

## مدلسازی ساختاری تفسیری تأمین مالی نظام سلامت : رویکرد مشارکت خیرین

مهدی رضایی فرشه<sup>۱</sup>، محمد ضیاء الدینی<sup>۲\*</sup>، محمدرضا حسینی پور<sup>۳</sup>

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 مالی نظام سلامت یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت می باشد. استفاده از ظرفیت و منابع خیرین برای این امر مفید می باشد. هدف از این پژوهش، شناسایی و طراحی مدل تأمین مالی نظام سلامت مبتنی بر مشارکت خیرین می باشد.

روش ها: این مطالعه از نوع پژوهش های آمیخته است، ابتدا مولفه ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی شناسایی و سپس با استفاده از روش مدلسازی تفسیری ساختاری، روابط بین این مولفه ها تعیین شدند. در نهایت با استفاده از تحلیل MICMAC نوع مولفه ها با توجه به اثرگذاری و اثرپذیری بر سایر مولفه ها مشخص شد. جامعه مورد مطالعه در هر دو بخش کمی و کیفی، شامل مدیران ارشد دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، اساتید دانشگاهی و خیرین سلامت بود. در نهایت تعداد ۹ نفر از خبرگان جهت انجام مصاحبه به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

نتایج: پس از تحلیل داده های حاصل از مصاحبه با خبرگان، تعداد ۱۳ مولفه شناسایی شد. این مولفه ها در پنج سطح مختلف طبقه بندی و با توجه به روابط گراف ISM ترسیم گردید.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از تحلیل MICMAC، مولفه های اعتمادسازی میان خیرین، کمبود منابع دولتی، محدودیت های قانونی و وضعیت اقتصادی جامعه بیشترین اثر را بر سایر مولفه ها، دارند و در عین حال کمترین اثر را از آنها می پذیرند، لازم است این مولفه ها در اولویت بررسی قرار گیرند.

### کلید واژه ها:

مدل سازی ساختاری  
تفسیری، تأمین مالی،  
نظام سلامت، خیرین

تمامی حقوق نشر برای  
دانشگاه علوم پزشکی  
تربت حیدریه محفوظ  
است.

## مقدمه

سلامت یکی از ارزش‌ها و نیازمندی‌های پایه‌ای رشد انسان بوده که در مکاتب الهی و اسناد بین‌المللی بدان تأکید شده است و دولت‌ها موظف هستند همه امکانات خود را در راستای پاسخ‌دهی به نیازهای سلامتی آحاد مختلف جامعه بسیج کرده و مراقبت‌های سلامت با کیفیت و قابل پرداخت را در همه سطوح خدمات بهداشتی، درمانی و بازتوانی برای تک‌تک افراد کشور فراهم نمایند (۱).

بر اساس شواهد، موانع و محدودیت‌های متعددی نظیر مشکل اقتصادی مردم، بر سر راه نظام سلامت کشور قرار دارد (۲). تأمین مالی مراقبت‌های سلامت عبارت است از رویکردهایی برای به جریان انداختن، تجهیز کردن و بسیج کردن اعتبارات برای مراقبت سلامت؛ به عبارت دیگر مجموعه‌ای از فعالیت‌های مرتبط و به هم پیوسته برای تدارک مالی خدمات بهداشتی تلقی می‌شود. تأمین مالی به عنوان یکی از چهار وظیفه‌ی اصلی نظام سلامت، سه وظیفه‌ی فرعی جمع‌آوری درآمد، انباشت سرمایه و خرید را مورد توجه قرار می‌دهد. تأمین مالی تأثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد (۳). منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت به روشهای مختلفی نظیر مالیات، پرداخت‌های بیمه اجتماعی، پرداخت‌های مستقیم و مؤسسات خیریه و خیرین تأمین می‌شود (۴). از طرفی وابستگی سازمان‌های مربوطه در حوزه سلامت به بودجه دولتی قابل توجه بوده و تخمین بودجه و تحقق آن نیز با مسائل خاصی مواجه است (۵) حوزه بهداشت، درمان و سلامت کشور با توجه به ارتباط مستقیم با رفاه مردم، کمبود امکانات و تجهیزات در این حوزه، به ویژه در مناطق محروم و دورافتاده و محدود بودن ظرفیت‌های موجود دولتی و خصوصی، نیازمند حضور گسترده، نظام مند و سازماندهی شده خیران در حوزه تأمین مالی نظام سلامت است. از طرفی حوزه مشارکت خیران در حوزه تأمین مالی نظام سلامت گسترده بوده و پروژه‌های بهداشت عمومی، واکسیناسیون، آموزش بهداشت و ساخت و تجهیز بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی را دربر می‌گیرد.

گزارش‌ها نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۸ سهم مشارکت‌های مردمی ایران در امور خیریه ۵۳٪ بوده است. با توجه به افزایش هزینه‌های نظام سلامت و به تبع آن افزایش پرداخت از جیب مردم و همچنین فعالیت خیران در حوزه‌های مختلف، رقابت بیشتری بر سر جذب منابع مالی آن‌ها شکل گرفته است (۶).

بنابراین خیرین از ظرفیت بالایی برای ارائه خدمات سلامت در ایران برخوردار هستند. آگاهی از نوع و چگونگی مشارکت خیرین در ارائه خدمات سلامت برای برنامه ریزی تقویت مشارکت آنها در ارائه خدمات سلامت ضروری است. مطالعات محدودی به تبیین مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران پرداخته اند (۷). در تنها مطالعه مروری انجام شده در کشور در زمینه امور خیریه در حوزه سلامت، آقابابا و همکاران به محدود بودن مطالعات موجود، و ضرورت انجام پژوهش در این زمینه اذعان نموده، و اظهار می‌دارند خلأ ناشی از تولید محتوای علمی در این زمینه مشهود است (۸). هیچ مجله علمی-پژوهشی تخصصی در این زمینه در کشور وجود نداشته، و حضور سیاستگذاران حوزه سلامت در این حوزه کم رنگ است. چالش‌های اساسی این حوزه واکاوی نشده، و اکثر مطالعات به کلی‌گویی در زمینه مشکلات و موانع بسنده کرده اند. لذا این مطالعه با هدف شناسایی مولفه‌های تاثیرگذار بر تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت خیرین و ارائه الگو در این زمینه به روش مدلسازی ساختاری تفسیری به انجام رسید.

## روش‌ها

راهبرد پژوهشی این تحقیق آمیخته (کیفی-کمی) است که در سال ۱۳۹۹ به انجام رسید. روش‌های آمیخته بر گردآوری، تحلیل و ترکیب توأمان داده‌های کیفی و کمی در مطالعه‌ای واحد یا مجموعه‌ای از مطالعه‌ها متمرکز است. همچنین با توجه به هدف غایی این پژوهش استفاده از طرح اکتشافی مناسب بود. روش تحلیل محتوا به عنوان روش کیفی برای شناسایی مولفه‌های موثر و روش مدلسازی تفسیری ساختاری به عنوان روش کمی برای شناخت نظام‌مند روابط و اثرات پنهان

سلامت با رویکرد مشارکت خیرین به عنوان یک مدیر نظام سلامت/ خیر نظام سلامت/ مشاور و استاد دانشگاه بیان نمائید. " پیوند داده شد. همچنین در ادامه با توجه با روند مصاحبه سئوالاتی در زمینه "ضرورت، الزامات و همچنین مولفه‌های موثر بر تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت خیرین" مطرح شد. هر مصاحبه به فراخور میزان جذابیت و اطلاع مصاحبه شونده از موضوع، بین ۳۰ تا ۸۰ دقیقه به طول انجامید. در ادامه داده‌های حاصل، در فرآیند، کدگذاری و با استفاده از روش مقایسه مستمر تجزیه و تحلیل شدند. در این مطالعه، کدگذاری باز و سپس کدگذاری محوری انجام شد. هدف از کدگذاری باز، شنا سایی و استخراج مفاهیم اولیه از محتوای مصاحبه‌ها و خلق مجموعه‌ای از مفاهیم بود. در کدگذاری محوری، مفاهیم برتر با معنای مشابه با یکدیگر دسته بندی و ادغام شدند تا مقولات (مولفه‌ها) اصلی استخراج شدند. در بخش کمی، از روش مدلسازی تفسیری ساختاری استفاده شده است که یک روش سیستماتیک و ساختاریافته برای فهم روابط میان متغیرهای یک سیستم پیچیده و تجزیه-تحلیل تأثیر یک متغیر بر متغیرهای دیگر آن سیستم است. این روش تفسیری است چون چون قضاوت گروهی از افراد تعیین می‌نماید که آیا روابطی میان این عناصر وجود دارد یا خیر. این روش ساختاری چون اساس روابط یک ساختار سرتاسری است که از مجموعه پیچیده‌ای از متغیرها استخراج شده است. این روش یک تکنیک مدلسازی است که روابط مشخص و ساختار کلی در یک مدل دیاگراف، نشان داده می‌شود (۹).

مدلسازی تفسیری ساختاری نیز در هفت گام به شرح ذیل انجام شد:

**تعیین متغیرها:** مدلسازی تفسیری ساختاری با شناسایی متغیرهای مربوط به مسئله آغاز می‌شود. متغیرهای این پژوهش همان مقولات اصلی هستند.

**ایجاد ماتریس خودتعاملی ساختاری:** مولفه‌ها در ماتریس خودتعاملی وارد شده‌اند. در این مرحله به منظور طراحی مدل، از یک ماتریس  $N \times N$  که در واقع همان پرسشنامه ISM

مولفه‌های تأمین مالی نظام سلامت مدنظر بوده است. جامعه مورد مطالعه در هر دو بخش کیفی و کمی، شامل مدیران ارشد دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، اساتید دانشگاهی و خیرین سلامت بود. در انتخاب نمونه مورد مطالعه، معیار نخست: تسلط کامل به حوزه تأمین مالی نظام سلامت و معیار دوم تسلط به حوزه جذب مشارکت‌های اجتماعی خیرین بود. برای انتخاب نمونه در بخش کیفی، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. در این پژوهش تا رسیدن به اشباع نظری ۹ نفر به عنوان خبره (مشارکت کننده) مورد مصاحبه قرار گرفتند. در بخش کمی پژوهش، معیار تعداد نمونه، کسب اطمینان از جامعیت دیدگاه‌ها در پژوهش بود. با در نظر گرفتن این معیار، تعداد خبرگان در بخش کمی پژوهش نیز ۹ نفر بودند.

در بخش کیفی این پژوهش، برای گردآوری اطلاعات، از مصاحبه‌های نیمه ساخت یافته عمیق استفاده شد. پیش از انجام مصاحبه، از طریق تماس تلفنی هماهنگی‌های لازم با مصاحبه شونده‌ها انجام شد تا زمان مناسبی برای این کار انتخاب شود و پیش از انجام مصاحبه‌ها برای ضبط صدای مصاحبه شونده‌گان از آنها اجازه گرفته شد و به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات هویتی آنها نظیر نام و نام خانوادگی ضبط نشود، محرمانگی و اسرار شرکت کنندگان در پژوهش رعایت شود و صوت‌های ضبط شده در اختیار مجری و محرمانه نگهداری خواهد شد. در طی فرآیند انجام مصاحبه، محقق سعی کرد با ورود نرم به بحث، بصورت کاملاً غیرمستقیم سئوالاتی در خصوص عوامل و مؤلفه‌های تأثیرگذار و ارتباط میان مؤلفه‌های تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین مطرح نموده و از این طریق، مفاهیم اولیه را جهت طراحی مدل کسب نماید بدین صورت که پرسش اولیه بسیار کلی مطرح می‌گردد و پاسخ تفسیری و توضیحی مشارکت‌کننده، هدایتگر مسیر سئوالات بعدی خواهد بود.

فرآیند مصاحبه مشارکت‌کنندگان با سئوالات اطلاعات عمومی، فردی و سابقه‌ی کار و تنوع بخشی شروع و سپس به سئوال اصلی تحقیق که " تجربه‌ی خود را در ارتباط با تأمین مالی نظام

**ترسیم مدل:** بر اساس روابط موجود در ماتریس دستیابی و بر اساس اطلاعات سطح بندی متغیرها، گراف روابط بین متغیرها با حذف موارد تریایی نهایی ترسیم شد.

**تجزیه و تحلیل MICMAC:** برای انجام تجزیه و تحلیل MICMAC محاسبه قدرت هدایت و وابستگی هر متغیر انجام شد. قدرت هدایت برابر با حاصل جمع اعداد سطر هر متغیر و قدرت وابستگی برابر با حاصل جمع اعداد ستون هر متغیر در ماتریس دستیابی اولیه است.

### نتایج

در بخش کیفی مطالعه، در مجموع ۹ مصاحبه صورت گرفته با خبرگانی که بر اساس بررسی دقیق رزومه تحصیلی، تخصصی و شغلی آنها انتخاب شدند (به شرح جدول ۱)، ۳۹ مفهوم نهایی و ۱۳ مقوله اصلی شناسایی شد که در جدول شماره ۲ قابل مشاهده می باشد.

طبق الگوی، حاصل از گراف ISM (شکل شماره ۱)، متغیرهای اعتمادسازی میان خیرین، کمبود منابع دولتی، محدودیت های قانونی و وضعیت اقتصادی جامعه در سطح پنجم قرار دارند و به عنوان تاثیرگذارترین مولفه های تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت خیرین شناخته شدند که می بایست مورد توجه ویژه قرار گیرند. یافته های حاصل از نظرات خبرگان نیز بیانگر این مهم بود.

تا زمانی که خیرین نسبت به هزینه کرد مبالغ اهدائی خود در زمینه کار خیر مطمئن نشوند و این حس در آنان ایجاد نشود، علیرغم داشتن انگیزه لازم، نسبت به این کار اقدام نخواهند کرد. لذا موسسات دریافت کننده هدایا (دانشگاه های علوم پزشکی) می بایست با راهکارهای مناسب نسبت به تکمیل فرآیند تأمین منابع و دستیابی به هدف نهایی این موضوع اقدام نمایند. از جمله اقداماتی که می توان به عنوان حلقه نهایی این فرآیند استفاده نمود به روش های مواجهه چهره به چهره خیرین و توصیه خیرین به دیگران جهت مشارکت در امر تأمین منابع حوزه سلامت می باشد.

می باشد استفاده می گردد. از مشارکت کنندگان خواسته شد که نوع ارتباطات دوجه دویی مولفه ها را مشخص کنند. برای تعیین نوع رابطه از نمادهای:

V: اگر متغیر i در ایجاد متغیر j تأثیر داشته باشد.

A: اگر متغیر j در ایجاد متغیر i تأثیر داشته باشد

X: اگر متغیر i در ایجاد متغیر j تأثیر داشته باشد و برعکس

O: اگر متغیر i در ایجاد متغیر j تأثیر نداشته باشد و برعکس استفاده شد.

**ایجاد ماتریس دستیابی اولیه:** با تبدیل نمادهای روابط ماتریس خودتعاملی ساختاری به اعداد صفر و یک، ماتریس در ماتریس خودتعاملی وارد شده اند. دستیابی اولیه حاصل شد. تبدیل نمادها با این قواعد انجام شدند:

V: i به j معادل ۱ و j به i معادل ۱

A: i به j معادل ۰ و j به i معادل ۱

X: i به j معادل ۱ و j به i معادل ۱

O: i به j معادل ۰ و j به i معادل ۰

**ایجاد ماتریس دستیابی نهایی:** در این مرحله حالت تریایی بین عوامل نیز بررسی شد. برای این منظور، ماتریس

دستیابی اولیه طبق قاعده بولن ( $1=1+1$  ,  $1=1*1$ ) به توان (K+1) رسانده شد. در این پژوهش، ماتریس دستیابی اولیه

دو بار به توان رسیده است ( $k=3$ ) تا اینکه به حالت پایدار رسید.

**تعیین سطح و اولویت متغیرها:** که برای آن مجموعه دستیابی

و مجموعه پیشنهادی برای هر متغیر تعیین شد. مجموعه دستیابی

هر متغیر شامل متغیرهایی است که از طریق این متغیر می توان

به آنها رسید و مجموعه پیشنهادی شامل متغیرهایی است که از

طریق آنها می توان به این متغیر رسید. سپس اشتراکات این دو

مجموعه تعیین شد و در صورت برابر بودن، آن متغیر به عنوان

سطح بالا در نظر گرفته شد. برای به دست آوردن سایر سطوح،

سطوح قبلی از ماتریس جدا شدند و فرآیند تکرار شد. در این

مطالعه، طی ۵ مرحله سطوح پنجگانه متغیرها به دست آمد.

همسو است (۱۰). 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 که با نتایج این پژوهش همخوانی داشت. همچنین از تمام چالش‌های حوزه بهداشت و درمان آنچه به نظر می‌رسد ذهن سیاستمداران و مدیران را به شدت اشغال کرده و مدام بر اندیشه و اقدام آن‌ها تأثیر خواهد گذاشت، هزینه‌ها، بودجه‌های قطع شده و محدود شدن منابع خواهد بود. از سوی دیگر با توجه به روند اعتبارات و تنوع فعالیت‌ها در بخش بهداشت و درمان، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیص از محل بودجه عمومی دولت و نیز پایین بودن سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی، بالا بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها از مجموع هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور از عوامل محدود کننده در تأمین مالی هزینه‌های بخش بهداشت و درمان محسوب می‌شود (۱۱).

طبق متغیرهای شناسایی شده در سطح چهارم مدل، زمانی که شرایط برای بازدید از پروژه‌های نظام سلامت به طور نظام‌مند فراهم گردد و زیرساخت‌های نظام سلامت بصورت عینی در مقابل چشم خیرین قرار گیرد، منجر به افزایش رغبت و تمایل ایشان برای کمک به نظام سلامت خواهد شد. چه بسا در مواردی که نام خیر بر روی پروژه گذارده شود این احساس تقویت شده و منجر به رفتار خیر می‌شود. در خصوص تقویت مثبت اقدامات خیرین نیز طبق نتایج بدست آمده از پژوهش مصدق راد و همکاران، احتمال مشارکت خیرخواهانه افراد دارای خاطره و تجربه مثبت یا منفی از حوزه سلامت، در امور سلامت زیاد است. جلب اعتماد خیرین بر مشارکت آتی آن‌ها اثر مثبتی دارد که با نتایج حاصل از این پژوهش همخوانی داشت.

در خصوص متغیرهای سطح سوم مدل و طبق نظرات خبرگان این مضمون قابل استنباط است، که ترویج فرهنگ مشارکت در زمینه امور خیر و تأمین منابع مرتبط با بخش بهداشت و درمان را می‌توان در قالب مفهوم یادگیری اجتماعی در میان افراد

کمبود منابع دولتی در سال‌های اخیر، علاوه بر تأخیر در اجرای پروژه‌های بهداشتی درمانی و زیرساخت‌های نیمه تمام نظام سلامت، به علت افزایش بی‌رویه نرخ تورم، منجر به بالا رفتن هزینه تمام شده این طرح‌ها می‌شود و علی‌الخصوص اجرای طرح‌های مشارکتی که در بین خیرین سلامت و وزارت بهداشت تأمین اعتبار شده است را با چالش‌های مختلف مواجه نموده که این شرایط باعث ایجاد کاهش انگیزه و دلسردی خیرین می‌گردد. در این راستا از نقش مخرب شرایط نامناسب اقتصادی حاکم بر جامعه و برخی محدودیت‌های قانونی در مسیر مشارکت‌های اجتماعی خیرین نیز نباید غافل ماند. 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. از جمله محدودیت‌هایی که در این زمینه وجود دارد، موضوع مشکلات مرتبط با قوانین وقف می‌باشد که باعث کاهش انگیزه وافقان و حتی دانشگاه‌های علوم پزشکی در راستای استفاده بهینه از این ظرفیت شده است. چالش‌های مربوط به فروش موقوفات و یا تغییر کاربری آن‌ها باعث بوجود آمدن دشواری‌های فقهی و حقوقی شده است و امکان استفاده حداکثری و یا تبدیل به احسن کردن این‌گونه ظرفیت‌ها را با مشکل مواجه نموده که در برخی موارد با نارضایتی شدید طرفین و خیرین همراه بوده است. در این راستا زیلوچی و همکاران در مطالعه خود به بررسی قوانین و مقررات حامی فعالیت‌های خیریه در حوزه بهداشت و درمان پرداختند که نتایج پژوهش نشان داد حمایت‌های یافت شده در قوانین بیشتر به اسناد و قوانین بالادستی مربوط می‌شود تا به دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد اسناد قانونی کشور، در مواجهه با فعالیت‌های خیریه به نوعی کلی‌گویی بسنده کرده‌اند. همچنین، وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه نیز بر کمیّت کمک‌های مالی خیرین به نظام سلامت اثر گذار است. اسدی جنتی و همکاران در پژوهشی، به نقش قوانین و مقررات، در جذب و مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین سلامت پرداختند و نتایج تحقیق آنان با یافته‌های مطالعه حاضر

به نوعی هدف فرایند تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت اجتماعی خیرین محقق نمی‌شود.

در مطالعات خارجی، برخورداری از معافیت‌ها یا تخفیفات مالیاتی به عنوان یکی از انگیزه‌های مادّی خیرین برای اهداء کمک معرفی شده است. مثلاً وضع قوانینی توسط دولت فدرال ایالات متحده در مورد معافیت مالیاتی برای اهداء کنندگان کمک‌های خیریه، باعث شده حدود ۱۵ درصد از کل کمک‌های خیریه در این کشور توسط سازمان‌های معاف از مالیات اهداء شود (۱۰).

نهایتاً طبق نظر خبرگان و مدل بدست آمده، متغیر بهبود کارکردهای نظام سلامت، به عنوان متغیر سطح اول قرار گرفت. بر اساس یافته‌های پژوهش این متغیر به عنوان تأثیرپذیرترین عامل و متغیر وابسته تعیین گردید.

در مدل (ISM) روابط متقابل و تأثیرگذاری بین معیارها و ارتباط معیارهای سطوح مختلف به خوبی نشان داده شده است که موجب درک بهتر فضای تصمیم‌گیری به وسیله مدیران می‌شود. برای تعیین معیارهای کلیدی قدرت نفوذ و وابستگی معیارها قدرت هدایت و وابستگی هر متغیر تشکیل شد (جدول ۳) و جهت تحلیل ماتریس اثر ضرب ارجاع متقابل کاربردی (MICMAC) دسته بندی استفاده گردید. نمودار قدرت-وابستگی برای متغیرهای مورد مطالعه در شکل ۲ نشان داده شده است.

جامعه گسترش داد و از مزایای آن بهره برد. 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. نتایج تحقیق نائیج و غلامی که در سال ۱۳۹۵ با عنوان "تاثیر هوش معنوی بر نیت خیرین بیمارستان‌ساز" حاکی از نقش موثر هوش معنوی در افزایش فعالیت‌های خیرخواهانه و انگیزه برای ارزش آفرینی اجتماعی بود که مضامین آن با نتایج این پژوهش همخوانی داشت (۱۲).

در سطح دوم مدل مفهومی، متغیرهای جذب نظام‌مند منابع مالی، مصرف صحیح منابع مالی و انگیزه کمک مالی به نظام سلامت قرار دارند که تأثیر مستقیمی بر متغیر سطح اول که همان بهبود کارکردهای نظام سلامت باشد دارد. جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت به استراتژی‌ها، فرایندها و رویه‌های مدون 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. بدین معنا که اگر همه متغیرهای به خوبی عمل کنند و در خیرین انگیزه کمک مالی به نظام سلامت ایجاد گردد، اما در زمینه جذب و از آن مهمتر مصرف منابع خیرین به خوبی عمل نشود، علاوه بر هدر رفتن منابع، عدم اعتماد و سرخوردگی در خیرین اتفاق خواهد افتاد و

جدول شماره ۱ - مشخصات دموگرافیک مصاحبه شونده‌گان

شماره	جنسیت	سن	مدرک تحصیلی	تخصص تحصیلی	زمینه شغلی	سابقه (سال)
۱	مرد	۵۹	پزشک فوق تخصص	اطفال	پزشکی - خیر سلامت	۳۰
۲	مرد	۵۱	دکتری تخصصی	مدیریت دولتی	مدیریتی	۲۵
۳	مرد	۴۵	دکتری تخصصی	حسابداری	مدیریتی	۱۹
۴	زن	۵۶	دکتری حرفه‌ای	پزشک عمومی	پزشکی - خیر سلامت	۳۰
۵	مرد	۴۴	دکتری تخصصی	مدیریت مالی	مدیریتی	۱۵
۶	مرد	۶۳	پزشک متخصص	قلب و عروق	پزشکی - خیر سلامت	۳۲

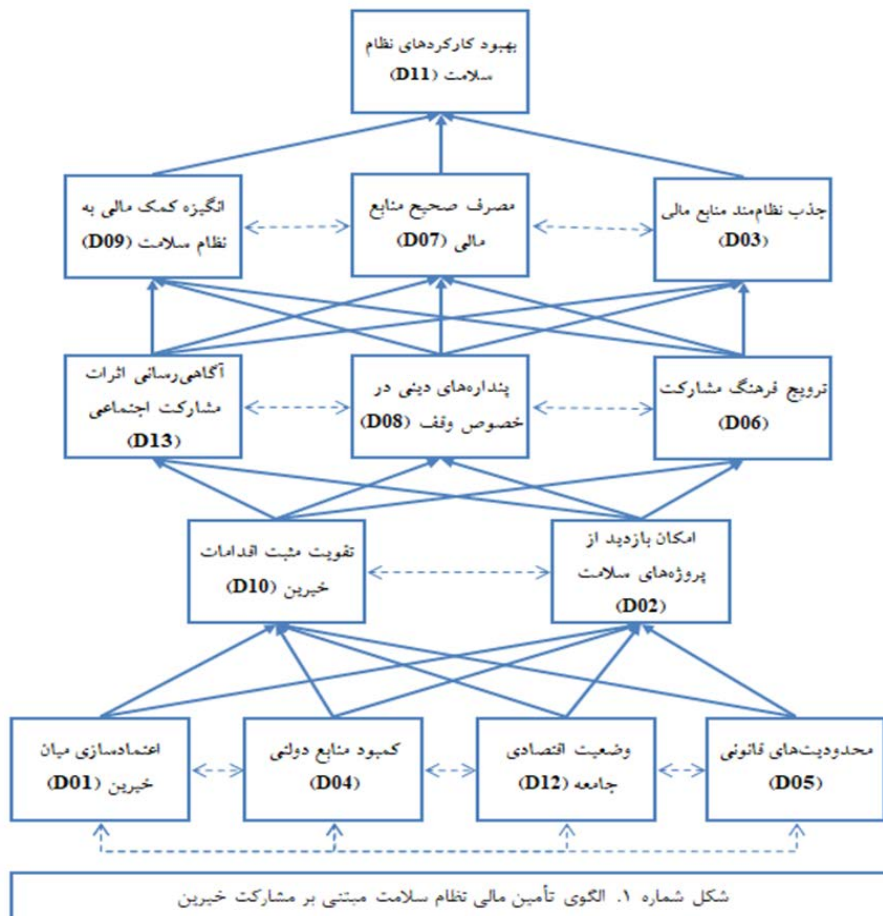
۱۷	استاد دانشگاه	اقتصاد سلامت	دکتری تخصصی	۴۲	زن	۷
۲۶	استاد دانشگاه	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	دکتری تخصصی	۵۴	مرد	۸
۲۴	پزشکی - خیر سلامت	زنان و زایمان	پزشک متخصص	۵۹	زن	۹

جدول شماره ۲: مولفه‌های شناسایی شده تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت خیرین

مفاهیم نهایی	مقولات اصلی
نقش موثر اعتماد در مشارکت اجتماعی خیرین.	D1- اعتمادسازی در میان خیرین
اطمینان دهی به خیر، برای هزینه‌کرد منابع طبق نیت وی	
اعتمادسازی در بین خیرین	
نحوه و محل هزینه‌کرد منابع مالی خیرین	D2- ایجاد امکان بازدید از طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت برای خیرین
ضرورت اطلاع خیرین از نحوه و محل هزینه‌کرد منابع مالی	
توانایی خیرین جهت پیشبرد امور نظام سلامت	
ساماندهی منابع مالی جذب شده از جانب خیرین	D3- جذب نظام‌مند منابع مالی از خیرین نظام سلامت
فقدان مدیریت اثربخش در فرآیند جذب منابع مالی خیرین	
تسهیل فرآیند داخلی جهت جذب منابع خیرین	
کمبود امکانات فیزیکی حوزه سلامت	D4- کمبود منابع (مالی یا فیزیکی) دولتی
کمبود منابع اعتباری دولتی مورد نیاز بخش سلامت	
کاهش منابع درآمد اختصاصی مراکز بهداشتی درمانی	
وجود چالش‌های اداری در جهت استفاده بهینه از ظرفیت مشارکت خیرین در نظام سلامت	D5- محدودیت‌های قانونی حاکم بر مشارکت‌های اجتماعی خیرین
ایجاد مشوق‌های قانونی برای خیرین	
نقش رسانه در ترویج و تبلیغ فرهنگ مشارکت	D6- ترویج فرهنگ مشارکت در جامعه
تشریح فرهنگ مشارکت در جامعه	
ارج نهادن به مشارکت اجتماعی	
نظارت و حسابرسی کمک‌های نقدی و غیرنقدی خیرین	D7- مصرف صحیح منابع مالی جذب شده از خیرین نظام سلامت
بهره‌وری مناسب از منابع خیرین.	
جلوگیری از هدررفت منابع خیر	
مصرف بهینه کمک‌های نقدی و غیرنقدی خیرین	D8- توصیه‌های دینی در خصوص وقف
توصیه ادیان الهی به امور خیر	
تاکید بر عمل وقف و امور خیر در دین اسلام	
تاکید بر پاداش معنوی مشارکت در امور خیر نظام سلامت	
نقش عالمان دینی در ترغیب خیرین نظام سلامت	
حفظ و ارتقاء روحیه کمک به نظام سلامت در خیرین.	



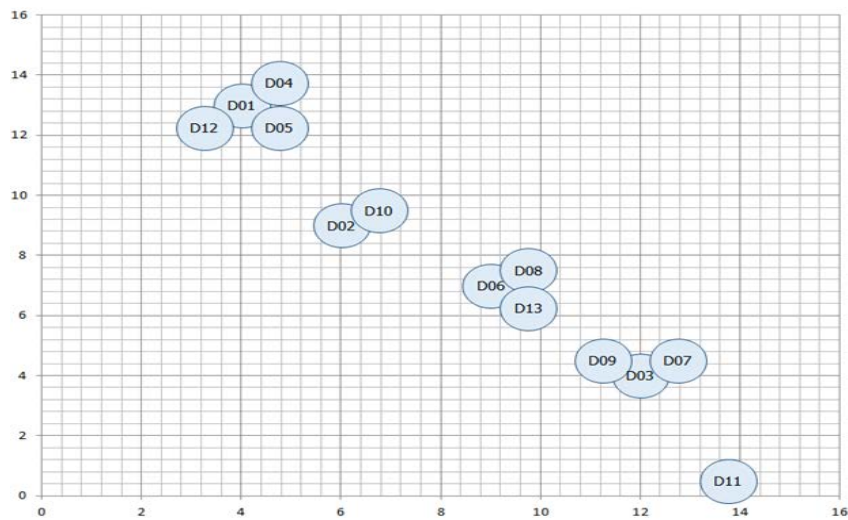
حفظ شان و منزلت خیرین.	D9- انگیزه کمک مالی به نظام سلامت در جامعه
اشتیاق درونی خیرین به مشارکت.	
انتظار پاسخ مثبت به اقدامات خیرین از سوی مسئولین ذیربط	D10- تقویت مثبت اقدامات خیرین
بازخورد مسئولین به اقدامات خدایسندانه خیرین	
کاهش احتمال تکرار رفتار خدایسندانه پس از دریافت پاسخ‌های منفی و دلسرد کننده	
بهبود کیفیت ارائه خدمات نظام سلامت از طریق جذب منابع خیرین	D11- بهبود کارکردهای نظام سلامت کشور
بهبود کمیت در زیرساخت‌های نظام سلامت هم‌راستا با افزایش جذب منابع خیر	
کاهش منابع بالقوه خیرین در شرایط بی‌ثباتی اقتصادی	D12- وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه
تأثیر سوء تنگناهای اقتصادی بر سطح مشارکت مالی خیرین در نظام سلامت	
تأثیر منفی مشکلات اقتصادی در روحیه مشارکت اجتماعی افراد جامعه	
ضرورت اطلاع‌رسانی در مورد اهمیت مشارکت اجتماعی در سطح جامعه	D13- آگاهی‌رسانی در جامعه در خصوص اثرات مثبت مشارکت اجتماعی در نظام سلامت
آگاهی ناکافی فرهیختگان جامعه نسبت به مفاهیم و ابعاد مشارکت اجتماعی	





جدول شماره ۳. قدرت نفوذ و میزان وابستگی مولفه‌های موثر بر تأمین مالی نظام سلامت با رویکرد مشارکت خیرین

سطح	قدرت نفوذ	میزان وابستگی	متغیرهای پژوهش
۵	۱۳	۴	اعتمادسازی میان خیرین (D01)
۴	۹	۶	امکان بازدید از پروژه‌های سلامت (D02)
۲	۴	۱۲	جذب نظام‌مند منابع مالی (D03)
۵	۱۳	۴	کمبود منابع دولتی (D04)
۵	۱۳	۴	محدودیت‌های قانونی (D05)
۳	۷	۹	ترویج فرهنگ مشارکت (D06)
۲	۴	۱۲	مصرف صحیح منابع مالی (D07)
۳	۷	۹	پنداره‌های دینی در خصوص وقف (D08)
۲	۴	۱۲	انگیزه کمک مالی به نظام سلامت (D09)
۴	۹	۶	تقویت مثبت اقدامات خیرین (D10)
۱	۱	۱۳	بهبود کارکرهای نظام سلامت (D11)
۵	۱۳	۴	وضعیت اقتصادی جامعه (D12)
۳	۷	۹	آگاهی‌رسانی اثرات مشارکت اجتماعی (D13)



شکل شماره ۲. نمودار قدرت نفوذ و میزان وابستگی (خروجی MICMAC)

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش علاوه بر نمایش روابط بین عناصر در قالب مدل حاصله، نتایج نرم افزار میک مک، عوامل را در چهار دسته، طبقه بندی می‌کند:

دسته اول شامل "متغیرهای مستقل" است که دارای قدرت نفوذ بالا و وابستگی ضعیف می‌باشند که در پژوهش حاضر متغیرهای اعتمادسازی میان خیرین، کمبود منابع دولتی، محدودیت‌های قانونی و وضعیت اقتصادی جامعه، قدرت نفوذ بالایی داشته و تأثیرپذیری کمی دارند. نظر به نقش با اهمیت متغیرهای مستقل و علی‌الخصوص عامل "محدودیت‌های قانونی" به عنوان یکی از ابزارهای تحت کنترل قوای مقننه و مجریه و سیاستگذاران بخش سلامت می‌توان با تصویب قوانین و مشوق‌های مختلف اعم از کسور مالیاتی و یا اعتبار مالیاتی برای خیرین سلامت و همچنین بخش خصوصی در راستای خلق منابع جدید و کاهش کمبود اعتبارات دولتی گام برداشت. از طرفی متغیرهای بهبود کارکردهای نظام سلامت، جذب نظام‌مند منابع مالی، مصرف صحیح منابع مالی و انگیزه کمک مالی به نظام سلامت، قدرت نفوذ کم و وابستگی شدید دارند.

در دسته دوم و به عنوان "متغیرهای وابسته" طبقه بندی می‌شوند. متغیرهای ترویج فرهنگ مشارکت، توصیه‌های دینی در خصوص وقف و آگاهی‌رسانی اثرات مشارکت اجتماعی، امکان بازدید از پروژه‌های سلامت و تقویت مثبت اقدامات خیرین، قدرت نفوذ و میزان وابستگی مشابهی دارند که در دسته سوم "متغیرهای پیوندی" قرار می‌گیرند. قابل ذکر است که دسته‌ای دیگر از عوامل طبق ماتریس قدرت نفوذ - وابستگی بنام "متغیرهای خودمختار" وجود دارد که در این پژوهش هیچ متغیری در این ناحیه قرار نگرفته است و می‌تواند از مدل حذف شود. از طرفی با توجه به اینکه سلامت وابسته به سیاست‌ها، سیستم‌ها و فرآیندهایی است که از خارج از قلمرو ماموریتی بخش بهداشت و درمان سرچشمه می‌گیرند و نمی‌تواند صرفاً به عنوان یک هدف بخشی قلمداد شود. لذا تأمین هزینه‌های آن نیز مستلزم رویکردهای سازمان یافته‌ای است که طیف وسیعی

از بازیگران، سطوح حکمرانی بومی تا بین‌المللی و مشارکت جامعه و فرد را دربرمی‌گیرد.

نظر به توصیه اکثر خبرگان مشارکت‌کننده در این پژوهش و با توجه به شرایط حساس کنونی (وجود تحریم‌های ظالمانه و همچنین تقارن این موضوع با همه‌گیری بیماری کرونا و ویروس) که باعث ایجاد کسری اعتبارات دولتی و فشارهای مضاعف مالی و اعتباری بر بدنه عملیاتی بخش سلامت که همان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور می‌باشد، می‌بایست این حوزه به سمتی حرکتی کند که وابستگی سیستم به درآمدهای عمومی دولت را کاهش داده و از پتانسیل بالقوه موجود در بخش خیرین و مشارکت‌های مردمی استفاده بهینه نماید. دستاوردهای این تحقیق می‌تواند به سیاستگذاران این بخش در راستای اخذ تصمیمات اجرائی، برای تأمین مالی نظام سلامت با استفاده از ظرفیت‌های خیرین یاری رساند. از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های اجرایی تحقیق را می‌توان کمبود منابع علمی و تحقیقات مرتبط پیشین عنوان نمود. اگرچه این محدودیت می‌تواند ارزش این مطالعه را به لحاظ نو بودن موضوع افزایش دهد، ولی از دیگر سو پژوهشگر را در استفاده از ادبیات بین‌المللی و مقایسه با مطالعات مشابه به ویژه در بحث یافته‌ها، با دشواری مواجه ساخت. بعلاوه همزمانی انجام این پژوهش با شیوع بیماری کووید ۱۹ فرآیند گردآوری اطلاعات و انجام مصاحبه با خبرگان را به شدت تحت تأثیر قرار داد

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل انجام پایان‌نامه دانشجویی دوره دکتری تخصصی رشته مدیریت دولتی - گرایش تصمیم‌گیری و خط مشی‌گذاری دانشگاه آزاد اسلامی رفسنجان به شماره کد اخلاق IIR.IAU.KERMAN.REC.1400.013 می‌باشد. همچنین این تحقیق با جلب رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان انجام گرفته و به آنان در مورد رعایت موازین اخلاقی تحقیق اطمینان داده شد.

**تضاد منافع**

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی 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 ضیاءالدینی

(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

## References

1. Sheikhy-Chaman M. The Cycle of Policy Making, Management and Economics of Health System. *Management Strategies in Health System*. 2020;5(3):169-72.
2. Sadeghi R, Hejri SM, Shakibazadeh E, Foroushani AR, Heshmati H. Barriers of Health Education in Iran's Health System: A Qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2019;8(3):17.
3. Shahri S, Tabibi SJ, Nasiripour AA, Ghaffari F. Effect Functions on Goals of Health System in Iran. *Payavard Salamat*. 2017;11(3):247-58.
4. Nekoeimoghadam M, Saeideh, Amiryousefi, Bahabadi ZG, Amiresmaili M. Role of Charities in the Health System: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013;2(1):10.
5. Jahangir M, Khorakian A, Mortazavi SS, Elahi SE. Risk Management Model of Iran's Health System Transformation Plan: A Qualitative Study. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2019;18(4):333-45.
6. 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):7.
7. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in healthcare delivery in Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2019;18(5):438-53.
8. Aghababa S MM, Gohari MR. Narrative Review of Studies on Charity in health care, Iran. *Hakim Health Sys Res* 2015;17(4): 329- 36.
9. Firuzjaeyan AA, Firuzjaeyan M, Petroodi SHH, Gholamrezazadeh F. Applying Techniques of Interpretive Structural Modeling (ISM) in Tourism Studies (A Pathological Approach). *Journal of Tourism Planning and Development*. 2013;2(6):30.
10. Ziloochi MH, Sari AA, Takban AH, Arab M. Laws and regulations supporting charitable activities in the field of health: A review study. *The first national conference on lasting chairity (study and evaluation of charity governance in Iran)*; Tehran2016.
11. Rasoliyan M. Financing strategies in health insurance plan in Iran. *Strategic Management Researchs*. 2016;22(62):135-53.
12. naeiji mj, Gholami F. Effect of Spiritual Intelligence on Intentions of Hospital-Maker Benefactors. *Hospital*. 2017;15(4):71-8.

## Interpretive structural modeling of health system financing: Donors participation approach

Mehdi Rezaei Farshe<sup>1</sup>, Mohamad Ziaaddini<sup>2\*</sup>, Mohamadreza HosseiniPour<sup>3</sup>

1. Ph.D. student of Management Department, 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:** Assistant Professor, Department of Management, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

### Abstract

**Background & Aim:** Financing of the health system one is one of the four main functions of the health system. It is useful to use the capacity and resources of charities for this purpose. The purpose of this research is to identify and design the financing model of the health system based on the efforts of donors.

**Methods:** This study is a mixed type of research. First the components were identified using the qualitative content analysis method and then the relationships between these components were determined using the structural interpretive modeling method. Finally, by using MICMAC analysis, the type of components was determined according to the impact and effectiveness on other components. The studied population in both quantitative and qualitative sections included senior managers of medical sciences universities across the country, university professors and health benefactors. In the end, 9 experts were selected to conduct the interview by purposive sampling method.

**Results:** After analyzing the data obtained from interviews with experts, 13 components were identified, which were classified into five different levels and were plotted according to the ISM graph relationships.

**Conclusion:** According to the results of the MICMAC analysis, the components of building trust among donors, lack of government resources, legal restrictions and the economic status of the society have the greatest effect on other components, and at the same time they accept the least effect from them, it is necessary to examine these components in priority be placed.

### Keywords:

Interpretive  
Structural Modeling  
Financing, Health  
System, Donors

**How to Cite this Article:** Rezaei Farshe M, Ziaaddini M, HoseiniPour MR. Interpretive structural modeling of health system financing: Donors participation approach. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2022;10(1):98-110.