

الگوی حکمرانی نظام سلامت ایران با رویکرد شبکه‌ای (مبتنی بر نظریه داده بنیاد)

حامد سلیمانی، فتاح شریف زاده*، داود حسین پور، میر علی سید نقوی

گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه با عنایت به چالش‌های کارکرد حکمرانی و همچنین با توجه به پیچیدگی خدمات در نظام سلامت کشور نیاز است که الگوی بومی حکمرانی نظام سلامت با رویکرد شبکه‌ای در کشور مشخص شود. مواد و روش‌ها پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و با رویکرد آمیخته با طرح اکتشافی انجام شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کیفی به منظور شناسایی عوامل موثر بر حکمرانی شبکه‌ای از روش نظریه داده بنیاد و در بخش کمی جهت روایی مدل و تعیین میزان روابط عوامل شناسایی شده از تحلیل عاملی تأییدی و مدل معادلات ساختاری استفاده گردید. در این تحقیق از نرم افزار MAXQDA برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها بر اساس یافته‌های پژوهش در نهایت ۶ مضمون اصلی: عوامل بیرونی، پیشایندها، عناصر، بسترها و زمینه، کارکردها و کاربردها، نتایج و شرکا (نهادهای) تأثیرگذار بر حکمرانی شبکه‌ای نظام سلامت ایران در هر بعد به همراه زیر مقوله‌های آنها استخراج شدند. نتیجه‌گیری نتایج در این پژوهش نشان داد که سلامت دیگر نمی‌تواند یک هدف صرفاً بخشی تلقی شود بلکه مشارکت سایر بازیگران و کنشگران سلامت در کنار وزارت بهداشت و درمان الزامی است. توجه به موضوع سلامت رمحور توسعه همه جانبه و یکی از مصادیق مهم عدالت باشد لذا اجرای الگوی حکمرانی شبکه‌ای در این حوزه اصلی‌ترین محرکه جهت حرکت به سمت توسعه همه جانبه باشد. استقرار حکمرانی شبکه‌ای می‌تواند منجر به افزایش رضایت مردم از حکومت و پذیرش حکومت مرکزی از سوی عامه مردم گردد. کلیدواژه‌ها حکمرانی، حکمرانی شبکه‌ای، نظام سلامت، تئوری داده بنیاد	تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۸ *نویسنده مسئول: فتاح شریف نژاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران تلفن: پست الکترونیک: sharifzadeh_f@atu.ac.ir



مقدمه

گسترش بیماری‌های انسانی به دلیل رشد جمعیت و آلودگی آب، هوا و خاک، افزایش پیچیدگی در خدمات سلامت و نیز چالش‌های پیش‌رو در تأمین منابع مالی پایدار برای نظام سلامت، بهره‌گیری از الگوهای جدید در نظام سلامت را اجتناب ناپذیر کرده‌است. با توجه به توسعه الگوهای مبتنی بر همکاری‌های شبکه‌ای در حوزه‌های مختلف بخش خدمات، گرایش روزافزون به سمت تعاملات بیشتر و عمیق‌تر بین بازیگران مختلف در نظام سلامت مشهود است (۹). 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 (۱۰). سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سلامت عمومی دارند (۱۵). توسعه تعاملات میان سازمانی در نظام سلامت بدون بهره‌گیری از یک مدل حکمرانی مناسب می‌تواند منجر به بروز مشکلات مختلف مانند ضعف در هماهنگی تیم‌های بین رشته‌ای، تعارضات مالی بین فراهم‌کنندگان و ضعف در چارچوب پاسخگویی در قبال خطاهای پزشکی شود. حکمرانی شبکه‌ای از مجرای توسعه متناسب ساختار اختیارات و مسئولیت‌ها در شبکه و نیز تبیین چگونگی همکاری برای اختصاص منابع، هماهنگی و کنترل فعالیت‌های مشترک در کل شبکه را در برمی‌گیرد (۳). لذا مدل حکمرانی مطلوب از طریق شفافیت در ساختار همکاری و مکانیسم‌های هماهنگی به اثربخشی بیشتر تعاملات میان سازمانی در نظام سلامت کمک می‌کند (۱۱). مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی جامعه، جوهره حکمرانی خوب شمرده می‌شود و چون سلامت مردم همواره اولویت ملی است لذا مسئولیت دولت نیز دائمی خواهد بود.

حکمرانی برای سلامت به زعم سازمان بهداشت جهانی، بخشی از کارکرد یک حکومت تعریف شده است که مسئول تندرستی و رفاه جامعه می‌باشد و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند، اهمیت می‌دهد (۱۳). سازمان بهداشت جهانی بر این عقیده است که کشورهای در حال توسعه و از جمله کشور ما از وضعیت مطلوب حکمرانی در نظام سلامت خود برخوردار نیستند و لزوم توجه هرچه بیشتر به این امر مهم در این نظام‌ها حائز اهمیت است. در همین راستا عمده‌ترین مشکلات خط مشی‌گذاری نظام سلامت کشورهای در حال توسعه از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی به این صورت تبیین شده‌اند: عدم توجه به همه عوامل و ذینفعان در خط‌مشی‌گذاری، صرف توجه به تدوین قوانین و مقررات و عدم توجه به سایر اجزای تولید مثل تولید دانش، اجرا و پایش سیاست‌ها و قوانین و در نهایت عدم توجه عمده به برخی مشکلات مبتلا به این نظام‌ها خصوصاً در بخش ارائه خدمات خصوصی (۱۶).

کارکرد حکمرانی به عنوان یکی از کارکردهای نظام سلامت کشور، با چالش‌هایی مانند: تمرکز تولید نظام سلامت کشور در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عدم هماهنگی و تعامل مناسب با سایر بازیگران و کنشگران حوزه سلامت، تعدد و مستقل عمل نمودن مراکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی موثر بر سلامت جامعه، ارایه خدمات سلامت توسط انواعی از سازمان‌های عمومی خارج از کنترل متولی بخش سلامت، عدم پاسخگویی بخش‌های موثر بر سلامت مردم (خارج از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) به تاثیر اقدامات ایشان بر سلامت مردم، توجه محدود به نقش مردم و بخش غیردولتی در تولید سلامت خوب و ارائه خدمات سلامت، ناتوانی در مدیریت تعارض منافع در میان خط مشی‌گذاران سلامت و ذی نفعان و تعامل کم وزارت



بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ذینفعان و سایر کنشگران و نهادهای موثر سلامت، فقدان تفاهم در مورد وجود متولی ساختاری برای خط مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی روبرو می‌باشد (۱۱).

رفع چالش‌ها و مشکلات موجود صرفاً با اقدامات دولت امکان پذیر نیست، بلکه مشارکت بخش خصوصی و جامعه مدنی برای عبور از این مشکلات ضروری است و لذا وجود این مشکلات در بخش سلامت کشور، زمینه‌ساز انجام این تحقیق گردیده است. حکمرانی شبکه‌ای از مجرای توسعه متناسب ساختار اختیارات و مسئولیت‌ها در شبکه و نیز تبیین چگونگی همکاری برای اختصاص منابع، هماهنگی و کنترل فعالیت‌های مشترک در کل شبکه را در بر می‌گیرد لذا مدل حکمرانی مطلوب از طریق شفافیت در ساختار همکاری و مکانیسم‌های هماهنگی به اثربخشی بیشتر تعاملات میان سازمانی در نظام سلامت کمک می‌کند (۱۱). امروزه حکمرانی شبکه‌ای، در حال تبدیل شدن به پارادایمی غالب در حوزه حکمرانی است. بر اساس این شکل از حکمرانی، بازیگران بخش دولتی، خصوصی و نیمه دولتی تصمیمات سیاسی را اتخاذ می‌کنند (۱۳). انواع مختلفی از شبکه‌های همکاری در زمینه‌ی مراقبت سلامت مانند شبکه‌های مبادلات سازمانی، شبکه‌های همکاری پزشکان، شبکه‌های همایش‌های بالینی و شبکه‌های تعامل در محل کار وجود دارد. در این رابطه، همکاری شبکه‌ای می‌تواند موجب افزایش اثربخشی و کارایی سیستم‌های مراقبت از سلامت شود، همچنین با به اشتراک‌گذاری دانش و اطلاعات بین همکاران یادگیری مشترک را افزایش می‌دهد. مزیت‌های حاصل از همکاری شبکه‌ای بدون طراحی و اجرای مدل مناسب حکمرانی در شبکه تحقق نخواهد یافت (۱). با توجه به توسعه الگوهای مبتنی بر همکاری‌های شبکه‌ای در حوزه‌های مختلف بخش خدمات، گرایش روز افزون به سمت

تعاملات بیشتر و عمیق‌تر بین بازیگران مختلف در نظام سلامت مشهود است (۹). سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سلامت عمومی دارند (۱۵). با توجه به ویژگی مسائل عمومی پیش روی جامعه ایران و ناتوانایی دولت برای رفع تمامی این چالش‌ها و نیز ارتقای علم و آگاهی شهروندان و مطالبه بیشتر برای نه تنها دریافت خدمات بهتر، بلکه مشارکت در فرآیندهای تدوین، اجرا و ارزیابی خط مشی‌های عمومی، روی آوردن به حکمرانی شبکه‌ای که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه‌ها است، اجتناب ناپذیر است (۳). حکمرانی شبکه‌ای بیشتر بر روابط بین بازیگران متمرکز است و شامل استفاده از نهادهای رسمی و غیررسمی برای تصمیم‌گیری و اقدام مشترک است (۱۲).

در بررسی پیشینه پژوهش به جستجوی مطالعات داخلی و خارجی پرداخته شده است. تمرکز اصلی جستجو بر روی مقالات و مطالعات مرتبط با حکمرانی سلامت بوده است. اما به علت فقدان مطالعات متناسب و مرتبط با موضوع پژوهش چه در داخل کشور و چه در خارج، گاهی نمونه‌هایی از حکمرانی خارج از بخش سلامت نیز آورده شده که البته سعی شده است از جنبه‌های دیگری با مطالعه حاضر اشتراک داشته باشد. جستجوی مطالعات داخلی با کلمات کلیدی "حکمرانی نظام سلامت" و "حکمرانی شبکه‌ای" انجام شد. در ذیل برخی از مطالعات مرتبط با موضوع به اختصار آورده شده است: در پژوهشی که در سال ۱۳۹۹ با عنوان "چالش‌های ساختار حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس الگوی ساختار شبکه‌ای" صورت گرفت چالش‌های ساختاری موجود در نظام حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، براساس الگوی ساختار حکمرانی شبکه‌ای



بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در حال حاضر چنین چارچوب یا مدلی برای حکمرانی نظام سلامت ایران با رویکرد به شبکه در دسترس نیست. به این ترتیب با مفروض گرفتن کارآمدی حکمرانی شبکه‌ای، مهمترین موضوعی که در این پژوهش دنبال می‌شود، تدوین الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت کشور است. به نظر می‌رسد تدوین این الگو، بتواند گام موثری در بهینه‌سازی نظام خط مشی‌گذاری حوزه سلامت باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از لحاظ هدف از نوع پژوهش کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع توصیفی با رویکرد تحلیل کیفی است. پژوهش از نظر هدف توسعه‌ای و از نظر اجرا نیز کیفی است. در این تحقیق برای ساخت نظریه، از روش نظریه داده بنیاد استفاده شد. در حقیقت از آنجا که تحقیق حاضر به لحاظ هدف از نوع اکتشافی است، لذا استراتژی اصلی در به‌کارگیری پژوهش، استفاده از روش نظریه داده بنیاد است. مصاحبه‌های تخصصی نیمه ساختار یافته و اسناد و مدارک دو ابزار گردآوری در روش مذکور در این پژوهش است. در حقیقت، در این پژوهش از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته با خبرگان و کسب توافق لازم، ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های نهایی برای الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران شناسایی و تعیین می‌گردد.



شکل ۱- مراحل پژوهش

مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان‌داد که بی‌ثباتی مدیران، همگام نبودن سرعت سیاست‌گذاری با تغییرات جامعه، عدم رایج تعریفی از همکاری میان بخشی مناسب، عدم شفافیت، عدم آگاهی از ملزومات تصمیم‌گیری جمعی سیاست‌گذاران سلامت، عدم استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نظام بودجه‌ای نامناسب و عدم کنترل بخش خصوصی، از چالش‌های مهم ساختار حاکمیتی فعلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است (۱۳). اعتمادی و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان "نظریه حکمرانی شبکه‌ای به عنوان الگوی اساسی برای ارتقای سیستم حمایت مالی افراد نیازمند در نظام سلامت ایران" به این نتیجه رسیدند که به منظور بهبود دسترسی افراد فقیر به منابع عمومی، ایجاد سیستم حکمرانی بهتر و سیاست‌گذاری موثر ضروری است. هدف از این مطالعه بهبود اثربخشی شبکه نظام سلامت ایران و طراحی شبکه حمایت مالی از فقرا بر اساس نظریه حکمرانی شبکه‌ای است (۷). کاپوس به منظور حکمرانی بهتر در شرایط کرونا، عنوان نمود که 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 منحصرراً بر اطمینان از انتقال مسئولیت‌های مشترک به طور صحیح، مبتنی بر شواهد، منسجم و به موقع 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 (۱۲).



مدل و تعیین میزان روابط عوامل شناسایی شده از روش تحلیل عاملی تأییدی و مدل معادلات ساختاری استفاده شده است. برای بررسی فرضیات پژوهش و تحلیل روابط ساختاری بین متغیرها از تحلیل عاملی تأییدی و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار SPSS و SMART PLS برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. از آنجا که این پژوهش به لحاظ روش‌شناختی کیفی است، تعدادی از سوال‌های مصاحبه به شرح زیر است:

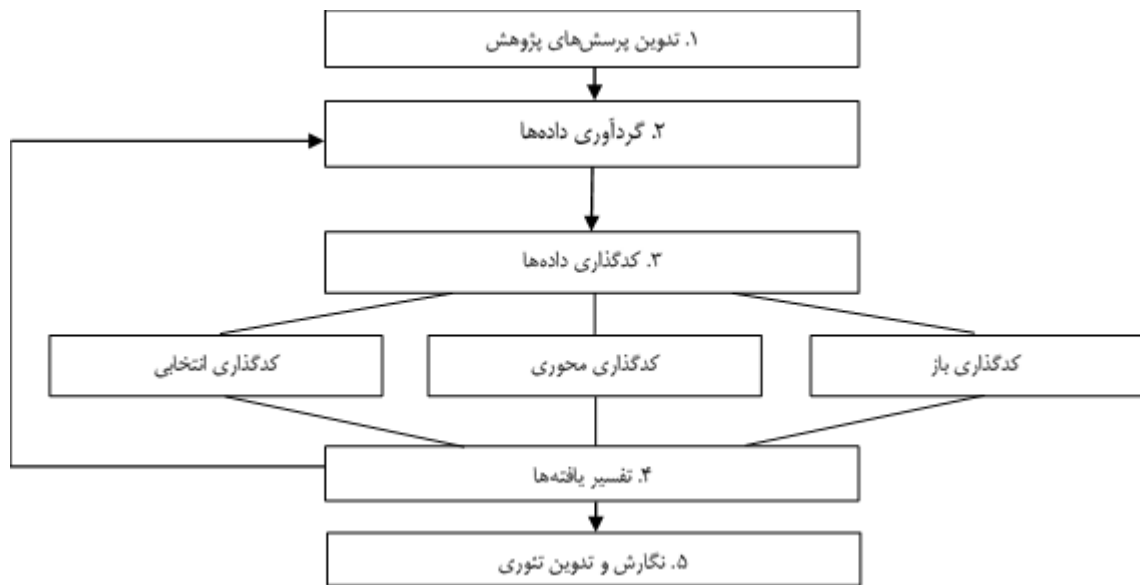
۱. وضعیت فعلی نظام حکمرانی سلامت ایران با رویکرد شبکه‌ای چگونه است؟
 ۲. شرایط علی و آغازگر حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام اند؟
 ۳. عوامل زمینه‌ای موثر بر حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام اند؟
 ۴. عوامل مداخله گر موثر بر حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام اند؟
 ۵. فرآیند اجرای حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت ایران چگونه است؟
 ۶. راهبردها و استراتژی‌های اجرای حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام اند؟
 ۷. پیامدهای اجرای حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام اند؟
 ۸. الزامات ایجاد حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام اند؟
 ۹. مشارکت و فعال‌سازی شبکه در حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران به چه طریق انجام می‌شود؟
 ۱۰. چگونه می‌توان حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران را توسعه بخشید؟
- برای تدوین مدل با توجه به استفاده از روش "نظریه داده بنیاد" از روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و رویکرد

همچنین جامعه آماری پژوهش حاضر، خط‌مشی‌گذاران عالی سلامت، کارشناسان ارشد وزارت بهداشت، مشاورین وزیر، روسا و مدیران ارشد مراکز تحقیقاتی وابسته به وزارت بهداشت و رؤسای دانشگاه‌ها، کارشناسان و صاحب‌نظران وزارت بهداشت دارای سابقه حداقل ۴ سال و ترجیحاً حضور در کمیته‌ها و گروه‌های سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری مرتبط با سلامت در دستگاه‌های اجرایی و سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری است که به نوعی در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در نظام سلامت دارای تجربه و سوابق هستند. برای تعیین نمونه‌های این پژوهش و تعیین این گروه از خبرگان از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. در این پژوهش تعداد ۱۵ نفر از میان جامعه مورد مطالعه بعنوان نمونه انتخاب شدند که شامل سه مرد با ۱۳، ۱۳ و ۲۴ سال سابقه کار و دو زن با ۱۱ و ۲۲ سال سابقه کار از خط‌مشی‌گذاران عالی سلامت، دو مرد با ۱۲ و ۱۸ سال سابقه کار کارشناسان ارشد وزارت بهداشت و یک زن با ۱۸ سال سابقه کار از کارشناسان و صاحب‌نظران وزارت بهداشت، دو مرد با ۲۲ و ۲۴ سال سابقه کار از روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، سه مرد با ۱۴، ۱۷ و ۲۱ سال سابقه کار و یک زن با ۱۲ سال سابقه کار از موسسه تحقیقات ملی سلامت و یک نفر مرد با سابقه ۲۷ سال سابقه کار از کارشناسان ارشد وزارت بهداشت بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نیز از روش داده بنیاد و روش کدگذاری استراوس و کوربین استفاده گردید. مطابق با مراحل روش تحقیق داده بنیاد فرآیند نمونه‌برداری نظری تا مرز تحقق کفایت نظری ادامه می‌یابد. براساس مدل کیفی پژوهش از سه شیوه کدگذاری باز و کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی (گزینشی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد و از نرم افزار MAXQDA برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. همچنین در بخش کمی نیز جهت روایی



مقوله‌ها برای چارچوب نظری) تاکید دارد و همچنین به عرضه پارادایم منطقی یا تصویر تجسمی از نظریه در حال تکوین می‌پردازد.

خود ظهور استفاده شد. در این رویکرد نظریه داده بنیاد بر استفاده از مراحل تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز (تدوین مفاهیم، مقوله‌ها)، کدگذاری محور (ایجاد پیوند بین یک مقوله با مقوله‌های فرعی) و کدگذاری انتخابی (تلفیق



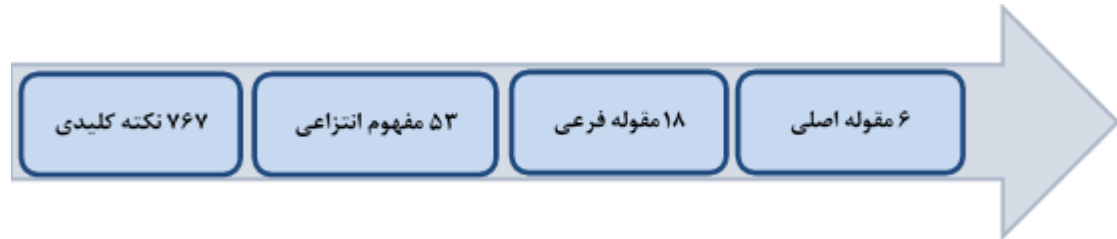
شکل ۲- مراحل روش نظریه داده بنیاد

لازم به ذکر است که این پژوهش در دو فاز کلی زیر به انجام رسید.

جدول ۱- روش تحقیق در دو فاز

فاز	روش
شناسایی عوامل حکمرانی شبکه‌ای (طراحی مدل)	کیفی/ روش نظریه داده بنیاد
برآزش و آزمون مدل تحقیق و دستیابی به مدل نهایی (رویکرد کمی)	کمی/ مدل سازی معادلات ساختاری

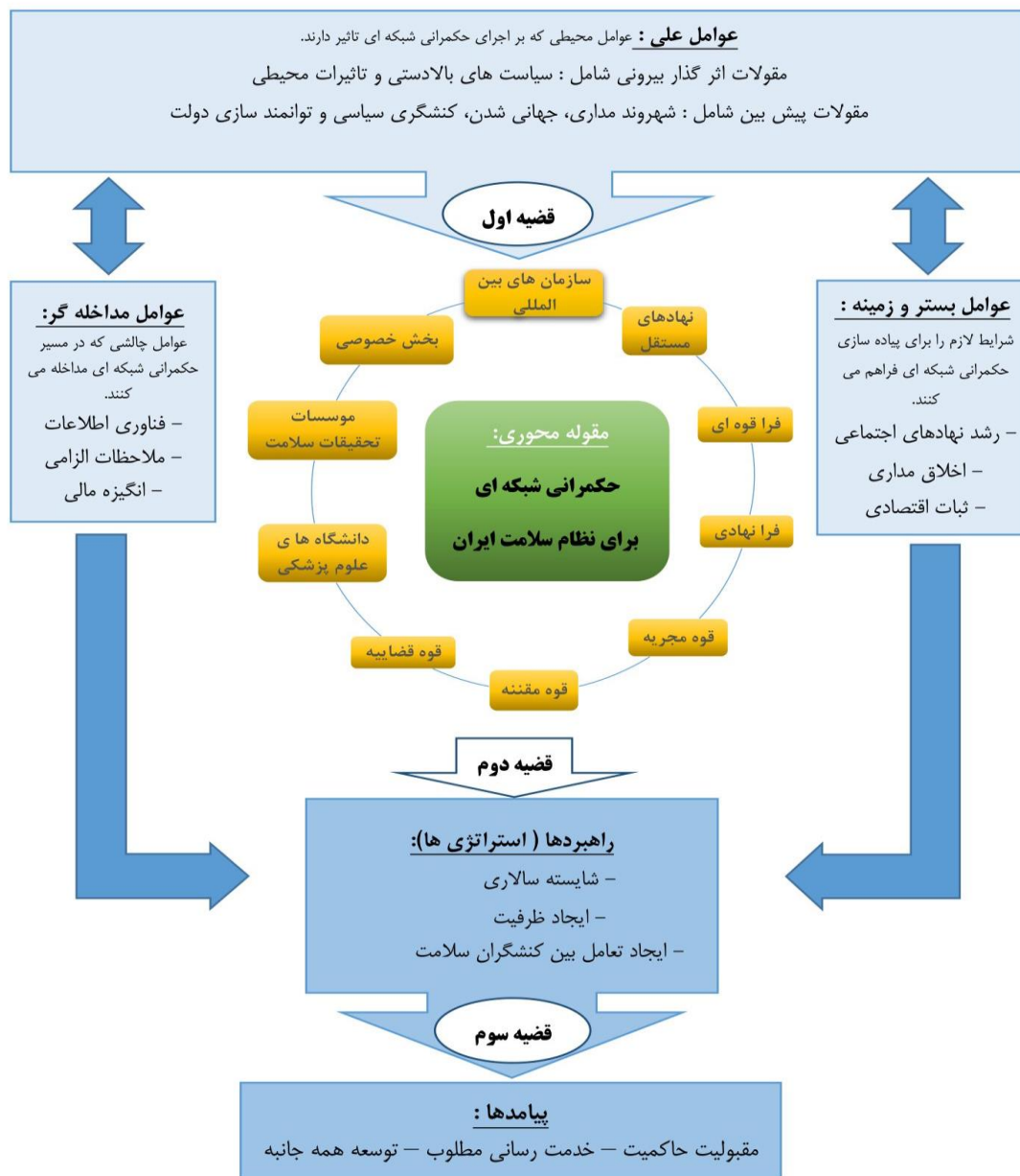
با بررسی و ارزیابی جمع‌بندی انجام شده در خصوص تئوری‌ها و مدل‌های ارائه شده برای حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات و پژوهش‌های صورت گرفته، خروجی تحلیلی آنها، شامل ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌ها تعیین گردید. فرآیند گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها در روش داده بنیاد بصورت همزمان و موازی اجرا شدند. این فرآیند تا مرز کفایت نظری مفاهیم و مقولات (انجام ۱۵ مصاحبه تخصصی نیمه ساختار یافته) ادامه یافت. شکل زیر بیانگر سیر تطور ظهور کدهای تحقیق تا مقولات اصلی است.



شکل ۳- سیر تطور نکات کلیدی تا مقولات اصلی در تحقیق

نتایج مرحله کمی پژوهش: در پژوهش کنونی برای آزمون فرضیات پژوهش از شیوه معادلات ساختاری با بهره‌گیری از شیوه‌ی حداقل مربعات جزئی بهره برده شد که به الگوریتم PLS معروف می‌باشد. براساس نتایج جدول شماره ۱ مشخص می‌گردد که نشانگرهای هر سازه به علت معنی‌داری در سطح یک درصد از اهمیت ضروری برای اندازه‌گیری برخوردار می‌باشند و بنابراین روایی سازه که برای واکاوی دقت و اهمیت نشانگرهای گزینش شده به منظور اندازه‌گیری سازه‌ها، انجام شد نشان می‌دهد که نشانگرها، ساختارهای عاملی مناسبی را در راستای اندازه‌گیری ابعاد مورد مطالعه در مدل پژوهش فراهم می‌آوردند. میزان VIF هم زیر میزان ۵ است و نشان از عدم وجود تلاقی همبستگی میان نشانگرهای گزینشی و دقت یافته‌ها دارد.

بنابراین به کمک بخش کیفی پژوهش، مؤلفه‌های اصلی حکمرانی شبکه‌ای نظام سلامت شامل عوامل تأثیرگذار بیرونی، عوامل پیش‌بین، عوامل زمینه‌ای و بستر، الزامات، کارکردها و نتایج استخراج شدند. عوامل تأثیرگذار بیرونی به تأثیرات محیطی و سیاست‌های بالادستی؛ عوامل پیش‌بین به ناتوانی دولت، کنشگری سیاسی، جهان‌گرایی و شهروندمداری؛ عوامل زمینه‌ای و بستر به رشد نهادهای اجتماعی، اخلاق مداری و ثبات اقتصادی؛ الزامات به فناوری اطلاعات، ملاحظات الزامی و منابع مالی؛ کارکردها به شایسته سالاری، ایجاد ظرفیت و ایجاد تعامل بین دستگاه‌ها و در نهایت مولفه نتایج به بهبود خدمت‌رسانی، توسعه همه‌جانبه و مقبولیت تقسیم شدند. نظر به مولفه‌های استخراج شده از بخش کیفی پژوهش، الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت مطابق با شکل ۴ ارائه می‌گردد.



شکل ۴- الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران



جدول ۱- مقادیر بار عاملی برای نشانگرهای هر سازه در قالب مدل اندازه‌گیری

سازه	نشانگر	بار عاملی	t	Sig.	CR	AVE
مقولات تأثیرگذار بیرونی	اثرات محیطی	۰/۸۰۰	۱۱/۲۱	۰/۰۱	۰/۸۱۵	۰/۶۱۵
	سیاست‌های بالادستی	۰/۷۷۶	۱۰/۱۱	۰/۰۱		
	ناتوانی دولت	۰/۷۲۰	۱۰/۶۵	۰/۰۱		
عوامل پیش‌بین	کنشگری سیاسی	۰/۷۶۱	۱۴/۸۹	۰/۰۱	۰/۸۹۹	۰/۶۴۸
	چهارنگری	۰/۶۸۳	۱۳/۷۸	۰/۰۱		
	شهروندمداری	۰/۴۸۹	۱۳/۹۰	۰/۰۱		
حکمرانی شبکه‌ای	حکمرانی شبکه‌ای	۰/۸۵۳	۹/۱۲	۰/۰۱	۰/۷۲۷	۰/۶۰۴
	رشد نهادهای اجتماعی	۰/۸۱۰	۱۵/۴۳	۰/۰۱		
بستر	اخلاق مداری	۰/۶۱۵	۱۱/۶۴	۰/۰۱	۰/۸۸۲	۰/۸۱۲
	ثبات اقتصادی	۰/۸۱۲	۱۰/۶۹	۰/۰۱		
عناصر	فناوری اطلاعات	۰/۶۷۸	۱۲/۶۵	۰/۰۱	۰/۹۸۰	۰/۷۵۱
	ملاحظات	۰/۴۷۵	۱۱/۸۶	۰/۰۱		
	منابع مالی	۰/۶۵۱	۱۲/۶۷	۰/۰۱		
کارکردها	تخصص‌گرایی	۰/۷۴۹	۱۱/۷۲	۰/۰۱	۰/۹۳۶	۰/۷۹۶
	ایجاد ظرفیت	۰/۸۰۹	۱۰/۵۹	۰/۰۱		
	ایجاد تفاهم	۰/۸۳۰	۹/۳۷	۰/۰۱		
نتایج	بهبود خدمت‌رسانی	۰/۸۶۳	۹/۵۶	۰/۰۱	۰/۸۱۶	۰/۸۲۷
	توسعه همه جانبه	۰/۸۹۹	۹/۸۳	۰/۰۱		
	مقبولیت	۰/۸۳۹	۹/۶۱	۰/۰۱		

می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد هر نشانگر بیشترین همبستگی را تنها با سازه خود نشان می‌دهد و با دیگر سازه‌ها نیز کم‌ترین همبستگی را دارد زیرا که میانگین نشانگرها بیشترین بار عاملی را فقط با سازه خود نشان می‌دهند. از این جهت می‌توان گفت میزان دقت اندازه‌گیری هر سازه با نشانگرهای خود دارای بیشترین است چون اولاً بر طبق نتایج روایی سازه نشان می‌دهد هر نشانگر دارای بار عاملی

نتایج واکاوی روایی تشخیصی نشان می‌دهد که نشانگرهای گزینشی جهت اندازه‌گیری سازه‌های موجود از روایی تشخیصی قابل قبول برخوردار هستند چرا که اولاً همه سازه‌های دارای میزان واریانس استخراج شده بالاتر از ۰/۳ بودند و دوماً ریشه دوم میانگین واریانس استخراج شده برای هر سازه که در قطر ماتریس جدول شماره ۲ نشان داده شده است از همه همبستگی‌های دیگر عامل‌ها با آن عامل بالاتر



اندازه‌گیری سازه‌های متنوع دیده نمی‌شود که این امر برپایه نتایج روایی قابل برداشت است.

معنی‌داری با سازه خودش بوده و دوما هر نشانگر تنها سازه خود را اندازه‌گیری کرده است و نشانگرهای با اختلال در

جدول ۲- بررسی روایی تشخیصی بر اساس معیار فورنل و لارکر

سازه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
مقولات اثرگذار بیرونی (۱)	۰/۷۸۴	---	---	---	---	---	---
مقولات پیش‌بین (۲)	۰/۲۹۷	۰/۸۰۴	---	---	---	---	---
بستر (۳)	۰/۱۳۶	۰/۳۹۱	۰/۹۰۱	---	---	---	---
عناصر (۴)	۰/۱۱۲	۰/۲۵۷	۰/۳۲۵	۰/۷۵۱	---	---	---
کارکردها (۵)	۰/۲۴۷	۰/۲۶۸	۰/۲۶۱	۰/۴۸۶	۰/۸۹۲	---	---
نتایج (۶)	---	---	---	---	---	۰/۹۰۹	---
حکمرانی شبکه‌ای (۷)	---	---	---	---	---	---	۰/۷۷۷

کنترل شده و دقت برآورد مدل در پیش بینی متغیر وابسته، دارای قابلیت اعتماد بالایی می‌باشد.

بحث

با توجه به توسعه الگوهای مبتنی بر همکاری‌های شبکه‌ای در حوزه‌های مختلف بخش خدمات، گرایش روزافزون به سمت تعاملات بیشتر و عمیق‌تر بین بازیگران مختلف در نظام سلامت مشهود است. سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سلامت عمومی دارند. با توجه به ویژگی مسائل عمومی پیش روی جامعه ایران و ناتوانایی دولت برای رفع تمامی این چالش‌ها و نیز ارتقای علم و آگاهی شهروندان و مطالبه بیشتر برای نه تنها دریافت خدمات بهتر، بلکه مشارکت در فرآیندهای تدوین، اجرا و ارزیابی خط مشی‌های عمومی، روی آوردن به حکمرانی شبکه‌ای که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه‌ها است، اجتناب ناپذیر است.

مطابق با جدول شماره ۳ نیز می‌توان چگونگی تاثیرگذاری هر کدام از مولفه‌های شناسایی شده در الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت ایران را مشاهده کرد که بر این اساس کلیه مولفه‌ها در سطح ۹۹٪ معنی‌دار است.

جدول ۳- ضریب‌های مسیر و معنی‌داری اثرات متغیرهای تحقیق

از سازه	به سازه	ضریب مسیر	مقدار t	Sig.
مقولات بیرونی	حکمرانی شبکه‌ای	۰/۷۳۲	۱۳/۴۶	۰/۰۰۱
مقولات پیش‌بین	حکمرانی شبکه‌ای	۰/۵۴۱	۹/۸۲	۰/۰۰۱
مقولات بستر	حکمرانی شبکه‌ای	۰/۶۳۴	۱۱/۴۸	۰/۰۰۱
عناصر	حکمرانی شبکه‌ای	۰/۳۸۷	۳/۶۶	۰/۰۰۱
حکمرانی شبکه‌ای	کارکردها	۰/۳۹۵	۱۰/۵۳	۰/۰۰۱
کارکردها	نتایج	۰/۷۸۲	۱۱/۹۵	۰/۰۰۱

در پایان به منظور نشان دادن اعتبار یافته‌های مدل تحقیق از شاخص‌های برازش مدل‌های معادلات ساختاری به شیوه حداقل مربعات جزئی بهره‌گیری شد. شاخص میانگین عامل تورش واریانس برابر ۴/۳۶ به دست آمد. این نتیجه نشان داده که هم راستایی چندگانه در مدل به صورت کامل



حکمرانی شبکه‌ای با استفاده از مجموعه‌ای از شبکه‌ها که برای کمک به پشتیبانی برخی از کارکردهای خط مشی‌گذاری، در محدوده مشخصی خود سازماندهی می‌شوند، موجب یکپارچه‌سازی قابلیت‌های توزیع شده برای حل مسئله و سیاست‌گذاری می‌شود. برای حفظ و افزایش سرمایه اجتماعی و در نتیجه، بهبود اثربخشی فرآیندهای حکمرانی شبکه‌ای کاربرد داشته باشند. ترکیبی از تجزیه و تحلیل دینفعان و تجزیه و تحلیل شبکه اجتماعی، مفید خواهد بود. بنابراین، با توجه به نیاز و ضرورت طراحی و اجرای یک الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام بهداشت و درمان کشور، در این پژوهش به بررسی اجزاء، مولفه‌ها و ویژگی‌های الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت پرداخته شد.

نتایج نشان داد که نظام سلامت پدیده‌ای چند وجهی و پیچیده است و به منظور ارتقای آن باید مجموعه‌ای از راهبردها اجرا شوند. اجرای موثر راهبردهای ارایه شده می‌تواند پیامدهای زیادی داشته باشد که مهمترین آنها بهبود ارتقای سلامت جامعه و شهروندان است. الگوی ارایه شده در این تحقیق، الگویی جامع و یکپارچه است که می‌تواند دیدگاهی سیستمی به مدیران، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در نظام سلامت ارایه کرده و زمینه ارتقای شرایط فعلی و رشد و توسعه‌ی بلندمدت را فراهم کند.

براساس مصاحبه‌های صورت گرفته و نیز با توجه به نتایج پژوهش، در حوزه مقوله‌های اثرگذار بیرونی عنوان شد که آثار محیطی مربوط به تأثیر عوامل مختلف پیرامونی اعضای شبکه است که بر شبکه تأثیر می‌گذارد. تغییر محیط و حوادث مهم از راه تغییر شرایط بازار بر همکاری بین بازیگران و الگوی حکمرانی در شبکه تأثیر دارد. با شرایط سخت‌تر بازار و تمایز در ارائه خدمات، نیازهای همکاری مبتنی بر شبکه افزایش پیدا کرده است. اغلب، راهبردهای

مشارکتی براساس شرایط بازار تنظیم می‌شوند و با تغییرات در شرایط بازار تغییر خواهند کرد. همکاری شبکه‌ای می‌تواند برای پاسخ به نیازهای جامعه تشکیل شود و ممکن است به منظور سودآوری یا در قالب‌های غیر انتفاعی، عمومی یا خصوصی شکل گیرد. همچنین بر طبق نظر مصاحبه شونده‌گان سیاست به برنامه‌ها و قوانین دولت در سیستم‌های مراقبت سلامت اشاره دارد. سیاست‌های دولتی از یک طرف می‌تواند مانعی برای همکاری شبکه‌ای و محدود کننده‌ی آن بوده و از سوی دیگر می‌تواند تسهیل کننده آن باشد. نهادها و شرکای اصلی سلامت در مقوله اثرگذار بیرونی الگوی حکمرانی سلامت را سه قوه مجریه، مقننه و قضاییه تشکیل می‌دهد.

در رابطه با مقوله‌های مربوط به پیشایندهای حکمرانی شبکه‌ای نیز، مصاحبه شونده‌گان عنوان داشته‌اند که یکی از موضوعات مرتبط با پیش‌نیازهای لازم در رابطه با اجرا و ایجاد یک الگوی مناسب برای نظام سلامت، کنش‌های حکومت‌ها و دولت‌ها نسبت به موضوعات رفاهی است. از آن جایی که جهت‌گیری‌های سیاسی، عقاید، گرایش‌ها، اعتقادات، ارزش‌ها، ایدئولوژی و کلیشه‌ها تعیین کننده خط مشی دولت‌ها و سیاست‌های آنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی است، شناسایی موقعیت‌های ایدئولوژیکی بازیگران سیاسی و نیز تحلیل دقیق تأثیرات، پیامدها و برون دادهای سیاست‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است. این تصور وجود دارد که دولت‌ها بر اساس ایده‌ها و رویکردهای گوناگون سیاسی، جهت‌گیری‌های متفاوتی در سیاست‌های اجتماعی خود دارند. ساختار اقتصاد سیاسی در ایران سبب شده تا رویکرد دولت نقش مهم‌تری را در تعیین سیاست‌های سلامت و بهداشت ایفا نماید؛ از این رو فهم تحول، ساختار و نقش دولت در ایران از الزامات ضروری فهم بهتر سیاست سلامت است. همچنین با بررسی و تحلیل متون



مصاحبه‌های صورت گرفته، می‌توان دریافت که به نظر کارشناسان و خبرگان حوزه سلامت، بخش بهداشت و درمان از بخش‌های اصلی اقتصاد یک کشور است که در فرآیند توسعه اقتصادی به عنوان بخش زیربنایی محسوب می‌شود، به طوری که بیشتر کشورها توجه ویژه به این بخش را حائز اهمیت می‌دانند. متأسفانه در کشور ما به این بخش توجه کافی نشده‌است، به طوری که به رغم رشد کمی اعتبارات بودجه‌ای در این بخش، شاخص‌ها نشان دهنده وضع نامناسب بخش بهداشت و درمان در مقایسه با سایر کشورهاست. بنا بر نظر مصاحبه‌شوندگان، همراهی با پیشرفت‌های جهانی و ارتباط مستقیم و مداوم با نظام بهداشت جهانی در عصر حاضر از ضروریات بخش حکمرانی نظام سلامت در هر کشوری است. بعنوان مثال، در برهه حساس وقوع همه‌گیری کووید ۱۹، می‌توان مزیت‌ها و ضرورت وجود ارتباط با نظام بهداشت و سلامت جهانی را درک کرد. استفاده و تبادل ماسک مورد نیاز در کشورهای جهان در ابتدا، تبادل وسایل و لوازم تشخیص و تست سریع کووید، توزیع واکسن‌ها از سوی کوواکس و... نمونه‌هایی به‌نسبت ملموس از مزایای ارتباط با نظام بهداشت جهانی و جهانگرایی نظام سلامت در کشورهای مختلف بوده است. شرکای اثرگذار در حوزه پیشایندهای الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت را می‌توان در شبکه‌های بهداشت و درمان، سازمان برنامه و بودجه، سازمان جهانی بهداشت، کمیسیون بهداشت مجلس، شهرداری‌ها، رسانه، سمن‌های سلامت و ائمه جمعه دانست.

در رابطه با مقوله‌های زمینه‌ای و بستر الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت نیز مطابق با بررسی مصاحبه‌ها و نتایج پژوهش مشخص شد که با توجه به اهمیت «سلامت» و قرار گرفتن آن به عنوان یکی از حقوق بنیادین افراد در اسناد بین المللی و در قوانین داخلی تأمین سلامت به عنوان

یکی از وظایف دولت‌ها معرفی شده است. از آنجا که تأمین این حق گستره زیادی از اقدامات قانون‌گذاری، اجرایی و قضایی را دربرمی‌گیرد و از سوی دیگر هزینه‌های بسیار زیادی را برای دولت ایجاد می‌کند که انجام تمام این امور و تأمین تمام هزینه‌های مربوط به تنهایی از سوی دولت امکان پذیر نیست، استفاده از نیروی خودجوش، مستقل و داوطلب مردم در قالب سازمان‌های مردم نهاد کمک حائز اهمیت به دولت برای تأمین این حق می‌نماید؛ در نتیجه، نظر به تحلیل مصاحبه‌های صورت گرفته، توجه به سازمان‌های مردمی و مدنی و نقش آنها در نظام سلامت بعنوان یکی از ابعاد اقتدار نظام سلامت و بستری مهم برای ایجاد یک الگوی حکمرانی شبکه برای نظام سلامت کشور محسوب می‌شود. یکی از جنبه‌های بسیار مهم در حکمرانی نظام سلامت و بهداشت و درمان که کمتر مورد توجه قرار گرفته است، رعایت چارچوب‌های اخلاقی و اخلاق‌مداری در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و سازمانی رده بالا است. موضوع اخلاق در نظام سلامت و به ویژه اخلاق در سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت آنچنان که سایر ابعاد آن همانند اخلاق بالینی، اخلاق در پژوهش‌های سلامت و تا حدودی اخلاق در آموزش علوم پزشکی در کشور رشد و توسعه یافته‌اند متأسفانه مورد بی توجهی و بی مهری واقع شده است. به عقیده کارشناسان و افراد مصاحبه شونده، در چند دهه اخیر اقتصاد و نظام بهداشت درمان و ثبات اقتصادی در این زمینه به عنوان یک عرصه مطالعات بینابینی همواره مورد بررسی قرار گرفته است. به‌طور کلی سیستم اقتصادی مانند هر سیستم دیگری، باید دارای شرایط خاصی باشد تا اجزای آن در همکاری با یکدیگر بتوانند بهترین عملکرد ممکن را داشته و این قابلیت را داشته باشند که به بخش‌های دیگر نیز کمک کرده و بودجه لازم برای توسعه و پیشرفتشان را فراهم کند. در چارچوب خیلی ساده عمده



شبکه‌ای در نظام سلامت را می‌توان در نهادهای زیرمجموعه وزارت کشور، وزارت رفاه، کمیسیون بهداشت و درمان، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان‌های مردم‌نهاد و رسانه دسته‌بندی کرد.

در حوزه کارکردهای الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت، بنا بر نتایج و به عقیده کارشناسان و مدیران ارشد حوزه بهداشت و درمان که با آنها مصاحبه صورت گرفت، ایجاد و اجرای یک الگوی حکمرانی شبکه‌ای متناسب برای نظام سلامت دارای کارکردها و کاربردهایی خواهد بود. شایسته سالاری از کاربردهایی است که اجرای حکمرانی مناسب در همه بخش‌ها و نظام‌ها می‌تواند باعث آن شود. نظام سلامت یکی از پیچیده‌ترین سطوح سیستم‌های باز است. هدف و مأموریت نظام سلامت که عامل شکل‌گیری و بقای تک تک اجزای این نظام است، کاملاً پویا و متغیر بوده و با توجه به اولویت‌ها و وقوع مخاطرات و بیماری‌ها در دوره‌های مختلف تغییر می‌کند. منابع انسانی، اصلی‌ترین رکن و موتور محرکه و تصمیم‌سازی در نظام سلامت است. همچنین جذب نیروهای شایسته در بستر نظام سلامت بصورت گسترده می‌تواند موجب افزایش ظرفیت در دو حوزه کمیت نیروها و منابع انسانی در هنگام مواجهه با مشکلات شود و هم کیفیت و شایستگی بالای منابع انسانی را نیز در پی داشته باشد. جنبه دیگر ایجاد ظرفیت را می‌توان در بالا بردن ظرفیت امکانات درمانی و بهداشتی و تجهیز مراکز و بدنه مجموعه نظام بهداشت و درمان به ماشین‌ها و تکنولوژی‌های روز دنیای بهداشت و درمان عنوان کرد. از نهادهای و شرکای دخیل در استفاده و اجرایی شدن کارکردهای اجرای حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت می‌توان به سمن‌های سلامت، قوه مجریه، دانشگاه‌های علوم پزشکی و رسانه اشاره کرد.

تصمیماتی که موجب افزایش تولید یا به تعبیری رشد اقتصادی می‌شود، همگی در تصمیمات بخش خصوصی و خانوارها در رابطه با سرمایه‌گذاری خلاصه می‌شود. نهادهای سازمان‌های اثرگذار بر عوامل مربوط به بستر الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت را می‌توان در نهادهای زیرمجموعه وزارت رفاه، کمیسیون بهداشت و درمان، قوه قضاییه، بخش خصوصی، رسانه و سازمان‌های بیمه‌گذار دسته‌بندی کرد.

علاوه بر این، در حوزه مقوله‌های مربوط به عناصر حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت کشور، بنا بر بررسی متون مصاحبه‌ها، همانطور که پیشتر اشاره شد، از یک سو سلامت به عنوان نیاز حقیقی بشر شناخته شده است و حتی در دنیای مجازی نیز جزء اصلی‌ترین ضروریات در خور توجه می‌باشد و از سوی دیگر فناوری اطلاعات نقش مهمی در بهبود سلامت مردم و بالا بردن کیفیت زندگی دارد. شناخت تاثیرات بالقوه فناوری اطلاعات در صنعت خدمات سلامت از قبیل اثر بر فرآیند درمان، سرعت و سهولت بازیابی اطلاعات و در دسترس قرار دادن این اطلاعات برای اتخاذ تصمیمات بالینی مبتنی بر موقعیت و فعالیت‌های مدیریتی، آموزشی و پژوهشی، می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌های استراتژیک به منظور ارتقای دستاوردهای نظام سلامت مبتنی بر فناوری و در نهایت، ارتقای سطح سلامت جامعه گردد. اطلاع از چگونگی تامین منابع مالی نظام سلامت به منظور تامین منابع مالی فعالیت‌های بخش سلامت و شناسایی الگوهای تامین اعتبار با توجه به توسعه سطح اقتصادی - اجتماعی، ظرفیت‌ها و زیر ساخت‌های مالی، قابلیت اجرا، مسئولیت و پاسخگویی سیاسی در قبال سیاست‌های اتخاذ شده، می‌تواند مبنایی صحیح برای برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی و درمانی عدالت محور، قرارگیرد. نهادهای و شرکای اثرگذار در فراهم‌سازی الزامات اجرایی شدن و عناصر الگوی حکمرانی



نظر خبرگان سلامت، به تفکیک مشخص و تعیین گردیده‌اند. با توجه به توسعه الگوهای مبتنی بر همکاری‌های شبکه‌ای در حوزه‌های مختلف بخش خدمات، گرایش روز افزون به سمت تعاملات بیشتر و عمیق‌تر بین بازیگران مختلف در نظام سلامت مشهود است. سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه دهنندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سلامت عمومی دارند. با توجه به ویژگی مسائل عمومی پیش روی جامعه ایران و ناتوانایی دولت برای رفع تمامی این چالش‌ها و نیز ارتقای علم و آگاهی شهروندان و مطالبه بیشتر برای نه تنها دریافت خدمات بهتر، بلکه مشارکت در فرآیندهای تدوین، اجرا و ارزیابی خط مشی‌های عمومی، روی آوردن به حکمرانی شبکه‌ای که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه‌ها است، اجتناب ناپذیر است.

مقایسه با پژوهش‌های پیشین

حکمرانی شبکه‌ای مفهوم نسبتاً جدیدی در ادبیات مدیریت دولتی می‌باشد. در کشور ما در سال‌های اخیر و بویژه به موازات پژوهش حاضر به این مفهوم پرداخته نشده و اگر هم پرداخته شده است از زوایای دیگر مورد پژوهش قرار گرفته اما هنوز بطور خاص پژوهشی در زمینه حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت با این رویکرد در داخل کشور صورت نگرفته است. در ادامه چند مورد از این پژوهش‌ها مرور می‌شوند و سپس پژوهش‌های همراستا با پژوهش حاضر، به تفکیک مفاهیم بدست آمده در این پژوهش ارائه می‌شود.

در رابطه با مولفه‌های استخراج شده در بخش کیفی پژوهش و همچنین یافته‌های بخش کمی پژوهش، جلالی خان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود که بصورت مروری سیستماتیک صورت گرفته بود و به بررسی و مرور مبانی نظری و تجربی در حوزه حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت

در پایان در حوزه نتایج الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت، بنا بر یافته‌های پژوهش، و نیز به عقیده کارشناسان و نخبگان و مصاحبه شوندگان، در عصر حاضر که هزینه‌های مراقبت‌های سلامت با سرعت بالایی در حال افزایش هستند، همین مساله موجب شده تا روز به روز توجه بیشتری به کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت جلب شود. بنا بر نتایج پژوهش می‌توان عنوان داشت توجه به موضوع سلامت را محور توسعه همه جانبه و یکی از مصادیق مهم عدالت توصیف می‌کنند. لذا اجرای الگوی حکمرانی شبکه‌ای در این حوزه شاید اصلی‌ترین محرکه جهت حرکت به سمت توسعه همه‌جانبه باشد. با بررسی و تحلیل متون مصاحبه‌ها و همچنین مروری بر مطالعات پیشین، بیان شده است که استقرار حکمرانی شبکه‌ای به افزایش رضایت مردم از حکومت و پذیرش حکومت مرکزی از سوی عامه مردم می‌گردد. بهبود خدمت رسانی، شایسته سالاری، بهره‌وری و عملکرد مطلوب، همگی از جمله فاکتورهایی هستند که با استقرار حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت، قابل دسترس هستند و منجر به مقبولیت عمومی حاکمیت از سوی مردم می‌شود. همکاری کنشگران در شبکه‌های حکمرانی باعث ایجاد هم افزایی می‌شود و دستاوردهایی در پی خواهد داشت که عبارتند از ایجاد تعامل، شایسته سالاری و ظرفیت سازی. در نتیجه این کارکردها پیامدهای ارتقای خدمت رسانی، توسعه همه جانبه و تامین حوائج عامه و مقبولیت حاصل می‌شود.

در خصوص شرکای سلامت و ذینفعان و کنشگران سلامت ذکر این نکته ضروری است که کلیه شرکای سلامت که به تفکیک برای هر یک از ابعاد الگو تعریف گردیده‌اند، در نظام حکمرانی سلامت دخیل بوده و بعضی هم پوشانی دارند و دلیلی بر اهمیت نهاد و ارگانی بر دیگری نبوده و بر اساس بیشترین ارتباط ممکن با توجه به کارکردهای تعیین شده و



می‌دارد، حکمرانی بیان می‌کند که چگونه مردم یک کشور صرفاً مشتری یا مصرف‌کننده نباشد، بلکه یک شهروندی باشند که حق این را داشته باشد که حکومت خود را مسئول اقداماتی که انجام می‌دهد یا در آن شکست می‌خورد، بداند. **خدمت رسانی:** یکی از نتایج حاصل از اجرای حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران، خدمات رسانی و ارتقای آن می‌باشد. در مطالعات دیگر نیز به این امر اشاره شده است. از جمله اوجو و ملولی (۲۰۱۸) که معتقدند شبکه‌ای حکمرانی موجبات انعطاف پذیری و افزایش سرعت در دولت می‌گردد.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به دسترسی سخت برای مصاحبه حضوری با خبرگان و صاحب‌نظران حوزه سلامت در بخش کیفی پژوهش پرداخت که جایگاه و سمت شغلی مصاحبه شوندگان و همچنین شرایط و بحران کرونا، این مسئله را تشدید کرده بود و کار مصاحبه‌ها زمان بر و طولانی گردید و بعضاً مصاحبه با افراد کلیدی وزارت میسر نگردید و به ناچار از سایر خبرگان دیگر استفاده شد.

نتیجه‌گیری

مزیت‌های حاصل از همکاری شبکه‌ای بدون طراحی و اجرای مدل مناسب حکمرانی در شبکه تحقق نخواهد یافت. با توجه به توسعه الگوهای مبتنی بر همکاری‌های شبکه‌ای در حوزه‌های مختلف بخش خدمات، گرایش روز افزون به سمت تعاملات بیشتر و عمیق‌تر بین بازیگران مختلف در نظام سلامت مشهود است. سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سلامت عمومی دارند. با توجه به ویژگی مسائل عمومی پیش روی جامعه ایران و ناتوانایی دولت برای رفع تمامی این چالش‌ها، و نیز ارتقای علم و آگاهی شهروندان و مطالبه بیشتر برای نه تنها دریافت

پرداخته بود، ۶ مولفه اصلی سازوکارهای درونی حکمرانی شبکه‌ای، پیشایندها، الزامات، بستر، کارکردهای بیرونی و پیامدها استخراج شده بودند.

همچنین سالاریان‌زاده و لطیفی جلیسه (۱۳۹۸) در بررسی خود از چالش‌های ساختار حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس الگوی ساختار شبکه‌ای، که بصورت مصاحبه کیفی و نیمه ساختاریافته پرداخته بودند، چالش‌های ساختاری نظام حکمرانی را در هفت بعد سیاستگذاری و تصمیم‌گیری، قانونی، سازماندهی، مدیریتی، ارتباطات، مالی و نظارتی دسته‌بندی کردند. در ادامه برخی از مفاهیم بدست آمده در این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌های مرتبط تطبیق داده می‌شود.

توانمندسازی دولت: توانمندسازی دولت به منظور رفع تمامی مشکلات موجود در حوزه سلامت یک ضرورت اجتناب ناپذیر است که به عنوان یکی از مفاهیم مقولات پیش‌بین شناسایی گردید. در این راستا کلیجن و کوپنجان (۲۰۱۶) معتقد هستند که دولت، کسب و کار بخش خصوصی و مردم نمی‌توانند به تنهایی بر مشکلات فائق آیند، زیرا منابع یا قابلیت حل مسئله را ندارند.

جهانی شدن: جهانی شدن نیز به عنوان یکی از مفاهیم مقولات پیش‌بین در این پژوهش شناسایی گردید. در این راستا، گریر و ویسمار (۲۰۱۶) معتقدند که حکمرانی سلامت و رفاه جامعه، یکی از محوری‌ترین بخش‌های سازنده حکمرانی خوب است که از طریق چهارچوب ارزشی شامل سلامت به عنوان یک حق انسانی، یک کالای عمومی جهانی، یکی از ابعاد اصلی رفاه و عدالت اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد.

شهروندمداری: شهروندمداری، یکی از مفاهیم مقولات پیش‌بین در الگوی حکمرانی شبکه‌ای نظام سلامت ایران شناسایی شد که اسدالزمان و ویرتانن (۲۰۱۶) نیز عنوان



خدمات بهتر، بلکه مشارکت در فرآیندهای تدوین، اجرا و ارزیابی خط مشی های عمومی، روی آوردن به حکمرانی شبکه ای که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه ها است، اجتناب ناپذیر است.

حکمرانی اثربخش در حوزه سلامت جامعه نیازمند توجه به سلامت در کلیه سیاست ها است و حکومت در همه اقدامات و سیاست گذاری های خود، باید مبحث سلامت و رفاه جامعه را مد نظر قرار دهد. نکته قابل توجه این است که حکمرانی صرفا به دولت بر نمی گردد، بلکه مسئولیت کلی جامعه در سطح کلان است. ذینفعان اصلی جامعه شامل کسب و کارها، کارکنان، دانشگاه ها، رسانه و جامعه مدنی بر مبحث سلامت تاثیر بسزایی دارند و تقویت انرژی این بخش ها و هماهنگی فعالیت های آنها برای سلامت جامعه ضروری است.

در پایان با اتکا بر یافته های پژوهش به ارائه پیشنهادات کاربردی و پژوهشی خواهیم پرداخت؛

۱. پیشنهاد می گردد با دیدگاهی جهان نگر و همراه با علم روز جهانی در این حوزه، به تبیین و تعیین خط مشی ها و سیاست هایی با محوریت سلامت و بهداشت و درمان بپردازند و از تنظیم سیاست هایی که ممکن است حوزه سلامت و بهداشت و درمان را نادیده بگیرد خودداری کنند؛ ۲.
- بازیگران نظام سلامت باید از ظرفیت های موجود در قوانین و اسناد بالادستی در جهت ارتقای حکمرانی بهره گیرند و ظرفیت های قانونی متناسب با نیازهای آینده را ایجاد کنند؛
۳. به منظور کاهش تضادها و موازیکاری بین بازیگران حکمرانی در نظام سلامت و حداکثر بهره برداری از ظرفیت های موجود، وظایف و مسئولیت های آنان بازبینی و بازتعریف شود؛ ۴. بومی سازی تجربه کشورهای موفق در این زمینه منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت کشور می شود

که زمینه را برای دستیابی اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می کند و در نهایت، منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره وری نظام سلامت کشور می گردد؛ ۵. ساختار بوروکراتیک نظام سلامت بازبینی شود و به منظور افزایش چابکی و انعطاف آن، به سمت ساختارهای افقی و شبکه ای حرکت کند؛ ۶. با توجه به تجربیات کشورهای موفق، توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می شود که منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره وری حکمرانی نظام سلامت می شود؛ ۷. جهت بالا بردن میزان مشارکت اجتماعی در طرح الگوی حاکمیت شبکه ای نظام سلامت، آموزش و تسهیل آن از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و ایجاد امکانات و بستر مناسب از جمله اعتمادسازی، آگاهی از راه های برقراری ارتباط با مسئولین، استقبال و پذیرش مسئولین از پیشنهادات، توصیه می گردد؛ ۸. تأکید بر اصلاح و اجرای روش تعیین سهم بودجه ای بخش های مختلف بهداشت و درمان کشور پیشنهاد می گردد؛ ۹. در پژوهش های آتی می توان با مدنظر قرار دادن هر کدام از مقوله ها و مولفه های حکمرانی شبکه ای در نظام سلامت بصورت دقیق تر و جزئی تر به این مباحث پرداخت و نتایج دقیق تری را حاصل نمود؛ ۱۰. بررسی چالش های اجرای الگوی استخراج شده در این پژوهش در پژوهش های آتی پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

برخود لازم می دانیم از همکاری کلیه اساتید، مسئولین و خطی مشی گزاران و فعالان حوزه سلامت که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.



References

1. Abd Rahim A, Abdul Manaf R, Juni M H, Ibrahim N. Health system governance for the integration of mental health services into primary health care in the sub-Saharan Africa and South Asia region: A systematic review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2021; p. 004695802110285.
2. Aldrich R, Committee W, Fe S, Community C, Division S, Fe S, et al. Trust is key to collaboration in managed care health service delivery networks. *Public Administration Review*. 2014;599–600.
3. Ali Khani R, Rasouli MR, Ali Ahmadi AR. The influence of key factors on the optimal network governance model in the health system: a structural equation modeling approach, *Health Management*, No. 74. 2017;19-34. [Persian]
4. Alwani Seyed M. Good governance of a network of civil society activists, development and transformation management, period 1. 2008;1-5. [Persian]
5. Asaduzzaman1, M. & Virtanen, P. "Governance Theories and Models". [https:// www.researchgate.net/ publication/308911311](https://www.researchgate.net/publication/308911311).
6. Bahloul H. Promotion of wisdom and the place of governance in policy-making and health development planning: a critique of existing conditions, online magazine of Iran's public policy-making website. (electronic resource). 2018. [Persian]
7. Danai Fard H, Network public administration in Iran: theoretical and practical principles, requirements, management researches in Iran (Humanities Lecturer), 17th period, number 2 (80 series). 2012. [Persian]
8. Etemadi et al. Network governance theory as basic pattern for promoting financial support system of the poor in Iranian health system, *BMC Health Services Research*, (2021) 21:556..
9. Khajeh Naini, Ashtarian, Mohammadi Kangrani network analysis of the decision-making stage in Iran's nanotechnology policy, *Management Research in Iran*, Volume 18, Number Two, 84. 2013. [Persian]
10. Klijn, E. H. & Koppenjan, J. Governance networks in the public sector London: Routledge, Taylor & Francis Group. 2016; 40(4), 587-606.
11. Macdonald, D., Johnson, R., & Lingard, B. Globalisation, neoliberalisation, and network governance: an international study of outsourcing in health and physical education. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education* 2020; 41(2), 169-186.
12. Mohammadiha, Hale, Memarzadeh, Gholamreza, and Azimi, Parham. Designing a model for improving the country's health system with an emphasis on governance strategies. *Piyavard Salamat*. 2021;15(3), 272-290. SID. <https://sid.ir/paper/1019246/fa>. [Persian]
13. Mossadegh Rad AM, Rahimi Tabar P. The governance model of the health system, *Razi Journal of Medical Sciences*, Volume 26, Number 9. 2018;28-10. [Persian]
14. Kapucu, N., & Hu, Q. The development of network governance and its relevance for public affairs education. *Journal of Public Affairs Education*, 1–9. 2020. doi:10.1080/15236803.2020.183985
15. Salarianzadeh MH, Latifi Jalise S. governance structure challenges in the Ministry of Health, Treatment and Medical Education based on the network structure model, *Hakim Health System Research Journal*, Volume 23, Number 2. 2019. [Persian]
16. Tenbensen, T., Silwal, P. and Walton, L. "Overwriting New Public Management with New Public Governance in New Zealand's approach to health system improvement", *Journal of Health Organization and Management*. 2021; Vol. 35 No. 8, pp. 1046-1061.
17. Van den Oord, S., Vanlaer, N., Marynissen, H., Brugghe-mans, B., Van Roey, J., Albers, S & Kenis, P. Network of networks: preliminary lessons from the Antwerp Port Authority on crisis management and network governance to deal with the COVID-19 pandemic. *Public Administration Review*. 2020; 880-894.



-
18. WHO. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
 19. Wilson, E. Towards Accountability in Democratic Network Governance (Doctoral dissertation), 2015.



Governance Model of the Iranian Healthcare System with a Network Approach (Based on the Foundation's Data Theory)

Hamed Soleimani, Fattah Sharifzadeh*, Davood Hosseinpour, Mir Ali Seyed Naghavi

Public Management Department, Allameh Tabataba'i University

Original Article

Received: 5 Oct 2022

Accepted: 8 May 2023

***Corresponding Author:**

Fattah Sharifzadeh; Professor
of Public Management
Department, Allameh
Tabataba'i University

TEL:

Email:

sharifzadeh_f@atu.ac.ir

ABSTRACT

Introduction

Considering the complexity of services in the health system, which requires the interaction of different people and organizations, weaknesses in network governance models lead to various conflicts and challenges. Considering the challenges of governance in a country's health system, it is necessary to determine a model of health governance using a network approach in the context of a country.

Materials and Methods

The current research is applied in terms of its purpose, which was carried out using a mixed approach with an exploratory design. The method of qualitative analysis is used in the qualitative part to identify the factors affecting the governance of a network using the foundational data theory method. In the quantitative part, for the validity of the model and determining the relationship between the identified factors, confirmatory factor analysis and the structural equation model are used. In this study, MAXQDA software will be used for data analysis.

Results

By analyzing the interviews and reviewing previous studies, six main themes: external factors; antecedents; requirements; platforms and context; functions, and applications; The results and partners (institutions) influencing the network governance of the health system were extracted in each dimension along with their subcategories.

Conclusion

The results obtained in this research showed that health can no longer be considered a mere partial goal for which the responsibility of a single ministry is sufficient to achieve, but the participation of other health actors and activists alongside the Ministry of Health is mandatory and an increasing trend. It is evident that there are more and deeper interactions between different actors in the health system. In addition, according to the results of the research, it can be said that paying attention to the issue of health is described as the center of all-round development and an important examples of justice. Therefore, the implementation of the network governance model in this area is perhaps the main driver for advancing comprehensive development. In addition, the establishment of network governance can lead to an increase in people's satisfaction with the government and acceptance of the central government by the public.

Keywords

Governance, Network governance, Health system, Data theory foundation

► **Please cite this article as:** Soleimani H, Sharifzadeh F, Hosseinpour D, Seyed Naghavi M.A. Governance Model of the Iranian Healthcare System with a Network Approach (Based on the Foundation's Data Theory). J Neyshabur Univ Med Sci 2022;10(2):60-78.