مقاله‌ی پژوهشی

تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی: یک مرور مفهومی

علی محمد مصدق راد[۱]، پروانه اصفهانی[۲]، فرشته کریمی[۳*]

۱) دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۲) استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران. ۳) دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

***نویسنده‌ی مسئول:** ایران، تهران، دانشکده علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت. تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۰۶، نمابر: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹، پست الکترونیک: fereshtek69@gmail.com

دریافت: ۹۹/۲/۱۴ پذیرش: ۹۹/۳/۱۳

چکیده

مقدمه: *تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، یکی از مهم‌ترین ابزارهای اقتصادی موثر بر دسترسی، کارایی و کیفیت خدمات سلامت است. مفهوم تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی، مبهم و پیچیده است. پژوهش حاضر با هدف تبیین مفهوم، اجزا، پیش‌نیازها، اثرات و معیارهای ارزشیابی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی انجام شد.*

روش کار: *پژوهش حاضر با روش مرور مفهومی انجام شد. تمامی مقالات انگلیسی و فارسی مرتبط با تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی تا پایان سال ۲۰۱۹ میلادی در هشت پایگاه داده‌ای و دو موتور جستجوگر، جستجو، گردآوری و ارزشیابی کیفیتی شدند. در نهایت، تعداد ٤١ مقاله انتخاب و با روش تحلیل محتوایی تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی، قیمت دستوری خدمات بیمارستانی است که توسط مراجع قانونی تعیین شده و خریداران خدمات بیمارستانی باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارایه‌کنندگان خدمات بپردازند. تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بر هزینه‌های نظام سلامت، کارایی بیمارستان‌ها، دسترسی به خدمات سلامت و رضایت بیماران و ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی اثر می‌گذارد. هزینه‌ی تمام شده، ارزش خدمات بیمارستانی و سود متعارف، عناصر اصلی تشکیل‌دهنده‌ی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی هستند. مراجع قانونی باید به هزینه‌ی خدمات بیمارستانی، روش پرداخت به ارایه‌کنندگان، رقابت میان ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی و تقاضا برای خدمات بیمارستانی در محاسبه‌ی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی توجه کنند. شاخص‌های کنترل هزینه، عدالت، رضایت و شفافیت برای ارزشیابی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی مناسب هستند.*

نتیجه‌گیری: *سیاست‌گذاران سلامت باید در تعیین تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی به پیش‌نیازها و پیامدهای ناشی از آن توجه کنند تا ضمن تامین رضایت ارایه‌کنندگان و گیرندگان خدمات بیمارستانی، منجر به بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی، افزایش دسترسی مردم به خدمات بیمارستانی و افزایش کارایی بیمارستان‌ها شود.*

کلیدواژه‌گان: *تعرفه‌ی خدمت بیمارستان، مرور مفهومی، کنترل هزینه، کیفیت خدمات سلامت، سیاست سلامت*

مقدمه

بیمارستان یکی از اجزای بسیار مهم نظام سلامت است که سهم قابل‌توجهی از بودجه سلامت کشور را به خود اختصاص می‌دهد. در کشورهای درحال‌توسعه، حدود ۵۰٪ تا ۸۰٪ هزینه‌های بخش سلامت دولت به بیمارستان‌ها اختصاص دارد [۱]. عوامل متعددی نظیر استفاده از تکنولوژی و روش‌های جدید تشخیصی و درمانی، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت و خطاهای متخصصان بهداشتی و درمانی، منجر به افزایش هزینه‌ی بیمارستان‌ها و در نتیجه، افزایش قیمت خدمات بیمارستانی شده که چالشی جدی برای سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت است [۲].

قیمت کالا یا خدمت در بازار رقابتی کامل، براساس میزان عرضه و تقاضا تعیین می‌شود. بازار آزاد و رقابتی منجر به افزایش خلاقیت، نوآوری، کارایی و کیفیت می‌شود. ولیکن، بازار سلامت یک بازار رقابتی کامل نیست و به‌خاطر ناهمگونی و ناملموسی خدمات سلامت، عدم‌اطمینان عرضه و تقاضا، عدم‌تقارن اطلاعات میان ارایه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت و وجود بیمه‌های سلامت، نارسایی‌هایی دارد [۳]. در نتیجه، قانون عرضه و تقاضا به‌دلیل نارسایی‌های بازار سلامت[۱]، منجر به تعیین قیمت

[1] Market failures

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

تعادلی در این بازار نشده و ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی ممکن است قیمت بالایی را تعیین کنند [۴]. بنابراین، دخالت دولت برای محافظت از حقوق شهروندان و کنترل بازار سلامت، اجتناب‌ناپذیر است. یکی از این مداخله‌ها، تعیین تعرفه‌ی (قیمت دستوری) خدمات بیمارستانی است تا ضمن ایجاد انگیزه‌ی لازم در ارایه‌کنندگان خدمات سلامت برای ارایه خدمات باکیفیت، منجر به بهبود عدالت و افزایش دسترسی مردم به خدمات بیمارستانی و افزایش کارایی بیمارستان‌ها شود.

تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، یکی از اجزای مهم بُعد خرید خدمات سلامتِ کارکرد تامین مالی نظام سلامت، است که نقش مهمی در کنترل هزینه‌های نظام سلامت دارد. اهداف تعرفه‌گذاری خدمات سلامت عبارت‌اند از: حصول اطمینان از جبران منصفانه‌ی خدمات ارایه‌شده توسط ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، حصول اطمینان از ارایه‌ی خدمات سلامت باکیفیت و دستیابی به نتایج سلامتی خوب برای جامعه. با وجود این، تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی در بازار سلامت، به‌خاطر پیچیدگی ماهیت خدمات سلامت، عدم‌اطمینان عرضه و تقاضا و عدم‌تقارن اطلاعاتی ارایه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت، کار دشواری است. محاسبه‌ی دقیق هزینه‌ی ارایه‌ی خدمات سلامت برای ارایه‌کنندگان خدمات سلامت نیز دشوار است و از سوی دیگر، اندازه‌گیری کیفیت خدمات سلامت برای مشتریان نیز آسان نیست.

دولت برای تعیین تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی باید خدمات را تعریف کند و قواعدی برای محاسبه‌ی قیمت خدمات و بازنگری ادواری آن درنظر گیرد. تعرفه‌ی خدمات سلامت، تاثیر زیادی بر دسترسی، کارایی و کیفیت خدمات سلامت دارد [۶،۵]. کاهش غیرواقعی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی منجر به افزایش تقاضای القایی از سوی بیماران برای دریافت خدمات غیرضروری، افزایش تقاضای القایی از سوی ارایه‌کننده‌ی خدمات بیمارستانی برای ارایه‌ی خدمات با قیمت تمام‌شده‌ی پایین‌تر، عدم‌ارایه‌ی خدمات با تعرفه‌ی کم‌تر از هزینه‌ی تمام‌شده، تحمیل پرداخت‌های غیررسمی به بیماران برای جبران هزینه‌ها، کاهش کیفیت خدمات بیمارستانی، اجتناب از پذیرش و درمان بیماران با بیماری‌های شدید و ارجاع غیرضروری آن‌ها به سایر بیمارستان‌ها و در نتیجه، کاهش دسترسی و کیفیت خدمات بیمارستانی خواهد شد. در مقابل، افزایش غیرواقعی تعرفه‌ها منجر به افزایش تقاضای القایی برای خدمات بیمارستانی، کاهش کارایی بیمارستان‌ها و افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود. در صورتی‌که افزایش تعرفه‌های خدمات سلامت فراتر از توان مالی سازمان‌های بیمه سلامت باشد، آن‌ها با کاهش عمودی و افقی بسته‌های حمایتی خدمات سلامت یا افزایش حق بیمه‌ها، اقدام به جبران کسری بودجه‌ی خود می‌کنند که منجر به افزایش پرداخت‌ازجیب مردم و نارضایتی آن‌ها و کاهش دسترسی به خدمات سلامت می‌شود [۴].

تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی تحت تاثیر عوامل مختلفی قرارداشته و بر اهداف نظام سلامت اثر می‌گذارد. با وجود این، شناخت کاملی از مفهوم، اجزای تشکیل‌دهنده، فرآیند اجرایی، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی آن وجود ندارد. در نتیجه، سیاست‌گذاران سلامت در تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی با چالش‌های متعددی مواجه هستند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین مفهوم تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت در سطح کلان و مدیران ارشد بیمارستان‌ها در سطح خرد، برای تعیین صحیح تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی قرار می‌دهد.

روش کار

این مطالعه با روش مرور مفهومی، در بازه‌ی زمانی دی تا اسفند ۱۳۹۸ انجام شد. مرور مفهومی، روشی خلاقانه برای تولید دانش جدید در زمینه‌ی موضوعی مبهم و پیچیده است. مرور مفهومی، با شناسایی عناصر و اجزای یک مفهوم پیچیده و پیش‌نیازها و پیامدهای آن و نیز برقراری ارتباط منطقی میان آن‌ها، کمک زیادی به واژه‌شناسی و توسعه‌ی تئوری‌های موجود می‌کند. روش مرور مفهومی، اولین بار توسط هریبرت پیکت[۲] در سال ۱۹۸۲ میلادی معرفی شد [۷]. مطالعه‌ی مرور مفهومی، منجر به تولید فرضیه‌های پژوهشی متعدد می‌شود. به‌عبارتی، مرور مفهومی، پیش‌نیاز انجام مطالعات مرور حیطه‌ای و مرور نظام‌مند است. روش‌های مختلفی برای انجام مرور مفهومی وجود دارد که هر یک نقاط قوت و ضعف خاص خود را دارند. مدل‌های موجود مرور مفهومی، بیش‌تر به تعریف مفهوم و بیان پیش‌نیازها و اثرات مفهوم اکتفا کرده‌اند [۱۱-۸].

هدف پژوهش حاضر، تبیین مفهوم تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی، شامل تعریف، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی است. بنابراین، پژوهشگران باتوجه‌به اهداف این پژوهش، مدلی مفهومی و پروتکلی اجرایی با تحلیل، ترکیب و ارزشیابی مدل‌های پیشین ارایه کردند. این مدل از پنج بُعد تعریف مفهوم، تعیین اجزای مفهوم، تعیین پیش‌نیازهای مفهوم، تعیین پیامدهای مفهوم و شناسایی معیارهای ارزشیابی مفهوم تشکیل شده‌است[۳]. همچنین، یک پروتکل هشت مرحله‌ای برای انجام مرور مفهومی معرفی شد که عبارت‌اند از: تعیین مفهوم، تعریف معیارهای ورود و خروج، تعیین استراتژی جستجو و پایگاه‌های اطلاعاتی، انتخاب و گزارش مطالعات با استفاده از فلوچارت، ارزشیابی اعتبار مطالعات انتخاب‌شده، استخراج اطلاعات مربوط به تعریف، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و

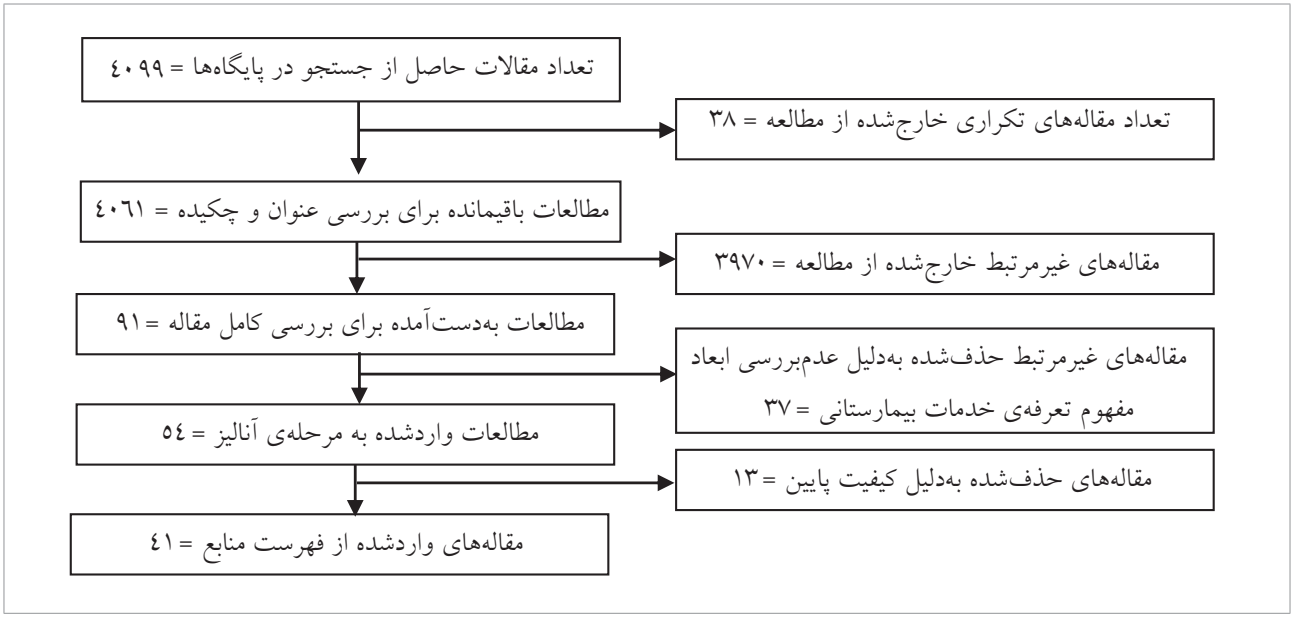
[2] Heribert Picht
[3] Definition, Attributes, Antecedents, Consequences & Assessment (DAACA) model

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

معیارهای ارزشیابی مفهوم از مطالعات انتخاب‌شده، ترکیب داده‌های مطالعات و توسعه‌ی مدل مفهومی و نتیجه‌گیری از یافته‌های سنتزشده.

از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی زبان Medline، از درگاه PubMed، Web of Science، Scopus، Embase، Science Direct، پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان Magiran، Iranmedex، SID و موتورهای جستجوگر Google و Google Scholar برای یافتن منابع علمی مطالعه‌ی حاضر استفاده‌شد. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل اصطلاحات Mesh و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه، شامل Hospital tariff، Hospital price، Hospital payment، Health services pricing، Medical fees، Medical tariff و Health care tariff بود. همچنین، فرهنگ لغت‌های انگلیسی زبان وبستر و آکسفورد و فهرست منابع مقالات به‌دست‌آمده در زمینه‌ی تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی نیز به‌صورت دستی جستجو و مقالات مرتبط استخراج شدند.

معیار ورود مطالعات در پژوهش حاضر عبارت بود از: مقالات مروری و پژوهشی که تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی را تا ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ میلادی بررسی کرده‌بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشرشده به زبان‌های مختلف به‌جز انگلیسی و فارسی، موارد منتشرشده پس از ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹، ادبیات خاکستری، کتاب‌ها و مقالات منتشرشده در کنگره‌ها و همایش‌ها بود. در جستجوی اولیه، تعداد ۴۰۹۹ مقاله یافت شد. در مرحله‌ی اول، با مطالعه‌ی عناوین و چکیده‌ها، تعداد ۳۸ مقاله به‌دلیل تکراری‌بودن و فقدان متن کامل حذف شد. در مرحله‌ی دوم، با مطالعه‌ی عناوین و چکیده‌ها، تعداد ۳۹۷۰ مقاله‌ی غیرمرتبط از مطالعه خارج شد. در مرحله‌ی سوم، تعداد ۵۰ مقاله، به‌دلیل عدم‌بررسی ابعاد تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی و کیفیت پایین، از مطالعه حذف شد. در نهایت، تعداد ۴۱ مقاله مروری و پژوهشی مرتبط با تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی مورد استفاده قرارگرفت (نمودار ۱).



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

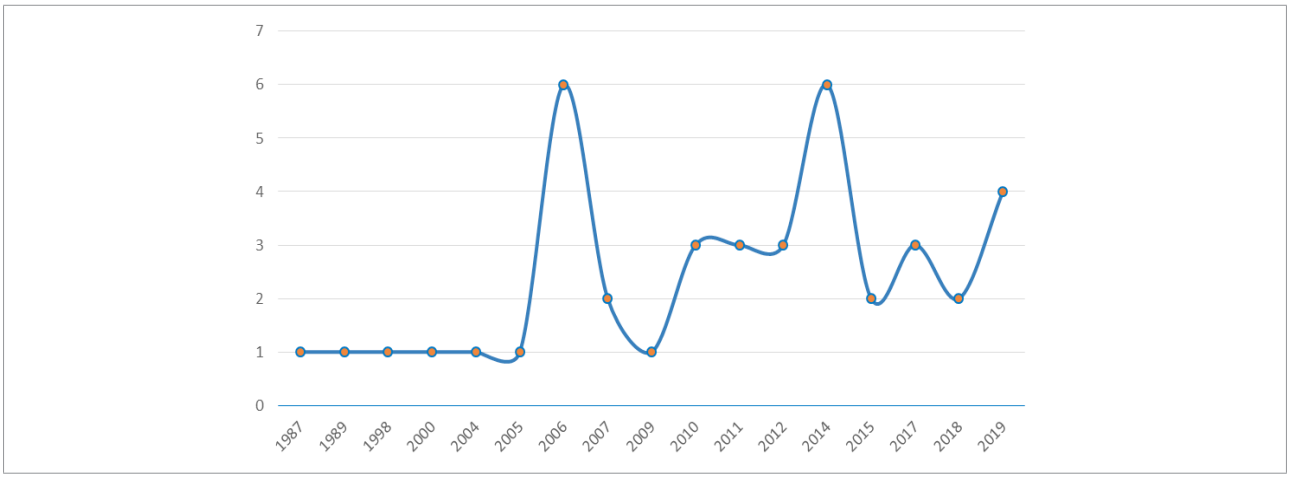
از فرمی طراحی‌شده بر اساس هدف پژوهش برای استخراج داده‌ها استفاده شد. این فرم شامل بخش‌هایی چون مشخصات نویسندگان، عنوان مقاله، سال انتشار، محل مطالعه، هدف مطالعه، سال انجام مطالعه، تعریف تعرفه، اجزای تعرفه و تعرفه‌گذاری، پیش‌نیازهای تعرفه‌گذاری، پیامدهای تعرفه‌گذاری و معیارهای ارزشیابی فرآیند تعرفه‌گذاری بود. برای ارزشیابی مطالعات پژوهشی از یک چک‌لیست معتبر استفاده شد. حداقل و حداکثر امتیاز قابل‌کسب ۱ و ۱۵ و حداقل امتیاز موردقبول ۱۰ بود [۱۲]. ضریب توافق کاپا ۰/۶۱ به‌دست آمد (P=۰/۰۰۱). از روش تحلیل محتوایی[4] برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران و عدم‌دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل گردآوری، تحلیل و گزارش داده‌ها، از ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر بودند.

یافته‌ها

تعداد ۴۱ مقاله در بازه‌ی زمانی ۱۹۸۷ تا ۲۰۱۹ میلادی به تبیین مفهوم تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی پرداختند که ۳۴ مورد از نوع پژوهشی اصیل (۸۳٪) و هفت مطالعه، از نوع مروری (۱۷٪) بودند. بیش‌ترین مطالعه‌ها (شش مورد) در حوزه‌ی تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۱۴ میلادی چاپ شده‌بودند (نمودار ۲).

[4] Content analysis

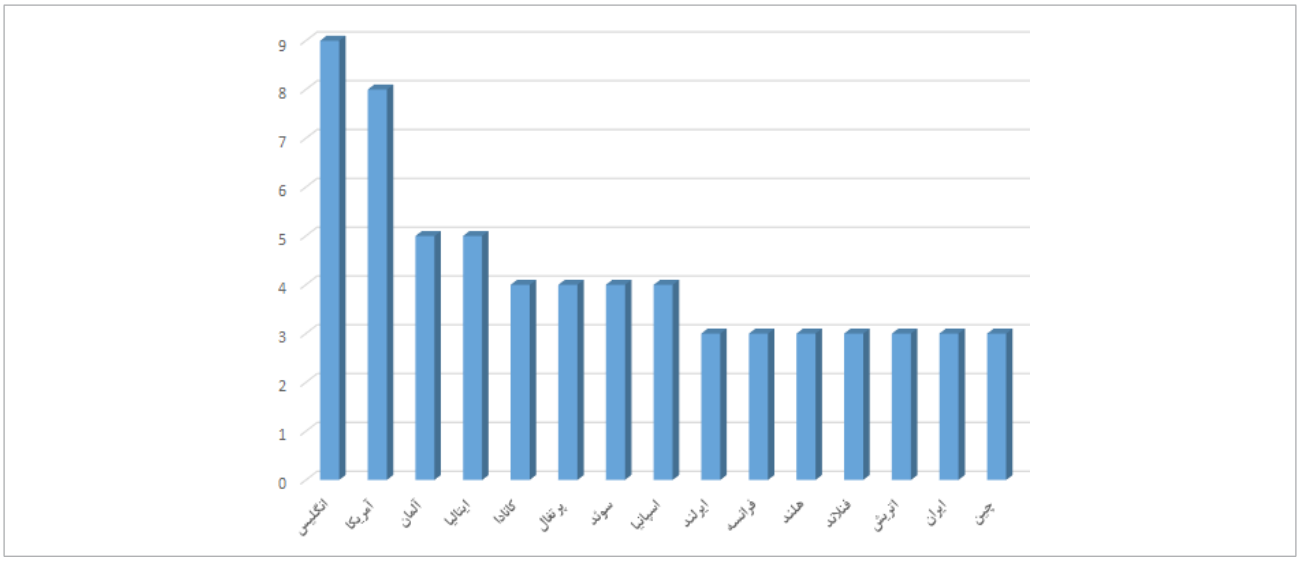
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]



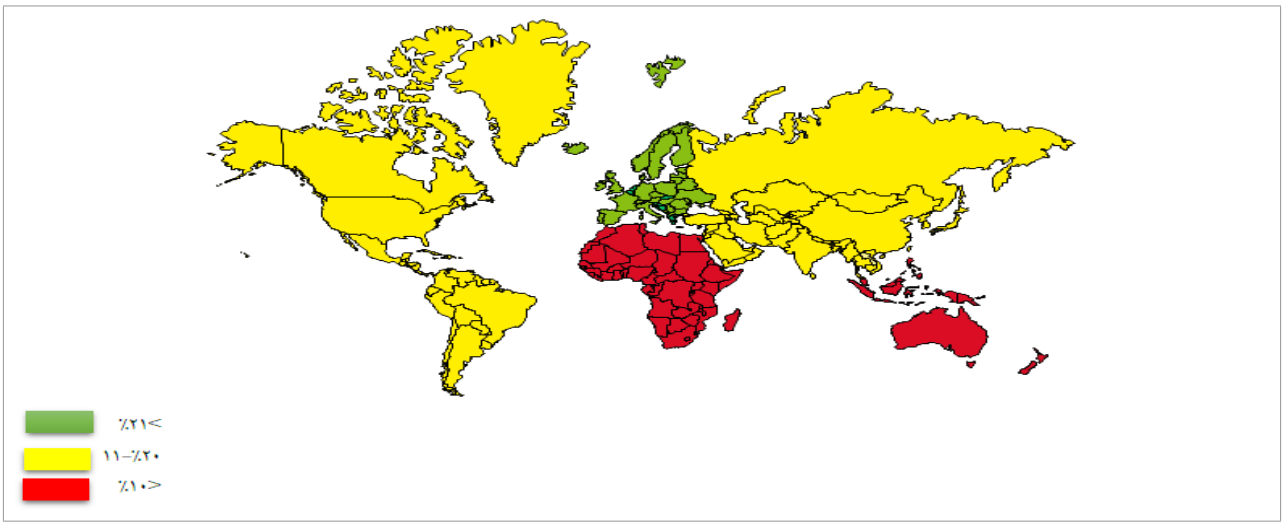
نمودار۲- توزیع فراوانی مطالعات تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی براساس سال انتشار

مطالعه‌ها، تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی را در ۵۴ کشور مورد بررسی قرار داده‌بودند. بیش‌ترین مطالعه‌ها متعلق به انگلستان و آمریکا بود (نمودار ۳).

حدود ۱۱/۳٪ کشورهای مورد بررسی در قاره‌ی آمریکا، ۲۰٪ آسیا، ۶۴/۴٪ اروپا، ۲/۶٪ اقیانوسیه و ۱/۷٪ در آفریقا (آفریقای جنوبی) قرار داشتند (شکل ۱).



نمودار۳- توزیع فراوانی مطالعات تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی براساس کشور مورد مطالعه



شکل۱: توزیع فراوانی مطالعات تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی در قاره‌های جهان

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

شکل ۲، ابر واژگان حاصل از یافته‌های مطالعه را نشان می‌دهد که بیانگر اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی مفهوم تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی است. مواردی از قبیل هزینه، قیمت، رقابت، سود، ارزش، دسترسی، تقاضا، شفافیت، کارایی و کیفیت، در جستجوی مفهوم تعرفه بیش‌ترین تکرار را داشتند.

شکل ۲- ابر واژگان جستجوی مطالعات تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی

تعریف تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی

فرهنگ لغت آکسفورد[5]، واژه‌ی تعرفه را «مقدار پول پرداختی به دولت بابت ارایه‌ی خدمات عمومی» و «مقدار مالیات پرداختی بابت کالاهای واردشده یا صادرشده» تعریف کرده‌است [۱۳]. تعرفه در فرهنگ لغت وبستر[6] «نرخ مالیات وضع‌شده‌ی دولت بر کالاهای وارداتی و در برخی کشورها، بر کالاهای صادراتی» و «نرخ یا هزینه‌ی خدمات عمومی» تعریف شده‌است [۱۴].

واژه‌هایی نظیر نرخ[7]، شارژ[8]، هزینه[9]، قیمت[10] و تعرفه[11] اغلب به‌اشتباه به‌جای هم استفاده می‌شوند. به‌عنوان مثال، سارا باربر[12] و همکاران، قیمت، نرخ و تعرفه را یکی دانسته، آن را «مقدار پولی که خریدار خدمات (بیمه‌ی سلامت) یا مردم در ازای دریافت خدمات سلامت به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌پردازند» تعریف کردند [۱۵]. کوکولسکو[13] و همکاران، قیمت خدمات پزشکی را ارزش تبادلی خدمات بهداشتی و درمانی دانسته، آن را «میزان پولی که بیمار برای دریافت خدمات سلامت و استفاده از منابع آن پرداخت می‌کند»، تعریف کردند [۱۶]. توماس مک‌لین[14] تعرفه را «تعیین قیمت کالا یا خدمت توسط دولت» تعریف کرده، آن را از قیمتی که توسط مکانیزم بازار آزاد و قانون عرضه و تقاضا تعیین می‌شود، متمایز می‌کند [۱۷]. توماس هاگس[15]، تعرفه‌ی خدمات سلامت را «میزان پول پرداختی به ارایه‌کننده‌ی خدمات بیمارستانی» تعریف می‌کند که توسط دولت (وزارت بهداشت) تعیین شده‌است [۱۸].

سه ویژگی مشترک تعاریف تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی عبارت‌اند از: ۱- تعرفه توسط نهادها و مراجع تنظیم‌کننده و نظارت‌کننده‌ی[16] قانونی تعیین می‌شود. ۲- مقدار تعرفه، پیش از ارایه‌ی خدمات بیمارستانی مشخص می‌شود. ۳- تعرفه به‌طور دقیق بیانگر هزینه‌ی تمام‌شده یا ارزش مبادله‌ی خدمات بیمارستانی نیست. بنابراین، ما تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی را این‌گونه تعریف می‌کنیم:

«نرخ خدمات بیمارستانی تعیین‌شده توسط مراجع قانونی که خریداران خدمات بیمارستانی، شامل دولت، بیمه‌ی سلامت، کارفرمایان و مردم، باید در ازای منافع حاصل از دریافت آن به ارایه‌کنندگان خدمات پرداخت کنند».

اجزای تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی

اجزا یا رایج‌ترین ویژگی‌های مفهوم تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی که در ۲۱ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود، شامل هزینه، ارزش تبادلی و سود می‌باشد [۱۹-۱۶]. نهادهای قانونی برای تعیین تعرفه‌ی یک خدمت بیمارستانی، ابتدا باید متوسط هزینه‌ی ارایه‌ی آن خدمت را در چند بیمارستان کارآمد به‌دست آورند. ارزش نهایی آن خدمت برای مشتری، جامعه و دولت نیز در تعیین تعرفه موثر است. به‌عنوان مثال، هزینه‌ی تمام‌شده‌ی زایمان طبیعی ممکن است از هزینه‌ی تمام‌شده‌ی سزارین کم‌تر باشد، ولیکن، دولت برای کاهش سزارین غیرضروری و ترویج زایمان طبیعی، می‌تواند میزان تعرفه‌ی زایمان طبیعی را بیش‌تر از سزارین در نظر بگیرد. میزان سود متعارف باید به هزینه و ارزش خدمت اضافه شود تا انگیزه‌ی ارایه‌ی آن خدمت افزایش یابد. میزان سود درنظرگرفته‌شده باید بیش‌تر از نرخ تورم باشد.

پیش‌نیازهای تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی

تعداد ۲۲ مقاله، عوامل موثر بر تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی (پیش‌نیازهای تعرفه) را شناسایی کرده‌بودند که عبارت‌اند از: هزینه‌ی خدمات بیمارستانی، روش پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی، میزان رقابت میان بیمارستان‌ها و تقاضا برای خدمات بیمارستانی.

پیامدهای تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی

در ۲۸ مقاله به پیامدهای تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی اشاره شده‌بود. متغیرهای تحت تاثیر تعرفه‌ی خدمات

[5] Oxford online Dictionary
[6] Merriam-Webster Dictionary
[7] Rate
[8] Charge
[9] Fee
[10] Price
[11] Tariff
[12] Sarah Barber
[13] Coculescu
[14] Thomas McLean
[15] Thomas Hughes
[16] Regulating authority

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

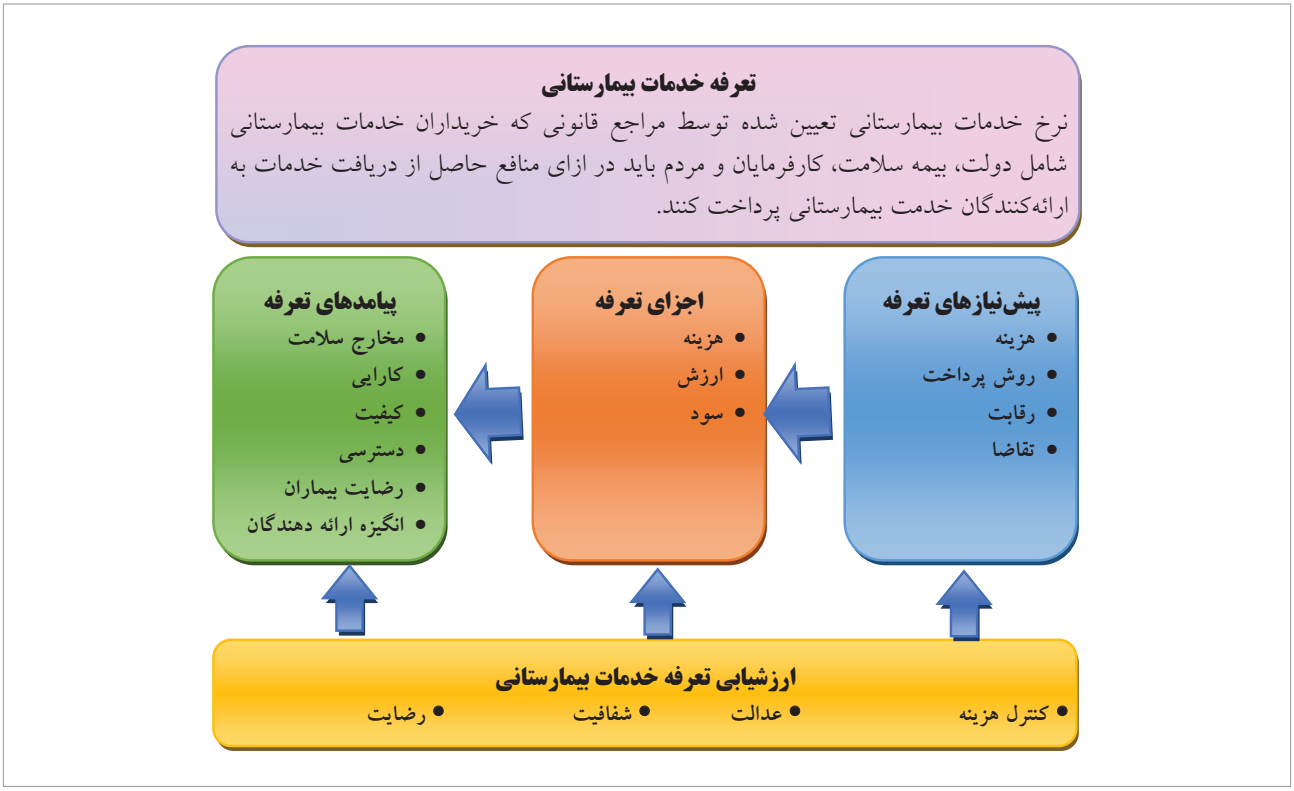
بیمارستانی عبارت‌اند از: مخارج سلامت، کارایی بیمارستان، کیفیت خدمات بیمارستان، دسترسی به خدمات بیمارستان، رضایت بیماران و انگیزه‌ی ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی. پرتکرارترین پیامدهای تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی به‌ترتیب کارایی، مخارج سلامت، دسترسی و کیفیت بود.

ارزشیابی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی

تعداد ۱۸ مقاله به شناسایی معیارهای ارزشیابی تعرفه خدمات بیمارستانی پرداخته‌بودند. کنترل هزینه، عدالت، شفافیت و رضایت از شاخص‌های مهم ارزشیابی سیستم تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی هستند.

مدل تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی

تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی همانا قیمت دستوری خدمات بیمارستانی است که توسط مراجع قانونی تعیین می‌شود و خریداران خدمات بیمارستانی باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارایه‌کنندگان خدمت بپردازند. هزینه‌ی تمام‌شده و ارزش خدمات بیمارستانی و سود متعارف مورد انتظار ارایه‌کننده‌ی خدمات بیمارستانی، عناصر اصلی تشکیل‌دهنده‌ی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی هستند. تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بر هزینه‌های نظام سلامت، کارایی بیمارستان، دسترسی به خدمات سلامت، کیفیت خدمات بیمارستان و رضایت بیماران و ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی اثر می‌گذارد. مراجع قانونی باید هزینه‌ی تمام‌شده و ارزش خدمات بیمارستانی، روش پرداخت به ارایه‌کننده‌ی خدمات بیمارستانی، میزان رقابت میان ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی و تقاضای خدمات بیمارستانی را در محاسبه و تعیین تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی مورد توجه قرار دهند. در نهایت، شاخص‌های مهم ارزشیابی سیستم تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی عبارت‌اند از کنترل هزینه، عدالت، شفافیت و رضایت. شکل ۳، مدل مفهومی تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی را نشان می‌دهد.



شکل۳: مدل مفهومی تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی

بحث

هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، تبیین مفهوم تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بود. مطالعات محدودی در زمینه‌ی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی در سه دهه‌ی گذشته در جهان انجام شده که بیش‌تر متعلق به کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی می‌باشند. بررسی مطالعات نشان می‌دهد که واژه‌ی تعرفه به‌درستی تعریف و تبیین نشده و گاهی معادل واژه‌هایی چون نرخ، شارژ، هزینه و قیمت استفاده می‌شود. قیمت یک کالا توسط نیروهای بازار (عرضه و تقاضا) تعیین می‌شود و دولت و سیاست‌گذاران سلامت در تعیین آن دخالتی ندارند. در مقابل، تعرفه قیمت دستوری است که توسط دولت و نهادهای تنظیم‌کننده تعیین می‌شود. دولت باتوجه‌به ماهیت اضطراری خدمات سلامت، اختلاف سطح اطلاعات[17] میان بیماران

[17] Asymmetric information

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

و ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و پوشش بیمه سلامت، مجبور به تنظیم بازار سلامت است. هدف دولت و سازمان‌های بیمه‌ی سلامت، تشویق ارایه‌کنندگان خدمات سلامت به کاهش هزینه‌ها، بدون کاهش کیفیت خدمات سلامت است.

تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی در پژوهش حاضر، قیمت یا نرخ دستوری خدمات بیمارستانی تعریف شده که توسط مراجع قانونی تعیین می‌شود و خریداران خدمات بیمارستانی باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارایه‌کنندگان بپردازند. بنابراین، همان‌طور که در این تعریف مشخص شده، تعرفه توسط نهادها و مراجع قانونی پیش از ارایه‌ی خدمات بیمارستانی تعیین می‌شود و متفاوت از هزینه‌ی تمام‌شده‌ی خدمات و قیمت مورد نظر ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی است. تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی باتوجه‌به نوع نظام سلامت، توسط وزارت بهداشت یا بیمه‌های سلامت تعیین می‌شود. دولت (وزارت بهداشت) در برخی از کشورها، مثل انگلستان و آلمان قیمت را به‌صورت دستوری (تعرفه) تعیین می‌کند. در مقابل، قیمت خدمات بیمارستانی در برخی کشورها، مثل سوییس و هلند براساس مذاکره و چانه‌زنی میان بیمه‌های سلامت و بیمارستان‌ها تعیین می‌شود [۲۰].

هزینه، ارزش و سود متعارف، اجزای اصلی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی را تشکیل می‌دهند [۱۹-۱۶]. سه روش برای قیمت‌گذاری کالاها یا خدمات وجود دارد که عبارت‌اند از: قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه[18]، قیمت‌گذاری مبتنی بر بازار یا رقابت[19] و قیمت‌گذاری مبتنی بر ارزش مشتری[20] [۲۱]. از روش قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه بیش‌تر برای محاسبه‌ی قیمت و تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی استفاده می‌شود. با وجود این، امروزه خریداران خدمات سلامت بر ارزش خدمات بیمارستانی بیش‌تر از کمیت خدمات تاکید دارند. به‌عنوان مثال، در انگلستان برای تشویق ارایه‌کنندگان خدمات سلامت به ارایه‌ی خدمات باارزش و استفاده از راهنماهای بالینی، تعرفه‌ها مبتنی بر بهترین روش انجام کار[21] تعیین می‌شوند تا انگیزه‌ای برای ارایه‌ی خدمات هزینه-اثربخش و باکیفیت باشد [۲۲]. به‌عبارتی، معیار محاسبه‌ی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی، متوسط هزینه‌ی ارایه‌ی خدمات مبتنی بر راهنماهای بالینی است که منجر به ارایه‌ی خدمات اثربخش و کارآمد می‌شود. سازمان طب ملی انگلستان در دهه‌ی ۱۹۹۰ میلادی با ایجاد یک شبه‌بازار[22]، سعی در افزایش رقابت میان ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و در نهایت، افزایش کارایی آن‌ها داشت. وزارت بهداشت، نقش خریدار خدمات سلامت را برعهده داشت و قیمت خدمات سلامت باتوجه‌به متوسط هزینه‌ی کل ارایه‌ی خدمات بیمارستانی، به‌علاوه‌ی ۶٪ سود سرمایه تعیین شد [۲۳].

هزینه‌ی خدمات بیمارستانی، روش پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی، میزان رقابت میان بیمارستان‌ها و تقاضا برای خدمات بیمارستانی، از عوامل موثر بر میزان تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی هستند. میزان هزینه‌های بیمارستانی یکی از عوامل بسیار مهم تعیین‌کننده‌ی تعرفه خدمات بیمارستانی است [۱۹-۱۷]. هزینه در حقیقت، مجموع هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم صرف‌شده برای تولید یک کالا یا خدمت است. بنابراین، هزینه‌ی خدمات بیمارستانی مجموع ارزش پولی منابع صرف‌شده برای تولید خدمات بیمارستانی است که شامل هزینه‌های مستقیم منابع مورد استفاده، هزینه مستقیم نیروی انسانی صرف‌شده و هزینه‌ی بالاسری تولید می‌باشد. هزینه‌یابی خدمات سلامت، به‌دلیل ناهمگونی خدمات، پیچیدگی فرآیندهای ارایه‌ی خدمات و اتکای زیاد به نیروی کار در ارایه‌ی خدمات سلامت، کار مشکلی است. هزینه‌ی یک خدمت سلامت می‌تواند باتوجه‌به تنوع ارایه‌کنندگان و بیماران، متفاوت باشد.

عواملی نظیر افزایش تقاضا برای خدمات بیمارستانی، پیچیدگی خدمات بیمارستانی، پیچیدگی منابع تولید خدمات بیمارستانی، افزایش تورم و تنوع روش پرداخت به بیمارستان‌ها، منجر به افزایش هزینه‌ی خدمات بیمارستانی می‌شود. پیچیدگی خدمات بیمارستانی بر قیمت و تعرفه‌ی آن اثر می‌گذارد. هر قدر یک خدمت بیمارستانی پیچیده‌تر باشد، بیش‌تر مورد نیاز بوده و قیمت آن هم بیش‌تر است [۲۱]. به‌عنوان مثال، ارزش یک مشاوره‌ی بالینی روتین، کم‌تر از ارزش خدمت آنوریسم مغزی یک جراح مغز و اعصاب است. همچنین، هر قدر پیچیدگی منابع تولید خدمات بیمارستانی بیش‌تر باشد، قیمت و تعرفه‌ی آن افزایش می‌یابد [۲۱]. معمولا تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی را براساس متوسط هزینه‌ی خدمات بیمارستان‌ها، با درنظرگرفتن یک حاشیه‌ی سود، محاسبه می‌کنند. استفاده از کارکنان بسیار تخصصی و فن‌آوری پیش‌رفته، منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستانی و درنتیجه، رشد تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی می‌شود [۲۴]. تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی باید بیانگر هزینه‌های کارآمد[23] باشد. به‌عبارتی، مبنای تعیین تعرفه باید ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی باشند که خدمات با کیفیت و هزینه‌ی مناسب ارایه می‌دهند. در نتیجه تعرفه، هزینه‌های کامل بیمارستان‌های ناکارآمد را پوشش نمی‌دهد. تعرفه باید برای ارایه‌کننده‌ی خدمات بیمارستانی ایجاد انگیزه کند تا با افزایش کارایی و کیفیت، هزینه‌ی واحد خدمات خود را کاهش دهد.

[18] Cost-based pricing
[19] Competition-based pricing
[20] Customer value-based pricing
[21] Best Practice Tariffs (BPTs)
[22] Quasi market
[23] Efficient costs

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

به‌طورکلی از دو روش ازبالابه‌پایین[24] و ازپایین‌به‌بالا[25] برای محاسبه‌ی هزینه‌ی خدمات بیمارستانی[26] استفاده می‌شود. در روش ازبالابه‌پایین، کل هزینه‌های بیمارستان به واحدهای خدمت، مثل ویزیت بیمار یا روز-بستری در بیمارستان تقسیم می‌شود [۲۵]. در مقابل، در روش محاسبه ازپایین‌به‌بالا، هزینه‌ی منابع[27] مورد استفاده برای تولید یک خدمت محاسبه می‌شود. روش‌های هزینه‌یابی از بالابه‌پایین منجر به تعیین متوسط هزینه به ازای هر بیمار و روش‌های هزینه‌یابی ازپایین‌به‌بالا منجر به تعیین هزینه‌ی هر واحد خدمت اختصاصی بیمار می‌شود. روش‌های هزینه‌یابی ازپایین‌به‌بالا دقیق‌تر و مرتبط‌تر از روش‌های ازبالابه‌پایین محاسبه‌ی هزینه‌ی خدمات بیمارستانی است. به‌عنوان مثال، روش هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت[28]، نوعی محاسبه‌ی ازپایین‌به‌بالای هزینه‌های یک خدمت بیمارستانی است که در آن هزینه‌های غیرمستقیم براساس فعالیت‌های اصلی سازمان درنظرگرفته می‌شوند. ارزش نسبی مبتنی بر منابع مصرف‌شده[29] نیز روش دیگر محاسبه‌ی ازپایین‌به‌بالای تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی است. در این روش، قیمت خدمات بیمارستانی، حاصل‌ضرب دو جزء ارزش نسبی[30] و عامل تبدیل[31] است. ارزش نسبی خدمات سلامت، مجموع سه جزء ارزش نسبی کار (جزء حرفه‌ای)[32]، ارزش نسبی هزینه‌ی مطب یا بیمارستان (جزء فنی)[33] و ارزش نسبی بیمه‌ی مسئولیت حرفه‌ای[34] است. ارزش نسبی کار شامل ارزش شدت بیماری، زمان، مهارت و آموزش لازم برای ارایه‌ی خدمت است. به‌عنوان مثال، ارزش کار ویزیت بیمار سرپایی ۰/۴۸ و ارزش کار گرفتن تصویر مغناطیسی مغز استخوان ۱/۶، به این معنا است که ارزش نسبی کار دوم، چهار برابر کار اول است. ارزش نسبی هزینه‌ی مطب یا بیمارستان شامل هزینه‌های مرتبط با تاسیسات، تجهیزات، ملزومات، کارکنان غیرپزشک، استهلاک و سود سرمایه است که برای ارایه‌ی خدمت مورد نظر صرف می‌شود. ارزش نسبی بیمه‌ی مسئولیت حرفه‌ای برحسب حق بیمه‌ی مسئولیت کادر پزشکی در حال حاضر و پیش‌بینی نرخ آن در آینده تعیین می‌شود. در نهایت، عامل تبدیل ارزش پولی نیز با استفاده از قیمت‌های جاری، نرخ‌های منطقه‌ای و هزینه‌های بالاسری، شامل اجاره، حقوق، هزینه‌ی زندگی و بیمه‌های مسئولیت مدنی تعیین می‌شود [۲۶].

روش پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی نیز بر فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی اثر می‌گذارد. روش‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی به دو دسته‌ی کلی گذشته‌نگر[35] و آینده‌نگر[36] تقسیم می‌شوند. در روش‌های پرداخت گذشته‌نگر، هزینه و قیمت ارایه‌ی خدمات بیمارستانی، مبنای بازپرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت است که پس از ارایه‌ی خدمت سلامت، محاسبه و پرداخت می‌شود. در مقابل، در روش‌های پرداخت آینده‌نگر، تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی از پیش تعیین می‌شود و کاملا منطبق بر هزینه‌کرد ارایه‌کننده‌ی خدمات بیمارستانی نیست. از طرف دیگر، روش‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت را می‌توان به دو دسته‌ی کلی ثابت[37] و متغیر[38] تقسیم کرد. در نظام پرداخت ثابت، میزان پرداخت به ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت با افزایش یا کاهش میزان خدمات تغییری نمی‌کند. درحالی‌که، در نظام پرداخت متغیر با تغییر میزان خدمات ارایه‌شده، میزان پرداختی به ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت تغییر می‌یابد [۴].

روش اصلی پرداخت در آمریکا و بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، تا پیش از دهه‌ی ۱۹۸۰ میلادی، روش گذشته‌نگر پرداخت مبتنی بر هزینه[39] بود. بنابراین، ارایه‌کنندگان خدمات سلامت انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی نداشتند. در سال ۱۹۸۳ میلادی، روش آینده‌نگر گروه‌های تشخیصی وابسته[40] در برنامه‌ی بیمه سلامت مدیکیر آمریکا به‌کار گرفته‌شد و به بیمارستان‌ها مبلغ ثابتی براساس تشخیص بیماری پرداخته می‌شد تا مدیران بیمارستان‌ها انگیزه‌ی کاهش هزینه برای افزایش سود داشته‌باشند [۲۷]. در انگلستان نیز در سال ۲۰۰۴ میلادی، روش پرداخت مبتنی‌برنتایج[41] معرفی شد. در این روش، خدمات به گروه‌های ازپیش‌تعیین‌شده‌ای تقسیم شدند که منابع بهداشتی-درمانی[42] نامیده می‌شد. این روش منجر به افزایش کارایی بیمارستان‌ها شد [۲۳]. نوع دیگری از گروه‌های تشخیصی وابسته، با نام گروه‌های درمانی وابسته[43] نیز طراحی شد که بیماری‌ها را براساس نوع درمان (روش جراحی) تقسیم‌بندی می‌کرد و شدت بیماری مورد توجه قرار نمی‌گرفت [۲۸].

روش پرداخت گروه‌های تشخیصی وابسته، یک روش پرداخت آینده‌نگر و ثابت است که اکنون در بسیاری از کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه‌ی اقتصادی

24 Top-down
25 Bottom-up
26 Cost accounting
27 Inputs
28 Activity-based costing (ABC)
29 Resource Based Relative Value Scale (RBRVS)
30 Relative value
31 Conversion factor
32 Work Relative Value Units (wRVUs)
33 Practice Expense Relative Value Units (PE RVUs)
34 Malpractice Relative Value Units (MP RVUs)

35 Retrospective
36 Prospective
37 Fixed
38 Variable
39 Cost reimbursement
40 Diagnosis-Related Groups (DRGs)
41 Payment by Results (PbR)
42 Healthcare Resource Groups (HRGs)
43 Procedure-related groups (PRGs)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

استفاده می‌شود [۲۹]. در این روش، برای قیمت‌گذاری از متوسط هزینه‌ی ارایه‌ی خدمات در تعدادی از بیمارستان‌ها استفاده می‌شود[44] و بیماران براساس تعدادی از گروه‌های تشخیصی وابسته، به لحاظ میزان استفاده از منابع بیمارستانی، تقسیم می‌شوند. برای هر گروه تشخیصی وابسته براساس میزان منابع مصرفی، یک تعرفه درنظرگرفته می‌شود. تعرفه‌ی گروه‌های تشخیصی وابسته به‌صورت دوره‌ای مورد بازنگری قرار می‌گیرد و متناسب با افزایش هزینه‌ها به‌روز می‌شود. اگر بیمارستان‌ها از فناوری‌های مدرن برای افزایش کیفیت خدمات سلامت استفاده کنند، از پرداخت‌های جداگانه یا مکمل برای پرداخت اضافه بر میزان تعرفه‌ی گروه‌های تشخیصی وابسته‌ی به آن‌ها استفاده می‌شود [۳۰]. در انگلستان از روش ترکیبی برای پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی استفاده می‌شود که شامل عوامل ثابت و متغیر است. در این روش، مبلغی ثابت براساس پیش‌بینی هزینه‌های خدمات سلامت درنظرگرفته می‌شود. در ضمن، مبلغ متغیری نیز باتوجه‌به هزینه‌های متغیر ارایه‌ی خدمات سلامت پرداخت می‌شود. از این روش برای بازپرداخت خدمات اورژانسی و سلامت روان استفاده می‌شود [۳۱]. وزارت بهداشت انگلستان در کنار تعرفه‌های تعیین شده، مبلغی را با عنوان پاداش مبتنی‌برعملکرد[45] به بیمارستان‌ها پرداخت می‌کند. بیمارستان‌ها در صورت دستیابی به مقاصد تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت، این اضافه مبلغ را دریافت می‌کنند. مطالعات نشان داده که پاداش مبتنی‌برعملکرد منجر به افزایش کیفیت و کارایی بیمارستان‌ها شده‌است [۶].

در مقابل، روش پرداخت متغیر کارانه[46] منجر به ایجاد تقاضای القایی، افزایش مصرف خدمات سلامت و در نهایت، افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود. به‌عنوان مثال، هزینه‌ی سلامت با به‌کارگیری روش کارانه در کشور کره جنوبی، از ۲/۸٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۷۵ به ۴/۳٪ در سال ۱۹۸۶ و ۷/۱٪ در سال ۱۹۹۱ میلادی افزایش یافت [۳۲]. امروزه، به‌ویژه در کشورهای توسعه‌یافته، مبنای پرداخت به بیمارستان‌ها، به‌جای کمیت خدمات ارایه‌شده، ارزش و کیفیت خدمات سلامت است. به‌عنوان مثال، روش پرداخت مبتنی بر نتایج در انگلستان، یک سیستم تعرفه‌گذاری آینده‌نگر برای ترویج کارایی و ارزش پول پرداخت‌شده، تقویت انتخاب بیمار، افزایش رقابت میان ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی، بهبود کیفیت خدمات، کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات و افزایش شفافیت عملکردی و مالی بیمارستان‌ها است [۳۱].

تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و روش پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، از اجزای اصلی بُعد خرید خدمات سلامت نظام تامین مالی سلامت است. اگر تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بسیار بالا یا بسیار پایین تعیین شود، اثرات روش پرداخت به ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت را خنثی می‌کند. تعرفه باید بیانگر هزینه‌ی واقعی ارایه‌ی خدمات سلامت باشد و همچنین، اهداف اصلی نظام سلامت و نتایج سلامتی را مورد توجه قرار دهد. در غیر این صورت، اثرات ناخواسته‌ای به دنبال خواهدداشت. به‌عنوان مثال، اگر در روش پرداخت سرانه، تعرفه خیلی پایین باشد، منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت، انتخاب بیماران سالم‌تر توسط ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت یا ارجاع بیماران پیچیده به سایر ارایه‌کنندگان می‌شود. اگر تعرفه در روش پرداخت کارانه پایین باشد، ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت ممکن است با افزایش خدمات سلامت غیرضروری، زیان خود را جبران کند [۱۵]. امروزه در کشورهای توسعه‌یافته، بیش‌تر از روش‌های پرداخت ثابت (سرانه، موردی و بودجه) یا ترکیبی از یک روش متغیر سطح خرد (کارانه) و یک روش ثابت سطح کلان (بودجه) استفاده می‌شود. به‌عبارتی، به بیمارستان‌ها بابت ارایه‌ی خدمات اضافی، تا سقف مشخصی، هزینه پرداخت می‌شود [۴].

قدرت خرید بازار نیز بر میزان تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی تاثیر دارد. هر قدر قدرت خرید مردم بیش‌تر باشد، احتمال پذیرش قیمت و تعرفه‌ی بالاتر خدمات بیمارستانی بیش‌تر است. همچنین، هر قدر میزان تقاضای بیماران برای خدمات بیمارستانی افزایش یابد، باتوجه‌به محدودیت منابع بیمارستانی، ارزش خدمات بیمارستانی و قیمت آن نیز افزایش می‌یابد [۲۱]. رقابت از دیگر عواملی است که در تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستان نقش دارد. رقابت بر ساختار بازار، تخصصی‌شدن بازار، خروج ارایه‌کنندگان خدمات سلامت ناموفق و ورود ارایه‌کنندگان جدید اثر می‌گذارد. در تئوری، انتظار می‌رود که رقابت موجب کاهش هزینه‌های ارایه‌ی خدمات سلامت و در نتیجه، کاهش قیمت خدمات سلامت به‌منظور جذب مشتری بیش‌تر در یک بازار رقابتی شود. مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که رقابت موجب شده که بیمارستان‌ها با قیمت پایین‌تری با خریداران خدمات سلامت قرارداد همکاری ببندند [۳۳].

تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بر مخارج سلامت، کارایی بیمارستان، کیفیت خدمات بیمارستان، دسترسی به خدمات بیمارستان، رضایت بیماران و انگیزه‌ی ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی اثر می‌گذارد. بنابراین، محاسبه‌ی دقیق، شفاف و عادلانه‌ی تعرفه خدمات بیمارستانی حایز اهمیت است تا ضمن تامین رضایت ارایه‌کننده و گیرنده‌ی خدمات بیمارستانی، منجر به افزایش اثربخشی و کارایی نظام سلامت شود.

44 Average-cost pricing
45 Pay for performance
46 Fee-For-Service (FFS)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

باتوجه‌به این‌که بیمارستان نیز مانند هر بنگاه اقتصادی باید به‌دنبال حداکثرنمودن سود باشد، انتظار می‌رود که مدیران بیمارستان‌ها در صورت وجود تعرفه‌ی منطقی خدمات بیمارستانی، انگیزه‌ی زیادی برای کاهش هزینه‌های غیرضروری داشته باشند. بنابراین، به‌کارگیری روش‌های پرداخت آینده‌نگر و ثابت، منجر به کاهش هزینه‌های بیمارستانی می‌شود. به‌عنوان مثال، بیمه‌ی سلامت مدیکیر آمریکا در سال ۱۹۸۹ میلادی، روش ثابت بودجه‌ی کلی[47] را برای کنترل هزینه‌ی پزشکان درنظر گرفت. در این روش، سقفی برای بازپرداخت به هر پزشک درنظر گرفته شد [۲۷]. مطالعه‌ای در ایالت مریلند آمریکا در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۵ میلادی نشان داد که به‌کارگیری یک روش بودجه‌ی گلوبال منجر به استفاده‌ی بهینه از منابع بیمارستانی و کاهش هزینه‌ی ارایه‌ی خدمات بیمارستانی شد [۳۴]. در برخی کشورها، تعرفه‌ها در سطح استانی، متناسب با شرایط محلی تعیین می‌شوند. به‌عنوان مثال، در ایتالیا از روش پرداخت آینده‌نگر گروه‌های تشخیصی وابسته و تعرفه‌ی تعیین‌شده در سطح ملی برای بازپرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت استفاده می‌شود. باوجوداین، در استان لومباردی[48] از یک سیستم محلی متناسب با نرخ تورم و هزینه‌های ارایه‌کنندگان منطقه‌ی تحت پوشش برای پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و کنترل رفتار آن‌ها استفاده می‌شود [۳۵].

استفاده از روش‌های پرداخت گذشته‌نگر و متغیر، منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. مطالعه‌ای در ۱۹ کشور عضو سازمان همکاری و توسعه‌ی اقتصادی نشان داد که پرداخت کارانه منجر به افزایش ۱۱٪ هزینه‌های سلامت شد [۳۶]. مطالعه‌ای روی ۲۸ کشور آسیای میانه و اروپای شرقی نشان داد که استفاده از کارانه منجر به افزایش ۷/۵٪ پذیرش بیماران شد، ولیکن بر مدت اقامت بیماران تاثیری نداشت. کارانه تا ۲۰٪ موجب افزایش هزینه‌ی سرانه سلامت شد. در مقابل، استفاده از روش گروه‌های تشخیصی وابسته منجر به کاهش ۴٪ متوسط اقامت بیماران در بیمارستان و افزایش ۲۱٪ هزینه‌های سلامت شد [۳۷].

در تئوری، اگر تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بیش‌تر از هزینه‌ی تمام‌شده‌ی خدمات باشد، مدیران بیمارستان‌ها با افزایش سود، کیفیت خدمات را افزایش می‌دهند تا در بازار رقابت، مشتری بیش‌تری داشته باشند. با وجود این، باتوجه‌به این‌که تعرفه در روش پرداخت گروه‌های تشخیصی وابسته براساس متوسط هزینه‌ی خدمات بیمارستان‌ها است، با احتمال کم‌تری منجر به افزایش کیفیت خدمات بیمارستانی می‌شود. به‌عنوان مثال، مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که تعرفه‌ی ثابت گروه‌های تشخیصی وابسته، اثری روی کیفیت خدمات بیمارستانی ندارد [۲۲]. همچنین، مطالعات نشان داده که تعرفه‌ی بالای خدمات، منجر به افزایش انگیزه‌ی ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی به ارایه‌ی خدمات بیش‌تر می‌شود. به‌عنوان مثال، پژوهشی در چین بیانگر افزایش استفاده از سزارین به‌دنبال افزایش تعرفه‌ی سزارین نسبت‌به زایمان طبیعی بود [۳۸]. مطالعه‌ای دیگر در چین نشان داد که باتوجه‌به بالابودن تعرفه‌ی انجام سی.تی.اسکن نسبت‌به هزینه‌ی تمام‌شده‌ی آن در برخی بیمارستان‌ها، به پزشکان مبلغ ۱۰ یوان برای تجویز سی.تی.اسکن داده‌شد [۳۹].

همچنین، تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی، بر دسترسی بیماران به خدمات بیمارستانی و عدالت اثر می‌گذارد. تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی باید به‌گونه‌ای تعیین شود که موجب افزایش انگیزه‌ی ارایه‌کنندگان خدمات سلامت برای ارایه‌ی خدمات در مناطق دورافتاده و محروم شود. تعرفه‌ی ثابت و کم‌تر از هزینه‌ی تمام‌شده‌ی خدمات بیمارستانی ممکن است منجر به عدم‌ارایه‌ی برخی خدمات گران‌قیمت به بیماران شود. به‌عنوان مثال، تعرفه‌ی ثابت گروه‌های تشخیصی وابسته در آمریکا گاهی موجب شده که مدیران بیمارستان‌ها، بیماران نیازمند خدمات پرهزینه را پذیرش نکنند [۴۰]. مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که کاهش ۱۰٪ تعرفه‌های بیمه مدیکیر[49] در سال ۲۰۰۹ میلادی، منجر به کاهش حجم فعالیت بیمارستان‌ها و به‌دنبال آن، کاهش ۵٪ استفاده از خدمات بیمارستانی شد [۵]. در مقابل، مطالعه‌ای در کانادا نشان داد که با افزایش دو برابری تعرفه‌ی سزارین نسبت‌به زایمان طبیعی، احتمال انتخاب روش سزارین توسط پزشکان ۵٪ افزایش یافت [۴۱]. پژوهش مشابهی در چین نیز افزایش تعرفه‌ی سزارین را دلیل افزایش سزارین غیرضروری بیان کرد [۳۸].

چنانچه تعرفه‌ی تعیین‌شده توسط دولت یا بیمه‌های سلامت عمومی کم‌تر از هزینه‌ی ارایه‌ی خدمات بیمارستانی باشد، مدیران بیمارستان‌ها برای جبران این کسری، هزینه‌ی بیش‌تری به بیماران بیمه‌های خصوصی تحمیل می‌کنند. پس از مدتی، بیمه‌های خصوصی با مذاکره با بیمارستان‌ها، تعرفه‌های خود را کاهش می‌دهند و در نتیجه بیمارستان‌ها، هزینه‌ی بیش‌تری را به بیماران فاقد بیمه‌ی سلامت تحمیل می‌کنند[50]. به‌عنوان مثال، در آمریکا، اختلاف میان هزینه و پرداخت بیماران خصوصی از ۱۵٪ در اوایل دهه‌ی ۱۹۸۰ میلادی به ۳۱/۸٪ در سال ۱۹۹۲ میلادی رسید [۱۹]. به‌عبارتی، بیمه‌های عمومی و خصوصی چون قدرت بیش‌تری در

[47] Global budget
[48] Lombardy
[49] Medicare
[50] Cost shifting

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

مذاکره با بیمارستان‌ها دارند، از تخفیف‌های بیش‌تری برای بیماران خود بهره‌مند می‌شوند، ولیکن بیماران فاقد بیمه‌ی سلامت باید هزینه‌ی کامل را بپردازند.

کنترل هزینه، عدالت، رضایت و شفافیت، از شاخص‌های اصلی ارزشیابی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی هستند. تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی و روش پرداخت به بیمارستان‌ها باید منجر به کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی بیمارستان‌ها شود. استفاده از روش‌های ثابت پرداخت، منجر به افزایش کارایی بیمارستان‌ها می‌شود. به‌عنوان مثال، مطالعات نشان داده که به‌کارگیری روش بودجه‌ی گلوبال و گروه‌های تشخیصی وابسته، منجر به کاهش اقامت بیماران در بیمارستان‌ها می‌شود [۳۴،۴۰]. فرآیند تعیین تعرفه‌های خدمات بیمارستانی باید شفاف باشد تا منجر به افزایش پاسخ‌گویی مدیران نظام سلامت شود. در استرالیا، موسسه‌ی مستقل قیمت‌گذاری خدمات بیمارستانی، وظیفه‌ی تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستان‌ها را برعهده دارد. شفافیت، یکی از اصول راهنمای این موسسه است. این موسسه اطلاعات مرتبط با تعرفه و کیفیت خدمات بیمارستانی را در وب‌سایت خود برای عموم منتشر می‌کند [۴۲]. همچنین، تعرفه‌گذاری صحیح خدمات بیمارستانی باید با افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، بهبود کیفیت خدمات و کاهش پرداخت‌ازجیب و غیررسمی، منجر به افزایش رضایت بیماران و جامعه شود.

نتیجه‌گیری

تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی، قیمت دستوری خدمات بیمارستانی است که توسط مراجع قانونی تعیین می‌شود و خریداران خدمات بیمارستانی باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی پرداخت کنند. تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بر هزینه‌های نظام سلامت، کارایی بیمارستان‌ها، دسترسی به خدمات بیمارستانی و رضایت بیماران و ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی اثر می‌گذارد. هزینه‌ی تمام‌شده و ارزش خدمات بیمارستانی و سود متعارف مورد انتظار ارایه‌کننده خدمات بیمارستانی باید در تعیین تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی، مورد توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار گیرد. در نهایت، کنترل هزینه، عدالت، رضایت و شفافیت برای ارزشیابی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی مناسب هستند.

پژوهش حاضر با استفاده از مرور مفهومی به تبیین واژه‌ی تعرفه خدمات بیمارستانی پرداخت و ضمن تعریف آن، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی آن را شناسایی و تبیین کرد و در نتیجه، مدلی مفهومی برای تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی طراحی شد. پیش‌نهاد می‌شود پژوهشگران با استفاده از مطالعات کمی و کیفی، به توسعه‌ی این مدل مفهومی کمک کنند. همچنین، مطالعات محدودی در زمینه‌ی تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی انجام شده که با غربالگری آن‌ها، مدلی مفهومی در این پژوهش پیش‌نهاد شد. پیش‌نهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی، حداقل هر پنج سال یک‌بار انجام شوند تا منجر به توسعه‌ی مدل مفهومی پیش‌نهادی مطالعه‌ی حاضر شوند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

رقابت ارایه‌کنندگان خدمات سلامت بر سر قیمت خدمات ممکن است موجب افزایش کارایی و کاهش کیفیت خدمات سلامت شود. بنابراین، سیاست‌گذاران بخش سلامت باید به‌دنبال روش‌های مناسب تعرفه‌گذاری خدمات سلامت باشند تا در کنار افزایش کارایی بیمارستان‌ها، کیفیت خدمات سلامت را نیز تضمین کنند. نظام تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی، پیچیده و چالشی است. باتوجه‌به ماهیت اختصاصی نظام سلامت و شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری هر کشور، باید از مدل‌ها، روش‌ها و ابزارهای اختصاصی تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی استفاده شود. توسعه‌ی اجتماعی-اقتصادی، ظرفیت مالی-اداری، پذیرش جامعه و مسئولیت‌پذیری سیاسی، از عوامل مهم موثر بر فرایند تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی هستند. مشارکت گروه‌های ذی‌نفع اصلی در فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی ضروری است. برای تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی باید به ساختار نظام سلامت، نوع بیمه‌های سلامت، درآمد مردم و توان پرداخت آن‌ها، الگوی مصرف خدمات بیمارستانی، نظام پرداخت هزینه‌های سلامت و رفتار ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی توجه داشت.

تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی بر هزینه‌های نظام سلامت، کارایی بیمارستان‌ها، دسترسی به خدمات سلامت و رضایت بیماران و ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی اثر می‌گذارد. نظام تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی ایران ترکیبی از روش‌های بودجه، کارانه و موردی است. ارزش نسبی خدمات بیمارستانی ایران، به روش کارانه و از کتاب «ارزش نسبی» استخراج می‌شود. همچنین، در روش موردی، برای حدود ۹۰ عمل جراحی شایع، تعرفه‌ی گلوبال درنظر گرفته شده‌است. مراجع قانونی باید هزینه‌ی تمام‌شده‌ی خدمات بیمارستانی، ارزش خدمات بیمارستانی، روش پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی، میزان رقابت میان ارایه‌کنندگان خدمات بیمارستانی و تقاضا برای خدمات بیمارستانی را در محاسبه و تعیین تعرفه‌ی خدمات بیمارستانی مورد توجه قرار دهند. در تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی باید از روش‌های ترکیبی مبتنی بر ارزش و هزینه استفاده شود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر، برگرفته از بخشی از پایان‌نامه‌ی دکتری اقتصاد سلامت تحت عنوان «ارایه‌ی الگوی تعرفه‌گذاری خدمات بیمارستانی کشور» (با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1397.226) است که با حمایت گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

References

1- Barnum H, Kutzin J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. 1st Edition Baltimore. Uk: Johns Hopkins University Press. 1993:p1
2- Mosadeghrad A, Afshari M, Nasrolahi R, Daneshgar S, Corani Bahador R. The Impact of Health Transformation Plan on Deductions Imposed on Imam Khomeini Hospital Complex's Bills. Journal of Hospital. 2018;17(2):71-9. (Persian)
3- Mosadeghrad AM. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. International journal of health care quality assurance. 2014;27(4):320-35.
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(4):277-282. (Persian)
5- White, C. Cutting medicare hospital prices leads to a spillover reduction in hospital discharges for the nonelderly. Health services research, 2014:49 (5), 1578-1595.
6- Khan SK, Weusten A, Bonczek S, Tate A, Port A. The Best Practice Tariff helps improve management of neck of femur fractures: a completed audit loop. British Journal of Hospital Medicine. 2013;74(11):644-7.
7- Picht H, Draskau J. Terminology: an introduction: University of Surrey, Department of Linguistic and International Studies, 2nd ed, Guildford; UK, Surrey, 1985:p15
8- Wilson, J. Thinking with concepts, 1st ed, United Kingdom. Cambridge University Press: 1963:p8.
9- Walker, L. O., & Avant, K. C. Strategy for theory construction in nursing. Connecticut: Appleton-Century Crofts. 3rd ed. London. 1995:p222.
10- Rogers, R. R. Reflection in higher education: A concept analysis. Innovative higher education,2001: 26(1): 37-57.
11- Morse, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. Advances in Nursing Science.1995: 17(3), 31–46.
12- Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB & Waye Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. Journal of Milbank Quarterly 2007; 85(4): 729-68.
13- Oxford English dictionary. Definition of Tariff. [Access date 15/09/2020] Available at: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/tariff?q=tariff
14- Merriam-Webster dictionary. Definition of Tariff. [Access date 15/09/2020] Available at: https://www.merriam-webster.com/dictionary/tariff
15- Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. World Health Organization; 2019.
16- Coculescu BI, Coculescu EC, Purcărea VL. Price and distribution policies in healthcare marketing in Romania. Journal of medicine and life. 2017;10(2):144.
17- McLean TR. Using the market to regulate health care price: Why heart hospitals will have a competitive advantage in the world of post-diagnostic related group pricing. American Heart Hospital Journal. 2004;2(3):165-9.
18- Hughes T, Higginson I, Mann C. Tariffs in emergency care. British Journal of Hospital Medicine. 2014;75(11):631-6.
19- Tompkins CP, Altman SH, Eilat E. The precarious pricing system for hospital services. Health Affairs. 2006;25(1):45-56.
20- Gaynor M, Ho K, Town RJ. The industrial organization of health-care markets. Journal of Economic Literature. 2015;53(2):235-84.
21- Padua Filho W, Padua G. How much should cost a medical consultation? A marketing analysis from the viewpoint of health sector in Brazil. International Journal of Healthcare Management. 2016;9(2):127-33.
22- Farrar S, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Sussex J, Scott A. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. British Medical Journal. 2009;339.
23- Allen P, Petsoulas C. Pricing in the English NHS quasi market: a national study of the allocation of financial risk through contracts. Public Money & Management. 2016;36(5):341-8.
24- Audibert M, Mathonnat J, Pareil D, Kabamba R. Analysis of hospital costs as a basis for pricing services in Mali. The International Journal of Health Planning and Management. 2007;22(3):205-24.
25- Wiley M. Costing Hospital Case-Mix: The European Experience. In Casas M, Wiley M, editors. Diagnosis Related Groups in Europe. Berlin: Springer-Verlag; 1993. P. 138-154.
26- 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(12):17-32.
27- Mougeot M, Naegelen F. Hospital price regulation and expenditure cap policy. Journal of Health Economics. 2005;24(1):55-72.
28- Brammli-Greenberg S, Waitzberg R, Perman V, Gamzu R. Why and how did Israel adopt activity-based hospital payment? The procedure-related group incremental reform. Health Policy. 2016;120(10):1171–6
29- Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Häkkinen U, Kobel C, Mateus C, Or Z, O'Reilly J, Serdén L, Street A. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?. Bmj. 2013;346:f3197.
30- Sorenson C, Drummond M, Torbica A, Callea G, Mateus C. The role of hospital payments in the adoption of new medi-

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

cal technologies: an international survey of current practice. Health Economics, Policy and Law, 2015;10:133.
31- Epstein D, Mason A. Costs and prices for inpatient care in England: Mirror twins or distant cousins?. Health Care Management Science. 2006;9(3):233-42.
32- Peabody JW, Lee S, Bickel SR. Health for all in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care. Health Policy; 1995. 31(1):29-42.
33- Propper C, Söderlund N. Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs. Health Economics. 1998;7(3):187-97.
34- Delanois RE, Gwam CU, Cherian JJ, Etcheson JI, Castrodad IM, Spindler KP, Mont MA. An analysis of centers for Medicare & Medicaid service payment in Maryland: can a global budget revenue model save money in lower Extremity arthroplasty? The Journal of arthroplasty. 2019;34(2):201-5.
35- Fattore G, Torbica A. Inpatient reimbursement system in Italy: how do tariffs relate to costs?. Health care management science. 2006;9(3):251-8.
36- Gerdtham UG, Søgaard J, Andersson F, Jönsson B. An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries. Journal of health economics. 1992;11(1):63-84.
37- Moreno-Serra R, Wagstaff A. System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia. Journal of Health Economics. 2010;29(4):585-602.
38- Bogg L, Huang K, Long Q, Shen Y, Hemminki E. Dramatic increase of Cesarean deliveries in the midst of health reforms in rural China. Social science & medicine. 2010;70(10):1544-9.
39- Liu X, Liu Y, Chen N. The Chinese experience of hospital price regulation. Health Policy and Planning. 2000;15(2):157-63.
40- Dranove D. Rate-setting by diagnosis related groups and hospital specialization. The RAND Journal of Economics. 1987; 18(3):417-27.
41- Allin S, Baker M, Isabelle M, Stabile M. Physician Incentives and the Rise in C-sections: Evidence from Canada. National Bureau of Economic Research; 2015. [Access date 15/09/2020] Available at: https://appam.confex.com/appam/2015/webprogram/Paper14355.html
42- Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Institutions for health care price setting and regulation: A comparative review of eight settings. The International Journal of Health Planning and Management. 2020;35(2):639-48.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]

Hospital Tariffs: A Conceptual Analysis

Mosadeghrad Ali Mohammad[1], Isfahani Parvaneh[2], Karimi Fereshteh[3]*

1- Associate professor, Department of Health management and economics, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Assistant professor, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
3- Ph.D Student, Department of Health management and economics, School of Public Health, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Tariff setting in the health sector affects the access, efficiency, and quality of healthcare services. However, the concept of hospital tariffs is vague and complicated. Therefore, this study aimed to explain the concept, attributes, antecedents, consequences, assessment indicators of hospital tariff.

Methods: This research was conducted using the conceptual review method from January to March 2020. All published articles related to hospital tariff were searched until December 31, 2019, in eight databases (Web of Science, PubMed, ScienceDirect, Embase, Scopus, Magiran, Iranmedex, and SID). Finally, 41 articles were selected and analyzed.

Results: Hospital tariff is defined as "The price of hospital services set by regulating authorities and purchasers (i.e., the government, health insurer, patients, etc.) that must be paid to the hospital in exchange of services". The hospital tariff affects health system costs, hospital efficiency, access to health services, and satisfaction of both patients and hospital service providers. The cost of hospital services, the value of services, and the accepted profit are the main elements of hospital tariffs. The cost of hospital services, payment method, competition among hospitals, and the demand for hospital services are the main determinants of hospital tariffs. Cost control, fairness, satisfaction, and transparency are good indicators for evaluating hospital tariffs.

Conclusion: Health policy-makers need to consider the antecedents and consequences of hospital tariffs to satisfy both hospital service providers and customers, improve service quality, increase access to hospital services, and enhance hospital efficiency.

Keywords: Hospital Service Tarif, Concept Analysis, Cost Control, Healthcare Quality, Health Policy

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital service tariff: a conceptual analysis. Hakim Health Sys Res. 2020; 23(2): 246-259.

***Corresponding Author:** Health Economics and Management Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: (+98)2142933006, E-mail: fereshtek69@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-07-19]