

چالش‌های موجود در تعرفه‌های خدمات پزشکی نظام سلامت از دیدگاه مدیران سازمان‌های بیمه؛ مطالعه کیفی

محمود کیوان آرا^۱، علیرضا جباری^۲، فاطمه رهی^{۳*}، مینا عزیز زاده^۲

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۲- گروه مدیریت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه * نویسنده مسؤل: اصفهان، خیابان جی غربی، کوچه شهید قریبی، کوچه شکوفه، پلاک ۱۵، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت. تلفن: ۰۹۱۳۴۱۲۶۶۸۷
پست الکترونیک: Fa.ra69@yahoo.com

دریافت: ۹۴/۸/۱۲ پذیرش: ۹۴/۱۲/۵

چکیده

مقدمه: تعرفه‌گذاری یکی از مهم‌ترین ابزارهای سیاست‌گذاران نظام درمانی هر کشور، برای اعمال تولیت است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات سلامت تأثیرگذار بوده، و با آن می‌توان بر میزان دسترسی و استفاده از خدمات تأثیر گذاشت. تغییر تعرفه‌های پزشکی از سویی درآمد آرایه‌کنندگان خدمات پزشکی و بیمارستانی، و از سویی دیگر هزینه تأمین‌کنندگان منابع مالی خدمات مراقبت پزشکی و بیمارستانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر به بررسی مفهوم تعرفه واقعی از دیدگاه مدیران سازمان‌های بیمه می‌پردازد.

روش کار: این مطالعه کیفی از طریق مصاحبه عمیق با ۱۹ نفر از مدیران سازمان‌های بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح که در زمینه تعرفه‌ها مطلع، و یا فعالیت شغلی آنان به این حوزه مرتبط بوده است؛ انجام گردید. مصاحبه‌ها ضبط، و به منظور تحلیل مصاحبه‌ها، از روش تحلیل موضوعی استفاده شد.

یافته‌ها: مدیران سازمان‌های بیمه چالش‌های موجود در تعرفه‌ها را در چهار موضوع روش‌ها، ساختار و اصول تعرفه‌گذاری؛ ابعاد اقتصادی؛ نارضایتی گروه‌های درگیر در تعرفه‌ها؛ و چالش‌های اجرایی- نظارتی بیان نمودند.

نتیجه‌گیری: برای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری، باید مشکلات با نگاهی به چالش‌های موجود در تعرفه‌های فعلی، شناسایی شوند؛ و علاوه بر تعیین تعرفه‌ها بر اساس اصول علمی و منطقی، بر اجرایی شدن آن‌ها نیز نظارت گردد.

کلواژگان: تعرفه، تعرفه‌های پزشکی، مدیران، چالش‌ها

مقدمه

نظام اجتماعی و مخصوصاً نظام بهداشتی است، به مخاطره انداخته است (۲). بررسی انجام شده در هزینه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی در فاصله سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ این موضوع را تأیید می‌کند. بر مبنای این بررسی در طی ۱۰ سال گذشته همواره بی‌عدالتی در توزیع هزینه‌های بهداشتی و درمانی وجود داشته است، و در بخش هزینه‌های اجتماعی درمانی این بی‌عدالتی در جمعیت روستایی بیش از شهری بوده است (۳).

رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت تبدیل شده است (۱)، افزایش هزینه‌های خدمات پزشکی ناشی از توسعه و تکامل تکنولوژی از یک سو، و افزایش سطح آگاهی و انتظارات بهداشتی افراد از سوی دیگر، مشکلاتی را در زمینه تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی- درمانی برای افراد جامعه به وجود آورده است به طوری که مسأله مشارکت مالی عادلانه را که به عنوان یکی از چالش‌های معمول در هر

حق‌العمل‌های جداگانه‌ای خارج از تعرفه مصوب دریافت نکنند و بیمه‌شدگان به ویژه اقشار آسیب‌پذیر و کم درآمد از دسترسی به خدمات محروم نگردند (۷).

در سازمان‌های بیمه‌گر به استثنای سازمان تأمین اجتماعی میزان تعرفه خدمات درمانی نقش مهمی در تعیین حق سرانه ایفا می‌نماید. اما در سازمان تأمین اجتماعی که نحوه تأمین منابع بخش درمان بر اساس ضریبی از درآمد سازمان تعیین می‌گردد، این رابطه به طور مستقیم وجود ندارد. با این حال هر گونه تغییر در تعرفه‌های خدمات درمانی تأثیر قابل توجهی در هزینه‌های بخش درمان اعم از مستقیم و غیر مستقیم خواهد داشت و نهایتاً منابع مالی سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر سازمان‌های بیمه‌گر سالانه صدها میلیارد ریال بابت خدمات درمانی ارائه شده به بیمه‌شدگان خود، به بیمارستان‌های طرف قرارداد و یا مستقیماً به افراد بیمه شده می‌پردازند اما در زمینه چگونگی پرداخت این مبلغ، رضایتی وجود ندارد. از طرفی بیمارستان‌ها مدعی هستند که تعرفه خدمات درمانی غیر واقعی، و نحوه قیمت‌گذاری خدمات بیمارستانی غیر عادلانه است؛ و علاوه بر آن پرداخت بهای خدمات ارائه شده به بیمه‌شدگان طرف قرار داد با تأخیر فراوان است که در نتیجه آن بیمارستان‌ها متحمل خسارت فراوانی می‌شوند. سازمان‌های بیمه‌گر نیز قادر به پرداخت مطالبات سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات به صورت منظم، سریع و مستمر نبوده که عامل اصلی آن را پرداخت حق سرانه‌ی پایین بیمه درمان می‌دانند، و از طرفی بیمه‌گذاران نیز از غیر واقعی بودن و افزایش هزینه درمان با توجه به سطح حقوق و دستمزد سخن می‌گویند (۸ و ۹).

عزیززاده در پایان‌نامه‌ی خود با عنوان ادراک مدیران سلامت از مفهوم تعرفه‌ی واقعی خدمات پزشکی در شهرهای تهران، اصفهان و تبریز به مورد غفلت قرار گرفتن بعد فنی و فقدان کارشناسی دقیق، و همچنین عدم توجه به تفاوت‌های جغرافیایی و بعد مالکیت ارائه خدمت در تعیین تعرفه‌ها اشاره نموده است. و این نتایج پژوهش نشان داد که تعرفه‌های نادرست فعلی چالش جدی در نظام سلامت ایجاد کرده‌اند که از مهم‌ترین آثار آن‌ها تحمیل هزینه‌های هنگفت به سیستم سلامت کشور، آسیب به بیماران و خانواده‌ها از نظر مالی و جانی، ضرر بیمه‌ها و نارضایتی کلیه ذینفعان نظام سلامت می‌باشد (۱۰).

دشمن‌گیر و همکاران در پژوهشی با عنوان چالش‌ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران دریافتند؛ که چالش‌های موجود در بحث تعرفه‌گذاری در محورهای قدرت تولیتی، سیاست‌گذاری و نظارتی در بخش تعرفه‌گذاری کشور، ساختار تعرفه‌گذاری کشور، روش‌ها و اصول

شاید مهم‌ترین چالش موجود در بخش تدارک خدمات سلامت، موضوع تعرفه‌ها باشد. گروهی بر این عقیده‌اند که تعرفه‌ها واقعی هستند، و گروهی تعرفه‌ها را غیر واقعی می‌دانند. نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، و سازمان نظام پزشکی در تعیین تعرفه‌ها از نظر قانون مشخص است؛ اما در اجرا با مشکلات جدی مواجه است. یکی از مهم‌ترین مشکلات موجود در این بخش این است که نقش سازمان‌های بیمه‌ای، نظام پزشکی و سایر دستگاه‌های دولتی، به جای رقابت در کیفیت خدمات به رقابت در قیمت خدمات تبدیل شده است. رویکردی که منجر به افزایش سالیانه تعرفه‌ها شده است (۴).

هدف اصلی تعیین تعرفه یا قیمت خدمت ارائه شده، دستیابی به هدف یا پیامد مطلوبی است که برای آن خدمت تعیین شده است. به همین جهت تعرفه‌گذاری یکی از ابزارهای مهم سیاست‌گذاری قلمداد می‌شود که دولت‌ها برای مداخله در بازار خدمات سلامت (سیاست‌گذاری و رفتارسازی در نظام سلامت) به کار می‌گیرند (۵). همان طور که دولت‌ها برای کنترل هزینه‌های صرف شده و پیشگیری از تورم تلاش می‌کنند، تمایل دارند که هزینه صرف شده در نظام سلامت را از طریق محدود ساختن تعرفه‌ها و محدود ساختن پرداخت به پزشکان و ارائه دهندگان خدمات، پایین نگه دارند. این گروه‌ها نیز به نوبه‌ی خود تلاش دارند تا از طریق تشکلهای غیردولتی وسیع و قوی که درون نظام سیاسی دارند، درآمدهای خود را بالا ببرند (۶).

در کشور ما نیز بحث تعرفه‌گذاری خدمات بالینی از حساسیت و اهمیت وافری برخوردار است، و همه ساله به خصوص در زمان تدوین و اعلام تعرفه‌ها میان وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و سایر سازمان‌های بخش سلامت این بخش‌ها برجسته‌تر می‌شوند. در بعضی مواقع اختلاف میان سازمان‌های تصمیم‌گیرنده در خصوص تعرفه، شرایط خاصی را ایجاد می‌کند. به عنوان مثال تعرفه‌ای تصویب می‌شود که پزشکان آن را رعایت نمی‌کنند و این موضوع همچنان ادامه دارد. بی‌تردید اگر خریداران خدمات پزشکی بهای واقعی خدمات را به فروشندگان آن (یعنی پزشکان و مؤسسات تشخیصی و درمانی) پرداخت نمایند، ارائه‌کنندگان این خدمات مشارکت و همکاری بیشتری با نظام بیمه‌ی درمانی و بیمه‌شوندگان خواهند نمود.

به نظر می‌رسد ایجاد تناسب بین تعرفه‌های خدمات درمانی با هزینه‌های واقعی آن‌ها، سبب خواهد شد تا مراکز تشخیصی درمانی (دولتی و خصوصی) به علت عدم تأمین هزینه‌های خود دچار مشکلات اقتصادی زیادی نگردند، مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی تعرفه‌های مصوب را رعایت نمایند، پزشکان مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

با مراجعه حضوری به آنان و ارائه توضیحات لازم در ارتباط با پژوهش و جلب همکاری آنان، زمان مناسب جهت انجام مصاحبه در محل کار آنان تعیین گردید. در جلسات مصاحبه، پژوهشگر پس از معرفی خویش و بیان اهداف و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات اقدام به انجام مصاحبه‌های فردی نمود. پس از انجام هر مصاحبه، در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از آن، گفتگوهای ضبط شده چند بار به طور دقیق گوش داده شد. پس از گوش دادن، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. سپس اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ تایپ و مجدداً با موارد ضبط شده مرور گردید. این عمل بدین منظور انجام می‌گرفت تا دقت اطلاعات پیاده شده افزایش یابد و پژوهشگر تسلط بیشتری بر روی اطلاعات مذکور پیدا کند. از این مرحله به بعد اطلاعات پیاده شده به عنوان منبع اطلاعات خام این پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به این منظور، از روش تحلیل موضوعی^۳ استفاده شد. در ابتدا هر مصاحبه بعد از پیاده شدن بر روی کاغذ، چندین مرتبه توسط محقق خوانده می‌شد و واحدهای معنایی مشخص می‌گردید، سپس کدهای مرتبط استخراج شده و بر اساس مشابهت‌ها در زیر طبقات قرار گرفتند.

در سنجش روایی و اعتبار مطالعات کیفی همانند مطالعات کمی به ارزیابی و اندازه‌گیری داده‌ها پرداخته نمی‌شود. در مطالعات کمی اعتبار و روایی ابزار یا ابزارهای اندازه‌گیری مدنظر است، اما در مطالعات کیفی معیارهایی مانند "موثق بودن اطلاعات"، "قابل اعتماد بودن" "قابل اطمینان بودن" و "قابل تثبیت بودن" داده‌ها مطرح است (۱۶).

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 توسط محقق انجام شد. سپس برای روایی داده‌ها نخستین مصاحبه‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور، از نظر درستی انجام کار، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند و پس از اصلاحات لازم محقق پژوهش را ادامه داد. برای بالا بردن قابلیت اطمینان، یافته‌ها پس از استخراج به برخی از مشارکت‌کنندگان 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.

تعرفه‌گذاری و نظام ثبت هزینه‌های بخش سلامت کشور و دیگر مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه‌گذاری می‌باشد (۷). جاکوبز نیز در پژوهش خود به تعرفه‌ها به عنوان رابط مالی بین پزشک و بیمار اشاره نموده است، و بیان نموده که این تعرفه‌ها به دلیل وجود مشکلات در بخش اقتصاد درمان دچار چالش‌های فراوانی گردیده است که در نهایت باعث بروز نارضایتی در بین پزشکان و حتی مراجعه‌کنندگان به این بخش شده است (۱۱).

در این میان نقش مدیران نیز حایز اهمیت می‌باشد، زیرا آنان هستند که باید بر اساس منابع موجود برای پرداخت تعرفه‌ها برنامه‌ریزی نمایند و بر رعایت تعرفه‌ها توسط سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات نظارت نمایند. با توجه به اهمیت مسایل یاد شده، این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های موجود در تعرفه‌های فعلی خدمات پزشکی در نظام سلامت از دیدگاه مدیران سازمان‌های بیمه به صورت کیفی انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر به روش کیفی انجام شد. جامعه پژوهش مدیران سازمان‌های بیمه شهر اصفهان (تأمین اجتماعی، بیمه سلامت و نیروهای مسلح) بودند، که در راستای هدف پژوهش اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق^۱ جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند^۲ انجام شد، و مدیرانی که در رده‌های مدیریتی مشغول به کار بوده (داشتن سابقه کار بیش از ۳ سال در رده‌های مدیریتی)، و در زمینه‌ی تعرفه‌ها مطلع و یا فعالیت شغلی آنان به این حوزه مرتبط بود مورد مصاحبه قرار گرفتند.

با توجه به ویژگی‌های تحقیق، حجم نمونه به اشباع اطلاعات بستگی دارد، زیرا که در تحقیقات کیفی برخلاف تحقیقات کمی که به تعیین حجم نمونه از طریق محاسبات آماری اهمیت داده می‌شود، تکرار اطلاعات قبلی کیفی و یا تکرار مضمون یا نکات برجسته، نشان دهنده‌ی کیفیت حجم نمونه است. در پژوهش حاضر نیز از این شیوه استفاده شد. در نهایت ۱۹ مصاحبه با مدیران سازمان‌های بیمه صورت گرفت. زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود و با رضایت شرکت‌کنندگان تمام گفتگوها ضبط و سپس مورد بازنویسی قرار گرفت.

در مصاحبه‌ها، از راهنمای مصاحبه و یادداشت در عرصه به همراه ضبط صوت استفاده گردید. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای مصاحبه‌ها صورت گرفت تا نظرات و دیدگاه‌های مدیران مشخص گردد. در مورد مصاحبه‌های انفرادی با مدیران،

¹ In-deep Interview

² Purposing sampling

³ Thematic Analysis

نتایج

در این مطالعه ۱۹ مصاحبه‌ی فردی انجام پذیرفت. یافته‌های پژوهش چالش‌ها و مشکلات موجود در تعرفه‌ی فعلی را با ۴ موضوع و ۱۴ زیر موضوع شناسایی کرد (جدول ۱) که شامل؛ ۱- چالش‌های ساختاری (زیرموضوعات: عدم وجود عدالت در تعرفه‌ها در مقایسه با یکدیگر، متفاوت بودن تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی؛ ۲- چالش‌های اجتماعی، و سیاست‌گذاری و تعرفه‌گذاری توسط افراد نا آشنا و ناآگاه، عدم بازبینی و تعریف خدمات بر اساس پیشرفت علم و فن‌آوری)؛ ۳- چالش‌های اقتصادی (زیرموضوعات: فاصله‌ی

درآمدی بین پزشکان و سایر کارکنان حرفه‌ای بخش سلامت، کم بودن اعتبار بیمه‌های پایه جهت پرداخت بر اساس تعرفه‌ها، بالا بودن پرداخت از جیب مردم، مشخص نبودن ارزش نسبی خدمات)؛ ۳- چالش رضایتمندی (نارضایتی گروه‌های درگیر در تعرفه)؛ و ۴- چالش اجرایی و نظارتی (زیرموضوعات: پایین آمدن کیفیت خدمات به دلیل پایین بودن تعرفه‌ها، عدم تمکین آرایه‌کنندگان خدمت از قیمت‌گذاری‌ها و تعرفه‌ها و دریافت مبالغ خارج از عرف، ایجاد تقاضای القایی، عدم وجود نظارت نظام‌مند بر اجرای تعرفه‌ها، و بی‌نظمی در اجرای تعرفه‌ها) می‌باشد.

جدول ۱- چالش‌های موجود در تعرفه‌ها از دیدگاه مدیران سازمان‌های بیمه

عنوان	موضوع	زیرموضوع
چالش‌های موجود در تعرفه فعلی	اقتصادی	- عدم وجود عدالت در تعرفه‌ها در مقایسه با یکدیگر - متفاوت بودن تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی - متناسب نبودن تعرفه براساس شرایط اقتصادی و اجتماعی، و سیاست‌گذاری و تعرفه‌گذاری توسط افراد نا آشنا و نا آگاه
		- عدم بازبینی و تعریف خدمات بر اساس پیشرفت علم و فن‌آوری - فاصله‌ی درآمدی بین پزشکان و سایر کارکنان حرفه‌ای بخش سلامت - کم بودن اعتبار بیمه‌های پایه جهت پرداخت بر اساس تعرفه‌ها - بالا بودن پرداخت از جیب مردم - مشخص نبودن ارزش نسبی خدمات
اجرائی و نظارتی	اجرائی و نظارتی	- نارضایتی گروه‌های درگیر در تعرفه - پایین آمدن کیفیت خدمات به دلیل پایین بودن تعرفه‌ها - عدم تمکین آرایه‌کنندگان خدمت از قیمت‌گذاری‌ها و تعرفه‌ها و دریافت مبالغ خارج از عرف - ایجاد تقاضای القایی - عدم وجود نظارت نظام‌مند بر اجرای تعرفه‌ها - بی‌نظمی در اجرای تعرفه‌ها

موضوع ۱: چالش‌های ساختاری

اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد که در تعرفه‌های فعلی از نظر ساختار و اصول تعرفه‌گذاری مشکلات متعددی وجود دارد.

الف. عدم وجود عدالت در تعرفه‌ها در مقایسه با یکدیگر: یکی از مشارکت‌کنندگان به "عدم عدالت تعرفه‌های دولتی در مقایسه با یکدیگر" اشاره می‌کند و بیان می‌کند که تعرفه‌هایی که هست به ویژه تعرفه‌های دولتی در مقایسه با یکدیگر عدالت ندارند، مثلاً تعرفه‌های چشم پزشکی بالا است. تعرفه‌ی عمل کاتاراکت که یک عمل جراحی ساده می‌باشد، در مقابل عمل جراحی آپاندکتومی بسیار بالا است و ضریب k کاتاراکت در برابر آپاندکتومی بالا است، و از طرفی مبلغی که به پزشک داده می‌شود بسیار کم می‌باشد (مصاحبه ۱).

یکی از مشارکت‌کنندگان به "افزایش بیش از حد برخی از تعرفه‌ها نسبت به سایر خدمات" اشاره می‌کند و بیان می‌کند که: یکی از مشکلاتی که در تعرفه‌های فعلی وجود دارد، بحث افزایش بیش از حد بعضی از تعرفه‌ها نسبت به خدمات جراحی، داخلی و... هم طراز خود در گروه‌های بیان شده

است (مصاحبه ۱۴). مشارکت‌کننده‌ای با اشاره "به چند برابر بودن تعرفه‌ی برخی خدمات نسبت به سایر خدمات" چنین بیان می‌کند که: "یکی از چالش‌های اصلی این است که برای آپاندکتومی آن قدر k در نظر می‌گیرند، ولی برای یک جراحی چشم ۴ یا ۵ برابر آن را دریافت می‌کنند. مثلاً آپاندکتومی $۱۰k$ است و برای چشم $۴۰k$ است، یا برای لاپاراتومی می‌بینند نسبت به رشته‌های دیگر پولی که دریافت می‌کنند نسبت به کارشان هم‌خوانی ندارد. مثلاً برای همان آپاندکتومی می‌بینند ارزش کارش یک چهارم کار چشم نیست، البته برابر با چشم هم نیست ولی نزدیک به آن است. در کتاب ارزش‌های نسبی خدمات اومدند و اختلاف بین رشته‌های مختلف را کم کردند و بر اساس حساسیت، ملاک در نظر گرفتند و کار و ارزش کار را در ارزش‌های مختلف نزدیک هم کردند (مصاحبه ۶).

ب. متفاوت بودن تعرفه در بخش دولتی و خصوصی: مشارکت‌کننده‌ی دیگری هم "متفاوت بودن تعرفه دولتی و خصوصی" را یکی از مشکلات موجود در تعرفه‌های فعلی می‌داند و می‌گوید: مشکلی که الان وجود دارد این است که

د) **عدم بازبینی و تعریف خدمات بر اساس پیشرفت علم و فن آوری:** مشارکت‌کننده‌ای به "عدم تعیین تعرفه برای خدمات نوین" به عنوان مشکلات تعرفه‌ی فعلی اشاره می‌کند و می‌گوید که: "یک سری خدمات نوینی آمده است که این‌ها یا تعرفه ندارند، و یا تعرفه درستی برای آن‌ها تعریف نشده است؛ که در تعهد سازمان بیمه‌گر نیست و بیمار باید از جیب خودش بدهد نه بیمه تکمیلی نه بیمه پایه پوشش می‌دهد. البته سرانه باید افزایش یابد و این خدمات باید الصاق شود و در پوشش بیمه قرار بگیرد." (مصاحبه ۶). مشارکت‌کننده‌ی دیگری به "عدم بازبینی تعرفه‌ها بر اساس پیشرفت فن آوری" اشاره می‌کند و می‌گوید که: خدمات پزشکی که تجهیزات بیشتری برای آن آمده است، کاری که قبلاً می‌برده و در بازار قبلاً تعرفه زیادی را به خود اختصاص می‌دادند، ولی الان دیگر این k برای آن مورد نیاز نیست. مثلاً عمل کاتاراکت که قبلاً عمل بسیار سنگینی بوده k آن ۲۸ بوده ولی الان با تجهیزاتی که آمده خیلی ساده‌تر شده است ولی دیگر الان به آن k نیازی ندارد، عمل‌های دیگر هم چنین می‌باشد. مثلاً خیلی سنگین بودند الان با تجهیزات جدید ساده‌تر شده‌اند دیگر به k قبلی نیاز ندارد. تکنولوژی خیلی مهم می‌باشد و با وجود تکنولوژی جدید کار جراح خیلی راحت‌تر می‌شود، بیمار هم باید بیهوشی کمتری بگیرد، و برای بیمار هم سودمندتر است و باید تعرفه‌ها تعدیل شوند" (مصاحبه ۷).

موضوع ۲. چالش‌های اقتصادی

اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد که تعرفه‌های فعلی از نظر اقتصادی دارای چالش و مشکل می‌باشند.

الف. **فاصله‌ی درآمدی بین پزشکان و سایر کارکنان حرفه‌ای بخش سلامت:** مشارکت‌کننده‌ای در سخنان خود به "فاصله‌ی درآمدی بین پزشکان و سایر کارکنان حرفه‌ای" به عنوان یکی از چالش‌های فعلی اشاره می‌کند و بیان می‌کند که: "اجرای تعرفه‌ها یک جراحی بزرگ است که باید در قسمت سلامت انجام شود و باید تمام جوانب کار و کلیه پرسنل پزشکی و پیراپزشکی که در سلامت درگیرند، دیده شود. فاصله درآمدی بسیاری بین پزشکان و سایر پرسنل پرستاری و پیراپزشکان وجود دارد و باعث دل‌سردی سایر پرسنل غیر پزشک می‌شود (مصاحبه ۷).

ب. **کم بودن اعتبار بیمه‌های پایه جهت پرداخت بر اساس تعرفه‌ها:** مشارکت‌کننده‌ای به "کم بودن بودجه و اعتبار مالی" به عنوان اولین چالش موجود در تعرفه‌ها اشاره می‌کند و چنین بیان می‌کند که: "اولین مشکل با تعرفه‌های فعلی بحث، و بعد مالی آن‌ها می‌باشد. برای تعرفه‌ها بودجه‌ی کم داریم. تاکنون

تعرفه‌ی دولتی و خصوصی متفاوت است و بخش دولتی هم جوابگوی مردم نمی‌باشد وامکانات و شرایطش کافی نیست. بیمه‌ها حق بیمه‌ای که دریافت می‌کنند در حد تعرفه‌های دولتی است و این تفاوت تعرفه‌ها بردوش مردم است و به مردم فشار می‌آید. بیمه‌ها باید براساس مصوبه‌ها تعرفه‌های هیات وزیران را پوشش دهند" (مصاحبه ۳). یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان به "متفاوت بودن تعرفه‌های نظام پزشکی و تعرفه‌های دولت" به عنوان جزیی از مشکلات و چالش‌های موجود در تعرفه‌ی فعلی اشاره می‌کند و بیان می‌کند که: "تعرفه‌های نظام پزشکی با تعرفه‌های دولت متفاوت است و دولت برای این که این تعرفه‌ها را هم تأثیر بدهد دو دسته تعرفه تعریف کرده است؛ تعرفه بخش دولتی و تعرفه بخش خصوصی ولی به نظر من تعرفه‌ها باید یکی باشد تا عدالت در سلامت پیاده‌سازی شود (مصاحبه ۴).

ج. **متناسب نبودن تعرفه بر اساس شرایط اقتصادی و اجتماعی، و سیاست‌گذاری و تعرفه‌گذاری توسط افراد نا آشنا و نا آگاه:** مشارکت‌کننده‌ای "واقعی ندیدن تعرفه‌ها را از ابتدا، و افزایش تعرفه‌های غیر واقعی به صورت سالانه بر اساس تورم" را چالش تعرفه‌های فعلی دانسته و این مشکل را این گونه بیان می‌کند: "از اول تعرفه‌های واقعی دیده نشده است، ما هم همان base اشتباه را گرفته‌ایم و هر سال براساس تورم افزایش داده‌ایم. یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر تعرفه تورم سالیانه است، البته ابتدا تعرفه براساس قیمت تمام شده‌ی خدمات و سایر مؤلفه‌ها محاسبه شود و سپس تورم را روی آن اثر داد. اگر ما بپذیریم که تعرفه‌ها واقعی نیست و ارایه دهنده‌ی خدمت متضرر می‌شود" (مصاحبه ۵). مشارکت‌کننده‌ای "تعیین تعرفه‌ها توسط افراد نا آشنا با سیستم تعرفه‌گذاری" را مشکل تعرفه‌ها می‌داند و بیان می‌کند که: "تعرفه‌های فعلی توسط افرادی تعیین می‌شود که با سیستم تعرفه‌گذاری آشنا نمی‌باشند" (مصاحبه ۹).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری به "بالا بودن تعرفه‌ها و متناسب نبودن آن با وضعیت اقتصادی مردم و اثرات سوء آن" اشاره کرد و بیان نمود که: "تا وقتی تعرفه‌ها بالا باشد مردم به سلامتی خود اهمیت نمی‌دهند و سلامتی را جزو سبب کالای خود و خانواده خود قرار نمی‌دهند. فرد به خود درمانی و روش‌های دیگر به دلیل هزینه‌ها روی می‌آورد. مثلاً خیلی عمل‌های الکتیو را فرد باید برود و انجام دهد ولی انجام نمی‌دهد. مثلاً یک عمل فتق را باید انجام بدهد، نمی‌رود انجام بدهد. آن قدر نمی‌رود که اورژانسی می‌شود و شرایط حادی را برای وی به وجود می‌آورد، سایر عمل‌ها هم همین گونه می‌باشد" (مصاحبه ۷).

یعنی ارزش یک خدمت بیش از تعرفه‌ای است که مشخص می‌گردد" (مصاحبه ۱۸).

موضوع سوم. چالش رضایت‌مندی

اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد که در تعرفه‌های فعلی از نظر بعد رضایت‌مندی دارای چالش و مشکل می‌باشند. یکی از مشارکت‌کنندگان به "نارضایتی بیمه‌شدگان" به عنوان بزرگ‌ترین چالش در تعرفه‌های فعلی اشاره می‌کند و بیان می‌کند که: "بزرگ‌ترین چالش و مشکل تعرفه‌های فعلی برای سازمان‌های بیمه‌گر و بیمار، افزایش بیش از حد تعرفه‌ها می‌باشد. تعرفه به نحوی بالا رفته که از انتظار مراکز ارایه دهنده خدمت بالا رفته است و خودشان هم غافلگیر شده‌اند و درآمدزایی آن‌ها بیشتر شده است و حتی خدمات پاراکلینیک چند برابر شده است: مثلاً فیزیوتراپی که قبلاً جلسه‌ای ۴۰۰۰ تومان می‌گرفتند ولی الان جلسه‌ای ۲۵۰۰۰ تومان می‌گیرند" (مصاحبه ۵). مشارکت‌کننده دیگری "عدم رضایت ارایه‌دهندگان خدمت" را یکی از چالش‌های تعرفه‌های فعلی دانسته و اشاره می‌کند که: "مراکز و ارایه دهنندگان خدمت از تعرفه‌های فعلی راضی نیستند و آن‌ها را واقعی ندانسته و کم می‌دانند" (مصاحبه ۱۶).

موضوع چهارم. چالش‌های اجرایی و نظارتی

اظهارات مدیران سازمان‌های بیمه نشان داد که تعرفه‌های فعلی دارای چالش‌های اجرایی و نظارتی می‌باشند.

الف. پایین آمدن کیفیت خدمات به دلیل پایین بودن تعرفه‌ها: مشارکت‌کننده‌ای به "پایین آمدن کیفیت خدمات در اثر پایین بودن تعرفه‌ها" اشاره می‌کند و اظهار می‌کند که: "وقتی به پزشک تعرفه واقعی پرداخت نشود به جای دیدن ۱۰ بیمار در هر ساعت ۱۰۰ بیمار را ویزیت می‌کند و وقتی را که باید به هر بیمار اختصاص بدهد نمی‌دهد و کیفیت خدمات پایین می‌آید" (مصاحبه ۱۰).

ب. عدم تمکین ارایه‌کنندگان خدمت از قیمت‌گذاری‌ها و تعرفه‌ها، و دریافت مبالغ خارج از عرف: مشارکت‌کننده‌ای به "دریافت زیرمیزی" به عنوان یکی از چالش‌های تعرفه‌های فعلی و پی‌آمدهای تعرفه‌ی غیرواقعی اشاره می‌کند، و بیان می‌کند: "بحث زیرمیزی به وجود آمد چون اختلاف سلیقه وجود دارد بین تعرفه‌ای که پزشکان قبول دارند، و مقداری که سازمان‌های بیمه می‌پردازند و این خود نشان دهنده این است که تعرفه‌ها غیرواقعی است و تعرفه‌ای که هیأت وزیران می‌بیند کم است و پزشکان به مردم می‌گویند که بیمه‌ها تمام هزینه‌ها را نمی‌دهند" (مصاحبه ۲). یکی از مدیران به "عدم افزایش تعرفه‌ها بر اساس تورم سالانه" اشاره و از آن به عنوان دلیلی

همه تلاش‌ها صورت گرفته است تا به بهترین نحوه بودجه را هزینه کنیم، و بهینه هزینه کنیم، یعنی ببینیم کجا داره هزینه‌های اضافه انجام می‌شود و کجا باید هزینه انجام شود. مثلاً خیلی از خدمات تخصصی و فوق تخصصی ممکن است که مورد نیاز نباشد، خودمان کارشناسی کنیم و جایی که هدر رفت دارد را کم کنیم و در جایی که به هزینه زیادی تری نیاز دارد در آنجا هزینه کنیم (مصاحبه ۲).

مشارکت‌کننده‌ای "عدم وجود بودجه و اعتبار لازم برای پرداخت تعرفه‌های فعلی" را از مشکلات تعرفه‌ها می‌داند و می‌گوید: یکی از مشکلاتی که در تعرفه‌های فعلی وجود دارد این است که بودجه و اعتبار لازم برای پرداخت تعرفه‌های فعلی وجود ندارد (مصاحبه ۹). یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان "فراهم نشدن بودجه مالی از سوی دولت" را از مشکلات تعرفه می‌داند و بیان می‌کند که: فراهم نشدن بودجه مالی از سوی دولت جهت جبران هزینه‌ها یکی از مشکلات تعرفه‌های فعلی است (مصاحبه ۱۶). مشارکت‌کننده دیگری "عدم تناسب حق بیمه‌های کسر شده با خدمات و تعرفه‌ها" را به عنوان یکی از مشکلات تعرفه‌های فعلی می‌داند و بیان می‌کند که: الان و در تعرفه‌های فعلی میزان حق بیمه کسر شده متناسب با خدمات و تعرفه‌های آن نمی‌باشد و به خاطر همین بیمه نمی‌تواند خوب پوشش بدهد. و پرداخت از جیب مردم زیاد است (مصاحبه ۱۷).

ج. بالا بودن پرداخت از جیب مردم: مشارکت‌کننده‌ای به "بالا بودن پرداخت از جیب مردم" در تعرفه‌های فعلی اشاره می‌کند و بیان می‌کند که: پرداخت از جیب مردم بسیار بالا است و فشار روی مردم خیلی زیاد است و این مشکل هم قابل حل نمی‌باشد مگر این که ما تعرفه‌ها را واقعی کنیم و در برنامه‌های پنجم توسعه و برنامه‌های دولت کاهش پرداخت از جیب مردم آمده است (مصاحبه ۳). مشارکت‌کننده دیگری به بالا بودن "پرداخت از جیب مردم در مقایسه با کشورهای پیشرفته" اشاره می‌کند و بیان می‌کند که: "پرداخت از جیب در کشورهای پیشرفته مثل اتحادیه‌ی اروپا، استرالیا و کانادا ۱۲ تا ۱۵٪ می‌باشد، ولی الان تو کشور ما پرداخت از جیب ۶۰٪ است؛ چون بعضی موارد مثل کاشت مو بدون تعرفه بوده است. ما باید علاوه بر طرح تحول نظام سلامت روی تعرفه‌ها هم کار کنیم تا حداقل پرداخت از جیب به ۳۰٪ برسد" (مصاحبه ۱۰).

د. مشخص نبودن ارزش نسبی خدمات: مشارکت‌کننده‌ای به "هم‌خوانی نداشتن تعرفه‌ها با خدمات" اشاره می‌کند و بیان می‌کند که: "تعرفه‌های موجود با ارایه‌ی خدمت هم‌خوانی ندارد،

نموده و این موضوع را این گونه بیان می‌نماید: "زمان ابلاغ تعرفه‌ها و اجرای آن‌ها نامنظم است که بیشتر از همه روی بیمارستان‌ها و قراردادهای آن‌ها که می‌خواهند با سایر مؤسسات داشته باشند اثر دارد و سردرگم و گیج هستند و نمی‌دانند تعرفه‌ها دقیقاً چه زمانی ابلاغ خواهد شد. در همه جا هم یکسان اجرا نمی‌شود" (مصاحبه ۱۷). یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان به "عدم وجود وحدت رویه در پیاده‌سازی تعرفه‌ها" اشاره نموده و آن را به خاطر بی‌نظمی در ابلاغ و اجرای تعرفه‌ها می‌داند و اظهار می‌کند که: "گیجی و سردرگمی پزشکان و بیمه‌شدگان و سازمان‌های بیمه‌گر با توجه به افزایش ناگهانی تعرفه‌ها و دوگانگی پزشکان در خصوص محاسبه تعرفه جدید یا تعرفه قدیم در مطب‌ها، و این که هیچ وحدت رویه‌ای بین پزشکان حداقل در مطب‌ها به چشم نمی‌خورد؛ یکی از چالش‌های تعرفه‌ها می‌باشد" (مصاحبه ۱۵).

بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش چالش‌های موجود در تعرفه‌های خدمات پزشکی را متصور ساخت که هر کدام به اجزایی جزئی‌تر اشاره نمودند؛ چالش‌های اصلی موجود در تعرفه خدمات پزشکی شامل: **نارضایتی گروه‌های درگیر در تعرفه‌ها، روش‌ها، ساختار و اصول تعرفه‌گذاری** (زیرموضوع‌ها: عدم وجود عدالت در تعرفه‌ها در مقایسه با یکدیگر، متفاوت بودن تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی، متناسب نبودن تعرفه بر اساس شرایط اقتصادی و اجتماعی، و سیاست‌گذاری و تعرفه‌گذاری توسط افراد نا آشنا و ناآگاه، عدم بازبینی و تعریف خدمات بر اساس پیشرفت علم و فن‌آوری)، **اقتصادی** (زیرموضوع‌ها: فاصله‌ی درآمدی بین پزشکان و سایر کارکنان حرفه‌ای بخش سلامت، کم بودن اعتبار بیمه‌های پایه جهت پرداخت بر اساس تعرفه‌ها، بالا بودن پرداخت از جیب مردم، مشخص نبودن ارزش نسبی خدمات، و **اجرایی و نظارتی** (زیرموضوع‌ها: پایین آمدن کیفیت خدمات، عدم تمکین ارایه‌کنندگان خدمت از قیمت‌گذاری‌ها و تعرفه‌ها و دریافت مبالغ خارج از عرف، ایجاد تقاضای القایی، عدم وجود نظارت نظام‌مند بر اجرای تعرفه‌ها، بی‌نظمی در اجرای تعرفه‌ها) می‌باشند.

یکی از چالش‌های مرتبط با ساختار و اصول تعرفه‌گذاری عدم وجود عدالت در تعرفه‌ها در مقایسه با یکدیگر می‌باشد.

در پژوهشی که توسط عزیززاده انجام گرفت، یکی از مهم‌ترین علل ناکارآمدی تعرفه‌ی فعلی ناعدالتی بین تخصص‌های مختلف پزشکی، و بین حرف مختلف سلامت می‌باشد که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۱۰). در پژوهشی که توسط نوری و همکاران

برای روی آوردن پزشکان به زیرمیزی اشاره می‌کند و اظهار می‌کند که: "از نظر پزشکان تعرفه‌های فعلی واقعی نیست و فرصت، سرمایه و زمانی را که پزشکان صرف می‌کنند در آن دیده نشده است، و البته تا حدودی درست می‌گویند. پزشکان می‌خواهند که با توجه به تورمی که وجود دارد و انتظاری که از افزایش درآمد خود دارند تعرفه‌ها نیز به همان میزان سالانه افزایش یابند، ولی در مواردی تعرفه‌ها واقعی و در مواردی غیرواقعی است و به همین دلیل است که پزشکان روی به زیرمیزی می‌آورند" (مصاحبه ۳). یکی دیگر از مدیران به "ناکافی بودن دستمزد پزشکان و روی آوردن آن‌ها به زیرمیزی" اشاره نموده و می‌گوید که: "وقتی به پزشک دستمزد کافی پرداخت نشود و به صورت واقعی پرداخت نشود و هزینه خدمات به صورت واقعی دیده نشود. پزشک از بیمار زیرمیزی دریافت می‌کند" (مصاحبه ۱۱).

ج. ایجاد تقاضای القایی: تعدادی از مشارکت‌کنندگان به ایجاد تقاضای القایی به عنوان یکی از چالش‌های موجود در تعرفه‌های فعلی اشاره نموده‌اند. یکی از مشارکت‌کنندگان به "ایجاد تقاضای القایی و ارایه خدمات بی‌مورد به بیمار" به عنوان یکی از چالش‌های تعرفه‌های فعلی اشاره نموده و بیان می‌کند که: "به خاطر کم بودن تعرفه‌ها فعالیت‌هایی طرف قراردادها یا پزشکان انجام می‌دهند ولی برای بیمار نیاز نیست، و وجه‌ها و هزینه‌هایی از بیمار گرفته می‌شود به خاطر غیر واقعی بودن تعرفه‌ها" (مصاحبه ۱۲).

د. عدم وجود نظارت نظام‌مند بر اجرای تعرفه‌ها: مشارکت‌کنندگان به "عدم وجود نظارت نظام‌مند بر اجرای تعرفه‌ها" به عنوان یکی از چالش‌های اساسی موجود در تعرفه‌های فعلی اشاره نمودند. مشارکت‌کننده‌ای به "ناکافی بودن توان فنی و علمی سازمان‌های بیمه جهت اجرای تعرفه‌ها" اشاره می‌کند و این گونه بیان می‌کند: "ادعای ما این است که نظارت می‌کنیم ولی توان فنی ما کافی نیست تا درصد قابل توجهی را پوشش دهیم، و نمی‌توانیم کلیه همکاران طرف قرار داد را پوشش دهیم و اتوماتیک عده‌ای از نظارت ما خارج می‌شوند، چون توان فنی برای کلیه افراد طرف قرار داد کافی نیست. ما بر طرف قراردادها نظارت می‌کنیم خیلی وقت‌ها پزشکان طرف قرارداد نیستند، ولی مردم به پزشکان مراجعه می‌کنند و حتی آن‌هایی هم که طرف قرارداد هستند توان علمی ما برای نظارت بر آن‌ها کافی نیست" (مصاحبه ۵).

و. بی‌نظمی در اجرای تعرفه‌ها: مدیران سازمان‌های بیمه در بیانات خود به بی‌نظمی در ابلاغ و اجرای تعرفه‌ها اشاره نمودند. یکی از مدیران به "نامنظم بودن زمان ابلاغ تعرفه‌ها" اشاره

عزیززاده در پژوهش خود دریافت که ناعدالتی بین بخش خصوصی و دولتی در تعرفه‌ها از علل ناکارآمدی تعرفه‌ها می‌باشد (۱۰). دشمن‌گیر و همکاران در پژوهش خود عنوان نمودند که باید نظارت دقیق بر حسن اجرای تعرفه‌ها از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت گیرد، به گونه‌ای که اختلاف هزینه درمان بیماری در بخش خصوصی و دولتی کاهش یابد. همچنین عنوان نمودند که سازمان‌های مختلف دولتی، غیر دولتی، خصوصی و نیمه خصوصی برای بخش خود اقدام به تعیین تعرفه می‌کنند، که اشاره به تعرفه‌های خاص یا توافق‌ها میان برخی شرکت‌های بیمه و ارایه‌کنندگان خدمات دارد (۵). مطالعه ریسی و همکاران گزرش کرد که عدم تبعیت سازمان‌های بیمه‌گر از تعرفه‌های اعلام شده توسط دولت برای بخش خصوصی یکی از مشکلات نظام سلامت در ارتباط با سازمان‌های بیمه می‌باشد (۱۵).

متناسب نبودن تعرفه‌های کشور بر اساس شرایط اقتصادی و اجتماعی، و سیاست‌گذاری و تعرفه‌گذاری توسط افراد نا آشنا و ناآگاه یکی از چالش‌های موجود در تعرفه‌های فعلی می‌باشد که توسط مدیران سازمان‌های بیمه بیان شد.

عزیززاده در پژوهش خود عنوان می‌کند که مبتنی بودن تعرفه‌ی خدمات پزشکی بر کتاب تعرفه کالیفرنیا یکی از مهم‌ترین عوامل ناکارآمدی تعرفه‌های فعلی محسوب می‌شود (۱۰). در پژوهش دشمن‌گیر و همکاران، صاحب‌نظران بسیاری از این چالش‌های تعرفه‌گذاری کشور را ناشی از عدم ارزش‌گذاری بومی تعرفه‌های خدمات بالینی برشمردند، و اظهار داشتند که در پیاده‌سازی هر نظامی باید شرایط آن کشور لحاظ شود. هنگام تعیین تعرفه باید شرایط کشور اعم از توان مردم، نوع نظام پرداخت و سهم سرانه نیز در کنار هزینه‌ی تمام شده، استهلاک و سود سرمایه مورد توجه قرار گیرد. همچنین اشاره نمودند که ارزش‌گذاری خدمات باید متناسب با توان اقتصادی مردم کشور خود بوده و واکنش مردم و سایر مؤلفه‌های متأثر از تعرفه‌گذاری را در نظر بگیریم. تعیین تعرفه‌ها با لحاظ کردن منابع موجود کشور در بخش سلامت و تعهدات مربوط به بیمه‌ها انجام شود، یعنی شرایط کشور حتماً باید در نظر گرفته شود (۵).

ریسی و همکارانش در پژوهش خود دریافتند که قرار نگرفتن برخی از انواع خدمات درمانی تحت پوشش بیمه‌ها یکی از مشکلات نظام سلامت در ارتباط با سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد، و پیشنهاد می‌دهد که بایستی بسته بیمه پایه سلامت تدوین شود و مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل شفاف‌سازی شود (۱۵).

در مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی انجام شد یکی از مهم‌ترین چالش‌های تعرفه‌گذاری بخش سلامت، تعرفه‌های ناعدالانه در بین گروه‌های تخصصی و جهت‌دهی خدمات بر اساس آن‌ها، و نه بر اساس نیاز و بار بیماری‌ها؛ شناخته شد که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۱۲). دشمن‌گیر و همکاران پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر تغییرات پیشنهادی ارزش‌های نسبی تعرفه‌ی تخصص‌های بالینی در وزن پرداختی تخصص‌های مربوطه، و هزینه‌های نظام سلامت انجام دادند. نتایج پژوهش آن‌ها بیانگر بی‌تناسبی و عدم تعادل میان ارزش‌های نسبی فعلی خدمات مختلف بالینی در کشور می‌باشد (۵). دشمن‌گیر در پژوهش خود با عنوان ریشه‌ی مشکلات تعرفه‌ای کشور کجاست؟ عنوان می‌کند که آن چه که بیشتر قابل توجه بوده و مبنای بسیاری از چالش‌های ذکر شده و احساس غیرمنطقی بودن تعرفه‌ها می‌باشد، عدم تناسب درون رشته‌ای و بین رشته‌ای در بسیاری از خدمات گروه‌های مختلف بالینی است (۱۳).

دشمن‌گیر و همکاران در پژوهش خود دریافتند که باور به وجود یک ساختار پرداخت ناعدالانه بر تصمیمات بالینی اخذ شده تأثیر می‌گذارد؛ مثلاً انگیزه ارایه برخی خدمات را افزایش و برخی دیگر را کاهش می‌دهد. اگر چه به دلیل فقدان شواهد تجربی میزان دقیق این تأثیر ناشناخته است. تصمیم‌گیری فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی نیز جهت ادامه تحصیل در یک رشته تخصصی خاص و ارایه خدمت در آن حیطه به میزان زیادی تحت تأثیر میزان پرداخت در رشته‌های تخصصی مختلف قرار دارد که به نظر برخی از آنان نیز میزان پرداخت صورت گرفته برای برخی خدمات ناعدالانه می‌باشد. به تبع عدم درک عدالت در سیستم مذکور رشد نارضایتی در میان پزشکان شدت گرفت و به همین منظور در تلاش برای شفاف‌سازی این وضعیت، در سال ۱۹۸۶ کنگره‌ای تشکیل و در آن اداره‌ی مالی مراقبت سلامتی را ملزم به ایجاد کمیته‌ای به منظور بازنگری در چگونگی پرداخت به پزشکان نمود تا در پرداخت‌های مدیکیر به پزشکان بر اساس منطقی نمودن میزان پرداختی به آنان اصلاحاتی صورت دهد (۵). دشمن‌گیر و همکاران در پژوهشی با عنوان جایگزینی کتاب کالیفرنیا، اولین مرجع تعیین تعرفه‌ی تشخیص و درمان در کشور؛ بررسی دیدگاه خبرگان انجام دادند، و دریافتند که یکی از مشکلات موجود در تعرفه‌ها عدم تناسب میان ارزش‌های نسبی خدمات مختلف درون رشته‌ای و بین رشته‌ای می‌باشد (۱۴). مطابق یافته‌های پژوهش، متفاوت بودن تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی یکی از مشکلات و چالش‌های موجود در ساختار تعرفه‌گذاری می‌باشد.

باورند که در تعیین تعرفه‌های کشور استاندارد واحدی وجود ندارد. بسیاری از صاحب‌نظران بر این عقیده هستند که دلیل اصلی استناد به کتاب کالیفرنیا (اولین مرجع تعرفه‌گذاری در کشور) بعد از گذشت چندین سال این است که هنوز روش صحیحی در کشور جهت تعرفه‌گذاری اتخاذ نشده است (۵).

تعرفه‌های غیر واقعی در شرایط فعلی نارضایتی گروه‌های درگیر در تعرفه‌ها را به وجود آورده است. عزیززاده در پژوهش خود بیان می‌کند که نارضایتی ذینفعان و به طور عمده مردم و پزشکان، و حتی بیمه‌ها در مورد شرایط فعلی خدمات درمانی، به عنوان چالش‌های ناشی از تعرفه‌های نادرست می‌باشند (۱۰). در پژوهشی که ریسی و همکارانش انجام دادند، دریافتند که عدم رضایت پزشکان از مقدار تعرفه‌ی بیمه‌ها در بخش خصوصی، و تأخیر در پرداخت‌ها یکی از مشکلات مهم سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد (۱۵).

تعرفه‌های غیر واقعی بر روی کیفیت خدمات تأثیر گذاشته و سبب پایین آمدن کیفیت خدمات به دلیل پایین بودن تعرفه‌ها می‌شود. زارع و همکاران در پژوهش خود به موضوعاتی که کمیته‌ای ۵ نفره ریاست جمهوری در مورد مشکلات موجود در نظام تعرفه فعلی تأکید کردند، و اشاره کردند که ساز و کار پرداخت به ارایه دهندگان خدمت و میزان پولی که در بخش سلامت هزینه می‌شود تأثیر زیادی بر عملکرد نظام سلامت دارد. ارایه الگوی مناسب پرداخت می‌تواند کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات را به طور مستقیم متأثر کند (۱۸). دشمن‌گیر در پژوهش خود اشاره می‌کند که در پاره‌ای از مواقع برخی عرضه‌کنندگان خدمات درمانی با استناد به غیر واقعی بودن تعرفه‌ها، خدمات درمانی را به طور مطلوب در اختیار مصرف‌کنندگان قرار نمی‌دهند (۱۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تعرفه‌های غیر واقعی سبب عدم تمکین ارایه‌کنندگان خدمت از قیمت‌گذاری‌ها و تعرفه‌ها و دریافت مبالغ خارج از عرف شده است.

نتایج پژوهش عزیززاده نشان می‌دهد که 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 توسط بیمه می‌باشد (۱۰). در پژوهشی که توسط نوری و همکاران در سال ۱۳۸۷ در مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی انجام شد، یکی از مهم‌ترین چالش‌های تعرفه‌گذاری بخش سلامت را تعادل نداشتن و ناعادلانه بودن بهای خدمات (پرداخت‌های زیرمیزی، تعرفه‌های غیرمنطقی که سبب پرداخت‌های زیرمیزی شده است) می‌داند (۱۲).

کم بودن اعتبار بیمه‌های پایه جهت پرداخت بر اساس تعرفه‌ها یکی از چالش‌های اقتصادی در تعرفه‌های فعلی می‌باشد. در همین راستا راغفر و همکاران، در مطالعه‌ی خود بیان داشتند که هزینه‌های بالای سلامت در شرایط فعلی، بیانگر آن است که به جای تأمین این هزینه‌ها توسط مراکز بیمه، بخش عمده‌ی هزینه‌های سلامت بر خانوار 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 تنها بخش اندکی از هزینه‌های درمان، از بار این هزینه‌ها مصون نیستند (۱۶).

بالا بودن پرداخت از جیب مردم یکی از چالش‌های اقتصادی تعرفه‌ها می‌باشد که توسط مدیران سازمان‌های بیمه‌گر اشاره شده است. عزیززاده در پژوهش خود بیان می‌کند که یکی از چالش‌های اقتصادی مرتبط با بیماران که حاصل ناکارآمدی تعرفه‌ها در شرایط فعلی می‌باشد، عبارت است از پرداخت مستقیم از جیب (۱۰). در زمینه‌ی پرداخت‌های مستقیم از جیب، وحیدی و سعادت در مطالعه‌ی خود آورده‌اند؛ که تعرفه پایین دولتی، درخواست پزشک و کادر، ترس از عدم ارایه خدمت، حقوق کم کارکنان، از جمله عوامل مؤثر در پرداخت‌های مستقیم (رسمی و غیر رسمی) در دنیا از ابعاد مختلف معرفی شده‌اند (۱۷). در بررسی حساب هاب ملی سلامت منتشر شده از سوی مرکز آمار ایران ۱۳۸۱-۱۳۸۷ سهم خانوار از هزینه‌های سلامت بین ۴۷-۵۳ درصد و در هزینه‌های درمانی بین ۶۰-۵۲ درصد گزارش شده است، در حالی که بر اساس ماده ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، میزان مشارکت مردم در هزینه‌های نظام سلامت باید به کمتر از ۳۰٪ کاهش پیدا می‌کرد. این موضوعی است که در ماده (۳۴) برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور مورد تأکید قرار گرفته است (۱۱). بر اساس نتایج پژوهش حاضر مشخص نبودن ارزش نسبی خدمات یکی از چالش‌های اقتصادی تعرفه‌ها می‌باشد. در این راستا عزیززاده در پژوهش خود به عدم محاسبه قیمت تمام شده خدمات به عنوان یکی از علل ناکارآمدی تعرفه‌های فعلی اشاره می‌کند (۶۶).

با توجه به پژوهش انجام شده توسط دشمن‌گیر و همکاران، به زعم برخی از صاحب‌نظران تبعیت از نظام تعرفه‌گذاری سایر کشورها به دلیل نبود الگوی مشخص برای تعیین ارزش خدمات پزشکی و عدم استفاده از اصول علمی در تعرفه‌گذاری باعث ایجاد چالش‌های عمده‌ای در تعرفه‌گذاری کشور شده است. به گونه‌ای که می‌گویند: تعرفه‌گذاری در کشور به صورت دیمی بوده و بر اساس اصول صحیح علمی صورت نمی‌گیرد و بر این

یافته‌های حاصل از این مطالعه در برگیرنده رهنمودهای عملی قابل توجهی می‌باشد. مدیران و سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و نهادهای مرتبط در یک بازنگری اساسی نسبت به وضعیت تعرفه‌گذاری در کشور، باید در حرکتی منسجم و هماهنگ موضوع تعرفه‌گذاری در بخش سلامت کشور را به صحنه‌ی بحث و تبادل نظر بیاورند. بر این اساس لازم است تلاش کنند درک روشن و مشترکی از مفهوم تعرفه‌گذاری ایجاد شود. ایجاد دورنمای روشنی از تأثیر هر گونه تغییر در نظام تعرفه‌گذاری کشور بر رفتار و عملکرد ذینفعان تغییر تعرفه یعنی دولت، پزشکان، سازمان‌های بیمه‌گر و مردم ضرورت دارد. لازم است با تبیین راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری در کشور بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه، گامی اساسی در این مسیر برداشت و در طی این مسیر از نظرات تمامی ذینفعان بهره‌برده و تصمیم‌گیری با توجه به شرایط کشور انجام گیرد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

نتایج این پژوهش به مدیران و سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و تمامی نهادهای درگیر در تعرفه‌گذاری از جمله سازمان‌های بیمه، سازمان نظام پزشکی، و شورای عالی بیمه همگانی کمک می‌کند. زیرا شناخت مشکلات و چالش‌های موجود در تعرفه‌های فعلی می‌تواند رهنمودی برای تعرفه‌گذاری در سال‌های آتی باشد. ولی از آنجا که این چالش‌ها از دیدگاه مدیران سازمان‌های بیمه می‌باشد، ممکن است به صورت یک جانبه باشد و بهتر است پژوهش‌هایی از دیدگاه سایر ذینفعان تعرفه‌گذاری صورت گیرد تا نتایج به صورت همه جانبه باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از رساله کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۳ با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. در نهایت پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تمامی مدیران سازمان‌های بیمه و صاحب‌نظر در زمینه تعرفه که با وجود مشغله فراوان، پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر نموده و برایشان آرزوی توفیق روزافزون نمایند.

References

1- Davari M. Economic Challenges of the Health System. Journal of Health Information Management 2011; 7(8):915-917. (In Persian)

دشمن‌گیر نیز اشاره می‌کند که غیر واقعی بودن تعرفه‌های خدمات درمانی باعث می‌شود که آرایه‌کنندگان در قالب پرداخت‌های زیرمیزی (و غیر اخلاقی) باعث فشار آوردن بیش از حد بر مصرف‌کنندگان شوند (۱۳).

ایجاد تقاضای القایی یکی از چالش‌های نظارتی و اجرایی تعرفه‌ها در شرایط فعلی می‌باشد، دشمن‌گیر نیز اشاره می‌کند که احساس غیر واقعی بودن تعرفه‌ها باعث می‌گردد که عرضه‌کنندگان خدمات از طرف قرارداد شدن با سازمان‌های بیمه‌گر خودداری نموده، و یا باعث مصرف بیش از حد این خدمات توسط مصرف‌کنندگان شوند (تقاضای القایی) (۱۳).

عدم وجود نظارت نظام‌مند بر اجرای تعرفه‌ها و بی‌نظمی در اجرای آن‌ها یکی از چالش‌های اجرایی تعرفه‌های فعلی می‌باشد. بر اساس مطالعه‌ی دشمن‌گیر و همکاران، یکی از مهم‌ترین چالش‌های تعرفه‌گذاری در کشور فقدان قدرت نظارتی بر اعمال تعرفه‌های تبیین شده می‌باشد. عدم تفکیک وظایف مرتبط با تعرفه‌گذاری میان سازمان‌های مختلف تبیین تعرفه، و عدم تبعیت از سیاست واحد در زمینه‌ی تعرفه‌گذاری کشور نیز نشانه‌ی دیگری بر مخدوش بودن قدرت سیاست‌گذاری و نظارتی در بخش تعرفه‌گذاری کشور می‌باشد. در همین مطالعه همچنین نادیده انگاشتن تمهیدات قانونی در اجرای تعرفه‌ها نیز خود دلیلی دیگر بر ضعف نظام نظارتی در بخش تعرفه‌گذاری کشور شناخته شد. در کشور ما گاهی مشاهده می‌شود که برخی سازمان‌های دولتی و غیردولتی به تعرفه‌های تبیین شده پایبند نیستند، و هیچ اقدام تنبیهی قابل توجهی نیز در مورد آن‌ها صورت نمی‌گیرد. همچنین باید نظارت دقیق بر حسن اجرای تعرفه‌ها از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت گیرد، به گونه‌ای که اختلاف هزینه‌ی درمان بیماری در بخش خصوصی و دولتی کاهش یابد (۵). نوری و همکاران در پژوهش خود یکی از مهم‌ترین چالش‌های تعرفه‌گذاری بخش سلامت را فقدان نهاد نظارتی مؤثر می‌داند (۱۲).

نتیجه‌گیری

از زمان پایه‌ریزی ساختاری برای تعیین تعرفه در کشور تاکنون همه ساله موضوع تعرفه‌گذاری در کشور یکی از بحث‌های حساس و چالش برانگیز بوده، و تبعیت از الگویی واحد جهت تعرفه‌گذاری ناممکن به نظر می‌رسد.

2- Karimi I, Milani M, Hajizadeh M. Check Equity Financing in the Health Sector - Treatment in the Years 1380-1375

- (through Household Budget by Using Kakvany). Journal of Social Security 2003; 3 (15):4-9. (In Persian)
- 3- Zarea H, Samimifar Gh. Review of Health Insurance Coverage and Access to Services in the Health Insurance Services Organization. Journal of Social Security 2009; 8 (26-27):173-194. (In Persian)
 - 4- Zarea H, Barzegar M, Keshavarz Kh, Rasel M. Tariff Practices in the Health Sector (Theoretical and Global Perspective, Comparative Studies, Templates). 1st ed. Tehran University of Medical Sciences: Word processor; 2011: 33-38. (In Persian)
 - 5- Doshmangir L, Rashidian A, Moaeiri F, Akbari Sari A. Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight of Specialties and Health System Costs. Hakim Research Journal 2011; 14(1): 1- 9. (In Persian)
 - 6- Waters H, Hussey P. *Pricing Health Services for purchasers: A review of methods and experiences*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development; 2004: 5-11.
 - 7- Doshmangir L, Rashidian A, Akbari Sari A. Unresolved Issues in Medical Tariffs: Challenges and Respective Solution to Improve Tariff System in Iranian Health Sectors. Journal of Hospital 2011; 10(4):21-30. (In Persian)
 - 8- Khaiiat zade A, Zaboli R. Medical services and tariffs and payment systems to service providers. First Seminar on the basics of tariffs on medical services, challenges, constraints and opportunities; 2009 Sep 11-12; Tehran, Iran. 2009: 65-66. (In Persian)
 - 9- Raisi A, Mohammadi E, Noohi M. Improvable Points of Iran Health Insurance and Providing Approaches for Qualitative and Quantitative Improvement, Qualitative Study. Health Information System. 2013; 10 (2):1-8.
 - 10- Aziz Zadeh M. (dissertation). Health Managers Perception of the Concept of the Real Cost of Medical Services in the Cities of Tehran, Isfahan and Tabriz in 1392-93. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 1394: 95-110.
 - 11- Jacobs PH. *The Economic of Health and Medical Care*. 4th ed. Maryland: Aspen publisher; 1992: 695-697.
 - 12- Noori M, Monazzam K, Manavi S. *The Challenges and Policy Tariff Medical*. Majlis Research Center, Office of Social Studies: Iran, Tehran. 2008:24-32.
 - 13- Doshmangir L. The Root Problem Is the tariff? (Letters to the editor). Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2011; 29(4): 395-396. (In Persian)
 - 14- Rashidian A, Doshmangir L. Substitution of 'California' book, the First Clinical and Diagnosis Tariff Reference book in Iran: Expert's View Points. Journal of Medicine and cultivation 2013 ; 22(3):59-78.
 - 15- Raeisi AR, mohamadi E, Nuhi M. Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study. Health Inf Manage 2013; 10(2): 357-64.
 - 16- Raghfar H, Khezri M, Vaez Mahdavi Z, Sangesari Mohazab K. Impact of Health Insurance Inefficiency on Poverty among Iranian Households. Hakim Research Journal 2013; 16(1): 9- 19.
 - 17- Vahidi RGH, 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. Journal of Hospital 2011; 11(4):45-52.
 - 18- Zarea H, Akhavan Behbahani A, Azadi M, Masoodi Asl I. Evaluation Methods for Determining Tariffs in Developed Countries and Offer Medical Services for Iran. Journal Parliament and strategy 2013; 20(74):5-34.

The challenges of the tariffs in medical services of health care system from the perspective of the managers of insurance agencies: A qualitative study

Keyvanara M¹ (PhD), Jabbari AR² (PhD), Rahi F^{2*} (MD), Azizzadeh M² (MD)

¹ *Social Determinants of Health Research Center, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.*

² *Department of Health Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*

Original Article

Received: 3 Nov 2015, Accepted: 24 Feb 2016

Abstract

Introduction: Setting tariffs is one of the most important tools of policy makers at Health system in every country for applying stewardship which is effective on justice, effectiveness, quality and accountability of health services, and also could influence the accessibility and the rate of using health care services. The changing of medical tariffs not only could affect the income of medical and hospital service providers, but also could affect the costs of the funders of medical and hospital services. This study was conducted to investigate the concept of real tariff from insurance organizations managers' point of view.

Methods: This qualitative study was conducted using in-depth interview with 19 informed managers, or relevant managers of insurance organizations, social security and armed forces. Data was analysed thematic analysis method.

Results: In general four main challenges were reported by participants as the challenges of tariffs including: methods, structure and principles of tariff setting; economic aspects, dissatisfaction of professionals involved with tariff setting, and lack of supervision on non-tariff expressed, and implementation challenges.

Conclusion: The identified challenges should be taken into account to modify the tariff setting, and to identify problems. The practical principles should be considered to determine tariffs as well as the scientific and logical principles.

Key words: Tariff, Medical tariff, Managers, Challenges

Please cite this article as follows:

Keyvanara M, Jabbari AR, Rahi F, Azizzadeh M. The challenges of the tariffs in medical services of health care system from the perspective of the managers of insurance agencies: A qualitative study. *Hakim Health Sys Res* 2016; 19(1): 13- 24.

*Corresponding Author: School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan, Jey street. Tel: +98- 913- 4126687. E-mail: Fa.ra69@yahoo.com.