

## کلاف سردرگم تعرفه های خدمات بالینی: چالش ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری در نظام سلامت ایران

لیلا دشمن گیر<sup>۱</sup>، آرش رشیدیان<sup>۲\*</sup>، علی اکبری ساری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۰/۴/۱۵

### چکیده:

**زمینه و هدف:** تعرفه گذاری یکی از مهم ترین ابزارهای سیاست گذاران نظام درمانی هر کشور است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات تاثیر می گذارد. در صورتی که تعرفه گذاری خدمات مختلف به صورت صحیح و اصولی انجام نگیرد، باعث ایجاد آثار نامطلوب بر استمرار خدمات در نظام سلامت می گردد. مطالعه حاضر به بررسی چالش ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری در نظام سلامت ایران پرداخته است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه به صورت کیفی و از طریق انجام مصاحبه فردی با ۹ نفر از مدیران، سیاست گذاران وزارت بهداشت و سایر نهادهای مرتبط و ارائه کنندگان خدمات بالینی که در امر تعرفه گذاری در کشور صاحب نظر بودند، انجام گردیده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش چارچوب مفهومی استفاده شده است.

**نتایج:** چالش های ذکر شده و راهکارهای اصلاحی پیشنهادی برای چالش های مذکور در محورهای قدرت تولیدی، سیاست گذاری و نظارتی در بخش تعرفه گذاری کشور، ساختار تعرفه گذاری کشور، روش ها و اصول تعرفه گذاری، نظام ثبت هزینه های بخش سلامت و دیگر مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه گذاری می باشد.

**نتیجه گیری:** برای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری در نظام سلامت کشور باید با نگاهی عمیق چالش های موجود را مشخص و راهکارهای مورد نیاز در سطوح مختلف را شناسایی نمود. تبعیت از یک الگوی مشخص، وجود سیاست گذاری و تولید واحد در زمینه تعرفه گذاری خدمات بالینی به عنوان یکی از زیر ساخت های لازم برای جهت دار نمودن این اقدامات، ضروری می باشد.

**کلمات کلیدی:** تعرفه های بالینی، نظام سلامت ایران، ارزش گذاری خدمات بالینی، تولید

۱. دانشجوی دکتری رشته سیاست گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. (\* نویسنده مسئول) ایمیل: arashidian@tums.ac.ir، تلفن تماس: ۰۲۱۸۸۹۹۱۱۱۲
۳. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مقدمه:

شرایط خاص حاکم بر نظام مراقبت های بهداشتی و درمانی به دلیل اینکه غالب خدمات آن، از موارد و مصادیق شکست بازار تلقی می شود، زمینه دخالت دولت ها در این نظام را ایجاد می نماید. یکی از مداخله ها برای جبران نارسایی های بازار تعیین تعرفه خدمات پزشکی و بیمارستانی است (۱). در گزارش ۲۰۰۰ سازمان جهانی سلامت یکی از اثرگذارترین کارکردهای نظام سلامت در جامعه به کارگیری مفهوم تولید<sup>۱</sup> در نظام سلامت می باشد. در این گزارش، تولید به عنوان عملکرد حاکمیت و تاثیر سیاست گذاری نظام های سلامت شناخته شده است (۲). تعرفه گذاری یکی از مهم ترین ابزارهای سیاست گذاران نظام درمانی هر کشور برای اعمال تولید است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات اثرگذار بوده و با آن می توان بر میزان دسترسی و استفاده از خدمات تاثیر گذاشت (۳). از جهت تاثیر بر نظام آموزشی، تصمیم گیری فارغ التحصیلان رشته پزشکی جهت ادامه تحصیل در یک رشته تخصصی خاص و ارائه خدمت در آن حیطه به میزان زیادی تحت تاثیر تعرفه تعیین شده برای خدمات مختلف ارائه شده در آن رشته تخصصی قرار دارد (۴). تعیین تعرفه های خدمات بالینی به شیوه ای علمی و منطقی یکی از عوامل مهم در مدیریت، توسعه و شکل گیری نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می شود (۵).

معمولا در تعیین تعرفه، از برآورد قیمت تمام شده خدمات مختلف و با کمک آن تعیین ارزش نسبی برای آن خدمات استفاده می شود (۶ و ۷). البته شاخص های دیگری نیز باید در تعرفه گذاری در نظر گرفته شوند که لزوما مورد توجه قرار نمی گیرند. مثلا سیاست گذار مجاز است با توجه به شواهد اثربخشی، هزینه اثربخشی، انتظارات جامعه و اهداف کلان نظام سلامت از ابزار تعرفه برای ترویج رفتارهای مورد نظر ارائه خدمت (مثل زایمان طبیعی، دیالیز صفاقی) در مقابل رفتارهای دیگر (مثل زایمان سزارین، دیالیز خونی) استفاده کند و برای رفتارهای مورد نظر تعرفه های بالاتر از هزینه تمام شده در نظر بگیرد و بروز رفتار نامناسب را با کاهش تعرفه کاهش دهد.

در کشور ما نیز بحث تعرفه گذاری خدمات بالینی از حساسیت و اهمیت وافری برخوردار است (۸) و همه ساله به خصوص در زمان تدوین و اعلام تعرفه ها میان وزارت بهداشت، سازمان های بیمه گر و سایر ارگان های بخش سلامت این بحث ها برجسته تر می شوند. در بعضی مواقع اختلاف میان سازمان های تصمیم گیر در خصوص تعرفه شرایطی را ایجاد می کند که برای مثال تعرفه ای تصویب می شود که پزشکان آن

را رعایت نمی کنند و این موضوع همچنان ادامه می یابد (۹). یکی از مهمترین مشکلات و مباحث عنوان شده در این خصوص در نظام سلامت کشور، بحث غیر منطقی بودن تعرفه ها و قیمت های برنامه ای می باشد که به نظر برخی به معنی تعیین تعرفه کمتر از برآورد قیمت تمام شده خدمت ارائه شده است (۱۰). عرضه کنندگان خدمات درمانی با استناد به غیر واقعی بودن تعرفه ها و قیمت های برنامه ای، خدمات درمانی را به طور مطلوب در اختیار مصرف کنندگان قرار نمی دهند و یا در قالب پرداخت های زیرمیزی (و غیر اخلاقی) باعث فشار بیش از حد بر مصرف کنندگان می شوند. همچنین احساس غیر واقعی بودن تعرفه ها باعث می گردد که عرضه کنندگان خدمات از طرف قرارداد شدن با سازمان های بیمه گر خودداری نموده و یا باعث مصرف بیش از حد این خدمات توسط مصرف کنندگان شوند (تقاضای القایی) (۹). البته چنین رفتاری می تواند به دلایل دیگر (مثلا نحوه تعامل سازمان های بیمه گر با ارائه کنندگان خدمت یا سرعت عملکرد سازمان در پرداخت دیون) نیز مرتبط باشد. در کل بسیاری معتقدند تعرفه های موجود در کشور در عمل کشتش لازم جهت تامین هزینه های درمانی را ندارند و نظام کل کشور به لحاظ کیفی از این محل متاثر است و خریدار و ارائه دهنده خدمات درمانی از این برنامه به شدت آسیب می بینند (۱۱). نتایج حاصل از مطالعه انجام شده توسط نوری و همکاران در سال ۱۳۸۶ حاکی از آن بود که مبنای تعیین تعرفه پزشکی در کشور ما از اصول و مبانی علمی تبعیت نمی کند و در چند سال اخیر تعرفه گذاری پزشکی کشور نتوانسته شرایط فعلی قیمت ها را ساماندهی کند. این مطالعه مهمترین عامل موثر بر این امر را آشنایی کم برخی از سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت با مفهوم واقعی تعرفه به عنوان ابزاری برای سیاست گذاری، رفتارسازی و دستیابی به اهداف نظام سلامت می داند و همین امر را دلیل عمده مواجهه با چالش های عمده در اصول اولیه تدوین تعرفه قلمداد می کند (۱۲). همچنین در کشور ما الگویی که بتواند مشخص کننده درآمد واقعی یا درآمد منطقی بخش های مختلف بالینی باشد، وجود ندارد (۱۳). علاوه بر این بی تناسبی و عدم تعادل میان تعرفه های بخش های مختلف ارائه کننده خدمت و تخصص های گوناگون خود مشکل ساز و عامل نگرانی سیاست گذاران بخش سلامت بوده است (۱۰ و ۱۴). مطالعه کمی انجام شده توسط دشمن گیر و همکارانش در سال ۱۳۸۸ بر اهمیت کاهش عدم تناسب تعرفه رشته های مختلف بالینی تاکید کرده و نتایج بدست آمده از آن نشان داد که تعرفه های خدمات مختلف بالینی نه فقط در یک رشته تخصصی بلکه در میان رشته های مختلف بالینی نیز از تعادل لازم برخوردار نیستند و این امر به عنوان یکی از چالش های نظام سلامت می باشد (۵ و ۹). بنابراین

<sup>1</sup> Stewardship

جهت امکان تبادل بهتر افکار و اطلاعات، مصاحبه نیمه ساختارمند به صورت رودررو و همگی (جز یک مورد) در دفتر کار مصاحبه‌شوندگان انجام گردید (۱۷). قبل از انجام مصاحبه با بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، روش های جمع آوری و ضبط داده ها، نقش پژوهشگر و مشارکت کنندگان در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و مشخصات مصاحبه شوندهگان (اعم از نام، نوارهای مصاحبه، نوشتارها) و به کارگیری کد به جای اسم، رضایت آگاهانه مصاحبه شوندهگان اخذ گردید (۱۸). برای انجام مصاحبه از فهرستی از سوالات توصیفی و ساختاری که با مطالعه منابع مرتبط و مصاحبه اولیه با برخی صاحب نظران تهیه شده بود، استفاده گردید. به طور متوسط هر مصاحبه ۵۰ تا ۸۰ دقیقه به طول انجامید. در طی مصاحبه با رضایت مصاحبه شونده، از وسیله ضبط مکالمات استفاده و در مراحل بعدی داده ها نسخه برداری، دسته بندی و تحلیل گردید. برای تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوایی<sup>۱</sup> و طی پنج گام رویکرد چارچوب مفهومی<sup>۲</sup> (شامل آشنا کردن<sup>۳</sup>، تدوین چارچوب مفهومی<sup>۴</sup>، فهرست بندی<sup>۵</sup>، ترسیم جدول<sup>۶</sup> و نگاشت و تفسیر<sup>۷</sup>) (۱۹) به تقلیل داده های حاصل از مصاحبه های نسخه برداری شده پرداخته، به آن ها ساختار و نظام داده و منجر به فراهم آوردن شناخت، بینشی نو و تصویری از واقعیت گردید (۲۰). چارچوب اولیه دارای ۸ موضوع اصلی بود که در تحلیل نهایی به ۵ موضوع اصلی کاهش یافت.

با توجه به حساسیت موضوع تعرفه گذاری، هدف از این مطالعه بررسی چالش های موجود در این زمینه بر مبنای دیدگاه های صاحب نظران کلیدی و شناسایی راهکارهای موثر جهت رفع آن هاست.

### مواد و روش ها:

این پژوهش به صورت کیفی و با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. در این مطالعه با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند افرادی برای مطالعه انتخاب گردیدند که تجربه قابل توجه کاری در این زمینه داشته به گونه ای که بتوانند تجربیات و دیدگاه های خاص خود را درباره موضوع مورد نظر مطرح کنند (۱۵). از آنجایی که این پژوهش در سطح سیاست گذاری کلان کشور صورت گرفته و زمینه آن نیز پیرامون تعرفه تخصص های مختلف بالینی می باشد، بنابراین یک زمینه علمی تخصصی محسوب می گردد و نیاز به دانش تخصصی دارد، افراد شرکت کننده نیز متناسب با محتوای پژوهش از سازمان های مختلف دولتی، نیمه دولتی و خصوصی که در امر تعرفه گذاری کشور صاحب نظر بوده و دارای سابقه اجرایی مرتبط بالای ۳ سال بودند، انتخاب گردید. تعداد مصاحبه شوندهگان به دلیل احساس اشباع داده ها (تکرار تجربیات و اطلاعات قبلی) به تعداد ۹ نفر محدود گردید (۱۶).

جدول شماره ۱: افراد تحت مطالعه کیفی برای بررسی چالش ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری کشور

جایگاه مرتبط شغلی افراد مورد مصاحبه*	خصوصیات مصاحبه شوندهگان
روسای و کارشناسان زمان های مختلف اداره نظارت بر تعرفه و هماهنگی بیمه ای وزارت بهداشت و درمان، دبیرخانه شورای عالی بیمه و مدیرکل دفتر مرتبط، مشاور وزیر بهداشت در امور بیمه ای، عضو شورای اصلاحات در نظام سلامت، معاون سازمان بیمه گر پایه، مشاور امور بین الملل وزارت بهداشت، عضو هیات علمی و پژوهشگر در دانشگاه، وزارت بهداشت، مرکز پژوهش های مجلس و یا سازمان های بیمه گر پایه، رییس شرکت بیمه خصوصی درمان	مدیران و سیاست گزاران وزارت بهداشت و نهادهای مرتبط، ارایه کنندگان خدمات بالینی و بهداشتی، کارشناسان نظام تعرفه گذاری کشور
* این جایگاهها لزوما در زمان مصاحبه نبوده و بسیاری به مسئولیت های پیشین مصاحبه شوندهگان بازمی گردد.	

### نتایج

در مجموع ۵ موضوع اصلی و ۳۷ زیرموضوع مرتبط با وضعیت تعرفه گذاری در نظام سلامت ایران شناسایی شدند که در جدول ۲ آورده شده اند.

در مجموع در این مطالعه ۹ مصاحبه فردی انجام پذیرفت. کلیه افراد برای شرکت در مطالعه موافقت نمودند. نظرات صاحب نظران مورد مصاحبه در خصوص چالش ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری در کشور از این می گردد.

1. Content Analysis
2. Thematic Framework
3. Familiarization
7. Mapping and interpretation

4. Identifying a thematic framework
5. Indexing
6. Charting

جدول شماره ۲: موضوع ها و زیر موضوع های مرتبط با چالش ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری کشور

موضوع ها <sup>۱</sup>	زیر موضوع ها <sup>۲</sup>
موضوع ۱: قدرت تولیدی، سیاست گذاری و نظارتی در بخش تعرفه گذاری کشور	مخدوش بودن قدرت تولیدی، سیاست گذاری و نظارتی در بخش تعرفه گذاری کشور فقدان تولید واحد در نظام تعرفه گذاری کشور فقدان قدرت نظارتی بر اعمال تعرفه های تبیین شده تعدد مراکز تصمیم گذار در تعیین تعرفه ها عدم تبعیت از سیاست واحد در تبیین و اعمال تعرفه ها ترکیب و وزن نادرست اعضای نهاد تعرفه گذاری نادیده انگاشتن تمهیدات قانونی در اجرای تعرفه ها
موضوع ۲: ساختار تعرفه گذاری کشور	یکپارچگی و هماهنگی میان نهادهای تصمیم گیر در تعیین تعرفه ساختار بی طرف و چند تخصصی در تبیین تعرفه ایجاد ساختار مناسب برای تولید اطلاعات و شواهد علمی در بخش تعرفه گذاری ارزش گذاری خدمات بر مبنای ارزش کیفی خدمات و نه ارزش فنی فقدان تعرفه برای برخی خدمات موجود در کشور تبعیت از ساختار منسجم تعرفه گذاری عقد قرارداد برخی ارگان ها با بیمه های مکمل و عدم استناد به تعرفه های تعیین شده تفکیک وظایف میان نهادهای تاثیر گذار در تبیین تعرفه
موضوع ۳: روش ها و اصول تعرفه گذاری	به کارگیری و اعمال اصول علمی و روش واحد در تبیین تعرفه ها قدرت چانه زنی ذینفعان موثر در تعرفه گذاری عدم بهره گیری از الگوی تعرفه گذاری سایر کشورها بدون بومی سازی ارزش گذاری بومی خدمات بالینی قابل ارایه در کشور ارایه الگوی بومی تعرفه گذاری تبیین مبانی نظری تعرفه گذاری لحاظ نمودن هر دو عامل (سیاست گذاری و محاسبه قیمت تمام شده) در تبیین تعرفه لحاظ نمودن نیازهای همه مولفه های تاثیرگذار در تعرفه گذاری بهره مندی از نظرات همه عوامل تاثیرگذار در تعرفه گذاری پرداخت و وزن دهی به خدمات بر اساس نظام پرداخت کشور
موضوع ۴: مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه گذاری در سطح خرد و کلان	تعریف روشن مبانی تعرفه در سطح خرد و کلان تفکیک دو جزء فنی و سیاستی در تبیین تعرفه شفاف سازی مراحل تبیین، میزان و ابلاغ تعرفه ها رسیدن به درک مشترک از مفهوم واقعی تعرفه در بخش سلامت شفاف نبودن بعد سیاستی در اعمال تعرفه تعریف شفاف و واضح از وظایف و حدود و صغور نظام تعرفه گذاری کشور فقدان درک مشترک از مفهوم تعرفه گذاری در بخش سلامت
موضوع ۵: نظام ثبت هزینه های بخش سلامت	پویایی نظام ثبت هزینه های خدمات بالینی حذف خدمات غیرضروری و عدم تبیین تعرفه برای آن ها تغییر و اصلاح در روش و نظام پرداخت بخش سلامت ایجاد فهرست هزینه های <sup>۳</sup> مستقل برای کشور ضعف نظام محاسباتی در محاسبه قیمت تمام شده خدمات بالینی

<sup>1</sup> Themes<sup>2</sup> Sub-Themes<sup>3</sup> Fee Schedule

## موضوع ۱: قدرت تولیتی، سیاست‌گذاری و نظارتی در بخش تعرفه گذاری کشور

تعرفه ابزاری برای رفتارسازی و اعمال حاکمیت و تولید و در نتیجه اهرمی برای سیاست‌گذاری است. در نظر تعداد زیادی از مصاحبه شونده‌گان یکی از مهمترین چالش‌های تعرفه گذاری در کشور مخدوش بودن قدرت تولیتی، سیاست‌گذاری و نظارتی در بخش تعرفه گذاری می باشد. بسیاری از مصاحبه شونده‌گان یکی از مهمترین دلایل مخدوش بودن قدرت تولیتی را عدم تولید واحد در زمینه تبیین تعرفه می دانستند. «فاکتور مهم در تعرفه گذاری، تولید واحد است که در کشور ما وجود ندارد ... در زمینه سیاست‌گذاری، سیاست واحدی در زمینه تعرفه گذاری نداریم» (P<sub>1</sub>). به نظر مصاحبه شونده‌گان، ترکیب نادرست اعضای شورای عالی بیمه به عنوان نهاد تعرفه گذاری خدمات در بخش دولتی باعث نقش بسیار ضعیف وزارت بهداشت به عنوان قدرت سیاست‌گذاری در بخش سلامت می‌گردد. «وزارت بهداشت از ۹ رای تنها ۱ رای دارد در حالی که در بحث سیاست‌گذاری در تبیین تعرفه باید نقش وزارت بهداشت را برجسته نمود» (P<sub>2</sub>). به زعم صاحب‌نظران مختلف وجود مراکز تصمیم گیرنده متعدد که منجر به چندگانگی در تعیین تعرفه ها می شود یکی از مهمترین نشانه های مخدوش بودن قدرت تولیتی و سیاست‌گذاری در بخش تعرفه گذاری کشور می باشد. صاحب‌نظری چنین عنوان می کند «ارگان های مختلف دولتی، غیردولتی، خصوصی و نیمه- خصوصی برای بخش خود اقدام به تعیین تعرفه می کنند» (P<sub>5</sub>) که اشاره به تعرفه‌های خاص یا توافق (ها) میان برخی شرکت‌های بیمه و ارائه‌کنندگان خدمات دارد.

عدم تفکیک وظایف مرتبط با تعرفه گذاری میان ارگان های مختلف تبیین تعرفه و عدم تبعیت از سیاست واحد در زمینه تعرفه گذاری کشور نیز نشانی دیگر بر مخدوش بودن قدرت سیاست‌گذاری و نظارتی در بخش تعرفه‌گذاری کشور می باشد که صاحب‌نظران در مصاحبه به طرق مختلفی به بیان آن پرداختند. صاحب‌نظری در این خصوص می گوید «در زمینه تعرفه گذاری میان وظایف وزارت بهداشت، رفاه و نظام پزشکی و ... تفکیک صورت نگرفته است» (P<sub>4</sub>). نادیده انگاشتن تمهیدات قانونی در اجرای تعرفه ها نیز خود دلیلی دیگر بر ضعف نظام نظارتی در بخش تعرفه گذاری کشور می باشد" در کشور ما گاه‌ها مشاهده می شود برخی سازمان های دولتی و غیردولتی به تعرفه های تبیین شده پایبند نیستند و هیچ اقدام تنبیهی قابل توجهی نیز در مورد آن ها صورت

نمی گیرد" (P<sub>3</sub>). بنابراین با توجه به موارد مذکور در لزوم اصلاح وضعیت تعرفه گذاری کشور نیز آنچه که تمامی صاحب‌نظران بر آن اتفاق نظر داشته و به کرات نیز بر آن تاکید می نمودند، تغییر ساختار سیاست‌گذاری و تولیتی در زمینه تعرفه گذاری در کشور می باشد «باید ساختار تولیتی کشور تغییر کند» (P<sub>8</sub>). اکثر صاحب‌نظران بر این عقیده بودند که یکی از بزرگترین گام ها برای اصلاح وضعیت تعرفه ای کشور، ایجاد تغییر در قدرت تعرفه گذاری کشور اعم از قدرت سیاسی و تولیتی بود. نمونه هایی از گفته های آن ها شامل عبارات زیر می گردد: «باید نقش وزارت بهداشت در زمینه سیاست تعرفه گذاری بیشتر از این بشه» (P<sub>1</sub>). «باید نظارت دقیق بر حسن اجرای تعرفه از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گیرد به گونه ای که اختلاف هزینه درمان بیماری در بخش خصوصی و دولتی کاهش یابد» (P<sub>2</sub>). در بیان لزوم تولید واحد در بخش تعرفه گذاری کشور صاحب‌نظران مختلف به بیان نظرات مختلفی پرداختند که اغلب آنها تایید کننده یکدیگر بودند «در زمینه تبیین تعرفه باید تولید واحدی وجود داشته باشد» (P<sub>7</sub>) «باید از نظرات صاحب‌نظران مختلف در تبیین تعرفه استفاده و درعین حال یک تصمیم گیرنده نهایی وجود داشته باشد» (P<sub>8</sub>) و یکی دیگر از آن ها چنین عنوان می کند: «یکی سازی مراکز تصمیم گیرنده در زمینه تبیین تعرفه امری مسلم به شمار می آید» (P<sub>4</sub>). جایگاه لازم برای تبیین تعرفه در یک واحد سیاست‌گذاری امری بود که مصاحبه شونده‌گان در گفته های خود به آن اشاره می نمودند. «این واحد باید دولتی باشد زیرا سیاست‌گذاری حاکمیتی است» (P<sub>7</sub>).

## موضوع ۲: ساختار تعرفه گذاری در کشور:

مطالعات متعدد حاکی از آنند که یکی از مهمترین عوامل موثر بر تعرفه گذاری در هر کشوری بکارگیری ساختار مناسب برای آن می باشد (۲۱). به زعم بسیاری از مصاحبه شونده‌گان، تعرفه گذاری در کشور ما از ساختار مناسب و منطقی برخوردار نیست به گونه ای که عدم وجود ساختار بی طرف و دخالت گروه های مختلف ذینفع متناسب با انگیزه اقتصادی را دلیلی بر این مدعا می دانند. از جمله آن می توان به نظر یکی از صاحب‌نظران در این خصوص اشاره کرد که می گوید: «گروه های مختلف ذینفع در تبیین تعرفه دخالت داشته و باعث عدم تبیین تعرفه واحد در کشور می گردد و این باعث به هم خوردن ساختار تعرفه گذاری کشور می شود» (P<sub>1</sub>). دیگری در این خصوص می گوید: «در طول زمان که کتاب کالیفرنیا (اولین مرجع تعرفه گذاری در کشور) مورد استفاده قرار گرفت، متخصصان رشته های مختلف در زمان اجراء تغییراتی اعمال کردند که ناشی از ضعف در ساختار تعرفه گذاری ما است نه خود کتاب» (P<sub>2</sub>). صاحب‌نظر دیگری عنوان می کند: «قدرتی که بیمه ها در تعیین تعرفه ها دارند، حتی اگر نظر کارشناسی هم ندهند کسی نمی تواند حرفی بزند و این یعنی

<sup>1</sup> Participant

خداشه به ساختار تعرفه گذاری» (P<sub>4</sub>). «انگیزه اقتصادی ناشی از تعرفه گذاری نادرست باعث بهره بردن) بیش از حد و کمتر از حد یک خدمت (بعضی خدمات) شده است و این نشان دهنده ضعف در ساختار تعرفه گذاری ماست» (P<sub>6</sub>). عدم هماهنگی و یکپارچگی میان سازمان های مختلف تصمیم گیرنده ناشی دیگر بر ضعف در ساختار نظام تعرفه گذاری کشور می باشد به گونه ای که یکی دیگر از صاحبانظران در بیان آن می گوید «در زمینه تعیین تعرفه میان گروه های مختلف تصمیم گیرنده هماهنگی وجود ندارد. هر گروهی قدرتش بیشتر، سود بیشتری نیز در تعرفه گذاری می برد» (P<sub>3</sub>).

از جمله دیگر ضعف های تعرفه گذاری که برخی از مصاحبه شوندگان در سخنان خود به آن ها اشاره کردند می توان عدم وجود تعرفه های واقعی و منطقی، توجه زیاد به جزء فنی تعرفه (مثلاً پیچیدگی انجام خدمت درمانی) در مقایسه با جزء سیاستی تعرفه (اینکه آیا خدمت درمانی اساساً خدمتی مطلوب و مطلع از شواهد<sup>۱</sup> است)، عدم هماهنگی میان اجزای تبیین تعرفه با نظام جمع آوری اطلاعات و نبود مبانی و الگوی تصمیم گیری برای محاسبه تعرفه را نام برد. صاحب نظری در بیان اصلاح این وضعیت می گوید: «لازمه تعرفه گذاری ایجاد یک ساختار بی طرف و چند تخصصی است» (P<sub>3</sub>). برخی دیگر از صاحبانظران نیز جهت ایجاد ساختار تعرفه گذاری مناسب در کشور به بیان راهکارهای دیگری پرداخته اند که نمونه ای از آن چنین است: «اجرای اصول تعرفه گذاری باید با توجه به سایر نظام ها و در کنار سایر اهرم های کنترل صورت گیرد» (P<sub>8</sub>). «باید در ایجاد یک ساختار تعرفه گذاری مناسب در کشور دقت شود» (P<sub>2</sub>). شاید برخی اقدامات جدید در تدوین تعرفه های بومی در وزارت بهداشت حرکتی در این جهت باشد. به هر روی تفکیک وظایف میان نهادهای تاثیر گذار در تبیین تعرفه و الزام هر یک به تبعیت از یک ساختار منسجم تعرفه گذاری از جمله دیگر راهکارها برای اصلاح ساختار نظام تعرفه گذاری کشور می باشد.

### موضوع ۳: روش ها و اصول تعرفه گذاری:

به زعم برخی از صاحبانظران تبعیت از نظام تعرفه گذاری سایر کشورها به دلیل نبود الگوی مشخص برای تعیین ارزش خدمات پزشکی و عدم استفاده از اصول علمی در تعرفه گذاری باعث ایجاد چالش های عمده ای در تعرفه گذاری کشور شده است به گونه ای که می گویند: «تعرفه گذاری در کشور به صورت دیمی بوده و بر اساس اصول صحیح علمی

صورت نمی گیرد» (P<sub>8</sub>) و بر این باورند که «در تعیین تعرفه های کشوری استاندارد واحدی وجود ندارد» (P<sub>1</sub>). بسیاری از مصاحبه شوندگان بر این عقیده هستند که دلیل اصلی استناد به کتاب کالیفرنیا (اولین مرجع تعرفه گذاری در کشور) بعد از گذشت چندین سال این است که هنوز روش صحیحی در کشور جهت تعرفه گذاری اتخاذ نشده است. «تعرفه گذاری در کشور بر اساس چانه زنی و مباحثه های وقت گیر می باشد، به جای اینکه روش مناسب تعرفه گذاری را اتخاذ کنیم» (ارزش گذاری بومی، وجود روش مورد توافق همه ذینفعان، آشنایی با الگوهای تعرفه گذاری جهت تبیین الگوی مناسب در کشور و ایجاد مبانی نظری تعرفه گذاری عواملی هستند که بسیاری از مصاحبه شوندگان بر آن تاکید می نمودند. یکی از مصاحبه شوندگان می گوید: «فقدان مبانی نظری در زمینه تبیین تعرفه باعث شده هنوز روش مناسبی نداشته باشیم» (P<sub>2</sub>) و «اول باید استاندارد مناسب ایجاد و بعد بر اساس آن روش مناسبی را پایه ریزی کنیم» (P<sub>1</sub>).

در پایه ریزی هر ساختاری تبعیت از اصول علمی و صحیح لازم است (۲۲). اکثر صاحبانظران نیز در گفته های خود به آن اشاره کرده و لازمه ایجاد نظام تعرفه گذاری مناسب در کشور را پایه ریزی آن بر اساس اصول علمی و صحیح می دانند. به زعم برخی از شرکت کنندگان لزوم یادگیری و نهادینه کردن یک روش تعرفه گذاری بر اساس اصول علمی و متناسب با شرایط کشور و با نظر کارشناسان و مشارکت ذینفعان یک اصل اجتناب ناپذیر بوده و حتماً باید به آن توجه شود. بررسی مبانی تعرفه گذاری خدمات تشخیصی و درمانی و آرایه یک الگو برای تعرفه گذاری در کشور از موارد مهمی است که در اظهارات مصاحبه شوندگان مختلف جهت اجرای اصول علمی و صحیح تعرفه گذاری به چشم می خورد. برخی دیگر از صاحبانظران نیز در بیان تاکید بر اهمیت تعرفه گذاری بر اساس اصول علمی به سایر عواملی که می تواند منجر به خدشه دار شدن این اصل گردد اشاره و بر آن تاکید می نمایند «تعرفه گذاری باید بر اساس اصول علمی باشد و نه صرفاً تمایلات سیاسی و نظر قدرتمندان دخیل در تعرفه گذاری لحاظ شود» (P<sub>9</sub>). یکی دیگر از مهمترین مواردی که صاحبانظران مختلف به منظور اقدام جهت تعرفه گذاری مناسب به آن اشاره نموده و به کرات نیز عنوان می کردند، ارزش گذاری بومی خدمات مختلف بالینی در کشور بود. به گفته یکی از آنان «در هنگام تبیین تعرفه باید شرایط حاکم بر کشور در نظر گرفته شود» (P<sub>1</sub>). «برای تعرفه گذاری باید الگوی بومی داشته باشیم که می تواند ترکیبی از چند روش پرداخت باشد» (P<sub>3</sub>). «می توانیم الگوی تعرفه گذاری کشور دیگری را گرفته و بعد از بومی سازی از آن استفاده کنیم» (P<sub>7</sub>). بسیاری از صاحبانظران بنیان بسیاری از چالش های ناشی از تعرفه گذاری کشور را عدم ارزش گذاری بومی تعرفه های خدمات بالینی بر شمرده و اظهار داشتند که در پیاده سازی هر نظامی

<sup>1</sup> Evidence informed

### موضوع ۵: نظام ثبت هزینه های بخش سلامت

برخی از صاحب نظران در بیان اصلاح وضعیت تعرفه گذاری کشور به پویا نمودن نظام ثبت هزینه های بهداشت و درمان اشاره کرده و این امر را گامی مهم در ایجاد جدول فهرست هزینه های کشوری عنوان می نمودند. «فعال شدن نظام محاسباتی و ثبت هزینه های درمانی زمینه ساز ایجاد جدول فهرست هزینه هاست» (P<sub>1</sub>). پویایی و به روز بودن نظام ثبت هزینه ای کشور منجر می گردد که میزان قیمت پرداختی برای کلیه اعمال بالینی به طور دقیق ثبت گردد. نظام ثبت دقیق کشوری اجازه می دهد تا در زمان نیاز به تعیین تعرفه خدمات طبعاً به صورت سالانه، در فاصله زمانی کم اقدام به جمع آوری داده های مربوطه نموده و آن را در تعرفه گذاری کشور دخیل سازیم «وقتی نظام ثبت هزینه ای مناسب در کشور طراحی شود باعث می گردد که قیمت تمام شده تمام خدمات همواره در دسترس بوده و این امر زمینه ساز تعرفه گذاری اصولی بر اساس قیمت تمام شده خدمات می گردد» (P<sub>6</sub>). به منظور موفقیت در این امر برخی از صاحب نظران به ذکر پاره ای اقدامات پرداختند که از جمله آن می توان به عبارت زیر اشاره نمود «نظام مدیریتی قوی و کارآمد جهت کنترل و تعدیل هزینه ها لازم است» (P<sub>9</sub>) و صاحب نظر دیگری در این خصوص می گوید: «باید در ثبت و محاسبه هزینه ها نظارت مناسبی لحاظ شود» (P<sub>4</sub>). برخی دیگر از صاحب نظران نیز بر این باور بودند که در صورتی که خدمات غیر ضروری از نظام سلامت کشور حذف شود این امر باعث می گردد که دیگر هزینه ای برای اینگونه اعمال در نظر گرفته نشده و به تدریج تعادل لازم نیز در نظام پرداخت هزینه ها بابت خدمات ارایه شده به وجود می آید. برخی دیگر از صاحب نظران نیز لازمه پویاتر نمودن نظام ثبت هزینه های بهداشت و درمان را تغییر و اصلاح در روش و نظام پرداخت فعلی در بخش سلامت کشور می دانند.

### بحث و نتیجه گیری:

به رغم اهمیت بالای موضوع تعرفه ها در نظام سلامت ایران، تاکنون مطالعات بسیار اندکی در این زمینه صورت گرفته است. این مطالعه چارچوبی شفاف برای ارزش گذاری منطقی خدمات بالینی در کشور و درک عوامل کلیدی اثرگذار بر تعرفه گذاری مناسب خدمات مختلف تشخیصی و درمانی ارایه می دهد. در این چارچوب موضوع اصلی برای شناسایی چالش های اصلی تعرفه گذاری ذکر شده و با توجه به زیرموضوع های متناظر آن می توان برخی مداخلات موثر برای رفع این چالش ها را شناسایی نمود. مطالعات متعددی در زمینه چالش ها و راهکارهای اصلاحی در زمینه تعرفه گذاری در کشورهای دیگر صورت گرفته است. در پژوهش انجام شده در زانویه سال ۲۰۰۴، نظام تعرفه پزشکی

باید شرایط آن کشور لحاظ شود. «هنگام تعیین تعرفه باید شرایط کشور اعم از توان مردم، نوع نظام پرداخت و سهم سرانه نیز در کنار هزینه تمام شده، استهلاک و سود سرمایه مورد توجه قرار گیرد» (P<sub>2</sub>). «ارزش گذاری خدمات باید متناسب با توان اقتصادی مردم کشور خود بوده و واکنش مردم و سایر مولفه های متأثر از تعرفه گذاری را در نظر بگیریم» (P<sub>7</sub>). «تعیین تعرفه با لحاظ منابع موجود کشور در بخش سلامت و تعهدات مربوط به بیمه ها انجام شود، یعنی ما باید حتماً شرایط کشور را در نظر بگیریم» (P<sub>9</sub>).

### موضوع ۴: مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه گذاری در سطح

#### خرد و کلان:

یکی از عوامل موثر در پایه ریزی مناسب نظام تعرفه گذاری کشور تعریف شفاف و روشن آن در سطح خرد و کلان می باشد (۲۳). این امر یکی از مواردی است که به نظر بسیاری از صاحب نظران، در کشور مورد غفلت واقع شده است. «تعریف روشن وظایف و حدود و ثغور نظام تعرفه گذاری کشور باعث شفافیت ابعاد مختلف آن می گردد.» (P<sub>8</sub>) یکی دیگر از صاحب نظران در این خصوص می گوید: «یکی از اجزای تعرفه که آن را قیمت برنامه ای می کند در نظر گرفتن بعد سیاستی است که در ایران شفاف نیست» (P<sub>2</sub>) دیگری در بیان شفاف سازی تعرفه ها اینگونه بیان می کند: «تعرفه ها باید شفاف شوند، ما باید جزء فنی و غیر فنی را جدا کنیم. این امر باعث شفافیت در تعرفه گذاری می شود» (P<sub>4</sub>). برخی صاحب نظران بر این باورند که اگر بخواهیم نظام تعرفه گذاری در کشور را خوب نهادینه کنیم ابتدا لازم است به تعریف روشن مبانی تعرفه در کشور بپردازیم به گونه ای که یکی از مصاحبه شونده ها می گوید. عدم تعریف شفاف نظام تعرفه گذاری در کشور باعث شده است که درک مشترکی از مفهوم واقعی تعرفه میان سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت وجود نداشته باشد. مثلاً برخی از کارکنان و صاحب نظران بخش سلامت تعرفه و قیمت تمام شده خدمات را یکسان پنداشته و به بعد سیاست گذاری در تبیین تعرفه به عنوان ابزاری اصلی در رفتار سازی در بخش سلامت توجهی ندارند. یکی از صاحب نظران عنوان می کند «بازار سلامت باید تعرفه را حاکم کرده و تعرفه نیز لزوماً نباید تناسب ۱ به ۱ را رعایت کند (به نسبت افزایش قیمت تمام شده افزایش یابد)» (P<sub>3</sub>). عدم تعریف شفاف مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه گذاری باعث شده است که بسیاری از کارشناسان و سیاست گذاران بخش سلامت کشور هنوز به درک مشترک از مفهوم واقعی تعرفه در بخش سلامت کشور دست نیابند.

ضرورت دارد. مطالعه انجام گرفته به بیان راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری کشور می پردازد و اقدامات علمی و عملی را در این خصوص ارائه می کند. یافته های این مطالعه در برگزیده رهنمودهای عملی قابل توجهی می باشد. مدیران و سیاست گذاران وزارت بهداشت و نهادهای مرتبط در یک بازنگری اساسی نسبت به وضعیت تعرفه گذاری در کشور، باید در حرکتی منسجم و هماهنگ موضوع تعرفه گذاری در بخش سلامت کشور را به صحنه بحث و تبادل نظر بیاورند. بر این اساس لازم است تلاش کنند درک روشن و مشترکی از مفهوم تعرفه گذاری ایجاد شود. ایجاد دورنمای روشنی از تاثیر هر گونه تغییر در نظام تعرفه گذاری کشور بر رفتار و عملکرد ذینفعان تغییر تعرفه یعنی دولت، پزشکان، سازمان های بیمه گر و مردم ضرورت دارد. لازم است با تبیین راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری در کشور بر اساس نتایج بدست آمده در این مطالعه گامی اساسی در این مسیر برداشت و در طی این مسیر از نظرات تمامی ذینفعان بهره برده و بر اساس شواهد بدست آمده از مطالعه های مختلف و متناسب با شرایط کشور اقدام کرد.

در به کارگیری نتایج این مطالعه باید به محدودیت های آن توجه شود. انجام مطالعه کیفی با به کارگیری ابزار مصاحبه با صاحب نظران و مشکلات دسترسی به مصاحبه شوندگان به دلیل مشغله فراوان آن ها از جمله محدودیت هایی است که در مطالعه های مشابه مشاهده شده است که تلاش گردید با پاستمرار بر این امر بر آن غلبه شود. محدودیت مهم دیگر محدود بودن تعداد صاحب نظرانی است که در زمینه تعرفه شناخت عمیق دارند. همچنین با توجه به این که در طول سال ها بسیاری از مصاحبه شوندگان در تصمیم گیری ها با یکدیگر در تعامل هستند ممکن است دیدگاه ها در طول زمان به هم نزدیک شده و بررسی جامع موضوع دشوار شده باشد. بنابراین پژوهشگران تلاش کردند که تا حد ممکن تحلیل یافته ها با توجه به دیدگاه مصاحبه شوندگان انجام گیرد.

### 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 می دانیم از تمامی صاحب نظران محترمی که با وجود مشغله فراوان از صرف وقت خود جهت مصاحبه دریغ نورزیدند، کمال تشکر را به عمل آوریم.

جدیدی در کشور سوئیس با نام تارمد<sup>۱</sup> اجرا شد (۲۴). این نظام بر اساس ویژگی های خدمات ارائه شده توسط پزشکان و بخش سرپایی بیمارستان ها طرح ریزی شد. نظام تارمد کلیه خدمات تعریف شده توسط طرح اجباری برنامه بیمه سلامتی سوئیس را پوشش می داد. هدف از اجرای این نظام تعرفه ای، شفاف سازی در ارائه خدمات بالینی، توزیع درآمد میان گروه های مختلف پزشکی و بررسی کلی هزینه های مراقبت های سلامتی بود. در اجرای این برنامه پژوهشگران دو عامل مهم را در نظر گرفتند. اول آنکه تاثیر مشارکت ذینفعان در اجرای برنامه امری مسلم است. پژوهشگران اذعان داشتند که تعرفه گذاری نمی تواند به صورت ایزوله و در فضای بسته صورت گیرد چرا که در چنین حالتی حتی اگر تعرفه گذاری بر اساس اصول علمی نیز صورت گیرد ولی از آنجا که نظرات ذینفعان مختلف لحاظ نشده از اجرایی نمودن آن نیز خودداری خواهند کرد (۲۴). دوم آنکه اجرای نظام تعرفه، نباید باعث افزایش هزینه های نظام سلامت گردد. نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر آن بود که با اجرای این نظام امکان مقایسه خدمات ارائه شده در نواحی و زمان های مختلف فراهم و همچنین توزیع مجدد منابع میان گروه های مختلف پزشکی را ممکن ساخته و اخذ تصمیمات دقیق تر در مورد هزینه های خدمات فردی بر اساس اصول علمی را میسر می کند (۲۴).

از زمان پایه ریزی ساختاری برای تعیین تعرفه در کشور تا کنون، همه ساله موضوع تعرفه گذاری در کشور یکی از بحث های حساس و چالش برانگیز بوده و تبعیت از الگویی واحد جهت تعرفه گذاری ناممکن به نظر می رسد (۹). به طور کلی یافته های حاصل از این مطالعه بیانگر عدم سیاست گذاری درست و مطلع از شواهد و ساختار نامناسب تعرفه گذاری در کشور می باشد. به گونه ای که اشاره گردید از نظر صاحب نظران مهمترین دلایل مرتبط با چالش ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری کشور، قدرت تولیدی، سیاست گذاری و نظارتی در بخش تعرفه گذاری کشور، ساختار تعرفه گذاری، روش ها و اصول آن، مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه گذاری در سطح خرد و کلان و نظام ثبت هزینه های بخش سلامت هستند. در اصلاح نظام تعیین تعرفه، تغییر مرجع رسمی تعرفه گذاری از کتاب کالیفرنیا موجود در کشور - به دلیلی که در بالا ذکر شد و به خصوص بی تناسبی پرداخت درون رشته ای و میان رشته ای در تخصص های مختلف بالینی و عدم سازگاری با شرایط روز - به مرجع دیگری که معایب موجود در کتاب کالیفرنیا موجود را نداشته باشد

<sup>۱</sup> TARMED (Medical Tariff)



## References

- medical tariff (Research project). Islamic Parliament Research Center: Iran, Tehran.2008:112-113. (In Persian)
- Tariff has challenges in base. Medical Network Information system 2007. [cited 2009 Jul 2]. Available from: <http://www.pezeshki.net/fa/content/section/12/101>. (In Persian)
  - Moazzami M. Finally, do we want clinical private section in country. Meeting with the Heads of private hospitals. Medical Council of Islamic Republic of Iran. June 2007 ; Tehran, Iran. [cited 2009 Mar 12]. Available from: [URL:http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection](http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection).
  - Morse JM. Read me first: For a User's guide to qualitative methods. London: Sage , 2002:113-114.
  - Hsiu-Fang Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Res* 2005; 15(9):1277-1288.
  - Adib b, Sasali M, Parvisi S. *Qualitative Methods*. First Published in 2005. Boshra Press, Tehran, Iran
  - 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
  - Rashidian A. (dissertation) Study of Adherence to Guidelines and Evidence (SAGE): Theory-based analyses of beliefs, attitudes and prescribing outcomes in British primary care. University of York, Department of Health Sciences 2004
  - 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.
  - Gentler PJ, Hammer JS. Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services. World Bank Policy Research Working Paper No. 1762: US, California. 1997:1-37
  - 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. *Homasal Journal* 2011. [In Press]. (In Persian)
  - Loghmanian M. Comparative study of tariff mechanisms in selected countries and designing a model for Iran. Medical services insurance organization: Iran, Tehran. 2005: 82-83. (In Persian)
  - 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
  - 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)
  - WHO. The World health report2000: Health systems: improving performance. Geneva:World health organization2000
  - 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.
  - Results and policy implications of the Resource-Based Relative Value study. *N Engl J Med*1988;319:881-888 [http://papers.ssrn.com/sol3/cf\\_dev/AbsByAuth.cfm?per\\_id=141183](http://papers.ssrn.com/sol3/cf_dev/AbsByAuth.cfm?per_id=141183)
  - Doshmangir L, Rashidian A, Moaeiri F, Akbari Sari A. Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight of Specialties and Health System Costs. *Hakim Research Journal* 2011; 14(1): 1- 9
  - Hosiao W.C, Stason WB: Toward developing a Relative Value Scale for Medical and surgical services. *Health Care Financing rev* 1979; 1:23-2
  - Braun P, Hosiao W.C, Becker R.E and et al. Evaluation and Management Services in the Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA* .Oct 28,1988; 260(16);2409-2417
  - Noorbakhash T. Is medical tariff principal problem. *Sepid weekly Magazine* 2008; 98 (2):3-14. (In Persian)
  - 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].
  - Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2011;26(3):e-۱۲۱e37.
  - Zamani R. (dissertation) Contrasting trend of price index of approved medical tariff and hospital's daily bed with retailed price of goods and health services. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2002 [In Persian].
  - Noori M, Monazam K, Manavi S. Study of policy making and rating the challenges of

## Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors

Doshmangir L<sup>1,2</sup>, Rashidian A<sup>\*1,3</sup>, Akbari Sari A<sup>1,3</sup>

Submitted: 9.4.2011

Accepted: 6.7.2011

### Abstract:

**Background:** Medical tariff is one of the most important tools for health policy making in a country that influences equity, efficiency, quality and accountability of service deliveries. If relative values for different services are not determined correctly, it may have negative consequences on availability and sustainability of care. This study was designed to assess the challenges and respective solutions of the tariff system in Iranian health sectors.

**Materials & methods:** This is a qualitative study, involving nine face to face interviews with health managers, policy makers and researchers at the Ministry of Health and Medical Education and relevant organizations, as well as public and private institutions and service providers who had experiences in medical tariff. We used the thematic framework method for analyzing qualitative data.

**Results:** The problems and respective solutions were classified into stewardship power, policy making and surveillance for tariff setting, structural organization of medical tariff system, methods and principles of setting the tariffs, medical costs recording systems and other concepts related to the medical tariff system in the health sector.

**Conclusion:** To improve medical tariffs system in the country, one need to have a deep understanding of the current challenges and potential solutions in different levels. It is advisable to follow a clear model based on focus on policy-making and stewardship of medical tariffs system as an important cornerstone of any effort to rectify the current situation.

**Key words:** Relative values in medical services, Health sector, Medical tariff, Stewardship

---

1. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
(\* Corresponding Author): National Institute of Health Research, No 78, Italia Ave, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 88991112  
Fax: +98- 21- 88991113, E-mail :arashidian@tums.ac.ir

2. School of Management & Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran