

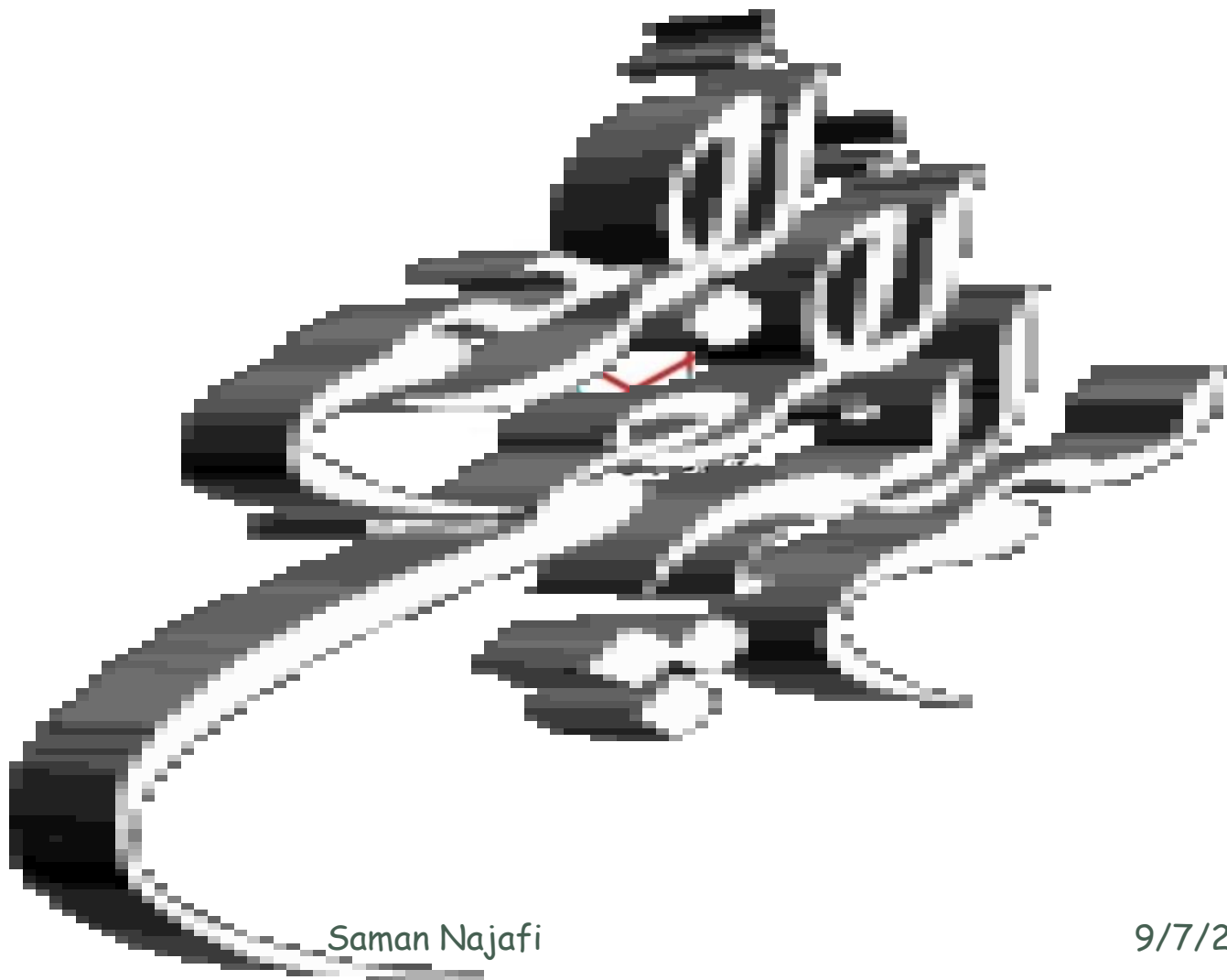


مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر قریب‌الله
بیمارستان شهید دکتر قریب‌الله جلیل



دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

1



Saman Najafi

9/7/2025



مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر آیت
بیمارستان شهید دکتر قربانعلی جلیل



Y U M S

Yasouj University of
Medical Sciences

از هزینه تا تصمیم: کاربردهای علمی اقتصاد درمان در مدیریت بیمارستانی ایران

From Cost to Decision: Scientific Applications of Health Economics in Iranian Hospital Management

Saman Najafi

Ph.D. Student of Health Economics

Email: Najafi.saman2019@gmail.com





مقدمه

□ علم اقتصاد:

- اقتصاد در اصل به معنای «علم تدبیر منزل» است که ریشه در زبان یونانی دارد.
- این واژه از ترکیب دو کلمه **oikos** به معنی «خانه» و **nomos** به معنی «تدبیر» یا «قانون» ساخته شده است.
- اقتصاد یعنی هنر و دانش مدیریت منابع محدود در یک خانه یا خانواده، به گونه‌ای که بتوان نیازهای آن را به بهترین شکل تأمین کرد.
- امروزه این مفهوم فراتر رفته و به مدیریت منابع در سطح سازمان‌ها و سیستم‌های بزرگ‌تر مثل بیمارستان‌ها تعمیم یافته است. بیمارستان‌ها مانند یک «خانه بزرگ سلامت» هستند که باید منابع مالی، انسانی، تجهیزات و خدمات خود را به طور هوشمندانه مدیریت کنند تا بهترین مراقبت را به بیماران ارائه دهند.
- اینجاست که اقتصاد سلامت یا اقتصاد درمان وارد می‌شود:
- اقتصاد سلامت علمی است که به تحلیل و بهینه‌سازی تخصیص منابع محدود در نظام سلامت می‌پردازد.
- هدف آن افزایش بهره‌وری، عدالت و کیفیت خدمات درمانی است.
- مدیران بیمارستان با استفاده از ابزارهای اقتصاد سلامت، مانند تحلیل هزینه-اثربخشی و تحلیل بودجه، می‌توانند تصمیمات بهتری برای مدیریت منابع خود بگیرند و کارایی سیستم درمانی را ارتقا دهند.
- بنابراین، می‌توان گفت اقتصاد سلامت و مدیریت بیمارستان، ادامه منطقی و گسترده‌تر «علم تدبیر منزل» است؛ یعنی همان هنر مدیریت بهینه منابع محدود، اما در مقیاس و پیچیدگی‌های بسیار بیشتر، با هدف ارتقای سلامت و رفاه جامعه.



مرکز آموزشی درمانی شهید دولت آباد
بیمارستان شهید دکتر قریبعلی جلیل



دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

تقسیم بندی بیمارستان ها: بر مبنای تعداد تخت بستری

4

□ آن جایی که ظرفیت به معنای **تعداد تخت های هر بیمارستان**، بهترین شاخص برای سنجش اثر گذاری بیمارستان در چرخه تولید و هزینه تمام شده درمان می باشد ، شاید عاقلانه ترین و رایج ترین نوع دسته بندی برای انواع بیمارستان ها، **گروه بندی بر اساس تعداد تخت بستری بیمارستان** باشد .

□ در این دسته بندی **بیمارستانها به ۵ گروه** شرح ذیل تقسیم میگردند :

□ **بیمارستان های کوچک S:** بیمارستان هایی با ظرفیت زیر ۱۰۰ تختخواب – **Small**

□ **بیمارستان های متوسط M:** بیمارستان هایی با ظرفیت ۱۰۰ تا ۳۲۰ تختخواب – **Medium**

□ **بیمارستان های بزرگ L:** بیمارستان هایی با ظرفیت ۳۲۰ تا ۶۰۰ تختخواب- **large**

□ **بیمارستان های خیلی بزرگ XL:** بیمارستان هایی با ظرفیت ۶۰۰ تا ۱۰۰۰ تختخواب – **X.large**

□ **مجتمع بیمارستانی HC:** بیمارستان هایی با ظرفیت بالاتر از ۱۰۰۰ تختخواب می باشد **Hospital complex**





تقسیم بندی بیمارستان ها:

بر مبنای شبکه های درمانی و سیستم ارجاع

- شاید مهم ترین نوع تقسیم بندی برای بیمارستان های دولتی یک کشور، تقسیم بندی از نظر سطح بندی های شبکه های درمانی و سیستم ارجاع بیماران کشور باشد.
- در ایران نیز بر اساس الگوی قوانین کشور آلمان و نظام درمانی آن ها، آخرین بار در سال ۱۳۷۵ بیمارستان های کشور بر مبنای شبکه های درمانی و سیستم ارجاع تقسیم بندی گردید که خلاصه ترین تعریف برای هر کدام از این بیمارستانها بشرح زیر می باشد:
- ۱- بیمارستان های محلی : بیمارستان هایی هستند که برای جمعیت تحت پوشش ۳۰ الی ۵۰ هزار نفری طراحی می گردند
- این بیمارستان ها معمولا بین ۳۰ تا ۵۰ تخت بستری دارند
- معمولا دارای بخش های جراحی عمومی ، داخلی ، اورژانس ، مامایی و داروخانه هستند .
- ۲- بیمارستان های ناحیه ای : معمولا برای جمعیت های ۵۰ الی ۷۰ هزار نفر کاربرد داشته و تعداد تخت آن ها نیز بین ۶۰ تا ۹۶ تخت خواب می باشد . این بیمارستان ها علاوه بر بخش های جراحی ، داخلی و زنان و زایمان در تخصص هایی نظیر گوش و حلق و بینی و نیز جراحی چشم هم احتمالا فعالیت خواهند داشت.
- دارای بخش های ویژه I.C.U و C.C.U بوده و با حداقل ۳ تا حداکثر ۵ تخت اتاق عمل دارای پزشک بیهوشی مقیم خواهند بود . آزمایشگاه در این بیمارستان ها کامل بوده و حداقل دو دستگاه رادیولوژی نیز خواهند داشت



تقسیم بندی بیمارستان ها: بر مبنای شبکه های درمانی و سیستم ارجاع

- بیمارستان های ناحیه ای سطح دو:
 - این بیمارستان ها برای جمعیت هایی بین ۷۰ الی ۱۲۰ هزار نفر طراحی می گردند
 - تعداد تخت این بیمارستان ها بین ۹۶ تا ۱۷۰ تختخواب بوده و امکانات پشتیبانی و خدماتی آن ها بسیار کامل تر از نوع سطح یک می باشد
 - این بیمارستان ها علاوه بر بخش های بستری داخلی و جراحی و زنان در اغلب موارد دارای بستری های فوق تخصصی در رشته های گوارش ، قلب ، جراحی شکم و جراحی تروما هم خواهند بود .
 - جراحی های ENT و چشم هم در این بیمارستان ها وجود دارد .
 - این بیمارستان ها دارای I.C.U و C.C.U کامل بوده و از نظر آزمایشگاه و رادیولوژی و سونوگرافی و فیزیوتراپی کمبودی نایستی داشته باشند .



تقسیم بندی بیمارستان ها: بر مبنای شبکه های درمانی و سیستم ارجاع

بیمارستان های منطقه ای:

۱- بیمارستان های منطقه ای سطح یک (غیر آموزشی) :

این نوع بیمارستان ها برای جمعیت هایی بین ۱۲۰ تا ۲۰۰ هزار نفر طراحی می گردند .

تعداد تخت این بیمارستان ها بین ۲۰۰ تا ۳۴۰ تختخواب متغیر بوده و دارای بخش های داخلی - جراحی - زنان و زایمان -
ارولوژی - نورولوژی - ارتوپدی و همچنین روان پزشکی می باشند .

این نوع بیمارستان ها احتمالاً از نظر فوق تخصصی رشته های گوارش ، داخلی قلب ، جراحی شکم ، جراحی توراکیس و
جراحی عروق را هم تحت پوشش خود دارند .

بخش های تشخیصی و تصویربرداری و توانبخشی این بیمارستان ها به گونه ای است که بیماران نیاز به مراجعه به مرکز
دیگری نداشته باشند .

۲- بیمارستان های منطقه ای سطح دو (آموزشی) :

این نوع بیمارستان ها برای جمعیت های بین ۲۰۰ الی ۴۰۰ هزار نفری مناسب بوده و تعداد تخت های آن بین ۳۵۰ تا ۷۰۰
تخت خواهد بود .

این بیمارستان ها علاوه بر کلیه امکانات بیمارستان های منطقه ای سطح یک دارای فوق تخصص های ریه و آنکولوژی و پاتولوژی و
خدمات وسیع تر رادیولوژی خواهند بود. اغلب این بیمارستان ها در مراکز استان ها و شهر های بزرگ دانشگاهی واقع می
باشند.



تقسیم بندی بیمارستان ها: بر مبنای سیستم حمایتی

- ۱- بیمارستان های دولتی: با بودجه های دولتی احداث و اداره میگردند.
- این نوع بیمارستان ها اغلب دچار مشکلات اقتصادی و مدیریتی بوده و درصد اشغال تخت مورد قبول را به دست نمی آورند .
- ۲- بیمارستان های خصوصی: پشتوانه مالی سیستم حمایتی بیمارستان های خصوصی اغلب سهام پزشکان بوده و به همین دلیل سهامداران برای حفظ سرمایه موجود، تمامی تلاش خود را برای بالابردن ضریب اشغال تخت بیمارستان خواهند نمود .
- این نوع بیمارستان ها در کشور ما و کشورهایی نظیر ما، بدلائل مختلف معمولاً بالاتر از ۴۰۰ تختخواب نیستند .
- ۳- بیمارستان های مراکز بیمه گذار: تامین اجتماعی
- ۴- بیمارستان های خاص (خیریه - نظامی - نهاد ها): به دلیل آن که خدمات دولتی، توانمندی لازم جهت پوشش کامل خدمات درمانی برای اقشار مختلف را ندارد، معمولاً نهاد های قدرتمند (اقتصادی - سیاسی - ...) در کشور ها برای خود بیمارستان های جداگانه احداث می نمایند که نه زیر نظر کامل وزارت بهداشت و متولی عام درمان کشور است و نه یک بیمارستان خصوصی با حمایت بخش خصوصی محسوب می گردد . از این نوع بیمارستان ها که معمولاً از روال منطقی و علمی کشورها نیز پیروی لازم را نمی کنند در همه دنیا و به خصوص جهان سوم دیده می شود .
- ۵- بیمارستان های ترکیبی: بیمارستان هایی هستند که از سیستم حمایتی چندگانه برخوردارند یعنی هم دولت به آن ها بودجه می دهد و هم از بخش خصوصی یا بیمه ها یا نهادهای خاص بودجه مستقیم دریافت مینمایند . اگر چه این نوع بیمارستان ها کمتر وجود دارند ، لیکن آرزوی همه بیمارستانها فراهم آوردن شرایطی است که بتوانند از حمایت مالی چندگانه برخوردار باشند



تقسیم بندی بیمارستان ها: مبنای نوع فعالیت بیمارستان

- ۱- بیمارستان های عمومی یا جنرال یا پایه:
- بایستی بتوانند حداقل ۱۰ تخت و حداقل ۴ تخصص جراحی ، داخلی ، زنان ، اطفال را پوشش دهند.
- این تعاریف می تواند شامل بیمارستان های محلی و بیمارستان های ناحیه ای و بالاتر باشد .
- ۲- بیمارستان های تخصصی در دو دسته زیر تقسیم بندی شوند:
- بیمارستان های تخصصی بیمارستان هایی هستند که فراتر از بیمارستان های عمومی در یک یا چند رشته تخصصی نیز فعال می باشند
- ۱- بیمارستان های تک تخصصی :
- این نوع بیمارستان ها بر یک نوع تخصص خاص تاکید کرده و فقط در آن رشته خدمات دهی می نمایند .
- فعالیت های یک بیمارستان تک تخصصی مثل روان پزشکی ، چشم ، پوست ، ... محدودتر بوده .
- این نوع بیمارستان ها معمولا ظرفیت متوسط تا ۳۰۰ تخت خواب داشته و در هر منطقه جمعیتی بدون رقیب خواهند بود .
- لازم به ذکر است که امروزه عده ای معتقدند که بیمارستان تک تخصصی یک بیمارستان کامل محسوب نمی گردد ، زیرا به دلیل لزوم همجواری تخصص های پزشکی در کنار هم ، جدایی تخصص ها مردود بوده و موجب گردیده که در عمل، یک بیمارستان تک تخصصی یا بیمارستان کاملی نیست یا تک تخصصی نیست .



تقسیم بندی بیمارستان ها: مبنای نوع فعالیت بیمارستان

10

۲- بیمارستان های چند تخصصی :

- این بیمارستان ها که جنرال - تخصصی یا جنرال - فوق تخصصی در یک یا چند رشته خواهند بود همان فرمی است که تقریباً جا افتاده و اکثر بیمارستان های دنیا به این سبک و سیاق فعالیت دارند .
- طراحی بیمارستان ها بایستی بر اساس چند فعالیتی صورت پذیرد .
- ظرفیت این نوع بیمارستان ها کوچک - متوسط - بزرگ و خیلی بزرگ هم بوده و از زیر ۱۰۰ تخت تا ۱۰۰۰ تختخواب امکان فعالیت دارند

۳- بیمارستان های آموزشی:

- سنگین ترین نوع فعالیت را در بین بیمارستان ها دارا هستند .
- بیمارستان های آموزشی، یا آموزشی - تحقیقاتی هستند و یا آموزشی - درمانی .
- در بیمارستان های آموزشی به موضوع تفکیک رشته های جراحی برای هر اتاق عمل اهمیت بیشتری می دهند لذا نیاز به تعداد اتاق های عمل بیشتری نسبت به سایر بیمارستان ها وجود دارد .
- یا مثلاً در مورد آزمایشگاه ها و رادیولوژی ها نیز به دلیل حضور نفرات آموزشی و نیز الزام به تکرار روش ها توسط دانشجویان، میزان عرصه و فضای فیزیکی و همچنین زمان اشغال امکانات تشخیصی در این نوع بیمارستان ها، بالاتر از دیگر بیمارستان ها خواهد بود .



نقش اقتصاد درمان در تصمیم‌گیری

Role in Decision-Making

11

- در نظام سلامت ایران، ما سه سطح خدمات داریم. سطح اول، مراقبت‌های اولیه و پیشگیری؛ سطح دوم، خدمات تخصصی سطح سوم، فوق تخصصی و بیمارستانی.
- سطح اول: خدمات اولیه (Primary care):
 - این سطح پایه‌ای‌ترین و گسترده‌ترین سطح خدمات سلامت است.
- **شامل:** مراقبت‌های پیشگیرانه (مثل واکسیناسیون)، آموزش سلامت مراقبت‌های مربوط به سلامت مادر و کودک، غربالگری بیماری‌ها (مثلاً دیابت، فشار خون)، درمان بیماری‌های ساده و شایع، پیگیری سلامت افراد در جمعیت
- **ارائه‌دهندگان:** پزشک خانواده، بهورز، مراقب سلامت، ماما و پرستار در خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های سلامت
- **هدف:** پیشگیری از بیماری، شناسایی زودهنگام مشکلات، و کاهش نیاز به خدمات گران‌تر در سطوح بالاتر.





نقش اقتصاد درمان در تصمیم‌گیری

Role in Decision-Making

سطح دوم: خدمات تخصصی (Secondary care):

در این سطح، خدماتی ارائه می‌شود که نیاز به تخصص بیشتر دارد و معمولاً با ارجاع از سطح اول انجام می‌شود.

♦ **شامل:** معاینه و درمان توسط پزشکان متخصص (مثل متخصص قلب، داخلی، زنان، کودکان و...) آزمایش‌های تخصصی برخی اعمال جراحی ساده خدمات سرپایی تخصصی

♦ **محل ارائه:** کلینیک‌های تخصصی درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان‌های عمومی سطح شهرستان

♦ **هدف:** رسیدگی به بیماری‌های پیچیده‌تر که در سطح اول قابل درمان نیستند

سطح سوم: خدمات فوق تخصصی و بیمارستانی (Tertiary care):

□ این سطح بالاترین و پیچیده‌ترین سطح خدمات سلامت است که برای بیماران با شرایط خاص و پیچیده در نظر گرفته می‌شود.

□ ♦ **شامل:** خدمات فوق تخصصی پزشکی (مثل جراحی قلب، جراحی مغز و اعصاب، سرطان، پیوند اعضا و...) بستری شدن در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی مراقبت‌های ویژه (NICU، ICU).

□ ♦ **محل ارائه:** بیمارستان‌های فوق تخصصی (معمولاً در مراکز استان یا پایتخت) مراکز درمانی دانشگاهی و آموزشی بزرگ

□ ♦ **هدف:** درمان بیماری‌های شدید و پیچیده که در دو سطح قبلی قابل کنترل نیستند.

□ اقتصاد درمان به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از اقتصاد سلامت، تمرکز ویژه‌ای بر سطوح بیمارستانی دارد.

□ چرا در سطوح دوم و سوم نظام سلامت اهمیت پیدا می‌کند.

□ بیمارستان‌های سطوح دوم و سوم در ایران با مشکلات متعددی روبرو هستند؛ از هزینه‌های سربار بالا تا ناکارآمدی در بهره‌برداری از منابع.



چالش‌های نظام‌مند مدیریت بیمارستانی در ایران

Structural Challenges in Hospital Management in Iran



- این اسلاید به مهم‌ترین چالش‌هایی می‌پردازد که در سطح دوم و سوم نظام سلامت ایران ریشه ساختاری دارند و راه‌حل صرفاً مدیریتی یا دارویی برایشان کافی نیست:
- ۱- کسری بودجه (Budget shortfalls):
 - دلایل؟ تعرفه‌های پایین، عدم بازیابی هزینه‌ها و خدمات خیریه و رایگان بدون منابع مکمل
 - مثال واقعی: بیمارستانی با ۳۰۰ تخت فعال، در سال گذشته حدود ۴۰ میلیارد تومان زیان عملیاتی داشته است، چون هزینه اقامت بیمار برای بیمارستان روزانه ۲ میلیون تومان است ولی بیمه فقط ۱,۲ میلیون تومان پرداخت می‌کند
- ۲- تأخیر بیمه‌ها در پرداخت مطالبات (Delayed insurer reimbursements):
 - گاهی تا ۸ ماه تأخیر در پرداخت بیمه‌ها وجود دارد. این موضوع منجر به بدهی بیمارستان به تأمین‌کنندگان دارو، پرسنل و شرکت‌های خدماتی می‌شود.
 - مثال:  بخش دیالیز در یک بیمارستان دانشگاهی ۹ ماه است پول مصرف فیلتر دیالیز را دریافت نکرده، در نتیجه خرید جدید متوقف شده است.
- ۳- نبود بسته‌های خدمتی سودآور (Absence of profitable service packages):
 - بسیاری از بیمارستان‌ها خدمات زیان‌ده را ارائه می‌دهند (مثل خدمات بستری عمومی) بدون اینکه برنامه‌ای برای تأمین درآمد پایدار از خدمات پرتقاضا یا تخصصی داشته باشند
 - مثال: در یک بیمارستان آموزشی، بخش اطفال زیان‌ده است و نیاز به بازنگری اقتصادی دارد.



چالش‌های نظام‌مند مدیریت بیمارستانی در ایران

Structural Challenges in Hospital Management in Iran



- بسیاری از بیمارستان‌ها به‌طور سنتی بر ارائه خدمات ضروری و عمومی مانند بستری بیماران تمرکز دارند؛ در حالی که این خدمات از نظر مالی زیان‌ده هستند.
- هزینه‌ای که بیمارستان برای ارائه این خدمات صرف می‌کند، اغلب بیشتر از درآمدی است که از طریق بیمه‌ها یا پرداخت مستقیم دریافت می‌شود.
- ادامه چنین روندی می‌تواند پایداری مالی بیمارستان را با تهدید جدی مواجه کند.
- بسیاری از بیمارستان‌ها فاقد برنامه‌ای مشخص برای تأمین منابع مالی پایدار از طریق خدمات درآمدزای تخصصی و پرتقاضا هستند. نبود این راهبرد باعث تداوم زیان‌دهی خدمات عمومی و ایجاد کسری مالی، با پیامدهایی بر کیفیت خدمات و رضایت بیماران و کارکنان می‌شود.
- توصیه راهبردی برای مدیران بیمارستان:
- تحلیل دقیق سود و زیان واحدهای درمانی مختلف انجام شود.
- سبد خدمات بیمارستان بازنگری شده و بین خدمات عمومی و تخصصی تعادل برقرار گردد.
- توسعه خدمات پرتقاضا و درآمد زا در دستور کار قرار گیرد.
- از ظرفیت همکاری با بخش خصوصی یا بیماران غیربیمه استفاده شود.
- با بیمه‌ها برای اصلاح تعرفه‌های خدمات زیان‌ده مذاکره شود. در واقع، رسیدن به پایداری مالی در بیمارستان، تنها از طریق صرفه‌جویی ممکن نیست؛ بلکه مستلزم داشتن منابع درآمدی پایدار و قابل برنامه‌ریزی است.





طراحی بسته‌های خدمتی سودآور

Designing Profitable Service Packages



- با شناسایی خدمات با درآمد بالا و هزینه کم، می‌توان ترکیب خدمات بیمارستانی را اصلاح کرد. مثال: توسعه خدمات آندوسکوپی با تقاضای بالا و هزینه کم.
- بسیاری از بیمارستان‌ها، به‌ویژه در ایران، ترکیب خدمات خود را بدون ارزیابی سودآوری اقتصادی ارائه می‌دهند. در نتیجه، برخی خدمات پرهزینه و کم‌درآمد (مانند بخش اطفال) باعث زیان ساختاری می‌شوند، در حالی که می‌توان با تحلیل سود عملیاتی، ترکیب خدمات سودآور را بهینه کرد.
- **منظور از بسته خدمتی چیست؟**
- «بسته خدمتی» مجموعه‌ای از خدمات است که به صورت ساختاری یا موضوعی با هم ارائه می‌شوند. مثل: بسته خدمتی آندوسکوپی بسته خدمتی زایمان طبیعی بسته خدمتی دیالیز

ملاک سودآوری چیست؟

یک خدمت درمانی زمانی سودآور است که:

تعریف	شاخص
مبلغ دریافتی از بیمه/بیمار	درآمد مستقیم
هزینه پرسنل، دارو، تجهیزات	هزینه مستقیم

سود عملیاتی = درآمد - هزینه



مرکز آموزشی درمانی شهید دولت آباد
بیمارستان شهید دکتر قرائتی جلیل

طراحی بسته‌های خدمتی سودآور

Designing Profitable Service Packages



دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

16

مثال کاربردی: آندوسکوپی

شخص	عدد تخمینی
هزینه متوسط انجام هر آندوسکوپی	300 هزار تومان
تعرفه دریافتی از بیمه	600 هزار تومان
سود خالص	300 هزار تومان به ازای هر خدمت

♦ اگر روزانه 20 مورد انجام شود، سود ماهانه ≈ 180 میلیون تومان



طراحی بسته‌های خدمتی سودآور

Designing Profitable Service Packages



- کاربرد مدیریتی:
- مدیران می‌توانند بخش‌های سودده را توسعه دهند. خدمات زیان‌ده را یا اصلاح تعرفه کنند یا به شکل دیگری (ارجاع/ادغام) ارائه دهند.
- بسته‌های خدمتی سودآور، پشتوانه درآمد پایدار بیمارستان هستند.
- نکته کلیدی: 
- «اگر بیمارستانی نداند کدام خدمتش سودده و کدام زیان‌ده است، عملاً بدون قطب‌نما در دریای اقتصاد درمان حرکت می‌کند. تحلیل بسته‌های خدمتی سودآور، اولین گام در خودکفایی مالی بیمارستان‌هاست»



چالش‌های نظام‌مند مدیریت بیمارستانی در ایران

Structural Challenges in Hospital Management in Iran



۴- بهره‌وری پایین منابع انسانی در بیمارستان‌ها :

یکی از چالش‌های مزمن در مدیریت بیمارستان‌های ایران، بهره‌وری پایین منابع انسانی، به‌ویژه پزشکان، پرستاران، نیروهای پشتیبانی و مدیران میانی است. این بهره‌وری پایین نه تنها موجب اتلاف منابع می‌شود بلکه کیفیت خدمات درمانی را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد.

□ در بیمارستان‌ها ناشی از:

□ ۱- نبود شاخص‌های عملکرد

□ ۲- توزیع نامتوازن نیرو

□ ۳- نبود انگیزه مالی است.

□ این وضعیت منجر به کاهش کیفیت خدمات، نارضایتی کارکنان و افزایش خطاها می‌شود.

□ راهکارهای پیشنهادی: شامل ارزیابی عملکرد، تعیین بار کاری استاندارد و اجرای پاداش مبتنی بر عملکرد است.

□ ۵- کسورات بالا به دلیل مستندسازی ضعیف:

□ یکی از دلایل اصلی کاهش درآمد بیمارستان‌ها، مستندسازی ناقص یا اشتباه خدمات درمانی است که منجر به رد شدن هزینه‌ها توسط بیمه‌ها می‌شود.

□ این مشکل ناشی از: آموزش ناکافی کارکنان مدارک پزشکی و نبود نظارت بر ثبت دقیق خدمات است.

□ راه‌حل: شامل آموزش مستمر، استفاده از راهنماهای کدگذاری و پایش کسورات به‌صورت دوره‌ای است.



نقش اقتصاد درمان در تصمیم‌گیری

Role in Decision-Making

19

- مشکل:
- حالا وقتی وارد سطح دوم و سوم می‌شویم، با هزینه‌های بالا، ساختار پیچیده، نیروی انسانی زیاد، و منابع گران‌قیمت مواجه هستیم.
- در اینجا است که اقتصاد درمان وارد عمل می‌شود. این حوزه به ما کمک می‌کند تا بفهمیم کجا هزینه می‌کنیم؟ چقدر بازدهی داریم؟ و کدام بخش‌ها ضررده هستند و چرا؟»
- اقتصاد درمان تنها برای پژوهش نیست، بلکه ابزار مدیریتی است برای مدیران بیمارستان، مسئولین امور مالی، مدیران بیمه، و حتی سیاست‌گذاران وزارت بهداشت.
- اقتصاد درمان با ارائه ابزارهایی نظیر:
 - ۱- تحلیل هزینه-اثربخشی (CEA)،
 - ۲- تحلیل هزینه-فایده (CBA)،
 - ۳- تحلیل پوششی داده‌ها (DEA)،
- مدیران بیمارستانی را در تصمیم‌گیری علمی و مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Management) یاری می‌دهد.
- مدیریت مبتنی بر شواهد به معنای استفاده نظام‌مند از بهترین شواهد موجود (اعم از داده‌های پژوهشی، تحلیل اقتصادی، داده‌های سازمانی، تجربه حرفه‌ای و ترجیحات ذی‌نفعان) برای اتخاذ تصمیمات مدیریتی است



تحلیل هزینه-اثربخشی

Cost-Effectiveness Analysis (CEA)

20

- در تحلیل هزینه-اثربخشی **Cost-Effectiveness Analysis** یا **CEA**، برخلاف تحلیل هزینه-فایده **Cost-Benefit Analysis** یا **CBA** که همه پیامدهای سلامت را به واحد پول (مثلاً ریال یا دلار) تبدیل می‌کند، از شاخص‌های غیرپولی برای سنجش پیامدها استفاده می‌شود.
- مهم‌ترین این شاخص‌ها شامل سال عمر با کیفیت (**QALY**) و سال زندگی ذخیره‌شده **LYS** یا **LYG** هستند.
- ۱- سال زندگی ذخیره‌شده (**LYG: Life Years Gain**) (**LYS: Life Years Saved**):
تعداد سال‌های زندگی که به‌واسطه‌ی یک مداخله درمانی یا پیشگیری، به زندگی فرد اضافه می‌شود.
- اگر مداخله‌ای باعث شود فردی که در حالت عادی احتمالاً ۵ سال دیگر زنده می‌ماند، بتواند ۸ سال زنده بماند، آنگاه: **LYG = 3**
- ۲- سال عمر با کیفیت (**QALY: Quality-Adjusted Life Year**):
QALY شاخصی است که نه تنها طول عمر (**LYG**) را، بلکه کیفیت زندگی در آن سال‌ها را هم لحاظ می‌کند.
- یک **QALY**: برابر است با یک سال زندگی در سلامت کامل. مثلاً اگر فردی دو سال با کیفیت زندگی ۵۰٪ زندگی کند، معادل یک **QALY** خواهد بود
- در **CEA** هدف این است که نشان داده شود با صرف چه مقدار هزینه، چند **QALY** به دست می‌آید یا چند سال زندگی نجات داده می‌شود، بدون اینکه نیاز باشد این سال‌های عمر را به ریال یا دلار تبدیل کنیم.



تحلیل هزینه-اثربخشی

Cost-Effectiveness Analysis (CEA)

21

- مثال ایرانی کاربردی:
- واکسیناسیون هپاتیت B در بیمارستان‌های دولتی:
- هزینه تزریق: هر واکسن حدود ۸۰ هزار تومان
- هزینه درمان در صورت ابتلا: بین ۸ تا ۱۵ میلیون تومان در سال
- نتیجه: واکسیناسیون بسیار هزینه‌اثربخش‌تر از درمان است.
- مثال دیگر در سطح بیمارستان: 
- فرض کنید دو دارو برای کنترل فشار خون در بیماران بستری وجود دارد:
- دارو A: ماهانه ۷۰۰ هزار تومان، اثربخشی در کنترل فشار: ۸۰٪
- دارو B: ماهانه ۴۵۰ هزار تومان، اثربخشی: ۷۸٪
- اگر بیمارستان بخواهد برای کل بیماران بستری تصمیم بگیرد، با استفاده از CEA می‌توان نشان داد که دارو B با اثربخشی نزدیک و هزینه کمتر، گزینه بهتری است.
- مدیریت علمی هزینه‌ها در بیمارستان یعنی اینکه بتوانیم تصمیم‌هایی بگیریم که هم جان بیمار را نجات دهد و هم منابع را هدر ندهد. این همان چیزی است که CEA به ما یاد می‌دهد.

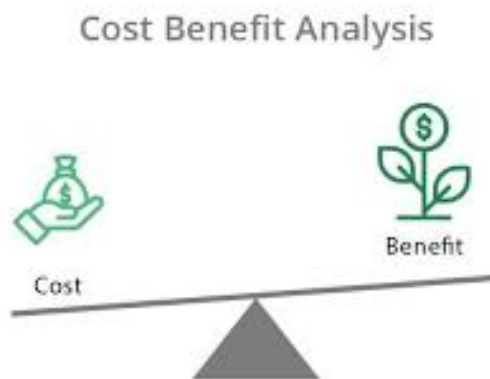


تحلیل هزینه-فایده

Cost-Benefit Analysis (CBA)

22

- **CBA** ارزش‌گذاری مالی پیامدهای درمانی را ممکن می‌سازد.
- مثال: ساخت بخش **ICU** جدید با تحلیل سودآوری اجتماعی آن.
- **تحلیل هزینه-فایده (Cost-Benefit Analysis)** یک ابزار مهم برای تصمیم‌گیری‌های کلان است، به‌ویژه زمانی که شما می‌خواهید بدانید آیا سرمایه‌گذاری در یک خدمت یا زیرساخت درمانی، از نظر اقتصادی توجیه دارد یا خیر.
- در **CBA**، هم هزینه‌ها و هم منافع به واحد پول (مثلاً ریال) تبدیل می‌شوند.





تحلیل هزینه-فایده

Cost-Benefit Analysis (CBA)

23

□ کاربرد کلینیکی و مدیریتی:

□ اگر مدیر یک بیمارستان باشید و بخواهید برای ساخت بخش ICU جدید بودجه‌ای جذب کنید، سؤال اصلی این است: «آیا سود حاصل از کاهش مرگ‌ومیر، کاهش انتقال بیماران به شهر دیگر، و افزایش کیفیت خدمات، از هزینه‌ای که صرف ساخت و تجهیز بخش ICU می‌شود، بیشتر است؟»

□ اگر پاسخ مثبت باشد، پروژه توجیه اقتصادی دارد و می‌تواند احداث شود.

□ مثال عددی ساده :

□ فرض کنید ساخت بخش ICU حدود ۲۰ میلیارد تومان هزینه دارد. اگر این بخش بتواند سالانه ۵۰۰ بیمار بدحال را نجات دهد و ارزش اقتصادی هر سال عمر ذخیره‌شده ۱۰ میلیون تومان باشد، سود سالانه ۵ میلیارد تومان خواهد بود. در این صورت، طی ۴ سال هزینه‌ها بازگشت خواهد داشت.

□ CBA به مدیران اجازه می‌دهد که پروژه‌های عمرانی یا فناورانه را با زبان عدد و منطق دفاع کنند، نه فقط با احساس و تجربه.



تحلیل پوششی داده‌ها



Data Envelopment Analysis (DEA)



□ ابزاری برای ارزیابی کارایی نسبی واحدهای درمانی بر اساس ورودی‌ها و خروجی‌ها.

□ مثال: مقایسه عملکرد واحدهای اورژانس ۱۰ بیمارستان.

□ تحلیل پوششی داده‌ها یک روش ریاضی - اقتصادی برای مقایسه کارایی چند واحد مشابه است.

□ «کارایی» در اینجا یعنی: نسبت خروجی به ورودی.

□ در بیمارستان‌ها، ورودی‌ها شامل: تعداد کارکنان هزینه‌ها تعداد تخت‌ها

□ خروجی‌ها شامل: تعداد بیماران ترخیص شده نرخ بهبود درآمد حاصل از خدمات.

□ مثال کاربردی:

□ فرض کنید ۱۰ بیمارستان دانشگاهی داریم که همه دارای بخش اورژانس هستند. در DEA بررسی می‌کنیم: هر بخش اورژانس با چه تعداد

نیروی انسانی، در چه مدت، چند بیمار را پذیرش و ترخیص کرده؟ کدام بخش با منابع مشابه، عملکرد بهتری داشته؟

□ نکته مهم :

□ DEA به ما کمک می‌کند ببینیم

□ آیا یک بیمارستان با منابعش درست کار می‌کند یا نه؟

□ آیا تعداد کارکنان بیش از نیاز است؟

□ آیا می‌توان با همین منابع، خروجی بیشتری گرفت؟ بیمارستانی که با منابع مشابه، خروجی بیشتری داشته باشد، کارتر است.



تحلیل پوششی داده‌ها Data Envelopment Analysis (DEA)



مقاله پژوهشی

بررسی کارایی فنی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان

کهکیلویه و بویراحمد در بحران کووید-۱۹

سامان نجفی^۱، زهرا مشکانی^۲، عبدالله پورصمد^۳، محسن بارونی^{۴*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

^۲ دکتری اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یاسوج، یاسوج، ایران

^۴ دانشیار، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

* نویسنده مسئول: محسن بارونی

mohsenbarooni@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیمارستان‌ها به عنوان مهمترین بخش اجرایی در سیستم‌های بهداشت و درمان در بحران کووید-۱۹ با تقاضای ناگهانی مواجه شدند و منابع و تجهیزات بیمارستان را به‌منظور ارائه خدمات درمانی به بیماران کرونایی صرف نمودند، اما با توجه به اینکه ارائه خدمات، متمرکز بر بیماران کرونایی بود؛ کارایی بیمارستان‌ها طی این بحران مشخص نبود. هدف از پژوهش حاضر بررسی کارایی فنی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کهکیلویه و بویراحمد و همچنین واحدهای تصویربرداری به عنوان مهمترین بخش تشخیصی در بحران کووید-۱۹ بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات کمی و گذشته نگر بود و کارایی فنی ۶ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کهکیلویه و بویراحمد را بررسی نمود. علاوه بر این کارایی فنی واحدهای تصویربرداری (سی تی اسکن، رادیولوژی و سونوگرافی) نیز در بیمارستان‌های مورد مطالعه بررسی شد. کارایی

ارجاع: نجفی سامان، مشکانی زهرا، پورصمد عبدالله، بارونی محسن. بررسی کارایی فنی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان کهکیلویه و بویراحمد در بحران کووید-۱۹. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۲۷ (۲): ۲۴-۱۱۳.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۹



مدل اصلی پرداخت (با دسته‌بندی بین‌المللی)

Payment Models in Health Systems

26

۱- حقوق ثابت (Salary) :

- بخش عمده‌ای از پرسنل بیمارستانی در فرانسه، انگلستان، کانادا و برخی ایالت‌های آمریکا حقوق‌بگیر هستند.
- مزایا: ثبات درآمدی؛ معایب: ممکن است انگیزه ارائه خدمات کاهش یابد.

۲. پرداخت به ازای خدمت (Fee-for-Service – FFS):

- در این روش، ارائه‌دهنده بابت هر خدمت انجام‌شده (ویزیت، آزمایش، جراحی و...) هزینه دریافت می‌کند. این مدل ممکن است منجر به افزایش غیرضروری خدمات شود

- غالب در آمریکا؛ همچنین در ژاپن، کانادا، فرانسه (سرپایی)، استرالیا، نیوزلند، آلمان و سوئد .

- مزایا: انگیزه ارائه خدمات زیاد، معایب: بیش‌درمانی، افزایش هزینه کل

- ۳. پرداخت سرانه (Capitation): در این مدل، پزشک یا مرکز درمانی مبلغی ثابت برای هر بیمار تحت پوشش در ماه/سال دریافت می‌کند، صرف‌نظر از تعداد خدمات. این روش می‌تواند هزینه‌ها را کنترل کند، ولی احتمال کم‌خدمتی وجود دارد.

- انگلستان، دانمارک، ایتالیا، سوئد، استرالیا، کانادا (بخش مراقبت اولیه)

- مزایا: کنترل هزینه کل (primary care) معایب: احتمال کاهش کیفیت



مدل اصلی پرداخت (با دسته‌بندی بین‌المللی)

Payment Models in Health Systems

27

۴- پرداخت مبتنی بر گروه تشخیصی (DRG/DPC/HRG):

- پرداخت مبتنی بر گروه تشخیصی یا (DRG) Diagnosis-Related Groups، یک روش پرداخت برای بیمارستان‌ها است که بر اساس تشخیص، شدت بیماری و نوع درمان به بیمارستان‌ها پرداخت می‌شود، نه صرفاً بر اساس تعداد خدمات ارائه‌شده یا مدت بستری.
- فرض کنید دو بیمار با سکت قلبی به دو بیمارستان مختلف مراجعه می‌کنند. در نظام DRG، هر دو بیمار در یک گروه تشخیصی قرار می‌گیرند و برای درمان آن‌ها یک مبلغ ثابت (مثلاً ۵ میلیون تومان) به بیمارستان پرداخت می‌شود، چه بیمار ۳ روز بستری شود و چه ۷ روز. این کار باعث می‌شود بیمارستان‌ها برای کاهش مدت بستری و افزایش بهره‌وری تلاش کنند.
- آلمان، ایالات متحده مراکز (Medicare/Medicaid)، انگلیس (HRG)، فرانسه (T2A)، دانمارک، استونی، ژاپن (DPC)، استرالیا، کره، ژاپن، چین، نیوزیلند و تایلند
- مزایا: کنترل هزینه بستری، افزایش کارایی، معایب: انگیزه برای ترخیص زودهنگام یا کاهش کیفیت در موارد خاص

۵. پرداخت مبتنی بر عملکرد (P4P) کشورها و پیاده‌سازی:

- انگلیس: سیستم QOF برای پزشکان عمومی
- فرانسه: طرح ROSP و CAPI برای GPS و متخصصان
- استرالیا: برنامه PIP برای پزشکان ارائه‌دهنده خدمات ابتدایی
- کانادا: برخی مدل‌های درمان خانوادگی با ترکیب Capitation، FFS و P4P
- آمریکا: مدل‌های P4P تحت Medicare (HVBP, HRRP)



مدل اصلی پرداخت (با دسته‌بندی بین‌المللی)

Payment Models in Health Systems

28

۶- پرداخت کلی (Global Budget):

- در مدل پرداخت کلی، بیمارستان یا مرکز درمانی بودجه‌ای ثابت و از پیش تعیین شده برای یک دوره زمانی (معمولاً سالانه) دریافت می‌کند. (آلمان، فرانسه، چین، سوئد و کانادا)
- این بودجه باید همه هزینه‌های خدمات درمانی، پرسنلی، تجهیزات و سایر هزینه‌های عملیاتی را پوشش دهد، صرف‌نظر از تعداد بیماران یا حجم خدمات ارائه شده.

مزایا:

- ۱- کنترل مؤثر بر هزینه‌ها و پیش‌بینی پذیری بودجه: چون مبلغ ثابت است، هزینه‌ها تحت کنترل باقی می‌مانند و امکان برنامه‌ریزی بهتر وجود دارد.
- ۲- تشویق به کارایی در مصرف منابع: بیمارستان‌ها برای صرفه‌جویی در هزینه‌ها و جلوگیری از هدررفت منابع انگیزه دارند.
- ۳- سادگی در مدیریت مالی کلان: به‌ویژه برای دولت‌ها یا بیمه‌های سلامت ملی.

⚠️ معایب:

- ۱- ریسک کم خدمتی (Under provision): چون درآمد ثابت است، ممکن است بیمارستان انگیزه کمتری برای ارائه خدمات بیشتر یا پرهزینه داشته باشد.
- ۲- کاهش کیفیت خدمات در پایان دوره بودجه‌ای: در ماه‌های پایانی، ممکن است بیمارستان‌ها برای جلوگیری از کسری بودجه، خدمات را محدود کنند.
- ۳- عدم تطابق با تغییرات غیرمنتظره در تقاضا: مثلاً در شرایط بحرانی یا پاندمی، بودجه قبلی ممکن است کفایت نکند.



6 مدل اصلی پرداخت (با دسته‌بندی بین‌المللی)

Payment Models in Health Systems



مدل	توضیح کوتاه	مزایا	معایب
پرداخت حقوق ثابت (Salary)	پزشک یا پرسنل ماهانه حقوق ثابت می‌گیرد	پایداری مالی، سادگی	کاهش انگیزه کارایی
پرداخت به ازای خدمت (FFS)	به ازای هر خدمت پزشکی (ویزیت، تست، جراحی) پول پرداخت می‌شود	انگیزه برای ارائه خدمات	بیش‌درمانی، هزینه بالا
پرداخت سرانه (Capitation)	مبلغ ثابتی به ازای هر بیمار تحت پوشش پرداخت می‌شود (معمولاً ماهانه)	کنترل هزینه، پیشگیری محور	احتمال کم‌کاری
پرداخت بر اساس گروه تشخیصی (DRG)	پرداخت یک‌جا برای کل دوره درمان بر اساس تشخیص اولیه	افزایش کارایی، کنترل هزینه	انگیزه برای ترخیص زودهنگام
پرداخت بر اساس عملکرد (P4P)	بر اساس کیفیت، رضایت، یا نتایج درمانی پاداش داده می‌شود	ارتقاء کیفیت، تمرکز بر نتایج	دشواری در سنجش دقیق عملکرد
پرداخت بودجه‌ای (Global Budget)	کل بودجه یک بیمارستان به صورت سالانه تعیین می‌شود	کنترل هزینه در سطح کلان	کاهش انگیزه توسعه خدمات



مثال ترکیبی از کشورهای موفق

کشور	مدل غالب	توضیح
آلمان	DRG + FFS	برای بستری DRG، برای خدمات سرپایی FFS
انگلستان	Salary + Global Budget	پزشکان عمومی حقوق می گیرند؛ بیمارستان ها بودجه مشخص دارند
چین	DRG + P4P	در برخی استان ها P4P اجرا می شود برای کنترل کیفیت
ایران	FFS (غالب)، DRG (محدود)	FFS رایج است؛ DRG در چند استان آزمایشی اجرا شده

مدل پرداخت، نه تنها تعیین کننده مسیر مالی بیمارستان است، بلکه مستقیماً روی رفتار پرسنل درمانی، کیفیت خدمات، و اثربخشی درمان تأثیر دارد. کشورهای که به سمت مدل های ترکیبی رفته اند، نتایج بهتری در کنترل هزینه و ارتقاء کیفیت به دست آورده اند.



کسورات بیمه‌ای در بیمارستان‌ها

Insurance Deductions in Hospitals



□ در بسیاری از بیمارستان‌های کشور، به‌ویژه در بخش دولتی، کسورات بیمه‌ای (Insurance Deductions) سهم قابل توجهی از زیان بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهد. این کسورات گاهی به بیش از ۱۵٪ از مطالبات می‌رسد.

□ دلایل رایج کسورات:

- ۱- نقص در مستندسازی پرونده بیماران
- ۲- خطا در کدگذاری تشخیصی یا خدمات
- ۳- انجام خدمات غیرقابل پوشش
- ۴- عدم رعایت راهنماهای بالینی بیمه
- ۵- ارسال با تأخیر اسناد یا اشتباه در بارگذاری الکترونیک





راهکار کاهش کسورات بیمه‌ای در بیمارستان‌ها

Strategies to reduce insurance deductions in hospitals

- ۱- تحلیل علل کسورات با داده‌های HIS و سیستم‌های مدیریت درآمد
 - گزارش‌های ماهانه از نوع و دلیل کسورات
 - تحلیل روند کسورات بر اساس بخش‌ها و پزشکان
- ۲- آموزش هدفمند پرسنل واحد مدارک پزشکی و کدگذاران
 - آشنایی با آخرین راهنماهای بیمه
 - تمرین کدگذاری دقیق و صحیح
- ۳- استفاده از «پیش‌ممیزی» (Pre-Audit) قبل از ارسال پرونده‌ها به بیمه
 - بررسی اولیه پرونده‌ها توسط تیم کیفی قبل از ثبت نهایی
- ۴- طراحی سیستم هشدار داخلی برای خطاهای پرتکرار
 - مثلاً هشدار در صورت درج داروی خارج از فهرست بیمه
- ۵- استقرار سامانه الکترونیک تطبیق بیمه‌ای (Claim Editing Software)
 - مشابه سیستم‌هایی که در آمریکا برای کاهش Rejection Rate استفاده می‌شود





ایجاد کلیدی بهره‌وری منابع انسانی Key Strategies for HR Productivity

۱- تحلیل بار کاری (Workload Analysis):

- بررسی نسبت بیماران به پرستار در هر شیفت
- تنظیم شیفت‌ها بر اساس تراکم واقعی بیماران مثلاً استفاده از (Nurse-to-Patient Ratio)
- کاهش فشار شغلی و افزایش رضایتمندی

۲- اندازه‌گیری عملکرد پزشکان و پرستاران:

- بر اساس تعداد و نوع خدمات (عمل جراحی، ویزیت، زمان مشاوره، میزان مستندسازی و...)
- شاخص‌های کیفی (رضایت بیمار، نرخ عفونت، نرخ خطای درمانی)

۳- نقش اقتصاد درمان در تخصیص منابع:

- تحلیل «سهم درآمدزایی» هر گروه شغلی
- شناسایی مشاغل کم‌بازده و تجدید ساختار پرسنلی
- تطابق تعداد کارکنان با بار خدمات قابل پیش‌بینی

۴- پاداش عملکردی مبتنی بر کیفیت و بهره‌وری:

- نظام‌های انگیزشی مبتنی بر شاخص‌های اقتصادی و کیفی مشابه مدل‌های (P4P)





مدیریت دارو و ملزومات مصرفی در بیمارستان‌ها

Managing Pharmaceuticals and Consumables in Hospitals



۱- تحلیل الگوی مصرف دارو (Drug Utilization Review):

- شناسایی اقلام پرهزینه و پرمصرف
- حذف اقلام غیرضروری از فهرست داخلی بیمارستان
- تدوین فهرست دارویی اقتصادی و استاندارد (Formulary Management)

۲- مدیریت موجودی (Inventory Management):

استفاده از سیستم‌های FIFO یا FEFO

FIFO (First In, First Out)

یعنی «اولین وارد شده، اولین خارج شده»

داروهایی که زودتر وارد موجودی شده‌اند، ابتدا مصرف یا توزیع می‌شوند.

FEFO (First Expired, First Out)

یعنی «اول منقضی شده، اول خارج شده»

داروهایی که زودتر به تاریخ انقضا نزدیک‌اند، ابتدا مصرف یا توزیع می‌شوند، صرف‌نظر از زمان ورودشان به موجودی.

بررسی منظم تاریخ انقضا

ثبت الکترونیک ورود خروج انبارها برای جلوگیری از ضایعات





مدیریت دارو و ملزومات مصرفی در بیمارستان‌ها Managing Pharmaceuticals and Consumables in Hospitals



- ۳- کنترل تجویز پزشکان:
- استفاده از سیستم نسخه‌نویسی الکترونیک با هشدارهای دارویی
- مداخله داروساز بالینی در تجویز بیماران خاص (Clinical Pharmacist Intervention)
- ۴- مذاکره برای خرید عمده و مناقصه هوشمندانه:
- کاهش قیمت خرید از طریق تجمیع سفارشات
- انتخاب تأمین‌کنندگان اقتصادی و باکیفیت
- ۵- مقایسه هزینه و اثربخشی داروها (Pharmacoeconomic Evaluation):
- انتخاب داروهایی که نسبت هزینه به اثربخشی مناسبی دارند
- مثلاً جایگزینی داروی ژنریک با برند





تحلیل سوددهی خدمات پاراکلینیکی

Profitability Analysis of Paraclinical Services



- خدمات پاراکلینیکی (آزمایشگاه، تصویربرداری، فیزیوتراپی و توانبخشی) نقش مهمی در درآمدزایی بیمارستان‌ها دارند، به‌ویژه در بیمارستان‌های عمومی و تخصصی. اما در صورت مدیریت نادرست، این خدمات می‌توانند به زیان‌دهی نیز منجر شوند.
- در بیمارستان شهید بهشتی کاشان، با تحلیل سود عملیاتی بخش تصویربرداری و افزایش همکاری با بیمه‌های تکمیلی، سود خالص سالانه بخش MRI از ۶۰۰ میلیون ریال به ۱,۵ میلیارد ریال رسید



تحلیل عملکرد درآمدی واحدهای بیمارستانی بر اساس منابع درآمد

- در مدیریت نوین بیمارستانی، تحلیل دقیق درآمد هر بخش، بر اساس منابع مالی مختلف، یک الزام مدیریتی است نه صرفاً یک گزارش مالی.
- آمار کلی درآمد کافی نیست؛
- باید بدانیم: هر بخش (مثل اورژانس، داخلی، جراحی، پاراکلینیک) چه سهمی از کل درآمد دارد؟
- این درآمد از چه منابعی تأمین شده؟ (نقدی، بیمه پایه، بیمه تکمیلی، منابع خاص)
- آیا درآمد آن بخش متناسب با ظرفیت و بار کاری آن است؟
- (درآمد به ازای تخت فعال، پزشک یا خدمت ارائه شده)
- با این تحلیل می توان: بخش های سودآور را شناسایی و تقویت کرد، بخش های زیان ده را بازطراحی یا ادغام نمود، بسته های خدمتی جدید طراحی کرد تا نسبت درآمدی بهینه تر شود.

درآمد اختصاصی	نقدی	بیمه ای	ترافیکی	سایر
۳'۶۹۷'۳۵۶	۱۴%	۷۳%	۴%	۹%



پنج محور کلیدی ارزیابی عملکرد بیمارستان ها و شاخص های مربوطه

Five key axes for evaluating hospital performance and related indicators



■ محور اول: مدیریت مالی و بهره‌وری منابع

- نسبت کل درآمد به هزینه
- درصد کاهش خرید خدمات بیمه‌های پایه مثلا در نیمه اول ۱۴۰۱ نسبت به مدت مشابه سال قبل
- تعداد ماه‌هایی که کارانه پزشکان پرداخت نشده است
- تعداد ماه‌هایی که کارانه پرسنل پرداخت نشده است
- میانگین تعداد بستری به ازای هر تخت در سال
- میانگین هزینه هر تخت فعال در یک سال
- تعداد ویزیت ماهانه به ازای هر پزشک تمام وقت
- تعداد جراحی ماهانه به ازای هر جراح تمام وقت
- درصد کاهش خرید خدمات تصویربرداری بیمه پایه (۶ ماهه)
- درصد کاهش خرید خدمات آزمایشگاه بیمه پایه (۶ ماهه)
- درصد کاهش خرید دارو از بیمه‌های پایه (۶ ماهه)
- نسبت درآمد بیمه‌های تکمیلی به مجموع بیمه‌های پایه و تکمیلی (۶ ماهه)



پنج محور کلیدی ارزیابی عملکرد بیمارستان ها و شاخص های مربوطه

Five key axes for evaluating hospital performance and related indicators



■ محور دوم: خدمات اورژانس و مقیمی □

□ تعداد ماه هایی که مقیمی پرداخت نشده است

□ درصد بیماران تعیین تکلیف شده در کمتر از ۶ ساعت

□ درصد بیماران با اقامت کمتر از ۱۲ ساعت در اورژانس

■ محور سوم: سطح بندی خدمات و نظام ارجاع □

□ تعداد بیماران دریافت کننده خدمات ۲۴۷ (سکته قلبی) درصد کاهش سه خدمت پرهزینه اول نسبت به مدت مشابه

□ درصد کاهش سه خدمت پرهزینه اول نسبت به مدت مشابه

□ درصد هزینه درخواست های غیر فرمولاری آزمایشگاهی به کل آزمایشات

□ درصد پرداختی مستقیم بیمار به کل هزینه پرونده ها

□ درصد هزینه پاراکلینیک بیماران اورژانس از کل پرونده اورژانس

□ درصد هزینه پاراکلینیک بیماران اورژانس از کل پرونده بیمارستان

□ متوسط تخت روز به ازای هر پرونده گلوبال در ماه قبل

□ نسبت هزینه پرونده های گلوبال به دریافتی آن ها (ماه قبل)



پنج محور کلیدی ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها و شاخص‌های مربوطه

Five key axes for evaluating hospital performance and related indicators



دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

40

■ محور چهارم: مدیریت دارو و ملزومات مصرفی □

□ درصد کاهش هزینه ملزومات مصرفی بیماران بستری نسبت به ماه مشابه سال قبل

■ محور پنجم: مدیریت اطلاعات و فناوری سلامت □

□ درصد پرونده‌های دارای کد ارجاع مکانیزه (استحقاق سنجی)

□ درصد ارسال اطلاعات ترخیص به سپاس در کمتر از ۴۸ ساعت

□ جمع‌بندی: این شاخص‌ها به مدیران بیمارستان کمک می‌کنند تا تصویری واقعی از عملکرد مالی، بهره‌وری منابع، کیفیت خدمات و توان نظام ارجاع و اطلاعاتی بیمارستان داشته باشند. بررسی منظم این محورها پایه تصمیم‌گیری مبتنی بر داده در نظام سلامت است.



با تشکر از توجه شما

41



Saman Najafi

9/7/2025