مقاله پژوهشی

زیرساخت‌ها و اقدامات لازم به موازات اصلاح تعرفه‌های خدمات پزشکی برای بهبود عملکرد نظام سلامت ایران؛ یک مطالعه کیفی

علیرضا جباری [۱]، محمود کیوان آرا [۲]، مینا عزیززاده *[۳]، عبداله سلطان تاجیان [۴]

[۱] استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

[۲] دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

[۳] مربی، گروه بهداشت، دانشکده علوم پزشکی سراب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تبریز، ایران

[۴] دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** مینا عزیز زاده
azizzadehmina@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: شاید مهمترین چالش موجود در ارائه خدمات سلامت در ایران، موضوع تعرفه‌ها باشد. نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه همگانی خدمات سلامت وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی و سازمان نظام پزشکی در تعیین تعرفه‌ها از نظر قانون مشخص است اما در اجرا با مشکلات جدی مواجه است. هدف از این پژوهش، شناسایی و معرفی اصلاحات مورد نیاز به موازات اصلاح تعرفه خدمات پزشکی ویا زیرساخت‌های لازم در این زمینه برای بهبود عملکرد نظام سلامت می باشد.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع کیفی می باشد. نمونه گیری به روش هدفمند انجام شده و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. مشارکت کنندگان ۱۲ نفر از مدیران سلامت شهرهای تهران، اصفهان و تبریز انتخاب شدند که در راستای هدف پژوهش به مصاحبه‌ی عمیق با آنان 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.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که زیرساخت‌ها و اصلاحات براساس نظر مشارکت کنندگان به ۳ بخش؛ اول، اصلاحات مربوط به وزارت بهداشت که شامل اصلاحات ساختاری، اصلاحات مربوط به ارائه دهنده و پایه گذاری اطلاع رسانی صحیح است. دوم اصلاحات مربوط به بیمه سلامت که شامل اصلاح ساختاری و اقدامی که باید توسط دولت در مورد بیمه صورت پذیرد و سوم، اصلاحات لازم توسط دولت می باشد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد علاوه بر پرداختن به مباحث و ابعاد مختلف مربوط به تعیین تعرفه بایستی مقدماتی پیش از اصلاح تعرفه و یا اقدامی به موازات اصلاح تعرفه فراهم گردد تا جریان و فرایند اصلاح تعرفه نیز با موفقیت انجام گیرد. این اقدام و اصلاحات در رابطه با وزارت بهداشت، بیمه‌ها و دولت می باشد.

واژه‌های کلیدی: تعرفه، خدمات پزشکی، عملکرد، نظام سلامت

کاربرد مدیریتی: کمک به سیستم سلامت کشور برای حل ریشه ای مسائل و مشکلات در هم پیچیده حوزه سلامت

ارجاع: جباری علیرضا، کیوان آرا محمود، عزیززاده مینا، سلطان تاجیان عبداله. زیرساخت‌ها و اقدامات لازم به موازات اصلاح تعرفه‌های خدمات پزشکی برای بهبود عملکرد نظام سلامت ایران؛ یک مطالعه کیفی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۲(۲): ۴۵-۱۳۰.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۰۲
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۰۶/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۸

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

مقدمه

سلامت یکی از نیازهای اساسی جوامع بشری است. برآورده شدن این نیاز در گذر تاریخ دچار دگرگونی‌های زیادی شده و هر تمدنی نگاه متفاوتی به آن داشته است (۱). به زعم سازمان جهانی بهداشت، تولیت بخشی از کارکرد یک حکومت تعریف شده است که مسؤول تندرستی و رفاه جامعه می باشد که در نقشه‌ی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ تولیت و ارائه‌ی خدمات سلامت به عنوان مهمترین حوزه‌ها مطرح شده اند (۲).

تعرفه‌های خدمات سلامت از موضوعات کلیدی در توسعه‌ی بخش سلامت از نظر نوع خدمات، میزان و نحوه‌ی پوشش خدمات، گسیل منابع به این بخش، تنظیم درآمد و پرداخت صندوق‌های بیمه ای و همچنین دسترسی و مصرف خدمات پزشکی می باشند (۳). تعرفه گذاری یکی از مهمترین ابزارهای سیاست گذاران نظام سلامت هر کشور، برای اِعمال تولیت است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه‌ی خدمات تأثیرگذار بوده و با آن می توان بر میزان دسترسی و استفاده از خدمات تأثیر گذاشت (۴).

شاید مهمترین چالش موجود در ارائه خدمات سلامت در ایران موضوع تعرفه‌ها باشد. گروهی بر این عقیده اند که تعرفه‌ها واقعی هستند. گروهی تعرفه را غیر واقعی می دانند. نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه همگانی خدمات سلامت وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی و سازمان نظام پزشکی در تعیین تعرفه‌ها از نظر قانون مشخص است اما در اجرا با مشکلات جدی مواجه است (۳).

این پژوهش تلاش نموده است تا عوامل موازی اصلاح تعرفه خدمات پزشکی ویا زیرساخت‌های لازم در این زمینه را دسته بندی و معرفی نماید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در سال ۹۳-۱۳۹۲ با روش کیفی با استفاده از مصاحبه انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش را مدیران سلامت صاحب نظر کشور در زمینه‌ی تعرفه‌های خدمات پزشکی با تأکید بر مدیران شهرهای تهران، اصفهان و تبریز تشکیل دادند. مشارکت کنندگان در این پژوهش مشتمل بر افرادی بودند که در این زمینه مطلع و دارای تجربه بودند و به عنوان صاحب نظر شناخته شدند مانند مدیران سلامت و یا اعضای هیأت علمی دارای سابقه‌ی مدیریت سلامت.

نمونه‌گیری جهت شناسایی و دسترسی به مشارکت‌کنندگان از طریق نمونه گیری هدفمند (purposive sampling)- گلوله برفی انجام شد. پس از انجام ۱۲ مصاحبه، داده‌ها به اشباع رسید. تمامی مصاحبه‌ها به وسیله‌ی دستگاه ضبط صوت ضبط شد. این کار به منظور بالا بردن ضریب دقت کار در گردآوری یافته‌ها 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 توسط محقق انجام شد. سپس برای روایی داده‌ها نخستین مصاحبه‌ها توسط 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 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. ملاحظات اخلاقی هم مدنظر قرار گرفت؛ به گونه ای که رضایت مصاحبه شونده‌ها گرفته شد و به آنان اطلاع داده شد که ضبط مصاحبه‌ها به منظور سهولت پیاده سازی می باشد. به مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد که نامی از ایشان برده نمی شود و اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. شایان ذکر است که این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق ۳/۷۱۰ مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

در این مطالعه کیفی ۳ موضوع اصلی و ۴۹ زیر موضوع به دست آمد. این زیرساخت‌ها و اصلاحات براساس نظر مشارکت کنندگان به ۳ بخش؛ اصلاحات مربوط به وزارت بهداشت، اصلاحات مربوط به بیمه سلامت و اقدام لازم توسط دولت، دسته بندی گردید.

الف) اصلاحات مربوط به وزارت بهداشت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۶، شماره پیاپی ۴

الف.۱) **اصلاحات ساختاری**؛ در برگیرنده زیر موضوعات زیر می باشد: اصلاح و بنا نهادن نظارت درست و فعال، اصلاح مدیریت و کارایی سیستم، تغییر ساختار وزارت بهداشت، نیاز به سیاستگذاری مناسب، نیاز به نگاه نظام مند به مشکلات سلامت و تلاش متوازن برای رفع آن‌ها، تقاضا برای بالا بردن سهم بخش سلامت براساس مطالعات مستند، نیاز به ایجاد نگاه سلامت نگر و عدم اتکا بر نگاه درمان نگر، ایجاد هماهنگی و شفافیت و از بین بردن رقابت بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه در تعیین تعرفه‌ها و حمایت مالی فقرا و بر عهده گرفتن حق بیمه شان (جدول۱).

برخی از نقل قول‌های مشارکت کنندگان در این زمینه عبارتند از: "ساختار نظارتی الان نقش نظارتی وزارت بهداشت نقش منفعلیه نه فعال، هی نشستن یکی بره شکایت کنه. یعنی اون بلایی که نباید سر مریضه بیاد اومده. اون پرداخت غیر قانونی که نباید می‌شده شده. ما ۲ جور نظارت داریم یه نظارت پسیو یه نظارت اکتیو. این نظارت پسیوه و نظام پزشکی هم به دنبال دفاع از منافع صنفیه پزشکیه نه بیمار." (اصلاح و بنا نهادن نظارت درست و اکتیو) (مصاحبه شونده شماره ۶).

"همین که ناکارآیی‌های سیستم رو گردن تعرفه میندازیم یعنی چی مثلاً من سیستمم کارآمد نیست قیمت تمام شده میره بالا به عبارت دیگه تعرفه ای که دولت به من میده برام نمی صرفه نه اینکه تعرفه پایینه من نتونستم اون سیستم رو بهینه بکنم وقتی که ناکارآیی ذاتی تو سیستم باشه حجم نیرو بالا باشه و نتونیم برنامه زمانی مناسب برای پرسنلمون داشته باشیم نتونیم از فضاهامون استفاده‌ی منطقی و مطلوب داشته باشیم بدیهیه که قیمت تمام شده مون میره بالا دیگه حالا که رفت بالا دلیلی نداره که هر چقدر قیمت تمام شده رفت بالا دولت به من این رو بپردازه که." (اصلاح مدیریت و کارایی سیستم) (مصاحبه شونده شماره ۸).

"دولت باید از حالت تصدی گری در بیاد خودش بشه ناظر. بشینه نظارت کنه. وزارت بهداشت باید از عرصه‌ی تصدی گری در بیاد بره تو بخش نظارت همونطور که وزارت بهداشت یک کشور ۱۲۰ و۱۳۰ میلیونی مثل ژاپن اندازه‌ی ۳ طبقه‌ی یکی از ساختمونای وزارت بهداشت ماست، ما ۱۶ تا ساختمون توی تهران داریم." (تغییر ساختار وزارت بهداشت) (مصاحبه شونده شماره ۶).

"پالیسی میکینگ درستی برای این کار نداریم. ولی سیاست‌های خوب داریم‌ها فرق میکنه ولی این که نظام مشخصی داشته باشه که بر حسب تغییرات سلامت مردم نیروی انسانی امکانات و... و موضوعات سیاسی اجتماعی اقتصادی و ... سیاست‌های متناسب رو بنویسه و به روز کنه این سیستم هنوز خیلی خوب ترویج نشده." (نیاز به سیاستگذاری مناسب) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"این مشکلات باید همه باهم دیده بشن. به این‌ها باید نگاه سیستمیک صورت بگیره و همزمان. و برای رفعش تلاش بشه." (نیاز به داشتن دید سیستماتیک به مشکلات سلامت و تلاش متوازن برای رفع آن‌ها) (مصاحبه شونده شماره ۱۲).

"اول باید مطالعه بشه بعد بالا برده بشه. شما فرض کن خودت وزیری می گن باید افزایش پیدا کنه، می گی چقدر ۱ درصد نیم درصد؟ می گن ۱ درصد خب می گین چرا؟ باید دلیل داشته باشن. و باید دلیل منطقی باشد در نتیجه‌ی مطالعمون باید باشه. با مستندات باید بریم جلو. ولی خب اول باید موافقت حکومت بگیریم. که ما می خوایم این کارو بکنیم ولی مطالعاتمون نشون داده که درصد افزایش پیدا می کنه. اینکه چقدرو اجازه بدین مطالعه میکنیم می گیم بهتون." (تقاضا برای بالا بردن سهم بخش سلامت براساس مطالعات مستند) (مصاحبه شونده شماره ۱).

"حاکمیتی که برای سلامت مردم ارزشمنده باید تو سلامت نون سلامت بخورن نه نون درمان. چالش‌هایی که وجود داره تو نظام سلامت ما نگاه نگاه درمان نگره سلامت نگر نیست. بیماری نگر هست بیمار نگر نیست." (نیاز به ایجاد نگاه سلامت نگر) (مصاحبه شونده شماره ۶).

"هر ۲ گروه وزارت بهداشت و وزارت رفاه و در واقع بیمه‌ها یک مقداری عدم شفافیت دارن مثال میزنم تو بحثی از خدمات اعلام شد سازمان بیمه اگر بخوای شما این خدمت رو ارائه بدی چقدر حساب کن بار مالیت میشه؟ مثلاً تا ۶۰۰۰ میلیارد اشاره کردن خودمون حساب کردیم بین ۱۲۰۰ تا ۱۷۰۰ میلیارد بیشتر نیست خب چرا اینقدر اعلام کردی گفت من تشخیصم این بوده شفاف نیست این از طرف بیمه‌ها از این کارا می کنن از اون طرفم آقا شما

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

میخواین یه خدمتی ارائه بشه ما تحت پوشش قرار بدیم دقیقا بگو خدمتت چیه وزارت بهداشت نمیگه یه رقابت‌های عجیب غریبی بین خودشون هست و حس مشروعیته که همدیگه رو غریبه و بیگانه می دونن وزارت بهداشت میگه من زمانی با بیمه کار می کنم که پهلوی من باشه و اطلاعات بهش نمیدم." (ایجاد هماهنگی و شفافیت و از بین بردن رقابت بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"فقرا رو اصلا نباید پول بگیریم تایه دهکیشونو، که کم کم بیشتر بشه بیشتر بشه، مبنا اگه داشته باشه مردم می پذیرن." (حمایت مالی فقرا) (مصاحبه شونده شماره ۱).

الف.۲) **اصلاحات مربوط به ارائه دهنده؛** در برگیرنده زیر موضوعات زیر می باشد: بنیان پزشک خانواده و سیستم ارجاع، نیاز به رهنمودهای بالینی و گایدلاین، نیاز به اصلاح نظام پرداخت، نیاز به محدود کردن حق تعداد ویزیت، نیاز به رواج اخلاق در پزشکی و از بین بردن مکانیسم و سیاست‌های مبتنی بر بازار (جدول۱).

برخی از مشارکت کنندگان عنوان داشتند؛ "نظام ارجاع و پزشک خانواده درست شود و نظام شبکه ای در سال ۵۵ شروع شده بود شکلش درست بشود، چون بحث پزشک خانواده و نظام ارجاع و... رو در دل خودش داشت، که اگر این اتفاق میفتاد خیلی از پیامدهای منفی رو که الان در نظام سلامت هست، نداشتیم." (بنیان پزشک خانواده و سیستم ارجاع) (مصاحبه شونده شماره ۳). "الان طرح تحول شروع کرد اگر منجر به این نشه که سیاست‌های درمانی و راهنماهای بالینی کاربردی (Clinical Practice Guideline) سریعاً شکل نگیرن به شکست میرسه همونطوری که گفتم ۲ بعد داره بعد علمی و بعد اقتصادی درمانی باید با هم مطابق بشن تا نهایتاً سیاست‌های اجرایی حوزه‌ی درمان از توش بیان بیرون." (نیاز به رهنمودهای بالینی و گایدلاین) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"اگر شما پول رو برای سلامت افراد بپردازید مثلاً اگر از روش سرانه (capitation) نه تنها این بلکه روش پرداخت ترکیبی (mix payment) استفاده بشه احتمال اتلاف هزینه در این صورت میاد پایین و نظام سلامت ارتقا پیدا می کنه." (نیاز به اصلاح نظام پرداخت) (مصاحبه شونده شماره ۱۲).

"بحث دیگه ای که تو دنیا وجود داره اینه که محدود کردنه من حق ندارم روزی هزار تا مریض ببینم تعرفه واقعی ولی روزی۲۰ تا مریض ببینه. اگر مریض ۲۱ ام رو دیدی ۸۰ درصد مالیات دیگه برای من صرف نمیکنه مریض اضافی ببینم حرف اینه که در مورد بحث تعرفه، تعرفه گذاری تنهایک طرف قضیه است. تعرفه درست شد ولی من روزی ۱۰۰ تا مریض دیدم چه فایده داره؟!" (نیاز به محدود کردن حق تعداد ویزیت) (مصاحبه شونده شماره ۱۱).

"بازار توی بهداشت و درمان اصلا کاربرد نداره نمیتونیم اصلا این رو بپذیریم هرچند وجود داره، چطور ببینید وقتی فلان پزشکی میاد ویزیت خیلی بالایی میگیره و هنوز مشتری داره چه درست و چه غلط به نحوی داره با مکانیسم‌های بازار آزاد کار میکنه. منتهی بیشتر سوء استفاده ست." (از بین بردن مکانیسم و سیاست‌های مبتنی بر بازار) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

الف.۳) **پایه گذاری اطلاع رسانی صحیح؛** آگاهی دادن به ذی نفعان و فرهنگ سازی قبل از اصلاح تعرفه و آگاهی دادن به افراد در مورد انتخاب رشته پزشکی و توجه به نیاز به خدمت در مناطق محروم و مزایا و مضرات آن (جدول۱).

"پس اولین کار محاسبه‌ی قیمت تمام شده برای هر سرویس هست. که کارهای قانونگذاریش هم باید توی مجلس انجام بشه." (آگاهی دادن به ذی نفعان و فرهنگسازی قبل از اصلاح تعرفه) (مصاحبه شونده شماره ۵).

"افزایش قیمتی باعث نارضایتی میشه باید مردم هم اینو بدونن که اگر نخوان بهای واقعی چیزی رو که پرداخت میکنن ندن اونوقت ممکنه که خدمات باکیفیتی رو نداشته باشن و به ضررشون میشه." (آگاهی دادن به ذی نفعان و فرهنگسازی قبل از اصلاح تعرفه) (مصاحبه شونده شماره ۷).

"رشته اینه کسی که اینو انتخاب میکنه به دلیل خوبی‌ها و مزیت‌هایی که داره خب این مضرات رو هم داره خب از خوبی‌هاش هم دست بکش برویه رشته‌ی دیگه اینه که در ابتدا باید هشدار بدیم اینجا که بیای این مزایا و این مضرات هستش هر رشته ای خطرات خودش رو داره. پزشکی قداستی داره." (آگاهی دادن به افراد در مورد انتخاب رشته پزشکی و مزایا و مضرات آن) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

جدول ۱: زیرساخت‌ها و اقدامات لازم مرتبط با وزارت بهداشت به موازات اصلاح تعرفه‌های خدمات پزشکی

موضوع		زیر موضوع
الف. اصلاحات مربوط به وزارت بهداشت	۱. اصلاحات ساختاری	۱.۱. اصلاح و بنا نهادن نظارت درست و اکتیو ۱.۲. اصلاح مدیریت و کارایی سیستم ۱.۳. تغییر ساختار وزارت بهداشت * نیاز به کوچک سازی (downsizing) در وزارت بهداشت * کناره گیری وزارت بهداشت از تصدی گری و تکیه بر وظیفه نظارتی ۱.۴. نیاز به سیاستگذاری مناسب ۱.۵. نیاز به نگاه سیستماتیک به مشکلات سلامت و تلاش متوازن برای رفع آن‌ها ۱.۶. تقاضا برای بالا بردن سهم بخش سلامت بر اساس مطالعات مستند ۱.۷. نیاز به ایجاد نگاه سلامت نگر و عدم اتکا بر نگاه درمان نگر ۱.۸. ایجاد هماهنگی و شفافیت و از بین بردن رقابت بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه در تعیین تعرفه ۱.۹. حمایت مالی فقرا و برعهده گرفتن حق بیمه شان
	۲. اصلاحات مربوط به ارائه دهنده	۲.۱ پزشک خانواده و سیستم ارجاع ۲.۲. نیاز به رهنمودهای بالینی و گایدلاین ۲.۳. نیاز به اصلاح نظام پرداخت * مناسب بودن نظام گروه‌های تشخیصی وابسته (DRG) به عنوان نظام پرداخت در کشور * استفاده از مجموعه ای از روش‌ها به ویژه روش سرانه به عنوان روش پرداخت ۲.۴. نیاز به محدود کردن حق تعداد ویزیت در روز برای پزشکان ۲.۵. نیاز به رواج اخلاق در پزشکی و از بین بردن مکانیسم بازار
	۳. اطلاع رسانی	۳.۱. آگاهی دادن به ذی نفعان و فرهنگ سازی قبل از اصلاح تعرفه ۳.۲. آگاهی دادن به افراد در مورد انتخاب رشته پزشکی و توجه به نیاز به خدمت در مناطق محروم و مزایا و مضرات آن

ب) اصلاحات مربوط به بیمه سلامت

ب.۱) **اصلاح ساختاری؛** زیر موضوعات زیر را شامل می شود؛ اصلاح ساختار بیمه‌ها و ایجاد بیمه‌های سلامت محور، تقویت و کارآمدی بیمه‌ها و پوشش تمامی خدمات درمانی ضروری، لزوم ارائه بسته خدمات و نیاز به ارائه گایدلاین از طرف بیمه به مرکز ارائه دهنده خدمت (جدول ۲).

مشارکت کنندگان اظهار داشتند؛ "صد در صد، البته بیمه‌های سلامت محور نه بیمه‌های بیمار محور. بیمه‌ها باید به سمتی برن که سلامتی مردم رو بیمه کنن نه بیماریشون رو. الان بیمه‌های ما برای مریضی پول میدن. من میگم پول رو بده به سلامتی تا این آدم مریض نشه. هزینه‌ی پیشگیری خیلی خیلی کمتر از اینه که برای درمان بیماری هزینه بشه پس اگر بیمه‌ها پیشگیری رو پوشش بدن در نتیجه تعداد افرادی که بیمار میشن کاهش پیدا میکنه." (اصلاح ساختار بیمه‌ها و ایجاد بیمه‌های سلامت محور) (مصاحبه شونده شماره ۱۲).

"افزایش تعرفه اگه بخوان مردم از جیبشون بدن همین الانم ناراضین افزایش تعرفه باید در قالب بیمه باشه، مشکلی که ما تو مملکت داریم اینه که بیمه به معنی واقعی کلمه این هزینه‌ها رو نمیده. ما تعریف درستی ازین نکردیم." (تقویت و کارآمدی بیمه‌ها) (مصاحبه شونده شماره ۲). "همینطور باید بیمه‌ها تقویت بشن بیمه‌ها توی کار تعرفه گذاری خیلی میتونن کار رو تضمین کنن. (تقویت و کارآمدی بیمه‌ها) (مصاحبه شونده شماره ۹).

"بیمه بسته رو میگیره نگاه میکنه به سیاست‌ها این بسته‌ی خدمتیه من باید اینو بفروشم یا بخرم چون بیمه خریداره ارائه دهنده‌یا بیمارستان و وزارت بهداشت میخواد بفروشه بسته رو بیمه میگه من به سیاست‌های کلان نگاه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

میکنم من کجا حاضرم اینو با قیمت بالا بخرم اونجا میخرم چون سیاست وزارت بهداشت ترویج این بسته‌ی خدمتی توی مناطق محرومه این قاعده‌ی کلیشه." (لزوم ارائه بسته خدمات) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"بیمه‌ها یا به لحاظ تعزیرات قانونی یا به لحاظ وجود عدم اراده‌ی کامل، نقشی در حمایت کمی و کیفی از بیمه شده‌ی خودش نداره. کدوم گایدلاینو بیمه میده به مرکز ارائه دهنده‌ی خدمت که باید به من اینجوری سرویس بدی. بیمه شده‌ی بدبخت پول میده بیمه اونم میره ۱۰ جای دیگه سرمایه گذاری میکنه یه گوششو میاره تو درمان." (نیاز به ارائه گایدلاین) (مصاحبه شونده شماره ۶).

ب.۲) **اقداماتی که باید توسط دولت در مورد بیمه صورت پذیرد:** نیاز به حمایت مالی بیمه توسط دولت به هنگام اصلاح تعرفه‌ها، الزام بیمه‌ها برای پرداخت به موقع تعرفه‌های اصلاح شده به ارائه کننده با توجه به وجود تورم در کشور، نیاز به اخذ اجازه‌ی قانونی برای تغییر تعرفه و فرانشیز طبق سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت توسط بیمه، ضرورت ایجاد یک سازمان بیمه مرکزی و تحت نظر گرفتن تمامی بیمه‌های تجاری و دولتی، حل مشکل بیمه‌های تکمیلی و تحت پوشش قرار دادن خدمات متناسب با سیاست‌های ملی در بیمه پایه (جدول ۲).

برخی از اظهارات مشارکت کنندگان از این قرار بود؛ "حالا چقدر ببریم بالا بحث بعدیه. وقتی که تعرفه‌ها میره بالا کی باید بیمه رو ساپورت کنه؟ دولت." (نیاز به ساپورت مالی بیمه توسط دولت) (مصاحبه شونده شماره ۱).

"دوم هم به موقع پرداخت کردن تعرفه ایست که مصوب میشه چون به موقع هم پرداخت نشه با توجه به افزایش تورمی که تو مملکت ما هست و سیر صعودی هم داره تأخیر ۲ و ۳ ماهه هم شاید بهتر جواب بده ولی ما الان تأخیر ۶-۵ ماهه داریم و اینه که بیمارستان‌ها سرباز میزنن و علتش تأخیر در پرداخته ویا واقعی نبودن." (الزام بیمه‌ها برای پرداخت به موقع تعرفه‌های اصلاح شده به ارائه کننده) (مصاحبه شونده شماره ۲).

"علتش هم اینه که بیمه برای تغییردادن تعرفه‌ها و فرانشیزها قانونا دستش بنده به این خاطر نمیتونه خیلی کار بکنه." (نیاز به اخذ اجازه‌ی قانونی برای تغییر تعرفه و فرانشیز طبق سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت توسط بیمه) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"یک سازمان بیمه مرکزی سلامت به ۲ تا وزیرا هم پیشنهاد دادن یه سری اقدام هم انجام دادیم اما دقیقاً مورد اقبال قرار نگرفته این مرکز یه چیزی مثل بیمه ایرانه که بیمه‌های تجاری زیر نظر اونن بیمه مرکزی سلامت تمام بیمه‌های پایه و تکمیلی رو زیر پوشش خودش قرار بده چه تجاری چه دولتی اگر این بیمه با اختیارات کافی و امکانات کافی بیمه‌های پایه و تکمیلی رو تحت پوشش خودش قرار بده." (ضرورت ایجادیک سازمان بیمه مرکزی) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"نمیتونه اینکه بیمه تکمیلی در حال حاضر زیر نظر وزارت بهداشت نیست و این فاجعه ست زیر نظر بیمه تکمیلی ایرانه چون تجاریه." (نبودن بیمه‌های تکمیلی زیرنظر وزارت بهداشت) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"بیمه تکمیلی حق ندارد مازاد پرداخت بیمه شده رو بپردازد چون تشویق زیرمیز بگیرو اختلاف بین بیمه‌های دولتی و اختلاف بین تعرفه‌های بخش خصوصی و دولتیه این اصلاً تشویق نباید بشه ما بیمه‌ی تکمیلی رو فقط اونی میبینیم که تحت پوشش بیمه پایه نیست مثلاً بیماری‌های خاص یه جور بیمارهای تروما یه جور به نحوی بیمه غیر پایه تلقی میشن این تیکه‌ی کار بخشی از اصلاح نظام بیمه ای کشوره بیمه نظام داره همون طور که سلامت نظام داره." (تنها برای پوشش دادن خدماتی غیر از خدمات بیمه پایه) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

"پوشش خدمات کاملاً متناسب با سیاست‌های وزارت بهداشت در بیمه پایه لازمه." (خدمات متناسب با سیاست‌های ملی در بیمه پایه) (مصاحبه شونده شماره ۱۰).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

جدول ۲: زیرساخت‌ها و اقدامات لازم مرتبط با بیمه سلامت به موازات اصلاح تعرفه‌های خدمات پزشکی

	موضوع	زیر موضوع
ب. اصلاحات مربوط به بیمه سلامت	۱. اصلاحات ساختاری	۱.۱. نیاز به ارائه گایدلاین از طرف بیمه به مرکز ارائه دهنده خدمت ۲.۲. تقویت و کارآمدی بیمه‌ها و پوشش تمامی خدمات درمانی ضروری ۳.۳. لزوم ارائه بسته خدمات * لزوم تقویت بیمه پایه در مناطق محروم با بسته خدمات * آماده کردن بسته‌ی خدمات توسط پزشکان و خرید بسته توسط بیمه با توجه به سیاست‌های وزارت بهداشت ۳.۴. اصلاح ساختار بیمه‌ها و ایجاد بیمه‌های سلامت محور
	۲. اقدامات دولت	۲.۱. نیاز به حمایت بیمه توسط دولت به هنگام اصلاح تعرفه‌ها ۲.۲. الزام بیمه‌ها برای پرداخت به موقع تعرفه اصلاح شده به ارائه کننده با توجه به وجود تورم در کشور ۲.۳. نیاز به اخذ اجازه‌ی قانونی برای تغییر تعرفه و فرانشیز طبق سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت ۲.۴. ضرورت ایجاد یک سازمان بیمه مرکزی و تحت نظر گرفتن تمامی بیمه‌های تجاری و دولتی ۲.۵. حل مشکل بیمه‌های تکمیلی * نبودن بیمه‌های تکمیلی زیرنظر وزارت بهداشت به عنوان آسیب جدی * لزوم دادن حق برای بیمه تکمیلی تنها برای پوشش دادن خدماتی غیر از خدمات بیمه پایه ۲.۶. تحت پوشش قرار دادن خدمات متناسب با سیاست‌های ملی در بیمه پایه

پ) اصلاحات لازم توسط دولت

نیاز به تصویب قانونی و تعهد اجرایی مقامات کشور برای اصلاح تعرفه‌ها، نیاز به فراهم کردن آمار و اطلاعات درست در نظام سلامت برای طبقه بندی بیماران از نظر توان مالی، نیاز به افزایش سهم بخش سلامت در جهت واقعی کردن تعرفه‌ها، حمایت دولت از قشر محروم در ارائه خدمت پس از اصلاح تعرفه، اصلاح اقتصاد کلان کشور (۲ زیرموضوع: وجود اشکال در سیستم درآمدی کشور به عنوان عامل مقایسه و عامل تشدیدکننده معترض بودن پزشکان به درآمدشان و نیاز به بالا بردن قدرت خرید مردم، در جهت حل مشکلات فعلی موجود در نظام سلامت)، از جمله زیر موضوعاتی می باشند که در این بخش مطرح می شوند (جدول ۳).

برخی اظهارات مشارکت کنندگان عبارتند از؛ "بخش بهداشت و درمان با عزیزترین سرمایه‌های انسان‌ها در ارتباطن یعنی جانشون، تعهد اجرایی بالاترین مقام کشور رو میخواد. هر وقت اون‌ها اومدن وسط که ما باید این معضل حل کنیم مشکل حل میشه. هم از جنبه‌ی قانونی هم اعتقادی. چون قانون هم اعتقاد نداشته باشم بد اجراش میکنم." (نیاز به تصویب قانونی و تعهد اجرایی مقامات کشور برای اصلاح تعرفه‌ها) (مصاحبه شونده شماره ۶).

"قطعا باید دولت و وزارت بهداشت بیماران رو دسته بندی بکنه و اقشار ضعیف رو قطعاً توی این اصلاحاتی که می خواد انجام بشه تحت پوشش حمایتی بیشتر و مناسب تری قرار بده تا اون بخش‌ها آسیب نبینن تا بتونه این اصلاح فرایند به صورت کارآمد و مؤثری انجام بشه." (فراهم کردن آمار و اطلاعات درست در نظام سلامت برای طبقه بندی بیماران از نظر توان مالی) (مصاحبه شونده شماره ۷).

"اول هرکدوم از اعضای مجلس شورای نگهبان اونایی که قراره بودجه بدن، اگه قرار باشه که سهم بخش سلامت افزایش پیدا نکنه که از اول داریم بیخودی کارو شروع میکنیم خدا رحمت کنه آقای دکتر صدقیانی رو میگف که اگه ما درست مدیریت کنیم نیاز نیس سهمو ببریم بالا ولی من فکر میکنم در شرایط فعلی ناچاره دولت و مجلس و حکومت که سهمو باید ببریم بالا." (نیاز به افزایش سهم بخش سلامت در جهت واقعی کردن تعرفه‌ها) (مصاحبه شونده شماره ۱).

"قشر محرومم دولت بسته‌ی حمایتی تعریف میکنه. اول باید قشر محروم شناسایی بشن کیان اینا تو سیستم اچ آی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

اس همه‌ی سیستم‌های مراکز درمانی این آدم‌ها بایستی به صورت مستقیم یا غیر مستقیم از بسته‌ی حمایتی برخوردار باشن." (حمایت دولت از قشر محروم در ارائه خدمت پس از اصلاح تعرفه) (مصاحبه شونده شماره ۶).

"به نظرم اصلی ترین قدم اینه که تو اقتصاد کلان یه مملکت اتفاقایی باید بیوفته. اینطور نباشه که‌یه نفر بایه زنگ تلفن میلیاردها تومن رو جابه جا کنه. و این طبیعیه. پزشک میگه من درس خوندم زحمت کشیدم و از باهوش ترین افراد هستم." (مشارکت کنندگان اصلاح اقتصاد کلان کشور؛ وجود اشکال در سیستم درآمدی کشور به عنوان عامل تشدیدکننده‌ی معترض بودن پزشکان به درآمدشان) (مصاحبه شونده شماره ۱۱).

"برای حل این مشکل تعرفه باید؛ ۱- تعرفه‌ها رو واقعی کرد، ۲- بیمه‌ها به طور کامل پوشش بدهند. به عبارتی سرانه‌ی بیمه رو باید بالا ببرن چون بیمه میگه من سرانه ای ندارم. پس چون سرانه نداره خیلی از خدمات مشمول بیمه نمیشه. که اونم مردم باید پرداخت کنند که مردم هم قدرت خرید ندارن. یه سیکل معیوبی ایجاد شده که اصلاح شدنی نیست." (مشارکت کنندگان اصلاح اقتصاد کلان کشور؛ نیاز به بالا بردن قدرت خرید مردم) (مصاحبه شونده شماره ۴).

جدول ۳: زیرساخت‌ها و اقدامات لازم مرتبط با دولت به موازات اصلاح تعرفه‌های خدمات پزشکی

موضوع	زیر موضوع
پ. اصلاحات مربوط به دولت	۱. نیاز به تصویب قانونی و تعهد اجرایی مقامات کشور برای اصلاح تعرفه‌ها ۲. نیاز به فراهم کردن آمار و اطلاعات درست در نظام سلامت برای طبقه بندی بیماران از نظر توان مالی ۳. حمایت دولت از قشر محروم در ارائه خدمت پس از اصلاح تعرفه ۴. نیاز به افزایش سهم بخش سلامت در جهت واقعی کردن تعرفه‌ها ۵. نیاز به بالا بردن قدرت خرید مردم، در جهت حل مشکلات فعلی موجود در نظام سلامت ۶. تلاش برای رفع اشکالات موجود در سیستم درآمدی کشور به عنوان عامل مقایسه و عامل تشدیدکننده معترض بودن پزشکان به درآمدشان

بحث

اکثر مشارکت کنندگان برای محقق شدن تعرفه واقعی بیان داشتند؛ علاوه بر پرداختن به مباحث و ابعاد مختلف مربوط به تعیین تعرفه، بایستی مقدماتی پیش از اصلاح تعرفه و یا اقداماتی به موازات اصلاح تعرفه فراهم گردد تا جریان و فرایند اصلاح تعرفه نیز با موفقیت انجام گیرد. بنابراین بر تغییرات و اصلاحات ضروری دیگری در نظام سلامت که ریشه سایر مشکلات نظام سلامت نیز می باشد تأکید گردیده است. این زیرساخت‌ها و اصلاحات براساس نظر مشارکت کنندگان به ۳ بخش؛ اصلاحات مربوط به وزارت بهداشت، اصلاحات مربوط به بیمه سلامت و اصلاحات لازم توسط دولت تقسیم می شود که در ادامه به هریک اشاره خواهد شد.

بخش اول شامل اصلاحات ساختاری، اصلاحات مربوط به ارائه دهنده و پایه گذاری اطلاع رسانی صحیح است، اصلاحات ساختاری شامل زیر موضوعات: اصلاح و بنا نهادن نظارت درست و اکتیو، اصلاح مدیریت و کارایی سیستم، تغییر ساختار وزارت بهداشت، نیاز به سیاستگذاری مناسب، نیاز به نگاه سیستماتیک به مشکلات سلامت و تلاش متوازن برای رفع آن‌ها، تقاضا برای بالا بردن سهم بخش سلامت براساس مطالعات مستند، نیاز به ایجاد نگاه سلامت نگر و عدم اتکا بر نگاه درمان نگر، ایجاد هماهنگی و شفافیت و از بین بردن رقابت بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه در تعیین تعرفه‌ها و حمایت مالی فقرا و برعهده گرفتن حق بیمه شان.

در مورد نحوه‌ی نظارت وزارت بهداشت بر اعمال ارائه کنندگان سلامت و به ویژه پزشکان یافته‌های پژوهش نشان داد که نظارت فعلی از نوع اکتیو و پس از وقوع تخلفات صورت می گیرد که آن هم به دلیل شکل نادرست عموماً صورت نمی‌گیرد. موسوی و موسوی (۱۳۸۹) در پژوهش خود در استان مازندران اذعان داشتند که انتظارات بیماران از بیمارستان‌ها به طور عمده تامین نیازهای رفاهی و ایجاد آرامش و احترام توسط پرسنل و کادر درمانی است و در صورت عدم تأمین آن معمولاً شکایت صورت نمی گیرد. شکایات عمدتاً زمانی مطرح می شوند که به بیمار صدمه اقتصادی یا جانی وارد شده باشد. بنابراین عدم مطرح کردن نارضایتی به شکل شکایت رسمی به مفهوم بی نقص بودن عملکرد نیست (۵).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

همچنین یارمحمدیان و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ی خود در مورد ارزیابی منابع انسانی، نتیجه گرفتند به منظور نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های واحدهای منابع انسانی در سازمان‌ها، شاخص‌ها یکی از ابزارهای اساسی تلقی می شوند. از این رو طراحی شاخص، به عنوان یک سیستم اطلاعات ارزیابی منابع انسانی در سطوح مختلف سیستم بهداشتی و درمانی از مهمترین وظایف مدیران و کارشناسان این حوزه‌ها می باشد (۶). بهادری و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ی خود بر روی عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، عملکرد این بیمارستان‌ها را ضعیف اعلام نمودند و تلاش برای علت‌یابی و بالا بردن کیفیت را ضروری دانستند (۷).

کریگیا و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه‌ی خود به بررسی کارایی امکانات و بیمارستان‌های کشور غنا (به عنوان کشور در حال توسعه) پرداختند و آن را ناکارآمد ارزیابی نمودند و نیاز به برنامه ریزی و بودجه ریزی توسط سیاست گذاران را از جمله اصلاحات مورد نیاز برای رفع ناکارآمدی نظام سلامت این کشور برشمردند (۸). فرنک (۱۹۹۴) در پژوهش خود، اصلاح سازمانی با تمرکز بر مسائل مربوط به کارایی فنی و کیفیت در نظام سلامت را، به عنوان یکی از ۴ راهکار پیشنهادی خود برای اصلاح نظام سلامت معرفی کرده اند (۹). بایرنز و والدمنیس (۱۹۹۴) در مطالعه‌ی خود اظهار داشتند که هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده، باعث بروز تلاش جهت کنترل هزینه توسط شخص ثالث گردیده است که در نتیجه رقابت در بین بیمارستان‌ها افزایش‌یافته و مدیریت بیمارستان‌ها را برای استفاده‌ی کارآمد تر از منابع، تحت فشار قرار داده است (۱۰).

در راستای موافق با یافته‌های پژوهش مبنی بر ضرورت نیاز به سیاستگذاری مناسب در نظام سلامت، تونیس و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود بر لزوم استناد به شواهد با کیفیت بالای حاصل از تحقیقات و مطالعات بالینی عملی توسط تصمیم گیرندگان نظام سلامت به منظور حمایت و تأکید بر صحت انتخاب‌های سیاستی خود و دست‌یافتن به کیفیت در نظام سلامت و استفاده‌ی بهینه از منابع محدود تأکید نمودند (۱۱). بنا بر پژوهش داوری (۱۳۹۱) برای اطمینان از موفقیت اصلاحات نظام سلامت، لازم است ضمن توجه به همه ی عوامل مؤثر در پیشبرد برنامه‌ها، سیاست‌ها را به صورت مبتنی بر شواهد (Evidence Based Policy) اتخاذ نمود.

در راستای نیاز به نگاه سیستماتیک به مشکلات موجود در نظام سلامت و تلاش برای حل آن، داوری در پژوهش خود اظهار می دارد که بدون توجه کافی به علت بروز مشکلات، تلاش‌های انجام شده برای بر طرف کردن آن‌ها با ناکامی مواجه خواهد شد. همچنین ندادن بهای کافی به همه ی عوامل مؤثر در پیشبرد اهداف، دستیابی به آن‌ها را زیر سؤال خواهد برد (۱۲). یزدی زاده و همکاران (۱۳۸۸) نیز در پژوهش خود در زمینه‌ی استفاده از پژوهش‌های انجام شده در نظام سلامت کشور، بیان داشتند که برای تقویت بهره برداری از پژوهش‌های بخش سلامت کشور باید ابتدا با یک نگاه جامع مشکلات را مشخص و راهکارهای مورد نیاز را در سطوح مختلف شناسایی نمود (۱۳).

در زمینه‌ی زیرموضوع تقاضا برای افزایش سهم و بودجه‌ی بخش بهداشت برای واقعی کردن تعرفه‌ها، فتاحی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که سلامت و بهداشت بایستی به عنوان یک اولویت مد نظر سیاست گذاران قرار گیرد. در حقیقت، مخارج بهداشتی یک سرمایه گذاری بلندمدت و نه یک هزینه، محسوب می شود. افزایش بودجه بخش بهداشت، بهبود خدمات بهداشتی و تخصیص بیشتر منابع به سرمایه انسانی می تواند موجب افزایش رشد اقتصادی شود (۱۴).

در مورد زیر موضوع نیاز به ایجاد نگاه سلامت نگر و عدم اتکا بر نگاه درمان نگر به عنوان یکی از زیر ساخت‌های لازم برای بنا نهادن توسط وزارت بهداشت، نبی پور و اسدی (۲۰۱۴) در پژوهش خود به موضوع پزشکی سیستمی پرداخته و آن را چنین معرفی نمودند؛ پزشکی سیستمی یک تغییر پارادایمی در پزشکی است که از دست مایه‌های تفکر بیولوژی سیستمی تغذیه کرده و با رهیافتی سیستمی به سلامت و بیماری نظر می کند. رهیافت سیستمی که در قالب پزشکی سیستمی تجلی یافته است تلاش می نماید تا با کاربرد فناوری‌های نوپدید و تصویر برداری‌های ملکولی از پیچیدگی‌های نهفته در بیماری‌ها پرده بردارد. آن‌ها در نتیجه‌ی این پژوهش بیان داشتند که جهت پذیرش ابرروند پزشکی سیستمی نیاز است که زیر ساخت‌های لازم برای مطالعات میان رشته‌ای را در قالب برنامه‌های پژوهشی یکپارچه در مقیاس بزرگ

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

در پژوهش‌های زیست پزشکی منظور نمود و نگاه به پزشکی را از واکنشی (توجه به بیماری) به منظر کنش گرا (توجه به تندرستی) تغییر داد (۱۵).

اصلاحات مربوط به ارائه دهنده، شامل زیرموضوعات؛ بنیان پزشک خانواده و سیستم ارجاع، نیاز به رهنمودهای بالینی و گایدلاین، نیاز به اصلاح نظام پرداخت، نیاز به محدود کردن حق تعداد ویزیت، نیاز به رواج اخلاق در پزشکی و از بین بردن مکانیسم و سیاست‌های مبتنی بر بازار.

در زمینه لزوم استفاده از گایدلاین‌ها؛ برادران و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود، با بیان این موضوع که محصولات دانش مانند دستورالعمل‌های بالینی (CPG)، برای پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) مورد نیاز است، فقدان سیستم بهداشت و درمان مبتنی بر شواهد و حمایت سیاسی کلان را به عنوان موانع اصلی استقرار سیستم توسعه و پیاده سازی رهنمودهای بالینی در ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه ذکر نمودند (۱۶).

در زمینه‌ی ضرورت محدود کردن حق تعداد ویزیت، حیدری و صیدی (۱۳۸۷) در مطالعه‌ی خود در مورد رضایت بیماران از پزشکان در شرایط فعلی در شهر قم، بیشترین میزان نارضایتی از پزشکان را، زمان اختصاص یافته برای ویزیت عنوان نمودند (۱۷) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در زمینه‌ی نیاز به تقویت اخلاق پزشکی که از یافته‌های پژوهش می باشد؛ زراعتکار و محمودیان (۲۰۰۸) در پژوهش خود بیان داشتند که رعایت اصول اخلاقی و حرفه ای در امر طبابت به عنوان مهمترین خصیصه برای طبیبان و پزشکان ایرانی و اسلامی مورد توصیه و توجه جدی قرار گرفته و بر این اساس در منابع و متون ادبیات اسلامی و ایرانی ویژگی‌هایی همچون ارتباط و یاد خدا، توکل، رازداری، خوش خلقی، امیدبخشی، ارتباط و رفتار مناسب با بیمار و اعتقادات نیکو به عنوان فرهنگ اخلاق طبابت و پزشکی مطرح بوده است. سپس نتیجه گرفتند که می توان با حفظ و تکریم ارزش‌ها و فرهنگ کهن ایرانی و اسلامی و توسعه و ترویج آن گامی مثبت در جهت تقویت و ساماندهی اخلاق پزشکی در حوزه سلامت و بهداشت جامعه اسلامی کشورمان برداشت (۱۸).

در همین زمینه طباطبایی (۱۳۸۷) در پژوهش خود بیان داشت در آثار به جای مانده از اطبای مسلمان، به ویژه محمد بن زکریای رازی، نکات مهمی در ارتباط با اخلاق پزشکی مطرح شده است. رازی با توجه به نظریات پزشکان برجسته معاصر و پیشکسوت خود، تأکید زیادی بر ویژگی‌های شخصیتی متعددی می کند که پزشک باید از آن‌ها برخوردار باشد تا بتواند شایسته طبابت باشد. به عنوان مثال، وارستگی و آراستگی در ظاهر و رفتار، رازداری، پرداختن به مطالعه، خودداری از اتلاف وقت در کارهای بیهوده و ناشایست، عدم توجه به مادیات و استفاده از طبابت به عنوان تجارت، داشتن اعتماد به نفس مناسب در هنگام کار و احترام گذاشتن به بیمار، از ویژگی‌های پزشک خوب به شمار می آیند (۱۹).

سینگر (۲۰۰۳) در مطالعه خود اتخاذ استراتژی‌هایی از قبیل پذیرفتن دانش آموزانی که دارای سطوح بالایی از اخلاق حرفه‌ای در وهله اول بوده، آموزش برای عملکرد، ارزیابی برخوردهای اخلاقی و حرفه ای دانشجویان کنار تخت بیمار شامل پرسیدن نظر بیمار در این زمینه و فراهم آوردن شرایط آموزش اخلاقی جهت تقویت نقش اخلاق در آموزش پزشکی را پیشنهاد کرده است و همچنین افزوده است که هریک از این استراتژی‌ها نیاز به یک رویکرد مبتنی بر شواهد و بهبود مستمر کیفیت دارد و این استراتژی‌ها به احتمال زیاد در هر دانشکده پزشکی در جهان قابل اجرا است. اما به این استراتژی‌ها بی‌توجهی شده است (۲۰).

همچنین داوری و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه دیگری در مورد سیاست‌ها و بازار دارویی در ایران بیان داشته است که پس از حدود دو دهه اجرای طرح ژنریک، اجرای سیاست‌های مبتنی بر بازار، ضمن بهبود دسترسی بیماران به فرآورده‌های دارویی جدید و گرانقیمت خارجی، باعث افزایش قابل توجه هزینه‌های دارویی کشور شده است (۲۱).

پایه گذاری اطلاع رسانی صحیح شامل زیر موضوعات آگاهی دادن به ذی نفعان و فرهنگ سازی قبل از اصلاح تعرفه، آگاهی دادن به افراد در مورد انتخاب رشته پزشکی و توجه به نیاز به خدمت در مناطق محروم و مزایا و مضرات آن می باشد.

در زمینه اهمیت آگاه ساختن تمامی ذی نفعان پیش از تغییر و اصلاح در تعرفه؛ بیسانگ و همکاران به نقل از دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهششان، تأثیر آگاهی و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

مشارکت ذینفعان در اجرای برنامه امری مسلم دانستند. پژوهشگران اذعان داشتند که تعرفه گذاری نمی تواند به صورت ایزوله و در فضای بسته صورت گیرد چرا که در چنین حالتی حتی اگر تعرفه گذاری بر اساس اصول علمی نیز صورت گیرد از آنجا که نظرات ذینفعان مختلف لحاظ نشده از اجرایی شدن آن نیز خودداری خواهند کرد (۲۲). فرزادی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود، افزایش اطلاعات افراد در زمینه بهداشت و درمان را موجب افزایش رضایت از خدمات بهداشتی درمانی دانستند (۲۳).

دومین گروه از اقدامات، به اصلاحات مربوط به بیمه سلامت مرتبط می شود که شامل اصلاح ساختاری و اقداماتی که باید توسط دولت در مورد بیمه صورت پذیرد، می شود. اصلاح ساختاری شامل زیر موضوعات اصلاح ساختار بیمه‌ها و ایجاد بیمه‌های سلامت محور، تقویت و کارآمدی بیمه‌ها و پوشش تمامی خدمات درمانی ضروری، لزوم ارائه بسته خدمات و نیاز به ارائه گایدلاین از طرف بیمه به مرکز ارائه دهنده خدمت را در بر می گیرد.

اصلاحات در بیمه سلامت کشور از اولویت بالایی برخوردار می باشد، چنانچه عامریون و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ی خود در جهت شناسایی اولویت‌های تحقیقاتی در کشور، بررسی وضعیت بیمه‌ها و تلاش برای رفع مشکلات آن را اولویت دوم از ۸ اولویت شناسایی شده در مطالعه شان برشمردند (۲۴). داوری و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود اذعان داشتند که سازمان‌های بیمه گر در کشور، از مشکلات ساختاری فراوانی رنج می برند (۲۵).

سمنانی و کشت کار (۱۳۸۲) در پژوهش خود در شهر گرگان، در زمینه‌ی میزان پوشش بیمه در شرایط فعلی اظهار داشتند علی رغم پوشش فزاینده سازمان‌های بیمه گر و رشد بیمه‌های تکمیلی هنوز هم بیش از نصف هزینه‌های خدمات سلامتی در همه گروه‌های درآمدی به صورت مستقیم از جیب پرداخت می شود و با توجه به استاندارد سازمان بهداشت جهانی، لزوم بازنگری در وضعیت بیمه‌های درمانی و نظام‌های پرداخت در کشور ضروری به نظر می رسد (۲۶). بنا بر مطالعه داوری و همکاران (۱۳۹۱) به دلیل عدم توان سازمان‌های بیمه گر برای پوشش مناسب داروهای موجود، سهم بیماران از پرداخت هزینه‌های دارویی نیز به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است (۱۲). رییسی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود، تدوین صحیح بسته‌ای بیمه پایه سلامت را از راهکارهای ارتقای بیمه‌های پایه توصیف نمودند (۲۷).

در زمینه‌ی نیاز به ارائه گایدلاین، بنابر پژوهش نصیری راد و همکاران (۱۳۸۹) از وظایف نمایندگان سازمان‌های بیمه گر جهت دفاع از حقوق بیمه شدگان، نظارت بر بیمارستان برای جلوگیری از سوء استفاده مالی از بیماران می باشد (۲۸).

اقداماتی که باید توسط دولت در مورد بیمه صورت پذیرد، زیرموضوعات ذیل را در بر می گیرد: نیاز به حمایت مالی بیمه توسط دولت به هنگام اصلاح تعرفه‌ها، الزام بیمه‌ها برای پرداخت به موقع تعرفه‌های اصلاح شده به ارائه کننده با توجه به وجود تورم در کشور، نیاز به اخذ اجازه‌ی قانونی برای تغییر تعرفه و فرانشیز طبق سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت توسط بیمه، ضرورت ایجاد یک سازمان بیمه مرکزی و تحت نظر گرفتن تمامی بیمه‌های تجاری و دولتی، حل مشکل بیمه‌های تکمیلی و تحت پوشش قرار دادن خدمات متناسب با سیاست‌های ملی در بیمه پایه.

مطابق یافته‌های پژوهش، پس از اصلاح تعرفه‌ها، حمایت مالی بیمه توسط دولت الزامی می باشد. چنانچه طبق پژوهش کاظمیان و علی پور (۱۳۹۰) در مورد وضعیت حمایت‌های مالی و نقش دولت در سیاست‌های تأمین بیمه اجتماعی درمان برای بخش غیر رسمی اشتغال، این حمایت در شرایط فعلی نیز وجود دارد اما سهم دولت طی سال‌های ۱۳۸۶ -۱۳۷۵ برای جبران منابع مورد نیاز جهت پوشش خانوارها در گروه جمعیت شاغل و بیکار در بخش غیررسمی کاهش یافته است و همچنین متوسط رشد هزینه سرانه درمان برای بیمه شده‌های بخش غیر رسمی کمتر از متوسط رشد این هزینه برای کل بیمه شده‌های شهری (در بخش‌های رسمی و غیررسمی) بوده است. کاظمیان و علی پور به عنوان نتیجه‌ی پژوهش خود ابراز داشتند که بدون دخالت دولت برای سازمان دهی طرح‌های بیمه درمانی برای بخش غیررسمی و تأمین مالی آن‌ها، گسترش پوشش بیمه‌های بهداشتی و درمانی برای این بخش امکان پذیر نمی باشد (۲۹).

علی رغم بند ۲۲ قانون بودجه سال ۱۳۸۸ که در آن تشریح گردیده است که کلیه سازمان‌های بیمه گر موظفند ۶۰ درصد مبلغ صورتحساب‌های بیمارستان‌ها را قبل از رسیدگی و حداکثر ظرف ۲ هفته پس از دریافت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

صورتحساب پرداخت نموده و مابقی آنرا نیز تا ۳ ماه پرداخت نمایند (۳۰)، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، سازمان‌های بیمه گر بدون توجه به این قانون، با تأخیر در پرداخت در شرایط فعلی، مشکلات بیمارستان‌ها را تشدید می نمایند. نصیری راد و همکاران (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود، عدم پرداخت به موقع صورت حساب‌ها و فشار بر روی بیمارستان‌ها را از جمله مشکلات بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه عنوان نمودند (۲۸).

مشکلات مربوط به تعرفه‌ها و عدم ارتباط صحیح بین سازمان‌های بیمه گر و مراکز بهداشتی درمانی، به عنوان مهمترین ضعف‌های کنونی بیمه‌های سلامت شناسایی شد (۲۷). بنابراین تلاش برای رفع این مشکل در بیمه از اصلاحات ضروری می باشد که طبق نتایج این پژوهش نیاز به الزام و فشار توسط دولت بر سازمان‌های بیمه گر برای اجرای آن می باشد. داوری و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود، تعدد سازمان‌های بیمه گر، همپوشانی بیمه شدگان و عدم استفاده از ارزیابی‌های اقتصادی برای تحت پوشش قرار دادن خدمات را، از جمله مشکلات بیمه برشمردند که چالش‌های اقتصادی زیادی را به بیمه‌ها تحمیل کرده است (۱۲). به گفته‌ی نصیری راد و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود، ناهماهنگی بین سازمان‌های بیمه گر از مشکلات بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه گر می باشد (۲۸).

رییسی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود، وجود سازمان‌های بیمه ای متعدد و ناهماهنگ را از علل ناکارآمدی نظام بیمه در کشور عنوان نمودند و یکپارچه سازی بیمه‌های سلامت بر اساس قوانین و یک الگوی مشخص و تعریف شده را برای رفع ناکارآمدی بیمه پیشنهاد کردند. همچنین، شفاف سازی مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل را از اصلاحات لازم برای نظام بیمه ای در کشور برشمردند (۲۷).

در زمینه‌ی بیمه‌های تکمیلی که بنا بر یافته‌های پژوهش عنوان شد که بایستی خدماتی غیر از خدمات ضرور و پوشش داده شده توسط بیمه پایه را پوشش دهند، پژوهش وفایی نجار و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که طبق نظر استادان، صاحبنظران و کارشناسان بخش سلامت، پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان همگانی به‌عنوان مهمترین عامل در انتخاب بیمه درمان مکمل در کشور می باشد (۳۱).

سومین گروه از اقدامات شامل اصلاحات لازم توسط دولت می باشد که موارد نیاز به تصویب قانونی و تعهد اجرایی مقامات کشور برای اصلاح تعرفه‌ها، نیاز به فراهم کردن آمار و اطلاعات درست در نظام سلامت برای طبقه بندی بیماران از نظر توان مالی، نیاز به افزایش سهم بخش سلامت در جهت واقعی کردن تعرفه‌ها، حمایت دولت از قشر محروم در ارائه خدمت پس از اصلاح تعرفه، اصلاح اقتصاد کلان کشور و ۲ زیر موضوع وجود اشکال در سیستم درآمدی کشور به عنوان عامل مقایسه و عامل تشدیدکننده معترض بودن پزشکان به درآمدشان و نیاز به بالا بردن قدرت خرید مردم، در جهت حل مشکلات فعلی موجود در نظام سلامت را در بر می گیرد.

صدوقی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود در زمینه سیستم اطلاعات سلامت اذعان داشتند مجموعه حداقل داده MDS (Minimum Data Set) به عنوان اولین گام مهم در توسعه سیستم اطلاعات مراقبت سلامت می باشد. MDS به عنوان یک ضرورت برای حرکت به سمت پرونده الکترونیک سلامت (HER: Electronic Health Record) و تبادل اطلاعات بین مراکز مختلف شناخته شده است. در اکثر کشورها مهمترین اهداف MDS پری ناتال شامل مقایسه و تحلیل داده، گزارش‌های آماری، سیاستگزاری و تخصیص منابع، تضمین کیفیت، کاهش مرگ و میر، برنامه ریزی و ارزیابی، تحقیقات، ممیزی بالینی، آموزش و کاهش بی عدالتی میان زنان باردار و نوزادان است. ایران فاقد MDS پری ناتال در سطح ملی است. آنان توصیه می کنند برای ایجاد MDS ملی باید از تجارب کشورهای پیشرو استفاده نمود و بومی سازی آن با در نظر گرفتن نیازهای کشور نیز ضرورتی اجتناب ناپذیر می باشد (۳۲).

ماهر و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود بیان داشتند که طراحی و عملیاتی نمودن نظام جامع اطلاعات می تواند در زمینه تولید منابع مالی جدید مؤثر واقع شده و اثربخشی نتایج سیاست‌های بهداشتی و درمانی اتخاذ شده را افزایش دهد (۳۳).

مطابق یافته‌های پژوهش، پس از اصلاح و افزایش تعرفه‌های خدمات درمانی، نیاز به حمایت دولت از اقشار محروم وجود دارد. در زمینه‌ی برآورد عادلانه بودن هزینه‌های سلامت، سمنانی و کشت کار (۱۳۸۲) در پژوهش خود دریافتند که درصد پوشش حداقل یکی از

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

انواع بیمه درمانی در بالاترین دهک درآمدی ۶۷ درصد و در پایین ترین دهک ۴۴/۴ درصد می باشد. آن‌ها نتیجه گیری نمودند خانوارهای کم درآمد حدود ۴۰ درصد درآمد ناچیز خود را بابت مراقبت‌های سلامتی هزینه می کنند که در مقایسه با سهم ۹ درصدی خانوارهای با مرفه ترین وضعیت (دهک بالا)، حدود ۴/۵ برابر بیشتر هزینه می نمایند (۲۶).

در زمینه‌ی‌یافته‌های پژوهش مبنی بر نیاز به برقراری عدالت و تلاش جهت اصلاح اقتصاد کلان کشور و توزیع درآمدها جهت ترمیم قدرت خرید مردم، عماد زاده و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود، اظهار داشتند که با کاهش قدرت خرید مردم، خانوارها درصد کمتری از بودجه‌ی خود را به سلامتی اختصاص می دهند (۳۴).

در این پژوهش کوشش گردید تا صاحبنظرترین مدیران سلامت در زمینه اقتصاد سلامت و تعرفه های خدمات پزشکی، شناسایی و برای مصاحبه انتخاب گردند. از مشکلات و محدودیت‌های این پژوهش در رابطه با دسترسی جغرافیایی و دسترسی موقعیتی این مدیران (با توجه به سمت‌های مختلف این افراد در وزارت بهداشت، دانشگاه‌های مختلف علوم پزشکی و بیمارستان‌های شهرهای تهران، اصفهان و تبریز) و مسافرت به شهرهای مختلف و هماهنگی با ایشان جهت مصاحبه، اشاره نمود که اصرار پژوهشگر بر این امر، به دلیل تمایل به قابلیت تعمیم نتایج پژوهش در وسعت بیشتری بود و به همین جهت برای رفع این مشکل، نهایت تلاش صورت گرفت.

نتیجه گیری

طبق یافته‌های پژوهش جهت محقق شدن تعرفه واقعی بایستی علاوه بر پرداختن به مباحث و ابعاد مختلف مربوط به تعیین تعرفه، مقدماتی پیش از اصلاح تعرفه و یا اقدامی به موازات اصلاح تعرفه فراهم گردد تا جریان و فرایند اصلاح تعرفه نیز با موفقیت انجام گیرد. چنانچه بدون فراهم نمودن برخی از این زیرساخت‌ها، اقدام صرف مربوط به اصلاح تعرفه‌ها نیز بی نتیجه و یا کم تأثیر خواهد بود. بنابراین بر تغییرات و اصلاحات ضروری دیگری در نظام سلامت که ریشه سایر مشکلات نظام سلامت، نیز می باشد تأکید گردیده است.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی مدیران صاحبنظر در زمینه تعرفه که با وجود مشغله فراوان، ایشان را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر نموده و برایشان آرزوی توفیق روزافزون نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ع. ج، م. ع

جمع آوری داده‌ها: م. ع

تحلیل داده‌ها: م. ک، م. ع

نگارش و اصلاح مقاله: م. ع، ع. س

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کد ۳۹۳۷۱۰ می باشد که در سال ۱۳۹۳ با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Hasan Zade A, Fakhimalizad S. A Review on the Basis of Tariffing Health Services in Iran. Social Security Journal 2006; 26 and 27: 7-42. [Persian]
2) Biglar M, Bastani P, Vatan khah S. The challenges of stewardship in Medical education system; A qualitative approach. Payavard Salamat 2013; 7(4): 299-311. [Persian]
3) Zare H, Barzegar M, Keshavarz Kh, Russel M. Principles and methods of health care Tariffs. Tehran: Research center of hospital Management Tehran Univarsity of medical sciences and Health Services; 2011.
4) De Ferranti D. Paying for health services in developing countries: An overview. Washington, D.C.: The World Bank; 1985. Available from URL: http://documents.worldbank.org / curated/ en/ 485471468739208102/ Paying- for- health-services-in-developing-countries-an-overview. Last Access: May 29, 2017.
5) Mousavi SA, Mousavi SJ. Causes of patient dissatisfaction of puplic hospitals in Mazandaran province. IJFM 2010; 16(2): 127-33. [Persian]
6) Yarmohammadian MH, Yaghoubi M, Mamikhani J, Ansari M, Karimiyan J, Kiani M, et al. Compiling the Basic Human Resources Indicators

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

in Health System. Health Inf Manage 2010; 7(Special Issue): 546-55. [Persian]

7) Bahadori MK, Sadeghifar J, Hamouzadeh P, Hakimzadeh M, Nejati M. Combining multiple indicators to assess hospital performance in Iran using the Pabon Lasso Model. AMJ 2011; 4(4): 175-79. doi: 10.4066/AMJ.2011.620.

8) Kirigia JM, George MO, d'Almeida S, Osei D, Mensah A, Kainyu LH. Technical efficiency of public district hospitals and health centres in Ghana: A pilot study. Cost Eff Resour Alloc 2005; 3(1): 9. doi: 10.1186/1478-7547-3-9.

9) Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy 1994; 27(1): 19-34. PMID: 10133134.

10) Byrnes P, Valdmanis V. Analyzing technical and allocative efficiency of hospitals. Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology, and Applications. Springer; 1994: 129-44. doi: 10.1007/978-94-011-0637-5_7.

11) Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: Increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. JAMA 2003; 290(12): 1624-32. doi: 10.1001/jama.290.12.1624.

12) Davari M. Economic challenges of the health system in Iran. Health Inf Manage 2012; 8(7): 915-7. [Persian]

13) Yazdizadeh B, Nejat S, Gholami J, Changizi N, Yarahmadi Sh, Nasehi M, et al. Utilization of Research in Health System Decision Making. Hakim Health Sys Res 2009; 12(2): 1-10. [Persian]

14) Fattahi Sh, Soheyli K, Reshadat S, Karimi P. Relationship of health human resources and economic growth in OPEC countries. Healthcare Management 2011; 3(3 and 4): 37-51. [Persian]

15) Nabipour I, Assadi M. Infrastructures for systems medicine in Iran's health roadmap. Iran South Med J 2014; 17(5): 974-92. [Persian]

16) Baradaran SZ, Nedjat S, Yazdizadeh B, Nedjat S, Majdzadeh R. Barriers of clinical practice guidelines development and implementation in developing countries: A case study in iran. Int J Prev Med 2013; 4(3): 340-8. PMID: 23626892.

17) Heydari A, Seydi M. Patients satisfaction of general practitioners in Qom and its influencing factors (years 1384-1385). Scientific Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2008; 26(4): 530-4. [Persian]

18) Zeraatkar M, Mahmoodiyan F. Evaluation of medical ethics in some ancient texts of Islam. Medical Ethics Journal 2009; 3(7): 1-24. [Persian]

19) Tabatabaei SM. Rhazes's views on medical ethics. ijme 2008; 1(2): 1-6. [Persian]

20) Singer PA. Strengthening the role of ethics in medical education. CMAJ 2003; 168(7): 854-5. PMCID: PMC151993.

21) Davari M, Walley T, Haycox A. Pharmaceutical policy and market in Iran: past experiences and future challenges. JPHSR 2011; 2(1): 47-52. doi: 10.1111/j.1759-8893. 2011. 00042.x.

22) Doshmangir L, Rashidian A, Akbari Sari A. Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in iranian health sectors. jhosp 2012; 10(4): 21-30. [Persian]

23) Farzadi F, Maftoon F, Ayinparast A, Azin SA, 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. [Persian]

24) Amerioun A, Teymourzedeh E, Alijanzadeh M, Hakimzadeh SM, Hosseini Shokouh SM, Bahadori MK, et al. Research Needs Assessment and Priority Setting for Health Economics: A Mixed method Study in Iran. J Mil Med 2014; 16(1): 23-8. [Persian]

25) Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian Health Insurance System; Past Experiences, Present Challenges And Future Strategies. Iran J Public Health 2012; 41(9): 1-9. PMCID: PMC3494208.

26) Semnani Sh, Keshtkar AA. A assessing of equality of the cost of health care in the population research center's coverage area in Gorgan. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2003; 5(12): 53-9. [Persian]

27) Raeisi AR, Mohammadi E, Nuhi M. Significant improvement points and offering starategies to improve the quality and quantity of health insurance in iran: A qualitative study (short article). Health Inf Manage 2013; 10(2): 357-64. [Persian]

28) Nasiri Rad N, Rashidian A, Joodaki H, Akbari Haghighi F, Arab M. Assessing issues and problems in relatioship between basic insurance organizations and university hospitals: A qualitative research. jhosp 2010; 9(1 and 2): 5-18. [Persian]

29) Kazemian M, Alipoor V. Assessment of Government Financial Supports and Policies for Social Health Insurance in Informal Sector. Hakim Research Journal 2011; 13(4): 267-75. [Persian]

30) Budget Law of Iran. Available from URL: http://www.jobportal.ir/Information/Inc/ 10-498-1. pdf. Last Access: Apr 25, 2017. [Persian]

31) Vafaee Najar A, Karimi I, Sadaghiani E. Process of information system of service packs complementary health insurance in selected

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

countries and provide a model for Iran. Health Inf Manage 2006; 3(1): 51-62. [Persian]

32) Sadoughi F, Nasiri S, Langarizadeh M. Necessity for designing national minimum data set of perinatal Period in Iran: A Review Article. Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2014; 57(5): 727-37.

33) Maher A, Ahmadi AM, Shokri Jamnani A. Survey of Different Approaches to Health System Financing in the Selected Countries during the Period 1998-2004 and Introducing New Financing Mechanisms for Iran. Economic research 2008; 8(1): 115-49. [Persian]

34) Emadzadeh M, Samadi S, Paknejad S. Inequality revenues and health "in the OIC Member States'. Journal of Macroeconomics 2013. 9(17): 141-60. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]

Research Article

Infrastructures and Necessary Actions Parallel to Reforms of Medical Service Tariffs to Improve Health System Performance in Iran: A Qualitative Study

Alireza Jabbari [1], Mahmood Keyvanara [2], Mina Azizzadeh [3*], Abdollah Soltantajiyan [4]

[1] Assistant Professor, Health Management and Health Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Associate Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] Instructor, Department of Health, School of Sarab Medical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[4] Ph.D. student of Healthcare Management, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*** Corresponding Author:** Mina Azizzadeh
azizzadehmina@gmail.com

Citation: Jabbari A, Keyvanara M, Azizzadeh M, Soltantajiyan A. Infrastructures and Necessary Actions parallel to Reforms of Medical Service Tariffs to Improve Health System Performance in Iran: A Qualitative Study. Manage Strat Health Syst 2017; 2(2): 130-45.

Received: July 24, 2017
Revised: September 16, 2017
Accepted: September 19, 2017

Funding: This study was supported by Isfahan University of Medical Sciences (No: 393710).

Competing Interests: The authors declared that no competing interests exist.

A B S T R A C T

Background: Perhaps the most important challenge in provision of health services is the issue of tariffs. The roles of the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education, the Supreme Council of public health services insurance, Ministry of Cooperatives, Labor, and Social Affairs, as well as the Medical Council are specified in law. But it is faced with serious problems in implementation. The purpose of this study was to identify and introduce infrastructures and necessary actions parallel with reforms of medical service tariffs to improve health system performance in Iran.

Methods: Purposeful sampling was used and continued until data saturation in this qualitative study. Participants included 12 Health Managers of Tehran, Isfahan, and Tabriz, who were selected based on the study goals. These people were investigated with deep interview. Data analysis was based on a thematic analysis. Criteria such as "credibility", "reliability", "validity", and "stability" of data were considered.

Results: Findings showed that the infrastructure and reforms, according to participants' viewpoints were divided into 3 parts: first, the reform of the Ministry of Health, including structural reforms, reforms related to the provider, and establishment of correct informing; second, health insurance reforms, consisting of structural reforms and actions that should be taken by the government about the insurance; and third, the necessary reforms by the government.

Conclusion: First, it seems that various issues and aspects related to tariff determination should be considered. Furthermore, some preliminaries should be provided before tariffs' reformation or some actions should be taken in line with that for the success of tariff reformation process. These measures and reformations are related to the Ministry of Health, insurances, and the government.

Key words: Tariff, Medical services, Performance, Health system

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1396.2.2.6.8]