

چالش‌های تعرفه گذاری نادرست خدمات پزشکی: مدیران سلامت چه می‌گویند؟؛ یک مطالعه کیفی

علیرضا جباری^۱، محمود کیوان آرا^۲، مینا عزیززاده^{۱*}

^۱گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۲مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: تعرفه‌گذاری بر عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات سلامت مؤثر بوده و با آن می‌توان بر میزان دسترسی و استفاده از خدمات تأثیر گذاشت. در ایران چند سالی است که بحث تعرفه‌گذاری خدمات پزشکی به دلیل افزایشی بودن در هرسال و نداشتن مبنای پایه مشخص و قابل دفاع، باعث ایجاد چالش‌های مختلفی در نظام سلامت گردیده است. هدف از این پژوهش شناسایی چالش‌ها و آسیب‌های ناشی از تعرفه گذاری نادرست خدمات پزشکی بود.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ انجام شده است. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شده و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت، جامعه پژوهش مدیران سلامت شهرهای تهران، اصفهان و تبریز بودند که با ۱۲ نفر از آنان در راستای هدف پژوهش به مصاحبه عمیق پرداخته شد. روش تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر مبنای روش تحلیل موضوعی است. معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن»، «قابل اطمینان بودن» و «قابل تثبیت بودن» داده‌ها در نظر گرفته شد. در مورد روایی؛ مصاحبه‌کننده تحت آموزش‌های لازم قرار گرفت و اطمینان از درست بودن انجام مصاحبه‌ها بالا رفت و در مورد پایایی مطالعه، مصاحبه‌ها مجدداً به مصاحبه‌شوندگان ارجاع داده شد تا نظر آنان در مورد صحت مصاحبه‌های پیاده شده به دست آید.

یافته‌ها: مطابق یافته‌های پژوهش، چالش‌هایی که ناکارآمدی تعرفه‌های خدمات پزشکی در شرایط فعلی باعث شده‌اند به سه دسته‌ی کلی شامل چالش‌های؛ نارضایتی ذی‌نفعان، اقتصادی و رفتاری در ارتباط با ۴ حوزه وزارت بهداشت، پزشکان، بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشند. به عبارتی نارضایتی و چالش‌های اقتصادی و رفتاری در تمامی بخش‌های مربوطه مشاهده می‌شود.

نتیجه‌گیری: چالش‌های حاصل از تعرفه گذاری نادرست و تأثیرات سوء آن بر تمامی ذی‌نفعان نظام سلامت، به عنوان هشدار برای متولیان و سیاستگذاران این نظام می‌باشد تا درصدد علت‌یابی و تلاش برای رفع این چالش‌ها و مشکلات برآیند. نارضایتی ذی‌نفعان و به ویژه رایج‌کنندگان خدمات سلامت، به عنوان اولین عامل می‌باشد که دیگر چالش‌ها شامل؛ چالش‌های اقتصادی و رفتاری را نیز در پی داشته است.

واژه‌های کلیدی: چالش‌ها، خدمات پزشکی، تعرفه‌گذاری

* نویسنده مسئول: مینا عزیززاده، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

Email: azizzadehmina@gmail.com

مقدمه

استناد به غیر واقعی بودن تعرفه‌ها از طرف عرضه‌کنندگان خدمات سلامت، باعث به وجود آمدن ناهنجاری‌هایی از قبیل؛ رواج پرداخت‌های غیررسمی (زیرمیزی) و فشار بر مصرف‌کنندگان می‌شود و یا باعث ایجاد تقاضای القایی می‌گردد. بنابراین، تعیین دقیق تعرفه‌های پزشکی و بیمارستانی و پیامدهای آن روی سایر بخش‌ها و به خصوص ارایه‌کنندگان و پرداخت‌کنندگان خدمات حایز اهمیت فراوان است (۴). زارع و همکاران در مطالعه خود با عنوان "بررسی روش‌های تعیین تعرفه خدمات پزشکی در کشورهای توسعه یافته و پیشنهاد الگو برای ایران" ادعان داشتند که ساختار، سازمان و مدیریت تعرفه‌های بخش سلامت کشور پاسخگو نبوده و نیاز به بازنگری دارد (۵). در مطالعه امیراسماعیلی و همکاران، پرداخت غیررسمی یکی از تبعات و چالش‌های موضوع تعرفه‌ها عنوان شده است (۸).

با توجه به مطالب اشاره شده، هدف از این مطالعه بررسی شناخت و ادراک مدیران سلامت در مورد چالش‌های ناشی از تعرفه‌گذاری نادرست خدمات پزشکی بود.

روش بررسی

این یک مطالعه کیفی می‌باشد که در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ با روش کیفی و با استفاده از مصاحبه حضوری انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش را مدیران سلامت صاحب نظر کشور در زمینه تعرفه‌های خدمات پزشکی با تأکید بر مدیران شهرهای

تعرفه‌های خدمات پزشکی دارای پیشینه‌ای به قدمت طب و طبابت است و امروزه در بازار خدمات سلامت از عوامل بسیار مؤثر در تنظیم روابط بین مشتریان و ارایه‌کنندگان خدمات، تعرفه‌های پزشکی و نحوه پرداخت آن است (۱). عوامل اصلی مؤثر بر روش تنظیم قیمت عبارتند از؛ ارایه دهنده سیستم‌های پرداخت، اطلاعات موجود در هزینه‌های واقعی، حجم خدمات و نتایج و ویژگی‌های ارایه‌دهندگان و خریداران (۲).

تاریخچه تعیین رسمی تعرفه در ایران به سال‌های قبل از انقلاب برمی‌گردد. هر ساله تعرفه‌های خدمات پزشکی و به تبع آن میزان حق بیمه سرانه و درصدانه (سهم بیمار) آن به طور مشترک از سوی سازمان برنامه و بودجه - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی حاضر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزارت رفاه و تامین اجتماعی) به شورای عالی خدمات سلامت پیشنهاد گردیده و پس از تأیید این شورا و تصویب هیئت وزیران، اجرا می‌شود (۳)، اما تعرفه‌گذاری به عنوان یک چالش جدی در بخش سلامت کشور مطرح است، به نظر می‌رسد مهم‌ترین دلیل چالش موجود در مورد تعرفه‌ها، نبود دانش تئوری و عملی لازم و کافی در جهت الگوسازی در این حوزه است، که در دغدغه‌های روزمره وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر وزارتخانه‌های مرتبط همواره مورد بی توجهی و غفلت واقع شده است (۳).

انجام شد. طول زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود.

در این مطالعه برای کسب اعتبار، با استفاده از راهنمایی‌ها، تجربه و کمک اساتید راهنما و مشاور، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق به وسیله محقق انجام شد. سپس برای روایی داده‌ها نخستین مصاحبه‌ها به وسیله اساتید راهنما و مشاور مورد بررسی و تحلیل از نظر درستی انجام کار، قرار گرفتند. پس از اصلاحات لازم محقق پژوهش را ادامه داد. برای بالا بردن قابلیت اطمینان و به عبارتی پایایی مطالعه، یافته‌ها پس از استخراج، به برخی از مشارکت کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ گردید. به معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن»، «قابل اطمینان بودن» و «قابل تثبیت بودن» داده‌ها توجه گردید.

روش تحلیل داده‌ها بر مبنای روش تحلیل موضوعی صورت گرفت. مراحل تحلیل شامل؛ استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره نمودن آن در رایانه، غوطه ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علایم بازتابی، ثبت علایم حاشیه‌ای، اختصار سازی و توسعه پیشنهادها بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس در رایانه تایپ و ذخیره گردید. در مرحله بعد مصاحبه‌ها چندبار خوانده و مرور گردید تا پژوهشگران بر داده‌ها مسلط گردند. در مرحله سوم، داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شده و

تهران، اصفهان و تبریز به دلیل تبحر بیشتر تشکیل دادند. معیار ورود؛ مدیران بیمارستان‌ها و معیار خروج از جامعه آماری؛ مدیران بیمارستان‌هایی که پزشک بودند، برای جلوگیری از سوگیری در نتایج منظور گردید. مشارکت کنندگان در این پژوهش مشتمل بر افرادی بودند که در این زمینه مطلع و دارای تجربه بودند، مانند مدیران سلامت و یا اعضای هیئت علمی دارای سابقه مدیریت سلامت. نمونه‌گیری جهت شناسایی و دسترسی به مشارکت کنندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انجام شد. به عبارتی دیگر، افرادی مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند که در این زمینه مطلع بوده و دارای تجارب ارزشمندی باشند. این افراد، صاحب‌نظران بعدی را به محقق معرفی نموده‌اند. با توجه به ویژگی‌های پژوهش، تعداد مشارکت کنندگان به اشباع اطلاعات بستگی داشت. در نهایت، تعداد ۱۲ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند مصاحبه شدند. گردآوری داده‌ها تا جایی ادامه داشت که محقق مطمئن شود احتمال پدیدار شدن مفهوم نو در بین نیست. به دلیل ماهیت کیفی بودن پژوهش از مصاحبه نیمه ساختار یافته برای گردآوری داده‌های لازم استفاده شد. در مصاحبه نیمه ساختاریافته که شکلی از مصاحبه عمیق نیز می‌باشد، هدف این است که گفتگوها به صورت باز انجام شود و به مصاحبه شوندگان اجازه داده شود که عقاید و افکار خود را با کلمات مخصوص خود بیان کنند. تمامی مصاحبه‌ها به وسیله دستگاه ضبط صوت ضبط شد. این کار به منظور بالا بردن ضریب دقت کار در گردآوری یافته‌ها

ناکارآمدی تعرفه فعلی نشأت می‌گیرند، دارای سه زیرموضوع زیرند؛ افزایش هزینه‌ها در بخش درمان، ایجاد ناکارآمدی در نظام سلامت و مشکل ورشکستگی بخش دولتی.

برخی صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به شرح زیر بود؛ "کتابچه کالیفرنیا قدیم که بهش می‌گفتیم کتاب آیات شیطانی پزشکی و کتاب ارزش نسبی فعلی آنقدر وسیعه دست‌ارایه دهنده خدمت به شدت بازه. بیمارم دورنمایی از هزینه تو دستش نیست. یعنی به نوعی بیمار تو تله پرداخت گیر می‌کنه". (افزایش هزینه‌ها در بخش درمان) (مصاحبه ۶)، به دلیل تعرفه نادرست در شرایط فعلی، ناکارآمدی به وجود می‌آید. (ایجاد ناکارآمدی در نظام سلامت) (مصاحبه ۷)؛ "من مدیر یه مرکز روان پزشکی بودم شب تختای ما که به ما ابلاغ شده بود نفری ۱۳ تومن بود در حالی که ما حساب کردیم هزینه‌ای که پای ما درمیومد یعنی قیمت تمام شده ۲۱ تومن بود. کاری که ما انجام دادیم برای اصلاح تعرفه‌ها مون یه قیمت تمام شده دقیق حساب کردیم، مکاتبه کردیم با شورای سیاست‌گذاری تعرفه‌ها در تهران مدعی شدیم که تعرفه‌ای که داریم اعمال میکنیم برای بیمارستان‌های روان پزشکی واقعی نیست و یکی از علل ورشکستگی این بیمارستان‌ها بحث غیرواقعی بودن تعرفه‌هاست." (مشکل و ورشکستگی بخش دولتی) (مصاحبه ۵). مشارکت‌کنندگان دسته دیگر چالش‌های اقتصادی را مرتبط با بیماران دانسته و دو زیرموضوع را از نتایج این مشکل دانستند: بالا بودن پرداخت مستقیم از جیب

واحدهای معنایی هم چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این ترتیب که در هرکدام از مصاحبه‌ها، زیرموضوعات از یکدیگر مجزا گردید و سپس زیرموضوعات در هم ادغام شدند و تقییل‌گرایی صورت گرفت و نهایتاً موضوعات اصلی مشخص شد. ثبت علایم بازتابی و حاشیه‌ای (ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی که در ذهن محقق به وجود می‌آید)، در حین مصاحبه و تحلیل ثبت شد. این علایم، یادداشت‌ها را به دیگر قسمت‌های داده مرتبط می‌ساخت. ملاحظات اخلاقی هم مدنظر قرار گرفت؛ به گونه‌ای که رضایت مصاحبه شونده‌ها گرفته شد و به آنان اطلاع داده شد که ضبط مصاحبه‌ها به منظور سهولت پیاده‌سازی می‌باشد. در زمینه ملاحظات اخلاقی، به مصاحبه‌شوندگان اطمینان داده شد که نامی از آنان برده نمی‌شود و اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه کیفی ۳ موضوع اصلی و ۳۲ زیرموضوع به دست آمد. (جدول ۱) این سه زیرموضوع اصلی شامل؛ ایجاد چالش‌های اقتصادی، رفتاری و نارضایتی می‌باشد.

در بحث چالش‌های اقتصادی مشارکت‌کنندگان در مورد چالش‌های اقتصادی به سه زیرموضوع جزئی‌تر مرتبط با؛ نظام سلامت، بیمار و سازمان‌های بیمه‌گر اشاره نمودند، چالش‌های اقتصادی نظام سلامت که از نظر مشارکت‌کنندگان از

دوم چالش های ناشی از تعرفه فعلی می باشد، که از نظرات مشارکت کنندگان، چالش های رفتاری به سه زیرموضوع جزئی تر مرتبط با پزشک، نظام سلامت و بیمار تقسیم می گردد، از نظر مشارکت کنندگان چالش های رفتاری پزشکان که به ۵ زیر موضوع تقسیم می گردد، از نتایج تعرفه فعلی و نادرست می باشد؛ مقایسه درون رشته ای و بین اقشار درآمدی به وسیله متخصصان پزشکی، ایجاد تقاضای القایی، رواج بی اخلاقی، فرار برخی جراحان از جراحی های با تعرفه پایین، استفاده ابزاری از اصطلاح تعرفه غیرواقعی به عنوان دستاویزی برای تخلف برخی اظهارات مشارکت کنندگان در این زمینه عبارتند از: "بحثی که هست مربوط به اقتصاد کلان چرا؟ پزشک میاد خودشو مقایسه می کنه مثلا می گه یه لوله کش میاد خونه من لوله رو درست میکنه ۵۰ تومن میگیره من یه پزشکم یه بیمار میبینم ۵ تومن میگیرم." (مقایسه خود با دیگر اقشار درآمدی به وسیله پزشکان) (مصاحبه ۱۱). "یه جوروی یه رقابتی ایجاد شده. همیشه افراد خودشون رو با افرادی که وضعیتشون بهتر از اون هاست مقایسه می کنند، که پزشکان هم همین طورند و خودشون رو با پزشکای دیگه مقایسه می کنند. یک رقابت ناسالمی شکل گرفته است." (مقایسه درون رشته ای متخصصان) (مصاحبه ۳).

"مشکل دیگه ای که پیش میاد اینه که پزشک به دلیل این که می خواد به درآمد خاصی که مد نظرش هست برسه خدمات القایی رو ایجاد بکنه تعداد خدمات

و پرداخت های غیررسمی، "میگیم پرداخت از جیب الان ۶۰ درصده نشانه ای از یک بیماری هست دیگه اینو همیشه منکر شد. حالا در این عوامل مختلفی مؤثر هست یکیش تعرفه ست." (بالا رفتن پرداخت مستقیم از جیب) (مصاحبه ۸). "شما اگر پول کافی به این فرد ندین یعنی دارین فرد رو هدایت می کنین ما به تفاوت این پول رو از جای دیگه دریافت کنه به نظرتون سهل الوصول ترین راه برای دریافت این مابه تفاوت چیه؟ دریافت زیرمیزی، بنابراین یا میاد پول اضافی دریافت میکنه." (ایجاد پرداخت های غیررسمی) (مصاحبه ۱۲)، بخش دیگر چالش های اقتصادی از دید مشارکت کنندگان متوجه بیمه می باشد، که دارای دو زیر موضوع می باشد؛ ناکارآمدی و عدم پوشش مؤثر خدمات در بیمه های دولتی و ضرر بیمه ها به دنبال تقاضای القایی. به برخی از اظهارات مشارکت کنندگان در ادامه اشاره شده است: "مبنای پرداخت تعرفه های بیمه هم باید محاسبه همین باشه. اینه که تعرفه هایی که الان تعریف شده تو کشور ما، به جز بیمه های مکمل که الان به کمک اومده و قانونا تو بیمه های مکمل تعریف درستی رو از پرداخت داریم که میتونه جبران خدمات پزشک رو بکنه در بخش دولتی این تعریف کامل نیست." (ناکارآمدی و عدم پوشش مؤثر خدمات در بیمه های دولتی) (مصاحبه ۲). "هم بیمه همون مقداری رو که باید تو تعرفه لحاظ می کرده و نکرده و هم مصرف زیاد خدمات بهش لطمه میزنه و باز ضرر می بینه اینجا." (ضرر بیمه ها به دنبال تقاضای القایی) (مصاحبه ۷). چالش های رفتاری موضوع اصلی

رو افزایش بده مثلا اگر بیماری نیاز داره که ماهی یکبار به پزشک مراجعه کنه پزشک میگه هر دو هفته یکبار مراجعه بکنه." (ایجاد تقاضای القایی) (مصاحبه ۷).

"به دلیل تعرفه نادرست در شرایط فعلی، اخلاق صدمه میبینه و بی اخلاقی هم رواج پیدا میکنه." (رواج بی اخلاقی) (مصاحبه ۷). "جراحی خلیلیش ممکنه انجام نشه به خاطر تعرفه پایینش و بعضی از جراحیهای خاص فقط در بخش خصوصی انجام بشه به خاطر تعرفه بالاترش پزشکان از برخی اعمال جراحی فرار میکنن به خاطر این که خیلی از تعرفه‌ها متناسب با سختی کارشون نیست." (فرار برخی جراحان از جراحی‌های با تعرفه پایین) (مصاحبه ۹). "اساساً مفهوم واقعی بودن یا اصطلاح درستی نیست و میتونه و تا الان هم این کارو کرده حتی گمراه کرده برنامه زیرساختی رو، چون میرن دنبال قیمت‌گذاری میگن تعرفه بخشی از قیمت گذاریه. به دلیل همین اصطلاح گمراه کننده تعرفه غیر واقعی مطرح می‌کنند." "چالش هست یکی این که تعرفه بهانه‌ای شده برای یه سری مسایل هرکاری انجام میدن و میگن چون تعرفه کمه." (استفاده ابزاری از اصطلاح تعرفه غیر واقعی به عنوان دستاویزی برای تخلف) (مصاحبه ۱۱). "ما همه تو فرهنگمون اومده فرزندانمون از زمانی که محصل هستن میگیریم درس بخون دکتر بشی چرا دکتر بشه چون دکتر همه چی داره. خونه، ماشین، احترام و پول داره. از همون اول به این بچه می‌گیم تو وقتی دکتر شدی متفاوت از جامعه خواهی بود. از وقتی تو این چرخه افتاد در تلاشست واسه رسیدن به هم‌چنین

مدینه فاضله‌ای. این یه واقعیت جامعه ست. این فرهنگ باعث حس برتری جویی و استفاده از بهانه برای کسب منافع بیشتر از سایر اقشار درآمدی شده." (استفاده ابزاری از اصطلاح تعرفه غیر واقعی به عنوان دستاویزی برای تخلف) (مصاحبه ۴). مشارکت کنندگان دسته دوم را در چالش‌های رفتاری مرتبط با نظام سلامت دانستند که این قسمت خود دارای سه زیر موضوع می‌باشد؛ ایجاد ناعدالتی، سرباز زدن بیمارستان‌های خصوصی از همکاری با بیمه‌های دولتی. برخی مشارکت کنندگان می‌گویند؛ "وقتی این مقدار اضافی رو که ناشی از تعرفه فعلی هست، برای واقعی کردن تعرفه، مردم باید بپردازن این یه نوع بی عدالتیه." (ایجاد ناعدالتی) (مصاحبه ۷). "به علت این که این تعرفه‌ها واقعی نیستن شما می‌بینین اغلب بیمارستان‌ها توی شهرهای بزرگ مثل تهران از قرارداد بستن با بیمه‌ها سرباز می‌زنن و در بیمارستان‌های خصوصی سایر شهرستان‌ها مثل خود اصفهان خب تعرفه‌هایی که بیمه‌های مکمل میدن رو راغب‌تر هستیم باهاشون کار کنیم تا بیمه‌هایی که یا تعرفه‌های پایین رو درخواست دارن باهاشون بسته بشه." (سرباز زدن بیمارستان‌های خصوصی از همکاری با بیمه‌های دولتی) (مصاحبه ۲). مشارکت کنندگان چالش‌های رفتاری بیمار را دسته سوم از چالش‌های رفتاری ناشی از تعرفه فعلی می‌دانند که این بخش نیز دارای یک زیرموضوع می‌باشد استفاده بیشتر و غیرضرور از خدمات. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه می‌گوید. "پایین بودن تعرفه

اوقات زیاده خواهی هایی وجود داشته باشه ولی به طور عام اونچه که من می بینم زیاده خواهی نیست. " (نارضایتی پزشکان) (مصاحبه ۷). "الان نه وزارت بهداشت از وضعیت تعرفه راضیه. " (نارضایتی وزارت بهداشت) (مصاحبه ۱۱). "الان نه بیمه راضیه از تعرفه ها. " (نارضایتی بیمه ها) (مصاحبه ۱۱).

بحث

براساس یافته های حاصل از پژوهش، چالش های ناشی از تعرفه های پزشکی فعلی و سیستم تعرفه گذاری فعلی به سه دسته ی چالش های اقتصادی، رفتاری و نارضایتی تقسیم گردید. مطابق یافته های پژوهش چالش های اقتصادی حاصل شده در نظام سلامت که ناشی از ناکارآمدی تعرفه در شرایط فعلی می باشد شامل؛ افزایش هزینه های نظام سلامت، ایجاد ناکارآمدی و ورشکستگی بخش دولتی می باشند. دآوری در پژوهش خود، با ترسیم شرایط فعلی نظام سلامت، و عنوان این قضیه که مصرف بیش از نیاز خدمات باعث مشکلات اقتصادی در نظام سلامت ما شده است، به پایین نگهداشتن تعرفه های بیمارستانی به طور عمده برای حفظ توان سازمان های بیمه گر و در پاسخ این مشکل اشاره نمود، بیان نمود که این سیاست، در بیمارستان های دولتی منجر به کاهش درآمد و فشار اقتصادی به بیمارستان ها شده است (۶). نصیری راد و همکاران در پژوهش خود تعرفه پایین را عامل مشکل ساز برای بیمارستان ها و باعث بالا رفتن هزینه های بیمارستان معرفی نمودند (۷).

باعث استفاده زیاد شده، مریضی که مراجعه می کنه مثلا از شهرستان ۵۰ تومن هزینه مسافرت داده میاد میگه ۵ تا ویزیت بگیرم برای سرم برای پام برای چشمم. چندتا مشکل پیش میاد ۱- تداخل دارویی پیش میاد. ۲- ارزانسرا میشه. " (استفاده بیشتر و غیر ضرور از خدمات) (مصاحبه ۱۱). در بحث نارضایتی از نظر مشارکت کنندگان نارضایتی به عنوان سومین چالش حاصل از تعرفه ی نادرست عنوان گردید؛ که دارای چهار زیر موضوع می باشد؛ نارضایتی بیمار، نارضایتی پزشکان، نارضایتی وزارت بهداشت، نارضایتی بیمه ها. به برخی از اظهارات مشارکت کنندگان در زیر اشاره شده است، مشکلی که الان وجود دارن اینه که همه اعتراض دارن، نه مردم راضین. مشکل اصلی ما اینه که مدرک نیست. مبتنی بر قیمت تمام شده نیست. (نارضایتی بیمار) (مصاحبه ۱۱). "مشکلی که الان وجود دارن اینه که همه اعتراض دارن، نه پزشک راضیه. دلایل اینه مدرک نیست. " (نارضایتی پزشکان) (مصاحبه ۱۱). " به خاطر تورمی که در جامعه اتفاق افتاده هزینه های زندگی آنها رو بالا برده حالا چه هزینه اداره دفتر یک پزشک مطب دندان پزشک داروخانه و هرچی که باشه. چه هزینه های اداری چه هزینه های زندگی آنها بالا میره وقتی که اون تعرفه ها متناسب با شرایط جامعه رشد نمی کند. مجبور می شن وقتی وزارت بهداشت میگه که این تعرفه مثلا ۵ هزار تومنه، پزشک بگه که من ۱۰ هزار تومان می گیرم. یعنی ۵ هزار اضافه طلب میکنه. پس همش فرهنگ غلط نیست. ممکنه بعضی

جدول ۱: چالش‌های ناشی از تعرفه گذاری نادرست خدمات پزشکی

موضوعات	زیرموضوعات
۱- چالش‌های اقتصادی	۱- افزایش هزینه‌ها در بخش درمان
۱-۱. نظام سلامت	۲- ایجاد ناکارآمدی در نظام سلامت
۲-۱. بیمار	۳- مشکل ورشکستگی بخش دولتی
	۱- بالا رفتن پرداخت مستقیم از جیب
	۲- پرداخت‌های غیررسمی
۳-۱. سازمان بیمه‌گر	۱- ناکارآمدی و عدم پوشش موثر خدمات در بیمه‌های دولتی
	۲- ضرر بیمه‌ها به دنبال تقاضای القایی
۲- چالش‌های رفتاری	
۱-۲. پزشک	۱- مقایسه درون رشته‌ای و بین اقشار درآمدی به وسیله متخصصان
	۲- ایجاد تقاضای القایی
	۳- رواج بی اخلاقی
	۴- فرار برخی جراحان از جراحی‌های با تعرفه پایین
	۵- استفاده ابزاری از اصطلاح تعرفه غیرواقعی به عنوان دستاویزی برای تخلف
۲-۲. نظام سلامت	۱- ایجاد ناعدالتی
	۲- سرباز زدن بیمارستان‌های خصوصی از همکاری با بیمه‌های دولتی
۳-۲. بیمار	۱- استفاده بیشتر و غیرضرور از خدمات (خطر رفتاری)
۳- نارضایتی	۱- نارضایتی بیمار
	۲- نارضایتی پزشکان
	۳- نارضایتی وزارت بهداشت
	۴- نارضایتی سازمان‌های بیمه‌گر

مطابق یافته‌های پژوهش چالش‌های اقتصادی مرتبط با بیماران که حاصل ناکارآمدی تعرفه در شرایط فعلی می‌باشد شامل؛ تعرفه پایین و تبعات اقتصادی، پرداخت غیررسمی و پرداخت مستقیم از جیب می‌باشند. مطابق نتایج پژوهش امیراسماعیلی و همکاران، پرداخت غیررسمی یکی از تبعات و چالش‌های موضوع تعرفه‌ها می‌باشد در این مطالعه پرداخت‌های رسمی ناکافی به پزشکان از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری پرداخت‌های غیررسمی عنوان شد (۸). داوری در مطالعه خود، سیاست پایین

نگهداشتن تعرفه‌های بیمارستانی در بخش خصوصی را، عامل دریافت‌های خارج از تعرفه و در نهایت فشار به بیماران دانسته است (۶). که این مطالعه‌ها هم راستا با مطالعه حاضر می‌باشند. در زمینه پرداخت‌های مستقیم از جیب، وحیدی و سعادت در مطالعه خود آورده‌اند، که تعرفه پایین دولتی، درخواست پزشک و کادر، ترس از عدم ارائه خدمت، حقوق کم کارکنان، از جمله؛ عوامل مؤثر در پرداخت‌های مستقیم (رسمی و غیررسمی) در دنیا از ابعاد مختلف معرفی شده‌اند (۹).

تنها بخش اندکی از هزینه‌های درمان، از بار این هزینه‌ها مصون نیستند (۱۱). هم‌چنین کیوان آرا و همکاران در پژوهش خود، وارد شدن فشار مالی دو برابر بر بیمه‌ها را به دنبال تقاضای القایی تصریح نمودند (۱۲).

طبق یافته‌های پژوهش، چالش‌های رفتاری به سه زیرموضوع جزئی‌تر؛ مرتبط با پزشک، نظام سلامت و بیمار تقسیم گردید. چالش‌های رفتاری در پزشکان که ناشی از ناکارآمدی تعرفه در شرایط فعلی می‌باشد شامل؛ مقایسه درآمد خود با دیگران (به دلیل فکر درست نبودن تعرفه)، ایجاد تقاضای القایی، فرار برخی جراحان از جراحی‌های با تعرفه پایین، استفاده ابزاری از اصطلاح تعرفه غیرواقعی به عنوان دستاویزی برای تخلف و رواج بی اخلاقی می‌باشد. نتایج مطالعه کیوان آرا و همکاران در زمینه تقاضای القایی، تعرفه‌های پایین و نادرست را از عوامل اقتصادی ایجاد کننده تقاضای القایی دانسته است (۱۳)، که منطبق با یافته‌های این پژوهش می‌باشد. نتایج پژوهش در زیرموضوع استفاده ابزاری از اصطلاح تعرفه غیرواقعی به عنوان دستاویزی برای تخلف هم راستا با یافته‌های دشمنگیر در پژوهشی است که در آن اذعان داشته در پاره‌ای از مواقع برخی عرضه کنندگان خدمات درمانی با استناد به غیرواقعی بودن تعرفه‌ها خدمات درمانی را به طور مطلوب در اختیار مصرف کنندگان قرار نمی‌دهند و یا در قالب پرداختهای زیرمیزی (و غیراخلاقی) باعث فشار بیش از حد بر مصرف کنندگان می‌شوند (۱۴). گال و همکاران در

طبق یافته‌ها، چالش‌های اقتصادی مرتبط با بیمه که ناشی از ناکارآمدی تعرفه در شرایط فعلی می‌باشد شامل؛ ضرر بیمه‌ها به دنبال تقاضای القایی و ناکارآمدی و عدم پوشش مؤثر خدمات به وسیله بیمه هستند هم سو با یافته‌های پژوهش مبنی بر ایجاد چالش‌های رفتاری ناشی از ایجاد تقاضای القایی به عنوان یکی از پیامدهای تعرفه‌ی غیرواقعی، صوفی و همکاران در مطالعه خود، بیان داشتند که چون بیمار تنها بخشی از هزینه را پرداخت می‌کند، به همین دلیل ارایه کننده خدمت نیز انگیزه بیشتری برای عرضه خدمات غیر ضروری و مازاد بر نیاز دارد. این امر باعث ایجاد پیامدهای منفی مانند مصرف خدمات غیر ضروری، تغییر الگوی مصرف در جهت استفاده غیر کارآمد از منابع، کاهش رفاه و افزایش هزینه خواهد شد، بنابراین پیشنهاد کردند، بررسی و شناخت اثرات مخاطرات اخلاقی و کنترل آن به منظور پیشگیری از پیامدهای نامطلوب و سوء تخصیص منابع، ضروری به نظر می‌رسد (۱۰). ناکارآمدی و عدم پوشش مؤثر خدمات به وسیله بیمه از جمله یافته‌های این پژوهش معرفی گردید، در همین راستا راغفر و همکاران، در مطالعه خود بیان داشتند که هزینه‌های بالای سلامت در شرایط فعلی، بیانگر آن است که به جای تامین این هزینه‌ها به وسیله مراکز بیمه، بخش عمده هزینه‌های سلامت بر خانوارها تحمیل شده است. علاوه بر آن، خانوارهای دارای پوشش بیمه نیز به دلایلی مانند دسترسی ناکافی به مراکز درمانی، ناکارایی خدمات ارایه شده و یا پوشش

مطالعه خود، تلاش برای از بین بردن پرداخت‌های غیررسمی باید شامل اقدام هماهنگ شده‌ای در جهت از نو ساختن سرمایه اجتماعی از دست رفته (اعتماد) در مراقبت‌های سلامت باشد (۱۵). اعظمی و همکاران در پژوهش خود، توضیح ناکافی بیماری (برای بیمار) به وسیله پزشک را از جمله موارد نارضایتی بیماران عنوان نمودند (۱۶)، که این عدم توضیح کافی می‌تواند ناشی از وقت کم اختصاص داده شده به بیمار یا ناشی از نارضایتی پزشک از دستمزد باشد.

مطابق با یافته‌ها، چالش‌های رفتاری به وجود آمده در نظام سلامت که ناشی از ناکارآمدی تعرفه در شرایط فعلی می‌باشد ایجاد؛ ناعدالتی و سرباز زدن بیمارستان‌های خصوصی از همکاری با بیمه‌های دولتی بوده است. ماهر و همکاران بیان داشتند که؛ تعیین تعرفه خدمات درمانی بر اساس قیمت تمام شده خدمات، می‌تواند در زمینه تولید منابع مالی جدید مؤثر واقع شده و اثربخشی نتایج سیاست‌های بهداشتی و درمانی اتخاذ شده و عدالت محور بودن آنها را افزایش دهد (۱۷). در مورد سرباز زدن بیمارستان‌های خصوصی از همکاری با بیمه‌ها نتایج پژوهش دشمنگیر هم راستا با این پژوهش می‌باشد؛ احساس غیر واقعی بودن تعرفه‌ها باعث می‌گردد که عرضه کنندگان خدمات از طرف قرارداد شدن با سازمان‌های بیمه گر خودداری می‌نمایند (۱۴).

طبق یافته‌های به دست آمده در مطالعه، چالش‌های رفتاری بیمار که ناشی از ناکارآمدی تعرفه در شرایط فعلی می‌باشد ایجاد استفاده بیشتر از

خدمات می‌باشد. طبق پژوهش دشمن‌گیر نیز تعرفه ناکارآمد می‌تواند باعث مصرف بیش از حد این خدمات به وسیله مصرف کنندگان شوند (۱۴).

در زمینه سومین موضوع اصلی به دست آمده در پژوهش، یافته‌های پژوهش حاکی از نارضایتی ذی نفعان و عمدتاً مردم و پزشکان و حتی بیمه‌ها در مورد شرایط فعلی خدمات درمانی و به عنوان چالش‌های ناشی از تعرفه‌های نادرست می‌باشند. رنجبر و وحیدشاهی در پژوهش خود، با هدف بررسی عوامل مؤثر بر رضایت شغلی اعضای هیات علمی دانشکده پزشکی مازندران بیان نمودند که عوامل بیرونی شامل؛ حقوق و دستمزد و شرایط محیط کار مؤثرترین عوامل در رضایت شغلی می‌باشند (۱۸). در نتایج حاصل از مطالعه فرزندی و همکاران در مورد رضایت مردم از خدمات درمانی بیان شد، بررسی عوامل مختلف بر میزان رضایت از خدمات به صورت تعدیل شده نشان دادند بهبود دسترسی افراد جامعه به خدمات از ابعاد اقتصادی و اطلاعاتی و افزایش اطلاعات افراد در زمینه بهداشت و درمان می‌تواند موجب افزایش رضایت از خدمات بهداشتی - درمانی شود (۱۹). قاجاریه و همکاران در مطالعه خود در مورد رضایت مردم از خدمات درمانی، نتیجه گرفتند که کیفیت خدمات در حدی نیست که رضایت مراجعین را جلب کند. اقدامات در جهت ارتقای کیفیت خدمات ضروری به نظر می‌رسند (۲۰). در زمینه نارضایتی بیمه، براساس نتایج به دست آمده از مطالعه خالق نژاد و کریمی، اقتصاد

در پی داشته و موجبات نارضایتی ذی نفعان این نظام را فراهم آورده است.

پیشنهاد می‌شود که این موارد مورد توجه قرار گیرد؛ توجه به چالش‌های موجود و نادیده نگرفتن آنها و توجه به اثرات آنها، تلاش برای ریشه‌یابی علل چالش‌های موجود و خصوصاً علل مرتبط با تعرفه‌های پزشکی، تحقیق و پژوهش گسترده برای رسیدن به تعرفه‌گذاری صحیح با توجه به شرایط کشور و تلاش برای توجیه ذی نفعان در مورد اصولی بودن تعرفه تنظیم شده صحیح.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد.

بیمه درمانی، بر مبنای واقعیت‌های اقتصادی جامعه شکل نگرفته است و بسیار شکننده و آسیب‌پذیر است. از این رو واقعی کردن تعرفه‌ها و حق سرانه‌ها، محاسبه الگوی مصرف درمان، تعیین بار مالی بیمه درمانی و مطالعه قدرت بیمه شدگان باید در محاسبات اقتصادی بیمه درمانی لحاظ گردد تا موجب از بین رفتن اعتماد بین دریافت کننده، ارایه دهندگان خدمت و سازمان‌های بیمه‌ای نگردد (۲۱). که همگی این مطالعه‌ها روشنگر وضعیت و نارضایتی ذی نفعان در شرایط فعلی نظام سلامت کشور بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، مشکلات مربوط به مسافرت به شهرهای مختلف و تنظیم ملاقات و مصاحبه با صاحب‌نظران با توجه به مشغله‌های این مدیران بود.

نتیجه گیری

در این مطالعه کوشش شد تا با تصویر نمودن چالش‌های جدی که مساله ساز و مانع عملکرد درست نظام سلامت کشور می‌باشند و بیان تعرفه به عنوان حداقل یکی از عوامل سبب ساز این چالش‌ها، توجه سیاستگذاران و عوامل دخیل در تعرفه‌گذاری را برای اصلاح تعرفه‌گذاری و تلاش برای حل مشکلات ناشی از آن معطوف نمود. برخلاف پایه‌ریزی تعرفه‌گذاری با تفکر صرفه جویی از نظر اقتصادی در شرایط فعلی، مطابق یافته‌های پژوهش تبعات و چالش‌ها نه تنها اقتصادی بلکه تبعات رفتاری فراگیری در نظام سلامت

REFERENCES

1. De Ferranti D. Paying for health services in developing countries. An overview: world bank staff working papers; nom.721.1th ed. Washington DC: USA; 1985; 12-13.
2. Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences. *Health Policy* 2004; 70(2): 175-84.
3. Zare H, Barzgar M, Keshavarz KH, Russel M. Principles and methods of health care Tariffs.1th ed. Tehran: Research center of hospital Management Tehran University of medical sciences and Health Services; 2011;20-21.
4. Doshmangir L, Rashidian A, Moayeri F, Akbarisari A. Study the effect of proposed changes of different specialized medical tariff relative values on the payment weight of clinical expertise's and health system costs. *Hakim Research Journal* 2011; 14(1): 1-9.
5. Zare H, Behbahani A, Azadi M, Masoodi I. Methods for determination of tariff for medical services in developing countries and to propose a model for Iran. *Journal of Parliament and Strategy* 2013; 20: 74.
6. Davari M. Economic challenges of the health system in Iran. *Health Inf Manage* 2012; 8(7): 915-7.
7. Nasiri rad N, Rashidian A, Jodaki H, Akbari F, Arab M. Investigate problems and issues between basis insurance companies and hospitals. A Qualitative Study 2010; 9(2): 7-18.
8. Amiresmaili M, Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Salari H. Causes of informal payments in health sector: a qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2013; 6(3): 72-83.
9. Saadati M. Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions-Iran-Tabriz 2010. *Hospital* 2013; 11(4): 45-52.
10. Soofi M, Bazyar M, Rashidian A. Types of moral hazards and its effects on insurance marketing and health system. *Jhosp* 2012; 11(3): 73-80.
11. Raghfar H, Khezri M, Vaezmahdavi Z, Sangarimohzab K. Effect of inefficiency of health insurance system in poverty of the country's families. *Hakim Research Journal* 2013; 16(1): 9-18.
13. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jazi MJ. Experts' perspectives on barriers due to induced demand in health services. *International Journal of Health System and Disaster Management* 2014; 2(2): 78.
13. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani EM. Opinions of Health System Experts about Main Causes of Induced Demand: a Qualitative Study. *Hakim Research Journal*. 2014;16(4): 317- 28.
14. Doshmangir L. Where is the root of the problems in the tariff system?(Letter to the editor). *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2011; 29(4): 395-6.
15. Gaal P MM. Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science & Medicine* 2005; 60(7): 1445-57.
16. Azami A, Akbatzadeh K. Evaluation of patient satisfaction with the services provided in Ilam hospitals. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2004; 12(44-45): 10-6.
17. Maher A, Ahmadi A, Shokri A. Identify methods of financing health systems in selected countries between 2004-1998 and proposed mechanisms of production of new financial resources in the IRAN's health sector. *Economic Research* 2008; 8(1): 115-49.

- 19.Ranjbar M, Vahidshahi K. Evaluation of factors affecting job satisfaction of faculty members of Mazandaran University of Medical Sciences;2006 .Strides in Development of Medical Education 2007; 4(2): 92-9.
- 19.Farzadi F, Maftoon F, Ayinparast A, Azin S, Omidvari S, Jahangiri K, et al. The satisfaction of the health service and its influencing factors: a health study from the perspective of the people in Iran. Payesh 2011;10(3): 323-30.
- 20.Ghajariyeh S, Majdzadeh S, Kamali S, Poormalek F, Jamshidi E, Shahande KH. Evaluation capita and inequality in the people's economic conditions and health service delivery: a research center of Tehran University of Medical Sciences (the 17 municipalities). Journal of Iran Diabetes and Metabolism (Journal of Iran Diabetes and Lipid). 2003; 3(1): 11-19 .
- 21.Khaleghnezhadtabari A, Karimi I. Evaluation of treatment costs for insured health insurance in the non-contracted hospitals in Iran. Hakim Research Journal 2000; 3(1): 27-39.

Health Managers' Perspective On The Challenges And Injuries Caused By Incorrect Medical Service Tariff, A Qualitative Study

Jabbari AR¹, Keyvanara M², Azizzadeh M^{1*}

¹Department of Health Care Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran,

²Social Determinate of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 7 Mar 2015

Accepted: 14 Nov 2015

Abstract:

Background & aim: Tariff is effective on equity, efficiency, quality and accountability in the provision of services and it can affect the availability and use of services. In our country, for several years, the tariff of health care is due to an increasing base and has not clear and defensible base. This matter creates different challenges in our health system. This study aimed to identify challenges and damages resulting from incorrect medical services.

Method: This study was a qualitative study .Sampling was Purposeful and continued until data saturation was obtained. Research Society were 12 people of Health Managers of cities including Tehran, Isfahan and Tabriz, that in the purpose of the study, these people were investigated with deep interview. Analysis of the data in the present study was based on a thematic analysis. Criteria such as "reliable information", "trustworthy", "reliability" and "ability tocon solidation" of data were considered.

Results: according to the findings, inefficiency of tariffs for medical services have caused challenges in the current situation that this damages were divided to three general categories and challenges, dissatisfaction, economic, and behavioral of Ministry of Health, doctors, patients and insurers.

Conclusion: Dissatisfaction with stakeholders, especially health providers, the first factor is that a real so following other challenges including; economic and behavioral challenges. Challenges of incorrect tariffs and their Bad effects on the health system stakeholders are a warning to administrators and policy makers of this system, finding causes and attempting to fix the challenges. Although incorrect medical tariff is introduced as one of the challenges causes, but it is necessary in addition to that are note other structural and Rooty problems in the health system, as noted tariff reforms to fully be able to solve the created challenges.

Key words: Tariff, Challenges, Medical Services, Pricing

Corresponding author: Azizzadeh M, Department of Health Care Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Email: Azizzadehmina@gmail.com

Please cite this article as follows:

Jabbari AR, Keyvanara M, Azizzadeh M. Health Managers' Perspective On The Challenges And Injuries Caused By Incorrect Medical Service Tariff, A Qualitative Study. Armaghane-danesh 2016; 20 (10): 921-934.