



<https://ecs.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Endowment & Charity Studies

E-ISSN: 3115-7475

Vol.1, Issue.1, No.1, 2023, pp129- 154

Received: 16/10/2022 Accepted: 25/12/2022

Research Paper

Explaining the Challenges of Charitable Hospitals in Fars Province and the Solutions to Address them: A Qualitative Study

Seyede Maryam Najibi

Ph.D., Department of Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

m.najibi90@gmail.com

Yaser Sarikhani* 

Assistant professor, Department of Health Services Management, Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Yasersarikhani@jums.ac.ir

Fatemeh Omidvari

BSc, Department of Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

fateme.om.75@gmail.com

Introduction

In the health system as a public sector, the role of charities and benefactors is important according to the characteristics and types of health services (Vaezi & Alborzi, 2017). According to current regulations, 40% of the construction costs of health centers in Iran are borne by donors and 60% by the government (Javadi Qala, 2016). In Iranian charitable hospitals, the tariffs for medical services are almost between the public and private sector tariffs. For this reason, for people who have not received services from the public sector due to the long waiting line and from the private sector due to high costs, charity hospitals are one of their best options at a more reasonable cost. Such hospitals should therefore be pioneers in providing care to groups that may be of lower socio-economic status. Hayden's (2005) study shows that nonprofit hospitals in Massachusetts, like most similar hospitals in the United States, face serious financial challenges (Hayden, 2005). Moreover, a study in Iran has shown that charitable hospitals in Tehran province face serious financial and management problems (Nekoeimokadam et al, 2020). However, the searches show that few studies have been done on the challenges of these centers and the solutions to address them in Iran. Therefore, considering the critical role of these centers in the provision of health care and also given the lack of in-depth studies in Fars province, this qualitative study is conducted with the aim of explaining the challenges faced by charitable hospitals in the province and proposing appropriate solutions.

Research Methodology

This qualitative study was conducted using the framework analysis method. The research population included senior and middle managers of three charitable hospitals in Fars province, as well as staff managers of Shiraz University of Medical Sciences (SUMS). The purposeful sampling method was used to select the participants and, at the same time, the snowball method was also used to facilitate access to the desired people. The data collection process continued until theoretical data saturation was achieved. In this regard, 12 managers of charitable hospitals and 4 managers of SUMS were

*Corresponding Author

Najibi, S. M., Sarikhani, Y., & Omidvari, F. (2023). Explaining the challenges of charitable hospitals in fars province and the solutions to address them: A qualitative study. *Journal of Endowment & Charity Studies*, 1(1), 129-154. <http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2022.135439.1031>

3115-7475 © The Author(s). Published by University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)



<http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2022.135439.1031>

interviewed. The data collection tool in this study was an in-depth semi-structured interview. Each interview began with a general question: "What challenges does the charity hospital face?", and then probing questions were asked to obtain further clarification. Immediately after each interview, the content of the conversations was transcribed verbatim and analyzed using the framework analysis method. To analyze the data, the researchers followed a 7-step method (Gale et al, 2013), including 1) Transcribing conversations, 2) Familiarization with the interview, 3) Coding, 4) Developing a working analytical framework, 5) Applying the analytical framework, 6) Charting data in the framework matrix, and 7) Data interpretation. To ensure the rigor and trustworthiness of the results, we used the four criteria proposed by Guba and Lincoln (1994), including credibility, confirmability, dependability, and transferability (Armstrong et al, 1997). Atlas T9 software was used for data analysis. The findings of the thematic analysis are presented in the form of a conceptual map.

Research Findings

The framework analysis led to the identification of three main themes, eight sub-themes, and 23 categories regarding the challenges of charitable hospitals. The main themes are "management process challenges", "economic and financial system problems", and "resource constraints".

1- Management process challenges

This theme explains the inefficient management system, the multiple external supervision, and the ambiguity of the decision-making system.

2- Economic and financial system problems

The second theme explains important problems such as the instability of financial resources and investments, the inefficient use of existing resources, and the unfavorable tariff system of charitable hospitals.

3- Resource constraints

This theme refers to issues related to the provision of physical space, capital equipment, and human resources required by charitable hospitals.

Moreover, the results of the analyzes regarding the solutions to address the challenges faced by charitable hospitals led to the identification of 17 categories, five sub-themes, and two main themes including "organizational excellence mechanisms" and "resource supply initiatives".

4- Organizational excellence mechanisms

This theme focuses on the development of capabilities, structures, as well as managerial and organizational capacities of charitable hospitals.

5- Resource supply initiatives

This theme includes initiatives to stabilize the availability of financial resources and improve cost efficiency, as well as solutions for the provision of human, equipment, and physical resources.

Discussion and conclusion

Charity hospitals are often run by a board of trustees, the inefficiency of which can be the main challenge for these centers. In this regard, Nasiripour et al. have proposed a model in which the board of trustees is the highest decision-making authority and the board of directors is presented as the highest executive body (Nasiripour et al, 2007). Multiple external supervision is another problem of charitable hospitals. The establishment of coordination mechanisms between regulatory institutions and the development of a unified control process is one of the solutions proposed in this area. The study indicated that the financial resources of charity hospitals are not sustainable. Therefore, the proposed solution in this area is to use the capacity of permanent income endowments to redistribute revenue in the provision of charitable hospital services. Another problem is the weakness in attracting new capital. Wiepking and Handy (2015) propose the professionalization of charity organizations as a solution (Wiepking & Handy, 2015). The development of an integrated system for measuring hospital efficiency, and the design and implementation of continuous efficiency monitoring programs are among the suggestions that can help the issue of efficiency. The limitation of financial resources is another challenge for charitable hospitals. Dillingham et al. point out that many charitable hospitals create a separate foundation that handles formal fundraising operations (Dillingham et al., 2012). Finally, employee participation will be an effective strategy to improve outcomes in charitable hospitals.

Acknowledgment

We hereby express our sincere gratitude to the officials of charitable hospitals of Fars province and relevant officials of SUMS who assisted us in conducting this study.

Keywords

Charitable Hospitals, Challenges, Solutions.



[http://dx.doi.org/ 10.22108/ecs.2022.135439.1031](http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2022.135439.1031)

References:

- Armstrong, D., Gosling, A., Weinman, J., and Marteau, T. (1997). The place of inter-rater reliability in qualitative research: An empirical study. *Sociology*, 31(3), 597-606.
- Dillingham Jr, W., Weiss, L., and Lawson, J. (2012). Trends in healthcare philanthropy and the use of separate foundations. *Metro NY HFMA Newscast*, 45 (3), 39.
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., and Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*, 13(1), 1-8.
- Hayden, E. W. (2005). Nonprofit hospitals face structural as well as financial challenges: Lessons from Massachusetts. *Hospital Topics*, 83(3), 2-8.
- Javadi Ghale, E. (2016). *Improving the management of charitable hospitals in Tehran Province 2016-2017* [dissertation].
- Nasiripour, A., Tofighi, S., and Farhadi, F. (2007). Designing an administrative model for Iranian charity hospitals. *Iran Journal of Nursing*, 20 (50), 71-81. [In Persian]
- Nekoeimokadam, M., Amiriyosafi, S., Ghorbani Bahabadi, Z., and Amiresmaili, M. (2020). Role of charities in the health system: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 2(1), 1-10.
- Vaezi, SM., and Alborzi, Z. (2017). The status of public service in administrative law of Iran. *Administrative Law* 2017; 4 (12): 9- 31. [In Persian]
- Wiepking, P., and Handy, F. (2015). *The Palgrave handbook of global philanthropy*. London: Palgrave Macmillan.





مقاله پژوهشی

تبیین چالش‌های بیمارستان‌های خیریه استان فارس و راهکارهای مواجهه با آنها: یک مطالعه کیفی

سیده مریم نجیبی^۱، یاسر ساریخانی^{۲*}  و فاطمه امیدواری^۳

۱. دکتری تخصصی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

m.najibi90@gmail.com

۲. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Yasersarikhani@yahoo.com

۳. کارشناسی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

fateme.om.75@gmail.com

چکیده

بیمارستان‌های خیریه از جمله مهم‌ترین مؤسسات غیرانتفاعی هستند که نقش بسیار مهمی در ارائه خدمات سلامت بر عهده دارند. این بیمارستان‌ها با چالش‌هایی مواجه هستند که به شدت بر عملکرد آنها تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های بیمارستان‌های خیریه استان فارس و راهکارهای مواجهه با آنها انجام پذیرفته است. مطالعه حاضر به صورت کیفی در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. در این مطالعه، تعداد ۱۶ نفر از مدیران ارشد بیمارستان‌های خیریه فارس به صورت هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوب و نرم‌افزار اطلس تی ۹ استفاده شد. سه مضمون اصلی، مرتبط با چالش‌های بیمارستان‌های خیریه بودند که عبارت‌اند از «چالش‌های فرآیند مدیریتی»، «مشکلات نظام مالی و اقتصادی» و «محدودیت‌های تأمین منابع». همچنین، تحلیل‌ها منتج به شناسایی دو مضمون اصلی درخصوص راهکارهای مواجهه با چالش‌های بیمارستان‌های خیریه شد که عبارت‌اند از سازوکارهای تعالی سازمان و ابتکارات تأمین منابع پیشنهاد می‌شود سازوکارهای تعالی سازمان با هدف بهبود عملکرد مدیریتی و اداره بیمارستان‌ها اجرایی شوند. همچنین، استفاده از ابتکارات تأمین منابع برای رفع مشکلات بخش منابع انسانی، تجهیزات فیزیکی و فضای فیزیکی این بیمارستان‌ها الزامی است.^۱

واژه‌های کلیدی:

بیمارستان خیریه، چالش، راهکار

^۱ بدین وسیله از مدیران بیمارستان‌های خیریه استان فارس و مسئولین ذیربط در دانشگاه علوم پزشکی فارس که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

*نویسنده مسئول

نجیبی، س. م.، ساریخانی، ی. و امیدواری، ف. (۱۴۰۲). تبیین چالش‌های بیمارستان‌های خیریه استان فارس و راهکارهای مواجهه با آنها: یک

مطالعه کیفی. *مطالعات وقف و امور خیریه*، ۱(۱)، ۱۲۹-۱۵۴. <http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2022.135439.1031>



۱- مقدمه و بیان مسئله

مؤسسه خیریه نهادی غیرانتفاعی است که کمک‌های مالی را به نهادهای غیرانتفاعی دیگر می‌رساند و نیز به‌طور مستقیم خدمات عمومی را ارائه می‌دهد (Reiling, 1958: 525). این مؤسسات در کشور ما دارای پیشینه زیادی هستند که با تکیه بر محور منافع جمعی و براساس انگیزه‌های عاطفی و انسانی در راستای رفع نیاز افراد هم‌وطن خود فعالیت می‌کنند (نصیری‌پور، ۱۳۸۶، ج ۵۰: ۷۲). اهمیت نقش بخش غیرانتفاعی در همه حوزه‌ها به علت ناکامی دولت و سازوکارهای بخش خصوصی در درمان فقر و محرومیت در حال فزونی است (کاظمی نجف‌آبادی، ۱۳۹۸، ج ۱: ۹۱). محققان مطالعاتی را درباره آنچه می‌تواند به عملکرد مؤسسات غیرانتفاعی کمک کند، در برخی مقوله‌ها انجام داده‌اند؛ از جمله: منابع سرمایه‌گذاری شده، ماهیت فناوری خدمات به کار گرفته شده هنگام تعامل با مشتریان، حاکمیت سازمان غیرانتفاعی، پیچیدگی محیط یا جامعه‌ای که سازمان غیرانتفاعی در آن وجود دارد و اینکه چگونه سازمان‌های غیرانتفاعی روابط خود را با محیط‌های مهم مدیریت می‌کنند (Chikoto & Neely, 2014: 570 ; Liket & Maas, 2015: 268 ; MacIndoe & Barman, 2013: 716).

در حوزه سلامت مؤسسات خیریه و نقش خیرین طبق ویژگی و ماهیت، خدمات سلامت به‌عنوان یکی از بخش‌های عمومی در کنار آموزش و امنیت چشمگیر است (Vaezi & Alborzi, 2017: 9). این مؤسسات غالباً در زمینه ارائه مراقبت‌های سطح دوم یعنی در سطح بیمارستان‌ها و کلینیک‌های عمومی و تخصصی فعال‌اند و در کنار سایر انواع بیمارستان‌ها از لحاظ مالکیت، شامل بیمارستان‌های دولتی، آموزشی درمانی، خصوصی، بیمارستان‌های وابسته به صنایع و نیروهای مسلح، به ارائه خدمات درمانی می‌پردازند (نکویی‌مقدم، ۱۳۹۲، ج ۲: ۱). در ایران نقش خیریه در ساخت مراکز بهداشتی درمانی پررنگ و شایان توجه است (زارعی، ۱۳۸۷، ج ۲: ۹)؛ به گونه‌ای که با توجه به مصوبات موجود، ۴۰ درصد هزینه ساخت مراکز بهداشتی درمانی بر عهده خیرین و ۶۰ درصد آن بر عهده دولت قرار دارد (جوادی قلعه، ۱۳۹۶: ۲۷).

سازمان‌های غیرانتفاعی چالش‌های خاصی را تجربه می‌کنند که نیاز به انجام تحقیقات گسترده‌تر در این خصوص را برجسته می‌کند. این چالش‌ها می‌تواند شامل وجود مشاغل مهم با دستمزدهای کمتر از سطح میانگین بازار کار، مشکل در جذب متخصصان واجد شرایط به علت پاداش‌های بیشتر در بخش دولتی یا خصوصی رقیب، مسیرهای توسعه شغلی و ارتقای محدودتر برای کارکنان این بخش‌ها و به‌طور کلی چالش‌های مرتبط با انگیزش و حفظ نیروی انسانی این سازمان‌ها در طول زمان باشد (Johansen & Sowa, 2019, 29: 549). در این راستا بیمارستان‌های خیریه نیز از چالش‌ها و مشکلات بخش غیرانتفاعی مستثنی نیستند و با چالش‌های ویژه‌ای به دلیل نوع عملکرد ارائه خدمات سلامت نیز مواجه‌اند.

ازجمله بسیاری از کمک‌های خیریه به بخش سلامت در ایران در حیطه بیمارستان‌سازی بوده است که بعضاً به دلیل در نظر نگرفتن منابع مالی برای ادامه فعالیت، با مشکلاتی برای ادامه عملکرد مواجه بوده‌اند (Hassan, 2000, 7: 47). همچنین، این دیدگاه وجود دارد که ناکارآمدی اقتصادی در بخش بیمارستانی در بین بیمارستان‌های غیرانتفاعی شایع‌تر است؛ به گونه‌ای که کارآمدی بیمارستان‌های دولتی و انتفاعی از بیمارستان‌های خیریه‌ای بیشتر است (Rew, 2012, 6: 11670). همچنین، سازمان‌های غیرانتفاعی به دلیل محدودیت‌های منابع و فشارهای هنجاری برای پایین نگه داشتن هزینه‌های اداری، اغلب در زیرساخت‌های مدیریتی خود، ازجمله شیوه‌های مدیریت منابع انسانی، سرمایه‌گذاری کمتری انجام می‌دهند. این در حالی است که با توجه به انتظارات، بیمارستان‌های غیرانتفاعی الزاماً باید به موضوع کیفیت خدمات نیز توجه ویژه‌ای کنند (Johansen & Sowa, 2019, 29: 549).

در بیمارستان‌های خیریه‌ای ایران تعرفه‌های خدمات درمانی ارائه‌شده تقریباً بینابین بخش دولتی و بخش خصوصی است؛ به گونه‌ای که افرادی که از صف انتظار طولانی بخش دولتی برای دریافت خدمت بازمانده‌اند و هزینه‌های بالای بخش خصوصی نیز مانع از مراجعه آنها به این بخش می‌شود، بیمارستان‌های خیریه یکی از بهترین گزینه‌هاشان برای دریافت خدمات با هزینه‌ای مناسب‌تر است؛ بنابراین، انتظار عمومی بر آن است که اینگونه بیمارستان‌ها در ارائه مراقبت به گروههایی از جامعه که ممکن است از لحاظ وضعیت اقتصادی و اجتماعی در سطوح پایین‌تری قرار داشته باشند، پیشرو باشند. در این زمینه، بررسی چالش‌های آنها از جنبه‌های مدیریتی، مالی، منابع انسانی، تجهیزاتی در هر استان و ارائه راهکارهای پیشنهادی می‌تواند به بهبود کیفیت و عدالت در ارائه خدمات سلامت توسط این مراکز کمک کند.

پژوهش‌هایی نظیر مطالعه هایدن (2005) در آمریکا نشان می‌دهند بیمارستان‌های ماساچوست مانند بیشتر بیمارستان‌های غیرانتفاعی، با چالش‌های مالی جدی مواجه‌اند (Hayden, 2205, 83: 2). همچنین، در ایران مطالعه نکویی‌مقدم و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد مؤسسات خیریه سلامت در استان تهران با مسائلی چون تأمین مالی، بروکراسی اداری، موازی کاری، مشکلات هماهنگی و ارتباط با سازمان‌های دولتی و غیردولتی، ضعف در جذب خیرین، نداشتن رهبری خاص و عدم پشتیبانی دولت مواجه‌اند (نکویی‌مقدم، ۱۳۹۲، ج ۲: ۱)؛ اما بررسی‌ها نشان می‌دهند مطالعات بسیار اندکی درباره این مراکز و ابعاد و موضوعات گوناگون موجود در آن، همچنین چالش‌های آنان و راهکارهای مواجهه با آن در ایران انجام شده است؛ بنابراین، با توجه به جایگاه این مراکز و با حجم مراجعه‌کنندگان آنها برای دریافت خدمات درمانی، پژوهش‌های صورت‌گرفته در حوزه بیمارستان‌های خیریه در سطح کشور بسیار محدود بوده و در سطح استان فارس نیز تا کنون مطالعه‌ای در این خصوص صورت نگرفته است و مطالعه حاضر با هدف تبیین چالش‌های بیمارستان‌های خیریه استان فارس و ارائه راهکار، در قالب یک مطالعه کیفی طراحی شده است.

۲- ادبیات پژوهش

جعفری‌پویان و همکاران (۱۳۹۶) طی مطالعه‌ای چالش‌های بیمارستان‌های خیریه تهران و شواهدی از مشارکت بخش غیردولتی در ارائه مراقبت را ارائه دادند. در این مطالعه با ۱۶ نفر از مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌های مربوطه و دانشگاه، مصاحبه صورت گرفت. چالش‌های موجود در بیمارستان‌های خیریه در پنج کد اصلی شامل منابع مالی، انسانی، فیزیکی، مدیریت و رهبری و فرهنگی و ۱۳ کد فرعی تعیین شد. در این مطالعه، فروش اوراق وقفی و ایجاد صندوق‌های وقفی در بیمارستان‌های خیریه برای رفع مشکلات مالی پیشنهاد شد. همچنین، حمایت وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی در راستای آموزش، ارتقای کیفیت، نیروی انسانی و همسوسازی اهداف نظام سلامت، مشارکت در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کلان و همچنین، ایجاد استانداردهای ساختاری در مدیریت این بیمارستان‌ها و ابلاغ آن توسط وزارت بهداشت از جمله اقدامات پیشنهادی بود (جعفری‌پویان، ۱۳۹۶، ج ۳: ۳۲۳).

نکویی‌مقدم و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای با عنوان «نقش مؤسسات خیریه در نظام سلامت» یک مطالعه کیفی را انجام دادند. در این مطالعه با افراد شاغل در ۶ مؤسسه خیریه سلامت مصاحبه صورت گرفت. شش محور اصلی درخصوص مدیریت مؤسسات خیریه شناسایی شد که شامل حوزه فعالیت مؤسسه، تأمین منابع، نوع منابع اهدایی، نحوه صرف منابع، چالش‌ها و نحوه تعامل با دانشگاه و سایر مؤسسات مرتبط بود. نتایج نشان دادند در این مؤسسات موضوعات بهداشتی در اولویت نیستند، کمک‌های مردمی برای تجمیع درآمد منبع قابل اطمینانی نیستند و بنابراین کمک‌ها باید در جهت اهداف مؤسسات به کار گرفته



شوند و صرف منابع در اهداف و سرمایه‌گذاری نیازمند توجه بیشتری است. مطالعه حاضر علاوه بر این، مشکلات دیگری نظیر کمبود منابع، وجود موازی‌کاری مشکلات مدیریتی و ناهماهنگی بین مؤسسات خیریه و نهادهای دولتی و غیردولتی را ازجمله سایر دشواری‌های فعالیت مؤسسات خیریه سلامت می‌داند. وجود و تداوم این قبیل مشکلات توان مسئولان و دست‌اندرکاران بخش‌های خیریه سلامت را تحلیل می‌برد و مانع از فعالیت تمام و کمال مسئولان این مؤسسات در رفع مشکلات مرتبط با سلامت می‌شود (نکویی‌مقدم، ۱۳۹۲، ج ۲: ۱).

نصیری‌پور و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه خود به ارائه الگوی مدیریت بیمارستان‌های خیریه ایران پرداختند. در این الگو تشکیل مجمع مرکزی خیرین پیشنهاد شده است. بالاترین مرجع سیاست‌گذاری، هیئت‌امنا و عالی‌ترین نهاد اجرایی بیمارستان‌های خیریه هیئت‌مدیره معرفی شده است. نتایج مطالعه حاکی از آن است که با برقراری نظام هیئت‌مدیره‌ای به‌عنوان عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری در بیمارستان‌های خیریه و دادن اختیارات لازم به آنان و همچنین، تشکیل کمیته‌های برنامه‌ریزی، کنترل و نظارت، روابط برون‌بخشی و سیاست‌گذاری می‌توان بهبود و خودکفایی این بیمارستان‌ها در اداره امور جاری خود را شاهد بود (نصیری‌پور، ۱۳۸۶، ج ۵۰: ۷۲).

جانسن و سوا^۱ (2019) در مطالعه‌ای با عنوان «مدیریت منابع انسانی، مشارکت کارکنان، و عملکرد بیمارستان غیرانتفاعی» یک روش مدیریت منابع انسانی را بررسی کردند که بر عملکرد و مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارد و بررسی کردند آیا مشارکت کارکنان در سطوح مختلف یک سازمان غیرانتفاعی بر عملکرد سازمان غیرانتفاعی تأثیر می‌گذارد یا خیر. تحقیقات تجربی ارائه‌شده در این مقاله نشان می‌دهند بین مشارکت کارکنان به‌عنوان یک استراتژی منابع انسانی و عملکرد بیمارستان غیرانتفاعی رابطه وجود دارد. در سازمان‌های غیرانتفاعی که خدمات مستقیم به مشتریان ارائه می‌کنند، مانند سازمان‌های بهداشتی و خدمات انسانی، تعامل کارگر و مشتری یکی از راههای اساسی تولید ارزش است. با توجه به اینکه کارکنان یا کارگران در این سازمان‌های غیرانتفاعی برای روشی که یک سازمان غیرانتفاعی به اهدافش دست می‌یابد و در تبدیل منابع خیریه و سایر منابع به نتایج مشتری بسیار مهم‌اند، مدیریت منابع انسانی مؤثر نیز می‌تواند راهی برای ارتقای مسئولیت‌پذیری غیرانتفاعی باشد (Johansen & Sowa, 2019, 29: 549).

اسکینر و همکاران^۲ (2017) یک مطالعه کیفی در اوهایو انجام دادند. هدف از این مطالعه درک تجربیات بیمارستان‌های غیرانتفاعی آپالچی در انجام ارزیابی‌های نیازهای سلامت جامعه بود. همچنین، بررسی اینک آیا الزامات جدید برای انجام ارزیابی منظم و برنامه‌ریزی بهداشت عمومی، چالش‌هایی را برای بیمارستان‌های روستایی آپالچی ایجاد می‌کند یا خیر. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهند چندین چالش برای بیمارستان‌های غیرانتفاعی وجود دارد که ممکن است به وضعیت آنها به‌عنوان بیمارستان روستایی مرتبط باشد. این بیمارستان‌ها برای استخدام کارکنان برای نظارت بر ارزیابی‌های نیازهای سلامت جامعه تلاش می‌کنند؛ اما اغلب فاقد منابع مادی برای رفع نیازهای شناسایی‌شده در گزارش‌ها هستند (Skinner et al, 2018, 34: 182).

هایدن^۳ (2005) در مطالعه خود با عنوان «بیمارستان‌های غیرانتفاعی با چالش‌های ساختاری و مالی» درس‌هایی از بیمارستان‌های ماساچوست را بیان می‌کند. این مطالعه نشان می‌دهد بیمارستان‌های ماساچوست مانند بیشتر بیمارستان‌های غیرانتفاعی، با چالش‌های مالی جدی مواجه‌اند. اگرچه موضوع اصلی کمبود بین درآمدها و هزینه‌ها است، پژوهشگر دریافته

¹. Johansen & Sowa

². Skinner et al.

³. Hayden



است مشکلات واقعی سیستمی هستند و دست‌کم سه مانع ساختاری آن را نشان می‌دهد: مراقبت بدون جبران، استفاده بیش از حد از بیمارستان‌های آموزشی و یک محیط غیرجذاب فزاینده برای عمل پزشکی. این مطالعه بیان می‌کند سایر ایالت‌هایی که بیمارستان‌های غیرانتفاعی آنها با مشکلات مالی مداوم مواجه‌اند، ممکن است بررسی این موضوع را مفید بدانند که آیا موانع ساختاری (مشابه یا متفاوت) عملکرد عملیاتی بیمارستان‌های خودشان را نیز تضعیف می‌کنند یا خیر. همچنین، نتایج حاکی از آن بود که آژانس‌های رتبه‌بندی نشان می‌دهند بیمارستان‌های غیرانتفاعی کشور مشکل‌سازند. مقصران شامل موارد زیرند: حجم ضعیف بیمار، کاهش بازپرداخت‌های دولتی و غیردولتی، افزایش هزینه‌ها، به‌ویژه نیروی کار و افزایش بدهی، افزایش جمعیت بدون بیمه و رقابت با مراکز تشخیصی و درمانی متعلق به پزشکان (Hayden, 2005, 83: 2).

۳- روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی و از نوع تحلیل چارچوب است. جامعه پژوهش شامل مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌های خیریه استان فارس شامل سه بیمارستان و همچنین، مدیران ستادی مطلع در دانشگاه علوم پزشکی استان فارس است. با توجه به نوع پژوهش، برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند و همگون استفاده شد که به‌طور هم‌زمان برای تسهیل دسترسی به نمونه‌های مدنظر از روش گلوله‌برفی نیز استفاده شد. در نمونه‌گیری هدفمند، افرادی به‌عنوان نمونه وارد پژوهش خواهند شد که انتظار می‌رود بیشترین سطح اطلاعات را در ارتباط با موضوع مدنظر داشته باشند (Palinkas, 2015, 42: 533). در فرآیند انتخاب نمونه با شیوه گلوله‌برفی به گونه‌ای عمل شد که از هر مشارکت‌کننده در پایان مصاحبه درخواست شد تا در صورت دسترسی به افراد مطلع دیگر، آنها را معرفی کنند. فرآیند گزینش نمونه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت. در این راستا، از تعداد ۱۲ مدیر بیمارستان‌های خیریه شیراز و ۴ مدیر ستادی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی فارس مصاحبه به عمل آمد. فرآیند گزینش نمونه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع نظری داده‌ها ادامه داشت. به عبارت دیگر، تا زمانی که پژوهشگر به مفاهیم و پاسخ‌های مشابه برسد و مفاهیم جدیدی آشکار نشود و داده‌ها شروع به تکرار شدن کنند، ادامه داشت. به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش، معیارهای ورود به مطالعه شامل سابقه فعالیت در بیمارستان‌های خیریه یا ارتباط کاری با این بیمارستان‌ها و آگاهی از فرآیندهای موجود در بیمارستان‌های خیریه و معیار خروج نیز عدم تمایل به شرکت در مطالعه در هر مرحله از تحقیق در نظر گرفته شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته و متعامل (چهره به چهره) بود. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی «بیمارستان خیریه چه چالش‌هایی دارد» شروع و سپس سؤالات اضافی برای تشویق و دستیابی به توضیحات بیشتر پرسیده شد. همکار آموزش‌دیده تیم پژوهش، مصاحبه‌ها را براساس یک راهنمای از پیش تعیین شده انجام داد.

راهنمای مصاحبه در این مطالعه دربردارنده سؤالات زیر بود:

- چالش‌های بیمارستان‌های خیریه از لحاظ منابع مالی چیست؟
- چالش‌های بیمارستان‌های خیریه از لحاظ منابع انسانی (پزشک و پرستار و سایر پرسنل) چیست؟
- چالش‌های بیمارستان‌های خیریه از لحاظ منابع تجهیزاتی چیست؟
- چالش‌های مدیریتی بیمارستان‌های خیریه چیست؟
- نوع ارتباط بیمارستان‌های خیریه با سازمان‌های بیمه‌گر، دانشگاه، مجمع خیرین سلامت چگونه است؟ و آیا مشکلاتی در این زمینه وجود دارد؟



• پیشنهادات شما برای رفع چالش‌ها در حیطه‌های فوق چیست؟

تمامی جلسات با اطلاع قبلی و هماهنگی شرکت‌کنندگان و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه برگزار شد. به شرکت‌کنندگان درخصوص محرمانه‌بودن اطلاعات اطمینان داده شد. شرکت‌کنندگان با آگاهی از اهداف مطالعه در جلسات مصاحبه شرکت کردند و مجاز به ترک مطالعه در هر مرحله‌ای بودند. دو دستگاه تمامی مصاحبه‌ها را ضبط کرد. پس از پایان هر مصاحبه بلافاصله محتوای مکالمات به صورت کلمه به کلمه پیاده‌سازی و با استفاده از روش تحلیل چارچوبی داده‌ها تحلیل شدند. روش تحلیل چارچوبی داده‌ها یکی از روش‌های محبوب و پرکاربرد تحلیل داده‌های کیفی در مطالعات حوزه سلامت است. این رویکرد ساختاری نظام‌مند برای مدیریت، تحلیل و شناسایی مضامین به پژوهشگر ارائه می‌دهد و امکان ایجاد یک مسیر شفاف برای بررسی داده‌ها را فراهم می‌آورد. در این راستا پژوهشگران از روش ۷ مرحله‌ای پیروی کردند (Gale, 2013, 13: 1).

مرحله (۱) پیاده‌سازی گفتگوها: در این مرحله گفتگوها و مصاحبه‌های انجام‌شده به صورت کلمه به کلمه پیاده‌سازی و رونوشت شدند. فرایند پیاده‌سازی مصاحبه فرصت خوبی برای غوطه‌ور شدن در داده‌ها فراهم می‌کند و بنابراین، محقق اصلی، این مرحله را انجام داد.

مرحله (۲) آشنایی با مصاحبه: به منظور تحلیل بهتر از داده‌ها، آشنایی با کل مصاحبه با استفاده از فایل صوتی ضبط‌شده یا یادداشت‌های متنی که مصاحبه‌کننده تهیه کرده بود، صورت گرفت.

مرحله (۳) کدگذاری: پس از آشنایی با مصاحبه، پژوهشگران متن رونوشت را با دقت، مطالعه و کدهای معنادار اولیه را تعیین کردند. در این مطالعه، کدگذاری به صورت استقرایی انجام شد.

مرحله (۴) طراحی یک چارچوب تحلیلی: پس از کدگذاری چند رونوشت اول از مصاحبه‌ها، همه محققان برای مقایسه کدهای استخراج‌شده گرد هم آمدند و نسبت به مجموعه کدها توافق کردند تا این روش کدگذاری برای همه رونوشت‌های بعدی اعمال شود. سپس کدهای دارای اشتراک معنایی با هم در طبقات دسته‌بندی شدند تا یک چارچوب تحلیلی برای پژوهش فراهم آید. با توجه به پیشرونده‌بودن این فرآیند، تا زمانی که آخرین رونوشت از مصاحبه‌ها کدگذاری نشده بود، چارچوب نهایی نشد.

مرحله (۵) به کارگیری چارچوب تحلیلی: چارچوب تحلیلی فراهم‌آمده در مرحله قبل برای نمایه‌سازی و رونوشت‌های بعدی با بهره‌گیری از طبقات و کدهای معنادار اولیه استفاده شد.

مرحله (۶) نمودار کردن داده‌ها در ماتریس چارچوب: با توجه به حجم بالای داده‌های کیفی حاصل از مطالعه، به منظور فراهم‌آوری امکان تحلیل بهتری از داده‌ها، در این مرحله داده‌ها در یک نمودار خلاصه شدند.

مرحله (۷) تفسیر داده‌ها: در مرحله آخر، داده‌ها تفسیر شدند و ارتباط بین داده‌ها و تقدم و تأخر آنها مشخص شد.

۳-۱- دقت و قابلیت اعتماد نتایج

پس از تحلیل داده‌ها برای تعیین پایایی از روش بازبینی توسط همکاران یا سایر افراد متخصص خارج از تیم پژوهش استفاده شد؛ به این صورت که صوت ضبط‌شده و متن پیاده‌شده، به چند نفر از افراد صاحب‌نظر ارائه شد تا بررسی شوند. همچنین، برای تضمین دقت علمی و موثق بودن یا قابلیت اعتماد مطالعه از چهار معیار پیشنهادی گوبا و لینکلن^۱ (1994) شامل

¹. Guba and Lincoln



اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت اطمینان و تاییدپذیری استفاده شد (Armstrong, 1997, 31: 597). در نهایت، به منظور دستیابی به بازتاب‌پذیری، پژوهشگران یادداشت‌های روزانه مختلفی درخصوص تصمیمات مربوط به روش‌های انجام مطالعه، پیش‌فرض‌های خود و نیز گرایش‌ها و ارزش‌های شخصیشان را ثبت کردند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار اطلس تی ۹ استفاده شد. در پایان، یافته‌های حاصل از تحلیل مضامین در قالب نقشه مفهومی ارائه شدند.

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم، پروتکل این مطالعه را با کد IR.JUMS.REC.1401.081 تصویب کرد.

۴- نتایج

در این مطالعه کیفی، تعداد ۱۶ مصاحبه از مدیران بیمارستان‌ها خیریه شهر شیراز و مدیران ستادی دانشگاه علوم پزشکی فارس به عمل آمد. میانگین سن شرکت‌کنندگان مطالعه 47 ± 8 بود. جدول شماره ۱ نشان‌دهنده مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه

Table 1- Demographic characteristics of study participants

متغیر	تعداد/میانگین (SD/%)
سن	۴۷ (۶)
جنس	مرد ۱۰ (۶۲٪)
	زن ۶ (۳۸٪)
تحصیلات	کارشناسی ۲ (۱۲٪)
	کارشناس ارشد ۶ (۳۸٪)
	دکتر ۸ (۵۰٪)
سابقه کار	کمتر از ۱۰ سال ۵ (۳۱٪)
	۱۰ تا ۲۰ سال ۸ (۵۰٪)
	۲۰ تا ۳۰ سال ۳ (۱۹٪)
سابقه مدیریت	کمتر از ۱۰ سال ۸ (۵۰٪)



۶ (۳۸٪)	۱۰ تا ۲۰ سال	
۲ (۱۲٪)	۲۰ تا ۳۰ سال	

نتایج تحلیل چارچوب کیفی به شناسایی سه مضمون اصلی، هشت مضمون فرعی و ۲۳ طبقه درخصوص چالش‌های پیش‌روی بیمارستان‌های خیریه شیراز منجر شد. مضمون‌های اصلی مرتبط با چالش‌های بیمارستان‌های خیریه عبارت‌اند از چالش‌های فرآیند مدیریتی، مشکلات نظام مالی و اقتصادی و محدودیت‌های تأمین منابع. جدول شماره ۲ نتایج تحلیل تماتیک مربوط به چالش‌های بیمارستان‌های خیریه شهر شیراز را نشان می‌دهد.

جدول ۲- چالش‌های بیمارستان‌های خیریه در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها

Table 2- Challenges of charitable hospitals compared to other hospitals

طبقات	مضامین فرعی	مضامین اصلی
- وابستگی چندگانه و مبهم سازمانی - نظام هیئت‌امنایی ناکارآمد - شیوه غیر تخصصی انتخاب و ابقای مسئولین بیمارستان‌های خیریه - شیوه ارزشیابی نامشخص مسئولین بیمارستان‌های خیریه	نظام اداره غیرکارآمد	چالش‌های فرآیند مدیریتی
- نظارت هم‌زمان چند نهاد - نهادهای متفاوت نظارت‌کننده - انتظارات متفاوت نهادهای نظارتی	نظارت بیرونی چندگانه	
- خلأ نظام هماهنگ تصمیم‌گیری درون بیمارستانی - تأثیر نهادها و گروه‌های مختلف بر تصمیمات تخصصی - ضعف هماهنگی بین‌بخشی در تصمیمات	ابهام نظام تصمیم‌گیری	
- نبود منابع مالی همیشگی - نوسانات سرمایه‌گذاری - ضعف در جذب سرمایه‌های جدید	تأمین مالی ناپایدار	مشکلات نظام مالی و اقتصادی
- هدررفت منابع و عدم کارایی مطلوب منابع مالی - نبود برنامه جامع ارتقای شاخص‌های هزینه-کارایی	ناکارآمدی منابع مالی	
- عدم تکافوی هزینه‌ها توسط نظام تعرفه‌ای فعلی - نبود حمایت‌های دولتی و خیریه هماهنگ با انتظارات جامعه از نظام پرداخت بیمارستان‌های خیریه	نقص نظام تعرفه‌ای	
- نبود امکان گسترش فضاها و فیزیکی مطابق با نیازها و انتظارات - کندی فرآیندهای توسعه فضاها و فیزیکی به دلیل ضعف تأمین مالی - کمبود تجهیزات سرمایه‌ای براساس استانداردها و انتظارات	ضعف تأمین منابع سرمایه‌ای و تجهیزاتی	محدودیت‌های تأمین منابع
- امنیت شغلی و انگیزش حرفه‌ای کم - عدم امکان فراهم‌آوری مشوق‌های مالی جذب نیروهای باتجربه - تضاد منافع مالی صاحبان حرف بالینی با نظام تعرفه‌ای و کاهش انگیزه فعالیت در بیمارستان‌های خیریه	تأمین ناکافی نیروی انسانی متخصص	

۴-۱- چالش‌های فرآیند مدیریتی

این مضمون بیان‌کننده آن دسته از چالش‌ها و مشکلات پیش‌روی بیمارستان‌های خیریه است که به‌طور مستقیم در ارتباط با نظام مدیریتی و سازماندهی بیمارستان‌ها تبیین می‌شوند. این مضمون شامل نظام اداره غیرکارآمد، نظارت بیرونی چندگانه و ابهام نظام تصمیم‌گیری می‌شود.

۴-۱-۱- نظام اداره غیرکارآمد: این مضمون فرعی به چالش‌هایی اشاره دارد که با ساختار مدیریت عالی بیمارستان‌های خیریه مرتبط بوده و نشان‌دهنده آن دسته از مشکلاتی است که در نظام مدیریت ارشد بیمارستان‌های خیریه وجود دارد. وابستگی چندگانه و مبهم سازمانی از جمله چالش‌های مهم این مجموعه است که شرکت‌کنندگان این مطالعه به آن توجه داشته‌اند. در این راستا یکی از شرکت‌کنندگان بیان داشت:

«برای ما به‌عنوان یک بیمارستان خیریه این ابهام همچنان وجود دارد که دقیقاً به کدام مجموعه وابستگی داریم. وابستگی ما واقعاً به کدام نهاد و ارگان است و پاسخگوی کدامیک باید باشیم: دانشگاه، اوقاف، هیئت‌امنا و این یک سؤال اساسی و حل نشده است» (شرکت‌کننده ۷).
در همین راستا چندین نفر از شرکت‌کنندگان به نظام هیئت‌امنایی ناکارآمد اشاره داشتند؛ به‌طور مثال، یک نفر از آنها گفت: «... حل این مشکلات صرفاً با تشکیل یک هیئت‌امنای تخصصی و کارآمد میسر خواهد شد. در حال حاضر ساختار هیئت‌امنا بسیار غیرتخصصی هست. درواقع عملکردی که باید داشته باشد را به‌نحو مطلوب ارائه نمی‌کند. یک اصلاح ساختار در جهت بهبود این نقیصه ضروری است» (شرکت‌کننده ۲).

ازجمله موارد دیگر مرتبط با چالش‌های نظام اداره ناکارآمد، شیوه غیرتخصصی انتخاب و ابقای مسئولین بیمارستان‌های خیریه است. در این خصوص یک نفر از شرکت‌کنندگان بیان داشت:

«آنچه مهم است داشتن مدیران تخصصی و انتخاب‌شده براساس تجربه و تخصص کافی است؛ اما روند و روال فعلی بیشتر براساس تأثیر و لابی گروه‌های مختلف است. این موضوع در ابقا و نگهداشت مدیران نیز خود را نشان می‌دهد» (شرکت‌کننده ۱۱).
مشکل بعدی پیش‌روی نظام مدیریتی بیمارستان‌های خیریه که تأکیدشده شرکت‌کنندگان است، موضوع شیوه ارزشیابی مدیران این مجموعه‌ها است. در این خصوص، یک نفر از مدیران بیمارستان‌ها گفت:

«اینکه مدیران و مسئولین بیمارستان‌ها چگونه و بر چه مبنایی ارزشیابی می‌شوند سؤال جدی و اساسی ما است. آیا شیوه‌های فعلی علمی است و آیا تضمینی برای اینکه ارزشیابی بر مبنای عملکرد باشد وجود دارد. اینگونه به نظر نمی‌رسد و این باعث شده است حاشیه امنی برای عملکرد مدیران فراهم شود» (شرکت‌کننده ۱۶).

۴-۱-۲- نظارت بیرونی چندگانه: ازجمله چالش‌های مهم دیگر فرآیند مدیریتی بیمارستان‌های خیریه که شرکت‌کنندگان این مطالعه به آن توجه داشتند، موضوع نظارت بیرونی چندگانه بود. تعدادی از مدیران به نظارت هم‌زمان چندین نهاد و نیز تفاوت‌های ساختاری و مأموریتی سازمان‌های نظارت‌کننده اشاره داشتند. در این خصوص یک نفر از شرکت‌کنندگان تأکید داشت:

«یکی از سردرگمی‌های عمده بیمارستان‌هایی مثل ما این است که نهادها و ارگان‌های زیاد و مختلفی بر ما نظارت دارند؛ حتی بعضاً شاهد این واقعیت هستیم که کارکردها و مأموریت‌های این سازمان‌های نظارت‌کننده هم متفاوت و شاید متضاد هم باشد. بعضی از این سازمان‌ها غیرتخصصی هم هستند. این کار را با مشکل مواجه می‌کند. کار غیرتخصصی می‌شود» (شرکت‌کننده ۹).

معضل دیگر اشاره‌شده در این بخش، انتظارات متفاوت نهادهای نظارت‌کننده مختلف بود؛ به نحوی که هر نهاد براساس وظایف و رسالت‌های خود انتظارات متفاوتی از بیمارستان‌های خیریه متصور است. در این راستا یکی از شرکت‌کنندگان با ذکر مثالی بیان داشت:

«اگر واقعاً بخواهیم به انتظارات همه نهادهای ناظر عمل کنیم، بعضاً دچار مشکل می‌شویم. خب! گاه دیده می‌شود این خواسته‌ها در تضاد با هم هستند. مثلاً یک نهاد از ما کاهش هزینه و کارایی را انتظار دارد و نهاد دیگر ارائه خدمات با کمترین هزینه برای اکثریت مراجعه‌کنندگان یا چیزهایی امثال این‌ها...» (شرکت‌کننده ۱).

۴-۱-۳- ابهام نظام تصمیم‌گیری: شیوه نامعین و مبهم تصمیم‌گیری‌های کلان در بیمارستان‌های خیریه از دیگر چالش‌های حیطه فرآیند مدیریتی است. نبود نظام هماهنگ تصمیم‌گیری درون بیمارستان یکی از عمده مشکلات در این زمینه است که شرکت‌کنندگان به آن توجه داشتند. در این خصوص یکی از مدیران گفت:

«تصمیمات درون بیمارستان فرآیند چندان واضحی ندارد. درست است که در ظاهر تصمیمات یک روند روتین و معمولی را طی می‌کند، اما در عمل برای اتخاذ تصمیم نیاز به هماهنگی بین ارکان و افراد و گروه‌های مختلف حاکمیتی درون بیمارستان است که این امر محقق نمی‌شود. این مشکل خود را نهایتاً در نتیجه تصمیمات نشان می‌دهد» (شرکت‌کننده ۱۳).

تأثیر نهادها و گروه‌های مختلف بیرون از مجموعه بیمارستان بر تصمیمات کلان از دیگر موضوعات مدنظر شرکت‌کنندگان این مطالعه بود؛ برای مثال، یکی از مدیران ستادی دانشگاه بیان داشت:

«ما شاهد این واقعیت هستیم که بسیاری از تصمیمات از بیرون به این بیمارستان‌ها دیکته می‌شود. تصمیماتی که در برخی مواقع هیچ انطباقی با واقعیت‌های موجود و شرایط کاری بیمارستان‌ها ندارد. گروه‌های مختلفی هم در این تصمیم‌گیری‌ها موثرند» (شرکت‌کننده ۴).

علاوه بر تأثیر گروه‌ها و نهادهای مختلف بر تصمیمات بیمارستان‌های خیریه، آنچه از نظر شرکت‌کنندگان مشکلات را افزایش داده است، نبود هماهنگی بین این نهادها و گروه‌ها در اخذ تصمیمات است؛ برای مثال، یکی از مدیران ستادی دانشگاه در این خصوص گفت:

«... از طرفی، آنچه به این مشکل دامن می‌زند و آن را تشدید می‌کند، ناهماهنگی این نهادهای تصمیم‌گیرنده و تصمیم‌ساز است. عدم هماهنگی بین این مجموعه‌های ذینفع در تصمیمات خود به معضل بزرگی در برنامه‌ریزی و چشم‌انداز پیش روی این بیمارستان‌ها مبدل شده است» (شرکت‌کننده ۵).

۴-۲- مشکلات نظام مالی و اقتصادی

دومین مضمون استخراج‌شده از تحلیل‌های حاصل از مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته درخصوص چالش‌های بیمارستان‌های خیریه شیراز مشکلات نظام مالی و اقتصادی بود. این مضمون به مباحث مهمی از جمله پایداری منابع مالی و سرمایه‌گذاری‌ها، شیوه ناکارآمد و ناکارای استفاده از منابع موجود و نیز نظام تعرفه‌ای نامطلوب بیمارستان‌های خیریه اشاره دارد.

۴-۲-۱- تأمین مالی ناپایدار: از مهم‌ترین مشکلات حیطه مالی و اقتصادی بیمارستان‌های خیریه، معضل تأمین مالی ناپایدار است. نبود منابع مالی دائم و همیشگی از جمله مهم‌ترین چالش‌هایی بود که بیشتر شرکت‌کنندگان به آن تأکید داشتند. در این راستا یکی از مدیران اشاره کرد:

«بیمارستان‌های خیریه همیشه با این مشکل مواجه بوده‌اند که چگونه می‌توانند منابع و سرمایه مورد نیاز خود را به‌صورت مداوم و بدون دغدغه اکتساب کنند. این بیمارستان‌ها معمولاً از حمایت‌های دولتی برخوردار نیستند. منابع پایدار یک معضل اساسی برای این بیمارستان‌ها به وجود آورده است» (شرکت‌کننده ۶).

از دیگر معضلات این بخش، نوسانات موجود در سرمایه‌گذاری‌های انجام‌شده در بیمارستان‌های خیریه است. در این خصوص یکی از شرکت‌کنندگان بیان داشت:

«سرمایه‌گذاری در بیمارستان‌هایی مثل این مجموعه وابسته به خیرین و نیت آنان است و این موضوع باعث شده است سرمایه‌هایی که به بیمارستان تزریق می‌شوند، همراه با نوسانات اقتصادی یا تغییر در دیدگاه و ذائقه خیرین دچار نوسان و تغییر شود. این موضوع پایداری سرمایه‌گذاری را با خاطر مواجه می‌سازد» (شرکت‌کننده ۱۴).

یکی دیگر از چالش‌هایی که به گفته شرکت‌کنندگان باعث ناپایداری منابع در بیمارستان‌های خیریه شده، ضعف در جذب منابع جدید است. در این خصوص یکی از مدیران بیمارستان‌ها تأکید داشت:

«ما شاهد آن هستیم که سازوکار جذب منابع خیریه جدید برای بیمارستان‌های خیریه چندان کارآمد نیست. باید برای جذب موقوفات و سرمایه‌گذاری‌های خیریه جدید از روش‌های بهتر و مؤثرتری استفاده شود. اینگونه منابع معمولاً در بسیاری امور که شاید چندان ضروری هم نباشند، هزینه می‌شوند. چرا وارد بخش بیمارستانی نشوند» (شرکت‌کننده ۱۲).

۲-۲-۴ ناکارآمدی منابع مالی: دومین چالش عمده مالی و اقتصادی بیمارستان‌های خیریه استفاده‌نشدن بهینه و کارآمد از منابع مالی موجود است. هدررفت منابع و نبود کارایی ازجمله این مشکلات است که بسیاری از شرکت‌کنندگان به آن تأکید داشتند؛ برای مثال، یک نفر از شرکت‌کنندگان تأکید کرد:

«بیمارستان‌های خیریه به‌واسطه نحوه تأمین مالی و نوع پایش‌هایی که از فرآیندهای آن صورت می‌گیرد، معمولاً با هدررفت منابع مواجه‌اند. این هدررفت منابع مالی، چه در بخش لوازم مصرفی و چه در بخش نیروی انسانی، خود را نشان می‌دهد» (شرکت‌کننده ۱۰).

عدم تدوین و اجرای برنامه‌های پایش کارایی هزینه‌ها در بیمارستان‌های خیریه ازجمله مشکلات دیگر شرکت‌کنندگان این مطالعه بود. در این خصوص یکی از مسئولین بیمارستان‌های خیریه تأکید داشت:

«آنچه مسلم است اینکه در بیمارستان‌های خیریه ما یک برنامه جامع برای پایش و ارزشیابی هزینه‌کردهای خود نداریم. درواقع ما نمی‌دانیم این هزینه‌هایی که انجام می‌گیرد تا چه حد کارا بوده و تا چه حد از این منابع به هدر رفته است. حتماً یک تحلیل جامع در این خصوص می‌تواند به ما کمک بزرگی بکند» (شرکت‌کننده ۷).

۳-۲-۴ نقص نظام تعرفه‌ای: ازجمله مشکلات بیمارستان‌های خیریه در کشور ما نظام تعرفه خدمات در این بیمارستان‌ها است. به گفته بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه، تعرفه خدمات تعیین‌شده برای خدمات بیمارستانی تکافوی هزینه‌های خدمات را نمی‌کند. در این خصوص یکی از شرکت‌کنندگان گفت:

«به‌طور کلی تعرفه‌های تعیین‌شده برای خدمات بیمارستانی در هیچ‌کدام از بیمارستان‌ها با واقعیت هزینه‌کردها و هزینه تمام‌شده خدمات همخوانی ندارد و این موضوع در بیمارستان‌های خیریه به دلیل نوع تعرفه‌های خاص آن مصداق بیشتری دارد. درواقع دخل و خرج ارائه خدمات بیمارستانی با هم سازگار نیست» (شرکت‌کننده ۸).

از دیگر مشکلات مهم این بخش، نبود حمایت‌های دولتی و خیریه هماهنگ با انتظارات جامعه از نظام پرداخت بیمارستان‌های خیریه است. بر این اساس، انتظارات عمومی از بیمارستان‌های خیریه برای ارائه خدمات با هزینه‌های متعادل‌تر لزوم حمایت‌های بیشتر از این بیمارستان‌ها را ضروری می‌کند. در این راستا یکی از مدیران بیمارستان‌ها تأکید داشت:

«انتظاری که مردم از بیمارستان خیریه دارند این است که خدمات را با قیمت کمتر از بیمارستان‌های دولتی ارائه کند و شاید این انتظار به‌جایی باشد. برای پاسخگویی به این انتظارات ما نیازمند حمایت‌هایی از سمت دولت یا خیرین هستیم» (شرکت‌کننده ۹).

۳-۴ محدودیت‌های تأمین منابع

براساس تحلیل داده‌ها، سومین مضمون اصلی درخصوص چالش پیش روی بیمارستان‌های خیریه، محدودیت‌های تأمین منابع است. این چالش عمده به مشکلات مربوط به تأمین فضای فیزیکی، تجهیزات سرمایه‌ای و نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان‌های خیریه اشاره دارد.

۴-۳-۱- ضعف تأمین منابع سرمایه‌ای و تجهیزاتی: بسیاری از شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر به کمبودهای بیمارستان‌های خود از منظر منابع تجهیزاتی و سرمایه‌ای تأکید داشتند. در این خصوص یکی از شرکت‌کنندگان با اشاره کمبود فضای فیزیکی لازم برای ارائه خدمات و همچنین، مشکلات موجود بر سر راه توسعه فضای فیزیکی بیمارستان‌ها اعلام داشت:

«انتظارات مردم از بیمارستان‌های خیریه رو به افزایش است. همه این عوامل و انتظاراتی که خدمتتان عرض شد، باعث شده است ما با مشکل تأمین فضای فیزیکی برای ارائه خدمات مواجه باشیم. توسعه این فضاها نیازمند منابع جدیدی است که در این خصوص بسیار در مضیقه هستیم. همچنین، همین بخش‌هایی هم که در حال ساخت داریم، به علت نداشتن منابع مالی پیشرفت بسیار کمی دارند. کذب‌بودن روند کارها را می‌توان با تزریق پول مرتفع کرد» (شرکت‌کننده ۱۱).

کمبود تجهیزات تشخیصی و درمانی از دیگر مشکلات عمده در این بخش بود که شرکت‌کنندگان مطالعه به آن توجه داشتند. در این خصوص یکی از مدیران تأکید داشت:

«ما برای برخی تجهیزات و تأمین منابع مربوط به آن دچار مشکلات زیادی می‌شویم. نیازمند کمک‌های خیریه هستیم. تجهیزات تشخیصی و درمانی فرسوده نیاز به جایگزینی دارند و ما باید برای تأمین آنها فکری بکنیم. این مشکل دائم فکر ما را مشغول کرده است» (شرکت‌کننده ۱۵).

۴-۳-۲- تأمین ناکافی نیروی انسانی متخصص: از جمله چالش‌های تأمین منابع بیمارستان‌های خیریه در حیطه نیروی انسانی است. نوع ارتباطات کاری بین بیمارستان‌های خیریه و نیروی انسانی سلامت به بروز مشکلاتی منجر می‌شود که در این مطالعه تبیین شد. امنیت پایین شغلی کم و در نتیجه آن انگیزش حرفه‌ای پایین از جمله این مشکلات بود که بسیاری از شرکت‌کنندگان به آن تأکید داشتند. در این خصوص یکی از مدیران گفت:

«نوع قراردادهای کاری که در بیمارستان‌های مثل ما با کارکنان بسته می‌شود، عملاً چندان امنیت شغلی برای آنها فراهم نمی‌کند ... نتیجه مستقیم این نوع قراردادها کم‌شدن تعهد و انگیزه کاری کارکنان است» (شرکت‌کننده ۱۶).

تعداد زیادی از مدیران بیمارستان‌های خیریه به مشکل این بیمارستان‌ها در جذب نیروهای متخصص و باتجربه به دلیل نبود مشوق‌های مالی مطلوب اشاره داشتند. طبق گفته شرکت‌کنندگان این مطالعه، نظام تعرفه‌ای بیمارستان‌های خیریه با منافع مالی گروه‌های حرفه‌ای بالینی همخوانی نداشته و این موضوع باعث کاهش تمایل این گروه‌ها به ارائه خدمت در این بیمارستان‌ها شده است. در این خصوص یکی از مدیران گفت:

«ما عملاً از اینکه در مقایسه با بیمارستان‌های خصوصی بتوانیم بسته‌های مالی خوبی را برای جذب متخصص و کارکنان باتجربه فراهم کنیم، عاجز هستیم. نحوه اداره کردن و تأمین مالی اینگونه بیمارستان‌ها این اجازه را به ما نمی‌دهد که مشوق‌های خیلی جذاب را برای به خدمت گرفتن افراد با سابقه اجرایی کنیم» (شرکت‌کننده ۳).

یکی دیگر از مدیران بیمارستان‌های خیریه در این خصوص افزود:

«پزشکان و متخصصان غالباً برای ارائه سرویس‌های درمانی به دنبال بیمارستان‌هایی با شرایط مالی مناسب هستند که از جمله این شرایط، جبران خدمت مناسب و به موقع است. بیشتر این گروه‌های متخصص اگر ببینند سیستم پرداخت ما با خواسته‌ها و انتظاراتشون چندان همخوانی ندارد، مایل به همکاری با ما نیستند» (شرکت‌کننده ۱).

همچنین، نتایج تحلیل‌ها درخصوص راهکارهای مواجهه با چالش‌های بیمارستان‌های خیریه به شناسایی ۱۷ طبقه، ۵ مضمون فرعی و ۲ مضمون اصلی سازوکارهای تعالی سازمان و ابتکارات تأمین منابع منجر شد. جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کیفی مربوط به راهکارهای مقابله با چالش‌های پیش‌روی بیمارستان‌های خیریه را نشان می‌دهد. علاوه بر این، شکل شماره ۱ نقشه مفهومی حاصل از تحلیل مضامین را نشان می‌دهد.

جدول ۳- راهکارهای غلبه بر چالش‌های بیمارستان‌های خیریه

Table 3- Solutions to address the challenges of charity hospitals

مضامین اصلی	مضامین فرعی	طبقات
سازوکارهای تعالی سازمان	توسعه و ارتقای ساختار سازمانی و مدیریتی	- ایجاد نظام هیئت‌امنایی توانمند، کارآمد و تخصصی - اعطای استقلال در تصمیم‌گیری اجرایی به مسئولین بیمارستان‌ها - تبیین نظام ارزشیابی و پاسخگویی متناسب با اختیارات مدیران بیمارستان‌ها - تبیین و اجرای نظام پایش منظم عملکرد مدیریتی توسط هیئت‌امنا
	توسعه هماهنگی بین‌بخشی	- ایجاد راهکارهای اجرای نظارت‌های تلفیقی و یکپارچه - تبیین سازوکارهای ایجاد تفاهم بین انتظارات نهادهای نظارتی تخصصی و عمومی - ایجاد نظام هماهنگ تصمیم‌گیری کلان براساس مشارکت ذی‌نفعان اصلی و با محوریت هیئت‌امنا
ابتکارات تأمین منابع	پایدارسازی تأمین سرمایه مالی	- بهره‌گیری از ظرفیت موقوفات با درآمد دائم برای بیمارستان‌های خیریه - سرمایه‌گذاری‌های مولد برای بازتوزیع درآمد حاصله در ارائه خدمات بیمارستان‌های خیریه - بازنگری نظام تعرفه خدمات بیمارستان‌های خیریه - جبران هزینه‌های ارائه خدمات از محل کمک‌های خیریه یا یارانه‌های دولتی
	ارتقای شاخص‌های هزینه-کارایی	- ایجاد نظام یکپارچه سنجش کارایی بیمارستان‌ها - تدوین و اجرای برنامه‌های پایش مستمر کارایی
	توسعه ظرفیت‌های تأمین منابع انسانی و فیزیکی	- ایجاد سازوکار استفاده از ظرفیت نظام آموزش پزشکی در تأمین نیروی انسانی - بهبود قراردادهای جذب نیروی انسانی برای افزایش امنیت شغلی و انگیزش و ماندگاری نیروی انسانی - تأمین منابع مالی مورد نیاز تجهیزات و فضای فیزیکی از محل جذب موقوفات و منابع خیریه جدید - تأمین منابع تجهیزاتی از محل حمایت‌های یارانه‌ای دولتی

۴-۴- سازوکارهای تعالی سازمانی

ازجمله راهکارهای مقابله با چالش‌های پیش روی بیمارستان‌های خیریه که در تحلیل کیفی شناسایی شد، در قالب مضمون سازوکارهای تعالی سازمانی تبیین شد. این مضمون به توسعه توانمندی‌ها، ساختارها و ظرفیت‌های مدیریتی و سازمانی بیمارستان‌های خیریه اشاره دارد.

۴-۴-۱- توسعه و ارتقای ساختار سازمانی و مدیریتی: یافته‌های تحلیل کیفی نشان‌دهنده آن بود که شرکت‌کنندگان مطالعه بهبود ساختار و فرآیندهای مدیریتی را ازجمله راهکارهای مقابله با چالش‌های سازمان و مدیریت بیمارستان‌های خیریه تبیین کرده‌اند. در این بین ایجاد نظام هیئت‌امنای متخصص و کارآمد ازجمله این راهکارها بود که تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان به آن تأکید داشتند. در این خصوص یکی از شرکت‌کنندگان بیان داشت:

«بازنگری در ساختار، ترکیب و شیوه عملکرد هیئت‌امنای بیمارستان می‌تواند نقش بسزایی در کاهش مشکلات مدیریتی و تولیتی بیمارستان داشته باشد. تشکیل یک هیئت‌امنای تخصصی و پاسخگو تنها راهکار پیشنهادی من در این زمینه است» (شرکت‌کننده V).

ازجمله راهکارهای پیشنهادی دیگر در این حیطه، اعطای استقلال تصمیم‌گیری به مدیران اجرایی بیمارستان‌های خیریه بود. اعطای استقلال علاوه بر سرعت‌بخشیدن به فرآیند تصمیم‌گیری، باعث اتخاذ تصمیمات براساس شرایط واقعی بیمارستان‌ها خواهد شد. در این خصوص یکی از شرکت‌کنندگان تأکید کرد:

«اگر مدیران اجرایی که در خط اول ارائه خدمات فعالیت می‌کنند، حق تصمیم‌گیری‌های اجرایی داشته باشند، بهتر می‌توانند براساس شرایط واقعی موجود، بیمارستان را اداره کنند و عملکرد خود را بر اساس این واقعیت‌ها تطبیق دهند» (شرکت‌کننده ۲).

تبیین و اجرای نظام کارآمد ارزشیابی عملکرد مدیران بیمارستان‌ها از دیگر راهکارهای پیشنهادی در حیطه تعالی سازمانی بود. در این زمینه به اهمیت نقش هیئت‌امنا به‌عنوان مسئول اصلی نظارت بر عملکرد مدیران اجرایی بیمارستان‌ها تأکید شده است. بر این اساس، یکی از مدیران ستادی دانشگاه تأکید کرد:

«به‌منظور سنجش واقعی و مبتنی بر عملکرد مدیران اجرایی بیمارستان‌ها می‌باید هیئت‌امنا سیستم پایش عملکرد را تنظیم و اجرایی کند؛ البته باید دقت شود این سنجش‌ها صرفاً باید منطبق با اختیارات مدیران باشد و همچنین، باید فقط و فقط براساس عملکرد عینی آنها انجام شود نه براساس شاخص‌های انتزاعی» (شرکت‌کننده ۶).

۴-۴-۲- توسعه هماهنگی بین‌بخشی: از دیگر راهکارهای پیشنهادی حیطه تعالی سازمانی، توسعه هماهنگی بین‌بخشی به‌منظور افزایش هماهنگی در نظارت و پایش عملکرد و نیز اتخاذ تصمیمات کلان مرتبط با بیمارستان‌های خیریه بود. ازجمله مهم‌ترین پیشنهادات این بخش، ایجاد سازوکارهای ایجاد هماهنگی بین نهادها و سازمان‌های نظارتی برای ایجاد فرآیند نظارت تلفیقی بود. اینگونه فرآیند تلفیقی که حاصل سازوکار نظارت هماهنگ خواهد بود، می‌تواند به وحدت رویه و کاهش اختلاف‌نظرها منجر شود. در این خصوص یکی از مدیران ستادی دانشگاه تأکید کرد:

«باید به دنبال تدوین یک نظام‌نامه و آیین‌نامه‌ای بود که نظارت ارگان‌های مختلف از بیمارستان‌ها یکپارچه شود. نظارت یکپارچه سردرگمی بیمارستان‌ها را از بین می‌برد. همچنین، اگر این اتفاق رخ دهد، از موازی‌کاری جلوگیری می‌شود و علاوه بر کاهش هزینه‌های اجرایی، ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها را به همراه خواهد داشت» (شرکت‌کننده ۴).

ایجاد نظام هماهنگ تصمیم‌گیری کلان از دیگر راهکارهای پیشنهادی ارائه‌شده در این حیطه بود. این نظام با بهره‌گیری از ظرفیت مشارکت تمامی ذی‌نفعان، به افزایش تعهدات سازمانی مرتبط با تصمیمات و نیز افزایش حمایت‌طلبی برون‌بخشی منجر خواهد شد. در این راستا یکی از مدیران بیمارستان‌های خیریه بیان کرد:

«اگر ما بتوانیم تصمیم‌گیری‌های سطح کلان را به‌صورت مشارکتی و با حضور همه ذی‌نفعان بیمارستان انجام دهیم، تعهدی که برای اجرا و دنبال‌کردن تصمیمات ایجاد می‌شود، بسیار مؤثر خواهد بود. یک جنبه دیگر این موضوع هم جلب حمایت گروه‌های مختلف بیرون از بیمارستان از تصمیمات اتخاذ شده است؛ زیرا این گروه‌ها نیز در تصمیم‌گیری مشارکت مؤثر داشته‌اند» (شرکت‌کننده ۱۱).

۴-۵- ابتکارات تأمین منابع

دومین راهکار کلان مقابله با چالش‌های بیمارستان‌های خیریه که طی تحلیل کیفی در این مطالعه تبیین شد، ابتکارات تأمین منابع بود. این ابتکارات با محوریت پایدارسازی تأمین منابع مالی و ارتقای کارایی هزینه‌ها و نیز راهکارهای تأمین منابع انسانی، تجهیزاتی و فیزیکی پیشنهاد شده است.



۴-۵-۱- پایداری سازی تأمین منابع مالی:

شرکت‌کنندگان این مطالعه به منظور مقابله با مشکلات مربوط به بی‌ثباتی تأمین مالی، راهکارهای مختلفی پیشنهاد دادند. یکی از این راهکارها بهره‌گیری از ظرفیت موقوفات دارای درآمد دائم برای استفاده در ارائه خدمات بیمارستانی بود. در این خصوص یکی از شرکت‌کنندگان گفت:

«می‌توان موقوفات دارای درآمد دائمی را به سمت بیمارستان‌ها سوق داد؛ یعنی وقف‌های بیمارستانی. این وقف‌ها درآمد دائمی را برای بیمارستان تأمین می‌کند و به نوعی سرمایه‌گذاری دائمی برای بیمارستان محسوب می‌شوند» (شرکت‌کننده ۸).

ازجمله راهکارهای پیشنهادی دیگر در این خصوص، سرمایه‌گذاری بیمارستان در امور مولد به منظور بهره‌گیری از درآمد حاصله در ارائه خدمات بیمارستانی بود. در این خصوص یکی از مدیران بیمارستان‌های خیریه افزود:

«ما اگر بتوانیم فعالیت‌های تجاری از محل موقوفات برای بیمارستان راه‌اندازی کنیم، می‌توانیم یک منبع درآمد پایدار را برای بیمارستان تضمین کنیم. این فعالیت‌های تجاری می‌تواند در حیطه سلامت یا حتی در حیطه‌های دیگر هم باشد» (شرکت‌کننده ۱۳).

ازجمله پیشنهادها انجام اصلاحات کلان به منظور بهبود درآمد بیمارستان‌های خیریه، اصلاح نظام تعرفه خدمات بیمارستان بود. در این راستا یکی از مدیران بیمارستان‌ها تأکید داشت:

«دولت باید با اصلاح تعرفه بیمارستان‌های خیریه نسبت به جبران زیان‌دهی این بیمارستان‌ها اقدام کند. این یک راه چاره مهم است؛ البته نظام تعرفه خدمات سلامت در همه بخش‌ها نیاز به بازنگری و واقعی‌سازی دارد؛ اما بیمارستان‌های خیریه در اولویت این اصلاحات قرار دارند» (شرکت‌کننده ۱).

پیشنهاد جبران هزینه ارائه خدمات بیمارستان‌های خیریه از محل یارانه‌های دولتی یا کمک‌های خیریه، راهکار دیگر شرکت‌کنندگان برای بهبود وضعیت تأمین مالی پایدار اینگونه بیمارستان‌ها بود. در این زمینه یکی از مدیران بیان داشت:

«اگر بتوان بخشی از هزینه‌های بیمارستان را از محل یارانه‌های دولتی تأمین کرد، بخشی از مشکلات مرتفع می‌شوند» (شرکت‌کننده ۲).

همچنین، یکی دیگر از مدیران در این خصوص تأکید کرد:

«چرا یک خط اعتباری از محل وجوهات خیریه برای جبران هزینه‌های ارائه خدمات در این بیمارستان‌ها در نظر گرفته نمی‌شود. از این طریق، انتظارات مردم هم به خوبی پاسخ داده خواهد شد» (شرکت‌کننده ۹).

۴-۵-۲- ارتقای شاخص‌های هزینه-کارایی:

ازجمله پیشنهادات ارائه‌شده در حیطه ابتکارات تأمین منابع، ارتقای شاخص‌های عملکرد مالی و به‌خصوص شاخص هزینه-کارایی در مراکز هزینه‌ای مختلف بیمارستان‌های خیریه بود. در این راستا یکی از مدیران ستادی دانشگاه ضمن پیشنهاد ایجاد سازوکار یکپارچه سنجش کارایی عملکرد بیمارستان‌ها تأکید کرد:

«باید یک دستورالعمل واحد برای سنجش کارایی عملکرد همه بیمارستان‌ها تدوین کرد. بیمارستان‌های خیریه هم از این امر مستثنی نیستند. ... این دستورالعمل باید برای همه فعالیت‌ها و همه بخش‌ها تدوین شود؛ یعنی یک دستورالعمل جامع و فراگیر باشد. آن وقت می‌توان به خوبی عملکردها را پایش و حتی مقایسه کرد» (شرکت‌کننده ۴).

همچنین، یکی از مدیران بیمارستان‌های خیریه با اشاره به ضرورت سنجش مستمر کارایی فعالیت‌های بیمارستانی تأکید داشت:

«... اینگونه پایش‌ها باید مستمر باشد تا مدیران ارشد و مدیران بخش‌های مختلف از میزان اثربخشی و بهره‌وری منابع مصرفی مطلع شوند. اگر سنجش‌ها منحصر به یک دوره یا چند دوره محدود باشد، چندان اثر مطلوبی به همراه ندارد ... پس تأکید بر سنجش مستمر کارایی یک نکته کلیدی در کنترل هدررفت منابع است» (شرکت‌کننده ۱۴).

۴-۵-۳- توسعه ظرفیت‌های تأمین منابع انسانی و فیزیکی:

آخرین راهکار کلان تبیین‌شده در حیطه ابتکارات تأمین منابع مربوط به توسعه ظرفیت‌های تأمین منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزاتی بود. یکی از جنبه‌های مهم پیشنهادی در این خصوص، استفاده از ظرفیت‌های نیروی انسانی بخش آموزش پزشکی به‌منظور پوشش کمبودهای منابع انسانی بیمارستان‌های خیریه بود. در این راستا یکی از مدیران ستادی دانشگاه تأکید کرد:

«یک ظرفیت درخور توجهی که به‌واسطه وجود دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد و در حال حاضر بدون استفاده مانده، ظرفیت نیروی انسانی در حال آموزش است. اگر از دانشجویان حیطه‌های مختلف علوم پزشکی مثل بیمارستان‌های آموزشی استفاده شود، تا حدود زیادی می‌تواند کمبود نیروی انسانی بیمارستان‌های خیریه را جبران کند. این ظرفیت مغفول مانده است» (شرکت‌کننده ۶).

بهبود قراردادهای کاری به‌منظور افزایش امنیت شغلی و بهبود انگیزش کاری کارکنان بیمارستان‌های خیریه از دیگر پیشنهادات ارائه‌شده در این بخش بود. در این راستا یکی از مدیران بیمارستان‌ها بیان داشت:

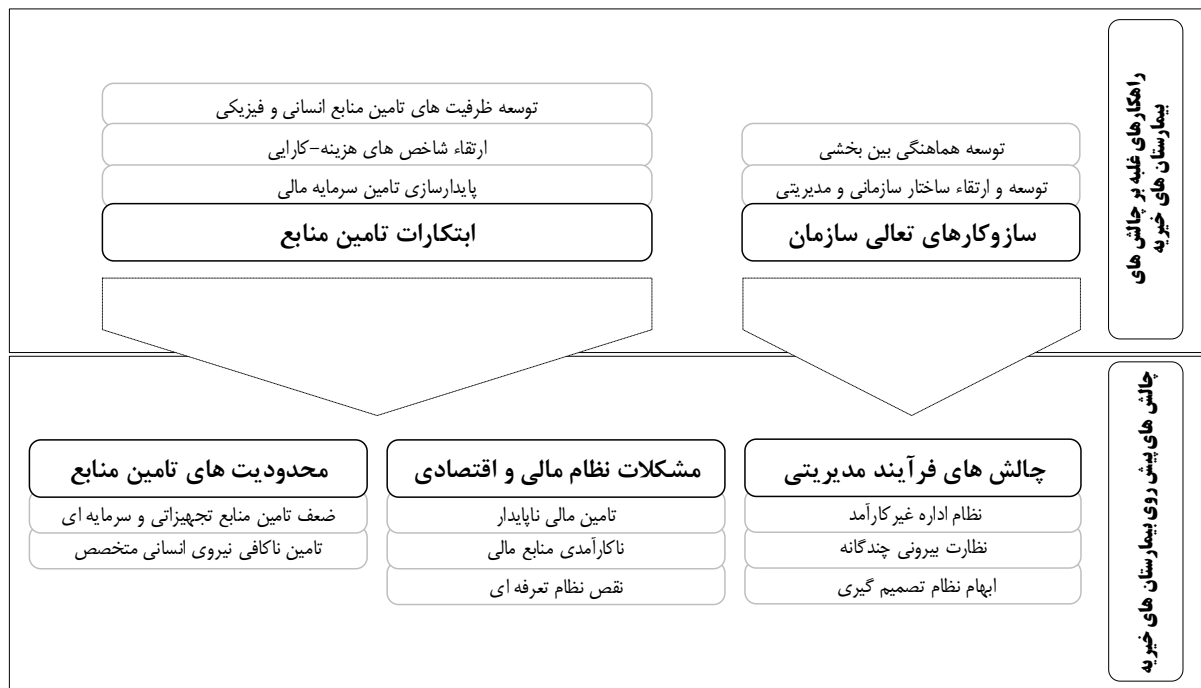
«... بنابراین، ما باید قراردادهای کاری کارکنان و پزشکان را به‌نحوی تنظیم و بازنگری کنیم که آنها احساس امنیت شغلی داشته باشند و احساس تعهد کنند. قراردادهای فعلی به دلیل اینکه حس امنیت شغلی به کارکنان منتقل نمی‌کند، انگیزش آنها را نیز از بین برده است» (شرکت‌کننده ۱).

جذب منابع خیریه جدید برای تأمین هزینه‌های تجهیزات سرمایه‌ای و فضای فیزیکی از دیگر پیشنهادات تبیین‌شده در حیطه ابتکارات تأمین منابع بود. در این خصوص یکی از مدیران بیمارستان‌های خیریه پیشنهاد داد:

«باید با هماهنگی اوقاف و مجمع خیرین سلامت، موقوفات جدید به سمت بیمارستان‌ها سوق داده شوند. منابع فعلی چندان جوابگوی نیازهای کنونی نیستند. اگر منابع جدید به بیمارستان‌ها تزریق شوند، می‌توان نیازهای تجهیزاتی و ساختمانی و ساخت‌وساز را براساس آنها برطرف کرد» (شرکت‌کننده ۱۰).

تخصیص یارانه‌های دولتی به‌منظور تأمین تجهیزات سرمایه‌ای بیمارستان‌های خیریه از دیگر پیشنهادات ارائه‌شده شرکت‌کنندگان این مطالعه بود. در این خصوص یکی از شرکت‌کنندگان تأکید داشت:

«با توجه به اینکه بیمارستان‌های خیریه محل مراجعه قشر زیادی از مردم است و قاعدتاً انتظار آنها ارائه خدمات با هزینه‌های معقول و کیفیت مناسب است، دولت باید از این بیمارستان‌ها حمایت‌های جدی به عمل آورد ... مثلاً دولت می‌تواند با ارائه یارانه‌های لازم در امر خرید تجهیزات و ملزومات تشخیصی و درمانی، تا حدودی به کمک ما بیاید» (شرکت‌کننده ۸).



شکل ۱- نقشه مفهومی نتایج حاصل از تحلیل مضامین

Figure 1 - Conceptual map of the results of the thematic analysis

۵- بحث

این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های بیمارستان‌های خیریه استان فارس و ارائه راهکار صورت گرفت. سه مضمون شامل چالش‌های فرآیند مدیریتی، مشکلات نظام مالی و اقتصادی و محدودیت‌های تأمین منابع، چالش‌های اصلی بودند و دو مضمون اصلی شامل سازوکارهای تعالی سازمان و ابتکارات تأمین منابع به‌عنوان راهکار در این مطالعه معرفی شد.

بیمارستان‌ها در هر جامعه‌ای یکی از سازمان‌های اجتماعی مهم‌اند که به علت مسئولیت‌شان در حیات و سلامت انسان‌ها، ضعف مدیریتی آنها بسیار هائز اهمیت است (طیبی و همکاران، ۱۳۹۲، ج ۱۳: ۴۵). براساس نتایج مطالعه، مسائل مدیریتی در اداره سازمان، تشویش در تصمیم‌گیری، تکرر واحدهای ناظر و ناهماهنگی ازجمله دشواری‌های بیمارستان‌های خیریه است که توان مسئولان و دست‌اندرکاران واحدهای خیریه سلامت را تحلیل می‌برد و مانع از فعالیت تمام و کمال مسئولان این مؤسسات در رفع مشکلات مرتبط با سلامت می‌شود.

شیوه اداره در بیمارستان‌های خیریه اغلب به‌صورت هیئت‌امنایی است که ناکارآمدی آن چالش‌های بسیاری در پی دارد؛ بنابراین، تشکیل یک هیئت‌امنای تخصصی و پاسخگو، بازنگری در ساختار، ترکیب و شیوه عملکرد هیئت‌امنای بیمارستان نقش بسزایی در کاهش مشکلات مدیریتی و تولیدی بیمارستان‌های خیریه دارد. در این راستا نصیری‌پور و همکاران در مطالعه خود یک الگوی پیشنهادی برای مدیریت بیمارستان‌های خیریه در ایران ارائه دادند که در این الگو، هیئت‌امنا بالاترین مرجع سیاست‌گذاری و هیئت‌مدیره، عالی‌ترین نهاد اجرایی معرفی شده است؛ به طوری که تصمیم‌گیری به صورت واحد در اختیار این دو گروه قرار می‌گیرد (نصیری‌پور، ۱۳۸۶، ج ۵۰: ۷۲).

نظارت بیرونی چندگانه از دیگر مشکلات بیمارستان‌های خیریه مطرح شده است. در این راستا مطالعه براتی و همکاران در بیمارستان‌های دولتی نیز به تعدد مراکز تصمیم‌گیری و نظارتی اشاره می‌کند (براتی، ۱۳۹۵، ج ۴: ۱۴۹). تعبیه سازوکارهای هماهنگی بین نهادها و سازمان‌های نظارتی و تفاهم بین انتظارات آنها برای ایجاد فرآیند نظارت تلفیقی از راهکارهای پیشنهادی در این زمینه است.

همچنین، شیوه انتخاب و پایش عملکرد و ارزشیابی نامشخص مدیران موضوعی است که مشارکت‌کنندگان پژوهش به آن توجه داشتند. انتخاب متناسب و ارزشیابی مدیران به‌منظور حصول اطمینان از دستیابی به اهداف سازمان است. علاوه بر آن، ارزشیابی عملکرد مدیران بیمارستان‌ها به سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کمک می‌کند تا از دانش، مهارت و عملکرد مدیران آگاهی یابند و برنامه‌های استعدادپروری و جانشین‌پروری مناسب را برای انتخاب‌های آینده به کار گیرند (مصدق‌راد، ۱۳۹۷، ج ۱۷: ۲۹)؛ بنابراین، تبیین شیوه انتخاب و نظام ارزشیابی و پاسخگویی متناسب با اختیارات و وظایف مدیران بیمارستان‌ها دارای اهمیت است. در این راستا مصدق‌راد ارزیابی مدیران را براساس وظایف سازمانی آنها شامل: تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، هماهنگی، رهبری، ارتباطات، بودجه‌بندی و کنترل، رویکرد مناسبی می‌داند (مصدق‌راد، ۱۳۹۴: ۷۹).

طبق نتایج این مطالعه در مقوله مشکلات نظام مالی و اقتصادی به مسائلی همچون: تأمین مالی ناپایدار، ناکارآمدی منابع مالی و نقص نظام تعرفه‌ای اشاره شده است. بیمارستان‌های خیریه ماهیتاً غیرانتفاعی هستند و بیشتر سرمایه‌شان از طریق منابع خارجی به‌خصوص اهداکنندگان تأمین می‌شود؛ بنابراین، منابع مالی آنها دارای ثبات و همیشگی نیست. در این راستا مطالعات مختلف در سطح کشور اذعان دارند که موارد عدیده‌ای از مراکز درمانی خیریه به علت ناپایداری منابع از عهده تأمین هزینه‌های جاری خود برنیامده و به مشکلی برای نظام سلامت تبدیل شده‌اند (Hassan, 2000, 7: 47) و (نکوبی مقدم، ۱۳۹۲، ج ۲: ۱). این موضوع در دیگر کشورها نیز مشاهده می‌شود؛ به طوری که در آمریکا آژانس‌های رتبه‌بندی، بیمارستان‌های غیرانتفاعی کشور را مشکل‌ساز قلمداد می‌کنند (Hayden, 2005, 83: 2). راهکار ارائه‌شده در این زمینه بهره‌گیری از ظرفیت موقوفات با درآمد دائم برای بیمارستان‌های خیریه و سرمایه‌گذاری‌های مولد برای بازتوزیع درآمد حاصله در ارائه خدمات بیمارستان‌های خیریه است.

از دیگر مشکلات در این مقوله، ضعف در جذب سرمایه‌های جدید است. در این زمینه، ویپکینگ و هندی (2017) در مطالعه خود حرفه‌ای‌شدن سازمان‌های خیریه را به‌عنوان یک راهکار ارائه می‌دهند و بیان می‌کنند زمانی که سازمان‌های خیریه، مدیریت مالی مناسبی داشته باشند، به‌خوبی سازماندهی شوند و از تخصص‌های لازم در عملیات خود بهره‌مند باشند، آنگاه اهداکنندگان، تمایل بیشتری برای اهدای کمک‌های خیریه پیدا می‌کنند. این مطالعه، وجود سازمان‌هایی به‌عنوان نماینده سازمان‌های خیریه، همچون سازمان‌های چتری یا نماینده صنف سازمان‌های خیریه را از نشانه‌های حرفه‌ای‌شدن بخش خیریه می‌داند. همچنین، ارتباط و همکاری مؤثر بخش خیریه با رسانه‌های جمعی در شکوفایی این بخش را برای جذب سرمایه بسیار مهم می‌داند (Wiepking & Handy, 2015: 116). همچنین، طبق نظر هابل (2007)، مدیرعامل بیمارستان‌های غیرانتفاعی به‌طور فزاینده‌ای درخواست تجزیه و تحلیل و شواهدی از اثربخشی می‌کنند تا بتوانند به دنبال راههایی برای بهبود عملکرد و دستیابی به بازده بالا برای جذب سرمایه باشند (Hubbell & Reinders, 2007: 48).

ناکارآمدی منابع مالی، نقص نظام تعرفه‌ای و نبود حمایت‌های دولتی و خیریه هماهنگ با انتظارات جامعه از نظام پرداخت بیمارستان‌های خیریه، چالش‌های دیگر مطرح‌شده در این حیطه‌اند. در این راستا مطالعه ماردزا (2012) نیز حاکی از آن است که ناکارآمدی اقتصادی در بخش بیمارستانی در بین بیمارستان‌های غیرانتفاعی شایع‌تر است (Rew, 2012, 6: 11670). همچنین،



مطالعه جعفری پویان و همکاران (۱۳۹۶) در تهران به حمایت مالی اندک بیمارستان‌های خیریه از سوی وزارت بهداشت و اداره اوقاف اشاره می‌کند (جعفری پویان، ۱۳۹۶، ج ۳: ۳۲۳). ایجاد نظام یکپارچه سنجش کارایی بیمارستان‌ها، تدوین و اجرای برنامه‌های پایش مستمر کارایی، پیشنهاداتی هستند که می‌توانند به این مسئله کمک کنند.

محدودیت تأمین منابع مالی چالش دیگری است که مدیران بیمارستان‌های خیریه بیان کردند. در این زمینه، دیلینگهام و همکاران در مطالعه خود پیشنهادی ارائه می‌دهند که به تأمین منابع مالی بیمارستان‌های خیریه کمک می‌کند. آنها اشاره می‌کنند بسیاری از بیمارستان‌های غیرانتفاعی بنیاد جداگانه‌ای ایجاد می‌کنند که در آن عملیات رسمی جمع‌آوری کمک مالی را در خود جای دهد. طبق تعریف، بنیاد بیمارستان سازمانی است که برای یک سازمان مراقبت‌های بهداشتی نزدیک مرتبط، مانند سیستم چندبیمارستانی یا بیمارستانی واحد، بودجه جمع‌آوری می‌کند. استفاده از یک بنیاد مجزا مزایای زیادی را به همراه دارد؛ ازجمله، ایجاد فرصت‌های اضافی برای متولی یا اعضای هیئت‌مدیره، جدا نگه داشتن تمرکز یا کنترل جمع‌آوری سرمایه از عملیات بیمارستان، به‌کارگیری استراتژی بازاریابی یا برندسازی متمرکزتر، جداسازی وقف و دارایی‌های مشابه از سایر دارایی‌های بیمارستان و محدودکردن قرارگرفتن در معرض مسئولیت برای کمک‌های خیریه و متولیان جمع‌آوری کمک‌های مالی (Dillingham Jr et al, 2012, 45: 39).

از مسائل مهم در بیمارستان‌های خیریه تأمین ناکافی نیروی انسانی متخصص است. در این زمینه، علاوه بر ایجاد سازوکار استفاده از ظرفیت نظام آموزش پزشکی در تأمین نیروی انسانی و بهبود قراردادهای جذب نیروی انسانی برای افزایش امنیت شغلی و انگیزش و ماندگاری نیروی انسانی، توجه به اهمیت مشارکت کارکنان به‌عنوان یک استراتژی بهبود نتیجه در بیمارستان‌های غیرانتفاعی کارساز است. فرایند مدیریت منابع انسانی، زمانی که شامل فرصت‌هایی برای درگیرشدن یا مشارکت دادن کارکنان می‌شوند، بر نتایج مختلف سازمانی، ازجمله عملکرد تأثیر می‌گذارد. به‌طور خاص، مشارکت کارکنان به‌عنوان یک استراتژی مدیریت منابع انسانی، مکانیسم‌های مختلفی را در بر می‌گیرد که به کارکنان راهها یا فرصت‌های معناداری برای مشارکت و احساس مشارکت در سازمان‌هایشان می‌دهد؛ ازجمله به اشتراک‌گذاری اطلاعات، مشارکت در تیم‌ها، مشارکت در تصمیم‌گیری و سایر شیوه‌های توانمندسازی یا مشارکت. در این راستا جوهانسن (2019) در مطالعه خود بیان می‌کند سازمان‌های غیرانتفاعی به دلیل محدودیت‌های منابع و فشارهای هنجاری برای پایین نگه داشتن هزینه‌های اداری، اغلب در زیرساخت‌های مدیریتی خود، ازجمله شیوه‌های مدیریت منابع انسانی، سرمایه‌گذاری کمتری انجام می‌دهند؛ این در حالی است که در سازمان‌های غیرانتفاعی که خدمات مستقیم به مشتریان ارائه می‌کنند، مانند سازمان‌های بهداشتی و خدمات انسانی، تعامل کارگر و مشتری یکی از راههای اساسی تولید ارزش است (Johansen & Sowa, 2019, 29: 549).

۶- نتیجه‌گیری

براساس تحلیل نتایج مطالعه حاضر، چالش‌های اصلی پیش روی بیمارستان‌های خیریه استان فارس در قالب سه مضمون اصلی چالش‌های فرآیند مدیریتی، مشکلات نظام مالی و اقتصادی و محدودیت‌های تأمین منابع شناسایی شدند. این چالش‌ها در قالب زیرمجموعه‌هایی شامل نظام اداره ناکارآمد، نظارت بیرونی چندگانه، ابهام نظام تصمیم‌گیری، تأمین مالی ناپایدار، ناکارآمدی منابع مالی، نقص نظام تعرفه‌ای، ضعف تأمین منابع سرمایه‌ای و تجهیزاتی و تأمین ناکافی نیروی انسانی متخصص



تقسیم‌بندی شدند. به‌منظور مقابله با چالش‌های فرآیند مدیریتی، سازوکارهای تعالی سازمان از طریق توسعه و ارتقای ساختار سازمانی و مدیریتی و توسعه هماهنگی بین‌بخشی پیشنهاد شده است. همچنین، به‌منظور مقابله با مشکلات نظام مالی و اقتصادی و محدودیت‌های تأمین منابع، ابتکارات تأمین مالی پیشنهاد شد تا از طریق پایدارسازی تأمین سرمایه مالی، ارتقای شاخص‌های هزینه-کارایی و توسعه ظرفیت‌های تأمین منابع انسانی و فیزیکی، مشکلات این بیمارستان‌ها در حیطه تأمین منابع مرتفع شوند.

منابع فارسی

- براتی، ا.، صادقی، ا.، خمرنیا، م.، و سیاوشی، ا. (۱۳۹۵). «بررسی چالش‌های مدیریت بیمارستان: یک مطالعه کیفی در بیمارستان‌های شیراز»، *مجله علوم پزشکی صدر*، ۴ (۳)، ۱۶۰-۱۴۹.
- جواد قلع، ا. (۱۳۹۵). *بهبود مدیریت بیمارستان‌های خیریه در استان تهران*، پایان‌نامه دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- جعفری پویان، ا.، جواد قلع، ا.، عرب، م.، و شریفی، ط. (۱۳۹۶). «چالش‌های بیمارستان‌های خیریه تهران: شواهدی از مشارکت بخش غیردولتی در ارائه مراقبت»، *مجله پژوهش‌های سلامت‌محور*، ۳ (۴)، ۳۳۷-۳۲۳.
- زارعی، ع. (۱۳۸۷). «سازمان‌های خصوصی و خیریه در نظام سلامت ایران»، *مجله بیمارستان*، ۷ (۲)، ۲۵-۹.
- طیبه، س.ج.، حیدری، س.، نصیری‌پور، ا.ا.، حسینی شکوه، س.م.، ر.، عامریون، ا.، و مشایخی، ف. (۱۳۹۳). «بررسی عملکرد وظایف مدیریتی مدیران حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای در بیمارستان‌های منتخب تهران»، *مجله بیمارستان*، ۱۳ (۲)، ۴۵-۵۳.
- کاظمی نجف‌آبادی، م.، و حسینی، س.ر. (۱۳۹۸). *راهبردها و راهکارهای ارتقای بخش خیریه*، *مجله معرفت/اقتصاد/سلامتی*، ۱۱ (۱)، ۹۱-۱۰۹.
- مصدق راد، ع.م. (۱۳۹۴). *ملزومات سازمان و مدیریت مراقبت‌های بهداشتی*، تهران: انتشارات دیباگران.
- مصدق راد، ع.م.، جعفری پویان، ا.، و عباسی، م. (۱۳۹۷). «ارزشیابی عملکرد مدیران بیمارستان‌های شهر ساری»، *مجله بیمارستان*، ۱۷ (۱)، ۴۴-۲۹.
- نصیری پور، ا.ا.، توفیقی، ش.، و فرهادی، ف. (۱۳۸۶). «ارائه الگوی مدیریت بیمارستان‌های خیریه ایران»، *مجله پرستاری ایران*، ۲۰ (۵۰)، ۸۱-۷۱.
- نکویی مقدم، م.، امیریوسفی، س.، قربانی بهابادی، ز.، و امیراسماعیلی، م.ر. (۱۳۹۲). «نقش مؤسسات خیریه در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی»، *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۲ (۱)، ۱-۱۰.

References

- Armstrong, D., Gosling, A., Weinman, J., and Marteau, T. (1997). The place of inter-rater reliability in qualitative research: An empirical study. *Sociology*, 31(3), 597-606.
- Barati, O., Sadeghi, A., Khammarnia, M., and Siavashi, E. (2016). Investigation of hospitals management challenges: A qualitative study in Shiraz hospitals. [In Persian]
- Chikoto, G. L., and Neely, D. G. (2014). Building nonprofit financial management capacity: The impact of revenue concentration and overhead costs. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 43(3), 570-588.
- Dillingham Jr, W., Weiss, L., and Lawson, J. (2012). Trends in healthcare philanthropy and the use of separate foundations. *Metro NY HFMA Newscast*, 45 (3), 39.
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., and Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*, 13(1), 1-8.



- Hassan, M., Wedig, G. J., and Morrissey, M. A. (2000). Charity care by non-profit hospitals: the price of tax-exempt debt. *International Journal of the Economics of Business*, 7(1), 47-62.
- Hayden, E. W. (2005). Nonprofit hospitals face structural as well as financial challenges: Lessons from Massachusetts. *Hospital Topics*, 83(3), 2-8.
- Hubbell, G. J., and Reinders, M. K. (2007). Lessons from benchmarking: Fast-forwarding the maturity of the fundraising operation: *Reinders Research Company*.
- Johansen, M. S., and Sowa, J. E. (2019). Human resource management, employee engagement, and nonprofit hospital performance. *Nonprofit Management and Leadership*, 29(4):549-567.
- Javadi ghale, E. (2017). *Improving the management of charitable hospitals in Tehran Province 2016-2017 [dissertation]*, in Tehran University of Medical Sciences. [In Persian]
- Jaafaripooyan, E., Javadi Ghale, E., and Arab, M. (2018). Challenges of Charity Hospitals in Tehran: Evidence of Private Sector Participation in the Provision of Health Care. *Journal of Health Based Research*, 3(4):323-37. [In Persian]
- Kazemi, Najafabadi, M., and Hoseini, S. R. (2019). Strategies and solutions to promote the charity sector. *Islamic economic knowledge*, 21(11): 91-110. [In Persian]
- Liket, K. C., and Maas, K. (2015). Nonprofit organizational effectiveness: Analysis of best practices. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 44(2), 268-296.
- MacIndoe, H., and Barman, E. (2013). How organizational stakeholders shape performance measurement in nonprofits: Exploring a multidimensional measure. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 42(4), 716-738.
- Mosadeghrad, A., and Jaafaripooyan, E. (2018). Evaluation of hospital managers' performance in Sari. *Journal of Hospital*, 17(1):29-44. [In Persian]
- Mosadeghrad, A. (2014). Essentials of health care organization and management, Tehran. *Dibagaran Publications*. [In Persian]
- Nasiripour, A., Tofighi, S., and Farhadi, F. (2007). Designing an administrative model for Iranian charity hospitals. *Iran Journal of Nursing*, 20(50):71-81. [In Persian]
- Nekoeimokadam, M., Amiryosafi, S., Ghorbani Bahabadi, Z., and Amiresmaili, M. (2020). Role of charities in the health system: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 2(1):1-10. [In Persian]
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*, 42(5), 533-44.
- Skinner, D., Franz, B., and Kelleher, K. (2018). What challenges do nonprofit hospitals face in taking on community health needs assessments? A qualitative study from Appalachian Ohio. *The Journal of Rural Health*, 34(2), 182-192.
- Tabibi, S., Heidari, S., Nasiri-Pour, A., HosseiniShokouh, M., Ameryoun, A., and Mashayekhi F. (2014). Assessment of professional and non-professional managers' performance among selected hospitals in Tehran. *Journal of Hospital*, 13(2):45-53. [In Persian]
- Reiling, H. T. (1958). Federal Taxation: What Is a Charitable Organization?. *American Bar Association Journal*, 525-598.
- Rew, M. (2012). Are for-profit hospitals more efficient than non-profit hospitals? A case study of Zimbabwe using data envelopment analysis and the Tobit model. *African Journal of Business Management*, 6(47), 11670-11682.



- Vaezi, S.M., and Alborzi, Z.(2017). the status of public service in administrative law of Iran. *Administrative Law* 2017, 4 (12): 9- 31. [In Persian]
- Wiepking, P., and Handy, F. (2015). *The Palgrave handbook of global philanthropy*. London: Palgrave Macmillan.
- Zarei, A. (2008). private and Charity Organizations in Iran's health system. *Hospital*, 7(1,2):9-25. [In Persian]

