



تحلیل و تعیین سرانه عملکردی بیمه درمانی براساس روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت (ABC) (مطالعه موردی: بیمه‌شدگان خدمات درمانی استان یزد)

محمود معین الدین^۱

محمد رضا دهقان بهابادی^۲

محمد خواجه سروی^۳

نقیسه آشنا^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۲۶، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۸

چکیده

نیاز به بهای تمام‌شده دقیق و به موقع مدیران را بسوی روش‌های نوینی چون هزینه‌یابی فعالیت محور سوق داده است. این مطالعه به تعیین سرانه عملکردی بیمه درمانی براساس روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در اداره کل بیمه خدمات درمانی استان یزد، طی سال ۱۳۹۳ می‌پردازد. ابتدا هزینه‌یابی درمانی انجام شده براساس روش رهگیری مستقیم، به گروه‌های مورد نظر اختصاص یافت. سپس هزینه‌های سربرابر بر اساس روش ABC به این گروه‌ها تخصیص یافته و بهای تمام‌شده خدمات ارائه‌شده محاسبه و در پایان نیز حق سرانه عملکردی بیمه درمان، با تقسیم مجموع هزینه‌ها بر تعداد جمعیت بیمه‌شده تحت پوشش هر گروه تعیین شد. بر اساس یافته‌ها، مجموعه فعالیت‌های اداره مورد مطالعه، در ۱۲ گروه کلی قابل ارائه است. سرانه عملکردی بیمه درمان، بین گروه‌های مورد مطالعه از ۵۰۴۶۶ ریال در گروه زیر یکسال زنان تا ۶۹۸۲۰۲ ریال در گروه ۸۵ تا ۹۰ سال مردان در نوسان بوده و بالاترین سرانه درمانی در خدمت بستری جنس زن بین سنین ۷۰ تا ۷۵ و مردین ۷۵ تا ۸۰ به ترتیب به مبلغ ۳۸۴۱۴۷ و ۴۵۳۳۷۲ ریال می‌باشد.

واژگان کلیدی: هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، سرانه عملکردی، بیمه درمان، بهای تمام شده.

۱. دکترای حسابداری، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، ایران

۲. دانشجوی دکترای حسابداری، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، ایران

۳. کارشناس ارشد حسابداری، مدیر مالی بیمه خدمات درمانی، یزد، ایران (نویسنده مسئول) m.khajehsarvi@yahoo.com

۴. دانشجوی کارشناس ارشد حسابداری، حسابرس، تهران، ایران

۱. مقدمه

اخیراً حرکت بسوی خصوصی سازی و بروز تغییرات در الگوهای رقابت تولید، باعث دگرگون شدن روش های محاسبه ارزش افزوده شده است. بنابراین لزوم طراحی و بکارگیری روش های نوین که متاثر از تغییرات و سازوکارهای دنیای رقابتی و پرچالش امروز می باشد، یکی از ضروریات سازمان های موجود است. ضعف و کاستی های فوق منجر به معرفی هزینه یابی بر مبنای فعالیت^۱ (ABC) توسط پرفسور جانسون و پرفسور کاپلان شد. آنها فعالیتها را منشاء ایجاد هزینه می دانستند و پیشنهاد می کردند محصولات و یا مشتریان به میزان استفاده از فعالیتها، بایستی هزینه های مربوطه را متحمل شوند. الزام ماده ۱۴۴ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مبنی بر استقرار سامانه های مالی مبتنی بر فعالیت در کلیه دستگاههای اجرائی و شرکتهای دولتی بمنظور افزایش کارایی و بهره وری، و استقرار نظام کنترل هماهنگ نتیجه و محصول، بجای کنترل مراحل انجام کار، مطابق با دستورالعمل مشترک سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و وزارت امور اقتصادی و دارایی، ضرورت طراحی و اجرای سامانه هزینه یابی بر مبنای فعالیت در سازمانهای بیمه گر، را ضروری می نماید. علاوه بر موارد یاد شده، یکی از دلایلی که لزوم استقرار سامانه مناسب هزینه یابی در سازمانهای دولتی و به خصوص سازمانهای بیمه گر درمانی را مطرح می - سازد؛ کانون توجه استاندارد ۱۰۶ هیئت تدوین استانداردهای حسابهای مالی^۲ (FASB) است؛ که برآورد هزینه خدمات بهداشتی درمانی در دوره های آتی را مورد توجه قرار می دهد. همچنین در این استاندارد ذکر شده است که در برآورد این هزینه، لازم است ویژگیهای جمعیت و انواع خدمات بهداشتی قابل ارائه مشخص شود. در این راستا، پنج نوع خدمات بهداشتی ذکر شده است:

۱- مخارج بستری شدن در بیمارستان ۲- مخارج بیماران سرپائی ۳- حق الزحمه پزشکان و مخارج آزمایشگاه ۴- ملزومات پزشکی و دارو ۵- تمامی اقلام مربوط دیگر.

در بر آورد مذکور در این استاندارد لزوم محاسبات بیمه ای مدنظر قرار گرفته شده؛ که لازم است در این زمینه، روند هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی و پیشرفتهای تکنولوژی مد نظر قرارگیرد. (شباهنگ، ۱۳۸۶) در سازمان های بیمه گر دولتی، رویکردهای نوین سیستم حسابداری مدیریت، چه بصورت سنتی و چه نوین کمتر اجرا، و بیشتر رویکرد دولتی و درآمد و هزینه مطرح می باشد. با توجه به سیاستهای اخیر دولت مبنی بر خصوصی سازی، که شامل موسسات بیمه نیز می گردد؛ و از طرفی نظر به اینکه درآمد حق بیمه، بعنوان مهمترین درآمد سازمان های بیمه گر محسوب می گردد، لذا لزوم ایجاد سامانه های هزینه یابی نوین در جهت تعیین دقیق سرانه عملکردی درمان امر ضروری و غیر قابل اجتناب خواهد بود. بدیهی است تعیین سرانه حق بیمه (که در سازمانهای بیمه گر دولتی باعث توازن درآمد و هزینه می گردد، و در سازمانهای بیمه گر خصوصی باعث ایجاد انتفاع می شود) بدون محاسبه دقیق بهای تمام شده خدمات ارائه شده، توسط سازمانهای مربوطه طی دوره بیمه، امکانپذیر نمی باشد. بنابراین در صورت عدم تهیه بهای تمام شده قابل

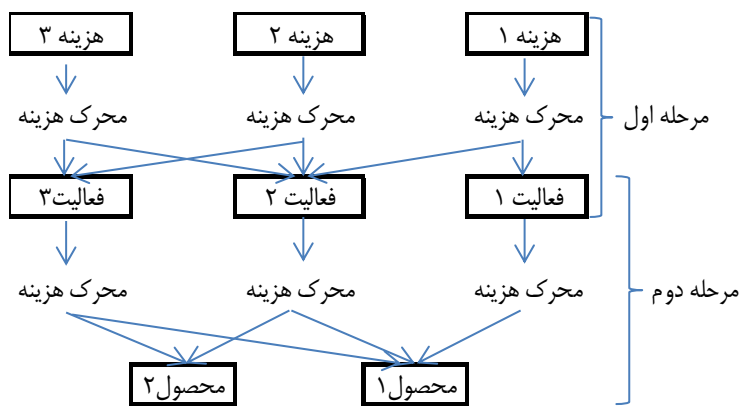
^۱. Activity based- costing

^۲. Financial Accounting Standard Board

اتکا و مربوط ، بخصوص توسط سامانه‌های نوین هزینه‌یابی، در این سازمانها ضمن عدم توازن هزینه و درآمد، باعث ایجاد زیان و کاهش توان سازمانهای مزبور در خرید و ارائه خدمت خواهد نیز گردید. سامانه مناسب حسابداری می تواند با هزینه یابی موثر، تهیه گزارشات مربوط، به موقع و قابل اتکا، زمینه دستیابی مدیریت به اهداف خود را فراهم سازد. (علیوند، ۱۳۸۷) بدین لحاظ پژوهش حاضر به منظور پاسخ به سوال ذیل طراحی و اجرا گردیده است:

سرانه عملکردی بیمه درمانی بیمه شدگان خدمات درمانی یزد (به تفکیک سن و جنس) و بر اساس روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، چه میزان می باشد؟

لذا هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین سرانه عملکردی بیمه درمان به تفکیک سن و جنس بر اساس الگوی هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت مشتری محور است. از دیگر اهداف این پژوهش تعریف و تعیین فعالیت‌های سازمان و ارائه مشخصات مربوطه جهت بکارگیری در تعیین سرانه عملکردی بیمه درمانی، معرفی سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت به سیستم مدیریت بر مبنای فعالیت و همچنین بودجه‌ریزی بر مبنای فعالیت می- باشد. در سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، ابتدا هزینه‌ها به فعالیت‌ها و سپس هزینه‌های تخصیص یافته به فعالیت‌ها، بر مبنای میزان برخورداری هر یک از خدمات و محصولات از فعالیت‌ها، به محصولات و خدمات تخصیص داده می شود(علیوند، ۱۳۸۷). شکل شماره ۱ رابطه بین هزینه‌ها، فعالیت‌ها و خدمات را بخوبی نمایش می‌دهد.(ابراهیمی مند، ۱۳۸۵)



شکل ۱- روابط میان گروههای هزینه، فعالیتها و محصولات

۲. پیشینه تحقیق

همیلتون چرچ (۱۸۹۰) هم عصر فردریک تیلور اولین کسی است که معتقد بود سربار را نیز باید به محصولات تخصیص داد. به علاوه ایشان مخالف تخصیص یک نرخ سربار برای محصولات متنوع که با

نسبتهای مختلف از منابع شرکت جهت تولید استفاده می کنند بوده است. این نکته همان اندیشه‌ای بوده که بعدها توسط رابرت کاپلان (۱۹۸۲ و ۱۹۸۷) توسعه داده شد و تحت نام هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، که مقبولیت نسبی بین حسابداران و دانشگاهیان پیدا کرده، معرفی گردیده است (اعتمادی، ۱۳۸۳) در دهه ۱۹۶۰ اصطلاح حسابداری مدیریت توسط افرادی چون چارلزتی هورن گرن جایگزین حسابداری صنعتی شد (عزیزی، ۱۳۸۶). سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت برای اولین بار در مؤسسات و کارخانجات پیشرفته در اوایل دهه ۱۹۹۰ بکار گرفته شده است.

ABC و ABM بطور موفقیت آمیزی نه تنها در مؤسسات تجاری و کارخانجات بلکه در بسیاری از موارد مانند مؤسسات دارویی، بخشهای درمانی، حمل و نقل و مؤسسات مالی و دولتی بکار گرفته شده است. (لین و چن، ۲۰۰۷) در بررسی کشورهای غربی از لحاظ میزان بکارگیری روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، ۳۲٪ از شرکت های انگلیسی که تغییرات عمده ای در سیستم حسابداری صنعتی خود بوجود آورده اند از سیستم ABC استفاده کرده اند. در کانادا ۱۴٪ از شرکت ها از ABC بطور کامل و به عنوان سیستم جایگزین و ۷۶٪ به عنوان سیستم مکمل بهره برده اند. شایان ذکر است در سازمان های خدماتی نیز ۲۰٪ از بیمارستان های امریکا و کانادا از سیستم ABC بهره می برند. (رمضانپور نامقی، ۱۳۸۶)

در مقاله‌ای که لین چن و همکاران تحت عنوان "توسعه خدمات و مدیریت شرکت‌های بیمه با بکارگیری هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت" ارائه نموده‌اند؛ به کاربردهای فراوان آن در کشورهای مختلف، بخصوص کشورهای غربی و در صنایع و مؤسسات خدماتی مانند: شرکت‌های هواپیمایی، مؤسسات دارویی و درمانی، حمل و نقل و ادارات دولتی اشاره شده است. در مقاله مزبور بعضی از ویژگیهای محاسبه بهای تمام شده در مؤسسات بیمه مانند: برآورد، عدم اطمینان و هزینه های وابسته برشمرده شده است.

در مقاله استو توینسن، رودهافت و دیمر با عنوان "اثرات مدیریتی، توسعه‌ای و ارتباطی هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت زمان محور (TDABC) بر کلینیک بیماران سرپائی"، به ویژگیهای برتر هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان محور نسبت به دیدگاه سنتی آن می پردازد. به ویژگی هایی چون سازگاری سریعتر، تنظیم ساده‌تر و انعکاس بهتر عملکرد TDABC اشاره می‌کند. در این مطالعه هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در ۵ بخش ارولوژی، گوارش، جراحی پلاستیک، گوش و حلق و بینی و پوست، طراحی و اجرا گردیده است. بر این اساس هزینه یک مورد ویزیت در حالت عادی بین ۵،۱۹ دلار (بخش جراحی پلاستیک) تا ۱۳،۷۸ دلار (بخش گوارش) در بخشهای مختلف، دچار نوسان است. و در صورت ارائه خدمات بیشتر بین ۹،۴ تا ۲۴،۰۴ خواهد بود در حالیکه تعرفه های دولتی بین ۱۷،۸۱ تا ۲۷،۱۹ دلار تعیین شده است. (استو توینسن، رودهافت و دیمر، ۲۰۰۹)

راشل و همکاران (راشل، ۲۰۰۶) در مطالعه‌ای با عنوان "حسابهای بهداشت ملی فیلیپین: توسعه مداوم و بهبودهای جدید" به بررسی نحوه توزیع هزینه ملی در بخش بهداشت و درمان پرداخته‌اند. دولت‌های محلی و ملی، قویا از مخارج سلامت کودکان حمایت می کنند. بزرگسالان در سن کار، در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، بالاترین درصد هزینه‌های پرداختی توسط دولت ملی را دارند. هزینه سلامت افراد در سن بالاتر عمدتا

با پرداختهای شخصی تامین می گردد. سهم دولت‌های ملی و محلی به عنوان هزینه‌های سلامت، در گروه‌های با کمترین درآمد، بالاترین مقدار است و با افزایش درآمد افراد تدریجاً این سهم کاهش می یابد. طبق تحقیقی که بانک جهانی در مورد وضعیت بهداشت و درمان و بیمه در کشور ژاپن انجام داده است؛ شاخص هزینه خدمات بهداشتی و درمانی در این کشور، از سال ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۷ بیش از ۷۶ برابر افزایش یافته است که بیش از دو برابر افزایش درآمد سرانه می باشد. بعد از سال ۱۹۸۳ یک کسری بودجه عمده، دولت را به تأکید بیشتر بر محدود کردن هزینه‌ها وادار نموده و از آن به بعد سهم دولت در تامین مالی بیمه درمان کاهش و سهم بیمه شدگان افزایش یافته است. همچنین در مطالعه‌ای که ایوانز تحت عنوان "دستورالعملها و نتایج حاصل از کنترل هزینه‌های سلامت" انجام داده است؛ چنین نتیجه‌گیری کرده است که صرفه‌جویی که به وسیله کنترل هزینه‌های بیمارستانی انجام می گیرد، بسیار بیشتر از مبلغی است که با تعدیل و محدود کردن بخشهای غیر بیمارستانی سیستم بهداشت و درمان صورت می‌گیرد. (درویش کهن، ۱۳۷۶)

در پایان نامه عباس درویش کهن (درویش کهن، ۱۳۷۶) با عنوان "مطالعه هزینه و حق سرانه بیمه خدمات درمانی مکمل در استان تهران در سال ۱۳۷۵" صورت گرفته، یکی از موانع گسترش پوشش بیمه همگانی خدمات درمانی، عدم تناسب تعرفه‌های خدمات درمانی با هزینه انجام شده این خدمات و کم اعتبار بودن دفترچه‌های خدمات درمانی در استفاده از امکانات درمانی بخش خصوصی بیان شده است. در این مطالعه با بررسی اسناد بیمه شدگانی که جهت دریافت هزینه درمان خود به سازمان خدمات درمانی استان تهران مراجعه نموده اند مشخص گردید؛ با توجه حق بیمه درمانی پایه ابلاغی در سال ۱۳۷۵ (مبلغ ۴۸۶۰ ریال) سرانه ۹۳۵۸ ریال برای حق سرانه بیمه خدمات درمانی مکمل در استان تهران در سال ۱۳۷۵ پیشنهاد گردید.

در مطالعه علیرضا شغلی و یداله حمیدی تحت عنوان "هزینه یابی خدمات بهداشتی درمانی بر مبنای فعالیت در مرکز بهداشت زنجان" (شغلی و حمیدی، ۱۳۷۸) فرایندهای مرکز بهداشت شهرستان زنجان بر اساس هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت به چهار سطح حمایت ستادی، حمایت برنامه‌های بهداشتی، حمایت فعالیت‌های همگن بهداشتی و ارائه خدمات بهداشتی تقسیم گردید. براساس مطالعه فوق، فرایند بازدید از کارخانجات صنعتی پرهزینه‌ترین و فرایند معاینه دانش آموزان در مدارس شهری کم‌هزینه‌ترین خدمت ارزیابی شدند. در سطح حمایت ستادی، صدور احکام کارگزینی گرانترین خدمت، و صدور احکام مأموریت ارزانترین خدمت بود. در سطح حمایت از خوشه بهداشتی پایش بهداشت محیط و تعمیر و نگهداری گرانترین و امور دارویی و سرایداری ارزانترین خدمت‌ها بودند. در مطالعه طراحی و کاربرد سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بیمارستان‌های دولتی (مطالعه موردی بیمارستان شهید فقیهی شیراز) که توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (رجبی، ۱۳۸۲) صورت گرفته است؛ مراکز فعالیت در هر بیمارستان بر اساس عملیاتی که انجام می‌دهند، به سه دسته کلی: مراکز فعالیت عملیاتی، مراکز فعالیت واسطه‌ای و مراکز فعالیت پشتیبانی تقسیم شدند. هر یک از مراکز فعالیت فوق خود

دارای چندین مرکز فعالیت داخلی بودند. بعضی از مراکز فعالیت مانند بخشهای بستری به عنوان خروجی محور محسوب و بعضی از بخشها مانند بخش رادیولوژی و آزمایشگاه هم خروجی محور و هم به عنوان مرکز فعالیت واسطه‌ای تلقی شدند. پس از محاسبه بهای تمام شده فعالیتها، هزینه فعالیت‌های پشتیبانی و واسطه‌ایی به مراکز فعالیت عملیاتی تسهیم شد. در نهایت طبق محاسبات انجام شده، هزینه هر روز تخت اشغالی در بخش جراحی در تحقیق مذکور معادل ۱۳۵۰۱۳ ریال بود.

مقاله‌ایی توسط فرهاد کوهی (کوهی، ۱۳۸۲) با موضوع: "تعیین الگوی مصرف خدمات تشخیصی - درمانی بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه همگانی (شامل سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح) طی سالهای ۸۱-۸۰" صورت گرفت. بیشترین مصارف سازمانهای بیمه همگانی در بخش درمان سرپایی صورت میپذیرد. هزینه دارو، ویزیت پزشکان عمومی، ویزیت پزشکان متخصص، خدمات آزمایشگاهی، خدمات تشخیص تصویری (رادیولوژی) و توانبخشی به ترتیب با سهم ۲۱/۵، ۸/۸، ۱/۳، ۸/۶، ۶ و ۱/۶ درصد از سرانه درمان نقاط هزینه‌بر درمان محسوب می‌شوند. خدمات بستری در حدود ۴۱ درصد از هزینه‌های درمان را دارا می‌باشند.

۳. روش پژوهش و نحوه گردآوری داده‌ها

پژوهش حاضر با توجه به هدف آن، از گروه پژوهش‌های کاربردی است. در این پژوهش جهت محاسبه سرانه عملکردی بیمه درمانی بیمه‌شدگان خدمات درمانی، از روش هزینه‌یابی فعالیت محور مبتنی بر مشتری استفاده شده است. برای جمع‌آوری اطلاعات از روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شده است. با توجه به اینکه این پژوهش به تجزیه و تحلیل سرانه عملکردی بیمه درمانی بر اساس روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت، با توجه به اطلاعات موجود پرداخته، لذا این پژوهش جزء پژوهش‌های توصیفی طبقه‌بندی می‌شود. در این پژوهش، متغیرهای مربوط به محاسبه سرانه عملکردی، بیمه خدمات درمانی یزد در یک مقطع خاص گردآوری و بررسی شده است؛ به همین دلیل این پژوهش را می‌توان در شمار پژوهشهای مقطعی نیز منظور نمود. همچنین در پژوهش حاضر، کل اسناد مالی اداره خدمات درمانی استان یزد مورد مطالعه قرار گرفته و سپس نسبت به تخصیص هزینه‌های انجام شده در محدوده زمانی انجام پژوهش به بیمه‌شدگان این سازمان اقدام شده است. بنابراین نمونه آماری مطرح نبوده، و کلیه اسناد و مدارک مالی اداره ذکر شده؛ به عنوان جامعه آماری مورد بررسی قرار گرفته است.

۳.۱. مراحل انجام پژوهش

در این پژوهش، ابتدا نسبت به مطالعه فرایند بیمه‌های اجتماعی و با تاکید بر ساختار تشکیلاتی و هزینه خدمات درمانی و نحوه تعیین سرانه بیمه درمانی اقدام شد. بر این اساس با توجه به اینکه هدف پژوهش، تعیین سرانه عملکردی بیمه درمان بر اساس سن و جنس بود ابتدا کل جامعه آماری توسط برنامه نرم افزاری در گروههای پنج ساله و به تفکیک سن و جنس قرار گرفته است. در طبقه‌بندی گروهها، با یک استثناء

گروههای زیر یکسال جداگانه در نظر گرفته شده و داده‌ها برای آن گروه جمع‌آوری شد؛ که این موضوع با توجه به ویژگیهای بهداشتی و درمانی این گروه می‌باشد، که به عنوان یک شاخص بهداشتی یک کشور در نظر گرفته می‌شود.

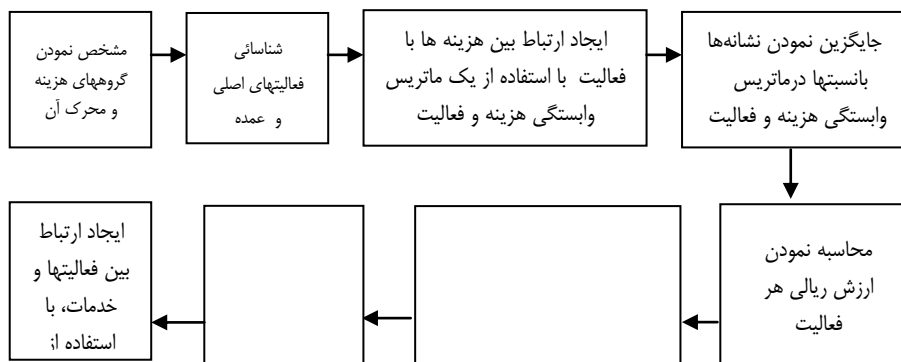
جدول شماره ۱- مراکز فعالیت، زیر فعالیتهای، وظایف و محرک فعالیت

محرک فعالیت	وظایف	مراکز زیر فعالیت	مرکز فعالیت	
مراجعات بیمه شدگان	مدیریت اموراداری نظارت بر اجرای امور	مدیریت	مدیریت و حراست	۱
		حراست		
		روابط عمومی		
		فرهنگی و عقیدتی		
تعداد برگ مصرفی در ارائه هر خدمت	انجام کلیه امورمربوط به دفاتر درمانی	صدور اولیه دفترچه	صدور و تعویض دفاتر	۲
		تعویض دفترچه		
		صدور دفاتر المثنی		
		چاپ و صحافی		
میزان هزینه مراکز طرف قرارداد	عقد قرارداد-نظارت بر حسن اجرای قراردادها- صدور معرفی نامه بیماران بستری	عقد قرارداد با مراکز درمانی	عقد قرارداد نظارت و بازرسی	۳
		نظارت بر مراکز طرف قرارداد		
		بازرسی بیمارستانی		
		بازرسی بیمارستانی		
تعداد مراکز طرف قرارداد	پذیرش اسناد مراکز طرف قرارداد	پذیرش اسناد	پذیرش اسناد	۴
تعداد نسخ پزشکان طرف قرارداد	ممیزی اسناد ویزیت پزشکان عمومی متخصص و دندانپزشک	ممیزی اسناد پزشکان	ممیزی اسناد پزشکان	۵
تعداد نسخ ارائه شده داروخانه های طرف قرارداد	ممیزی اسناد داروخانه-تایید نسخ داروئی	ممیزی اسناد داروخانه	ممیزی اسناد داروخانه	۶
تعداد نسخ پاراکلینیک	ممیزی اسناد پاراکلینیک	ممیزی نسخ رادیولوژی	ممیزی اسناد پاراکلینیک	۷
		ممیزی نسخ آزمایشگاه		
		ممیزی نسخ توانبخشی		
میزان هزینه پرداختی به بیمارستانهای طرف قرارداد	ممیزی اسناد بستری و اورژانس	ممیزی اسناد بستری و اعمال سرپائی	ممیزی اسناد بستری و اعمال سرپائی	۸
	ممیزی و پرداخت			۹

مرکز فعالیت	مراکز زیر فعالیت	وظایف	محرك فعالیت
پرداختهای مستقیم	ممیزی اسناد پرداخت مستقیم	مستقیم به بیمه - شدگان بابت اسناد هزینه مراکز غیر طرف قرارداد	میزان هزینه نقدی پرداخت شده به بیمه شدگان
	تنخواه داری		
۱۰ سر مقومی (سر ممیزی)	سر مقومی (سر ممیزی)	بررسی نهائی اسناد	میزان هزینه، مراکز طرف قرارداد
۱۱ امور مالی	حسابداری	انجام امور مالی و حسابداری	تعداد مراکز طرف قرارداد
	دریافت و پرداخت		
	تهیه و تنظیم بودجه		
	مغایرات بانکی		
۱۲ اداری و پشتیبانی	کارگزینی	امور اداری و پشتیبانی	تعداد کارکنان
	نقلیه		
	کارپردازی		
	دبیرخانه		
	تاسیسات		

سپس کلیه هزینه خدمات خریداری شده جهت بیمه شدگان، به روش مستقیم به گروه‌های مربوط رهگیری شده و هزینه‌های مربوط به هر گروه سنی و جنسی مشخص گردید. همچنین با انجام مصاحبه با کارشناسان نسبت به شناسائی فعالیت‌ها و محرک‌های هزینه و فعالیت‌ها سازمان مورد پژوهش اقدام شد. (جدول شماره ۱). در ادامه بر اساس الگوی پیشنهادی در نمای شماره ۲ با بررسی اسناد و مدارک، اطلاعات مالی و غیر مالی لازم جمع آوری، و سرانه تخصیص یافته به هر خدمت محاسبه گردید. با توجه به اینکه هدف، محاسبه بهای تمام شده خدمات گروه‌های بیمه شده، و در نهایت محاسبه سرانه عملکردی حق بیمه درمانی بود؛ نسبت به تخصیص سربار هر خدمت به هر گروه بیمه شده بر اساس محرک هزینه مناسب اقدام گردید.

نمای شماره ۲- الگوی محاسبه بهای تمام شده خدمات و محصول بر اساس ABC



در نهایت مجموع هزینه‌های تخصیص یافته به گروه‌های بیمه شده که شامل هزینه‌های مستقیم و هزینه سربار بود و بر اساس رابطه زیر، سرانه عملکردی به تفکیک خدمات ارائه شده محاسبه گردید.

$$fp = \frac{T.c}{M.N} \quad \text{رابطه (۱)}$$

که در آن :

Fp^1 = سرانه عملکردی گروه بیمه شده مورد نظر

$T.C^2$ = کل هزینه‌های انجام شده طی دوره بیمه برای گروه مورد نظر

M^3 = تعداد ماههای دوران بیمه

N^4 = تعداد بیمه شدگان گروه مورد نظر طی دوره بیمه

۴. یافته‌های پژوهش

الف- نتیجه اصلی این پژوهش که در راستای پاسخ به سوال اصلی تحقیق (تعیین سرانه عملکردی بیمه درمانی بر اساس هزینه یابی فعالیت محور بر مبنای مشتری (گروه‌های سنی و جنسی)) مطرح و اجرا شد، بشرح جداول شماره ۳ و ۲ می باشد.

جدول شماره ۲- محاسبه سرانه درمانی بیمه شدگان زن

سرانه کل	بستری	سربائی	توانبخشی	رادیولوژی	آزمایش	دارو	دندانپزشکی	ویزیت متخصص	ویزیت عمومی	سن
50466	19290	1034	0	760	1176	13810	0	10684	3713	زیریکسال
107125	34187	788	0	1888	4091	33709	1471	16351	14640	یک تا ۵
96462	34058	649	0	1638	3289	26027	10847	8199	11754	۵ تا ۱۰
58464	11679	348	225	2204	2820	19573	7835	5449	8332	۱۰ تا ۱۵
102124	29443	4664	157	4485	6319	27276	11884	9157	8738	۱۵ تا ۲۰
249685	123338	6120	465	8563	13646	42740	23368	18942	12504	۲۰ تا ۲۵
295580	149371	4156	504	11814	15737	48684	29135	22391	13788	۲۵ تا ۳۰
272923	109179	3482	1098	13386	16569	65712	27998	20941	14558	۳۰ تا ۳۵
238983	92173	2732	1932	14685	16072	48292	28691	20072	14335	۳۵ تا ۴۰
281135	101378	5174	3209	17490	18684	68787	27432	22025	16957	۴۰ تا ۴۵
350828	150418	7372	4222	18542	20264	88569	19579	23594	18268	۴۵ تا ۵۰

¹ Functional per-capita

² Total Cost

³ month

⁴ Number

سرانه کل	بستری	سربائی	توانبخشی	رادیولوژی	آزمایش	دارو	دندانپزشکی	ویزیت متخصص	ویزیت عمومی	سن
517151	171281	14113	4759	18420	24965	223162	18226	24074	18151	۵۵ تا ۵۰
405803	200532	24408	4419	14846	22769	88843	11387	21122	17477	۶۰ تا ۵۵
590587	334777	12391	4782	23343	23728	144177	3704	23407	20279	۶۰ تا ۶۵
631741	368642	6569	5173	22562	20127	160008	7986	22761	17914	۷۰ تا ۶۵
644015	384147	17978	2458	13477	18035	165623	3074	19891	19332	۷۵ تا ۷۰
602385	342100	6510	1982	21199	19259	166823	2771	19392	22348	۸۰ تا ۷۵
507369	381615	9321	1263	6599	10751	66035	256	13422	18106	۸۵ تا ۸۰
360102	226601	478	3040	8598	11513	74661	2636	14259	18316	۹۰ تا ۸۵
413210	343164	0	0	4374	704	42932	0	10208	11828	۹۰ به بالا
259262	118199	5412	1484	10435	13011	62753	17043	17116	13811	سرانه هر خدمت

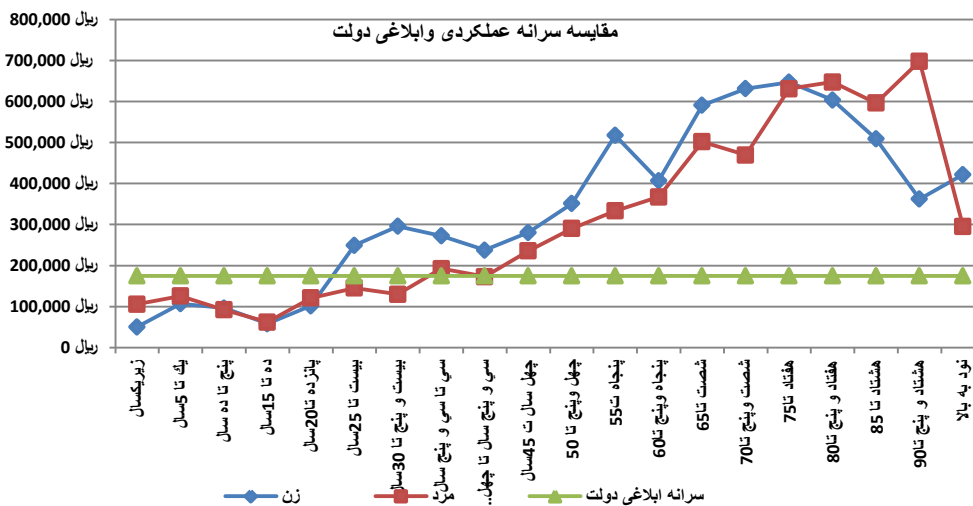
جدول شماره ۳- محاسبه سرانه درمانی بیمه شدگان مرد

سرانه کل	بستری	سربائی	توانبخشی	رادیولوژی	آزمایش	دارو	دندانپزشکی	ویزیت متخصص	ویزیت عمومی	سن
106009	62468	4190	0	1143	1383	17751	0	12741	6335	زیریکسال
125987	46774	1848	66	3041	3654	36581	1223	17541	15258	یک تا ۵
92520	26112	2227	223	2343	2855	27182	9846	8886	12845	۵ تا ۱۰
63016	15924	387	1067	3468	2471	18962	6113	5421	9203	۱۰ تا ۱۵
121569	35532	5089	1238	7516	3602	37831	10796	8157	11808	۱۵ تا ۲۰
145380	49948	7929	1029	8957	5228	31430	16066	10514	14279	۲۰ تا ۲۵
129663	27780	3406	1412	10299	6240	36011	21640	10438	12437	۲۵ تا ۳۰
191365	64465	8117	1603	12284	8533	40372	29367	12950	13674	۳۰ تا ۳۵
173660	49672	2634	2013	10560	9074	49986	23521	11717	14483	۳۵ تا ۴۰
235399	66732	5048	923	13667	12355	76356	27985	15170	17163	۴۰ تا ۴۵
289813	129727	13419	1226	18550	14315	52547	25029	16253	18747	۴۵ تا ۵۰
332285	148874	16401	1159	12356	17023	79964	22035	17187	17287	۵۰ تا ۵۵
368931	206068	21159	3088	11458	15557	62946	17740	15176	15739	۵۵ تا ۶۰
503341	332638	9673	4158	10868	16778	83101	14934	16104	15087	۶۰ تا ۶۵
466161	243086	11524	1044	14160	18457	138527	9756	15202	14404	۶۵ تا ۷۰
631348	394909	25000	1386	13193	17521	137796	5341	18283	17919	۷۵ تا ۷۰
650541	453372	6742	5114	14867	14749	118653	2583	18652	15809	۸۰ تا ۷۵

سرانه کل	بستری	سرپائی	توانبخشی	رادیولوژی	آزمایش	دارو	دندانپزشکی	ویزیت متخصص	ویزیت عمومی	سن
589356	432241	4234	988	15248	7809	94965	4295	14718	14858	۸۰ تا ۸۵
698202	427071	4618	2520	4877	7472	217269	7605	12693	14076	۸۵ تا ۹۰
287936	169596	0	0	6382	7844	81444	0	8228	14441	۹۰ به بالا
199351	83413	6399	1241	9382	7760	49087	16027	11990	14052	سرانه هرخدمت

ب- با توجه به مباحث مطروحه در چارچوب نظری، در این تحقیق روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت مشتری محور با تفکیک بیمه شدگان به گروه‌های مختلف (به عنوان مشتریان سازمان بیمه) مورد استفاده قرار گرفت. محاسبات انجام شده جهت محاسبه سرانه عملکردی، گروه‌های سنی و جنسی بیمه شدگان نشان دهنده تفاوت قابل ملاحظه این سرانه بر اساس تفکیک صورت گرفته می باشد. این نتایج در نمودار شماره ۱ در دو گروه بیمه شده زن و مرد قابل مشاهده است. همانطور که مشهود است؛ سرانه درمانی بتدریج و با افزایش سن از مبلغی کمتر از یکصد هزار ریال به عددی بالغ بر هفتصد هزار ریال افزایش می یابد. در سنین ابتدایی زندگی؛ سرانه عملکردی بیمه درمانی مردان بالاتر از زنان می باشد. ولی از سنین حدود بیست سالگی تا هفتاد و پنج سالگی این سرانه در زنان بیشتر است و بعد از آن این مبلغ در مردان بیشتر خواهد بود.

نمودار شماره ۱- مقایسه سرانه عملکردی و ابلاغی دولت



ج- بهای تمام شده خدمات در ۹ گروه و بر اساس روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت محاسبه شد. این محاسبات نشان می‌دهد که در سبد خدمات ارائه شده به بیمه‌شدگان، از مجموع هزینه‌های تحمل شده توسط اداره بیمه خدمات‌درمانی، هزینه بستری ۳۹٪ و هزینه خدمات توانبخشی با هزینه‌ای کمتر از ۱٪ به ترتیب بیشترین و کمترین نقش را دارد.

در هر دو گروه بیمه شده نیز، این نتایج مشاهده می‌شود، اما در مورد ویزیت پزشک عمومی و متخصص، بیمه‌شدگان زن، بیشتر از خدمت ویزیت پزشک متخصص، نسبت به بیمه‌شدگان مرد استفاده می‌کنند. این نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۴- بهای تمام شده خدمات به درصد

کل	مرد	زن	نوع خدمت
0.01	0.01	0.01	خدمات توانبخشی
0.02	0.03	0.02	خدمات دندانپزشکی
0.04	0.05	0.04	خدمات پزشکی سرپائی
0.05	0.06	0.05	خدمات رادیولوژی
0.05	0.04	0.05	خدمات آزمایشگاهی
0.10	0.12	0.09	خدمت ویزیت عمومی
0.10	0.09	0.10	خدمت ویزیت متخصص
0.23	0.23	0.23	خدمات داروئی
0.39	0.37	0.41	خدمات بستری
1	1	1	جمع

د- مقایسه سرانه بیمه درمانی به تفکیک سن و جنس و نوع خدمات ارائه شده دارای یافته‌هایی بشرح جدول ۵ است. این جدول سرانه خدمات ارائه شده به همراه گروهی که دارای حداقل سرانه و حداکثر سرانه، در آن نوع از خدمت می‌باشند را، نمایش می‌دهد.

جدول شماره ۵-مقایسه سرانه بیمه درمانی به تفکیک سن و جنس و نوع خدمات ارائه شده

نوع خدمت	مرد				زن				سرانه کل	
	حداکثر		حداقل		حداکثر		حداقل			
	مبلغ	گروه	مبلغ	گروه	مبلغ	گروه	مبلغ	گروه		
ویزیت عمومی	18,747	۵۰ تا ۴۵	6,335	زیر یکسال	14,052	22,348	۸۰ تا ۷۵	3,713	زیر یکسال	13,811
ویزیت متخصص	18,652	۸۰ تا ۷۵	5,421	۱۵ تا ۱۰	11,990	24,074	۵۵ تا ۵۰	5,449	۱۵ تا ۱۰	17,116

نوع خدمت	مرد				زن					
	حداکثر		حداقل		سرانه کل	حداکثر		حداقل		
	مبلغ	گروه	مبلغ	گروه		مبلغ	گروه	مبلغ	گروه	
دندانپزشکی	28,601	۳۵تا۳۰	0	۹۰به بالا و زیر یکسال	16,027	29,135	۳۰تا۳۵	0	زیر یکسال و ۹۰ به بالا	17,043
داروئی	217,269	۹۰تا۸۵	17,751	زیر یکسال	49,087	223,162	۵۵تا۵۰	13,810	زیر یکسال	62,753
آزمایش	18,457	۷۰تا۶۵	1,383	زیر یکسال	7,760	24,965	۵۵تا۵۰	704	۹۰به بالا	13,011
رادیولوژی	18,550	۵۰تا۴۵	1,143	زیر یکسال	9,382	23,343	۶۵تا۶۰	760	زیر یکسال	10,435
توانبخشی	5,114	۸۰تا۷۵	0	۹۰به بالا و زیر یکسال	1,241	5,173	۷۰تا۶۵	0	زیر یکسال و ۹۰ تا ۸۵	1,484
خدمات پزشکی	25,000	۷۵تا۷۰	0	۹۰به بالا	6,399	24,408	۶۰تا۵۵	0	۹۰ به بالا	5,412
بستری	453,372	۸۰تا۷۵	15,924	۱۵تا۱۰	83,413	384,147	۷۵تا۷۰	11,679	۱۵تا۱۰	118,199

ه- با توجه به مطالعات صورت گرفته و نتایج بدست آمده، اداره بیمه خدمات درمانی در راستای ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان علاوه بر مخارج مستقیم نظیر هزینه‌های خرید خدمت ویزیت و آزمایش و بستری و ...، فعالیتهای دیگری را در قالب انجام امور اداری انجام می‌دهد. هزینه این فعالیتها، که تحت عنوان هزینه‌های سربار طبقه‌بندی شد؛ با توجه به روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت به خدمات مختلف تخصیص یافت. با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی از انجام این فعالیتها ارائه بهتر خدمات و کنترل هزینه‌های پرداختی به مراکز طرف قرار داد می‌باشد؛ پس بین ارزش ریالی مبالغ پرداخت شده و هزینه‌های سربار صورت گرفته باید تناسب لازم وجود داشته باشد. با توجه به حجم هزینه‌های انجام شده در حوزه خدمات بستری که بیشترین مبلغ را به خود اختصاص داده، ضرورت دارد سازمان به خدمات بستری توجه بیشتری معطوف نموده و کنترل بیشتری بر این هزینه‌ها اعمال نماید. ولی همانطور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌گردد؛ در حالیکه هزینه ویزیت ۹ درصد هزینه‌های مستقیم را تشکیل می‌دهد ولی ۱۵ درصد هزینه‌های سربار را به خود اختصاص داده است؛ اما هزینه بستری با ۴۰ درصد سهم در هزینه‌های مستقیم فقط ۲۱ درصد هزینه سربار را در بر دارد.

جدول شماره ۶- نسبت هزینه سر بار به هزینه مستقیم

نوع خدمت	هزینه مستقیم (ریال)	هزینه سر بار (ریال)	درصد هزینه مستقیم	درصد هزینه سر بار
خدمات توانبخشی	878,684,263	34,507,199	0.73	0.79
خدمات دندانپزشکی	2,759,933,069	139,128,550	2.30	3.18
خدمات پزشکی سرپائی	5,280,502,823	163,239,299	4.39	3.73
خدمات رادیولوژی	6,121,923,938	213,170,913	5.09	4.88
خدمات آزمایشگاهی	5,796,557,383	260,077,581	4.82	5.95
خدمت ویزیت عمومی	11,414,856,496	748,120,823	9.49	17.11
خدمت ویزیت متخصص	11,305,578,675	695,921,958	9.40	15.92
خدمات داروئی	27,473,713,528	1,168,276,177	22.85	26.72
خدمات بستری	49,198,888,977	949,490,283	40.92	21.72
جمع	120,230,639,154	4,371,932,784	100.00	100.00

و- همانطور که بیان شد در سال ۱۳۹۳ مبلغ سرانه درمانی قابل دریافت بر اساس ابلاغیه هیئت محترم وزیران، مبلغ ۱۷۴۷۷۸ ریال بوده است؛ که برای کلیه بیمه شدگان تحت پوشش سازمانهای بیمه گر دولتی (سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح) بطور یکسان اجرا شده است. از طرفی سرانه بیمه درمان عملکردی بیمه شدگان، با توجه به ایده مورد نظر این تحقیق (تعیین سرانه به تفکیک سن و جنس) و بر اساس روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت معین گردید.

با توجه به موارد بالا کل درآمد قابل کسب از محل سرانه درمان به دو روش فوق در سال ۱۳۹۳ محاسبه شد. که در بعضی از موارد در آمد قابل کسب بر اساس سرانه ابلاغی، پائین تر و در مواردی دیگر بالاتر از در آمد قابل کسب بر اساس سرانه محاسبه شده بود. علامت منفی در جدول نشان دهنده انحراف نامساعد (هزینه واقعی بیش از درآمد دریافتی طبق سرانه ابلاغی) و علامت مثبت نشان دهنده انحراف مساعد (هزینه واقعی کمتر از درآمد دریافتی طبق سرانه ابلاغی) است. در مجموع نیز مبلغ 29,089,890,498 ریال انحراف نامساعد مشاهده می گردد؛ که این مبلغ مبین زیان سازمان بیمه گر مورد مطالعه، در سال ۱۳۹۳ می باشد.

جدول شماره ۷- مقایسه سرانه قابل دریافت به روش مورد مطالعه و ابلاغیه دولت (مبلغ به ریال)

سن/سال	حق بیمه دریافتی کل سال طبق ابلاغیه دولت		حق بیمه قابل دریافت طبق تحقیق		مابه التفاوت (هزینه واقعی - بودجه ابلاغی)	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
یک تا ۵	۲,۹۹۱,۸۴۹,۸۰۴	۲,۹۳۲,۰۷۵,۷۲۸	۲,۱۵۵,۵۱۸,۸۱۰	۱,۷۹۷,۱۳۱,۸۲۱	۸۳۶,۳۳۰,۹۹۴	۱,۱۳۴,۹۴۳,۹۰۷
۱۰ تا ۵	۳,۳۹۴,۵۳۸,۳۱۶	۳,۱۸۶,۹۰۲,۰۵۲	۱,۷۹۳,۶۹۸,۷۹۷	۱,۷۵۸,۸۹۲,۱۴۶	۱,۶۰۰,۸۳۹,۵۱۹	۱,۴۲۸,۰۰۹,۹۰۶

سن/سال	حق بیمه دریافتی کل سال طبق ابلاغیه دولت		حق بیمه قابل دریافت طبق تحقیق		مابه التفاوت (هزینه واقعی - بودجه ابلاغی)	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱۵ تا ۱۵	۳۶۹۶۵۵۴۷۰۰	۳۶۵۵۶۵۶۶۴۸	۱۳۱۴۵۶۵۸۶۳	۱۲۱۸۱۲۳۲۳۶	۲۳۸۱۹۸۸۸۳۷	۲۴۳۷۵۳۳۴۱۲
۲۰ تا ۲۰	۵۷۰۰۵۵۹۲۴۸	۵۵۲۱۰۳۳۷۰۲۰	۳۹۴۷۰۲۹۸۹۰۶	۳۲۲۵۸۴۵۰۵۳	۱۷۵۳۲۶۰۳۴۲	۲۰۲۹۵۳۹۱۹۶۷
۲۵ تا ۲۵	۷۷۷۳۷۷۵۸۸۴	۵۹۶۴۸۲۳۵۸۴	۶۰۴۶۰۸۰۵۲۱۶	۸۵۱۰۳۳۳۲۱۱	۱۳۱۲۹۷۰۶۶۸	۲۵۴۵۵۰۹۷۲۷-
۳۰ تا ۳۰	۴۸۹۲۰۳۶۲۲۰	۳۹۶۷۰۱۱۱۰۴۴	۳۶۳۵۵۳۱۴۸۸	۶۰۷۱۳۵۳۳۲۳۰	۱۲۵۶۵۰۴۰۷۳۲	۲۰۷۴۶۴۲۲۲۸۶-
۳۵ تا ۳۵	۲۶۰۴۸۹۱۳۱۲	۳۰۹۵۹۶۲۰۸	۲۵۶۷۰۷۲۷۶۰۵	۵۰۱۵۸۷۱۲۰۴۷۱	۲۶۲۸۳۶۰۲۹۳-	۱۸۴۹۰۱۱۶۰۲۶۳-
۴۰ تا ۴۰	۲۹۰۶۹۰۷۶۶۶	۴۰۱۸۱۰۳۹۰۳۱۶	۲۸۷۸۰۷۲۵۹۵۰	۵۶۹۱۵۳۴۹۸۲	۲۸۰۱۸۱۰۷۴۶	۱۵۱۰۴۹۵۶۶۶-
۴۵ تا ۴۵	۴۰۷۶۶۰۱۹۶۰۶۰	۳۰۷۳۶۴۵۹۰۸	۶۰۴۲۷۶۳۲۹۱۶	۴۰۹۳۳۸۱۸۰۴۷۷	۱۶۶۱۰۴۳۶۸۵۶-	۱۸۶۰۱۷۲۰۵۶۹-
۵۰ تا ۵۰	۲۵۹۸۵۹۹۳۰۴	۲۰۱۶۱۰۳۰۴۰۷۴۸	۴۰۳۴۲۵۴۸۰۳۳۸	۴۰۳۴۲۵۴۸۰۳۳۸	۱۰۷۱۷۰۲۸۰۳۷۰-	۲۰۱۸۱۰۲۴۳۰۵۹۰-
۵۵ تا ۵۵	۱۰۴۰۹۰۴۰۹۰۷۹۲	۱۰۷۵۵۰۴۷۰۲۳۲	۵۰۱۹۸۶۷۶۶۶۶	۵۰۱۹۸۶۷۶۶۶۶	۱۰۲۷۹۰۲۵۹۴۸-	۳۰۴۴۳۰۲۰۶۴۱۴-
۶۰ تا ۶۰	۱۰۰۴۷۶۱۹۰۳۳۲	۱۰۴۳۷۰۲۳۳۸۲۸	۳۰۳۴۵۸۱۷۸۹۳	۳۰۳۴۵۸۱۷۸۹۳	۱۰۱۵۴۰۵۸۷۰۴۴-	۱۰۹۱۱۵۶۴۰۶۵-
۶۵ تا ۶۵	۱۰۱۰۷۰۳۹۳۰۴۰۸	۱۰۲۴۲۶۷۱۰۵۸۰	۴۰۲۰۱۰۴۲۲۸۵۶	۴۰۲۰۱۰۴۲۲۸۵۶	۲۰۷۳۹۳۶۰۲۳۰-	۲۰۹۵۸۰۷۵۱۰۲۷۶-
۷۰ تا ۷۰	۱۰۰۵۳۰۹۱۱۰۳۴۰	۱۰۱۹۲۰۳۳۵۰۵۱۶	۴۰۳۰۸۰۴۴۷۰۷۸۶	۴۰۳۰۸۰۴۴۷۰۷۸۶	۱۰۷۷۷۰۹۰۰۱۷۲-	۳۰۱۱۶۰۱۱۲۰۲۷۰-
۷۵ تا ۷۵	۱۰۰۰۶۰۷۲۱۰۲۸۰	۱۰۰۹۷۰۹۵۵۰۳۹۶	۴۰۶۵۵۰۵۰۷۷۳	۴۰۶۵۵۰۵۰۷۷۳	۲۶۲۸۰۱۵۷۰۳۷۲-	۲۰۹۶۷۰۹۵۵۰۳۷۷-
۸۰ تا ۸۰	۷۱۷۰۲۸۸۰۹۱۲	۷۸۳۰۳۵۴۰۹۹۶	۲۰۷۰۶۴۴۷۰۸۵	۲۰۷۰۶۴۴۷۰۸۵	۱۰۳۹۹۰۵۲۹۰۶۴-	۱۰۹۲۳۰۹۲۰۸۹-
۸۵ تا ۸۵	۴۶۵۶۰۸۵۹۲	۵۳۷۰۹۶۶۸۴	۱۵۵۶۶۶۷۹۰۹۱۷	۱۵۵۶۶۶۷۹۰۹۱۷	۱۰۱۲۲۰۷۹۲۰۴۰۰-	۱۰۰۲۸۰۷۱۳۰۲۳۳-
۹۰ تا ۹۰	۱۸۲۰۴۶۸۰۲۳۲	۱۲۸۰۹۸۶۰۱۶۴	۲۶۷۰۴۰۰۱۰۰	۲۶۷۰۴۰۰۱۰۰	۵۴۶۰۴۵۰۵۳۷-	۱۳۸۰۴۱۳۰۹۳۶-
۹۰ به بالا	۶۲۰۹۳۰۰۸۰	۴۴۰۰۴۴۰۵۶	۱۰۶۰۲۸۷۰۸۴۱	۱۰۶۰۲۸۷۰۸۴۱	۴۳۰۲۶۷۰۷۶۱-	۶۲۰۳۳۸۰۱۵۳-
جمع	۴۸۸۱۳۰۳۹۸۰۰۶۴	۴۶۶۹۹۰۲۸۳۰۳۷۶	۶۸۸۷۶۰۳۳۲۰۵۷۸	۶۸۸۷۶۰۳۳۲۰۵۷۸	۶۰۵۱۶۰۴۱۳۰۳۷۱-	۲۲۰۱۷۶۰۹۶۹۰۲۰۲-
جمع کل	۹۵۵۱۲۶۸۱۰۴۴۰		۱۲۴۶۰۲۰۵۷۱۰۹۳۸		۲۹۰۰۸۹۰۸۹۰۰۴۹۸-	

۵. نتیجه گیری و پیشنهادات

سازمانهای بیمه‌گر درمانی اجتماعی و بیمه‌های بازرگانی (مکمل درمانی) در هنگام پوشش بیمه‌ای نسبت به تعیین نرخ یگانه نسبت به فروش بیمه اقدام می‌کنند و جهت پوشش ریسک‌های مختلف بیمه‌شدگان بر اساس قانون همه یا هیچ؛ یکی از شرایط پوشش بیمه‌ای را بیمه‌شدن تمام افراد خانواده و یا پوشش تمام جامعه هدف (مثلاً تمامی فرهنگیان و یا تمامی اساتید دانشگاه به همراه خانواده) قرار می‌دهند. از طرفی افراد مختلف جامعه با توجه به ملاحظه هزینه-منفعت نسبت به خرید پوشش بیمه ای مناسب اقدام می‌نمایند. بنابراین بدیهی است گروه‌های در معرض خطر بیشتر نسبت به خرید بیمه اقدام نمایند.

بر اساس نتایج این تحقیق و جهت گسترش پوشش بیمه ای، خصوصاً "در بخش خصوصی پیشنهاد می‌گردد که بیمه‌شدگان مطابق با گروه‌های سنی و جنسی طبقه‌بندی شده و نسبت به تحت پوشش قرار دادن

آنان اقدام شود. در نتیجه پیش‌بینی می‌گردد؛ جمعیت با خطر کمتر به دلیل کاهش در نرخ بیمه و جمعیت با خطر بیشتر بدلیل پوشش بیمه‌ای مورد نیاز استقبال بهتری از خدمات بیمه‌ای بنمایند.

بر اساس محاسبات صورت گرفته در این تحقیق، و تعیین سرانه بیمه درمانی به تفکیک نوع خدمت، پیشنهاد می‌شود بسته‌های خدمات بیمه‌ای متفاوت (مانند آنچه در بیمه‌های عمر و حوادث مطرح است) و بسته به سلیقه خریداران بیمه ارائه دهند. مثلاً "بسته خدمتی بستری؛ بسته خدمتی ویزیت و دارو و ... با توجه به ترکیب استفاده از خدمات (ویزیت، دارو، آزمایش و ...) توسط بیمه‌شدگان که ارائه شد لازم است متولیان امر در هنگام محاسبه سرانه خدمات درمانی با توجه به افزایش تعرفه‌های خدمات درمانی در هر بخش نسبت به تعیین سرانه درمانی اقدام نمایند تا ضمن واقعی شدن سرانه درمانی، از کسر بودجه بیمه‌های درمانی نیز جلوگیری شود.

گرچه تحقیق فوق در یکی از سازمان‌های بیمه‌گر دولتی صورت گرفته، ولی نتایج تحقیق مشخص‌کننده، سرانه درمانی عملکردی و ساختار هزینه‌ای آن می‌باشد. بنابراین سازمانهای بیمه تجاری نیز می‌توانند به نسبت پوشش خدمات و بر اساس نتایج تحقیق نسبت به تعیین سرانه درمانی بیمه مکمل خدماتی که قصد ارائه آن را دارند اقدام کنند.

سرمایه‌گذاری در صنعت درمان توسط بخش خصوصی، علاوه بر جنبه‌های انسان دوستانه، می‌بایست تامین‌کننده منافع سرمایه‌گذاران نیز باشد؛ بنابراین بخش خصوصی با توجه به نتایج این تحقیق و تعیین گروه‌های سنی و جنسی که بیشترین و کمترین مصرف کننده خدمات هستند (جدول شماره ۴) میتواند جامعه هدف خود را در هر نوع خدمت (پزشک عمومی و متخصص، آزمایشگاه و ...) مشخص، و نسبت به سرمایه گذاری هدفمند در آن بخش اقدام کند.

فهرست منابع

1. Nathalie D. & Stouthuysen K. & Roodhooft F. (2009). Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: Development relevance and managerial impact. *Health policy*, (92):296-304.
2. Racelis R. & Rachel H. (2008). The national health accounts of the philippines: Continuing development and new findings. *Philippine Journal of development*, (3):1-11.
3. Zhilin Q. & Chen L. (2007). Improvement of Insurance Company's Service management an application of activity based costing /management. *International Journal of business and management*, 2(2):19-23.
4. ALyvnd zamhariri A. (2008). system of activity-based costing (ABC) to calculate the cost of Industrial Estates in Yazd. Yazd Islamic Azad University. (in persian)
5. Abrahammand M. (2006). activity-based costing approach is suitable for use in small companies. *auditors Journal*, (35): 97-88. (in persian)
6. Azizi A. & modares A. (2007). Activity-Based Costing. *Auditing Organization*: (140)15. (in persian)
7. Darwish cohan A. (1997). the study cost and per capita of complementary therapy in Tehran, Iran University of Medical Sciences and Health Services. tehran. (in persian)
8. Etemadi H. & Shamszadeh B. (2004). identifying deficiencies costing system of steel products. *Quarterly Journal of Humanities*, 8 (2):51-35. (in persian)
9. Koohi F. (2003). determine the diagnostic and therapeutic services utilization insured general insurance organizations (including social security, health care insurance organization, Imam Khomeini Relief Committee and the medical services of the armed forces) during 81-80, thesis for the degree of Master of Health Services Management, University of Medical Sciences. (in persian)
10. Rajabi A. (2003). design and application of activity-based costing (ABC) to calculate the cost of services in public hospitals (Hospital Case Study Faghihi), Report No. 102, Department of Development and management of financial resources and budget of the Ministry Health and Medical Education. (in persian)
11. Ramezampoore Namgholi A. (2007). review of the concept of activity-based costing method, Office of Planning and Ministry of Health and Medical Education. tehran. (in persian)
12. Shabahang R. (2007). *Accounting Theory II*. Tehran: published (Auditor): 117-116. (in persian)
13. shoghli H. & Hamidi Y. (2002). costing activity-based health care services at health centers in Zanjan city. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services*, (41):33-27. (in persian)