

- وصول مقاله: ۹۸/۱۲/۱۷
- اصلاح نهایی: ۹۹/۳/۸
- پذیرش نهایی: ۹۹/۳/۱۰

ارائه الگوی نظام تأمین مالی سلامت با تأکید بر عوامل ساختاری، زمینه‌ای، ابزاری و محتوایی

پربوش حیدری ارجلو^۱ / شقایق وحدت^۲ / حسن سلطانی^۳

چکیده

مقدمه: توجه ناکافی به بهداشت و درمان به عنوان یک کالای ضروری می‌تواند زیان‌هایی بر سطح سلامت جامعه داشته باشد و منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. محدودیت منابع مالی، تحریم کشور، کاهش درآمدهای بودجه ای، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از بودجه عمومی دولت و پایین بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی از عوامل محدودکننده در تأمین مالی هزینه‌های بهداشت و درمان محسوب می‌شود که نیاز است الگویی متناسب با اقتضات، الزامات، قوانین و فرهنگ کشور ارائه شود. به همین منظور در این مقاله سعی شد عوامل مؤثر و کارکردی بر تحقق نظام تأمین مالی سلامت در کشور شناسایی و در قالب الگویی ارائه شود.

روش پژوهش: این تحقیق توصیفی، به روش زمینه‌یابی پیمایشی است و از نظر فرآیند اجرا، به صورت کیفی و کمی می‌باشد. در این تحقیق ابتدا با رویکرد کیفی و توسط مطالعات نظری و کتابخانه‌ای، الگوی تأمین مالی در نظام سلامت در جهان مورد بررسی قرار گرفت و سپس با ارایه مقایسه و شرح نقاط افتراق و اشتراک، طراحی مدل اولیه انجام شد. سپس با استفاده از نظر خبرگان، محقق نسبت به طراحی مدل اولیه اقدام نمود و در مرحله بعد جهت معتبرسازی مدل ارایه شده نظام سلامت از الگوریتم تحلیل مدل‌ها در روش Smart-PLS-SEM استفاده شد.

یافته‌ها: برای بررسی فرضیه‌های تحقیق و بطور کلی آزمون مدل مفهومی پژوهش، چون ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر تأمین مالی سلامت رتبه‌های یکسانی نداشتند، در نتیجه اولویت‌بندی انجام شد و در بخش عوامل زمینه‌ای، به ترتیب ابعاد نظام بودجه‌ریزی، خدمات سلامت محور، نظام مالیات محوری، در بخش عوامل ابزاری صندوق بیماری، مشارکت مالی و بیمارستان اجتماعی، در بخش عوامل محتوایی تدوین طرح‌های تأمین مالی و قانون گذاری و در بخش عوامل ساختاری ابعاد ساختار کیفیت خدمات، ساختار ریسک و ساختار مالی قرار گرفتند و سپس تحلیل‌های لازم در سه بخش برآزش مدل‌های اندازه‌گیری، برآزش مدل ساختاری و برآزش کلی مدل انجام گرفت و سپس به بررسی و تفسیر روابط موجود در بخش ساختاری پرداخته شد و در مرحله پایایی نیز برآزش کلی الگوی تحقیق بررسی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان می‌دهد ایجاد یک ساز و کار در بخش نظام مالیاتی، نظام بودجه‌ریزی با توجه به تحریم‌های صورت گرفته و ایجاد محدودیت‌ها در سیستم سرمایه‌گذاری در بخش سلامت و شیوع بیماری‌های مزمن و ناگهانی از بیشترین اهمیت و رتبه در ایجاد الگوی نظام تأمین مالی سلامت در کشور برخوردار است.

کلید واژه‌ها: الگو، تأمین مالی، نظام سلامت.

- ۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران
- ۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: sha_vahdat@yahoo.com
- ۳- استادیار گروه مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران

مقدمه

کمتری برای تامین سایر نیازهای اصلی خود خواهند داشت. وقتی کارفرمایان هزینه‌ی زیادی صرف سلامتی و بیمه کارکنان خود کنند، هزینه‌ی تولید محصولات آنها افزایش می‌یابد و به تدریج مشتریان خود را از دست خواهند داد [۵].

تأمین منابع مالی، یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت کشورهای مختلف به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌باشد [۱]. بر اساس شواهد، بسیاری از معضلات نظام‌های سلامتی ریشه در نظام تأمین مالی کشورها دارد [۲]. در حوزه سلامت، نظام تأمین مالی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران و مدیران این عرصه می‌باشد و سایر اقدامات مرتبط با حوزه سلامت تأثیرگذار است. اگر چه پول و منابع مالی عنصر مهم و حیاتی برای مراقبت‌های سلامتی است اما صرف هزینه بیشتر لزوماً به مفهوم حصول به پیامدهای سلامتی بهتر نمی‌باشد و در صورتی می‌تواند به تولید و ارائه مراقبت سلامت کارا، عادلانه و مؤثر بیانجامد که با ظرفیت‌های قانونی و اصول سیاستی مناسب همراه گردد. به عبارت دیگر کارایی خدمات سلامت در رابطه با مدیریت منابع می‌باشد و عادلانه بودن این خدمات به نظام‌های تأمین مالی مربوط می‌شود [۳].

تعیین اصول و خط مشی برای تأمین مالی کافی، پایدار و عادلانه از جمله تعیین‌کننده‌های اصلی عملکرد نظام سلامت می‌باشد و سیاست‌ها و روش‌های تأمین مالی بر عملکرد دیگر کارکردهای آن نظام و دستیابی به اهداف نظام سلامت تأثیرگذار است [۵].

در طول سال‌های اخیر هزینه‌های صرف شده در مراقبت‌های سلامت افزایش یافته و دسترسی بسیاری از مردم به خدمات سلامت با چالش مواجه شده است. این افزایش قابل توجه در هزینه‌ها در سطح جهان ناشی از عوامل مختلفی از جمله پیشرفت و توسعه پزشکی و همچنین تضاد منافع میان ذینفعان عمده درگیر در سیاست‌های مرتبط با تأمین مالی (پزشکان، بیمارستان‌ها، مردم و سازمان‌های بیمه‌گر) می‌باشد [۶]. از

رفه اجتماعی یکی از اهداف اساسی دولت‌ها است که نظام سلامت یکی از ارکان اساسی آن می‌باشد. این موضوع باعث شده است که دولت جهت بهبود دسترسی افراد به خدمات درمانی به روش‌های تأمین مالی نظام سلامت جهت کنترل هزینه و نظارت بر درآمدها روی آورده است. با توجه به اهمیت بهداشت و درمان در توسعه‌ی کشورها، توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند منجر به اتلاف منابع مالی و انسانی شود [۱]. امروزه صنعت مراقبت سلامت با رشد و توسعه سریع و روز افزون خود توانسته است اهمیت زیادی را در مباحث اقتصادی کشور به خود اختصاص دهد. اطمینان از دسترسی به پوشش همگانی خدمات سلامت، در کشورهای با نظام سلامت کارآمد، با اتخاذ تصمیماتی جهت افزایش پیش پرداخت‌ها و کاهش پرداخت مستقیم خانوار صورت می‌گیرد. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ یکی از اهداف سه‌گانه نظام سلامت را مشارکت عادلانه برای تأمین مالی هزینه‌های سلامت اعلام کرده است [۲]. یک نظام عادلانه، نظامی است که در آن خانوارها متناسب با استطاعت مالی و درآمدی شان در تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت داشته باشند [۳].

با توجه به روند اعتبارات، تحریم کشور، کاهش درآمدهای بودجه‌ای، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی 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 خانواده‌ها از مجموع هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور از عوامل محدودکننده در تأمین مالی هزینه‌های بهداشت و درمان محسوب می‌شود [۴]. هزینه بالای خدمات بهداشتی و درمانی اثرات منفی زیادی به دنبال دارد. وقتی دولت هزینه زیادی در بخش سلامت متحمل می‌شود، میزان بدهی‌های ملی افزایش یافته و منابع مالی محدودی برای سایر برنامه‌های دولتی باقی خواهد ماند. وقتی مردم برای سلامتی خود هزینه‌ی زیادی می‌کنند، پول

روش پژوهش

این تحقیق توصیفی، به روش زمینه یابی پیمایشی با روش آمیخته - تطبیقی انجام شده است که می‌توان آن را به دو بخش مجزا شامل کیفی و کمی تقسیم نمود. بر همین اساس به طور کلی در این تحقیق ابتدا با رویکرد کیفی و توسط مطالعات نظری و کتابخانه‌ای، الگوی تأمین مالی در خدمات نظام سلامت در جهان مورد بررسی قرار گرفته است و با ارائه مقایسه و شرح نقاط افتراق و اشتراک، سپس محقق با استفاده از نظر خبرگان، نسبت به شناسایی عوامل مؤثر بر ایجاد الگوی نظام تأمین مالی سلامت در کشور در چهار دسته شامل عوامل ساختاری، زمینه‌ای، ابزاری و محتوایی اقدام نموده است.

نمونه پژوهش از میان جامعه سیاست‌گذاران و مدیران حوزه اقتصاد سلامت، اساتید، صاحب‌نظران، مدیران ارشد و کارشناسان متخصص در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت هدفمند با رعایت حداکثر تنوع انتخاب گردید، برای انجام این پژوهش کیفی حداقل ۳۰ مصاحبه انجام گرفت که مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که به اشباع داده‌ها رسیدیم و در مرحله بعد با استفاده از روش‌های تجزیه و تحلیل آماری به ارائه الگو و در مرحله بعد جهت معتبرسازی مدل ارائه شده نظام سلامت، از الگوریتم تحلیل مدل‌ها در روش Smart-PLS-SEM استفاده و تحلیل‌های لازم در سه بخش (۱) برازش مدل‌های اندازه‌گیری، (۲) برازش مدل ساختاری و (۳) برازش کلی مدل انجام گرفت و سپس به بررسی و تفسیر روابط موجود در بخش ساختاری پرداخته و در مرحله پایانی نیز برازش کلی الگوی تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

عوامل شناسایی شده در الگوی نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای منتخب در تحقیق حاضر، در قالب پرسشنامه‌ای به نظر جمعی خبرگان رسید و عوامل مؤثر نهایی در چهار دسته شامل عوامل زمینه‌ای، ساختاری، ابزاری و محتوایی در جدول ۱ تقسیم‌بندی شدند: (جدول ۱)

اینرو، یکی از سیاست‌های مهم تأمین مالی در جوامع مختلف آن است که به دنبال تمهیداتی باشند تا اطمینان حاصل نمایند که افراد به دلیل عدم توان پرداخت از دسترسی به مراقبت‌های سلامتی محروم نمی‌مانند [۷]. نظام‌های تأمین مالی کارا و اثربخش در جامعه باید به طور عادلانه و عادلانه حقوق و منافع همه گروه‌های ذینفع را لحاظ نمایند و به عنوان کلیدی برای تعامل اثربخش بین مشتریان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت عمل کنند. برقراری چنین امکانی، سنگ بنای نظام‌های پیشرفته تأمین مالی را در بسیاری از کشورها شکل می‌دهد. آگاهی از چگونگی ساختار تأمین مالی و سهم منابع مختلف در تأمین مالی نظام سلامت کشور، می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت برنامه‌ریزی سیاست‌های سلامت عدالت محور و مداخلات دولتی مبتنی بر کاهش فقر فراهم سازد. از اینرو، طرح‌ریزی سیاست‌های تأمین مالی سلامت، فرآیند سیاسی و پیچیده‌ای است. اتخاذ سیاست‌های متأثر از شواهد در جهت هر چه کارآمد کردن سیاست‌های تأمین مالی مهم می‌باشد. اتخاذ هر سیاست در حوزه تأمین مالی مراقبت‌های سلامت، باید با ابزارها و اهداف سیاستی هم‌راستا باشد و با هماهنگی میان آنها صورت گیرد [۸].

با توجه به این که سرمایه‌گذاری و تخصیص بهینه منابع برای نیل به هدف انسان سالم، به توسعه یافتگی و کاهش فقر در کشورها می‌انجامد [۷] و هم‌چنین پوشش بهداشتی فراگیر در کشور می‌تواند کفه عدالت به نفع آحاد جامعه را سنگین نماید، نیاز است الگوی متناسب با اقتضائات، الزامات، قوانین و فرهنگ کشور ارائه شود که در این راستا بایستی عوامل ساختاری که ناظر بر ایجاد ساختارهای مورد نیاز در سازمان‌های مرتبط با حوزه سلامت، عوامل زمینه‌ای که ناظر بر ایجاد نظامات مورد نیاز در سازمان‌ها، عوامل ابزاری که ناظر بر تسهیل شرایط موجود و عوامل محتوایی که ناظر بر تدوین قوانین و الزامات مورد نیاز است، بررسی شود به همین منظور در این مقاله سعی می‌شود عوامل مؤثر و کارکردی بر تحقق نظام تأمین مالی سلامت در کشور شناسایی و در قالب الگویی ارائه شود.

سنجش بارهای عاملی: پایایی هریک از گویه‌ها به مقدار بارهای عاملی هریک از متغیرهای مشاهده شده، اشاره دارد و برای مشخص کردن این که شاخص‌های اندازه‌گیری (متغیرهای مشاهده شده) تا چه اندازه برای سنجش متغیرهای پنهان قابل قبول اند، مورد استفاده قرار گرفته و حداقل مقدار قابل آن ۰/۳ و بارهای عاملی ۰/۴ سطح معناداری متوسط قرار گرفته و حداقل مقدار قابل قبول آن ۰/۳ و بارهای عاملی ۰/۴ سطح معناداری متوسط را نشان می‌دهد. در تحلیل‌های عاملی تأییدی، مقادیر بارهای عاملی بالاتر از ۰/۵ نشانگر سطح معناداری قوی و همبستگی زیاد بین متغیرهای مشاهده شده و عامل بوده و نیز بیانگر آن است که سازه خوب تعریف شده است. البته با افزایش حجم نمونه و تعداد متغیرها، بارهای عاملی کوچکتر از ۰/۲۵ نیز معنادار است. برای مواردی که تعداد نمونه ۱۰۰ باشد بارهایی که حداقل ۰/۱۹ و ۰/۲۶ هستند به ترتیب در سطح ۵ درصد و ۱ درصد معنادار تلقی می‌شوند. در حجم نمونه ۲۰۰ تا ۲۰۰ مقادیر ۰/۱۴ و ۰/۱۸ به ترتیب در سطح ۵ درصد معنادار لحاظ می‌شوند.

اعداد مندرج در ستون ضرایب بارهای عاملی جدول ۲ نشان می‌دهد تمام سؤال‌ها با سطح همبستگی بالا به خوبی متغیرهای مشاهده شده را اندازه‌گیری می‌کند. (جدول ۲)

آلفای کرونباخ: معیار کلاسیک برای سنجش پایایی و شاخص ارزیابی پایداری درونی محسوب می‌شود. پایداری درونی نشانگر میزان همبستگی یک سازه و شاخص‌های مربوط به آن است. در مورد متغیرهای با تعداد سؤال‌های کم، مقدار ضریب آلفای ۰/۶ به عنوان سرحد ضریب معرفی و بالاتر از ۰/۷ نشانگر پایایی قابل قبول است. در الگوی حاضر، مقدار آلفا برای سازه عوامل زمینه‌ای ۰/۸، عوامل محتوایی، ۰/۷۹، عوامل ساختاری ۰/۷۸ و عوامل ابزاری ۰/۹۱ محاسبه شده است که در جدول ۳ نشان داده شده است: (جدول ۳)

پایایی ترکیبی (CR): برای تعیین پایایی هریک از سازه‌ها علاوه بر معیار سنتی آلفای کرونباخ از معیار مدرن‌تر پایایی ترکیبی استفاده می‌کنند. برتری این

با توجه به مقایسات تطبیقی از نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای منتخب در تحقیق حاضر که در جدول ۱ انجام شد و بررسی میزان تأثیرگذاری و تأثیرپذیری عوامل استخراج شده منطبق با سطح نیازمندی‌های کشور در حوزه سلامت که به وسیله پرسشنامه و با نظرسنجی از خبرگان انجام شد؛ پیش فرض‌ها بر اساس نظرات خبرگان در چارچوب مفهومی تحقیق به صورت شکل ۱ لحاظ شده است: (شکل ۱)

برای آزمون الگوی مفهومی تحقیق، از الگوریتم تحلیل مدل‌ها در روش Smart-PLS-SEM به شرح زیر استفاده و تحلیل‌های لازم در سه بخش (۱) برازش مدل‌های اندازه‌گیری، (۲) برازش مدل ساختاری و (۳) برازش کلی مدل (اندازه‌گیری با استفاده از معیارهای پایایی و روایی اطمینان حاصل کرده و سپس به بررسی و تفسیر روابط موجود در بخش ساختاری پرداخته و در مرحله پایایی نیز برازش کلی الگوی تحقیق بررسی شده است. لازم به توضیح است هر چند مهم‌ترین دلیل برتری روش PLS نسبت به سایر روش‌ها، نمونه‌های کوچک و داده‌های غیرنرمال ذکر شده است ولی برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شده که در بخش قبل، مورد بررسی قرار گرفت و تمامی نمونه‌ها نرمال بودند.

برازش مدل‌های اندازه‌گیری شامل بررسی پایایی و روایی سازه‌های پژوهش است. پایایی آزمون برای به دقت اندازه‌گیری و ثبات آن مربوط است. فورنل و الکر برای بررسی پایایی سازه‌ها سه مالک را پیشنهاد می‌کنند: الف) پایایی هریک از گویه‌ها، ب) پایایی ترکیبی، ج) میانگین واریانس استخراج شده. مطابق الگوریتم تحلیل مدل‌ها در روش PLS-SEM، برای بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری سه معیار پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا استفاده و نتایج زیر حاصل شده است:

الف) پایایی: برای بررسی پایایی مدل‌های اندازه‌گیری معیارهای ضرایب بارهای عاملی، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی به شرح زیر محاسبه شد:

تجزیه و تحلیل شده و معیارهای ضرایب معناداری t -value، معیار R-Squares یا R^2 معیار اندازه تأثیر، معیار استون - گیزر، معیار افزونگی برای برازش مدل ساختاری بررسی شد.

الف) مقادیر معناداری t : برای ارزیابی برازش مدل ساختاری تحقیق از چندین معیار استفاده می‌شود که اولین و اساسی‌ترین آن، ضرایب معناداری Z یا همان مقادیر t -value است که با اجرای فرمان بوت استرایپینگ مقادیر بر روی خطوط مسیرها نشان داده می‌شوند. در صورتی که مقادیر t از $1/96$ بیشتر باشد، بیانگر صحت رابطه بین سازه‌ها و در نتیجه تأیید فرضیه‌های تحقیق در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. در شکل ۲ مقادیر t برای ارزیابی بخش ساختاری مدل نشان داده شده است. با توجه به این که تمام اعداد واقع بر مسیرها بالاتر از $1/96$ هستند، این مطلب حاکی از معنادار بودن مسیرها، مناسب بودن مدل ساختاری و تأیید تمام فرضیه‌های تحقیق است: (شکل ۲)

ب) معیار R Squares یا R^2 : دومین معیار ضروری برای بررسی برازش مدل ساختاری، بررسی ضرایب تعیین (R^2) متغیرهای مکنون درونزای الگو است. این معیار برای متصل کردن بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل‌سازی معادلات ساختاری به کار رفته و بیانگر تأثیر یک متغیر برونزا بر یک متغیر درونزا است. لازم به ذکر است مقادیر R^2 در داخل دایره‌های الگو نشان داده شده و تنها برای سازه‌های درون زا الگو محاسبه می‌شود و در مورد سازه‌های برونزا مقدار این معیار صفر است. داوری و رضازاده به نقل از چین، سه مقدار $0/19$ ، $0/33$ و $0/67$ را به عنوان ملاکی برای ضعیف، متوسط و قوی R^2 و زیاد بودن مقدار آن را نشان از برازش بهتر الگو معرفی می‌کنند. مقادیر ضریب تعیین در جدول (۴) و شکل (۳) قابل مشاهده است. با توجه به این که مقدار R^2 برای سازه عوامل محتوایی $0/637$ ، ساختاری $0/412$ ، زمینه‌ای $0/611$ و ابزاری $0/523$ محاسبه شده است، با در نظر گرفتن چهار مقدار ملاک، مناسب بودن برازش الگوی ساختاری تأیید می‌شود. (شکل ۳)

معیار نسبت به ضریب آلفای کرونباخ این است که پایایی سازه‌ها نه به صورت مطلق بلکه با توجه به همبستگی سازه‌هایشان با یکدیگر محاسبه می‌شود. برای سنجش بهتر پایایی هر دو معیار به کار برده می‌شود. مقدار پایایی ترکیبی $0/7$ برای هر سازه، نشان از پایداری درونی مناسب برای مقادیر مدل‌های اندازه‌گیری داشته و مقدار کمتر از $0/6$ عدم وجود پایایی را نشان می‌دهد پایایی ترکیبی برای سازه‌های تحقیق بالاتر از $0/8$ به دست آمده است. (جدول ۳)

بررسی روایی واگرایی، میزان رابطه یک سازه با شاخص‌هایش در مقایسه رابطه آن سازه با سایر سازه‌هاست؛ به طوری که روایی واگرایی قابل قبول یک مدل حاکی از آن است که یک سازه در مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارد تا با سازه‌های دیگر. بررسی این موضوع توسط یک ماتریس انجام می‌شود که خانه‌های آن حاوی مقادیر ضریب همبستگی بین سازه‌ها و جذر مقادیر AVE مربوط به هر سازه است. مطابق ماتریس بالا، از آنجا که مقدار جذر AVE مربوط به هر سازه (متغیرهای مکنون) در تحقیق حاضر که در خانه‌های موجود در قطر اصلی ماتریس قرار گرفته‌اند، از مقدار همبستگی میان‌شان که در خانه‌های زیرین و چپ قطر اصلی قرار دارند، بیشتر است؛ از اینرو، می‌توان گفت در تحقیق حاضر، سازه‌های مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر. به عبارت دیگر، روایی واگرایی مدل در حد مناسبی است. برای بررسی کیفیت مدل اندازه‌گیری هر متغیر مکنون از شاخص اشتراکی نیز استفاده می‌کنند. مقادیر مثبت این شاخص نشانگر کیفیت مدل اندازه‌گیری متغیرهای مکنون است. (جدول ۴).

برازش مدل ساختاری

مطابق با الگوریتم تحلیل داده‌ها در روش معادلات ساختاری، پس از برازش مدل‌های اندازه‌گیری، برازش مدل ساختاری پژوهش بررسی می‌شود. برخلاف مدل‌های اندازه‌گیری که در آن روابط بین متغیر مکنون با متغیرهای آشکار مورد توجه است، در بررسی مدل ساختاری روابط بین متغیرهای مکنون با همدیگر

$$\text{GoF} = \sqrt{(\text{communality}) \times (R^2)} = 0.415$$

در نتیجه، مقدار معیار GoF برابر است با ۰/۴۱۵ که این عدد با توجه به سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵، ۰/۳۶ و ۰/۴۱ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط، متوسط و قوی برای GoF، نشان از برآزش کلی قوی الگو دارد.

بحث و نتیجه گیری

تأمین مالی یکی از چالش‌های امروزه کشور در نظام سلامت می‌باشد. با توجه به تحریم‌های صورت گرفته و ایجاد محدودیت‌ها در سیستم سرمایه‌گذاری در بخش سلامت و شیوع بیماری‌های مزمن و ناگهانی مانند کووید-۱۹، سارس، آنفلونزا و ... نیاز است تا سیستم مالی در بخش نظام تأمین مالی سلامت به صورت پایدار نسبت به مدیریت هزینه، درآمدزایی، مشتری محوری، خدمات عمومی و ... اقدام نماید تا کشور در بزنگاه‌ها دچار اخلال در خدمات رسانی سلامت نشود. از آن جایی که در کشورهای توسعه یافته جهان، فعالیت‌ها و چارچوب‌های درآمدی مطلوبی در این عرصه ارایه شده است، در این مقاله سعی شد با بررسی این اقدامات و تحقیقات بعمل آمده در زمینه مورد مطالعه، عوامل مؤثر از منظر ساختاری که ناظر بر مؤلفه‌هایی نظیر ساختارهای مالی، ساختار ریسک‌ها و ساختار کیفیت خدمات می‌باشد که این عوامل می‌تواند در ایجاد شناسایی رخدادهای مالی احتمالی مؤثر باشد. عوامل زمینه‌ای که به نوعی عوامل بسترساز را شامل می‌شود که ناظر بر مؤلفه‌هایی است که زیرساخت‌ها و پیکره نظام تأمین مالی سلامت را تشکیل و پایدارسازی می‌نماید که شامل بودجه ریزی، ایجاد سیستم‌های خدمات سلامت محور، ایجاد نظام مالیاتی سلامت می‌شود. عوامل ابزاری که ناظر بر مؤلفه‌هایی است که نیازمندی‌های مالی را به صورت یکپارچه، جامع و قابل دسترس در سراسر کشور فراهم و تسهیل می‌نماید و به نوعی تسهیل‌گر سیستم نظام تأمین مالی سلامت می‌باشد که شامل ایجاد صندوق بیمه، ایجاد بیمارستان‌های اجتماعی و جلب مشارکت‌های عمومی مالی می‌باشد. عوامل محتوایی نیز ناظر بر مؤلفه‌هایی

ج) معیار اندازه تأثیر: این معیار شدت رابطه میان سازه‌های الگو را تعیین می‌کند و مقادیر ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ به ترتیب نشان از اندازه تأثیر کوچک، متوسط و بزرگ یک سازه بر سازه دیگر است. برای محاسبه معیار اندازه تأثیر سازه زمینه‌ای بر سازه ساختاری، ابتدا مدل شامل سازه‌های مورد نظر را در نرم افزار اجرا و مقدار R2 آن ۰/۶۳۷ به دست آمد. سپس متغیر عوامل زمینه-ای از مدل حذف و با تحلیل مجدد الگو مقدار R2 متغیر ساختاری ۰/۵۹۷ حاصل شد. با محاسبه دو مقدار R2 و جاگذاری در رابطه مربوطه مقدار اندازه تأثیر متغیر زمینه‌ای بر ساختاری ۰/۱۱ به دست آمد. با توجه به مقادیر به دست آمده درباره اندازه تأثیر هر یک از متغیرهای زمینه‌ای، ساختاری، محتوایی و ابزاری و مقایسه آن با مقادیر شاخص و اندازه تأثیر متوسط و قوی متغیرهای برون‌زا، برآزش الگوی تحقیق تأیید می‌شود.

برآزش الگوی کلی (معیار نیکویی برآزش/GoF)

برای بررسی برآزش الگوی کلی که هر دو بخش الگوی اندازه‌گیری و ساختاری را کنترل می‌کند، معیار GoF به ترتیب زیر محاسبه شد:

$$\text{GoF} = \sqrt{(\text{communality}) \times (R^2)}$$

با عنایت به رابطه فوق، ابتدا میانگین مقادیر اشتراکی متغیرهای پنهان عوامل زمینه‌ای، ساختاری، ابزاری و محتوایی محاسبه شد. مقادیر مذکور براساس اطلاعات جدول به ترتیب برابر است با ۰/۴۵۹، ۰/۴۲۱، ۰/۴۲۲ و ۰/۴۱۴ در نتیجه میانگین مقادیر اشتراکی برابر است ۰/۴۲۲.

برای محاسبه میانگین ضریب تعیین نیز باید مقادیر مربوط به تمام متغیر پنهان درونزای الگو - یعنی تجاری سازی، عوامل زمینه‌ای، ساختاری، محتوایی و ابزاری در نظر گرفته شده و مقادیر میانگین‌شان محاسبه شود. مقادیر ضریب تعیین مربوط به متغیرهای مذکور به ترتیب عبارتند از: ۰/۶۳۷، ۰/۴۱۲، ۰/۶۱۰ و ۰/۵۶۹ و بنابراین میانگین این مقادیر (R2) برابر است با ۰/۴۰۸.

رسانه ملی پرداخته نشده است [۱۵]. در بخش مربوط به خدمات مسئولیت‌های اجتماعی شامل ساماندهی به بیماران که توانایی مالی ندارند، می‌شود اشاره‌ای نشده است. نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر در بخش عوامل ساختاری با تحقیقات لگیتون [۱۶] دارای اشتراک در نحوه تأمین منابع مالی از طریق مالیات است.

با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهادات ذیل به منظور اتخاذ راهبردها و سیاست‌های اجرایی در سازمان‌های مرتبط با حوزه سلامت ارائه می‌شود:

۱) با توجه به افزایش قیمت‌های نسبی کالاها و خدمات سلامت در کشور و نقش بارز هزینه‌های دولت در بخش بهداشت و درمان در فرایند توسعه، لزوم توجه بیشتر در زمینه افزایش سهم اعتبارات عمومی (سهم سلامت از تولید ناخالص ملی) احساس می‌گردد که همان‌گونه که از نتایج تحقیق ملاحظه گردید، این افزایش سهم با توجه به نقش تولید و نظارت دولت در فراهم نمودن کالاهای اساسی در کشورهای مورد پژوهش نیز مشاهده می‌گردد.

۲) تأمین مالی از طریق مالیات و عوارض، زیرا سیستم مالیاتی می‌تواند مزیت‌هایی را در نحوه مدیریت وضعیت اقتصادی، ریسک‌های مدیریتی و قدرت خرید جامعه به وجود آورد، که این مزیت‌ها به علت ماهیت سیاسی و نحوه جمع‌آوری مالیات‌ها و چگونگی تخصیص آن تحقق می‌یابند، البته در اجرای این نظام ممکن است چالش‌های معمول در مدیریت اثربخش ارائه خدمات عمومی و مشکلاتی نیز به علت مسئولیت‌پذیری ضعیف و یا بی‌ثباتی به وجود آید. راه‌هایی که علاوه بر مالیات بر درآمد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات سود، مالیات غیرمستقیم، مالیات مستقیم و ... می‌تواند کسب کرد، می‌تواند افزایش مالیات از منابع تولیدکننده خطر برای سلامت و تخصیص آن به نظام سلامت باشد.

۳) تعیین سرانه و تعرفه خدمات درمانی با توجه به قیمت تمام شده خدمات

۴) ارتباط منسجم بین بخش خصوصی و بخش دولتی در ارائه خدمات درمانی و تبیین قوانین مشخص نظارتی

است که شامل محتواهای قابل استناد و متاع مانند تدوین اسناد بالادستی، نقشه راه، قانون گذاری، فرهنگ سازی و تدوین طرح‌های تأمین مالی می‌باشد.

با توجه به آمار بدست آمده در سال ۱۳۹۶ از گزارشات وزارت بهداشت و آموزش پزشکی و گزارش سالانه وزارت کار، رفاه و تأمین اجتماعی از وضعیت موجود روش‌های تأمین مالی در حوزه سلامت در ایران، بیشتر منابع از طریق صندوق‌های متفاوت بیمه تحت پوشش تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح می‌باشد. سایر ساز و کارهای تأمین مالی از طریق پوشش کمیته امداد، پرداخت مستقیم از جیب شامل فراهم کنندگان خدمات سرپایی، بیمارستان‌ها و درصد پرداخت مستقیم از جیب به عنوان بخشی از هزینه‌های بخش سلامت است.

با بررسی‌های بعمل آمده، نتایج بدست آمده با تحقیقات [۹]، [۱۰] دارای همسویی می‌باشد. در این تحقیقات، وضعیت کشور از منظر محل عمده درآمدهای حوزه سلامت، بیمه‌های تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح معرفی شده‌اند.

عوامل شناسایی شده در نظام تأمین مالی سلامت در چهار دسته شامل عوامل زمینه‌ای، ابزاری، محتوایی و ساختاری قرار گرفته‌اند. در بخش عوامل زمینه‌ای، به ترتیب ابعاد نظام بودجه‌ریزی، خدمات سلامت محور، نظام مالیات محوری قرار گرفتند. در بخش عوامل ابزاری، به ترتیب صندوق بیماری، مشارکت مالی و بیمارستان اجتماعی قرار گرفتند. در بخش عوامل محتوایی به ترتیب تدوین طرح‌های تأمین مالی و قانون گذاری قرار گرفتند. در بخش عوامل ساختاری به ترتیب ابعاد ساختار کیفیت خدمات، ساختار ریسک و ساختار مالی قرار گرفتند. نتایج تحقیق در مقایسه با نتایج تحقیقات [۱۱، ۱۲] در بخش ابعاد مرتبط با نظام بودجه ریزی به تهیه نظام‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با نحوه اجرایی نمودن نظام تأمین مالی پرداخته نشده بود هم‌چنین در این تحقیقات به نحوه انجام فرآیند نظام تأمین مالی در حوزه سلامت اشاره‌ای نشده بود [۱۳، ۱۴]. در بعد مربوط به خدمات سلامت محور به نحوه فرهنگ‌سازی و نحوه ورود رسانه‌های اجتماعی و

خیریه و خارجی در این نواحی از لحاظ میزان درآمد و مصرف هزینه موجود نمی‌باشد که ساماندهی مناسب وضعیت مالی و مصارف این انجمن‌ها ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان طراحی الگویی برای روش‌های تأمین مالی ارایه خدمات در نظام سلامت ایران، در مقطع دکترای تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، در سال ۱۳۹۷، و با کد اخلاق ۱۶۳۲۱۲۱۳۹۶۲۰۰۳ است که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز اجرا شده است.

بر نحوه عملکرد بخش خصوصی با توجه به محدودیت در منابع دولتی و نارسایی بازار در زمینه سلامت (۵) طراحی و عملیاتی نمودن نظام جامع اطلاعات به منظور تضمین صحت و تسهیل جریان اطلاعات و ممانعت از ایجاد همپوشانی بیمه‌ای. (۶) ساماندهی وضعیت خیریه‌ها از لحاظ منابع ورودی و صرف هزینه، با توجه به وجود نهادهای حمایتی و وجود انجمن‌های خیریه در کشور و این که در برخی نواحی کمک‌های اهدایی محلی بدون گذر از کانال دولت مرکزی بطور مستقیم به گروه‌های هدف مورد نظر تخصیص می‌یابند و یا در اختیار سازمان‌های غیردولتی قرار می‌گیرند و بطور خلاصه، لیست منظمی از کمک‌های

جدول ۱ - عوامل مؤثر در تحقق نظام تأمین مالی سلامت در کشور

عوامل	ابعاد	گویه‌ها
	نظام بودجه‌ریزی	تأمین اعتبارات بودجه [۸] و [۹]
		تهیه دستورالعمل بودجه [۸] و [۹]
		تهیه فرآیند پرداخت [۱۰] و [۱۱]
		تهیه فرآیند تخصیص بودجه [۱۲] و [۱۳]
		پیاده سازی سامانه بودجه [۸]
عوامل زمینه‌ای (بستر ساز)	ارایه خدمات سلامت محور	فرهنگ سلامت محوری [۱۳]
		تبلیغات سلامت محور [۱۴] و [۱۵]
		رسانه ملی سلامت محور [۱۶] و [۱۷]
		فرهنگ سازی در راستای مالیات [۱۲] و [۱۳]
	نظام مالیات محوری	پیاده سازی سامانه مالیات [۱۳] و [۱۵]
		ساز و کار مالیات بر درآمد [۱۶] و [۱۷]
		اخذ مالیات [۸] و [۹]
		صندوق حمایت از بیماران [۱۱] و [۱۲]
عوامل ابزاری	ایجاد صندوق بیمه	ساز و کار خدمات درمانی [۱۳] و [۱۵]
		مشارکت مالی دولت [۱۷] و [۱۹]
	انجام مشارکت های مالی	سرمایه‌گذاری خارجی در بخش سلامت [۱۳] و [۱۵]
		مشارکت مالی از طریق بورس [۱۲] و [۱۳]
	ایجاد بیمارستان اجتماعی	ارایه خدمات مسئولیت اجتماعی [۱۲] و [۱۳]
عوامل محتوایی	تدوین طرح های تأمین مالی	شناسایی راهکارها [۱۳] و [۱۴]
		واحد های سازمانی فراهم کننده درآمدها [۱۲] و [۱۳] و [۱۵] و [۱۸]
		سهم بیمه‌ها [۱۱] و [۱۳] و [۱۴] و [۱۹]

نظارت بر قانون [۱۳] و [۱۵]	قانون گذاری	عوامل ساختاری
رفع موانع قانونی [۱۳] و [۱۵]		
تصویب قانون [۱۱] و [۱۸]		
کنترل هزینه [۱۰] و [۱۳]	ساختار مالی	
تأمین درآمدهای پایدار [۱۲] و [۱۶]	ساختار ریسک	
شناسایی ریسک‌های درمان [۱۷] و [۱۹]		
قبول ریسک [۱۶] و [۱۷]		
رفع نیازمندی های بیماران [۱۰] و [۱۱]	ساختار کیفیت خدمات	
رفع نیازمندی های پزشکان [۱۲] و [۱۷]		

جدول ۲ - مقادیر بارهای عاملی سؤال‌های متغیرهای مستقل (مدل‌های اندازه‌گیری) (ادامه)

بار عاملی	گویه‌ها	ابعاد	عوامل
۰/۶۰۵	تأمین اعتبارات بودجه	نظام بودجه‌ریزی	عوامل زمینه‌ای (بستر ساز)
۰/۷۵۷	تهیه دستورالعمل بودجه		
۰/۶۴۰	تهیه فرآیند پرداخت		
۰/۷۲۳	تهیه فرآیند تخصیص بودجه		
۰/۶۴۲	پیاده سازی سامانه بودجه		
۰/۷۷۷	فرهنگ سلامت محوری	ارایه خدمات سلامت محور	
۰/۶۷۲	تبلیغات سلامت محور		
۰/۷۳۶	رسانه ملی سلامت محور		
۰/۴۹۹	فرهنگ سازی در راستای مالیات	نظام مالیات محوری	
۰/۸۹۲	پیاده‌سازی سامانه مالیات		
۰/۵۳۲	ساز و کار مالیات بر درآمد		
۰/۸۳۳	اخذ مالیات		
۰/۶۲۵	صندوق حمایت از بیماران	ایجاد صندوق بیمه	عوامل ابزاری
۰/۵۴۲	ساز و کار خدمات درمانی		
۰/۶۰۳	مشارکت مالی دولت	انجام مشارکت های مالی	
۰/۶۵۹	سرمایه‌گذاری خارجی در بخش سلامت		
۰/۵۰۶	مشارکت مالی از طریق بورس		
۰/۶۴۰	ارایه خدمات مسئولیت اجتماعی	ایجاد بیمارستان اجتماعی	
۰/۷۲۳	شناسایی راهکارها	تدوین طرح های تأمین مالی	عوامل محتوایی
۰/۶۴۲	واحدهای سازمانی فراهم کننده درآمدها		
۰/۸۶۹	سهام بیمه‌ها	قانون گذاری	
۰/۶۷۲	نظارت بر قانون		
۰/۶۰۹	رفع موانع قانونی		
۰/۵۸۷	تصویب قانون		
۰/۹۸۷	کنترل هزینه	ساختار مالی	عوامل ساختاری
۰/۶۰۷	تأمین درآمدهای پایدار		
۰/۵۶۵	شناسایی ریسک‌های درمان	ساختار ریسک	

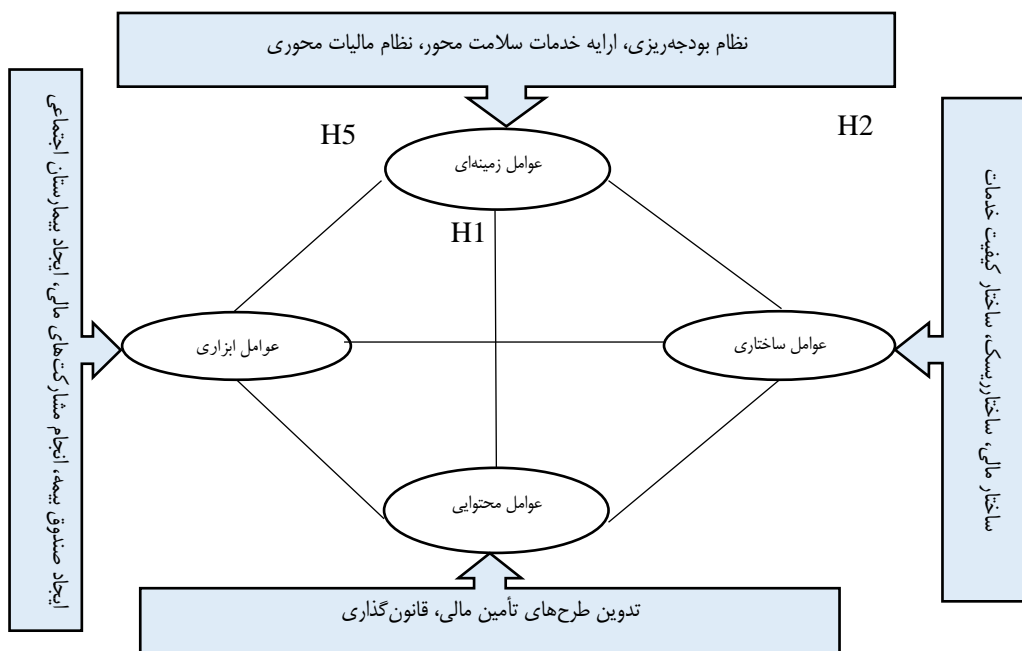
۰/۷۶۹	قبول ریسک	ساختار کیفیت خدمات
۰/۶۸۵	رفع نیازمندی های بیماران	
۰/۶۸۹	رفع نیازمندی های پزشکان	

جدول ۳ - معیارهای کلی کیفیت مدل

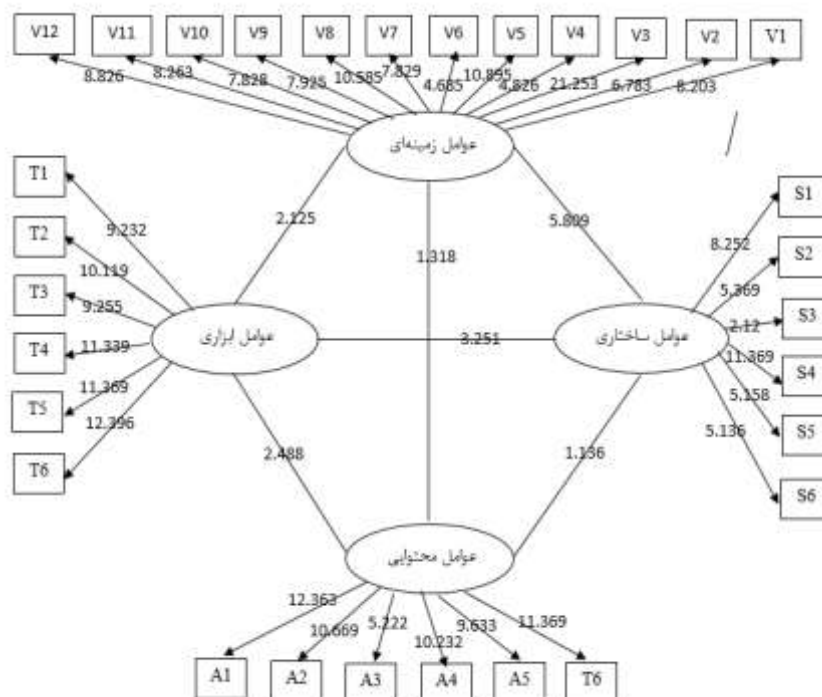
متغیرهای مکنون	میانگین واریانس استخراجی AVE>0.4	پایایی ترکیبی CR>0.7	ضریب تعیین (R2)	آلفای کرونباخ Alpha>0.7	مقادیر اشتراکی Communnality>0	افزونگی
عوامل زمینه‌ای	۰/۴۵۹	۱	۰/۶۳۷۲	۱	۱	۰/۳۸۳
عوامل ساختاری	۰/۴۲۱	۰/۸۵۱۹	۰/۰۰۰	۰/۸۰۰۳	۰/۴۲۱۴	۰/۰۰۰
عوامل محتوایی	۰/۴۱۴	۰/۸۴۶۸	۰/۴۱۲۱	۰/۷۹۲۳	۰/۴۱۳۸	۰/۱۴۰
عوامل ابزاری	۰/۴۲۲	۰/۸۳۹۴	۰/۶۱۰۵	۰/۷۷۴۲	۰/۴۲۲۴	۰/۲۶۲

جدول ۴ - ماتریس سنجش روایی واگرا با روش فورنل لارکر

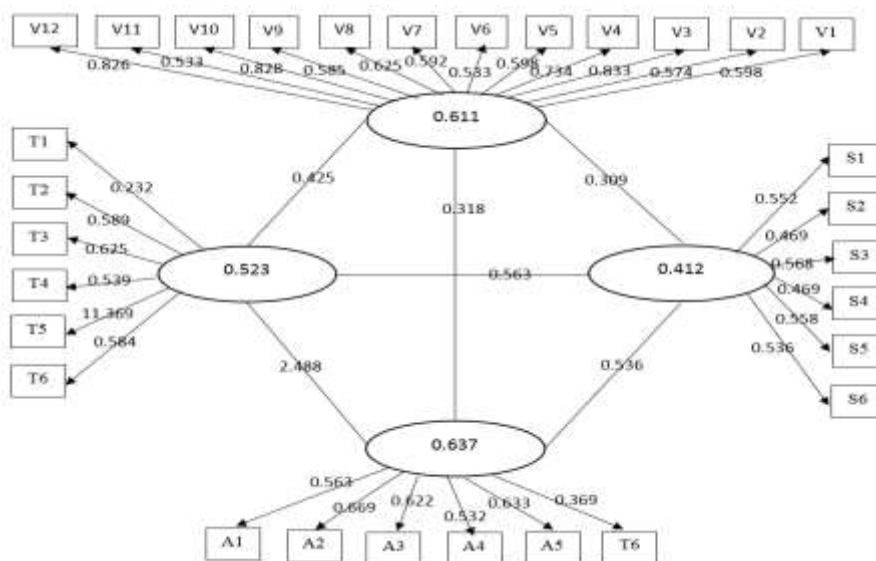
عوامل ابزاری	عوامل محتوایی	عوامل ساختاری	عوامل زمینه‌ای	سازه‌ها
-	-	-	۰/۶۴۸	عوامل زمینه‌ای
-	-	۰/۶۲۸	۰/۶۲۲	عوامل ساختاری
-	۰/۵۰۹	۰/۵۹۶	۰/۷۸۱	عوامل محتوایی
۰/۶۵۷	۰/۶۲۲	۰/۸۰۲	۰/۵۶۸	عوامل ابزاری



شکل ۱ - الگوی مفهومی تحقیق



شکل ۲ - مقادیر t-value برای ارزیابی بخش ساختاری الگوی تحقیق



شکل ۳ - مقادیر t-value برای ارزیابی بخش ساختاری الگوی تحقیق

Reference:

- 1- Savedoff WD, Ferranti D de, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*, 2012; 380: 924–32.
- 2- Saadati M , Rezapour R , Derakhshani N , Naghshi M. Comparative Study of Fair Financing in the Health Insurance. *Journal of Healthcare Management*, 2017; 7(4): 11. [In Persian]
- 3- Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2015; 386: 274–80.
- 4- Savedoff W, Ferranti F, Smith A. Transitions in health financing and policies for universal health coverage. <http://www.r4d.org/wp-content/uploads/THF-Summary-Transitions-in-HealthFinancing-and-Policies-for-Universal-Health-Coverage.pdf> (accessed Feb 14, 2018).
- 5- Jowett M, Petro Brunal M, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva, World Health Organisation, 2016. http://www.who.int/health_financing/documents/no-magicnumber/en/ (accessed Feb 14, 2018)
- 6- GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2017; 390: 231–66.
- 7- Jowett M, Petro Brunal M, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva, World Health Organisation, 2016. http://www.who.int/health_financing/documents/no-magicnumber/en/ (accessed Feb 14, 2018)
- 8- Kelle, U., Prein, G. and Bird, K. *Computer-Aided Qualitative Analysis: Theory, Methods and Practice*, 1995. London: Sage.
- 9- Alizadeh Hanjani MH, Fazaeli AA. The situation of justice in financing the health system in Iran. *Social Welfare Scientific Research Quarterly*, 2005; 5(19 Iranian children and adolescents).
- 10- Karimi I, Nasiripour A, Maleki M, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. *Journal of Health Administration*, 2006; 8(22):15-24.
- 11- Kutzing J. Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*, 2013; 91(8): 602.
- 12- Hsiao W, Siadat B. In search of a common conceptual framework for health systems strengthening; 2009.
- 13- Kulesher R, Forrestal E. International models of health systems financing. *J Hosp Adm*; 2014.
- 14- Mcintyre D, Kutzin J. Health financing country diagnostic: A foundation for national strategy development. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 15- Berton MP, Meesen B. Studing the link between institutions and health system performance: A framework and an illustration with the analysis of two performance – based financing schemes in Burundi. *Health Policy Plan*, 2013; 28(8): 847.
- 16- Gill A. Healthcare financing: How should Singapore’s ministry of health shift costs from private pockets to the public purse? Lee Kuan Yew School of Public Policy; 2013.

17- Karimi I, Nasiripour A, Maleki M, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. *Journal of Health Administration*, 2006; 8(22): 15-24.

18- World Bank. World Bank country and lending groups—World Bank data help desk. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lendinggroups>, (accessed Dec 17, 2017).

19- Farahani M, Subramanian SV, Canning D. Effects of state-level public spending on health on the mortality probability in India. *Health Econ*, 2010; 19: 1361–76.

20- Jensen, K 'Introduction: The Qualitative Turn', in K. Jensen and N. Jankowski (eds), *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communications Research*; 1991: 1–12. London: Rout ledge

Presentation of Health Financing System Model with Emphasis on Structural, Contextual, Instrumental and Content Factors

Heidari Orejlo P¹, Vahdat SH², Soltani H³

Abstract

Introduction: Inadequate attention to health care as a necessary commodity can be detrimental to the health of the community and the huge resources spent in this area can be wasted. Limited financial resources, sanctions on the country, reduction of budget revenues, low share of funds allocated from the general government budget and low share of health care costs are among the total gross national expenditures that limit the financing of health care costs. It is necessary to provide a model that fits the requirements, requirements, laws and culture of the country. For this reason, in this article, we tried to identify the effective and functional factors on the realization of the health financing system in the country and present them in the form of a model.

Methods: This descriptive research is based on survey research and is qualitative and quantitative in terms of the implementation process. In this research, first with a qualitative approach and by theoretical and library studies, the financing model in the health system in the world is examined. The design of the initial model was done by comparing and describing the differences and commonalities. Then, with the help of experts, the researcher designed the initial model, and in the next step, the model analysis algorithm was used in the Smart-PLS-SEM method to validate the presented model of the health system.

Results: In order to study the research hypotheses and the conceptual research model in general, because the dimensions and components affecting health financing did not have the same ranks, as a result, prioritization was done and in the field of field factors, the dimensions of the budgeting system, respectively. Health-oriented services, tax-oriented system, in the instrumental factors section of the disease fund, financial participation and social hospital, in the content factors section, financing and legislation plans were developed and in the structural factors dimensions, service quality structure, risk structure and financial structure were measured. Then, the necessary analyzes were performed in three sections: fit of measurement models, structural model fit and general fit of the model, and then the existing relationships in the structural section were examined and interpreted, and in the reliability stage, the overall fit of the research model was examined.

Conclusion: The research results show that creating a mechanism in the tax system, budgeting system according to the sanctions and creating restrictions in the investment system in the health sector and the spread of chronic and sudden diseases of the greatest importance and ranking in creating the model. The country has a health financing system.

Keywords: Model - Financing - Health system.

1- PhD student in Health Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran

2- Assistant Professor, Department of Health Services Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), sha_vahdat@yahoo.com

3- Assistant Professor of Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran