

نقشه راه تعمودار

مدیریت مالی و اقتصاد سلامت



تدوین و گردآوری:

فرشته کریمی

دکتری تخصصی اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

رضا بختیاری دستگردی

کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید مدوقی یزد

محسن زارع نصیری

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

موسسه علمی انتشاراتی سنا

سرشناسه	: کریمی، فرشته، ۱۳۶۹-، گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	: نمودارنامه مدیریت مالی و اقتصاد سلامت/گردآوری و تالیف فرشته کریمی، رضا بختیاری دستگردی، محسن زارع نصیری.
مشخصات نشر	: تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	: ۱۷۲ص: نمودار.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۴۸۶-۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
موضوع	: مدیریت مالی -- رؤوس مطالب Finance -- Management -- Outlines, syllabi, etc
	: اقتصاد پزشکی -- رؤوس مطالب Medical economics -- Outlines, syllabi, etc
شناسه افزوده	: بختیاری دستگردی، رضا، ۱۳۷۵-، گردآورنده
شناسه افزوده	: زارع نصیری، محسن، ۱۳۷۷-، گردآورنده
رده بندی کنگره	: HG۴۰۲۶
رده بندی دیویی	: ۶۵۸/۱۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۵۷۱۹۷۹



نام کتاب	مؤسسه علمی انتشاراتی سنا
گردآوری و تألیف	نمودارنامه مدیریت مالی و اقتصاد سلامت
شابک	فرشته کریمی، رضا بختیاری دستگردی، محسن زارع نصیری ۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۴۸۶-۰
صفحه آرا	افتخار معصومی، صنم آفریگان
نوبت چاپ	اول - ۱۴۰۳
طراح جلد	علیرضا زمانی
پست الکترونیک	elmisana@gmail.com
سایت انتشارات	sanabook.com
تیراژ	۱۰۰ نسخه
قیمت	برای مشاهده قیمت اکسن کنید. 



شما می‌توانید کتاب‌های نشر علمی سنا را علاوه بر کتابفروشی‌های سراسر کشور از نمایندگی‌های اختصاصی مؤسسه واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.
آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.
تلفن دفتر پخش: ۰۲۱-۶۶۵۷۴۳۴۵

دفتر مرکزی: تهران میدان انقلاب کارگر شمالی خیابان فرصت شیرازی پلاک ۷۲ طبقه همکف
تلفن: ۰۲۱-۶۶۵۷۴۳۴۶



در طی چندین سال تحصیل و تدریس در علوم پزشکی به کرات به دانشجویان و داوطلبینی برخوردیم که علی‌رغم تلاش فراوان برای مطالعه و یادگیری مطالب پر حجم کتب علوم پزشکی، نمی‌توانند سر جلسه امتحان یا کنکور نتیجه مطلوب را بگیرند. با بررسی شیوه مطالعه این افراد به این نتیجه رسیدیم که بسیاری از آن‌ها توانایی دسته‌بندی و تفکیک مطالب و نگاه کل به جزء را در ذهن خود ندارند. مشکل این است که این افراد از ابتدا به مطالب به‌صورت جزء به جزء نگریسته‌اند، در حالی که قبل از فرود به جزیره ناشناخته هر فصل می‌بایست از بالا مختصات کلی آن را در ذهن ترسیم کرد. دقیقاً مثل نرم‌افزار نقشه گوگل (google map) یک بار نمای کلی نقشه را با دیدن نام مناطق، اتوبان‌ها در نظر می‌گیرید و سپس بر روی فلان خیابان یا کوچه زوم می‌کنید. نگاه کل به جزء و دسته‌بندی شده در مطالعه نیز به همین صورت است. اگر شما مطالب را در قالب نکات مجزا حفظ کنید، هیچ وقت نمی‌توانید ارتباط آن‌ها را با یکدیگر متوجه شوید.

مزیت کتاب‌های نمودارنامه علاوه بر خلاصه بودن، دسته‌بندی مطالب مرتبط باهم است. در حقیقت نویسنده، کتاب رفرنس را پس از مطالعه، خلاصه برداری کرده و مطالب سردسته و زیردسته را برای شما به شکلی زیبا در قالب نمودارها و شاخه‌ها رسم کرده است. به‌طوری که وقتی یک صفحه از کتاب نمودارنامه را می‌خوانید و می‌فهمید، مطمئن باشید که چندین صفحه از کتاب رفرنس را خوانده و فهمیده‌اید! بنابراین بعد از تهیه این کتاب، تنها کاری که شما انجام می‌دهید، این است که کتاب را باز کنید و بخوانید!! خلاصه‌برداری نکنید، فقط سعی کنید ارتباط مطالب را با هم پیدا کنید و دیگر هیچ ...

دلایلی که باعث شده اساتید و دانشجویان دانشگاه‌های تهران در طول ترم از کتاب‌های نمودارنامه استفاده کنند:

۱. فضاهای خالی زیادی که در اطراف نمودارها وجود دارد، باعث شده که استاد در حین تدریس بتواند به دانشجویان بگوید نکته‌ای که لازم است را در کنار همان مطلب یادداشت کنند.
۲. برخلاف کتب تشریحی که سرشار از متون و نکات پشت سرهم است، کتاب‌های نمودارنامه با بکار بردن هنر گرافیک، چشمت مطالب را به گونه‌ای انجام داده که دانشجو بتواند با کمک حافظه تصویری مطالب را بفهمد نه اینکه حفظ کند.
۳. کتب نمودارنامه با حجم پایین خود در حالی که هیچ مطلب مهمی از آن جا نیفتاده است، باعث می‌شود دانشجو در طول ترم و در ایام امتحانات هراسی از خواندنش نداشته باشد.

دلایلی که باعث شده داوطلبان آزمون‌های ارشد، دکتری و استخدامی از کتاب‌های نمودارنامه استقبال کنند:

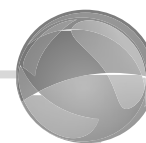
۱. در ایام نزدیک به کنکور، کتب نمودارنامه برای آنهایی که هر منبعی خوانده‌اند به عنوان یک کتاب مروری بسیار کمک خواهد کرد.
۲. کتاب‌های نمودارنامه با حجم کمی که دارد، برای داوطلبانی که فرصت زیادی تا کنکور ندارند یا ساعات مطالعه کمی دارند، معجزه می‌کند! بخصوص اگر در کنار کتاب‌های تست تاس و یا جعبه سیاه مطالعه شوند.
۳. داوطلبانی که حتی از کتاب‌های محبوبی همچون صفر تا صد یا نود پلاس بعنوان درسنامه برای کنکور استفاده می‌کنند، قبل از شروع مطالعه هر فصل نگاهی به همان فصل از نمودارنامه می‌کنند و مطالب سردسته و زیردسته را در ذهن خود ترسیم می‌کنند. این کار باعث می‌شود تا زمان زیادی را در طول مطالعه برای خود ذخیره کنند.

دلایل فوق، ما را بر آن داشت که کتاب نمودارنامه را این گونه برنامه‌ریزی و طراحی کنیم و با قبول زحمت نویسندگان عزیز، این اثر هم اکنون پیش روی شماست. در پایان از کلیه اساتید، دانشجویان و سایر خوانندگان محترم خواهشمندیم هرگونه اشکال تایپی و املائی مرتبط با این کتاب را از طریق پست الکترونیک sanabook.comment@gmail.com اطلاع‌رسانی نمایید تا در ویرایش‌های بعدی این کتاب برطرف گردند. مسلماً این اثر حاصل تلاش زنجیره‌ای از افراد است که برای تولید آن از نگارش گرفته تا تایپ، صفحه‌آرایی، طراحی، لیتوگرافی و چاپ زحمات زیادی کشیده‌اند و از فروش هر نسخه از کتاب، افراد زیادی کسب روزی می‌کنند. لذا از خوانندگان بخاطر اینکه از حقوق این افراد با کپی نکردن این کتاب چه بصورت فایل و یا کپی کاغذی حمایت می‌کنند متشکریم.



کتاب «نمودارنامه مدیریت مالی و اقتصاد سلامت» مرور کلی از مباحث مالی و اقتصادی در نظام سلامت بصورت دسته‌بندی شده و خلاصه است. نویسندگان در این کتاب بر مباحث مهم مدیریت مالی در سازمان‌های بهداشتی و اقتصاد سلامت تمرکز کرده‌اند. کتاب حاضر موضوعات کلیدی مانند عرضه‌کنندگان، تقاضاکنندگان، بیمه‌های سلامت، ارزیابی اقتصادی، کارایی، بهره‌وری، عدالت و استراتژی‌های مدیریت مالی برای سازمان‌های بهداشتی را پوشش می‌دهد. محتوا به صورت نموداری یا درختی از حجم زیادی از مطالب کتب رفرنس به صورت دسته‌بندی شده و مختصر آورده شده است. به‌طوری‌که بسیاری از صفحات کتاب شامل ترکیب خلاصه شده و روان شده‌ای از چند رفرنس مورد سوال در آزمون‌های تحصیلات تکمیلی است. وجود مباحث اقتصاد سلامت در کنار مباحث مدیریت مالی مربوط به سازمان‌های بهداشتی می‌تواند به عنوان یک منبع ارزشمند برای دانشجویان و داوطلبان آزمون‌های دوره‌های کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی اقتصاد سلامت و رشته‌های مرتبط مانند مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سیاستگذاری سلامت مورد استفاده قرار گیرد. نویسندگان این کتاب تلاش نمودند تا علاوه بر خلاصه‌سازی مفاهیم، ضمن حفظ محتوای اصلی منابع مورد استفاده، آن‌ها را به صورت ساده و دسته‌بندی شده بیان کنند تا به درک بیشتر و آسانتر مفاهیم کمک نموده و خوانندگان بتوانند حداکثر استفاده را از کتاب حاضر ببرند. در پایان از خوانندگان محترم تقاضا داریم در صورت مشاهده هرگونه مشکل نگارشی و ساختاری، موضوع را با نویسندگان کتاب از طریق ایمیل Fereshtek69@gmail.com و ناشر در میان بگذارند.

گروه مؤلفین



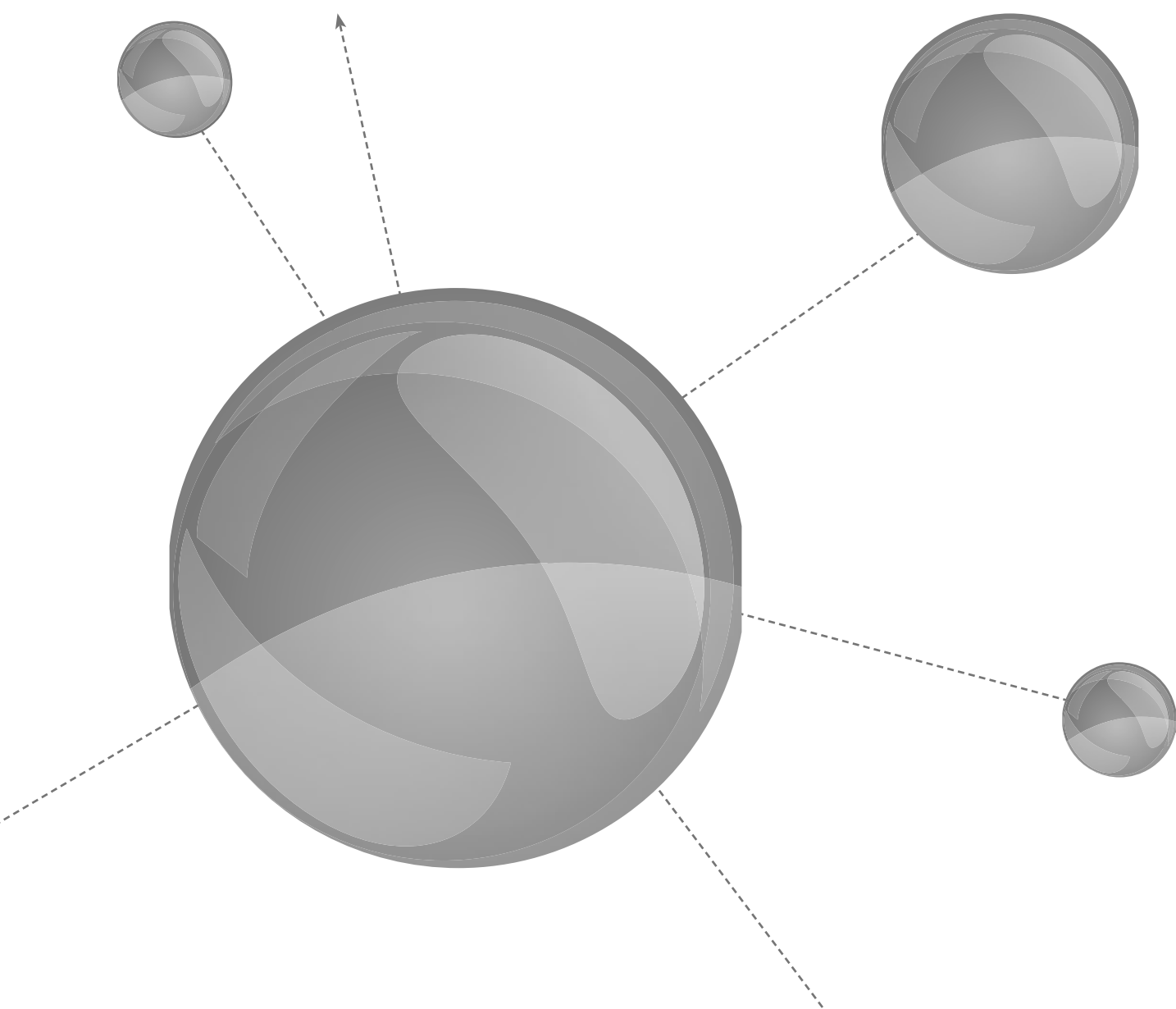
بخش اول

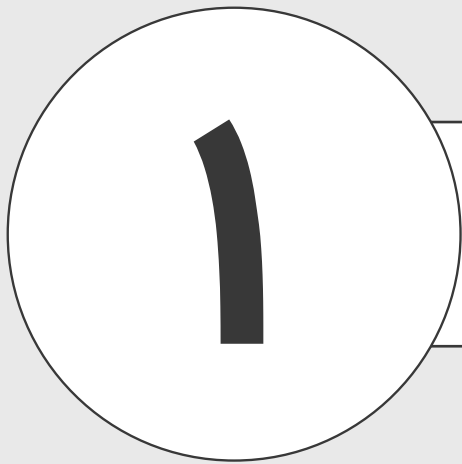
- ۱ فصل ۱: مدیریت حسابداری هزینه پزشکی، ساختار، مدل سازی و رفتار
- ۹ فصل ۲: درک مدیریت هزینه مبتنی بر فعالیت پزشکی
- ۱۳ فصل ۳: فرآیندهای ناب مواد بیمارستانی و هزینه های کلی در بازار اقتصادی بسیار نامناسب
- ۱۷ فصل ۴: مدیریت و بهبود فرآیند چرخه درآمد بیمارستان
- ۲۶ فصل ۵: ویژگی های مالی و بالینی سیستم های اطلاعاتی بیمارستان
- ۳۳ فصل ۶: برنامه های آتی سلامت روان جامعه محور و استانی
- ۴۱ فصل ۷: معیارهای حسابرسی و ممیزی داخلی برای کلینیک ها
- ۴۶ فصل ۸: تعهد اولیه سلامت ۲/۰ برای ایجاد سلامت، بهبود مراقبت و کاهش هزینه مدیریت سلامت جمعیت
- ۴۸ فصل ۹: راهبردهای مدیریت مالی برای بیمارستان ها و سازمان های بهداشتی و درمانی
- ۵۴ فصل ۱۰: معیار سازی برای ارزیابی بیانیه سایت های سرمایه گذاری در مدیریت تخصیص سرمایه در بیمارستان
- ۵۸ فصل ۱۱: ارزش گذاری بیمارستان ها در محیط نظارتی و بازپرداخت جبرانی متغیر
- ۶۲ فصل ۱۲: الگوبرداری مالی و تحقیقاتی در صنعت مراقبت سلامت

بخش دوم

- ۶۸ فصل ۱: اقتصاد سلامت
- ۸۳ فصل ۲: ارائه دهندگان خدمات سلامت
- ۱۱۳ فصل ۳: رفتار مصرف کنندگان
- ۱۲۴ فصل ۴: بیمه
- ۱۳۵ فصل ۵: ارزشیابی اقتصادی مراقبت های سلامت
- ۱۴۷ فصل ۶: عدالت و کارایی

بخش اول





مدیریت حسابداری هزینه پزشکی، سافتار، مدل سازی و رفتار

سخن مؤلف

در این فصل با حسابداری هزینه، انواع هزینه، انواع روش های تخصیص هزینه، بهبود مستمر کیفیت و جایگزین های حسابداری هزینه آشنا خواهیم شد. این فصل یکی از فصول مهم و سؤال خیز کتاب می باشد که اطلاعات پایه ای در مورد هزینه ها و روش های تخصیص هزینه به ما می دهد. این فصل در حقیقت مقدمه ای راهبردهای مدیریت مالی در بیمارستان می باشد که به توضیح اصطلاحات مورد نیاز که در ادامه با آن ها آشنا خواهیم شد می پردازد. **نکته** یکی از وظایف کنترل داخلی و فرآیند تصمیم گیری، کنترل هزینه های بیمارستان و بخش بهداشت و درمان می باشد. این وظیفه در جهت خرید اموال و هزینه کرد اعتبارات است. (شامل فرایندها، منابع انسانی، فناوری اطلاعات سلامت و خرید می باشد).

مدیریت حسابداری هزینه

کاربرد

- الف تعیین سیاست های تجاری کوتاه مدت و بلندمدت بخش سلامت
- ب افزایش سودآوری از طریق
 - ۱ کاهش هزینه ها
 - ۲ افزایش درآمدها
 - ۳ کاهش دارایی در گردش

اهداف

- الف ارائه اطلاعات مهم هزینه یابی برای مصرف داخلی موسسه
- ب توسعه اطلاعات پویا و مرتبط با برنامه های راهبردی آتی بخش درمانی
- پ تأکید بر مرتبط بودن و انعطاف پذیری داده های مالی
- ت بررسی بخش های خدمات درمانی به صورت هم زمان با اجرای فرایندها (به جای بررسی عملیات کلی موسسه)
- ث کسب داده های غیرمالی کسب و کار سلامت

تعریف

روش (ابزار) حسابداری که مسئولیت گردآوری، طبقه بندی و ثبت هزینه ها و مخارج انجام یک فعالیت (خدمات) پزشکی می پردازد و سپس در ادامه این داده ها را خلاصه و آنالیز می کند. در نتیجه این داده ها به صورت قیمت خدمات، قیمت صورت حساب و قیمت فروش درمی آیند و نهایتاً نقاط صرفه جویی در هزینه را می توان پیدا کرد و هزینه ها را کاهش داد.

نکته

برای حسابداری هزینه ضرورتی وجود ندارد که داده های سازمان ها با یکدیگر قابل قیاس و یا مشابه باشد، اما نکته مهم این است که این اطلاعات بایستی مرتبط با تصمیماتی باشند که مدیران در محیط خاص خودشان اتخاذ می کنند.

برآورد هزینه

تعریف

فرآیندی شامل گردآوری، تحلیل، تلخیص و ارزیابی سایر اقداماتی که هزینه بردار هستند.

کاربرد

ارائه راهکارهایی به مدیریت در زمینه بهترین اقدامی که بر مبنای کارایی هزینه و توانایی مدیریت باشد.

مقدمه رویکردهای مختلف حسابداری هزینه بهداشت و درمان

حسابداری ناب (استاندارد)

حسابداری هزینه یابی مبتنی بر فعالیت (ABC)

حسابداری نسبی مبتنی بر منابع

حسابداری هزینه عملکرد (ظرفیت تولید)

تحلیل هزینه - حجم - سود

حسابداری چرخه درآمد

نکته

در مراکز درمانی یکسری مراکز هزینه ای وجود دارند که بودجه مشخصی به آن ها تعلق نگرفته (محدودیت بودجه دارند) و یا مأموریتی جهت کسب درآمد برای سازمان ندارند. (مثل: منابع انسانی، پرستاری و ...).

نکته مراکز هزینه در سایه **شامل:** مخارج خاص نقدی و غیر نقدی مثل کاهش بها، استهلاک، خدمات رفاهی، صنایع همگانی و اجاره بها. بودجه بندی هزینه محسوب می شوند و در بخش هزینه برها قرار می گیرند. رفتار هزینه ← بررسی نحوه تغییرات هزینه، در رابطه با تغییرات فعالیت، خدمات و کاربری آنها.

هزینه یابی کابین

روش ژاپنی به معنی: «بهبود مستمر» در راستای کاهش هزینه ها + یک فرآیند بالا به پایین و پایین به بالا + یک روش واحد تحت عنوان «بهترین روش» برای پیاده سازی ندارد (مانند حسابداری هزینه)

هدف اصلی: گردآوری داده های هزینه به منظور کنترل مدیریتی

سایر اهداف

- الف ایجاد نظام های بدون اتلاف ← از طریق اعمال سیاست ها و فرآیندهای اقتصادی
- ب ارائه تعاریف روشن از مدیریت خرید با توجه به نوآوری های مالی
- پ تداوم فرهنگ حفظ مستمر کیفیت و بهبود اقتصادی

انواع هزینه ها:

هزینه ثابت (Fixed-cost)

- الف می توانیم آن را به صورت کلی (انبوه) یا بر مبنای واحد در نظر بگیریم: اما به هر حال ثابت باقی می ماند و معمولاً با تغییرات حاصل از فعالیت ها دچار تغییر نمی شود.
- ب مثل هزینه های اجاره کلینیک، مالیات، بیمه، استهلاک، حقوق کارکنان و ...
- پ هزینه های ثابت را اگر بر پایه واحد (مثلاً) با افزایش سطح فعالیت: هزینه ثابت کاهش می یابد. تعداد بیمار مراجعه کننده در نظر بگیریم. با کاهش سطح فعالیت: هزینه ثابت افزایش می یابد.
- ت تصمیمات و تغییرات در کوتاه مدت باعث تغییر هزینه های ثابت نمی شوند.

هزینه متغیر (Variable cost)

- الف با تغییرات سطح فعالیت: تغییر به نسبت مستقیم و به صورت کلی را داریم.
- ب بر پایه واحد: تغییر نمی کند و ثابت می ماند.
- پ هزینه های کلینیکی که با توجه به حجم متغیر هستند (تجهیزات پزشکی با دوام - کار غیرمستقیم - لوازم غیرمستقیم (مثل امکانات رفاهی، هزینه های دفتری، تهویه هوا و ...) و ملزومات پزشکی
- ث تغییر هزینه های متغیر: نتیجه مستقیم اتخاذ یک تصمیم یا تغییر یک اقدام است.
- ج هزینه کل = کل هزینه ثابت + کل هزینه های متغیر: [تعداد ویزیت × (VC / visit)] + TFC = Totalcost
- چ برای یک کلینیک درمانی داریم: هزینه های متغیر کل = TVC به ازای هر ویزیت × تعداد ویزیت:
- د سود کل = درآمد (هزینه × حجم) - (FC + VC) = (P × V) - سود کل درآمد

هزینه دوگانه (هیبریدی یا ترکیبی): متشکل از اجزای ثابت و متغیر که ممکن است نام آن در هر کلینیک متفاوت باشد.

هزینه تقلیلی - مرحله ای: در بالای سلسله مراتب قرار می گیرد. هزینه ها از یک مرکز اصلی (بنیادی) به سایر مراکز هزینه (مثلاً منابع انسانی و یا پرستاری) تخصیص پیدا می کند. سپس مرکز اصلی بسته شده و هیچ هزینه ای به آن تخصیص پیدا نمی کند.

هزینه فرعی (خارجی)

- الف هزینه مستقیم: با استفاده از مقصد آن و با استفاده از انجام کامل یک عملکرد یا روبه کاری می توان آن ها را شناسایی و پیگیری کرد. با افزایش تعداد فرآیندها، هزینه های مستقیم نیز افزایش می یابند.
- ب هزینه غیرمستقیم: به هزینه سربار عمومی تخصیص پیدا می کنند و نباید به طور خاص به محرک هزینه مورد نظر اختصاص پیدا کنند. مثل مخارج اجاره، رهن، حقوق مدیریت و ...

هزینه تفاضلی (افتراقی): هر هزینه ای که در یک گزینه وجود دارد اما در کل یا بخشی از یک گزینه دیگر وجود ندارد.

هزینه قابل کنترل

- الف در صورت برخورداری پزشک (مدیر) از قدرت مدیریت هزینه ها: هزینه قابل کنترل در سطحی خاص از کلینیک رخ می دهد.
- ب یک بعد زمان و هزینه (ریسک) / منفعت برای این نوع هزینه ها وجود دارد.
- پ تمام هزینه ها در بازه بسیار طولانی مدت، متغیر و کنترل پذیر هستند.

هزینه فرصت

- الف مزیت (منفعت) بالقوه که در هنگام ترجیح یک اقدام (تصمیم) فدای اقدام دیگری شده و از دست می رود.
- ب بعضی از هزینه - فرصت های ناملموس قابلیت محاسبه به زبان ریاضی را ندارند.

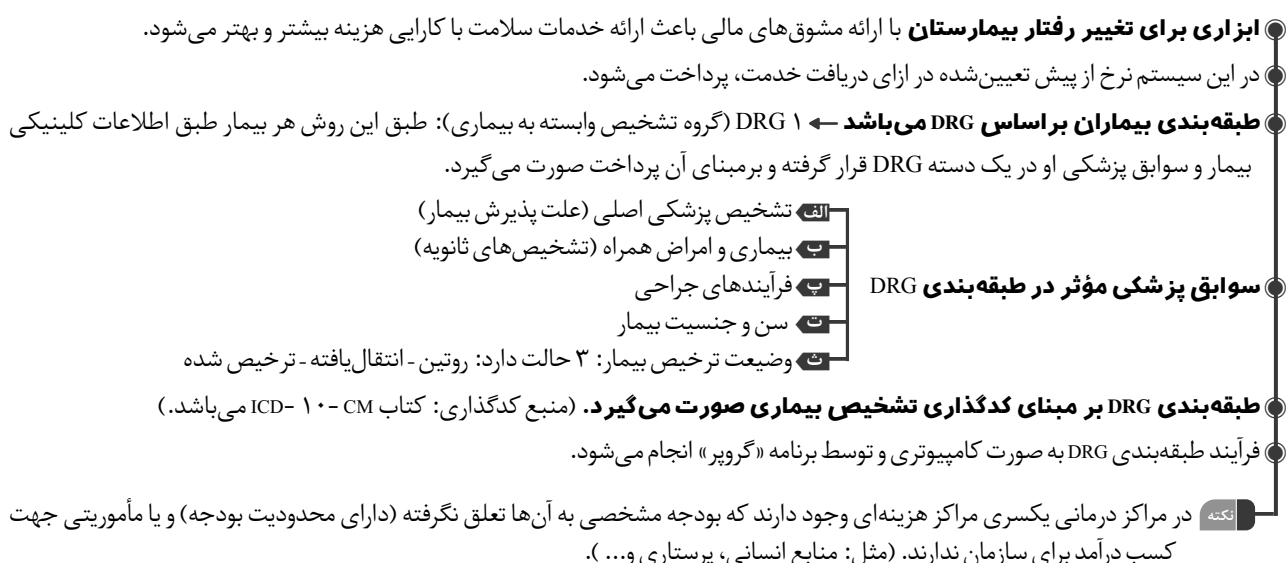
هزینه غیر قابل برگشت (نا برگشتی)

- الف هزینه ای که قبلاً صورت گرفته و با هیچ تصمیمی نمی توانیم آن را در حال یا آینده تغییر دهیم.
- ب به کارگیری اصول تطبیقی در جهت تعدیل قیمت: سوگیری (تورش) در هزینه های نابرجشتی: افزایش سود کاذب
- پ فاکتورهای مؤثر در میزان سوگیری (تورش) عبارت اند از: ۱- تقاضا و تمایز در محصول ۲- تعداد سازمان های رقیب

مهم انواع هزینه‌ها:



سیستم پرداخت آینده‌نگر مدیکیر (PPS)



مهم انواع روش های تخصیص هزینه



هزینه نهایی (MC) و درآمد نهایی (MR) (قسمت اول)

- اگر $MR < MC$ باشد: آنگاه قرارداد درمانی مدیریت شده مورد توجه قرار می گیرد.
- سود تا زمانی که هزینه نهایی و درآمد نهایی برابر شوند: $MC = MR$ ادامه خواهد داشت و پس از آن به دلیل ایجاد هزینه های اضافی (فضای اداری و تجهیزات و پرسنل بیشتر) با توجه به حجم اضافه شده، کاهش پیدا می کند.
- اگر $MC = MR$ ، حداکثر کارایی اداری (MOE) را داریم: چون هزینه نهایی به عنوان تغییر در هزینه های کلی مربوط به هر تغییر ارائه شده در کمیت خروجی (Q) در نظر گرفته می شود.
- نکته: در نقطه حداکثر کارایی اداری (MOE)، ظرفیت بیمار، هزینه هر بیمار و هزینه به ازای هر بیمار باعث ایجاد حداکثر منفعت می شود و لزوماً درآمد حداکثری نیست.

هزینه نهایی (MC) و درآمد نهایی (MR) (قسمت دوم)

- فرمول هزینه نهایی (MC) = تغییر هزینه های کلی (تغییر TC) / تغییر در کمیت خروجی (تغییر Q)
- و به عبارت دیگر: $MC = \frac{CTC}{CQ} = \frac{\Delta TC}{\Delta Q}$ (C های ابتدایی بیانگر تغییر هستند) (Change)
- الف) هزینه نهایی، فقط به تغییر در هزینه متغیر (VC) بستگی دارد.
- ب) با تغییر کمیت خروجی، هزینه ثابت تغییر نمی کند.
- پ) هزینه ثابت بر MC تاثیر ندارد.
- ۳ نکته مهم
- هدف آنالیز MC و MR: درمان مناسب (بهینه) تعدادی از بیماران (کمیت) که الزاماً به معنی تعداد حداکثری بیماران نیست و این قاعده با کارانه در تضاد می باشد و به جهت دستیابی به کارایی بیشتر، باید به این دیدگاه توجه کرد.
- در یک مرکز کارا، هدف منفعت بردن از بهینه سازی می باشد (نه صرفاً درآمد و حداکثری سازی ظرفیت)

هزینه نهایی (MC) و درآمد نهایی (MR) (قسمت دوم)

با رشد یک سازمان بهداشتی ← کاهش تدریجی MC
 رخدادهای ناکاراییهای مربوط به حجم و ظرفیت ← افزایش مجدد MC

تجزیه و تحلیل نقطه سر به سر هزینه / حجم فعالیت و سود

بیانگر این که چه تعداد واحد محصول (مداخلات پزشکی) یا خدمات (بیماران) فروخته شود تا سودی را در هر سطح ظرفیت فروش ایجاد کند.

برای محاسبه هزینه سود در هر سطح ظرفیت فروش:

هزینه کل = هزینه ثابت + (هزینه متغیر × حجم فعالیت بیمار)

درآمد به ازای هر بیمار (REV/PP) = $\frac{\text{درآمد کل}}{\text{حجم فعالیت (بیمار)}}$

ممکن است REV در موارد جراحی به علت بیشتر بودن درآمد نسبت به سایر خدمات به صورت جداگانه محاسبه شود.

سود کل = درآمد کل - هزینه کل

با افزایش ظرفیت ← سود کل با نرخ سریع تری نسبت به هزینه های کل افزایش می یابد. (اثر عملیاتی بالینی بالا یا مثبت)

اگر درآمد دریافتی از خدمات < هزینه متغیر آن خدمات: این موضوع به عنوان کمک به هزینه ثابت تلقی می شود.

هر قرارداد که خدمات مراقبت سلامت مدیریت شده که پایین تر از هزینه های متغیر است: سود را پایین می آورد و نباید به آن توجه کرد.

برای موفقیت در سیستم پرداخت آینده نگر (مبتنی بر DRG PPS) ← اجرای برنامه ریزی تحولات و دوران گذاری و پایش آن و اینکه رویکرد اعتبار مالی جراح یا رویکرد روندگرایانه مورد توجه قرار بگیرد.

اعتبار مالی پزشک

در بازارهای رقابتی: پزشکان به خاطر اثبات ارزش اقتصادی و بالینی مراقبت های سلامت تحت فشار قرار می گیرند، علی الخصوص در مورد پزشکان و جراحانی که سنجش آن ها روندگرا و مبتنی بر عملکرد می باشد. به ویژه پزشکی که مداخلات پرهزینه (جراحی و روش های تهجمی) را در فضاها و تشکیلات سرپایی انجام می دهند.

مدیریت مبتنی بر بازنگری پیامدهای مالی

الف) ابزاری جهت ارزیابی خدمات مراقبتی
 ب) کاربرد اولیه ← مدیریت داخلی شرکت (مثلاً سیستم پشتیبان تصمیم اجرایی)
 پ) کاربرد کنونی ← تفکیک کنترل هزینه های خارجی برای تأمین کنندگان اعتباری مراقبت های جراحی

تجزیه و تحلیل پیامدهای اقتصادی یک یا چند روش

الف) به معنی جمع آوری، تخصیص، آنالیز و تفسیر اطلاعات معنی دار در رابطه با پزشک و یا حوزه عملکردی آن می باشد.
 ب) کاربرد: این موارد می توانند به عنوان ثرم و هنجارهای تطبیقی قرار گیرند یا در صورت مقایسه با معیارهای استاندارد باعث کاهش هزینه ها بدون افت کیفیت خدمات می شوند.

روش های حسابداری مدیریت

بقا و ادامه عملکرد واحدهای خدمات مراقبت سلامت با توجه به معادله اقتصادی اصلی (معادله حسابداری) (درآمد خالص = درآمد - هزینه) می باشد.

در روش ارائه خدمات مبتنی بر کارانه: امکان افزایش هزینه های خدماتی ← راه حل: محدود کردن هزینه ها از طریق رقابت تأمین کننده فردی (نه از طریق رقابت پرداخت کننده کل)

۲ مؤلفه بخش هزینه در معادلات حسابداری

الف) روش های کاهش هزینه سنتی موسسه، بازسازی و سایر راهبردهای طراحی شده محدود کننده ی هزینه به منظور کاهش هزینه های عملیاتی بالاسری ثابت و متغیر ← این بخش (بدون توجه به افزایش درآمد) معمولاً تنها منجر به کاهش ناگهانی و یکباره هزینه می شود و تأثیر بلندمدت ندارد (به علت باقی ماندن هزینه های پایه)
 ب) تمرکز بر کارایی در روش مراقبت های روندگرا و مبتنی بر عملکرد دارد.

با توجه به معادله حسابداری (درآمد خالص = درآمد - هزینه): بیانگر این موضوع است که درآمد اضافی از منابع اضافی (ورودی ها) به دست نمی آید.

در صورتی که هزینه نهایی < منافع نهایی: درآمد اضافی نباید پیگیری شود (راه حل: کاهش هزینه به صورت غیرمستقیم) به وسیله حاشیه کمکی، منافع را به میزان بیشتری افزایش می دهد.

حاشیه کمکی: تعریف: مقدار باقی مانده درآمد خدمات بعد از کسر هزینه های متغیر.
 این روش ابتدا به هزینه های تثبیت شده و سپس به سودهای دامنه مربوطه کمک می کند.

جدول انگیزه‌های بیمارستان بیمار سرپایی از طریق گروه پرداخت کننده:

مصرف منابع	پذیرش بیمار سرپایی	مقوله پرداخت کننده
افزایشی	افزایشی	کارمزد برای خدمات
افزایشی	افزایشی	کارمزد تنزیل شده خدمات
کاهشی	افزایشی	هر مورد جراحی
کاهشی	کاهشی	هر روز در سال

بهبود مستمر کیفیت (CQI)

داده‌های خام حسابداری بدون توجه به سبب‌شناسی کارگشا نیستند. بلکه داده‌ها باید جمع‌آوری، تطبیق و تفسیر و منتشر شوند (با تأکید بر تغییرات و اصلاحات در مراقبت‌های سلامت) که منجر به جایگزینی ساختارهای مثبت شوند و این کار با تفویض قدرت به پزشکان مسئول و سرپرستان مدرس (آموزش‌دهنده) امکان‌پذیر است.

حیطه‌ها:

- الف آموزش پزشک و اشتراک‌گذاری اطلاعات
- ب محک‌زنی و بهبود فرآیند
- پ به‌کارگیری، بازنگری و مدیریت موردی
- ت ایجاد دستورالعمل‌ها، معیارها، سیاست‌ها و الگوریتم‌ها
- ث مدیریت پیامدها و ایجاد مشوق‌های مالی

محک‌زنی

- الف داخلی: محک‌زنی داخلی و ارتقای فرآیند منجر به شناسایی افراد مطلوب برای روش انتخابی می‌شود و آن‌ها را به‌عنوان مدلی برای بهترین الگوهای عملکرد اثبات شده به کار می‌برد.
 - ب خارجی: به مقایسه پیامدهای انتخابی برای سایر عملکردها به جهت شناسایی اهداف درمانی بهینه برای روند انتخابی می‌پردازد.
- پس از انجام محک‌زنی تکنیک‌ها مشخص و تدریس می‌شوند و به عنوان جزئی از برنامه CQI قرار می‌گیرند.

برای مقایسه یک گروه بیمار یکسان برای تفسیر درست: نیازمند تحلیل تطبیقی هستیم و برای راستی آزمایی و اعتبار بخشی نتایج می‌توانیم از انواع ترکیب موردی، شاخص شدت یا تعدیل‌کننده‌های تعدیل ریسک استفاده کنیم.

اطلاعات تطبیقی برای رویدادهای تک‌روشی و تخصصی رایج‌تر هستند.

اگر بخواهیم یک چارچوب به‌منظور کاهش بی‌ثباتی در خصوص بیمارانی که یک سیر غیر پیچیده و روتین دارند داشته باشیم، می‌توان از آزمایشات خدمات مراقبتی، الگوریتم‌ها یا روش مسیر (بالینی / بحرانی CPM) که با اجماع نظر پزشکان ایجاد شده، استفاده کرد.

نکات

- ۱ راه‌حل مسیر احتمالی از CPM برای انتخاب مناسب‌ترین محرک‌های هزینه برای بهبود فرآیند مالی استفاده می‌کند. اولویت‌های اقتصادی با توجه به ظرفیت، هزینه، ریسک، تخصص، رویه یا هر موسسه و سازمان دیگری گوناگون باشند. در راه‌حل مسیر احتمالی بیشترین تأکید بر روی آنالیز داده‌ها و پیامدهای اقتصادی به عنوان یک روش شناسایی روش‌های بهبود ورودی‌ها (هزینه‌ها) و خروجی‌های خدمات مراقبت سلامت (کیفیت) است.
- ۲ پرداخت‌کنندگان شخص ثالث از اطلاعات راه‌حل مسیر احتمالی برای شناسایی و عقد قرارداد با مراکز سرپایی کارا و پاک‌سازی آن مراکز از افراد بی‌وجدان استفاده می‌کند. از طرفی برای ارزیابی عملکرد پزشکان به عنوان شکلی از اعتبار اقتصادی ردیف دوم ارزیابی می‌کنند.

واژه‌شناسی CPM

- پروژه:** شناسایی روش یا روند جراحی از طریق شماره کد.
- فعالیت:** تکلیف مورد نیاز پروژه که برای به‌کارگیری منابع اقتصادی مثل رادیوگراف‌ها، آزمایشات، ابزارهای تثبیت یا اقلام تدارکات مرکزی
- رویداد:** حالت نهایی فعالیت قابل شناسایی که در نقطه‌ای خاص رخ می‌دهد (مثل زمان بیهوشی اتاق عمل)
- شبکه:** فعالیت‌های ترکیبی (کمان‌ها) و رویدادها (گره‌ها) که روند جراحی را تعریف می‌کنند.
- مسیر:** مجموعه‌ای از فعالیت‌های مرتبط بین دو رویداد در شبکه یا فرآیند کامل بررسی، آزمایش، برنامه‌ریزی، انجام کار و پیگیری جراحی
- بحران:** یک فعالیت، رویداد یا مسیر مغایر یا غایب که توان به تأخیر انداختن اتمام یک روند یا پروژه جراحی را دارد مثل: ارقام آزمایشگاهی گمراه‌کننده

روش اندازه‌گیری پیامدهای رویه‌ای یا جراحی

هیچ تعریف استانداردی وجود ندارد اما مدیران به مواردی از قبیل رضایت مشتری، هزینه، کیفیت (مثل عملکرد، سازگاری، بهبودی از درد، رادیوگرافی‌ها و کنترل عفونت) توجه دارند.

فاکتورهای مذکور به ۲ شیوه الف با توجه به ذهنیت بیمار (از لحاظ درد و عملکرد) و پزشک (از لحاظ قرابت و رابطه پزشک با بیمار و شیوه جراحی ب به صورت عینی و کمی ← مثل عفونت‌ها، رادیوگرافی‌ها و دامنه حرکت ترسیم می‌شوند.

خودآزمایی

۱۱ «ابزار حسابداری که به گردآوری، طبقه‌بندی و ثبت هزینه‌ها و مخارج ناشی از انجام یک فعالیت (خدمات) پزشکی می‌پردازد» چه نام دارد؟

- الف) تحلیل هزینه - حجم - سود ☐ مدیریت حسابداری هزینه ☐
ج) هزینه‌یابی کایزن ☐ بررسی رفتار هزینه ☐

۱۲ کدام یک از موارد زیر از رویکردهای حسابداری هزینه بهداشت و درمان می‌باشد؟

- الف) حسابداری چرخه درآمد ☐ حسابداری ظرفیت تولید ☐
ج) حسابداری نسبی مبتنی بر منابع ☐ همه موارد ☐

۱۳ کدام روش زیر برای بهبود مستمر به منظور کاهش هزینه‌ها به کار گرفته می‌شود؟

- الف) برآورد هزینه ☐ هزینه‌یابی کایزن ☐
ج) هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت ☐ حسابداری چرخه درآمد ☐

۱۴ اگر هزینه‌های ثابت را بر پایه واحد (تعداد بیمار) در نظر بگیریم، آنگاه با افزایش سطح فعالیت، هزینه ثابت می‌یابد و با کاهش سطح فعالیت، هزینه ثابت می‌یابد.

- الف) افزایش - کاهش ☐ کاهش - افزایش ☐
ج) کاهش - کاهش ☐ افزایش - افزایش ☐

۱۵ «هزینه کل» متشکل است از:

- الف) هزینه تفاضلی و هزینه قابل کنترل ☐ هزینه مستقیم و غیرمستقیم ☐
ج) هزینه ثابت و متغیر ☐ هزینه فرصت و هزینه مرتبط ☐

۱۶ در کدام نوع هزینه یک بُعد زمان و هزینه (ریسک) منفعت وجود دارد؟

- الف) هزینه دوگانه ☐ هزینه مرتبط ☐
ج) هزینه قابل کنترل ☐ هزینه فرصت ☐

۱۷ بخش اعظم هزینه‌های سربار هر بخش را، هزینه‌های تشکیل می‌دهد.

- الف) منابع انسانی ☐ آبی ☐
ج) نگهداری ☐ ثابت ☐

۱۸ اولویت اصلی در تخصیص هزینه چیست؟

- الف) اثبات و پایداری ☐ انعطاف‌پذیری ☐
ج) میزان بودجه ☐ اندازه سازمان ☐

۱۹ متداول‌ترین روش تخصیص هزینه کدام است؟

- الف) توزیع دوگانه ☐ معادله هم‌زمان ☐
ج) بازپرداخت تجهیزات ☐ تقلیلی - مرحله‌ای ☐

۲۰ کدام روش تخصیص هزینه را می‌توان به عنوان روش اصلاح شده روش تقلیلی مرحله‌ای دانست؟

- الف) معادله هم‌زمان ☐ آنالیز تعدیل نرخ ☐
ج) هزینه دوجانبه ☐ توزیع دوگانه ☐

۲۱ کدام روش تخصیص هزینه به هزینه نهایی (MC) و درآمد نهایی (MR) اشاره دارد؟

- الف) آنالیز تعدیل نرخ ☐ بازپرداخت تجهیزات ☐
ج) معادله هم‌زمان ☐ هزینه دوجانبه ☐

۲۲ کدام یک از عوامل زیر در قیمت تنظیم نرخ اثرگذار می‌باشد؟

- الف) میانگین هزینه ☐ بازپرداخت‌های سود ☐
ج) زبان حاصل از بیماران با قیمت تثبیت شده ☐ همه موارد ☐

۱۳ چه زمانی حداکثر کارایی اداری (MOE) را داریم؟

- الف) $MR < MC$ ☐ $MR = MC$ ☐
ج) $MR > MC$ ☐ $0 = MC$ ☐

۱۴ کدام یک از موارد زیر صحیح می‌باشد؟

- الف) با تغییر کمیت خروجی، هزینه ثابت هم تغییر می‌کند. ☐
ب) هزینه‌های ثابت بر MC (هزینه نهایی) تأثیرگذار هستند. ☐
ج) با رشد یک سازمان بهداشتی درمانی، کاهش تدریجی MR را داریم. ☐
د) هزینه نهایی، فقط به تغییر در هزینه متغیر بستگی دارد. ☐

۱۵ مقدار باقی‌مانده درآمد خدمات پس از کسر هزینه‌های متغیر را چه گویند؟

- الف) حاشیه کمکی ☐ معادله حسابداری ☐
ج) کارمزد خدمات ☐ هیچ کدام ☐

۱۶ راه حل مسیر احتمالی از برای انتخاب مناسب‌ترین محرک‌های هزینه برای بهبود فرآیند مالی استفاده می‌کند.

- الف) CPM ☐ DRG ☐
ج) ICD-۱۰ ☐ ICD-۹ ☐

۱۷ اختصار (DSS) مرتبط با کدام جایگزین‌های حسابداری هزینه می‌باشد؟

- الف) روش‌های هزینه ترکیبی ☐ روش‌های میانگین هزینه ☐
ج) سیستم‌های پشتیبان تصمیم ☐ ارزیابی مستقیم ☐

۱۸ کدام یک از روش‌های هزینه ترکیبی بیشترین کارایی را دارد؟

- الف) ارزیابی مستقیم ☐ شبه صورت‌حساب ☐
ج) تابع هزینه ☐ میانگین هزینه ☐

۱۹ کدام یک از هزینه‌ها، قابل اجتناب نیستند؟

- الف) غیرقابل برگشت ☐ آبی ☐
ج) قابل کنترل ☐ الف و ب ☐

۲۰ هزینه‌های متغیر، با تغییر سطح فعالیت و بر پایه واحد

۱- الف) ب) ج) د) ☐

۲- الف) ب) ج) د) ☐

۳- الف) ب) ج) د) ☐

۴- الف) ب) ج) د) ☐

۵- الف) ب) ج) د) ☐

۶- الف) ب) ج) د) ☐

۷- الف) ب) ج) د) ☐

۸- الف) ب) ج) د) ☐

۹- الف) ب) ج) د) ☐

۱۰- الف) ب) ج) د) ☐

۱۱- الف) ب) ج) د) ☐

۱۲- الف) ب) ج) د) ☐

۱۳- الف) ب) ج) د) ☐

۱۴- الف) ب) ج) د) ☐

۱۵- الف) ب) ج) د) ☐

۱۶- الف) ب) ج) د) ☐

۱۷- الف) ب) ج) د) ☐

۱۸- الف) ب) ج) د) ☐

۱۹- الف) ب) ج) د) ☐

۲۰- الف) ب) ج) د) ☐