

# قیمت تمام شده خدمات بهداشتی درمانی در استان کهگیلویه و بویراحمد

## چکیده:

**مقدمه و هدف:** بخش بهداشت امروزه در بسیاری از کشورها با تنگنایهای شدید منابع روبروست، از این رو مدیران این بخش باید با توجه به محدودیت منابع، ضرورت عقلی حکم می کند که حداکثر بهره وری از آنان را به عنوان یک جزء لاینفک مدیریت سیستم بهداشت و درمان در آورند. برای اجرای این مهم استفاده از ابزارهایی چون تحلیل هزینه، هزینه اثر بخشی و هزینه فایده ضروری است. لذا مطالعه فوق به منظور تحلیل هزینه خدمات بهداشتی درمانی در بخش بهداشت استان کهگیلویه و بویراحمد به اجرا درآمد.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی و گذشته نگر می باشد که در استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. نمونه پژوهش شامل: ۳ مرکز بهداشت شهرستان، ۲۵ واحد مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و ۱۲۱ خانه بهداشت می باشد. ابزار گردآوری فرمها و اسناد آماری موجود در واحدهای مورد مطالعه بوده است. اطلاعات گردآوری شده با نرم افزار SPSS و آزمون مجذورکای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: نتایج حاصله از پژوهش فوق بیانگر آن است که در خانه های بهداشت خدمت جلب مشارکت مردم و آموزش همگانی گرانترین و ارابه کمکه های اولیه ارزانتترین خدمت بوده اند. در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و مراکز بهداشتی درمانی شهری خدمات جرمگیری دندان گرانترین، نسخه پیچی و تنظیم خانواده ارزانتترین خدمت هستند. در میان مراکز بهداشتی درمانی شهری حداکثر هزینه مربوط به شهرستان گچساران و حداقل مربوط به شهرستان بویراحمد است. در بین مراکز بهداشتی درمانی روستایی و مراکز بهداشت شهرستان، شهرستان کهگیلویه حداکثر هزینه و شهرستان بویراحمد حداقل هزینه را به خود اختصاص داده اند، اما هزینه های مربوط به خانه های بهداشت بالاترین هزینه مربوط به شهرستان بویراحمد و کمترین هزینه به شهرستان کهگیلویه اختصاص دارد.

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش مشخص می نماید که هرچه فراوانی خدمات بیشتر و زمان انجام آنها کمتر باشد قیمت تمام شده آنها کمتر خواهد بود، بنابراین مدیران و کارشناسان حوزه بهداشت و درمان در رده ستادی و عملیاتی می توانند با برنامه ریزی بلند مدت و کوتاه مدت در روش ارابه خدمات گران تجدید نظر نمایند، منتهی نباید گران بودن یک خدمت منجر به حذف آن از سیستم شبکه بهداشت درمان گردد.

واژه های کلیدی: تحلیل هزینه، قیمت تمام شده، هزینه اثر بخشی، هزینه فایده

فرامرز احمدی جهان آباد \*

خسرو مشرف زاده \*\*

کوروش داوری \*\*

ظفر پریسی \*\*\*

خداکرم دیانتي \*\*\*\*

جلال الدین آبروان \*\*\*\*\*

\* کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، آموزشده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

\*\* کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت استان

کهگیلویه و بویراحمد، گسترش شبکه ها

\*\*\* کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز بهداشت استان

کهگیلویه و بویراحمد، گسترش شبکه ها

\*\*\*\* کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت شهرستان

گچساران، گسترش شبکه ها

\*\*\*\*\* کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت

شهرستان کهگیلویه، گسترش شبکه ها

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۲/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۷/۷

مؤلف مسئول: فرامرز احمدی جهان آباد

پست الکترونیک: [ahmadijahan@yahoo.com](mailto:ahmadijahan@yahoo.com)

## مقدمه

اقتصادی در تصمیم گیری می باشد و یکی از ابزارهای کمک کننده به مدیران در تعیین مناطقی است که برنامه های بهداشتی مؤثر نبوده و کمک می کند که مدیران برنامه بهتری را طرح ریزی کنند (۲). در نهایت می توان گفت که تجزیه و تحلیل هزینه ها لازم الاجرا و پیش درآمدی برای تحلیل، هزینه فایده، تحلیل هزینه اثر بخشی، تدوین بودجه برنامه ای و عملیاتی می باشد و برای مدیران سطوح مختلف بهداشتی درمانی مفید خواهد بود که بدانند اعتبارات چگونه هزینه شده و این هزینه ها در راستای رسیدن به هدف سازمان خرج شده اند یا نه؟ و تا چه حد سازمان را به اهداف خویش نزدیک نموده و یا تا چه حد از اهداف سازمان فاصله گرفته اند؟ چرا که کارایی استفاده از منابع هنگامی مطلوب است که نتیجه مورد انتظار با حداقل بها حاصل شده باشد (۳). مطالعه فوق به منظور تحلیل هزینه خدمات بهداشتی درمانی یعنی تعیین قیمت تمام شده خدمات بهداشتی درمانی در بخش بهداشت استان کهگیلویه و بویراحمد به اجرا درآمد.

## مواد و روش ها

این پژوهش توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی و گذشته نگر در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. جامعه پژوهش سیستم شبکه بهداشت درمان استان کهگیلویه و بویراحمد می باشد. این سیستم شامل؛ ۳ مرکز بهداشت شهرستان، ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۴۱ مرکز بهداشتی درمانی

بدون تردید سلامتی حق تمام مردم است و این امر به عنوان واقعیتی انکار ناپذیر مورد پذیرش قرار گرفته است. در این راستا جمهوری اسلامی ایران ضمن تصویب قانون همگانی ارایه خدمات بهداشتی درمانی در قالب قانون اساسی و به اتکای تجربه های موجود و به دنبال برنامه ریزی های وسیع، نظام شبکه های بهداشتی درمانی را به عنوان قالبهای سازمانی برای ارایه مراقبتهای بهداشتی درمانی مورد تصویب قرار داد. طراحانی صحیح، سرمایه گذاری به موقع، مدیریت توانمند، پایمردی و از خود گذشتگی پرسنل بهداشتی و پشتیبانی کافی بهبود چشمگیری شاخصهای بهداشتی را به دنبال داشت و ارزیابی های به عمل آمده از آن مورد تأیید کارشناسان بین المللی قرار گرفته است. طی این سالها همواره این پرسشها در ذهن طراحان، مدیران و مجریان نظام شبکه ای مطرح بوده است. هزینه واقعی هر واحد بهداشتی درمانی و هر واحد خدمت چه میزان است؟ خدمات ارزان و گران کدامند؟ خدمات گران را چگونه می توان بدون کاهش کیفیت آنها ارزان ارایه داد؟ چگونه می توان با ثابت نگه داشتن هزینه ها کارایی خدمات را بیشتر نمود؟ پاسخ این پرسشها در درون حلقه ای از نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی که اقتصاد بهداشت خوانده می شود قرار دارد. هسته اصلی اقتصاد بهداشت تحلیل هزینه یا تعیین قیمت تمام شده هر واحد خدمت است (۱). می توان گفت که تحلیل هزینه ها یک تکنیک

ابزار گردآوری در این مطالعه فرمهای گزارش دهی ماهانه، سه ماهه، چهار ماهه، شش ماهه و سالانه و سایر اسناد آماری موجود در مراکز بهداشت شهرستانها، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه های بهداشت مورد مطالعه بوده است، لازم به ذکر است که فرمهای فوق به وسیله وزارت بهداشت - درمان مورد تأیید قرار گرفته اند و سالهای زیادی مورد استفاده می باشند. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS<sup>(۱)</sup> و آزمون مجزورکای<sup>(۲)</sup> تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته ها

نتایج مربوط به هزینه خدمات ارایه شده به وسیله مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت بیانگر این است که هزینه خدمات مشابه در شهرستانهای استان یکسان نیستند و دارای تفاوت معنی داری هستند. این امر با نیروی انسانی و به کارگیری وسایل و تجهیزات سرمایه ای و غیرسرمایه ای و فراوانی آنها ارتباط معنی داری دارد ( $p < 0/05$ ). در بین خدمات ارایه شده به وسیله خانه های بهداشت خدمت جلب مشارکت مردمی با هزینه ۱۴۸۷۰۰ ریال و آموزش همگانی با هزینه

روستایی و ۲۹۱ خانه بهداشت می باشد. به منظور هرچه پربارتر کردن نتایج پژوهش با استفاده از نظرات کارشناسان صاحب نظر، کوهستانی و صعب العبور بودن اغلب مناطق استان برای ایاب و نهاب، محدود بودن زمان مطالعه، بالا بودن هزینه تحقیق و پراکنده بودن جامعه پژوهش و همچنین با استناد به پژوهشی که در سال ۱۳۷۴ به وسیله مرکز گسترش شبکه های کشور در چهار مرکز بهداشتی درمانی استان به صورت مقدماتی اجرا شده بود میانگین هزینه مراکز فوق ۲۳۲۳۱۲۱۸۸ ریال، میانگین هزینه کشوری ۱۶۹۰۵۶۱۰ ریال و انحراف معیار ۱۶۱۳۱۴۰۳۴ ریال و دقت اندازه گیری  $d = 63205678$  ریال با استفاده از فرمول زیر حجم نمونه مورد نظر به دست آمد:

$$n = \frac{z^2 \times \alpha^2}{d^2} = \frac{(1/96)^2 \times (161314034)^2}{(63205678)^2} = 25$$

به طوری که این عدد ( ۲۵ واحد )، حدود ۴۵ درصد تعداد مراکز بهداشتی درمانی استان را تشکیل می دهد و برای انتخاب این تعداد از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای استفاده گردید. بر این اساس جامعه به دو طبقه شهری و روستایی تقسیم شد، سپس در درون هر طبقه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی با خانه های بهداشت تابع برای مطالعه انتخاب شدند.

1-Statistical Package for Social Sciences  
2-Chi-square Test

شهبازی ۲۰۹۹۸۳ ریال از شهرستان کهگیلویه و  
کمترین آن مربوط به مرکز دمچنار ۷۷۲۷۷ ریال از  
شهرستان بویراحمد است.

بالاترین هزینه سرانه بهداشتی روستایی در  
سطح شهرستانی مربوط به شهرستان گچساران  
۱۳۹۶۰۴ ریال و کمترین هزینه سرانه مربوط به  
شهرستان بویراحمد ۱۱۱۸۷ ریال می باشد .

نتایج حاصل از هزینه واحدهای بهداشتی درمانی  
ارایه دهنده خدمات بیانگر مطالب زیر است :

بالاترین هزینه واحدهای بهداشتی درمانی  
در سطح شهرستان مربوط به شهرستان کهگیلویه  
۵۸۹۶۵۶۰۰۰ ریال و کمترین آن مربوط به  
شهرستان بویراحمد ۴۲۸۲۰۳۵۰۰۰ ریال می باشد .

در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهری  
بالاترین هزینه یک مرکز بهداشتی درمانی شهری  
مربوط به شهرستان گچساران ۸۰۴۲۸۵۰۰۰ ریال و  
کمترین آن مربوط به شهرستان بویراحمد  
۴۴۲۰۲۰۰۰۰ ریال است .

در مراکز بهداشتی درمانی روستایی  
بالاترین هزینه مربوط به شهرستان کهگیلویه  
۲۳۵۵۲۶۰۰۰ ریال و کمترین هزینه مربوط به  
شهرستان بویراحمد ۱۵۳۷۲۴۲۰۰ ریال است .

در سطح خانه های بهداشت بالاترین هزینه  
مربوط به شهرستان بویراحمد ۶۱۸۶۱۸۰۰ ریال و  
کمترین آن مربوط به شهرستان کهگیلویه ۵۱۸۳۴۸۰۰  
ریال است.

در میان مراکز بهداشتی درمانی روستایی

۱۴۲۳۸۰ ریال گرانترین و خدمات ارایه کمکهای اولیه  
با هزینه ۳۳۷۷ ریال ارزانترین خدمت بوده است . در  
بین خدمات ارایه شده به وسیله مراکز بهداشتی  
درمانی روستایی خدمت جرمگیری دندان با هزینه  
۲۳۸۷۹۹ ریال گرانترین و خدمت نسخه پیچی با  
هزینه ۷۲۰۸ ریال ارزانترین خدمت بوده است. در بین  
خدمات ارایه شده به وسیله مراکز بهداشتی درمانی  
شهری خدمت جرم گیری دندان با هزینه  
۴۵۱۴۴۰ ریال گرانترین و تنظیم خانواده با هزینه  
۳۹۲۴ ریال ارزانترین خدمت بوده است .

هزینه سرانه بهداشتی در مراکز جمعیت  
کمتری داشته بالاتر بوده و این امر نشان می دهد که  
بین جمعیت استفاده کننده از خدمات و هزینه سرانه  
ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین هزینه سرانه  
بهداشتی در مراکز مختلف یکسان نبوده است و دارای  
تفاوت معنی داری می باشند ( $p < 0/05$ ).

بالاترین هزینه سرانه شهری در سطح مراکز  
بهداشتی درمانی مربوط به مرکز سوق ۱۴۰۹۲۰ ریال  
از شهرستان کهگیلویه و کمترین هزینه سرانه در  
همان سطح مربوط به مرکز شهید دستغیب ۶۴۹۰۶  
ریال از شهرستان بویراحمد است.

بالاترین هزینه سرانه بهداشتی در سطح  
شهرستانی مربوط به شهرستان گچساران ۱۰۵۲۰۰  
ریال و کمترین مربوط به شهرستان کهگیلویه ۶۵۷۹۰  
ریال می باشد.

بالاترین هزینه سرانه روستایی در سطح  
مراکز روستاییی مربوط به مرکز کهره

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش بیانگر این مطلب است که خدمت جرمگیری دندان با فراوانی کم و زمان انجام طولانی تر با میانگین هزینه ۵۶۴۵۱۹ ریال در مراکز بهداشتی درمانی شهری و همچنین در مراکز بهداشتی درمانی روستایی گرانترین و خدمات تنظیم خانواده و نسخه پیچی با بیشترین فراوانی و کمترین زمان انجام به ترتیب با میانگین هزینه ۴۲۱۵ ریال و ۷۸۵۶ ریال در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی ارزانتترین خدمات بوده اند، این امر نشان می دهد که بین فراوانی یک خدمت و زمان انجام آن خدمت ارتباط معنی داری وجود دارد که با نتایج نعمت و نقسوی (۱۳۷۹) همخوانی دارد. در مطالعه ایشان خدماتی نظیر جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات با کمترین فراوانی و زمان انجام طولانی بیشترین هزینه و خدمات کنترل آب آشامیدنی و تنظیم خانواده به ترتیب با هزینه ۱۷۱۴ ریال و ۵۶۲ ریال با بیشترین فراوانی و کمترین زمان انجام ارزانتترین خدمات بوده اند. همچنین در سطح خانه های بهداشت خدمت آموزش همگانی (۱۴۲۳۸۰ ریال) با کمترین فراوانی و زمان انجام طولانی و خدمت کمکهای اولیه (۳۳۷۷ ریال) با بالاترین فراوانی و زمان انجام کم، گرانترین و ارزانتترین خدمات بوده اند (۴). مطالعه ای که به وسیله ملکی (۱۳۸۱) انجام گرفته تأیید کننده نتایج حاصله از این مطالعه می باشد، در آن مطالعه خدمت واکسیناسیون با متوسط هزینه ۳۳۰۰ ریال با بالاترین فراوانی کمترین هزینه را داشته است (۵). در

مورد مطالعه مرکز لیکک با هزینه ۶۹۸۳۵۳۷۰۰ ریال از شهرستان کهگیلویه بیشترین هزینه و مرکز باباکلان از شهرستان گچساران با هزینه ۲۳۷۹۶۴۵۲۰ ریال کمترین هزینه را داشته است.

در میان مراکز بهداشتی درمانی شهری مورد مطالعه، مرکز شماره ۲ از شهرستان گچساران با هزینه ۹۰۵۲۰۸۳۹۰ ریال بیشترین هزینه و مرکز چرام از شهرستان کهگیلویه با هزینه ۴۱۶۸۲۵۲۰ ریال کمترین هزینه را داشته است.

یافته های مربوط به نوع هزینه واحدهای بهداشتی درمانی ارابه دهنده خدمت شامل موارد زیر است:

در سطح سه شهرستان بالاترین رقم هزینه مربوط به هزینه پرسنلی (۶۴/۵ درصد)، استهلاک وسایل نقلیه (۱۴ درصد) و استهلاک ساختمان (۱۲ درصد) و کمترین رقم هزینه مربوط به لوازم مصرفی اختصاصی حدود (۰/۴ درصد) می باشد.

در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهری بالاترین رقم هزینه مربوط به هزینه پرسنلی (۶۱/۵ درصد) و کمترین رقم هزینه مربوط به لوازم مصرفی عمومی (۰/۷ درصد) است.

در سطح مراکز بهداشتی درمانی روستایی بالاترین رقم هزینه مربوط به هزینه پرسنلی (۴۷ درصد) و کمترین مربوط به مصارف عمومی (۱/۱ درصد) می باشد.

در سطح خانه های بهداشت بالاترین رقم هزینه پرسنلی (۴۶ درصد) و کمترین هزینه مصارف عمومی (۰/۴ درصد) است.

همین زمینه ناکاجیما<sup>(۱)</sup> مدیر کل وقت سازمان بهداشت جهانی بیان می دارد: بخش بهداشت امروزه در بسیاری از کشورها با تنگناهای شدید منابع روبرو است، از این رو مدیران برنامه های مراقبتهای اولیه بهداشتی<sup>(۲)</sup> باید بتوانند منابع موجود را با کارآمدترین و مؤثرترین وجه ممکن به کار برند، استفاده مطلوب از منابع بر کیفیت و عملکرد خدمات بهداشتی درمانی مؤثر است و شناخت کامل این موضوعات در سطح مراقبتهای اولیه بهداشتی گامی مهم به سوی تأمین عادلانه خدمات است (۱). معهدا تصمیم گیری در بهره برداری از فعالیتهای بهداشتی درمانی در هر سیستمی (خصوصی و دولتی) می بایست بهینه باشد و باید بتوان با برنامه ریزی و اجرای عملیات منطقه ای مطابق با روشهای اقتصادی خدماتی مؤثر و مفید و مورد نیاز مردم را ارائه داد (۶).

با استناد به یافته های پژوهش هزینه سرانه بهداشتی در واحدهای بهداشتی درمانی مورد مطالعه یکسان نبوده و تفاوت معنی داری بین آنها وجود دارد و هر واحد با توجه به عواملی نظیر جمعیت تحت پوشش، تعداد خدمات ارائه شده، تعداد کارمندان شاغل و تجهیزات سرمایه ای و مصرفی به کار گرفته شده از هزینه سرانه بهداشتی متفاوتی برخوردار بوده اند و نشان می دهد که ارتباط معنی داری بین هزینه سرانه بهداشتی و عوامل ذکر شده وجود دارد و تنها یک عامل به تنهایی نمی تواند اثرگذار باشد.

این مطالعه نشان می دهد که هزینه سرانه بهداشتی در سطح روستا متفاوت و بیشتر از سرانه

در شهر می باشد (هزینه سرانه در سطح روستا ۱۴۳۶۳۰ ریال و در سطح شهر ۱۰۲۹۱۳ ریال) که نتایج حاصله از مطالعه نعمت و نقوی (۱۳۷۹) تأیید کننده داده های فوق است، به طوری که مطالعه فوق نشان می دهد متوسط هزینه سرانه بهداشتی روستایی در سطح کشور ۴۲۵۷۷ ریال و متوسط هزینه سرانه شهری در سطح کشور ۲۱۱۴۸ بوده است (۴). در این زمینه آصف زاده می نویسد: برنامه ریزی مناسب ایجاب می کند که هزینه های بهداشتی درمانی بر اساس نوع منابع فیزیکی، مالی، انسانی و انواع خدمات قابل عرضه در هر منطقه جغرافیایی تجزیه و تحلیل شوند. چنین تجزیه و تحلیلی توسعه منابع بهداشتی و جستجوی راههای بهبود ارائه خدمات را میسر می سازد. باید مشخص شود که چه افرادی از کدام امکانات و مزایای بهداشتی بهره مندند و پرداخت هزینه های بهداشتی تا چه حد قادر به حل مشکلات موجود خواهد بود (۷).

تت<sup>(۳)</sup> بیان می دارد: پژوهشهای مختلف مؤید آن است که تحلیل هزینه ها منجر به تعیین اتلاف منابع، اجرای عدالت در توزیع سرمایه های بهداشتی و کاهش هزینه ها شده و در نهایت اطلاعات بسیار قوی در اختیار مدیران سازمانها می گذارد تا بتوانند اجرای عدالت را در نحوه ارائه خدمات که همانا هدف اصلی

1-Nakajima  
2-Primary Health Care(PHC)  
3-Thet

۲/۵ برابر مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۷ برابر یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۲۴ برابر یک خانه بهداشت است. این مسئله با توجه به چارت تشکیلاتی واحدهای ذکر شده، تعداد نیروی انسانی شاغل در آنها، هزینه پرسنلی تحمیل شده بر آنها، استفاده از نیروی کارشناس و کاردان به تعداد زیاد در واحدهای شهرستانی نسبت به سایر واحدها، استفاده از نیروی کم و تحصیلات پایین در خانه های بهداشت، استفاده از وسایل نقلیه موتوری و وسایل تجهیزات اداری به تعداد بیشتر در ستاد شهرستانها و مراکز بهداشتی درمانی به نسبت کمتر در خانه های بهداشت و سایر عوامل تأثیر گذار توزیع هزینه های فوق قابل توجیه می باشد، به طوری که بین هزینه یک واحد بهداشتی درمانی و استفاده از عوامل ذکر شده در آن واحد ارتباط معنی داری وجود دارد. داده های حاصل از پژوهش نعمت و نقوی (۱۳۷۹) هزینه مرکز بهداشت شهرستان را ۱۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال، مرکز بهداشتی درمانی شهری را ۲۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال و هزینه یک واحد خانه بهداشت را ۲۵۰۰۰۰۰۰ ریال ذکر کرده اند (۴) که تقریباً دلیلی بر تأیید داده های حاصل از پژوهش حاضر می باشد.

کروشن<sup>(۱)</sup> در مورد ارزش و اعتبار سرمایه گذاری در بخش بهداشت - درمان بر این نکته تأکید دارد که بهداشت کالایی سرمایه ای است، زیرا

1-Krushman

سازمانهای ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی به ظهور برسانند (۸). پيله رودی فلسفه اصلی مراقبتهای اولیه بهداشتی را توزیع عادلانه منابع بهداشتی می داند و می گوید این هدف انسانی وقتی تحقق یافته تلقی می گردد که وسیع ترین و اولیه ترین نیازهای بهداشتی جامعه تا جایی که ممکن است در محل کار و زندگی مردم به سهولت قابل دسترسی باشد، چرا که هر کسی مایل است و حق خویش می داند که خدمات مورد نیاز خود و خانواده خویش را از بهترین و با تجربه ترین متخصصین دریافت دارد، اما اجرای این دیدگاه چگونه می تواند میسر باشد در حالی که اگر خدمات ارایه شده به وسیله بهورزان به کودکان روستایی امروزه حدود ۶/۳۴ میلیارد ریال هزینه بر می دارد، حال اگر ارایه این خدمات به وسیله کادر پزشک عمومی و متخصص ارایه می گردید هزینه ای معادل ۲۳/۷۶ میلیارد ریال و ۴۷/۵۲ میلیارد ریال داشتند، در آن موقع می شد هزینه سرانه روستایی را چندین برابر ظرفیت فعلی برآورد کرد (۹).

پژوهش فوق بیان می کند که متوسط هزینه واحدهای بهداشتی درمانی در سطح استان یکسان نبوده و هزینه های متفاوتی را به خود اختصاص داده اند، به طوری که متوسط هزینه یک مرکز بهداشتی درمانی شهری حدود ۲/۳ برابر هزینه یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی و هزینه یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی حدود ۳/۴ برابر یک خانه بهداشت و هزینه یک مرکز بهداشت شهرستان حدود

سلامتی بیشتر باعث می شود که مصرف کنندگان اوقات بیشتری را برای کار و فعالیت در اختیار داشته باشند و کاهش تعداد روزهای بیماری، افزایش روزهای کار را افزایش می دهد (۷). به بیان دیگر تقاضای رو به افزایش خدمات بهداشتی درمانی از یکسو، محدودیت منابع، عدم به کارگیری مدیریت صحیح در رأس سازمانها و واحدهای ارایه دهنده خدمات، عدم به کارگیری صحیح منابع انسانی و مادی از طرف دیگر موجب گرانی عرضه خدمات بهداشتی درمانی گردیده است، لذا بهره گیری از علم اقتصاد بهداشت و تجزیه و تحلیل هزینه ها در جهت کاهش هزینه ها امری حیاتی و اجتناب ناپذیر است (۱۰).

در نهایت در یک مطالعه که برای بررسی هزینه اثر بخشی پروژه تومبولی در گینه بیسائو صورت گرفت، پژوهشگران نتیجه گیری نمودند که بر خلاف تصور عموم خدمات بهداشتی اولیه هم برای عموم و هم برای دولت گران است (۱۱).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که در تمام سطوح یعنی مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، خانه های بهداشت و مراکز شهرستانها، بالا ترین هزینه مربوط به هزینه پرسنلی که بسته به نوع واحد بین ۶۱/۵ تا ۴۶/۵ درصد کل هزینه ها را به خود اختصاص داده است، در صورتی که در همین واحدها هزینه لوازم مصرفی اختصاصی و مصارف عمومی کمترین هزینه یعنی ۱/۱ درصد تا ۰/۴ درصد را به خود اختصاص داده اند. این مسئله

بیانگر این مطلب است که در سیستم بهداشتی درمانی برای نیروی انسانی اهمیت خاص قایل می باشند و خواسته یا ناخواسته نیروی انسانی بیشترین حجم هزینه ها را برای ارایه خدمات بهداشتی درمانی به مردم به خصوص روستاییان به خود اختصاص داده اند. در مطالعه ای که به وسیله مقدم (۱۳۷۸) به منظور تعیین قیمت تمام شده خدمات در بخش جراحی اعصاب بیمارستان امام خمینی تهران انجام گرفته نشان می دهد که ۴۹ درصد از مجموع کل هزینه مربوط به هزینه پرسنلی و ۲/۱ درصد مربوط به لوازم مصرفی عمومی می باشد (۱۰) که تأیید کننده داده های پژوهش حاضر می باشد. داده های حاصل از پژوهش نعمت و نقوی (۱۳۷۹) بیان می کند که هزینه پرسنلی ۴۲ درصد و هزینه مصارف عمومی ۰/۸ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین هزینه را به خود اختصاص داده اند (۴) و در واقع تأیید کننده نتایج حاصل از پژوهش حاضر می باشد.

در پژوهش دیگری که به وسیله روحی لمراسکی (۱۳۷۹) به منظور تعیین هزینه تمام شده خدمات آزمایشگاهی در بیمارستان مرکزی شرکت نفت انجام گرفت، نتایج نشان داد که هزینه پرسنلی ۲۲ درصد و هزینه لوازم مصرفی اختصاصی ۳۰ درصد هزینه ها را به خود اختصاص داده است (۱۲). این نتیجه عکس قضایای فوق را نشان می دهد که البته می توان چنین نتیجه گیری کرد که واحد آزمایشگاه با توجه به گران بودن لوازم مصرفی و



وسایل، تجهیزات و ... حداکثر استفاده به عمل آید. بنابراین مسئولین و مدیران باید تلاش نمایند تا با برنامه ریزی، نظارت و کنترل از کلیه ظرفیتهای نیروی انسانی و وسایل و تجهیزات موجود برای آرایه خدمات بهداشتی درمانی بهره گیری کنند، به طوری که خللی در آرایه خدمات به وجود نیاید و با بهره گیری از فنون مختلف مدیریت و تکنولوژی مناسب از حداقل امکانات حداکثر بهره ببرند.

#### تقدیر و تشکر

برخود لازم می دانم از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، مدیران مراکز بهداشت شهرستانها، کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و همچنین بهورزان عزیز که در تهیه و گردآوری اطلاعات نهایت همکاری را داشته اند تقدیر و تشکر به عمل آورم.

همچنین لوازم سرمایه ای مورد استفاده در این واحد موقعیت منحصر به فردی را دارد و داده های حاصل از این مطالعه دلیلی بر نقض نتایج مطالعه انجام گرفته در واحدهای بهداشتی درمانی تابع استان کهگیلویه و بویراحمد را ندارد. در این زمینه می توان به بیان نعمت اشاره نمود که اقتصاد بهداشت علم محدود کردن سرمایه گذاری در بخش بهداشت، علم معقول نمودن توزیع سرمایه در جغرافیا و برنامه های مختلف، علم تنظیم سیستم بهداشتی برای بهره گیری بهتر می باشد و این علم است که به بشر کمک می نماید با توجه به شرایط و اقتضاء موجود و حاکم بر منطقه و نیازهای خاص بهداشتی درمانی سرمایه های اختصاص یافته به بهداشت درمان را به نحوی توزیع نماید که بتواند بهترین خدمات را با کمترین هزینه آرایه دهد (۱). در همین زمینه کریمی بیان می دارد در تجزیه و تحلیل هزینه ها معمولاً انتخاب بهترین رویکرد از میان رویکردهای متعدد و متفاوت مورد نظر است و این انتخاب بر اساس نوعی اولویت بندی صورت می گیرد و به تصمیم گیرنده کمک می کند تا از بین رویکردهای مختلف که جهت رسیدن به یک هدف مشخص طرح شده اند رویکردی را انتخاب کند که با میزان هزینه ثابت حداکثر اثر بخشی را به همراه داشته باشد و حداقل هزینه ها را موجب گردد (۱۳).

در نهایت می توان چنین نتیجه گیری نمود که با توجه به یافته های پژوهش، آرایه هر خدمت زمانی منطقی است که از امکانات موجود مانند پرسنل،

# Cost – Analysis in Health& Medication Services in Health Sector of Kohgiluyeh & Boyrahmad Province

Ahmadi Jahanabad F<sup>\*</sup>,  
Moshrafzadeh KH<sup>\*\*</sup>,  
Davari K<sup>\*\*\*</sup>,  
Parisaei Z<sup>\*\*\*\*</sup>,  
Dayanati KH<sup>\*\*\*\*\*</sup>,  
Abravan J<sup>\*\*\*\*\*</sup>

\*MS in Management of Health and Medication Services, Department of Management of Health and Medication Services, College of Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*BS in Public Health , Health Center of Kohgilouyeh & Bourahmad Province, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*\*MS in Epidemiology , Health Center of Bourahmad District, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*\*\*BS in Public Health , Health Center of Gachsaran District, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*\*\*\*BS in Public Health , Health Center of Kohgilouyeh District, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

## KEYWORDS:

Cost analysis,  
Cost price,  
Cost effectiveness,  
Cost benefit

Received: 8/2/1384

Accepted: 7/7/1384

Corresponding Author: Ahmadijahanabad F  
Email: [ahmadijahan@yahoo.com](mailto:ahmadijahan@yahoo.com)

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** Nowadays the Health services Unit have limitation in resources in many countries. Thus managers of Health Unit have to attend to limitation resources. According to economic science making use of facilities, equipments and maximum productivity of them is one of principals Health & Medication management system .So managers for doing this issue must use cost – benefit, cost – effectiveness and cost – analysis as the best way for receiving to the goals of organization. This study was done in order to Cost – Analysis in Health& Medication services in Health sector of Kogiluyeh & Boyrahmad Province.

**Materials & Methods:** This was a descriptive, cross-sectional and prospective study which was performed in 2003. The cases study include : 3 District Health Centers 25 Urban & Rural Health Centers and 131 Health Houses were selected by random selection procedure. The way to gather data was use of the report forms of Health and Cure system , Data resulted from the present study were analyzed by SPSS soft ware .

**Results:** Based on the results of this study : In Health houses, public participation and mass education had a maximum cost and first aids had a minimum cost. In Rural and Urban Health Centers dental scaling had maximum cost drug and family planning had minimum cost. Among Urban Health centers the maximum cost was related to Gachsaran district and minimum cost was related to Bourahmad district . Among Rural Health centers and Districts Centers the maximum cost belonged Kogilouyeh district and Bourahmad had the minimum cost . But the cost of Health House , Bourahmad had maximum cost and Kohgilouyeh had the minimum cost .

**Conclusion:** The study say that the services, which have more frequency and time less their cost - price will be less. Thus managers and experts of Health Unit in the line and staff in short and long planning change their methods to give services. But they mustn't eliminate every service even expensive services.

## REFERENCES:

۱. نعمت ر. کارگاه بررسی تحلیل هزینه های بهداشتی درمانی. تهران: مرکز گسترش شبکه های کشور؛ ۱۳۷۹؛ ۷-۳.
2. Parker D. Tackling wastage and inefficiency in the health sector. World Health Forum 2002; 15(55): 33 .
۳. کریمی ی. اقتصاد بهداشت. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی؛ ۱۳۸۲؛ ۱۶-۱۲.
۴. نعمت ر، نقوی م. بررسی قیمت تمام شده خدمات بهداشتی در سطح ۱۱ شهرستان. تهران: وزارت بهداشت درمان، مرکز گسترش شبکه های کشور؛ ۱۳۷۹؛ ۸۰-۲۹.
۵. ملکی م. بررسی هزینه واحد خدمات بهداشتی درمانی در شهرستان دماوند. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی؛ ۱۳۸۱؛ ۴۶-۱۳.
۶. حاتم ن. مقایسه هزینه کارآیی بیمارستانهای عمومی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی؛ ۱۳۷۸؛ ۶۵-۱۷.
۷. آصف زاده س. اقتصاد بهداشت. چاپ دوم. تهران: نشر دانش امروز؛ ۱۳۸۲؛ ۸۹-۴۵.
8. Thet TA. Measuring costs for epicosting: are visit office of social and economic analysis?. Unicef. 2; 2003 .
۹. پيله رودی س. خدمات ادغام یافته. وزارت بهداشت درمان با همکاری یونسف، تهران: انتشارات عقیق؛ ۱۳۸۲؛ ۱۷-۳.
۱۰. مقدم ع. محاسبه قیمت تمام شده خدمات ارایه شده بخش جراحی اعصاب بیمارستان امام خمینی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت؛ ۱۳۷۸؛ ۲۱-۱۵.
11. Cabot j, Wadding TC. Primary health care is not cheap: A case study from guinea. International Journal of Health Services 2002; 17 (65): 45 .
۱۲. روحی لمراسکی ق. محاسبه هزینه تمام شده خدمات عرضه شده در بخش آزمایشگاه تشخیص طبی در بیمارستان مرکزی شرکت نفت. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: وزارت نفت، اداره کل بهداری و بهداشت؛ ۱۳۷۹؛ ۱۷۱.