

طراحی الگوی تأمین مالی نظام سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین

مهدی رضایی فرشه^۱، محمد ضیاء الدینی^{۲*}، سید محمدرضا حسینی پور^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه مدیریت، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

۲. استادیار گروه مدیریت، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

۳. استادیار گروه اقتصاد، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تأمین منابع مالی نظام سلامت، یکی از دغدغه‌های عمده اغلب دولت‌ها است و خیرین سلامت نقش به‌سزایی در این زمینه دارند. این پژوهش با هدف طراحی الگوی تأمین مالی نظام سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی به روش نظریه پایه در سال ۱۳۹۹ در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. مشارکت کنندگان را خبرگان، اساتید دانشگاهی و خیرین نظام سلامت تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و ساختاریافته با مشارکت کنندگان جمع‌آوری شد و به روش استراوس و کوربین تحلیل گردید.

یافته‌ها: از مجموع یافته‌ها، ۱۳ طبقه اصلی شامل انگیزه کمک مالی به نظام سلامت در جامعه، اعتمادسازی در میان خیرین، توجیه و تشریح طرح‌های توسعه‌ای نظام سلامت برای خیرین، ایجاد امکان بازدید از طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت برای خیرین، آگاهی‌رسانی در جامعه در خصوص اثرات مثبت مشارکت اجتماعی در نظام سلامت، تقویت مثبت اقدامات خیرین، ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه، توصیه‌های دینی در خصوص وقف، محدودیت‌های قانونی حاکم بر مشارکت‌های اجتماعی خیرین، وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه، جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت، مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت، بهبود نظام سلامت کشور، بدست آمد.

نتیجه‌گیری: برطبق یافته‌ها، ارتقاء انگیزه کمک مالی به نظام سلامت در جامعه با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین نهایتاً منجر به بهبود وضعیت نظام سلامت می‌گردد. گرچه در این خصوص باید راهبردها، شرایط و بسترهای مختلف مرتبط با موضوع مد نظر قرار گیرد.

مقدمه

سیاست‌گذاران نظام سلامت در سراسر جهان بر اهمیت تضمین مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه افراد تأکید دارند (۱). در حقیقت، تأمین منابع مالی نظام سلامت، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های اغلب دولت‌ها، در همه کشورها با هر سطحی از درآمد است. دولت‌ها اغلب نمی‌توانند همه یا بخش بزرگی از مراقبت‌های بهداشتی را از بودجه عمومی دولت تأمین کنند. در نتیجه، آنها می‌بایست با بررسی چگونگی روش‌های تأمین مالی منابع نظام سلامت، به الگوی مناسبی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در این بخش دست یابند (۲).

سیاست‌گذاران نظام سلامت در سراسر جهان بر اهمیت تضمین مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه افراد تأکید دارند (۱). در حقیقت، تأمین منابع مالی نظام سلامت، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های اغلب دولت‌ها، در همه کشورها با هر سطحی از درآمد است. دولت‌ها اغلب نمی‌توانند همه یا بخش بزرگی از

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه کیفی به روش نظریه پایه در سال ۱۳۹۹ در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. مشارکت کنندگان در مطالعه را خبرگان، اساتید دانشگاهی و خیرین عرصه نظام سلامت تشکیل می‌دادند. از آنجایی که در تحقیقات کیفی پیش از شروع مطالعه معیار دقیقی به منظور تعیین حجم نمونه و یا تعداد مشارکت کنندگان آن وجود ندارد (۷)، لذا در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. مشارکت کنندگان با توجه به دارا بودن اطلاعات غنی در زمینه مورد پژوهش انتخاب شدند. داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه‌های عمیق و ساختار نیافته جمع‌آوری شد و این فرایند تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها در ابتدا با یک سوال باز و کلی شروع می‌شد و بین ۳۰ تا ۸۰ دقیقه ادامه می‌یافت؛ در مرحله بعد با سوالات پیگیری‌کننده بر طبق اطلاعات بیان شده توسط مشارکت کنندگان ادامه می‌یافت.

با انجام مصاحبه با اولین مشارکت کننده و تحلیل داده‌های حاصله و ظهور مفاهیم اولیه، مشارکت کننده بعدی انتخاب و مطالعه ادامه می‌یافت. تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مداوم داده‌ها و رویدادها بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود در بین آنها این امکان را به محققین می‌داد که در مرحله بعد چه داده‌هایی و از کجا باید جمع‌آوری شوند. تکرار این فرآیند باعث تنوع داده‌ها، استحکام بخشی به طبقات و زیرطبقات و نوع ارتباطات بین آنها و نیز ظهور طبقات و در نهایت طراحی نظریه گردید.

طبق نظر استراوس و کوربین، برای تحلیل داده‌های کیفی گردآوری شده محقق ۳ مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی طی می‌نماید تا در نهایت، پارادایمی منطقی و تصویر عینی (الگو) از نظریه خلق شده ارائه شود. از آنجا که پایه‌های اصلی ایجاد نظریه مفاهیم هستند، الزام است در نظریه پایه ساز و کاری تعیین شود تا مفاهیم، شناسایی و برحسب خصوصیات

وضعیت مشارکت افراد در تأمین مالی نظام سلامت یکی از موضوعات چالش برانگیز در ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت جهان می‌باشد. این موضوع علاوه بر تحمیل مخارج زیادی به خانواده‌ها، تغییراتی نیز در توزیع درآمد جامعه ایجاد می‌کند. طرح مباحث مربوط به تأمین مالی نظام سلامت و تبعات آن بر خانوارهای ایرانی در برنامه‌های توسعه پنج ساله کشور نقطه عطفی در جلب توجه محققین و سیاست‌گذاران به این حوزه محسوب می‌شود (۳).

مبادرت به انجام کارهای خیر، احسان و نیکوکاری در طول تاریخ بشری همواره مورد توجه افراد خیرخواه بوده است. نظام سلامت از جمله بخش‌های اجتماعی کشور است که از سالیان قبل شاهد حضور سازمان یافته نهادهای مردمی با وجود تمامی کمبودها و کاستی‌ها در این حوزه است. بطوری که بر طبق شواهد پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی توسط خیرین انجام می‌شود (۴) و این گروه نقش به‌سزایی در تأمین مالی، توسعه منابع، ارائه خدمات سلامت و حمایت مالی از بیماران در نظام سلامت کشور بر عهده دارند. تعداد کل خیرین سلامت ایران در سال ۱۳۹۴ برابر با ۱۳۱۳۸ نفر بوده است و حدود ۸۹۰ موسسه خیریه سلامت فعال تا سال ۱۳۹۶ در کشور گزارش شده است. مشارکت خیرین در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ به ترتیب حدود ۱۵۰۰۰ و ۱۷۰۰۰ میلیارد ریال بوده است (۵).

بنابراین، خیرین از ظرفیت بالایی برای ارائه خدمات سلامت در ایران برخوردار هستند. آگاهی از چگونگی مشارکت خیرین در ارائه خدمات سلامت برای برنامه ریزی و تقویت مشارکت آنها در ارائه خدمات سلامت ضروری است. مطالعات محدودی به تبیین مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران پرداخته اند (۶) و الگویی جامعی در خصوص تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین در کشور در دسترس نیست. لذا به منظور پوشش خلاء اطلاعاتی موجود، این پژوهش با هدف طراحی الگوی تأمین مالی نظام سلامت در وزارت

نتایج

در این پژوهش، داده‌ها از طریق مصاحبه با ۹ نفر از مشارکت‌کننده جمع‌آوری شد. مشخصات جمعیت شناختی این افراد در جدول (۱) ارائه شده است. از مجموع کل مصاحبه‌های صورت گرفته ۱۲۳ کد اولیه، ۲۷ طبقه فرعی و ۱۳ طبقه اصلی مشتمل بر انگیزه کمک مالی به نظام سلامت در جامعه، اعتمادسازی در میان خیرین، توجیه و تشریح طرح‌های توسعه‌ای نظام سلامت برای خیرین، ایجاد امکان بازدید از طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت برای خیرین، آگاهی‌رسانی در جامعه در خصوص اثرات مثبت مشارکت اجتماعی در نظام سلامت، تقویت مثبت اقدامات خیرین، ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه، توصیه‌های دینی در خصوص وقف، محدودیت‌های قانونی حاکم بر مشارکت‌های اجتماعی خیرین، وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه، جذب نظام مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت، مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت، بهبود نظام سلامت کشور، بدست آمد (جدول ۲).

و ابعادشان بسط داده شوند. این سازوکار در کدگذاری باز انجام میشود، به طوری که پژوهشگر از داده‌های خام اولیه، مقوله‌های مقدماتی را در ارتباط با پدیده مورد بررسی از طریق مصاحبه و طرح سؤال درباره داده‌ها، مقایسه موارد، رویدادها و دیگر حالات پدیده‌ها، برای کسب شباهت‌ها و تفاوت‌ها استخراج می‌کند. در مرحله بعد (کدگذاری محوری)، پژوهشگر یکی از مقوله‌ها را محور فرآیند در حال بررسی و اکتشاف قرار می‌دهد (پدیده اصلی) و سپس مقوله‌های دیگر را به آن ارتباط می‌دهد. این مقوله‌ها همان شرایط علی (علل موجد پدیده اصلی)، راهبردها (کنش یا کنش‌های متقابلی که برای کنترل، اداره، برخورد و پاسخ به پدیده اصلی انجام می‌شوند)، بستر یا زمینه (شرایط بستر یا زمینه شرایط بسترساز خاص مؤثر در راهبردها)، شرایط مداخله‌گر (شرایط بسترساز عام مؤثر در راهبردها) و پیامدها (ره آورد به کار بستن راهبردها) هستند. در مرحله بعد مقولات را به هم مرتبط نموده و نظام نظری خاصی را ارائه می‌نماید (۸).

حصول اطمینان از اعتبار و استحکام یافته‌ها از طریق مشاهده و درگیری طولانی مدت محقق با یافته‌ها، همینطور بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان و نیز ناظرین خارجی، انجام شد.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در مطالعه

مشارکت‌کننده شماره ۹	مشارکت‌کننده شماره ۸	مشارکت‌کننده شماره ۷	مشارکت‌کننده شماره ۶	مشارکت‌کننده شماره ۵	مشارکت‌کننده شماره ۴	مشارکت‌کننده شماره ۳	مشارکت‌کننده شماره ۲	مشارکت‌کننده شماره ۱	متغیر
زن	مرد	زن	مرد	مرد	زن	مرد	مرد	مرد	جنسیت
۵۹	۵۴	۴۲	۶۳	۴۴	۴۳	۴۵	۵۱	۴۹	سن
متخصص	دکتری تخصصی	دکتری تخصصی	متخصص	دکتری تخصصی	دکتری حرفه‌ای	دکتری تخصصی	دکتری تخصصی	فوق تخصص	مدرک تحصیلی
پزشکی	مدیریت - بهداشت و درمان	مدیریت - بهداشت و درمان	پزشکی	مدیریت - مالی	پزشکی	مدیریت - بهداشت و درمان	مدیریت - بهداشت و درمان	پزشکی	زمینه شغلی
۲۴	۲۶	۱۷	۳۲	۱۵	۱۴	۱۹	۲۵	۲۱	تجارب کاری (سال)

جدول ۲. توصیف طبقات اصلی، زیر طبقات و نمونه هایی از کدهای اولیه حاصله از تحلیل داده‌ها

طبقات اصلی	زیر طبقات	نمونه‌های از کدهای اولیه
ایجاد امکان بازدید از طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت برای خیرین	شفافیت در نحوه هزینه کرد هدایا مشارکت موثر در طرح‌ها	نحوه و محل هزینه کرد منابع مالی خیرین ضرورت اطلاع خیرین از نحوه و محل هزینه کرد مالی توانمندی خیرین جهت پیشبرد امور نظام سلامت
کمبود منابع (مالی یا فیزیکی) دولتی	کمبود زیرساختها کسری اعتبارات دولتی	کمبود امکانات با توجه به نیازهای محلی کمبود امکانات و منابع محلی عدم وجود منابع مورد نیاز حوزه سلامت در برخی نقاط کشور
تقویت مثبت اقدامات خیرین	مداخلات نیکوکار محور تقدیر از خیرین و امورات خیر	انتظار پاسخ مثبت به اقدامات خیرین از سوی مسئولان ذی ربط بازخورد مسئولین به اقدامات خدایندانه خیرین کاهش احتمال تکرار رفتار خیرین در صورت دریافت پاسخ منفی
اعتمادسازی در میان خیرین	بهبود و ارتقاء سطح اعتماد عمومی	نقش موثر اعتماد در مشارکت اجتماعی خیرین ایجاد حس اطمینان برای هزینه کرد منابع طبق نظر خیرین اعتماد سازی در خیرین
آگاهی‌رسانی در جامعه در خصوص اثرات مثبت مشارکت اجتماعی در نظام سلامت	اطلاع رسانی عمومی	ضرورت اطلاع رسانی در مورد اهمیت مشارکت اجتماعی در سطح جامعه آگاهی ناکافی فرهیختگان جامعه نسبت به مفاهیم و ابعاد مشارکت اجتماعی آگاهی بخشی به خیرین در خصوص ضرورت مشارکت اجتماعی در نظام سلامت
ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه	فرهنگ سازی رسانه ای مشارکت اجتماعی به عنوان ارزش فرهنگی	نقش رسانه در ترویج و تبلیغ فرهنگ مشارکت تشریح فرهنگ مشارکت در جامعه ارج نهادن به مشارکت اجتماعی توصیه ادیان الهی به امورات خیر
توصیه‌های دینی در خصوص وقف	تبیین وقف تاثیر مذهب در امور خیر	تاکید بر امور وقف و خیر در دین اسلام تاکید بر پاداش معنوی مشارکت در امور خیر نظام سلامت نقش عالمان دینی در ترغیب خیرین نظام سلامت
وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه	سطح درآمد جامعه شرایط اقتصادی	کاهش منابع بالقوه خیرین در شرایط بی ثبات اقتصادی تاثیر سوء تنگناهای اقتصادی بر سطح مشارکت مالی خیرین در نظام سلامت تاثیر مشکلات اقتصادی در روحیه مشارکت جامعه
محدودیت‌های قانونی حاکم بر مشارکت‌های اجتماعی خیرین	بروکراسی اداری موانع قانونی	تسهیل قوانین مربوط به مشارکت خیرین در نظام سلامت توسط نهادهای قانونی ایجاد موانع قانونی در مسیر فرآیند مشارکت خیرین حفظ و ارتقاء روحیه کمک به نظام سلامت در خیرین حفظ شان و منزلت خیرین اشتیاق درونی خیرین به مشارکت
جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت	ساماندهی منابع اهدایی اصلاح ساختار سازمانی	ساماندهی جذب منابع مالی از سوی خیرین فقدان مدیریت اثربخش در فرآیند جذب منابع مالی از سوی خیرین تسهیل فرآیند جذب منابع مالی از سوی خیرین

ادامه جدول ۲.

نظارت و حسابرسی کمک های نقدی و غیر نقدی خیرین	مدیریت بهینه منابع و مصارف خیر	مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت
بهره وری از منابع مالی خیرین جلوگیری از هدر رفت منابع		
مصرف بهینه کمک های نقدی و غیرنقدی خیرین		
بهبود کیفیت نظام سلامت از طریق جذب منابع مالی خیرین	بهبود کیفیت نظام سلامت ارتقاء زیرساخت ها	بهبود نظام سلامت کشور
بهبود زیرساخت های نظام سلامت با افزایش جذب منابع از سوی خیرین		

یافته‌های پژوهش نشان داد تامین مالی نظام سلامت برای اینکه بتواند به درستی و سهولت اجرایی شود و پاسخی برای انگیزه کمک مالی به نظام سلامت باشد به دو مولفه "ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه" و "توصیه‌های دینی در خصوص وقف" نیاز دارد. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه می‌گوید: "من شخصا در زمانی که مسئولیت اجرائی در سطح را دانشگاه داشتم، گاهی به همراه مدیرانم در موقعیت های خاص و یا مناسبت های فرهنگی مذهبی، به دیدار ائمه جمعه و یا افراد صاحب نفوذ مذهبی میرفتم و با ایجاد یک تعامل سازنده به منظور حساس سازی مردم جهت جذب منابع و مشارکت در اقدامات خیرخواهانه در حوزه بهداشت و درمان از این بزرگواران کمک می گرفتم" (مشارکت کننده شماره ۶).

در پژوهش حاضر دو مقوله "وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه" و "محدودیت های قانونی حاکم بر مشارکت های اجتماعی خیرین" بعنوان عوامل و یا متغیرهای مداخله گر که به نوعی بر روی شکل گیری پدیده تاثیرگذار باشند، شناسایی شدند. در رابطه با این یافته ها، یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت "در سال های اخیر که کشاورزان با خشکسالی مواجه شدند و یا بدلیل مسایل اقتصادی و تحریم ها دچار ضرر مالی شدند، نمی توان انتظار دریافت کمک های نقدی و یا غیر نقدی داشت" (مشارکت کنندگان شماره ۵). مشارکت کننده دیگر می گوید: "ما از طریق مجمع خیرین سلامت استان و همراهی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی توانستیم، با استفاده از موضوع معافیت های مالیاتی ماده ۱۷۲ قانون مالیات های مستقیم، کمک های نقدی و غیرنقدی قابل توجهی از اشخاص حقیقی و حقوقی دریافت و در زمینه مبارزه با بیماری کرونا در

بر اساس دیدگاه مشارکت کنندگان پژوهش، مقوله های "اعتمادسازی در میان خیرین"، "کمبود منابع (مالی یا فیزیکی) دولتی"، "ایجاد امکان بازدید از طرح ها و پروژه های نظام سلامت برای خیرین"، "آگاهی رسانی در جامعه در خصوص اثرات مثبت مشارکت اجتماعی در نظام سلامت" و "تقویت مثبت اقدامات خیرین" به عنوان مولفه های شرایط علی پدیده مورد مطالعه پژوهش شناسایی شد. یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه می گوید: "خیلی وقت ها شده در رسانه ها می بینیم و یا می شنویم بدلیل کمبود تخت بیمارستانی، یک مرکز درمانی از پذیرش بیمار خودداری کرده و یا وزیر بهداشت از کمبود منابع مالی و عدم تخصیص به موقع اعتبارات وزارتخانه گلایه کرده است" (مشارکت کننده شماره ۱). یکی دیگر از مشارکت کنندگان می گوید: "چندی پیش در بازدیدی که از یکی از بیمارستان های دولتی داشتم، تابلوی تصاویر خیرینی را دیدم که بطور مناسبی جهت گرامیداشت ایشان در معرض دید عموم قرار گرفته بود" (مشارکت کننده شماره ۳).

در این پژوهش و با نظر به دیدگاه مشارکت کنندگان مقوله "انگیزه کمک مالی به نظام سلامت در جامعه" به عنوان محور اصلی مبین تامین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت خیرین انتخاب شد. در این خصوص یکی از خبرگان چنین بیان می دارد: "قبل از شیوع بیماری کرونا برخی اوقات جلساتی با حضور خیرین، افراد ذی نفوذ و مسئولین شهرستانی در محل شبکه بهداشت و درمان یا ستاد دانشگاهها برگزار می شد و از کمک های خیرخواهانه این افراد تقدیر می شد که باعث تشویق خیرین و یا دیگر افراد به انجام کار خیر می گردید" (مشارکت کننده شماره ۴).

بیماران ارائه می کند". در همین زمینه مشارکت کننده دیگری اظهار داشت: "یکی از همکاران ما که تلاش‌های فراوانی را جهت جمع آوری کمک‌ها برای تکمیل پایگاه اورژانس جاده‌ای در منطقه‌ای محروم انجام داده بود، بعدها در همان حوالی پایگاه دچار تصادف شدیدی شد که با اعزام به موقع پرسنل اورژانس ۱۱۵ از مرگ حتمی نجات پیدا کرد" (مصاحبه شونده شماره ۶).

در انتهای مراحل سه گانه کدگذاری، مدل نهایی تحقیق ارائه شد. شکل ۱ شمایی از الگوی پارادایمی ماحصل این تحقیق می باشد.

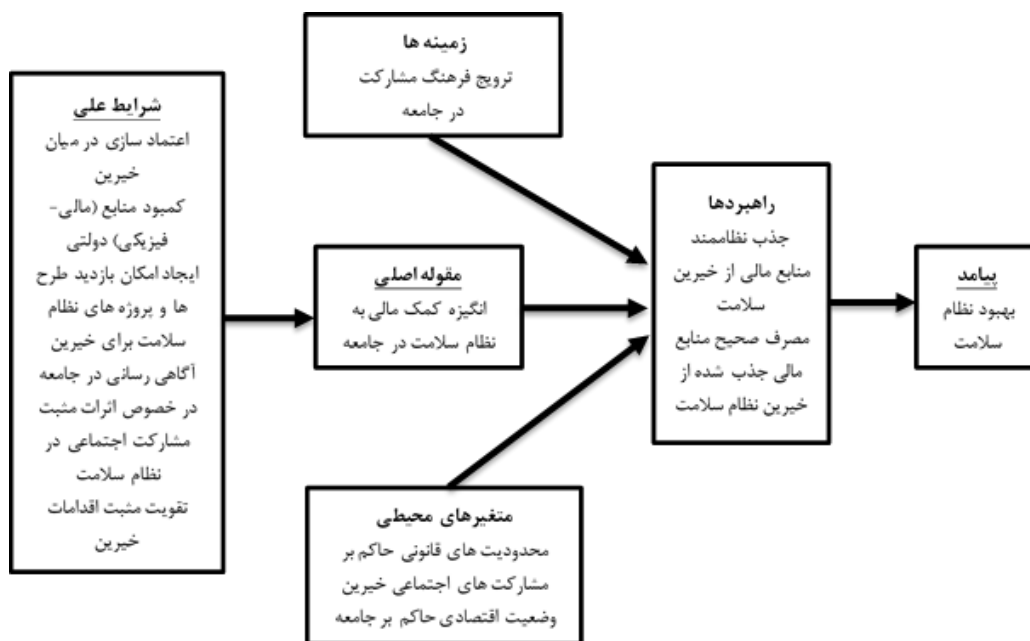
بحث

در روش نظریه پردازی پایه، پاسخ به پرسش پژوهش، همان الگوی به دست آمده و عناصر آن است. در حقیقت یافته‌های پژوهش، مقوله‌ها و مؤلفه‌های آن هستند که در قالب الگو بیان شده اند (۸). در این تحقیق و با توجه به اهداف و مقوله‌های شناسایی شده، طبقه "انگیزه کمک مالی به نظام سلامت در جامعه" به عنوان طبقه اصلی و محوری در نظر گرفته شد. بدین معنا که هسته مدل مفهومی، تمایل و میل درونی خیرین برای ارائه کمک به نظام سلامت می‌باشد. این طبقه از سطح انتزاع بالاتری نسبت به مضامین پیشین خود برخوردار است و همچنین می تواند بار مفهومی آن‌ها را در خود داشته باشد.

حد توان به بخش سلامت، کمک کنیم" (مشارکت کننده شماره ۹).

در این مطالعه دو مقوله "جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت" و "مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت" به عنوان راهبرد در نظر گرفته شدند. در همین زمینه مشارکت کننده دیگری بیان داشت: "الان ما به دنبال ایجاد نرم افزاری هستیم که بتوانیم کمک‌های نقدی خیرین و سایر افراد را از طریق فضای مجازی و بصورت اینترنتی ساماندهی و جذب کنیم و خیرین بدون اینکه درگیر بروکراسی‌های اداری شوند بتوانند با مجمع ارتباط برقرار کنند و کمک‌های خود را در این نرم افزار به سهولت واریز و نتیجه این عمل خدایسندانه را رهگیری کنند" (مشارکت کننده شماره ۷).

طبقه محوری در بستر شرایط علی، محیطی و زمینه‌ای و از طریق راهبرد در قالب مقوله "بهبود نظام سلامت" مشخص شد. مشارکت کننده شماره ۲ در این رابطه می‌گوید: "یکی از خیرین محترم یک دستگاه سونوگرافی به بیمارستان شهرستان اهدا کرد که باعث شد چالش حضور متخصص زنان و زایمان و رادیولوژیست بخاطر عدم وجود تجهیزات پزشکی مرتبط حل بشه و الان سه روز در هفته بیمارستان خدمات تخصصی را به



شکل ۱. مدل پارادایمی تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین

اجتماعی خیرین" و "وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه" به عنوان مقوله‌های محیطی در نظر گرفته شدند. محدودیت‌های قانونی حاکم بر مشارکت‌های اجتماعی خیرین برخی از گلوگاه‌های قانونی است که روند انجام امور خیریه و وقف را برای خیرین و نظام سلامت مشکل می‌کند. همچنین، وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه نیز بر کمیت کمک‌های مالی خیرین به نظام سلامت اثر گذار است. اسدی جنتی و همکاران در پژوهشی، به نقش قوانین و مقررات، اولویت بندی نیازهای واقعی نظام سلامت و مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین سلامت پرداختند و نتایج تحقیق آنان با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است (۱۱). همچنین در مطالعه دیگری مصدق راد و همکاران دریافتند که: "رکود اقتصادی منجر به کاهش مشارکت خیرین در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت می‌گردد" (۶).

طبقات "جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت" و "مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت" به عنوان مقوله‌های راهبردی در نظر گرفته شدند. جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت به استراتژی‌ها، فرایندها و رویه‌های مدن و اصولی جهت جذب صحیح و پایدار منابع مالی از خیرین نظام سلامت اشاره دارد. علاوه بر این، مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت نیز به مدیریت مصرف صحیح و اثربخش منابع مالی جذب شده از خیرین در طرح‌های و پروژه‌های آموزشی، عمرانی، بهداشتی و درمانی نظام سلامت کشور مربوط می‌گردد.

نهایتاً در این تحقیق و با توجه به اهداف و طبقه‌شناسایی شده، "بهبود نظام سلامت" به عنوان مقوله پیامدی در نظر گرفته شد. بدین معنا که اگر شرایط علی، متغیرهای زمینه‌ای، مقوله اصلی، متغیرهای محیطی و متغیرهای راهبری به خوبی اتفاق بیفتند، می‌توان امید داشت که نظام سلامت کشور از لحاظ کمیت و کیفیت بهبود یابد.

یافته‌ها نشان دادند که شرایط علی دخیل در تأمین مالی نظام سلامت بر مبنای مشارکت خیرین شامل: اعتمادسازی در میان خیرین، کمبود منابع (مالی یا فیزیکی) دولتی، ایجاد امکان بازدید از طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت برای خیرین اشاره دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش مصدق راد و همکاران مبنی بر ایجاد شرایط جهت مشارکت خیرین سلامت بصورت هدفمند توسط سیاستگذاران بهداشتی و درمانی، با مدیریت ارتباطات، تعامل مناسب و جلب اعتماد خیرین به منظور مشارکت پایدار آنها همخوانی دارد (۶).

همچنین در این مطالعه و با توجه به اهداف و مقوله‌های شناسایی شده، طبقه‌های "ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه" و "توصیه‌های دینی در خصوص وقف" به عنوان مقوله‌های زمینه‌ای در نظر گرفته شدند. ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه به اشاعه ارزش‌ها، سنت‌ها و رفتارهای همسو با مشارکت اجتماعی در سطح جامعه اشاره دارد. همچنین، توصیه‌های دینی در خصوص وقف نیز به آیات، روایات و حتی سخنرانی علمای دینی در خصوص اهمیت و برکات سنت وقف و انجام امور خیریه اشاره دارد. محمدی شاه‌بلغی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقاء سلامت نشان دادند که، ارتقا آگاهی عمومی، تمهید و تسهیل عوامل زمینه‌های بروز مشارکت اجتماعی از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و برانگیختن و بسیج مردم می‌تواند سبب افزایش دانش و بهبود نگرش جامعه نسبت به مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت جامعه گردد (۹). همچنین در مطالعه منافی شرف آباد و همکاران که در خصوص جایگاه سنت حسنه وقف در فرهنگ اسلامی با تأمل بر قرآن و سیره معصومان انجام شد به جایگاه این امر در دین مقدس اسلام از جانب پیغمبر بزرگوار اسلام (ص) و سایر پیشوایان مذهب اشاره گردیده و این عمل خیر را الباقیات الصالحات نام نهادنده و آن را موجب آمرزش در آن جهان دانسته‌اند (۱۰).

در پژوهش حاضر با توجه به اهداف و مقوله‌های شناسایی شده، طبقات "محدودیت‌های قانونی حاکم بر مشارکت‌های

IR.IAU.KERMAN.REC.1400.013 می باشد. همچنین این تحقیق با جلب رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان انجام گرفته و به ایشان در مورد محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها: مهدی رضایی فرشه، محمد ضیاء الدینی

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: مهدی رضایی فرشه، سید محمدرضا حسینی پور

(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: مهدی رضایی فرشه، محمد ضیاء الدینی، سید محمدرضا حسینی پور

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌ها، می توان نتیجه گرفت، ارتقاء انگیزه کمک مالی به نظام سلامت در جامعه (با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین) منجر به بهبود وضعیت نظام سلامت خواهد شد. لیکن می‌بایست در این خصوص به نقش راهبردها (جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت و مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت)، شرایط علی (اعتمادسازی در میان خیرین، کمبود منابع دولتی، ایجاد امکان بازدید از طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت) و بسترهای مختلف (ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه، توصیه‌های دینی در خصوص وقف، محدودیت‌های قانونی حاکم بر مشارکت‌های اجتماعی خیرین و وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه) توجه کافی داشت. همچنین یافته‌های این تحقیق می‌تواند به سیاستگذاران این حوزه در راستای اخذ تصمیمات اجرائی، برای تأمین مالی نظام سلامت با استفاده از ظرفیت خیرین یاری رساند. یکی از مهمترین محدودیت‌های اجرایی تحقیق حاضر هماهنگی جهت تعیین وقت مصاحبه با خبرگان بود. چراکه همگی آنها دارای سمت‌های پر مشغله اجرایی و دانشگاهی بودند و این امر کار هماهنگی را سخت می‌نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل انجام پایان نامه دانشجویی دوره دکتری تخصصی رشته مدیریت دولتی- گرایش خط مشی گذاری دانشگاه آزاد اسلامی رفسنجان به شماره کد اخلاق

References

1. Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani A, FarajiDizaji S. Key health financing policies with approach risk-sharing to promote health systems in poor and developing countries; Africa and eastern Mediterranean (WHO) regions. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):200-2.
2. Pazoki M RA, Pazoki M. Investigating the effect of health system financing methods on the economy in Iran. *Fifth Conference on the Financing System in Iran*; Tehran2013.
3. Fazaeli AA, Fazaeli AA, Hamidi Y, Moeini B, Valinejadi A. Analysis of iranian household financial participation in the health system: decomposition of the concentration index approach. *Koomesh*. 2018:358-68.
4. Aghababa S, Maleki M, Gohari M. Narrative review of studies on charity in health care, Iran. *Hakim Research Journal*. 2015;17(4):329-36.
5. Ayazi M, Jamali M, J, MH, Hoseini nejad J, Rafiefar S, ZamaniGarmsiri S. *Deputy for Social Affair at a glance*, Ministry of Health and Medical education. Tehran: Barta Publication; 2018.
6. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in healthcare delivery in Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2019;18(5):438-53.
7. Taslimi Z, Hemati Nejad MA, Gholizade MH, Pasvar MH. Financing grassroots sport federation's framework with a focus on self-sufficiency. *Sport Management and Development*. 2019;8(4):41-50.
8. Saeedi R, Beheshtifar M, Zeyaadini M. Designing a model of participation of elites and trustees in the field of health: case study of Iran Health Insurance. *Iran J Health Insur*. 2020;3(3):188-99.
9. Mohammadi Shahbolaghi F. Factors related to social participation in Health promotion. *Journal of Social Welfare Quarterly*. 2012;13(4).
10. Manafi Sharafabad K, Zamani E, Poursalim A. The Status of the Virtuous Tradition of Donation in Islamic Culture; Fathoming the Quran and the Way of the Imam. *Cultural Engineering Quarterly*. 2014;9(81):60-78.
11. Asadijanati N, Alimohammadzade K, Hosseini SM, Maher A, Bahadori MK. Determining the Effective Components on Allocation of Funds from Donors' Participation in the Health System: A Qualitative Study. 2019.

Designing a health financing model in the Ministry of Health and Medical Education with a donors social participation approach

Mahdi Rezaei Forsheh¹, Mohammad Ziaaddini^{2*}, Seyyed Mohammad Reza Hosseinipour³

1. PhD Student, Department of management, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran
2. Assistant Professor, Department of management, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Economics, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

Corresponding author: mziaaddini@yahoo.com

Abstract

Background & Aim: The health care financing is one of the most important concerns of most governments and the health donors funding play an important role in this field. The purpose of this study is to design a health financing model in the Ministry of Health and Medical Education with the approach of health donors social participation.

Keywords:

Health System Financing,
Donors Social Participation,
Grounded Theory

Methods: This qualitative study was conducted using the basic theory method during 2019 and 2020 at the level of medical universities in the country. Participants in the current study were experts, including university professors and health donors. Sampling was performed by purposive method. Data were collected through unstructured in-depth interviews with experts and continued until the theoretical saturation stage was reached. The data were analyzed based on the paradigm model of Strauss and Corbin.

Results: After analyzing the data, 123 primary codes, 27 sub-categories and 13 main categories were determined in order to be account in designing the health financing model including, motivation for financial assistance to the health system in the community, building trust among health donors, justifying and explaining health system development plans for donors, enabling the visit of health system plans and projects for charities, informing the community about the positive effects of social participation in the health system, positive strengthening of charitable actions, promoting a culture of community participation, religious advice on endowments, legal restrictions on health donors social participation, the economic situation of the society, systematic collection and appropriate using of financial resources from the health donors , and improvement of the country's health system.

Conclusion: It can be concluded that improving the motivation of financial assistance to the health system in society with the approach of social participation of health donors will ultimately lead to improving the health system. However, in this regard, sufficient attention should be paid to different strategies, conditions and related contexts according to the findings of this study.

How to cite this Article: Rezaei Forsheh M, Ziaaddini M, Hosseinipour SM. Designing a health financing model in the Ministry of Health and Medical Education with a donors social participation approach. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2021;9(1):35-44.