

## ادراک مدیران سازمان‌های بیمه از مفهوم تعرفه واقعی خدمات پزشکی در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی

علیرضا جباری<sup>۱</sup>، محمود کیوان‌آرا<sup>۲</sup>، فاطمه رهی<sup>۳</sup>، مینا عزیززاده<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** تعرفه‌گذاری یکی از مهم‌ترین ابزارهای سیاست‌گذاران نظام درمانی هر کشور برای اعمال تولیت است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی ارایه خدمات تأثیرگذار می‌باشد و به وسیله آن می‌توان بر میزان دسترسی و استفاده از خدمات تأثیر گذاشت. تغییر تعرفه‌های پزشکی از سویی درآمد ارایه‌کنندگان خدمات پزشکی و بیمارستانی و از سوی 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 پرداخت.

**روش:** این مطالعه به صورت کیفی و از طریق انجام مصاحبه عمیق با ۱۹ نفر از مدیران سازمان‌های بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح که در زمینه تعرفه‌ها مطلع بودند یا فعالیت شغلی آنان به این حوزه ارتباط داشت، انجام گرفت. به منظور تحلیل مصاحبه‌ها، از روش تحلیل موضوعی استفاده گردید.

**یافته‌ها:** مدیران سازمان‌های بیمه مفهوم تعرفه واقعی را در دو موضوع «تعریف تعرفه واقعی» و «روش‌ها، عناصر و اصول تعیین تعرفه» و زیرموضوعات «تعیین تعرفه‌ها بر اساس توافق جمعی با در نظر گرفتن منافع گروه‌های درگیر، تعیین تعرفه‌ها بر اساس قیمت تمام شده خدمات و بر اساس نوع و حساسیت» بیان نمودند.

**نتیجه‌گیری:** برای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری، باید ویژگی‌های تعرفه واقعی بر اساس مفهوم تعرفه واقعی شناسایی گردد. در تعیین تعرفه‌ها باید منافع گروه‌های درگیر (بیمه شده، ارایه دهنده خدمت و بیمه‌گر) در نظر گرفته شود و تعرفه بر اساس توافق جمعی و با نظر نمایندگان گروه‌های درگیر و بر اساس قیمت تمام شده خدمات تعیین شود.

**کلیدواژه‌ها:** تعرفه واقعی، سازمان‌های بیمه، مدیران، خدمات پزشکی، نظام سلامت

**ارجاع:** جباری علیرضا، کیوان‌آرا محمود، رهی فاطمه، عزیززاده مینا. ادراک مدیران سازمان‌های بیمه از مفهوم تعرفه واقعی خدمات پزشکی در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۳): ۳۱۳-۳۰۴.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱۶

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۱۵

۱- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
 ۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
 ۳- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: fa.ra69@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: فاطمه رهی

## مقدمه

طبق نظر سازمان جهانی سلامت، «تولیت» بخشی از کارکرد یک حکومت تعریف می‌شود که مسؤول تندرستی و رفاه جامعه می‌باشد. تولیت و ارایه خدمات سلامت در نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، به عنوان مهم‌ترین حوزه‌ها مطرح شده است (۱). رشد روزافزون هزینه‌های نظام سلامت در سراسر دنیا به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت تبدیل شده است (۲). 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 سلامت برای افراد جامعه به وجود آورده؛ به طوری که مسأله مشارکت مالی عادلانه را که به عنوان یکی از چالش‌های معمول در هر نظام اجتماعی و به خصوص نظام سلامت به شمار می‌رود، به مخاطره انداخته است (۳).

نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو است؛ در حالی که شاخص کلی هزینه‌ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده، این رشد در هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است (۴). این موضوع باعث شده است که نظام سلامت در بخش‌های مختلف با مشکلات زیادی مواجه گردد. بررسی انجام شده در هزینه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ این موضوع را تأیید می‌کند. بر مبنای این بررسی، در طی ۱۰ سال گذشته همواره بی‌عدالتی در توزیع هزینه‌های سلامت وجود داشته است و این بی‌عدالتی در بخش هزینه‌های اجتماعی-درمانی، در جمعیت روستایی بیش از شهری بوده است (۵).

تعرفه‌های خدمات پزشکی دارای پیشینه‌ای به قدمت طب و طبابت است و امروزه در بازار خدمات درمانی از عوامل بسیار مؤثر در تنظیم روابط بین مشتریان و ارایه‌کنندگان خدمات، تعرفه‌های پزشکی و نحوه پرداخت آن محسوب می‌گردد. در ایران با تصویب و اجرای قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴، تعرفه‌های خدمات درمانی نقش عمده‌ای در

تنظیم بازار خدمات درمانی، خودگردانی مالی مراکز درمانی و تعیین حق سرانه سازمان‌های بیمه درمانی پیدا کرد (۶). تعرفه‌گذاری یکی از مهم‌ترین ابزارهای سیاست‌گذاران نظام درمانی هر کشور است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارایه خدمات تأثیر می‌گذارد. در صورتی که تعرفه‌گذاری خدمات مختلف به صورت صحیح و اصولی انجام نگیرد، باعث ایجاد آثار نامطلوب بر استمرار خدمات در نظام سلامت می‌گردد (۷). هدف اصلی تعیین تعرفه یا قیمت خدمت ارایه شده، دستیابی به هدف یا پیامد مطلوبی است که برای آن خدمت تعیین شده است و به همین دلیل تعرفه‌گذاری را یکی از ابزارهای مهم سیاست‌گذاری قلمداد می‌کنند که دولت‌ها برای مداخله در بازار خدمات سلامت (سیاست‌گذاری و رفتارسازی در نظام سلامت) به کار می‌گیرند (۸).

نوسانات طی شده در تعرفه‌های پزشکی در ایران، از سال ۱۳۵۲ تا ۱۳۹۰ را می‌توان در پنج دوره متفاوت تقسیم‌بندی کرد. نکته‌ای که در همه سال‌ها مشهود است این‌که در پایان دغدغه‌های وزارتخانه‌ای و رسانه‌ای، در نهایت تعرفه‌های سال قبل با درصدی افزایش برای سال بعد اعلام می‌شود و این روند همیشه افزایشی بوده است و نقش چانه‌زنی در آن به شدت مشهود است؛ به طوری که هم‌چنان موضوعات مربوط به تعرفه‌ها به عنوان چالشی جدی در بخش سلامت کشور مطرح است. به نظر می‌رسد که مهم‌ترین دلیل چالش موجود در این حوزه، نبود دانش تئوری و عملی لازم و کافی در جهت الگوسازی در این حوزه می‌باشد که در دغدغه‌های روزمره وزارتخانه سلامت و سایر وزارتخانه‌های مرتبط همواره مورد بی‌توجهی و غفلت واقع شده است (۹).

شاید مهم‌ترین چالش موجود در بخش تدارک خدمات سلامت، موضوع تعرفه‌ها باشد. گروهی عقیده دارند که تعرفه‌ها واقعی است 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 می‌باشد. یکی از

منتهی خواهد شد (۱۳).

وحدیدی و سعادت‌ی در پژوهش خود در زمینه پرداخت‌های مستقیم رسمی و غیر رسمی اظهار نمودند که تمام افراد مورد مطالعه پرداخت مستقیم داشتند و پرداخت‌های رسمی شامل خدماتی که بیمه پوشش نمی‌دهد و اختلاف میان تعرفه و قیمتی که پزشک یا بیمارستان تعیین می‌کند، می‌باشد. همچنین، ۱۰ درصد افراد با پرداخت‌های غیر رسمی مواجه بودند که ۸۰ درصد این پرداخت‌ها به دلیل درخواست شخصی پزشک و ۲۰ درصد به عنوان هدیه و تشکر صورت گرفت. آنان ابراز داشتند که بالا بودن میزان پرداخت‌های مستقیم و عملکرد ضعیف نظام بیمه‌ای، موجب بی‌عدالتی و تشدید تأثیرات سوء پرداخت‌های مستقیم بر نظام سلامت و سلامتی افراد جامعه می‌شود (۱۴).

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 ضربی 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 در نهایت منابع مالی سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این موضوع وقتی اهمیت خود را آشکار می‌سازد که هزینه‌های درمانی اعم از بستری و سرپایی مورد توجه قرار گیرد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های بخش بستری به خدمات ارایه شده (هزینه‌های نیروی انسانی) تعلق می‌گیرد و در این میان، هزینه خدمات درمانی که بر اساس تعرفه قیمت‌گذاری می‌گردد، سهم قابل توجهی دارد.

سازمان‌های بیمه‌گر سالانه صدها میلیارد ریال بابت خدمات درمانی ارایه شده به بیمه شدگان خود، به بیمارستان‌های طرف قرارداد و یا به طور مستقیم به افراد بیمه شده می‌پردازند، اما در زمینه چگونگی پرداخت این مبلغ، رضایتی وجود ندارد. از طرف دیگر، بیمارستان‌ها مدعی هستند که تعرفه خدمات درمانی، غیر واقعی و نحوه قیمت‌گذاری خدمات بیمارستانی غیر عادلانه و علاوه بر آن، پرداخت بهای

مهم‌ترین مشکلات موجود در این بخش، آن 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 (۹).

در مجموع باید گفت که تعرفه‌ها و سطوح پرداخت (پرداخت به پزشکان از سوی بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر) حاوی پیام‌های حیاتی برای مصرف‌کنندگان و ارایه‌دهندگان خدمات درمانی است. از جنبه عرضه، تعداد ارایه‌دهندگان وارد شده به بازار، نحوه تولید خدمات و میزان و حجم تولید یا ارایه خدمات تحت تأثیر نظام پرداخت قرار دارد. از چشم‌انداز تقاضا، بیماران بر اساس مبلغی که باید پرداخت کنند و یا در مورد این که کدام خدمت را از کدام پزشک و یا ارگان سلامتی و با چه قیمتی خریداری نمایند، تصمیم‌گیری می‌نمایند. بنابراین، «پرداخت» یک ساز و کار اساسی در جیره‌بندی منابع اندک اقتصادی است و در تولید، توزیع و مصرف خدمات سلامت نقش مهمی دارد (۱۰). با توجه به چنین چالش‌هایی، موضوع تعرفه‌های پزشکی موجود در نظام سلامت هر کشور و چگونگی تعیین و میزان نرخ خدمات بهداشتی-درمانی و تأثیر نرخ‌های تعیین شده هزینه‌های نظام سلامت و رفتارهای مرتبط با ارایه خدمت، یکی از موضوعات مهم و اساسی حوزه سلامت یک کشور است (۱۱). باید توجه نمود که نظام پرداخت تعرفه‌ای، تنها شیوه پرداخت و جبران هزینه نیست و بررسی نقاط قوت و ضعف نظام تعرفه‌ای به مفهوم برتری این روش پرداخت بر روش‌های دیگر پرداخت مثل پرداخت کلی بر مبنای گروه‌های تشخیصی و یا روش‌های پرداخت سرانه نمی‌باشد، بلکه با توجه به استفاده از آن، به عنوان روش غالب پرداخت به پزشکان، در کشور مورد توجه قرار می‌گیرد (۸، ۱۲).

طبق مطالعه رضمانی و همکاران، یکی از عناوین محورهای کلی مشتمل بر تعداد بندهای استاندارد حقوق بیمار در استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران، نحوه دریافت هزینه خدمات از بیمار می‌باشد. بدیهی است که اصلاح تعرفه خدمات و منجر شدن آن به از بین رفتن پرداخت‌های غیر رسمی و شکل‌گیری تقاضای القایی، به رعایت حقوق بیماران

گفتگوها ضبط گردید و سپس مورد بازنویسی قرار گرفت.

در مصاحبه‌ها از راهنمای مصاحبه و یادداشت در عرصه به همراه ضبط صوت استفاده شد. سپس محتوای مصاحبه‌ها تحلیل گردید تا نظرات و دیدگاه‌های مدیران مشخص شود. در مورد مصاحبه‌های انفرادی با مدیران، با مراجعه حضوری به تک‌تک آنان و ارائه توضیحات لازم در ارتباط با پژوهش و جلب همکاری آنان، زمان مناسب جهت انجام مصاحبه در محل کار آنان تعیین گردید. همچنین، در جلسات مصاحبه، پژوهشگر پس از معرفی خود 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 و پس از آن کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. سپس اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ تایپ و دوباره با موارد ضبط شده مرور شد. این عمل به منظور افزایش دقت اطلاعات پیاده شده و تسلط بیشتر پژوهشگر بر روی اطلاعات مذکور انجام گرفت. از این مرحله به بعد اطلاعات پیاده شده، منبع اطلاعات خام این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل بود و به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های خام، از روش تحلیل درون‌مایه‌ای (Thematic analysis) استفاده شد؛ به صورتی که ابتدا هر مصاحبه بعد از پیاده شدن بر روی کاغذ چندین مرتبه توسط محقق خوانده شد و واحدهای معنایی مشخص گردید، سپس کدهای مرتبط استخراج شدند و بر اساس مشابهت‌ها در زیرطبقات قرار گرفتند.

در بررسی روایی و اعتبار تحقیق در مطالعات کیفی، مانند مطالعات کمی به ارزیابی و اندازه‌گیری داده‌ها پرداخته نمی‌شود. در مطالعات کمی، اعتبار و روایی ابزار یا ابزارهای اندازه‌گیری مد نظر است، اما در مطالعات کیفی معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات، قابل اعتماد بودن، قابل اطمینان بودن و قابل تثبیت بودن داده‌ها» مطرح می‌باشد (۱۶).

در مطالعه حاضر برای کسب اعتبار، با استفاده از راهنمایی‌ها، تجارب و کمک استادان تیم پژوهش و خارج از آن، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد. سپس جهت بررسی روایی

خدمات ارائه شده به بیمه شدگان طرف قرارداد فراوان است که در نتیجه، بیمارستان‌ها متحمل خسارات فراوانی می‌شوند. همچنین، سازمان‌های بیمه‌گر قادر به پرداخت مطالبات سازمان‌های ارائه دهنده خدمات به صورت منظم، سریع و مستمر نیستند و عامل اصل آن را پرداخت حق سرانه پایین بیمه درمان می‌دانند. از طرف دیگر، بیمه‌گذاران نیز از غیر واقعی بودن و افزایش هزینه درمان با توجه به سطح حقوق و دستمزد سخن می‌گویند (۹). رئیسی و همکاران در پژوهش خود، سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده را از ضعف‌های کنونی بیمه‌های سلامت عنوان کردند (۱۵). با توجه به اهمیت مسایل یاد شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی ادراک مدیران سازمان‌های بیمه از مفهوم تعرفه واقعی خدمات پزشکی در نظام سلامت به صورت کیفی انجام شد.

### روش

این پژوهش با روش کیفی و با استفاده از مصاحبه انجام گرفت. جامعه پژوهش را مدیران سازمان‌های بیمه شهر اصفهان (تأمین اجتماعی، بیمه سلامت و نیروهای مسلح) تشکیل دادند که در راستای هدف پژوهش، مصاحبه عمیق (In-deep interview) با آنان انجام شد. برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposing sampling) استفاده گردید و از مدیران شاغل به کار در رده‌های مدیریتی و مطلع در زمینه تعرفه‌ها و یا دارای فعالیت شغلی در این حوزه به عنوان شرکت کننده استفاده شد. شرایط ورود به مطالعه، داشتن سابقه کار در رده‌های مدیریتی بالای ۳ سال و اطلاع در زمینه تعرفه‌ها بود.

با توجه به ویژگی‌های تحقیق کیفی، حجم نمونه به اشباع اطلاعات بستگی داشت؛ چرا که در تحقیقات کیفی بر خلاف تحقیقات کمی که حجم نمونه از طریق محاسبات آماری تعیین می‌شود، تکرار اطلاعات قبلی کیفی و یا تکرار مضمون یا نکات برجسته، نشانه کیفیت حجم نمونه است. در پژوهش حاضر نیز از این شیوه استفاده گردید. در نهایت ۱۹ مصاحبه با مدیران سازمان‌های بیمه صورت گرفت. زمان هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و با رضایت شرکت کنندگان تمام

داده‌ها، نخستین مصاحبه‌ها توسط استادان کارآموده از نظر درستی انجام کار مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. پس از اصلاحات لازم، محقق پژوهش را ادامه داد. برای افزایش قابلیت اطمینان یافته‌ها پس از استخراج، داده‌ها 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.

### یافته‌ها

در مجموع ۱۹ مصاحبه فردی انجام پذیرفت و دو موضوع اصلی و چهار زیرموضوع مرتبط با مفهوم تعرفه شناسایی گردید که در جدول ۱ ارایه شده است.

### تعریف تعرفه واقعی

از نظر مصاحبه شونده‌گان، تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که منافع گروه‌های درگیر در آن در نظر گرفته شود و این گروه‌ها از تعرفه‌ها راضی باشند. یکی از مشارکت کنندگان در تعریف تعرفه واقعی به «راضی بودن گروه‌های درگیر در تعرفه‌ها» اشاره نمود. «هم ارایه دهنده خدمت (پزشک و مراکز درمانی) به حق و حقوق خود برسند و هم بیمه شده و گیرنده خدمت با توجه به هزینه‌ای که می‌پردازند، متحمل ضرر نشوند؛ یعنی هم‌گیرنده خدمت و هم ارایه دهنده خدمت از نظر اقتصادی راضی باشند» (مصاحبه شماره ۱).

دو تن از مشارکت کنندگان در تعریف خود به «در نظر گرفتن منافع بیمار، ارایه دهنده و سازمان‌های بیمه‌گر» اشاره کردند و تعرفه واقعی را این‌گونه توصیف کردند: «تعرفه واقعی آن است که سه مورد در آن لحاظ شده باشد: ۱- مبلغ پرداختی توسط بیمار متناسب با متوسط درآمد جامعه باشد، ۲- مجموع دریافتی پزشک متناسب با اقدامات درمانی او باشد و ۳- سازمان‌های بیمه‌گر بتوانند بر اساس میزان منابع

خود از عهده پرداخت بیمه برآیند» (مصاحبه شماره ۸). «تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که در آن در درجه اول منافع بیمار و منافع سازمان‌های طرف قرارداد و سازمان‌های بیمه‌گر را دربرداشته باشد، طرف قراردادها بتوانند آن کاری که باید برای بیمار انجام دهند را به خوبی انجام بدهند و حق و حقوقشان هم داده شود و بیمار هم به خوبی درمان شود و مشکلی هم برای بیمار ایجاد نشود و از طرف دیگر، به سازمان‌های بیمه طرف قرارداد هم فشار زیادی وارد نشود و بر اساس سرانه‌ای که از بیمار می‌گیرند، بتوانند تعرفه‌های پزشکی را پوشش دهند» (مصاحبه شماره ۱۹).

مشارکت کنندگان تعریف تعرفه واقعی را با اشاره به «در نظر گرفتن منافع بیمار، پزشک (ارایه دهنده خدمت)، سازمان‌های بیمه‌گر و سازمان‌های بیمه‌گذار حرکت به سمت عدالت محوری» چنین تعریف کرد: «برای تعرفه چهار وجه وجود دارد؛ بیمه شده، بیمه‌گذار (شرکتی که بیمه شده را تحت پوشش قرار می‌دهد)، ارایه دهنده خدمت (پزشک، پرستار یا سازمان) و بیمه‌گر (سازمان بیمه سلامت، سازمان بیمه تأمین اجتماعی و سازمان بیمه نیروهای مسلح). باید تعرفه‌ای تعیین شود که منافع هر چهار وجه پوشش داده شود. اگر منافع هر چهار وجه پوشش داده شود، دولت به سمت عدالت محوری پیش می‌رود و عدالت محوری پیاده می‌شود و تعرفه واقعی درمی‌آید؛ البته باز هم واقعی نیست؛ چرا که خیلی مؤلفه‌ها برای تعیین تعرفه درگیر هستند و عدالت اجتماعی برای دولت و نظام به عنوان یک اصل مطرح می‌باشد» (مصاحبه شماره ۴).

مشارکت کننده دیگری هم «متناسب بودن تعرفه با شأن پزشک و شرایط زندگی مردم» را جزیی از تعریف تعرفه واقعی می‌داند: «تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که متناسب با شأن و جایگاه پزشک باشد و با توجه به شرایط زندگی مردم و رفاه مردم در نظر گرفته شده باشد» (مصاحبه شماره ۷).

جدول ۱. گروه و زیرگروه‌های مفهوم تعرفه واقعی

عنوان	موضوع	زیرموضوع
مفهوم تعرفه واقعی	تعریف تعرفه واقعی	در نظر گرفتن منافع گروه‌های درگیر در تعرفه‌ها و راضی بودن این گروه‌ها
		تعیین تعرفه‌ها بر اساس توافق جمعی گروه‌های درگیر در تعرفه
	روش‌ها، عناصر و اصول تعیین تعرفه	تعیین تعرفه‌ها بر اساس قیمت تمام شده خدمات و در نظر گرفتن تمام جوانب ارایه خدمت
		تعیین تعرفه‌ها بر اساس نوع و حساسیت خدمت

کننده دیگری به «توافق جمعی در مورد تعرفه‌ها» اشاره کرد و در این زمینه گفت: «مجموعه‌ای از عوامل باید با هم مشارکت کنند تا به توافق جمعی در مورد تعرفه برسیم. انجمن‌های علمی، هر گروه، نظام پزشکی، وزارت رفاه و وزارت بهداشت بیایند و  $k$  سلامت را تعیین نمایند و پس از آن بگویند سزارین چند  $k$  می‌باشد، پیوند کلیه چند  $k$  هر بخیه چند  $k$  می‌باشد...» (مصاحبه شماره ۱۰).

ب) تعیین تعرفه‌ها بر اساس قیمت تمام شده خدمات و در نظر گرفتن تمام جوانب ارایه خدمت در تعیین تعرفه: تعدادی از مشارکت کنندگان در اصول و عناصر تعیین تعرفه، به تعیین تعرفه بر اساس قیمت تمام شده خدمات اشاره داشتند. «اول از همه باید قیمت تمام شده خدمات محاسبه شود و سپس تعرفه‌ها بر اساس قیمت تمام شده خدمات تعیین گردد» (مصاحبه شماره ۲). «تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که تمامی جوانب یک خدمت اعم از نحوه انجام، استهلاک دستگاه‌ها، زمان مورد نیاز جهت خدمت، تخصص فرد انجام دهنده و... را مدنظر قرار دهد و متناسب با وضع مالی جامعه باشد» (مصاحبه شماره ۱۷). مشارکت کننده دیگری در چگونگی تعیین تعرفه بر «محاسبه بخش فنی و بخش حرفه‌ای خدمات» تأکید نمود: «تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که هم کاری که پزشک انجام می‌دهد در آن دیده شود و هم تجهیزاتی که در آن استفاده می‌کند. مثلاً بخشی از یک عمل جراحی، کار پزشکی است (بخش حرفه‌ای) و قسمتی از آن فنی است که این امر باید توی تعرفه واقعی دیده شود» (مصاحبه شماره ۱۱).

ج) تعیین تعرفه‌ها بر اساس نوع و حساسیت خدمت: مشارکت کننده‌ای با بیان «تعیین تعرفه بر اساس سختی و حساسیت کار بر عدم تفاوت بسیار زیاد بین تعرفه‌ها» تأکید نمود: «حق‌الزحمه پزشکان باید در رشته‌های مختلف بر اساس سختی کار و حساسیت کار تعریف شود. اختلاف بین حساسیت‌ها تعریف گردد، اما نباید رشته‌های مختلف درآمدها شون بسیار زیاد متفاوت باشد... یک جراح عمومی که آپاندکتومی عمل می‌کند، نباید دستمزدش با کسی که مفصل زانو را جراحی می‌کند آن قدر متفاوت باشد. کارهای حساس

مشارکت کننده دیگری در تعریف تعرفه واقعی به «کسب سود توسط ارایه دهنده خدمت و گیرنده خدمت» اشاره داشت: «تعرفه قیمتی است که هم فروشنده و هم خریدار هر دو فکر می‌کنند که سود به دست آورده‌اند؛ مشتری یک چیزی به دست می‌آورد. تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که تمام افراد درگیر بیایند و با یک روش علمی بر روی تعرفه‌ها توافق نمایند و نخواهند نظرات خود را حکم‌فرما کنند» (مصاحبه شماره ۱۰).

شرکت کننده دیگری با تأکید بر «قیمت تمام شده خدمات» تعریف را چنین عنوان نمود: «باید قیمت تمام شده خدمات محاسبه شود و به گونه‌ای باشد که هم بیمه شده بتواند پرداخت کند و هم دستمزد پزشک به صورت واقعی در آن دیده شود» (مصاحبه شماره ۱۲). شخصی در تعریف خود از تعرفه واقعی به «رضایت بیماران و کاهش پرداختی از جیب بیماران» اشاره کرد: «تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که بتواند پرداختی از جیب بیمار را به حداقل برساند؛ یعنی پرداختی بیمه شده بابت حق بیمه جوابگوی تعرفه پرداختی و هزینه خدمات درمانی شود و بتواند در نهایت پول کمتری از جیب بیمار علاوه بر رضایت مرکز از پرداختی سازمان داشته باشد (رضایت بیمار، راضی بودن ارایه کننده خدمات، پرداختی از جیب کمتر» (مصاحبه شماره ۱۶).

### روش‌ها، عناصر و اصول تعیین تعرفه

مشارکت کنندگان در مورد روش‌ها، عناصر و اصول تعیین تعرفه به سه زیرگروه «تعیین تعرفه‌ها بر اساس توافق جمعی گروه‌های درگیر در تعرفه، تعیین تعرفه‌ها بر اساس قیمت تمام شده خدمات و در نظر گرفتن تمام جوانب ارایه خدمت و تعیین تعرفه‌ها بر اساس نوع، پیچیدگی و حساسیت خدمت» اشاره نمودند.

الف) تعیین تعرفه‌ها بر اساس توافق جمعی گروه‌های درگیر در تعرفه‌ها: مشارکت کننده‌ای در مورد روش‌ها و اصول تعرفه‌گذاری به مشارکت چهار وجه اصلی در تعیین تعرفه‌ها اشاره کرد: «برای تعیین تعرفه‌ها باید نمایندگانی از چهار وجه اصلی (بیمه شده، بیمه‌گذار، بیمه‌گر و ارایه دهنده خدمت) بنشینند و تعرفه خدمات را تعیین و کارشناسی کنند تا به سمت عدالت در سلامت برویم» (مصاحبه شماره ۴). شرکت



حالتی حتی اگر تعرفه‌گذاری بر اساس اصول علمی نیز صورت گیرد، اما از آنجایی که نظرات ذی‌نفعان مختلف لحاظ نشده است، از اجرا نمودن آن نیز خودداری خواهند کرد (۱۷).

بر اساس پژوهش حاضر، تعرفه‌های واقعی است که منافع گروه‌های درگیر در نظر گرفته شود و این گروه‌ها از تعرفه ایجاد شده راضی باشند. دشمنگیر و همکاران در پژوهش خود دریافتند که بهره‌مندی از نظرات همه عوامل تأثیرگذار در تعرفه‌گذاری، یکی از روش‌ها و اصول تعرفه‌گذاری به شمار می‌رود (۱۲). نتایج مطالعه زارع و همکاران نیز به مشارکت تمام گروه‌های درگیر در تعیین تعرفه‌ها اشاره نمود (۱۸).

بر اساس نتایج مطالعه دشمنگیر و همکاران در مورد کلاف سردرگم تعرفه‌های بالینی، به نظر بسیاری از مصاحبه شونده‌گان، تعرفه‌گذاری در کشور ما از ساختار مناسب و منطقی برخوردار نیست؛ به گونه‌ای که عدم وجود ساختار بی‌طرف و دخالت گروه‌های مختلف ذی‌نفع متناسب با انگیزه اقتصادی، دلیلی بر این ادعا می‌باشد. از آن جمله می‌توان به نظر یکی از صاحب‌نظران در این خصوص اشاره کرد که در مصاحبه خود بیان نمود: «گروه‌های مختلف ذی‌نفع در تبیین تعرفه دخالت دارند و باعث عدم تبیین تعرفه واحد در کشور می‌گردند و این امر باعث به هم خوردن ساختار تعرفه‌گذاری کشور می‌گردد» (۱۲) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی نداشت.

در تحقیق دشمنگیر و همکاران، از جمله ضعف‌های تعرفه‌گذاری که برخی از مصاحبه شونده‌گان در سخنان خود به آن اشاره کردند، می‌توان به نبود تعرفه‌های واقعی و منطقی، توجه زیاد به جزء فنی تعرفه (به طور مثال پیچیدگی انجام خدمت درمانی) در مقایسه با جز سیاستی تعرفه (این که آیا خدمت درمانی خدمتی مطلوب و مطلع از شواهد است)، عدم هماهنگی میان اجزای تبیین تعرفه با نظام جمع‌آوری اطلاعات و نبود مبانی و الگوی تصمیم‌گیری برای محاسبه تعرفه اشاره نمود و شخص صاحب‌نظری در بیان این وضعیت بیان کرد: «لازمه تعرفه‌گذاری، ایجاد یک ساختار بی‌طرف و چند تخصصی است» (۱۲).

یکی از روش‌ها، عناصر و اصول تعیین تعرفه بر اساس پژوهش صورت گرفته، تعیین تعرفه بر اساس قیمت تمام شده

باید یک تعرفه داشته باشد و کمتر حساس یک تعرفه... موارد اورژانس یک تعرفه و موارد الکتیو یک تعرفه. مثلاً متخصصان بیهوشی کارشان حساس است؛ از قبل از ورود بیمار تا پس از بازگشت بیمار از اتاق عمل درگیر هستند؛ ولی تعرفه‌هاشون با سایر همکارانشون بسیار متفاوت است و این‌ها باید واقعی‌تر باشد. تعرفه جراح قلب که کارش بسیار حساس است، نباید با یک جراح عمومی و یا یک جراح چشم یکسان باشد» (مصاحبه شماره ۶). مشارکت کننده دیگری به تعیین تعرفه بر اساس حساسیت خدمت تأکید کرد: «تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که بر اساس نوع و حساسیت هر نوع خدمت تعیین شود. عمل جراحی که حساس‌تر است، تعرفه آن بیشتر باشد» (مصاحبه شماره ۱۴). شرکت کننده‌ای در تعیین تعرفه علاوه بر نوع خدمت، به هماهنگی تعرفه با کشورهای مشابه اشاره می‌کند: «تعرفه واقعی تعرفه‌ای است که بر اساس نوع خدمت ارزش‌گذاری شده باشد و از نظر ریالی با کشورهای مشابه از نظر اقتصادی، بهداشتی و فرهنگی هماهنگی داشته باشد» (مصاحبه شماره ۱۵).

### بحث

مطالعه حاضر چارچوبی برای ارزش‌گذاری منطقی خدمات بالینی در کشور و درک عوامل کلیدی اثرگذار بر تعرفه‌گذاری مناسب خدمات مختلف تشخیصی و درمانی ارائه داد. در سال ۲۰۰۴، نظام تعرفه پزشکی جدیدی در کشور سوئیس با نام TARMED و بر اساس ویژگی‌های خدمات ارائه شده توسط پزشکان و بخش سرپایی بیمارستان‌ها طرح‌ریزی شد. نظام TARMED کلیه خدمات تعریف شده توسط طرح اجباری برنامه بیمه سلامتی سوئیس را پوشش می‌داد. هدف از اجرای این نظام تعرفه‌ای، شفاف‌سازی ارائه خدمات بالینی، توزیع درآمد میان گروه‌های مختلف پزشکی و بررسی کلی هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی بود. پژوهشگران دو عامل مهم را در اجرای این برنامه در نظر گرفتند. اول این که تأثیر مشارکت ذی‌نفعان در اجرای برنامه امری مسلم است. پژوهشگران اذعان داشتند که تعرفه‌گذاری نمی‌تواند به صورت ایزوله و در فضای بسته صورت گیرد؛ چرا که در چنین

به شیوه Resource-based relative value scale (RBRVS) تعیین می‌شود. این رویکرد یکی از رویکردهای نوین تنظیم عادلانه و منطقی نرخ خدمات سلامت به شمار می‌رود که اولین بار توسط محققان این دانشگاه برای تدوین جدول قیمت‌های Medicare به کار گرفته شد (۲۰). از زمان پایه‌ریزی ساختاری برای تعیین تعرفه در کشور تاکنون، همه ساله موضوع تعرفه‌گذاری یکی از بحث‌های حساس و چالش‌انگیز بوده است و تبعیت از یک الگوی واحد جهت تعرفه‌گذاری ناممکن به نظر می‌رسد (۸).

به طور کلی یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر 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 حرکت منسجم و هماهنگی، موضوع تعرفه‌گذاری در بخش سلامت کشور را به صحنه بحث و تبادل نظر بیاورند. بر این اساس، لازم است تلاش کنند درک روشن و مشترکی از مفهوم تعرفه‌گذاری ایجاد شود. ایجاد دورنمای روشن 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 از مطالعه حاضر، گامی اساسی در این مسیر برداشته و در طی این مسیر از نظرات تمامی ذی‌نفعان بهره برده شود و با شرایط کشور اقدام گردد.

در به کارگیری نتایج مطالعه حاضر باید به محدودیت‌های آن توجه شود. انجام مطالعه کیفی با به کارگیری مصاحبه با صاحب‌نظران و مدیران و مشکلات دسترسی به مصاحبه شونده‌گان به دلیل مشغله فراوان آن‌ها از جمله محدودیت‌هایی بود که در مطالعات مشابه مشاهده شده است و تلاش گردید با استمرار بر این امر، بر آن غلبه شود. از جمله محدودیت‌های موجود در این پژوهش، خواست مدیران برای مصاحبه با زیردستان به جای مصاحبه با آنان بود که با درخواست و اصرار فراوان امکان مصاحبه با آنان محقق گردید.

خدمات و در نظر گرفتن تمام جوانب ارایه خدمت در تعیین تعرفه‌ها می‌باشد. حسن‌زاده و فخیم با انجام پژوهشی دریافتند که در Medicare، از ارزش‌های نسبی می‌توان برای جبران خدمات استفاده نمود و ارزش نسبی فقط یک جز در تعیین قیمت است و دو عامل دیگر شامل عوامل تبدیلی و ضریب منطقه جغرافیایی نیز در آن اثرگذار می‌باشد. در روش‌شناسی نیز تعیین ارزش نسبی مبتنی بر پنج ویژگی «زمان، مهارت، شدت بیماری، مخاطره برای بیمار و مخاطره (پزشکی و قانونی) برای بیمار» است (۶).

زارع و همکاران عنوان کردند که در تعیین تعرفه‌ها باید قیمت واقعی خدمات بر اساس اصول حسابداری مبتنی بر قیمت تمام شده با احتساب ارزش خدمت و ارزش محل ارایه خدمت، نرخ استهلاک سرمایه و امکانات تعیین شود. بدیهی است اختلاف تعرفه‌های پذیرفته شده و قیمت واقعی می‌تواند به صورت یارانه به دستگاه‌های مربوط پرداخت گردد (۱۸) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. بیاتی و همکاران دریافتند که واحد ارزش نسبی ویزیت پزشکان عمومی در مطب قابل اندازه‌گیری می‌باشد و شاخص‌های اصلی تعیین کننده بر واحد ارزش نسبی ویزیت پزشکان عمومی در مطب شامل مواردی همچون مهارت، شدت بیماری مراجعه کننده به مطب، مدت زمان ویزیت، خطر برای بیمار و خطر برای پزشک می‌باشد (۱۹).

پژوهشگران دانشگاه هاروارد، میزان کار انجام شده توسط پزشکان و ابعاد مختلف متأثر از آن و روش‌های متعدد اندازه‌گیری این ابعاد را ارزیابی نمودند. آنان به بررسی ملی ۳۱۶۴ پزشک در ۱۸ تخصص مختلف و ۲۳ روش در هر تخصص و طراحی مدل حاصل از آن پرداختند. در نتیجه این مطالعه گسترده، کمیته بازنگری پرداخت به پزشکان (Physician Payment Review Commission) یا PPRC، طرح مدونی را برای برنامه دستمزد پایه‌ریزی شده بر مبنای «سیستم ارزش‌های نسبی مبتنی بر صرف منابع» ارایه نمود که به عنوان برنامه کار اولیه برای اجرای واقعی برنامه دستمزد Medicare در سال ۱۹۹۲ به کار گرفته شد. بدین ترتیب ارزش نسبی خدمات سلامت در اواخر دهه ۸۰ در آمریکا



## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد بود که در گروه مدیریت دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان انجام گردید. بدین وسیله از تمام صاحب‌نظران و مدیران محترم سازمان‌های بیمه که با وجود مشغله فراوان در مطالعه حاضر شرکت نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

1. Biglar M, Bastani P, Vatankhah S. The challenges of stewardship in medical education system: a qualitative approach. *Payavard Salamat* 2013; 7(4): 299-311. [In Persian].
2. Davari M. Economic challenges of the health system. *Health Inf Manage* 2011; 8(7): 915-7. [In Persian].
3. Karimi I, Milani M, Hajizadeh M. Check equity financing in the health sector - treatment in the years 1996-2001 (through household budget by using Kakvany). *Journal of Social Security* 2003; 3(15): 4-9. [In Persian].
4. Central Bank of the Islamic Republic of Iran. Summary of economic developments [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: [www.cbi.ir/simplelist/12597.aspx](http://www.cbi.ir/simplelist/12597.aspx) [In Persian].
5. Zare H, Samimifar GH. Review of health insurance coverage and access to services in the health insurance services organization. *Journal of Social Security* 2006; 8(26-27): 173-97. [In Persian].
6. Hasanzadeh A, Fakhim S. A review of the tariff principles of the health services in Iran. *Journal of Social Security* 2006; 8(26-27): 7-42. [In Persian].
7. Khayatzaeh A, Zaboli R. Proceedings of the seminar tariffs set Medical [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: <http://www.ensani.ir/storage/Files/20101220160855-99265.pdf> [In Persian].
8. Doshmangir L, Rashidian A, Akbari Sari A, Moaeiri F. Effect of proposed changes of relative values of different specialists medical tariffs on payment weight of specialties and health system costs. *Hakim Res J* 2011; 14(1): 1-9. [In Persian].
9. Zare H, Barzegar M, Rasel M, Keshavarz KH. Tariff practices in the health sector (Theoretical and global perspective, comparative studies, templates). Tehran, Iran: Hospital Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences; 2011. [In Persian].
10. Ghasemi H. Introduction to methods of payment to service providers in the health system. Ardabil, Iran: Department of health services insurance; 2010. [In Persian].
11. Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers--a review of methods and experiences. *Health Policy* 2004; 70(2): 175-84.
12. Doshmangir L, Rashidian A, Akbari Sari A. Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors. *Hospital* 2011; 10(4): 21-31. [In Persian].
13. Ramezani M, Keikavoosi Arani L, Abedini P. Accreditation standards of patient rights in Iranian hospital. *Med Ethics* 2010; 3(10): 103-25. [In Persian].
14. Vahidi R, Saadati M. Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions-Iran-Tabriz 2010. *Hospital* 2013; 11(4): 45-52. [In Persian].
15. Raeisi A, 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. [In Persian].
16. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
17. Bisang K, Moser C, Widmer T. Stakeholder participation in program theory development. Experiences from preparing an impact evaluation of the new Swiss medical tariff structure. Paper for the Sixth conference of the European Evaluation Society "Governance, Democracy, and Evaluation [Online]. [cited 2004 Oct]; Available from: URL: <http://www.research-projects.uzh.ch/p4133.htm>
18. Zare H, Akhavan Behbahan I A, Azadi M, Masoudi Asl I. Assessment of methods for determination of medical tariffs in developed countries and proposing a model for Iran. *Majlis & Rahbord* 2013; 20(74): 5-34. [In Persian].
19. Bayati A, Soltanian F, Kamali P, Shamsi M. Influencing factors on relative value unit of GPS' visits in private medical offices in Tehran. *Hakim Res J* 2011; 14(2): 89-95. [In Persian].
20. American Medical Association. RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale [Online]. [cited 2015]; Available from: URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/solutions-managing-your-practice/coding-billing-insurance/medicare/the-resource-based-relative-value-scale.page?>

## Perception of insurance organization managers on the concept of real tariff of medical services in the health system: A qualitative study

Alireza Jabary<sup>1</sup>, Mahmoud Keivanara<sup>2</sup>, Fatemeh Rahi<sup>3</sup>, Mina Aziz Zadeh<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Setting tariffs is one of the most important tools of policy makers of the health system in every country for implementing their authority which is effective in justice, performance, and the quality of and accountability in offering services. Moreover, it can influence access rate and use of services. Changing medical tariffs affects the income of medical and hospital service providers, and the expenditure of financiers of medical and hospital services. This study investigated the concept of real tariff from the point of view of managers of insurance organizations.

**Method:** This qualitative study was performed via in-depth interviews with 19 managers of health, social security, and armed forces insurance organizations who were informed of or their occupation was related to this field. Thematic analysis method was used for analyzing interviews.

**Results:** Managers of insurance organizations expressed the concept of real tariff in two themes of definition of real tariff, and methods, elements, and principles of determining tariffs and subthemes of determination of tariffs based on collective agreement considering interests of involved groups, based on cost of services, and based on type and sensitivity.

**Conclusion:** To amend the status of setting tariffs, characteristics of real tariff should be identified based on the concept of real tariff. Interests of involved groups (insured, service provider, and insurer) should be considered in determining tariffs. Tariffs should be determined based on collective agreement, the views of representatives of involved groups, and cost of services.

**Keywords:** Real tariff, Insurance organizations, Managers, Medical services, Health system

**Citation:** Jabary A, Keivanara M, Rahi F, Aziz Zadeh M. **Perception of insurance organization managers on the concept of real tariff of medical services in the health system: A qualitative study.** J Qual Res Health Sci 2015; 4(3): 304-13.

Received date: 5.6.2015

Accept date: 7.9.2015

1- Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc in Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Fatemeh Rahi, Email: fa.ra69@yahoo.com