

مقایسه‌ی هزینه‌های صورت حساب‌های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه‌های مصوب در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

آزاده چترروز^۱، حمیده جوادی نسب^۲، محمد کاظم امینی^۳
دکتر محمود بیگلر^۴، نهضت گودرزی^۵، جواد زارعی^۶

چکیده

زمینه و هدف: یکی از سوالات همیشگی برای بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه گر برآورد تعرفه‌ی واقعی اعمال جراحی گلوبال است. لذا هدف این پژوهش مقایسه هزینه‌های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه‌های مصوب در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

روش بررسی: این مطالعه یک بررسی توصیفی-مقطعی است، که در تعداد ۹ بیمارستان منتخب دانشگاهی امام خمینی (ره)، شریعتی، آرش، فاطمه الزهرا (س)، زنان، شفا، علی اصغر (ع)، کانسر و رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردیده است. جامعه‌ی پژوهش، شامل کلیه‌ی صورت حساب‌های بستری مشمول تعرفه گلوبال در سال ۱۳۹۱ در این ۹ بیمارستان بود. داده‌های مورد نیاز از طریق صورت حساب‌های بیماران جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی و در نرم افزار SPSS16 تحلیل گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۹۰ عمل جراحی مشمول تعرفه گلوبال، ۶۸ مورد در بیمارستان‌های مورد پژوهش انجام شده بود. مقایسه‌ی میانگین هزینه‌ی بیمارستان با تعرفه گلوبال مصوب نشان داد که با استثنای تعداد ۷ عمل جراحی، در سایر موارد (۶۱ مورد) هزینه‌ی اعمال جراحی بین ۳ تا ۳۱۲ درصد بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب بود. بیشترین اختلاف (۳۱۲ درصد) مربوط به ترمیم تیغه‌ی بینی با یا بدون کاشت غضروف (سپتوپلاستی) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد تعرفه گلوبال واقعی نبوده و منجر به زیان بیمارستان‌ها می‌گردد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد برای جلوگیری از زیان بیمارستان‌ها در تعرفه‌های گلوبال، عواملی چون سن بیمار، وجود یا نبود بیماری همراه، شدت بیماری، مدت اقامت بیمار و نرخ تورم در کشور، در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: اعمال جراحی گلوبال، بیمارستان، صورت حساب‌های بیمارستانی، تعرفه‌های مصوب، دانشگاه علوم

* نویسنده مسئول :

جواد زارعی ؛

مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت

دانشگاه علوم پزشکی ایران

Email :

J.zarei27@gmail.com

پزشکی تهران

- دریافت مقاله بهمن ۱۳۹۳ پذیرش مقاله : اردیبهشت ۱۳۹۴

مقدمه

یکی از چالش‌های عمده‌ی سیاست‌گذاران نظام سلامت، نحوه‌ی تامین مالی خدمات سلامت می‌باشد (۱). بنابراین، امروزه بسیاری از کشورهای با درآمد کم یا درآمد متوسط به خاطر کاهش هزینه‌های نظام سلامت، در بازنگری در نظام بیمه همگانی، بازپرداخت هزینه‌های خدمات و تخصیص منابع مالی

^۱ کارشناس ارشد مدیریت اجرایی- استراتژیک، معاونت امور مالی، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، گروه هماهنگی سیاست های بخش سلامت، وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

^۳ کارشناسی ارشد فیزیک، معاونت توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ پزشک داروساز، دانشجوی دکتری پژوهشی علوم دارویی، معاونت توسعه مدیریت و

برنامه ریزی منابع، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، معاونت امور مالی، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

^۶ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و

اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

رقابت و افزایش کیفیت خدمات، بیمه شدگان در صورت عدم رضایت در فواصل مقرر حق دارند ارائه کننده‌ی خدمات خود را تغییر دهند. نظام پرداخت سرانه ممکن است به صورت ساده یا پیچیده باشد. در نظام‌های ساده، ارائه کننده‌ی خدمت به ازای هر بیمار مبلغ ثابتی دریافت می‌کند. در نظام‌های پیچیده‌تر، مبلغ پرداختی براساس عواملی مثل سن و جنس تعیین می‌شود(۷).

یکی دیگر از روش‌های پرداخت متداول، روش پرداخت کارانه(پرداخت به ازای خدمت) است. این روش پرداخت بر اساس میزان (تعداد) خدمات ارائه شده به بیماران صورت می‌گیرد(۹). در این روش هریک از خدمات(ویزیت، خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی، تخت روز، جراحی، داروها و لوازم مصرفی)، ارائه شده ثبت و هزینه هر یک از این خدمات برابر تعرفه تعیین شده، محاسبه می‌شود و توسط ارائه دهنده‌ی خدمات از بیمار یا سازمان‌های طرف قرارداد دریافت خواهد شد. تعرفه‌ی تعیین شده ممکن است به صورت یک رقم ثابت باشد و یا اینکه به صورت ضریب بوده و سپس در یک مبلغ ضرب شود. این نظام همچنان گسترده‌ترین کاربرد را در کشورهای در حال توسعه برای پرداخت به پزشکان و بیمارستان‌ها دارد(۸).

یکی دیگر از روش‌های مرسوم برای بازپرداخت هزینه‌های خدمات در بیمارستان‌ها، نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG یا Diagnosis Related Group) است(۱۰). نظام DRG یک روش پرداخت آینده نگر برای خدمات درمانی است که اولین بار در ایالات متحده برای بیماران تحت پوشش بیمه مدیکر(Medicare)، جایگزین روش‌های پرداخت گذشته نگر گردید. هدف از DRG کاهش هزینه‌های خدمات

سلامت خود می‌کوشند(۲). در بین بخش‌های مختلف نظام سلامت، بیمارستان‌ها به عنوان بزرگ‌ترین و پرهزینه‌ترین واحدهای عملیاتی نظام بهداشت و درمان شناخته می‌شوند. از این رو توجه کامل به کارآیی و هزینه‌های آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است(۳).

در تمامی کشورها، بیمارستان‌ها به عنوان منبع اجتماعی حیاتی و ضروری تلقی می‌شوند که باید در راستای منافع جامعه اداره شوند(۴). در ایران بیش از ۶ درصد تولید ناخالص ملی و ۱۰-۵ درصد هزینه‌های دولت به این بخش اختصاص یافته است که بیمارستان‌ها تقریباً حدود ۸۰-۵۰ درصد هزینه‌ی کل بهداشت و درمان را به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین، ضروری است برای جلوگیری از هدر رفتن منابع، بیمارستان‌ها اقتصادی‌تر اداره شوند(۵).

در بیشتر کشورهای جهان، تامین مالی ارائه کنندگان خدمات سلامت اغلب به شکل بودجه‌ی تخصیصی و به صورت کلی و سالانه انجام می‌گیرد. ملاک تخصیص بخصوص در بخش هزینه‌های جاری براساس کیفیت خدمات، هزینه‌ی خدمات و سطح عملکرد است. نظام مصوب محاسبه‌ی قیمت خدمات براساس برآورد هزینه است و نظام‌های پرداخت در سطح دوم مثل بیمارستان‌ها بیشتر براساس سرانه، کارانه و پرداخت با نرخ ثابت است(۶). در نظام پرداخت سرانه، به ارائه کنندگان به ازای تعداد بیمارانی که در فهرست آنها منظور شده است، صرف نظر از میزان خدمات ارائه شده در یک دوره زمانی مشخص(معمولاً یک سال) مبلغ ثابتی پرداخت می‌شود(۷). در واقع نظام پرداخت سرانه‌ای، نوعی پرداخت ثابت به عرضه کنندگان خدمات در ازای ارائه خدمات مراقبتی به جمعیتی معین، در دوره‌ای مشخص است(۸). در این نظام به منظور تشویق

بهداشتی و درمانی و افزایش کیفیت مراقبت بود(۱۱).

در ایران نیز در سال ۱۳۸۷ مطالعه‌ای انجام شد تا تعرفه‌ای برای پرداخت هزینه‌های اعمال جراحی شایع به صورت گلوبال تعیین گردد. مبنای پرداخت هزینه‌های درمانی در این نظام، برداشتی از نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG) بود(۱۲). نظام گلوبال از سال ۱۳۷۸ به اجرا درآمد و با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نمایندگان سازمان‌های بیمه گر پایه، تعداد ۶۰ مورد از اعمال جراحی شایع که دارای کدهای جراحی نزدیک به هم بودند، انتخاب و با توجه به متوسط هزینه‌ی صورت حساب‌های اعمال جراحی مورد نظر، تعرفه‌ی آنها به صورت یک رقم کلی تعیین شد(۱۳). بر این اساس، سازمان‌های بیمه گر بدون توجه به هزینه‌های صرف شده توسط بیمارستان برای انجام هر عمل جراحی گلوبال، تنها متعهد به پرداخت تعرفه‌ی مصوب می‌باشند(۱۴). در نظام گلوبال کل هزینه‌ی هر یک از اعمال جراحی را مجموع هزینه‌های حق-العمل جراح، کمک جراح، اتاق عمل، بیهوشی، ویزیت، مشاوره، الکتروکاردیوگرافی، آزمایش، پاتولوژی، رادیولوژی، سونوگرافی، دارو، وسایل مصرفی، و سایر هزینه‌های یک مورد متوسط در آن گروه در هر نوع بیمارستان تشکیل می‌دهد. در اجرای طرح گلوبال اهدافی مانند: کاهش مدت زمان رسیدگی به صورت حساب‌های بستری توسط سازمان‌های بیمه‌گر، توجه بیشتر بیمارستان‌ها به مدیریت منابع در طرح خودگردانی مراکز بهداشتی درمانی و افزایش رضایتمندی بیماران، مدنظر بود(۱۳). در حال حاضر، نظام گلوبال جهت پرداخت در سطح دوم و سوم خدمت، به کار می‌رود(۱۴ و ۱۲). به دلیل رقابتی شدن فعالیت بیمارستان‌ها و تمرکز

شدید بر کیفیت مراقبت بیماران از یک سو و افزایش هزینه‌های خدمات از سوی دیگر، بیمارستان‌ها ناگزیر به مدیریت هزینه‌های خود شده‌اند(۱۵). یکی از راه‌های مدیریت هزینه‌ها، تعیین قیمت واقعی و یا تمام شده‌ی خدمات است. بهای تمام شده‌ی خدمات، خود نیز ابزار مهمی برای برنامه ریزی، کنترل و نظارت بر هزینه‌ها و درآمدهای بیمارستان است. لذا در سال‌های اخیر، مطالعات مختلفی به بررسی قیمت تمام شده یا قیمت واقعی و مقایسه‌ی هزینه‌ی خدمات با تعرفه‌های مصوب، پرداخته‌اند(۲۰-۱۲).

مقایسه‌ی هزینه‌های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه‌های مصوب نیز یکی از موارد مورد بررسی در برخی از مطالعات به شمار می‌رود. برای مقایسه، این مطالعات به بررسی هزینه‌های خدمات ارائه شده به بیمار(هزینه ویزیت، مشاوره، تخت روز، خدمات پرستاری، اتاق عمل، حق‌العمل جراح، حق‌العمل کمک جراح، دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل، بیهوشی، سونوگرافی، آزمایش‌ها و رادیولوژی) مطابق با تعرفه‌های مصوب و مقایسه‌ی آن با تعرفه گلوبال پرداخته‌اند(۱۵-۱۲). نتایج برخی از این مطالعات نشان دهنده‌ی ضعف‌هایی در تعرفه گذاری برخی از اعمال جراحی گلوبال و غیر واقعی بودن این تعرفه‌هاست(۲۰ و ۱۳ و ۱۲).

از سوی دیگر در سال‌های اخیر به خاطر مشکلات ارزی و تورم، قیمت دارو و لوازم مصرفی افزایش چشمگیری پیدا کرده است، در حالی که نرخ تعرفه‌ها متناسب با نرخ تورم، رشد نکرده است. لذا تعرفه واقعی اعمال جراحی گلوبال همیشه یکی از سوالات اساسی بیمارستان‌های کشور بوده است(۱۳). از سوی دیگر، بخش زیادی از مراجعه کنندگان بستری به بیمارستان‌ها را موارد گلوبال تشکیل می‌دهند، بنابراین نرخ گذاری تعرفه‌های اعمال

محدویت به صورت حساب‌ها و پرونده‌های بیماران را برای پژوهشگران فراهم می‌کرد، دوم انجام بیشتر اعمال جراحی گلوبال مورد نظر در آنها بود، و سوم، درجه‌ی ارزشیابی یک برای بیمارستان‌ها در زمان انجام پژوهش بود. لازم به ذکر است که این پژوهش در زمان ادغام دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، انجام شد و بیمارستان‌های مذکور همگی جزو دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند.

در این پژوهش، کلیه صورت حساب‌های بستری مشمول تعرفه گلوبال، در سال ۱۳۹۱، در ۹ بیمارستان مزبور که تا پایان سال ۱۳۹۱، ۹۰ مورد عمل جراحی مشمول تعرفه گلوبال بودند، بررسی شد. در این پژوهش، کلیه اعمال جراحی گلوبال مد نظر بودند، اما تنها اعمالی بررسی گردید که معیار ورود به مطالعه را داشتند. معیار ورود، وجود نمونه‌ی کافی (حداقل ۱۰ صورت حساب) از عمل جراحی در بیمارستان‌های مورد مطالعه بود. لذا تعداد اعمال جراحی که کمتر از ۱۰ مورد در یک یا چند بیمارستان انجام شده بود، از مطالعه خارج شد. از مجموع ۹۰ عمل جراحی مشمول تعرفه گلوبال، ۶۸ مورد معیار ورود به مطالعه را داشت.

برای جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگران به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه و با همکاری واحد تریخیص بیمارستان اقدام به جمع‌آوری داده‌ها کردند. برای محاسبه‌ی هزینه خدمات، از داده‌های مربوط به صورت حساب بیمار در پرونده‌ی کاغذی و داده‌های موجود در نظام اطلاعات بیمارستان (Hospital Information System) استفاده گردید. ابزار استفاده شده برای جمع‌آوری داده‌ها، چک لیست بود. چک لیست متناسب با اهداف پژوهش و مطابق با موارد موجود در صورت حساب‌های بستری طراحی شد. این چک لیست شامل اطلاعات پذیرش

جراحی گلوبال، ارتباط مستقیمی با عملکرد بیمارستان‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر و کیفیت مراقبت بیماران دارد. در صورتی که به هر دلیلی نرخ تعرفه‌های گلوبال، غیر واقعی باشد، می‌تواند اثرات منفی زیادی بر ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت داشته باشد. بیشتر بودن قیمت واقعی تعرفه‌های گلوبال، باعث زیان دهی بیمارستان‌ها شده و ضمن ایجاد مشکلات مالی برای اداره‌ی آنها، می‌تواند منجر به کاهش سطح ارائه خدمات به بیماران با اعمال جراحی گلوبال گردد، و در نهایت باعث افت کیفیت مراقبت گردد. کمتر بودن قیمت واقعی تعرفه‌های گلوبال، نیز منجر به زیان سازمان‌های بیمه‌گر و کاهش توان پرداختی آنها می‌شود.

بنابراین با توجه به اهمیت تعرفه‌ها و هزینه‌های اعمال جراحی گلوبال، هدف مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی هزینه‌های اعمال جراحی گلوبال انجام شده با تعرفه‌های مصوب در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران است. نتایج این مطالعه می‌تواند مورد استفاده‌ی سیاست‌گذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیریت بیمارستان‌ها جهت کنترل هزینه‌های بیمارستانی و نیز سازمان‌های بیمه‌گر قرار بگیرد.

روش بررسی

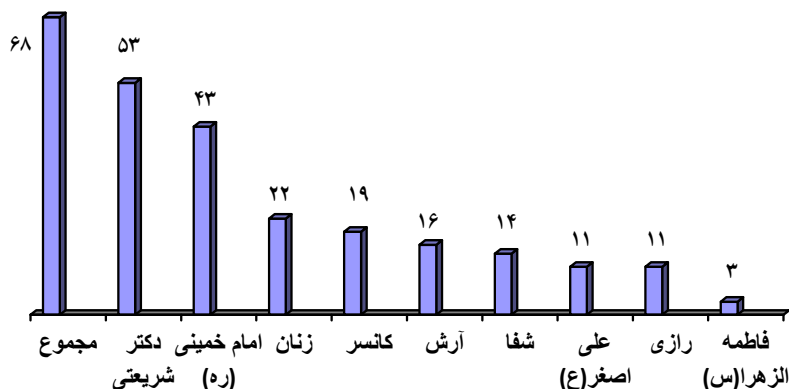
این مطالعه، یک بررسی توصیفی - مقطعی بود که در سال ۱۳۹۱ در تعداد ۹ بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. این پژوهش در بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی، آرش، فاطمه الزهرا (س)، زنان، شفا، علی اصغر (ع)، انستیتو کانسر و رازی انجام گردید. بیمارستان‌ها با سه معیار انتخاب گردیدند. اول وابستگی به دانشگاه علوم پزشکی تهران، که امکان دسترسی کامل و بدون

یافته‌ها

از مجموع ۹۰ نوع عمل جراحی مشمول تعرفه گلوبال، ۶۸ مورد در ۹ بیمارستان مورد پژوهش انجام شده بود. مقایسه‌ی میانگین هزینه‌ی خدمات با تعرفه گلوبال مصوب، برای مجموع ۶۸ عمل جراحی گلوبال که در بیمارستان‌های مورد پژوهش انجام شده بود، نشان داد به استثنای ۶ عمل جراحی، در سایر موارد (۶۲ مورد) هزینه‌ی صورت حساب بیمار بین ۳ تا ۳۱۲ درصد بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب است. در مجموع به صورت میانگین قیمت خدمات برای هر صورت حساب معادل (۶,۰۶۶,۷۶۹) ریال و هزینه پیش بینی شده در تعرفه گلوبال معادل (۴,۳۴۱,۶۶۳) ریال بود که مقایسه این دو حاکی از اختلاف ۱,۷۲۵,۱۰۶ ریال به ازای هر صورت حساب است؛ یعنی بیمارستان‌ها به طور میانگین ۱,۷۲۵,۱۰۶ ریال به ازای هر صورت حساب متضرر شده بودند.

بیمار (شماره پرونده، ماه بستری، نوع بیمه و طول مدت اقامت) و اطلاعات مربوط به هزینه‌های خدمات بستری (هزینه ویزیت، مشاوره، تخت روز، خدمات پرستاری، اتاق عمل، حق العمل جراح، حق العمل کمک جراح، دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل، بیهوشی، سونوگرافی، آزمایش‌ها و رادیولوژی) بود. روایی محتوایی چک لیست با نظر ۱۰ نفر کارشناس (شامل پنج نفر کارمند واحد ترخیص، سه کارشناس بیمه و دو نفر دکترای اقتصاد (سلامت) تایید گردید. داده‌ها با مراجعه به پرونده‌ی کاغذی بیمار و صورت حساب‌های موجود در سیستم اطلاعات بیمارستانی جمع آوری گردیدند.

اطلاعات مربوط به هزینه‌ی تعرفه گلوبال از بخشنامه سال ۹۱ شورای عالی بیمه در مورد نحوه‌ی محاسبه‌ی هزینه‌ی اعمال جراحی گلوبال در بیمارستان درجه یک به دست آمد (۲۱). داده‌های گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و درصد فراوانی) در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل گردید.



نمودار ۱: مقایسه‌ی فراوانی انجام اعمال جراحی گلوبال در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران

جدول ۱: فهرست اعمال جراحی با میانگین هزینهی صورت مساب بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب

میانگین ریالی اختلاف قیمت واقعی با تعرفه گلوبال	میانگین درصد اختلاف هزینهی صورت حساب با تعرفه گلوبال مصوب	عمل جراحی گلوبال
۳۳۰,۷۳۵	۳	شکستگی بسته یا باز انتهای پروگزیمال یا گردن فمور، جا اندازی باز تثبیت داخلی با پروتز
۲۹۷,۳۲۱	۴	نفرولیتوتومی، درآوردن هر نوع سنگ کلیه به هر شکل
۲۶۶,۵۵۶	۴	اروترولیتوتومی یک سوم تحتانی حالب
۱۳۰,۷۸۵	۵	جاناندازی شکستگی بسته تنه تیبا و فیبولا
۴۱۰,۳۴۱	۶	ماستکتومی رادیکال یا مدیفیه با یا بدون برداشتن غدد لنفاوی
۵۷۴,۰۴۹	۹	هیسترتومی کامل با یا بدون برداشتن تخمدان ها یا کولپاورتروسیستوسکوپی
۵۰۴,۱۰۰	۹	جاناندازی باز دوبل ساعد با ثابت کردن استخوان
۵۷۶,۳۳۵	۱۱	شکستگی دوبل ساعد، جاناندازی باز با ثابت کردن استخوان
۱,۴۸۵,۸۲۴	۱۲	شنت و نتریکول به صفاق یا پلور یا جاهای دیگر
۹۰۰,۷۲۸	۱۴	تیروئیدکتومی ساب توتال
۵۱۹,۵۳۲	۱۶	اکسیزیون سینوس پا یلونیدال با یا بدون ترمیم
۱,۳۳۹,۹۸۶	۱۸	اسپلنکتومی یا ترمیم پارگی آن
۳۰۵,۵۵۴	۱۸	شکستگی تنه رادیوس و اولنا بسته جا اندازی با دستکاری
۷۱۵,۱۴۳	۲۲	انسیزیون و درناژ آبسه ایسکورکتال، داخل جداری، همراه با فیستولکتومی زیر عضلانی
۷۲۰,۶۰۶	۲۲	سیستواورتروسیکوپی مستقیم، اورتروتومی داخلی
۱,۶۱۲,۴۱۴	۲۲	هیسترتومی از راه واژن با کلپواورتروسیستوپکسی (روش مارشال مارچتی - کرانتر)
۴۰۹,۰۵۸	۲۳	جاناندازی شکستگی بسته سوپرا کندیپلو ترانس کندیپلر
۷۶۰,۱۷۶	۲۳	هموروئید، هر نوع و هر روش، ساده یا پیچیده، با یا بدون فیستولکتومی، با یا بدون فیشرتکتومی
۲,۰۳۲,۸۳۶	۳۰	رزکسیون پروستات از داخل مجرا با یا بدون سیستوسکوپی و نظایر آن
۷۲۰,۸۰۷	۳۰	آمپوتاسیون انگشت شست یا بند انگشت (منفرد) دست یا پا، با یا بدون فلاپ
۹۶۳,۸۹۹	۳۱	رزکسیون یا ترمیم هیدروسل یک طرفه

۱,۱۱۸,۸۳۳	۳۷	اکسیزیون واریکوسل با بستن وریدهای اسپرما تیک برای واریکوسل (عمل مستقل)
۸۴۹,۱۹۹	۳۹	در آوردن سیم، پین، میخ، میل یا پلایت عمیق
۳,۸۵,۲۹۳	۳۹	فاستکتومی یا فورامینوتومی یک طرفه یا دو طرفه گردنی، پشتی، کمری
۱,۲۸۷,۰۶۹	۳۹	لاپاراسکوپی تشخیصی با یا بدون فولگوراسیون ضایعات تخمدان با یا بدون رفع چسبندگی ها و
۱,۳۶۹,۶۰۸	۳۹	فتق اینگوینال یکطرفه از هر نوع با یا بدون اکسیزیون هیدروسل یا اسپرما توسل بجز فتق اینگوینال مختنق
۱,۷۱۹,۳۳۳	۴۰	ترمیم فتق فمورال با انسیزیون کشاله ی ران دو طرفه ی راجعه با هر روشی
۲,۷۴۹,۹۴۰	۴۰	تیروئیدکتومی توتال
۲,۲۹۵,۲۸۴	۴۰	آناستوموز مستقیم شریانی و وریدی در هر محلی
۱,۷۹۶,۵۹۹	۴۱	فتق جدار قدامی شکم از هر نوع (نافی، اپیگا ستریک، اشیپگل)
۲,۹۵۶,۴۱۲	۴۱	کوله سیستکتومی با یا بدون کلانزیوگرافی یا اکسیپلوریزاسیون مجاری صفراوی
۱,۲۳۸,۶۰۱	۴۲	فیستولکتومی زیر عضلانی مشکل یا متعدد
۲,۰۵۷,۵۲۹	۴۵	رزکسیون تخمدان یک طرفه یا دو طرفه با یا بدون کیست به هر شکل
۲,۲۵۰,۷۳۴	۴۷	آپاندکتومی یا پریتونیت یا هردو با یا بدون درناژ آبسه
۱,۷۲۶,۵۲۲	۴۷	فتق اینگوینال مختنق یک طرفه
۱,۵۵۶,۷۶۱	۴۸	کولپورافی خلفی، ترمیم رکتوسل
۱,۶۹۸,۲۵۶	۴۹	اورکیوپکسی از هر نوع با یا بدون فتق یک طرفه
۱,۶۴۴,۹۸۰	۵۰	اکسیزیون واریکوسل از راه شکم با یا بدون ترمیم فتق
۳,۹۲۱,۷۲۳	۵۱	پروستاتکتومی سوپرپوبیک یک یا دو مرحله ای
۳,۱۳۳,۶۸۱	۵۳	سیستواورتروسکوپی با فولگوراسیون و برداشتن تومورهای بزرگ مثانه
۲,۸۸۸,۰۹۲	۵۵	ترمیم کولپورافی قدامی خلفی با یا بدون ترمیم انتروسل
۱,۱۱۴,۳۰۴	۵۶	فیشر کتومی با یا بدون اسفنکترتومی
۱,۱۴۴,۵۲۶	۵۷	بیوپسی و برداشتن توده های پستان یا ماستکتومی ناقص
۲,۹۹۲,۶۲۳	۵۸	سزارین به هر طریق (بدون محاسبه تخت روز نوزاد)

۱,۷۷۵,۴۵۴	۶۱	زایمان توسط پزشک به هر شکل (بدون محاسبه تخت روز نوزاد)
۲,۱۳۵,۴۲۹	۶۲	ترمیم فتق فمورال با انسیزیون کشاله ران یک طرفه
۴,۹۵۸,۸۰۹	۷۰	آنترولیز یا انسداد روده یا دنودنوستومی یا ژژنوستومی یا انتروتومی یا ولولوس
۱,۸۶۹,۲۳۹	۷۱	تراکلوپلاستی (عمل شیروودکار یا لاش)
۴,۰۳۱,۶۰۲	۷۲	حاملگی داخل لوله‌ای از راه شکم یا مهبل همراه با سالپنژکتومی با یا بدون اووفاورکتومی
۳,۲۷۹,۵۵۳	۷۶	میومکتومی منفرد یا متعدد، اکسیزیون تومور فیبروئید رحم از راه شکم (عمل مستقل)
۵۴۸,۸۱۴	۷۸	اکسیزیون بستر ناخن ناقص یا کامل (ناخن فرورفته در گوشت) با یا بدون بازسازی بستر ناخن (ساده یا مشکل)
۲,۲۶۴,۶۷۵	۸۲	نورولیز هر عصب در مچ دست یا بازو یا ساق پا، یک طرفه
۱,۲۲۵,۰۲۸	۸۳	شکستگی ساعد، دیستال رادیوس، جاناندازی با دستکاری بسته ساده یا مشکل
۱,۸۰۲,۹۹۳	۹۲	سقط قانونی به روش جراحی با یا بدون دیلاتاسیون و کورتاژ
۱,۷۸۹,۵۸۳	۹۹	دیلاتاسیون و کورتاژ تشخیصی و یا درمانی (غیر مامایی)
۱,۸۰۶,۰۶۶	۱۰۳	دیلاتاسیون و کورتاژ برای خونریزی بعد از زایمان در همان نوبت بستری شدن برای زایمان (عمل مستقل)
۱,۸۱۲,۰۷۰	۱۱۸	جاناندازی در رفتگی شانه با بیهوشی
۲,۷۷۳,۸۲۱	۱۲۲	تانسیلکتومی و آدنوتیڈکتومی در هر سنی
۵,۳۱۳,۶۷۰	۲۸۴	سیستواورتروسکوپی با کاتتریزاسیون حالب در بیمارستان با یا بدون نمونه برداری
۹,۸۷۲,۶۶۰	۳۱۲	ترمیم تیغه بینی با یا بدون کاشت غضروف (سپتوپلاستی)

نظر درصد، مربوط به عمل "ترمیم تیغه بینی با یا بدون کاشت غضروف (سپتوپلاستی) با میانگین اختلاف ۳۱۲ درصد، بود. از نظر ریالی نیز، بیشترین زیان مربوط به همین عمل با میانگین ۹,۸۷۲,۶۶۰ ریال به ازای هر عمل بود.

جدول ۱ فهرست اعمال جراحی با میانگین هزینه‌ی بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب را نشان می‌دهد. در ۶۱ مورد از اعمال جراحی، میانگین هزینه‌ی صورت حساب‌ها بین ۳ تا ۳۱۲ درصد بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب بود. در ۲۲ عمل میزان اختلاف بیش از ۵۰ درصد بود. بیشترین زیان دهی از

جدول ۲: فهرست اعمال جراحی با میانگین هزینهی صورت حساب کمتر از تعرفه گلوبال مصوب

عمل جراحی گلوبال	میانگین درصد اختلاف هزینه صورت حساب	میانگین ریالی اختلاف قیمت واقعی با تعرفه گلوبال
کرایوتومی تجسسی بالای چادرینه اکسترادرال یا ساب دورال با یا بدون تخلیه هماتوم شکستگی تنه فمور (شامل سوپرا کوندیل) جاناندازی بسته	۳۲	۳,۸۸۱,۶۳۶
شکستگی تنه فمور بسته یا باز جاناندازی باز با یا بدون تثبیت استخوان	۲۹	۱,۶۱۰,۱۵۳
برونکوسکوپی تشخیصی	۲۸	۲,۳۵۵,۶۴۷
نفرکتومی، شامل اورترکتومی ناقص با هر روش شامل برداشت دنده	۲۷	۷۰۰,۶۱۰
پروستاتکتومی رادیکال با یا بدون نمونه برداری از غده (غدد) لفاوی	۲۲	۲,۰۵۶,۷۵۷
جاناندازی شکستگی بینی به روش بسته	۱۳	۱,۲۹۶,۷۲۲
	۲	۳۱,۶۷۰

جدول ۲ فهرست اعمال جراحی با میانگین هزینهی صورت حساب کمتر از تعرفه گلوبال مصوب را نشان می‌دهد. در هفت مورد از اعمال جراحی گلوبال، هزینهی صورت حساب بین ۲ تا ۳۲ درصد کمتر از تعرفه گلوبال مصوب بود. بیشترین اختلاف از نظر درصد، مربوط به عمل "کرایوتومی تجسسی بالای چادرینه اکسترادرال یا ساب دورال با یا بدون تخلیه هماتوم" با میانگین اختلاف ۳۲ درصد بود. از نظر ریالی نیز، بیشترین سود مربوط به همین عمل با ۳,۸۸۱,۶۳۶ ریال به ازای هر عمل بود.

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد تفاوت قابل توجهی بین تعرفه‌ی مصوب برای هزینه‌های گلوبال و هزینهی صورت حساب این خدمات در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران وجود دارد و این تعرفه‌ها منجر به زیان بیمارستان‌ها شده است. در خصوص واقعی بودن تعرفه‌های

گلوبال چندین مطالعه انجام شده است که این مطالعات نتایج مختلفی را نشان می‌دهند. برای نمونه عرب و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای به مقایسه‌ی هزینه‌ی اعمال جراحی گلوبال با هزینه‌ی واقعی در انستیتو کانسر تهران در دو سال متوالی ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ پرداختند. نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که در هر دو سال تفاوت چشمگیری بین هزینه اعمال جراحی گلوبال پرداخت شده از سوی شرکت‌های بیمه‌گر به بیمارستان‌ها با هزینه‌های واقعی اعمال جراحی وجود دارد و هزینه‌های واقعی، بسیار بیشتر از تعرفه‌های گلوبال بود که در سال ۱۳۸۲ این اختلاف حدود ۱۷۸ هزار تومان (۱۷۸۴۶۳۱ ریال) و در سال ۸۳ حدود ۳۳ هزار تومان (۳۳۵۹۸۳ ریال) نشان داده شد (۱۲). یافته‌های مطالعه آنها با نتایج مطالعه حاضر همسو است. کیایی و مولاپور (۱۳۸۵) مطالعه‌ی دیگری در رابطه با مقایسه‌ی متوسط هزینه اعمال جراحی گلوبال در مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی قزوین انجام دادند. مقایسه‌ی هزینه اعمال جراحی انجام شده در این مرکز با هزینه‌ی گلوبال نشان دهنده‌ی این مطلب بود که این مرکز آموزشی در مورد اعمال جراحی

اگرچه روش پرداخت گلوبال برگرفته از نظام DRG است و نوعی روش پرداخت آینده نگر محسوب می‌شود، و امروزه نظام پرداخت آینده نگر در بسیاری از کشورها استفاده می‌شود، اما روش پرداخت گلوبال در مقایسه با نظام DRG تفاوت‌ها و ضعف‌هایی دارد (۲۲). عرب و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود ضمن مقایسه این دو با یکدیگر به برخی از ضعف‌های نظام گلوبال اشاره کرده‌اند. این ضعف‌ها عبارت است از اینکه در پرداخت گلوبال با نظام DRG این تفاوت وجود دارد که طبقات تشخیصی اصلی و گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه که در DRG به طور جامع و کامل در نظر گرفته شده است، در نظام گلوبال وجود ندارد. همچنین طبقاتی جهت اطلاعات غیر معتبر و متناقض و وضعیت ترخیص بیمار در نظر گرفته نشده است. متغیرهای سن، جنس، وجود یا نبود عوارض و بیماری‌های همراه، وزن زمان تولد یا پذیرش در نوزادان وجود ندارد و شدت بیماری و یا سطح پیچیدگی کلینیکی بیمار، و نیز خطر مرگ را نمی‌توان با توجه به این نظام تعیین نمود. در نظام‌های DRG به هر گروه، کدی تعلق می‌گیرد که با کدهای طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها مرتبط و هماهنگ است، اما در نظام گلوبال کدگذاری انجام نمی‌شود (۱۲).

سن بیمار، عامل مهمی است که در حال حاضر در محاسبه‌ی تعرفه‌ی گلوبال در نظر گرفته نمی‌شود. در حالی که تعداد زیادی از عمل جراحی گلوبال معمولاً در سنین بالا شایع‌تر هستند، و از همه مهمتر نتایج مطالعات نشان می‌دهد درمان افراد سالمند به دلیل وجود بیماری‌های همراه، کهولت سن و شرایط جسمانی خاص پرهزینه‌تر از سایر گروه‌های سنی است (۲۳).

یکی دیگر از ضعف‌های مطرح شده در خصوص

مانند فتق، تیروئیدکتومی، جاناندازی تیبیا، فیبولا و کوله سیستمکتومی به طور قابل توجهی متحمل هزینه‌ی بیشتری می‌شود. فقط در چند عمل محدود قیمت تمام شده‌ی اعمال جراحی به صورت ناچیزی بیشتر از تعرفه‌های مصوب بود. آنها بیان کردند که تعرفه‌های فعلی اعمال جراحی گلوبال در درازمدت می‌تواند اثرات منفی بر بازده کاری مراکز آموزشی و درمانی داشته باشد (۲۰). یافته‌های این مطالعه نیز با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو است.

پیرزاده و امانی (۱۳۹۰) در مطالعه‌ی دیگری به مقایسه‌ی هزینه‌ی عمل جراحی گلوبال تانسیلکتومی با تعرفه‌ی مصوب، در بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و فاطمی شهر اردبیل پرداختند. نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که تعرفه‌ی پرداختی بابت عمل جراحی تانسیلکتومی در مقایسه با کل هزینه‌ی پرداختی از طرف بیمارستان خیلی پایین است و بیمارستان‌ها متضرر می‌شدند (۱۹). در پژوهش حاضر نیز هزینه صورت حساب بیماران تانسیلکتومی به نحو قابل توجهی، بیشتر از تعرفه‌های مصوب بود.

اما در مطالعه مدنی و تاجی (۱۳۸۹) در بیمارستان امین اصفهان، هزینه صورت حساب برخی از اعمال جراحی گلوبال کمتر از تعرفه‌های مصوب گلوبال بود. آنها در مطالعه‌ی خود سه عمل شایع آپاندکتومی، فتق و سزارین را مورد بررسی قرار دادند. در هر سه عمل فوق، میانگین هزینه‌های صورت حساب بیماران کمتر از تعرفه‌ی مصوب گلوبال بود. بیشترین اختلاف مربوط به عمل آپاندکتومی (۲۵ درصد) و کمترین، مربوط به عمل فتق (۰/۹ درصد) بود (۱۵). یافته‌های مطالعه‌ی آنها با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسویی ندارد. در مطالعه حاضر هزینه‌های صورت حساب بیماران در هر سه عمل آپاندکتومی، فتق و سزارین بیشتر از تعرفه‌های مصوب گلوبال بود.

- برای جلوگیری از زیان بیشتر بیمارستان‌ها قیمت‌های تعرفه‌های گلوبال اعلام شده فعلی، بازبینی گردد.
- در محاسبه و قیمت گذاری تعرفه‌های اعمال جراحی گلوبال، عواملی چون سن بیمار، وجود یا نبود بیماری همراه، شدت بیماری، مدت اقامت بیمار و نحوه‌ی ترخیص در نظر گرفته شود.
- در محاسبه و قیمت گذاری تعرفه‌های اعمال جراحی گلوبال، به نوع فعالیت بیمارستان (آموزشی - درمانی یا درمانی) توجه گردد و برای جبران زیان احتمالی بیمارستان‌های آموزشی - درمانی تدابیری اندیشه شود.
- قیمت گذاری تعرفه‌های اعمال جراحی گلوبال در هر سال متناسب با نرخ تورم واقعی کشور باشد و در آن احتمال افزایش نرخ تورم در طول سال نیز پیش بینی گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل از گزارش پایانی، طرح پژوهشی به شماره ۲۳۴۰۹-۶۴-۰۲-۹۲ مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران است، که با حمایت مالی معاونت توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. همچنین بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از مسئولان واحد حسابرسی و ترخیص، در نه بیمارستان دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران، اعلام می‌دارند.

تعرفه گلوبال عدم توجه به نوع بیمارستان از نظر درمانی یا آموزشی درمانی بودن آن است. کیایی و مولاپور (۱۳۸۵) در مطالعه خود بیان کردند که در مراکز و یا بخش‌هایی آموزشی که دستیاران (رزیدنت‌ها) در حال تحصیل هستند، به خاطر ماهیت آموزشی هزینه‌ی اعمال جراحی گلوبال افزایش می‌یابد و لذا باید تعرفه‌های مصوب اعمال جراحی گلوبال، به نحوی افزایش یابد که با هزینه‌های متحمل شده در مراکز آموزشی و درمانی مطابقت و هماهنگی داشته باشد (۲۰).

همچنین یکی دیگر از مواردی که در تعرفه گذاری گلوبال باید مورد توجه قرار گیرد توجه به نرخ واقعی تورم در کشور است. رضاپور و کشاورز (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر شاخص قیمت بخش‌های اقتصادی پرداختند. آنها بیان کردند که تغییرات تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر اساس نرخ تورم محاسبه و اعمال شود (۲۴).

نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که تعرفه‌ی اعمال جراحی گلوبال واقعی نیست و به دلیل ضعف‌های موجود در نحوه‌ی محاسبه‌ی آن، منجر به زیان بیمارستان‌ها می‌گردد. بنابراین، برای جلوگیری از زیان بیمارستان‌ها و به حداقل رساندن ضعف‌های مربوط به نحوه‌ی محاسبه‌ی تعرفه‌ی اعمال جراحی گلوبال پیشنهاد‌های زیر ارائه می‌گردد:

منابع

1. Ghiasvand H, Hadian M, Maleki MR & Shabaninejad H. Determinants of catastrophic medical payments in hospitals affiliated to Iran university of medical sciences; 2009. Hakim 2010; 13(3): 145-54 [Article in Persian].

2. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R & Otoo N. Moving towards universal health coverage: Health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet* 2012; 380(9845): 933-43.
3. Akbari F, Arab M, Keshavarz KH & Dadashi AR. Technical efficiency analyses in hospitals of Tabriz university of medical sciences. *Hospital* 2012; 11(2): 65-76[Article in Persian].
4. Tavakoli N, Saghaeyannejad S, Rezayatmand MR, Moshaveri F & Ghaderi I. Documentation and deductions applied by Khadamat-e-Darman insurance company. *Health Information Management* 2006; 3(2): 53-61[Article in Persian].
5. Tavakoli G, Mahdavi S & Shokrolahzadeh M. The comparative survey on deductions applied by Khadamat-e-Darman insurance company on patients' bills at teaching hospital of Kerman in the first quarter of 2001, Tehran: Proceedings of the First National Conference on Resource Management in Hospital, 2002.
6. Karimi I, Mokhtare H, Maleki MR & Nasiripour AA. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: Designing a model for Iran. *Journal of Health Administration* 2006; 8(22):15-24[Article in Persian].
7. Hummperly D & Sigler K. *Delamr' s medical office reference manual*. 3rd ed. Michigan: Delmar Cengage Learning; 2001: 3021-4.
8. Ghasemi H. Introduction to the method of payment to health care providers in the health system. Ardabil: Ardabil Province Heath Insurance Organization; 2011: 1-66[Book in Persian].
9. Ghazisaidi M & Gudini A. Provider payment mechanisms in health care. *Iranian Medical Record Association Journal* 2010; 6(3):15-22[Article in Persian].
10. Gauri V. Are incentives everything? Payment mechanisms for health care providers in developing countries. Available at: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/01/30/000265513_20040130094539/Rendered/PDF/wps2624.pdf. 2001.
11. Abdelhak M, Grostick S & Hanken MA. Health information management of a strategic resource. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2001: 216.
12. Arab M, Zeraati H, Ravangard R, Gholinejad A & Rasooli A. Comparing global-operations reimbursements with their actual costs in the Cancer Institute, Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2008; 6(2): 59-66[Article in Persian].
13. Gholamzadeh Nikjoo R, Dadgar E, Jannati A, Hosseini Asl M & Salek Z . Comparison of global and actual cost of kidney transplant in Imam Reza hospital, Tabriz. *Hakim* 2014; 17(1): 22-8[Article in Persian].
14. Marjani AB & Khademi Z. A comparative study between global surgery costs in hospitals associated to social security organization. *Journal of Accounting Knowledge and Management Audit* 2012; 1(1): 33-42[Article in Persian].
15. Madani SM & Taji M. Calculate the cost of selected global surgical operations and comparison with the approved tariffs in Amin hospital in Isfahan. *Homa-ye-Salamat* 2010; 7(3): 6-9[Article in Persian].
16. Torabi A, Keshavarz KH, Najafpour J & Mohamadi E. Computing cost price by using activity based costing (ABC) method in radiology ward of Golestan hospital in Ahvaz university of medical sciences in 2009. *Hospital* 2011; 10(2): 38-49[Article in Persian].

17. Sabermahani A, Barouni M, Bahrami MA, Goodarzi GH, Sheikhgholami S, Ebrahimipour Z, et al. Cost price estimation of radiology services in Shafa hospital Kerman, 2010. *Toloo Behdasht* 2010; 10(1): 50-61 [Article in Persian].
18. Mohammadi Y, Baghestani E, Bahrami MA, Entezarian Ardekan S & Ahmadi Tehrani GH. 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 [Article in Persian].
19. Pirzadeh A & Amani F. Estimate total costs for tonsil surgery in Emam and Fatemi hospitals in Ardabil city and compare with global cost of insurance organization. Available at: <http://eprints.arums.ac.ir/3224/>. 2011.
20. Kiaei MZ & Mollapour A. Comparing the bills for global surgical procedure. Available at: http://pezeshkanemrooz.com/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=29. 2006.
21. The high Council of the Medical Services Insurance. Global surgical approved tariffs. Available at: <http://www.mums.ac.ir/shares/darman/specialsick/Darman-Eghtesaddarman-Global.pdf>. 2012.
22. Safdary R, Tofighi SH, Ghazisaeedi M & Goodini A. A comparative study on the necessity of using diagnostic related groups for as a tool to facilitate the repayment of health units in selected countries. *Health Information Management* 2011; 8(2): 244-50 [Article in Persian].
23. Shojaei A, Akbari Kamrani AA, Fadaye Vatan R, Azimiyan M, Ghaffari SH & Jamali MR. The health costs and diseases in medical services insurance organization, Tehran province, (2008). *Salmad* 2012; 6(4): 65-74 [Article in Persian].
24. Rezapour A & Keshavarz K. Effects of increasing hospital and medical services tariffs on price index in economical sectors by using input-output method (2007-2008). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2010; 14(2): 62-8 [Article in Persian].

A Comparison Of The Cost Of Global Surgery Bills With Approved Tariffs In Hospitals Affiliated To Tehran University Of Medical Sciences

Chatruz Azade¹ (MSc.) - Javadinasab Hamide² (MSc.)
Amini Mohammad Kazem³ (MSc.) - Biglar Mahmoud⁴ (Pharm.D.)
Goudarzi Nehzat⁵ (MSc.) - Zarei Javad⁶ (MSc.)

1 Master of Sciences in MBA-Strategic, Vice-Chancellor of Finance, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Master of Sciences in Health Economics, Health Sector Policy Coordination Group, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

3 Master of Sciences in Physic, Vice-Chancellor of Planning and Management Development of Resources, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Pharmacist, Ph.D by Research Student in Pharmaceutical Science, Vice-Chancellor of Planning and Management Development of Resources, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Master of Sciences in Health Services Management, Vice-Chancellor of Finance, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6 Ph.D Student in Health Information Management, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received : Jan 2015

Accepted : May 2015

Background and Aim: One of the perennial questions for hospitals and insurance organizations are the real cost of global surgery. The aim of this study was to compare the cost of global surgery bills with approved tariffs in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences Medical Sciences.

Materials and Methods: This was a cross – sectional study. The study population included all hospitalized patient bills eligible for global tariff at nine selected hospitals (include: Imam Khomeini, Shariati, Arash, Fatemeh Alzahra, Zanan, Cancer Institute and Razi) affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2012. Checklist was used for data collection. Data about the real costs of surgical procedures were collected from the patients' bills. Data were analyzed using descriptive statistics in SPSS version 16 software.

Results: The results showed that a total of 90 included global tariff surgical, 68 surgical procedures were performed in nine selected hospitals. Except seven surgical procedures in other cases (61 cases), the real costs of surgical procedures average 3 -312 percent more than approved global tariff. The surgical procedure "Septoplasty" had the most difference with global tariff.

Conclusion: The results showed that surgical global tariff are not real, and lead to the hospitals financial loss. Therefore, it is recommended that to prevent the hospital financial loss in the calculation of the global tariff factors such as patient age, presence or absence of comorbidity and complication, disease severity, length of stay and inflation rates in country to be considered.

Key words: Global Surgical Procedures, Hospital, Hospital Bills, Approved Tariffs, Tehran University of Medical Sciences

* Corresponding

Author:

Zarei J;

E -mail:

J.zarei27@gmail.com