

## جایگزینی کتاب کالیفرنیا، اولین مرجع تعیین تعرفه تشخیص و درمان در کشور: بررسی دیدگاه خبرگان

آرش رشیدیان<sup>۱</sup>، لیلا دشمنگیر<sup>۲</sup>،<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تداوم به‌کارگیری کتاب مرجع تعیین تعرفه تشخیص و درمان در کشور، موسوم به کتاب کالیفرنیا که در اوایل دهه هفتاد میلادی ابلاغ شد، چالش‌های فراوانی را موجب شده است. در راستای اصلاح برخی از این چالش‌ها کارشناسان وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸ کتاب تعرفه گذاری جدیدی با عنوان "ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی و درمانی" تدوین کردند. نظر به اهمیت موضوع و تاثیر جدی آن بر درآمدهای واحدهای ارائه کننده خدمت و هزینه‌های نظام سلامت در بخش‌های مختلف، این پژوهش به بررسی دیدگاه خبرگان مختلف در خصوص این دو منبع تعرفه گذاری می‌پردازد.

**روش بررسی:** این مطالعه به صورت کیفی و از طریق انجام مصاحبه فردی با سیاستگذاران وزارت بهداشت و سایر نهادهای مرتبط، و کارشناسان صاحب‌نظر تعرفه گذاری کشور انجام گردید. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شد و با استفاده از روش تحلیل چارچوب و بر مبنای ایجاد ساختار مفهومی تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** تعیین ارزش نسبی برای عمده خدمات درمانی، ایجاد تناسب در ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای، و به‌روزرسانی تعرفه‌ها بر مبنای فن‌آوری‌های روز نظام سلامت از جمله مزایای عمده کتاب جدید تعرفه گذاری است. در مقابل ضعف در نظام اطلاعاتی و محاسباتی کشور، سازگاری با شرایط ایجاد شده در نحوه پرداخت و روال‌های مالی موجود در کشور از جمله دلایل برخی کارشناسان بر ادامه استفاده از کتاب کالیفرنیا می‌باشد. مونتازی بودن و تاثیرهای نامناسب کتاب تعرفه بر نظام آموزش پزشکی و نحوه ارائه خدمات در کشور از چالش‌های عمده استفاده از کتاب کالیفرنیا بیان شده است.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد جایگزینی کتاب تعرفه کالیفرنیا و استفاده از کتاب جدید تعرفه تدوین شده در سال ۱۳۸۸ در مجموع تاثیر مثبتی بر نظام سلامت کشور بگذارد. در مراحل بعدی باید در جهت اصلاح نقاط ضعف احتمالی کتاب جدید و اصلاح نظام پرداخت کشور اقدام گردد.

**کلید واژگان:** ارزش‌های نسبی، خدمات بالینی، مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع، فهرست هزینه‌های بالینی، تعرفه‌های بالینی

### مقدمه:

تعیین می‌شود (۲). به عبارتی می‌توان تعرفه را قیمت برنامه‌ای دانست. این قیمت برنامه‌ای با توجه به سیاست‌ها و خط مشی‌های نظام سلامت در تشویق و ترویج برخی از خدمات و مداخلات و عدم ترویج برخی دیگر (اصل توجه به ماهیت مداخلات با توجه به شواهد علمی) و با توجه به قیمت تمام

تعیین ارزش منطقی خدمات سلامت یکی از اجزا و فعالیت‌های کلیدی و گسترده تخصیص صحیح منابع و خرید خدمت در نظام مراقبت سلامت می‌باشد (۱). نظام تعرفه گذاری یکی از روشهایی است که با کمک آن ارزش خدمات ارائه شده

۱- مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۳- نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری رشته سیاست گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

ایمیل: Leiladoshmangir@yahoo.com

شده این مداخلات، و البته با لحاظ نمودن وضعیت اقتصادی مردم در منطقه جغرافیایی ارایه خدمت تعیین می‌شود و معمولاً توسط حاکمیت (مانند وزارت بهداشت)، اعمال می‌گردد (۳). هدف اصلی تعیین تعرفه یا قیمت خدمت ارایه شده، دستیابی به هدف یا پیامد مطلوبی است که برای آن خدمت تعیین شده است (۴). به همین جهت است که تعرفه گذاری را یکی از ابزارهای مهم سیاستگذاری قلمداد می‌کنند که دولت‌ها برای مداخله در بازار خدمات سلامت (سیاست گذاری و رفتارسازی در نظام سلامت) به کار می‌گیرند (۵). بنابراین در فرایند تنظیم تعرفه خدمات سلامت، باید همواره توجه نمود تا قیمت‌ها به گونه‌ای تنظیم گردد تا ضمن این که مانع از دسترسی افراد (به دلیل تعیین تعرفه‌های غیر متناسب با توان پرداخت (به خدمات مورد نیاز نگردد؛ از دیدگاه ارایه دهندگان نیز منصفانه باشد تا انگیزه ارایه کمتر از حد یا بیشتر از حد خدمات ایجاد نگردد (۶).

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 (۷). در دهه ۶۰ سیستم تعرفه خدمات سلامت از سیستم کدگذاری سه رقمی به سیستم کدگذاری چهار و پنج رقمی تغییر یافته و به صورت الگوی فعالیت‌های بالینی و تشخیصی و درمانی تبدیل گردید. نهایتاً اولین ویرایش کتاب کالیفرنیا در سال ۱۹۸۴ (سال ۱۳۶۲) با همکاری "شرکت مطالعات ارزش‌های نسبی خدمات" منتشر گردید (۸). بعدها، انجمن پزشکی آمریکا (AMA) فهرست جامعی از عنوان خدمات را منتشر نمود که به عنوان یکی از معتبرترین شیوه نامگذاری و کدگذاری خدمات سلامت در سرتاسر دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد (۹). بنابراین مبنای محاسبه تعرفه خدمات بالینی در واقع کپی برداری از اولین ویرایش ارزش‌های نسبی است که در آمریکا و ایالت کالیفرنیا این کشور، استفاده شده است (۱۰).

نحوه ترجمه و تدوین این کتاب به منظور تبیین تعرفه در کشور منجر به شرایطی شده است که با گذشت زمان و اعمال ضریب سالانه بر این تعرفه‌ها، اختلاف پرداخت قابل توجهی بین گروه‌های مختلف پزشکی ایجاد شده است (۱۱). همچنین به کارگیری 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 (۱۱). بنابراین در عرصه عمل و در کشورمان بسیاری از خدمات بالینی به صورت کاذب (بدون اینکه سیاستگذاران به طور هدفمند چنین راهبردهایی را برنامه‌ریزی کرده باشند)، سرکوب و یا ترویج یافته اند (۵). مثلاً یکی از دلایل محدود ماندن دیالیز صفاقی برای سال‌های طولانی در کشور نبود شاخص مناسب تعرفه‌های برای آن بوده است و یا گسترش فراوان فن‌آوری‌های مربوط به جراحی چشم یا مداخلات تهاجمی قلبی با عدم وجود تعرفه‌های مناسب برای این خدمات ارتباط داشته است.

بسیاری از گروه‌های ارایه کنندگان خدمات مانند گفتاردرمانی، کاردرمانی، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، تغذیه و مامایی از جمله برخی از گروه‌های ارایه کننده هستند که در نظام تعرفه گذاری فاقد هرگونه چارچوب تعرفه‌ای می‌باشند چرا که برای خدمات مرتبط با این گروه‌ها در زمان تدوین کتاب تعرفه گذاری، ارزش نسبی تعیین نشده بود (۱۲). بسیاری از گروه‌های ارایه کننده که بخش عمده‌ای از خدمات آنان دارای تعرفه می‌باشد، برخی از خدمات آنان فاقد تعرفه تعیین شده در نظام سلامت می‌باشد. بخش بسیار عمده‌ای از این خدمات خدمات نوینی هستند که در طول سال‌های اخیر وارد کشور شده‌اند. تعداد این خدمات بیش از هزارو پانصد خدمت برآورد می‌گردد (۱۳).

در کشور ما وجود چنین چالش‌ها و مشکلاتی باعث مطرح شدن سوال‌های دیگری نیز شده است که از جمله آن ارتباط میان ارزش‌های نسبی موجود در کتاب مرجع تعرفه‌گذاری (موسوم به کتاب کالیفرنیا) با هزینه منطقی خدمات ارایه شده است. بنابراین با توجه به چنین چالش‌هایی استناد به کتاب کالیفرنیا برای تعیین ارزش خدمات مختلف بالینی، تاثیر نرخ‌های تعیینی بر هزینه‌های نظام سلامت و رفتارهای مرتبط با ارایه خدمت یکی از موضوع‌های مهم و اساسی حوزه سلامت کشور است که بسیاری از سیاست‌گذاران و کارشناسان بخش تعرفه‌گذاری کشور را به چاره‌اندیشی واداشته است. حاصل بعضی تلاش‌های کارشناسان تدوین «کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی و درمانی» در سال ۱۳۸۴ بود (۱۴). این کتاب به طور عمده برگرفته از کتب تعرفه‌گذاری تدوین شده در سال ۲۰۰۳ در کشور آمریکا می‌باشد (۱۵)، که در

در میان گروه‌های مختلف بالینی می‌گردد (۱۹). کتاب تعرفه گذاری تدوین شده در سال ۱۳۸۸ جهت اعمال از مهر ۱۳۸۹ به کلیه مراکز درمانی و دانشگاهی ابلاغ شد که در عمل هنوز مورد استفاده در نظام پرداخت کشور قرار نگرفته است. نظر به اهمیت بالای موضوع و از آنجا که تاکنون مطالعه رسمی در خصوص نتایج مثبت و منفی تغییر در ارزش‌های نسبی خدمات موجود در کتاب مرجع رسمی تعرفه گذاری صورت نگرفته است این پژوهش قصد دارد به بررسی این موارد از دیدگاه خیرگان نظام تعرفه گذاری کشور بپردازد.

### روش بررسی

این پژوهش به صورت کیفی و با استفاده از روش مصاحبه انجام گردید. در این مطالعه، برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه گیری هدفمند استفاده گردید. شرکت کنندگان در این مطالعه بر اساس نقش در سیاستگذاری و یا مدیریت بیمه و نظام پرداخت و یا پژوهش در خصوص مسایل تعرفه و نظام پرداخت انتخاب شدند. مصاحبه شوندگان دارای سابقه اجرایی مرتبط بالای ۳ سال بودند. در این مطالعه کیفی هدف دستیابی به غنا و عمق اطلاعات بود به گونه‌ای که بتوان تصویر درستی از دیدگاه‌های افراد مورد مطالعه در خصوص دو کتاب مرجع تعرفه گذاری بدست آورد (۲۰). جهت امکان تبادل بهتر افکار و اطلاعات، مصاحبه به صورت رودرو انجام گردید (۲۱). قبل از انجام مصاحبه با بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، روش‌های جمع آوری و ضبط داده‌ها، نقش پژوهشگر و مشارکت کنندگان در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و مشخصات مصاحبه شوندگان (اعم از نام، نوارهای مصاحبه، نوشتارها) و به کارگیری کد به جای اسم، رضایت آگاهانه مصاحبه شوندگان برای شرکت در مطالعه اخذ گردید (۲۱). برای انجام مصاحبه از روش مصاحبه های کیفی نیمه ساختارمند استفاده شد. به منظور حفظ ثبات و نیز پرهیز از تورش احتمالی از راهنمای مصاحبه (فهرستی از سوالات توصیفی و ساختاری که قبل از زمان مصاحبه آماده شده بود) استفاده شد. سوالات راهنمای مصاحبه با بهره گیری از مرور متون مرتبط و مستندات موجود، نظرات اعضای تیم پژوهش و برخی از صاحب نظران موضوع طراحی گردید. سوالات به صورتی تهیه شده بود که هر سوال حاوی یک ایده بوده به طوری که پاسخگو تنها نیاز به تمرکز بر زمینه‌ای خاص داشته تا مصاحبه گر بتواند نکته اصلی (تم)

ترجمه و تدوین آن دقت شد خطاهای کتاب نخست تدوین شده در بخش تعرفه گذاری نظام سلامت کشور رخ ندهند. به رغم چاپ آن، این کتاب ابلاغ نشده و تاکنون مورد استناد تعرفه گذاری در کشور قرار نگرفت. یکی از مهم ترین دلایل های ابراز شده برای عدم ابلاغ کتاب، مخالفت سازمان های بیمه گر در آن زمان ذکر شده است که علت آن احتمال افزایش جدی هزینه سازمان های بیمه گر در اثر تغییرات پیشنهادی در تعرفه ها عنوان شد (۱۱). پس از آن در تلاش جدی برای رفع چالش های موجود در کتاب تعرفه تدوین شده در سال ۱۳۸۴، گروه گسترده ای از صاحب نظران کشور متشکل از مدیران و سیاستگذاران وزارت بهداشت و نهادهای مرتبط، ارایه کنندگان خدمات بالینی و بهداشتی و صاحب نظران دانشگاهی و برخی دیگر از گروه های ذینفع، کتاب تعرفه گذاری دیگری با همان نام «کتاب ارزش های نسبی خدمات تشخیصی و درمانی» در سال ۱۳۸۸ تدوین کردند (۱۶). در این کتاب که به نوعی می توان آن را نسخه به روز شده کتاب مرجع تعرفه کشور در نظر گرفت علاوه بر تفاوت در ارزش نسبی خدمات بالینی به تفاوت بهای دلاری خدمات نیز توجه شده است که این امر می تواند بخشی از خطاهای موجود در کتاب مرجع تعرفه گذاری کشور را اصلاح کند. در تدوین نسخه کتاب تعرفه گذاری کشور در سال ۱۳۸۸ دو منبع مورد استناد قرار گرفتند: کتاب<sup>۱</sup> CPT و کتاب فهرست هزینه ها. CPT به توصیف اقدامات جراحی و تشخیصی می پردازد (۱۷) این کتاب فهرستی از عنوان های تشریحی و کدهای تشخیصی برای گزارش خدمات و دستورالعمل های پزشکی است که در تعیین تعرفه های پزشکی در آمریکا به کار می رود (۱۷). دیگری کتاب فهرست هزینه ها<sup>۲</sup> است که در آن ارزش های دلاری اقدامات مختلف بالینی کشور آمریکا گردآوری شده است. دلیل استفاده از کتاب فهرست هزینه ها در زمان تدوین ارزش های پیشنهادی در سال ۱۳۸۸ آن است که ارزش های خدمات تدوین شده در کتاب فهرست هزینه ها در درون هر رشته تخصصی و میان تخصص های مختلف از تناسب برخوردار بوده (۱۸) و به تبع لحاظ نمودن این ارزش های کتاب سال ۱۳۸۸ نیز باعث رفع یکی از بزرگترین چالش های مرجع تعرفه گذاری ایران یعنی اختلاف درآمدی غیرمتناسب

1- Current Procedural Terminology

2- Fee Schedule

موجود در پاسخ را تشخیص دهد. هر مصاحبه ۵۰ تا ۸۰ دقیقه به طول انجامید. در طی مصاحبه با رضایت مصاحبه شونده، مکالمات ضبط گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوایی و روش چارچوب مفهومی استفاده شد (۲۲). برای حصول اطمینان از پایایی تحلیل، تمام مصاحبه‌های پیاده شده توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش مرور گردید. در موارد عدم توافق در خصوص مفاهیم استخراج شده، تصمیم نهایی با مرور مجدد مصاحبه‌های مکتوب شده و یا بهره‌گیری از نظر سایر اعضای تیم پژوهش اتخاذ گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه تلاش گردید با توجه به موضوع پژوهش، با تمام افرادی در کشور که در تدوین حداقل یکی از این دو کتاب تعرفه‌ای نقش داشتند، مصاحبه انجام شود. در مجموع در این مطالعه دوازده مصاحبه فردی انجام شد. مصاحبه شونده‌گان شامل روسای فعلی و سابق دفتر سیاست‌گذاری، نظارت بر تعرفه و هماهنگی بیمه‌ای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مدیرکل دبیرخانه شورای عالی بیمه، مشاور وزیر بهداشت در امور بیمه‌های، کارشناس وزارت بهداشت در اصلاحات نظام سلامت، معاون سازمان بیمه‌گر پایه، عضو هیات علمی و پژوهشگر در دانشگاه، وزارت بهداشت، مرکز پژوهش‌های مجلس و یا سازمان‌های بیمه‌گر پایه دو چند نفر از متخصصان بالینی می‌باشند. تمامی افراد برای شرکت در مطالعه موافقت نمودند. نتیجه دیدگاه‌های مصاحبه شونده‌گان را می‌توان در دو ساختار مفهومی جداگانه شامل مفاهیم اصلی ارائه شده مرتبط با دو کتاب تعرفه مورد مطالعه خلاصه کرد. جدول‌های یک و دو ساختارهای مفهومی را به طور خلاصه نشان می‌دهند. تفصیل هر یک از این مفاهیم در زیر آورده شده است.

### الف - کتاب کالیفرنیا، اولین کتاب مرجع رسمی تعرفه گذاری در نظام سلامت کشور

سازگاری با نظام اطلاعاتی و محاسباتی کشور: در هر کشوری لازمه پیاده کردن هر ساختاری، سازگاری آن با نظام اطلاعاتی آن کشور می‌باشد. چرا که این دو لازم و ملزوم یکدیگر بوده و بدون یکی دوام دیگری ممکن نخواهد بود (۲۳). به نظر مصاحبه شونده‌گان کتاب کالیفرنیا با نظام اطلاعاتی و محاسباتی کشور ما سازگار نیست. مثلاً اینگونه عنوان می‌کنند که «الحاق

آن {کدهای تعرفه‌ای} به کدگذاری ICD و DRG نیازمند برنامه‌های واسطی است» و یا «نرخ ویزیت پزشکان نمی‌تواند از منطق و هنجار این کتاب تبعیت کند» (P2). با این که مصاحبه شونده‌گان بر این امر اتفاق نظر داشته و متناسب نبودن کتاب کالیفرنیا را با نظام اطلاعاتی کشور بیان می‌کردند اما در عین حال ضعف در نظام اطلاعاتی و محاسباتی کشور را یکی از دلایل استناد به این کتاب می‌دانستند تا آنجا که یکی از آن‌ها می‌گوید: «ما در نظام محاسباتی کشور ضعف داریم پس مجبوریم به این کتاب استناد کنیم. ولی می‌توانیم با تعدیلاتی برخی مشکلات آن را رفع کنیم» (P2). و «به دلیل عدم نظام ثبت مناسب جهت تعیین قیمت تمام شده خدمات مختلف، استفاده از نظام ثبت کشوری دیگر که بتواند وزن دهی متناسبی به خدمات بدهد معقول می‌باشد» (P7) و «چون نظام ثبت ما مناسب نیست Fee schedule (کتاب فهرست هزینه‌ها) (۲۴) نمی‌توانیم داشته باشیم استفاده از این کتاب به همراه کدهای تعدیلی موثر است» (P6). بسیاری از مصاحبه شونده‌گان بر این عقیده هستند که دلیل اصلی ادامه استناد به کتاب کالیفرنیا بعد از گذشت چندین سال این است که هنوز روش صحیحی در کشور جهت تعرفه گذاری اتخاذ نشده است و «تعرفه گذاری در کشور بر اساس چانه زنی و مباحثه‌های وقت گیر می‌باشد، به جای اینکه روش مناسب تعرفه گذاری را اتخاذ کنیم» (P9).

سازگاری با شرایط محیط کاری کارکنان: برخی از شرکت کنندگان یکی از مزیت‌های استفاده از کتاب کالیفرنیا و عدم تغییر مرجع رسمی تعرفه گذاری کشور را تناسب و سازگاری آن با شرایط محیط کاری بخش‌های مختلف درمانی عنوان کرده و تغییر آن را باعث ایجاد چالش‌های جدید می‌دانستند: «کارکنان بخش سلامت ما علی‌رغم چالش‌های موجود به آن عادت کرده‌اند و اگر تغییر کند ممکن است چالش‌های بیشتری از این را شاهد باشیم» (P2). «کاری است که در طول چند سال از سوی شورای عالی بیمه صورت گرفته، تبصره‌های مختلفی گذاشته و سعی کرده همخوانی بین شرایط موجود و کتاب قدیمی ایجاد کند» (P6). بنابراین راحتی و مانوس بودن کارکنان بخش سلامت با کتاب کالیفرنیا به دلیل استفاده چند ساله از آن یکی از دلایل عدم تغییر مرجع رسمی تعرفه گذاری می‌باشد. ضمن اینکه استفاده از آن به نظر راحت است: «روال راحتی برای کار با آن در نظر گرفته شده است» (P3). برخی از صاحب‌نظران به گونه دیگری به بیان این موضوع پرداخته و معتقدند که هر چند

«تناسب میان ارزش‌های نسبی خدمات مختلف ذکر شده در کتاب رعایت نشده است» (P1). «برای بسیاری از خدماتی که در این کتاب برای آن ارزش تعیین شده است چه در داخل یک تخصص و چه میان چند تخصص تناسبی وجود ندارد. می‌توان گفت متناسب با میزان تلاش صرف شده، زمان و ریسک احتمالی نیست» (P6).

در خصوص دلیل این عدم تناسب میان شرکت کنندگان در پژوهش اتفاق نظر وجود نداشته و هر کدام موردی را بر آن متذکر می‌شدند. در نظر بعضی دلیل عمده این عدم تناسب، عدم استفاده از کتاب فهرست هزینه‌ها (Fee Schedule) در زمان تدوین این کتاب بوده است: «بزرگترین مشکل کتاب کالیفرنیا این است که تطبیق با کتاب فهرست هزینه‌ها صورت نگرفته است. یعنی ضریب‌های تعدیلی این کتاب در آن دخالت پیدا نکرده و K به صورت خام عمل کرده است. و همین امر منجر به عدم تناسب شده است» (P3). «این کتاب، کتاب ارزش نسبی بوده که ترجمه شده، به ارزش دلاری آن توجهی نشده است و همان ارزش نسبی به عدد ریالی تبدیل شده» (P1). از سویی دیگران علت این عدم تناسب را اینگونه عنوان می‌کردند: «تناسب میان ارزش‌های مختلف رعایت شده ولی تغییراتی که بعدها بر آن اعمال شده، این تناسب را به هم زده» (P2). برخی از شرکت کنندگان نیز بر این نظرند که اعمال برخی نظرها و تغییرات در کتاب در زمان تدوین ارزش‌های نسبی باعث برهم خوردن تناسب شده چرا که در زمان تدوین کتاب کالیفرنیا و در تعیین ارزش‌های نسبی عقاید و نظرهای گروه‌های مختلف تصمیم گیرنده اعمال می‌شده است: «یکسونگری و عدم اعمال جنبه آکادمیک در تعیین ارزش‌های نسبی در زمان تدوین کتاب باعث برهم خوردن تعادل میان خدمات مختلف شده است» (P5). با این وجود برخی دیگر از مصاحبه شونده‌گان نیز معتقد بودند که هر چند میان ارزش نسبی تخصص‌های مختلف تناسب وجود ندارد ولی در داخل برخی از تخصص‌ها این تناسب رعایت شده و ارزش نسبی تعیین شده برای خدمات مختلف موجود در آن مناسب می‌باشد. یکی از آن‌ها می‌گوید: «ارزش‌های نسبی برخی خدمات مناسب است و هنوز هم می‌توان به آن‌ها استناد نمود» (P2). یکی دیگر از صاحب‌نظران با ذکر مثال به بیان رعایت این تناسب و مناسب بودن ارزش‌های تدوین شده برای خدمات مختلف می‌پردازد و می‌گوید: «در گروه قلب و

این کتاب روال آسانی برای افراد درگیر با آن در نظر گرفته است ولی برای استفاده افراد دانشگاهی و سیاست‌گذاران در اعمال تصمیم‌ها و سیاست‌ها مناسب نمی‌باشد: «این کتاب روال جاری و معمول برای افرادی که با آن کار می‌کنند در نظر گرفته و نه برای سیاست‌گذاران و افراد آکادمیک و علمی» (P2).

تعیین ارزش خدمات بالینی: تمامی مصاحبه شونده‌گان بر این عقیده بودند که یکی از مشکلات استفاده از کتاب کالیفرنیا این است که این کتاب به دلیل قدمت در مورد کلیه اعمال بالینی قابل استناد نبوده و پاسخگوی شرایط روز نیست. قدیمی و به روز نبودن کتاب باعث شده است که بسیاری از خدمات نوین در آن لحاظ نشده و بسیاری از خدماتی که قبلاً رایج می‌شده و در حال حاضر منسوخ شده اند، همچنان در این کتاب به چشم بخورند: «این کتاب دیگر قدیمی شده و به درد شرایط امروز نمی‌خورد» (P4) و «از بس کتاب قدیمی شده دیگر باید فکری در موردش بکنیم» (P8). «بسیاری از خدمات نوین مانند خدمات لاپاراسکوپی، خدمات پرستاری، برخی از خدمات رادیولوژی، آزمایشگاه و پزشکی هسته‌ای و سونوگرافی در آن وجود ندارد» (P6). ضمن اینکه «در زمینه اعمال جراحی گلوبال نمی‌توانیم به این کتاب استناد کنیم» (P3) و مهم‌تر این که «این کتاب عمدتاً برای خدمات بستری قابل تعمیم است. خدمات سرپایی بایستی از مدل‌های دیگر تبعیت کنند مثلاً نرخ ویزیت پزشکان» (P2). ایرادها و عدم تناسب کتاب به حدی است که اصلاح جزئی مشکل آن را حل نمی‌کند: «به دلیل قدیمی بودن بسیاری از موارد مطرح در آن با نیازهای موجود تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد و لازم است که ما به فکر یکسری تعدیلات کلی در آن باشیم» (P5). در عین حال به زعم برخی هنوز هم برای بسیاری از خدمات موجود این کتاب مناسب بوده و می‌توان به آن استناد نمود: «اعمال جراحی که نیاز به کمک جراح ندارند و یا اعمال جراحی همزمان و یا برخی اعمال که نیازمند برش‌های اضافه می‌باشند؛ این کتاب مناسب می‌باشد» (P8).

تناسب ارزش‌های درون رشته‌ای و بین رشته‌ای: قریب به اتفاق شرکت کنندگان در پژوهش بر این نظر بودند که یکی از بزرگترین چالش‌های کتاب کالیفرنیا این است که در کتاب کالیفرنیا تناسب ارزش‌های درون رشته‌ای و بین رشته‌ای رعایت نشده و همین امر مبنایی بر دیگر چالش‌های استفاده از این کتاب شده است. یکی از صاحب‌نظران می‌گوید:

عروق بی تناسبی وجود ندارد. بی تناسبی به علت عمل نکردن به آن ضریب کتاب فهرست هزینه‌ها است» (P3). هر چند معلوم نیست این عدم تناسب اشاره به کتاب کالیفرنیا دارد و یا به اصلاحیه‌های بعدی که در تعرفه خدمات قلب و عروق به طور مستقل صورت گرفت.

مونتازی بودن: بعضی صاحب‌نظران ریشه تمام مشکلات تعرفه گذاری در کشور را استفاده از کتاب کالیفرنیا عنوان کرده و از آن با لقب کالای مونتازی یاد می‌کنند. «کتاب مورد استفاده در حقیقت یک کالای مونتازی است» (P1). به این استدلال هر چه قدر هم تلاش برای رفع مشکل‌های مربوط به تعرفه گذاری در کشور صورت گیرد ولی چون یک کالای مونتازی بوده و بومی کشور ما نیست مشکلات همچنان پابرجاست. «مشکل اصلی و عمده این کتاب، مونتازی بودن آن است. هر چقدر هم تلاش برای رفع چالش‌های این کتاب بکنیم چون مونتازی است، رفع نمی‌شود» (P4). «ما چندین سال است از این کتاب استفاده می‌کنیم در حالی که این کتاب، یک کالای وارداتی است و باید بومی بشود» (P8). از آنجایی که برخی از صاحب‌نظران شرکت کننده در پژوهش ارزش‌های نسبی تعیین شده و وزن دهی میان آن‌ها و پرداخت صورت گرفته بابت خدمات مختلف را بر اساس اصول کشوری دیگر می‌دانند، به رد این کتاب می‌پردازند: «پرداخت و وزن دهی بین خدمات مختلف ذکر شده در کتاب بر اساس نظام پرداخت کشور دیگر می‌باشد» (P2).

تبعیت از سیستم تعرفه گذاری سایر کشورها به دلیل عدم وجود متدولوژی صحیح تعرفه گذاری در کشور یکی دیگر از مهمترین چالش‌های تعرفه گذاری در کشور می‌باشد. (P3) و (P7) در بیان مونتازی بودن و عدم قابلیت استناد به آن می‌گویند: «استفاده از کتاب کالیفرنیا سر منشا اصلی چالش‌های تعرفه گذاری است. ما باید خودمان روش تعرفه گذاری مناسبی برای کشور خود داشته باشیم».

تاثیر بر نظام آموزشی: به گفته بسیاری از شرکت کنندگان در پژوهش یکی از چالش‌های عمده استفاده از کتاب کالیفرنیا، اثرات ناشی از استناد به آن کتاب بر نظام آموزشی کشور می‌باشد. از آنجا که نظام آموزشی هر کشوری متأثر از کارکردهای مختلف موجود در آن کشور می‌باشد (۲۵) نظام آموزشی کشور ما نیز به شدت تحت تاثیر سیستم پرداخت موجود در کشور می‌باشد. عامل مهم موثر در میزان پرداخت بابت خدمات ارایه شده بر اساس تعرفه تعیین شده

برای آن می‌باشد. به گفته بسیاری از شرکت کنندگان در پژوهش چون ارزش نسبی تعیین شده و به تبع، تعرفه اعلامی برای بسیاری از خدمات موجود در کشور منطقی نیست بر سیستم آموزشی کشور تاثیر گذاشته و باعث گرایش عمده فارغ التحصیلان به برخی تخصص‌های خاص با ارزش نسبی بالا شده است ... «سیستم آموزشی ما را به شدت تحت تاثیر قرار داده باعث گرایش فارغ التحصیلان به برخی تخصص‌های خاص شده» (P3) ... «در تعیین ارزش‌های نسبی اصول علمی رعایت نشده و صرفاً از روایای خاص به آن نگریسته شده و این امر باعث شده که فارغ التحصیلان رشته‌های مختلف به سمت رشته‌های پول زا بروند» (P4).

### ب- کتاب تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی پیشنهادهی ۱۳۸۸، به‌عنوان دومین کتاب تعرفه‌گذاری درمان در کشور

خدمات بالینی نوین و متنوع: تمامی مصاحبه شونده‌گان اذعان داشتند که یکی از مهمترین مزیت‌های کتاب جدید به روز شدن عناوین خدمات با توجه به شرایط کنونی نظام سلامت است. «خدمات به روز و جدید در این کتاب وضع شده است» (P1). «خدمات منسوخ حذف و خدمات نوین جایگزین شده است ... خدمات مختلف با تعریف مناسبی همراه می‌باشند» (P6). استناد به کتاب جدید و به روز شده یکی از مواردی است که باعث از بین رفتن چالش‌های مربوط به قدمت کتاب کالیفرنیا می‌گردد. یکی از صاحب‌نظران در این باره می‌گوید: «تعدد و تنوع در خدمات تدوین شده باعث شده برخی از مشکلات مربوط به کتاب قدیم حذف گردد» (P2). توجه به نیازهای زمان کنونی و رشد ارزش‌های نسبی تدوین شده در این کتاب بر اساس شرایط روز یکی از دیگر دلایل استناد به کتاب جدید می‌باشد: برخی از شرکت کنندگان در پژوهش اذعان داشتند که: «خود اینکه کتاب جدید بوده و در زمان حاضر و بر اساس نیازهای زمان کنونی تدوین شده مزیت بزرگی می‌باشد» (P4). «در این کتاب کدهای تعدیلی جدید وضع شده برای کلیه خدمات با توجه به زمان و مکان و متناسب با فناوری و روش‌های نوین می‌باشد» (P1). نمونه‌ای دیگر از توجه به این امر عبارت ذیل می‌باشد: «برای هر گونه شرایط بسته به زمان و مکان و متناسب با تکنولوژی و تکنیک‌های نوین کدهای تعدیلی جدیدی وضع شده است» (P3)

تناسب ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای: یکی از مواردی که صاحب‌نظران مختلف در بیان لزوم تغییر

مرجع رسمی تعرفه گذاری کشور و استناد به کتاب جدید تعرفه تبیین شده به آن تاکید نموده و به طور مکرر آن را عنوان می نمودند، تناسبی است که در این کتاب میان ارزش های درون یک تخصص و همچنین بین تخصص ها به چشم می خورد. » در این کتاب تناسب درون رشته ای و بین رشته ای رعایت شده است «(P7). (P1) در این باره می گوید: «آن تعادلی که بایستی میان ارزش های مختلف تخصصی درون یک رشته تخصصی و میان رشته های تخصصی مختلف رعایت شود در این کتاب به

چشم می خورد». برخی از صاحب نظران هدف اصلی از تدوین این کتاب را چالش مهم مربوط به کتاب کالیفرنیا دانسته و اذعان داشتند که با تدوین این کتاب توانسته اند به رفع این چالش اقدام نمایند. نمونه ای از گفته یکی از آنها چنین است: «تنها انگیزه برای تالیف کتاب جدید رفع نواقص کتاب قبلی و ایجاد تعادل درون رشته ای و بین رشته ای است» (P3). در بیان اهمیت این مساله و چگونگی ایجاد آن یکی دیگر از مصاحبه شوندگان می گوید: «اعداد ارزش دلاری تقسیم بر عددی شده

### جدول شماره ۱: دیدگاه خبرگان درباره تداوم استفاده از کتاب کالیفرنیا، اولین کتاب مرجع تعرفه تشخیص و درمان در کشور

سازگاری با نظام اطلاعاتی و محاسباتی کشور	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عدم تطابق با نظام اطلاعاتی و محاسباتی کشور</li> <li>- معقول بودن استناد به آن به دلیل فقدان نظام ثبت هزینه ای (قیمت تمام شده) مناسب در کشور</li> <li>- معقول بودن استفاده از نظام ثبت کشوری دیگر بدلیل وزن دهی متناسب به خدمات</li> <li>- نیازمند برنامه های واسط جهت الحاق آن به کدگذاری ICD و DRG</li> <li>- عدم تبعیت از منطق و هنجار این کتاب در محاسبه نرخ ویزیت پزشکان</li> </ul>
سازگاری با شرایط محیط کاری کارکنان بخش سلامت	<ul style="list-style-type: none"> <li>- روال کاری راحت و معمول برای افراد در گیر با آن و نه برای افراد آکادمیک</li> <li>- همخوانی بین شرایط موجود و کتاب قدیمی</li> <li>- افزودن برخی تبصره ها و تعدیل برخی ارزش ها جهت همخوانی با محیط کاری</li> </ul>
قابلیت استناد برای خدمات بالینی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- غیر قابل استناد بودن برای بسیاری از خدمات نوین وضع نشده در کتاب بدلیل قدمت</li> <li>- غیر قابل استناد بودن در زمینه اعمال جراحی گلوبال</li> <li>- غیر قابل استناد بودن برای برخی اعمال تشخیصی و سرپایی</li> <li>- وجود برخی اعمال منسوخ</li> <li>- عدم تعریف و ارزش گذاری بسیاری از خدمات نوین در آن مانند پرستاری، پزشکی هسته ای</li> <li>- تفاوت قابل ملاحظه بسیاری از موارد مطرح در آن با نیازهای موجود</li> <li>- قابلیت استناد به آن بیشتر برای خدمات بستری نه خدمات سرپایی</li> </ul>
تناسب میان ارزش های نسبی خدمات مختلف درون رشته ای و بین رشته ای	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عدم تناسب میان ارزش های نسبی خدمات مختلف درون رشته ای و بین رشته ای</li> <li>- عدم تناسب با میزان تلاش صرف شده، زمان و خطرهای احتمالی</li> <li>- عدم استفاده از کتاب Fee Schedule در تعیین ارزش خدمات</li> <li>- عدم تناسب ارزش ریالی اعلام شده بر اساس ارزش های نسبی موجود</li> <li>- برهم خوردن تناسب بین خدمات بدلیل دستکاری و واقع شدن تغییرات تدریجی بر آن</li> <li>- بر هم خوردن تناسب موجود بدلیل عدم ترجمه و تدوین صحیح</li> <li>- مناسب بودن ارزش های نسبی برخی خدمات و قابلیت استناد به آن ها</li> <li>- تدوین مناسب ارزش های نسبی بسیاری از خدمات و قابلیت استناد برخی دیگر با تعدیلات جزئی</li> </ul>
مونتازی بودن	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پرداخت و وزن دهی بین خدمات بر اساس نظام پرداخت کشور دیگر</li> <li>- عدم تناسب ارزش های نسبی موجود در کتاب با نیازهای کشور</li> <li>- کالای وارداتی و بومی نبودن</li> <li>- عدم ارزش گذاری خدمات بر اساس شرایط بومی کشور</li> </ul>
تاثیر بر نظام آموزشی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تاثیر بر نظام آموزشی به دلیل منطقی نبودن ارزش های نسبی</li> <li>- عدم رعایت اصول علمی در تعیین ارزش های نسبی</li> <li>- یکسونگری و عدم اعمال رویکردهای علمی در تعیین ارزش های نسبی</li> <li>- عدم ارتباط ارزش های نسبی برخی خدمات موجود در کتاب با بهای تمام شده و جزء سیاست گذاری</li> </ul>

است که تناسب میان ارزش نسبی خدمات مختلف تعیین شده رعایت شود» (P4). برخی دیگر از صاحب‌نظران دلایل دیگری بر ایجاد چنین تناسبی ذکر کرده و عدم سوگیری و ارزش‌گذاری به نفع برخی گروه‌های تخصصی را از جمله آن عنوان می‌نمودند. «در کتاب جدید رجحان گروه‌های خاصی مطرح نیست» (P6). بنابراین در نظر صاحب‌نظران مختلف رعایت چنین تناسب درون رشته‌ای و بین رشته‌ای امری غالب در تدوین کتاب جدید می‌باشد.

قابل استفاده برای کلیه اعمال بالینی: مطالعات نشان می‌دهند یکی از رموز موفقیت هر سیستمی همگامی با تغییرات روز می‌باشد (۱۹) و این در حالی است که مرجع سیستم تعرفه گذاری 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. بسیاری از افراد مصاحبه شده بر این باورند که کتاب جدید تدوین شده باعث رفع چنین چالشی می‌گردد. آنچه تقریباً تمامی صاحب‌نظران بر آن اتفاق نظر داشتند این است که کتاب جدید تدوین شده «برای کلیه اعمال بالینی که در کشور انجام می‌شود، قابل استناد است» (P1)، «در حقیقت این کتاب پاسخگوی کلیه اعمالی که در کشور انجام می‌شود، حتی اعمالی که نادر بوده و بسیار کم در بیمارستان‌های کشور انجام می‌شود» (P8). برخی دیگر از صاحب‌نظران در بیان قابلیت استناد به این کتاب برای کلیه اعمال بالینی به ذکر اعمالی که در کتاب قدیم وجود نداشت ولی در حال حاضر در این کتاب به چشم می‌خورد، می‌پردازند «برخلاف کتاب قدیم برای اعمال آزمایشگاهی، رادیولوژی، خدمات پرستاری و اعمال گلوبال می‌توان به کتاب جدید استناد نمود» (P9). «برای اعمال تشخیصی و سرپایی قابل استفاده است» (P7). و «برای اعمال شایع (گلوبال) می‌توانیم به آن استناد کنیم» (P6).

فرصت‌ها و چالش‌های مربوط به عدالت، دسترسی، کیفیت، پاسخگویی و پایداری مالی: در بیان این موضوع که آیا کتاب جدید تعرفه گذاری تدوین شده به رفع چالش‌های مربوط به عدالت، دسترسی، کیفیت و پایداری مالی می‌پردازد یا نه میان نظرات مصاحبه شوندگان اتفاق نظری مشاهده

نمی‌شود. به گونه‌ای که برخی از آن‌ها معتقد بودند که تدوین کتاب جدید بر روی عدالت، کیفیت و دسترسی تاثیر مثبتی دارد. نمونه‌ای از موارد ذکر شده در سخنان زیر نمایان است «با استفاده از این کتاب از نظر پرداخت، عدالت میان آرایه کنندگان مختلف رعایت می‌شود و شاید باعث افزایش کیفیت و دسترسی شود» (P9) و همچنین می‌گوید: «چون ارزش‌های نسبی متناسب شده طبعاً باید همه گروه‌ها راضی و از نظر عدم رعایت عدالت مشکلی نداشته باشیم» (P1). برخی دیگر در بیان این امر به ذکر مثال پرداخته و می‌گویند: «با کتاب جدید مثلاً ما دیگر مصوبه "۸۱ مورد قلب و عروق" (۲۶) رو به صورت مجزا نداریم. عدالت برای همه رعایت می‌شود» (P3). «چون ارزش‌های نسبی در تمام گروه‌ها متناسب شده و حتی در داخل یک تخصص هم ارزش کم برخی خدمات بالا و دیگری پایین رفته بنابراین موضع گیری از نظر عدم رعایت عدالت نخواهیم داشت» (P7). «حذف تقاضای القایی در برخی خدمات» (P1). برخی دیگر به نقض این موضوع پرداخته و عنوان می‌نمودند که خود این کتاب حتی اگر بسیار خوب هم تدوین شده باشد، به تنهایی قادر به رفع این چالش‌ها نبوده و سایر عوامل مهمتری نیز بر آن تاثیرگذارند. بخشی از این نظرات را در عبارات زیر می‌توانیم مشاهده کنیم. «هدف از تدوین ارزش‌های نسبی و یا در کل تعرفه گذاری رفع چالش‌های عدالت، افزایش کیفیت و پاسخگویی نیست بلکه هدف کاراثر نمودن هر چه بیشتر سیستم پرداخت می‌باشد» (P6). یکی دیگر از آن‌ها در بیان این امر می‌گوید: «تعرفه یک سیاست کلان است و به تنهایی نمی‌تواند تضمین کننده برقراری کیفیت، توزیع عدالت و پایداری مالی گردد. پس نمی‌توان گفت که این کتاب هم به تنهایی می‌تواند برقرار کننده اصول فوق باشد» (P2). در بیان اینکه آیا کتاب جدید باعث افزایش کیفیت می‌گردد یا خیر نظرات مختلفی بیان شد که نشان از عدم پیش بینی آن می‌باشد. مثلاً یکی از آن‌ها می‌گوید: «ممکن است پزشکانی که به پرداخت قدیم عادت کرده‌اند با کاهش ارزش‌ها از کیفیت کار خود کم کنند» (P2). «اگر ضمانت اجرایی داشته باشد نمی‌تواند باعث کاهش کیفیت گردد» (P3). در بیان چالش‌های مربوط به پاسخگویی نیز نظرات متفاوتی بیان شده است که نمونه‌هایی از آن‌ها به شرح زیر می‌باشد: «به دلیل کاهش ارزش برخی خدمات نسبت به روال قدیم شاید منجر به کاهش میزان پاسخگویی گردد» (P7). «در برخی تخصص‌ها شاید باعث افزایش



اعمال منسوخ و جایگزین شدن آن با اعمال نوین بالینی، تعیین ارزش نسبی برای کلیه خدمات بالینی و از آنجا تعیین تعرفه برای کلیه گروه‌های بالینی، حذف نابرابری در میزان پرداختی به گروه‌های تخصصی و بیمارستانهای مختلف و به تبع آن کاهش نارضایتی میان گروه‌های مختلف بالینی و تلاش در جهت کاهش اقدامات نامطلوبی مانند القای غیرضروری خدمات و دریافت‌های زیرمیزی و نارضایتی مردم از جمله این چالش‌ها می‌باشد. از مزایای دیگر کتاب تعرفه‌ای نوین پیشنهادی لحاظ نمودن نظرات گروه کثیری از ذینفعان اعم از پزشکان بسیاری از گروه‌های بالینی، سازمان‌های بیمه گر و دولت بود و این در حالی است که تلاش گردید منافع خدمت گیرندگان بخش سلامت نیز رعایت گردد. چرا که تاثیر مشارکت ذینفعان در اجرایی نمودن برنامه تعرفه امری مسلم می‌باشد (۳۱). به عبارتی دیگر تعرفه گذاری مقوله‌ای است که نمی‌تواند به صورت ایزوله و در فضای بسته به شرح و نگاهت آن پرداخت و باید منافع و نظرات کلیه ذینفعان موثر در آن لحاظ گردد (۳۲). در ارزیابیها و همینطور تدوین تعرفهها در آینده مشارکت جدی ذینفعان در طول فرآیند کار ضروری است و نباید فقط به مراحل انتهایی محدود شود.

از آنجا که بنا به نظر صاحب نظران کشور در تدوین کتاب جدید تعرفه گذاری تعیین ارزش کلیه خدمات کشور بر اساس اصول و مبانی علمی، و نه بر اساس منافع صنفی و یا قدرت چانه زنی، صورت گرفته است؛ بنابراین انتظار می‌رود که اجرای آن باعث حفظ رابطه صحیح میان ارزش خدمات مختلف بالینی و رفع چالش‌های مربوط به عدم تناسب میان ارزش‌های نسبی خدمات گروه‌های مختلف بالینی گردد. تناسب ارزشی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای خدمات بالینی یکی دیگر از مزیت‌های کتاب تعرفه جدید تدوین شده نسبت به کتاب کالیفرنیا می‌باشد این امر خود گامی موثر برای رفع بسیاری دیگر از چالش‌های مرتبط با نظام تعرفه گذاری کشور از جمله رفع بی‌عدالتی میان گروه‌های مختلف بالینی می‌باشد. در تدوین ارزش‌های خدمات بالینی در کتاب کالیفرنیا استناد صرف به کتاب "واحدهای ارزش نسبی خدمات پزشکان" (۱۸) و یا برخی عوامل دیگر نظیر اعمال نظرات برخی ذینفعان غالب در زمان تدوین ارزش‌های نسبی باعث عدم تناسب میان ارزش‌های درون رشته‌ای و میان رشته‌ای خدمات بالینی شده است. از زمان چاپ این کتاب در سال ۱۳۷۲ در عمل اصلاح

پاسخگویی و در برخی دیگر باعث کاهش آن میگردد» (P8).

## نتیجه‌گیری

از حدود سال ۱۹۵۰ به بعد تعیین تعرفه در بسیاری از کشورهای جهان بر اساس تعیین ارزش نسبی مبتنی بر خدمات در گروه‌های مختلف بالینی می‌باشد. کشورهایی مانند آمریکا، کانادا، سوئیس، کره، ژاپن، تایوان، آفریقای جنوبی، بیمه‌های خصوصی بریتانیا، فرانسه، فلیپین و استرالیا از جمله این کشورها می‌باشند (۲۷ و ۲۸). در کشور ما نیز از آغاز دهه هفتاد کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی درمانی موسوم به کالیفرنیا به عنوان تنها مبنای تعیین حق الزحمه پزشکان، محسوب گردید. در این کتاب تلاش پس از گذشت قریب ۲۰ سال مطالعات انجام گرفته نشان داد که در حال حاضر در کتاب مذکور بین ارزش‌های نسبی خدمات سلامت (جزء حرفه‌ای در درون یک رشته و میان رشته‌های بالینی مختلف) تناسب و تعادل وجود ندارد (۱۱). یکی از اثرات منفی ناشی از اجرای این کتاب مذکور، تغییر ترجیح نظام آموزشی کشور به سمت رشته‌های غیر مادر بود (۲۹). در راستای ایجاد تعادل در ارزش نسبی (جزء حرفه‌ای) و جهت رفع مشکلات ذاتی کتاب در حال اجرا، در سال ۱۳۸۴ کتاب تعرفه‌ای جدید با اصلاحاتی تدوین گردید که با توجه به عدم تامین انتظارات برخی رشته‌های تخصصی و در صورت اجرا تحمیل بار مالی بسیار بر نظام سلامت و بر صندوق‌های بیمه‌ای پایه (حدود ۲،۵ برابر) (۳۰) اجرایی نگردید. در ویرایش جدیدی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۸ تدوین و برای اجرا از مهر ۱۳۸۹ ابلاغ گردید به دلیل اعتراض برخی از گروه‌های تخصصی و عدم رضایت آن‌ها از ارزش‌های نسبی تدوین شده برای برخی خدمات بالینی به دلیل کاهش ارزش‌های نسبی جدید نسبت به کتاب قبلی، اجرایی نگردید و اجرا و یا عدم اجرای آن در آینده نیز در ابهام است.

با توجه به ناکامی‌های پیشین در اصلاح کتاب تعرفه گذاری مرجع در سال‌های قبل، در تدوین کتاب نوین تعرفه گذاری تلاش شد خطاهای موجود در کتاب تعرفه گذاری پیشین کاهش یابد. کتاب تدوین شده در سال ۱۳۸۸ در واقع گامی در جهت رفع کاستی‌های کتاب مرجع تعرفه انتشار یافته در سال ۱۳۷۲ و از آن طریق رفع بسیاری از چالش‌های دیگر نظام تعرفه گذاری کشور بوده است. تلاش در جهت ایجاد تعدیل در ارزش‌های نسبی بسیاری از خدمات، حذف

### جدول ۲: دیدگاه خبرگان درباره استفاده از کتاب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی ۱۳۸۸، به عنوان دومین کتاب پیشنهادی تعیین تعرفه در کشور

وجود خدمات نوین و متنوع	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعدد و تنوع در خدمات تدوین شده بدلیل به روز بودن کتاب</li> <li>- تعریف جدید و به روز از خدمات موجود در کتاب</li> <li>- کدهای تعدیلی جدید وضع شده برای کلیه خدمات</li> <li>- حذف خدمات منسوخ</li> </ul>
تناسب میان ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تناسب منطقی میان ارزش‌های نسبی در درون و بین گروه‌ها</li> <li>- تبعیت از کتاب Fee Schedule در تبیین ارزش نسبی</li> <li>- استفاده از کتاب CPT در طبقه بندی و تعریف خدمات بالینی</li> <li>- رعایت جزء بهای تمام شده و جزء سیاسی در تعیین ارزش خدمت</li> <li>- عدم سوگیری و ارزش گذاری به نفع برخی گروه‌های تخصصی</li> <li>- قیمت گذاری و تعیین ارزش نسبی بر اساس منابع موجود</li> </ul>
قابلیت استناد به آن در خصوص کلیه اعمال بالینی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- قابلیت استناد به آن در خصوص کلیه اعمال بالینی</li> <li>- قابلیت استناد به آن در خصوص اعمال شایع (گلوبال)</li> <li>- قابلیت استناد به آن در خصوص اعمال تشخیصی و سرپایی</li> </ul>
فرصت‌ها و چالش‌های مربوط به عدالت، دسترسی، پاسخگویی، کیفیت و پایداری مالی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حذف تقاضای القایی در برخی خدمات</li> <li>- کنترل هزینه‌های نظام سلامت</li> <li>- موضع گیری احتمالی برخی گروه‌های بالینی</li> <li>- عدم موضع گیری گروه‌های بالینی بدلیل رعایت عدالت در تعیین ارزش‌های نسبی</li> <li>- افزایش دسترسی به خدمات ارائه شده در نظام سلامت</li> <li>- در برخی خدمات شاید باعث کاهش کیفیت و در برخی دیگر باعث افزایش کیفیت گردد.</li> <li>- عدم تاثیر کتاب جدید بر روی عدالت، کیفیت، دسترسی، پاسخگویی و پایداری مالی</li> </ul>

افزون کرده است. همچنین بسیاری از صاحب‌نظران کشور بر این عقیده هستند که ارزش‌های تدوین شده در کتاب جدید به گونه‌ای تدوین شده که در صورت تعهد ارائه دهندگان باعث عدم کاهش کیفیت و پاسخگویی در برابر خدمت گیرندگان گردد. همچنین گفته شده تعرفه‌های تدوینی نوین تاثیری بر افزایش هزینه‌های نظام سلامت ندارد، هر چند تایید این ادعا نیازمند مطالعات بیشتر است. به هر حال در این کتاب نیز ارزش‌های نسبی کتاب فهرست هزینه‌های تدوین شده در آمریکا ملاک عمل قرار گرفته، اما با توجه به بروز بودن فهرست خدمات و اجتناب از خطاهای صورت گرفته در کتاب تعرفه کالیفرنیا (تدوین سال ۱۳۷۲)، وزن دهی متناسبی میان خدمات مختلف برقرار شده است و اجرای آن بهبود مناسبی در مقایسه با شرایط کنونی ایجاد می‌کند.

همچنین اعمال ارزش‌های کتاب جدید تعرفه گذاری تدوین شده در سال ۱۳۸۸ به دلیل لحاظ نمودن بسیاری از عوامل موثر در تدوین تعرفه و رعایت معیارهای علمی باعث رفع بسیاری از چالش‌های کنونی می‌گردد.

از آنجا که سیستم تعرفه گذاری کشور به دلیل اهمیت و حساسیت از جایگاه قابل توجهی برخوردار می‌باشد لازم است هر گونه تغییر در تعرفه یک خدمت و اعلام آن به ارگان‌های مختلف علمی و بالینی جهت اعمال، با بررسی‌ها و نظرات کارشناسی دقیق و اعمال اصول مکتوب علمی صورت گیرد (۲). و در صورتی که بر اساس این مستندات و شواهد مزایای این تغییر بر سیاست گذاران و سایر ذینفعان نظام سلامت مشخص گردید، گام‌های عمده‌ای در راستای عملی کردن آن بر داشت. به نظر میرسد اجرای کتاب پیشنهادی تدوین شده در سال ۱۳۸۸ در صورت پذیرش آن از سوی نیروی انسانی بخش سلامت میتواند بخش عمده‌ای از مشکلات نظام تعرفه‌ای را حل کند.

#### تشکر و قدردانی: این مقاله بخشی از رساله کارشناسی

ارشد بوده است که در گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. لازم می‌دانیم از تمامی صاحب نظران محترمی که با وجود مشغله فراوان از صرف وقت خود جهت مصاحبه دریغ نوزیدند، کمال تشکر را به عمل آوریم.

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. ضمن آنکه خروج بخشهای مهمی از خدمات تعرفه‌ای از فهرست شمول این کتاب (مثلا خدمات قلب و عروق) و اعمال موازی نظام پرداخت گلوبال به همراه اجرای کتاب، پیچیدگی‌ها و مشکلات نظام پرداخت را

**REFERENCES:**

1. Paul JG, Jeffrey SH. Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services, World Bank, March 1997, Vol 70, P 175-84
2. Tofighi 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)
3. Hosiao W.C, Stason WB: Toward developing a Relative Value Scale for Medical and surgical services. Health Care Financing rev 1979; 1:23-2
4. Editorials. At last, a rational way to pay for physicians' services? JAMA. Oct 28,1988; 260(16);2439-2440
5. 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)
6. Editorials. Physician Payment Reform: An idea whose time has come. JAMA. Oct 28,1988; 260(16);2441-2443
7. Babashahy S, Akbari Sari A; Rashidian A et al. Payments of Physicians Employed in Public and Private Hospitals after Modification of Surgical and Invasive Services Tariffs. Hakim Research Journal 2012; 15(1): 38- 43.
8. Kalantar M, Moaeiri F, Moazaami M, Saaeikholeslami E and et al. Medical Tariff Relative Values. Ministry of Health, Iran. First Press [Persian], 1993
9. 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
10. 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. Homa salamat Journal 2011;14; 18-23
11. Moazzami M. "Do we want clinical private section in country" Medical tariff. Medical Council of Islamic Republic of Iran. Meeting with the Heads of private hospitals. Available from [http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=4802].
12. Noorbakhash T. Is medical tariff principal problem. Sepid weekly Magazine 2008; 98 (2):3-14. (In Persian)
13. Universal health care insurance. The challenges of Medical tariff. Research lexicon. Monthly News- Educational Magazine 1999; 6-8.
14. Kalantar M, Moaeiri F, Moazaami M, Shaeikholeslami E, et al. Medical Tariff Relative Values. 1st ed. Tehran: Ministry of Health; 2005. (In Persian)
15. 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.
16. Kalantar M, Moaeiri F, Moazaami M, Shaeikholeslami E, et al. Medical Tariff Relative Values. 1st ed. Tehran: Ministry of Health; 2009. (In Persian)
17. Citardi MJ. Current Procedural Technology: History, Structure, Process & Controversies. UTHHealth 2008. [cited 2010 Des 22...]. Available from: URL: http://www.uth.tmc.edu/orl/newsletters/ORL-Update/fall-2009/current-procedural-technology.html
18. 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.
19. Doshmangir L (letter to editor). Where is the roots of problems in medial Tariff system . Journal of Medical Council of Islamic Republic

- of Iran. 2012;29(4):395-396
20. Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani sh, Parkerton P and et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. *Int J Health Plann Mgmt* 2010, DOI: 10.1002/hpm
  21. Adib b, Sasali M, Parvisi S. *Qualitative Methods*. First Published in 2005. Boshra Press, Tehran, Iran.
  22. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground: A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health policy* 2008; 85:148-61.
  23. Doshmangir L, Rashidian A, Akbari S A. Unresolved issues in medical tariffs: challenges and their respective solutions for improving tariff system in Iran's health sector. *Hospital journal* 2012;10(4):1-10[in Persian]
  24. Johnson S.E and Newton W.P, *Resource-based Relative Value Units: A Primer for Academic Family Physicians* *Fam Med*, 2002. 34(3): p. 172-6.
  25. 81 approved of Cardiovascular System. Number of circular 3539/1/3/1997, ک. Tariffs of Cardiovascular System. Number of circular 14120/9/7/1998, ک.
  26. 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)
  27. Zweifel, P. and M. Tai-Seale, An economic analysis of payment for health care services: the United States and Switzerland compared. *Int J Health Care Finance Econ*, 2009. 9(2): p. 197-210.
  28. Daroudi R, Akbari Sari A (dissertation). Determining the relative value of common medical services in physiotherapy, speech therapy and occupational therapy according to resource based relative value scale model in Iran. *Tehran: Tehran University of Medical Sciences*; 2012: 71-76 [In Persian].
  29. 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].
  30. Doshmangir L, Rashidian A, Moaeri F, Akbari S A. Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight to Specialties and Health System Costs. *Hakim Research Journal* 2011; 14(1): 1- 9 [in Persian]
  31. Hosiao W.C, Braun P, Kelly N and et al. Results, Potential Effects and Implementation Issues of the Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA*. Oct 28, 1988; 260(16):2429-2438
  32. 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



# Substitution of 'California' book, the First Clinical and Diagnosis Tariff Reference book in Iran: Expert's View Points

Rasidian A<sup>1,2</sup>(MD, PhD), Doshmangir L<sup>1,3</sup>(M.S)

## Abstract:

**Introduction:** Continuous use of Clinical and Diagnosis Tariffs Reference book (known as 'California' book), published in the early of 1970s, and caused many challenges in the health sector. In order to correct some of these challenges, experts from the Ministry of Health and Medical Education in Iran have developed new tariff book entitled 'relative values of clinical and diagnosis services' in 2008. Due to the importance and great impact of this book on health system costs and income of delivery units, this study intended to study experts' points of views about these tariff references.

**Method:** This is a qualitative study, involving face to face interviews with policy makers at the Ministry of Health and related organizations, and experts who had experiences about medical tariffs. All interviews were recorded and written. We used the thematic framework method for analyzing qualitative data.

**Results:** Presenting relative values for most of clinical services, establishing good balance between relative values of interdisciplinary and intradisciplinary services, and provision of up-to-date tariffs based on health technologies are the advantages of the new tariff book. On the Other hand the new book has some disadvantages such as: doubtful adjustment to information and financial system of country and adaptation with the payment system of the health service sectors. The usage of 'California' book is suggested by some experts but its improper impacts on medical education and delivery of health care services in the country are the most disadvantages of the former book.

**Conclusion:** It seems substitution of 'California' book with new tariff book and use of new tariff book in 2008, have a total positive effect on health system of country. Future efforts should consider correcting of the new book's potential weaknesses and reforming the payment system in the country.

**Key Words:** Relative Values, Clinical Service, Resource based Relative value scale, Fee schedule, Medical Tariffs

1- Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
2- Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Iran  
3- Department of Health Management, School of Medical Information and Management, Tehran University of Medical Sciences, Iran  
Email: Leiladoshmangir@yahoo.com Tel: 02188991112