

فصلنامه حسابداری سلامت، دوره اول، شماره اول، شماره پیاپی (۱)، تابستان ۱۳۹۱، صص ۶۳-۷۲.

مقایسه سهم تأمین منابع مالی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان از بخش‌های مختلف طی سال‌های برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۸۴ - ۱۳۸۸)*

دکتر رفعت محبی فر^۱، دکتر علیرضا شغلی^۲، مریم رضانیان^۳، خاطره خوشنام^{۴*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۰۸ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۰۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۲/۲۸

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه، اندازه‌گیری و تعیین وضعیت تأمین منابع مالی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان طی سال‌های برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۴-۱۳۸۸) است. **روش پژوهش:** این پژوهش، یک مطالعه توصیفی و از نوع پژوهش‌های کاربردی است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیستی مشتمل بر دو قسمت است که، پس از بررسی روایی محتوا^۱، برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به مشخصات بیمارستان‌های مورد مطالعه استفاده شده است. همچنین، داده‌های گردآوری شده، با استفاده از نرم افزار اکسل نسخه ۲۰۰۷ دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که، به‌طور متوسط، ۷۲٪ درآمد بیمارستان‌ها مربوط به مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر، ۲۰٪ مربوط به مبالغ دریافتی از بیماران و ۸٪ مربوط به مبالغ دریافتی بابت عملکرد درمانی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

نتیجه‌گیری: بنا به نتایج بدست آمده، بیمارستان‌ها باید جهت کاستن از هزینه‌ها اقدام جدی به‌عمل آورند و برای وصول حداکثر مطالبات تلاش کنند. همچنین، یکی از دلایل احتمالی کم بودن سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد کل در بیمارستان‌های کوچک‌تر می‌تواند نبود پوشش کامل بیمه‌ای در این مناطق باشد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، تأمین مالی، درآمد، برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

* این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی شماره ۵۸۹۶ است که از طرف دانشکده بهداشت و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین حمایت شده است.

۱. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

۲. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

۳. رئیس گروه مطالعات اقتصاد سلامت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان

* نویسنده مسئول؛ رایانامه: kh_khoshnam@yahoo.com

مقدمه

الف. برای هزینه‌های پزشکی شامل هزینه‌های جراحی، دارو، آزمایش و ...، نظام پرداخت به بیمارستان‌ها به وسیله سازمان‌های بیمه‌ای، نظام کارانه است.

ب. برای هزینه‌های پشتیبانی و هتلینگ، بیمارستان‌ها به ازای هر روز بستری مبالغی را از سازمان‌های بیمه‌ای دریافت می‌کنند که این مبلغ بستگی به درجه ارزشیابی، نوع اتاق مورد استفاده بیمار (یک تخته، دو تخته، سه تخته و ...) دارد (صادقی و زارع، ۱۳۸۸). این مبلغ در دو قسمت دریافت می‌شود. همان‌گونه که ذکر شد یک قسمت از آن به وسیله سازمان بیمه‌گر پرداخت می‌شود و قسمت دیگر موسوم به فرانشیز از سوی بیمار پرداخت می‌شود و در واقع بیمار نیز در تأمین بخشی از هزینه‌ها شریک است. شریک شدن در هزینه‌ها، یعنی، مجبور کردن بیماران به پرداخت مستقیم بخشی از هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که در لحظه استفاده از بیمه‌های سلامت اتفاق می‌افتد و شرکت‌های بیمه با پرداخت قسمتی از هزینه و پوشش ندادن بعضی از خدمات، بیماران را مجبور به پرداخت مستقیم بخشی از هزینه، در زمان دریافت خدمت می‌کنند (حق پرست، ۱۳۸۵).

سایر منابع تأمین مالی بیمارستان‌ها که از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت می‌شود عبارتند از:

۱. برنامه ۳۰۳۰۳ ذیل ردیف ۱۱-۵۲۰۰۰۰ سال ۱۳۸۷ که ویژه حمایت از بیماری‌های خاص شامل بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، هموفیلی، ام اس و نارسایی کلیه است. ارائه خدمات درمانی برای بیمارانی که مبتلا به یکی از این بیماری‌ها باشند، در

از آنجا که عمده‌ترین مشکل در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، مسئله اقتصادی آن است و بیمارستان یکی از مهم‌ترین و پرهزینه‌ترین واحدهای بهداشت و درمان هر کشوری محسوب می‌شود، منطقی به نظر می‌رسد که بخش مهمی از مطالعات اقتصادی مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی بر بیمارستان متمرکز شود (رضاپور، ۱۳۸۵)، تا با برنامه‌ریزی صحیح در جهت استفاده از منابع موجود، کیفیت خدمات بیمارستانی ارتقا یابد. بدیهی است تلاش مستمر در جهت بهبود عملکرد بیمارستان‌ها، افزون بر افزایش بهره‌وری، موجب خواهد شد تا بیماران از خدماتی با کیفیت و کمیت بهتر و نیز با بهایی ارزان‌تر بهره‌مند شوند (انوری و همکاران، ۱۳۸۴). به‌طور خلاصه، تأمین مالی عبارت است از کسب یا ایجاد درآمد برای جبران هزینه‌ها و یا سرمایه‌گذاری‌ها (کریمی، ۱۳۸۴). تأمین منابع مالی در بیمارستان‌های دولتی، عموماً از طریق منابع مالی دولت، پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌ای و پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت‌کنندگان خدمات به روش‌های زیر انجام می‌شود:

۱. بودجه سالیانه برای پرداخت حقوق و سایر مزایای کارکنان که بر اساس هزینه‌های سال‌های قبل و افزایش سال جدید در نظر گرفته شده و به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد.

۲. سایر هزینه‌های بیمارستان‌ها که از طریق سازمان‌های بیمه‌ای به روش‌های زیر تأمین می‌شود:

بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی به صورت رایگان بوده و هزینه خدمات پس از کسر سهم سازمان‌های بیمه‌گر (در مواردی که تحت پوشش و تعهد آن‌ها است) در قبال اسناد و آمار فعالیت بیمارستان‌ها پرداخت می‌شود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷).

۲. مطابق با هدف‌های نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران و بر اساس محورهای عدالت گستری، مهرورزی، خدمت به بندگان خدا و اینکه بیماران بجز رنج و درد بیماری، رنج دیگری نداشته باشند و در راستای جبران اثرات حذف تدریجی یارانه‌ها بر اقشار آسیب‌پذیر، ارائه خدمات با کیفیت هر چه مطلوب‌تر به آحاد جامعه (عدالت اجتماعی)، پاسخ‌گویی و افزایش دسترسی در چارچوب منابع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دستورالعمل اجرایی سهم ۲۵٪ اعتبارات مندرج در بند ب تبصره ۱۵ قانون بودجه سال ۱۳۸۶ را ابلاغ کرد که از آن تاریخ تاکنون، با تأمین منابع اعتباری، تحت همین عنوان اجرا می‌شود. پرداخت از این محل، شامل موارد خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی است و مختص حمایت از بیماران نامزد تعویض مفصل، حمایت از بیماران بستری طولانی مدت در تخت‌های واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان^۱، واحد مراقبت‌های ویژه^۲، واحد مراقبت‌های ویژه کودکان (اطفال)^۳ و^۴ حمایت از بیماران دچار سوختگی است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶).

۳. در اجرای ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی

ایران، کلیه بیمارستان‌های عمومی، تخصصی و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی موظفند نسبت به پذیرش، درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث رانندگی اعم از سرپایی و بستری اقدام کنند و هنگام پذیرش و طی زمان بستری مصدومین مشمول این دستورالعمل، حق دریافت هیچ‌گونه وجهی ندارند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است کلیه هزینه‌های درمان مصدومین اعم از بستری و سرپایی از جمله دارو، ملزومات مصرفی، پروتزاها و خدمات پاراکلینیک از هنگام پذیرش تا پایان روزهای پی‌گیری مندرج در کتاب کالیفرنیا را تأمین کند. بدیهی است هزینه‌های ثانویه از قبیل خارج کردن پیچ و پلاک و یا درمان عوارض دیررس و موارد مشابه پس از پایان روزهای پی‌گیری پیش‌گفته، مشمول این دستورالعمل نیست (برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۶).

۴. دستورالعمل اجرایی بعدی جهت کمک به پرداخت فرانشیز بیماران نیازمند، مختص جبران بخشی از تخفیفات ارائه شده در بیمارستان است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

بر اساس نتایج مطالعات واحد مطالعات اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به‌طور متوسط حدود ۷۰٪ درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها که ناشی از فعالیت و عملکرد آن‌ها است، از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت شده است. اصلی‌ترین و بزرگ‌ترین سازمان بیمه طرف قرارداد با بیمارستان‌ها با پوشش نیمی از این مبلغ، سازمان بیمه خدمات درمانی است. همچنین،

نتیجه مطالعه این واحد در دو بیمارستان مختلف کشور نشان می‌دهد، سهم دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد بیمارستان در یکی از بیمارستان‌ها حدود ۷۹٪ و در بیمارستان دیگر ۵۵٪ است. سهم درآمد نقدی (دریافتی از بیماران) نیز در بیمارستان اول معادل ۱۶٪ و در بیمارستان دوم برابر با ۲۵٪ است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵). یافته‌های مطالعه حاتم و همکاران (۱۳۸۷) نشان می‌دهد، ۷۳/۲٪ از اقدامات درمانی انجام شده برای بیماران در بخش داخلی یک بیمارستان ثبت نشده است که منجر به از دست رفتن ۵۶٪ از درآمد واقعی بیمارستان در این رابطه شده و پس از آموزش و اعمال مداخله این نسبت به ۳۱٪ رسیده است. نتایج مطالعه آمون و همکاران^۵ (۲۰۰۵) روی ۱۰ بیمارستان غیردولتی اوگاندا نشان داد، درآمد ناشی از پرداخت‌های مستقیم بیماران و مراجعین به بیمارستان‌ها به‌طور میانگین ۴۰٪ درآمد کل آن‌ها است. برخی بیمارستان‌ها در جذب کمک‌های خارجی و یارانه‌های دولت موفق‌تر بوده‌اند. این بیمارستان‌ها، مبالغ کم‌تری از بیماران دریافت می‌کردند و برای ترغیب مراجعین، در مقابل سیاست‌های نرخ ارائه خدمات^۶ در بیمارستان‌های ناموفق، خدمات ضروری رایگان نیز ارائه می‌دادند. در هیچ یک از بیمارستان‌ها، خط‌مشی خاصی برای بخشودگی و پرداخت نکردن وجه به وسیله بیماران نیازمند مشاهده نشد و تعداد بسیار اندکی هم که مبلغی پرداخت نکرده بودند، واقعاً نیازمند نبودند (شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹). لذا، از آنجا که عمده‌ترین مشکل در ارائه خدمات بهداشتی،

درمانی بویژه در بیمارستان‌ها مسئله اقتصادی آن است و بنا به اهمیت موضوع و انجام‌نشدن مطالعات گسترده درباره نحوه تأمین منابع مالی بیمارستان‌ها و میزان واقعی تحقق درآمدها، در این پژوهش سعی شده است به بررسی و مقایسه وضعیت تأمین منابع مالی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان طی سال‌های برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کشور (۱۳۸۴ الی ۱۳۸۸) پرداخته شود که می‌تواند راهنمای بسیار مناسبی برای مدیران جهت تمرکز بر نقاط حساس برای رسیدن به حداکثر درآمد ناشی از فعالیت‌های بیمارستان باشد.

روش پژوهش

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی و از نوع پژوهش‌های کاربردی است که در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان بر اساس اطلاعات سال‌های ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۸ انجام شده است. جامعه پژوهش، کلیه بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی زنجان است که شامل ۳ مرکز آموزشی درمانی در شهر زنجان و ۵ مرکز غیرآموزشی در شهرستان‌های استان است.

برای گردآوری داده‌ها از دو چک‌لیست استفاده شده است که به وسیله پنج تن از استادان و کارشناسان مرتبط، مطالعه و پس از انجام اصلاحات مورد نظر و انجام روایی محتوا، جهت گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. چک‌لیست اول شامل دو قسمت است. قسمت اول آن مربوط به اطلاعات

مالی از اسناد و صورت حساب‌های مالی بیمارستان‌ها استخراج شده و سپس به مبلغ درآمد کل و درآمد خالص (تحقق یافته) تسهیم شده و بر حسب درصد بیان شده است. پس از آن، وضعیت هر بیمارستان در خصوص هدف‌های تعیین شده با بیمارستان‌های دیگر در جدول‌ها و نمودارهای طراحی شده، مقایسه شده است. لازم به ذکر است که داده‌های مربوط به پژوهش حاضر، با استفاده از نرم افزار اکسل نسخه ۲۰۰۷ دسته‌بندی شده است.

یافته‌های پژوهش

استان زنجان دارای ۱۱ بیمارستان است و سهم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان زنجان در این بین، ۳ مرکز آموزشی درمانی در شهرستان زنجان و ۵ بیمارستان غیر آموزشی در شهرستان‌های ابهر، خدابنده، خرمدره، طارم و ماهنشان است. متوسط تعداد تخت ثابت ۱۴۶۸ تخت، متوسط تعداد تخت فعال ۹۶۰ تخت، متوسط ضریب اشغال تخت، ۷۳/۳٪ و متوسط تعداد بیمار پذیرش شده اعم از سرپایی و بستری ۲۹۸۶۷۷ بیمار است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ ارائه شده است، نتایج یافته‌ها در تعیین سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد کل و درآمد خالص (تحقق یافته) بیمارستان‌ها در سال‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد که هرچه بیمارستان بزرگ‌تر باشد، سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر نیز بیش‌تر است. به این ترتیب، بیمارستان‌های «ز» و «ح» که دارای

شناسنامه‌ای حاوی سؤال‌هایی درباره تعداد تخت‌های ثابت و فعال، ضریب اشغال تخت و تعداد بیماران پذیرش شده سرپایی و بستری طی سال‌های برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و قسمت دوم مربوط به اطلاعات درآمدی بیمارستان حاوی سؤال‌هایی درباره مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر، مبالغ دریافتی از بیماران، مبالغ دریافتی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ازای اسناد مالی بابت عملکرد و خدمات ارائه شده به بیماران در سال‌های مورد مطالعه است. چک‌لیست دوم مربوط به مبالغ درخواست‌های ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر به وسیله بیمارستان‌ها و کسور اعمال شده از سوی این سازمان‌ها به اسناد درخواستی طی سال‌های مورد مطالعه است. پژوهشگران، برای گردآوری داده‌ها به صورت حضوری به بیمارستان‌ها مراجعه کرده و با همکاری مسئولین امور مالی و با استفاده از مدارک و اسناد موجود، به جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز پرداختند. به این ترتیب، امکان بروز خطا و نادیده گرفتن داده‌ها و اسناد مالی در بیمارستان‌ها در مقایسه با یکدیگر وجود نداشت.

برای محاسبه درآمد خالص (تحقق یافته)، کسور اعمال شده به وسیله سازمان‌های بیمه‌گر و مبالغی که جزء مطالبات بیمارستان‌ها در قبال ارائه خدمات درمانی رایگان به بیماران از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده ولی محقق نشده‌اند، از درآمد کل کسر شده است. برای دستیابی به هدف‌های مطالعه، ابتدا مبالغ مربوط به هر یک از منابع تأمین

جدول ۱: میانگین سهم عوامل تأمین منابع مالی از درآمد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال‌های ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۸ بر حسب درصد

بیمارستان	سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد خالص (تحقق یافته) به درآمد کل	سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد خالص (تحقق یافته)	سهم دریافتی بابت عملکرد درمانی در قالب برنامه‌های تعریف شده وزارتی از درآمد کل	سهم مبالغ دریافتی از بیماران از درآمد کل	سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد کل	نسبت درآمد خالص (تحقق یافته) به درآمد کل
«الف»	۸۰/۲۸	۱۵/۱۴	۲	۱۵/۱۴	۹۷/۲۸	۱۵/۵۶
«ب»	۴۹/۹	۱۴/۵۵	۲۲	۱۴/۵۵	۸۶/۸۵	۱۶/۷
«ج»	۷۶/۷۸	۱۵/۲۴	۴	۱۵/۲۴	۹۶/۸۲	۱۵/۷۶
«د»	۶۵/۹۶	۲۰/۵۲	۱۱	۲۰/۵۲	۹۷/۵۶	۲۱/۰۲
«ه»	۶۵/۳	۳۰/۰۸	۲	۳۰/۰۸	۹۷/۷۲	۳۰/۸
«و»	۵۹/۰۸	۲۶/۲	۱۳	۲۶/۲	۹۸/۸۸	۲۶/۵۴
«ز»	۵۶/۴۸	۳۶/۵۴	۵	۳۶/۵۴	۹۷/۹	۳۷/۳۲
«ح»	۵۵/۸۷	۳۶/۴۲	۴	۳۶/۴۲	۹۶/۹	۳۷/۵۵
مجموع بیمارستان‌ها	۶۸/۵۴	۱۹/۲۸	۷/۵۴	۱۹/۲۸	۹۵/۴	۲۰/۱۶

می‌شود، بیش‌ترین سهم را به خود اختصاص داده است. سهم دریافتی بابت عملکرد درمانی در قالب برنامه‌های تعریف شده وزارتی از کل مطالبات از درآمد کل بیمارستان‌ها کاملاً متغیر بوده است. بیمارستان «ب» با ۲۲٪ بالاترین و بیمارستان‌های «الف» و «ه» با ۲٪ کم‌ترین میانگین این سهم را به خود اختصاص داده‌اند. در هدف مربوط به تعیین نسبت درآمد خالص (تحقق یافته) به درآمد کل، بیمارستان «ب» کم‌ترین و بیمارستان «و» بیش‌ترین نسبت را به خود اختصاص داده‌اند. در مجموع بیمارستان‌های

کم‌ترین تعداد تخت هستند، کم‌ترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند. البته، بیمارستان «ب» بیمارستان بزرگی است که از این قاعده مستثنی است و در جای دیگری این درآمد جبران شده است که به تشریح آن پرداخته می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهش، در تعیین سهم مبالغ دریافتی از بیماران (درآمد نقدی) از درآمد کل و درآمد خالص (تحقق یافته) بیمارستان‌ها در سال‌های مورد مطالعه، بیمارستان‌های «ز» و «ح» که با ۳۲ تخت ثابت کوچک‌ترین بیمارستان‌های دانشگاه محسوب

مورد مطالعه توانسته‌اند ۹۵/۴٪ از درآمد کل را در سال‌های برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران محقق کنند.

بحث

بررسی روند سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد بیمارستان‌ها نشان می‌دهد که طی سال‌های مورد مطالعه، در بیمارستان‌هایی که از نظر تعداد تخت فعال و منطقه تحت پوشش، تقریباً یکسان هستند، وضعیت مشابهی برقرار است. در مجموع به‌طور میانگین حدود ۶۸/۵٪ از درآمد کل و ۷۲٪ از درآمد خالص (تحقق یافته) بیمارستان‌های مورد مطالعه از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت شده است. این رقم با نتیجه مطالعات واحد مطالعات اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که نشان داد در کل کشور به‌طور متوسط حدود ۷۰٪ درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها که ناشی از فعالیت و عملکرد آن‌ها است، از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵)، مشابه است. اما با نتیجه مطالعه دیگری که روی دو بیمارستان کشور انجام شد و نشان داد که سهم دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد بیمارستان در یکی از بیمارستان‌ها حدود ۷۹٪ و در بیمارستان دیگر ۵۵٪ است، تفاوت دارد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵). بر اساس گزارش شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سهم منابع دولتی بیمه‌ها و مجموع منابع بخش

دولتی بیمه‌ها و حق بیمه‌ها از مجموع هزینه‌های مصرفی بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۸۳، به ترتیب، حدود ۹/۴۲٪ و ۲۵/۰۲٪ بوده است (شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹).

مبالغ دریافتی از بیماران (درآمد نقدی) همان پرداخت مستقیم از جیب بوده و شامل فرانشیز بیمه‌ها و پرداخت‌های آزاد است. بنابراین، پایین بودن نسبت مبالغ دریافتی از بیماران (درآمد نقدی) از درآمد کل نشان‌دهنده پایین بودن پرداخت مستقیم از جیب در ازای دریافت خدمات درمانی در بیمارستان خواهد بود. در بیمارستان‌های واقع در مناطق محروم‌تر، این نسبت بالاتر است که می‌تواند به دلیل پوشش ندادن کامل یا حداکثری بیمه باشد. چراکه بر حسب داده‌های مختلف، از جمله براساس مطالعات دیرخانه تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۰ تا ۲۶ درصد از مردم تحت پوشش بیمه قرار ندارند و رقم‌های اعلام شده برای کل بیمه‌شدگان - در سازمان‌های گوناگون بیمه پایه - با هم‌پوشی و تکرار آمیخته است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵). به‌طور متوسط حدود ۱۹٪ درآمد کل و ۲۰٪ درآمد خالص (تحقق یافته) بیمارستان‌های مورد مطالعه، درآمد نقدی یا همان مبالغ دریافتی از بیماران است. نتایج مطالعه واحد مطالعات اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد به‌طور متوسط سهم درآمد نقدی از درآمد کل بیمارستان‌ها حدود ۳۰٪ است که از نتیجه بدست آمده در این مطالعه بیش‌تر است

(وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵). نتیجه این بررسی با نتایج مطالعه‌ای که در اوگاندا انجام شده و در آن، درآمد ناشی از پرداخت‌های مستقیم بیماران و مراجعین به بیمارستان‌ها به‌طور میانگین ۴۰٪ درآمد کل آن‌ها است نیز همخوانی نداشت (آمون و همکاران، ۲۰۰۵).

اسنادی که شامل کسور سازمان‌های بیمه‌گر شده و مطالبات بیمارستان‌ها بابت ارائه خدمات رایگان به بیماران مبتلا به بیماری‌ها و یا صدمات تصریح شده در قانون که به‌طور کامل تحقق نیافته‌اند، منجر به منطبق‌نشدن کامل درآمد خالص (تحقق یافته) با درآمد کل شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که نسبت درآمد خالص (تحقق یافته) به درآمد کل در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۹۵/۴٪ است. از نتایج مطالعات مشابه می‌توان به این مسئله پی برد که در بیش تر مواقع، کل درآمد بیمارستان در اثر آگاهی نداشتن کارکنان، در ثبت دقیق و صحیح اقدامات درمانی انجام شده که منتج به درج‌نکردن در صورت‌حساب‌ها و یا تعلق گرفتن کسورات به آن اسناد می‌شود، محقق نمی‌شود. به‌عنوان نمونه، یافته‌های مطالعه حاتم و همکاران (۱۳۸۷) نشان می‌دهد، ۷۳/۲٪ اقدامات درمانی که برای بیماران در بخش داخلی بیمارستانی انجام شده بود، ثبت نشده که منجر به از دست رفتن ۵۶٪ از درآمد واقعی بیمارستان در این رابطه شده است. پس از برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات لازم این رقم کاهش یافت. به این ترتیب، که درصد ثبت‌نکردن اقدامات درمانی انجام شده به ۴۲٪ رسید و تحقق درآمد واقعی بیمارستان نیز به

میزان ۲۵٪ بهبود یافت.

نتیجه‌گیری

در مجموع به‌طور متوسط ۷۲٪ از درآمد بیمارستان‌های مورد مطالعه طی سال‌های برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از محل مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر، حدود ۲۰٪ از محل درآمدهای نقدی و حدود ۸٪ نیز از محل اعتبارات تعریف شده وزارتی در قالب خدمات ارائه شده به مصدومین حوادث ترافیکی (که باید تا پایان روزهای پی‌گیری، در بیمارستان‌ها به‌صورت رایگان ارائه شود)، تخفیفات اعطایی به کارکنان و بیماران نیازمند، خدمات ارائه شده به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و خاص و تحمل‌ناپذیر و بیماران بستری طولانی‌مدت در تخت‌های واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان، واحد مراقبت‌های ویژه و واحد مراقبت‌های ویژه کودکان (اطفال)، مصدومین اورژانس غیرترافیکی، بیماران سوختگی و روانی است. بالابودن سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند بیانگر اهمیت تلاشی باشد که بیمارستان‌ها باید در تحقق حداکثری مبالغ اسناد ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر و به حداقل رساندن میزان کسور انجام دهند. نسبت درآمد خالص (تحقق یافته) به درآمد کل، تحقق نیافتن کامل مطالبات بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد آن قسمت از درآمدها که در نتیجه

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین بیمارستان‌ها، بویژه مسئولین امور مالی و کارشناسان واحدهای امور مالی به دلیل همکاری صمیمانه آن‌ها، سپاسگزاری کنند.

یادداشت‌ها

1. Content Validity
2. Neonatal Intensive Care Unit
3. Intensive Care Unit
4. Pediatric Intensive Care Unit
5. Amone et al.
6. Fee for Service

منابع

انوری، زهره؛ صدقیانی، ابراهیم؛ و سیدجمال‌الدین طیبی (۱۳۸۴). «مقایسه سازوکارهای موجود در بهره‌وری خدمات پشתיانی بیمارستانی اراک، ۱۳۸۳ طراحی یک الگو». مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۳، شماره ۵۲، پاییز، صص. ۴۹-۵۶.

برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۶). «دستورالعمل اجرایی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی».

حاتم، ناهید؛ عسکریان، مهرداد؛ و کیمیا پورمحمدی (۱۳۸۷). «کاربرد الگوی ارتقای کیفیت با استفاده از اطلاعات پزشکی بیماران بر افزایش درآمد

پرداخت نکردن به موقع مطالبات از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محقق نشده‌اند، نیازمند توجه و پی‌گیری بیش‌تر مسئولین دانشگاه و اصلاح فرایندهای مربوط در بیمارستان باشد. همان‌گونه که نتایج نشان داد، سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر و سپس درآمد نقدی، بالاترین درصد از درآمد کل بیمارستان‌ها را به خود اختصاص داده است. لذا، پیشنهاد می‌شود با توجه به ناگزیر بودن بیماری و ابتلا به آن، اقدامات لازم برای فراهم کردن امکانات و تسهیلات لازم جهت درمان بیماران هر منطقه در بیمارستان همان منطقه و جلوگیری از اعزام یا مراجعه آن‌ها به بیمارستان‌های شهرستان‌های دیگر انجام شود. این عمل در نتیجه جذب تعداد بیش‌تر متخصص و همچنین فراهم کردن امکانات لازم برای ایجاد تنوع تخصصی خواهد بود.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد طی سال‌های مورد مطالعه، هیچ بیمارستانی کلیه مطالبات خود بابت ارائه خدمات درمانی به بیماران مشمول تخفیفات و یا رایگان را از وزارت متبوع دریافت نکرده است و همواره در این زمینه کسوری وجود داشته و از این بابت به نوعی زیان مالی می‌بینند. لذا، باید از طریق اصلاح و بهبود فرایندها در کاستن از هزینه‌ها اقدام جدی به عمل آید و اقدامات جدی برای وصول حداکثر مطالبات صورت گیرد. همچنین، با توجه به کم‌بودن سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد کل در بیمارستان‌های کوچک‌تر به نظر می‌رسد یکی از دلایل آن می‌تواند نبود پوشش کامل بیمه‌ای در این مناطق باشد.

- بیمارستان». مدیریت اطلاعات سلامت، دوره پنجم، شماره دوم، پاییز و زمستان، صص. ۱۱۱-۱۱۹.
- حق پرست، حسن (۱۳۸۵). «مکانیسم‌های کنترل هزینه در بخش بهداشت و درمان». فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هفتم، شماره بیستم، صص. ۶۱-۹۰.
- رضایپور، عزیز (۱۳۸۵). «هزینه یکای خدمت در کانون‌های هزینه نهایی بیمارستان شهدای هفتم تیر تهران در سال ۱۳۸۱: گزارش موردی». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال دهم، شماره ۴ (پی در پی ۴۱)، زمستان، صص. ۷۶-۸۱.
- شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۹). دستاوردها و چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، جلد اول، تیر ماه.
- صادقی، نغمه و حسین زارع (۱۳۸۸). «تأثیر نظام تأمین منابع مالی در بهبود عملکرد بیمارستان». فصلنامه پایش (فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی)، سال هشتم، شماره دوم، بهار، صص. ۱۳۵-۱۴۵.
- کریمی، ایرج (۱۳۸۴). اقتصاد سلامت: پرتو عدالت در بازار سلامت و شاخص‌های زندگی سالم. جلد دوم، تهران: انتشارات گپ.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱). «دستورالعمل اجرایی نحوه کمک به پرداخت
- فرانشیز بیماران نیازمند». معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵). «مطالعات سال ۱۳۸۵ واحد مطالعات اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی».
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۶). «دستورالعمل اجرایی سهم ۲۵٪ اعتبارات مندرج در بند ب تبصره ۱۵ قانون بودجه سال ۱۳۸۶ کل کشور (۱۳۸۶)».
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۷). «راهنمای ارسال اطلاعات بیماری‌های خاص موضوع ابلاغ اعتبار از برنامه ۳۰۳۰۳ ذیل ردیف ۱۱-۵۲۰۰۰۰ سال ۱۳۸۷». اداره پیوند و بیماری‌های خاص معاونت سلامت وزارت بهداشت.
- Agone, J.; Asio, S.; Cattaneo, A.; Kweyatulira, A. K.; Macaluso, A.; Maciocco, G.; Mukokoma, M.; Ronfani, L.; and S. Santini (2005). "User Fees in Private Non-For-Profit Hospitals in Uganda: A Survey and Intervention for Equity". *International Journal for Equity in Health*, Vol.4, pp. 1-9.