانیسم های مؤثر برخورد با
تخلفات قادر خواهد بود کاستی های نظام تعرفه گذاری را که در بخش سایر مقوله های مطالعه اول به
آنها اشاره شد بهبود بخشد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد نظام تعرفه‌گذاری کشور ایران دچار چالش‌ها و نقایص جدی است که منجر به عدم کارکرد صحیح این نظام در تنظیم روابط منطقی میان طرف‌های عرضه و تقاضای خدمات تشخیصی و درمانی می‌شود. علی‌رغم اینکه نظام تعرفه‌گذاری موجود کشور ایران از الگوی ارزش‌های نسبی کشور آمریکا اقتباس شده است؛ اما تفاوت‌های مهمی دارد که زمینه‌های ناکارایی و نارضایتی ذی‌نفعان از تعرفه‌های تعیین شده در این نظام را فراهم آورده است. از جمله این تفاوت‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- عدم تفکیک ارزش‌های نسبی به اجزای حرفه‌ای (دستمزد پزشک) فنی (هزینه‌های مرکز درمانی) و ریسک (هزینه جبران درمان نادرست)

- عدم تعیین ارزش نسبی برای خدماتی همچون ویزیت سرپایی پزشکان و تعیین نرخ ثابت برای آنها
- جداکردن بخشی از هزینه‌های مرکز درمانی در بخش‌های بستری از ارزش‌های نسبی تحت عنوان هتلینگ (هزینه اقامت در بیمارستان) و تعیین تعرفه ثابت روزانه برای آن در بخش‌های مختلف بیمارستان.

علاوه بر موارد فوق، عدم تعادل در آرای ذی‌نفعان نظام سلامت، دستیابی به توافق در مذاکرات میان آنها را دشوار کرده است. در این شرایط نبود مکانیزم مدون و مشخص نظارت بر تدوین و اجرای تعرفه‌ها، زمینه را برای تخطی گروه‌های ناراضی از تعرفه‌های مصوب (به‌جای مورد توافق) فراهم می‌آورد.

با توجه به چالش‌ها و نقایص شناسایی شده در نظام تعرفه‌گذاری کشور و بررسی راهکارهای کشورهای مورد مطالعه برای چنین چالش‌ها و نقایصی از یک‌سو و کسب نظر خبرگان حوزه تعرفه‌گذاری از سوی دیگر، الگوی طراحی شده در این مطالعه راهکارهای عملیاتی را در سه بخش الف) ساختار، ب) فرآیند و ج) نظارت و کنترل جهت اصلاح نظام مذکور ارائه کرده است. انتظار می‌رود اصلاحات پیشنهادی در این مطالعه، زمینه بروز پیامدهایی همچون موارد زیر را فراهم نمایند:

- ایجاد شفافیت قیمت‌ها در بازار سلامت؛

- تقویت نظام بیمه‌های درمانی (اعم از بیمه‌های پایه و مکمل) در زمینه‌هایی همچون افزایش پوشش خدمات (سطح و عمق) کاهش زمان جبران خدمت ارائه‌کنندگان و ...؛

- رقابت‌پذیر نمودن مراکز درمانی دولتی و خصوصی و به‌تبع آن، تغییر نظام اداره مراکز درمانی دولتی و حتی خصوصی؛

- افزایش اثربخشی نظام‌های سیاست‌گذاری و کنترل بازار سلامت؛
- استقرار طرح‌های مبتنی بر هوشمندسازی و نظام‌مند کردن بازار سلامت، از قبیل طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده، طرح کارت هوشمند سلامت و
در نهایت، نظام تعرفه‌گذاری طراحی شده منجر به این خواهد شد که تعرفه تمام خدمات تشخیصی و درمانی کشور بر حسب واحدهای ارزش نسبی تعیین و عملکرد مالی مراکز تشخیصی و درمانی نیز با میزان تولید واحدهای ارزش نسبی توسط آنها قابل سنجش شود که خود زمینه مناسبی خواهد بود برای تسهیل محاسبه هزینه تمام‌شده خدمات تشخیصی و درمانی و حتی اصلاح نظام پرداخت در حوزه سلامت.



- دشمن‌گیر، لیلا؛ رشیدیان، آرش؛ اکبری ساری، علی (۱۳۹۰) «کلاف سردرگم تعرفه‌های خدمات بالینی: چالش‌ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران»، *فصلنامه بیمارستان*، شماره ۴.
- زارع، حسین؛ پناهی و همکاران (۱۳۹۰) *شیوه‌های تعیین تعرفه در بخش سلامت (مبانی نظری و دیدگاه‌های جهانی، مطالعات تطبیقی، الگو)*. تهران: واژه‌پرداز.
- زمانی، رحیم (۱۳۸۳) «مقایسه روند شاخص قیمت تعرفه‌های مصوب پزشکی و تخت روز بیمارستان با قیمت خرده‌فروشی کالاها و خدمات». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.
- صادق تبریزی، جعفر؛ غریبی، فرید (۱۳۹۱) «طراحی مدل ملی اعتباربخشی با استفاده از تکنیک دلفی»، *فصلنامه بیمارستان*، سال یازدهم، شماره ۲، ص ۱۰.
- کوهی، فرهاد (۱۳۹۴) *بیست سال تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران*. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- مسعودی اصل، ایروان. اخوان بهبهانی، علی (۱۳۹۴) «نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی»، *سازمان بیمه سلامت ایران*، چاپ اول.

- Mayring, P. (2000) *Qualitative content analysis. Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).
- Mossialos, E. & Wenzl, M. (2017) 2016 International Profiles of Health Care Systems. Commonwealth Fund pub.
- Patton, M. Q. (2003). *qualitative Research and Evaluation Methods*.
- Waters, H. & Hussey, P. (2004) "Pricing Health Services For Purchasers: A Review of Methods and Experiences"; Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper
- William C. Hsiao, Ph.D., Peter Braun, M.D., Douwe Yntema, Ph.D., and Edmund R. Becker, Ph.D.(1988) *Estimating Physicians' Work for a Resource-Based Relative-Value Scale*, N Engl J Med

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی