

شناسایی عوامل موثر بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت

جواد جعفری^۱، سعید صیاد شیرکش^{۱*}، مهدی کاظم پور دیزجی^۲

(۱) گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

(۲) مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده:

تامین و گسترش منابع مالی پایدار یکی از اساسی‌ترین کارکردهای هر نظام سلامت، در راستای پوشش همگانی سلامت و خدمات‌رسانی موثر به افراد تحت پوشش خود می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل موثر بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت به انجام رسید. این مطالعه به صورت کیفی و به روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۱ انجام گرفت. نمونه مورد پژوهش در برگزیده ۱۲ نفر از خبرگان و صاحب نظران در حوزه تامین مالی در بخش سلامت بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته رو در رو جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا و نرم افزار MAXQDA 10 استفاده گردید. یافته‌های تحقیق پس از استخراج کدهای فرعی و تعیین مولفه‌ها و ابعاد اثرگذار بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت ناشی از مطالعات کیفی، اقدام به اعتبارسنجی عوامل و اولویت‌بندی موارد تایید شده با دلفی گردید. در مجموع در دو راند اول و دوم و از بین ۱۰۵ عامل استخراج شده، در نهایت ۵۱ عامل اعتبارسنجی شده در ذیل ابعاد و مولفه‌ها بعنوان عوامل نهایی انتخاب شدند. این موارد در آیتم‌های فناوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه، شفافیت و گزارشگری مالی سلامت، مدیریت مالی نوین، بودجه‌بندی و راهبردها، مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت، عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت طبقه‌بندی گردیدند. مهمترین یافته‌های پژوهش نشان داد که وزارت بهداشت به عنوان تولید نظام سلامت برای بهره‌مندی از منابع مالی پایدار، ضمن تعامل با صندوق‌های بیمه اجتماعی درمان و نهادهای قانونی و سازمان‌های مردم‌نهاد، باید از بین مهمترین مولفه‌ها و عوامل تاثیرگذار بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت، به ترتیب بالاترین تا کمترین امتیاز به شش عامل محاسبه قیمت تمام شده خدمات؛ استاندارد کردن کدینگ دارو و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی و اتصال به سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) و مالی؛ اصلاح و ارتقاء فرآیندهای جذب و بکارگیری نیروی انسانی؛ طراحی و اجرای درست و شفاف فرآیندهای مالی و بودجه؛ بهره‌گیری از داشبورد هوشمند برای تصمیم‌گیری مدیران و توزیع اعتبار براساس شاخص بردارد.

واژگان کلیدی: تامین مالی، مدیریت منابع، بودجه‌ریزی عملیاتی

* نویسنده مسئول:

دکتر سعید صیاد شیرکش، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، پست الکترونیک: saeed.sayad@gmail.com

مقدمه:

یکی از اساسی‌ترین کارکردهای هر نظام سلامت، تامین و گسترش منابع مالی در راستای پوشش همگانی سلامت و خدمات رسانی موثر به افراد تحت پوشش خود می‌باشد. از آنجایی که در سال‌های اخیر از یک سو افزایش قابل توجهی در مخارج سلامت کشور صورت گرفته و از سوی دیگر منابع تامین مالی بخش سلامت به دلیل رکود اقتصادی فراگیر با بحران روبه‌رو شده‌است، اکثر دولت‌ها در تامین این منابع با چالش روبرو گردیده‌اند که این موضوع لزوم توجه به پایداری منابع تامین مالی نظام سلامت را بسیار پررنگ نموده است. در تعریف، نظام سلامت یا نظام ارائه خدمات سلامت پاسخ دولت‌ها و حکومت‌ها به نیاز اقشار مختلف جامعه به سلامت و برخورداری از یک زندگی سالم و عاری از بیماری‌های جسمی و روانی می‌باشد. این نظام دربردارنده همه منابع و سازمان‌هایی است که در قلمرو تامین خدمات سلامت در سطوح فردی یا عمومی ایفای نقش می‌نمایند. چنین نظامی مبتنی بر مطالعات دربردارنده چهار کارکرد اصلی یا چهار حوزه اصلی می‌باشد که شامل نظام سلامت، تولید منابع، تامین مالی و ارائه خدمات سلامت است [۱]. در همین راستا و به منظور ارتقاء سطح کیفی و کمی نظام سلامت در کشور ایران، سیاست‌های کلی سلامت در بهار ۱۳۹۳ و در قالب ۱۴ ماده و ۳۲ زیرماده از سوی رهبر جمهوری اسلامی ایران به دستگاه‌های ذی‌ربط ابلاغ گردید. یکی از مهمترین ماده‌های آن، تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت می‌باشد که در راستای دستیابی به آن ۴ زیرماده یا راهکار کلی پیشنهاد گردید. زیرماده ۱ مرتبط با بخش اول ماده ۱۰ اشاره به تامین منابع پایدار در بخش سلامت داشته که مورد توجه پژوهش حاضر می‌باشد. به بیان دیگر مطالعه حاضر به دنبال بررسی این موضوع است که بطور اساسی چگونه و از چه طریقی می‌توان نظام اداری و مالی بخش سلامت را در راستای دستیابی به بسترهای کسب منابع مالی پایدار توسعه و ارتقا بخشید. در این زمینه نظریه اقتضایی بر نقش تعاملات سازمان با محیط و تعاملات واحدهای درونی سازمانی در راستای عملکرد یا بهره‌وری تاکید داشته و موفقیت را وابسته به علل و عوامل خاص پدیده تحت بررسی و نه دسته‌ای از عوامل ثابت می‌داند.

الف) ادبیات تحقیق**رویکرد اقتضایی**

پارادایم و نظریه اقتضایی در مطالعات سازمانی در دهه ۱۹۵۰ و در پاسخ به نظریه‌های اولیه مدیریت توسعه یافت که علیرغم تنوع‌شان عموماً بر یک روش برتر برای سازماندهی تاکید داشتند. این رویکرد به طور خلاصه بدین صورت بیان شده است که رویکرد اقتضایی تلاش می‌کند تا روابط درون و بین خرده سیستم‌های سازمانی و نیز روابط بین سازمانی را به عنوان یک موجودیت و در رابطه با محیطش درک نماید و بر ماهیت چند متغیره بودن سازمان‌ها و تلاش‌ها برای تفسیر و درک چگونگی عملکرد آنها تحت شرایط متغیر تاکید دارد. تلاش‌های اولیه برای جابجایی از رویکرد جهان شمول به پارادایم اقتضایی در مطالعات انجام شده در انگلیس با تاکید بر ابعاد فناورانه و تنگناها در سیستم اجتماعی در موسسه تلوئیستاک^۱ انجام گردیده است. نظریه‌پردازان اقتضایی در تلاشند تا متغیرهای مهم اصلی تاثیرگذار بر عملکرد سازمانی را شناسایی کنند. سپس آنها در تلاشند تا این متغیرها و ابعاد مهم آنها را بکار گرفته و بررسی کنند که تا چه اندازه بر عملکرد اثرگذارند. مطالعات بنیادین توسط برخی افراد همچون بارنز و استاکر، وداود و لاورنس و لورش صورت پذیرفته‌اند. رویکرد اقتضایی را بر مبنای تفکر و استدلالی می‌دانند که تناسب جهان شمول نداشته و سیستمی است که برای تمامی سازمان‌ها و در همه شرایط نمی‌تواند بکار گرفته شود (اتلی، ۲۰۱۶).

نظام سلامت

نظام سلامت شامل سازمان‌ها، موسسات، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیر دولتی به سیاستگذاری، تولید منابع، تامین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم می‌پردازند. سازمان بهداشت جهانی کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تامین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت و سه هدف اصلی نظام سلامت را شامل ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت بیان کرده که وظیفه حاکمیت نظام سلامت، تاثیر قابل توجهی

1. Tavistock Institute

2. Otley

بر سایر وظایف نظام سلامت دارد. سازمان بهداشت جهانی حاکمیت و رهبری را به عنوان یکی از اجزای مهم نظام سلامت در کنار سایر اجزا (نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات و ملزومات، تامین مالی و ارائه خدمات سلامت) معرفی کرده است. و بر همین اساس در راستای اجرای بند یک و دو اصل ۱۱۰ قانون اساسی کشور (۱۴ ماده و ۳۲ زیرماده) سیاست‌های کلی نظام سلامت جمهوری اسلامی در بهار سال ۱۳۹۳ از سوی رهبر جمهوری اسلامی ایران ابلاغ شد. به منظور تحقق این سیاست‌ها شناخت عمیق از مفاد و ابعاد آن و اجرای صحیح آنها بخصوص مفاد بند ۱۰ ماده ۱۰ ضروری می‌باشد. اما اهداف تامین مالی سلامت عبارت است از در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامت فردی و اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن وضعیت عدم توان پرداخت فرد برای دریافت مراقبت‌ها و یا جلوگیری از تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌ها است. هر کشور باید درباره یک راهبرد تامین منابع مالی به تصمیم نهایی برسد، یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تامین مالی برای تامین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند. مواردی مانند درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده، حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی، حق بیمه‌ها برای بیمه خصوصی، پرداخت مستقیم توسط افراد، تامین مالی جامعه‌ای، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها که اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند [۲]. همچنین تامین عادلانه منابع مالی، در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شده است تا خطر خود بیماری. یک نظام با تامین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید و نظام سلامتی که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه اکثر کشورهای توسعه نیافته و برخی از کشورهای با درآمد در حال توسعه یا توسعه یافته است

که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می‌شوند اما در اکثر کشورهای در حال توسعه معمولاً سهم بخش خصوصی بیشتر از سهم دولت است. برای مثال طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در کشور ایران، سهم کل مخارج بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی در فاصله سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۴ به طور متوسط ۶ درصد بوده است که در آن سهم دولت و بخش خصوصی به ترتیب ۴۳/۶ و ۵۶/۴ می‌باشد. به طور متوسط ۵۳/۵ درصد از کل مخارج سلامت در فاصله این سال‌ها در کشور (به جز هزینه‌های تامین اجتماعی برای سلامت) به طور مستقیم توسط خانوارها پرداخت شده است. بنابراین با توجه به اعداد و ارقام یاد شده می‌توان گفت خانوارها در کشور ایران، یکی از منابع عمده نظام سلامت به شمار می‌آیند [۳].

مدل‌های تامین مالی نظام سلامت

تامین مالی نظام سلامت به عنوان یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت می‌باشد که در کنار تولید، ارائه خدمات سلامت و تولید منابع قرار دارد. انواع الگوها یا مدل‌های تامین مالی نظام سلامت به طور کلی عبارتند از مالیات‌های عمومی، بیمه‌های سلامت ملی و اجتماعی، بیمه‌های سلامت خصوصی یا اختیاری، پرداخت مستقیم از جیب و کمک‌های بیرونی یا خیریه‌ها. دو راهبرد اساسی در تامین مالی نظام‌های سلامت وجود دارد:

- ۱) نظام‌های سلامت با تامین مالی متکی به مالیات. در این الگو، همه شهروندان و حتی در برخی اوقات افراد غیر شهروند دارای اقامت دائم از بسته خدمات سلامت به طور یکسان بهره می‌برند و پوشش همگانی خود به خود محقق می‌گردد.
- ۲) نظام‌های سلامت با تامین مالی بر مبنای بیمه‌های اجتماعی سلامت. منابع مالی ترکیبی است از مشارکت مالی بیمه‌شدگان صندوق یا صندوق‌های بیمه‌ای و کمک‌های دولتی از محل منابع عمومی.

تامین مالی نظام سلامت در کشورهای مختلف

پنج مدل نظام تامین مالی خدمات سلامت در دنیا عبارتند از نظام سلامت ملی، نظام بیمه اجتماعی، نظام بیمه سلامت ملی، نظام پرداخت مستقیم از جیب و

نظام ترکیبی. جمهوری فدرال آلمان، واقع در مرکز اروپا با مساحت ۳۵۷۱۴۱ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۸۰/۷ میلیون نفر دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی است. حدود ۸۵ درصد مردم تحت پوشش حدود ۱۶۰ صندوق بیمه سلامت غیره دولتی و غیرانتفاعی مستقل هستند. ده درصد مردم تحت پوشش بیمه‌های خصوصی و ۴ درصد هم به طور مستقیم خدمات سلامت را از دولت دریافت می‌کنند. سوئد کشوری در شمال اروپا در شبه جزیره اسکاندیناوی با مساحت ۴۴۷۴۳۵ کیلومتر مربع و جمعیت ۹/۸ میلیون نفر دارای نظام سلامت ملی است که پوشش همگانی سلامت را برای مردم فراهم کرده است. نظام سلامت سوئد بیشتر توسط مالیات تامین می‌شود. حدود ۸۰ درصد هزینه‌های سلامت از محل مالیات‌ها تامین مالی می‌شود. کشور انگلستان واقع در شمال غربی قاره اروپا، دارای وسعت ۱۳۰۳۹۵ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۶۴/۷ میلیون نفر است. این کشور از سال ۱۹۴۸ میلادی دارای نظام سلامت ملی بوده و خدمات رایگان پزشکی و بیمارستانی به همه ساکنین کشور ارائه می‌شود. مالیات‌های عمومی منبع اصلی تامین مالی نظام سلامت این کشور است. حدود ۸۳/۵ درصد هزینه‌های سلامت از محل منابع عمومی نظیر مالیات تامین می‌گردد. علاوه بر این، بخشی از حق بیمه ملی، پرداخت‌های مستقیم مردم و بیماران خصوصی، قسمتی از هزینه‌های سلامت را پوشش می‌دهند.

تامین مالی در نظام سلامت ایران

تامین عادلانه منابع مالی در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شده است تا خطر خود بیماری. یک نظام با تامین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید و نظام سلامت که افراد یا خانوارها گاهی در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. در بیشتر موارد تلاش‌های اصلاحات به دنبال اصل عمومی جدا کردن تامین مالی از تدارکات خدمات بوده، به طوری که جریان پول به دنبال بیمار جاری می‌شود و از نظام‌های پرداخت انگیزشی محور به فراهم کننده استفاده

می‌شود. مهمترین توصیه‌ها برای این کشورها عبارتند از نگاه به جابه‌جایی عادلانه و کارآیی منابع به عنوان بالاترین اولویت سلامت؛ زیرا پایداری منابع و متناسب با نیازهای بلندمدت، حیاتی است. نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می‌کند. این امر منجر به ایجاد چالش‌های برخاسته از نیاز به عدالت، کیفیت مناسب و اثربخش انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند، پایدار و بسیار ضروری در نظام سلامت می‌شود. جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵۸ در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایران در میان نظام‌های سلامت دنیا حاکی از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت می‌باشد. از تمام چالش‌های حوزه بهداشت و درمان آنچه به نظر می‌رسد ذهن سیاست‌مداران و مدیران را به شدت اشغال کرده و مدام بر اندیشه و اقدام آنها تاثیر خواهد گذاشت، هزینه‌ها، بودجه‌های قطع شده و محدود شدن منابع خواهد بود. از سوی دیگر با توجه به روند اعتبارات و تنوع فعالیت‌ها در بخش بهداشت و درمان، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت و نیز پایین بودن سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان خانوار از مجموع هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور از عوامل محدود کننده در تامین مالی بخش سلامت محسوب می‌شود [۴]. تامین مالی نظام سلامت در ایران، ترکیبی از روش‌های غیر بهینه از روش‌های فوق است، یعنی بخشی از منابع عمومی و بخشی از مشارکت اجباری در پرداخت حق بیمه‌های درمان به سازمان‌ها و موسسات بیمه‌ای که عمدتاً ارائه دهنده بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی پایه هستند تامین می‌شود. اهداف تامین مالی سلامت در ایران عبارتند از در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامتی فردی و اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن وضعیت عدم توان پرداخت فرد برای دریافت مراقبت‌ها و جلوگیری از تهی‌دست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه است. هر کشور باید درباره یک راهبرد تامین مالی برای تامین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند. مواردی چون درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده،

حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی، حق بیمه‌ها برای بیمه خصوصی، تامین مالی جامعه‌ای، پرداخت مستقیم توسط افراد، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها که اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند [۲].

ب) پیشینه تحقیق

پیشینه داخلی

تدین و مرادی پژوهشی در زمینه تامین مالی پایدار نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، وضعیت، شاخص‌ها و راهکارها در راستای تبیین بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت انجام دادند [۱]. در این پژوهش با رویکرد ترکیبی (کمی و کیفی) از مرور متون و پندل خبرگان استفاده شده است. پژوهشگران بیان کردند که پایداری تامین مالی نظام سلامت به معنای حصول اطمینان از فراهم آمدن به موقع منابع مالی و تعادل بین منابع و مصارف در راستای نیل به اهداف مورد نظر نظام سلامت و پوشش همگانی سلامت، بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت است. از بین ۳۱ شاخص اولیه برای رصد پایداری تامین مالی نظام سلامت، ۱۸ شاخص به عنوان شاخص منتخب و از بین ۱۹ مداخله برای دستیابی به پایداری، ۶ راهکار اولویت‌دار و منتخب شناسایی شدند. در شرایط کنونی کشور جمهوری اسلامی ایران، موضوع پایداری تامین مالی نظام سلامت و خصوصا هدفمند ساختن منابع عمومی بخش سلامت به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی و برخورداری عادلانه این اقشار از منابع عمومی ناظر بر تحقق بند ۴-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت و در نتیجه دستیابی به پوشش همگانی سلامت بسیار حائز اهمیت است. الگوی "تامین مالی چند لایه نظام سلامت" بر مبنای وضعیت اقتصادی خانوارها می‌تواند راهکار اجرایی ارزشمندی در این شرایط باشد.

دشمن‌گیر و عظیم‌زاده پژوهشی در زمینه تطبیقی چارچوب‌های تامین مالی در حوزه سلامت به انجام رساندند [۵]. این پژوهشگران بیان می‌دارند که تامین مالی، یکی از چالش‌های عمده نظام‌های سلامت به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌باشد. چارچوب‌های مختلف ارائه شده در این حوزه، با هدف ارزیابی نظام تامین مالی و ارائه راهبردی برای اصلاحات سیاستی به کار گرفته شده است. در این مطالعه برای

جمع‌آوری داده‌ها، از پایگاه‌های داده‌ای خارجی و گزارش‌های انتشار یافته در پایگاه‌های سازمان‌های بین‌المللی به ویژه سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی استفاده شد. با انجام چهار مرحله مطالعه تطبیقی، داده‌ها ترکیب، توصیف و تحلیل گردید. نتایج این مطالعه دربردارنده شناسایی ۱۶ چارچوب تامین مالی مرتبط با حوزه سلامت می‌باشد. از جمله چارچوب‌هایی که در سطح بین‌المللی ارائه شده است، می‌توان به چارچوب ارزیابی سازمانی برای بهبود و تقویت تامین مالی سلامت با هدف ارزیابی نظام تامین مالی کشورهای مختلف جهان اشاره کرد. به علاوه نکته اساسی در اینجاست که هر چارچوب مبتنی و متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی هر منطقه از جهان همچون شمال آفریقا یا جنوب شرق آسیا ارائه و معرفی شده است. مطالعه بدینگونه نتیجه‌گیری می‌کند که چارچوب‌های تامین مالی ارائه شده در طول زمان متناسب با مقتضیات و نیازهای حوزه سلامت مورد تغییر و توسعه قرار گرفته است. بهره‌گیری درست از این چارچوب‌ها باعث پاسخگویی بهتر نظام‌های سلامت در ارتباط با کارکردهای تامین مالی می‌گردد و با توجه به ابعاد هر چارچوب می‌توان شیوه و سیاست تامین مالی نظام‌های سلامت را مورد ارزیابی قرار داد.

عامری پژوهشی با عنوان عدالت در تامین مالی خدمات سلامت با تاکید بر شاخص هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت انجام داد [۶]. یکی از مفاهیم عدالت در تامین مالی نظام سلامت کشورها حمایت از خانوارها در مقابل وقوع و تحمیل هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت است. در دنیای امروز به دلیل پیشرفت فناوری‌های بازاریابی سلامت و تامین پایداری تندرستی، پرداخت هزینه‌های مرتبط با این خدمات، یکی از بزرگترین مشکلات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی جوامع بشری است. سال‌هاست که پرداخت‌های کمرشکن خدمات سلامت به مشکل بسیاری از خانواده‌ها و افراد جامعه تبدیل شده و اهمیت بسزایی در سیاست بسیاری از کشورهای در حال توسعه پیدا کرده است. این هزینه‌ها به طور اتوماتیک با افزایش درآمد از بین نمی‌روند. نظام‌های ملی تامین مالی سلامت باید پروژه‌هایی را طراحی کنند که نه فقط اجازه دهند مردم در موقع نیاز دسترسی به

وجود دارد. این مطالعه در راستای گردآوری داده‌ها سه گام کلی مورد استفاده قرار داد که عبارت بودند از استفاده از رویکرد کیفی و نیز داستان‌سرایی در راستای بررسی وضعیت هر کشور؛ بررسی وضعیت کلان بخش درمانی در این کشورها مبتنی بر داده‌های آماری و مصاحبه عمیق با خبرگان در راستای استخراج فرصت‌ها، چالش‌ها و استراتژی‌ها با تمرکز بر خط‌مشی‌گذاری راهکارهای تامین مالی پایدار. نتایج حاصل از این مطالعه نشان دادند که چالش‌های کلیدی تامین مالی پایدار در بخش سلامت و درمان بیماری‌های روانی شامل سطح پایین تامین مالی سالانه بخش سلامت روان و نابرابر گسترده در زمینه دسترسی به خدمات می‌باشند. همچنین فرصت‌های موجود در این زمینه شامل افزایش یافتن آگاهی‌های سیاست‌گذاران بخش بهداشت و سلامت و شروع اصلاحات رو به پیشرفت به خصوص در بخش طرح‌های بیمه ملی است. مبتنی بر این نتایج، گنجاندن سلامت روان در طرح‌های برنامه‌ریزی شده یا در حال برنامه‌ریزی شدن در بخش بیمه به عنوان استراتژی کلیدی حرکت رو به جلو در راستای تامین مالی پایدار شناسایی گردید. لیم پژوهشی در زمینه بررسی تجربه کشور سنگاپور در تامین مالی پایدار در نظام سلامت انجام داد [۹]. بر طبق این مطالعه ابعاد تامین مالی پایدار شامل سه حیطه تعهد به نظم و انضباط مالی در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، مدیریت بودجه عمومی از طریق هدفمندی یارانه‌ها و تلاش آگاهانه برای هدایت کارایی از طریق مکانیسم‌های بازار می‌باشند. پایداری نظام سلامت سنگاپور تحت فشار تغییرات جمعیت، روند بیماری‌ها و تقاضای روزافزون جامعه برای دستیابی به مزایای بیشتر و گسترش خدمات درمانی بوده است. در مواجهه با این چالش‌ها، دولت سنگاپور سه طرح سیاستی اصلاحی هزینه‌بر معرفی کرده است که عبارتند از بسته نسل پیشرو برای کمک به سالمندان در پرداخت هزینه‌های درمانی، بسته MediShield Life برای گسترش پوشش بیمه‌ای و طرح Community Health Assistance Scheme (CHAS) برای ارائه یارانه‌های دولتی به افراد واجد شرایط در دریافت مراقبت‌های اولیه.

خدمات داشته باشند؛ بلکه باید از طریق کاهش پرداخت‌های مستقیم، احتمال مواجهه مردم را با هزینه‌های کمرشکن کاهش دهند. امروزه با اجرای برنامه طرح تحول سلامت در کشورمان به عنوان یک هدف مطلوب و رضایت بخش سیاست‌های سلامت پذیرفته شده است.

پیشینه خارجی

دوکران و همکاران پژوهشی در زمینه راهکارهای تامین مالی پایدار در حیطه خدمات درمانی بیماران مشکلات ذهنی و روانی در کشور آفریقای جنوبی به انجام رساندند [۷]. در این مطالعه از رویکرد تحلیل موقعیت و اطلاعات مستخرج از مصاحبه استفاده گردید. پژوهشگران این‌گونه بیان می‌کنند که در کشور آفریقای جنوبی یکپارچگی معناداری میان خدمات درمانی به بیماران دچار مشکلات روانی و خدمات عمومی بهداشت و سلامت وجود نداشته و بدین سبب نیاز است تا راهکارهای کسب منابع مالی پایدار در این حیطه بررسی گردد. از این رو جهت گردآوری داده‌ها، از رویکرد تحلیل موقعیت در کنار انجام مصاحبه‌های کیفی با دسته‌ای از خبرگان حوزه سلامت آن کشور استفاده گردید. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، مهمترین و کلیدی‌ترین استراتژی‌ها جهت تامین مالی پایدار در این بخش شامل افزایش تمرکززدایی از منابع مربوط به خدمات اصلی و اجتماعی در حوزه سلامت روان، یکپارچه سازی موثر خدمات سلامت روان در سیستم ملی بیمه سلامت، واگذاری بودجه هزینه شده برای حمایت از بیماران دارای مشکلات روانی و ذهنی از طریق مزایده یا مناقصه و تامین کمک هزینه مشروط سلامت روان و نهایتاً کسب اطمینان از نتایج و خدمات ارائه شده به بیماران از طریق بخش‌بندی و بررسی مناطق مختلف مبتنی بر بازرسی خدمات و هزینه‌های انجام شده بود.

چیشولم و همکاران پژوهشی در زمینه چالش‌ها، فرصت‌ها و استراتژی‌های تامین مالی در بخش سلامت روان در کشورهای سطح درآمد پایین و متوسط انجام دادند [۸]. این پژوهش بیان می‌دارد که پوشش فعلی خدمات سلامت روان در کشورهای فوق بسیار محدود بوده و نه تنها در دسترسی به خدمات بلکه در حیطه حمایت مالی از افراد نیازمند به مراقبت و درمان نیز این محدودیت

حاضر از خبرگان حاضر در مصاحبه، ۹ سوال کلیدی در کنار ۳ سوال بنیادین پرسیده شده است.

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

با توجه به ماهیت اکتشافی پژوهش، در راستای گردآوری داده‌های مورد نیاز در فاز کیفی پژوهش از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. خبرگان دارای تجربه و تخصص در بخش دولتی و فعال در بخش سلامت کشور و به خصوص دارای تجربه در زمینه حضور در فعالیت‌های سیاست‌گذاری حوزه سلامت بودند. بدین ترتیب، از میان خبرگان در مجموع ۱۲ خبره در فرایندهای گردآوری داده‌های کیفی از طریق مصاحبه حضور یافتند.

اعتبار و پایایی مطالعه کیفی

در پژوهش حاضر برای سنجش اعتبار ابزار کیفی از روش اعتبار تفسیری استفاده شد. در این مطالعه از روش بازخورد مشارکت‌کننده استفاده شد. ابتدا پس از انجام مصاحبه برداشت مصاحبه‌گر به مشارکت‌کننده توضیح داده شد و به این صورت موارد اشتباه اصلاح شد. پس از انجام مصاحبه‌ها و پیاده‌سازی، دوباره مصاحبه‌ها به مشارکت‌کنندگان ارسال شد و بازخوردها جمع‌آوری گردید و مصاحبه‌ها نهایی گردید.

در چند مصاحبه صورت گرفته، برای بهبود اعتبار توصیفی از دو مصاحبه‌کننده استفاده شد که در کنار پژوهشگر اقدام به ثبت و توصیف مصاحبه‌ها نمودند. همچنین به عنوان ناظر خارجی مصاحبه‌ها را تحت نظر قرار داده و توصیفات خود را ارائه دادند تا داده‌های جمع‌آوری شده توسط مصاحبه‌کننده‌ها تایید شوند.

در این مطالعه برای بررسی پایایی یا قابلیت اعتماد، از روش بازبینی در زمان کدگذاری و بررسی توسط فرد مطلع دیگر استفاده می‌گردد تا از صحت کدگذاری اطمینان حاصل شود. همچنین همان‌طور که توضیح داده شد در مصاحبه‌ها از یک فرد دیگر به عنوان مصاحبه‌گر دوم به صورت موازی استفاده شد و داده‌ها با هم مقایسه شد و بر اساس این دو راهکار پایایی ابزار استفاده شده در مطالعه کیفی مورد تایید قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل نتایج با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون یا تم و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA انجام گرفت. روش‌های مختلفی برای تحلیل مضمون وجود دارد که هر

شکل و همکاران نیز در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر قوانین مالی بر سیاست‌های سلامت در کشورهای هلند و ایالات متحده پرداختند [۱۰]. در این مطالعه قوانین مالی که ایالات متحده و هلند از سال ۲۰۱۰ به تصویب رسانده‌اند و تاثیر آنها بر سیاست مراقبت‌های بهداشتی بررسی شده است. تجزیه و تحلیل نشان داد که قوانین مالی می‌تواند در جیره‌بندی مراقبت‌های بهداشتی تاثیر بگذارد. در بازه زمانی مورد بررسی، به نظر می‌رسد که مقررات مالی تاثیر بیشتری بر برون‌داد بودجه نسبت به فرآیند بودجه داشته است. بودجه‌ریزی تعهدات بهداشتی نیاز به یک رویکرد جامع و متناسب دارد و ترکیب قوانین سنتی ممکن است کاملاً به پیچیدگی‌های سیاست مراقبت‌های بهداشتی پاسخ ندهد.

روش‌شناسی تحقیق

مطالعه حاضر به لحاظ فلسفه پژوهش در دسته پژوهش‌هایی مبتنی بر پارادایم تفسیری و به لحاظ جهت‌گیری پژوهشی مطالعه‌ای کاربردی-توسعه‌ای با رویکرد پژوهش استقرایی و به لحاظ روش تحلیل داده‌ها مطالعه‌ای کیفی که در راستای دستیابی به آگاهی و شناخت در زمینه عوامل متنوع دخیل در مدل پژوهش از رویکرد کیفی (مصاحبه نیمه ساختار یافته و تحلیل تم) می‌باشد. همچنین مطالعه حاضر به لحاظ راهبرد کلی پژوهش، مطالعه‌ای پیمایشی و نیز پژوهشی موردی (که هدف کلی این مطالعه توصیفی-اکتشافی است) می‌باشد. فرایند اکتشاف در این مطالعه مبتنی بر رویکرد کیفی می‌باشد.

روش و ابزار گردآوری داده‌ها

برای گردآوری اطلاعات مربوط به پیشینه ادبیات تحقیق از روش کتابخانه‌ای استفاده گردید. به علاوه از روش میدانی نیز به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز استفاده شد. در این زمینه ابزار مصاحبه نیمه‌ساختار یافته در فاز کیفی مورد استفاده قرار گرفت. زیرا پژوهشگر به دنبال شناسایی اجزا و ابعاد پدیده‌ای است که نتوانسته در میان ادبیات موجود بدان‌ها دست پیدا نماید. مصاحبه نیمه ساختار یافته در جهت شناسایی علل و عوامل اثرگذار بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت شکل گرفت. در این زمینه در پژوهش

جدول ۱ - فرایند پیاده‌سازی تحلیل مضمون (تم)

مرحله	گام	اقدام
تجزیه و توصیف متن	ایجاد کدهای اولیه و کدگذاری	• مکتوب کردن داده‌ها
		• مطالعه اولیه و مطالعه مجدد داده‌ها
		• نوشتن ایده‌های اولیه
		• پیشنهاد چارچوب کدگذاری و تهیه قالب مضامین
		• تفکیک متن به بخش‌های کوچک‌تر
		• کدگذاری ویژگی‌های قابل توجه داده‌ها
		• تطبیق دادن کدها با قالب مضامین
		• استخراج مضامین از بخش‌های کد گذاشته متن
		• پالایش و بازبینی مضامین
		• بررسی و کنترل همخوانی مضامین با کدهای مستخرج
تشریح و تفسیر متن	ترسیم شبکه مضامین	• مرتب کردن مضامین
		• انتخاب مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر
		• ترسیم نقشه مضامین
		• اصلاح و تأیید شبکه مضامین
تحلیل شبکه مضامین	تعریف و نام‌گذاری مضامین	• تعریف و نام‌گذاری مضامین
		• توصیف و توضیح شبکه مضامین
		• تلخیص شبکه مضامین و بیان مختصر و صریح آن
		• استخراج نمونه‌های قابل توجه داده‌ها
ترکیب و ادغام متن	تدوین گزارش	• مرتبط کردن نتایج تحلیل با سؤالات تحقیق و مبانی نظری
		• نوشتن گزارش علمی و تخصصی از تحلیل‌ها
		• نوشتن گزارش علمی و تخصصی از تحلیل‌ها



بهداشت با تخصص‌های پزشکی و مدیریت، دو مدیرکل، دو معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه، دو مشاور معاون توسعه وزیر بهداشت و نیز مدیر مالی و بودجه دانشگاه بودند. پنج نفر از خبرگان دارای تخصص‌های پزشکی بالینی و هفت نفر تحصیلات در رشته‌های علوم مدیریت داشتند. علت انتخاب این افراد توانمندی و تسلط آن‌ها بر موضوع سیاست‌های حوزه تامین مالی پایدار در بخش سلامت و علل و عوامل اثرگذار بر آن به خصوص آشنایی ایشان با چیستی این سیاست‌ها و نقش شفافیت عملکردی در حوزه تامین مالی بخش سلامت بود. در این زمینه پژوهشگر تلاش داشت تا با خبره‌ترین این افراد ترتیب انجام مصاحبه داده شود. در این زمینه دو معیار کلی که از سوی پژوهشگر مورد توجه قرار داشت عبارت بودند از نخست سطح تجربیات کاری و سوابق اجرایی افراد و دیگری میزان تحصیلات ایشان به خصوص تناسب میان تحصیلات و حوزه کلی پژوهش که همان مباحث سیاست‌گذاری در بخش سلامت می‌باشد. نتایج حاصل از یافته‌های تحقیق در جدول ۲ ارائه شده است. در مجموع

یک از آن‌ها، فرایندهای خاصی را دنبال می‌کند. در این زمینه پژوهش حاضر رویکرد متداول این روش را مبتنی بر مطالعه کینگ و هاروکس (۲۰۱۰) معرفی می‌نماید. این فرایند تحلیل مضمون در قالب سه مرحله، شش گام و بیست اقدام می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۱ آمده است فرایند کامل تحلیل مضمون را می‌توان به سه مرحله کلان تقسیم نمود که عبارتند از تجزیه و توصیف متن، تشریح و تفسیر متن، و ادغام و یکپارچه کردن مجدد متن. در حالی که همه این مراحل با تفسیر و تحلیل همراه است اما در هر مرحله از تحلیل، سطح بالاتری از انتزاع به دست می‌آید.

یافته‌ها و نتایج

ویژگی‌های پایه خبرگان

حدود ۹۱ درصد خبرگانی که در این پژوهش مشارکت داشتند مرد و اکثریت آن‌ها دارای سابقه کاری بالای ۲۰ سال در بخش اداری-مالی حوزه درمان و سلامت در سطح استانی و ملی بودند. در بین خبرگان دو معاون وزیر

جدول ۲ - ابعاد و مولفه شناسایی شده

تعداد ارجاع	مؤلفه	بعد
۵۵	همگرایی وهم افزایی متولیان سلامت	عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت
۱۹	مشارکت مردمی و شهروندمداری	
۳۲	اصلاح و ارتقاء صندوق های بیمه ای	
۱۷	راهبردهای تامین مالی سلامت	مدیریت مالی نوین، بودجه بندی و راهبردها
۱۴	برنامه ریزی و بودجه ریزی عملیاتی	
۲۲	مدیریت مالی نوین در بخش سلامت	
۵۶	تعرفه مبتنی بر قیمت تمام شده	
۳۳	سیستم های اطلاعاتی یکپارچه مالی	
۱۹	سامانه های اطلاعات مالی هوشمند	فناوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه
۸	پرونده الکترونیک سلامت و نسخه نویسی آنلاین	
۴۰	مدیریت مصرف منابع	
۹	طرح توجیهی و امکان سنجی اقتصادی و خرید متمرکز خدمات	مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت
۱۶	استقرار نظام انگیزشی	
۱۹	توانمند سازی و جانشین پروری مدیران و کارکنان	
۳۶	اصلاح، ارتقاء و پایبندی به قوانین و مقررات مالی	
۴۹	اصلاحات ساختاری، انسانی و کاهش بروکراسی اداری	
۲۱	نظام ارجاع، سطح بندی و اجرای پزشک خانواده	
۱۱	شفافیت در تصمیم سازی و تصمیم گیری مالی	
۲۱	شفافیت فرایندها	
۴۳	شفافیت عملیات و اطلاعات منابع مالی و بودجه ای	
۵۲	شفافیت اقتصادی و مالیاتی	
۳۵	پایش عملکرد مالی، بودجه و پاسخگویی به ذینفعان	
۶۲۷	کل تعداد ارجاع	

۶۲۷ کد شناسایی شد که در پنج طبقه اصلی زیر قرار گرفتند:

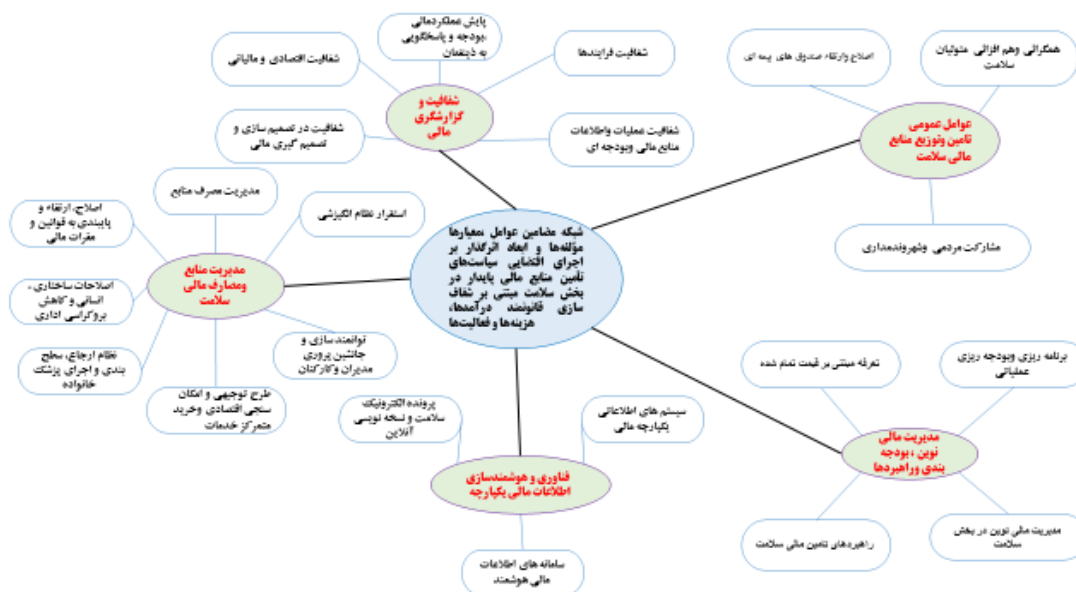
- ۱) عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت؛
- ۲) مدیریت مالی نوین، بودجه بندی و راهبردها
- ۳) فناوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه
- ۴) مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت
- ۵) شفافیت و گزارشگری مالی سلامت

کدهای شناسایی شده در نهایت در پنج طبقه اصلی و ۲۲ طبقه فرعی قرار گرفتند.

شبکه مضامین:

بر اساس یافته های تحقیق در مجموع شبکه مضامین شامل عوامل، مولفه ها و ابعاد اثرگذار بر اجرای اقتصادی سیاست های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت در قالب پنج مضمون فراگیر سطح اول (فوق الذکر) و ۲۲





شکل ۱ - شبکه مضامین

بخش سلامت انجام گرفت تا نقش و اثر هر یک از عوامل شناسائی شده را نشان دهد.

طبق یافته‌های تحقیق اولین طبقه شناسایی و استخراج شده در مطالعه حاضر بعد عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت با مولفه‌هایی از قبیل همگرایی و هم‌افزایی متولیان سلامت، مشارکت مردمی و شهروندمداری و اصلاح و ارتقا صندوق‌های بیمه‌ای بود. در مقوله اصلاح و ارتقا صندوق‌های بیمه‌ای ارائه شفاف عملکرد سهم منابع درمان از کسور بازنشستگی و ایجاد وحدت رویه در صندوق‌های بازنشستگی و بیمه‌ها از اهم مواردی بود که می‌تواند در حوزه عدالت در تامین مالی پیامدهای مثبت و قابل ملاحظه‌ای را به همراه داشته باشد. همسو با نتایج این تحقیق، نتایج تجمیع در کره جنوبی نشان داده سهم پرداخت از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت از ۶۳ درصد در سال ۱۹۸۳ به ۳۸ درصد در ۲۰۰۴ کاهش یافته است [۱۱]. هزینه‌های پرداخت از جیب ترکیه در سال ۲۰۰۶ یعنی ۳ سال بعد از اجرای برنامه با ۱۹ درصد از کل هزینه‌های سلامت نسبتاً پایین بود. همچنین در خصوص پایداری تامین مالی و کارایی انباشت خطر در حوزه تامین مالی نیز، پرداخت کننده واحد از ارجحیت بیشتری برخوردار است. با تجمیع، جمع‌آوری مشارکت‌ها با دیگر صندوق‌های

مضمون سازمان دهنده سطح دوم و ۳۵۶ مضمون پایه (شکل ۱) قرار گرفته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

بخش بسیار مهمی از مدیریت بهینه سیستم سلامت، بستگی زیادی به کارکردها و اجزای نظام سلامت کشور دارد. چگونگی ارتباط کارکردها و اجزای سیستم سلامت با یکدیگر موضوعی کلیدی می‌باشد. اجزای نظام سلامت در ارتباط با کارکردهای این نظام تعریف می‌شوند. نحوه ارتباط و تعامل این اجزا با یکدیگر و همین‌طور ارتباط این اجزا در درون خودشان، نهایتاً برون‌داد سلامت جامعه را شکل خواهد داد. در صورت عدم هماهنگی و تعامل مناسب این عناصر، میزان سیاست‌پذیری نظام سلامت نیز کاهش پیدا خواهد کرد و در این شرایط، اجرای سیاست‌های صحیح برای اصلاح نظام سلامت مقدور نخواهد بود. عمده مسئله موجود نحوه ارتباط و تعامل آنها با یکدیگر است. محدوده‌ی وظایف و اختیارات هر کدام از این‌ها تعریف گردیده و طبیعتاً هر کدام در چارچوب وظایف و اختیارات خود و در تعامل با هم عمل و در نهایت حرکت کلی نظام سلامت را تعیین می‌کنند. در کنار اهمیت ارتباط و تعامل هر یک از اجزای نظام سلامت پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل موثر بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در

تامین اجتماعی یکپارچه خواهد شد. در سیستم بیمه واحد، جمع‌آوری حق بیمه‌ها بسیار کارتر از جمع‌آوری مشارکت‌ها توسط هر کدام از آژانس‌های بیمه و سیستم پراکنده خواهد بود [۱۲]. به علت تفاوت‌های ساختاری بین نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف، مقایسه و ارزیابی تاثیرات جدایی خریدار از فروشنده بر نظام سلامت دشوار است [۱۳]. در ایران نیز با جدایی خریدار از فروشنده به علت عدم هماهنگی میان دو وزارتخانه و عدم اعتماد بین آنها عملاً چنین سیاستی مشکلات و چالش‌های زیادی برای اجرای برنامه‌های اصلاحی و تولید نظام سلامت ایجاد کرده است و جایگاه بیمه‌ها در طول سالیان قبل همیشه مورد بحث و جدل بین کارشناسان دو وزارتخانه بوده است. همیشه هم تلاش‌ها و دست‌های پشت پرده در جهت انتقال بیمه‌ها به وزارت بهداشت موانع و تردیدهایی را در مورد اجرای تجمیع بیمه‌ها ایجاد کرده است و باعث شده است کارشناسان بیمه سلامت به دیده تردید به موضوع تجمیع صندوق‌ها نگاه کنند. چنین اقدامات پشت پرده باعث شده است که وزارت رفاه و کارشناسان بیمه موضع دفاعی در برابر تجمیع به خود بگیرند و با عدم اجرای تجمیع به عنوان مقدمه انتقال آنها به وزارت بهداشت مانع اجرای چنین برنامه‌ای شوند [۱۳]. همچنین مقوله دیگر، همگرایی و هم‌افزایی متولیان سلامت در تامین مالی شامل توسعه و تقویت پوشش همگانی سلامت و توسعه عدالت اجتماعی و بهبود دسترسی مردم به خدمات از اهم موارد آن بود. در خصوص تامین مالی نتایج سایر کشورها نیز حاکی از اهمیت این مولفه دارد. در تایلدن نیز چالش‌های بلند مدت تامین مالی که قرار بود از طریق بودجه عمومی و مالیات تامین مالی شود به یکی از نگرانی‌های کارشناسان در وزارت مالی تبدیل شد. آنها بر این عقیده بودند که معرفی طرح پوشش همگانی به افزایش بدهی‌های عمومی که از قبل نیز بالا بودند منجر خواهد شد [۱۴]. در ترکیه نیز ثبات اقتصادی و رشد سریع درآمد ملی که در سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۲ به دست آمد فضای مالی لازم را فراهم کرد تا دولت در بخش‌های اجتماعی سرمایه‌گذاری کند. همزمان با رشد اقتصادی دولت ترکیه توانست هزینه‌های سلامت را افزایش دهد و در بخش سلامت سرمایه‌گذاری کند و از طرف دیگر هم سرمایه‌گذاری

بخش خصوصی در سلامت در حال افزایش بود. در کنار رشد پایدار در درآمد ملی، قوانین و روش‌های جدید برای بهبود جمع‌آوری مالیات، سیاست‌های اقتصادی متعادل باعث افزایش در اخذ مالیات، کاهش تورم و کاهش بیکاری شد. افزایش درآمدهای مالیاتی دولت، فرآیندهای خصوصی‌سازی و سرمایه‌گذاری خارجی این امکان را فراهم آورد که دولت از درآمدهای بودجه عمومی پوشش کارت سبز را توسعه دهد و طرح بیمه یکپارچه سلامت عمومی را ایجاد کند [۱۵].

طبق یافته‌های تحقیق دومین طبقه شناسایی شده بعد مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت شامل مولفه‌هایی از قبیل مدیریت مصرف منابع، طرح توجیهی و امکان‌سنجی اقتصادی و خرید متمرکز خدمات، استقرار نظام انگیزشی، توانمند سازی و جانشین پروری مدیران و کارکنان، اصلاح، ارتقاء و پایبندی به قوانین و مقررات مالی، اصلاحات ساختاری، انسانی و کاهش بروکراسی اداری و نظام ارجاع، سطح بندی و اجرای پزشک خانواده بود. در واقع اجرایی شدن سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت تابع شرایط متفاوت و مختلفی از جمله توجه به مقوله مدیریت مصرف منابع مالی می‌باشد که در همین راستا اصلاح و ارتقا فرآیندهای جذب و بکارگیری نیروی انسانی و تعمیر و نگهداشت تجهیزات پزشکی از اهم مواردی بود که در یافته‌های تحقیق بدان اشاره شده بود. از آنجا که غالب منابع مالی سازمان صرف هزینه‌ها و پرداخت‌های نیروی انسانی می‌شود، توجه به مقوله نیروی انسانی نقش مهمی در کارایی و بهره‌ور کردن نظام‌های سلامت برای ارائه موثر خدمات دارد و این امر نیازمند بهره‌گیری از الگوهای اقتصادی و مدیریتی کارآمد و مناسب و علمی می‌باشد. توزیع نامناسب و انباشت نیرو و جذب و بکارگیری نیروی مازاد و غیرکارآمد کارایی خدمات سلامت را دچار چالش جدی و موجب مصرف بی‌رویه و اتلاف منابع می‌نماید. در همین طبقه در راستای مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت مقوله توانمندسازی و جانشین‌پروری مدیران و کارکنان می‌باشد که اهم موارد آن بحث آموزش مهارتی و تقویت دانش فنی کارکنان مالی و بودجه بخش سلامت و تربیت و آموزش مستمر کارکنان بویژه مدیران برای مدیریت کردن درست می‌باشد. در خصوص اهمیت آموزش، لازم

است تا تدوین سرفصل‌های مناسب و توسعه منابع آموزشی جهت آموزش دانش و مهارت مالی مدیران بیمارستانی در دستور کار مراجع مربوطه قرار گیرد. همچنین ضرورت دارد ابزاری مناسب مبتنی بر نتایج این تحقیق برای سنجش دانش و مهارت مالی مدیران بیمارستانی و تعیین نقاط قوت و ضعف آنها، به منظور آموزش هدفمند و نیز به عنوان یکی از الزامات انتخاب مدیران بیمارستانی، تهیه و تدوین گردد. کسب مهارت‌های مالی در اثر تجربه و آن هم بدون آموزش می‌تواند تاوان سنگینی برای سازمان داشته باشد. بنابراین بهتر است یادگیری و کسب مهارت‌های مالی با آموزش و نه صرفاً بر مبنای تجربه باشد. از این رو تحت آموزش قرار گرفتن مدیران سازمان به صورت دوره‌ای با برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت مورد توصیه محققین است [۱۶].

طبق یافته‌های تحقیق سومین طبقه شناسایی شده بعد مدیریت مالی نوین، بودجه‌بندی و راهبردها، مولفه‌هایی از قبیل راهبردهای تامین مالی سلامت، برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی عملیاتی، مدیریت مالی نوین در بخش سلامت و تعرفه مبتنی بر قیمت تمام شده بود. در حوزه برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی عملیاتی، احیای رویکرد برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی عملیاتی دانشگاه‌ها و واحدهای تابعه، طراحی صورت‌های مالی پیش‌بینی وزارتتی- دانشگاهی طراحی صورت‌های مالی پیش‌بینی تلفیقی، طراحی صورت‌های مالی پیش‌بینی استاندارد، طراحی تفاهم‌نامه داخلی استاندارد بین ستاد دانشگاه و واحدهای غیر مستقل، طراحی جدول بازه‌های زمانی استاندارد عملیات مالی و بودجه دانشگاه، تهیه برنامه عملیاتی دانشگاه مبتنی بر برنامه استراتژیک، انجام محاسبات و تولید پیش‌نویس صورت‌های مالی، پیش‌بینی استاندارد یا تفاهم‌نامه توسط دایره حسابداری مدیریت امور مالی از جمله معیارهای اصلی این مدل است. در مطالعه‌ای که توسط فاطمی [۱۷]، نجفی و احمدخانی [۱۸]، سعیدا اردکانی [۱۹]، صفایی [۲۰]، حسن‌آبادی و نجارصراف [۲۱] پورزمانی و نادری [۲۲] انجام شد، بر ضرورت توجه به بودجه‌ریزی عملیاتی و حرکت به این سمت و با در نظر گرفتن زیرساخت‌های موجود در بخش عمومی تاکید کردند.

طبق یافته‌های تحقیق چهارمین طبقه شناسایی شده موثر بر تامین مالی پایدار نظام سلامت، بعد فناوری و هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه بود. این طبقه شامل مولفه سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه مالی، سامانه‌های اطلاعات مالی هوشمند و پرونده الکترونیک سلامت و نسخه نویسی آنلاین بود. اگرچه در حوزه فناوری‌های اطلاعات مالی و هوشمندسازی قدم‌هایی برداشته شده، با این حال هنوز آن گونه که باید این امر محقق نشده است. دسترسی به اطلاعات سودمند برای تخصیص منابع و تصمیم‌گیری‌ها مالی بسیار حائز اهمیت است [۲۳]. شناسایی نسبت‌های مالی منتخب استاندارد برای بخش سلامت، باعث ایجاد وحدت رویه در گردآوری و تحلیل داده‌های روتین و مستند می‌شود. به همین دلیل در نظام جامع بسیار به این مهم پرداخته شده است چراکه اگر هدف غایی یعنی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد ایجاد نشود عملاً تمام کارهایی که کرده‌ایم بی‌نتیجه بوده است. بر همین اساس در نظام جامع ارزش ویژه‌ای برای این بعد قائل هستیم [۲۴، ۲۵]. طراحی و روزرسانی سازوکارهای گزارشگری تحت وب با رویکرد "گزارشگری برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد" و نیز طراحی و یکسان‌سازی نحوه و شکل گزارشگری مالی با رویکرد "گزارشگری برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد"، طراحی چارچوب ادغام و استانداردسازی نرم‌افزارهای متداول بخش سلامت اعم از HIS، MIS و نرم‌افزارهای مالی، اداری، تشکیلات و عملیاتی با رویکرد "ورود داده‌ها یک بار و در یک زمان و در یک مکان"، پایش عملکرد، برقراری سازوکار ارتباط بین پایش عملکرد و تخصیص منابع (شاخص‌های عملکردی خروجی نظام نوین مالی)، پیشنهاد تعرفه‌ها متناسب با هزینه تمام شده، شناسایی و اعلام موارد درآمد و هزینه‌های غیر متعارف و مستند سازی و انتشار دستاوردهای نظام نوین مالی از ابعاد بسیار اثرگذار این بخش از مدل می‌باشد.

طبق یافته‌های تحقیق پنجمین طبقه شناسایی شده بعد شفافیت در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مالی، مولفه‌هایی از قبیل شفافیت و گزارشگری مالی سلامت، شفافیت فرایندها، شفافیت عملیات و اطلاعات منابع مالی و بودجه‌ای، شفافیت اقتصادی و مالیاتی و پایش عملکرد مالی، بودجه و پاسخگویی به ذینفعان بود. مطالعات نشان

می‌دهد که در حوزه تامین مالی پایدار برای نظام سلامت کشور، خلاء قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد. آنچه به عنوان محدودیتی عمده شناسایی شد، روش اجرا و تعهد به قوانین می‌باشد که چالش اساسی در ارتباط با حفاظت مالی ایجاد کرده است و رفع آن مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذی‌نفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا و انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت‌ها می‌باشد.

همچنین وجود قوانین نظارتی بالادست بر اجرا نیز دارای اهمیت ویژه است و در نهایت نیاز است که سیاست مورد نظر ارزشیابی و اثرات آن پیگیری گردد [۲۶]. ایجاد احساس مسئولیت، شفافیت و اعتماد، انعطاف‌پذیری و نوآوری می‌تواند به بهبود روابط بین‌بخشی بیانجامد [۲۷]، [۲۸]. در هر دو مرحله تصویب و اجرای قوانین، وجود ارتباطات بین‌بخشی میان وزارتخانه‌های مختلف مانند وزارت بهداشت و وزارت امور اقتصادی و دارایی، وزارت صنعت، معدن و تجارت و سازمان برنامه و بودجه در جهت ایجاد یک ائتلاف موافق و جلب حمایت سیاسی دارای اهمیت است که البته دستیابی به آن خود یک چالش بزرگ است. به‌طور مثال در کشور تاکنون ۴ سازمان که نقش عمده‌ای در تامین مالی ارتقا سلامت و خدمات پیشگیری بازی می‌کنند عبارتند از وزارت سلامت عمومی، اداره امنیت سلامت ملی (دولت‌های محلی)، صندوق‌های بیمه سلامت تامبون و بنیاد ارتقا سلامت تاکنون [۲۹].

طبق یافته‌های پژوهش، پس از استخراج کدهای فرعی و تعیین مولفه‌ها و ابعاد اثرگذار بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت ناشی از مطالعات کیفی، اقدام به اعتبارسنجی عوامل با دلفی گردید. در مجموع در دو راند اول و دوم از تعداد ۱۰۵ عامل استخراج شده، در نهایت ۵۱ عامل اعتبارسنجی شده در ذیل مولفه‌ها و ابعاد شامل هوشمندسازی اطلاعات مالی یکپارچه؛ شفافیت و گزارشگری مالی سلامت؛ مدیریت مالی نوین، بودجه بندی و راهبردها؛ مدیریت منابع و مصارف مالی سلامت؛ عوامل عمومی تامین و توزیع منابع مالی سلامت می‌باشد. بر همین اساس نتیجه می‌گیریم وزارت بهداشت به عنوان تولیت نظام سلامت ضمن تعامل با صندوق‌های بیمه

اجتماعی درمان و نهادهای قانونی و سازمان‌های مردم نهاد، به ترتیب از بین عوامل اعتبارسنجی شده ذیل مولفه‌ها و ابعاد از شش عامل محاسبه قیمت تمام شده خدمات، استاندارد کردن کدینگ دارو و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی و اتصال به HIS و مالی، اصلاح و ارتقاء فرآیندهای جذب و بکارگیری نیروی انسانی، طراحی و اجرای درست و شفاف فرآیندهای مالی و بودجه، بهره‌گیری از داشبورد هوشمند برای تصمیم‌گیری مدیران، توزیع اعتبار براساس شاخص، بعنوان مهمترین عوامل تاثیرگذار بر اجرای اقتضایی سیاست‌های تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت استفاده نماید.

بر همین اساس پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت:

(۱) با استقرار کامل مراحل نظام نوین مالی و اتصال مراکز هزینه به سیستم قیمت تمام شده با تولید نرم‌افزار قیمت تمام شده نسبت به احصای قیمت تمام شده خدمات اقدام نماید.

(۲) با یکپارچه‌سازی اطلاعات مالی و تبادل اطلاعات بین سامانه‌ها و نرم‌افزارها از طریق تعریف کدینگ استاندارد واحد و ایجاد زبان مشترک بین آنها و بصورت مکانیزه اقدام نماید.

(۳) با یک کار مشترک بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت با تعریف مجدد فرآیندهای جذب و بکارگیری و توزیع نیروی انسانی با رعایت مکانیزم‌های داخلی هر دانشگاه اقدام نماید.

(۴) با بازبینی در سیستم‌های مالی از بدو ورود جریان منابع و نقدینگی تا ارائه صورت‌های مالی حسابرسی شده و تصویب و تخصیص بودجه و عقد تفاهم‌نامه داخلی بودجه نسبت به ارتقاء فرآیندها و ایجاد شفافیت در توزیع و تخصیص منابع اقدام نماید.

(۵) بر اساس نقشه راه حوزه فناوری اطلاعات و ارتباطات و برای ایجاد انسجام و وحدت رویه در حوزه IT، نخستین پروتکل‌های مورد نیاز حوزه سلامت در زمینه نرم‌افزارها و سامانه‌ها را برای استفاده دانشگاه‌ها و شرکت‌های تولید کننده نرم‌افزار و ابلاغ نماید. با استفاده از تجارب دانشگاه‌ها در زمینه راه‌اندازی سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستان (HIM) برای بهره‌گیری از اطلاعات برخط، بموقع و قابل اتکا جهت تصمیم‌گیری مدیران، نسبت به

12) Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012; 380(9845):933-43.

13) Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser-provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. *Health Policy and Planning*. 2015; 30(10):1261-1271.

14) Hsiao W, Shaw RP. Social health insurance for developing nations. The World Bank; 2007. ISBN: 978-0-8213-6949-4

15) Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013; 382(9886):65-99.

16) Ranjbar Jamalabadi HR, Moeinaddin M, Heirani F. Identifying dimensions and components affecting the financial knowledge and skills required by hospital managers by using the phenomenological approach. *The Journal of Toloobehdasht*. 2023; 22(1):104-115.

17) Fatemi M. Accrual accounting and operational budgeting in public sector. *Hesabras*. 2011; 3(55):131-132.

18) Najafi M, Ahmadkhani A. The advantage of using operational budgeting on governmental organization. *Management Science Letters*. 2012; 2(1):101-106.

19) Saeida Ardekani S, Shahi T, Farjam R, Mousa Nejad F. Operational budgeting and its challenges in Iran. *Certified Public Accountant*. 2010; 8(Special Issue):141-146.

20) Safaei A. Operational budget and infrastructure requirements. *Journal of Auditor*. 2007; 9(37):48-49.

21) Hasanabadi M, Najar Saraf A. Comprehensive model of operational budgeting. *Industrial Research and Training Center of Iran*. Tehran; 2007.

22) Poorzamani Z, Naderi B. A review of the barriers to implementing operational budgeting in Iranian free trade-industrial zones. *Health Accounting*. 2012;1(1):1-16.

23) McPhee I. Financial management in the public sector: how accrual accounting enhances governance and accountability. CPA Australia Public Sector Finance and Management Conference. Australian National Audit Office. 2006. Available from: https://www.anao.gov.au/sites/default/files/McPhee_financial_management_in_the_public_sector_2006.pdf

24) Governmental Accounting Standards Board. Statement No. 34. Basic financial statements—and management's discussion and analysis—for state and local governments.

راه‌اندازی آن در تمام بیمارستان‌ها با مدیریت واحد و متمرکز از سوی وزارت بهداشت اقدام نماید.

منابع:

1) Tadayon M, Moradi T. I.R. Iran health system financing sustainability; its situation, indicators, and solutions to explain the article 10 of general health policies. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2019; 2 (3):307-325.

2) Rasuoliyan M. Relying on the insured, strategies for financing health insurance in Iran. *Journal of Strategic Management Research*. 2016; 22(62):135-152.

3) Maher A, Ahmadi AM, Shokri Jamnani A. Survey of different approaches to health system financing in the selected countries during the period 1998-2004 and introducing new financing mechanisms for Iran. *Quarterly Journal of Economic Research*. 2008; 8(1):115-149.

4) Rajabpour H, Zare H. Comparative study of general health insurance system in selected countries and providing a proper plane. *Jopurnal of Social Security Organization*. 2008; 8:79-104.

5) Doshmangir L, Azimzadeh S. A comparative study of health financing frameworks. *Health System Research*. 2018; 14(2):142-152.

6) Ameri H. Equity in health financing with an emphasis on catastrophic health expenditure. *Management Strategies in Health System*. 2018; 3(3):165-167.

7) Docrat S, Lund C, Chisholm D. (2019). Sustainable financing options for mental health care in South Africa: findings from a situation analysis and key informant interviews. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019; 13:4. doi: 10.1186/s13033-019-0260-4

8) Chisholm D, Docrat S, Abdulmalik J, et. al. Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low-and middle-income countries: findings from the Emerald project. *BJPsych open*. 2019; 6;5(5):e68. doi:10.1192/bjo.2019.24.

9) Lim, J. Sustainable health care financing: the Singapore experience. *Global Policy*. 2017; 8(S2):103-109.

10) Schakel HC, Wu EH, Jeurissen P. Fiscal rules, powerful levers for controlling the health budget? Evidence from 32 OECD countries. *BMC public health*. 2018; 18(1):300.

11) World Health Organisation. Community based health insurance schemes in developing countries: facts, problems and perspectives. Geneva: World Health Organization; 2003.

Office of Statewide Reporting and Accounting Policy. 1999. Available from: <https://gasb.org/page/pronouncement?pageId=/standards-and-guidance/pronouncements/summary-statement-no-34.html&isStaticPage=true>

- 25) Abolhallaje M. Financial basics of health care organizations. Tehran: Benfam; 2005.
- 26) Thow AM, Jan S, Leeder S, Swinburn B. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization. 2010; 88:609-14
- 27) Rasanathan K, Bennett S, Atkins V, et al. Governing multisectoral action for health in low-and middle-income countries. PLoS medicine. 2017; 14(4):e1002285.
- 28) Kaiser K, Bredenkamp C, Iglesias R. Sin tax reform in the Philippines: transforming public finance, health, and governance for more inclusive development: The World Bank. 2016.
- 29) Watabe A, Wongwatanakul W, Thamarangsi T, Prakongsai P, Yuasa M. Analysis of health promotion and prevention financing mechanisms in Thailand. Health Promotion International. 2017; 32(4):702-710.

Identification the Effective Factors on the Contingent Implementation of Policies, in order to Provide Sustainable Financial Resources in the Health Sector

Javad Jafari¹, Saeed Sayad Shir Kosh^{1*}, Mehdi Kazempour Dizaji²

- 1) Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
- 2) Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

The provision and expansion of sustainable financial resources is one of the most important functions of any health system in the course of public health coverage and effective services. This study aimed to identify factors affecting the contingency implementation of sustainable financial resources in the health sector. This study was conducted qualitatively by content analysis method in 2022. The samples were selected by purposive sampling method and included 12 experts in the field of financing of the health sector. Using semi-structured interviews, data were collected. The content analysis method and MAXQDA 10 software were used for data analysis. Following of extracting the sub-codes and determining the components and affecting dimensions on the implementation of policies for the provision of sustainable financial resources in the health sector (which were obtained from qualitative studies), the validation of the factors and the prioritization of the approved items were carried out with Delphi.

Totally, among the 105 factors of the first and second rounds, 51 factors were validated under the dimensions and components and selected as the final factors. These topics classified as the integrated financial information technology and intelligence; health financial transparency and reporting; modern financial management; budgeting and strategies; management of health financial resources & expenses; and general factors of providing and distributing health financial resources. According to the most important finding of the study, the Ministry of Health; as a stewardship of health system for providing benefits of stable financial resources; has to interact with social insurance funds, legal institutions and non-governmental organizations. Moreover, among the related components, MOH has to consider and implement the following six influencing factors to provide sustainable financial resources in the health sector. According to highest to lowest importance, these factors are: calculating the cost of services; standardizing the coding of medicine, medical consumables & equipment and merge them into the financial and hospital information system (HIS); modification and improvement of the human resources processes, recruitment and employment; designing and implementing correct and transparent financial and budget processes; using a smart dashboard for managers to make decisions and finally distribution of credits according to the index.

Keywords: Financing, Resource Management, Operational Budgeting

* Corresponding Author:

Saeed Sayad Shir Kosh. Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail address: saeed.sayad@gmail.com