دیدگاه مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران در مورد مشکلات بیمارستان‌های خصوصی

فاطمه زریئی گاوگانی: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
ابوالقاسم پور رضا: دانشیار، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
مصطفی حسینی: * دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
فیض‌الله اکبری: استادیار، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال دهم شماره اول زمستان ۱۳۸۹ صص ۸۱-۷۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۱۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۸ آبان ۱۳۸۹]

چکیده

امروزه نقش بخش خصوصی در سازماندهی زیرساخت بهداشتی ـ درمانی کشور بسیار چشمگیر و با اهمیت تلقی می‌شود و درحقیقت بخش خصوصی جزئی از سرمایه ملّی کشور بوده و استفاده درست از امکانات و خدمات آن می‌تواند تنگناهای مربوط به سرمایه گذاری دولتی را تا حد قابل ملاحظه‌ای تعدیل نماید.

در این پژوهش سعی شده است عمده مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در ارتباط با سازمان‌ها و نهادهای مهمی که در فعالیت آنها تأثیرگذار هستند از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کار و امور اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، سازمان پزشکی قانونی، مرکز اورژانس و سازمان‌های بیمه، حول ۸ محور (خدمات اورژانسی، ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، جذب واستخدام نیرو، رسیدگی به شکایات بیماران، توسعه فیزیکی بیمارستان، خرید تکنولوژی وتجهیزات، تعرفه‌های بیمارستانی و پرداخت‌های بیمه) مورد شناسایی و بررسی قرارگیرد. این پژوهش یک مطالعه توصیفی، تحلیلی و کاربردی است که به روش مقطعی در ۲۰ بیمارستان خصوصی عمومی شهرتهران که به روش نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند، انجام گردیده است. جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. پرسشنامه‌ها توسط مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی یعنی مدیرعامل، مدیر بیمارستان، مسئول فنی و مترون تکمیل شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری کروسکال والیس و کای دو مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشتر مشکلات بیمارستان‌های خصوصی، مشکلات ساختاری هستند و ریشه در متمرکز، بروکراتیک، سلسله مراتبی و قدرت محور بودن نظام سلامت دارند. مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی در مورد اکثر مشکلات بررسی شده، دیدگاه همگون داشتند. سازمان‌های بیمه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت کار و امور اجتماعی، به ترتیب مهم‌ترین سازمان‌هایی بودند که بیمارستان‌های خصوصی با آنها دچار مشکل هستند. در مقابل، سازمان تأمین اجتماعی و مرکز اورژانس دو سازمانی بودند که هیچ یک از مشکلات مورد بررسی در ارتباط با آنها برای بیمارستان‌های خصوصی تأیید نگردید.

کلیدواژه‌ها: نظام سلامت، مشکلات بیمارستان‌های خصوصی، مدیران ارشد

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی
تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۵
E-mail: mhossein110@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

مقدمه

خصوصی سازی به عنوان برجسته‌ترین نوع اصلاحات سازمانی، درعرصه سلامت عنوان شده است. این نوع اصلاحات درقالب‌های متنوعی صورت می‌گیرد که تغییر مالکیت بیمارستان‌ها از دولتی به خصوصی چشمگیرترین نوع آن است. خصوصی سازی بیمارستان‌ها، به معنی جدا شدن بیمارستان‌ها از کنترل مستقیم بوروکراسی دولتمردان و پیوستن به عناصر و فرایندهای بازار و فشارهای آن برای بهبود عملکرد و افزایش سود و بازدهی است. تنها راه سودآوری نیز موفقیت در بازار، رقابت با دیگر بیمارستان‌ها برای افزایش حجم خدمات و کاهش هزینه‌ها است. از طرف دیگر خصوصی سازی در بخش بهداشت و سلامت، به مجموعه اصلاحات سازمانی برای تضمین اهداف اجتماعی نظام سلامت مانند دسترسی، عدالت، اثربخشی بالینی به نحوی که اهداف کارایی و رضایت مشتری دچارخدشه نگردد، نیاز دارد [۱]. خصوصی سازی در نظام سلامت می‌تواند درصورت همراهی و همسویی دیگر بخش‌های فعال در عرصه سلامت پیامدهای مثبتی به دنبال داشته باشد؛ وقتی مشارکت‌های بخش خصوصی با همدیگر و با ساختار مناسب بازار و مدیریت علمی وکارآمد همراه باشد [۲]. در واقع خصوصی سازی به عنوان استراتژی ضروری برای مهندسی مجدد ساختار و عملکرد بیمارستان‌های عمومی در راستای تأمین نیازهای جدید ناظر به کیفیت و کارایی در مواجهه با تغییرات شتابان محیط مطرح شده است [۳]. گفته می‌شود که خصوصی سازی به صرفه جویی، کنترل وکاهش هزینه‌ها منجر شده است و عوامل زیادی به این مزیت دامن زده‌اند که عمده‌ترین آنها مدیریت بهتر، تجهیزات مؤثرتر، انگیزه بیشتر برای ابتکار و خلاقیت، سیستم‌های پاداش و انگیزه مناسب‌تر، استخدام و بکارگیری مؤثرتر کارکنان و کاربرد بهتر اطلاعات است [۴]. امروزه تعداد بیمارستان‌هایی که از نظر مالکیت به نوع خصوصی تبدیل می‌شوند و از این روش به عنوان روشی برای کسب انعطاف پذیری مدیریتی و استراتژیکی استفاده می‌کنند، بسیار درحال رشد است. اما همان طور که خصوصی سازی، منافع بالقوه کارایی و اثربخشی بیمارستان‌های عمومی را به همراه دارد، نگرانی‌هایی را نیز درمورد تعهد پایدار بیمارستان درقبال مأموریت خیرخواهانه آن برای ارائه خدمت، به خصوص به فقرا افزایش می‌دهد [۵].

سهم بخش خصوصی از بیمارستان‌های کشورهای در حال توسعه، کم اما بسیار اساسی است:

به طور متوسط تخت‌های بیمارستان‌های خصوصی در کشورهای درحال توسعه، روی هم رفته ۲۸ درصد از کل تخت‌ها را تشکیل می‌دهد (۳۴ درصد در آفریقا، ۳۱ درصد درآسیا و ۲۱ درصد درآمریکای لاتین) [۶].

بخش خصوصی، قدیمی‌ترین بخش ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی در کشور است [۷]. اولین بیمارستان خصوصی کشور توسط دکتر محمود حسابی به نام مادرشان (بیمارستان گوهرشاد) درسال ۱۳۱۲ هجری شمسی تأسیس گردید [۸] و امروزه ۱۸/۸ درصد از کل مؤسسات درمانی کشور در اختیار بخش خصوصی است [۹].

در دو دهه اخیر به سرعت بر تعداد بیمارستان‌ها و مراکز خصوصی ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در کشورمان افزوده شده است. بهتر بودن سطح ارائه خدمات درمانی و افزایش آگاهی مردم نسبت به مشکلات بیمارستان‌های دولتی سبب ترغیب آنان به انجام درمان و خصوصاً عمل جراحی در بیمارستان‌های خصوصی شده است [۱۰].

طبق یافته‌های یک مطالعه، در صورت عدم وجود محدودیت‌هایی مانند عوامل اقتصادی (مهم‌ترین علت انتخاب بیمارستان‌های دولتی توسط بیماران) بیماران، بستری در بخش خصوصی را ترجیح می‌دهند و این به خاطر عملکرد ضعیف بیمارستان‌های دولتی در زمینه ارائه خدمات درمانی است [۱۱].

بخش خصوصی غالباً خدمات خود را با دریافت نقدی پول از مراجعان ارائه می‌نماید و در مواردی نیز بخشی از هزینه‌های خود را از طریق سازمان‌های بیمه گر دریافت می‌کند. در قانون اساسی حضور و فعالیت بخش خصوصی در ارائه خدمات نظام سلامت پیش بینی و مجاز شناخته شده است [۷]. اما با این وجود جایگاه بخش خصوصی و شیوه مشارکت و نظارت پذیری و ارتباط سازمانی آن با بخش دولتی در هاله‌ای از ابهام است که زمینه سوء استفاده و آزادی مطلق و یا بعضاً تضعیف این بخش را فراهم نموده است [۱۲].

طبق نتایج یک مطالعه در بنگلادش علت این که بیمارستان‌های خصوصی در این کشور در حال رشد هستند به خاطر تقاضای فزاینده و رو به رشد برای خدمات این بیمارستان‌ها است. اما این مسئله برای بیمارستان‌های خصوصی وجود دارد که آنها اجازه توسعه خودسرانه را ندارند، چرا که ممکن است به دنبال کاهش کیفیت خدمات با کاهش دروندادها، بی توجهی به قیمت خدمات در جامعه یا سعی برای افزایش سود بیمارستان از طریق ارائه خدمات غیرضروری یا حتی مضر باشند. بنابراین تلاش برای توسعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

بخش خصوصی مراقبت‌های درمانی باید همراه با پیش بینی، ایجاد و تقویت قوانین حفاظت از بیمار باشد، چیزی که توجه کمتری به آن می‌شود و در عوض دولت نباید در برنامه ریزی در مورد اندازه، نوع و محل بیمارستان‌های خصوصی دخالت داشته باشد [۱۳]. در ایران نیز دولت در تمام مراحل از دادن اجازه احداث گرفته تا تعیین تخصص بیمارستان خصوصی و محل آن و خرید تجهیزات و تکنولوژی لازم برای بخش خصوصی دخالت دارد. قابل توجه است که با وجود موانع و مشکلات زیادی که برای حضور بخش خصوصی در نظام سلامت کشورمان وجود دارد، اما متأسفانه تاکنون مطالعه‌ای جهت شناسایی مشکلات این بخش در ارتباط با بخش دولتی، به رغم اهمیت آن انجام نشده است. لذا در این پژوهش سعی شده عمده مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در ارتباط با سازمان‌ها و نهادهای مهمی که در فعالیت آنها تأثیرگذار هستند، از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کار و امور اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، سازمان پزشکی قانونی، مرکز اورژانس و سازمان‌های بیمه، از دیدگاه مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی (مدیر عامل، مدیر بیمارستان، مسئول فنی و مترون) مورد شناسایی و بررسی قرارگیرد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی ـ تحلیلی است که به روش مقطعی در بیمارستان‌های خصوصی/عمومی شهر تهران که به صورت تصادفی طبقه‌ای ساده انتخاب گردیدند، انجام شده است. برای تعیین حجم نمونه یعنی تعداد مدیران ارشدی که در این بیمارستان‌ها باید پرسشنامه‌ها را پر کنند، فرض نمودیم که نیمی (۵۰ درصد) از مدیران ارشد بر این اعتقادند که مشکلات مورد نظر پژوهش در ارتباط با سازمان‌های مورد نظر وجود دارد. بنابراین در قدم اول با استفاده از فرمول n0، اندازه نمونه اولیه برای اعتماد آماری ۹۵٪ و دقت ۱۰٪، تعداد ۹۷ نفر محاسبه گردید. ولی از آنجایی که جامعه مدیران ارشد مورد مطالعه محدود بوده و فقط N=۱۶۰ نفر بودند، با توجه به فرمول تعدیل اندازه نمونه برای جامعه متناهی تعداد نمونه لازم n=۶۱ به دست آمد که محققان با توجه به انتخاب تصادفی بیمارستان‌ها چنان که ذکر شد حدود ۸۰ نفر را برای افزایش دقت، مورد مطالعه قرار دادند.

$$n_0 = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p)}{d^2}$$

$$n = \frac{n_0}{1+\frac{n_0}{N}}$$

با توجه به این که مدیران ارشد مورد نظر در بیمارستان‌های خصوصی ۴ نفر هستند و عبارتند از مدیر عامل، مدیر بیمارستان (مدیر داخلی)، مدیر پرستاری و مسئول فنی، بنابراین برای بدست آوردن این حجم نمونه از بین ۴۰ بیمارستان خصوصی/عمومی شهر تهران ۲۰ بیمارستان انتخاب شدند. به این ترتیب که این ۴۰ بیمارستان، با توجه به وابستگی به هر یک از سه دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران (دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی) به ۳ طبقه تقسیم گردیدند و سپس با توجه به فراوانی هر طبقه تعداد لازم از آن طبقه برای مطالعه تعیین شد و با روش نمونه گیری تصادفی از سه طبقه موجود ۲۰ بیمارستان انتخاب شدند. در نهایت پرسشنامه‌ها در ۲۰ بیمارستان خصوصی شهر تهران، بین ۸۰ مدیر ارشد توزیع گردید. پرسشنامه پژوهش با استفاده از ادبیات موجود، اظهارات متخصصان وکارشناسان و مصاحبه مقدماتی با چند تن از مدیران بیمارستان‌های خصوصی (خارج از نمونه) طراحی گردید و شامل سه قسمت است: قسمت اول، مربوط به مشخصات بیمارستان‌ها،قسمت دوم در مورد مشخصات فردی مدیران و قسمت سوم که بخش اصلی پرسشنامه است شامل ۳۱ سؤال است: ۲۹ سؤال بسته مربوط به مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در ارتباط با سازمان‌های مورد نظر یعنی وزارت بهداشت، وزارت کار و امور اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، پزشکی قانونی، مرکز اورژانس و سازمان‌های بیمه و دو سؤال باز که سازمان‌های بیمه با بدترین عملکرد (دارای بیشترین تأخیر و بیشترین کسری در پرداخت) را از نظرمدیران مشخص می‌کند. روایی این پرسشنامه با نظر استادان و متخصصان رشته و پایایی آن به روش آزمون ـ آزمون مجدد تأیید گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ بهره برداری شد. در بررسی مشکلات بیمارستان‌های خصوصی با سازمان‌ها و نهادهای مهم مرتبط، ابتدا اختلاف نظر یا عدم اختلاف نظر مدیران ارشد بیمارستان‌های مطالعه شده در رابطه با این مشکلات با آزمون کروسکال والیس آزمون گردید و در مرحله بعد وجود مشکلات با آزمون کای دو (df= ۱، ۰/۵ = α) تأیید یا رد شد. به این ترتیب که مدیران ارشد در رابطه با هریک از ۲۹ سؤال مطرح

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

شده در مورد مشکلات بیمارستان‌های خصوصی، دیدگاه خود را بر اساس مقیاس لیکرت به صورت کاملاً موافق، تا حدودی موافق، تا حدودی مخالف، کاملاً مخالف و بی نظر مشخص کردند. در مورد هر سؤال نیز آزمون کروسکال والیس جهت تطبیق دیدگاه‌های مدیران انجام شد. در این آزمون P>۰/۰۵ به معنی عدم اختلاف معنی‌دار بین دیدگاه‌های مدیران یا به عبارت دیگر تطابق دیدگاه‌های مدیران است. بعد از آزمون تطابق دیدگاه‌ها وتعیین همگونی یا اختلاف دیدگاه‌های مدیران، برای تأیید وجود مشکل، آزمون کای دو استفاده گردید. برای انجام آزمون χ^2 ابتدا پاسخ‌ها در دو گروه موافق و مخالف طبقه بندی شدند، به این ترتیب که نظرات کاملاً موافق و تاحدودی موافق در گروه موافق و بقیه دیدگاه‌ها در گروه مخالف قرار گرفتند. مقرر گردید اگر ۶۰ درصد از نظرات در گروه موافق باشند، وجود مشکل از نظر مدیران تأیید شود. در این آزمون مقدار P<۰/۰۵ به معنی تأیید وجود مشکل است.

یافته‌ها

در این پژوهش، بیشتر بیمارستان‌های خصوصی (۴۷/۴ درصد) مطالعه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. میانگین تخت مصوب در این بیمارستان‌ها تقریباً ۱۴۰ تخت و میانگین تخت فعال حدوداً ۱۱۹ تخت است. ۵۳ درصد از بیمارستان‌های خصوصی با بیمه‌های خصوصی و ۴۷ درصد از این بیمارستان‌ها هم با بیمه‌های خصوصی و هم با بیمه‌های دولتی طرف قرارداد هستند. اکثر (۶۸ درصد) بیمارستان‌های خصوصی از نظر ارزشیابی درجه ۱ هستند. از نظر مدت تأسیس، به طور متوسط بیمارستان‌های خصوصی، تقریباً ۳۸ سال قدمت دارند و از عمر قدیمی‌ترین و جدیدترین آنها به ترتیب ۶۳ سال و ۸ سال می‌گذرد.

در این پژوهش از ۸۰ پرسشنامه توزیع شده بین مدیران ارشد در بیمارستان‌های خصوصی مورد مطالعه، ۷۱ پرسشنامه تکمیل شد (میزان پاسخ دهی=۸۹٪). نتایج پژوهش نشان داد که بیشترین پاسخگویان (۲۶/۸ درصد) مدیران داخلی بودند. مسئولان فنی به رغم مسئولیت رسمی، کمترین (۲۲/۵ درصد) میزان پاسخگویی را داشتند. همین طور اکثر مدیران ارشد در محدوده سنی ۶۵-۵۶ سال (۳۸ درصد) بودند که شامل ۵۰ درصد از مدیران عامل، ۵۲/۶ درصد از مدیران داخلی، ۳۱/۳ درصد از مسئولان فنی و ۱۶/۷ درصد از مترون‌ها می‌باشد. اکثر این مدیران (۷۳ درصد) به جز یک مدیر داخلی و همه مترون‌ها مرد بودند.

رشته تحصیلی ۵۲ درصد از مدیران ارشد این بیمارستان‌ها پزشکی است که شامل تمام مدیران عامل و مسئولان فنی و ۱۵/۸ درصد از مدیران داخلی است. تنوع رشته در سمت مدیریت داخلی بیشتر قابل مشاهده است، به این ترتیب که ۱۵/۸ درصد از آنان پزشکی، ۱۵/۸ درصد مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، ۳۱/۶ درصد مدیریت غیرخدمات بهداشتی ـ درمانی، به همین مقدار از سایر رشته‌ها و ۵/۳ درصد پرستاری است. ۱۰ درصد از کل مدیران ارشد بیمارستان‌ها دارای مدرک فوق دکترا (۲۲/۲ درصد از مدیران عامل و ۱۸/۸ از مسئولان فنی) و ۴۳/۷ درصد دکترا (۷۷/۸ درصد از مدیران عامل، ۸۱/۳ درصد از مسئولان فنی و ۲۱/۱ درصد از مدیران داخلی) هستند. پایین‌ترین مدرک تحصیلی، یعنی کاردانی نیز در بین مدیران داخلی به میزان ۱۰/۵ درصد وجود دارد. تمام مترون‌ها کارشناس (۸۳/۳ درصد) یا کارشناس ارشد (۱۶/۷ درصد) بودند. ۴۹/۵ درصد از کل مدیران سابقه کار ۱ تا ۱۰ سال دارند و از کل این مدیران فقط ۳۵ درصد (۲۵ نفر) دوره آموزشی مدیریت بیمارستان را گذرانده‌اند که حدود نیمی از آنان مدیران داخلی هستند. در جدول شماره ۱، مشکلات بیمارستان‌های خصوصی به تفکیک سازمان‌ها و نهادهای مهم مرتبط با آنها به طور مشروح نشان داده شده است. در این جدول نتایج آزمون تطابق دیدگاه‌های مدیران نشان می‌دهد که دیدگاه مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی در مورد اکثر مشکلات (به جز ۲ مورد) همگون است. مثلاً در مشکل اول از مشکلات بیمارستان‌های خصوصی با سازمان‌های بیمه (پرداخت با تأخیر هزینه درمان بیماران تصادفی) تطابق دیدگاه‌های مدیران با پاسخ بلی (P=۰/۳۱) نشان داده شده است (P>۰/۰۵). همچنین در قسمت اثبات وجود یا عدم وجود مشکل، وجود ۲۰ مورد از ۲۹ مشکل مورد بررسی تأیید گردیده است. با فرض P<۰/۰۵ به معنی تأیید مشکل، وجود مشکل فوق (پرداخت با تأخیر هزینه درمان بیماران تصادفی) تأیید می‌گردد و در جدول با پاسخ بلی (P<۰/۰۰۰۱) نشان داده شده است و در مورد مشکل تأخیر وزارت بهداشت در رسیدگی به شکایات بیماران، عدم تأیید وجود این مشکل با پاسخ خیر در جدول قابل مشاهده است (P=۰/۶۸). در ادامه، نتایج مربوط به نسبت مشکلات تأیید شده در ارتباط با سازمان‌های مورد نظر در جدول شماره ۲ به این ترتیب ارائه شده است: سازمان‌های بیمه ۱۰۰درصد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۹۰ درصد، وزارت کار و امور اجتماعی ۷۵ درصد، سازمان نظام پزشکی ۶۶ درصد و سازمان پزشکی قانونی ۳۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

درصد. همچنین هیچ یک از مشکلات مورد نظر در ارتباط با سازمان تأمین اجتماعی و مرکز اورژانس تأیید نگردید. ضمن آن که از دیدگاه مدیران ارشد این بیمارستان‌ها، بیمه آتیه سازان (حافظ)، تأمین اجتماعی و بیمه‌های تکمیلی، بیشترین تأخیر و بیمه‌های آتیه سازان، ایران، خدمات درمانی و تأمین اجتماعی بیشترین کسری را در پرداخت‌های این بیمارستان‌ها دارند.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس بررسی‌ها و مطالعات به عمل آمده، متأسفانه در زمینه مشکلات بیمارستان‌های خصوصی با سازمان‌ها و نهادهای مورد نظر، تحقیقات مشابه پژوهش حاضر انجام نشده است. لذا امکان مقایسه یافته‌های مربوط به مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در این مطالعه با مطالعات دیگر مقدور نیست. با این حال ضمن ارائه یافته‌ها سعی می‌شود از نتایج و یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که به طور غیرمستقیم و ضمنی به این موضوع پرداخته‌اند، برای مقایسه با یافته‌های این پژوهش بهره گیری لازم به عمل آید. یافته‌های جمعیتی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش عرب و همکاران [۱۴] که سن، رشته و مدرک تحصیلی مدیران تمام بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران را بررسی نمودند، در ویژگی‌های رشته و مدرک تحصیلی تطابق دارد. مطالعه عرب و همکاران نشان داده است که مدرک تحصیلی اکثر مدیران بیمارستان‌های خصوصی تهران دکتری و بالاتر است و در رشته پزشکی تحصیل کرده‌اند که هر دو مورد با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد. ایشان در مطالعه خود سن اکثر مدیران بیمارستان‌های خصوصی را در فاصله ۴۱ تا ۵۰ سال بیان نمودند، در حالی که در مطالعه حاضر این فاصله ۵۶ تا ۶۵ سال است که این تفاوت می‌تواند به خاطر قدیمی بودن بیمارستان‌ها در نمونه مورد مطالعه این پژوهش باشد که در نتیجه مدیران مسن‌تر هستند. سابقه کار مدیران بیمارستان‌های خصوصی در مطالعه عرب و همکاران، بیش از ۲۰ سال اعلام شده است، در حالی که در مطالعه ما سابقه کار نیمی از مدیران ۱ تا ۱۰ سال بود که می‌تواند به خاطر بالا بودن جا به جایی در سمت مسئول فنی درست باشد (سابقه کار مسئولان فنی کمتر از سایر مدیران است). همین طور در مقایسه مشخصات جمعیتی مدیران بیمارستان‌های خصوصی با بیمارستان‌های دولتی که در مطالعه طبیبی و همکاران [۱۵] و همین طور در مطالعه عرب و همکاران [۱۶] بررسی شده، می‌توان نتیجه گرفت که برخلاف بیمارستان‌های دولتی که مدیران اغلب کم سن‌تر هستند در بیمارستان‌های خصوصی سالمند سالاری حاکم است.

این پژوهش نشان داد که فقط ۳۵/۲ درصد از مدیران بخش خصوصی دوره آموزشی مدیریت بیمارستان را گذرانده‌اند، درحالی که طبق یافته‌های مطالعه طبیبی [۱۵] بیش از نیمی از مدیران بیمارستان‌های دولتی سابقه این دوره آموزشی را دارند. مطالعه بیمارستان‌های عمومی توسط طبیبی و همکاران [۱۵] نشان می‌دهد که بیشتر مدیران مدرک کارشناسی دارند، درحالی که طبق یافته‌های این مطالعه که با یافته‌های مطالعه عرب و همکاران [۱۴] نیز همخوانی دارد، در بیمارستان‌های خصوصی، مدرک تحصیلی اکثر مدیران بالاتر است. در ادامه مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در ارتباط با سازمان‌ها ونهادهای مورد نظر در پژوهش، به شرح زیر مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد:

۱- مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در رابطه با سازمان‌های بیمه

در این حیطه ۴ مورد مهم در پژوهش مورد توجه بود که وجود هر ۴ مورد آنها توسط مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی تأیید گردید. همان طور که می‌دانیم منبع اساسی درآمد بیمارستان‌های خصوصی، پرداخت‌های بیمه‌ها و بیماران است. این در حالی است که بنا به اظهارات موجود، بیمه‌ها هیچ گاه در پرداخت‌های خود به موقع عمل نمی‌کنند و از سوی دیگر هیچ گاه صورت حساب‌های این بیمارستان‌ها را به طور کامل پرداخت نمی‌نمایند (این مشکل تا حدودی برای بیمارستان‌های دولتی نیز وجود دارد) که به دلایل مختلف ازجمله رد تعرفه‌های بخش خصوصی توسط سازمان‌های بیمه، روند طولانی بررسی صورت حساب‌های پرداخت، تعریف نشدن تعرفه برای بعضی از موارد تشخیصی ـ درمانی و جراحی و موارد دیگر است که در نهایت نتیجه‌ای جز افزایش مشکلات مالی برای بیمارستان‌های خصوصی و کسری بودجه، عدم توان این بیمارستان‌ها در خرید تجهیزات و وسایل بیمارستانی ضروری، کاهش حجم و کیفیت خدمات و حتی تعطیلی بخش‌ها و در نهایت فشار به مشتریان بیمارستان‌های خصوصی نخواهد داشت. برای حل این مشکل از یک طرف، دولت باید به بحث تعرفه‌های بخش خصوصی اهمیت بیشتری دهد و به سر و سامان دادن فرایندها و مکانیسم‌های تعیین تعرفه‌ها و اجرای آنها بپردازد و از طرف دیگر بخش خصوصی باید سعی در اعمال تعرفه‌های مورد قبول و واقعی‌تر کردن صورت حساب‌ها پرداخت نماید. از بین سازمان‌های بیمه‌ای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

که از نظر مدیران بیمارستان‌های خصوصی، سازمان‌های بیمه با بدترین عملکرد معرفی شدند، بیمه آتیه سازان (حافظ) بیشترین تأخیر و کسورات را در پرداخت‌های خود به بیمارستان‌های خصوصی داشته است.

جدول شماره ۱- مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در ارتباط با سازمان‌ها ونهادهای مهم مرتبط با آنها

	۱- تطابق دیدگاه مدیران		۲- وجود مشکل	
مشکلات با سازمان‌ها و نهادهای مهم مرتبط	بلی/خیر	P	بلی/خیر	P
سازمان‌های بیمه				
۱. پرداخت با تأخیر هزینه درمان بیماران تصادفی	بلی	۰/۳۱	بلی	<۰/۰۰۰۱
۲. پرداخت با کسری هزینه درمان بیماران تصادفی	بلی	۰/۳۰	بلی	۰/۰۱
۳. پرداخت با تأخیر هزینه درمان بیماران دارای بیمه	بلی	۰/۴۱	بلی	<۰/۰۰۰۱
۴. پرداخت با کسری هزینه درمان بیماران دارای بیمه	بلی	۰/۵۷	بلی	<۰/۰۰۰۱
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی				
۱. فشار مالی ناشی از سیاست الزام پذیرش بیماران تصادفی اورژانسی	بلی	۰/۴۳	بلی	<۰/۰۰۰۱
۲. عدم هماهنگی تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت با سازمان نظام پزشکی	خیر	۰/۰۰	بلی	<۰/۰۰۰۱
۳. عدم مشارکت بخش خصوصی درسیاست گذاری‌های نظام سلامت	بلی	۰/۸۵	بلی	<۰/۰۰۰۱
۴. زمان بری مفرط کسب مجوز خرید تکنولوژی و تجهیزات	بلی	۰/۳۱	بلی	<۰/۰۰۰۱
۵. تعدد موانع اداری برای توسعه بیمارستان	خیر	۰/۰۰۲	بلی	<۰/۰۰۰۱
۶. فرایند بسیار طولانی و خسته کننده کسب مجوز توسعه	بلی	۰/۲۶	بلی	۰/۰۲
۷. بی توجهی به نقاط قوت بیمارستان‌های خصوصی در فهرست‌های بازیابی ارزشیابی	بلی	۰/۹۵	بلی	۰/۰۰۱
۸. عدم قضاوت بی طرفانه وزارت بهداشت در رسیدگی به شکایات بیماران	بلی	۰/۵۷	بلی	۰/۰۱
۹. غیرکاربردی بودن نتایج ارزشیابی‌های انجام شده	بلی	۰/۸۷	بلی	۰/۰۴
۱۰. ارزشیابی نادرست بیمارستان‌های خصوصی	بلی	۰/۳۴	بلی	۰/۰۴
۱۱. تأخیر وزارت بهداشت در رسیدگی به شکایات بیماران	بلی	۰/۳۹	خیر	۰/۶۸
وزارت کار و امور اجتماعی				
۱. افزایش سالانه نرخ دستمزد اعلام شده از سوی وزارت کار	بلی	۰/۷۸	بلی	<۰/۰۰۰۱
۲. پایین بودن نرخ دستمزد نیروی انسانی فنی و متخصص	بلی	۰/۴۶	بلی	<۰/۰۰۰۱
۳. مشکل جذب نیروی جدید ازلحاظ قوانین کار	بلی	۰/۲۶	بلی	۰/۰۳
۴. بالابودن نرخ دستمزد اعلام شده برای کارکنان غیرمتخصص	بلی	۰/۷۰	خیر	۰/۳۵
سازمان نظام پزشکی				
۱. بی توجهی سازمان نظام پزشکی به لزوم سوددهی بیمارستان‌های خصوصی در تعیین تعرفه	بلی	۰/۷۰	بلی	۰/۰۰۱
۲. مشارکت داده نشدن مدیران بیمارستان‌های خصوصی در تعیین تعرفه‌ها توسط این سازمان	بلی	۰/۱۵	بلی	۰/۰۳
۳. تأخیر سازمان نظام پزشکی در رسیدگی به شکایات فنی	بلی	۰/۹۰	خیر	۰/۳۲
سازمان پزشکی قانونی				
۱. طولانی بودن فرایند بررسی مرگ و میر پیش آمده	بلی	۰/۴۶	بلی	۰/۰۴
۲. وسواس بیشتر پزشکی قانونی در بررسی مرگ و میرهای پیش آمده در بیمارستان خصوصی	بلی	۰/۷۲	خیر	۰/۰۹
۳. تعلل پزشکی قانونی در انتقال اجساد بدون هویت از بیمارستان‌های خصوصی	بلی	۰/۸۲	خیر	۰/۳۹
سازمان تأمین اجتماعی				
۱. عدم همکاری سازمان تأمین اجتماعی در بکارگیری کارگران روزمزد	بلی	۰/۵۰	خیر	۰/۱۱
۲. عدم همکاری سازمان تأمین اجتماعی در استخدام نیروی جدید	بلی	۰/۸۴	خیر	۰/۴۶
مرکز اورژانس				
۱. انتقال بیماران اورژانسی بدون انجام هماهنگی‌های لازم توسط مرکز اورژانس به بیمارستان‌های خصوصی	بلی	۰/۱۴	خیر	۰/۱۱
۲. انتقال بیماران اورژانسی بدون انجام اقدامات اولیه لازم	بلی	۰/۴۴	خیر	۰/۱۱

۱- آزمون کروسکال والیس (Kruskal - Wallis)، پاسخ «بلی» یعنی تطابق دیدگاه‌های مدیران P>۰/۰۵.
۲- آزمون کای دو (Chi- squard Test)، پاسخ «بلی» یعنی تأیید وجود مشکل P<۰/۰۵، پاسخ «خیر» یعنی رد وجود مشکل P>۰/۰۵.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

۲- مشکلات تأیید شده بیمارستان‌های خصوصی در رابطه با وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی:

این مشکلات عمدتاً حول محورهای سیاست گذاری، تعرفه گذاری، ارزشیابی و توسعه بود. به نظر می‌رسد ریشه این مشکلات در متمرکز بودن نظام سلامت است که از یک طرف وزارت بهداشت را به اعمال سیستم تصمیم گیری، سیاست گذاری و نظارت متمرکز و انعطاف ناپذیر متمایل کرده و از سوی دیگر بخش خصوصی را به خاطر ماهیت غیردولتی و مستقل بودن، مایل به دوری از این سیستم متمرکز و در پیش گرفتن مکانیسم‌ها و راه‌هایی برای فرار از این سیستم نموده است. حل این مشکلات نیازمند اصلاحات درونی در نظام سلامت مبنی بر توجه به جایگاه بخش خصوصی و مشارکت دهی آن در تصمیم گیری‌ها وسیاست گذاری‌ها و تعیین مکانیسم‌های مورد وفاق با این بخش برای اجرای تصمیمات و سیاست‌های اتخاذ شده دارد. طبق نتایج یک مطالعه در بنگلادش [۱۳] تلاش برای توسعه بخش خصوصی مراقبت‌های درمانی باید همراه با پیش بینی، ایجاد و تقویت قوانین حفاظت از بیمار باشد، چیزی که توجه کمتری به آن می‌شود و در عوض دولت نباید در برنامه ریزی در مورد اندازه، نوع و محل بیمارستان‌های خصوصی دخالت داشته باشد.

۳- مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در رابطه با وزارت کار و امور اجتماعی:

بیمارستان‌های خصوصی در رابطه با قوانین کار، استخدام، حقوق و مزایای کارکنان خود با وزارت کار در ارتباط هستند. مشکل اصلی این بیمارستان‌ها درارتباط با وزارت کار، افزایش سالانه نرخ دستمزد اعلام شده از سوی این وزارتخانه بدون توجه به میزان تعرفه تعیین شده برای بخش خصوصی بهداشت و درمان است. به این ترتیب که هرسال بخشنامه‌ای از سوی وزارت کار، یک افزایش ۲۵ تا ۲۶ درصدی در دستمزد کارکنان را به این بیمارستان‌ها ابلاغ می‌کند. از سوی دیگر تعرفه‌های وزارت بهداشت تنها ۹ الی ۱۰ درصد افزایش می‌یابند و به این ترتیب سالانه حدود ۱۴ درصد و در یکی دو سال اخیر، حتی بیشتر از این مقادیر، کسری به این بیمارستان‌ها تحمیل گردیده است، این در حالی است که حدود نصف هزینه بیمارستان‌های خصوصی را حقوق و مزایا تشکیل می‌دهد، به خصوص که اکثر کارکنان آنها قراردادی هستند.

به این ترتیب یکی از معضلات حاد بیمارستان‌های خصوصی افزایش هزینه حقوق است که می‌تواند کاهش کارایی و کیفیت خدمات را در این بیمارستان‌ها به دنبال داشته باشد. همین طور منجر به نارضایتی کارکنان می‌گردد که این نارضایتی به خاطر جبران هزینه‌های بیمارستان از محل مواردی چون استفاده از سهام کارکنان، کاهش حقوق و یا تأخیر در پرداخت حقوق آنان ایجاد می‌گردد. مشکل این بیمارستان‌ها در جذب نیروی جدید از لحاظ قوانین کار نیز موردی بود که مدیران بیمارستان‌های خصوصی به آن اذعان داشته‌اند. این نتیجه با نتایج پژوهش مظفری [۱۷] تطابق دارد. او در مطالعه خود نشان داد که کارفرمایان وکارآفرینان بخش خصوصی، قانون کار را مشکل زا و مانع سرمایه گذاری قلمداد می‌نمایند.

۴- مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در رابطه با سازمان نظام پزشکی:

بی توجهی این سازمان به لزوم سوددهی بیمارستان‌های خصوصی و مشارکت ندادن مدیران این بیمارستان‌ها در تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی، مشکلات مورد تأیید مدیران بیمارستان‌های خصوصی در ارتباط با سازمان نظام پزشکی بودند.

جدول شماره ۲- نسبت مشکلات تأیید شده در ارتباط با هر یک ازسازمان‌های مورد نظر از دیدگاه مدیران

عنوان سازمان‌ها و نهادهای مورد نظر	درصد مشکلات تأیید شده در مورد هرسازمان
سازمان‌های بیمه	۱۰۰
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۹۰
وزارت کار و امور اجتماعی	۷۵
سازمان نظام پزشکی	۶۶
سازمان پزشکی قانونی	۳۳
سازمان تأمین اجتماعی	۰
مرکز اورژانس	۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

۵- مشکلات بیمارستان‌های خصوصی در رابطه با سازمان پزشکی قانونی:
مسئله طولانی بودن فرایند بررسی مرگ و میر پیش آمده در بیمارستان‌های خصوصی، مشکلی بود که مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی وجود آن را در ارتباط با این سازمان تأیید کردند. سازمان پزشکی قانونی مانند سایر سازمان‌های دولتی فرایندهای پیچیده و طولانی را در انجام امور خود دارد که به خاطر ماهیت غیردولتی بیمارستان‌های خصوصی این فرایندها طولانی‌تر نیز می‌گردند که در نهایت منجر به ارتباطات مکرر و گاه غیرضروری این بیمارستان‌ها با سازمان و مشکلاتی برای همراهان بیماران وحتی در مواردی منجر به بدبینی مردم به بیمارستان‌های خصوصی می‌گردد. مشکلات بیمارستان‌های خصوصی مشکلات ساختاری هستند که ریشه در متمرکز بودن نظام سلامت در سیاست گذاری، تصمیم گیری و نظارت دارند. بنابراین حل این مشکلات نیازمند توجه به جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت و رابطه این بخش با پیکره دولتی سیستم بهداشت و درمان و اصلاحات درونی در نظام است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر و کاوش‌های انجام یافته در این زمینه پیشنهاداتی به شرح زیر ارائه می‌گردد: ۱- در اصلاحات نظام سلامت نه فقط به ایجاد بخش خصوصی، بلکه به بهبود وضعیت این بخش باید توجه گردد. برای ارتقای سطح بخش خصوصی و حل مشکلات آن باید در بخش دولتی و ارتباط این بخش با بخش خصوصی اصلاحاتی صورت گیرد و لازم است وزارت بهداشت برنامه ریزی مناسبی برای توسعه بخش خصوصی داشته باشد و مکانیسم های لازم را برای ایجاد انگیزه سرمایه گذاری و توسعه بخش خصوصی در سراسر کشور ایجاد نماید. ۲- وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی باید به عنوان متولی سازمان‌ها و مؤسسات بهداشتی ـ درمانی کشور و عهده دارتأمین و ارتقای سطح سلامت مردم، در دیدگاه خود نسبت به اهمیت و جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت تجدید نظر نماید و نمایندگانی از مدیران بیمارستان‌های خصوصی را در سیاست گذاری‌ها و تصمیم گیری‌های خود مشارکت دهد. ۳- لازم است وزارت بهداشت، در فرایند ارزشیابی و فهرست‌های بازیابی ارزشیابی تجدید نظر نماید، به گونه‌ای که ارزشیابی دراین بیمارستان‌ها واقع بینانه‌تر و دقیق‌تر انجام شود. همچنین علم کارشناسان ارزشیابی باید ارتقا یابد. ۴- فرایند تعرفه گذاری علمی و منطقی گردد و تعرفه‌ها بر اساس هزینه‌های واقعی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و هزینه تخت روز در آنها به طور جداگانه تعیین گردد. ۵- طی مکانیسم‌ها و قوانینی لازم‌الأجرا، سازمان‌های بیمه موظف به پرداخت به موقع و درست هزینه‌های درمانی به بیمارستان‌های خصوصی گردند که البته لازمه آن اصلاح فرایندهای ثبت اطلاعات و دقت در مندرجات پرونده بیماران بیمارستان است. ۶- در نهایت به نظر می‌رسد ریشه تمام مشکلات مالی نظام سلامت، پایین بودن سرانه بهداشت و درمان است که در واقع این سرانه چیزی جز ته مانده بودجه کشور بعد از تخصیص اعتبارات بخش‌های دیگر نیست. دولت باید مجاب به افزایش سرانه بهداشت و درمان گردد. به نظر می‌رسد مطالعه مشکلات بیمارستان‌های خصوصی از دیدگاه مدیران ارشد بخش خصوصی، در سطحی وسیع‌تر و همزمان با دیدگاه‌های کارشناسان و مدیران سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با بیمارستان‌های خصوصی دستاوردهای تحلیلی جامع‌تری در پی داشته باشد.

سهم نویسندگان

فاطمه زریئی گاوگانی: پژوهشگر، مدیر اجرایی پژوهش و نویسنده اصلی مقاله

ابوالقاسم پوررضا: استاد راهنما در کل مراحل پژهش (طراحی، اجرا، جمع‌آوری داده‌ها و نتیجه گیری) و راهنمایی در اصلاح نهایی مقاله

مصطفی حسینی: استاد مشاور آمار و نویسنده پاسخگو

فیض‌الله اکبری: استاد مشاور در زمینه طراحی پرسشنامه و اصلاح نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

از همکاران محترم در سازمان نظام پزشکی، جناب آقای دکتر سید شهاب الدین صدر و جناب آقای دکتر امید براتی که با ارسال نامه به بیمارستان‌های خصوصی مبنی بر تأیید پژوهش توسط این سازمان و تقاضای شرکت در مطالعه، پژوهشگران را یاری نموده‌اند صمیمانه قدردانی می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]

منابع

1. Harding A, Preker A. Understanding Organizational Reforms: The Corporatization of Public Hospitals. 1th Edition, World Bank: Washington, 2000. http://www.ihf-fih.org/en/Resources/Hospital-Reform/Understanding-organizational-reforms-The-corporatization-of-public-hospitals-Harding-SA-et-al

2. Kikeri S, Kolo A. Privatization: Trends and Recent Developments, World Bank, 2005. http://bscw.ihe.nl/pub/bscw.cgi/d2221913/KikeriPrivatizationTrendsAnd Developement.pdf

3. Metsch JM, Haley DR, Malafronte D. Privatization of a public hospital: a quality improvement strategy. Quality Management in Health Care 1997; 5: 19-26

4. Hilke J. Cost Saving From Privatization: A Compilation of Study Findings, 1993. http://reason.org/news/show/127651.html

5. Desai K, Lucas C, Young G. Public hospitals: privatization and uncompensated care. Health Affairs 2000; 19: 167-72

6. Pourreza A. Health economics for developing countries: a practical guide. 1th Edition, Institute for Management and Planning Studies: Iran, 2005 [Persian]

7. Hatami H, Razavi M, Eftekhar Ardabili H, Majlesi F, Nowzadi M, et al. Reform. In: Parsay S, Heidarnia M, Shamshiri H, Kolahi A, Kamyabi A, Mohammadi N, et al. Public Health. 2th Edition, 2007. www.elib.hbi.ir/persian/LIBRARY.htm

8. First look: Dr Hesabi Mahmood. www.Ketabeavval.ir/Tehran/2588.aspx

9. Asefzadeh S, Rezapour A. Health Management. 2th Edition, Qazvin University of Medical Sciences Publication: Iran, 2009

10. Sadaghiani E. Health and care problems; hospitals role in developing countries. Journal of Health Administration 1998; 1: 62-63

11. Behboodi F. Effecting factors on selection of public or private hospitals by surgery patients. Journal of Medicine Faculty of Gilan University of Medical Sciences 2001; 35&36: 33-40 [Persian]

12. Marzban S. 10 problems And 10 Solutions for Health System; Private Sector Problems: www.irahta.com/index- files/papers/1.doc

13. Andaleeb S. Service quality in public and private hospitals in urban Bangladesh: a comparative study. Health Policy 2000; 53: 35-36

14. Arab M, Zareei A. Patient rights: knowledge of managers of private hospitals. Health Monitor (Payesh) 2009; 29: 25-30 [Persian]

15. Tabibi J, Raeisi P, Nasiripour A. Strategic management implementation in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The Journal of Qazvin Univiversity of Medical Sciences 2003; 27: 54-60 [Persian]

16. Arab M, Zareei A. Patient rights: knowledge of managers of public hospitals. Journal of Health Management 2008; 27: 7-12 [Persian]

17. Mozaffari M. A design for adaptation of Islamic Republic of Iran's labor law for providing stronger incentives towards entrepreneurship. PhD thesis, Management Faculty of Tehran University: Iran, 2004 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.9.0]