



تاسیس ۱۳۷۲
انجمن پزشکان عمومی ایران
IRANIAN SOCIETY OF GENERAL PRACTITIONERS

بسمه تعالی

شماره: ۰۲/۱۰/۱۳۲۲/پ ع

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۰/۱۶

پیوست: دارد

جناب آقای دکتر عین الهی

وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موضوع: گزارش نتایج تحقیق در خصوص قیمت تمام شده سرانه پزشک خانواده

با سلام و احترام،

چنانچه مطلعید میزان سرانه پزشکان خانواده شهری یکی از مباحث چالش برانگیز بین مسوولین و مجریان برنامه یعنی پزشکان خانواده بوده است و این چالش به دلیل ایجاد نارضایتی در ارائه دهندگان خدمت، بهره‌وری این برنامه و تعامل بین ناظرین و واحدهای ارائه کننده خدمات در سطوح میدانی را مخدوش نموده است.

ناترازی هزینه‌ها و درآمدهای پزشکان خانواده همراه با نبود تحلیل متقن در این خصوص قطعاً از مولفه‌هایی است که مخل هزینه اثربخشی و ارزیابی این برنامه ملی است. انجمن پزشکان عمومی ایران با هدف رفع مشکلات پیش‌گفت و در راستای رسالت خود به‌منظور شفاف‌سازی، ایجاد زبان مشترک و احقاق عدالت در میزان دریافتی پزشکان خانواده، با بهره‌گیری از توان یکی از مراکز معتبر علمی و دانشگاهی، هزینه‌یابی و تعیین سرانه برنامه پزشکان خانواده شهری را در دستور کار خود قرار داد. این مرکز نیز پس از ماه‌ها مطالعات کارشناسی و طی پژوهشی توصیفی کاربردی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا که روشی نوین و کارآمد است مطالعه مورد درخواست را به انجام رسانید.

این انجمن پیرو فعالیت‌های قبلی از جمله انتشار کتاب «نقش پزشکی خانواده در بهبود نظام‌های سلامت» و گزارش «کارشناسی برنامه پزشکی خانواده» هم‌اکنون افتخار دارد که نتایج حاصل از این مطالعه جامع را که با بهره‌گیری از داده‌های مرکز آمار ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و هزینه‌یابی برنامه پزشک خانواده دو استان فارس و مازندران تدوین گردیده است، به عنوان سندی علمی و متقن برای برآورد سرانه پزشکان خانواده در سال جدید ارائه نماید. امید است متدولوژی تهیه شده در این سند بتواند زمینه تعیین سرانه در سال‌های آینده را نیز فراهم آورد.

انتظار دارد مسوولین محترم ضمن استقبال و بهره‌گیری از این اقدام کارشناسی نسبت به همفکری و نشست‌های کارشناسی با تامین‌کنندگان مالی و نمایندگان این انجمن، زمینه کارایی و بهره‌وری هر چه بیشتر در اجرای این برنامه ملی را فراهم نمایند.

دکتر عباس کامیابی

رئیس انجمن

رونوشت:

جناب آقای دکتر رئیس زاده رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
جناب آقای دکتر شهریاری رئیس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
جناب آقای دکتر سیدشمس‌الدین حسینی رئیس محترم کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی
جناب آقای دکتر بابک نگاهداری رییس محترم مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
جناب آقای دکتر داود منظور رییس محترم سازمان برنامه و بودجه کشور
جناب آقای محمودرضا محقق دولت‌آبادی دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت ایران
جناب آقای محمد مهدی ناصحی مدیرکل محترم بیمه سلامت ایران
جناب آقای دکتر میرهاشم موسوی مدیرعامل محترم سازمان تامین اجتماعی

تهران، بزرگراه کردستان به سمت جنوب، نبش خیابان شانزدهم، پلاک ۱۴، طبقه ۲، واحد ۲

کدپستی: ۱۴۳۸۸-۶۳۹۵۲ تلفن: ۸۸۰۱۰۴۹۹-۸۸۰۱۴۳۱۲ فکس: ۸۸۳۵۷۷۲۳

گزارش طرح پژوهشی

عنوان طرح:

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

نام و نام خانوادگی طرح دهندگان

دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مانی یوسفوند، دکتر پژمان حموزاده

دکتر عفت محمدی، سحر کارگر، دکتر سراج‌الدین گری

مدیر اجرایی طرح

دکتر علیرضا اولیایی منش

سازمان/واحد ارائه‌کننده

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت

با همکاری انجمن پزشکان عمومی ایران

پاییز ۱۴۰۲

فهرست مطالب

بیان مساله.....	۶
ضرورت اجرای طرح.....	۹
سابقه طرح و بررسی متون.....	۱۰
تعریف مفاهیم و واژه های کلیدی.....	۱۳
اهداف پژوهش.....	۱۴
هدف اصلی طرح.....	۱۴
اهداف اختصاصی طرح.....	۱۴
اهداف کاربردی طرح.....	۱۵
روش اجرا.....	۱۶
الف- محاسبه جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده.....	۱۶
الف-۱- تعیین هزینه های فضای فیزیکی.....	۱۶
الف-۲- تعیین هزینه های تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی.....	۱۶
الف-۳- تعیین هزینه های مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی.....	۱۷
الف-۴- تعیین هزینه های جاری.....	۱۷
الف-۵- تعیین هزینه های پرسنلی.....	۱۷
الف-۶- تعیین جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده.....	۱۷
ب- محاسبه جزء حرفه ای بسته خدمات پزشکان خانواده.....	۱۸
ب-۱- تعیین درآمد بر اساس روش هزینه زندگی.....	۱۸
ب-۲- تعیین درآمد بر اساس قانون بودجه.....	۱۸
ب-۳- تعیین درآمد بر اساس متوسط درآمد سایر کشورها.....	۱۸
ب-۴- تعیین درآمد بر اساس میانگین حقوق و کارانه دریافتی پزشکان.....	۱۸
ب-۵- تعیین درآمد بر اساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری.....	۱۹
ب-۶- تعیین میانگین درآمد پزشکان خانواده.....	۱۹
ب-۷- تعیین جزء حرفه ای بسته خدمات پزشکان خانواده.....	۱۹

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

- ج- تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده ۱۹
- نوع پژوهش ۱۹
- نمونه پژوهش ۱۹
- منبع گردآوری داده‌ها ۲۰
- ابزار گردآوری داده‌ها ۲۰
- کاربست نتایج این طرح ۲۱
- ملاحظات اخلاقی ۲۱
- محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آن‌ها ۲۱
- یافته‌ها ۲۲
- الف- محاسبه جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده ۲۲
- الف-۱- تعیین هزینه‌های فضای فیزیکی ۲۲
- الف-۲- تعیین هزینه‌های تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی ۲۲
- الف-۳- تعیین هزینه‌های مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی ۲۳
- الف-۴- تعیین هزینه‌های جاری ۲۳
- الف-۵- تعیین هزینه‌های پرسنلی ۲۳
- الف-۶- تعیین جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده ۲۴
- ب- محاسبه جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده ۲۵
- ب-۱- تعیین درآمد بر اساس روش هزینه زندگی ۲۵
- ب-۲- تعیین درآمد براساس قانون بودجه ۲۸
- ب-۳- تعیین درآمد براساس متوسط درآمد سایر کشورها ۲۹
- ب-۴- تعیین درآمد براساس میانگین حقوق و کارانه دریافتی پزشکان ۳۰
- ب-۵- تعیین درآمد براساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری ۳۱
- ب-۶- تعیین میانگین درآمد پزشکان خانواده ۳۲
- ب-۷- تعیین جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده ۳۲
- ج- قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده ۳۳
- ج-۱- قیمت تمام شده یک دقیقه ارائه خدمت در مطب پزشکان خانواده ۳۳

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

- ج-۲- سرانه جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده ۳۴
- د- تحلیل حساسیت قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده ۳۵
- قیمت تمام شده جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده ۳۵
- قیمت تمام شده جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده ۳۷
- سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده ۳۸
- فهرست منابع ۴۰

فهرست جداول

- جدول ۱- آیت‌های هزینه‌ای جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲..... ۲۴
- جدول ۲- هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی به تفکیک دهک‌های هزینه‌ای در سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲..... ۲۶
- جدول ۳- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده در دهک نهم در سال ۱۴۰۲..... ۲۶
- جدول ۴- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده در دهک دهم در سال ۱۴۰۲..... ۲۷
- جدول ۵- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس قانون بودجه در سال ۱۴۰۲..... ۲۸
- جدول ۶- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس متوسط درآمد سایر کشورها در سال ۱۴۰۲..... ۲۹
- جدول ۷- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس میانگین حقوق و کارانه دریافتی در سال ۱۴۰۲..... ۳۰
- جدول ۸- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری در سال ۱۴۰۲..... ۳۱
- جدول ۹- میانگین درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس روش‌های مختلف در سال ۱۴۰۲..... ۳۲
- جدول ۱۰- قیمت تمام شده یک دقیقه ارائه خدمت در مطب پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲..... ۳۳
- جدول ۱۱- سرانه جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲..... ۳۴
- جدول ۱۲- تحلیل حساسیت قیمت تمام شده جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲..... ۳۶
- جدول ۱۳- تحلیل حساسیت قیمت تمام شده جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲..... ۳۷
- جدول ۱۴- تحلیل تحساست سرانه در صورت دریافت درآمد میانگین توسط پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲..... ۳۸
- جدول ۱۵- تحلیل حساسیت سرانه در صورت دریافت درآمد معادل دهک دهم توسط پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲..... ۳۹

بیان مساله

با توجه به افزایش سریع و روزافزون هزینه‌های ارائه خدمات در سراسر جهان، متخصصان در تمام کشورها به دنبال روش‌های جدید برای کنترل هزینه‌ها هستند (۱). در کشورهای در حال توسعه با درآمد کم و متوسط، اطلاعات محدودی در مورد هزینه واحد خدمات وجود دارد. بودجه‌های محدود در اکثر کشورهای در حال توسعه، مدیران و برنامه‌ریزان را مجبور به بهره‌برداری کارآمد از این منابع محدود می‌کند (۲). در این میان، هزینه‌یابی و تحلیل هزینه واحد خدمات می‌تواند به مدیران و سیاستگذاران در تعیین کارایی واحدها و مؤسسات تحت نظرشان کمک کند (۳).

هزینه‌یابی یک ابزار مدیریتی اساسی برای برنامه‌ریزی، کنترل، نظارت و ارزیابی خدمات سلامت است که به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه استفاده می‌شود (۴). هدف اصلی هزینه‌یابی ارائه اطلاعات دقیق و کاربردی است تا سازمان‌ها بتوانند در محیط رقابتی، کالاها و خدمات با کیفیت ارائه دهند (۵). تحلیل هزینه‌ها همچنین یکی از مهمترین معیارها برای تخصیص منابع است و می‌تواند به عنوان رویکردی مؤثر برای کاهش هزینه‌های غیرضروری و بهره‌وری بیشتر از منابع، مورد استفاده سیاستگذاران قرار گیرد. مدیران باید از تحلیل هزینه‌ها به عنوان یک ابزار استفاده کنند تا بهتر بشناسند و کنترل بیشتری بر گردش منابع خود داشته باشند (۶). شناخت و کنترل هزینه در مؤسسات دولتی و خصوصی بسیار حائز اهمیت است؛ اما برای دستیابی به این هدف، نیاز به طراحی یک سیستم مناسب و کارآمد وجود دارد. نظام هزینه‌یابی سنتی، به ویژه در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی، به دلیل ماهیت خود، عملاً قادر به محاسبه دقیق هزینه کل خدمات ارائه شده نیست؛ زیرا در این نظام، بدون در نظر گرفتن شرایط ویژه هر خدمت، هزینه خدمات بر اساس تعرفه‌های ثابتی محاسبه می‌شود. به همین دلیل، این نظام قادر به ارائه اطلاعات مفید برای کاهش هزینه‌ها و افزایش بهره‌وری به مدیران سازمان‌ها نمی‌باشد. بنابراین، نیاز به استفاده از روش‌های جدیدتر و علمی‌تر در این زمینه احساس می‌شود.

یکی از سیستم‌های نوین هزینه‌یابی که در فعالیتهای صنعتی و خدماتی کاربردهای گسترده‌ای دارد و روز به روز در حال گسترش است، روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت^۱ است (۷). این سیستم با استفاده از روش‌های مناسب، تأثیرات تغییرات در فعالیت‌ها، پیچیدگی، تنوع و ویژگی‌های خاص هر فعالیت را در محاسبه هزینه‌های

^۱ Activity-Based Costing

مرتبط با آن در نظر می‌گیرد (۸). امروزه، حسابداری مدیریت با ارائه تکنیک‌های مدیریت هزینه نشان داده است که عامل اصلی برای موفقیت هر سازمان، مدیریت فعالیت‌ها است. زیرا فعالیت‌ها مصرف‌کننده منابع هستند و برای کاهش هزینه‌ها و ارائه خدمات با کیفیت بالاتر، لازم است مدیریت، فعالیت‌های سازمان را شناسایی نموده و با استفاده از سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، فرآیندها را بهینه‌سازی کند (۹).

هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت دارای مزایای زیادی است. برخی از این مزایا شامل هدف‌گیری کاهش هزینه‌ها (۱۰)، سنجش عملکرد (۱۱)، هدایت تصمیم‌گیری‌ها (۱۲) و کمک به بودجه‌بندی درست (۷) است. علاوه بر این، این سیستم از طریق فراهم کردن اطلاعات مالی و غیرمالی درباره فعالیت‌ها و هدف‌های هزینه‌ای، به شناسایی مشکلات و ایجاد راه‌حل‌ها و فرصت‌های جدید کمک فراوانی می‌کند (۱۳). لازم به ذکر است که هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در محاسبه هزینه تولید بسیار دقیق‌تر از روش‌های سنتی عمل کرده و درک دقیقی از فرآیند تولید، نقاط هزینه‌زا و تخصیص بهینه منابع ارائه می‌دهد (۱۴).

هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت به منظور شناسایی فعالیت‌های ارزش‌افزوده و حذف فعالیت‌های بی‌اثر و همچنین افزایش دقت در هزینه‌یابی معرفی شده است. در این روش، در ابتدا، هزینه‌ها به فعالیت‌ها و سپس از فعالیت‌ها به موضوعات دیگر (محصولات، خدمات، دپارتمان‌ها و غیره) تخصیص می‌یابد (۱۵). با این حال، در عمل، روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت با چالش‌هایی از جمله زمان‌بر بودن و هزینه بالای فرآیند بررسی و مصاحبه، دشواری در ارزیابی صحت اطلاعات به دلیل ذهنی بودن آن‌ها، هزینه بالای ذخیره‌سازی، پردازش و گزارشگری اطلاعات، دشواری در تنظیم این روش با تغییرات محیط و عدم در نظر گرفتن ظرفیت بالقوه بلااستفاده مواجه است (۱۶).

در سال ۲۰۰۴ میلادی، به منظور حل مشکلات روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت و ساده‌سازی آن، روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا معرفی شد. این روش، رویکردی ساده و جذاب اما قوی در هزینه‌یابی فرآیندهای سازمانی است که به پیچیده‌ترین سازمان‌ها امکان گزارشگری جامع درباره سود و زیان را فراهم می‌کند. روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا، مرحله اول روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت (تخصیص هزینه‌های منابع به فعالیت‌ها) را ساده‌تر می‌کند و با استفاده از معادلات زمانی، از معادلات پیچیده و متنوع جلوگیری می‌کند. این معادلات، مدت زمان انجام یک فعالیت در یک فرآیند را خلاصه می‌کند. به همین دلیل،

تمرکز روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا بر فرآیندها قرار دارد و نتیجتاً کنترل بیشتری را فراهم می‌کند (۱۷).

سلامت به عنوان حق اساسی و سرمایه ارزشمندترین برای همه افراد و طبقات اجتماعی محسوب می‌شود. نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف نشان می‌دهند که یک نظام سلامت کارآمد باید قادر باشد ساختار و شرایط ارائه خدمات درون سازمان را با تغییرات محیطی هماهنگ کند و خدمات با کیفیت مناسب را در نزدیکترین مکان به زندگی و کار افراد با هزینه‌ای مناسب و قابل پرداخت برای آنها فراهم کند. سند چشم‌انداز سال ۱۴۰۴ جامعه‌ای آرمانی را ترسیم می‌کند که باید به حداکثر سطح سلامت دست یابد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران باید زمینه‌های سازگار با سطح بالاتری از امید زندگی با کیفیت را برای همه افراد فراهم کند و با حمایت تمامی سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت را در تمامی سیاست‌ها عملی کند. این نظام با تمرکز بر ارتقای سلامت و پیشگیری، به منظور ارائه خدمات بهداشتی کارآمد به جامعه، به سلامت اجتماعی و معنوی نیز توجه می‌کند. عدالت همه جانبه و رعایت اصول و اخلاق حرفه‌ای در این نظام مهم است و همه افراد بر اساس نیازهای خود از خدمات بهداشتی درمانی بهره‌مند می‌شوند و در تامین مالی خدمات مشارکت می‌کنند. این نظام از شواهد معتبر و ظرفیت‌های انسانی، سازمانی و علم و فناوری استفاده می‌کند تا تصمیمات مناسبی را برای پاسخ به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ کند و به عنوان الگویی برای کشورهای منطقه عمل کند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت ترویج سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در جامعه را بر عهده دارد. این وزارتخانه باید سیاست‌ها و برنامه‌های لازم را برای ارتقای سلامت مردم ایران ارائه کند و خدمات بهداشتی، درمانی و پیشگیرانه را در سراسر کشور فراهم سازد. سایر سازمان‌ها و نهادها نیز نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت جامعه دارند، مانند سازمان بهزیستی کشور که خدمات بهزیستی را به افراد آسیب‌پذیر و نیازمندان ارائه می‌دهد و سازمان تامین اجتماعی که خدمات درمانی و حمایتی از سلامت افراد را فراهم می‌کند. همکاری و هماهنگی بین این سازمان‌ها و نهادها ضروری است و تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مشترک می‌تواند در بهبود سلامت جامعه مؤثر باشد. توجه به نیازهای ویژه اقشار مختلف جامعه، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی قابل دسترس و با کیفیت و ترویج آگاهی سلامت در جامعه نیز بسیار مهم است. حفظ و ارتقای سلامت جامعه نیازمند همکاری و هماهنگی بین

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

مختلف نهادها، سازمان‌ها و افراد است. بهبود سلامت جامعه باید از اولویت‌های اصلی دستگاه‌های مسئول در کشور باشد (۱۸).

با توجه به اهمیت کنترل منابع و بهبود بهره‌وری، هزینه‌یابی بر اساس فعالیت به منظور تعیین صحیح هزینه‌ها و در نهایت افزایش بهره‌وری مورد توجه قرار می‌گیرد. در این تحقیق، تلاش شده است تا با استفاده از روش هزینه‌یابی بر اساس فعالیت زمان‌گرا، قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشک خانواده در سال ۱۴۰۲ با تمرکز بر دو استان فارس و مازندران (استان‌های پایلوت اجرای طرح پزشک خانواده) محاسبه شود.

ضرورت اجرای طرح

در حال حاضر، توجه مدیران به محاسبه قیمت تمام شده خدمات بسیار حائز اهمیت است، زیرا با اتخاذ تدابیر صحیح، می‌توانند از آن به صورت بهینه استفاده کنند (۸). قیمت تمام شده خدمات در تصمیم‌های مدیریتی، کنترل و کاهش هزینه‌ها و تصمیم‌گیری استراتژیک نقش بسزایی دارد (۱۹). قیمت تمام شده خدمات می‌تواند عملکرد مدیران را در بودجه‌ریزی عملیاتی، برنامه‌ریزی استراتژیک، خصوصی‌سازی، حسابداری تعهدی و در کل عملکرد سازمان بهبود بخشد. تحلیل هزینه‌ها در اتخاذ سیاست‌ها و استراتژی‌ها نقش بسیار مؤثری دارد و به تصمیم‌گیرندگان کمک می‌کند تا با مقایسه قیمت تمام شده خدمات با آنچه در عمل اتفاق می‌افتد، استراتژی مطلوب جهت دستیابی به اهداف مورد نظرشان را مشخص کنند (۲۰). با توجه تاکید برنامه توسعه ادوار مختلف بر اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده و نیز نظر به اهمیت تعیین قیمت تمام شده خدمات برای تصمیم‌گیری‌های مدیران و اتخاذ تدابیر صحیح، این پژوهش به محاسبه قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشک خانواده با تمرکز بر دو استان فارس و مازندران (استان‌های پایلوت اجرای طرح پزشک خانواده) می‌پردازد.

سابقه طرح و بررسی متون

فنگ شو و تیم پژوهشی در یک مطالعه به بررسی کاربرد هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا در مدیریت هزینه‌ها در یک بیمارستان دولتی در چین پرداختند. نتایج پژوهش نشان دادند که هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا بهبود قابل توجهی در سطح مدیریت هزینه بیمارستان ایجاد می‌کند و اطلاعات مفیدی برای مدیریت و کنترل هزینه‌های خدمات پزشکی و سایر پرداخت‌ها فراهم می‌کند (۲۱).

دیجنگا در پژوهشی بکارگیری روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت برای شرکت‌های تولیدی، مراکز توزیع، کشاورزی و همچنین برای حوزه خدمات بویژه بیمارستان‌ها به این نتیجه رسید که اجرای روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا مزایای زیادی برای تخصیص عادلانه هزینه‌ها نه تنها در طراحی نظام حسابداری و اطلاعات جدید و سودآوری دارد؛ بلکه در انجام فعالیت‌های روزمره سازمان نیز مزایای زیادی دارد (۲۲).

استوتایزن و همکاران در پژوهشی، بکارگیری روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا برای فرآیند اخذ کتاب در کتابخانه دانشگاهی را در کشور بلژیک بررسی کردند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که استفاده از این روش، در کتابخانه با داشتن فعالیت‌های متعدد و محرک‌های زمانی پیچیده مناسب است. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا نگرش بهتری برای مدیریت در انتخاب محرک‌های هزینه و بهبود تصمیم‌گیری فراهم می‌کند (۲۳).

اوزیفسی در پژوهشی ارجحیت بکارگیری روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا نسبت به روش هزینه‌یابی جذبی سنتی و هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بیمارستان‌های ترکیه را بررسی کرد. نتایج پژوهش وی نشان داد که روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا از طریق بهبود روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، نتایج درست‌تر، مناسب‌تر و مؤثرتری را ارائه می‌کند. یافته‌ها همچنین نشان داد که در روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا، ظرفیت بلااستفاده محاسبه می‌شود و به مدیران در شناسایی حوزه‌های بالقوه کمک می‌کند (۲۴).

خانی و همکاران در پژوهشی با در نظر گرفتن محدودیت‌های روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، از الگوی هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا برای محاسبه قیمت تمام شده تخت روز بخش آی.سی.یو بیمارستان شریعتی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ استفاده کردند. یافته‌های پژوهش آنان بیانگر تفاوت بین بهای تمام شده تخت روز بر اساس نرخ تعرفه دولتی و بهای تمام شده آن بر مبنای روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا بود به نحوی

که استفاده از نرخ تعرفه دولتی موجب کمتر از واقع نشان دادن بهای تمام شده تحت روز می‌شد. یافته‌ها همچنین حاکی از وجود ظرفیت بلااستفاده در این بخش بود (۲۵).

خلیفه سلطانی و میرزایی کلانی در پژوهشی به بررسی و مقایسه نتایج حاصل از بکارگیری روش هزینه‌یابی جذبی سنتی و روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا برای محاسبه بهای تمام شده محصولات و خدمات در شرکت تولیدی و صنعتی پاسارگاد پلیمر پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که روش هزینه‌های جذبی سنتی با تخصیص هزینه سرباز بیشتر به محصولات با حجم بیشتر، بهای تمام شده این محصولات را بیش از حد گزارش می‌کند؛ اما روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا که روش ساده شده هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت است، با استفاده از معادلات و محرک‌های زمانی، تخصیص‌ها سرباز بیش از حد و کمتر از حد را اصلاح و بهای تمام شده محصولات و خدمات را به نحو درستی گزارش می‌کند (۲۶).

فروغی و همکاران به بررسی امکان سنجی اجرای روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بودجه‌بندی دستگاه‌های دولتی استان اصفهان پرداختند. یافته‌های پژوهش آنان بیانگر این بود که در ۵۰ دستگاه دولتی شهر اصفهان به غیر از توانمندی در ارزیابی عملکرد، سایر شرایط لازم برای اجرای روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بودجه‌بندی عملیاتی از جمله توانمندی کارکنان، توانمندی فنی، مشروعیت (قانونی، رویه‌ای و سازمانی) و مقبولیت (سیاسی، مدیریتی و همخوانی مشوق‌ها) مهیا نیست. فروغی و همکاران نتیجه گرفتند که در دستگاه‌های دولتی شهر اصفهان، هنوز عوامل مؤثر لازم برای اجرای هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بودجه‌بندی عملیاتی فراهم نیست (۲۷).

محمدی و همکاران قیمت تمام شده دیالیز را با استفاده از روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بیمارستان شهید صدوقی یزد برای سال ۱۳۸۹ محاسبه کردند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که هر چند هزینه واحد دیالیز از تعرفه آن کمتر بوده است؛ اما از طریق بهبود عملکرد بویژه استانداردسازی مصرف به منظور کاهش هزینه‌های مصرفی و اصلاح روش‌های مدیریت منابع انسانی، می‌توان قیمت تمام شده خدمت دیالیز را کاهش داد (۱۲).

جامعی و رضایی یمین در پژوهشی به محاسبه بهای تمام شده خدمات مراقبت‌های بهداشتی بیمارستان تامین اجتماعی شهر اصفهان با استفاده از روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا پرداختند. نتایج بیانگر این است که بهای یک واحد خدمت در مراکز فعالیت پزشک عمومی، مامایی، تزریقات و داروخانه می‌تواند ناشی از عواملی

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

از قبیل نداشتن بهره‌وری هزینه، تفاوت در نوع هزینه‌های مستقیم و حق‌الزحمه پرداختی باشد. هزینه‌های کارکنان جزء عمده بهای هر واحد خدمت را تشکیل می‌دهد. همچنین محاسبه ظرفیت بلااستفاده و تحلیل آن بسیار مهم بوده و نقشی اساسی در تصمیم‌گیری‌های مدیران دارد (۴).

تحقیقات مختلف در جهان ثابت کردند که بکارگیری یک سیستم استاندارد هزینه‌یابی می‌تواند در محاسبه بهای تمام شده کالا و خدمات مؤثر واقع گردد. در این مورد، مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۰ توسط لوریلا جی و همکاران در زمینه هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بخش رادیولوژی کودکان بیمارستان آموزشی اولو در کشور فنلاند انجام شد. در این مطالعه ۷۴۵۲ پروسیجر رادیولوژی بررسی شد. اطلاعات این مطالعه از طریق سیستم اطلاعات رادیولوژی بیمارستان و نیز واحد پرسنلی و حسابداری بیمارستان گردآوری شد. نتایج آن نشان داد که با اجرای سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت هزینه‌های سربار از ۵۷ درصد به ۱۶ درصد کاهش یافته است و تغییر هزینه واحد در پروسیجرهای مختلف بخش رادیولوژی از -۴۲ درصد تا +۸۵ تغییر یافته است (۲۸).

نگرینی و همکاران در سال ۲۰۰۴ در پژوهشی با عنوان «بهای تمام‌شده بخش بیمارستان در اروپا» به بررسی روش‌های محاسبه بهای تمام‌شده در این سازمان پرداختند. آن‌ها با مطالعه و تحلیل روش‌های گوناگون هزینه‌یابی به این نتیجه رسیدند که برای بخش بیمارستان، یک الگوی هزینه‌یابی استاندارد شده وجود ندارد. وجود الگوی استاندارد می‌تواند باعث شود تا امکان مقایسه در بین سازمان‌ها به وجود آید، ارزیابی اقتصادی در این بخش‌ها افزایش یابد و فرآیند تصمیم‌گیری به همراه تخصیص کارای منابع بهبود یابد (۲۹).

یاری و همکاران در پژوهشی در استان کردستان به بررسی هزینه تمام شده مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های تحت پوشش آن در سال ۱۳۹۳ پرداختند. این مطالعه به روش توصیفی، بر روی ۳۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۱۸۲ خانه بهداشت تحت پوشش انجام گردید. هزینه‌ها به روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت تعیین گردید. هزینه‌ها در دو دسته هزینه‌های مستقیم شامل هزینه‌های پرسنلی، مواد و لوازم مصرفی و غیر مصرفی، حامل‌های انرژی و تعمیرات و خودرو و پزشک خانواده روستایی و هزینه‌های غیر مستقیم شامل هزینه‌هایی انجام شده توسط مراکز بهداشت شهرستان، شبکه‌های بهداشت و درمان و معاونت بهداشتی، معاونت توسعه و حوزه ریاست جمع‌آوری گردید. نتایج نشان داد هزینه‌های مستقیم هر خانه بهداشت برابر با ۹۷۱،۷۲۲،۳۹۴ ریال بود که بالاترین سهم به پزشک خانواده روستایی با ۷۶/۲ درصد و حقوق بهورزان با ۱۸/۶

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

درصد بود. هزینه هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی برابر با ۱،۵۱۵،۸۵۱،۷۲۲ ریال بود. هزینه مستقیم یک مرکز روستایی با خانه‌های تحت پوشش آن برابر با ۷،۶۲۸،۹۸۱،۰۰۰ ریال بود. هزینه‌های غیرمستقیم شامل هزینه‌های مربوط به مرکز بهداشت شهرستان، معاونت بهداشتی و معاونت توسعه و حوزه ریاست به ازاء هر مرکز روستایی برابر با ۴۷۹،۳۴۵،۰۰۰ بود (۳۰).

تعریف مفاهیم و واژه های کلیدی

هزینه یابی: فرآیند تعیین بهای تمام شده کالا یا خدمات را هزینه یابی می گویند.

هزینه یابی بر مبنای فعالیت: سیستم هزینه یابی بر مبنای فعالیت را می توان به عنوان روشی تعریف کرد که هزینه ها، فعالیت ها، عملکرد موضوع بها و منابع را بر مبنای رابطه علت و معلولی اندازه گیری می نماید. موضوع تعیین بها، فعالیت ها را و فعالیت ها منابع را مصرف می کنند. منابع بر مبنای استفاده فعالیت ها از آن ها به فعالیت ها و هزینه های فعالیت به نسبت استفاده موضوع بها از فعالیت ها به موضوع تعیین بها (خروجی) تخصیص می یابد.

هزینه یابی بر مبنای فعالیت زمان گرا: نوعی روش هزینه یابی می باشد که بهای تمام شده محصولات را از جمع هزینه فعالیت هایی که منجر به ساخت محصول می شود، در واحد زمان بدست می آورد.

اهداف پژوهش

هدف اصلی طرح

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

اهداف اختصاصی طرح

الف- محاسبه جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده در استان های گلستان و مازندران

الف-۱- تعیین سهم هزینه های فضای فیزیکی

الف-۲- تعیین سهم هزینه های تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی

الف-۳- تعیین سهم هزینه های مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی

الف-۴- تعیین سهم هزینه های جاری

الف-۵- تعیین سهم هزینه های پرسنلی

الف-۶- تعیین جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده

ب- محاسبه جزء حرفه ای بسته خدمات پزشکان خانواده در استان های گلستان و مازندران

ب-۱- تعیین درآمد بر اساس روش هزینه زندگی

ب-۲- تعیین درآمد براساس قانون بودجه

ب-۳- تعیین درآمد براساس متوسط درآمد سایر کشورها

ب-۴- تعیین درآمد براساس میانگین حقوق و کارانه دریافتی پزشکان

ب-۵- تعیین درآمد براساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری

ب-۶- تعیین میانگین درآمد پزشکان خانواده

ب-۷- تعیین جزء حرفه ای بسته خدمات پزشکان خانواده

ج- تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده در استان های گلستان و مازندران

اهداف کاربردی طرح

این مطالعه به منظور جمع‌بندی و تجزیه تحلیل داده‌های هزینه‌ای مورد نیاز برای ارائه بسته خدمات پزشک خانواده انجام شد، این امر در شفاف‌سازی هزینه‌ها و فراهم نمودن اطلاعات دقیق مربوط به قیمت تمام شده هر خدمت در راستای کاهش هزینه‌ها، سنجش عملکرد، هدایت تصمیم‌گیری‌ها و بودجه‌بندی صحیح کمک‌کننده خواهد بود.

روش اجرا

مطالعه حاضر، پژوهشی کاربردی می باشد که به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۲ اجرا شد. این مطالعه از انواع مطالعات محاسبه قیمت تمام شده می باشد که طی آن قیمت تمام شده بسته خدمات پزشکان خانواده برآورد گردید.

الف- محاسبه جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده

جزء فنی شامل هزینه های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، فضای فیزیکی، تأسیسات، فراهم نمودن تسهیلات و شرایط لازم، نیروی انسانی پشتیبانی، هزینه استهلاک و سود سرمایه برای ارائه هر خدمت می باشد. برای محاسبه جزء فنی، هزینه های مرتبط با فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی، هزینه های مواد مصرفی پزشکی و غیر پزشکی، هزینه های جاری مطب و حق الزحمه پرسنل غیرپزشک به شرح زیر به دست آمد:

الف-۱- تعیین هزینه های فضای فیزیکی

برای این منظور، ابتدا متراتر فضای فیزیکی برای هر یک از مطب های مورد بررسی از طریق نظرخواهی از پزشکان خانواده شاغل در استان های فارس و مازندران به دست آمد. سپس براساس وضعیت مطب از نظر ملکی یا استیجاری بودن، قیمت روز و یا میزان رهن و اجاره از طریق مصاحبه با پزشکان به دست آمد. به منظور صحت سنجی داده های به دست آمده، از گزارش های مرکز آمار و بانک مرکزی در خصوص رهن و اجاره مسکن استفاده شد.

الف-۲- تعیین هزینه های تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی

برای محاسبه هزینه های تجهیزات، ابتدا لیست کامل تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی مطب براساس نظر پزشکان خانواده تهیه شد. سپس با توجه به قیمت های روز، ارزش ریالی تجهیزات برآورد گردید. در مرحله بعد با استفاده از قیمت روز تجهیزات و عمر مفید آنها، هزینه استهلاک و همچنین هزینه تعمیر و نگهداری تجهیزات محاسبه شد.

الف-۳- تعیین هزینه‌های مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی

برای محاسبه هزینه مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی نیز ابتدا لیست مواد مصرفی براساس نظر پزشکان خانواده تهیه شد، سپس از طریق مصاحبه با تعدادی از پزشکان خانواده، متوسط تعداد مصرف برای هر ماده مصرفی محاسبه شد و در نهایت از طریق ضرب کردن تعداد مواد مصرفی در قیمت هر کدام از آنها، متوسط هزینه مواد مصرفی به دست آمد.

الف-۴- تعیین هزینه‌های جاری

هزینه‌های جاری شامل آب، برق، گاز، تلفن، عوارض شهرداری و دفع پسماند و غیره از طریق مصاحبه با پزشکان خانواده برآورد گردید.

الف-۵- تعیین هزینه‌های پرسنلی

هزینه‌های پرسنلی مطب شامل حق الزحمه منشی یا نیروی خدماتی است که براساس لیست حقوق پرداخت شده به آنها، در طول یکسال به دست آمد. در این قسمت برای محاسبه حقوق کامل، کمک هزینه بن کارگری، مسکن، عیدی و پاداش، سنوات خدمت و ۲۳ درصد حق بیمه تامین اجتماعی سهم کارفرما و بیکاری نیز محاسبه شد.

الف-۶- تعیین جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده

با تجمیع هزینه‌های مرتبط با فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی، مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی، هزینه‌های جاری و پرسنلی و در نظر گرفتن تعداد روز کاری در سال و تعداد ساعت کار روزانه، هزینه جزء فنی به ازای هر دقیقه فعالیت مطب پزشکان خانواده به دست آمد. با ضرب کردن جزء فنی به ازای هر دقیقه فعالیت، در مدت زمان ارائه هر یک از خدمات قابل ارائه توسط پزشکان خانواده، هزینه جزء فنی برای هر خدمت به دست خواهد آمد.

ب- محاسبه جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده

در این قسمت برای محاسبه جزء حرفه‌ای، درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس روش‌های هزینه زندگی، قانون بودجه، متوسط درآمد سایر کشورها، میانگین حقوق و کارانه دریافتی پزشکان و میانگین پرداختی بابت شیف‌کاری محاسبه شد، به شرح زیر محاسبه شد.

ب-۱- تعیین درآمد بر اساس روش هزینه زندگی

روش هزینه زندگی عبارت است از در نظر گرفتن میزان هزینه مورد نیاز فرد برای یک زندگی متعارف به عنوان مبنا و تقسیم آن بر تعداد خدمات ارائه شده توسط فرد با توجه به وزن هریک از خدمات. در این روش به منظور محاسبه متوسط درآمد، از داده‌های مطالعه هزینه-درآمد خانوار مرکز آمار ایران در سال مورد مطالعه استفاده شد. بدین منظور ابتدا دهک درآمدی پزشکان خانواده مشخص شد و سپس متوسط مخارج خوراکی و غیرخوراکی خانوارهای شهری در دهک مربوطه از گزارش مرکز آمار ایران استخراج شد. سپس با اعمال تورم به متوسط مخارج دهک مربوطه، متوسط مخارج سالیانه یک خانوار در دهک تعیین شده برآورد گردید. در مرحله بعد، با در نظر گرفتن نسبت درآمد به هزینه‌های این دهک، متوسط درآمد مورد انتظار به دست آمد.

ب-۲- تعیین درآمد براساس قانون بودجه

در این روش ۸۰ درصد از سقف خالص پرداختی متوسط ماهانه در سال از محل حقوق و مزایای مستمر و غیرمستمر و سایر پرداختی‌ها از هر محل و تحت هر عنوان در سال ۱۴۰۲ در قانون بودجه به‌عنوان مبنای درآمد پزشکان خانواده در نظر گرفته شد.

ب-۳- تعیین درآمد براساس متوسط درآمد سایر کشورها

در این روش با بررسی وضعیت حقوق در برخی از کشورها، متوسط درآمد پزشکان به دست آمد و به عنوان مبنایی برای محاسبات در نظر گرفته شد.

ب-۴- تعیین درآمد براساس میانگین حقوق و کارانه دریافتی پزشکان

در این روش حقوق و کارانه پرداختی به پزشکان عمومی از دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور استخراج شد و در محاسبات مربوط به تعیین درآمد لحاظ شد.

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ب-۵- تعیین درآمد براساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری

در این روش نیز بررسی پرداخت‌های انجام شده بابت هر شیفت در درمانگاه‌ها و مراکز سرپایی یا اورژانس کشور به عنوان مبنا در نظر گرفته شد.

ب-۶- تعیین میانگین درآمد پزشکان خانواده

میانگین درآمد پزشکان براساس هر یک از روش‌های پیشگفت به عنوان درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده در نظر گرفته شد.

ب-۷- تعیین جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده

برای محاسبه جزء حرفه‌ای، میانگین درآمد ماهانه مورد انتظار پزشکان خانواده بر تعداد دقایق مفید کاری در ماه تقسیم شد و جزء حرفه‌ای به ازای هر دقیقه ارائه خدمت به دست آمد. با در نظر گرفتن زمان ارائه هر یک از خدمات قابل ارائه توسط پزشکان خانواده و ضرب آن در هزینه جزء حرفه‌ای به ازای هر دقیقه، جزء حرفه‌ای به ازای هر خدمت به دست آمد.

ج- تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

با تجمیع جزء فنی و جزء حرفه‌ای به دست آمده برای هر دقیقه ارائه خدمت، قیمت تمام شده به ازای هر دقیقه ارائه خدمت به دست آمد.

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش، توصیفی و از نظر هدف، کاربردی است که به صورت مقطعی و گذشته‌نگر انجام شد.

جامعه، نمونه پژوهش و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر عبارت بودند از پزشکان خانواده شاغل در استان‌های فارس و مازندران. تعداد افراد جامعه در این پژوهش ۱۹۰۰ نفر بود؛ ۱۲۵۰ نفر در استان فارس و ۶۵۰ نفر در استان مازندران. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش دو مرحله‌ای بود؛ با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه مورد نیاز برای محاسبه قیمت تمام شده ۳۰ نفر بود، در مرحله اول، نمونه‌گیری طبقه‌ای انجام شد. به این ترتیب که بر اساس تعداد افراد

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

جامعه در هر استان، تعداد نمونه مورد نیاز در آنها مشخص شد. با توجه به این توضیح و با توجه به اینکه تعداد کل نمونه ۳۰ نفر برآورد شده بود، تعداد نمونه اولیه برای استان فارس ۲۰ نفر و تعداد نمونه برای استان مازندران ۱۰ نفر تخمین زده شد.

در مرحله دوم نمونه گیری از روش هدفمند بهره گرفته شد؛ به این ترتیب که طی مکاتبه با پزشکان جامعه مورد مطالعه و توضیحات مربوط به این پژوهش، افرادی که تمایل داشتند در آن شرکت کنند وارد مطالعه شدند. تیم پژوهش معیارهایی از قبیل تعداد جمعیت تحت پوشش پزشکان، شاغل بودن در بخش دولتی و یا خصوصی و تجربه ایشان را جهت انتخاب نهایی پزشکان داوطلب مشارکت در پژوهش مد نظر قرار داد. همچنین این افراد از سوی انجمن پزشکان عمومی ایران مورد تایید قرار گرفتند.

در نهایت نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها ادامه پیدا کرد؛ به این معنی که نمونه گیری و جمع آوری داده ها تا زمانی ادامه پیدا کرد که اطلاعات جدیدی به اطلاعات موجود اضافه نشود. در نهایت ۳۳ پزشک خانواده در استانهای مذکور بررسی شدند.

منبع گردآوری داده ها

داده های مورد نیاز برای این پژوهش از طریق مصاحبه با پزشکان عمومی شاغل در برنامه پزشک خانواده در استان های گلستان و مازندران در سال ۱۴۰۲، بررسی هزینه کرد سالانه مطب، بررسی داده های مرکز آمار ایران و بانک مرکزی ایران به دست آمد.

ابزار گردآوری داده ها

در این پژوهش داده های مورد نیاز به طور مجزا و عمدتاً به کمک مصاحبه، بررسی داده های مرکز آمار ایران و بانک مرکزی ایران و با استفاده از فرم های مناسب جمع آوری شدند.

کاربست نتایج این طرح

۱- گروه مخاطبین مورد انتظار از ارائه نتایج طرح

☞ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

☞ سازمان نظام پزشکی

☞ انجمن پزشکان عمومی

☞ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

☞ سازمان‌های بیمه‌گر پایه و بیمه‌های تکمیلی

۲- برنامه دقیق حاصله از اجرای طرح

☞ تشکیل جلسه با ذینفعان

☞ ارسال گزارش برای گروه‌های هدف (اعم از ارسال گزارش طرح، *RSS, Email* و غیره)

ملاحظات اخلاقی

☞ با توجه به عدم انجام مطالعه اولیه و نیز مداخله، ملاحظه اخلاقی خاصی وجود ندارد.

☞ ارائه نتایج اطلاعات برآورد شده به سازمان‌های ذینفع.

محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آن‌ها

☞ در اجرای این پژوهش، بزرگترین محدودیت، در دسترس نبودن اطلاعات دقیق مربوط به منابع مورد

استفاده باشد. بدین منظور ممکن است در برخی موارد از روش‌های آینده‌نگر برای جمع‌آوری اطلاعات

استفاده شود.

☞ محدود بودن زمان انجام مطالعه که برای مرتفع شدن این مشکل تلاش می‌شود تا با استفاده از نیروهای

بیشتر و مدیریت زمان این مهم برطرف شود.

☞ با توجه به اینکه داده‌های این مطالعه در سال ۱۴۰۲ جمع‌آوری شده‌اند و تحلیل‌های صورت گرفته بر

این اساس انجام شده‌اند، یافته‌های مطالعه برای سال مذکور معتبر می‌باشند و تعمیم این یافته‌ها برای

سال‌های آتی مستلزم بازنگری در هزینه‌های تخمین زده شده می‌باشد.

یافته‌ها

برای محاسبه قیمت تمام شده و سرانه خدمات پزشکان خانواده، دو جزء فنی و حرفه‌ای به صورت زیر برآورد شدند.

الف- محاسبه جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده

از طریق مصاحبه با پزشکان شاغل در مراکز پزشک خانواده استان‌های فارس و مازندران، سرفصل هزینه‌های سالانه مطب به شرح زیر به دست آمد:

الف-۱- تعیین هزینه‌های فضای فیزیکی

مترای و هزینه رهن و اجاره فضای فیزیکی از طریق مصاحبه با پزشکان خانواده به دست آمد. در صورت ملکی بودن مطب، قیمت روز آن نیز پرسیده شد. به منظور اطمینان از مقادیر گزارش شده توسط پزشکان، از اطلاعات مرکز آمار ایران در خصوص مسکن استفاده شد. با لحاظ کردن شاخص تبدیل ارزش روز مطب به رهن (معادل ۱۵ درصد) و همچنین شاخص تبدیل رهن به اجاره بها (معادل ۳ درصد)، اجاره بهای ماهانه و سالانه فضای فیزیکی به دست آمد. با بررسی داده‌ها مشخص شد میانگین مترای مورد استفاده به عنوان مطب پزشک خانواده، حدود ۸۰ متر بود. میانگین ودیعه مبلغ ۱۱۰ میلیون تومان و مبلغ اجاره حدود ۹ میلیون تومان بود. با در نظر گرفتن مفروضات فوق، کل هزینه‌های سالانه فضای فیزیکی حدود ۱۴۵ میلیون تومان و هزینه ماهانه حدود ۱۲ میلیون تومان بود.

الف-۲- تعیین هزینه‌های تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی

برای این منظور، ابتدا فهرست تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی مطب‌های پزشکان خانواده دو استان فارس و مازندران از طریق مصاحبه با پزشکان استخراج شد. سپس قیمت و عمر مفید آن با استعلام از شرکت‌های وارد کننده و فروشندگان تجهیزات استخراج شد. با در نظر گرفتن نرخ بهره ۷ درصدی، هزینه سالیانه استهلاک تجهیزات محاسبه شد.

استهلاک تجهیزات با فرمول زیر محاسبه شد:

$$K = E \frac{1 - (1 + r)^{-n}}{r}$$

که در آن K ارزش کل تجهیزات مطب، r نرخ بهره و E هزینه سالانه تجهیزات است.

برای محاسبه هزینه تعمیر و نگهداری، ۳ درصد از قیمت کل تجهیزات به صورت سالانه لحاظ شد. در مجموع هزینه‌های سالیانه تجهیزات پزشکی، حدود ۵۳ میلیون تومان و هزینه‌های سالیانه تجهیزات غیرپزشکی، حدود ۴۲ میلیون تومان به دست آمد.

الف-۳- تعیین هزینه‌های مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی

در این مورد فهرست مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی مورد نیاز به همراه تعداد و قیمت از طریق مصاحبه با پزشکان شاغل در مطب‌های پزشکان خانواده استخراج شد. در مجموع هزینه‌های سالیانه مواد مصرفی پزشکی، حدود ۲۳ میلیون تومان و هزینه‌های سالیانه مواد مصرفی غیرپزشکی، حدود ۱۱ میلیون تومان به دست آمد.

الف-۴- تعیین هزینه‌های جاری

هزینه‌های جاری شامل هزینه‌های حامل‌های انرژی (آب، برق، گاز)، عوارض شهرداری، خدمات شهری دفع پسماندهای عفونی، تلفن و اینترنت و همچنین هزینه‌های شرکت در کلاس‌های بازآموزی و غیره، هزینه بیمه مسئولیت، هزینه صدور و تمدید پروانه طبابت، حق عضویت نظام پزشکی، حق عضویت در انجمن‌های علمی و صنفی و هزینه تبلیغات است که توسط پزشکان خانواده در طی یک سال پرداخت شده بود. در مجموع هزینه‌های جاری مطب به طور سالیانه حدود ۴۷ میلیون تومان بود.

الف-۵- تعیین هزینه‌های پرسنلی

مبنای محاسبه حقوق ماهانه و سالانه پرسنل غیرپزشک شاغل در مطب‌های پزشکان خانواده، مبلغ پرداختی (با در نظر گرفتن حقوق، بیمه، عیدی، پاداش و سنوات) به آن‌ها بود که از طریق مصاحبه با پزشکان خانواده مورد بررسی به دست آمد. در مجموع هزینه‌های پرسنلی مطب به طور سالیانه حدود ۱۶۸ میلیون تومان به دست آمد.

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

الف-۶- تعیین جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده

با تجمیع کل هزینه‌های مطب پزشکان خانواده در طول یک سال و تقسیم کردن آن بر تعداد روز کاری (۲۸۵ روز در سال) و تعداد ساعت کار روزانه (۸ ساعت در روز)، هزینه جزء فنی به ازای یک دقیقه فعالیت به دست آمد. بررسی‌های انجام شده نشان داد مجموع هزینه‌های سالیانه مطب، مبلغ ۴۸۰ میلیون تومان بود. با تقسیم این هزینه‌ها بر تعداد دقیق فعالیت در سال (۱۳۶،۸۰۰ دقیقه)، هزینه جزء فنی به ازای یک دقیقه فعالیت مطب، مبلغ ۳۵،۱۰۰ ریال برآورد شد (جدول ۱).

جدول ۱- آیتم‌های هزینه‌ای جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

آیتم‌های هزینه‌ای	مبلغ (ریال)
هزینه‌های فضای فیزیکی	۱,۴۵۲,۶۷۲,۰۰۰
هزینه‌های تجهیزات پزشکی	۵۳۳,۵۱۹,۰۰۰
هزینه‌های تجهیزات غیرپزشکی	۴۲۳,۰۶۸,۰۰۰
هزینه‌های مواد مصرفی	۲۳۸,۰۹۳,۰۰۰
هزینه‌های جاری مطب	۴۶۸,۸۲۰,۰۰۰
هزینه‌های پرسنلی	۱,۶۷۸,۷۷۸,۰۰۰
مجموع هزینه‌های سالیانه مطب	۴,۷۹۴,۹۵۰,۰۰۰
تعداد روز کاری در سال	۲۸۵
تعداد ساعت فعالیت در روز	۸
تعداد دقیقه در ساعت	۶۰
تعداد دقیقه در سال	۱۳۶,۸۰۰
جزء فنی به ازای هر دقیقه ارائه خدمت	۳۵,۱۰۰

ب- محاسبه جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده

ب-۱- تعیین درآمد بر اساس روش هزینه زندگی

هزینه زندگی دهک نهم

جزء حرفه‌ای که نشان‌دهنده تلاش، مهارت و ریسک ارائه خدمت برای تیم ارائه‌دهنده است، مقدار دستمزد پزشک را در ازای ارائه هر نوع خدمتی نشان می‌دهد. برای محاسبه درآمد سالانه پزشکان، فرض شد که پزشکان خانواده در دهک نهم درآمدی قرار دارند؛ بنابراین ابتدا متوسط مخارج خوراکی و غیرخوراکی خانوارهای شهری در دهک نهم در سال ۱۴۰۱ از گزارش‌های مرکز آمار ایران استخراج شد. سپس با اعمال تورم ۴۶/۵ درصدی، متوسط مخارج سالیانه یک خانوار در سال ۱۴۰۲ برآورد گردید. با اینکه نتیجه حاصله نشان‌دهنده مجموع درآمد یک خانوار می‌باشد، اما در این مورد درآمد به دست آمده به عنوان درآمد یک فرد در دهک مذکور در نظر گرفته شد. در مرحله بعد، با اعمال در نظر گرفتن نسبت درآمد به هزینه‌های این دهک (۱۲۵٪) (۳۱، ۳۲)، متوسط درآمد مورد انتظار برآورد شد. در نهایت با تقسیم کردن درآمد سالیانه مورد انتظار پزشک بر تعداد کل دقایق فعالیت پزشک در مطب، هزینه جزء حرفه‌ای به ازای یک دقیقه فعالیت به دست آمد.

مجموع هزینه‌های یک خانوار در دهک نهم درآمدی در سال ۱۴۰۱ مبلغ ۲،۱۵۲،۱۴۲،۰۰۰ ریال (۵۳۹،۸۲۶،۰۰۰ ریال هزینه‌های خوراکی و دخانی ۱،۶۱۲،۳۱۶،۰۰۰ ریال هزینه‌های غیرخوراکی) بود. با اعمال نرخ تورم سال ۱۴۰۱ (معادل ۴۶/۵ درصد) به مجموع هزینه‌های خانوار دهک نهم در سال ۱۴۰۱، متوسط مخارج سالیانه خانوار در سال ۱۴۰۲ برآورد گردید که حدود ۳،۱۵۲،۸۸۸،۰۰۰ ریال به دست آمد. در مرحله بعد، با لحاظ کردن نسبت درآمد به هزینه‌های خانوار دهک نهم درآمدی و اضافه کردن مالیات بر درآمد (معادل ۱۵ درصد)، متوسط درآمد مورد انتظار یک پزشک خانواده محاسبه شد (جدول ۲).

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

جدول ۲- هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی به تفکیک دهک‌های هزینه‌ای در سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲

کلیه هزینه‌ها به هزار ریال است

هزینه‌های دهک‌های هزینه‌ای	هزینه‌های خوراکی	هزینه‌های غیرخوراکی	هزینه ۱۴۰۱	نرخ تورم	هزینه ۱۴۰۲
دهک اول	۱۵۰,۱۰۲	۱۷۵,۳۴۳	۳۲۵,۴۴۵	%۴۶,۵	۴۷۶,۷۷۷
دهک دوم	۲۱۷,۸۵۴	۳۸۱,۶۴۷	۵۹۹,۵۰۱	%۴۶,۵	۸۷۸,۲۶۹
دهک سوم	۲۶۹,۸۱۱	۴۸۸,۴۶۲	۷۵۸,۲۷۳	%۴۶,۵	۱,۱۱۰,۸۷۰
دهک چهارم	۳۰۷,۱۵۶	۵۹۱,۸۶۵	۸۹۹,۰۲۱	%۴۶,۵	۱,۳۱۷,۰۶۶
دهک پنجم	۳۳۴,۹۱۰	۷۰۸,۴۰۳	۱,۰۴۳,۳۱۳	%۴۶,۵	۱,۵۲۸,۴۵۴
دهک ششم	۳۶۶,۱۴۴	۸۴۴,۰۰۴	۱,۰۲۱,۰۱۴۸	%۴۶,۵	۱,۷۷۲,۸۶۷
دهک هفتم	۴۱۹,۷۲۸	۹۹۲,۶۵۲	۱,۴۱۲,۳۸۰	%۴۶,۵	۲,۰۶۹,۱۳۷
دهک هشتم	۴۴۵,۵۳۵	۱,۰۲۴۵,۳۵۳	۱,۴۹۰,۸۸۸	%۴۶,۵	۲,۴۷۷,۱۵۱
دهک نهم	۵۳۹,۸۲۶	۱,۰۶۱۲,۳۱۶	۲,۱۵۲,۱۴۲	%۴۶,۵	۳,۱۵۲,۸۸۸
دهک دهم	۷۱۷,۳۷۰	۲,۹۰۷,۴۶۹	۳,۶۲۴,۸۳۹	%۴۶,۵	۵,۳۱۰,۳۸۹
کل کشور	۳۷۴,۸۲۲	۹۹۴,۶۳۸	۱,۳۶۹,۴۶۰	%۴۶,۵	۲,۰۰۶,۲۵۹

با محاسبه درآمد پزشک براساس مفروضات فوق، مبلغ ۴,۵۳۵,۵۷۰,۰۰۰ ریال به عنوان درآمد سالیانه مورد انتظار

پزشک و مبلغ ۳۷۷,۹۶۴,۰۰۰ ریال به عنوان درآمد ماهیانه مورد انتظار پزشکان خانواده به دست آمد.

جدول ۳- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده در دهک نهم در سال ۱۴۰۲

مبلغ	هزینه-درآمد خانوار شهری دهک نهم
۳,۱۵۲,۸۸۸,۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالانه
۳,۹۴۳,۹۷۴,۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالانه (با لحاظ کردن نسبت درآمد به هزینه‌ها)
۵۹۱,۵۹۶,۰۰۰	مالیات بر درآمد (۱۵ درصد)
۴,۵۳۵,۵۷۰,۰۰۰	جمع درآمد سالیانه مورد انتظار
۳۷۷,۹۶۴,۰۰۰	درآمد ماهیانه مورد انتظار

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

هزینه زندگی دهک دهم

مجموع هزینه‌های یک خانوار در دهک دهم درآمدی در سال ۱۴۰۱ مبلغ ۳,۶۲۴,۸۳۹,۰۰۰ ریال (۷۱۷,۳۷۰,۰۰۰ ریال هزینه‌های خوراکی و دخانی ۲,۹۰۷,۴۶۹,۰۰۰ ریال هزینه‌های غیرخوراکی) بود. با اعمال نرخ تورم سال ۱۴۰۱ (معادل ۴۶/۵ درصد) به مجموع هزینه‌های خانوار دهک دهم در سال ۱۴۰۱، متوسط مخارج سالیانه خانوار در سال ۱۴۰۲ برآورد گردید که حدود ۵,۳۱۰,۳۸۹,۰۰۰ ریال به دست آمد. در مرحله بعد، با لحاظ کردن نسبت درآمد به هزینه‌های خانوار دهک دهم درآمدی (۱۴۰٪) (۳۱, ۳۲) و اضافه کردن مالیات بر درآمد (معادل ۱۵ درصد)، متوسط درآمد مورد انتظار یک پزشک خانواده محاسبه شد. با محاسبه درآمد پزشک براساس مفروضات فوق، مبلغ ۸,۵۲۰,۳۹۸,۰۰۰ ریال به عنوان درآمد سالیانه مورد انتظار پزشک و مبلغ ۷۱۰,۰۳۳,۰۰۰ ریال به عنوان درآمد ماهیانه مورد انتظار پزشکان خانواده به دست آمد (جدول ۴).

جدول ۴- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده در دهک دهم در سال ۱۴۰۲

مبلغ	هزینه-درآمد خانوار شهری دهک دهم
۵,۳۱۰,۳۸۹,۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالانه
۷,۴۰۹,۰۴۲,۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالانه (با لحاظ کردن نسبت درآمد به هزینه‌ها)
۱,۱۱۱,۳۵۶,۰۰۰	مالیات بر درآمد (۱۵ درصد)
۸,۵۲۰,۳۹۸,۰۰۰	جمع درآمد سالیانه مورد انتظار
۷۱۰,۰۳۳,۰۰۰	درآمد ماهیانه مورد انتظار

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ب-۲- تعیین درآمد براساس قانون بودجه

مطابق مفاد بند (ج) تبصره ۱۲ قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور «سقف خالص پرداختی متوسط ماهانه در سال از محل حقوق و مزایای مستمر و غیرمستمر و سایر پرداختی‌ها از هر محل و تحت هر عنوان در سال ۱۴۰۲ به گروه‌های مختلف حقوق‌بگیر در دستگاه‌های اجرائی موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و همچنین نیروهای مسلح، وزارت اطلاعات و سازمان انرژی اتمی از قبیل کارکنان کشوری و لشکری، اعضای هیأت‌علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و قضات و بازنشستگان، وظیفه‌بگیران و مشترکان صندوق‌های بازنشستگی کشوری و لشکری و سایر صندوق‌های بازنشستگی وابسته به دستگاه‌های اجرائی در کلیه مناطق کشور به میزان پانصد و پنجاه میلیون (۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال است. پرداخت مازاد بر این مبلغ تحت هر عنوان و از محل هر نوع اعتبار به کارکنان کشوری و لشکری اعم از کارمندان، اعضای هیأت‌علمی، قضات و بازنشستگان در وزارتخانه‌ها و شرکت‌های دولتی و همچنین شرکت‌ها و مؤسساتی که مدیران آن به هر طریق توسط دولت و یا نهادهای عمومی منصوب می‌شوند، ممنوع است. براساس قانون بودجه سال ۱۴۰۲، سقف خالص پرداختی ماهانه ۵۵ میلیون تومان و سالانه ۶۶۰ میلیون تومان است. با فرض اینکه پزشکان خانواده در دهک نهم درآمدی قرار دارند ۸۰ درصد از مبلغ مشخص شده را دریافت خواهند کرد. با در نظر گرفتن مفروضات فوق، دریافتی ماهانه پزشکان مبلغ ۵۰۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال است (جدول ۵).

جدول ۵- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس قانون بودجه در سال ۱۴۰۲

مبلغ (ریال)	درآمد پزشکان براساس تبصره ۱۲ قانون بودجه سال ۱۴۰۲
۶,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	خالص سقف پرداختی سالانه
٪۸۰	درصد پرداختی به پزشکان خانواده
۵,۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰	خالص پرداختی سالانه به پزشکان خانواده
٪۱۵	مالیات بر درآمد
۶,۰۷۲,۰۰۰,۰۰۰	درآمد سالیانه مورد انتظار پزشکان خانواده
۵۰۶,۰۰۰,۰۰۰	درآمد ماهانه مورد انتظار پزشکان خانواده

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ب-۳- تعیین درآمد براساس متوسط درآمد سایر کشورها

بررسی وضعیت حقوق در ۷ کشور استرالیا، بلژیک، کانادا، فرانسه، المان، لوزامبرگ و هلند نشان داد که متوسط درآمد پزشکان ۲/۸ برابر متوسط حقوق است. با در نظر گرفتن متوسط حقوق سالانه ۲۵،۰۰۰ دلاری، دریافتی پزشکان خانواده حدود ۷۰،۰۰۰ دلار در سال خواهد بود. با لحاظ کردن برابری قدرت خرید در ایران نسبت به کشورهای مورد مطالعه (معادل یک ششم)، درآمد سالانه پزشکان ۱۱،۶۶۷ دلار و درآمد ماهانه حدود ۹۷۲ دلار خواهد بود. با ضرب مقدار دلاری حقوق در قیمت روز دلار (۵۰ هزار تومان)، دریافتی ماهانه پزشکان ۴۸۶،۱۱۱،۰۰۰ ریال است (جدول ۶).

جدول ۶- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس متوسط درآمد سایر کشورها در سال ۱۴۰۲

۲۵،۰۰۰	متوسط درآمد در سایر کشورها (دلار)
۲،۸۰	نسبت درآمد پزشکان به متوسط درآمد کشور
۷۰،۰۰۰	متوسط درآمد سالانه پزشکان در سایر کشورها (دلار)
۱/۶	برابری قدرت خرید در ایران نسبت به سایر کشورها (یک ششم)
۱۱،۶۶۷	متوسط درآمد سالانه پزشکان در ایران (دلار)
۹۷۲	متوسط درآمد ماهانه پزشکان در ایران (دلار)
۵۰،۰۰۰	قیمت روز دلار در ایران (ریال)
۵،۸۳۳،۳۳۲،۰۰۰	درآمد سالیانه مورد انتظار (ریال)
۴۸۶،۱۱۱،۰۰۰	درآمد ماهیانه مورد انتظار (ریال)

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ب-۴- تعیین درآمد براساس میانگین حقوق و کارانه دریافتی پزشکان
بررسی وضعیت حقوق و کارانه پرداختی به پزشکان عمومی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نشان داد که میانگین حقوق دریافتی ماهانه برابر است با ۲۱۲،۷۲۹،۰۰۰ ریال و میانگین کارانه ماهانه دریافتی برابر است با ۱۶۲،۰۶۱،۰۰۰ ریال. با اضافه کردن ۲ ماه حقوق به عنوان پاداش و عیدی، مجموع حقوق و کارانه دریافتی پزشکان مبلغ ۴۱۰،۲۴۵،۰۰۰ ریال است (جدول ۷).

جدول ۷- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس میانگین حقوق و کارانه دریافتی در سال ۱۴۰۲

مبلغ (ریال)	درآمد پزشکان براساس میانگین حقوق و کارانه
۲۱۲،۷۲۹،۰۰۰	میانگین ماهانه حقوق دریافتی پزشکان
۱۶۲،۰۶۱،۰۰۰	میانگین ماهانه کارانه دریافتی پزشکان
۴،۹۲۲،۹۳۸،۰۰۰	میانگین دریافتی سالانه پزشکان
۴۱۰،۲۴۵،۰۰۰	میانگین دریافتی ماهانه پزشکان

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ب-۵- تعیین درآمد براساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری

بررسی پرداختی بابت هر شیفت در درمانگاه‌ها و مراکز سرپایی یا اورژانس نشان داد که حداقل و حداکثر پرداختی بابت هر شیفت برابر است با ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ و ۲۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال. میانگین پرداختی بابت هر شیفت مبلغ ۱۸,۷۵۰,۰۰۰ ریال بود. با در نظر گرفتن ۲۲ روز کاری در هر ماه، میانگین دریافتی ماهانه پزشکان مبلغ ۴۱۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال خواهد بود (جدول ۸).

جدول ۸- درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری در سال ۱۴۰۲

مبلغ (ریال)	درآمد پزشکان براساس میانگین پرداختی بابت شیفت کاری
۱۵,۰۰۰,۰۰۰	حداقل پرداختی بابت هر شیفت
۲۲,۵۰۰,۰۰۰	حداکثر پرداختی بابت هر شیفت
۱۸,۷۵۰,۰۰۰	میانگین پرداختی بابت هر شیفت
۴,۹۵۰,۰۰۰,۰۰۰	دریافتی سالانه پزشکان
۴۱۲,۵۰۰,۰۰۰	دریافتی ماهانه پزشکان

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ب-۶- تعیین میانگین درآمد پزشکان خانواده

بررسی میانگین جزء حرفه‌ای خدمات بر اساس روش‌های مختلف نشان داد میانگین درآمد سالانه پزشکان حدود ۵۲۶ میلیون تومان و میانگین درآمد ماهانه حدود ۴۳/۹ میلیون تومان است (جدول ۹).

جدول ۹- میانگین درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده براساس روش‌های مختلف در سال ۱۴۰۲

میانگین درآمد	متوسط شیفیت	متوسط حقوق و کارانه	درآمد سایر کشورها	قانون بودجه	هزینه زندگی	
۵,۲۶۳,۰۰۰	۴,۹۵۰,۰۰۰	۴,۹۲۳,۰۰۰	۵,۸۳۳,۰۰۰	۶,۰۷۲,۰۰۰	۴,۵۳۶,۰۰۰	درآمد سالیانه (هزار ریال)
۴۳۹,۰۰۰	۴۱۳,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰	۴۸۶,۰۰۰	۵۰۶,۰۰۰	۳۷۸,۰۰۰	درآمد ماهیانه (هزار ریال)
۲۸۵	۲۸۵	۲۸۵	۲۸۵	۲۸۵	۲۸۵	روز کاری در سال
۸	۸	۸	۸	۸	۸	ساعت فعالیت در روز
۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	تعداد دقیقه در ساعت
۱۳۶۸۰۰	۱۳۶۸۰۰	۱۳۶۸۰۰	۱۳۶۸۰۰	۱۳۶۸۰۰	۱۳۶۸۰۰	تعداد دقیقه در سال
۳۸,۵۰۰	۳۶,۲۰۰	۳۶,۰۰۰	۴۲,۶۰۰	۴۴,۴۰۰	۳۳,۲۰۰	جزء حرفه‌ای به ازای هر دقیقه ارائه خدمت

ب-۷- تعیین جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده

با تقسیم کردن میانگین درآمد مورد انتظار پزشکان خانواده بر تعداد روز کاری (۲۸۵ روز در سال) و تعداد ساعت کار روزانه (۸ ساعت در روز)، هزینه جزء حرفه‌ای به ازای یک دقیقه فعالیت به دست آمد. بررسی‌های انجام شده نشان داد میانگین درآمد مورد انتظار پزشکان، حدود ۵۲۶ میلیون تومان است. با تقسیم کردن این هزینه‌ها بر تعداد دقیق فعالیت در سال (۱۳۶,۸۰۰ دقیقه)، هزینه جزء حرفه‌ای به ازای یک دقیقه ارائه خدمت، مبلغ ۳۸,۵۰۰ ریال برآورد شد (جدول ۹).

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ج- قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ج-۱- قیمت تمام شده یک دقیقه ارائه خدمت در مطب پزشکان خانواده

با تجمیع هزینه‌های جزء فنی و جزء حرفه‌ای، مجموع هزینه‌های سالیانه یک مطب پزشک خانواده برابر بود با ۱۰,۰۵۷,۷۱۸,۰۰۰ ریال. از این مبلغ ۴۷/۷ درصد به جزء فنی و ۵۲/۳ درصد به جزء حرفه‌ای اختصاص داشت. از بین آیتم‌های هزینه‌ای جزء فنی، بیشترین درصد به هزینه‌های پرسنلی (۱۶/۷ درصد) و فضای فیزیکی (۱۴/۴ درصد) اختصاص داشت. تقسیم کردن هزینه‌های سالیانه بر تعداد دقایق فعالیت در یک سال (۱۳۶,۸۰۰ دقیقه) نشان داد قیمت تمام شده به ازای یک دقیقه فعالیت، مبلغ ۷۳,۵۰۰ ریال است (جدول ۱۰).

جدول ۱۰- قیمت تمام شده یک دقیقه ارائه خدمت در مطب پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

آیتم‌های هزینه‌ای		درصد از کل
هزینه‌های فضای فیزیکی	۱,۴۵۲,۶۷۲,۰۰۰	۱۴,۴٪
هزینه‌های تجهیزات پزشکی	۵۳۳,۵۱۹,۰۰۰	۵,۳٪
هزینه‌های تجهیزات غیر پزشکی	۴۲۳,۰۶۸,۰۰۰	۴,۲٪
هزینه‌های مواد مصرفی	۲۳۸,۰۹۳,۰۰۰	۲,۴٪
هزینه‌های جاری مطب	۴۶۸,۸۲۰,۰۰۰	۴,۷٪
هزینه‌های پرسنلی	۱,۶۷۸,۷۷۸,۰۰۰	۱۶,۷٪
جزء حرفه‌ای	۵,۲۶۲,۷۶۸,۰۰۰	۵۲,۳٪
مجموع هزینه‌های سالیانه مطب	۱۰,۰۵۷,۷۱۸,۰۰۰	۱۰۰,۰٪
روز کاری در سال	۲۸۵	
ساعت فعالیت در روز	۸	
تعداد دقیقه در ساعت	۶۰	
تعداد دقیقه در سال	۱۳۶,۸۰۰	
قیمت تمام شده به ازای هر دقیقه ارائه خدمت	۷۳,۵۰۰	

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

ج-۲- سرانه جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده

با در نظر گرفتن متوسط جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده مورد (۲،۶۰۰ نفر)، در صورتی که فقط بیماران تحت پوشش ویزیت شوند سرانه ماهیانه هر نفر ۳۲۲،۴۰۰ ریال به دست آمد (جزء فنی برابر با ۱۵۳،۷۰۰ ریال و جزء حرفه‌ای برابر است با ۱۶۸،۷۰۰). در صورتی که فرض شود حدود ۱۵ درصد از بیماران مراجعه کننده به پزشک خارج از پوشش پزشک باشند مقدار سرانه برای جمعیت تحت پوشش حدود ۲۷۴،۰۰۰ ریال خواهد بود (جزء فنی برابر با ۱۳۰،۶۰۰ ریال و جزء حرفه‌ای برابر است با ۱۴۳،۴۰۰) (جدول ۱۱).

جدول ۱۱- سرانه جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

سناریو ۱ (۱۰۰٪ تحت پوشش)	سناریو ۱ (۸۵٪ تحت پوشش)	هزینه سالیانه (ریال)	آیتم‌های هزینه‌ای
۴۶،۶۰۰	۳۹،۶۰۰	۱،۴۵۲،۶۷۲،۰۰۰	هزینه‌های فضای فیزیکی
۱۷،۱۰۰	۱۴،۵۰۰	۵۳۳،۵۱۹،۰۰۰	هزینه‌های تجهیزات پزشکی
۱۳،۶۰۰	۱۱،۵۰۰	۴۲۳،۰۶۸،۰۰۰	هزینه‌های تجهیزات غیر پزشکی
۷،۶۰۰	۶،۵۰۰	۲۳۸،۰۹۳،۰۰۰	هزینه‌های مواد مصرفی
۱۵،۰۰۰	۱۲،۸۰۰	۴۶۸،۸۲۰،۰۰۰	هزینه‌های جاری مطب
۵۳،۸۰۰	۴۵،۷۰۰	۱،۶۷۸،۷۷۸،۰۰۰	هزینه‌های پرسنلی
۱۶۸،۷۰۰	۱۴۳،۴۰۰	۵،۲۶۲،۷۶۸،۰۰۰	جزء حرفه‌ای
۳۲۲،۴۰۰	۲۷۴،۰۰۰	۱۰،۰۵۷،۷۱۸،۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالیانه مطب

د- تحلیل حساسیت قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

قیمت تمام شده جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده

تحلیل حساسیت روشی برای تغییر دادن در ورودی‌های یک مدل آماری به صورت سازمان‌یافته است که بتوان تأثیرات این تغییرها را در خروجی مدل پیش‌بینی کرد. اطلاعات به دست آمده از مطالعه حاضر، به عنوان متوسط هزینه‌های جزء فنی در نظر گرفته شد. برای به دست آوردن حداقل و حداکثر هزینه‌های جزء فنی به ترتیب اعداد به دست آمده در ۷۰٪ و ۱۳۰٪ ضرب شدند. به این معنی که ۷۰٪ هزینه‌های متوسط به عنوان حداقل هزینه و ۱۳۰٪ هزینه‌های متوسط به عنوان حداکثر هزینه در نظر گرفته شود و هزینه جزء فنی براساس آن محاسبه شد. همانطور که از جدول مشخص است در صورتی که به ترتیب حداقل، متوسط و حداکثر هزینه‌های جزء فنی وارد مدل شوند، هزینه جزء فنی به ازای یک دقیقه ارائه خدمت به ترتیب مبالغ ۲۴،۵۰۰، ۳۵،۱۰۰ و ۴۵،۶۰۰ ریال خواهد بود (جدول ۱۲).

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

جدول ۱۲- تحلیل حساسیت قیمت تمام شده جزء فنی بسته خدمات پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

حد اکثر	متوسط	حداقل	آیتم‌های هزینه‌ای
۱,۸۸۸,۴۷۴,۰۰۰	۱,۴۵۲,۶۷۲,۰۰۰	۱,۰۱۶,۸۷۰,۰۰۰	هزینه‌های فضای فیزیکی
۶۹۳,۵۷۵,۰۰۰	۵۳۳,۵۱۹,۰۰۰	۳۷۳,۴۶۳,۰۰۰	هزینه‌های تجهیزات پزشکی
۵۴۹,۹۸۸,۰۰۰	۴۲۳,۰۶۸,۰۰۰	۲۹۶,۱۴۸,۰۰۰	هزینه‌های تجهیزات غیرپزشکی
۳۰۹,۵۲۱,۰۰۰	۲۳۸,۰۹۳,۰۰۰	۱۶۶,۶۶۵,۰۰۰	هزینه‌های مواد مصرفی
۶۰۹,۴۶۶,۰۰۰	۴۶۸,۸۲۰,۰۰۰	۳۲۸,۱۷۴,۰۰۰	هزینه‌های جاری مطب
۲,۱۸۲,۴۱۱,۰۰۰	۱,۶۷۸,۷۷۸,۰۰۰	۱,۱۷۵,۱۴۵,۰۰۰	هزینه‌های پرسنلی
۶,۲۳۳,۴۳۵,۰۰۰	۴,۷۹۴,۹۵۰,۰۰۰	۳,۳۵۶,۴۶۵,۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالیانه مطب
۲۸۵	۲۸۵	۲۸۵	تعداد روز کاری در سال
۸	۸	۸	تعداد ساعت فعالیت در روز
۶۰	۶۰	۶۰	تعداد دقیقه در ساعت
۱۳۶۸۰۰	۱۳۶۸۰۰	۱۳۶۸۰۰	تعداد دقیقه در سال
۴۵,۶۰۰	۳۵,۱۰۰	۲۴,۵۰۰	جزء فنی به ازای هر دقیقه ارائه خدمت

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

قیمت تمام شده جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده

برای انجام تحلیل حساسیت در جزء حرفه‌ای، درآمد پزشکان براساس میانگین ۵ روش مورد بررسی (هزینه زندگی براساس دهک نهم، قانون بودجه، میانگین سایر کشورها، میانگین حقوق و کارانه و میانگین شیفت کاری) یا دهک دهم درآمدی باشند محاسبه شد و هزینه جزء حرفه‌ای به ازای یک دقیقه ارائه خدمت به دست آمد. مقدار درآمد مورد انتظار ماهانه پزشکان خانواده در صورتی که درآمد میانگین را دریافت کنند مبلغ ۴۳/۸ میلیون تومان و در صورتی که در دهک دهم درآمدی باشد مبلغ ۷۱ میلیون تومان خواهد بود.

همانطور که از جدول مشخص است با در نظر گرفتن میانگین درآمد ۵ روش و یا دهک دهم درآمدی برای پزشکان خانواده، هزینه جزء حرفه‌ای به ازای یک دقیقه ارائه خدمت به ترتیب مبلغ ۳۸،۵۰۰ و ۶۲،۳۰۰ ریال خواهد شد (جدول ۱۳).

جدول ۱۳- تحلیل حساسیت قیمت تمام شده جزء حرفه‌ای بسته خدمات پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

دهک دهم	میانگین ۵ روش	هزینه-درآمد خانوار شهری
۸،۵۲۰،۳۹۸،۰۰۰	۵،۲۶۲،۷۶۸،۰۰۰	درآمد سالیانه مورد انتظار
۷۱۰،۰۳۳،۰۰۰	۴۳۸،۵۶۴،۰۰۰	درآمد ماهیانه مورد انتظار
۲۸۵	۲۸۵	تعداد روز کاری در سال
۸	۸	تعداد ساعت فعالیت در روز
۶۰	۶۰	تعداد دقیقه در ساعت
۱۳۶،۸۰۰	۱۳۶،۸۰۰	تعداد دقیقه در سال
۶۲،۳۰۰	۳۸،۵۰۰	جزء حرفه‌ای به ازای یک دقیقه ارائه خدمت

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

برای محاسبه سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده، هزینه‌های جزء فنی در سه طیف حداقل، متوسط و حداکثر و هزینه‌های جزء حرفه‌ای براساس میانگین درآمد ۵ روش و دهک دهم درآمدی در نظر گرفته شد. سرانه جمعیت تحت پوشش نیز ۳۰۰۰ نفر لحاظ شد.

در جدول زیر هزینه‌های جزء فنی در سه طیف آورده شده است و پزشکان ماهانه درآمدی معادل میانگین درآمد براساس ۵ روش دریافت می‌کنند (۴۳/۸ میلیون تومان). همانطور که در جدول مشخص است در صورتی که همه افراد مراجعه کننده به پزشکان خانواده جزو افراد تحت پوشش وی باشند مبلغ سرانه با حداقل هزینه جزء فنی، معادل ۲۳۹،۴۰۰ ریال و با متوسط هزینه جزء فنی معادل ۲۷۹،۴۰۰ ریال و با حداکثر هزینه جزء فنی معادل ۳۱۹،۳۰۰ ریال خواهد بود. در صورتی که ۸۵ افراد مراجعه کننده جزو افراد تحت پوشش باشند مبلغ سرانه به ترتیب مبلغ ۲۰۳،۵۰۰، ۲۳۷،۵۰۰ و ۲۷۱،۴۰۰ ریال می‌شود (جدول ۱۴).

جدول ۱۴- تحلیل تحسایت سرانه در صورت دریافت درآمد میانگین توسط پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

حداکثر هزینه	متوسط هزینه	حداقل هزینه	
۶،۲۳۳،۴۳۵،۰۰۰	۴،۷۹۴،۹۵۰،۰۰۰	۳،۳۵۶،۴۶۵،۰۰۰	هزینه‌های سالانه جزء فنی
۵،۲۶۲،۷۶۸،۰۰۰	۵،۲۶۲،۷۶۸،۰۰۰	۵،۲۶۲،۷۶۸،۰۰۰	هزینه‌های سالانه جزء حرفه‌ای
۱۱،۴۹۶،۲۰۳،۰۰۰	۱۰،۰۵۷،۷۱۸،۰۰۰	۸،۶۱۹،۲۳۳،۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالانه
۳،۰۰۰	۳،۰۰۰	۳،۰۰۰	سرانه جمعیت تحت پوشش
۳۱۹،۳۰۰	۲۷۹،۴۰۰	۲۳۹،۴۰۰	سرانه ماهانه (۱۰۰ درصد تحت پوشش)
۲۷۱،۴۰۰	۲۳۷،۵۰۰	۲۰۳،۵۰۰	سرانه ماهانه (۸۵ درصد تحت پوشش)

تعیین قیمت تمام شده و سرانه بسته خدمات پزشکان خانواده

در جدول زیر هزینه‌های جزء فنی در سه طیف آورده شده است و پزشکان درآمدی معادل درآمد افراد دهک دهم دریافت کنند (۷۱ میلیون تومان). همانطور که در جدول مشخص است در صورتی که همه افراد مراجعه کننده به پزشکان خانواده جزو افراد تحت پوشش وی باشند مبلغ سرانه با حداقل هزینه جزء فنی، معادل ۳۲۹،۹۰۰ ریال و با متوسط هزینه جزء فنی معادل ۳۶۹،۹۰۰ ریال و با حداکثر هزینه جزء فنی معادل ۴۰۹،۸۰۰ ریال خواهد بود. در صورتی که ۸۵ افراد مراجعه کننده جزو افراد تحت پوشش باشند مبلغ سرانه به ترتیب مبلغ ۲۸۰،۴۰۰، ۳۱۴،۴۰۰ و ۳۴۸،۴۰۰ ریال می‌شود (جدول ۱۵).

جدول ۱۵ - تحلیل حساسیت سرانه در صورت دریافت درآمد معادل دهک دهم توسط پزشکان خانواده در سال ۱۴۰۲

حداکثر هزینه	متوسط هزینه	حداقل هزینه	
۶،۲۳۳،۴۳۵،۰۰۰	۴،۷۹۴،۹۵۰،۰۰۰	۳،۳۵۶،۴۶۵،۰۰۰	هزینه‌های جزء فنی
۸،۵۲۰،۳۹۸،۰۰۰	۸،۵۲۰،۳۹۸،۰۰۰	۸،۵۲۰،۳۹۸،۰۰۰	هزینه‌های جزء حرفه‌ای
۱۴،۷۵۳،۸۳۳،۰۰۰	۱۳،۳۱۵،۳۴۸،۰۰۰	۱۱،۸۷۶،۸۶۳،۰۰۰	مجموع هزینه‌های سالانه
۳،۰۰۰	۳،۰۰۰	۳،۰۰۰	سرانه جمعیت تحت پوشش
۴۰۹،۸۰۰	۳۶۹،۹۰۰	۳۲۹،۹۰۰	سرانه ماهانه (۱۰۰ درصد تحت پوشش)
۳۴۸،۴۰۰	۳۱۴،۴۰۰	۲۸۰،۴۰۰	سرانه ماهانه (۸۵ درصد تحت پوشش)

1. Derafshi H, Kalantri Bengar B, Kasani E, Nazari M, Rahimi F, Vaseghi M, et al. Computing Cost Price by Using Activity Based Costing (ABC) Method in Dialysis Ward of Shahid Rajaei Medical & Education Center, in Alborz University of Medical Sciences Karaj in 2015. Alborz University Medical Journal. 2016;5(3):163-72.
2. Hadian M, Mohammadzade A, Imani A, Golestani M. Analysis and Unit Cost Estimation of Services using "Step-Down Method" in Fatemeh Hospital of Semnan University of Medical Sciences-2006 Iran. Journal of Health Administration. 2009;12(37):39-48.
3. Shepard DS, Hodgkin D, Anthony YE. Analysis of hospital costs: a manual for managers: World Health Organization; 2000.
4. Jamie R, Rezaie-Yamin F. Calculating the Cost Price of Health Care Services in Isfahan Social Security Hospital by Using Time-Driven Activity-Based Costing Method. Journal of Health Accounting. 2015;4(2):1-21.
5. Eden R, Lay C, Maingot M. Preliminary findings on abc adoption in canadian hospitals: Reasons for low rates of adoption. Irish Accounting Review. 2006;13(2):21-34.
6. Zahedi M, editor Determining the Cost of Health Services According to the Type of Service and the Service Provider Units at the Level of the Health Center of Borujen City. The Third National Seminar on Health Service Management Students; 2005; Tehran.
7. Lievens Y, Van den Bogaert W, Kesteloot K. Activity-based costing: a practical model for cost calculation in radiotherapy. International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics. 2003;57(2):522-35.
8. Ghanbari A, Haghghi S, Memari R. Verification of Cost of Dialysis Services and Tariffs Finished State by Using Activity-Based Costing in Imam Sajad Hospital. Journal of Health Administration. 2016;18(62):17-30.
9. Antikainen K, Roivainen T, Hyvärinen M, Toivonen J, Kärri T, editors. Activity Based Costing Process of a Day-Surgery unit-from Cost Accounting to Comprehensive Management. Frontiers of e-business research Conference proceedings of eBFR Febr; 2005.
10. Shank JH, Shank JK, Govindarajan V, Govindarajan S. Strategic cost management: The new tool for competitive advantage: Simon and Schuster; 1993.
11. Chen Z, Wang L. A generic activity-dictionary-based method for product costing in mass customization. Journal of Manufacturing Technology Management. 2007;18(6):678-700.
12. Mohammadi Y, Baghestani E, Bahrami M, Entezarian Ardekani S, Ahmadi Tehrani G. Calculating the cost price of dialysis in Shahid Sadoughi hospital using activity based costing: Yazd, 2011. Journal of Health Accounting. 2012;1(1):73-84.
13. Keys DE, Lefevre RJ. Departmental activity-based management. Management Accounting (USA). 1995;76(7):27-31.
14. Norozi T. Compression of Cast Price of Clinical Laboratories Services in VALIASR and MOAERI Hospitals in Tehran in 1387 year by using of ABC Model. MA Islamic Azad university Sciene and research unit. 2008;1387.
15. Naughton-Travers JP. Activity-based costing: the new management tool. Behavioral Health Management. 2001;21(2):48-52.

16. Kaplan SR, Anderson RS. The Innovation of Time-Driven Activity-Based Costing. *Journal of Cost Management*. 2007;21(2):5-17.
17. Kaplan RS, Anderson SR. *Time-driven activity-based costing: a simpler and more powerful path to higher profits*. Boston: Harvard business press; 2007.
18. Secretariat of the Family Medicine Center of the Ministry of Health TaME. *Program Instruction Family Medicine and Referral System in Urban Areas v3*. Tehran: Mirmah; 2022.
19. Anad K. *Towards the use Ontologies Activity Based Costing in Health care Organization*. IOS Press [serial online]; 2006. p. 537-42.
20. Kaplan RS. *Yesterday's accounting undermines production*. 1984.
21. Shu F, Weidong Z, Zhuo LZ, Haibin C, Yaohui Z. The application of time driven activity-based costing in fine cost management of the hospital. *Jiangsu Healthcare Administration*. 2014;6:063.
22. Dejnega O. Method time driven activity based costing–literature review. *Journal of Applied Economic Sciences (JAES)*. 2011;6(15):9-15.
23. Stouthuysen K, Swiggers M, Reheul A-M, Roodhooft F. Time-driven activity-based costing for a library acquisition process: A case study in a Belgian University. *Library Collections, Acquisitions, and Technical Services*. 2010;34(2-3):83-91.
24. Özyapıcı H. An implementation of time driven activity based costing system in a healthcare institution. 2008.
25. Khani A, Mehrani S, Ghane E. Applying Time-Driven Activity-Based Costing in the ICU Ward of Shariati Hospital of Isfahan Province. *Journal of Health Accounting* 2014;2(4):40-57.
26. Khalifeh Soltani S, Kalani MM. Applying Time-Driven Activity-Based Costing Method in the Manufacturing Companies. *Journal of Management Accounting*. 2012;5(15):83-102.
27. Foroghi D, Haghighi Parapari M, Rasaiian A. Feasibility of the Implementation of Activity-Based Costing (ABC) in Operational Budgeting of Government Agencies (A Case Study of Government Agencies of Isfahan Province). *Journal of Health Accounting*. 2012;1(1):47-62.
28. Tollington T, Wachter P. ABC/TA for Internet retail shopping. *International Journal of Retail & Distribution Management*. 2001;29(4):149-55.
29. Negrini D, Kettle A, Sheppard L, Mills G, Edbrooke D. The cost of a hospital ward in Europe: is there a methodology available to accurately measure the costs? *Journal of health organization and management*. 2004;18(2-3):195-206.
30. Yari K, Moradi S, Gharibi F, Ostovar M. Costs of primary health centers and health centers in Kurdistan Province in 2014. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;21(6):36-43.
31. Statistics and Strategic Information Center. *Statistical Yearbook of the Ministry of Cooperation, Labor and Social Welfare for the year 1401*. Tehran: Statistics and Strategic Information Center; 2023.
32. Ministry of Cooperation LaSW. What Is Your Income Decile? 2023 [Available from: <https://fararu.com/fa/news/678311/%D8%B4%D9%85%D8%A7-%D8%B9%D8%B6%D9%88-%DA%A9%D8%AF%D8%A7%D9%85-%D8%AF%D9%87%DA%A9-%D8%AF%D8%B1%D8%A2%D9%85%D8%AF%DB%8C-%D9%87%D8%B3%D8%AA%DB%8C%D8%AF>].