Volume 23, Issue 1 (January- February 2024)

**PAYESH**

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

# Health care pricing and tariff setting methods: A scoping review

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Alireza darrudi[1], 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 a head 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

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

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

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

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

**علی محمد مصدق راد[۱]، علیرضا درورودی[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 :(۱)۲۳؛ 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 ارائه‌دهندگان خدمت سلامت پرداخت کنند". نظام قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران با چالش‌هایی مواجه است. هدف این مطالعه شناسایی و تبیین روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت بود.

**مواد و روش‌کار:** این مطالعه با روش مرور حیطه‌ای در سال ۱۴۰۲ انجام شد. از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی PubMed، Web Of Science، Scopus، Embase و ProQuest و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی Magiran، Iranmedex و SID و موتورهای جستجوگر Google و Google scholar برای یافتن منابع علمی این مطالعه استفاده شد. در نهایت، تعداد ۴۵ مستند مرتبط با قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت انتخاب و با کمک نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تعداد ۲۰ روش قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت شناسایی شد که عبارتند از روش‌های 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، گروه‌های تشخیصی مرتبط، بسته‌ای، مرجع، سطحی، تناسبی، ممتاز، مبتنی بر بازار، مبتنی بر ریسک، اشتراکی و مناقصه رقابتی. هر کدام از این روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مزایا و معایبی دارد. به طور کلی، روش‌های آینده‌نگر و ثابت تعرفه‌گذاری خدمات سلامت منجر به کنترل هزینه‌های سلامت و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. استفاده از روش‌های مکمل مبتنی بر ارزش و عملکرد منجر به بهبود کیفیت خدمات سلامت و دستیابی به سلامتی مردم می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات و مراقبت‌های سلامت بر انگیزه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، دسترسی به خدمات سلامت، کیفیت خدمات سلامت و مخارج سلامت اثر می‌گذارند. روش سرانه به همراه روش‌های متغیر مبتنی بر ارزش و عملکرد برای تعرفه‌گذاری خدمات سرپایی و روش‌های گروه‌های تشخیصی مرتبط، بسته‌ای و مبتنی بر بهترین عملکرد برای تعرفه‌گذاری خدمات بستری در ایران پیشنهاد می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** قیمت‌گذاری، تعرفه‌گذاری، خدمات سلامت، مرور حیطه‌ای

**کد اخلاق:** IR- TUMS.SPH.REC.1399.1075

* نویسنده پاسخگو: تهران، سازمان بیمه سلامت، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
E-mail: fereshtek69@gmail.com



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

## مقدمه

قیمت کالا و خدمات در بازار رقابتی کامل، براساس میزان عرضه و تقاضا تعیین می‌شود. بازار خدمات سلامت، بر خلاف بازار کلاسیک کالاها و خدمات، یک بازار رقابتی کامل نیست و به دلیل ناهمگونی خدمات و مراقبت‌های سلامت، عدم اطمینان بالینی، عدم تقارن اطلاعاتی بین مشتریان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و حضور بیمه سلامت نارسایی‌هایی دارد [۱]. علاوه‌براین، کشش قیمتی تقاضا برای خدمات سلامت کم و در برخی موارد بدون کشش است [۲]. در نتیجه، بیماران نسبت به قیمت‌ها به ویژه در مورد خدمات سلامت حیاتی حساسیت کمتری دارند. در چنین بازاری، قانون عرضه و تقاضا منجر به تعیین قیمت تعادلی نمی‌شود. قدرت و مذاکره خریداران (دولت یا سازمان بیمه سلامت) و ارائه‌دهندگان 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 ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و جبران هزینه‌های آنها با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت ضروری، بهبود کیفیت خدمات سلامت، کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود.

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

تعرفه خدمات سلامت "قیمت دستوری خدمات سلامت است که توسط مراجع قانونی برای یک بازه زمانی تعیین می‌شود و خریداران خدمات سلامت باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارائه‌دهندگان خدمت سلامت پرداخت کنند" [۳]. اجزای تعرفه خدمات سلامت شامل هزینه ارائه خدمات سلامت، ارزش خدمات سلامت و سود متعارف مورد انتظار ارائه‌دهنده خدمات سلامت است. جبران منصفانه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تضمین کیفیت خدمات سلامت و دستیابی به نتایج سلامتی خوب برای مردم جامعه از اهداف اصلی نظام تعرفه‌گذاری 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 هزینه‌های بالای سلامت توجه داشت.

تعرفه‌گذاری کالاها و خدمات سلامت یکی از موضوعات مهم سیاستگذاری سلامت است که دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تعرفه خدمات سلامت بر دسترسی به خدمات سلامت، کیفیت خدمات سلامت، کارایی نظام سلامت و رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اثر می‌گذارد [۳]. تعرفه‌های بسیار پایین خدمات سلامت باعث افزایش تقاضای بیماران برای دریافت خدمات سلامت غیرضروری، عدم ارائه خدمات با تعرفه کمتر از هزینه تمام شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تحمیل پرداخت‌های غیررسمی به بیماران، کاهش کیفیت خدمات سلامت، عدم درمان بیماران با بیماری‌های شدید و ارجاع آنها به سایر مراکز درمانی می‌شود. در مقابل، تعرفه‌های بسیار بالای خدمات سلامت موجب افزایش تقاضای القایی برای خدمات سلامت از جانب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، ارائه خدمات غیر ضروری، کاهش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی و افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود [۴]. تعرفه باید هماهنگ با هزینه ارائه خدمات سلامت اثربخش، 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 تعرفه‌گذاری خدمات سلامت را بر عهده گیرد تا شاهد تبعیض قیمت خدمات سلامت و افزایش هزینه‌های سلامت نباشیم.

هزینه‌های سلامت مردم جهان در حال افزایش است [۵]. افزایش جمعیت، سالمندی جمعیت، شیوع بیماری‌ها، استفاده از متخصصان و فناوری‌های مدرن پزشکی، افزایش استفاده از خدمات سلامت، کارایی پایین سازمان‌های بهداشتی و درمانی، نظام پرداخت متغیر به ارائه‌دهنگان خدمات سلامت، تقاضای القایی خدمات سلامت و استفاده نامناسب از فناوری‌های گران‌قیمت منجر به افزایش هزینه‌های سلامت شده است [۶]. بنابراین، اولویت سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت، کنترل هزینه‌های سلامت است.

تعرفه‌گذاری خدمات سلامت به عنوان ابزاری برای کاهش یا افزایش حجم خدمات سلامت و کنترل هزینه‌های سلامت عمل می‌کند



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

[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 Terminologyآمریکا 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 گروه-های مختلف تخصصی پزشکان شده است [۱۱-۹].

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 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 حیطه ای Scoping Review برای شناسایی روش‌های قیمت گذاری و تعرفه گذاری 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 گزارش های 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 داده ها 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 تعرفه گذاری خدمات سلامت کدامند؟

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



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

نظام‌مند با کلید واژه های 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 قیمت گذاری 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 مرحله‌ی 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 قیمت گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفتند (نمودار ۱). کاربرگ استخراج داده ها شامل بخش‌های مشخصات نویسنده اول، سال انتشار، مکان انجام مطالعه، نام مجله، نوع مطالعه، روش جمع‌آوری اطلاعات و تعریف روش‌های قیمت گذاری و تعرفه گذاری خدمات سلامت و نقاط قوت و ضعف آنها بود.

از روش تحلیل موضوعی Thematic analysis شش مرحله‌ای Braun و Clarke شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای درون مایه ها، مرور درون مایه ها، تعریف درون مایه ها و تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی این مطالعه استفاده شد [۱۴]. از نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA برای تحلیل داده ها 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.

## یافته ها

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.

**جدول ۱: روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت**

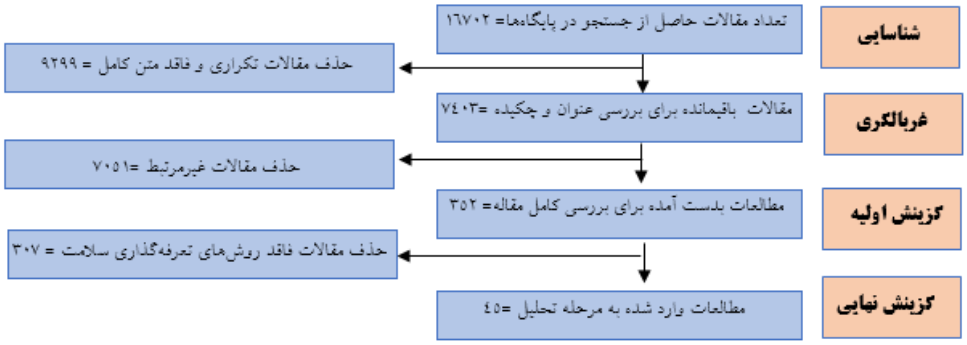
| روش تعرفه‌گذاری | تعریف | مزایا | معایب |
|---|---|---|---|
| **سرانه** | قیمت‌گذاری براساس مراقبت از یک بیمار در یک دوره زمانی معین | کاهش هزینه‌های اداری، تشویق خدمات پیشگیری سلامت، کاهش تقاضای القایی، کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش کارایی | کاهش حق انتخاب بیمار، تمایل به ویزیت بیماران کمتر، کاهش کمیت و کیفیت خدمات سلامت، ارائه خدمات کم هزینه، انتخاب بیماران سالمتر، عدم درمان بیماری‌های پیچیده و ارجاع بیماران پیچیده به سایر مراکز درمانی |
| **روزانه** | قیمت‌گذاری بر اساس هر روز خدمات سلامت ارائه شده | کاهش هزینه‌های اداری، افزایش پذیرش بیماران، افزایش عدالت و کنترل هزینه‌های سلامت | افزایش مدت اقامت بیماران، 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 بیماران | کاهش کیفیت خدمات سلامت، کاهش ارائه خدمات سلامت ضروری و کاهش کارایی |
| **توافقی** | قیمت‌گذاری براساس مذاکره و توافق ذینفعان | کنترل هزینه‌ها، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و مقابله با انحصار ارائه‌دهنگان خدمات سلامت | اعمال 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 |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

| روش تعرفه‌گذاری | تعریف | مزایا | معایب |
|---|---|---|---|
| | | | کارایی و لزوم بازبینی مداوم ارزش نسبی |
| **مبتنی بر هزینه** | قیمت‌گذاری بر اساس هزینه تولید به اضافه سود مورد انتظار | افزایش شفافیت تعرفه‌گذاری و ارتباط قیمت و هزینه ارائه‌دهندگان خدمات | افزایش تقاضای القایی، افزایش هزینه‌های سلامت و کاهش کارایی |
| **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 گروه-های 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 | دشوار بودن 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 |
| **مناقصه رقابتی** | تعیین قیمت بسته‌های خدمات سلامت بر اساس مناقصه 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**



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

## بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف شناسایی روش‌های قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت انجام شد. در این مطالعه ۲۰ روش قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری 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، گروه‌های تشخیصی مرتبط، بسته‌ای، مرجع، سطحی، تناسبی، ممتاز، مبتنی بر بازار، مبتنی بر ریسک، اشتراکی و مناقصه رقابتی.

نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت به دو دسته کلی گذشته‌نگر و آینده‌نگر تقسیم می‌شوند. در روش تعرفه‌گذاری گذشته نگر، هزینه و قیمت خدمات سلامت ارائه شده به بیمار، مبنای بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است که پس از ارائه خدمات سلامت محاسبه می‌شود و بر اساس آن باید پرداخت صورت گیرد. در مقابل، در روش تعرفه‌گذاری آینده نگر، تعرفه خدمات سلامت از قبل تعیین شده است و مستقل از هزینه‌های واقعی ارائه خدمات سلامت است. روش‌های آینده‌نگر تعرفه‌گذاری خدمات سلامت منجر به کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. در تعیین تعرفه گذشته‌نگر باید هزینه‌های واقعی ارائه خدمات سلامت ارائه شده؛ و در تعیین تعرفه آینده‌نگر باید پیش‌بینی دقیق هزینه‌های آتیه ارائه خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرد. از طرف دیگر، نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت شامل دو دسته کلی تعرفه‌گذاری ثابت و متغیر است. در تعرفه‌گذاری ثابت، میزان پرداختی به ارائه‌دهنده خدمات سلامت با افزایش یا کاهش میزان خدمات تغییر نمی‌کند. در حالی‌که، در تعرفه‌گذاری متغیر با تغییر میزان خدمات ارائه شده، میزان پرداختی به ارائه‌دهنده خدمات سلامت هم تغییر می‌کند [۴].

در روش قیمت‌گذاری سرانه Capitation، نرخ ثابتی برای هر نفر بابت ارائه خدمات سلامت، صرف نظر از تعداد یا سطح خدمات ارائه شده در نظر گرفته می‌شود. به عبارتی، در این روش تعرفه‌گذاری و پرداخت ثابت آینده‌نگر، قیمت تمام خدمات سلامت برای مراقبت از یک بیمار در یک دوره زمانی معین، تعیین می‌شود [۱۵]. از این روش معمولاً برای تعرفه‌گذاری و پرداخت هزینه خدمات سلامت ساده و معمولی مثل ویزیت پزشک عمومی استفاده می‌شود. بنابراین، هزینه‌های ادارای این روش تعرفه‌گذاری خدمات سلامت کم است. این روش قیمت‌گذاری با تشویق ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه و اجتناب از خدمات درمانی غیر ضروری، منجر به کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش کارایی می‌شود. با وجود این، تمایل به ویزیت بیماران کمتر، ارائه خدمات سلامت کم هزینه و با کیفیت پایین از عواقب این روش تعرفه‌گذاری و پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است. اگر قیمت‌ها کمتر از هزینه‌های ارائه خدمات سلامت باشد، ارائه‌دهندگان خدمات ممکن است که بیماران با بیماری‌های پیچیده‌تر 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 منصفانه‌تر است. علاوه‌براین، با توجه به اینکه بیماران یک منطقه جغرافیایی در لیست یک ارائه‌کننده خدمات سلامت قرار می‌گیرند، حق انتخاب بیماران کاهش می‌یابد. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نیز تمایل به داشتن تعداد بیشتری از بیماران در لیست خود دارند. بنابراین، در تعیین تعداد بیماران تحت پوشش هر ارائه‌کننده خدمات سلامت باید به کیفیت خدمات سلامت و توانایی و ظرفیت ارائه‌کننده خدمات سلامت توجه کرد.

در روش قیمت‌گذاری روزانه Per diem، قیمت بر اساس هر روز بستری بیمار، صرف نظر از خدمات ارائه شده تعیین می‌شود. مقدار ثابت تعرفه با توجه به بخش بستری، نوع بیماری و ویژگی‌های بالینی بیمار متفاوت است [۷]. هزینه‌های ادارای تعیین قیمت در این روش کم است. این روش می‌تواند منجر به افزایش پذیرش بیماران و تعداد روزهای بستری آنها در بیمارستان‌ها شود. ولیکن، با توجه به ثابت بودن میزان تعرفه پرداختی، کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران ممکن است کاهش یابد [۱۶]. پیش‌بینی هزینه‌ها در این روش برای پرداخت‌کنندگان هزینه خدمات سلامت دشوار است.

قیمت در روش کارانه Fee-for-service، براساس هر خدمت سلامت ارائه شده به بیمار محاسبه می‌شود. این یک روش تعرفه‌گذاری و پرداخت متغیر گذشته‌نگر است که قیمت برای هر خدمت ارائه‌شده محاسبه می‌شود [۱۵]. قیمت خدمات با استفاده از روش‌های ساده مثل مذاکره و توافق یا روش‌های دقیق هزینه‌یابی تعیین می‌شود. بنابراین، هزینه‌های ادارای تعیین قیمت در این روش زیاد است. قیمت‌گذاری کارانه می‌تواند منجر به شفافیت فرآیند قیمت‌گذاری 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 می‌شود. بنابراین،



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

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 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 مدیکیر 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 ۰/۴ K و ارزش کار گرفتن یک تصویر مغناطیسی مغز استخوان ۱/۶ K، 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



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

روش‌های درمانی، منجر به تغییر ارزش‌های نسبی خدمات سلامت می‌شود. در نتیجه، این روش نیاز به بازبینی مداوم و به‌روز رسانی ارزش‌های نسبی خدمات سلامت دارد. این روش موجب افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود [۲۷].

در روش قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه یا روش اضافه بر هزینه تمام‌شده Cost-Plus، قیمت کالاها و خدمات سلامت بر اساس هزینه تولید به اضافه سود مورد انتظار از سرمایه‌گذاری تعیین می‌شود. هزینه خدمات سلامت شامل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم ارائه خدمات سلامت است. به طور کلی، از روش‌های محاسبه از بالا به پایین Top-down و از پایین به بالا Bottom-up برای محاسبه هزینه‌های خدمات سلامت استفاده می‌شود. در روش‌های محاسبه از بالا به پایین خدمات سلامت، کل هزینه‌های سازمان به واحدهای خدمت مثل نوع خدمت، بیمار و روز بستری تقسیم می‌شود 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 می‌شود (روش سرانه). در مقابل، در روش‌های محاسبه از پایین به بالای خدمات سلامت، هزینه کلیه منابع مورد استفاده برای ارائه هر خدمت سلامت محاسبه می‌شود (روش کارانه) و منجر به تعیین هزینه هر واحد خدمت اختصاصی بیمار می‌شود [۲۹]. در روش‌های هزینه‌یابی سنتی از پایین به بالا، هزینه‌های غیر مستقیم و سربار به نسبت میزان ارائه خدمت یا میزان هزینه‌های مستقیم در نظر گرفته می‌شود و در نتیجه، میزان هزینه سربار بیشتری به خدماتی که بیشتر ارائه می‌شود، و هزینه سربار کمتری به خدماتی که کمتر ارائه می‌شود، تعلق خواهد گرفت. در مقابل، در روش هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت Activity-Based Costing، هزینه‌های غیر مستقیم و سربار به تناسب منابعی که در هر خدمت مصرف شده، تخصیص پیدا می‌کند [۱۵]. این روش گذشته نگر در آمریکا توسعه یافت و بعدها در سایر کشورها استفاده شد [۲۹]. از این روش می‌توان برای محاسبه تعرفه در روش‌های تعرفه‌گذاری کارانه و بسته‌ای استفاده کرد.

قیمت خدمات سلامت در روش قیمت‌گذاری مبتنی بر ارزش Value-based، بر اساس ارزش درک شده یک کالا یا خدمت برای بیماران است که هزینه‌ها را با نتایج یا مزایای دریافتی همسو می‌کند. برخی از خدمات سلامت اثرات خارجی مثبت (مزایای اجتماعی) زیادی دارند. این هزینه‌ها و مزایا باید در قیمت پرداختی خدمات سلامت گنجانده شوند تا ارائه‌دهندگان 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 ارائه‌دهنده خدمت می‌پردازد تا او را تشویق به انجام واکسیناسیون‌های بیشتر کند. به عبارتی، در این روش علاوه بر هزینه‌های خصوصی خدمات سلامت به هزینه‌ها و مزایای اجتماعی آنها هم توجه می‌شود.

در روش قیمت‌گذاری به ازای عملکرد Pay-for-performance یا مبتنی بر نتایج Results-based، سطح عملکردی مشخصی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تعیین می‌شود و به آنها در صورت دستیابی به این معیارهای عملکردی و اهداف تعیین شده پرداخت می‌شود [۱۵]. این روش موجب بهبود کیفیت خدمات سلامت [۳۰] و افزایش کارایی و بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی [۳۱] می‌شود. با وجود این، بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ممکن است از پذیرش بیمارانی که به نظر می‌رسد که معیارهای کیفیت پایین‌تری دارند، اجتناب کنند [۳۲]. آنها ممکن است بیشتر بر بهبود خدمات و مراقبت‌های سلامت مورد توجه مقامات متمرکز شوند و سایر خدمات را نادیده بگیرند [۳۳].

در روش قیمت‌گذاری بهترین عملکرد Best practice-based، بهترین مسیر درمانی برای ارائه هر خدمت سلامت براساس راهنماهای بالینی و نظر متخصصان و گروه‌های پزشکی تعیین می‌شود. سپس، هزینه ارائه خدمات این مسیر درمانی برآورد می‌شود و تعرفه آن خدمت تعیین می‌شود. این روش در نظام سلامت انگلستان برای تشویق ارائه‌دهندگان به ارائه خدمات با کیفیت طراحی شده است. در صورتی که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بتوانند درمان بیماری را براساس بهترین مسیر انجام دهند، قیمت مصوب را دریافت می‌کنند. در صورت انحراف از کیفیت و بهترین مسیر درمانی، قیمت پایین‌تری به ارائه‌دهندگان پرداخت می‌شود. مهمترین مزیت این روش تشویق ارائه‌دهندگان به افزایش کیفیت خدمات سلامت است [۳۴].

روش گروه‌های 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



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

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 ارائه دهندگان 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 درامد بیشتر پرداخت می‌کنند. به عنوان مثال، تولیدکنندگان واکسن، قیمت پایین‌تر برای کشورهای با درآمد کم و قیمت بیشتر برای کشورهای با درامد 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. به‌عبارتی، آنها در بازار با تمایل به پرداخت بیشتر مردم،



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

قیمت بالاتری نسبت به بازار با توان پرداخت کمتر مردم برای کالاها یا خدمات سلامت در نظر می‌گیرند. این روش تبعیض قیمت منجر به دسترسی افراد فقیر به خدمات و کالاهای سلامت می‌شود و رفاه اجتماعی را افزایش می‌دهد [۴۴] و رضایت تولیدکننده کالاها یا خدمات سلامت را هم به دنبال خواهد داشت و منجر به افزایش تولید آنها خواهد شد [۴۵]. قیمت‌گذاری 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 قیمت‌گذاری متفاوت استفاده می‌کنند. این روش منجر به افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت می‌شود، ولیکن، پایداری مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را با مخاطره مواجه می‌کند. کاهش درآمد ارائه‌دهندگان خدمات ممکن است منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت برای بیماران کم درآمد شود. مدیریت این روش نیز با توجه به لزوم جمع‌آوری و تحلیل مداوم داده‌ها برای تعیین قیمت مناسب برای هر بیمار براساس درآمد یا توانایی پرداخت او مشکل است [۴۶].

در روش قیمت‌گذاری ممتاز یا برتر Premium، قیمت بالایی برای ارائه خدمات سلامت متمایز، منحصر به فرد و با کیفیت بالا در نظر گرفته می‌شود. این نوع خدمات مشتریان خاصی دارند که به دلیل ارزش دریافتی حاضر به پرداخت هزینه بیشتر هستند. به عنوان مثال، شرکت‌های 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 می‌توان برای تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی برتر هم استفاده کرد. اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی با هدف ارزشیابی کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات سلامت انجام می‌شود [۴۸]. بنابراین، می‌توان تعرفه بالاتری برای مراکز بهداشتی و درمانی با درجه عالی در نظر گرفت.

در روش قیمت‌گذاری 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، قیمت‌گذاری به صورت منصفانه انجام می‌شود. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با اعمال قیمت‌های مطابق با تقاضای مشتری و شرایط بازار، سود خود را حداکثر می‌کنند. در مقابل، بیماران فاقد بیمه سلامت و یا کم درآمد ممکن است در پرداخت هزینه‌ها با چالش مواجه شوند. همچنین، این روش ممکن است منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت از طرف ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای جلب مشتریان از طریق کاهش قیمت شود [۴۹].

در روش قیمت‌گذاری 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 مدیکر معرفی شد. از آن زمان، تعدیل ریسک در برنامه‌های مختلف بیمه سلامت دولتی و خصوصی استفاده شد. قیمت‌گذاری مبتنی بر ریسک تضمین می‌کند که خدمات سلامت براساس وضعیت سلامتی بیماران پرداخت می‌شود و درنتیجه، موجب مهار هزینه می‌شود. همچنین، این روش، مشوقی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای ارائه خدمات با کیفیت به بیماران است. با وجود این، مدیریت این روش قیمت‌گذاری پیچیده و دشوار است و به داده‌های دقیق در مورد وضعیت سلامتی مردم و جمع‌آوری و تحلیل مداوم داده‌ها نیاز دارد [۵۰].

روش قیمت‌گذاری عضویتی یا اشتراکی Subscription، شامل دریافت هزینه ثابت ماهانه یا سالانه برای دسترسی به طیف وسیعی از خدمات سلامت مثل مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات پیشگیرانه و مشاوره است. به عبارتی، هزینه ثابتی برای مجموعه‌ای از خدمات یا کالاهای سلامت برای یک دوره مشخص درنظر گرفته می‌شود. 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 می‌تواند منجر به نتایج سلامت بهتر و صرفه‌جویی در هزینه‌های سلامت در بلندمدت شود. این روش قیمت‌گذاری می‌تواند برای بیماران انگیزه استفاده بیش از حد از خدمات سلامت بسته اشتراک ایجاد کند و منجر به هزینه‌های خدمات غیر ضروری سلامت شود. همچنین، این روش برای بیماران نیازمند خدمات سلامت خاصی که در بسته اشتراک نیست، مناسب نمی‌باشد [۴۹].

در روش قیمت‌گذاری مناقصه رقابتی Competitive bidding، دولت یا سازمان‌های بیمه سلامت برای تعیین قیمت بسته‌های



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

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 مدیکر 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 می‌بینند. 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 ارائه دهندگان 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 صورت‌حساب بیمارستان را ساده‌تر می‌کند، در حالی که قیمت‌گذاری منویی 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



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

وابسته)، کارایی را تشویق می‌کند. قیمت‌گذاری مناقصه رقابتی هزینه‌ها را کاهش می‌دهد. هر کدام از روش‌های تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مزایا و معایب خود را دارند. انتخاب روش مناسب تعرفه‌گذاری خدمات سلامت به نیازها و اهداف خاص نظام سلامت، ارائه دهندگان و بیماران بستگی دارد.

روش مبتنی بر ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، روش غالب تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و روش کارانه، روش غالب پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ایران است. تعارض منافع و اعمال تغییرات سلیقه‌ای در ارزش نسبی خدمات در فرایند مذاکره بین سیاستگذاران سلامت، بیمه‌های سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت منجر به تعیین تعرفه‌های غیر واقعی شده است. علاوه‌براین، برای تعدادی از اعمال جراحی از روش تعرفه‌گذاری گلوبال استفاده می‌شود که تا حدودی متفاوت از روش گروه‌های تشخیصی مرتبط است. همچنین، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی، منابع مالی اضافی برای پرداخت هزینه‌ها دریافت می‌کنند تا کسری بودجه خود را جبران کنند. در نتیجه، نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت ایران نتوانست به اهداف بهبود کیفیت خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت و رضایت ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت دست یابد. روش قیمت‌گذاری ثابت آینده‌نگر سرانه به همراه روش‌های متغیر مبتنی بر ارزش و عملکرد برای خدمات سرپایی ایران مناسب است. روش سرانه برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه مناسب است. در کنار آن مقاصدی برای شاخص‌های عملکردی سلامتی تعیین شود و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در صورت دستیابی به این مقاصد مبالغی به عنوان پاداش دریافت کنند. روش‌های قیمت‌گذاری ثابت آینده‌نگر گروه‌های تشخیصی مرتبط، بسته‌ای و مبتنی بر بهترین عملکرد برای خدمات بستری در ایران پیشنهاد می‌شود. راهنماهای بالینی برای بهترین مسیر درمانی هر خدمت سلامت باید تدوین شود. خدمات سلامت باید از ساده‌ترین تا پیچیده‌ترین، طبقه‌بندی و قیمت آنها تعیین شود و بر اساس قیمت، گروه‌بندی 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، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه خدمات سلامت تعیین شود. همچنین، سازمان‌های بیمه سلامت می‌توانند برای تعدادی از خدمات جراحی پر هزینه و پر استفاده از روش قیمت‌گذاری بسته‌ای استفاده کنند. از روش قیمت‌گذاری مرجع نیز می‌توان برای قیمت‌گذاری داروها استفاده کرد. از روش قیمت‌گذاری روزانه هم می‌توان برای خدمات خانه‌های سالمندان و خانه‌های پرستاری استفاده کرد.

بکارگیری روش صحیح محاسبه هزینه خدمات سلامت منجر به افزایش شفافیت تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، تسهیل کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. بنابراین، یک نظام هزینه‌یابی مناسب شامل روش حسابداری و جمع‌آوری و تأیید هزینه‌ها، باید در نظام سلامت بکار گرفته شود. هزینه‌یابی خدمات سلامت باید در تعدادی نمونه از سازمان‌های بهداشتی و درمانی اثربخش و کارامد در مناطق مختلف کشور انجام شود. سپس، سود متعارف مورد انتظار ارائه‌دهنده 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 هزینه‌های تمام شده خدمات سلامت از تعدادی نمونه سازمان‌های بهداشتی و درمانی با بهره‌وری بالا جمع‌آوری، تأیید، تحلیل و در محاسبه تعرفه خدمات سلامت استفاده شود. این اطلاعات شواهد لازم را برای سیاستگذاری تعرفه‌گذاری خدمات سلامت فراهم می‌کند و منجر به افزایش شفافیت و دقت نظام تعرفه‌گذاری خدمات و مراقبت‌های سلامت کشور می‌شود. سیستم‌های هزینه‌یابی خدمات سلامت به ایجاد یک فرآیند شفاف مبتنی بر شواهد برای تعیین قیمت خدمات سلامت کمک می‌کنند. نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت باید شامل بازنگری، نظارت و ارزیابی مداوم باشد. روش‌های تعرفه‌گذاری خدمات سلامت با توجه به تغییرات ساختار بازار سلامت و عوامل خارج از کنترل ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، باید از انعطاف‌پذیری 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. روش‌های تعرفه‌گذاری خدمات سلامت باید منجر به افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های 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



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

روش‌های خلاقانه و نوآورانه برای قیمت‌گذاری و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت استفاده کنند. در این راستاف 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 دریافت کننده 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 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 درورودی: 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 قیمت-گذاری 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.

## 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



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

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, Nallamothu 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 Editon, 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

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]

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, Jaafaripooyan 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. 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

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.23.1.19 ]