Original
Journal of Medical Council of Iran, Volume 43, Issue 1, 2025
https://doi.org/10.22034/43.1.8

# Presentation of the Implementation Pattern of Executive Measures for Sustainable Financial Resource Policies in the Healthcare Sector

## Abstract

**Background:** The present study aimed to provide a model for the implementation of executive measures for sustainable financial resource policies in the healthcare sector.

**Methods:** This research employed a mixed-method approach. In the qualitative section, semi-structured interviews were conducted with 12experts in the field of healthcare finance. The data were analyzed using the thematic analysis method with MAXQDA 10 software. A Delphi method was utilized in two rounds, employing a researcher-made questionnaire to validate dimensions, components, and factors. The questionnaire was administered to a statistical population consisting of 80 experts in healthcare financing. Selection was based on expertise criteria, and through a complete enumeration approach, 66 questionnaires were completed and subjected to analysis.

**Results:** The research findings, following the extraction of sub-codes, comprised 51 factors classified into 22 components under 5 dimensions, including: (Integrated Financial Information Technology and Intelligence- Transparency and Financial Reporting in Healthcare- Innovative Financial Management, Budgeting and Strategies Management of Healthcare Financial Resources and Expenditures-General Factors in Healthcare Financial Resource Procurement and Distribution).

**Conclusion:** The Ministry of Health and medical universities, in implementing executive measures for sustainable financial resource policies in the healthcare sector, can utilize the obtained components, including, integrated information systems, transparency-intelligent, financial information systems, pricing systems, innovative financial management in health records and online prescription systems, financial performance monitoring, budgeting, and stakeholder accountability, operational transparency and financial resource information and succession planning for managers and staff-operational planning and budgeting. These components, identified as having the highest scores, can be operationalized to enhance financial sustainability and efficiency in the healthcare sector.

**Key words:** Financial Provision, Resource Management, Executive Pattern, Healthcare System

**Javad Jafari[1], Saeed Sayad Shir Kosh[2]*, Mehdi Kazempour Dizaji[3]**

[1] Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Corresponding Author**
Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: saeed.sayad@gmail.com

Received: Mar 09 2024
Accepted: Sep 08 2024

**Citation to this article**
Jafari J, Sayad Shir Kosh S, Kazempour Dizaji M. Presentation of the Implementation Pattern of Executive Measures for Sustainable Financial Resource Policies in the Healthcare Sector. *J Med Counc Iran.* 2025;43(1):30-38.

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]

*Copyright 2025, Journal of Medical Council of Iran.*
*This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.*

مقاله پژوهشی
Journal of Medical Council of Iran, Volume 43, Issue 1, 2025
https://doi.org/10.22034/43.1.8

# ارائه الگوی اجرای اقتضایی سیاست‌های تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت

جواد جعفری[1]، سعید صیاد شیرکش[2*]، مهدی کاظم پور دیزجی[3]

[1] گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[2] گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[3] مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*** نشانی نویسنده مسئول:**
گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
نشانی الکترونیک:
saeed.sayad@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۸

## چکیده

**زمینه:** مطالعه حاضر با هدف ارائه الگوی اجرای اقتضایی سیاست‌های تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت به انجام رسید.

**روش کار:** این تحقیق به صورت آمیخته و در بخش کیفی از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۱۲ نفر از خبرگان در حوزه تامین مالی بخش سلامت و روش تحلیل تم با نرم افزار MAXQDA 10 انجام شد. برای اعتبار سنجی ابعاد و مولفه‌ها و عوامل از روش دلفی در دو جمله بوسیله پرسشنامه محقق ساخته با جامعه آماری شامل ۸۰ نفر از خبرگان در تامین مالی حوزه سلامت که بر اساس معیارهای خبرگی و بصورت تمام شماری، تعداد ۶۶ پرسشنامه را تکمیل نمودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** یافته‌های تحقیق پس از استخراج کدهای فرعی شامل ۵۱ عامل، ۲۲ مؤلفه و ۵ بعد شامل (فناوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه، شفافیت و گزارشگری مالی سلامت، مدیریت مالی نوین، بودجه‌بندی و راهبردها، مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت و عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت) طبقه‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی در اجرای اقتضایی سیاست‌های تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت، می‌توانند از بین مولفه‌های بدست آمده شامل سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه مالی؛ شفافیت فرایندها؛ سامانه‌های اطلاعات مالی هوشمند؛ تعرفه مبتنی بر قیمت تمام شده؛ مدیریت مالی نوین در بخش سلامت؛ پرونده الکترونیک سلامت و نسخه‌نویسی آنلاین؛ پایش عملکرد مالی؛ بودجه و پاسخگویی به ذینفعان؛ شفافیت عملیات و اطلاعات منابع مالی و بودجه‌ای؛ توانمندسازی و جانشین پروری مدیران و کارکنان؛ برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی عملیاتی که دارای بیشترین امتیاز هستند، را عملیاتی نمایند.

**کلمات کلیدی:** تامین مالی، مدیریت منابع، الگوی اقتضایی، نظام سلامت

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]



Copyright 2025, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

## مقدمه

حمایت از سلامت جامعه به عنوان یکی از حقوق ذاتی هر انسان، وظیفه نظام‌های حاکمیتی است. سلامت برای هر فرد از لحظه تولد تا پیری اهمیت دارد و باید به صورت یکپارچه و جامع، نیازهای اساسی او را در زمینه‌های عاطفی، سلامتی، تغذیه و اجتماعی–فرهنگی تأمین کند. فراهم‌کردن این نیازها از مرحله اولیه رشد جنینی تا طیف سنی بالا، بهبود کیفیت زندگی و طول عمر مناسب را به همراه دارد (۱). تعریف نظام سلامت یعنی پاسخ دولت‌ها و حکومت‌ها به نیاز اقشار مختلف جامعه به سلامت و همچنین برخورداری از یک زندگی سالم و عاری از بیماری‌های جسمی و روانی می‌باشد. این نظام را دربردارنده همه منابع و سازمان‌هایی می‌باشد که در قلمرو تأمین خدمات سلامت در سطوح فردی یا عمومی ایفای نقش می‌نمایند. چنین نظامی مبتنی بر مطالعات دربردارنده چهار کارکرد اصلی یا چهار حوزه اصلی می‌باشد که شامل نظام سلامت، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت است (۲) در همین راستا به منظور ارتقاء سطح کیفی و کمی نظام سلامت در کشور ایران، سیاست‌های کلی سلامت در بهار ۱۳۹۳ در قالب ۱۴ ماده و ۳۲ زیرماده از سوی رهبر جمهوری اسلامی ایران به دستگاه‌های ذیربط ابلاغ گردید، که یکی از مهمترین مواد آن، بند ۱ ماده ۱۰ موضوع تأمین منابع پایدار در بخش سلامت است که مورد توجه پژوهش حاضر می‌باشد. به بیان دیگر، پژوهش به دنبال بررسی این موضوع است که اساساً چگونه و از چه روش‌هایی می‌توان با ارائه الگوی اجرای اقتضائی، تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت را توسعه و ارتقاء بخشید. در این زمینه، نظریه اقتضایی که بر نقش تعاملات سازمان با محیط و تعاملات واحدهای درون سازمانی در راستای عملکرد یا بهره‌وری تأکید داشته و موفقیت را وابسته به علل و عوامل خاص پدیده تحت بررسی و نه دست‌های از عوامل ثابت می‌داند، مورد توجه قرارگرفته است. ارجلو و همکاران (۳) در تحقیق خود با عنوان تعیین و اولویت‌بندی عوامل موثر بر تامین مالی ارائه خدمات در نظام سلامت ایران نشان دادند که نظام مالیات محوری با ۴/۴۵۱ امتیاز، نظام بودجه‌ریزی با ۴/۴۲۰ امتیاز و تدوین طرح تامین مالی با ۴/۳۶۸ امتیاز به ترتیب بیشترین مولفه های تاثیرگذار هستند. مصدق راد و همکاران (۴) در تحقیق خود با عنوان راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران، تعداد ۴۰ راهکار در مطالعات مورد بررسی برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران پیشنهاد دادند که در سه دسته‌جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت، گروه‌بندی شدند. افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، گسترش درآمدهای مالیاتی، استفاده از روش‌های پیش پرداخت سلامت، تقویت مشارکت عمومی–خصوصی، افزایش کارآیی نظام سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌ای، تعیین بسته‌های حمایتی مبتنی بر نیاز خدمت سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت و بکارگیری روش‌های پرداخت ثابت و مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، پر تکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران بودند. شرانک و همکاران (۵) مطالعه ای با هدف "هزینه‌های سلامت و تامین مالی: چالش‌ها و استراتژی‌های یک دولت جدید" انجام دادند. در این مطالعه توصیه‌های خود را در خصوص هزینه‌ها و تامین مالی، حول پنج اولویت سیاستگذاری سازماندهی نموده است: گسترش پوشش بیمه، تسریع انتقال به مراقبت مبتنی بر ارزش، پیشرفت مراقبت‌های خانگی، بهبود مقرون‌به‌صرفه بودن داروها و سایر روش‌های درمانی، و توسعه نیروی کار با ارزش بالا.

## روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی توسعه‌ای با رویکرد پژوهش استقرایی و به‌صورت ترکیبی از روش‌های کیفی و کمی است. جامعه آماری بخش کیفی، مشتمل بر افراد آگاه و کلیدی در سطوح کلان سیاست گذاری و مدیریتی مرتبط با تامین مالی در نظام سلامت بودند. اعضاء خبرگان با استفاده از رویکرد نمونه‌گیری گلوله برفی گزینش گردیدند و تا رسیدن به اشباع نظری در مجموع با ۱۲ نفر، مصاحبه‌های نیم ساختارمند برای شناسائی عوامل، مولفه‌ها و ابعاد موضوع پژوهش انجام پذیرفت. سپس بر اساس یافته‌های تحقیق، از طریق پرسشنامه پژوهشی محقق ساخته بعد از تایید روایی آن برای اعتبارسنجی جهت ترسیم ابعاد و مولفه‌ها و عوامل و الگوی اجرای اقتضائی تحقیق به روش دلفی در دو راند مورد تائید قرار گرفت. جامعه آماری بخش کمی شامل مدیران و کارشناسان خبره مختلف صاحب نظر در تامین مالی حوزه سلامت در (واحدهای ستادی وزارت بهداشت، بیمه سلامت و تامین اجتماعی، سازمان انتقال‌خون، مدیران مالی بیمارستان‌های دولتی) شهر تهران و مدیران حوزه مالی و بودجه دانشگاه‌های تیپ یک کشور را بودند. کل جامعه مورد بررسی بر اساس معیارهای خبرگی ۸۰ نفر برآورد شد که بصورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۶۶ نفر پرسشنامه تحقیق را تکمیل کردند. برای تأمین روایی و پایایی مطالعه کیفی از روش ارزیابی لینکلن و کوبا (که معادل روایی پایایی در تحقیقات کمی است)، استفاده شد. بدین معنی که بر پایه این روش، چهار معیار موثق بودن و اعتبار پذیری، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تأیید پذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. در بخش کمی روایی پرسشنامه بصورت روایی صوری و محتوایی کیفی انجام گرفت. به‌منظور تحلیل یافته‌های در مرحله مصاحبه از رویکرد تحلیل مضمون یا تم و با استفاده از نرم افزار MAXQDA استفاده شد. برای تحلیل یافته‌های حاصل از اعتبارسنجی عوامل بر اساس ضرایب توافق امتیاز مشارکت‌کنندگان به این شیوه عمل شد که عواملی با کسب کمتر از

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]

جدول ۱. وضعیت عوامل طرح‌شده در راند اول

| ردیف | حوزه | تعداد عوامل | وضعیت گزینه | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | تائید | راند دوم | حذف |
| | | | f(٪) | f(٪) | f(٪) |
| ۱ | عوامل عمومی تامین وتوزیع منابع مالی سلامت | ۱۸ | ۷(۳۸/۸) | ۱۱(۶۱/۲) | ۰(۰) |
| ۲ | مدیریت مالی نوین، بودجه بندی وراهبردها | ۱۳ | ۱۱(۸۴/۶) | ۲(۱۵/۴) | ۰(۰) |
| ۳ | فناوری و هوشمند سازی اطلاعات مالی یکپارچه | ۹ | ۹(۱۰۰) | ۰(۰) | ۰(۰) |
| ۴ | مدیریت منابع ومصارف مالی در سلامت | ۳۵ | ۲۷(۷۷/۱) | ۸(۲۲/۹) | ۰(۰) |
| ۵ | شفافیت و گزارشگری مالی سلامت | ۳۰ | ۲۳(۷۶/۶) | ۷(۲۳/۴) | ۰(۰) |
| | مجموع | ۱۰۵ | ۷۷(۷۳/۳) | ۲۸(۲۶/۶) | ۰(۰) |

۵۰ درصد میانگین ممکن (۱ الی ۳ از مجموع ۵ امتیاز) از جریان ادامه بررسی‌ها حذف شدند. مواردی که بین ۵۰ الی ۷۵ درصد میانگین ممکن را کسب نمودند (۳ الی ۴ از مجموع ۵ امتیاز) برای بررسی در راند دوم دلفی انتخاب شدند. این موارد همچنین براساس نظرات مشارکت‌کنندگان و تیم تحقیق از نظر نگارشی ویرایش شدند و یا در صورت لزوم توضیحات مختصری به آن‌ها اضافه گردید. در نهایت عواملی که ۷۵ درصد میانگین ممکن و بیشتر (۴ الی ۵ از مجموع ۵ امتیاز) از آن را کسب نمودند، به‌صورت مستقیم برای قرارگیری در عوامل نهایی انتخاب شده و از قیدکردن آن‌ها در راند دوم اجتناب شد. در راند دوم نیز معیارهای رد یا تایید عوامل، مشابه راند اول بود. جهت گزارش نتایج از آماره‌های توصیفی فراوانی و درصد و همچنین میانگین استفاده شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

## یافته‌ها

### یافته های بخش کیفی

بخش کیفی هدف از انجام مطاله کیفی در این پژوهش، شناسایی عوامل، مؤلفه‌ها و ابعاد اثرگذار بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با استفاده از نظرات خبرگان در قالب مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند با ۱۲ نفر از خبرگان و ذینفعان صورت گرفت، که شامل استخراج ۶۲۷ کد لیست اصلی از تحلیل مصاحبه‌ها و کدهای اولیه (مضامین پایه)، مضامین سازماندهی شده و فراگیر بود. در نهایت بر اساس یافته‌های تحقیق عوامل، مؤلفه‌ها و ابعاد اثرگذار بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت در پنج طبقه اصلی شامل عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت، مدیریت مالی نوین، بودجه بندی و راهبردها، فناوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه، مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت و شفافیت و گزارشگری مالی سلامت قرار گرفتند.

### یافته های بخش کمی

### اعتبارسنجی عوامل در راند اول دلفی

برای اعتبارسنجی عوامل و اولویت‌بندی موارد تائید شده، اقدام به برگزاری دلفی گردید. در راند اول تعداد صدوپنج عامل استخراج شده مورد اعتبارسنجی قرار گرفت.

بر اساس معیارهای ورود، فرم اعتبارسنجی عوامل در بین ۸۰ نفر توزیع گردید. در این مرحله تعداد ۶۶ فرم تکمیل‌شده گردآوری گردید و بر این اساس درصد پاسخگویی برابر با ۸۲/۵ درصد بود. وضعیت اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در این مرحله شامل ۸۹/۴ درصد مرد و در بازه سنی ۴۱ الی ۵۰ سال قرار داشتند. فراوانی افراد باسابقه کار بالای ۲۰ سال با ۴۵ نفر و ۶۸/۲٪ بیشتر از سایرین بوده و فارغ‌التحصیلان رشته‌های مدیریت دولتی، مالی (حسابداری) و استراتژیک با ۴۳ نفر و ۶۵/۲ درصد بیشترین درصد مشارکت را داشتند. افراد دارای مدرک دکتری تخصصی ۳۰ نفر با ۴۵/۵٪ و عضو غیر هیئت علمی با ۵۴ نفر و با ۸۱/۸٪ درصد، فراوانی بیشتری نسبت به سایرین داشته و در نهایت ۶۱ نفر از مشارکت‌کنندگان با ۹۲/۴٪ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزیر مجموعه آن مشغول به فعالیت بودند

یافته‌های حاصل از راند اول دلفی وضعیت عوامل طرح‌شده مطابق با جدول شماره ۱ گزارش شده است. بر اساس یافته‌های ارائه شده در این جدول در راند اول دلفی تقریباً بیش از ۷۰ درصد از عوامل در چهار زیرتم (مولفه) تایید شدند. در این راند، هیچ عاملی حذف نشد.

### اعتبارسنجی عوامل در راند دوم دلفی

برای اعتبارسنجی عوامل و اولویت‌بندی موارد ارجاع شده به راند دوم دلفی، اقدام به برگزاری راند دوم دلفی گردید. در راند دوم تعداد بیست و هشت عامل مورد اعتبارسنجی قرار گرفت.

بر اساس معیارهای ورود، فرم اعتبارسنجی عوامل در بین ۶۰ نفر توزیع گردید. در این مرحله تعداد ۴۸ فرم تکمیل‌شده گردآوری

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]

جدول۲. وضعیت عوامل طرح‌شده در راند دوم

| ردیف | حوزه | تعداد عوامل | وضعیت گزینه | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | تائید f(٪) | رد f(٪) | حذف f(٪) |
| ۱ | عوامل عمومی تامین وتوزیع منابع مالی سلامت | ۱۱ | ۷(۶۳/۳) | ۴(۳۶/۷) | ۰(۰) |
| ۲ | مدیریت مالی نوین، بودجه بندی وراهبردها | ۲ | ۰(۰) | ۲(۱۰۰) | ۰(۰) |
| ۴ | مدیریت منابع ومصارف مالی در سلامت | ۸ | ۲(۲۵) | ۶(۷۵) | ۰(۰) |
| ۵ | شفافیت و گزارشگری مالی سلامت | ۷ | ۲(۲۸/۶) | ۵(۷۱/۴) | ۰(۰) |
| | مجموع | ۲۸ | ۱۱(۳۹/۲) | ۱۷(۶۰/۸) | ۰(۰) |

گردید و بر این اساس درصد پاسخگویی برابر با ۸۰ درصد بود. یافته‌های حاصل از راند دوم دلفی و وضعیت عوامل طرح شده در راند دوم مطابق با جدول شماره ۲ می‌باشد. بر اساس یافته‌های ارائه شده در این جدول، در راند دوم دلفی تقریباً بیش از ۳۹ درصد از عوامل در چهار زیر (مولفه) تایید شدند. در این راند هیچ عاملی حذف نشد. ۶۰/۸ درصد عوامل نیز به علت اینکه دومرتبه در راند دلفی نمره مورد توافق را اخذ ننمودند، از عوامل دور سوم دلفی کنار گذاشته شدند.

### الگوی اجرای اقتضائی تحقیق

در این پژوهش همانطور که مشاهده شد ارتباط بین اجزای الگو در سطح بالایی بوده و روابط از استحکام بالایی برخوردار هستند و نتایج به دست آمده نشان داد که هر بعد توسط مؤلفه‌های آن به درستی مورد سنجش قرار گرفته است. لذا می‌توان الگوی اجرای اقتضائی تحقیق به شرح زیر که به تأیید و توافق بالای کارشناسان خبره هم رسیده و اعتبار آن مورد سنجش قرار گرفته، اطمینان حاصل نمود (جدول ۳).

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر در راستای جزء یک ماده ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت با هدف ارائه الگوی اجرای اقتضایی سیاست‌های تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت انجام گرفت. طبق یافته‌های تحقیق در بخش کیفی با استخراج کدها وعوامل ومولفه‌ها و ابعاد اثرگذار بر موضوع پژوهش نسبت به اعتبارسنجی عوامل و اولویت‌بندی موارد تائید شده در یافته‌های تحقیق برای رسیدن به الگوی اجرای اقتضائی اقدام به برگزاری دلفی گردید. در مجموع در دو راند اول و دوم از تعداد صدوپنج عامل استخراج شده در نهایت ۵۱ عامل اعتبارسنجی شده بعنوان عوامل نهایی در ذیل ابعاد و مولفه‌ها و بترتیب اهمیت با بیشترین تا کمترین امتیاز شامل ابعاد (فناوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه؛ شفافیت و گزارشگری مالی سلامت؛ مدیریت مالی نوین؛ بودجه‌بندی و راهبردها؛ مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت و عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت) به همراه مولفه‌ها و عوامل نهائی ذیل ابعاد برای ترسیم الگوی اجرای اقتضائی سیاست های تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت طبقه‌بندی و مشخص شدند و نقش و اثر هر یک از ابعاد، مولفه‌ها و عوامل شناسائی شده با توجه به رویکرد اجرای اقتضایی پژوهش مورد بحث و بررسی و نتیجه‌گیری قرار گرفت. توجه به عوامل مهم اقتضایی در محیط متلاطم امروزی، امری حیاتی است و بقای سازمان را رقم میزند. از این رو، ساختار باید با درنظر داشتن این عوامل طراحی شود تا بتواند زمینه تحقق اهداف و راهبردهای سازمان را فراهم کند (۶).

### بعد اول

فنآوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه با سه مولفه شامل مولفه (سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه مالی با دوعامل) و مولفه (پرونده الکترونیک سلامت و نسخه نویسی آنلاین با دوعامل) و مولفه (سامانه‌های اطلاعات مالی هوشمند با دو عامل) می‌باشد. طبق یافته‌های تحقیق در تبین اهمیت این مقوله، در بیمارستان‌ها به خصوص بیمارستان‌های بزرگ و جنرال با توجه به پیچیدگی و تنوع ارائه خدمات در آنها، مستلزم استفاده از تکنولوژی IT، ایجاد زیرساخت‌های مناسب، تهیه نرم افزارهای جامع و دقیق و یکپارچه، ایجاد ارتباط بین نرم افزارها، تعریف کدینگ استاندارد دارو در سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) و حسابداری می‌باشد. همچنین در راستای تامین منابع مالی پایدار و شفافیت در هزینه‌ها، درآمدها و فعالیت‌ها، یکی از ساز و کارهای اصلی که می‌تواند شفافیت در حوزه سلامت را فراهم سازد، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، با مشارکت کامل همه ذینفعان، بدون بخشی نگری و اجرای کامل پرونده الکترونیک سلامت در کنار استقرار کامل نظام‌نوین مالی بخش سلامت می‌باشد. همچنین بر اساس مطالعه حاضر مدیریت و کنترل چرخه اقتصادی حوزه سلامت با توجه به پیچیدگی آن، مستلزم استفاده

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]

جدول۳. الگوی اجرای اقتضائی تحقیق




از فنآوری‌های نوین، نرم افزارهای پیشرفته و هوشمند متناسب با نیاز مالی این حوزه می‌باشد و از طرفی طراحی سیستم‌ها مکانیزه، هوشمند و شفاف باشد.

**بعد دوم**

شفافیت و گزارشگری مالی سلامت با پنج مولفه شامل مولفه (شفافیت فرآیندها با دو عامل)؛ مولفه (پایش عملکرد مالی، بودجه و پاسخگویی به ذینفعان با دو عامل)؛ مولفه (شفافیت اقتصادی و مالیاتی با سه عامل)؛ مولفه (شفافیت عملیات و اطلاعات منابع مالی و بودجه‌ای با چهارعامل) و مولفه (شفافیت در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مالی با دو عامل) می‌باشد. یافته‌های تحقیق نشان داد که مقوله شفافیت فرآیندها مستلزم طراحی و اجرای درست و شفاف فرآیندهای سیستم‌های مالی و بودجه، سیستمی شدن ساختار اداری و مالی سلامت کشور می‌باشد. همچنین اگر پایش بطور مستمر همراه با دستورالعمل‌های مرتب و بروز شده و بازبینی‌های مداوم در مسیر پایش وجود داشته باشد، می‌تواند انحراف عملکرد بودجه نسبت به اهداف پیش‌بینی شده را نشان داده و یا منجر به آموزش مستمر در محیط بشود و تکامل فرآیندها و نرم‌افزارها شود. همچنین تحقق مولفه شفافیت اقتصادی و مالیاتی مستلزم همکاری و عملکرد شفاف با طرف‌های مقابل می‌باشد. شفاف‌سازی در تامین مالی به ضرر هیچ کس نیست. عملکرد شفاف سطح مبانی مذاکرات برای تامین منابع مالی را بالا می‌برد. ارائه مستندات همراه با گزارشگری شفاف موجب مشارکت و اعتماد خیرین برای تأمین منابع مالی می‌شود، شفاف‌سازی همپوشانی وظایف حوزه سلامت با سایر سازمان‌های سلامت‌محور بیرونی، موجب پراکندگی توزیع منابع مالی، تکثر حوزه‌های دریافت‌کننده بودجه‌های سلامت، تحمیل هزینه‌های مضاعف به بودجه سلامت و اثربخشی کم و عدم شفافیت شده است و برای اصلاح آن لازم است توزیع اعتبارات از سوی سازمان برنامه و بودجه بر اساس شاخص و مبانی مشخص و شفاف و با اولویت حوزه سلامت باشد. در مدل‌های خط‌مشی‌گذاری، تصمیم‌گیری‌ها باید عقلایی و مبتنی بر شواهد و همچنین متکی بر اطلاعات واقعی و سیستمی باشد تا به تصمیم‌گیری صحیح سیاست گذاران در شرایط مختلف کمک نمایند. از آنجا که در حال حاضر تصمیم‌گیری اصلی در وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها بصورت متمرکز انجام می‌گیرد، بهتر است متولیان سلامت، اختیار تصمیم‌گیری مستقل را به دانشگاه‌ها و همچنین دانشگاه‌ها به زیرمجموعه‌های خود بدهند، و از دخالت در امور داخلی، اعمال سلیقه و سلب انگیزه از آنها خودداری نمایند.

**بعد سوم**

مدیریت مالی نوین، بودجه‌بندی و راهبردها با چهار مولفه شامل مولفه (مدیریت مالی نوین در بخش سلامت با دو عامل)؛ مولفه (تعرفه مبتنی بر قیمت تمام شده با دو عامل)؛ مولفه (برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی عملیاتی با دو عامل) و مولفه راهبردهای تامین مالی سلامت با دو عامل) می‌باشد. یافته‌های تحقیق اشاره به این داشت که در سیستم حسابداری نقدی هزینه‌ها، درآمدها و بدهی‌ها و مطالبات هیچ کدام شفاف و واقعی نبوده و تصمیم‌گیری برای هزینه‌ها بر اساس نقدینگی صورت می‌گرفت، انبارها در چرخه دارایی‌های ترازنامه نبود تا با استقرار فاز اول نظام نوین مالی رفتار همه را اعم از

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]
[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]

قانونگذار، سیاستگذار، تولیدکننده خدمت، مراجعه‌کننده، تأمین‌کننده مالی و هیئت امنا در همین مرحله تغییر داد، ولی در حال حاضر ناقص عمل می‌کند. همچنین تعرفه خدمات‌درمانی یکی از ابزارهای اصلی سیاست‌گذاری در حوزه درمان است و اگر مبتنی بر واقعیت و متکی بر قیمت تمام شده واقعی، متناسب با تورم اقتصادی در جامعه باشد، می‌تواند رفتار نظام سلامت را در خرد و کلان اصلاح نماید، دریافت پول آزاد از مردم را حذف نماید، پرداختی از جیب مردم را کم نماید، از کاهش سطح ارائه خدمات جلوگیری نماید و از افزایش کسری بودجه خودداری نماید. راهبرد کشور در شرایط فعلی برای دستیابی و دسترسی مستمر به پایدارسازی منابع سلامت، مستلزم ترسیم افق و دورنمای مشخص و حرکت در مسیر آن، ترسیم نقشهٔ راه، ترسیم یک برنامه منسجم و نظام‌مند برای مدیریت هزینه‌ها، راه‌اندازی سیستم سرویس نگهداری و تعمیرات پیشگیرانه برای تجهیزات پزشکی و ترسیم ماکتی از منابع بصورت کاربردی برای توسعه آتی هر بیمارستان است. با وجود منابع بالای حوزه سلامت در بین بودجه دستگاه‌های دولتی، با این حال نیازها و انتظارات روزافزون این حوزه نیازمند روش‌های جدیدی برای تامین مالی پایدار می‌باشد. در همین راستا دولت می‌تواند با تقویت راهبردهای فعلی و افزایش درصد مالیات و عوارض بر دخانیات و اختصاص مستقیم سهم سلامت به خود آنها، با وضع عوارض بر لوازم آرایش و بهداشتی تهدیدکننده سلامتی، عوارض بر نوشابه‌های گازدار وخوراکی‌های مضر، عوارض بر آلاینده‌ها و سوخت‌های فسیلی و آلوده‌کننده‌های هوا و سلامتی بخصوص بیماری‌های تنفسی و آسم در پایداری منابع حوزه سلامت موثر باشد.

## بعد چهارم

مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت با هفت مولفه شامل مولفه (توانمند سازی و جانشین‌پروری مدیران و کارکنان با سه عامل)؛ مولفه (استقرار نظام انگیزشی با دوعامل)؛ مولفه (نظام ارجاع، سطح بندی و اجرای پزشک خانواده با دوعامل)؛ مولفه (طرح توجیهی و امکان سنجی اقتصادی و خرید متمرکز خدمات با دو عامل)؛ مولفه (مدیریت مصرف منابع با سه عامل)؛ مولفه (اصلاحات ساختاری، انسانی و کاهش بروکراسی اداری با سه عامل)؛ مولفه (اصلاح، ارتقاء و پایبندی به قوانین و مقرات مالی با سه عامل) می‌باشد. بر اساس یافته‌های تحقیق، مدیران برای سیاستگذاری، مدیریت منابع و نقدینگی باید مبانی علمی و دانش آن را داشته باشند. همچنین نگاهشان به مسائل نگاه پاسخگویی باشد و یاد بگیرند که شفافیت منجر به بازدهی می‌شود و هزینه مازاد ایجاد نکرده یا بتوانند در سیستم پرستاری، اداری و مالی حوزه بهداشت و درمان با مهارت آموزی و دانش و دانایی از ظرفیت دارائی ها و املاک و مستغلات خود در حفظ منابع مالی استفاده ببرند. اگر بیمارستان‌ها انگیزه لازم برای پرداخت بر اساس عملکرد واقعی را داشته باشند، می‌تواند یکی از عوامل مهم نظام انگیزشی در مدیریت منابع و مصارف باشد. پرداخت‌های ثابت اگر چه ممکن است شفافیت شکلی در پرداخت‌ها را داشته باشند، اما کمیت و کیفیت کار، خروجی و نتیجه‌کار در نهایت اثربخش و شفاف نیست. از طرفی اگر جایگاه نظام سلامت در سیاست‌گذاری‌های کلان کشور در ترازحوزه امنیت ملی قرار بگیرد، سطح‌بندی ارائه خدمات سلامت آسیب‌پذیری کمتری برای ارائه خدمات به مردم حتی در شرایط خاص و بحرانی می‌بینند. در همین راستا بهینه می‌باشد که برای کاهش هزینه‌های دولت و مردم و جلوگیری از سرگردانی و تامین سلامتی مردم، ساختار نظام ارجاع و سطح‌بندی و اجرای پزشک خانواده را کامل اجرائی کرد. از عوامل مهم در مدیریت منابع مالی سلامت و جلوگیری از هدر رفتن منابع، توجه به مقوله طرح توجیهی و امکان‌سنجی اقتصادی برای خریدها می‌باشد. در حال حاضر دانشگاه‌ها پر از تجهیزات و دستگاه‌های پزشکی می‌باشند که بدون توجیه اقتصادی و مالی، بدون توجه به نیاز واقعی و یا با بخشی‌نگری، یا بدون توجه به موجودی انبار بیمارستان‌ها، بدون استانداردسازی نیازها و تهیه دستورالعمل‌ها، با تصمیمات خلق الساعه خریداری شدند. این تصمیمات بدون پشتوانه توجیهی و اقتصادی و غیر شفاف، دانشگاه‌ها را تبدیل به انبار غیر قابل استفاده شرکت‌های فروشنده کرده‌اند. در حوزه مدیریت منابع انسانی، بهتر است سازمان امور اداری و استخدامی با اصلاح و ارتقاء فرآیندهای خود، نیازهای پرسنلی سازمان‌های متولی خدمت از جمله وزات بهداشت را برای جذب و بکارگیری بصورت واقع بینانه، بموقع و با کمک ابزارهای مکانیزه احصاء و بر اساس آن مجوزهای لازم برای بکارگیری نیروی‌انسانی را صادر نماید، تا بتواند حقوق و مزایای نیروی‌انسانی موجود و جذب‌شده خود را با کارسنجی درست، شفاف، و عادلانه با اعمال شاخص‌های اختصاصی سلامت، تامین مالی و پرداخت نماید. توسعه روزافزون بدنه دیوان‌سالاری و کارمندسالاری دولت و حوزه سلامت، وجود ساختار سازمانی و تشکیلاتی واحدهای فاقد فعالیت، از طرفی تکثر حوزه‌های بودجه بگیر، تعدد بیمارستان‌های کوچک، وجود بیمارستان های غیر مستقل، پراکندگی آنها، عدم توازن بین تشکیلات مصوب و نیروی‌انسانی، عدم توازن نیروی‌انسانی بین بخش‌ها، ترمیم کسری اعتباری واحدهای زیان‌ده از منابع واحدهای سود ده، غیراستاندارد بودن ضریب نیروی‌انسانی به ازای هر تخت، تبعات سیاسی اجتماعی برای تعدیل نیروی انسانی، بالارفتن قیمت تمام‌شده خدمات، منجر به عدم شفافیت و کاهش بازده سازمانی و بازده نیروی انسانی، مدیریت منفعل و هزینه‌ساز و بیمارستان غیر اثر بخش‌شده است. با توجه به اینکه نظام سلامت ایران بطور کامل دولتی می‌باشد، باید در تمام زمینه‌ها اعم از سیاست‌گذاری، اجرا، کنترل و ارزیابی، تامین منابع مالی عمومی و اختصاصی، همه فعالیت‌ها، حتی مباحث تامین‌مالی طبق ضوابط و



[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]

چهارچوب‌های قانونی از جمله قانون تشکیل هیات‌های امناء عمل نماید. در حالیکه عوامل متعددی از داخل و خارج از اختیار حوزه سلامت از جمله انعطاف‌ناپذیری و غیرواقع بینانه بودن بعضی از قوانین، اجرای ناقص قوانین، ضعف ضمانت اجرائی، بی‌توجهی دولت به مسئولیت‌های قانونی خود، منجر به نقض قوانین و مقررات، عدم شفافیت و عدم تحقق در اهداف تامین مالی، ایجاد تنگناهای تامین مالی و کسری بودجه، مصرف غیرمتعارف منابع مالی در حوزه سلامت شده است.

**بعد پنجم**

عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت با سه مولفه شامل، مولفه (مشارکت مردمی و شهروندمداری با دو عامل) مولفه (اصلاح و ارتقاء صندوق‌های بیمه‌ای با دو عامل) و مولفه (همگرائی و هم‌افزائی متولیان سلامت متأثر از دو عامل) می‌باشد. با توجه به تصریح اصل بیست و نهم (تامین نیاز خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی) و بند ۸ اصل سوم اصول قانون اساسی در خصوص مشارکت مردم در تعیین سرنوشت خویش، وزارت بهداشت می‌تواند نقطه وصلی در جهت شهروندمداری و حضور و مشارکت مردم در قالب تشکل‌های مردمی بخصوص تشکل‌های تخصصی بهداشتی و درمانی با حوزه سلامت ایجاد بکند تا از طریق آنها بتواند به دیده بانی از منابع مالی حوزه سلامت، در تعیین تعرفه واقعی، ساخت بیمارستان و خرید تجهیزات پزشکی، مشارکت در چرخه تصمیم‌گیری و تولید درآمد و کنترل هزینه و کمک به دیده‌بانی و ایجاد شفافیت بپردازد. بدهی‌ها و تعهدات انباشت و پرداخت نشده دولت ناشی از تحمیل مصوبات بیمه‌ای بدون تامین منابع مالی به سازمان تامین اجتماعی باعث اختلاف دیرینه بین آنها شده است. بطوریکه اثرات ناشی از این اختلاف و استقلال نسبی سازمان از دولت باعث شده الزام قانونی برای پرداخت شصت درصد از صورتحساب ارسالی در شصت و پنج روز انجام نشود. از آنجا که در حال حاضر درصد بسیار بالائی از درآمد اختصاصی دانشگاه‌ها ناشی از ارائه خدمات‌درمانی به بیمه‌شدگان بیمه‌ها می‌باشد، لاجرم برای ایجاد شفافیت دولت می‌تواند با الزام سازمان تامین اجتماعی به اختصاص درگاه‌هایی برای واریز سهم درمان دانشگاه‌ها از کسور بازنشستگی و اطلاع‌رسانی به دانشگاه‌ها از میزان واریزی، میزان تخصیص طی سال صورت پذیرد. با همگرائی و هم‌افزائی بین متولیان سلامت با علم به تنگناهای تامین مالی و بودجه‌ای، می‌توانند توسعه عدالت اجتماعی و بهبود دسترسی مردم به خدمات سلامت را امکان‌پذیر سازند. همچنین حوزه سلامت را اولویت اصلی سیاست‌گذاران در تامین منابع مالی بخصوص در شرایط بحرانی قرار داده و برای پایداری منابع مالی سلامت می‌توانند با استفاده از ظرفیت‌های قانونی، منابعی از جمله دریافت عوارض از سوخت‌های آلاینده، واردات خورو، تولید و واردات اجناس زیان آور، ایمنی بر ساخت‌وسازها، پیامک‌های موبایل، مالیات بر ارزش افزوده و موادمعدنی ایجاد کنند.

**پیشنهادات**

۱- سیاست‌گذاران و متولیان امر در وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها نسبت به اعتبارسنجی مجدد نرم افزارها و سامانه‌ها، یکپارچه‌سازی اطلاعات مالی و تبادل اطلاعات بین سامانه‌ها و نرم‌افزارها از طریق تعریف کدینگ استاندارد واحد و ایجاد زبان مشترک بین آنها و بصورت مکانیزه اقدام نمایند.

۲- وزارت بهداشت بر اساس نقشه راه حوزه فناوری اطلاعات و ارتباطات و برای ایجاد انسجام و وحدت رویه در حوزه IT، اول پروتکل‌های مورد نیاز حوزه سلامت در زمینه نرم افزارها و سامانه‌ها را برای استفاده دانشگاه‌ها و شرکت‌های تولیدکننده نرم‌افزار ابلاغ نماید. با استفاده از تجارب دانشگاه‌ها در زمینه راه‌اندازی سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستان (HIM) برای بهره‌گیری از اطلاعات برخط، بموقع و قابل اتکا جهت تصمیم‌گیری مدیران، نسبت به راه‌اندازی آن در تمام بیمارستان‌ها با مدیریت واحد و متمرکز از سوی وزارت بهداشت اقدام نماید.

۳- وزارت بهداشت بعنوان تولیت نظام سلامت با بازبینی مجدد در چرخه سیستم‌های مالی از بدو ورود جریان منابع مالی و نقدینگی تا ارائه صورت‌های مالی حسابرسی شده اقدام نماید. دوم برای تکمیل فرایند تصویب، ابلاغ و تخصیص بودجه و کنترل جریان منابع با استفاده از ابزار تفاهم‌نامه داخلی بودجه بین ستاد دانشگاه و واحدهای تابعه نسبت به ارتقاء فرآیندها و ایجاد شفافیت اقدام نماید.

۴- پایش‌ها با رویکردجدید بصورت موضوعی برای حوزه درآمدها، بودجه و اعتبارات، سیستم حسابداری و رویه‌های مالی، حقوق و دستمزد، نظام پرداخت و کارانه، دارو و ملزومات مصرفی پزشکی، تجهیزات سرمایه‌ای پزشکی و غیرپزشکی و پروژه‌های عمرانی و ساختمانی انجام بشود.

۵- نسبت به مولدسازی دارائی‌های مالی خود با مشارکت بانک‌ها بدون اخلال در مسیر جریان مالی دولت نسبت به سپرده‌گذاری منابع راکد و مانده وجوه مصرف نشده حساب‌های بانکی خود در بانک‌ها برای دریافت سود اقدام و منافع حاصل از این را صرفا در راستای کارهای اساسی و زیربنائی استفاده نمایند.

۶- نسبت به مولدسازی دارائی‌های سرمایه‌ای خود اعم از فروش املاک و ساختمان‌های بلا استفاده و در اختیار خود اقدام نمایند و یا با مشارکت و منابع مالی بخش غیر دولتی نسبت به توسعه و ساخت واحدهای چندمنظوره بشرط تملک اقدام و یا برای استفاده از دارائی‌ها و تجهیزات سرمایه‌ای با راه‌اندازی مراکز تعمیر، نسبت به بازگرداندن آنها به چرخه ارائه خدمت اقدام نماید.

۷- کلیه واحدهای تابعه مستقل و غیر مستقل مکلف به تهیه صورت‌های

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]

مالی حسابرسی‌شده و بطور مستقل برای تهیه صورت مالی تلفیقی برای دانشگاه و عقد تفاهم‌نامه داخلی، بودجه بعنوان منشور مالی سازمان با حمایت مدیریت کلان دانشگاه نهادینه بشود و هرگونه تخصیص منابع و پرداخت صرفا بر اساس تفاهم‌نامه صورت پذیرد.

۸- در اجرای مدیریت مالی نوین نسبت به انطباق نظام‌نوین مالی سلامت با نظام حسابداری بخش عمومی که طبق قانون لازم الاجرا برای همه دستگاه‌های بخش‌عمومی می‌باشد اقدام نماید.

۹- نسبت به تعریف و تبیین مبانی نظری و اجرائی و مدل نهائی احصاء قیمت تمام‌شده و ثبت و شناسائی کامل هزینه‌ها در مراکز هزینه تعیین شده در سیستم بعنوان پیش‌نیاز قیمت تمام‌شده واقعی و استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی اقدام شود.

۱۰- نسبت به توانمندسازی و آموزش و جانشین‌پروری مدیران و کارکنان در سه سطح دوره‌های کوتاه مدت، میان‌مدت و بلندمدت در قالب تهیه دستورالعمل‌های اجرائی اقدام نمایند.

۱۱- برای تقویت پوشش همگانی سلامت ابتدا تعداد افراد گروه هدف مشخص شود، سپس در یک بازه زمانی ۵ ساله بر حسب اولویت‌بندی عادلانه و بترتیب هر سال با توجه به منابع قابل تخصیص از سوی سازمان برنامه و بودجه نسبت به پوشش همگانی سلامت افراد اقدام نماید.

۱۲- به منظور افزایش سطح دسترسی مردم به خدمات سلامت و توسعه عدالت اجتماعی، تمام ارکان سیاست‌گذاری در قالب اسناد بالادستی در یک بازه زمانی ده ساله نسبت تغییر رویکرد از درمان به تقویت نظام شبکه و بهداشت و پیشگیری اقدام نماید. در این راه استفاده از رسانه‌ملی و شبکه‌های اجتماعی و سازمان‌های مردم نهاد بسیار مفید خواهد بود.

## منابع


1. Yamey G, Jamison D, Hanssen O, Soucat A. Financing Global Common Goods for Health: When the World is a Country. Health Syst Reform. 2019;5(4):334-349.

2. Tadayon M, Moradi T. I.R. Iran Health System Financing Sustainability; its Situation, Indicators, and Solutions to Explain the Article 10 of General Health Policies. Iran J Cult Health Promot 2019; 2 (3) :307-325.

3. Heidari Orejlo P, Vahdat S, Soltani H. Determining and prioritizing the factors affecting the financing of services in the health system in Iran. Iran J Health Insur. 2022;5(1):18-31.

4. Mosadeghrad A M, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2021; 19 (2) :137-156.

5. Shrank WH, DeParle NA, Gottlieb S, Jain SH, Orszag P, Powers BW, Wilensky GR. Health Costs And Financing: Challenges And Strategies For A New Administration. Health Aff (Millwood). 2021 Feb;40(2):235-242.

6. Bazrafkan S., Ghaderi S. Improving Organizational Effectiveness in the Light of Internal Contingency Factors. Journal of Strategic Management Studies, 2017; 7(28): 191-210.


[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29 ]

[ DOI: https://doi.org/10.22034/43.1.8 ]