



Reforms of Medical Tariff in Iran: A Sociological Analysis of the Obstacles

Fatemeh Gholamrezakashi¹ | Aliakbar Tajmazinani² | Seyed Reza Majdzadeh³

1. Department of Cooperation and Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
Email: fatemeh.gholamrezakashi@gmail.com
2. Department of Cooperation and Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran..
Email: tajmazinani@atu.ac.ir
3. Corresponding author, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email: rezamajd@tums.ac.ir

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 09 September 2022
Received in revised form: 31 January 2023
Accepted: 21 February 2023
Published online: 13 February 2023

Keywords:

Health Policy, Medical Tariffs, Habermas, Health Reforms, Stakeholder Analysis.

ABSTRACT

The purpose of this sociological study is to investigate the obstacles to reforming medical tariffs in Iran's health system. To comprehend the impediments to reforming medical tariffs, we will employ Habermas' theory of dialogue democracy and conduct an analysis of stakeholders. This theory emphasizes the importance of open dialogue and participatory processes in complex system decision-making, such as the health system.

This study employs in-depth interviews as its primary method of data acquisition. The data was analyzed using the stakeholder analysis table, which included the dimensions of knowledge, position, interest, and influence. This study collects data from both existing and new interviews.

The findings indicate that transparency is a significant obstacle in the policymaking process, and that stakeholders need more knowledge and information about the policymaking process. The position of stakeholders toward the proposed reforms is one of opposition and resistance. Conflicting interests within the health system pose the greatest barrier to policymaking, according to an analysis of interests. The power analysis reveals that the health system's power structure is centralized, with a limited number of influential policymakers having competing interests in regulating the system. The conclusion of the study is that the top-down approach to policymaking in the health system, which is dominated by competing interests and the erosion of public spheres and civil institutions, results in the concentration of power. On the other hand, a participatory and dialogue-based approach increases the likelihood of successful policy implementation and the protection of the interests of all stakeholder groups. To establish a collaborative public sphere within the health system, policymakers should restore the authority of civil and professional organizations, such as the medical council.

The top-down approach to policymaking, which is influenced by competing interests and centralized authority, has led to opposition from healthcare providers. Service providers must be involved in the successful implementation of health equity policies. Consequently, their participation in the policymaking process is essential to its success.

Cite this article: Gholamrezakashi, F., Tajmazinani, A., & Majdzadeh, S. R. (2023). Reforms of Medical Tariffs in Iran: A Sociological Analysis of the Obstacles. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 12(2):309_329.
<https://doi.org/10.22059/jisr.2023.352257.1363>





تحلیل جامعه‌شناختی چالش‌های پیش‌روی اصلاحات تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در ایران

فاطمه غلامرضا کاشی^۱ | علی اکبر تاج‌زینانی^۲ | سید رضا مجدزاده^۳

۱. گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. رایانامه: fatemeh.gholamrezakashi@gmail.com
۲. گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. رایانامه: tajmazinani@atu.ac.ir
۳. نویسنده مسئول، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. رایانامه: rezamajd@tums.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۱۸</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۳/۱۶</p> <p>واژه‌های کلیدی: تحلیل ذی‌نفعان، تعرفه‌های تشخیصی و درمانی، دموکراسی گفت‌وگویی، سیاست سلامت، نظام سلامت.</p>	<p>هدف این مطالعه بررسی موانع اصلاحات تعرفه‌های تشخیصی و درمانی در نظام سلامت کشورمان با رویکرد جامعه‌شناسی بوده است. تعرفه‌های تشخیصی و درمانی جزء سیاست‌هایی محسوب می‌شود که مستقیم بر عدالت در سلامت اثر می‌گذارد و بر ذی‌نفعان مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل پزشکان، وزارتخانه و نظام پزشکی مؤثر است. در این مطالعه، با استفاده از نظریه دموکراسی گفت‌وگویی هابرماس موانع اصلاحات تعرفه‌های تشخیصی و درمانی را با استفاده از روش تحلیل ذی‌نفعان بررسی کرده‌ایم. در این پژوهش، از اسناد، مصاحبه‌های موجود و مصاحبه عمیق برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از جدول تحلیل ذی‌نفعان تحلیل و با استفاده از ابعاد تحلیل ذی‌نفعان شامل دانش، موضع، منفعت و قدرت بررسی شده است.</p> <p>تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد در فرایند تعرفه‌گذاری، تبادل دانش و اطلاعات میان سیاست‌گذاران و ذی‌نفعان وجود ندارد. موضع پزشکان در مقابل تعرفه‌ها مخالفت و مقاومت است. منافع گروهی بر تعرفه‌گذاری اثر می‌گذارند و تعارض منافع در این فرایند مشاهده می‌شود. ساختار قدرت نیز در سیاست‌گذاری برای نظام سلامت کشور متمرکز و تک‌صدایی است.</p> <p>برای اصلاحات تعرفه‌ها در درجه اول باید موضوع تعارض منافع در نظام سلامت کشور حل شود. در گام بعدی باید دلایل اجرانشدن اصلاحات بررسی شود. منافع گروهی و قدرت متمرکز فرایند سیاست‌گذاری را دستوری و از بالا به پایین کرده است؛ در نتیجه ذی‌نفعان در مقابل اجرای سیاست‌ها از خود مقاومت نشان می‌دهند.</p>

استناد: غلامرضا کاشی، فاطمه؛ تاج‌زینانی، علی اکبر و مجدزاده، سید رضا (۱۴۰۲)، چالش‌های پیش‌روی اصلاحات تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در ایران: تحلیلی جامعه‌شناختی. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱۲(۱)، ۳۰۹-۳۲۹. <https://doi.org/10.22059/jisr.2023.352257.1363>



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه

DOI: <https://doi.org/10.22059/jisr.2023.352257.1363>

۱. مقدمه و طرح مسئله

در این پژوهش هدف ما بررسی موانع اجرای اصلاحات سیاست‌گذاری سلامت در کشورمان است. یکی از سیاست‌هایی که از قبل پژوهش‌های بسیاری درباره آن انجام شده و راه اصلاحات آن روشن شده است، تعرفه‌های تشخیصی و درمانی^۱ است. با وجود این همچنان اصلاحات تعرفه‌ها با مشکل مواجه است. از سوی دیگر تعرفه‌ها همیشه محل مناقشه میان پزشکان و دولت بوده است. از یک سو دولت برای حفاظت از منافع عمومی تلاش می‌کند تعرفه‌ها را با درصد کمتری افزایش بدهد و از سوی دیگر پزشکان که درآمد آن‌ها مستقیماً به تعرفه‌ها وابسته است از وضعیت موجود ناراضی هستند. این نارضایتی گاهی تا آنجا پیش می‌رود که افزایش نیافتن دلخواه پزشکان به تقاضای القایی^۲ از سوی آن‌ها یا گرفتن مبالغ اضافه -در اصطلاح زیرمیزی- می‌انجامد.

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، سازمان عالی پژوهش تأمین اجتماعی و بسیاری پژوهشگران دیگر درباره تعرفه‌ها تحقیق کرده‌اند و برای حل مشکلات آن شامل یکسان‌سازی بخش دولتی و خصوصی، برقراری عدالت میان رشته‌ای و واقعی شدن تعرفه‌ها چندین راه‌حل پیشنهاد کرده‌اند. با وجود این همچنان ما با نبود اصلاحات در تعرفه‌های درمانی و تشخیصی روبه‌رو هستیم و هر ساله به‌ویژه هنگام اعلام تعرفه‌های آن سال با مناقشات زیادی از جانب طرفین درگیر مواجهیم. در این پژوهش، با استفاده از مدل مفهومی تحلیل ذی‌نفعان^۳ به بررسی دلایل اجرانشدن اصلاحات در این حوزه پرداخته‌ایم.

تعرفه قیمت‌گذاری خدمات درمانی است. با توجه به ویژگی‌های بازار سلامت و به ویژه به دلیل پدیده شکست بازار دولت‌ها به صورت مستقیم و غیر مستقیم در تعیین قیمت کالاها و خدمات سلامت دخالت می‌کنند. در ایران هم خدمات سلامت تعرفه‌گذاری می‌شوند و برای یک دوره زمانی مشخص یعنی یک سال برای نظام سلامت تعیین می‌شوند.

در سال ۱۳۶۱ برای اولین بار کتابی موسوم به کتاب کالیفرنیا با روش کدگذاری بیماری‌ها و اختصاص واحدهایی خاص برای خدمات پزشکی منتشر شد که مبنای تعرفه‌گذاری قرار گرفت. در سال ۱۳۷۳ با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تلاش شد تا از یک سو همه مردم تحت پوشش بیمه همگانی قرار بگیرند و از سوی دیگر یک مبنای مشخص علمی و قانونی برای تعیین تعرفه‌ها ارائه شود. در سال ۱۳۷۴ به تبع تصویب این قانون، تعرفه‌ها بین ۱۰۰ تا ۲۵۰ درصد افزایش یافت و از سال ۷۴ تا کنون افزایش تعرفه‌ها به صورت سالیانه بوده است.

در سال ۱۳۷۹ برای اولین بار تعرفه ویزیت پزشکان به تفکیک دو بخش دولتی و خصوصی ابلاغ شد، تا پیش از این تفاوت در هزینه‌ها فقط مربوط به هتلینگ بود. در سال ۱۳۸۳ با تصویب قانون جدید سازمان نظام پزشکی وظیفه تعرفه‌گذاری در بخش خصوصی به این سازمان محول شد. اما از سال ۱۳۹۰ به بعد دولت دوباره وظیفه ابلاغ تعرفه‌ها را برای هر دو بخش دولتی و خصوصی بر عهده گرفت و دیگر نظام پزشکی تعرفه‌های بخش خصوصی را تعیین نکرد. آخرین تعرفه‌ای که نظام پزشکی ارائه کرده است مربوط به سال ۱۳۸۹ است و پس از آن دولت تعرفه‌های بخش خصوصی را ابلاغ می‌کند (پیوست ث). در سال ۱۳۹۳ کتاب جدیدی برای تعرفه‌گذاری تحت عنوان کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران به جای کتاب کالیفرنیا مبنای قرار گرفت. در حال حاضر هر ساله تعرفه خدمات درمانی بخش دولتی و خصوصی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و با تأیید سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

1 medical tariffs

2 induced demand

3 stakeholder analysis

در سال ۱۳۹۳ با اصلاح فرایند تعرفه‌گذاری و معرفی کتاب جدید ارزش نسبی خدمات تشخیصی و درمانی اگرچه هدف این تغییر در اصطلاح «واقعی» شدن تعرفه‌ها و برطرف کردن مشکلاتی نظیر پرداخت‌های غیرواقعی، ناعدالتی میان رشته‌ها و پرداخت از جیب (کوهی، ۱۳۹۲) بود اما در نهایت مهم‌ترین اثر این سیاست افزایش شدید قیمت‌ها به‌ویژه در بخش خصوصی بود که باعث می‌شد اگر چه سهم مردم از پرداخت کمتر شود اما مبلغ پرداختی نهایی از قبل بیشتر باشد.

علی‌رغم بازبینی‌های بسیار و اصلاحات و سیاست‌هایی که در طول زمان برای تعرفه‌گذاری در پیش گرفته شده‌است همواره مکانیسم‌های تعرفه‌گذاری و به تبع آن تعرفه‌های تعیین شده مورد انتقاد ذی‌نفعان نظام سلامت بوده‌است. داده‌ها نشان می‌دهد پزشکان و نظام پزشکی به عنوان ذی‌نفعان اصلی تعرفه‌گذاری از وضع موجود راضی نیستند.

در این پژوهش روایت‌های ذی‌نفعان مختلف نسبت به تعرفه‌های تشخیصی و درمانی را جمع‌آوری شده‌است و با استفاده از روش تحلیل ذی‌نفعان این روایت‌ها در چهار دسته دانش، موضع، منفعت و قدرت مرتب و دسته‌بندی شده‌است. در این پژوهش استدلال اصلی این است که اگرچه دولت تلاش می‌کند با سیاست‌گذاری برای گسترش بخش خصوصی هزینه‌های عمومی را کاهش بدهد اما قدرت هژمونیک پزشکان در نظام سلامت کشور و شکل‌گیری یک گروه قدرت-منفعت مانع از شکل‌گیری نظام بازار، رقابت و تنظیم-گری دولت شده و نظام سلامت را به نظامی حرفه‌ای نزدیک کرده‌است. به این ترتیب عرصه سیاست‌گذاری سلامت از شکل دموکراتیک دور شده و منطق انباشت سرمایه و تفوق استانداردهای پزشکی تعیین‌کننده جهت‌گیری سیاست‌ها شده‌اند. به علاوه شرایط اقتصادی دشوار، تحریم‌ها و تورم شدید منجر به وضعیتی نابه‌سامان در نظام سلامت کشور شده‌است. تعرفه‌ها در حال حاضر هم برای بدنه عمومی تامین‌کنندگان و هم برای مردم چالش محسوب می‌شوند. گروهی که از شکل کنونی این سیاست نفع می‌برند، گروهی هستند که در راس هرم قدرت قرار دارند، هم نقش سیاست‌گذار، هم نقش تامین‌کننده، هم نقش خریدار دارند و برای تعرفه‌ها تصمیم‌گیری می‌کنند.

۲. چارچوب مفهومی و نظری

از آنجا که تحلیل ذی‌نفعان روش تحقیق برای ترویج فرایند سیاست‌گذاری به شیوه مشارکتی و چندسویه‌است، ما از مبانی نظری دموکراسی مشارکتی یورگن هابرماس^۱ به‌منزله بستر نظری پژوهش خود استفاده کرده‌ایم. نظریه کنش ارتباطی^۲ هابرماس چارچوبی برای تحلیل انتقادی سیاست‌گذاری سلامت است. مفاهیم هابرماسی مانند استعمار زیست‌جهان^۳، قدرت رسانه‌های جمعی بر اثرگذاری روی مناقشات عمومی و تأکید او بر دموکراسی گفت‌وگویی و همچنین مشارکت دموکراتیک در سیاست‌گذاری سلامت و تحلیل و ارزیابی این سیاست‌ها کاربرد دارند (اسکمبلر،^۴ ۲۰۰۱).

هابرماس تأکید می‌کند برابری حقیقی و حقوقی شهروندان در یک جامعه لیبرال-دموکرات قانون‌مند از راه گفت‌وگو حاصل می‌شود. منظور او از گفت‌وگو کنش ارتباطی شهروندی مبتنی بر فهم بینادهنی، تفاهم و توافق آزادانه و آگاهانه شهروندان است که پیامد آن برای شبکه به‌هم‌پیوسته اخلاق، حقوق، سیاست و اجتماعی شکل‌گرفتن خودقانون‌گذاری و خودقانون‌ملتزمی است (روزنفلد^۵

1 Jurgen Habermas
2 communicative action
3 colonization of lifeworld
4 Graham Scambler
5 Rosenfeld

و آراتو^۱، ۱۹۹۸). خودقانون‌گذاری و خودقانون‌ملتزمی یعنی کنشگران چنان در فرایند سیاست‌گذاری دخیل هستند که به واضعان قانون بدل می‌شوند و از همین رو خود را به اجرای قوانین ملزم می‌دانند.

این ایده هابرماس خود را در مفهوم دموکراسی گفت‌وگویی او نشان می‌دهد. هابرماس دموکراسی را رسیدن به اجماع عقلانی، سامان عام، جهان‌شمول و منافع گوناگون در نظر می‌گیرد. بر این مبنا او معتقد به اصل اجماع، به‌ویژه گفت‌وگو است که از نظریه کنش ارتباطی او متأثر است. برداشت ما از نظریه کنش ارتباطی هابرماس نشان می‌دهد در ارتباط میان ذی‌نفعان تبادل فکری میان آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد و آن‌ها منفعل نیستند، بلکه در فرایند سیاست‌گذاری فعالانه نقش دارند و در فرایند گفت‌وگو به توافق می‌رسند. همچنین در صورت نرسیدن به توافق مشارکت، آن‌ها را به سمت تساهل هدایت می‌کنند. هابرماس رسیدن به توافق را دموکراتیک می‌داند؛ زیرا حاصل اراده آزاد طرفین گفت‌وگو است. روابط میان ذی‌نفعان باید طوری باشد که در صورت نرسیدن به توافق دیدگاه‌های مخالف محترم شمرده شود و در عین مخالفت بتوان آن را تحمل کرد.

دلالت ایده هابرماس درباره وجود حوزه‌ای عمومی^۲ که در آن نیروهای اجتماعی بتوانند آزادانه گفت‌وگو کنند و به کنش ارتباطی دست بزنند می‌تواند در نظام سلامت وجود فضای سیاست‌گذاری مشارکتی و نظام سلامت دموکرات باشد. وجود حوزه عمومی و کنشگری آزادانه نهادهای مدنی پیش‌نیاز مشارکت ذی‌نفعان در فرایند سیاست‌گذاری است. الیوت ج میشلر^۳ (۱۹۸۴) در بازخوانی خود از هابرماس در حوزه سلامت با بررسی پرونده‌های پزشکی، استثمار زیست جهان از سوی پزشکان را آشکار می‌کند. او نشان می‌دهد چگونه بیماران تلاش می‌کنند بستر و شرایط زندگی خویش را در توصیف خود از بیماری‌شان وارد کنند؛ درحالی‌که پزشکان که مهارتی در این نوع از مواجهه ندارند تلاش می‌کنند مکالمه را به سطح فنی تقلیل بدهند (ویتزکین^۴، ۱۹۸۹). پژوهش درباره احساس بی‌قدرتی بیماران نشان‌دهنده اقتدار ناهمگن نهادهای بالادستی حوزه سلامت بدون در نظر گرفتن فهم بیماران از فرایند درمان است (شهرزاد، باستانی و ودادهیر، ۱۴۰۰). گویی چنین تقلیل‌گرایی در حوزه سلامت هم رخ می‌دهد. اگر در بحث میشلر مسئله رابطه میان پزشک، بیمار و هژمونی پزشکی است، در اینجا مسئله رابطه میان سیاست‌گذار به‌منزله رأس قدرت و پزشک به‌مثابه ذی‌نفع است. همان‌گونه که با استثمار زیست‌جهان تشخیص پزشک زمینه‌مند نیست، سیاست سلامت هم به همین شکل می‌تواند غیر زمینه‌مند، از بالا به پایین و تک‌صدایی باشد. شنیده‌نشدن صداهای متکثر ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری سلامت آن‌ها را از روند سیاست بیرون و بیگانه می‌کند.

معمولاً در کشورهای مختلف تعرفه‌های دولتی و خصوصی با یکدیگر فرق دارند و تعرفه‌های بخش خصوصی بالاتر است. همیشه تعرفه‌های بخش دولتی را دولت تعیین می‌کند، اما در برخی کشورها تعرفه‌های بخش خصوصی را نهادهای دیگری تعیین می‌کنند؛ برای مثال در آمریکا تعرفه‌های بخش خصوصی از چانه‌زنی میان بیمه‌های خصوصی و تأمین‌کنندگان خدمات تعیین می‌شود و قیمت خدمات در بخش خصوصی بالاتر از بخش دولت است. همچنین تعرفه‌های پزشکی در این کشور کمتر از قیمت تمام‌شده خدمات است. در کشور انگلستان هم وضعیت به همین شکل است، اما برای مثال در برخی کشورهای شمال اروپا تعرفه‌هایی که دولت تعیین می‌کند از قیمت تمام‌شده خدمات بیشتر است؛ زیرا این کشورها بودجه فراوانی را به خدمات اجتماعی تخصیص می‌دهند. در ترکیه تعرفه‌ها قیمت بسیار کمتری از قیمت‌های واقعی دارند و در بخش خصوصی بیشتر از بخش دولتی هستند (موریسون و همکاران،

1 Arato

2 public sphere

3 Eliot G. Mishler

4 Waitzkin

۲۰۱۲). کمتری بودن میزان تعرفه‌ها از قیمت واقعی تعرفه‌ها به کمبود منابع برای نظام‌های سلامت می‌انجامد. بخش خصوصی از راه‌های مختلفی مانند افزایش سهم هزینه از جیب بیماران و بیمه‌های خصوصی تلاش می‌کند این کمبود را جبران کند. در کشور ما این تفاضل بسیار زیاد است و مشکلات عمده‌ای را برای نظام سلامت پدید آورده است (ابوترابی و همکاران، ۲۰۲۰).

بررسی پژوهش‌هایی که از تحلیل ذی‌نفعان برای بررسی سیاست‌های سلامت استفاده می‌کنند اهمیت منطقی گفت‌وگویی در سیاست‌گذاری را نشان می‌دهند. تلاش برای اولویت‌بندی مسائل سلامت در کشور با رویکرد تحلیل ذی‌نفعان نشان می‌دهد تنها با مشارکت ذی‌نفعان و توافق آن‌ها است که می‌توان اولویت‌های نظام سلامت را تعیین و برای آن‌ها سیاست‌گذاری کرد (ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۶). تحلیل ذی‌نفعان به شناسایی یک سیاست و موافقان و مخالفان آن کمک می‌کند. همچنین نشان می‌دهد وقتی عده‌ی کثیری از ذی‌نفعان در برابر سیاستی بی‌طرف هستند، پتانسیل بسیج آن‌ها برای موافقت یا مخالفت وجود دارد. سیاست‌گذاران باید در مدیریت ذی‌نفعان، استراتژی‌ی فعالی با هدف فراهم‌آوردن حامیان قدرتمند برای سیاست مدنظر داشته باشند (گیلسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۲).

۳. روش تحقیق: روش تحلیل ذی‌نفعان

برای انجام تحلیل ذی‌نفعان اولین گام تعریف منظور ما از تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی به‌منزله سیاست عدالت در سلامت است. تعرفه‌ها موضوع بسیار گسترده‌ای است که می‌تواند ابعاد مختلفی به خود بگیرد؛ از جمله تعرفه‌گذار، میزان تعرفه، تمایز بخش خصوصی و دولتی، مبنای محاسبه و کتاب ارزش‌های نسبی یا تفاوت‌های بین‌رشته‌ای و غیره. در این پژوهش ما تنها بر فرایند تعرفه‌گذاری تمرکز می‌کنیم؛ یعنی چه کسانی طی چه فرایندی تعرفه‌ها را تعیین می‌کنند و تعرفه‌های تشخیصی و درمانی چه ویژگی‌هایی دارند (مقدار تعرفه‌ها، تفاوت خصوصی و دولتی، تفاوت واقعی و غیرواقعی).

در این پژوهش از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. کسانی که با آن‌ها مصاحبه شده است ذی‌نفعان منصوب به هر گروه به همراه مطلعان کلیدی خواهند بود. در این مطالعه با سه گروه از ذی‌نفعان شامل نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پزشکان شاغل در بخش خصوصی و سازمان پزشکی مصاحبه شده است. شورای عالی بیمه سلامت نمایندگان متشکل از سازمان‌های مختلف از جمله دولت، نظام پزشکی و بیمه‌ها دارد. با سه نفر از کارشناسان سازمان تأمین اجتماعی برای مثلث‌بندی یافته‌ها مصاحبه شده است. برای تکمیل جدول ذی‌نفعان درباره نظام پزشکی ۲۳۶ مصاحبه و پیام که وب‌سایت این سازمان به‌صورت رسمی منتشر کرده در فاصله سال‌های ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۱ بررسی شده است. از این میان، ۳۰ مصاحبه که مستقیم به موضوع تعرفه‌ها پرداخته‌اند مبنای تحلیل درباره موضوع تعرفه‌ها را تشکیل می‌دهند.

جدول ۱. اطلاعات مشارکت‌کنندگان برای مصاحبه‌های پژوهشی

ترتیب	جایگاه شغلی	تاریخ مصاحبه	مدت مصاحبه	گروه ذی‌نفع
مصاحبه ۱	معاونت درمان	۱۳۹۸	نیم ساعت	وزارت بهداشت
مصاحبه ۲	رئیس بیمارستان ایرانیان در خارج از کشور	۱۳۹۸	نیم ساعت	مدیر دولتی بخش سلامت
مصاحبه ۳	کارشناس اقتصادی وزارت بهداشت	۱۳۹۸	نیم ساعت	وزارت بهداشت
مصاحبه ۴	کارشناس وزارت بهداشت	۱۳۹۸	نیم ساعت	وزارت بهداشت
مصاحبه ۵	مشاور سازمان جهانی بهداشت در منطقه	۱۳۹۸	نیم ساعت	مطلع کلیدی
مصاحبه ۶	مشاور سازمان جهانی بهداشت در منطقه	۱۳۹۸	یک ساعت	مطلع کلیدی

ترتیب	جایگاه شغلی	تاریخ مصاحبه	مدت مصاحبه	گروه ذی‌نفع
مصاحبه ۷	مشاور سازمان جهانی بهداشت در منطقه	۱۳۹۸	یک ساعت	مطلع کلیدی
مصاحبه ۸	معاون فنی و برنامه‌ریزی	۱۳۹۸	یک ساعت	وزارت بهداشت
مصاحبه ۹	پزشک	۱۴۰۱	یک ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۰	پزشک	۱۴۰۱	یک ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۱	پزشک	۱۴۰۱	یک ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۲	پزشک	۱۴۰۱	یک ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۳	پزشک	۱۴۰۱	یک ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۴	پزشک	۱۴۰۱	نیم ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۵	پزشک	۱۴۰۱	نیم ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۶	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۷	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۸	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۱۹	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۰	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۱	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۲	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۳	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۴	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۵	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۶	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۷	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۸	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۲۹	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۳۰	پزشک	۱۴۰۱	بیست دقیقه	بخش خصوصی
مصاحبه ۳۱	شورای نظام پزشکی	۱۴۰۱	نیم ساعت	بخش خصوصی
مصاحبه ۳۲	کارشناس بیمه سازمان تأمین اجتماعی	۱۴۰۱	یک ساعت	مطلع کلیدی
مصاحبه ۳۳	کارشناس بیمه سازمان تأمین اجتماعی	۱۳۹۷	یک ساعت	مطلع کلیدی
مصاحبه ۳۴	سرپرست اداره کل ارزیابی و تعالی خدمات درمانی	۱۳۹۷	نیم ساعت	مطلع کلیدی

جدول ۲. مصاحبه‌های موجود (داده‌های دست دوم)

ترتیب	جایگاه شغلی	تاریخ مصاحبه	تعداد صفحه	گروه ذی‌نفع
مصاحبه ۱	ریزی و اقتصاد سلامت سازمان نظام پزشکی مدیرکل برنامه	۲۸ فروردین ۱۴۰۱	۳	نظام پزشکی
مصاحبه ۲	رئیس کل سازمان نظام پزشکی	۹ شهریور ۱۴۰۱	۴	نظام پزشکی
مصاحبه ۳	علمی دانشگاه علوم پزشکی عضو هیئت	۲۹ شهریور ۱۴۰۱	۲	نظام پزشکی
مصاحبه ۴	نائب رئیس سازمان نظام پزشکی	۲۸ فروردین ۱۴۰۱	۲	نظام پزشکی
مصاحبه ۵	عضو شورای عالی	۱۷ فروردین ۱۴۰۱	۲	نظام پزشکی
مصاحبه ۶	عضو شورای عالی	۲۰ فروردین ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۷	رئیس شورای عالی	۲۱ فروردین ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی

ترتیب	جایگاه شغلی	تاریخ مصاحبه	تعداد صفحه	گروه ذی نفع
مصاحبه ۸	معاون آموزش و پژوهش	۲۴ تیر ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۹	رئیس انجمن علمی فیزیوتراپی	۲۲ تیر ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۰	قائم مقام نظام پزشکی تهران بزرگ	۱۶ تیر ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۱	رئیس سازمان نظام پزشکی	۱۵ تیر ۱۴۰۱	۴	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۲	عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس	۱۵ تیر ۱۴۰۱	۳	مجلس
مصاحبه ۱۳	رئیس سازمان نظام پزشکی	۸ تیر ۱۴۰۱	۳	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۴	رئیس کمیسیون تخصصی مشورتی تعرفه و بیمه شورای عالی نظام پزشکی نایب	۱۱ خرداد ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۵	عضو شورای عالی نظام پزشکی	۱۰ خرداد ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۶	معاون اجتماعی و امور مجلس سازمان نظام پزشکی	۵ خرداد ۱۴۰۱	۴	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۷	عضو شورای عالی	۲ خرداد ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۸	عضو شورای عالی	۲۸ اردیبهشت ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۱۹	رئیس نظام پزشکی تهران	۲۶ اردیبهشت ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۰	عضو شورای عالی	۲۴ اردیبهشت ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۱	رئیس نظام پزشکی ملارد	۲۱ اردیبهشت ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۲	استاد دانشگاه علوم پزشکی	۱۹ اردیبهشت ۱۴۰۱	۳	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۳	رئیس نظام پزشکی شیراز	۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۱	۲	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۴	رئیس جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران	۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۱	۲	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۵	رئیس سازمان نظام پزشکی	۱۷ اردیبهشت ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۶	رئیس نظام پزشکی ملارد	۱۰ اردیبهشت ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۷	رئیس شورای عالی	۵ اردیبهشت ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۸	رئیس نظام پزشکی تهران	۲۹ فروردین ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۲۹	عضو شورای عالی	۳۱ فروردین ۱۴۰۱	۱	نظام پزشکی
مصاحبه ۳۰، صدا و سیما	وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	-	۱	دولت

در چند دهه اخیر روش تحلیل ذی نفعان در سیاست گذاری سلامت طرفداران بسیاری یافته است؛ زیرا این روش نقش کلیدی ذی نفعان (افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها) بر کنش‌ها و اهداف سازمان، پروژه یا سیاست را با توجه به منافع آن‌ها و توان اثرگذاری‌شان تحلیل می‌کند. تحلیل ذی نفعان می‌کوشد ارتباط کنشگران با یک پروژه، سیاست یا سازمان را بفهمد و ارزیابی کند. در این تحلیل موقعیت، منفعت، اثرگذاری، تعاملات، شبکه‌ها و دیگر ویژگی‌های ذی نفعان استخراج می‌شود. تحلیل ذی نفعان تنها ابزار نیست، بلکه یک روش‌شناسی است که از ابزارهای مختلفی استفاده می‌کند. این تحلیل تنها خلاصه‌ای از رویکردهای ذی نفعان به یک مسئله یا سیاست نیست، بلکه مطالعه نظام مند نقش، روابط، منفعت و اثرگذاری کنشگران بر فرایند تصمیم‌گیری است (بورگا و وارواسوفسکی، ۲۰۰۰).

پاسخ‌های جزئی و طولانی مصاحبه‌ها را به شکلی خلاصه‌تر و دقیق‌تر درآورده است که نمایانگر اطلاعات مهم باشند. این مرحله کم‌وبیش معادل کدگذاری در سایر روش‌های پژوهش کیفی مانند نظریه مبنایی و تحلیل مضمون است. ستون دانش نیز یعنی هر گروه چه تعریفی از دانش دارد و اطلاعات آن در چه سطحی قرار دارند. موضع هر ذی نفع ممکن است مخالف، موافق یا بی‌طرف باشد. تحلیل منفعت نشان می‌دهد آیا ذی نفع از سیاست تعرفه‌ها منفعت می‌برد یا خیر و گام بعدی منافع مشترک گروه‌های ذی نفع در نقش‌های متعارض آن‌ها را نشان می‌دهد. قدرت نیز بیان می‌کند کدام ذی نفعان توان اثرگذاری بر سیاست‌ها را دارند.

۴. یافته‌ها

تعرفه قیمت‌گذاری خدمات درمانی است. با توجه به ویژگی‌های خدمات اجتماعی در بخش سلامت دولت‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم در تعیین قیمت کالاها و خدمات سلامت دخالت می‌کنند. در کشور ما هم خدمات سلامت تعرفه‌گذاری و تعرفه‌هایی برای دوره زمانی مشخص یعنی یک سال برای نظام سلامت تعیین می‌شوند. با وجود بازبینی‌های بسیار و اصلاحات و سیاست‌هایی که در طول زمان برای تعرفه‌گذاری درپیش گرفته شده است، مکانیسم‌های تعرفه‌گذاری و به دنبال آن تعرفه‌های تعیین شده با انتقاد ذی‌نفعان نظام سلامت مواجه شده است. داده‌ها نشان می‌دهد پزشکان و نظام پزشکی به منزله ذی‌نفعان اصلی تعرفه‌گذاری از وضع موجود راضی نیستند. مصاحبه‌شوندگان سه موضوع اصلی را فرایند تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی مشکل یا چالش برانگیز می‌دانند و آن‌ها را ارزیابی می‌کنند: نهاد تعرفه‌گذار؛ واقعی نبودن تعرفه‌ها و تفکیک تعرفه‌های بخش خصوصی و دولتی دسته‌بندی یافته‌ها حول این سه چالش برآمده از داده‌ها بوده است. به عبارت دیگر ذی‌نفعان حوزه سلامت سه چالش اصلی تعرفه‌ها را نهاد تعرفه‌گذار، واقعی نبودن تعرفه‌ها و تفکیک تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی ارزیابی می‌کنند.

گروه‌های ذی‌نفع عبارتند از: الف) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ در شرح وظایف وزارت بهداشت به عنوان گروه ذی‌نفع اول، درمان و آموزش پزشکی آمده است این وزارتخانه وظیفه تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پژوهشی، خدمات بهداشتی-درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی را برعهده دارد. همچنین تعیین مبنای محاسبه هزینه خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی و تعیین تعرفه‌های مربوط در بخش دولتی و غیردولتی را از جمله وظایف خود برشمرده است؛ ب) پزشکان؛ پزشکان شاغل در بخش خصوصی از آنجا که حقوق‌بگیر دولت نیستند، به عنوان ذی‌نفع دوم ذی‌نفع اصلی تعرفه‌ها محسوب می‌شوند. در این پژوهش با بیش از ۲۰ پزشک شاغل در بخش خصوصی مصاحبه شده است. این پزشکان به وضع موجود معترض هستند و معتقدند وضعیت فعلی تعرفه‌ها نه تنها به ضرر آنهاست، بلکه برای مردم و جامعه هم نفعی ندارد و این موضوع به کلی قربانی منافع گروهی شده است. این نظرات در ادامه با جزئیات بیشتری شرح داده شده‌اند و ج) سازمان نظام پزشکی کشور؛ سازمان نظام پزشکی کشور سازمانی مستقل، حرفه‌ای و دربرگیرنده شاغلان حرفه پزشکی است و گروه سوم ذی‌نفعان به شماره می‌رود. این سازمان یکی از اقدامات مهم خود را مشارکت فعال و کارشناسی در تعیین تعرفه‌های خدمات پزشکی می‌داند. در سال ۱۳۳۹ هجری شمسی اولین قانون نظام پزشکی در مجلس شورای ملی تصویب شد. از آن زمان تاکنون قانون نظام پزشکی هشت بار بازنگری شد که آخرین بار در سال ۱۳۸۳ در مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب نهایی رسید (قانون نظام پزشکی، ۱۳۸۳).

۴-۱. تحلیل یافته‌ها بر اساس مؤلفه‌های تحلیل ذی‌نفعان

دانش به منزله آگاهی از سیاست‌ها و شفافیت در اطلاعات نقطه آغازین شروع ارتباط دوطرفه است. نهاد حاکمیت در گام اول با دراختیار گذاشتن اطلاعات و آگاهی بخشی درباره تصمیم‌گیری‌ها می‌تواند عرصه سیاست‌گذاری را برای مشارکت مهیا کند. سیاست‌گذاران با شناسایی مواضع طرفین درگیر در ابتدای راه سیاست‌گذاری می‌توانند مواضع موافق را پررنگ‌تر، مواضع بی‌طرف را همراه‌تر کنند و همچنین مواضع مخالف را شناسایی کرده و برای آن راه‌حلی بیابند. منافع طرفین درگیر نقطه اتصال آنها با یکدیگر است. در عرصه سیاست‌گذاری نزاع اصلی بر سر منتفع شدن از منافع موجود است. در حالی که نهاد حاکم به دنبال حفظ منافع همگانی است، تأمین‌کنندگان خصوصی به دنبال پیگیری منافع خود هستند. اساساً هر تلاشی برای سیاست‌گذاری باید منافع ذی‌نفعان را

طوری لحاظ کند که همکاری گروهی ممکن شود. قدرت ذی‌نفعان تعیین کننده بهره‌مندی آنها از منافع‌شان در سیاست‌ها است. ساختار متمرکز قدرت و سیاست‌گذاری دستوری که امکان کنشگری را از نهادهای مختلف سلب می‌کند منجر به بروز انواع مکانیسم‌های پیش‌بینی نشده برای پیگیری منافع می‌شود. در حالی که فراهم کردن امکان مشارکت و کنشگری، سیاست‌ها را به سمتی معطوف می‌کند که منافع همگان تامین شود.

روش تحلیل ذی‌نفعان مولفه‌های دانش، موضع، منفعت و قدرت را برای شناخت ویژگی‌های ذی‌نفعان، همراه ساختن آنها با اهداف یک سیاست و یافتن راه‌حل برای تعارضات معرفی می‌کند. ما از این چارچوب روشی و مفهومی برای تحلیل یافته‌های خود استفاده کردیم. همان‌طور که روش تحلیل ذی‌نفعان پیشنهاد می‌کند ابزار اولیه جمع‌آوری اطلاعات در این روش مصاحبه نیمه-ساختاریافته است. ما در این پژوهش با سه گروه ذی‌نفع اصلی یعنی دولت، بخش خصوصی و کنشگران سازمان نظام پزشکی کشور مصاحبه کردیم که یافته‌های آن به شرح مولفه‌های تحلیل ذی‌نفعان در اینجا گزارش شده است.

۴-۱-۱. دانش

(الف) دانش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به وظیفه‌ای که در قبال تعیین تعرفه‌ها برای خود قائل است، دانش جامعی به فرایند تعرفه‌گذاری و ابلاغ آن دارد: «هرساله برای تعیین تعرفه خدمات پزشکی، دبیرخانه شورای عالی بیمه مستقر در وزارت رفاه اقدامات کارشناسی لازم را انجام می‌دهد و بعد از تصویب در شورای عالی بیمه، میزان تعرفه خدمات پزشکی در هیئت وزیران نهایی می‌شود» مصاحبه خبری ۳۰.

مصاحبه‌شوندگان در این گروه ادعا می‌کنند در فرایند تعرفه‌گذاری مشارکت انجمن‌های تخصصی که نماینده پزشکان محسوب می‌شوند و نماینده نظام پزشکی که محافظ منافع پزشکان است، دخیل هستند و در این زمینه تشریک مساعی وجود دارد: «انجمن‌های پزشکی خیلی پر قدرت هستند و وارد این بحث شدند که هر کدام سهم خودشان را بالا ببرند و در نتیجه چون در زمان آقای دکتر... وزیر بودند خیلی اصرار داشتند که این اجرا بشود؛ بنابراین شاید این کار در مقایسه با قدرت هر کدام از انجمن‌های پزشکی قدری متفاوت شده باشد؛ با قیمت تمام شده یعنی غیر واقعی شده» مشارکت کننده ۸.

به نظر می‌رسد دولت معتقد است به اندازه کافی بخش خصوصی را در فرایند تعرفه‌گذاری مشارکت می‌دهد. شورای عالی بیمه سلامت که وظیفه تعرفه‌گذاری را برعهده دارد، متشکل از نمایندگان نهادهای مختلفی است که هر کدام منافع گروهی از ذی‌نفعان را نمایندگی می‌کنند. با توجه به اینکه بیشتر اعضا یعنی ۱۶ نفر از ۲۰ نفر پزشک هستند و نماینده نظام پزشکی هم حضور دارد، در نظر گرفته می‌شود که مشارکت کامل ذی‌نفعان مدنظر قرار گرفته است: «نماینده نظام پزشکی یعنی صنف پزشکی هم مشارکت دارد، اما ملاحظاتی وجود دارد؛ به خصوص با شرایط تورم فعلی که سبب می‌شود نظام پزشکی بیانیه بدهد و با تعرفه‌ها مشکل داشته باشد، ولی دست دولت هم بسته است» مشارکت کننده ۵.

(ب) دانش پزشکان: دانش پزشکان برای فرایند تعرفه‌گذاری، نحوه محاسبه و بدنه تصمیم‌گیرنده محدود است. آن‌ها می‌گویند دولت قیمت‌ها را هر ساله به صورت بخش‌نامه اعلام می‌کند. از میان پاسخ‌گویان تنها یک نفر از وجود نهادی با عنوان شورای عالی بیمه سلامت باخبر بود: «اینکه چه کسی تعرفه‌گذاری می‌کند ما در جریان نیستیم. بروشور یا بخشنامه‌ای به تهران و شهرستان‌ها می‌آید، ولی اینکه چه کسی تعیین می‌کند را نمی‌دانم» مشارکت کننده ۱۷.

اطلاع‌نداشتن از فرایند تصمیم‌گیری در یک سیاست ذی‌نفعان را با آن سیاست بیگانه و سیاست را به امری بیرونی، دستوری و از بالا به پایین بدل می‌کند. شفافیت‌نداشتن نیز امکان همکاری را دشوار می‌کند و پزشکان را در موضع مخالفت و مقاومت قرار می‌دهد.

مصاحبه‌شوندگان باور دارند نبود شفافیت برای تسهیل اعمال قدرت و بیرون نگه‌داشتن آن‌ها از دایره تصمیم‌گیری است. ادبیاتی که مصاحبه‌شوندگان استفاده می‌کنند به موقعیت بیرونی و برداشت فرودستانه خودشان از این موقعیت اشاره دارد: «این قدر این‌ها را گنگ بیان می‌کنند که کسی نفهمد. می‌دانید که خود وزارت بهداشت و مجلس شورای اسلامی پشت این قضیه هستند، ولی اینکه دقیقاً کدامشان و بر چه مبنایی تصمیم می‌گیرند نمی‌دانم» مشارکت‌کننده ۱۵.

دانش درباره تعرفه‌گذاری مبهم و غیرشفاف است و در اختیار عموم قرار داده نمی‌شود. شفافیت در قیمت‌ها برای مدیریت هزینه‌ها ضروری است. موانع شفافیت تعرفه‌ها نیز نشان‌دهنده محدودیت فرایندهای موجود است: «این فضا به قدری مخوف و مافیایی است که پیگیری آن هم وقت‌گیر است یا وقت‌گیرش می‌کنند. خیلی قابل دستیابی نیست که بتوان دسترسی پیدا کرد» مشارکت‌کننده ۱۶. این شفافیت‌نداشتن در تعرفه‌ها می‌تواند به تغییرات قیمتی شدید منجر شود، قیمت خدمات مختلف در جاهای مختلف و در بخش‌های مختلف با یکدیگر تفاوت اساسی داشته باشند و هزینه‌های نظام سلامت را هم برای مصرف‌کنندگان و هم برای تأمین‌کنندگان افزایش دهد.

ج) دانش اعضای شورای عالی نظام پزشکی: اعضای شورای عالی نظام پزشکی از فرایند تعرفه‌گذاری و جزئیات فنی تعیین تعرفه‌ها آگاه هستند، اما از بی‌اطلاعی سایر نهادهایی که تصمیم‌های آن‌ها در این زمینه مهم است اظهار تأسف می‌کنند: «متأسفانه یکی از وزرای دولت طی نامه‌ای به رئیس‌جمهور مطالبی را درباره تعرفه‌های پزشکی بیان کرده که نشان می‌دهد وی اطلاعی از ظلمی که به جامعه پزشکی روا داشته شده است ندارد. آن نامه سرشار از مغلطه بوده است. در تاریخ قبل و بعد انقلاب افزایش ۱۰۰۰ درصدی نداشته‌ایم و ایشان مفهوم ۱۰۰۰ درصد را درک نکرده است» مصاحبه‌خبری ۱.

وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی طی نامه‌ای به رئیس‌جمهور با اعتراض به افزایش شدید تعرفه‌های تشخیصی و درمانی پیشنهاد کرد تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۱ متناسب با افزایش حقوق کارکنان در کشور ۱۰ درصد رشد داشته باشد (نامه وزیر رفاه، ۱۴۰۱). وزیر بعد از آنکه سازمان نظام پزشکی با ارسال نامه‌ای به معاون اول رئیس‌جمهور ضمن رد افزایش ۲۸/۵ درصدی تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی تعیین‌شده از شورای عالی بیمه سلامت، خواستار افزایش بیشتر تعرفه‌ها در سال ۱۴۰۱ شد، به نگارش این نامه اقدام کرد تا جلوی متضررشدن مردم براساس رویه‌ای را که «تعارض منافع در تعیین تعرفه‌ها» داشته بگیرد.

۴-۱-۲. موضع

الف) وزارت بهداشت: موضع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضعی دوجبه‌ای است. پزشکیانی که در وزارت بهداشت تصمیم‌گیرنده هستند از تصمیم‌های دولت برای پایین نگه‌داشتن تعرفه‌ها و حفاظت از منافع عمومی حمایت می‌کنند و معتقدند در شرایط فعلی چاره دیگری وجود ندارد. آن‌ها برای کاهش نگرانی عموم اعلام می‌کنند تعرفه‌هایی که نظام پزشکی اعلام می‌کند به هیچ‌وجه در دستور کار دولت قرار نمی‌گیرد. وزیر بهداشت در مصاحبه‌ای پخش‌شده از تلویزیون به مردم اطمینان داده است: «نظام پزشکی نمی‌تواند تعیین کند، دولت تعیین می‌کند. رقم‌ها در دولت نمی‌آید. رقمی در دولت می‌آید که شورای عالی بیمه مصوب کرده و می‌رود برنامه و بودجه آنجا نهایی می‌شود و به دولت می‌آید. این افزایش چندبرابری که اینجا اعلام شده است نیست و خیلی کمتر از این است» مصاحبه‌خبری ۳۱.

اما همین گروه در بیشتر موارد خودشان در بخش خصوصی به فعالیت مشغول هستند و در نتیجه از بیشتربودن تعرفه‌های بخش خصوصی به دولت به‌طور مستقیم نفع می‌برند و شاید انگیزه کافی برای یکسان‌سازی این دو نداشته باشند؛ اگرچه موضع آن‌ها

به صورت رسمی همواره حفاظت از منافع عموم بوده است. جدول ۳ نشان می‌دهد چند نفر از ده وزیر اخیر بهداشت در بخش خصوصی فعالیت داشته‌اند.

جدول ۳. فعالیت وزیران بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش خصوصی

نام	نام خانوادگی	تحصیلات	تخصص	وضعیت اشتغال در بخش خصوصی
رضا	ملکزاده	دکتری	فوق تخصص گوارش و کبد	شاغل در بخش خصوصی
سید علی‌رضا	مزند	دکتری	فوق تخصص اطفال	شاغل در بخش خصوصی
محمد	فرهادی	دکتری	متخصص گوش حلق و بینی	شاغل در بخش خصوصی
مسعود	پزشکیان	دکتری	جراح قلب	-
کامران	باقری لنگرانی	دکتری	فوق تخصص گوارش	شاغل در بخش خصوصی
مرضیه	وحید دستجردی	دکتری	متخصص زنان و زایمان	شاغل در بخش خصوصی
محمدحسن	طریقت منفرد	دکتری	متخصص جراحی چشم	-
سید حسن	قاضی‌زاده هاشمی	دکتری	متخصص جراحی چشم	شاغل در بخش خصوصی
سعید	نمکی	دکتری	داروساز و ایمونولوژیست	-
بهرام	عین‌اللهی	دکتری	متخصص قرنیه چشم	شاغل در بخش خصوصی

ب) پزشکان: موضع اصلی پزشکان مخالفت با میزان تعرفه‌های کنونی و نحوه تصمیم‌گیری و تعرفه‌گذاری است. آن‌ها معتقدند تعرفه‌های فعلی برای پزشکان عادلانه نیست. این نبود عدالت در چند محور مختلف خود را نشان می‌دهد و بر موضع‌گیری پزشکان اثر می‌گذارد. تعرفه‌ها کمتر از قیمت واقعی خدمات و به نفع گروه‌های خاص، متخصصان، پزشکان شاغل در شهرهای بزرگ و پزشکان قدیمی هستند. همچنین به گفته مصاحبه‌شوندگان بسیار کم هستند. در این میان پزشکان شاغل در بخش خصوصی که کسب و کار خود را دارند به منزله کسانی که باید برای خود درآمدزایی کنند و با تورم وحشتناکی روبه‌رو هستند در کسب و کار خود با مشکل مواجه می‌شوند: «یک مشکل خیلی واضح این است که حداقل در دو سال اخیر هیچ تناسبی بین این تعرفه‌ها با نرخ تورم در جامعه وجود نداشته است» مشارکت‌کننده ۱۴.

پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی معتقدند وضع فعلی تنها به نفع متخصصان است؛ چون تعرفه ویزیت برای آن‌ها کم است، اما متخصصان به دلیل انجام فرایندهای پزشکی دیگر مانند جراحی‌ها که با کار محاسبه می‌شود یا با دریافت زیرمیزی درآمد بالایی دارند: «حالا در این چند سالی که تورم به این صورت بوده است شاید الان بشود حق بیشتری به بخش خصوصی داد، ولی به طور کلی یعنی در این سی سال اخیر واقعاً این جور نبوده که متخصص‌ها خیلی ضرر کنند، خوب هم می‌چرخد و سود خودشان را می‌برند» مشارکت‌کننده ۹.

ادبیات مورد استفاده پزشکان بخش خصوصی در مصاحبه‌ها شبیه ادبیات بازاری است. این پزشکان معتقدند اگر جامعه بخواهد آن‌ها را برای خود نگه دارد باید هزینه ماندنشان را بدهد. مواجهه آن‌ها با فعالیت پزشکی مشابه همان مواجهه‌ای است که هر کاسب دیگری در اصناف دیگر با قدیمی‌ترها یا موفق‌ترهای صنف دارد. «شما پیش یک ناخن‌کار برو، همین الان در تهران ناخن‌کار نهاد صنفی خودش را دارد و برای صنف خودش قیمت‌گذاری می‌کند. او یک کار ناخن انجام می‌دهد چهارصد هزار تومان، بعد متخصص ما با این سطح از تحصیلات، تخصص، هزینه مطب و غیره برای همان بیست دقیقه وقت چقدر می‌گیرد؟ خب این نسبت‌ها مسخره است» مشارکت‌کننده ۱۷.

آنچه پزشکان در این معادله در نظر نمی‌گیرند شکست بازار درباره کالای سلامت و انتخاب مصرف‌کننده است. مردم اگر پول نداشته باشند به ناخن کار مراجعه نمی‌کنند، ولی کسی که بیمار است انتخابی ندارد و باید به پزشک مراجعه کند.

ج) سازمان نظام پزشکی: سازمان نظام پزشکی موضع مخالفی با وضعیت تعرفه‌گذاری کنونی دارد و معتقد است این وضعیت به نفع هیچ‌یک از ذی‌نفعان اصلی یعنی مردم، پزشکان و حتی دولت نیست. آن‌ها معتقدند وظیفه تعیین تعرفه‌ها باید به آن‌ها سپرده شود. «بالاخره هر خدمتی، بهایی تمام‌شده دارد که در بخش دولتی، بخشی از آن را دولت پرداخت می‌کند و بخشی را بیمه و مردم می‌دهند. در بخش خصوصی، ۱۰۰ درصد بهای خدمات را باید بیمه و مردم پرداخت کنند و بنابراین عملاً هر دو بخش (خصوصی و دولتی) به شدت آسیب می‌بینند. صحبت ما اصلاً درباره بخش خصوصی نیست، بلکه کل نظام سلامت ما در خطر است» مصاحبه خبری ۲.

رئیس کل سازمان نظام پزشکی معتقد است تعرفه‌ها باید واقعی شوند. واقعی شدن تعرفه‌ها و محاسبه قیمت واقعی خدمات این امکان را ایجاد می‌کند که سهم هر نهاد در پرداخت هزینه‌های سلامت مشخص شود: «هرقدر تعرفه‌ها را به بهانه‌های مختلف فریز کنیم که بزرگ‌ترین آن تأمین‌نشدن کافی سازمان‌های بیمه‌گر از سوی دولت است، یعنی دولت سهم سلامت را آن‌طور که باید نمی‌دهد و سهم ما از تولید ناخالص داخلی در سال‌های اخیر کاهش یافته است»^۱ مصاحبه خبری ۳.

اینکه سازمان نظام پزشکی معتقد است حتی خود دولت هم به ناعادلانه بودن تعرفه‌ها واقف است، به مسئله تعارض منافع بازمی‌گردد؛ چون مسئولان رده بالا در وزارت بهداشت پزشکانی هستند که در بخش خصوصی شاغل‌اند و نمی‌توان از آن‌ها انتظار داشت به یکسان‌سازی تعرفه‌ها بپردازند.

۴-۱-۳. منفعت

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: وزارت بهداشت معتقد است پزشکان بخش خصوصی وضع فعلی را قبول دارند؛ چون منافعی حکم می‌کند. این گروه باور دارند پزشکان در بخش خصوصی سهم بزرگ‌تری از تعرفه دریافت می‌کنند و سیاست‌ها به نفع آن‌ها است. «بله حالا بالاخره فرد که یعنی گروه پزشکی عملاً بیشترین سود را می‌برد؛ به خاطر اینکه پزشکان البته بیشترین سود را می‌برند؛ برای اینکه درواقع بیشترین سهم درآمد بیمارستان سهم این‌ها است» مشارکت‌کننده ۱.

معاونت وزارتخانه معتقد است ترکیب منافع گروه قدرتمندی در رأس سیاست‌گذاری با فعالیت‌های آن‌ها در بخش خصوصی تعیین‌کننده تعرفه‌ها است. یافته‌ها نشان می‌دهد میان موضع رسمی دولت به‌منزله سیاست‌گذار و موضع فردی کارشناسان فعال در دولت با یکدیگر تفاوت وجود دارد. دست‌های پنهان یا عوامل نانوشته‌ای وجود دارد که تعیین‌کننده است و با سازوکارهای موجود تن به اصلاحات نمی‌دهد: «این قدر قدرتمند هستند که بتوانند روی سیاست‌گذاری تأثیر بگذارند. اگر از مصاحبه‌تان حذف می‌کنید تقریباً همه وزیرهایمان جزء همین گروه بودند. می‌خواهم بگویم حتی در متن نیاورید که اذیتان بکنند، ولی تمام وزرای بهداشتمان جزء گروهی بودند که تأثیرگذاری بسیار کمی داشتند؛ حتی وزیر فعلی. بعد از انقلاب وزارت بهداشت به شدت خصوصاً کیس تعارض منافع بوده و امیدوارم یک روزی کنار برود، ولی بوده، چه خود وزرا چه معاونان آن‌ها» مشارکت‌کننده ۸.

ب) منفعت از منظر پزشکان: ذی‌نفعان در مقابل سیاست‌هایی که منافع آن‌ها را به خطر بیندازد موضع‌گیری خواهند کرد. تعرفه‌ها بر منافع اقتصادی پزشکان تأثیر می‌گذارد و درآمد را محدود می‌کند. مصاحبه‌شوندگان معتقد هستند ذی‌نفع اصلی در شکل

۱. به گزارش بانک جهانی، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۸/۵ در سال ۲۰۱۶ به ۶/۷ در سال ۲۰۲۰ کاهش پیدا کرده است (بانک جهانی، ۱۴۰۱).

فعلی تعرفه‌گذاری دولت است. «نهادهایی که همه مسئول هستند وابسته به دولت‌اند و می‌خواهند جنبه حمایتی دولت را رعایت کنند. آن‌ها به فکر من پزشک نیستند، می‌خواهند هزینه کم باشد که بیمار کم پرداخت کند، اعتراض نکند و مردم معترض نشوند. به فکر من پزشک نیستند» مشارکت‌کننده ۱۸.

مصاحبه‌شوندگان معتقدند اگر تعرفه‌ها واقعی بشوند مردم معترض خواهند شد و دولت باید به فکر کاهش هزینه‌ها برای نظام سلامت و مصرف‌کنندگان باشد، اما آن‌ها از سوی دیگر اعلام می‌کنند ابهام در تعرفه‌ها و واقعی نبودن آن‌ها منافع گروهی برخی سیاست‌گذاران را تأمین می‌کند و نفع عمومی مطرح نیست: «خب این وضعیت به نفع عده‌ای هم هست؛ همان‌ها که هم از توبره می‌خورند و هم از آخور. از یک سو پست و مقام دولتی دارند و در وزارتخانه تعرفه‌ها را پایین نگه داشته‌اند و اصلاً به فکر من پزشک جوان تازه وارد بازار کار شده نیستند و از طرف دیگر خودشان سرمایه‌دار بیمارستان هستند» مشارکت‌کننده ۱۹.

ج) منفعت از منظر سازمان نظام پزشکی: سازمان نظام پزشکی تلاش می‌کند منافع اعضا را تأمین کند و با توجه به پایین نگه داشتن تعرفه‌ها در اعتراض دست به نامه‌نگاری با دولت و انتشار بیانیه می‌زند (بیانیه سازمان نظام پزشکی، ۱۴۰۱): «تعرفه‌های پزشکی تنها هزینه تمام‌شده حقوق پزشک نیست. در تعیین تعرفه‌های پزشکی باید هزینه‌های سرمایه‌ای و استهلاک جامعه پزشکی نیز پوشش داده شود که با توجه به وضعیت اقتصادی مردم و فشارهای معیشتی موجود سازمان نظام پزشکی در این راستا دو محور را پیگیری کرده است» مصاحبه خبری ۶.

سازمان نظام پزشکی تأکید می‌کند تورم موجود به شدت بر نظام سلامت تأثیر گذاشته است و به‌ویژه در بخش خصوصی که درآمدزایی اهمیت ویژه‌ای دارد این تورم سبب کاهش انگیزه کاری پزشکان و در نتیجه کاهش کیفیت شده است: «تقریباً تمام اصناف در تعیین تعرفه‌ها، نزدیک به میزان افزایش قیمت ارز پیش رفته‌اند، اما خدماتی که دولت نقش اصلی در تعیین آن دارد، چندین سال عملاً دچار وقفه در افزایش تعرفه شده است» مصاحبه خبری ۶.

سازمان نظام پزشکی اعلام می‌کند صنف پزشکی در مواجهه با شرایط تورم فعلی از صنوف دیگر عقب مانده است و اجازه تعیین قیمت برای خود را ندارد. نظام پزشکی شورای عالی بیمه را به دلیل تعارض منافع بدون صلاحیت لازم برای تعیین تعرفه‌ها می‌داند. در حال حاضر از ۱۶ نفر اعضای شورای عالی بیمه سلامت ۱۳ نفر آن‌ها پزشک هستند و سازمان نظام پزشکی تنها یک نماینده دارد. انجمن‌های علمی پزشکی به فراخور موضوع می‌توانند در جلسات حضور داشته باشند، اما حق رأی ندارند (لایحه ترکیب اعضا و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت، ۱۳۹۲). در این شورا انواع موارد تعارض منافع وجود دارد. اعضای شورا که خود پزشک هستند و فعالیت پزشکی دارند در تعیین تعرفه‌ها مؤثرند. از سوی دیگر بیش از نیمی از اعضای شورا که نمایندگان بیمه‌ها محسوب می‌شوند خودشان هم پزشک هستند و مطب خصوصی دارند یا سهامدار بیمارستان هستند.

۴-۱-۴. قدرت

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: یافته‌های مربوط به قدرت دنباله یافته‌های مربوط به منفعت هستند. مصاحبه‌شوندگان معتقدند بیشتر جامعه پزشکی قدرتی ندارند و تابع مناسبات موجود قدرت هستند، اما گروه کوچکی از مسئولان که قدرت در دستان آن‌هاست برای تمام ذی‌نفعان در حوزه سلامت تصمیم‌گیری می‌کنند: «بالای ۸۰ درصد پزشکان ما به این سقف نمی‌رسند و پولی که می‌گیرند فرقی نمی‌کند، ولی پزشکان تاپی هستند که چون در بخش خصوصی می‌توانند عده‌های بزرگ بگیرند و ۸۰ درصدش را می‌گیرند برایشان خیلی جلوه دارد؛ وگرنه در بخش دولتی هم بالای ۸۰ یا ۹۰ درصدش را می‌گیرند تا سقف ۶۰ میلیون» مشارکت‌کننده ۸.

بدنه کارشناسی دولت به نبود مقررات کافی واقف و منتقد وضع فعلی است، اما اعتراف می‌کند به دلیل تعارض منافع قادر به اصلاح وضع موجود نیست و در نتیجه سیاست‌ها به ابزاری برای حفظ منافع گروه قدرتمند بدل می‌شوند. در سطح کارشناسی، کارشناسان دولتی معتقد هستند وضعیت موجود تحلیل شده، اشکال‌سنجی شده و حتی راه‌حل‌یابی هم شده است، اما پاسخ به این پرسش که چرا پژوهش‌ها، تحلیل‌ها و راه‌حل‌ها پاسخ‌گوی حل مشکلات نیستند به قوت خود باقی است: «تا سال ۷۷ ویزیت در بخش خصوصی و دولتی یکی بوده است. از سال ۷۹ ویزیت‌ها دولتی و خصوصی شدند و بخش خصوصی ۵۰ درصد گران‌تر اعلام و در عمل یک ۱/۵ برابر شد و این روند ادامه پیدا کرد و الان به ۳/۶ برابر رسیده است. واحد ارزش نسبی، یک خدمت مشخص بستری، دو قسمت دارد؛ یکی دستمزد پزشک و یکی هزینه‌های بیمارستانی. دستمزد پزشک در بخش خصوصی تقریباً ۴ برابر بخش دولتی است و بقیه هزینه‌های بیمارستان در بخش خصوصی در همین سال ۱۴۰۱ به میزان ۶/۹ برابر است. علت چیست؟» مشارکت‌کننده ۲۶.

(ب) پزشکان: مصاحبه‌شوندگان چالش تعرفه‌گذاری را تصمیم‌گیری براساس منافع فردی، گروهی یا سازمانی تلقی می‌کنند و معتقد هستند در نهایت این قدرت چانه‌زنی این گروه‌ها است که تعرفه‌ها را تعیین می‌کند و نه نگاه فنی یا منطق سیاست‌گذاری. تعرفه‌ها از بالا تعیین می‌شود و نسبتی با تورم و خدمات ندارد و نظام سلسله‌مراتبی دستورات را دیکته می‌کند: «تعرفه‌ها اصلاً با کاری که ما انجام می‌دهیم سنخیت ندارد. در سیستم آزاد شما فرض کنید هزینه آکو قلب ۳۵۰ تا ۴۰۰ هزار تومان است، ولی در سیستم دولتی ۱۵۰ هزار تومان است. البته در سیستم آزاد هم اگر براساس تعرفه بگوییم فکر می‌کنم باید حدود ۲۵۰ هزار تومان باشد که باز هم ناکافی است، اما اینکه تعرفه‌گذاری بخش دولتی در چه نهادهای انجام می‌شود تا جایی که من می‌دانم باید وزیر بهداشت تأیید کند که ایشان هم تابع قوانین جمهوری اسلامی است که قطعاً تأیید می‌کند» مشارکت‌کننده ۱۸.

پزشکان معتقدند نهاد صنفی اصلی یعنی نظام پزشکی که باید مطالبات آن‌ها را پیگیری کند قادر به انجام این کار نیست. ناتوانی نظام پزشکی به‌زعم گروهی از مصاحبه‌شوندگان به دلیل بی‌قدرتی نظام پزشکی است و از دیدگاه عده‌ای دیگر خود اعضای اصلی نظام پزشکی از وضع فعلی نفع می‌برند و در نتیجه به دنبال مطالبات صنفی نیستند. «نظام پزشکی را اصلاً باید در نهاد سلامت به‌منزله یک مجسمه در نظر گرفت. وزارتخانه پزشکی و علوم پزشکی هم که کاری به این قضایا ندارد و فقط سطح رضایت بیمار در نظرش است. طرف می‌رود اتاق عمل جراحی و بعد یک روز بستری در بیمارستان می‌شود، ابزارهای اتاق عمل استفاده می‌شود، بعد از بیمارستان بیرون می‌آید و پوزخند می‌زند و می‌گوید کل عملم ۳۰ هزار تومان شد و می‌رود دنبال کارش» مشارکت‌کننده ۱۹.

پزشکان به کنار گذاشته شدن نظام پزشکی از تصمیم‌های اصلی معترض هستند. آن‌ها همچنین به اینکه نظام پزشکی صدای آن‌ها را نمی‌شنود و نقش میانجی میان دولت و تأمین‌کنندگان را به‌درستی ایفا نمی‌کند اعتراض دارند. «نظام پزشکی به‌منزله متولی می‌تواند نظر پزشکان را ببرد، نظرسنجی، بررسی، پرسشنامه یا حداقل زمان‌هایی را برای پزشکان قرار بدهد که در این باره صحبت کنند. در نبود این‌ها وزارت بهداشت و مجلس یک‌طرفه تصمیم‌گیری می‌کنند و در گود هم نیستند که بدانند چه اتفاقاتی رخ می‌دهد» مشارکت‌کننده ۱۴.

مقاومت تأمین‌کنندگان خدمات در برابر تعرفه‌ها از انتخاب لغات و نگاه اعتراضی آن‌ها پیدا است. آن‌ها وزیر بهداشت را «گماشته» می‌دانند، نظام پزشکی را «مجسمه» خطاب می‌کنند و هیچ همکاری و همیاری‌ای با این نهادها ندارند. چگونه می‌توان با این رویکرد از پزشکان انتظار داشت با سیاست‌گذاری سلامت همکاری کنند؟ «بدون پرده بگویم وزیر بهداشت گماشته دولت است و کاری برخلاف میل دولت نمی‌کند. نظام پزشکی هم مستقل نیست و نقشی ندارد و اعتراضات آن ۱۰۰ درصد مواقع پذیرفته نمی‌شود و هر کاری دولت دستور بدهد می‌کند» مشارکت‌کننده ۱۷.

ج) سازمان نظام پزشکی: اظهارات رسمی و شواهد موجود نشان می‌دهد نظام پزشکی قدرت لازم برای اصلاحات را ندارد یا تعارض منافع مدیران رده بالای این سازمان به این منجر شده است که اقدامی در مخالفت با سیاست‌های دولت نکند: «باید جایگاه سازمان نظام پزشکی به منزله گسترده‌ترین سازمان صنفی جامعه پزشکی مشخص شود. این سازمان نه تنها اختیارات قیمت‌گذاری تخصصی برای تعرفه شاغلان زیرمجموعه خود را ندارد، بلکه در پیگیری تأخیر اعلام تعرفه‌ها نیز دست و پایش بسته است» مصاحبه خبری ۸.

به‌طور کلی در حال حاضر نظام پزشکی تنها نقش مشورتی در تعیین تعرفه دارد و تا پایان برنامه پنج‌ساله، مسیر تعرفه‌گذاری از سوی شورای عالی بیمه و هیئت دولت تعیین شده است. نظام پزشکی عضوی در شورای عالی بیمه است و به این ترتیب نقشی تعیین‌کننده ندارد.

۲-۴. جداول تحلیلی به تفکیک هر گروه از ذی‌نفعان

ذی‌نفعان معتقد هستند وضعیت فعلی به نفع هیچ‌کدام از آنان نیست. به دنبال تعارض منافع و ساختار قدرت منافع گروهی بر منافع عموم و تأمین‌کنندگان سایه افکنده است. اولویت منافع گروهی به منافع مردم و پزشکان این دو گروه را در مقابل یکدیگر قرار داده است. از یک سو مردم به دلیل پرداخت از جیب بالا و افزایش تعرفه‌ها از وضع فعلی شکایت دارند و پزشکان را مقصر می‌دانند. از سوی دیگر پزشکان از اینکه اعتماد آن‌ها در میان مردم کاهش یافته است ناراضی هستند و باور دارند تعیین سقف دستوری تعرفه در واقع هزینه‌کردن از جیب آن‌ها برای مردم است. جدول ۴ دانش، موضع، منفعت و قدرت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. تحلیل ذی‌نفعان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تحلیل ذی‌نفعان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی				
ابعاد تعرفه	دانش	موضع	منفعت	قدرت
نهاد تعرفه‌گذار	دارد	موافق	دارد	دارد
نبودن تعرفه‌واقعی	دارد	موافق	دارد	دارد
تفکیک تعرفه در بخش خصوصی و دولتی	دارد	موافق	ندارد	دارد

جدول ۵ ابعاد دانش، موضع، منفعت و قدرت را درباره پزشکان نشان می‌دهد و یافته‌های آن از یافته‌های تحقیق حاضر به‌دست آمده است.

جدول ۵. تحلیل ذی‌نفعان: پزشکان

تحلیل ذی‌نفعان: پزشکان				
ابعاد تعرفه	دانش	موضع	منفعت	قدرت
نهاد تعرفه‌گذار	ندارند	مخالف	دارند	ندارند
نبودن تعرفه‌واقعی	دارند	مخالف	دارند	ندارند
تفکیک تعرفه در بخش خصوصی و دولتی	دارند	مخالف	دارند	ندارند

جدول ۶ ابعاد تحلیل ذی‌نفعان را درباره سازمان نظام پزشکی کشور نشان می‌دهد.

جدول ۶. تحلیل ذی‌نفعان: سازمان نظام پزشکی کشور

تحلیل ذی‌نفعان: سازمان نظام پزشکی کشور				
ابعاد تعرفه	دانش	موضع	منفعت	قدرت
نهاد تعرفه‌گذار	دارد	مخالف	دارند	ندارند
نبودن تعرفه‌واقعی	دارد	مخالف	دارند	ندارند
تفکیک تعرفه در بخش خصوصی و دولتی	دارد	مخالف	دارند	ندارند

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، سازمان نظام پزشکی کشور از چگونگی تعرفه‌گذاری آگاه است. همچنین ادعا می‌کند بهتر از دولت می‌تواند این کار را انجام بدهد و معتقد است تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی باید بر عهده این سازمان باشد. موضع رسمی این سازمان مخالفت با تعرفه‌های کنونی در راستای حمایت از منافع پزشکان است. این سازمان در شورای عالی بیمه سلامت نماینده‌ای برای مشارکت در تعیین تعرفه‌ها دارد، اما همواره به قیمت‌هایی که اعلام می‌شوند ولی واقعی نیستند معترض است. این سازمان قدرت لازم برای پیگیری اعتراضات خود را ندارد.

جمع‌بندی یافته‌ها نشان می‌دهد در بعد دانش مهم‌ترین چالش شفافیت است. تعرفه‌گذاران در عملکرد خود شفاف عمل نمی‌کنند و اطلاعات را به‌روشنی در اختیار ذی‌نفعان قرار نمی‌دهند. فرایند تعرفه‌گذاری در حاله‌ای از ابهام رخ می‌دهد که دست سیاست‌گذاران را برای تعرفه‌گذاری به نفع گروه‌های قدرت و منفعت باز می‌گذارد. نبود اطلاعات و آگاهی فضای مشارکت و گفت‌وگو را از میان برده است. تحلیل موضع نشان می‌دهد در حال حاضر ذی‌نفعان با فرایند تعرفه‌گذاری به شدت مخالف هستند. آن‌ها با وجود اطلاعاتی در این زمینه ندارند معتقدند تصمیم‌گیرندگان منافع آن‌ها را در نظر نمی‌گیرند و آن‌ها با ظلم و بی‌عدالتی مواجه شده‌اند.

تحلیل منفعت نشان می‌دهد تصمیم‌گیری برای تعرفه‌ها از سوی گروهی قدرتمند با تعارض منافع بالا انجام می‌شود. کسانی که برای تعرفه‌ها تصمیم‌گیری می‌کنند از یک سو خودشان در بخش خصوصی فعالیت دارند و از سوی دیگر متولی بیمه و خریدار اصلی خدمت هستند؛ بنابراین نه تنها منافع پزشکان به‌منزله ذی‌نفعان در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه تکلیف منافع مردم به‌عنوان ذی‌نفع اصلی سیاست‌های عدالت در سلامت هم مشخص نیست. نبود دانش، آگاهی و شفافیت دست این گروه را برای تعرفه‌گذاری به نفع خودشان باز می‌گذارد.

تحلیل قدرت نشان می‌دهد فضای سیاست‌گذاری در نظام سلامت کشور بسیار تک‌صدایی است. هیچ نهادی که بتواند توازنی میان گروه‌های ذی‌نفع برقرار کند وجود ندارد و نهادهای موجود همچون سازمان نظام پزشکی هم خلع قدرت شده‌اند و قدرت چانه‌زنی ندارند و در نتیجه مقبولیت خود را در میان پزشکان بخش خصوصی به‌منزله نهادی که باید برای منافع آن‌ها چانه‌زنی کند از دست داده‌اند. علت اینکه چرا با وجود روشن بودن مشکل و راه‌حل آن همچنان اراده‌ای برای تغییر وجود ندارد باید در منافع گروهی، تعارض منافع، لابی‌های قدرت و فساد سازمان‌یافته جست‌وجو کرد که در صحبت همه گروه‌های ذی‌نفع مشاهده می‌شود. به‌نظر می‌رسد اگر ساختار قدرت متمرکز و گروهی در نظام سلامت کشور تغییر نکند و به سمت تکثر قدرت در دستان ذی‌نفعان پیش نرود، در آینده‌ای نزدیک شاهد تغییر در وضعیت کنونی نخواهیم بود.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

تعرفه‌گذاری یکی از پررنگ‌ترین میدان‌های مواجهه کنشگران در حوزه سلامت است و بزنگاه مهمی در سیاست‌گذاری سلامت به شمار می‌رود که نیروها بسته به دانش، موضع، منفعت و قدرت تلاش می‌کنند حداکثر منافع را برای خود تامین کنند. در این بزنگاه، نیروهای مدنی و تامین‌کنندگان در عمل غایب هستند و مناقشه بیشتر در سطح نخبگان قدرت جریان دارد.

آگاهی: یافته‌ها نشان می‌دهند سطح آگاهی ذی‌نفعان بخش خصوصی یعنی پزشکان، از فرایند تعرفه‌گذاری بسیار پایین است و آن‌ها از شورایی به اسم «شورای عالی بیمه سلامت» که وظیفه تعرفه‌گذاری را بر عهده دارد، اعضای شورا یا نحوه محاسبه تعرفه‌ها اطلاعاتی ندارند. آن‌ها به صورت کلی می‌دانند هیئت دولت تعرفه‌ها را ابلاغ می‌کند. در مقابل سطح آگاهی کنشگران صنفی یعنی سازمان نظام پزشکی بالا است؛ به این معنا که نظام پزشکی با داشتن نماینده در شورای بیمه سلامت با فرایند تعرفه‌گذاری‌ها مواجه است، اما به نظر می‌رسد این نهاد با وجود اینکه در عمل به تعرفه‌ها موضع معترض دارد، تلاشی برای بهبود شفافیت و افزایش آگاهی انجام نمی‌دهد. شفافیت همچنین مبنایی برای افزایش پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری نهادهای تصمیم‌گیرنده است و از سوی دیگر بستر را برای چانه‌زنی و گفت‌وگو فراهم می‌کند. وقتی سیاست بدون چون و چرا از بالا ابلاغ می‌شود کمتر مسئولانه و گفت‌وگویی و بیشتر دستوری است.

موضع: پزشکان با پایین نگه‌داشتن تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی مخالف هستند و احساس می‌کنند این کار نوعی حاتم‌بخشی دولت از جیب آن‌ها و به هزینه آن‌ها است. آن‌ها با بی‌اطلاعی از نحوه قیمت‌گذاری معتقدند قیمت‌های مشخص شده از قیمت‌های واقعی کمتر هستند و به این امر اعتراض دارند. پزشکان خواستار این هستند که نهاد صنفی، مانند دیگر مشاغل کنترل قیمت‌گذاری را در حرفه آن‌ها به تمامی در اختیار بگیرد.

دولت از تقابل میان مردم و پزشکان نفع می‌برد. پایین نگه‌داشتن دستوری تعرفه‌ها در ظاهر به معنای محدود کردن درآمد پزشک است، اما در عمل پرداخت هزینه نظام سلامت از محل هزینه‌های عمومی است. پایین بودن تعرفه‌ها به معنای کاهش هزینه‌ها نیست، بلکه این هزینه‌ها از محل دیگری تأمین می‌شود. در بخش دولتی از محل یارانه که بودجه عمومی است تأمین می‌شود و در بخش خصوصی به تقاضای القایی یا دریافت مبالغ غیررسمی می‌انجامد. گویی در نظام سلامت ایران دولت و بخش خصوصی هر دو انتظار دارند از میان مردم کسانی که تمکن مالی دارند به بخش خصوصی و مابقی به بخش دولتی مراجعه کنند. به این ترتیب یکی از کارکردهای اصلی سیاست‌گذاری اجتماعی یعنی ارتقای همبستگی و کاهش شکاف اجتماعی با چالش مواجه شده است. این نگاه کالایی به خدمات اجتماعی در سلامت و حتی در آموزش در دهه‌های اخیر در کشور به وضوح مشاهده می‌شود (عبداله‌زاده، بلندهمتان و شیربیگی، ۱۴۰۱).

منفعت: مسئله مهم در تحلیل منافع موضوع تعارض منافع است. شورای بیمه که وظیفه تعیین تعرفه‌ها را برعهده دارد خود خریدار خدمات است و اعضای آن از تامین‌کنندگان خدمات تشکیل شده‌اند. کسانی که درآمد آن‌ها به تعرفه‌ها وابسته است نقش اساسی در تعرفه‌گذاری دارند. موضع مخالف پزشک با تعرفه‌گذاری به این دلیل است که در حال حاضر تعیین‌کننده قیمت و خریدار یکی است و پزشکان به منزله ذی‌نفع اصلی خود را از دایره تصمیم‌گیری خارج می‌بینند.

قدرت: از آنجا که سیاست‌ها بیشتر به امتیازهایی که کنشگران به یکدیگر می‌دهند وابسته هستند، ساختار سیاسی و کنار هم قرارگیری گروه‌های منفعت و قدرت تأثیر بسیاری دارد. در شبکه سیاست‌گذاری سلامت همواره میان تصمیم‌گیران و اجراکنندگان نزاع وجود دارد. در کشورهای درحال توسعه شکاف بزرگی میان بوروکرات‌های سطح بالا و پایین، پزشکان و بیماران، پزشکان و پرستاران و

نخبگان سیاست‌گذاری و مدیران وجود دارد (والث و گیلسون، ۱۹۹۴). نقش قدرت به‌ویژه در کشور ما پیچیده‌تر است؛ زیرا به تعارض منافع میان این گروه‌ها وابسته است. تعارض منافع در این ساختار قدرت امکان کنش را از ذی‌نفعان سلب کرده است. سلب اختیار از دستگاهی مانند سازمان نظام پزشکی نقش آن را به حفظ ظاهر فروکاسته است. همچنین مجرای ابراز عقیده یا مخالفت را از بین برده و شکاف بزرگی میان پزشکان و سیاست‌مداران پدید آورده است. نهادهای مدنی به‌منزله نهادهای میانجی کارکرد توزیع قدرت و شکست ساختار سلب قدرت را برعهده دارند. اصلاحات در نظام سلامت در صورتی موفق خواهد بود که بتوان نهادهای مدنی را احیا و عرصه را برای گفت‌وگوی سیاستی میان ذی‌نفعان باز کرد.

نظریه‌های پایین به بالای سیاست‌گذاری بسیار متنوع هستند و بر حرکات سیاسی در سطح خرد داخل سازمانی و بین‌سازمانی تأکید می‌کنند. براساس این نظریه‌ها برای اثرگذار بودن سیاست‌ها به توافق و چانه‌زنی نیاز است. از این زاویه قدرت ابزاری برای رسیدن به اهداف سیاستی همگانی و مشروع نیست، بلکه ابزاری برای پیگیری و حفاظت از منافع هر یک کنشگران است. هابرماس بیان می‌کند اخلاق گفت‌وگو جهت‌گیری مشخصی درباره محتوا ندارد و بیشتر روند گفت‌وگوی عملی است. او در بحث خود از مشروعیت نظام سیاسی، اطاعت صرف را که مفهوم سنتی علوم سیاسی است به نقد می‌کشد و در عوض بر مشروعیت‌گرفتن نظام‌های سیاسی از اتباع خود تأکید می‌کند. با تاسی به این مفاهیم می‌توان نتیجه گرفت سیاست‌های دستوری از مشروعیت نهاد صادرکننده آن انتقاد می‌کند. سیاست‌گذاری مشارکتی با فرایند گفت‌وگوی عملی و رسیدن به فهم بین‌الذهانی میان سیاست‌گذار و ذی‌نفع می‌تواند مشروعیت نهاد سیاست‌گذار را احیا کند.

استعمار زیست‌جهان از سوی دولت و نیروهای سرمایه‌داری، سیاست‌گذاری را به نسخه‌پیچی‌های فنی تقلیل می‌دهد. حتی دولت رفاه با کنترل زندگی عادی و روزمره مردم به بخشی از این مشکل تبدیل شده است و از مردمی که قرار است به آن‌ها خدمت کند بیگانه شده است (هابرماس، ۱۹۸۹)؛ همچنان که سیاست‌گذاری سلامت در کشورمان شبیه نسخه‌پیچی‌هایی شده است که حتی سیاست‌گذاران هم از پیش می‌دانند که ضمانت اجرایی برای آن‌ها وجود ندارد. در تعریف سنتی قدرت نهاد حاکمیت سیاستی صادر می‌کند و سایر نهادهای جامعه باید از آن‌ها تبعیت کنند. این تعریف از نهادهای اجتماعی منفعلانه و ذیل افزایش نقش مدیریتی حاکمیت است که امکان کنش ارتباطی را در حوزه عمومی تضعیف می‌کند؛ درحالی‌که بخش خصوصی در نظام سلامت کشور نهادی پویا است و تعریف و ارزیابی آن از سیاست‌ها بر نحوه کنشگری اش اثر می‌گذارد. در فضایی که امکان کنشگری از شیوه‌های معقول و جاف‌فاده ممکن نباشد، شکاف اجتماعی بیشتر می‌شود و ظرفیت سیاست‌گذاری برای تحقق اهداف عمومی کاهش می‌یابد.

مأخذ مقاله: مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول با عنوان «تعامل بخش خصوصی و سیاست‌های عدالت در سلامت در ایران»، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی. در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

۶. منابع

- ملک‌افضلی، حسین؛ بحرینی، فخرالسادات؛ علاءالدینی، فرشید و فروزان، آمنه ستاره (۱۳۸۶). اولویت‌های نظام سلامت بر پایه نیازسنجی و مشارکت ذی‌نفعان در جمهوری اسلامی ایران. *تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم)*، ۱۰(۱)، ۱۳-۱۹.
- شهرزاد، زهرا و باستانی، سوسن و ودادهیر، ابوعلی (۱۴۰۰). جدال با بی‌قدرتی در تجربه بیماری: روایت پژوهی مصرف‌کنندگان طب مکمل و جایگزین. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱۰(۴)، ۹۹۹-۱۰۲۸. <https://doi.org/10.22059/jisr.2021.317754.1173>
- عبداله‌زاده، نسیم و بلندهمتان، کیوان و شیربگی، ناصر (۱۴۰۱). اتنوگرافی انتقادی کالایی‌شدن آموزش، مورد مطالعه: مناطق حاشیه‌نشین شهر سنندج. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱۱(۴)، ۹۹۳-۱۰۰۸. <https://doi.org/10.22059/jisr.2022.326306.1224>
- قانون نظام پزشکی، ۱۳۸۳
- مجلس شورای اسلامی، کمیسیون بهداشت و درمان (۱۳۹۲). *لایحه ترکیب اعضا و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور*.
- عبدالمملکی، حجت‌الله (۱۴۰۱). نامه حجت‌الله عبدالمملکی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی به رئیس‌جمهور، تاریخ دسترسی: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰، قابل دسترسی در: <http://sobhetehran.com/fa/pages/?cid=154399>
- شورای عالی نظام پزشکی (۱۴۰۱). *بیانیه شورای عالی نظام پزشکی در خصوص تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی*، تاریخ دسترسی: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰، قابل دسترسی در: <https://irimc.org/news/id/>
- وبسایت بانک جهانی، تاریخ دسترسی: مهرماه ۱۴۰۱: <https://data.worldbank.org>
- Abdolmaleki, H., (2022). Letter from minister of Cooperatives, Labour and Social Welfare to the president, Access date: Oct 2022, URL: <http://sobhetehran.com/fa/pages/?cid=154399>
- The Islamic Republic of Iran Medical Council (2022), Statement of The Islamic Republic of Iran Medical Council on medical tariffs, access date: Oct 2022, URL: <https://irimc.org/news/id/>
- World Bank data, Access date: Oct 2022, URL: <https://data.worldbank.org>
- Abdolazadeh, N., Bolandhematan, K., Shirbagi, N., Critical Ethnography of the Commodification of Education in the Suburbs of Sanandaj City, Quarterly of Social Studies and Research in Iran, 11(4), 993-1008. <https://doi.org/10.22059/jisr.2022.326306.1224> (In Persian)
- Aboutorabi, A., Radinmanesh, M., Rezapour, A., Afshari, M., & Taheri, G. (2020). A comparison of global surgery tariffs and the actual cost of bills at Hazrate Rasool Akram educational and medical center. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12962-020-00232-w>
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239-246. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.239>
- Dimova, A., Rohova, M., Hasardzhiev, S., & Spranger, A. (2018), An innovative approach to participatory health policy development in Bulgaria: The conception and first achievements of the Partnership for Health. *Health Policy*, 122(2), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.002>
- Gilson, L., Erasmus, E., Borghi, J., Macha, J., Kamuzora, P., & Mtei, G. (2012). Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: lessons from the SHIELD project. *Health Policy and Planning*, 27(suppl_1), i64-i76. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs007>
- Habermas, J. (1989). The new conservatism: cultural criticism and the historians' debate, trans. Shierry Weber Nicholzen, Cambridge: Polity.
- Hartmann, D., Morrison, T. M., & Harebottle, C. (2012, June). Development Of A Tariff Tool For Medical Aids Within Africa. In *Computers and Industrial Engineering* 42.

- Malek Afzali, H., & Bahreyni, F., & Ala Aldini, F., & Forouzan, A. (2007). Health System Priorities Based On Needs Assessment & Stakeholders' Participation In I.R. Iran. *Hakim Research Journal*, 10(1), 13-19. <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-326-fa.html> (In Persian)
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews* (Vol. 3). Greenwood Publishing Group.
- Rosenfeld, M., & Arato, A. (Eds.). (1998). *Habermas on law and democracy: Critical exchanges*. Berkeley: University of California Press.
- Scambler, G. (Ed.). (2001). *Habermas, critical theory and health*. London: Routledge.
- Shahrzad, Z., & Bastani, S., & Vedadhir, A. (2022). Coping with powerlessness in the experience of illness: A narrative study of complementary and alternative medicine users. *Social Studies and Research in Iran*, 10(4), 999-1028. <https://doi.org/10.22059/jisr.2021.317754.1173> (In Persian)
- Waitzkin, H. (1989). A critical theory of medical discourse: Ideology, social control, and the processing of social context in medical encounters. *Journal of Health and Social Behavior*, 220-239. <https://doi.org/10.2307/2137015>
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>

