

تحلیلی بر روند تعرفه‌گذاری
خدمات تشخیصی و درمانی در ایران با تأکید
بر سال‌های (۱۳۸۰-۱۳۹۳)

معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۴۳۹۳
اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۴

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۱	مقدمه
۳	ملاحظات پایه‌ای در تعیین تعرفه
۳	سابقه تعرفه‌گذاری در ایران
	بررسی روند تغییرات تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی ابلاغی هیئت وزیران در بخش دولتی و غیردولتی
۱۷	در بازه زمانی ۱۳۸۰-۱۳۹۳
۱۷	الف) درصد تغییرات شاخص بهداشت و درمان نسبت به شاخص کل
۱۹	ب) تعرفه ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی و خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳
۲۷	ج) ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات تشخیصی و درمانی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳
۳۶	د) هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستانی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳
۵۸	ه) تعرفه خدمات تشخیصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳
۶۳	و) فرانشیز خدمات سرپایی و بستری در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳
۶۶	فرصت‌ها و چالش‌های نظام پرداخت و تعرفه خدمات سلامت کشور
۶۸	نتیجه‌گیری
۶۹	پیشنهاد‌های راهبردی
۷۰	پی‌نوشت‌ها



تحلیلی بر روند تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران با تأکید بر سال‌های (۱۳۸۰-۱۳۹۳)

چکیده

تعرفه‌گذاری یکی از مهمترین ابزارهای سیاستگذاری در نظام درمانی محسوب می‌شود که بر عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات تأثیر دارد. با توجه به اینکه نظام غالب پرداخت به پزشکان در کشور ما، پرداخت به ازای هر خدمت (FFS) است، تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی از دیرباز در کشور ما صورت گرفته و چه از دیدگاه ارائه‌کننده و چه سیاستگذار از اهمیت و حساسیت زیادی برخوردار است، چنانچه همه ساله به‌خصوص در زمان تدوین و اعلام تعرفه‌ها میان وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و سایر ذینفعان این مسئله برجسته می‌شود.

امروزه یکی از مباحثی که در مجامع علمی و نهادهای اجرایی مطرح می‌شود، بحث غیرمنطقی بودن تعرفه‌هاست چنانچه برخی اعتقاد دارند تعرفه‌های درمانی کمتر از برآورد قیمت تمام شده خدمات تعیین می‌شود و در عمل کسش لازم جهت تأمین هزینه‌های درمانی را ندارند و برخی اظهار می‌کنند تعادل بین‌رشته‌ای و درون‌رشته‌ای در تعیین تعرفه‌های پزشکی وجود ندارد. بنابراین، با توجه به حساسیت این موضوع و تأثیر آن بر سایر کارکردهای نظام سلامت در این گزارش سعی شده است ضمن اشاره به سابقه تعرفه‌گذاری در ایران، روند تغییرات ویزیت پزشکان، ارزش ریالی تعرفه خدمات درمانی و تشخیصی، هتلینگ خدمات بیمارستان، فرانشیز پرداختی از سوی بیمار از سال‌های ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۳ مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد سازوکار نظام‌مندی بر روند تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی وجود ندارد، در برخی سال‌ها تعرفه برخی خدمات و در برخی سال‌های دیگر تعرفه سایر خدمات افزایش یا کاهش داشته است. به نظر می‌رسد مبنای این تغییرات بر قدرت چانه‌زنی بین گروه‌های مختلف پزشکی و سایر ذینفعان است.

مقدمه

منطقی بودن ارزش‌های نسبی وضع شده برای خدمات مختلف پزشکی از دیرباز در جامعه پزشکی و اقشار مختلف جامعه مورد بحث بوده است. این امر همیشه با دو نقطه نظر کاملاً متفاوت همراه بوده است به‌نحوی که اقشار جامعه و برخی سیاستگذاران به‌خصوص در بخش‌های بودجه‌ای و بیمه‌ای کشور از هزینه بالای خدمات درمانی ناراضی بوده و در مقابل آن جامعه پزشکی و برخی دیگر از

سیاستگذاران به‌خصوص در بخش‌های مختلف وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها از ناکافی بودن میزان تعرفه‌های پزشکی و در نتیجه پایین بودن ارزش نسبی خدمات مربوطه و سایر عوامل دخیل در آن ابراز نارضایتی می‌کردند. هدف اصلی تعیین تعرفه، دستیابی به هدف یا پیامد مطلوبی است که برای آن خدمت تعیین‌شده است. به همین جهت است که تعرفه‌گذاری را یکی از ابزارهای مهم سیاستگذاری قلمداد می‌کنند که دولت‌ها برای مداخله در بازار خدمات سلامت، سیاستگذاری و رفتارسازی در نظام سلامت به‌کار می‌گیرند.^(۲)

باید توجه کرد که نظام تعرفه‌گذاری و پرداخت براساس آن تنها شیوه پرداخت و جبران هزینه نیست و بررسی نقاط قوت و ضعف نظام تعرفه‌ای به مفهوم برتری این روش پرداخت بر روش‌های دیگر پرداخت (مثل پرداخت کلی بر مبنای گروه‌های تشخیصی و یا روش‌های پرداخت سرانه) نمی‌باشد،^(۳) بلکه با توجه به استفاده از آن به‌عنوان روش غالب پرداخت به پزشکان در کشور مورد توجه قرار گرفته است.^(۴)

تعیین تعرفه‌ها در ایران طی سال‌های متمادی برحسب مکانیسم‌های غیربازاری و به‌موجب قوانین و مقررات تعریف شده مشخصی تعیین و اعلام می‌شود. تجربه چندین ساله گذشته حکایت از آن دارد که به‌رغم تحولات صورت گرفته، تعیین تعرفه‌ها در هر سطحی که تعیین شده باشند اغلب مناقشه‌برانگیز بوده‌اند و در غالب مواقع نتوانسته است طرفین ذینفع و پرداخت‌کننده را به مناسب بودن سطوح مصوب متقاعد سازد. غیرشفاف بودن مبنای تعیین تعرفه‌ها (قبل از مرحله اعلام تعرفه) برای دست‌اندرکاران و تحلیلگران، این فرضیه را ایجاد و تقویت می‌کند که بخش مراقبت‌های سلامت ایران با چنین چالشی مواجه است، لذا به‌منزله یک پرسش اساسی، توجه به آن ضروری خواهد بود.

در این گزارش این مسئله به‌صورت سؤال ذیل مطرح و به بررسی آن پرداخته شده است. پایه و اساس منطقی برای تعیین نرخ مراقبت‌های پزشکی در ایران چیست؟ آیا مکانیسم‌هایی برای ارزیابی علمی و کمی تأثیرات تبعی نرخ‌های تعیین و مصوب شده قبل از اعلام رسمی آنها وجود دارد یا روش‌های تعیین تعرفه مبتنی بر یک مکانیسم گذشته‌نگر و بدون توجه به تأثیرات آتی آن است؟

بررسی روند تاریخی تعیین تعرفه‌ها و یا به‌عبارتی نرخ خدمات درمانی در کشور حاکی از آن است که با وجود تمامی تلاش‌های صورت گرفته طی سال‌های اخیر، به‌جای دستیابی به نقاط مشترک کارشناسی بر پایه مبانی علمی و آماری، این مهم تحت‌الشعاع تقابل و مجادله ارکان مرتبط با این موضوع قرار گرفته و هر ساله نیز این کشمکش بین سازمان‌های ذینفع به‌هنگام مطرح شدن موضوع تعرفه‌ها تکرار و تجدید می‌شود، به‌گونه‌ای که طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ نیز با اعلام تعرفه‌های بخش خصوصی توسط سازمان نظام پزشکی این مجادله شدت بیشتری پیدا کرد و حتی بالاترین مراجع اجرایی و سیاستگذاری کشور را نیز درگیر خود کرد.



ملاحظات پایه‌ای در تعیین تعرفه

اصطلاح تعرفه در خدمات پزشکی معادل واژه قیمت در مبادلات بازار می‌باشد، ولی علت اینکه تحت‌عنوان تعرفه مطرح می‌شود به این دلیل است که اصولاً قیمت‌ها از محل تلاقی عرضه و تقاضا در بازار تعیین می‌شوند درحالی که تعرفه‌های خدمات بهداشتی درمانی به‌صورت ثابت و برای یک دوره زمانی مثلاً یک‌ساله تعیین می‌گردد و در طول سال مستقل از کارکرد بازار و شرایط آن عمل می‌کنند. در تعیین تعرفه‌ها نیز دو سمت عرضه و تقاضا دخیل هستند. سمت تقاضا شامل پرداخت‌کنندگان هزینه‌های خدمات (دولت، سازمان‌های بیمه‌گر و مردم) می‌باشند، لذا سقف تعرفه‌ها باید به‌گونه‌ای باشد که از طریق هزینه‌های دولت قابل جبران باشد و سازمان‌های بیمه‌گر نیز با توجه به حق بیمه دریافتی بتوانند به‌موقع و به‌طور متناسب تعهدات خود را پرداخت کنند. علاوه بر این، توان مالی مردم هم باید مورد توجه قرار گیرد. سمت عرضه نیز شامل ارائه‌کنندگان خدمات متشکل از بخش دولتی، بخش خصوصی و سایر واحدهای خیریه‌ای یا حمایتی و بیمه‌ای می‌باشند. تعرفه‌ها در بخش دولتی باید به‌گونه‌ای تعیین شود که هزینه‌ها و درآمدها حالت موازنه داشته باشند، حال آنکه در بخش خصوصی علاوه بر حفظ موازنه درآمدها و هزینه‌ها درصدی نیز به‌عنوان سود متعارف برای صاحبان مراکز ارائه‌دهنده خدمات در نظر گرفته شود.

در واقع همین تعدد دست‌اندرکاران درگیر در عرضه و تقاضای خدمات، باعث پیچیده‌تر شدن این مسئله شده است. البته این مسئله نتیجه تحولاتی است که در ایران طی چند سال گذشته رخ داده است که هر یک از تحولات یا در جهت تجدید ساماندهی سمت تقاضا یا سمت عرضه بوده و یکی را بیشتر تحت‌الشعاع قرار داده است. در هر صورت این موضوع، بحث تعرفه‌ها را پیچیده‌تر نموده به‌نحوی که کماکان به‌عنوان مسئله حل نشده باقیمانده است.

برای ریشه‌یابی علل بروز مشکل تعیین تعرفه‌ها در کشور به شکل و وضعیتی که در شرایط کنونی وجود دارد، تحلیل وضعیت تعرفه‌گذاری طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳، ضمن بررسی سوابق تعرفه‌گذاری در ایران براساس تحولات اساسی تحقق یافته در این بخش، می‌تواند نتیجه‌گیری را ساده‌تر کند.

سابقه تعرفه‌گذاری در ایران

در این قسمت در ابتدا به سابقه تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران طی سال‌های ۱۳۵۱-۱۳۹۳ پرداخته می‌شود و سپس مقایسه‌ای بین دوره‌های زمانی مختلف صورت می‌گیرد.^۱

۱. کشاورز خرد، دهکردی بهشتی علی. از مدل داده ستاده دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، ۱۳۸۷

– وضعیت تعرفه‌ها قبل از انقلاب (مقطع زمانی ۱۳۵۱-۱۳۵۷)

در ایران، به دنبال تصویب قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت در سال ۱۳۵۱ براساس ماده (۵) این قانون، سازمان تأمین خدمات درمانی ملزم به ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان از طریق بخش خصوصی و سایر مؤسسات درمانی کشور شد.

این سازمان نیز به منظور ارتباط مطلوب با بخش خصوصی و جلب همکاری اکثریت پزشکان کشور، برای نخستین بار در سال ۱۳۵۱ با مطالعه و بررسی تعرفه‌های مدون کشورهای اجراکننده سیستم بیمه درمانی مانند بلژیک، فرانسه و آمریکا اقدام به تهیه تعرفه اعمال جراحی و خدمات پزشکی کرد و آنرا در داخل کشور به‌طور آزمایشی به مرحله اجرا درآورد. در واقع این اقدام اولین حرکت در جهت اعمال دولتی تعرفه‌ها در کشور تلقی می‌شود.

متعاقباً به مدت دو سال تجربه اجرایی و از سه منبع اطلاعاتی زیر برای تعیین تعرفه‌های درمانی

استفاده شد:

۱. بررسی نرخ‌های پیشنهادی پزشکان نظام پزشکی ایران،

۲. نمونه‌گیری از نظرات پزشکان و مؤسسات درمانی بخش خصوصی در مورد بهای خدمات

درمانی،

۳. بررسی صورت‌حساب‌های بازپرداخت سازمان به بیمارانی که هزینه‌های درمانی را شخصا

پرداخت نموده بودند.

تعرفه خدمات پزشکی با بررسی مجموع اطلاعات فوق در کمیسیون‌های پزشکی مرکب از متخصصین حرف پزشکی سازمان تأمین خدمات درمانی تهیه و تنظیم گردید. این تعرفه‌ها به‌منظور استفاده کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی ابلاغ شد. براساس تعرفه‌های مذکور که در واقع اولین تعرفه مصوب خدمات درمانی کشور بود، حق ویزیت پزشکان متخصص ۳۰۰ ریال، حق ویزیت پزشکان عمومی ۱۵۰ ریال تعیین شد. حداکثر بهای تخت روز بیمارستانی ۹۰۰ ریال و حداقل آن ۳۰۰ ریال در نظر گرفته شده بود. این تعرفه‌ها تا سال ۱۳۶۱ به‌صورت رسمی ملاک عمل بود و بدون تغییر باقی ماند.^(۲)

در این دوره شواهد و مستنداتی دال بر اینکه روش تعیین تعرفه خدمات درمانی به‌شرح مذکور به‌عنوان یک موضوع چالش‌برانگیز مطرح شود، در دسترس نمی‌باشد. نقطه قوتی که فی‌نفسه در این مقطع در تعیین تعرفه‌ها لحاظ شده بود این است که دو سال پس از اجرای تعرفه‌ها برحسب شواهد عملی و نظری، تعرفه‌ها مجدداً مورد ارزیابی و بازنگری قرار گرفت. این مسئله می‌توانست در پایدار ماندن آن در سال‌های زیاد مؤثر بوده باشد.

بنابراین، به نظر می‌رسد نقطه شروع و بروز مشکل در ابتدای تعرفه‌گذاری وجود نداشت و در واقع



تحولاتی که در سال‌های بعد از سال ۱۳۵۷ رخ داد، به این مسئله دامن زده است (جدول ۱).

– وضعیت تعرفه‌ها در مقطع زمانی ۱۳۶۸-۱۳۵۷

تحولات اساسی که در این دوره رخ داده است و باعث تأثیر قرار گرفتن سیستم تعادل عرضه و تقاضای خدمات مراقبت شده است، این تحولات عبارتند از:

الف) انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی در سال ۱۳۵۸ و ایجاد سیستم یکپارچه مراقبت‌های پزشکی در کشور از مهمترین تحولات این دوره بوده است نظام سلامت کشور طی سال‌های اولیه پس از پیروزی انقلاب دستخوش تحولاتی شد و به نظامی مشابه نظام‌های ملی سلامت تبدیل شد چنانچه تمامی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات مراقبت درمانی، حتی واحدهای درمانگاهی وابسته به تأمین اجتماعی و دیگر سازمان‌ها مثل هلال احمر، خیریه‌ها و سایر مؤسسات به صورت یکپارچه به وزارت بهداشتی وقت واگذار شدند تا زیر نظر این وزارت اداره شوند و منابع مالی آنها نیز از محل اعتبارات عمومی و دولتی تأمین شود. در این دوره کلیه امکانات دولتی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی عمدتاً در اختیار وزارت بهداشتی و بهزیستی (و از سال ۱۳۶۴ به بعد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) قرار گرفته و سهم فعالیت‌های بخش خصوصی نیز در این مقطع به لحاظ شرایط خاص کشور نسبتاً محدود بوده است. به طور مثال طی این دوره پس از انقلاب تحول چشمگیری در تعداد تخت بیمارستانی بخش خصوصی صورت نگرفته و در حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد از تخت‌های ثابت یا فعال کشور متعلق به بخش خصوصی بود.^(۲)

درواقع در این دوره به لحاظ غلبه فعالیت‌های دولتی بخش مراقبت‌های درمانی در کشور، غالب پزشکان و عمدتاً نیروهای متخصص به ناچار در بخش‌های دولتی شاغل بوده‌اند. بنابراین، در این بخش که حدوداً ۹۰ درصد از فعالیت‌های کل بخش مراقبت درمانی کشور را در بر گرفته است موضوع تعرفه‌های پزشکی شاغلین دولتی بخش مراقبت‌های درمانی غلبه داشته است. علاوه بر این، تأمین مالی بیمارستان‌های تحت مدیریت دولت نیز با شیوه بودجه کلی اداره می‌شدند.

در هر حال، بخش‌های خصوصی فعال در این عرصه با مشکل و محدودیت تأمین هزینه‌ها در این دوره مواجه بوده‌اند. این ادعا با توجه به شواهد قابل مشاهده است. به طور نمونه در فاصله سال‌های ۱۳۵۳-۱۳۶۵ رشد شاخص کل بهای کالا و خدمات بالاتر از شاخص بهای کالا و خدمات بهداشتی و درمانی بوده است، در حالی که شاخص کل بهای کالا و خدمات از ۱۷۶/۲ درصد در سال ۱۳۵۷ به ۵۸۰/۹ درصد در سال ۱۳۶۵ رسیده است که حاکی از سه برابر شدن سطح کل هزینه‌هاست، لکن شاخص‌های کالا و خدمات بهداشتی و درمانی در همین دوره از ۱۷۰ درصد به فقط ۲۸۸ درصد افزایش یافته است که حاکی از حدود ۱/۷ برابر بودن سرعت رشد کل هزینه‌ها نسبت به هزینه‌های بهداشتی و درمانی بوده است. چنین روندی وضعیت ارائه‌کنندگان بخش خصوصی در آن دوره را نشان

می‌دهد که طبعاً ملزم بودند یا از کیفیت خدمات بکاهند که در این صورت ممکن بود مشتریان خود را از دست بدهند و یا از روش‌های غیررسمی، هزینه‌های خود را تأمین نمایند.

البته در سال ۱۳۶۱ اولین کتاب تعرفه‌های پزشکی براساس کدگذاری بیماری‌ها معروف به کتاب کالیفرنیا منتشر شد، ولی علیرغم این امر، به دلیل عدم آشنایی دست‌اندرکاران با سیستم کدگذاری، تعرفه‌های مربوط به ویزیت پزشکی اجرا نشده بود و به جای آن تعرفه‌های ثابت در نظر گرفته شده بود. این روند تا تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یعنی تا سال ۱۳۶۵ ادامه پیدا کرد.^(۳) به همین دلیل این مشکل که حدود سال‌های ۶۰ به بعد پدیدار شده بود تا زمان تحول ساختاری مدیریت خدمات سلامت کشور در آن مقاطع ادامه پیدا کرده و همچنان سال به سال فاصله هزینه‌های سلامت با شاخص کل هزینه‌ها عمیق‌تر شده بود. در واقع در این دوره به خاطر پایین بودن سطح تعرفه‌ها، بخشی از ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت درمانی را که در بخش خصوصی مشغول بودند با مشکل مواجه می‌ساخت. در این دوره بخش‌های دولتی به لحاظ امکان اخذ اعتبارات از دولت با مشکل کمتری مواجه بودند.

ب) مشکل عمومی دیگری که در این دوره در کشور شایسته توجه خاص می‌باشد این است که به دلیل بروز جنگ، نظام ارائه مراقبت‌های پزشکی از قسمت تقاضا شدیداً تحت فشار قرار گرفت. به طوری که وضعیت بیماردهی و میزان تقاضای خدمات از روال طبیعی خود خارج شده و تمامی بیمارستان‌ها و نیروی انسانی آنها ملزم به این بودند که در اختیار آسیب‌دیدگان نیروهای دفاعی کشور باشند.^(۴) با توجه به اهمیت زیاد وضعیت سلامت مردم شرایط خاص اقتصادی آن دوره، زمینه‌های مساعدی برای افزایش تعرفه‌ها وجود نداشت.

در هر حال، در این دوره علیرغم اینکه خدمات درمانی عمدتاً توسط دولت ارائه می‌شد ولی بخش خصوصی تحت فشار بود، چرا که قیمت خدمات درمانی افزایش لازم را نداشته و بحث افزایش تعرفه‌ها در این دوره چندان مطرح نبود. با این وجود بحث کسری تعرفه‌ها به عنوان یک چالش پنهان در حال شکل گرفتن بود و عدم افزایش آن به مرور زمان باعث ایجاد فشار بیشتر بر بخش خصوصی شده بود. به طور کلی، در طول کل دهه ۶۰، شاخص کل بهای کالاها و خدمات بیش از ۵ برابر شده است. در حالی که شاخص بهای کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی بین ۳-۴ برابر ابتدای دوره شده است. همچنین در مورد رشد تعرفه‌ها در این دوره می‌توان گفت که رشدی ۲-۳ برابر داشته است که در مقایسه با رشد ۵ برابری شاخص کل بهای کالا و خدمات به مراتب کمتر است.

به هر حال تداوم چنین وضعیتی به لحاظ ماهیت خدمات بهداشتی و درمانی و خصوصیات مشتریانی که از بخش خصوصی تقاضای مراقبت خدمات پزشکی می‌نمایند، می‌توانسته به صورت بالقوه به مبادله قیمت‌ها و هزینه‌هایی ورای تعرفه‌های مرسوم (دریافت‌های غیررسمی) منجر شود، هر چند



مستنداتی در این رابطه نمی‌توان ارائه کرد ولی در هر حال شرایط مناسبی در این راستا فراهم نبوده است.

ج) علاوه بر این مشکل دیگری نیز که از سمت عرضه خدمات در این دوره رخ داد این بود که در ایام بروز جنگ و شرایط خاص سال‌های اولیه پس از انقلاب تعداد زیادی از پزشکان که عمدتاً متخصص بودند (نزدیک به ۱۶۰۰۰) به خارج از کشور مهاجرت نمودند و کشور شدیداً با کمبود پزشک مواجه شد. این پدیده دسترسی به خدمات درمانی را در کل کشور با مشکلات اساسی مواجه ساخت. هر چند که خدمات دولتی به صورت رایگان ارائه می‌شد مع‌الوصف با توجه به شرایط موجود در زمینه افزایش تعرفه‌ها به شرحی که اشاره شد، رشد بخش خصوصی در این زمینه با موانع بسیاری مواجه بوده است.

د) همان‌طور که اشاره شد با توجه به کمبود شدید نیروی انسانی متخصص در دهه ۶۰، با تصویب قانون تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کلیه مؤسسات، دانشگاه‌ها و مراکز آموزش پزشکی زیر نظر وزارت جدیدالتأسیس مذکور قرار گرفتند و متعاقب آن، سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی نیز در دانشگاه‌ها ادغام شدند. به‌طوری که طیف گسترده خدمات پیشگیری و سطوح اولیه مراقبت‌ها، آموزش پزشکی، تحقیقات پزشکی، و مراقبت‌های درمانی فوق تخصصی به‌طور یکپارچه ادغام شده و توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق مختلف ارائه می‌گردید.^(۲)

این اقدامات منجر به آموزشی شدن غالب بیمارستان‌های دولتی و همچنین ایجاد و توسعه پلی‌کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی دولتی شد. این وضعیت هر چند از لحاظ کمی تا اندازه‌ای ظرفیت‌های ارائه خدمات را بهبود و افزایش می‌داد ولی در عوض شرایط رشد بخش خصوصی کماکان محدود ماند.

طبعاً اداره واحدهای مذکور که زیر نظر دولت و از محل منابع عمومی دولت باید اداره می‌شد، نیاز به تزریق منابع مالی بیشتری داشت و دولت ناچار بود برای اداره واحدهای مذکور و تأمین مالی آن چاره‌اندیشی کند.

در قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طبق بند «۱۵» ماده (۱) آن تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی، درمانی، دارویی، بهزیستی و تعیین تعرفه‌های مربوط به بخش دولتی و غیردولتی نیز به‌عهده وزارت مذکور محول شده بود.

پس از آن نیز تا سال ۱۳۷۳ یعنی زمان تصویب قانون بیمه همگانی کشور، تعرفه‌های پزشکی توسط کمیته فنی وزارت بهداشت و درمان تهیه و توسط هیئت دولت، تصویب و ابلاغ می‌شد.

فاصله گرفتن تدریجی شاخص قیمت کالا و خدمات بهداشتی و درمانی از شاخص کل کالاها و خدمات و طبعاً عدم تعیین تعرفه‌های مناسب ازسویی و محدودیت اعتبارات دولتی در مواجهه با

افزایش ظرفیت‌ها، به‌طور منطقی تا اندازه‌ای از کیفیت ارائه خدمات می‌کاست. افت کیفی خدمات می‌توانست عدم رضایت بیماران را در پی داشته باشد و در واقع همین وضعیت نیز محقق گردید. بخش عمده مراجعین بیمارستان‌های دولتی و مراکز ارائه خدمات دولتی را بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی تشکیل می‌دادند که از آنها سهمی تحت‌عنوان حق بیمه کسر و از طریق سازمان تأمین اجتماعی در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گرفت. وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز این منابع را باید جهت ارائه خدمات مراقبت درمانی این بیمه‌شدگان در اختیار بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی قرار می‌داد ولی مراجعین مذکور از نوع خدمات ارائه شده ناراضی بودند. عدم ارائه خدمات مطلوب توسط بیمارستان‌های دولتی، اعتراض نسبت به سیستم یکپارچه ارائه خدمات دولتی را در پی داشت. این اعتراضات به تصویب قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی و خارج شدن بیمه‌ها از سیستم یکپارچه دولتی منجر شد که خود نقطه آغاز تجربه یک روال جدید از عرضه و تقاضای خدمات و عملکرد تعرفه‌ها گردید (جدول ۱).

– وضعیت تعرفه‌ها در مقطع زمانی ۱۳۶۸-۱۳۷۴

تحولات اساسی که در این دوره اتفاق افتاد عبارتند از:

الف) قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی و خارج شدن بیمه‌ها از سیستم یکپارچه دولتی: اگرچه در این دوره ظرفیت‌های ارائه خدمات به‌طور چشمگیری افزایش یافت، لکن سیاست‌های آموزش‌محور، بهداشت‌محور و مدیریت‌های پزشک‌محور وزارت جدید نه تنها از نارضایتی‌های قبلی نکاست بلکه منشأ پیدایش و بروز اقدامات تلافی‌جویانه و چاره‌جویانه‌ای از سوی سازمان تأمین اجتماعی (که تحت فشار بیمه‌شدگان بود) گردید و آن جداسازی و تفکیک ظرفیت‌های ارائه خدمات درمانی سازمان مذکور با حمایت مجلس شورای اسلامی وقت بود. با جدا شدن نظام ارائه درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی، مجدداً نقطه عطف دیگری در نظام ارائه خدمات درمانی از این مقطع زمانی به بعد حادث شد به‌گونه‌ای که مجدداً سازمان مذکور به‌منزله رکنی از نظام تأمین مالی و بیمه مراقبت‌های درمانی کشور تبدیل شد، لذا دگرباره امکانات مربوط به این سازمان و اختیارات آن یکی از ارکان ملاک عمل در نظام بیمه مراقبت درمانی و ارائه خدمات درمانی گردید.^(۳)

ب) همزمان در این دوره که با خاتمه جنگ تحمیلی مقارن شده بود، سیاست‌های تعدیل اقتصادی توسط دولت نیز به اجرا گذاشته شد. این تحولات آغاز دوره‌های پرفشار هزینه‌ای به‌لحاظ موج گسترده سازندگی و بازسازی در کشور و ضرورت جابجایی‌ها و بازگشت به الگوی نسبی استقرار جمعیتی قبل از جنگ، شروع موج خصوصی‌سازی و آزادسازی خدمات و کالاهای تحت تصدی دولت، عزم دولت بر گرایش به سمت تخصیص بازار در بخش‌های زیادی از کشور که در ظاهر امر، با قیمتگذاری‌های کالاها و خدمات و حذف برخی یارانه‌ها همراه شده بود را به‌دنبال داشته و لذا از جمله



عوامل بیرونی تأثیرگذار عمده این دوره شناخته می‌شود.^(۲)

در همین راستا بحث شفاف‌سازی قیمت‌ها نیز در کل بخش‌ها مطرح شده بود و قیمت بسیاری از کالاها نیز مانند لوازم و مواد مصرفی، هزینه تأمین خوراک، تجهیزات و تعمیرات افزایش پیدا کرد. علاوه بر این به دلیل افزایش نرخ ارز، هزینه خرید و نگهداری تجهیزات ارزش بر با مشکل اساسی مواجه شد. طبعاً شرایط فوق سبب افزایش هزینه ارائه خدمات پزشکی و بیمارستانی شده طوری که اداره این مراکز در قالب تعرفه‌های تعیین شده امکان‌پذیر نبود. به عبارت دیگر هر چند کمبود بودجه ناشی از شرایط فوق در مراکز درمانی دولتی از طریق حمایت‌های مالی دولت می‌توانست تا حدی جبران و تأمین اعتبار شود ولی این کمبود بودجه برای بخش خصوصی تنها از محل درآمدها می‌توانست جبران شود.

ج) با تغییر ساختار ارائه خدمات درمانی از حالت یکپارچه به سیستم‌های چندگانه از جمله ارائه خدمات درمانی مستقیم و غیرمستقیم توسط سازمان تأمین اجتماعی در این دوره، سیستم تأمین مالی بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی نیز متحول شد.

در این دوره به لحاظ اینکه بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در بسیاری از مناطق و یا برای بسیاری از خدمات، فاقد دسترسی به مراکز ارائه خدمات درمانی مستقیم توسط خود سازمان بودند، لذا باید از طریق درمان غیرمستقیم اقدام به خرید درمان می‌نمودند. این چنین کارکردی روش تأمین مالی بودجه اکثر مراکز ارائه‌دهنده خدمات را بجای تکیه بر بودجه‌های کلی^۱ به روش تأمین و مبادله از طریق پرداخت به‌ازای هر خدمت^۲ متکی و وابسته می‌نمود. طبعاً موضوع تعرفه‌ها و سطح آن در مقطع جدید حتی برای واحدهای دولتی نیز از اهمیت بیشتری برخوردار شده بود.

علاوه بر این، تطبیق هزینه‌ها به لحاظ افزایش قیمت‌های کلی که در کشور صورت می‌گرفت گریزناپذیر بود. ولی به هر حال اینکه چه سطحی از تعرفه‌ها می‌توانست این تعادل را ایجاد کند مشکلی بود که این بار حتی از سمت و سوی ارائه‌دهندگان خدمات در بخش دولتی می‌توانست مورد پرسش قرار گرفته و به‌منزله چالشی مطرح شود.

به هر حال در این دوره تعرفه‌ها برای اولین بار افزایش یافت. ولی این بار اثر افزایش به نحوی بود که در اثر شدت افزایش تعرفه‌ها این سازمان‌های بیمه‌گر بودند که دچار مشکلات عدیده‌ای شدند. شاید برای اینکه شاخص قیمت کالاها و خدمات بهداشتی و درمان از شاخص کل کالاها و خدمات در این دوره رشد به مراتب بالاتری داشت.

علاوه بر این، شواهد نیز حاکی از آن است که در این دوره بنا به گزارش‌های رسمی مرکز آمار ایران، قیمت خدمات بهداشتی در سبد مصرفی خانوار از رشد قیمتی بالغ بر دو برابر متوسط رشد

۱. Global Budget

۲. Fee-For-Service

قیمت سایر کالاها برخوردار بوده است.^(۴) با همه وجود، این افزایش در تعرفه‌ها و به دنبال آن افزایش شاخص قیمت کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی می‌توانست باعث رشد بخش خصوصی شود. بنا به شواهد، می‌توان دریافت که در سومین دوره زمانی مورد بررسی، یعنی حد فاصل سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۴، در حالی که شاخص بهای کل کالاها و خدمات مصرفی شهری نسبت به سال ۱۳۶۹ به رقم ۳۷۲/۴ رسیده ولی شاخص بهای کل کالاها و خدمات بهداشتی درمانی در این دوره بیش از ۵ برابر شده است. در این دوره نه تنها شاخص بهای کالاها و خدمات بهداشتی درمانی رشد سریعی را آغاز نموده (بهترین نماد آن را در تحولات زیاد تعرفه‌های پزشکی در این سال‌ها می‌توان ملاحظه کرد)، بلکه هر ساله فاصله بین رشد شاخص قیمت کل و قیمت کالاها و خدمات بهداشتی عمیق‌تر شده است. طبعاً چنین شرایطی نمی‌توانست با محدود بودن اعتبارات دولتی و سهم قابل توجه خدمات دولتی در بخش مراقبت‌های درمانی پایدار بماند و رضایت ناشی از ارائه خدمات را به همراه داشته باشد. به همین لحاظ برای تأمین مالی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات باید مکانیسمی پیش‌بینی می‌شد که متضمن حجم کمی خدمات ارائه شده و لزوماً عملکرد کاراً در هزینه‌ها بوده باشد. خرید خدمت به‌ازای بها یا تعمیم شیوه پرداخت به ازای خدمت (FFS) در تأمین مالی از جمله راهکارهایی بود که در این راستا مناسب تشخیص داده شده بود و برای آن باید تحولات دیگر در بخش تحقق می‌یافت. این تحولات مجدداً نظام عرضه و تقاضای خدمات مراقبت را دگرگون ساخت (جدول ۱).

– وضعیت تعرفه‌ها در مقطع زمانی ۱۳۷۴-۱۳۸۰

تحولات تعرفه‌ها طی سه دوره گذشته در قسمت‌های قبلی مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفت. حال به بررسی دوره بین سال‌های ۱۳۷۴-۱۳۸۰ پرداخته می‌شود.

در قسمت قبل اشاره شد که با جداسازی واحدهای درمانی تأمین اجتماعی، استفاده از منابع تخصیصی این سازمان که قبلاً در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گرفت و به‌صورت یک کاسه با منابع دیگر بین ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت بهداشتی و درمانی باید توزیع می‌شد از این پس به‌عهده خود این سازمان واگذار شده و صرفاً برای بیمه‌شدگان این سازمان (از طریق درمان غیرمستقیم) و واحدهای درمانی تابعه سازمان (درمان مستقیم) هزینه می‌شد، لذا تأمین مالی آن دسته از بیمارستان‌های دولتی که طرف ارائه درمان غیرمستقیم این سازمان بودند به درآمدهای اختصاصی حاصله از مراجعه‌کنندگان بیمه‌ای متکی و معطوف می‌شد و در مقایسه با دوره‌های قبل وابستگی کمتری به منابع عمومی دولتی و بودجه‌های دولتی پیدا می‌کردند.

در دوره زمانی ۱۳۶۸-۱۳۷۴، بخشی از مراجعین بیمارستان‌های دولتی مشمول سیستم‌های بیمه‌ای بودند و طبعاً از منابع مالی بیمه‌ای باید استفاده می‌کردند و بخش دیگری نیز به‌صورت رایگان یا با پرداخت فرانشیز، از خدمات مراقبت پزشکی مراکز ارائه‌کننده دولتی می‌توانستند استفاده



کنند. در واقع، در شرایط جدید، بخشی از هزینه خدمات از طریق تخصیص منابع دولتی که به صورت بودجه کلی در اختیار واحدهای ارائه‌کننده قرار می‌گرفت، تأمین مالی می‌شد. بخشی دیگر از منابع مالی مراکز ارائه‌دهنده نیز، به صورت پرداخت از جیب و از محل درآمدهای شخصی افراد مراجعه‌کننده که اقدام به پرداخت هزینه‌های مراقبت می‌نمودند، تأمین می‌شد.

این چندگانگی در شیوه تأمین مالی از یکسو و نامشخص بودن ملاک‌های تخصیص و توزیع منابع مالی دولتی فی‌مابین واحدهای مختلف ارائه‌کننده خدمات و حتی مناطق مختلف از سوی دیگر، سیاستگذاران را بر آن داشت تا تمهیداتی فراهم نمایند که تمامی منابع تخصیصی به بخش مراقبت درمانی به صورت یکپارچه از طریق سیستم‌های بیمه‌ای، متناسب با کارکرد ارائه خدمات به مراجعین و صندوق‌های پیش‌بینی شده از این بابت، تأمین مالی شود. بخشی از اهداف تصویب قانون بیمه همگانی همین مسئله بود و لذا زمینه‌ساز این وضعیت شد.

با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی دولت در سال ۱۳۷۴، نقطه عطفی جدید، در جهت‌گیری و اولویت‌بندی چگونگی تخصیص تأمین منابع مالی کشور ایجاد گردید که می‌تواند به منزله سرآغاز دوره جدیدی از تحولات در نظام مراقبت‌های درمانی و به‌خصوص تغییر و تحولی در مسئله تعیین تعرفه‌ها شناخته شود.

از جمله مهمترین نکات اشاره شده در این قانون بحث تعرفه‌ها می‌باشد، در عناوین قانونی تعریف شده در قانون مذکور، به قیمت واقعی خدمات (شامل سود سرمایه و استهلاک منظور شده برای واحدهای خصوصی) اشاره شده بود و در ماده (۱) بند «۸» این قانون بر تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمان تأکید شده بود که باید با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و پس از تأیید شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی کشور به تصویب هیئت وزیران برسد.^۱

بنابراین، مکانیسم تعیین تعرفه‌ها به‌طور صریحی تغییر یافته بود که می‌تواند ناشی از عدم رضایت سیاستگذاران و تصمیم‌سازان از نظام قبلی تعبیر شود. در واقع روش جدید پیشنهادی، اصلاح و بازنگری روال قبلی تلقی می‌گردید.

رشد تعرفه‌های مصوب طی سال‌های فی‌مابین ۱۳۷۵-۱۳۸۰، یعنی مقاطع زمانی متعاقب تصویب قانون بیمه همگانی، گویای آن است که معیار یکدست و منسجمی در افزایش تعرفه گروه‌های مختلف ارائه‌کننده خدمت حکمفرما نبوده است، به طوری که در برخی از سال‌ها تعرفه‌های پزشک عمومی و در برخی سال‌ها نیز تعرفه پزشکان متخصص افزایش چشمگیری یافته‌اند. هر چند فاصله این افزایش‌ها، به نحوی تنظیم شده که هدایت بیماران از گروه‌های متخصص و جراح به سمت پزشک عمومی و یا

۱. سازمان بیمه خدمات درمانی.

برعکس را می‌تواند در پی داشته باشد، ولی به هر حال در این دوره هم، علیرغم تلاش‌های صورت گرفته در بحث تعرفه‌ها، کماکان مشکلات تعیین سطح تعرفه‌ها و چالش‌های پیرامون آن به نحوی متفاوت تداوم یافته است (جدول ۱).

وضعیت تعرفه‌ها در مقطع زمانی ۱۳۸۰-۱۳۹۳

تحولات اساسی که در این دوران اتفاق افتاد عبارتند از:

- تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۳۸۴: این کتاب به‌طور عمده برگرفته از کتب تعرفه‌گذاری تدوین شده در سال ۲۰۰۳ در کشور آمریکا می‌باشد^(۲) که در ترجمه و تدوین آن دقت شده تا خطاهای کتاب نخست تدوین شده در بخش تعرفه‌گذاری نظام سلامت کشور رخ ندهند. به‌رغم چاپ آن، این کتاب ابلاغ نشده و تاکنون مورد استناد تعرفه‌گذاری در کشور قرار نگرفته است. یکی از مهم‌ترین دلایل ابراز شده برای عدم ابلاغ کتاب، مخالفت سازمان‌های بیمه‌گر در آن زمان ذکر شده است که علت آن احتمال افزایش جدی هزینه سازمان‌های بیمه‌گر در اثر تغییرات چشمگیر تعرفه‌هایی بود که از سوی سازمان نظام پزشکی ابلاغ شد.^(۵) پس از آن در تلاش جدی برای رفع چالش‌های موجود در کتاب تعرفه تدوین شده در سال ۱۳۸۴، گروه گسترده‌ای از صاحب‌نظران کشور متشکل از مدیران و سیاستگذاران وزارت بهداشت و نهادهای مرتبط، ارائه‌کنندگان خدمات بالینی، بهداشتی و صاحب‌نظران دانشگاهی و برخی دیگر از گروه‌های ذینفع، کتاب تعرفه‌گذاری دیگری با همان نام «کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی و درمانی» در سال ۱۳۸۸ تدوین کردند.^(۴) در این کتاب که به نوعی می‌توان 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 می‌توانست بخشی از خطاهای موجود در کتاب مرجع تعرفه‌گذاری کشور را اصلاح کند. در تدوین نسخه کتاب تعرفه‌گذاری کشور در سال ۱۳۸۸ دو منبع مورد استناد قرار گرفتند: کتاب CPT و کتاب فهرست هزینه‌ها. CPT به توصیف اقدامات تشخیصی و جراحی می‌پردازد. این کتاب فهرستی از عنوان‌های تشریحی و کدهای تشخیصی برای گزارش خدمات و دستورالعمل‌های پزشکی است که در تعیین تعرفه‌های پزشکی در آمریکا به‌کار می‌رود.^(۶) دیگری کتاب فهرست هزینه‌هاست که در آن ارزش‌های دلاری اقدامات مختلف بالینی کشور آمریکا گردآوری شده است. دلیل استفاده از کتاب فهرست هزینه‌ها در زمان تدوین ارزش‌های پیشنهادی در سال ۱۳۸۸ آن است که ارزش‌های خدمات تدوین شده در کتاب فهرست هزینه‌ها در درون هر رشته تخصصی و میان تخصص‌های مختلف از تناسب برخوردار بوده^(۷) و به‌تبع لحاظ نمودن این ارزش‌ها در کتاب سال ۱۳۸۸ نیز باعث رفع یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های مرجع تعرفه‌گذاری ایران یعنی اختلاف درآمدی غیرمتناسب در میان گروه‌های مختلف بالینی می‌گردید.^(۸) کتاب تعرفه‌گذاری تدوین شده در سال ۱۳۸۸ جهت اعمال از مهرماه



۱۳۸۹ به کلیه مراکز درمانی و دانشگاهی ابلاغ شده ولی به علت مخالفت برخی گروه‌های متخصص ملاک عمل قرار نگرفت. علت اعتراض گروه‌های تخصصی، کاهش ارزش‌های نسبی جدید نسبت به ارزش‌های موجود در کتاب قبلی بوده است.

- طبق بند «ک» ماده (۳) قانون تشکیل نظام پزشکی مصوب مجلس شورای اسلامی سال ۱۳۸۴ مبنی بر «اظهارنظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی براساس ضوابط بند «۸» ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و همکاری با مراجع ذی‌صلاح در اجرای آن»، تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی به پیشنهاد سازمان نظام پزشکی تصویب و ابلاغ آن توسط سازمان مذکور صورت گرفت. با این وجود، تعیین تعرفه‌های پیشنهادی نظام پزشکی در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ کماکان مردود و مورد قبول واقع نشد و دست‌اندرکاران تعرفه‌گذار در بخش دولتی طبق روال گذشته، خود اقدام به تعیین تعرفه‌ها در بخش خصوصی کرده‌اند. چراکه در سال ۱۳۸۴، وزارت بازرگانی به استناد قانون تثبیت قیمت‌ها در آن سال اجرای تعرفه‌های مصوب ازسوی نظام پزشکی را ممنوع کرد و اعلام کرد که هیئت وزیران افزایش سقف ویزیت پزشکان عمومی و تخصصی و تمامی رشته‌های مرتبط در سال ۱۳۸۴ را لغو و در سطح قیمت‌های مصوب ابلاغی سال ۱۳۸۳ تعدیل کرده است و استناد پزشکان به نرخ‌های اعلام شده ازسوی مسئولان سابق نظام پزشکی غیرقانونی است.

در سال ۱۳۸۶ برای اولین بار تعرفه‌های نظام پزشکی برای بخش خصوصی مورد قبول واقع شده و بخش خصوصی ارائه خدمت بر طبق تعرفه‌های اعلام شده ازسوی نظام پزشکی را برای نخستین بار تجربه کرد.

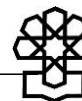
- این دوگانگی و ناهماهنگی ایجاد شده در قوانین، ساختار و اختیارات تعرفه‌گذاری سبب تشدید چالش موجود در امر تعرفه در طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ شد. پس از آن در قالب برنامه پنجم توسعه اختیار تعیین تعرفه از سازمان نظام پزشکی منفک و به دولت برگشت داده شد. بنابراین در سال ۱۳۹۰ نه تنها تعرفه در تیرماه با تأخیر اعلام شد، بلکه در شهریورماه تعرفه بخش خصوصی توسط معاون اول رئیس‌جمهور به استناد عدم تشکیل شورای عالی بیمه سلامت ملغی شد و عملاً در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۰ بخش خصوصی پزشکی فاقد تعرفه قانونی بوده است که طبیعتاً این امر پتانسیل بی‌انضباطی را در این بخش بالا برد. یکی از دلایل بازپس گرفتن تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی از سازمان نظام پزشکی این بود که علیرغم افزایش چشمگیر تعرفه‌های بخش خصوصی بیش از پیش، سازمان نظام پزشکی در این مدت نتوانسته بود از اغتشاش و روابط مالی غیرشفاف بین ارائه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان خدمات جلوگیری کند و این مسئله باعث تحمیل هزینه‌های

بالا بر مصرف‌کنندگان و افزایش پرداخت از جیب مردم شده بود.

- تحول ملی هدفمندی یارانه‌ها در سال ۱۳۹۰ باعث تأثیر جدی بر نظام سلامت شد. چراکه نظام سلامت نیز دارای بخش‌های مختلفی است که تأثیر اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها بر آن، شکل و صورت متفاوتی دارد. در حوزه نظام سلامت، اولین تأثیر هدفمندی، افزایش هزینه‌های خدمات پزشکی و درمانی بود.

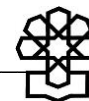
- در نهایت در سال ۱۳۹۳ و در قالب اجرای طرح تحول نظام سلامت، طرح اصلاح ارزش‌های نسبی خدمات در دستور کار قرار گرفت و کتاب ارزش‌های نسبی خدمات در سال ۱۳۹۳ با همکاری وزارت بهداشت، انجمن‌های علمی تخصصی، سازمان نظام پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه تدوین شد که از اهداف آن می‌توان به ایجاد توازن بین ارزش‌های نسبی خدمات رشته‌های تخصصی، تعرفه‌دار شدن خدمات جدید بدون تعرفه، ایجاد کدینگ ملی برای هر یک از خدمات و... اشاره کرد که بنا به اظهارات وزارت بهداشت، ضرورت تغییر در کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی (موسوم به کتاب کالیفرنیا) به علل موارد ذیل است:

۱. اخذ دریافت‌های غیررسمی در بازار سلامت کشور،
۲. توازن نامتناسب در وزن خدمات و عدم ارائه برخی از خدمات در بخش دولتی،
۳. پیشرفت علوم پزشکی و ابداع شیوه‌های جدید تشخیصی و درمانی،
۴. عدم توجه به رشته‌های مادر و تغییر نظام آموزشی کشور (جدول ۱).

**جدول ۱. بررسی تحولات مؤثر بر سابقه تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در بازه زمانی ۱۳۵۱-۱۳۹۳ در ایران**

بازه زمانی	تغییر و تحولات قوانین، نهاده‌ها و سیاست‌ها	مداخلات
۱۳۵۷-۱۳۵۱	- تصویب قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت	- برای نخستین بار سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۱، اقدام به تهیه تعرفه اعمال جراحی و خدمات پزشکی کرد و آن را برای اولین بار به صورت آزمایشی به اجرا گذاشت - تعرفه‌های ابلاغی تا سال ۱۳۶۱ به صورت رسمی ملاک عمل قرار گرفت و بدون تغییر ماند
۱۳۵۷-۱۳۶۸	- انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی - ایجاد سیستم یکپارچه مراقبت‌های پزشکی و حرکت به سمت دولتی شدن نهادهای ارائه‌کننده خدمات سلامت زیر نظر وزارت بهداشتی و بهزیستی - تشکیل وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۴ و تصویب قانون تشکیلات وزارت متبوع: طبق بند «۱۵» ماده (۱) وزارت بهداشت موظف به تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی و تعیین تعرفه‌های مربوط در بخش دولتی و غیردولتی است.	- انتشار کتاب تعرفه‌های پزشکی براساس کتاب کدگذاری بیماری‌ها معروف به کتاب کالیفرنیا در سال ۱۳۶۱ و البته اجرایی نشدن آن به گونه‌ای که تا سال ۱۳۶۵ تعرفه‌های ثابت مبنای عمل قرار گرفته بود - میزان رشد تعرفه‌های پزشکی بسیار کمتر از نرخ رشد تورم در کل کشور بود بنابراین بخش خصوصی قادر به تأمین هزینه‌ها نبود
۱۳۷۴-۱۳۶۸	- تصویب قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی و خارج شدن بیمه‌ها از سیستم یکپارچه دولتی - اجرای سیاست‌های تعدیل اقتصادی توسط دولت - شروع موج خصوصی‌سازی و آزادسازی خدمات و کالاهای تحت تصدی دولتی - تغییر ساختار ارائه خدمات درمانی از حالت یکپارچه به سیستم‌های چندگانه از جمله ارائه خدمات درمانی مستقیم و غیرمستقیم توسط سازمان تأمین اجتماعی - تصویب قانون نظام پزشکی که در آن به سازمان نظام پزشکی اختیار تعیین تعرفه‌های پزشکی بخش غیردولتی داده شده بود که البته در این بازه زمانی اجرایی نشد.	- تفکیک ظرفیت‌های ارائه خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی از سایر خدمات - افزایش تعرفه‌های پزشکی برای اولین بار: در سال‌های اول شاخص قیمت کل (تورم) بر شاخص قیمت خدمات پزشکی پیشی گرفته بود ولی پس از آن شاخص قیمت (تورم) خدمات پزشکی بر شاخص قیمت کل پیشی گرفت - پرداخت به ازای هر واحد خدمت (FFS) مبنای پرداخت به ارائه‌کننده خدمت قرار گرفت
۱۳۸۰-۱۳۷۴	- تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی دولت در سال ۱۳۷۴ که در آن به بحث تعرفه‌ها اشاره شده است. در ماده (۱) بند «۸»، بر تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ	- رشد غیرمنسجم تعرفه‌های پزشک در گروه‌های مختلف ارائه‌کننده خدمت

مداخلات	تغییر و تحولات قوانین، نهاده‌ها و سیاست‌ها	بازه زمانی
	<p>سراجه هزینه بیمه درمان تأکید شده است که باید به پیشنهاد وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و پس از تأیید شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، به تصویب هیئت وزیران برسد.</p>	
<p>- تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۳۸۴ و البته عدم ابلاغ آن</p> <p>- تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۳۸۸، ابلاغ آن و البته اجرایی نشدن آن</p> <p>- به موجب قانون تثبیت قیمت‌ها، وزارت بازرگانی در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۵، افزایش تعرفه را مردود اعلام کرد و آن را تعدیل نمود.</p> <p>- با توجه به تخصیص ۱۰ درصد درآمد حاصل از هدفمندی یارانه و ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده، منابع نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ افزایش یافت و طرح تحول نظام سلامت و در همین راستا طرح اصلاح نظام تعرفه‌گذاری (بازبینی کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی و اصلاح ارزش ریالی ضریب تعرفه در ابلاغیه‌های سالیانه هیئت وزیران) در دستور کار دولت قرار گرفت</p>	<p>- تعیین تعرفه‌های پزشکی بخش خصوصی در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ توسط سازمان نظام پزشکی براساس بند «ک» ماده (۳) قانون تشکیل نظام پزشکی مصوب سال ۱۳۶۹</p> <p>- تصویب قانون تثبیت قیمت‌ها در سال ۱۳۸۳</p> <p>- تصویب قانون برنامه پنجم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی: در این برنامه:</p> <p>۱. باز پس گرفتن اختیار تعیین تعرفه‌های پزشکی بخش غیردولتی از سازمان نظام پزشکی</p> <p>۲. ۱۰ درصد درآمد حاصل از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت اختصاص داده شد.</p> <p>۳. تعیین تعرفه خدمات درمانی براساس قیمت واقعی خدمات</p> <p>- تصویب قانون هدفمندی یارانه‌ها در سال ۱۳۸۸</p> <p>تصویب قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت در سال ۱۳۹۳ مبنی بر اختصاص یک درصد مالیات بر ارزش افزوده به سلامت</p>	<p>۱۳۸۰-۱۳۹۳</p>



بررسی روند تغییرات تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی ابلاغی هیئت وزیران در بخش دولتی و غیردولتی در بازه زمانی ۱۳۸۰-۱۳۹۳

در این قسمت به منظور بررسی روند تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳، در قسمت اول شاخص تورم بهداشت و درمان^۱ با شاخص کل^۲ مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته و در قسمت دوم با مراجعه به ابلاغیه سالیانه هیئت وزیران تفکیک تعرفه ویزیت گروه‌های مختلف ارائه خدمت در بخش سرپایی، ضریب تعرفه خدمات در بخش بستری، تعرفه هتلینگ در بیمارستان‌ها، تعرفه خدمات تشخیصی، فرانشیز پرداختی از سوی بیماران و حق بیمه سرانه در بخش دولتی و خصوصی استخراج و مورد تحلیل قرار گرفت.

الف) درصد تغییرات شاخص بهداشت و درمان نسبت به شاخص کل

به طور متوسط، رشد شاخص بهداشت و درمان بالاتر از رشد شاخص کل طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ بوده است. در طی این دوره، شاخص بهداشت و درمان با فراز و نشیب‌هایی همراه بوده است چنانچه همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است شاخص بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۳ رشد بسیار چشمگیری (۱۶ درصد) نسبت به شاخص کل داشته است.

جدول ۲. تغییرات شاخص کل و شاخص بهداشت و درمان در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

سال معیار	اختلاف رشد شاخص‌ها**	درصد تغییر نسبت به سال قبل/ماه مشابه سال قبل	شاخص بهداشت و درمان	درصد تغییر نسبت به سال قبل/ماه مشابه سال قبل	شاخص کل	سال
۱۳۷۶	۳/۹	۱۵/۳	۲۱۱/۶	۱۱/۴	۱۷۷/۹	۱۳۸۰
۱۳۷۶	۰/۵	۱۶/۳	۲۴۶	۱۵/۸	۲۰۶	۱۳۸۱
۱۳۷۶	۱/۳	۱۶/۹	۲۸۷/۶	۱۵/۶	۲۳۸/۲	۱۳۸۲
۱۳۷۶	۲/۲	۱۷/۴	۳۳۷/۵	۱۵/۲	۲۷۴/۵	۱۳۸۳
۱۳۸۳	۵/۳	۱۵/۷	۱۱۵/۷	۱۰/۴	۱۱۰/۴	۱۳۸۴
۱۳۸۳	۱/۹	۱۳/۸	۱۳۱/۷	۱۱/۹	۱۲۳/۵	۱۳۸۵
۱۳۸۳	-۱/۴	۱۷	۱۵۴/۱	۱۸/۴	۱۴۶/۲	۱۳۸۶
۱۳۸۳	-۲/۱	۲۳/۳	۱۹۰	۲۵/۴	۱۸۳/۳	۱۳۸۷
۱۳۸۳	۸/۱	۱۸/۹	۲۲۶	۱۰/۸	۲۰۳	۱۳۸۸

۱. منظور از شاخص بهداشت و درمان در این گزارش، شاخص بهای کالا و خدمات مصرفی بهداشت و درمان در مناطق شهری می‌باشد.
 ۲. منظور از شاخص کل در این گزارش، شاخص کل بهای کالا و خدمات مصرفی در مناطق شهری می‌باشد. شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی (CPI) معیار سنجش تغییرات قیمت کالاها و خدماتی است که توسط خانوارهای شهرنشین ایرانی به مصرف می‌رسد. این شاخص وسیله‌ای برای اندازه‌گیری سطح عمومی قیمت کالا و خدمات مورد مصرف خانوارها و یکی از مهمترین معیارهای سنجش میزان تورم در اقتصاد به‌شمار می‌رود.

سال معیار	اختلاف رشد شاخص‌ها**	درصد تغییر نسبت به سال قبل/ماه مشابه سال قبل	شاخص بهداشت و درمان	درصد تغییر نسبت به سال قبل/ماه مشابه سال قبل	شاخص کل	سال
۱۳۸۳	۷/۵	۱۹/۹	۲۷۰/۹	۱۲/۴	۲۲۸/۲	۱۳۸۹
۱۳۸۳	-۴/۳	۱۷/۲	۳۱۷/۵	۲۱/۵	۲۷۷/۵	۱۳۹۰
۱۳۹۰	-۵/۸	۲۴/۷	۱۲۴/۵	۳۰/۵	۱۳۰/۵	۱۳۹۱
۱۳۹۰	۳/۷	۳۸/۴	۱۷۳/۹	۳۴/۷	۱۷۵/۹	۱۳۹۲
۱۳۹۰	۱۶/۱	۳۱/۵	-	۱۵/۴	-	*۱۳۹۳
-	۳/۰۳	۱۹/۵۸	-	۱۶/۵۵	-	میانگین هندسی

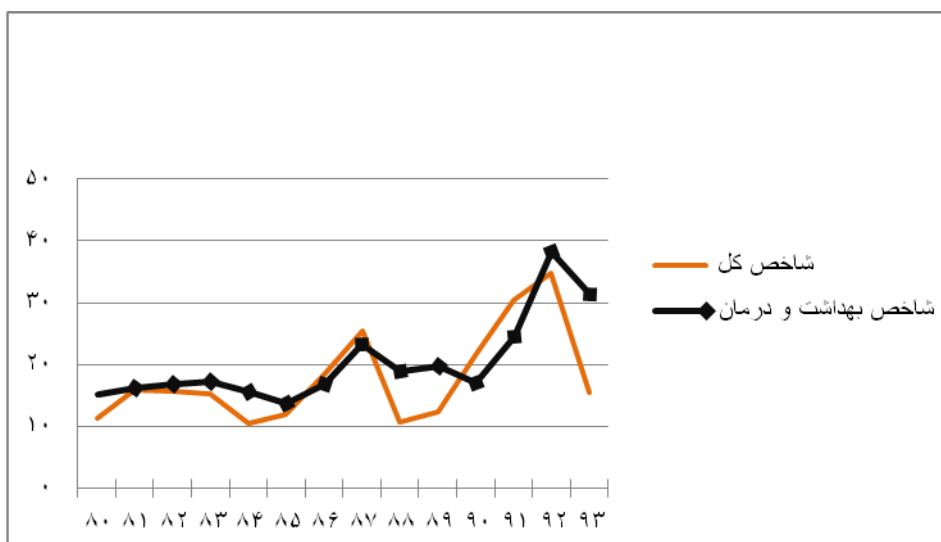
* داده‌های مربوط به سال ۱۳۹۳، مربوط به ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۳ نسبت به ۶ ماهه مشابه سال قبل است.

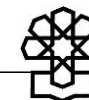
** اختلاف رشد شاخص‌ها حاصل تفاضل رشد شاخص بهداشت و درمان از شاخص کل است.

همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود شاخص تورم کل و شاخص تورم بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال قبل رشد کمتری داشته است. البته باید این نکته را در نظر گرفت که با توجه به اینکه تورم سال ۱۳۹۳ براساس شش‌ماهه نخست آن به‌دست آمده است بنابراین ممکن است تورش فصول سال مطرح باشد.

نمودار ۱. درصد تغییرات شاخص قیمت کل و شاخص بهداشت و درمان

طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



**ب) تعرفه ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی و خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳****۱. تعرفه ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی**

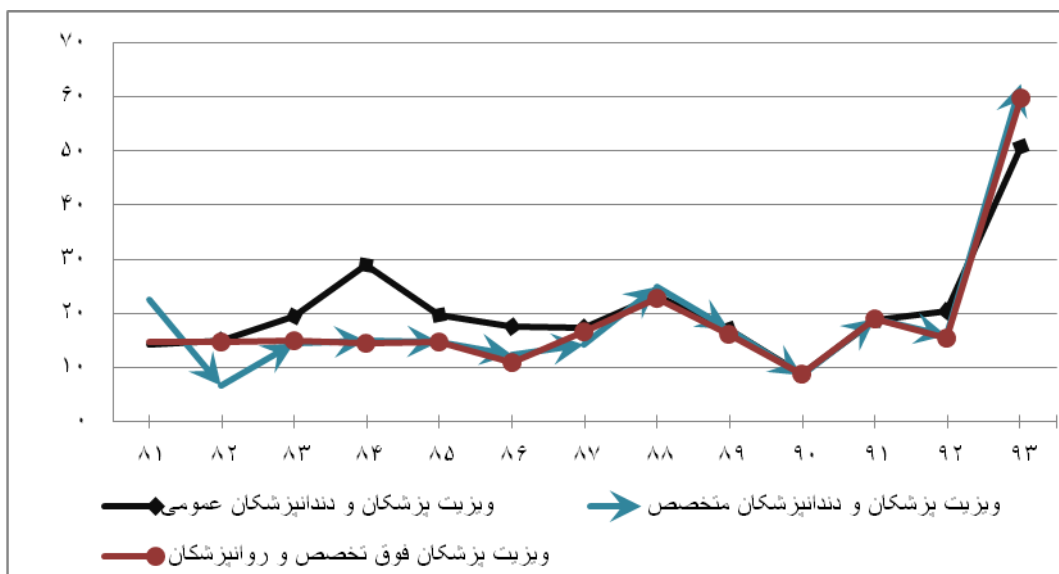
همان‌طور که در جدول ذیل ملاحظه می‌شود، در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ تعرفه ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی ۱۱/۵ برابر، تعرفه ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص ۹/۱ برابر و تعرفه ویزیت پزشکان فوق تخصص و روانپزشکان، ۸/۹ برابر شده است.

جدول ۳. تعرفه ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ (ریال)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی	۷,۰۰۰	۸,۰۰۰	۹,۲۰۰	۱۱,۰۰۰	۱۴,۲۰۰	۱۷,۰۰۰	۲۰,۰۰۰	۲۳,۵۰۰	۲۹,۰۰۰	۳۴,۰۰۰	۳۷,۰۰۰	۴۴,۰۰۰	۵۳,۰۰۰	۸۰,۰۰۰
ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص	۱۱,۰۰۰	۱۳,۵۰۰	۱۴,۴۰۰	۱۶,۵۰۰	۱۹,۰۰۰	۲۱,۸۰۰	۲۴,۵۰۰	۲۸,۰۰۰	۳۵,۰۰۰	۴۱,۰۰۰	۴۴,۵۰۰	۵۳,۰۰۰	۶۱,۵۰۰	۱۰۰,۰۰۰
ویزیت پزشکان فلوشیپ												۵۸,۴۰۰	۶۷,۵۰۰	۱۲۰,۰۰۰
ویزیت پزشکان فوق تخصص و روانپزشکان	۱۳,۵۰۰	۱۵,۵۰۰	۱۷,۸۰۰	۲۰,۵۰۰	۲۳,۵۰۰	۲۷,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰	۴۳,۰۰۰	۵۰,۰۰۰	۵۴,۵۰۰	۶۴,۹۰۰	۷۵,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰
ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک											۶۵,۰۰۰	۷۷,۴۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۴۴,۰۰۰



نمودار ۲. درصد تغییرات تعرفه ویزیت بخش سرپایی دولتی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳



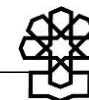
۲. تعرفه ویزیت پزشکان در بخش سرپایی در بخش خصوصی

همان‌طور که در جداول ۵ و ۶ و نمودار ۳ مشاهده می‌شود تعرفه ویزیت گروه‌های مختلف در بخش خصوصی در سال ۱۳۸۴ رشد بسیار چشمگیری نموده است و دلیل آن واگذار نمودن اختیار تعیین تعرفه‌های خدمات توسط سازمان نظام پزشکی بوده است. پس از سال ۱۳۸۴، کلیه گروه‌ها با کاهش رشد مواجه شده‌اند و سپس این رشد تقریباً ثابت باقی مانده است. تعرفه ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک در سال ۱۳۸۸ رشد نموده است ولی پس از آن به صورت نامتوازنی با رشد فزاینده و کاهنده مواجه بوده است و در سال ۱۳۹۳ نسبت به سایر گروه‌های پزشکی رشد قابل ملاحظه‌ای نموده است.

جدول ۵. تعرفه ویزیت پزشکان در بخش سرپایی خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳* (ریال)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
ویزیت پزشکان، دندانپزشکان عمومی و Phd پروانه‌دار	۹,۰۰۰	۱۰,۵۰۰	۱۲,۰۰۰	۱۴,۴۰۰	۳۲,۰۰۰	۳۵,۰۰۰	۴۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۶۹,۰۰۰	۸۰,۰۰۰	۹۸,۰۰۰	۱۲۷,۰۰۰	۱۶۵,۰۰۰
ویزیت پزشکان، دندانپزشکان متخصص و MD-Phd	۱۸,۰۰۰	۲۱,۰۰۰	۲۴,۰۰۰	۲۷,۶۰۰	۵۳,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۶۹,۰۰۰	۸۲,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۱۵,۰۰۰	۱۳۰,۰۰۰	۱۵۵,۰۰۰	۲۰۲,۰۰۰	۲۶۰,۰۰۰
ویزیت پزشکان فلوشیپ						۷۵,۰۰۰	۸۵,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۳۸,۰۰۰			۲۲۸,۵۰۰	۳۶۰,۰۰۰
ویزیت پزشکان فوق تخصص و روانپزشکان	۲۲,۰۰۰	۲۵,۰۰۰	۲۸,۵۰۰	۳۲,۸۰۰	۶۶,۰۰۰	۷۵,۰۰۰	۸۵,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۳۸,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	۱۹۵,۰۰۰	۲۵۳,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰
ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک								۱۲۰,۰۰۰	۱۳۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰	۲۸۶,۰۰۰	۳۷۰,۰۰۰

* در برخی از سال‌های مورد بررسی به علت عدم دسترسی به داده‌های تعرفه برخی گروه‌های پزشکی از جمله فلوشیپ و فوق تخصص روانپزشک امکان به تصویر کشیدن و بررسی روند در آن سال‌ها وجود نداشت.

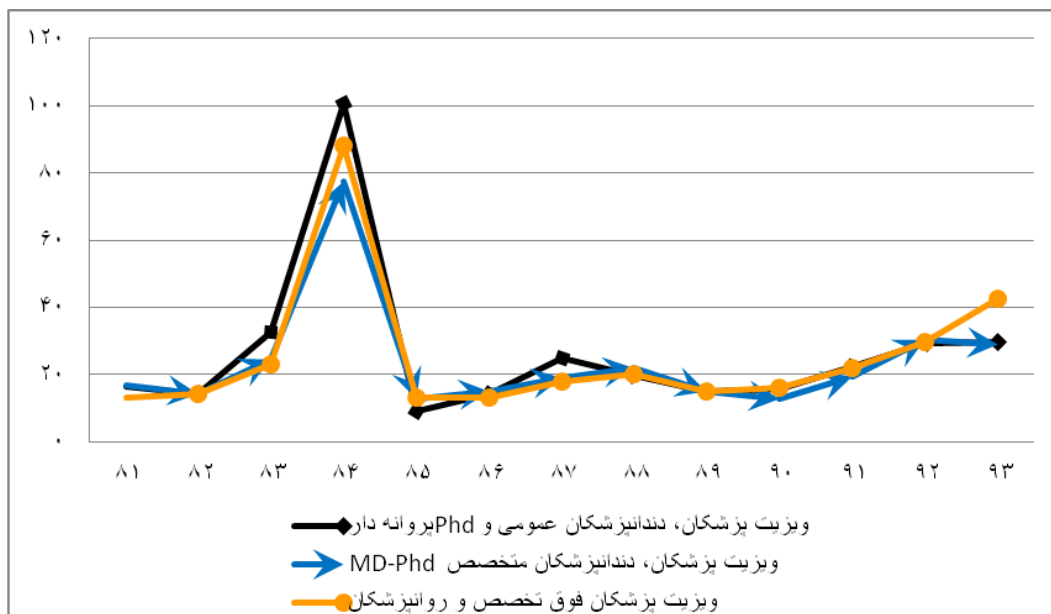


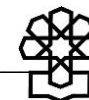
جدول ۶. تغییرات تعرفه ویزیت پزشکان در بخش سرپایی خصوصی نسبت به سال قبل طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳* (درصد)

عنوان	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
تعرفه ویزیت پزشکان، دندانپزشکان عمومی و Phd پروانه‌دار	۱۷	۱۴	۲۰	۱۲۲	۹	۱۴	۲۵	۲۰	۱۵	۱۶	۲۳	۳۰	۳۰
تعرفه ویزیت پزشکان، دندانپزشکان متخصص MD-Phd	۱۷	۱۴	۱۵	۹۲	۱۳	۱۵	۱۹	۲۲	۱۵	۱۳	۱۹	۳۰	۲۹
تعرفه ویزیت پزشکان فلوشیپ						۱۳	۱۸	۲۰	۱۵			۱۰۰	۵۸
تعرفه ویزیت پزشکان فوق تخصص و روانپزشکان	۱۴	۱۴	۱۵	۱۰۱	۱۴	۱۳	۱۸	۲۰	۱۵	۱۶	۲۲	۳۰	۴۲
تعرفه ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک								۸	۱۵	۲۰	۲۲	۳۰	۲۹

* با توجه به عدم دسترسی به داده تعرفه برخی گروه‌های پزشکی در برخی از سال‌ها از جمله سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۸، امکان بررسی تغییرات تعرفه در آن سال‌ها وجود نداشت.

نمودار ۳. درصد تغییرات تعرفه ویزیت سرپایی در بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳





۳. نسبت تعرفه ویزیت سرپایی بخش خصوصی به دولتی

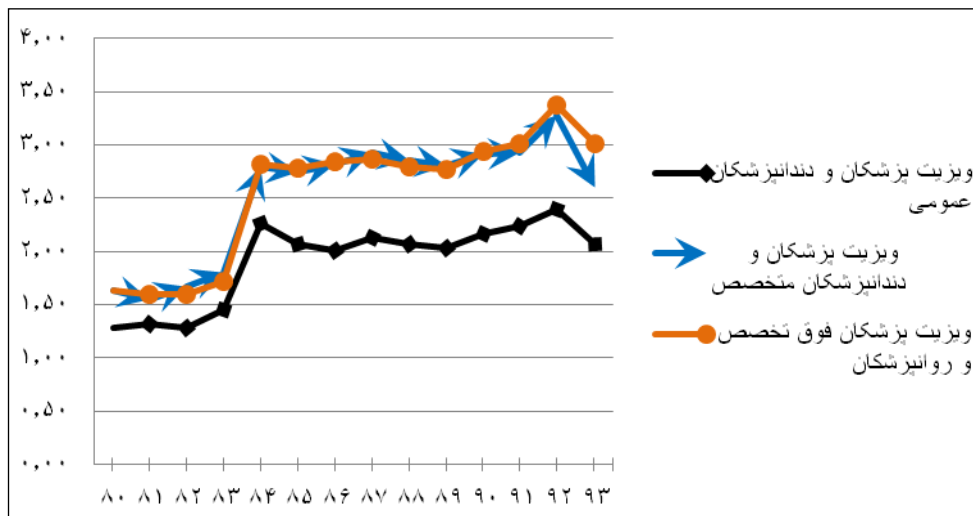
همان‌طور که در زیر (جدول ۷) نشان داده شده است تعرفه ویزیت پزشکان بخش خصوصی در همه گروه‌ها پس از سال ۱۳۸۳، بیش از ۲ برابر و در برخی سال‌ها یا برخی گروه‌ها بیش از ۳ برابر بخش دولتی می‌باشد که می‌تواند به علت نقش نظام پزشکی در تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی باشد که البته پس از باز پس‌گرفتن اختیار تعرفه‌گذاری از نظام پزشکی این نسبت همچنان حفظ شده است.

در طی این سال‌ها ملاحظه می‌شود که نسبت تعرفه ویزیت سرپایی در بخش خصوصی به دولتی در گروه‌های تخصصی و فوق‌تخصصی بیش از بخش عمومی می‌باشد. این درحالی است که توازن تعرفه بین رشته‌های تخصصی و پزشکان عمومی بیشتر رعایت شده است.

جدول ۷. نسبت تعرفه ویزیت سرپایی بخش خصوصی به دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
تعرفه ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی	۱/۲۹	۱/۳۱	۱/۳۰	۱/۴۵	۲/۲۵	۲/۰۶	۲/۰۰	۲/۱۳	۲/۰۷	۲/۰۳	۲/۱۶	۲/۲۳	۲/۴۰	۲/۰۶
تعرفه ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص	۱/۶۴	۱/۵۶	۱/۶۷	۱/۸۱	۲/۷۹	۲/۷۵	۲/۸۲	۲/۹۳	۲/۸۶	۲/۸۰	۲/۹۲	۲/۹۲	۳/۲۸	۲/۶۰
تعرفه ویزیت پزشکان فوق تخصص و روانپزشکان	۱/۶۳	۱/۶۱	۱/۶۰	۱/۷۱	۲/۸۱	۲/۷۸	۲/۸۳	۲/۸۶	۲/۷۹	۲/۷۶	۲/۹۴	۳/۰۰	۳/۳۷	۳/۰۰

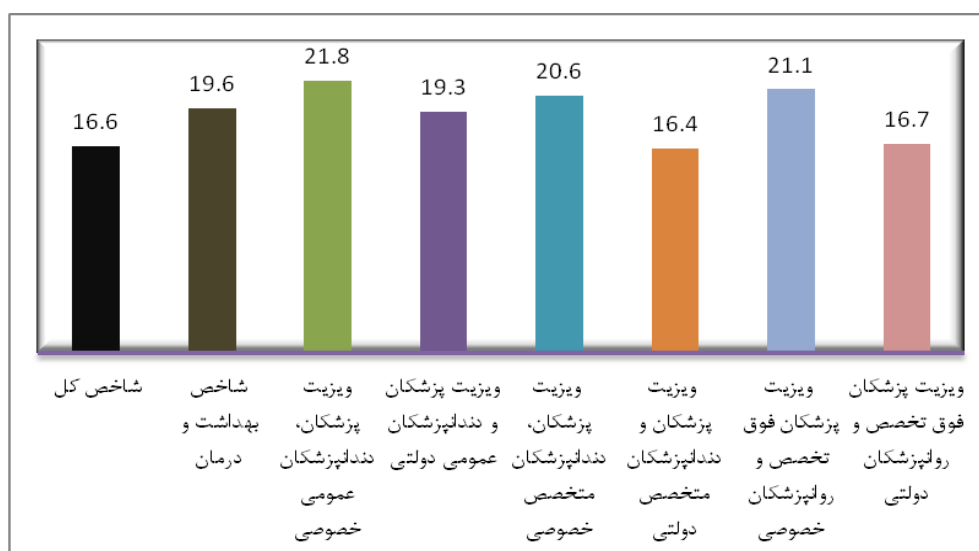
نمودار ۴. نسبت رشد تعرفه ویزیت سرپایی بخش خصوصی به دولتی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳

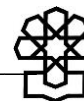


۴. رشد نسبی تعرفه ویزیت سرپایی دولتی و خصوصی و مقایسه آن با شاخص کل و شاخص بهداشت و درمان

همان‌طور که در نمودار ۵ نشان داده شده در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ بجز تعرفه ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص در بخش دولتی میانگین هندسی رشد تعرفه ویزیت سایر گروه‌ها بیش از شاخص کل می‌باشد.

نمودار ۵. درصد تغییرات تعرفه ویزیت سرپایی نسبت به شاخص کل و شاخص بهداشت و درمان طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳





ج) ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات تشخیصی و درمانی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

۱. ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی

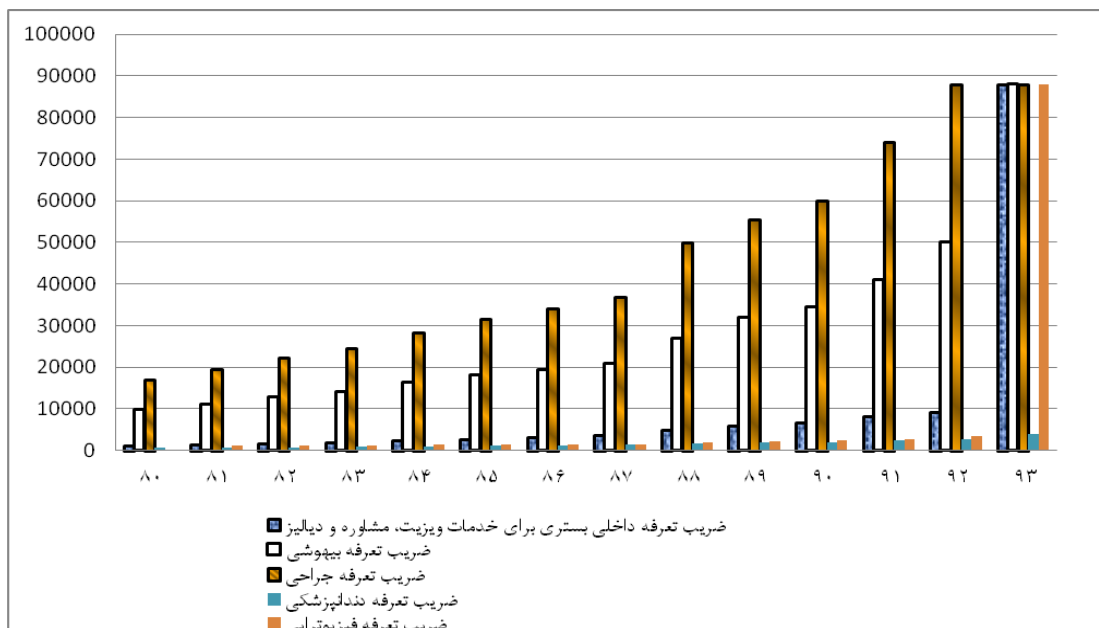
همان‌طور که در جدول ۸ و نمودار ۶ مشاهده می‌شود، ارزش ریالی جراحی از دو برابر تعرفه بیهوشی در سال‌های ۱۳۸۰ شروع شده و تا بیش از ۲ برابر در سال‌های اخیر ادامه دارد. البته ارزش ریالی جراحی بیش از ۱۴ برابر در ارزش ریالی داخلی در طول سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۲ بوده است، به طوری که در سال‌های اخیر این شکاف به طور جزئی کمتر شده است چنانچه در مواردی بیش از ۱۳ برابر و در مواردی بیش از ۹ برابر است. در سال ۱۳۹۳، ارزش ریالی ضرایب در کلیه گروه‌های پزشکی بجز دندانپزشکی به میزان ۸۸,۰۰۰ ریال ثابت گردید و این مسئله باعث از بین رفتن شکاف ارزش ریالی خدمات تشخیصی و درمانی شد. البته باید به این نکته دقت کرد که در سال‌های ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۳ ارزش نسبی تعرفه هر یک از خدمات در کلیه گروه‌های تشخیصی و درمانی براساس کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی کالیفرنیا منظور می‌شد، لکن در سال ۱۳۹۳ با ابلاغ کتاب جدید ارزش نسبی، این ضرایب ارزش نسبی در گروه‌های مختلف تغییر کرده و پیش‌بینی کاهش شکاف تعرفه در گروه‌های مختلف منوط به بررسی روند تغییرات ارزش نسبی کلیه خدمات در کتاب ارزش نسبی جدید در سال ۱۳۹۳ است.

جدول ۸. ضریب تعرفه ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ (ریال)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
داخلی بستری برای خدمات ویزیت، مشاوره و دیالیز	۱,۲۰۰	۱,۴۰۰	۱,۶۱۰	۱,۸۵۰	۲,۳۰۰	۲,۷۰۰	۳,۱۰۰	۳,۶۰۰	۵,۰۰۰	۶,۰۰۰	۶,۷۵۰	۸,۱۰۰	۹,۱۰۰	۸۸,۰۰۰
داخلی سایر خدمات*	-	-	-	-	-	-	-	-	۴,۰۰۰	۴,۵۰۰	۴,۸۵۰	۵,۸۰۰	۶,۵۰۰	۸۸,۰۰۰
بیهوشی	۹۷۵۰	۱۱,۲۰۰	۱۲,۸۸۰	۱۴,۱۷۰	۱۶,۳۰۰	۱۸,۱۰۰	۱۹,۵۰۰	۲۱,۰۰۰	۲۷,۰۰۰	۳۱,۹۰۰	۳۴,۵۰۰	۴۱,۰۰۰	۵۰,۰۰۰	۸۸,۰۰۰
جراحی	۱۷,۰۰۰	۱۹,۵۰۰	۲۲,۴۲۰	۲۴,۶۶۰	۲۸,۳۵۰	۳۱,۵۰۰	۳۴,۰۰۰	۳۷,۰۰۰	۵۰,۰۰۰	۵۵,۵۰۰	۶۰,۰۰۰	۷۴,۰۰۰	۸۸,۰۰۰	۸۸,۰۰۰
دندانپزشکی	۵۵۰	۶۳۵	۷۳۰	۸۴۰	۱,۰۰۰	۱,۱۰۰	۱,۲۵۰	۱,۴۰۰	۱,۶۰۰	۱,۸۰۰	۱,۹۵۰	۲,۳۰۰	۲,۶۰۰	۳,۹۰۰
فیزیوتراپی	-	۱,۲۰۰	۱,۲۰۰	۱,۲۵۰	۱,۳۱۰	۱,۳۷۰	۱,۴۵۰	۱,۵۰۰	۱,۸۰۰	۲,۱۰۰	۲,۳۰۰	۲,۷۰۰	۳,۵۰۰	۸۸,۰۰۰

* در طی سال‌های ۱۳۸۰ - ۱۳۸۸ برای کلیه خدمات داخلی، تعرفه یکسانی پرداخت می‌شد و پس از آن تعرفه خدمات داخلی از جمله ویزیت، مشاوره و دیالیز از سایر خدمات داخلی منفک شدند.

نمودار ۶. ضریب تعرفه خدمات درمانی بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ (ریال)



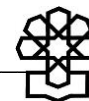
همان‌طور که در جدول ۹ ملاحظه می‌شود، ارزش ریالی خدمات تشخیصی و درمانی به‌صورت نامتوازنی در طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳ روند کاهشی یا افزایشی داشته است. روند تغییرات ارزش ریالی جراحی و بیهوشی طی این سال‌ها بجز سال ۱۳۹۳ تقریباً مشابه بوده است. طوری که در یک سال ارزش ریالی خدمات بیهوشی افزایش بیشتری داشته و در سال بعد از آن، ارزش ریالی جراحی افزایش داشته است. با توجه به اینکه یک ضریب ریالی واحد در سال ۱۳۹۳، برای کلیه گروه‌های تخصصی اعمال گردید بنابراین ارزش ریالی کلیه گروه‌ها بجز ارزش ریالی جراحی، دندانپزشکی و بیهوشی از رشد چشمگیری برخوردار شده‌اند.

جدول ۹. تغییرات ضریب تعرفه (ارزش ریالی) بخش دولتی نسبت به سال قبل

(درصد)

طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳

عنوان	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
داخلی بستری برای خدمات ویزیت، مشاوره و دیالیز	۱۷	۱۵	۱۵	۲۴	۱۷	۱۵	۱۶	۳۹	۲۰	۱۳	۲۰	۱۲	۸۶۷
داخلی سایر خدمات	-	-	-	-	-	-	-	۱۱	۱۳	۸	۲۰	۱۲	۱,۲۵۴
بیهوشی	۱۵	۱۵	۱۰	۱۵	۱۱	۸	۸	۲۹	۱۸	۸	۱۹	۲۲	۷۶
جراحی	۱۵	۱۵	۱۰	۱۵	۱۱	۸	۹	۳۵	۱۱	۸	۲۳	۱۹	۰
دندانپزشکی	۱۵	۱۵	۱۵	۱۹	۱۰	۱۴	۱۲	۱۴	۱۳	۸	۱۸	۱۳	۵۰
فیزیوتراپی	-	۱۰۰	۴	۵	۵	۶	۳	۲۰	۱۷	۱۰	۱۷	۳۰	۲۴۱۴



همان‌طور که در نمودار ۷ ملاحظه می‌شود در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲، رشد ارزش ریالی ضرایب تعرفه تقریباً مشابه بوده است، لکن با توجه به یکسان شدن ارزش ریالی کلیه خدمات به مقدار ۸۸,۰۰۰ ریال در بخش دولتی و ۳۸۰,۰۰۰ ریال در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۳، رشد ارزش ریالی در خدماتی همچون داخلی، فیزیوتراپی چشمگیر بوده در حالی که ارزش ریالی خدمات جراحی تغییری ایجاد نشده است.

۲. ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات بخش خصوصی

بررسی روند ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ نشان می‌دهد که در طی این سال‌ها ارزش ریالی جراحی بسیار بیشتر از سایر گروه‌ها بوده است چنانچه به‌طور کلی ارزش ریالی جراحی در سال ۱۳۸۵، معادل ۱۳ برابر و در سال ۱۳۸۲، معادل ۸ برابر ارزش ریالی داخلی بوده است. ارزش ریالی جراحی از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۲ نیز تقریباً ۲ برابر ارزش ریالی بیهوشی، ۳۱ تا ۹۴ برابر ارزش ریالی دندانپزشکی و ۱۴ تا ۱۸۲ برابر ارزش ریالی فیزیوتراپی بوده است. در سال ۱۳۹۳ نیز با توجه به اینکه ارزش ریالی در کلیه گروه‌های تخصصی به‌استثنای دندانپزشکی یکسان شده است بنابراین شکاف ارزش ریالی بین خدمات از بین رفته است (جدول ۱۰ و نمودار ۸). ولکن به معنای این نیست که بین خدمات در گروه‌های مختلف خدمتی، شکاف تعرفه وجود ندارد چرا که کتاب ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۳۹۳ بازنگری شد و یکی از اهداف این بازنگری کاهش شکاف تعرفه در گروه‌های مختلف پزشکی بوده است که اثبات تحقق این هدف منوط به بررسی جامع کتاب ارزش نسبی سال ۱۳۹۳ است.

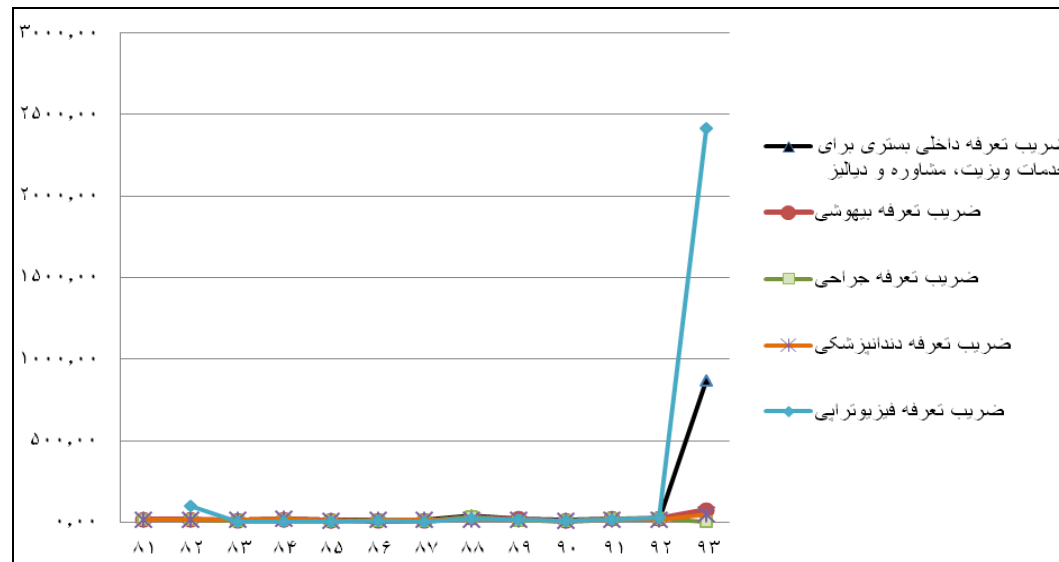
جدول ۱۰. ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ (ریال)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
ضریب تعرفه داخلی*	-	-	-	۱۲,۹۵۰	۲۳,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	۲۷,۶۰۰	۲۷,۶۰۰	-	۳۲,۰۰۰	۳۸,۴۰۰	۴۶,۱۰۰	۳۸۰,۰۰۰
ضریب تعرفه بیهوشی	۹,۷۵۰	۱۱,۲۰۰	۱۲,۸۸۰	۱۴,۱۷۰	۱۶۳,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۴۵,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	۱۸۴,۰۰۰	۲۱۶,۶۰۰	۳۸۰,۰۰۰
ضریب تعرفه جراحی	۱۷,۰۰۰	۱۹,۵۰۰	۲۲,۴۲۰	۲۴,۶۶۰	۲۸۲,۵۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۳۸۰,۰۰۰	۳۸۰,۰۰۰	۳۸۰,۰۰۰
ضریب تعرفه دندانپزشکی	۵۵۰	۶۳۵	۷۳۰	۸۴۰	۳,۰۰۰	۳,۴۵۰	۳,۵۰۰	۴,۲۰۰	۴,۲۰۰	۴,۸۰۰	۴,۸۰۰	۶,۰۰۰	۷,۸۰۰	۹۰۰۰
ضریب تعرفه فیزیوتراپی	۱,۲۰۰	۱,۴۰۰	۱,۴۰۰	۱,۴۶۰	۱,۵۵۰	-	۲,۴۰۰	۲,۸۴۰	۳,۶۰۰	۴,۱۵۰	۴,۲۰۰	۵,۳۰۰	۷,۴۰۰	۳۸۰,۰۰۰

* به داده‌های ضریب تعرفه داخلی تا سال ۱۳۸۳ دسترسی وجود نداشت.

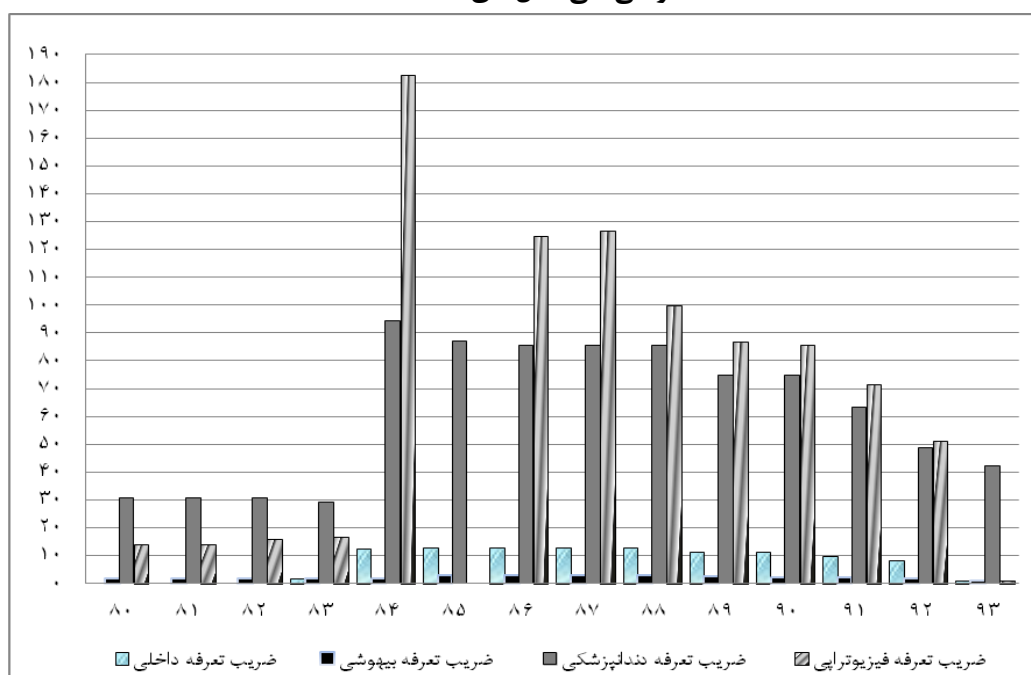
نمودار ۷. تغییرات ضریب تعرفه بخش دولتی نسبت به سال قبل طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳

(درصد)





نمودار ۸. نسبت ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات جراحی به سایر گروه‌های خدمتی در بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



اگر نگاهی به جدول ۱۱ داشته باشیم ملاحظه می‌کنیم که در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳ (به‌استثنای ارزش ریالی داخلی که دسترسی به داده‌های آن از سال ۱۳۸۴ وجود داشت)، بیشترین رشد ضریب تعرفه مربوط به خدمات بیهوشی و جراحی در سال ۱۳۸۴ می‌باشد که عواملی از جمله واگذاری اختیار تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی و قدرت چانه‌زنی انجمن‌های بیهوشی و جراحی می‌توانند بر افزایش تأثیر داشته باشند. در سال ۱۳۹۳ نیز با یکسان نمودن ارزش ریالی تعرفه‌ها در کلیه گروه‌های تخصصی بجز دندانپزشکی، تعرفه خدمات داخلی، بیهوشی و فیزیوتراپی رشد چشمگیری پیدا کردند.

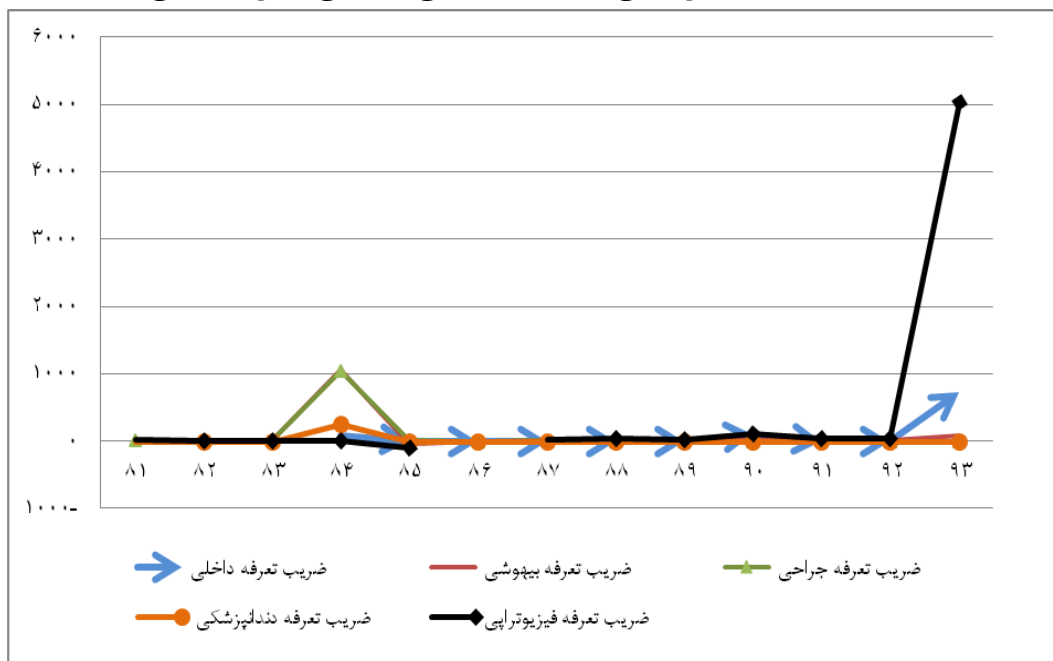
به نظر می‌رسد رشد بسیار زیاد ضریب تعرفه در برخی از گروه‌ها از جمله جراحی و بیهوشی در برخی از سال‌ها باعث ثابت ماندن آن (رشد ثابت ضریب تعرفه جراحی در طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰) و یا حتی رشد کاهنده (رشد کاهنده ضریب تعرفه بیهوشی در سال ۱۳۸۵) در طی سال‌های پس از آن شده است.

جدول ۱۱. تغییرات ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی

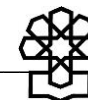
طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳ (درصد)

عنوان	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
ضریب تعرفه داخلی	-	-	-	۷۸	۰	۰	۲۰	۰	۱۶	۱۰۰	۲۰	۲۰	۷۲۴
ضریب تعرفه بیهوشی	۱۵	۱۵	۱۰	۱,۰۵۰	-۳۹	۰	۲۰	۰	۲۱	۱۰	۱۵	۱۸	۷۵
ضریب تعرفه جراحی	۱۵	۱۵	۱۰	۱,۰۵۰	۶	۰	۲۰	۰	۰	۰	۶	۰	۰
ضریب تعرفه دندانپزشکی	۱۵	۱۵	۱۵	۲۵۷	۱۵	۱	۲۰	۰	۱۴	۰	۲۵	۳۰	۱۵/۳۸
ضریب تعرفه فیزیوتراپی	۱۷	۰	۴	۶	-	-	۱۸	۲۷	۱۵	۱۰۰	۲۶	۴۰	۵۰۳۵

نمودار ۹. تغییرات ارزش ریالی خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی (ریال)



توضیح: از آنجایی که روند تغییرات ارزش ریالی خدمات بیهوشی تقریباً روند مشابهی با خدمات جراحی دارد بنابراین در نمودار به وضوح تغییرات صورت گرفته در خدمات بیهوشی مشاهده نمی‌شود.



۳. نسبت ارزش ریالی (ضریب تعرفه) بخش خصوصی به بخش دولتی

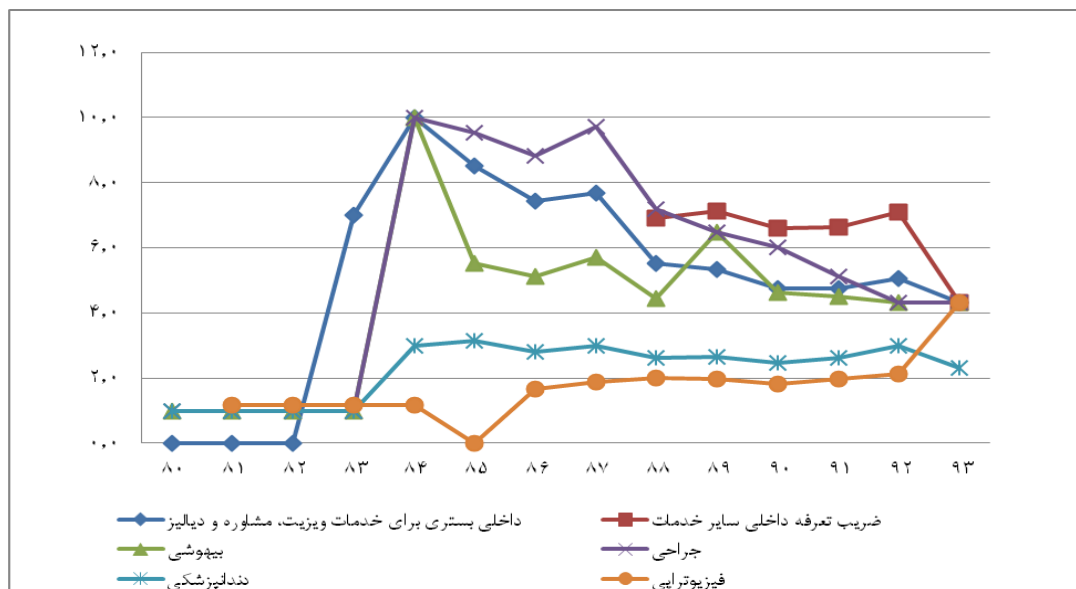
اگر چه سعی شده است شکاف ارزش ریالی در بخش دولتی و خصوصی کاهش یابد، لیکن داده‌ها نشان می‌دهد در طی ۱۳ سال گذشته این تفاوت در بیشتر سال‌ها روند کاهشی و در برخی سال‌ها روند افزایشی داشته است. به‌طور کلی بیشترین شکاف بخش خصوصی و دولتی در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ مشاهده می‌شود چراکه اختیار تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی واگذار شده بود. از طرف دیگر مشاهده می‌کنیم که در سال‌های قبل از آن یعنی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳ بجز برخی موارد ارزش ریالی خدمات بخش دولتی و خصوصی یکسان بوده است (جدول ۱۲ و نمودار ۱۰).

جدول ۱۲. نسبت ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی به دولتی طی سال ۱۳۸۰-۱۳۹۳

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
ضریب تعرفه داخلی بستری برای خدمات ویزیت، مشاوره و دیالیز	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۷/۰	۱۰/۰	۸/۵	۷/۴	۷/۷	۵/۵	۵/۳	۴/۷	۴/۷	۵/۱	۴/۳
ضریب تعرفه داخلی سایر خدمات*	-	-	-	-	-	-	-	-	۶/۹	۷/۱	۶/۶	۶/۶	۷/۱	۴/۳
ضریب تعرفه بیهوشی	۱/۰	۱/۰	۱/۰	۱/۰	۱۰/۰	۵/۵	۵/۱	۵/۷	۴/۴	۶/۵	۴/۶	۴/۵	۴/۳	۴/۳
ضریب تعرفه جراحی	۱/۰	۱/۰	۱/۰	۱/۰	۱۰/۰	۹/۵	۸/۸	۹/۷	۷/۲	۶/۵	۶/۰	۵/۱	۴/۳	۴/۳
ضریب تعرفه دندانپزشکی	۱/۰	۱/۰	۱/۰	۱/۰	۳/۰	۳/۱	۲/۸	۳/۰	۲/۶	۲/۷	۲/۵	۲/۶	۳/۰	۲/۳
ضریب تعرفه فیزیوتراپی	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۰/۰	۱/۷	۱/۹	۲/۰	۲/۰	۱/۸	۲/۰	۲/۱	۴/۳

* لازم به ذکر است در سال ۱۳۸۸ ضریب تعرفه داخلی بستری برای خدمات ویزیت، مشاوره و دیالیز از ضریب تعرفه داخلی سایر خدمات منفک گردید. بنابراین تا سال ۱۳۸۸ ضریب تعرفه داخلی سایر خدمات با ضریب تعرفه داخلی بستری برای خدمات ویزیت، مشاوره و دیالیز مشابه بوده است.

نمودار ۱۰. نسبت ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی به دولتی طی سال ۱۳۸۰-۱۳۹۳

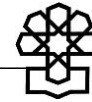


۴. رشد نسبی ضریب تعرفه (ارزش ریالی) بخش دولتی و خصوصی و مقایسه آن با شاخص

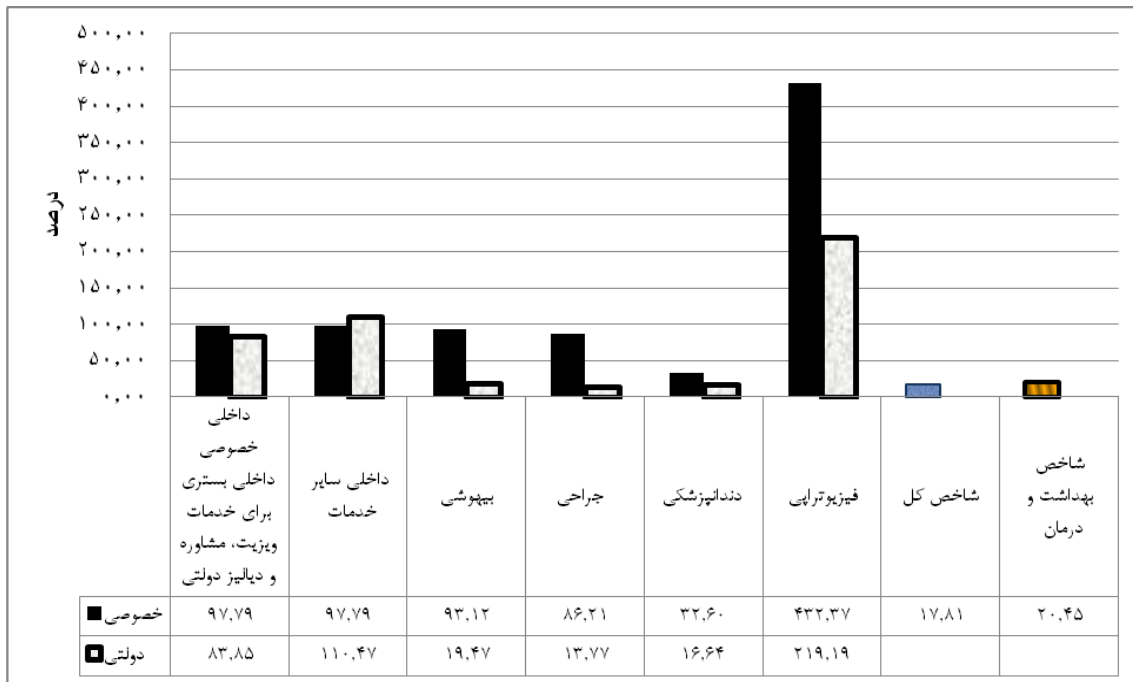
کل و شاخص بهداشت و درمان طی سال ۱۳۸۰-۱۳۹۳

همان‌طور که در قسمت‌های قبلی توضیح داده شد علاوه بر شکاف سطح ارزش ریالی خدمات در بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی، متوسط رشد ارزش ریالی خدمات در بخش خصوصی بیش از بخش دولتی بوده است.

از طرف دیگر اگر بخواهیم مقایسه‌ای بین متوسط رشد ارزش ریالی در بخش خصوصی و دولتی داشته باشیم مشاهده می‌شود که متوسط رشد ضریب تعرفه خدمات بجز جراحی و دندانپزشکی در بخش دولتی بیش از متوسط رشد شاخص تورم کل بوده است. از طرف دیگر، در بخش خصوصی نیز متوسط رشد ضریب تعرفه کلیه خدمات بیش از متوسط رشد شاخص تورم کل طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ بوده است (نمودار ۱۱). البته باید به این نکته توجه کرد که به طور کلی متوسط رشد ضریب تعرفه خدمات جراحی در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۲ بیش از تورم کل بوده است (جدول ۱۱) و با توجه به اینکه در سال ۱۳۹۳ ضریب تعرفه کلیه خدمات همانند ضریب تعرفه جراحی شده است، میانگین رشد ضریب تعرفه خدمات جراحی در بخش دولتی در طی این سال‌ها ۱۳۸۰-۱۳۹۳ کمتر از تورم کل به نظر می‌رسد.



نمودار ۱۱. متوسط رشد ضریب تعرفه (ارزش ریالی) خدمات در بخش خصوصی و دولتی و مقایسه آن با شاخص بهداشت و درمان و شاخص کل طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

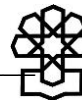


د) هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستانی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

۱. هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستان‌های دولتی

۱-۱. هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستانی دولتی درجه یک

رشد هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی و سه‌تختی در بیمارستان‌های درجه یک دولتی در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ یکسان بوده است. به‌گونه‌ای که در هر سال این سه نوع تخت با میزان ثابتی رشد نموده است. از طرف دیگر هزینه هتلینگ نوزاد سالم و نوزاد بیمار سطح دوم از سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۳ رشد یکسانی داشته است. هزینه همراه بیمار نیز همانند هزینه هتلینگ نوزاد سالم و نوزاد بیمار سطح دوم رشد داشته است بجز در سال ۱۳۸۹ که با رشد منفی ۴۸ درصدی روبرو شده‌اند و در سال ۱۳۹۲ از رشد کمتری برخوردار بوده‌اند. هتلینگ بیماران سوختگی و روانی از رشد هزینه‌های مشابهی برخوردار بوده‌اند. هزینه هتلینگ بخش‌های مراقبت ویژه تا سال ۱۳۹۰ از رشد یکسانی برخوردار بوده‌اند و در سال ۱۳۹۰ درحالی‌که بخش CCU از رشد منفی ۱۰ درصدی برخوردار بوده است، بخش POST C.C.U از رشد مثبت ۴۶ درصدی برخوردار شده است. به‌طور کلی، بیشترین میزان رشد هزینه مربوط به سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ بوده است. یکی از علت‌های افزایش چشمگیر هزینه هتلینگ در سال ۱۳۹۳ در بخش دولتی اجرا نمودن طرح تحول نظام سلامت و در راستای آن بهبود وضعیت هتلینگ بیمارستان‌ها می‌باشد (جداول ۱۳ و ۱۴ و نمودار ۱۲).



(ریال)

جدول ۱۳. هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه یک بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

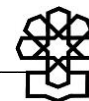
BICU*	بخش I.C.U جنرال، PedICU RICU. NICU	بخش C.C.U	بخش POST C.C.U	بیمار روانی	بیمار سوختگی	نوزاد بیمار سطح دوم	نوزاد سالم	هزینه همراه	سه تختی و بیشتر	دو تختی	یک تختی	سال
-	۳۶۸,۱۰۰	۱۸۴,۰۰۰	۱۳۸,۰۰۰	۵۵,۶۰۰	۱۹۷,۰۰۰		۳۲,۶۰۰	۶۵,۷۰۰	۶۵,۷۰۰	۹۸,۵۰۰	۱۳۰,۵۰۰	۱۳۸۰
-	۳۸۶,۵۰۰	۱۹۳,۲۰۰	۱۵۱,۸۰۰	۶۱,۲۰۰	۲۱۶,۷۰۰	۵۰,۶۰۰	۳۶,۱۵۰	۷۲,۳۰۰	۷۲,۳۰۰	۱۰۸,۳۰۰	۱۴۳,۵۰۰	۱۳۸۱
-	۳۸۶,۵۰۰	۱۹۳,۲۰۰	۱۵۱,۸۰۰	۶۷,۳۲۰	۲۳۸,۳۷۰	۵۵,۶۶۰	۳۹,۷۶۵	۷۹,۵۳۰	۷۹,۵۳۰	۱۱۹,۱۳۰	۱۵۷,۸۵۰	۱۳۸۲
-	۴۰۵,۸۲۵	۲۰۲,۸۶۰	۱۵۹,۳۹۰	۷۴,۰۵۲	۲۶۲,۲۰۷	۶۱,۲۲۶	۴۳,۷۴۱/۵	۸۷,۴۸۳	۸۷,۵۰۰	۱۳۱,۰۴۳	۱۷۳,۶۳۵	۱۳۸۳
-	۴۶۶,۶۹۸	۲۳۳,۲۸۹	۱۸۳,۲۹۸	۸۵,۱۵۹	۳۰۱,۵۳۸	۷۰,۴۰۹	۵۰,۳۰۲	۱۰۰,۶۰۵	۱۰۰,۶۰۰	۱۵۰,۶۹۹	۱۹۹,۶۸۰/۲۵	۱۳۸۴
-	۵۳۶,۷۰۰	۲۶۸,۳۰۰	۲۱۰,۸۰۰	۹۸,۰۰۰	۳۴۶,۷۰۰	۸۱,۰۰۰	۵۷,۸۰۰	۱۱۵,۷۰۰	۱۱۵,۷۰۰	۱۷۳,۲۰۰	۲۲۹,۵۰۰	۱۳۸۵
-	۵۹۰,۴۰۰	۲۹۵,۱۰۰	۲۳۱,۹۰۰	۱۰۷,۸۰۰	۳۸۱,۴۰۰	۸۹,۱۰۰	۶۳,۶۰۰	۱۲۷,۳۰۰	۱۲۷,۳۰۰	۱۹۰,۵۰۰	۲۵۲,۵۰۰	۱۳۸۶
-	۶۷۳,۱۰۰	۳۳۶,۴۰۰	۲۶۴,۴۰۰	۱۲۲,۹۰۰	۴۳۴,۸۰۰	۱۰۱,۶۰۰	۷۲,۵۰۰	۱۴۵,۰۰۰	۱۴۵,۰۰۰	۲۱۷,۵۰۰	۲۹۰,۰۰۰	۱۳۸۷
-	۱,۰۴۳,۳۰۰	۵۲۱,۴۰۰	۴۰۹,۸۰۰	۲۲۴,۳۰۰	۷۹۳,۵۰۰	۱۵۷,۵۰۰	۱۱۲,۵۰۰	۲۲۵,۰۰۰	۲۲۵,۰۰۰	۳۳۷,۵۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۱۳۸۸
-	۱,۲۱۰,۲۰۰	۶۰۴,۸۰۰	۴۷۵,۴۰۰	۲۶۰,۲۰۰	۹۲۰,۵۰۰	۱۸۲,۷۰۰	۱۳۰,۵۰۰	۱۱۶,۰۰۰	۲۶۱,۰۰۰	۳۹۱,۵۰۰	۵۲۲,۰۰۰	۱۳۸۹
۱,۵۳۰,۸۰۰	۱,۳۹۱,۷۰۰	۵۴۶,۷۰۰	۶۹۵,۵۰۰	۲۹۹,۲۰۰	۱,۰۵۸,۶۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۱۳۳,۴۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۱۳۹۰
۲,۰۶۷,۰۰۰	۱,۸۷۹,۰۰۰	۷۳۸,۰۰۰	۹۳۹,۰۰۰	۴۰۴,۰۰۰	۱,۴۲۹,۰۰۰	۲۸۴,۰۰۰	۲۰۳,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۴۰۵,۰۰۰	۶۰۸,۰۰۰	۸۱۰,۰۰۰	۱۳۹۱
۲,۴۸۰,۰۰۰	۲,۲۵۵,۰۰۰	۱,۱۲۸,۰۰۰	۸۸۵,۰۰۰	۴۸۶,۰۰۰	۱,۷۱۶,۰۰۰	۳۴۰,۰۰۰	۲۴۳,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰	۴۸۶,۰۰۰	۷۲۹,۰۰۰	۹۷۲,۰۰۰	۱۳۹۲
۴,۵۹۲,۰۰۰	۴,۱۷۶,۰۰۰	۲,۰۸۸,۰۰۰	۱,۶۳۸,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۱۷۷,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۳۸۷,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱۳۹۳

* در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ ضریب تعرفه تخت BICU ابلاغ نشده است.

جدول ۱۴. درصد تغییرات هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه یک بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳ نسبت به سال قبل

BICU*	بخش I.C.U جنرال PedICU RICU. NICU	بخش C.C.U	بخش POST C.C.U	بیمار روانی	بیمار سوختگی	نوزاد بیمار سطح دوم	نوزاد سالم	هزینه همراه	سه تختی و بیشتر	دو تختی	یک تختی	سال
-	۵	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰۰	۱۱	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۱
-	۰	۰	۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۲
-	۵	۵	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۳
-	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳۸۴
-	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳۸۵
-	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۶
-	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۵	۱۳۸۷
-	۵۵	۵۵	۵۵	۸۳	۸۲	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۱۳۸۸
-	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	-۴۸	۱۶	۱۶	۱۶	۱۳۸۹
-	۱۵	-۱۰	۴۶	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳۹۰
۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۱۳۹۱
۲۰	۲۰	۵۳	-۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۷	۲۰	۲۰	۲۰	۱۳۹۲
۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۴	۸۵	۸۵	۸۵	۱۳۹۳

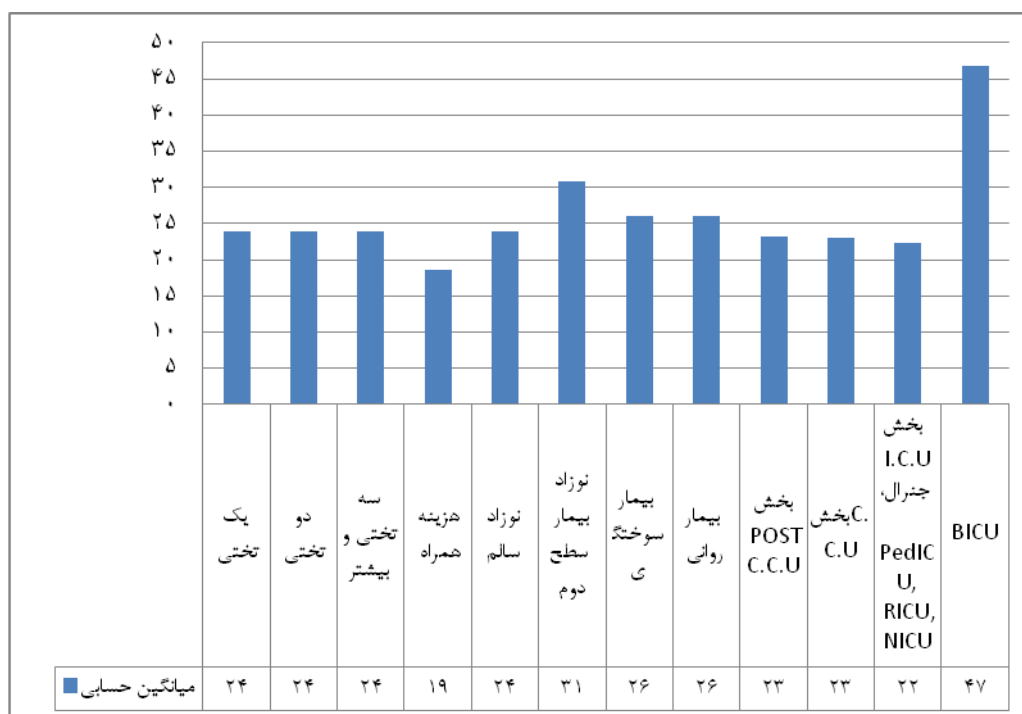
* در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ ضریب تعرفه تخت BICU ابلاغ نشده است.



نمودار ۱۲ نشان می‌دهد در طی سال‌های ۱۳۸۰ تاکنون از میان تخت‌های درجه یک در بیمارستان‌های دولتی، تخت‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی بیش از سایر تخت‌ها و هزینه تخت همراه کمترین رشد را داشته است. یکی از دلایلی که به نظر می‌رسد بر رشد چشمگیر هزینه هتلینگ تخت مراقبت ویژه سوختگی تأثیر داشته است، تعیین تعرفه هزینه هتلینگ این تخت‌ها در سال ۱۳۹۰ باشد. چراکه تعرفه سایر تخت‌ها در سال‌های پیش از این تعیین و ابلاغ می‌شد در حالی که تعرفه تخت مراقبت ویژه سوختگی پیش از سال ۱۳۸۹ تعیین و ابلاغ نمی‌شد.

نمودار ۱۲. متوسط رشد هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه یک در بخش دولتی

طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



۱-۲. هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستانی درجه دو بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

همان‌طور که در جدول و نمودارهای فوق ملاحظه می‌شود همانند هتلینگ تخت‌های بیمارستان‌های درجه یک، اتاق‌های یک‌تختی، دو‌تختی و سه‌تختی و بیشتر از رشد مشابهی در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ برخوردار بوده‌اند. هزینه تخت سوختگی و روانی نیز در طی این سال‌ها از رشد مشابهی برخوردار بوده‌اند. از طرف دیگر هزینه همراه تا سال ۱۳۸۹ از رشد مشابهی نسبت به هزینه تخت نوزاد سالم و نوزاد بیمار سطح دوم برخوردار بوده است و در سال ۱۳۸۹ با رشد منفی ۴۵ درصد و در سال‌های پس از آن، از رشدی کمتر از هزینه تخت نوزاد سالم و نوزاد بیمار سطح دوم برخوردار بوده است. تخت بخش‌های مراقبت ویژه تا سال ۱۳۸۶ از شد تقریباً مشابهی برخوردار بوده است. پس از آن هزینه تخت بخش I.C.U جنرال، PedICU، NICU، RICU و POST C.C.U تا سال ۱۳۸۹ دارای رشد مشابهی بوده‌اند. در این سال‌ها، در سالی هزینه تخت CCU و در سال دیگری هزینه تخت مراقبت ویژه دیگری رشد منفی یا مثبت نموده‌اند.

به‌طور کلی، بیشترین میزان رشد هزینه مربوط به سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ بوده است. یکی از علت‌های افزایش چشمگیر هزینه هتلینگ در سال ۱۳۹۳ در بخش دولتی اجرا نمودن طرح تحول نظام سلامت و در راستای آن بهبود وضعیت هتلینگ بیمارستان‌ها می‌باشد (جداول ۱۵ و ۱۶ و نمودار ۱۳).



جدول ۱۵. هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه دو بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳* (ریال)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	بیمار سوختگی	بیمار روانی	بخش POST C.C.U	بخش C.C.U	بخش I.C.U جنرال، R ICU. Ped ICU NICU	BICU
۱۳۸۰	۱۰۵,۴۰۰	۷۹,۰۰۰	۵۲,۷۰۰	۵۲,۷۰۰	۲۶,۳۰۰	-	۱۵۷,۸۰۰	۴۴,۷۰۰	۱۱۰,۲۰۰	۱۴۷,۷۰۰	۲۹۵,۳۰۰	-
۱۳۸۱	۱۱۶,۰۰۰	۸۶,۹۰۰	۵۸,۰۰۰	۵۸,۰۰۰	۲۹,۰۰۰	۴۱,۲۵۰	۱۷۳,۶۰۰	۴۹,۲۰۰	۱۲۱,۲۰۰	۱۵۵,۰۰۰	۳۱۰,۰۰۰	-
۱۳۸۲	۱۲۷,۶۰۰	۹۵,۵۹۰	۶۳,۸۰۰	۶۳,۸۰۰	۳۱,۹۰۰	۴۵,۳۷۵	۱۹۰,۹۶۰	۵۴,۱۲۰	۱۲۱,۲۰۰	۱۵۵,۰۰۰	۳۱۰,۰۰۰	-
۱۳۸۳	۱۴۰,۳۶۰	۱۰۵,۱۴۹	۷۰,۰۰۰	۷۰,۱۸۰	۳۵,۰۹۰	۴۹,۹۱۳	۲۱۰,۰۵۶	۵۹,۵۳۲	۱۲۷,۲۶۰	۱۶۲,۷۵۰	۳۲۵,۵۰۰	-
۱۳۸۴	۱۶۱,۴۱۴	۱۲۰,۹۲۱	۸۰,۵۰۰	۸۰,۷۰۷	۴۰,۳۵۴	۵۷,۳۹۹	۲۴۱,۵۶۴	۶۸,۴۶۲	۱۴۶,۳۴۹	۱۸۷,۱۶۳	۳۷۴,۳۲۵	-
۱۳۸۵	۱۸۵,۷۰۰	۱۳۹,۰۰۰	۹۲,۶۰۰	۹۲,۶۰۰	۴۶,۵۰۰	۶۶,۰۰۰	۲۷۷,۷۰۰	۷۸,۷۰۰	۱۶۸,۴۰۰	۲۱۵,۳۰۰	۴۳۰,۴۰۰	-
۱۳۸۶	۲۰۴,۳۰۰	۱۵۲,۹۰۰	۱۰۲,۰۰۰	۱۰۲,۰۰۰	۵۱,۲۰۰	۷۲,۶۰۰	۳۰۵,۵۰۰	۸۶,۶۰۰	۱۸۵,۲۰۰	۲۳۶,۸۰۰	۴۷۳,۴۰۰	-
۱۳۸۷	۲۳۲,۶۰۰	۱۷۴,۴۰۰	۱۱۶,۳۰۰	۱۱۶,۳۰۰	۵۸,۱۰۰	۸۲,۸۰۰	۳۴۸,۳۰۰	۹۸,۷۰۰	۲۱۱,۱۰۰	۲۱۱,۱۰۰	۵۳۹,۷۰۰	-
۱۳۸۸	۳۶۰,۰۰۰	۲۷۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۲۶,۰۰۰	۶۳۴,۸۰۰	۱۷۹,۴۰۰	۳۲۷,۲۰۰	۴۱۸,۵۰۰	۸۳۶,۵۰۰	-
۱۳۸۹	۴۱۷,۶۰۰	۳۱۳,۲۰۰	۲۰۸,۸۰۰	۹۸,۶۰۰	۱۰۴,۴۰۰	۱۴۶,۲۰۰	۷۳۶,۴۰۰	۲۰۸,۱۰۰	۳۷۹,۶۰۰	۴۸۵,۵۰۰	۹۷۰,۳۰۰	-
۱۳۹۰	۴۸۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۱۱۳,۴۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۶۸,۰۰۰	۸۴۶,۹۰۰	۲۳۹,۴۰۰	۵۵۶,۴۰۰	۴۳۷,۴۰۰	۱,۱۱۳,۴۰۰	۱,۲۶۱,۴۰۰
۱۳۹۱	۶۴۸,۰۰۰	۴۸۶,۰۰۰	۳۲۴,۰۰۰	۱۴۴,۰۰۰	۱۶۲,۰۰۰	۲۲۷,۰۰۰	۱,۱۴۳,۰۰۰	۳۲۳,۰۰۰	۷۵۱,۰۰۰	۵۹۰,۰۰۰	۱,۵۰۳,۰۰۰	۱,۶۵۴,۰۰۰
۱۳۹۲	۷۷,۸۰۰۰	۵۸۳,۰۰۰	۳۸۹,۰۰۰	۱۶۷,۰۰۰	۱۹۴,۰۰۰	۲۷۲,۰۰۰	۱,۳۷۳,۰۰۰	۳۸۹,۰۰۰	۷۰۸,۰۰۰	۹۰۲,۰۰۰	۱,۸۰۴,۰۰۰	۱,۹۸۴,۰۰۰
۱۳۹۳	۱,۴۴۰,۰۰۰	۱,۰۸۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۳۱۰,۰۰۰	۲۶۰,۰۰۰	۵۰۴,۰۰۰	۲,۵۴۲,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۱,۳۱۰,۰۰۰	۱,۶۷۰,۰۰۰	۳,۲۴۱,۰۰۰	۳,۶۷۴,۰۰۰

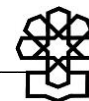
* در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ ضریب تعرفه تخت BICU ابلاغ نشده است.

(درصد)

جدول ۱۶. تغییرات هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه دو بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳*

BICU	بخش I.C.U جنرال، PedICU RICU, NICU	بخش C.C.U	بخش POST C.C.U	بیمار روانی	بیمار سوختگی	نوزاد بیمار سطح دوم	نوزاد سالم	هزینه همراه	سه تختی و بیشتر	دو تختی	یک تختی	سال
-	۵	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۱
-	۰	۰	۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۲
-	۵	۵	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۳
-	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳۸۴
-	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳۸۵
-	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۳۸۶
-	۱۴	-۱۱	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۳	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۳۸۷
-	۵۵	۹۸	۵۵	۸۲	۸۲	۵۲	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۱۳۸۸
-	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	-۴۵	۱۶	۱۶	۱۶	۱۳۸۹
-	۱۵	-۱۰	۴۷	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳۹۰
۳۱	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۲۷	۳۵	۳۵	۳۵	۱۳۹۱
۲۰	۲۰	۵۳	-۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۶	۲۰	۲۰	۲۰	۱۳۹۲
۸۵	۸۰	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۳۴	۸۶	۸۵	۸۵	۸۵	۱۳۹۳

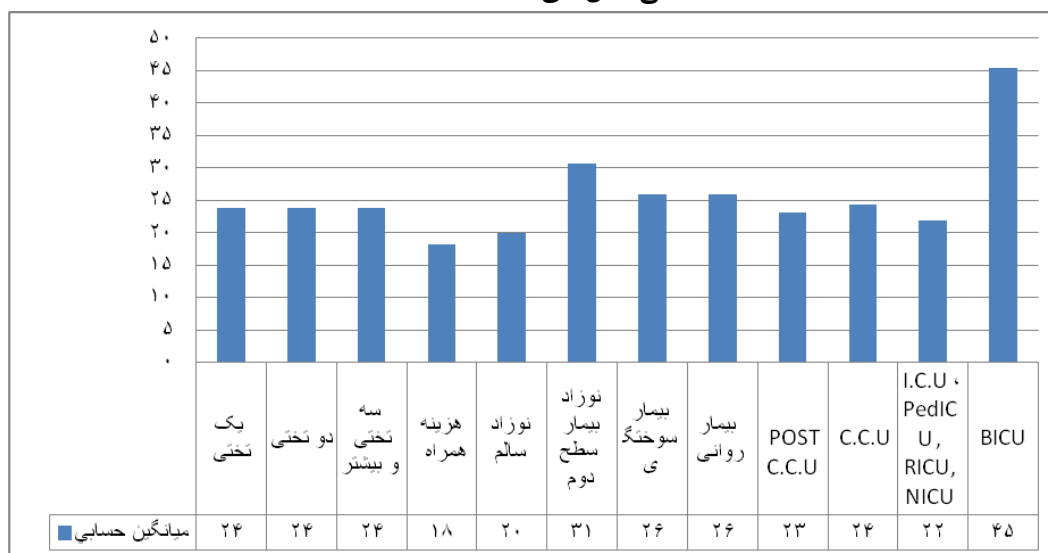
* در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ ضریب تعرفه تخت BICU ابلاغ نشده است.



نمودار ۱۳ نشان می‌دهد در طی سال‌های ۱۳۸۰ تاکنون از میان تخت‌های درجه دو در بیمارستان‌های دولتی، تخت‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی بیش از سایر تخت‌ها رشد داشته است. یکی از دلایلی که به نظر می‌رسد بر رشد چشمگیر هزینه هتلینگ تخت مراقبت ویژه سوختگی تأثیر داشته است، تعیین تعرفه هزینه هتلینگ این تخت‌ها در سال ۱۳۹۰ باشد. زیرا تعرفه سایر تخت‌ها در سال‌های پیش از این تعیین و ابلاغ می‌شد در حالی که تعرفه تخت مراقبت ویژه سوختگی پیش از سال ۱۳۸۹ تعیین و ابلاغ نشده است.

از طرف دیگر هزینه هتلینگ تخت همراه کمتر از سایر تخت‌ها رشد داشته است که البته میزان رشد آن نیز از تخت‌های درجه دو بیمارستان‌های دولتی کمتر است.

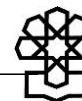
نمودار ۱۳. متوسط رشد تعرفه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه دو در بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



۳-۱. هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستانی درجه سه دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستان‌های درجه سه نشان می‌دهد که طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۱ هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی و سه‌تختی و بیشتر از رشد تقریباً مشابهی برخوردار بوده‌اند جز در سال‌هایی که رشد هزینه هتلینگ اتاق‌های دوتختی بیشتر بوده است. از طرف دیگر همچون بیمارستان‌های درجه یک و دو، هزینه تخت نوزاد سالم و نوزاد بیمار سطح دوم از رشد مشابهی برخوردار بوده است. بخش ICU در طی این سال‌ها بیشترین رشد را داشته است چنانچه در سال ۱۳۸۸، معادل ۹۸ درصد رشد داشته است. اگر چه سه سال پس از آن با رشد کاهنده ۱۰ درصد نسبت به سال قبل مواجه شده است و این مسئله باعث شده است که این رشد ناگهانی مقداری تعدیل شود.

به‌طور کلی، بیشترین میزان رشد هزینه مربوط به سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ بوده است. یکی از علت‌های افزایش چشمگیر هزینه هتلینگ در سال ۱۳۹۳ در بخش دولتی اجرا نمودن طرح تحول نظام سلامت و در راستای آن بهبود وضعیت هتلینگ بیمارستان‌ها می‌باشد (جداول ۱۷ و ۱۸ و نمودار ۱۴).



جدول ۱۷. هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه سه بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳* (ریال)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	بیمار سوختگی	بیمار روانی	بخش POST C.C.U	بخش C.C.U	بخش I.C.U جنرال، PedICU RICU. NICU .	BICU
۱۳۸۰	۷۸,۱۰۰	۵۸,۳۰۰	۳۹,۴۰۰	۳۹,۴۰۰	۱۹,۷۰۰		۱۱۷,۷۰۰	۳۳,۲۰۰	۸۲,۴۰۰	۱۱۰,۲۰۰	۲۲۰,۴۰۰	-
۱۳۸۱	۸۵,۹۰۰	۶۴,۱۰۰	۴۳,۳۰۰	۴۳,۳۰۰	۲۱,۶۵۰	۳۰,۸۰۰	۱۲۹,۵۰۰	۳۶,۵۰۰	۹۰,۶۰۰	۱۱۵,۷۰۰	۲۳۱,۴۰۰	-
۱۳۸۲	۹۴,۴۹۰	۷۰,۵۱۰	۴۷,۶۳۰	۴۷,۶۳۰	۲۳,۸۱۵	۳۳,۸۸۰	۱۴۲,۴۵۰	۴۰,۱۵۰	۹۰,۶۰۰	۱۱۵,۷۰۰	۲۳۱,۴۰۰	-
۱۳۸۳	۱۰۳,۹۳۹	۷۷,۵۶۱	۵۲,۴۰۰	۵۲,۳۹۳	۲۶,۱۹۷	۳۷,۲۶۸	۱۵۶,۶۹۵	۴۴,۱۶۵	۹۵,۱۳۰	۱۲۱,۴۸۵	۲۴۲,۹۷۰	-
۱۳۸۴	۱۱۹,۵۳۰	۸۹,۱۹۵	۶۰,۳۰۰	۶۰,۲۵۲	۳۰,۱۲۶	۴۲,۸۵۸	۱۸۰,۱۹۹	۵۰,۷۹۰	۱۰۹,۴۰۰	۱۳۹,۷۰۸	۲۷۹,۴۱۶	-
۱۳۸۵	۱۳۷,۴۰۰	۱۰۲,۶۰۰	۶۹,۳۰۰	۶۹,۶۰۰	۳۴,۷۰۰	۴۹,۳۰۰	۲۰۷,۲۰۰	۵۸,۴۰۰	۱۲۵,۸۰۰	۱۶۰,۷۰۰	۳۲۱,۳۰۰	-
۱۳۸۶	۱۵۱,۱۰۰	۱۱۲,۹۰۰	۷۶,۴۰۰	۷۶,۴۰۰	۳۸,۲۰۰	۵۴,۲۰۰	۲۲۷,۹۰۰	۶۴,۲۰۰	۱۳۸,۴۰۰	۱۷۶,۸۰۰	۳۵۳,۴۰۰	-
۱۳۸۷	۱۷۴,۲۰۰	۱۳۰,۷۰۰	۸۷,۱۰۰	۸۷,۱۰۰	۴۳,۵۰۰	۶۱,۸۰۰	۲۵۹,۸۰۰	۷۳,۲۰۰	۱۵۷,۸۰۰	۱۵۷,۸۰۰	۴۰۲,۹۰۰	-
۱۳۸۸	۲۷۰,۰۰۰	۲۰۲,۵۰۰	۱۳۵,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰	۶۷,۵۰۰	۹۴,۵۰۰	۴۷۶,۱۰۰	۱۳۴,۶۰۰	۲۴۴,۶۰۰	۳۱۲,۵۰۰	۶۲۴,۵۰۰	-
۱۳۸۹	۳۱۳,۲۰۰	۲۳۴,۹۰۰	۱۵۶,۶۰۰	۱۵۶,۶۰۰	۷۸,۳۰۰	۱۰۹,۶۰۰	۵۵۲,۳۰۰	۱۵۶,۱۰۰	۲۸۳,۷۰۰	۳۶۲,۵۰۰	۷۲۴,۴۰۰	-
۱۳۹۰	۳۶۰,۰۰۰	۲۷۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۹۳,۴۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۲۶,۰۰۰	۶۳۵,۱۰۰	۱۷۹,۵۰۰	۴۱۷,۳۰۰	۳۲۸,۰۰۰	۸۳۵,۰۰۰	۹۴۱,۷۰۰
۱۳۹۱	۴۸۶,۰۰۰	۳۶۵,۰۰۰	۲۴۳,۰۰۰	۱۰۸,۰۰۰	۱۲۲,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۸۵۷,۰۰۰	۲۴۲,۰۰۰	۵۶۳,۰۰۰	۴۴۳,۰۰۰	۱,۱۲۷,۰۰۰	۱,۲۴۰,۰۰۰
۱۳۹۲	۵۸۳,۰۰۰	۴۲۷,۰۰۰	۲۹۲,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰	۱۴۶,۰۰۰	۲۰۴,۰۰۰	۱,۰۳۰,۰۰۰	۲۹۲,۰۰۰	۵۳۱,۰۰۰	۶۷۷,۰۰۰	۱,۳۵۳,۰۰۰	۱,۴۸۸,۰۰۰
۱۳۹۳	۱,۰۸۰,۰۰۰	۸۱۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۲۲۲,۰۰۰	۲۷۰,۰۰۰	۳۷۸,۰۰۰	۱,۹۰۶,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۹۸۳,۰۰۰	۱,۲۵۳,۰۰۰	۲,۵۰۶,۰۰۰	۲,۷۵۵,۰۰۰

* در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ ضریب تعرفه تخت BICU ابلاغ نشده است.

جدول ۱۸. درصد تغییرات هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه سه بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳*

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	بیمار سوختگی	بیمار روانی	بخش POST C.C.U	بخش C.C.U	بخش I.C.U جنرال، PedICU RICU. NICU .	BICU
۱۳۸۱	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	-	۱۰	۱۰	۱۰	۵	-	
۱۳۸۲	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۰	۰	-	
۱۳۸۳	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۵	۵	-	
۱۳۸۴	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	-	
۱۳۸۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۶	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	-	
۱۳۸۶	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	-	
۱۳۸۷	۱۵	۱۶	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	-۱۱	-	
۱۳۸۸	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۳	۸۳	۸۴	۵۵	۹۸	-	
۱۳۸۹	۱۶	۱۶	۱۶	-۴۰	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	-	
۱۳۹۰	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۴۷	-۱۰	-	
۱۳۹۱	۳۵	۳۵	۳۵	۱۶	۳۶	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۲	
۱۳۹۲	۲۰	۱۷	۲۰	۱۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۱	-۶	۵۳	۲۰	
۱۳۹۳	۸۵	۹۰	۸۵	۷۸	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	۸۵	

* در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ ضریب تعرفه تخت BICU ابلاغ نشده است.

۲. هزینه هتلینگ تخت‌های بیمارستان‌های خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

۲-۱. هزینه هتلینگ تخت‌های درجه یک بیمارستان‌های خصوصی

در این قسمت با توجه به اینکه داده‌های اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی و سه‌تختی و بیشتر در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ موجود بود بنابراین صرفاً به بررسی روند هزینه‌های اقامت در اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی و سه‌تختی و بیشتر در بیمارستان‌های درجه ۱، ۲ و ۳ پرداخته شده است. همان‌طور که در جدول ۱۹ ملاحظه می‌شود در بیشتر سال‌های سپری شده رشد هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی و سه‌تختی و بیشتر بجز در سال ۱۳۹۰ مقداری مساوی بوده است. هزینه هتلینگ تحت درجه یک با فرازونشیب‌هایی همراه بوده است و رشد هزینه هتلینگ در سال ۱۳۸۴ بسیار چشمگیر بوده است که دلیل این امر تفویض اختیار تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی بوده است. رشد تعرفه‌های هتلینگ در سال ۱۳۹۰ به علت بازپس گرفتن اختیار تعیین تعرفه‌های پزشکی از سازمان نظام پزشکی رشد کندتری نسبت به سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۰ داشته است، لکن پس از آن در سال‌های ۱۳۹۱ تاکنون رشد هزینه‌ها بیش از سال‌های قبل بوده است (جداول ۱۹ و ۲۰).

از طرف دیگر در طی این سال‌ها، به‌طور متوسط هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تخته، دوتخته و سه‌تخته و بیشتر به مقدار تقریباً مساوی رشد نموده است طوری که هزینه هتلینگ اتاق‌های سه‌تخته و بیشتر تنها یک درصد بیش از اتاق‌های یک‌تخته و دوتخته رشد کرده است (نمودار ۱۵).

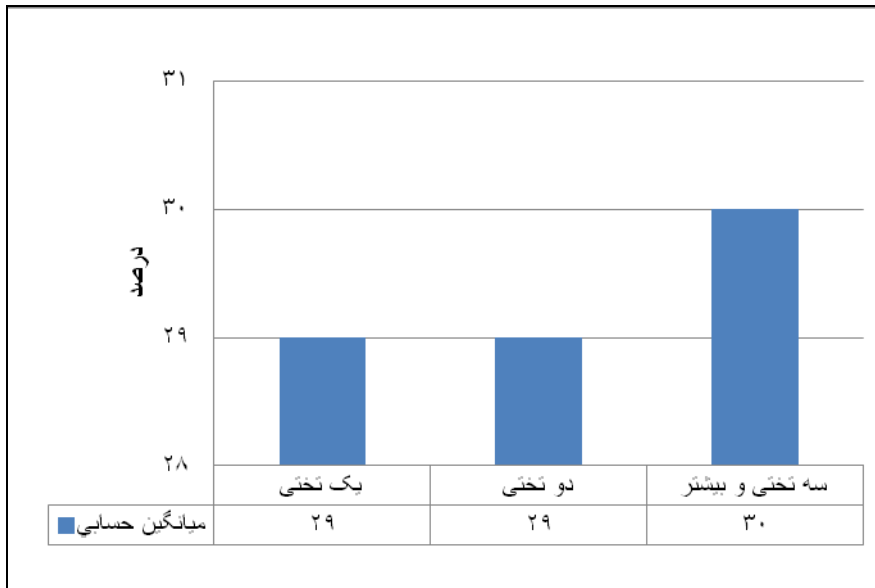


جدول ۱۹. سقف تعرفه‌های هزینه هتلینگ تخت در بیمارستان‌های درجه یک بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳* (ریال)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش POST C.C.U	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U جنرال Ped-ICU RICU.NICU	تخت BICU	تخت بخش N.I.C.U
۱۳۸۰	۲۲۰,۰۰۰	۱۶۵,۰۰۰	۱۱۱,۰۰۰	۱۱۱,۰۰۰	۵۵,۰۰۰	-	۳۳۲,۲۰۰	۹۴,۰۰۰	۲۳۳,۲۰۰	۳۱,۳۰۰	۶۲۲,۶۰۰	-	-
۱۳۸۱	۲۴۲,۰۰۰	۱۸۱,۵۰۰	۱۲۲,۰۰۰	۱۲,۲۰۰	۶۱,۰۰۰	۸۵,۸۰۰	۳۶۵,۴۰۰	۱۰۳,۴۰۰	۲۵۶,۵۰۰	۳۲۶,۹۰۰	۶۵۳,۷۰۰	-	-
۱۳۸۲	۲۶۶,۲۰۰	۱۹۹,۶۵۰	۱۳۴,۲۰۰	۱۳,۴۲۰	۶۷,۱۰۰	۹۴,۳۸۰	۴۰۱,۹۴۰	۱۱۳,۷۴۰	۲۵۶,۵۰۰	۳۲۶,۹۰۰	۶۵۳,۷۰۰	-	-
۱۳۸۳	۲۹۲,۸۲۰	۲۱۹,۶۱۵	۱۴۷,۶۰۰	۱۴,۷۶۲	۷۳,۸۱۰	۱۰۳,۸۱۸	۴۴۲,۱۳۴	۱۲۵,۱۱۴	۲۸۲,۱۵۰	۳۵۹,۵۹۰	۷۱۹,۰۷۰	-	-
۱۳۸۴	۵۹۵,۰۰۰	۴۴۸,۰۰۰	۲۹۹,۰۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۳۸۵	۷۶۰,۰۰۰	۵۷۰,۰۰۰	۳۸۰,۰۰۰	-	-	-	-	-	۵۷۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۱,۷۵۰,۰۰۰	-	۱,۹۰۰,۰۰۰
۱۳۸۶	۹۰۰,۰۰۰	۶۷۵,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۳۵۰,۰۰۰	-	۸۱۹,۰۰۰	۱,۰۴۸,۵۰۰	۲,۰۹۲,۵۰۰	-	۲,۲۵۰,۰۰۰
۱۳۸۷	۱,۲۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۸۰۰,۰۰۰	-	۱,۱۱۶,۰۰۰	-	۲,۵۵۰,۰۰۰	-	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۳۸۸	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۱۲۵,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	-	-	-	۲,۲۵۰,۰۰۰	-	۱,۳۹۵,۰۰۰	-	۳,۱۸۷,۵۰۰	-	۳,۷۵۰,۰۰۰
۱۳۸۹	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	-	-	-	۲,۷۰۰,۰۰۰	-	۱,۶۷۴,۰۰۰	-	۳,۸۲۵,۰۰۰	-	۴,۵۰۰,۰۰۰
۱۳۹۰	۱,۸۹۰,۰۰۰	۱,۴۷۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	-	۷۳۵,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۳,۱۵۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	۱۸۹۰,۰۰۰	۲,۴۱۵,۰۰۰	۴,۲۰۰,۰۰۰	۴,۷۲۵,۰۰۰	-
۱۳۹۱	۲,۶۱۰,۰۰۰	۲,۰۳۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	-	۱,۰۱۵,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	۴,۳۵۰,۰۰۰	۱,۴۵۰,۰۰۰	۲۶۱۰,۰۰۰	۳,۳۳۵,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	۵,۸۰۰,۰۰۰	-
۱۳۹۲	۳,۹۱۵,۰۰۰	۳,۰۴۵,۰۰۰	۲,۱۷۵,۰۰۰	۴۱۳,۰۰۰	۱,۵۲۳,۰۰۰	۲,۱۷۵,۰۰۰	۶,۵۲۵,۰۰۰	۲,۱۷۵,۰۰۰	۳,۹۱۵,۰۰۰	۵,۰۰۳,۰۰۰	۷,۸۳۰,۰۰۰	۸,۷۰۰,۰۰۰	-
۱۳۹۳	۴,۸۶۰,۰۰۰	۳,۷۸۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	۵۱۳,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	۸,۱۰۰,۰۰۰	۲,۷۰۰,۰۰۰	۴,۸۶۰,۰۰۰	۶,۲۱۰,۰۰۰	۹,۷۲۰,۰۰۰	۱۰,۸۰۰,۰۰۰	-

* لازم به ذکر است به داده‌های تعرفه هتلینگ در برخی سال‌ها دسترسی وجود نداشت.

نمودار ۱۵. متوسط رشد هزینه هتلینگ در بیمارستان‌های درجه یک خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



جدول ۲۰. تغییرات هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه یک طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳ خصوصی

(درصد)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر
۱۳۸۱	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۲	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۳	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۴	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۳
۱۳۸۵	۲۸	۲۷	۲۷
۱۳۸۶	۱۸	۱۸	۱۸
۱۳۸۷	۳۳	۳۳	۳۳
۱۳۸۸	۲۵	۲۵	۲۵
۱۳۸۹	۲۰	۲۰	۲۰
۱۳۹۰	۵	۹	۱۷
۱۳۹۱	۳۸	۳۸	۳۸
۱۳۹۲	۵۰	۵۰	۵۰
۱۳۹۳	۲۴	۲۴	۲۴



۲-۲. هزینه هتلینگ تخت‌های درجه دو بیمارستان‌های خصوصی

هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی و سه‌تختی و بیشتر در بیمارستان‌های درجه دو در سال‌های مختلف رشد یکسانی داشته است. اگر به روند هزینه هتلینگ در نمودار ۱۶ توجه کنیم درمی‌یابیم که در سال ۱۳۸۳ هزینه هتلینگ اتاق‌های دوتختی و سه‌تختی و بیشتر رشد قابل ملاحظه‌ای کرده است و هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی در سال ۱۳۸۴ با چنین رشدی مواجه شده است. رشد این هزینه‌ها پس از سال ۱۳۸۳ بیش از ماقبل آن است و دلیل آن واگذاری اختیار تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی بوده است. نکته قابل توجه دیگری که قابل تأمل است این است که پس از سال ۱۳۹۰ که اختیار تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی از سازمان نظام پزشکی گرفته شد، رشد این هزینه‌ها به‌طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ شده است. ولی پس از آن یعنی در سال ۱۳۹۲ هزینه هتلینگ رشد قابل ملاحظه‌ای نموده است طوری که رشد کندتر تعرفه‌ها در دو سال قبل را جبران نموده است (جداول ۲۱ و ۲۲).

از طرف دیگر رشد هزینه‌ها به‌طور متوسط در طی این سال‌ها تقریباً یکسان بوده است طوری که اتاق‌های یک‌تخته تنها به مقدار یک درصد کمتر از اتاق‌های دوتخته و سه‌تخته رشد داشته‌اند (نمودار ۱۶).

جدول ۲۱. سقف تعرفه‌های هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های درجه دو بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳* (ریال)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش POST C.C.U	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U جنرال Ped-ICU RICU.NICU	تخت بخش BICU	تخت بخش N.I.C.U
۱۳۸۰	۱۷۹,۳۰۰	۱۳۴,۲۰۰	۹۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۴۴,۰۰۰	-	۲۶۸,۴۰۰	۷۵۳,۰۰۰	۱۸۸,۰۰۰	۲۵۰,۸۰۰	۵۰۲,۷۰۰	-	-
۱۳۸۱	۱۹۷,۲۰۰	۱۴۷,۶۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰	۵,۰۰۰	۶۹,۳۰۰	۲۹۵,۲۰۰	۸۲,۸۰۰	۲۰۶,۸۰۰	۲۶۳,۳۰۰	۵۲۷,۸۰۰	-	-
۱۳۸۲	۲۱۶,۹۲۰	۱۶۲,۳۶۰	۱۱۰,۰۰۰	۱,۱۰۰	۵,۵۰۰	۷۶,۲۳۰	۳۲۴,۷۲۰	۹۱,۰۸۰	۲۰۶,۸۰۰	۲۶۳,۳۰۰	۵۲۷,۸۰۰	-	-
۱۳۸۳	۲۳۸,۶۱۲	۱۷۸,۵۹۶	۱۲۱,۰۰۰	۱,۲۱۰	۶,۰۵۰	۸۳,۸۵۳	۳۵۷,۱۹۲	۱۰۰,۱۸۸	۲۲۷,۴۸۰	۲۸۹,۶۳۰	۵۸۰,۵۸۰	-	-
۱۳۸۴	۴۷۶,۰۰۰	۳۵۸,۴۰۰	۲۳۹,۲۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۳۸۵	۶۲۰,۰۰۰	۴۶۵,۰۰۰	۳۱۰,۰۰۰	-	-	-	-	-	۴۶۵,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	-	۱,۵۲۰,۰۰۰
۱۳۸۶	۷۲۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۰۸۰,۰۰۰	-	۶۵۵,۲۰۰	۸۳۸,۸۰۰	۱,۶۷۴,۰۰۰	-	۱,۸۰۰,۰۰۰
۱۳۸۷	۹۶۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۴۸۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۴۴۰,۰۰۰	-	۸۹۲,۸۰۰	-	۲,۰۴۰,۰۰۰	-	۲,۴۰۰,۰۰۰
۱۳۸۸	۱,۲۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۸۰۰,۰۰۰	-	۱,۱۱۶,۰۰۰	-	۲,۵۵۰,۰۰۰	-	۳,۰۰۰,۰۰۰
۱۳۸۹	۱,۴۴۰,۰۰۰	۱,۰۸۰,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	-	-	-	۲,۱۶۰,۰۰۰	-	۱,۳۳۹,۲۰۰	-	۳,۰۶۰,۰۰۰	-	۳,۶۰۰,۰۰۰
۱۳۹۰	۱,۵۱۲,۰۰۰	۱,۱۷۶,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	-	۵۸۸,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۲,۵۲۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰	۱,۵۱۲,۰۰۰	۱,۹۳۲,۰۰۰	۳,۳۶۰,۰۰۰	۳۷۸,۰۰۰	-
۱۳۹۱	۲,۰۸۸,۰۰۰	۱,۶۲۴,۰۰۰	۱۱۶۰,۰۰۰	۱۱۶۰,۰۰۰	۸۱۲,۰۰۰	۱,۱۶۰,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	۱,۱۶۰,۰۰۰	۲,۰۸۸,۰۰۰	۲,۶۶۸,۰۰۰	۴,۱۷۶,۰۰۰	۴,۶۴۰,۰۰۰	-
۱۳۹۲	۳,۱۳۲,۰۰۰	۲,۴۳۶,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	۱,۲۱۸,۰۰۰	۱۷۴۰,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	۳,۱۳۲,۰۰۰	۴,۰۰۲,۰۰۰	۶,۲۶۴,۰۰۰	۶,۹۶۰,۰۰۰	-
۱۳۹۳	۳,۸۸۸,۰۰۰	۳,۰۲۴,۰۰۰	۲,۱۶۰,۰۰۰	۲,۱۶۰,۰۰۰	۱,۵۱۲,۰۰۰	۲,۱۶۰,۰۰۰	۶,۴۸۰,۰۰۰	۲,۱۶۰,۰۰۰	۳,۸۸۸,۰۰۰	۲,۹۶۸,۰۰۰	۷,۷۷۶,۰۰۰	۸,۶۴۰,۰۰۰	-

* لازم به ذکر است به داده‌های تعرفه هتلینگ در برخی سال‌ها دسترسی وجود نداشت.

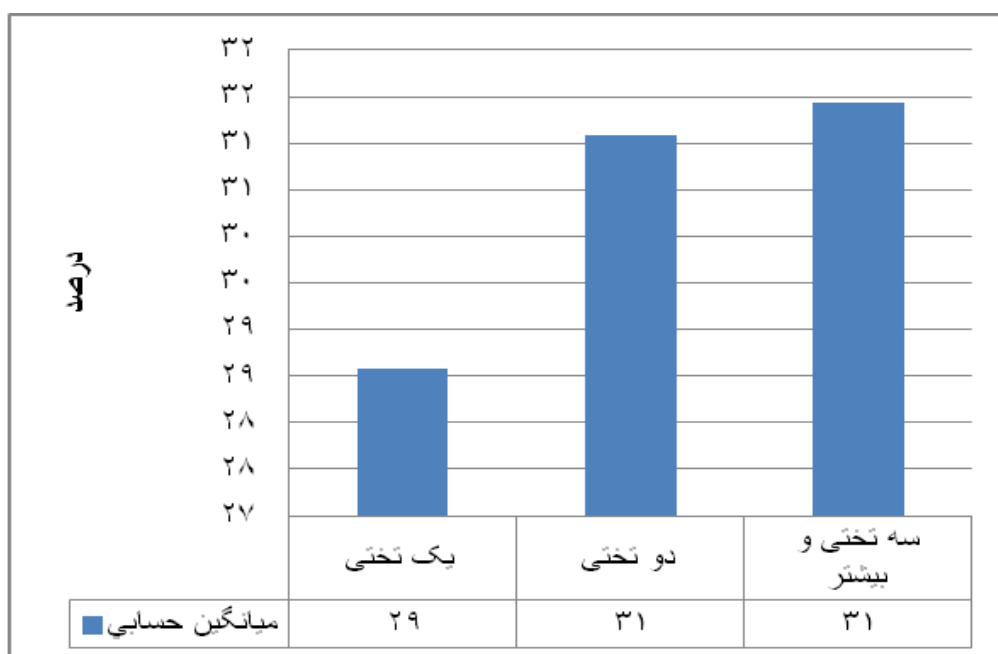


جدول ۲۲. تغییرات هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه دو خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳ (درصد)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر
۱۳۸۱	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۲	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۳	۱۰	۱۰۱	۹۸
۱۳۸۴	۹۹	۳۰	۳۰
۱۳۸۵	۳۰	۱۶	۱۶
۱۳۸۶	۱۶	۳۳	۳۳
۱۳۸۷	۳۳	۲۵	۲۵
۱۳۸۸	۲۵	۲۰	۲۰
۱۳۸۹	۲۰	۹	۱۷
۱۳۹۰	۵	۳۸	۳۸
۱۳۹۱	۳۸	۳۸	۳۸
۱۳۹۲	۵۰	۵۰	۵۰
۱۳۹۳	۲۴	۲۴	۲۴

نمودار ۱۶. متوسط رشد هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه دو خصوصی

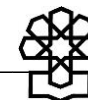
طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



۲-۳. هزینه هتلینگ تخت‌های درجه سه بیمارستان‌های خصوصی

درصد تغییرات هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی و سه‌تختی و بیشتر در جداول ۲۳ و ۲۴ نشان می‌دهد که رشد هزینه‌ها مشابه با رشد هزینه هتلینگ تخت در بیمارستان‌های درجه یک خصوصی بوده است چنانچه هزینه هتلینگ در سال ۱۳۸۴ رشد بسیار چشمگیری (۱۰۲-۱۰۰ درصد) داشته است و پس از سال ۱۳۸۴، رشد هزینه هتلینگ بیش از سال‌های ماقبل از آن بوده است. دلیل رشد ناگهانی هزینه‌ها در سال ۱۳۸۴، واگذاری اختیار تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی بوده است. جالب توجه اینکه رشد هزینه‌های هتلینگ پس از سال ۱۳۹۰ (لغو اختیار تعیین تعرفه‌های خصوصی توسط سازمان نظام پزشکی) رشد چشمگیری کرده است چنانچه در سال‌های ماقبل از ۱۳۸۴ شاهد چنین رشدی نبوده‌ایم.

از طرف دیگر در طی این سال‌ها، به‌طور متوسط هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تخته، دوتخته و سه‌تخته و بیشتر به مقدار تقریباً مساوی رشد کرده است طوری که هزینه هتلینگ اتاق‌های سه‌تخته و بیشتر تنها یک درصد بیش از اتاق‌های یک‌تخته و دوتخته رشد نموده است (نمودار ۱۷).



جدول ۲۳. سقف تعرفه‌های هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های درجه سه بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳*

(ریال)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش POST C.C.U	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U جنرال Ped-ICU RICU.NICU	تخت BICU	تخت بخش N.I.C.U
۱۳۸۰	۱۳۲,۰۰۰	۹۹,۰۰۰	۶۷,۰۰۰	۶۷,۰۰۰	۳۳,۰۰۰	-	۲۰,۲۰۰	۵۶,۰۰۰	۱۴۰,۸۰۰	۱۸۷,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰	-	-
۱۳۸۱	۱۴۵,۲۰۰	۱۰۸,۹۰۰	۷۴,۰۰۰	۷۴,۰۰۰	۳۷,۰۰۰	۵۱,۷۰۰	۲۲۰,۲۰۰	۶۱,۶۰۰	۱۵۴,۹۰۰	۱۹۶,۳۰۰	۳۹۳,۸۰۰	-	-
۱۳۸۲	۱۵۹,۷۲۰	۱۱۹,۷۹۰	۸۱,۴۰۰	۸۱,۴۰۰	۴۰,۷۰۰	۵۶,۸۷۰	۲۴۲,۲۲۰	۶۷,۷۶۰	۱۵۴,۹۰۰	۱۹۶,۳۰۰	۳۹۳,۸۰۰	-	-
۱۳۸۳	۱۷۵,۶۹۲	۱۳۱,۷۶۹	۸۹,۵۰۰	۸۹,۵۴۰	۴۴,۷۷۰	۶۲,۵۵۷	۲۶۶,۴۴۲	۷۴,۵۳۶	۱۷۰,۳۹۰	۲۱۵,۹۳۰	۴۳۳,۱۸۰	-	-
۱۳۸۴	۳۵۷,۰۰۰	۲۶۸,۸۰۰	۱۷۹,۴۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۳۸۵	۴۶۰,۰۰۰	۳۴۵,۰۰۰	۲۳۰,۰۰۰	-	-	-	-	-	۳۴۵,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۱,۰۵۰,۰۰۰	-	۱,۱۴۰,۰۰۰
۱۳۸۶	۵۴۰,۰۰۰	۴۰۵,۰۰۰	۲۷۰,۰۰۰	-	-	-	۸۱۰,۰۰۰	-	۴۹۱,۴۰۰	۶۲۹,۱۰۰	۱,۲۵۵,۵۰۰	-	۱,۳۵۰,۰۰۰
۱۳۸۷	۷۲۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۰۸۰,۰۰۰	-	۶۶۹,۶۰۰	-	۱۵۲۰,۰۰۰	-	۱,۸۰۰,۰۰۰
۱۳۸۸	۹۰۰,۰۰۰	۶۷۵,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۳۵۰,۰۰۰	-	۸۳۷,۰۰۰	-	۱,۹۱۲,۵۰۰	-	۲,۲۵۰,۰۰۰
۱۳۸۹	۱,۰۸۰,۰۰۰	۸۱۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	-	-	-	۱,۶۲۰,۰۰۰	-	۱,۰۰۴,۴۰۰	-	۲,۲۹۵,۰۰۰	-	۲,۷۰۰,۰۰۰
۱۳۹۰	۱,۱۳۴,۰۰۰	۸۸۲,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	-	۴۴۱,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۱,۸۹۰,۰۰۰	۶۳۰,۰۰۰	۱,۱۳۴,۰۰۰	۱,۴۴۹,۰۰۰	۲,۵۲۰,۰۰۰	۲,۸۳۵,۰۰۰	-
۱۳۹۱	۱,۵۶۶,۰۰۰	۱,۲۱۸,۰۰۰	۸۷۰,۰۰۰	-	۶۰۹,۰۰۰	۸۷۰,۰۰۰	۲۶۱۰,۰۰۰	۸۷۰,۰۰۰	۱,۵۶۶,۰۰۰	۲,۰۰۱,۰۰۰	۳,۱۳۲,۰۰۰	۳,۴۸۰,۰۰۰	-
۱۳۹۲	۲,۳۴۹,۰۰۰	۱,۸۲۷,۰۰۰	۱,۳۰۵,۰۰۰	۲۴۸,۰۰۰	۹۱۴,۰۰۰	۱,۳۰۵,۰۰۰	۳,۹۱۵,۰۰۰	۱,۳۰۵,۰۰۰	۲,۳۴۹,۰۰۰	۳,۰۰۲,۰۰۰	۴,۶۹۸,۰۰۰	۵,۲۲۰,۰۰۰	-
۱۳۹۳	۲,۹۱۶,۰۰۰	۲,۲۶۸,۰۰۰	۱,۶۲۰,۰۰۰	۳۰۸,۰۰۰	۱,۱۳۴,۰۰۰	۱,۶۲۰,۰۰۰	۴,۸۶۰,۰۰۰	۱,۶۲۰,۰۰۰	۲,۹۱۶,۰۰۰	۳,۷۲۶,۰۰۰	۵,۸۳۲,۰۰۰	۶,۴۸۰,۰۰۰	-

* لازم به ذکر است به داده‌های تعرفه هتلینگ در برخی سال‌ها دسترسی وجود نداشت.

جدول ۲۴. تغییرات هزینه هتلینگ تخت بیمارستان‌های درجه سه خصوصی

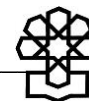
طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳ (درصد)

سال	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر
۱۳۸۱	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۲	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۳	۱۰	۱۰	۱۰
۱۳۸۴	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۰
۱۳۸۵	۲۹	۲۸	۲۸
۱۳۸۶	۱۷	۱۷	۱۷
۱۳۸۷	۳۳	۳۳	۳۳
۱۳۸۸	۲۵	۲۵	۲۵
۱۳۸۹	۲۰	۲۰	۲۰
۱۳۹۰	۵	۹	۱۷
۱۳۹۱	۳۸	۳۸	۳۸
۱۳۹۲	۵۰	۵۰	۵۰
۱۳۹۳	۲۴	۲۴	۲۴

نمودار ۱۷. متوسط رشد هزینه هتلینگ در بیمارستان‌های درجه سه خصوصی

طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳





۳. هزینه هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و مقایسه آن با شاخص بهداشت و

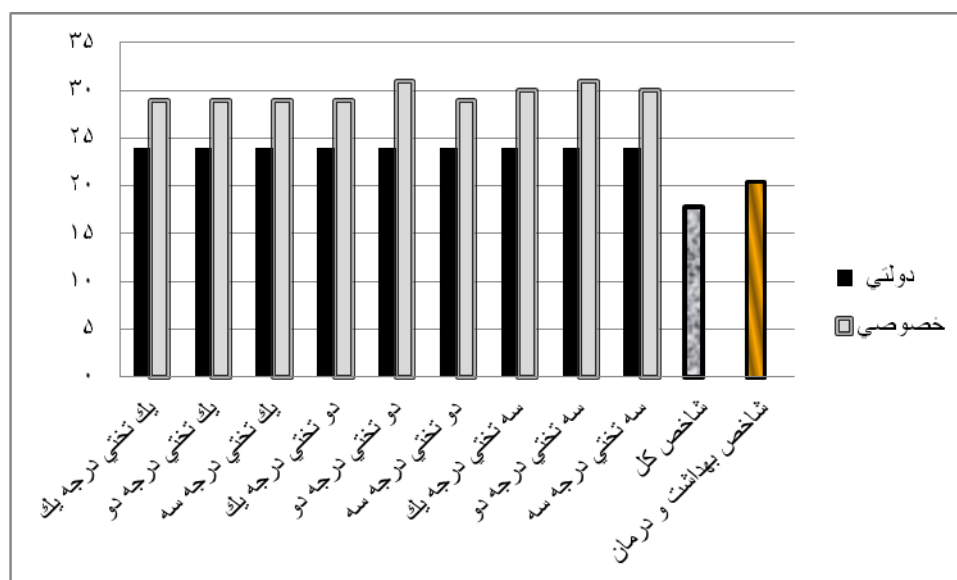
درمان و شاخص کل

هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی، دوتختی، سه‌تختی و بیشتر در بیمارستان‌های درجه یک، دو و سه روند تقریباً مشابهی را چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی نشان می‌دهد. رشد هزینه هتلینگ اتاق‌های یک‌تختی در بیمارستان‌های درجه یک، دو و سه دولتی در سال‌های ماقبل از ۱۳۸۴ (یعنی ۱۳۸۱، ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳) همانند بخش خصوصی بوده است، لکن پس از آن رشد هزینه هتلینگ در بخش خصوصی رشد قابل توجهی نموده، چنانچه این رشد بیش از رشد هزینه هتلینگ در بخش دولتی است. البته در سال ۱۳۸۸ نیز رشد هزینه هتلینگ در بخش دولتی بیشتر از بخش خصوصی بوده است ولی این مسئله باعث کاهش شکاف هزینه هتلینگ نشده است و این شکاف همچنان ادامه دارد.

بنابر آنچه در نمودار ۱۸ نمایش داده شده است متوسط رشد هزینه هتلینگ چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی بیش از شاخص تورم کل و شاخص تورم بهداشت و درمان در طول سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ است که البته شکاف متوسط رشد هزینه هتلینگ بیمارستان‌های خصوصی نسبت به شاخص کل و شاخص بهداشت و درمان بیش از بخش دولتی است. (نمودار ۱۸).

نمودار ۱۸. متوسط رشد هتلینگ تخت در بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی و مقایسه آن با

شاخص کل و شاخص بهداشت و درمان طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



هـ) تعرفه خدمات تشخیصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

۱. تعرفه خدمات تشخیصی در بخش دولتی

تعرفه خدمات پرتوپزشکی و آزمایشگاهی طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳، گاهی با شیب نزولی و گاهی با شیب صعودی مواجه بوده است. رشد تعرفه خدمات آزمایشگاهی در بیشتر سال‌های مورد بررسی بیش از تعرفه خدمات پرتوپزشکی بوده است چنانچه اختلاف رشد تعرفه خدمات پرتوپزشکی و خدمات آزمایشگاهی در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به بیشترین حد خود رسیده است. در بین سال‌های مورد بررسی، در سال ۱۳۹۳ خدمات پاتولوژی، پرتوپزشکی و آزمایشگاه بیشترین رشد را داشته است که به نظر می‌رسد افزایش چشمگیر آن به علت اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت باشد (جدول ۲۵ و نمودار ۱۹).

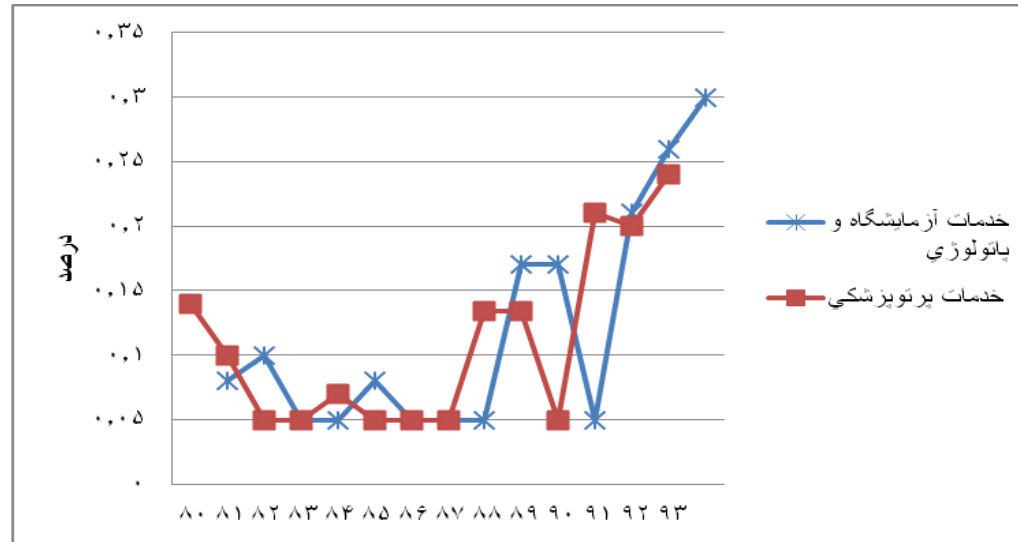


جدول ۲۵. درصد تغییرات تعرفه خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی و خدمات پرتویزشکی بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳*

سال	رشد خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی	رشد خدمات آزمایشگاه	رشد خدمات پاتولوژی	رشد خدمات پرتویزشکی نسبت به سال قبل						
				کل	سونوگرافی	رادبولوژی	اسکن ایزوتوپ	رادبوترایی	C.T Scan	MRI
۱۳۸۰	۸	۹	-	۱۴	-	-	-	-	-	-
۱۳۸۱	۱۰	۸	۲۵	۱۰	۷	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳
۱۳۸۲	۵	۵	۱۰	۵	۵	۱۰	۵	۵	۵	۵
۱۳۸۳	۵	۵	۵	۵	۰	۵	۵	۵	۰	۰
۱۳۸۴	۸	۵	-	۷	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۵	۰
۱۳۸۵	۵	-	-	۵	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۵	۰
۱۳۸۶	۵	-	-	۵	۵	۱۲	۱۲	۱۲	۵	۰
۱۳۸۷	۵	-	-	۵	۵	۲۰	۲۰	۲۰	۵	۰
۱۳۸۸	۱۷	-	-	۱۳/۴	۱۰	۴۰	۴۰	۴۰	۱۲	۰
۱۳۸۹	۱۷	-	-	۱۳/۴	۱۱	۱۴	۱۴	۱۴	۱۲	۲
۱۳۹۰	۰	-	-	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۹۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۱۵	۳۷	۳۷	۳۷	۱۰	۵
۱۳۹۲	۲۶/۶	-	-	۲۰	۱۷	۲۴	۲۴	۲۴	۱۵	۱۰
۱۳۹۳	۳۰/۰	۳۰/۰	۳۰/۰	۲۴	۴۵	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰

* لازم به ذکر است درصد رشد تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در ابلاغیه هیئت وزیران، گاهی به صورت سرجمع «خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی» و گاهی به تفکیک «خدمات آزمایشگاه» و «خدمات پاتولوژی» مشخص شده است.

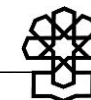
نمودار ۱۹. درصد تغییرات تعرفه خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی و پرتویزشکی بخش دولتی نسبت به سال قبل در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



۲. تعرفه خدمات تشخیصی در بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

اگرچه به صورت دقیق براساس ابلاغیه‌های تعرفه خدمات تشخیصی و درمان توسط هیئت وزیران مقدار رشد تعرفه خدمات پرتویزشکی در برخی از سال‌های مورد بررسی مشخص نیست، لکن براساس داده‌های نشان داده شده در جدول ۲۶ می‌توان ملاحظه کرد که در برخی سال‌ها رشد تعرفه خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی بیش از خدمات پرتویزشکی و در برخی دیگر برعکس بوده است.

از طرف دیگر بیشترین رشد خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی و همچنین خدمات پرتویزشکی مربوط به سال ۱۳۹۲ می‌باشد چنانچه مقدار این رشد بیش از دو برابر سال‌های قبل است (جدول ۲۶ و نمودار ۲۰).



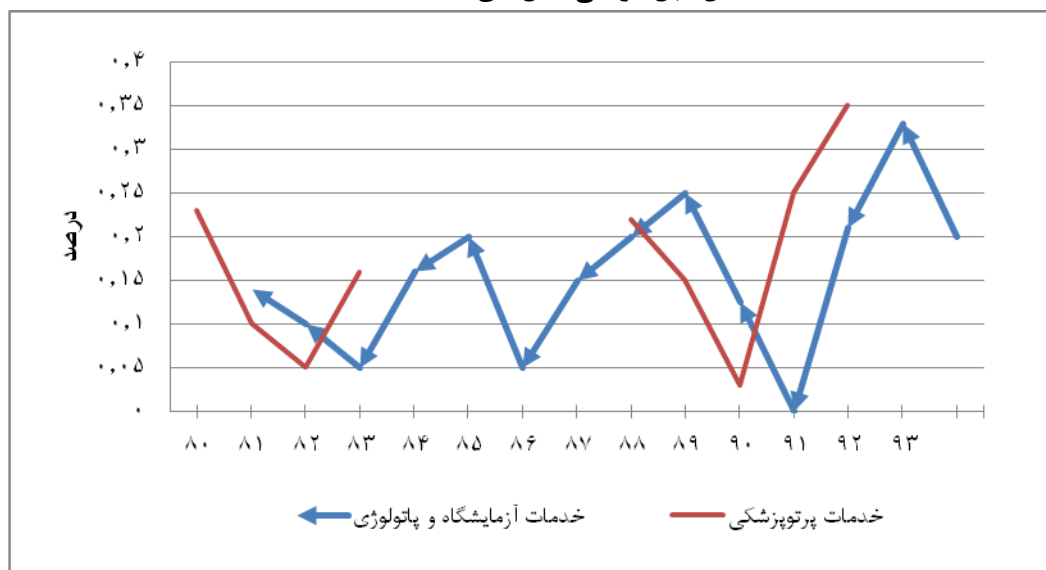
جدول ۲۶. درصد تغییرات تعرفه خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی و خدمات پرتویزشکی بخش خصوصی نسبت به سال قبل طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳*

(درصد)

رشد خدمات پرتویزشکی							رشد خدمات پاتولوژی	رشد خدمات آزمایشگاه	رشد خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی	سال
MRI	C.T Scan	راديو تراپی	اسکن ایزوتوپ	راديو لوژی	سونوگرافی	کل				
-	-	-	-	-	-	۲۳	-	-	۱۴	۱۳۸۰
۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۷	۱۰	۲۵	۸	۱۰	۱۳۸۱
۵	۵	۵	۵	۱۰	۵	۵	۱۰	۵	۵	۱۳۸۲
۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۳۸۳
۵	۱۰	-	-	۱۵	۱۵	-	۲۰	۲۰	۲۰	۱۳۸۴
-	-	-	-	-	-	-	-	-	۵	۱۳۸۵
۰	۱۰	۱۵	۱۵	۱۵	۱۰	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳۸۶
۵	۱۵	۲۰	-	۲۵	۱۰	-	-	-	۲۰	۱۳۸۷
۵	۲۰	-	۲۵	۲۲	۲۰	۲۲	-	-	۲۵	۱۳۸۸
۵	۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	-	-	۱۳	۱۳۸۹
-	-	-	-	۱۵	-	۳	-	-	۰	۱۳۹۰
۵	۱۰	۴۵	۴۵	۴۰	۲۰	۲۵	۲۱	۲۱	۲۱	۱۳۹۱
۱۵	۲۵	۴۵	۴۵	۵۰	۲۹	۳۵	-	-	۳۳	۱۳۹۲
۱۰	۱۵	۱۵	۱۵	۲۵	۲۰	-	۲۰	۲۰	۲۰	۱۳۹۳

* لازم به ذکر است داده‌های جدول فوق براساس ابلاغیه سالیانه هیئت وزیران تنظیم شده است بنابراین خالی بودن برخی از خانه‌های جدول به علت عدم ابلاغ از سوی هیئت وزیران است.

نمودار ۲۰. درصد تغییرات خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی و پرتوپزشکی بخش خصوصی نسبت به سال قبل در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳*

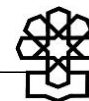


* دلیل منقطع بودن نمودار، عدم ابلاغ تعرفه خدمات توسط هیئت وزیران در برخی سال‌های مورد بررسی است.

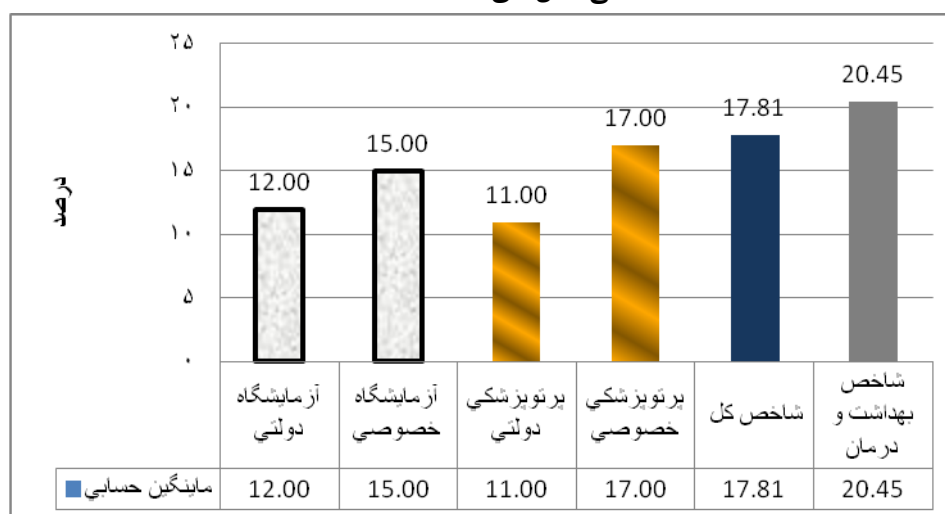
۳. رشد تعرفه خدمات تشخیصی بخش دولتی و خصوصی و مقایسه آن با شاخص کل و

شاخص بهداشت و درمان

در طی سال‌های ۱۳۸۰ تاکنون، تعرفه خدمات آزمایشگاه و پاتولوژی و خدمات پرتوپزشکی در بخش دولتی به‌طور متوسط رشد کمتری نسبت به بخش خصوصی داشته است. با این وجود متوسط رشد تعرفه خدمات تشخیصی در طی ۱۳ سال گذشته در بخش دولتی و خصوصی کمتر از شاخص کل و شاخص بهداشت و درمان بوده است.



نمودار ۲۱. متوسط رشد تعرفه خدمات تشخیصی، شاخص کل و شاخص بهداشت و درمان طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳



و) فرانشیز خدمات سرپایی و بستری در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳

۱. فرانشیز خدمات سرپایی و بستری در بخش دولتی

همان‌طور که در جدول ۲۷ ملاحظه می‌نمایید، درصد فرانشیز پرداختی از سوی بیماران چه در خدمات سرپایی و چه در خدمات بستری در بخش دولتی در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ تاکنون بجز سال ۱۳۸۳ ثابت باقی مانده است. علیرغم ثابت ماندن درصد سهم فرانشیز بیمه شده در پرداخت هزینه‌های سرپایی و بستری، فرانشیز پرداختی ثابت باقی نمانده است و همان‌طور که در جدول ۲۸ ملاحظه می‌شود سهم فرانشیز بیمه شده در طی این سال‌ها تغییر نموده است. چنانچه در سال ۱۳۸۴، در بخش سرپایی؛ فرانشیز بیمه شده برای ویزیت پزشک عمومی رشد بیشتری نسبت به سال‌های دیگر داشته است و در سال ۱۳۸۳، فرانشیز بیمه شده برای ویزیت پزشک متخصص رشد بیشتری نسبت به سال‌های دیگر داشته است. از طرف دیگر با توجه به ثابت نمودن ارزش ریالی ضریب تعرفه جراحی در بخش دولتی به میزان ۸۸۰۰۰ ریال در سال ۱۳۹۳ و همچنین کاهش درصد فرانشیز پرداختی از سوی بیمار از ۱۰ درصد به ۶ درصد، فرانشیز پرداختی بیمه شده در خدمات بستری به ازای هر K جراحی^۱ نسبت به سال گذشته ۴۰ درصد کاهش داشته است. این مسئله به این معنی نیست که سهم بیمه‌گر در پرداخت هزینه‌ها بیشتر شده است بلکه به این معناست که مابه‌التفاوت فرانشیز پرداختی بیماران تا ۳۰ درصد برای خدمات سرپایی و ۱۰ درصد برای خدمات بستری از محل منابع طرح تحول نظام سلامت (در اختیار وزارت بهداشت) به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت شده است. در طی سال‌های مورد بررسی در سال ۱۳۹۳ به علت اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت فرانشیز پرداختی از سوی بیمار

۱. در این گزارش فرانشیز پرداختی بیمه شده در بخش بستری براساس ارزش ریالی هر K جراحی محاسبه شده است.

چه در بخش سرپایی و چه در بخش بستری کاهش یافته است.

جدول ۲۷. مقدار و درصد فرانشیز بیمه شده در خدمات تشخیصی درمانی بخش دولتی طی سال‌های

۱۳۸۰-۱۳۹۳*

بستری (جراحی)**		سرپایی				سال
		ویزیت پزشک متخصص		ویزیت پزشک عمومی		
درصد فرانشیز بیمه شده	فرانشیز بیمه شده (ریال)	درصد فرانشیز بیمه شده	فرانشیز بیمه شده (ریال)	درصد فرانشیز بیمه شده	فرانشیز بیمه شده (ریال)	
۱۰	۱,۷۰۰	۳۰	۳,۳۰۰	۳۰	۲,۱۰۰	۱۳۸۰
۱۰	۱,۹۵۰	۳۰	۴,۰۵۰	۳۰	۲,۴۰۰	۱۳۸۱
۱۰	۲,۲۴۲	۳۰	۴,۳۲۰	۳۰	۲,۷۶۰	۱۳۸۲
۱۰	۲,۴۶۶	۴۵	۷,۴۲۵	۲۵	۲,۷۵۰	۱۳۸۳
۱۰	۲,۸۳۵	۳۰	۵,۷۰۰	۳۰	۴,۲۶۰	۱۳۸۴
۱۰	۳,۱۵۰	۳۰	۶,۵۴۰	۳۰	۵,۱۰۰	۱۳۸۵
۱۰	۳,۴۰۰	۳۰	۷,۳۵۰	۳۰	۶,۰۰۰	۱۳۸۶
۱۰	۳,۷۰۰	۳۰	۸,۴۰۰	۳۰	۷,۰۵۰	۱۳۸۷
۱۰	۵,۰۰۰	۳۰	۱۰,۵۰۰	۳۰	۸,۷۰۰	۱۳۸۸
۱۰	۵,۵۵۰	۳۰	۱۲,۲۰۰	۳۰	۱۰,۲۰۰	۱۳۸۹
۱۰	۶,۰۰۰	۳۰	۱۳,۳۵۰	۳۰	۱۱,۱۰۰	۱۳۹۰
۱۰	۷,۴۰۰	۳۰	۱۵,۹۰۰	۳۰	۱۳,۲۰۰	۱۳۹۱
۱۰	۸,۸۰۰	۳۰	۱۸,۴۵۰	۳۰	۱۵,۹۰۰	۱۳۹۲
۶	۵,۲۸۰	۶	۶۰,۰۰۰	۶	۴,۸۰۰	*۱۳۹۳

* در این جدول، در بخش بستری، فرانشیز پرداختی بیمار به ازای هر K (کای) خدمات جراحی در سال‌های مختلف مورد محاسبه قرار گرفته است.

** در سال ۱۳۹۳، فرانشیز بیمه شده پس از کاهش درصد فرانشیز از ۱۰ درصد به ۶ درصد در نیمه دوم محاسبه شده است.



جدول ۲۸. درصد تغییرات فرانشیز بیمه شده در خدمات تشخیصی درمانی بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۳

بستری (جراحی)	سرپایی		سال
	ویزیت متخصص	ویزیت عمومی	
۱۴/۷	۲۲/۷	۱۴/۳	۱۳۸۱
۱۵/۰	۶/۷	۱۵/۰	۱۳۸۲
۱۰/۰	۷۱/۹	-۰/۴	۱۳۸۳
۱۵/۰	-۲۳/۲	۵۴/۹	۱۳۸۴
۱۱/۱	۱۴/۷	۱۹/۷	۱۳۸۵
۷/۹	۱۲/۴	۱۷/۶	۱۳۸۶
۸/۸	۱۴/۳	۱۷/۵	۱۳۸۷
۳۵/۱	۲۵/۰	۲۳/۴	۱۳۸۸
۱۱/۰	۱۷/۱	۱۷/۲	۱۳۸۹
۸/۱	۸/۵	۸/۸	۱۳۹۰
۲۳/۳	۱۹/۱	۱۸/۹	۱۳۹۱
۱۸/۹	۱۶/۰	۲۰/۵	۱۳۹۲
-۴۰	-۶۷/۵	-۶۹/۸	۱۳۹۳

۲. فرانشیز خدمات سرپایی و بستری در بخش خصوصی

روند درصد فرانشیز بیمه شده در پرداخت هزینه ویزیت سرپایی در بخش خصوصی در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ نشان می‌دهد این میزان افزایش یافته است و در سال ۱۳۹۳ اندکی کاهش داشته است. از طرف دیگر روند درصد فرانشیز بیمه شده در پرداخت هزینه خدمات بستری در بخش خصوصی نشان می‌دهد با توجه به یکسان بودن تعرفه بخش دولتی و خصوصی در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳، درصد سهم بیمه شده تنها ۱۰ درصد بوده است و تغییر پیدا نکرده است. ولی پس از آن در سال ۱۳۸۴ با تفویض اختیار تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی به بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی، درصد سهم بیمه شده به صورت ناگهانی افزایش پیدا کرده است. طوری که ۹۰ درصد هزینه‌های خدمات بستری توسط بیمه شده پرداخت می‌شد. پس از سال ۱۳۸۴ تنها اندکی از سهم فرانشیز بیمه شده در پرداخت هزینه‌های بستری کاسته شده است. چنانچه علیرغم اینکه اختیار تعیین تعرفه‌های خدمات بخش خصوصی از سازمان نظام پزشکی باز پس گرفته شد، لکن در طی این سال‌ها درصد سهم فرانشیز بیمه شده در پرداخت هزینه‌های خدمات بستری فقط حدود ۱۰ درصد کاهش یافته است (جدول ۲۹).

جدول ۲۹. مقدار و درصد فرانشیز بیمه شده در خدمات تشخیصی درمانی در بخش خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳*

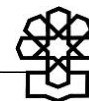
بستری (جراحی)		سریایی				سال
درصد فرانشیز بیمه شده	فرانشیز بیمه شده (ریال)	ویزیت متخصص		ویزیت عمومی		
		درصد فرانشیز بیمه شده	فرانشیز بیمه شده (ریال)	درصد فرانشیز بیمه شده	فرانشیز بیمه شده (ریال)	
۱۰	۱,۷۰۰	۵۷	۱۰,۳۰۰	۴۶	۴,۱۰۰	۱۳۸۰
۱۰	۱,۹۵۰	۵۰	۱۰,۵۰۰	۴۵	۴,۷۲۵	۱۳۸۱
۱۰	۲,۲۴۲	۵۰	۱۲,۰۰۰	۴۵	۵,۴۰۰	۱۳۸۲
۱۰	۲,۴۶۶	۵۰	۱۳,۸۰۰	۳۸	۵,۴۰۰	۱۳۸۳
۹۱	۲۵۷,۹۸۵	۵۰	۲۶,۵۰۰	۴۵	۱۴,۴۰۰	۱۳۸۴
۹۱	۲۷۱,۶۵۰	۷۵	۴۴,۷۴۰	۶۶	۲۳,۱۰۰	۱۳۸۵
۹۰	۲۶۹,۴۰۰	۷۵	۵۱,۸۵۰	۶۵	۲۶,۰۰۰	۱۳۸۶
۹۱	۳۲۶,۷۰۰	۷۶	۶۲,۴۰۰	۶۷	۳۳,۵۵۰	۱۳۸۷
۸۸	۳۱۵,۰۰۰	۷۶	۷۵,۵۰۰	۶۶	۳۹,۷۰۰	۱۳۸۸
۸۶	۳۱۰,۰۵۰	۷۵	۸۶,۳۰۰	۶۶	۴۵,۲۰۰	۱۳۸۹
۸۵	۳۰۶,۰۰۰	۷۶	۹۸,۸۵۰	۶۸	۵۴,۱۰۰	۱۳۹۰
۸۲	۳۱۳,۴۰۰	۷۶	۱۱۷,۹۰۰	۶۹	۶۷,۲۰۰	۱۳۹۱
۷۹	۳۰۰,۸۰۰	۷۹	۱۵۸,۹۵۰	۷۱	۸۹,۹۰۰	۱۳۹۲
۷۹	۳۰۰,۸۰۰	۷۳	۱۹۰,۰۰۰	۶۶	۱۰۹,۰۰۰	۱۳۹۳

* در این جدول، در بخش بستری، فرانشیز پرداختی بیمار به ازای هر K (کای) خدمات جراحی در سال‌های مختلف مورد محاسبه قرار گرفته است.

فرصت‌ها و چالش‌های نظام پرداخت و تعرفه خدمات سلامت کشور

فرصت‌های نظام پرداخت و تعرفه خدمات سلامت در کشور

- سابقه طولانی تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در کشور.
- نارضایتی سیاستگذاران از وضعیت موجود و آمادگی برای تغییر و اصلاح وضع فعلی.
- تأکید بر اصلاح نظام پرداخت در اسناد بالادستی و به‌ویژه برنامه پنجم توسعه (موضوع بند «ز» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه).
- وجود روحیه عدالت‌خواهی و اصلاح‌طلبی در مسئولین و سیاستگذاران.
- جهت‌گیری دیدگاه سیاستگذاران نظام سلامت به سمت بازنگری و وجود تمایل و انگیزه برای تغییر و اصلاح و سازماندهی مطلوب در بخش نظام پرداخت.



- افزایش آگاهی عمومی جامعه و تقاضا برای ارائه خدمات با کیفیت.
- افزایش اعتبارات و منابع مالی نظام سلامت و لزوم مدیریت صحیح و بهینه آن در راستای سیاست‌های ابلاغی
- وجود تجارب جهانی جهت ارتقای کیفیت از طریق نظام پرداخت.
- ایجاد نگرش در مسئولین نسبت به کنترل تقاضای ابقایی و پرداخت های غیر رسمی در ارائه خدمات سلامت.
- وجود تعرفه‌های تشویقی جهت ارائه خدمت در مناطق محروم (در قالب پرداخت های ثابت و تعرفه ترجیحی مناطق محروم).
- وجود تعرفه‌های تشویقی برای ارائه خدمت توسط اعضای هیئت علمی (تعرفه اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی).

چالش‌های نظام پرداخت و تعرفه خدمات سلامت در کشور:

- افزایش بی‌رویه و افسارگسیخته هزینه‌های سلامت (تشدید تورم).
 - انتظار می‌رود پرداخت مستقیم از جیب مردم در سال‌های آتی همچون گذشته افزایش یابد.
 - رواج یافتن رفتارهای خسارت‌زا^۱ از سوی بیماران که از دلایل اصلی آن می‌تواند عدم استقرار نظام ارجاع، آزادی انتخاب پزشک از سوی بیمار و درخواست مراقبت‌های غیرضروری باشد.
 - رواج قابل ملاحظه دریافت‌های غیرمستعارف در نظام سلامت که منجر به افزایش هزینه‌های درمانی و تحمیل بار اضافی بر مردم می‌شود.
 - القای غیرضرور خدمات سلامت.
 - گسترش مدل‌های نامتناسب ارجاع و خودارجاعی.
 - مراجعات مکرر بیماران به علت افت کیفیت خدمات و عدم کسب نتیجه مورد انتظار.
 - تعارض شدید منافع میان ارائه‌کنندگان و اشتغال همزمان در دو بخش دولتی و غیردولتی.
- البته از آنجا که سازوکار اصلی پرداخت در کشور به ازای خدمت^۲ می‌باشد، پیامدهای منفی حاصله از چنین سازوکار پرداختی، قابل پیش‌بینی می‌باشد و مطالعات سایر کشورها نیز مؤید همین موضوع است.

1. Moral Hazard

۲. Fee For Service (FFS)

نتیجه‌گیری

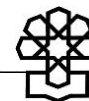
نتایج مطالعه نشان داد که طی سالیان گذشته تعرفه‌های خدمات تشخیصی - درمانی نه تنها متناسب با شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی افزایش نیافته است بلکه متناسب با رشد شاخص بهداشت و درمان نیز نبوده است. این مسئله به همراه نوسانات تعرفه‌ها در طی سال‌های مختلف نشان از این دارد که سازوکار نظام‌مندی بر روند تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی-درمانی وجود نداشته و تعرفه‌ها بیشتر براساس قدرت چانه‌زنی ذینفعان تعیین شده است. از طرف دیگر واگذاری اختیار تعیین تعرفه‌ها در بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی، تعدد و گاهی همپوشانی مراجع اعلام تعرفه، نه تنها موجبات آشفتگی در نظام تعرفه‌گذاری کشور را فراهم آورده است بلکه باعث افزایش سهم پرداخت از جیب مردم در بخش دولتی و خصوصی شده است.

علاوه بر این، رشد بیشتر تعرفه‌ها در بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی موجب افزایش شکاف میان تعرفه‌های این دو بخش شده است و این مسئله زمینه‌ساز تحمیل هزینه‌های درمانی گزاف به مصرف‌کنندگان را فراهم آورده است چنانچه بخش‌های دولتی و خصوصی، در طی این سال‌ها سعی نموده‌اند تعرفه خدمات را بیش از پیش افزایش دهند و از هم پیشی بگیرند.

با توجه به آنچه گفته شد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد از زمان پایه‌ریزی ساختاری برای تعیین تعرفه در کشور و علیرغم داشتن تجربه طولانی در امر تعرفه‌گذاری (نزدیک به ۳۰ سال) در کشور و تحولاتی که در سه دهه گذشته پیرامون بحث تعرفه‌ها مطرح شده است کماکان مسئله تعیین سطح دقیق تعرفه‌های خدمات درمانی و نحوه تبدیل آن نسبت به افزایش قیمت‌های کلی به صورت یک چالش تداوم یافته است و هنوز شیوه‌ای که بتواند دست‌اندرکاران درگیر و ذینفع در طرفین این موضوع را اقناع کند مورد عمل واقع نشده است.

عدم سیاست‌گذاری درست و مطلع از شواهد^۱ و ساختار نامناسب تعرفه‌گذاری در کشور می‌تواند از دلایل اصلی باشد. صاحب‌نظران بر این باورند که مهم‌ترین دلایل مرتبط با چالش‌ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری کشور، مسائل مربوط به قدرت تولیدی، سیاست‌گذاری و نظارتی در بخش تعرفه‌گذاری کشور، ساختار تعرفه‌گذاری، روش‌ها و اصول آن، مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه‌گذاری در سطح خرد و کلان و نظام ثبت هزینه‌های بخش سلامت است.^(۹)

یکی از دلایل مهم دیگری که بر عدم موفقیت تعرفه‌گذاری صحیح تأثیر گذاشته می‌تواند فقدان بررسی‌های اقتصادی لازم در این راستا باشد به گونه‌ای که تا به حال هیچ مطالعه و تحلیلی در راستای شبیه‌سازی علمی و آماری تبعات تغییرات پیشنهادی تعرفه‌ها قبل از تصویب صورت نگرفته است.



پیشنهادهای راهبردی

- **اجرائی شدن بند «ج» ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه در راستای اجرائی شدن نظام ارجاع در کشور:** با توجه به اینکه تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در راستای اجرائی شدن نظام پرداخت به ازای خدمت است و می‌تواند منجر به پیامدهای منفی از جمله افزایش هزینه‌های نظام سلامت، تقاضای القایی ازسوی ارائه‌دهنده، ترویج رفتار خسارت‌زا ازسوی بیماران (از جمله مراجعه به پزشکان متخصص به جای پزشک عمومی و یا مراجعه مکرر به پزشکان متعدد) و... شود، بنابراین ساماندهی نظام ارجاع به‌منظور پیشگیری از چنین پیامدهایی ضروری به نظر می‌رسد.
- **اجرائی شدن بند «ز» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه مبنی بر اصلاح نظام پرداخت:** در حال حاضر نظام غالب پرداخت به پزشکان در کشور از نوع پرداخت به‌ازای هر واحد خدمت (FFS) است. این نظام پرداخت از سازوکارهای پرداخت گذشته‌نگر و متغیر است که براساس قیمت تمام شده خدمت، هزینه ارائه‌کنندگان بازپرداخت می‌شود، بنابراین انگیزه ارائه‌کنندگان جهت کاهش هزینه‌ها حداقل است. این نوع نظام پرداخت، سبب ارائه بیش از حد خدمات، ارائه خدمات غیر ضروری (تقاضای القایی)، کاهش میزان تداوم و جامعیت خدمت و همچنین مدیریت پرهزینه می‌شود چرا که تعیین قیمت به‌ازای هر مورد هزینه‌ای، سیستم ثابت و رسیدگی به هر مورد نیازمند هزینه‌های بالاسری زیادی می‌باشد. در مقابل این نوع سازوکار پرداخت، نظام‌های پرداخت آینده‌نگر از جمله «گروه‌بندی مرتبط با تشخیص»^۱ قرار دارند که در بسیاری از کشورها از جمله فرانسه، ایتالیا، آلمان، انگلستان، مجارستان، ایرلند، استرالیا، کره جنوبی، ژاپن و آمریکا به‌کار گرفته شده است. در این سازوکار پرداخت، ارتباطی میان میزان هزینه‌های صورت گرفته ارائه‌کنندگان و میزان پرداخت ایجاد نمی‌شود. بنابراین هزینه‌های احتمالی در ابتدا برآورد و براساس آن بازپرداخت به پزشکان صورت می‌گیرد. بنابراین این سازوکار پرداخت آینده‌نگر به‌طور بالقوه با افزایش کارایی و نوآوری همراه است؛ زیرا ارائه‌کنندگان برای افزایش درآمدهای خود، دست به کنترل هزینه‌ها می‌زنند. بنابراین این سازوکار پرداخت باعث کاهش تقاضای القایی و هزینه‌های نظام سلامت می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

۱. کشاورز خرد، دهکردی بهشتی علی. تعیین آثار افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر شاخص قیمت سایر بخش‌ها با استفاده از مدل داده - ستانده، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد، ۱۳۸۷.
2. 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.
۳. خسرو، لقمانیان. مطالعه تطبیقی مکانیسم‌های تعیین تعرفه در کشورهای منتخب جهان و ارائه الگوی مناسب برای ایران، تهران: طرح تحقیقاتی سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴.
۴. علی، بهشتی. بررسی و ارزیابی اجرای سیاست یکپارچه‌سازی سیستم بیمه مراقبت‌های درمانی و بهداشتی کشور، تهران، طرح تحقیقاتی سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴.
۵. علیرضا. صامت. بررسی روند رشد تعرفه‌های مصوب ویزیت پزشکان و تخت روز بیمارستان و مقایسه آن با شاخص قیمت خرده‌فروشی کالاها و خدمات از سال ۱۳۵۳ الی ۱۳۷۶، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ۱۳۷۷.
۶. محمود، کاظمیان. ارزیابی گزارش تعرفه واقعی، گروه اقتصاد بهداشت، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، ۱۳۸۲.
۷. سعید، آصف‌زاده. مبانی اقتصاد بهداشت و درمان، چاپ دوم، قزوین، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۳۸۲.
8. Hicks V. Price indexes used in National Health Expenditures. Canadian institute for Health information. Ottawa. August, 2001.
9. Litvack J. Bodart C. The impact of raising fees and services quality. World Bank. Medical care .Washington D.C. 1990. Vol.45.P21-30.
10. Waba M. The effects of prices. Service quality and availability on demand for medical care: insight form Kenya. in: Shaw R.P and Ainworth M. Financing health services through user fee and Insurance. World Bank; 1995. pp.123-140.
11. 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.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۴۳۹۳

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: تحلیلی بر روند تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران با تأکید بر سال‌های (۱۳۸۰-۱۳۹۳)

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: لیدا شمس

ناظران علمی: مریم رهبری، علی‌اخوان بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____

واژه‌های کلیدی: _____

تاریخ انتشار: ۱۳۹۴/۲/۲۳

