

Untangling the Complex Knot of Health Services Tariffs in Iran

Leila Doshmangir¹ , Farhad Kouhi^{2*}

¹ Department of Health Policy and Management, Tabriz Health Services Management Research Center, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Treatment Deputy, Social Security Insurance Organization, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Perspective

Article History:

Received: 29 Jan 2025

Accepted: 8 Mar 2025

ePublished: xxxx

Keywords:

Health Tariffs,
Health System,
Health Policy

Abstract

The health services tariff system is a cornerstone of every nation's healthcare system, with direct implications for resource allocation, service quality, and public access to healthcare. With the enactment of the Universal Health Insurance Act in November 1994, efforts were made to establish a scientific, structural, and legal foundation for setting tariffs for diagnostic and therapeutic services. This initiative aimed to enhance efficiency and equity while increasing stakeholder satisfaction within the healthcare system. Since then, government oversight and interaction between service providers and consumers have determined health services tariffs (diagnostic and therapeutic services). However, the tariff-setting mechanisms and the resulting tariffs have consistently faced criticism from healthcare stakeholders. Evidence suggests that, despite 30 years of implementation, the Act has fallen short of achieving its legislative objectives. Both the supply and demand sides of healthcare services remain dissatisfied with the approved tariffs under this framework. Service providers, particularly in recent years, argue that the tariffs are unrealistic and fail to cover service costs. Concurrently, patients and insurers express dissatisfaction with the financial burdens imposed on them.

Doshmangir L, Kouhi F. Untangling the Complex Knot of Health Services Tariffs in Iran. *Depiction of Health*. 2025; 16(1): xxx-xxx. doi: 10.34172/doh.2025.02. (Persian)

Introduction

In Iran, healthcare services are provided through public and non-public sectors, including semi-public, charitable, and private entities. One of the longstanding challenges in the Iranian health system, which has existed for over five decades, is the issue of tariff-setting and pricing healthcare services.

Since the enactment of the Universal Health Insurance Law in 1994 and the subsequent efforts to reform the healthcare tariff system, annual debates emerge toward the end of each year, coinciding with the approval of the national budget law. These discussions focus on the tariffs for the upcoming year and their implications for equity, efficiency, quality, and accountability in healthcare service delivery.¹

The medical community expresses concern over unrealistic tariffs that fail to align with inflation rates and rising national healthcare costs. Meanwhile, the public voices dissatisfaction with the limited financial coverage provided by insurance schemes and the high out-of-pocket expenses. On the other hand, policymakers highlight challenges such as induced demand, informal payments, physicians' preference for private over public sector practice, declining service quality, and workforce migration. These interconnected issues collectively constitute significant dimensions of the healthcare tariff challenge.

In 1982, the California Book was published. This book introduced a coding system for diseases and

* Corresponding author; Farhad Kouhi Heidari, E-mail: farhad@gmail.com



assigning specific units for medical services. This book laid the foundation for tariff-setting and price regulation of healthcare services in Iran.

Following the enactment of the Universal Health Insurance Law in 1994, efforts were made to achieve universal insurance coverage within a maximum of five years while also establishing a clear scientific and legal basis for determining healthcare tariffs. As a result, the definitions in Clause (8) of Article (1) and the principles set out in Article (8) of the same law are still the only legal foundations for setting tariffs in the country. Based on these provisions, the tariffs for diagnostic and therapeutic services in public and non-public sectors are proposed annually by the Supreme Council of Health Insurance and subsequently approved and announced by the Cabinet of Ministers.

In 1996, the first translation of the California Relative Value Book was introduced in Iran, forming the basis for tariff-setting of commonly performed healthcare services. This revision, undertaken by the Iranian Ministry of Health, was intended to standardize the valuation of medical services nationwide.² Between 1996 and 2010, the book underwent three revisions in 2005, 2009, and 2010 through translations of updated versions of the United States Relative Value Scale (RVS), albeit with certain modifications. However, none of these revised editions were officially adopted as the standard reference for tariff-setting.

In 2014, with the implementation of Iran's Health Transformation Plan, the Relative Value Scale (RVS) for Medical Services and Care was revised to ensure more realistic tariffs and to address issues such as informal (under-the-table) payments, inter-specialty inequalities, and high out-of-pocket expenditures. As part of this revision, the number of relative value units assigned to medical services was significantly increased compared to the previous version of the book. According to the resolutions of the Supreme Council of Health Insurance, the financial impact of this revision was expected to be capped at a maximum of 2.2 times the previous version.

While the initial years of the Health Transformation Plan appeared to achieve these objectives to some extent, recent observations indicate a significant resurgence of informal payments to healthcare providers.³ Some experts attribute the failure to sustain these reforms primarily to the widening gap between diagnostic and therapeutic service tariffs in the public and private sectors.

Historically, before the 1990s, no disparity existed between the tariffs for medical services in public and non-public sectors. However, at the beginning of that decade, a differentiation process began: in 1991, tariffs for hospital accommodation services (hoteling); in 2000, tariffs for outpatient physician visits; and in 2004, tariffs

for relative value-based services (K coefficient) were separately defined for the public and private sectors. Over time, this gap expanded substantially—from less than 25% to multiple times the original difference. This trend contradicts Clause (8) of Article (1) of the Universal Health Insurance Law (1994), which stipulates that the difference between public and private sector tariffs should be limited to the cost of capital investment (fixed assets) and depreciation.

Other experts argue that the lack of sustainable financial resources for the Health Transformation Plan and the low share of the healthcare sector in the country's Gross Domestic Product (GDP) have undermined the long-term success of these reforms.

But why is determining diagnostic and therapeutic service tariffs in Iran such a complex and ambiguous challenge?

A review of the resolutions of the Supreme Council of Health Insurance since its establishment reveals a vast array of fragmented, ad hoc decisions, often lacking a strong scientific foundation or empirical evidence. Some of these decisions include:

- In 1996, 50% of surgical fees were designated as depreciation costs for operating rooms, covering the wear and tear of standard equipment such as surgical lights, operating tables, and anesthesia machines. However, this decision contradicted Clause (8) of Article (1) of the Universal Health Insurance Law (1994), which explicitly excludes depreciation from public sector tariffs. After 2014, this share was reduced to 40% and rebranded as the "technical component," a classification that remains in effect today.⁴

- Before 2014, when relative value units (RVUs) were divided into professional and technical components, the entire RVU of a service was considered the surgeon's fee (professional component). However, healthcare facilities deducted a portion of the tariff as performance-based pay (per-case compensation) for their employed physicians. This practice persisted even after the formal distinction between professional and technical components, even though the professional component represents the physician's expense. To address this inconsistency, the Comprehensive List of Adjustment Codes within the Relative Value Scale (RVS) for Medical Services and Care defines the professional component as follows: The professional component is intended to reflect the effort, skill, and risk involved in providing a service for the healthcare delivery team.⁵ However, including the term team appears to justify allocating a percentage of the tariff to non-physician providers. This raises several unresolved questions, such as: Who exactly are the non-physician members of the service delivery team? and How can their skill level,

effort, and risk be quantified and incorporated into tariff calculations?

- Following the establishment of the Ministry of Health and Medical Education (MoHME) in 1986, the outpatient visit tariff for faculty physicians at medical universities was initially set 25% higher than that of other physicians. However, in 2000, when the private sector outpatient visit tariff was set 50% higher than in the public sector, the term full-time geographic faculty member visit was introduced. This policy aimed to strengthen the academic sector by ensuring that faculty physicians exclusively committed to working within university-affiliated medical centers received outpatient visit tariffs equivalent to those in the private sector.

- In 2003, it was further decided that relative value-based service tariffs for this group of physicians should be set at twice the public sector tariffs. However, in 2005, when the private sector visit tariff increased to 2.8 times the public sector rate, the visit tariff for full-time geographic faculty physicians—which had previously been equivalent to that of private-sector specialists—was adjusted to 1.3 times the public sector rate.

- This ratio was further modified in 2008, setting the outpatient visit tariff at 1.6, 1.45, and 1.35 times the public sector rate for professors, associate professors, and assistant professors, respectively.

- In 2014, with the approval of the 2K Payment Regulation for Clinical Physicians and Full-Time Geographic Faculty Members, this ratio was increased to twice the public sector tariff and was extended to include non-faculty physicians as well.

- According to Clause (3) of Article (1) of Resolution No. 56728 (dated August 24, 2021) by the Cabinet of Ministers, the twofold limit on full-time geographic faculty physician tariffs was removed, making them subject to annual Cabinet approvals. As a result, the current relative value-based service tariff coefficient for full-time physicians is 3.25 times the public sector rate, while their outpatient visit tariff is 1.84 times the public sector equivalent.

- Following the revision of the Relative Value Scale (RVS) in 2014, certain services were marked with a hashtag (#), indicating that their professional and technical tariff coefficients in the private sector were set lower than their base tariff coefficients. However, this differentiation was not applied to the public sector. Since 2021, however, it has been observed that the technical component coefficient for hashtag-marked services in the public sector has also been adjusted and set higher than the base technical tariff coefficient.

- The Nursing Services Tariffing and Adjustment of Nursing Incentives Act was passed by the Islamic Consultative Assembly on June 27, 2007. Following the COVID-19 pandemic and directives from the Supreme

Leader emphasizing attention to the demands of the nursing community, the executive bylaw of the act—despite significant criticism—was issued through Cabinet Resolution No. 48958/T59001H on July 31, 2021. Some of the key criticisms include:

- Certain costs that lack specific tariffs—including salaries and benefits for non-physician personnel (such as nurses, technicians, administrative staff, and service workers), overhead expenses for hospital support units (finance, administration, facilities, nutrition, laundry), energy costs, non-medical consumables, and other expenses—are already included in operating room fees (equivalent to 40% of the surgeon's fee in the public sector and 25% in the private sector), hospital stay fees (hotel services tariff), and the technical component of medical services. Therefore, implementing separate nursing tariffs without deducting them from these existing tariffs effectively leads to double-counting costs in service pricing.

- Unlike the professional component for physicians, the nursing tariff structure does not allow for service-specific differentiation based on the type of service provided or the qualifications of the nurse delivering the care.

- Without a clear calculation of the actual cost of nursing services, the nursing tariffs in 2023 and 2024 have increased across three dimensions:

- The relative value units (RVUs) for nursing services were increased by 35% in 2023 and 15% in 2024.

- The range of services covered under nursing tariffs was expanded.

- The tariff coefficient for nursing services was adjusted annually in line with overall tariff increases.

- In the revenue redistribution guidelines for nursing tariffs, a portion of the revenue similar to the professional component for physicians has been allocated to non-nursing staff, including personnel not classified as nursing professionals.

- Over the years, separate tariffs have been established for non-governmental public and charitable healthcare facilities, in addition to those set for public and private sectors. However, the methodological basis and rationale behind these tariff determinations have not been officially published and remain inaccessible.

- The basis for determining higher consultation tariffs for general practitioners (GPs) with more than 15 years of experience is unclear. For instance, if experience enhances skill and justifies a higher professional component in physician fees, it is unclear why this adjustment is not applied incrementally every five years or even annually. Furthermore, the exact calculation method leading to the 15% increase in consultation tariffs for GPs with over 15 years of experience remains

undisclosed. Additionally, the impact of higher patient volume and increased consultations—resulting from a physician’s growing expertise and reputation—on the actual cost of service delivery has not been explicitly addressed.

□ According to Clause (3) of Resolution No. 37995/T54240H, dated June 24, 2017, issued by the Council of Ministers, public and government hospitals were allowed to allocate up to 10% of their bed capacity for contracts with supplementary insurance companies, at a rate equivalent to the approved private sector tariffs set by the Council of Ministers. In the following years, this 10% capacity provision was redefined to include beds with special amenities.

□ Additionally, under Resolution No. 11933/T57639H, dated May 2, 2020, top-tier private hospitals were authorized to convert up to 10% of their beds into special amenity beds, charging up to twice the single-bed room tariff applicable to their respective departments.

□ No publicly available studies have assessed the alignment of these resolutions with higher-level legal and regulatory frameworks, nor their impact on key indicators such as equitable access to care, out-of-pocket expenditures, or financial sustainability of healthcare facilities.

Issues such as 6% surcharge added to hospitalization tariffs to cover nursing supplies, capitation rates for urban and rural family physicians, the methodology for determining the professional and technical components of relative value units (RVUs), co-payment levels for insured patients, dental service tariffs, and increased consultation fees for outpatient visits for children under seven have all been approved and implemented in recent years despite numerous ambiguities.

Conclusion

The results indicate that the root cause of the challenges in the pricing system for diagnostic and

therapeutic services in Iran is the lack of clear, codified, and approved guidelines from the Cabinet and the Supreme Council of Health Insurance. This absence has hindered the establishment of tariffs agreed upon by all stakeholders, precise monitoring of their proper implementation, and the provision of necessary financial resources. For instance, like the professional component, hotel services (hoteling) and outpatient visits are loosely defined. Additionally, the formulas used to calculate tariffs have not been transparently published, limiting stakeholders’ ability to participate and provide feedback.

To address these challenges and untangle the complexities of the tariff system, targeted policy interventions are essential. One such measure is developing and approving clear and comprehensive guidelines that specifically outline the methods, assumptions, and formulas for determining tariffs for diagnostic and therapeutic services. These guidelines should be prioritized by the Supreme Council of Health Insurance to address key ambiguities, including the financing mechanisms for the Supreme Council of Health Insurance and its secretariat, the precise definition of services subject to tariff setting (such as outpatient visits, hotel services, and the K coefficient), the responsibilities for cost assessment and scientific and executive overseers, cost assessment methods, the sample of healthcare facilities to be studied (including public and private institutions), and the scope of cost assessment. Furthermore, clarification is needed on data validation, expected incomes for physicians, capital profit margins, asset valuation methods, tariff calculation formulas, the government’s share in financing healthcare costs, the scheduling of expert and council meetings, voting and decision-making procedures, the selection of representatives from member organizations, and the oversight process for tariff implementation. A fair, transparent, and efficient tariff system can only be established through such a framework.

گشودن کلاف سردرگم تعرفه‌های خدمات سلامت در ایران

لیلا دشمنگیر^۱ ID، فرهاد کوهی^{۲*}

^۱ گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ معاونت درمان، سازمان بیمه تامین اجتماعی، تهران، ایران

چکیده

نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت یکی از ارکان کلیدی در نظام سلامت هر کشور است که تاثیر مستقیم بر تخصیص منابع، کیفیت خدمات، و دسترسی مردم به خدمات سلامت دارد. با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در آبان سال ۱۳۷۳ سعی شد تا علاوه بر تامین پوشش مطلوب و فراگیر بیمه خدمات درمانی، مبنای علمی، ساختاری و قانونی مناسبی برای تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی نیز ارائه گردد تا موجب افزایش کارایی و عدالت و همچنین جلب رضایت ذی‌نفعان نظام سلامت شود. بر این اساس از دهه‌های گذشته، تعرفه خدمات سلامت (خدمات تشخیصی و درمانی) با نظارت دولت‌های مختلف و تعامل طرف‌های عرضه و تقاضای این خدمات تعیین می‌شود اما همواره مکانیسم‌های تعرفه‌گذاری و به تبع آن تعرفه‌های تعیین شده مورد انتقاد ذی‌نفعان نظام سلامت بوده است. شواهد موجود نشان می‌دهد در طول سی سال که از تصویب و اجرای قانون مذکور می‌گذرد این قانون نتوانسته است اهداف مورد نظر قانون‌گذار را تامین کند؛ به طوری که همچنان هر دو طرف عرضه و تقاضای مراقبت‌های سلامت از تعرفه‌های مصوب مبتنی بر مفاد این قانون رضایت ندارند. ارائه‌کنندگان خدمات تشخیصی و درمانی به‌ویژه در طول سال‌های اخیر بر این باورند که تعرفه‌ها واقعی نیستند و هزینه‌های مورد نیاز برای تولید خدمات را تامین نمی‌کنند. همچنین بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر از بار مالی تحمیل شده بر آنها ناراضی‌اند. بنابراین برای حل چالش‌های نظام تعرفه‌ای در کشور لازم است مداخلات سیاستی مبتنی بر شواهد در دستور کار قرار گیرد. تقویت نقش و جایگاه شورای عالی بیمه با هدف بازنگری در قوانین و دستورالعمل‌های تعرفه‌ای از جمله این مداخلات می‌باشد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله نظری

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸

انتشار برخط: XXXX

کلیدواژه‌ها:

تعرفه‌های خدمات سلامت، نظام سلامت، سیاست‌گذاری سلامت

مقدمه

پاسخگویی در ارائه خدمات سلامت به وجود می‌آید. ^۱ گلابه جامعه پزشکی از تعرفه‌های غیرواقعی و منطبق نبودن جز فنی تعرفه‌ها با نرخ تورم و هزینه‌های افزایش یافته کشور و گلابه مردم از عمق کم پوشش هزینه‌های درمانی توسط بیمه‌ها و بالا بودن میزان پرداخت از جیب و گلابه سیاست‌گذاران از افزایش تقاضای القایی، پرداخت‌های زیرمیزی، گرایش پزشکان به ارائه خدمت در بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی، کاهش کیفیت ارائه خدمات و مهاجرت نیروی انسانی از ابعاد مهم این چالش می‌باشد.

در ایران ارائه خدمات سلامتی از طریق دو بخش دولتی و غیردولتی (عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) صورت می‌گیرد. یکی از چالش‌های اساسی با سابقه تاریخی بیش از ۵ دهه در نظام سلامت ایران، موضوع تعرفه‌گذاری و یا قیمت‌گذاری خدمات سلامتی است. از زمان تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در ایران در سال ۱۳۷۳ و اعمال اقداماتی در جهت اصلاح نظام تعرفه‌گذاری خدمات درمانی تاکنون، سالانه در ماه‌های پایانی سال و همزمان با تصویب قانون بودجه کشور، بحث‌های فراوانی پیرامون تعرفه‌های سال بعد و تاثیر آن بر عدالت، کارایی، کیفیت و

* پدیدآور رابط: فرهاد کوهی، آدرس ایمیل: farhad@gmail.com



در سال ۱۳۶۱ برای اولین بار کتابی موسوم به کتاب کالیفرنیا با روش کدگذاری بیماری‌ها و اختصاص واحدهایی خاص برای خدمات پزشکی منتشر شد که مبنای تعرفه‌گذاری و یا قیمت‌گذاری دستوری خدمات سلامت در ایران قرار گرفت. در سال ۱۳۷۳ با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در ایران تلاش گردید که همه مردم در حداکثر ۵ سال، تحت پوشش بیمه همگانی قرار بگیرند و از سوی دیگر یک مبنای مشخص علمی و قانونی برای تعیین تعرفه‌ها ارائه شود. به این ترتیب، تا امروز، تعریف ارائه شده در بند (۸) ماده (۱) و مبنای ارائه شده در ماده (۸) قانون مذکور، تنها مبنای قانونی تعیین تعرفه در کشور محسوب می‌شوند و بر اساس آنها هر ساله تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی و غیردولتی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت، توسط هیأت وزیران تصویب و اعلام می‌گردد. در سال ۱۳۷۵ برای نخستین بار ترجمه کتاب ارزش نسبی ایالت کالیفرنیا در ایران در قالب تعرفه‌های خدمات درمانی اعمال شایع مراکز بهداشتی درمانی توسط وزارت بهداشت ایران به‌عنوان مرجع ارزش‌گذاری خدمات سلامت پزشکان کشور بازنگری شد.^۲ در بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۹ این کتاب سه بار در سال‌های ۱۳۸۴، ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ مورد بازنگری (از طریق ترجمه نسخ به‌روز شده کتاب ارزش نسبی ایالات متحده ولی با برخی مداخلات) قرار گرفت، لیکن هیچ یک از این نسخ ملاک عمل واقع نگردید.

در سال ۱۳۹۳ با اجرای طرح تحول سلامت ایران، کتاب ارزش‌های نسبی خدمات و مراقبت‌های پزشکی با هدف واقعی شدن تعرفه‌ها و برطرف کردن مشکلاتی همچون پرداخت‌های غیررسمی (زیرمیزی)، ناعدالتی میان رشته‌ها و کاهش پرداخت از جیب، بازنگری شد که طی آن تعداد واحدهای ارزش نسبی خدمات مندرج در کتاب مذکور به‌طور چشمگیری نسبت به کتاب قبلی افزایش یافت. (بر اساس مصوبات شورای عالی بیمه سلامت، مقرر بود که بار مالی این بازنگری در تعداد واحدهای ارزش‌های نسبی، حداکثر تا ۲/۲ برابر کتاب قبل باشد). ظاهراً در چند سال اول اجرای طرح تحول، اهداف مذکور تا حدودی محقق شد اما در حال حاضر شاهد آن هستیم که پرداخت‌های غیررسمی به ارائه‌کنندگان به‌طور چشمگیری شایع شده است.^۳ برخی کارشناسان، یکی از دلایل اصلی عدم دستیابی به اهداف مذکور را، ایجاد و گسترش شکاف

میان تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش‌های دولتی و خصوصی می‌دانند. توضیح اینکه پیش از دهه هفتاد هجری شمسی، اختلافی میان تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش‌های دولتی و غیردولتی وجود نداشته است اما در ابتدای دهه مذکور، تعرفه خدمات هتلینگ، در سال ۱۳۷۹، تعرفه ویزیت سرپایی پزشکان و در سال ۱۳۸۳، تعرفه خدمات مبتنی بر ارزش نسبی (موسوم به K) به تفکیک بخش‌های دولتی و خصوصی تعیین شده است و در طول سنوات گذشته، اختلاف میان تعرفه بخش‌های مذکور به تناسب از حدود ۲۵ درصد به چند برابر افزایش یافته است. این در حالی است که بر اساس بند (۸) ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، مصوب سال ۱۳۷۳، میزان اختلاف تعرفه بخش دولتی و خصوصی معادل سود سرمایه (دارایی‌های ثابت) و استهلاک تعیین شده است. برخی دیگر از کارشناسان فقدان منابع مالی پایدار برای اجرای طرح تحول و سهم کم بخش سلامت از تولید ناخالص ملی را به‌عنوان عامل شکست طرح در دستیابی پایدار به اهداف خود می‌دانند. اما چرا تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در کشور ایران تا این حد دشوار و مملو از ابهام است؟^۴

بررسی مصوبات شورای عالی بیمه سلامت از زمان تأسیس، حکایت از انبوهی از تصمیم‌گیری‌های پراکنده، اقتضایی و با پشتوانه علمی و شواهد ضعیف دارد که در ذیل به برخی از آنها اشاره می‌گردد:

- در سال ۱۳۷۵، ۵۰ درصد از حق‌العمل جراحی به‌عنوان هزینه استهلاک اتاق عمل و برای پوشش هزینه استهلاک تجهیزات معمول اتاق عمل از قبیل چراغ سیالتیک، تخت اتاق عمل، و دستگاه‌های بیهوشی تعیین شده است. این در حالی است که طبق بند (۸) ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب سال ۱۳۷۳، استهلاک، در تعرفه‌های بخش دولتی لحاظ نمی‌گردد. پس از سال ۱۳۹۳، این سهم به ۴۰ درصد تغییر یافته و با نام جزء فنی، تاکنون ادامه یافته است.

- تا قبل از سال ۱۳۹۳ و تفکیک واحدهای ارزش نسبی خدمات به اجزای حرفه‌ای و فنی، تمام واحدهای ارزش نسبی هر خدمت به‌عنوان حق‌العمل جراح (جزء حرفه‌ای) تلقی می‌شد اما مراکز درمانی درصدی از مبلغ تعرفه را به‌عنوان کارانه یا پرکیس به پزشکان خود پرداخت می‌کردند. این رویه پس از تفکیک اجزای حرفه‌ای و فنی نیز

ادامه یافته است در حالی که جزء حرفه‌ای به معنی هزینه پزشک (Physician Expense) است. برای رفع این تناقض، در قسمت فهرست جامع کدهای تعدیلی کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، جزء حرفه‌ای چنین تعریف شده است: «جزء حرفه‌ای نشان‌دهنده تلاش، مهارت و ریسک ارایه خدمت برای تیم ارایه‌دهنده خدمت است.» به نظر می‌رسد که به کار بردن کلمه تیم، بیشتر توجیهی برای پرداخت درصدی از تعرفه به پزشکان باشد. اما پاسخ برخی سوالات از قبیل اینکه منظور از اعضای غیرپزشک تیم ارایه‌دهنده خدمت چیست؟ و چگونه سطح مهارت، تلاش و ریسک اعضای غیرپزشک تیم قابل سنجش و لحاظ در محاسبه تعرفه است؟ مشخص نیست.^۵

- پس از تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۳۶۵ برای اولین بار تعرفه ویزیت سرپایی پزشکان عضو هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، ۲۵ درصد بیشتر از سایر پزشکان تعیین شد. پس از اینکه در سال ۱۳۷۹، تعرفه ویزیت سرپایی پزشکان در بخش خصوصی ۵۰ درصد بیشتر از بخش دولتی تعیین شد، در سال ۱۳۸۰ اصطلاح "ویزیت اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی" ایجاد و بر اساس آن مقرر شد تا در جهت تقویت بخش آموزشی در کشور، تعرفه ویزیت سرپایی برای پزشکان عضو هیأت علمی متعهد به فعالیت صرف در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی، معادل تعرفه خدمت مذکور در بخش خصوصی باشد. از سال ۱۳۸۲ نیز مقرر شد که تعرفه خدمات مبتنی بر ارزش نسبی تولید شده توسط این گروه از پزشکان، تا دو برابر تعرفه بخش دولتی تعیین شود. در سال ۱۳۸۴ که تعرفه ویزیت سرپایی پزشکان در بخش خصوصی ۲/۸ برابر تعرفه‌های بخش دولتی تعیین شد، تعرفه ویزیت پزشکان عضو هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی، که تا پیش از این معادل تعرفه ویزیت پزشکان متخصص در بخش خصوصی تعیین می‌شد، به معادل ۱/۳ برابر تعرفه ویزیت پزشکان در بخش دولتی تغییر یافت. این نسبت در سال ۱۳۸۷ به معادل ۱/۶، ۱/۴۵ و ۱/۳۵ برابر تعرفه ویزیت پزشکان در بخش دولتی به ترتیب برای استادان، دانشیاران و استادیاران تغییر یافت. در سال ۱۳۹۳ و با تصویب آیین‌نامه "پرداخت ۲ کا (K) پزشکان درمانی و اعضای هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی"، نسبت مذکور به

دو برابر تعرفه دولتی رسید و علاوه بر اعضای هیأت علمی به پزشکان غیرهیأت علمی نیز تعمیم یافت. بر اساس بند (۳) ماده (۱) مصوبه ۵۶۷۲۸ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ هیأت وزیران، محدودیت پرداخت دو برابر تعرفه‌های دولتی به پزشکان تمام وقت جغرافیایی لغو و منوط به مصوبات سالانه هیأت وزیران شده است که بر اساس آن در حال حاضر ضریب تعرفه خدمات مبتنی بر ارزش نسبی پزشکان تمام وقت ۳/۲۵ برابر و تعرفه ویزیت سرپایی آنان ۱/۸۴ برابر تعرفه بخش دولتی می‌باشد.

- پس از بازنگری کتاب ارزش نسبی در سال ۱۳۹۳، برخی خدمات با علامت هشتگ (#) نشان‌دار شدند و ضرایب تعرفه حرفه‌ای و فنی این خدمات در بخش خصوصی، کمتر از ضرایب تعرفه پایه آنها تعیین شد؛ اما این تفاوت برای بخش دولتی تعیین نشد. اما از سال ۱۴۰۰ مشاهده می‌شود که ضریب تعرفه جزء فنی خدمات هشتگ‌دار در بخش دولتی نیز متفاوت و بیشتر از ضریب تعرفه جزء فنی پایه تعیین شده است.

- قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری در تاریخ ۱۳۸۶/۴/۶ به تصویب مجلس محترم شورای اسلامی رسید. به دنبال شیوع بیماری کرونا و فرمایش مقام معظم رهبری، مبنی بر توجه به مطالبات جامعه پرستاری کشور، آیین‌نامه اجرایی آن، علی‌رغم نقدهای فراوان، طی مصوبه شماره ۴۸۹۵۸/ت/۵۹۰۰۱-ه مورخ ۱۴۰۰/۵/۹ هیأت محترم وزیران ابلاغ گردیده است. از جمله این نقدها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- با عنایت به اینکه هزینه‌هایی که فاقد تعرفه مشخص می‌باشند از جمله هزینه حقوق و مزایای نیروی انسانی غیرپزشک (از جمله کادر پرستاری، تکنسین‌ها، منشی‌ها و نیروهای خدماتی)، هزینه سربار حوزه‌های پشتیبانی مراکز درمانی (همچون بخش‌های مالی، اداری، تأسیسات، تغذیه، لنژی)، هزینه انرژی، هزینه مواد مصرفی غیرپزشکی و برخی دیگر از هزینه‌ها در قالب تعرفه مربوط به هزینه اتاق عمل (معادل ۴۰ درصد حق‌الزحمه جراح در بخش دولتی و ۲۵ درصد آن در بخش خصوصی)، تعرفه هتلینگ (هزینه هر روز اقامت بیمار در بیمارستان) و جزء فنی خدمات لحاظ می‌گردد، اعمال تعرفه پرستاری بدون کسر آن از تعرفه‌های فوق، در حکم احتساب مضاعف هزینه‌ها در قیمت خدمات می‌باشد.

- در تعرفه پرستاری، برخلاف جزء حرفه‌ای پزشکان، امکان نشان‌دار شدن برحسب خدمات ارایه شده و پرستار ارایه‌کننده خدمت وجود ندارد.

- بدون مشخص بودن هزینه تمام شده خدمات، در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ تعرفه‌های پرستاری در سه بعد افزایش یافت. در بعد اول، تعداد واحدهای ارزش نسبی خدمات به ترتیب ۳۵ درصد و ۱۵ درصد افزایش یافت. در بعد دوم تعداد خدمات مشمول تعرفه پرستاری توسعه یافت و در بعد سوم، ضریب تعرفه خدمات مذکور نیز متناسب با رشدهای سالیانه افزایش یافته است.

- در دستورالعمل بازتوزیع درآمدهای ناشی از تعرفه‌های پرستاری نیز، همچون جزء حرفه‌ای پزشکان، بخشی از درآمدها به سایر کارکنان غیرپزشک که در زمره کادر پرستاری نیستند اختصاص یافته است.

- در طول سالیان مختلف، تعرفه‌های متفاوت برای بخش‌های عمومی غیردولتی و خیریه نیز (علاوه بر بخش‌های دولتی و خصوصی) تعیین شده است. مبانی محاسباتی و فلسفه تعیین چنین تعرفه‌هایی نیز به‌طور رسمی منتشر نشده و قابل دسترس نیست.

- مبنای تعیین تعرفه بیشتر، برای ویزیت سرپایی پزشکان عمومی دارای سابقه فعالیت بیشتر از ۱۵ سال مشخص نیست. به‌عنوان مثال با فرض اینکه اگر سابقه فعالیت با تأثیر در افزایش مهارت، بر جزء حرفه‌ای کار پزشک موثر باشد، چرا این تأثیر هر ۵ سال یا حتی سالانه در تعرفه پزشکان مذکور لحاظ نمی‌شود. همچنین مبنای محاسباتی که در آن افزایش ۱۵ درصدی تعرفه پزشکان با سابقه ۱۵ سال بیشتر حاصل شده است در دسترس نیست. همچنین اثر افزایش مراجعات و ویزیت‌ها به سبب افزایش تجربه و مهارت پزشک در هزینه تمام شده خدمت مذکور مشخص نیست.

- براساس بند (۳) مصوبه شماره ۳۷۹۹۵/ت/۵۴۲۴۰-ه مورخ ۱۳۹۶/۴/۳ هیأت وزیران، بیمارستان‌های دولتی و عمومی می‌توانند حداکثر ده درصد از ظرفیت تخت‌های خود را جهت عقد قرارداد با شرکت‌های بیمه تکمیلی تا سقف تعرفه مصوب هیأت وزیران برای بخش خصوصی اختصاص دهند. ده درصد ظرفیت‌های مندرج در این مصوبه در سال‌های بعد به عبارت بخش‌های دارای امکانات رفاهی ویژه تغییر یافته است. علاوه بر این طی مصوبه

شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹-ه مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۳ به بیمارستان‌های درجه یک بخش خصوص نیز اجازه داده شده است که با تبدیل حداکثر ۱۰ درصد تخت‌های خود به تخت‌های دارای امکانات رفاهی ویژه، تعرفه‌ای تا دو برابر تعرفه اتاق یک تخته بخش‌های مربوطه را دریافت نمایند. نتایج مطالعاتی که نشان‌دهنده تطبیق این مصوبات با قوانین و مقررات بالادستی، تأثیر آن بر شاخص‌هایی مانند عدالت در دسترسی، پرداخت از جیب و میزان کمک به تأمین مالی مراکز درمانی داشته باشد، در دسترس نیست.

مواردی همچون افزودن شش درصد به تعرفه هتلینگ بابت هزینه ملزومات پرستاری، سرانه پزشک خانواده شهری و روستایی، چگونگی تعیین اجزای حرفه‌ای و فنی ارزش‌های نسبی خدمات، میزان فرانشیز قابل پرداخت بیمه‌شدگان، تعرفه خدمات دندان‌پزشکی و تعیین تعرفه بیشتر بابت ویزیت سرپایی کودکان زیر هفت سال از دیگر مواردی هستند که با وجود ابهامات متعدد در سال‌های اخیر به تصویب و اجرا رسیده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به بررسی‌های انجام شده در این مقاله، می‌توان نتیجه گرفت که ریشه اصلی مشکلات نظام تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران، نبود دستورالعمل‌های مشخص، مدون و مصوب از سوی شورای عالی بیمه سلامت و هیأت وزیران است. این فقدان، مانع از تعیین تعرفه‌های مورد توافق همه ذینفعان، نظارت دقیق بر اجرای صحیح آن‌ها و تأمین منابع مالی لازم شده است. به‌عنوان مثال، همان‌گونه که در تعریف جزء حرفه‌ای ابهاماتی وجود دارد، تعاریف خدمات دیگری مانند هتلینگ و ویزیت سرپایی نیز مبهم و نامشخص است. علاوه بر این، فرمول‌های محاسبه تعرفه‌ها به‌طور شفاف منتشر نشده‌اند، که این امر امکان مشارکت و اعلام نظر ذینفعان را محدود کرده است.

برای حل این چالش‌ها و گره‌گشایی از پیچیدگی‌های نظام تعرفه‌گذاری، ضروری است مداخلات سیاستی هدفمندی انجام شود. یکی از این اقدامات، تدوین و تصویب دستورالعمل‌های شفاف و جامع است که در آن روش‌ها، مفروضات و فرمول‌های مرتبط با تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی به‌طور دقیق مشخص شود. این دستورالعمل‌ها باید در دستور کار

مورد انتظار پزشکان، سود سرمایه، ارزش گذاری دارایی‌ها، فرمول‌های محاسبه تعرفه‌ها، سهم دولت در تأمین هزینه‌ها، زمان‌بندی جلسات کارشناسی و شورای عالی، نحوه رأی‌گیری و تصمیم‌گیری، تعیین نمایندگان نهادهای عضو شورا، و فرآیند نظارت بر اجرای تعرفه‌ها از دیگر مواردی است که باید در این دستورالعمل‌ها به آن‌ها پرداخته شود. بنابراین با ایجاد چنین چارچوبی می‌توان به نظام تعرفه‌گذاری عادلانه، شفاف و کارآمد دست یافت.

شورای عالی بیمه سلامت قرار گیرد و به ابهامات کلیدی پاسخ دهد. از جمله این ابهامات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نحوه تأمین مالی شورای عالی بیمه سلامت و دبیرخانه آن، تعریف دقیق خدمات قابل تعرفه‌گذاری (مانند ویزیت سرپایی، هتلینگ و ضریب تعرفه (K)، مسئولیت‌های هزینه‌یابی و ناظران علمی و اجرایی، روش‌های هزینه‌یابی، نمونه‌های مورد بررسی برای هزینه‌یابی (شامل مراکز درمانی دولتی و غیردولتی)، و حوزه‌های هزینه‌یابی. همچنین، شفاف‌سازی در مورد سنجش صحت داده‌ها، درآمدهای

References

1. Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the Black Box: The Experiences and Lessons from the Public Hospitals Autonomy Policy in Iran. *Arch Iran Med*. 2015; 18(7):416-424.
2. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. *Int J Equity Health*. 2020; 19: 1-29. doi: 10.21203/rs.2.24711/v2
3. Gholamrezakashi F, Tajmazinani A, Majdzadeh S. Reforms of Medical Tariff in Iran: A Sociological Analysis of the Obstacles. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*. 2023; 12(2): 309-329. (Persian)
4. Doshmangir L, Bazyar M, Rashidian A, Gordeev VS. Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2021; 20(1): 1-14. doi: 10.1186/s12939-020-01372-45.
5. Tadayon MM, Etemadi M. Relative Value Units-Based Price Setting of Health Services in Iran: A Look at the Consequences and Solutions. *The Iranian Journal of Health Insurance*. 2023; 6(1):65-72. (Persian)