

بررسی هزینه خدمات درمانی ارائه شده در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر
مسعود ابراهیمی^۱ (B.A)، اصغر نادى قراء^۲ (Ph.D Student)، مجید رضایی^۳ (M.S)، میترا مرادی
عباس ابادی^۴ (B.A)، علی صالحی^۵ (Ph.D Student)

چکیده

سابقه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی هزینه خدمات درمانی ارائه شده در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر می‌باشد تا بتوان به واسطه آن از وضعیت خدمات درمانی ارائه شده به بیماران در بیمارستان مورد بررسی، آگاهی بدست آورد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل پرونده‌های بیماران مراجعه کننده به بخش‌های مختلف مرکز آموزشی درمانی مذکور، طی یک دوره سه ساله، از ابتدای پانز ۱۳۹۱ تا انتهای تابستان ۱۳۹۴ می‌باشد. این پژوهش بر اساس داده‌های جمع آوری شده مربوط به ۲۴۸۷۳ پرونده از پرونده های در دسترس بیماران در هفته بخش بیمارستان رازی، انجام شده است. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از داده‌های حاصل از اسناد و مدارک موجود در پرونده‌های پزشکی بیماران مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، میانگین هزینه برای هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان با بیمه تامين اجتماعي برابر با ۱۳۱۰۰۰/۲۱ ریال، با بیمه خدمات درمانی ۱۳۴۰۰۶/۵۱ ریال و با سایر بیمه‌ها ۱۵۶۲۱۰/۴۹ ریال بوده است. پس می‌توان چنین نتیجه گرفت، میزان هزینه‌ای که بیمار دارای بیمه خدمات درمانی متقبل شده، در قیاس با بیمار مشابه و با همان شرایط و فقط دارای بیمه متفاوت، کمتر بوده است. همچنین میانگین هزینه برای هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان با وضعیت حاد برابر با ۱۴۶۷۵۰۰ ریال، با بیمه خدمات درمانی ۱۶۷۸۰۰۰/۶۰ و با وضعیت اورژانسی ۱۲۰۱۰۰۰/۲۲ بوده است.

استنتاج: پس می‌توان چنین نتیجه گرفت، میزان هزینه‌ای که بیمار دارای وضعیت اورژانسی متقبل شده، در قیاس با بیمار مشابه و با شرایط حاد و مزمن، کمتر بوده است. در پایان با توجه به نتایج حاصل، به منظور بهبود وضعیت هزینه‌های خدمات درمانی ارائه شده به بیماران، پیشنهادهای کاربردی ارائه شده است.
واژگان کلیدی: خدمات، هزینه خدمات، خدمات بهداشتی درمانی، مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر.

نویسنده مسئول: مسعود ابراهیمی

۱. کارشناسی مدیریت صنعتی، سازمان مدیریت صنعتی واحد ساری، ایران. شماره همراه: ۰۹۳۷۸۵۶۸۳۲۵.
۲. دانشجوی دکتری آمار استنباطی، گروه آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. تلفن: ۰۹۱۱۱۱۶۰۶۱۳.
۳. کارشناسی ارشد اقتصاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. تلفن: ۰۹۱۱۱۲۹۸۳۰۸.
۴. کارشناس الهیات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، بابل، ایران، تلفن: ۰۹۳۷۸۵۶۸۳۲۵.
۵. دانشجوی دکتری مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. تلفن: ۰۹۱۸۳۴۱۶۷۷۰.

مقدمه

از دیدگاه علمی، سلامت فرایندی چندمحوری است که از سویی عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش ایفا می‌کنند و نتیجه مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی جامعه است و از سوی دیگر، تأثیر درخور توجهی بر بخش‌های دیگر جامعه دارد. به همین علت در برنامه‌های توسعه هزاره سوم، مقوله سلامت از شاخص‌های اصلی توسعه‌یافتگی جوامع شمرده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۲۰۰۷، به منظور جلب توجه جهانی و ضرورت سرمایه‌گذاری و توجه بیشتر مردم و دولت‌ها به موضوع امنیت بین‌المللی سلامت، شعار «سرمایه‌گذاری در سلامت» را مطرح کرد [۵]. چرا که در وضعیت کنونی، سلامتی مهم‌ترین عامل پیشرفت و توسعه جامعه است. همچنین در منشور سازمان بهداشت جهانی، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد سلامتی از حقوق بنیادی هر انسان، بدون توجه به تفاوت‌های نژادی، مذهبی، اعتقاد سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی، مطرح شد [۴].

یکی از مهم‌ترین راهکارها در مسیر نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم نظام سلامت کشورها، دسترسی آسان و مستمر آحاد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیازشان می‌باشد [۱۵]. دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است [۱۱].

در جهان رقابتی کنونی مساله مشتری اهمیت فوق‌العاده‌ای برای ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی پیدا کرده است، چرا که تمایل و یا عدم تمایل مشتری نسبت به یک خدمت، می‌تواند تأثیر به‌سزایی در حیات سازمان ارایه‌دهنده آن داشته باشد. در چنین وضعیتی به طور قطع، نگاه به سمت رفتارها، علایق و حساسیت‌های مشتری است. تا بر اساس آن، ارایه‌کنندگان خدمات جهت‌گیری خود را تنظیم کنند. نویسندگان و اندیشمندان بسیاری درباره اهمیت رضایت مشتری برای موفقیت سازمان‌های بهداشتی و درمانی در عصر کنونی، مطلب نگاشته‌اند. ولی آنها در نشان دادن این موضوع که ارزیابی چنان رضایتی، چگونه می‌تواند انجام گیرد و این که چگونه نیازها و انتظارات مشتریان در خدمات ظاهر شوند، غفلت ورزیده‌اند. در هر حال محوری‌ترین گام در برنامه‌های ارتقای کیفیت، ارزیابی رضایت مشتریان و کشف نیازها و انتظارات آنها می‌باشد. ارزیابی برداشت مشتریان، عامل مهمی در

جنبش اخير كيفيت در سازمان‌هاى بهداشتى و درمانى امريكايى به شمار مى‌رود، چرا كه اين موضوع، به ميزان زيادى سازمان‌ها را در گرفتن تصميمات بهتر در راستاى برآورد نيازهاى مشتريان و در نتيجه فراهم آوردن رضايت آنها، يارى نموده است [۳].

بيمارستان‌ها مانند ساير بنگاه‌هاى اقتصادى، نوع خاصى از خدمات را توليد و ارائه مى‌كنند و اداره آنها نيز با ساير واحدها در اهميت كالاها و خدمات عرضه شده است و به اين جهت، دولت‌ها بيشتر به شكل مستقيم يا غيرمستقيم بر آنها نظارت دارند و از راه‌هاى مختلف نظير ايجاد و اعمال مقررات و ضوابط خاص و كمك مالى مستقيم يا غيرمستقيم به اداره هر چه بهتر آنها كمك مى‌كنند. از طرف ديگر، مسائل اقتصادى مرتبط با بخش سلامت، سال‌هاست مورد توجه سياستگذاران بخشى و ملى كشورهاى مختلف قرار گرفته است و به طور كلّى، جهت‌گيرى سياست‌هاى مختلف در اداره هر چه بهتر و كارا تر واحدها و عرضه خدمات با كيفيت بالاتر، همچنين تامين منابع مالى با جهت‌گيرى كاهش كمك‌هاى دولتى بوده است [۱۹].

ضايعات و بيمارى‌هاى جدى و سخت، همواره بشر و زندگى بشر را تهديد مى‌كند و در اين ميان پيشرفت علم و تكنولوژى نتوانسته است، آنچه‌ان كه بايد و شايد، در برابر بيمارى‌ها راه حل درستى ارائه نمايد. بشر در واقع، بيشتر به سازش در مقابل بيمارى‌ها پرداخته است و نتوانسته است، از طريق مشاركت و ترفندهاى خاص، فقط در هزينه اين بيمارى‌ها نقش به نسبت مهمى را ايفا كند [۸].

بخش بهداشت، امروز در بسيارى از كشورها با تنگناهاى شديد منابع روبرو مى‌باشد. مشكل كمبود منابع مالى بخش بهداشت، به طور دامن‌گير و گسترده‌اى در حال افزايش است و نحوه تامين منابع مالى فزونتر از يك‌سو و توجه به ميزان هزينه‌ها و سعى در كاهش آن، از سوي ديگر در اولويت بوده، جزء اهم مسائل سياست‌گذاران و برنامه‌ريزان بخش بهداشت و درمان كشورها قرار دارد، از اين رو مديران برنامه مراقبت‌هاى بهداشتى اوليه، بايد بتوانند منابع موجود را با كارا ترين و موثرترين وجه ممكن به كار برند. استفاده مطلوب از منابع هم‌نيزمند اطلاع دقيق و واضح از شكل جريان يافتن منابع و آگاهى از حاصل نهايى منابع بر كيفيت و عملکرد خدمات بهداشتى است. در اين ميان، تحقيقات علمى و كاربرى مناسب، مى‌تواند تصويرى صحيح تر از وضعيت موجود ارائه دهد و مسئولين را جهت اتخاذ تصميم‌هاى سنجيده يارى نمايد. تحليل هزينه مى‌تواند كمكى براى استفاده بهتر از منابع محدود باشد. مديران خدمات بهداشتى و درمانى بايد از روش تحليل هزينه و

تحلیل اثربخشی هزینه‌ها، به عنوان ابزار رسیدن به شناخت بهتر استفاده کنند و گردش منابع را در اختیار خود گیرند. شناخت کامل این موضوعات در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه، گامی مهم به سوی تامین عادلانه تر خدمات است.

حال با عنایت به مطالب گفته شده بالا مبنی بر اهمیت مراکز بهداشتی درمانی، هزینه خدمات درمانی برای مراجعین، برآورد دقیق از هزینه‌های اقتصادی ناشی از مراجعه به مراکز آموزشی درمانی و تعیین اولویت‌های مصرف منابع بهداشتی درمانی کشور پژوهش‌های متعددی صورت گرفته که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

یافته‌های پژوهش سلاطین و دیگران (۱۳۹۱) در بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی با هدف اصلی برآورد ناکارایی هزینه بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی در دوره زمانی ۸۹-۸۵ حاکی از آن بود فرم تابع هزینه ترانسلوگ^۱ برای تخمین ناکارایی هزینه مناسب است. ناکارایی هزینه بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی وابسته به زمان نیست و در دوره زمانی ۸۹-۸۵ ثابت است. هزینه‌های پرسنلی و استهلاک بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی دارای تاثیر مثبت و معنی‌داری بر هزینه کل بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی می‌باشند.

رجبی و دبیری (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان بکارگیری روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت (ABC) برای محاسبه هزینه تمام شده در بیمارستان و خدمات درمانی، نتیجه گرفتند؛ هزینه تمام شده خدمات درمانی با استفاده از روش تعرفه به درستی محاسبه نمی‌شود. روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت با استفاده از مکانیسم‌های مناسب، قیمت تمام شده را محاسبه می‌کند، در صورتی که در روش تعرفه، این کار بر اساس قیمت ثابت صورت می‌گیرد.

پناهی و دیگران (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان تعیین کننده‌های هزینه‌های کمرشکن خدمات درمانی نشان دادند که پذیرش در بیمارستان خصوصی از عوامل اصلی افزایش احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و افزایش شاخص ثروت از عوامل اصلی کاهش احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن می‌باشد. لذا توصیه شد دولت ضمن اتخاذ تمهیدات لازم برای حمایت از اقشار آسیب پذیر، پوشش بیمه و مکانیزم‌های پیش پرداخت را گسترش دهد.

^۱ Translog cost

گاتمن و همکاران^۱ (۲۰۱۵) در پژوهش تجزیه و تحلیل هزینه‌های اضافی عوارض بالینی در بیماران تحت کاتتر ترانس تعویض دریچه آئورت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی آلمان نتیجه گرفتند عوارض خونریزی، نارسایی شدید کلیه، و پیاده سازی یک دریچه دوم مهم ترین محرک های هزینه در بیماران TAVR بودند. همچنین استراتژی‌ها و رهنمودهایی را در طراحی دستگاه با هدف کاهش این عوارض ارائه نمودند که کاهش قابل توجهی در هزینه‌های بیمارستان برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی آلمان فراهم می آورد.

لور و همکاران^۲ (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان اپیدمیولوژی و هزینه مراقبت‌های بیمارستانی برای درصد اشغال تخت بیماران لایم LB در آلمان: درس‌هایی از تجزیه و تحلیل پایگاه داده مراقبت‌های بهداشتی اظهار نمودند شناسایی LB به عنوان یک عامل اقتصادی و اجتماعی برای مراقبت‌های بهداشتی در آلمان احتمالاً دست کم گرفته شده است. این تجزیه و تحلیل گذشته‌نگر بر روی داده‌ها طی سال‌های ۲۰۰۷ الی ۲۰۱۱ انجام و کل هزینه برای یک دوره ۱ ساله هر دو شخص ثالث و از منظر اجتماعی، محاسبه شد. از منظر پژوهشگران تشخیص حادثه LB برای ۲۱۶۳ مورد بستری در سال ۲۰۰۸-۲۰۱۱ کدگذاری و هزینه‌های غیرمستقیم سالانه با ارزیابی روش سرمایه انسانی حاکی از دست دادن بهره وری به بیش از ۷ میلیون یورو بود.

دلگادو و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به نام بهداشت و درمان و هزینه‌های مراقبت‌های غیر بهداشتی در درمان بیماران دچار نارسایی قلبی مزمن در اسپانیا، نتیجه‌گیری نمود که هزینه مراقبت های بهداشتی و هزینه‌های غیر مراقبت‌های بهداشتی در جمعیت مبتلا به بیماری پیشرفته‌تر بالاتر است.

مبانی نظری پژوهش:

متأسفانه بسیاری از مردم در حال حاضر برای رفع مشکلات سلامتیشان به جای اصلاح و آگاهی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به سیستم مراقبت‌های بهداشتی متکی اند [۱۴]. تعیین هزینه تمام شده خدمات بهداشتی درمانی یکی از موضوعات مهمی است که همواره ذهن مدیران، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران را به خود مشغول داشته است. در حال حاضر هزینه‌یابی در نظام بهداشتی کشور

^۱ Anja Gutmann; Klaus Kaier; Stefan Sorg

^۲ B. Lohr; I. Müller; M. Mai; D.E. Norris; O. Schöffski; K.-P. Hunfeld

از بررسی‌های مقطعی و پراکنده به دست می‌آید که با توجه به پویا بودن ماهیت هزینه نتایج حاصله از ارزش اندکی برخوردار می‌باشند.

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت:

سلامتی و بیماری از عوامل بسیاری متاثراند، این عوامل را می‌توان با استفاده از مدل تعیین‌کننده‌های سلامت شرح داد. تعیین‌کننده‌های سلامت فاکتورهایی‌اند که سلامت افراد و اجتماعات را تحت تاثیر قرار می‌دهند [۸]. سلامت حق و نیاز تمام انسان‌هاست، در حال حاضر نیز توسعه یافتگی هر اجتماع را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع و میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌نمایند. برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزشی، تغذیه، اشتغال، مسکن، میزان افزایش جمعیت و ... تعیین می‌شود. ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی به خصوص در کشور ما گرایش به تمرکز بر بیماران دارند، اما هنگامی که درگیر فعالیت‌های بهداشتی عمومی می‌شویم، به آموزش و ارتقاء سلامت در جامعه نیازمندیم. ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت در مقایسه با دوره‌های کوتاه مدت درمان (مثل استفاده از آنتی‌بیوتیک) و هم‌پیشگیری از بیماری‌ها (مثل واکسیناسیون) اغلب مورد غفلت واقع شده‌اند.

دسترسی به خدمات بهداشتی:

سیستم مراقبت بهداشتی ما در حال حاضر بیشتر تمرکز بر درمان بیماری است تا پیشگیری و ارتقاء سلامت، این در حالی است که هزینه‌های زیادی صرف محدود کردن بیماری‌های حاد و مزمن می‌شود. ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی توانایی بالقوه‌ای در راهنمایی و کمک به افراد در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و آموزش رفتارهای سالم (به عنوان مثال: ورزش، رژیم غذایی سالم، منع استعمال دخانیات و ...) در جهت ارتقای بهداشت سلامت را دارند [۱۰]. موارد مختلفی از جمله: عدم بضاعت مالی، کمبود ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، رفتارهای پرخطر، می‌توانند موانعی برای دسترسی افراد به نیازهای مراقبت بهداشتی باشند. سیستم ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی قادر به کاهش تعداد کمی از این موانع می‌باشند، اگر ما این موانع را بشناسیم و بتوانیم تا حدودی آن‌ها را کاهش دهیم و به خصوص به سمت قادر سازی افراد در

حرکت باشیم مثل کاهش هزینه درمانی، بیمه‌های اجتماعی و ارتقاء رفتارهای بهداشتی احتمالاً می‌توانیم تاخیر در دسترسی و ارائه صحیح مراقبت را تا اندازه‌ای کاهش دهیم [۱۴] .

سیستم هزینه‌یابی:

هزینه‌یابی وظیفه‌ای است که حسابداری مالی و مدیریت را به هم مرتبط می‌سازد. یک واحد تولیدی، عمده فروشی یا خرده فروشی بدون وجود اطلاعات مربوط به بهای تمام شده محصولات قادر نخواهد بود که بهای تمام شده کالای فروخته شده و نشده را مشخص کند و در نتیجه نمی‌تواند سودآوری واحد اقتصادی و یا بخش‌های مختلف را اندازه‌گیری و با بازار مقایسه نماید. علاوه بر این، هزینه‌یابی محصولات یا خدمات اطلاعات با ارزشی در اختیار مدیریت قرار می‌دهد و در تصمیم‌های مدیریتی به عنوان مبنایی برای ایجاد بازخورد کنترلی روی هزینه‌ها و ارزیابی عملکرد مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱] .

از طریق تجزیه و تحلیل وظایف اصلی سیستم هزینه‌یابی، می‌توان سیستم هزینه‌یابی را به صورت زیر تعریف کرد [۱۳] :

✓ اندازه‌گیری هزینه فعالیت‌ها، محصولات، خدمات و مشتریان برای اهداف مالی و سودآوری

✓ اندازه‌گیری ارزش موجودی‌ها برای ارزیابی کارایی سرمایه عملیاتی

✓ ارائه بازخوردهای اقتصادی برای مدیریت کارای فرآیندها

از مطالب بالا می‌توان استنباط کرد که در سازمان‌ها از سیستم هزینه‌یابی به عنوان ابزاری برای تجزیه و تحلیل، پیش‌بینی و برنامه‌ریزی استفاده می‌کنند تا به درک مناسبی از هزینه‌های مربوط به انجام فعالیت‌ها برسند. از طریق داده‌های بدست آمده از سیستم هزینه‌یابی، مدیریت می‌تواند تصمیم بسیار درست‌تری اتخاذ کند. بنابراین سودمندی یک سیستم هزینه‌یابی ممکن است بسته به توانایی آن برای ارائه اطلاعاتی در جهت پشتیبانی از تصمیمات صحیح، مورد ارزیابی قرار گیرد [۱۷] .

هزینه‌یابی بر مبنای کیفیت:

مفهوم هزینه‌یابی بر مبنای کیفیت چندین سال است که مورد توجه قرار گرفته است.

هزینه‌یابی بر مبنای کیفیت برخی از هزینه‌هایی را که توسط شرکت برای جلوگیری از کیفیت پایین تحمل می‌شوند تا هزینه‌های تحمیل شده برای تدارک اطمینان و ارزیابی ابزارهای کیفیت و هرگونه هزینه ناشی از تولید کالای با کیفیت پایین را اندازه‌گیری نماید اطلاق می‌گردد. کیفیت پایین تحت عنوان فعالیت‌های فاقد ارزش افزوده، زائد، خطاها یا خرابی‌هایی که ابزارهای مورد نیاز مشتری را می‌بیند تعریف می‌شود [۲۰].

هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت (ABC)

یکی از ابزارهای مدیریتی برای ایجاد توانایی در تعیین هزینه‌های واقعی در ارتباط با تولید یک محصول یا خدمت، تکنیک «هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت» است که توسط کوپرو کاپلان به وجود آمد و رویکرد جدیدی را در حسابداری صنعتی و بودجه‌ریزی تحت عنوان «هزینه‌یابی بر اساس فعالیت» و «بودجه‌ریزی بر اساس فعالیت» پدید آورد. این تکنیک صاحبان کار و فرایند را به سمت شناسایی و ردیابی هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم و تخصیص دقیق آنها به فعالیت‌هایی که در فرایند تولید یک محصول یا خدمت نقش دارند هدایت می‌کند. فرض این روش هزینه‌یابی بر این پایه قرار دارد که کالا یا خدمات نتیجه‌ی فعالیت‌ها هستند و در هر فعالیت از منابعی استفاده می‌شود که موجب وقوع هزینه‌ها می‌گردد. در هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت به رابطه‌ی علت و معلولی بین هزینه‌ی منابع، محرک هزینه، فعالیت و موضوع هزینه توجه می‌شود. و از این دیدگاه هزینه‌ها را بر روی فعالیتها سرشکن می‌کنند و سپس آنها را به حساب موضوع هزینه منظور می‌کنند [۱۷].

در ادبیات حسابداری تعاریف مختلفی از هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت ارائه شده است.

می‌هر و دیکین معتقدند هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت^۱ روشی برای هزینه‌یابی است که بهای تمام شده محصولات را از جمع هزینه فعالیت‌هایی که منجر به ساخت محصول می‌شوند بدست می‌آورد. هیلتون^۲ می‌نویسد هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت روشی است که در آن هزینه‌ها بر مبنای نسبت سهم فعالیت‌های صرف شده به وسیله هر محصول، از یک مخزن هزینه به محصولات مختلف تخصیص داده می‌شود. انیستیتیوی حسابداری مدیریت چارترد در سال ۲۰۰۲، ABC را

^۱ Activity Based Costing (ABC)

^۲ Hilton

به عنوان يك نگرش به هزينه يابى و کنترل فعاليت ها، كه شامل رد يابى نحوه مصرف منابع و هزينه يابى خروجى نهايى مى باشد، تعريف كرده است. بر اساس اين نگرش منابع به فعاليت ها اختصاص مى يابد و از محرک هزينه ها جهت تخصيص هزينه فعاليت ها به محصولات و خدمات استفاده مى شود [۱۷].

کپلن و آندرسن^۱ هزينه يابى بر مبنای فعاليت را به عنوان يك روش پيشرفته تخصيص هزينه هاى سربار، ارز يابى سود آورى محصول يا خدمت و مديريت هزينه هاى عملياتى يا به عنوان روشى به منظور هزينه يابى و نظارت فعاليت هاى كه منابع را مصرف مى كنند و هزينه يابى خروجى هاى نهايى، تعريف مى كنند [۱۷].

هزينه يابى بر مبنای هدف

هزينه يابى بر مبنای هدف (TC) گستره وسيعى از فعاليت ها و داده هاى كه در داخل و خارج از سازمان هستند را در بر مى گيرد. فرايند (TC) با توسعه درك نيازهاى بر آورده نشده در بازار و مشخص كردن مشتريان براى بر آورده شدن نيازهايشان در بازار مى پردازند، يعنى قيمت هدف آغاز مى شود. قيمت هدف عبارت از قيمتى بر آوردى براى محصولات و خدماتى است كه مشتريان بالقوه ماييل به پرداخت هستند. اين قيمت بر مبنای شناخت كار كرده هاى از محصولات و خدمات تعيين مى شود كه از يك سو مشتري براى آن ها ارزش قائل است و از سويى قابليت رقابت نيز دارد. تعريف ديگرى از قيمت گذارى هدف در محيط زنجيره ارائه گرديده است و عبارت از رويكردى ابتكارى است كه از آن در مراحل اوليه توسعه محصول جديد براى وضع قراردادى بين خريدار و عرضه كننده استفاده مى شود. منظور از قيمت گذارى هدف در نهايت رسيدن به هزينه هدف است [۱۷].

روش پژوهش

اين پژوهش از نظر هدف، تحقيقاتى کاربردى^۲ است و از نظر روش، توصيفى - تحليلى (غير آزمائشى) از گروه پيمائشى و بصورت مقطعى است. پرونده هاى بيماران مراجعه كننده به بخش هاى مختلف مركز آموزشى درمانى رازى قائمشهر، طى يك دوره سه ساله، از ابتداى پائيز ۱۳۹۱ تا انتهاى تابستان ۱۳۹۴، تشكيل دهنده جامعه آمارى پژوهش حاضر مى باشند. روش نمونه گيرى در

^۱ Kaplan, Robert S., Anderson, Steven R

^۲ Applied Res

این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس خواهد بود، بطوری‌که نمونه‌ها (پرونده‌های) در دسترس از پرونده‌های مربوط به بیماران، انتخاب و مورد بررسی قرار می‌گیرند. در نهایت تعداد ۲۴۸۷۳ پرونده موجود در ۱۷ بخش بیمارستان رازی قائمشهر بررسی و اطلاعات مورد نیاز استخراج گردید.

سوال کلی

وضعیت هزینه خدمات درمانی برای هر بار مراجعه در هر یک از بخش‌های مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر، چگونه است؟

سوال ویژه

وضعیت هزینه خدمات درمانی در هر بار مراجعه در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر با بیمه درمانی و بیماری متفاوت برای مراجعه‌کننده (بیمار)، چگونه است؟

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پرونده‌های بررسی شده، از روش‌های آماری توصیفی استفاده شده است. این آمارها در واقع خلاصه‌ای از برخی اندازه‌گیری‌ها را در خصوص نمونه ارائه می‌دهند و به ما اجازه می‌دهند تا بر اساس نتایجی که بدست آوردیم، در مورد کل جامعه آماری قضاوت کنیم.

یافته‌ها

یافته‌های جدول (۱) شاخص‌هایی نظیر تعداد افراد مراجعه‌کننده به بخش‌های مختلف، مبلغ هزینه شده برای این افراد در یک بار مراجعه و میزان هزینه برای هر فرد را نشان می‌دهد.

جدول (۱) مبالغ هزینه شده برای مراجعه بیماران به بخش‌های مختلف

بخش‌ها	تعداد بیماران	مبلغ کل	هزینه برای هر نفر
سی سی یو	۹۴۹	۱۲۶۳۰۱۹۲۲۹۷	۱۳۳۰۸۹۴۸/۶۸
آی سی یو A	۱۲۳	۸۵۰۵۱۷۲۶۸۸	۶۹۱۴۷۷۴۵/۴۳
آی سی یو B	۲۰۵	۱۵۸۱۹۶۲۳۸۸۳	۷۷۱۶۸۸۹۶/۹۹
NICU	۱۷۸	۹۳۰۰۸۲۲۹۶۵	۵۲۲۵۱۸۱۴/۴۱
آندوسکوپی	۷۱۷	۳۰۷۴۴۳۲۸۰	۴۲۸۵۱۳۷/۰۷
اطفال	۱۵۰۶	۷۸۹۱۰۴۶۷۴۶	۵۲۳۹۷۳۸/۸۷

۹۲۰۰۶۱/۲۹	۴۹۷۰۱۷۱۰۸۹	۵۴۰۲	اورژانس
۱۱۳۹۰۵۴۰/۲۲	۳۹۴۲۲۶۵۹۷۱۳	۳۴۶۱	جراحی عمومی
۱۵۶۰۸۵۷۳	۳۱۸۸۳۱۴۳۶۰	۲۰۴۳	داخلی A
۱۲۰۷۵۸۱۳/۷۵	۱۲۰۵۱۷۲۲۰۰۰	۹۹۸	داخلی B
۱۵۶۱۰۸۸۲/۹۲	۱۸۷۴۸۶۷۰۳۸۶	۱۲۰۱	دیالیز
۸۰۹۳۳۹۴/۸۶	۱۰۳۵۹۵۴۵۴۳۱	۱۲۸۰	زنان و زایمان
۱۴۹۸۱۷۶۳/۸۷	۲۸۳۰۰۵۵۱۹۴۲	۱۸۸۹	عفونی
۲۰۴۴۸۱۰/۱۳	۱۶۲۷۷۲۵۲۸۶۶	۷۹۶	عمومی ویژه
۵۷۵۲۵۱۵/۲۷	۷۱۵۰۳۷۶۴۸۸	۱۲۴۳	مسمومیت
۱۰۰۱۱۳۳۸/۴۳	۲۰۴۰۳۱۰۷۷۱۱	۲۰۳۸	اتاق عمل
۵۷۵۷۲۸/۰۳	۴۸۵۹۱۴۴۶۰	۸۴۴	پاتولوژی

با توجه به جدول فوق میانگین هزینه برای هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان برابر با ۱۸۴۲۰۰۱۱/۳۸، کمترین هزینه برای بخش پاتولوژی با هزینه هر نفر ۵۷۵۷۲۸/۰۳ ریال و بیشترین هزینه مربوط به بخش آی سی یو B با هزینه برای هر شخص ۷۷۱۶۸۸۹۶/۹۹ ریال بوده است.

جدول (۲) میزان هزینه خدمات درمانی برای هر فرد به تفکیک نوع بیمه

نوع بیمه	هزینه برای هر نفر
تامین اجتماعی	۱۳۱۰۰۰/۲۱
خدمات درمانی	۱۳۴۰۰۶/۵۱
سایر بیمه ها	۱۵۶۲۱۰/۴۹

با توجه به جدول (۲) میانگین هزینه برای هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان با بیمه تامین اجتماعی برابر با ۱۳۱۰۰۰/۲۱ ریال، با بیمه خدمات درمانی ۱۳۴۰۰۶/۵۱ و با سایر بیمه ها ۱۵۶۲۱۰/۴۹ بوده است.

جدول (۳) میزان هزینه خدمات درمانی برای هر فرد به تفکیک نوع بیماری

نوع بیماری	هزینه برای هر نفر
حاد	۱۴۶۷۵۰
مزمن	۱۶۷۸۰۰/۶۰
اورژانسی	۱۲۰۱۰۰/۲۲

با توجه به جدول (۳) میانگین هزینه برای هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان با وضعیت حاد برابر با ۱۴۶۷۵۰۰ ریال، با وضعیت مزمن ۱۶۷۸۰۰۰/۶۰ و با وضعیت اورژانسی ۱۲۰۱۰۰۰/۲۲ بوده است.

خلاصه و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد، میانگین هزینه برای هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان با بیمه تامین اجتماعی برابر با ۱۳۱۰۰۰/۲۱ ریال، با بیمه خدمات درمانی ۱۳۴۰۰۶/۵۱ و با سایر بیمه ها ۱۵۶۲۱۰/۴۹ بوده است. پس می توان چنین نتیجه گرفت، میزان هزینه ای که بیمار دارای بیمه خدمات درمانی متقبل شده، در قیاس با بیمار مشابه و با همان شرایط و فقط دارای بیمه متفاوت، کمتر بوده است. همچنین میانگین هزینه برای هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان با وضعیت حاد برابر با ۱۴۶۷۵۰۰ ریال، با بیمه خدمات درمانی ۱۶۷۸۰۰۰/۶۰ و با وضعیت اورژانسی ۱۲۰۱۰۰۰/۲۲ ریال بوده است. پس می توان چنین نتیجه گرفت، میزان هزینه ای که بیمار دارای وضعیت اورژانسی متقبل شده، در قیاس با بیمار مشابه و با شرایط حاد و مزمن، کمتر بوده است.

پیشنهادات

بر اساس داده های بدست آمده و با استناد به نتایج حاصل از سوال های پژوهش حاضر، پیشنهاداتی به منظور بررسی هزینه های خدمات درمانی ارائه شده به بیماران، به شرح زیر ارائه می - گردد:

۱. تلاش سازمان در جهت اجرای دقیق سیستم حسابداری تعهدی، هر چند که دانشگاه های علوم پزشکی در کشور از پیشگامان تبدیل سیستم حسابداری نقدی، نیمه تعهدی و ... به تعهدی کامل هستند.
۲. تعامل سازنده با سازمان های بیمه گر در سطح کلان برای ایجاد ارتباط سه گانه معقول بین نظام بهداشتی، بیمه و بیمار.
۳. فراهم سازی زمینه های لازم برای استقرار روش بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاه علوم پزشکی مازندران، چرا که اجرائی شدن این سیستم نوین بودجه ریزی، کمک زیادی به محاسبه هزینه های واقعی خدمات درمانی ارائه شده به بیماران، خواهد کرد.

۴. شرکت مديران ارشد و مسئولان واحدهاى حسابدارى و مالى در همایشها، کارگاهها و سمینارهای علمى در رابطه با روشهای نوین هزینه یابی و محاسبه هزینه.
۵. تعرفه گذاری واقعى به منظور حل بخش قابل توجهی از مشکلات تأمین مالى نظام سلامت کشور، در نگاهی کلان، بسیار ضرورى است.
۶. بهره گیری از نیروهای مجرب و توانمند در بخش مالى و تطابق تخصص با پست سازمانى در کارکنان بخش حسابدارى.

References

1. Afzali, H. (2012). Deployment of the cost price system by using activity-based costing In government organizations. *Economic Journal - bimonthly of the review of economic issues and policy*; numbers 9 and 10, November & December 2012, pages 93-106.
2. Anja Gutmann; Klaus Kaier; Stefan Sorg; Constantin von zur Mühlen; Matthias Siepe; Martin Moser; Annette Geibel; Andreas Zirlik; Ingo Ahrens; Hardy Baumbach; Friedhelm Beyersdorf; Werner Vach; Manfred Zehender; Christoph Bode; Jochen Reinöhl (2015). Analysis of the additional costs of clinical complications in patients undergoing transcatheter aortic valve replacement in the German Health Care System. *International Journal of Cardiology* Volume 179, 20 January 2015, Pages 231–237. Available online at www.sciencedirect.com
3. Aqlmand, Siamak and F. Akbari, (2005), methods for evaluating the quality of health care services, the sixth International Conference of Quality Managers, Tehran, international conferences Summit, http://www.civilica.com/Paper-CQM06-CQM06_028.html
4. Barton, H. Tsourou, C. (2000), *Healthy Urban Planning*, Spon Press.
5. Bazarnvoyi, M., (2010), investigating the health system in Iran, taken from the site of the University of Medical Sciences and rehabilitation, www.uswr.ac.ir
6. Blocher Stout, Cokins, Chen (2008): “Cost Management”, 4e 5-1 ©The McGraw- Hill Companies, Inc.
7. B. Lohr; I. Müller; M. Mai; D.E. Norris; O. Schöffski; K.-P. Hunfeld (2015). Epidemiology and cost of hospital care for Lyme borreliosis in Germany: Lessons from a health care utilization database analysis. *Ticks and Tick-borne Diseases* Volume 6, Issue 1, February 2015, Pages 56–62. Available online at www.sciencedirect.com
8. Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

9. Ellram, L.M., (2002), "Supply management involvement in the target costing process", *European Journal of Purchasing & Supply Management* 8, 235-244.
10. Harvey PW (2006). Social determinants of health—why we continue to ignore them in the search for improved population health outcomes. *Aust Health Rev* 30: 419-23.
11. Hendryx M, Ahern M, Lovrich N, McCurdy A. Access to health care and community social capital. *Health Serv Res* 2002; 37(1): 85.
12. Juan F. Delgado; Juan Oliva; Miguel Llano; Domingo Pascual-Figal; José J. Grillo; Josep Comín-Colet; Beatriz Díaz; León Martínez de La Concha; Belén Martí; Luz M. Peña (2014). Health Care and Nonhealth Care Costs in the Treatment of Patients With Symptomatic Chronic Heart Failure in Spain Costes sanitarios y no sanitarios de personas que padecen insuficiencia cardiaca crónica sintomática en España. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* Volume 67, Issue 8, August 2014, Pages 643–650. Available online at www.sciencedirect.com
13. Kaplan, Robert S., Anderson, Steven R., (2003). Time-Driven Activity-Based Costing, Harvard Business School, 4 (045).
14. Karimi, Salaheddin and Zahra Jorjran Shoshtari, (2010), health promotion, social determinants of health: a model for health care service providers, first student National Conference on Social Determinants of Health, Tehran University of Medical Sciences, http://www.civilica.com/Paper-SNCSDH01-SNCSDH01_005.html
15. Mohammad Pour A, Motallebi M, khajavi A, Bazeli J. The Quality of Receiving Medical Services in the Society by People and the Factors that Impact on it. *Journal of Gonabad University of Medical Sciences* 2002; 8(2): 23-7[Article in Persian].
16. Panahi, Hussein, Ahmad Asadzadeh, Parviz Mohammad Zadeh and amine Naderi , (2012), the determinants of medical services catastrophic expenditures, Second Seminar on Health Economics, Tehran, Armed Forces Medical Services Insurance Organization, http://www.civilica.com/Paper-IPTE02-IPTE02_001.html
17. Qaderi, J. (2009). Calculating the cost of products by using the Simulation: A Case Study of Tractor Manufacturing Company of Kurdistan, a thesis for M.A degree in business administration (finance and investment trends). Guiding by doctor Behrouz Zarei, Kurdistan Islamic Azad University: Faculty of Literature and Humanities.
18. Salatin, Parvaneh, Ibrahim Haj panj-Alizadeh, & Hossein Amini Sabeq Chehreqan, (2012), review the costs inefficiency of Social Security Hospital, Second Seminar on of Health Economics, Tehran, Armed Forces Medical Services Insurance Organization, http://www.civilica.com/Paper-IPTE02-IPTE02_067.html

19. Shaghghi Shahri, Vahid., Sabbagh Kermani, Majid., (2004), estimating the cost of the country's selected hospitals, Journal of Economic Research, No. 9 and 10, autumn and winter of 2003.
20. Shirini, Shahin. (2012), quality costing and improvement strategy, the first annual conference of modern management Sciences, Gorgan, http://www.civilica.com/Paper-CMMS01-CMMS01_023.html
21. Wegmann, Gregory, (2008). Developments around the Activity-based Costing Method: A State-of-the Art Literature Review, Burgandy University