

قیمت‌گذاری خدمات سلامت*

مروری بر روشها و تجربه‌ها

هاگ واترز - پیتر هاسی

ترجمهٔ نجمه مرادی**

۱. مقدمه

در خصوص دسترسی بهتر به مراقبتهای درمانی و حمایت در برابر هزینه‌های مالی ناشی از بیماری، فعالیت‌های بسیاری با تأکید بر تأمین مالی مراقبتهای سلامت صورت پذیرفته است. بحث قیمت‌گذاری خدمات درمانی نیز می‌تواند بخشی از این فعالیتها باشد که از طریق تدوین استراتژی‌های خرید و قیمت‌گذاری خدمات به کاراتر و عادلانه‌تر کردن مصارف مراقبتهای سلامت کمک می‌کند.

ارتقای سلامت به عنوان اولین هدف نظام سلامت نیازمند فعالیتهایی از قبیل بهبود سیاست‌گذاری‌ها، پررنگ کردن نقش حاکمیت، دسترسی بهتر به منابع انسانی، دارو، تجهیزات پزشکی و تشویق بیشتر ارائه‌دهندگان بخش خصوصی و دولتی است. در این راستا مدیریت کارا و اثربخش منابع کمیاب نظام سلامت مهمترین اصل است. تجربه نشان داده که بدون

* Pricing Health Services For purchasers: A Review of methods and Experiences Hugh waters and Peter Hussey, Health, Nutrition and population (HNP) Discussion paper, 2004, the world Bank

** کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، ادارهٔ کل هماهنگی و نظارت بر امور بیمه‌ای، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.

سیاست‌گذاری‌های استراتژیک و تأکید بر مکانیسم‌های مصرف، افراد فقیر و سطح پایین جامعه آسیب خواهند دید. استفاده از فرایند خرید به عنوان ابزار بهبود عملکرد بخش عمومی در سایر بخشهای اقتصاد نیز دیده می‌شود. این استراتژی در بخش بهداشت و درمان نیز بسیار مفید است و درسهای آموخته‌شده در کشورهای در حال توسعه با موفقیت همراه بوده است. برای بهبود پاسخگویی و عملکرد بخش عمومی وظایف تأمین مالی مراقبتهای سلامت را از فرایند تولید و ارائه خدمت جدا می‌کنیم.

در این بخش راههای مختلف قیمت‌گذاری خدمات درمانی در شرایط نیروهای بازار و رقابت مدیریت‌شده را بررسی می‌کنیم و در نهایت به این نتیجه خواهیم رسید که قیمت‌گذاری انتخابی و متفاوت می‌تواند در دستیابی به اهداف تخصیص منابع و خرید کارساز باشد.

در این بررسی روشها و تجارب بین‌المللی مربوط به هزینه‌یابی و تعیین خدمات سلامت از دید خریداران مراقبتهای سلامت بازنگری می‌شود. در این بررسی با استفاده از مثالهایی از محیط‌های بین‌المللی و با تکیه بر اطلاعات مصرف مخارج و هزینه خدمات سلامت و نیز تجارب مناسب کشورهای با درآمد پایین و متوسط. - با تأکید بر قیمت‌گذاری خدمات سلامت در رابطه با هزینه واقعی - بحث خواهد شد، ضمن اینکه محرکهای فرایند تولید و مصرف خدمات سلامت نیز در نظر گرفته شده است.

قیمت‌گذاری خدمات درمانی جزء اصلی بحث تخصیص منابع و خرید در نظامهای مراقبت سلامت است. سوالات مطرح در مدیریت منابع و خرید نظام سلامت از نظر پرکر^۱ به شرح زیر است:

۱. برای چه کسی خرید می‌شود (تفاضل) - متقاضی؟
 ۲. چه چیزی، به چه شکلی خرید می‌شود؟، چه مواردی استثناست (عرضه)؟
 ۳. چه قیمتی و به چه صورت می‌باید پرداخت شود؟
 ۴. از چه کسی، با چه قیمتی و به چه میزان خرید باید صورت پذیرد (بازار تولید خدمات)؟
- در این بحث بر پاسخگویی به پرسش سوم و قیمت پرداختی و مکانیسم پرداخت تأکید شده است. هدف اصلی محاسبه سطح پرداخت در نظامهای مختلف پرداخت است (گذشته‌نگر یا آینده‌نگر بودن نظام)

1. Preker

بحث شامل دو بخش است:

۱. مرور روشها و تجربه های قیمت‌گذاری
۲. مثالهایی از نحوه تنظیم قیمت

۱-۱. اهمیت قیمت‌گذاری

از دیدگاه کلی، اهداف عمده و ضرور در قیمت‌گذاری خدمات سلامت به شرح زیر است:

- منصفانه بودن پرداختی به ارائه‌دهنده خدمات (با توجه به کار ایشان)
 - قیمت‌ها انعکاس واقعی هزینه‌ها باشد و سبب پایداری سیستم شود.
 - اطمینان از اینکه ساختار قیمت‌گذاری از کاربرد مناسب داروها و مراقبت‌هایی که به پیامدهای سلامت خوب^۱ منجر می‌شود حمایت کند.
- جدا از نوع نظام پرداخت، خریداران به مکانیسمی اثربخش برای اتصال قیمت پرداختی به هزینه‌های واقعی آن خدمات نیاز دارند چرا که اگر قیمت‌ها انعکاس هزینه‌های واقعی نباشند، اهداف سلامت در قیمت‌گذاری لحاظ نشده، و پیامدهای زیر را به دنبال خواهد داشت.
- ممکن است ارائه‌دهنده خدمت برای جبران ناکافی بودن پرداختی فعلی به پرداخت‌های غیررسمی روی آورد.
 - از درمان بیماران بد حال اجتناب کند.
 - الگوهای نامناسب ارجاع در سطوح مختلف افزایش یابد.
 - کیفیت خدمات ارائه‌شده کاهش یابد.
 - با توجه به ارتباط قیمت با هزینه واقعی خدمات و ارزش آن برای افراد، و پیامدهای خارجی مثبت برخی از خدمات از جمله واکسیناسیون ممکن است خدمات بیش از حد یا کمتر از حد استفاده شود.
 - بدون توجه به نوع نظام پرداخت، محاسبه هزینه خدمات خاص یا بسته‌های خدمتی نیازمند روشی برای تخصیص هزینه‌های غیرمستقیم خدمات ارائه‌شده به بیماران است.
 - عدم اطمینان از اینکه ساختار قیمت‌گذاری از استفاده متناسب داروها و مراقبت‌های درمانی مورد نیاز حمایت کند.

1. good health

۲-۱. عوامل مؤثر بر تصمیمات قیمت‌گذاری

چندین عامل وجود دارد که بر قیمت تعیین‌شده برای خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد. این عوامل عبارت است از:

۱. روش پرداخت به ارائه‌دهنده خدمت
 ۲. در دسترس بودن اطلاعات در خصوص هزینه‌ها، حجم خدمات ارائه‌شده، پیامدها، روش محاسبه هزینه ارائه خدمت و...
 ۳. مشخصات ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت از قبیل محیط قانونی، استقلال ارائه‌دهنده، قدرت توافق و درجه رقابت
- هر سه عامل یادشده بر قیمت‌گذاری خدمات مؤثر است و به یکدیگر نیز وابسته. محاسبه هزینه در روشهای مختلف پرداخت متفاوت است. البته مشخصات ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت نیز بر فرایند و روش پرداخت به ارائه‌دهنده تأثیر دارد.
- در ادامه بحث راجع به این سه عامل، نتایج قیمت‌گذاری در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، و کاربرد این روش‌ها در این کشورها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۲. مروری بر روشهای پرداخت به ارائه‌دهنده خدمت

برای تنظیم قیمت‌ها به چند عامل باید توجه داشت:

۱. واحد پرداخت
۲. گذشته یا آینده‌نگر بودن نظام پرداخت. در نظامهای گذشته‌نگر پرداختها بعد از ارائه خدمت محاسبه می‌شود. در حالی که در نظامهای آینده‌نگر قبل از ارائه خدمت، پرداختها محاسبه می‌شود. گذشته یا آینده‌نگر بودن نظام پرداخت به نوع نظام پرداخت برمی‌گردد. برای مثال، نظام سرانه‌ای آینده‌نگر است، اگرچه برخی از نظامهای پرداخت می‌توانند هم گذشته‌نگر و هم آینده‌نگر باشند. نکته اصلی در قیمت‌گذاری خدمات درمانی این است که در نظامهای آینده‌نگر قیمت انعکاسی از هزینه‌های پیش‌بینی‌شده برای ارائه خدمت است، در حالی که در نظامهای گذشته‌نگر قیمت باید انعکاس‌دهنده هزینه‌های واقعی باشد. هدف نهایی قیمت‌گذاری در نظامهای آینده‌نگر این است که تا آنجا که ممکن است محاسبه تغییرات هزینه‌ای قابل پیش‌بینی‌تر باشد.

۳. ثابت یا متغیر بودن نظام پرداخت. در نظام متغیر مقدار کل پرداختی تابعی است از حجم فعالیت انجام شده. در نظام ثابت مقدار پرداخت محدود است.

ثابت یا متغیر بودن نظام کاربرد مثبتی در محاسبه قیمت هر واحد خدمت دارد. در نظامهای متغیر، قیمت هر خدمت ثابت است، در حالی که در نظامهای ثابت قیمت هر خدمت در ارتباط با حجم خدمت متفاوت است، به گونه‌ای که کل پرداختی در بیشتر نظام پرداختهای ثابت کاهش می‌یابد.

جدول شماره ۱ خلاصه‌ای از روشهای پرداخت و انگیزه‌های رفتاری ارائه‌دهندگان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. نظام پرداخت ارائه‌دهنده					
درجه انگیزش رفتار ارائه دهنده			ثابت / متغیر	گذشته‌نگر / آینده‌نگر	مکانیسم پرداخت
محدودیت هزینه‌ای	ارائه	پیشگیری			
+++		- / +	ثابت	آینده‌نگر	بودجه خطی
+++	--	++	ثابت	آینده‌نگر	بودجه کلی
+++	--	+++	متغیر	گذشته‌نگر	سرانه (بارقابت)
+++	++	- / +	متغیر	گذشته‌نگر / آینده‌نگر	موردی (مرتبط با تشخیص)
---	+++	- / +	متغیر	گذشته‌نگر	کارانه

منبع: فرم اطلاعات به روز شده گزارش سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۰۰ جگرز و دیگران (۲۰۰۲)

همان طور که در جدول نشان داده شده، روش پرداخت به ارائه‌دهنده را می‌توان بر اساس واحد خدمت طبقه‌بندی کرد. واحد خدمت می‌تواند برای هر خدمت ارائه‌شده (کارانه) یا برای مجموعه خدمات مرتبط با یک تشخیص^۱ موردی یا برای کلیه خدمات مربوط به بیمار در یک

1. percase

دوره زمانی (لازم)، یا کلیه خدمات ارائه شده به کلیه بیماران در یک دوره زمانی^۱ باشد. نظام‌های بودجه کلی و بودجه خدمتی گذشته‌نگر است. (کل پرداخت ثابت برای یک دوره زمانی معین). در این نظامها سطح پرداخت بر اساس سطح پرداخت قبلی و با توجه به نرخ تورم تدوین می‌شود. تفاوت بودجه خدمتی و کلی این است که در بودجه خدمتی تخصیص منابع بین گروه‌های خدماتی صورت نمی‌گیرد، در حالی که در بودجه کلی این فرایند تخصیص منابع صورت می‌پذیرد. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بودجه خدمتی و بودجه کلی رایج‌ترین شیوه پرداخت است. در این روش پرداخت، خریداران قادر به کنترل سطوح پرداخت بوده و برای ارائه‌دهندگان خدمت جهت محدود کردن هزینه‌های قوی وجود دارد. اما هیچ تضمینی برای اطمینان کیفی محصولات وجود ندارد. در این نظام معمولاً خدمات سلامت مهم کمتر ارائه خواهد شد و ارائه‌دهندگان تمایل زیادی به ماندن در سطوح تاریخی استفاده از منابع دارند. نظام سرانه نیز گذشته‌نگر است و مقدار پرداخت ثابتی به ازای هر بیمار در یک دوره زمانی معین تعیین می‌شود. در نظام سرانه‌ای کنترل قوی بر قیمت و حجم خدمات وجود دارد. اما چنانچه سطح پرداخت بسیار پایین باشد ممکن است کیفیت مراقبت نیز بسیار پایین باشد یا کمتر از حد ارائه شود.

نظام پرداخت موردی می‌تواند گذشته‌نگر باشد و به ازای هر ترخیص بیمارستانی صورت گیرد. مبنای این نظام معمولاً ترخیص است. نظام کارانه‌ای نظام آینده‌نگر متغیر است که انگیزه ارائه بیش از خدمات را فراهم می‌سازد، زیرا از تمامی نظامهای پرداخت می‌تواند ترکیب شود تا ترکیبی از محرکها برای ارائه‌دهنده و بیمار فراهم آید. در بخش بعدی نوع خدمت و نظام پرداخت در هر کشور را قبل از شروع بحث قیمت‌گذاری برای هر کدام خواهیم آورد.

۲-۱. مثالهایی از کشورهای با درآمد بالا

۱-۱-۲. تنظیم قیمت برای نظام پرداخت کارانه‌ای (مطالعه موردی آلمان)

نظام پرداخت آلمان ترکیبی از نظام کارانه و سطح محدودی از بودجه کلی است. البته نظامهای جبران خدمات جداگانه‌ای برای پزشکان اورژانس و بیمارستانی وجود دارد. پزشکان سرپایی به صورت گذشته‌نگر به ازای هر خدمت ارائه شده جبران خدمت می‌شوند.

1. global or line-item budget

دو برنامه یا جدول حق‌الزحمه ملی وجود دارد که قیمت پرداختی را تعیین می‌کند. اولین جدول حق‌الزحمه - برای بخش خصوصی - به صورت سالیانه در سطح ملی تدوین شده و قیمت به ازای هر خدمت در واحدهای رایج پولی تعیین می‌شود. بخش خصوصی به طور عمده به افراد بالای حد درآمدی مشخص (۹ درصد جمعیت) خدمت ارائه می‌کند. که این گروه از افراد عمدتاً تحت حمایت پوشش‌های خصوصی بیمه‌های عمومی قرار نمی‌گیرند. در برنامه دوم حق‌الزحمه، پرداخت به پزشکان از محل صندوقهای بیماری تأمین می‌شود که این همان بیمه‌گران (صندوقها) هستند که به طور عمومی تأمین مالی شده و اکثر جمعیت را پوشش قرار می‌دهد. جدول حق‌الزحمه دوم: در آلمان تعیین قیمت از طریق جداول حق‌الزحمه شامل دو گام است:

۱. تعیین وزن نسبی قیمت برای خدمات مختلف و تعیین مبنایی پایه برای قیمتها. هر خدمت دارای ارزشی نسبی است که این ارزش نسبی از طریق چانه‌زنی بین انجمن فدرال صندوقهای بیماری و پزشکان در سطح ملی حاصل شده است.

انجمن فدرال مزبور تعیین می‌کند که چه خدماتی تحت پوشش قرار گیرد و کمیته جداگانه‌ای از پزشکان و بیمه‌گران به نام کمیته ارزش‌گذاری و مقیاس ارزش نسبی را تعیین می‌کند.

۲. گام دوم در قیمت‌گذاری، تعیین قیمت هر واحد از مقیاس ارزش نسبی است. در نظام جبران به ازای هر خدمت، پزشکان انگیزه بیشتری برای ارائه خدمات بیشتر دارند (جدول شماره ۱). برای محدود کردن این انگیزه‌ها، پرداخت به پزشکان از بودجه سرانه‌ای توسط انجمن پزشکان منطقه‌ای خواهد بود. در یک مبنای فصلی (سه‌ماهه)^۱ بودجه موجود به تعداد کل واحد ارزش نسبی خدمات ارائه‌شده توسط پزشک در هر انجمن منطقه‌ای تقسیم می‌شود. اگر پزشک خدمات بیشتری ارائه کند، پرداخت به ازای هر خدمت کمتر خواهد بود. به علاوه تعداد جبران خدمات وزن داده شده برای هر بیمار محدود بوده و انجمن پزشکی منطقه‌ای تا حدی توانایی تعدیل مقیاس ارزش بین متخصصین، گروههای خدمتی یا هر دو را دارند.

۲ - ۱ - ۲. تنظیم قیمت در نظام پرداخت موردی در بیمارستانها (مطالعه موردی: کشور استرالیا)

خریداران بخش عمومی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۲ به طور قابل

1. quarterly

2. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

توجهی از نظام پرداخت موردی یا مبتنی بر تشخیص استفاده می‌کنند. ژاپن، فرانسه و استرالیا نیز از جمله این کشورها هستند.

استرالیا از روش پرداخت تشخیص به ازای هر مورد استفاده می‌کند. پرداختهای بیمارستانی در سطح ایالتی تنظیم شده و در همان سطح تخصیص داده می‌شود. بنابراین هر ایالت نظام پرداخت متفاوتی خواهد داشت. برای مثال ایالت ویلز^۱ از نظام موردی آینده‌نگر مبتنی بر تشخیص و ایالت ویکتوریا^۲ از پرداخت مبتنی بر تشخیص استفاده می‌کند. در اینجا چون ایالت ویکتوریا اولین ایالتی بوده که از نظام مبتنی بر تشخیص^۳ استفاده کرده (۱۹۹۳) برای مطالعه موردی ما در نظر گرفته شده است.

گامهای اصلی برای تنظیم قیمت در نظام پرداخت مبتنی بر تشخیص به شرح زیر است:

۱. توسعه یا ایجاد نظام طبقه‌بندی تشخیص
۲. تعیین وزن نسبی برای هر گروه تشخیص
۳. تعیین یک سطح پرداخت به ازای هر واحد وزن نسبی
۴. تعدیل نرخ پرداخت

کشور استرالیا نظام طبقه‌بندی خود را بر اساس نظام گروه‌های تشخیص وابسته امریکا به‌روز کرده است. این رویه در کشورهایی که از روش پرداخت مبتنی بر تشخیص استفاده می‌کنند، امری متداول است، اگرچه برخی کشورها از نظام مزبور بدون انجام تعدیلات استفاده کرده‌اند. در ایالت ویکتوریا، وزنه‌های نسبی یا به وسیله سنجش هزینه‌ها تعیین می‌شود که در ادامه نحوه تعیین آنها تشریح خواهد شد، یا اینکه وزن نسبی از نظام پرداخت مبتنی بر تشخیص امریکا یا سایر کشورها استفاده می‌کند. ایالت ویکتوریا تعدیلاتی در نظام پرداختها به شرح زیر ایجاد کرده است.

- تبیین نظام پرداخت ثابت بیمارستانی برای هزینه‌های سربار که از نظام مبتنی بر تشخیص جدا می‌شود (برای پیشگیری از بروز انگیزه‌های نظام مبتنی بر تشخیص در پذیرش تعداد بیشتری از بیماران).
- تعدیل قیمت‌ها برای بیمارانی که هزینه‌های بسیار بالایی دارند. و بیمارستانی که میزان پذیرش بیماران در آنها زیاد بوده اما با توجه به مقیاس اقتصادی پرداخت کمتری دارند.

1. Wales

2. Victoria

3. Diagnosis-Related Groups (DRG)

۳- ۱- ۲- تنظیم قیمت در نظام پرداخت سرانه‌ای (مطالعه موردی دانمارک و انگلستان)
نظام پرداخت سرانه‌ای نظامی است آینده‌نگر که در آن به ارائه‌دهندگان خدمت برای مراقبت تعداد معینی از افراد برای یک دوره زمانی معین پرداخت ثابتی صورت می‌گیرد. بنابراین قیمت در نظام پرداخت سرانه‌ای عبارت است از میزان پرداخت شده به ارائه‌دهنده خدمات به ازای هر شخص بیمه‌شده در یک دوره زمانی معین. در این نظام پرداخت:
- چنانچه قیمت‌ها با هزینه‌های مورد انتظار دقیقاً برابر باشد، می‌توان گفت که هرگونه افزایش یا کاهش در درآمد نتیجه رویدادهای تصادفی یا الگوهای درمانی است.
- اگر قیمت‌ها کمتر از هزینه‌های مورد انتظار باشد، ارائه‌دهنده خدمت با انتخاب بیماران با ریسک کمتر، هزینه‌های مورد انتظار را کاهش خواهد داد.
از این رو برای آنکه قیمت‌های تنظیم‌شده تا حد امکان به هزینه‌های پیش‌بینی شده برای درمان نزدیک باشد می‌باید پرداختها بر اساس مشخصات شخص بیمه‌شده تعدیل شود. این فرایند را «تعدیل خطر» می‌نامند.

چهارگروه اصلی اطلاعات برای تعدیل ریسک (خطر) لازم است:

۱. اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن و جنس
 ۲. اطلاعات در خصوص مصرف پیشین
 ۳. اطلاعات مصرف واقعی (عطف بماسبق به عنوان نوعی از بیمه اتکایی)
 ۴. اطلاعات شرایط پزشکی مانند تشخیص دیابت
- نیوهوس^۱ چنین برآورد کرد که تعدیل‌گرهای خطر قادرند ۱۵ تا ۲۰ درصد مخارج واقعی را در سطح فردی پیش‌بینی کنند، اگرچه بیشتر تعدیل‌گرهای موجود فقط ۱۰ درصد را توجیه می‌کنند. بر همین اساس وی نظام پرداخت مرکب را توصیه کرده است؛ بدین معنا که در کنار نظام سرانه‌ای از سایر اشکال نظام‌های پرداخت نیز استفاده شود تا از انگیزه ارائه‌دهنده خدمت برای انتخاب بیماران سالمتر کاسته شود.

در کشور انگلستان پزشکان ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه در انجمن منطقه‌ای گروه‌های مراقبت اولیه یا ائتلاف مراقبت اولیه سازمان‌دهی شده‌اند که البته ائتلاف مراقبت اولیه نسبت به گروه مراقبتی از درجه استقلال بیشتری برخوردار است. این گروه‌ها از طریق اولیای امور سلامت

1. Newhouse

منطقه جبران خدمت می‌شود. این پرداخت برای ارائه خدمت یا خرید خدمت مورد نیاز جمعیت عضو (ثبت نام شده) پرداخت می‌شود. قیمت پرداختی برای هر بیمار ثبت شده بر اساس هدف کمی تعیین شده مبتنی بر مشخصات افراد عضو تعیین می‌شود و به تدریج از قیمت‌های قبلی به سمت این هدف حرکت می‌کند.

۲-۲. مثالهایی از کشورهای با درآمد پایین و متوسط

توسعه نظامهای پرداخت کشورهای با درآمد پایین و متوسط محدود به در دسترس بودن اطلاعات در خصوص هزینه‌ها، حجم بیماران و مشخصات آنهاست. به همین خاطر سیستم بودجه کلی و بودجه خدمتی متداول‌ترین روش پرداخت بیمارستانی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط است. با وجود این، برخی کشورها به دلیل اجتناب از انگیزه‌های مربوط به نظام بودجه‌ای کلی یا خدمتی اصلاح نشده، نوآوری‌هایی در نظامهای پرداخت ایجاد کرده‌اند.

- قرقیزستان، کشور قرقیزستان از نظام مرکبی با نظام سرانه‌ای برای پزشکان خانواده و پزشکان مراقبتهای اولیه استفاده می‌کند. برای خدمات پلی‌کلینیک از نظام کارانه‌ای و برای خدمات بیمارستانی از سیستم مبتنی بر تشخیص استفاده می‌شود.
- برزیل، در کشور برزیل نظام سلامت فدرال^۱ برای پرداخت به ارائه‌دهندگان بخش خصوصی و عمومی از نظام پرداخت کارانه‌ای و مبتنی بر تشخیص استفاده می‌کند.
- شیلی، در کشور شیلی بیمارستانهای عمومی از طریق نظام بودجه‌ای و با توجه به الگوهای تاریخی (گذشته)، تعداد و نوع کارمندان جبران خدمت می‌شوند. در نتیجه بیمارستانها هیچ انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌های خود یا برآورده ساختن تقاضا ندارند. در سال ۱۹۹۲ پرداخت‌کننده بیمه عمومی شیلی^۲ نظامی مرکب از نظام کارانه و مبتنی بر تشخیص برای جبران خدمت بیمارستانهای عمومی طراحی کرد که به تدریج جایگزین نظام بودجه‌ای گذشته شد. در نتیجه بیمارستانها به وسیله پایش ستاده‌هایشان و تأکید بر کارایی به این امر پاسخ می‌دهند. پرداخت‌کننده بیمه عمومی شیلی در مراکز سلامت شهری برای مراقبتهای اولیه از نظام سرانه‌ای استفاده می‌کند. البته تعدیلاتی بر اساس محل اقامت و سطح درآمد بیماران در آن انجام می‌شود.

1. Federal United Health System

2. FONASA (Fondo Nacional de Salud)

● کره و تایوان، کره و تایوان که هر دو به پوشش جامعه بیمه درمان برای افراد دست یافته‌اند، به طور عمده از نظام کارانه‌ای استفاده می‌کنند. در هر دو کشور نظام کارانه تورم هزینه‌ها را سرعت بخشیده است. برای مثال در کره، مخارج سلامت در تولید ناخالص داخلی از $\frac{2}{8}$ درصد در سال ۱۹۷۵ به $\frac{4}{3}$ درصد در سال ۱۹۸۶ و $\frac{7}{1}$ درصد در سال ۱۹۹۱ رسیده است. در تایوان، نرخ افزایش در مخارج سلامت در سال ۱۹۹۶ کند بوده است. اما در فاصله ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۷، $\frac{7}{4}$ درصد و از سال ۱۹۹۷ تا سال ۱۹۹۸، $\frac{11}{3}$ درصد رشد داشته است. هر دو کشور نظام پرداخت مبتنی بر تشخیص برای اصلاح محرکهای تورمی نظام جبران خدمت کارانه‌ای پیشنهاد داده‌اند.

۱-۲-۲. خنثی سازی اثرات تورمی نظام کارانه‌ای - تایوان
برای تکمیل ساختار نظام پرداخت کارانه و ایجاد انگیزه برای ارائه‌دهندگان خدمت جهت کنترل هزینه‌ها، نظام پرداخت موردی و بودجه‌ای نیز به ساختار پرداخت این کشور اضافه شد. برای ایجاد انگیزه در افزایش کارایی و اثربخشی ارائه‌دهنده خدمت، نظام پرداخت موردی آینده‌نگر به تدریج وارد و سطح پرداخت بر مبنای موارد زیر تنظیم شده است:

- تعداد اعمال جراحی به کار رفته در هر دوره معین
 - توزیع متوسط اقامت برای هر عمل جراحی
 - داده‌های حاصل از سفارش ملزومات و تجهیزات پزشکی
 - سایر عوامل اختصاصی بیمارستانها که ممکن است هزینه را افزایش یا کاهش دهند.
- در اواخر سال ۱۹۹۸، $\frac{72}{6}$ درصد از کل پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت توسط دفتر بیمه درمان ملی^۱ و $\frac{6}{5}$ درصد از طریق نظام پرداخت موردی انجام شد. شایان ذکر است که دفتر بیمه درمان ملی موارد ذیل را مشمول نظام پرداخت موردی قرار داده است.
۱. اعمال جراحی در ابتدا می‌باید بر اساس نظام موردی جبران خدمت شوند بالاخص اعمال جراحی داخلی.
 ۲. خدماتی که میزان مصرف بالا دارند و سطح نوسان در هزینه‌های واقعی آنها اندک است. همچنین دفتر مزبور نظام پرداخت بودجه‌ای را برای بیماران سرپایی مراقبت‌های دندانپزشکی در سال ۱۹۹۸ معرفی کرد.

1. Butsou National Health Insurance (BNHI)

۲-۲-۲. نظام پرداخت سرانه - تایلند

نظام پرداخت سرانه ابزاری است جانشین برای کنترل هزینه مراقبت‌های سلامت تا از ایجاد تقاضای پیچیده توسط نظام پرداخت موردی اجتناب شود.

برنامه بیمه درمان ملی در آرژانتین، برزیل، نیکاراگوئه و تایلند، نظام پرداخت سرانه را روزآمد کرده‌اند. با وجود این، مستندسازی مربوط به نظام پرداخت سرانه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بسیار محدود است.

در تایلند، قانون تأمین اجتماعی جهت مدیریت تأمین اجتماعی برای پرداخت سرانه‌ای کارگران بیمه‌شده به بیمارستان خصوصی و عمومی طرف قرار داد در سال ۱۹۹۰ تصویب شد. این قانون، بیمه درمان تأمین اجتماعی کارکنان دولتی و کارکنان شرکتهای خصوصی را که بیش از ۱۰ کارمند داشته باشد، پوشش می‌دهد. کارمندان، کارفرما و دولت هر کدام ۱/۵ درصد از دستمزد را به عنوان سهم مشارکت می‌پردازند. نظام پرداخت سرانه جهت عقد قرارداد، کلیه خدمات بیماران سرپایی و بستری که لزوماً بیماری مرتبط با شغل نداشته باشند را تحت پوشش قرار می‌دهد.

در تایلند در اثر نظام سرانه مصرف خدمات سرپایی افزایش و خدمات بستری کاهش یافته است. این نظام رقابت میان ارائه‌کنندگان از طریق فرایند انتخاب ارائه‌دهنده توسط فرد را افزایش داده، با وجود این، محدود بودن اطلاعات در خصوص عملکرد ارائه‌دهنده خدمت از اثرات مثبت رقابتی میان ارائه‌دهندگان کاسته است، خصوصاً زمانی که ارائه‌دهنده کارفرما باشد نه کارمندان. مدارکی مبتنی بر مصاحبه‌های صورت‌گرفته با بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت وجود دارد که نشان می‌دهد در نظام سرانه‌ای داده‌های مورد استفاده برای ارائه خدمت، کمتر از آن سطحی است که به لحاظ پزشکی مطلوب و مد نظر است.

۳. محاسبه هزینه‌ها - روشها و اطلاعات موجود

قیمت تنظیم‌شده برای مراقبت‌های سلامت می‌بایست با هزینه واحد واقعی خدمات مرتبط باشد تا انگیزه برای مصرف بیشتر یا کمتر از حد مراقبت‌های سلامت را به حداقل برساند. از سوی دیگر تعیین هزینه واحد واقعی خدمات سلامت بسیار پیچیده است و به دست آوردن آن به دلیل وجود برخی مشکلات دشوار می‌نماید. از جمله مشکلاتی که در فرایند تعیین هزینه واحد

خدمات وجود دارد، شناسایی و تخصیص هزینه‌های سربار مدیریتی (اجرایی) و سایر هزینه‌های غیرمستقیم هر واحد خدمت است. در این قسمت بر روشهای محاسبه هزینه واحد خدمت مرور و مثالهایی نیز از هر کشور ارائه می‌شود.

هزینه‌یابی درست مهمترین عامل موفقیت همه نظام‌های پرداخت نسبت به نظام بودجه‌کلی و خدمتی است. برای نظام سرانه‌ای، هزینه‌یابی جهت مناقصه و مدیریت قراردادها در زمینه رقابتی بسیار مهم است. هزینه‌یابی درست در نظامهای پرداخت موردی و گروههای تشخیصی وابسته نیز به تصویر واقعی از هزینه ورودی‌های مختلف به ازای هر مورد (بیمار) یا شرایط مورد نظر بستگی دارد.

۱ - ۳. هزینه‌یابی از بالا به پایین در مقابل هزینه‌یابی از پایین به بالا
روشهای محاسبه هزینه مراقبتهای سلامت به طور کلی به دو روش از بالا به پایین و از پایین به بالا قابل تقسیم‌بندی است:

۱ - ۱ - ۳. روش از بالا به پایین

در این روش کل مخارج به واحدهای خدماتی مانند ویزیت بیمار یا روز بیمار^۱ تخصیص می‌یابد و به طور کلی شامل سه مرحله است:

۱. تخصیص هزینه‌ها به مراکز هزینه (مراکز هزینه واحد فعالیت خدمات است مانند بخش‌های بیمارستانی)
۲. تعیین مقدار واحد خدمات به ازای هر مرکز هزینه
۳. تخصیص هزینه‌ها به واحدهای خدماتی

۲ - ۱ - ۳. روش از پایین به بالا

در این روش هزینه‌های داده‌های مورد استفاده برای ارائه یک خدمت جمع می‌شود. تفاوت اصلی بین این دو روش در این است که در روش هزینه‌یابی از پایین به بالا برای تخمین تعداد و نوع خدمات ارائه‌شده هر مرکز هزینه به هر بیمار از داده‌های مربوط به مصرف بیمار استفاده می‌شود.

1. patient hospital days

یازبک^۱ در سال ۲۰۰۲ میان مزایا و معایب هر کدام از دو رویکرد مقایسه‌ای به شرح جدول شماره ۲ انجام داده است.

جدول شماره ۲. مزایا و معایب روشهای محاسبه هزینه‌یابی از بالا به پایین و از پایین به بالا		
شرح	از بالا به پایین	از پایین به بالا
سطح جزئیات	کمتر	بیشتر
فراوانی به ازای هر مداخله	بیشتر	کمتر
شایستگی و مناسب بودن	بهرتر	ممکن است برخی موارد را در برنگیرد
زمان	سریع‌تر	طولانی‌تر
منبع: یازبک، ۲۰۰۲		

هر دو روش در نظامهای گذشته‌نگر و آینده‌نگر قابل کاربرد است. برای مثال روش از پایین به بالا می‌تواند برای محاسبه متوسط هزینه‌ای به ازای هر فعالیت بیمار محور در نظام گروههای تشخیصی وابسته استفاده نمود.

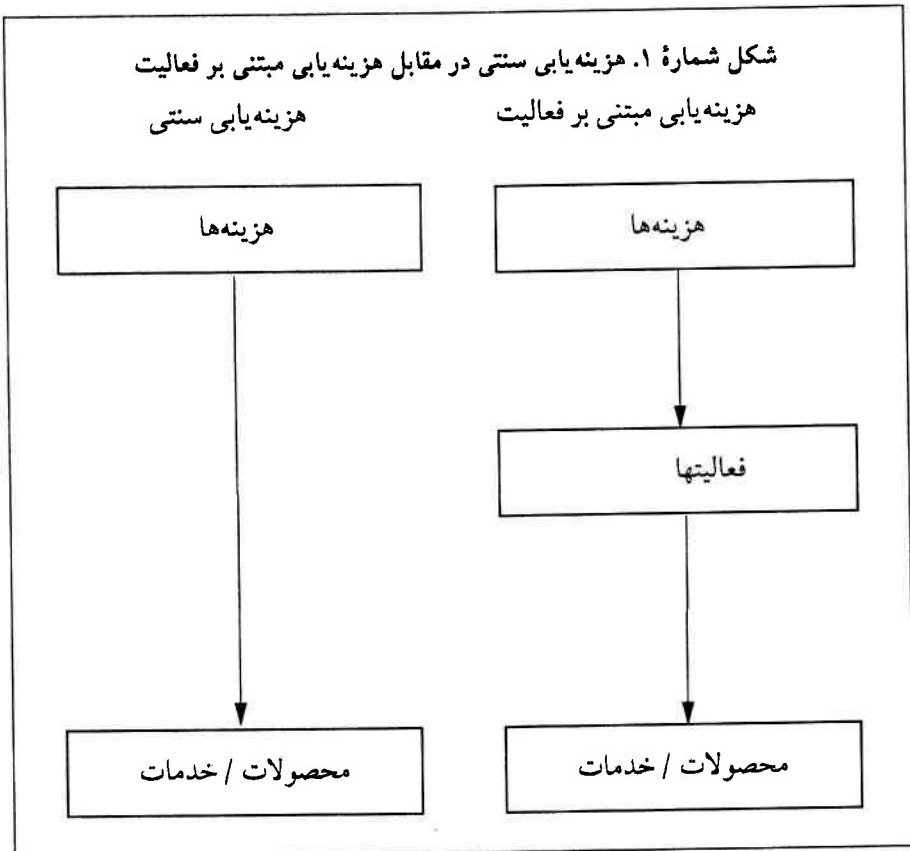
در حالی که روش از بالا به پایین می‌تواند برای تخصیص هزینه به مراکز هزینه و تقسیم بر تعداد گروههای تشخیصی وابسته به ازای هر مرکز هزینه مورد استفاده قرار گیرد. در نظام سرانه‌ای نیز روش از پایین به بالا کاربرد دارد اما نیازمند پیش‌بینی کلیه خدمات مورد نیاز هر بیمار است.

۲-۳. شناسایی و تخصیص هزینه‌ها

در هر دو روش هزینه‌یابی (از پایین به بالا و از بالا به پایین) می‌بایست هزینه‌ها به مراکز هزینه‌ای تخصیص یابد. هزینه‌های مستقیم مانند دارو و ملزومات مصرفی به طور مستقیم به مرکز هزینه‌ای که در آن خدمات سلامت ارائه شده تخصیص می‌یابد. هزینه‌های غیرمستقیم

1. Yazbeck

مانند حقوق مدیران، فعالیتهای پشتیبانی، انرژی و خدمات و... نمی‌توانند به طور مستقیم تخصیص داده شوند. محاسبهٔ صحیح هزینه - واحد خدمات سلامت تا حد زیادی به تخصیص درست هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم ارائه‌دهندهٔ خدمت بستگی دارد. هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت^۱ روشی گذشته‌نگر برای تخصیص هزینه‌ها بوده که برای محاسبهٔ هزینهٔ واحد خدمات سلامت در ایالات متحد امریکا استفاده می‌شود. این روش در کشورهای با درآمد پایین و متوسط نیز قابل‌کاربری است.



1. activity-based costing (ABC)

در سیستم‌های هزینه‌یابی سنتی هزینه‌های سربار و غیرمستقیم تولید را بر اساس حجم تولید یا هزینه‌های مستقیم انجام‌شده تخصیص می‌دهند، در حالی که در سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت، هزینه‌های غیرمستقیم بر مبنای عمده‌فعالیهایی که در درون سیستم صورت می‌پذیرد تخصیص می‌یابد (شکل شماره یک).

از سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت عموماً برای محاسبه هزینه خدمات خاص استفاده می‌شود. به همین دلیل این سیستم برای نظام کارانه‌ای مناسب است، اما می‌توان از این سیستم برای محاسبه هزینه بسته خدمات مورد استفاده برای یک بیمار نیز استفاده کرد.

۱. در این سیستم ابتدا اصول فعالیت‌های افرادی که در سازمان کار می‌کنند، مشخص می‌شود.
۲. سپس منشأ هزینه‌ای و فعالیت‌هایی که مربوط به خدمات و محصولات است شناسایی می‌شود. منابع مالی و انسانی در درون یک بخش (مرکز تولید) به فعالیت‌ها وصل شده و فعالیت‌ها نیز به نوبه خود به خدمات و محصولات وصل می‌شوند. تخصیص زمان پرسنل میان فعالیت‌های یکی از ابزارهای اصلی در تعیین هزینه‌های سربار و سایر هزینه‌های غیرمستقیم است.

در روش هزینه‌یابی سنتی همه هزینه‌های غیرمستقیم یک کاسه شده و سپس به میزان محصولات به شکل نسبی تخصیص می‌یابد. بر اساس مقیاس اقتصادی هزینه‌های بسیار بالا به محصولات با حجم تولید بالا و هزینه‌های بسیار کم به حجم تولید کم اختصاص می‌یابد. در سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت هزینه‌های پشتیبانی بر اساس مصرف واقعی کالاها و خدمات ارائه‌شده بر اساس تخصیص زمان سنجیده شده و نسبت داده می‌شود. مثال زیر برای کمک به درک بیشتر این موضوع است:

بنگاهی فقط دو محصول تولید می‌کند: ماشین آبی و ماشین قرمز. در هر سال ۹۰۰ ماشین آبی و ۱۰۰ ماشین قرمز تولید می‌شود. در روش هزینه‌یابی سنتی ۹۰ درصد هزینه‌های سربار به ماشین‌های آبی اختصاص می‌یابد. اما ممکن است بر اساس سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت، به این نکته دست یابیم که فقط ۶۰ درصد زمان پرسنل برای ماشین‌های آبی اختصاص یافته چرا که ماشین‌های قرمز تخصصی‌تر بوده و به همین دلیل تعداد کمتری از ماشین‌های قرمز تولید می‌شود. پس هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت به طور دقیق هزینه‌های پرسنل پشتیبانی را به هر نوع ماشین تخصیص خواهد داد. در واقع سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت هزینه واحد واقعی محصولات و خدمات سازمان را نشان داده و تخمین‌های ارائه‌شده از هزینه - واحد

توسط هزینه‌یابی سنتی را مورد نقد قرار می‌دهد. ساختار نظام گروه‌های تشخیص وابسته سبب شده که نظام هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت به ابزار مناسبی برای محاسبه‌ی سطوح جبران خدمت مراقبت‌های سلامت تبدیل شود. هر گروه تشخیص مرتبط شامل فعالیت‌هایی است که درون ساختار سازمانی ارائه‌دهنده‌ی خدمت انجام می‌دهد این فعالیت‌ها شامل ارزش‌یابی بیمار، درمان و آماده‌سازی وی همچنین استفاده و نگهداشت تسهیلات و تجهیزات پزشکی، اعمال جراحی و بستری است سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت، فعالیت‌های مربوط به فرایند تولید خدمت برای شرایط ویژه یک بیمار و گروه‌های تشخیصی وابسته را به یکدیگر مرتبط می‌کند.

روش دیگر برای محاسبه‌ی هزینه‌ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، بکارگیری تکنیک‌های هزینه‌یابی از بالا به پایین برای تخصیص هزینه‌ها به آن دسته از بخش‌های بستری است که نظام بودجه خدمتی دارند (سوی از نیاز سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت به اطلاعات مربوط به توزیع زمانی پرسنل).

تکنیک دیگری نیز برای تخصیص هزینه‌ها وجود دارد که در کشورهای قریزستان و قزاقستان مورد استفاده قرار می‌گیرد، و آن یک نظام مرکب^۱ با در نظر گرفتن وزن برای رویه‌های مختلف است که می‌تواند شکل ساده‌شده‌ی نظام گروه‌های تشخیصی وابسته باشد.

۳-۳. تعدیل هزینه واحد قیمت‌گذاری برای خدماتی که دارای پیامدهای (عوارض) خارجی است.

برخی از خدمات سلامت دارای هزینه‌ها و فواید اجتماعی بوده که به طور مستقیم به شخص ارائه‌دهنده یا دریافت‌کننده خدمت بر نمی‌گردد. این هزینه‌ها و فواید که در اقتصاد پیامدهای خارجی نامیده می‌شود شامل در نظر گرفتن قیمتی است که به واسطه‌ی آن اجتماع نسبت به انجام حجم مطلوبی از این خدمات تشویق می‌شود. برای مثال واکسیناسیون یک فرد دارای مزایایی است. این مزایا فقط به خود فرد بر نمی‌گردد بلکه کلیه افرادی را که با فرد مذکور برخورد دارند، شامل می‌شود. از آنجا که این فایده پیامد خارجی مثبت است. یک خریدار عمومی جهت حداکثر ساختن مزایای سلامت برای جامعه می‌بایست قیمتی بالاتر از هزینه خدمت ارائه‌شده

1. case-mix

بپردازد تا ارائه‌دهنده خدمات نسبت به انجام آن خدمت (واکسیناسیون بیشتر) تشویق شود. البته سنجش هزینه‌ها و فواید خارجی بسیار مشکل است. با وجود این، خریدار عمومی ممکن است قیمت پرداختی برای خدمات مشخصی را که به طور قطع جامعه از افزایش حجم ارائه آن سود خواهد برد، تعدیل کند.

۴-۳. اهمیت وجود اطلاعات (مثال‌هایی از کشورهای با درآمد بالا)

فرایند قیمت‌گذاری خدمات سلامت از دید خریداران به طور تفکیک‌ناپذیری به در دسترس بودن اطلاعات مربوط به آنها بستگی دارد. هر روش قیمت‌گذاری به اطلاعات متفاوتی از ورودی نظام جبران خدمت نیاز خواهد داشت. در دسترس بودن اطلاعات، انتخابهای متعددی را برای محاسبه هزینه‌ها و تنظیم قیمت فراهم خواهد ساخت. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، سیستم اطلاعاتی بزرگترین محدودیت اجرای مکانیسم‌های پرداخت به ارائه‌دهنده خدمات است.

برای مثال، تکنیک‌های هزینه‌یابی از بالا به پایین مانند هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت نیاز به وجود اطلاعات در خصوص هزینه ارائه‌دهنده خدمات بر اساس بخش و گروه، حقوق، داروها، ملزومات و... دارد. به علاوه، اطلاعات مصرف‌کننده که البته باید درست و دقیق باشد برای محاسبه هزینه واحد به طرز صحیح ضروری است.

● آلمان و امریکا

روشهای متعددی برای تعیین ارزش نسبی قیمت هزینه - واحد واحدهای خدماتی که در نظام پرداخت حق‌الزحمه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند، وجود دارد. در آلمان این فرایند از طریق چانه‌زنی صورت گرفته و بر محاسبه هزینه‌های واقعی کمتر تأکید می‌شود. ارزش نسبی واحدهای خدماتی توسط گروهی از کارشناسان پزشکی از طریق مذاکرات سیاسی با جوامع مختلف تخصصی تعیین می‌شود. بدین ترتیب این فرایند به طور عمده بر دانش کارشناسان پزشکی نسبت به هزینه‌های مربوط به هر خدمت ارائه‌شده تکیه دارد.

قیمت پرداختی به ازای هر واحد ارزش نسبی به طور مستقیم از طریق مقدار بودجه سالیانه اختصاص‌یافته در هر منطقه ارائه خدمات تعیین می‌شود. خود بودجه‌ها نیز از طریق مذاکره و

چانه‌زنی تعیین شده، و به طور کلی، بر اساس تعداد انجمن‌های منطقه‌ای و تعداد افراد بیمه‌شده تحت پوشش تخصیص می‌یابد.

برنامه مدیکر^۱ در امریکا از روشی دیگر برای تعیین قیمت پرداختی تحت عنوان جدول حق‌الزحمه استفاده می‌کند. جدول حق‌الزحمه - که مقیاس ارزش نسبی^۱ مبتنی بر منابع (منبع محور) است - از طریق مطالعه منابع مورد استفاده برای ارائه خدمت تشکیل می‌شود. سه منبع برای تعیین ارزشهای نسبی وجود دارد:

۱. کار پزشک شامل زمان، شدت فعالیت، مهارت، خطر مربوط به بیمار در ارائه خدمت
۲. هزینه‌های فعالیت شامل هزینه کارکنان غیر پزشکی، فضا، تجهیزات و ملزومات
۳. بیمه مسئولیت حرفه‌ای

پرداختها نیز بر اساس تفاوت‌های جغرافیایی در سطوح قیمتی تعدیل می‌شود. مقدار پرداختی به ازای واحد ارزش نسبی با استفاده از فرمولی که رشد پرداختها را به اقتصاد ملی مربوط می‌کند، به‌روز می‌شود. عواملی که در محاسبه و به‌روز کردن تعداد سرانه استفاده می‌شود عبارت است از تورم پزشکی، تغییر در ثبت کارانه‌ای مدیکر، رشد اقتصادی و تغییر در مصرف در نتیجه تغییر در قوانین و مقررات.

دو رویکرد اشاره‌شده در بالا برای تنظیم قیمتها به اطلاعات متفاوتی نیاز دارند. رویکرد آلمانی‌ها که بر مذاکرات تکیه دارد به اطلاعاتی بیش از نظرات کارشناسان و تاریخچه پرداخت نیاز ندارد. اگرچه سایر اطلاعات در خصوص هزینه قطعاً می‌تواند مورد استفاده انجمن‌های تخصصی قرار گیرد.

اما رویکرد امریکایی‌ها - مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع - به مطالعه ملی بزرگی در خصوص هزینه‌های خدمات پزشکی نیاز دارد. اجزای اصلی این مطالعه از ابعاد هزینه‌ای کار پزشک و نحوه سنجش آن برگرفته شده است. مطالعه مزبور شامل سنجش منابع مورد استفاده برای انجام اعمال رایج پزشکی در هر تخصص، مشاوره‌های انجام‌شده با گروه کارشناسان پزشکی - برای سنجش منابع مورد استفاده برای سایر اعمال و خدمات پزشکی - و اعتباربخشی نتایج است. نتایج مطالعه نیز باید به صورت دوره‌ای به‌روز شود. به‌روز کردن نتایج حداقل هر ۵ سال یک بار از طریق مشاوره با گروه کارشناسان پزشکی صورت می‌پذیرد.

1. resource based relative value sale (RBRVS)

● استرالیا

ایالت ویکتوریای استرالیا هزینه‌های سیستم گروه‌های تشخیص وابسته را با استفاده از روش از پایین به بالا اندازه‌گیری می‌کند. این روش نیاز به سرمایه‌گذاری در تکنولوژی اطلاعات دارد تا به کمک آن اطلاعات سطح بیمار و منابع استفاده‌شده را جمع‌آوری کند. همه منابع استفاده‌شده برای بیماران به عنوان داده‌های مربوط به هزینه‌های مستقیم مورد سنجش قرار می‌گیرد. هزینه‌های غیرمستقیم به مراکز هزینه‌ای و سپس به محصولات میانی هر مراقبت تخصیص داده می‌شود مانند شیفت‌های پرستاری و سرانجام هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم به هر بیمار تخصیص داده می‌شود.

مطالعات هزینه‌یابی سالیانه داده‌های مربوط به تقریباً ۱۵ بیمارستان را برای تعیین هزینه هر گروه تشخیصی وابسته مورد استفاده قرار می‌دهد. بیمارستانهای نمونه معمولاً از بیمارستانهایی که در تکنولوژی اطلاعات ضروری سرمایه‌گذاری کرده‌اند، بزرگترند. با وجود این، تغییرات در روشهای هزینه‌یابی و کیفیت داده‌های بیمارستانهای نمونه وجود دارد.

به علاوه روشهای هزینه‌یابی باید برای محاسبه الگوهای تغییر یافته مراقبت به‌روز شود، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماران جهت سنجش هزینه با استفاده از روش هزینه‌یابی از بالا به پایین نیازمند سرمایه‌گذاری کلان است، همانند آنچه در ایالت ویکتوریا انجام شد. به همین دلیل بسیاری از کشورهای با درآمد بالا و حتی سایر ایالت‌های استرالیا نظام پرداخت مبتنی بر تشخیص را بدون جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماران برای هزینه‌یابی از پایین به بالا مورد استفاده قرار می‌دهند. در عوض هزینه‌هایی که از طریق روش هزینه‌یابی از بالا به پایین تخمین زده می‌شود، بر اساس یکی از رایج‌ترین مدل‌های هزینه‌ای (مدل هزینه‌یابی Yale^۱) است. در این نگرش داده‌های مالی بیمارستان ابتدا یک‌کاسه شده و سپس به مراکز هزینه‌ای (بیماران در گروه تشخیصی وابسته) تخصیص می‌یابد. داده‌های مورد نیاز عبارتند از داده‌های مالی یک‌کاسه شده، داده‌های مربوط به ترخیص بیماران و مجموع وزن نسبی منابع گروه‌های تشخیص وابسته که از سایر مجموعه‌ها به دست آمده است.

۱. نوعی مدل هزینه‌یابی که به اختصاص هزینه‌های مراکز خدماتی به مراکز عملیاتی از طریق شناخت مراکز هزینه‌ای می‌پردازد.

● دانمارک

در دانمارک قیمت پرداختی به پزشکان از طریق مذاکره و توافق بین خریداران، شوراها^۱ بخشی - شهری و ارائه‌دهندگان (انجمن پزشکان عمومی) تعیین می‌شود. این فرایند به وسیله اهداف هزینه‌ای و قیمت‌های قبلی که توسط مطالعات هزینه‌ای انجام شده صورت می‌پذیرد. پرداخت‌های سرانه‌ای یکنواخت است، بنابراین تعدیل‌گر خطر یا تعدیل‌کننده قیمت‌ها وجود ندارد. کمبود تعدیل‌گرهای خطرناک مدیریتی - اجرایی را کاهش؛ اما احتمال انتخابی شدن را افزایش می‌دهد. از آنجا که فرمول سرانه‌ای دانمارک بر اساس سن و جنس قرار دارد، تنها اطلاعات مورد نیاز برای وارد کردن درست اطلاعات سن و جنس بیماران در فرم‌های ثبت مشخصات است.

● انگلستان

در انگلستان هزینه‌های مورد انتظار برای درمان جمعیتی مشخص با استفاده از فرمول «تعدیل‌گر» خطر محاسبه می‌شود. اگرچه فرمول‌های مورد استفاده در حال حاضر نیازمند بازنگری و احتمالاً تغییر است، فرمول سرانه‌ای فعلی بر مبنای تعداد افراد ثبت‌نام شده قرار دارد. داده‌های مربوط به فرد شامل سن و جنس است و داده‌های سطح جمعی شامل وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سطح بیماری مزمن است. گروه مراقبت‌های اولیه و ائتلاف‌ها دارای مسئولیت زیادی در سنجش هزینه‌ها و تخصیص اثربخش پرداخت‌های سرانه‌ای‌اند. بودجه کل می‌باید به مراقبت‌های بیمارستانی، تجویز دارو، مراقبت‌های اولیه و سایر خدمات تخصیص داده شود.

گروه‌های مراقبت اولیه به کار با مسئولان بخش سلامت جهت تعیین روش مناسب تخصیص منابع بر اساس اطلاعات هزینه‌ای تشویق می‌شوند. خدمات سلامت ملی^۲ به منظور حمایت از ترتیبات جدید خرید خدمات، یک سری اصول راهنما در خصوص سیستم‌های هزینه‌ای اجباری برای کلیه ارائه‌دهندگان فراهم کرده است. داده‌های هزینه‌ای توسط خریداران و ارائه‌کنندگان خدمت برای پایش عملکرد، ارائه خدمت و انجام آن دسته از خدمات سلامت که توسط گروه‌های مراقبت اولیه با استفاده از بودجه سرانه‌ایشان خریداری می‌شود، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در انگلستان اطلاعات مورد نیاز برای فرمول سرانه‌ای نیازمند شمارش صحیح تعداد افراد

1. council

2. Notional Health Service (NHS)

ثبت نام شده، داده‌های مربوط به سن و جنس و آدرس‌ها است. آدرس‌ها به اطلاعات مربوط به سرشماری در سطح جامعه و داده‌های بیماری‌زایی مربوط می‌شود.

۵-۳. مثالهایی از کشورهای با درآمد پایین و متوسط

در خصوص مطالعات مربوط به هزینه‌یابی خدمت و مراقبت‌های سلامت برای تعیین نتیجه‌ی پرداختی توسط خریداران در کشورهای با درآمد پایین و متوسط مستندات کمی وجود دارد. در دهه ۱۹۸۰، قسمت قابل توجهی از کار توسط برنامه‌های بقای کودکان بویژه کنترل بیماری‌های اسهال^۱ و برنامه‌ی جامع ایمن‌سازی^۲ به منظور انجام هزینه‌ی - اثربخشی برنامه‌ها صورت پذیرفت. شپرد در سال ۱۹۸۴ تجارب هزینه‌یابی برنامه‌های کنترل بیماری‌های اسهال را بازنگری کرد. برترل و کل کوئین (۱۹۹۹) نیز در چاپ سیم مطالعات هزینه - اثربخشی برنامه‌ی جامع ایمن‌سازی در دهه ۸۰ را بازنگری کردند و دریافتند که با متوسط هزینه ۹۰ دلار به ازای هر کودک، برنامه‌ی مزبور یکی از هزینه‌ی - اثربخش‌ترین مداخلات در بقای کودکان است. مطالعه‌ی دیگری توسط برنزل در سال ۱۹۸۹ صورت پذیرفت که به این نتیجه رسید چنانچه کمک‌های سازمان‌های خیریه، واکسن‌ها، سرنگ‌ها، تجهیزات چرخه‌ی سرما^۳، وسایل نقلیه و وسیله‌ی هزینه‌ای آموزش محلی ملحوظ شود، متوسط هزینه‌ی واکسیناسیون هر کودک به طور کامل ۱۳ دلار خواهد بود.

واترز و سایر همکاران از مقایسه سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت برای تعیین هزینه - واحد با قیمت ارائه‌دهندگان غیردولتی در پرو استفاده کردند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که استفاده از هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت در کشورهای در حال توسعه عملی است و نتایج برای قیمت‌گذاری و مدیریت قابل کاربرد است. با وجود این، مطالعه اهمیت در دسترس بودن اطلاعات هزینه‌ای را نشان داد. به کارگیری سیستم مزبور و کاربرد سیستماتیک و مکرر آن جهت پایش کارایی و ارائه‌ی بازخورد به مدیریت است. برای بیشتر کشورهای با درآمد پایین و متوسط، اطلاعات مربوط به حجم خدمات ارائه‌شده و هزینه‌ی آنها قابل دسترسی نیست.

1. control of diarrheal diseases (CDD)
3. chain cool

2. Expanded Program on Immunizations (EPI)

همکاران شپارد^۱ در مقاله‌ای با عنوان «تحلیل هزینه‌های بیمارستانی» اصول جزئی محاسبه هزینه واحد خدمات بیمارستانی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط را ارائه داد. توانایی تعیین هزینه واحد در چنین محیط‌هایی بسته به موجود بودن داده‌های جزئی در خصوص هزینه و حجم خدمات است. روش‌های تخصصی از بالا به پایین برای تعیین هزینه‌های عملیاتی، هزینه‌های سرمایه‌ای و مخارج انجام‌شده از درآمد استفاده‌کننده و تخصیص خدمات کمکی مانند تصویربرداری (اشعه X) و آزمایشگاهی بر اساس هزینه‌های واقعی پیشنهاد شده است.

۴. مشخصات خریدار و ارائه‌دهنده خدمات

مشخصات ارائه‌دهندگان خدمات و ارتباط آنان با خریداران بر نحوه قیمت‌گذاری و تعیین قیمت مراقبتهای سلامت تأثیر بسیار عمده‌ای دارد. برخی از مشخصات مربوط عبارت است از:

– استقلال ارائه‌دهنده خدمت

– قدرت چانه‌زنی (مذاکره) ارائه‌دهنده خدمت

– درجه رقابت

۱- ۴. استقلال ارائه‌دهنده خدمت

استقلال ارائه‌دهنده خدمت را می‌توان بر یک طیف پیوسته به تصویر کشانید. یک سمت این طیف مالکیت کامل و در طرف دیگر آن مالکیت خصوصی در حالت قراردادی قرار دارد. هاردینگ و پرکر نشان دادند که در نظامهای سلامت، اصلاحات بازار سبب حرکت نظامها به سمت مالکیت خصوصی شده است.

خودگردانی^۲ به انتقال تصمیمات روز به روز مدیریت به پرداخت مبتنی بر عملکرد برمی‌گردد.

تعاونی‌سازی^۳ موضوع رقابت مؤسسات خصوصی با سازمانهای دولتی است و در این وضعیت مدیر بیمارستان بر منابع و تولید خدمت کنترل کامل و مستقیم دارد.

خصوصی‌سازی به واگذاری سازمانهای دولتی به بخش خصوصی برمی‌گردد. در یک مورد خاص که بخش عمومی وظایف خرید و ارائه خدمت را در سازمان عمومی

1. Shepard

2. autonomization

3. corporatization

ترکیب می‌کند، تفاوت در انگیزه‌های این دو گروه به حداقل می‌رسد. حرکت در طول طیف به سمت استقلال بیشتر سبب شده که انگیزه‌های ارائه‌دهنده خدمت به طور افزایشی متفاوت شود. هرچه استقلال ارائه‌دهنده خدمت و خودگردانی وی بیشتر باشد، مسئولیت وی برای تعیین هزینه خدماتی که ارائه می‌دهد بیشتر بوده و قیمت‌ها بایستی پاسخگوی ارائه خدمات با کیفیت بالا باشند.

۲-۴. قدرت چانه‌زنی (مذاکره) ارائه‌دهنده خدمت

در سیستم‌هایی که ارائه‌دهنده خدمت به طور مستقیم توسط خریداران مدیریت نمی‌شود، قدرت چانه‌زنی ارائه‌دهنده خدمت عاملی بسیار مهم در تنظیم قیمت‌ها محسوب می‌شود. ارائه‌دهنده خدمت ممکن است با خریداران در خصوص سطح و پرداخت خدمات، نوع خدماتی که می‌بایست جبران شود و نحوه جبران مذاکره کنند. برای مثال در آلمان، سوئیس و کانادا سطوح پرداخت از طریق توافق میان خریداران و گروه‌های ارائه‌دهنده خدمت تعیین می‌شود. بنابراین قیمت‌های پرداختی به ارائه‌دهندگان خدمت به طور مستقیم به نحوه اثربخشی انجمن‌های ارائه‌دهنده خدمت بر منابع بستگی دارد.

۳-۴. رقابت ارائه‌دهنده خدمت

در سیستم‌هایی که ارائه‌دهندگان تمایل به تعیین قیمت خریدار دارند، رقابت میان آنان بر تعیین قیمت تأثیر خواهد گذاشت. که در نهایت انتظار می‌رود. در شرایط رقابتی بازار رقابت کامل، یک قیمت بهینه اجتماعی تعیین گردد. البته بازار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در موارد بسیاری شاهد پدیده شکست بازار بوده که تا حدی با «مداخله دولت» تعدیل گردیده است. مثال بارز شرایط رقابتی تعیین قیمت خدمات بهداشتی و درمانی بیمارستان‌های امریکا است که با شرکت‌های بیمه‌گر خصوصی طرف قرارداد می‌باشد. قوانین و مقررات وضع شده توسط دولت امریکا بر فرایند تعیین قیمت از جنبه‌های مختلف تأثیر گذاشته است. کی‌لر^۱ (۱۹۹۹) در پژوهشی در خصوص تأثیر رقابت بر رفتار قیمت‌گذاری بیمارستان‌های انتفاعی و غیرانتفاعی نشان داد که قیمت خدمات بیمارستانی در کالیفرنیا از قیمت رقابتی سایر بیمارستان‌ها نسبتاً

1. Keeler

کمتر بوده که این موضوع اهمیت تعداد ارائه‌دهندگان خدمت بر اثرات قیمتی تحت شرایط بازار رقابتی را نشان می‌دهد. در حالی که اگر بیمارستانی تنها ارائه‌دهنده قیمت در یک منطقه باشد می‌تواند از قدرت انحصاری خویش جهت تعیین قیمتی بالاتر برای خدمات استفاده نموده و بدون مذاکره یا خریدار نسبت به تعیین قیمت به صورت یک طرفه اقدام نماید.

۴-۴. مثالهایی از کشورهای با درآمد بالا

قیمت خدمات در آلمان به توافق نسبی ارائه‌دهنده خدمت و خریداران مربوط می‌شود. به علاوه عوامل دیگری نظیر بودجه سرانه‌ای منطقه، مقدار خدمات جبران شده و ارزش نسبی خدمات در تنظیم قیمت‌ها تأثیر می‌گذارد.

کانسلرگرهارد^۱ توضیح می‌دهد که تمایل دارد قدرت مذاکره انجمن ملی پزشکان بیمه درمان قانونی را از طریق عقد قرارداد مستقیم بین بیماران و پزشکان کاهش دهد.

● دانمارک

همانند کشور آلمان، قیمت پرداختی به پزشکان دانمارکی نیز تا حد زیادی به قدرت مذاکره آنان بستگی دارد. چنانچه انجمن پزشکان و شوراهای شهری به توافق نرسند، وزارت بهداشت فدرال به صورت یکطرفه آنرا، تثبیت می‌کند. از آنجا که پزشکان نیز یک‌سوم درآمد خود را از طریق نظام سرانه‌ای به دست می‌آورند، تمایل دارند تعداد بیشتری بیمار سالم را به ثبت برسانند تا درآمد خود را افزایش دهند، اگرچه هیچ مدرکی که تورش به سمت بیماران سالم را نشان دهد، منتشر نشده است.

● استرالیا و ایالات متحد آمریکا

در استرالیا، استقلال ارائه‌دهنده و قدرت چانه‌زنی مهمترین عامل در تعیین سطح پرداخت به ازای هر گروه تشخیصی وابسته است. اگرچه می‌توان قیمت و وزن هر واحد نسبی را از طریق مطالعات هزینه‌یابی به دست آورد، مانند ایالت ویکتوریا، ولی از طریق فرایندهای سیاسی نیز تعیین قیمت امکان‌پذیر است.

به علاوه، تعدیلات مربوط به نوع تخصص بیمارستان نیز بر سطوح پرداخت تأثیر می‌گذارد.

1. Chancellor Gerhaed

برای مثال، قدرت سیاسی بالای انجمن بیمارستانهای آموزشی ممکن است سبب شود که سطوح پرداخت آنان هنگام انجام تعدیل، بالاتر لحاظ شود. در برخی سیستم‌ها نیز رقابت بر میزان قیمت تأثیر می‌گذارد. برای مثال، در ایالات متحد امریکا ارائه‌دهندگان ممکن است نسبت به قیمت پرداختی از طریق برنامهٔ مدیکر، هنگام عقد قرارداد با شرکت‌های بیمه‌گر خصوصی قیمت‌های متفاوتی ارائه دهند.

● انگلستان

اصلاحات اخیر خدمات سلامت ملی نقش ارائه‌دهندگان و خریداران را بشدت تغییر داده است. بیشتر تغییرات صورت‌گرفته در خدمات سلامت ملی، تغییرات فرایند خرید و استقلال ارائه‌دهندهٔ خدمت در مدیریت سلامت افراد ثبت‌نام شده بوده و تجربه‌هایی را برای سایر کشورها فراهم کرده است. گروه‌های مراقبت‌های اولیه تمایل دارند توان مدیریتی خود را با وضعیت جدید منطبق سازند تا بتوانند قیمت‌ها را برای خدمات ارائه‌شده متناسب کنند. در ضمن متد استفاده‌شده برای تنظیم قیمت بودجهٔ سرانه‌ای در حال دگرگونی و تکامل است. نرخ سرانه بعدی همان قدر به قدرت مذاکرهٔ گروه‌های ارائه‌دهنده بستگی دارد که به داده‌های کارشناسی.

۵. نتیجه‌گیری

قیمت‌گذاری خدماتی درمانی در سطحی مناسب برای جبران ارائه‌دهنده به صورت منصفانه، ارتقای پایداری سیستم، تشویق ارائه‌دهنده به ارائهٔ خدمات مناسب و با کیفیت ضروری است. در این مقالهٔ برخی از روشها و تجارب کشورها در تنظیم قیمت در نظامهای مختلف پرداخت مرور شد.

عواملی که بر نحوهٔ قیمت‌گذاری تأثیرگذار بودند شامل واحد و روش پرداخت، سنجش هزینه‌ها و مشخصات خریداران و ارائه‌دهندگان بود. این عوامل با یکدیگر ارتباط تنگاتنگی دارند. برای مثال تعداد زیادی از کشورها با درآمد پایین و متوسط از نظام بودجهٔ خدمتی و کلی برای بیمارستانها استفاده می‌کنند. مدیریت این نوع نظام پرداخت به دلیل اینکه سنجش هزینه‌ها صورت نمی‌پذیرد و تعیین قیمت‌ها روند تاریخی دارد، بسیار ساده است. با وجود این به طور کلی نظامهای بودجه‌ای هزینه ارائه‌دهندهٔ خدمت را به درستی نشان نمی‌دهند و انگیزه برای ارائهٔ

کمر خدمات را افزایش داده و انعطاف‌پذیری مدیریتی را تشویق نمی‌کنند. به همین دلیل در کشورهای با درآمد بالا شاهد حرکت از نظام بودجه‌ای به سمت سایر نظامها هستیم که پیچیده‌تر نیز هستند.

در این مقاله همان طور که مشاهده شد مثالهایی از رویکرد کشورهای امریکا، استرالیا و انگلیس در نحوه تعیین قیمتها تحت نظام پرداخت آن کشورها با تأکید بر نیازمندی‌های اطلاعاتی، تشریح شد. یکی از این رویکردها انجام مطالعات هزینه‌یابی برای تعیین قیمتی بود که بتواند انعکاس‌دهنده درست هزینه‌ها باشد.

ایالت ویکتوریا از روشهای مختلف قیمت‌گذاری برای تعیین قیمت مناسب برای هر تریخیص بیمارستانی مبتنی بر تشخیص استفاده کرده است.

برنامه مدیر امریکا نیز از مطالعه هزینه‌یابی برای تعیین سطوح قیمت برای جدول حق‌الزحمه و جبران خدمت پزشکان استفاده کرده است.

با وجود این سایر کشورهای با درآمد بالا از رویکرد مبتنی بر اطلاعات برای تنظیم قیمتها استفاده نمی‌کنند، در آلمان سیستم‌های قیمت‌گذاری به دو عامل اصلی وابسته است. یکی قدرت چانه‌زنی و دیگری نظام پرداخت ترکیبی. نظام چانه‌زنی (مذاکره‌ای) سالیانه این اطمینان را به ارائه‌دهنده می‌دهد که به طور منصفانه جبران خدمت خواهد شد. در ضمن در آن واحد، همپوشانی مقدار جبران خدمت پزشکان، انگیزه پزشکان برای ارائه بیش از حد خدمات در نظام کارانه‌ای را کاهش داده و هزینه‌های کلی را محدود می‌سازد.

برنامه مدیر امریکا به قدرت مذاکره و مشاوره کارشناسان برای به‌روز کردن مطالعه و هزینه‌یابی جدول حق‌الزحمه اصلی تکیه دارد.

در دانمارک، نظام سرانه‌ای پزشکان انفرادی - که به طور بالقوه برای تخمین سطوح قیمتی مناسب به حجم اطلاعات بسیاری نیاز دارد - تنها بر مبنای سن و جنس است. تأثیرات منفی نظام نامناسب سرانه‌ای می‌تواند از طریق نظام پرداخت ترکیبی یا مذاکرات سالیانه در خصوص قیمتها کاهش یابد.

تجارب نشان می‌دهد که انتخاب متنوعی برای تنظیم قیمت خرید در کشورهای با درآمد پایین یا متوسط که در حال انجام اصلاحات در نظام پرداخت‌شان هستند، وجود دارد. مطالعات

هزینه‌یابی برای تعیین قیمت‌های مناسب با هزینه‌ها ضروری است اما در مواردی که هزینه صحیح واحدها در دست نیست سایر گزینه‌های قیمت‌گذاری مناسب‌تر است. برخی تکنیک‌ها برای تخمین و برآوردی نزدیک به هزینه‌ها وجود دارد؛ از جمله وارد کردن نظام‌های جبران خدمتی که در سایر کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای مثال وزنه‌های جبران خدمت به ازای تشخیص از برنامه مدیکیر امریکا در بسیاری از کشورها استفاده شده یا برای آن کشور اصلاح شده و استفاده می‌شود.

در نهایت آن که تمهیداتی مانند نظام‌های پرداخت ترکیبی و مذاکرات در خصوص قیمت می‌تواند نتایج نامطلوب ناشی از سطوح قیمت نامناسب مانند ارائه بیش یا کمتر از حد خدمات را به حداقل برساند.