

مدیریت مالی

فهرست

..... اهمیت مدیریت مالی در سازمان های مراقبت سلامت

..... صورت های مالی در سازمان های مراقبت سلامت

..... تحلیل هزینه ها در سازمان های مراقبت سلامت

..... تامین مالی مراقبت سلامت

..... کنترل مالی و مدیریت موجودی سازمان های مراقبت سلامت

..... قیمت گذاری خدمات مراقبت سلامت

..... فرآیند قیمت گذاری با رویکردهای گوناگون

..... بودجه با تاکید بر بخش سلامت

..... بودجه ریزی مبتنی بر جمعیت در نظام مراقبت سلامت

..... تحلیل پروژه های سرمایه ای در نظام مراقبت سلامت

مبانی و اصول اقتصاد سلامت

فهرست

..... فصل اول: مقدمه‌های بر اقتصاد سلامت

..... فصل دوم: ویژگی ها و مشخصه های اصلی اقتصاد سلامت

..... فصل سوم: رابطه میان مراقبت های طبی و سلامتی

..... فصل چهارم: تقاضا برای مراقبت های سلامتی

..... فصل پنجم: عرضه و تقاضا برای بیمه سلامتی

..... فصل ششم: ارزشیابی اقتصادی پروژه های سلامتی

..... فصل هفتم: روش های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات درمانی

..... فصل هشتم: مراقبت های مدیریت شده

اهمیت مدیریت مالی در سازمان های مراقبت سلامت

نقش اطلاعات مالی:

اطلاعات مالی به عنوان زیرمجموعه ای از اطلاعات، عامل کلیدی برای تصمیم گیری در سازمان های مراقبت سلامت محسوب می شود. اطلاعات مالی با پنج نوع کاربرد زیر می تواند در امر تصمیم گیری مفید واقع شود:

- ارزشیابی شرایط مالی سازمان های مراقبت سلامت
- ارزشیابی تولید در سازمان های مراقبت سلامت
- ارزیابی کارایی سازمان های مراقبت سلامت
- ارزیابی اثربخشی سازمان های مراقبت سلامت
- تعیین میزان انطباق سازمان های مراقبت سلامت با اهداف تعیین شده

۱- شرایط مالی:

رایج ترین نوع کاربرد اطلاعات مالی، ارزشیابی شرایط مالی یک نهاد یا سازمان مراقبت سلامت می باشد. معمولاً شرایط مالی یک سازمان مساوی با امکان موفقیت و ظرفیت آن سازمان برای تداوم در پی گیری اهداف تعیین شده در یک سطح پایدار از فعالیت می باشد. ارزیابی شرایط مالی دربرگیرنده توجه به اثرات کوتاه در مقابل اثرات بلند مدت مالی می باشد. این چارچوب یک زمانی می تواند بر اساس نوع تصمیم تغییر کند.

۲- تولید:

اساساً مهم ترین کاربرد سیستم اطلاعات مالی و حسابداری در گذشته ارزشیابی تولید بوده است. هدف از طراحی این سیستم ها جلوگیری از هدر دادن سرمایه ها یا منابع به دلیل سوء استفاده های انجام شده توسط کارمندان بوده است که هنوز هم کاربرد دارد.

۳- کارایی:

اهمیت کارایی در سازمان های مراقبت سلامت به یک هدف مهم برای اکثر تصمیم گیرندگان این حوزه تبدیل شده است. کارایی در واقع نسبت برون داد به درون داد می باشد و هیچ ارتباطی با موضوع کیفیت برون دادها و خروجی ها ندارد. ارزیابی دقیق و کارآمد کارایی مستلزم داشتن استانداردهایی است که از طریق آن بتوان هزینه های واقعی را با هم مقایسه نمود. در برخی از سازمان ها این استانداردها بطور رسمی در فرآیند بودجه ریزی مورد استفاده قرار می گیرند.

۴- اثر بخشی:

منظور از ارزیابی اثربخشی سازمان ها، دستیابی به اهداف مورد نظر از طریق تولید برون دادها است. در ارزیابی اثر بخشی ارتباط برون دادها با هزینه صرف شده در سازمان مد نظر نمی باشد. از آنجا که اکثر اهداف اصلی و فرعی سازمان ها معمولاً به لحاظ کمی و مقداری قابل بیان نمی باشند، از این روی ارزیابی اثر بخشی سخت تر از ارزیابی کارایی است و به همین جهت، تمایل بیشتری به سمت ارزیابی کارایی در قیاس با اثر بخشی در سازمان ها وجود دارد. این امر گاهی منجر به ارائه خدمات غیر ضروری اما با هزینه کارآمد می شود.

۵- انطباق پذیری:

اطلاعات مالی در نهایت برای تعیین میزان تطابق پذیری با اوصوب از قبل تعیین شده مورد استفاده قرار می گیرند، بهترین مثال در زمینه جهت گیری های داخلی یک سازمان، بوجه آن سازمان است که یک توافقی بین دو سطح مدیریت در زمینه استفاده از منابع برای دوره زمانی مشخص می باشد.

گزارش مالی توسط سازمان باید تضمین کننده انطباق پذیری فعالیت های سازمان با جهت گیری های از پیش تعیین شده باشد.

سازمان دهی مالی

انجمن بین المللی مدیران مالی، کارکردهای مدیریت مالی را در دو دسته تقسیم می نمایند که عبارتند از: نقش کنترلی و نقش خزانه داری.

الف- نقش کنترلی مشتمل بر موارد زیر می باشد:

- برنامه ریزی برای کنترل: تدوین سیستم های بودجه ریزی
- تفسیر و گزارش دهی: تدوین صورت حساب های مالی
- ارزیابی و مشاوره: جهت دهی تحلیل های هزینه ای
- مدیریت مالیات ها: محاسبه میزان مالیات بر حقوق و دستمزد
- گزارش دهی به دولت
- حفظ سرمایه ها: بهبود روش های کنترل داخلی
- تحلیل صورت های مالی

ب- نقش خزانه داری موارد زیر را در بر می گیرد:

- ایجاد سرمایه: ایجاد هماهنگی برای انتشار اوراق قرضه دولتی
- حفظ ارتباطات بین سرمایه گذاران: کمک به تحلیل سیاست پرداخت مساوی (برای شرکت های انتفاعی)
- امکان تامین مالی در کوتاه مدت: هماهنگی بین خطوط تامین اعتبار
- امکان بانکداری و امانتداری: مدیریت انتقال شبانه و کوتاه مدت حساب ها
- کنترل اعتبارات: تدوین سیاست های تخصیص اعتبار، پرداخت صورت حساب ها و ...
- انتخاب سرمایه گذاری ها: تحلیل پروژه های سرمایه گذاری
- ایجاد نوعی بیمه: اداره منابع مالی مربوط به برنامه های بیمه شخصی

اثر بخشی مدیریت مالی در هر سازمان به عوامل مختلفی از جمله شرایط محیطی، توانمندی های نیروی کار و کیفیت اطلاعات در دسترس بستگی دارد. مهم ترین وظیفه مدیریت مالی جامعه، فراهم نمودن اطلاعات صحیح، به موقع و مرتبط می باشد. قسمت اعظم این وظیفه از طریق فرایند حسابداری صورت می گیرد؛ از این روی برای موفقیت در امر تصمیم گیری، درک کامل فرایند حسابداری و داده های تولید شده توسط آن امر حیاتی می باشد.

افزایش هزینه های مراقبت سلامت

در نظام مراقبت سلامت تعدادی فاکتور کلیدی اثرگذار بر افزایش هزینه های سلامت وجود دارد. این فاکتورها مشتمل بر موارد زیر می باشند: مسن شدن جمعیت، سیستم های پرداخت، تکنولوژی (فناوری)، بیماریهای مزمن، هزینه داروهای تجویزی، تعهدات و دعاوی قضایی و مساله عدم قطعیت.

۱- جمعیت مسن و سالخورده:

افزایش میانگین امید به زندگی و سالمند شدن جمعیت، آن ها را در زمره کاربران پرتقاضای خدمات مراقبت سلامت قرار می دهد. به هر حال دلایلی منجر به مرگ بخشی از جمعیت سالخورده در قرن اخیر شده است که یکی از آن دلایل، وجود بیماریهای ناگهانی و بیماریهای مزمن بوده است. ترکیب سنی و فناوری به شیوه های گوناگونی هزینه ها را افزایش داده اند. برای مثال: جایگزینی مفصل برای برگرداندن فرد بیمار به حالت اول موضوعی مهم و حائز اهمیت است ولی می تواند هزینه فوق العاده سنگینی را به همراه داشته باشد. از آن جایی که این چنین شیوه هایی قابل ملاحظه اند، عامل فناوری می تواند هزینه هایی را بر سیستم سلامت تحمیل نماید. نیاز روز افزونی برای مراقبت های طولانی مدت در بین افراد مسن وجود دارد که این عامل خود منجر به افزایش هزینه های مراقبت سلامت می شود.

۲- سیستم های پرداخت:

افزایش هزینه های مراقبت سلامت و افزایش در دسترسی به سطوح قابل توجه مراقبتهای سلامت که جزء حقوق اصلی شهروندان است، امروز به عنوان دغدغه های اصلی مطرح می باشد. در طی سال های اخیر سیستم های پرداخت مراقبت سلامت، دستخوش تغییرات گسترده ای شده و به مرور در حال تکامل هستند. در این میان نقش ارایه دهندگان خدمات مراقبت سلامت از قیمت گذاری (price - setter) به قیمت پذیری (price - taker) تغییر پیدا کرده است. امروزه سیستم های پرداخت برای مراقبت های بستری در حال تبدیل از وضعیتی به وضعیت دیگر هستند. برای مثال سیستم پرداخت از حالت کارانه به سوی سیستم پرداخت سرانه و سیستم های ترکیبی تغییر یافته است.

در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۰، حکومت فدرال سیستم پرداخت جدیدی را برای خدمات سرپایی پایه گذاری کرده است که از آن تحت عنوان طبقات پرداخت سیاری یا Ambulatory Payment Classifications نام برده می شود. در این سیستم پرداخت، مبنای پرداخت از پرداخت یکنواخت برای خدمات فردی به بازپرداخت معین برای خدمات همراه تغییر نموده است. این سیستم پرداخت آینده نگر برای خدمات سرپایی، اساساً مثل گروههای مرتبط تشخیصی یا DRG مقداری معین را برای هر خدمت معین در نظر می گیرد.

ارایه دهندگان خدمات مراقبت سلامت، نقش اصلی را در تنظیم قیمت ها ایفا می کنند. در پرداخت های ثابت و سرانه، ارایه دهندگان مراقبت های سلامت یک ریسک مالی قابل توجه را بارز می دانند، در حالی که پرداخت کنندگان در این سیستم ها کنترل بیشتری در هزینه هایشان دارند و مدیریت هزینه برای آنها در این نوع سیستم های پرداخت آسانتر است. مساله عمده ای که توسط پرداخت کنندگان برای خدمات سلامت رخ می دهد، عبارت است از تلاش برای کنترل هزینه ها، این موضوع باعث تغییر و انتقال هزینه ها می گردد و ارایه دهندگان مراقبت های سلامت سعی در انتقال هزینه هایی که یک پرداخت کننده پرداخت نمی نماید، به سمت سایر پرداخت کنندگان دارند. این موضوع باعث انتقال موثر هزینه ها به بخش خصوصی شده است.

۳- تکنولوژی:

به هیچ وجه نمی توان مزایای فن آوری و تکنولوژی در مراقبت های سلامت را انکار کرد، ولی هزینه های مرتبط با آن ها به طور وحشتناک در حال افزایش است. استفاده از فن آوری پیشرفته منجر به افزایش هزینه ها در مراقبت سلامت شده است.

۴- هزینه داروهای تجویزی:

دلیل اصلی برای این موضوع که چرا مردم عمر بیشتری در مقابله با بیماریهای مزمن دارند، به افزایش و فراوانی هزینه های دارویی مرتبط می باشد.

۵- بیماریهای مزمن:

در حالی که بیماریهای مزمن، بیشتر روی جمعیت سالخورده تاثیر گذار می باشند ولی امکان دارد که آنها افراد جوان را نیز درگیر نمایند. گاهی اوقات این بیماران می توانند قابل معالجه باشند. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ خسارت اقتصادی ناشی از ایدز در کشورهایی که بدترین وضعیت ایدز را دارند، تا ۲۰ درصد تولید ناخالص ملی برسد. بیماریهای دیگر از قبیل دیابت، نارسایی کبد و سرطان ها همه می توانند روی افراد جوان تاثیرگذار باشند. بنابراین برای بقای زندگی آن ها باید هزینه های کلانی را صرف نمود.

۶- تعهدات و دعاوی قضایی:

فاکتورهای غیر مستقیم زیادی را می توان یافت که بر افزایش هزینه های مراقبت سلامت اثر گذارند. از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره داشت:

- ۱) تعهدات که نیاز به توافق آیین نامه های دولتی دارند، می توانند در زمینه های خصوصی، امنیتی، فراهم سازی مراقبت ها، صدور صورتحساب و ... باشد.
 - ۲) حق بیمه های سلامت که بیمه گران مجبورند از بیمه گزاران بگیرند، مدام افزایش یافته است تا بتواند هزینه های مراقبت سیلانت را پوشش دهد.
 - ۳) وجود پزشکی تدافعی توسط متخصصان، تست ها و فرآیندهای اضافی، مراقبت های غیر ضروری همه و همه منجر به افزایش هزینه های مراقبت سلامت شده اند.
- هزینه های دعاوی قضایی توسط بیماران و خانواده آنها بر عرضه کنندگان مراقبت های سلامت قابل اندازه گیری نیست، اما این موارد هزینه های سلامت را با شتاب قابل ملاحظه ای افزایش می دهند.
- تعهدات و مجوزهای قانونی به طور غیر مستقیم هزینه های مراقبت سلامت بیماران را افزایش می دهد.

۷- عدم اطمینان (بیمه نشده ها):

به مرور زمان تعداد افراد بیمه نشده، بطور قابل ملاحظه ای افزایش می یابد. در طول سالیان متمادی، تعداد افرادی که تحت پوشش بیمه سلامت در دوره زمانی مشخص در سال نبوده اند، تقریباً زیاد بوده است. این مسئله تحت تاثیر چندین فاکتور به شرح زیر می باشد:

- ۱) حق بیمه سلامت برای بعضی از افراد چندین برابر هزینه سلامت آن هاست، حتی اگر آنها شاغل باشند.
- ۲) افراد با توجه به سیاست های بیمه ای و با توجه به شرایط موجود غربالگری می شوند.
- ۳) کارفرمایان احساس می کنند که استطاعت لازم را برای ادامه فراهم آوری بیمه سلامت مبتنی بر سود ندارند.

۴) با توجه به محدودیت های بودجه ای، حکومت ها، معیارهای قوی در راستای شناسایی شایستگی استفاده از برنامه ها و طرح های حمایتی سلامت ندارند و سطوح فقر برای همه خانواده ها قابل شناسایی نیست.

۵) افراد یاد می گیرند که مراقبت های سلامت را از ارایه دهندگان خصوصا بیمارستان های عمومی دریافت دارند، چون درهای اورژانس های بیمارستان همیشه باز است، حتی برخی مواقع اگر بیماران هیچ مبلغی را هم پرداخت نکنند. تعدادی از افراد با ریسک پایین، از خرید و داشتن بیمه های مراقبت های سلامت سرباز می زنند، چون آنها که می پندارند که هرگز نیازی به بیمه سلامت و هزینه کرد هنگفت برای سلامت خویش نخواهند داشت. بیمارستانها قانونا ملزم هستند که افراد بدون پوشش بیمه ای را نیز پذیرش نمایند و این موضوع بار مالی عظیمی از تسهیلات مراقبت های سلامت را خصوصا بر دوش بیمارستانهای عمومی می گذارد.

تلاش برای کنترل هزینه ها

افزایش هزینه های مراقبت سلامت به طور متوالی بر روی تواناییارایه دهندگان خدمات مراقبت سلامت برای بقای خود تاثیر می گذارد؛ از این روی علاقه و تمایل پرداخت کنندگان و عرضه کنندگان مراقبت های سلامت برای کنترل هزینه های مراقبت سلامت افزایش یافته است.

الف- تلاش پرداخت کنندگان برای کنترل هزینه های خدمات مراقبت سلامت

افزایش مراقبت های سلامت پرداخت کنندگان بخش های دولتی و خصوصی را با رویکردهای محدود ریسک مالی مواجه کرده است. به طور فرآینده، کارفرمایان و پرداخت کنندگان موقعیت خودشان را به عنوان متصدیان مراقبت به بیماران، علاوه بر مراقبتهای مدیریتی شده به پرداخت های مدیریتی شده نیز مرتب نموده اند. این موضوع مدیران بیمارستان ها را با تنظیم ارتباط بین بیماران، عرضه کنندگان و پرداخت کنندگان خدمات سلامت مواجه می سازد. اکثر روش های مورد استفاده توسط پرداخت کنندگان برای کنترل هزینه های صورت گرفته بابت مراقبت های سلامت ارایه شده، در زیر آورده شده است:

۱- **بازنگری سوابق:** به مرور خدمات مراقبت سلامت بعد از ارایه آن ها مرتبط می گردد. در این روش تنها به آن دسته از خدمات مراقبت سلامتی بازپرداخت صورت خواهد گرفت که از لحاظ پزشکی ضروری تشخیص داده شوند، در غیر اینصورت از طرف پرداخت کنندگان هیچ گونه پرداختی به سازمان مراقبت سلامت صورت نمی گیرد.

۲- **بازنگری متقارن:** به پایش نیازهای پزشکی و ضروریات در زمان اقامت، هنگامی که بیمار در بیمارستان بستری است و نیز اجرای برنامه ترخیص اطلاق می گردد.

۳- **گواهی پیش از پذیرش:** نیاز به موافقت قبلی برای بازنگری خدمات مراقبت سلامت در راستای تعیین مراقبت های مورد نیاز ضروری است.

۴- **پرداخت های آینده نگر:** پرداخت هایی از پیش تعیین شده برای خدمات مراقبت سلامت که مبتنی بر منابع مورد استفاده ارائه آن مراقبت ها هستند

۵- **مراقبان:** پزشکان خانواده مانند نگهبان و دروازه‌بانانی (gatekeeper) عمل می‌کنند که اجازه نمی‌دهند تا همه بیماران به متخصصین مراجعه نمایند. نیاز بیماران به ارجاع از طرف پزشک مراقبتهای اولیه (پزشک خانواده) قبل از ویزیت پزشک متخصص در راستای کنترل هزینه‌ها، امری لازم الاجرا می‌باشد.

۶- **گواهی نیاز:** نیاز عرضه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت به مخارج سرمایه‌ای، به وسیله نمایندگی‌های ایالتی مستقل از قبل تصویب می‌شود تا از خدمات اضافی و غیر ضروری پرهیز گردد.

۷- **شبکه‌های عرضه‌کنندگان:** تا نیاز یک بیمار از فهرست پیش‌تهیه شده عرضه‌کنندگان انتخاب شود.

۸- **فرانشیزهای ثابت (Deductibles) و میزان مشارکت در پرداخت (Co-payment):** مستلزم آن است که بیماران یک مبلغ ثابتی برای خدمات سلامت مشخصی دریافتی بپردازند (فرانشیز ثابت) و یا پرداخت بخشی از هزینه‌های مراقبت سلامت توسط بیماران انجام گیرد (مشارکت در پرداخت).

۹- **تخفیف:** توافق در مورد تخفیف عرضه‌کنندگان به بیماران با توجه به درخواست پرداخت‌کنندگان.

۱۰- **نرخ‌های موردی و پرداخت روزانه:** به تنظیم بازپرداخت‌ها با توجه به نوع مورد (پزشکی، جراحی، زایمان و ...) و یا تنظیم نرخ با توجه به تعداد روزهای بستری شده بر مبنای نوع مورد، اطلاق می‌گردد.

۱۱- **جرایم:** جریمه‌ای برای مراقبت‌های بیرون از مصوبات شبکه. ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت ممکن است توسط HMO به خاطر عدم تبعیت از مراقبت‌های مدیریت شده جریمه شوند. این چنین جرایمی مشتمل بر کاهش در پرداختهای تشویقی است.

۱۲- **تعیین مراقبت:** بیماران اجازه دارند تا مراقبت‌های خارج از تعهدات سازمان حفظ سلامت را در قبال افزایش در حق بیمه‌های پرداختی، جستجو کنند.

نکته: به خاطر غیرعادی بودن تأثیرات موارد مذکور، دو سیستم پرداخت مطلوب برای کنترل هزینه‌ها در طی سال‌های اخیر طراحی شده است که عبارتند از: سیستم پرداخت مبتنی بر DRG و سیستم پرداخت سرانه؛ البته در این راستا سیستم‌های پرداخت دیگری مثل سیستم‌های پرداخت گلوبال و APC ها طراحی شده‌اند. در ادامه به شرح هر کدام پرداخته شده است:

۱- گروه‌های مرتبط تشخیصی (DRG):

به منظور کنترل هزینه‌های بیماران بستری، بازپرداخت‌های آینده‌نگر در سال ۱۹۸۴ بنیان نهاده شد. بر اساس این برنامه، دولت آمریکا بالغ بر ۵۰۰ طبقه گوناگون بیماری که گروه‌های مرتبط تشخیصی نامیده می‌شوند، ایجاد کرد که بر اساس آن مبلغ ثابتی بر مبنای تشخیص نهایی بیماری بازپرداخت خواهد شد. هدف از وضع این سیستم آن بود که درجه پاسخگویی به ارایه‌دهنده خدمات سلامت برای دریافت بازپرداخت ثابت، تغییر پیدا کند. چندین مشکل عمده در سیستم DRG وجود دارد که جستجو برای آلت‌رناتیوهای دیگر را توجیه می‌نماید. این موارد عبارتند از:

- نرخ‌های بازپرداخت با میزان تورم موجود در بخش مراقبت‌های سلامت هم‌اوا نیست.

- ارایه دهندگان مراقبت های سلامت از ابراز خزش DRG استفاده می کنند تا بیماران را در طبقه پرداخت های بالاتر قرار دهند و بدین وسیله پول بیشتری را از آن ها اخذ نمایند (غیر قانونی است) که در نهایت این پدیده منجر به افزایش هزینه های بخش سلامت می شود.
- تعدادی از بیمارستانها باز پرداخت های ثابتی را اعمال می نمایند، که غیر ضروری و غیر اصولی هستند.

۲- سیستم پرداخت سرانه:

یکی از روشهای جدیدتر در کنترل هزینه های سلامت، سیستم پرداخت سرانه است که ارایه دهندگان خدمات سلامت پرداخت هایی را با توجه به خدمات سلامت انجام شده برای بیماران در طول زمان مشخص، بر حسب نفر- بیمار دریافت می دارند. این نوع سیستم بهتر است در مورد جمعیت های با حجم زیاد به کار گرفته شود. این موضوع منجر به انباشت خطر و تسهیم ریسک در بین جمعیت می گردد.

بر اساس این نوع مجموعه، ارایه دهندگان مبلغ ثابتی پول را در آغاز هر ماه می گیرند و در مورد عرضه همه خدمات ضروری مصوب در طی ماه به توافق می رسند. اگر چه این ترتیبات متنوع در ارتباط با محدودیت ریسک مالی مختلف هستند ولی بار هزینه ها بر عرضه کنندگان تحمیل می شود.

۳- پرداخت های گلوبال:

بر اساس سیستم پرداخت گلوبال، یک قیمت مشخص مورد توافق چندین عرضه کننده به عنوان یک مرکز (برای مثال بیمارستان ها، پزشکان و خانه های سلامت) برای خدمات مراقبت سلامت به صورت قرارداد تعیین می شود. پرداخت کنندگان مقدار ریسک را با شناسایی عوامل کاهش می دهند. عرضه کنندگان می توانند سود خود را حفظ کنند، در صورتی که آن ها همه خدماتی را که کمتر از پرداخت مورد مذاکره گلوبال است، فراهم نمایند.

۴- طبقه بندی های پرداخت سیار APC (Ambulatory Payment Classification):

طبقه بندی های پرداخت سیار شبیه به سیستم بازپرداخت گروه های مرتبط تشخیصی است، اما مبلغ ثابتی برای خدمات سرپایی در قیاس با خدمات بستری بازپرداخت می شود. با وجود استثنائی کم، تقریباً همه خدمات سرپایی در این گروه ها طبقه بندی شده اند. این طبقه بندی بر مبنای شاخص وزنی بیمارستانی است. در کل، این سیستم منجر به کاهش هزینه ها در مورد بیماران سرپایی می شود و جبران خسارت ها را تسهیل می نماید.

ب- اقدام ارایه دهندگان برای کاهش هزینه های ارایه مراقبت های سلامت

بعضی از عرضه کنندگان خدمات مراقبت سلامت برای کنترل هزینه ها تمایلاتی بر موارد زیر دارند: تغییر خدمات بستری به سمت خدمات سرپایی، سیستم های حسابداری هزینه جدید، ارتقاء فناوری اطلاعات، مالکیت و ادغام، باز مهندسی و طراحی مجدد.

۱- روی آوری به سمت خدمات سرپایی:

تعدادی از بیمارستانها شمار زیادی از خدمات مراقبت سلامت را که بطور سنتی برای بیماران بستری انجام می شود، به سمت خدمات سرپایی سوق می دهند و این کار را به طور ویژه در مورد خدمات اعمال جراحی انجام می دهند. در واقع امروزه بیمارستان ها ۵۰ درصد از اعمال جراحی خود را به صورت سرپایی انجام می دهند. این موضوع مشکلاتی را مثل آنچه در پایین اشاره شده است برای تعدادی از بیمارستانهایی که طراحی آنها مخصوص خدمات سرپایی بوده است، فراهم می سازد:

- آمادگی و پیش آمادگی ناکافی در اعمال جراحی در بسیاری از مواقع

- فرایند نامناسب در تست های قبل از اعمال جراحی
- اعمال جراحی کم بازده

۲- سیستم های حسابداری هزینه:

مشوق های مالی بازپرداخت را به حداکثر می رساند ولی هزینه ها را کنترل نخواهد کرد. هم اکنون که محیط دستخوش تغییرات شده است؛ عرضه کنندگان سیستم های خود را از حسابداری مالی به سیستم حسابداری هزینه به طور جداگانه تغییر داده اند و این امر سیستم های حسابداری هزینه را از حالت سنتی به حالت فعال تغییر داده است. با توجه به تلاش های فزاینده با استقرار سیستم های حسابداری هزینه پیشرفته، باز پرداخت بیمارستان ها تقلیل خواهد یافت.

۳- فن آوری اطلاعات:

با پیشرفت سریع و گسترده کاربردهای سخت افزارها و نرم افزارهای کامپیوتری، تعدادی از موسسات در آخرین فناوری های اطلاعات به منظور دستیابی سریع به اطلاعات سرمایه گذاری کرده اند. بیمارستانها می توانند سرمایه های خود را به مدت طولانی تری حفظ نمایند و البته هزینه موجوری خود را با تکنیک درست به موقع یا just in-time کاهش دهند. اگر آن ها از چنین تکنیکی استفاده کنند متقابلاً بهتر می توانند سازمان خودشان را در کنترل هزینه ها و گزارشات بودجه ای کمک کنند.

۴- ادغام ها:

تعدادی از موسسات و شرکت ها در راستای کاهش هزینه های خود، طی یک قراردادی ادغام گشته و یا به نحوی در فراگیری شریک می شوند. تاثیر نهایی چنین تغییری می تواند فاحش باشد و متخصصان مراقبت سلامت باید نظر خود را به این قسمت از فرهنگ سازمانی معطوف نگه دارند.

۵- مهندسی یا طراحی مجدد:

مقیاس موثری که در کاهش هزینه ها در دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است، طراحی و مهندسی مجدد در فرآیندهای کاری است که مشتمل بر موارد زیر است: تحلیل فرآیندها، طراحی مجدد نقشه کلی، مهندسی مجدد فرآیندهای کاری، مدیریت کیفیت فراگیر، نقشه مراقبت و اخراج پرسنل غیر ضروری.

صورت های مالی در سازمان های مراقبت سلامت

تقریباً همه بخش های انتفاعی و غیر انتفاعی حداقل به چهار صورت مالی مختلف در سال نیاز دارند:

- ترازنامه
- صورت درآمد یا صورت عملیاتی
- صورت مطالبان حقوق صاحبان سهم یا صورت مطالبات دارایی های خالص
- صورت جریان نقدی یا گردش وجوه نقد

صورت های مالی در سازمان های مراقبت سلامت انتفاعی:

- ترازنامه
- صورت درآمد

- صورت مطالبات صاحبان سهام
- صورت جریانات نقدی یا گردش وجوه نقد

صورت های مالی در سازمان های مراقبت سلامت غیر انتفاعی:

- ترازنامه
- صورت عملیاتی
- صورت مطالبات دارایی های خالص
- صورت جریانات نقدی یا گردش وجوه نقد

الف - ترازنامه

ترازنامه در سازمان های انتفاعی خلاصه ای از بدهی ها، دارایی ها و حقوق صاحبان سهام را نشان می دهد. بطور مشابه، ترازنامه در سازمان های مراقبت سلامت غیر انتفاعی خلاصه ای از دارایی ها، بدهی ها و دارایی های خالص سازمان را نشان می دهد. ترازنامه شبیه یک عکس فوری از سازمان است که سازمان را در نقطه خاصی از زمان (برای مثال نیم سال یا یک سال مالی) قرار می دهد. در سازمان های مراقبت سلامت انتفاعی، ترازنامه گزارشی است که دارایی های سازمان، بدهی ها و حقوق صاحبان سهام را در نقطه خاصی از زمان در روزهای سپری شده دوره حسابداری نشان می دهد. سه بخش عمده در ساختار ترازنامه سازمان های تجاری، - غیر انتفاعی وجود دارد که شامل دارایی ها، بدهی ها، و دارایی های خالص هستند.

اسم ترازنامه از آنجا گرفته شده است که باید جمع دارایی ها یا مجموع حقوق صاحبان سهام و بدهی ها برابر و تراز باشد. ارتباط بین سه بخش مذکور را در ترازنامه سازمان های تجاری - انتفاعی می توان به صورت زیر تبیین نمود:

دارایی ها = بدهی ها + حقوق صاحبان سهام

همچنین در سازمان های مراقبت سلامت تجاری غیر انتفاعی، ارتباط بین سه بخش مذکور به صورت زیر قابل تبیین هست:

دارایی ها = بدهی ها + دارایی های خالص

۱- دارایی ها

دارایی های سازمان، منابعی هستند که مالکیت آن ها به خود سازمان تعلق دارد. اکثر دارایی ها جزء هزینه های اصلی به شمار می آیند. در کل دارایی های سازمان های مراقبت سلامت به دو دسته تقسیم بندی می شوند که عبارتند از دارایی های جاری و دارایی های غیر جاری.

۱-۱) دارایی های جاری:

دارایی های جاری، دارایی هایی هستند که در طول یک سال مصرف شده و یا به پول نقد تبدیل می گردند. در حالی که دارایی های غیر جاری برای مثال ساختمان ها و تجهیزات به گردش سرمایه در سازمان کمک می کند. دارایی های جاری شامل موارد زیر می باشد:

- وجوه نقد یا همترازهای آن

- سرمایه گذاری های کوتاه مدت
- دارایی های محدود برای استفاده
- حساب های دریافتی بیماران، با خالص برآورد حساب های غیر قابل وصول
- تدارکات، مخارج پیش پرداخت و سایر دارایی های جاری

چگونگی گردش سریع دارایی ها به پول یا وجوه نقد را نقدینگی می نامند. دارایی های جاری با توجه به نقدینگی آن ها، در بازار تجارت قابل توجه هستند و همیشه در این فهرست ردیف می شوند. با وجود نقدینگی، دارایی های جاری نیاز به شیوه های کنترلی ویژه ای دارند تا از آن ها به طور موثرتر و کارا تر مراقبت شود. برای نمونه، شیوه های پذیرفته شده رایج در بین سازمان های مراقبت سلامت با وجود صورتحساب های متنوع مردم، صندوق های درآمد و پرداخت های ثبت شده وجود دارند که می توانند در کنترل دارایی های جاری موثر باشند.

۱-۱-۱) وجوه نقد و همترازهای آن:

وجوه نقد یا همترازهای آن، بیشترین دارایی های جاری نقدی را در سازمان های مراقبت سلامت به خود اختصاص می دهند. به عبارتی دیگر وجوه نقد یا همترازهای آن در ترازنامه از بیشترین قدرت نقدینگی برخوردارند. این حساب شامل پول واقعی یا به عبارت دیگر معادل های وجوه نقد از قبیل پس انداز و حساب های جاری بانکی است.

۱-۱-۲) سرمایه گذاری های کوتاه مدت:

سرمایه گذاری های کوتاه مدت شامل سپرده های ویژه، اوراق تجاری و سندهای خزانه داری، است حساب های سرمایه گذاری موقت، سهولت در دسترسی به مراقبت های سلامت را امکان پذیر ساخته و گاهی دسترسی به پول نقد را در موقعیت های غیر منتظره فراهم می نماید.

۱-۱-۳) دارایی های محدود برای استفاده:

وجوه نقد و سرمایه گذاری های کوتاه مدت در زمره بخش دارایی های جاری فهرست بندی می شوند و معمولاً برای مدیریت، در استفاده از آن ها برای انجام وظایفشان کمک می نمایند. علاوه بر این، یک سازمان مراقبت سلامت ممکن است وجوه نقد دیگری از قبیل اوراق قابل عرضه و فروش و دارایی های جاری دیگری داشته باشد که می تواند سازمان را در شرایط ویژه کمک نماید. برای مثال، در گرفتن یک وام، سازمان مراقبت سلامت ممکن است با لحاظ یک مقدار جداگانه از سرمایه ها، وام را در شش ماه پرداخت نماید. دارایی هایی که در این گروه طبقه بندی می شوند، تحت عنوان دارایی های محدود برای استفاده خوانده می شود.

۱-۱-۴) حساب های دریافتی بیماران، با برآورد خالص حساب های غیر قابل وصول:

حساب های ناخالص دریافتی بیماران به مقدار مالکیت یک سازمان مراقبت سلامت در کل مطالبات خود مرتبط است. به هر حال، تعدادی از پرداخت کنندگان شخص ثالث از قبیل مریکید، شرکت های بیمه ای، کارفرمایان و سازمان های مراقبت مدیریت شده تخفیفاتی را از بیمارستان ها می گیرند که مزایای قراردادی (معادل تخفیفات کلی) نامیده می شود. با کسر نمودن مزایای قراردادی و تخفیفات مراقبت های خیریه از حساب های ناخالص دریافتی بیماران، خالص حساب های دریافتی بیماران باقی می ماند. حساب های دریافتی بیماران، مقدار واقعی را در بر می گیرد که یک سازمان مراقبت سلامت حق دارد آنها را وصول کند. در طی گزارش حساب های دریافتی بیماران (نه ناخالص حسابهای دریافتی) در ترازنامه، ممکن است سازمان های مراقبت سلامت مقداری حساب های دریافتی مشکوک الوصول در مورد بیمارانشان را نیز برآورد کنند. به این برآورد، موارد مجاز غیر قابل وصول گفته می شود.

۵-۱-۱) ملزومات، پیش پرداخت و سایر دارایی های جاری:

در برخی از ترازنامه ها به خاطر نسبت کوچک، ملزومات و پیش پرداختها اغلب در یک گروه با همدیگر تحت عنوان سایر دارایی های جاری ثبت می شوند. بنابراین در این گروه دو حساب وجود دارد که شامل ملزومات و مخارج پیش پرداخت می باشد.

- ملزومات، شامل مواردی هستند که هر روز توسط سازمان های ارائه دهنده خدمات مراقبت سلامت به مصرف می رسند. نام دیگر ملزومات، موجودی کالا است.

ملزومات اشاره به اقلامی دارد که دوره مصرف می رسند، مانند داروهای مصرفی و مواد مصرفی اداری. در عین حال تجهیزات اشاره به اقلامی دارد که دوره مصرف طولانی مدت دارند و برای ماندگاری و پایداری آن ها از ملزومات بهره گیری می شود، مانند ساختمان و تجهیزات رادیولوژی.

- دارایی های پیش پرداخت که مخارج پیش پرداخت نیز نامیده می شود، شامل اقلامی هستند که سازمان های مراقبت سلامت آن ها را در راستای پیشرفت و توسعه خود پرداخت می نماید، مانند اجاره، بیمه و اگر چه آنها نامشهود و ناملموس هستند ولی در زمره دارایی ها قرار می گیرند.

۲-۱) دارایی های غیر مجاز:

در حالی که دارایی های جاری در طی مدت زمان یک سال مصرف می شوند، دارایی های غیر مجاز در مدت طولانی تر و بیش از یک سال قابل استفاده هستند دارایی های غیر جاری، اقلام پر هزینه ای هستند که به سازمان های مراقبت سلامت کمک می کنند تا استفاده طولانی تری از آن ها داشته باشند.

دارایی های غیر جاری در سازمان های مراقبت سلامت به چهار دسته مطابق آنچه در زیر آمده است، تقسیم می شوند:

- دارایی های محدود برای استفاده
- سرمایه گذاری های بلند مدت
- خالص اموال و تجهیزات
- سایر دارایی ها

۱-۲-۱) دارایی های محدود برای استفاده:

در ترازنامه، دارایی های محدود برای استفاده باید طور جداگانه در یادداشت های اختصاصی صورت مالی مشخص گردند.

۲-۲-۲) سرمایه گذاری های بلند مدت:

سرمایه گذاری های بلند مدت، سرمایه گذاری هایی با سررسید کامل بیشتر از یک ساله هستند. اوراق قرضه شامل انواع سهام و اوراق تضمینی می باشند.

۳-۲-۳) خالص اموال و تجهیزات:

این طبقه از دارایی هایی، کالاهای سرمایه های و تسهیلات را نشان می دهد. در کل سه نوع از دارایی ها در این طبقه وجود دارند: زمین، ساختمان و تجهیزات.

۴-۲-۴) سایر دارایی ها:

سایر دارایی ها شامل حساب دیگری برای آن دسته از دارایی های غیر جاری است که در طبقات ذکر شده دارایی های غیر جاری قرار نگرفته اند.

۲- بدهی ها

بدهی ها، تعهدات یک ارایه دهنده خدمات مراقبت سلامت برای پرداخت به بستانکاران یا طلبکاران می باشد. در سازمان مراقبت سلامت همانند دارایی ها، بدهی ها، نیز به دو طبقه جاری و غیر جاری تقسیم می شوند.

۲-۱) بدهی های جاری:

بدهی های جاری، تعهدات مالی هستند که بسته به انواع قرارداد باید در طی یک سال پرداخت شوند. طبقات رایج بدهی های جاری شامل موارد زیر هستند:

- بخش جاری بدهی های بلند مدت
- حساب های پرداختنی یا بستانکاران و مخارج متعلقه
- حساب ها و توافقات پرداخت کننده شخص ثالث
- سایر بدهی های جاری

۲-۱-۱) بخش جاری بدهی های بلند مدت:

این حساب، شامل بدهی های کوتاه مدت یا اسناد پرداختنی کوتاه مدت (بدهی کوتاه مدتی که در قبال آنها سفته و برات صادر شده است) و بخشی از بدهی های بلند مدت (بخش جاری از اسناد پرداختنی بلند مدت) سازمان مراقبت سلامت می باشد که انتظار می رود در طول یک سال پرداخت شوند.

۲-۱-۲) حساب های پرداختنی یا بستانکاران و مخارج متعلقه:

حساب های پرداختنی یا بستانکاران، تعهداتی هستند که سازمان مراقبت سلامت برای پرداخت به متصدیانی که کالاها و خدمات بهداشتی درمانی فروخته اند، دارد. مخارج متعلقه، هزینه هایی هستند که در حوزه های معمولی تجارت هنوز پرداخت نشده اند. مخارج متعلقه خود جزء بدهی می باشند، در ترازنامه منعکس می شوند و جز صورت عملیاتی نیستند.

۲-۱-۳) حساب ها و توافقات پرداخت کننده شخص ثالث:

این حساب، برآوردی از وجوه باز پرداختی است که باید از طرف سازمان مراقبت سلامت به پرداخت کنندگان شخص ثالث، سازمان هایی از قبیل شرکت های بیمه ای و نهادهای دولتی خریدار خدمات مراقبت سلامت هستند که بابت بیماران پرداخت هایی را انجام می دهند.

۲-۱-۴) سایر بدهی های جاری:

سایر بدهی های جاری شامل همه انواع بدهی های جاری است که در طبقات مذکور در لیست بدهی های جاری ثبت نشده اند. به طور فزاینده ارقام عمده این طبقه از حساب، درآمدهای تاخیری هستند. درآمدهای تاخیری، وصول هایی هستند که از قبل جمع آوری شده اند. اگر چه اسم آن اشاره به درآمد دارد ولی در اصل جزء تعهدات می باشند.

۲-۲) بدهی های غیر جاری:

بدهی های غیر جاری، تعهداتی هستند که در مدت بیشتر از یک سال باید پرداخت شوند. بیشتر بدهی های غیر جاری به دو دسته تقسیم می شوند: اوراق قرضه و حساب ها و اسناد پرداختنی، وام های پرداختنی بلند مدت.

۳- دارایی های خالص

آخرین طبقه ترازنامه، دارایی های خالص است. واژه دارایی های خالص برای نمایش منافع و عایق عامه در دارایی های مورد استفاده سازمان کاربرد دارد. در سازمان های انتفاعی این مهم برابر است با حقوق سهامداران، برای سازمان های ارایه دهنده مراقبت سلامت غیر انتفاعی، دارایی های خالص ترازنامه قبل مقایسه با بخش حقوق صاحبان سهام در ترازنامه سازمان های انتفاعی است. دارایی های خالص برابر است با تفاضل بدهی ها از دارایی های سازمان مراقبت سلامت، بنابراین در سازمان های مراقبت سلامت غیر انتفاعی، دارایی های خالص برابر است با:

بدهی ها - دارایی ها = دارایی های خالص

در نمایش دارایی های خالص در ترازنامه سازمان های مراقبت سلامت غیر انتفاعی، دارایی های خالص در سه طبقه به شرح زیر قرار می گیرند:

- دارایی های خالص نامحدود
- دارایی های خالص محدود موقتی
- دارایی های خالص محدود دائمی

ب- صورت عملیاتی

در مقابل ترازنامه که دارایی ها، بدهی ها و دارایی های خالص سازمان مراقبت سلامت را در نقطه ای خاصی از زمان خلاصه می کند، صورت عملیاتی که اساس حسابداری سازمان هاست، خلاصه ای از درآمد و مخارج و یا به عبارتی مقدار سود و منابع مورد استفاده سازمان مراقبت سلامت را در طی یک دوره ی زمانی نشان می دهد. صورت عملیاتی اصولاً بر وجوه نقد تمرکز می کند ولی گردش وجوه نقد سازمان را نشان نمی دهد.

صورت عملیاتی در سازمان های غیر انتفاعی معادل با صورت درآمد در سازمان های انتفاعی است.

ساختار صورت درآمد در سازمان های مراقبت سلامت انتفاعی در پنج بخش به شرح زیر سازماندهی می شود:

- خالص درآمد عملیاتی
- سایر درآمدهای غیر عملیاتی
- سود خالص قابل کسر از مالیات
- مالیات بر درآمد
- سود خالص بعد از کسر مالیات

همچنین ساختار عملیاتی در سازمان های مراقبت سلامت غیر انتفاعی نیز در پنج بخش عمده به شرح زیر سازماندهی می گردد:

- خالص درآمد عملیاتی
- سایر درآمدهای غیر عملیاتی
- فزونی درآمد، عایدات و سایر حمایت ها بر مخارج
- اقلام دیگر
- افزایش در دارایی های خالص نامحدود

استهلاک

استهلاک مقدار دارایی‌های غیر جاری مورد استفاده در طی دوره حسابداری نشان می‌دهد. استهلاک سنجش مقدار کاهش ارزش یک دارایی مشهود از قبیل ساختمان و تجهیزات است. استهلاک یک هزینه‌ی غیر نقدی است. روش‌های برآورد هزینه استهلاک دارایی‌های سازمان مراقبت سلامت عبارتند از:

الف) قانون مالیات مستقیم:

در قانون مالیات مستقیم کشور آمده است استهلاک ساختمان به شرح نرخ نزولی و سالانه ۷٪ در نظر گرفته می‌شود. قانون مالیات مستقیم نرخ استهلاک برای اموال و تجهیزات اداری ۱۰٪ در نظر گرفته شده است. نرخ استهلاک وسایل نقلیه را بین ۳۵-۳۰ درصد در سال در نظر می‌گیرند.

ب) روش خط مستقیم:

در این روش فرض بر آن است که دارایی در طی عمر مفید خود به صورت یکنواخت مورد استفاده قرار می‌گیرد، لذا برای محاسبه استهلاک در هر دوره از فرمول زیر استفاده می‌شود:

$$\text{عمر مفید} / (\text{برآورد قیمت اسقاط} - \text{ارزش جاری دارایی}) = \text{استهلاک سالانه دارایی}$$

پ) روش نزولی با نرخ ثابت:

در این روش فرض بر این است که دارایی ثابت در سال‌های نخست بیشتر از سال‌های آخر عمر مفید خود مستهلک می‌شود. در این روش برای محاسبه هزینه استهلاک دارایی از فرمول زیر استفاده می‌شود:

$$\text{نرخ استهلاک} \times \text{ارزش دفتری دارایی} = \text{هزینه استهلاک سالیانه کلای سرمایه‌ای}$$

در این رابطه:

$$\text{نرخ استهلاک} = \left[1 - \sqrt[n]{\frac{A}{B}} \right]$$

n: متوسط عمر مفید کلای سرمایه‌ای، B: ارزش کلای سرمایه‌ای، A: برآورد ارزش اسقاط است. منظور از ارزش دفتری دارایی حاصل از تفاضل ارزش خرید دارایی و استهلاک انباشته در دوره‌های قبل است.

سوال: ارزش دارایی‌ها همان ارقام و مقادیری است که در ترازنامه شرکت نوشته می‌شود. (ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ۸۹)

الف) بازار (ب) ذاتی (ج) دفتری (د) مفهومی

پاسخ گزینه ج /

ت) روش جمع ارقام سال ها:

در این روش اگر به طور مثال عمر مفید دارایی را ۵ سال فرض کنیم، جمع ارقام سال های عمر مفید آن برابر ۱۵ (۱+۲+۳+۴+۵) خواهد بود.

۱. در این روش اگر استهلاک را به روش نزولی محاسبه کنیم باید در سال اول ۵/۱۵ و در سال دوم ۴/۱۵، در سال سوم ۳/۱۵، در سال چهارم ۲/۱۵ و در سال پنجم ۱/۱۵ ارزش استهلاک مستهلک شونده را به عنوان استهلاک در نظر بگیریم.

۲. در این روش می توان استهلاک را به روش صعودی نیز محاسبه کرد. در سال اول ۱/۱۵، در سال دوم ۲/۱۵، در سال سوم ۳/۱۵، در سال چهارم ۴/۱۵ و در سال پنجم ۵/۱۵ ارزش استهلاک مستهلک شونده را به عنوان استهلاک می توان در نظر گرفت.

ث) استهلاک با روش ضریب سال آمدی:

در این روش هزینه جایگزینی دارایی را به ضریب سال آمدی تقسیم می نماید و حاصل آن به عنوان استهلاک سالیانه دارایی در نظر گرفته می شود:

$$\text{استهلاک سالیانه دارایی} = \frac{A}{B}$$

در این معادله A نمایانگر ارزش دارایی و B نمایانگر ضریب سال آمدی است. برای محاسبه ضریب سال آمدی از روابط زیر بهره گرفته می شود.

$$r = \frac{1 - (1 + \text{میزان بهره اسمی})^{-n}}{n} \quad , \quad B = \frac{1}{r} \times [1 - (1 + r)^{-n}]$$

میزان بهره واقعی را در اکثر مطالعات ۳ درصد در نظر می گیرند.

ج) روش میزان کارکرد یا تولید:

این روش شاید منطقی ترین روش برای محاسبه استهلاک دارایی های ثابت باشد. در همه روش های فوق عامل زمان یکی از عوامل تعیین کننده در استهلاک دارایی ها بود، در حالی که همیشه عامل زمان در استهلاک دارایی ها نقش تعیین کننده ندارد. بلکه مهم تر از آن نحوه استفاده و به عبارت دیگر میزان کارکرد یا تولید دارایی هاست که می تواند مستقل از زمان باشد. در این روش ارزش دارایی خریداری شده بر کل کارکرد پیش بینی شده دارایی تقسیم می شود و هزینه واحد کارکرد برآورد می شود.

سپس بر مبنای کل کارکرد سالانه یا دوره ای می توان هزینه استهلاک را به ترتیب زیر محاسبه کرد:

$$\text{هزینه استهلاک دارایی} = \text{کارکرد سالانه} \times \text{هزینه واحد کارکرد پیش بینی شده}$$

بهره:

بهره هزینه قرض دادن پول است. اگر بهره هر سال ۱۰٪ باشد، هزینه قرض دادن ۱۰۰۰ دلار برای هر سال ۱۰۰ دلار خواهد شد.

مطالبات غیر قابل وصول:

مطالبات غیر قابل وصول که مخارج غیر قابل وصول نیز نامیده می شود، تخمینی از حساب های دریافتی بیماران است که وصول نشده است.

اقدام زیر خط:

علاوه بر اقدام خطی که سهم در فزونی درآمد بر مخارج دارند، چندین اقدام دیگر در پایین صورت عملیاتی فزونی درآمد بر مخارج نشان داده می شود. این اقدام به طور کلی "اقدام زیر خط" نامیده می شوند و عبارتند از:

- تغییر در سود و ضرر تحقق نیافته به غیر از اوراق تجاری
- دارایی های خالص آزاد شده از محل دارایی های محدود برای استفاده در خرید اموال و تجهیزات
- مشارکت در خرید دارایی های سرمایه ای بادوام
- انتقال به صاحبان
- زیان فوق العاده (غیر عادی)

پ- صورت تغییرات در دارایی های خالص

سومین صورت مالی مورد بحث، صورت تغییرات در دارایی های خالص است. دو دلیل عمده وجود دارد که تبیین می نماید چرا دارایی های خالص از سالی به سال دیگر تغییر می کند. این دلایل شامل موارد زیر هستند:

- افزایش و کاهش در دارایی های خالص نامحدود
- تغییر در دارایی های خالص محدود که در صورت عملیاتی وجود ندارند.

ت- صورت جریان نقدی یا گردش وجوه نقد

چهارمین و آخرین صورت مالی مراقبت سلامت، صورت جریان نقدی است که به این پرسش پاسخ می دهد که پول و وجوه نقد از کجا می آید و به کجا می رود؟ گرچه صورت عملیاتی (صورت درآمد) ممکن است جواب این سوال باشد، اما بمانند صورت گردش وجوه نقد نمی تواند باشد. از صورت عملیاتی می توان فهمید که مقدار وجوه نقد بدست آمده چقدر است؟ منابع مورد استفاده چه چیزهایی هستند؟ اما اینکه وجوه از کجا می آیند و به کجا می روند مشخص نیست، بنابراین صورت گردش وجوه نقد برای گزارش ورودی و خروجی وجوه نقد طراحی و توسعه داده شده است.

صورت گردش وجوه نقد، گاهی اوقات صورت عملیاتی و صورت تغییرات در دارایی های خالص را پوشش می دهد. ساختار صورت گردش وجوه نقد شامل بخش های زیر است:

- گردش وجوه نقد حاصل از فعالیت های عملیاتی
- گردش وجوه نقد ناشی از فعالیت های تامین مالی
- افزایش یا کاهش در وجوه نقد و یا همترازهای آن

۱- گردش وجوه نقد حاصل از فعالیت های عملیاتی:

این بخش ورودی و خروجی وجوه نقد ناشی از فعالیت معمول سازمان است. از آنجایی که اکثر سازمان ها این اطلاعات با ارزش را ندارند، اطلاعات مورد نظر خود را به وسیله افزایش (کاهش) در دارایی های خالص از صورت تغییرات در دارایی های خالص به دست می آورند و سپس تعدیل هایی را برای تبدیل این اطلاعات بر مبنای تعلق پذیری به گردش وجوه نقد انجام می دهند.

۲- گردش وجوه نقد حاصل از فعالیت های سرمایه گذاری:

این بخش ورودی و خروجی وجوه نقد این حساب ها را نشان می دهد:

- خرید ماشین آلات، اموال و تجهیزات

- خرید برای سرمایه گذاری های بلند مدت
- عواید حاصل از فروش ماشین آلات و تجهیزات
- عواید حاصل از فروش سرمایه گذاری های بلند مدت

۳- گردش وجوه نقد حاصل از فعالیت های تامین مالی:

در این صورت گردش وجوه نقد، تغییرات در گردش وجوه نقد حاصل از فعالیت های تامین مالی را بررسی می کند. این بخش شامل موارد زیر می باشد:

- انتقالی به صاحبان
- عواید حاصل از مشارکت های منتخب
- بازپرداخت بدهی های بلند مدت
- عواید ناشی از بیمه بدهی بلند مدت
- پبهره حاصل از سرمایه گذاری های محدود، اگر درآمد بهره محدود باشد.

تحلیل هزینه ها در سازمان های مراقبت سلامت
تقسیم بندی هزینه ها در سازمان های مراقبت سلامت

هزینه های انجام شده در سازمان های مراقبت سلامت از رویکردهای مختلف در چند دسته به شرح زیر قرار می گیرند:

الف) هزینه های مستقیم و غیرمستقیم:

چنانچه داده های هزینه خوب سازماندهی شوند، می توانند اطلاعاتی درباره کارکرد عملیاتی بر حسب کانون هزینه به دست می دهند. هیچ بیمارستان یا سازمان بهداشتی نمی تواند نرخ هایی واقعاً متناسب با هزینه ها تنظیم نماید مگر در صورتی که نظام هزینه یابی، هزینه های مستقیم و غیر مستقیم را به درستی به کانون هزینه نسبت دهد.

- هزینه های مستقیم: به آن دسته از هزینه هایی اطلاق می شود که مستقیماً در راستای ارائه خدمات به بیمار و به منظور تامین مقاصد اولیه در کانون مراقبت اتفاق می افتند و کانون فعالیت توان نظارت بر اینها را دارد.

- هزینه های غیرمستقیم: به آن دسته از هزینه هایی اطلاق می شود که توسط سایر واحد ها به جهت پشتیبانی از ارائه خدمات به بیمار اتفاق می افتند.

جدول زیر نمونه هزینه های مستقیم و غیر مستقیم را در یک بیمارستان نشان می دهد:

هزینه های غیرمستقیم	هزینه های مستقیم در خدمات سلامت
- هزینه های عمومی و سر بار	- هزینه داروها
- هزینه های انرژی	- هزینه منابع پزشکی درگیر مراقب بیمار
- هزینه تعمیرات و نگهداری تجهیزات و ساختمان	- هزینه خرید مواد و لوازم مصرفی پزشکی
- استهلاک تجهیزات و ساختمان و...	

با جمع هزینه های مستقیم و غیر مستقیم، می توان به هزینه کل دست یافت به عبارتی می توان اینگونه بیان کرد که:

$$\text{هزینه های مستقیم} + \text{هزینه های غیر مستقیم} = \text{هزینه کل}$$

پیشرفت های اخیر در تکنولوژی و بسته های نرم افزاری، امکان جمع آوری هزینه های مستقیم و تخصیص آن ها را برای هر بیمار و یا همه بیماران فراهم می کند. هزینه های غیر مستقیم باید به هر بیمار با استفاده از یک روش مناسب، اختصاص داده شوند. بهترین روش اختصاص هزینه های غیرمستقیم توسط تقسیم هزینه بر یک مقسوم علیه رایج است. یکی از مقسوم علیه های کاربردی، همان مدت بستری بیمار است. روزهای بیمار به عنوان یک مقیاس عمومی از فعالیت ها و بهره برداری از منابع مالی فرض می شوند.

سپس با توجه به میزان هزینه غیرمستقیم تسهیم شده روزانه و مدت اقامت در بیمارستان، هزینه غیرمستقیم برای هر بیمار مشخص می شود:

$$\text{هزینه تسهیم شده به ازای هر روز} \times \text{مدت اقامت بیمار} = \text{هزینه غیرمستقیم برای هر بیمار}$$

ب) هزینه های ثابت و متغیر:

- هزینه ثابت به آن دسته از هزینه هایی اطلاق می شود که با حجم (اشغال یا عدم اشغال تخت، پذیرش یا عدم پذیرش بیمار) عملیات مربوط به بیمار ارتباط ندارد و با کاهش و یا افزایش حجم عملیات این هزینه ها تغییر نمی یابند و ثابت می مانند. این هزینه ها حدود ۷۰ درصد هزینه ها را در بیمارستان ها به خود اختصاص می دهند.
- هزینه متغیر به آن دسته از هزینه هایی اطلاق می شود که با حجم عملیات مربوط به بیمار ارتباط داشته و با تغییر میزان عملیات کاهش و یا افزایش می یابد. این هزینه ها حدود ۳۰ درصد هزینه ها را در بیمارستان ها به خود اختصاص می دهند.

جدول زیر نمونه ای از هزینه های ثابت و متغیر را در یک بیمارستان نشان می دهد.

هزینه های متغیر در خدمات سلامت	هزینه های ثابت در خدمات سلامت
هزینه غذای بیماران	تجهیزات رادیولوژی، اثاثه اداری
کلیشه رادیولوژی، مواد آزمایشگاهی	حقوق نیروی انسانی ثابت
هزینه البسه و ملحفه بیماران	هزینه واحدهای سربار بیمارستان
هزینه دارو	هزینه های انرژی بیمارستان
هزینه مواد مصرفی پزشکی	هزینه نگهداری ساختمان

نکته: اصول مهمی در هزینه های ثابت و متغیر وجود دارند که عبارتند از:

* متوسط هزینه ثابت با افزایش فعالیت و حجم برونداد کاهش می یابد. با توجه به اینکه این نوع هزینه ها بدون هیچگونه ارتباطی با سطح برونداد می بایستی در هر حال پرداخت شوند و مدیریت توان تغییر آن ها را در دوره کوتاه مدت ندارد. شناسایی عوامل اثرگذار در بهبود شاخص های کارایی و عملکردی گام مهمی است که مدیران بیمارستان ها و سازمان های بهداشتی می توانند هزینه های ثابت خود را در بین خروجی ها و پذیرش های بستری زیادی تقسیم نموده و هزینه واحد ارائه خدمات خود را تقلیل دهند.

* متوسط هزینه متغیر هر واحد فعالیت ثابت است و زمانی که عملیات مربوط به بیمار افزایش می یابد، هزینه متغیر کل افزایش می یابد در صورتی که متوسط هزینه متغیر یک واحد ثابت است.

پ) هزینه های نیمه متغیر:

هزینه های نیمه متغیر ترکیبی از هر دو هزینه های ثابت و متغیر هستند. اغلب در این روش یک هزینه ثابت، به عنوان پایه در نظر گرفته می شود و یک جزء متغیر برای محاسبه فعالیت لحاظ می گردد. برخی از هزینه های نیمه متغیر در بیمارستان عبارتند از: لوازم التحریر، هزینه تلفن، برق مصرفی بیمارستان، متوسط هزینه در ازای یک بیمار.

ث) هزینه های سرمایه ای و جاری:

- هزینه های سرمایه ای اولین هزینه های لازم جهت ارائه خدمات معین هستند که شامل هزینه های احداث ساختمان، هزینه های خرید تجهیزات بیمارستانی، هزینه خرید آمبولانس، هزینه خرید و تدارک تخت و... می باشند.

- هزینه های جاری به آن دسته از هزینه هایی اطلاق می گردند که به طور مداوم در بیمارستان یا سیستم سلامت تکرار می شوند؛ مثل حقوق و مزایای مستمر و غیرمستمر، هزینه خرید مواد و لوازم مصرفی، هزینه خرید دارو، هزینه خرید البسه و ملحفه بیمارستانی، هزینه تعمیرات و نگهداری ابنیه و ساختمان و تجهیزات.

در کل، هزینه های جاری به دو دسته تقسیم می گردند: هزینه های بالا سری که هزینه های ثابت فرض می گردند و هزینه های درمان که هزینه های متغیر در نظر گرفته می شوند. هزینه های درمان در روزهای نخست بستری در بیمارستان حداکثر مقدار خود می رسند چرا که در اولین روزها خدمات درمانی از قبیل آزمایشات، مشاورها، اعمال جراحی و.. انجام می گردد و لذا در روزهای پس از مداخلات اصلی این هزینه ها کاهش می یابند به گونه ای که در روزهای آخر بستری مقدار آن ها به حداقل می رسد.

ج) هزینه های آشکار و پنهان:

- هزینه هایی که توسط بیمارستان به عنوان یک بنگاه اقتصادی در راستای خرید و بکارگیری نهاده ها و تجهیزات و مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی اتفاق می افتد را هزینه های آشکار می گویند.
- هزینه های نهاده هایی که تحت مالکیت بیمارستان است را هزینه پنهان یا ضمنی نامند.
- اگر بیمارستان پولی را در راستای استخدام نهاده ها و خرید امکانات و احداث ساختمان و... هزینه کرده است در جای دیگر به بهترین شکل ممکن سرمایه گذاری می نمود چه مقدار عایدش می گشت؟ که از این موضوع تحت عنوان هزینه فرصت منابع نام برده می شود و یا هزینه استهلاک دارایی های تحت تملک بیمارستان هم می تواند در دسته هزینه های پنهان باشد.

چ) هزینه های اقتصادی و حسابداری:

هزینه های آشکار در حقیقت همان هزینه های حسابداری است و مجموع هزینه های حسابداری و هزینه پنهان را هزینه اقتصادی می نامند.

پروفایل های هزینه:

یکی از شیوه های جستجوی هزینه ها، ارزیابی پروفایل های هزینه در طول زمان است.
اگرچه هر بیمار منحصر به فرد با نیازهای مختلف و معالجه های گوناگون است، اما گروه بندی دقیقی از بیماران توسط متخصصان صورت می گیرد و ممکن است بیماران با معالجه های شبیه به هم در یک گروه بیابند و متوسط هزینه های این گروه برآورد شود. این امکان همیشه برای گروه بندی بیماران برای برآورد هزینه ها وجود ندارد. این رویکرد می تواند بر مبنای DRGs نیز تعیین شود.

هزینه کیفیت خدمات:

در کل، هزینه کیفیت را می توان در چهار رده اصلی به شرح زیر قرار داد:

- هزینه های پیش گیری: قبل از ارائه خدمات مراقبت می باشد، مثل هزینه آموزش و تربیت کارکنان، هزینه فعالیت طراحی محصول و فرآیند های کاری و ...
- هزینه ارزیابی: که جهت ارزیابی کیفیت محصولات یا خدمات ارائه شده صرف می گردد.
- هزینه های عدم موقعیت داخلی: هنگامی ایجاد می گردند که محصولات یا خدمات دارای عیب یا نقص، قبل از خروج از سیستم و ارائه به مشتری شناسایی می گردند.

- هزینه های عدم موقعیت خارجی: هنگامی ایجاد می گردند که محصولات یا خدمات دارای عیب یا نقص، قبل از خروج از سیستم و ارایه به مشتری شناسایی نمی گردد.

در این راستا، در ارتباط با محدود سازی هزینه ها بایستی سه جزء در فرآیند را همیشه مد نظر داشت:

- آگاهی نسبت به هزینه ها: که این آگاهی از فرآیند موجود جهت محدودسازی هزینه ها باید در بین تمام کارکنان بیمارستان وجود داشته باشد.
- پایش مداوم هزینه ها و کشف علل انحراف نامساعد از مقادیر برآوردی.
- مدیریت هزینه ها: که عبارت است از استمرار نظام مسئولیت و پاسخگویی در راستای دست یابی به برنامه های مدون.

روش های تفکیک هزینه کل به هزینه ثابت و متغیر

الف) روش نمودار اسکاتر (پراکنده):

برای نشان دادن فعالیت در دوره زمانی از این نمودار استفاده می شود. هزینه ها در نمودار با ارزش واحد پولی نشان داده می شوند. محور افقی نماینده هزینه های ثابت بوده و هزینه متغیر با توجه به شیب نمودار مشخص می شود. برای به دست آوردن خط هزینه ها، از وسط نقاط طراحی شده خطی رسم می شود و به عبارتی می توان گفت شیب خط نشان دهنده تغییرات هزینه کل (هزینه متغیر) است و نشان دهنده مقدار تغییرات در هزینه های کلی است که به سبب هر واحد افزایش فعالیت روی می دهد.

ب) روش حداقل - حداکثر:

روش دیگر برای تفکیک هزینه ها به هزینه ثابت و متغیر، روش نموداری حداقل - حداکثر می باشد.

برای تفکیک هزینه ها، این روش دارای مراحل زیر است:

(۱) اولین مرحله شناسایی بالاترین ماه از نظر هزینه است.

(۲) پس از آن کمترین هزینه را از بیشترین هزینه کسر می کنیم.

(۳) در مرحله بعدی هزینه هر واحد به فرمول خطی مقابل وارد می شود:

در این فرمول TC : نمایانگر هزینه کل، FC : نمایانگر هزینه ثابت، Avc : نمایانگر متوسط هزینه متغیر و Q نمایانگر حجم فعالیت است.

پ) تحلیل رگرسیون:

برای شناسایی هزینه متغیر و هزینه ثابت از این روش نیز استفاده می شود. با معرفی فعالیت و درج در معادله رگرسیون، پیش بینی میزان هزینه کل امکان پذیر است.

هزینه یابی در سازمان مراقبت سلامت

الف) سیستم هزینه یابی مرحله ای:

این روش در موسساتی به کار گرفته می شوند که محصول آن ها با مشخصات از پیش تعیین شده و معمولاً به صورت انبوه، مراحل مختلف در تولید را طی می کند.

در این روش ابتدا کلیه هزینه های مواد، کار و سربار به مراکز تولیدی تخصیص یافته و سپس این هزینه ها با استفاده از مبانی معینی به محصولاتی که از این مراکز عبور نموده اند، تسهیم می گردد. مبنای این تسهیم، استانداردها مواد و کار و سربار و یا نسبت های تجربی خواهد بود.

ب) هزینه یابی سفارش کار:

این روش در موسساتی اعمال می گردد که محصولات آن ها به صورت عمده یا توده، قابل تفکیک و مشخص مراحل تولیدی را طی می کنند و برای هر کدام از این عده یا توده می توان عملیات تولیدی خاصی اعمال نمود و یا بر حسب سفارش مشتری در آن ها کیفیت مخصوص ایجاد کرد.

روش های محاسبه تمام شده خدمات ارایه شده

الف) روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت:

سیستم هزینه یابی مورد استفاده سیستم های هزینه یابی بر مبنای فعالیت که شامل تخصیص هزینه منابع به فعالیت های انجام شده برای تولید محصول و سپس تخصیص هزینه فعالیت های مذکور به محصولات، بر مبنای معیارهای مناسب استفاده محصولات از فعالیت هاست.

از دیدگاه حسابداری صنعتی هزینه یابی بر مبنای فعالیت را می توان بسط تکامل یافته ای از روش تخصیص دو مرحله ای هزینه تلقی کرد که شالوده سیستم های نوین حسابداری صنعتی استو در مرحله اول این روش هزینه های غیر مستقیم منابع به کانون های هزینه تخصیص می یابد و در مرحله دوم هزینه های انباشته شده در مراکز هزینه به محصولات (سایر موضوعات هزینه) تخصیص داده می شود.

ب) سیستم سنتی هزینه یابی:

سیستم های سنتی حسابداری صنعتی که مبتنی بر واحد محصول است. بر حجم تولید و واحدهای محصولات خاص تاکید دارد. در این سیستم هزینه ها به واحدهای محصولات تولید شده تخصیص داده می شود، زیرا فرض می شود که تنها محصولات منابع را مصرف می کنند. بنابراین مبانی تخصیص سنتی هزینه ها، برخی ویژگی های مرتبط واحد محصول، ساعات کار مستقیم، ساعات کار ماشین، یا مبلغ مواد مصرفی برای تولید واحد محصول را اندازه گیری می کنند.

در مقابل در سیستم های هزینه یابی بر مبنای فعالیت فرض می شود که به جای محصولات، فعالیت های منابع (هزینه ها) را مصرف می کنند و محصولات در نتیجه انجام فعالیت ها تولید می شود. بنابراین بر مبنای معیار مناسبی از انجام (مصرف) هر فعالیت، می توان ردیابی هزینه ها را از منابع به سوی فعالیت ها و از فعالیت ها به محصولات انجام داد.

تحلیل واریانس در هزینه ارایه خدمات سلامت

یکی از موارد بسیار مهم در علت یابی افزایش هزینه واحد فعالیت های ارایه شده در سازمان سلامت در دوره های متوالی، تحلیل واریانس در هزینه واحد خدمت است، واریانس هزینه واحد خدمات عمدتاً به سه عامل به شرح زیر بستگی دارد.

(۱) انحرافات نامساعد قیمتی درونداها

(۲) انحرافات نامساعد کارایی و بهره وری

(۳) انحرافات حجم کار و برونداها

تعریف Casemix:

Casemix به عنوان یک رویکرد عملی برای طبقه بندی بخش های مراقبتی بیمار و توسعه راهکارهای استفاده از این طبقه بندی برای مدیریت مراقبت سلامت تعریف شده است. سیستم های Casemix در اصل از طریق کار بر روی گروهی از بیماران با ویژگی های بالینی و الگوهای هزینه ای مشابه به عنوان ابزار تسهیل کننده تحلیل تشخیص تعداد زیادی از بیماری ها طراحی شده اند. آنها به خاطر توانایی در شرح تغییرات در بروندادهای بیماران و هزینه ها در طول زمان، در بین بیمارستان ها یک ابزار استراتژیک مدیریتی ارزشمند ارائه می نماید.

سیستم های Casemix چهار ویژگی بنیادی دارند که آنها را از دیگر سیستم های طبقه بندی بیمار متمایز می سازد.

۱- بیماران قرار گرفته در رده های Case mix ، باید از نظر بالینی با یکدیگر مشابه باشند.

۲- طبقات Casemix ، باید شامل بیمارانی باشد که از نظر منابع و هزینه به کار رفته مشابه باشند.

۳- طبقه بندی Casemix ، باید برای اطمینان به گونه ای ساخته شود که بخش های بیماران ویژه تنها به یک رده از Casemix واگذار شوند.

۴- طبقه بندی Case mix ، باید شامل تعداد مناسبی از طبقات به منظور حصول اطمینان از این که سودمندی را به عنوان یک ابزار مدیریتی دارند، باشند.

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

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir