

# Barriers of Efficient and Effective Participation of Donors in the Healthcare System; a Qualitative Study

Narges Asadi Janati<sup>1</sup>, Khalil Alimohammadzadeh<sup>1,2\*</sup>, Seyed Mojtaba Hosseini<sup>1</sup>, Ali Maher<sup>1</sup>, Mohammadkarim Bahadori<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Healthcare Management, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Health Economics Policy Research Center, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: Khalil Alimohammadzadeh, Associate Professor, Department of Healthcare Management, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: dr\_khalil\_amz@yahoo.com

Received: January 19, 2020

Revised: May 19, 2020

Accepted: May 20, 2020

Online Published: May 28, 2020

## Abstract

**Introduction:** Donor's participation in the health sector can be considered as a source of financing. Escalation of total health expenditures and the subsequent increase in out-of-pocket expenditures increased the role of donors in financing health services. To support the role of donors in the health system, barriers to their effective participation should be identified and addressed.

**Methods:** The current study is applied in terms of the objectives, and descriptive-survey in terms of data collection method, and qualitative in terms of collected data. Data were collected through semi-structured interviews with 41 health experts and beneficiaries that were sampled using the snowball sampling method. Conventional content analysis was used to analyze the data.

**Results:** Analyzing the interviews showed that efficient and effective participation of donors in the healthcare system involves four main barriers: lack of legal mechanisms, lack of proper and continuous communication with the beneficiary, barriers in the field of management and effective allocation of resources, lack of awareness of donors about the needs, and barriers of the healthcare system. Besides, 18 subthemes were identified.

**Conclusion:** Through identifying and addressing the barriers, effective participation of donators in the health system can be increased.

**Keywords:** Healthcare Financing, Donors, Barriers, Conventional Content Analysis

## Citation:

Asadi Janati N, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM, Maher A, Bahadori M. Barriers of efficient and effectiveness participation of donors in healthcare system: a qualitative study. Iran J Health Insur. 2020;3(1):44-51.

# موانع و مشکلات مشارکت کارا و اثربخش خیران در حوزه سلامت: یک مطالعه کیفی

نرگس اسدی جنتی<sup>۱</sup>، خلیل علی محمدزاده<sup>۱\*</sup>، سیدمجتبی حسینی<sup>۱</sup>، علی ماهر<sup>۱</sup>، محمد کریم بهادری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات سیاست گذاری اقتصاد سلامت، واحد تهران پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: خلیل علی محمدزاده، دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. پست الکترونیک: dr\_khalil\_amz@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۳/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۳۱

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۹

چکیده

**مقدمه:** مشارکت خیران در حوزه سلامت، یکی از منابع تأمین مالی در نظام سلامت است. با توجه به افزایش هزینه‌های نظام سلامت در سال‌های اخیر و به تبع آن، افزایش پرداخت از جیب مردم توجه به منابع مالی خیران بیشتر شده است. در راستای حفظ و افزایش حمایت و مشارکت خیران در حوزه سلامت، نیاز به شناسایی و رفع موانع و مشکلات پیش‌روی آنها برای مشارکت کارا و اثربخش ضروری است.

**روش بررسی:** این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشی توصیفی و پیمایشی و از نظر نوع داده پژوهشی، کیفی است. داده‌های مورد نیاز با مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۴۱ نفر از خیرگان و خیران حوزه سلامت و به روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل محتوا قراردادی استفاده شد.

**یافته‌ها:** بررسی و طبقه‌بندی مصاحبه‌ها نشان داد که مشارکت کارا و اثربخش خیران در نظام سلامت شامل ۴ موضوع اصلی ناکافی بودن سازوکارهای قانونی، فقدان ارتباط صحیح و مستمر با خیر، مشکلات حوزه مدیریت و تخصیص بهینه منابع و آگاهی ناکافی خیر از اولویت‌ها، نیازها و مشکلات نظام سلامت و ۱۸ زیرموضوع است.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان با شناخت و رفع این مشکلات، منابع مالی و مشارکت‌های خیران را به سمت نیازهای نظام سلامت با حداکثر اثربخشی سوق داد. همچنین تقویت نهادها، ساختارها و فرایندها، تدوین قوانین تسهیل‌گر، ارتباط صحیح و مدام با خیر و شناسایی اولویت‌ها و نیازها و انتقال آنها به خیران حوزه سلامت، مشارکت حداکثری خیران را تسهیل و ترغیب می‌کند.

**واژگان کلیدی:** تأمین مالی نظام سلامت، خیران، موانع، تحلیل محتوا قراردادی

## مقدمه

سلامت است [۲، ۳]. 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 [۴]. گزارش‌ها نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۸ سهم مشارکت‌های مردمی ایران در امور خیریه ۵۳ درصد بوده است [۵]. در دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۷، ۸۴ درصد از حمایت‌های صورت گرفته از بیماران نیازمند توسط دانشگاه و وزارت بهداشت، ۸ درصد توسط سمن‌ها، ۴ درصد توسط کمیته امداد و ۴ درصد نیز توسط سایر سازمان‌ها و

نظام سلامت برای تحقق اهداف خود، نیاز به تأمین مالی دارد که بدین منظور از ۵ منبع درآمدی عمومی، بیمه‌های سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، پرداخت مستقیم مردم و کمک‌های خیران بهره می‌برد [۱]. حوزه بهداشت، درمان و سلامت کشور با توجه به ارتباط مستقیم با رفاه مردم، کمبود امکانات و تجهیزات در این حوزه، به‌ویژه در مناطق محروم و دورافتاده و محدود بودن ظرفیت‌های موجود دولتی و خصوصی، نیازمند حضور گسترده، نظام‌مند و سازمان‌دهی شده خیران

برای رسیدن به اهداف پژوهش، ابتدا با مرور متون و جمع‌بندی نظریات پژوهشگران، چارچوب انجام مصاحبه عمیق، نیمه‌ساختاریافته و استفاده از پرسش‌های باز مانند «به نظر شما موانع و مشکلات برای مشارکت بیشتر خیران در حوزه سلامت چیست؟» طراحی شد. در ادامه با تعیین وقت قبلی و مراجعه حضوری با خبرگان و متخصصان، نظریات و دیدگاه‌های آنها در مورد موضوع پژوهش به صورت مصاحبه چهره‌به‌چهره جمع‌آوری و ضبط شد. همچنین برای انجام مصاحبه با سایر شرکت‌کنندگان خارج از شهر تهران، از مصاحبه تلفنی استفاده شد. ضبط مصاحبه‌ها با هدف افزایش دقت در جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. هنگام مصاحبه ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان مورد پرسش قرار گرفت و سپس در مورد چگونگی مصاحبه و اهداف پژوهش، توضیح لازم داده شد.

قبل از شروع پژوهش و برای کسب اعتبار تبحر و درک کلی موضوع توسط محقق با استفاده از نظریات و راهنمای‌های اساتید، ابتدا چند مصاحبه آزمایشی انجام شد. سپس مصاحبه‌های آزمایشی از نظر صحت انجام توسط اساتید بررسی شدند. متن مصاحبه‌های انجام‌شده تایپ و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی استفاده شد. به‌طور کلی تحلیل محتوای کیفی با واکاوی مفاهیم، اصطلاحات و ارتباطات بین این مفاهیم سعی در استنباط و آشکار کردن الگوهای نهان در مصاحبه‌ها، مشاهده‌ها و اسناد مکتوب دارد. در رویکرد قراردادی، برای استفاده از طبقات از پیش تعیین‌شده اجتناب شده و طبقات به صورت مستقیم از درون داده‌ها استخراج می‌شوند. تحلیل محتوا با تکیه بر ۵ گام گرانهیم و لانمن، شامل پیاده‌کردن مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، مرور کل متن مصاحبه برای درک کلی از محتوای آن، تعیین واحدهای معنایی و کدهای اولیه، دسته‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و تعیین محتوای نهفته در داده‌ها انجام شد.

برای بررسی صحت و پایایی داده‌ها از ۴ معیار اعتبارپذیری (Credibility)، تاییدپذیری (Confirm ability)، قابلیت اعتماد (Dependability) و انتقال‌پذیری (Transferability) استفاده شد. محتوای مصاحبه‌ها برای شناسایی مفاهیم اصلی چندین بار توسط پژوهشگران بررسی شد. مفاهیم استخراج‌شده با جمع‌بندی نظریات پژوهشگران کدهای شده و با ارتباط دادن کدها به یکدیگر، طبقات یا درون‌مایه‌های اصلی شکل گرفتند.

در راستای توجه به اصول اخلاقی در پژوهش، معرفی‌نامه از سوی معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران ارائه شد. پژوهشگران به حفظ نظریات و مصاحبه‌های افراد و جلوگیری از دخالت نظریات شخصی پایبند بودند. پژوهشگران برای ضبط مصاحبه‌ها کسب اجازه کردند و محتوای مصاحبه‌ها بین پژوهشگران محرمانه باقی ماند.

اشخاص حقیقی و حقوقی انجام شده است [۶]. با توجه به شرایط اقتصادی پیش‌آمده در سال‌های اخیر و افزایش هزینه‌های نظام سلامت و به تبع آن، افزایش پرداخت از جیب مردم، توجه به منابع مالی خیران بیشتر شده است. با توجه به فعالیت خیران در حوزه‌های مختلف اعم از ساخت اماکن مذهبی، مدرسه‌سازی، بهزیستی و غیره، رقابت بیشتری بر سر جذب منابع مالی آنها شکل گرفته است و بدین منظور، پژوهش‌هایی در مورد مشکلات و موانع مشارکت خیران در حوزه‌های مختلف مانند توسعه فضاهای ورزشی [۷] و ارائه خدمت به آموزش و پرورش [۸] انجام شده است.

مشارکت مردم در امر سلامت، از جمله مسائل مهمی است که همگام با اقدام‌های دولتی و بخش‌های توسعه کشور، باید تقویت و تشویق شود [۹]. اما شواهد نشان می‌دهد که این منابع، همواره در راستای اهداف نظام سلامت به کار گرفته نمی‌شوند و مشکلات عدیده‌ای در این زمینه وجود دارد [۱۰]. به عنوان مثال بیمارستان‌سازی توسط خیران بدون توجه به منابع مالی برای اداره آن، به تعطیلی و افزایش مشکلات نظام سلامت منجر می‌شود [۱۱].

با توجه به جایگاه ویژه‌ای که خیران در سال‌های اخیر در تأمین مالی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در نظام سلامت پیدا کرده‌اند و در راستای حفظ و افزایش حمایت و مشارکت آنها در حوزه سلامت، نیاز به شناسایی و رفع موانع و مشکلات پیش‌روی آنها ضروری است. با توجه به توضیح ارائه‌شده، در این پژوهش سعی بر آن است مشکلاتی که مانع مشارکت حداکثری و اثربخش خیران در حوزه سلامت وجود دارد، شناسایی و بررسی شوند. امید است نتایج این پژوهش موجب تکمیل دیدگاه و نگرش ارکان فعال در حوزه خیران سلامت و همچنین اتخاذ رویکردی اثربخش در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت شود.

## روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشی توصیفی پیمایشی و از نظر نوع داده نیز پژوهشی کیفی است. برای بررسی دیدگاه‌های خبرگان و جمع‌آوری داده‌های پژوهش از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۴۱ نفر از مدیران، سیاست‌گذاران، خبرگان و کارشناسان نظام سلامت، متخصصان علوم اجتماعی و نیز خیران فعال در حوزه سلامت در ایران استفاده شد. برای انتخاب افراد از روش نمونه‌گیری گلوله برفی هدفمند استفاده شد. برای غنا بخشیدن به یافته‌های مطالعه از گروه‌های مختلف افراد مرتبط در مصاحبه‌ها استفاده شد. حجم نمونه مانند سایر مطالعات کیفی، هنگام کار مشخص شد و تا به اشباع رسیدن اطلاعات، مصاحبه با هر گروه از افراد ادامه پیدا کرد.

## یافته‌ها

در این مطالعه با ۴۱ نفر از اعضای هیئت علمی اقتصاد سلامت، خیران و مدیران (سیاست‌گذاران) نظام سلامت مصاحبه شد که در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان ارائه شده است. ۷۱ درصد از مصاحبه‌شوندگان مرد و ۲۹ درصد زن بودند. زمان انجام هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید و در کل برای انجام مصاحبه‌ها ۱۶۰۰ دقیقه زمان صرف شد.

مطابق جدول ۲، یافته‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌های انفرادی، در قالب ۴ گروه، ناکافی بودن سازوکارهای قانونی، ناکافی بودن ارتباط صحیح و مستمر با خیر، موانع حوزه مدیریت و تخصیص بهینه منابع و آگاهی ناکافی خیر از اولویت‌ها، نیازها و مشکلات نظام سلامت و ۱۸ طبقه یا درون‌مایه اصلی طبقه‌بندی شد.

## ناکافی بودن سازوکارهای قانونی، ساختاری و اجرایی

### \* سازمان‌دهی و سامان‌دهی

شرکت‌کنندگان در این پژوهش معتقد بودند تعداد زیاد موسسات خیریه، موازی‌کاری‌ها که ناشی از کمبود همکاری‌های بین‌بخشی است و همچنین جذب منابع مالی خیران نیاز به سامان‌دهی دارد. شرکت‌کننده شماره ۱۹ معتقد بود: «نمی‌توانیم بگوییم که الان یک سازمانی وجود دارد یا یک فرهنگی جا افتاده، یک قوانینی تنظیم شده که اگر مردم بخواهند کار خیری بکنند باید مثلاً به آن مرجع مراجعه کنند، نیت خود را بگویند، و محل مورد نظر را تعیین کنند. متأسفانه سازوکار مناسبی به این شکل در کشور وجود ندارد.»

### \* برنامه‌ریزی

شرکت‌کنندگان در این پژوهش معتقد بودند برنامه‌ریزی جامع، علمی و در سطح کلان در مورد ارکان مختلف حوزه خیران نظام سلامت وجود ندارد. شرکت‌کننده شماره ۱۲ معتقد بود: «برای کمک‌های خیریه برنامه استراتژیک ۳، ۵ یا ۷ ساله لازم است که برنامه عملیاتی سالانه نوشته شود.» همچنین شرکت‌کننده شماره ۴۰ بیان داشت: «فقدان برنامه‌ریزی

جدول ۱ | اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

گروه مصاحبه‌شوندگان	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
هیئت علمی گروه اقتصاد سلامت	۹	۲۲	۲۲
خیران	۸	۱۹	۴۱
مدیران (سیاست‌گذاران)	۲۴	۵۹	۱۰۰
کل	۴۱	۱۰۰	-

مشخص در نظام سلامت کشور برای تخصیص این منابع به بخش‌های مختلف آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان از موانع مهم در این حوزه محسوب می‌شود.»

### \* اجرا

نتایج بررسی‌های این پژوهش نشان می‌دهد، شرکت‌کنندگان معتقدند به دلیل ناکافی بودن سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی و زیرساخت‌های لازم قانونی در حوزه خیران سلامت، شناسایی و جذب خیران، تأمین مالی و آگاه‌سازی آنها نیز در عمل، کارا و اثربخش نیست. شرکت‌کننده شماره ۳۹ معتقد بود: «خیران باید به خوبی شناسایی شوند» و شرکت‌کننده شماره ۳۶ بیان داشت: «دولت توانایی جذب خیر را ندارد.»

### \* ضعف قانون‌گذاری

تقویت و انسجام زیرساخت‌های قانونی و تدوین قوانین تسهیل‌گر در سطح ملی موجب مشارکت کارا و اثربخش خیران در نظام سلامت خواهد شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش نیز معتقد بودند، ضعف قانون‌گذاری موجب این شده است که در بعضی موارد، ارکان مختلف فعال در حوزه خیران به تعهدات خود پایبند نباشند. شرکت‌کننده شماره ۴۰ عنوان داشت: «باید قوانینی در مجلس برای سازوکار منابع خیران وضع شود تا جنبه الزام‌آور پیدا کند.»

### \* کمبود فرهنگ‌سازی

شرکت‌کنندگان در این پژوهش عقیده داشتند بعضی از خیران به صورت سنتی فعالیت دارند و با طیف گسترده نیازهای نظام سلامت برای مشارکت مالی آشنایی ندارند. آنها کمبود مجلات مرتبط با خیران و همچنین صرف‌نشدن منابع خیران برای انجام پژوهش‌های کاربردی به منظور حل مشکلات نظام سلامت را ناشی از فرهنگ‌سازی ضعیف در حوزه خیران سلامت دانستند. شرکت‌کننده شماره ۲۳ پیشنهاد داد: «نیاز است فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی مناسبی انجام شود تا خیران در حوزه بیمه کردن بیماران و نیازمندان نیز نقش فعالی ایفا کنند.»

### \* بوروکراسی و فرایندهای زائد اداری

بوروکراسی اداری از دیگر موانعی است که از تشکیل خیریه تا مشارکت مالی، سد راه خیران نظام سلامت است. در این پژوهش تعدادی از مصاحبه‌کنندگان معتقد بودند، موانع قانونی و اداری زیاد و دست‌وپاگیری سر راه خیران سلامت وجود دارد؛ به عنوان مثال شرکت‌کننده شماره ۸ گفت: «اگر فردی به من بگوید که می‌خواهد کار خیر انجام دهد، به او می‌گویم به مجمع خیران مراجعه کند که بعد از مراجعه، منصرف می‌شود؛ زیرا درگیر بوروکراسی‌های اداری می‌شود.» همچنین شرکت‌کننده شماره ۲۳ بیان داشت: «بوروکراسی اداری برای خیر، زیاد است و او پس‌زده می‌شود.»

جدول ۲ | موانع و مشکلات مشارکت کارا و اثربخش خیران در حوزه سلامت

گروه	طبقه اصلی (درون مایه اصلی)	طبقه فرعی (درون مایه فرعی)
ناکافی بودن سازوکارهای قانونی، ساختاری و اجرایی	سازمان دهی و سامان دهی	<ul style="list-style-type: none"> <li>* نهادهای متولی متعدد و سازمان دهی نشده</li> <li>* ضعف همکاری های بین بخشی</li> <li>* ضعف سازوکار جذب منابع مالی خیران</li> </ul>
	برنامه ریزی	<ul style="list-style-type: none"> <li>* نبود برنامه درازمدت در سطح کلان</li> <li>* نبود برنامه استراتژیک در سطح کلان</li> <li>* متخصص نبودن افراد فعال در حوزه برنامه ریزی</li> </ul>
	اجرا	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ضعف سازوکار اجرایی برای جمع آوری کمک های خیران</li> <li>* ضعف در شناسایی و جذب خیران</li> <li>* نظارت ناکافی بر فعالیت خیران</li> </ul>
	ضعف قانون گذاری	<ul style="list-style-type: none"> <li>* نبود قوانین مشخص در زمینه نحوه گردآوری، انباشت و تخصیص منابع</li> <li>* انجام ندادن تعهدات توسط طرفین</li> </ul>
	کمبود فرهنگ سازی	<ul style="list-style-type: none"> <li>* فرهنگ سازی در زمینه اهمیت نیازها و کمبودهای نظام سلامت</li> <li>* تحقیق و پژوهش در حوزه خیریه سلامت</li> </ul>
	بوروکراسی و فرایندهای زائد اداری	<ul style="list-style-type: none"> <li>* زمان بر بودن کسب مجوزهای لازم</li> <li>* فرایندهای پیچیده و طولانی اداری</li> <li>* موانع قانونی</li> </ul>
	ناکافی بودن ارتباط صحیح و مستمر با خیر	ندادن بازخورد به خیر
فقدان ایجاد انگیزه در خیر		<ul style="list-style-type: none"> <li>* ضعف در تشویق و تقدیر از خیران</li> <li>* فقدان ارتباط مستمر با خیر</li> <li>* اطلاع رسانی نکردن فعالیت خیران</li> </ul>
حمایت نکردن از خیر و فعالیت هایش		<ul style="list-style-type: none"> <li>* اخذ مالیات و عوارض از فعالیت های خیران</li> <li>* فقدان تخصیص منابع و بارانه دولتی به فعالیت های خیران</li> <li>* تعرفه نامناسب مراکز خیریه</li> </ul>
بی اعتمادی خیر		<ul style="list-style-type: none"> <li>* ضعف ارتباط وزارت بهداشت با سازمان های غیردولتی و غیرانتفاعی</li> </ul>
تمایلات شخصی خیران		<ul style="list-style-type: none"> <li>* احساسات قومیتی و منطقه ای خیر</li> <li>* علاقه به امور زودبازده</li> <li>* بی توجهی خیران به نیازها و اولویت ها</li> </ul>
موانع حوزه مدیریت و تخصیص بهینه منابع	فقدان مدیریت منابع خرد	<ul style="list-style-type: none"> <li>* فقدان شناسایی و جذب خیران خرد</li> <li>* نبود سازوکار برای جمع آوری منابع خیران خرد</li> </ul>
	پایدار نبودن منابع مالی خیران و پراکندگی منابع	<ul style="list-style-type: none"> <li>* تغییر شرایط اقتصادی کشور</li> <li>* فقدان توانایی نگهداری خیران</li> <li>* پراکندگی و توزیع نابرابر خیران</li> </ul>
	فقدان مدیریت صحیح پروژه های خیران در راستای اثربخشی و پایداری	<ul style="list-style-type: none"> <li>* اولویت بندی ضعیف برای صرف منابع خیران</li> <li>* کمبود نیازسنجی در صرف منابع خیران</li> </ul>
	کمبود شفافیت	<ul style="list-style-type: none"> <li>* هزینه کرد منابع خیران قابل ردیابی نیست</li> </ul>
	بار مالی کمک های خیران به نظام سلامت	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ایجاد تقاضای القایی</li> <li>* افزایش خدمات پاراکلینیک غیر ضروری</li> <li>* تکمیل پروژه های نیمه رها شده خیران توسط دولت</li> <li>* افزایش هزینه های جاری برای اداره پروژه های خیران</li> </ul>
آگاهی ناکافی خیر از اولویت ها، نیازها و مشکلات نظام سلامت	بی اطلاعی از اسناد بالادستی و سطح بندی	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ناآگاهی خیر از سیاست های وزارت بهداشت</li> <li>* ناآگاهی خیر از سطح بندی خدمات توسط وزارت بهداشت</li> </ul>
	ناآگاهی خیر از نیازهای نظام سلامت	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ناآگاهی خیر از نیازهای بهداشتی درمانی منطقه</li> <li>* ناآگاهی خیر از نابرابری های بهداشتی درمانی</li> </ul>

### ناکافی بودن ارتباط صحیح و مستمر با خیر

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد قسمتی از مشکلات حوزه خیران نظام سلامت که سبب می‌شود شناسایی و جذب منابع به صورت حداکثری نبوده و در محل درست صرف نشود، ناشی از ارتباط نادرست و نامناسب نهادهای اجرایی و درمانی با خیران است. شرکت‌کنندگان معتقد بودند دولت و مجلس می‌توانند با وضع قوانینی در حمایت از خیران، بی‌اعتمادی خیران از نهادهای دولتی را کاسته و باعث ایجاد انگیزه برای مشارکت بیشتر در خیران شود. در این زمینه شرکت‌کننده شماره ۳۵ بیان داشت: «بیمارستان‌های خیریه نمی‌توانند تجهیزاتشان را با ارز دولتی بخرند». ندادن بازخورد فعالیت به خیر از دیگر گلایه‌های خبرگان این حوزه بود. آنها شفاف نبودن محل صرف منابع را از مشکلات موجود می‌دانند. شرکت‌کننده شماره ۲۹ عنوان داشت: «خیر می‌خواهد پول بدهد و می‌خواهد تا انتهای کار مطمئن شود منابع، به افراد خاصی مدنظرش برسد، اما سیستم فعلی این مسیر را طراحی نکرده است». تمایلات شخصی خیران از دیگر موانعی است که در مواردی سبب می‌شود منابع در بدترین جای ممکن صرف شوند. شرکت‌کننده شماره ۵ بیان داشت: «خیر می‌گوید می‌خواهم فقط در شهر و دیار خودم بسازم» یا «خیر فکر می‌کند اگر شهرستان، بیمارستان داشته باشد مردم راحت‌تر هستند». همچنین شرکت‌کننده شماره ۷ گفت: «بعضی خیران می‌خواهند در جایی درمانگاه بسازند، اما هیچ اولویتی نسبت به ساخت درمانگاه در آنجا وجود ندارد؛ اما خیران در نیت خود پافشاری می‌کنند». شرکت‌کننده شماره ۳۰ نیز معتقد بود: «اگر خیر براساس میل و علاقه‌اش کار کند باعث توزیع ناعادلانه منابع شده و بی‌عدالتی به همراه خواهد داشت.»

بیشتر تمرکز کنند و کار خیر در اولویت دوم آنها قرار گیرد.» شرکت‌کننده شماره ۱۳ نیز عنوان داشت: «پراکندگی خیران زیاد و توزیع آنان متفاوت است؛ در برخی مناطق، خیر زیاد و در برخی مناطق، شمار آنها کم است. کم است.»

درآمدها، هزینه‌ها و جنس خدمات ارائه شده توسط موسسات خیریه باید مشخص باشد. همچنین در مراکز درمانی نیز محل صرف منابع خیران باید واضح باشد تا هدایت منابع به سمت اهداف خیران ملموس شود. شرکت‌کننده شماره ۲۶ معتقد بود: «یکی از مشکلات خیران، کمبود شفاف‌سازی است». شرکت‌کننده شماره ۲۰ نیز عنوان کرد: «اگر به خیر قول می‌دهند برای دندان پزشکی هزینه می‌کنند، باید صادقانه برخورد کنند و منابع، صرف حقوق پرسنل نشود.»

مشکل دیگر، بار مالی است که کمک‌های خیران به نظام سلامت وارد می‌کند. می‌توان این مشکل را معلول مشکلات و موانع ذکر شده قبلی دانست. شرکت‌کنندگان معتقد بودند، خرید تجهیزات برای ارائه خدمات پاراکلینیکی می‌تواند به تقاضای القایی منجر شود. شرکت‌کننده شماره ۳۷ بیان داشت: «بعضی خدمات و تجهیزات، لوکس بوده و خیر نباید وارد این حوزه شود.» همچنین این شرکت‌کننده معتقد است، خیران فقط هزینه راه‌اندازی را داده و هزینه جاری اداره را نمی‌دهند که این امر، دولت را به دردمس می‌اندازد. شرکت‌کننده شماره ۲۷ نیز نظر مشابهی داشته و بیان کرد: «خیر عنوان می‌کند که هزینه ساخت را تقبل می‌کند، اما امور اجرایی و اداره باید با دانشگاه باشد. دانشگاه هم قادر به پرداخت هزینه‌های اجرایی و اداری نیست و بیمارستان، بابتکلیف مانده است.»

### آگاهی ناکافی خیر از اولویت‌ها، نیازها و مشکلات نظام سلامت

موانع اصلی بعدی که گریبان‌گیر کارایی و اثربخشی مشارکت‌های خیران سلامت است، ناآگاهی آنها از اولویت‌ها، نیازها، مشکلات و همچنین اسناد بالادستی و سطح‌بندی خدمات و تجهیزات است. شرکت‌کنندگان معتقدند هرچند خیران پول دارند، اما به دلیل ناآگاهی و ناآشنایی با اولویت‌ها، نمی‌دانند آن را کجا خرج کنند و در این زمینه نیاز به مشاوره دارند. در این راستا شرکت‌کننده شماره ۲۷ عنوان کرد: «خیران، دانش کافی از حوزه سلامت ندارند و باید آنها را متقاعد کرد در راستای سیاست‌های وزارت بهداشت قدم بردارند.» شرکت‌کننده شماره ۲۴ معتقد بود: «اغلب خیران در حوزه بهداشت و درمان می‌خواهند بیمارستان بسازند، اما در مورد ابعاد هزینه‌های آن بی‌اطلاع هستند و خیران نمی‌دانند مهم‌ترین نکته در فعالیت بیمارستانی، جذب متخصصان است که آنها نیز معمولاً به مناطق محروم نمی‌روند.»

### مشکلات حوزه مدیریت و تخصیص بهینه منابع

شرکت‌کنندگان در این پژوهش معتقد بودند، فقدان نیازسنجی از یک‌سو و فقدان اولویت‌بندی نیازها برای صرف منابع از دیگر سو سبب می‌شود مشارکت‌ها، اثربخش نباشند. همچنین آنها بیان داشتند مدیریت ناصحیح مشارکت‌های خیران، سبب اتلاف منابع می‌شود. در همین راستا، شرکت‌کننده شماره ۲۶ عنوان داشت: «مدیریت کارهای خیران را کسانی باید در دست داشته باشند که آگاه به این امور باشند؛ مثلاً بیمارستانی را که خیر ساخته است، مدیر مجموعه محکوم به تعطیلی نکند!»

پایدار نبودن منابع مالی، پیوسته نبودن مشارکت و پراکندگی از دیگر مشکلات حوزه خیران سلامت است. شرکت‌کننده شماره ۱۷ گفت: «تغییر شرایط اقتصادی کشور سبب شده است خیران بر کسب و کار خود

## بحث

موانع و مشکلات متعددی در راه کمک مردم عادی و خیران به نظام سلامت وجود دارد که می‌توان با شناخت و رفع آنها، منابع مالی و مشارکت‌های خیران را به سمت نیازهای نظام سلامت با حداکثر اثربخشی سوق داد. این پژوهش با هدف شناسایی مشکلات و موانع مشارکت خیران در نظام سلامت انجام شد. کشورهایی مانند آلمان، استرالیا، اسپانیا انگلستان راهکارهایی قانونی برای جذب و جلب مشارکت‌های مردمی ایجاد کرده‌اند؛ اما در ایران مردم همواره به صورت خودجوش و غیررسمی با عناوینی چون وقف و خیریه به این مهم پرداخته‌اند [۱۲]. مطابق بند «ث» ماده ۶۵ برنامه پنج‌ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی، ایران دولت موظف است با تشویق خیران و واقفان و رفع موانع موجود، به گونه‌ای برنامه‌ریزی کند تا سهم وقف و خیریه از تأمین مالی دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی و پژوهشی و فناوری افزایش یابد [۱۳].

به‌رغم اینکه مجمع خیران سلامت، تشکلی مردمی با ۲۲۰ شعبه در حوزه سلامت مشغول فعالیت است، اما شرکت‌کنندگان در این پژوهش بیان داشتند که نهادهای متولی، متعدد و سازمان‌دهی نشده هستند که همکاری و ارتباط آنها با سازمان‌ها و ارگان‌های دیگر ضعیف است. حتی گاهی این رابطه ضعیف موجب موازی‌کاری بین نهادهای مختلف می‌شود؛ مانعی که کارایی و اثربخشی فعالیت‌های خیران نظام سلامت را کم می‌کند. یکی از کاستی‌های مهمی که شرکت‌کنندگان پژوهش اکرمی و عباسی نیز به آن اشاره کردند، فقدان نهاد منسجم و تعریف‌شده در کشور برای امور خیریه، خیران یا اتحادیه خیران بود [۱۴]. در پژوهش آقازاده نیز اشاره شده است که فقدان برنامه‌ریزی منظم و تشکیلاتی در نهادهای پیگیر و کمبود نیروی انسانی متخصص در زمینه مشارکت‌های مردمی از جمله موانع و کاستی‌های موجود در مشارکت‌های مردمی است [۱۵].

لازم است زیرساخت‌های قانونی طوری آماده شوند که مشارکت حداکثری خیران را تسهیل و ترغیب کند. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ضعف قانون‌گذاری را از مشکلات حوزه خیران سلامت دانستند. زیلوچی و همکاران در پژوهش خود دریافتند، از مهم‌ترین مشکلات در زمینه قوانین و مقررات مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت ایران، فقدان جامعیت، شفافیت نداشتن، سخت‌گیرانه بودن، ناهمخوانی قوانین و مقررات با یکدیگر، ناهماهنگی در اجرا، تسهیل‌گر و انگیزاننده نبودن، تأمین نشدن بار مالی، محقق نشدن تعهدات دولت در تفاهم‌نامه پروژه‌هایی که با مشارکت خیران ساخته می‌شوند یا کندی در عمل به آنها، مشکلات مرتبط با وقف در حوزه سلامت است [۱۶].

مانع دیگر پیش‌روی نظام سلامت، شناساندن اهمیت بخش سلامت و همچنین کمبودهای آن به خیران است. تمایل خیران بیشتر به بخش

فرهنگی و آموزشی است و برای جذب مشارکت آنها به حوزه سلامت، نیاز به اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی خیران وجود دارد.

با توجه به نتایج این پژوهش از دیگر موانع سر راه خیران نظام سلامت به بوروکراسی اداری اشاره کرده است، در ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ به تسهیل و تسریع در جریان امور و مقابله با بوروکراسی و تشریفات زائد اداری در جلب مشارکت‌های مردمی اشاره شده است [۱۷]. در پژوهش دیگری نیز اشاره شده که خیران تمایل دارند مجری و ناظر کار باشند، اما انجام امور اداری مانند گرفتن مجوز برعهده آنها نباشد [۱۴]. آقابابا و همکاران نیز در مطالعه خود بیان داشتند، بهبود سازوکارهای اداری، موجب افزایش مشارکت خیران می‌شود [۱۸].

جلب مشارکت و تعهد خیران، به‌ویژه در بلندمدت، همواره یکی از چالش‌های اساسی نظام سلامت است. اعتماد، زیربنای هر قراردادی است و شفافیت، لازمه توسعه آن است و رفتار غیراخلاقی به رابطه موسسه و خیران صدمه وارد می‌کند [۱۹]. در این پژوهش نیز خبرگان اشاره داشتند بی‌اعتمادی خیر به ارکان مختلف دخیل در حوزه سلامت، به خصوص دولت، مانعی برای مشارکت خیران است. نتایج مطالعه آقابابا و همکاران در ایران نیز نشان داد که ارتباط خوب بین موسسات و اهداکنندگان به حفظ منابع مالی کمک می‌کند [۱۸]. نتایج پژوهش زارعی و همکاران نشان داد که اعتماد خیران تأثیر مستقیم، مثبت و معناداری بر تعهد آنها نسبت به مراکز دارد [۱۹].

حوزه مشارکت خیران در نظام سلامت گسترده بوده و پیشگیری، درمان، توانبخشی و بهزیستی، آموزش و پژوهش در حوزه سلامت را دربر می‌گیرد. همچنین نوع مشارکت‌ها نیز می‌تواند به صورت مالی و غیرمالی باشد [۱۶]. نظریات شرکت‌کنندگان در این پژوهش نشان می‌دهد که نیازهای نظام سلامت برای مشارکت و تأمین مالی توسط خیران مشخص نیست و خیران نیز از نیازهای فعلی و گسترده‌گی آن باخبر نیستند. از سوی دیگر علاقه و سلیقه شخصی خیران نیز سبب می‌شود نیازها و اولویت‌های مشارکت، مغفول بماند. در سطح دنیا، اولویت‌بندی و تخصیص منابع در نظام سلامت بیشتر براساس معیارهایی مانند هزینه اثربخشی، وضعیت بیماری، عدالت، برابری و نیاز صورت می‌گیرد [۲۰]. پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها و مراکز درمانی نیازها و اولویت‌های خود را مشخص کرده و این موارد را به خیران اطلاع‌رسانی کنند.

پژوهش آقازاده نشان داد که موانع و کاستی‌های موجود در مشارکت‌های مردمی شامل کمبود تبلیغات، اطلاع‌رسانی و تشویق مردم، کمبود آگاهی مردم با نحوه مشارکت و تأثیر آن، کمبود فرهنگ‌سازی

8. Alizadeh M. Barriers, strategies to increase the number of donors in providing services to education Khorasan province. Mashhad: Public Administration Training Center of Khorasan, 1999.[Persian]
9. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan. 2014 Sep 1;29(suppl\_2):ii98-106.
10. Nekoeimoghadam M, Amiryousefi S, Ghorbani Bz, Amiresmaili M. Role of charities in the health system: A qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2013;2(1):1-10.[Persian]
11. 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.
12. Ekrami Far M. Participation of donors in providing services to education, obstacles and solutions. Journal of Social Science. 2014;2:53.[Persian]
13. Law of the Sixth Five Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran (1396-1400). Tehran: Parliament of Iran, 2017.[Persina]
14. Akrami F, Abasi M. A Survey of Charity Tendency to Health System in Iran. Tehran: National Institute of Health Research, 2016. [Persian]
15. Aghazadeh Kalibar R. Ways of public participation in education, 2013. Available from: www.emdad.ir.
16. Ziluchi MH. Pathology of the content of charities rules related to health. Tehran: National Institute of Health Research, 2015. [Persian]
17. Establishment Law of the Ministry of Health and Medical Education. 1364, Tehran: Parliament of Iran, 1984.[Persian]
18. Aghababa S, Nasiripour AA, Maleki M, Gohari M. Donor retention in health care in Iran: a factor analysis. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2017;31:13.
19. Zarei A, Sharafi V, Maleki F. Investigating the effects of relationship marketing of charitable organizations on benefactors behavioral responses (case study: Imam Khomeini Relief Committee of Ilam City). Business Strategies. 2019;15(12):1-6.[Persian]
20. Nouri S, Riahi L, Hajinabi K, Jahangiri K. Resource allocation criteria for health care system regulation: A comprehensive review of the literature. Journal of Hospital. 2018;16(4):73-82.[Persian]

در زمینه مشارکت، بی‌اعتمادی مردم نسبت به برخی از مسئولان، توجیه نشدن مردم از نظر شرعی، پشت‌گرمی به اعتبارات دولتی و نقص در قانون تحصیل رایگان و احساس طلب از دولت در زمینه مشارکت‌های مردمی است [۱۵].

### نتیجه‌گیری

می‌توان با شناخت و رفع این مشکلات، منابع مالی و مشارکت‌های خیران را به سمت نیازها و اولویت‌های نظام سلامت با حداکثر اثربخشی هدایت کرد. همچنین تقویت نهادها، ساختارها و فرایندها، تدوین قوانین تسهیل‌گر، ارتباط صحیح و مدام با خیر و شناسایی اولویت‌ها و نیازها و انتقال آنها به خیران حوزه سلامت، مشارکت حداکثری خیران را تسهیل و ترغیب خواهد کرد.

### References

1. Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. The World Bank; 2006 Mar 30.
2. Nasiripour AA, Tofighi SH, Farhadi FA. Designing an administrative model for Iranian charity hospitals. Iran Journal of Nursing. 2007;20(50):71-81.[Persian]
3. Goya M. Iranian annual cancer registration report 2005/2006. Tehran: Center for Disease Control and Prevention, Iranian Ministry of Health and Medical Education. 2007.[Persian]
4. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in healthcare delivery in Iran. Payesh (Health Monitor). 2019;18(5):438-53.[Persian]
5. Low J. World Giving Index 2014: A global view of giving trends. 2014.
6. Mohammadi A, Askarzadeh A, Pourahmadi A, Hossein Alhosseini N, Vafaie Najar A. Study of the performance of NGOs in financing the cost of treatment for patients in Mashhad University of Medical Sciences. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019;62(1):1355-62.[Persian]
7. Heydarifard S, Sharifian E. Identification and comparison of barriers to donor's contributions to development of sport facility. Sport Management Studies. 2017;9(41):81-96.[Persian]