مقاله پژوهشی

درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی در ایران: مطالعه‌ای توصیفی جهت کمک به سیاست‌گذاری در زمینه پرداخت منطقی و عادلانه

محسن بیاتی[۱]، آرش رشیدیان[۲*]، علی اکبری‌ساری[۲]، سارا امامقلی‌پور[۲]

۱- دکترای تخصصی اقتصادسلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲-دکترای تخصصی اقتصادسلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** تهران، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصادسلامت. تلفن: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹
پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

دریافت: ۹۶/۱/۲۸ پذیرش: ۹۶/۳/۲۹

چکیده

مقدمه: *پزشکان عمومی به‌عنوان مهم‌ترین ارایه‌کننده مراقبت سلامت اولیه نقش قابل‌توجهی در جریان کلی منابع بخش سلامت و پاسخگویی آن دارند. در این راستا یکی از سؤالات پیش‌روی سیاست‌گذاران سلامت میزان انتظارات مالی پزشکان عمومی یا به بیان علمی‌تر درآمد هدف آنان می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین درآمد هدف پزشکان عمومی در ایران انجام شد.*

روش‌کار: *در مطالعه مقطعی و توصیفی حاضر، پرسشنامه با استفاده از ادبیات موضوع و نظر صاحبنظران طراحی شد. داده‌های موردنیاز با انجام مطالعه پیمایشی با حجم نمونه ٦٦٦ پزشک عمومی (در دو همایش سراسری انجمن پزشکان عمومی ایران) در سال ۱۳۹٤ جمع‌آوری گردید. با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های t-test, ANOVA و با بهره‌گیری از نرم‌افزار stata ۱۲ داده‌ها تحلیل شد.*

یافته‌ها: *پزشکان عمومی مورد بررسی به‌طور متوسط دارای درآمد هدف ۱٤٦۱۳۱۳۸ (SD=۱۰۳۲۳٦۹۲) و درآمد واقعی ٦٥٥٥٥٧۳ (SD= ٥۲۹۹۷٥۱) تومان در ماه بودند. به‌طور متوسط تقریبا ٥۰٪ از انتظارات مالی پزشکان عمومی محقق شده است. درآمد هدف پزشکان عمومی تقریباً ۱۰ برابر درآمد سرانه کشور بود. بین میانگین درآمد موردانتظار پزشکان عمومی در جنسیت‌های مختلف، گروه‌های سنی، وضعیت تأهل، سابقه طبابت، مکان طبابت، نوع طبابت و پنجک‌های درآمدی اختلاف معناداری (P< ۰/۰٥) وجود دارد.*

نتیجه‌گیری: *اگرچه به‌طور متوسط انتظارات مالی پزشکان عمومی نسبت به توان اقتصادی کشور نسبتاً بالاست، اما نابرابری زیادی بین توقعات مالی پزشکان عمومی مختلف وجود دارد. به‌نحوی که درصد قابل‌توجهی از پزشکان عمومی توقعات مالی پایین و منطقی دارند.*

گل‌واژگان: *اقتصاد سلامت، پزشک عمومی، درآمد هدف، انتظارات مالی، نیروی کاربخش سلامت*

مقدمه

پزشکان علاوه بر این که نیروی کار اصلی در ارایه مراقبت سلامت هستند، در نظام مراقبت سلامت تصمیم‌های کلیدی انجام می‌دهند. در واقع به این دلیل که آن‌ها به‌عنوان کارگزاران بیماران مصرف سایر ورودی‌های پزشکی را هدایت می‌کنند، تصمیمات آن‌ها به‌طور قابل‌توجهی کمیت، کیفیت و هزینه‌های نظام مراقبت سلامت را متأثر می‌سازد (۱, ۲) و بنابراین رفتار پزشکان، موضوع اساسی اقتصاد سلامت می‌باشد (۳). جهت تحلیل رفتار اقتصادی پزشکان نظریه‌های متنوعی توسط اقتصاددانان مطرح شده است. مهم‌ترین نظریه برای توضیح رفتار اقتصادی پزشکان مدل درآمد هدف است که بیش‌تر با نام فرضیه درآمد هدف[۱] شناخته می‌شود. این فرضیه که توسط نیوهاوس[۲] (۴) و اوانس[۳] (۵) مطرح شده است موردقبول اکثر اقتصاددانان سلامت می‌باشد (۶, ۷). بر اساس این فرضیه پزشک یک سطح مورد انتظاری از درآمد برای خویش در نظر می‌گیرد. این سطح موردانتظار درآمد هدف تحت‌تأثیر عوامل مختلفی چون جایگاه حرفه‌ای، درآمد پزشکان هم‌رده، هزینه‌های دوران تحصیل و سایر عوامل می‌باشد (۸). در ادبیات مربوطه، درآمد هدف با نام‌های درآمد مرجع[۴] و درآمد موردانتظار[۵] نیز شناخته می‌شود.

بر پایه این نظریه، زمانی که درآمد پزشک پایین‌تر

[1] Target Income Hypothesis (TIH)
[2] Newhouse
[3] Evans
[4] Reference income
[5] Expected income

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

از درآمد هدف باشد رفتار پزشک به‌طور عمده به‌وسیله درآمد متأثر می‌شود و پس از رسیدن به درآمد هدف پزشک به سایر عوامل موجود در تابع مطلوبیتش که اهمیت بیش‌تری در رضایتمندیش دارد، توجه می‌کند. فرضیه درآمد هدف پیش‌بینی می‌کند که اگر کم‌تر از مقدار مورد انتظار به پزشک پرداخت شود، او مانند یک حداکثرکننده درآمد رفتار خواهد کرد و آن گونه رفتار می‌کند که درآمد خویش را حداکثر کند و اگر به اندازه درآمد هدف یا بیش از آن به پزشک پرداخت گردد، پزشک به گونه‌ای رفتار می‌کند که سایر نیازها و خواسته‌هایش برآورده شود (۹, ۱۰).

در این حیطه مطالعات اندکی در دنیا صورت گرفته است. از نخستین مطالعاتی که به‌طور مشخص در مورد درآمد هدف پزشکان انجام شده است، پژوهش ریتزو و بلومنتال[6](۱۹۹۴) می‌باشد. در این مطالعه، عوامل مؤثر بر درآمد هدف پزشکان مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌های موردنیاز از پیمایش پزشکان جوان به‌دست آمد. درآمد هدف برای همه پزشکان خویش‌فرما به‌طور متوسط ۱۲۳۰۰۰ دلار و برای پزشکان عمومی خویش‌فرما ۸۷۱۰۰ دلار در سال برآورد گردید. ارقام مشابه برای پزشکان مستخدم (در بیمارستان‌ها، مراکز خصوصی، مراکز دولتی، و غیره) به‌ترتیب، ۹۱۹۰۰ و ۷۳۳۰۰ دلار در سال به‌دست آمد. درآمد هدف پزشکان مرد به‌طور قابل‌توجهی بیش از رقم مشابه برای زنان بود. پزشکان با سابقه طبابت بیش‌تر، درآمد هدف بیش‌تری داشتند، ولی در عین حال درآمد واقعی‌شان به درآمد هدف‌شان نزدیک‌تر بود. پزشکانی که از حرفه خویش رضایت نداشتند، درآمد هدف بالاتری داشتند (۸). مطالعات دیگری نیز انجام شده است که نشان‌دهنده وجود درآمد هدف و اثرگذاری آن بر سایر عملکردها و رفتار اقتصادی پزشکان می‌باشد (۱۰-۱۷).

نظام مراقبت سلامت در ایران با چالش‌های متعددی روبه‌رو است که رفتار اقتصادی پزشکان هم تأثیرگذار بر این مشکلات هستند و هم از آن‌ها تأثیر می‌پذیرند. از این عوامل می‌توان به سهم قابل‌توجه هزینه‌های پرداخت از جیب مردم از کل هزینه‌های مراقبت سلامت، نابرابری در بهره‌مندی و تأمین مالی مراقبت سلامت (۱۸)، مشکلات تعرفه‌بندی خدمات درمانی (۱۸)، توزیع نامناسب پزشکان به لحاظ جغرافیایی (۱۹) و بین تخصصی، ناعادلانگی و ناکارایی در پرداخت و تقاضا بین پزشکان رده‌های مختلف، پرداخت‌های غیررسمی اشاره کرد.

در این میان پزشکان عمومی، به‌عنوان ارایه‌دهنده مراقبت سلامت اولیه نقش قابل‌توجهی در عملکرد و جریان منابع بازار مراقبت سلامت ایفا می‌کنند. در ایران سیاست‌های مختلفی مانند طرح پزشک خانواده روستایی و طرح پزشک خانواده شهری با محوریت پزشکان عمومی انجام شده است. اما موضوعی که همواره مورد بحث در میان سیاست‌گذارن و محققین بخش سلامت بوده است؛ میزان پرداختی به پزشکان عمومی چه در قالب تعرفه ویزیت و خدمات پزشکان عمومی بخش خصوصی و دولتی و چه در قالب سرانه پزشکان خانواده بوده است. سؤال اصلی این است که میزان درآمد پزشکان عمومی چقدر باشد تا علاوه بر افزایش پاسخگویی و برآورده‌سازی نیازهای بیماران در سطوح مراقبت اولیه، پزشکان نیز از درآمد خویش راضی باشد؟ این سؤال در واقع همان درآمد هدف می‌باشد که در متون اقتصاد سلامت به آن اشاره شده است. بنابراین، با توجه به اهمیت درآمد هدف در رفتار اقتصادی پزشکان و همچنین نیاز سیاست‌گذاری نظام سلامت کشور به دانستن میزان درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی در کشور، پژوهش حاضر با هدف بررسی توصیفی درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی طراحی گردید.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی و توصیفی می‌باشد که جامعه مورد پژوهش آن پزشکان عمومی بود. با استفاده از مطالعات پیشین و انجام ۱۰ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با پزشکان پرسشنامه طراحی گردید. قابل ذکر است با توجه به این که مقاله حاضر از یک رساله دکترای تخصصی اقتصاد سلامت استخراج شده است، در مقاله حاضر تنها از بخشی از ابزار طراحی شده استفاده گردید. مطالعه‌ای مقدماتی[7] با حجم نمونه ۶۷ پزشک عمومی به‌منظور تصمیم‌گیری نهایی در مورد حجم نمونه، نهایی کردن سؤالات پرسشنامه و روش جمع‌آوری داده‌ها انجام گردید. از این میان تعداد ۵۹ پرسشنامه به‌صورت الکترونیکی و ۸ پرسشنامه به‌صورت حضوری تکمیل گردید. با استفاده از یافته‌های مطالعه مقدماتی (انحراف معیار متغیر اصلی (درآمد هدف) ۱۰۲۰۰۰۰۰ تومان، مقدار خطای برآورد ۷۰۰۰۰۰ تومان، و سطح اطمینان ۹۵٪) و با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات توصیفی ($N = \frac{z^2_{1-\alpha/2} s^2}{d^2}$) حجم نمونه موردنیاز ۶۱۰ برآورد گردید.

به‌دلیل نبود چارچوب نمونه‌گیری به‌روز و مناسب از پزشکان عمومی، داده‌های موردنیاز از طریق روش نمونه‌گیری آسان جمع‌آوری گردید. به‌نحوی که از فرصت همایش‌های ملی پزشکان عمومی برای جمع‌آوری اطلاعات موردنیاز استفاده شد. انجمن پزشکان عمومی ایران همایش‌هایی به‌صورت فصلی برای پزشکان عمومی سراسر کشور برگزار می‌کند. پزشکان عمومی جهت دریافت امتیاز بازآموزی از سراسر کشور در این همایش شرکت می‌کنند، بنابراین اگرچه روند نمونه‌گیری

[6] Rizzo & Blumenthal

[7] Pilot

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

تصادفی نبود اما می‌توان خوش‌بین بود نتایج تاحدی قابلیت تعمیم‌پذیری داشته باشد.

داده‌های موردنظر در همایش‌های تابستان (هفتم تا نهم مردادماه ۱۳۹۴) و پاییز (سیزدهم تا پانزدهم آبانماه ۱۳۹۴) انجمن پزشکان عمومی ایران جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌ها در ابتدای شروع برنامه‌های صبح و عصر توزیع می‌گردید و با پیگیری مکرر پرسشگران در پایان آن برنامه، یا روز بعد دریافت می‌شد. پرسشگران، با ارایه توضیحی مختصر درباره اطلاعات مورد پرسش در پرسشنامه و همچنین دادن اطمینان کامل در مورد محرمانگی اطلاعات، پزشکان را در همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها ترغیب کردند. از تعداد ۱۱۴۲پرسشنامه‌های توزیع شده در همایش‌ها ۶۱۱ پرسشنامه بازگردانده شد. از این میان، ۵۹۹ پرسشنامه تکمیل شده و قابل ورود به تحلیل‌ها بود. بنابراین میزان پاسخ تقریباً ۵۲٪ بود. در مجموع با احتساب داده‌های جمع‌آوری شده در مطالعه مقدماتی حجم نمونه مورد بررسی به ۶۶۶ رسید.

مهم‌ترین متغیرهای مورد بررسی شامل درآمد هدف، درآمد ناشی از طبابت و سایر متغیرهای مربوط به طبابت و متغیرهای دموگرافیک بود. برای فهم میزان درآمد مورد انتظار یا هدف پزشکان عمومی، با استفاده از نظر صاحب‌نظران سؤالی به‌صورت زیر طراحی شد:

"با در نظرگرفتن زحماتی که برای رسیدن به این موقعیت کشیده‌اید، هزینه‌های زندگی و مهارت فنی خود فکر می‌کنید درآمد مطلوب ناشی از طبابت در ماه برای شما از نظر خودتان چقدر است؟ به عبارت دیگر خود را مستحق چه درآمدی در ماه (به تومان) می‌دانید؟"

از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری چک کردن اختلاف میانگین (t-test, ANOVA)، جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار stata۱۲ انجام گرفت.

نتایج

در جدول ۱ آمار توصیفی ویژگی‌های دموگرافیک و ویژگی‌های طبابت پزشکان عمومی مورد مطالعه نشان داده شده است. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد بودند. اکثریت آنها متأهل و بیش از یک سوم آن‌ها در تهران طبابت می‌کنند. تقریباً یک سوم پزشکان عمومی فقط در مطب و بقیه در جاهایی غیر از مطب و یا همزمان در مطب و غیرمطب کار می‌کردند. بیش از نیمی از آن‌ها فقط به طبابت خصوصی مشغول بوده‌اند و تقریباً ۲۰٪ آنان اشتغال همزمان در بخش خصوصی و دولتی داشتند. از میان پزشکان عمومی مورد بررسی تقریبا ۱۰٪ آن‌ها پزشک خانواده بودند.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک (متغیرهای طبقه‌ای) نمونه پزشکان عمومی مورد مطالعه (حجم نمونه=۶۶۶)

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت(٦٦٥)	مرد	۳۵۸	۵۳/۸۳
	زن	۳۰۷	۴۶/۱۷
وضعیت تأهل (٦٦٣)	مجرد	۱۲۳	۱۸/۵۵
	متأهل	۵۴۰	۸۱/۴۵
شهر طبابت(۵۸۱)	تهران	۲۱۹	۳۷/۶۹
	سایر مراکز استان	۱۵۱	۲۵/۹۹
	سایر شهرها و روستاها	۲۱۱	۳۶/۳۲
مکان طبابت (٦٦٤)	مطب	۲۳۲	۳۴/۹۴
	غیر از مطب	۳۰۷	۴۶/۲۳
	مطب و غیر از مطب	۱۲۵	۱۸/۸۳
نوع طبابت (۵۹۲)	فقط دولتی	۱۵۰	۲۵/۳۳
	فقط خصوصی	۳۶۹	۵۵/۰۶
	دولتی و خصوصی	۱۱۹	۲۰/۱۰
پزشک خانواده (٦٦١)	بلی	۶۹	۱۰/۴۴
	خیر	۵۹۲	۸۹/۵۶

آمار توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی مطالعه و برخی متغیرهای کمی (سن و سابقه طبابت) در جدول ۲ آمده است. یافته‌ها نشان داد، میانگین درآمد هدف برای پزشکان عمومی مورد بررسی ۱۴۶۱۳۱۳۸ تومان و درآمد واقعی ۶۵۵۵۵۷۳ تومان بود؛ البته قابل‌ذکر است انحراف معیار این دو متغیر بسیار بود که نشان‌دهنده پراکندگی زیاد این متغیرها می‌باشد. به‌طور متوسط پزشکان عمومی تقریباً به کمتر از نصف درآمد موردانتظار خود دست یافته‌اند. میانگین سابقه طبابت تقریباً ۱۳ سال بود. دو نفر از افراد مورد بررسی ذکر کردند که سابقه طبابت ندارند، این پزشکان افرادی بودند که به تازگی از دانشگاه فارغ‌التحصیل شده بودند و سابقه کاری کمتر از چند ماه داشتند؛ بنابراین حداقل سابقه طبابت صفر بود.

جدول ۲- ویژگی‌های دموگرافیک (متغیرهای کمی) نمونه پزشکان عمومی مورد مطالعه (حجم نمونه=۶۶۶)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
درآمد هدف (تومان)	۱۴۶۱۳۱۳۸	۱۰۳۲۳۶۹۲	۲۰۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰۰۰
درآمد واقعی (تومان)	۶۵۵۵۵۷۳	۵۲۹۹۷۵۱	۵۰۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰۰
سن	۴۳/۴۳	۹/۴۱	۲۶	۷۴
سابقه طبابت (سال)	۱۳/۲۷	۸/۷۲	۰	۵۵

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

در جدول۳، میانگین درآمد هدف پزشکان عمومی بر اساس متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای مربوط به طبابت نشان داده شده است. نتایج نشان داد، پزشکان عمومی مرد به‌طور معناداری درآمد هدف بالاتری (تقریباً ۴ میلیون تومان) از پزشکان عمومی زن دارند. این یافته در مورد متأهل‌ها نسبت به مجردها نیز صادق است. نتایج همچنین نشان داد، درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی در سنین مختلف و با سابقه کار مختلف به‌طور معناداری متفاوت است، به‌نحوی که تا یک گروه سنی و یا سابقه طبابت درآمد هدف افزایش و پس از آن کاهش می‌یابد.

جدول ۳- درآمد مورد انتظار/ هدف (ماهانه) پزشکان عمومی ایران بر حسب سایر متغیرها

متغیر		درآمد هدف (تومان)		نسبت درآمد واقعی به درآمد هدف
		میانگین	انحراف معیار	
جنسیت	مرد	۱۶۵۸۳۰۹۲	۱۱۰۷۹۱۸۸	۰/۵۳
t=۵/۳۱ ، p=۰/۰۰۰	زن	۱۲۳۴۸۶۷۱	۸۸۷۲۳۱۳	۰/۴۵
سن	۲۶ تا ۳۵	۱۲۵۲۷۷۴۲	۷۷۲۷۳۶۱	۰/۴۷
	۳۶ تا ۴۵	۱۵۲۸۳۸۵۴	۱۲۰۳۴۲۳۵	۰/۵۰
F=۴/۴۲ ، p=۰/۰۰۴	۴۶ تا ۵۵	۱۶۱۱۸۹۱۹	۱۰۱۹۶۰۶۸	۰/۵۰
	۵۶ و بالاتر	۱۳۱۲۸۰۳۰	۱۰۴۳۶۶۵۶	۰/۴۹
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲۸۰۰۴۲۰	۷۸۵۴۱۲۴	۰/۴۷
t=-۲/۰۵ ، p=۰/۰۴۰	متأهل	۱۴۹۲۲۱۴۸	۱۰۶۵۱۲۷۶	۰/۵۰
سابقه طبابت	کم‌تر از ۵	۱۲۴۲۳۱۷۱	۷۸۲۴۹۳۹	۰/۴۷
	۶ تا ۱۰	۱۴۰۹۲۴۲۴	۱۰۲۷۷۹۹۷	۰/۵۳
F=۴/۰۲ ، p=۰/۰۰۳	۱۱ تا ۱۵	۱۴۷۰۲۴۵۹	۱۱۸۱۸۷۹۰	۰/۵۱
	۱۶ تا ۲۰	۱۶۹۵۹۸۵۴	۱۰۴۱۶۳۷۰	۰/۵۱
	۲۱ و بالاتر	۱۵۸۲۷۶۷۰	۱۱۸۱۹۱۸۷	۰/۴۹
شهر طبابت	تهران	۱۴۰۲۲۳۰۰	۱۱۷۸۰۲۱۶	۰/۴۹
F=۰/۵۶ ، p=۰/۵۷۱	سایر مراکز استان	۱۵۱۴۹۶۶۲	۹۸۸۷۱۲۷	۰/۴۷
	سایر شهرها و روستاها	۱۴۷۸۲۷۵۹	۹۳۴۶۸۹۶	۰/۵۲
مکان طبابت	مطب	۱۵۸۹۸۲۴۶	۱۱۹۸۱۲۹۰	۰/۴۹
	غیر از مطب	۱۲۲۳۶۷۳۵	۷۶۳۲۰۸۹	۰/۴۸
F=۱۶/۳۹ ، p=۰/۰۰۰	مطب و غیر از مطب	۱۷۸۳۸۸۰۰	۱۱۳۲۳۸۲۰	۰/۵۳
نوع طبابت	فقط دولتی	۱۱۸۰۲۴۱۴	۶۹۸۹۱۱۴	۰/۴۵
	فقط خصوصی	۱۴۹۱۹۰۶۱	۱۱۰۳۹۴۱۵	۰/۵۰
F=۵/۹۵ ، p=۰/۰۰۰	دولتی و خصوصی	۱۷۰۱۴۱۰۳	۱۰۷۰۰۰۴۲	۰/۵۳
پزشک خانواده	بلی	۱۴۱۰۲۹۸۵	۹۶۴۲۷۴۲	۰/۵۴
t=-۰/۴۲ ، p=۰/۶۷۱	خیر	۱۴۶۶۸۹۷۷	۱۰۴۲۰۰۶۰	۰/۴۹
گروه درآمدی	اول	۹۵۰۴۷۷۹	۶۳۵۶۶۳۲	۰/۲۵
	دوم	۱۱۳۲۰۲۳۸	۷۵۶۳۶۱۶	۰/۳۹
F=۴۰/۵۸ ، p=۰/۰۰۰	سوم	۱۳۸۱۶۶۶۷	۹۹۷۰۷۴۱	۰/۵۲
	چهارم	۱۶۶۳۸۶۵۵	۷۲۸۵۸۰۴	۰/۵۵
	پنجم	۲۲۶۸۰۴۱۷	۱۲۸۷۸۹۶۵	۰/۸۱

درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی مشغول به کار در تهران، سایر مراکز استان و سایر شهرها و روستاها تفاوت معناداری نشان نداد. این یافته در مورد پزشکان خانواده و سایر پزشکان عمومی نیز به‌دست آمد. پزشکان مشغول به کار در مکان‌های مختلف طبابت به‌طور معناداری درآمد هدف متفاوتی داشتند. به‌طوری که پزشکانی که دو جا کار می‌کردند (هم مطب و هم جاهای دیگر)، به‌طور قابل‌توجهی درآمد بیش‌تری داشتند. پس از آن پزشکان مطب‌دار (افرادی که فقط در مطب کار می‌کردند) و در نهایت پزشکانی قرار دارند که در جاهایی غیر از مطب (درمانگاه، بیمارستان، سازمان دولتی) کار می‌کردند.

از نظر نوع طبابت نیز اختلاف‌ها کاملاً معنادار بود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

پزشکانی که طبابت همزمان در بخش خصوصی و عمومی داشتند، بیش‌ترین درآمد هدف، در رتبه بعدی پزشکانی که فقط کار خصوصی می‌کنند و پس از آن پزشکانی که فقط کار عمومی می‌کنند قرار داشتند. فاصله درآمد مورد انتظار پزشکان با طبابت همزمان و پزشکان مستخدم دولت بیش از پنج میلیون تومان بود. یافته‌ها همچنین نشان داد، پزشکان عمومی در پنجک‌های بالای درآمدی درآمد هدف بالاتری نیز داشتند. به بیان دیگر رابطه مثبت بین درآمد واقعی و درآمد موردانتظار پزشکان دیده شد. همچنین یافته‌ها بیانگر این است که پزشکان در پنجک‌های بالاتر درآمدی، نسبت درآمد واقعی به درآمد هدف بالاتری داشتند. همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است، در پنجک اول درآمدی تقریباً ۲۵٪ درآمد مورد انتظار افراد محقق شده است. در حالی که در پنجک پنجم، اگرچه درآمد مورد انتظار بسیار بیش‌تر است (۲۲۶۸۰۴۱۷ تومان)، پزشکان عمومی به بیش ار ۸۰٪ درآمد موردانتظارشان در عمل دست یافته‌اند. در جدول ۴ پزشکان عمومی مورد بررسی بر اساس درآمد مورد انتظارشان در پنج گروه (پنجک) تقسیم‌بندی شده‌اند.

جدول ۴- پنجک‌بندی پزشکان عمومی مورد بررسی بر اساس درآمد مورد انتظار/ هدف ماهانه

پنجک	تعداد افراد موجود	درصد افراد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اول	۱۹۸	۳۰/۵۶	۶۳۳۵۳۵۴	۱۵۸۷۵۲۷	۲۰۰۰۰۰۰	۷۴۵۰۰۰۰
دوم	۸۵	۱۳/۱۲	۹۶۷۰۵۸۸	۷۳۰۱۰۴/۹	۷۵۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰۰
سوم	۱۰۶	۱۶/۳۶	۱۲۴۰۰۰۰۰	۲۲۷۶۹۲	۱۱۰۰۰۰۰۰	۱۲۵۰۰۰۰۰
چهارم	۱۵۷	۲۴/۲۳	۱۷۶۰۰۰۰۰	۱۹۷۵۰۱۵	۱۳۵۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰۰۰
پنجم	۱۰۲	۱۵/۷۴	۳۲۴۰۰۰۰۰	۱۳۳۰۰۰۰۰	۲۲۵۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰۰۰

بحث

دانستن میزان درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی به‌عنوان خط اول ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت و افرادی که می‌توانند جریان منابع در بخش سلامت را تغییر دهند، کمک شایانی به سیاست‌گذاری در حیطه مراقبت اولیه سلامت و همچنین استفاده بهینه از منابع نظام سلامت خواهد کرد. بر همین اساس در مطالعه حاضر، درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی به‌صورت توصیفی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

میزان برآورد شده درآمد هدف پزشکان عمومی در این پژوهش نزدیک به ۱۷۵ میلیون تومان در سال (۱۴۶۱۳۱۳۸ تومان ماهانه) بوده است. این عدد تقریباً معادل ۵۸۴۰۰ دلار می‌شود (با لحاظ کردن قیمت هر دلار معادل ۲۹۹۶ تومان در سال ۱۳۹۴). در تنها مطالعه مشابهی که در این زمینه انجام شده است، درآمد هدف پزشکان عمومی در آمریکا بین ۷۳۳۰۰ و ۸۷۱۰۰ دلار در سال گزارش شده است. جهت مقایسه متغیر درآمد مورد انتظار، نسبت درآمد هدف پزشکان به درآمد سرانه محاسبه شد. بر همین اساس، درآمد مورد انتظار (سالانه) پزشکان عمومی در مطالعه حاضر ۱۰/۷ برابر درآمد سرانه ایران در سال ۱۳۹۴ بود. رقم مشابه برای پزشکان عمومی امریکا بین ۳/۸ تا ۴/۵ بود (۸، ۲۰). برای مقایسه منطقی‌تر، نسبت درآمد هدف ماهانه پزشکان عمومی به حداقل دستمزد (در هر ماه) در هر کشور محاسبه و مقایسه شد. این مقایسه نشان داد، درآمد مورد انتظار ماهانه پزشکان عمومی در ایران تقریبا ۲۰ برابر حداقل دستمزد ماهانه (۷۱۲۴۲۵) درسال ۱۳۹۴ بود. در حالی که این رقم برای پزشکان عمومی آمریکا تقریبا ۱۱ برابر حداقل دستمزد آمریکا در سال مطالعه بود. هر دو مقایسه نشان می‌دهد توقعات مالی پزشکان عمومی در مطالعه حاضر (نسبت به توان اقتصادی کشور) بیش از توقعات مالی پزشکان عمومی در آمریکا است (بر اساس تنها مطالعه موجود). باید توجه داشت، اگرچه سعی شد با تعدیل کردن میزان درآمد هدف بر اساس درآمد سرانه و حداقل دستمزد، مقایسه‌ای منطقی انجام شود ولی این قیاس باید با احتیاط تفسیر شود زیرا عوامل اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی زیادی بر متغیرهای درآمدی و دستمزدی در کشورهای مختلف اثرگذار هستند.

علاوه بر بحث و مقایسه‌های انجام شده در مورد درآمد هدف و تلاش پژوهشگر برای قابل قیاس کردن این متغیرها با مطالعات دیگر، یک مقایسه دیگر نسبت درآمد واقعی به درآمد هدف می‌باشد. به بیان دیگر درصدی از درآمد هدف که توسط پزشکان در عمل محقق شده است چقدر است؟ در مطالعه ریتزو و بلومنتال (۱۹۹۴) این رقم بین ۸۴ تا ۸۷ درصد برای پزشکان مستخدم و خویش‌فرما متفاوت بود. این در حالی است که این نسبت در مطالعه حاضر تقریباً برابر با ۵۰٪ بود. این یافته و مقایسه نشان می‌دهد که درآمد پزشکان عمومی در مطالعه حاضر با انتظارات مالی آن ها فاصله دارد و این خود نشان‌دهنده بالا بودن توقعات مالی و یا پایین بودن درآمد آنان دارد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

جدای از سطح درآمد هدف، پراکندگی آن نیز باید مورد بررسی قرار گیرد. مطالعه حاضر نشان داد، نابرابری قابل‌توجهی در انتظارات مالی پزشکان عمومی وجود دارد؛ به‌نحوی که گستره آن از ۲ میلیون تومان تا ۱۰۰ میلیون تومان بود. از اطلاعات مربوط به پنجک‌های درآمد هدف نیز این یافته قابل تشخیص است. به‌طوری که در پنجک اول تقریباً ۳۰٪ پزشکان به‌طور متوسط توقعات مالی نزدیک به ۶ میلیون تومان داشتند، در حالی که این رقم برای پزشکان در پنجک پنجم حدود ۳۲ میلیون تومان بود. همه این یافته‌ها نشان‌دهنده نابرابری قابل‌توجه در انتظارات مالی پزشکان عمومی دارد. در مجموعه مطالعات ریتزو و همکارنش نیز نابرابری در درآمد هدف پزشکان دیده می‌شود، اما نابرابری کم‌تر از مطالعه حاضر بود (۸, ۱۰, ۱۵). به‌نظر می‌رسد همین نابرابری در توقعات مالی پزشکان یکی از محرک‌های اساسی در ارایه فرضیه درآمد هدف پزشکان باشد. به بیان دیگر عملکرد یا رفتار اقتصادی پزشکان متفاوت است زیرا توقعات مالی آنان متفاوت می‌باشد. در مطالعه سامسون[8] به این نکته به شکل ظریفی اشاره شده است. در آن مطالعه به این نتیجه رسید که درصد قابل‌توجهی از پزشکان عمومی که درآمد پایینی دارند، خود انتخاب می‌کنند که کم‌تر کار کنند یا اوقات فراغت بیش‌تری داشته باشند (۱۷). بنابراین اگرچه این نابرابری باید موردتوجه سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد، اما بخشی از این نابرابری خودخواسته و مربوط به توقعات متفاوت پزشکان می‌باشد.

علاوه بر مباحث مطرح شده در مورد یافته‌های پنجک‌بندی پزشکان عمومی بر اساس درآمد مورد انتظار آنان، این نتایج یک کاربرد سیاستی بسیار ظریف دارد. بیش از ۶۰٪ پزشکان عمومی مورد بررسی توقعات مالی‌شان کم‌تر از ۱۲۵۰۰۰۰۰ تومان بود، تقریباً ۴۰٪ آنان انتظارات مالی کم‌تر از ۱۰ میلیون تومان داشتند و بیش از ۳۰٪ پزشکان عمومی مورد بررسی توقعات مالی کم‌تر از ۷/۵ میلیون تومان داشتند. این یافته‌ها نشان می‌دهد اگرچه متوسط انتظارات مالی نسبتاً بالاست (در قیاس با تنها مطالعه موجود)، اما درصد قابل‌توجهی از پزشکان عمومی توقعات مالی پایین و منطقی دارند. این یافته همچنین نشان می‌دهد، با مبلغ سرانه‌های موجود پرداختی به پزشکان عمومی در برنامه پزشک خانواده بسیاری از پزشکان عمومی حاضرند با رضایت کامل در این برنامه مشارکت کنند و این نکته در گسترش برنامه پزشک خانواده بسیار اهمیت دارد.

علاوه بر متوسط کلی درآمد مورد انتظار پزشکان عمومی، میانگین آن بر اساس سایر متغیرها نیز اطلاعات مفیدی می‌باشد. پزشکان عمومی مرد درآمد هدف بالاتری از پزشکان زن داشتند، این تفاوت قابل‌توجه و به مقدار بیش از ۴ میلیون تومان بود. در مطالعه ریتزو و زکهاوسر[9] (۲۰۰۷) نیز این تفاوت قابل‌توجه است (۱۰). متأهلین حدود ۲ میلیون تومان درآمد مورد انتظار بیش‌تری از مجردان داشتند. به‌نظر می‌رسد این تفاوت در انتظارات مالی پزشکان به تفاوت در ترجیحات و مسئولیت مالی آنان در اداره منزل بر می‌گردد (۱۶, ۲۱).

در مطالعه حاضر مانند مطالعه ریتزو و بلومنتال[10] (۸) پزشکان با سابقه طبابت بالاتر توقعات مالی بیش‌تری داشتند؛ اما با افزایش سابقه طبابت تا یک سطح مشخص، توقعاتشان کاهش می‌یابد. از نظر شهریت محل طبابت، درآمد هدف پزشکان تفاوت چندانی نداشت. یعنی پزشکانی که در کلان‌شهرها طبابت می‌کنند و آن‌هایی که در شهرهای کوچک، توقعات مالی چندان متفاوتی نداشتند. پزشکان با طبابت هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی توقعات بالاتری داشتند. شاید بتوان اینگونه نیز تفسیر کرد که این پزشکان به‌دلیل توقعات مالی بالاتر تصمیم به اشتغال هم‌زمان گرفته‌اند تا بتوانند به درآمد هدف خود دست یابند.

یافته‌ها بیانگر این بود که انتظارات مالی پزشکان عمومی مورد بررسی در پنجک‌های درآمدی بالاتر، بیش‌تر بود. ریتزو نیز نشان داد یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی درآمد هدف پزشکان، درآمد واقعی آنان است (۸). این شواهد نشان می‌دهد اگر در سیاست‌گذاری‌ها برای تغییر رفتار پزشکان و یا پاسخگویی به توقعات مالی پزشکان تنها بر ابزارهای مالی توجه شود، در بلندمدت تأثیر آن‌ها بر رفتار و انگیزش آن‌ها بسیار کم می‌شود؛ زیرا آنان با دستیابی به درآمد مطلوب و مورد انتظار خود مجدداً توقعات مالی بالاتری خواهند داشت. به‌نظر می‌رسد جهت تحلیل مناسب‌تر درآمد هدف پزشکان، بررسی نحوه شکل‌گیری انتظارات مالی در آن‌ها باید موردتوجه قرار گیرد (۲۲). علاوه بر این بررسی انتظارات مالی پزشکان متخصص به‌ویژه جراحان می‌تواند در تحلیل رفتار اقتصادی آنان و تأثیر آن بر نظام سلامت کمک‌کننده باشد.

محدودیت اصلی پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری آن بود. همانگونه که ذکر شد با توجه به مشکلات مربوط به چارچوب نمونه‌گیری پژوهشگر مجبور شد از نمونه‌گیری آسان استفاده کند که قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. در هر حال این پژوهش نخستین مطالعه‌ای است که به بررسی درآمد هدف پزشکان در ایران پرداخته است و یافته‌های آن برای سیاست‌گذاری در حیطه پرداخت منطقی و عادلانه به پزشکان عمومی قابل کاربرد خواهد بود.

[8] Samson

[9] Rizzo & Zeckhauser

[10] Rizzo & Blumenthal

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

نتیجه‌گیری

اگرچه متوسط انتظارات مالی پزشکان عمومی نسبت به توان اقتصادی کشور نسبتاً بالاست، اما نابرابری بسیار زیادی بین توقعات مالی پزشکان عمومی مختلف وجود دارد و درصد قابل‌توجهی از پزشکان عمومی توقعات مالی پایین و منطقی دارند. تلاش در جهت منطقی‌سازی انتظارات مالی پزشکان با توقعات بالا و حمایت از پزشکان با توقع مالی پایین در سیاست‌های مربوطه باید موردتوجه قرار گیرد. با توجه به این که سطح انتظارات مالی با افزایش درآمد افزایش می‌یابد، بنابراین تأکید صرف بر ابزارهای مالی در سیاست‌گذاری‌ها اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت نسبتاً مؤثر باشد، اما در بلندمدت تأثیر آن بسیار کم می‌شود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

بر اساس فرضیه درآمد هدف، انتظارات مالی پزشکان محرک و توضیح‌دهنده رفتار اقتصادی آنان است، اما در کشورهای در حال توسعه و کشور ما هیچ مطالعه‌ای برای بررسی این موضوع انجام نشده است. پژوهش حاضر اگرچه با محدودیت‌هایی مواجه بود، نخستین مطالعه‌ای است که در این حیطه در کشورهای در حال توسعه انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر اطلاعات ارزشمندی در اختیار سیاست‌گذاران سلامت در حیطه پرداخت مناسب و منطقی به پزشکان عمومی ارایه می‌دهد. به‌طور خاص یافته‌های مربوط به آمار توصیفی درآمد هدف پزشکان عمومی بر اساس ویژگی‌های مختلف دموگرافیک و طبابت، سطح کلی انتظارات پزشکان عمومی در کشور ما و نابرابری و ناهمگونی موجود در انتظارات آنان کمک شایانی به سیاست‌گذاری دقیق‌تر خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از پایان‌نامه دکتری تخصصی (PhD) اقتصاد سلامت توسط نویسنده اول (محسن بیاتی) در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران استخراج شده است؛ بدین‌وسیله از حمایت‌های مادی و معنوی آن دانشگاه تشکر می‌گردد. همچنین از هیأت مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران به‌خاطر حمایت‌های ایشان در روند جمع‌آوری داده‌ها صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

References

1- Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care. New Jersey.: Pearson Prentice Hall Upper Saddle River; 2007.
2- Feldstein MS. The rising price of physicians services. Rev Econ Stat. 1970;52(2):121-33.
3- McGuire TG. Physician agency. In: McGuire TG, Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics. New York: Elsevier; 2000. p. 461-536.
4- Newhouse JP. A model of physician pricing. South Econ J. 1970;37(2):174-83.
5- Evans RG. Supplier induced demand, some empirical evidence and implications. In: Perlman M, editor. The economics of health and medical care. UK: Palgrave Macmillan; 1974. p. 162-73.
6- Sweeney GH. The market for physicians services, theoretical implications and an empirical test of the target income hypothesis. South Econ J. 1982;48(3):594-613.
7- Rice TH. The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand. Medical care. 1983;21(8):803-15.
8- Rizzo JA, Blumenthal D. Physician income targets: new evidence on an old controversy. Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing. 1994;31(4):394-404.
9- Preker AS, Liu X, Velenyi EV. Public ends, private means, strategic purchasing of health service. Washington, D.C.: World Bank Publications.; 2007.
10- Rizzo JA, Zeckhauser RJ. Reference incomes, loss aversion, and physician behavior. Rev Econ Stat. 2003;85(4):909-22.
11- Chen MS, Lee CB. Between professional dignity and economic interests--evidence based on a survey of Taiwan's primary care physicians. The International journal of health planning and management. 2013;28(2):153-71.
12- Contandriopoulos D, Perroux M. Fee increases and target income hypothesis: data from Quebec on physicians compensation and service volumes. Healthcare policy = Politiques de sante. 2013;9(2):30-5.
13- Kantarevic J, Kralj B, Weinkauf D. Income effects and physician labour supply, evidence from the threshold system in Ontario. Can J Econ. 2008;41(4):1262-84.
14- Kiker BF, Zeh M. Relative income expectations, expected malpractice premium costs, and other determinants of physician specialty choice. Journal of health and social behavior. 1998;39(2):152-67.
15- Rizzo JA, Blumenthal JA. Is the target income hypothesis an economic heresy? Medical care research and review : MCRR. 1996;53(3):243-66.
16- Rizzo JA, Zeckhauser RJ. Pushing incomes to reference points, why do male doctors earn more? J Econ Behav Organ. 2007;63(3):514-36.
17- Samson AL. Low income self employed GPs, a preference for leisure? UK, Department of Economics, University of York.: HEDG. University of York; 2010.
18- Davari M. Economc challenges of Irans health system. . health inf manag. 2012;8(7):915-7.
19- Haghdoost AA, Kamyabi A, Ashrafi asgarabad A, Sadeghirad B, Shafian H, Ghasemi SH. Geographical distribution of medical workforce in iran and assessment of inequalities among provinces. J Med Council Islam Repub Iran. 2010;28(4):411-60.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

20- Indicators. WD. World development indicators, GDP per capita, world bank national accounts data, and OECD national accounts data files. Washington DC. USA.: The World Bank Group; 2016 [cited 2016 Jun 10]. Available from: http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD.
21- Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. Social science & medicine. 2003;57(7):1327-41.
22- Bayati M, Rashidian A, Akbari Sari A, Emamgholipour S. General practitioners views on key factors affecting their desired income, a principal component analysis approach. Med J Islam Repub of Iran. 2017;31(1):236-40.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

Target Income of Iranian General Practitioners: A Descriptive Helpful Study for Policies Related to Rational and Equitable Payment

Mohsen Bayati (PhD) [1], Arash Rashidian (MD, PhD) [2]*, Ali Akbari Sari (MD, PhD) [2], Sara Emamgholipour (PhD) [2]

[1] Health Human Resources Research Center, School of Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[2] Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: General practitioners (GPs), as a main provider of primary health care, play a pivotal role in resource flows and responsiveness of healthcare systems. In this regard, a main issue in health policy making is how much money is considered desired by GPs (target income). Therefore, the current study was performed to analyze the GPs' target income in Iran.

Methods: This is a cross sectional and descriptive study. The questionnaire was designed based on the literature review and expert opinion. The data were gathered by a survey on 666 GPs using convenience sampling in 2015. Descriptive statistics, t-test, as well as ANOVA were used for statistical analysis. The analysis was performed using STATA 12.

Results: The mean of monthly target income and actual income of studied GPs were 14613138 (SD = 10323692) and 6555573 (SD = 5299751) TOMAN, respectively. In average, the GPs reached to approximately 50% of their financial expectations. The GPs' target income was almost 10 times Iran's income per capita. There was a significant difference ($P < 0.05$) in GPs' target income among gender, age groups, marital status, practice experience, practice setting, practice type, and income quintiles.

Conclusions: While the average of GPs' financial expectations with regard to the Iran economic capacity is high, there are large inequalities in financial expectations between GPs, so that the large percent of the GPs have low and reasonable financial expectations.

Keywords: Health Economics; General Practitioner; Target Income; Financial Expectations; Health Human Resources

Please cite this article as follows:

Bayati M, Rashidian A, Akbari Sari A, Emamgholipour S. Target Income of Iranian General Practitioners: A Descriptive Helpful Study for Policies Related to Rational and Equitable Payment. Hakim Health Sys Res 2017; 20(2): 122- 130.

***Corresponding Author:** Department of Health Management and Economics, 4th Floor, New Building, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poursina Avenue, Tehran, P. O. Box: 1417613191, Iran. Tel: +98-2188989129, E-mail: arash.rashidian@gmail.com, arashidian@tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]