



Retrospective or Prospective Reimbursement Systems: Evaluating the Efficiency of the Global Payment System in Public Hospitals in Bushehr Province

Habib Omranikhoo ¹ , Mohbubeh Shahbazifard ¹, Mahdiah Ardaneh ^{2,3}, Mahdi Rezaee ^{1,4*}

¹ Department of Management, Economics and Health Policy, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

² Epidemiology Department, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

⁴ Student Research Committee, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background: Reimbursement systems play an important role in controlling costs and improving hospital efficiency. This study aimed to compare the billing costs of procedures subject to global tariffs with the notified tariffs for the same procedures to determine the efficiency of the global reimbursement method in hospitals affiliated with Bushehr University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study examines data related to 12,527 procedures covered by the global tariff in 2022 in eight government hospitals in Bushehr Province, Iran. The required information was obtained through the Hospital Information System (HIS) and then analyzed using SPSS version 26 software.

Results: The results showed that the global payment system (prospective) was able to cover 93% of hospital billing costs compared to fee-for-service (retrospective). Hospital profits were significant for part-time doctors, male doctors, male patients, and in services such as neurosurgery and ophthalmology. Meanwhile, the largest losses imposed on hospitals were related to the obstetrics and gynecology department. Also, profitable patients usually had shorter hospital stays and imposed lower costs on the hospital for medication, paraclinical services and accommodations.

Conclusion: Global payment system can effectively reduce hospital costs and increase productivity. In addition, it seems that in some cases global tariffs are not able to cover real costs and these tariffs should be revised. The findings can be used as a basis for decision-making by health policy-makers.

Keywords:

Reimbursement mechanisms
Fees and charges
Surgical procedures
Operative
Efficiency
Healthcare systems

*Corresponding author

Mahdi Rezaee
m.rezaee8666@yahoo.com

Ethical code

IR.BPUMS.REC.1399.146

Received: 2025/08/02
Accepted: 2025/10/27



نظام‌های بازپرداخت گذشته‌نگر یا آینده‌نگر: ارزیابی کارایی نظام پرداخت گلوبال در مقایسه با نظام پرداخت کارانه در بیمارستان‌های دولتی استان بوشهر

حبیب عمرانی‌خو^۱ (ID)، محبوبه شهبازی‌فرد^۱، مهدیه اردانه^۲ و مهدی رضائی^{۱*} (ID)

^۱ گروه مدیریت، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۲ گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۴ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

زمینه: نظام‌های بازپرداخت نقش مهمی در کنترل هزینه‌ها و ارتقای کارایی بیمارستان‌ها دارند. این مطالعه با هدف مقایسه هزینه صورتحساب پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال با تعرفه‌های ابلاغی همان پروسیجرها به منظور تعیین کارآمدی روش بازپرداخت گلوبال در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که به بررسی داده‌های مربوط به ۱۲/۵۲۷ پروسیجر مشمول تعرفه گلوبال در سال ۱۴۰۱ در هشت بیمارستان دولتی استان بوشهر می‌پردازد. اطلاعات مورد نیاز از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) اخذ و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۶ تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سیستم پرداخت گلوبال (آینده‌نگر) در مقایسه با پرداخت بر مبنای هزینه صورتحساب یا کارانه (گذشته‌نگر) قادر بوده است که ۹۳ درصد هزینه‌های صورتحساب بیمارستان‌ها را پوشش دهد. سوددهی بیمارستان‌ها توسط پزشکان پاره‌وقت، پزشکان مرد، بیماران مرد و در سرویس‌هایی مانند نورولوژی و چشم پزشکی معنی‌دار بود. ضمن آنکه بیشترین زیان احتمالی بر بیمارستان‌ها مربوط به بخش زنان و زایمان بود. بیماران سود ده معمولاً مدت بستری کوتاه‌تری داشته و هزینه‌های کمتری بابت مصرف دارو، خدمات پاراکلینیک و هتلینگ بر بیمارستان تحمیل نموده بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که نظام پرداخت گلوبال می‌تواند نقش موثری در کاهش هزینه‌های بیمارستانی و افزایش بهره‌وری ایفا کند. ضمن اینکه به نظر می‌رسد در برخی موارد سطح تعرفه‌های گلوبال قادر به پوشش هزینه‌های واقعی نیست و این تعرفه‌ها باید اصلاح گردند. یافته‌ها می‌توانند مبنایی برای تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گیرد.

واژگان کلیدی

نظام‌های پرداخت
پرداخت‌های گذشته‌نگر
پرداخت‌های آینده‌نگر
گلوبال
هزینه بیمارستانی
کارایی
نظام سلامت

*نویسنده مسئول

مهدی رضائی
m.rezaee8666@yahoo.com

کد اخلاق

IR. BPUMS.REC. ۱۳۹۹. ۱۴۶



دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۵

پیام کلیدی: باز پرداخت هزینه خدمات انجام شده به شیوه گلوبال توانسته است ۹۳ درصد هزینه‌های انجام شده به شیوه کارانه را پوشش دهد. اگر چه همبستگی این دو روش بازپرداخت در بین اعمال جراحی، متفاوت بوده است.

مقدمه

هزینه‌های جهانی سلامت به سرعت در حال افزایش است به طوری که در سال ۲۰۱۹، این هزینه‌ها معادل ده درصد از تولید ناخالص داخلی جهانی بوده است (۱) و بخش عمده این هزینه‌ها صرف مراقبت‌های بستری می‌شود (۲ و ۳). یکی از مهم‌ترین سیاست‌ها برای کنترل افزایش هزینه‌های سلامت و تعیین انگیزه در رابطه با کیفیت مراقبت، پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات بستری است (۴). این امر جایگاه کلیدی در اصلاح نقشی دارد که بیمارستان‌ها در واسطه‌گری بین پرداخت‌کنندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت ایفا می‌کنند (۵). یکی از رویکردهای بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات، استفاده از سیستم‌های آینده‌نگر یا گذشته‌نگر است. در سیستم‌های گذشته‌نگر، بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات بر اساس هزینه‌های واقعی صرف‌شده برای بیماران است و هزینه‌ها به طور کامل به ارائه‌دهنده بازپرداخت می‌شوند (۶). بنابراین، بیمارستان‌ها خطرات مرتبط با ورودی بیش از حد، عدم قطعیت تقاضا، شدت بیماری بیماران متقاضی مراقبت و سایر خطرات مؤثر بر هزینه‌های ارائه خدمات را تحمل نمی‌کنند (۵). مدت‌هاست که مطالعات نشان داده است که این سیستم‌های گذشته‌نگر به طور بالقوه منجر به افزایش ماریج هزینه‌ها و ناکارآمدی در ارائه خدمات می‌شوند (۷). بر این اساس، در دهه‌های اخیر، تغییر از نظام بازپرداخت گذشته‌نگر به سمت سیستم‌های پرداخت آینده‌نگر (PPS)^۱ آغاز شده است. در نظام‌های پرداخت آینده‌نگر، نرخ‌های بازپرداخت به صورت پیش‌بینی‌شده و از قبل تعیین می‌شوند و هیچ ارتباطی با هزینه‌های فردی یک ارائه‌دهنده وجود ندارد (۶).

یکی از نظام‌های پرداخت آینده‌نگر برای مراقبت‌های بستری، گروه‌های تشخیصی وابسته یا اصطلاحاً "DRG"^۲ می‌باشد که بر این اساس بیمارانی که درمان آن‌ها از نظر استفاده از منابع همگن فرض می‌شود، در یک گروه قرار می‌گیرند. و برای این گروه‌ها نرخ‌های بازپرداخت مشخص شده و ثابتی وجود دارد (۸).

در ایران نیز اجرای نظام بازپرداخت آینده‌نگر با الهام از سیستم گروه‌های تشخیصی وابسته از سال‌های ۱۳۷۸ تحت عنوان تعرفه‌های اعمال جراحی گلوبال شایع با ۶۰ مورد اعمال جراحی شایع، وارد سیستم درمان کشور شد و تحولات زیادی را پشت سر گذاشته است به طوری که به تدریج لیست اعمال مشمول تعرفه‌های گلوبال افزایش یافته است و تا سال ۱۴۰۱ حدود ۹۲ عمل شایع در لیست پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال قرار گرفته است و در طول زمان نیز آیتم‌های مورد توجه در محاسبه تعرفه‌های اعمال گلوبال اصلاح شده‌اند.

لذا با توجه به اهمیت کنترل هزینه‌های بیمارستانی در نظام سلامت (۹) و تأثیر نظام بازپرداخت بر عملکرد بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر، و همچنین با توجه به هدف اصلی اجرای طرح گلوبال مبنی بر توجه بیشتر بیمارستان‌ها به مدیریت منابع، این مطالعه با هدف مقایسه روش‌های بازپرداخت گذشته‌نگر و آینده‌نگر در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است تا با بررسی هزینه‌های واقعی پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱، پیامدهای اجرای نظام بازپرداخت گلوبال را بر اقتصاد بیمارستان تبیین نماید. نتایج این مطالعه می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیریت بیمارستان‌ها جهت کنترل هزینه‌های بیمارستانی و نیز سازمان‌های بیمه‌گر قرار بگیرد.

^۱ Prospective Payment System^۲ Diagnosis-Related Group

مواد و روش‌ها

این یک مطالعه مقطعی است که از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که به بررسی وضعیت محاسبه هزینه پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال در مقایسه با میزان هزینه غیرگلوبال همین پروسیجرها در ۸ بیمارستان تابعه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱ می‌پردازد. کلیه بیمارستان‌های دانشگاهی استان بوشهر شامل بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر، شهید گنجی برازجان، زینبیه خورموج، امیرالمؤمنین (ع) گناوه، امام خمینی (ره) کنگان، امام حسین اهرم، امام هادی دیر و بقية الله دیلم در این مطالعه شرکت داشتند. شایان ذکر است بیمارستان‌های سوانح و سوختگی و بیمارستان قلب به علت نداشتن بیمار گلوبال وارد مطالعه نشدند. علاوه بر این بیمارستان‌های غیردانشگاهی نیز به علت عدم استفاده از تعرفه اعمال گلوبال وارد مطالعه نشدند. پس از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات دانشگاه، این پژوهش در دو گام اجرا شد در گام اول با مراجعه به بیمارستان‌های مذکور داده‌های مورد نیاز از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)^۳ اخذ شد و پس از آن، تضمین کیفیت داده‌ها از طریق مقایسه گزارشات انجام شد. به‌طوری که داده‌های تکراری و ناقص حذف و خطاهای ثبت نیز با مقایسه پرونده‌ها و مقادیر ثبت شده تصحیح گردید. در گام دوم داده‌های اخذ شده وارد نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۶ شده و با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیلی و آزمون‌های آماری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

داده‌های مورد نیاز مطالعه شامل متغیرهای دموگرافیکی مانند سن، جنسیت بیمار، جنسیت پزشک، نوع بیمه، ملیت، تعداد روزهای بستری و نوع ترخیص می‌باشد. سایر متغیرهای بررسی شده

در مطالعه شامل درجه اعتبار بخشی بیمارستان‌ها، تمام‌وقت یا پاره‌وقت بودن پزشک، تیپ دانشگاه فارغ‌التحصیلی پزشک و همچنین داده‌های مورد نیاز در مورد هزینه‌های واقعی اعمال جراحی نیز شامل حق‌العمل جراحی، بیهوشی، دارو، لوازم مصرفی، پاراکلینیک‌ها، رادیولوژی و سونوگرافی و هتلینگ می‌باشند.

به‌منظور تعیین میزان سود و یا زیان ناشی از اعمال گلوبال در بیمارستان‌ها، هزینه پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال به شیوه کارانه از تعرفه مصوب اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کسر گردید و نهایتاً چنانچه عدد بدست آمده مثبت بود نشانگر سود بیمارستان و در غیر این‌صورت نشانگر زیان بیمارستان در آن عمل گلوبال محسوب گردید.

داده‌های جمع‌آوری‌شده در نرم‌افزار Excel سازماندهی و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها شامل دو بخش بود: در بخش آمار توصیفی (Descriptive Statistics)، میانگین (Mean) و درصد فراوانی (Frequency) محاسبه شد. پیش از انجام آزمون‌های تحلیلی، توزیع متغیرهای کمی (مانند سن، مدت بستری و هزینه‌ها) از نظر نرمال بودن با استفاده از نمودار Q-Q، هیستوگرام و شاخص‌های چولگی و کشیدگی بررسی گردید. به‌منظور بررسی تفاوت‌ها و روابط بین متغیرها، برای آنالیز تک‌متغیره از آزمون کای-دو (Chi-square test)، آزمون t مستقل و زوجی (Independent t-test و Paired Samples t-test) استفاده گردید. همچنین برای آنالیز چندمتغیره از مدل رگرسیون خطی (Linear Regression Model)، استفاده گردید. برای اطمینان از برقراری مفروضات مدل رگرسیون، ابتدا وجود هم‌خطی چندگانه (Multicollinearity) میان متغیرهای

³ Hospital Information System

مستقل: ویژگی‌های بیمارستان، نوع سرویس جراحی، مشخصات پزشک، ویژگی‌های بیمار و ویژگی‌های صورتحساب واقعی با استفاده از شاخص تورم واریانس (VIF، Variance Inflation Factor) و مقدار تحمل (Tolerance) بررسی شد؛ به‌طوری‌که تمامی مقادیر VIF کمتر از ۵ و Tolerance بیش از ۰/۲ بودند که نشان‌دهنده‌ی عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها در مدل است. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

الف: یافته‌های مربوط به فراوانی متغیرهای اعمال گلوبال

با توجه به جدول پیوست در سال ۱۴۰۱ تعداد ۱۲/۵۲۷ پروسیجر مشمول تعرفه گلوبال در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است که در ۷/۳۰۰ مورد از این پروسیجرها، هزینه صورتحساب که بیانگر مدل بازپرداخت خدمات به شیوه کارانه است از تعرفه گلوبال بیشتر بوده است و به عبارتی بیمارستان‌ها در ۵۸ درصد موارد متحمل زیان شده‌اند. در حالی‌که حدود ۹۲ پروسیجر مشمول تعرفه گلوبال در نظام سلامت ایران توسط شورای عالی بیمه سلامت به بیمارستان‌ها ابلاغ گردیده است، حدود ۹۳/۵ درصد اعمال گلوبال متعلق به ۲۳ نوع پروسیجر ابلاغ شده می‌باشد که در این میان سزارین با ۴/۲۹۹ مورد و زایمان طبیعی با ۴/۰۷۸ مورد در رتبه اول و دوم بوده‌اند. عمل آپاندیسیت با ۷۵۲ مورد در رتبه سوم، کاتاراکت با ۴۷۶ در رتبه چهارم و کیست پیلونیدال با ۲۷۸ مورد در رتبه پنجم و پس از آن اعمال کورتاژ، فتق و هموروئید بوده‌اند. یافته‌های جدول پیوست همچنین نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی عمل زیان‌ده مربوط به زایمان طبیعی با ۳/۰۳۵ مورد، سزارین با ۲/۵۰۷ مورد و آپاندیسیت با ۴۶۱ مورد بوده است. اما از نظر درصد

اعمال زیان‌ده، اعمال تانسیلکتومی با ۷۵/۵ درصد، سرکلار رحم با ۷۲/۶ درصد، سزارین با ۷۰ درصد و سقط عفونی با ۶۷/۳ درصد در رده اول تا چهارم اعمال زیان‌ده بوده‌اند. بررسی فراوانی و درصد اعمال سودده نیز نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی اعمال سودده به‌ترتیب مربوط به اعمال زایمان، سزارین، کاتاراکت و آپاندیسیت بوده است ولی از نظر درصد سوددهی، اعمال نوروپلاستی عصب مدیان با ۹۵ درصد، لامینکتومی با ۹۱/۴ درصد، فتق نافی با ۹۰/۹ درصد، واریکوسل با ۹۰/۷ درصد، هموروئید با ۸۷ درصد، کیست پیلونیدال با ۸۱/۲ درصد و کاتاراکت با ۸۰/۹ درصد در رده اول تا هفتم قرار دارند.

ب: یافته‌های مربوط به مقایسه کارکرد گروه‌های مختلف درمانی

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین اعمال گلوبال به‌ترتیب مربوط به دیارتمان‌های زنان و زایمان (۸/۳۹۶)، جراحی عمومی (۱/۹۶۰)، چشم (۵۸۶)، ارتوپدی (۲۷۰) و کمترین سهم مربوط به دیارتمان گوش و حلق و بینی (۱۴۰) و دیارتمان نورولوژی (۱۸۴) بوده است. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند که تعرفه گلوبال در بخش‌های نورولوژی، اورولوژی و چشم به‌ترتیب با ۲۷/۸ درصد، ۱۲/۵۳ درصد و ۱۱/۵۲ درصد، بیشترین اختلاف را با هزینه صورتحساب داشته است و این سه بخش منجر به ایجاد سود برای بیمارستان شده‌اند. از طرف دیگر تعرفه هزینه صورتحساب در بخش جراحی زنان با (۹/۴۱ و ۵/۹۷ درصد)، ارتوپدی با ۱۲/۵ درصد، گوش و حلق و بینی با ۱۰/۶۱ درصد و جراحی عمومی با ۱/۰۶ درصد، از تعرفه گلوبال بیشتر بوده است و این بخش‌ها منجر به ایجاد زیان برای بیمارستان‌ها شده‌اند. علاوه بر این یافته‌های نمودار ۱ و جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین زیان تحمیل شده به بیمارستان‌ها مربوط به بخش جراحی زنان با ۳۴/۹۰۷/۵۳۱/۱+۸۳۹/۲۳۴/۹۰۰/۷۰۹ ریال بوده است

جدول ۱. توزیع فراوانی، تخت روز، هزینه صورتحساب و هزینه گلوبال پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال بر حسب دیارتمان‌های جراحی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

دیارتمان	اعمال جراحی	فراوانی	میانگین تخت روز اشغالی	کل هزینه صورتحساب	میانگین کل هزینه صورتحساب	کل هزینه گلوبال	میانگین کل هزینه گلوبال	صورتحساب هزینه گلوبال با میانگین اختلاف (%)	سود/ زیان	t-statistic	P-value
جراحی زنان و زایمان	مراقبت روتین مامایی، شامل قبل از زایمان، زایمان سزارین و مراقبت بعد از سزارین	۴/۲۹۹	۱/۶۱	۲۲۳/۴۴۸/۲۳۳/۴۰۹	۵۱/۹۷۶/۷۹۳	۲۰۲/۷۰۴/۷۷۳/۹۲۸	۴۷/۱۵۱/۶۱۱	-۹/۲۸	۷۴۳/۴۵۹/۴۸۱-۲۰	۳۵/۸۰۶	<۰/۰۰۱
	مراقبت مامایی روتین، شامل مراقبت قبل و بعد از زایمان، زایمان واژینال (با یا بدون اپیزوتومی و یا بدون فورسپس و واکيوم) به هر روش زایمان متعدد (چند قلوئی) سایر	۴/۰۷۸	۱/۱۰	۱۴۶/۷۶۴/۰۷۱/۴۲۵	۳۵/۹۸۹/۲۲۸	۱۳۲/۷۵۸/۹۳۸/۶۸۳	۳۲/۵۵۴/۹۱۴	-۹/۵۴	۱/۰۰۵/۱۳۲/۷۴۲-۴		
	۱۳	۱/۲۳	۶۰۳/۹۱۰/۱۹۰	۴۶/۴۵۴/۶۳۰	۵۰۹/۸۰۳/۰۵۵۵	۲۱۴/۷۱۹/۹۱۳	۳۹/۲۱۵/۶۲۰	-۱۵/۵۸	۹۴/۱۰۷/۱۳۵		
	۶	۱/۳۳	۲۷۹/۵۵۲/۳۹۴	۴۶/۵۹۲/۰۶۶	۲۱۴/۷۱۹/۹۱۳	۳۵/۷۸۶/۶۵۲	۳۹/۲۱۵/۶۲۰	-۲۳/۱۹	۶۴/۸۳۲/۴۸۱		
جراحی زنان غیر از زایمان	مجموع	۸/۳۹۶	۱/۳۷	۳۷۱/۰۹۵/۷۶۷/۴۱۸	۴۴/۱۹۹/۱۱۵	۳۳۶/۱۸۸/۲۳۵/۵۷۹	۴۰/۰۴۱/۴۷۶	-۹/۴۱	۹۰۷/۵۳۱/۸۳۹-۳۴	۴/۸۸۹	<۰/۰۰۱
	دیلاتاسیون و کورتاژ، تشخیصی یا درمانی، غیرمامایی	۲۰۳	۱/۱۰	۳/۷۶۲/۹۰۶/۴۷۱	۱۸/۵۳۶/۴۵۸	۳/۶۱۳/۹۱۱/۶۴۵	۱۷/۸۰۲/۵۲۰	-۳/۹۶	۱۴۸/۹۹۴/۸۲۶		
	درمان سقط عفونی یا ناکامل به کمک جراحی در سه ماهه اول یا دوم	۱۹۶	۱/۳۲	۴/۳۲۲/۷۶۸/۹۰۳	۴۳/۵۲۹/۸۲۶	۳/۹۶۷/۹۹۶/۱۵۶	۳۹/۱۹۵/۳۷۸	-۸/۲۱	۳۵۴/۷۷۲/۷۴۷		
	سرکلاژ کردن رحم در طی حاملگی؛ از راه واژن و یا شکم (عمل شیرودکار یا لش) هیستروکتومی کامل یا ساب توتال از طریق شکم، با یا بدون درآوردن لوله‌ها و یا تخمدان‌ها؛ با یا بدون کولیپاورتروسیتوپکسی کولیپورافی قدامی - خلفی توام با یا بدون ترمیم آنتروسل از راه شکم یا واژن کولیپورافی قدامی یا خلفی شامل ترمیم رکتوسل با یا بدون پرینورافی یا ترمیم پلاستیک اورتروسل	۱۱۷	۱/۴۸	۲/۵۰۱/۰۸۸/۲۴۵	۲۱/۳۷۶/۸۲۳	۲/۳۱۹/۲۶۲/۹۶۷	۱۹/۸۲۲/۷۶۰	-۷/۲۷	۱۸۱/۸۲۵/۲۷۸		
		۴۸	۲/۲۹	۲/۶۳۹/۵۶۰/۴۹۲	۵۴/۹۹۰/۸۴۴	۲/۵۷۶/۰۵۳/۱۱۰	۵۳/۶۶۷/۷۷۳	-۲/۴۱	۶۳/۵۰۷/۳۸۲		
		۴۶	۱/۹۷	۱/۸۷۹/۱۰۱/۱۵۶	۸۰/۹۰۴/۵۱۸	۲/۱۱۶/۱۷۰/۴۰۸	۹۱/۶۴۹/۸۹۳	۱۲/۶۲	۲۳۷/۰۶۹/۲۵۲		
		۳۷	۱/۷۵	۱/۱۸۹/۲۷۳/۵۸۱	۳۲/۱۴۲/۵۲۹	۱/۰۱۱/۶۸۷/۹۳۷	۲۷/۳۴۲/۹۱۷	-۱۴/۹۳	۱۷۷/۵۸۵/۶۴۴		

جدول ۱. توزیع فراوانی، تخت روز، هزینه صورتحساب و هزینه گلوبال پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال بر حسب دیپارتمان‌های جراحی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

دیپارتمان	اعمال جراحی	فراوانی	میانگین تخت روز اشغالی	کل هزینه صورتحساب	میانگین کل هزینه صورتحساب	کل هزینه گلوبال	میانگین کل هزینه گلوبال	صورتحساب هزینه گلوبال با میانگین اختلاف هزینه (%)	سود / زیان	t-statistic	P-value
جراحی عمومی	بیوپسی یا رزکسیون گوه ای یا برش دو قطعه‌ای یا سیستکتومی تخمدان یا اوفورکتومی ناقص یا کامل، يك يا دو طرفه برای موارد خوش خیمی درمان حاملگی نابجا لوله‌ای، تخمدانی، شکمی با یا بدون سالپزکتومی، با یا بدون اوفارکتومی	۳۲	۱/۶۶	۱/۳۹۰/۷۱۰/۱۱۵	۴۳/۴۵۹/۶۹۱	۱/۲۰۵/۳۸۳/۰۷۳	۳۷/۶۶۸/۲۲۱	-۱۳/۳۳	-۱۸۵/۳۲۷/۰۴۲		
	سایر	۲۷	۱/۹۲	۱/۳۵۴/۱۰۵/۱۵۶	۵۰/۱۵۲/۰۴۳	۱/۲۹۹/۲۰۰/۰۶۷۲	۴۸/۱۱۸/۵۴۳	-۴/۰۵	-۵۴/۹۰۴/۴۸۴		
	مجموع	۷۴۲	۱/۸۰	۱/۶۳۶/۸۲۵/۶۸۶	۴۵/۴۶۷/۳۸۰	۱/۳۳۱/۷۷۳/۱۲۸	۳۶/۹۹۳/۶۹۸	-۱۸/۶۴	-۳۰۵/۰۵۲/۵۵۸		
	آپاندکتومی یا انسیزیون و درناژ آبسه آپاندیس یا پریتونیت ناشی از آن	۷۵۲	۱/۸۰	۳۲/۸۰۲/۲۹۳/۰۵۳	۴۳/۶۲۰/۰۷۱	۳۰/۲۱۶/۲۵۸/۰۴۹	۴۰/۱۸۱/۱۹۴	-۷/۸۸	-۱/۲۳۴/۹۰۰/۷۰۹		
	ترمیم فتق اینگوئینال اولیه، اسلایدینگ، محتق یا استرانگوله	۳۰۵	۱/۳۵	۹/۶۵۵/۷۹۰/۶۵۹	۶۳/۳۲۳/۵۶۱	۹/۴۵۲/۶۸۹/۵۳۳	۶۱/۹۸۳/۲۸۳	-۲/۱۰	-۵۸۶/۰۳۵/۰۰۴-۲		
	اکسیزیون کیست یا سینوس پیلونیدال؛ ساده، وسیع یا مشکل	۲۸۸	۱/۱۳	۶/۱۶۷/۹۵۱/۲۶۹	۲۱/۴۱۶/۴۹۷	۷/۳۷۱/۸۹۷/۰۳۷	۲۵/۵۹۶/۸۶۵	۱۹/۵۲	-۲۰۳/۱۰۱/۱۲۶		
	کوله سیستکتومی با یا بدون کلانژیوگرافی با یا بدون اکسپلور کلدوک با یا بدون کولدوکوانتروستومی	۱۸۶	۲/۲۴	۱۲/۲۵۲/۴۵۴/۸۰۳	۱۲۹/۹۶۸/۴۴۳	۱۲/۰۰۶/۸۹۱/۹۸۲	۱۲۹/۱۰۳/۵۱۰	-۲/۰۰	۷۲۰۳/۹۴۵/۷۶۸	۱/۴۳۵	۰/۱۵۲
	هموروئیدکتومی داخلی و خارجی ساده یا مشکل وسیع با یا بدون فیشرکتومی	۱۲۳	۱/۱۸	۲/۳۴۴/۰۰۰/۰۷۵	۱۹/۰۵۶/۹۱۱	۳/۰۶۷/۵۲۶/۱۷۲	۲۴/۹۳۹/۲۳۷	۳۰/۸۷	-۲۴۵/۵۶۲/۸۲۱		
	فیشرکتومی با یا بدون اسفنکترکتومی کورتاژ کوتر فیشر شامل دیلاتاسیون بار اول و دفعات بعدی	۷۳	۱/۱۸	۱/۱۰۹/۲۵۷/۶۰۲	۱۵/۱۹۵/۳۱۰	۱/۲۸۰/۳۰۶/۴۴۴	۱۷/۵۳۸/۴۴۴	۱۵/۴۲	۷۲۳/۵۲۶/۰۹۷		
									۱۷۱/۰۴۸/۸۴۲		

جدول ۱. توزیع فراوانی، تخت روز، هزینه صورتحساب و هزینه گلوبال پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال بر حسب دپارتمان‌های جراحی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

دپارتمان	اعمال جراحی	فراوانی	میانگین تخت روز اشفالی	کل هزینه صورتحساب	میانگین کل هزینه صورتحساب	کل هزینه گلوبال	میانگین کل هزینه گلوبال	صورتحساب هزینه گلوبال با میانگین اختلاف هزینه (%)	سود / زیان	t-statistic	P-value
	فتق نافی یا اپی گا ستریک / مختنق یا استرانگوله ترمیم فتق شکمی یا انسیزیونال اولیه؛ قابل جاندازی / مختنق یا استرانگوله، با یا بدون مش‌گذاری	۵۵	۱/۱۷	۱/۵۲۵/۱۷۰/۹۵۰	۲۷/۷۳۰/۳۸۱	۱/۷۸۹/۸۶۱/۵۵۷	۳۲/۵۴۲/۹۳۷	۱۷/۳۵	۲۶۴/۶۹۰/۶۰۷		
	انسیزیون و درناژ آبسه داخل جداری، داخل عضلانی یا زیر مخاطی، ایسکیورکتال یا اینترامورال و آبسه سوپرالواتور و لگنی از راه رکتوم	۳۶	۱/۴۶	۱/۲۳۷/۲۳۱/۴۸۱	۳۴/۳۶۷/۵۴۱	۱/۴۰۶/۰۸۲/۳۵۰	۳۹/۰۵۷/۸۴۳	۱۳/۶۵	۱۶۸/۸۵۰/۸۶۹		
	اکسیزیون کیست، فیبرآدنوم، یا هر تومور خوش خیم یا بدخیم دیگر، بافت نابجای پستان، ضایعات داخل مجرا، ضایعات نوک پستان یا آرئول، باز، مرد یا زن، یک ضایعه یا بیشتر یا ماستکتومی ناقص	۲۷	۱/۳۳	۶۹۸/۳۶۳/۱۶۱	۲۵/۸۶۵/۳۰۲	۷۶۳/۰۴۷/۷۰۶	۲۸/۲۶۱/۰۲۶	۹/۲۶	۶۴/۶۸۴/۵۴۵		
	اکسیزیون ناخن و بستر ناخن به صورت ناقص یا کامل برای مثال ناخن در گوشت فرورفته با یا بدون اکسیزیون گوه‌ای پوست کنار ناخن با یا بدون ترمیم بستر ناخن یا بازسازی بستر ناخن با یا بدون گرافت درمان جراحی فیستول آنال (فیستولکتومی/فیستولتومی)	۲۴	۱/۰۰	۴۰۴/۵۰۵/۲۲۹	۱۶/۸۵۴/۳۸۵	۴۳۵/۳۵۲/۱۹۱	۱۸/۱۳۹/۶۷۵	۷/۶۳	۳۰/۸۴۶/۹۶۲		
	زیر جلدی یا زیر عضلانی: با یا بدون جابجایی ستن	۲۴	۱/۰۰	۱۲۸/۶۸۵/۹۰۷	۵/۳۶۱/۹۱۳	۳۵۱/۳۲۵/۵۶۵	۱۴/۶۳۸/۵۶۵	۱۷۳/۰۱	۲۲۲/۶۳۹/۶۵۸		
	سایر	۱۹	۱/۱۶	۴۷۱/۲۹۷/۱۴۷	۲۴/۸۰۵/۱۳۳	۴۷۵/۲۳۱/۶۹۲	۲۵/۰۱۲/۱۹۴	۰/۸۳	۳/۹۳۴/۴۵۴		
	مجموع	۴۸	۱/۹۶۰	۲/۲۸۹/۵۲۳/۵۹۳	۴۷/۶۹۸/۴۰۸	۱/۷۱۸/۲۷۳/۶۸۹	۳۵/۷۹۷/۳۶۹	۲۴/۹۵	-۵۷۱/۲۴۹/۹۰۴		
				۷۱/۰۸۶/۵۲۴/۹۲۹	۳۶/۲۶۸/۶۳۵	۷۰/۳۳۴/۷۴۳/۹۶۷	۳۵/۸۸۵/۰۷۳	-۱/۰۶	-۷۵۱/۷۸۰/۹۶۲		

جدول ۱. توزیع فراوانی، تخت روز، هزینه صورتحساب و هزینه گلوبال پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال بر حسب دیپارتمان‌های جراحی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

دیپارتمان	اعمال جراحی	فراوانی	میانگین تخت روز اشفالی	کل هزینه صورتحساب	میانگین کل هزینه صورتحساب	کل هزینه گلوبال	هزینه گلوبال میانگین کل	صورتحساب هزینه گلوبال با میانگین اختلاف (%)	سود / زیان	t-statistic	P-value
ارتوپدی	خارج کردن پیچ یا پین عمقی به هر روش و به هر تعداد درمان بسته در رفتگی شانه با مانیپولاسیون؛ یا بدون بیهوشی	۶۷	۱/۰۷	۱/۰۰۶/۳۴۳/۷۰۱	۱۵/۰۲۰/۰۵۵۵	۱/۱۶۲/۹۳۴/۰۵۳	۱۷/۳۵۷/۲۲۵	۱۵/۵۶	۱۵۶/۵۹۰/۳۵۲		<۰/۰۰۱
	درمان باز شکستگی تنه تیپا (یا یا بدون شکستگی فیوولا) با پلیت/پیچ، یا یا بدون سرکلاژ درمان باز شکستگی تنه رادیوس و اولنا شامل فیکساسیون داخلی در صورت انجام	۵۱	۱/۰۰	۵۲۱/۲۷۰/۳۲۹	۱۰/۲۲۰/۹۸۷	۵۹۶/۹۷۵/۴۹۷	۱۱/۷۰۵/۴۰۲	۱۴/۵۲	۷۵/۷۰۵/۱۶۸		
	درمان باز شکستگی تنه تیپا (یا یا بدون شکستگی فیوولا) با پلیت/پیچ، یا یا بدون سرکلاژ درمان باز شکستگی تنه رادیوس و اولنا شامل فیکساسیون داخلی در صورت انجام	۴۴	۳/۵۹	۳/۲۶۹/۹۵۵/۶۴۱	۷۴/۳۱۷/۱۷۴	۲/۳۱۱/۱۷۹/۷۳۳	۵۲/۵۲۶/۸۱۲	۲۹/۳۲	-۹۵۸/۷۷۵/۹۰۸		
	فیکساسیون استخوانی شکستگی فمور، انتهای پروگزیمال، گردن، از طریق پوست یا درمان باز شکستگی فمور، انتهای پروگزیمال، گردن، فیکساسیون داخلی یا جایگزینی با پروتز	۳۳	۱/۶۶	۱/۵۴۷/۳۰۲/۰۵۲	۴۶/۸۸۷/۹۴۱	۱/۷۰۴/۲۱۸/۹۳۵	۵۱/۶۴۲/۹۹۸	۱۰/۱۴	۱۵۶/۹۱۶/۸۸۳		
	درمان بسته شکستگی تنه رادیوس و یا اولنا؛ یا یا بدون مانیپولاسیون	۱۸	۴/۱۱	۱/۹۰۷/۲۵۲/۹۵۹	۱۰۵/۹۵۸/۴۹۸	۱/۵۵۸/۸۲۸/۶۰۹	۸۶/۶۰۱/۵۸۹	-۱۸/۲۷	-۳۴۸/۴۲۴/۳۵۰		
	درمان بسته شکستگی تنه رادیوس و یا اولنا؛ یا یا بدون مانیپولاسیون	۱۴	۱/۰۰	۲۱۲/۸۵۶/۲۶۵	۱۵/۲۰۴/۰۱۹	۱۷۹/۱۵۷/۱۹۰	۱۲/۷۹۶/۹۴۲	-۱۵/۸۳	-۳۳/۶۹۹/۰۷۵		
	سایر	۴۳	۲/۲۰	۱/۵۸۷/۲۷۰/۰۷۵	۳۶/۹۱۳/۲۵۸	۱/۲۸۲/۵۱۱/۲۷۱	۲۹/۸۲۵/۸۴۴	-۱۹/۲۰	-۳۰۴/۷۵۸/۸۰۴		
ENT	مجموع	۲۷۰	۲/۲۶	۱۰/۰۵۲/۲۵۱/۰۲۲	۳۷/۲۳۰/۵۵۹	۸/۷۹۵/۸۰۵/۲۸۸	۳۲/۵۷۷/۰۵۷	-۱۲/۵۰	/۲۵۶/۴۴۵/۷۳۴-۱		۰/۴۶
	تونسیلکتومی با یا بدون آدنوئیدکتومی با کنترل خون ریزی در همان نوبت بستری یا رزکسیون رادیکال لوزه و پیلارها و/یا مثلث رترومولار؛ بدون بستن درمان بسته شکستگی بینی با مانیپولاسیون با یا بدون تثبیت	۹۰	۱/۱۲	۲/۷۳۲/۴۶۵/۹۵۳	۳۰/۳۶۰/۷۳۳	۲/۴۴۲/۶۵۴/۵۱۷	۲۷/۱۴۰/۶۰۶	-۱۰/۶۱	-۲۸۹/۸۱۱/۴۳۶		
		۳۸	۱/۰۰	۴۸۸/۳۹۷/۵۹۳	۱۲/۸۵۲/۵۶۸	۵۱۱/۰۲۷/۴۳۷	۱۳/۴۴۸/۰۹۰	۴/۶۳	۲۲/۶۲۹/۸۴۴		

جدول ۱. توزیع فراوانی، تخت روز، هزینه صورتحساب و هزینه گلوبال پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال بر حسب دیارتمان های جراحی در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

دیارتمان	اعمال جراحی	فراوانی	میانگین تخت روز اشفالی	صورتحساب کل هزینه	صورتحساب هزینه کل	میانگین کل هزینه گلوبال	کل هزینه گلوبال	میانگین کل هزینه صورتحساب (%)	میانگین اختلاف هزینه گلوبال با هزینه صورتحساب (%)	سود / زیان	t-statistic	P-value
چشم	سایر	۱۲	۱/۱۰	۴۱۱/۹۳۲/۵۴۲	۳۴/۳۲۷/۷۱۲	۳۱۷/۷۸۳/۱۳۳	۲۶/۴۸۱/۹۲۸	۲۲/۸۶	-۲۲/۸۶	-۹۴/۱۴۹/۴۰۹	۱۵/۲۵۹	<۰/۰۰۱
	مجموع	۱۴۰	۱/۱۱	۳/۶۳۲/۷۹۶/۰۸۸	۲۵/۹۴۸/۵۴۳	۳/۲۷۱/۴۶۵/۰۸۷	۲۳/۳۶۷/۶۰۸	-۹/۹۵	-۹/۹۵	-۳۶۱/۳۳۱/۰۰۱		
	انجام عمل کاتاراکت با کارگذاری لنز؛ به هر روش	۴۷۶	۱/۰۱	۱۵/۰۰۱/۸۲۵/۵۷۵	۳۱/۵۱۶/۴۴۰	۱۶/۸۸۱/۷۹۴/۹۳۰	۳۵/۴۶۵/۹۵۶	۱۲/۵۳	۱۲/۵۳	۸۷۹/۹۶۹/۳۵۵ ۱		
	اکسیژن یون یا تغییر محل پتريجيوم با يا بدون گرافت	۶۶	۱/۰۰	۱/۱۸۳/۹۸۴/۳۲۵	۳۱/۲۰۶/۸۵۷	۱/۱۲۸/۷۹۵/۵۶۶	۳۳/۶۲۹/۲۷۲	-۴/۶۶	-۴/۶۶	-۵۵/۱۸۸/۷۵۹		
	داکریوسیستورینوستومی (ایجاد فیستول از کیسه اشکی به حفره بینی)	۱۶	۱/۰۰	۴۸۴/۸۲۴/۴۴۶	۳۰/۳۰۱/۵۲۸	۵۵۴/۰۱۱/۹۱۵	۳۴/۶۲۵/۷۴۵	۱۴/۲۷	۱۴/۲۷	۶۹/۱۸۷/۴۶۹		
	سایر	۲۸	۱/۰۰	۵۶۹/۲۳۵/۵۸۶	۲۰/۳۲۹/۸۴۲	۶۶۱/۳۰۶/۸۷۶	۲۳/۶۱۸/۱۰۳	۱۶/۱۷	۱۶/۱۷	۹۲/۰۷۱/۲۹۰		
ارولوژی	مجموع	۵۸۶	۱/۰۱	۱۷/۲۳۹/۸۶۹/۹۳۲	۲۹/۴۱۹/۵۷۳	۱۹/۲۲۵/۹۰۹/۲۸۷	۳۲/۸۰۸/۷۱۹	۱۱/۵۲	۱۱/۵۲	۹۸۶/۰۳۹/۳۵۵ ۱	۵/۸۷۱	<۰/۰۰۱
	اکسیژن یون واریکوسل یا بستن وریدهای اسپرماتیک برای واریکوسل؛ از راه شکم بدون ترمیم فتق	۱۰۸	۱/۰۱	۲/۰۲۸/۶۵۱/۸۸۸	۱۸/۷۸۳/۸۱۴	۲/۴۸۴/۲۵۶/۶۸۲	۲۳/۰۰۲/۳۷۷	۲۲/۴۶	۲۲/۴۶	۴۵۵/۶۰۴/۷۹۴		
	جراحی پروستات از طریق مجرا (TURP کامل)	۲۶	۲/۲۳	۱/۳۵۴/۴۳۱/۱۳۹	۵۲/۰۹۳/۵۰۵	۱/۴۸۶/۰۶۶/۸۷۷	۵۷/۱۵۶/۴۱۸	۹/۷۲	۹/۷۲	۱۳۱/۶۳۵/۷۳۸		
	برداشتن تومور(های) مثانه با هر اندازه (TURP)	۲۴	۲/۰۵	۸۶۰/۴۴۳/۰۷۵	۳۵/۸۵۱/۷۹۵	۹۹۸/۶۰۴/۱۳۹	۴۱/۶۰۸/۵۰۶	۱۶/۰۶	۱۶/۰۶	۱۳۸/۱۶۱/۰۶۴		
	اورکیوپکسی از راه اینگوینال، بدون ترمیم فتق	۱۹	۱/۰۷	۴۳۱/۶۵۵/۷۱۰	۲۲/۷۱۸/۷۲۲	۵۱۱/۷۸۶/۰۶۵	۲۶/۹۳۶/۱۰۹	۱۸/۵۶	۱۸/۵۶	۸۰/۱۳۰/۳۵۵		
	سیستواورتروسکوپی با یا بدون شستشو و تخلیه لخته ها	۱۸	۱/۲۰	۲۱۱/۷۵۷/۵۵۲	۱۱/۷۶۴/۳۰۸	۲۸۳/۴۱۲/۸۰۰	۱۵/۷۴۵/۱۵۶	۳۳/۸۴	۳۳/۸۴	۷۱/۶۵۵/۲۴۸		
	فراوان با یا بدون کاتتریزاسیون حالب با یا بدون نمونه برداری یا برس از حالب یا لگنچه کلیه با یا بدون فولگوراسیون											

جدول ۱. توزیع فراوانی، تخت روز، هزینه صورتحساب و هزینه گلوبال پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال بر حسب دیپارتمان‌های جراحی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

دیپارتمان	اعمال جراحی	فراوانی	میانگین تخت روز اشفالی	کل هزینه صورتحساب	میانگین کل هزینه صورتحساب	کل هزینه گلوبال	هزینه گلوبال کل	صورتحساب هزینه گلوبال با میانگین اختلاف (%)	سود / زیان	t-statistic	P-value
نورولوژی	سیستوآورتروسکوپی، با اورتروتومی داخلی؛ مونث یا مذکر زیر دید مستقیم پروستاتکتومی سوپراپوبیک یا رتروپوبیک کامل یا نیمه کامل، یک یا دو مرحله‌ای شامل کنترل خونریزی بعد از عمل در طی مرتبه اول بستری، (واکتومی، مه‌آتوتومی، کالیبراسیون و یا دیلاتاسیون مجرای ادرار و اورتروتومی داخلی را شامل می‌شود).	۱۳	۱/۰۰	۲۴۱/۲۴۸/۷۵۵	۱۸/۵۵۷/۵۹۷	۲۹۷/۰۹۰/۱۷۹	۲۲/۸۵۳/۰۹۱	۲۳/۱۵	۵۵/۸۴۱/۴۲۴		
	اکسیزیون واریکوسل یا بستن وریدهای اسپرماتیک برای واریکوسل؛ از راه شکم با ترمیم فتق	۱۰	۱/۵۰	۱۸۸/۴۵۳/۱۹۰	۱۸/۸۴۵/۳۱۹	۲۴۷/۶۱۸/۸۳۱	۲۴/۷۶۱/۸۸۳	۳۱/۴۰	۵۹/۱۶۵/۶۴۱		
	سایر	۱۸	۲/۷۶	۵۳۶/۴۲۶/۵۰۷	۲۹/۸۰۱/۴۷۳	۶۴۵/۰۱۱/۸۷۹	۳۵/۸۳۳/۹۹۳	۲۰/۲۴	۱۰۸/۵۸۵/۳۷۲		
	مجموع	۲۴۹	۱/۶۱	۶/۸۲۷/۳۷۰/۱۱۰	۲۷/۴۱۹/۱۵۷	۷/۶۸۲/۸۹۹/۳۳۳	۳۰/۸۵۵/۰۱۷	۱۲/۵۳	۸۵۵/۵۲۹/۲۲۳		
	نورولیز یا نوروپلاستی هر عصب در میچ دست یا بازو یا ساق پا لامینوتومی (همی لامینکتومی) و یا لامینکتومی و یا فاستکتومی و فورامینوتومی (یک یا دو طرفه) با دکمپرسیون طناب نخاعی، دم اسب و یا ریشه‌های (عصبی همراه با دیسکتومی (برای مثال تنگی نخاعی یا تنگی بن بست جانبی)، یک سگمان مهره‌ای گردنی، توراسیک، کمری	۱۰۰	۱/۰۰	۱/۳۸۴/۲۰۲/۵۳۵	۲۹/۸۶۳/۳۴۲	۲/۰۰۸/۳۹۰/۵۴۹	۴۱/۰۶۱/۷۱۸	۴۵/۰۹	۶۲۴/۱۸۸/۰۱۴		
	سایر	۸۱	۲/۱۲	۵/۰۴۳/۴۰۸/۵۴۹	۶۲/۲۶۴/۳۰۳	۶/۲۶۴/۵۶۳/۰۱۴	۷۷/۳۴۰/۲۸۴	۲۴/۲۱	۱/۲۲۱/۱۵۴/۴۶۵		
	سایر	۳	۱/۳۸	۳۲۵/۴۲۱/۷۱۳	۱۰۸/۴۷۳/۹۰۴	۳۰۸/۳۶۴/۳۱۵	۱۰۲/۹۵۴/۷۷۲	-۵/۰۹	-۱۶/۵۵۷/۳۹۸		
	مجموع	۱۸۴	۲/۰۲	۶/۷۵۳/۰۳۲/۷۹۷	۳۶/۷۰۱/۲۶۵	۸/۵۸۱/۸۱۷/۸۷۸	۴۶/۶۴۰/۳۱۵	۲۷/۰۸	۱/۸۲۸/۷۸۵/۰۸۱		
	جمع کل	۱/۵۲۷ ۲	۱/۴۳	۵۰۷/۳۶۳/۹۵۲/۱۰۱	۴۰/۵۰۱/۶۳۳	۴۷۳/۵۲۲/۳۱۵/۵۱۵	۳۷/۸۰۰/۱۳۷	-۶/۶۷	۸۴۱/۶۳۶/۵۸۶ -۳۳		
										۱۵/۷	<۰/۰۰۱

ج: یافته‌های مربوط به تأثیر متغیرهای دموگرافیکی و هزینه‌ای بر سودده یا زیان‌ده بودن اعمال مشمول تعرفه گلوبال

این تحلیل‌ها به بررسی عوامل مختلف مؤثر بر هزینه‌های بیمارستانی و سوددهی تعرفه‌های اعمال جراحی گلوبال در ۸ بیمارستان دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱ می‌پردازد و الگوهای هزینه‌ای و عوامل تأثیرگذار بر بهره‌وری و سوددهی در این بیمارستان‌ها را شناسایی می‌کند. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که از نظر درصد فراوانی سوددهی بیمارستان‌ها از زیاد به کم، به ترتیب بیمارستان امام حسین اهرم، امیرالمومنین گناوه، زینبیه خورموج، بقیه‌الله دیلم، شهید صادق گنجی، شهدای خلیج فارس و امام هادی هستند و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$). از نظر درجه اعتبار بخشی، بیمارستان‌های درجه ۲، سوددهی بیشتری ($52/6$ درصد) نسبت به درجه ۱ ($29/6$ درصد) داشته‌اند و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$). از نظر درصد فراوانی سوددهی سرویس‌ها از زیاد به کم، به ترتیب نورولوژی ($94/0$ درصد)، ارولوژی ($79/5$ درصد)، چشم ($77/6$ درصد)، جراحی عمومی ($57/0$ درصد)، زنان و زایمان (زایمان طبیعی) ($38/6$ درصد)، گوش، حلق و بینی ($35/7$ درصد)، جراحی زنان غیرزایمان ($35/4$ درصد) و جراحی زنان و زایمان ($29/4$ درصد) هستند و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$). سوددهی بیماران، مرد ($56/1$ درصد) و زن ($36/6$ درصد) بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$).

سوددهی پزشکان فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های تیپ دو ($85/7$ درصد)، تیپ سه ($44/6$ درصد) و تیپ یک ($41/9$ درصد) و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$). سوددهی پزشکان غیرتمام وقت ($45/4$ درصد) و تمام وقت ($34/1$ درصد) بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$). سوددهی پزشکان مرد ($56/1$ درصد) و پزشکان زن ($36/6$ درصد) بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$). سوددهی بیماران با ملیت ایرانی $42/4$ درصد و سوددهی بیماران با ملیت غیر ایرانی $38/6$ درصد بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$). سوددهی نوع ترخیص با بهبودی $43/6$ درصد و ترخیص با میل شخصی $23/3$ درصد بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$).

بیماران در گروه سودده به‌طور میانگین مسن‌تر از بیماران گروه زیان‌ده هستند، بیماران سودده به‌طور میانگین مدت کمتری در بیمارستان بستری بوده‌اند، میانگین هزینه هتلینگ در گروه سودده به‌صورت قابل‌توجهی کمتر بوده است، میانگین هزینه بیهوشی در گروه سودده کمتر بوده، اما تفاوت عددی اندک است. مقدار اثر آماری آن پایین است (آماره آزمون: $1/92$)، و تفاوت چندان قابل‌توجه نیست، بیماران سودده، داروی کمتری دریافت کرده‌اند یا هزینه داروی آن‌ها پایین‌تر بوده است، هزینه مواد مصرفی در گروه سودده به‌طور میانگین کمتر بوده و بیماران سودده هزینه پاراکلینیکی کمتری داشته‌اند و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار است ($p < 0/001$).

جدول ۲. مقایسه تأثیر متغیرهای دموگرافیکی و هزینه‌ای بر سودده یا زیان‌ده بودن اعمال مشمول تعرفه گلوبال در بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

متغیرهای کیفی	زیر طبقه	سودده فراوانی (درصد)	زیان ده فراوانی (درصد)	آماره	P-value
نام بیمارستان	امام حسین اهرم	۳۲ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	۱۰۲۷/۷۳	<۰/۰۰۱
	امام خمینی کنگان	۱۳۸۱ (۴۸/۷٪)	۱۴۵۵ (۵۱/۳٪)		
	امام هادی	۲۸ (۱۳/۹٪)	۱۷۴ (۸۶/۱٪)		
	امیرالمومنین گناوه	۱۲۸۲ (۶۵/۹٪)	۶۶۲ (۳۴/۱٪)		
	بقیه الله دیلم	۱۶۰ (۴۱/۲٪)	۲۲۸ (۵۸/۸٪)		
	زینبیه خورموج	۵۸۶ (۴۹/۱٪)	۶۰۷ (۵۰/۹٪)		
	شهدای خلیج فارس	۹۹۴ (۲۷/۹٪)	۲۵۶۴ (۷۲/۱٪)		
درجه اعتباربخشی	شهید صادق گنجی	۷۶۳ (۳۲/۲٪)	۱۶۱۰ (۶۷/۸٪)	۶۷۷/۷۰	<۰/۰۰۱
	درجه ۱	۱۷۵۷ (۲۹/۶٪)	۴۱۷۱ (۷۰/۴٪)		
سرویس	درجه ۲	۳۴۶۹ (۵۲/۶٪)	۳۱۲۴ (۴۷/۴٪)	۱۱۳۴/۳۵	<۰/۰۰۱
	ارتوپدی	۱۴۶ (۵۴/۳٪)	۱۲۴ (۴۵/۷٪)		
	ارولوژی	۱۹۸ (۷۹/۵٪)	۵۱ (۲۰/۵٪)		
	جراحی عمومی	۱۱۱۶ (۵۷/۰٪)	۸۴۳ (۴۳/۰٪)		
	جراحی زنان غیرزایمان	۲۶۳ (۳۵/۴٪)	۴۷۹ (۶۴/۶٪)		
	جراحی زنان و زایمان (سزارین)	۱۲۶۴ (۲۹/۴٪)	۳۰۳۵ (۷۰/۶٪)		
	چشم	۴۵۵ (۷۷/۶٪)	۱۳۱ (۲۲/۴٪)		
	زنان و زایمان (زایمان طبیعی)	۱۵۷۱ (۳۸/۶٪)	۲۵۰۷ (۶۱/۴٪)		
جنسیت پزشک	نورولوژی	۱۷۳ (۹۴/۰٪)	۱۱ (۶/۰٪)	۳۸۳/۳۹	<۰/۰۰۱
	ENT	۵۰ (۳۵/۷٪)	۹۰ (۶۴/۳٪)		
پارہ وقت و تمام وقت پزشک	زن	۳۳۶۸ (۳۶/۶٪)	۵۸۴۶ (۶۳/۴٪)	۱۴۱/۷۱	<۰/۰۰۱
	مرد	۱۸۵۹ (۵۶/۱٪)	۱۴۵۴ (۴۳/۹٪)		
درجه اعتباربخشی دانشگاه	تمام وقت	۱۳۷۳ (۳۴/۱٪)	۲۶۵۱ (۶۵/۹٪)	۹۱/۵۲	<۰/۰۰۱
	غیرتمام وقت	۳۸۵۲ (۴۵/۴٪)	۴۶۴۱ (۵۴/۶٪)		
جنسیت بیمار	تیپ ۱	۴۲۹۷ (۴۱/۹٪)	۵۹۶۰ (۵۸/۱٪)	۲۴۴/۷۰	<۰/۰۰۱
	تیپ ۲	۲۳۴ (۸۵/۷٪)	۳۹ (۱۴/۳٪)		
ملیت بیمار	تیپ ۳	۸۹۱ (۴۴/۶٪)	۱۱۰۶ (۵۵/۴٪)	۹/۴۰	<۰/۰۰۱
	زن	۴۰۳۴ (۳۸/۶٪)	۶۴۰۵ (۶۱/۴٪)		
نوع ترخیص	مرد	۱۱۹۳ (۵۷/۱٪)	۸۹۵ (۴۲/۹٪)	۱۷۷/۷۹	<۰/۰۰۱
	ایرانی	۴۵۱۶ (۴۲/۴٪)	۶۱۲۹ (۵۷/۶٪)		
	غیر ایرانی	۶۸۷ (۳۸/۶٪)	۱۰۹۵ (۶۱/۴٪)		
	ترخیص با بهبودی	۴۹۵۷ (۴۳/۶٪)	۶۴۱۳ (۵۶/۴٪)		
	ترخیص با میل شخصی	۲۷۰ (۲۳/۳٪)	۸۸۷ (۷۶/۷٪)		
		سود (انحراف معیار)	زیان (انحراف معیار)	آماره	P_value
متغیرهای کمی	سن بیمار	۳۳/۵۵ (۱۵/۱۶)	۳۰/۴۷ (۱۱/۲۸)	-۱۳/۰۳	<۰/۰۰۱
	تعداد روزهای بستری	۰/۸۹۳ (۰/۶۰)	۱/۵۶ (۰/۸۳)	۴۹/۱۹	<۰/۰۰۱
	میانگین هزینه هتلینگ	(۱/۹۶۸/۵۰۲)	(۲/۶۶۰/۵۶۷)	۴۹/۷۰۴	<۰/۰۰۱
	میانگین هزینه بیهوشی	۲/۷۵۴/۴۱۵	۴/۹۱۲/۴۲۲	۱/۹۲	<۰/۰۰۱
	میانگین هزینه دارو	(۳/۲۴۹/۰۸۶)	(۳/۷۹۵/۹۷۷)	۲۶/۲۵	<۰/۰۰۱
	میانگین هزینه مواد مصرفی	(۲/۸۱۲/۴۴۵)	(۶/۰۰۳/۴۰۰)	۲۸/۳۳	<۰/۰۰۱
	میانگین هزینه پاراکلینیک	۲/۸۷۴/۲۹۴	۵/۲۱۹/۰۴۵	۲۵/۱۱	<۰/۰۰۱
		۷/۱۵۶/۱۰۹	(۹/۷۰۴/۴۹۵)		
		۱/۱۳۱/۸۱۴ (۹۱۰/۵۳۹)	(۱/۶۹۹/۰۳۲)		
			۲/۰۵۸/۳۸۴		

بلوک اول شامل متغیرهای مربوط به بیمارستان است که توانسته‌اند حدود ۵/۹ درصد از واریانس اختلاف تعرفه را توضیح دهند ($\text{Adjusted } R^2 = ۰/۰۵۹$)، تمام بیمارستان‌ها نسبت به بیمارستان مرجع (شهدای خلیج فارس) درآمد بیشتری بابت اعمال گلوبال دریافت کرده‌اند

د: یافته‌های مربوط به اجرای مدل رگرسیون سلسله‌مراتبی

جدول ۳ نتایج مدل رگرسیون خطی سلسله‌مراتبی را نشان می‌دهد که به بررسی عوامل مؤثر بر اختلاف تعرفه اعمال جراحی نسبت به صورتحساب واقعی می‌پردازد.

به جز بیمارستان شهید صادق گنجی که کاهش ۱۴۲/۹۴۸ ریال در مقایسه با بیمارستان مرجع، داشته است. به طور کلی بیمارستان امام حسین اهرم به طور میانگین بابت هر نوع پروسیجر مشمول تعرفه گلوبال مقدار ۷/۷۸۹/۳۵۴ ریال و سپس بیمارستان امیرالمؤمنین گناوه با ۷/۳۶۲/۶۰۹ ریال بیشتر از بیمارستان مرجع سودآوری داشته است. کمترین افزایش درآمد مربوط به بیمارستان بقیه‌الله دیلم با ۲/۶۳۸/۳۰۲ ریال بوده است.

بلوک دوم متغیرهای مربوط به نوع سرویس را شامل می‌شود که با افزودن آن‌ها، قدرت توضیحی مدل به ۱۳/۸ درصد افزایش یافته است ($\text{Adjusted R Square} = 0/138$). بر این اساس به طور متوسط اعمال سرویس نورولوژی نسبت به جراحی عمومی باعث افزایش درآمدی به مقدار ۸/۳۸۲/۶۸۱ ریال می‌شوند. اعمال سرویس چشم نیز به طور متوسط نسبت به سرویس جراحی عمومی باعث افزایش درآمد به مقدار ۱/۰۰۹/۱۴۲ ریال می‌شوند. در مقابل، سرویس‌های زنان و زایمان (سزارین و زایمان طبیعی) و ارتوپدی نسبت به جراحی عمومی کاهش معناداری در درآمد را منجر شده‌اند، به طوری که سرویس زنان و زایمان (سزارین) به طور متوسط نسبت به جراحی عمومی کاهش ۳/۸۷۳/۰۱۴ ریالی در درآمد، زنان و زایمان (زایمان طبیعی) کاهش ۱/۹۰۵/۰۹۰ ریالی در درآمد و ارتوپدی کاهش ۳/۸۷۷/۸۵۵ ریالی در درآمد را باعث شده‌اند. سایر سرویس‌ها مانند ارولوژی، جراحی زنان غیر از زایمان و گوش، حلق و بینی تفاوت معناداری را بر درآمد در مقایسه با سرویس جراحی عمومی نداشتند ($p > 0/05$).

بلوک سوم مربوط به مشخصات پزشک است که با اضافه شدن آن، قدرت توضیحی مدل به ۱۶/۹ درصد افزایش یافت ($\text{Adjusted R Square} = 0/169$).

($\Delta R^2 = 0/030$ ، $p < 0/001$). پزشکان پاره‌وقت نسبت به تمام‌وقت، بابت هر نوع پروسیجر مشمول تعرفه گلوبال، افزایش درآمدی معادل ۴/۰۳۵/۶۸۷ ریال به نفع بیمارستان‌ها ایجاد کرده‌اند. پزشکان دانشگاه تیپ ۳ نسبت به تیپ ۲ بابت هر نوع پروسیجر مشمول تعرفه گلوبال افزایش درآمدی به مقدار ۱/۲۶۴/۴۲۵ ریال برای بیمارستان‌ها ایجاد کرده‌اند. در حالی که پزشکان دانشگاه‌های تیپ ۲ نسبت به تیپ ۱ بابت هر نوع پروسیجر مشمول تعرفه گلوبال، میزان کاهش درآمد آن‌ها ۲/۲۷۹/۶۷۳ ریال بوده است.

بلوک چهارم شامل مشخصات بیمار است که تغییر معناداری در قدرت توضیحی مدل ایجاد نکرد ($\text{Adjusted R Square} = 0/170$ ، $\Delta R^2 = 0/000$ ، $p < 0/415$). داشتن بیمه باعث کاهش درآمد به میزان ۱/۳۱۹/۱۶۷ ریال شده است، اما ملیت بیمار (ایرانی یا غیرایرانی) و روش ترخیص تفاوت معناداری نداشته‌اند ($p > 0/05$). بلوک پنجم متغیرهای مربوط به صورتحساب واقعی را شامل می‌شود که افزودن آن‌ها باعث افزایش قدرت توضیحی مدل به ۲۳/۷ درصد شد ($\text{Adjusted R Square} = 0/237$ ، $\Delta R^2 = 0/067$). هر چه سهم هزینه‌های جراحی از کل هزینه‌ها بیشتر باشد افزایش درآمدی به میزان ۶/۳۶۵/۰۲۱ ریال و بابت بیهوشی درآمدی به مقدار ۲۳/۶۴۵/۲۱۵ ریال برای بیمارستان ایجاد می‌شود. نسبت صورت‌حساب هتلینگ به کل (۷/۸۷۶/۳۰۱- ریال)، دارو (۱۲/۳۱۰/۶۷۱- ریال) و پاراکلینیک (۱۴/۵۰۱/۱۴۲- ریال) تأثیر منفی معنادار بر درآمد داشتند. یعنی هر چقدر هزینه سهم این آیتم‌ها از کل هزینه‌ها افزایش یابد، میزان درآمد بیمارستان‌ها به اندازه مقادیر بیان شده کاهش می‌یابد. هر چند این نسبت در خصوص مواد مصرفی، تفاوت معناداری را در درآمد بیمارستان‌ها نشان نداد ($p > 0/05$).

جدول ۳. رگرسیون خطی عوامل مؤثر بر اختلاف تعرفه اعمال جراحی گلوبال با صورتحساب واقعی					
متغیر	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد	ضریب استاندارد شده	نسبت ضریب رگرسیون به خطای استاندارد	P-value
ثابت	-۵/۷۲۰/۵۷۹/۵	۵۳۳/۶۰۸/۱۱	-۰/۴۳	-۱۰/۷۲	<۰/۰۰۱
بلوک اول: نام بیمارستان (مینا: بیمارستان شهدای خلیج فارس)					
امام حسین اهرم	۷/۷۸۹/۳۵۴/۸۰	۱/۴۵۳/۱۹۳/۸۷	۰/۰۷۷	۵/۳۶	<۰/۰۰۱
امام خمینی کنگان	۱/۶۷۴/۰۳۰/۸۴	۲۳۴/۳۴۵/۸۰	۰/۰۲۷	۱۷/۱۴	<۰/۰۰۱
امام هادی دیر	۱/۹۵۱/۰۴۶/۷۴	۶۱۱/۴۵۵/۱۹	۰/۲۹۲	۳/۱۹	<۰/۰۰۱
امیر المومنین گناوه	۷/۳۶۲/۰۰۹/۰۲	۲۶۱/۶۱۰/۵۰	۰/۰۵۰	۲۸/۱۴	<۰/۰۰۱
بقیه‌الله دیلم	۲/۶۳۸/۳۰۲/۲۷	۴۴۸/۹۵۰/۹۰	۰/۰۲۵	۵/۸۷	۰/۰۱۹
زینبیه خورموج	۷۹۱/۲۶۲/۷۳	۳۳۷/۵۲۵/۴۴	-۰/۰۰۶	۲/۳۴	۰/۵۳۸
شهید صادق گنجدی	-۱۴۲/۹۴۸/۵۱	۲۳۲/۱۷۵/۰۹	۰/۰۷۷	-۰/۶۱	<۰/۰۰۱
Adjusted R Square=۰/۰۵۹ R Square change=۰/۰۶۰ P-value=<۰/۰۰۱					
بلوک دوم: نام سرویس (مینا: سرویس جراحی عمومی)					
ارتوپدی	-۳/۸۷۷/۸۵۵/۵۹	۴۸۲/۵۵۷/۵۹	-۰/۰۶۷	-۸/۰۳	<۰/۰۰۱
ارولوژی	۵۴۳/۸۱۹/۹۷	۵۰۳/۰۷۲/۹۷	۰/۰۰۹	۱/۰۸	۰/۲۸۰
جراحی زنان غیر از زایمان	-۳۰۱/۹۷۷/۹۳	۳۶۲/۸۹۷/۱۲	-۰/۰۰۸	-۰/۸۳	۰/۴۰۵
جراحی زنان و زایمان (سزارین)	-۳/۸۷۳/۰۱۴/۵۸	۲۳۶/۶۳۴/۶۳	-۰/۱۹۹	-۱۶/۳۶	<۰/۰۰۱
چشم	۱/۰۰۹/۱۴۲/۹۸	۴۱۹/۶۲۸/۳۳	۰/۰۲۳	۲/۴۰	۰/۰۱۶
زنان و زایمان (زایمان طبیعی)	-۱/۹۰۵/۰۹۰/۵۳	۳۰۵/۸۱۰/۵۷	-۰/۰۹۷	-۶/۲۳	<۰/۰۰۱
نوروسرجری	۸/۳۸۲/۶۸۱/۷۷	۶۷۵/۷۲۷/۶۶	۰/۱۰۲	۴۰-۱۲	<۰/۰۰۱
گوش، حلق و بینی	۷۲۹/۶۸۳/۱۵۲	۸/۰۲۸/۷۶۵/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸	۰/۰۹۱
Adjusted R Square=۰/۱۳۸ R Square change=۰/۰۸۰ P-value=<۰/۰۰۱					
بلوک سوم: مشخصات پزشک					
پارموقت به تمام‌وقت	۴/۰۳۵/۶۸۷/۷۳	۱۹۲/۲۱۸/۱۷	۰/۲۰۶	۲۰/۹۹	<۰/۰۰۱
دانشگاه تپ ۲ (مینا دانشگاه تپ ۱)	-۲/۲۷۹/۶۷۳/۶۷	۵۱۴/۱۵۴/۷۴	-۰/۰۳۶	-۴/۴۳	<۰/۰۰۱
دانشگاه تپ ۳	۱/۲۶۴/۴۲۵/۳۸	۲۱۷/۱۵۴/۶۵	۰/۰۵۰	۵/۸۲	<۰/۰۰۱
Adjusted R Square=۰/۱۶۹ R Square change=۰/۰۳۰ P-value=<۰/۰۰۱					
بلوک چهارم: مشخصات بیمار					
ملیت بیمار ایرانی به غیر ایرانی	۳۱۱/۶۹۶/۱۴	۲۵۹/۶۴۶/۳۵	۰/۰۱۲	۱/۲۰	۰/۲۳۰
بیمه داشتن بیمار	-۱/۳۱۹/۱۶۷/۳۷	۲۳۳/۹۹۲/۶۳	-۰/۰۵۷	-۵/۶۳	<۰/۰۰۱
ترخیص بامیل شخصی (مینا ترخیص با یهودی)	-۲۱/۱۳۸/۷۴	۲۷۰/۳۰۹/۰۸	-۰/۰۰۱	-۰/۰۷	۰/۹۳۸
ترخیص - سایر	-۲/۴۲۲/۲۳۰/۶۸	۱/۴۷۸/۴۹۸/۵۶	-۰/۰۱۳	-۱/۶۳	۰/۱۰۱
Adjusted R Square = ۰/۱۷۰ R Square change = ۰/۰۰ P-value = ۰/۴۱۸					
بلوک پنجم: صورتحساب واقعی					
نسبت صورتحساب هتلینگ به کل	-۷/۸۷۶/۳۰۱/۹۷	۱/۵۱۱/۲۷۰/۹۸	-۰/۰۴۹	-۵/۲۱	<۰/۰۰۱
نسبت صورتحساب جراحی به کل	۶/۳۶۵/۰۲۱/۷۰	۵۲۹/۹۷۷/۴۱	۰/۱۲۵	۱۲/۰۱	<۰/۰۰۱
نسبت صورتحساب بیهوشی به کل	۲۳/۶۴۵/۲۱۵/۹۰	۱/۲۲۶/۰۱۲/۲۶	۰/۲۳۱	۱۹/۲۸	<۰/۰۰۱
نسبت صورتحساب دارو به کل	۱۲/۳۱۰/۶۷۱/۹۸	۸۳۲/۱۳۴/۵۲	-۰/۱۲۵	-۱۴/۷۹	<۰/۰۰۱
نسبت صورتحساب مواد مصرفی به کل	-۵۴۱/۹۶۳/۴۰	۵۵۳/۸۰۷/۰۶	-۰/۰۱۰	-۰/۹۷	۰/۳۲۸
نسبت صورتحساب پاراکلینیک به کل	-۱۴/۵۰۱/۱۴۲/۲۳	۱/۷۵۳/۵۸۷/۷۲	-۰/۰۷۴	-۸/۲۶	<۰/۰۰۱
Adjusted R Square=۰/۲۳۷ R Square change=۰/۰۶۷ P-value=<۰/۰۰۱					

بحث

بیش از ۱۲ هزار عمل جراحی در ۸ بیمارستان دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد که اختلاف معناداری بین هزینه واقعی اعمال جراحی و

این مطالعه با هدف مقایسه هزینه‌های واقعی اعمال جراحی با تعرفه‌های گلوبال مصوب شورای عالی بیمه سلامت در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. داده‌های

تعرفه‌های گلوبال وجود دارد، و این اختلاف تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله نوع سرویس درمانی، ویژگی‌های پزشک، ویژگی‌های بیمار، نوع بیمارستان و ترکیب هزینه‌ها می‌باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که در سال ۱۴۰۱، بخش زیادی از پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بوشهر منجر به زیان مالی شده‌اند؛ به‌طوری که در ۵۸ درصد موارد، هزینه واقعی صورتحساب بیش از تعرفه گلوبال بوده است. این زیان عمدتاً در اعمال پرتکراری مانند زایمان طبیعی، سزارین و آپاندیسیت مشاهده شد. در حالی که تنها ۲۰ پروسیجر، بیش از ۹۳ درصد کل اعمال گلوبال را تشکیل داده‌اند، توزیع نابرابر هزینه و درآمد در این گروه‌ها نشان‌دهنده عدم توازن در تعیین تعرفه‌هاست. پروسیجرهایی مانند تانسلیکتومی، سرکلاژ رحم، سزارین و سقط عفونی بالاترین درصد زیان‌دهی را داشته‌اند که بیانگر چالش‌های تعرفه‌گذاری در برخی از خدمات است.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که در برخی از گروه‌های جراحی مانند زنان و زایمان، چشم، ارتوپدی، اورولوژی و نورولوژی، اختلاف معناداری بین هزینه واقعی صورتحساب و تعرفه گلوبال وجود داشته، که این امر بیانگر ناکارآمدی نسبی سیستم گلوبال در پوشش کامل هزینه‌ها در برخی بخش‌هاست. ابوترابی و همکاران در مطالعه خود در مرکز درمانی حضرت رسول اکرم نشان دادند که هزینه واقعی جراحی‌های گلوبال به‌ویژه در جراحی چشم، به‌طور قابل‌توجهی بیش از تعرفه‌های تصویب شده بوده است، در حالی که در مطالعه حاضر بخش چشم پزشکی منجر به سودآوری معنی‌داری برای بیمارستان شده است (۱۰). نتایج مطالعه زارع عسکری نشان داد که در هر شش نوع خدمت مشمول تعرفه گلوبال در بیمارستان نیک نفس رفسنجان، تعرفه گلوبال از هزینه واقعی کمتر بوده و بیمارستان متحمل زیان مالی شده است (۱۱).

حسینی اشپلا و همکاران، در مطالعه‌ای که در بیمارستان فکری بستک هرمزگان انجام دادند، نشان دادند که اعمال تعرفه‌های گلوبال در ۸۶ درصد پرونده‌ها منجر به سودآوری برای بیمارستان شده است و در اعمالی مانند سزارین فقط ۷ درصد پرونده منجر به زیان برای بیمارستان شده است (۱۲). در حالی که در مطالعه حاضر حدود ۷۰ درصد پرونده‌های سزارین منجر به زیان مالی برای بیمارستان‌ها شده است و در کل ۵۶ درصد پرونده‌ها سود مالی را برای بیمارستان‌ها ایجاد نموده‌اند. در همین راستا نتایج مطالعه درانی نشان داد که در ۴۸ درصد موارد اعمال تعرفه‌های گلوبال منجر به سود برای بیمارستان شده است (۱۳). همچنین مطالعه‌ای توسط زارعی و همکاران در سه بیمارستان دولتی ایران انجام شد، نشان داد که همه بخش‌های مورد مطالعه در اثر اعمال تعرفه‌های گلوبال زیان‌ده بوده‌اند و تنها ۷۸ درصد از هزینه‌ها از طریق تعرفه‌های گلوبال پوشش داده شده‌اند. شکاف تعرفه- هزینه در بیماران مسن‌تر، زنان و بیماران با مدت اقامت طولانی‌تر بیشتر بود (۱۴). مطالعه چتریز و همکاران نیز نشان داد که اعمال تعرفه‌های گلوبال در اکثر موارد منجر به زیان برای بیمارستان شده است (۱۵). این در حالیست که یافته‌های مطالعه ما نشان داد تعرفه‌های گلوبال حدود ۹۳ درصد هزینه‌های واقعی را پوشش می‌دهند و تأثیر اعمال تعرفه‌های گلوبال بر روی بخش‌های مختلف، یکسان نبوده است و برخی بخش‌ها منجر به سودآوری برای بیمارستان شده‌اند. به‌طوری که بخش‌های نورولوژی، اروولوژی و چشم‌پزشکی در بیشتر موارد با مازاد درآمد مواجه بوده‌اند، ولی بخش زنان با زیان همراه بوده است. این امر نشان از مدیریت بهتر هزینه‌ها در بیمارستان‌های مورد مطالعه است. نتایج مطالعه رضایی و همکاران که بر روی سه بیمارستان تخصصی زنان انجام شد نشان داد که در یک بیمارستان اعمال تعرفه‌های گلوبال در مجموع به

ضرر بیمارستان و در دو بیمارستان دیگر، تعرفه‌های گلوبال بیشتر از هزینه‌های واقعی بوده است. این امر می‌تواند حاکی از تأثیر سیاست‌های مختلف مدیریت منابع در این بیمارستان‌ها باشد (۱۶). نتایج مطالعه رشیدیان و همکاران نیز نشان داد که اعمال تعرفه‌های گلوبال در اکثر بخش‌ها منجر به زیان مالی برای بیمارستان شده است (۱۷). در همین راستا نتایج مطالعه گریفیث (Griffiths) و همکاران نشان داد که سرویس چشم‌پزشکی در اغلب موارد منجر به سودآوری برای بیمارستان‌ها شده است (۱۸) که با نتایج مطالعه حاضر همسو است.

بیشترین تفاوت میان هزینه واقعی و تعرفه گلوبال در بیمارستان‌های امام حسین اهرم و امیرالمؤمنین گناوه مشاهده شد، در حالی که بیمارستان شهید گنجی برازجان کاهش درآمد نسبت به تعرفه گلوبال را تجربه کرد و این نتایج نشان می‌دهد که بیمارستان‌ها در مناطق مختلف متفاوت عمل کرده‌اند. این نتایج مشابه با یافته‌های مطالعاتی چون ابوترابی و همکاران و رضایی و همکاران است که در آن نیز بین بیمارستان‌های مختلف، تفاوت قابل‌توجهی در سوددهی اعمال جراحی گلوبال مشاهده شد (۱۶ و ۹). این اختلاف می‌تواند به دلیل سیاست‌های متفاوت پزشکان و بیمارستان‌ها در اجرا و ارائه مراقبت‌های درمانی باشد.

تحلیل مدل رگرسیون خطی نشان داد که با افزودن متغیرهای مختلف، به ترتیب قدرت پیش‌بینی مدل افزایش یافته و در نهایت حدود ۲۳/۷ درصد از واریانس اختلاف تعرفه، قابل تبیین می‌باشد. متغیر نوع سرویس درمانی، بیشترین سهم را در این مدل داشتند. این یافته مشابه با مطالعه چتروز (Chatruz) و همکاران و چن (Chen) و همکاران است که در آن‌ها نوع جراحی، عامل اصلی تفاوت میان هزینه واقعی و تعرفه گلوبال گزارش شده است (۱۵ و ۱۹). یافته مطالعه ما مبنی بر اختلاف مثبت در هزینه‌ها در سرویس نورولوژی، چشم و ارولوژی با

یافته‌های مطالعه ابوترابی و همکاران که اختلاف معنی‌داری در بخش چشم‌پزشکی و ارتوپدی بر روی درآمد بیمارستان به‌دست نیاورده بود، متفاوت است (۹). هم‌راستا با نتایج ما، مطالعه هاجکین (Hodgkin) است که نشان داد که خدمات نورولوژی سهم قابل‌توجهی در درآمد بیمارستانی دارند و نباید در نظام‌های بودجه‌ریزی نادیده گرفته شوند (۸).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نوع استخدام پزشک و سطح دانشگاه محل خدمت، نقش معناداری در اختلاف بین هزینه واقعی و تعرفه گلوبال دارند؛ به‌گونه‌ای که پزشکان پاره‌وقت و وابسته به دانشگاه‌های تیپ ۳ درآمد بالاتری برای بیمارستان‌ها ایجاد کرده‌اند. این نتایج با مطالعه زارعی هم‌راستا است که افزایش هزینه اعمال گلوبال در جراحی‌های انجام شده توسط پزشکان تمام‌وقت را گزارش کرده‌اند (۱۴). علاوه بر این، ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مانند ملیت و نوع ترخیص تأثیری بر اختلاف تعرفه گلوبال و هزینه صورتحساب نداشته است در حالی که وجود بیمه باعث شده است که بیمارستان‌ها زیان بیشتری را در اعمال گلوبال تجربه کنند. تقاضای القایی ارائه‌کننده و مصرف‌کننده می‌تواند از جمله دلایل افزایش هزینه صورتحساب بیماران بیمه‌ای در مقایسه با بیماران غیربیمه‌ای باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، افزایش نسبت هزینه‌های بیهوشی و جراحی به کل هزینه صورتحساب با افزایش درآمد خالص بیمارستان همراه بوده، در حالی که افزایش سهم هزینه‌های دارو، هتلینگ و پاراکلینیک با کاهش درآمد بیمارستان‌ها رابطه معناداری داشته است. این موضوع اهمیت ترکیب اجزای صورتحساب را در تعیین سود یا زیان بیمارستان در اعمال گلوبال را برجسته می‌کند. در همین راستا نتایج مطالعه حسینی اشپلا و همکاران (۱۲) نشان داد که در ۶۶ درصد اعمال گلوبال، مدت‌زمان بستری آن‌ها کمتر از استاندارد تعریف شده بوده است. این بدان معنی

آینده‌نگر مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این بررسی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که کیفیت خدمات ارائه شده در مورد پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال مورد توجه قرار نگرفته است که پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده معطوف به تعیین کیفیت پروسیجرهای مشمول تعرفه گلوبال باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد به رغم اختلاف معنادار تعرفه‌های گلوبال نسبت به صورتحساب واقعی خدمات و نهایتاً کاهش سوددهی برخی خدمات و بروز ناکارآمدی در تخصیص منابع بیمارستانی، اما پوشش ۹۳ درصدی هزینه‌های واقعی توسط تعرفه‌های گلوبال، بیانگر تأثیر این تعرفه‌ها در کنترل هزینه‌های نظام سلامت است که می‌توان با یکسری تعدیلات، تعرفه‌ها را با هزینه‌های واقعی منطبق کرد. عوامل متعددی از جمله نوع سرویس درمانی، ساختار هزینه‌ای خدمات، ویژگی‌های پزشکی و طول مدت بستری بیماران نقش مهمی در ایجاد این تفاوت دارند. در میان این عوامل، نوع سرویس بیشترین قدرت تبیین را برای اختلاف بین تعرفه گلوبال و هزینه واقعی داشت که بیانگر ضرورت بازنگری در تعرفه‌گذاری خدمات جراحی بر اساس سطح پیچیدگی و منابع مصرفی آنهاست. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که گروه‌های هزینه‌ای دارو، هتلینگ و خدمات پاراکلینیک تأثیر منفی و قابل‌توجهی بر سوددهی نظام گلوبال دارند، موضوعی که نشان‌دهنده اهمیت سیاست‌های کنترلی در این بخش‌های است.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران حوزه سلامت ضمن تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و بهبود دقت در محاسبه هزینه‌های واقعی، بازنگری در تعرفه‌های گلوبال را بر اساس داده‌های مبتنی بر شواهد، هزینه‌یابی دقیق و ویژگی‌های سرویس‌محور در دستور کار قرار دهند.

است که زمان بستری اعمال مشمول تعرفه گلوبال باید مدیریت شود و در صورت بستری بیش از حد، این اعمال می‌توانند به اعمال زیان‌ده تبدیل گردند، بالا بودن زمان بستری اعمال گلوبال زیان‌ده در مطالعه زارعی و همکاران نیز گزارش شده است (۱۴). بر عکس نتایج مطالعه رضایی و همکاران حاکی از این است که هزینه هتلینگ در نظر گرفته شده برای زایمان و سزارین، بیشتر از هزینه واقعی آنها بوده است (۱۶)، این امر می‌تواند ناشی از مدیریت زمان بستری بیماران در بیمارستان‌های مورد مطالعه باشد. در این راستا شوئتز (Schuetz) و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی بیماران مبتلا به ذات‌الریه اکتسابی از جامعه با شدت‌های مختلف انجام شد، نشان دادند که مدت اقامت در بیمارستان‌های دارای تأمین مالی DRG در مقایسه با بیمارستان‌های FFS، ۲۰ درصد کمتر است، بدون اینکه اثرات مضر آشکاری بر پیامدهای بیمار، رضایت از مراقبت و معیارهای کیفیت زندگی داشته باشد (۲۰). همچنین مطالعات انجام شده در کره جنوبی نیز به این نتیجه دست یافتند که سیستم DRG باعث کاهش در مدت اقامت بیماران در بیمارستان می‌شود بدون اینکه کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار دهد (۲۱ و ۲۲).

نتایج در کل نشان می‌دهد که عدم انطباق تعرفه‌های گلوبال با هزینه‌های واقعی، به‌ویژه در مواردی که با پیچیدگی بالینی یا طول درمان بیشتر همراه است، یکی از چالش‌های اساسی نظام پرداخت مبتنی بر گلوبال در ایران محسوب می‌شود. اما در مجموع پوشش ۹۳ درصد هزینه‌های واقعی توسط تعرفه‌های گلوبال می‌تواند حاکی از تدبیر سیاست‌گذاران در تعرفه‌گذاری و مدیریت نسبتاً مطلوب بیمارستان‌ها در اعمال تعرفه‌های گلوبال باشد، که بخش کلیدی این مطالعه محسوب می‌شود. نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای اصلاح تعرفه‌ها، بازنگری در ساختار گلوبال و حرکت به سمت نظام‌های پرداخت

این مطالعه با کد طرح ۱۳۴۷ و کد اخلاق IR.BPUMS.REC.۱۳۹۹.۱۴۶ در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر ثبت و تأیید شده است.

این مطالعه تحت حمایت مالی هیچ سازمان و یا مؤسسه‌ای نمی‌باشد.

سپاس و قدردانی

از همه افرادی که به هر نحوی ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، تقدیر و تشکر می‌گردد. همچنین این پژوهش تحت حمایت مالی هیچ سازمان یا مؤسسه‌ای نمی‌باشد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است

همچنین لازم است مکانیسم‌های اصلاحی مانند تعدیل منطقه‌ای تعرفه‌ها، ایجاد مدل‌های پرداخت ترکیبی (مانند گلوبال تعدیل‌شده با عملکرد) و طراحی مشوق‌های مبتنی بر بهره‌وری برای پزشکان و مراکز درمانی مدنظر قرار گیرد تا هم پایداری مالی نظام سلامت حفظ شود و هم کیفیت خدمات برای بیماران تضمین گردد. عدم دسترسی به استاندارد هزینه‌های دارویی، پاراکلینیکی و سایر گروه‌های هزینه‌ای به‌منظور تعیین سهم گروه‌های مختلف هزینه‌ای در سود و یا زیان اعمال جراحی گلوبال، از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد که امکان تحلیل‌های عمیق‌تر را فراهم نکرد. علاوه بر این به‌علت اینکه هزینه‌های پروسیجرها متأثر از شیوه طبابت پزشکان می‌باشد و کیفیت خدمات ارائه‌شده نیز در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته است، تعمیم نتایج این مطالعه به مطالعات انجام‌شده در سایر استان‌ها می‌بایست با ملاحظات لازم صورت گیرد.

References:

1. Tichenor M, Sridhar D. Metric partnerships: global burden of disease estimates within the World Bank, the World Health Organisation and the Institute for Health Metrics and Evaluation. Wellcome Open Res 2019; 4: 35. [10.12688/wellcomeopenres.15011](https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15011)
2. Aragón MJ, Chalkley M, Rice N. Medical Spending and Hospital Inpatient Care in England: An Analysis over Time. Fiscal Studies 2016; 37(3-4): 405-432. [10.1111/j.1475-5890.2016.12102](https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12102)
3. Omranikhoo H, Raeisi A, Darabi Ah, et al. Estimating the Need for Hospital Beds in Bushehr Province, Focusing on Treatment Poles: a Prospective Study to 2032. Iran South Med J 2025; 27(3): 215-230. (Persian) [10.61186/ismj.27.3.215](https://doi.org/10.61186/ismj.27.3.215)
4. Carrin G, Hanvoravongchai P. Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? Hum Resour Health 2003; 1(1): 6. [10.1186/1478-4491-1-6](https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-6)
5. Pickens G, Karaca Z, Gibson TB, et al. Changes in hospital service demand, cost, and patient illness severity following health reform. Health Serv Res 2019; 54(4): 739-751. [10.1111/1475-6773.13165](https://doi.org/10.1111/1475-6773.13165)
6. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, et al. A typology for provider payment systems in health care. Health Policy 2002; 60(3): 255-273. [10.1016/s0168-8510\(01\)00216-0](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00216-0)
7. Schroeder SA, Frist W. Phasing out fee-for-service payment. N Engl J Med 2013; 368(21): 2029-2032. [10.1056/nejmsb1302322](https://doi.org/10.1056/nejmsb1302322)
8. Hodgkin D, McGuire TG. Payment levels and hospital response to prospective payment. J Health Econ 1994; 13(1): 1-29. [10.1016/0167-6296\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0167-6296(94)90002-7)
9. Aboutorabi A, Radinmanesh M, Rezapour A, et al. A comparison of global surgery tariffs and the actual cost of bills at Hazrate Rasool Akram educational and medical center. Cost Eff Resour Alloc 2020; 18(1): 38. [10.1186/s12962-020-00232-w](https://doi.org/10.1186/s12962-020-00232-w)
10. Rezaee M, Shahbazifard M, Darabi Ah, et al. Financial Indicators of Public Autonomous Hospitals: A Case Study in Bushehr Province in 2021. Iran South Med J 2023; 26(2): 114-126. (Persian) [10.61186/ismj.26.2.114](https://doi.org/10.61186/ismj.26.2.114)
11. Zare Askari A, Mir Mohammadkhani M, Shahab M, et al. Comparison of global inpatient services costs with approved tariffs in niknafs obstetrics and gynecology hospital in Rafsanjan in 2019: A descriptive study. JRUMS

- 2022; 20(10): 1117-1128.(Persian)
[10.52547/jrums.20.10.1117](https://doi.org/10.52547/jrums.20.10.1117)
12. Hosseini-Eshpala R, Khorramy F, Baniasadi T, et al. The Comparison of the cost of patient records in a global system with corresponding retrospective reimbursement system: a case study in Iran. JMIS 2015; 1(1): 65-74.(Persian) <http://jmis.hums.ac.ir/article-1-25-en.html>
13. Dorrani M, Zangoui S, Alborzi R. Comparison of the Actual Cost of Global Surgeries in the Hospitals Affiliated to Birjand University of Medical Sciences With the Government-approved Tariffs in 2021. JMIS 2024; 9(4): 382-399.(Persian) <http://jmis.hums.ac.ir/article-1-460-en.html>
14. Zarei E, Hashemi M, Farrokhi P. The Gap Between the Actual Cost and Tariffs of Global Surgical Procedures: A Retrospective Cross-sectional Study in Qazvin Province, Iran. Arch Iran Med 2024; 27(10): 580-587. [10.34172/aim.31106](https://doi.org/10.34172/aim.31106)
15. Chatruz A, Javadinasab H, Amini MK, et al. A comparison of the cost of global surgery bills with approved tariffs in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Payavard 2015; 9(1): 67-80.(Persian) <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-5667-en.html>
16. Rezaee M, Effatpanah M, Ghamkhar M, et al. Comparing the Billing Cost of Global Childbirth Surgeries (Natural, Cesarean Section) with the Tariff Approved by the Supreme Insurance Council: A Descriptive Study. jha 2023; 26(2): 84-97.(Persian) <https://jha.iuums.ac.ir/article-1-4346-en.html>
17. Rashidian A, Radinmanesh M, Afshari M, et al. The Comparison of the Global Surgery Fees and the Actual Cost in Two Educational Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. EBHPME 2018; 2(4): 239-248.(Persian) [10.18502/jebhpme.v2i4.275](https://doi.org/10.18502/jebhpme.v2i4.275)
18. Griffiths UK, Bozzani F, Muleya L, et al. Costs of eye care services: prospective study from a faith-based hospital in Zambia. Ophthalmic Epidemiol 2015; 22(1): 43-51. [10.3109/09286586.2013.839800](https://doi.org/10.3109/09286586.2013.839800)
19. Chen BP, Clymer JW, Turner AP, et al. Global hospital and operative costs associated with various ventral cavity procedures: a comprehensive literature review and analysis across regions. J Med Econ 2019; 22(11): 1210-1220. [10.1080/13696998.2019.1661680](https://doi.org/10.1080/13696998.2019.1661680)
20. Schuetz P, Albrich WC, Suter I, et al. Quality of care delivered by fee-for-service and DRG hospitals in Switzerland in patients with community-acquired pneumonia. Swiss Med Wkly 2011; 141: w13228. [10.4414/smw.2011.13228](https://doi.org/10.4414/smw.2011.13228)
21. Kim H, Jung IM, Yun KW, et al. Early outcome of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system for appendectomy. Ann Surg Treat Res 2015; 88(3): 126-132. [10.4174/astr.2015.88.3.126](https://doi.org/10.4174/astr.2015.88.3.126)
22. Kim TH, Park EC, Jang SI, et al. Effects of diagnosis-related group payment system on appendectomy outcomes. J Surg Res 2016; 206(2): 347-354. [10.1016/j.jss.2016.08.024](https://doi.org/10.1016/j.jss.2016.08.024)

جدول پیوست. مشخصات هزینه‌ای ۲۵ عمل گلوبال دارای بیشترین فراوانی به تفکیک گروه سودده و زیان‌ده در بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

ردیف	نام عمل	فراوانی	بیهوشی	دارو	مواد مصرفی	آزمایشات	تصویربرداری و رادیوگرافی	هتلینگ	سایر
۱	مراقبت روتین مامایی، شامل قبل از زایمان، زایمان سزارین و مراقبت بعد از سزارین	۱۲۶۴ (۲۹/۴٪)	۶/۸۸۱/۳۹۹/۳۱۲	۶/۵۲۲/۷۱۶/۳۸۲	۱۲/۵۵۲/۵۹۴/۰۴۷	۱/۲۱۱/۸۹۱/۷۹۶	۴۱/۶۴۷/۷۱۷	۴/۷۲۲/۹۱۸/۰۰۰	۱۳/۵۱۲/۶۴۳/۷۶۱
		۳۰۳۵ (۷۰/۶٪)	۱۶/۲۱۵/۰۸۰/۵۱۶	۲۱/۵۶۴/۰۱۸/۱۸۱	۴۴/۳۳۰/۶۴۴/۷۸۸	۳/۸۵۶/۸۹۲/۲۷۷	۷۰۰/۷۳۵/۶۳۸	۱۷/۱۹۹/۱۰۵/۰۰۰	۳۲/۱۴۸/۹۵۲/۹۱۵
		۴۲۹۹ (۱۰۰٪)	۲/۰۹۶/۴۷۹/۸۲۸	۲/۰۸۶/۷۳۴/۵۶۳	۵/۸۸۳/۲۳۸/۸۳۵	۵/۰۶۸/۷۸۴/۰۷۳	۷۲۴/۳۸۳/۳۵۵	۲۱/۹۲۲/۰۲۳/۰۰۰	۴۵/۶۶۱/۵۹۶/۶۷۶
۲	"مراقبت مامایی روتین، شامل مراقبت قبل و بعد از زایمان، زایمان واژینال (با یا بدون اپیزیوتومی و یا بدون فورسپس و واکيوم) به هر روش"	۱۵۷۱ (۳۸/۵٪)	-	۲/۳۱۴/۵۱۲/۹۹۱	۴/۵۱۶/۱۴۰/۴۱۷	۹۶۸/۵۴۱/۱۲۰	۴۶/۰۱۹/۱۱۶	۴/۲۹۴/۹۵۰/۰۰۰	۷/۹۷۹/۶۴۰/۴۵۶
		۲۵۰۷ (۶۱/۵٪)	۹/۵۵۰/۲۲۰	۶/۷۷۸/۵۶۲/۰۹۴	۱۶/۸۳۲/۶۰۸/۴۸۲	۲/۰۲۹/۲۲۹/۰۵۳	۳۲۲/۲۷۹/۲۲۸	۹/۰۰۱/۳۱۱/۰۰۰	۱۵/۲۰۹/۲۳۶/۳۸۰
		۴۰۷۸ (۱۰۰٪)	۹/۵۵۰/۲۲۰	۹/۰۹۳/۰۷۵/۰۸۵	۲۱/۳۸۴/۷۴۸/۸۹۹	۲/۹۹۷/۷۷۰/۱۷۳	۳۶۸/۲۹۸/۳۴۴	۱۳/۲۹۶/۲۶۱/۰۰۰	۲۳/۱۸۸/۸۷۶/۸۳۶
۳	آپاندکتومی یا انسیزیون و درناژ آبسه آپاندیس یا پریتونیت ناشی از آن	۲۹۱ (۳۸/۷٪)	۱/۲۸۰/۷۲۹/۵۵۲	۱/۲۶۹/۵۲۸/۷۶۲	۲/۷۸۰/۳۴۹/۲۹۰	۴۴۵/۵۸۱/۷۵۵	۲۳۱/۰۶۶/۷۰۹	۱/۱۷۷/۵۱۹/۰۰۰	۱/۱۱۹/۵۴۲/۵۴۰
		۴۶۱ (۶۱/۳٪)	۲/۱۹۰/۰۴۸/۸۰۰	۳/۳۲۸/۳۹۱/۱۱۱	۵/۴۰۴/۴۸۹/۷۵۹	۸۷۷/۵۳۱/۹۰۸	۸۴۷/۸۵۹/۲۲۸	۳/۰۱۴/۰۳۷/۰۰۰	۱/۹۹۳/۹۸۸/۳۹۳
		۷۵۲ (۱۰۰٪)	۳/۴۷۰/۷۷۸/۳۵۲	۴/۵۹۷/۹۱۹/۸۷۳	۸/۱۸۴/۸۳۹/۰۴۹	۱/۳۲۳/۱۱۳/۶۶۳	۱/۰۷۸/۹۲۵/۹۳۷	۴/۱۹۱/۵۵۶/۰۰۰	۳/۱۱۳/۵۳۰/۹۳۳
۴	انجام عمل کاتاراکت با کارگذاری لنز؛ به هر روش	۳۸۵ (۸۰/۹٪)	۱/۹۳۹/۶۲۹/۷۹۰	۸۴۴/۶۹۴/۶۷۶	۵/۱۵۰/۵۷۳/۰۳۵	۱/۵۲۴/۵۶۰	-	۸۹/۲۳۸/۰۰۰	۳۷۶/۹۴۲/۸۲۳
		۹۱ (۱۹/۱٪)	۵۹۰/۱۸۵/۳۰۰	۲۸۰/۱۳۳/۹۴۰	۱/۵۳۷/۲۹۲/۶۲۰	۵۵۳/۰۳۰	۱/۲۷۶/۶۴۶	۲۵۲/۸۳۱/۰۰۰	۲۳۷/۲۹۸/۶۰۸
		۴۷۶ (۱۰۰٪)	۲/۵۲۹/۸۱۵/۰۹۰	۱/۱۲۴/۸۲۸/۶۱۶	۶/۶۸۷/۸۶۵/۶۵۵	۲/۰۷۷/۵۹۰	۱/۲۷۶/۶۴۶	۳۴۲/۰۶۹/۰۰۰	۶۱۴/۲۴۱/۴۳۱
۵	اکسیزیون کیست یا سینوس پیلونیدال؛ ساده، وسیع یا مشکل	۲۳۴ (۸۱/۳٪)	۸۳۱/۷۱۷/۳۰۸	۳۸۷/۰۶۸/۲۷۲	۱/۴۲۷/۷۴۱/۸۴۳	۲۲۲/۷۱۹/۰۰۱	۲۸۴/۱۶۰	۴۲۳/۸۶۶/۰۰۰	۵۲۰/۴۸۶/۸۷۰
		۵۴ (۱۸/۸٪)	۲۲۸/۸۱۹/۸۷۸	۴۳۷/۹۱۵/۲۸۸	۴۶۲/۲۵۸/۴۷۲	۳۶/۴۸۶/۴۳۴	-	۲۰۹/۱۰۴/۰۰۰	۱۷۵/۴۰۸/۸۰۰
		۲۸۸ (۱۰۰٪)	۱/۰۶۰/۵۳۷/۱۸۶	۸۲۴/۹۸۳/۵۶۰	۱/۸۹۰/۰۰۰/۳۱۵	۲۵۹/۲۰۵/۴۳۵	۲۸۴/۱۶۰	۶۳۲/۹۷۰/۰۰۰	۶۹۵/۸۹۵/۶۷۰

جدول پیوست. مشخصات هزینه‌ای ۲۵ عمل گلوبال دارای بیشترین فراوانی به تفکیک گروه سودده و زیان‌ده در بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

ردیف	نام عمل	فراوانی	بیهوشی	دارو	مواد مصرفی	آزمایشات	تصویربرداری و رادیوگرافی	هتلینگ	سایر
۶	ترمیم فتنک اینگوئینال اولیه، اسلایدینگ، مختنق یا استرانگوله	۱۶۷ (۵۹/۲٪)	۶۸۹/۴۸۰/۲۰۹	۳۴۳/۸۳۳/۷۴۵	۱/۲۹۲/۸۵۹/۶۱۱	۱۹/۱۱۱/۷۱۴	۵/۱۶۴/۶۳۴	۳۸۲/۳۱۷/۰۰۰	۴۱۸/۱۸۵/۳۷۶
		۱۳۸ (۴۸/۹٪)	۷۵۹/۵۲۷/۹۸۰	۶۱۷/۲۴۹/۷۲۲	۱/۸۰۳/۲۷۰/۸۴۰	۷۹/۱۳۰/۰۳۳	۲۳/۸۸۹/۶۵۹	۶۴۱/۸۹۳/۰۰۰	۵۶۸/۸۶۳/۷۸۶
		۲۸۲ (۱۰۰٪)	۱/۴۴۹/۰۰۸/۱۸۹	۹۶۱/۰۸۳/۴۶۷	۳/۰۹۶/۱۳۰/۴۵۱	۹۸/۲۴۱/۷۴۷	۲۹/۰۵۲/۲۹۳	۱/۰۲۴/۲۱۰/۰۰۰	۹۸۷/۰۴۹/۱۶۲
۷	دیلاتاسیون و کورتاژ تشخیصی یا درمانی، غیرمالمایی	۷۳ (۳۶/۰٪)	۲۴۴/۱۷۸/۳۸۰	۸۵/۰۹۸/۶۹۸	۲۰۰/۶۴۳/۵۹۸	۱۲۷/۱۰۷/۶۷۲	۲/۱۳۱/۸۴۵	۷۳/۶۷۹/۰۰۰	۸۷/۷۴۵/۳۸۹
		۱۳۰ (۶۴/۰٪)	۴۸۸/۰۵۶/۵۸۰	۲۸۰/۶۱۳/۱۵۹	۶۷۰/۲۲۱/۶۳۰	۳۷۵/۹۷۰/۳۲۵	۱۹/۳۱۰/۵۰۵	۴۴۵/۸۳۱/۰۰۰	۲۷۶/۶۶۵/۲۱۶
		۲۰۳ (۱۰۰٪)	۷۳۲/۲۳۴/۹۶۰	۳۶۵/۷۱۱/۸۵۷	۸۷۰/۸۶۵/۲۲۸	۵۰۳/۰۷۷/۹۹۷	۲۱/۴۴۲/۳۵۰	۵۱۹/۵۱۰/۰۰۰	۳۶۴/۴۱۰/۶۰۵
۸	درمان سقط عفونی یا ناکامل به کمک جراحی در سه ماهه اول یا دوم	۶۴ (۳۲/۷٪)	۱۳۳/۲۰۰/۷۱۲	۱۶۱/۱۰۲/۴۵۸	۲۶۰/۹۵۵/۵۶۸	۵۰/۸۲۲/۵۷۵	۳۲/۳۲۴/۷۷۵	۱۴۶/۷۷۹/۰۰۰	۷۴/۱۷۶/۴۰۰
		۱۳۲ (۶۷/۳٪)	۳۲۲/۴۰۳/۴۵۸	۵۴۸/۱۶۹/۳۴۴	۳۶۱/۹۶۴/۷۲۸	۲۱۴/۸۶۶/۶۷۰	۶۲/۱۰۶/۸۸۹	۵۹۲/۷۱۹/۰۰۰	۳۲۰/۳۸۷/۵۳۴
		۱۹۶ (۱۰۰٪)	۴۵۵/۶۰۴/۱۷۰	۷۰۹/۲۷۱/۸۰۲	۶۲۲/۹۲۰/۲۹۶	۲۶۵/۶۸۹/۲۴۵	۹۴/۴۳۱/۶۶۴	۷۳۹/۴۹۸/۰۰۰	۳۹۴/۵۶۳/۹۳۴
۹	کوله سیستکتومی با یا بدون کلانژیوگرافی با یا بدون اکسپلور کلدوک با یا بدون کولدوکوانتروستومی	۱۰۶ (۵۷/۰٪)	۷۲۴/۶۰۶/۳۳۶	۶۰۵/۵۹۱/۵۵۰	۱/۸۱۶/۸۴۸/۸۶۳	۲۷۸/۴۹۶/۰۵۲	۲۱/۱۷۸/۲۷۸	۶۷۵/۵۴۷/۰۰۰	۷۰۹/۴۷۰/۵۵۸
		۸۰ (۴۳/۰٪)	۵۴۰/۴۷۲/۴۸۰	۷۷۹/۹۷۱/۲۵۷	۲/۶۱۸/۸۴۴/۵۰۰	۲۸۳/۲۰۰/۲۰۲	۶۴/۷۳۰/۹۶۰	۷۰۴/۶۲۸/۰۰۰	۷۱۰/۳۶۳/۲۲۲
		۱۸۶ (۱۰۰٪)	۱/۲۶۵/۰۷۸/۸۱۶	۱/۳۸۵/۵۶۲/۸۰۷	۴/۴۳۵/۶۹۳/۳۶۳	۵۶۱/۶۹۶/۲۵۴	۸۵/۹۰۹/۲۳۸	۱/۳۸۰/۱۷۵/۰۰۰	۱/۴۱۹/۸۳۳/۷۸۰
۱۰	هموروئیدکتومی داخلی و خارجی ساده یا مشکل وسیع یا بدون فیشرکتومی	۱۰۷ (۸۷/۰٪)	۴۱۴/۱۵۷/۴۱۶	۱۵۲/۲۳۵/۶۴۳	۶۱۱/۸۷۳/۲۹۶	۵۴/۰۴۴/۶۹۶	۲۸۴/۱۶۰	۱۸۲/۹۳۴/۰۰۰	۲۳۱/۵۵۵/۴۶۰
		۱۶ (۱۳/۰٪)	۷۳/۴۰۶/۴۲۰	۵۴/۲۸۶/	۱۷۶/۶۸۲/۱۴۰	۲۱/۴۹۷/۶۸۱	۲۸۴/۱۶۰	۹۲/۶۴۵/۰۰۰	۵۴/۱۳۸/۳۰۰
		۱۲۳ (۱۰۰٪)	۴۸۷/۵۶۳/۸۳۶	۲۰۶/۵۲۲/۴۸۹	۷۸۸/۵۵۵/۴۳۶	۷۵/۵۴۲/۳۷۷	۵۶۸/۳۲۰	۲۷۵/۵۷۹/۰۰۰	۲۸۵/۶۹۳/۷۶۰
۱۱	سرکلاژ گردن رحم در طی حاملگی؛ از راه واژن و یا شکم (عمل شیروندکار یا لاش)	۳۲ (۲۷/۴٪)	۸۸/۷۶۳/۹۸۰	۳۹/۱۷۱/۵۰۵	۱۴۹/۰۶۲/۱۰۸	۱۴/۷۲۷/۵۵۰	۱۵/۰۳۵/۷۵۰	۷۶/۲۹۵/۰۰۰	۵۸/۱۱۰/۰۰۰
		۸۵ (۷۲/۶٪)	۳۴۹/۶۶۳/۵۲۰	۲۲۰/۵۴۶/۶۳۵	۶۸۱/۲۴۱/۸۳۹	۵۴/۶۰۳/۳۵۳	۵۲/۱۱۱/۶۸۶	۴۰۹/۴۱۷/۰۰۰	۲۰۷/۴۱۳/۹۷۴
		۱۱۷ (۱۰۰٪)	۴۳۸/۴۲۷/۵۰۰	۲۵۹/۷۱۸/۱۴۰	۸۳۰/۳۰۳/۹۴۷	۶۹/۳۳۰/۹۰۳	۶۷/۱۴۷/۴۳۶	۴۸۵/۷۱۲/۰۰۰	۲۶۵/۵۲۳/۹۷۴

جدول پیوست. مشخصات هزینه‌ای ۲۵ عمل گلوبال دارای بیشترین فراوانی به تفکیک گروه سودده و زیان‌ده در بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

ردیف	نام عمل	فراوانی	بیهوشی	دارو	مواد مصرفی	آزمایشات	تصویربرداری و رادیوگرافی	هتلینگ	سایر
۱۲	اکسیژین واریکوسل یا بستن وریدهای اسپرما تیک برای واریکوسل؛ از راه شکم بدون ترمیم فتنق	۹۸ (۹۰/۷٪)	۴۲۷/۵۷۸/۴۲۰	۱۵۳/۸۰۷/۶۴۲	۷۶۴/۵۲۲/۱۶۰	۱۶/۸۷۵/۰۱۳	-	۱۶۰/۷۷۲/۰۰۰	۱۸۱/۵۷۲/۰۰۰
		۱۰ (۹/۳٪)	۳۹/۹۸۶/۰۴۰	۱۷/۶۵۱/۶۸۲	۸۹/۴۷۸/۱۵۹	۳/۷۵۴/۱۰۵	۶/۷۲۸/۰۴۰	۲۹/۳۴۶/۰۰۰	۲۴/۰۴۰/۱۲۴
		۱۰۸ (۱۰۰٪)	۴۶۷/۵۶۴/۴۶۰	۱۷۱/۴۵۹/۳۲۴	۸۵۴/۰۰۰/۳۱۹	۲۰/۶۲۹/۱۱۸	۶/۷۲۸/۰۴۰	۱۹۰/۱۱۸/۰۰۰	۲۰۵/۶۱۲/۱۲۴
۱۳	نورولیز یا نوروپلاستی هر عصب در مچ دست یا بازو یا ساق پا	۹۵ (۹۵/۰٪)	۲۲۴/۲۶۳/۹۱۶	۹۸/۳۴۳/۲۵۴	۴۲۰/۵۷۶/۲۶۹	۳۰۵/۶۶۰	-	۱۹/۰۷۴/۰۰۰	۷۵/۵۶۷/۹۰۰
		۵ (۵/۰٪)	۲۳/۹۳۳/۰۷۶	۱۲/۳۵۹/۵۱۱	۳۳/۰۵۰/۴۷۸	۱/۱۵۳/۸۶۰	-	۱۴/۹۸۷/۰۰۰	۲۰/۲۶۲/۵۴۴
		۱۰۰ (۱۰۰٪)	۲۴۸/۱۹۶/۹۹۲	۱۱۰/۷۰۲/۷۶۵	۴۵۳/۶۲۶/۷۴۷	۱/۴۵۹/۵۲۰	-	۳۴/۰۶۱/۰۰۰	۹۵/۸۳۰/۴۴۴
۱۴	تونسیلیکتومی یا بدون آدنوئیدکتومی با کنترل خون ریزی در همان نوبت بستری یا رزکسیون رادیکال لوزه و پیلارها و/یا مثلث رترومولار؛ بدون بستن	۲۳ (۲۴/۵٪)	۱۰۹/۸۹۹/۱۸۰	۵۴/۰۸۸/۲۷۹	۱۱۲/۷۵۵/۲۶۱	۱۱/۵۴۱/۵۰۰	-	۳۰/۶۵۴/۰۰۰	۳۶/۸۶۲/۶۰۰
		۷۱ (۷۵/۵٪)	۳۰۶/۱۴۵/۳۲۰	۱۹۴/۰۶۹/۷۶۷	۴۴۳/۲۵۱/۷۸۷	۱۰۱/۷۷۱/۷۹۲	-	۲۵۷/۰۷۵/۰۰۰	۱۵۷/۵۲۵/۵۷۰
		۹۴ (۱۰۰٪)	۴۱۶/۰۴۴/۵۰۰	۲۴۸/۱۵۸/۰۴۶	۵۵۶/۰۰۷/۰۴۸	۱۱۳/۲۲۳/	-	۲۸۷/۷۲۹/۰۰۰	۱۹۴/۳۸۸/۱۷۰
۱۵	لامینوتومی (همی) لامینکتومی و یا لامینکتومی و فاستکتومی و فورامینوتومی (یک یا دو طرفه) با دکمپرسیون طناب نخاعی، دم اسب و یا ریشه(های) عصبی همراه با دیسکتومی (برای مثال تنگی نخاعی یا تنگی بن بست جانبی)، یک سگمان مهره‌ای؛ گردنی، توراسیک، کمری	۷۴ (۹۱/۴٪)	۶۸۰/۹۱۴/۸۰۰	۴۰۴/۲۸۶/۰۶۰	۹۱۱/۳۶۹/۳۴۵	۱۰۹/۶۶۴/۲۷۵	۴۳/۷۴۴/۸۴۰	۴۳۹/۸۶۶/۰۰۰	۶۵۲/۱۶۲/۶۴۲
		۷ (۸/۶٪)	۹۴/۹۸۷/۲۴۴	۵۸/۷۸۶/۵۷۴	۱۶۶/۹۴۹/۲۴۷	۱۵/۶۲۳/۲۹۰	۱/۴۹۳/۴۷۰	۷۰/۱۶۵/۰۰۰	۹۹/۵۷۵/۵۷۰
		۸۱ (۱۰۰٪)	۷۷۵/۹۰۲/۰۴۴	۴۶۳/۰۷۲/۶۳۴	۱/۰۷۸/۳۱۸/۵۹۲	۱۲۵/۲۸۷/۵۶۵	۴۵/۲۳۸/۳۱۰	۵۱۰/۰۳۱/۰۰۰	۷۵۱/۷۳۸/۲۱۲

جدول پیوست. مشخصات هزینه‌ای ۲۵ عمل گلوبال دارای بیشترین فراوانی به تفکیک گروه سودده و زیان‌ده در بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

ردیف	نام عمل	فراوانی	بیهوشی	دارو	مواد مصرفی	آزمایشات	تصویربرداری و رادیوگرافی	هتلینگ	سایر
۱۶	فیشرکتومی یا بدون اسفنکروتومی کورتاژ کوتر فیشر شامل دیلاتاسیون بار اول و دفعات بعدی	۵۱ پرونده‌های سودده (۶۹/۹٪)	۱۶۰/۹۴۲/۴۲۰	۹۶/۳۲۳/۵۲۴	۲۳۳/۴۸۶/۸۴۰	۵/۰۴۳/۰۳۱	-	۴۸/۲۶۱/۰۰۰	۵۴/۳۵۳/۸۳۰
		۲۲ پرونده‌های زیان‌ده (۳۰/۱٪)	۸۶/۰۰۲/۲۶۰	۶۲/۰۱۱/۶۸۷	۱۹۸/۱۰۸/۹۵۰	۶/۰۹۴/۴۸۸	۱/۰۸۹/۳۴۸	۸۸/۹۲۵/۰۰۰	۴۶/۸۲۵/۴۶۰
		۷۳ کل پرونده‌ها (۱۰۰٪)	۲۴۶/۹۴۴/۶۸۰	۱۵۸/۳۳۵/۲۱۱	۴۳۱/۵۹۵/۷۹۰	۱۱/۱۳۷/۵۱۹	۱/۰۸۹/۳۴۸	۱۳۷/۱۸۶/۰۰۰	۱۰۱/۱۷۹/۲۹۰
۱۷	خارج کردن پیچ یا پین عمقی به هر روش و به هر تعداد	۴۳ پرونده‌های سودده (۶۴/۲٪)	۱۳۲/۴۶۵/۹۴۲	۵۰/۴۳۸/۶۳۹	۱۸۹/۳۷۱/۳۷۲	۳۱۵/۱۵۲	۳/۶۳۳/۰۰۰	۱۵/۰۳۹/۰۰۰	۴۲/۰۵۷/۰۸۴
		۲۴ پرونده‌های زیان‌ده (۳۵/۸٪)	۹۸/۲۰۴/۰۸۰	۶۹/۶۷۶/۴۶۰	۲۳۹/۰۳۱/۲۴۵	۵/۳۱۶/۲۸۲	۶/۶۱۰/۱۳۵	۸۱/۷۴۵/۰۰۰	۵۴/۳۱۰/۵۰۰
		۶۷ کل پرونده‌ها (۱۰۰٪)	۲۳۰/۶۷۰/۰۲۲	۱۲۰/۱۱۵/۰۹۹	۴۲۸/۴۰۲/۶۱۷	۵/۶۳۱/۴۳۴	۱۰/۲۴۳/۱۳۵	۹۶/۷۸۴/۰۰۰	۹۶/۳۶۷/۵۸۴
۱۸	فتق ناف یا اپی گاستریک/مختنق یا استرانگوله	۵۰ پرونده‌های سودده (۹۰/۹٪)	۲۱۲/۳۷۳/۶۴۴	۱۲۵/۹۱۳/۳۰۶	۳۶۶/۹۸۶/۲۸۸	۱۴/۷۱۲/۲۵۰	-	۱۱۲/۴۰۲/۰۰۰	۱۵۸/۷۹۱/۸۳۰
		۵ پرونده‌های زیان‌ده (۹/۱٪)	۴۹/۹۷۱/۳۷۶	۸۳/۳۰۳/۹۹۷	۴۹/۹۸۴/۸۸۷	۷/۴۵۷/۴۰۹	۶/۹۴۲/۲۵۴	۱۹/۰۷۵/۰۰۰	۲۶/۰۸۲/۷۰۲
		۵۵ کل پرونده‌ها (۱۰۰٪)	۲۶۲/۳۴۵/۰۲۰	۲۰۹/۲۱۷/۳۰۳	۴۱۶/۹۷۱/۱۷۵	۲۲/۱۶۹/۶۵۹	۶/۹۴۲/۲۵۴	۱۳۱/۴۷۷/۰۰۰	۱۸۴/۸۷۴/۵۳۲
۱۹	اکسیزیون یا تغییر محل پتریجیوم یا بدون گرافت	۲۴ پرونده‌های سودده (۴۳/۶٪)	۲۵/۵۲۲/۶۰۰	۱۳/۴۳۸/۹۲۶	۱۱۹/۳۵۷/۲۳۶	۶۷/۰۰۰	-	-	۶/۸۵۴/۰۰۰
		۳۱ پرونده‌های زیان‌ده (۵۶/۴٪)	۱۴۶/۸۴۷/۵۴۰	۳۸/۸۶۲/۷۲۲	۲۱۵/۹۰۱/۹۴۲	۱/۴۱۳/۳۵۰	-	-	۷/۱۵۲/۰۰۰
		۵۵ کل پرونده‌ها (۱۰۰٪)	۱۷۲/۳۷۰/۱۴۰	۵۲/۳۰۱/۶۴۸	۳۳۵/۲۵۹/۱۷۸	۱/۴۸۰/۳۵۰	-	-	۱۴/۰۰۶/۰۰۰
۲۰	درمان بسته در رفتگی شانه با مانیپولاسیون؛ با یا بدون بیهوشی	۳۹ پرونده‌های سودده (۷۳/۶٪)	۴۰/۴۱۲/۲۶۰	۲۳/۲۱۲/۸۶۱	۵۱/۱۵۲/۸۳۸	۳/۲۹۰/۶۰۶	۲۱/۱۰۲/۰۸۲	۱۸/۳۹۳/۰۰۰	۳۹/۱۶۳/۳۱۴
		۱۴ پرونده‌های زیان‌ده (۲۶/۴٪)	۴۵/۱۲۳/۵۸۰	۱۴/۰۲۹/۲۸۳	۳۴/۲۳۲/۶۲۹	۳/۱۳۴/۱۵۰	۲۰/۳۴۹/۹۵۹	۳۹/۴۰۷/۰۰۰	۳۹۴/۴۷۴/۲۵۵
		۵۳ کل پرونده‌ها (۱۰۰٪)	۸۵/۵۳۵/۸۴۰	۳۷/۲۴۲/۱۴۴	۸۵/۳۸۵/۴۶۷	۶/۴۲۴/۷۵۶	۴۱/۴۵۲/۰۴۱	۵۷/۸۰۰/۰۰۰	۴۳۳/۶۳۷/۵۶۹
۲۱	سایر اعمال جراحی	۴۳۶ پرونده‌های سودده (۵۳/۳٪)	۳/۲۹۶/۱۴۸/۹۷۴	۱/۲۷۸/۵۳۰/۲۱۹	۳/۴۷۵/۷۶۴/۵۰۶	۳۵۹/۶۲۶/۶۳۸	۱۰۲/۴۷۵/۵۵۲	۱/۳۰۶/۸۲۴/۰۰۰	۱/۳۸۲/۱۵۲/۵۶۵
		۳۸۲ پرونده‌های زیان‌ده (۴۶/۷٪)	۴/۷۲۷/۰۴۱/۳۳۶	۲/۶۵۸/۴۲۲/۶۴۸	۶/۶۲۷/۵۷۳/۳۵۳	۶۶۵/۵۲۶/۶۲۴	۳۳۴/۵۲۵/۸۱۴	۲/۶۹۶/۴۳۷/۰۰۰	۱/۸۶۶/۹۰۹/۷۷۷

جدول پیوست. مشخصات هزینه‌ای ۲۵ عمل گلوبال دارای بیشترین فراوانی به تفکیک گروه سودده و زیان‌ده در بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۱

ردیف	نام عمل	فراوانی	بیهوشی	دارو	مواد مصرفی	آزمایشات	تصویربرداری و رادیوگرافی	هتلینگ	سایر
	کل پرونده‌ها	۸۱۸ (۱۰۰٪)	۸/۰۲۳/۱۹۰/۳۱۰	۳/۹۳۶/۹۵۲/۸۶۷	۱۰/۱۰۳/۳۳۷/۸۵۹	۱/۰۲۵/۱۵۳/۲۶۲	۴۳۷/۰۰۱/۳۶۶	۴/۰۰۳/۲۶۱/۰۰۰	۳/۲۴۹/۰۶۲/۳۴۲
	پرونده‌های سودده	۵۲۲۷ (۴۱/۷٪)	۱۸/۵۳۸/۳۸۵/۱۵۱	۱۵/۰۲۳/۹۷۳/۳۹۲	۳۷/۴۰۴/۹۸۳/۷۹۱	۳/۹۱۵/۹۱۹/۶۱۶	۵۶۶/۰۹۲/۶۱۸	۱۴/۳۹۷/۳۲۷/۰۰۰	۲۷/۷۱۸/۰۳۷/۳۹۸
	پرونده‌های زیان‌ده	۷۳۰۰ (۵۸/۳٪)	۲۷/۳۸۵/۴۵۷/۰۰۴	۳۸/۰۹۹/۰۳۱/۹۰۸	۸۲/۹۷۷/۰۸۲/۴۷۵	۸/۶۴۱/۲۰۶/۳۱۶	۲/۴۷۲/۳۲۱/۶۱۹	۳۵/۸۶۰/۶۸۳/۰۰۰	۵۴/۵۹۹/۸۷۵/۶۳۰
	کل پرونده‌ها	۱۲۵۲۷ (۱۰۰٪)	۴۵/۹۲۳/۸۴۲/۱۵۵	۵۳/۱۲۲/۹۶۹/۳۰۰	۱۲۰/۳۸۲/۰۶۶/۲۶۶	۱۲/۵۵۷/۱۲۵/۹۳۲	۳/۰۳۸/۴۱۴/۲۳۷	۵۰/۲۵۸/۰۱۰/۰۰۰	۸۲/۳۱۷/۹۱۳/۰۲۸