دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیست و ششم، شماره ۲، صفحه ۱۲۶-۱۱۴ (خرداد و تیر ۱۴۰۲)

Iran South Med J 2023; 26(2): 114-126

شاخص‌های مدیریت مالی در بیمارستان‌های خودگردان دولتی: مورد کاوی (case study) استان بوشهر در سال ۱۴۰۰

مهدی رضائی (MSc)[۱و۲*]، محبوبه شهبازی‌فرد (Bs)[۳]، امیرحسین دارابی (PhD)[۴]، حبیب عمرانی‌خو (PhD)[۵**]

[۱] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۲] مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۳] معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۴] مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۵] گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۵/۱۱- پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۹/۱۱)

چکیده

زمینه: طرح خودگردانی بیمارستان‌ها به‌عنوان بزرگ‌ترین طرح تمرکززدایی و اصلاح ساختار اداره بیمارستان‌ها از حدود سه دهه قبل در بیمارستان‌های دولتی ایران اجرا شده است. در این مطالعه پیامدهای این طرح بر شاخص‌های مالی بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه توصیفی است که بصورت مقطعی و با استفاده از داده‌های سال ۱۴۰۰ کل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است. در این مطالعه، داده‌های درآمدی و هزینه‌ای از سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی و حسابداری تعهدی بیمارستان‌ها اخذ گردید و پس از کنترل کیفیت داده‌ها، شاخص‌های ترازمالی خودکفایی اختصاصی (نسبت درآمد اختصاصی به هزینه اختصاصی) و تراز کل بیمارستان‌ها (نسبت درآمد اختصاصی به هزینه کل) محاسبه و تحلیل گردید. برای محاسبه داده‌ها از نرم‌افزار اکسل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تراز مالی خودکفایی و تراز کل بیمارستان‌ها به‌ترتیب به میزان ۶۱ و ۲۷ درصد بوده است. بیشترین و کمترین میزان تراز خودکفایی ۷۴ و ۴۵ درصد به‌ترتیب مربوط به بیمارستان قلب (تنها بیمارستان تک تخصصی قلب در استان) و امام حسین اهرم (بیمارستان ۲۹ تختخوابی واقع در شهرستان تنگستان با جمعیت ۸۲۵۰۲) بوده است. شاخص شکاف بین درآمد و هزینه اختصاصی یک تخت نشان داد که در سال ۱۴۰۰ هزینه یک تخت حدود ۲۱۵ میلیون تومان بیشتر از درآمد آن بوده است.

نتیجه‌گیری: تأثیرات طرح خودگردانی بر وضعیت مالی بیمارستان‌ها متفاوت بود. به‌طوریکه امکان پوشش تمام هزینه‌های اختصاصی بیمارستان از محل درآمدهای آن وجود ندارد و کمک‌های دولتی ضرورتی اجتناب ناپذیر است.

واژگان کلیدی: بیمارستان‌های دانشگاهی، اصلاح بهداشت و درمان، تمرکز زدایی، ایران

[**] بوشهر، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

E. mail: habibomranikho@yahoo.com
***ORCID: 0000-0002-2241-4402**
****ORCID: 0000-0003-0894-3508**

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

مقدمه

بیمارستان‌ها به‌عنوان بزرگ‌ترین جزء ساختار ارائه مراقبت‌های درمانی در نظام سلامت هر کشور بشمار می‌روند (۱). به‌طوریکه ۸۰-۵۰ درصد کل بودجه در نظر گرفته شده دولتی جهت بخش سلامت در بیمارستان‌ها هزینه می‌شود (۲)، اما با توجه به محدودیت‌های بودجه‌ای و هدر رفت بخشی از منابع سلامت و هزینه‌های فزاینده اداره بیمارستان‌ها، سیاستگزاران حوزه سلامت در کشورهای مختلف از اوایل دهه هفتاد، موضوع اصلاحات در حوزه ارایه مراقبت‌های سلامت با تمرکز بر اصلاح ساختار بیمارستان‌ها به منظور افزایش کارایی و بهروری در دستور کار خود قرار دادند (۳).

از جمله سیاست‌های اصلاحی پیشنهاد شده جهت استفاده بهینه از منابع بیمارستان‌ها، ارایه مفهومی بنام خودگردانی بیمارستان‌ها است (۴)، که بر مبنای آن بیمارستان‌های دولتی از حق تصمیم‌گیری در حوزه‌ای مشخصی برخوردار می‌شوند تا از طریق عدم تمرکز قدرت تصمیم‌گیری، زمینه استفاده بهینه از امکانات موجود بیمارستان‌ها فراهم گردد (۵). داشتن حق تصمیم‌گیری در خصوص مدیریت منابع انسانی، تجهیزاتی، مالی و همچنین داشتن حق تصمیم‌گیری در مواجهه با بازار جهت فروش خدمات و در مجموع داشتن حق تصمیم‌گیری در خصوص تدوین راهبردهای کلان بیمارستان از جمله مواردی است که در مدل خودگردانی بیمارستان‌ها مورد تأکید قرار گرفته است (۶). به عبارت دیگر تصور بر این است که مواجهه بخش دولتی با فشارهای بازار منجر به افزایش کارایی و کیفیت خواهد شد (۷). علاوه بر این، حرکت از سمت بیمارستان‌های کاملاً دولتی به سمت بیمارستان‌های کاملاً خودگردان می‌تواند از طریق یک پیوستار سیاستی محقق شود که بسته به نوع هدف در نظر گرفته شده و میزان عدم تمرکز اعطا شده، سطح خودگردانی می‌تواند متفاوت باشد (۸).

در ایران نیز لزوم اصلاح در ساختار نظام سلامت در برنامه‌های کلان اقتصادی مورد توجه قرار گرفته است و اصول مدیریت نوین دولتی مانند "عدم تمرکز"، "خصوصی‌سازی" و "کوچک‌سازی" به عنوان راهنمای سیاستگزاری در دستور کار قرار گرفته است (۸ و ۹). بطوریکه در سال ۱۳۷۴ با ابلاغ طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها عملاً طرح بیمارستان‌های خودگردان وارد فاز عملیاتی شد و از آن زمان تاکنون در حال اجراست (۱۰). افزایش انگیزه کادر درمان، افزایش توان مالی بیمارستان، بهبود کارایی و دادن حق تصمیم‌گیری بیشتر به مدیران بیمارستان‌ها از جمله اهداف بیان شده در طرح خودگردانی بیمارستان‌ها عنوان شده است (۵ و ۱۰).

بر اساس این طرح همه بیمارستان‌های دولتی ایران می‌بایست بخشی از هزینه‌های خود را از محل درآمدهای اختصاصی خود پوشش بدهند و بخشی دیگر از هزینه‌ها، خصوصاً هزینه نیروی انسانی رسمی از محل بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود و بدین ترتیب بیمارستان‌ها و دولت مشترکا در اداره بیمارستان‌های دولتی متعهد و پاسخگو خواهند بود (۱۱).

تاکنون مطالعات محدودی در خصوص فلسفه، موانع و تأثیر طرح خودگردانی بیمارستان در ایران انجام شده است (۵، ۶ و ۱۲)، ولی بر اساس بررسی‌های انجام شده توسط تیم تحقیق، مطالعه‌ای در خصوص تأثیر طرح خودگردانی بیمارستان‌های دولتی بر شاخص‌های مالی به عنوان نشانگرهای اختصاصی متأثر از این طرح، یافت نشد. استان بوشهر دارای ده بیمارستان دولتی و حدود ۱۱۰۰ تخت فعال می‌باشد و با توجه به اینکه برخی از بیمارستان‌های دولتی آن از نظر مقیاس بسیار کوچک می‌باشند، به نظر می‌رسد که تحت تأثیر این طرح با مشکلات عدیده‌ای

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

دست و پنجه نرم می‌کنند. بنابراین هدف از این مطالعه بررسی توان مالی بیمارستان‌ها و میزان کفایت درآمد آن‌ها در پوشش هزینه‌های خود با وجود قانون خودگردانی بیمارستان در استان بوشهر می‌باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند به تصمیم‌گیران حوزه سلامت در تدوین مدل‌های جدید مدیریت بیمارستان‌ها، تغییر نظام مالی و سطح خودگردانی بیمارستان‌ها کمک نماید.

مواد و روش‌ها

این یک مطالعه توصیفی است که بصورت مقطعی و با استفاده از داده‌های سال ۱۴۰۰ انجام شده است. اطلاعات مربوط به محاسبه شاخص‌های درآمدی و هزینه‌ای از سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی (HIS)[1] و سامانه حسابداری تعهدی بیمارستان‌ها استخراج شد.

بیمارستان‌های شرکت کننده در این مطالعه شامل بیمارستان شهدای خلیج‌فارس (بزرگترین مرکز آموزشی درمانی استان بوشهر با ۳۰۰ تخت فعال)، بیمارستان شهید صادق گنجی دشتستان (بیمارستان ۲۴۰ تخت خوابی واقع در شهرستان دشتستان با جمعیت ۲۵۲۰۴۷ نفر)، بیمارستان قلب (تنها مرکز آموزشی درمانی تک تخصصی قلب واقع در استان بوشهر با ۵۱ تخت)، بیمارستان امیرالمومنین گناوه (بیمارستان ۱۲۰ تخت خوابی واقع در شهرستان گناوه با جمعیت ۱۰۲۴۸۴ نفر)، بیمارستان امام خمینی کنگان (بیمارستان ۱۴۳ تخت خوابی واقع در شهرستان کنگان با جمعیت ۱۰۷۸۰۱ نفر)، بیمارستان زینبیه خورموج (بیمارستان ۹۱ تخت خوابی واقع در شهرستان دشتی با جمعیت ۸۶۳۱۹ نفر)، بیمارستان هادی دیر (بیمارستان ۳۰ تخت خوابی واقع در شهرستان دیر با جمعیت ۶۰۶۱۲ نفر)، بیمارستان بقیه الله دیلم (بیمارستان ۴۶ تخت خوابی واقع در شهرستان دیلم با جمعیت ۳۴۸۲۸ نفر)، بیمارستان امام حسین اهرم (بیمارستان ۲۹ تخت خوابی واقع در شهرستان تنگستان با جمعیت ۷۶۷۰۶ نفر) و بیمارستان سوانح و سوختگی (تنها بیمارستان تک تخصصی سوختگی واقع در استان بوشهر با ۲۷ تخت) بود.

برای محاسبه میزان درآمد بیمارستان‌ها، همه اجزای درآمدی بیمارستان‌ها به تفکیک اجزای خدمت شامل کای حرفه‌ای (نشان دهنده تلاش، مهارت و ریسک ارائه خدمت برای تیم ارائه دهنده خدمت است)، کای فنی (شامل هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، فضای فیزیکی، تأسیسات، فراهم نمودن تسهیلات و شرایط لازم، نیروی انسانی پشتیبانی، هزینه استهلاک و سود سرمایه برای ارائه هر خدمت می‌باشد)، هتلینگ (هتلینگ بیمارستان به تمام فعالیت‌های خدماتی، زیستی، رفاهی و حتی ظاهری بیمارستان گفته می‌شود و تمام این فعالیت‌ها نزدیک به خدماتی هستند که کارکنان هتل به مشتریان خود ارائه می‌دهند. یک نکته مهم اینکه این فعالیت‌ها مستقیماً مربوط به درمان بیماران نمی‌شود و البته در رضایتمندی بیماران بشدت تأثیرگذار خواهد بود.) و دارو و تجهیزات از سامانه HIS بیمارستان‌ها استخراج گردید.

برای محاسبه میزان هزینه‌های بیمارستان‌ها، اجزای هزینه‌ای بیمارستان با دو رویکرد شامل الف: هزینه‌هایی که می‌بایست از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان پرداخت گردد که به آن‌ها هزینه‌های اختصاصی می‌گویند و همچنین ب: کل هزینه‌های بیمارستان است که می‌بایست از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان و همچنین از محل اعتبارات جاری پرداخت گردد، از سامانه‌های حسابداری بیمارستان‌ها استخراج گردید.

برای بررسی تأثیر طرح خودگردانی بر وضعیت مالی بیمارستان‌ها از ۱۰ شاخص مالی ذیل استفاده گردید (جدول ۱).

[1] Hospital Information System

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

جدول ۱) شاخص‌های مورد استفاده و نحوه محاسبه هر کدام از آن‌ها	
نام شاخص	نحوه محاسبه شاخص
مجموع درآمدهای اختصاصی	جمع کل درآمدهای ناشی از ارایه فعالیت‌های تشخیصی – درمانی در یک سال
مجموع هزینه های اختصاصی	جمع کل هزینه بیمارستان که می‌بایست از محل درآمدهای اختصاصی در یک سال پرداخت گردد
مجموع هزینه کل	مجموع هزینه‌های اداره بیمارستان در یک سال (اعم از هزینه‌های اختصاصی و هزینه‌های جاری)
نسبت هزینه‌های اختصاصی به هزینه‌های کل	جمع کل هزینه‌های اختصاصی هر بیمارستان تقسیم بر هزینه‌های کل (اختصاصی و جاری) هر بیمارستان در هر سال
تراز خودکفایی (اختصاصی)	جمع کل درآمدهای هر بیمارستان تقسیم بر کل هزینه‌های اختصاصی هر بیمارستان در هر سال
تراز مالی کل	جمع کل درآمدهای هر بیمارستان تقسیم بر کل هزینه‌ها (اختصاصی و جاری) هر بیمارستان در هر سال
متوسط هزینه به ازای هر تخت فعال	جمع کل هزینه‌های بیمارستان تقسیم بر تعداد تخت‌های فعال هر بیمارستان در هر سال
متوسط درآمد به ازای هر تخت فعال	جمع کل درآمدهای بیمارستان تقسیم بر کل هزینه‌های هر بیمارستان در هر سال
میانگین شکاف بین درآمد اختصاصی با هزینه اختصاصی هر تخت فعال	متوسط هزینه اختصاصی به ازای هر تخت فعال منهای میانگین درآمد اختصاصی به ازای هر تخت فعال در هر سال
میانگین شکاف بین درآمد اختصاصی با هزینه کل هر تخت فعال	متوسط هزینه کل به ازای هر تخت فعال منهای میانگین درآمد اختصاصی به ازای هر تخت فعال در هر سال

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که جمع کل تخت‌های استان بوشهر ۱۰۷۷ می‌باشد که بیشترین تعداد تخت را مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج‌فارس با ۳۰۰ تخت داشت و کمترین میزان تخت را بیمارستان امام حسین اهرم با ۲۹ تخت داشت.

جدول ۲ و شکل ۱ به‌ترتیب مشخصات بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و همچنین موقعیت جغرافیایی هر یک از این بیمارستان‌ها را بر روی نقشه استان نشان می‌دهد.

جدول ۲) مشخصات کلی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۰				
نام بیمارستان	تعداد تخت فعال	درصد اشغال تخت	تعداد بیماران بستری	تعداد پرسنل
شهدای خلیج فارس	۳۰۰	۶۷/۴	۲۷۸۸۳	۱۰۰۹
شهید صادق گنجی	۲۴۰	۶۳/۹	۳۰۱۲۱	۷۵۰
قلب بوشهر	۵۱	۷۵/۳	۷۶۳۸	۳۱۴
امیرالمومنین گناوه	۱۲۰	۶۷/۴	۱۲۹۲۱	۳۶۸
امام خمینی کنگان	۱۴۳	۵۸/۳	۱۴۰۶۲	۴۳۲
زینبیه خورموج	۹۱	۴۲/۳	۷۱۴۳	۳۰۳
امام هادی دیر	۳۰	۲۸/۲	۱۳۰۱	۱۰۹
بقیه ا.. دیلم	۴۶	۴۲/۴	۲۶۴۴	۱۷۹
امام حسین اهرم	۲۹	۴۷/۳	۱۵۲۲	۱۵۰
سوانح و سوختگی	۲۷	۳۰/۱	۴۶۱	۸۸
جمع کل	۱۰۷۷	۵۸/۱	۱۰۵۶۹۶	۳۷۰۲

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

شکل ۱) موقعیت جغرافیایی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۰
Fig 1) Geographical location of hospitals affiliated to Bushehr University of Medical Sciences in 1400

یافته‌های درآمدی (جدول ۳) نشان می‌دهد که از مجموع درآمدهای بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در سال ۱۴۰۰، بیشترین سهم به ترتیب مربوط به کای حرفه‌ای با ۳۲ درصد، دارو و تجهیزات مصرفی با ۲۴ درصد و هتلینگ با ۲۰ درصد بوده است.

جدول ۳) مجموع درآمدهای بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به تفکیک بیمارستان و مراکز اصلی درآمد (ارقام به میلیون ریال)

نام بیمارستان	درآمد دارو و تجهیزات (٪)	درآمد کای حرفه‌ای (٪)	درآمد هتلینگ (٪)	درآمد کای فنی (٪)	یارانه سلامت (٪)	سایر (٪)	مجموع درآمد اختصاصی
شهدای خلیج‌فارس	۲۹۸/۳۹۱/۶ (۲۸/۵)	۲۴۳/۹۹۵/۱ (۲۳/۳)	۲۷۴/۸۶۷/۱ (۲۶/۳)	۱۴۴/۱۶۲/۴ (۱۳/۸)	۳۴/۸۳۵/۹ (۳/۳)	۸۵/۵۷۵/۱ (۸/۲)	۱/۰۴۶/۹۹۱/۴
شهید صادق گنجی	۳۰۲/۸۱۰/۵ (۳۵/۵)	۱۷۷/۲۷۰/۸ (۲۰/۸)	۲۰۴/۶۱۹/۰ (۲۴/۰)	۹۹/۱۸۱/۹ (۱۱/۶)	۲۰/۲۴۰/۵ (۲/۴)	۶۹/۹۱۷/۱ (۸/۱)	۸۵۳/۷۹۹/۵
قلب بوشهر	۱۳۰/۱۴۷/۹ (۳۷/۱)	۸۳/۵۵۰/۲ (۲۳/۸)	۶۴/۲۴۵/۰ (۱۸/۳)	۵۳/۹۱۷/۷ (۱۵/۴)	۲۳/۵۰۴/۷ (۶/۷)	۱۸/۷۹۷/۵ (۵/۴)	۳۵۰/۶۵۸/۲
امیرالمومنین گناوه	۹۴/۰۳۹/۱ (۳۰/۸)	۶۸/۴۲۵/۲ (۲۲/۴)	۴۶/۸۰۳/۱ (۱۵/۳)	۵۱/۳۷۱/۲ (۱۶/۸)	۲/۹۶۸/۵ (۱/۰)	۴۵/۰۱۸/۱ (۱۴/۷)	۳۰۵/۶۵۶/۸
امام خمینی کنگان	۱۶۵/۹۲۱/۲ (۳۲/۷)	۱۳۶/۲۰۰/۲ (۲۶/۹)	۶۲/۲۴۷/۸ (۱۲/۳)	۷۲/۴۶۳/۱ (۱۴/۳)	۱۷/۲۱۷/۰ (۳/۴)	۷۰/۱۰۲/۵ (۱۳/۸)	۵۰۶.۹۳۴/۹
زینبیه خورموج	۷۴/۳۸۵/۳ (۳۱/۱)	۴۱/۶۳۴/۴ (۱۷/۴)	۲۶/۷۳۱/۳ (۱۱/۲)	۴۱/۶۳۴/۴ (۱۷/۴)	۱۱/۰۹۳/۱ (۴/۶)	۵۴/۶۲۷/۸ (۲۲/۹)	۲۳۹/۰۱۳/۲
امام هادی دیر	۵/۸۳۹/۴ (۱۱/۱)	۲۶/۴۹۵/۵ (۵۰/۳)	۱/۷۵۸/۹ (۳/۳)	۹/۷۵۴/۹ (۱۸/۵)	۱/۴۹۶/۵ (۲/۸)	۸/۸۱۳/۱ (۱۶/۸)	۵۲/۶۶۱/۸
بقیه ا.. دیلم	۵۱/۹۴۵/۳ (۳۰/۱)	۴۵/۱۸۸/۹ (۲۶/۲)	۲۱/۳۷۹/۹ (۱۲/۳)	۲۹/۵۰۱/۸ (۱۷/۱)	۹/۷۳۳/۴ (۵/۶)	۲۴/۶۴۶/۱ (۱۴/۳)	۱۷۲/۶۶۲/۰
امام حسین اهرم	۲۶/۲۷۵/۹ (۲۸/۴)	۳۵/۱۳۸/۷ (۳۸/۰)	۵/۹۸۹/۳ (۶/۴)	۲۱/۴۶۹/۵ (۲۳/۲)	۲/۲۸۵/۴ (۲/۵)	۳/۶۷۵/۳ (۴/۰)	۹۲/۵۴۸/۸
سوانح و سوختگی	۲۱/۳۴۱/۸ (۳۹/۱)	۹/۴۴۱/۷ (۱۷/۳)	۱۷/۷۲۹/۱ (۳۲/۵)	۱/۱۵۸/۷ (۲/۱)	۵/۷۲۰/۹ (۱۰/۵)	۴/۹۳۵/۸ (۹/۰)	۵۴/۶۰۷/۳
جمع کل	۱/۱۷۱/۰۹۸/۱ (۳۱/۹)	۸۶۷/۳۴۰/۹ (۲۳/۶)	۷۲۶/۳۷۰/۶ (۱۹/۷)	۵۲۴/۶۱۵/۷ (۱۴/۳)	۱۲۹/۰۹۶/۱ (۳/۵)	۳۸۶/۱۰۸/۶ (۱۰/۵)	۳/۶۷۵/۵۳۳/۹

بر اساس رویکردهای یک و دو مطالعه وضعیت هزینه‌های بیمارستان‌ها در سال ۱۴۰۰ در جدول ۴ نشان داده شده است، بر این اساس، گروه‌های هزینه‌ای دارو و تجهیزات، هزینه‌های پرسنلی و گروه هزینه‌ای قراردادهای خرید خدمات به ترتیب با ۲۹، ۲۴ و ۱۳ درصد بیشترین سهم را در میان گروه‌های اصلی هزینه‌ای به خود اختصاص داده‌اند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

جدول ۴) هزینه‌های اختصاصی[۲] و هزینه‌های کل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به تفکیک بیمارستان و نوع مرکز هزینه (ارقام به میلیون ریال)

نام بیمارستان	خرید دارو و تجهیزات (٪)	هزینه‌های پرسنلی[۳] (٪)	قراردادها[۴] (٪)	مواد مصرفی غیرپزشکی (٪)	استفاده از کالا و خدمات[۵] (٪)	استهلاک دارایی‌ها (٪)	هزینه نگهداری و تعمیرات (٪)	سایر هزینه‌ها[۶] (٪)	مجموع هزینه‌های اختصاصی	هزینه‌های کل
شهدای خلیج فارس	۴۹۰/۷۹۶/۷ (۳۰/۱)	۴۳۴/۹۶۸/۹ (۲۶/۷)	۱۷۵/۴۲۲/۳ (۱۰/۸)	۱۵۹/۰۵۶/۵ (۹/۸)	۷۷/۹۷۸/۰ (۴/۸)	۷۴/۴۵۲/۲ (۴/۶)	۲۴/۶۱۱/۹ (۱/۵)	۱۹۱/۷۸۶/۹ (۱۱/۷)	۱/۶۲۹/۰۷۳/۵	۴/۶۸۷/۳۰۵/۳
شهید صادق گنجی	۳۶۶/۷۶۶/۱ (۲۷/۷)	۲۹۲/۸۲۷/۶ (۲۲/۱)	۲۰۶/۰۱۲/۸ (۱۵/۶)	۹۳/۳۰۷/۹ (۷/۰)	۲۷/۵۳۶/۱ (۲/۱)	۸/۵۱۵/۳ (۰/۶)	۴۸/۴۳۵/۴ (۳/۷)	۲۸۰/۵۷۷/۹ (۲۱/۲)	۱/۳۲۳/۹۹۰/۰	۲/۳۶۰/۸۳۱/۷
قلب بوشهر	۱۵۷/۱۵۲/۹ (۳۴/۱)	۱۲۸/۱۶۵/۸ (۲۷/۸)	۵۷/۲۴۱/۱ (۱۲/۴)	۴۳/۵۷۶/۶ (۹/۵)	۴/۳۱۶/۸ (۰/۹)	۹/۶۴۵/۳ (۲/۱)	۱۰/۶۲۲/۳ (۲/۳)	۴۹/۶۸۰/۷ (۱۰/۹)	۴۶۰/۴۰۷/۴	۱/۲۲۳/۷۷۸/۷
امیرالمومنین گناوه	۱۷۷/۶۱۷/۹ (۲۶/۲)	۱۲۵/۴۵۳/۴ (۱۸/۵)	۷۲/۵۷۱/۴ (۱۰/۷)	۶۲/۷۵۳/۶ (۹/۲)	۳۸/۵۵۳/۹ (۵/۷)	۱۵/۲۲۴/۰ (۲/۲)	۱۰/۵۹۸/۸ (۱/۶)	۱۷۵/۶۶۱/۴ (۲۵/۹)	۶۷۸/۴۳۴/۴	۱/۲۳۷/۸۹۷/۰
امام خمینی کنگان	۲۲۳/۷۳۶/۸ (۳۱/۹)	۱۷۶/۴۲۵/۱ (۲۵/۲)	۷۹/۷۰۵/۱ (۱۱/۴)	۲۹/۶۷۱/۹ (۴/۲)	۶۹/۸۴۸/۰ (۱۰/۰)	۱۸/۲۹۰/۵ (۲/۶)	۷/۳۳۳/۷ (۱/۱)	۹۵/۴۵۸/۶ (۱۳/۶)	۷۰۰/۴۶۹/۷	۱/۴۷۳/۳۷۴/۶
زینبیه خورموج	۱۳۵/۵۴۴/۲ (۲۹/۹)	۱۱۲/۶۱۶/۵ (۲۴/۹)	۷۵/۱۸۳/۵ (۱۶/۶)	۴۳/۹۲۶/۲ (۹/۷)	۲۳/۶۲۲/۹ (۵/۲)	۱۲/۲۳۹/۸ (۲/۷)	۶/۷۸۷/۶ (۱/۵)	۴۲/۹۹۳/۰ (۹/۵)	۴۵۳/۰۱۳/۸	۹۹۳/۵۲۲/۴
امام هادی دیر	۱۹/۰۷۸/۷ (۱۴/۴)	۳۷/۲۹۱/۸ (۲۸/۳)	۱۲/۷۱۸/۵ (۹/۷)	۸/۸۰۶/۲ (۶/۷)	۳۷/۵۶۴/۵ (۲۸/۵)	۴/۰۷۸/۳ (۳/۱)	۱/۶۸۶/۲ (۱/۳)	۱۰/۵۱۱/۶ (۸/۰)	۱۳۱/۷۳۵/۹	۳۴۶/۹۰۱/۶
بقیه ا.. دیلم	۸۶/۴۶۱/۵ (۲۷/۳)	۷۷/۷۸۸/۵ (۲۴/۶)	۵۷/۱۲۵/۱ (۱۸/۱)	۳۱/۴۱۴/۶ (۹/۹)	۱۸/۵۵۷/۳ (۵/۹)	۱۲/۳۹۸/۸ (۳/۹)	۶/۶۰۱/۱ (۲/۱)	۲۶/۰۹۱/۴ (۸/۲)	۳۱۶/۴۳۸/۵	۶۶۱/۷۶۲/۲
امام حسین اهرم	۳۸/۷۹۳/۴ (۱۸/۹)	۳۹/۴۸۳/۱ (۱۹/۲)	۱۳/۳۹۹/۸ (۶/۵)	۱۲/۹۳۰/۵ (۶/۳)	۲۳/۵۰۱/۲ (۱۱/۴)	۷/۸۵۸/۰ (۳/۸)	۲/۳۹۷/۳ (۱/۲)	۶۷/۳۱۸/۹ (۳۲/۷)	۲۰۵/۶۸۲/۴	۴۳۵/۵۳۸/۳
سوانح و سوختگی	۲۳/۶۸۷/۹ (۲۵/۶)	۳۰/۷۹۷/۶ (۳۳/۲)	۱۰/۴۳۶/۷ (۱۱/۳)	۹/۵۲۰/۱ (۱۰/۳)	۷/۶۸۵/۴ (۸/۲)	۳/۰۶۷/۵ (۳/۳)	۱/۹۱۰/۸ (۲/۱)	۵/۵۳۶/۶ (۶/۰)	۹۲/۶۴۲/۸	۳۸۶/۷۳۹/۸
جمع کل	۱/۷۱۹/۶۳۶/۲ (۲۸۷)	۱/۴۵۵/۸۱۸/۴ (۲۴/۳)	۷۵۹/۸۲۲/۵ (۱۲/۶)	۴۹۴/۹۶۴/۲ (۸/۳)	۳۲۹/۱۶۴/۲ (۵/۵)	۱۶۵/۸۶۹/۸ (۲/۸)	۱۲۰/۹۸۵/۱ (۲/۰)	۹۴۵/۶۲۸/۱ (۱۵/۸)	۵/۹۹۱/۸۸۸/۴	۱۳/۸۰۷/۶۵۲/۵

[۲] * کلیه هزینه‌هایی که از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان تأمین می‌شوند.
[۳] کارانه و سایر دستمزدها
[۴] تغذیه، فضای سبز، حمل و نقل، تأسیسات، چاپ...
[۵] آب، برق، سوخت و تلفن و اینترنت...
[۶] برداشت‌های ستاد، جرایم، بازخرید...

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]
[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

جدول ۵ شاخص‌های مالی بیمارستان‌ها شامل نسبت هزینه اختصاصی به هزینه کل، تراز مالی اختصاصی، تراز مالی کل، میانگین شکاف درآمد – هزینه اختصاصی به ازی هر تخت فعال و میانگین شکاف درآمد هزینه کل به ازای هر تخت فعال را نشان می‌دهد. یافته‌های جدول ۵ بیانگر این است که بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۰ قادر بوده‌اند فقط ۶۱ درصد از هزینه‌های خود را از محل درآمدهای اختصاصی پوشش دهند و در صورتی که اعتبارات جاری بیمارستان‌ها قطع گردد بیمارستان‌ها صرفاً قادر به پوشش ۲۷ درصد از هزینه‌های خود هستند.

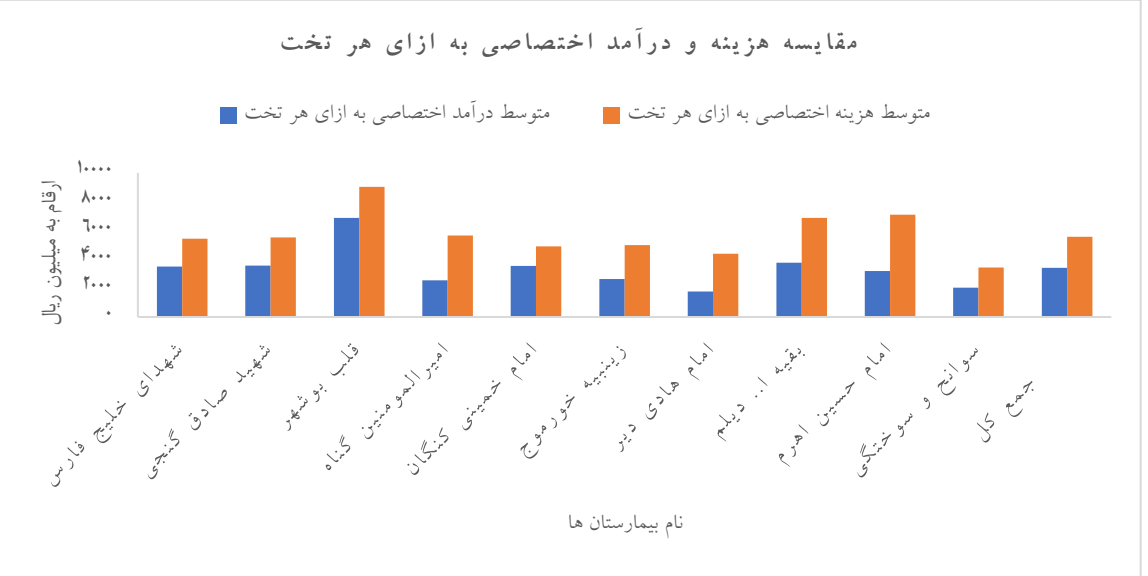
از طرف دیگر یافته‌ها نشان می‌دهند که هزینه اختصاصی هر تخت تقریباً ۲۱۵ میلیون تومان بیشتر از درآمد اختصاصی هر تخت می‌باشد. مضافاً اگر هزینه کل بیمارستان‌ها را مد نظر قرار دهیم نتایج حاکی از این است که هزینه هر تخت حدود ۹۴۰ میلیون تومان بیشتر از درآمد هر تخت می‌باشد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بیشترین شکاف بین درآمد و هزینه اختصاصی به ترتیب مربوط به بیمارستان‌های امام حسین اهرم و امیرالمومنین گناوه بوده است و کمترین آن مربوط به بیمارستان امام خمینی کنگان بوده است. (شکل ۲ و جدول ۵).

جدول ۵) شاخص‌های مالی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به تفکیک بیمارستان (ارقام به میلیون ریال)

نام بیمارستان	نسبت هزینه اختصاصی به هزینه کل (٪)	تراز مالی اختصاصی (٪)	تراز مالی کل (٪)	متوسط هزینه اختصاصی به ازای هر تخت فعال	متوسط درآمد اختصاصی به ازای هر تخت فعال	میانگین شکاف درآمد – هزینه اختصاصی به ازی	متوسط هزینه کل به ازای هر تخت فعال	میانگین شکاف درآمد – هزینه کل به ازی هر تخت
شهدای خلیج‌فارس	۳۴/۸	۶۴/۳	۲۲/۳	۵/۴۳۰/۲	۳/۴۹۰/۰	۱/۹۴۰/۳	۱۵/۶۲۴/۳	۱۲/۱۳۴/۴
شهید صادق گنجی	۵۶/۱	۶۴/۵	۳۶/۲	۵/۵۱۶/۶	۳/۵۵۷/۵	۱/۹۵۹/۱	۹/۸۳۶/۸	۶/۲۷۹/۳
قلب بوشهر	۳۷/۶	۷۶/۲	۲۸/۷	۹/۰۲۷/۶	۶/۸۷۵/۶	۲/۱۵۱/۹	۲۳/۹۹۵/۸	۱۷/۱۲۰/۰
امیرالمومنین گناوه	۵۴/۸	۴۵/۱	۲۴/۷	۵/۶۵۳/۶	۲/۵۴۷/۱	۳/۱۰۶/۵	۱۰/۳۱۵/۸	۷/۷۶۸/۷
امام خمینی کنگان	۴۷/۵	۷۲/۴	۳۴/۴	۴/۸۹۸/۴	۳/۵۴۵/۰	۱/۳۵۳/۴	۱۰/۳۰۳/۳	۶/۷۵۸/۳
زینبیه خورموج	۴۵/۶	۵۲/۸	۲۴/۱	۴/۹۷۸/۲	۲/۶۲۶/۵	۲/۳۵۱/۶	۱۰/۹۱۷/۸	۸/۲۹۱/۳
امام هادی دیر	۳۸/۰	۴۰/۰	۱۵/۲	۴/۳۹۱/۲	۱/۷۵۵/۴	۲/۶۳۵/۸	۱۱/۵۶۳/۴	۹/۸۰۸/۰
بقیه ا.. دیلم	۴۷/۸	۵۴/۶	۲۶/۱	۶/۸۷۹/۱	۳/۷۵۳/۵	۳/۱۲۵/۶	۱۴/۳۸۶/۱	۱۰/۶۳۲/۶
امام حسین اهرم	۴۷/۲	۴۵/۰	۲۱/۲	۷/۰۹۲/۵	۳/۱۹۱/۳	۳/۹۰۱/۲	۱۵/۰۱۸/۶	۱۱/۸۲۷/۲
سوانح و سوختگی	۲۳/۹	۵۸/۹	۱۴/۱	۳/۴۳۱/۲	۲/۰۲۲/۵	۱/۴۰۸/۷	۱۴/۳۲۳/۷	۱۲/۳۰۱/۲
جمع کل	۴۳/۴	۶۱/۳	۲۶/۶	۵/۵۶۳/۵	۳/۴۱۲/۷	۲/۱۵۰/۷	۱۲/۸۲۰/۵	۹/۴۰۷/۷

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]



شکل۲) مقایسه هزینه و درآمد اختصاصی به ازای هر تخت در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

Fig 2) Comparison of specific cost and income per bed in hospitals affiliated to Bushehr University of Medical Sciences

بحث

یافته‌ها نشان می‌دهند که در کل، بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۴۰۰ فقط قادر به پوشش ۶۱ درصد از هزینه‌های خود بوده‌اند.این بدان معنی است که در مجموع حدود ۴۰ درصد از هزینه‌های بیمارستان‌ها از طریق درآمدهای اختصاصی قابل پرداخت نیست که این امر می‌تواند در اداره بیمارستان‌ها اختلال ایجاد نماید.

بررسی تراز مالی کل نیز حاکی از این است که اگر طرح خودگردانی بصورت کامل و بدون حمایت و کمک‌های دولتی انجام شود، بصورت میانگین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی صرفاً قادر به پوشش ۲۷ درصد از کل هزینه‌های خود از محل درآمدهای اختصاصی خود هستند و هیچ بیمارستانی قادر نیست هزینه‌های کل خود را از محل درآمدهای خود پوشش دهد.

بررسی شکاف درآمد و هزینه نیز نشان می‌دهد که بطور میانگین، هزینه‌های اختصاصی یک تخت حدود ۲۱۵ میلیون تومان بیشتر از درآمد حاصل از یک تخت بوده است یعنی هزینه‌های یک تخت حدوداً ۴۰ درصد بیشتر از درآمدهای یک تخت است و اگر حمایت‌های دولتی قطع گردد، هزینه‌های یک تخت به مراتب بیشتر و حدود ۹۴۰ میلیون تومان بیشتر از درآمدهای یک تخت خواهد بود.

نتایج حاصل در کل حاکی از وجود ناترازی بین درآمد و هزینه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد که این ناترازی اصولاً باعث می‌گردد که کل فرایندهای بیمارستان از فرایندهای تأمین و تدارک دارو و تجهیزات مصرفی تا خدمات پشتیبانی و نگهداشت و مهم‌تر از همه، پرداخت‌های پرسنلی تحت تأثیر قرار گیرد و با تأخیر مواجه گردد. که با نتایج حاصل از سهرابی و همکاران (۳)، موسی نیای زارع و همکاران (۵) و معنوی و همکاران (۱۳) که بیانگر عدم موفقیت در تحقق اهداف طرح خودگردانی بیمارستان‌ها می‌باشند، همخوانی دارد.

از طرف دیگر قسمت اعظم درآمدهای بیمارستان از طریق سازمان‌های بیمه‌گر تأمین می‌گردد که با توجه به

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

تأخیر این سازمان‌ها در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها (۳)، اثر این ناترازی تشدید هم می‌شود، ضمن اینکه سوءِ مدیریت ناشی از کارآیی و بهره‌وری پایین (۳ و ۶)، وضعیت اداره بیمارستان‌ها را با چالش بسیار عظیمی روبرو نموده است.

نتایج مطالعات موسی نیای زارع و همکاران، جعفری سیریزی و همکاران و دشمنگیر و همکاران (۵، ۶، ۱۰ و ۱۴) نشان می‌دهد که اعطای حق تصمیم‌گیری در زمینه‌های متفاوت مدیریتی اعم از حق تصمیم‌گیری در استخدام منابع انسانی، بکارگیری تجهیزات و خلق منابع مالی از فلسفه‌های طرح خودگردانی بیمارستان‌های دولتی بوده است تا بتوان از این طریق ناترازی مالی بیمارستان‌ها را کاهش داد، اما با توجه به نتایج این مطالعه که میزان این ناترازی حدود ۴۰ درصد و به نفع هزینه‌ها بوده است، می‌تواند گویای این باشد که از این تسهیل‌گرها به نفع افزایش کارایی بیمارستان‌ها، که خود را در شاخص‌های مالی متبلور می‌کند، به خوبی استفاده نشده است. البته این نتایج با نتایج مطالعه انجام شده در اصفهان که بیان می‌کند شاخص‌های عملکردی بیمارستان خودگردان بهتر از شاخص‌های عملکردی بیمارستان غیر خودگردان بوده است در تناقض است (۱۱).

نتایج مطالعات موسی نیای زارع و همکاران، مشکی و همکاران، معنوی و همکاران و ژی (Xie) و همکاران (۵، ۱۲، ۱۳ و ۱۵) حاکی از این است که بیمارستان‌های خودگردان در خصوص تأمین نیروی انسانی و خرید تجهیزات خود فاقد استقلال لازم بوده‌اند و با توجه به نتایج این مطالعه که نشان می‌دهد بخش بزرگی از هزینه‌های بیمارستان‌ها متعلق به نیروی انسانی و خرید تجهیزات می‌باشد، شاید بتوان بخشی از ناترازی موجود را به عدم استقلال بیمارستان‌ها در مدیریت منابع انسانی و تجهیزاتی دانست.

مطالعه فردوسی و همکاران، نشان می‌دهد که مداخله‌های سیاسی در خصوص توسعه خدمات فاقد توجیه نیز گاهاً می‌تواند چرخه مالی و اداری بیمارستان‌های ناتراز را تشدید نماید و بدین وسیله عملاً استقلال در نظر گرفته شده برای بیمارستان‌های خودگردان را دچار خدشه نماید (۱۱). که این عامل می‌تواند در ایجاد عدم تعادل در تراز مالی بیمارستان‌های مورد مطالعه نیز مؤثر باشد.

از جمله استراتژی‌های تدوین شده ناظر به سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها، موضوع برون‌سپاری خدمات بوده است که در سال‌های اجرای خودگردانی بیمارستان‌ها، توجه بسیاری از مدیران ارشد بیمارستان‌ها را به خود جلب نموده است به‌طوری که تأمین و تدارک خدمات متعددی که دامنه آن از خدمات پشتیبانی تا تشخیصی و درمانی می‌باشد با هدف افزایش کارایی، از طریق‌ساز و کارهای متعددی به بخش خصوصی واگذار شده است که البته نتایج متضادی از منظر رضایت و کیفیت خدمات در بر داشته است (۱۹-۱۶).

در کنار عوامل مطرح شده نتایج برخی از مطالعات حاکی از این که قیمت تمام شده برخی از خدمات در بیمارستان‌های دولتی از تعرفه اعلامی بالاتر است که این امر می‌تواند به‌عنوان یک محرک مهم عامل پیشی گرفتن هزینه‌ها از درآمدهای بیمارستان‌های خودگردان دولتی استان بوشهر باشد. علاوه براین نتایج نشان می‌دهد که برای رسیدن به نقطه سر به سر باید با اعمال مدیریت بر روی هزینه‌ها، آن‌ها را به درآمدها نزدیک کرد و یا با اعمال‌ساز و کارهای مدیریتی، زمینه افزایش ۴۵ درصدی درآمدها را با فرض تثبیت هزینه‌ها را فراهم نمود که با توجه به تعرفه ثابت و غیرقابل مذاکره و در برخی از موارد تعرفه پایین‌تر از قیمت تمام شده (۲۲-۲۰)، عملاً افزایش تعداد خدمات ارائه شده باعث

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

می‌شود، شکاف بین درآمد و هزینه بیشتر هم بشود. مگر آنکه در مواردی که قیمت تمام شده بالاتر از تعرفه‌های ابلاغی است (۲۳)، امکان تعدیل تعرفه‌ها فراهم گردد و در مجموع استقلال مدیریتی بیمارستان‌ها بیشتر و مداخله‌های غیرضروری کاهش یابد.

بررسی گروه‌های درآمدی و هزینه‌ای هم حاکی از این است که چنانچه درآمد حاصل از کای حرفه‌ای، کای فنی و هتلینگ بیمارستان‌ها به دو برابر افزایش یابد و همزمان نیز اختیار ستاد از برداشت درآمدهای اختصاصی بیمارستان متوقف شود، بیمارستان‌ها به نقطه سر به سری نزدیک خواهند شد. که البته این راهبرد نیاز به تجهیز منابع مالی زیاد از سمت خریداران خدمت دارد.

اما محاسبه تراز کل به میزان ۲۷ درصد، گویای این است که در شرایط کنونی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر فقط قادرند حدود یک چهارم از کل هزینه‌های خود را پوشش دهند که عملاً امکان خودگردانی کامل در این شرایط، امری به دور از واقعیت است.

در مجموع باید گفت که با توجه به اینکه تراز مالی بیمارستان‌ها شاخصی است که تحت تأثیر متغیرهای متعددی خصوصاً شیوه مدیریت تیم مدیریتی بیمارستان‌ها قرار می‌گیرد، پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی مشابه در سایر استان‌ها نیز انجام شود تا تأثیر طرح خودگردانی بیمارستان‌ها بهتر مستند گردد و شواهد سیاستی جامع‌تری برای سیاستگذاران حوزه سلامت فراهم گردد. همچنین لازم است به منظور تعیین شکاف بین هزینه تمام شده خدمات و تعرفه‌ها، در حوزه‌های مختلف تحقیقات متعددی صورت گیرد.

علاوه بر این لازم است که تعمیم نتایج با احتیاط صورت پذیرد زیرا تراز مالی بیمارستان‌ها تابع متغیرهای مدیریتی، شرایط اقتصادی و اجتماعی و حتی محیط استقرار بیمارستان است، کیفیت داده‌ها از جمله محدودیت‌های مطالعه بود که با مقایسه داده‌ها از سامانه‌ها مختلف، تلاش شد داده‌های اخذ شده از حداکثر کیفیت لازم برخوردار باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهند که با گذشت حدود سه دهه از اجرای طرح عدم تمرکز در بیمارستان‌های دولتی ایران موسوم به طرح خودگردانی یا نظام نوین بیمارستان‌ها، سطح هزینه‌های بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با درآمدهای وصولی آن‌ها قابل پوشش نمی‌باشد. همچنین با توجه به نتایج مطالعه که نشان داد فقط حدود ۶۰ درصد از هزینه‌های اختصاصی توسط درآمدهای اختصاصی بیمارستان پوشش داده می‌شود لذا برای جبران کسری ۴۰ درصدی نیاز به کمک‌های دولتی موضوعی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. بنابراین بازنگری در تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی و متناسب کردن آن‌ها با قیمت تمام شده، مدیریت مؤثر منابع موجود و بروزرسانی دستورالعمل خودگردانی بیمارستان‌ها از جمله عواملی هستند که به عنوان راه حل‌های پیشنهادی می‌توانند ناترازی موجود بین درآمد و هزینه‌های بیمارستان‌ها را کاهش دهند.

این مقاله تحت حمایت مالی هیچ سازمان یا مؤسسه‌ای نمی‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان مطالعه اعلام می‌دارند که در زمان انجام این تحقیق در حوزه معاونت درمان دانشگاه مشغول به فعالیت بوده‌اند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

References:

1.Gok MS, Sezen B. Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey. Health policy 2013; 111(3): 290-300. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.010.

2.Chatterjee S, Levin C, Laxminarayan R. Unit cost of medical services at different hospitals in India. PLoS One 2013; 8(7): e69728. doi: 10.1371/journal.pone.0069728.

3.Sohrabi R, Tourani S, Jafari M, et al. A scoping review of public hospitals autonomy in Iran: from budgetary hospitals to corporate hospitals. BMC Health Serv Res 2021; 21(1): 662. doi: 10.1186/s12913-021-06620-z.

4.Tavakoli MR, Karimi S, Javadi M, et al. The Survey of Performance Supervision Board New System Hospitals Administration Alan in Selected Training Hospitals of Isfahan: A Qualitative Study. Sjsph 2016; 14(1): 31-44. (Persian) URL: http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5355-en.html.

5.Moosaniaye Zare SA, Nasiripour AA, Nikravan A, et al. Investigating the Dimensions of Autonomy of University Hospitals in Gilan. J Healthc Manag 2020; 10(4): 39-54. (Persian) https://jhm.srbiau.ac.ir/article_15467.html?lang=en.

6.Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. Hakim Res J 2008; 11(2): 59-71. (Persian) https://www.researchgate.net/publication/324679962_Qualitative_assessment_of_dimensions_and_degree_of_autonomy_granting_to_university_hospitals_in_Farsi.

7.Mosadeghrad A, janababie Gh, Kalantari B, et al. Evaluation of efficiency of general hospitals in Iran. Sci J Kurdistan Univ Medical Sci 2021; 26(3): 151-69. (Persian) doi: 10.52547/sjku.26.3.151.

8.Markazi-Moghaddam N, Aryankhesal A, Arab M. The First Stages of Liberalization of Public Hospitals in Iran: Establishment of Autonomous Hospitals and the Barriers. Iran J Public Health 2014; 43(12): 1640-50. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4499085/.

9.Rezaee M, Salari H, Darabi AH, et al. Outsourced Services and the Applied Models in Bushehr University of Medical Sciences in 2019. Iran South Med J 2021; 24(1): 63-74. (Persian) doi: 10.52547/ismj.24.1.63.

10.Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, et al. Opening the black box: The experiences and lessons from the public hospitals autonomy policy in Iran. Arch Iran Med 2015; 18(7): 416-24. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26161705/.

11.Ferdosi M, Saberi Nia A, Mahmoudi Meymand F, et al. The Responsiveness Of Board Of Trustees Hospitals According To The World Bank's Organizational Reform Model In Isfahan. Payavard Salamat 2013; 7(3): 228-238. (Persian) URL: http://payavard.tums.ac.ir/article-1-5088-en.html.

12.Meshki M, Ramazanpoor E, Sepordeh Y. Personnel's Attitude about Relation of Autonomous and Hospital Performance in Guilan University of Medical Sciences. J Guilan Univ Medical Sci 2014; 23(90): 80-85. (Persian) URL: http://journal.gums.ac.ir/article-1-640-en.html.

13.Manavi S, Babashahy S, Akbari Sari A. The Extra Cost of Granting Autonomy to Public Hospitals. J Isfahan Medical School 2012; 29(170): 2644-52. (Persian) https://jims.mui.ac.ir/article_13664.html?lang=en.

14.Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, et al. The Experience of Implementing the Board of Trustees' Policy in Teaching Hospitals in Iran: An Example of Health System Decentralization. Int J Health Policy Manag 2015; 4(4): 207-16. doi: 10.15171/ijhpm.2014.115.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

15.Xie Y, Liang D, Huang J, et al. Hospital Ownership and Hospital Institutional Change: A Qualitative Study in Guizhou Province, China. Int J Environ Res Public Health 2019; 16(8): 1460.
doi: 10.3390/ijerph16081460.
16.Mousavi H, Khodamoradi F, Rostami Zarinabadi CH, et al. The effect of radiology services outsourcing on patients' satisfaction in Tehran city hospitals. J Med Life 2015; 8(Spec Iss 3): 31-5.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348931/.
17.Barati O, Najibi M, Yusefi AR, et al. Outsourcing in Shiraz University of Medical Sciences; a before and after study. J Egypt Public Health Assoc 2019; 94(1): 13.
doi: 10.1186/s42506-019-0010-0.
18.Tourani S, Maleki MR, Ghodousi-Moghadam S, et al. Efficiency and Effectiveness of the Firoozgar Teaching Hospital's Pharmacy after Outsourcing, Tehran, Iran. J Health Administration 2010; 12(38): 59-70. (Persian)
https://www.sid.ir/paper/130288/en.
19.Ferdosi M, Farahabadi E, Mofid M, et al. Evaluation of outsourcing in nursing services: a case study of kashani hospital, isfahan in 2011. Mater Sociomed 2013; 25(1): 37-9.
doi: 10.5455/msm.2013.25.37-39.
20.Rezapour A, Arabloo J, Soleimani MJ, et al. Microeconomic Analysis of Healthcare Services in Bou Ali Sina University Hospital. J Hosp Librariansh 2012; 1(1): 51-40.
https://www.researchgate.net/publication/295857468_Microeconomic_Analysis_of_Healthcare_Services_in_Bou_Ali_Sina_University_Hospital.
21.Bayati M, Mahboub Ahari A, Badakhshan A, et al. Cost Analysis of MRI Services in Iran: An Application of Activity Based Costing Technique. Iran J Radiol 2015; 12(4): e18372.
doi: 10.5812/iranjradiol.18372v2.
22.Niasti F, Fazaeli AA, Hamidi Y, et al. Applying ABC system for calculating cost price of hospital services case study: Beheshti hospital of Hamadan. Clin Epidemiology Glob Health 2019; 7(3): 496-9.
https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.06.001.
23.Rahmani H, Rajabi Vasoukola G, Daroudi R, et al. Evaluation of the cost price of conventional laboratory services in the selected hospital of Tehran University of Medical Sciences and its comparison with the tariffs approved by the Ministry of Health and Medical Education in 2019. J Hosp 2020; 19(4): 55-63. (Persian)
URL: http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-6371-en.html.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]

Original Article

Financial Indicators of Public Autonomous Hospitals: A Case Study in Bushehr Province in 2021

M. Rezaee (MSc) [1,2], *M. Shahbazifard (Bs)* [3], *A.H. Darabi (PhD)* [4], *H. Omranikhoo (PhD)* [5**]

[1] *Student Research Committee, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran*
[2] *Health Human Resources Research Center, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran*
[3] *Deputy of Curative, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*
[4] *The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*
[5] *Department of Public Health, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

(Received 2 Aug, 2023 Accepted 2 Dec, 2023)

Abstract

Background: The hospital autonomy plan, the biggest decentralization plan to reform the administration structure of public hospitals, has been implemented for about three decades in Iran. In this study, we aimed to examine the effects of the plan on the financial indicators of autonomous public hospitals.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study used revenue and cost data associated with all public hospitals affiliated to Bushehr University of Medical Sciences in 2021. The relevant data was extracted from two big databases including health information system (HIS) and accounting system, and after the data quality control, specific financial self-sufficiency balance (the ratio of specific income to the specific cost of the same hospital) and total financial balance (the ratio of specific income to the total cost of the same hospital) were calculated using Excel software.

Results: Results demonstrated that the specific financial self-sufficiency balance and the total financial balance were 61% and 27%, respectively. The highest and the lowest values of the specific financial self-sufficiency index pertained to the Heart Hospital (the only single specialty heart hospital in the province) and Imam Hossein Hospital (a hospital with 29 active beds in Tangestan county with a population of 82502) as 74% and 45%, respectively. The gap index between the specific cost and revenue of each active bed showed that on average, the cost of each bed was nearly 215 million Tomans higher than its own income in 2021.

Conclusion: The hospital autonomy plan had different effects on the financial indices of public hospitals studied in this research, denoting it is not possible to cover all hospital-specific expenses through its own earned revenues. Accordingly, government subsidies to autonomous hospitals are necessary.

Keywords: University Hospitals, Health Care Reform, Decentralization, Iran

©Iran South Med J. All rights reserved

Cite this article as: Rezaee M, Shahbazifard M, Darabi AH, Omranikhoo H. Financial Indicators of Public Autonomous Hospitals: A Case Study in Bushehr Province in 2021. Iran South Med J 2023; 26(2): 114-126

[**] *Address for correspondence*: Department of Public Health, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
E. mail: habibomranikho@yahoo.com
*ORCID: 0000-0002-2241-4402
**ORCID: 0000-0003-0894-3508

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.61186/ismj.26.2.114]