



# Relative Value Units-Based Price Setting of Health Services in Iran: A Look at the Consequences and Solutions

Mohammad Mehdi Tadayon<sup>1</sup> MD, Manal Etemadi<sup>1</sup> PhD

<sup>1</sup> National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

\*Correspondence to: Manal Etemadi, Email: mnletemadi@gmail.com

Received: December 20, 2022

Revised: February 27, 2023

Accepted: April 17, 2023

Online Published: May 27, 2023

## Abstract

The Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS) payment basis, combined with the unorganized increase in the payment rate with the Fee-For-Service (FFS) payment method that stimulates service supply and leads to an increase in induced demand, creates a crisis for the health system, which wastes the limited resources. The present study looked briefly at the challenges caused by the health service pricing system in Iran and has provided policy recommendations to improve it. The national payment system based on the RBRVS in Iran lacks important cost control tools of the main model, including the Sustainable Growth Rate, Budget Neutralization Factor, and forecasting the growth rate of Rial value of the relative value conversion factor in the annual budget laws. A number of technical challenges exist in the national model of the RBRVS include changing the ratio of Physician Work to the Practice Expense, removing the Geographic Practice Cost Indices, removing the budget neutralization factor, the lack of an allowable payment to determine the Rial value of the conversion factor. There are also policy challenges, the most important of which is the disassociation of the Supreme Council of Health Insurance and the Supreme Council of Welfare and Social Security as a part of comprehensive welfare and social security system structure. All of the challenges are the root of the malpractice of the health service pricing system in Iran. Dissociation between health financing policies and macroeconomic policies of the country necessitates the adoption of policies to strengthen the governance of the payment system, including reforming the existing pricing system by returning to the principles governing the original model, changing the payment method to improve behavior on two supply and demand sides and institutional reform to strengthen the regulatory function for health services pricing.

**Keywords:** Pricing, Resource-based Relative Value Scale, Budget Neutralization Factor, Fee For-Service

## Highlights

1. The lack of an independent supervisory body to monitor the financing of the health system has prevented an impartial and accurate analysis and providing correct advice and forecasting solutions in order to correct wrong and harmful price-setting trends.
2. The central role of the Supreme health Insurance Council in setting health services tariff and the relative value units and reforming the payment system should be strengthened with the aim of improving its position.

## Citation:

Tadayon MM, Etemadi M. Relative value units-based price setting of health services in Iran: a look at the consequences and solutions. Iran J Health Insur. 2023 6(1):65-72



# نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مبتنی بر واحدهای ارزش نسبی در ایران: نگاهی بر پیامدها و راهکارها

محمد مهدی تدین<sup>۱</sup> MD، منال اعتمادی<sup>۱</sup> PhD

<sup>۱</sup> مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: منال اعتمادی، پست الکترونیک: mnletemadi@gmail.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

تصحیح: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۹

## چکیده

ترکیب مبنای پرداختی مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع و افزایش غیرنظام‌مند در نرخ پرداخت با شیوه پرداخت به ازای خدمت که محرک عرضه خدمت و منجر به افزایش تقاضای القایی است، بحران مالی برای نظام سلامت ایجاد می‌کند که منابع مالی محدود آن را می‌بلعد. مطالعه حاضر نگاهی کوتاه به چالش‌های ناشی از نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران داشته و راهکارهایی برای کاهش آثار سوء و اصلاح آن ارائه داده است. نظام بومی پرداخت بر مبنای مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع در ایران به خلأ ابزارهای مهم کنترل هزینه در مدل اصلی شامل نرخ رشد پایدار، عامل خنثی‌سازی آثار بودجه‌ای و پیش‌بینی نرخ رشد ارزش ریالی عامل تبدیلی ارزش نسبی در قوانین سالیانه بودجه دچار است. چالش‌های فنی الگوی بومی مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع شامل تغییر نسبت جزء حرفه‌ای به جزء فنی، حذف شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات، حذف عامل خنثی‌سازی آثار بودجه‌ای، فقدان یک سطح پرداخت مجاز برای تعیین ارزش ریالی ضریب K و چالش‌های سیاستی که مهم‌ترین آن گسست شورای عالی بیمه سلامت کشور و شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان بخشی از ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور است، ریشه‌های کژکارکردی نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در کشور شناخته می‌شود. از هم‌گسیختگی بین سیاست‌گذاری حوزه تأمین مالی سلامت با سیاست‌گذاری‌های اقتصاد کلان کشور اتخاذ سیاست‌هایی برای تقویت سازوکارهای حکمرانی نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مشتمل بر اصلاح نظام تعرفه‌گذاری موجود از طریق بازگشت به اصول حاکم بر الگوی اولیه، تغییر شیوه پرداخت برای اصلاح رفتار در دو بعد عرضه و تقاضا و اصلاح نهادی برای تقویت کارکرد نظارت بر کارکرد تعرفه‌گذاری خدمات سلامت را ناگزیر می‌سازد.

**واژگان کلیدی:** تعرفه‌گذاری، مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع، عامل خنثی‌سازی بودجه‌ای، پرداخت به ازای خدمت

## نکات ویژه

- ۱- فقدان یک نهاد ناظر مستقل و مقتدر برای نظارت بر حوزه تأمین مالی نظام سلامت، مانع انجام تجزیه و تحلیل بی‌طرفانه و دقیق و ارائه مشاوره صحیح و پیش‌بینی راهکارهای اصلاحی در راستای تصحیح روندهای غلط و آسیب‌زا شده است.
- ۲- نقش محوری شورای عالی بیمه در تعیین تعرفه خدمات سلامت و ارزش نسبی خدمات سلامت و اصلاح نظام پرداخت باید با هدف اصلاح جایگاه آن، تقویت شود.

## مقدمه

غیراثربخش و گرانیقیمت را ایجاد کرده است [۳،۴].

الگوی اصلی تعیین تعرفه خدمات سلامت در ایران الگوی ارزش نسبی است. اقتصاددانان معتقدند این شیوه بر پایه اصول اقتصادی غلط و ناقص بنیان گذاشته شده و منجر به تشدید بی‌عدالتی‌ها و انحراف بازار سلامت می‌شود. قرار گرفتن یک گروه در برابر گروه دیگر (تخصص‌های روبه‌ای در مقابل غیررویه‌ای) نخستین ویژگی این شیوه بازپرداخت است. این روش انگیزه ارائه بیش از حد خدمات را بالا می‌برد که به ضرر بیمار و نظام سلامت است [۵]. محدودیت مهم این شیوه، ارزش‌گذاری افراطی برای خدمات تخصصی و ارزش‌گذاری ناکافی زمان و تلاش مورد نیاز

نظام سلامت در ایران به واسطه مشکلاتی چون تأمین مالی پس‌رونده، نظام پرداخت گرانیقیمت و تقاضای غیرقابل کنترل، بسته خدمتی تعیین شده به روش‌های غیرعلمی و جریان منابع ناپایدار قادر به تحقق پوشش همگانی سلامت نخواهد بود [۱]. شاخص هزینه‌های کلی در طول دو دهه گذشته افزایش ۳۰ برابری داشته، اما در بخش سلامت، رشد هزینه‌های سلامت ۷۱ برابر شده است [۲] که ریشه در نظام پرداخت به ازای خدمت دارد که چالش‌های بی‌شماری همچون خدمات غیرضروری، تبعیض و بی‌عدالتی در دریافت خدمات، تجویز بیش از حد و خدمات

جغرافیایی محاسبه می‌شوند [۱۰].

چالش نظام پرداخت فعلی کشور این است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به جای آنکه بر اساس ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی را بر اساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی (از طریق محاسبه قیمت تمام شده، سود سرمایه و هزینه استهلاک) تعیین و ابلغ کند، الگوی ارزش نسبی را که تقریباً هیچ‌گونه نسبتی با قیمت تمام شده و واقعی خدمات بهداشتی- درمانی در ایران نداشت، مبنای تعیین تعرفه خدمات سلامت در کشور قرار داد. این مطالعه درصدد است نگاهی کوتاه به چالش‌های ناشی از نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران داشته باشد و راهکارهایی برای کاهش آثار سوء و اصلاح آن ارائه دهد.

### خلأهای موجود برای کنترل هزینه در نظام بومی پرداخت مبتنی بر مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع در ایران

در چارچوب مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع، دو الزام مهم برای محدودسازی هزینه در محدوده تعیین شده وجود دارد. نخست الزام خنثی‌سازی بودجه‌ای که مستقیماً بر قیمت واحدها اثرگذار است. و دیگری فرمول نرخ رشد پایدار که سطح قیمت‌ها را به نرخ هدف رشد هزینه متصل می‌کند [۱۱].

۱- عامل خنثی‌سازی آثار بودجه‌ای: مرکز مدیکر و مدیکید براساس قانون نمی‌تواند افزون بر ۲۰ میلیون دلار بیش از بودجه مصوب خود هزینه کند و هرگاه بر اساس برآوردها افزایشی بیش از این میزان در هزینه‌ها پیش‌بینی شود، باید از یک عامل خنثی‌سازی آثار بودجه‌ای برای اصلاح هزینه‌ها استفاده کند. تا سال ۲۰۰۷، این عامل صرفاً بر بخش کار پزشک ارزش نسبی اعمال می‌شد اما از سال ۲۰۰۷، بر عامل تبدیل‌کننده اعمال می‌شود [۱۲].

۲- نرخ رشد پایدار مدیکر: روشی بود که توسط مراکز مدیکر و مدیکید برای کنترل مخارج توسط مراقبت‌های پزشکی در خدمات پزشکی استفاده شد با اعمال نرخ رشد پایدار، اگر هزینه بیش از انتظار باشد، عامل تبدیل‌کننده، پرداخت‌ها را برای سال آینده به پزشکان کاهش داده و اگر هزینه کمتر از انتظار باشد، عامل تبدیل‌کننده، پرداخت‌ها را برای سال آینده به پزشکان افزایش خواهد داد.

چهار عامل برای محاسبه نرخ رشد پایدار مورد استفاده

برای مدیریت بیماران با شرایط پیچیده و بیماری‌های همزمان است [۶]. ترکیب مبنای پرداختی مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع و افزایش غیرنظام‌مند در نرخ پرداخت با شیوه پرداخت به ازای خدمت که محرک عرضه خدمت و منجر به افزایش تقاضای القایی است، سمی مهلک است که منابع محدود نظام سلامت را می‌بلعد.

سیاست‌های بازاری در نظام سلامت ایران منجر به ایجاد بی‌عدالتی و افزایش فاصله طبقاتی شده که آثار منفی بر سلامت فقرا و حتی عموم مردم دارد. وجود ساختار دوگانه بیمه سلامت دولتی و خصوصی و نظام ارائه خدمات دولتی و خصوصی مهم‌ترین مشخصه سیاست‌های نئولیبرالیستی در نظام سلامت است، به این معنا که ایجاد یک نظام سلامت ناعادلانه شامل خدمات دولتی برای فقرا و خدمات خصوصی برای اغنیا منجر به افزایش درآمد ارائه‌دهندگان خصوصی شده و کارایی نظام سلامت را از طریق انگیزه برای ارائه خدمات بیش از حد تحت نظام پرداخت به ازای خدمت و ارائه از هم گسسته و غیرنظام‌مند خدمات کاهش می‌دهد [۷،۸].

الگوی ارزش نسبی برای نخستین بار در دهه ۵۰ میلادی و در سال ۱۹۵۶ برای جبران خدمات پزشکان در ایالت کالیفرنیا در آمریکا ابداع شد. در دهه ۷۰ میلادی این الگو توسط دادگاه‌ها به چالش کشیده شد و مطالعات مربوط به آن توسعه یافت. نتایج مطالعات منجر به تهیه الگوی کامل‌تری از ارزش نسبی خدمات در سال ۱۹۸۳ میلادی شد که در سال ۱۹۸۴ به چاپ رسید. در سال ۱۹۸۶ میلادی، دولت آمریکا از این الگو در برنامه مدیکر استفاده کرد و در سال ۱۹۹۲ آن را تکمیل کرد [۹]. مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع بر این اصل استوار است که پرداخت‌ها برای خدمات پزشکی باید با هزینه‌های منابعی که برای تولید و ارائه این خدمات صرف شده متفاوت باشد. از زمان معرفی این مقیاس، انجمن پزشکی آمریکا با جوامع تخصصی پزشکی ملی کار کرده تا به روزرسانی‌های توصیه شده را به مرکز مدیکر و مدیکید ارائه کند. پرداخت‌ها با ضرب کردن ارزش نسبی ترکیبی یک خدمت در یک عامل تبدیلی که یک مقدار پولی تعیین‌شده توسط مرکز مدیکر و مدیکید است. با اعمال تفاوت‌های جغرافیایی در هزینه‌های منابع مورد استفاده برای تولید خدمت از طریق یک شاخص هزینه‌ای- عملیاتی

## چالش‌های اجرای نظام بازپرداخت مبتنی بر الگوی ارزش نسبی در ایران

### چالش‌های فنی

۱- نسبت جزء حرفه‌ای به جزء فنی در حدود ۲۰ درصد کدها تغییر پیدا کرده و و بیش از ۸۰ درصد کدها تک جزئی شده‌اند. بند دوم کد تعدیلی ۲۷- کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران (ناظر بر افزودن ۲۵ درصد به کدتام در بخش خصوصی و ۴۰ درصد در بخش دولتی به عنوان جزء فنی) در ویرایش سال ۱۳۹۳ و ویرایش‌های بعدی آن موجب تغییر نسبت جزء حرفه‌ای به جزء فنی از ۵۵ درصد/۴۱ درصد در کتاب اصلی به ۷۰ درصد/۳۰ درصد، در کد- خدمات‌های خدمات طبی و جراحی شد که ارزش نسبی آنها به دو جزء حرفه‌ای و فنی تقسیم شده و کمتر از ۲۰ درصد کدهای کتاب ارزش نسبی را تشکیل می‌دهند. تغییر نسبت جزء حرفه‌ای به جزء فنی از ۵۵ درصد/۴۱ درصد در کتاب اصلی به ۷۲ درصد/۲۸ درصد در بخش دولتی و ۸۰ درصد/۲۰ درصد در بخش خصوصی در بیش از ۸۰ درصد کد-خدمات‌های خدمات طبی و جراحی که تنها یک ارزش نسبی داشته و مشمول کد تعدیلی ۲۷- کتاب ارزش نسبی می‌شوند. در نتیجه سهم دستمزد از درآمد کل بیمارستان‌های خصوصی از ۵۵ درصد ماقبل از سال ۱۳۹۳ به ۸۰ درصد در این کتاب افزایش یافت و سهم جزء فنی که مشتمل بر هزینه‌های پرسنلی (غیر پزشک) و هزینه‌های فضای کاری و تجهیزات است، از ۴۵ درصد قبل از سال ۱۳۹۳ به حدود ۲۰ درصد کاهش یافته و در نتیجه منابع بیمارستان‌ها برای تأمین هزینه‌های پرسنل غیرپزشک و نیز ملزومات و تجهیزات و جبران استهلاک ناکافی بوده و گردش مالی بیمارستان مختل شده است.

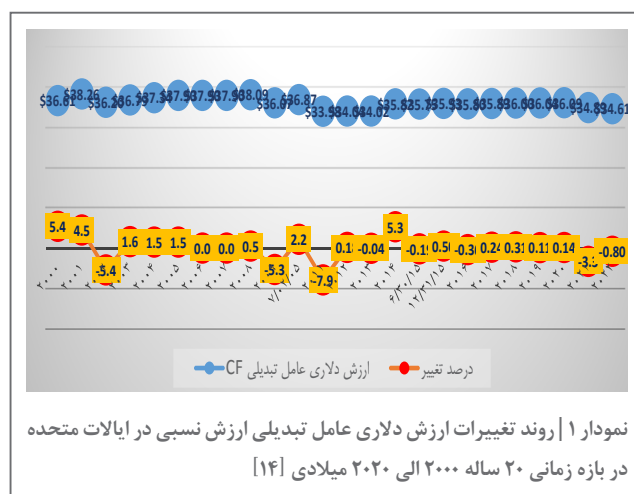
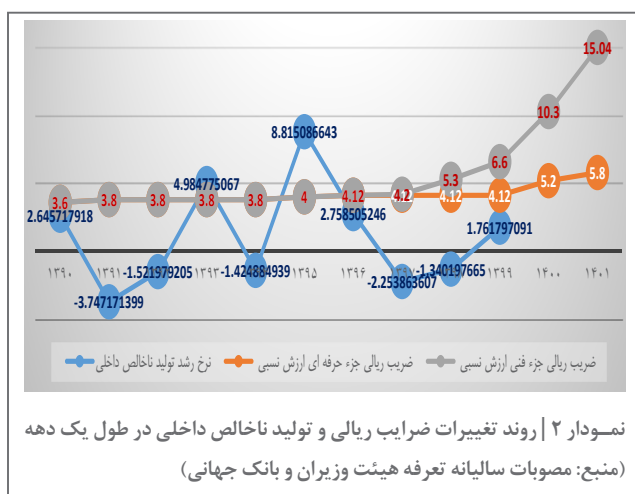
۲- حذف شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات در کتاب ارزش

قرار می‌گیرد: درصد تخمین زده شده تغییر در هزینه خدمات پزشکان، میزان برآورد شده تغییر در تعداد میانگین افراد ذی‌نفع، میزان متوسط تغییر سالانه در تولید ناخالص داخلی سرانه تولید ناخالص ملی در یک افق ۱۰ ساله و درصد برآورد شده تغییر در هزینه‌ها مربوط به تغییرات در قوانین یا مقررات [۱۳].

۳- پیش‌بینی نرخ رشد ارزش دلاری عامل تبدیلی ارزش نسبی در قانون بودجه: قانون بودجه امریکا درصد رشد ارزش دلاری عامل تبدیلی را در هر سال تعیین می‌کند. به همین علل، ارزش دلاری عامل تبدیلی ارزش نسبی در ایالات متحده نوسان‌های جزئی داشته و در بسیاری از سال‌ها حتی کاهش هم یافته است. نمودار ۱، روند تغییرات ارزش دلاری ضریب تبدیلی را در طول دو دهه نشان می‌دهد.

به طور خلاصه، نرخ رشد پایدار مقدار سطح پرداخت مجاز مدیکر را تعیین می‌کند و در صورتی که هزینه مورد انتظار از سطح مجاز بالاتر باشد، عامل خنثی‌سازی آثار بودجه‌ای تعدیلات لازم را از طریق بروز رسانی جدول دستمزد در محدوده مجاز شاخص اقتصادی مدیکر ایجاد می‌کند تا به تشکیل جدول دستمزد مدیکر منتهی شود.

نمودار ۲، تغییرات ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای (دستمزد پزشک) و جزء فنی (بر حسب میلیون ریال) را در مقایسه با تغییرات نرخ رشد تولید ناخالص داخلی در طول بیش از یک دهه نمایش می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، تغییرات ضرایب ریالی ارزش نسبی متأثر از تغییرات تولید ناخالص داخلی نبوده است و بدون توجه به آن رشد داشته است.



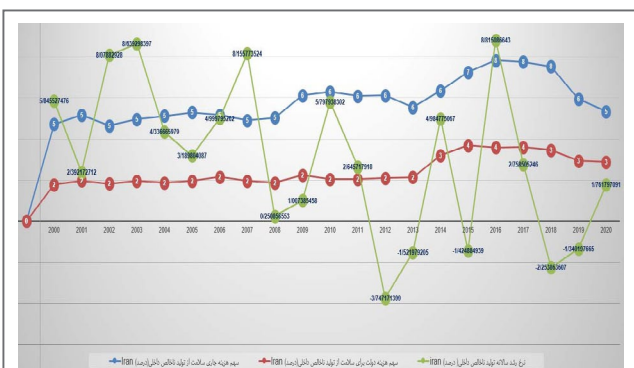
قادر به دستیابی به اهداف مهمی همچون گسترش طب عمومی و پزشکی خانواده و تقویت خدمات پیشگیرانه خواهد بود.

### چالش‌های سیاستی

در نمودار ۳، بر اساس مقایسه ۳ شاخص رشد سالیانه تولید ناخالص داخلی، سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی، مشاهده می‌شود با وجود تلاطمات شدید در حوزه اقتصاد کلان کشور در سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً هیچ‌گونه ارتباط معناداری بین وضعیت رشد اقتصادی در کشور با هزینه‌های جاری سلامت وجود نداشته، به‌گونه‌ای که در سال‌های ۲۰۱۲، ۲۰۱۵ و ۲۰۱۸ میلادی که رشد تولید ناخالص داخلی کشور به‌علت تحریم‌های اقتصادی بین‌المللی و نیز تحریم‌های یک‌جانبه ایالات متحده، با کاهش چشمگیری مواجه شد، سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی، یا با افزایش مواجه بود و یا بدون تغییر باقی ماند.

در نمودار ۴ نیز بر اساس مقایسه ۳ شاخص سرانه تولید ناخالص داخلی به دلار آمریکا، سرانه هزینه جاری سلامت به دلار آمریکا و سرانه هزینه دولت برای سلامت به دلار آمریکا نیز مشاهده می‌شود که پس از سال ۲۰۱۸ (۱۳۹۶ شمسی) و انتقال مجدد شورای عالی بیمه سلامت به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با وجود کاهش قابل توجه تولید ناخالص داخلی کشور در سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۰، سرانه هزینه جاری سلامت و سرانه هزینه دولت برای سلامت کماکان افزایش یافته است.

مهم‌ترین علت این وضعیت، گسست بین سیاست‌گذاری‌های



نمودار ۳ | مقایسه سه شاخص رشد سالانه تولید ناخالص داخلی با سهم سالیانه هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم سالیانه هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۰ میلادی (منبع: بانک جهانی، ۲۰۲۲)

نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران که موجب یکسان شدن پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات و مراقبت‌های سلامت، فارغ از میزان محرومیت مناطق مختلف جغرافیایی و تشدید بی‌عدالتی جغرافیایی در تأمین مالی نظام سلامت شده است.

۳- حذف عامل خنثی‌سازی آثار بودجه‌ای در الگوی اجرایی کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران که موجب شده نه‌تنها از اجرای بند الف ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور موضوع برآورد رشد تعرفه و ضریب ریالی ارزش نسبی به صورت سالانه قیل از تصویب قانون بودجه و درج آن در قانون بودجه برای ایجاد تعادل منابع و مصارف و رشد آن در محدوده رشد منابع نظام سلامت غفلت شود، بلکه به دلیل پیش‌بینی نکردن دقیق و به‌موقع آن در هنگام تصویب منابع، بار مالی اضافه بر تعهدات بر سازمان‌های بیمه‌گر و مهم‌تر از آن مردم تحمیل شود.

۴- فقدان یک سطح پرداخت مجاز برای تعیین میزان ریالی K از طریق فرمول تعیین ارزش دلاری (ریالی) عامل تبدیل‌کننده. براساس قوانین موجود، خصوصاً بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، سطح پرداخت مجاز قاعدتاً باید مبتنی بر قیمت تمام شده خدمات و با در نظر گرفتن سایر شاخص‌های اقتصادی کشور تعیین شود.

۵- مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع از ابتدا مقرر بوده که تنها به عنوان شیوه‌ای برای برقراری تعادل بین دستمزد گروه‌های تخصصی مختلف پزشکی بر اساس میزان منابع مورد استفاده برای تولید و ارائه خدمات هریک به کار برده شود و نه به عنوان مبنای بازپرداخت به ارائه‌دهندگان، کمااینکه حتی ایالات متحده که مهد طراحی و کاربرد این شیوه بوده نیز از شیوه پرداخت گروه‌های تشخیصی وابسته برای پرداخت به بیمارستان‌ها استفاده می‌کند و تنها در پرداخت به پزشکان غیرطرف قرارداد و خدمات سرپایی از جدول دستمزد و نظام پرداخت به ازای خدمت (FFS) به عنوان مبنای بازپرداخت و حاصل ضرب اجزای واحد ارزش نسبی (جزء عملیاتی، حرفه‌ای و بیمه مسئولیت حرفه‌ای) در شاخص هزینه‌ای- عملیاتی جغرافیایی مربوطه در عامل تبدیل‌کننده استفاده می‌کند [۱۵].

۶- فقدان جزء سیاستی در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران به معنی نبود اهداف سیاستی برای اصلاح و بازنگری تعرفه و ارزش نسبی. به عنوان مثال، با رشد هدفمند تعرفه و واحدهای ارزش نسبی طب داخلی، سیاست‌گذار به دنبال تشویق پزشکان برای تحصیل در شاخه‌های مختلف این طب و تقویت آن خواهد بود، اما بدون اعمال مداخله سیاستی هدفمند در نظام تعرفه‌گذاری و صرفاً اعلام قیمت بدون افزودن جزء سیاستی به آن، نظام سلامت

عالی بیمه سلامت کشور صورت می‌پذیرد که این نهاد بخشی از ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ست و با وجود تلاش‌هایی که در سال‌های گذشته برای استقلال بخشیدن به این نهاد به عمل آمده، قدرت تعارض منافع موجود چنان قوی است که راه را بر هر مداخله اصلاحی سد کرده است.

۲- باوجود عضویت وزیر امور اقتصادی و دارایی و رئیس سازمان برنامه و بودجه کشور در شورای عالی بیمه سلامت کشور، شاخص‌های اقتصادی کلان کشور در تصمیم‌سازی‌های شورای عالی بیمه سلامت مد نظر نبوده و پیامدهای تصمیمات و مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بر شاخص‌های اقتصاد کلان مورد ارزیابی قرار نگرفته و منجر به اصلاح یا بازنگری در تصمیمات و مصوبات نشده است.

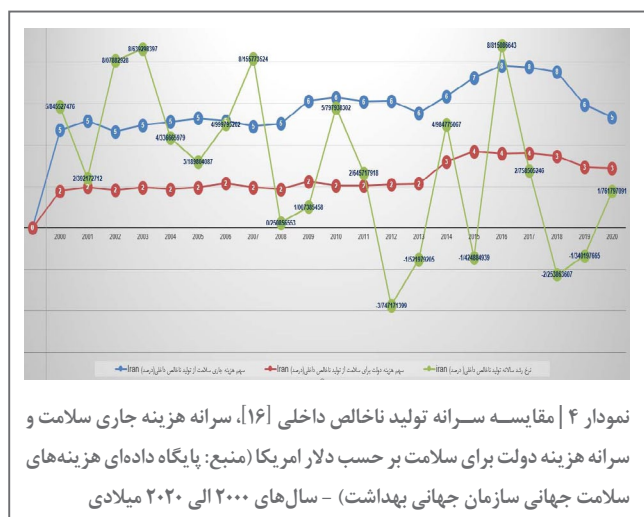
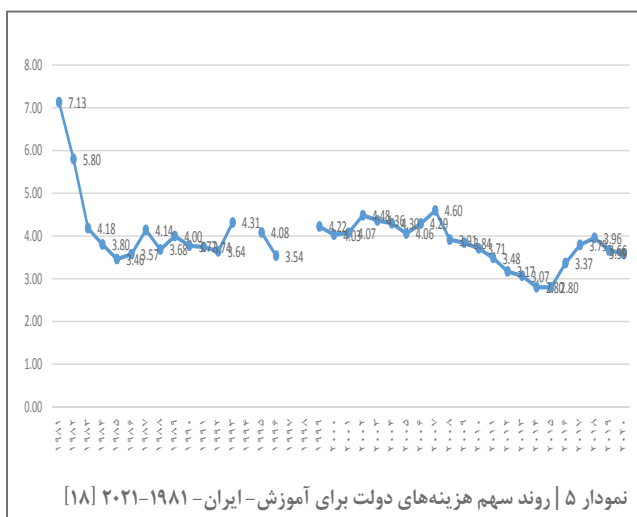
۳- فقدان رابطه نظام‌مند بین شورای عالی بیمه سلامت کشور و شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی که هر دو بخشی از ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور و بر مبنای اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی، بخشی از نهاد تنظیم مقررات حوزه تأمین اجتماعی کشور هستند از یک‌سو و نگاه غالب سمت عرضه خدمت به بیمه سلامت، تنها به‌عنوان نهاد تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات و نه نهاد متولی محافظت مالی از مردم در قبال فقر ناشی از هزینه‌های سلامت، سمت و سوی تصمیمات و مصوبات این شورا را از مسیر اصلی خود منحرف کرده است.

۴- فقدان یک نهاد ناظر مستقل و مقتدر برای نظارت بر حوزه تأمین مالی نظام سلامت، نظیر نهاد Medpac ایالات متحده که نقش یک آژانس مستقل قانون‌گذاری غیرحزبی به‌منظور تجزیه و تحلیل و ارائه مشاوره در مورد برنامه‌های دیگر به کنگره ایالات متحده را ایفا می‌کند و استقرار نهادهای نظارتی موجود در وزارت بهداشت، درمان

اقتصادی حوزه سلامت و سیاست‌گذاری‌های اقتصاد کلان کشور بوده و پرواضح است در شرایط بحران‌های اقتصادی، تنها به قیمت کاهش سهم سایر حوزه‌های زیربنایی کشور (نظیر آموزش یا تأمین اجتماعی و صندوق‌های بازنشستگی) می‌توان سهم هزینه‌های جاری سلامت و نیز هزینه‌های دولت برای سلامت را افزایش داد یا حداقل تثبیت کرد. به‌عنوان مثال و برحسب گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، سهم اعتباری حوزه آسیب‌های اجتماعی نسبت به بودجه عمومی در طول سال‌های اجرای قانون برنامه ششم توسعه هیچگاه از ۰/۵۸ درصد تجاوز نکرده است. این درحالی است که عوامل پدیدآورنده آسیب‌های اجتماعی نظیر فقر، نابرابری و تورم به صورت فزاینده در طول این سال‌ها افزایش یافته‌اند [۱۷]. همان‌گونه که در نمودار ۵ مشاهده می‌شود، سهم هزینه‌های دولت برای آموزش که پس از سقوطی شدید در سال ۱۹۸۰ میلادی از ۷/۱۳ به ۳/۴۶ درصد در سال ۱۹۸۴ رسید، هرگز از سطح ۴/۶ درصد فراتر نرفت و پیامدهای سوء بی‌عدالتی آموزشی ناشی از این کاهش شدید سهم دولت برای آموزش را امروزه در بروز آسیب‌های اجتماعی متعدد می‌بینیم.

استقرار الگوی ارزش نسبی در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران و دور شدن از اجرای تکلیف قانونی مصرح در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی که قیمت تمام شده و قیمت واقعی را به‌عنوان مبنای تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت تعیین کرده بود، موجب شد بخش سلامت به مثابه جزیره‌ای مستقل از سایر ارکان حاکمیت و بدون توجه به واقعیت‌های اقتصاد کلان کشور، راه خود را بی‌پیماید. مهم‌ترین عوامل این گسست بین سیاست‌گذاری حوزه تأمین مالی سلامت با سیاست‌گذاری‌های اقتصاد کلان کشور عبارتند از:

۱- سیاست‌گذاری حوزه تأمین مالی سلامت کشور در نهاد شورای



نظام سلامت از طریق یکسان‌سازی تعرفه خدمت واحد توسط ارائه‌دهندگان مختلف، به اصلاح رفتار ارائه/دریافت خدمت و افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان سطوح پایین تر و بسترسازی برای پیاده‌سازی نظام ارجاع و پزشکی خانواده می‌انجامد.

### پ- اصلاح نهادی برای تقویت کارکرد نظارتی

تعیین جایگاه دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت نیز در کنار اصلاح ترکیب اعضای آن، اهمیتی به‌سزا در استقلال و قدرت تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری این نهاد تنظیم مقررات حوزه بیمه سلامت دارد. هرگونه تصمیم‌گیری در خصوص ترکیب اعضا و جایگاه و مسئولیت‌های شورای عالی بیمه سلامت کشور، به‌عنوان رکن اصلی تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری حوزه بیمه سلامت کشور، باید همراه و همراستا با تعیین تکلیف تولید و ساختار حوزه رفاه و تأمین اجتماعی در کشور، مبتنی بر قوانین و اسناد بالادستی باشد. نقش محوری شورای عالی بیمه در تعیین تعرفه خدمات سلامت و ارزش نسبی خدمات سلامت و اصلاح نظام پرداخت باید در پرتو اصلاح جایگاه این نهاد، تقویت شود.

### نتیجه‌گیری

در چارچوب مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع، ابزارهای مهمی همچون الزام خنثی‌سازی بودجه‌ای و فرمول نرخ رشد پایدار برای محدود کردن هزینه در محدوده تعیین شده وجود دارد که الگویی بومی کشور فاقد این ابزارهاست و به همین دلیل قادر به مهار رشد هزینه در بستر این شیوه تعرفه‌گذاری نیست. مروری بر روند شاخص‌های مهم اقتصادی کشور در دهه‌های اخیر نشان می‌دهد که تغییرات ضرایب ریالی ارزش نسبی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم خود را در رشد افسارگسیخته هزینه‌های جاری سلامت نشان می‌دهد، متأثر از تغییرات تولید ناخالص داخلی نبوده و بدون توجه به آن رشد داشته است. شاخص‌های اقتصادی کلان کشور در تصمیم‌سازی‌های شورای عالی بیمه سلامت مدنظر نبوده و پیامدهای تصمیم‌ها و مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بر شاخص‌های اقتصاد کلان مورد ارزیابی قرار نگرفته و به اصلاح یا بازنگری در تصمیم‌ها و مصوبات منجر نشده است.

چالش‌های موجود در نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت لزوم اتخاذ سیاست‌های تقویت سازوکارهای حکمرانی نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات را در ۳ سرفصل اصلاح نظام تعرفه‌گذاری موجود از طریق بازگشت به اصول حاکم بر مدل اصلی الگوبرداری شده، تغییر شیوه پرداخت مبتنی بر ساختار نظام ارائه خدمات برای اصلاح رفتار در دو بعد عرضه و تقاضا و اصلاح نهادی برای تقویت کارکرد نظارتی را بیش از پیش هویدا می‌سازد.

و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی که هر دو ساختار نیز درگیر تعارض منافع جدی هستند، مانع انجام تجزیه و تحلیل بی‌طرفانه و دقیق و ارائه مشاوره صحیح و پیش‌بینی راهکارهای اصلاحی در راستای تصحیح روندهای غلط و آسیب‌زا شده است.

### راهکارهای سیاستی

تقویت سازوکارهای حکمرانی نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان با ابزارهای ذیل:

#### الف- اصلاح نظام تعرفه‌گذاری موجود

۱- اصلاح کتاب تعرفه شامل سه جزء کردن تمام‌کد، خدمات‌های مندرج در کتاب ارزش نسبی برای شفاف‌سازی قانونمند هزینه‌ها و کاهش بار مالی بر مردم و سازمان‌های بیمه‌گر.

۲- ایجاد یک ساختار نظارتی تخصصی برای نظارت بر حوزه تأمین مالی نظام سلامت در دیوان محاسبات کشور (مشابه نهاد MedPac در ایالات متحده) از طریق پایش مداوم آثار بودجه‌ای و مداخله پیشگیرانه برای جلوگیری از ایجاد بدهی پایدار و بروز فقر سلامت برای مردم.

۳- اصلاح واحدهای ارزش نسبی مبتنی بر الگوی بومی‌سازی شده مقیاس‌های ارزش نسبی مبتنی بر منابع (RBRVS).

۴- اصلاح نظام کدینگ، و نحوه محاسبه واحدها و عامل تبدیلی ارزش نسبی خدمات بیهوشی.

۵- پیش‌بینی و تصویب الزام قانونی برای شورای عالی بیمه سلامت به‌منظور تعیین نرخ رشد تعرفه خدمات سلامت، هر ساله قبل از تدوین لایحه بودجه، در سقف نرخ رشد منابع عمومی نظام سلامت و درج این نرخ رشد در لویح بودجه سنواتی به‌منظور تضمین پیش‌بینی منابع مورد نیاز برای افزایش تعرفه خدمات سلامت و برقراری تعادل بین منابع و مصارف و پایداری تأمین مالی در نظام سلامت.

#### ب- تغییر شیوه پرداخت

۱- تغییر شیوه پرداخت به ارائه‌دهندگان از شیوه کارانه به شیوه‌های آینده‌نگر شامل گروه‌های تشخیصی وابسته که محرک عرضه بیش از حد خدمات سلامت نباشد.

۲- اصلاح نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت بر مبنای نظام سطح‌بندی خدمات به این معنا که برای اصلاح و سامان‌دهی نظام ارائه خدمات سلامت به سمت تقویت سطوح اولیه ارائه خدمت و پیشگیری از شیفت منابع و تمرکز نظام سلامت بر سطوح تخصصی و فوق تخصصی که موجب تحمیل عوارض مالی و سلامتی بر مردم می‌شود، نظام پرداخت به عنوان یکی از اهرم‌های پنج‌گانه کنترل

- system. *Int J Hum Rights Healthc.* 2020;13(1):45-57. doi: [10.1108/IJHRH-10-2018-0067](https://doi.org/10.1108/IJHRH-10-2018-0067).
8. Akhavan S. Iranian Healthcare System and Raising Wave of Privatization: A Literature Review. *Health Scope.* 2021;10(3):e111545. doi: [10.5812/jhealthscope.111545](https://doi.org/10.5812/jhealthscope.111545).
  9. Hasanzadeh A, Fakhim S. An overview of the basics of health care service pricing in Iran. *Social Security.* 2006;8(3-4):42-7. doi: [10.1300/J010v42n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J010v42n03_01).
  10. Laugesen MJ. The Resource-Based Relative Value Scale and Physician Reimbursement Policy. *Chest.* 2014;146(5):1413-9. doi: [10.1378/chest.13-2367](https://doi.org/10.1378/chest.13-2367).
  11. Feldman R, Coulam R, Dowd BE. Medicare's Role in Determining Prices Throughout the Health Care System. *Mercatus Working Paper.* 2015:1-59.
  12. Seidenwurm D, Burleson J. The Medicare conversion factor. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2014;35(2):242-3. doi: [10.3174/ajnr.A3674](https://doi.org/10.3174/ajnr.A3674).
  13. Gerstle RS, Molteni RA, Andreae MC, Bradley JF, Brewer ED, Calabrese J, et al. Application of the resource-based relative value scale system to pediatrics. *Pediatrics.* 2014;133(6):1158-62. doi: [10.1542/peds.2014-0866](https://doi.org/10.1542/peds.2014-0866).
  14. History of Medicare Conversion Factors [Internet]. American Medical Association (AMA), 2022.
  15. Kumar A, de Lagasnerie G, Maiorano F, Forti A. Pricing and competition in specialist medical services: An overview for South Africa. *OECD Health Working Papers* [Internet]. 2014.
  16. World Bank. GDP growth (annual%) - Iran, Islamic Rep. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2020&locations=IR&start=1961&view=chart>, editor. 2020.
  17. Kermani M, Azmoonnia E, Yousefvand S. Examining the budget bill for the year 2022 of Iran: The status of the funds in the field of social harms. *Islamic Parliament Research Center (IPRC);* 2022. [Persian]
  18. World Bank. Government expenditure on education, total (of GDP%) - Iran, Islamic Rep. Available from: <https://dataworldbankorg/indicator/SEXPDTOTLGDZS?locations=IR2020>.

تأییدیه اخلاقی: موردی برای گزارش وجود ندارد.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را اعلام نکردند.

سهیم نویسندگان: محمدمهدی تدین؛ جستجوی مقالات و نگارش مقاله، مثال اعتمادی؛ طراحی مطالعه، جستجوی مقالات، نگارش و اصلاح مقاله، هر کدام به میزان ۵۰ درصد.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

## References

1. Jahanmehr N, Noferesti M, Damiri S, Abdi Z, Goudarzi R. The projection of Iran's healthcare expenditures by 2030: evidence of a time-series analysis. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(11): 2563-73. doi: [10.34172/ijhpm.2022.5405](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.5405).
2. Khosravi B, Soltani S, Javan-Noughabi J, Faramarzi A. Health care expenditure in the Islamic Republic of Iran versus other high spending countries. *Med J Islam Repub Iran.* 2017;31:71. doi: [10.14196/mjiri.31.71](https://doi.org/10.14196/mjiri.31.71).
3. Doshmangir L, Sajadi HS, Ghiasipour M, Aboutorabi A, Gordeev VS. Informal payments for inpatient health care in post-health transformation plan period: evidence from Iran. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1-14. doi: [10.1186/s12889-020-8432-3](https://doi.org/10.1186/s12889-020-8432-3).
4. Barouni M, Ahmadian L, Saberi Anari H, Mohsenbeigi E. Challenges of Payment Methods in the Iranian Health System and Solutions: A Qualitative Study. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics.* 2020;4(2):89-101. doi: [10.18502/jebhpme.v4i2.3434](https://doi.org/10.18502/jebhpme.v4i2.3434).
5. Orient JM. The resource-based relative value scale: a threat to private medicine. *Journal of American Physicians and Surgeons.* 2012;17(1):23-5.
6. Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage: World Health Organization; 2019. doi: [10.1787/ed3c16ff-en](https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en).
7. Etemadi M, Ashtarian K, Ganji N, Kangarani HM, Gorji HA. Have the poor been considered in the Health Sector Evolution Plan? A qualitative study of the Iranian health