تأثیر نظام تأمین منابع مالی در بهبود عملکرد بیمارستان

نغمه صادقی: * دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خطرپذیری و بحران، پژوهشگاه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله، پژوهشکده مدیریت خطرپذیری
حسین زارع: دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه بررسی‌های اقتصاد سلامت، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره دوم بهار ۱۳۸۸ صص ۱۴۵-۱۳۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۱
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار-۵ خرداد ۱۳۸۸]

چکیده

بیمارستان، بازوی مهم ارائه خدمات سلامت است و قسمت عمده منابع نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. اطلاعات موجود نشان می‌دهند که، در سالیان اخیر، بیش از ۵۰ درصد از هزینه‌های درمانی کشور صرف هزینه‌های بستری شده است. با عنایت به محدودیت منابع ارزشمند بخش سلامت، تخصیص درست منابع، اعمال مدیریت علمی، برنامه ریزی صحیح و اصولی گامی مهم در دستیابی به اهداف نظام سلامت خواهد بود. به همین منظور، این مطالعه با هدف بررسی نظام تامین منابع مالی در ارتقای سطح عملکرد بیمارستان در کشورهای منتخب انجام گرفته است.

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی است. جامعه پژوهش این مطالعه را نظام سلامت کشورهای آمریکا، فرانسه، استرالیا، کانادا، انگلستان، ترکیه، کره جنوبی، نروژ و ایران تشکیل می‌دهند. مبنای انتخاب کشورها تقسیم بندی گاردن است. پرسشنامه الگوی پیشنهادی برای انجام تکنیک دلفی به نظرخواهی ۳۰ تن از صاحب‌نظران، استادان و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان و یا افرادی با تجربه علمی یا عملی در مدیریت بیمارستان‌ها گذاشته شد و اطلاعات جمع‌آوری شده، با استفاده از روش‌های آماری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از بررسی و تحلیل نظرهای پیشنهادی و اصلاحی، الگوی نهایی طراحی گردید.

مطالعه حاضر نشان داده که برای ارتقای سطح عملکرد بیمارستان‌ها، به کارگیری نظام تأمین منابع مالی از جمله اولویت‌های مهم است که، در کنار برنامه‌ریزی جامع و نظام کنترل و نظارت مناسب در ساختاری اصولی، می‌تواند موجبات ارتقای سطح عملکرد را فراهم آورد.

صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که، با عنایت به هویت اجتماعی بیمارستان، منابع مالی لازم باید از طرف دولت تأمین گردد؛ در تأمین کالاهای سرمایه‌ای، مشارکت کاملاً با دولت باشد؛ هزینه آموزش جداگانه به بیمارستان پرداخت گردد و برای بیمارستان، بودجه شناور در نظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: تأمین منابع مالی، عملکرد بیمارستان، نظام سلامت

* نویسنده پاسخگو: خیابان شهید لواسانی (فرمانیه)، دیباجی شمالی، خیابان ارغوان، شماره ۲۶
تلفن: ۲۲۸۳۰۸۳۰
E-mail: naghmehsa@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

مقدمه

حساسیت بیش از حد بخش سلامت و پیامدهای عدم توجه به آن موجب شده است که سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی، دولت‌ها را بر آن دارند تا منابعی را برای حفظ و بهبود آن اختصاص دهند. با وجود آن که، در بیشتر کشورهای در حال توسعه، منابع تخصیص یافته به بخش سلامت کافی نیست[۱]، در جهت تخصیص و به کارگیری مناسب همین منابع محدود نیز برنامه ریزی درستی صورت نمی‌گیرد. حتی در مواردی که منابع نسبتاً کافی هستند غالباً کارایی بخش سلامت، کمتر از حد انتظار است[۲]. از آنجا که بیمارستان بازوی مهم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است و وظیفه خطیر درمان آحاد جامعه را به عهده دارد، این موضوع در آن اهمیتی ویژه می‌یابد.

امروزه افزایش روز افزون هزینه‌های خدمات درمانی، بیمارستان را به صورت یکی از سازمان‌های مهم و در عین حال، بسیار پرهزینه در آورده است. این وضع به گونه‌ای است که قسمت عمده منابع بخش بهداشت و درمان جامعه به بیمارستان‌ها تخصیص می‌یابد و در حدود ۵۰ درصد از هزینه‌های جاری دولت در بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد. با این وجود، همواره فاصله‌ای فزاینده بین امکانات موجود و نیازهای جامعه وجود دارد[۳]. اطلاعات موجود حاکی از آنند که، در سال‌های اخیر، نزدیک به نیمی از هزینه‌های بخش درمان در ایران صرف هزینه‌های خدمات بستری شده است. در واقع، با بهبود عملکرد این سازمان‌ها، گامی مهم در جهت کنترل و نگهداشت هزینه‌های بخش سلامت برداشته خواهد شد. سنجش عملکرد، همانند سایر جنبه‌های کنترل، یک فرآیند مستمر، دایمی و پویا است که تکرار سنجش یا دفعات اندازه گیری در آن به نوع فعالیت مورد نظر بستگی دارد[۴]. هدف از اندازه‌گیری عملکرد، ارائه بهترین خدمت ممکن است به نحوی که مؤثر، به موقع، انسانی و از لحاظ اقتصادی کارآمد باشد. این مسئله، مخصوصاً برای نهادهای عمومی، با اهمیت‌تر است[۵]. به طور کلی، بهبود عملکرد به معنای اقتصادی، نقش بسیار مهمی در تخصیص درست منابع مالی و انسانی به عنوان مهمترین سرمایه‌های نظام سلامت دارد. در این راستا، طراحی نظامی کارا و اثربخش، با مدیریتی صحیح و اصولی، بهبود عملکرد بیمارستان را در پی خواهد داشت. در شرایط حاضر، افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت و کاهش نرخ رشد اقتصادی بیمارستان‌ها، به مثابه یکی از مصرف کنندگان اصلی نظام سلامت، دغدغه‌هایی را برای مدیران اجرایی و سیاست‌گذاران حوزه سلامت، از جمله جامع و واضح بودن برنامه بهبود عملکرد، نظام پرداخت و نظام تامین منابع مالی بیمارستان ایجاد کرده است. با عنایت به نقش ویژه سازمان‌های واسط و بیمه‌های سلامت در مقام نماینده مصرف کنندگان خدمت و خریداران خدمات ارائه شده، اعمال دیدگاه‌های سازمان‌های مذکور از نظر مداخله در کیفیت خدمات ارائه شده ضروری است. بدیهی است از آنجا که بخش مهمی از منابع مالی بیمارستان‌ها از طریق سازمان‌های بیمه سلامت تامین می‌شود، تامین و پاسخگویی به دیدگاه این سازمان‌ها از منظر بیمارستان‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا، توجه به اصلاح وضع موجود با محوریت سازمان و مدیریت، نظام پرداخت و نظام تامین منابع مالی اهمیتی ویژه می‌یابد.

مطالعه حاضر، که برگرفته از مطالعه تطبیقی در نظام سلامت کشورهای مختلف است، در صدد است تا با بررسی نظام‌های موجود در کشورهای مورد بررسی و با تأکید بر نظام تأمین منابع مالی، الگوی مناسبی را، با توجه به شرایط موجود در کشور، ارائه دهد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. جامعه پژوهش این مطالعه را نظام سلامت کشورهای آمریکا، فرانسه، استرالیا، کانادا، انگلستان، ترکیه، کره جنوبی، نروژ و ایران تشکیل می‌دهند. جامعه آماری پژوهش در بخش ارائه الگو را صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان و یا افرادی با تجربه علمی یا عملی در مدیریت بیمارستان‌ها تشکیل می‌دهند. معیار انتخاب اعضا در تکنیک دلفی، داشتن تحصیلات دانشگاهی با مدرک کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اقتصاد بهداشت و یا داشتن حداقل ۵ سال سابقه فعالیت در این بخش، به ویژه بیمارستان‌ها، بوده است. مبنای انتخاب کشورها تقسیم بندی گاردن است. در این تقسیم بندی، کشورهای دنیا با عنایت به مزایای تحت پوشش نظام مزبور به ۴ گروه عمده تقسیم می‌شوند:

الف- کشورهایی با نظام بیمه سنتی: در این کشورها، ساختار بیمه بر مبنای بیمه های خصوصی و یارانه‌های ایالتی استوار است. کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان در این گروه قرار می‌گیرند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

ب- کشورهایی با نظام بیمه سلامت ملی که شامل نظام بیمه درمان در سطح ملی هستند. کشورهای کانادا، فنلاند و سوئد در این گروه قرار می‌گیرند؛ ج- نظام طب ملی که ارائه خدمات به شیوه ایالتی را در دستور کار خود قرار داده است. کشورهای دانمارک، یونان، ترکیه و انگلستان در این گروه قرار می‌گیرند؛ د- نظام بیمه‌ای تلفیقی که شامل تلفیقی از نظام بیمه بیماری سنتی و نظام بیمه سلامت ملی است. کشورهای استرالیا، ایسلند، ژاپن و آمریکا در این گروه قرار می‌گیرند.

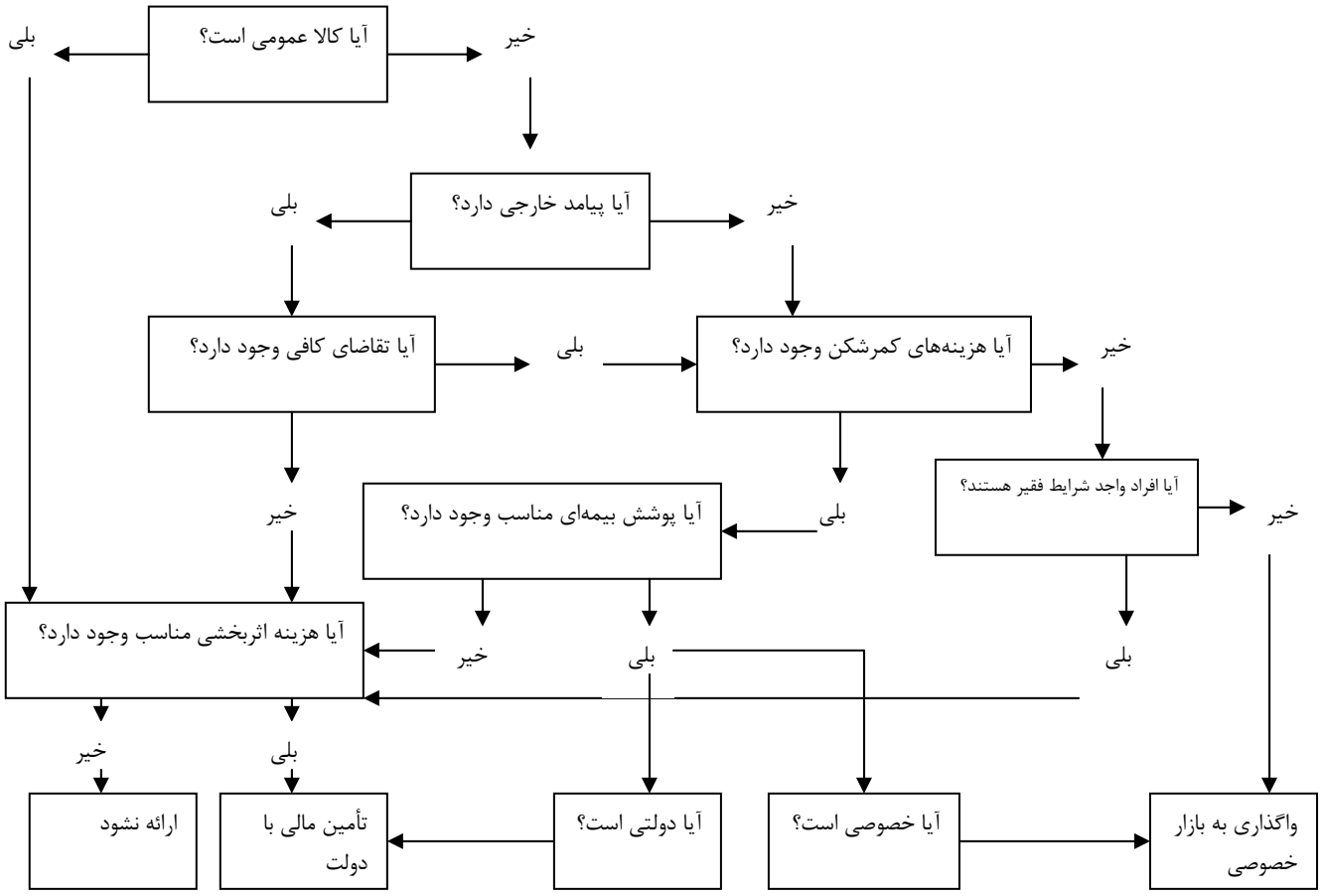
دامنه انجام پژوهش، شیوه تامین منابع مالی و سازمان و مدیریت در بیمارستان‌هاست. علاوه براین، شاخص‌های کلیدی درمان در کشورهای منتخب همراه با شاخص‌های اقتصاد سلامت برای تطبیق کشورها نیز مورد توجه قرار گرفته است.

ارائه الگوی مناسب نیز بر اساس تفکیک دلفی صورت پذیرفته است. در خصوص تنظیم پرسشنامه، لازم به ذکر است که این کار در سه مرحله انجام گرفت. از پاسخ‌هایی که به میزان ۵۰ درصد در پرسشنامه مرحله اول مورد تأیید قرار گرفتند، برای تنظیم پرسشنامه مرحله دوم استفاده شد و به همین ترتیب، برای تنظیم پرسشنامه مرحله سوم نیز از پاسخ‌هایی که به اندازه ۵۰ درصد در مرحله دوم تأیید گردیدند، استفاده شده است. در واقع، سؤالات ذکر شده در جدول شماره ۳ و۴، سؤالات پرسشنامه مرحله سوم تکنیک دلفی هستند که، به منظور بیان دیدگاه صاحب‌نظران، در مقاله آورده شده‌اند. در این بخش، به منظور تحلیل اطلاعات موجود در پرسشنامه‌هایی که به نظر صاحب‌نظران و متخصصان رسیده است، اطلاعات جمع‌آوری شده، با استفاده از روش‌های آماری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. در بخش مطالعات تطبیقی، تحلیل اطلاعات در محورهای ذکر شده در قالب جدول‌های تطبیقی انجام گرفت. در بخش تحلیل پرسشنامه، تکنیک دلفی در مرحله اول و دوم با سؤالات ۵ گزینه‌ای از (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) و در مرحله سوم، با ۲ گزینه موافق و مخالف قابل انتخاب بود که با توجه به محورهای ذکر شده، سؤالاتی در غالب سؤالات اصلی و فرعی طراحی شدند. برای تحلیل اطلاعات، از برنامه آماری SPSS و آزمون‌های آماری مرتبط (Binomial) و کای مربع (Chi-square) برای هر سؤال با سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ استفاده گردیده است. شایان ذکر است که، با تکنیک دلفی، نظریات کارشناسی و متخصصان با سؤالات مکرر در باره یک موضوع علمی خاص جمع‌آوری و سعی می‌گردد که روند احتمالی رویدادهای مرتبط با موضوع، آینده نگری شود. کسب نظرهای افراد به طور انفرادی، بدون ذکر نام و از طریق پرسشنامه است و این افراد از وجود نظر دیگر صاحب‌نظران درباره موضوع، بی اطلاع هستند. پس از تحلیل و خلاصه کردن نظرهای کسب شده، همین نظریات بار دیگر در اختیار متخصصان قرار می‌گیرد و پس از چند بار تکرار، در نهایت، بهترین حدس‌های زده شده، آینده نگری آن موضوع محسوب می‌شوند. با عنایت به مباحث علمی، یکی از بهترین شیوه‌های استفاده از خرد جمعی، به ویژه خرد گروه متخصصان، تکنیک دلفی است[۶].

یافته‌ها

تابع حرکت دولت در مشارکت هزینه‌های سلامت جامعه به متغیرهایی از جمله ضوابط هماهنگ، توجه به الگوی بیماری‌ها در جامعه، توزیع پراکندگی جمعیت در مناطق شهری و روستایی، توزیع ثروت در جامعه، پراکندگی مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی و از همه مهم‌تر، خدمات مورد نیاز اکثر افراد با محور قراردادن افراد فقیر و گروه‌های آسیب پذیر وابسته است. بدیهی است که نگاه تک بعدی به موضوعات ذکر شده و عدم توجه به شرایط و وضعیت درآمدی کشورها نه تنها در حل مشکلات مؤثر نیست، بلکه خود به مثابه معضلی جدی عمل می‌کند. هزینه‌های سنگین بخش سلامت به منزله یک اهرم فشار بر اقتصاد هر کشور تأثیر می‌گذارد. به طوری که به عنوان موضوعی جدی در سر فصل اعتبارات هر کشور (خواه ثروتمند و خواه فقیر) قراردارد. توجه به GDP کشورهای توسعه یافته و میزان اعتبارات تخصیص داده شده در این کشورها شکاف موجود بین وضعیت سلامت و توزیع ثروت را در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه بهتر آشکار می‌کند[۷]. در این میان، در کشورهای کم درآمد، مشکلاتی از جمله انتخاب اولویت‌ها و به دنبال آن جیره‌بندی خدمات بی‌نهایت مهم است، علاوه بر توجه به موضوعات ذکر شده توجه به اصول حاکم بر بازار سلامت (شکل شماره ۱) و اولویت بندی تخصیص منابع در بخش بهداشتی یا درمانی نیز از موضوعات قابل توجه است[۸]. دیدگاه هر چه باشد ایفای نقش دولت به عناصر کلیدی تأثیر گذار در فرآیند دریافت خدمات بستگی دارد. عدالت در دسترسی به خدمات اولیه با قیمت مناسب و ارائه خدمات کیفی از مهم‌ترین گزینه‌هایی هستند که در این مقوله مطرح‌اند. توجه به این گزینه‌هاست که عمق مداخله دولت را محقق می‌کند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]



شکل شماره ۱- تصمیم گیری در مورد مداخلات بخش خصوصی یا دولتی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

سازمان و مدیریت نظام سلامت

سازمان و مدیریت نظام سلامت در کشورهای مورد بررسی به شرح زیر هستند (در این قسمت از منابع شماره ۱۳-۹ استفاده شده است):

آمریکا: دولت مرکزی (وزارت بهداشت و نیروی انسانی)، سیاست‌گذاری کلی، تعیین قوانین در سطح مملکتی، کمک به نظام بهداشت و درمان عمومی، مسئولیت تامین منابع و برنامه‌ریزی برای افرادی که بیمه نیستند (در قالب مدیکیر و مدیکید) و انجام اصلاحات بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد. به دلیل برنامه‌ریزی غیرمتمرکز، نقش دولت کمرنگ است، ولی در برنامه‌ریزی کلان نظام بهداشت و درمان، مجلس سنا، نمایندگان و رئیس جمهور، نقش عمده‌ای دارند، ضمن آن که دولت مسئول سازماندهی و کنترل نحوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای آحاد جامعه است. در سطح ایالتی، برنامه‌ریزی عملیاتی بخش بهداشت و درمان و توسعه و اجرای سیاست‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود و در سطح بیمارستان، هیأت مدیره مسئولیت تدوین برنامه‌های راهبردی را با همکاری کمیته‌های بیمارستانی بر عهده دارد.

استرالیا: خدمات بهداشت و درمان در استرالیا، عمدتا بر ۲ پایه استوار است: پزشکان بخش خصوصی و نظام فراگیر خدمات بیمارستانی. نظام اصلی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی استرالیا نظام مدیکیر است و از سال ۱۹۸۴ به عنوان یک نظام همگانی بیمه درمانی در استرالیا شروع به فعالیت کرد. بر مبنای این نظام، برای تمام استرالیایی‌ها، دسترسی به مراقبت‌های سلامتی و تجویز دارو با قیمت‌های مصوب و مراقبت‌های بیمارستانی تدارک دیده شده است. بودجه مراقبت‌های سلامتی استرالیا ۷۰ درصد از طرف دولت تامین اعتبار می‌شود.

انگلستان: مجلس نقش اصلی و بعد از آن، نخست وزیر جایگاه ویژه‌ای دارد. وزارت بهداشت وظیفه تعیین سیاست‌های عمومی و تخصیص بودجه؛ ادارات منطقه‌ای وظیفه برنامه‌ریزی راهبردی، کنترل بر فعالیت واحدهای درمانی؛ ادارات ناحیه‌ای، وظیفه بررسی نیازهای شهروندان و اجرای خط مشی‌های ملی و منطقه‌ای را بر عهده دارند. در سطح بیمارستان نیز هیات مدیره مسئول تدوین و تصویب برنامه راهبردی و بودجه بیمارستان است.

فرانسه: دولت مرکزی، وظیفه تنظیم طرح کلان بهداشتی و درمانی مملکت، تدوین استانداردها و کنترل بر کیفیت مراقبت‌ها را بر عهده دارد. وزارت رفاه و تامین اجتماعی نیز مسئول اصلی تحت پوشش بیمه‌درمانی قرار دادن شهروندان است. شهرداران در سطح شهرها وظیفه برنامه‌ریزی عملیاتی، تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش و کنترل خدمات بهداشتی و درمانی محله خود را بر عهده دارند. در سطح بیمارستان، برنامه‌ریزی راهبردی را مؤسسات ناحیه‌ای و برنامه‌ریزی داخلی و مالی را هیأت مدیره انجام می‌دهند.

کانادا: دولت (وزارت بهداشت) مسئولیت اصلی در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان، اعطای کمک‌های مالی به استان‌ها، بهبود وضعیت بهداشت و درمان جامعه و کنترل هزینه‌های درمانی را بر عهده دارد. اجرای طرح‌های بیمه درمانی در استان، ارائه مزایای درمانی مکمل و مدیریت منابع و برنامه‌ریزی امور درمانی نظیر برقراری استانداردها بر عهده ایالت‌ها است. شهرداری‌ها و مسئولان محلی نیز بیشتر در زمینه تامین بهداشت عمومی برای شهروندان فعالیت می‌کنند. در سطح بیمارستان نیز، هیات مدیره، با همکاری کمیته‌های بیمارستانی، مسئولیت نهایی تدوین و تصویب برنامه‌ریزی داخلی و بودجه بیمارستان را بر عهده دارند.

نروژ: تنظیم مقررات مربوط به نظارت و پایش کیفیت مراقبت‌ها بر عهده دولت است. با تفویض قدرت به مقامات محلی مستقل، برنامه ریزی در خصوص مراقبت‌های بهداشتی اولیه به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد. مقامات ملی، محلی و منطقه‌ای نیز نقش مهمی در اجرای برنامه تضمین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر عهده دارند.

کره جنوبی: دولت یک نظام کامل برای تامین و حفظ سلامتی برای تمام عمر مردم طراحی نموده است و در این راستا، وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، برنامه‌های خود را برای هدایت و توسعه برنامه‌های خدمات سلامت عمومی به کار بسته است. برای دستیابی به اهداف خود نیز روی نظام بازار آزاد تامین خدمات سلامتی و اجرای نظام بیمه ملی سلامت متمرکز شده است.

فدراسیون ملی بیمه پزشکی (National Federation of Medical Insurance-NFMI) یک بنگاه ویژه است و بر مبنای اصل ۲۷ قانون بیمه پزشکی تأسیس شده است. هدف عمده NFMI کمک در جهت حفظ و بهبود سلامت ملی همگام با بهبود رفاه عمومی از طریق مؤسسه است.

ترکیه: تشکیلات خدمات بهداشت درمانی در ترکیه اساساً زیر مجموعه‌ای از وزارت سلامت(MOH) کشور است که توسط سازمان اجتماعی، دانشگاه‌ها، وزارت دفاع پزشکان خصوصی، دندانپزشکان و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

داروسازان اداره می‌شود. وزارت بهداشت نیز ارائه دهنده مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت بهداشتی و تنها ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی است و اگر چه بیمارستان‌های خصوصی نیز خدمات ارائه می‌دهند، ولی ظرفیتشان کم است. در سطح مرکزی، MOH سیاست‌گذار سلامتی و ارائه خدمات بهداشتی است و در سطح استانی، خدمات بهداشتی و درمانی، از طریق هیأت مدیره‌های سلامت استانی که از نظر مسئولیت، فرمانداران استانی هستند، انجام می‌پذیرد.

ایران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وظیفه سیاست‌گذاری، تنظیم قوانین و برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان را به صورت متمرکز بر عهده دارد. دانشگاه‌های علوم پزشکی، مسئول اجرای سیاست‌ها و خط مشی‌های ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت هستند. در سطح بیمارستان نیز ریاست و مدیریت بیمارستان برنامه و بودجه بیمارستان را برای تصویب به دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌کنند (جدول‌های شماره ۱ و ۲).

نظام تأمین منابع مالی

پس از مطالعه تطبیقی شیوه تأمین منابع مالی بیمارستان، بین کشورهای منتخب و ایران، می‌توان به اجمال، شباهت‌ها و تفاوت‌های شیوه تأمین منابع مالی را به شرح زیر نتیجه گیری نمود:

شباهت‌ها

۱- در تمامی کشورهای مطالعه شده، منبع اصلی تأمین منابع مالی، دولت و مالیات‌ها هستند؛ ۲- در همه این کشورها، سازمان‌های بیمه‌گر نیز یکی دیگر از منابع تأمین مالی بیمارستان‌ها هستند؛ ۳- روش‌های عمده پرداخت منابع به بیمارستان، براساس بودجه‌های آینده‌نگر تدوین شده است؛ ۴- هزینه‌های سرمایه‌ای بیمارستان‌ها را دولت تأمین می‌کند؛ ۵- در همه کشورهای مورد مطالعه، سود سرمایه و استهلاک در منابع بیمارستان‌ها در نظر گرفته می‌شوند که ممکن است در هزینه‌های جاری بیمارستان و یا تعرفه‌ها منظور گردد؛ ۶- در کلیه کشورهای مورد مطالعه، طرح‌های سرمایه گذاری بیمارستان باید توسط دولت مرکزی تأیید شوند؛ ۷- بیمه‌های خصوصی در سالیان اخیر نیز یکی از منابع درآمد و تأمین منابع مالی بیمارستان‌ها بوده‌اند.

تفاوت‌ها

۱- به رغم این که منابع مالی بیمارستان‌ها از طرف دولت و بیمه‌ها تأمین می‌گردد، ولی نحوه توزیع آنها تفاوت‌هایی با همدیگر دارد؛ به نحوی که در آمریکا، بیمه‌های خصوصی در درجه اوّل و بیمه‌های عمومی در درجه دوم تأمین منابع مالی بیمارستان‌ها قرار دارند، در حالی که در انگلستان، همه منابع بیمارستان‌ها توسط دولت تأمین می‌شود؛ ۲- روش‌های بازپرداخت به پزشکان دارای تفاوت‌هایی است؛ به نحوی که در کشورهای آلمان، انگلستان و فرانسه پزشکان، حقوق بگیر بوده و در کشورهای آمریکا و کانادا از روش پرداخت کارانه استفاده شده است و در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی، از پرداخت حقوق و کارانه استفاده می‌شود.

تأمین منابع مالی بیمارستان‌ها در ایران

منابع مالی بیمارستان‌ها در ایران، به طور عمده توسط دولت، سازمان‌های بیمه‌ای و پرداخت‌های مستقیم مردم تأمین می‌شود.

در جمهوری اسلامی ایران به طور عمده سه گروه از بیمارستان‌ها مسئولیت ارائه خدمات را بر عهده دارند:

۱- بیمارستان‌های دولتی

۲- بیمارستان‌های تأمین اجتماعی

۳- بیمارستان‌های خصوصی و خیریه

بیمارستان‌های دولتی

تأمین منابع مالی در بیمارستان‌های دولتی، عموماً از طریق منابع مالی دولت، پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌ای و پرداخت‌های مستقیم توسط مصرف کنندگان به روش‌های زیر صورت می‌گیرد.

۱- بودجه سالیانه برای حقوق و سایر مزایای کارکنان که بر اساس هزینه‌های سال قبل و افزایش سال جدید در نظر گرفته شده و توسط وزارت بهداشت به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد.

۲- سایر هزینه‌های بیمارستان‌ها از طریق سازمان‌های بیمه‌ای، به دو روش تأمین می‌گردد:

الف- برای هزینه‌های پزشکی شامل هزینه‌های جراحی، دارو، آزمایش و ...، نظام پرداخت به بیمارستان‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌ای، نظام کارانه است.

ب- برای هزینه‌های پشتیبانی و هتلینگ ، بیمارستان‌ها به ازای هر روز بستری مبالغی را از سازمان‌های بیمه‌ای دریافت می‌کنند که این مبلغ بستگی به درجه ارزشیابی، نوع اتاق استفاده شده توسط بیمار (یک تخته، دو تخته، سه تخته و ...) دارد.

ج- برای نزدیک به یکصد تشخیص در بیمارستان‌ها پرداخت‌ها بر مبنای نظام گلوبال بوده که برای هر ترخیص بر مبنای تشخیص

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

بیماری، مبلغی ثابت از طرف سازمان بیمه‌ای به بیمارستان پرداخت می‌شود که در این یکصد مورد، از موارد الف و ب استفاده نمی‌شود.

بیمارستان‌های تأمین اجتماعی

نظام ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی، به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم است. در نظام مستقیم، ارائه خدمات توسط مراکز ملکی و وابسته به سازمان تأمین اجتماعی صورت می‌گیرد و در نظام غیرمستقیم، خدمات مورد نیاز از طریق عقد قرارداد با بیمارستان‌ها صورت می‌گیرد. در نظام مستقیم، هر بیمارستان یک بودجه سالیانه که بر اساس هزینه‌های سال قبل و افزایش آن برای سال جدید تدوین شده است را دریافت می‌کند که نوع بودجه بندی بر مبنای بودجه خطی، تدوین می‌شود.

برای ساختمان جدید و تجهیزات عمده، یک بودجه متمرکز در سازمان تأمین اجتماعی در نظر گرفته شده است که پس از تأیید نیاز توسط مراجع ذی‌ربط، به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد.

بیمارستان‌های خصوصی و خیریه

نظام پرداخت به بیمارستان‌های خصوصی و خیریه، بسیار شبیه نظام پرداخت به بیمارستان‌های دولتی است و تنها اختلافی که وجود دارد، تفاوت تعرفه بین بخش دولتی و خصوصی است.

البته، در بعضی مواقع، پرداخت‌های غیررسمی نیز از طرف بیماران به بیمارستان‌های خصوصی صورت می‌گیرد که می‌توان آن را یکی از پارامترهای تأمین منابع مالی در این بخش در نظر گرفت [۱۶] (جدول‌های شماره ۳ و ۴).

جدول شماره ۱- مقایسه روش‌های عمده تامین مالی در بیمارستان‌های کشورهای مورد بررسی (منابع استفاده شده، موارد ۱ و ۱۹-۱۴)

کشور	تأمین منابع مالی ویژگی‌های نظام	ملاحظات
آمریکا	دولت ایالتی و دولت فدرال	توضیح آن که منابع مالی بیمارستان از منابع متعدد تامین می‌شود. برنامه مدیکر (دولت فدرال) و برنامه مدیکد (دولت ایالتی) ــ بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های مستقیم مصرف کنندگان برای افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند و یا در مورد خدماتی که تحت پوشش بیمه‌ها نیست ـ مشارکت بیمه شدگان در قالب عناوینی مانند پرداخت مشترک صورت می‌گیرد.
استرالیا	ترکیبی از بیمه درمان اجباری و بیمه درمان خصوصی	مالیات‌های عمومی و پرداخت‌های مستقیم افراد
انگلستان	بخش عمومی و مالیات (۹۵ درصد)	در بخش خصوصی بیمه‌های درمان اختیاری (بیمه‌های درمانی مکمل) و پرداخت‌های مستقیم افراد (۵ درصد)
فرانسه	در بخش عمومی بیمه درمان اجباری	از سال ۱۹۸۵ بیمارستان‌های عمومی و خصوصی در بخش بیمه‌ای فعالیت می‌کنند و از طریق بودجه کلی (گلوبال) به وسیله NHI تامین مالی می‌شوند.
کانادا	در بخش عمومی مالیات	در بخش عمومی درآمدهای مالیاتی استان‌ها و دولت فردال و در بخش خصوصی بیمه‌های اختیاری به علاوه پرداخت‌های مستقیم افراد
نروژ	در بخش عمومی مالیات - برای خدمات بستری، بیمارستان‌ها ترکیبی از نظام Per Case و بودجه و مصوبات موردی - نظام تامین مالی موجود جهت بیمارستان‌ها جایگزین نظام بودجه گلوبال شده است. بودجه گلوبال از سال ۱۹۸۰ به منظور کنترل هزینه و توزیع عادلانه در سطح کشور شروع شده است.	در بخش خصوصی بیمه‌های درمان اختیاری (بیمه‌های درمانی مکمل) و پرداخت‌های مستقیم افراد (۵ درصد)
کره جنوبی	از سال ۱۹۹۹، ۱۸ استان از ۱۹ استان موجود در کشور ترکیبی از Per Case بر مبنای DRG تنظیم شده است. در بخش عمومی بیمه درمان اجباری	در بخش خصوصی بیمه‌های درمان اختیاری (بیمه‌های درمانی مکمل) و پرداخت‌های مستقیم افراد (۵ درصد)
ترکیه	در بخش عمومی مالیات‌ها، وزارت دارایی مستقیما بر ردیف‌های حقوقی، حساب‌های بیمارستانی و مدیران بخش بهداشت و درمان استان نظارت دارد و پس از تایید وزارت بهداشت مستقیماً به بیمارستان‌ها بودجه اختصاص می‌دهد. وزارت دفاع، وزارت کار و تامین اجتماعی، شهرداری‌ها، دانشگاه‌ها در مورد بیمارستان‌های مربوط به طور مستقل عمل می‌کنند.	دو منبع عمده تأمین بودجه بیمارستان‌ها تخصیص بودجه ایالتی و درآمدهای بیمارستان است.
ایران	در بخش عمومی تخصیص بودجه دولتی به علاوه پرداخت‌های بیمه‌های درمانی	در بخش خصوصی؛ پرداخت‌های بیمه‌های درمانی و بیمه‌های مکمل درمانی، پرداخت‌های مستقیم بیماران و مصرف کنندگان خدمات -در سازمان تامین اجتماعی؛ پرداخت‌های سازمان در قالب بودجه خطی یا عملکردی و منابع حاصل از ارایه خدمات به سایر بیمه شدگان (غیر از بیمه شدگان تامین اجتماعی و فرانشیز پرداختی از طرف بیمه شدگان خویشفرمای تامین اجتماعی) -در بخش دولتی؛ پرداخت‌های بیمه، بودجه خطی برای فصل یک بودجه، برای سایر فصول پرداخت‌های سایر سازمان‌های بیمه‌ای و سایر مصرف کنندگان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

جدول تطبیقی شماره ۲- ویژگی‌های مورد مطالعه در کشورهای مورد بررسی

کشور	منابع مالی (نقش دولت)	شیوه‌های عمده تأمین مالی	تأمین منابع مالی	توزیع تخت‌ها
آمریکا	دولت ایالتی و فدرال	بیمه‌های عمومی و خصوصی	بیمه‌های عمومی، خصوصی و پرداخت‌های مصرف کننده، سرمایه توسط بیمارستان	عمومی ۱۸ درصد، خصوصی غیرانتفاعی ۷۱ درصد و خصوصی انتفاعی ۱۱ درصد
استرالیا	بیمارستان‌های کاملاً مستقل و بیمارستان‌های کاملاً وابسته به یارانه دولت	مالیات‌ها	مالیات‌ها، پرداخت مصرف کنندگان در مورد بیمارستان‌های مستقل و پرداخت‌های مدیکیر	در کشور استرالیا حدود ۱۱۰۰ مؤسسه با یکصد هزار تخت بیمارستانی وجود دارد و توزیع بیمارستان‌ها در کشور استرالیا از الگوی خاصی پیروی نمی‌کند
انگلستان	دولت بودجهٔ سرمایه‌ای را به مناطق و ادارات بهداشت می‌دهد	مالیات	بودجه از طریق قرارداد بین بیمارستان و ادارات منطقه‌ای، سرمایه توسط دولت	عمومی ۹۲ درصد و خصوصی ۸ درصد
فرانسه	به وسیلهٔ دولت از استان‌ها و یا یارانه دولت مرکزی تأمین مالی صورت می‌گیرد	بیمه‌های اجتماعی	بودجه توسط صندوق‌های بیمه، پرداخت‌های روزانه، سرمایه توسط دولت	عمومی ۷۵ درصد، خصوصی غیرانتفاعی ۵ درصد و خصوصی انتفاعی ۲۰ درصد
کانادا	منابع ایالتی و بیمارستان	درآمدهای مالیاتی استان و درآمدهای انتقالی دولت فدرال	بودجه از منابع مالیات و حق بیمه (بودجه گلوبال) سرمایه توسط دولت	عمومی ۱۰۰ درصد
ایران	عمدتاً توسط دولت و پرداخت‌های سازمان‌های بیمه و پرداخت‌های مستقیم توسط مردم	بودجه دولتی، حق بیمه و مردم	بیمه‌های دولتی، بیمه‌های خصوصی (از سال۸۲)، دولت و مردم	- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۸۲ درصد - سازمان تأمین اجتماعی در حدود۱۰ درصد - بخش خصوصی و خیریه در حدود ۸ درصد
نروژ	دولت ایالتی و فدرال	بیمه‌های عمومی و خصوصی	-	-
کره جنوبی	دولتی	بیمه‌های دولتی، پرداخت‌های مصرف کنندگان، یارانه‌های دولتی	-	-
ترکیه	دولت بودجه سرمایه‌ای را به مناطق و ادارات بهداشت می‌دهد	مالیات	-	-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

جدول شماره ۳- عوامل مؤثر در بهبود عملکرد بیمارستان‌ها از نظر صاحب‌نظران

فراوانی (درصد) پاسخ‌ها (عملکرد بیمارستان‌ها در کشور ما مناسب نیست و جهت بهبود آن باید تدابیر مناسبی اتخاذ گردد. نقش موارد زیر را در بهبود عملکرد چه اندازه می‌دانید؟)

موارد	نباید نقشی داشته باشد	بسیار زیاد	زیاد	کم	بسیار کم	بی‌نظر
۱- نظام پرداخت بیمارستان		۶۲/۵	۳۷/۵			
۲- نظام کنترل و نظارت بر عملکرد بیمارستان		۵۰/۰	۵۰/۰			
۳- شیوه تخصیص منابع بیمارستان		۶۲/۵	۳۷/۵			
۴- شیوه به کارگیری نیروی انسانی در بیمارستان		۶۲/۵	۳۷/۵			
۵- شاخص‌های کارایی در بیمارستان		۲۵	۷۵/۰			
۶- شاخص‌های اثربخشی در بیمارستان		۲۵	۷۵/۰			
۷- نظام اطلاعات بیمارستان		۳۷/۵	۶۲/۵			
۸- شیوه برنامه‌ریزی در بیمارستان		۵۰/۰	۵۰/۰			

نتایج آزمون (عملکرد بیمارستان‌ها در کشور ما مناسب نیست و جهت بهبود آن باید تدابیر مناسبی اتخاذ گردد. نقش موارد زیر را در بهبود عملکرد چه اندازه می‌دانید؟)

	P	Difference	Chi	Bi	قضاوت
۱- نظام پرداخت بیمارستان					
۲- نظام کنترل و نظارت بر عملکرد بیمارستان	<۰/۰۰۰۱	۱/۶۲۵۰	۰/۴۸۰	۰/۰۰۸	پذیرش
۳- شیوه تخصیص منابع بیمارستان		۱/۵۰۰۰	۱/۰۰۰		
۴- شیوه به کارگیری نیروی انسانی در بیمارستان		۱/۶۲۵۰	۰/۴۸۰		
۵- شاخص‌های کارایی در بیمارستان		۱/۶۲۵۰	۰/۴۸۰		
۶- شاخص‌های اثربخشی در بیمارستان		۱/۲۵۰۰	۰/۱۵۷		
۷- نظام اطلاعات بیمارستان		۱/۲۵۰۰	۰/۱۵۷		
۸- شیوه برنامه‌ریزی در بیمارستان		۱/۳۷۵۰	۰/۴۸۰		
۱- نظام پرداخت بیمارستان		۱/۵۰۰۰	۱/۰۰۰		

جدول شماره ۴- شیوه تخصیص منابع مالی بیمارستان از نظر صاحب‌نظران

فراوانی (درصد) پاسخ‌ها (شیوه تخصیص منابع مالی بیمارستان)	کاملاً موافق	موافق	مخالف	کاملاً مخالف	بی‌نظر
۱- بیمارستان همچون یک بنگاه اقتصادی تلقی شود که علاوه بر اهداف اجتماعی به دنبال کسب درآمد مناسب جهت تأمین هزینه‌های بیمارستانی است.	۳۷/۵	-	۲۵	۳۷/۵	
۲- بیمارستان‌ها نباید دغدغه درآمد داشته باشند و فقط باید به کیفیت خدمات فکر کنند.	-	-	۶۲/۵	۲۵	۱۲/۵
۳- با عنایت به هویت اجتماعی بیمارستان، منابع مالی لازم از طرف دولت باید تأمین گردد.	۷۵	۱۲/۵	-	-	۱۲/۵
۴- تأمین منابع مالی با مشارکت دولت و بیمارستان صورت گیرد.	۲۵	۱۲/۵	۶۲/۵		
۵- در تأمین کالاهای سرمایه‌ای مشارکت کاملاً با دولت باشد.	۷۵	۱۲/۵			
۶- حقوق پایه کارکنان بیمارستانی با دولت و سایر حقوق و مزایا با بیمارستان خواهد بود.	۲۵	۲۵	۱۲/۵	۳۷/۵	
۷- وضعیت فعلی تخصیص منابع مالی مناسب است.	۱۲/۵	۱۲/۵	۵۰	۲۵	
۸- در خصوص تأمین منابع مالی ، بودجه شناور پیشنهاد می‌شود.	۳۷/۵	۵۰	-	۱۲/۵	
۹- هزینه آموزش جداگانه به بیمارستان پرداخت شود (سرانه دانشجو)	۱۲/۵	۵۰	۱۲/۵	۲۵	
۱۰- در بحث منابع مالی توصیه به اجرای خودگردانی در بیمارستان‌ها می‌شود.	-	۲۵	۲۵	۵۰	
۱۱- توزیع منابع مالی نسبت به گروه‌های مختلف پرسنلی متفاوت باشد.	۳۷/۵	۳۷/۵	۱۲/۵	۱۲/۵	
نتایج آزمون (شیوه تخصیص منابع مالی بیمارستان)	**P**	**Difference**	**Chi**	**Bi**	**قضاوت**
۱- بیمارستان همچون یک بنگاه اقتصادی تلقی شود که علاوه بر اهداف اجتماعی به دنبال کسب درآمد مناسب جهت تأمین هزینه‌های بیمارستانی است.	۰/۷۲۲	-۰/۲۵۰۰	۰/۸۸۲	۰/۷۲۷	عدم پذیرش
۲- بیمارستان‌ها نباید دغدغه درآمد داشته باشند و فقط باید به کیفیت خدمات فکر کنند.	۰/۰۱۸	۱/۰۰۰	۰/۱۹۷	۰/۰۷۰	
۳- با عنایت به هویت اجتماعی بیمارستان، منابع مالی لازم از طرف دولت باید تأمین گردد.	<۰/۰۰۰۱	۱/۸۵۷۱	۰/۰۵۹	۰/۰۱۶	
۴- تأمین منابع مالی با مشارکت دولت و بیمارستان صورت گیرد.	۱/۰۰۰	<۰/۰۰۰۱	۰/۱۹۷	۰/۷۲۷	
۵- در تأمین کالاهای سرمایه‌ای مشارکت کاملاً با دولت باشد.	<۰/۰۰۰۱	۱/۷۵۰۰	۰/۱۵۷	۰/۰۰۸	
۶- حقوق پایه کارکنان بیمارستانی با دولت و سایر حقوق و مزایا با بیمارستان خواهد بود.	۰/۸۵۰	-۰/۱۲۵۰	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰	
۷- وضعیت فعلی تخصیص منابع مالی مناسب است.	۰/۲۵۰	-۰/۶۲۵۰	۰/۳۹۲	۰/۲۸۹	
۸- در خصوص تأمین منابع مالی ، بودجه شناور پیشنهاد می‌شود.	۰/۰۱۵	۱/۱۲۵۰	۰/۴۱۷	۰/۰۷۰	
۹- هزینه آموزش جداگانه به بیمارستان پرداخت شود (سرانه دانشجو)	۰/۸۲۶	۰/۱۲۵۰	۰/۳۹۲	۰/۷۲۷	
۱۰- در بحث منابع مالی، توصیه به اجرای خودگردانی در بیمارستان‌ها توصیه می‌شود.	۰/۰۶۸	۱/۰۰۰	۰/۶۰۷	۰/۲۸۹	
۱۱- توزیع منابع مالی نسبت به گروه‌های مختلف پرسنلی متفاوت باشد.	۰/۱۹۷	۰/۷۵۰۰	۰/۵۷۲	۰/۲۸۹	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

بحث و نتیجه گیری

با توجه به موارد ذکر شده، تأثیر نظام تأمین منابع مالی در تمامی حوزه‌های سلامت، به ویژه بیمارستان‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این که خاستگاه تأمین منابع مالی بیمارستان چیست و این سازمان‌ها چگونه هزینه کرد خود را در بخش‌های مختلف توجیه می‌کنند، در قالب نظام تخصیص منابع مالی با به کارگیری نظام‌های پرداخت مناسب، خود را نشان می‌دهد.

به عبارتی ارتباط بین نظام تأمین مالی بیمارستان و نظام پرداخت، یک موضوع تثبیت شده است؛ به نحوی که نظام تخصیص منابع مالی، جهت‌گیری مدیریت بیمارستان را در توزیع منابع نشان می‌دهد و به دنبال آن است تا با تخصیص درست منابع بیمارستانی در یک نظام مناسب پرداخت، دستیابی به اهداف برنامه‌ریزی شده سازمان را مد نظر قرار دهد.

آنچه که در جدول‌ها آمده است، تجربیات کشورهای مختلف و نوع دیدگاه موجود در کشورهای مورد مطالعه را در رابطه با موضوع مورد بررسی نشان می‌دهد. به منظور مقایسه وضعیت موجود کشور با کشورهای دیگر، مجموعه سؤالاتی تنظیم گردید و در سه مرحله در اختیار صاحب‌نظران قرارگرفت. دیدگاه نهایی صاحب‌نظران به شرح زیر است:

با نگاه به پاسخ های ارایه شده، پاسخگویان نقش موارد زیر را در بهبود عملکرد بیمارستان‌ها موثر می‌دانند:

۱- نظام پرداخت بیمارستان
۲- نظام کنترل و نظارت بر عملکرد بیمارستان
۳- شیوه تخصیص منابع بیمارستان
۴- شیوه به کارگیری نیروی انسانی در بیمارستان
۵- شاخص‌های کارایی در بیمارستان
۶- شاخص‌های اثربخشی در بیمارستان
۷- نظام اطلاعات بیمارستان
۸- شیوه برنامه ریزی در بیمارستان

با توجه به پاسخ‌های ارائه شده از مجموع دیدگاه‌های موجود، پاسخگویان در مورد شیوه تخصیص منابع مالی بیمارستان‌ها، چنین استنتاج می‌شود:

۱- با دیدگاه بیمارستان به مثابه بنگاهی اقتصادی موافق نیستند و بیشتر برای اهداف اجتماعی بیمارستان، نسبت به اهداف اقتصادی، اولویت قائل هستند.

۲- پاسخگویان به این نظر باور ندارند که حقوق پایه کارکنان بیمارستانی با دولت و سایر حقوق و مزایا با بیمارستان باشد.

۳- پاسخگویان بر این عقیده‌اند که وضعیت فعلی تخصیص منابع مالی مناسب نیست.

۴- پاسخگویان، در بحث منابع مالی، نه به اجرای خودگردانی در بیمارستان‌ها بلکه به موارد زیر توصیه می‌کنند:

۱- بیمارستان‌ها نباید دغدغه درآمد داشته باشند و فقط باید به کیفیت خدمات فکر کنند.

۲- با عنایت به هویت اجتماعی بیمارستان، منابع مالی لازم باید از طرف دولت تأمین گردد.

۳- تأمین منابع مالی با مشارکت دولت و بیمارستان صورت گیرد.

۴- در تأمین کالاهای سرمایه‌ای مشارکت کاملاً با دولت باشد.

۵- در خصوص تأمین منابع مالی، بودجه شناور پیشنهاد می‌شود.

۶- هزینه آموزش، جداگانه به بیمارستان پرداخت شود (سرانه دانشجو)

۷- توزیع منابع مالی در بیمارستان‌ها، در مورد گروه‌های مختلف کارکنان، متفاوت باشد.

منابع

1- Barnum H; Kutzin, J. *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore: World Bank/Johns Hopkins University Press; 1993

۲- صفی خانی حمید رضا، زارع حسین. *بررسی مکانیسم‌های کارآیی و تخصیص منابع بیمارستانی در کشورهای در حال توسعه*. همایش سراسری رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها، تهران، ۱۳۷۹

3- World Health Organization, *World Health Report*, 1999:1

۴- استونر جیمز. ترجمه محمد اعرابی، علی پارسائیان. *مدیریت*. چاپ اول، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های مرکزی، تهران، ۱۳۷۵

5- Montoya D, Aguilar C. *Measuring the Performance of Hospitals and Health Centers*. World Health Organization, 2001

٦- طبیبی سیدجمال الدین. جایگاه آینده نگری در برنامه ریزی آموزش عالی. *پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی*، ۱۳۷۵، ۲، ۵۵-۴۵

7- Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G. Basic patterns in national health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization* 2002, 80:134-42

8- World Health Organization, *World Health Report*, 2000

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]

۹- سیاری علی اکبر. *سیمای سلامت در جهان و ایران*. چاپ اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۱

10- Burns M. *Review the administrative arrangements for provision of health care*, 1996

11- Savas BS, Karahan O. *Health Care Systems in Transition*, Turkey, 2002

12- The Norwegian Board of Health. Quality in Health Care- The Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway. *Report to NORAD* 2002; 4: 4-17

13- World Health Organization. *Annual report*, 2004

۱۴- زارع حسین. *نظام سلامت در دنیا ـ حمایت‌های اجتماعی، بهداشت و درمان*. چاپ اول، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۴

15- Shepard D, Hodgkin D, Anthony Y. *Analysis of Hospital Costs: a manual for managers*. Institute for Health Policy, Brandies University, USA 1998

۱۶- اکبریان عباس. *مطالعه تطبیقی اداره امور بیمارستان‌ها در کشورهای منتخب و ارایه الگو برای بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی*. رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ۱۳۸۰

17- Creds. Comprehensive study of Health care financing system PIU/ World Bank, December 1997

18- US. Congress- Office of Technology Assessment. Hospital Financing in Seven Countries. U.S. Government Printing Office, May 1995

19- WHO Workshop Report. Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions. Barcelona, Spain, 10-11 January 2003

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.3.6]