

بررسی درآمد اختصاصی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان در سال

۱۳۹۱

دکتر سعید آصف‌زاده (PhD)^۱ - یزدان سپرده (MA)^۲ - *سیدعلی موسی‌نای زارع (PhD Stu)^۱ - مهکامه میرتمیزدوست (PhD Stu)^۲

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

پست الکترونیکی: alimoosania@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۵/۲۲

چکیده

مقدمه: عمده‌ترین مشکل ارائه خدمات سلامت، مساله اقتصادی آن است. بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین و پرهزینه‌ترین واحدهای نظام سلامت در هر کشوری محسوب شده و به‌عنوان یکی از سازمان‌های اصلی ارائه‌دهنده خدمات سلامت، حساسیت و اهمیت ویژه‌ای در اقتصاد و بهداشت دارند. بنابراین، شناخت و تجزیه تحلیل منابع تامین مالی و درآمد بیمارستان‌ها در تصمیم‌گیری‌های ریزبیمانه مدیریت بسیار مهم است.

هدف: تعیین وضعیت درآمد اختصاصی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۱

مواد و روش‌ها: این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی بود که در ۲۲ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی گیلان براساس اطلاعات سال ۱۳۹۱ انجام و برای جمع‌آوری داده‌ها به واحدهای امور مالی این مراکز مراجعه شد. ابزار مورد استفاده چک لیستی بود که پس از تایید روایی محتوا برای گردآوری داده درآمدهای نقدی، بیمه‌ای، درآمد کل و کسورات بیمه استفاده شد.

نتایج: به طور متوسط ۱۷/۶۱٪ درآمد این بیمارستان‌ها در سال ۱۳۹۱ از محل درآمدهای نقدی و ۸۲/۳۹٪ از محل مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر بود که ۲/۳۱٪ از همه مبالغ درخواستی بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر مشمول کسورات بیمه‌ای شده بود. همچنین، سهم مبالغ دریافتی از بیماران به درآمد کل در بیمارستان‌های مناطق محروم‌تر، بیشتر و سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر به درآمد کل در این بیمارستان‌ها، کمتر بود.

نتیجه‌گیری: چون اساسی‌ترین منبع درآمد این بیمارستان‌ها، مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر است، باید گام‌های اساسی در جهت کاهش کسورات بیمه‌ای و وصول حداکثری درآمد بیمارستان‌ها برداشته شود. همچنین، بالاتر بودن میزان مبالغ دریافتی مستقیم از بیماران و پایین‌تر بودن این میزان از سازمان‌های بیمه‌گر به درآمد کل در بیمارستان‌های مناطق محروم‌تر می‌تواند به دلیل نبود پوشش کامل بیمه‌ای در این مناطق باشد.

کلید واژه‌ها: بیمارستان‌های دانشگاهی/درآمد

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم شماره ۹۲، صفحات: ۶۸-۶۳

مقدمه

اقتصادی آن است و بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین و پرهزینه‌ترین واحدهای نظام سلامت هر کشور محسوب می‌شوند، منطقی به نظر می‌رسد که بخش مهمی از مطالعات اقتصادی مربوط به نظام سلامت بر بیمارستان‌ها متمرکز شود (۳) تا با برنامه‌ریزی درست برای استفاده از منابع موجود، کیفیت خدمات بیمارستانی ارتقا یابد. بنابراین، گسترش اندیشه و تفکر اقتصادی در مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی اهمیت ویژه‌ای دارد. (۴) بدیهی است تلاش پیوسته در جهت بهبود عملکرد بیمارستان‌ها، افزون‌بر افزایش بهره‌وری، موجب خواهد شد تا بیماران از خدماتی با کمیت و کیفیت

سلامت کالایی است که نمی‌توان بهایی برای آن قائل شد. به عبارت دیگر سلامت به‌عنوان یک دارایی باید به‌طور کامل و مطلق تامین شود و حفظ آن بالاتر از هر ملاحظه مالی است. در عین حال حفظ سلامت، هزینه چشمگیری دارد و منابع محدود موجود باید به بهترین وجه در پاسخگویی به بیشترین نیازهای مردم بکار گرفته شود (۱). حفظ و ارتقای سلامت مساله‌ای اقتصادی- اجتماعی تلقی شده و نگرش سیاسی و طراحی سیستم‌های عرضه خدمات و توزیع منابع، نقش اصلی را در آن بازی می‌کنند. (۲)

چون بزرگ‌ترین مشکل در ارائه خدمات سلامت مساله

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۲. معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

شده در بیمارستان‌های تابع ثبت و به درآمد تبدیل نمی‌شود که هزینه از دست رفته آن همراه با میزان کسورات بیمه سالانه، بالغ بر ۲۴۰ میلیارد ریال می‌شود. (۱۲)

بنابراین، شناخت و موشکافی منابع تامین مالی و درآمد بیمارستان‌ها در تصمیم‌گیری‌های دقیق مدیریتی بسیار مهم است. از این رو بنا به اهمیت جستار و نبود مطالعات گسترده درباره شیوه تامین منابع مالی بیمارستان‌ها و میزان راستین تحقق درآمدها، این مطالعه با هدف تعیین چگونگی درآمد اختصاصی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۱ انجام شد تا با ارائه تصویری شفاف از وضعیت موجود به مسئولان دانشگاه و بیمارستان‌ها، بتواند در تصمیم‌گیری‌های مدیران موثر باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی بود که در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان و براساس اطلاعات سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه مورد مطالعه ۲۲ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و شامل ۸ مرکز آموزشی درمانی در رشت و ۱۴ مرکز درمانی در شهرستان‌ها بود. چون در این تحقیق همه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان بررسی شده‌اند، نمونه‌گیری از نوع سرشماری بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها به واحدهای امور مالی این مراکز مراجعه و با روش‌های مصاحبه، مشاهده و مطالعه دفاتر و اسناد موجود نسبت به استخراج داده‌های لازم اقدام شد. ابزار چک لیستی بود که پس از تایید روایی محتوا برای گردآوری داده‌های مربوط به درآمد نقدی (شامل مبالغ دریافتی از بیماران)، درآمد بیمه (شامل مبالغ ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر)، درآمد خالص (شامل مبالغ دریافتی از بیماران به اضافه مبالغ وصولی از سازمان‌های بیمه‌گر) و کسور بیمه (شامل مبالغی که به دلایل گوناگون توسط سازمان‌های بیمه‌گر از اسناد درخواستی بیمارستان‌ها کسر می‌شود)، مورد استفاده قرار گرفت. پس از گردآوری داده‌ها نسبت هریک از نمونه‌های درآمد و کسورات بیمه به درآمد کل بدست آمد و برحسب درصد بیان شد.

بهتر و نیز با بهایی ارزان‌تر بهره‌مند شوند. (۵)

به‌طور چکیده، تامین مالی عبارت از کسب یا ایجاد درآمد برای جبران هزینه‌ها یا سرمایه‌گذاری‌هاست. (۶) تامین منابع مالی در بیمارستان‌های دولتی از راه منابع مالی دولت و درآمد اختصاصی آنهاست. منابع مالی دولت برای پرداخت حقوق و سایر مزایای کارکنان در نظر گرفته شده و توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. سایر هزینه‌های بیمارستان‌ها از درآمد اختصاصی آنها تامین می‌شود که شامل پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت‌های مستقیم توسط مصرف‌کنندگان است. (۷) در واقع بیماران نیز در تامین بخشی از هزینه‌ها که به خودپرداخت (فرانشیز) معروف است، شریکند که به معنی مجبورکردن آنان به پرداخت مستقیم بخشی از هزینه‌های سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر است. (۸)

مطالعات واحد اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که در کل کشور به‌طور متوسط حدود ۷۰ درصد از درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت شده‌است. (۹) همچنین، نتیجه مطالعه این واحد در دو بیمارستان کشور نشان داد که سهم دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها در یکی از آنها حدود ۷۹ درصد و در دیگری ۵۵ درصد بود. لازم به ذکر است که در این مطالعه سهم درآمد نقدی از درآمد کل در بیمارستان اول معادل ۱۶ درصد و در بیمارستان دوم برابر ۲۵ درصد بدست آمد. (۱۰)

نتایج مطالعه در ده بیمارستان غیردولتی اوگاندا نشان داد که درآمد ناشی از پرداخت مستقیم بیماران به بیمارستان به‌طور میانگین ۴۰ درصد از درآمد کل این مراکز را تشکیل می‌داد. برخی بیمارستان‌ها نیز در جذب کمک‌های دولت موفق‌تر عمل کرده و مبالغ کمتری را از بیماران دریافت می‌کردند (۱۱).

مطالعه در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز نشان داد که به‌دلیل ناتوانی مدیریت و بهره‌گیری نامناسب از نیروی انسانی و همچنین دشواری تکنیکی و نداشتن تناسب و فراگیری نرم‌افزارهای مورد استفاده در ثبت خدمات ارائه شده توسط کادر درمانی، حدود ۷۰ مورد خدمت ارائه

نتایج

بیمه‌گر دریافت شده بود. همچنین، میانگین بیشترین سهم درآمد نقدی از درآمد کل بیمارستان‌ها با (۳۷/۷۱ درصد) مربوط به بیمارستان سلامت رستم آباد و کمترین آن با (۱۰/۹۳ درصد) مربوط به مرکز آموزشی درمانی شفا رشت و در مجموع به‌طور میانگین (۱۷/۶۱ درصد) از درآمد کل بیمارستان‌ها از محل درآمد نقدی بود (جدول ۱).

میانگین بیشترین سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد کل بیمارستان‌ها با (۸۹/۰۷ درصد) مربوط به مرکز آموزشی درمانی شفا رشت و کمترین آن با (۶۲/۸۳ درصد) مربوط به بیمارستان سلامت رستم‌آباد بود. در مجموع به‌طور میانگین (۸۲/۳۹ درصد) درآمد کل بیمارستان‌ها از سازمان‌های

جدول ۱ درصد کسورات بیمه‌ای، درآمد بیمه‌ای، درآمد نقدی و درآمد خالص از درآمد کل بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۱

ردیف	نام بیمارستان	درصد درآمد بیمه‌ای از درآمد کل	درصد درآمد نقدی از درآمد کل	درصد درآمد خالص از درآمد کل	درصد کسورات بیمه‌ای
۱	پورسینا رشت	۸۶/۳۵	۱۳/۶۵	۹۷/۰۱	۳/۰۲
۲	شفا رشت	۸۹/۰۷	۱۰/۹۳	۹۹/۷۷	۰/۲۵
۳	رازی رشت	۸۱/۰۹	۱۸/۹۱	۹۸/۲۸	۲/۱۱
۴	۲۲ آبان لاهیجان	۷۸/۰۲	۲۱/۹۸	۹۶/۶۷	۴/۲۶
۵	الزهر رشت	۶۹/۴۳	۳۰/۵۷	۹۹/۱۷	۱/۱۹
۶	دکتر حشمت رشت	۸۴/۰۳	۱۵/۹۷	۹۶/۶۲	۴/۰۱
۷	۱۷ شهریور رشت	۸۰/۸۵	۱۹/۱۵	۹۹/۷۵	۰/۳۰
۸	شهید بهشتی انزلی	۸۸/۴۶	۱۱/۵۴	۹۸/۰۱	۲/۲۶
۹	شهید نورانی تالش	۸۱/۲۶	۱۸/۷۴	۹۹/۵۴	۰/۵۶
۱۰	امینی لنگرود	۷۸/۷۶	۲۱/۲۴	۹۹/۳۵	۰/۸۲
۱۱	شهید بهشتی آستارا	۸۱/۰۰	۱۹/۰۰	۹۹/۳۹	۰/۷۴
۱۲	شهید انصاری رودسر	۸۱/۳۷	۱۸/۶۳	۹۸/۹۷	۱/۲۶
۱۳	امام خمینی (ره) صومعه سرا	۸۲/۵۳	۱۷/۴۷	۹۹/۰۵	۱/۱۴
۱۴	کوثر آستانه اشرفیه	۷۹/۲۹	۲۰/۷۱	۹۹/۷۱	۰/۳۶
۱۵	امیر المومنین (ع) رشت	۸۴/۷۹	۱۵/۲۱	۹۸/۸۱	۱/۳۹
۱۶	امام حسن مجتبی (ع) فومن	۷۸/۵۷	۲۱/۴۳	۹۹/۳۶	۰/۸۰
۱۷	ولایت رشت	۷۶/۵۰	۲۳/۵۰	۹۹/۲۶	۰/۹۶
۱۸	سید الشهداء (ع) لاهیجان	۷۴/۰۲	۲۵/۹۸	۹۹/۸۴	۰/۲۱
۱۹	۳۱ خرداد منجیل	۶۵/۷۲	۳۴/۲۸	۹۹/۲۹	۱/۰۶
۲۰	ولی عصر (عج) رودبار	۸۲/۷۸	۱۷/۲۲	۹۸/۴۹	۱/۸۲
۲۱	رسالت ماسال	۷۲/۴۹	۲۷/۵۱	۹۹/۷۳	۰/۳۶
۲۲	سلامت رستم آباد	۶۲/۸۳	۳۷/۱۷	۹۸/۷۸	۱/۹۳
	میانگین شاخص	۶۱/۱۷	۸۲/۳۹	۹۸/۱۰	۲/۳۱

در این مطالعه میانگین بیشترین نسبت درآمد خالص به درآمد کل بیمارستان‌ها با (۹۹/۸۴ درصد) مربوط به بیمارستان سید الشهداء لاهیجان و کمترین آن با (۹۶/۶۲ درصد) مربوط به مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت بود. در مجموع نسبت درآمد خالص به درآمد کل در بیمارستان‌های مورد مطالعه که از آن به شکاف درآمدی نیز تعبیر می‌شود، (۹۸/۱۰ درصد) بود. در ضمن بیشترین میانگین نسبت کسور اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر به اسناد مالی بیمارستان‌ها با

در این مطالعه میانگین بیشترین نسبت درآمد خالص به درآمد کل بیمارستان‌ها با (۹۹/۸۴ درصد) مربوط به بیمارستان سید الشهداء لاهیجان و کمترین آن با (۹۶/۶۲ درصد) مربوط به مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت بود. در مجموع نسبت درآمد خالص به درآمد کل در بیمارستان‌های مورد مطالعه که از آن به شکاف درآمدی نیز تعبیر می‌شود، (۹۸/۱۰ درصد) بود. در ضمن بیشترین میانگین نسبت کسور اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر به اسناد مالی بیمارستان‌ها با

نتایج بررسی‌ها نشان داد که در مجموع به‌طور متوسط (۱۷/۶۱ درصد) درآمد بیمارستان‌ها از محل درآمدهای نقدی و (۸۲/۳۹ درصد) از محل مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر و (۲/۳۱ درصد) کل مبالغ درخواستی بیمارستان‌ها از

سازمان‌های بیمه‌گر مشمول کسور بیمه شده بود. (جدول ۱)

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی سهم مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد کل بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد که در مجموع به‌طور میانگین ۸۲/۳۹ درصد از درآمد کل بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت شده‌است که این درصد بالا می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت تلاشی باشد که بیمارستان‌ها باید در تحقق بیشینه درآمد ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر انجام دهند. این رقم از نتیجه مطالعه واحد اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۶ بیشتر است که نشان می‌دهد در کل کشور به‌طور متوسط حدود ۷۰ درصد درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت شده‌است (۹) و همچنین از نتیجه مطالعه دیگری که در دو بیمارستان کشور در سال ۱۳۸۵ انجام شد هم بیشتر است و نشان داد که سهم دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر از درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها در یکی از آنها حدود ۷۹ درصد و در دیگری ۵۵ درصد است (۱۰)، که می‌تواند به دلیل گسترش بیمه همگانی باشد.

به‌طور متوسط ۱۷/۶۱ درصد درآمد کل بیمارستان‌های مورد مطالعه مربوط به درآمد نقدی بود. درآمد نقدی بیمارستان‌ها در واقع همان پرداخت مستقیم از جیب و شامل فرانشیز پرداختی توسط بیمه‌شدگان و پرداخت‌های آزاد بیماران غیربیمه‌ای بود. بنابراین، پایین بودن نسبت درآمد نقدی از درآمد کل بیمارستان‌ها نشان‌دهنده پایین بودن پرداخت مستقیم از جیب در مقابل دریافت خدمات درمانی در بیمارستان‌هاست. در بیمارستان‌های مناطق محروم‌تر (مانند بیمارستان‌های سلامت رستم‌آباد و ۳۱ خرداد منجیل) این نسبت بالاتر است که می‌تواند به دلیل پوشش ناکامل یا حداکثری بیمه‌ها باشد. نتایج مطالعات واحد اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۵ در دو بیمارستان کشور نشان می‌دهد که سهم درآمد نقدی از درآمد کل در بیمارستان اول ۱۶ درصد و در بیمارستان دوم ۲۵ درصد بود (۱۰) که در مورد

اول نزدیک به نتیجه این مطالعه است. همچنین، نتایج مطالعه دیگر این واحد در سال ۱۳۸۶ نشان داد که به‌طور متوسط سهم درآمد نقدی از درآمد کل بیمارستان‌ها حدود ۳۰ درصد است (۹) که با نتیجه این مطالعه همخوانی ندارد و می‌تواند به دلیل توسعه بیمه همگانی و استفاده بیشتر مردم از بیمه تکمیلی باشد. در ضمن نتایج مطالعه‌ای توسط Amonه در اوگاندا با نتیجه این پژوهش تفاوت دارد که در آن درآمد ناشی از پرداخت مستقیم بیماران و مراجعان به بیمارستان‌ها به‌طور میانگین ۴۰ درصد از درآمد کل بیمارستان‌ها بود (۱۲).

نسبت درآمد خالص به درآمد کل، تحقق ناکامل مطالبات بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر را نشان می‌دهد که در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۹۸/۱۰ درصد بود. این رقم بیش از نسبت بدست آمده در مطالعه سال ۱۳۸۵ واحد اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دو بیمارستان کشور و نشان‌دهنده نسبت ۸۰ درصد در یک بیمارستان و ۹۰ درصد در بیمارستان دوم است (۱۰). همچنین، شاخص بدست آمده از مطالعه در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان با نتایج این مطالعه همخوانی دارد که نشان‌دهنده ۲/۴ درصد کسورات بیمه‌ای بود (۴).

گفتنی است که در بیشتر بیمارستان‌های مورد مطالعه، اسناد بیمارستانی بیمه‌های خدمات درمانی و تامین‌اجتماعی در دو گام مشمول کسورات بیمه می‌شوند. مرحله اول توسط کارشناسان بیمه مقیم در بیمارستان‌ها اعمال شده و پس از آن، نسبت به جمع‌بندی و ارسال اسناد مالی به سازمان‌های بیمه‌گر اقدام می‌شود. به‌راستی بدلیل این رویه نادرست، اطلاعات مربوط به کسورات بسیار زیاد اعمال شده توسط این کارشناسان در بیمارستان‌ها مخفی و مدفون شده و به هیچ وجه دسترسی به آن امکان‌پذیر نیست. در دفتر اسناد پزشکی سازمان‌های بیمه‌گر نیز مرحله دوم کسورات اعمال می‌شود و این کسورات تنها آماری است که واحد درآمد بیمارستان‌ها در اختیار داشته و به غلط از آن به عنوان کسورات بیمارستانی یاد شده و به‌طور سربسته ناچیز بودن آن را دلیل بر مدیریت و کارآمدی سیستم خود می‌دانند. بنابراین، به نظر می‌رسد کمیته درآمد و هزینه اکثر بیمارستان‌ها که یکی از وظایف اصلی آن

بیماران و پایین‌تر بودن میزان مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر به درآمد کل در بیمارستان‌های مناطق محروم‌تر می‌تواند به دلیل نبود پوشش کامل بیمه در این مناطق باشد که رفع این مشکل نیازمند اتخاذ سیاست مناسب توسط سازمان‌های بیمه‌گر است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان برخود لازم می‌دانند از مسئولان و کارشناسان محترم دانشگاه و بیمارستان‌های تابعه به دلیل همکاری صمیمانه در انجام پژوهش، سپاسگذاری نمایند این مقاله برآورده از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین است و نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

کاهش میزان کسورات و تحقق درآمد ناشی از ارائه خدمات به بیماران تحت پوشش بیمه است، در همان گام نخست یعنی جمع‌آوری اطلاعات جامع، کامل و شفاف، از نوع و میزان کسورات انجام شده توسط کارشناسان بیمه با مشکل روبروست.

بنابراین، با توجه به این‌که بر اساس نتایج بدست آمده اصلی‌ترین منبع درآمد بیمارستان‌های مورد مطالعه، مبالغ دریافتی از سازمان‌های بیمه‌گر است، به نظر می‌رسد کاهش کسورات بیمه‌ای و تحقق حداکثری درآمد بویژه در بیمارستان‌هایی که تعداد مراجعان کمتر و در نتیجه درآمد کمتری نیز دارند باید سرلوحه هدف‌های اقتصادی بیمارستان‌ها در زمینه درآمد قرار گرفته و گام‌های اساسی در این مورد برداشته شود. همچنین، بالاتر بودن آن مستقیم از

منابع

1. Abbas Imani Z. The Effect of Employees' Educational Planning on Insurance Deficiencies of Firoozgar Educational-medical Center. A Thesis for Master's Degree, Iran University of Medical Sciences, 2008; 5. [Text in Persian]
2. Asefzadeh S. Economic Principles of Health Care Services. Qazvin: Publications of Research Vice-Presidency of Qazvin University of Medical Sciences in Cooperation with Hadise Emrooz Publications; 2011; 3. [Text in Persian]
3. Rezapoor A. Per Capita Services Costs in Total Cost foci of Shoahadye Hafte Tir Hospital in Tehran (2002), Case report. Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2006; Winter; (4): 76-81. [Text in Persian]
4. Khoshnam K. A comparison on financing and costs of hospitals of Zanjan University of Medical Sciences during the fourth Plan of economic development (2005-2009). A thesis for Master's Degree Qazvin University of Medical Sciences, 2011; 5. [Text in Persian]
5. Anvari Z, Sedghiani A, Tabibi S. A Comparison on Mechanisms of Productivity of Hospital Support Services in Arak (2004). Designing a Pattern. Research and Scientific Journal of Zanjan University of Medical Sciences, 2005; (52): 49-56.
6. Karimi A. Health Economy, Justice in Health Market and Indicators of Healthy life. Tehran: Gap; 2005: 43. [Text in Persian]
7. Sadeghi N, Zare H, The Effect of Financing Systems on Hospital Performance Improvement. Payesh Quarterly 2009; Spring; (2): 135-145. [Text in Persian]
8. Haghparast H. Mechanisms of Costs Control in Health Care Section. Quarterly of Social Welfare 2006; Winter; (20): 61-92
9. Ministry of Health and Medical Education. Studies of Unit of Health Economy of Budget and Performance Monitoring Center in 2007, Sep; 52-56. [Text in Persian]
10. Ministry of Health and Medical Education. Studies of Unit of Health Economy of Budget and Performance Monitoring Center in 2007, Aug; 41-44. [Text in Persian]
11. Amon Joseph et al. User Fees in Private Non-For-profit Hospitals in Uganda: a Survey and intervention for Equity International Journal for Equity in Health (2005); 406.
12. Omrani M, Farajzade F, Rashidi G. Amount and Reasons of Income Deficiencies of Hospitals and Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011. Scientific Journal of Organization of Medical System, 2012; (3): 265-271. [Text in Persian]

Study of Specific Incomes of Hospitals of Guilan University of Medical Sciences in 2012

Asefzade S (PhD)¹- Sepordeh Y(MA)²- *Moosaniaye Zare S.A(PhD Stu)¹- Mir Tamizdoust M(PhD Stu)³

*Corresponding Address: Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Email: alimoosania@yahoo.com

Received: 31 May/2014 Accepted : 18 Aug/2014

Abstract

Introduction: The main problem of health care services is their economic aspect. Hospitals are one of the most important and costly units of health care system in every country and are of great importance in health and economy, as one of the main organizations providing health care services. For this reason, identification and analysis of funding sources and incomes of hospitals is very important in careful management decision making.

Objective: Determine the status of specific incomes of hospitals of Guilan University of Medical Sciences in 2012

Materials and Methods: This research is a descriptive study which is conducted in 22 Hospitals affiliated with Guilan University of Medical Sciences, and based on the data collected in 2012. In order to collect data, we referred to the finance units of the centers. The instrument used in this study is a checklist which was used for data collection related to cash income, insurance income, total income and insurance deductions, after the confirmation of its content validity.

Results: On average, 17.61% of the income of the hospitals under study (in 2012) was earned through cash revenues and 82.39% obtained from insurance organizations and 2.31% of hospitals invoices from insurance organizations is included in insurance deductions. Also, the proportion of the amount received from patients to the total income in more deprived hospitals, is more and the proportion of the amount received from insurance organizations to the total income of these hospitals, is lower.

Conclusion: Since the main source of revenues for the hospitals under study is the amount received from insurance organizations, it is necessary to take essential steps in order to reduce insurance deductions and collect the maximum revenue of hospitals. Also, the higher amount of direct payments by patients and the lower amount of payments by insurance organizations to the total income in more deprived hospitals could be due to a lack of full coverage insurance on these areas.

Conflict of interest: non declared

Keywords: Hospitals, University/ Income

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 92, Pages: 63-68

Please cite this article as: Asefzade S, Sepordeh Y, Moosaniaye Zare S.A, Mir Tamizdoust M. Study of Specific Incomes of Hospitals of Guilan University of Medical Sciences in 2012. J of Guilan University of Med Sci 2014; 23(92):63- 68. [Text in Persian]

1. Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2. Vice Chancellor Management & Resource, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3. Arak Islamic Azad University, Arak, Iran