

بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی

نرگس اسدی جنتی^۱، خلیل‌علی محمدزاده^۲، سید مجتبی حسینی^۳، علی ماهر^۳، محمدکریم بهادری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین وظایف مدیران، تخصیص بهینه منابع مالی و بهره‌وری حداکثر از امکانات موجود است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین مؤلفه‌های مؤثر بر تخصیص بهینه منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین در نظام سلامت از دیدگاه خبرگان بود.

روش بررسی: این مطالعه در سال ۱۳۹۷ به روش کیفی انجام شد. با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته، اطلاعات ۴۱ نفر از مدیران، سیاست‌گذاران، کارشناسان شاغل در معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی، خیرین فعال در حوزه سلامت در ایران و استادان هیأت علمی گروه اقتصاد بهداشت جمع‌آوری گردید. تمام مصاحبه‌ها پس از ضبط، رونویسی و کدگذاری شد و سپس داده‌ها با استفاده از تحلیل چارچوبی، در قالب مقوله‌های اصلی و فرعی طبقه‌بندی گردید.

یافته‌ها: یافته‌های به دست آمده از تحلیل مصاحبه‌های انفرادی در ۳ گروه «بسترسازی برای پایداری منابع مالی، بسترسازی جهت سازماندهی مشارکت‌ها و منابع مالی و تخصیص بهینه منابع مالی»، ۶ طبقه اصلی «جذب، نگهداری و مشارکت فعال خیرین، سازماندهی و برنامه‌ریزی، عوامل اجرایی، نحوه سرمایه‌گذاری، شناسایی نیاز واقعی و معیارهای تصمیم‌گیری بر اساس نیاز» و ۳۶ طبقه فرعی استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: کمک‌های خیرین اگر در چارچوب قوانین و مقررات و در راستای نیازهای واقعی جامعه صورت نگیرد، نمی‌تواند بازدهی مطلوبی داشته باشد. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید نیازهای واقعی نظام سلامت را اولویت‌بندی کنند و منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین را بر مبنای این اولویت‌ها سازماندهی نمایند.

واژه‌های کلیدی: خیرین؛ سلامت؛ تخصیص منابع

پیام کلیدی: مدیران می‌توانند نیازهای واقعی نظام سلامت را اولویت‌بندی کنند و منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین را در چارچوب این اولویت‌ها هدایت نمایند.

تاریخ انتشار: ۱۳۹۸/۷/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۷/۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۴/۱۵

ارجاع: اسدی جنتی نرگس، علی محمدزاده خلیل، حسینی سید مجتبی، ماهر علی، بهادری محمدکریم. بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۸؛ ۱۶ (۴): ۱۷۵-۱۶۸

مختلفی برای تخصیص منابع مالی به بخش سلامت استفاده می‌کنند. کشور استرالیا از معیارهایی مانند میزان جمعیت تعدیل شده سنی و جنسی در هر منطقه، میزان سقط جنین، بی‌خانمان بودن افراد، میزان جمعیت روستایی و شاخص اقتصادی و اجتماعی مناطق استفاده می‌کند (۸، ۷).

مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری تخصصی به شماره ۱۵۷۲۱۲۱۳۹۷۱۰۱۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال انجام شده است.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت و گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

۳- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران

مقدمه

کشورهای مختلف از روش‌های تأمین مالی گوناگونی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده می‌کنند (۱). یکی از روش‌های دارای اهمیت در تأمین مالی، استفاده از مشارکت‌های مردمی و سرمایه‌گذاری خیرین می‌باشد (۲). عدم تناسب در رشد جمعیت و ظرفیت نهادهای دولتی ذی‌ربط، ضرورت توجه به منابع انسانی جامعه و پتانسیل آن‌ها برای مشارکت و همراهی در برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات لازم را بیش از پیش مشهود کرده است (۳). دولت‌ها همواره از عهده تأمین نیازهای بشر برنیاورده‌اند و بخش خصوصی نیز نتوانسته است آن را مرتفع سازد. به همین دلیل، از دیرباز در جوامع بشری نهادهایی به عنوان مشارکت‌های مردمی از میان اقشار گوناگون مردم متولد شده‌اند که پاسخگوی این نیازها بوده‌اند (۴).

فعالیت‌های عام‌المنفعه و خیرین برای تحقق منافع عمومی و همگانی طراحی شده است و منافع آن به عموم مردم تسری می‌یابد (۲)، اما مشکل اصلی در بعضی موارد، شناسایی نحوه تخصیص منابع حاصل از فعالیت‌های خیرین به خصوص در حوزه سلامت می‌باشد (۵). ایجاد شاخص‌ها در تعیین مدل‌های تخصیص، از جمله مؤلفه‌های اصلی تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت‌کنندگان (خیرین) به شمار می‌رود (۶). کشورهای دنیا از معیارهای

پرسش‌های باز مانند «به نظر شما مؤلفه‌های مؤثر بر تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین چه چیزهایی می‌تواند باشد؟»، «به نظر شما خیرین کمک‌های مالی خود را چگونه در نظام سلامت هزینه کنند؟»، «آیا باید اقدامات زودبازده با منابع مالی خیرین انجام داد؟»، «آیا می‌توان بحث آینده‌نگری را در کمک‌های خیرین لحاظ کرد؟» و «چه موانعی در حوزه تخصیص کمک‌های خیرین وجود دارد؟» جمع‌آوری و یافته‌ها به روش تحلیل محتوا استخراج گردید. کلیه ملاحظات اخلاقی مانند اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1398.093 از معاونت پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، اختیار کامل افراد جهت شرکت در مصاحبه، کسب اجازه برای ضبط صدا، محرمانه بودن مصاحبه‌ها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران رعایت شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تحلیل مصاحبه با شرکت‌کنندگان در راستای پاسخگویی به سؤال اصلی مطالعه (چگونگی تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین)، در قالب ۳ گروه، ۶ طبقه یا درون‌مایه اصلی و ۳۶ طبقه فرعی دسته‌بندی گردید. ۹۵ کد در تحلیل مصاحبه‌ها به دست آمد و در نهایت، پس از حذف کدهای تکراری و ادغام کدهای مشابه، نتایج در جدول ۱ به تفصیل بیان شده است. عوامل استخراج شده از مصاحبه‌ها در ادامه به تفصیل آمده است.

بسترسازی برای پایداری منابع مالی

در حال حاضر یکی از مهم‌ترین مشکلات جدی در کشور ما در حوزه مدیریت خیرین و کمک‌های خیریه، ناپایداری منابع می‌باشد که به یک مشکل جدی برای کل نظام سلامت تبدیل شده است.

«منابع حاصل از مشارکت خیرین پایدار نیست، مگر این که قوانینی تصویب شود و به آن کمک کند. باید مشوق‌هایی باشد مثلاً بگویند اگر در فلان منطقه محروم سرمایه‌گذاری کنید، اینقدر درصد و یا از کل مالیات معاف می‌شوید. مردم ظرفیت عظیمی هستند که هیچ وقت تمام نمی‌شوند، بلکه اضافه هم می‌شوند. بستگی به مردم و مسؤولین دارد که چگونه از این منابع استفاده کنند» (شرکت‌کننده شماره ۱۴).

جنب، نگهداری و مشارکت فعال خیرین: اولین قدم در مسیر تعیین چگونگی تخصیص منابع حاصل از مشارکت خیرین، جنب، نگهداری و مشارکت فعال خیرین می‌باشد که به عنوان درون‌مایه اصلی شناسایی گردید. این درون‌مایه شامل ۷ درون‌مایه فرعی شامل «اطلاع‌رسانی و آگاهی‌سازی مناسب به خیرین و عموم افراد جامعه از نحوه تخصیص کمک‌های مردمی، آرایه بازخورد به خیرین، ایجاد اعتماد عمومی به سازمان‌های دولتی، فرهنگ‌سازی بین خیرین و عموم مردم، اعتمادسازی در خیرین، تسهیل و تشویق سرمایه‌گذاری، نظارت مستقیم خیرین بر پروژه‌ها به فراخور موضوع» می‌باشد.

اطلاع‌رسانی و آگاهی‌سازی مناسب به خیرین و عموم افراد جامعه از نحوه تخصیص کمک‌های مردمی: این درون‌مایه فرعی می‌تواند نقش حیاتی در جذب و نگهداری و مشارکت فعال خیرین داشته باشد. اطلاع از ابعاد مالی منابع حاصل از مشارکت خیرین، نبض تپنده حوزه وقف به شمار می‌رود.

«عدم اطلاع عمومی می‌تواند به سازمان‌های اجتماعی مانند کمیته امداد یا هلال اهرم آسیب جدی بزند که اگر دلپیش را بخواهیم بدانیم، عدم شفافیت در اطلاع‌رسانی یا اطلاع‌رسانی‌های ضعیف است» (شرکت‌کننده شماره ۵).

کشور سوئد در تخصیص منابع مالی از شاخص نسبت جمعیت با درآمد کمتر از متوسط به کل جمعیت، نسبت گروه سنی ۴۵ تا ۶۴ سال نسبت به کل جمعیت و نسبت خانواده‌های تک سرپرست به کل جمعیت استفاده می‌نماید (۱۰-۸). کشور نوزلند از شاخص‌هایی مانند تعداد حضور افراد بیشتر از ۷۵ سال در خانواده، نوزاد کم‌وزن متولد شده، نسبت مرگ و میر استاندارد شده مناطق، نیاز اقتصادی- اجتماعی ساکنان منطقه و میزان دسترسی مالی سالمندان به خدمات بستری، در تخصیص منابع مالی حاصل شده از مشارکت‌های مردمی در مناطق گوناگون استفاده می‌کند (۱۲، ۱۱). کشور سوئیس در تخصیص منابع مالی خیرین در مناطق مختلف، از شاخص تابعیت ملی افراد و شناسایی نیاز واقعی بهره‌مندی‌ها (۱۵-۱۳). کشورهای پاکستان، هند و مصر نیز از شاخص‌های میزان شدت و بار بیماری استفاده می‌نمایند (۱۶). کشور بلژیک در تخصیص منابع مالی در نظام سلامت از شاخص‌های نسبت زنان به مردان در منطقه، نسبت بیکاران به کل جمعیت در منطقه، نسبت افراد شاغل در بخش دولتی به کل جمعیت، نسبت معلولیت، تراکم جمعیتی و نرخ مرگ و میر در منطقه استفاده می‌کند (۱۸، ۱۷). کشور فنلاند نیز برای تخصیص منابع مالی در نظام سلامت، شاخص‌های نسبت جنسیتی در مناطق، میزان بیکاری، میزان درآمد خانوار، میزان سرانه تخت و فاصله فیزیکی با بیمارستان تخصصی را بررسی می‌نماید (۲۰، ۱۹، ۱۶).

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین عوامل مؤثر بر تخصیص منابع حاصل از مشارکت خیرین در کشور ایران از دیدگاه خیرگان بود؛ چرا که کمک‌های خیریه، یکی از منابع مورد استفاده در تأمین مالی نظام سلامت می‌باشد. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که این منابع همواره در راستای اهداف نظام سلامت به کار گرفته نمی‌شود و مشکلات فراوانی در این زمینه وجود دارد (۲۱). تاکنون در ایران مطالعه‌ای جهت بررسی نحوه تخصیص بهینه منابع حاصل از مشارکت‌های خیرین انجام نشده است. بنابراین، تحقیق حاضر با هدف تعیین مؤلفه‌های مؤثر بر تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین در نظام سلامت انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی بود که به روش انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته از افراد مطلع در زمینه موضوع تحقیق انجام شد. مشارکت‌کنندگان پژوهش را ۴۱ نفر از مدیران، سیاست‌گذاران، کارشناسان شاغل در معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی، خیرین فعال در حوزه سلامت ایران و استادان هیأت علمی گروه اقتصاد بهداشت تشکیل دادند. در تعیین مشارکت‌کنندگان عواملی مانند داشتن تخصص در تخصیص منابع مالی نظام سلامت، فعالیت در حوزه خیرین سلامت، علاقه شخصی و داشتن فرصت نقش داشت. برای شناسایی خیرین در کل کشور، از اطلاعات مجمع خیرین سلامت استفاده گردید. مصاحبه‌ها به صورت هدفمند و با روش گلوله برفی تا مرحله اشباع اطلاعات ادامه یافت. مصاحبه‌ها به صورت حضوری با تعیین وقت قبلی و یا تلفنی در کل کشور انجام شد. سؤالات مصاحبه بر اساس تحقیقات گذشته و اهداف پژوهش طراحی گردید.

هر جلسه مصاحبه فردی حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط و سپس به دقت توسط محقق بر روی کاغذ پیاده‌سازی شد. اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته و استفاده از

جدول ۱: عوامل مؤثر (معیارها) در افزایش مشارکت خیرین و تخصیص منابع مالی حاصل از آن در نظام سلامت ایران از دیدگاه خبرگان

گروه	طبقه اصلی (درون‌مایه اصلی)	طبقه فرعی (درون‌مایه فرعی)
بسترسازی برای پایداری منابع مالی	جذب، نگهداری و مشارکت فعال خیرین	اطلاع‌رسانی و آگاهی‌سازی مناسب به خیرین و عموم افراد جامعه از نحوه تخصیص کمک‌های مردمی
		ارایه بازخورد به خیرین
		ایجاد اعتماد عمومی به سازمان‌های دولتی
		فرهنگ‌سازی بین خیرین و عموم مردم
بسترسازی جهت سازماندهی مشارکت‌ها و منابع مالی	سازماندهی و برنامه‌ریزی	اعتمادسازی در خیرین
		تسهیل و تشویق سرمایه‌گذاری
		نظارت مستقیم خیرین بر پروژه‌ها به فراخور موضوع
		هماهنگی بین ارگان‌های دولتی
تخصیص بهینه منابع مالی	عوامل اجرایی	ایجاد کمیته و دستورالعمل اجرایی
		سازماندهی جمع‌آوری کمک‌های خیرین
		ایجاد صندوق مالی
		ایجاد مراکز هدفمند
		تشکیل مجمع خیرین بیمارستانی
	نحوه سرمایه‌گذاری	تفکیک مدیریت از سرمایه‌گذار
		ایجاد مسئولیت اجتماعی در کلیه سازمان‌ها
		استفاده از الگوهای اجرایی در کشورهای پیشرو
		ارایه مشاوره فنی و علمی به خیرین
		اختصاص کمک‌ها به حوزه آموزش و پژوهش
شناسایی نیاز واقعی	نحوه سرمایه‌گذاری	وقف در حوزه علوم دانش بنیان
		سرمایه‌گذاری در حوزه‌های زیرساخت بر اساس قوانین سطح‌بندی
		تجهیز بیمارستانی و درمانگاهی بر اساس قوانین سطح‌بندی
		مددکاری به نیازمندان
		تهیه داروی بیماران صعب‌العلاج
		شناسایی نیاز منطقه توسط بررسی میزان شیوع و بروز بیماری‌ها در منطقه مورد نظر و شدت بیماری
		بررسی شاخص‌های کلان و خرد نظام سلامت و تخصیص منابع توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های متبوع
		انجام پژوهش‌های در جهت شناسایی نیاز واقعی و انجام نیازسنجی
		مدیریت تمایل فردی خیرین به پروژه‌های کوتاه مدت و زودبازده
		شناسایی وضعیت اقتصادی-اجتماعی و جمعیتی منطقه
معیارهای تصمیم‌گیری بر اساس نیاز	نحوه سرمایه‌گذاری	اولویت‌دهی به خدمات پیشگیری به جای درمان و پوشش همگانی سلامت
		همسوسازی خواست خیرین با نیاز شناسایی شده
		آینده‌نگری در نیاز منطقه
		اولویت‌دهی به برنامه‌های بلندمدت در مقابل کوتاه‌مدت
		اولویت‌دهی به مناطق محروم
		بررسی هزینه-اثربخشی
		دسترسی به خدمات سلامت و عدالت در سلامت
		انجام خدماتی که بخش خصوصی علاقه‌ای به آن ندارد.

سلامت هم نیست. بنابراین، ما فعلاً همچین چیزی در سیستممان نداریم» (شرکت‌کننده شماره ۱).

سازماندهی جمع‌آوری کمک‌های خیرین: در بیشتر کشورهای جهان، سازمانی به منظور مدیریت امور مربوط به مشارکت خیرین و امور خیریه در تمام حوزه‌ها وجود دارد، اما در کشور ایران هنوز این سازمان معنای وجودی نگرفته است.

«بخشی از سهم نظام سلامت در همه جای دنیا از خیرین است که این سهم باید سازماندهی شود. سرمایه حاصل از زکات و خمس باید در یک حساب مشخصی بیاید که بعد بخشی از این حساب به نظام سلامت اختصاص پیدا کند و مثل همه کشورها یک عدد کاملاً مشخص و پایدار باشد که ما چنین چیزی در ایران نداریم» (شرکت‌کننده شماره ۱).

«خود خیرین نیاز به این دارند که سازماندهی بشوند. الان این کار دارد انجام می‌شود. شما می‌بینید شبکه‌سازی خیرین و شبکه‌سازی سازمان‌های مردم‌نهاد در دل خودشان فوق‌العاده دارد پیشرفت می‌کند و الان می‌توانید سازمان‌های کوچک زیادی را ببینید که در حال پیوستن به هم و جدا شدن از آن حالت جزیره‌ای هستند و دارند بزرگ و بزرگ‌تر می‌شوند» (شرکت‌کننده شماره ۵).

عوامل اجرایی: این درون‌مایه اصلی دارای چهار درون‌مایه فرعی شامل «تفکیک مدیریت از سرمایه‌گذار، ایجاد مسؤلیت اجتماعی در کلیه سازمان‌ها، استفاده از الگوهای اجرایی در کشورهای پیشرو، رایبه مشاوره فنی و علمی به خیرین» می‌باشد.

رایبه مشاوره فنی و علمی به خیرین: ایجاد یک مرکز مشاوره فنی و وجود نمایندگی‌های آن در مناطق مختلف کشور، می‌تواند تخصیص منابع خیرین را ارتقا دهد. تخصیص باید بر اساس نیاز منطقه باشد نه درخواست خیرین. «اگر هدایت منطقی خیرین صورت نگیرد، باعث می‌شود که متناسب با نیازهای دستگاه و عام این کار خیرخواهانه شکل نگیرد و مثل حالتی شود که در طی سال‌های اخیر انقدر در حوزه مدرسه‌سازی خیرین کارهای بزرگی کردند. عمدتاً می‌بینیم که در شهرها و روستاهای کوچک انقدر مدرسه ساخته‌اند که این مدرسه‌ها پس از یک مدت کوتاهی به دلیل مهاجرت مردم که پیش‌بینی نشده بود، بدون استفاده باقی مانده است» (شرکت‌کننده شماره ۳).

تخصیص بهینه منابع مالی

این گروه شامل سه درون‌مایه اصلی شامل «نحوه سرمایه‌گذاری، شناسایی نیاز واقعی، معیارهای تصمیم‌گیری بر اساس نیاز» می‌باشد.

نحوه سرمایه‌گذاری: این درون‌مایه اصلی از شش درون‌مایه فرعی «اختصاص کمک‌ها به حوزه آموزش و پژوهش، وقف در حوزه علوم دانش بنیان، سرمایه‌گذاری در حوزه‌های زیرساخت بر اساس قوانین سطح‌بندی، تجهیز بیمارستانی و درمانگاهی بر اساس قوانین سطح‌بندی، مددکاری به نیازمندان و تهیه داروی بیمارستان صعب‌العلاج» تشکیل شده است.

اختصاص کمک‌ها به حوزه آموزش و پژوهش: یکی از موضوعات مهم در تخصیص منابع حاصل از مشارکت خیرین، کمک به حوزه آموزش و پژوهش است. «ساخت دانشکده‌های مختلف، مراکز پژوهشی و صرف منابع در زیرساخت‌های بهداشتی کشور مناسب به نظر می‌رسد. معمولاً دولت‌ها به واسطه برنامه‌های کوتاه مدت خود در این حوزه‌ها کمتر سرمایه‌گذاری می‌کنند و بیشتر به درمان که ملموس‌تر است، می‌پردازند» (شرکت‌کننده شماره ۴۰).

تجهیز بیمارستانی و درمانگاهی بر اساس قوانین سطح‌بندی: خرید تجهیزات به شیوه درست و نیازسنجی شده می‌تواند یکی از راه‌های تخصیص

رایبه بازخورد به خیرین: نکته‌ای که در بخش وقف و مشارکت خیرین کمتر مورد توجه قرار گرفته است، رایبه بازخورد نتایج به خیرین می‌باشد. مشارکت‌کننده‌ای درباره این موضوع بیان کرد: «یکی از مهم‌ترین راه‌های به دست آوردن اعتماد و مشارکت خیرین، رایبه بازخورد مدیریت شده به خیرین در حوزه‌های سرمایه‌گذاری شده است» (شرکت‌کننده شماره ۴).

ایجاد اعتماد عمومی به سازمان‌های دولتی: این درون‌مایه فرعی از جمله عوامل مهم شناسایی شده بود. فقدان این اعتماد می‌تواند ضربه هولناکی به بدنه وقف و مشارکت خیرین در ایران وارد کند.

«الآن در شرایط فعلی جامعه به خاطر عدم اعتمادی که بین حاکمین و مردم وجود دارد، مردم راضی نیستند پول‌هاشون رو وقف کنن؛ زیرا نمی‌دونن این پولی که داده می‌شه واقعاً چه جایی هزینه می‌شه و یا این که اصلاً هزینه می‌شه یا خیر. به هر حال، مهم‌ترین موضوع ایجاد همین اعتماد است» (شرکت‌کننده شماره ۲۳).

بسترسازی جهت سازماندهی مشارکت‌ها و منابع مالی

در این گروه دو درون‌مایه اصلی «سازماندهی و برنامه‌ریزی و عوامل اجرایی» شناسایی شد.

سازماندهی و برنامه‌ریزی: این درون‌مایه از شش درون‌مایه فرعی شامل «هماهنگی بین ارگان‌های دولتی، ایجاد کمیته و دستورالعمل اجرایی، سازماندهی جمع‌آوری کمک‌های خیرین، ایجاد صندوق مالی، ایجاد مرکزیت بین خیرین و تشکیل مجمع خیرین بیمارستانی» تشکیل شده است.

هماهنگی بین ارگان‌های دولتی: یکی از مواردی که می‌تواند در افزایش مشارکت و تخصیص بهینه منابع حاصل از مشارکت خیرین نقش کلیدی ایفا کند، هماهنگی بین همه سازمان‌های دولتی است. به طور مثال، یکی از شرکت‌کنندگان بیان نمود: «یک سیاست جامع نیاز است؛ یعنی دانشگاه علوم پزشکی مد نظر است، شهرداری، فرمانداری و شبکه بهداشت مد نظر است. همچنین، نیات واقف هم باید در نظر گرفته شود؛ یعنی یک فرد تصمیم نمی‌گیرد و یک مجموعه‌ای است که تصمیم می‌گیرد و در شهرهای کوچک‌تر سازمانی مثل شورای تأمین شهرستان و در شهری مثل تهران شهرداری منطقه و یا استانداری باید وارد عمل شود» (شرکت‌کننده شماره ۸). همچنین، با توجه به تنوع در نوع نحوه تخصیص منابع حاصل از مشارکت خیرین در حوزه بهداشت و درمان، همکاری بین ارگان‌های دولتی بسیار حایز اهمیت است. «حوزه سلامت دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است. به طور مثال، با آموزش پرورش فرق می‌کند؛ چون در آموزش و پرورش فقط می‌توان مدرسه ساخت. در حوزه بهداشت می‌شود خانه بهداشت، مرکز بهداشت، کلینیک، پاراکلینیک و بیمارستان ساخت. می‌توان در حوزه آموزش و یا پژوهش، درمان بیمارستان و خرید تجهیزات کمک کرد. پس کارهای قابل انجام در این وزارت نسبت به سایر وزارت‌ها خیلی متنوع‌تر است. بنابراین، هماهنگی بین سازمان‌ها اهمیت بیشتری پیدا می‌کند» (شرکت‌کننده شماره ۷).

ایجاد کمیته و دستورالعمل اجرایی: یکی دیگر از موارد مهم و ضروری در نحوه تخصیص منابع حاصل از مشارکت خیرین، ایجاد کمیته و دستورالعمل اجرایی می‌باشد.

«یک کمیته و دستورالعمل اجرایی در کشور ما وجود ندارد. الان اداره مشارکت‌های مردمی دانشگاه‌ها ساز و کار مالی ندارد؛ در حالی که بقیه کشورهای دنیا برای این مسأله ساز و کار مالی مشخص دارند که خاص حوزه

منابع حاصل از مشارکت خیرین باشد.

«خیلی از افراد علاقمند هستند کار خیر انجام بدهند، اما تمکن مالی به اون شکل ندارند که بتوانند مثلاً یک بیمارستان بسازند یا بتوانند یک دستگاه MRI بخرند. بسیاری از آن‌ها می‌توانند در تجهیز وسایل بیمارستانی کمک کنند» (شرکت‌کننده شماره ۲۵).

شناسایی نیاز واقعی: این درون‌مایه اصلی شامل پنج درون‌مایه فرعی «شناسایی نیاز منطقه توسط بررسی میزان شیوع و بروز بیماری‌ها در منطقه مورد نظر، بررسی شاخص‌های کلان و خرد نظام سلامت و تخصیص منابع توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های متبوع، انجام پژوهش‌هایی جهت شناسایی نیاز واقعی و انجام نیازسنجی، مدیریت تمایل فردی خیرین به پروژه‌های کوتاه مدت و زودبازده و شناسایی وضعیت اقتصادی-اجتماعی و جمعیتی منطقه» می‌باشد.

انجام پژوهش‌هایی جهت شناسایی نیاز واقعی و انجام نیازسنجی: از جمله مهم‌ترین شاخص‌ها در تخصیص منابع مالی حاصل از خیرین، شناسایی نیازها یا نیازسنجی می‌باشد.

«بهترین راه، نیازسنجی و متعاقب آن تعیین اولویت‌هاست؛ یعنی شما تعداد زیادی نیاز داری با منابع محدود، باید به روش علمی تعیین بشه که اولویت‌هامون چیه و به اولویت‌هامون امتیاز داده بشه... ضمن این که حوزه‌هاش مشخص بشه» (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

معیارهای تصمیم‌گیری بر اساس نیاز: این درون‌مایه اصلی از هفت درون‌مایه فرعی شامل «همسوسازی خواست خیرین با نیاز شناسایی شده، آینده‌نگری در نیاز منطقه، اولویت‌دهی به برنامه‌های بلندمدت در مقابل کوتاه‌مدت، اولویت‌دهی به مناطق محروم، بررسی هزینه-اثربخشی، دسترسی به خدمات سلامت و عدالت در سلامت، انجام خدماتی که بخش خصوصی علاقه‌ای به آن ندارد» تشکیل شده است.

اولویت‌دهی به مناطق محروم: یکی از معضلات سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و درمان، عدم توجه یا توجه کمتر به مناطق محروم و دورافتاده است؛ در حالی که با توجه به نیاز این مناطق می‌توان مشارکت خیرین را به این مناطق سوق داد.

«اولویت با مناطق محروم است و می‌تواند یکی از مؤلفه‌های تصمیم‌گیری برای تخصیص باشد؛ یعنی توزیع جغرافیایی بر اساس محرومیت بیشتر... که تأکید من روی محرومیت مالی است و این همان چرخه ثابت شده فقر و بیماری است» (شرکت‌کننده شماره ۲۳).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کمک‌های خیرین نیز همچون سایر منابع، محدود و نیازهای نظام سلامت همواره در حال افزایش می‌باشد. بنابراین، سیاست‌گذاران نظام سلامت باید نیازهای بهداشتی-درمانی جامعه را به درستی شناسایی و اولویت‌بندی کنند و خیرین را ترغیب نمایند تا در راستای نیازهای سلامت جامعه گام بردارند. مصاحبه‌کنندگان مطالعه حاضر بر شناسایی نیازهای نظام سلامت و اولویت‌بندی آن‌ها تأکید نمودند. معیار اولویت‌بندی از نظر آنان طیف گسترده‌ای از اولویت‌دهی به برنامه‌های بلندمدت در مقابل کوتاه‌مدت، اولویت‌دهی به مناطق محروم، خدمات پیشگیری به جای درمان تا سرمایه‌گذاری در حوزه‌های زیرساخت و تجهیز بیمارستانی و درمانگاهی را در برمی‌گرفت.

صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران شاغل در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به منظور اولویت‌بندی و تخصیص شفاف منابع، باید معیارهای دیگری را نیز در کنار استفاده از معیارهای اقتصادی مد نظر قرار دهند (۲۲). بر اساس نتایج تحقیق نوری و همکاران، معیارهای اولویت‌بندی و تخصیص منابع در سطح دنیا، در چهار بعد «اقتصادی، مدیریتی، زمینه‌ای و ساختاری» گروه‌بندی می‌شود (۲۳). از بین معیارهای بعد اقتصادی، هزینه-اثربخشی مهم‌ترین و پرکاربردترین معیار می‌باشد که در بررسی حاضر نیز مورد توجه مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت و اغلب در کشورهایی مانند استرالیا، کانادا، سوئد و انگلستان استفاده می‌شود (۲۲). به طور کلی، از هزینه-اثربخشی در سراسر دنیا در زمینه تخصیص منابع و تصمیم‌گیری در بخش مراقبت‌های سلامت (۲۴)، تصمیمات مربوط به تخصیص مراقبت‌های سلامت در دنیای واقعی (۲۵) و تعیین معیارهای مناسب برای اولویت‌بندی فن‌آوری‌های سلامت استفاده می‌شود (۲۴). می‌توان گفت که سازماندهی جمع‌آوری کمک‌های خیرین، اصلی‌ترین گام قبل از تخصیص منابع می‌باشد. در حال حاضر، با وجود این که با راه‌اندازی اداره خیرین سلامت در وزارت بهداشت گام‌هایی در این راستا برداشته شده، اما نتوانسته است کمک‌چندانی در این زمینه انجام دهد. به نظر می‌رسد که قبل از هر اقدامی باید فعالیت خیرین و جمع‌آوری کمک‌های آنان سازماندهی شود. یکی از راهکارها، ایجاد صندوق مالی یکپارچه و مشترک در سطح وزارتخانه و یا دانشگاه‌های علوم پزشکی است. این صندوق می‌تواند کمک‌های خیرین را به صورت یکپارچه جمع‌آوری نماید و آن را متناسب با نیازها و اولویت‌های هر منطقه تخصیص دهد. در این صورت، از اتلاف منابع جلوگیری می‌گردد. در بعد زمینه‌ای نیز وضعیت بیماری (بار بیماری و شیوع آن)، پرتکرارترین معیار تخصیص منابع سلامت می‌باشد (۲۳). سیاست‌گذاران کشورهای مختلف، شدت بیماری را یکی از معیارهای مهم برای اولویت‌بندی در نظر می‌گیرند که در پژوهش حاضر نیز شناسایی نیاز منطقه با بررسی میزان شیوع و بروز بیماری‌ها، یکی از شاخص‌های مهم اولویت‌بندی از نظر مشارکت‌کنندگان بود. افراد دارای بیماری شدید نیاز به درمان فوری دارند و هزینه درمانی آنان نیز بالاتر می‌باشد. بنابراین، نیاز به توجه سریع دارند و در اولویت می‌باشند (۲۷، ۲۶، ۲۳). در بعد ساختاری، «نیاز» مهم‌ترین معیار در تخصیص منابع نظام سلامت در سراسر دنیا می‌باشد (۲۲). در مطالعه حاضر نیز شناسایی نیاز واقعی و تصمیم‌گیری بر اساس نیاز و همسوسازی آن با خواست خیرین، مهم‌ترین موضوعی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. نیاز، یکی از معیارهای تعیین‌کننده بسته مزایا در کشورهای انگلستان، آلمان و سوئیس است (۲۸). نیاز در استرالیا نیز برای تخصیص منابع و ارزیابی اقتصادی در نظام سلامت به کار می‌رود (۲۹). مشکلات موجود در هماهنگی جهت مصاحبه و قرار ملاقات به دلیل در دسترس نبودن کارشناسان و مسؤولان مرتبط با توجه حجم کاری بالای آنان، از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر بود.

نتیجه‌گیری

چگونگی تخصیص منابع حاصل از مشارکت خیرین در حوزه سلامت مبتنی بر یافته‌های حاصل از تجارب مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، در یک قالب مثلث‌گونه از سه منظر «بسترسازی برای پایداری منابع مالی، بسترسازی جهت سازماندهی مشارکت‌ها و منابع مالی، تخصیص بهینه منابع مالی» قابل تجزیه و

تحلیل می‌باشد. در سال‌های اخیر و در حوزه سلامت، خیرین نقش بسزایی در تأمین مالی، توسعه منابع و حمایت از بیماران نیازمند بر عهده داشته‌اند. مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت با برنامه‌ریزی و سازماندهی دقیق می‌توانند چگونگی تخصیص منابع حاصل از مشارکت خیرین را تقویت نمایند و آن را بهبود بخشند. علاوه بر این، تجارب مصاحبه‌شوندگان نشان داد که کمک‌های خیرین اگر در چارچوب قوانین و مقررات و در راستای نیازهای واقعی جامعه تخصیص داده نشود، بازدهی مطلوبی نخواهد داشت.

اساس شاخص‌های بیان شده، شناسایی و اولویت‌بندی نمایند. پیشنهاد می‌شود، اولویت‌بندی توسط دستگاه‌های ذی‌ربط محلی و بر اساس نیازهای هر منطقه انجام شود و وزارت بهداشت نیز بر آن نظارت داشته باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از همکاری کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

پیشنهادها

سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید نیازهای واقعی نظام سلامت را بر

References

1. Yari Tamugheh K, Moradi S, Mahmoudi A, Mohammadi K, Gharibi F. The estimated cost of a health center in kurdistan University of Medical Sciences in 2014. Proceedings of the 3rd International Conference on Accounting and Management; 2015 Feb 4; Tehran, Iran. [In Persian].
2. Alexander Y, Hoenig MM, Hoenig MM. The new Iranian leadership: Ahmadinejad, terrorism, nuclear ambition, and the Middle East. Santa Barbara, CA: Greenwood Publishing Group; 2008.
3. Asgari N, Khademi M, Mehriyari H. Studying the effects of social marketing on brand equity in non-for profit organizations. International Journal of Economics, Commerce and Management 2015; 3(4): 1-17.
4. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. Health Policy Plan 2014; 29(Suppl 2): ii98-106.
5. Zareei A, Arab M, Akbari Haghighi FE. Managers' knowledge on patient rights in Tehran hospitals. J Qazvin Univ Med Sci 2007; 11(3 (44)): 65-71. [In Persian].
6. Nasiripour AA, Tofighi S, Farhadi F. Designing an administrative model for Iranian charity hospitals. Iran J Nurs 2007; 20(50): 71-81. [In Persian].
7. Center for Disease Control and Prevention, Noncommunicable Deputy Cancer Office. Iranian Annual National Cancer Registration Report 2005-2006. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2007. [In Persian].
8. Rezaie M. Resettling Hope [MSc Thesis]. Washington, DC: The George Washington University; 2016.
9. Hassan M, Wedig GJ, Morrisey MA. Charity care by non-profit hospitals: The price of tax-exempt debt. International Journal of the Economics of Business 2000; 7(1): 47-62.
10. Lacey A, Luff D. qualitative research analysis. Sheffield, UK: Trent Focus, 2001.
11. Ravani Pour M, Vanaki Z, Afsar L, Azemian A. The standards of professionalism in nursing: The nursing instructors' experiences. Evid Basic Care 2014; 4(1): 27-40.
12. Forman J. Qualitative content analysis. In: Damschroder L, Liva J, Laura AS, editors. Empirical methods for bioethics: A primer. 11th ed. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2007. p. 39-62.
13. Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: A review of empirical studies. Trop Med Int Health 2009; 14(8): 930-9.
14. Baltussen R. Priority setting of public spending in developing countries: Do not try to do everything for everybody. Health Policy 2006; 78(2-3): 149-56.
15. Jehu-Appiah C, Baltussen R, Acquah C, Aikins M, d'Almeida SA, Bosu WK, et al. Balancing equity and efficiency in health priorities in Ghana: The use of multicriteria decision analysis. Value Health 2008; 11(7): 1081-7.
16. Gonzalez-Pier E, Gutierrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorens M, Porras-Condey R, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. Lancet 2006; 368(9547): 1608-18.
17. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, Chisholm D, Nord E, Brock D, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): The inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. Cost Eff Resour Alloc 2014; 12: 18.
18. Asante AD, Zwi AB. Factors influencing resource allocation decisions and equity in the health system of Ghana. Public Health 2009; 123(5): 371-7.
19. Mobinizadeh M, Raeissi P, Nasiripour AA, Olyaeemanesh A, Tabibi SJ. The health systems' priority setting criteria for selecting health technologies: A systematic review of the current evidence. Med J Islam Repub Iran 2016; 30: 329.
20. Paul E, Lamine DM, Kashala JP, Ekambi NA, Kounnou M, Codjovi AJ, et al. Performance-based financing to strengthen the health system in Benin: Challenging the mainstream approach. Int J Health Policy Manag 2018; 7(1): 35-47.
21. Nekoeimoghadam M, Amirousefi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaili M. Role of charities in the health system: A qualitative study. J Qual Res Health Sci 2013; 2(1): 1-10. [In Persian].

22. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. *Cost Eff Resour Alloc* 2012; 10(1): 9.
23. Nouri S, Riahi L, Hajinabi K, Jahangiri K. Resource allocation criteria for health care system regulation: A comprehensive review of the literature. *Hospital* 2018; 16(4): 73-82. [In Persian].
24. Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. 'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 164.
25. Defechereux T, Paolucci F, Mirelman A, Youngkong S, Botten G, Hagen TP, et al. Health care priority setting in Norway a multicriteria decision analysis. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 39.
26. Eichler HG, Kong SX, Gerth WC, Mavros P, Jonsson B. Use of cost-effectiveness analysis in health-care resource allocation decision-making: How are cost-effectiveness thresholds expected to emerge? *Value Health* 2004; 7(5): 518-28.
27. Lim MK, Bae EY, Choi SE, Lee EK, Lee TJ. Eliciting public preference for health-care resource allocation in South Korea. *Value Health* 2012; 15(1 Suppl): S91-S94.
28. Gress S, Niebuhr D, Rothgang H, Wasem J. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care. A comparative perspective. *Health Policy* 2005; 73(1): 78-91.
29. Baghbanian A, Hughes I, Khavarpour FA. Resource allocation and economic evaluation in Australia's healthcare system. *Aust Health Rev* 2011; 35(3): 278-83.

Determining the Effective Components on Allocation of Funds from Donors' Participation in the Health System: A Qualitative Study

Narges Asadi-Janati¹, Khalil Alimohammadzade², Seyed Mojtaba Hosseini³,
Ali Maher³, Mohammadkarim Bahadori⁴

Original Article

Abstract

Introduction: One of the most important tasks of managers is optimal allocation of financial resources, and maximum productivity of available facilities. The purpose of this study was to determine the factors affecting optimal allocation of financial resources from the donors' participation in the health system from the experts' point of view.

Methods: The present study was a qualitative research that was done using a semi-structured interview with 41 managers, policymakers, the experts employed in social deputies of Iranian Ministry of Health and medical universities, active donors in the field of health in Iran, and faculty members of economics department. All interviews were coded after transcription, and reviewed several times. They were categorized by using data analysis framework in the form of main and subthemes.

Results: There were 3 groups extracted from the interviews, financial sustainability framework, corporate finance framework, and funding allocation. Moreover, 6 main themes including recruitment, maintenance, and active participation of donors, organization and program planning, executive factors, mode of investment, identification of real needs, and need-based decision making criteria, and 36 subthemes were extracted.

Conclusion: Benefits would not have a good return, if are not within the framework of laws and regulations and in line with the real needs of society. Health system policymakers and managers should prioritize the real needs of the health system, and direct the funds generated from donors within these priorities.

Keywords: Charities; Health; Resource Allocation

Received: 06 July, 2019

Accepted: 28 Sep., 2019

Published: 07 Oct., 2019

Citation: 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 Inf Manage 2019; 16(4):168-75

Article resulted from PhD thesis No. 15721213971018 funded by North Tehran Branch, Islamic Azad University.

1- PhD Student, Health Management Services, Department of Health Management Services, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Health Management Services, Health Economics Policy Research Center AND Department of Health Management Services, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: dr-khalil-amz@yahoo.com

3- Assistant Professor, Health Management Services, Department of Health Management Services, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Health Management Services, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran