مقاله پژوهشی

مشارکت خیّرین در تأمین مالی نظام سلامت ایران

علی محمد مصدق راد[۱]، مریم تاجور[۲]، فاطمه احتشامی*[۳]

۱- دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲- استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، کارشناس معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

***نویسنده مسئول:** دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، تهران، ایران، تلفن:۸۱۴۵۵۸۳۲ نمابر: ۸۸۰۷۲۹۹۳

پست الکترونیک : fateme.eht@gmail.com

دریافت: ۹۷/۶/۱۰ پذیرش: ۹۷/۸/۲۲

چکیده

مقدمه: *نظام سلامت ایران با افزایش روزافزون هزینه‌ها و کمبود منابع مواجه است. توسعه مشارکت مالی خیّرین یکی از راه‌کارهای تقویت مالی نظام سلامت است. این پژوهش با هدف تبیین نحوه مشارکت خیّرین در تأمین مالی نظام سلامت ایران انجام شد.*

روش کار: *مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۷ به‌صورت کیفی با استفاده از مصاحبه و تحلیل اسناد انجام شد. مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته با ۳۸ نفر از خیّرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. همچنین، قوانین، مقررات و اسناد مربوط به امور خیریه سلامت شناسایی گردید. از روش تحلیل محتوایی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.*

یافته‌ها: *نحوه‌ی مشارکت خیّرین در تأمین مالی نظام سلامت به دو صورت جذب و هزینه‌کرد منابع مالی است. خیّرین سلامت از طریق مؤسسات خیریه سلامت، مجمع خیّرین سلامت، توزیع صندوق کمک مالی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم هدف‌مند، منابع مالی مورد نیاز برای بخش سلامت را جذب می‌کنند. آن‌ها منابع مالی جذب شده را صرف توسعه‌ی فضاهای فیزیکی، تأمین تجهیزات و مواد مصرفی، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان سازمان‌های بهداشتی-درمانی و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌کنند.*

نتیجه‌گیری: *خیّرین نقش به‌سزایی در تأمین مالی، توسعه‌ی منابع، ارائه‌ی خدمات سلامت و حمایت مالی بیماران در نظام سلامت ایران برعهده دارند. بنابراین، سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت با برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، هدایت و نظارت صحیح باید مشارکت خیّرین را هدف‌مند نموده، از موازی‌کاری‌ها و ائتلاف منابع اجتناب کنند.*

گل‌واژگان: *نظام سلامت، تأمین مالی، خیّرین، مطالعه‌ی کیفی، ایران*

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت را شامل سازمان‌ها، افراد و اقداماتی با هدف اصلی ارتقا، بازیابی و حفظ سلامتی مردم می‌داند (۱). نظام سلامت برای دست‌یابی به اهداف تعیین‌شده دارای چهار وظیفه‌ی حاکمیت، تامین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت است (۲). بنابراین، نظام سلامت شامل سازمان‌ها، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاست‌گذاری، تولید منابع، تامین مالی و ارائه خدمات سلامت فردی و عمومی با هدف ارتقا، بازیابی و حفظ سلامتی مردم می‌پردازند (۳).

تامین مالی نظام سلامت، مدیریت و تخصیص درآمدها برای خرید خدمات سلامت است که شامل جمع‌آوری درآمدها، تجمیع ریسک مالی و تخصیص و توزیع منابع مالی در سطوح ملی و محلی است. اهداف سیستم تامین مالی نظام سلامت عبارتند از افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، ارتقای سلامت تعداد بیشتری از مردم، کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی نظام سلامت (۴). بنابراین، سیستم‌های تامین مالی نظام سلامت از طریق تامین منابع مالی برای ارائه‌ی خدمات سلامت، کاهش موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت (کاهش پرداخت مستقیم بیماران) و تخصیص عادلانه و استفاده‌ی کارآمد از منابع مالی، نقش به‌سزایی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارند.

در بسیاری از کشورها از پنج روش درآمدهای عمومی،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

بیمه‌ی سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، پرداخت مستقیم مردم و کمک‌های خیریه برای تامین مالی نظام سلامت استفاده می‌شود (۵). درآمدهای عمومی شامل به‌کارگیری درصدی از درآمدهای عمومی دولت مانند مالیات، فروش منابع طبیعی، عواید گمرکی و استقراض در بخش سلامت است. در بیمه سلامت اجتماعی، هر فرد واجد شرایط (کارکنان و کارگران قانونی) باید عضو سازمان بیمه اجتماعی شده و حق بیمه بپردازد تا از مزایای آن استفاده کند. حق بیمه اجتماعی معمولا بر اساس درامد افراد بوده، میان کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود. در بیمه سلامت خصوصی، یک سازمان بیمه‌ی خصوصی در قبال دریافت حق بیمه از افراد نسبت به بازپرداخت هزینه‌های سلامت آن‌ها اقدام می‌کند (۶). حق بیمه‌ی خصوصی توسط فرد پرداخت می‌شود و ممکن است میان فرد و کارفرمای او تقسیم شده، یا به طور کامل توسط کارفرما پرداخت شود. پرداخت مستقیم، پرداخت توسط بیمار به ارائه‌کننده‌ی خدمت هنگام دریافت خدمات سلامت است. این روش ناکارآمدترین و ناعادلانه‌ترین روش تامین مالی نظام سلامت است. در نهایت، روش کمک‌های مردمی شامل مشارکت مردم محلی یا نهادهای بین‌المللی در پرداخت هزینه‌های سلامت است. این روش، نقش مهمی در تامین مالی نظام سلامت کشورهای با درآمد بسیار پایین ایفا می‌کند.

بنابراین، خیّرین سلامت می‌توانند در تامین مالی نظام سلامت مشارکت داشته باشند. خیّرین بر اساس علاقه‌ی خود می‌توانند به پروژه‌های بهداشت عمومی، واکسیناسیون، آموزش بهداشت، ارتقای سلامت و ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها کمک کنند. بخشش و کمک به هم‌نوعان در فرهنگ ایرانی–اسلامی مردم ایران نهادینه شده است. مشارکت گسترده‌ی مردم در حوزه‌های مختلف رفاهی جامعه از جمله ارائه‌ی خدمات از طریق مؤسسات خیریه، مراکز نگهداری ایتام و بی‌سرپرستان و اطعام در مراسم مذهبی و سوگواری‌ها مشهود است. در دین اسلام به موضوعات وقف، زکات، قرض‌الحسنه و امور خیریه تاکید زیادی شده است. در قرآن نیز به مسلمانان در خصوص بخشش ثروت خود در راه خدا سفارش بسیار شده است. به عنوان مثال، خداوند در آیه ۲۶۱ سوره بقره می‌فرماید: «حکایت آن‌هایی‌که اموال خود را در راه خدا انفاق می‌کنند، حکایت دانه‌ای است که هفت خوشه برویاند و در هر خوشه‌ای صد دانه باشد» (۷). به عبارتی، بخشش و انجام کارهای خیر برای فرد خیر و جامعه اثرات مثبتی به همراه دارد. مطالعات گذشته نشان داده که بخشش و کار خیر موجب شادی و رضایت از زندگی (۹–۸)، کاهش افسردگی (۱۱–۱۰) و افزایش امید زندگی (۱۲) می‌شود.

براساس گزارش صندوق کمک‌های خیریه[1]، کشور ایران در سال ۲۰۱۸ از نظر ایندکس جهانی بخشش[2]، با امتیاز ۴۵درصد در میان ۱۴۴ کشور جهان در رتبه ۲۹ قرار داشته که البته این رتبه در سال ۲۰۱۷ معادل ۱۷ بوده است. ایندکس جهانی بخشش شامل شاخص‌های کمک به فرد ناشناس نیازمند کمک، اهدای پول به خیریه و انجام فعالیت‌های کاری داوطلبانه است. شاید یکی از دلایل این تنزل، شرایط نامناسب اقتصادی مردم در سال‌های اخیر باشد. اندونزی (۵۹٪)، استرالیا (۵۹٪)، نیوزلند (۵۸٪)، آمریکا (۵۸٪) و ایرلند (۵۶٪) در رتبه‌های اول تا پنجم دنیا قرار داشتند. کشورهای میانمار، اندونزی، استرالیا، انگلیس و نیوزلند به ترتیب با ۸۸، ۷۸، ۷۱، ۶۸ و ۶۸درصد، بیش‌ترین سهم مشارکت‌های مردمی در امور خیریه را داشتند. ایران از این لحاظ با ۵۳درصد، رتبه ۲۴ دنیا را به خود اختصاص داد. با این وجود، ایران از نظر جمعیت مشارکت‌کننده در کمک‌های خیریه، با ۳۲ میلیون نفر خیر در زمره‌ی ده کشور اول دنیا قرار داشت (رتبه ۱۰). کشورهای هند، آمریکا و چین با ۱۹۱، ۱۵۸ و ۱۵۶ میلیون نفر در ردیف اول تا سوم دنیا قرار داشتند (۱۳).

بخش سلامت نیز به علت ماهیت فعالیت‌هایش، همواره از کمک خیّرین و مشارکت‌های آن‌ها برخوردار بوده است. امور خیریه در حوزه سلامت از سابقه‌ی تاریخی برخوردار است. به‌طوری‌که اولین بیمارستان‌ها به‌صورت خیریه و موقوفه ساخته شدند. تعداد کل خیّرین سلامت ایران در سال ۱۳۹۴ براساس گزارش مجمع خیّرین سلامت کشور برابر با ۱۳,۱۳۸ نفر بوده که در مقایسه با رقم مشابه سال ۱۳۹۳، حدود ۱۰/۱درصد افزایش داشته است (۱۴). حدود ۸۹۰ موسسه خیریه سلامت تا سال ۱۳۹۶ در کشور در حال فعالیت بودند (۱۵). حداقل ۱۵۰۰ سازمان مردم نهاد سلامت در ایران فعال هستند که این رقم، مؤسسات خیریه سلامت را نیز در بر می‌گیرد (۱۶). مجمع خیّرین سلامت کشور در سال ۱۳۸۸ به‌طور رسمی، به‌عنوان یک سازمان مردم نهاد، فعالیت خود را آغاز کرد. به‌طور کلی، تا سال ۱۳۹۴ رقمی بالغ بر ۴۰ هزار و ۲۸۹ میلیارد ریال توسط خیّرین برای اموری از قبیل احداث بیمارستان، درمانگاه، مرکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی، خانه بهداشت روستایی، اورژانس شهری و بین‌راهی، توسعه و تکمیل و بازسازی مراکز بهداشتی–درمانی و سایر نیازهای حوزه سلامت به مجمع خیّرین سلامت پرداخت شده است (۱۴). براساس گزارش‌های آماری معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، مشارکت خیّرین در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۵ حدود ۱۵,۰۰۰ میلیارد ریال و در سال ۱۳۹۶ حدود ۱۷,۰۰۰ میلیارد ریال بوده است (۱۵).

[1] Charities Aid Foundation (CAF)
[2] World Giving Index

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

خیّریـن در حوزه‌هـای مختلـف نظیـر سـاخت اماکـن مذهبـی، آمـوزش و پـرورش، بهزیسـتی و سـایر حوزه‌هـای مرتبـط بـا رفـاه جامعـه مشـارکت دارنـد. بنابرایـن، میـان بخش‌هـای مختلـف کشـور رقابتـی بـر سـر جـذب منابـع مالـی خیّریـن وجـود دارد. از طرفـی، عواملـی ماننـد افزایـش روزافـزون هزینه‌هـای سـلامت و ناکارآمـدی بیمه‌هـای سـلامت، منجـر بـه افزایـش پرداخـت مسـتقیم از جیـب مـردم و مواجـه‌ی خانوارهـا بـا هزینه‌هـای کمرشـکن شـده اسـت. بنابرایـن، اسـتفاده از منابـع مالـی خیّریـن می‌توانـد بـه تقویـت سیسـتم تأمیـن مالـی نظـام سـلامت ایـران کمـک کنـد. تقویـت مشـارکت خیّریـن در تأمیـن مالـی نظـام سـلامت ایـران، مسـتلزم آگاه‌سـازی ایشـان از نحـوه‌ی جمـع‌آوری و انباشـت کمک‌هـای مالـی در حوزه‌هـای مـورد علاقـه آن‌هـا اسـت. بنابرایـن، ایـن پژوهـش بـا هـدف تبییـن مشـارکت مالـی خیّریـن در نظـام سـلامت ایـران انجـام شـد. نتایـج ایـن پژوهـش اطلاعـات ارزشـمندی را در اختیـار سیاسـت‌گذاران و مدیـران نظـام سـلامت ایـران بـرای برنامه‌ریـزی در راسـتای اسـتفاده‌ی بهینـه از مشـارکت خیّریـن در تأمیـن مالـی، تولیـد منابـع و ارائـه خدمـات سـلامت قـرار می‌دهـد.

روش کار

پژوهـش کیفـی حاضـر بـه روش پدیدارشناسـی[3] انجـام شـد. پدیدارشناسـی علـم مطالعـه، توصیـف و تفسـیر دقیـق پدیده‌هـای مختلـف زندگـی اسـت. در ایـن نـوع پژوهـش، تجربـه، ادراک و احسـاس افـراد پیرامـون موضـوع مـورد نظـر مطالعـه می‌شـود (۱۷). داده‌هـای پژوهـش از طریـق مصاحبـه‌ی نیمه‌سـاختاریافته بـا خیّریـن سـلامت، سیاسـت‌گذاران، مدیـران و کارشناسـان حـوزه معاونـت اجتماعـی وزارت بهداشـت و دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی کشـور (ارزشـیابی چندگانـه[4]) جمـع‌آوری شـد. خیّریـن سـلامت شـامل خیّریـن کشـوری مشـارکت‌کننده در تأمیـن مالـی نظـام سـلامت بودنـد. بـرای شناسـایی خیّریـن سـلامت، از بانـک اطلاعـات خیّریـن سـلامت دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی کشـور، تهیـه شـده توسـط معاونـت اجتماعـی وزارت بهداشـت، اسـتفاده شـد. سیاسـت‌گذاران، مدیـران و کارشناسـان شـامل مدیـران کل و روسـای ادارات معاونـت اجتماعـی وزارت بهداشـت و معاونیـن اجتماعـی، روسـای ادارات و و کارشناسـان امـور خیّریـن دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی بودنـد. انجـام مصاحبه‌هـا به‌صـورت هـدف منـد و بـه روش گلوله‌برفـی تـا مرحلـه اشـباع داده‌هـا ادامـه یافـت. سـوالات مصاحبـه بـا توجـه بـه اهـداف پژوهـش و مطالعـات گذشـته طراحـی شـد.

مصاحبه‌هـا بـا درخواسـت وقـت قبلـی و در محـل کار مصاحبه‌شـوندگان، یـا از طریـق تمـاس تلفنـی بـا خیّریـن، مدیـران و کارشناسـان اسـتان‌های مختلـف کشـور انجـام شـد. میانگیـن زمـان مصاحبـه ۲۰ دقیقـه (حداقـل ۱۵ و حداکثـر ۳۰ دقیقـه) بـود. مصاحبه‌هـا از طریـق ضبـط صـدا و یادداشـت‌برداری انجـام شـد. مصاحبـه بـا دو نفـر از مدیـران، بـه دلیـل محدودیـت وقـت آن‌هـا، در دو نوبـت و بـا بقیـه افـراد در یـک نوبـت انجـام شـد. مدیـران و کارشناسـان مصاحبه‌شـونده بـا حـرفM و خیّریـن سـلامت بـا حـرف D در ایـن مقالـه مشـخص شـدند. متـن تایپ‌شـده مصاحبه‌هـا در صـورت تمایـل مصاحبه‌شـوندگان، بـرای آن‌هـا ارسـال شـد تـا ضمـن تاییـد، مطالبـی را اضافـه یـا کـم کننـد.

همچنیـن، در پژوهـش حاضـر، اسـناد و قوانیـن بالادسـتی در زمینـه‌ی مشـارکت خیّریـن در حـوزه سـلامت بررسـی شـد. بـا جسـتجو در پایـگاه ملـی قوانیـن و مقـررات سـلامت و وب‌سـایت‌های معتبـر و مراجعـه حضـوری بـه سـازمان‌ها و نهادهـای مربوطـه از جملـه وزارت بهداشـت و مجمـع خیّریـن سـلامت کشـور و نیـز مشـورت بـا صاحب‌نظـران، ۲۹ سـند مربـوط بـه امـور خیریـه و خیّریـن از جملـه قانـون، بخش‌نامـه، اسـاس‌نامه، آیین‌نامـه، تفاهم‌نامـه، دسـتورالعمل و شـیوه‌نامه جمـع‌آوری شـد.

بـرای تحلیـل داده‌هـا از روش «تحلیـل محتـوا» اسـتفاده شـد. تحلیـل محتـوای داده‌هـای کیفـی، روشـی بـرای تفسـیر ذهنـی محتـوای داده‌هـای متنـی اسـت. در ایـن روش، داده‌هـا از طریـق فرایندهـای نظام‌منـد، کدبنـدی، تم‌سـازی و طبقه‌بنـدی می‌شـوند (۱۸). محتـوای مصاحبه‌هـا بـرای اسـتخراج مفاهیـم اصلـی چنـد بـار مـرور شـد تـا تصویـر کاملـی از اطلاعـات ارائـه شـده به‌دسـت آیـد. بـه هـر یـک از مفاهیـم، یـک کـد تعلـق گرفـت. کدهـای مشـابه و دارای معنـای نزدیـک در تم‌هـای فرعـی و در نهایـت، در تم‌هـای اصلـی جای‌گـذاری شـدند. مرحلـه‌ی کدگـذاری بـا همـکاری نویسـندگان بـا بحـث و تبـادل نظـر انجـام شـد.

بـرای افزایـش دقـت پژوهـش، از نمونه‌گیـری بـا حداکثـر تنـوع، انجـام مصاحبه‌هـای پایلـوت، صـرف زمـان کافـی بـرای مصاحبه‌هـا، بررسـی موضـوع از زوایـای مختلـف، جمـع‌آوری هرچـه بیشـتر اطلاعـات و شـواهد، جمع‌آوری و تحلیـل اسـناد، مقایسـه‌ی دایـم اطلاعـات به‌دسـت آمـده، ارسـال یافته‌هـا بـرای برخـی از مصاحبه‌شـوندگان و لحـاظ کـردن نظـرات تکمیلـی آن‌هـا و تبـادل نظـر بـا هم‌تایـان اسـتفاده شـد. شـرح دقیـق محیـط پژوهـش و مراحـل انجـام پژوهـش بـه پایایـی و تعمیم‌پذیـری نتایـج پژوهـش کمـک کـرد.

کلیـه‌ی ملاحظـات اخلاقـی نظیـر اخـذ کـد اخـلاق بـا شـماره IR.TUMS.SPH.REC.1396.3633 از معاونت پژوهشـی دانشـگاه علـوم پزشـکی تهـران، اخـذ رضایـت آگاهانـه، آزاد بـودن افـراد نسـبت بـه شـرکت در مصاحبـه، کسـب اجـازه بـرای ضبـط صدا، محرمانـه تلقـی کـردن اطلاعـات شـخصی آن‌هـا و عـدم دخالـت نظـرات شـخصی پژوهشـگران در مراحـل جمـع‌آوری، تحلیـل و گـزارش داده‌هـا در ایـن پژوهـش رعایـت شـد.

[3] Phenomenology
[4] Pluralistic evaluation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

نتایج

تعداد ۳۸ نفر از خیّرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در این پژوهش شرکت کردند. اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ آمده است. بیشتر مصاحبه‌شوندگان مرد (۶۸/۸٪)، متأهل (۸۵/۹٪)، در رده سنی بالای ۵۵ سال (۴۵/۳٪)، دارای تحصیلات فوق‌لیسانس (۲۳/۵٪) و دارای ۲۰-۱۰ سال سابقه فعالیت در امور خیریه (۳۱/۲٪) بودند.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	خیّرین		مدیران و کارشناسان		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت						
زن	۱۲	۳۱/۶	۸	۳۰/۸	۲۰	۳۱/۲
مرد	۲۶	۶۸/۴	۱۸	۶۹/۲	۴۴	۶۸/۸
تأهل						
غیرمتأهل	۶	۱۵/۷	۳	۱۱/۶	۹	۱۴/۱
متأهل	۳۲	۸۴/۳	۲۳	۸۸/۴	۵۵	۸۵/۹
سن بر حسب سال						
۳۵-۲۵	۶	۱۵/۸	۳	۱۱/۶	۹	۱۴/۱
۴۵-۳۶	۴	۱۰/۵	۱۰	۳۸/۵	۱۴	۲۱/۹
۵۵-۴۶	۱۰	۲۶/۳	۲	۷/۶	۱۲	۱۸/۷
بالای ۵۵	۱۸	۴۷/۴	۱۱	۴۲/۳	۲۹	۴۵/۳
وضعیت تحصیلی						
زیردیپلم	۴	۱۰/۵	۰	۰	۴	۶/۲
دیپلم	۹	۲۳/۷	۰	۰	۹	۱۴/۱
فوق‌دیپلم	۵	۱۳/۲	۰	۰	۵	۷/۸
لیسانس	۷	۱۸/۴	۵	۱۹/۲	۱۲	۱۸/۷
فوق‌لیسانس	۹	۲۳/۷	۶	۲۳/۱	۱۵	۲۳/۵
دکترای تخصصی	۳	۷/۸	۶	۲۳/۱	۹	۱۴/۱
پزشک عمومی	۱	۲/۷	۹	۳۴/۶	۱۰	۱۵/۶
سابقه‌ی فعالیت بر حسب سال						
۱۰-۱	۱۲	۳۱/۶	۳	۱۱/۶	۱۵	۲۳/۵
۲۰-۱۰	۹	۲۳/۷	۱۱	۴۲/۲	۲۰	۳۱/۲
۳۰-۲۰	۶	۱۵/۸	۹	۳۴/۶	۱۵	۲۳/۵
بالای ۳۰	۱۱	۲۸/۹	۳	۱۱/۶	۱۴	۲۱/۸

جدول ۲ مهم‌ترین اسناد مربوط به امور خیریه کشور ایران را نشان می‌دهد. سه قانون مرتبط با امور خیریه، پیش از انقلاب اسلامی در مجلس شورا (مجلس سنا) تصویب شده بود. در این راستا، تعداد ۲۹ سند مربوط به امور خیریه و خیّرین شامل ۱۱ قانون، ۳ بخش‌نامه، ۲ اساس‌نامه، ۵ آیین‌نامه، ۳ تفاهم‌نامه و ۵ دستورالعمل تصویب شد. در اصل ۲۹ قانون اساسی، به «درآمدهای حاصل از مشارکت مردم» اشاره شده است. مشارکت خیّرین، مصداقی از مشارکت مردم در اصل مذکور است. در ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، به‌طور مستقیم به تشکیل موسسه یا سازمان یا بنیاد خیریه بهداشتی-درمانی برای جلب مشارکت مردمی و استفاده از کمک‌های خیّرین اشاره شده است. در این ماده‌ی قانون، به نقش وزارت بهداشت در هماهنگی و نظارت بر امور واحدهای بهداشتی-درمانی خیّرین و تقویت آن‌ها، تسهیل و تسریع در جریان امور و مقابله با بوروکراسی و تشریفات زاید اداری، جلب مشارکت مردمی و استفاده از کمک‌های افراد خیر و نیز تقلیل هزینه‌ها از طریق تشکیل موسسه یا سازمان یا بنیاد خیریه‌ی بهداشتی-درمانی اشاره شده است.

همچنین، قوانین و مقرراتی برای کاهش چالش‌های خیّرین و مؤسسات خیریه‌ی سلامت، نظیر آیین‌نامه تاسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی و درمانی، اساسنامه تشکیل مؤسسات خیریه حامی بیمارستان‌های دولتی و اصلاح تعرفه‌های خیریه‌های درمانی تصویب شده است. در سال ۱۳۹۳ تفاهم‌نامه‌ی مشترکی میان وزارت بهداشت و سازمان اوقاف و امور خیریه برای همکاری متقابل به‌منظور کمک به عمران، احیا، مرمت، بازسازی، توسعه و تأمین نیازهای موقوفات درمانی تحت پوشش سازمان اوقاف و امور خیریه منعقد شد. همچنین، دستورالعمل پلاک‌کوبی اموال اهدایی خیّرین و واقفین سلامت در سال ۱۳۹۶ برای تکریم و تجلیل جایگاه خیّرین و شفافیت اقدامات آن‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول ۲: اسناد، قوانین و مقررات مربوط به امور خیریه و خیّرین

ردیف	نوع سند	موضوع	سال
۱	قانون	قانون مربوط به معاف بودن هدایای سازمان‌های خیریه آمریکا از پرداخت عوارض گمرکی و عوارض داخلی	۱۳۳۵
۲		لایحه‌ی قانونی واگذاری اراضی و ابنیه دولتی به مؤسسات خیریه و درمانی–امدادی و فرهنگی–ورزشی بدون اخذ بها	۱۳۴۳
۳		قانون اصلاح قانون واگذاری اراضی و ابنیه‌ی دولتی به مؤسسات خیریه و درمانی	۱۳۵۱
۴		اصل ۲۹ قانون اساسی	۱۳۵۸
۵		قانون تشکیلات و اختیارات سازمان حج و اوقاف و امور خیریه	۱۳۶۳
۶		ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۴
۷		ماده ۱۷۲ قانون مالیات‌های مستقیم	۱۳۹۱
۸		بند ه ماده ۴۰ قانون برنامه پنج‌ساله‌ی سوم توسعه	۱۳۷۹
۹		بند ک ماده ۹۷ قانون برنامه پنج‌ساله‌ی چهارم توسعه	۱۳۸۳
۱۰		تبصره ماده ۲۲ قانون برنامه پنج‌ساله‌ی پنجم توسعه	۱۳۸۹
۱۱		بند ت ماده ۶۳ قانون برنامه پنج‌ساله‌ی ششم توسعه	۱۳۹۵
۱۲	بخشنامه	تصویب‌نامه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بخش عمومی غیردولتی، خیریه و مؤسسات دولتی غیر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۹۷
۱۳		مقررات جمع‌آوری کمک‌های مردمی توسط مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه	۱۳۹۵
۱۴		تعیین موسسه حسابرسی مستقل و شاخص‌های ارزیابی عملکرد و اجرایی سالیانه سازمان‌های مردم نهاد حمایتی و مؤسسات خیریه ملی و فراستانی	۱۳۹۵
۱۵	اساس‌نامه	اساس‌نامه‌ی تشکیل مؤسسات خیریه حامی بیمارستان‌های دولتی	۱۳۹۵
۱۶		اساس‌نامه‌ی تشکیل مجمع خیّرین سلامت کشور	۱۳۸۸
۱۷	آیین‌نامه	آیین‌نامه‌ی تأسیس و اداره‌ی مراکز خیریه‌ی بهداشتی–درمانی	۱۳۸۰
۱۸		آیین‌نامه‌ی تشکیل شعب مجمع خیّرین سلامت	۱۳۹۶
۱۹		آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی	۱۳۸۴
۲۰		آیین‌نامه شورای خیّرین سلامت دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی–درمانی کشور	۱۳۹۳
۲۱		آیین‌نامه‌ی ماده ۱۰ الحاق قانون تنظیم مربوط به تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام با مشارکت خیّرین	۱۳۹۴
۲۲	تفاهم‌نامه	تفاهم‌نامه میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان اوقاف و امور خیریه	۱۳۹۳
۲۳		بند دوم و سوم تفاهم‌نامه مشترک میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت امور خارجه	۱۳۹۷
۲۴		تفاهم‌نامه مشترک میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بانک قرض‌الحسنه مهر ایران	۱۳۹۶
۲۵	دستورالعمل	دستورالعمل نحوه برخورداری مؤسسات خیریه‌ی عام‌المنفعه از معافیت موضوع بند (ط) ماده ۱۳۹ اصلاحی قانون مالیات‌های مستقیم	۱۳۸۰
۲۶		دستورالعمل پلاک‌گذاری اموال اهدایی از سوی خیّرین به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور	۱۳۹۶
۲۷		شیوه‌نامه تشکیل و اداره‌ی موسسه‌ی خیریه‌ی بیمارستانی	۱۳۹۶
۲۸		دستورالعمل کشوری جلب مشارکت خیّرین و واقفین سلامت	۱۳۹۳
۲۹		دستورالعمل نحوه‌ی تأسیس، فعالیت شعب و دفاتر نمایندگی سازمان‌های مردم نهاد	۱۳۹۵

نحوه مشارکت خیّرین در تأمین مالی نظام سلامت در دو موضوع اصلی روش‌های جذب منابع مالی و نحوه‌ی هزینه‌کرد منابع مالی و ۹ موضوع فرعی دسته‌بندی شد (جدول ۳).

جدول ۳: نحوه مشارکت خیّرین در تأمین مالی حوزه سلامت

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی
روش‌های جذب منابع مالی	مؤسسات خیریه سلامت
	مجمع خیّرین سلامت
	توزیع صندوق جمع‌آوری کمک‌های مردمی میان اقشار مختلف جامعه
	شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی
	برگزاری مراسم هدف‌مند
نحوه هزینه‌کرد منابع مالی	توسعه‌ی فیزیکی سازمان‌های بهداشتی–درمانی
	تأمین تجهیزات و مواد مصرفی سازمان‌های بهداشتی–درمانی
	پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان مراکز درمانی خیریه
	پرداخت هزینه‌ی خدمات سلامت بیماران

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

روش‌های جذب منابع مالی خیّرین

خیّرین، منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را از طریق مؤسسات خیریه سلامت، مجمع خیّرین سلامت، توزیع صندوق جمع‌آوری کمک‌های مردمی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم هدف‌مند جذب می‌کنند.

مؤسسات خیریه سلامت

مؤسسات خیریه یکی از روش‌های متداول و شناخته‌شده در اقشار مختلف جامعه برای جمع‌آوری منابع مالی هستند. در ایران، مؤسسات خیریه فراوانی در حوزه سلامت مشارکت دارند. بودجه موسسه خیریه می‌تواند از طریق مشارکت خیّرین تأمین شود. براساس ماده ۱۵ آیین‌نامه‌ی تاسیس و اداره‌ی مراکز خیریه بهداشتی-درمانی مصوب سال ۱۳۸۰ وزارت بهداشت، منابع مالی مؤسسات خیریه بهداشتی-درمانی شامل سرمایه‌گذاری اولیه‌ی موسسین، درآمدهای حاصل از ارائه‌ی خدمات، مشارکت و کمک‌های مردمی و مؤسسات خیریه و عواید حاصل از صدقات، نذورات و خیرات است. مردم جامعه با توجه به شهرت، اعتبار و حوزه فعالیت مؤسسات خیریه سلامت، در قالب اعضای ثابت یا غیرثابت به این مؤسسات کمک‌های مالی می‌کنند. منابع مالی خیّرین، صرف هزینه‌های حوزه‌ی فعالیت موسسه خیریه می‌شود. تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند از نظر مقدار، نوع و بازه‌ی زمانی مشارکت‌های خیرخواهانه، خیّرین طیف گسترده‌ای را شامل می‌شوند. به عنوان مثال، نماینده‌ی یکی از خیریه‌های سلامت در شهرستان ارومیه اظهار داشت: «*هزار نفر عضو مؤسسه خیریه ما هستند. ما براساس مشارکت ماهانه آنها برنامه‌ریزی می‌کنیم. مثلاً کارمند بازنشسته‌ای به عنوان فردی خیّر، ماهانه مبلغ ثابتی را به مؤسسه خیریه پرداخت می‌کند. خیّرین شرکت‌ها و کارخانه‌های بزرگ هم ماهانه یا سالانه دو یا سه بار رقم بالایی مشارکت مالی دارند.*» (D۴) یکی اعضای هیات مدیره‌ی موسسه خیریه‌ای در شهر تهران گفت: «*ما هیأت امناء و هیأت مدیره در مؤسسه خیریه خود داریم. هرکدام از افراد [خیّرین] برای شروع هر پروژه مبلغی را تقبل می‌کنند. این مبالغ در حساب بانکی مؤسسه قرار می‌گیرد. مابقی مبالغ از طریق خیّرین جمع می‌شود. مردم خیّر فعالیت‌های عام المنفعه را می‌پسندند. بنابراین، آنها در خیریه ما برای تکمیل پروژه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت می‌کنند.*» (D۱۴)

مؤسسات خیریه باید دارای سیستم حسابداری استاندارد با شفافیت مالی در زمینه‌های میزان درآمد، محل هزینه کرد درآمد، تعداد مددجویان و نوع خدمات ارائه شده باشند. در بند ۲ بخش‌نامه مقررات جمع‌آوری کمک‌های مردمی توسط مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه نیز به تشکیل کارگروه ساماندهی و نظارت بر فعالیت مؤسسات خیریه توسط هیات‌های نظارت استانی و شهرستانی اشاره شده است. همچنین، در ماده ۴ دستورالعمل نحوه‌ی تاسیس، فعالیت شعب و دفاتر نمایندگی سازمان‌های مردم نهاد، به تعیین حسابرس رسمی مستقل برای ارزیابی عمل‌کرد مالی و اجرایی مؤسسات خیریه دارای شعبه و نمایندگی اشاره شده است. یکی از مدیران موسسه خیریه‌ای فعال در حوزه‌ی سرطان با شعب استانی در کشور اظهار نمود: «*ما حساب مالی مستقل و شفافی داریم. تمام دریافتی‌های خیّرین بدون استثناء توسط اسناد مالی در حساب جاری مؤسسه دریافت می‌شود. منابع مالی خیّرین در تحقیقات، آموزش و درمان در شهرستان‌های مختلف و برای بیماری‌های مختلف صرف می‌شود. بنابراین، منابع مالی از طریق دفاتر مدیریتی مؤسسه خیریه به سمت اهداف مورد نظر خیّرین هدایت می‌شود.*» (D۱۵)

با این وجود، خیّرین برای مشارکت در تأمین مالی بیمارستان‌ها با بوروکراسی گسترده‌ای مواجه هستند. به‌عنوان مثال، یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت گفت: «*خیّرین برای مشارکت مالی در سطح بیمارستان باید پول خود را به حساب دانشگاه واریز کنند. سپس، از دانشگاه درخواست کنند که این پول طبق نیت آنها [خیّرین]، طی یک گردش مالی به حساب بیمارستان وارد شود. این فرایند در خیلی از مواقع برای خیّرین مشکل است*». (M۸) بنابراین، برخی از شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر، ایجاد موسسه خیریه حامی بیمارستان‌های دولتی را برای کاهش مشکلات بیمارستان‌ها در زمینه‌ی جذب کمک‌های مردمی ضروری دانستند. یکی از روسای ادارات معاونت اجتماعی وزارت بهداشت به این موضوع اشاره کرد که « *خیریه بیمارستانی باید تشکیل شود. هر مرکز درمانی دولتی باید یک مؤسسه خیریه حامی و پشتیبان داشته باشد* ». (M۴) یکی دیگر از مدیران ارشد وزارت بهداشت ضرورت ایجاد موسسه‌ی خیریه‌ی حامی بیمارستان را این‌گونه توضیح داد: «*با توجه به بوروکراسی‌های اداری بر سر راه خیّرین بیمارستانی به فکر ایجاد یک موسسه مستقل در بیمارستان‌ها برای تأمین مالی از طریق خیّرین افتادیم. مؤسسه خیریه حامی بیمارستان دولتی، یک مؤسسه خیریه کاملاً مستقل بوده و حتی یک حساب بانکی مستقل دارد. فقط تغییراتی در اساسنامه آن [مؤسسه خیریه] دادیم. مثلاًمددکار بیمارستان را درگیر مؤسسه خیریه بیمارستانی کردیم* ». (M۸)

یکی از روسای اداره‌ی کل خیّرین و مؤسسات خیریه‌ی سلامت وزارت بهداشت گفت: «*در سال ۱۳۹۵ با ایجاد معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، برنامه‌ای درخصوص ایجاد مؤسسه خیریه حامی بیمارستان در کنار هر بیمارستان دولتی از سوی معاونت اجتماعی وزارت بهداشت پیشنهاد شد که با امضای وزیر به دانشگاه‌های علوم پزشکی و همزمان با امضای معاون وزیر کشور به*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

استانداری‌های سراسر کشور ابلاغ شد. دانشگاه‌ها باید مؤسسه‌های خیریه و خیّرین تحت پوشش دانشگاه را برای مشارکت در همه ابعاد بیمارستان مثل کمک به بیماران نیازمند تشویق کنند. کمک‌های خیّرین به سوی مؤسسه خیریه به عنوان یک شخصیت حقوقی سرازیر می‌شود. رئیس بیمارستان به عنوان یکی از اعضای هیأت مدیره در جلسات [مؤسسه خیریه] حضور دارد. مددکار بیمارستان به عنوان دبیر در جلسات هیأت مدیره باید حضور داشته باشد. نیازهای بیمارستان مستقیماً وارد جلسات هیأت مدیره مؤسسه خیریه حامی بیمارستان می‌شود. کمک‌های خیّرین بر اساس اولویت‌های آن بیمارستان در جای مناسب هزینه می‌شود».(M9) یکی دیگر از مدیران ارشد، درخصوص ایجاد مؤسسات خیریه‌ی حامی بیمارستان‌های دولتی اظهار کرد: «*حدود ۵۸۰ بیمارستان دولتی در سطح کشور داریم. درحال راه اندازی خیریه پشتیبان بیمارستان هستیم. این خیریه‌ها نیازهای بیمارستان‌ها را شناسایی می‌کنند. خیریه‌های پشتیبان بیمارستان‌ها در جذب مشارکت مردم خیلی تاثیرگذار بوده و بخشی از نیازهای بیمارستان را بر طرف می کنند». (M17)* بنابراین در سال ۱۳۹۵، اساس‌نامه‌ی «خیریه‌های حامی بیمارستان‌های دولتی» برای حمایت از بیمارستان‌های دولتی کشور، تدوین و ابلاغ شد. حدود ۸۴ درصد از بیمارستان‌های دولتی کشور تا سال ۱۳۹۷ اقدام به تشکیل موسسه‌ی خیریه‌ی بیمارستانی کردند؛ ۶۸ درصد از مؤسسات خیریه‌ی بیمارستانی دارای کد ره‌گیری و مجوز تاسیس می‌باشند.

مجمع خیّرین سلامت

مجمع خیّرین سلامت، سازمان مردم نهادی است که از سال ۱۳۸۸ با هدف شناسایی خیّرین سلامت و بهره‌گیری صحیح از کمک‌های ایشان و هدایت آن‌ها به سمت اولویت‌های حوزه سلامت، تشکیل و راه‌اندازی شد. اساس‌نامه‌ی این مجمع و آیین‌نامه‌ی تشکیل شعب آن نیز ابلاغ شده است. به گفته‌ی تعدادی از مصاحبه‌شوندگان، خیّرین به مجمع خیّرین سلامت کشور اعتماد دارند. به عنوان مثال، سخنگوی مجمع خیّرین سلامت کشور گفت: « *ما باید از همه روش‌ها برای تأمین سلامت کشور استفاده کنیم. خیّرین نهایت همکاری را با مجمع خیّرین کشور در بخش سلامت کشور دارند. خیّرین بسیار به نظام سلامت و مجمع خیّرین سلامت اعتماد دارند. آنها به مجمع ما ایمان دارند و منابعشان را در اختیار مجمع قرار می‌دهند. ما نیت خیّرین را براساس اهداف مجمع عملیاتی می‌کنیم ». (D3)* همچنین، معاون اجتماعی یک دانشگاه گفت: « *مجمع خیّرین سلامت نقطه قوت در شهر ما است. خیّرین به مجمع خیّرین سلامت بسیار اعتماد دارند و پولشان را به مجمع می‌دهند. البته، مؤسسات خیریه و بنیادهایی نیز امورات مربوط به کار خیرخواهانه را به صورت فوق‌العاده انجام می‌دهند ». (M14)*

مجمع خیّرین سلامت، به‌عنوان یک سازمان مردم نهاد غیردولتی و غیرانتفاعی، به‌صورت کشوری با شعب استانی و شهرستانی از طریق جذب خیّرین سلامت در جهت ارتقای نظام سلامت کشور فعالیت می‌کند. یکی از خیّرین سلامت شهر تهران در این زمینه گفت: «*ما در مجمع جلساتی بر اساس نیازسنجی‌های انجام شده، برگزار می‌کنیم. فردی خیّر در سال گذشته تمایل به مشارکت در حوزه سلامت داشت. ما در یکی از جلسات کارگروه‌های مجمع خیّرین سلامت، ساخت یک مرکز جامع سلامت در یکی از شهرستان‌ها را به او سپردیم». (D12)* یکی از معاونین حوزه‌ی مشارکت‌های اجتماعی و عضو مجمع خیّرین سلامت استان سیستان و بلوچستان نیز افزود: «*تعدادی پروژه‌ی تکمیل شده و یا در دست اقدام در شهرستان ما، از طریق مجمع خیّرین سلامت کشور انجام شده است. در حال حاضر یکی از پروژه‌های عمرانی در حال تکمیل است. همچنین، یک پایگاه فوریت‌ها [فوریت‌های پزشکی] نیز به زودی به بهره‌برداری می‌رسد». (M2)*

توزیع صندوق جمع‌آوری کمک‌های مردمی در میان اقشار مختلف جامعه

همچنین، خیّرین از طریق توزیع صندوق‌های کمک‌های مردمی در میان اقشار گوناگون جامعه به جذب منابع مالی اقدام می‌کنند و وجوهی با توجه به فرهنگ اسلامی ایران و اعتقاد به صدقات از این طریق جمع‌آوری می‌شود. در این راستا، در سال ۱۳۹۵ بخش‌نامه‌ی مقررات جمع‌آوری کمک‌های مردمی توسط مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه از طریق وزارت کشور ابلاغ شد. براساس بند ۳ این بخش‌نامه، جمع‌آوری کمک‌های مردمی باید در محل دفتر مرکزی و محل شعب و دفاتر نمایندگی موسسه‌ی خیریه باشد و اعزام کارکنان به سطح شهرها، روستاها و معابر عمومی ممنوع است. خیری از شهرستان لارستان در این‌باره گفت: « *خیّرین حتی در طراحی و ساخت صندوق‌های جمع‌آوری کمک‌های مردمی وارد شده‌اند. خیّرین هزینه ساخت صندوق را نیز می‌پردازند. گروهی از افراد به خیّرین و مؤسسات خیریه اعتماد دارند و به وسیله صندوق‌ها مشارکت مالی می‌کنند». (D11)*

قلک نیز به‌عنوان صندوق کمک‌های مردمی محسوب می‌شود. مؤسسات خیریه اقدام به توزیع این‌گونه صندوق‌ها در میان اقشار مختلف جامعه می‌کنند. مدیر عامل یکی از مؤسسات خیریه‌ی استان تهران نیز نسبت به نحوه‌ی توزیع صندوق‌ها به افراد داوطلب اشاره کرد: «*خیّرین داوطلب درخواست صندوق برای مشارکت مالی می‌کنند. ما صندوق مربوط به مؤسسه خیریه را در*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

اختیار خیّرین داوطلب قرار می‌دهیم. وقتی صندوق پر شد، یک تیم شامل حداقل سه نفر، شمارش پول‌های جمع شده را برعهده دارند. سپس، به فرد خیّر درخصوص مقدار مبلغ جمع شده در صندوق اطلاع‌رسانی می‌شود. در نهایت، مقدار مشارکت مالی خیّر در حساب مالی مؤسسه خیریه ثبت می‌شود». (D۱۵)

در مراکز درمانی خیریه نیز صندوق‌هایی برای جمع‌آوری مشارکت مالی خیّرین به‌منظور کمک به بیماران نیازمند و یا توسعه‌ی خدمات مرکز درمانی خیریه نصب می‌شود و خیّرین می‌توانند مبالغی را از این طریق اهدا کنند. در بند چهارم بخش‌نامه‌ی مرتبط با مقررات جمع‌آوری کمک‌های مردمی توسط مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه، به اخذ موافقت مسئولین ادارات دولتی، اماکن عمومی، بیمارستان‌ها و مالکین فروشگاه‌ها اشاره شده است. یکی از خیّرین سلامت استان تهران در ارتباط با نصب صندوق در مرکز درمانی خیریه گفت: *« ما یک صندوق در درمانگاه نصب کردیم. خیّرین از طریق صندوق نصب شده، می‌توانند مشارکت مالی در این مرکز درمانی داشته باشند ». (D۱۴)*

در بند سوم تفاهم‌نامه میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت امور خارجه، به ارائه‌ی تسهیلات لازم به خیّرین و سازمان‌های مردم نهاد خارج از کشور، با هماهنگی و صلاحدید وزارت امور خارجه برای فعالیت‌های خیریه در حوزه سلامت اشاره شده است. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، به حضور خیّرین خارج از کشور و جذب منابع مالی آن‌ها از طریق توزیع صندوق جمع‌آوری کمک‌های مردمی اشاره کردند. خیّرین خارج از کشور، منابع مالی را از طریق توزیع صندوق‌ها در جلسات، نشست‌ها و مراسم‌های گوناگون، برای بخش‌های مختلف حوزه سلامت جمع‌آوری می‌کنند. در این زمینه، یکی از خیّرین اظهار نمود: «*تعدادی از خیّرین خارج از کشور برای ادامه تحصیل در آلمان زندگی می‌کنند. این دسته از خیّرین مراسم‌هایی به مناسبت‌های گوناگون برگزار می‌کنند. آنها کمک‌های مالی خود را در صندوق قرار می‌دهند و در فواصل زمانی گوناگون رقم‌های قابل ملاحظه‌ای کمک می‌کنند. مشارکت مردم از طریق صندوق‌ها نوسان دارد. در بعضی از ماه‌ها کمک مالی زیاد است». (D۴)*

شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی

افزایش ارتباطات جمعی در اینترنت و فضای مجازی، منجر به نوعی مشارکت نوین مالی خیّرین سلامت شده است. دریافت‌کنندگان کمک‌های مالی خیّرین، با تعریف پروژه‌های بهداشتی-درمانی مشخص در نظام سلامت و تبلیغ آن در فضای مجازی، اقدام به جذب منابع مالی از طریق خیّرین می‌کنند. افراد جامعه با توجه به اعتبار و شهرت افراد دریافت کننده‌ی کمک‌های مالی، اقدام به مشارکت مالی می‌کنند. در بند چهارم بخش‌نامه‌ی مقررات جمع‌آوری کمک‌های مردمی توسط مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه، به جمع‌آوری کمک‌های مردمی از طریق ایجاد سایت اینترنتی و فعالیت در شبکه‌های مجازی از طریق واریز وجوه به حساب بانکی مؤسسات خیریه نیز اشاره شده است. یکی از خیّرین جوان گفت: «*من دوستان زیادی دارم که در فضای مجازی تأثیرگذارند. من با آنها صحبت می‌کنم و آنها را به سمت امور خیریه سوق می‌دهم. آنها در صفحات مجازی تبلیغ می‌کنند و مشارکت‌های مالی را جذب می‌کنند. در نهایت، هزینه لازم برای انجام یک پروژه بهداشتی و درمانی جمع‌آوری می‌شود». (D۲)*

با تعریف یک پروژه بهداشتی-درمانی و تبلیغ آن در فضای مجازی، طیف گسترده‌ای از افراد جامعه با این نیاز بهداشتی-درمانی آشنا شده و مشارکت می‌کنند. به گفته‌ی تعدادی از مصاحبه‌شوندگان، منابع مالی قابل‌ملاحظه‌ای از این طریق قابل جمع‌آوری است. معاون اجتماعی دانشگاه ایرانشهر نسبت به جمع‌آوری منابع مالی در فضای مجازی چنین گفت: «*منطقه ما با مشکل تالاسمی مواجه است. یکی از سازمان‌های مردم نهاد با همکاری دانشگاه یک پروژه درخصوص بیماری تالاسمی در منطقه تحت پوشش تعریف کرد. سپس، یک کلیپ مرتبط با موضوع مربوطه تهیه و در فضای مجازی به اشتراک گذاشته شد. تعداد زیادی از خیّرین مشارکت کردند. مبالغ خوبی تأمین شد».(M۱۰)* یکی از خیّرین استان تهران نیز افزود: «*ما برای بعضی از پروژه‌های سلامت در فضای مجازی تبلیغ می‌کنیم. فرایند تبلیغ از طریق شبکه‌های اجتماعی در گروه‌های مختلف انجام می‌شود و خیّرین برای تأمین مالی آن پروژه کمک می‌کنند. تا کنون پروژه‌های متعددی به منظور جمع‌آوری منابع مالی برای خرید بسته‌های غذایی و خدمات پزشکی انجام شده است. در پروژه‌ای افرادی با آلودگی شپش [پدیکلوزیس] را در یکی از شهرستان‌های کشور شناسایی کردیم. علاوه‌بر مشارکت دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی داوطلب از طریق فضای مجازی، منابع مالی آن پروژه نیز تأمین شد».(D۱۶)*

برگزاری مراسم هدف‌مند

برگزاری مراسم هدف‌مند، مانند گل‌ریزان‌ها، بازارچه‌های خیریه و نمایشگاه‌ها نیز برای جذب منابع مالی خیّرین، مرسوم و متداول است. خیّرین در این مراسم با توجه به نیازها و اولویت‌های تعیین شده، به تأمین مالی می‌پردازند. برگزاری بازارچه‌های خیریه و نمایشگاه‌ها با اطلاع کتبی به مرجع صدور پروانه‌ی فعالیت، طبق بند چهارم بخش‌نامه‌ی مقررات جمع‌آوری کمک‌های مردمی، توسط مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

امکان پذیر است. یکی از مدیران معاونت اجتماعی حوزه سلامت گفت: «*خیّرین از طریق مراسم‌های گلریزان برای یک پروژه پول می‌دهند. یک مؤسسه خیریه می‌تواند هر سال حداقل یک مراسم گلریزان برگزار کند. اعضای مؤسسه خیریه و خیّرین جمع می‌شوند و خیّرین برای کمک مالی متعهد می‌شوند*». (M۱۳)

یکی از اعضای کلیدی مجمع خیّرین سلامت کشور نسبت به تأمین مالی خرید تجهیزات بیمارستانی با استفاده از این روش گفت: «*مشکلات و نیازها را بررسی می‌کنیم و سپس، بین ۱۰۰ تا ۵۰۰ نفر از خیّرین را دعوت می‌کنیم. یکی از بیمارستان‌های دولتی شهر تهران به تعدادی از تجهیزات پزشکی نیاز داشت. ما جلسه‌ای برگزار کردیم و تعدادی از افراد خیّر را دعوت کردیم. با معرفی تجهیزات مورد نیاز بیمارستان، خیّرین هزینه‌خرید آنها پذیرفتند*». (D۳) همچنین، یکی از خیّرین شهر تهران به برگزاری مراسم گل‌ریزان برای توسعه‌ی فضای فیزیکی یک بیمارستان اشاره کرد: « *بیمارستان حدود ۳۵ سال پیش ساخته شده بود. برای توسعه فضای فیزیکی بیمارستان با برگزاری گلریزان منابع مالی جمع کردیم. این گونه به تناوب کارهای فیزیکی بیمارستان پیش رفته است* ».(D۹)

یکی از خیّرین سلامت شهر تهران در تایید این موضوع گفت: « *من در گلریزان‌ها شرکت می‌کنم. مؤسسات خیریه مختلفی این کار را انجام می‌دهند. گلریزان‌ها یک حرکت اجتماعی محسوب می‌شوند. خیّرین در آن مراسم جمع می‌شوند و به اتفاق، هرکدام هدف و رویه‌ای را حمایت می‌کنند* ». (D۱۵)

نحوه‌ی هزینه‌کرد منابع مالی خیّرین در حوزه سلامت

منابع مالی جمع‌آوری شده توسط خیّرین، صرف توسعه‌ی فضای فیزیکی سازمان‌های بهداشتی-درمانی، تأمین تجهیزات و مواد مصرفی این سازمان‌ها، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان مراکز درمانی خیریه و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌شود.

توسعه‌ی فضای فیزیکی سازمان‌های بهداشتی-درمانی

خیّرین در ساخت و بازسازی مراکز درمانی نقش موثری دارند. خیّرین در این روش، مبالغی را به‌منظور توسعه‌ی فضای فیزیکی مراکز درمانی به بخش دولتی، مؤسسات خیریه سلامت و مجمع خیّرین سلامت می‌پردازند. همچنین، ساخت، تجهیز و مدیریت برخی از مراکز درمانی خیریه توسط خیّرین انجام می‌شود. یکی از کارشناسان حوزه‌ی خیّرین و مؤسسات خیریه‌ی وزارت بهداشت گفت: « *خیّرین از طریق ضوابط و آیین نامه‌های ابلاغ شده به دانشگاه‌ها به ساخت مراکز دندانپزشکی، آزمایشگاه، درمانگاه سرپایی و سایر مراکز برحسب نیت خودشان اقدام می‌کنند* ». (M۱۶)

همچنین، یکی از خیّرین شهر تهران در تایید این موضوع گفت: « *ما یک مجموعه درمانی را حدود سی سال پیش با تعدادی از افراد خیرخواه تأسیس کردیم. آنها خانه‌های قدیمی یک بخش از بافت قدیمی شهر تهران را خریداری کردند. خیّرین آن مرکز درمانی را توسعه دادند. مدیریت آن توسط ما انجام می‌شود* ». (D۱۴)

تعرفه‌های خدمات تشخیصی-درمانی در بخش عمومی غیردولتی، خیریه و مؤسسات دولتی در سال ۱۳۹۷ تصویب شده است. یکی از روسای ادارت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درخصوص ضوابط مرتبط با تعرفه‌های بیمارستان‌های خیریه چنین گفت: «*قانون‌گذار برای تعرفه‌های مراکز درمانی کشور سه سطح تعرفه بیمارستان‌های دولتی؛ خصوصی؛ و عمومی غیر دولتی و مراکز درمانی خیریه تعیین کرده است. تعرفه‌ی مراکز درمانی خیریه از مراکز درمانی دولتی بیشتر و از مراکز درمانی خصوصی کمتر است. بنابراین، برای یک مرکز درمانی خیریه که در اعتبار نامه و موافقت اصولی به عنوان مرکز خیریه ثبت شده است؛ یک نظام تعرفه گذاری مشخص وجود دارد*». (M۴) مدیر یک بیمارستان خیریه در استان همدان در این رابطه گفت: « *پدرم بیمارستانی را در حوزه سلامت وقف کردند. ما درحال حاضر به صورت خودگران و با تعرفه خیریه، خدمت ارائه می‌دهیم. از بیماران نیازمند هزینه‌ای دریافت نمی‌شود*». (D۵) مدیر بیمارستان خیریه‌ای در شهرستان ارومیه نیز گفت: « *ما یک بیمارستان تخصصی باتوجه به نیاز منطقه افتتاح کردیم. مدیریت و اداره آن از طریق خودمان با تعرفه مصوب انجام می‌شود* ». (D۴)

روش دیگر، مشارکت خیّرین با دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در ساخت و توسعه فضای فیزیکی سازمان‌های بهداشتی-درمانی است. دستگاه‌های اجرایی براساس آیین‌نامه ماده ۱۰ الحاق قانون تنظیم مربوط به تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام با مشارکت خیّرین، مجاز هستند تا پروژه‌های خود را براساس تفاهم‌نامه با خیّرین و با استفاده از مشارکت آن‌ها تکمیل کنند. معاون اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر گفت: « *خیّرین در منطقه ما در ساخت خانه‌های بهداشت و مرکز جامع سلامت با دانشگاه مشارکت داشتند* ».(M۱۰) یکی از خیّرین شهر اصفهان بیان کرد: « *من با توجه به نیاز روستایی که در آن زندگی می‌کنم، ساخت یک درمانگاه [مرکز خدمات جامع سلامت] را برعهده گرفتم. من با هزینه شخصی آن را تکمیل کردم* ». (D۳۰) یکی دیگر از خیّرین در خصوص ساخت مرکز خدمات جامع سلامت اظهار کرد: « *باتوجه به کمبودهای بهداشتی و درمانی در منطقه و در ارتباط با دانشگاه یک مرکز خدمات جامع سلامت با هزینه حدود ۸۰۰ میلیون تومان در مدت یکسال ساختم* ». (D۲۸) در این راستا، یکی دیگر از خیّرین اشاره کرد: « *درحال*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

حاضر ساخت یک بیمارستان تخصصی را در استان اصفهان شروع کردیم که تا چند سال آینده به بهره‌برداری می‌رسد. دانشگاه برای ساخت این بیمارستان تخصصی خیلی استقبال کرد ». (D۱۹) یکی از خیّرین استان فارس نیز افزود: *« خیّر، یک بیمارستان مجهز را در زمینی به متراژ بالا ساخت. همچنین، [ایشان] ساخت یک دانشکده پرستاری را در شهرستان تقبل کرد ». (D۱۱)*

به گفته تعدادی از مصاحبه‌شوندگان، توسعه‌ی فضای فیزیکی سازمان‌های بهداشتی-درمانی در مناطق کم‌برخوردار کشور ضرورت دارد. مدیرعامل یکی از مؤسسات خیریه‌ی کشوری گفت: *« ما با کمک خیّرین یک درمانگاه در شهر تهران را توسعه دادیم. از آنجایی‌که در بعضی استان‌ها امکانات بهداشتی و درمانی مناسب به نحو مطلوبی نیست، نیاز به مشارکت بیشتر خیّرین در استان‌های کم برخوردار، داریم ». (D۱۵)* یکی دیگر از خیّرین استان کردستان اشاره کرد: *«دانشگاه علوم پزشکی، زمینی را در اختیار من قرار داد. من یک ساختمان در قالب کلینیک دیابت ساختم. وجود کلینیک تخصصی از نیازهای استان بود. همچنین، یکی از انجمن‌های بیماری‌های خاص در استان، نیاز به یک سالن اجتماعات برای آموزش داشتند. من برای ساخت آن مشارکت کردم». (D۱۳)*

مشارکت خیّرین فقط به ساخت مراکز درمانی محدود نمی‌شود. خیّرین در ساخت مراکز آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، خوابگاه‌های دانشجویی و ساخت همراه‌سراها نیز مشارکت دارند. یکی از خیّرین شهر ارومیه افزود: *«یکی از پیشرفته‌ترین مراکز رادیوتراپی و شیمی درمانی در استان ارومیه را داریم. خیّرین یک همراه‌سرا برای رفاه همراهان بیمار به دلیل اقامت طولانی مدت برای درمان ساختند ». (D۴)* یکی از مدیران معاونت اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور گفت: *« خیّرین در ساخت خوابگاه‌های دانشجویی مشارکت دارند. خوابگاه به نام خیّر نام‌گذاری می‌شود».(M۶)* یکی از کارشناسان حوزه‌ی خیّرین وزارت بهداشت، درخصوص ساخت همراه‌سراها گفت: *«در حال حاضر در کشور حدود ۸۴ همراه سرا داریم که حدود ۱۲ همراه سرا وابسته به مؤسسات خیریه هستند. خیّرین باید در حوزه ساخت همراه سراها، ساماندهی و مدیریت آنها وارد شوند. به طور مثال، یک مؤسسه خیریه با مشارکت خیّرین پروژه ساخت همراه سراها را در کشور آغاز کرده است. با توجه به اینکه در تهران بسیاری از بیمارستان‌های تخصصی وجود دارد؛ بسیاری از بیماران از شهرستان‌ها برای درمان به تهران می‌آیند. یک همراه‌سرا در شهر تهران با سیستم مدیریتی متفاوتی وجود دارد. اداره این همراه‌سرا از طریق خیّرین انجام می‌شود. خیّرین تمام نیازهای همراه‌سرا مانند تامین غذای همراهان بیماران را بر عهده دارند». (M۱۸)*

تعدادی از مدیران حوزه‌ی سلامت معتقد بودند که مشارکت خیّرین باید به سمت پیش‌گیری و بهداشت سوق پیدا کند. در این راستا، یکی از مدیران ارشد گفت: *« مشارکت خیّرین باید از سمت درمان و توانبخشی به سمت بهداشت و پیشگیری تغییر کند ». (M۱)* یکی دیگر از مدیران ارشد بیان کرد: *«طی مذاکراتی با خیّرین، از آنها خواسته شده است که به سمت پیشگیری، بهداشت، آموزش و پژوهش بیشتر سوق پیدا کنند. در آینده هم با ساز و کارهایی که پیش بینی کردیم، حتماً سمت و سوی خیّرین به سوی این موارد خواهد رفت. مثلاً در زلزله‌ی غرب کشور خیّرین خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت ساختند. در خیلی از شهرها در بخش آموزش شاهد ساخت خوابگاه دانشجویان توسط خیّرین بودیم». (M۱۷)*

بعضی از سازمان‌ها و شرکت‌ها، در راستای مسئولیت اجتماعی خود، با توجه به هزینه‌های بالای توسعه‌ی فضاهای فیزیکی سازمان‌های بهداشتی-درمانی، به خیّرین سلامت کمک می‌کنند. به‌طور مثال، بانک‌ها با ارائه‌ی تسهیلات مالی، در حوزه‌ی سلامت مشارکت موثری دارند. در این راستا، در سال ۱۳۹۶ تفاهم‌نامه‌ای میان وزارت بهداشت و بانک قرض الحسنه‌ی مهر ایران برای توسعه‌ی همکاری و مساعدت در زمینه‌های توسعه خدمات بهداشتی-درمانی و آموزشی منعقد شد. یکی از مدیران حوزه‌ی خیّرین دانشگاه‌های علوم پزشکی گفت: *«یکی از بانک‌ها برای ساخت یک بیمارستان وام مناسبی در اختیار خیّرین قرار داد. همچنین، یکی دیگر از بانک‌ها با تشویق خیّرین برای جذب سپرده گذاری، در پرداخت تسهیلات به بیماران نیازمند در حوزه سلامت کمک می‌نماید». (M۱۲)*

تأمین تجهیزات و مواد مصرفی سازمان‌های بهداشتی-درمانی

خیّرین در تأمین تجهیزات مورد نیاز سازمان‌های بهداشتی-درمانی نیز مشارکت مالی دارند. یکی از مدیران حوزه‌ی خیّرین سلامت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه اظهار کرد: *« خیّری سال گذشته برای مشارکت نقدی به ما مراجعه کرد. ما براساس مقدار بودجه خیّر، نیازسنجی کردیم. دو دستگاه دیالیز برای یکی از بیمارستان‌های شهر ارومیه نیاز بود. به خیّر اطلاع دادیم. ایشان قبول کردند ». (M۱۲)* یکی از خیّرین شهر تهران اشاره کرد: *« در سال ۱۳۷۵ با مشارکت خیّرین برای یکی از درمانگاه‌های استان تهران دستگاه رادیوتراپی و شیمی درمانی خریداری کردیم. آن درمانگاه از آن زمان تاکنون از طریق خیّرین بسیار پیشرفت کرده‌است ». (D۴)* همچنین، یکی از مدیران حوزه‌ی خیّرین سلامت استان سیستان و بلوچستان گفت: *« از طریق خیّرین دندانپزشک، یک کلینیک سیار دندانپزشکی خریداری شد. درحال حاضر*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

خدمات دندانپزشکی ارائه می‌شود. همچنین، ماه گذشته یک فرد خیّر حدود ۹ میلیون تومان تجهیزات پزشکی مورد نیاز منطقه را خریداری کرد ». (M۲)

سازمان‌ها و شرکت‌ها نیز در راستای مسئولیت اجتماعی خود، در خرید تجهیزات و مواد مصرفی در حوزه‌ی سلامت مشارکت دارند. یکی از خیّرین حوزه‌ی بهداشت اظهار کرد: «*من شرکت‌های دارویی مثل سازندگان مکمل‌های تغذیه‌ای (ویتامین‌ها) و شرکت‌های تجهیزات پزشکی را به کار خیر دعوت کردم. در کنار کار خیرخواهانه، تبلیغاتی نیز برای شرکت انجام می‌شود. درحال حاضر به ۳۶۰۰۰ نفر دانش‌آموز مکمل‌های تغذیه‌ای به صورت رایگان توسط یک شرکت داده می‌شود*». (D۱) همچنین، خیر جوانی افزود: « *یکی از شرکت‌ها در راستای مسئولیت اجتماعی خود در بخش بهداشت، مواد مصرفی دندانپزشکی را در اختیار گروه‌های داوطلب قرار می‌دهد* ». (D۱۶)

پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان مراکز درمانی

پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان، یکی از راه‌های هزینه‌کرد منابع مالی مؤسسات خیریه و مراکز درمانی خیریه‌ی سلامت است. مدیر یکی از مؤسسات خیریه‌ی کشوری اظهار کرد: « *مؤسسه خیریه هزینه کلیه پرسنل را پرداخت می‌کند. حقوق و مزایای پرسنل مددکار اجتماعی مؤسسه خیریه و مستقر در مراکز درمانی دولتی را نیز پرداخت می‌کنیم* ». (D۱۵) کارکنان برخی از مؤسسات خیریه‌ی سلامت در بیمارستان‌های دولتی مستقر هستند و موسسه‌ی خیریه، حقوق و مزایای آن‌ها را می‌پردازد. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت در این راستا چنین بیان کرد: «*یکی از مؤسسات خیریه کشوری کارکنانی مانند مددکاران اجتماعی در بعضی از مراکز درمانی دولتی دارند و حقوق و مزایای آنها را پرداخت می‌کند. همچنین، خیّرین تعدادی از نیروهای کادر بالینی مورد نیاز بخش‌هایی از بیمارستان‌های دولتی را تأمین و حقوق و دستمزد آنها را به صورت ماهانه پرداخت می‌کنند*». (M۸) بنابراین، خیّرین می‌توانند در تأمین نیروهای مورد نیاز مراکز درمانی دولتی نیز نقش داشته باشند. در این راستا، براساس ماده ۱۷۲ قانون مالیات‌های مستقیم، خیّرین از معافیت‌های مالیاتی برخوردار می‌گردند. معافیت مالیاتی یکی از روش‌های ایجاد انگیزه در خیّرین است.

پرداخت هزینه‌ی خدمات سلامت بیماران

کمک به پرداخت هزینه‌ی خدمات سلامت بیماران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی-مذهبی مردم ایران از سال‌های قبل وجود داشته است. یکی از اهداف ایجاد مؤسسات خیریه‌ی حامی بیمارستان دولتی، کمک به بیماران کم‌توان مالی از طریق مشارکت خیّرین بوده است. در اساس‌نامه‌ی تشکیل مؤسسات خیریه‌ی حامی بیمارستان‌های دولتی در سال ۱۳۹۵، به تأمین نیازهای دارویی، درمانی، حمایتی و تجهیزات مورد نیاز بیماران اشاره شده است. یکی از مدیران وزارت بهداشت به تاریخچه‌ی پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران توسط مراکز درمانی خیریه اشاره کرد: «*بیمارستان خیریه‌ای در شهر تهران بیش از ۳۰ سال پیش تأسیس شده است. خیّر وقف‌نامه‌ای را تنظیم کرده و ثروت فرد واقف و عواید بیمارستان باید در راستای هزینه بیماران نیازمند، در راه‌ماندگان، مستضعفان و مستمندان باشد*». (M۴)

خیّرین به‌طور سازمان‌یافته یا غیرسازمان‌یافته هزینه خدمات سلامت بیماران بی‌بضاعت را پرداخت می‌کنند. مشارکت مالی سازمان‌یافته‌ی خیّرین به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم انجام می‌شود. در روش سازمان‌یافته‌ی مستقیم، بیماران نیازمند با مراجعه به مؤسسات خیریه حمایت مالی می‌شوند. معرفی بیماران بی‌بضاعت به مؤسسات خیریه از طریق مددکار اجتماعی مراکز درمانی انجام می‌شود. یکی از مددکاران اجتماعی وزارت بهداشت درخصوص پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران از طریق مشارکت مستقیم خیّرین گفت: «*بیمار نیازمند[کمک مالی] به واحد مددکاری بیمارستان مراجعه می‌کند. مددکار استحقاق فرد را تعیین کرده، پتانسیل‌های موجود در اطراف بیمارستان و محل زندگی شخص مانند مؤسسات خیریه را شناسایی می‌کند و بیمار را به آن سازمان‌ها معرفی می‌کند*». (M۱۱) در این راستا، مدیر یک موسسه‌ی خیریه‌ی سلامت گفت: «*مؤسسه خیریه قرارداد و تفاهم‌نامه‌هایی با تعدادی از بیمارستان‌ها منعقد می‌کند. بیمار بی بضاعت توسط مددکار بیمارستان به ما معرفی می‌شود. ما بر اساس قراردادهای جانبی با داروخانه، آزمایشگاه یا رادیولوژی، بیمار را به آن مراکز معرفی می‌کنیم. بیماران خدمات مورد نیاز را با معرفی مؤسسه خیریه دریافت می‌کنند. داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و سایر مراکز طرف قرارداد ماهانه صورت‌حساب‌ها را به مؤسسه خیریه ارسال می‌کنند و ما هزینه‌ها را پرداخت می‌کنیم*». (D۱۵)

برخی از مؤسسات خیریه‌ی سلامت در بعضی از بیمارستان‌های دولتی، واحد مددکاری مستقل دارند. با مراجعه بیماران کم‌بضاعت و نیازمند به واحد مددکاری اجتماعی موسسه‌ی خیریه، کل هزینه یا بخشی از آن به بیماران پرداخت می‌شود. مراکز درمانی خیریه نیز دارای واحد مددکاری بوده، به بیماران کم‌توان مالی و نیازمند به خدمات سلامت، کل هزینه‌های درمان یا بخشی از آن را تخفیف می‌دهند. نماینده‌ی یکی از مراکز درمانی خیریه اشاره کرد: «*در مرکز درمانی خیریه واحد مددکاری داریم. افراد بی بضاعت به مددکاری مراجعه می‌کنند. از افراد بی بضاعت هزینه‌ای دریافت نمی‌شود. هزینه‌های بیماران مناطق مرزی و کشورهای همسایه نیز در صورت عدم توان مالی رایگان است. اگر بیماران توان مالی*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

کمی داشته باشند، درصدی از هزینه‌های آنها را پرداخت می‌کنیم. اگر[آنها] هیچ توان مالی نداشته باشند، صددرصد خدمات رایگان است». (D۴)

خیّرین، بیماران نیازمند را پس از ترخیص از بیمارستان نیز کمک می‌کنند. نماینده‌ی یکی از بیمارستان‌های خیریه در شهرستان ارومیه گفت: *« علاوه بر هزینه‌های درمان بیمار، خانواده بیمار را نیز از نظر تأمین بسته‌های غذایی به طور مستمر پوشش می‌دهیم. در واقع ما فعالیت درمانی و رفاهی بیماران نیازمند را انجام می‌دهیم». (D۴)* یکی از خیّرین شهر تهران گفت: *« ما در بخش مددجویان حدود ۱۰۰ نفر را ماهانه از نظر تغذیه کمک می‌کنیم. اکثر خانواده‌ها را حتی از نظر تحصیل فرزندان حمایت می‌کنیم ». (D۱۴)*

مؤسسات خیریه‌ی سلامت در روش پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت سازمان‌یافته‌ی غیرمستقیم، به‌صورت واسطه نقش داشته و ارتباط مستقیمی با بیماران بی‌بضاعت ندارند. آنها با عقد تفاهم‌نامه‌هایی با مراکز درمانی، برای تأمین هزینه‌های سلامت بیماران بی‌بضاعت کمک مالی می‌کنند. در این روش، مددکاران اجتماعی بیمارستان‌ها نقش کلیدی در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران دارند. یکی از کارشناسان وزارت بهداشت گفت: *«خیّرین بعضی از مواقع به واحد مددکاری [مراکز درمانی] مراجعه کرده و برای کمک به بیماران بی‌بضاعت کمک مالی می‌کنند. گاهی اوقات بیمار هنگام ترخیص [از بیمارستان] پول کافی ندارد. مددکار هزینه‌های بیمار نیازمند و حتی هزینه ایاب و ذهاب آنها را از طریق خیّرین پرداخت می‌کند».(M11)* بنابراین، مددکاران اجتماعی مراکز درمانی، نقش مهمی در حمایت از بیماران نیازمند کمک مالی برعهده دارند. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت گفت: *«مددکاران به عنوان تسهیل‌گران و شکل‌دهنده‌ی کانون خیریه‌ها هستند. یکی از نقش‌های مددکاران در مراکز درمانی جلب حمایت مالی خیّرین برای درمان بیماران نیازمند است ». (M7)*

همچنین، خیّرین به‌صورت غیرسازمان‌یافته و بدون هیچ سازوکار و فرایند مشخصی، به حمایت مالی بیماران نیازمند می‌پردازند. خیّرین هزینه‌ی درمان بیماران نیازمند خدمات سلامت را در صورت معرفی توسط افراد مورد اعتمادشان، پرداخت می‌کنند. به‌طور مثال، یکی از خیّرین مذهبی و سرشناس شهر تهران گفت: *« خیلی از خانواده‌های کم توان مالی نیازهای درمانی دارند. مثلاً افرادی در بیمارستان بستری بودند و به ما رجوع کردند. من در سخنرانی‌های مذهبی موارد را اعلام می‌کنم. معمولاً در جلسات مذهبی یک مقدار احساسات مردم تحریک می‌شود. ما از طریق خیّرین، هزینه‌های بیماران نیازمند را جمع‌آوری می‌کنیم. کمک‌های خیّرین براساس نیاز بیماران، هزینه می‌شود. تاکنون هزینه عمل جراحی قلب و چشم بیمارانی از مناطق محروم کشور و حتی هزینه ایاب و ذهاب بیماران را پرداخت کردیم ».(D۱۲)* یکی از خیّرین شهر سنندج گفت: *« من به عنوان حامی ۸ نفر بیمار MS ماهیانه هزینه‌ای را واریز می‌کردم. بیماران نیازمند و مبتلا به بیماری MS به من معرفی شدند. سه چهار سال این کمک‌ها تداوم داشت.».(D۱۳)* یکی از خیّرین شهر اصفهان نیز افزود: *« من ماهانه هزینه‌های داروی فرد بیماری در یکی از شهرهای محروم کشور را می پردازم. بیمار را تاکنون ندیدم. به فردی که بیمار را معرفی کرده، اعتماد دارم ».(D۱۷)* یکی از خیّرین شاغل در حوزه بهداشت گفت: *« من با توجه به اینکه در بخش سلامت مشغول هستم و ارتباطاتی که با بعضی از افراد پیدا کردم، به یکی از بیماران مبتلا به سرطان و یک بیمار مبتلا به دیابت کمک مالی مستمر دارم ».(D۲۳)*

منابع درآمدی مراکز خیریه به‌صورت حق عضویت، کمک‌های مردمی، درآمدهای حاصل از فعالیت و درآمدهای خارجی (خارج از کشور) حاصل می‌شود. بنابراین، نظارت و کنترل مناسبی باید بر نحوه‌ی هزینه‌کرد این منابع مالی جذب‌شده صورت گیرد. مؤسسات خیریه و مراکز درمانی خیریه براساس بند ۸ بخش‌نامه‌ی «تعیین موسسه‌ی حسابرسی مستقل و شاخص‌های ارزیابی عمل‌کرد و اجرای سالیانه‌ی سازمان‌های مردم نهاد حمایتی و مؤسسات خیریه‌ی ملی و فرااستانی»، باید به تفکیک هزینه‌های جاری، پرسنلی و هزینه‌های در راستای اهداف موسسه را مشخص کنند. همچنین، آن‌ها براساس بند ۹ بخش‌نامه‌ی مذکور، باید تعداد کارکنان و نحوه‌ی پرداخت حقوق و مزایای آن‌ها را به حسابرس رسمی اعلام نمایند. ارائه‌ی گزارش دوره‌ای شفاف از عمل‌کرد مؤسسات خیریه، منجر به تقویت اعتماد میان آن‌ها و خیّرین سلامت می‌شود.

بحث

این پژوهش با هدف تبیین نحوه‌ی مشارکت خیّرین در تأمین مالی نظام سلامت ایران انجام شد. نحوه‌ی مشارکت خیّرین در تأمین مالی نظام سلامت به دو صورت جذب و هزینه‌کرد منابع مالی است. خیّرین منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را از طریق مؤسسات خیریه سلامت، مجمع خیّرین سلامت، توزیع صندوق جمع‌آوری کمک‌های مردمی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم هدف‌مند جذب می‌کنند.

مؤسسات خیریه‌ی سلامت و مجمع خیّرین سلامت، به‌عنوان سازمان‌های مردم نهاد مستقل به تأمین مالی نظام سلامت کشور کمک می‌کنند. مجمع خیّرین سلامت در سال ۱۳۸۸ به‌طور رسمی با هدف شناسایی خیّرین سلامت کشور و بهره‌گیری صحیح از کمک‌ها

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

با برنامه‌ریزی صحیح و هدایت کمک‌های خیّرین به سمت اولویت‌های حوزه سلامت تشکیل شد. اعانات خیّرین سلامت یکی از منابع تأمین مالی مجمع خیّرین است (۱۴).

موسسه‌ی خیریه‌ی سلامت، سازمانی غیرتجاری، غیرانتفاعی و غیردولتی است که به‌صورت عام‌المنفعه، براساس ضوابط و قوانین مصوب برای ارائه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی به آحاد مردم تشکیل می‌شود. تأمین مالی مؤسسات خیریه‌ی سلامت، بیش‌تر از طریق کمک‌های مردمی و در موارد کمی با تکیه بر درآمدهای اختصاصی آن‌ها صورت می‌گیرد (۱۹). مؤسسات خیریه باید نقش فعال‌تری در توسعه‌ی منابع مالی خود داشته باشند. آن‌ها می‌توانند با نیازسنجی، اولویت‌بندی، آینده‌نگری و برنامه‌ریزی‌های دقیق، منابع مالی محدود خود را در حوزه‌هایی سرمایه‌گذاری کنند که ارزش افزوده داشته باشد و برای سال‌های بیش‌تری به تعداد بیش‌تری از افراد نیازمند کمک کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که خیّرین، اعتماد بیشتری به سازمان‌های غیردولتی و مردم‌نهاد، از جمله مجمع خیّرین سلامت دارند. این موضوع موجب می‌شود که خیّرین، پول بیشتری را در اختیار آن‌ها قرار دهند. مطالعات قبلی نیز به شهرت و اعتبار سازمان‌های خیریه برای به‌دست آوردن اعتماد خیّرین اشاره نمودند (۲۱-۲۰). بنابراین، مؤسسات خیریه سلامت باید با آگاهی از ویژگی‌های بارز خیّرین و عوامل موثر بر تصمیم به کمک خیریه‌ی آن‌ها، خیّرین بالقوه را شناسایی کنند و با به‌کارگیری روش‌های مختلفی که در این پژوهش به آن‌ها اشاره شد، به جمع‌آوری کمک‌های مالی برای بخش سلامت اقدام کنند.

مدیران سازمان‌های بهداشتی-درمانی باید ارتباط خوبی با مؤسسات خیریه برقرار کنند. مدیریت ارتباط با خیّرین[5] نقش به‌سزایی در تداوم بلندمدت کمک‌های مالی مؤسسات خیریه دارد. ایجاد اعتماد متقابل و تعهد سازمان‌های بهداشتی-درمانی به جلب رضایت خیّرین، منجر به تکرار اقدامات خیرخواهانه‌ی آن‌ها در آینده می‌شود. مدیران سازمان‌های بهداشتی-درمانی با شفافیت، مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی و ارائه‌ی گزارش‌های عملکردی دوره‌ای می‌توانند تعهد خود را نسبت به تأمین انگیزه‌های خیریه‌ی خیّرین نشان داده، اعتماد لازم را ایجاد کنند. ایجاد مؤسسه خیریه حامی بیمارستان، فرایند مشارکت خیّرین در بیمارستان‌های دولتی را تسهیل می‌کند. شیوه‌نامه‌ی تشکیل و اداره‌ی مؤسسات خیریه بیمارستانی نیز در سال ۱۳۹۶ توسط اداره‌ی کل خیّرین و مؤسسات خیریه‌ی سلامت وزارت بهداشت ابلاغ شده است. موسسه‌ی خیریه‌ی حامی بیمارستان، نقش مهمی در جذب خیّرین و ساماندهی و هدف‌مندی کمک‌های آن‌ها برای رفع نیازهای زیرساختی، تجهیزاتی، دارویی و حمایتی بیمارستان‌ها دارد.

خیّرین دوست دارند بدانند مؤسسات خیریه، پول‌های اهدایی آن‌ها را به درستی مصرف می‌کنند (۲۲). بنابراین، مؤسسات خیریه باید از کارایی بالایی برخوردار باشند. مدیران مؤسسات خیریه باید به‌صورت دوره‌ای عمل‌کرد سازمان‌های خود را ارزشیابی کنند و گزارشی به خیّرین خود ارائه دهند. این اقدام موجب اطمینان و رضایت خیّرین و تداوم هم‌کاری آن‌ها با مؤسسات خیریه می‌شود.

شبکه‌های اجتماعی موجود در فضای مجازی نیز از پتانسیل بالایی برای جذب منابع مالی خیّرین در بخش سلامت برخوردار هستند. افراد با تعریف پروژه‌های مختلف در شبکه‌های اجتماعی و اینترنت، به جمع‌آوری کمک‌های خیّرین می‌پردازند. به‌عبارتی، آن‌ها با ایجاد کمپین برای دریافت حمایت مالی افراد مختلف جامعه، به جذب سرمایه‌ی جمعی[6] مورد نیاز یک پروژه اقدام می‌کنند. سایت‌های اینترنتی تخصصی برای این منظور وجود دارد که افراد می‌توانند پروژه بهداشتی-درمانی خود را تبلیغ کنند و خیّرین نیز در صورت تمایل مشارکت مالی کنند. در ایران، جمع‌آوری کمک‌های مردمی برای حوزه‌ی سلامت به‌صورت مجازی در شبکه‌های اجتماعی و اینترنت رو به افزایش است. بنابراین، مدیران مراکز بهداشتی-درمانی می‌توانند از طریق سایت‌های اینترنتی معتبر از این پتانسیل برای جذب منابع مالی خیّرین استفاده کنند. تکرار کمک‌های مردمی از طریق فضای مجازی، نیازمند ایجاد تعامل مثبت دریافت‌کننده‌ی کمک‌های خیّرین در فضای مجازی است. با این وجود، جمع‌آوری اعانات از طریق فضای مجازی با چالش‌هایی مواجه است که باید مورد توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور قرار گیرد.

این پژوهش نشان داد که تأمین مالی خیّرین به‌صورت برگزاری مراسم هدف‌مند مانند گل‌ریزان و توزیع صندوق‌های اعانات و کمک‌های خیّرین داخل و خارج از کشور نیز انجام می‌شود. مراسم گل‌ریزان و توزیع صندوق در اقشار مختلف جامعه با اهداف متفاوتی انجام می‌پذیرد. مراسم گل‌ریزان در مراکز درمانی به‌منظور توسعه و تجهیز این مراکز و در مؤسسات خیریه سلامت، به‌منظور تسریع در دست‌یابی به اهداف خیریه مورد نظر آن‌ها می‌تواند برگزار شود.

منابع مالی جمع‌آوری شده توسط خیّرین، صرف توسعه‌ی فضای فیزیکی، تأمین تجهیزات و مواد مصرفی، پرداخت حقوق و دست‌مزد کارکنان سازمان‌های بهداشتی-درمانی و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌شود. منابع مالی خیّرین در توسعه‌ی فضاهای فیزیکی و تجهیز

[5] Donors Relationship Management (DRM)

[6] Crowdfunding

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

سازمان‌های بهداشتی-درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. خیّرین تمایل بیش‌تری به توسعه‌ی مراکز درمانی، ساخت، بازسازی و تجهیز آن‌ها دارند. در سال ۱۳۹۷، تعداد ۹۹۵ بیمارستان فعال در کشور وجود داشت که ۳۸ مورد آن خیریه بودند (۳/۸درصد). بیمارستان‌های خیریه‌ی کشور با ۴۳۷۰ تخت فعال، حدود ۳/۴درصد تخت‌های بیمارستانی کشور را تشکیل می‌دهند (۲۳). خیّرین منابع مالی خود را در اختیار مؤسسات خیریه، مجمع خیّرین سلامت و یا دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌دهند و آن‌ها این مبالغ جمع‌آوری شده را صرف پروژه‌های تعریف شده می‌کنند. خیّرین در ساخت مراکز درمانی، مراکز آموزشی و تحقیقاتی و خواب‌گاه‌های دانشجویی و در سال‌های اخیر، در ساخت همراه‌سراها مشارکت به‌سزایی داشته‌اند. خیّرین همچنین، ظرفیت خوبی برای تأمین نیروی انسانی و پرداخت حقوق و مزایای آن‌ها در مراکز درمانی دارند.

یکی دیگر از روش‌های هزینه‌کرد منابع مالی خیّرین، پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران است. خیّرین در پرداخت بخشی یا تمام هزینه‌های خدمات سلامت مورد نیاز بیماران مشارکت دارند. مشارکت سازمان‌یافته خیّرین در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت، به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم انجام شود. در روش سازمان‌یافته‌ی مستقیم، بیماران نیازمند با مراجعه به سازمان‌های دولتی مانند کمیته امداد و یا سازمان‌های مردم نهاد مانند مؤسسات خیریه، با ارائه‌ی مدارک لازم و براساس تعیین استطاعت مالی، تحت حمایت قرار می‌گیرند. معرفی این بیماران به این سازمان‌ها از طریق مددکار اجتماعی مراکز درمانی انجام می‌شود. مؤسسات خیریه سلامت، در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت سازمان‌یافته‌ی غیرمستقیم نقش واسطه‌ای داشته، با بیماران نیازمند ارتباط مستقیم ندارند. خیّرین، با مراکز درمانی تفاهم‌نامه‌هایی منعقد و کمک مالی می‌کنند تا صرف تأمین هزینه‌های سلامت بیماران بی‌بضاعت شود. در این روش، مددکار اجتماعی در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران نقش کلیدی دارد. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید آموزش‌های لازم را به مددکاران اجتماعی داده، آن‌ها را توانمند کنند تا با رفع به موقع مشکلات مالی بیماران، فرایند بهبود درمان آن‌ها را تسهیل کنند. همچنین، خیّرین با اعتماد به افراد سرشناس به‌طور غیرسازمان‌یافته به تأمین هزینه‌های بیماران نیازمند می‌پردازند.

عوامل اجتماعی، مذهبی و اقتصادی نظیر آگاهی از نیاز دیگران، نوع‌دوستی، مذهب، ارزش‌ها، سودمندی نتایج حاصله، کسب شهرت و میزان درآمد بر فعالیت‌های خیرخواهانه افراد تاثیر دارد (۲۵-۲۴). رفتار خیّرین براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده[۷] قابل توضیح است. طبق این تئوری، نیت باعث بروز رفتار می‌شود. نیت برآیندی از نگرش فرد به رفتار، هنجار ذهنی و کنترل رفتار ادراک شده برای انجام یا عدم انجام آن رفتار است. نگرش، ارزشیابی مثبت یا منفی در مورد انجام یک رفتار خاص است که از باورهای رفتاری و ارزیابی فرد از نتایج رفتار تشکیل می‌شود. هنجار ذهنی، باورهای هنجاری فرد از سوی گروه‌های مرجع است که روی انتظارات درک شده برای نیت انجام رفتار تاثیرگذار هستند. کنترل رفتار ادراک شده نیز ادراک فرد از سهولت و یا مشکل بودن انجام یک رفتار است. هرقدر نگرش و هنجارهای ذهنی نسبت به رفتاری مساعدتر و میزان کنترل ادارک شده فرد بر رفتار بیشتر شود، نیت فرد برای انجام رفتار قوی‌تر است (۲۶). بنابراین، تقویت نیت رفتار خیّرین، احتمال انجام آن را بیشتر می‌کند.

منابع تأمین مالی نظام سلامت، باید به نتایج سلامتی جامعه مرتبط شود. بنابراین، سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید نیازهای بهداشتی- درمانی جامعه را به درستی شناسایی و اولویت‌بندی کنند و به اطلاع خیّرین برسانند تا از منابع مالی آن‌ها استفاده‌ی بهینه به‌عمل آید. رسانه‌های عمومی و شبکه‌های اجتماعی مجازی نقش به‌سزایی در اطلاع‌رسانی نیازهای بهداشتی-درمانی مردم دارند. در سال‌های اخیر قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌هایی برای تقویت مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران تدوین و ابلاغ شده است. در این قوانین و بخش‌نامه‌ها باید بر هدف‌مندی مشارکت مالی خیّرین به‌منظور دست‌یابی به هدف اصلی نظام سلامت یعنی تأمین ، ارتقا و حفظ سلامتی مردم تاکید شود.

مشارکت خیّرین، علاوه‌بر حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت، باید در حاکمیت نظام سلامت نیز تقویت شود. در این راستا، وجود اداره‌ی کل خیّرین در ساختار سازمانی وزارت بهداشت، نقش به‌سزایی در شناسایی و سازماندهی مناسب خیّرین سلامت و تقویت مشارکت آن‌ها در نظام سلامت کشور دارد. معاونت اجتماعی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۵ با هدف اجتماعی‌شدن سلامت با ۳ اداره‌ی کل «سازمان‌های مردم نهاد سلامت»، «خیّرین و مؤسسات خیریه سلامت» و «امور اجتماعی» تشکیل شد. شناسایی، هدایت و حمایت از ظرفیت‌های امور خیریه و اوقاف، برنامه‌ریزی و ساماندهی استفاده از ظرفیت‌های مردمی ایرانیان مقیم خارج از کشور و تقویت مشارکت خیّرین و مؤسسات خیریه به صورت هبه، نذر سلامت و فعالیت داوطلبانه از جمله وظایف معاونت اجتماعی وزارت بهداشت است. تدوین و ابلاغ قوانین، بخش‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با جذب، مدیریت و کنترل مشارکت خیّرین سلامت، عقد تفاهم‌نامه‌هایی میان وزارت بهداشت و سازمان اوقاف و

[7] The theory of planned behaviour

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

امـور خیریـه، وزارت امـور خارجـه و بانـک قرض‌الحسـنه‌ی مهـر ایـران، تصویـب اصلاحیـه تعرفه‌هـای مراکـز درمانـی خیریـه، تشـکیل مؤسسـات خیریـه حامـی بیمارسـتان‌های دولتـی و دسـتورالعمل پلاک‌گـذاری امـوال اهدایـی، نقـش به‌سـزایی در توسـعه مشـارکت خیّریـن در تأمیـن مالـی نظـام سـلامت ایـران داشـته اسـت.

توسـعه‌ی سـازمان‌های مـردم نهـاد و مؤسسـات خیریـه منجر بـه تقویـت مشـارکت اجتماعـی در سـلامت می‌شـود. مشـارکت خیّریـن علاوه‌بـر درمـان، بایـد در حوزه‌هـای پیش‌گیـری و ارتقـای سـلامت نیـز تقویـت شـود. سیاسـت‌گذاران و مدیـران نظـام سـلامت بایـد اقداماتـی را بـرای تقویـت مشـارکت خیّرین در نظـام سـلامت بـه‌کار گیرنـد. مکانیزم‌هـای تشـویقی و حمایتـی در ایـن زمینـه مفیـد بـه نظـر می‌رسـد. بـه عنـوان مثـال، در نظـر گرفتـن معافیت‌هـای مالیاتـی بـرای خیّریـن و مؤسسـات خیریـه، تاثیـر مثبتـی بـر مشـارکت خیّریـن دارد (۲۷). علاوه‌بـر ایـن، تدویـن قوانیـن و مقـررات مناسـب مدیریتـی، تأمیـن مالـی و ارائـه‌ی خدمـات مؤسسـات خیریـه و نظـارت بـر حسـن اجـرای آن‌هـا از بـروز مشـکلات پیش‌گیـری می‌کنـد. کاهـش موازی‌کاری‌هـا و بروکراسـی‌های دسـت‌وپاگیر، بایـد در تدویـن قوانیـن و مقـررات مـورد توجـه قـرار گیـرد.

نتیجه‌گیری

خیّریـن سـلامت، منابـع مالـی مـورد نیـاز بخش سـلامت را از طریـق مؤسسـات خیریـه‌ی سـلامت، مجمـع خیّریـن سـلامت، توزیـع صندوق‌هـای کمـک مالـی میـان اقشـار مختلـف جامعـه، شـبکه‌های اجتماعـی فضـای مجـازی و برگـزاری مراسـم هدف‌منـد، جـذب و صـرف توسـعه‌ی فضاهـای فیزیکـی، تأمیـن تجهیـزات و مـواد مصرفـی، پرداخـت حقـوق و دسـتمزد کارکنـان سـازمان‌های بهداشـتی-درمانی و پرداخـت هزینه‌هـای خدمـات سـلامت بیمـاران می‌کننـد.

ایـن پژوهـش بـا رویکـرد اکتشـافی-کیفی و بـا اسـتفاده از نظـرات سیاسـت‌گذاران، مدیـران و کارشناسـان حـوزه معاونـت اجتماعـی وزارت بهداشـت و دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی کشـور (ارزشـیابی چندگانـه)، بـه تبییـن مشـارکت مالـی خیّریـن در نظـام سـلامت ایـران پرداخـت. همچنیـن، شناسـایی و تحلیـل قوانیـن، مقـررات و اسـناد مربـوط بـه امـور خیریـه سـلامت بـه غنـای اطلاعاتـی ایـن پژوهـش افـزود. پیشـنهاد می‌شـود پژوهشـگران بـا انجـام مطالعـات کمـی در حوزه‌هـای جـذب و هزینه‌کـرد منابـع مالـی، بـه توسـعه‌ی دانـش مربوطـه کمـک کننـد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

خیّریـن نقـش به‌سـزایی در تأمیـن مالـی، توسـعه‌ی منابـع، ارائـه‌ی خدمـات سـلامت و حمایـت مالـی بیمـاران در نظـام سـلامت ایـران برعهـده دارنـد. مشـارکت خیّریـن در سـال‌های اخیـر در حـوزه سـلامت افزایـش یافتـه اسـت. بنابرایـن، سیاسـت‌گذاران و مدیـران سـلامت بایـد از ایـن فرصـت بـرای توسـعه هدف‌منـد نظـام سـلامت کشـور و پوشـش همگانـی خدمـات سـلامت اسـتفاده کننـد. سیاسـت‌گذاران و مدیـران نظـام سـلامت بـا برنامه‌ریـزی، سـازماندهی، هدایـت و نظـارت صحیـح بایـد مشـارکت خیّریـن را هدف‌منـد نمـوده، از موازی‌کاری‌هـا و ائتـلاف منابـع اجتنـاب کننـد. رکـود تورمـی اقتصـادی، اثـرات منفـی بـر کسـب و کار خیّریـن دارد. بنابرایـن، سیاسـت‌گذاران و مدیـران بایـد بـرای تقویـت و توسـعه‌ی مشـارکت خیّریـن در حـوزه‌ی سـلامت برنامه‌ریـزی کننـد. عـدم مدیریـت و سـازماندهی صحیـح منابـع مالـی خیّریـن منجـر بـه ائتـلاف منابـع آن‌هـا شـده، توجـه ایشـان را بـه سـوی دیگـر حوزه‌هـای تولیـدی و خدماتـی جامعـه معطـوف می‌سـازد.

تشکر و قدردانی

ایـن مقالـه حاصـل بخشـی از پایـان نامـه کارشناسـی ارشـد مدیریـت خدمـات بهداشـتی و درمانـی بـا عنـوان "ارائـه الگـوی تقویـت مشـارکت خیّریـن در نظـام سـلامت ایـران" بـود کـه بـا حمایـت دانشـگاه علـوم پزشـکی و خدمـات بهداشـتی درمانـی تهـران اجـرا شـد. نویسـندگان مقالـه لازم می‌داننـد از همـکاری کلیـه افـراد شـرکت کننـده در ایـن پژوهـش تشـکر و قدردانـی کننـد. همچنیـن، نویسـندگان از داوران محترمـی کـه بـا انتقادات سـازنده و بیـان نظـرات کارشناسـی خـود بـه ارتقـای کیفیـت این مقالـه کمـک کردنـد، صمیمانـه تشـکر می‌کننـد.

References

1- World Health Organization. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2007; p.2.
2- World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2000; p.25.
3- Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st Edition, Tehran: Dibagran Tehran; 2015; p.43. (in Persian).
4- Mosadeghrad AM. Principles of health care administration. Tehran: Dibagran Tehran; 2003; p.492. (in Persian)
5- Gottret PE, & Schieber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. World Bank Publications, Washington DC. 2006; p.46.
6- Normand, C.Using Social Health Insurance to Meet Policy Goals. Social Science and Medicine. 1999; 48: 865–69.
7- Ali MM. The Holy Quran. Ahmadiyya Anjuman Ishaat Islam Lahore USA; Ohio. 2011; p.137.
8- Meier, S. and A. Stutzer. Is volunteering rewarding in itself? . Economica. 2008; 75: 39-59.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

9- Dunn, E.W., L.B. Aknin, M.I. Norton. Spending money on others promotes happiness. Science.2008; 319: 1687-1688.
10- Thoits, P.A. and L.N. Hewitt. Volunteer work and well-being. Journal of Health and Social Behavior. 2001; 42: 115-131.
11- Musick, M.A, J. Wilson. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. Social Science & Medicine.2003; 56: 259-269.
12- Harris, A, C. Thoresen. Volunteering is associated with delayed mortality in older people: Analysis of the Longitudinal Study of Aging. Journal of Health Psychology. 2005; 10(6): 739-52.
13- Charities Aid Foundation. World Giving Index 2018: A global view of giving trends. Available at: https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-publications/caf_wgi2018_report_webnopw_2379a_261018.pdf [Access date 10/04/2019]
14- Bayat A. Introduction of the health charity assembly, Statistical Report 2015. Tehran: 2015. Available at: http://www.salamat charity.ir/images/Amar/report94.pdf [Access date 30/04/2019]
15- Ayazi MH, Jamali M, Javadi MH, Hoseini nejad J, Rafiefar Sh, Zamani Garmsiri S, et al. Deputy for Social Affair at a glance, Ministry of Health and Medical education. Barta publication,Tehran. 2018; p.18. (in Persian)
16- Jamali M. The NGOs handbook. Barta Publication, Tehran. 2018; p.14. (in Persian)
17- Husserl E. Phenomenology and the foundations of the sciences. Springer Science & Business Media, Netherlands; p.21-43. 2001.
18- Hsieh HF, & Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research. 2005; 15(9):1277-1288.
19- Nekoeimoghadam M, Amiryoosefi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaeeli M. Role of Charities in the Health System: A qualitative study. J Qual Res Health Sci. 2013; 2(1): 1-10.
20- Hsu, J., Liang, G., & Tien, C. Social concerns and willingness to support charities. Social Behavior and Personality: An international journal. 2005; 33: 189-200.
21- Beldad A, Snip B, van Hoof J. Generosity the second time around: Determinants of individuals' repeat donation intention. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 2012; 43(1):144-163.
22- van Iwaarden J, van der Wiele T, Williams R, Moxham C. Charities: how important is performance to donors?. International Journal of Quality & Reliability Management.2009; 26(1):5-22.
23- Iran Ministry of Health, Hospital beds statistics. Ministry of Health, Treatment deputy. 2018. Available at: http://avab.behdasht.gov.ir/rbp2/Rbp2/default/Default_body.asp [Access date 30/04/2019]
24- Bekkers R, Wiepking P, A literature review of empirical studies of philanthropy: Eight mechanisms that drive charitable giving. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 2011; 40(5) 924 –97.
25- Opoku, Robert A. "Examining the motivational factors behind charitable giving among young people in a prominent Islamic country". 2013; 186:172–186.
26- Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behave Hum Dec 1991; 50(2):179-211.
27- Yoruk BK. Does giving to charity lead to better health? Evidence from tax subsidies for charitable giving. Journal of Economic Psychology. 2014; 45. 71-83.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

Donors' Participation in Financing Health System of Iran

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Maryam Tajvar[2], Fatemeh Ehteshami[2, 3, *]

[1]Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Social Affairs Deputy, Iran Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Abstract

Background: Iran's health system faces rising costs and resource scarcity. Donors' financial contribution is one of the ways to strengthen the country's health system financing. The purpose of this study was to explore the ways of donors' participation in financing Iran's health system.

Methods: This qualitative study was performed using semi-structured interviews with 38 donors and 26 managers in Social Affiars Deputy of the Ministry of Health and universities of medical sciences in 2017 - 2018. In addition, document analysis was performed using related laws, regulations, policies, plans, etc. Content analysis was used to analyze the data.

Results: Donors are involved in collecting charitable funds and spending them in the health system. They participate in collecting charitable funds through health charity organizations and councils, distributing donation boxes among the community, crowdfunding in social networks, and holding purposeful events. Donors spend the collected money for developing and expanding healthcare organizations, purchasing healthcare technologies and equipment, paying employees, and paying for poor patients' healthcare bills.

Conclusions: Donors have a significant role in financing the health system. Hence, healthcare policymakers and managers should plan, organize, direct, and supervise donors and charities to maximize their participation.

Keywords: Health System; Financing; Donors; Qualitative Study; Iran

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in financing health system of Iran. Hakim Health Sys Res 2019; 22(1): 26- 42.

***Corresponding Author:** M.Sc., Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-2181455832, Email: fateme.eht@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]