

## شناسایی و اولویت بندی امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور

هاله محمدیها<sup>۱</sup>، غلامرضا معمارزاده<sup>۲\*</sup>، پرهام عظیمی<sup>۳</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه، به دلیل مسائل متعددی که در بخش سلامت کشور وجود دارد، دولت به تنهایی قادر به بهبود شرایط نیست و نیاز است برای ارتقای بخش سلامت، از ظرفیت بخش خصوصی و جامعه مدنی بهره گرفته شود. بدین منظور، هدف تحقیق حاضر، شناسایی و اولویت بندی امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور است.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی- توسعه‌ای است. پس از بررسی مبانی نظری و تحقیقات پیشین، امور حکمرانی نظام سلامت شناسایی شدند. سپس با بهره‌گیری از روش دلفی فازی و نظرخواهی از ۱۳ نفر از خبرگان که به صورت هدفمند انتخاب شدند، متغیرها نهایی طراحی شد. نهایتاً به منظور اعتبارسنجی مدل، از ۱۶۹ نفر از مدیران بخش سلامت در شهرستان تهران با ابزار پرسشنامه نظرخواهی شد و داده‌ها با روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار Smart PLS تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** بر اساس یافته‌ها، برای امور حاکمیتی، راهبردهای جهت‌گیری استراتژیک، تولید متوازن و یکپارچه، ارزش‌مداری و اخلاقی‌گرایی، مدیریت بهینه‌ی منابع مالی، ارتقای سلامت اداری و توسعه منابع دانشی، برای امور قراردادی راهبردهای توسعه دانش فنی، توسعه بستر اجرایی و عملیاتی و مدیریت ظرفیت ارائه خدمات و برای امور مشارکتی، راهبرد توسعه مشارکت ذینفعان، شناسایی گردید. همچنین، کلیه امور شناسایی شده با روش تحلیل عاملی تأیید شدند و مقدار ضریب تعیین برای امور حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی به ترتیب ۰/۶۷۴، ۰/۶۰۵ و ۰/۵۵۱ محاسبه گردید که مقادیری مناسب است.

**نتیجه‌گیری:** حکمرانی خوب در نظام سلامت ترکیبی از امور حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی است که برای حرکت در مسیر ارتقاء نظام سلامت، ضرورت دارد این امور به طور همزمان مورد توجه جدی قرار گیرد و در کنار توانمندی دولت، از ظرفیت بخش خصوصی و جامعه مدنی استفاده شود.

**کلمات کلیدی:** نظام سلامت، حکمرانی خوب، امور حاکمیتی، امور قراردادی، امور مشارکتی

۱. دانشجوی دکتری، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران h.mohammadiha@gmail.com

۲. نویسنده مسئول. استاد مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران gmemar@gmail.com

۳. دانشیار مهندسی صنایع، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران p.azimi@yahoo.com

## مقدمه

امروزه، از یک سو با توجه به نیازهای رو به رشد حوزه سلامت و از سوی دیگر کمبود بودجه و توان دولت‌ها برای ایجاد یا توسعه زیرساخت‌های لازم، از نظر بسیاری از سیاستگذاران، مسئله مشارکت ذینفعان دیگر یک انتخاب نیست، بلکه الزام است و با این دید، همه دولت‌ها باید در پی برطرف کردن چالش‌های فرآیند مشارکت باشند و موانع توسعه آن را از پیش رو بردارند (۱). توسعه بخش سلامت امری فرابخشی است که چون هدف نهایی توسعه پایدار را با تکیه بر انسان سالم دنبال می‌کند، توجه به آن وظیفه تمام ارکان جامعه از جمله نهادهای دولتی، بخش خصوصی و مردمی می‌باشد (۲). همچنین، حکمرانی سلامت بر حاکمیت با و از طریق شبکه‌ها بین بخش‌های دولتی، خصوصی و داوطلبانه تأکید دارد (۳).

فیلرمن در مطالعه خود بیان می‌کند نظام‌های سلامت در سراسر جهان و در تمام سطوح با فقدان مدیریت و توسعه روبرو هستند و توسعه این سازمان‌ها باید مورد توجه قرار گیرد (۴). لذا ضعف مدیریتی و عدم اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری اثربخش باعث عدم کنترل و سازماندهی ضعیف از جمله موارد عدم کارایی در نظام سلامت می‌شود. از آنجایی که مهمترین وظیفه مدیران اتخاذ تصمیم به موقع است، این امر زمانی فراهم است که اطلاعات کافی در زمینه مورد نظر در دسترس باشد و عوامل مؤثر بر توسعه سازمانی شناسایی و پیگیری شود (۵). نظام سلامت به طور دائم با چالش با نیروهای محیطی داخلی و بیرونی مثل تغییرات جمعیتی، استفاده از تکنولوژی‌های نو و گران قیمت، تغییر در بازار سلامت و شرایط اقتصادی و اصلاحات در نظام‌های سلامت هستند (۶). این تغییرات و پیشرفت‌ها، مدیریت این سازمان‌ها را با چالش مواجه می‌سازد و لزوم تجدید و توجه به این نظام را گوشزد می‌کند (۷). این در حالی است که بخش‌های

خدماتی امروزه سهم قابل توجهی در رشد اقتصادی و کیفیت بالاتر استانداردهای زندگی افراد داشته و بدون در نظر گرفتن بخش‌های خدماتی، توسعه دیگر بخش‌ها ممکن نیست (۸). لذا ضعف مدیریتی و حکمرانی در شرایط کنونی بیش از گذشته می‌تواند چالش‌های موجود را تقویت نماید.

اهمیت حکمرانی در نظام‌های سلامت از این واقعیت بدیهی نشأت می‌گیرد که بیشتر مفهوم‌سازی‌ها و توصیف‌های نظام‌های سلامت توسعه یافته در یک دهه‌ی گذشته از جنبه‌های حکمرانی صحبت می‌کند، چه از نظر تولیت، مقررات، نظارت و یا خود حکمرانی (۹). حکمرانی نظام سلامت، لزوماً مداخله‌ای نیست، بلکه نظامی ارزشی، دیدگاهی سیاسی-اجتماعی-فرهنگی، تفکری سیستمی و فعلی برای اقدام بر روی تعیین کننده‌های سلامت با تلفیق سلامت در همه سیاست‌ها برای هدف مشترک سلامت و بهزیستی مردم است (۱۰). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، مفهوم حکمرانی عبارت است از: رهبری و حکمرانی شامل تضمین وجود چارچوب‌های خط مشی استراتژیک و همراه با نظارت مؤثر، ایجاد ائتلاف، تنظیم مقررات، توجه به طراحی سیستم و پاسخگویی است (۱۱). حکمرانی در چارچوب نظام سلامت به تعیین جهت راهبردی، تدوین خط مشی‌ها و مقررات یا تصمیم‌گیری، بسیج و استقرار منابع در جهت دستیابی به اهداف تعیین شده و همچنین ایجاد مکانیسم‌های نظارتی برای اطمینان از دستیابی به اهداف استراتژیک مربوط می‌شود (۱۲). همچنین، بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰)، کارکردهای حکمرانی در نظام سلامت شامل تولید (دیدگاه کلان و جامع)، ارائه خدمات، تولید منابع (سرمایه‌گذاری و آموزش) و تأمین مالی (جمع‌آوری، انباشت و خرید) و اهداف شامل پاسخ‌گویی، بهبود ارتقاء سلامت و مشارکت مالی عادلانه است (۱۳).

نظام سلامت در کشور با توجه به جایگاه ویژه‌ای که می

نفر از خبرگان و متخصصان نظام سلامت که شامل اساتید دانشگاهی و مدیران نظام سلامت بودند، انتخاب شدند و پرسشنامه دلفی بین آن‌ها توزیع گردید و تا حصول اجماع بین آن‌ها، فرآیند دلفی ادامه یافت. روش انتخاب مشارکت‌کنندگان از نوع هدفمند بود. شرایط خبرگان دانشگاهی برای حضور در فرآیند تحقیق، داشتن مدرک دکتری در زمینه مدیریت و رشته‌های علوم پزشکی و داشتن مقاله و کتاب در زمینه مدیریت در نظام سلامت بود. همچنین، خبرگان اجرایی دارای حداقل ۵ سال سابقه مدیریت در نظام سلامت و مدرک دکتری بودند. در دور اول، اعضای پانل، مؤلفه‌های حکمرانی سلامت را براساس طیف ۵ تایی لیکرت ارزیابی کردند. 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 مؤلفه‌ها 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 ۱ ارائه شده است.

ضمناً، مقدار دیفازی شده عدد فازی با رابطه زیر، محاسبه می‌شود.

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

اعتبارسنجی مدل: به منظور بررسی روایی سازه‌ای مدل تحقیق، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم افزار Smart PLS استفاده شد.

تواند 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. شواهد نشان می‌دهد که نظام سلامت در کشور 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 پژوهش‌های عملی، آنچه مدنظر بوده بیشتر بررسی نحوه نقش آفرینی مؤثر دولت در نظام سلامت بوده و موضوع اجرای اثربخش سیاست‌ها در نظام سلامت و نقش دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در این زمینه تاکنون کمتر بررسی شده و بسیاری از جوانب آن، ناشناخته است. از این رو در این تحقیق، تلاش شده است امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور شناسایی گردد.

### روش پژوهش

این تحقیق بر اساس هدف کاربردی- توسعه‌ای و در زمره تحقیقات کمی می‌باشد. این مطالعه در دو مرحله دلفی فازی برای تأیید 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. پس از شناسایی اولیه امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور از مبانی نظری و تحقیقات پیشین با روش فراترکیب، پرسشنامه دلفی طراحی شد و خبرگان براساس میزان اهمیت مؤلفه‌های شناسایی شده را ارزیابی کردند. بدین منظور، ۱۳

جدول ۱. طیف ۵ تایی فازی لیکرت

خیلی کم اهمیت	کم اهمیت	متوسط	مهم	خیلی 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)

جدول ۲. مشخصات اعضای نمونه آماری

سابقه کاری و علمی	فراوانی	درصد فراوانی
بین ۵ تا ۱۰ سال	۳۳	۱۹
بین ۱۰ تا ۲۰ سال	۸۱	۴۸
بالای ۲۰ سال	۵۵	۳۳
میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
کارشناسی	۴۸	۲۹
کارشناسی ارشد	۶۸	۴۰
دکتری	۵۳	۳۱
جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۳۱	۷۷
زن	۳۸	۲۳
سن	فراوانی	درصد فراوانی
بین ۳۰ تا ۴۰ سال	۲۴	۱۴
بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۶۲	۳۷
بیش از ۵۰ سال	۸۳	۴۹

که پس از سه دور انجام فرآیند دلفی، تعداد آن ها به ۵۸ مورد کاهش یافت. نهایتاً پس از اتفاق نظر خبرگان، ابعاد و مؤلفه‌های امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور نهایی شد که در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین، ساختار ابعاد و مؤلفه‌های براساس نظر خبرگان، تأیید شد.

با توجه به جدول ۴ مقدار پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ برای متغیرها مورد تأیید است. همچنین، برای بررسی روایی همگرا از معیار AVE (میانگین واریانس استخراج شده) استفاده شد. مقادیر محاسبه شده AVE نشان روایی همگرای مطلوب متغیرهای تحقیق است.

در ادامه، روایی واگرا به عنوان سومین معیار سنجش برازش مدل‌های اندازه گیری بررسی شد. به زعم فورنل و لارکر، روایی واگرا وقتی در سطح قابل قبولی است که میزان میانگین واریانس استخراج شده برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر در مدل باشد.

بدین منظور از ۱۶۹ نفر از مدیران و متخصصان نظام سلامت شامل دانشگاه علوم پزشکی، بیمارستان ها و ... در شهرستان تهران با پرسشنامه نظرخواهی به عمل آمد. پرسشنامه در این مرحله توسط محقق طراحی گردید و روایی آن توسط ۷ نفر از خبرگان که در مرحله دلفی حضور داشتند، تأیید شد. پرسشنامه پژوهش شامل ۶۷ سؤال بود و در آن از طیف ۵ تایی لیکرت استفاده شد. حجم نمونه نیز با روش کوکران محاسبه شد و روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود. ویژگی‌های اعضای نمونه آماری انتخاب شده به صورت جدول شماره ۲ است.

### یافته‌های پژوهش

فرآیند دلفی فازی در تحقیق حاضر، ۳ دور انجام گرفت که پس از دور سوم، خبرگان به اتفاق نظر رسیدند. تعداد امور شناسایی شده اولیه ورودی به مرحله دلفی ۶۲ مورد بود

## جدول ۳. امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور

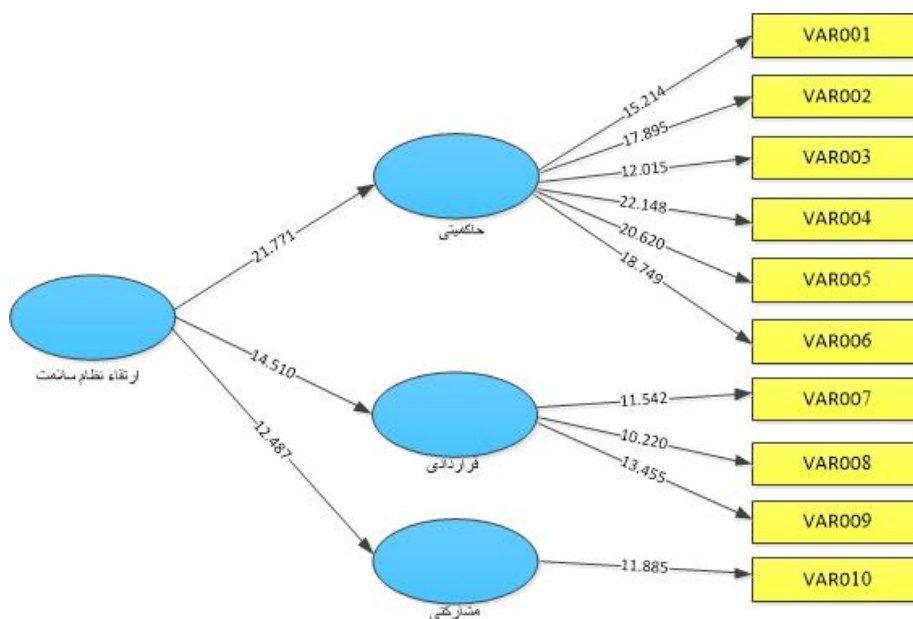
بعد	مؤلفه	شاخص
امور حاکمیتی	جهت گیری استراتژیک	ارزیابی نیازهای استراتژیک مشترک مورد توافق ذینفعان بخش سلامت، تدوین چشم انداز و اهداف استراتژیک بخش سلامت، ایجاد همراستایی استراتژیک بین استراتژی های عملیاتی، تاکتیکی و راهبردی بخش سلامت، توسعه شایستگی ها و قابلیت های استراتژیک بخش سلامت و ایجاد همراستایی بین اهداف خط مشی ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت
	مدیریت بهینه منابع مالی	تامین مالی، انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت، بودجه بندی استراتژیک در نظام سلامت، مدیریت ایجاد زیر ساخت: تولید منابع مالی، بهره گیری از مبانی تامین مالی و تمرکز بر اولویت بندی های نظام سلامت (انتخاب بسته - تحلیل اقتصادی)
	ارزش مداری و اخلاقی گرایی	توسعه عدالت بهداشت و درمان در بخش سلامت، توسعه و نهادینه کردن مسئولیت پذیری ذینفعان نظام سلامت، توسعه و نهادینه کردن ارزش های فرهنگی و اخلاقی در نظام سلامت و تکریم و برخورد مناسب با بیماران و شهروندان
	توسعه منابع دانشی	مدیریت سرمایه های اطلاعاتی و دانشی، توسعه سیستم های مدیریت دانش سلامت، توسعه سیستم های اطلاعات مدیریت سلامت، توسعه کانال های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش های مختلف و هوشمندسازی نظام اطلاعات سلامت
	ارتقای سلامت اداری	شفافیت در عملکرد کلی بخش سلامت، شفافیت در مورد مکانیزم تصمیم گیری در تخصیص / استفاده از منابع، کنترل فساد در بخش سلامت و پاسخگویی در مورد تأثیر سیاست ها و اصلاحات انجام گرفته در بخش سلامت
	تولیت متوازن و یکپارچه	کاهش وابستگی زیر مجموعه ها به سازمان مرکزی، توسعه رهبری اثربخش در نظام سلامت، کاهش تکثیر و جزء جزء شدن نظام سلامت (تولیت یکپارچه)، تصمیم گیری و جهت گیری جمعی بین ذینفعان بخش سلامت، توسعه مکانیزم های بازخورد در بخش سلامت، تصمیم گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، رشد و توسعه متوازن در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی در بخش سلامت و ارزیابی عملکرد اثربخش
	توسعه دانش فنی	ایجاد فرصت های یادگیری بین حرفه ای و بین سازمانی، آموزش روش ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت، توسعه گفتمان علمی و پژوهش و تحقیق در بخش سلامت، حمایت از تولید و بومی سازی محصولات مورد نیاز در بخش سلامت، توسعه و مدیریت تکنولوژی و نوآوری در ارائه خدمات، مدیریت ایجاد زیر ساخت: تولید پروتکل ها و استانداردها و ارزیابی های فناوری، بکارگیری شاخص ها و استانداردهای جهانی در نظام سلامت و پویایی و تطبیق با تغییرات و تحولات در نظام سلامت
	توسعه بستر اجرایی و عملیاتی	ایجاد ضمانت ابزارهای اجرای سیاست ها در بخش سلامت (مقررات، قدرت ها، مشوق ها و تحریم ها)، ارتقای قانون مداری در بخش سلامت، توسعه و تنوع بخشی به زمینه و انواع شراکت ها از جمله مشارکت های عمومی - خصوصی (PPP)، آزادی عمل بخش های نظام سلامت در تعامل با بازار، عمل گرایی و توسعه ظرفیت های اجرایی در بخش سلامت و شناسایی و تعریف نقش های بازیگران دولتی، خصوصی، داوطلب و جامعه مدنی
	مدیریت ظرفیت ارائه خدمات	توسعه سیاست های و الزامات مدیریت بحران در بخش سلامت، ارتقای کارآمدی و کیفیت خدمات ارائه شده، توسعه و بکارگیری رویکردهای پیشگیری و ایمنی در بخش سلامت، تامین نیازهای سلامت محلی و منطقه ای، توسعه و انگیزش منابع انسانی بخش سلامت، حرکت به سمت خودکفایی در نظام سلامت و نظام پرداخت عادلانه
	توسعه مشارکت ذینفعان	توسعه شبکه های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذینفعان نظام سلامت، توسعه مشارکت ها بین سطوح و بخش های مختلف نظام سلامت، فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران نظام سلامت، تقویت سرمایه اجتماعی و ارتباط مؤثر بین ذینفعان نظام سلامت، رسمیت بخشیدن به روابط بین ذینفعان نظام سلامت، مدیریت تعارض منافع و فراهم کردن زمینه و انگیزه ائتلاف/مشارکت در بین ذینفعان بخش سلامت

جدول ۴. ضریب آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرا

متغیرها	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	AVE
امور حاکمیتی	۰/۸۵	۰/۸۶	۰/۷۸
امور قراردادی	۰/۸۲	۰/۸۴	۰/۷۲
امور مشارکتی	۰/۸۳	۰/۸۴	۰/۶۹

جدول ۵. محاسبات مربوط به روایی واگرا

	۳	۲	۱
امور حاکمیتی			۰/۷۵۲
امور قراردادی		۰/۷۱۵	۰/۳۱۰
امور مشارکتی	۰/۶۸۸	۰/۳۳۹	۰/۲۶۰



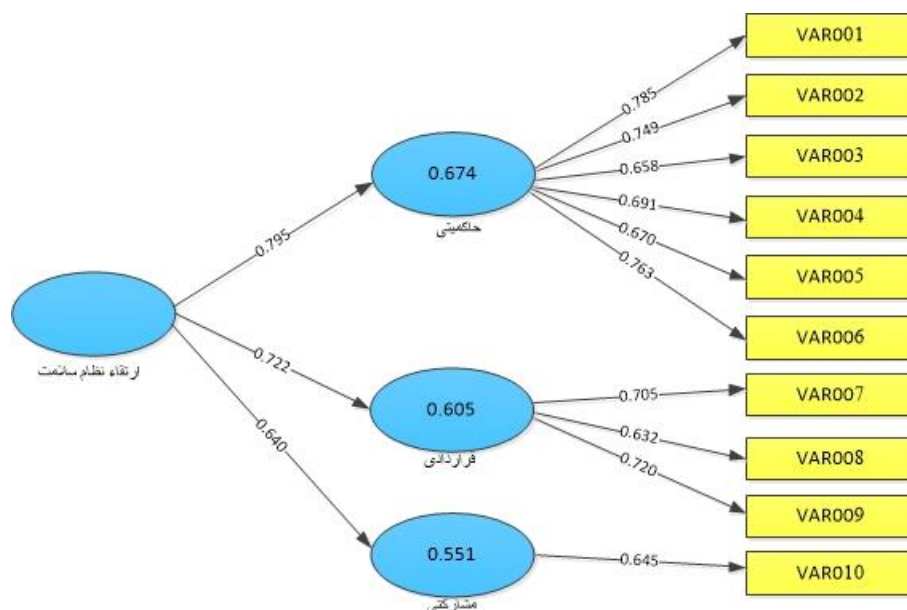
شکل ۱. نتایج تحلیل عاملی در حالت ضرایب معنی داری

ضرایب نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود، کلیه ضرایب خارج از بازه قرار دارند و بنابراین، تمامی آن‌ها معنادار هستند.

همچنین، همان طور که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود، در حالت تخمین استاندارد نیز بارهای عاملی بالاتر از ۰/۵ بود و معناداری ضرایب نیز مورد تأیید است.

با توجه به جدول ۵ می‌توان گفت که روایی واگرایی در حد قابل قبولی قرار دارد؛ چرا که جذر میانگین واریانس استخراج شده ( $\sqrt{AVE}$ ) برای هر متغیر بیشتر از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرها است. بنابراین، روایی واگرایی متغیرهای پرسشنامه مورد تأیید است.

شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را در حالت معناداری



شکل ۲. نتایج تحلیل عاملی در حالت ضرایب استاندارد

جدول ۶. نتایج تحلیل عاملی در حالت ضرایب معناداری و ضرایب استاندارد

در حالت ضرایب استاندارد	در حالت ضرایب معناداری	مؤلفه	متغیرها	بعد
۰.۷۸۵	۱۵.۲۱۴	جهت گیری استراتژیک	VAR۰۰۱	امور حاکمیتی
۰.۷۴۹	۱۷.۸۹۵	مدیریت بهینه منابع مالی	VAR۰۰۲	
۰.۶۵۸	۱۲.۰۱۵	ارزش مداری و اخلاقی گرایی	VAR۰۰۳	
۰.۶۹۱	۲۲.۱۴۸	توسعه منابع دانشی	VAR۰۰۴	
۰.۶۷۰	۲۰.۶۲۰	ارتقای سلامت اداری	VAR۰۰۵	
۰.۷۶۳	۱۸.۷۴۹	تولیت متوازن و یکپارچه	VAR۰۰۶	امور قراردادی
۰.۷۰۵	۱۱.۵۴۲	توسعه دانش فنی	VAR۰۰۷	
۰.۶۰۳	۱۰.۲۲۰	توسعه بستر اجرایی و عملیاتی	VAR۰۰۸	
۰.۷۰۲	۱۳.۴۵۵	مدیریت ظرفیت ارائه خدمات	VAR۰۰۹	امور مشارکتی
۰.۶۴۵	۱۱.۸۸۵	توسعه مشارکت ذینفعان	VAR۰۱۰	

می‌دهد مدل تحقیق، قوی می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در کشور ایران عمدتاً مدیریت بخش سلامت توسط دولت انجام می‌گیرد و کمتر از مشارکت سایر بخش‌ها از جمله بخش خصوصی و جامعه مدنی استفاده می‌شود. این در حالی است

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، تمامی متغیرها در امور سه‌گانه در حالت ضرایب معنی‌داری و هم ضرایب استاندارد مورد تأیید می‌باشد. نهایتاً باید مدل تحقیق مورد برازش قرار گیرد. به‌طور کلی، چندین شاخص برای سنجش برازش مدل، مورد استفاده قرار می‌گیرد، بررسی برازش مدل نشان داد که نتایج شاخص GOF ۰/۴۵ می‌باشد که نشان

که این بخش‌های دارای ظرفیت‌های گسترده‌ای هستند که می‌تواند کاستی‌های بخش دولتی را، جبران کند. بهره‌گیری از الگوی حکمرانی خوب در بخش سلامت می‌تواند زمینه را برای مشارکت دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در ارتقای نظام سلامت فراهم کند. در این تحقیق تلاش شد امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور در سه دسته امور حاکمیتی (دولت)، امور قراردادی (بخش خصوصی) و امور مشارکتی (جامعه مدنی) براساس شرایط بومی کشور و نگاه کاربردی تعریف شود. در تحقیق حاضر، ۱۰ راهبرد 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 ظرفیت ارائه خدمات و تولید متوازن و یکپارچه و ۵۸ راهبرد فرعی برای ارتقاء نظام سلامت کشور شناسایی شدند. همچنین براساس یافته‌ها، برای امور حاکمیتی، راهبردهای جهت‌گیری استراتژیک، تولید متوازن و یکپارچه، ارزش‌مداری و اخلاقی‌گرایی، مدیریت بهینه منابع مالی، ارتقای سلامت اداری و توسعه منابع دانشی، برای امور قراردادی راهبردهای توسعه دانش فنی، توسعه بستر اجرایی و عملیاتی و مدیریت ظرفیت ارائه خدمات و برای امور مشارکتی، راهبرد توسعه مشارکت ذینفعان شناسایی گردید. یافته‌های تحقیق هوانگ و همکاران (۲۰۲۲) دربرگیرنده امور حاکمیتی نظام سلامت است که با ساختار امور حاکمیتی در تحقیق حاضر انطباق دارد (۳). نتایج پژوهش مارسلو و همکاران (۲۰۱۸) نیز که ساختار حکمرانی سلامت دیجیتال را ارائه کرده است، توسط امور سه گانه تعریف شده در این تحقیق پوشش داده شده است (۱۱). یافته‌های پژوهش باربازا و همکاران (۲۰۲۱) نیز بر اهمیت توسعه منابع انسانی در نظام سلامت تأکید کرده که در این تحقیق نیز این امور پرورش منابع انسانی به شکل مشترک توسط دولت و بخش خصوصی انجام می‌شود

(۱۷). همچنین، ساختار عوامل ارائه شده توسط امیرحسینی و همکاران (۱۴۰۱) برای بخش عمومی، بخش خصوصی و بخش خیریه با امور سه‌گانه‌ی حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی تعریف در تحقیق حاضر تطبیق دارد (۱۳).

در تحقیق حاضر، راهبردهای مربوط به جهت‌گیری استراتژیک، تولید متوازن و یکپارچه، ارزش‌مداری و اخلاقی‌گرایی، مدیریت بهینه منابع مالی، ارتقای سلامت اداری و توسعه منابع دانشی را می‌توان به عنوان امور حاکمیتی در نظر گرفت. در کشور ما، با توجه به اینکه بخش سلامت عمده‌تاً دولتی است، بیشتر امور حاکمیتی توسط دولت و از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های زیرمجموعه انجام می‌شود. جهت‌گیری استراتژیک در بخش سلامت معمولاً براساس اسناد بالادستی و سیاست‌های کلی نظام و توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود. همچنین، با توجه به اینکه عمده نهادها و سازمان‌های مربوط به بخش سلامت در اختیار دولت است، دولت نقش تعیین‌کننده و نهادینه‌گر ارزش‌ها 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 می‌دهد. از طرفی، بدنه اصلی بخش سلامت، سازمان‌های دولتی هستند. اینکه چگونه سلامت اداری در بخش سلامت ارتقاء یابد، به اقدامات و برنامه‌های بخش دولتی برمی‌گردد. نهایتاً، در مورد تولید متوازن و یکپارچه نیز برای رشد و توسعه همه‌جانبه، براساس راهبردهای خاص و عمده‌تاً توسط دولت پیگیری می‌شود.

امور قراردادی در حکمرانی سلامت عمده‌تاً توسط بخش خصوصی و در همکاری با دولت باید انجام گیرد و از آنجا که در کشور ما دولت نقش برجسته‌ای در اداره امور بخش سلامت دارد، امور قراردادی با هدایت‌گری و جهت‌دهی دولت انجام می‌پذیرد. دانش فنی محور فعالیت‌های بخش سلامت و پایه



افراد اجرایی، مدلی مناسب و قابل قبول است. همچنین، مقدار ضریب تعیین برای امور حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی به ترتیب ۰/۶۷۴، ۰/۶۰۵ و ۰/۵۵۱ محاسبه گردید که مقادیری مناسب است. در مجموع، نتایج تحقیق نشان داد که حکمرانی خوب در نظام سلامت ترکیبی از امور حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی است که برای حرکت در مسیر ارتقاء نظام سلامت، ضرورت دارد این امور به طور همزمان مورد توجه جدی قرار گیرد و در کنار توانمندی دولت، از ظرفیت بخش خصوصی و جامعه مدنی استفاده شود. نهایتاً، براساس یافته‌های تحقیق، امور جهت‌گیری استراتژیک، تولید متوازن و یکپارچه، مدیریت بهینه منابع مالی، مدیریت ظرفیت ارائه خدمات و توسعه دانش فنی دارای بالاترین بارهای عاملی هستند و براین اساس، پیشنهادات کاربردی زیر ارائه می‌گردد:

۱) براساس نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص گردید که «جهت‌گیری استراتژیک»، مهم‌ترین بعد حکمرانی سلامت است. از این رو، ارتقای حکمرانی سلامت از نظر جهت‌گیری استراتژیک، پیشنهاد می‌گردد که:

الف) ارزیابی نیازهای استراتژیک مشترک مورد توافق ذینفعان بخش سلامت

ب) ایجاد همراستایی استراتژیک بین استراتژی‌های عملیاتی، تاکتیکی و راهبردی بخش سلامت

ج) توسعه شایستگی‌ها و قابلیت‌های استراتژیک بخش سلامت  
د) ایجاد همراستایی بین اهداف خط‌مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت.

۲) دیگر بعد مهم در حکمرانی سلامت براساس یافته‌های تحقیق، «تولیت متوازن و یکپارچه» است. از این رو، به منظور ارتقای حکمرانی سلامت از نظر تولید متوازن و یکپارچه، پیشنهاد می‌گردد که:

الف) کاهش وابستگی زیر مجموعه‌های نظام سلامت به سازمان مرکزی.

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 می‌گیرد، اما شرکت‌های دانش‌بنیان 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 بهره‌گیری از ظرفیت بخش خصوصی را طلب می‌کند. البته، اگرچه خیلی از بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت موجود در اختیار دولت است، اما توسعه ظرفیت‌ها در حال حاضر عمدتاً توسط بخش خصوصی است. نهایتاً، مدیریت ظرفیت ارائه خدمات عمدتاً ماحصل همکاری دولت و بخش خصوصی است (۱۴). اگرچه امروز نقش دولت در ارائه خدمات پررنگ‌تر است، اما دولت در مسیر کاهش نقش خود در بخش سلامت و سپردن امور اجرایی به بخش خصوصی در حال حرکت است. 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 (۱۵). 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 فعال سازی ظرفیت‌های ذینفعان مختلف و ایجاد هم‌افزایی بین آن‌ها باشد (۱۶).

نهایتاً، نتایج اعتبارسنجی دسته‌بندی امور حکمرانی در سه دسته حاکمیتی، قراردادی و مشارکتی نشان داد که ساختار تعریف شده از نگاه مدیران و متخصصان نظام سلامت مورد تأیید است. به عبارتی، مدل تحقیق از دیدگاه تجربی و نظرات

- (ب) حرکت به سمت خودکفایی در نظام سلامت  
 (ج) توسعه نظام پرداخت عادلانه در نظام سلامت.  
 (د) نهایتاً بعد مهم دیگر، «توسعه دانش فنی» است. از این رو، به منظور ارتقای حکمرانی سلامت از نظر توسعه دانش فنی، پیشنهاد می‌گردد که:
- (الف) آموزش روش‌ها و رویکردهای نوین در نظام سلامت  
 (ب) حمایت از تولید و بومی‌سازی محصولات مورد نیاز در بخش سلامت  
 (ج) توسعه و مدیریت تکنولوژی و نوآوری در ارائه خدمات  
 (د) پویایی و تطبیق نظام سلامت با تغییرات و تحولات.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در فرآیند پژوهش همکاری کرده‌اند، سپاسگزاری کنند.

### تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

- (ب) توسعه رهبری اثربخش در نظام سلامت  
 (ج) تصمیم‌گیری و جهت‌گیری جمعی بین ذینفعان بخش سلامت  
 (د) تصمیم‌گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت  
 (و) رشد و توسعه متوازن در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی در بخش سلامت.  
 (۳) براساس یافته‌های تحقیق، دیگر بعد مهم در حکمرانی سلامت، «مدیریت بهینه منابع مالی» است. از این رو، به منظور ارتقای حکمرانی نظام سلامت از نظر مدیریت بهینه منابع مالی، پیشنهاد می‌گردد که:
- (الف) تأمین مالی، انباشت و مدیریت سرمایه در بخش سلامت  
 (ب) بودجه‌بندی استراتژیک در نظام سلامت  
 (ج) بهره‌گیری از مبانی تأمین مالی و تمرکز بر اولویت‌بندی‌های نظام سلامت (انتخاب بسته - تحلیل اقتصادی).  
 (۴) همچنین، بعد «مدیریت ظرفیت ارائه خدمات»، دیگر بعد مهم است. به منظور ارتقای نظام سلامت از نظر کیفیت ارائه خدمات، پیشنهاد می‌گردد که:
- (الف) توسعه و انگیزش منابع انسانی بخش سلامت

1. Motamedi, M., Vaezi, R., Alvani M, Daneshjafari, D. Developing the Public-Private Partnership Strategy in Line with the General Policies of the Health System. The macro and strategic policies 2021; 9(33): 1-26. [In Persian]
2. Hadian M, Jafari H, Alavi A, Roshani M. Challenges in the health sector reform program. International Conference on Sustainable Reform in Health System; 2015 Feb 24-26; Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2015. [In Persian]
3. Huang A, Lin Y, Zhang L, Dong J, He Q, Tang K. (2022). Assessing health governance across countries: a scoping review protocol on indices and assessment tools applied globally. *BMJ Open* 2022; 12:e063866.
4. Abdolahtabar H, Sajjadi H, Sam Aram E, Tajmazinani A. The institutional context of the health system and its developments in Iran. *refahj*. 2021; 21 (81): 87-127. [In Persian]
5. Chiossi S, Tsoleva S, Ciotti M. Assessing public health emergency preparedness: a scoping review on recent tools and methods. *Int J Disaster Risk Reduct* 2021; 56:102104.
6. Karami, M., Sokhakian, M, Farhadi P. Investigating and Evaluating the Performance of Various NGOs in Iran. *Strategic studies in public policy* 2019; 7(27): 472-99. [In Persian]
7. Bromideh AA, Rezaei A, Bromand-Rad H, Aarabi N. The Impact of Health System Reform Plan on NGOs's Activities in Health Sector. *Health\_ Based Research*. 2017; 2 (4):355-68. [In Persian]
8. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi Journal of Medical Sciences* 2019; 26(9):10-28. [In Persian]
9. Robert E, Zongo S, Rajan D, Ridde V. Contributing to collaborative health governance in Africa: a realist evaluation of the Universal Health Coverage Partnership. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 753-72.
10. Sheikh A, Sriram V, Rouffy B, Lane B, Soucat A & Bigdeli M. (2021). Governance Roles and Capacities of Ministries of Health: A Multidimensional Framework. *International Journal of Health Policy and Management* 2020; 10(5): 237-43.
11. Marcelo A, Medeiros D, Ramesh K, Roth S & Wyatt P. Transforming health systems through good digital health governance. *Philippines: Asian Development Bank*; 2018: 67.
12. Camargo CB & Jacobs E. A framework to assess governance of health systems in low income countries. *Switzerland: Basel Institute on Governance*; 2011: 451.
13. Amirhosseini A, Shafiee Rudposhti M, Shirazi H, Jannatifar H. Designing a model for the development of public-private partnerships in the health system by a Meta-synthesis Method. *Qom University of Medical Science Journal*. 2022; 16 (2). [In Persian]
14. Jarrett P, Fozdar Y, Abdelmagid N & Checchi F. (2021). Healthcare governance during humanitarian responses: a survey of current practice among international humanitarian actors. *Conflict and Health* 2021; 15(25): 1-13.

15. 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.
16. 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.
17. Barbazza E & Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy 2014; 116(1): 1-11.



## Identifying and Prioritizing Good Governance Affairs in the Country's Health System

Haleh Mohamadiha<sup>1</sup>, Gholamreza Memarzadeh<sup>2\*</sup>, Parham Azimi<sup>3</sup>

### Abstract

**Background and Objective:** Today, due to the numerous issues that exist in the health sector, the government alone is not able to improve the conditions and it is necessary to use the capacity of the private sector and civil society to improve the health sector. Therefore, the aim of this research is to identify and prioritize good governance affairs in health system.

**Methods and Materials:** The current research is applied-developmental in terms of purpose. After examining the theoretical foundations and previous researches, the governance issues of the health system were identified. Then, using the fuzzy Delphi method and asking the opinions of 13 experts who were selected purposefully, the final variables were designed. Finally, in order to validate the model, 169 health department managers in Tehran city were asked for their opinions using a questionnaire and the data were analyzed with confirmatory factor analysis and Smart PLS software.

**Results:** Based on the findings, strategic orientation strategies, balanced and integrated management, value orientation and ethical orientation, optimal management of financial resources, promotion of administrative health and development of knowledge resources were identified for governance affairs. Also, for contractual affairs, strategies including development of technical knowledge, development of executive and operational platform and management of service provision capacity, and for partnership matters, strategy of development of stakeholders' participation were identified. Also, all the identified matters were confirmed by factor analysis method and the coefficient of determination for governance, contractual and partnership affairs was calculated as 0.674, 0.605 and 0.551 respectively, which are suitable values.

**Conclusion:** Good governance in the health system is a combination of governance, contractual and partnership affairs. In order to move in the direction of improving the health system, it is necessary to pay serious attention to these affairs at the same time and to use the capacity of the private sector and civil society in addition to the government's capacity.

**Keywords:** medical sciences, interdisciplinary, structural-interpretive analysis, scenario

1. Ph.D Student, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

2\*. Corresponding Author. Professor of Public Management, Azad university, Science and Research Branch, Tehran, Iran

gmemar@gmail.com

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