

طراحی مدل ارتقای نظام سلامت کشور با تاکید بر راهبردهای حکمرانی

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

چکیده

زمینه و هدف: نظام‌های سلامت نقش مهمی در بهبود و افزایش امید به زندگی داشته‌اند. با وجود این، شکاف بزرگی بین توان بالقوه نظام‌های سلامت و عملکرد کنونی آن وجود دارد که بسیاری از آن‌ها به مسایل مربوط به حکمرانی برمی‌گردد. هدف از انجام این تحقیق، ارائه الگوی ارتقای حکمرانی نظام سلامت کشور است.

روش بررسی: پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی-توسعه‌ای است. 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. در این مرحله، حجم نمونه با روش کوکران محاسبه شد و روش نمونه‌گیری از نوع نمونه در دسترس بود.

یافته‌ها: براساس یافته‌های تحقیق، به منظور ارتقای حکمرانی سلامت، ۱۰ راهبرد اصلی و ۵۸ راهبرد فرعی باید مدنظر قرار گیرد. راهبردهای شناسایی شده شامل جهت‌گیری استراتژیک، مدیریت بهینه منابع مالی، توسعه مشارکت ذینفعان، توسعه منابع دانشی، ارتقای سلامت اداری، توسعه دانش فنی، ارزش‌مداری و اخلاقی‌گرایی، توسعه بستر اجرایی و عملیاتی، مدیریت ظرفیت‌های ارائه خدمات و تولید متوازن و یکپارچه است. همچنین، ضریب تعیین برای متغیر پیامدها ۰/۵۴۹ و شدت اثر عوامل مداخله‌گر/تسهیل‌کننده و زمینه‌ای بر راهبردهای حکمرانی به ترتیب برابر با ۰/۶۱۰ و ۰/۵۳۳ است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که حکمرانی نظام سلامت پدیده‌ای چندوجهی و پیچیده است و به منظور ارتقای آن باید مجموعه‌ای از راهبردها اجرا شوند. ضمناً، پیشنهاد می‌گردد که با توجه به مسایل و تهدیدهای پیشروی نظام سلامت، به منظور حرکت به سمت الگوی حکمرانی پیشنهادی در تحقیق حاضر، نقشه‌ی راه و برنامه‌ی بلندمدت تدوین گردد.

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

دریافت مقاله: بهمن ۱۳۹۹

پذیرش مقاله: مرداد ۱۴۰۰

* نویسنده مسئول:

هاله محمدی‌ها؛

واحد قزوین دانشگاه آزاد اسلامی

Email :

h.mohammadiha@gmail.com

۱ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

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

۳ دانشیار گروه مهندسی صنایع، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

مقدمه

در حالی که کشورها تلاش می‌کنند تا نظام‌های سلامت خود را در زمینه‌های مختلف تقویت کنند، سیاست‌گذاران باید بدانند که چگونه می‌توانند به بهترین وجه عملکرد نظام‌های سلامت را بهبود بخشند. برای کمک به این تصمیمات، مباحثان نظام سلامت باید درک خوبی از نحوه عملکرد نظام‌های سلامت برای حکمرانی مناسب بر روی آنها داشته باشند. درحالی‌که تعدادی از چارچوب‌ها برای ارزیابی حکمرانی در بخش سلامت پیشنهاد شده است، کاربرد آنها غالباً به دلیل شاخص‌های غیرواقعی محدود شده یا بسیار پیچیده هستند (۱). Kirigia و Kirigia (۲۰۱۱) اشاره می‌کنند که حکمرانی و رهبری در توسعه سلامت برای دستیابی به اهداف توسعه سلامت و سایر اهداف 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 (۲). حکمرانی بخش سلامت، پدیده‌های 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 فرایندهای برنامه‌ریزی سلامت، مکانیسم‌های پاسخ‌گویی به خدمات سلامت محلی، در دسترس بودن اطلاعات در مورد عملکرد ارایه‌دهنده، وضوح قوانین بخش سلامت، اجرای مقررات سلامت و در دسترس بودن روش‌های گزارش سوءاستفاده از منابع ارزیابی کرد (۳).

نظام‌های سلامت در سراسر جهان متاثر از چهار نیروی محرک، پیوسته در پی اصلاح خود هستند. این محرک‌ها که قدرت آنها به‌طور نسبی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، شامل هزینه‌های فزاینده در مراقبت‌های سلامت، انتظارات فزاینده شهروندان، محدودیت منابع مالی دولت‌ها برای پرداخت هزینه‌های سلامت و تردید نسبت به کارایی نظام مستقر در برآورده کردن اهداف نظام سلامت است. از این رو اصلاحات نظام سلامت در دهه‌های گذشته در کشورهای زیادی با وضعیت‌های اقتصادی اجتماعی مختلف به منظور سازماندهی و تامین مالی نظام سلامت در کنار ارتقای اثربخشی، کارایی و عدالت اجرا گردیده است (۴). مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و

جامعه است. نظام سلامت متشکل از سازمان‌ها و موسسات و منابعی است که ارایه‌کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقای سلامت افراد می‌باشند و از این خدمات می‌توان به‌عنوان اقدام سلامت نام برد. این خدمات می‌تواند به‌صورت هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی-خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین‌بخشی انجام گیرد، تعریف می‌شود و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است (۵). 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 (۶).

حکمرانی سلامت (Health Governance)، لزوماً مداخله‌های 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 و مدیریت پیامدهای مثبت و منفی سیاست‌های عمومی می‌تواند منجر به فرصت‌هایی برای سلامت بهتر و کاهش بی‌عدالتی سلامت گردد (۶). وظیفه حکمرانی نظام سلامت، تاثیر قابل توجهی بر سایر وظایف نظام سلامت دارد. سازمان بهداشت جهانی، حاکمیت و رهبری را به‌عنوان یکی از اجزای مهم نظام سلامت در کنار سایر اجزا (نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات و ملزومات، تامین مالی و ارایه خدمات سلامت) معرفی کرده است (۷). اهمیت حکمرانی در نظام‌های سلامت (health system) از این واقعیت بدیهی نشأت می‌گیرد که بیشتر مفهوم‌سازی‌ها و توصیف‌های نظام‌های سلامت در یک دهه گذشته از کارکردهای مرتبط با حکمرانی صحبت می‌کنند (۱).

یکی از شناخته‌شده‌ترین و تحریک‌آمیزترین گفتمان‌های نظام سلامت، گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) در مورد «نظام‌های سلامت: بهبود عملکرد» است. در این گزارش، نظام سلامت به‌عنوان «کلیه فعالیت‌هایی که هدف اصلی آنها ارتقا یا حفظ سلامت است» تعریف شده و به‌عنوان چهار کارکرد ارایه شده است: تولید، توزیع منابع، تامین مالی و ارایه خدمات. حکمرانی شامل مفهوم تولید است که به نوبه‌ی خود به‌عنوان «مدیریت دقیق و مسئولانه بهزیستی مردم» تعریف شده است (۸). براساس گزارش

حکمرانی را به عنوان یکی از چندین بلوک سازنده سازمانی در نظر می‌گیرد. ۳- رویکرد نهادی (Institutional approach)، که در آن بر نحوه‌ی تمرکز قوانین حاکم بر تعاملات اجتماعی و اقتصادی متمرکز است (۱۰).

سیر تحولات در نظام سلامت به عنوان چالشی جهان‌شمول و تعهد نظام سلامت در پاسخ‌گویی مناسب و حرکت در جهت سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور، برخوردی هوشمندانه را الزامی می‌سازد. این برخورد می‌باید با تحلیل صحیح از ارزش‌های اسلامی و با استفاده‌ی درست از روش‌های نوین علمی باشد. در سند چشم‌انداز بیست‌ساله، ویژگی‌های جامعه‌ای مطلوب تصویر شده است که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت با کیفیت زندگی مطلوب و بهره‌مند از محیط زیست سالم بوده و ایران کشوری است که در جایگاه نخست اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه می‌باشد (۱۱). همچنین، 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 مرگ‌ومیر کودکان، بهبود سلامت مادران و مبارزه با ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها تاکید شده است. نتایج تحقیقات پیشین در زمینه‌ی حکمرانی سلامت به صورت خلاصه و براساس ابعاد و مولفه‌های مربوط در قالب جدول ۱ ارائه شده است. تحقیقات ارائه‌شده در جدول، از پایگاه‌های علمی خارجی Google Scholar، Elsevier، emerald و Sid.ir و ... و پایگاه داخلی «حکمرانی سلامت» و «حکمرانی بهداشت»، «مدیریت سلامت»، «مدیریت بخش سلامت» و همچنین معادل انگلیسی آنها استخراج شدند. همچنین، دوره زمانی جستجو برای تحقیقات خارجی طی سالهای ۲۰۰۰ میلادی به بعد و برای تحقیقات داخلی ۱۳۹۰ شمسی به بعد بود.

سازمان بهداشت جهانی، در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت به صراحت اشاره شده است که تولید، ارائه خدمات، تولید منابع و تامین مالی به عنوان کارکردها یا وظایف نظام سلامت هستند (۸). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ با انتشار گزارش «همه کسب و کارها: تقویت نظام‌های سلامت برای بهبود نتایج سلامت» چارچوب عمل سازمان بهداشت جهانی را مشخص نمود که در آن معماری نظام سلامت با شش بلوک سازنده شرح داده شد که عبارتند از: رهبری و حکمرانی؛ نیروی کار سلامت؛ اطلاعات؛ محصولات پزشکی؛ واکسن و فناوری؛ تامین مالی و ارائه خدمات. در اینجا، حکمرانی به عنوان «اطمینان از وجود چارچوب‌های سیاست استراتژیک و همراه با نظارت موثر، ایجاد ائتلاف، تنظیم مقررات، توجه به طراحی سیستم و پاسخ‌گویی» ارائه شده است. سپس، سازمان بهداشت جهانی با قراردادن افراد در مرکز نظام سلامت، چارچوب مفهومی خود را برای مراقبت‌های سلامت اولیه ایجاد کرد. مردم برای عملکرد یک سیستم بهداشتی بسیار مهم هستند، هم از آن بهره‌مند میشوند و هم با اتخاذ برخی از روش‌های زندگی خاص، به عنوان مالیات‌دهندگان و تولیدکنندگان نظام سلامت مشارکت می‌کنند (۹).

از طرفی، از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، مفهوم حکمرانی (governance) عبارت است از: رهبری و حکمرانی شامل تضمین وجود چارچوب‌های خط‌مشی استراتژیک و همراه با نظارت موثر، ایجاد ائتلاف، تنظیم مقررات، توجه به طراحی سیستم و پاسخ‌گویی است. فرمول‌های مختلفی از کارکردهای مورد نیاز برای فعال کردن حکمرانی برای رهبری و هدایت، تاثیرگذاری بر سازمان‌ها و افراد درگیر در تامین بودجه، تامین و استفاده از خدمات درمانی و محصولات مرتبط با سلامت وجود دارد و همچنین تاثیر بر بازیگران خارج از بخش سلامت است که اقدامات آنها بر سلامت جامعه تاثیر می‌گذارد (۹). Abimbola و همکاران سه رویکرد متفاوت، اما دارای هم‌پوشانی در زمینه چارچوب و مطالعه حکمرانی نظام سلامت در ادبیات ارائه کرده‌اند که عبارتند از: ۱- رویکرد دولت محور (Government-centered approach)، که بر نقش دولت‌ها و یا در سطح بالاتر بر مستثنی کردن بازیگران نظام سلامت غیردولتی متمرکز است. ۲- رویکرد بلوک‌های سازنده (Building-block approach) که بر فعالیت‌های داخلی سازمان‌های مراقبت‌های سلامت متمرکز است و



جدول ۱: ابعاد و مولفه‌های شناسایی شده در تحقیقات پیشین

ابعاد و مولفه‌های شناسایی شده	پژوهش گر / سازمان
به منظور 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.	Campos (۲۰۲۰) (۱۲)
اصول حکمرانی دیجیتال سلامت: ترمز بر هوشمندی، اطلاعات، شبکه‌ها و توسعه زیرساخت سلامت الکترونیکی	Marelli و همکاران (۲۰۲۰) (۱۳)
توسعه‌ی متوازن، توسعه‌ی پایدار، رعایت الزامات زیست محیطی، توسعه‌ی راه‌حل‌های اجتماعی، گسترش فعالیت‌های اقتصادی	Saviano و همکاران (۲۰۱۹) (۱۴)
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).	Marcelo و همکاران (۲۰۱۸) (۱۵)
پاسخ‌گویی، ارائه خدمات و اطلاعات، گزارش‌دهی و لابی‌گری	Brinkerhoff و همکاران (۲۰۱۴) (۱۶)
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.	Barbazza و Tello (۲۰۱۴) (۱۷)
۴ مکانیسم حکمرانی سلامت: ۱) 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	Ciccone و همکاران (۲۰۱۴) (۱۸)
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	Nicholson و همکاران (۲۰۱۳) (۱۹)
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	Camargo و Jacobs (۲۰۱۱) (۲۰)
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.	Lopez و همکاران (۲۰۱۱) (۱)
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	Kirigia و Kirigia (۲۰۱۱) (۲)
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.	Brinkerhoff و Bosser (۲۰۱۴) (۲۱)
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. پيامدها: ظرفیت و عملکرد سیستم، تحویل خدمت، مدیریت تسهیلات و وضعیت سلامت	Siddiqi و همکاران (۲۰۰۹) (۲۲)
چشم‌انداز استراتژیک، شفافیت، عدالت و فراگیری، مسئولیت‌پذیری، هوشمندی و اطلاعات و اخلاق اجزای حکمرانی سلامت الکترونیکی: 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	Mukherjee و Ray (۲۰۰۷) (۲۳)

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. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷) (۷)

پیامدها: بهبود ارتقای سلامت، پاسخ‌گویی، محافظت از ریسک مالی و اجتماعی و بهبود کارایی.

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. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) (۸)

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 فراهم‌آوردن زمینه‌های مطلوب برای بروز خلاقیت و نوآوری در اجرای سیاست‌ها، ارتقای شاخص‌های سلامت در جامعه و کسب اعتبار نظام سلامت کشور. معصومی و همکاران (۱۳۹۸) (۲۴)

عوامل رفتاری تاثیرگذار 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. عالیخانی و همکاران (۱۳۹۸) (۲۵)

اهداف: افزایش سطح سلامتی مردم، حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سلامت، فراهم‌آوردن رضایت مردم. سیاست‌ها: ایجاد زیرساخت‌های موردنیاز، همگانی ساختن بیمه پایه در مان، تعیین بسته جامع خدمات بهداشتی-درمانی. ابعاد: برخورداری همگانی از بیمه، رفع تبعیض، توسعه کمی و کیفی، مرتبط کردن موثر اجزای نظام سلامت، رهبری و ارتباط موثر با کارکنان سلامت، ایجاد انگیزه و رغبت در کارکنان، برقراری رابطه مناسب میان مشاغل و منصب‌ها، تعریف فعالیت‌های ضروری، حکمرانی فراقوه ای، ارزیابی و ارائه بازخورد. وحید دستجردی و همکاران (۱۳۹۷) (۲۶)

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. رشیدیان و همکاران (۱۳۹۶) (۲۷)

عناصر اصلی بهداشت و سلامت از منظر مقام معظم رهبری: پویایی، خودکفایی و جهانی شدن ابعاد: نواندیشی، عملگرایی، مدیریت، مسائل اجتماعی، بانگیزگی، 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، خط‌پذیری، اولویت‌گذاری، استعداد، مسایل فرهنگی، برخورد مناسب با بیمار، آینده‌نگری، نگرش درست، تجاری‌سازی، آموزش و پرورش، ورزش و سلامت همگانی خیرگو و دهقان (۱۳۹۶) (۲۸)

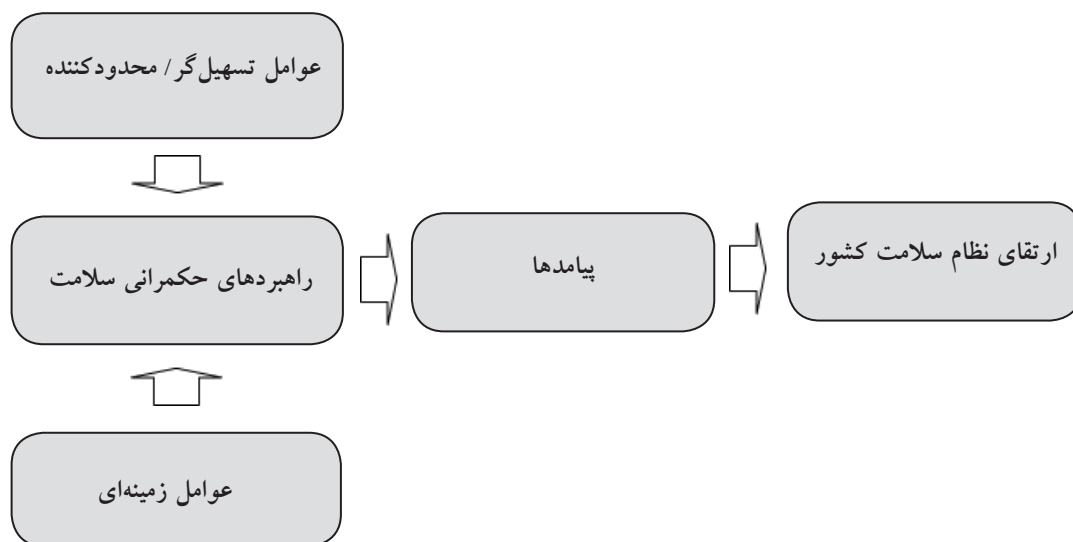
ابعاد مدل حکمرانی بیمارستان‌های دولتی ایران: تصمیم‌گیری شورایی، پاسخ‌گویی جامع، بودجه‌ریزی استراتژیک، تعامل سازنده با جامعه و آزادی عمل در تعامل با بازار. مرادیان و همکاران (۱۳۹۳) (۲۹)

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. بهرامی و همکاران (۱۳۹۰) (۳۰)

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. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰) (۳۱)

جمع‌بندی مبانی نظری و پیشینه تحقیق نشان داد که حکمرانی نظام سلامت یکی از حوزه‌های تحقیقاتی است که در آن فقدان مدل مناسب برای حکمرانی

با توجه به آنچه بیان شد، در مورد شرایط حکمرانی در نظام سلامت سوالات مهمی می‌توان مطرح کرد: چگونه می‌توان به ظرفیت بالقوه‌ی نظام سلامت دست یافت؟ نظام سلامت چگونه می‌تواند عملکرد بهتری داشته باشد؟ اتخاذ چه راهبردهایی می‌تواند ظرفیت‌های بالقوه‌ی نظام سلامت را به ظرفیت بالفعل تبدیل کند؟ چه عواملی بر عملکرد نظام سلامت تاثیرگذارند؟ و ... برای پاسخ به سوالاتی از این دست، هدف تحقیق حاضر، طراحی مدل ارتقای حکمرانی نظام سلامت است. بر این اساس، به منظور ارزیابی مدل ارتقای نظام سلامت کشور، چارچوب مفهومی طراحی گردید که در شکل ۱ قابل مشاهده است. چارچوب مفهومی شامل راهبردهای حکمرانی نظام سلامت، عوامل تسهیل‌گر/محدودکننده، عوامل زمین‌های و پیامدهاست که ساختار آن توسط خبرگان تایید گردید.



شکل ۱: چارچوب مفهومی تمقیق

نوع اکتشافی به حساب می‌آید. این تحقیق در دو مرحله‌ی دلفی فازی برای تایید روایی مدل و همچنین اعتبارسنجی مدل در بخش سلامت فعال در شهرستان تهران با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام گرفت که در ادامه بررسی می‌گردد.

• مرحله‌ی دلفی فازی

پس از شناسایی مولفه‌های حکمرانی سلامت از مبانی نظری و تحقیقات پیشین با روش فراترکیب، پرسش‌نامه دلفی طراحی شد و خبرگان براساس میزان اهمیت مولفه‌های شناسایی شده در حکمرانی سلامت را ارزیابی کردند.

در تحقیقات داخلی و خارجی به وضوح به چشم می‌خورد. اگرچه تحقیقاتی در زمینه‌ی نظام سلامت انجام گرفته، ولی بیشتر آنها نگاه عملیاتی داشته‌اند و تجارب کشورها را بررسی نموده‌اند (۲۰۱۸ و ۲۰۲۰) و تحقیقاتی که به دنبال ارزیابی دیدگاه یکپارچه و جامع باشند که بتواند کلیه زمینه‌ها و بازیگران مختلف نظام سلامت را در نظر گرفته و مدل حکمرانی براساس آن ارزیابی دهند، مشاهده نمی‌شود. در تحقیقات داخلی انجام گرفته با موضوع حکمرانی سلامت نیز، ارزیابی مدل حکمرانی در سطح کلان به چشم نمی‌خورد و تحقیقات انجام شده تنها کارکردهای نظام سلامت را به صورت موردی بررسی کرده‌اند (۲۹ و ۲۷ و ۲۴). همچنین، تحقیقات خارجی که با موضوع حکمرانی سلامت انجام شده‌اند، فاقد متغیرهای بومی در کشور ما و همچنین ارزیابی الگوی یکپارچه می‌باشند. بنابراین، خلا تحقیقاتی که این پژوهش به دنبال پرکردن آن می‌باشد، فقدان الگوی بومی و جامع با رویکرد کلان‌نگر در زمینه‌ی حکمرانی بخش سلامت است.

روش بررسی

این تحقیق بر اساس جهت‌گیری از نوع کاربردی و توسعه‌ای است. به این دلیل که سعی دارد مدل‌های موجود در زمینه‌ی حکمرانی در نظام سلامت را توسعه دهد و متغیرهای جدیدی را به آنها اضافه کند، تحقیق از نوع توسعه‌ای است. از طرفی، به این دلیل که نتایج تحقیق به منظور ارتقای حکمرانی در نظام سلامت استفاده خواهد شد، از نوع کاربردی است. همچنین، این پژوهش از آنجاکه به دنبال طراحی مدل حکمرانی در نظام سلامت می‌باشد که در این شناخت و آگاهی محدودی وجود دارد، از

سابقه‌ی مدیریت در نظام سلامت و مدرک دکتری بودند. برای تعیین میزان اهمیت شاخص‌ها و غربال مهم‌ترین شاخص‌های شناسایی شده می‌توان از تکنیک دلفی با رویکرد فازی استفاده کرد. در این تحقیق، طیف فازی مثلثی برای مقیاس پنج درجه لیکرت در بیان اهمیت مولفه‌ها استفاده شد. عدد فازی مثلثی در این تحقیق، با سه عدد حقیقی به صورت $M=(l, m, u)$ نمایش داده می‌شود. u حد بالا، m حد وسط و l حد پایین عدد فازی است. طیف فازی لیکرت استفاده شده در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲: طیف ۵ تایی فازی لیکرت (۳۲)

خیلی کم اهمیت	کم اهمیت	متوسط	مهم	خیلی مهم
(۰/۰ و ۰/۲۵)	(۰/۲۵ و ۰/۵)	(۰/۲۵ و ۰/۷۵)	(۰/۷۵ و ۰/۱)	(۰/۱ و ۰/۷۵)

بدین منظور، ۱۳ نفر از خبرگان و متخصصان نظام سلامت که شامل استادان دانشگاهی و مدیران اجرایی فعال در نظام سلامت هستند، انتخاب شدند و پرسش‌نامه دلفی بین آنها توزیع گردید و تا حصول اجماع بین آنها، فرایند دلفی ادامه یافت. روش انتخاب مشارکت‌کنندگان از نوع هدفمند بود. شرایط خبرگان دانشگاهی برای حضور در فرایند تحقیق، داشتن مدرک دکتری در زمینه‌ی مدیریت و رشته‌های علوم پزشکی و داشتن مقاله و کتاب در زمینه‌ی مدیریت در نظام سلامت بود. همچنین، خبرگان اجرایی دارای حداقل ۵ سال

ضمناً، مقدار دیفازی شده عدد فازی با رابطه‌ی زیر محاسبه می‌شود (۳۲).

$$s = (l + m + u) / 3 \quad \text{رابطه (۱)}$$

همچنین، در هر دور فرایند دلفی در مقابل هر عامل، میانگین پاسخ‌های اعضای پانل در دور پیش به آگاهی پاسخ‌گویان می‌رسید. براساس مطالعات انجام‌شده، به منظور حفظ ارزش و اعتبار مطالعه، میزان پاسخ‌دهی صاحب‌نظران در هر دور دلفی نباید کمتر از ۵۰ درصد باشد و اگر مقدار قطعی حاصل از فازی زدایی دیدگاه تجمیع‌شده خبرگان، بزرگتر از آستانه باشد، شاخص موردنظر تایید می‌شود و اگر این مقدار کوچکتر از آستانه باشد، شاخص موردنظر حذف می‌شود. نهایتاً، اگر میزان تغییرات امتیازات داده‌شده توسط صاحب‌نظران در هر دور کمتر از ۰/۰۷ باشد، اجماع و اتفاق نظر بر موضوع مورد بررسی صورت گرفته است.

• اعتبارسنجی مدل

به منظور اعتبارسنجی مدل تحقیق، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار SmartPLS استفاده شد. بدین منظور از مدیران و متخصصان بخش‌های مختلف نظام سلامت شامل: دانشگاه علوم پزشکی، بیمارستان‌ها و ... در شهرستان تهران با پرسش‌نامه، نظرخواهی شد. پرسش‌نامه در این مرحله توسط محقق طراحی گردید و روایی آن توسط ۷ نفر از خبرگان که در مرحله‌ی دلفی حضور داشتند، تایید شد. پرسش‌نامه شامل ۶۷ سوال بود و در آن از

طیف ۵ تایی لیکرت (کاملاً موافقم عدد ۵ و کاملاً مخالفم عدد ۱) استفاده شد. همچنین، برای سنجش پایایی پرسش‌نامه، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۰۶ محاسبه گردید که مقداری قابل قبول است. برای محاسبه‌ی حجم نمونه فرمول کوکران استفاده شد که در ادامه آمده است. با توجه به اینکه حجم جامعه‌ی پاسخ‌دهنده حدود ۳۰۰ نفر تعیین گردید، تعداد نمونه با فرمول کوکران حدود ۱۶۹ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری نیز روش تصادفی ساده بود و در صورتی که فرد انتخاب شده تمایل به همکاری نداشت، با فرد جدیدی که به صورت تصادفی از افراد باقی‌مانده انتخاب می‌شد، جایگزین می‌گردید.

$$n = \frac{\frac{Z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 pq}{d^2} - 1 \right)} \quad \text{رابطه (۲)}$$

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 موردنظر 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 (۳۲).

یافته‌ها

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

جدول ۳: مشخصات اعضای پانل

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

در جدول ۴، راهبردهای حکمرانی سلامت و نتایج ارزیابی خبرگان مشخص شده است. نتایج ارزیابی خبرگان نشان 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 پایتیر 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 ۴ ارائه شده است. نتایج دور دوم، کاهش قابل ملاحظه‌ای 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 بود، توسط خبرگان ارزیابی شد که نتایج پاسخ‌ها نشان داد که تمامی متغیرها به غیر از مولفه «مدیریت ایجاد زیرساخت‌های تولید منابع غیرمالی» 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 نظر 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 فرایند دلفی تکرار شود. در دور سوم نیز اعضای پانل، مولفه‌های موثر بر حکمرانی در نظام سلامت را ارزیابی کردند. نتایج ارزیابی‌های خبرگان در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: ابعاد و مولفه‌های راهبردهای ارتقای 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 چشم‌انداز 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	۰/۰۹۵	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

ردیف	بعد	مولفه حکمرانی سلامت	S_1	S_2	$ s_2-s_1 $	S_3	$ s_3-s_2 $
۶		تامین مالی، انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت	۰/۶۱۰	۰/۶۴۴	۰/۰۳۴	۰/۶۲۷	۰/۰۱۷
۷	مدیریت	بودجه‌بندی استراتژیک در نظام سلامت	۰/۵۶۳	۰/۶۱۵	۰/۰۵۲	۰/۶۳۴	۰/۰۱۹
۸	بهینه منابع مالی	مدیریت ایجاد زیرساخت: تولید منابع مالی	-	۰/۶۳۵	-	۰/۶۵۹	۰/۰۲۴
۹		بهره‌گیری از مبانی تامین مالی و تمرکز بر اولویت‌بندی‌های 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	توسعه‌ی	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 انگیزه‌ی 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	۰/۰۴۶	۰/۶۴۷	۰/۰۳۳
۱۸		توسعه سیستم‌های مدیریت دانش سلامت	۰/۵۲۳	۰/۵۴۶	۰/۰۲۳	۰/۵۵۷	۰/۰۱۱
۱۹	توسعه‌ی 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	-	۰/۷۲۳	-	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 تصمیم‌گیری 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 تاثیر 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 حرفه‌ای 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		توسعه‌ی گفت‌وگو علمی و پژوهش و تحقیق در بخش سلامت	۰/۶۳۰	۰/۶۹۵	۰/۰۶۵	۰/۷۱۵	۰/۰۲۰
۳۰	توسعه‌ی دانش فنی	حمایت از تولید و بومی‌سازی محصولات موردنیاز در بخش سلامت	۰/۶۱۷	۰/۶۴۲	۰/۰۲۵	۰/۶۶۵	۰/۰۲۳
۳۱		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 استانداردها و ارزیابی‌های فناوری	-	۰/۵۸۰	-	۰/۷۲۴	۰/۰۳۲
۳۳		به‌کارگیری 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



ردیف	بعد	مولفه حکمرانی سلامت	S ₁	S ₂	s ₂ -s ₁	S ₃	s ₃ -s ₂	
۳۵	ارزش‌مداری و اخلاقی‌گرایی	توسعه‌ی عدالت بهداشت و درمان در بخش سلامت	۰/۵۵۳	۰/۵۶۷	۰/۰۱۴	۰/۵۷۹	۰/۰۱۲	
۳۶		توسعه و نهادینه‌کردن مسئولیت‌پذیری ذینفعان نظام سلامت	۰/۶۲۷	۰/۶۴۳	۰/۰۱۶	۰/۶۵۸	۰/۰۱۵	
۳۷		توسعه و نهادینه‌کردن 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	
۳۹	توسعه‌ی بستر اجرایی و عملیاتی	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 قانون‌مداری در بخش سلامت	۰/۶۳۷	۰/۶۸۵	۰/۰۴۸	۰/۷۰۵	۰/۰۲۰	
۴۱		توسعه و تنوع‌بخشی به زمینه و انواع شراکت‌ها از جمله مشارکت‌های عمومی-خصوصی (PPP)	۰/۵۶۰	۰/۵۸۸	۰/۰۲۸	۰/۶۰۱	۰/۰۱۳	
۴۲		آزادی عمل بخش‌های نظام سلامت در تعامل با بازار	۰/۶۴۷	۰/۶۷۲	۰/۰۲۵	۰/۶۵۶	۰/۰۱۶	
۴۳		عملگرایی 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		توسعه‌ی خصوصی‌سازی و بهره‌گیری از توان و ظرفیت بخش خصوصی	۰/۴۸۷	-	-	-	-	
۴۶		مدیریت ایجاد زیرساخت: تولید منابع غیرمالی	-	۰/۴۶۹	-	۰/۵۹۱	۰/۰۱۱	
۴۷		مدیریت ظرفیت‌ارایه خدمات	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 ارائه‌شده	۰/۶۱۷	۰/۷۱۷	۰/۱۰۰	۰/۷۵۶	۰/۰۳۹
۴۹	توسعه و به‌کارگیری رویکردهای پیشگیری و ایمنی در بخش سلامت		۰/۵۶۷	۰/۵۳۹	۰/۰۲۸	۰/۵۴۲	۰/۰۰۳	
۵۰	تامین نیازهای سلامت محلی و منطق‌های		۰/۶۴۳	۰/۶۰۹	۰/۰۳۴	۰/۵۸۹	۰/۰۲۰	
۵۱	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 زیرمجموعه‌ها به سازمان مرکزی		-	۰/۶۲۵	-	۰/۶۳۵	۰/۰۱۰	
۵۵	توسعه‌ی 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	تولیت متوازن و یکپارچه	تصمیم‌گیری و جهت‌گیری جمعی بین ذینفعان بخش سلامت	۰/۶۳۰	۰/۶۰۵	۰/۰۲۵	۰/۶۱۷	۰/۰۱۲	
۵۸		توسعه مکانیزم‌های بازخورد در بخش سلامت	۰/۶۳۴	۰/۶۷۱	۰/۰۳۷	۰/۶۸۲	۰/۰۱۱	
۵۹		تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد	۰/۵۳۰	۰/۵۴۵	۰/۰۱۵	۰/۵۵۹	۰/۰۱۴	
۶۰	رشد و توسعه‌ی 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	-	-	-	-		

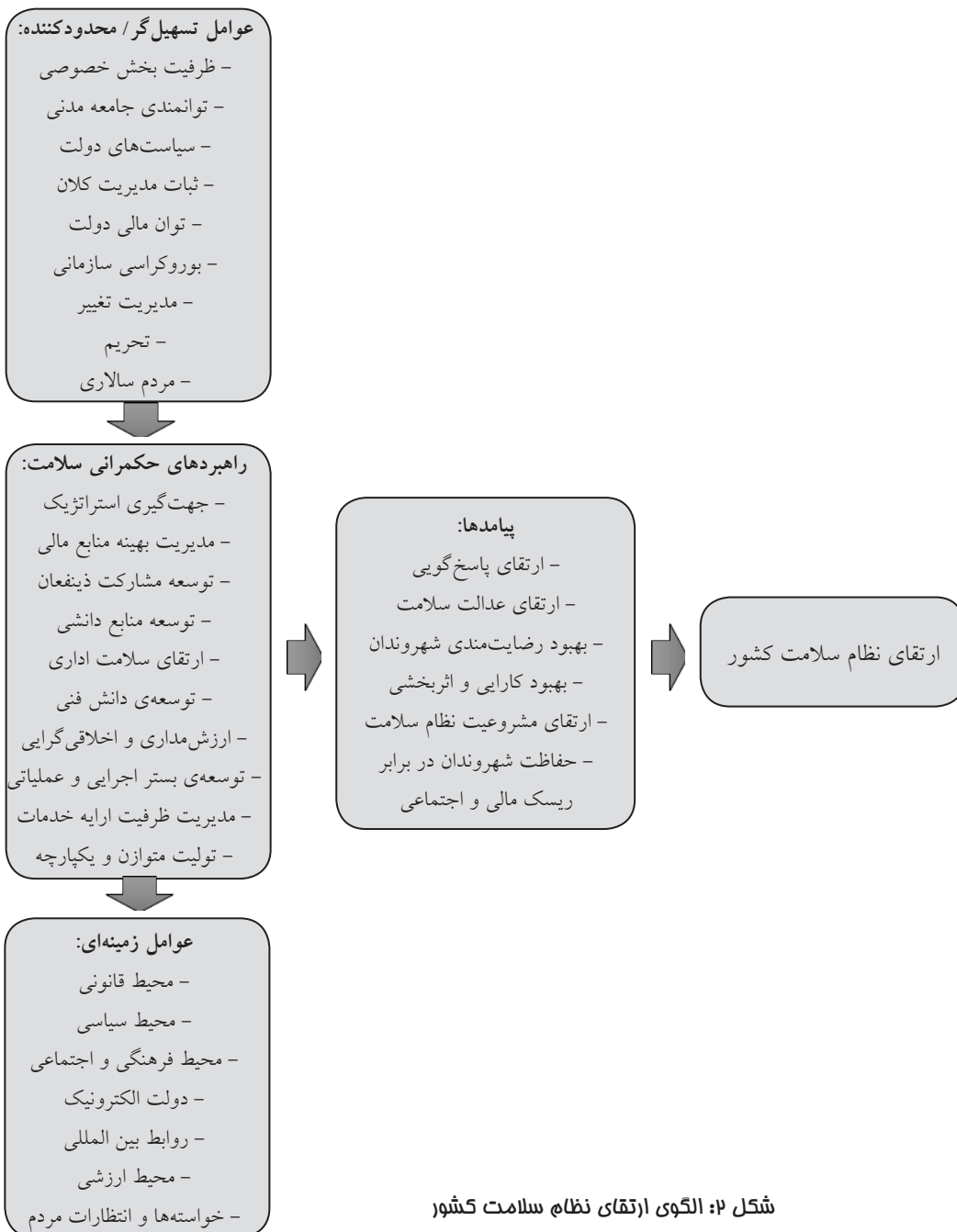
*در جدول، منظور از اندیس ۳ و ۲ و ۱ برای S، نتایج مربوط به دور اول، دوم و سوم دلفی است؛ مثلاً SI نتیجه دور اول دلفی.

**در جدول، مولفه‌هایی که زیر آن‌ها خط کشیده شده، در دور اول دلفی توسط خبرگان به راهبردهای اولیه اضافه شده‌اند.

اینکه نمره‌ی 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 مورد نظر قرار گرفت و در دور سوم توافق مورد نظر حاصل شد.

براساس عوامل استخراج شده از مبانی نظری و تحقیقات پیشین با روش فراترکیب و نظرخواهی که از خبرگان انجام گرفت، کلیه مولفه‌های مدل ارتقای نظام سلامت شناسایی شدند. این عوامل شامل راهبردهای حکمرانی نظام سلامت، عوامل تسهیل‌گر/محدود کننده، عوامل زمینه‌ای و پیامدها هستند. الگوی ارتقای نظام سلامت، در شکل ۲ قابل مشاهده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج دور سوم، کاهش قابل ملاحظه‌ی مقدار اختلاف پاسخ‌های خبرگان را نشان می‌دهد و اختلاف نظرات خبرگان در دور دوم و سوم (مقدار $|S_2 - S_3|$) 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 مولفه‌ی «تدوین چشم‌انداز و اهداف استراتژیک بخش سلامت» با نمره‌ی ۰/۸۹۴ دارای بالاترین امتیاز است. خبرگان در این مرحله متغیر جدیدی معرفی نکردند. در تحقیق حاضر، در مرحله‌ی اول دلفی فازی ۳ شاخص و در دور دوم ۱ شاخص با توجه به



شکل ۲: الگوی ارتقای نظام سلامت کشور

به منظور اعتبارسنجی مدل تحقیق از روش مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار SmartPLS استفاده شد. بدین منظور ابتدا کفایت حجم نمونه بررسی شد. روش های مختلفی برای بررسی کفایت نمونه گیری وجود دارد که از جمله آن ها آزمون (KMO) Kaiser-Meyer-Olkin می باشد که مقدار آن همواره بین ۰ تا ۱ در نوسان است (۳۲). از سوی دیگر، برای

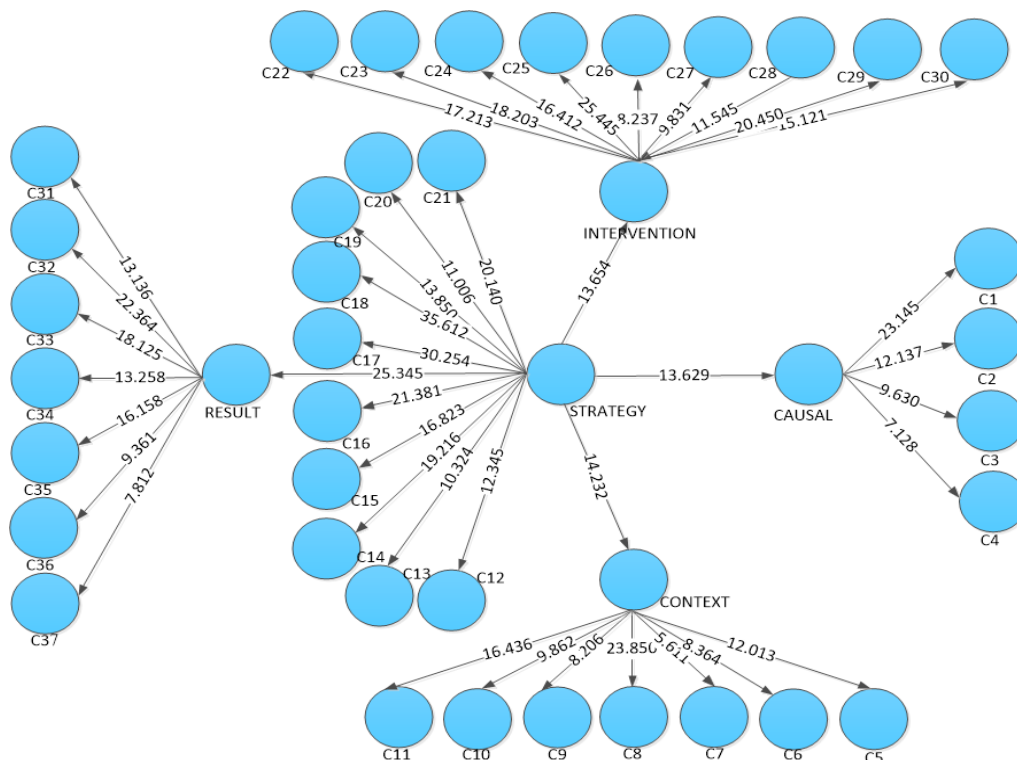
اطمینان از مناسب بودن داده ها مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی هایی که پایه تحلیل قرار می گیرد در جامعه برابر با صفر نیست، از آزمون Bartlett استفاده شد. به عبارتی، با استفاده از آزمون بارتلت می توان از کفایت نمونه گیری اطمینان حاصل نمود. خروجی آزمون KMO و بارتلت در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: مناسبه شاخص KMO و آزمون بارتلت

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

با توجه به نتایج آزمون کفایت نمونه (KMO) و همچنین آزمون معناداری نمونه Bartlett که با نرم افزار SPSS انجام گرفت، شاخص KMO با مقدار ۰/۸۱۴ مقدار مناسبی دارد. همچنین، با توجه به عدد معناداری آزمون بارتلت، کفایت نمونه ها مورد تایید است. پس از تایید کفایت حجم نمونه، مدل ساختاری تحقیق آزمون شده است. خروجی نرم افزار PLS نشان دهنده تایید مدل ساختاری برآزش یافته است. همچنین شکل ۳ و ۴ معناداری ضرایب و پارامترهای به دست

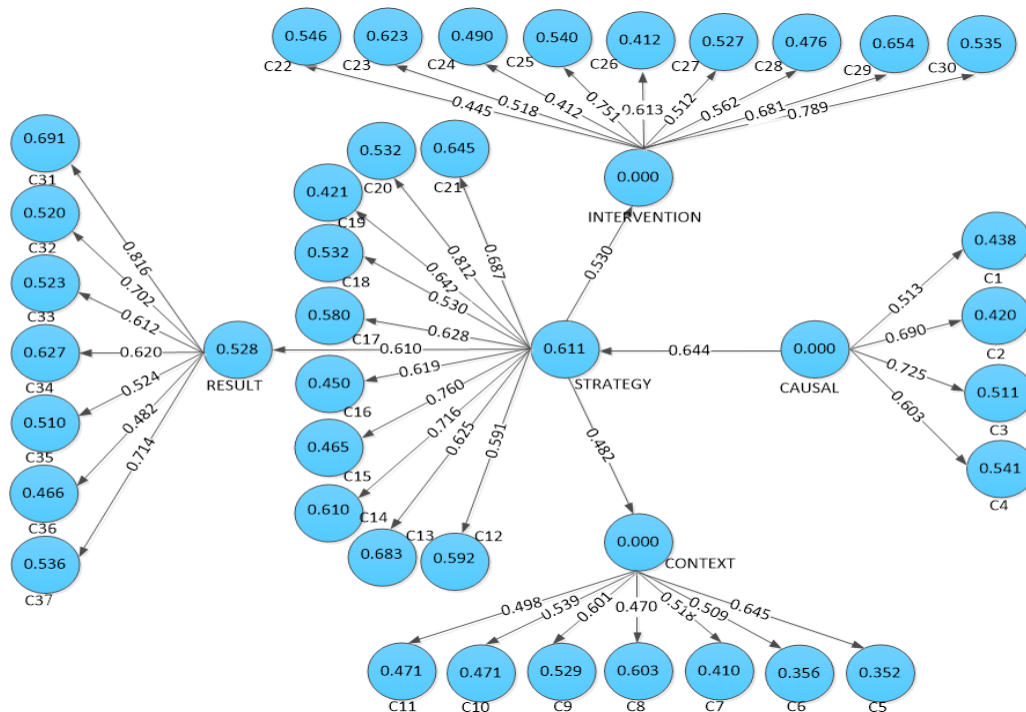
آمدهی مدل ساختاری تحقیق را نشان می دهد. ضرایب به دست آمده زمانی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار می باشند که مقدار آزمون معناداری آن ها از عدد ۱/۹۶ بزرگتر و از عدد ۱/۹۶- کوچکتر باشند. همان طور که در شکل ۳ مشاهده می شود، کلیه ضرایب به دست آمده بزرگتر از ۱/۹۶ است که نشان دهنده معنادار بودن کلیه ضرایب است. همچنین، برای شاخص ها هم شرایط حاکم است و کلیه متغیرها ضرایبی بالاتر از ۱/۹۶ دارند و بنابراین، اجزای مدل همگی مورد تایید است.



شکل ۳: مدل ساختاری تمقیق در حالت ضرایب معنی داری

همچنین، شدت اثر راهبردها بر پیامدها مقدار ۰/۶۳۸ است که همگی مقادیری قابل قبول است. شکل ۴، شدت تاثیر رابطه بین متغیرها را نشان می دهد.

ضمناً، همان طوره که در شکل ۳ مشاهده می شود، شدت اثر عوامل مداخله گر/تسهیل کننده و زمینه ای بر راهبردهای حکمرانی به ترتیب برابر با ۰/۶۱۰ و ۰/۵۳۳ می باشد که با توجه به مقادیر معنادار است.



شکل ۴: مدل ساختاری تمقیق در حالت استاندارد

نزدیک به ۰/۰۲ باشد، نشان از آن دارد که مدل، قدرت پیش بینی ضعیفی دارد (۳۳). مقادیر Q^2 برای متغیر پیامدها، به ترتیب ۰/۲۰ است که مقادیری قابل قبول و مناسب است.

نهایتاً برای بررسی کلی مدل تنها از یک معیار با عنوان (GOF) Goodness Of Fit استفاده می شود. معیار GOF مربوط به برازش کلی مدل های معادلات ساختاری است، بدین معنی که پژوهش گر توسط این معیار می تواند درستی و برازش کلیت مدل مفهومی پیشنهادی را مورد آزمون قرار دهد. معیار GOF توسط Tenenhaus و همکاران (۲۰۰۴) ابداع گردید و طبق رابطه محاسبه می شود (۳۳).

$$Gof = \sqrt{\text{Communalities} \times R^2} \quad \text{رابطه (۳)}$$

Wetzels و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای Gof معرفی نموده اند. ضمناً، میانگین Communalities نشانه ای میانگین مقادیر اشتراکی هر سازه بوده و $Ave R^2$ سازه های درونزای مدل است (۳۳). مقدار Gof محاسبه شده برای مدل تحقیق، مقدار ۰/۴۷ است که نشان می دهد که مدل تحقیق قوی می باشد.

برای بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش، ضریب تعیین متغیرهای پنهان درونزای مدل محاسبه شد. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضریب تعیین ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته می شود. با توجه به شکل ۴ نتایج تحقیق، مقادیر ضریب تعیین برای متغیر پیامدها ۰/۵۴۹ است که بالای ۰/۳۳ است و نشان از برازش مناسب مدل دارد. ضمناً، معیار آزمون کیفیت مدل ساختاری (Q^2) است که توسط Stone و Geyser (۱۹۷۵) معرفی شد و قدرت پیش بینی مدل را مشخص می کند. به اعتقاد آن ها مدل هایی که دارای برازش بخش ساختاری قابل قبول هستند، باید قابلیت پیش بینی شاخص های مربوط به سازه های درونزای مدل را داشته باشد. در صورتی که مقدار Q^2 در مورد یک سازه ی درونزا صفر و یا کمتر از صفر باشد، نشان می دهد که روابط بین سازه های دیگر مدل و آن سازه درونزا به خوبی تبیین نشده است و در نتیجه مدل نیاز به اصلاح دارد (۳۳). Hansler و همکاران (۲۰۰۹) در مورد شدت قدرت پیش بینی در مورد سازه های درونزا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را تعیین نموده اند. به اعتقاد آن ها اگر مقدار Q^2 در مورد یک سازه ی درونزا در محدوده ی

جدول ۶: میزان R^2 و communality متغیرهای تمقیق

متغیر	communality	R^2
عوامل مداخله‌گر	۰/۵۴	-
عوامل زمینه‌ای	۰/۵۲	-
راهبردهای حکمرانی سلامت	۰/۶۰	-
پیامدها	۰/۶۱	۰/۵۴۹
میانگین	۰/۵۷	۰/۵۴۹
GOF	۰/۴۷	$\sqrt{\text{AveR}^2 \times (\text{Ave of communalities})}$

بحث

حکمرانی اثربخش در نظام سلامت، ضمن مرتفع کردن نیازهای جامعه به شکل مطلوب، باید زمینه‌ی بهره‌گیری از تمام ظرفیت‌ها را فراهم کرده و خواسته‌های ذینفعان مختلف را تامین کند. مدل حکمرانی که در این تحقیق طراحی شده است، می‌تواند رهنمودهایی برای ۳ ضلع 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) حکمرانی در نظر بگیریم، می‌توان دانشگاه‌های علوم پزشکی را سطح میانی یا راهکاری و بیمارستان‌ها و سایر نهادهای ارایه‌دهنده‌ی خدمات بهداشت و درمان را که در تعامل مستقیم با مردم هستند، سطوح عملیاتی نظام سلامت در نظر گرفت. بیشترین موارد خط‌مشی‌گذاری توسط سطح راهبردی و سطح میانی نظام سلامت انجام می‌گیرد. از طرف دیگر، بخش خصوصی در سطح عملیاتی عمدتاً فعالیت می‌کند و به ارایه کالا و خدمات مورد نیاز 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 عامه‌ی مردم است. حکمرانی سلامت باید بتواند سه سطح حکمرانی در نظام سلامت (از نگاه سطوح حکمرانی) را همراستا و یکپارچه کند و از فعالیت‌های جزیره‌ای و پراکنده‌ی آنها جلوگیری کند. از نگاه علمی نیز، نظام سلامت یک پدیده‌ی چندوجهی و چندسطحی با یک ساختار وظیفه‌ای چندگانه است. بنابراین، از نظر ماهیت یک پدیده‌ی پیچیده به حساب می‌آید. الگوی ارایه‌شده 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.

در این تحقیق، 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. به نوعی، جهت‌گیری استراتژیک، در مقابل نگاه کوتاه مدت و مقطعی در نظام سلامت است که مانع اتلاف منابع و عدم بهره‌گیری مناسب از پتانسیل‌های موجود و همچنین موجب توسعه‌ی ظرفیت‌های بلندمدت و بهره‌گیری از آنهاست. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰)، Camargo و Jacobs (۲۰۱۱)، Siddiqi و همکاران (۲۰۰۹) و Barbazza و Tello (۲۰۱۴) این راهبرد را در تحقیقات خود مدنظر داشته‌اند (۲۲ و ۲۰ و ۱۷ و ۸). براساس یافته‌های تحقیق حاضر، راهبرد دیگر مربوط به مدیریت بهینه‌ی منابع مالی است. با توجه به محدود بودن 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 (۱۳۹۳)، Lopez و همکاران (۲۰۱۱) و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) بر این راهبرد تاکید زیادی کرده‌اند (۲۹ و ۸ و ۱). براساس یافته‌های تحقیق، توسعه‌ی مشارکت ذینفعان، دیگر راهبرد مطرح شده است که بر بهره‌گیری از ظرفیت کلیه ذینفعان در نظام سلامت و مشارکت دادن آنها اشاره دارد. یک نظام سلامت موفق باید بتواند همه ذینفعان را درگیر پیشبرد اهداف کند و زمینه‌ی 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 زمینه‌ی حکمرانی نظام سلامت، این راهبرد مدنظر بوده است (۷).

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، زمینه‌ی رشد و توسعه‌ی متوازن نظام سلامت در بلندمدت را فراهم کند و مانع توسعه‌ی نامتوازن آن شود (۸). در انجام پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی از جمله سخت بودن دسترسی به بعضی خبرگان وجود داشت و همچنین، امکان بررسی میزان اثربخشی راهبردهای تدوین شده به‌طور مجزا فراهم نبود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که نظام سلامت پدیده‌های چندوجهی و پیچیده است و به‌منظور ارتقای آن باید مجموعه‌ای از راهبردها اجرا شوند. اجرای موثر راهبردهای ارائه‌شده می‌تواند پیامدهای زیادی داشته باشد که مهم‌ترین آنها بهبود ارتقای سلامت جامعه و شهروندان است. الگوی ارائه‌شده در این تحقیق، الگویی جامع و یکپارچه است که می‌تواند دیدگاهی سیستمی به مدیران، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در نظام سلامت ارائه کرده و زمینه ارتقای شرایط فعلی و رشد و توسعه‌ی بلندمدت را فراهم کند. همچنین، نتایج نشان داد که عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر متعددی بر حکمرانی سلامت تاثیر می‌گذارد و به‌منظور 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 (۲۰۰۰) ارائه شده، در الگوی پیشنهادی تحقیق تایید گردید. به‌عبارتی، حکمرانی سلامت در کشور ما از نظر ساختار و کارکردها با الگوی سازمان بهداشت جهانی یکسان است و در راهبردهای ارتقای عملکرد با توجه به شرایط بومی کشور، نیاز به بهره‌گیری از راهبردهای متنوعی دارد. براساس نتایج تحقیق، پیشنهادهای کاربردی زیر ارائه می‌گردد:

- به‌منظور کاهش تضادها و موازی‌کاری بین بازیگران حکمرانی در نظام سلامت و حداکثر بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود، وظایف و مسئولیت‌های آنان بازبینی و بازتعریف شود.
- میزان نقش آفرینی و مسئولیت‌هریک از بازیگران نظام سلامت به‌منظور اجرای راهبردهای تعریف شده تعیین شود.
- ساختار بوروکراتیک نظام سلامت بازبینی شود و به‌منظور افزایش چابکی و انعطاف آن، به سمت ساختارهای افقی و شبکه‌ای حرکت کند.

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. Barbazza و Tello (۲۰۱۴)، خیرگو و دهقان (۱۳۹۶) و Siddiqi و همکاران (۲۰۰۹)، بر این راهبرد در تحقیقات خود تاکید کرده‌اند و توسعه‌ی دانش را یکی از جهت‌گیری‌های اصلی در نظام سلامت برشمرده‌اند (۲۸ و ۲۲ و ۱۷). ارتقای سلامت اداری، بر ارتقای شفافیت و پاسخ‌گویی در تمام سطوح نظام سلامت و مبارزه با هرگونه فساد و زدوبند و رشوه‌خواری تاکید 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 Marcelo و همکاران (۲۰۱۸) تاکید 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 (۱۵). هم در اسناد بالادستی و چارچوب سازمان بهداشت جهانی و هم در تحقیقات داخلی و خارجی، این راهبرد مورد تاکید قرار گرفته است (۳۱ و ۷). براساس یافته‌ها در این تحقیق، 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 کشور ما با توجه به جایگاه باورهای اخلاقی و ارزشی در بین مردم، باید مورد توجه جدی قرار گیرد. در تحقیقات گذشته اگرچه اشاره‌های به موضوع اخلاق شده است، ولی در کشور ما این راهبرد یکی از راهبردهای پراهمیت است که در الگوی ارائه‌شده در این تحقیق مورد توجه ویژه قرار گرفته است. ضعف بسیاری از نظام‌های سلامت در فقدان بستر اجرایی و عملیاتی مناسب است؛ هم فقدان 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 توسعه‌ی بستر اجرایی و عملیاتی جایگاه ویژه‌ای در حکمرانی نظام سلامت دارد. وحید دستجردی و همکاران (۱۳۹۷)، این راهبرد را در ارتقای نظام سلامت در کشور ما پراهمیت دانسته‌اند (۲۶). مدیریت ظرفیت ارائه خدمات و تولید متوازن و یکپارچه نیز دیگر راهبردهای ارتقای حکمرانی در نظام سلامت هستند که در الگوی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷ و ۲۰۰۰) مورد توجه ویژه‌ای بوده‌اند و سایر محققان نیز آنها را در الگوی حکمرانی مطرح کرده‌اند (۷ و ۸).



- با توجه به جایگاه ویژه عوامل فرهنگی و دینی در جامعه ایرانی و ظرفیت‌های بالقوه‌ی موجود در این زمینه، می‌توان از این عوامل به‌عنوان پیش‌رانه‌ای نرم در پیشبرد اهداف استفاده کرد.
- به منظور اجرای راهبردهای تعریف‌شده، برنامه مدون تدوین شود و روند پیشرفت اهداف به‌طور مرتب بررسی گردد.
- باید توانمندی‌ها و ظرفیت‌بخش 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 به‌طور منصفانه‌ای مرتفع شود.
- نظام سلامت باید ارتباط خود با سازمان‌های بین‌المللی مرتبط را گسترش دهد و از تجارب سایر کشورها در ارتقای حکمرانی سلامت بهره‌گیرد.
- بازیگران نظام سلامت باید از ظرفیت‌های موجود در قوانین و اسناد بالادستی در جهت ارتقای حکمرانی بهره‌گیرند و ظرفیت‌های قانونی متناسب با نیازهای آینده را ایجاد کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکتری با عنوان «طراحی مدل ارتقای نظام سلامت کشور با تاکید بر راهبردهای حکمرانی» و کد مقاله‌ی حاضر در ارتباط مستقیم ۲۱۴۴۸۰۸۷۲۱۸۸۶۱۲۱۳۹۸۱۶۲۲۸۶۴۳۱ است. مقاله‌ی حاضر در ارتباط مستقیم با انسان نبوده و تمام ملاحظات اخلاقی از جمله صداقت، امانت و عدم سرقت ادبی رعایت شده است. در پایان نویسندگان مقاله از داوران محترمی که با ارایه نظرات ارزشمند خود به ارتقای کیفیت مقاله کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

1. 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.
2. Kirigia JM & Kirigia DG. The essence of governance in health development. *International Archives of Medicine* 2011; 4(11): 1-13.
3. Fryatt R, Bennett S & Soucat A. Health sector governance: Should we be investing more? *British Medical Journal Global Health* 2(2): 1-6.
4. 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].
5. Alamdari SH & Alamdari A. I.R.Iran national health system strategic architecturing based on national vision 1404: A proposed model. *Public Policy* 2015; 1(1): 21-42 [Article in Persian].
6. 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].
7. 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.
8. World Health Organization. The World health report, 2000, Health systems: Improving performance. Paris, France: WHO; 2000: 1.
9. World Health Organization. Health systems governance for universal health coverage. Action plan, Department of health systems governance and financing. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2014: 28.
10. Abimbola S, Negin J, Martiniuk A & Jan S. Institutional analysis of health system governance. *Health Policy and Planning* 2017; 32(9): 1337-44.
11. Ministry of Health and Medical Education. Comprehensive scientific health map. Tehran: (Specialized Committee on Health and Life Sciences) Supreme Council of the Cultural Revolution; 2010: 46 [Book in Persian].
12. 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.

13. Marelli L, Lievrouw E & Hoyweghen IV. Fit for purpose? The GDPR and the governance of European digital health. *Policy Studies* 2020; 41(5): 447-67.
14. Saviano M, Sciarelli 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.
15. Marcelo A, Medeiros D, Ramesh K, Roth S & Wyatt P. Transforming health systems through good digital health governance. Philippines: Asian Development Bank; 2018: 67.
16. Brinkerhoff DW, Fort C & Stratton S. Good governance and health: Assessing progress in Rwanda. Rwanda: Twubakane (Decentralization and Health Program Rwanda); 2009: 65.
17. Barbazza E & Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 2014; 116(1): 1-11.
18. Ciccone 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.
19. 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.
20. Camargo CB & Jacobs E. A framework to assess governance of health systems in low income countries. Switzerland: Basel Institute on Governance; 2011: 451.
21. Brinkerhoff DW & Bossler TJ. Health governance: Principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning* 2014; 29(6): 685-93.
22. 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.
23. 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.
24. 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].
25. 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].
26. Vahid 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].
27. Rashidian A, Arab M & Mostafavi H. Freedom and equity in Iranian health system: Aqualitative study. *Payesh* 2017; 16(6): 747-57[Article in Persian].
28. 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].
29. 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].
30. 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].
31. Ministry of Health and Medical Education. Health system transformation plan of the Islamic Republic of Iran up to the perspective of 1404. Available at: <http://fic.kmu.ac.ir/Images/UserFiles/994/file/doc/%D9%86%D9%82%D8%B4%D9%87%20%D8%AA%D8%AD%D9%88%D9%84%20%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85%20%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA.pdf>. 2011.

-
32. Habibi A. SPSS application training. Noshahr: Pars Modir; 2017: 32[Book in Persian].
 33. Davari A & Rezazadeh A. Structural equation modeling with PLS software. Tehran: Jahad daneshgahi Publishing Organization; 2014: 20-88[Book in Persian].

Designing a Model for Improving the Country's Health System with an Emphasis on Governance Strategies

Haleh Mohammadiha^{1*} (M.S.), Gholam Reza Memarzadeh² (Ph.D.), Parham Azimi³ (Ph.D.)

1 Ph.D. Candidate in Public Management, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

2 Professor, Department of Public Management, Science and Research Branch, Azad university, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Department of Industrial Engineering, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

Abstract

Received: Jan 2021
Accepted: Jul 2021

Background and Aim: Health systems have played an important role in improving and increasing life expectancy. However, there is a large gap between health systems' potential and their current performance, most of which relate to governance issues. The purpose of this study is to provide a model for improving the governance of the country's health system.

Materials and 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, using Fuzzy Delphi Method (FDM) and surveying 13 academic and executive experts who were purposefully selected, the research model was designed. Finally, in order to validate the model, 169 managers and specialists of health system departments in Tehran were interviewed with a questionnaire, and the data were analyzed using structural equation modeling (SEM) and SmartPLS software. At this stage, the sampling method was available and the sample size was calculated by Cochran's method.

Results: According to the research findings, in order to promote health governance, 10 main strategies and 58 sub-strategies should be considered. Identified strategies include strategic orientation, optimal financial resource management, stakeholder partnership development, knowledge resource development, administrative health promotion, technical knowledge development, value and ethical orientation, executive and operational platform development, Service delivery capacity management and Balanced and integrated stewardship. Also, the coefficient of determination for the outcome variable is 0.549 and the intensity of the effect of intervening/ facilitating and contextual factors on governance strategies is equal to 0.610 and 0.533, respectively.

Conclusion: The results showed that the governance of the health system is a multifaceted and complex phenomenon and in order to improve it, a set of strategies must be implemented. In addition, it is suggested that according to the issues and threats facing the health system, a roadmap and a long-term plan should be developed in order to move towards the governance model proposed in the present study.

Keywords: Health System, Health Governance, Fuzzy Delphi, Structural Equation Modeling (SEM)

* Corresponding Author:
Mohammadiha H
Email:
h.mohammadiha@gmail.com