

مروری بر مبانی تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران

دکتر علی حسن‌زاده^۱، سعیده فخیم‌علیزاد^۲

مقدمه

سلامت یکی از نیازهای اساسی جوامع بشری است. برآورده شدن این نیاز در گذر تاریخ دچار دگرگونی‌های زیادی شده و هر تمدنی نگاه متفاوتی به آن داشته است. از «اسقلیبوس»^۳ خدای طب در یونان قدیم، «ایم‌هوتپ»^۴ در مصر باستان، «تراتئون»^۵ یا فریدون در ایران باستان تا طب سنتی ابن سینا و «آثورودی»^۶ در شبه قاره همه و همه نشان از اهمیت سلامت در جوامع بشری دارد. امروزه برآورده شدن این نیاز در بازاری شکل می‌گیرد که به تعبیر اقتصاددانان دچار شکست^۷ است. به این معنی که شرایط یک بازار کامل^۸ بر آن حکم‌فرما نیست. در چنین

۱. جراح و متخصص بیماری‌های چشم، مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی و عضو شورای پژوهشی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

۲. کارشناس آزمایشگاه، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

3. Scholap
4. Imhotep
5. Therateon
6. Auorvedy
7. Market Failure

۸. ویژگیهای بازار سلامت عبارتند از: الف- در یک بازار کامل رضایت حداکثر مشتری و یا مطلوبیت وی در ازای منابع موجود در اجتماع به صورت یک خروجی بسیار مناسب نمود پیدا می‌کند. ب- بسیاری از اقتصاددانان

شرایطی قیمت خدمات سلامت نقش تعیین کننده‌ای را در چگونگی عرضه و تقاضای این گونه خدمات ایفا می‌کند.

تاریخچه تعیین رسمی تعرفه در ایران به سال‌های قبل از انقلاب اسلامی برمی‌گردد. به موجب مواد ۴، ۵، و ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت مصوب ۲۷ اسفند ۱۳۵۱ شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی میزان سرانه خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات و تغییرات آن و همچنین سهم مشارکت مراجعه کننده (مبلغ فرانشیز) را پیشنهاد کرده و پس از تأیید مجمع عمومی به تصویب هیأت وزیران می‌رساند. در دومین سال بعد از انقلاب تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی درمانی براساس بند ۱۵ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۵۹ در حوزه اختیارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور می‌شود. پس از تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴ و به موجب ماده ۸ این قانون، تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی بر اساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و با تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد که پس از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۲۱ اردیبهشت ۱۳۸۳ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نیز از پیشنهاد دهندگان مشترک تعرفه و سرانه منظور می‌شود. به موجب بند ک ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۲۵ فروردین ۱۳۸۳ و اصلاحات ۱۶ آبان ۱۳۸۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام، اظهار نظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدید نظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی بر اساس ضوابط

معتقدند که کلیه مراقبت‌های سلامتی بایستی از طریق رقابتی تأمین منابع شوند به استثناء مراقبت‌های سلامت عمومی، مانند برنامه‌های ایمن‌سازی، پرداخت یارانه برای فقرا و ... ج- تئوریهای بازار به صورت عرضه و تقاضا زیربنای بنیادین در اقتصاد خرد مدرن است. د- برخی از مراقبت‌های سلامتی ممکن است متکی بر «اقتصاد مختلط» باشد، یعنی علاوه بر رقابت بر مداخلات حکومت نیز متکی باشد.

برای اینکه مطلوبیت در عرضه و تقاضا به حداکثر برسد بازارهای کامل نیازمند پنج شرط ویژه هستند:

الف) قطعیت ب) برونزائی به مفهوم بهره یا فقدان آن از تولید یا مصرف دیگران ج) دانش کامل مصرف‌کننده (خریدار) از کالا د) عملکرد آزاد خریدار بر مبنای مشاوره نفع‌طلبانه عرضه‌کننده ه) وجود عرضه‌کنندگان کوچک و متعدد به منظور تشویق رقابت

بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و همکاری با مراجع ذیصلاح در اجرای آن به عهده این سازمان گذاشته شده است. این روند نشان از تشتت در سیاستگذاری یکی از مهمترین مباحث سلامت در کشور است. به هر حال تا سال ۱۳۷۴ شورای فنی مستقر در وزارت بهداشت و درمان به صورت ادواری مبادرت به تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی درمانی کرده و ملاک خرید خدمت توسط سازمان‌های بیمه‌ای قرار می‌گیرد. در سال ۱۳۷۵ کتاب تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز بهداشتی درمانی توسط وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی چاپ شده و کدهای موجود در این مجموعه ملاک محاسبه قیمت خدمات می‌شود. این کتاب ترجمه‌ای از قیمت خدمات بخش عمومی در ایالت کالیفرنیا امریکاست که توسط مدیگر به مراکز طرف قرارداد این سازمان پرداخت می‌شود.

از آنجایی که در خصوص ارزش‌های نسبی مندرج در این کتاب اعتراضاتی در بین رشته‌های تخصصی مختلف پزشکی مطرح می‌شد وزارت بهداشت و درمان شروع به بازنگری در کدهای مندرج در کتاب فوق نموده، نتایج حاصل را در کتابی تحت عنوان ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی درمانی به چاپ رسانده و آن را در دستور کار شورای عالی بیمه خدمات درمانی قرار داد. از آنجایی که کدهای مندرج در این کتاب در مجموع ۲/۵ برابر کدهای کتاب قبلی بود و این موضوع سازمان‌های بیمه‌ای را به لحاظ منابع دچار چالشی جدی می‌کرد، مورد موافقت قرار نگرفت. بررسی کتاب نشان می‌دهد که متدولوژی مشخصی بر روند تدوین کدها حاکم نیست و مقایسه آن با کتابهای اصلی (کتابهای سال ۲۰۰۵ اتحادیه پزشکان امریکا)^۱ با عنوان ترمینولوژی عملیاتی جاری^۲ و سازمان مرکزی مدیگر^۳ با عنوان واحدهای ارزش نسبی برای پزشکان^۴ نشانگر تفاوت‌های جدی با آنهاست.

با توجه به این موضوع که اکثر مستندات مربوط به تعیین تعرفه در ایران، مربوط به کشور امریکاست در این مقاله سعی شده است منابع معتبر تعرفه‌گذاری در این کشور مورد بررسی قرار گیرد تا از این رهگذر اقداماتی که در کشور برای ایجاد تعادل در تعرفه‌ها انجام می‌شود

1. American Medical Association (AMA)
2. Current Procedural Terminology (CPT)
3. Central Medicare Services (CMS)
4. Relative Value Units for Physicians (RVUs)

صورتی منطقی تر به خود گرفته و تصمیم سازان و تصمیم گیران در فضایی روشن اقدام به اصلاح وضع موجود نمایند.

۱. چگونگی تعیین تعرفه‌ها در مدیکر

استفاده از ارزش‌های نسبی برای جبران خدمات پزشکان از دهه ۵۰ قرن بیستم در کالیفرنیا شروع شد و اولین مستندات در سال ۱۹۵۶ به چاپ رسید. در خلال دهه ۷۰ دادگاه‌ها چگونگی استفاده از این نظام را زیر سوال بردند و لذا مطالعات وسیع در تعیین ارزش‌های نسبی در آمریکا انجام شد، در سال ۱۹۸۳ تکمیل و در ۱۹۸۴ به چاپ رسید. در سال ۱۹۸۶ نظام دولتی آمریکا از این سیستم در برنامه مدیکر^۱ استفاده کرده و در سال ۱۹۹۲ آن را تکمیل کرد. بیمه‌گران بزرگ نیز، که از نظامات بودجه دولتی بهره می‌بردند؛ از آن تاریخ از لیست اعلام شده استفاده نمودند. نکته مهم این است که در آمریکا به موجب قانون ضد انحصار از این سیستم در تعیین حداقل یا حداکثر قیمت‌ها توسط دادگاه‌های ایالتی استفاده می‌شود و نکته دیگر اینکه ارزش نسبی فقط یک جزء در تعیین قیمت است و دو عامل دیگر شامل عوامل تبدیلی و ضریب منطقه جغرافیایی نیز در آن اثرگذار است.

متدولوژی تعیین ارزش نسبی مبتنی بر پنج ویژگی است:

۱. زمان

۲. مهارت

۳. شدت بیماری

۴. مخاطره برای بیمار

۵. مخاطره (پزشکی و قانونی) برای پزشک

برای تعیین قیمت از فرمول زیر استفاده می‌شود که ارزش نسبی از واحدهای تعیین شده در هر CPT (ترمینولوژی عملیاتی جاری برای هر نوع خدمت پزشکی) مشخص می‌شود و عامل تبدیل بایستی با استفاده از قیمت‌های جاری، نرخ‌های منطقه‌ای، هزینه‌های بالاسری شامل بیمه‌های مسئولیت مدنی، اجاره، حقوق و هزینه زندگی هر محل تعیین گردد.:

$$\text{قیمت خدمت} = (\text{CF}) \times \text{عامل تبدیل}^2 \times (\text{RVP}) \text{ ارزش نسبی}$$

1. Medicare

2. Conversion Factor (CF)

ساده‌ترین روش برای تعیین عامل تبدیل (CF) استفاده از قیمت‌های جاری است در آمریکا از قیمت‌های تعیین شده توسط سازمان‌های حفظ بهداشت^۱ و مدیکر استفاده می‌شود که تا حدودی پایین‌تر از سطح قیمت‌های معمول است. به منظور تدوین CF (عامل تبدیل پولی انفرادی برای هر مجموعه) از روش زیر استفاده می‌شود.

- ۲۰ تا ۳۰ عمل جراحی یا مداخله که حجم بالایی را در هر کدام از بخش‌ها داراست از کتاب ارزش نسبی خدمات پزشکی لیست می‌شود.
 - ارزش نسبی هر عمل در کنار آن نوشته می‌شود.
 - قیمت سال قبل هر کدام از خدمات در کنار ارزش نسبی نوشته می‌شود.
 - جمع عددی ارزش نسبی محاسبه می‌شود.
 - جمع عددی قیمت‌ها نیز محاسبه می‌شود.
 - جمع عددی قیمت‌ها به ارزش‌های نسبی تقسیم می‌شود که از آن به عنوان عامل تبدیل ناخالص نام برده می‌شود.
 - به همین ترتیب عامل تبدیل ناخالص^۲ (GCF) در کلیه بخش‌ها محاسبه می‌گردد.
 - ضریب GCF در هر کدام از ارزش‌های نسبی قیمت آن عمل تعیین می‌گردد.
 - از همین روش بالا قیمت فعالیت‌های انفرادی پزشکان مختلف را نیز می‌توان محاسبه کرد.
- مراکز خدماتی مدیکر و مدیکید^۳ بر طبق قانون از اول ژانویه ۱۹۹۲ مکلف شده است که ارزش‌های نسبی مربوط به لیست قیمت پزشکان را مبتنی بر منابع^۴ تنظیم نماید. این نظام جایگزین نظام قبلی شده است که در آن قیمت‌ها بر اساس سه عامل رویه‌ها^۵، موارد شایع^۶ و مستدل^۷ و بر اساس مدارک ثبتی گذشته هر خدمت تعیین می‌گردید ولی در روش جدید قیمت‌ها از ارزش نسبی استخراج شده و مبتنی بر منابعی که هر خدمت مصرف می‌کند (RBRVS)، تعیین می‌گردد. ارزش نسبی هر خدمت بر اساس سه جزء قابل اندازه‌گیری است: جزء کار پزشک در خدمت، هزینه‌های عملیاتی خدمت و مسئولیت حرفه‌ای ناشی از ارائه

1. Health Maintenance Organization (HMO)
2. Gross Conversion Factor
3. Centers for Medicare and Medicaid services (CMS)
4. Resource Based Relative Value Scale (RBRVS)
5. Customary
6. Prevailing
7. Reasonable

خدمت. ارزش نسبی بدست آمده در شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات^۱ ضرب شده و برای تبدیل به دلار در ضریب تعدیلی^۲ که سالانه توسط مدیر اعلام می‌گردد. بدین ترتیب مبلغی که از این فرمول حاصل می‌گردد با لحاظ تعدیلاتی که در شرایط خاص اعمال می‌شود به پزشک پرداخت می‌گردد. قابل ذکر است که بیش از ۷۷ درصد خدمات بخش عمومی با این فرمول محاسبه و پرداخت می‌شود.

۱-۱. بار کاری پزشک^۳

این جزء توسط مدیر و با استفاده از داده‌های کمیته^۴ به روزرسانی ارزش‌های نسبی^۵ اتحادیه^۶ پزشکان و جامعه تخصصی امریکا^۷ مرتباً به روزرسانی می‌شود. این کمیته ۲۹ نفر عضو دارد که ۲۳ نفر آنها نمایندگان انجمن‌های تخصصی و هم چنین نمایندگان اتحادیه پزشکان آمریکا، انجمن استتوپاتیک، کمیته مشورتی صاحبان حرف پزشکی، کمیته بازنگری در هزینه‌های کار پزشکی و گروه تدوین کننده ترمینولوژی عملیات جاری^۸ است. اگرچه مدیر در صورت لزوم، ارزش‌های نسبی ارائه شده توسط کمیته بازنگری در ارزش‌های نسبی را مورد بازنگری مجدد قرار داده و سیاست پرداخت را منتشر می‌کند.

جزء کار پزشک حدود ۵۲ درصد از کل ارزش نسبی را در هر خدمت در برگرفته و به دوره‌های قبل از ارائه خدمت، حین خدمت و بعد از خدمت تقسیم‌بندی شده و در مجموع ارزش نسبی کار پزشک را تشکیل می‌دهد. بنابراین ارزش نسبی اعلام شده در لیست قیمت برای هر خدمت شامل اجزای زیر است:

۱. زمان لازم برای ارائه خدمت توسط پزشک
۲. مهارت فنی و تلاش فیزیکی پزشک
۳. تلاش فکری و قضاوت پزشک
۴. استرس روانی پزشک که ناشی از مخاطره ناخواسته ایجاد شده در بیمار به دنبال اقدام درمانی است.^۹

1. Geographic Practice Cost Indices(GPCIs)
2. Conversion Factor
3. Physician Work
4. Relative Value Scale Update Committee (RUC)
5. American Medical Association (AMA)/ specialty Society
6. Current Procedural Terminology (CPT)
7. Iatrogenic risk

۲-۱. هزینه ارائه خدمت^۱

این جزء حدود ۴۴ درصد از ارزش نسبی کلی برای هر خدمت را تشکیل می‌دهد. اگر چه مدیکر از منابع مختلفی برای تعیین هزینه استفاده می‌کند ولی از سال ۱۹۹۸ برخی از کدهای CPT دو نوع ارزش نسبی هزینه ارائه خدمت دارد. مقدار حداقل برای اعمالی است که در مکان تسهیلاتی انجام می‌شود (مانند بیمارستان، تسهیلات پرستاران ماهر، یا مراکز جراحی محدود) و مبلغ بیشتر برای اعمال یا خدماتی داده می‌شود که در یک مکان غیر تسهیلاتی (مانند مطب پزشک یا منزل بیمار) ارائه می‌گردد. این سیاست در سال ۲۰۰۸ نیز ادامه خواهد یافت.

۳-۱. بیمه مسئولیت مدنی^۲ برای قصور پزشکی^۳

این جزء حدود ۴ درصد از ارزش نسبی کل را تشکیل می‌دهد. این جزء نیز از سال ۲۰۰۰ مشمول جایگزینی ارزش‌های نسبی منابع محور به جای هزینه محور شده است. مطالعه نشان می‌دهد که در طول سالهای گذشته هر دو روش نتایج یکسانی داشته است.

۴-۱. دوره گلوبال مدیکر

در لیست قیمت مدیکر برای هر CPT یک دوره زمانی تعریف شده است که نشانگر دوره بعد از عمل می‌باشد و بر خدمات پیگیری بعد از عمل اشاره دارد که در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. اجزای دوره زمانی گلوبال مدیکر عبارتست از:

۱. ویزیت‌های قبل از عمل: این ویزیت برای جراحی‌های بزرگ و اصلی بعد از اخذ تصمیم جراحی قابل پرداخت بوده و فقط یک روز قبل از عمل را شامل می‌شود. در مورد جراحی‌های کوچک فقط شامل روز عمل می‌شود.
۲. خدمات حین عمل: شامل کلیه خدماتی است که بطور نرمال و ضرورتاً جزئی از فرایند جراحی است.
۳. عوارض بعد از عمل: کلیه خدمات طبی و جراحی؛ که ضرورت دارد بعد از عمل ارائه شود را در برمی‌گیرد و هیچ پرداختی بابت آن صورت نمی‌گیرد بجز خدماتی که نیازمند بردن مجدد بیمار به اتاق عمل است.

1. Practice Expense (PE)
2. Professional Liability Insurance (PLI)
3. Malpractice

جدول شماره ۱. دوره گلوبال مدیکر

دوره گلوبال مدیکر	تعریف	توضیح و مثال
۰۰۰	دوره زمانی صفر	عبارتست از اعمال جراحی و خدماتی که ضرورت ارائه آن در همان روز خدمت وجود دارد. مانند کد ۵۴۱۵۰ یا اعمال آندوسکوپی یا جراحی‌های کوچک همراه با ارزش نسبی قبل و بعد جراحی که فقط در روز عمل لحاظ می‌شود و مبلغ دیگری (برای خدمات ارزیابی و درمان) در همان روز قابل پرداخت نیست.
۰۱۰	دوره زمانی ده روزه	شامل پرداخت برای خدمت و ده روز پیگیری بعد از آن می‌باشد. مانند کد ۲۴۶۴۰ یا جراحی‌های کوچک که کلیه هزینه‌های روز جراحی و مراقبت‌های بعد از عمل تا ده روز لحاظ شده است و مبلغ دیگری (برای خدمات ارزیابی و درمان) در این مدت قابل پرداخت نیست.
۰۹۰	دوره زمانی نود روزه	شامل پرداخت برای خدمت و نود روز پیگیری بعد از آن می‌باشد. مانند کد ۲۵۶۰۰ یا جراحی‌های اصلی که هزینه یک روز قبل از عمل و نود روز بعد از عمل در آن لحاظ شده است.
XXX	دوره زمانی قابل اطلاق نیست	در این کد دوره وجود ندارد و فقط هزینه خدمت یا عمل جراحی پرداخت می‌شود. مانند کد ۹۰۴۷۱
ZZZ	این کد مربوط به خدمت دیگری است که در دوره زمانی آن خدمت لحاظ شده است.	در این کد فقط هزینه خدمت یا عمل جراحی پرداخت می‌شود. این کدها غالباً اضافه بر کد XXX درخواست می‌شود. مانند کد ۹۰۴۷۲
YYY	دوره زمانی توسط ارائه‌دهنده خدمت تعیین می‌شود	این کدها مخصوص جراحی‌هایی است که در لیست قیمت وجود ندارد. مانند کد ۲۴۹۹۹

۵-۱. شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات (GPCIs)

این شاخص بیانگر هزینه‌های نسبی همراه با کار پزشک، هزینه عملیات، و بیمه مسئولیت مدنی در مناطق مختلف جغرافیایی مدیکر در مقایسه با هزینه‌های متوسط نسبی در سطح ملی است. در جدول شماره ۱ ضمیمه این شاخص‌ها در مناطق مختلف آمریکا تعریف شده است.

۱. شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات مربوط به هزینه زندگی: که به ارزش‌های نسبی بار کاری پزشک قابل اطلاق است.
۲. شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات مربوط به هزینه‌های ارائه خدمات: که به ارزش‌های نسبی بار عملیات ارائه خدمت قابل اطلاق است.
۳. شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات مربوط به هزینه بیمه مسئولیت مدنی پزشکان: که به ارزش‌های نسبی مسئولیت مدنی پزشک قابل اطلاق است.

۶-۱. ضریب تعدیلی مدیکر^۱

عبارتست از ارزش ملی که مجموع ارزش‌های نسبی را به منظور پرداخت به پزشکان به دلار تبدیل می‌کند. از ابتدای سال ۱۹۹۸ به موجب قانون بودجه یک ضریب تعدیلی برای مدیکر وجود دارد که این ضریب در سالهای مختلف به شرح زیر بوده است:

سال ۱۹۹۸ معادل ۳۶/۶۸۷۳ دلار

سال ۱۹۹۹ معادل ۳۴/۷۳۱۵ دلار با ۵/۳ درصد کاهش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۰ معادل ۳۶/۶۱۳۷ دلار با ۵/۴ درصد افزایش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۱ معادل ۳۸/۲۵۸۱ دلار با ۴/۵ درصد افزایش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۲ معادل ۳۶/۱۹۹۲ دلار با ۵/۴ درصد کاهش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۳ معادل ۳۶/۷۸۵۶ دلار با ۱/۶ درصد افزایش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۴ معادل ۳۷/۳۳۷۴ دلار با ۱/۵ درصد افزایش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۵ معادل ۳۷/۸۹۷۵ دلار با ۱/۵ درصد افزایش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۶ معادل ۳۶/۱۷۷۰ دلار با ۴/۵ درصد کاهش نسبت به سال قبل

سال ۲۰۰۷ معادل ۳۷/۸۹۷۵ دلار با ۴/۷ درصد افزایش نسبت به سال قبل

1. Medicare Conversion Factor (CF)

این رقم در سال ۲۰۰۸ به ۳۸/۰۸۷۰ دلار رسیده است، اگرچه در قانون بودجه ۲۰۰۷ پیش‌بینی شده بود ۱۰/۱ درصد کاهش در ضریب تعدیلی اعمال شده و به رقم ۳۴/۰۶۸۲ برسد ولی مقرر گردید از ۳۰ ژوئن ۲۰۰۸ به میزان ۰/۵ درصد افزایش در ضریب تعدیلی اعمال شود. برای بیهوشی ضریب تعدیلی جداگانه وجود داشته و بر اساس فرمول متفاوتی پرداخت می‌شود. در سالهای قبل از ۱۹۹۸ ضرایب متفاوتی اعلام می‌شد که در جدول شماره ۲ خلاصه شده است.

سایر اجزای لیست قیمت پزشکان که در پرداخت تاثیرگذار است عبارتند از:

۱. شاخص اقتصادی مدیکر^۱: تخصیص ارزش‌های نسبی به انباشت ارزش‌های نسبی بار کاری پزشکان، هزینه ارائه خدمت، و بیمه مسئولیت مدنی مطابق با شاخص اقتصادی مدیکر بازنگری شده است. میزان تخصیص به بار کاری معادل ۵۲ درصد، هزینه ارائه خدمت ۴۴ درصد و بیمه مسئولیت مدنی ۴ درصد کل ارزش‌های نسبی است.
۲. پرداخت‌های انگیزشی برای مناطقی که با کمبود کارکنان سلامت^۲ مواجه است: این پرداخت برای جوامع محروم، و مناطق روستایی و شهری که کمبود نیروی انسانی سلامت اثبات شده است صورت می‌گیرد.
۳. پزشکان غیرطرف قرارداد^۳: کاهش پرداخت برای خدمات پزشکی که تمایل به امضای قرارداد با مدیکر ندارند انجام می‌شود به گونه ای که مدیکر فقط ۸۰ درصد کل مبلغ را پرداخت کرده و بیمار ۲۰ درصد مابقی را رأساً می‌پردازد.
۴. تراز بودجه^۴: مقررات قانونی تأکید می‌کند که هر گونه تغییر در ارزش‌های نسبی خدمات پزشکان نباید لیست قیمت مدیکر را بیش از ۲۰ میلیون دلار تحت تاثیر قرار دهد. به همین دلیل تراز بودجه از طریق تنظیمات سالانه در ضریب تعدیلی اعمال می‌شود.

1. Medicare Economic Index (MEI)
2. Health Professional Shortage Areas (HPSA)
3. Non Par (Participating) Physicians
4. Budget Neutrality

جدول شماره ۲. ضرایب تعدیلی مدیکر قبل از سال ۱۹۹۸

سال	ضریب تعدیلی	درصد تغییر	ضریب تعدیلی مراقبت‌های اولیه	درصد تغییر	ضریب تعدیلی جراحی	درصد تغییر	ضریب تعدیلی موارد غیر جراحی	درصد تغییر
۱۹۹۲	۳۱/۰۰۱۰	-	اعلام نشده		اعلام نشده		اعلام نشده	
۱۹۹۳	اعلام نشده	-			۳۱/۹۶۲۰		۳۱/۲۴۹۰	
۱۹۹۴	اعلام نشده	-			۳۵/۱۵۸۰		۳۲/۹۰۵۰	۵/۳
۱۹۹۵	اعلام نشده	-			۳۹/۴۴۷۰	۷/۹	۳۴/۶۱۶۰	۵/۲
۱۹۹۶	اعلام نشده	-			۴۰/۷۹۸۶	-۲/۷	۳۴/۶۲۹۳	۰
۱۹۹۷	اعلام نشده	-			۴۰/۹۶۰۳	۱/۰	۳۳/۸۴۵۴	-۲/۳

۲. چگونگی استفاده از ارزش نسبی منابع محور

مدیکر همه ساله ارزش‌های نسبی را همراه با کدهای ترمینولوژی عملیات جاری چاپ و منتشر می‌کند. برای محاسبه پرداخت برای یک خدمت ارزش نسبی هر کدام از اجزای لیست قیمت در شاخص هزینه جغرافیایی عملیات مترادف آن ضرب شده و نتیجه حاصله در ضریب تعدیل مدیکر ضرب می‌گردد. بنابراین ضروری است که به هنگام محاسبه دلار قابل پرداخت برای یک خدمت، کلیه ساز و کارهای مدیکر مد نظر باشد. برخی از سازمان‌های بیمه‌ای از همه عناصر موجود در ارزش‌های نسبی منابع محور استفاده نمی‌کنند و ضریب تعدیلی و شاخص جغرافیایی خاص خود را دارا هستند.

مثال: محاسبه سطح سوم ویزیت در مطب برای ارزیابی و درمان یک بیمار ثابت شده در جزایر ماکرو فلوریدا (طبق جدول مناطق مدیکر ضریب سایر مناطق فلوریدا لحاظ می‌شود).

یادآوری می‌شود که برای کد کردن ۹۹۲۱۳ لزوم مستند نمودن تاریخچه مناسب، معاینه فیزیکی، و تصمیم درمانی وجود دارد. ارزش نسبی خدمات به قرار زیر است:

RVU	منطقه جزایر ماکرو فلوریدا (سایر مناطق)	RVU	کد ۹۹۲۱۳ CPT
۱/۰۰۰	GPCI کار	۰/۹۲	ارزش نسبی بار کار
۰/۹۳۷	GPCI ارائه خدمت	۰/۷۲	هزینه ارائه خدمت غیر تسهیلات
۱/۴۹۰	GPCI مسئولیت مدنی	۰/۰۳	بیمه مسئولیت مدنی

۲-۱. روش اول: بدون لحاظ تعدیلات جغرافیایی و بدون استفاده از ضریب تعدیلی مدیکر در این مثال پرداخت به پزشک در شرایط غیر تسهیلاتی لحاظ می‌شود. ارزش نسبی کل از لیست ارزش‌های نسبی منابع محور (RBRVS) استخراج شده ولی سایر اجزای لیست قیمت در نظر گرفته نمی‌شود. معمولاً ارزش نسبی کل در ضریب تعدیلی پرداخت‌کننده شخص ثالث که واحدی غیر از مدیکر است ضرب می‌شود. در گام اول ارزش‌های نسبی بار کاری پزشک، هزینه‌های ارائه خدمت، و بیمه مسئولیت مدنی تحت شرایط ویزیت در مطب جمع بسته می‌شود. ارزش نسبی کل برای کد ۹۹۲۱۳ = ارزش نسبی بار کاری (۰/۹۲) + ارزش نسبی هزینه ارائه خدمت در شرایط غیر تسهیلاتی (۰/۷۲) + ارزش نسبی بیمه مسئولیت مدنی (۰/۰۳) = ۱/۶۷ در گام دوم اگر فرض شود که ضریب تعدیلی شرکت بیمه ای ۳۸ دلار است در این صورت

$$(1/67) \times (38/100) = 63/46 \text{ دلار}$$

۲-۲. روش دوم: با لحاظ تعدیلات جغرافیایی و با استفاده از ضریب تعدیلی مدیکر در این صورت محاسبه برای منطقه جزایر ماکرو در فلوریدا به قرار زیر خواهد بود: ارزش نسبی کل برای کد ۹۹۲۱۳ (با لحاظ تعدیلات جغرافیایی) = ارزش نسبی بار کاری (۰/۹۲) × ضریب تعدیل جغرافیایی (۱/۰۰۰) + ارزش نسبی هزینه ارائه خدمت در شرایط غیر

تسهیلاتی $(0/72) \times$ ضریب تعدیل جغرافیایی $(0/937) +$ ارزش نسبی بیمه مسئولیت مدنی $(0/03) \times$ ضریب تعدیل جغرافیایی $(1/490) = (0/67464) + (0/447) = 1/63934$
در گام دوم عدد بدست آمده در ضریب تعدیلی مدیکر برای سال مورد نظر (در سال ۲۰۰۸ برابر با $38/0870$) ضرب می‌شود. در این صورت

$$62/44 = (38/0870) \times (1/63934)$$

به طور مثال با توجه به شایع بودن خدمات متخصصین اطفال کدهای CPT همراه با ارزش‌های نسبی RVUs مربوط به این رشته در جدول شماره ۱ ضمیمه ذکر شده است. نکته قابل توجه اینکه بسیاری از شرکت‌های بیمه ای در کشور آمریکا از جداول پایه مدیکر با اندک تغییرات استفاده می‌کنند. این شرکتها عبارتند از: برنامه‌های دولتی مدیکر، کارگزاران صلیب آبی و سپر آبی^۱، سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده^۲، به همین دلیل در کشور آمریکا برای تعیین ارزش نسبی مناسب کلیه داده‌های هزینه‌ای از قبیل: درآمد پزشکان، هزینه‌های ارائه خدمت، بیمه مسئولیت مدنی، و دفعات خدمت (بار مراجعه برای هر خدمت) مستند شده و توسط پزشکان طرف قرارداد به شرکت بیمه‌ای اعلام می‌گردد که از این طریق میانگین هزینه هر خدمت به هر فرد در ماه برآورد می‌گردد.

۳. لیست قیمت‌های ملی مدیکر مطابق با ارزش نسبی پزشکان برای سال ۲۰۰۸

در این لیست اطلاعات مربوط به قیمت‌های مدیکر برای سال ۲۰۰۸ برای بیش از ۱۰۰۰۰ خدمت پزشکی همراه با ارزش نسبی مربوطه (RVU) برای خدمت پایه ارائه شده است. بدیهی است پرداخت‌های مختلف نیازمند شاخص تعدیل مبتنی بر سیاستهای پرداخت می‌باشد. (مانند پرداخت به کمک جراح، گروه جراحی، جراحی‌های دو طرفه،...).

در این جداول ارقام تعدیل شده بیانگر تفاوت در هزینه‌های عملیات از منطقه‌ای به منطقه دیگر می‌باشد. بدین منظور «شاخص جغرافیایی هزینه عملیات»^۳ برای هر کدام از اجزای سه‌گانه ارزش نسبی (ارزش نسبی بار کاری، هزینه عملیات، و قصور و سهل‌انگاری^۴) تعریف شده است که در ارزش‌های نسبی ضرب می‌شود.

1. Blue Cross Blue Shield Carriers
2. Managed Care Organizations (MCO)
3. geographic practice cost index (GPCI)
4. RVUs for work, practice expense, and malpractice

ماده ۱۲۱ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۹۹۴ مدیریت مدیر را موظف می‌کند قیمت‌های موجود هزینه محور^۱ را به نظام منابع محور^۲ تبدیل نماید و قانون بودجه سال ۱۹۹۷ تأکید می‌کند در یک دوره چهار ساله با مینا قرار دادن ابتدای سال ۱۹۹۹ این اقدام را شروع کند به گونه‌ای که از سال ۲۰۰۲ به بعد قیمت‌ها منحصراً منابع محور خواهد بود. از سال ۲۰۰۷ فقط از متدولوژی پایین به بالا^۳ برای هزینه‌های مستقیم، و از داده‌های تکمیلی حاصل از بررسی‌ها برای هزینه‌های غیر مستقیم، استفاده خواهد شد و انباشت کار غیرپزشکان^۴ (روشی است که از آن برای محاسبه هزینه‌های عملیاتی بدون لحاظ کار پزشک استفاده می‌شود) برای محاسبه ارزش‌های نسبی هزینه عملیات حذف خواهد شد.

در نظام جدید ارزش‌های نسبی به دو صورت «شرایط تسهیلات و غیرتسهیلات»^۵ اعلام می‌شود. منظور از تسهیلات ارائه خدمت سرپایی و بستری در شرایط بیمارستانی، اورژانس‌ها، تسهیلات دارای پرستار ماهر^۶، مراکز جراحی سرپایی^۷ است و منظور از غیرتسهیلات سایر مکان‌های ارائه خدمت است. در برخی از ارزش‌های نسبی قیمت غیرتسهیلات داده نشده است زیرا این خدمات هرگز در چنین شرایطی ارائه نمی‌شود. به طور مثال کدهای ۹۹۲۲۱-۹۹۲۲۳ منحصراً در بستری‌شدگان بیمارستانی ارائه می‌گردد یا اینکه بسیاری از اعمال جراحی که دوره گلوبال ۹۰ روزه دارد تقریباً همیشه در بستری‌شدگان بیمارستانی است. بنابراین خدماتی که صرفاً در شرایط تسهیلات ارائه می‌شود با کد NA مشخص شده است.

در ابتدای سال ۲۰۰۷ از داده‌های بازنگری ارزش‌های نسبی که از بررسی اطلاعات ۵ سال گذشته حاصل شده و منجر به افزایش زیادی در جمع کل ارزش‌های نسبی شده بود، استفاده گردید. از آنجایی که قانون هر گونه افزایش بیش از ۲۰ میلیون دلار بیش از مبلغ پیش‌بینی شده را نمی‌دهد، بنابراین همه ساله ضریب تعدیلی برای توازن بودجه اعلام می‌شود که برای سال ۲۰۰۸ عدد ۰/۸۸۰۶ تعیین شده است. به طور خلاصه در سال ۲۰۰۸ فرمول به شرح زیر خواهد بود:

1. charge-based practice expense
2. resource-based
3. bottom-up methodology
4. nonphysician workpool
5. facility and non-facility settings
6. skilled nursing facilities
7. ambulatory surgical centers (ASCs)

۱-۳. فرمول قیمت‌گذاری غیرتسهیلاتی^۱ = ارزش نسبی بار کاری × ضریب تعدیلی بودجه × شاخص هزینه جغرافیایی کاری + ارزش نسبی هزینه پزشکی غیرتسهیلاتی × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه پزشکی + (ارزش نسبی هزینه سهل‌انگاری × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه سهل‌انگاری) × ضریب تعدیلی

۲-۳. فرمول قیمت‌گذاری تسهیلاتی^۲ = ارزش نسبی بار کاری × ضریب تعدیلی بودجه × شاخص هزینه جغرافیایی کاری + ارزش نسبی هزینه پزشکی تسهیلاتی × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه پزشکی + (ارزش نسبی هزینه سهل‌انگاری × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه سهل‌انگاری) × ضریب تعدیلی

قانون کاهش کسری بودجه سال ۲۰۰۵ سقف پرداخت برای جزء فنی^۳ در موارد تصویربرداری تشخیصی و جزء فنی مربوط به خدمات تصویر برداری تشخیصی گلوبال را تعیین کرده است. این سقف براساس نظام پرداخت سرپایی آینده‌نگر^۴ تعیین شده است. در این رابطه لیست قیمت پزشکان با مبلغ سرپایی مقایسه شده و پایین‌ترین مبلغ ملاک محاسبه قرار گرفته است.

۳-۳. فرمول قیمت‌گذاری غیرتسهیلاتی خدمات سرپایی آینده‌نگر^۵ = ارزش نسبی هزینه پزشکی غیرتسهیلاتی OPPS × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه پزشکی + (ارزش نسبی هزینه سهل‌انگاری OPPS × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه سهل‌انگاری) × ضریب تعدیلی

۴-۳. فرمول قیمت‌گذاری تسهیلاتی خدمات سرپایی آینده‌نگر^۶ = ارزش نسبی هزینه پزشکی تسهیلاتی OPPS × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه پزشکی + (ارزش نسبی هزینه سهل‌انگاری OPPS × شاخص هزینه جغرافیایی هزینه سهل‌انگاری) × ضریب تعدیلی

1. 2008 Non-Facility Pricing Amount = [((Work RVU * Budget Neutrality Adjustor (0.8806)) (round product to two decimal places) * Work GPCI) + (Transitioned Non-Facility PE RVU * PE GPCI) + (MP RVU * MP GPCI)] * Conversion Factor
2. 2008 Facility Pricing Amount = [((Work RVU * Budget Neutrality Adjustor (0.8806)) (round product to two decimal places) * Work GPCI) + (Transitioned Facility PE RVU * PE GPCI) + (MP RVU * MP GPCI)] * Conversion Factor
3. technical component (TC)
4. Outpatient Prospective Payment System (OPPS)
5. 2008 OPPS Non-Facility Payment Amount = (OPPS Non-Facility PE RVU * PE GPCI) + (OPPS MP RVU * MP GPCI)] * Conversion Factor
6. 2008 OPPS Facility Payment Amount = (OPPS Facility PE RVU * PE GPCI) + (OPPS MP RVU * MP GPCI)] * Conversion Factor

به موجب قانون سقف پرداخت مدیکر برابر ۱۱۵ درصد از مبلغ خدمت ارائه شده توسط پزشک غیرمشارکت‌کننده^۱ است. از طرف دیگر پرداخت به پزشک غیرمشارکت‌کننده ۹۵ درصد پزشک مشارکت‌کننده است (محاسبه ۹۵ درصد از ۱۱۵ درصد یعنی استفاده از ضریب ۱/۰۹۲۵ و به عبارت دیگر ۱۰۹/۲۵ درصد) لذا برای محاسبه سقف پرداخت برای هر کد مبلغ کد در عدد ۱/۰۹۲۵ ضرب می‌شود.

۴. کمیته به روزرسانی ارزش‌های نسبی و فرایند آن

این کمیته توسط اتحادیه پزشکان آمریکا پیش‌بینی شده است که توصیه‌هایی را به سازمان مرکزی مدیکر ارائه داده و در پرداخت پزشکان اثرگذار است. این کمیته همراه با هیأت تحریریه CPT فرایندی را می‌سازد که طی آن کدهای خدمات و ارزش‌های نسبی آنها مورد بازنگری قرار می‌گیرد.

کمیته به روزرسانی^۲ در سال ۱۹۹۱ توسط اتحادیه پزشکان آمریکا با همکاری انجمن‌های تخصصی در سطح ملی تشکیل شده و ارزش‌های نسبی را برای ۸۶۰۰ عملیات تعریف شده در CPT سالانه مورد بازنگری قرار می‌دهد.

هیأت تحریریه ترمینولوژی عملیات جاری^۳ از ۱۷ عضو تشکیل شده است که مسئولیت بازنگری، به روزرسانی، و تغییر کدهای CPT را عهده دار است. ۱۱ نفر توسط اتحادیه پزشکان آمریکا تعیین شده و مابقی را اتحادیه صلیب آبی و سپر آبی، اتحادیه بیمه سلامت آمریکا، مرکز خدمات مدیکر و مدیکید، و اتحادیه بیمارستان‌های آمریکا، معرفی می‌کنند. یک نماینده از مرکز مراقبت‌های مدیریت شده، و دو عضو از کمیته مشورتی گروه‌های غیر پزشکی پروانه‌دار نیز در بین ۱۱ نفر نمایندگان AMA وجود دارد. نظام کدینگ همه ساله به لحاظ ورود کدهای جدید، حذف کدهایی که دیگر استفاده نمی‌شود، و بازنگری در توصیف عملیات CPT بررسی می‌شود.

کمیته RUC دارای نمایندگانی از کلیه حرف پزشکی است. ۲۳ عضو از ۲۹ عضو آن توسط انجمن‌های تخصصی پزشکی در سطح ملی تعیین می‌شود که دارای بیشترین عضو پزشک بوده

1. nonparticipating physician
2. RVS Update Committee
3. Current Procedural Terminology (CPT) Editorial Board

و بیشترین هزینه‌های مدیکر را به خود اختصاص می‌دهد. ۳ عضو از این تعداد دوره چرخشی دوسالانه دارند که دو ردیف برای فوق تخصص‌های داخلی و یک ردیف برای سایر فوق تخصص‌هاست. شش جایگاه باقیمانده به ترتیب توسط رئیس کمیته RUC، نایب رئیس کمیته مشورتی گروه‌های غیرپزشکی پروانه‌دار، نماینده اتحادیه پزشکان آمریکا، اتحادیه استثنوپاتی آمریکا، رئیس زیر کمیته هزینه‌های عملیاتی، و نماینده هیأت تحریریه CPT اشغال می‌شود. بنابراین اعضای کمیته عبارتند از:

۱. رئیس
۲. نماینده اتحادیه پزشکان آمریکا
۳. نماینده هیأت تحریریه CPT
۴. اتحادیه استثنوپاتی آمریکا
۵. کمیته مشورتی گروه‌های غیرپزشکی پروانه‌دار
۶. رئیس زیر کمیته هزینه‌های عملیاتی
۷. انجمن علمی بیهوشی
۸. انجمن علمی کاردیولوژی (قلب)
۹. انجمن علمی درماتولوژی (پوست)
۱۰. انجمن علمی طب اورژانس
۱۱. انجمن علمی پزشکی خانواده
۱۲. انجمن علمی گاستروآنترولوژی (گوارش)*
۱۳. انجمن علمی جراحی عمومی
۱۴. انجمن علمی طب سالمندی*
۱۵. انجمن علمی طب داخلی
۱۶. انجمن علمی نورولوژی
۱۷. انجمن علمی نوروسرجری (جراحی مغز و اعصاب)
۱۸. انجمن علمی زنان و زایمان
۱۹. انجمن علمی افتالمولوژی (چشم پزشکی)

- ۲۰. انجمن علمی ارتوپدی
- ۲۱. انجمن علمی گوش، حلق، و بینی
- ۲۲. انجمن علمی پاتولوژی
- ۲۳. انجمن علمی کودکان
- ۲۴. انجمن علمی جراحی کودکان
- ۲۵. انجمن علمی جراحی پلاستیک
- ۲۶. انجمن علمی روانپزشکی
- ۲۷. انجمن علمی جراحی قفسه صدري
- ۲۸. انجمن علمی ارولوژی
- ۲۹. انجمن علمی رادیولوژی
- * اعضای چرخشی دوسالانه

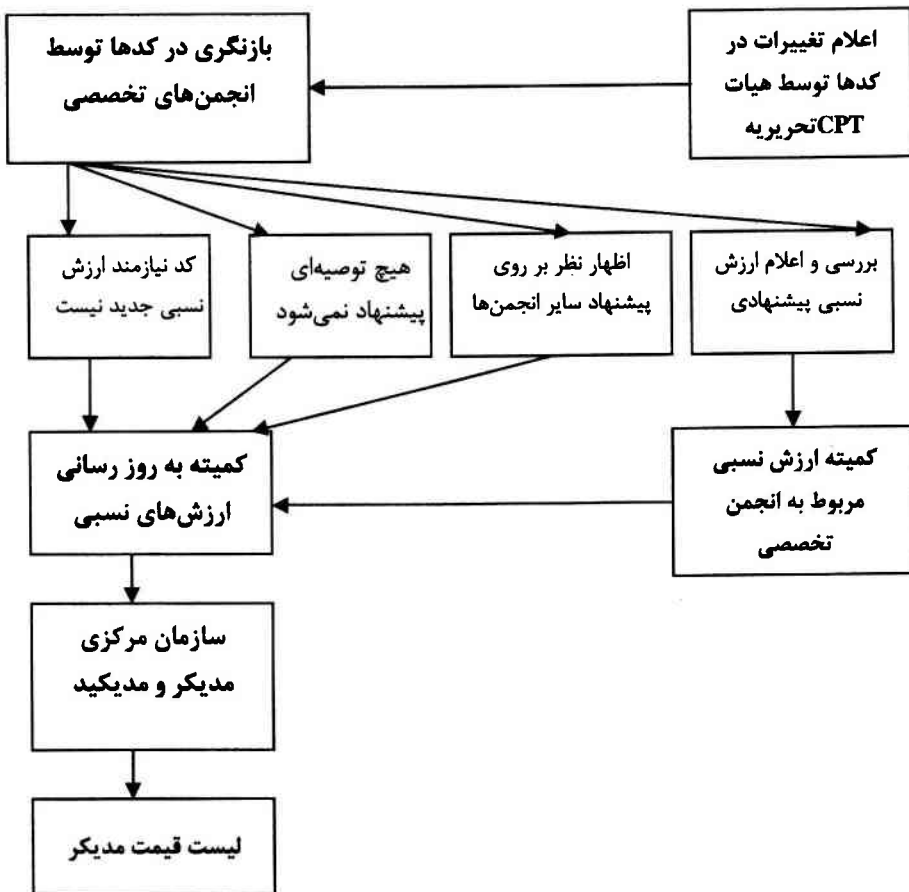
لازم به ذکر است که یک پزشک از ۱۰۹ انجمن تخصصی به عنوان نماینده در کمیته مشورتی RUC برای محاسبه هزینه‌های ارائه خدمت در اتحادیه پزشکان آمریکا حضور دارد. هر عضو نیز خود دارای کمیته ارزش‌های نسبی در انجمن مربوطه می‌باشد. از طرف دیگر RUC زیرکمیته‌ای را ترتیب داده است که مأمور بررسی هر گونه بازنگری در کدها بوده و داده‌های مربوط به هزینه‌های ارائه خدمت را جمع‌آوری می‌کند.

از آنجایی که هیأت تحریریه CPT ارتباط نزدیکی با کمیته RUC دارد، این هیأت سالانه سه جلسه تشکیل داده و پیشنهادات جدید را مورد بررسی قرار می‌دهد و مکلف است تا پایان فوریه هر سال نتایج بررسی‌ها را ارائه دهد و براین اساس کمیته RUC پیشنهادات خود را در ماه می هر سال و پس از ارائه گزارش هیأت به سازمان مرکزی مدیر ارائه کرده و این سازمان هر ساله تصمیمات خود را در روزنامه رسمی^۱ به چاپ می‌رساند. در همان زمان AMA مجموعه کدهای CPT را برای سال بعد منتشر می‌کند و همه ساله از اول ژانویه به مرحله اجرا گذاشته می‌شود. گام‌هایی اجرایی کمیته برای ارزیابی و بازنگری در ارزش‌های نسبی به قرار زیر است:

1. Federal Register

گام اول: کدهای جدید و ارزیابی شده هیأت تحریریه تحویل کارکنان RUC می‌شود که متعاقباً در فرم خلاصه گزارش «میزان علاقمندی» که در آن فعالیت‌های کد مربوطه تشریح شده است، وارد می‌گردد.

گام دوم: اعضای کمیته به همراه انجمن‌های تخصصی این خلاصه را مطالعه می‌کنند. انجمن‌ها چند کار می‌توانند انجام دهند.



۱. از اعضای خود بخواهند که ضمن بررسی میزان عملیات مربوط به هر خدمت را مشخص نموده و توصیه‌های خود را اعلام نمایند.
 ۲. اظهار نظر در خصوص توصیه‌هایی سایر انجمن‌ها نمایند.
 ۳. در مواردی که تغییر در کد هیچ اثری بر خدمات آنان ندارد اظهار نظر ننمایند.
 ۴. در مواردی که کد خدمت ارتباطی با آنان ندارد اظهار نظر ننمایند.
- گام سوم:** کارکنان AMA خلاصه گزارش را به انجمن‌های تخصصی ارسال می‌کند تا حداقل ۳۰ پزشک مستنداً بر روی آن بررسی کرده و هر پزشک لیستی از ۱۵ تا ۲۵ خدمت را بررسی کرده و نتیجه را اعلام نماید. این مستندات می‌تواند از مطالعه صورت حسابهای ارسالی به مدیر و یا مستندات مربوط به سایر مراکز از جمله مراکز دانشگاهی باشد.
- گام چهارم:** کمیته تخصصی ارزش‌های نسبی بررسی‌ها را هدایت کرده نتایج را بازبینی نموده و توصیه‌های خود را به RUC ارسال می‌کند. در صورتی که دو یا چند انجمن نظرات متفاوتی داشته باشند RUC توصیه می‌کند تا به جمع بندی واحد برسند.
- گام پنجم:** مشاورین تخصصی توصیه‌های خود را در نشست RUC ارائه داده و به پرسش‌های اعضای کمیته پاسخ می‌دهند و از پیشنهاد خود دفاع می‌کنند.
- گام ششم:** کمیته در صورت مجاب شدن آنرا به سازمان مرکزی مدیر ارسال می‌کند در غیر این صورت آن را به انجمن تخصصی برگردانده و یا با انجام تغییراتی در اختیار سازمان مرکزی مدیر قرار می‌دهد.
- گام هفتم:** توصیه‌های کمیته RUC در ماه می هر سال به سازمان مرکزی مدیر CMS ارسال نموده و مدیران سیستم و دبیران واحد قرارداد آن را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- گام هشتم:** پس از تأیید نهایی لیست قیمت مدیر در اواخر پاییز منتشر شده و از ابتدای سال عملیاتی می‌گردد.

۵. عملکرد سالانه کمیته RUC در دوره ۲۰۰۸-۱۹۹۳

در این دوره ۳۵۰۰ مورد ارزش نسبی برای کدهای مختلف مورد بازنگری قرار گرفته است. علاوه بر آن ۳۰۰ مورد توصیه برای چگونگی تعامل با طرف‌های قرارداد و یا خدماتی که پوشش داده نمی‌شده است (شامل ویزیت‌های پیشگیرانه) صادر شده است. هدف از این اقدام

آخر پوشش جمعیت کودکان توسط مدیکر، مدیکید و سایر سازمان‌های بیمه‌ای است. بررسی‌ها نشان می‌دهد سازمان مرکزی مدیکر سالانه بیش از ۹۰ درصد توصیه‌های کمیته RUC را پذیرفته است.

طبق بند ۲B ماده ۱۸۴۸ قانون تلفیق بودجه^۱ مصوب سال ۱۹۹۰ آمریکا سازمان مرکزی مدیکر موظف است دست کم هر ۵ سال یک بار کلیه ارزش‌های نسبی را مورد بازنگری قرار دهد که در این ارتباط از نظرات مشورتی کمیته RUC استفاده می‌کند. از آنجایی که برای تعریف ارزش‌های نسبی منابع محور (RBRVS) ساز و کار دیگری تعریف شده است فرآیند بازنگری ۵ ساله محدود به ارزش‌های نسبی بار کاری پزشکان شده است.

به منظور شناسایی کدها و ذکر آن در لیست اولیه بازنگری، سازمان مرکزی مدیکر از کمیته RUC درخواست نمود لیستی مرجع از خدمات تخصصی مختلف، انواع خدمات، و طیف وسیعی از واحدهای ارزش نسبی را تهیه نماید. لیست مرجع ابزاری برای مقایسه بار کاری پزشک در یک خدمت با، بار کاری خدمت دیگری است که ارزش نسبی ثابت شده‌ای دارد. به طور مثال زمان جراحی در اتاق عمل یک عمل جراحی نسبت به عمل مرجع ۲ ساعت بیشتر بوده ولی دارای ارزش نسبی پایین‌تری است، بنابراین ممکن است این عمل دارای ارزش نسبی کافی نباشد. در همین راستا کمیته لیستی حاوی بیش از ۳۰۰ خدمت را ارائه داد که به عنوان نقطه مرجع استاندارد برای ارزیابی کدهایی قرار می‌گیرد که بر روی آنها حرف و حدیث وجود دارد.

در برنامه ۵ ساله اول بازنگری در کدهای بیماری‌های کودکان شروع شد به همین منظور کلیه کدها به اعلام نظر عمومی گذاشته شد. در این مدت سازمان مرکزی حدود ۵۰۰ نامه در مورد بیش از ۱۱۰۰ کد برای بازنگری دریافت نمود. در سال ۱۹۹۴ قانون تأمین اجتماعی، مدیکر را مکلف نمود کدهای مربوط به بیماری‌های کودکان را اعلام نماید. در اواخر فوریه ۱۹۹۵ سازمان مرکزی مدیکر نظرات کمیته RUC در مورد ۳۵۰۰ کد بررسی نمود.

در طی برنامه ۵ ساله دوم که از ماه مارس ۲۰۰۰ آغاز شد، ۸۷۰ کد از ۳۰ رشته تخصصی مورد پذیرش سازمان مرکزی مدیکر قرار گرفت. در برنامه ۵ ساله سوم که از فوریه ۲۰۰۵ آغاز شد ۵۵۶ کد از ۴۴ رشته تخصصی بازنگری شد. علاوه بر آن ۱۶۸ کد شایع که از سال ۱۹۹۲ هیچ تغییری نکرده بود نیز بررسی شد. (ضمیمه جدول ۲)

1. Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA-90)

۶. متدولوژی مورد استفاده در برنامه‌های ۵ ساله

فرایند مورد استفاده همان متدولوژی است که در برنامه‌های بازنگری سالانه بکار گرفته می‌شود ولی مقداری ابتکار نیز در آن بکار می‌رود. اول از همه یک ابزار بررسی تغییر یافته ساخته شد به این معنی که بار کاری کدهای تثبیت شده با ارزش‌های نسبی تثبیت شده مورد بررسی قرار گرفت و از متخصصین خواسته شد مستند در صحیح یا غلط بودن کدها ارائه دهند. علاوه بر مقایسه آنها با کدهای مرجع، مطالعه مفصلی در خصوص جزئیات زمان برای قبل، حین، و بعد از انجام خدمت در کدهای مرجع نیز انجام شد. در کنار آن سایر اجزای خدمت همراه با تغییراتی که در ارائه خدمت در ۵ سال گذشته داشت نیز بررسی شد. اگر باور بر این بود که خدمت تغییر کرده است این گونه سئوال شد که آیا فناوری جدید موجب شده است خدمت بیشتر شایع شود؟ آیا بیماران نیازمند خدمت پیچیدگی بیشتر یا کمتر دارند؟ آیا سایت معمول خدمت تغییر کرده است؟

علاوه بر اقدامات فوق و جمع‌آوری اطلاعات از متخصصین از طریق فرم‌های مخصوص اتحادیه پزشکان آمریکا داده‌هایی را از سایر منابع مانند بار مراجعات برای خدمت، تخصصی که آن خدمات را فراهم می‌کنند، و اطلاعات مربوط به مطالعه دانشگاه هاروارد در مورد زمان‌سنجی کار پزشکان برای تکمیل مستندات جمع‌آوری کرد. در همین راستا کمیته RUC خطوط راهنما برای تکمیل فرمها و ارائه مستندات تدوین و اعلام نمود. این استانداردها عبارت بودند از:

- مستند کردن ادبیات برجسته در ارتباط با کد مورد نظر یا سایر داده‌های مرتبط که نشان‌دهنده تغییر در بار کاری پزشک است.
- وجود ارتباط غیر عادی بین کد مورد نظر و چندین خدمت کلیدی مرجع
- مستندی که نشان دهنده تغییر بار کاری پزشک که موجب تغییر در فناوری شده است.
- تحلیل سایر داده‌هایی که نشان‌دهنده تغییر در زمان یا تلاش پزشک شده است.
- مستندی که نشان دهد در ارزش‌گذاری اولیه فرضیات غلط در خصوص کد مورد نظر اعمال شده است.

از سال ۲۰۰۶ توسط کمیته RUC کار گروهی تشکیل شده است که وظیفه آن شناسایی خدماتی است که بالقوه دارای ارزش نسبی نامناسبی هستند. این گروه وظیفه دارد اثر استفاده از فناوری جدید را در ارائه خدمت نیز مورد بررسی قرار دهد.

۷. نتایج حاصل از برنامه‌های ۵ ساله

۷-۱. برنامه ۵ ساله منتهی به ۱۹۹۵

در این سال بیش از ۱۰۰۰ کد مورد بازنگری قرار گرفت و در اکثر موارد ارزش‌های نسبی موجود مورد تأیید قرار گرفت. در این دوره ۹۶ درصد از توصیه‌های کمیته به تأیید سازمان مرکزی مدیکر رسید، به گونه‌ای در برخی تخصص‌ها ۱۰۰ درصد توصیه‌ها تأیید شد. خلاصه اقدامات عبارتند از:

- ۲۹۶ کد افزایش ارزش نسبی داشت.
- ۶۵۰ کد تغییری نکرد.
- ۱۰۷ کد کاهش ارزش داشت.
- ۶۵ کد به هیأت تحریره CPT برای بازنگری و بررسی بیشتر برگردانده شد.

۷-۲. برنامه ۵ ساله منتهی به ۲۰۰۰

در این دوره ۸۷۰ کد مورد بازنگری قرار گرفت که افزایش در خدمات مربوط به جراحی عروق و جراحی عمومی را به دنبال داشت. در این دوره ۹۸ درصد از توصیه‌های کمیته مورد تأیید سازمان مرکزی مدیکر قرار گرفت. خلاصه اقدامات عبارتست از:

- ۴۶۹ کد افزایش ارزش نسبی داشت.
- ۳۱۱ کد تغییری نکرد.
- ۲۷ کد کاهش ارزش داشت.
- ۶۳ کد به هیأت تحریره CPT برای بازنگری و بررسی بیشتر برگردانده شد.

۷-۳. برنامه ۵ ساله منتهی به ۲۰۰۵

این دوره تا سال ۲۰۰۷ ادامه یافت و تغییرات در سه مقطع اکتبر ۲۰۰۵، فوریه ۲۰۰۶، می و مارس ۲۰۰۷ اعلان عمومی شد. در این دوره ۹۷ درصد از توصیه‌های کمیته مورد تأیید سازمان مرکزی مدیکر قرار گرفت. خلاصه اقدامات عبارتست از:

- ۲۸۵ کد افزایش ارزش نسبی داشت.
- ۲۹۴ کد تغییری نکرد.
- ۳۳ کد کاهش ارزش داشت.
- ۱۳۹ کد به هیأت تحریره CPT برای بازنگری و بررسی بیشتر برگردانده شد.

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

توجه به مطالب ارائه شده حاکی از این واقعیت است که مبنای تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی درمانی در ایران مشابه نظام تعرفه‌گذاری مدیکر در آمریکاست. همه سلامت تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی پس از طرح در شورای عالی بیمه خدمات درمانی به پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری به تصویب هیأت وزیران رسیده و مبنای خرید خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر می‌شود. تعرفه‌های بخش خصوصی نیز توسط سازمان نظام پزشکی تعیین و اعلام می‌شود. این ارقام در بخش سرپایی به صورت مبلغ مشخص ریالی اعلام شده و در بخش بستری در مورد دستمزدها به صورت ضریب K جراحی، داخلی، و بیهوشی ابلاغ می‌گردد. به منظور بازنگری در تعرفه‌ها سه رویکرد پیش رو داریم:

۱. سناریوی اول: همانند روش مدیکر عمل نموده با محاسبه جزئیات بار کاری پزشک، هزینه عملیاتی ارائه خدمت، و هزینه ناشی از مسئولیت مدنی محاسبه نموده و با اعمال ضرایب جغرافیایی در هر سه جزء ارزش‌های نسبی را برآورد نموده و با تعیین ضریب تعدیلی قیمت خدمت را مشخص نمود. برای بازنگری در ارزش‌های نسبی نیز کمیته بازنگری را با حضور کلیه ذینفعان عرصه تدارک خدمات تشکیل داده و پس از جمع‌آوری مستندات نسبت به اعلام تعدیلات جدید به شورای عالی بیمه خدمات درمانی اعدام نماید تا پس از تصویب هیأت وزیران ملاک محاسبه قیمت خدمات تشخیصی درمانی در کشور قرار گیرد.
۲. سناریوی دوم: کلیه محاسبات سالانه انجام شده توسط مدیکر را در خصوص بار کاری پزشک، هزینه عملیاتی ارائه خدمت، و هزینه ناشی از مسئولیت مدنی را پذیرفته و در مورد ضریب جغرافیایی ضریب تعرفه ترجیحی مناطق محروم را که توسط معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری اعلام می‌گردد ملاک محاسبه قرار داده و ضریب تعدیلی توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی و با توجه به منابع در اختیار سلامت کشور اعلام شود. در این صورت فقط کافی است که در ابتدای هر سال میلادی اطلاعات مربوط به ارزش‌های نسبی را از مدیکر و اتحادیه پزشکان آمریکا تهیه نمود. سپس کلیه منابع موجود سلامت را ارزیابی و بر اساس آن ضریب تعدیلی محاسبه و اعلام گردد.

۳. سناریوی سوم: با انجام مطالعه تطبیقی کلیه الگوهای موجود در جهان را شناسایی نمود. به این منظور باید اذعان نمود مطالعات چهار مدل پایه برای نوع ترتیبات مالی، سازمان و مالکیت فراهم‌کنندگان خدمات سلامت نشان می‌دهد که می‌تواند مبنای مطالعه قرار گیرد.
- مدل انگلیسی بی‌وریژ^۱: بصورت سیستم طب ملی^۲ (NHS) است که منابع از مالیاتهای عمومی تأمین شده و از طریق دولت به شبکه پیوسته فراهم‌کنندگان عمومی تخصیص داده می‌شود.
 - مدل آلمانی بیمه اجتماعی^۳ بیسمارک^۴: که مشارکت‌های دستمزدی از طریق صندوقهای بیمه سلامت خودگردان (NHI) برای خرید خدمات، هم از بخش عمومی و هم خصوصی تخصیص داده می‌شود.
 - مدل امریکایی رقابتی^۵ بازار آزاد^۶: عبارتست از بیمه‌های خصوصی که در آن حق بیمه‌ها، براساس قراردادهای بیمه سلامت برای خرید خدمات از بخش خصوصی، تخصیص داده می‌شود.
 - مدل مستقیم^۷ قرن نوزدهم (پرداخت مستقیم از جیب^۸): که در آن انتقال مستقیم پول بین پزشک و فراهم‌کننده صورت می‌گیرد.
 - مدل ترکیبی^۹: که در بخش‌های مختلف نظام سلامت ترکیبی از روشهای فوق وجود دارد (مانند فرانسه که در خدمات سرپایی از نظام بیسمارک و در خدمات بستری از نظام بی‌وریژ بهره می‌برد).
- در مرحله بعد با لحاظ شرایط بومی کشور و تحلیل کلیه ذینفعان عرصه خدمات سلامتی کشور، الگوی مطلوب کشور را شناسایی کرده و با ترسیم شرایط گذار نسبت به عملیاتی کردن الگو اقدام نمود.

1. Beveridge
2. National Health Service
3. National Health Insurance
4. Bismarck
5. Competitive
6. Free Market
7. Laissez – Faire
8. Out of Pocket
9. Mixed

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. *تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز بهداشتی درمانی*، چاپ اول، نشر شرکت پخش فراورده‌های پزشکی ایران، مرداد ۱۳۷۵.
۲. حسن‌زاده، علی (ترجمه)، *کنترل هزینه‌ها در ازای مراقبت‌های کیفی- چالش تأمین منابع مالی سیستم‌های بهداشتی درمانی جهان*، نشر توانگران، چاپ اول، تهران ۱۳۸۰، شابک ۸-۷-۹۲۷۰۰-۹۶۴.
۳. سرمدی، محمدتقی، *پژوهشی در تاریخ پزشکی و درمان جهان*، نشر سرمدی، ۱۳۷۹.
۴. *قوانین و مقررات سازمان بیمه خدمات درمانی* (جلد اول)، چاپ اول، چاپ سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۳۷۵.
۵. کلانتر معتمد، محمدرضا، *ارزشهای نسبی خدمات تشخیصی درمانی*، چاپ و نشر آرویج، چاپ اول، تهران ۱۳۸۴، شابک ۳-۰۵۲-۵۰۴-۹۶۴.
۶. *مجموعه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی*، جلد اول اساسنامه‌ها، ناشر سازمان تأمین اجتماعی، چاپخانه بهمن، چاپ اول ۱۳۷۴.
۷. نجم‌آبادی، محمود، *تاریخ طب قبل از اسلام*، ۱۳۴۱.

منابع انگلیسی

1. www.cms.hhs.gov/physician_fee_schedule/
2. www.ama-assn.org/go/rbrvs
3. *Economics Of health care Financing: Cam Donaldson and Karen Gerard*, 1994 Mac Milan Publishing ISBN 0-333-53870 Printed in Hong Kong.
4. *RVS-Booklet/ AMA/ Specialty Society – RVS Update Process / 2007 American Medical association/ Ac 47:07-p-060:11/07*.
5. *Federal Register vol. 71 No 226 Rules & Regulations Nov. 24, 2006*.
6. *Federal Register vol. 72 No 188 Proposed Rules Sep. 28, 2007*.
7. 2008 RBRVS, www.medicare.gov
8. *Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of Actuary N3-26-04. Baltimore kent-clemens@cms.hhs.gov*
9. *Spending Wisely” buying health services for the poor, by Alexander S. Preker and John C. Langenbrunner 2005, The Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank.*

جدول شماره ۱ ضمیمه. شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات براساس مناطق امریکا

در سال ۲۰۰۸

مناطقه عملیاتی مدیگر	بارکاری	هزینه عملیات	بیمه مسئولیت مدنی
آلاباما	۱/۰۰۰	۰/۸۵۰	۰/۶۱۷
آلاسکا	۱/۰۱۸	۱/۰۹۷	۰/۸۲۸
آریزونا	۱/۰۰۰	۰/۹۷۵	۰/۹۳۶
آرکانزاس	۱/۰۰۰	۰/۸۳۹	۰/۴۳۹
آناهیم/سانتا آنا، کالیفرنیا	۱/۰۳۴	۱/۲۵۴	۰/۸۷۵
لس آنجلس کالیفرنیا	۱/۰۴۱	۱/۱۹۲	۰/۸۷۱
مارین، ناپا، سولانو، کالیفرنیا	۱/۰۳۵	۱/۳۰۴	۰/۵۳۵
اوکلند/برکلی، کالیفرنیا	۱/۰۵۴	۱/۳۳۰	۰/۵۳۲
سانفرانسیسکو کالیفرنیا	۱/۰۶۰	۱/۴۹۴	۰/۵۲۶
سان ماتئو کالیفرنیا	۱/۰۷۳	۱/۴۸۶	۰/۵۱۱
سانتا کلارا، کالیفرنیا	۱/۰۸۳	۱/۴۱۹	۰/۴۸۵
ونچورا کالیفرنیا	۱/۰۲۸	۱/۲۲۳	۰/۷۴۹
سایر مناطق کالیفرنیا	۱/۰۰۸	۱/۰۵۶	۰/۶۳۴
کلرادو	۱/۰۰۰	۱/۰۰۳	۰/۷۱۵
کانکتیکات	۱/۰۳۸	۱/۱۷۹	۰/۹۳۴
کلمبیا+میرلند، و حومه ویرجینیا	۱/۰۴۸	۱/۲۳۵	۰/۹۷۲
دلایر	۱/۰۱۲	۱/۰۳۳	۰/۸۷۷
فورت لادوردال، فلوریدا	۱/۰۰۰	۱/۰۰۴	۱/۹۶۵
میامی، فلوریدا	۱/۰۰۱	۱/۰۵۸	۲/۷۰۵
سایر مناطق فلوریدا	۱/۰۰۰	۰/۹۳۷	۱/۴۹۰
آتلانتا، جورجیا	۱/۰۱۰	۱/۰۵۲	۰/۸۹۳
سایر مناطق جورجیا	۱/۰۰۰	۰/۸۷۹	۰/۸۸۹
هاوایی، جزایر گوام	۱/۰۰۰	۱/۱۳۷	۰/۷۲۶
آیداهو	۱/۰۰۰	۰/۸۷۶	۰/۴۹۹

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

منطقه عملیاتی مدیر	بارکاری	هزینه عملیات	بیمه مسئولیت مدنی
شیکاگو، ایلی نویز	۱/۰۲۵	۱/۱۰۴	۱/۸۸۹
شرق سنت لوئیس، ایلی نویز	۱/۰۰۰	۰/۹۲۹	۱/۷۵۸
حومه شیکاگو و ایلی نویز	۱/۰۱۸	۱/۰۹۲	۱/۶۲۸
سایر مناطق ایلی نویز	۱/۰۰۰	۰/۸۷۷	۱/۱۹۷
ایندیانا	۱/۰۰۰	۰/۹۱۳	۰/۵۱۵
آیووا	۱/۰۰۰	۰/۸۷۰	۰/۵۰۶
کانزاس	۱/۰۰۰	۰/۸۸۱	۰/۶۳۳
کتاکی	۱/۰۰۰	۰/۸۵۸	۰/۷۵۵
نیوارلثان، لوئیزیانا	۱/۰۰۰	۰/۹۹۵	۱/۰۶۶
سایر مناطق لوئیزیانا	۱/۰۰۰	۰/۸۶۳	۰/۹۶۶
ماتین جنوبی	۱/۰۰۰	۱/۰۱۹	۰/۵۵۸
سایر مناطق ماتین	۱/۰۰۰	۰/۸۹۰	۰/۵۵۸
بالتیمور، شهرک‌های حومه و مریلند	۱/۰۱۳	۱/۰۶۸	۱/۰۱۰
سایر مناطق مریلند	۱/۰۰۰	۰/۹۸۱	۰/۸۱۲
کلانشهر بوستون	۱/۰۳۰	۱/۳۱۱	۰/۷۸۷
سایر مناطق ماساچوست	۱/۰۰۸	۱/۱۰۵	۰/۷۸۷
دیترویت میشیگان	۱/۰۲۷	۱/۰۴۸	۲/۳۰۰
سایر مناطق میشیگان	۱/۰۰۰	۰/۹۲۲	۱/۲۸۷
مینه سوتا	۱/۰۰۰	۰/۹۹۴	۰/۳۲۴
می‌سی‌سی‌پی	۱/۰۰۰	۰/۸۴۸	۰/۷۶۰
کلانشهر کانزاس، میسوری	۱/۰۰۰	۰/۹۶۱	۱/۰۶۱
کلانشهر سنت لوئیس، میسوری	۱/۰۰۰	۰/۹۴۳	۱/۰۰۱
سایر مناطق میسوری	۱/۰۰۰	۰/۸۱۲	۰/۹۳۸
مونتانا	۱/۰۰۰	۰/۸۴۶	۰/۷۸۱
نبراسکا	۱/۰۰۰	۰/۸۸۳	۰/۳۴۵
نوادا	۱/۰۰۳	۱/۰۳۵	۱/۰۶۷
نیوهامپشایر	۱/۰۰۰	۱/۰۳۴	۰/۶۹۳
نیو جرسی شمالی	۱/۰۵۸	۱/۲۲۵	۱/۰۳۸

مزوری بر مبنای تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران

بیمه مسئولیت مدنی	هزینه عملیات	بارکاری	منطقه عملیاتی مدیر
۱/۰۳۸	۱/۱۲۴	۱/۰۴۳	سایر مناطق نیوجرسی
۰/۹۸۹	۰/۸۸۹	۱/۰۰۰	نیومکزیکو
۱/۲۴۳	۱/۲۹۹	۱/۰۶۵	منهتن نیویورک
۱/۴۹۴	۱/۲۸۶	۱/۰۵۲	حومه شهر نیویورک، جزایر لانگ، نیویورک
۰/۹۸۴	۱/۰۷۶	۱/۰۱۵	پوق کیسی / حومه شمالی شهر نیویورک
۱/۴۵۰	۱/۲۳۵	۱/۰۳۲	کوئینز نیویورک
۰/۵۴۴	۰/۹۲۰	۱/۰۰۰	سایر مناطق نیویورک
۰/۶۳۲	۰/۹۲۳	۱/۰۰۰	کارولینای شمالی
۰/۴۸۹	۰/۸۵۳	۱/۰۰۰	داکوتای شمالی
۱/۰۹۷	۰/۹۳۰	۱/۰۰۰	اوهاو
۰/۵۰۳	۰/۸۵۳	۱/۰۰۰	اوکلاهاما
۰/۴۵۳	۱/۰۳۷	۱/۰۰۳	پورتلند، اوریگان
۰/۴۵۳	۰/۹۲۷	۱/۰۰۰	سایر مناطق اوریگان
۱/۴۹۲	۱/۱۰۱	۱/۰۱۷	کلاتشهر فیلادلفیا، پنسیلوانیا
۰/۹۳۸	۰/۹۱۴	۱/۰۰۰	سایر مناطق پنسیلوانیا
۰/۲۵۳	۰/۶۹۷	۱/۰۰۰	پورتوریکو
۰/۹۴۶	۱/۰۳۹	۱/۰۲۹	جزایر ایسلند
۰/۴۱۸	۰/۹۰۰	۱/۰۰۰	کارولینای جنوبی
۰/۳۹۰	۰/۸۷۱	۱/۰۰۰	داکوتای جنوبی
۰/۶۱۴	۰/۸۸۵	۱/۰۰۰	تسی
۰/۹۷۰	۱/۰۱۵	۱/۰۰۰	آستین، تگزاس
۱/۳۱۲	۰/۸۶۹	۱/۰۰۰	بیامونت، تگزاس
۱/۲۵۰	۰/۹۴۲	۱/۰۲۰	برازوریا، تگزاس
۱/۰۷۸	۱/۰۳۲	۱/۰۱۰	دالاس، تگزاس
۱/۰۷۸	۰/۹۷۲	۱/۰۰۰	فورت ورت تگزاس
۱/۲۵۰	۰/۹۵۶	۱/۰۰۰	گالوستون تگزاس
۱/۳۱۱	۱/۰۰۰	۱/۰۱۷	هوستون تگزاس
۱/۰۹۲	۰/۸۷۳	۱/۰۰۰	سایر مناطق تگزاس

مجموعه تامین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و نهم و بیست و هفتم

منطقه عملیاتی مدیر	بارکاری	هزینه عملیات	بیمه مسئولیت مدنی
یوتا	۱/۰۰۰	۰/۹۲۲	۰/۸۴۱
ورمونت	۱/۰۰۰	۰/۹۷۶	۰/۴۹۷
ویرجینیا	۱/۰۰۰	۰/۹۴۲	۰/۶۱۳
جزایر ویرجین	۱/۰۰۰	۰/۹۹۶	۰/۹۹۸
سیاتل (ناحیه کینگ)، واشنگتن	۱/۰۱۵	۱/۱۰۹	۰/۷۵۵
سایر مناطق واشنگتن	۱/۰۰۰	۰/۹۷۷	۰/۷۴۹
ویرجینیای غربی	۱/۰۰۰	۰/۸۲۴	۱/۴۳۷
ویسکانسین	۱/۰۰۰	۰/۹۲۰	۰/۵۹۲
وایومینگ	۱/۰۰۰	۰/۸۴۹	۰/۹۰۵

جدول شماره ۲ ضمیمه. واحدهای ارزش نسبی مدیکر برای متخصصین کودکان
آمریکا در سال ۲۰۰۸

2008 MEDICARE RELATIVE VALUE UNITS (RVUs)								
CPT Code	Descriptor	Work RVUs	Non-Facility Practice Expense RVUs	Facility Practice Expense RVUs	PLJ RVUs	Total Non-Facility RVUs\$	Total Facility RVUs\$	Medicare GI Period
Office or Other Outpatient Services, New Patient								
99201	Problem-focused history and exam/straightforward	0.45	0.52	0.15	0.03	1.00/\$38.09	0.63/\$23.99	XXX
99202	Expanded problem-focused history and exam/straightforward	0.88	0.81	0.30	0.05	1.74/\$66.27	1.23/\$46.85	XXX
99203	Detailed history and exam/low complexity	1.34	1.12	0.45	0.09	2.55/\$97.12	1.88/\$71.60	XXX
99204	Comprehensive history and exam/moderate complexity	2.30	1.49	0.71	0.12	3.91/\$148.92	3.13/\$119.21	XXX
99205	Comprehensive history and exam/high complexity	3.00	1.78	0.93	0.15	4.93/\$187.77	4.08/\$153.39	XXX
Office or Other Outpatient Services, Established Patient								
99211	May or may not require physician presence, minimal	0.17	0.36	0.06	0.01	0.54/\$20.57	0.24/\$9.14	XXX
99212	Problem-focused history and exam/straightforward	0.45	0.55	0.15	0.03	1.03/\$39.23	0.63/\$23.99	XXX
99213	Expanded problem-focused history and exam/low complexity	0.92	0.72	0.26	0.03	1.67/\$63.61	1.21/\$46.09	XXX
99214	Detailed history and exam/moderate complexity	1.42	1.06	0.42	0.05	2.33/\$96.36	1.89/\$71.98	XXX
99215	Comprehensive history and exam/high complexity	2.00	1.35	0.63	0.08	3.43/\$130.64	2.71/\$103.22	XXX
Office or Other Outpatient Consultations								
99241	Problem focused	0.64	0.65	0.22	0.05	1.34/\$51.04	0.91/\$34.66	XXX
99242	Expanded problem-focused	1.34	1.06	0.47	0.10	2.50/\$95.22	1.91/\$72.75	XXX
99243	Detailed	1.88	1.42	0.65	0.13	3.43/\$130.64	2.66/\$101.31	XXX
99244	Comprehensive/moderate complexity	3.02	1.88	1.00	0.16	5.06/\$192.72	4.18/\$159.20	XXX
99245	Comprehensive/high complexity	3.77	2.27	1.27	0.21	6.25/\$238.04	5.25/\$199.96	XXX
Prolonged Physician Service With Face-To-Face Patient Contact; Outpatient								
99354	Prolonged physician service; first hour	1.77	0.71	0.58	0.08	2.56/\$97.50	2.43/\$92.55	ZZZ
99355	Prolonged physician service; each additional 30 minutes	1.77	0.68	0.54	0.07	2.52/\$95.98	2.38/\$90.65	ZZZ
Preventive Medicine Services, New Patient								
99381	Preventive visit, new, age under 1 yr	+1.19	1.25	0.36	0.05	2.49/\$94.84	1.60/\$60.94	XXX
99382	Preventive visit, new, age 1-4	+1.36	1.29	0.42	0.05	2.70/\$102.83	1.83/\$69.70	XXX
99383	Preventive visit, new, age 5-11	+1.36	1.25	0.42	0.05	2.66/\$101.31	1.83/\$69.70	XXX
99384	Preventive visit, new, age 12-17	+1.53	1.31	0.47	0.06	2.90/\$110.45	2.06/\$78.46	XXX
99385	Preventive visit, new, age 18-39	+1.53	1.31	0.47	0.06	2.90/\$110.45	2.06/\$78.46	XXX
Preventive Medicine Services, Established Patient								
99391	Preventive visit, est, age under 1 yr	+1.02	0.94	0.31	0.04	2.00/\$76.17	1.37/\$52.18	XXX
99392	Preventive visit, est, age 1-4	+1.19	0.99	0.36	0.05	2.23/\$84.93	1.60/\$60.94	XXX
99393	Preventive visit, est, age 5-11	+1.19	0.98	0.36	0.05	2.22/\$84.55	1.60/\$60.94	XXX
99394	Preventive visit, est, age 12-17	+1.36	1.03	0.42	0.05	2.44/\$92.93	1.83/\$69.70	XXX
99395	Preventive visit, est, age 18-39	+1.36	1.05	0.42	0.05	2.46/\$93.69	1.83/\$69.70	XXX
Immunization Administration								
90471	Immunization admin; one vaccine	0.17	0.38	N/A	0.01	0.56/\$21.33	N/A	XXX
90472	Immunization admin; each additional vaccine	0.15	0.13	0.08	0.01	0.20/\$11.05	0.24/\$9.14	ZZZ
90473	Immunization admin by intranasal/oral route; one vaccine	0.17	0.18	0.06	0.01	0.36/\$13.71	0.24/\$9.14	XXX
90474	Immunization admin by intranasal/oral route; each additional vaccine	0.15	0.09	0.05	0.01	0.23/\$9.52	0.21/\$8.00	ZZZ

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

CPT Code	Descriptor	Work RVUs	Non-Facility Practice Expense RVUs	Facility Practice Expense RVUs	PIJ RVUs	Total Non-Facility RVUs/\$	Total Facility RVUs/\$	Medicare Gbl Period
Immunization Administration Under Age 8 With Physician Counseling								
90465	Immunization admin, first injection	0.17	0.38	N/A	0.01	0.56/\$21.33	N/A	XXX
90466	Immunization admin, each addition injection	0.15	0.12	0.08	0.01	0.28/\$10.66	0.24/\$9.14	ZZZ
90467	Immunization admin by intranasal/oral route, first administration	0.17	0.17	0.08	0.01	0.35/\$13.33	0.26/\$9.96	XXX
90468	Immunization admin by intranasal/oral route, each additional administration	0.15	0.11	0.05	0.01	0.27/\$10.28	0.21/\$8.00	ZZZ
Hydration, Therapeutic, Prophylactic, and Diagnostic Injections and Infusions								
90760	Intravenous infusion, hydration; initial, up to 1 hour	0.17	1.37	N/A	0.07	1.61/\$61.32	N/A	XXX
90761	Intravenous infusion, hydration; each additional hour, up to 8 hours	0.09	0.36	N/A	0.04	0.49/\$18.66	N/A	ZZZ
90765	Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis; initial, up to 1 hour	0.21	1.69	N/A	0.07	1.97/\$75.03	N/A	XXX
90766	Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis; each additional hour, up to 8 hours	0.18	0.42	N/A	0.04	0.64/\$24.38	N/A	ZZZ
90767	Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis; additional sequential infusion, up to 1 hour	0.19	0.79	N/A	0.04	1.02/\$38.85	N/A	ZZZ
90768	Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis; concurrent infusion	0.17	0.39	N/A	0.04	0.60/\$22.85	N/A	ZZZ
90772	Therapeutic, prophylactic, or diagnostic injection; subcutaneous or intramuscular	0.17	0.38	N/A	0.01	0.56/\$21.33	N/A	XXX
90773	Therapeutic, prophylactic, or diagnostic injection; intra-arterial	0.17	0.31	N/A	0.02	0.50/\$19.04	N/A	XXX
90774	Therapeutic, prophylactic, or diagnostic injection; intravenous push, single or initial substance	0.18	1.31	N/A	0.04	1.53/\$58.27	N/A	XXX
90775	Therapeutic, prophylactic, or diagnostic injection; each additional sequential intravenous push or a new substance/drug	0.10	0.54	N/A	0.04	0.68/\$25.90	N/A	ZZZ
Vision & Hearing Screening								
99173	Screening of visual acuity, quantitative, bilateral	+0.00	0.06	N/A	0.01	0.07/\$2.67	N/A	XXX
99174	Ocular photoscreening with interpretation and report, bilateral	+0.00	0.00	0.00	0.00	0.00/\$0.00	0.00/\$0.00	XXX
92551	Screening test, pure tone, air only	+0.00	0.25	N/A	0.01	0.26/\$9.90	N/A	XXX
92552	Pure tone audiometry (threshold); air only	0.00	0.52	N/A	0.04	0.56/\$21.33	N/A	XXX
Developmental Testing								
96110	Developmental testing; limited with interpretation and report	0.00	0.18	N/A	0.18	0.36/\$13.71	N/A	XXX
96111	Developmental testing; extended with interpretation and report, per hour	2.60	0.87	0.81	0.18	3.65/\$139.02	3.59/\$136.73	XXX
Care Plan Oversight								
99339	Individual physician supervision of a patient (patient not present) in home, domiciliary or rest home; 15-29 minutes	+1.25	0.58	N/A	0.06	1.89/\$71.98	N/A	XXX
99340	Individual physician supervision of a patient (patient not present) in home, domiciliary or rest home; 30 minutes or more	+1.80	0.77	N/A	0.07	2.64/\$100.55	N/A	XXX

مروری بر مبانی تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران

CPT Code	Description	Work RVU's	Non-Facility Practice Expense RVU's	Facility Practice Expense RVU's	PLI RVU's	Total Non-Facility RVU's	Total Facility RVU's	Medicare GI Period
Physician Non-Face-To-Face Services								
99441	Telephone E/M service; 5-10 minutes	+0.25	0.09	0.06	0.02	0.36/\$13.71	0.33/\$12.57	XXX
99442	Telephone E/M service; 11-20 minutes	+0.50	0.14	0.11	0.02	0.66/\$25.14	0.63/\$23.99	XXX
99443	Telephone E/M service; 21-30 minutes	+0.75	0.20	0.17	0.03	0.98/\$37.33	0.95/\$36.18	XXX
99444	Online E/M service	+0.00	0.00	0.00	0.00	0.00/\$0.00	0.00/\$0.00	XXX
Non-Physician Non-Face-To-Face Services								
98966	Telephone E/M service; 5-10 minutes	+0.25	0.09	0.06	0.01	0.35/\$13.33	0.32/\$12.19	XXX
98967	Telephone E/M service; 11-20 minutes	+0.50	0.14	0.11	0.02	0.66/\$25.14	0.63/\$23.99	XXX
98968	Telephone E/M service; 21-30 minutes	+0.75	0.20	0.17	0.03	0.98/\$37.33	0.95/\$36.18	XXX
98969	Online E/M service	+0.00	0.00	0.00	0.00	0.00/\$0.00	0.00/\$0.00	XXX
Physician Medical Team Conference								
99367	Medical team conference, patient/family not present, 30 minutes or more	1.10	0.25	0.25	0.05	1.40/\$53.32	1.40/\$53.32	XXX
Newborn Care								
99431	Initial care, normal newborn	1.17	N/A	0.32	0.05	N/A	1.54/\$58.65	XXX
99432	Newborn care not in hospital	1.26	0.97	0.34	0.07	2.30/\$87.60	1.67/\$63.61	XXX
99433	Subsequent normal newborn care	0.62	N/A	0.19	0.02	N/A	0.83/\$31.61	XXX
99435	Newborn admit/discharge same day	1.50	N/A	0.54	0.06	N/A	2.10/\$79.98	XXX
99436	Attendance at delivery	1.50	N/A	0.40	0.06	N/A	1.96/\$74.65	XXX
99440	Newborn resuscitation	2.93	N/A	0.80	0.12	N/A	3.85/\$146.63	XXX
Initial Hospital Care								
99221	Detailed history and exam	1.88	N/A	0.50	0.07	N/A	2.45/\$93.91	XXX
99222	Comprehensive history and exam/moderate complexity	2.56	N/A	0.72	0.10	N/A	3.38/\$128.73	XXX
99223	Detailed history and exam/high complexity	3.78	N/A	1.05	0.13	N/A	4.96/\$188.91	XXX
Subsequent Hospital Care								
99231	Problem-focused history and exam/low complexity	0.76	N/A	0.23	0.03	N/A	1.02/\$38.85	XXX
99232	Expanded problem-focused history and exam/moderate complexity	1.39	N/A	0.40	0.04	N/A	1.83/\$69.70	XXX
99233	Detailed history and exam/high complexity	2.00	N/A	0.56	0.06	N/A	2.62/\$99.70	XXX
Discharge Day Management								
99238	Discharge; 30 minutes or less	1.28	N/A	0.52	0.05	N/A	1.85/\$70.46	XXX
99239	Discharge; more than 30 minutes	1.90	N/A	0.70	0.07	N/A	2.67/\$101.69	XXX
Observation Care								
99217	Observation care/discharge	1.28	N/A	0.51	0.06	N/A	1.85/\$70.46	XXX
99218	Initial observation care, per day	1.28	N/A	0.41	0.06	N/A	1.75/\$66.65	XXX
99219	Initial observation care, per day	2.14	N/A	0.65	0.10	N/A	2.89/\$110.07	XXX
99220	Initial observation care, per day	2.99	N/A	0.93	0.14	N/A	4.06/\$154.63	XXX
Prolonged Physician Service With Face-To-Face Patient Contact; Inpatient								
99356	Prolonged physician service; first hour	1.71	N/A	0.56	0.07	N/A	2.34/\$89.12	ZZZ
99357	Prolonged physician service; each additional 30 minutes	1.71	N/A	0.56	0.08	N/A	2.35/\$89.50	ZZZ
Critical Care								
99291	First 30-74 minutes	4.50	2.41	1.19	0.21	7.12/\$271.18	5.90/\$224.71	XXX
99292	Each additional 30 minutes	2.25	0.85	0.60	0.11	3.21/\$122.26	2.96/\$112.74	ZZZ

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

CPT Code	Descriptor	Work RVUs	Non-Facility Practice Expense RVUs	Facility Practice Expense RVUs	PLI RVUs	Total Non-Facility RVUs/\$	Total Facility RVUs/\$	Medicare G Period
Musculoskeletal Procedures								
23500	Closed treatment of clavicle fracture, without manipulation	2.13	2.76	2.62	0.30	5.19/\$197.67	5.05/\$192.34	090
24640	Closed treatment of radial head subluxation in child, nursemaid elbow, with manipulation	1.22	1.68	0.81	0.12	3.02/\$115.02	2.15/\$81.89	010
25000	Closed treatment of distal radial fracture or epiphyseal separation, with or without fracture of ulnar styloid; without manipulation	2.69	3.88	3.07	0.42	6.99/\$266.23	6.18/\$235.38	090
Otolaryngology Procedures								
69200	Removal foreign body from external auditory canal; without general anesthesia	0.77	2.27	0.58	0.06	3.10/\$118.07	1.41/\$53.70	000
69210	Removal impacted cerumen (separate procedure), one or both ears	0.61	0.60	0.20	0.05	1.26/\$47.99	0.86/\$32.75	000
69401	Eustachian tube inflation, transnasal; without catheterization	0.63	1.38	0.62	0.05	2.06/\$78.46	1.30/\$49.51	000
Pulmonary Procedures								
94640	Pressurized or nonpressurized inhalation treatment for acute airway obstruction or for sputum induction for diagnostic purposes	0.00	0.34	N/A	0.02	0.36/\$13.71	N/A	XXX
94664	Demonstration/evaluation of patient utilization of an aerosol generator, nebulizer, MDI, or IPPB device	0.00	0.35	N/A	0.04	0.39/\$14.85	N/A	XXX
Radiology Procedures								
76885	Ultrasound, infant hips, real time with imaging documentation; dynamic (requiring physician manipulation)	0.74	2.50	N/A	0.13	3.37/\$128.35	N/A	XXX
76886	Ultrasound, infant hips, real time with imaging documentation; limited, static (not requiring physician manipulation)	0.62	1.94	N/A	0.11	2.67/\$101.69	N/A	XXX
Urology Procedures								
51701	Insertion of non-indwelling bladder catheter (eg, straight catheterization for residual urine)	0.50	1.31	0.22	0.04	1.85/\$70.46	0.76/\$28.95	000
54150	Circumcision, using clamp or other device with regional dorsal penile or ring block	1.90	3.13	0.72	0.16	5.19/\$197.67	2.78/\$105.88	000
54160	Circumcision, surgical excision other than clamp, device, or dorsal slit; neonate (28 days of age or less)	2.50	3.97	1.28	0.19	6.66/\$253.66	3.97/\$151.21	010
54161	Circumcision, surgical excision other than clamp, device, or dorsal slit; older than 28 days of age	3.29	N/A	1.88	0.23	N/A	5.40/\$205.67	010
54162	Lysis of excision of penile post-circumcision adhesions	3.27	4.32	1.85	0.21	7.80/\$297.08	5.33/\$203.00	010
Integumentary Procedures								
10120	Incision & removal of foreign body, subcutaneous tissues; simple	1.23	2.06	0.95	0.12	3.41/\$129.88	2.30/\$87.60	010
17110	Destruction of benign lesions other than skin tags or cutaneous vascular proliferative lesions; up to 14 lesions	0.67	1.70	0.79	0.05	2.42/\$92.17	1.51/\$57.51	010
17111	Destruction of benign lesions other than skin tags or cutaneous vascular proliferative lesions; 15 or more lesions	0.94	1.96	0.96	0.05	2.95/\$112.36	1.95/\$74.27	010
17250	Chemical cauterization of granulation tissue (proud flesh, sinus, or fistula)	0.50	1.27	0.36	0.06	1.83/\$69.70	0.92/\$35.04	000

مروری بر مبانی تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران

CPT Code	Descriptor	Work RVUs	Non-Facility Practice Expense RVUs	Facility Practice Expense RVUs	PI1 RVUs	Total Non-Facility RVUs*	Total Facility RVUs*	Medicare G1 Period
Health & Behavior Assessment/Intervention								
96150	Health & behavior assessment, each 15 minutes face-to-face with the patient; initial assessment	0.50	0.14	0.13	0.01	0.65/\$24.76	0.64/\$24.38	XXX
96151	Health & behavior assessment, each 15 minutes face-to-face with the patient; re-assessment	0.48	0.14	0.13	0.01	0.63/\$23.99	0.62/\$23.61	XXX
96152	Health & behavior intervention, each 15 minutes, face-to-face; individual	0.46	0.13	0.12	0.01	0.60/\$22.85	0.59/\$22.47	XXX
96153	Health & behavior intervention, each 15 minutes, face-to-face; group (2 or more patients)	0.10	0.03	0.02	0.01	0.14/\$5.33	0.13/\$4.96	XXX
96154	Health & behavior intervention, each 15 minutes, face-to-face; family (with the patient present)	0.45	0.13	0.12	0.01	0.59/\$22.47	0.58/\$22.09	XXX
96155	Health & behavior intervention, each 15 minutes, face-to-face; family (without the patient present)	0.44	0.14	0.14	0.02	0.60/\$22.85	0.60/\$22.85	XXX
Medical Nutrition Therapy								
97802	Medical nutrition therapy; initial assessment & intervention, individual, face-to-face with patient, each 15 minutes	0.45	0.30	0.29	0.01	0.76/\$28.95	0.75/\$28.57	XXX
97803	Medical nutrition therapy; re-assessment and intervention, individual, face-to-face with patient, each 15 minutes	0.37	0.29	0.28	0.01	0.67/\$25.52	0.66/\$25.14	XXX
97804	Medical nutrition therapy; group (2 or more individuals), each 30 minutes	0.25	0.13	0.12	0.01	0.39/\$14.85	0.38/\$14.47	XXX
Education & Training for Patient Self-Management								
98960	Education & training for patient self-management by a qualified nonphysician health care professional using a standardized curriculum, face-to-face with patient each 30 minutes; individual patient	0.00	0.59	N/A	0.01	0.59/\$22.47	N/A	XXX
98961	Education & training for patient self-management by a qualified nonphysician health care professional using a standardized curriculum, face-to-face with patient each 30 minutes; 2-4 patients	0.00	0.28	N/A	0.01	0.29/\$11.95	N/A	XXX
98962	Education & training for patient self-management by a qualified nonphysician health care professional using a standardized curriculum, face-to-face with patient each 30 minutes; 5-8 patients	0.00	0.20	N/A	0.01	0.21/\$8.00	N/A	XXX
Behavior Change Interventions, Individual								
99406	Smoking & tobacco cessation counseling visit; intermediate, greater than 3 minutes up to 10 minutes	0.24	0.10	0.08	0.01	0.35/\$13.33	0.33/\$12.57	XXX
99407	Smoking & tobacco cessation counseling visit; intensive, greater than 10 minutes	0.50	0.18	0.15	0.01	0.69/\$26.28	0.66/\$25.14	XXX
99408	Alcohol and/or substance abuse structured screening and brief intervention services; 15 to 30 minutes	0.65	0.19	0.15	0.01	0.85/\$32.37	0.81/\$30.85	XXX
99409	Alcohol and/or substance abuse structured screening and brief intervention services; greater than 30 minutes	1.30	0.34	0.30	0.03	1.67/\$63.61	1.63/\$62.08	XXX