# Financing Models in Military Hospitals: A Scoping Review

**Valiallah Vahdani Nia (PhD)[1]**
**Ali Mohammad Mosadegh Rad (PhD)[2]**
**Reza Grami (MD)[3]**
**Mir Hossein Mousavi (PhD)**
**Milad Mehri (PhD)**

## Abstract

**Introduction:** Financing military hospitals is a major challenge in health resource management, and various models have been implemented globally to improve efficiency, quality, and resilience. Understanding and analyzing these models can guide the design of an appropriate financing system for military hospitals in Iran.

**Methods:** This study employed a scoping review to identify, classify, and analyze different financing models for military hospitals worldwide. Data were extracted from case studies, empirical research, and reputable international sources, with a focus on the characteristics, advantages, and limitations of each model.

**Findings:**The findings revealed three main approaches: budget-based models, revenue-based models, and collaborative/combined models. Traditional budget-based models are simple and predictable but lack flexibility and sufficient focus on service quality. Performance- and value-based models enhance efficiency, improve quality, and optimize resource utilization. Collaborative models, including public-private partnerships (PPP) and inter-organizational partnerships, reduce financial pressure, increase hospital resilience, and provide opportunities for training and infrastructure development.

**Conclusion:** A strategic combination of budget-based, performance-based, and collaborative models may offer the most effective approach for establishing a sustainable, efficient, and responsive financing system for military hospitals in Iran. This integrated approach can enhance financial sustainability, service quality, and operational resilience.

**Keywords:** Military hospital financing, health resource management, financial resilience

**Affiliations**

1- Associated Professor, Department of public policy, University of Command and Staff, Tehran, Iran
2- Professor, Department of Health Management and Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Associated Professor, School of medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4- PhD, Department of Financial Management, AJA University of Command and Staff, Tehran, Iran
5- Corresponding Author: MSc, Department of Management, AJA University of Command and Staff, Tehran, Iran
Corresponding Author. Email: milademehri@gmail.com

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.13.46.48

# رویکردهای تامین مالی در بیمارستان‌های نظامی : یک مطالعه مروری

## چکیده

ولی‌اله وحدانی نیا[۱]
علی‌محمد مصدق‌راد [۲]
رضا گرامی[۳]
میرحسین موسوی [۴]
میلاد مهری [۵]

**مقدمه:** تأمین مالی بیمارستان‌های نظامی یکی از چالش‌های مهم مدیریت منابع سلامت است و مدل‌های مختلفی در سطح جهانی برای بهبود کارایی، کیفیت و تاب‌آوری این مراکز به‌کار گرفته شده‌اند. شناخت و تحلیل این مدل‌ها می‌تواند راهنمای طراحی نظام تأمین مالی مناسب برای بیمارستان‌های نظامی ایران باشد.

**روش کار:** این مطالعه با استفاده از روش مرور حیطه‌ای، به شناسایی، طبقه‌بندی و تحلیل مدل‌های مختلف تأمین مالی بیمارستان‌های نظامی در سطح جهانی پرداخته است. داده‌ها از مطالعات موردی، پژوهش‌های تجربی و منابع معتبر بین‌المللی استخراج و با تمرکز بر ویژگی‌ها، مزایا و محدودیت‌های هر مدل بررسی شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که سه رویکرد اصلی شامل مدل بودجه‌ای، مدل مبتنی بر درآمد و مدل مشارکتی - ترکیبی وجود دارد. مدل بودجه‌ای سنتی ساده و قابل پیش‌بینی است اما انعطاف‌پذیری پایین و تمرکز ناکافی بر کیفیت خدمات دارد. مدل مبتنی بر عملکرد و ارزش موجب افزایش بهره‌وری، ارتقای کیفیت و بهینه‌سازی مصرف منابع می‌شود. مدل مشارکتی، شامل PPP و مشارکت بین‌سازمانی، فشار مالی را کاهش داده، تاب‌آوری بیمارستان‌ها را افزایش می‌دهد و فرصت‌های آموزشی و توسعه زیرساخت ایجاد می‌کند.

**نتیجه گیری:** ترکیب هوشمندانه مدل‌های بودجه‌ای، مبتنی بر عملکرد و مشارکتی می‌تواند بهترین راهبرد برای ایجاد یک نظام تأمین مالی پایدار، کارآمد و پاسخگو در بیمارستان‌های نظامی ایران باشد. این ترکیب ضمن حفظ پایداری مالی، کیفیت خدمات و تاب‌آوری عملیاتی را ارتقا می‌دهد.

**کلمات کلیدی:** تأمین مالی بیمارستان‌های نظامی، مدیریت منابع سلامت، تاب آوری مالی

**وابستگی سازمانی نویسندگان**

۱- دانشیار، گروه سیاست گذاری عمومی، دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا، تهران، ایران

۲- استاد، گروه سیاستگذاری، اقتصاد و مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

۴- دکتری تخصصی، گروه مدیریت مالی، دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا، تهران، ایران

۵- نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد، گروه مدیریت، دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا، تهران، ایران.نویسنده مسئول. پست الکترونیک: miladamehri@gmail.com

**مقدمه**

سازمان‌های نظامی به‌دلیل ماهیت مأموریت‌های پرخطر، نیازمند نیروهایی با آمادگی کامل در ابعاد روانی، جسمی، ذهنی، اجتماعی، معنوی و درمانی هستند. تحقق این آمادگی مستلزم آموزش‌های تخصصی، تمرین‌های فشرده و حفظ توان واکنش سریع در مواجهه با بحران‌ها و عملیات‌های پیچیده است(۱). مراکز درمانی نظامی با ایفای نقش پشتیبان، بخشی از تاب‌آوری سازمانی را تضمین می‌کنند. نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران با مالکیت حدود ۹۰ بیمارستان و بیش از ده هزار تخت بستری، دومین شبکه بزرگ درمانی کشور را در اختیار دارند(۲). این شبکه علاوه بر پشتیبانی مأموریت‌های نظامی، خدمات درمانی گسترده‌ای را به عموم شهروندان ارائه می‌دهد. مأموریت اصلی بیمارستان‌های نظامی، تأمین ظرفیت‌های درمانی در شرایط جنگی و بحرانی است؛ شرایطی که می‌تواند ثبات کشور را تهدید کند. از این رو، چابکی، آمادگی عملیاتی و تاب‌آوری مراکز درمانی نظامی، ضرورتی راهبردی تلقی می‌شود.

تأمین مالی پایدار بیمارستان‌های نظامی از ارکان اساسی حفظ اثربخشی و تاب‌آوری نظام سلامت در شرایط بحرانی و امنیتی به‌شمار می‌رود. تأمین مالی شامل فرآیندهای منسجم جمع‌آوری، تخصیص و مدیریت منابع برای ارائه خدمات درمانی با کیفیت و مداوم است(۳). در نبود منابع پایدار، بیمارستان‌ها با چالش‌هایی نظیر کاهش کیفیت خدمات، فرسودگی زیرساخت‌ها، اختلال در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات، و خروج نیروهای متخصص مواجه می‌شوند(۴). این پیامدها به‌ویژه در مراکز نظامی، که نقش حیاتی در پشتیبانی درمانی در بحران‌ها و جنگ‌ها دارند، می‌تواند توان عملیاتی و آمادگی دفاعی کشور را تضعیف کند. بیمارستان‌های نظامی ایران با وجود نقش راهبردی در پشتیبانی از مأموریت‌های دفاعی، تنها حدود ۵ درصد از تخت‌های فعال کشور را در اختیار دارند که این سهم اندک، بیانگر محدودیت جدی در تخصیص منابع درمانی است. تأمین مالی این مراکز عمدتاً وابسته به بودجه‌های دولتی بوده و فاقد سازوکارهای درآمدی مستقل یا پایدار هستند، موضوعی که ظرفیت برنامه‌ریزی بلندمدت و ارتقای کیفیت خدمات را محدود می‌سازد. همچنین، سهم پایین از نیروی انسانی بیمارستانی نشان می‌دهد که این مراکز در جذب و نگهداشت متخصصان با چالش‌های ساختاری مواجه‌اند. بررسی عملکرد مالی نیز حاکی از آن است که تنها ۳۷ درصد از بیمارستان‌های نظامی از کارایی مطلوب برخوردارند، که خود نشانه‌ای از بهره‌برداری ناکافی از منابع موجود است(۵). افزون بر این، نبود تفکر سیستمی، توسعه نامتوازن زیرساخت‌ها، نگاه تجاری به بیمارستان‌ها، فقدان پایش سلامت کارکنان و اختلال در زنجیره تأمین در شرایط بحرانی، از جمله موانع کلیدی در اثربخشی عملیاتی این مراکز به‌شمار می‌روند. مجموعه این عوامل، توان پاسخ‌گویی درمانی در بحران‌ها را تضعیف کرده و آمادگی عملیاتی نیروهای مسلح را با مخاطره مواجه می‌سازد(۱). با توجه به محدودیت منابع عمومی و روند فزاینده هزینه‌های سلامت، بیمارستان‌های نظامی ایران بیش از پیش نیازمند بهره‌گیری از مدل‌های نوآورانه و پایدار در حوزه تأمین مالی هستند. وابستگی به بودجه‌های سنتی، به‌ویژه در شرایط تورمی و نوسانات اقتصادی، پایداری مالی این مراکز را با مخاطره مواجه ساخته و ضرورت تنوع‌بخشی منابع درآمدی از طریق توسعه خدمات دیجیتال و گردشگری سلامت را برجسته کرده است(۶). در مطالعات پیشین، راهکارهایی نظیر اصلاح ساختار بیمه سلامت نیروهای مسلح، تشکیل شبکه خدمات یکپارچه درمانی، طراحی سازوکارهای مستقل مالی، تخصیص سهم مشخص از بودجه دفاعی و شناسایی ظرفیت‌های درآمدزایی درون‌سازمانی، به‌عنوان مسیرهای مؤثر برای ارتقای تاب‌آوری مالی بیمارستان‌های نظامی پیشنهاد شده‌اند(۱, ۷).

با وجود ارائه راهکارهای متعدد در این مطالعات، همچنان خلأیی محسوس در زمینه طراحی یک چارچوب عملیاتی منسجم و مبتنی بر شواهد برای تأمین مالی پایدار بیمارستان‌های نظامی وجود دارد. بیشتر پیشنهادها در سطح نظری باقی مانده‌اند و کمتر به سازوکارهای اجرایی، ارزیابی‌پذیر و قابل تطبیق با ساختارهای خاص نظامی پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با تمرکز بر تحلیل ساختاری و آینده‌نگرانه، می‌کوشد این خلأ را پر کرده و با ارائه مدلی کاربردی، زمینه‌ساز ارتقای تاب‌آوری مالی و عملیاتی بیمارستان‌های نظامی در مواجهه با بحران‌های اقتصادی و امنیتی شود.

نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان مبنایی معتبر برای تصمیم‌گیری در سطوح مختلف سیاست‌گذاری، مدیریت نظامی و برنامه‌ریزی سلامت مورد استفاده قرار گیرد. با ارائه چارچوبی تحلیلی و مبتنی بر شواهد، یافته‌های تحقیق زمینه‌ساز تدوین راهبردهای مالی پایدار، اصلاحات ساختاری و ارتقای بهره‌وری در بیمارستان‌های نظامی خواهد بود. این نتایج نه‌تنها به بهبود تاب‌آوری درمانی در شرایط بحرانی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند در طراحی مدل‌های قابل تعمیم برای سایر نهادهای درمانی وابسته به دولت نیز مؤثر واقع شود. از این منظر، پژوهش حاضر پاسخی کاربردی به خلأهای موجود در ادبیات تأمین مالی سلامت نظامی ارائه می‌دهد و بستری برای تصمیم‌سازی آگاهانه در مواجهه با چالش‌های اقتصادی و امنیتی فراهم می‌سازد.

## روش کار

مطالعه حاضر با هدف توسعه یک روش تأمین مالی پایدار برای بیمارستان‌های نظامی ایران و با تمرکز بر حفظ آمادگی عملیاتی در شرایط جنگ و بحران طراحی شده است. این پژوهش یک مطالعه مروری از نوع مرور حیطه‌ای یک است. در مرور حیطه‌ای، جستجو منابع به روش نظاممند انجام میگیرد، اما برخلاف مرور نظاممند به ارزشیابی کیفیت مقالات بدست آمده پرداخته نمیشود. در نتیجه مرور حیطهای محدود به مقالات پژوهشی اصیل داوری شده نیست و شامل ادبیات خاکستری نظیر گزارشات، خلاصه مقالات کنفرانسها، پایان‌نامهها، نامه به سردبیرها، مقالات مروری و سایر متون نیز میشود(۸). محیط پژوهش در این بررسی مشتمل بر پایگاه داده‌ای انگلیسی زبان اعم از PubMed، Scopus و Web of Science و موتور

جستجوی Google Scholar با کلیدواژه های Military hospitals، Hospital financing، Defense health-care، Military healthcare، War conditions، Finan-cial sustainability، Crisis preparedness، Disaster resilience و Resource allocation بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مقالات و مستندات مرتبط موجود در پایگاه‌های داده یادشده بود که قابلیت بهره‌گیری در راستای اهداف این مطالعه را داشتند. در این مرحله، تنها آن دسته از مطالعاتی انتخاب شدند که به‌صورت مستقیم با هدف اختصاصی پژوهش ـ یعنی شناسایی مدل‌های تأمین مالی بیمارستان‌های نظامی در سطح جهان و ویژگی‌های هر یک ـ ارتباط داشتند و دسترسی کامل به متن آن‌ها امکان‌پذیر بود. مقالات تکراری، نامرتبط با اهداف پژوهش یا منتشرشده به زبانی غیر از انگلیسی از فرآیند بررسی حذف شدند. برای تحلیل داده‌های جمع آوری شده حاصل از مرور متون از روش تحلیل محتوایی قراردادی استفاده شد(۹). مراحل تحلیل شامل تعریف اهداف و سوالات تحقیق، انتخاب و جمع‌آوری مطالعات مرتبط، استخراج متون از مطالعات منتخب، کدگذاری متون، تحلیل کدها، تفسیر نتایج و نگارش گزارش نهایی بود. متون مقالات و مطالعات انتخابی با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر، برای تقسیم بندی مقالات جستجو شده از روش دسته بندی آرکسی و اومالی استفاده شد(۱۰). در نتیجه جست‌وجوهای انجام شده، تعداد ۲۵۰ مستند جمع‌آوری گردید. پس از حذف مقالات تکراری، این تعداد به ۲۳۷ مقاله کاهش یافت و با حذف مقالات غیرمرتبط با موضوع پژوهش، به ۱۲۳ مقاله رسید. سپس با بررسی دقیق پاسخ به سؤال پژوهش و متن کامل مقالات، تعداد مقالات به ۱۶ رسید و با اضافه کردن مقالات استخراج شده از فهرست منابع، تعداد نهایی به ۲۲ مقاله افزایش یافت. شکل ۱ روند این فرآیند را نشان می‌دهد.

جدول ۱، نتایج حاصل از تحلیل متون علمی را ارائه می‌کند و نشان‌دهنده مطالعات انجام‌شده در زمینه مدل‌های تأمین مالی بیمارستان‌های نظامی در سطح بین‌المللی است. بر اساس یافته‌ها، مدل‌های تأمین مالی در سطح کلان به سه دسته اصلی شامل مدل مبتنی بر بودجه، مدل مبتنی بر درآمد و مدل مشارکتی یا چندکانالـه تقسیم می‌شوند (جدول ۱).

### مدل های مبتنی بر بودجه

مدل بودجه‌ای شامل سه رویکرد اصلی است. رویکرد اول، بودجه‌بندی سنتی است که در آن منابع عمدتاً از بودجه دولت تأمین می‌شود، محدودیت‌هایی در انتخاب ارائه‌دهنده خدمات وجود دارد و تمرکز اصلی بر آمادگی ملی و یکپارچگی منابع است. رویکرد دوم، بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد یا ارزش است که تخصیص منابع بر اساس شاخص‌های کیفیت، نتایج بالینی، کارایی و اثربخشی انجام می‌شود و امکان مقایسه عملکرد و هدایت منابع به واحدهای مؤثر را فراهم می‌آورد. رویکرد سوم، بودجه اضطراری یا پروژه‌محور است که تمرکز اصلی آن بر بخش‌های حیاتی مانند ICU و اورژانس می‌باشد، از کمک‌های خارجی بهره می‌برد، شفافیت و پاسخگویی در مدیریت بودجه را افزایش می‌دهد و امکان تطبیق سریع با شرایط بحران یا جنگ را فراهم می‌کند.

### مدل‌های مبتنی بر درآمد

مدل مبتنی بر درآمد شامل سه رویکرد اصلی است. رویکرد اول، پرداخت مستقیم از جیب است که در آن هزینه‌های خدمات سلامت مستقیماً توسط بیمار یا خانواده وی پرداخت می‌شود و ریسک مالی بر دوش آنان قرار می‌گیرد. رویکرد دوم، بازپرداخت بیمه‌ای است که منابع مالی بیمارستان از طریق برنامه‌های بیمه‌ای دولتی یا خصوصی تأمین می‌شود. رویکرد سوم، درآمد تجاری یا سرمایه‌گذاری است که بخشی از منابع مالی بیمارستان از طریق فعالیت‌های درآمدزا، سرمایه‌گذاری و ارائه خدمات به بیماران غیرنظامی یا سایر سازمان‌ها تأمین می‌شود. هدف این رویکرد کاهش وابستگی به بودجه دولتی، افزایش پایداری مالی و بهبود کارایی مدیریتی است.

### مدل‌های مشارکتی

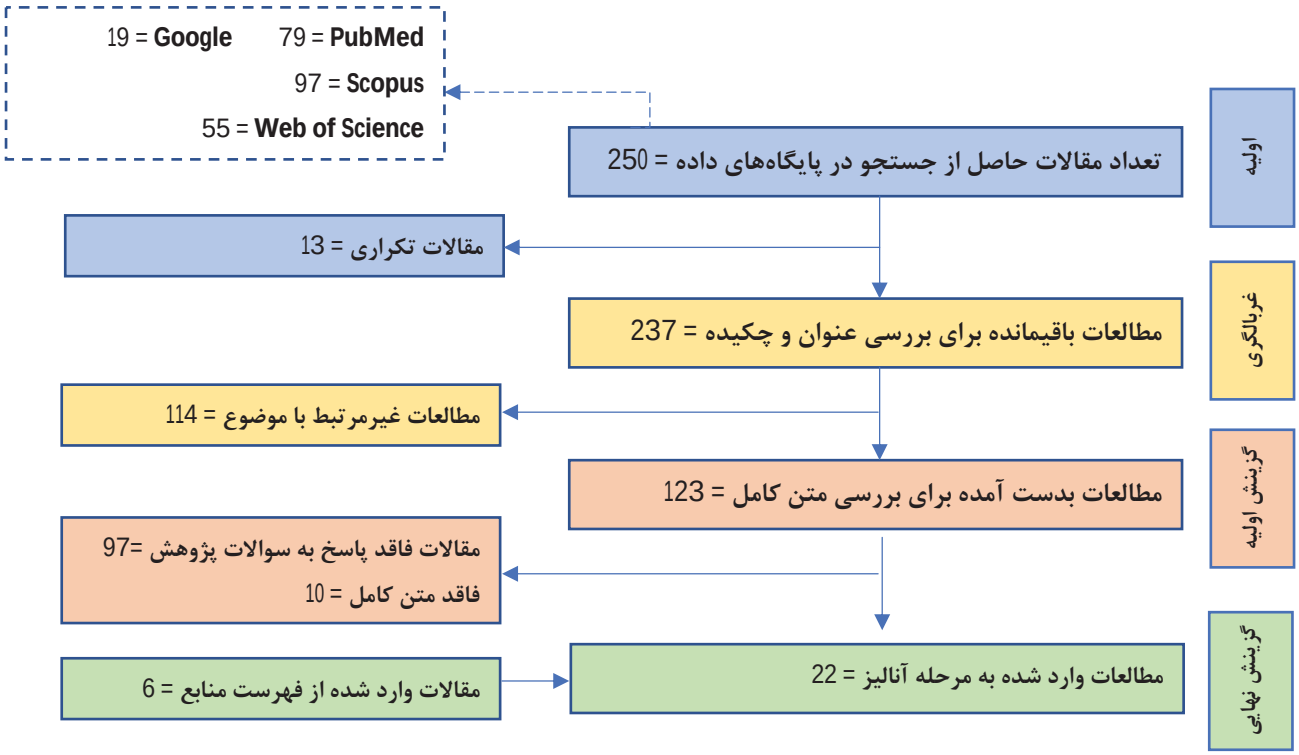
مدل ترکیبی یا چندکانالـه شامل سرمایه‌گذاری و مشارکت میان نهادها و سازمان‌های مختلف از جمله بخش‌های دولتی، غیردولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه است. این مدل با اشتراک منابع، تجهیزات و زیرساخت‌ها، بهره‌وری و پایداری مالی بیمارستان را افزایش می‌دهد و امکان انعطاف‌پذیری بودجه و پاسخ سریع در شرایط بحران را فراهم می‌کند.

## یافته ها

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در سطح جهانی، رویکردها و مدل‌های متنوعی برای تأمین منابع مالی بیمارستان‌های نظامی وجود دارد. این پژوهش با بهره‌گیری از روش مرور حیطه‌ای، به شناسایی و تحلیل این مدل‌ها و ویژگی‌های هر یک پرداخته است. نتایج حاصل می‌تواند راهنمایی ارزشمند برای طراحی و توسعه یک مدل تأمین مالی مناسب برای بیمارستان‌های نظامی ایران فراهم کند. بر اساس یافته‌ها، سه رویکرد اصلی شامل مدل بودجه‌ای، مدل مبتنی بر درآمد و مدل ترکیبی وجود دارد که هر یک دارای تقسیم‌بندی‌ها و ویژگی‌های خاص خود هستند.

مدل مبتنی بر بودجه دارای سه رویکرد بودجه‌بندی سنتی (بر حسب سرفصل‌های هزینه)، بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد/ارزش و بودجه اضطراری می باشد. بودجه‌بندی سنتی یا بودجه‌بندی بر اساس سرفصل‌های هزینه یکی از رایج‌ترین روش‌های تأمین مالی بیمارستان‌ها است که در آن بودجه کل بیمارستان یا سازمان سلامت به دسته‌های مشخص هزینه‌ای مانند حقوق و دستمزد کارکنان، تجهیزات پزشکی، داروها، تدارکات، انرژی و نگهداری ساختمان تقسیم می‌شود. برای هر سرفصل مبلغ مشخصی در نظر گرفته می‌شود و مدیران موظفند هزینه‌ها را در چارچوب تعیین‌شده صرف کنند.

**شکل 1. فرآیند جستجو و انتخاب مقالات در فاز مروری پژوهش**




این روش ساده و قابل کنترل است و امکان نظارت و پیگیری دقیق هزینه‌ها بر اساس دسته‌های تعریف‌شده را فراهم می‌کند، اما محدودیت اصلی آن تمرکز ناکافی بر نتایج و اثربخشی خدمات و فقدان انگیزه برای بهینه‌سازی استفاده از منابع است. به عبارت دیگر، با وجود پیش‌بینی‌پذیری و سهولت اجرایی، این روش نمی‌تواند کارایی یا کیفیت خدمات را تضمین کرده و انعطاف لازم برای پاسخگویی به نیازهای واقعی بیمارستان را فراهم کند. در مطالعه انجام شده در سوئد، تأمین مالی نظام سلامت نظامی عمدتاً دولتی است و بودجه تخصیص‌یافته، علاوه بر تأمین منابع، هماهنگی بین بخش‌های نظامی و غیرنظامی، ادغام خدمات درمانی، آموزش و تحقیقات پزشکی و مدیریت کارآمد هزینه‌ها را ممکن می‌سازد(۱۱). بر اساس یافته‌های مطالعه انجام‌شده در چین، طب نظامی این کشور با بار مالی سنگین و کمبود مشوق‌های مؤثر برای بهبود عملکرد کارکنان مواجه است، که به‌طور مستقیم بر مدیریت و هزینه درمان بیماران تأثیر می‌گذارد. این وضعیت شباهت زیادی به مدل بودجه‌بندی سنتی دارد؛ جایی که منابع مالی عمدتاً از دولت تأمین می‌شود، انعطاف‌پذیری مدیریتی پایین است و تمرکز اصلی بر پایداری و کنترل هزینه‌ها قرار دارد(۱۲).

در ایران و بر اساس یافته‌های تیمورزاده و همکاران، مدل تأمین مالی بیمارستان‌های نظامی عمدتاً دولتی-بودجه‌ای است و منابع آن از بودجه دولت تأمین می‌شود. اگرچه شاخص‌های عملکردی تخت‌ها مناسب هستند، اما هزینه هر تخت بستری بالا و بهره‌وری منابع پایین است و بیمارستان‌ها سیستم نظارتی مؤثری برای کنترل درآمد و هزینه ندارند. این وضعیت نشان‌دهنده ضعف در مدیریت مالی و نیاز به اصلاحات مبتنی بر اصول اقتصاد سلامت است(۱۳).

با توجه به شرایط اقتصادی ایران و محدودیت منابع دولتی، اتکا صرف به بودجه دولتی برای تأمین کامل هزینه‌های بیمارستان‌ها می‌تواند منجر به مشکلات جدی در مدیریت درآمد و هزینه شود. محدودیت‌های بودجه‌ای ممکن است عملکرد عملیاتی بیمارستان‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، انعطاف مدیریتی را کاهش دهد و انگیزه کارکنان را برای بهینه‌سازی مصرف منابع کاهش دهد. بنابراین مدل بودجه‌ای سنتی در ایران با محدودیت‌های اقتصادی و مدیریتی فعلی، ریسک بالایی برای بیمارستان‌های نظامی ایجاد می‌کند و نیازمند بازطراحی مبتنی بر ترکیب منابع، ایجاد سیستم‌های نظارتی قوی و توجه به اصول اقتصاد سلامت است تا ضمن حفظ پایداری مالی، کیفیت و کارایی خدمات درمانی نیز تضمین شود.

در بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد[1] و بودجه‌بندی مبتنی بر ارزش[2]، تخصیص منابع مالی بر اساس نتایج قابل اندازه‌گیری یا شاخص‌های عملکرد انجام می‌شود، نه صرفاً بر اساس سرفصل‌های هزینه‌ای یا تعداد تخت و کارکنان. هدف اصلی این مدل افزایش کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات است و منابع به واحدها یا بخش‌هایی اختصاص می‌یابد که بیشترین خروجی یا تأثیر مثبت را دارند. این رویکرد امکان ارزیابی دقیق

1. Performance-Based Budgeting
2.Value-Based Budgeting

**جدول 1. مدل‌های تامین مالی بیمارستان‌های نظامی در دنیا**

| ردیف | کد اصلی | کد فرعی | مزایا | محدودیت‌ها |
|---|---|---|---|---|
| 1 | مدل بودجه ای | بودجه‌بندی سنتی | تأمین پایدار منابع از بودجه دولت؛ پوشش کامل یا کم‌هزینه برای نیروهای نظامی؛ تمرکز بر آمادگی ملی و یکپارچگی منابع | محدودیت در انتخاب ارائه‌دهنده خدمات؛ وابستگی زیاد به بودجه دولتی؛ کاهش انگیزه برای بهبود کارایی |
| | | بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد/ ارزش | تخصیص بودجه بر اساس شاخص‌های کیفیت، نتایج بالینی و کارایی؛ افزایش انگیزه برای بهبود عملکرد؛ امکان مقایسه و هدایت منابع به واحدهای مؤثر | نیازمند زیرساخت ارزیابی عملکرد دقیق؛ احتمال تمرکز بیش از حد بر شاخص‌های کمی و نادیده گرفتن عوامل کیفی |
| | | بودجه اضطراری/پروژه محور | تمرکز بر بخش‌های حیاتی (اورژانس، ICU)؛ امکان استفاده از کمک‌های خارجی؛ شفافیت و پاسخگویی بالا در تخصیص منابع؛ قابلیت انطباق سریع در بحران‌ها | پایداری مالی محدود؛ وابستگی به شرایط اضطراری یا کمک‌های مقطعی؛ دشواری در برنامه‌ریزی بلندمدت |
| 2 | مدل مبتنی بر درآمد | پرداخت مستقیم از جیب | تأمین سریع منابع در زمان نیاز؛ سادگی در پرداخت | تحمیل ریسک مالی بر بیماران و خانواده‌ها؛ کاهش دسترسی در شرایط محدودیت بودجه؛ افزایش نابرابری در بهره‌مندی از خدمات |
| | | بازپرداخت بیمه‌ای | پایداری مالی و امکان پیش‌بینی هزینه‌ها؛ شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام مالی؛ کاهش فشار بودجه‌ای بر دولت | بوروکراسی زیاد؛ محدودیت در انتخاب ارائه‌دهنده؛ احتمال کاهش رضایت بیماران به دلیل نظام اداری پیچیده |
| | | درآمد تجاری/سرمایه گذاری | تنوع در منابع مالی؛ کاهش وابستگی به بودجه دولتی؛ افزایش کارایی و استقلال مدیریتی؛ امکان ارائه خدمات به غیرنظامیان | خطر انحراف از مأموریت اصلی نظامی در صورت تمرکز بر سود؛ نیاز به نظارت دقیق مالی |
| 3 | مدل ترکیبی/چندکاناله | سرمایه‌گذاری ترکیبی دولتی-خصوصی (PPP) | به‌اشتراک‌گذاری منابع و زیرساخت‌ها؛ افزایش بهره‌وری و پایداری مالی؛ انعطاف‌پذیری بالا در شرایط بحرانی | پیچیدگی در قراردادها و نظارت؛ احتمال اختلاف منافع بین بخش دولتی و خصوصی |
| | | رویکرد حمایتی | کاهش هزینه‌ها از طریق اشتراک منابع؛ افزایش بهره‌وری مأموریت‌ها؛ قابلیت گسترش برای مأموریت‌های انسان‌دوستانه و بحران‌ها | وابستگی به همکاری سایر سازمان‌ها؛ نیاز به هماهنگی بین‌نهادی بالا |

فعالیت‌ها، شناسایی واحدهای ناکارآمد و بهینه‌سازی استفاده از منابع فیزیکی و انسانی را فراهم می‌کند. بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد یا ارزش باعث ایجاد انگیزه برای بهبود کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌های غیرضروری و پاسخ سریع‌تر به نیازهای بیماران می‌شود و در بسیاری از بیمارستان‌های نظامی و غیرنظامی به کار گرفته شده است.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۲ در گرجستان انجام گرفت، ویژگی‌های مدل بودجه‌بندی بر مبنای عملکرد در بخش دفاعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد در بخش دفاعی، تمرکز مدیریت مالی را از صرفاً کنترل هزینه‌ها به مدیریت بر اساس نتایج و پیامدها منتقل می‌کند. در این مدل، تخصیص منابع مالی بر پایه‌ی خروجی‌ها و پیامدهای قابل‌اندازه‌گیری انجام می‌شود و هدف اصلی آن افزایش کارایی، اثربخشی و بهبود قابلیت‌های دفاعی است(۱۴).

در مطالعه‌ی فولتون و همکاران(۲۰۰۷) که در نظام سلامت ارتش ایالات متحده انجام شد، نتایج نشان داد که در سیستم‌های دفاعی، استفاده از شاخص‌های عملکردی به‌جای روش‌های سنتی مبتنی بر هزینه‌های تاریخی، موجب بهبود شفافیت مالی، افزایش بهره‌وری و تخصیص بهینه منابع می‌شود(۱۵). در مطالعه‌ای دیگر در آمریکا و سال ۲۰۲۳ که با هدف ارزیابی تأثیر بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد (PBB) در بیمارستان‌های ارتش ایالات متحده انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد می‌تواند به‌عنوان یک سازوکار سیاستی مؤثر برای بهبود کیفیت، افزایش پاسخگویی و ارتقای بهره‌وری سازمانی به‌کار رود(۱۶).

بودجه اضطراری مدلی از بودجه‌بندی است که برای پاسخ سریع و مؤثر به شرایط بحران، جنگ یا بلایای طبیعی طراحی شده است. در این مدل، تخصیص منابع به بخش‌های حیاتی و اولویت‌دار بیمارستان، مانند اورژانس، ICU و واحدهای حیاتی، با سرعت و انعطاف بالا انجام می‌شود. منابع مالی ممکن است شامل بودجه داخلی، کمک‌های خارجی یا بین‌المللی باشند و

تمرکز بر شفافیت، پاسخگویی و استفاده بهینه از منابع محدود است. بودجه اضطراری امکان انطباق سریع با شرایط تغییرپذیر و نیازهای فوری بیماران را فراهم می‌کند و به مدیران اجازه می‌دهد تا عملکرد بیمارستان را در شرایط بحرانی حفظ کنند و خدمات حیاتی را بدون وقفه ارائه دهند. این مدل اخیرا در اوکراین بیشترین استفاده را داشته است(۱۷).

در مطالعه‌ای که مارکوتس و روبرتو (۲۰۲۴) درباره‌ی تجربه بودجه‌ریزی اضطراری اوکراین در جریان جنگ با روسیه انجام دادند، نشان داده شد که تاب‌آوری بودجه‌ای و انعطاف‌پذیری مالی نقش اساسی در حفظ پایداری دولت در شرایط بحران و جنگ دارد. یافته‌ها بیانگر آن است که بودجه‌ریزی اضطراری به‌عنوان ابزاری کلیدی، امکان پاسخ سریع به نیازهای ملی و تخصیص هدفمند منابع را فراهم آورده و مانع از فروپاشی نظام مالی در شرایط بحرانی شده است(۱۷).

در مدل پرداخت از جیب، بخش عمده‌ای از هزینه‌های خدمات سلامت به‌صورت مستقیم توسط دریافت‌کنندگان خدمت پرداخت می‌شود، بدون آن‌که بازپرداختی از سوی بیمه‌های عمومی یا خصوصی انجام گیرد (۱۸). این نوع تأمین مالی، برخلاف نظام‌های مبتنی بر بیمه یا مالیات، ریسک مالی خدمات سلامت را به دوش خود بیمار یا خانواده او می‌گذارد. در بیمارستان‌های نظامی، استفاده از مدل پرداخت از جیب معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که منابع دولتی ناکافی باشند یا بودجه تخصیص‌یافته به بخش نظامی عمدتاً صرف هزینه‌های دفاعی و تجهیزات شود و نه خدمات درمانی. در چنین شرایطی، دولت به‌جای افزایش بودجه طب نظامی، ممکن است بخشی از هزینه‌های درمانی را مستقیماً به بیماران منتقل کند.

اتکا به پرداخت از جیب می‌تواند پیامدهای منفی متعددی داشته باشد، از جمله کاهش دسترسی کارکنان نظامی و خانواده‌هایشان به خدمات درمانی، افزایش فشار مالی و حتی فقر سلامت در گروه‌های کم‌درآمد(۱۹). بر اساس شواهد تجربی، زمانی‌که سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت (CHE) بیش از ۱۵٪ باشد، احتمال مواجهه خانوارها با مشکلات مالی شدید یا فاجعه‌آمیز افزایش می‌یابد (۲۰). این امر نشان‌دهنده‌ی ناکارآمدی نظام تأمین مالی سلامت در محافظت مالی از شهروندان است.

از سوی دیگر، مطالعات اقتصادی نشان داده‌اند که افزایش هزینه‌های نظامی در کشورها می‌تواند اثر منفی بر بودجه سلامت داشته باشد، زیرا اولویت‌های مالی دولت به سمت امنیت و دفاع سوق داده می‌شود(۲۱, ۲۲). این وضعیت در بیمارستان‌های نظامی به شکل واضح‌تری بروز می‌کند، چون بخش دفاعی و بخش طب نظامی از یک بودجه کلی دولتی تأمین می‌شوند. در نتیجه، افزایش هزینه‌های دفاعی منجر به کاهش بودجه خدمات طب نظامی و در نهایت افزایش پرداخت از جیب پرسنل می‌شود.

یکی از مهم‌ترین سازوکارهای تأمین مالی در نظام سلامت نیروهای مسلح، استفاده از مدل بیمه‌ای است که از طریق برنامه‌های سلامت ویژه نظامیان، همچون TRICARE در ایالات متحده، اجرا می‌شود. در این مدل، منابع مالی بیمارستان‌های نظامی عمدتاً از پرداخت‌های بیمه‌ای از سوی سازمان‌های سلامت نیروهای مسلح تأمین می‌گردد. به‌عبارت دیگر، بیمه سلامت نظامیان به‌عنوان یک نهاد واسطه مالی عمل می‌کند که هزینه خدمات درمانی ارائه‌شده در بیمارستان‌های نظامی را برای کارکنان فعال، بازنشستگان و خانواده‌های آنان پوشش می‌دهد.

این مدل به دلیل تمرکز بر جمعیت مشخص و محدود (نیروهای مسلح و خانواده‌های آنان)، پایداری مالی نسبی و قابلیت پیش‌بینی هزینه‌ها را فراهم می‌سازد. از سوی دیگر، اجرای مدل بیمه‌ای موجب افزایش پاسخ‌گویی مالی و شفافیت در مصرف منابع می‌شود، چرا که هر خدمت درمانی قابل ردیابی و هزینه‌یابی است. با این حال، محدودیت در انتخاب ارائه‌دهنده خدمت (به‌ویژه در بیمه‌هایی نظیر TRICARE Prime) و تمرکز بر ساختار بوروکراتیک نظامی، گاهی باعث کاهش کارایی و رضایت بیماران می‌گردد(۲۳).

در مدل تأمین مالی بیمه‌ای بیمارستان‌های نظامی ویتنام، منابع مالی از ترکیب بودجه دولتی، بیمه سلامت ملی و پرداخت مستقیم بیماران تأمین می‌شود. بیمه سلامت حدود ۷۲.۷ درصد از هزینه‌های درمان بیماران نارسایی قلبی را پوشش داده و نقش مهمی در کاهش فشار مالی بیماران دارد. بیشترین سهم هزینه‌ها مربوط به دارو و تجهیزات پزشکی است، در حالی که هزینه ویزیت پزشک ناچیز است. این نشان می‌دهد که نظام مالی بیمارستان‌های نظامی در ویتنام بیشتر هزینه‌محور و دارومحور است و اگرچه بیمه بار مالی بیماران را کاهش داده، اما همچنان بخشی از هزینه‌ها از طریق پرداخت مستقیم انجام می‌شود(۲۴).

مدل تأمین مالی مبتنی بر درآمد تجاری یا سرمایه‌گذاری در بیمارستان‌های نظامی به این معناست که بخشی از منابع مالی بیمارستان نه از بودجه دولتی یا بیمه، بلکه از فعالیت‌های درآمدزا و سرمایه‌گذاری‌های مستقل تأمین می‌شود. در این مدل، بیمارستان‌های نظامی علاوه بر ارائه خدمات درمانی به نیروهای مسلح، ممکن است خدمات پزشکی، آموزشی یا پژوهشی خود را به بیماران غیرنظامی یا سایر سازمان‌ها نیز عرضه کنند و از این طریق درآمد کسب نمایند. همچنین می‌توانند از اجاره تجهیزات پزشکی، سرمایه‌گذاری در پروژه‌های درمانی، مشارکت با بخش خصوصی، یا قراردادهای پژوهشی و آموزشی برای ایجاد منابع مالی پایدار استفاده کنند. هدف اصلی این مدل، کاهش وابستگی به بودجه دولتی، افزایش پایداری مالی و بهبود کارایی مدیریتی است. با این حال، اگر نظارت کافی وجود نداشته باشد، ممکن است تمرکز بیمارستان از مأموریت اصلی خود یعنی خدمت‌رسانی به نیروهای نظامی و خانواده‌های آنان منحرف شود و جنبه تجاری بیش از حد پیدا کند. در واقع، این مدل نوعی تنوع‌بخشی به منابع درآمدی[1] است که در کشورهایی مانند آمریکا و بریتانیا نیز به‌صورت محدود در بیمارستان‌های نظامی به‌کار گرفته می‌شود تا هزینه‌های عملیاتی کاهش و

1. Revenue Diversification

استقلال مالی افزایش یابد.
در مطالعه‌ای که G.J. Wedig و همکارانش (۱۹۸۹) در ایالات متحده انجام دادند، مشخص شد که بیمارستان‌های غیرانتفاعی، از جمله بیمارستان‌های نظامی، می‌توانند منابع مالی خود را فراتر از بودجه دولتی و درآمدهای عملیاتی، از طریق درآمدهای غیرعملیاتی، فعالیت‌های تجاری و سرمایه‌گذاری‌های جانبی نیز تأمین کنند(۲۵).
مطالعه Offodile و همکاران(۲۰۲۱) نشان می‌دهد که بیمارستان‌هایی که توسط سرمایه‌گذاری خصوصی خریداری می‌شوند، عموماً بیمارستان‌های بزرگ‌تر، با حاشیه سود عملیاتی بالاتر و عملکرد مالی سالم هستند و پس از تملک، سرمایه‌گذاران با مدیریت هزینه‌ها و کنترل رشد هزینه‌ها به‌ویژه از طریق مدیریت پرسنل و بهینه‌سازی منابع به افزایش سودآوری ادامه می‌دهند(۲۶).
مدل تأمین مالی مبتنی بر مشارکت عمومی-خصوصی (PPP) به عنوان یک سازوکار مؤثر برای بیمارستان‌های نظامی شناخته می‌شود که علاوه بر مدیریت منابع مالی، می‌تواند ریسک اقتصادی ناشی از ارائه خدمات بهداشتی را کاهش دهد. در این مدل، منابع مالی، تجهیزات، نیروی انسانی و خدمات بهداشتی بین نهادهای دولتی، نظامی و بخش خصوصی به اشتراک گذاشته می‌شوند، که این امر موجب کاهش فشار مالی بر بیمارستان‌ها و افزایش امکان سرمایه‌گذاری در آموزش، توسعه زیرساخت و آمادگی برای بحران‌های سلامت عمومی می‌گردد. همچنین، همکاری با شرکت‌های خصوصی و مؤسسات پژوهشی ظرفیت تحقیق و توسعه نوآوری‌های سلامت را افزایش داده و فرصت‌های آموزشی و عملیاتی برای کارکنان فراهم می‌کند. اجرای این مدل باعث می‌شود منابع مالی بیشتر برای ارتقای کیفیت خدمات آزاد شده و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی حفظ شود.
مطالعه‌ای که توسط Mani و همکاران(۲۰۲۴) در ایالات متحده انجام شد نشان داد که بیمارستان‌های نظامی می‌توانند با بهره‌گیری از مدل PPP منابع مالی خود را فراتر از بودجه دولتی و درآمدهای عملیاتی تأمین کنند. این مدل با اشتراک‌گذاری منابع، تجهیزات و نیروی انسانی میان بخش‌های دولتی، نظامی و خصوصی، فشار مالی بر بیمارستان‌ها را کاهش داده و امکان سرمایه‌گذاری در آموزش، زیرساخت و آمادگی برای بحران‌های سلامت عمومی را فراهم می‌سازد، در حالی که کیفیت و دسترسی به خدمات بهداشتی همچنان حفظ می‌شود (۲۷).
مطالعه‌ای دیگر توسط Petlenko (۲۰۲۴) نشان داد که در زمینه‌های غیرمرتبط با سلامت مانند توسعه انرژی سبز نیز ترکیب سرمایه‌گذاری‌های عمومی و خصوصی می‌تواند نقش کلیدی در تضمین پایداری و تاب‌آوری سیستم‌ها ایفا کند. این پژوهش نشان داد که حتی با وجود حمایت سیاست‌گذاران و جامعه بین‌المللی، فناوری‌های سرمایه‌بر سبز نیازمند ابزارهای مالی نوین و ترکیب سرمایه‌گذاری‌های دولتی و خصوصی برای رقابت با منابع سنتی هستند(۲۸).

مدل مشارکتی بین سازمانی یا حمایتی[1] به عنوان یک رویکرد کارآمد برای تأمین مالی و مدیریت منابع در بیمارستان‌های نظامی مطرح است و بر اساس همکاری و هم‌افزایی بین نهادهای مختلف، شامل بخش دولتی، نظامی، محلی و سازمان‌های غیردولتی شکل می‌گیرد. در این مدل، بیمارستان‌های نظامی با اشتراک منابع مالی، تجهیزات، نیروی انسانی و خدمات تخصصی با سایر سازمان‌ها، فشار مالی ناشی از ارائه خدمات سلامت و مأموریت‌های بشردوستانه را کاهش می‌دهند و ریسک اقتصادی ناشی از فعالیت‌های گسترده خود را مدیریت می‌کنند.
تفاوت اصلی میان مدل مشارکت بین‌سازمانی و مدل PPP در بیمارستان‌ها در ماهیت هدف و نوع مشارکت نهفته است. مدل مشارکت بین‌سازمانی بیشتر بر همکاری انسان‌دوستانه، اشتراک منابع، نیروی انسانی، تخصص و اطلاعات میان سازمان‌های دولتی، نظامی، بین‌المللی و حتی نهادهای خیریه و مردم‌نهاد تمرکز دارد و هدف اصلی آن بهبود خدمات سلامت و افزایش دسترسی بیماران به خدمات درمانی است، نه کسب سود مالی. در مقابل، مدل PPP یک سازوکار اقتصادی است که در آن بخش خصوصی با انگیزه سودآوری وارد همکاری با دولت می‌شود و از طریق سرمایه‌گذاری مالی، ساخت، تجهیز یا اداره بیمارستان، به دنبال بازگشت سرمایه و منافع اقتصادی است. یافته‌های اسدی‌جنتی و همکاران نشان می‌دهد که تخصیص بهینه منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین مستلزم شناسایی دقیق نیازهای واقعی، برنامه‌ریزی منظم و سازماندهی هدفمند است. این رویکرد با مدل مشارکتی بین‌سازمانی در بیمارستان‌های نظامی هم‌راستا است، زیرا این مدل نیز با همکاری و هم‌افزایی نهادهای دولتی، نظامی و غیردولتی، منابع مالی، تجهیزات و نیروی انسانی را به‌صورت هدفمند مدیریت می‌کند، فشارهای مالی را کاهش می‌دهد و ریسک اقتصادی فعالیت‌های گسترده سلامت را کنترل می‌نماید(۲۹).
مطالعات موردی مأموریت‌های بیمارستان‌های شناور نیروی دریایی آمریکا نشان می‌دهد که مشارکت بین سازمانی شامل همکاری با دولت‌های خارجی، نیروهای نظامی هم‌پیمان و سازمان‌های غیردولتی است و این همکاری‌ها به شکل موثری اهداف بیمارستان‌های نظامی از جمله ارائه کمک‌های بشردوستانه، آموزش و ظرفیت‌سازی و ایجاد شبکه‌های منطقه‌ای را محقق می‌سازد(۳۰).
مدل مشارکتی بین سازمانی نه تنها به عنوان یک سازوکار تأمین مالی عمل می‌کند، بلکه بهره‌وری، کیفیت خدمات و تاب‌آوری بیمارستان‌های نظامی را افزایش داده و امکان اجرای پروژه‌های آموزشی، توسعه زیرساخت و آمادگی برای بحران‌های سلامت عمومی با مشارکت چندجانبه را فراهم می‌آورد. این مدل نمونه‌ای از رویکردهای نوین مدیریت منابع است که بهره‌گیری از شراکت‌های چندجانبه و اشتراک منابع را برای تضمین پایداری و ارتقای کیفیت خدمات سلامت نظامی فراهم می‌کند.

1. Interorganizational Partnership

## نتیجه‌گیری

تأمین مالی در نظام سلامت، به‌ویژه در بیمارستان‌های نظامی، یکی از ارکان کلیدی تحقق پایداری مالی و تاب‌آوری سازمانی به شمار می‌رود. پایداری مالی به معنای توانایی یک نهاد در تأمین منابع کافی برای پوشش هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای خود در بلندمدت، بدون کاهش کیفیت خدمات یا وابستگی بیش از حد به منابع ناپایدار است. از منظر نظری، سه رویکرد اصلی تأمین مالی بیمارستان‌ها ، بودجه‌ای، مبتنی بر درآمد، و ترکیبی در مسیر دستیابی به این هدف نقش مکمل دارند.

در مدل بودجه‌ای، پایداری مالی از طریق تخصیص منظم و پیش‌بینی‌پذیر منابع عمومی تحقق می‌یابد. این مدل موجب ثبات و کنترل هزینه‌ها می‌شود، اما در صورت اتکای کامل به بودجه دولتی، انعطاف‌پذیری و کارایی کاهش می‌یابد. برای افزایش پایداری، مدل‌های نوین بودجه‌ای مانند بودجه‌بندی مبتنی بر عملکرد و ارزش معرفی شده‌اند که با پیوند منابع به نتایج، بهره‌وری مالی و پاسخ‌گویی را تقویت می‌کنند.

در مدل مبتنی بر درآمد، تمرکز بر ایجاد جریان‌های مالی مستقل از دولت است. این مدل از طریق پرداخت‌های بیمه‌ای، درآمدهای اختصاصی و سرمایه‌گذاری‌های بیمارستانی، توانایی خودتأمین مالی و تنوع منابع را افزایش می‌دهد. پایداری مالی در این چارچوب از طریق کاهش وابستگی به بودجه عمومی و تقویت مکانیسم‌های بازگشت سرمایه حاصل می‌شود، هرچند در صورت نبود نظارت کافی، ممکن است اهداف اجتماعی و مأموریت نظامی تحت‌تأثیر منافع اقتصادی قرار گیرد.

در نهایت، مدل ترکیبی یا چندکاناله با ادغام ظرفیت‌های بودجه‌ای، بیمه‌ای و مشارکتی، بستری برای ایجاد یک نظام تأمین مالی پایدار و منعطف فراهم می‌کند. این مدل از طریق تنوع‌بخشی منابع، اشتراک ریسک مالی میان بخش‌های دولتی و خصوصی، و استفاده از همکاری‌های بین‌سازمانی مانند، ثبات مالی و تاب‌آوری عملیاتی بیمارستان‌ها را ارتقا می‌دهد.

از منظر نظری، ارتباط این سه مدل را می‌توان به‌صورت یک چرخه مکمل در نظر گرفت. مدل بودجه‌ای پایه‌ای برای پایداری کوتاه‌مدت و ثبات هزینه‌ها ایجاد می‌کند، مدل مبتنی بر درآمد، ظرفیت رشد و استقلال مالی را فراهم می‌آورد و مدل ترکیبی با هم‌افزایی منابع و مدیریت ریسک چندجانبه، پایداری مالی بلندمدت را تضمین می‌نماید.

بنابراین، پایداری مالی در بیمارستان‌های نظامی نه از طریق تکیه بر یک مدل منفرد، بلکه با ترکیب هوشمندانه سه رویکرد مذکور و بهره‌گیری از مزایای هر یک حاصل می‌شود. این تلفیق، هم امکان پاسخگویی به شرایط بحرانی و جنگی را فراهم می‌کند، و هم به حفظ کیفیت خدمات، بهره‌وری منابع و استمرار مأموریت‌های درمانی نظامی کمک می‌نماید.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران ضمن تأکید بر رعایت اصول اخلاقی در تمامی مراحل تحقیق، مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی صاحب‌نظران و پژوهشگران گرامی اعلام میدارم.

References

1.Vahdaninia V, Sheikhy-Chaman M, Shahidi SMM, Zali ME. Foresight Analysis of Governance of Military Hospital Services in Iran: Challenges and Solutions. Journal Defensive Future Studies. 2025;10(36):99-135.

2.Nikoomanesh M, Dehkordi PR, Khah SV, Hashemi SM. Study of the organizational structure of military hospitals in selected countries of the world based on the World Bank model: a qualitative study. 2023.

3.Mosadeghrad AM, 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):137-56.

4.Sadeghi N, Zare H. The effect of financing system on improvement of hospital performance. Payesh Journal. 2009;8(2):135-.

5.na, amp, #039, emani F, Saeidpour J, Tofighi S, et al. Assessment of Resource Distribution and Performance Evaluation of Iranian Military Hospitals in 2018 Based on Pabon Lasso Model. Journal of Military Medicine. 2022;22(1):85-95.

6.Enhancement IfHE. Strategic Pathways Toward Financial Resilience and Growth of Hospitals 2021 [Available from: https://ihee.ir/%D9%85%D8%B3%DB%8C%D8%B1%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D8%B1%D8%A7%D9%87%D8%A8%D8%B1%D8%AF%D%8C-%D8%A8%D9%87-%D8%B3%D9%88%DB%8C-%D8%AA%D8%A7%D8%A8%D8%A2%D9%88%D8%B1%DB%8C-%D9%88-%D8%B1%D8%B4%D8%AF/.

7.Asghar Saleh Esfahani, Alireza Bakhshi Meydani, Abdolhossein Berimani, Argi. M. The Practical Requirements for Sustainable Financial Resource Allocation in Military Organizations: A Strategic Approach to Mitigating the Impacts of Economic Crises. Journal of Logistics and Defense Technology 2025;8(26):93-112 [Persian].

8.Piri E, Jafarnezhadgero A. The Difference Between Narrative and Systematic Review Studies: A Letter to the Editor. Journal of Sport Biomechanics. 2024;10(1):82-7.

9.Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. Qualitative psychology. 2022;9(1):3.

10.Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International journal of social research methodology. 2005;8(1):19-32.
11.Khorram-Manesh A, Robinson Y, Boffard K, Örtenwall P. The History of Swedish Military Healthcare System and Its Path Toward Civilian-Military Collaboration From a Total Defense Perspective. Mil Med. 2020;185(9-10):e1492-e8.
12.Chen Y, Liu Y, Ma Y, Qi Y, Zhang Q, Zhou JH. Clinical features and direct medical cost of splenic injury in China: a cross-sectional study. BMJ Open. 2022;12(6):e058612.
13.Teymourzadeh E, Bahadori M, Meskarpour-Amiri M, Khoshmanzar J, Hosseini-Shokouh S-M. Economic Performance Analysis of Selected Military Hospitals Using Hospital Indicators and Inpatient Bed-Day Cost. Hospital Practices and Research. 2019;4(1):31-8.
14.Okromtchedlishvili I. PERFORMANCE-BASED BUDGETING IN THE DEFENSE SECTOR: ORGANIZATIONAL STRUCTURE ISSUES. 2022;13:2022.
15.Fulton L, Lasdon LS, McDaniel RR. Cost drivers and resource allocation in military health care systems. Mil Med. 2007;172(3):244-9.
16.Decker KL, Schwab SD, Bazzoli GJ, Chukmaitov AS, Wernz C. Impact of performance-based budgeting on quality outcomes in U.S. military health care facilities. Health Care Manage Rev. 2023;48(3):249-59.
17.Markuts Y, Roberto F. Emergency budgeting for resilience during the war. The case of Ukraine. Public Money & Management. 2025;45(3):195-205.
18.Grigorakis N, Galyfianakis G. The impact of military expenditures on out of pocket healthcare payments: international evidence based on a dynamic panel data analysis. EuroMed Journal of Business. 2022;18(2):270-95.
19.Chantzaras AE, Yfantopoulos JN. Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. Social Science & Medicine. 2018;211:338-51.
20.Xu Ka, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Maele NV, Touré H, et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization. 2018;10.
21.Zhao L, Zhao L, Chen B-F. The interrelationship between defence spending, public expenditures and economic growth: evidence from China. Defence and peace economics. 2017;28(6):703-18.
22.Fan H, Liu W, Coyte PC. Do military expenditures crowd-out health expenditures? Evidence from around the world, 2000–2013. Defence and Peace Economics. 2018;29(7):766-79.
23.Rebhi AM. Obstetric care under the military health system: An analysis of active-duty women's and female spouses' online discussions. Qual Res Med Healthc. 2024;8(3):12641.
24.Dao TD, Tran HTB, Vu QV, Nguyen HTT, Nguyen PV, Vo TQ. The annual economic burden incurred by heart failure patients in Vietnam: a retrospective analysis. J Pharm Policy Pract. 2024;17(1):2381099.
25.Wedig GJ, Hassan M, Sloan FA. Hospital investment decisions and the cost of capital. Journal of Business. 1989:517-37.
26.Offodile II AC, Cerullo M, Bindal M, Rauh-Hain JA, Ho V. Private Equity Investments In Health Care: An Overview Of Hospital And Health System Leveraged Buyouts, 2003–17. Health Affairs. 2021;40(5):719-26.
27.Mani V, Pomer A, Korona-Bailey J, Janvrin M, Coles CL, Schoenfeld AJ, et al. Supporting the nation in crisis: the military health system's role in enhancing public health capacity through public–private partnerships. Health Research Policy and Systems. 2024;22(1):108.
28.Petlenko Y. Financing green energy for enhancing energy security in Ukraine. Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice. 2024;2(55):161-79.
29.Asadi-Janati N, Alimohammadzade K, Hosseini SM, Maher A, Bahadori M. Determining the Effective Components on Allocation of Funds from Donors' Participation in the Health System: A Qualitative Study. Health Information Management. 2019;16(4):168-75.
30.Licina D, Mookherji S, Migliaccio G, Ringer C. Hospital ships adrift? Part 2: the role of US Navy hospital ship humanitarian assistance missions in building partnerships. Prehosp Disaster Med. 2013;28(6):592-604.