

Health care pricing and tariff setting methods: A scoping review

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Alireza darrudi¹, Fereshteh Karimi^{2*}

1. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. National Center for Health Insurance Research, Iran Health insurance, Tehran, Iran

Received: 13 April 2023

Accepted for publication: 3 September 2023

[EPub ahead of print-11 November 2023]

Payesh: 2024; 23(1): 19- 34

Abstract

Objective (s): Health services tariff is “the mandated price of health services determined by authorities and must be paid to healthcare providers in exchange of receiving services”. The pricing and tariff-setting system of healthcare services in Iran is facing challenges. This study aimed to identify and explain healthcare pricing and tariff-setting methods.

Methods: This study was conducted in 2023. Five English databases (i.e., PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, and ProQuest) and three Persian databases (i.e., Magiran, Iranmedex and SID) and Google and Google scholar search engines were searched to find scientific sources. Finally, 45 documents related to healthcare pricing and tariff-setting methods were selected and analyzed using MAXQDA software version 10.

Results: Overall, 20 healthcare pricing and tariff setting methods were identified, including capitation, per diem, fee-for-service, global budget, negotiation-based, resource-based relative value scale, cost-plus, value-based, pay-for-performance, best practice-based, diagnosis-related groups, bundled, reference, tiered, sliding-scale, premium, market-based, risk-adjusted, subscription and competitive bidding. Each of these pricing and tariff-setting methods has advantages and disadvantages. In general, the prospective and fixed pricing methods reduce healthcare costs and increase the efficiency of healthcare organizations. The use of complementary value and performance based methods improve the quality of health services.

Conclusion: Health care pricing and tariff-setting methods affect access to health services, and quality and cost of health services. The capitation method along with the value and performance based methods are suggested for the pricing of outpatient services; and diagnosis related groups, bundled and best performance-based methods are suggested for the pricing of inpatient services in Iran.

Key words: Pricing, Tariff-setting, Health services, Scoping review

* Corresponding author: National Center for Health Insurance Research, Iran Health insurance, Tehran, Iran
E-mail: fereshtek69@gmail.com

روش های قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت: یک مرور حیطه ای

علی محمد مصدق راد^۱، علیرضا دررودی^۱، فرشته کریمی^{۲*}

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۱۲

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۰ آبان ۱۴۰۲]

نشریه پایش: ۳۴ - ۱۹: ۲۳(۱): ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: تعرفه خدمات سلامت، "قیمت دستوری خدمات سلامت است که توسط مراجع قانونی تعیین شده و خریداران خدمات سلامت باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارائه دهندگان خدمت سلامت پرداخت کنند". نظام قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت در ایران با چالش هایی مواجه است. هدف این مطالعه شناسایی و تبیین روش های قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت بود.

مواد و روش کار: این مطالعه با روش مرور حیطه ای در سال ۱۴۰۲ انجام شد. از پایگاه های اطلاعاتی انگلیسی PubMed، Web Of Science، Scopus، Embase و ProQuest و پایگاه های اطلاعاتی فارسی Magiran، SID و Iranmedex و موتورهای جستجوگر Google scholar و Google برای یافتن منابع علمی این مطالعه استفاده شد. در نهایت، تعداد ۴۵ مستند مرتبط با قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت انتخاب و با کمک نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA تحلیل شدند.

یافته ها: تعداد ۲۰ روش قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت شناسایی شد که عبارتند از روش های سرانه، روزانه، کارانه، بودجه گلوبال، توافقی، ارزش نسبی مبتنی بر منابع مصرف شده، مبتنی بر هزینه، مبتنی بر ارزش، مبتنی بر عملکرد، مبتنی بر بهترین عملکرد، گروه های تشخیصی مرتبط، بسته ای، مرجع، سطحی، تناسبی، ممتاز، مبتنی بر بازار، مبتنی بر ریسک، اشتراکی و مناقصه رقابتی. هر کدام از این روش های قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت مزایا و معایبی دارد. به طور کلی، روش های آینده نگر و ثابت تعرفه گذاری خدمات سلامت منجر به کنترل هزینه های سلامت و افزایش کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی می شود. استفاده از روش های مکمل مبتنی بر ارزش و عملکرد منجر به بهبود کیفیت خدمات سلامت و دستیابی به سلامتی مردم می شود.

نتیجه گیری: روش های قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات و مراقبت های سلامت بر انگیزه ارائه کنندگان خدمات سلامت، دسترسی به خدمات سلامت، کیفیت خدمات سلامت و مخارج سلامت اثر می گذارند. روش سرانه به همراه روش های متغیر مبتنی بر ارزش و عملکرد برای تعرفه گذاری خدمات سرپایی و روش های گروه های تشخیصی مرتبط، بسته ای و مبتنی بر بهترین عملکرد برای تعرفه گذاری خدمات بستری در ایران پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: قیمت گذاری، تعرفه گذاری، خدمات سلامت، مرور حیطه ای

کد اخلاق: IR- TUMS.SPH.REC.1399.1075

* نویسنده پاسخگو: تهران، سازمان بیمه سلامت، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

E-mail: fereshtek69@gmail.com

مقدمه

قیمت کالا و خدمات در بازار رقابتی کامل، براساس میزان عرضه و تقاضا تعیین می شود. بازار خدمات سلامت، بر خلاف بازار کلاسیک کالاها و خدمات، یک بازار رقابتی کامل نیست و به دلیل ناهمگونی خدمات و مراقبت های سلامت، عدم اطمینان بالینی، عدم تقارن اطلاعاتی بین مشتریان و ارائه کنندگان خدمات سلامت و حضور بیمه سلامت نارسایی هایی دارد [۱]. علاوه بر این، کشش قیمتی تقاضا برای خدمات سلامت کم و در برخی موارد بدون کشش است [۲]. در نتیجه، بیماران نسبت به قیمت ها به ویژه در مورد خدمات سلامت حیاتی حساسیت کمتری دارند. در چنین بازاری، قانون عرضه و تقاضا منجر به تعیین قیمت تعادلی نمی شود. قدرت و مذاکره خریداران (دولت یا سازمان بیمه سلامت) و ارائه دهندگان خدمات سلامت در تعیین قیمت و تعرفه خدمات سلامت نقش بسزایی دارد. بنابراین، دولت باید در بازار سلامت دخالت کند. یکی از این مداخلات، تعیین قیمت دستوری (تعرفه) خدمات سلامت است که به منظور ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان خدمات سلامت و جبران هزینه های آنها با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت ضروری، بهبود کیفیت خدمات سلامت، کنترل هزینه ها و افزایش کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی انجام می شود.

تعرفه گذاری خدمات سلامت در کنار روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت از اجزای مهم کارکرد خرید خدمات سلامت نظام تأمین مالی سلامت است. روش تعرفه گذاری خدمات سلامت ارتباط بسیار نزدیکی با روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت دارد و باید با آن هماهنگ باشد. تعرفه گذاری خدمات سلامت تنها به دنبال پوشش هزینه های ارائه دهندگان خدمات سلامت نیست. تعرفه گذاری خدمات سلامت و روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت ابزارهای قدرتمندی برای دستیابی به اهداف نظام سلامت یعنی سلامتی، پاسخگویی و محافظت مالی از مردم در برابر هزینه های سلامت هستند.

تعرفه خدمات سلامت "قیمت دستوری خدمات سلامت است که توسط مراجع قانونی برای یک بازه زمانی تعیین می شود و خریداران خدمات سلامت باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارائه دهندگان خدمت سلامت پرداخت کنند" [۳]. اجزای تعرفه خدمات سلامت شامل هزینه ارائه خدمات سلامت، ارزش خدمات سلامت و سود متعارف مورد انتظار ارائه دهنده خدمات سلامت است. جبران منصفانه ارائه دهندگان خدمات سلامت،

تضمین کیفیت خدمات سلامت و دستیابی به نتایج سلامتی خوب برای مردم جامعه از اهداف اصلی نظام تعرفه گذاری خدمات سلامت هستند. بنابراین، در تعیین تعرفه خدمات سلامت، علاوه بر هزینه ارائه خدمات سلامت، باید به اهداف نظام سلامت یعنی سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی و محافظت مالی از مردم در برابر هزینه های بالای سلامت توجه داشت.

تعرفه گذاری کالاها و خدمات سلامت یکی از موضوعات مهم سیاست گذاری سلامت است که دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت را تحت تأثیر قرار می دهد. تعرفه خدمات سلامت بر دسترسی به خدمات سلامت، کیفیت خدمات سلامت، کارایی نظام سلامت و رضایت بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت اثر می گذارد [۳]. تعرفه های بسیار پایین خدمات سلامت باعث افزایش تقاضای بیماران برای دریافت خدمات سلامت غیر ضروری، عدم ارائه خدمات با تعرفه کمتر از هزینه تمام شده توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت، تحمیل پرداخت های غیر رسمی به بیماران، کاهش کیفیت خدمات سلامت، عدم درمان بیماران با بیماری های شدید و ارجاع آنها به سایر مراکز درمانی می شود. در مقابل، تعرفه های بسیار بالای خدمات سلامت موجب افزایش تقاضای القایی برای خدمات سلامت از جانب ارائه دهندگان خدمات سلامت، ارائه خدمات غیر ضروری، کاهش کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی و افزایش هزینه های نظام سلامت می شود [۴]. تعرفه باید هماهنگ با هزینه ارائه خدمات سلامت اثر بخش، کارآمد و با کیفیت تعیین شود تا انگیزه ارائه خدمات غیر ضروری و کم ارزش را کاهش دهد. بنابراین، نهادی در سطح وزارت بهداشت یا بیمه سلامت باید مسئولیت تعرفه گذاری خدمات سلامت را بر عهده گیرد تا شاهد تبعیض قیمت خدمات سلامت و افزایش هزینه های سلامت نباشیم.

هزینه های سلامت مردم جهان در حال افزایش است [۵]. افزایش جمعیت، سالمندی جمعیت، شیوع بیماری ها، استفاده از متخصصان و فناوری های مدرن پزشکی، افزایش استفاده از خدمات سلامت، کارایی پایین سازمان های بهداشتی و درمانی، نظام پرداخت متغیر به ارائه دهندگان خدمات سلامت، تقاضای القایی خدمات سلامت و استفاده نامناسب از فناوری های گران قیمت منجر به افزایش هزینه های سلامت شده است [۶]. بنابراین، اولویت سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت، کنترل هزینه های سلامت است.

تعرفه گذاری خدمات سلامت به عنوان ابزاری برای کاهش یا افزایش حجم خدمات سلامت و کنترل هزینه های سلامت عمل می کند

به ارزش پول پرداختی بابت خدمات سلامت ارائه شده، باید ارائه خدمات سلامت اثربخش و کارآمد را تشویق کنند و از شواهد با کیفیت به طور شفاف در تعیین هزینه و قیمت خدمات سلامت استفاده کنند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت انجام شد. نتایج این پژوهش، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت کشور به‌منظور اصلاح نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت قرار می‌دهد.

مواد و روش کار

در این پژوهش از روش مرور حیطه‌ای Scoping Review برای شناسایی روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت استفاده شد. مطالعه مرور حیطه‌ای یک پژوهش ثانویه برای شناسایی انواع شواهد موجود و ترسیم نقشه ادبیات موضوعی در یک حیطه پژوهشی خاص است. مطالعه مرور حیطه‌ای از روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌کند، ولی، برخی از محدودیت‌های مطالعه مرور نظام‌مند مثل ارزشیابی کیفیت مقالات پژوهشی اصیل داوری شده را ندارد و ادبیات خاکستری مانند مقالات مروری، پایان نامه‌ها، خلاصه مقالات کنفرانس‌ها و گزارش‌های سازمانی را هم شامل می‌شود. در نتیجه، تعداد بیشتری از شواهد مفید و مناسب در زمان کوتاهی شناسایی و استفاده می‌شوند [۱۲].

از پروتکل شش مرحله‌ای Arksey و O'Malley برای انجام این مطالعه مرور حیطه‌ای استفاده شد که عبارتند از شناسایی سوالات پژوهش؛ شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر؛ بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش؛ انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه؛ استخراج داده‌ها به صورت نمودار و جدول؛ جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها؛ و مشاوره اختیاری با صاحب‌نظران در مورد یافته‌های بدست آمده [۱۳]. سوالات پژوهشی این مطالعه عبارت بودند از روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت کدامند؟ نقاط قوت و ضعف روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت کدامند؟

از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی PubMed، Web Of Science، Embase، Scopus و ProQuest و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی Magiran، Iranmedex و SID و موتورهای جستجوگر Google scholar و Google برای یافتن منابع علمی استفاده شد. جستجوی شواهد علمی با استفاده از جستجوی

[۷]. روش غالب تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران، روش مبتنی بر ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت است که از کتاب اصطلاحات رایج اقدامات پزشکی Current Procedural Terminology آمریکا گرفته شده است. ارزش نسبی خدمات سلامت از دو جزء حرفه‌ای و فنی تشکیل شده است. ارزش نسبی کل خدمات سلامت در ضریب تبدیل ریالی ضرب شده و مقدار تعرفه هر خدمت تعیین می‌شود. با توجه به اعمال تغییرات سلیقه‌ای در اجزای حرفه‌ای و فنی تعرفه خدمات سلامت کتاب اصطلاحات رایج اقدامات پزشکی در ایران، منطق ارزش نسبی خدمات سلامت تغییر یافت. همچنین، تعرفه خدمات برای ۹۱ عمل جراحی، به صورت ثابت و گلوبال تعیین شده است. تعرفه هزینه اقامت (هتلینگ) بیمارستانی، در قالب یک مبلغ ثابت است که براساس نوع تخت و بخش دولتی و خصوصی اعلام می‌شود. تعرفه ویزیت سرپایی پزشکان و خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پزشکی نیز به تفکیک نوع تخصص پزشکان و نوع ارائه‌دهندگان (دولتی و خصوصی) در قالب مبالغ ثابتی تعیین می‌شود [۸،۴]. شورای عالی بیمه سلامت وظیفه تعیین تعرفه خدمات سلامت کشور را بر عهده دارد. مذاکره و توافق با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سازمان‌های بیمه سلامت تأثیر زیادی در تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت کشور دارد.

نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت ایران با چالش‌هایی نظیر وجود تعارض منافع، شفاف نبودن هزینه تمام شده خدمات سلامت، تفاوت زیاد بین تعرفه‌های خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی و بی‌عدالتی در تعرفه خدمات مختلف سلامت مواجه است [۹]. این چالش‌ها منجر به افزایش هزینه‌های دولت و سازمان‌های بیمه سلامت، تقاضای القایی برای خدمات سلامت، کاهش کیفیت خدمات سلامت، پرداخت از جیب بالای مردم، افزایش پرداخت‌های غیر رسمی، افزایش شکاف درآمدی بین پزشکان و نارضایتی گروه‌های مختلف تخصصی پزشکان شده است [۹-۱۱].

نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مبتنی بر مذاکره با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و انجمن‌های علمی یا صنفی آنها و بدون اتکاء بر شواهد دقیق هزینه‌ها و کارایی ارائه خدمات سلامت، چالش‌هایی در زمینه پایداری منابع مالی مورد نیاز برای دولت و بیمه‌های سلامت و هزینه‌های فاجعه بار سلامتی برای بیماران ایجاد می‌کند. سیاست‌گذاران و مدیران وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه سلامت پایه و تکمیلی با توجه به محدودیت بودجه‌ای و ضرورت دستیابی

از روش تحلیل موضوعی Thematic analysis شش مرحله‌ای Braun و Clarke شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای درون مایه‌ها، مرور درون مایه‌ها، تعریف درون مایه‌ها و تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی این مطالعه استفاده شد [۱۴]. از نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های مروری مانند عدم سوگیری در مراحل انتخاب، استخراج و تحلیل شواهد و مستندات در این مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

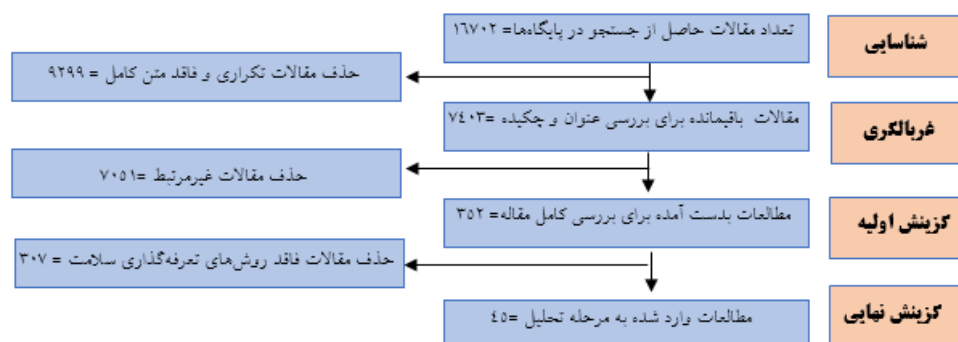
تعداد ۴۵ مقاله در بازه زمانی ۱۹۸۱ تا ۲۰۲۳ میلادی به شناسایی و تبیین روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت پرداختند. بیشترین مطالعات (۸ مورد) در حوزه قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در سال ۲۰۱۹ میلادی چاپ شدند. بیشتر این مطالعات در آمریکا (۱۸ مورد)، ایران (۱۳ مورد) و انگلستان (۴ مورد) انجام شده بود. با توجه به اینکه جستجو به زبان‌های انگلیسی و فارسی بود و ۳ پایگاه اطلاعاتی فارسی هم مورد جستجو قرار گرفت، تعداد مقالات بیشتری از ایران شناسایی شد. در این مطالعه ۲۰ روش قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت شناسایی شد. در جدول شماره ۱ تعریف روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و مزایا و معایب هر کدام از آنها ارائه شده است.

نظام‌مند با کلید واژه‌های فارسی و معادل لاتین آنها با همه ترکیبات احتمالی کلمات مهم، اصلی و حساس انجام شد. از واژه‌های کلیدی به زبان انگلیسی و معادل فارسی آنها استفاده شد. بازه زمانی بررسی مطالعات از ۲۰ ژانویه ۱۹۸۰ تا ۱۸ جولای ۲۰۲۳ میلادی و ۳۰ دی ۱۳۵۸ تا ۲۷ تیر ۱۴۰۲ خورشیدی بود. معیار ورود مطالعات عبارت بود از مستندات و مقالات مروری و پژوهشی به زبان‌های انگلیسی و فارسی که قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت را بررسی کرده بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشر شده به زبان‌های مختلف به جز انگلیسی و فارسی و مطالعات فاقد متن کامل بود. در جستجوی اولیه تعداد ۱۶۷۰۲ مقاله یافت شد. در مرحله اول، تعداد ۹۲۹۹ مقاله به دلیل تکراری بودن و فقدان متن کامل حذف شدند. در مرحله دوم، با مطالعه‌ی عنوان و چکیده مقالات، تعداد ۷۰۵۱ مقاله غیرمرتبط از مطالعه خارج شدند. در مرحله سوم، تعداد ۳۰۷ مقاله به دلیل عدم تعریف و توضیح مزایا و معایب روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از مطالعه حذف شدند. در نهایت، تعداد ۴۵ مقاله مروری و پژوهشی مرتبط با قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفتند (نمودار ۱). کاربرد استخراج داده‌ها شامل بخش‌های مشخصات نویسنده اول، سال انتشار، مکان انجام مطالعه، نام مجله، نوع مطالعه، روش جمع‌آوری اطلاعات و تعریف روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و نقاط قوت و ضعف آنها بود.

جدول ۱: روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

روش تعرفه‌گذاری	تعریف	مزایا	معایب
سرايه	قیمت‌گذاری براساس مراقبت از یک بیمار در یک دوره زمانی معین	کاهش هزینه‌های اداری، تشویق خدمات پیشگیری سلامت، کاهش تقاضای القایی، کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش کارایی	کاهش حق انتخاب بیمار، تمایل به ویزیت بیمار کمتر، کاهش کمیت و کیفیت خدمات سلامت، ارائه خدمات کم هزینه، انتخاب بیمار سالمتر، عدم درمان بیماری‌های پیچیده و ارجاع بیمار پیچیده به سایر مراکز درمانی
روزانه	قیمت‌گذاری بر اساس هر روز خدمات سلامت ارائه شده	کاهش هزینه‌های اداری، افزایش پذیرش بیمار، افزایش عدالت و کنترل هزینه‌های سلامت	افزایش مدت اقامت بیمار، کاهش کمیت و کیفیت خدمات سلامت
کارانه	قیمت‌گذاری براساس هر خدمت سلامت ارائه شده به بیمار	افزایش شفافیت تعرفه‌گذاری، ارائه خدمات ضروری، افزایش کیفیت خدمات، افزایش دسترسی به خدمات و ایجاد تعادل بین درآمد و هزینه ارائه‌دهنده خدمات	افزایش تقاضای القایی، افزایش هزینه‌های سلامت و کاهش کارایی
بودجه گلوبال	قیمت‌گذاری بر اساس کلیه خدمات سلامت ارائه شده در مرکز	کاهش تقاضای القایی، کاهش هزینه‌های سلامت و کاهش پرداخت از جیب بیمار	کاهش کیفیت خدمات سلامت، کاهش کارایی سلامت ضروری و کاهش کارایی
توافقی	قیمت‌گذاری براساس مذاکره و توافق ذینفعان	کنترل هزینه‌ها، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و مقابله با انحصار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	اموال نفوذ ارائه‌دهندگان بزرگ خدمات سلامت، عدم تمایل به افشای اطلاعات هزینه، تبانی بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، ایجاد تعارض منافع و عدم شفافیت
ارزش نسبی مبتنی بر منابع مصرف شده	تعیین قیمت خدمات نسبت به ارزش سایر خدمات	افزایش شفافیت تعرفه‌گذاری، ارائه خدمات ضروری و بهبود کیفیت خدمات سلامت	نیاز به اطلاعات دقیق، پیچیدگی تعیین ارزش خدمات، افزایش تقاضای القایی، افزایش هزینه‌های سلامت، کاهش

روش تعرفه‌گذاری	تعریف	مزایا	معایب
مبتنی بر هزینه	قیمت‌گذاری بر اساس هزینه تولید به اضافه سود مورد انتظار	افزایش شفافیت تعرفه‌گذاری و ارتباط قیمت و هزینه ارائه‌دهندگان خدمات	کارایی و لزوم بازبینی مداوم ارزش نسبی
مبتنی بر ارزش	قیمت‌گذاری بر اساس ارزش کالا یا خدمت سلامت برای بیماران	ارائه خدمات ضروری، کاهش تقاضای القایی، افزایش کیفیت، کاهش مخارج سلامت و افزایش کارایی	پیچیدگی تعیین ارزش خدمات سلامت
مبتنی بر عملکرد	قیمت‌گذاری بر اساس دستیابی به سطح عملکردی مشخص	بهبود کیفیت خدمات سلامت، کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی و بهره‌وری	نادیده گرفتن سایر شاخص‌های عملکردی، نادیده گرفتن برخی بیماران، عدم ارائه برخی از خدمات، افزایش انگیزه درمان بیماران کم خطر و پیچیدگی تعیین اثر درمان
مبتنی بر بهترین عملکرد	قیمت‌گذاری براساس بهترین مسیر درمان بیماری	بهبود کیفیت خدمات، تمرکز بر عملکرد ارائه‌دهندگان، کاهش خدمات غیر ضروری و کاهش هزینه‌ها	نیاز به جزئیات و اطلاعات دقیق برای تعیین بهترین عملکرد درمان هر بیماری
گروه‌های تشخیصی مرتبط	قیمت‌گذاری بر اساس تعرفه ثابت برای گروه‌های همگن بیماری	افزایش شفافیت تعرفه‌گذاری، افزایش کارایی، کاهش میانگین اقامت بیماران، بهبود کیفیت، کاهش خدمات غیر ضروری، کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش کارایی	ترخیص زودتر بیماران و افزایش پذیرش‌های بیمارستانی
بسته‌ای	قیمت‌گذاری بر اساس قیمت ثابت بسته‌ای از خدمات سلامت	کاهش هزینه‌های سلامت، بهبود کیفیت و هماهنگی مراقبت‌های سلامت، کاهش خدمات سلامت غیر ضروری و افزایش کارایی	کاهش دسترسی به متخصصان، کاهش خدمات ضروری، پیچیدگی طراحی بسته خدمت و عدم تفکیک قیمت خدمات هر بسته
مرجع	یک قیمت استاندارد پایه به عنوان قیمت مرجع یک کالا یا خدمت خاص	ایجاد رقابت، کاهش تقاضا برای خدمات گران و کاهش هزینه‌های سلامت	تمرکز بر کنترل مخارج بیمه‌ها به جای مخارج نظام سلامت و کاهش دسترسی به خدمات سلامت
سطحی	قیمت‌گذاری متفاوت برای سطوح یا بسته‌های مختلف خدمات سلامت	امکان انتخاب بیماران، کاهش هزینه‌های بیماران، بهبود کیفیت خدمات سلامت و رضایت بیماران	پیچیدگی و دشواری محاسبات تعرفه‌ای
تناسبی	قیمت‌گذاری بر اساس سطح درآمد یا توانایی پرداخت بیماران	افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و افزایش رضایت مردم	کاهش پایداری مالی ارائه‌دهنده خدمات سلامت
ممتاز	قیمت‌گذاری بالا برای خدمات متمایز، منحصر به فرد و با کیفیت	بهبود کیفیت خدمات و ارائه خدمات ضروری	کاهش دسترسی خدمات برای افراد کم درآمد
مبتنی بر بازار	قیمت‌گذاری بر اساس نرخ رایج بازار	افزایش عدالت و بهبود دسترسی به خدمات	کاهش دسترسی برای بیماران فاقد بیمه سلامت و یا کم درآمد و کاهش کیفیت خدمات سلامت
مبتنی بر ریسک	قیمت‌گذاری بر اساس ویژگی‌های ریسک بیماری	سطح بندی بیماران براساس شدت بیماری و عدالت در پرداخت هزینه‌های بیماران	دشواری تعیین سطح بیماری و نیاز به اطلاعات دقیق شدت بیماری و هزینه‌های درمان
اشتراکی	دریافت هزینه ثابت ماهانه یا سالانه برای دسترسی به طیف وسیعی از خدمات سلامت	کاهش هزینه سلامت و تشویق استفاده از خدمات پیشگیری	افزایش انگیزه برای دریافت خدمات غیر ضروری و کاهش دسترسی برای بیماران خاص
مناقشه رقابتی	تعیین قیمت بسته‌های خدمات سلامت بر اساس مناقشه رقابتی	افزایش شفافیت قیمت‌گذاری، ایجاد انگیزه رقابت بین ارائه‌دهندگان خدمات، تعیین قیمت‌های نزدیک به هزینه و کاهش هزینه‌های سلامت	پیچیدگی اجرا و محدودیت دسترسی بیماران



نمودار ۱: روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف شناسایی روش های قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت انجام شد. در این مطالعه ۲۰ روش قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت شناسایی شد که عبارتند از سرانه، روزانه، کارانه، بودجه گلوبال، توافقی، ارزش نسبی مبتنی بر منابع مصرف شده، مبتنی بر هزینه، مبتنی بر ارزش، مبتنی بر عملکرد، مبتنی بر بهترین عملکرد، گروه های تشخیصی مرتبط، بسته ای، مرجع، سطحی، تناسبی، ممتاز، مبتنی بر بازار، مبتنی بر ریسک، اشتراکی و مناقصه رقابتی.

نظام تعرفه گذاری خدمات سلامت به دو دسته کلی گذشته نگر و آینده نگر تقسیم می شوند. در روش تعرفه گذاری گذشته نگر، هزینه و قیمت خدمات سلامت ارائه شده به بیمار، مبنای بازپرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت است که پس از ارائه خدمات سلامت محاسبه می شود و بر اساس آن باید پرداخت صورت گیرد. در مقابل، در روش تعرفه گذاری آینده نگر، تعرفه خدمات سلامت از قبل تعیین شده است و مستقل از هزینه های واقعی ارائه خدمات سلامت است. روش های آینده نگر تعرفه گذاری خدمات سلامت منجر به کاهش هزینه های سلامت و افزایش کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی می شود. در تعیین تعرفه گذشته نگر باید هزینه های واقعی ارائه خدمات سلامت ارائه شده؛ و در تعیین تعرفه آینده نگر باید پیش بینی دقیق هزینه های آتی ارائه خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرد. از طرف دیگر، نظام تعرفه گذاری خدمات سلامت شامل دو دسته کلی تعرفه گذاری ثابت و متغیر است. در تعرفه گذاری ثابت، میزان پرداختی به ارائه دهنده خدمات سلامت با افزایش یا کاهش میزان خدمات تغییر نمی کند. در حالی که، در تعرفه گذاری متغیر با تغییر میزان خدمات ارائه شده، میزان پرداختی به ارائه دهنده خدمات سلامت هم تغییر می کند [۴].

در روش قیمت گذاری سرانه Capitation، نرخ ثابتی برای هر نفر بابت ارائه خدمات سلامت، صرف نظر از تعداد یا سطح خدمات ارائه شده در نظر گرفته می شود. به عبارتی، در این روش تعرفه گذاری و پرداخت ثابت آینده نگر، قیمت تمام خدمات سلامت برای مراقبت از یک بیمار در یک دوره زمانی معین، تعیین می شود [۱۵]. از این روش معمولاً برای تعرفه گذاری و پرداخت هزینه خدمات سلامت ساده و معمولی مثل ویزیت پزشک عمومی استفاده می شود. بنابراین، هزینه های اداری این روش تعرفه گذاری خدمات سلامت کم است. این روش قیمت گذاری با تشویق ارائه مراقبت های

پیشگیرانه و اجتناب از خدمات درمانی غیر ضروری، منجر به کاهش هزینه های سلامت و افزایش کارایی می شود. با وجود این، تمایل به ویزیت بیماران کمتر، ارائه خدمات سلامت کم هزینه و با کیفیت پایین از عواقب این روش تعرفه گذاری و پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت است. اگر قیمت ها کمتر از هزینه های ارائه خدمات سلامت باشد، ارائه دهندگان خدمات ممکن است که بیماران با بیماری های پیچیده تر را درمان نکنند و به سایر مراکز درمانی ارجاع دهند (انتخاب ریسک) و یا کمیت و کیفیت خدمات را کاهش دهند [۷]. بنابراین، تعدیل نرخ سرانه با سن و جنسیت بیمار و ریسک بیماری او منصفانه تر است. علاوه بر این، با توجه به اینکه بیماران یک منطقه جغرافیایی در لیست یک ارائه کننده خدمات سلامت قرار می گیرند، حق انتخاب بیماران کاهش می یابد. ارائه کنندگان خدمات سلامت نیز تمایل به داشتن تعداد بیشتری از بیماران در لیست خود دارند. بنابراین، در تعیین تعداد بیماران تحت پوشش هر ارائه کننده خدمات سلامت باید به کیفیت خدمات سلامت و توانایی و ظرفیت ارائه کننده خدمات سلامت توجه کرد.

در روش قیمت گذاری روزانه Per diem، قیمت بر اساس هر روز بستری بیمار، صرف نظر از خدمات ارائه شده تعیین می شود. مقدار ثابت تعرفه با توجه به بخش بستری، نوع بیماری و ویژگی های بالینی بیمار متفاوت است [۷]. هزینه های اداری تعیین قیمت در این روش کم است. این روش می تواند منجر به افزایش پذیرش بیماران و تعداد روزهای بستری آنها در بیمارستان ها شود. ولیکن، با توجه به ثابت بودن میزان تعرفه پرداختی، کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران ممکن است کاهش یابد [۱۶]. پیش بینی هزینه ها در این روش برای پرداخت کنندگان هزینه خدمات سلامت دشوار است.

قیمت در روش کارانه Fee-for-service، براساس هر خدمت سلامت ارائه شده به بیمار محاسبه می شود. این یک روش تعرفه گذاری و پرداخت متغیر گذشته نگر است که قیمت برای هر خدمت ارائه شده محاسبه می شود [۱۵]. قیمت خدمات با استفاده از روش های ساده مثل مذاکره و توافق یا روش های دقیق هزینه یابی تعیین می شود. بنابراین، هزینه های اداری تعیین قیمت در این روش زیاد است. قیمت گذاری کارانه می تواند منجر به شفافیت فرآیند قیمت گذاری خدمات سلامت و استفاده از خدمات سلامت نوین برای بیماران شود. استفاده از این روش منجر به پذیرش بیماران بیشتر و ارائه خدمات سلامت بیشتر می شود. بنابراین،

به منظور افزایش دسترسی افراد جامعه به خدمات سلامت و مقابله با انحصار در یک منطقه خاص به کار برده می‌شود [۲۴].

روش قیمت‌گذاری ارزش نسبی مبتنی بر منابع مصرف شده Resource-based relative value scale یک روش محاسبه از پایین به بالای تعرفه خدمات سلامت است که برای اولین بار توسط سازمان بیمه مدیکر Medicare در آمریکا در سال ۱۹۹۲ میلادی ابداع شد و با نام کتاب اصطلاحات رایج اقدامات پزشکی Current Procedure Terminology منتشر شد [۲۵]. در این روش، قیمت خدمت سلامت حاصل ضرب دو جزء ارزش نسبی خدمت Relative value و ضریب تبدیل Conversion factor است. ارزش نسبی خدمت سلامت مجموع سه جزء ارزش نسبی کار یا جزء حرفه‌ای Work Relative Value Units، ارزش نسبی هزینه مطب یا بیمارستان یا جزء فنی Practice Expense Relative Value Units و ارزش نسبی بیمه مسئولیت حرفه‌ای Malpractice Relative Value Units است [۱۵]. ارزش نسبی کار شامل ارزش شدت بیماری، میزان زمان ارائه خدمت، مهارت ارائه‌دهنده خدمت و مخاطره برای بیمار و ارائه‌دهنده خدمت سلامت است. به عنوان مثال، ارزش کار ویزیت یک بیمار سرپایی $K \ 0/4$ و ارزش کار گرفتن یک تصویر مغناطیسی مغز استخوان $K \ 1/6$ ، به این معنا است که ارزش نسبی کار خدمت دوم چهار برابر ارزش کار خدمت اول است. ارزش نسبی هزینه مطب یا بیمارستان شامل هزینه‌های مرتبط با تأسیسات، تجهیزات، ملزومات، کارکنان غیر پزشک، استهلاک، هزینه آب، برق، گاز و تلفن و سود سرمایه است که برای ارائه خدمت مورد نظر صرف می‌شود. ارزش نسبی بیمه مسئولیت حرفه‌ای بر حسب حق بیمه مسئولیت کادر پزشکی تعیین می‌شود. ضریب تبدیل، ارزش پولی هر واحد ارزش نسبی K است. برخی از کشورها مثل آلمان و کره جنوبی از جدول ارزش‌های نسبی تعیین شده در کشور آمریکا استفاده می‌کنند. سپس، نرخ قیمت برای هر ارزش نسبی تعیین شده (ضریب تبدیل) با مذاکره بین سیاستگذاران وزارت بهداشت، نمایندگان بیمه‌های سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تعیین می‌شود [۲۶]. در برخی از کشورها مثل تایوان هم ارزش نسبی و هم تعرفه پولی هر خدمت سلامت از طریق مذاکره تعیین می‌شود. با وجود این، انجمن‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، هزینه‌های ارائه خدمات سلامت را محاسبه می‌کنند تا در مذاکرات از آنها استفاده کنند [۱۵]. پیشرفت مستمر فناوری‌های پزشکی و تغییر

بیماران همیشه به خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز دسترسی دارند [۱۷]. با وجود این، تشویق ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به ارائه خدمات بیش از حد و غیر ضروری از معایب این روش قیمت‌گذاری خدمات سلامت است [۱۸]. این روش منجر به افزایش هزینه‌های سلامت و کاهش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. در این روش خدمات اضافی به درآمد اضافی ترجمه می‌شود. بنابراین، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انگیزه مالی کمی برای کاهش خدمات غیر ضروری دارند. همچنین، هیچ انگیزه مالی برای جلوگیری از عوارض یا پذیرش مجدد بیماران وجود ندارد [۱۹].

در روش قیمت‌گذاری بودجه گلوبال Global budget، قیمت بر اساس کلیه خدمات سلامت ارائه شده در یک مرکز بهداشتی و درمانی در یک دوره زمانی مشخص تعیین می‌شود [۱۵]. در این روش تعرفه‌گذاری و پرداخت ثابت آینده‌نگر، کل هزینه‌های مورد انتظار یک سال مرکز درمانی یا بیمارستان بر اساس جمعیت بیماران یا تعداد تخت‌ها تعیین می‌شود و هر سال با در نظر گرفتن نرخ تورم به‌روز می‌شود. روش بودجه گلوبال می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های سلامت و میزان پرداخت از جیب بیماران شود [۲۰]. در مقابل، این روش موجب کاهش ارائه خدمات سلامت ضروری [۲۱] و کاهش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود [۲۲]. از این روش برای بازپرداخت به بیمارستان‌های فاقد سیستم اطلاعاتی محاسبه هزینه‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط استفاده می‌شود [۲۲].

در روش قیمت‌گذاری توافقی Negotiation-based، نمایندگان ارائه‌دهندگان و خریداران خدمات سلامت، قیمت را بر مبنای اطلاعات هزینه‌ای ارائه‌دهندگان و فرآیندهای چانه‌زنی تعیین می‌کنند. به عنوان مثال، قیمت ویزیت پزشکان عمومی در دانمارک، سالانه در سطح ملی بر اساس مذاکره بین انجمن شوراهای شهرستان (خریداران خدمات سلامت) و انجمن پزشکان عمومی تعیین می‌شود. این پرداخت‌های سرانه‌ای بر اساس سن و جنسیت بیمار تعدیل می‌شود [۱۵]. آن دسته از طرف‌هایی که قدرت بازار بیشتری دارند، قدرت چانه‌زنی قوی‌تری در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت خواهند داشت. مهمترین محدودیت این روش، اعمال نفوذ ارائه‌دهندگان بزرگ خدمات سلامت در بازارهای انحصاری، تبانی و عدم افشای اطلاعات هزینه است [۲۳]. در برخی از موارد، فرآیندهای چانه‌زنی براساس اهداف و سیاست‌های موردنظر دولت و با نظارت مستقیم آن انجام می‌شود. این روش قیمت‌گذاری معمولاً

پرداختی خدمات سلامت گنجانده شوند تا ارائه دهندگان خدمات سلامت تشویق به ارائه این نوع خدمات شوند [۱۵]. به عنوان مثال، واکسیناسیون یک فرد نه تنها برای آن فرد، بلکه برای اطرافیان او نیز فواید سلامتی دارد. بنابراین، خریدار خدمات سلامت مبلغ بیشتری برای واکسیناسیون نسبت به هزینه آن به ارائه دهنده خدمت می پردازد تا او را تشویق به انجام واکسیناسیون های بیشتر کند. به عبارتی، در این روش علاوه بر هزینه های خصوصی خدمات سلامت به هزینه ها و مزایای اجتماعی آنها هم توجه می شود.

در روش قیمت گذاری به ازای عملکرد Pay-for-performance یا مبتنی بر نتایج Results-based، سطح عملکردی مشخصی برای ارائه دهندگان خدمات سلامت تعیین می شود و به آنها در صورت دستیابی به این معیارهای عملکردی و اهداف تعیین شده پرداخت می شود [۱۵]. این روش موجب بهبود کیفیت خدمات سلامت [۳۰] و افزایش کارایی و بهره وری سازمان های بهداشتی و درمانی [۳۱] می شود. با وجود این، بیمارستان ها و ارائه دهندگان خدمات سلامت ممکن است از پذیرش بیمارانی که به نظر می رسد که معیارهای کیفیت پایین تری دارند، اجتناب کنند [۳۲]. آنها ممکن است بیشتر بر بهبود خدمات و مراقبت های سلامت مورد توجه مقامات متمرکز شوند و سایر خدمات را نادیده بگیرند [۳۳]. در روش قیمت گذاری بهترین عملکرد Best practice-based، بهترین مسیر درمانی برای ارائه هر خدمت سلامت براساس راهنماهای بالینی و نظر متخصصان و گروه های پزشکی تعیین می شود. سپس، هزینه ارائه خدمات این مسیر درمانی برآورد می شود و تعرفه آن خدمت تعیین می شود. این روش در نظام سلامت انگلستان برای تشویق ارائه دهندگان به ارائه خدمات با کیفیت طراحی شده است. در صورتی که ارائه دهندگان خدمات سلامت بتوانند درمان بیماری را براساس بهترین مسیر انجام دهند، قیمت مصوب را دریافت می کنند. در صورت انحراف از کیفیت و بهترین مسیر درمانی، قیمت پایین تری به ارائه دهندگان پرداخت می شود. مهمترین مزیت این روش تشویق ارائه دهندگان به افزایش کیفیت خدمات سلامت است [۳۴].

روش گروه های تشخیصی مرتبط Diagnosis-related groups در اوایل دهه ۱۹۷۰ میلادی توسط رابرت فتر Robert Fetter و جان تامپسون John Thompson در دانشگاه ییل Yale آمریکا معرفی شد. سازمان بیمه سلامت عمومی مدیکر Medicare آمریکا در سال ۱۹۸۳ میلادی از این روش برای پرداخت به

روش های درمانی، منجر به تغییر ارزش های نسبی خدمات سلامت می شود. در نتیجه، این روش نیاز به بازبینی مداوم و به روز رسانی ارزش های نسبی خدمات سلامت دارد. این روش موجب افزایش هزینه های نظام سلامت می شود [۲۷].

در روش قیمت گذاری مبتنی بر هزینه یا روش اضافه بر هزینه تمام شده Cost-Plus، قیمت کالاها و خدمات سلامت بر اساس هزینه تولید به اضافه سود مورد انتظار از سرمایه گذاری تعیین می شود. هزینه خدمات سلامت شامل هزینه های مستقیم و غیرمستقیم ارائه خدمات سلامت است. به طور کلی، از روش های محاسبه از بالا به پایین Top-down و از پایین به بالا Bottom-up برای محاسبه هزینه های خدمات سلامت استفاده می شود. در روش های محاسبه از بالا به پایین خدمات سلامت، کل هزینه های سازمان به واحدهای خدمت مثل نوع خدمت، بیمار و روز بستری تقسیم می شود تا هزینه هر واحد خدمت تعیین شود [۲۸]. این روش بیشتر در مورد محاسبه هزینه خدمات ساده و مشابه کاربرد دارد و منجر به تعیین متوسط هزینه به ازای هر خدمت، بیمار و روز بستری می شود (روش سرانه). در مقابل، در روش های محاسبه از پایین به بالای خدمات سلامت، هزینه کلیه منابع مورد استفاده برای ارائه هر خدمت سلامت محاسبه می شود (روش کارانه) و منجر به تعیین هزینه هر واحد خدمت اختصاصی بیمار می شود [۲۹]. در روش های هزینه یابی سنتی از پایین به بالا، هزینه های غیر مستقیم و سربار به نسبت میزان ارائه خدمت یا میزان هزینه های مستقیم در نظر گرفته می شود و در نتیجه، میزان هزینه سربار بیشتری به خدماتی که کمتر ارائه می شود، تعلق خواهد گرفت. در مقابل، در روش هزینه یابی مبتنی بر فعالیت Activity-Based Costing، هزینه های غیر مستقیم و سربار به تناسب منابعی که در هر خدمت مصرف شده، تخصیص پیدا می کند [۱۵]. این روش گذشته نگر در آمریکا توسعه یافت و بعدها در سایر کشورها استفاده شد [۲۹]. از این روش می توان برای محاسبه تعرفه در روش های تعرفه گذاری کارانه و بسته ای استفاده کرد.

قیمت خدمات سلامت در روش قیمت گذاری مبتنی بر ارزش Value-based، بر اساس ارزش درک شده یک کالا یا خدمت برای بیماران است که هزینه ها را با نتایج یا مزایای دریافتی همسو می کند. برخی از خدمات سلامت اثرات خارجی مثبت (مزایای اجتماعی) زیادی دارند. این هزینه ها و مزایا باید در قیمت

ارائه‌دهندگان خدمات بیمارستانی استفاده کرد [۳۵]. در این روش تعرفه‌گذاری و پرداخت ثابت آینده‌نگر، بیماران بر اساس تعدادی از گروه‌های تشخیصی از لحاظ میزان استفاده از منابع بیمارستانی تقسیم می‌شوند و از متوسط هزینه ارائه خدمات سلامت به بیماران هر گروه از بیماری‌ها برای تعیین تعرفه آن گروه از خدمات استفاده می‌شود [۳۶]. مراحل تعیین قیمت در روش گروه‌های تشخیصی مرتبط عبارتند از توسعه یک سیستم طبقه‌بندی تشخیص بیماری‌ها، تعیین وزن نسبی هر گروه در طبقه‌بندی؛ تعیین میزان تعرفه به ازای واحد وزن نسبی؛ و تعدیل نهایی نرخ پرداخت هر گروه [۱۵]. از مزایای روش گروه‌های تشخیصی مرتبط می‌توان به افزایش کارایی و شفافیت، کاهش میانگین مدت اقامت بیماران، کاهش خدمات غیر ضروری و کاهش هزینه‌های نظام سلامت و از نقاط ضعف آن می‌توان به ایجاد انگیزه مالی برای ترخیص زودتر بیماران اشاره کرد [۳۷].

در روش قیمت‌گذاری بسته‌ای Bundled، قیمت ثابتی برای بسته‌ای از خدمات سلامت در طول یک دوره مراقبت تعیین می‌شود. در این روش تمامی خدمات درمان یک بیماری در یک بسته قرار گرفته و قیمت ثابتی برای آن بسته خدمت تعیین می‌شود [۳۸]. پرداخت‌کنندگان هزینه خدمات با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در مورد قیمت بسته خدمات مذاکره و توافق می‌کنند. این مبلغ پرداختی بین تمام ارائه‌دهندگان درگیر با آن بیمار، از جمله پزشکان، مراکز تشخیصی و بیمارستان‌ها تقسیم می‌شود. این روش بیشتر مناسب روش‌های جراحی مثل پیوند عروق کرونر است که در آن شروع و پایان مجزا برای یک دوره درمان وجود دارد. این روش می‌تواند هزینه‌های سلامت را کاهش دهد و به طور همزمان کیفیت و هماهنگی مراقبت‌ها را بهبود بخشد [۲۲]. با وجود این، ممکن است دسترسی به متخصصان پزشکی محدود شود و از ارائه خدمات ضروری به بیمار به‌خاطر صرفه‌جویی بیشتر، خودداری شود [۳۹].

در روش قیمت‌گذاری مرجع Reference، یک قیمت استاندارد به عنوان قیمت مرجع برای یک کالا یا خدمت خاص تعیین می‌شود. از این روش بیشتر در قیمت‌گذاری خدمات دارویی به ویژه داروهای ژنریک استفاده می‌شود. در صورتی که بیماران بخواهند داروهای برند را خریداری کنند، باید مابه‌التفاوت قیمت آن دارو را پرداخت کنند. هدف این نوع قیمت‌گذاری، تشویق بیماران به استفاده از خدمات ارزانتر و کاهش هزینه‌های سلامت است. این روش برای

قیمت‌گذاری برخی از خدمات سلامت هم کاربرد دارد. به عنوان مثال، استفاده از این روش قیمت‌گذاری در تعویض مفصل و زانو در سال ۲۰۱۱ میلادی موجب صرفه‌جویی ۲/۸ میلیون دلاری برای سازمان بازنشستگی کارکنان دولتی کالیفرنیا شد [۴۰]. در صورتی که هزینه ارائه خدمات بیشتر از قیمت مرجع باشد، این روش قیمت‌گذاری منجر به ضرر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شده و دسترسی به خدمات سلامت را محدود می‌کند [۴۱].

در روش قیمت‌گذاری سطحی یا منویی Tiered، سطوح یا بسته‌های مختلف خدمات سلامت با قیمت‌های مختلف تعیین می‌شود و به مشتریان گزینه‌های متعددی، متناسب با نیازهای آنها، ارائه می‌شود. این روش به بیماران امکان انتخاب خدمات سلامت مورد نیاز خود و در نتیجه، کنترل بیشتر هزینه‌های سلامت را می‌دهد. انعطاف‌پذیری این روش، رضایت و تعامل بیمار را افزایش می‌دهد. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز با توجه به تنوع بالای بسته‌ها، انگیزه بیشتری برای بهبود کیفیت خدمات سلامت دارند. با وجود اینکه قیمت‌گذاری منویی باعث کاهش هزینه‌ها برای برخی از بیماران می‌شود، ولیکن، ممکن است منجر به هزینه‌های بیشتر برای بیمارانی شود که به خدمات متعدد یا پیچیده سلامت نیاز دارند. اجرای این روش قیمت‌گذاری پیچیده و دشوار است. بیماران ممکن است درک درستی از گزینه‌های قیمت‌گذاری شده و توانایی مقایسه سطوح خدمات نداشته باشند [۴۲]. بنابراین، باید شفافیت اطلاعاتی درباره هزینه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت وجود داشته باشد.

در روش قیمت‌گذاری تناسبی Sliding-scale، قیمت خدمات سلامت بر اساس سطح درآمد یا توانایی پرداخت بیماران تنظیم می‌شود و با افزایش درآمد آنها، افزایش می‌یابد. به عبارتی، بیماران کم درآمد مبلغ کمتری برای دریافت خدمات سلامت نسبت به بیماران با درآمد بیشتر پرداخت می‌کنند. به عنوان مثال، تولیدکنندگان واکسن، قیمت پایین‌تر برای کشورهای کم درآمد کم و قیمت بیشتر برای کشورهای با درآمد بالا در نظر می‌گیرند. این روش قیمت‌گذاری به نوعی یارانه به کشورهای در حال توسعه توسط تولیدکنندگان یا مصرف‌کنندگان واکسن در کشورهای توسعه یافته تلقی می‌شود [۴۳]. به این روش، قیمت‌گذاری متفاوت Differential نیز می‌گویند که بر اساس آن تولیدکننده کالاها یا خدمات سلامت، قیمت‌های متفاوتی در بازارهای مختلف پیشنهاد می‌کند. به عبارتی، آنها در بازار با تمایل به پرداخت بیشتر مردم،

است در پرداخت هزینه ها با چالش مواجه شوند. همچنین، این روش ممکن است منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت از طرف ارائه دهندگان خدمات سلامت برای جلب مشتریان از طریق کاهش قیمت شود [۴۹].

در روش قیمت گذاری تعدیل شده با ریسک یا مبتنی بر ریسک Risk-adjusted، قیمت خدمات سلامت بر اساس مشخصات ریسک فرد مثل شرایط پزشکی، رفتار، ژنتیک و سایر عوامل خطر است. در ایالات متحده، تعدیل ریسک برای اولین بار در دهه ۱۹۸۰ میلادی به عنوان راهکاری برای کاهش انتخاب معکوس Adverse selection در برنامه بیمه سلامت عمومی مدیگر معرفی شد. از آن زمان، تعدیل ریسک در برنامه های مختلف بیمه سلامت دولتی و خصوصی استفاده شد. قیمت گذاری مبتنی بر ریسک تضمین می کند که خدمات سلامت براساس وضعیت سلامتی بیماران پرداخت می شود و در نتیجه، موجب مهار هزینه می شود. همچنین، این روش، مشوقی برای ارائه دهندگان خدمات سلامت برای ارائه خدمات با کیفیت به بیماران است. با وجود این، مدیریت این روش قیمت گذاری پیچیده و دشوار است و به داده های دقیق در مورد وضعیت سلامتی مردم و جمع آوری و تحلیل مداوم داده ها نیاز دارد [۵۰].

روش قیمت گذاری عضویتی یا اشتراکی Subscription، شامل دریافت هزینه ثابت ماهانه یا سالانه برای دسترسی به طیف وسیعی از خدمات سلامت مثل مراقبت های بهداشتی اولیه، خدمات پیشگیرانه و مشاوره است. به عبارتی، هزینه ثابتی برای مجموعه ای از خدمات یا کالاهای سلامت برای یک دوره مشخص در نظر گرفته می شود. در این روش، بیمار بر هزینه خدمات سلامت خود کنترل دارد و نگران دریافت صورتحساب جداگانه برای هر خدمت نخواهد بود. همچنین، این روش مشوقی برای بیماران برای دریافت خدمات سلامت پیشگیرانه است و می تواند منجر به نتایج سلامت بهتر و صرفه جویی در هزینه های سلامت در بلندمدت شود. این روش قیمت گذاری می تواند برای بیماران انگیزه استفاده بیش از حد از خدمات سلامت بسته اشتراک ایجاد کند و منجر به هزینه های خدمات غیر ضروری سلامت شود. همچنین، این روش برای بیماران نیازمند خدمات سلامت خاصی که در بسته اشتراک نیست، مناسب نمی باشد [۴۹].

در روش قیمت گذاری مناقصه رقابتی Competitive bidding، دولت یا سازمان های بیمه سلامت برای تعیین قیمت بسته های

قیمت بالاتری نسبت به بازار با توان پرداخت کمتر مردم برای کالاها یا خدمات سلامت در نظر می گیرند. این روش تبعیض قیمت منجر به دسترسی افراد فقیر به خدمات و کالاهای سلامت می شود و رفاه اجتماعی را افزایش می دهد [۴۴] و رضایت تولیدکننده کالاها یا خدمات سلامت را هم به دنبال خواهد داشت و منجر به افزایش تولید آنها خواهد شد [۴۵]. قیمت گذاری متفاوت بر اساس کشش قیمتی تقاضا است. تولیدکنندگان کالاها و خدمات سلامت معمولاً از شاخص متوسط درآمد سرانه به عنوان نماینده کشش قیمتی تقاضا برای قیمت گذاری متفاوت استفاده می کنند. این روش منجر به افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت می شود، ولیکن، پایداری مالی ارائه دهندگان خدمات سلامت را با مخاطره مواجه می کند. کاهش درآمد ارائه دهندگان خدمات ممکن است منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت برای بیماران کم درآمد شود. مدیریت این روش نیز با توجه به لزوم جمع آوری و تحلیل مداوم داده ها برای تعیین قیمت مناسب برای هر بیمار براساس درآمد یا توانایی پرداخت او مشکل است [۴۶].

در روش قیمت گذاری ممتاز یا برتر Premium، قیمت بالایی برای ارائه خدمات سلامت متمایز، منحصر به فرد و با کیفیت بالا در نظر گرفته می شود. این نوع خدمات مشتریان خاصی دارند که به دلیل ارزش دریافتی حاضر به پرداخت هزینه بیشتر هستند. به عنوان مثال، شرکت های دارویی ممکن است برای داروی نوآورانه و برند خود که ارزش و منفعت زیادی برای بیماران دارد، قیمت بالایی در نظر بگیرند تا در زمان کوتاهتری هزینه تحقیق و توسعه دارو را جبران کنند [۴۷]. از این روش می توان برای تعرفه گذاری خدمات بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی برتر هم استفاده کرد. اعتباربخشی سازمان های بهداشتی و درمانی با هدف ارزشیابی کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات سلامت انجام می شود [۴۸]. بنابراین، می توان تعرفه بالاتری برای مراکز بهداشتی و درمانی با درجه عالی در نظر گرفت.

در روش قیمت گذاری مبتنی بر بازار Market-based، تعیین قیمت کالاها و خدمات سلامت بر اساس تمایل مصرف کننده به پرداخت و نرخ رایج بازار است. در این روش با در نظر گرفتن پویایی بازار، رقابت و تقاضای مشتری، قیمت گذاری به صورت منصفانه انجام می شود. ارائه دهندگان خدمات سلامت با اعمال قیمت های مطابق با تقاضای مشتری و شرایط بازار، سود خود را حداکثر می کنند. در مقابل، بیماران فاقد بیمه سلامت و یا کم درآمد ممکن

خدمات سلامت، مناقصه رقابتی برگزار می‌کند. برگزاری مناقصه منجر به پیشنهاد قیمت‌های پایین‌تر و نزدیک به بهای تمام شده خدمات از طرف ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌شود [۳۸].

قیمت‌گذاری مناقصه رقابتی در ایالات متحده، برای اولین بار در برنامه بیمه سلامت عمومی مدیگر در دهه ۱۹۹۰ میلادی به عنوان راهکاری برای کاهش هزینه‌های سلامت معرفی شد. این روش موجب صرفه‌جویی در هزینه‌ها برای دولت و بیماران می‌شود؛ زیرا، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای ارائه خدمات خود با کمترین قیمت ممکن با یکدیگر رقابت می‌کنند. این روش منجر به شفافیت قیمت‌گذاری خدمات سلامت می‌شود؛ زیرا ارائه‌دهندگان خدمات موظف هستند که قیمت‌های خود را برای شرکت در فرآیند مناقصه افشا کنند. با وجود این، دسترسی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای بیماران محدود می‌شود؛ زیرا فقط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برنده مناقصه، واجد شرایط ارائه خدمات هستند. قیمت‌گذاری مناقصه رقابتی می‌تواند برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انگیزه ارائه خدمات با کیفیت کم برای برنده شدن در مناقصه ایجاد کند. این روش به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل مداوم داده‌ها برای تعیین کمترین قیمت برای یک خدمت سلامت نیاز دارد و می‌تواند منجر به افزایش هزینه‌های دولت یا سازمان بیمه سلامت شود [۵۱].

سازمان‌های بهداشتی و درمانی از جمله سازمان‌های بزرگ و پیچیده معاصر محسوب می‌شوند [۵۲]. ساختار و فرهنگ پویا و پیچیده سازمان‌های بهداشتی و درمانی، بازار بی ثبات کالاها و خدمات سلامت، فناوری‌های پزشکی در حال تغییر، مشتریان آگاه و مطالبه‌گر، رقبای حرفه‌ای و محدودیت منابع چالش‌های زیادی برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت ایجاد می‌کنند [۵۳]. دستیابی به کیفیت، کارایی و عدالت از چالش‌های اصلی مدیران نظام سلامت است [۵۴]. بنابراین، تعرفه‌گذاری کالاها و خدمات این سازمان‌ها پیچیده و چالشی است. در صورتی‌که تعرفه خدمات سلامت منصفانه و درست تعیین نشود، کیفیت، پوشش و پایداری خدمات سلامت و کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی آسیب می‌بیند. تعرفه خدمات سلامت کمتر از هزینه تمام شده خدمات منجر به کاهش پوشش و کیفیت خدمات سلامت می‌شود [۵۵]. در مقابل، تعرفه خدمات سلامت بیشتر از هزینه تمام شده خدمات منجر به افزایش تقاضای القایی، افزایش هزینه‌ها و کاهش کارایی نظام سلامت می‌شود [۴]. بکارگیری روش مناسب قیمت‌گذاری خدمات

سلامت برای پایداری و تضمین ارائه خدمات سلامت با کیفیت بسیار مهم است. با در نظر گرفتن عواملی مثل شفافیت هزینه، قیمت‌گذاری رقابتی و قیمت‌گذاری مبتنی بر ارزش، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند خدمات خود را بهتر با نیازهای بیماران خود و در کل صنعت سلامت هماهنگ کنند. روش‌های مناسب قیمت‌گذاری خدمات سلامت باید بکار گرفته شود که اعتماد مردم را تقویت کند، دسترسی به خدمات سلامت را ارتقا دهد و از ثبات مالی بلندمدت بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت حمایت کند. با وجود این، روش پرداخت به ارائه‌دهنده خدمات سلامت، دسترسی به اطلاعات هزینه و نتایج ارائه خدمات سلامت، ویژگی‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه خدمات سلامت، قدرت مذاکره آنها و میزان رقابت در بازار سلامت در تعیین روش تعرفه‌گذاری خدمات سلامت اثر می‌گذارد.

روش‌های قیمت‌گذاری خدمات سلامت تأثیر قابل توجهی بر دسترسی، هزینه و کیفیت خدمات سلامت دارند. قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه تضمین می‌کند که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت هزینه‌های خدمات ارائه شده را دریافت کنند، ولی، ممکن است منجر به قیمت‌های بالا برای بیماران شود. قیمت‌گذاری مبتنی بر ارزش، هزینه‌ها را با مزایای بیمار همسو می‌کند و مراقبت با کیفیت بالاتر را ارتقا می‌دهد، اما، ممکن است دسترسی به خدمات سلامت را محدود کند. قیمت‌گذاری مبتنی بر نتایج، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را تشویق می‌کند تا بر نتایج سلامتی مردم تمرکز کنند، در حالی که قیمت‌گذاری سرانه و قیمت‌گذاری تناسبی، منجر به کاهش هزینه برای بیماران می‌شود. قیمت‌گذاری بسته‌ای، محاسبه هزینه‌های خدمات پیچیده سلامت را ساده می‌کند، در حالی که قیمت‌گذاری مرجع استانداردهای قیمتی صنعت را ایجاد می‌کند. قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه منجر به استفاده بیش از حد از خدمات سلامت می‌شود و قیمت‌گذاری ممتاز مشتریان ثروتمند را هدف قرار می‌دهد. قیمت‌گذاری مبتنی بر بازار و قیمت‌گذاری مبتنی بر ریسک، عوامل خارجی مختلفی را مورد توجه قرار می‌دهد، اما ممکن است نیازها و ترجیحات فردی بیمار را نادیده بگیرد. قیمت‌گذاری روزانه صورت حساب بیمارستان را ساده‌تر می‌کند، در حالی که قیمت‌گذاری منوی امکان اختصاصی کردن هزینه‌ها متناسب با شرایط بیمار را فراهم می‌کند. قیمت‌گذاری اشتراکی، درآمد را برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تضمین می‌کند، در حالیکه، قیمت‌گذاری موردی (گروه‌های تشخیصی

وابسته)، کارایی را تشویق می کند. قیمت گذاری مناقصه رقابتی هزینه ها را کاهش می دهد. هر کدام از روش های تعرفه گذاری خدمات سلامت مزایا و معایب خود را دارند. انتخاب روش مناسب تعرفه گذاری خدمات سلامت به نیازها و اهداف خاص نظام سلامت، ارائه دهندگان و بیماران بستگی دارد.

روش مبتنی بر ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، روش غالب تعرفه گذاری خدمات سلامت و روش کارانه، روش غالب پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت در ایران است. تعارض منافع و اعمال تغییرات سلیقه ای در ارزش نسبی خدمات در فرایند مذاکره بین سیاستگذاران سلامت، بیمه های سلامت و ارائه دهندگان خدمات سلامت منجر به تعیین تعرفه های غیر واقعی شده است. علاوه بر این، برای تعدادی از اعمال جراحی از روش تعرفه گذاری گلوبال استفاده می شود که تا حدودی متفاوت از روش گروه های تشخیصی مرتبط است. همچنین، بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی، منابع مالی اضافی برای پرداخت هزینه ها دریافت می کنند تا کسری بودجه خود را جبران کنند. در نتیجه، نظام تعرفه گذاری خدمات سلامت ایران نتوانست به اهداف بهبود کیفیت خدمات سلامت، کاهش هزینه های نظام سلامت و رضایت ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت دست یابد. روش قیمت گذاری ثابت آینده نگر سرانه به همراه روش های متغیر مبتنی بر ارزش و عملکرد برای خدمات سرپایی ایران مناسب است. روش سرانه برای مراقبت های بهداشتی اولیه مناسب است. در کنار آن مقاصد برای شاخص های عملکردی سلامتی تعیین شود و ارائه دهندگان خدمات سلامت در صورت دستیابی به این مقاصد مبالغی به عنوان پاداش دریافت کنند. روش های قیمت گذاری ثابت آینده نگر گروه های تشخیصی مرتبط، بسته ای و مبتنی بر بهترین عملکرد برای خدمات بستری در ایران پیشنهاد می شود. راهنماهای بالینی برای بهترین مسیر درمانی هر خدمت سلامت باید تدوین شود. خدمات سلامت باید از ساده ترین تا پیچیده ترین، طبقه بندی و قیمت آنها تعیین شود و بر اساس قیمت، گروه بندی خدمات سلامت انجام شود. سپس، از آخرین ویرایش کتاب اصطلاحات رایج اقدامات پزشکی آمریکا (به عنوان مثال، ویرایش ۲۰۲۳ میلادی) برای تعیین ارزش نسبی خدمات سلامت استفاده شود و ضریب تبدیل از طریق مذاکره و توافق بین سیاستگذاران، ارائه دهندگان خدمات سلامت و پرداخت کنندگان هزینه خدمات سلامت تعیین شود. همچنین، سازمان های بیمه سلامت می توانند برای تعدادی از خدمات جراحی

پر هزینه و پر استفاده از روش قیمت گذاری بسته ای استفاده کنند. از روش قیمت گذاری مرجع نیز می توان برای قیمت گذاری داروها استفاده کرد. از روش قیمت گذاری روزانه هم می توان برای خدمات خانه های سالمندان و خانه های پرستاری استفاده کرد.

بکارگیری روش صحیح محاسبه هزینه خدمات سلامت منجر به افزایش شفافیت تعرفه گذاری خدمات سلامت، تسهیل کنترل هزینه ها و افزایش کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی می شود. بنابراین، یک نظام هزینه یابی مناسب شامل روش حسابداری و جمع آوری و تأیید هزینه ها، باید در نظام سلامت بکار گرفته شود. هزینه یابی خدمات سلامت باید در تعدادی نمونه از سازمان های بهداشتی و درمانی اثربخش و کارآمد در مناطق مختلف کشور انجام شود. سپس، سود متعارف مورد انتظار ارائه دهنده خدمات سلامت به هزینه تمام شده خدمات سلامت اضافه شود و با توجه به ارزش خدمات سلامت در ارتقای سلامت مردم جامعه، تعدیلاتی اعمال شود و قیمت یا تعرفه نهایی خدمات سلامت تعیین شود. تعیین تعرفه دقیق خدمات سلامت نیاز به یک سیستم متمرکز حسابداری هزینه خدمات سلامت دارد. بنابراین، وزارت بهداشت باید سیستمی ایجاد کند تا به صورت ادواری هزینه های تمام شده خدمات سلامت از تعدادی نمونه سازمان های بهداشتی و درمانی با بهره وری بالا جمع آوری، تأیید، تحلیل و در محاسبه تعرفه خدمات سلامت استفاده شود. این اطلاعات شواهد لازم را برای سیاست گذاری تعرفه گذاری خدمات سلامت فراهم می کند و منجر به افزایش شفافیت و دقت نظام تعرفه گذاری خدمات و مراقبت های سلامت کشور می شود. سیستم های هزینه یابی خدمات سلامت به ایجاد یک فرآیند شفاف مبتنی بر شواهد برای تعیین قیمت خدمات سلامت کمک می کنند. نظام تعرفه گذاری خدمات سلامت باید شامل بازنگری، نظارت و ارزیابی مداوم باشد. روش های تعرفه گذاری خدمات سلامت با توجه به تغییرات ساختار بازار سلامت و عوامل خارج از کنترل ارائه دهندگان خدمات سلامت، باید از انعطاف پذیری لازم برخوردار باشد و در صورت نیاز تعدیلاتی برای دستیابی به اهداف نظام سلامت مثل پوشش خدمات بهتر، کیفیت خدمات، حفاظت مالی و دستیابی به نتایج سلامت، صورت گیرد. روش های تعرفه گذاری خدمات سلامت باید منجر به افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت و کاهش هزینه های نظام سلامت شود. اقدامات اصلاحی لازم در صورت عدم دستیابی به این اهداف باید بکار گرفته شود. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید از

توصیف و اجرای روش‌ها اشاره دارند. مطالعات بیشتری باید در زمینه اثربخشی و سودمندی روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت انجام شوند.

سهم نویسندگان

علی‌محمد مصدق راد: طراحی پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

علیرضا دررودی: جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله
فرشته کریمی: طراحی پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی "شناسایی روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات" مصوب مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، است. از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود موجب بهبود کیفیت این مقاله شدند، قدردانی می‌شود.

روش‌های خلاقانه و نوآورانه برای قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت استفاده کنند. در این راستا تعارض منافع باید کنار گذاشته شود و اهداف اصلی نظام سلامت یعنی سلامتی مردم، پاسخگویی و محافظت مالی از آنها مورد توجه قرار گیرد. تعرفه‌گذاری صرفاً به معنای پوشش هزینه‌های سلامت نیست، بلکه باید به عنوان عامل انگیزاننده‌ای برای ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت سلامت در راستای هدف اصلی نظام سلامت یعنی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم جامعه باشد. این پژوهش با استفاده از روش مرور حیطه‌ای، روش‌های مختلف قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت را شناسایی و نقاط قوت و ضعف آنها را بیان کرد. در نتیجه، راهکارهایی برای تقویت نظام تعرفه‌گذاری خدمات و مراقبت‌های سلامت ایران ارائه شد. سیاستگذاران نظام سلامت با به‌کارگیری این راهکارها می‌توانند نظام تعرفه‌گذاری خدمات و مراقبت‌های سلامت کشور را اصلاح کنند.

مطالعات مرتبط با روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در سال‌های اخیر افزایش یافته است. این مطالعات بیشتر به

منابع

1. Mosadeghrad AM. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2014;27:320-35
2. Ellis RP, Martins B, Zhu W. Health care demand elasticities by type of service. *Journal of Health Economics* 2017;55:232-43
3. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital tariffs: A conceptual analysis. *Hakim* 2020; 23: 246-259
4. Mosadeghrad AM, Mirzaee N, Afshari M, Darrudi A. The impact of health transformation plan on health services fees. *Tehran University Medical Journal* 2018;76:277-82 [Persian]
5. World Health Organization. Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. World Health Organization; 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911> [Access date 09/09/2023]
6. Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari-Sirizi M. Rationing in health systems: A critical review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2017;31: 271-277
7. Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. *World Health*

- Organization; 2019. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325547/9789241515924-eng.pdf> [Access date 06/11/2023]
8. Mosadeghrad AM, Darrudi A, Afshari M. Impact of health transformation plan on surgical and anesthesia procedures tariffs: A longitudinal study. *Razi Journal of Medical Sciences* 2019;25:17-32
 9. Keyvanara M, Jabbari AR, Azizzadeh M. The challenges of the tariffs in medical services of health care system from the perspective of the managers of insurance agencies: A qualitative study. *Hakim* 2016; 19:13-24 [Persian]
 10. Babashahy S, Rashidian A. Payments of physicians employed in public and private hospitals after modification of surgical and invasive services tariffs. *Hakim Research Journal* 2012;15:38-43 [Persian]
 11. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International Journal of Health Policy and Management* 2015;4:637
 12. Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P and Safi N. Strategies to tackle non-communicable

- diseases in Afghanistan: A scoping review. *Frontiers in Public Health* 2023; 11: 1-15
13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005;8:19-32
 14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006;3:77-101
 15. Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers-a review of methods and experiences. *Health Policy* 2004; 70: 175-184
 16. Lave JR, Frank RG. Effect of the structure of hospital payment on length of stay. *Health Services Research* 1990;25:327
 17. Adida E, Mamani H, Nassiri S. Bundled payment vs. fee-for-service: Impact of payment scheme on performance. *Management Science* 2017;63:1606-24
 18. Dowd BE, Laugesen MJ. Fee-for-service payment is not the (main) problem. *Health Services Research* 2020;55:491-495
 19. Shih T, Chen LM, Nallamotheu BK. Will bundled payments change health care? Examining the evidence thus far in cardiovascular care. *Circulation* 2015;131:2151-8
 20. Huang Y, Liu Y, Yang X, Li J, Fang P. Global budget payment system helps to reduce outpatient medical expenditure of hypertension in China. *SpringerPlus* 2016; 5:1-7
 21. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56:171-204
 22. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; 10:23-45
 23. Rees R. Second-best rules for public enterprise pricing. *Economica* 1968; 35:260-73
 24. Burik D. The changing role of hospital prices: a framework for pricing in a competitive environment. *Health Care Management Review* 1983;8:65-72
 25. Hsiao WC, Braun P, Dunn DL, Becker ER, Yntema D, Verrilli DK, Stamenovic E, Chen SP. An overview of the development and refinement of the resource-based relative value scale. *Medical Care* 1992; 30:NS1-NS12
 26. Busse R. Priority-setting and rationing in German health care. *Health Policy* 1999; 50:71-90
 27. Harris-Shapiro J. RBRVS (Medicare Resource-Based Relative Value Scale) revisited. *Journal of Health Care Finance* 1998;25:49-54
 28. Wiley M. Costing Hospital Case-Mix: The European Experience. In Casas M, Wiley M, editors. *Diagnosis Related Groups in Europe*. 1st Edition, Springer-Verlag: Berlin, 1993
 29. Tan SS, Serdén L, Geissler A, van Ineveld M, Redekop K, Heurgren M, Hakkaart-van Roijen L. DRGs and cost accounting: which is driving which? In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, editors. *Diagnosis-Related Groups in Europe*. 1st Edition, New York: Open University Press: New York, 2011
 30. Baxter PE, Hewko SJ, Pfaff KA, Cleghorn L, Cunningham BJ, Elston D, Cummings GG. Leaders' experiences and perceptions implementing activity-based funding and pay-for-performance hospital funding models: A systematic review. *Health Policy* 2015;119:1096-110
 31. Mannion R, Marini G, Street A. Implementing payment by results in the English NHS: changing incentives and the role of information. *Journal of Health Organization and Management* 2008;22:79-88
 32. Casalino LP, Elster A, Eisenberg A, Lewis E, Montgomery J, Ramos D. Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities? *Health Affairs* 2007;26:405-14
 33. Epstein AM, Lee TH, Hamel MB. Paying physicians for high-quality care. *The New England Journal of Medicine* 2004;350:406-10
 34. Gershlick B. *Best Practice Tariffs*. 1st Edition, UK: The Health Foundation: Uk, 2016
 35. Böcking W, Trojanus D. *Diagnosis related groups*. *Encyclopedia of Public Health*. 1st Edition, Springer: Dordrecht, 2008
 36. Sorenson C, Drummond M, Torbica A, Callea G, Mateus C. The role of hospital payments in the adoption of new medical technologies: an international survey of current practice. *Health Economics, Policy and Law* 2015;10:133
 37. Mihailovic N, Kocic S, Jakovljevic M. Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care. *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 2016;3:2333392816647892
 38. Horowitz JL, Kleiman MA. Advanced pricing strategies for hospitals in contracting with managed care organizations. *The Journal of Ambulatory Care Management* 1994;17:8-17
 39. Miller HD. From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs* 2009;28:1418-28
 40. Robinson JC, Brown TT. Increases in consumer cost sharing redirect patient volumes and reduce

- hospital prices for orthopedic surgery. *Health Affairs* 2013;32:1392-7
41. Nassiri S, Adida E, Mamani H. Reference pricing for healthcare services. *Manufacturing & Service Operations Management* 2022;24:921-37
42. U.S. Department of Health & Human Services. Medicare: Opportunities for Market-Based Policies. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Available at: https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files/198096/eo-report-medicare-competition.pdf [Access date 13/08/2023]
43. Plahte J. Tiered pricing of vaccines: a win-win-win situation, not a subsidy. *The Lancet Infectious Diseases* 2005;5:58-63
44. Malueg DA, Schwartz M. Parallel imports, demand dispersion, and international price discrimination. *Journal of International Economics* 1994;37:167-95
45. Hausman JA, MacKie-Mason JK. Price discrimination and patent policy. *The RAND Journal of Economics* 1988; 19:253-65
46. Younessi DN, Lin JC, Greenberg PB, French DD. Correlates of price transparency for healthcare services in United States hospitals. *ClinicoEconomics and Outcomes Research* 2022; 14:601-606
47. Garattini L, Cornago D, De Compadri P. Pricing and reimbursement of in-patent drugs in seven European countries: a comparative analysis. *Health Policy* 2007;82:330-9
48. Mosadeghrad AM, Comments on Iran hospital accreditation system, *Iranian Journal of Public Health* 2016; 45: 837-842
49. Calfee JE. The increasing necessity for market-based pharmaceutical prices. *Pharmacoeconomics* 2000;18:47-57
50. McGuire TG, Glazer J, Newhouse JP, Normand SL, Shi J, Sinaiko AD, Zuvekas SH. Integrating risk adjustment and enrollee premiums in health plan payment. *Journal of Health Economics* 2013;32:1263-77
51. Ding H, Duggan M, Starc A. Getting the price right? The impact of competitive bidding in the Medicare program. *Review of Economics and Statistics* 2022;1: 1-45
52. Ghiasipour M, Mosadeghrad AM, Arab M, Jaafari-pooyan E. Leadership challenges in health care organizations: The case of Iranian hospitals. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2017; 31: 560-567
53. Esfahani P, Mosadeghrad AM, Akbarisari A. The success of strategic planning in health care organizations of Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2018;31:563-74
54. Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total quality management in healthcare. In *Management Innovations for Healthcare Organizations* 2015 (pp. 378-396). 1st Edition, Routledge: New York
55. Guinness L, Ghosh S, Mehndiratta A, et al. Role of healthcare cost accounting in pricing and reimbursement in low- income and middle- income countries: a scoping review. *BMJ Open* 2022;12:e065019