

Designing a Governance Model in the Country's Health System

Mohamadiha H, Memarzadeh Gh*, Azimi P

1. PhD Student, Islamic Azad University, Qazvin, Iran
 2. Professor of Public Management, Azad university, Science and Research Branch, Tehran, Iran
 3. Associate Professor of Industrial Engineering, Islamic Azad University, Qazvin, Iran
- * *Corresponding author.* Tel: +989122102317, Fax: +982181452688, E-mail: gmemar@gmail.com

Received: Jun 13, 2021 Accepted: Nov 13, 2021

Background & objectives: Today, governance in the health system is more important than ever due to the shortcomings in the health sector and the occurrence of crises such as the Covid disease pandemic. On the other hand, policy-making, especially implementing policies in the country's health sector, is facing shortcomings; the use of governance principles can be helpful in this regard. Therefore, this study aims to design a governance model for the country's health system.

Methods: The present study is applied-developmental in terms of purpose. After reviewing the theoretical foundations and previous research, the governance strategies of the health system were identified. Then, the research model was designed using the fuzzy Delphi method and surveying 13 academic and executive experts who were purposefully selected. Finally, to validate the model, 169 managers and specialists of health system departments in Tehran were interviewed with a questionnaire, and the data were analyzed by structural equation modeling and SmartPLS software.

Results: Based on the research findings, it was confirmed that health governance has four functions of stewardship, service delivery, resource production, and financing, and in order to improve it, ten main strategies and 58 sub-strategies should be considered. Also, the governance model in the country's health system was designed, which includes causal factors (functions of the health system), underlying factors, facilitating/limiting factors, and consequences. Finally, the coefficient of determination for the variable of health governance strategies was 0.611 and for the variable of outcomes was 0.528.

Conclusion: According to the results, health governance in the country is similar to the model of the World Health Organization in terms of structure and functions, but to improve the health system according to the country's native conditions, it is necessary to use various strategies. Also, the results showed that the health system's governance is a multifaceted and complex phenomenon. To improve it, a set of strategies should be implemented, which were classified into three categories: governance affairs, contractual affairs, and partnership affairs.

Keywords: Health System; Health Governance; Fuzzy Delphi; Structural Equation Modeling

طراحی مدل حکمرانی در نظام سلامت کشور

هاله محمدیها^۱، غلامرضا معمارزاده^{۲*}، پرهام عظیمی^۳

۱. دانشجوی دکتری واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

۲. استاد مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۳. دانشیار مهندسی صنایع، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۲۱۰۲۳۱۷. فکس: ۰۲۱۸۱۴۵۲۶۸۸. ایمیل: gmemar@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: امروزه، با توجه به کاستی‌های موجود در بخش سلامت و وقوع بحران‌هایی مانند پاندمی بیماری کووید-۱۹، حکمرانی در نظام سلامت بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته است. از طرفی، به نظر می‌رسد سیاستگذاری و به طور ویژه اجرای سیاست‌ها در بخش سلامت کشور، با کاستی‌هایی روبه‌رو است که بهره‌گیری از اصول حکمرانی می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد. بنابراین، هدف از انجام این تحقیق، طراحی مدل حکمرانی در نظام سلامت کشور است.

روش کار: پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی- توسعه‌ای بود. پس از بررسی مبانی نظری و تحقیقات پیشین، راهبردهای حکمرانی نظام سلامت شناسایی شدند. سپس با بهره‌گیری از روش دلفی فازی و نظرخواهی از ۱۳ نفر از خبرگان دانشگاهی و اجرایی که به صورت هدفمند انتخاب شدند، مدل تحقیق طراحی شد. نهایتاً، به منظور اعتبارسنجی مدل، از ۱۶۹ نفر از مدیران و متخصصان بخش‌های نظام سلامت در شهرستان تهران با ابزار پرسشنامه نظرخواهی شد و داده‌های حاصل با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار SmartPLS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های تحقیق، تایید گردید که حکمرانی سلامت دارای چهار کارکرد تولید، ارائه خدمات، تولید منابع و تامین مالی است و به منظور ارتقای آن، ۱۰ راهبرد اصلی و ۵۸ راهبرد فرعی باید مدنظر قرار گیرد. همچنین، مدل حکمرانی در نظام سلامت کشور طراحی شده شامل عوامل علی (کارکردهای نظام سلامت)، عوامل زمینه‌ای، عوامل تسهیل‌گر / محدودکننده و پیامدها است. نهایتاً، بر اساس یافته‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری، ضریب تعیین برای متغیر راهبردهای حکمرانی سلامت مقدار ۰/۶۱۱ و برای متغیر پیامدها ۰/۵۲۸ محاسبه گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل شده، حکمرانی سلامت در کشور از نظر ساختار و کارکردها با الگوی سازمان بهداشت جهانی یکسان است، اما برای ارتقای نظام سلامت با توجه به شرایط بومی کشور نیاز به بهره‌گیری از راهبردهای متنوعی وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که حکمرانی نظام سلامت پدیده‌ای چندوجهی و پیچیده است و به منظور ارتقای آن باید مجموعه‌ای از راهبردها اجرا شوند که این راهبردها در سه دسته امور حاکمیتی، امور قراردادی و امور مشارکتی دسته‌بندی شدند.

واژه‌های کلیدی: نظام سلامت، حکمرانی سلامت، دلفی فازی، مدل‌سازی معادلات ساختاری

پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۲۲

دریافت: ۱۴۰۰/۳/۲۳

مقدمه

طیف وسیعی از سازمان‌های اجتماعی نیاز دارد. از جمله مسائل مرتبط با سلامت مردم، ظهور بیماری‌های جدید و همه‌گیر از جمله ابولا، سارس و

سلامت به عنوان یکی از مسائل پیچیده، به حضور کنشگران بسیاری اعم از دولت فعال، شهروندان و

در سال‌های اخیر کووید ۱۹ می‌باشد (۱). گسترش بیماری کرونا در سال ۲۰۲۰ و مرگ بسیاری از انسان‌ها، موجب اهمیت یافتن شناخت مبانی هستی‌شناختی سیاستگذاری برای سلامت بشر در حکمرانی‌های گوناگون شده است (۲). یک نظام سلامت عمومی خوب و قابلیت‌های حکمرانی، تضمین‌های مهمی برای سلامت ملی و توسعه اقتصادی و همچنین، یک سیستم حمایتی مهم برای پاسخگویی به شرایط اضطراری بهداشت عمومی است. در این میان، حکمرانی شرط لازم برای ایفای نقش موثر نظام سلامت عمومی است (۳). حکمرانی و رهبری در توسعه سلامت برای دستیابی به اهداف توسعه سلامت و سایر اهداف سلامت ملی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار هستند. این دو عامل ممکن است توضیح دهند که چرا بسیاری از کشورهای آفریقا در مسیر دستیابی به اهداف توسعه سلامت تا سال ۲۰۱۵ موفق نیستند (۴). چارچوب حاکمیت نظام سلامت کشورهای توسعه یافته در چند دهه اخیر تغییرات زیادی کرده است. معماری ساختاری حاکمیت نظام سلامت که بیانگر ارتباطات بین بازیگران کلیدی نظام سلامت بوده از حالت حاکمیت سلسله‌مراتبی به حاکمیت بازار محور و سپس به حاکمیت شبکه‌ای تغییر یافت (۵). مطالعات نشان داده است که حکمرانی منجر به بهتر شدن پیامدهای توسعه می‌شود. به گونه‌ای که رابطه خیلی نزدیکی بین حکمرانی و بهبود گسترده شاخص‌های بخش سلامت از جمله نرخ مرگ و میر نوزادان و مادران، امید به زندگی در بدو تولد و سال‌های تحصیل و غیره وجود دارد (۶).

سیاستگذاری سلامت، شاخه‌ای از دانش سیاستگذاری عمومی است و این امکان را در اختیار سیاستگذاران سلامت قرار می‌دهد تا نسبت به نقشه سیاستگذاری و نیز شبکه سیاستگذاری در سلامت، آگاهی پیدا کنند. با توجه به رهیافت‌های مختلف ضرورت دارد سیاستگذاری عمومی در زمینه سلامت از حکمرانی شبکه‌ای، چندسطحی و چندذینفعی استفاده نماید (۷).

سیاست‌مداران، پژوهش‌گران، سیاستگذاران و دست‌اندرکاران برنامه‌ریزی سلامت، بسته به اینکه در چه بافتی می‌اندیشند، تصمیم‌گیری و عمل می‌کنند، ممکن است برداشتی کاملاً متفاوت از مفهوم «سلامت» و روش سیاستگذاری برای آن داشته باشند (۸). سیاستگذاری ارتقای سلامت عمومی از جمله حوزه‌های مهم سیاستگذاری عمومی در کشورهای مختلف است. جهت‌گیری سیاسی و ساختار نظام حکمرانی ارتباط مستقیمی با کیفیت نظام سلامت عمومی کشورهای مختلف و متعاقباً درجه توسعه آن‌ها دارد (۹). اهمیت حکمرانی در نظام‌های سلامت^۱ از این واقعیت بدیهی نشأت می‌گیرد که بیشتر مفهوم‌سازی‌ها و توصیف نظام‌های سلامت در یک دهه گذشته از کارکردهای مرتبط با حکمرانی صحبت می‌کند (۴). حکمرانی سلامت^۲، لزوماً مداخله‌ای نیست، بلکه نظامی ارزشی، دیدگاهی سیاسی-اجتماعی-فرهنگی، تفکری سیستمی و فعلی برای اقدام بر روی تعیین‌کننده‌های سلامت با تلفیق سلامت در همه سیاست‌ها برای هدف مشترک سلامت و بهزیستی مردم است و با در نظر گرفتن مدیریت پیامدهای مثبت و منفی سیاست‌های عمومی می‌تواند منجر به فرصت‌هایی برای سلامت بهتر و کاهش بی‌عدالتی سلامت گردد (۱۰). حکمرانی بخش سلامت، پدیده‌ای چندوجهی است و هنوز هیچ روش استاندارد برای مفهوم‌سازی و سنجش حکمرانی و تاثیر آن بر عملکرد بخش سلامت وجود ندارد. با وجود این، می‌توان با بررسی کارکردها یا اصول خاص از جمله تمهیدات مشارکت ذینفعان در فرآیندهای برنامه‌ریزی سلامت، مکانیسم‌های پاسخ‌گویی به خدمات سلامت محلی، در دسترس بودن اطلاعات در مورد عملکرد ارائه‌دهنده، وضوح قوانین بخش سلامت، اجرای مقررات سلامت و در دسترس بودن روش‌های گزارش سوءاستفاده از منابع ارزیابی کرد (۱۱). همچنین، بزرگترین مانع برای گسترش نقش

¹ Health System

² Health Governance

سازمان‌های غیردولتی در مراقبت‌های بهداشتی، عدم همکاری در توسعه سیاست‌های سلامت است. صاحب‌نظران عقیده دارند که سازمان‌های غیردولتی باید در این زمینه سهمی داشته باشند، اما از آن‌ها در مذاکره دعوت نمی‌شود (۱۲).

حاکمیت نظام سلامت در ایران بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ۱۰ معاونت و تعدادی دفتر و اداره در این معاونت‌ها است. وزارت بهداشت در سطح استانی با بهره‌گیری از ۶۲ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و بیمارستان‌های تابعه به ارائه خدمات درمانی و از طریق شبکه بهداشتی کشور به ارائه خدمات بهداشتی می‌پردازد. از طرفی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وظیفه برنامه‌ریزی، هدایت و نظارت بر بیمارستان‌ها و شبکه بهداشتی و درمانی ۳۱ استان کشور را عهده دار هستند (۵). در قانون اساسی ایران (اصل ۲۹، بند ۱۲ اصل ۳، بند ۲ اصل ۲۱ و بند ۴ اصل ۲۹)، برخورداری از تامین اجتماعی و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم و تعمیم بیمه مورد تاکید قرار گرفته است. همچنین، در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، به توسعه کارآمد، برخورداری از سلامت و دستیابی به جایگاه اول علم و فناوری در منطقه اشاره شده است. در منشور حقوق بیمار نیز، بر حقوق بیمار در نظام سلامت شامل مواردی از قبیل حق دسترسی به اطلاعات سلامت، حق دسترسی به گروه درمانی و غیره تاکید شده است. نهایتاً، در تعهدات بین‌المللی نظام سلامت، بر ارتقای سلامت، کاهش مرگ و میر کودکان، بهبود سلامت مادران و مبارزه با ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها تاکید شده است.

شواهد نشان می‌دهد که نظام سلامت در ایران از کارآمدی مطلوبی برخوردار نیست و با وجود قوانین و سیاست‌های مناسبی که در بسیاری از بخش‌ها در این حوزه تدوین شده، به دلیل ضعف و کاستی‌هایی

که در مرحله اجرا اتفاق می‌افتد، اهداف تعیین شده محقق نمی‌شود. همچنین، در نظام سلامت در مراحل خط‌مشی‌گذاری، کمتر دیدگاه‌ها و نظرات مجریان در نظر گرفته می‌شود و به نوعی روابط پایین به بالا در سیاست‌گذاری ضعیف است. از این رو، در این تحقیق، مساله اساسی چگونگی اجرای قوانین یا خط‌مشی‌های نظام سلامت است. براساس بررسی‌های محقق، حکمرانی نظام سلامت یکی از حوزه‌های تحقیقاتی است که در آن فقدان مدل مناسب برای حکمرانی در تحقیقات داخلی و خارجی به وضوح به چشم می‌خورد. اگرچه تحقیقاتی در زمینه نظام سلامت انجام گرفته، ولی بیشتر آن‌ها نگاه عملیاتی داشته‌اند و تجارب کشورهای را مورد بررسی قرار داده‌اند و تحقیقاتی که به دنبال ارائه دیدگاه یکپارچه و جامع باشند که بتواند کلیه زمینه‌ها و بازیگران مختلف نظام سلامت را در نظر گرفته و مدل حکمرانی براساس آن ارائه دهند، مشاهده نمی‌شود. در تحقیقات داخلی انجام گرفته با موضوع حکمرانی سلامت نیز، ارائه مدل حکمرانی در سطح کلان به چشم نمی‌خورد و تحقیقات انجام شده تنها کارکردهای نظام سلامت را به صورت موردی بررسی کرده‌اند. همچنین، تحقیقات خارجی که با موضوع حکمرانی سلامت انجام شده‌اند، فاقد متغیرهای بومی در کشور ما و همچنین ارائه الگوی یکپارچه می‌باشند. بنابراین، خلاء تحقیقاتی که این پژوهش به دنبال پر کردن آن می‌باشد، فقدان الگوی بومی و جامع با رویکرد کلان‌نگر در زمینه حکمرانی بخش سلامت است. بنابراین، مهم‌ترین مساله این تحقیق پاسخ به این سوال است که: «مدل حکمرانی در نظام سلامت کشور به چه شکل است؟».

پژوهش‌های حکمرانی سلامت شامل تعدادی پارامتر است که باید محیط مساعدی را برای هماهنگی و انجام تحقیقات فراهم کند. چارچوب‌های متعدد مداخلاتی را پیشنهاد می‌کنند که باید در جهت تقویت حکمرانی دنبال شوند. نتایج تحقیقات پیشین در زمینه حکمرانی سلامت به صورت خلاصه و بر اساس ابعاد و

مولفه‌های مربوطه در قالب جدول ۱ ارائه شده است. تحقیقات ارائه شده در جدول، از پایگاه‌های علمی خارجی Elsevier، Emerald، Google Scholar و... و پایگاه داخلی Sid.ir و مجلات تخصصی در زمینه سلامت و با جست و جوی کلیدواژه‌های «حکمرانی سلامت»، «حکمرانی بهداشت»، «مدیریت سلامت»،

«مدیریت بخش سلامت» و همچنین معادل انگلیسی آن‌ها استخراج شدند. همچنین، دوره زمانی جست و جو برای تحقیقات خارجی طی سال‌های ۲۰۰۰ میلادی به بعد و برای تحقیقات داخلی ۱۳۹۰ شمسی به بعد بود.

جدول ۱. تحقیقات پیشین در زمینه حکمرانی سلامت (منابع: یافته‌های تحقیق)

پژوهشگر / سازمان	ابعاد و مولفه‌های شناسایی شده
شیخ و همکاران (۱۳)	نقش‌های حکمرانی سلامت: نقش‌های قانونی (توسعه سیاست، برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی استراتژیک، مقررات و استانداردها، قراردادهای و انطباق، ارتقای نوآوری، توانمندسازی شهروندان)، آماده‌سازی و پاسخ به تغییرات (اصلاح سیستم‌ها، مدیریت بحران، واکنش به گذارهای سیاسی، واکنش به تغییرات کلان اقتصادی و اجتماعی، واکنش به پدیده‌های جهانی)، مدیریت روابط (روابط با رهبری سیاسی، جامعه مدنی، نیروی کار، بخش خصوصی، سایر وزارتخانه‌ها و بخش‌ها، سازمان‌های بین‌المللی، سرمایه‌گذاران و شرکای توسعه، نهادهای نیمه‌دولتی و سایر بخش‌های بهداشتی) و مدیریت ارزش‌ها (فرآیندهای پاسخگویی و شفافیت، فرآیندهای مشارکتی، فرآیندهای کارآمدی). ظرفیت‌های حکمرانی: ظرفیت ساختاری، ظرفیت استاندارد، ظرفیت افراد، ظرفیت حجم کاری، ظرفیت عملکرد و ظرفیت نظارت.
جارت و همکاران (۱۴)	ابعاد حکمرانی سلامت: سیستم‌های اطلاعاتی مدیریت سلامت، توسعه حرفه ای، نظارت خدمات سلامت، اقدام مبتنی بر شواهد، مدیریت وقایع، درگیری ذینفعان، خدمات دارویی.
کمپس (۱۵)	به‌منظور حکمرانی بهتر در شرایط کرونا، سازمان بهداشت جهانی باید ۳ اصل را مدنظر قرار دهد: سیاست‌گذاری حکمرانی را به ذینفعان محلی واگذار کند که دارای توانایی و شرایط بهتری هستند. آن‌طور که اصول همبستگی و تولید ایجاب می‌کند، سازمان جهانی بهداشت منحصراً بر اطمینان از انتقال مسئولیت‌های مشترک به‌طور صحیح، مبتنی بر شواهد، منسجم و به‌موقع برای اطمینان از هماهنگی مسئولانه تمرکز کند. به جای تلاش برای گسترش قدرت، منابع و کنترل، مسئولیت‌های خود را نسبت به ذینفعان از طریق اصلاح نهادی و جلب اعتماد عمومی انجام دهد.
مارلی و همکاران (۱۶)	اصول حکمرانی دیجیتال سلامت: ترمز بر هوشمندی، اطلاعات، شبکه‌ها و توسعه زیرساخت سلامت الکترونیک
سویانو و همکاران (۱۷)	توسعه‌ی متوازن، توسعه‌ی پایدار، رعایت الزامات زیست محیطی، توسعه‌ی راه‌حل‌های اجتماعی، گسترش فعالیت‌های اقتصادی
مارسلو و همکاران (۱۸)	اصول حکمرانی خوب سلامت دیجیتال: مسئولیت‌پذیری، شفافیت، قانون، پاسخ‌گوبودن، عدالت و فراگیری، اثربخشی، کارایی و مشارکت و همچنین محرمانه‌بودن. اجزای حکمرانی: فرایندهای حکمرانی (شامل برنامه‌ریزی / خط‌مشی‌گذاری و تصمیم‌گیری؛ مذاکره / هماهنگی / نظارت و گزارش‌گیری؛ ارزیابی)، ساختار (ساختار سازمانی؛ نقش‌ها و مسئولیت‌ها / روابط با بازیگران و نظارت و پاسخ‌گویی) و ذینفعان (شامل ذینفعان عمومی و خصوصی / ذینفعان سلامت و غیر سلامت و شهروندان، بیماران و جامعه مدنی).
برینکرهاف و باسر (۱۹)	ابعاد حکمرانی سلامت: پاسخ‌گویی به نیازهای بهداشت عمومی و اولویت‌های شهروندی، رهبری که اولویت‌ها را مورد توجه قرار داده و تبادلات تجاری را مدیریت می‌کند، بیان مشروع نیازها و ترجیحات سلامت (صدا)، پاسخ‌گویی واضح و عملیاتی، شفافیت در عملکرد و تخصیص / استفاده از منابع، سیاست‌های مبتنی بر شواهد و تصمیم‌گیری و مدیریت و ارائه خدمات کارآمد و موثر. شرایط تسهیل‌کننده: پذیرش تغییر، حضور تیم تغییر با قهرمانان اصلاحات، میزان تمرکززدایی، در دسترس بودن منابع، روابط دولت و جامعه (مثلاً اعتماد شهروندان، بازبودن دولت) و اراده‌ی سیاسی. پیامدها: ظرفیت و عملکرد سیستم، تحویل خدمت، مدیریت تسهیلات و وضعیت سلامت

پژوهشگر / سازمان	ابعاد و مولفه‌های شناسایی شده
باربازا و تلو (۲۰)	ارزش‌های بنیادین: کنترل فساد، دموکراسی، حقوق بشر، اخلاق و درستی، پیش‌گیری از اختلاف، نفع عمومی، نقش قانون؛ وظایف فرعی: پاسخ‌گویی، شراکت، خط‌مشی‌گذاری / جهت‌گیری استراتژیک، ایجاد اطلاعات / هوشمندی، شایستگی سازمانی / طراحی سیستم، مشارکت و اجماع، شفافیت و قانون؛ نتایج: اثربخشی، کارایی، عدالت، کیفیت، مسئولیت‌پذیری، پایداری، حمایت از ریسک مالی و اجتماعی، بهبود سلامت.
چیکونه و همکاران (۲۱)	عدم تمرکز نظام سلامت که پاسخ‌گویی به نیازها و ارزش‌های محلی را ممکن می‌سازد؛ (۲) سیاست‌گذاری سلامت که به ذینفعان متنوع مرتبط‌شده و آن‌ها را تقویت می‌کند؛ (۳) تعامل بیشتر با جامعه؛ و (۴) تقویت سرمایه اجتماعی.
نیکولسون و همکاران (۲۲)	برنامه‌ریزی مشترک، مدیریت تغییر، اولویت‌های بالینی مشترک، پانل‌های بالینی چند رشته‌ای، مشوق‌های اندازه‌گیری - استفاده از داده شامل داده‌های بالینی، توسعه مداوم حرفه‌ای، تعامل با بیمار و جامعه، نوآوری
کامارگو و جاکوبز (۲۳)	ورودی‌های حکمرانی: مشارکت، جهت‌گیری جمعی و چشم‌انداز و طراحی خط‌مشی؛ فرایندهای حکمرانی: منابع انسانی، اطلاعات، تامین مالی و پزشکی و تکنولوژی؛ خروجی‌های حکمرانی: مسئولیت‌پذیری، نوآوری و کارایی؛ بازخورد: شفافیت، پاسخ‌گویی و کنترل فساد
لوپز و همکاران (۲۴)	ابعاد حکمرانی: جهت‌گیری استراتژیک و طراحی سیستم، پاسخ‌گویی، مشارکت و جهت‌گیری جمعی، شفافیت و پرداختن به فساد. فرایندهای حکمرانی: منابع انسانی، اطلاعات، تامین مالی و پزشکی و تکنولوژی.
کیریگیا و همکاران (۲۵)	مدیریت و رهبری سلامت عمومی، قوانین مربوط به سلامت، شراکت‌های موثر داخلی و خارجی برای سلامت، مشارکت مدنی و پاسخ‌گویی، عدالت افقی و عمودی در نظام‌های سلامت، کارایی در تخصیص و استفاده از منابع، پاسخ‌گویی و شفافیت در توسعه سلامت، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، رویکردهای اخلاقی در تحقیقات سلامت و ارائه خدمات، ثبات اقتصادی و سیاسی کلان
برینکرهوف و همکاران (۲۶)	پاسخ‌گویی، ارائه خدمات و اطلاعات، گزارش‌دهی و لابی‌گری چشم‌انداز استراتژیک، شفافیت، عدالت و فراگیری، مسئولیت‌پذیری، هوشمندی و اطلاعات و اخلاق
مورخیرجه و همکاران (۲۷)	اجزای حکمرانی سلامت الکترونیک: دسترسی به مهارت‌های فنی، دسترسی به اطلاعات مرتبط فرهنگی، آگاهی از جامعه اطلاعاتی، دسترسی به آموزش، دسترسی به محتوای مناسب، دسترسی به مهارت‌های زبانی و دسترسی به درآمد
سازمان بهداشت جهانی (۲۸)	ابعاد حکمرانی: راهنمای سیاست، هوشمندی و نظارت، همکاری و ایجاد ائتلاف، مقررات، طراحی سیستم، تضمین تناسب بین استراتژی و ساختار و کاهش تکثیر و جزء جزء شدن، پاسخ‌گویی. پیامدها: بهبود ارتقای سلامت، پاسخ‌گویی، محافظت از ریسک مالی و اجتماعی و بهبود کارایی.
سازمان بهداشت جهانی (۲۹)	کارکردهای اصلی نظام سلامت: تولید شامل خلق هوش، تدوین چارچوب خط‌مشی استراتژیک، تضمین ابزارهای اجرا (قدرت‌ها، مشوق‌ها و تحریم‌ها)، ایجاد ائتلاف‌ها/ مشارکت‌ها، اطمینان از تناسب بین اهداف خط‌مشی و ساختار سازمانی و فرهنگ و اطمینان از پاسخ‌گویی؛ تامین مالی شامل جمع‌آوری درآمد، انباشت سرمایه، تشکیل صندوق ذخیره مشترک منابع مالی و خرید؛ تولید منابع شامل منابع انسانی، فیزیکی، اطلاعاتی، دانشی و تکنولوژی و ارائه خدمات سلامت. اهداف اصلی نظام سلامت: ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخ‌گویی به انتظارات مردم و حمایت مالی.
سادات الوند و قاسمی (۱)	دلالت‌های راهبردی سیاست‌گذاری کرونا: رویکرد همکاری‌جویانه، توجه به بستر تاریخی- اجتماعی، تغییر رفتار ذینفعان و بازیگران، تعیین مرجعیت بخش، استفاده از دیپلماسی سلامت، نظام حمایتی فراگیر، افزایش سرمایه سیاسی- اجتماعی و استفاده از فناوری
مصدق‌راد و همکاران (۵)	شاخص‌های حاکمیت سلامت: شفافیت، دموکراسی، قانون‌مداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت‌پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری.

پژوهشگر / سازمان	ابعاد و مولفه‌های شناسایی شده
معصومی و همکاران (۳۰)	ورودی‌های اجرای سیاست‌های نظام سلامت: فرهنگ عمومی، ساختاری، اطلاع‌رسانی، کیفیت خط‌مشی، سبک و شیوه اجرا، قوانین و مقررات، تخصیص منابع، نیروی انسانی توانمند و محیط. فرایندها: فرایندهای بهداشتی (ارتقای تندرستی) و فرایندهای درمان (کنترل بیماری‌ها). پیامدهای اجرای سیاست‌های نظام سلامت: ایجاد فضای اعتماد متقابل بین نظام سلامت کشور و سطوح گوناگون جامعه هدف، افزایش انگیزه، تقویت روحیه همکاری، تشریک مساعی و کار گروهی در مجریان و فراهم آوردن زمینه‌های مطلوب برای بروز خلاقیت و نوآوری در اجرای سیاست‌ها، ارتقای شاخص‌های سلامت در جامعه و کسب اعتبار نظام سلامت کشور.
عالی‌خانی و همکاران (۳۱)	عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی در شبکه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت: مشخصات روابط شامل: مضامین قدرت روابط، نقش‌ها روال‌ها در شبکه، سطح وابستگی متقابل و سطح رسمی بودن روابط، ماهیت وظایف و سطح خودمختاری؛ متغیر ویژگی مشارکت شامل: مضامین سطح انگیزه‌های مشارکت، ملاقات بین بازیگران، الگوهای اجرایی، تبادل اطلاعات، آموزش و قابلیت تنظیم متقابل و متغیر پیامدهای هنجاری شامل: مضامین تعهد و پیامدهای هنجاری و سطح اعتماد.
وحید دستجردی و همکاران (۳۲)	اهداف: افزایش سطح سلامتی مردم، حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سلامت، فراهم‌آوردن رضایت مردم. سیاست‌ها: ایجاد زیرساخت‌های موردنیاز، همگانی ساختن بیمه پایه درمان، تعیین بسته جامع خدمات بهداشتی-درمانی. ابعاد: برخورداری همگانی از بیمه، رفع تبعیض، توسعه کمی و کیفی، مرتبط کردن مؤثر اجزای نظام سلامت، رهبری و ارتباط مؤثر با کارکنان سلامت، ایجاد انگیزه و رغبت در کارکنان، برقراری رابطه مناسب میان مشاغل و منصب‌ها، تعریف فعالیت‌های ضروری، حکمرانی فراقوه‌ای، ارزیابی و ارایه بازخورد.
رشیدیان و همکاران (۳۳)	ابعاد حکمرانی: آزادی شامل آزادی در انتخاب خدمات بهداشتی، آزادی در انتخاب خدمات درمانی و آزادی در انتخاب بیمه‌گر؛ عدالت شامل: عدالت در دسترسی مالی و عدالت در دسترسی فیزیکی عناصر اصلی بهداشت و سلامت از منظر مقام معظم رهبری: پویایی، خودکفایی و جهانی شدن ابعاد: نواندیشی، عمل‌گرایی، مدیریت، مسائل اجتماعی، باانگیزگی، اقتدار علمی، دیدگاه شاخص‌های بهداشت و سلامت از منظر مقام معظم رهبری: تولید ملی، پیشروی کار، ابتکار علمی، توسعه و پیشرفت، حفظ گفتمان علمی، سرعت پیشرفت علمی، عمل به وظایف، خطرپذیری، اولویت‌گذاری، استعداد، مسایل فرهنگی، برخورد مناسب با بیمار، آینده‌نگری، نگرش درست، تجاری‌سازی، آموزش و پرورش، ورزش و سلامت همگانی
خیرگو و همکاران (۳۴)	ابعاد مدل حکمرانی بیمارستان‌های دولتی ایران: تصمیم‌گیری شورایی، پاسخ‌گویی جامع، بودجه‌ریزی استراتژیک، تعامل سازنده با جامعه و آزادی عمل در تعامل با بازار
مرادیان و همکاران (۳۵)	زمینه‌های ارزشیابی عملکرد نظام سلامت ایران: وضعیت سلامت، تولید (راهبری)، دسترسی، مخارج سلامت، تامین مالی و عدالت، مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های سالمندی و سالمندی جمعیت، کیفیت خدمات، نظام بیمه‌ای، عملکرد بیمارستانی، پژوهش / تحقیق و توسعه، سلامت خصوصی (خصوصی‌سازی)، کارایی و بهره‌وری، فناوری و نظام‌های اطلاعات سلامت و نتایج سلامت.
نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران (۳۷)	ارزش‌ها: سلامت همه‌جانبه، کرامت انسانی، حداکثر سلامت ممکن به مثابه حق، عدالت، انسجام اجتماعی. اصول: نهادینه‌سازی ارزش‌های اخلاقی، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری، بهره‌مندی عادلانه، ارتقای سلامت و پیشگیری، مشارکت مردم، همکاری بین‌بخشی، تولید یکپارچه، بهره‌گیری از نوآوری و فناوری مطلوب، ارتقای سرمایه انسانی و تعالی و توازن.

روش کار

موجود در زمینه حکمرانی در زمینه نظام سلامت را توسعه دهد و متغیرهای جدیدی را به آن‌ها اضافه کند، تحقیق از نوع توسعه‌ای است. از طرفی، به این

این تحقیق بر اساس جهت‌گیری از نوع کاربردی و توسعه‌ای می‌باشد. به این دلیل که سعی دارد مدل‌های

مدرك دكترى بودند. براى تعيين ميزان اهميت شاخص‌ها و غربال مهمترين شاخص‌هاى شناسايى شده مى‌توان از تكنيك دلفى با رويکرد فازى استفاده كرد. در اين تحقيق، طيف فازى مثلثى براى مقياس پنج درجه ليكرت در بيان اهميت مولفه‌ها استفاده شد. عدد فازى مثلثى در اين تحقيق، با سه عدد حقيقى به صورت $M = (l, m, u)$ نمايش داده مى‌شود. u حد بالا، m حد وسط و l حد پايين عدد فازى است. طيف فازى ليكرت استفاده شده در جدول ۲ ارائه شده است. ضمناً، مقدار ديفازى شده عدد فازى با رابطه زير محاسبه مى‌شود (۳۸).

$$s = (l + m + u)/3$$

همچنين، در هر دور فرآيند دلفى در مقابل هر عامل، ميانگين پاسخ‌هاى اعضاى پانل در دوره پيش به آگاهى پاسخگويان مى‌رسيد. بر اساس مطالعات انجام شده، به منظور حفظ ارزش و اعتبار مطالعه، ميزان پاسخ‌دهى صاحب‌نظران در هر دور دلفى نبايد کمتر از ۵۰ درصد باشد و اگر مقدار قطعى حاصل از فازى‌زدائى ديدگاه تجميع شده خبرگان، بزرگتر از آستانه باشد، شاخص مورد نظر تايد مى‌شود و اگر اين مقدار كوچكتر از آستانه باشد، شاخص مورد نظر حذف مى‌شود. نهايتاً، اگر ميزان تغييرات امتيازات داده شده توسط صاحب‌نظران در هر دور کمتر از ۰/۰۷ باشد، اجماع و اتفاق نظر بر موضوع مورد بررسى صورت گرفته است.

جدول ۲. طيف ۵ تايى فازى ليكرت (۳۸)

خيلي كم اهميت	كم اهميت	متوسط	مهم	خيلي مهم
(۰, ۰, ۰/۲۵)	(۰, ۰/۲۵, ۰/۵)	(۰/۲۵, ۰/۵, ۰/۷۵)	(۰/۵, ۰/۷۵, ۱)	(۰/۷۵, ۱, ۱)

شهرستان تهران با پرسشنامه نظرخواهى به عمل آمد. پرسشنامه در اين مرحله توسط محقق طراحي گرديد و روايى آن توسط ۷ نفر از خبرگان که در مرحله دلفى حضور داشتند، تايد شد. حجم نمونه نيز با روش کوکران محاسبه شد و روش نمونه‌گيرى از نوع

دليل که نتايج تحقيق به منظور ارتقاى حکمرانى در نظام سلامت استفاده خواهد شد، از نوع کاربردى است. همچنين، اين پژوهش از آن‌جا که به دنبال طراحي مدل حکمرانى در نظام سلامت مى‌باشد که در اين شناخت و آگاهى محدودى وجود دارد، از نوع اکتشافى به حساب مى‌آيد. اين تحقيق در دو مرحله دلفى فازى براى تايد روايى مدل و همچنين اعتبارسنجى مدل در بخش سلامت فعال در شهرستان تهران با روش مدل سازى معادلات ساختارى انجام گرفت که در ادامه بررسى مى‌گردد.

مرحله دلفى فازى: پس از شناسايى مولفه‌هاى حکمرانى سلامت از مبانى نظرى و تحقيقات پيشين با روش فراتر كيب، پرسشنامه دلفى طراحي شد و خبرگان بر اساس ميزان اهميت مولفه‌هاى شناسايى شده در حکمرانى سلامت را ارزيابى كردند. لذا ۱۳ نفر از خبرگان و متخصصان نظام سلامت که شامل اساتيد دانشگاهى و مديران اجرايى فعال در نظام سلامت هستند، انتخاب شدند و پرسشنامه دلفى بين آن‌ها توزيع گرديد و تا حصول اجماع بين آن‌ها، فرآيند دلفى ادامه يافت. روش انتخاب مشاركت‌کنندگان از نوع هدفمند بود. شرايط خبرگان دانشگاهى براى حضور در فرآيند تحقيق، داشتن مدرک دكترى در زمينه مديريت و رشته‌هاى علوم پزشكى و داشتن مقاله و كتاب در زمينه مديريت در نظام سلامت بود. همچنين، خبرگان اجرايى داراى حداقل ۵ سال سابقه مديريت در نظام سلامت و

اعتبارسنجى مدل: به منظور اعتبارسنجى مدل تحقيق، از روش مدل سازى معادلات ساختارى و نرم افزار SmartPLS استفاده شد. بدین منظور از ۱۶۹ نفر از مديران و متخصصان بخش‌هاى مختلف نظام سلامت شامل دانشگاه علوم پزشكى، بیمارستان‌ها و... در

می‌دهد که ۳ مولفه «ارتقای دموکراسی و آزادی در نظام سلامت»، «ارتقای استقلال سازمانی بخش‌های مختلف نظام سلامت» و «توسعه خصوصی‌سازی و بهره‌گیری از توان و ظرفیت بخش خصوصی» دارای میانگین امتیاز پایین‌تر از سطح متوسط (مقدار ۰/۵) بودند و حذف شدند. بالاترین نمره ارزیابی نیز مربوط به مولفه «تدوین چشم‌انداز و اهداف استراتژیک بخش سلامت» با نمره ۰/۷۹۸ بوده است. همچنین، پاسخ‌دهندگان ۱۰ مولفه جدید را معرفی کردند که در جدول خطی زیر آن‌ها کشیده است. در دور دوم، نیز اعضای پانل، مولفه‌های موثر بر حکمرانی در نظام سلامت را ارزیابی کردند. نتایج ارزیابی‌های خبرگان در جدول ارائه شده است. نتایج دور دوم، کاهش قابل ملاحظه اختلاف نظر خبرگان (مقدار انحراف معیار پاسخ‌ها) را نشان می‌دهد. همچنین، در این مرحله، میانگین تمام پاسخ‌ها بالاتر از حد متوسط است. در این مرحله، هیچ متغیر جدیدی توسط خبرگان ارائه نشد. مولفه‌هایی که در دور اول اضافه شده بودند، توسط خبرگان ارزیابی شدند که نتایج پاسخ‌ها نشان داد تمامی متغیرها به غیر از مولفه «مدیریت ایجاد زیر ساخت‌های تولید منابع غیر مالی» مشخص نیستند از امتیاز بالاتر از سطح متوسط داشتند و از مولفه‌ها حذف نمی‌شوند. در این دور، مولفه «تدوین چشم‌انداز و اهداف استراتژیک بخش سلامت» مانند دور اول با امتیاز ۰/۸۵۶ در بالاترین رتبه قرار دارد. ضمناً، با توجه به اینکه مقدار اختلاف نظرات خبرگان در دور اول و دور دوم برای بعضی متغیرها بیش از آستانه ۰/۰۷ است، نظرات خبرگان به اجماع نرسیده و باید یک دور دیگر فرآیند دلفی تکرار شود. در دور سوم نیز اعضای پانل، مولفه‌های موثر بر حکمرانی در نظام سلامت را ارزیابی کردند. نتایج ارزیابی‌های خبرگان در جدول ۸ ارائه شده است.

در دسترس بود. همچنین، برای سنجش پایایی پرسشنامه، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۰۶ محاسبه گردید که مقداری قابل قبول است. فرمول کوکران به صورت زیر است و با توجه به اینکه حجم جامعه حدود ۳۰۰ نفر تعیین گردید، حجم نمونه با این فرمول حدود ۱۶۹ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right]}$$

در این فرمول N حجم جامعه است. آماره p درصد توزیع صفت در جامعه یعنی نسبت افرادی است که دارای صفت مورد مطالعه هستند. آماره q نیز درصد افرادی است که فاقد صفت مورد نظر هستند. اگر میزان p و q مشخص نباشد از حداکثر مقدار آن‌ها یعنی ۰/۵ استفاده شد که در این تحقیق این حالت مدنظر قرار گرفت (۳۸).

یافته‌ها

در دور اول، اعضای پانل، مولفه‌های حکمرانی سلامت را براساس طیف ۵ تایی لیکرت ارزیابی کردند. مشخصات اعضای پانل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مشخصات اعضای پانل

درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	مشخصات
۸	۱	بین ۵ تا ۱۰ سال	سابقه کاری و علمی
۴۶	۶	بین ۱۰ تا ۲۰ سال	علمی
۴۶	۶	بالای ۲۰ سال	میزان تحصیلات
۱۰۰	۱۳	دکتری	جنسیت
۸	۱	زن	سن
۹۲	۱۲	مرد	بیش از ۵۰ عدد
۱۵	۲	بین ۳۰ تا ۴۰ عدد	بیش از ۵۰ عدد
۳۱	۴	بین ۴۰ تا ۵۰ عدد	
۵۴	۷	بیش از ۵۰ عدد	

در جدول ۳ این عوامل و نتایج ارزیابی خبرگان مشخص شده است. نتایج ارزیابی خبرگان نشان

جدول ۴. ابعاد و مولفه‌های راهبردهای حکمرانی در نظام سلامت

ردیف	بعد	مولفه حکمرانی سلامت	S ₁	S ₂	S ₂ -S ₁	S ₃	S ₃ -S ₂
۱		ارزیابی نیازهای استراتژیک مشترک مورد توافق ذینفعان بخش سلامت	۰/۶۱	۰/۶۴۰	۰/۰۳۰	۰/۶۷۰	۰/۰۳۰
۲		تدوین چشم انداز و اهداف استراتژیک بخش سلامت	۰/۷۹۷	۰/۸۵۶	۰/۰۳۹	۰/۸۹۴	۰/۰۳۸
۳	جهتگیری استراتژیک	ایجاد همراستایی استراتژیک بین استراتژی‌های عملیاتی، تاکتیکی و راهبردی بخش سلامت	۰/۶۴۳	۰/۶۲۰	۰/۰۲۳	۰/۶۴۳	۰/۰۲۳
۴		توسعه شایستگی‌ها و قابلیت‌های استراتژیک بخش سلامت	۰/۶۶۷	۰/۷۶۲	۰/۰۵	۰/۸۰۶	۰/۰۳۶
۵		ایجاد همراستایی بین اهداف خط‌مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت	۰/۶۳۷	۰/۶۱۷	۰/۰۲۰	۰/۶۲۹	۰/۰۱۲
۶		تامین مالی، انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت	۰/۶۱۰	۰/۶۴۴	۰/۰۳۴	۰/۶۲۷	۰/۰۱۷
۷	مدیریت	بودجه بندی استراتژیک در نظام سلامت	۰/۵۶۳	۰/۶۱۵	۰/۰۵۲	۰/۶۳۴	۰/۰۱۹
۸	بهینه منابع مالی	مدیریت ایجاد زیر ساخت: تولید منابع مالی	-	۰/۶۳۵	-	۰/۶۵۹	۰/۰۲۴
۹		بهره گیری از مبانی تامین مالی و تمرکز بر اولویت بندی‌های نظام سلامت (انتخاب بسته - تحلیل اقتصادی)	-	۰/۵۷۸	-	۰/۵۶۰	۰/۰۱۸
۱۰		توسعه شبکه‌های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذینفعان نظام سلامت	۰/۵۴۳	۰/۵۳۹	۰/۰۰۴	۰/۵۲۱	۰/۰۱۸
۱۱		توسعه مشارکت‌ها بین سطوح و بخش‌های مختلف نظام سلامت	۰/۶۱۷	۰/۶۳۷	۰/۰۲۰	۰/۶۴۰	۰/۰۱۳
۱۲	توسعه	فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران نظام سلامت	۰/۵۶۷	۰/۶۱۲	۰/۰۵۵	۰/۶۳۸	۰/۰۲۶
۱۳	مشارکت	تقویت سرمایه اجتماعی و ارتباط موثر بین ذینفعان نظام سلامت	۰/۶۳۰	۰/۶۷۸	۰/۰۴۸	۰/۷۱۰	۰/۰۳۲
۱۴	ذینفعان	رسمیت بخشیدن به روابط بین ذینفعان نظام سلامت	۰/۶۲۳	۰/۶۰۴	۰/۰۱۹	۰/۶۲۴	۰/۰۲۰
۱۵		مدیریت تعارض منافع	-	۰/۶۹۲	-	۰/۷۱۱	۰/۰۱۲
۱۶		فراهم کردن زمینه و انگیزه ائتلاف / مشارکت در بین ذینفعان بخش سلامت	۰/۶۵۰	۰/۶۲۵	۰/۰۲۵	۰/۶۲۸	۰/۰۰۳
۱۷		مدیریت سرمایه‌های اطلاعاتی و دانشی	۰/۵۶۰	۰/۶۱۴	۰/۰۵۴	۰/۶۴۷	۰/۰۳۳
۱۸	توسعه	توسعه سیستم‌های مدیریت دانش سلامت	۰/۵۲۳	۰/۵۴۶	۰/۰۲۳	۰/۵۵۷	۰/۰۱۱
۱۹	منابع دانشی	توسعه سیستم‌های اطلاعات مدیریت سلامت	۰/۶۳۳	۰/۶۴۸	۰/۰۱۸	۰/۶۶۷	۰/۰۱۹
۲۰		توسعه کانال‌های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش‌های مختلف	۰/۵۴۰	۰/۵۷۹	۰/۰۳۹	۰/۵۸۱	۰/۰۰۲
۲۱		هوشمندسازی نظام اطلاعات سلامت	-	۰/۷۷۳	-	۰/۶۳۴	۰/۰۱۹
۲۲		شفافیت در عملکرد کلی بخش سلامت	۰/۶۱۷	۰/۶۴۳	۰/۰۲۶	۰/۶۴۶	۰/۰۰۳
۲۳		شفافیت در مورد مکانیزم تصمیم گیری در تخصیص / استفاده از منابع	۰/۶۰۱	۰/۶۵۵	۰/۰۵۴	۰/۶۸۷	۰/۰۳۲
۲۴	ارتقای سلامت اداری	کنترل فساد در بخش سلامت	۰/۶۱۳	۰/۶۳۲	۰/۰۱۹	۰/۶۵۱	۰/۰۱۹
۲۵		پاسخگویی در مورد تأثیر سیاست‌ها و اصلاحات انجام گرفته در بخش سلامت	۰/۵۴۷	۰/۵۸۷	۰/۰۴۰	۰/۶۰۳	۰/۰۱۶
۲۶		ارتقای دموکراسی و آزادی در نظام سلامت	۰/۴۸۳	-	-	-	-
۲۷		ایجاد فرصت‌های یادگیری بین حرفه ای و بین سازمانی	۰/۶۶۰	۰/۷۴۴	۰/۰۸۴	۰/۷۶۸	۰/۰۲۴
۲۸		آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت	۰/۶۱۳	۰/۶۰۲	۰/۰۱۱	۰/۶۲۳	۰/۰۲۱
۲۹		توسعه گفتمان علمی و پژوهش و تحقیق در بخش سلامت	۰/۶۳۰	۰/۶۹۵	۰/۰۶۵	۰/۷۱۵	۰/۰۲۰
۳۰	توسعه دانش	حمایت از تولید و بومی سازی محصولات مورد نیاز در بخش سلامت	۰/۶۱۷	۰/۶۴۲	۰/۰۲۵	۰/۶۶۵	۰/۰۲۳
۳۱	فنی	توسعه و مدیریت تکنولوژی و نوآوری در ارائه خدمات	۰/۵۵۳	۰/۶۲۴	۰/۰۷۱	۰/۶۳۳	۰/۰۰۹
۳۲		مدیریت ایجاد زیر ساخت: تولید پروتکل‌ها و استانداردهای فناوری	-	۰/۵۸۰	-	۰/۷۲۴	۰/۰۳۲
۳۳		بکارگیری شاخص‌ها و استانداردهای جهانی در نظام سلامت	۰/۵۴۷	۰/۵۸۱	۰/۰۳۴	۰/۵۹۷	۰/۰۱۶
۳۴		پویایی و تطبیق با تغییرات و تحولات در نظام سلامت	۰/۵۱۷	۰/۵۲۸	۰/۰۱۱	۰/۵۳۶	۰/۰۰۸
۳۵		توسعه عدالت بهداشت و درمان در بخش سلامت	۰/۵۵۳	۰/۵۶۷	۰/۰۱۴	۰/۵۷۹	۰/۰۱۲
۳۶	ارزش مداری	توسعه و نهادینه کردن مسئولیت پذیری ذینفعان نظام سلامت	۰/۶۲۷	۰/۶۴۳	۰/۰۱۶	۰/۶۵۸	۰/۰۱۵
۳۷	و اخلاقی گرایی	توسعه و نهادینه کردن ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی در نظام سلامت	۰/۶۳۷	۰/۶۴۶	۰/۰۰۹	۰/۶۵۴	۰/۰۰۸
۳۸		تکریم و برخورد مناسب با بیماران و شهروندان	۰/۵۶۰	۰/۵۷۱	۰/۰۱۱	۰/۵۵۹	۰/۰۱۲

ردیف	بعد	مولفه حکمرانی سلامت	S ₁	S ₂	S ₂ -S ₁	S ₃	S ₃ -S ₂
۳۹		ایجاد ضمانت ابزارهای اجرای سیاست‌ها در بخش سلامت (مقررات، قدرت‌ها، مشوق‌ها و تحریم‌ها)	۰/۵۳۳	۰/۵۵۱	۰/۰۲۸	۰/۵۵۸	۰/۰۰۷
۴۰		ارتقای قانون مداری در بخش سلامت	۰/۶۳۷	۰/۶۸۵	۰/۰۴۸	۰/۷۰۵	۰/۰۲۰
۴۱	توسعه بستر	توسعه و تنوع بخشی به زمینه و انواع شراکت‌ها از جمله مشارکت‌های عمومی-خصوصی (PPP)	۰/۵۶۰	۰/۵۸۸	۰/۰۲۸	۰/۶۰۱	۰/۰۱۳
۴۲	اجرایی و عملیاتی	آزادی عمل بخش‌های نظام سلامت در تعامل با بازار	۰/۶۴۷	۰/۶۷۲	۰/۰۲۵	۰/۶۵۶	۰/۰۱۶
۴۳		عمل گرایی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی در بخش سلامت	۰/۵۵۶	۰/۵۲۶	۰/۰۳۰	۰/۵۳۴	۰/۰۰۸
۴۴		شناسایی و تعریف نقش‌های بازیگران دولتی، خصوصی، داوطلب و جامعه مدنی	۰/۵۴۷	۰/۵۶۱	۰/۰۱۴	۰/۵۸۷	۰/۰۲۶
۴۵		توسعه خصوصی سازی و بهره گیری از توان و ظرفیت بخش خصوصی	۰/۴۸۷	-	-	-	-
۴۶		مدیریت ایجاد زیر ساخت: تولید منابع غیر مالی	-	۰/۴۶۹	-	۰/۵۹۱	۰/۰۱۱
۴۷		توسعه سیاست‌های و الزامات مدیریت بحران در بخش سلامت	۰/۵۳۳	۰/۵۲۴	۰/۰۰۹	۰/۵۱۲	۰/۰۱۲
۴۸		ارتقای کارآمدی و کیفیت خدمات ارائه شده	۰/۶۱۷	۰/۷۱۷	۰/۱۰۰	۰/۷۵۶	۰/۰۳۹
۴۹	مدیریت	توسعه و بکارگیری رویکردهای پیشگیری و ایمنی در بخش سلامت	۰/۵۶۷	۰/۵۳۹	۰/۰۲۸	۰/۵۴۲	۰/۰۰۳
۵۰	ظرفیت	تامین نیازهای سلامت محلی و منطقه‌ای	۰/۶۴۳	۰/۶۰۹	۰/۰۳۴	۰/۵۸۹	۰/۰۲۰
۵۱	ارائه خدمات	توسعه و انگیزش منابع انسانی بخش سلامت	۰/۶۴۳	۰/۷۶۸	۰/۰۲۵	۰/۸۱۳	۰/۰۴۵
۵۲		حرکت به سمت خودکفایی در نظام سلامت	۰/۵۲۰	۰/۵۵۵	۰/۰۳۵	۰/۵۷۸	۰/۰۲۳
۵۳		نظام پرداخت عادلانه	-	۰/۶۶۷	-	۰/۶۹۳	۰/۰۲۶
۵۴		کاهش وابستگی زیر مجموعه‌ها به سازمان مرکزی	-	۰/۶۲۵	-	۰/۶۳۵	۰/۰۱۰
۵۵		توسعه رهبری اثربخش در نظام سلامت	۰/۶۵۳	۰/۷۳۶	۰/۰۱۷	۰/۷۶۵	۰/۰۲۹
۵۶		کاهش تکثیر و جزء جزء شدن نظام سلامت (تولیت یکپارچه)	۰/۵۴۳	۰/۵۷۰	۰/۰۲۷	۰/۵۸۶	۰/۰۱۶
۵۷		تصمیم‌گیری و جهت‌گیری جمعی بین ذینفعان بخش سلامت	۰/۶۳۰	۰/۶۰۵	۰/۰۲۵	۰/۶۱۷	۰/۰۱۲
۵۸	تولیت متوازن	توسعه مکانیزم‌های بازخورد در بخش سلامت	۰/۶۳۴	۰/۶۷۱	۰/۰۳۷	۰/۶۸۲	۰/۰۱۱
۵۹	و یکپارچه	تصمیم‌گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد	۰/۵۳۰	۰/۵۴۵	۰/۰۱۵	۰/۵۵۹	۰/۰۱۴
۶۰		رشد و توسعه متوازن در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی در بخش سلامت	۰/۵۲۷	۰/۶۱۱	۰/۰۸۴	۰/۶۲۴	۰/۰۱۳
۶۱		ارزیابی عملکرد اثربخش	-	۰/۶۱۸	-	۰/۶۴۴	۰/۰۲۶
۶۲		ارتقای استقلال سازمانی بخش‌های مختلف نظام سلامت	۰/۴۸۰	-	-	-	-

* در جدول، منظور از اندیس ۱.۲ و ۳ برای S₁، نتایج مربوط به دور اول، دوم و سوم دلفی است؛ مثلاً S₁ نتیجه دور اول دلفی.
 ** در جدول، مولفه‌هایی که زیر آن‌ها خط کشیده شده، در دور اول دلفی توسط خبرگان به راهبردهای اولیه اضافه شده‌اند.

دارای بالاترین امتیاز است. خبرگان در این مرحله متغیر جدیدی معرفی نکردند. در تحقیق حاضر، در مرحله اول دلفی فازی ۳ شاخص و در دور دوم ۱ شاخص با توجه به اینکه نمره آن‌ها کمتر از ۰/۵۰ بود، حذف شدند. اشباع نظری و اتفاق نظر خبرگان در این تحقیق در دور سوم اتفاق افتاد. در این تحقیق، مقدار آستانه ۰/۰۷ برای اختلاف نظر خبرگان موردنظر قرار گرفت و در دور سوم توافق موردنظر حاصل شد.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج دور سوم، کاهش قابل ملاحظه مقدار اختلاف پاسخ‌های خبرگان را نشان می‌دهد و اختلافات نظرات خبرگان در دور دوم وسوم (مقدار |S₃-S₂|) به کمتر از آستانه ۰/۰۷ کاهش یافته است. جمع‌بندی نتایج این مرحله نشان می‌دهد که مقدار نظرات خبرگان بسیار به هم نزدیک شده و آن‌ها به اتفاق نظر رسیده‌اند. در این مرحله، مانند دوره‌های قبلی مولفه «تدوین چشم‌انداز و اهداف استراتژیک بخش سلامت» با نمره ۰/۸۹۴

بر اساس عوامل استخراج شده از مبانی نظری و تحقیقات پیشین با روش فراترکیب و نظرخواهی که از خبرگان انجام گرفت، کلیه مولفه‌های مدل حکمرانی سلامت شناسایی شدند. این عوامل شامل حکمرانی نظام سلامت، راهبردهای حکمرانی نظام سلامت، عوامل تسهیل گر / محدود کننده، عوامل زمینه‌ای و پیامدها هستند. الگوی حکمرانی نظام سلامت در شکل ۱ قابل مشاهده است.

به منظور اعتبارسنجی مدل تحقیق از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم افزار SmartPLS استفاده شد. بدین منظور ابتدا کفایت حجم نمونه بررسی شد. روش‌های مختلفی برای بررسی کفایت نمونه‌گیری وجود دارد که از جمله آن‌ها آزمون KMO می‌باشد که مقدار آن همواره بین ۰ تا ۱ در نوسان است (۳۸). از سوی دیگر، برای اطمینان از مناسب بودن داده‌ها مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی‌هایی که پایه تحلیل قرار می‌گیرد در جامعه برابر با صفر نیست، از آزمون بارتلت^۱ (t) استفاده شد. به عبارتی، با استفاده از آزمون بارتلت می‌توان از کفایت نمونه‌گیری اطمینان حاصل نمود. خروجی آزمون KMO و بارتلت در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج آزمون کفایت نمونه^۲ (KMO) و همچنین آزمون معناداری کرویت نمونه بارتلت^۳ که با

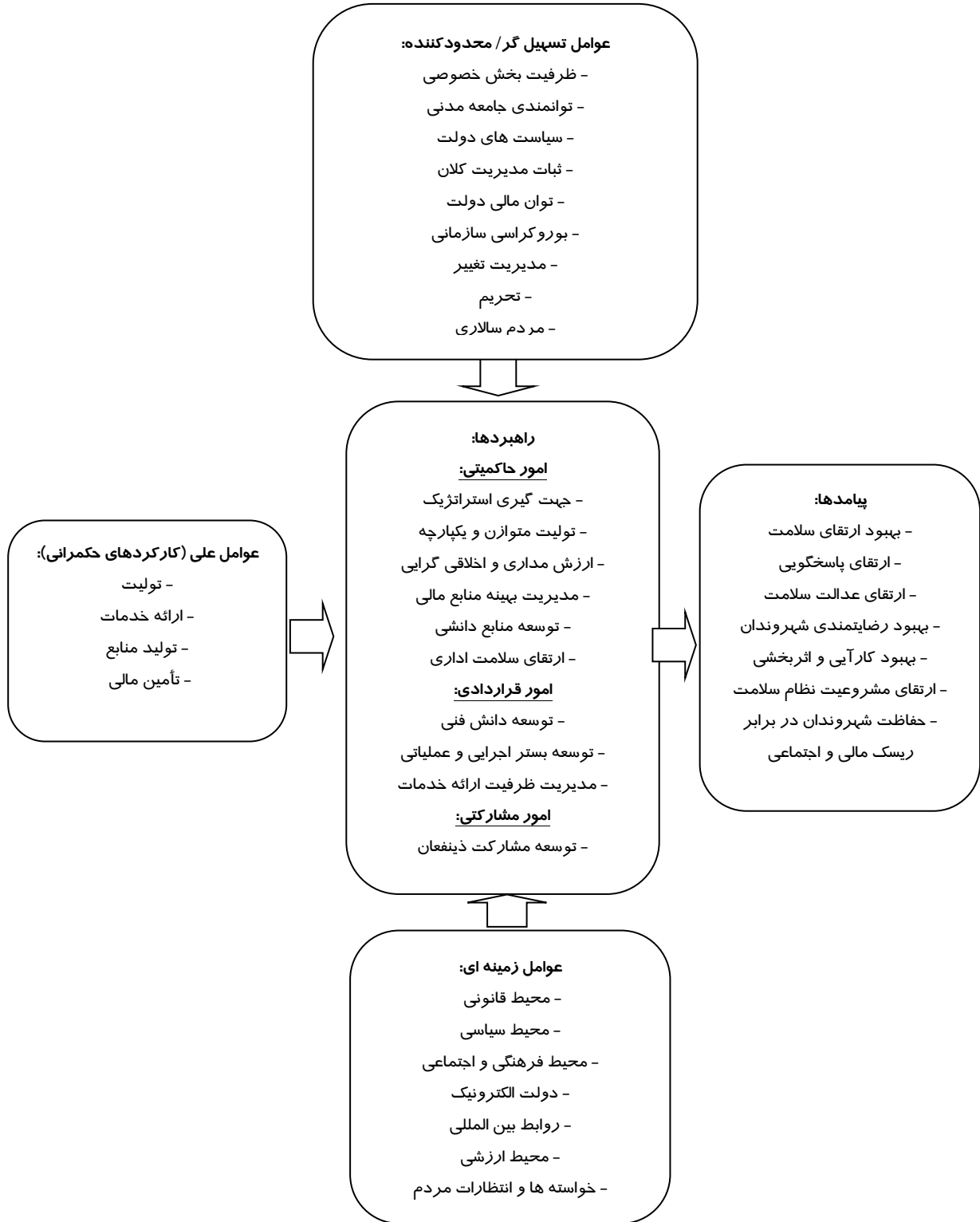
نرم افزار SPSS-16 انجام گرفت، شاخص KMO با مقدار ۰/۸۱۴ مقدار مناسبی دارد. همچنین، با توجه عدد معناداری آزمون بارتلت، کفایت نمونه‌ها مورد تایید است. پس از تایید کفایت حجم نمونه، مدل ساختاری تحقیق آزمون شد. خروجی نرم افزار PLS نشان‌دهنده تایید مدل ساختاری برآزش یافته است. همچنین شکل ۲ و ۳ معناداری ضرایب و پارامترهای به دست آمده مدل ساختاری تحقیق را نشان می‌دهد. ضرایب به دست آمده زمانی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار می‌باشند که مقدار آزمون معناداری آن‌ها از عدد ۱/۹۶ بزرگتر و از عدد ۱/۹۶- کوچکتر باشند. همانطور که در شکل مشاهده می‌شود، کلیه ضرایب به دست آمده بزرگتر از ۱/۹۶ است که نشان‌دهنده معنادار بودن کلیه ضرایب است. همچنین، برای شاخص‌ها هم شرایط حاکم است و کلیه متغیرها ضرایبی بالاتر از ۱/۹۶ دارند و بنابراین، اجزای مدل همگی مورد تایید می‌باشد.

ضمناً همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، شدت اثر عوامل مداخله گر / تسهیل کننده و زمینه‌ای بر راهبردهای حکمرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۳۰ و ۰/۴۸۲ می‌باشد که با توجه به مقادیر معنادار است. همچنین، شدت اثر عوامل حکمرانی بر راهبردها برابر با ۰/۶۴۴ و راهبردها بر پیامدها مقدار ۰/۶۱۰ است که همگی مقادیری مورد قبول است. شکل ۳، شدت تاثیر رابطه بین متغیرها را نشان می‌دهد.

¹ Bartlett Test

² Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

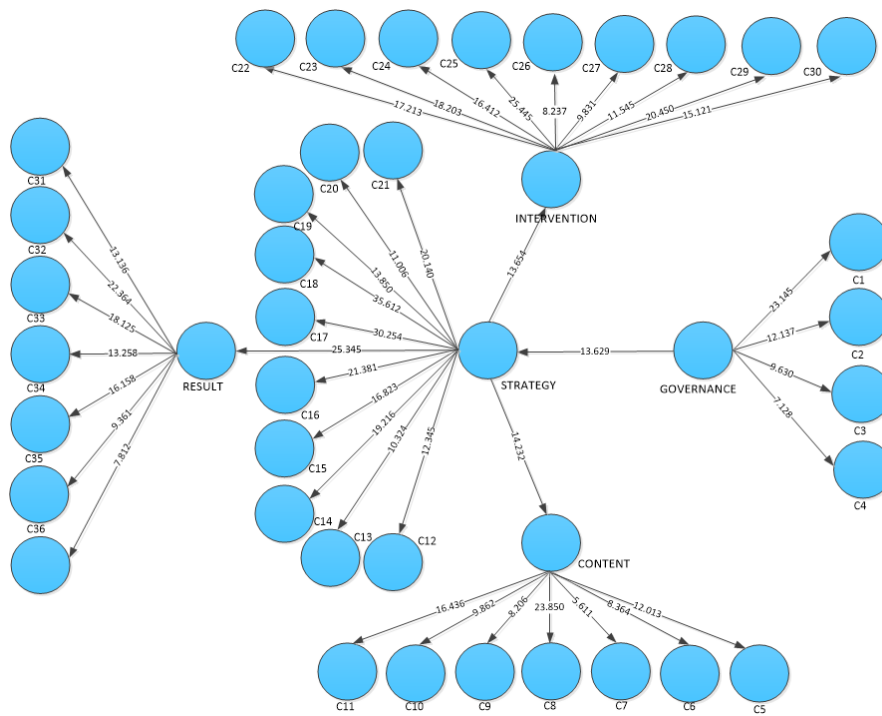
³ Bartlett's Test of Sphericity Sig



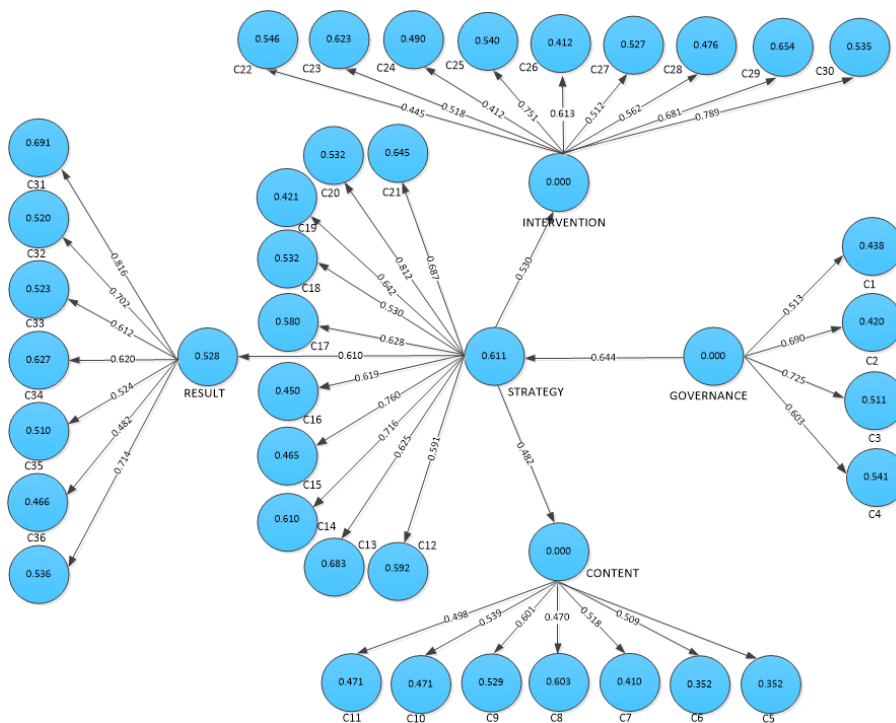
شکل ۱. مدل حکمرانی در نظام سلامت (منبع: یافته های تحقیق)

جدول ۴. محاسبه شاخص KMO و آزمون بارتلت

شاخص	KMO	بارتلت	Sig	نتیجه
مقدار	۰/۸۱۴	۹۸۲/۲۸	۰/۰۰۰	تایید



شکل ۲. مدل ساختاری تحقیق در حالت ضرایب معنی داری



شکل ۳. مدل ساختاری تحقیق در حالت استاندارد

۰/۰۲ باشد، نشان از آن دارد که مدل قدرت پیش‌بینی ضعیفی دارد (۳۹). مقادیر Q^2 برای متغیرهای راهبردهای حکمرانی سلامت و پیامدها، به ترتیب ۰/۲۲ و ۰/۱۹ است که مقادیری قابل قبول و مناسب است.

نهایتاً برای بررسی برازش کلی مدل تنها از یک معیار با عنوان GOF استفاده می‌شود. معیار GOF مربوط به برازش کلی مدل‌های معادلات ساختاری است، بدین معنی که پژوهشگر توسط این معیار می‌تواند درستی و برازش کلیت مدل مفهومی پیشنهادی را مورد آزمون قرار دهد. معیار GOF توسط تننهاوس^۳ و همکاران (۲۰۰۴) ابداع گردید و طبق رابطه محاسبه می‌شود (۳۹).

$$Gof = \sqrt{\text{Communalities} \times R^2}$$

وتزلز^۴ و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای Gof معرفی نموده‌اند. ضمناً میانگین Communalities نشانه میانگین مقادیر اشتراکی هر سازه بوده و $Ave R^2$ سازه‌های درون‌زای مدل است (۳۹). مقدار Gof محاسبه شده برای مدل تحقیق، مقدار ۰/۴۵ است که نشان می‌دهد مدل تحقیق قوی می‌باشد.

³ Tenenhaus

⁴ Wetzels

برای بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش، ضریب تعیین متغیرهای پنهان درون‌زای مدل محاسبه شد. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضریب تعیین ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته می‌شود. با توجه به نمودار نتایج تحقیق، مقادیر ضریب تعیین برای متغیر راهبردهای حکمرانی سلامت مقدار ۰/۶۱۱ و برای متغیر پیامدها ۰/۵۲۸ است که هر دو مورد بالای ۰/۳۳ است و نشان از برازش مناسب مدل دارد. ضمناً معیار آزمون کیفیت مدل ساختاری (Q^2) است که توسط جیسر و استون^۱ (۱۹۷۵) معرفی شد و قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌کند. به اعتقاد آن‌ها مدل‌هایی که دارای برازش بخش ساختاری قابل قبول هستند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون‌زای مدل را داشته باشد. در صورتی که مقدار Q^2 در مورد یک سازه درون‌زا صفر و یا کمتر از صفر باشد نشان می‌دهد که روابط بین سازه‌های دیگر مدل و آن سازه درون‌زا به خوبی تبیین نشده است و در نتیجه مدل نیاز به اصلاح دارد (۳۹). هنسلر^۲ و همکاران (۲۰۰۹) در مورد شدت قدرت پیش‌بینی در مورد سازه‌های درون‌زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را تعیین نموده‌اند. به اعتقاد آن‌ها اگر مقدار Q^2 در مورد یک سازه درون‌زا در محدوده نزدیک به

¹ Geysler & Stone

² Hansler

جدول ۶. میزان communality و R^2 متغیرهای تحقیق

متغیر	Communality	R^2
حکمرانی سلامت	۰/۵۱	-
عوامل مداخله گر	۰/۵۳	-
عوامل زمینه ای	۰/۴۹	-
راهبردهای حکمرانی سلامت	۰/۶۱	۰/۶۱۱
پیامدها	۰/۵۸	۰/۵۲۸
میانگین	۰/۵۴	۰/۵۶۹
GOF	۰/۴۵	$\sqrt{AveR^2 \times (Ave \text{ of communalities})}$

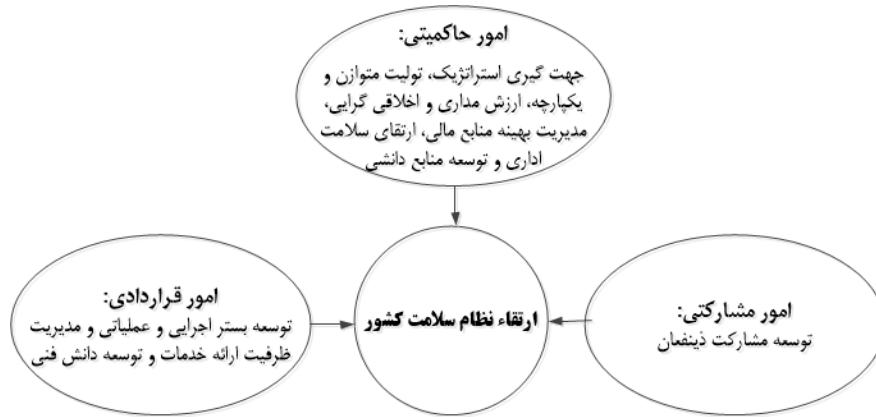
بحث

امروزه، با توجه به اهمیت روزافزون سلامت در جامعه و وقوع بحران‌هایی مانند بیماری کرونا، به نظر می‌رسد ضرورت دارد تا نظام‌های سلامت در مسیر سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌های تدوین شده، تحولات عمیقی را ایجاد کنند. نظام سلامت در ایران با توجه به جایگاه ویژه‌ای که می‌تواند در ارتقای رضایت عمومی و بهبود زندگی مردم داشته باشد، عملکرد مناسبی ندارد. ضعف عملکرد در بخش سلامت بیش از آنکه ناشی از فقدان قوانین و سیاست‌های اثربخش باشد، به نحوه اجرا و پیاده‌سازی سیاست‌ها برمی‌گردد. در بخش سلامت، اسناد سیاستی بسیار مناسب و کارآمدی وجود دارد که بر اساس چارچوب‌های علمی و توسط صاحب‌نظران ایجاد شده است، اما بسیاری از آن‌ها هنوز از مرحله تدوین فراتر نرفته‌اند و به اقدامات و برنامه‌های اجرایی تبدیل نشده‌اند. از این رو، این تحقیق با هدف طراحی مدل حکمرانی در نظام سلامت کشور انجام شده است.

مدل حکمرانی که در این تحقیق طراحی شده است، می‌تواند رهنمودهایی را برای ۳ ضلع نظام حکمرانی سلامت یعنی دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی (از نگاه ذینفعان) داشته باشد. در بخش دولت، اگر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را بالاترین سطح (سطح راهبردی) نظام حکمرانی در نظر بگیریم، می‌توان دانشگاه‌های علوم پزشکی را سطح میانی یا راهکاری و بیمارستان‌ها و سایر نهادهای ارائه‌دهنده

خدمات بهداشت و درمان را که در تعامل مستقیم با مردم هستند، سطوح عملیاتی نظام سلامت در نظر گرفت. بیشترین موارد خط مشی‌گذاری توسط سطح راهبردی و سطح میانی نظام سلامت انجام می‌گیرد. از طرف دیگر، بخش خصوصی در سطح عملیاتی عمدتاً فعالیت می‌کند و به ارائه کالا و خدمات موردنیاز بخش سلامت می‌پردازد. جامعه مدنی نیز بیشتر در حال رصد و تحلیل فعالیت‌های سه سطح نظام سلامت و هدایت و تاثیر بر این فعالیت‌ها در جهت رفع نیاز و کسب رضایت ذینفعان متعدد نظام سلامت و مخصوصاً عامه مردم است. نظام حکمرانی سلامت باید بتواند سه سطح حکمرانی در نظام سلامت (از نگاه سطوح حکمرانی) را همراستا و یکپارچه کند و از فعالیت‌های جزیره‌ای و پراکنده آن‌ها جلوگیری کند. الگوی ارائه شده در این تحقیق تلاش کرده است که تمامی جنبه‌ها و سطوح و بازیگران در نظام سلامت را مدنظر قرار داده و راهبردهایی مناسب برای دستیابی به یکپارچگی و انسجام در حکمرانی نظام سلامت را فراهم کند.

راهبردهای شناسایی شده در این تحقیق را می‌توان از نظر ماهیت به سه دسته امور حاکمیتی، امور قراردادی و امور مشارکتی تقسیم‌بندی کرد که می‌تواند چارچوب مناسبتری برای تحلیل ارائه دهد. امور حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی در ارتقاء بخش سلامت براساس راهبردهای شناسایی شده در شکل ۴ مشاهده می‌شود.



شکل ۴. امور حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی در ارتقاء بخش سلامت

قراردادی در حکمرانی سلامت عمدتاً توسط بخش خصوصی و در همکاری با دولت باید انجام گیرد و از آنجا که در ایران دولت نقش برجسته ای در اداره امور بخش سلامت دارد، امور قراردادی با هدایت گری و جهت دهی دولت انجام می پذیرد. دانش فنی محور فعالیت های بخش سلامت و پایه خدمات سلامت است. امروزه در کشور ما، در زمینه خلق دانش فنی و آموزش آن، بخش خصوصی نقش زیادی دارد و نقش دولت در این بخش به سمت سیاستگذاری در حال تغییر است. البته، آموزش رسمی و پرورش نیروی انسانی هنوز عمدتاً توسط دولت انجام می گیرد، اما شرکت های دانش بنیان و تولیدی در حال ایفای نقش عمده در توسعه دانش هستند. توسعه بستر اجرایی و عملیاتی نیز با توجه به افزایش حجم تقاضای دریافت خدمات در بخش سلامت و بروز نیازهای جدید توسط بیماران، نیاز به بهره گیری از ظرفیت بخش خصوصی را طلب می کند. البته، اگرچه خیلی از بیمارستان ها و ارائه دهندگان خدمات سلامت موجود در اختیار دولت است، اما توسعه ظرفیت ها در حال حاضر عمدتاً توسط بخش خصوصی است. نهایتاً مدیریت ظرفیت ارائه خدمات عمدتاً ماحصل همکاری دولت و بخش خصوصی است. اگرچه امروز نقش دولت در ارائه خدمات پررنگ تر است، اما دولت در مسیر کاهش نقش خود در بخش سلامت و سپردن امور اجرایی به بخش خصوصی در حال

همانطور که در شکل ۴ ملاحظه می شود، در تحقیق حاضر، راهبردهای مربوط به جهت گیری استراتژیک، تولید متوازن و یکپارچه، ارزش مداری و اخلاقی گرای، مدیریت بهینه منابع مالی، ارتقای سلامت اداری و توسعه منابع دانشی را می توان به عنوان امور حاکمیتی در نظر گرفت. در ایران، با توجه به اینکه بخش سلامت عمدتاً دولتی است، بیشتر امور حاکمیتی توسط دولت و از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان های زیرمجموعه انجام می شود. جهت گیری استراتژیک در بخش سلامت معمولاً براساس اسناد بالادستی و سیاست های کلی نظام و توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود. همچنین، با توجه به اینکه عمده نهادها و سازمان های مربوط به بخش سلامت در اختیار دولت است، دولت نقش تعیین کننده و نهادهای ارزش گر ارزش ها را بر عهده دارد. در مورد توسعه منابع اطلاعاتی، دولت، وظیفه دارد با اشراف اطلاعاتی خود و یکدست کردن اطلاعات موجود، نقش مدیریت و توسعه منابع دانشی را انجام می دهد. از طرفی، بدنه اصلی بخش سلامت، سازمان های دولتی هستند. اینکه چگونه سلامت اداری در بخش سلامت ارتقا یابد، به اقدامات و برنامه های بخش دولتی برمی گردد. نهایتاً در مورد تولید متوازن و یکپارچه نیز برای رشد و توسعه همه جانبه، براساس راهبردهای خاص و عمدتاً توسط دولت پیگیری می شود. همچنین، امور

حرکت است. نهایتاً ارتقاء نظام سلامت نتیجه همکاری و مشارکت ذینفعان مختلف بخش سلامت است و در صورتی که همه ذینفعان از جمله دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی نقش خود را به شکل مناسبی ایفا کنند، اهداف نظام سلامت تحقق می‌یابد. توسعه شبکه‌های همکاری و زمینه‌های همفکری ذینفعان و رسمیت بخشیدن به روابط و ایجاد ائتلاف، نمودهایی از راهبردهای مربوط به امور مشارکتی در بخش سلامت است. هدف اصلی امور مشارکتی باید توسعه و فعال‌سازی ظرفیت‌های ذینفعان مختلف و ایجاد هم‌افزایی بین آن‌ها باشد.

همچنین، ۹ راهبرد اصلی برای حکمرانی نظام سلامت طراحی شده است. راهبرد اول، جهت‌گیری استراتژیک است که به رویکرد بلندمدت در برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات انجام شده در نظام سلامت اشاره دارد. به‌نوعی، جهت‌گیری استراتژیک، در مقابل نگاه کوتاه‌مدت و مقطعی در نظام سلامت است که مانع ائتلاف منابع و عدم بهره‌گیری مناسب از پتانسیل‌های موجود و همچنین موجب توسعه ظرفیت‌های توسعه بلندمدت و بهره‌گیری از آن‌ها است. سازمان بهداشت جهانی (۲۹)، کامارگو^۱ و همکاران (۲۳)، صدیقی^۲ و همکاران (۲۶) و باربازا^۳ و همکاران (۲۰) این راهبرد را در تحقیقات خود مدنظر داشته‌اند. راهبرد دیگر مربوط به مدیریت بهینه منابع مالی است. با توجه به محدودبودن منابع مالی در دسترس و نیاز برنامه‌های تدوین شده به این منابع جهت پیاده‌سازی، باید منابع مالی به بهترین شکل ممکن و در جهت برنامه‌های استراتژیک تدوین شود. مرادیان و همکاران (۳۵)، لوپز^۴ و همکاران (۲۴) و سازمان بهداشت جهانی (۲۹) بر این راهبرد تأکید زیادی کرده‌اند. توسعه مشارکت ذینفعان، دیگر راهبرد مطرح شده است که بر بهره‌گیری از ظرفیت کلیه

ذینفعان در نظام سلامت و مشارکت‌دادن آن‌ها اشاره دارد. یک نظام سلامت موفق باید بتواند همه ذینفعان را درگیر پیشبرد اهداف کند و زمینه ائتلاف و همکاری بین آن‌ها و تحقق هم‌افزایی را فراهم کند. سازمان بهداشت جهانی، این راهبرد را یکی از مهمترین راهبردها دانسته و در اکثر تحقیقات انجام گرفته در زمینه حکمرانی نظام سلامت، این راهبرد مدنظر بوده است. راهبرد توسعه منابع دانشی به بهره‌گیری بهینه از دانش موجود و خلق دانش جدید اشاره دارد. یکی از ویژگی‌های اساسی نظام سلامت، تغییر و تحولات دانش در این حوزه است که نظام سلامت باید بتواند با این تحولات خود را تطبیق دهد. باربازا و همکاران (۲۰)، خیرگو و همکاران (۳۴) و صدیقی و همکاران (۲۶)، بر این راهبرد در تحقیقات خود تأکید کرده‌اند و توسعه دانش را یکی از جهت‌گیری‌های اصلی در نظام سلامت برشمرده‌اند. ارتقای سلامت اداری، بر ارتقای شفافیت و پاسخگویی در تمام سطوح نظام سلامت و مبارزه با هرگونه فساد و زد و بند و رشوه‌خواری تأکید دارد. سلامت اداری در نظام سلامت، ضمن ارتقای اعتماد عمومی، باعث تقویت مشروعیت نیز می‌شود. اگرچه ارتقای سلامت اداری در اکثر تحقیقات مورد توجه بوده است، اما مارسلو^۵ و همکاران (۱۸) تأکید ویژه‌ای بر این راهبرد داشته‌اند. از طرفی، دانش فنی، پایه و اساس ارائه خدمات مناسب است و هر نظام سلامت باید برای درمان بیماران و رفع نیازهای مردم بتواند از جدیدترین دانش موجود در زمینه درمان‌های پزشکی و بالینی استفاده کند. هم در اسناد بالادستی و چارچوب سازمان بهداشت جهانی و هم در تحقیقات داخلی و خارجی، این راهبرد مورد تأکید قرار گرفته است. ارزش‌ها و اخلاقیات نیز از جنبه‌های مهم در نظام سلامت است. بسیاری از نظام‌های سلامت از فقدان توجه به ارزش‌ها و اخلاق‌گرایی رنج می‌برند و این موضوع در ایران با توجه به جایگاه باورهای اخلاقی و

¹ Camargo

² Siddiqi

³ Barbazza

⁴ Lopez

⁵ Marcelo

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که حکمرانی نظام سلامت پدیده‌ای چندوجهی و پیچیده است و از مجموعه‌ای از امور حاکمیتی، امور قراردادی و امور مشارکتی تشکیل شده است. الگوی ارائه شده در این تحقیق، الگوی جامع و یکپارچه است که می‌تواند دیدگاهی سیستمی به مدیران، برنامه‌ریزان و سیاستگذاران در نظام سلامت ارائه کرده و زمینه ارتقاء شرایط فعلی و رشد و توسعه بلندمدت را فراهم کند. همچنین، نتایج نشان داد که حکمرانی سلامت توسط عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر متعددی تحت تاثیر قرار می‌گیرد و به منظور اجرای اثربخش راهبردها، تاثیر این عوامل باید مدنظر قرار گیرد. نهایتاً، کارکردهای چهارگانه تولید، ارائه خدمات، تولید منابع و تامین مالی که توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۹) ارائه شده، در الگوی پیشنهادی تحقیق مورد تایید قرار گرفت. به عبارتی، حکمرانی سلامت در کشور ما از نظر ساختار و کارکردها با الگوی سازمان بهداشت جهانی یکسان است و در راهبردهای ارتقای عملکرد با توجه شرایط بومی کشور، نیاز به بهره‌گیری از راهبردهای متنوعی دارد. نهایتاً، براساس نتایج تحقیق، پیشنهادات کاربردی زیر ارائه می‌گردد:

- به منظور کاهش تضادها و موازی کاری بین بازیگران حکمرانی در نظام سلامت و حداکثر بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود، وظایف و مسئولیت‌های آنان مورد بازبینی قرار گرفته و بازتعریف شود و ظرفیت‌های قانونی برای انجام مسئولیت‌ها و متناسب با نیازهای آینده ایجاد شود.

- ساختار بوروکراتیک نظام سلامت مورد بازبینی قرار گیرد و به منظور افزایش چابکی و انعطاف آن، به سمت ساختارهای افقی و شبکه‌ای حرکت کند.

- به منظور اجرای راهبردهای تعریف شده، برنامه مدون تدوین شود و روند پیشرفت اهداف به طور مرتب مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، مسئولیت

ارزشی در بین مردم، باید مورد توجه جدی قرار گیرد. شیخ و همکاران (۱۳)، ضمن اشاره به سایر راهبردها، توجه ویژه‌ای به مدیریت ارزش‌ها داشته است. همچنین، ابعاد حکمرانی سلامت مطرح شده توسط جارت^۱ و همکاران (۱۴) نیز با راهبردهای شناسایی شده در این تحقیق سازگار بوده و آن‌ها را تایید می‌کند.

ضعف بسیاری از نظام‌های سلامت در فقدان وجود بستر اجرایی و عملیاتی مناسب است؛ هم فقدان وجود زیرساخت‌های مناسب و هم فقدان بستر قانونی و اجرایی موثر می‌تواند تمام تلاش‌ها و اقدامات انجام گرفته در نظام سلامت را بی‌اثر کند. بنابراین، راهبرد توسعه بستر اجرایی و عملیاتی جایگاه ویژه‌ای در حکمرانی نظام سلامت دارد. وحید دستجردی و همکاران (۳۲)، این راهبرد را در ارتقاء نظام سلامت در کشور ما پراهمیت دانسته‌اند. مدیریت ظرفیت ارائه خدمات و تولید متوازن و یکپارچه نیز دیگر راهبردهای ارتقای حکمرانی در نظام سلامت هستند که در الگوی سازمان بهداشت جهانی (۲۸،۲۹) مورد توجه ویژه‌ای بوده‌اند و سایر محققان نیز آن‌ها را در الگوی حکمرانی مطرح کرده‌اند. مدیریت ظرفیت خدمات، به توانایی نظام سلامت در ارائه خدمات در شرایط مختلف و پاسخ مناسب به نوسانات تقاضا با خدمات باکیفیت و مناسب اشاره دارد. همچنین، تولید یکپارچه نیز می‌تواند ضمن حفظ یکپارچگی نظام سلامت، زمینه رشد و توسعه متوازن نظام سلامت در بلندمدت را فراهم کند و مانع توسعه نامتوازن آن شود. در انجام پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی از جمله سخت بودن دسترسی به بعضی خبرگان وجود داشت و همچنین، امکان بررسی میزان اثربخشی راهبردهای تدوین شده به طور مجزا فراهم نبود.

¹ Jarrett

زمینه، می‌توان از این عوامل به عنوان پیش‌ران‌های نرم در پیشبرد اهداف استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری با عنوان «طراحی مدل حکمرانی در نظام سلامت کشور» است. مقاله حاضر در ارتباط مستقیم با انسان نبوده و تمام ملاحظات اخلاقی از جمله صداقت، امانت و عدم سرقت ادبی رعایت شده است. هیچ یک از نویسندگان تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

هریک از بازیگران نظام سلامت در انجام برنامه‌ها تعیین شود.

- باید توانمندی‌ها و ظرفیت بخش خصوصی و نهادهای مدنی مرتبط با نظام سلامت تقویت گردد تا بتوانند اهداف مدنظر را با قدرت پیگیری کنند.
- نیروی انسانی فعال در بخش سلامت باید مورد توجه قرار گیرد و ضمن توانمندسازی آن‌ها، نیازهای مادی و معنوی آن‌ها به طور منصفانه‌ای مرتفع شود.
- نظام سلامت باید ارتباط خود با سازمان‌های بین‌المللی مرتبط را گسترش دهد و از تجارب سایر کشورها در ارتقای حکمرانی سلامت بهره گیرد.
- با توجه به جایگاه ویژه عوامل فرهنگی و دینی در جامعه ایرانی و ظرفیت‌های بالقوه موجود در این

References

- 1-Sadat alvand M, Ghasemi A. Strategy Principles of Policy Making in the Confront with Corona as a Malignant Policy Problem. *political strategic studies* 2021; 10 (67): 267-303 [Article in Persian].
- 2-Safar ahang R. A transtheoretical critique of the ontological foundations of government governance in health policy-making to control the COVID-19 pandemic (Case study of Iran). *Research Letter of Political Science* 2020; 15 (58): 183-224 [Article in Persian].
- 3- Fang Y, Zhang F, Zhou C, Chen, M. (2021). Governance Capability of the Public Health System: A Comparative Analysis of the Control of COVID-19 in the Different Provinces of China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18: 1-14.
- 4-Kirigia JM, Kirigia DG. The essence of governance in health development. *International Archives of Medicine* 2011; 4 (11): 1-13.
- 5-Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi Journal of Medical Sciences* 2019; 26 (9): 10-28 [Article in Persian].
- 6-Purehtesham M. Studying the Effect of Governance Quality on Health Indicators in the Countries of South-Western Asia. *Refahj* 2018; 18 (69): 184-159 [Article in Persian].
- 7-Sadat alvand M, Ghasemi A. (2021). Strategy Principles of Policy Making in the Confront with Corona as a Malignant Policy Problem. *Political strategic studies* 2021; 10 (67): 267-303 [Article in Persian].
- 8-Vahdaninia V, Vosoogh Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. *Payesh* 2018; 17 (6): 631-46 [Article in Persian].
- 9-Beidollahkhani A. The Role of National Governance Structure in Public Health Promotion Policy; a Case Study of Nordic Countries. *Journal Strategic Studies of Public Policy* 2020; 10 (37): 138-159 [Article in Persian].
- 10-Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh* 2018; 17 (5): 481-94 [Article in Persian].
- 11-Fryatt R, Bennett S, Soucat A. Health sector governance: Should we be investing more? *British Medical Journal Global Health* 2017; 2 (2): 1-6.
- 12-Phipps F. Challenges of 21st-century health governance. *International Journal of Health Governance* 2020; 25 (1): 12-18.

- 13-Sheikh A, Sriram V, Rouffy B, Lane B, Soucat A, Bigdeli M. Governance Roles and Capacities of Ministries of Health: A Multidimensional Framework. *International Journal of Health Policy and Management* 2020; 10 (5): 237–243.
- 14-Jarrett P, Fozdar Y, Abdelmagid N, Checchi F. Healthcare governance during humanitarian responses: a survey of current practice among international humanitarian actors. *Conflict and Health* 2021; 15 (25): 1-13.
- 15-Campos TC. Guiding principles of global health governance in times of pandemics: Solidarity, Subsidiarity, and stewardship in COVID-19. *The American Journal of Bioethics* 2020; 20 (7): 212-4.
- 16-Marelli L, Lievevrouw E, Hoyweghen IV. Fit for purpose? The GDPR and the governance of European digital health. *Policy Studies* 2020; 41 (5): 447-67.
- 17-Saviano M, Sciarrelli F, Rinaldi A, Georcelin A. Healthcare and SDGs Governance in light of the sustainability helix model: Evidence from the African continent. *Sustainability* 2019; 11 (4): 1-20.
- 18-Marcelo A, Medeiros D, Ramesh K, Roth S, Wyatt P. Transforming health systems through good digital health governance. Philippines: Asian Development Bank; 2018: 67.
- 19-Brinkerhoff DW, Bosser TJ. Health governance: Principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning* 2014; 29 (6): 685-93.
- 20-Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 2014; 116 (1): 1-11.
- 21-Cicccone DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: A review of the literature in low- and middle-income countries. *Social Science and Medicine* 2014; 117 (1): 86-95.
- 22-Nicholson G, Jackson S, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. *BMC Health Services Research* 2013; 13 (1): 528.
- 23-Camargo CB, Jacobs E. A framework to assess governance of health systems in low income countries. Switzerland: Basel Institute on Governance; 2011: 451.
- 24-Lopez IM, Wyss K, Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC International Health and Human Rights* 2011; 11 (13): 1-11.
- 25-Brinkerhoff DW, Fort C, Stratton S. Good governance and health: Assessing progress in Rwanda. Rwanda: Twubakane (Decentralization and Health Program Rwanda); 2009: 65.
- 26-Siddiqi S, Masud T, Nishtar S, Peters D, Sabri B, Bile K, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy* 2009; 90 (1): 13-25.
- 27-Ray S, Mukherjee A. Development of a framework towards successful implementation of e-governance initiatives in health sector in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2007; 20 (6): 464-83.
- 28-World Health Organization. Everybody's business, strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: (WHO) Document Production Services; 2007: 21.
- 29-World Health Organization. The World health report, 2000, Health systems: Improving performance. Paris, France: WHO; 2000: 1.
- 30-Maesoumi Z, Sanei M, Hematian H. A model for effective implementation of health policy in Iran. *Quarterly Journal of Management Strategies in Health System* 2019; 4 (2): 125-35[Article in Persian].
- 31-Aalikhani R, Aliahmadi AR, Rasouli MR. Behavioral factors influencing on designing network governance model in health care domain: A systematic literature review. *Quarterly Journal of Management Strategies in Health System* 2019; 4 (1): 67-84[Article in Persian].
- 32-Vahidi Dastjerdi M, Amiri A, Majdzadeh SR, Emadi SA, Ghadyani Ghraghani AR. Presenting the strategic model of the health system administration through the development of the experiences of the Islamic Republic of Iran on the basis of the discourse of the Islamic Republic of Iran and the constitution. *Quarterly Journal Scientific Research of Strategic Defense Studies* 2018; 16 (73): 109-32[Article in Persian].
- 33-Rashidian A, Arab M, Mostafavi H. Freedom and equity in Iranian health system: Aqualitative study. *Payesh* 2017; 16 (6): 747-57[Article in Persian].

- 34-Kheirgoo M, Dehghan H. Illuminating the supreme leader's viewpoint toward the concept of health system: A content analysis-based qualitative study. *Journal of Research on Religion and Health* 2018; 4 (1): 66-78[Article in Persian].
- 35-Moradian T, Faghihi A, Tabibi J. Designing a governance model For Iran's public hospitals. *Iranian Journal of Management Sciences Quarterly* 2013; 8 (32): 1-26[Article in Persian].
- 36-Bahrami MA, Vatankhah S, Tabibi SJ, Toorani S. Designing a health system performance assessment model for Iran. *Health Information Management* 2011; 8 (3): 285-305[Article in Persian].
- 37-Ministry of Health and Medical Education. Health system transformation plan of the Islamic Republic of Iran up to the perspective of 1404. 2011; 1-174 [Document in Persian].
- 38-Habibi A. SPSS application training. Noshahr: Pars Modir; 2017: 32[Book in Persian].
- 39-Davari A, Rezazadeh A. Structural equation modeling with PLS software. Tehran: Jahad daneshgahi Publishing Organization; 2014: 20-88 [Book in Persian].