

کنترل مالی و مدیریت موجودی سازمان های مراقبت سلامت

محیط کنترلی

برای اطمینان از اصول منظم و دقیق در یک سازمان مراقبت سلامت، نیاز به کنترل های داخلی بی نقص در سازمان می باشد. این کنترل ها ممکن است دسته کنترل های بالا به پایین (همه سازمان های مراقبت سلامت) و با کنترل های پایین به بالا (بخشی از سازمان مراقبت سلامت) باشد.

کنترل های سطوح بالا: کنترل های سطوح بالا می توانند به شیوه های متفاوتی تعریف شوند. برای مثال، مجوزهای همکاری، آیین نامه ها، سیاست های رمسی یا اصول و قوانین.

ممیزی خارجی: سازمان های مراقبت سلامت بزرگ به یک بازرسی خارجی نیاز دارند که وظیفه دارد به دقت صورت های مالی سالیانه سازمان را مورد بررسی قرار داده و یک گزارش ممیزی را ارائه نماید.

ممیزی داخلی: سازمان های مراقبت سلامت باید یک سیستم ممیزی داخلی مسئولیت پذیر را برای بازنگری کنترل های داخلی ایجاد نمایند. در ممیزی داخلی باید از سیستم کنترل داخلی اثر بخش اطمینان حاصل شود. در این سیستم حتما بایستی یک استراتژی مشخص برای جلوگیری و آشکارسازی تخلفات و فساد وجود داشته باشد. همچنین سازمان مراقبت سلامت باید از استراتژی مدیریت خطر در مقابل تخلفات برخوردار باشد. بازرسان داخلی آن دسته از کنترل های ضروری را که رضایت بخش هستند، انجام می دهند.

کنترل سطوح پایین: بخش های موجود در سازمان مراقبت سلامت باید کنترل های مالی طراحی شده داخلی را داشته باشند:

- حفاظت دارایی های سازمان با تعیین حوزه مسئولیت برای آن ها، تا امنیت فیزیکی آن ها تامین شود و از هر گونه اتفاق ایمن شوند.
- اطمینان از این که معاملات به شیوه درست ثبت شوند و یک ابزار ممیزی معتبر وجود داشته باشد.
- تفویض اختیار با سطوح متفاوت برای انجام معاملات

الف- کنترل ساختاری

این نوع کنترل به طرح سازمان برای تعیین دامنه مسئولیت ها و حیطه اختیارات و وظایف مشخص هر یک از کارکنان مربوط می شود که باید به طور روشن تصریح و تعریف شود تا به کارها به صورت موثر و یا کارائی لازم انجام پذیرند. اساسی ترین عنصر کنترل ساختاری سازمان، شرح وظایف، مشاغل و مسئولیت ها، تشخیص مراکز مسئولیت و وابستگی آن ها با یکدیگر است. مراکز مسئولیت در سازمان، واحدهائی هستند که وظایف

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

معینی را به عهده داشته و اجرا می کنند، نظیر: کاخداری، تغذیه، پرستاری، بازرسی بهداشتی استریل، اتاق عمل، مشاوره، رختشوی خانه، مدارک پزشکی و ... البته در اکثر سازمان های بهداشتی درمانی چهار نوع مرکز مسئولیت وجود دارند:

- مراکز خدماتی
- مراکز هزینه
- مراکز درآمد
- مراکز سرمایه گذاری

۱- مراکز خدماتی: واحدهائی از سازمان هستند که مسئول ارائه خدمات می باشند، و این ابتدائی ترین شکل مرکز مسئولیت است که باید خدمات مورد نیاز را با کیفیت و حداقل مقدار تعیین شده ارائه نماید. تیم های مشاوره ای در مراکز بهداشت روانی، تیم های بازرسی بهداشتی، واحدهای توان بخشی و یا تیم های آموزش بهداشت، مثال هائی از این نوع مراکز می باشند که هر یک جزئی از کل سازمان بوده و هزینه های سالانه آن ها معمولاً از بودجه در نظر گرفته شده تجاوز نمی کند. از سوی دیگر طبیعت کار آن ها طوری است که از طریق سیستم های حسابداری میزان کارکردشان قابل اندازه گیری و کنترل نیست بلکه از روی تجربه و عرف می توان برآیند کار و فعالیت آن ها را مشخص کرد.

۲- مراکز هزینه: این مراکز مسئول نظارت بر رعایت حداقل استانداردهای کاری و کنترل هزینه ها و مخارج می باشند. بنابراین افرادی که مسئول این مراکز هستند باید از میزان هزینه های واحدهائی نظیر مراقبت های ویژه، اتاق عمل، بخش های بستری و غیره اطلاع کافی داشته و بر میزان هزینه های این مراکز نظارت و کنترل کافی اعمال نمایند.

۳- مراکز درآمد: این مراکز نه تنها بر کیفیت کار و خدمات ارائه شده نظارت دارند، بلکه باید هزینه ها را برای تولید درآمد کنترل کنند. تفاوت مخارج و درآمد در سازمان های انتفاعی «سود» نامیده می شود و در سازمان های غیر انتفاعی «فزونی درآمدها بر هزینه ها» نام دارد.

مدیران بیمارستانها و سازمان های سلامت می توانند از داده های هزینه و درآمد به منظور ارزشیابی «سربه سری» کلی هزینه - درآمد بیمارستان (برابری میزان درآمدها و مخارج کل در هر سال مالی خاص) بهره گیرند. اختلاف منفی (واریانس نامساعد) حاصل $TR - TC$ را کسری یا زیان می گویند.

رایج ترین شیوه برای اندازه گیری سود دهی به دست آوردن نسبت حاشیه سود عملکردی است که برابر است با درآمد عملیاتی خالص تقسیم بر کل درآمدهای عملیاتی. هر چه از نسبت بزرگ تر باشد وضع مالی بیمارستان بهتر است. پایین بودن نسبت ایجاد می نماید بیمارستان به بررسی ساختار نرخ هایش و بررسی ساختار هزینه اش به منظور یافتن هزینه هایی که باید از آن پرهیز گردد، پردازد.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

اگر دولت به بیمارستان یارانه می پردازد، برای مدیران بیمارستان ها مشخص نمودن یارانه خالص دریافتی مفید است. میزان یارانه به همان مقدار و نامساعد می باشد:

درآمدهای بیمارستان - هزینه بیمارستان = میزان یارانه خالص

۴- مراکز سرمایه گذاری: آخرین نوع از مراکز مسئولیت، مرکز سرمایه گذاری است. البته به دلیل دور بودن طبیعت فعالیت های بهداشتی درمانی از ارزش هاس اقتصادی، در سازمان های بهداشتی درمانی این مراکز به ندرت وجود دارند ولی تعداد آن ها در بخش های انتفاعی صنعت رو به افزایش است. مراکز سرمایه گذاری مسئول نظارت بر کیفیت و استانداردها و مخارج و به خصوص هزینه هائی که به منظور تولید و تحصیل درآمد می شود، هستند. در موسسات بهداشتی درمانی انتفاعی، به ویژه بیمارستان های خصوصی، تنها کسب سود کافی نیست بلکه مسئولین این مراکز خصوصی، تنها کسب سود کافی نیست بلکه مسئولین این مراکز باید در سرمایه گذاری منطقی مجدد سود تحصیل شده، تلاش نمایند.

ب- کنترل پرسنلی

دومین نوع کنترل اصلی سازمان از نقطه نظر مدیریت امور مالی مربوط به پرسنل می باشد. از دیدگاه مدیران «امور مالی» هدف اصلی از کنترل پرسنلی استخدام افراد واجد شرایط برای اجرای فعالیت های گوناگون به منظور تحقق اهداف سازمان (به طور موثر، اقتصادی و با کارائی) است. بنابراین هزینه های پرسنلی مربوطه توسط حسابداری در سازمان منعکس می شود و تصمیمات متعددی که در مورد کارکنان اتخاذ می گردد با توجه به عوامل فوق صورت می پذیرد.

مرحله اول در کنترل پرسنلی، استخدام می باشد. در واقع استخدام مرحله ای است که فرد واجد شرایط برای تصدی پست مورد نظر برگزیده می شود و باید شایستگی، صلاحیت و لیاقت کسب شغل در نظر گرفته شده را از هر حیث دارا باشد.

مرحله دوم در کنترل پرسنلی، استقرار فرد در پست مورد نظر است. در واقع هنگامی که پست های زیادی در سازمان بلاتصدی می باشد و فرد استخدام شده شایستگی احراز تمامی آن ها را دارا است. سازمان باید با توجه به اهداف خود شغلی را برای وی در نظر بگیرد که پیشرفت فرد را نیز به همراه داشته باشد.

مرحله سوم در کنترل پرسنلی، کارآموزی است که این مرحله برای کارکنان سازمان های خدمات بهداشتی درمانی بسیار مهم تلقی می شود.

مرحله چهارم در کنترل پرسنلی، سرپرستی است. سرپرستی از مسائل مهم مدیریت بوده و یکی از ابتدائی ترین روش ها برای حصول اطمینان از اجرای کامل فعالیت ها، سرپرستی صحیح می باشد. سرپرستی خوب بر

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

درک متقابل و ارتباطات روشن سازمانی استوار است. از روش های موثر سرپرستی می توان از روش «مدیریت بر مبنای هدف»^۱ نام برد.

مرحله پنجم در کنترل پرسنلی، کنترل دستمزد و پاداش است. این مرحله یکی از مهمترین کنترل های پرسنلی از نقطه نظر مدیریت امور اداری و مالی به شمار می رود.

ششمین و آخرین مرحله در کنترل پرسنلی، توسعه و پیشرفت شغلی کارکنان می باشد.

پ- کنترل امور دارایی

آخرین نوع کنترل سازمانی، کنترل اموال و دارایی است.

برای کنترل وسایل و مواد در سازمان های مراقبت سلامت باید اولاً در موقع تهیه و خرید دقت شود و ثانياً نحوه ی استفاده از وسایل و مواد کنترل شده و از بروز ضایعات ناشی از کاربرد نادرست و غیر اصولی آن ها جلوگیری گردد.

آموزش پرسنل استفاده کننده از وسایل و تجهیزات کنترل آنها از طرف سرپرستان هر قسمت و کنترل نهایی قسمت ها از سوی مدیران امور مالی سازمان از اقداماتی هستند که در این راه اثربخش واقع می شوند.

به منظور جلوگیری از حبس سرمایه در انبارهای سازمان های مراقبت سلامت، استفاده بهینه از منابع و در عین حال جلوگیری از وقفه در امر خدمت رسانی بایستی موارد زیر مراعات گردد:

۱- تعیین حداکثر موجودی انبار: تعیین سطح حداکثر موجودی، در جلوگیری از افزایش موجودی انبار کمک می کند و از کهنه شدن، خرابی و سرقت احتمالی لوازم و تجهیزات که به نوعی دارایی سازمان مراقبت سلامت محسوب می گردند، جلوگیری می نماید. هنگامی که حداکثر میزان موجودی انبار از یک کالا تعیین شود، امکان تخمین صحیح موجودی آن کالا در فواصل زمانی بعدی افزایش می یابد.

۲- موضوع عدم اطمینان، ذخیره احتیاطی و تعیین حداقل ذخیره احتیاطی: در عمل مقدار مصرف سازمان مراقبت سلامت از یک کالای بخصوص به درستی مشخص و آشکار نیست و معمولاً در طول یک دوره زمانی دارای افت و خیز می باشد. به منظور جلوگیری از خالی شدن انبار در صورت افزایش غیر منتظره مصرف و یا طولانی شدن بیش از حد معمول باید به مواردی از قبیل سرمایه مورد نیاز، مدت زمان لازم برای تهیه کالا، نوع اقلام (وارداتی و یا ساخت داخل)، لوازم حساس و خطر ناشی از فرسودگی و توجه گردد.

۳- با صرفه ترین مقدار سفارش: حد مطلوب سفارش یا باصرفه ترین مقدار سفارش یک کالای بخصوص، زمانی است که در آن حد هزینه های سفارش مساوی هزینه های نگهداری آن کالا باشد و نیز در آن سطح سفارش هزینه کل مشتمل بر مجموع هزینه های سفارش و نگهداری کالا، کمترین مقدار خودش را داشته باشد.

^۱ - Management By Objectives (MBO)

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

برای پیدا کردن با صرفه ترین مقدار سفارش از یک کالای خاص برای سازمان مراقبت سلامت، از رابطه زیر می توان بهره جست:

$$C(Q) = \frac{AU}{Q} + \frac{BQ}{2}$$

متغیرهای رابطه مذکور عبارتند از:

Q : با صرفه ترین مقدار سفارش

U : مصرف سالانه کالا

B : هزینه نگهداری یک واحد کالا در سال

A : هزینه سفارش برای هر بار سفارش

C : هزینه های سفارش و نگهداری کالا در سال

برای اینکه مقدار هزینه کل در تابع فوق به حداقل ممکن کاهش یابد و یا به عبارتی کمینه گردد، باید از تابع نسبت به Q مشتق گرفته و نتیجه آن را برابر صفر قرار دهیم. در این صورت رابطه زیر برقرار می گردد:

$$\frac{dc(Q)}{dQ} = -\frac{AU}{Q^2} + \frac{B}{2} = 0 \rightarrow Q = \sqrt{\frac{2AU}{B}}$$

همچنین برای محاسبه و تعیین تعداد دفعات سفارش مقرون به صرفه از فرمول زیر بهره گیری می شود:

$$\text{تعداد مورد نیاز طی یک دوره معین} = \frac{\text{تعداد مقرون سفارش دفعات تعداد}}{\text{با ترین صرفه مقدار سفارش}}$$

مثال: هر گاه مصرف سالیانه از یک دارو ۱۰۰۰۰ واحد در سال و هزینه هر بار سفارش ۲۴ ریال و هزینه نگهداری هر واحد ۳ ریال در سال باشد. مطلوبست محاسبه با صرفه ترین مقدار سفارش و هزینه کل سالانه در این مقدار سفارش.

$$Q = \sqrt{\frac{2 \times 24 \times 10000}{3}} \Rightarrow Q = 400 \text{ واحد}$$

$$C(Q) = \frac{AU}{Q} + \frac{BQ}{2} = \frac{10000 \times 24}{400} + \frac{3 \times 400}{2} \Rightarrow C(Q) = 1200$$

و اگر فرض نماییم مقدار مصرف دارو در یک دوره زمانی معین ۶۰۰۰ واحد باشد. لذا تعداد دفعات سفارش مقرون به صرفه ۱۵ خواهد بود.

نقطه سفارش و ذخیره احتیاطی

برای جلوگیری از ایجاد وقفه در ارائه خدمات، سازمان مراقبت سلامت باید دریابد با چه مقدار مانده موجودی انبار سازمان باید سفارش جدید مجدد را بفرستد.

نقطه سفارش برای یک کالا مقدار معینی از کالای بخصوص است که وقتی موجودی به آن سطح برسد، سازمان باید اقدام به صدور سفارش نماید.

تجزیه و تحلیل ABC

در این سیستم تمامی اقلام بر اساس هزینه مصرف سالیانه مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند. در این سیستم تمام اقلام خارج شده از انبار مرکز بهداشتی درمانی در طی یک سال فهرست می شوند و هزینه هر واحد قلم در تعداد مصرف شده ضرب می گردد تا هزینه مصرف سالانه مشخص گردد. سپس اقلام به ترتیب مقدار مصرف سالیانه دسته بندی می گردند.

بدین ترتیب مشاهده می گردد که حدود ۱۰-۵ درصد اقلام حدود ۸۰-۷۰ درصد از هزینه کل مصرف سالیانه را به خود اختصاص می دهد. (اقلام را اقلام دسته A نامگذاری می کنند.) دسته B ۲۰-۱۰ درصد اقلامی هستند که حدود ۳۰-۲۰ درصد هزینه کل مصرف سالیانه را به خود اختصاص می دهند، دسته C حدود ۸۰-۷۰ درصد اقلامی هستند که حدود ۱۰-۵ درصد هزینه کل مصرف سالیانه را به خود اختصاص می دهند. بدین ترتیب مدیریت سازمان می تواند با نظارت بر خرید، ذخیره سازی و خروج تنها ۱۰-۵ درصد از اقلام گرانبها (گروه A) حدود ۸۰-۷۰ درصد هزینه ها را کنترل نماید که نهایتاً به کاهش سرمایه گذاری و هم چنین جلوگیری از خالی ماندن انبار از وسایل حساس می انجامد.

قیمت گذاری خدمات مراقبت سلامت

قیمت گذاری

تئوری اقتصادی، قیمت را به عنوان یک فاکتوری بیان می نماید که کیت کالاها و خدمات مورد تقاضا را تنظیم می کند.

در بازار رقابتی کامل، موسسات و بنگاه های تولیدی قیمت بردار هستند به عبارتی آن ها تاثیر کمی بر روی قیمت گذاری خدمات و کالاها می گذارند و لذا مجبورند قیمت های تنظیمی رقیبان خود را در فرآورده ها و تولیدات مشابه بپذیرند. در بازار کاملاً غیر رقابتی (رقابتی ناقص و یا انحصاری خالص)، موسسات از ورود رقیبان به بازار جلوگیری کرده و همانند یک سد محکم عمل می نمایند.

با استراتژی های قیمت گذاری، سازمان های مراقبت سلامت می توانند ارائه خدمات مراقبت سلامت را که در برگیرنده ویژگی های یک کالای عمومی باشد، را تشویق نمایند چرا که بخش خصوصی، بهبود سلامت محیطی و ارتقاء را بر عهده نمی گیرد.

استاندارد کردن قیمت ها

سازمان های مراقبت سلامت معمولاً مخالف استاندارد کردن تعرفه ها و قیمت های خدمات مراقبت سلامت می باشند؛ این مساله بنا به دلایلی که در زیر بدان ها اشاره می شود منطقی به نظر می رسد:

- بیمارستان ها و سازمان های ارائه دهنده خدمات مراقبت سلامت با توجه به کیفیت خدمات، تکنولوژی مورد بهره برداری تجهیزات پزشکی مورد استفاده، تجهیزات پزشکی مورد استفاده، تجربیات پزشکی و مدیریت کارکنان قیمت های متفاوتی را می توانند داشته باشند.
- استاندارد کردن قیمت ها موجب از بین بردن موضوعاتی از قبیل خلاقیت، نوآوری و تنوع بخشی در نوع فعالیت های ارائه شده می گردد.

قیمت ها و هزینه ها

قیمت ها به فاکتورهایی از قبیل محصول های جانسین، رقابت در بازار و ارزشی که مصرف کنندگان برای محصول قائل می شوند، بستگی دارد.

قیمت گذاری در خدمات مراقبت سلامت وابسته به یک سری از فاکتورهایی است که تا حدودی متفاوت با فکتورهای اثر گذار در بخش تجاری هستند. اصولاً هر گاه خدمتی که به اندازه زیاد وابسته به ترکیب بازاریابی است ارائه شود، مفهومی را تحت عنوان $4p$ (تداعی می کند. این مفاهیم عبارتند از:

- قیمت (*Price*)
- محصول (فراوری *product*)

- مکان (place)
- ترویج (promotion)

۱). قیمت

بر طبق این مفهوم قیمت یک خدمت به کیفیت خدمت، محلی که می تواند خدمت حصول گردد و نیز راهی که آن را برای مردم قابل دسترسی می نماید، بستگی دارد.

۲). محصول یا فراوری

محصول یا فراوری بر اساس کمیت، کیفیت و نوع خدمات شرح داده می شود. از معیارهای مهم در خدمات مراقبت سلامت می توان به کیفیت خدمات، تنوع خدمات، و نیز به موقع بودن ارائه خدمات سلامت اشاره داشت. در یک محیط رقابتی، تصمیمات قیمت گذاری با پتانسیل بازار هر کدام از خدمات پیشنهاد شده در ارتباط تنگاتنگ می باشد. ارتباط بین رشد بازار و سهم بازار می تواند در ماتریس گروهی بوستون مورد ارزیابی قرار گیرد. مدیران نیاز دارند بدانند کدامیک از خدماتشان از پتانسیل لازم برای رشد در راستای دستیابی به سهم بیشتری از بازار برخوردار است. برای مثال، جراحی الکتیوی در یک بخش را در نظر بگیرید که از طریق موارد زیر خدمات خود را در پاسخگویی به نیروهای بازار تحت تاثیر قرار می دهد.

Cash cows (گاو شیرده): خدماتی هستند که منبع عمده برای درآمد یک بخش به حساب می آیند. این نوع خدمات در حجم بالا و رشد پایین بازار تولید می شوند برای مثال، آن دسته از اعمال جراحی که با فراوانی زیاد در یک بیمارستان با سهم بالایی از بازار و تخصص صورت می گیرد.

Stars (ستاره): این نوع خدمات از پتانسیل عمده ای برای مبدل شدن به عنوان یک منبع درآمد عمده در آینده برخوردارند. اگر چه ممکن است این موضوع مستلزم سرمایه گذاری بیشتر برای گسترش این وضعیت باشد. برای مثال عمل جراحی که بر مبنای روش ها و فناوری جدید که هنوز در هیچ جایی مورد پذیرش نیست ولی با این وجود پتانسیل لازم به عنوان یک روش استاندارد در آینده برخوردار است.

Question marks (علامت سوال): این نوع خدمات در اصطلاحات درآمدی پیچیده هستند. اگر چه این نوع خدمات بخشی از بازار با رشد بالا را تشکیل می دهند، اما درآمد حاصل از این خدمات، سرمایه گذاری لازم برای افزایش سهم بازار را توجیه نمی نماید و معمولاً چالش برانگیز هستند. برای مثال اعمال جراحی یا فناوری جدید ارائه شده توسط بیمارستان همجوار را با دارا بودن تخصص و سرمایه کافی برای توسعه فعالیت در نظر بگیرید، شاید شما قادر به رقابت با رقیبان خود نباشید و ممکن است تنها ارائه کننده های کمی قادر به انجام این اقدامات در آینده باشند.

Dogs (سگ): این خدمات سهم کوچکی از بازار را به خود اختصاص داده و از پتانسیل پایینی برای رشد برخوردارند، برای نمونه می توان به یک بازار اعمال جراحی ویژه ای داشت که بر روی تعداد کمی از بیماران

انجام می شود. این نوع خدمات اگرچه ممکن است درآمد پایینی را به همراه داشته باشد، ولی برای حفظ شهرت بیمارستان، ارائه آن خدمات پیشنهاد می گردد.

در سیستم های تامین مالی دولتی، جایی که دولت قیمت ها را تنظیم می کند، عرضه کنندگان توجه کمتری به تصمیمات استراتژیک سهام و اوراق بهادار دارند، چرا که حجم خدمات و قیمت ها وابسته به تنظیم قرارداد است.

۳. مکان

مکان ارائه خدمات مراقبت سلامت ممکن است موضوع قیمت گذاری را تحت تاثیر قرار دهد. برنامه ریزی در مکان های مناسب با ارائه خدمات مطلوب می تواند یک مزیت رقابتی محسوب شود که اجازه قیمت های بالاتر را برای مطالبه می دهد. مفهوم مکان، تفاوت های منطقه ای و پاسخگویی به نیازهای مشتریان را منعکس می نماید. مکان همچنین با دستیابی به عدالت در دسترسی به عنوان یک هدف مراقبت سلامت ارتباط دارد.

۴. ترویج

این مفهوم به ترکیب روش های مورد استفاده در جامعه برای ایجاد آگاهی عمومی، اطمینان، پذیرش و شناسایی در خدمات مراقبت سلامت اشاره دارد. فقدان ترویج ممکن است منجر به استفاده کمتر از حد خدمات مراقبت سلامت گردد. نوآوری های سلامت عمومی به جهت مورد پذیرش واقع شدن، اغلب به ترویج وسیع نیاز دارند. برای مثال در یک عملیات واکسیناسیون ممکن است از روش های بازاریابی اجتماعی به منظور دستیابی به سطح پوشش بالاتر استفاده شود.

از آنجایی که فعالیت های بازاریابی و تبلیغات مراقبت سلامت به وسیله آیین نامه ها و مقررات محدود می شود، ارائه کنندگان خدمات سلامت از طریق تجهیزات مورد استفاده و نیز توانمند سازی کارکنان به نشان کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی برای مصرف کنندگان تمایل نشان می دهند.

یکی از جنبه های مهم ترکیب بازاریابی، ترویج داخلی است که به منظور افزایش آگاهی منابع انسانی درباره منافع خدمات مراقبت سلامت جستجو می گردد، هنگامی که یک برنامه مراقبت سلامت جدید طراحی می شود، نیروی کار مراقبت سلامت نیاز به انگیزش و آموزش کافی به منظور کسب اعتماد و حمایت از سوی جامعه دارند.

رویکرد قیمت گذاری

اهداف بسیاری برای تصمیمات قیمت گذاری وجود داد، اما باید اظهار داشت تنها دو رویکرد مهم در قیمت گذاری وجود دارد. یک رویکرد به دنبال این است تا مجموع هزینه های رخ داده را ارزیابی نموده و بهبود بخشد و رویکرد دیگر فقط هزینه های متغیر را ارزیابی می نماید. از رویکرد اول تحت عنوان هزینه یابی جذبی و از رویکرد دوم تحت عنوان هزینه یابی نهایی یاد می شود.

• هزینه یابی حذفی به بازیابی مجموع هزینه های خدمات مراقبت سلامت ارائه شده اشاره دارد. این موضوع بدان معنی است که هزینه های متوسط، مبنای قیمت گذاری هستند. هزینه های سر بار نیز برای تعیین قیمت واحد خدمت در قیمت گذاری منظور می شوند. اشکال عمده این رویکرد این است که در محیط های قراردادی، فعالیت های برنامه ریزی شده باید هزینه های کل عملیاتی را پوشش دهد. اگر فعالیت از سطوح برنامه ریزی شده منحرف شود، هزینه ها ممکن است کمتر یا بیشتر از حد بازیابی شده گردند.

• هزینه یابی نهایی، به پوشش هزینه های متغیر خدمات مراقبت سلامتی که ارائه می شوند، اشاره دارد. اشکال عمده این رویکرد آن است که قسمت اعظم هزینه ها تحت عنوان هزینه های ثابت، در تصمیمات قیمت گذاری لحاظ نمی شوند.

معمولا ارائه کنندگان بخش خصوصی مبالغی را به منظور کسب سود به هزینه های عملیاتی اضافه می کنند. این رویکرد درصدی به هزینه واحد خدمت مراقبت سلامت اضافه می کند که از این شیوه تحت عنوان قیمت گذاری مبتنی بر هدف نام برده می شود. قیمت گذاری مبتنی بر هدف در بخش دولتی کمتر رایج است. ارائه کنندگان بخش دولتی ممکن است انگیزه پیدا نمایند تا خدمات مراقبت سلامت را با هزینه کمتری ارائه کنند و در عین حال کیفیت خدمات ارائه شده را بهبود بخشند.

اگر فقط هزینه های نهایی از مشتریان مطالبه شده و به عبارتی بازیابی شوند، در آن صورت ارزش و مطلوبیت خدمات مراقبت سلامت برای مصرف کنندگان از هزینه کرد بابت آنها بیشتر خواهد بود (مشتریان با یک نوع ارزش اضافی که بابت آن هیچ پرداختی انجام نشده است، مواجه می باشند). و این عامل، تقاضا برای خدمات مراقبت سلامت را به حداکثر خواهد رساند. این رویکرد به قیمت گذاری نفوذی معروف می باشد و با استراتژی رهبری- هزینه سازگاری دارد که تلاش می کند تا رشد را حداکثر سازی نماید. اشکال عمده رویکرد قیمت گذاری نفوذی این است که در آن، هزینه های ثابت تحت پوشش قرار نمی گیرند.

در عمل، تعدادی از سازمان ها از ترکیب هر دو تکنیک استفاده می کنند، هزینه یابی حذفی برای قسمت عظیمی از خدمات و هزینه یابی نهایی برای توافق در توسعه خدمات جدید. انتخاب روش های هزینه یابی، نقش عمده ای در تنظیمات قیمت خدمات دارد. در واقع، سیاست های قیمت گذاری باید اهداف استراتژیک سازمان را انعکاس دهند.

سوال: کدامیک از روش های قیمت گذاری زیر در نظام مراقبت سلامت در بخش های دولتی کمتر رایج می باشد؟ (ارشد ۹۴)

- الف) قیمت گذاری بر مبنای هدف
ب) هزینه یابی نهایی
ج) هزینه یابی جذبی
د) رویکرد قیمت گذاری نفوذی
- پاسخ گزینه الف /

درک روابط بین درآمد، هزینه و قیمت در دستیابی به درآمد خالص مطلوب

در ارتباط بین خریداران و ارائه کنندگان سه نوع مبنای قراردادی وجود دارد و هر کدام به شیوه خاصی روی رفتار قیمت گذاری تاثیر می گذارند. این قراردادها شامل موارد زیر هستند:

- پرداخت مبتنی بر حجم ارائه خدمات (کارانه - موردی - روزانه - پاداش)
- پرداخت مبتنی بر مراقبت از گروه تعریف شده جمعیتی (سرانه)
- پرداخت برای یک دوره زمانی تعریف شده (پرداخت نرخ ثابت - بودجه ای - پرداخت حقوق)

الف). مکانیزم پرداخت کارانه یا فی فور سرویس (FFC)

در این مکانیزم کلیه خدمات سلامت ارائه شده و هزینه هر یک از این خدمات برابر تعرفه تعیین گردیده و به شخص حقیقی یا حقوقی طرف قرارداد پرداخت می شود. در این سیستم تعرفه مصوب کلیه خدمات سلامت به فرد طرف قرارداد اعلام می شود و ارائه دهنده خدمات سلامت موظف به رعایت کامل تعرفه هاست. این روش نسبت به سایر مکانیزم های پرداخت به بازار شباهت بیشتری دارد. از آنجایی که این روش انگیزه بسیار قوی را برای پزشکان ایجاد می کند که خدمات بیشتر و پرمفعت تری را ارائه نمایند، لذا برای محدودسازی هزینه ابزار نامناسبی می باشد. در سیستم پرداخت کارانه مقدار درآمد پزشک برای هر بیمار سرویس داده شده و از رابطه زیر محاسبه می شود:

$$I^{ffs} = FQ - CQ = (F - C)Q$$

در این رابطه F : مقدار پرداخت به پزشک بابت هر خدمت ارائه شده، Q : مقدار خدمت ارائه شده و C هزینه نهایی ثابت برای خدمت است. در یک چنین مجموعه ای افزایش ارائه خدمات در حقیقت افزایش درآمد برای پزشکان را به همراه خواهد داشت و ممکن است که پزشکان برای ارائه خدمات بیشتر به بیمارانشان وسوسه شوند.

ب). مکانیزم پرداخت موردی (case payment یا per-case)

مکانیزم پرداخت موردی بیشتر برای درمان فرد بیمار طراحی شده است تا برای یک اقدام درمانی خاص. درمان هر مورد بیمار توسط پزشکان منجر به پرداخت هزینه حق العمل مربوطه می شود. در این مکانیزم پرداخت، دو نوع مکانیزم را می توان از هم تشخیص داد که عبارتند از:

- پرداخت موردی بر مبنای نرخ ثابت برای هر مورد (صرف نظر از نوع بیماری)
- پرداخت موردی بر اساس جدول تشخیص بیماری ها

مدل اول ساده ترین حالت پرداخت موردی است و بدین معناست که هر مورد بیمار معرفی شده به پزشک برای او به دریافت رقم ثابتی منجر می شود. صرف نظر از این که معالجه چه قدر مشکل باشد و چه منابعی صرف معالجه بیمار شود. مدل دوم از مکانیزم طبقه بندی موارد بیماری استفاده می کند. معروف ترین روش طبقه بندی موارد بیماری مکانیزم پرداخت گروه های مرتبط تشخیصی (DRG) است که در این مکانیزم چند گروه بیماری تعریف می شود. مکانیزم گروه های مرتبط تشخیصی یک مکانیزم طبقه بندی بیماری است که جهت طبقه بندی بیماران در گروه هایی که از لحاظ بالینی و اقتصادی مشابه هستند و انتظار می رود که هزینه ها و کاربرد منافع بیمارستانی در آنها قابل مقایسه باشد، بسط و توسعه یافته است. مکانیزم DRG بیشتر برای پرداخت حق العمل بیماران بستری در بیمارستان ها به کار می رود، اگر چه ممکن است کاربردهای دیگری هم داشته باشد. در این مکانیزم ارائه دهندگان خدمات بهای خدمات خود را بر حسب جدول DRG دریافت می کنند. نرخ حق العمل بیماری ها پس از تعیین گروهی که بیماری در آن گروه قرار می گیرد به ارائه دهندگان خدمات پرداخت می شود. برای برخی از بیماری ها ممکن است درجات مختلفی وجود داشته باشد و حق العمل بر حسب میانگین هزینه معالجه پرداخت گردد. لذا این مکانیزم تمایز بیشتری نسبت به مدل اول فراهم می سازد.

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۳۳۳۳۸۰۰۲(رشت)

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳(لاهیجان)