



Iranian Scientific Association
of Public Administration



University of
Sistan and Baluchestan

Formulation of the Local Model of Governance for Iran's Health System with a Network Approach

Hamed Soleimani¹ | Davood Hosseinpour² | Mir Ali Seyed Naghavi³

1. Ph.D. Candidate, Department of Public Administration, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, (Corresponding Author). E-mail: hamedsoleimani1277@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Public Management, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran. E-mail: dhp748@gmail.com
3. Professor of Public Management Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: asnagavi@yahoo.com

Article Info

ABSTRACT

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 5 April 2023
Received in revised form: 21 May 2023
Accepted: 16 June 2023
Published online: 30 June 2023

Keywords:
Governance,
Network
governance,
Health system.

Considering the challenges of governance in the country's health system, it is necessary to determine the model of health governance with a network approach in the context of a country. The current research is applied in terms of its purpose, which was carried out with a mixed approach with an exploratory design. The method of qualitative analysis is used in the qualitative part in order to identify the factors affecting the governance of a network, using the Grounded theory method, and 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 research, MAXQDA software will be used for data analysis. By analyzing the interviews as well as reviewing previous studies, finally 6 main themes: external factors; antecedents; requirements; platforms and context; functions and applications. The results obtained in this research showed that health can no longer be considered as a mere partial goal for which the responsibility of a single ministry is sufficient to achieve it, rather the participation of other health actors and activists is mandatory along with the Ministry of Health and Treatment and an increasing tendency towards more and deeper interactions between different actors in the health system is evident. In addition, according to the results of the research, it can be brought up that paying attention to the issue of health is described as the center of comprehensive development and one of the important examples of justice. Therefore, the implementation of the network governance model in this area is perhaps the main motive to move towards comprehensive development. Also, 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.

Cite this article: Soleimani, H., Hosseinpour, D & Seyed Naghavi, M, A. (2023). Formulation of the Local Model of Governance for Iran's Health System with a Network Approach, *Governance and Development Journal*, 3(2), 147-176.

[https://doi.org/ 10.22111/JIPAA.2023.414955.1136](https://doi.org/10.22111/JIPAA.2023.414955.1136)

Publisher: Iranian Scientific Association of Public Administration & University of Sistan and Baluchestan





دانشگاه ملی تحقیقات و توسعه سلامت ایران

حکمرانی و توسعه

پایه‌های: ۳۴۶۱-۳۲۸۳

Homepage: www.jipaa.ir



انجمن علمی مدیریت دولتی ایران

تدوین مدل بومی حکمرانی برای نظام سلامت ایران با رویکرد شبکه‌ای

حامد سلیمانی^۱ | داود حسین پور^۲ | میر علی سید نقوی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول). رایانامه: hamedsoleimani1277@yahoo.com

۲. دانشیار، گروه مدیریت دولتی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، رایانامه: dhp748@gmail.com

۳. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، رایانامه: asnagavi@yahoo.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

با عنایت به چالش‌های کارکرد حکمرانی در نظام سلامت کشور نیاز است که الگوی حکمرانی سلامت با رویکرد شبکه‌ای در بافت یک کشور مشخص شود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است که با رویکرد آمیخته با طرح اکتشافی-تبینی انجام شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کیفی به منظور شناسایی عوامل موثر بر حکمرانی شبکه‌ای از روش 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 شده است. در این تحقیق از نرم افزار مکس کیودی^۱ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده خواهد شد. با واکاوی مصاحبه‌ها و همچنین بررسی مطالعات پیشین صورت گرفته، در نهایت ۶ مضمون اصلی: عوامل بیرونی؛ پیشایندها؛ عناصر؛ بسترها و زمینه؛ کارکردها و کاربردها. نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که سلامت دیگر نمی‌تواند یک هدف صرفاً بخشی تلقی شود که برای دستیابی به آن، مسئولیت‌پذیری یک وزارتخانه کفایت کند بلکه مشارکت سایر بازیگران و کنشگران سلامت در کنار وزارت بهداشت و درمان الزامی و گرایش روز افزون به سمت تعاملات بیشتر و عمیق‌تر بین بازیگران مختلف در نظام سلامت مشهود است. بعلاوه بنا بر نتایج پژوهش می‌توان عنوان داشت، توجه به موضوع سلامت را محور توسعه همه جانبه و یکی از مصادیق مهم عدالت توصیف است. لذا اجرای الگوی حکمرانی شبکه‌ای در این حوزه شاید اصلی‌ترین محرکه جهت حرکت به سمت توسعه همه جانبه باشد. همچنین استقرار حکمرانی شبکه‌ای می‌تواند منجر به افزایش رضایت مردم از حکومت و پذیرش حکومت مرکزی از سوی عامه مردم گردد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۶

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۲/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۰۹

واژه‌های کلیدی:

حکمرانی، حکمرانی شبکه ای، نظام سلامت.

استناد: سلیمانی، حامد؛ حسین پور، داود و میرعلی، سید نقوی. (۱۴۰۲). تدوین مدل بومی حکمرانی برای نظام سلامت ایران با رویکرد شبکه‌ای

. حکمرانی و توسعه، ۳(۲)، ۱۴۷-۱۷۶.

<https://doi.org/10.22111/JIPAA.2023.414955.1136>



ناشر: انجمن علمی مدیریت دولتی ایران و دانشگاه سیستان و بلوچستان.

مقدمه

میزان مشارکت شهروندان در اداره امور عمومی و حکمرانی متناسب با سیر تطور پارادایم‌ها و نظریه‌های علوم سیاسی و مدیریت دولتی در ادوار مختلف تاریخ متفاوت بوده است. با گذار از پارادایم مدیریت دولتی سنتی به مدیریت دولتی نوین یا همان مدیریت‌گرایی، بر دولت حداقلی و مشارکت حداکثری بازار و بخش خصوصی تاکید می‌شد. در ماورای مدیریت دولتی نوین و حرکت به سوی پارادایم مدیریت ارزش عمومی، پیوند مدیریت دولتی با شهروندان از رهیافت اخلاقی، ارزشی و نهادی مورد توجه قرار گرفت. در این پارادایم به ارزش‌های حقوق شهروندی، مردم‌سالاری، نهادگرایی، خدمت‌گرایی، مشارکت، سرمایه اجتماعی و جامعه مدنی توجه بیشتری نسبت به پارادایم‌های پیشین مدیریت دولتی شده است. همچنین قلمرو قدرت عمومی در مدیریت ارزش عمومی از حوزه دولت، دیوان‌سالاری‌های دولتی و بازار به حوزه‌های وسیع‌تری در سطح جامعه مدنی و شبکه‌های حکمرانی توسعه یافته است و شرکاء و بازیگران زیادی از بخش‌های مختلف دولت، بنگاه‌های تجاری و سازمان‌های مردم‌نهاد در خلق ارزش‌های عمومی و پاسداشت ارزش‌های عمومی مشارکت دارند. ظهور حکمرانی شبکه‌ای دلالت بر سبک متفاوتی از انجام امور برای سیاست‌مداران، مدیران و اداره‌کنندگان بخش دولتی دارد (سالارزهی، ۱۳۹۹).

نظام سلامت نقش مهمی در بهبود و افزایش امید به زندگی دارد. با وجود این، شکاف بزرگی بین توان بالقوه نظام سلامت و عملکرد کنونی آن وجود دارد که بسیاری از آن‌ها به مسایل مربوط به حکمرانی باز می‌گردد (کلین و کوپنجان، ۲۰۱۶^۱). سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقاء سلامت عمومی دارند (سالاریان زاده و لطیفی، ۱۳۹۹). 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 (مصدق‌راد و رحیمی تبار، ۱۳۹۸). در همین راستا عمده‌ترین مشکلات خط‌مشی‌گذاری 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

^۱- Klijn & Koppenjan

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 (تنبنسل و همکاران،^۱ ۲۰۲۱).

کارکرد حکمرانی به عنوان یکی از کارکردهای نظام سلامت کشور، با چالش‌هایی به شرح ذیل روبرو می‌باشد:

- تمرکز نظام سلامت کشور در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عدم هماهنگی و تعامل مناسب با سایر بازیگران و کنشگران حوزه سلامت.
- تکثر صندوق‌های بیمه و یکسان نبودن بسته پایه خدمات.
- تعدد و مستقل عمل نمودن مراکز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی موثر بر سلامت جامعه.
- ارایه خدمات سلامت توسط تنوعی 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 ذی‌نفعان.
- 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 (مصدق راد و همکاران، ۱۳۹۸).

رفع چالش‌ها و مشکلات موجود صرفاً با اقدامات دولت امکان‌پذیر 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 اثر بخشی بیشتر تعاملات میان

¹ -Tenbensen et al.,

سازمانی در نظام سلامت کمک میکند (مکدونالد و همکاران،^۱ ۲۰۲۰). امروزه حکمرانی شبکه‌ای، در حال تبدیل شدن به پارادایمی غالب در حوزه حکمرانی است (مصدق راد و رحیمی تبار، ۱۳۹۸). مزیت‌های حاصل از همکاری شبکه‌ای بدون طراحی و اجرای مدل مناسب حکمرانی در شبکه تحقق نخواهد یافت (عبدالرحیم و همکاران،^۲ ۲۰۲۱). حکمرانی شبکه‌ای بیشتر بر روابط بین بازیگران متمرکز است و شامل استفاده از نهادهای رسمی و غیررسمی برای تصمیم‌گیری و اقدام مشترک است (محمدیها و همکاران، ۱۴۰۱).

ازینرو سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقاء سلامت عمومی دارند (سالاریان زاده و لطیفی، ۱۳۹۹). با توجه به ویژگی مسائل عمومی پیش‌روی جامعه ایران و ناتوانایی دولت برای رفع تمامی این چالش‌ها، و نیز ارتقاء علم و آگاهی شهروندان و مطالبه بیشتر برای نه تنها دریافت خدمات بهتر، بلکه مشارکت در فرآیندهای تدوین، اجرا و ارزیابی خط‌مشی‌های 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 (علیخانی و همکاران، ۱۳۹۷).

امروزه، با توجه به اهمیت روزافزون سلامت در جامعه و وقوع بحران‌هایی مانند بیماری کرونا، به نظر می‌رسد ضرورت دارد تا نظام‌های سلامت در مسیر سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌های تدوین شده، تحولات عمیقی را ایجاد کنند. به نظر می‌رسد تدوین الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران، بتواند گام موثری در بهینه‌سازی نظام خط‌مشی‌گذاری حوزه سلامت باشد. بنابراین در این میان آنچه به نظر مهم‌تر می‌رسد پرداختن به مفهوم حکمرانی در نظام سلامت و بررسی وضعیت حکمرانی نظام سلامت یک کشور است. زیرا اگر قرار باشد سیاستی و یا اقدامی در زمینه سلامت صورت گیرد و یا به حکمرانی آن پرداخته شود متأثر از حکمرانی نظام سلامت خواهد بود. همچنین در کشور ایران در سال‌های اخیر به موضوع حکمرانی در زمینه‌های مختلف پرداخته شده است در عین حال در حوزه سلامت به موضوع حکمرانی و البته حکمرانی شبکه‌ای توجه کمی شده است و مطالعاتی که در این زمینه در داخل کشور انجام شده است بسیار محدود است. 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.

^۱ -Macdonald et al.,

^۲ - Abd Rahim et al.,

ادبیات نظری پژوهش

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، بعضاً "نمونه‌هایی از حکمرانی خارج از بخش سلامت نیز آورده شده است 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:

قره‌داغی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی با عنوان "واکاوی مضامین حکمرانی شبکه‌ای در گردشگری سلامت" به این نتیجه رسیدند که حکمرانی شبکه‌ای گردشگری سلامت دارای سه تم اصلی طراحی شبکه، مدیریت تعاملی شبکه و بسترهای لازم جهت گردشگری سلامت هستند.

محمدی‌ها و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی با عنوان "شناسایی و اولویت‌بندی امور حکمرانی خوب در نظام سلامت کشور" به این نتیجه رسیدند: 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.

سالاریان‌زاده و همکاران در پژوهشی که در سال (۱۳۹۹) با عنوان "چالش‌های ساختار حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس الگوی ساختار شبکه‌ای" انجام دادند چالش‌های ساختاری موجود در نظام حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، براساس الگوی ساختار حکمرانی شبکه‌ای مورد تحلیل قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بی‌ثباتی مدیران، همگام نبودن سرعت سیاست‌گذاری با تغییرات جامعه، عدم آرایه 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.

هوانگ و همکاران^۱ (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان "ارزیابی حکمرانی سلامت در سراسر کشورها" به این نتیجه رسیدند، برای تعیین معیار حکمرانی بهداشت جهانی برای برابری و همبستگی، بررسی وضعیت فعلی شاخص‌ها یا ابزارهای ارزیابی حکمرانی سلامت در سراسر کشورها ضروری است. دیدگاه اساسی این بررسی محدوده این است که با مفاهیم عمیقاً ریشه‌دار حاکمیت، حاکمیت بهداشت جهانی باید حول حکمرانی سلامت کشورها لنگر بیاندازد.

اعتمادی و همکاران (۲۰۲۱) 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.

کاپوس^۲ (۲۰۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که به منظور حکمرانی بهتر در شرایط کرونا، سازمان بهداشت جهانی باید سه اصل را مدنظر قرار دهد: سیاست‌گذاری حکمرانی را به ذی‌نفعان محلی واگذار کند، که دارای توانایی و شرایط بهتری هستند. آنطور که اصول همبستگی ایجاب می‌کند، سازمان جهانی بهداشت منحصراً 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 (محمدی‌ها و همکاران، ۱۴۰۱).

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع پژوهش کاربردی _ توسعه‌ای و از لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع توصیفی با رویکرد تحلیل کیفی و کمی (آمیخته) است. در این تحقیق برای ساخت نظریه، از روش نظریه داده بنیاد استفاده می‌شود. در حقیقت از آنجا که تحقیق حاضر به لحاظ هدف از نوع اکتشافی است، لذا استراتژی اصلی در به کارگیری پژوهش، استفاده از روش "نظریه داده بنیاد" است. "مصاحبه‌های تخصصی نیمه‌ساختار یافته و اسناد و مدارک" دو ابزار گردآوری در روش مذکور در این پژوهش خواهد بود. در حقیقت، در این پژوهش از طریق مصاحبه

^۱ - Huang A et al.,

^۲ - Kapucu

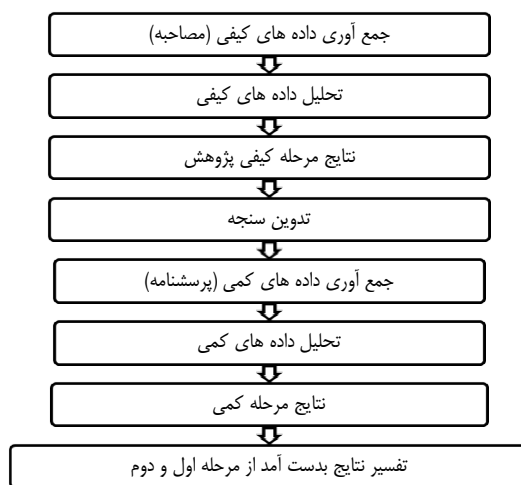
نیمه‌ساختاریافته با خبرگان و کسب توافق لازم، ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های نهایی برای الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران شناسایی و تعیین می‌گردد. براساس مدل کیفی پژوهش از سه شیوه کدگذاری باز و کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی (گزینشی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد که در این روش از نرم افزار مکس کیودی ۲۰۲۰ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده و همچنین در بخش کمی نیز جهت روایی مدل و تعیین میزان روابط عوامل شناسایی شده از روش تحلیل عاملی تأییدی و مدل معادلات ساختاری استفاده شد. برای بررسی فرضیات پژوهش و تحلیل روابط ساختاری بین متغیرها نیز از روش تحلیل عاملی تأییدی و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار اس‌پی‌اس^۱ و اسمارت پی‌ال‌اس^۲ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

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 چهار 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 به عنوان 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 رؤسای 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. در بخش کمی پژوهش، جامعه مورد مطالعه کلیه کارکنان، مدیران و صاحب‌نظران دانشگاه‌های علوم پزشکی خراسان رضوی و سازمان‌های وابسته و یا مرتبط به وزارت بهداشت در استان به تعداد تقریبی ۱۵۰۰۰ نفر بودند که تعداد ۳۷۵ نفر از آنها به صورت تصادفی ساده، با مراجعه و توزیع حضوری پرسشنامه‌ها و بر اساس جدول کرجسی و مورگان انتخاب شدند.

^۱- SPSS

^۲- SMART- PLS

- تعدادی از سوال‌های مصاحبه در بخش کیفی پژوهش به شرح زیر است:
۱. وضعیت فعلی نظام حکمرانی سلامت ایران با رویکرد شبکه ای چگونه است؟
 ۲. شرایط علی و آغازگر حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام‌اند؟
 ۳. عوامل زمینه‌ای موثر بر حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام‌اند؟
 ۴. عوامل مداخله‌گر موثر بر حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام‌اند؟
 ۵. فرآیند اجرای حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت ایران چگونه است؟
 ۶. راهبردها و استراتژی‌های اجرای حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام‌اند؟
 ۷. پیامدهای اجرای حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام‌اند؟
 ۸. الزامات ایجاد حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران کدام‌اند؟
 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؟



شکل ۱. مراحل پژوهش

رویه تحلیل داده‌ها شامل کدگذاری باز، محوری و انتخابی است که به کمک روش شناسی نظریه داده بنیاد و تحلیل متون حاصل از مصاحبه‌های عمیق، نتایج کدگذاری باز، محوری و انتخابی

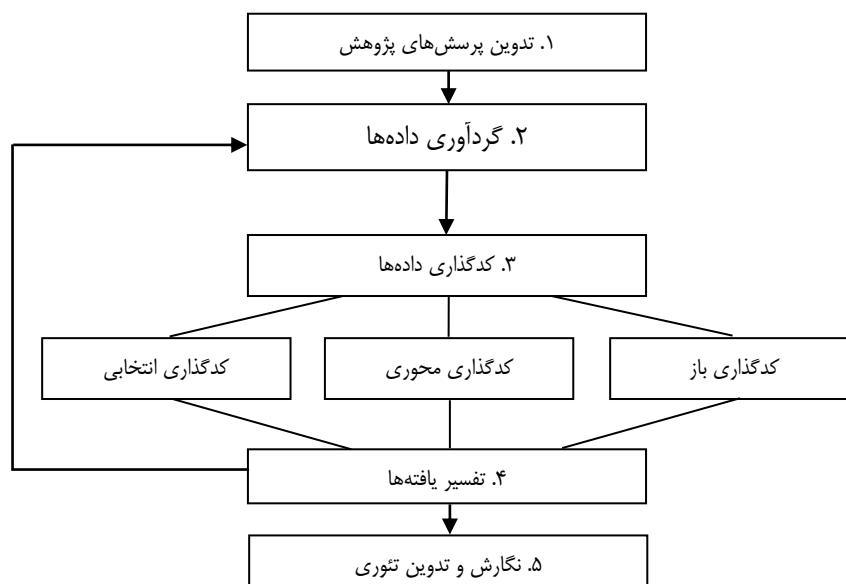
تشریح شده و مدلی نظری برای حکمرانی شبکه‌ای نظام سلامت ایران توسعه یافت و عناصر این مدل نیز تشریح و تبیین گردید.

در جدول ذیل نمونه‌ای از مصاحبه‌های صورت گرفته با خبرگان و نکات کلیدی و کد گذاری باز، مطالعه مورد نظر به عنوان مثال آورده شده است:

جدول ۱. نمونه‌ای از مصاحبه‌های انجام شده با خبرگان

کد گذاری باز	نکات کلیدی	مصاحبه
اقتدار نهادهای مدنی	نهادهای مدنی و بخش خصوصی یقیناً نقش موثر و بی بدیلی در افزایش کارایی نظام سلامت خواهند داشت	PH64
مشارکت اجتماعی	رفع چالش‌ها و مشکلات موجود صرفاً با اقدامات دولت امکان پذیر نیست، بلکه مشارکت با بخش خصوصی و جامعه مدنی برای عبور از این مشکلات ضروری است.	PJ4
مشارکت بخش عمومی و خصوصی	جامعه مدنی، بخش خصوصی، دولت و نهادهای بین المللی از کنشگران و عوامل نهادی در حوزه سلامت محسوب می شوند.	PK19

برای تدوین مدل با توجه به استفاده از روش "نظریه داده بنیاد" از روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و رویکرد خود ظهور استفاده می‌شود. 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 مقوله‌ها برای چارچوب نظری) تأکید دارد، و همچنین به عرضه پارادایم منطقی یا تصویر تجسمی از نظریه در حال تکوین می‌پردازد.



شکل ۲. مراحل روش نظریه داده بنیاد

لازم به ذکر است که این پژوهش، در دو فاز کلی زیر به انجام خواهد رسید:

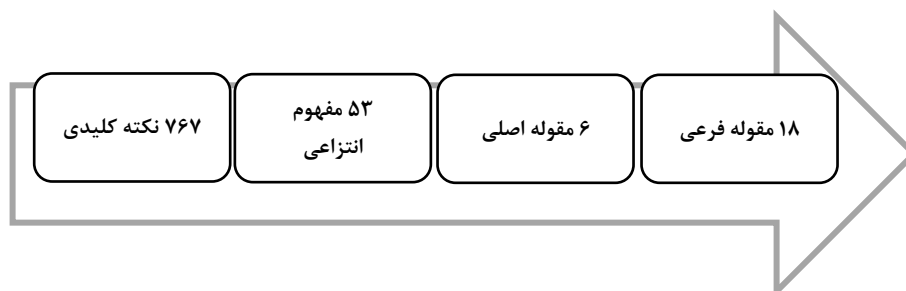
جدول ۲. روش تحقیق در دو فاز

مرحله	روش
شناسایی عوامل حکمرانی شبکه ای (طراحی مدل)	کیفی / روش نظریه داده بنیاد
برازش و آزمون مدل تحقیق و دستیابی به مدل نهایی (رویکرد کمی)	کمی / مدل سازی معادلات ساختاری

یافته‌های پژوهش

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 به صورت 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

در جدول زیر فرآیند ظهور ۵۳ مفهوم (جدید)، ۱۸ مقوله فرعی (جدید) و چگونگی تحقق کفایت نظری در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. همانطور که مشخص هست از انتهای مصاحبه دوازدهم تا انتهای مصاحبه پانزدهم، هیچگونه تغییری در جریان مفاهیم و مقولات شکل گرفته در جریان تحقیق (اعم از ایجاد یا اصلاح) حاصل نشده که به معنای تحقق معیار کفایت نظری می‌باشد.

جدول ۳. فرآیند ظهور مفاهیم و مقولات تا مرز کفایت نظری

ردیف (مصاحبه)	فراوانی کدهای باز	تعداد مفاهیم	تکمیل مفاهیم قبلی	ظهور مقولات فرعی جدید	تکمیل مقولات قبلی
A	۶۷	۱۵	-	۱۰	-
B	۶۵	۲۲	۷	۲	۱
C	۵۲	۳۰	۸	۶	۱
D	۴۴	۳۱	۱	-	-
E	۴۹	۳۳	۲	-	-
F	۶۶	۳۵	۲	-	-
G	۴۶	۳۸	۳	-	-
H	۶۵	۴۲	۴	-	-
I	۶۰	۴۴	۲	-	-
J	۴۶	۴۶	۲	-	-
K	۴۶	۵۰	۴	-	-
L	۵۶	۵۳	۳	-	-
M	۴۳	۵۳	-	-	-
N	۳۷	۵۳	-	-	-
O	۲۵	۵۳	-	-	-

تشریح مقولات بدست آمده در روش داده بنیاد

تعریف و تشریح مقولات در روش داده بنیاد ناظر به مفاهیم و نکات کلیدی زیر مجموعه آنها صورت می‌پذیرد. به عبارت دیگر از آنجا که اتکای اصلی این روش به داده‌های دست اول بوده و در مسیر استقرا از نکات کلیدی کد گذاری باز، "مفاهیم" انتزاعی و سپس "مقولات" انتزاعی تر ساخته می‌شوند، لذا تعریف هر کدام از مفاهیم مقولات با توجه به مسیر طی شده تا شکل‌گیری و ظهور آنها صورت می‌پذیرد. ممکن است پیش‌تر عنوان مفهوم یا مقوله در ادبیات موضوع دارای سابقه نظری باشد، اما آنچه در مسیر روش داده بنیاد بدست می‌آید (هرچند در صورت تشابه ظاهری عنوان آن با نمونه مشابه در ادبیات موضوع) تعریف متفاوتی دارد چرا که خاستگاه اولی نظریات و تجربیات مدون موجود (داده‌های دست دوم) و خاستگاه دیگری داده‌های بدست آمده در جریان تحقیق (داده‌های دست اول) است. بنابراین به منظور درک کامل معنای "مفاهیم" و "مقولات" مراجعه به داده‌های تحقیق به ویژه در مرحله کد گذاری باز اجتناب ناپذیر است.

هر کدام از مقولات، از یک یا چند مفهوم تشکیل شده‌اند که آن مفاهیم در واقع بیانگر ویژگی، شرایط و یا وضعیت موجود و یا مطلوب مقوله مورد نظر در کشور می‌باشند. نکته حائز اهمیت دیگر، همزمانی "توصیف" و "تجویز" در مقولات محوری و فرعی تحقیق است. به این معنا که مقولات شکل گرفته صرفاً بار توصیفی ناظر به توصیف وضعیت موجود و یا توصیف وضعیت مطلوب مورد انتظار نداشته بلکه علاوه بر آن دارای بار تجویزی نیز می‌باشند. به عبارت دیگر هر کدام از آنها باید و نیایدی در مسیر دست‌یابی به وضعیت مطلوب می‌باشند. توجه به جنبه تجویزی مقولات که خود جنبه تجویزی "تئوری" حاصل از روش داده‌بنیاد را شامل می‌شود در درک کامل خروجی‌های روش بسیار راهگشا خواهد بود. در ادامه یک مثال از میان ۱۸ مقوله ظهور یافته در جریان تحقیق آمده است.

● مقوله "تأثیرات محیطی": این مقوله از ۴ مفهوم نیازهای جامعه؛ نظارت عمومی؛ شرایط بازار بهداشت و درمان؛ رویدادهای مهم و تغییر در محیط خارجی تشکیل شده است. هر کدام از مفاهیم مذکور در بر گیرنده بایدها و نبایدهای آثار محیطی مربوط به تأثیر عوامل مختلف پیرامونی اعضای شبکه است که بر شبکه تأثیر می‌گذارد. 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.

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، اخلاق‌مداری و ثبات اقتصادی؛ الزامات به فناوری اطلاعات، ملاحظات الزامی و منابع مالی؛ کارکردها به شایسته‌سالاری، ایجاد ظرفیت و ایجاد تعامل بین دستگاه‌ها و در نهایت مؤلفه نتایج به بهبود خدمت‌رسانی، توسعه همه‌جانبه و مقبولیت تقسیم شدند.

نهایتاً می‌توان ساخت مقولات فرعی و اصلی را در جدول زیر خلاصه نمود:

جدول ۴. ساخت مقولات اصلی و مقولات فرعی

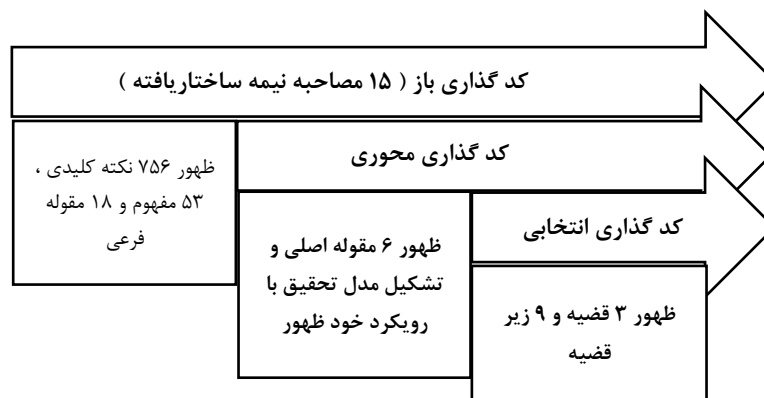
ردیف	مقوله های اصلی	مقوله های فرعی	میزان فراوانی کدهای باز
۱	کارکردها	شایسته‌سالاری	۲۶
		ایجاد تعامل بین دستگاه‌ها	۶۵
		ایجاد ظرفیت	۹۷
۲	پیشایندها	شهروندمداری	۵۲
		جهانی شدن	۱۵
		توانمندسازی دولت	۳۲
۳	زمینه و بستر	کنشگری سیاسی	۲۳
		رشد نهادهای اجتماعی	۵۹
		اخلاق‌مداری	۲۷
۴	عناصر	ثبات اقتصادی	۱۶
		فناوری اطلاعات و ارتباطات	۵۲
		ملاحظات الزامی	۴۷
۵	نتایج	انگیزه مالی	۶۵
		بهبود خدمت‌رسانی	۴۰
		مقبولیت	۵۰
۶	مقولات تأثیرگذار بیرونی	توسعه همه‌جانبه	۳۵
		تأثیرات محیطی	۳۱
		سیاست‌های بالادستی	۳۵

از میان مراحل مذکور در شکل ذیل، دو مرحله "کدگذاری باز" و "کدگذاری محوری" و در پاسخ به سؤالات فرعی تحقیق ارائه گردید و نتیجه مرحله "کدگذاری انتخابی" و با هدف پاسخ به سؤال اصلی تحقیق ارائه شد. منبع اصلی و عمده شکل‌گیری قضایای تئوریک این پژوهش، مصاحبه با خبرگان این موضوع بوده است و تحلیل پژوهشگر، مبانی نظری و ادبیات تحقیق نیز مکمل آن به لحاظ روایی موضوع بوده است. در این بخش نظریه تحقیق در قالب گزاره‌های حکمی و یا قضایای تئوریک که طی فرآیند کدگذاری انتخابی بدست آمده‌اند و بر اساس تحلیل‌های حاصل از مصاحبه‌ها، ۳ قضیه و ۹ زیر قضیه شناسایی و تدوین گردید:

قضیه ۱- تدوین الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران نیازمند "شناسایی و بکارگیری عوامل موثر درونی و بیرونی" است.

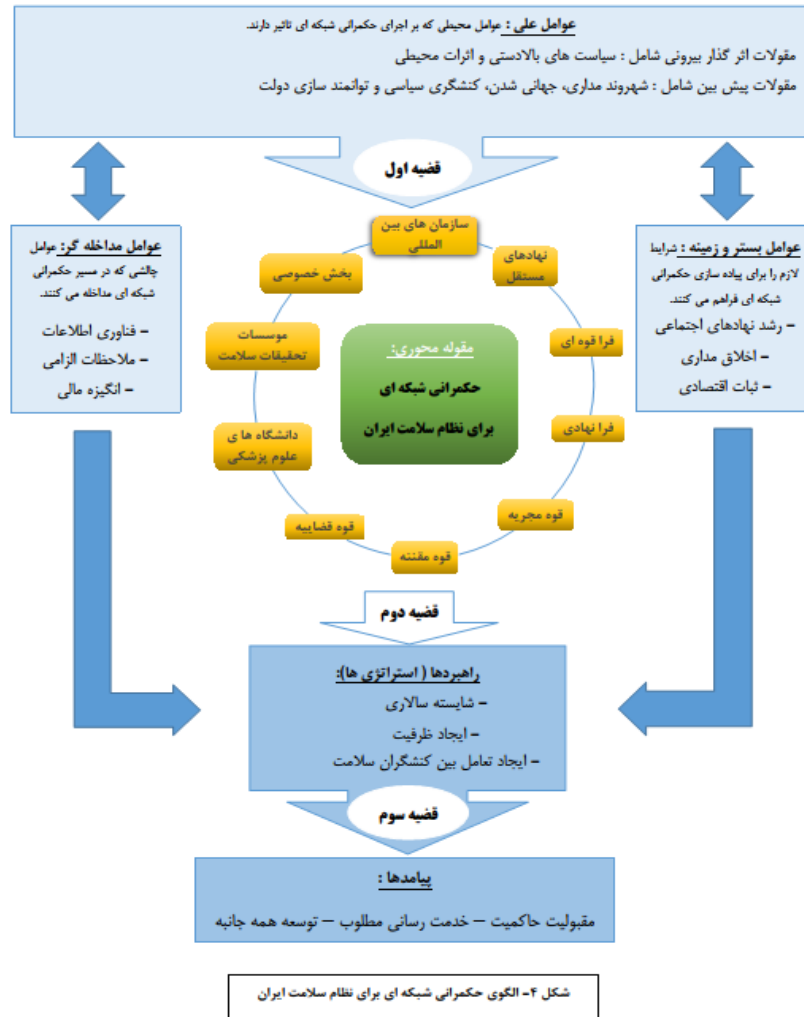
قضیه ۲- "تعامل بین دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی و نقش آفرینی و توانمندسازی آنها" در الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران

قضیه ۳- "تامین سلامت و توسعه همه جانبه به همراه مقبولیت حاکمیت"، از پیامدهای ناشی از اجرای صحیح الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران است.



شکل ۴. جمع بندی سیر تکمیل یافته‌های تحقیق با استفاده از روش داده بنیاد

حال با توجه به مراحل کدگذاری (باز، محوری و انتخابی) و یافته‌های حاصل از آنها، شکل شماره ۵، به عنوان الگوی حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران ارائه می‌گردد.



شکل ۵. الگوی حکمرانی شبکه ای برای نظام سلامت ایران

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 پی‌ال‌اس معروف می‌باشد. براساس نتایج جدول شماره ۵ 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.

جدول ۵. 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		
عوامل پیش‌بین	ناتوانی دولت	۰/۷۲۰	۱۰/۶۵	۰/۰۱	۰/۸۹۹	۰/۶۴۸
	کنشگری سیاسی	۰/۷۶۱	۱۴/۸۹	۰/۰۱		
	چهانگرایی	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
بستر	رشد نهادهای اجتماعی	۰/۸۱۰	۱۵/۴۲	۰/۰۱	۰/۸۸۲	۰/۸۱۲
	اخلاق مداری	۰/۶۱۵	۱۱/۶۴	۰/۰۱		
	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

		۰/۰۱	۱۰/۵۹	۰/۸۰۹	ایجاد ظرفیت	نتایج
		۰/۰۱	۹/۳۷	۰/۸۳۰	ایجاد تفاهم	
۰/۸۲۷	۰/۸۱۶	۰/۰۱	۹/۵۶	۰/۸۶۳	بهبود خدمت‌رسانی	
		۰/۰۱	۹/۸۳	۰/۸۹۹	توسعه همه جانبه	
		۰/۰۱	۹/۶۱	۰/۸۳۹	مقبولیت	

نتایج واکاوی روایی تشخیصی نشان می‌دهد که نشانگرهای گزینشی جهت اندازه‌گیری سازه‌های موجود از روایی تشخیصی قابل قبول برخوردار هستند، زیرا 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 ۶ نشان داده شده است از همه همبستگی‌های دیگر عامل‌ها با آن عامل بالاتر 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 معنی داری با سازه خودش بوده و دوماً هر نشانگر تنها سازه خود را اندازه‌گیری کرده است و نشانگرهای با اختلال در اندازه‌گیری سازه‌های متنوع دیده نمی‌شود که این امر برپایه نتایج روایی قابل برداشت است.

جدول ۶. 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	---	---

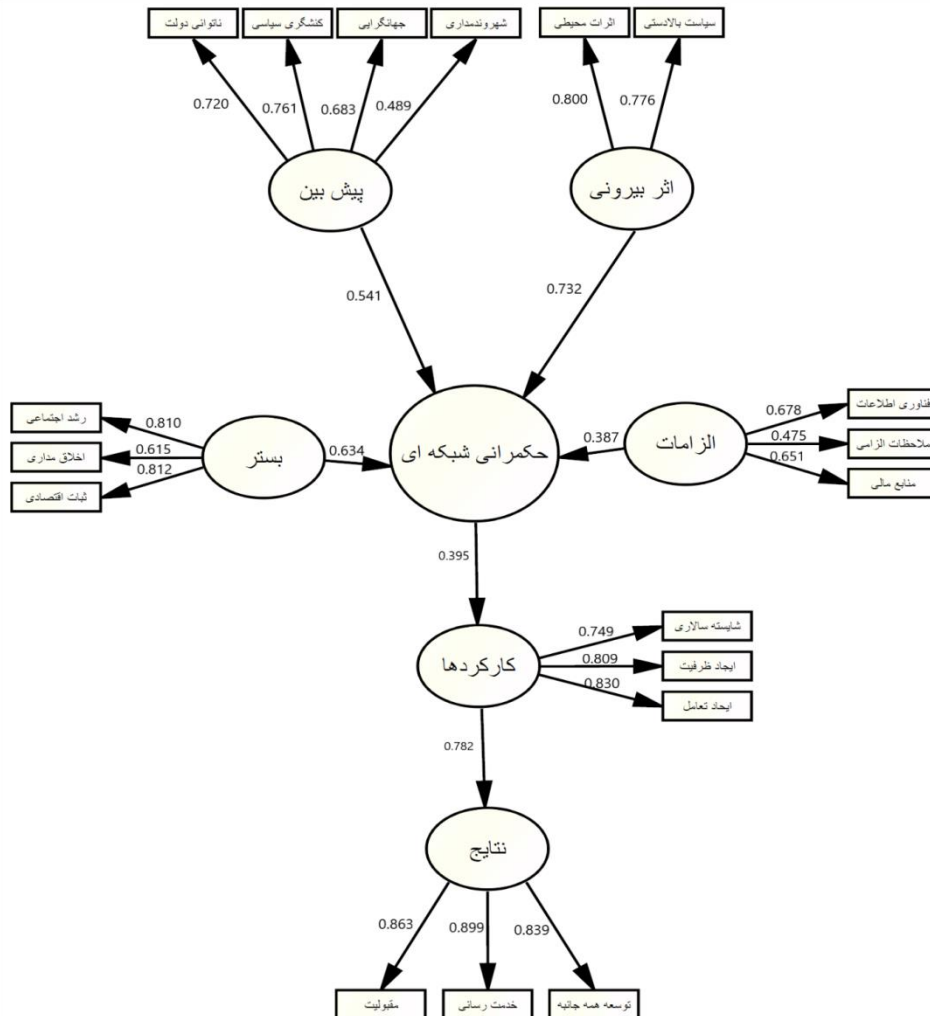
---	۰/۹۰۹						نتایج (۶)
۰/۷۷۷							حکمرانی شبکه‌ای (۷)

مطابق با جدول شماره ۷ نیز می‌توان چگونگی تاثیرگذاری هرکدام از مولفه‌های شناسایی شده در الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت ایران را مشاهده کرد که بر این اساس کلیه مولفه‌ها در سطح ۹۹٪ معنی دار می‌باشند.

جدول ۷. ضریب‌های مسیر و معنی‌داری اثرات متغیرهای تحقیق

از سازه	به سازه	ضریب مسیر	t مقدار	Sig.
مقولات بیرونی	حکمرانی شبکه‌ای	۰/۷۳۲	۱۳/۴۶	۰/۰۰۱
مقولات پیش بین	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

به منظور نشان دادن اعتبار یافته‌های مدل تحقیق از شاخص‌های برازش مدل‌های معادلات ساختاری به شیوه حداقل مربعات جزئی بهره‌گیری شده است. شاخص میانگین عامل تورش واریانس برابر ۴/۳۶ به دست آمده است. این نتیجه نشان داده که هم راستایی چندگانه در مدل به صورت کامل کنترل شده و دقت برآورد مدل در پیش بینی متغیر وابسته، دارای قابلیت اعتماد بالایی می‌باشد



شکل ۶. معادلات ساختاری پژوهش

همچنین فرضیه‌ها در قالب مدل معادلات ساختاری مورد واکاوی قرار گرفتند. با در نظر داشتن نتایج بررسی ارتباط میان سازه مستقل و وابسته با استفاده از ضریب مربوطه می‌توان به معنی‌دار اثرات بین سازه‌های پژوهش پرداخت.

نتیجه‌گیری

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 ارتقاء سلامت عمومی دارند. با توجه به ویژگی مسائل عمومی پیش‌روی 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 خط‌مشی‌های عمومی، روی آوردن به حکمرانی شبکه‌ای که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه‌ها است، اجتناب‌ناپذیر است.

حکمرانی شبکه‌ای، با استفاده از مجموعه‌ای از شبکه‌ها که برای کمک به پشتیبانی برخی از کارکردهای خط‌مشی‌گذاری، 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 ذی‌نفعان 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.

در پژوهش حاضر، نتایج نشان داد که نظام سلامت پدیده‌ای چندوجهی و پیچیده است و به منظور ارتقاء آن باید مجموعه‌ای از راهبردها اجرا شوند. اجرای موثر راهبردهای آرایه شده می‌تواند پیامدهای زیادی داشته باشد که مهمترین آنها بهبود ارتقاء سلامت جامعه و شهروندان است. الگوی آرایه 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 ارتقاء شرایط فعلی و رشد و توسعه‌ی بلندمدت را فراهم کند.

بر اساس 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 سود آوری یا در قالب‌های غیر انتفاعی، عمومی یا خصوصی شکل گیرد. همچنین بر طبق نظر مصاحبه‌شوندگان 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. در رابطه با مقوله‌های مربوط به پیشایندهای حکمرانی شبکه‌ای نیز، مصاحبه‌شوندگان 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 خط‌مشی 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 این‌رو، 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 مبذول نشده است، به طوری که به رغم رشد کمی اعتبارات بودجه‌ای در این بخش، شاخص‌ها، نشان‌دهنده 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 می‌باشد. 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 نسبتاً ملموس از مزایای ارتباط با نظام بهداشت جهانی و جهانگرایی نظام سلامت در کشورهای مختلف بوده است.

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 بین‌المللی 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 در بر می‌گیرد 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 امکان‌پذیر نیست، استفاده از نیروی خودجوش، مستقل و داوطلب مردم در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد کمک‌حائز اهمیتی 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 بی‌توجهی و بی‌مهری واقع شده است. به عقیده کارشناسان و افراد مصاحبه‌شونده، 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 باشد و این قابلیت را دارا باشد که به بخش‌های دیگر نیز کمک کرده و بودجه لازم برای توسعه و پیشرفتشان را فراهم کند. در چارچوب خیلی ساده عمده تصمیماتی که موجب افزایش تولید یا به

تعبیری رشد اقتصادی می‌شود، همگی در تصمیمات بخش خصوصی و خانوارها در رابطه با سرمایه‌گذاری خلاصه می‌شود.

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 یک‌سو 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 زیرساخت‌های مالی، قابلیت اجرا، مسئولیت و پاسخگویی سیاسی در قبال سیاست‌های اتخاذ شده، می‌تواند مبنایی صحیح برای برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی و درمانی عدالت محور، قرار گیرد.

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. شایسته‌سالاری 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 است و با توجه به اولویت نیازها 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.

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 و 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 همه جانبه 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، شایسته‌سالاری، 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 هم‌افزایی می‌شود و دستاوردهایی در پی خواهد داشت که عبارتند از ایجاد تعامل، شایسته‌سالاری و ظرفیت‌سازی. در نتیجه این کارکردها پیامدهای ارتقاء خدمت رسانی، توسعه همه جانبه و تامین حوائج عامه و مقبولیت حاصل می‌شود.

مهمترین عوامل موثر بر سلامتی مردم در خارج از نظام سلامت قرار دارد. تصمیمات سازمان‌های مختلف در سطوح محلی، منطقه‌ای، استانی، کشوری، بین المللی و جهانی بر سلامت و رفاه مردم و جامعه تأثیر دارند. بنابراین، برقراری ارتباطات موثر بین سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت با مدیران سایر بخش‌های جامعه و ایجاد هماهنگی‌های لازم منجر به بهبود عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامتی در جامعه خواهد شد. هماهنگی و همکاری موثر بین وزارت بهداشت و سازمان‌هایی مانند پارلمان، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت اقتصاد و دارایی، وزارت دادگستری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت امور خارجه، سازمان‌های بیمه سلامت، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، صنایع داروسازی و تجهیزات پزشکی و رسانه‌های عمومی منجر به تقویت حمایت طلبی از برنامه‌های بهداشتی و درمانی و دستیابی پایدار به اهداف نظام سلامت می‌شود. وزارت بهداشت باید با بازیگران کلیدی در داخل و خارج دولت ائتلاف قوی برای بهبود عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامتی مردم، ترویج برنامه‌های سلامت و ادغام موضوعات سلامت در همه سیاست‌های کشور به منظور دستیابی به اهداف نظام سلامت تشکیل دهد.

مقایسه با پژوهش‌های پیشین

حکمرانی شبکه‌ای مفهوم نسبتاً جدیدی در ادبیات مدیریت دولتی است. در کشور ایران در سال‌های اخیر و به‌ویژه به موازات پژوهش حاضر به این مفهوم پرداخته نشده و اگر هم پرداخته شده است از زوایای دیگر مورد پژوهش قرار گرفته است 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، جلالی‌خان آبادی 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 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 به‌صورت مصاحبه کیفی و نیمه ساختاریافته پرداخته‌اند، 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 می‌باشد که به عنوان یکی از مفاهیم مقولات پیش بین 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.

- جهانی‌شدن: جهانی‌شدن نیز به عنوان یکی از مفاهیم مقولات پیش بین در این پژوهش شناسایی گردید، در این راستا، گریر و ویسمار^۱ (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.

¹ - Greer & Wismar

- شهروند مداری: شهروندمداری، یکی از مفاهیم مقولات پیش‌بین در الگوی حکمرانی شبکه‌ای نظام سلامت ایران شناسایی شد. که اسدالزمان و ویرتانن^۱ (۲۰۱۶) نیز عنوان 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.

- خدمت‌رسانی: یکی از نتایج حاصل از اجرای حکمرانی شبکه‌ای برای نظام سلامت ایران، خدمات رسانی و ارتقاء آن می‌باشد. در مطالعات دیگر نیز به این امر اشاره شده است. از جمله اوچو و ملولی^۲ (۲۰۱۸) که معتقدند شبکه‌ای حکمرانی موجبات انعطاف‌پذیری و افزایش سرعت در دولت می‌گردد.

پیشنادهای پژوهشی

در پایان با اتکاء بر یافته‌های پژوهش به ارائه پیشنهادات کاربردی و پژوهشی خواهیم پرداخت؛

۱) در خصوص تاثیر و ضرورت توجه به سیاست‌های نهادهای بالادستی بر حکمرانی شبکه‌ای نظام سلامت، به ارکان بالادستی که به طراحی خط‌مشی‌ها و سیاست‌های بلندمدت در حوزه‌های مختلف می‌پردازند پیشنهاد می‌گردد با دیدگاهی جهان‌نگر و همراه با علم روز جهانی در این حوزه، به تبیین و تعیین خط‌مشی‌ها و سیاست‌هایی با محوریت سلامت و بهداشت و درمان بپردازند و از تنظیم سیاست‌هایی که ممکن است حوزه سلامت و بهداشت و درمان را نادیده بگیرد خودداری کنند.

۲) در راستای توجه و رشد نهادهای مردمی، وزارت بهداشت باید یک بازیگر اصلی در نظام سلامت باشد، ولیکن، نباید به عنوان بازیگر انحصاری در طراحی و اجرای اجزای حاکمیت نظام سلامت عمل کند. بازیگران نظام سلامت باید از ظرفیت‌های موجود در قوانین و اسناد بالادستی در جهت ارتقاء حکمرانی بهره‌گیرند و ظرفیت‌های قانونی متناسب با نیازهای آینده را ایجاد کنند.

۳) به منظور کاهش تضادها و موازی کاری بین بازیگران حکمرانی در نظام سلامت و حداکثر بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود، وظایف و مسئولیت‌های آنان بازبینی و بازتعریف شود.

۴) حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است. همانگونه که مشخص شد یکی از مولفه‌های حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت، جهانی شدن بود. بومی‌سازی تجربه کشورهای موفق در این زمینه منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت کشور می‌شود که زمینه را برای دستیابی اهداف

1-Asaduzzaman1 & Virtanen

4- Ojo & Mellouli

پایدار نظام سلامت فراهم می‌کند و در نهایت، منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره‌وری نظام سلامت کشور می‌گردد.

۵) ساختار بوروکراتیک نظام سلامت بازبینی شود و به منظور افزایش چابکی و انعطاف آن، به سمت ساختارهای افقی و شبکه‌ای حرکت کند.

۶) با توجه به تجربیات کشورهای موفق، توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل الزامات و اهداف، کاهش یا ادغام برخی از معاونت‌ها و اداره‌های وزارت بهداشت، توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط و خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری و مدیریت نظام سلامت و تدوین استانداردهای کیفیتی جامع برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می‌شود که منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره‌وری حکمرانی نظام سلامت می‌شود.

۷) جهت بالا بردن میزان مشارکت اجتماعی در طرح الگوی حاکمیت شبکه‌ای نظام سلامت، آموزش و تسهیل آن از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و ایجاد امکانات و بستر مناسب از جمله اعتمادسازی، آگاهی از راه‌های برقراری ارتباط با مسئولین، استقبال و پذیرش مسئولین از پیشنهادات، توصیه می‌گردد.

۸) نظر به سیاست‌های غلط تخصیص بودجه در بخش بهداشت و درمان کشور و اهمیت بالای آن در اجرای حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت، تأکید بر اصلاح و اجرای روش تعیین سهم بودجه‌ای بخش‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی به ویژه بخش بهداشت و درمان کشور، نهادینه شدن امر برنامه‌ریزی در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی با تشکیل منظم ستاد برنامه و ستاد نظارت به منظور تخصیص واقعی اعتبارات به بخش، پی‌ریزی نظام بودجه‌ای عملیاتی به عنوان مقدمه‌ای برای ارتباط بودجه سالیانه با برنامه‌های توسعه پیشنهاد می‌گردد.

۹) در پژوهش‌های آتی می‌توان با مدنظر قرار دادن هرکدام از مقوله‌ها و مولفه‌های حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت بصورت دقیق‌تر و جزئی‌تر به این مباحث پرداخت و نتایج دقیق‌تری را حاصل نمود.

۱۰) بررسی چالش‌های اجرای الگوی استخراج شده در این پژوهش در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- سالاریانزاده، محمدحسین و لطیفی جلیسه، سمیه. (۱۳۹۹). چالش‌های ساختار حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس الگوی ساختار شبکه ای. تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم)، ۲۳(۲) (۸۹ پیاپی)، ۱۸۹-۲۰۰.
- سالارزهی، حبیب اله. (۱۳۹۹). مدیریت ارزش عمومی: پارادایم نوین در مدیریت دولتی بر پایه ارزش‌های عمومی. پژوهش‌های مدیریت عمومی، ۱۳(۴۷)، ۱۸۹-۲۱۸.
- علی‌خانی، رضا، رسولی، محمدرضا و علی‌احمدی، علیرضا. (۱۳۹۷). تاثیر عوامل کلیدی بر مدل حکمرانی شبکه بهینه در سیستم سلامت: یک رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری، مدیریت سلامت، شماره ۷۴، ۱۹-۳۴.
- قره‌داغی، رستم، رجائی، زهرا، آقامحمدی، آرزو و مهدلو، محمد. (۱۴۰۲). واکاوی مضامین حکمرانی شبکه‌ای در بخش گردشگری سلامت. خطمشی‌گذاری عمومی در مدیریت، ۱۴(۴۹)، ۹۳-۱۱۰.
- محمدی‌ها، هاله، معمارزاده، غلامرضا و عظیمی، پرهام. (۱۴۰۰). طراحی مدل ارتقاء نظام سلامت کشور با تاکید بر راهبردهای حکمرانی. پی‌اورد سلامت، ۱۵(۳)، ۲۷۲-۲۹۰.
- مصدق راد، علی محمد و رحیمی تبار، پریسا. (۱۳۹۸). الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی. علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)، ۲۶(۹)، ۱۰-۲۸.

References

- Abd Rahim, A., Abdul Manaf, R., Juni, M. H., & Ibrahim, N. (2021). 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*, 58, 00469580211028579.
- Asaduzzaman1, M. & Virtanen, P. (2016). "Governance Theories and Models". <https://www.researchgate.net/publication/308911311>.
- Etemadi, M., Kenis, P., Ashtarian, K., Abolghasem Gorji, H., & Mohammadi Kangarani, H. (2021). Network governance theory as basic pattern for promoting financial support system of the poor in Iranian health system. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11.
- Greer S, Wismar M, Figueras J.(2016). *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance* . Published by Open University Press. <https://www.euro.who.int/>.
- 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*, 12(7), e063866.
- Kapucu, N., & Hu, Q.(2020).The development of network governance and its relevance for public affairs education. *Journal of Public Affairs Education*, 1-9. doi:10.1080/15236803.2020.183985.
- Klijn, E. H. & Koppenjan, J.(2016). *Governance networks in the public sector London: Routledge, Taylor & Francis Group.*; 40(4), 587-606.
- Macdonald, D., Johnson, R., & Lingard, B.(2020). Globalisation, neoliberalisation, and network governance: an international study of outsourcing in health and physical

education. Discourse: *Studies in the Cultural Politics of Education*; 41(2), 169-186.

Tenbense, T., Silwal, P. & Walton, L.(2021). "Overwriting New Public Management with New Public Governance in New Zealand's approach to health system improvement", *Journal of Health Organization and Management*; Vol. 35 No. 8, pp. 1046-1061.

Van den Oord, S., Vanlaer, N., Marynissen, H., Bruggemans, B., Van Roey, J., Albers, S & Kenis, P.(2020). 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.