

امور مالی بیمارستانهای ایالات متحده آمریکا



ترجمه پریا آقاسی بیک

بیمارستانهای ایالات متحده از ارکان اصلی سیستم بهداشتی و درمانی به شمار می روند. در سال ۱۹۹۱ بیمارستانها بعنوان بزرگترین گروه انجام دهنده هزینه های بهداشتی و درمانی بودند بطوریکه ۳۸ درصد از مخارج بهداشتی ملی (NHE) را بخود اختصاص داده اند. بین سالهای ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۱، پرداختهایی که برای مراقبتهای بیمارستانی حاد انجام می گرفت حدود یک و نیم برابر شده است. این روند که به مراقبتهای حاد در ایالات متحده اختصاص داده شده است موجب شده است تا کوششهایی بر روی محدودسازی هزینه ها و پرداختهای بیمارستانی متمرکز گردد. در سالهای اخیر پایش روبه افزایش مراقبتهای بستری توسط پرداخت کنندگان دولتی و خصوصی، بیمارستانها را برانگیخت تا هزینه های خود را از طریق غربالگری دقیق پذیرشها، کاهش طول اقامت بیمار و تعطیل کردن تختهای خالی بیمارستانی کاهش دهند. از سوی دیگر خدمات سرپایی جایگزین خدمات بستری گردیده اند. سازماندهی سیستم بیمارستانی در ایالات متحده، منحصر بفرود پیچیده است. بیمارستانهای آمریکا به شکل زیر طبقه بندی شده اند:

بیمارستانها با مراقبتهای بستری کوتاه مدت (مراقبت حاد)، بیمارستانهای آموزشی، موسسات مراقبتهای طولانی مدت. در ضمن بیمارستانها به صورت بیمارستانهای دولتی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی انتفاعی نیز طبقه بندی می گردند.

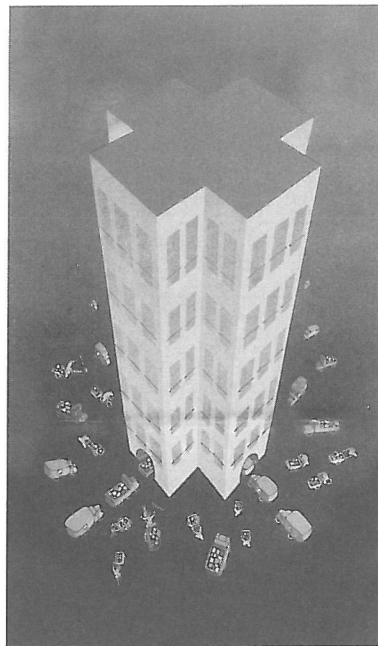
شیوه دیگر طبقه بندی از طریق نوع خدماتی است که در بیمارستانها ارائه می شود که بصورت بیمارستانهای عمومی، تخصصی و بیمارستانهای خدماتی ارجاعی می باشند.

پرداخت هزینه های خدمات بیمارستانی به اشکال متنوعی صورت می گیرد: از طریق بیمه کنندگان خصوصی، برنامه ایالتی مدیکیدو ابسته به فدرال، برنامه فدرال مدیکیدو هزینه هایی که توسط افراد بیمه شده و غیر بیمه شده از جیب بیمار پرداخت می گردد. بیمه کنندگان شخص ثالث از طریق روشهای طبقه بندی شده گوناگونی به بیمارستانها پول پرداخت می کنند. این روشها شامل بازپرداخت براساس هزینه گذشته نگر، نرخهای تنزیل شده، پرداختهای آینده نگر براساس گروههای تشخیصی وابسته (DRG)، یا براساس گروههای بیمارستانهایی که هزینه مشابه دارند (گروههای مشابه).

ساختار بیمارستانها:

در ایالات متحده عمده ترین نوع بیمارستانها، بیمارستانهای جامعه نگر هستند. این بیمارستانها دارای تسهیلاتی برای اقامت کوتاه مدت بیماران، باطول اقامت کمتر از سی روز می باشند. بیمارستانهای جامعه نگر ممکن است خصوصی غیرانتفاعی (۵۹٪) بیمارستانهای جامعه نگر، خصوصی انتفاعی (۱۴٪ بیمارستانهای جامعه نگر) باشند، یا بصورت بیمارستانهای دولتی اداره شوند که به دوشکل دولتی محلی و دولتی ایالتی طبقه بندی می شدند. (۲۷٪) بیمارستانهای غیرانتفاعی که توسط دانشگاهها، کلیساها و موسسات خیریه اداره

در ایالات متحده عمده ترین نوع بیمارستانها، بیمارستانهای جامعه نگر هستند. این بیمارستانها دارای تسهیلاتی برای اقامت کوتاه مدت بیماران، باطول اقامت کمتر از سی روز می باشند.



می شوند از پرداخت مالیات بر درآمد معافند. بیمارستانهای انتفاعی توسط اشخاص و با مشارکت چند نفر و یا توسط شرکتها اداره می شوند. علاوه بر بیمارستانهای جامعه نگر، بیمارستانهای دیگری توسط دولت فدرال اداره می شوند که به پرسنل ارتش، نظامیان و آمریکائیهای بومی خدمات ارائه می دهند، بیمارستانهای تخصصی جهت اقامت طولانی مدت (بطور مثال بیمارستانهای روانی و توانبخشی) و نیز بیمارستانهای آموزشی و تعدادی

بیمارستان هیبرید که ترکیبی از موسسات جامعه نگر و آموزشی می باشند. بیشترین پذیرش مربوط به مراقبتهای کوتاه مدت است که در بیمارستانهای خصوصی غیرانتفاعی ارائه می شود. در سال ۱۹۹۱، ۸۶٪ از خدمات مراقبتهای بیمارستانی را بیمارستانهای جامعه نگر ارائه داده اند. در طول دهه اخیر این نسبت ثابت باقی مانده است.

پزشکان:

محور کار پزشکان ایالات متحده در مطب ها است. نه تنها برای بیماران این کلینیک ها مراقبتهای سرپایی سیار فراهم می آورند. بلکه بیماران تادریافت خدمت در بیمارستان ها پی گیری می شوند. در ایالات متحده بیمارستانها براساس مدل کادریان (OPEN-STAFF) عمل می نمایند یعنی پزشکان آزادند که بیمارانشان را در بیمارستانی که به آنها پذیرش می دهد، بستری و درمان کنند. روشهای اخیر جلوگیری از افزایش هزینه ها را که توسط پرداخت کنندگان خصوصی مورد قبول قرار گرفته است، مدنظر دارد و این امر توانایی پزشکان را برای بستری نمودن بیمارانشان قبل از اخذ نظریه بیمه گر محدود می کند. البته موارد اورژانس استثنا به شمار می رود.

معمولاً به پزشکان ایالات متحده براساس طرح کارانه دستمزدهای پرداخت می گردد. بازپرداخت به پزشکان درازای انجام خدمات بیمارستانی توسط آنها، منوط به محدودیتهای برنامه زمانبندی پرداخت دستمزدها است که از طرف بیمه کنندگان به آنها تحمیل می شود. فقط تعداد بسیار کمی از پزشکان از بیمارستان

حقوق دریافت می کنند (بطور نمونه پزشکانی که در مراکز آموزشی کار می کنند). در سالهای اخیر پرداخت کنندگان شخص ثالث بیشتر روشهای پرداخت آینده نگر را پذیرفته اند و این نوع پرداختها، بیمارستانها را تشویق می کند تا ارائه خدماتشان را بویژه خدماتی را که به تکنولوژی بالای پزشکی نیاز دارند و گرانبه هستند کاهش دهند. با این حال پزشکان که این الگوی پرداخت بیمارستانی مدیکر برای آنها نامأنوس است اغلب مایلند که مراقبتهای بیشتری به بیمار خود ارائه دهند و این مسئله باعث ایجاد تنش بین پزشکان و بیمارستانها می شود. از دیگر عواملی که ارتباط بین پزشکان و بیمارستانها را تحت تاثیر قرار می دهد رقابت روزافزون بیمارستان جهت بازاریابی است. بیمارستانها برای اطمینان از تعداد زیاد مراجع بطور فعال دنبال پزشکانی هستند که مراقبتهای اولیه ارائه می دهند. با این حال عرضه این خدمات توسط پزشکان در ایالات متحده محدود است و این پزشکان بعنوان دروازه ورودی خدمات بیمارستانی در سازمانهای خصوصی یا درمان سازمان یافته به شمار می روند. رقابتی که بین بیمارستانها برای جذب پزشکان وجود دارد منجر به ایجاد توافقات مالی بین آنها شده است بعضی از اوقات بیمارستانها پزشکان را بطور کامل به خدمت می گیرند و به آنها حقوق می پردازند. منظور و هدف از این کار اینست که پزشکان را جلب و حفظ کنند.

هزینه های عملیاتی بیمارستان:
هزینه های عملیاتی بیمارستان مخارجی

هستند که بیمارستان بابت عملیات روزانه متحمل می شود. از قبیل حقوق کارکنان، مصرف نیروی برق، عرضه خدمات پزشکی، و نیز شامل هزینه های استهلاک است. بطور مثال هزینه هایی که نشانگر کاهش ارزش تجهیزات سرمایه ای است و نیز هزینه های تعویض تجهیزات و هزینه های مربوط به بهره ای و امهات و اعتبارات مربوط به استقرار از بانکهها که در زمینه سرمایه گذاریهای سابق بیمارستان انجام شده است. کثرت پرداخت کنندگان و روشهای پرداخت موجب پیچیدگی در بیمارستانهای ایالات متحده می شود. این پیچیدگی هزینه های بسیاری را جهت اداره بیمارستانها به نظام اداری ایالات متحده تحمیل می کند که شامل بیمارستانها نیز می گردد. مدیکر از آنجا پرداختهای مدیکر به بیمارستانها سهم قابل توجهی از درآمد بیمارستان را بخود اختصاص می دهد سیستم پرداخت و نرخهای آن، تاثیری مهم در وضعیت مالی بیمارستان دارد. هنگامیکه مدیکر برای اولین بار (در سال ۱۹۶۵) پایه گذاری شد بخش اعظم پرداخت آن مربوط به مراقبتهای درمانی از جمعیت سالمند بود. بیمارستانها بر اساس خدماتی که ارائه می نمودند صورت حساب خود را به مدیکر ارائه می دادند. در پاسخ به نگرانیهایی که در مورد بالارفتن هزینه های مدیکر وجود داشت. به دلیل افزایش هزینه به میزان ۱۲ تا ۲۰ درصد فشارهایی بمنظور کنترل هزینه های بیمارستانی مدیکر ایجاد شد. این فشارها شامل تغییر در روشهای پرداخت مدیکر برای خدمات بیمارستانی بود که از پرداخت گذشته نگر به شکل پرداخت

آینده نگر درآمد. اوایل سال ۱۹۸۳، مدیکر سیستم پرداخت آینده نگر (PPS) را در بیمارستانها اجرا کرد. تحت سیستم PPS پرداختها بر اساس نرخهای DRG صورت می گیرد. گروههای تشخیصی وابسته (DRG) گروههایی از موارد پزشکی مشابه بهم هستند که بیمارستان برای آنها از منابع قابل مقایسه استفاده می کند. پرداختهای اولیه DRG با توجه به موقعیت بیمارستان (بطور مثال مناطق شهری بزرگ، سایر مناطق روستایی) و نرخهای دستمزد محلی تعدیل می شوند. همچنین پرداختها برای مواردی که طول اقامت بیمار بطور غیر معمول زیاد است و یا مخارج بیمارستانی بالاتر از میزان متعارف است، و نیز برای بیمارستانهایی که برنامه های آموزشی دارند و بیمارستانهایی که به بیماران کم درآمد خدمات ارائه می دهند، تعدیل می گردد. مخارج خدمات سرپایی شامل پرداختهای WDRG می شود.

PPS قصد دارد هزینه های بیمارستانی بستری مدیکر را از طریق ارائه انگیزه های مالی به بیمارستانها کاهش دهد. بنابراین به بیمارستانهایی که مراقبتهای بیمار را با هزینه ای کمتر از نرخ آینده نگر DRG ارائه می دهند اجازه داده می شود که مازاد این مبلغ را برای خود نگه دارند و آنها تیکه هزینه هایشان بیش از نرخ مذکور باشد باید متحمل کاهش دریافتی خود باشد.

طبق نظر انجمن ارزیابی پرداخت به شیوه آینده نگر (PROPAC) که بر نظام نرخ گذاری آینده نگر مدیکر نظارت دارد، علی رغم کوششهایی که برای جلوگیری از افزایش هزینه بعمل می آید،

دومین پرداخت کننده بزرگ دولتی مدیکید است که خانواده های کم درآمد، سالمندان فقیر و افراد نابینا و معلول را تحت پوشش قرار می دهد.

مخارج مدیکید برای مراقبتهای بستری روبه افزایش است. دلیل عمده آن نوآوریهای تکنولوژیکی است که موجب دگرگونی در نوع خدمات ارائه شده می شود.

در سال ۱۹۸۶ کنگره برای اولین بار، مدیریت مالی مراقبتهای بهداشتی (HCFA) ۲: سازمانی که مدیکید را اداره می کند را ایجاد کرد تا یک سیستم پرداخت آینده نگر برای خدمات سرپایی پیشنهاد دهد. در سال ۱۹۹۵ این طرح به پایان رسید و آماده شد تا مورد بازنگری قرار گیرد. البته اجرای PPS برای مراقبتهای سرپایی ممکن است سالها بطور بیانجامد.

مدیکید: دومین پرداخت کننده بزرگ دولتی مدیکید است که خانواده های کم درآمد، سالمندان فقیر و افراد نابینا و معلول را تحت پوشش قرار می دهد. دفتر HCFA مربوط به مدیکید بر روی برنامه های مدیکید ایالتی نظارت دارد. دولت فدرال خط مشی های مشخصی را تعیین نموده است اما ایالتها آزادند که برنامه های مدیکید خود را با توجه به این خط مشی ها توسعه دهند. این خط مشی ها شامل محدودیتهایی در روشها و نرخهای بازپرداخت است که باید سازگار با کارایی، اقتصاد و کیفیت مراقبها باشد. پرداختهای مدیکید باید به میزان کافی برسد تا تعداد لازم از فراهم کنندگان خدمات را در نواحی جغرافیایی جذب

کند و مطمئن شود که افراد بهره مند از مدیکید به میزان مساوی با سایر افراد جمعیت به خدمات بیمارستانی دست یابند. قبل از ۱۹۸۰، برنامه های مدیکید از روشهای مدیکید در پرداخت برای خدمات بیمارستانی بستری استفاده می کرد. تغییرات پارلمانی در سال ۱۹۸۰ و ۱۹۸۱ به ایالتها اجازه داد که در پرداخت به بیمارستانهای خود را بکار گیرند. بطور کلی دوروش عمده پرداخت وجود دارد:

ب: پرداخت آینده نگر:

در این روش قبل از اینکه خدمات مورد استفاده قرار گیرند نرخهای بازپرداخت تعیین می شوند. نرخهای آینده نگر ممکن است بر اساس واحدهای مختلف پرداخت شوند. در سال ۱۹۹۲ در یازده ایالت آمریکا مقدمات مدیکید جدید بصورت درمان سازمان یافته بمنظور جلوگیری از افزایش هزینه ها، وسعت بخشیدن به پوشش مدیکید برای افراد غیر بیمه، بهبود دسترسی به خدمات و پیشگیری از بیماریها فراهم شد. برنامه های درمان سازمان یافته هنوز در ابتدای کار قرار دارند و مدرک مشخصی که نشان دهد این برنامه ها در عمل بخش وسیعتری از جمعیت را تحت پوشش قرار داده اند وجود ندارد.

بخش خصوصی:

از مهمترین تغییرات در دهه اخیر

در مراقبتهای بهداشتی خصوصی بیمه های خصوصی، پیشرفت سریع در ایجاد سازمانهای مراقبتی سازمان یافته (MCO) ۳ است برخلاف برنامه های سنتی بیمه که به اعضا اجازه می داد تا هر بیمارستانی را که دارای پزشکان با امتیاز پذیرش است انتخاب نمایند، MCO ها اغلب انتخاب را به بیمارستانهای مشخص محدود می نمایند این روش حتی برای مراقبتهای فوری نیز تسری یافته است. اگر اعضای MCO بخواهند در بیمارستانهایی غیر از آنچه که در برنامه MCO است، خدمات دریافت نمایند باید بهای بیشتری بابت آن خدمات بپردازند. تغییرات اساسی در بازارهای مراقبتهای بهداشتی موجب تغییر در روشهای پرداخت بیمه کنندگان خصوصی به بیمارستانها شده است. بطور مثال MCO ها با بیمارستانها قراردادهای مطلوبی منعقد کرده اند که شامل پرداختهای ثابت، بازای هر پذیرش و بازای روزهای بستری بیمار است. منابع تامین اعتبار: بزرگترین پرداخت کننده هزینه های بیمارستانی بیمه های بیمارستانی هستند. بیمه خصوصی که بیشتر خدمات بستری و سرپایی و خدمات ارائه شده توسط پزشکان را تحت پوشش قرار می دهد از دیر زمان با استخدام در ارتباط بوده است. تقریباً ۶۰٪ جمعیت

حق الزحمه‌ای که بیمارستان بابت افراد بیمه شده دریافت می‌کند صرف جبران بدهکاری کسانی می‌شود که نمی‌توانند مخارج مراقبت‌های بیمارستانی خود را را پرداخت کنند.

حدود ۳/۴ درصد بیماران، مستقیماً از جیب خود به بیمارستان پول پرداخت می‌کنند که در صد این افراد روبه کاهش است. بیمارستانها از طریق سرمایه گذاری و از طریق ایجاد کافه تریا، پارکینگ و مغازه ها و فروش هدایا درآمدهایی بدست می‌آورند. از آنجاکه در حدود ۱۵٪ از جمعیت آمریکا تحت پوشش بیمه‌ای قرار ندارند، حق الزحمه‌ای که بیمارستان بابت افراد بیمه شده دریافت می‌کند صرف جبران بدهکاری کسانی می‌شود که نمی‌توانند مخارج مراقبت‌های بیمارستانی خود را پرداخت کنند. بعلاوه بیمه کنندگان دولتی هزینه‌هایی را پرداخت می‌کنند که کمتر از هزینه‌های واقعی افراد بیمه شده است. علی‌رغم رشد هزینه‌های کلی بیمارستان و ضروری که بیمارستان از بابت کسانیکه حق الزحمه پرداخت نمی‌کنند متحمل می‌شود. بیمارستانها حاشیه سود خود را (اختلاف بین مجموع درآمدها و مجموع هزینه‌های بعنوان درصدی از درآمد) از طریق افزایش درآمد توسط منابع دیگر افزایش می‌دهند. بویژه از طریق پرداختهایی که از طرف بیماران تحت پوشش بیمه‌های خصوصی به آنها صورت می‌گیرد این ضرورت را تعدیل می‌شود.

تخصیص اعتبارات عملیاتی:
بیش از نصف مخارج بیمارستان (۵۴٪) مخارج مربوط به نیروی کار است که کوشش می‌گردد این هزینه‌ها کاهش یابد. هزینه‌هایی که به نیروی کار مربوط نمی‌گردند مانند (هزینه‌های دارویی، انرژی، تجهیزات پزشکی و جراحی) ۳۸٪ از هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد و استهلاک سرمایه و مخارج مربوط به

ایالات متحده بیمه‌های بهداشتی را از طریق کارفرمایان دریافت می‌نمایند. تعداد کارمندان که تحت پوشش بیمه‌های خصوصی داوطلبانه قرار دارند روبه کاهش است. دومین منبع تامین اعتبار بیمارستانی برنامه مدرال مدیکر است که از طریق مالیات بر درآمد کارفرمایان و دریافتی کارکنان تامین مالی می‌شود. افراد بالای ۶۵ سال، بعضی از معلولین و کسانی که بیماری پیشرفته کلیوی دارند و اجد شرایط مشارکت در برنامه مدیکر می‌باشند. افراد و اجد شرایط در مدیکر گروه A که شامل بیماران بستری حاد و ویژه‌های پزشکی در خانه هستند حق بیمه پرداخت نمی‌کنند. همه بیماران مدیکر فرانشیز پرداخت می‌کنند. با اینحال بسیاری از ایشان مشمول بیمه‌های خصوصی "MEDIGAP" هستند تا برخی از خدمات را که تحت پوشش مدیکر نیست، نظیر نسخه‌های دارو برای بیماریهای سرپایی و برخی از مراقبت‌های پیشرفته دریافت کنند. مدیکر گروه B برای خدمات پزشکان و بیماریهای سرپایی پوشش لازم را فراهم می‌کند. استفاده کنندگان از این بیمه قسمتی از حق بیمه را می‌پردازند (در حدود ۲۵٪ از مجموع هزینه‌ها).

سومین منبع مهم درآمد بیمارستان، برنامه مدیکر است که برای بسیاری از افراد کم درآمد و معلول، هزینه‌های بیمارستانی را پرداخت می‌کند. مدیکر برنامه ایالتی فدرال است که از محل مالیات بر درآمدهای عمومی تامین اعتبار می‌شود. هر ایالت در چارچوب رهنمودهای دولت فدرال، استانداردهای افراد و اجد شرایط را تعیین می‌نماید.



بهره‌های بانکی ۸ درصد از کل هزینه‌های بیمارستانی را شامل می‌شود.

هزینه‌های سرمایه‌ای:

در امور مالی بیمارستان‌های ایالات متحده، مخارج سرمایه‌ای و عملیاتی ارتباط مستقیم بایکدیگر دارند. اگرچه هزینه‌های سرمایه‌ای کمتر از ده درصد کل هزینه‌های بیمارستانی را تشکیل می‌دهد لیکن هزینه‌های سرمایه‌ای خود باعث افزایش مخارج عملیاتی می‌گردند. بطور مثال هنگامیکه بیمارستان تصمیم می‌گیرد ظرفیت خود را از طریق راه اندازی تخت‌های جدید بایک واحد تخصصی جدید افزایش دهد، الزاماً باید افراد بیشتری را جهت ارائه خدمات به آن تخت استخدام کند.

الگوی مالی سرمایه‌ای:

هیچ نوع مکانیزم مالی که به تنهایی هزینه سرمایه‌ای بیمارستان را بازپرداخت نماید وجود ندارد و این هزینه‌ها در بودجه عملیاتی بازپرداخت می‌گردند. در شیوه بازپرداخت هزینه - محور، مخارج سرمایه‌ای برای زمین، تاسیسات و تجهیزات هنگام ترخیص بیمار بطور غیرمستقیم در صورت حساب او منظور می‌شود که شامل استهلاک سرمایه و هزینه‌های بهره می‌گردد. روش‌های بازپرداخت آینده نگر که روبه رشد قرار دارند توانایی بیمارستان‌ها را برای تامین اعتبار خریدهای سرمایه‌ای نامحدود می‌کند. امروز بیمارستان‌ها بتدریج این محدودیت‌ها را احساس می‌کنند.

تعیین نیازهای سرمایه‌ای:

در ایالات متحده، هر بیمارستان نیازهای سرمایه‌ای خود را خود مشخص می‌کند که اینکار از طریق فرایند بودجه بندی

سرمایه‌ای انجام می‌شود. هر بیمارستان با دقت هزینه‌ها و منافع یک پروژه سرمایه‌ای را مورد تحلیل قرار می‌دهد. جایگزینی تجهیزات سرمایه‌ای معمولاً نیاز به فرایند طولانی تصمیم‌گیری ندارد، زیرا که این جایگزینی جهت ادامه عملکرد بیمارستان ضروری است. مشکل منحصر بفرهنگ بیمارستان‌های آمریکاست تقاضای پزشکان جهت خرید تجهیزات سرمایه‌ای جدید است. از آنجاکه پزشکان شاغل بیمارستان مشخصی نیستند و مختارند که بیمار خود را در بیمارستانی که به آنها بهترین امکانات را ارائه می‌دهد، درمان کنند، اداره کنندگان بیمارستان‌ها از طرف پزشکان تحت فشار قرار می‌گیرند تا تکنولوژی‌های جدید را بخدمت بگیرند. رقابت بیمارستان‌ها برای جذب پزشکان موجب می‌شود که بیمارستان‌های دولتی آمریکاجهت خرید تجهیزات سرمایه‌ای، قراردادهای دولتی منعقد کنند که نیازمند شرکت در مناقصه‌ها جهت فراهم نمودن تولیدات یا خدمات است. در بیمارستان‌های خصوصی در رابطه با خرید تجهیزات سرمایه‌ای خط مشی ثابتی وجود ندارد. بیمارستان‌های دولتی و خصوصی بطور مستقل تجهیزات سرمایه‌ای خریداری می‌کنند و آنرا مورد استفاده قرار می‌دهند لیکن مختارند که بایکدیگر توافقنامه‌هایی منعقد کنند.

منابع اعتبارات سرمایه‌ای:

هنگامیکه بیمارستانی نیاز خود را برای خریدهای سرمایه‌ای تشخیص داد باید منابع مالی آن را از طریق درآمدی که کسب می‌کند، مانند کمک‌های خیریه یا استقراض از بازارهای خصوصی تامین کند.

در صنعت بیمارستانی آمریکا تقریباً ۵۰ درصد از دارائیه‌ها از طریق سرمایه و ۵۰ درصد دیگر از طریق استقراض تامین مالی شده است. سرمایه بیمارستان از طریق سودی که بدست می‌آورد یا کمک‌های خیریه تامین می‌شود. انجام مخارج سرمایه‌ای بطور عمده تحت تاثیر وجود اعتبار است که از طریق درآمد با سرمایه گذاران بدست می‌آید. جهت تامین مالی از طریق استقراض، بیمارستان‌ها باید سطح مشخصی از عملکرد مالی را دارا باشند که توسط نسبت‌هایی اندازه‌گیری می‌شود و شامل نسبت دارائیه‌ها به بدهی و نسبت درآمد به هزینه است.

مخارج سرمایه‌ای:

آمار می‌کند که توسط انجمن مدیریت مالی بهداشتی درمانی ارائه شده، حاکی است که ۱۰٪ مخارج سالیانه بیمارستان‌های آمریکا، هزینه‌های سرمایه‌ای است بین سالهای ۱۹۸۵ و ۱۹۸۹ مخارج سرمایه‌ای باتوجه به تورم افزایش پیدا کرد. از سال ۱۹۸۹ به بعد نسبت هزینه‌های سرمایه‌ای به کل هزینه‌های بیمارستانی به کندی کاهش یافته است.



Reference :
Mary A. laschober and James
C. Vertrees , 1995 Hospital
Financing in seven
Countries , u .s government
printing office , pp 135-150