

October–November 2022, Volume 11, Issue 5

## The Model of Health System Development in Iran with Grounded Theory Approach: A Qualitative Study

Ahmad Arabkhani<sup>1</sup>, Hossein Dargahi<sup>2\*</sup>, Raheb Ghorbani<sup>3</sup>, Israfil Rushdi<sup>4</sup>

1- PhD Student in Health Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2- Professor, Management Sciences and Health Economics Department, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

3- Professor, Social Determinants of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Basic Sciences, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

**Corresponding author:** Hossein Dargahi, Professor, Management Sciences and Health Economics Department, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

**Email:** [hdargahi@tums.ac.ir](mailto:hdargahi@tums.ac.ir)

Received: 29 Jan 2022

Accepted: 9 July 2022

### Abstract

**Introduction:** The development of health systems leads to the improvement of functions, productivity, efficiency, effectiveness and access to health services in communities, and underdevelopment will lead to weakness in the functions of health systems. The aim of this study was to develop The Model of Health System Development in Iran with Grounded Theory Approach.

**Methods:** The present qualitative research was conducted by the method of Grounded Theory. The research community included senior managers of the Ministry of Health and Medical Education, lecturers from medical universities, and prominent consultants in the field of health management. The number of samples using the theoretical saturation principle was 11 peoples, which were selected by snowball method using purposive sampling method. Data collection was performed through unstructured interviews. To assess the validity of the four criteria, including credibility, generalizability, reliability and verifiability. To assess the reliability of the interviews, the reliability method of retesting and the method of intra-subject agreement were used. Data analysis was performed by open, axial and selective triple coding method.

**Results:** 6 selective codes were identified under the title of components (causal conditions, contextual conditions, intervening conditions, central phenomena, strategies and consequences) and 14 central codes and 40 open codes.

**Conclusions:** The causal conditions component includes 4 central codes, the contextual conditions component includes 2 central codes, the intervening conditions component includes 2 central codes, the central phenomenon component includes 1 central codes, the strategies component includes 2 central codes and the consequences component includes 3 central codes. The managers of the health system are suggested to formulate a strategic and coherent plan for development, including the formulation of goals and strategies in line with the four-year national development plans of the country.

**Keywords:** Development, Health, Grounded Theory, Iran, Qualitative Research.

## الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت در ایران با رویکرد نظریه داده بنیاد: یک مطالعه کیفی

احمد عربخانی<sup>۱</sup>، حسین درگاهی<sup>۲\*</sup>، راهب قربانی<sup>۳</sup>، اسرافیل رشدی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.  
۲- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

۴- استادیار، گروه علوم پایه، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

**نویسنده مسئول:** حسین درگاهی، ستاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

ایمیل: [hdargahi@tums.ac.ir](mailto:hdargahi@tums.ac.ir)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۹

### چکیده

**مقدمه:** توسعه یافتگی نظام های سلامت بهبود کارکردها، بهره وری، کارایی، اثر بخشی و برخورداری جوامع از خدمات سلامت را به همراه دارد و عدم توسعه یافتگی منجر به ضعف در کارکردهای نظام های سلامت خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف طراحی الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت ایران با رویکرد نظریه داده بنیاد انجام شد.

**روش کار:** پژوهش کیفی حاضر، به روش نظریه داده بنیاد انجام شد. جامعه پژوهش، شامل مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدرسین دانشگاه های علوم پزشکی و خبرگان حوزه مدیریت بهداشت و درمان بودند. تعداد نمونه با استفاده از اصل اشباع نظری ۱۱ تن بود که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند به روش گلوله برفی انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. برای سنجش روایی یافته ها از چهار معیار، شامل اعتبار پذیری، تعمیم پذیری، اطمینان پذیری و تأیید پذیری و برای سنجش پایایی مصاحبه ها از روش بازآزمون و روش توافق درون موضوعی استفاده شد. برای سنجش پایایی مصاحبه ها از روش پایایی بازآزمون، و روش توافق درون موضوعی، استفاده شد. تحلیل داده ها، با روش کدگذاری سه گانه باز، محوری و انتخابی انجام شد.

**یافته ها:** ۶ کد انتخابی تحت عنوان مؤلفه های (شرایط علی، شرایط زمینه ای، شرایط مداخله گر، پدیده محوری، راهبردها و پیامدها) و ۱۴ کد محوری و ۴۰ کد باز شناسایی شد.

**نتیجه گیری:** مؤلفه های شرایط علی شامل ۴ کد محوری، مؤلفه های شرایط زمینه ای شامل ۲ کد محوری، مؤلفه های شرایط مداخله گر شامل ۲ کد محوری، مؤلفه های پدیده محوری شامل ۱ کد محوری، مؤلفه های راهبردها شامل ۲ کد محوری و مؤلفه های پیامدها شامل ۳ کد محوری، می باشند. به مدیران نظام سلامت پیشنهاد می گردد برنامه راهبردی و منسجمی در جهت توسعه یافتگی شامل تدوین اهداف و راهبردها در راستای برنامه های توسعه ملی چهار ساله کشور تدوین نمایند.

**کلیدواژه ها:** توسعه یافتگی، سلامت، نظریه داده بنیاد، ایران، مطالعه کیفی.

## مقدمه

امروزه توسعه به عنوان حرکتی رضایت بخش و شادی آفرین در طی مسیری که وضع موجود را به وضع مطلوب پیوند می دهد، تعریف شده است (۱). مفهوم توسعه به عنوان رویکردی کلی نگر، طبیعت گرا و انسان مدار در برگیرنده زمینه های گوناگونی نظیر ارتقای سلامتی، حفظ نظام های اکولوژیکی بلندمدت و تأمین نیازهای بشری است (۲) که در امور مختلف جوامع، به ویژه نظام سلامت، همواره مورد توجه صاحب نظران و سیاست گذاران بوده است.

سلامت موضوعی است که ارتباط بسیار نزدیکی با پیشرفت و توسعه همه جانبه دارد. چرا که ارتقای سلامت باعث کاهش هزینه های مستقیم و غیرمستقیم اقتصاد ملی می شود (۳) و مهم تر اینکه توسعه نظام سلامت موجب افزایش سطح سلامتی افراد جامعه می گردد (۴). بنابراین، نظام های ارائه دهنده مراقبت های سلامت در جوامع مختلف به منظور بقای خود نیازمند حرکت در مسیر توسعه هستند (۵). توسعه یافتگی نظام سلامت شاخصی است که میزان برخورداری افراد جامعه از امکانات، تسهیلات و خدمات مراقبت سلامت را نشان می دهد (۶). از این رو توسعه پایدار نظام سلامت مستلزم راهبردها و فعالیت هایی می باشد که بتوان از طریق آن ها، این مسیر را هموار ساخت. چرا که نظام های سلامت ضعیف منجر به این می شوند که اثربخشی مداخلات دولت ها و الگوهای بین المللی مربوط به دسترسی و استفاده از خدمات سلامت محدود شوند (۷). طبق گزارش های سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت شامل همه افراد و اقداماتی است که هدف اصلی آن ها بهبود سلامتی است. آن ها ممکن است یکپارچه و متمرکز باشند، اما غالباً چنین نیستند. با این حال، نظام مراقبت بهداشتی یک کشور نشان دهنده مدیریت فرهنگی و سیاسی کشور و همچنین توانایی های اقتصادی آن است (۸). سلامتی به عنوان کالای ویژه ی نظام سلامت، پیش نیاز فعالیت عادی هر فرد به عنوان یک شهروند به شمار آمده و فقدان آن نه تنها موجب از بین رفتن رفاه فرد می گردد، بلکه آزادی وی را سلب نموده و انجام فعالیت ها و اقدامات روزمره ی وی را مختل می سازد (۹). بسیاری از صاحب نظران بر این عقیده اند که هرگونه صرف هزینه برای مسائل بهداشتی جامعه به نوعی سرمایه گذاری محسوب می گردد که سرانجام موجب رشد و توسعه نظام سلامت خواهد شد (۱۰). امروزه در سراسر جهان، تمامی سازمان های خصوصی

و عمومی با فشارهای روزافزونی مواجهه هستند، نظام های سلامت نیز به دلیل مواجهه با مسایلی نظیر افزایش شدید مخارج، مسایل مربوط به ایمنی، کیفیت و عدالت و نیز سالمندی جمعیت، شیوع بیماری های مزمن و افزایش انتظارات جامعه، تحت فشار شدید جهت بهبود عملکرد خود هستند، به گونه ای که در سال های اخیر این مساله تبدیل به یک نگرانی سیاسی عمده در اغلب کشورها شده است (۱۱). وضعیت خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای توسعه یافته تا حدود زیادی رضایت بخش است، اما کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف از قبیل فقدان برنامه ریزی بهداشتی و درمان ملی، نظام ناکارآمد خدمات بهداشتی و درمان و کم اهمیت قلمداد کردن بخش بهداشتی و درمان، سهم کمتری از امکانات و منابع خود را در اختیار این بخش قرار می دهند و بدین لحاظ شکاف عمیقی بین کشورهای در حال توسعه و پیشرفته مشاهده می شود (۱۲). بنابراین، داشتن دغدغه تبیین دیدگاه های جامع نسبت به ۲ موضوع توسعه و سلامت، می تواند ملاحظات اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی را یکپارچه سازد (۱۳). توسعه نظام سلامت موجب بهبود کارکردهای آن به صورت پایدار خواهد شد و استفاده از یک الگوی جامع برای توسعه نظام سلامت به منظور توانمندسازی مؤلفه های نظام سلامت با در نظر داشتن تفکر سیستمی منجر به بهبود عملکرد نظام سلامت خواهد شد (۱۴). سپهردوست در مطالعه خود، توسعه یافتگی از دیدگاه شاخص های سلامت را در توزیع عادلانه عواملی نظیر پزشک متخصص، مراکز بهداشتی و درمانی شهری، مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، تعداد انشعابات فاضلاب شهری و خانه های بهداشت در مناطق استانی کشور عنوان کرده است (۶). متقی کاهش نابرابری ها را به منظور توسعه نظام سلامت در گرو شناخت درست شاخص های این بخش می داند که به ۳ زیرگروه تقسیم می شوند: الف- متغیرهای طول زندگی (شاخص امید به زندگی، میزان خام مرگ، میزان مرگ نوزادان، میزان مرگ اطفال زیر یک سال، میزان مرگ اطفال زیر پنج سال و میزان مرگ مادران باردار) و متغیرهای زندگی سالم شامل (درصد بیماری ها، دفعات مراجعه سرپایی، تعداد بیماران بستری). ب- شاخص های نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت شامل: متغیرهای نسبت جمعیت به کادر درمان (نسبت جمعیت به پزشک، نسبت جمعیت به دندان پزشک، نسبت جمعیت به پرستار، نسبت جمعیت به ماما و نسبت جمعیت

به هم وابسته اند و همزمان انجام می شوند (۱۹). جامعه آماری این پژوهش شامل مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدرسین دانشگاه های علوم پزشکی و خبرگان حوزه مدیریت بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. نمونه گیری به شیوه هدفمند از نوع گلوله برفی و از میان مطلعین کلیدی انجام شد. در این روش تعداد نمونه در حین انجام کار مشخص می گردید و نمونه گیری تا زمانی که داده ها به اشباع نظری، ادامه یافت. اشباع نظری به این مفهوم است که پژوهشگر جمع آوری داده ها را تا زمانی ادامه می دهد که داده های جدید در واقع تکرار داده های قبلی باشد و دیگر مفهومی جدید که نیاز به کدگذاری جدید یا گسترش کدها و طبقات موجود داشته باشد به دست نیاید (۱۸). شرکت کنندگان این پژوهش را ۱۱ تن از مطلعین حوزه بهداشت و درمان (شامل مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدرسین دانشگاه های علوم پزشکی و خبرگان حوزه مدیریت بهداشت و درمان) تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: شناخت کامل حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور (شناسایی کامل ساختار وزارت، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، فرایندهای اصلی و اهداف و برنامه های کلان وزارت)، تسلط به حوزه توسعه نظام سلامت (آشنایی با مبانی نظری و عملی توسعه نظام سلامت و ترجیحاً سابقه پژوهش و یا تدریس در این زمینه)، حداقل ۱۰ سال سابقه خدمت در نظام سلامت کشور و تمایل به شرکت در مطالعه بود. و معیار خروج از مطالعه شامل مشارکت کننده هایی که در حین اجرای مطالعه یا مصاحبه به هر نحوی از انجام مصاحبه یا پاسخ به پرسش امتناع کرده و حاضر به ادامه پژوهش نبوده یا علی رغم تماس های مکرر حاضر به تنظیم وقت مجدد برای مصاحبه نبودند، بود.

جهت جمع آوری داده ها، از مصاحبه های نیمه ساختاریافته با خبرگان و متخصصین حوزه بهداشت و درمان استفاده شد. مصاحبه در محل کار مشارکت کننده که سعی شد محیطی آرام و بدون مراجعه کننده باشد، ضبط شد. سؤالات پژوهش یک هفته قبل از شروع مصاحبه برای مصاحبه شوندگان ارسال گردید تا در روز مصاحبه با آمادگی کامل در مصاحبه حضور داشته باشند. در راستای دستیابی به این هدف، سؤالات بر اساس رهیافت نظام مند Corbin & Strauss (۱۸) به این

به بهیار)، متغیرهای نسبت جمعیت به تسهیلات بهداشتی و درمانی (نسبت جمعیت به تخت بیمارستانی، نسبت جمعیت به آزمایشگاه، نسبت جمعیت به داروخانه، نسبت جمعیت به درمانگاه، نسبت جمعیت به رادیولوژی). ج- شاخص های پوشش خدمات سلامت و شاخص های بیماریها و عوامل خطر (۱۵). اعتباریان و همکاران در مقاله ای با عنوان «مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد» معضل اعتیاد را مورد بررسی قرار دادند. و مدل توسعه پایدار سلامت محور را در ۳ بعد اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی و با ۱۲ مؤلفه و ۸۶ شاخص تدوین نمودند (۴). شادپور در مطالعه ای با عنوان «اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران»، چگونگی عرضه خدمات بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه و ضرورت اصلاح این بخش از جامعه را مورد بررسی قرار داد. به عقیده وی، موضوع اصلاح بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه، با چند تناقض از جمله عدم کارآیی و کفایت بخش دولتی در عرضه ی خدمات بهداشتی- درمانی، عدم شفافیت های فنی- مدیریتی و تدابیر راهبردی لازم در راستای اصلاح نظام سلامت و همچنین رفع تمرکززدایی در ساختار قدرت مدیریتی از بالا به پایین مواجه بوده است (۱۶). با توجه به پژوهش های پراکنده و اندکی که در خصوص توسعه نظام سلامت انجام شده است، مطالعه ای که اطلاعات جامعی را در مورد توسعه یافتگی نظام سلامت ارائه نماید، یافت نشد از این رو، دستیابی به الگوی توسعه یافتگی در نظام سلامت به عنوان یکی از بخش های کلیدی تاثیرگذار در جامعه مستلزم انجام پژوهش های زیربنایی است (۱۷). توجه به توسعه یافتگی در نظام سلامت و الزامات موثر بر آن شامل حکمرانی داده محور و مولفه های تاثیر گذار بر تقویت نظام سلامت و چالش هایی چون تامین مالی و انعطاف پذیری امری ضروری است. لذا مطالعه حاضر با هدف طراحی الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت ایران با رویکرد نظریه داده بنیاد انجام شد.

## روش کار

در پژوهش کیفی حاضر از نظریه داده بنیاد مبتنی بر رهیافت نظام مند Corbin & Strauss (۱۸) استفاده شد. نظریه داده بنیاد یک روش پژوهشی است که هدف آن ایجاد نظریه از داده ها به طور استقرایی است و فرایند جمع آوری داده ها، نظم دادن و تحلیل داده ها

شرح مطرح شده اند:

- به نظر شما الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت از چه شرایطی تأثیر می پذیرد (شرایط علی)؟
  - از دیدگاه شما چه شرایطی اجرای الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت را تسهیل می کند (شرایط زمینه ای)؟
  - به نظر شما چه شرایطی باعث اختلال در طراحی اجرای توسعه یافتگی نظام سلامت می شود (شرایط مداخله گر)؟
  - تلقی شما از الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت چیست و چه تعریفی دارد (پدیده محوری)؟
  - روش های اجرایی و راهبردهای عملیاتی کردن توسعه یافتگی نظام سلامت کدامند (راهبردها)؟
  - الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت چه پیامدهایی در جامعه دارد (پیامدها)؟
- برای جمع آوری داده ها، مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان اخذ و نامه معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان از طریق ایمیل و واتساپ برای مصاحبه شوندگان ارسال و همچنین جهت کسب رضایت آگاهانه و موافقت همکاری نمونه مورد مطالعه، با مصاحبه شونده گان هماهنگی تلفنی به عمل آمد. همچنین در روز مصاحبه، در خصوص اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه شد و به مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و مشخصات آن ها ذکر نخواهد شد. میانگین زمان مصاحبه ها بین ۴۰-۵۰ دقیقه بود. از نظریه داده بنیاد برای تحلیل داده ها استفاده شد. لذا از کدگذاری ۳ مرحله ای شامل: کدگذاری باز، محوری و کدگذاری گزینشی یا انتخابی به منظور تحلیل داده ها استفاده گردید. در این کدگذاری ۳ مرحله ای داده ها به صورت مستمر مورد بازبینی و پایش قرار گرفتند (۲۰). در مرحله اول (کدگذاری باز) داده هایی که حول یک مفهوم بودند، گردآوری

شد. در مرحله دوم (کدگذاری محوری) مفاهیمی که معنای مشترک داشتند در قالب کد محوری که در سطح انتزاعی تر نسبت به مفاهیم قرار دارند سازماندهی شدند. در مرحله آخر (کدگذاری گزینشی) در قالب کد انتخابی و تحت عنوان مؤلفه، (component) مفاهیمی که بار معنایی و محتوایی مشترکی داشتند در طبقات ویژه ای قرار داده شدند (۲۰). در پژوهش حاضر برای اعتبارسنجی یافته ها از ۴ معیار Lincoln & Guba شامل اعتبارپذیری، (credibility) تعمیم پذیری، (generalizability) اطمینان پذیری، (reliability) و تأییدپذیری، (verifiability) استفاده شده است (۲۱). برای ارزیابی اعتبارپذیری، از روش بازخورد اعضا استفاده شده است؛ به گونه ای که یافته های پژوهش در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت و آن ها صحت یافته ها و تفسیرها را تأیید کردند. برای ارزیابی تعمیم پذیری، پژوهشگران به شرح فرایند پژوهش از نمونه گیری تا تفسیر یافته ها پرداخته و نمونه ای از متن مصاحبه ها را به عنوان مصادیقی ارائه کردند، به نحوی که خواننده بتواند قابلیت انتقال داده ها را ارزیابی کند. همچنین برای بررسی اطمینان پذیری از نتایج، جمع آوری و تحلیل داده ها تحت نظارت چند تن از مدرسین حوزه مدیریت انجام گرفت و در نهایت برای ارزیابی تأییدپذیری نتایج، یافته های پژوهش در اختیار مدرسین مذکور قرار داده شد و توسط ایشان به تأیید رسید برای سنجش پایایی مصاحبه ها از روش پایایی بازآزمون، و روش توافق درون موضوعی، استفاده شده است.

برای محاسبه پایایی مصاحبه به روش بازآزمون، ۲ هفته پس از کدگذاری اولیه توسط پژوهشگر مجدد کدگذاری شد (۱۹). پایایی به روش بازآزمون، مصاحبه های انجام شده، ۰/۸۴ به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱: محاسبه پایایی مصاحبه ها به روش بازآزمون

ردیف	کد مصاحبه شونده	مجموع کدها در ۲ مرحله	تعداد کدهای مورد توافق	تعداد کدهای ناموافق	پایایی بازآزمون
۱	۱	۱۴	۶	۳	۰/۸۵
۲	۴	۲۲	۹	۲	۰/۸۱
۳	۱۱	۱۶	۷	۳	۰/۸۷
مجموع	۱۶	۵۲	۲۲	۸	۰/۸۴

## احمد عربخانی و همکاران

در مطالعه حاضر برابر با ۰/۸۱ بود و با توجه به اینکه میزان پایایی بیشتر از ۰/۷۰ است، لذا کدگذاری تأیید می شود و می توان ادعا کرد که میزان پایایی تحلیلی مصاحبه ها مطلوب بوده است (جدول ۲).

برای محاسبه پایایی مصاحبه به روش توافق درون موضوعی، از یک عضو هیات علمی دانشگاه درخواست شد که به عنوان پژوهشگر همکار، ۳ مصاحبه را که قبلاً توسط پژوهشگر کدگذاری شده بود مجدداً کدگذاری کند. پایایی مصاحبه ها به روش توافق درون موضوعی

جدول ۲: محاسبه پایایی مصاحبه ها به روش توافق درون موضوعی

ردیف	کد مصاحبه شونده	مجموع کدها در ۲ مرحله	تعداد کدهای مورد توافق	تعداد کدهای ناموافق	پایایی باز آزمون
۱	۱	۱۲	۵	۳	۰/۸۳
۲	۴	۲۳	۹	۲	۰/۷۸
۳	۱۱	۱۹	۸	۳	۰/۸۴
مجموع	۱۶	۵۴	۲۲	۸	۰/۸۱

در مرحله کدگذاری انتخابی، با یکپارچه سازی و پالایش کدهای محوری، در چارچوبی نظری ۶ کد انتخابی مشخص شد، که شامل ۱- شرایط علی (تعهد مدیران ارشد نظام سلامت به توسعه اخلاق مداری در تصمیم سازی و تصمیم گیری نظام سلامت، همسویی دولت و مجلس شورای اسلامی در مسیر توسعه نظام سلامت و همگامی وزارت خانه های مختلف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر توسعه نظام سلامت)، ۲- پدیده محوری (عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور)، ۳- شرایط زمینه ای (دغدغه مندی جامعه در مورد سلامت و فرهنگ وقف در حوزه نظام سلامت)، ۴- عوامل مداخله گر (بودجه سالانه نظام سلامت در کشور و قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت)، ۵- راهبردها (اتخاذ روش های الگوبرداری از نظام های مدرن سلامت و تدوین راهکارهای جذب سرمایه گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت) و ۶- پیامدها (بهبود کیفیت زندگی مردم جامعه، افزایش رضایتمندی جامعه و رشد تولید سرانه کشور) می باشد (جدول ۳).

تحلیل داده ها بر اساس پارادایم نظریه داده بنیاد Corbin & Strauss (۱۸) در ۳ مرحله با استفاده از کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی صورت گرفت.

## یافته ها

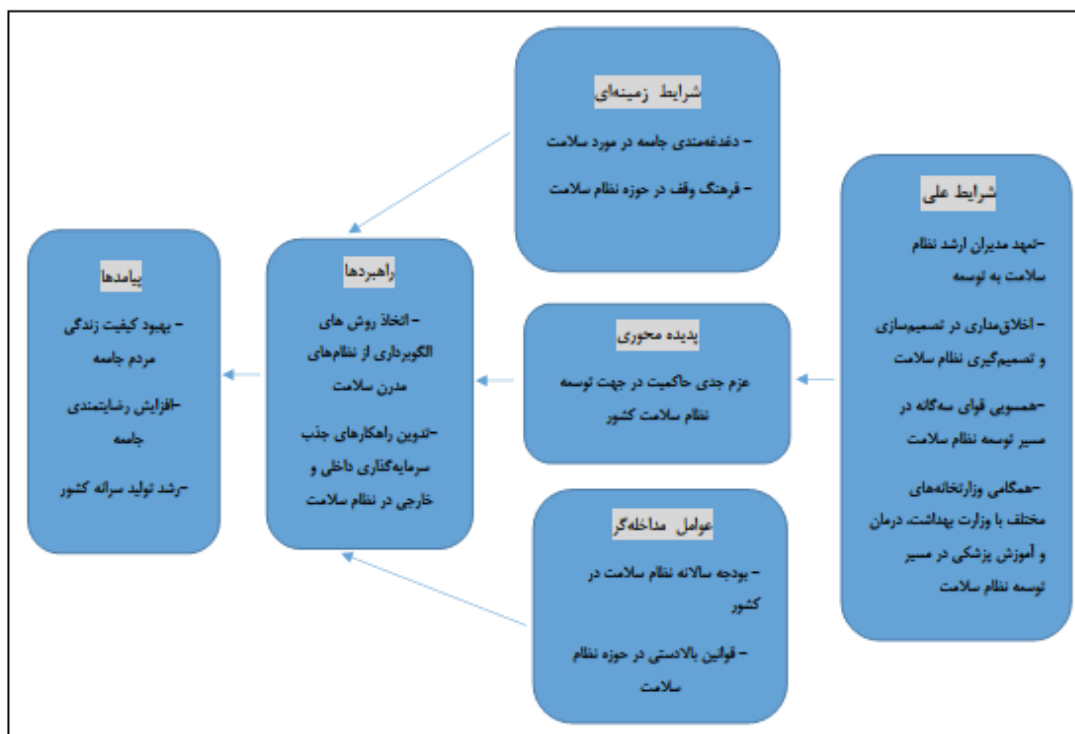
از مجموع ۱۱ تن افراد نمونه مورد مطالعه، از نظر جنسیت، تعداد ۳ تن (۲۷ درصد) زن و تعداد ۸ تن (۷۳ درصد) مرد می باشند. از نظر سابقه کار، تعداد ۵ تن (۴۵/۵ درصد) دارای سابقه ۱۰ تا ۲۰ سال و تعداد ۴ تن (۳۶/۳ درصد) دارای سابقه بین ۲۱ تا ۳۰ سال و تعداد ۲ تن (۱۸/۲ درصد) از ۳۰ سال به بالا بوده اند. از نظر اشتغال، تعداد ۱۱ تن (۱۰۰ درصد) هیات علمی می باشند. از نظر میزان تحصیلات تعداد ۱۱ تن (۱۰۰ درصد) دارای مدرک دکتری می باشند. در فرایند تحلیل داده ها با کدگذاری در ابتدا ۱۳۰ کد باز به دست آمد. که ۹۰ مورد تکراری بود. با حذف آن ها، ۴۰ کد باز برای مطالعه حاضر باقی ماند. سپس در مرحله کدگذاری محوری بعد از شناسایی برچسب های مفهومی در مرحله کدگذاری باز، با ترکیب و تلخیص کدهای اولیه، ۱۴ کد محوری مشخص شد. در انتها

جدول ۳: کدهای انتخابی، محوری و همچنین کدهای باز

کد انتخابی	کد محوری	کد باز
	تعهد مدیران ارشد نظام سلامت به توسعه	تعهد عملی به توسعه نظام سلامت تعهد عملی و تعهد کلامی به توسعه اعتقاد به تفکر سیستمی در مدیران ارشد نظام سلامت
شرایط علی	اخلاق‌مداری در تصمیم‌گیری و تصمیم‌گیری نظام سلامت	تصمیم‌گیری‌های اخلاق‌مدارانه ترجیح منافع ملی بر منافع شخصی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد
	همسویی دولت و مجلس شورای اسلامی در مسیر توسعه نظام سلامت	هم‌افزایی بین دولت و مجلس شورای اسلامی در حوزه توسعه نظام سلامت هماهنگی و توجه ویژه دولت و مجلس شورای اسلامی به امر سلامتی
	همگامی وزارتخانه‌های مختلف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر توسعه نظام سلامت	هماهنگی بین معاونت‌های وزارت بهداشت هماهنگی بین وزارتخانه‌های مختلف
پدیده محوری	عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور	توسعه نظام سلامت یک کار ملی و جامع انسجام و هماهنگی کل حاکمیت
	دغدغه‌مندی جامعه در مورد سلامت	توجه مردم به سلامتی فرهنگ ورزش همگانی فرهنگ خود مراقبتی
شرایط زمینه‌ای	فرهنگ وقف در حوزه نظام سلامت	ظرفیت‌سازی و نگاه به منابع اجتماعی استفاده از ظرفیت خیرین گسترش فرهنگ وقف در نظام سلامت محرومیت بسیاری از کشورها از فرهنگ وقف
عوامل مداخله‌گر	بودجه سالانه نظام سلامت در کشور	تخصیص منابع مالی بودجه وزارت بهداشت
	قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت	وجود قوانین دست و پاگیر ارزیابی قوانین و ارائه پیشنهادهای اصلاحی شناسایی چالش‌های موجود در مسیر توسعه نظام سلامت
	اتخاذ روش‌های الگوبرداری از نظام‌های مدرن سلامت	مستندسازی و استفاده از درس آموخته‌ها الگوبرداری از بهترین‌های صنعت الگوبرداری از نظام‌های مدرن سلامت
راهبردها	تدوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت	جذب سرمایه‌گذار خارجی استفاده از ظرفیت بخش خصوصی گردشگری سلامت ایجاد جذابیت برای سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی
	بهبود کیفیت زندگی مردم جامعه	بالا بردن کیفیت ارائه خدمات سلامتی ارتقاء سطح زندگی مردم ارتقاء کیفیت زندگی مردم منشأ اثرات مثبت در زندگی مردم
پیامدها	افزایش رضایتمندی جامعه	ارتقاء رضایتمندی مردم ارتقاء سلامت پاسخ به نیازهای آحاد جامعه
	رشد تولید سرانه کشور	تقویت زیرساخت‌های تولید سرانه رابطه مثبت بین ارتقاء نظام سلامت و تولید ناخالص ملی

محوری با در نظر گرفتن قالب نظریه داده بنیاد به فرم زیر ارائه می‌گردد:

الگوی مفهومی  
الگوی مفهومی مطالعه برگرفته شده از کدگذاری انتخابی و



شکل ۱: الگوی مفهومی الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت

اسلامی در حوزه توسعه نظام سلامت اتفاق بیافتد تحول عظیمی را برای ما رقم خواهد زد آن وقت است که ما می توانیم به توسعه یافتگی فکر کنیم».

مصاحبه شونده ۱: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۴۷ سال سن، ۲۰ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با اخلاق‌مداری در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نظام سلامت بیان کرد:

«یکی از مشکلات حوزه نظام سلامت ما تعارض منافع است که برای توسعه یافتگی باید هم از رویکرد پیشگیرانه و هم از رویکرد کنترلی برای کاهش این مشکل و برقراری عدالت اجتماعی گام برداریم و منافع ملی را بر منافع شخصی ترجیح دهیم».

مصاحبه شونده ۲: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۵۳ سال سن، ۲۴ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با اخلاق‌مداری در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نظام سلامت عنوان کرد:

«نظام سلامت ما خصوصا در بحث حکمرانی، فقدان سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است اگر خواسته باشیم به توسعه یافتگی فکر کنیم باید ابتدا مدیریت اطلاعات سلامت خود

در ادامه با ارائه نمونه‌هایی از جملات نقل شده توسط افراد مصاحبه‌شونده در ارتباط با الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت به بررسی مختصری از آن پرداخته می‌شود.

۱- شرایط علی (تعمد مدیران ارشد نظام سلامت به توسعه، اخلاق‌مداری در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نظام سلامت، همسویی دولت و مجلس شورای اسلامی در مسیر توسعه نظام سلامت و همگامی وزارتخانه‌های مختلف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر توسعه نظام سلامت)

عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان نظر خود را در خصوص شرایط تاثیرگذار بر الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت این گونه بیان نمودند.

مصاحبه شونده ۹: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۴۹ سال سن، ۲۱ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با همسویی دولت و مجلس شورای اسلامی در مسیر توسعه نظام سلامت عنوان کرد:

«در صورتی که هم‌افزایی بین دولت و مجلس شورای



را تقویت کنیم».

و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با فرهنگ وقف در حوزه نظام سلامت عنوان کرد:

«یکی از اصولی که سازمان جهانی بهداشت همیشه به رهبران سیاسی کشورها توصیه می کند ظرفیت سازی و نگاه به منابع اجتماعی، یک اصل مهم در پوشش همگانی سلامت است. اما در کشور ما با توجه به سنت ها و فرهنگ حاکم بر جامعه، هنوز نتوانسته ایم از این منابع به درستی در حوزه سلامت استفاده کنیم».

مصاحبه شونده ۴: عضو هیات علمی رشته اپیدمیولوژی با ۴۲ سال سن، ۱۰ سال سابقه تدریس در مصاحبه خود در رابطه با دغدغه‌مندی جامعه در مورد سلامت بیان کرد: «نبود تفکر سیستمی در نظام سلامت ما، مثلاً در دوره های مختلف خود مراقبتی در خصوص پیشگیری و کنترل بیماری ها ترویج شده است اما به شکل یک برنامه می آید و می رود یا یک نمونه در فرهنگ خود مراقبتی، فرهنگ ورزش و تحرک بدنی است که می تواند نهادینه شود و جامعه را شاهد و ما را در مسیر توسعه یافتگی قرار دهد زیرا انسان سالم محور توسعه پایدار است».

۴- عوامل مداخله گر (بودجه سالانه نظام سلامت در کشور و قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت): عده ای از مصاحبه شونده‌گان نظر خود را در خصوص شرایطی که باعث اختلال در طراحی اجرای توسعه یافتگی نظام سلامت می شود این گونه بیان نمودند.

مصاحبه شونده ۴: عضو هیات علمی رشته اپیدمیولوژی با ۴۲ سال سن، ۱۰ سال سابقه تدریس در مصاحبه خود در رابطه با بودجه سالانه نظام سلامت در کشور بیان کرد: «عدم کارایی در نظام سلامت ما، ما کشوری هستیم که در حال حاضر جمعیت مون به سمت سالمندی می رود. ما باید نگاه پیشگیرانه داشته باشیم و منابع نظام سلامت به سمت خدمات پیشگیری برود تا درمان و گرنه هر چه منابع در نظام سلامت تخصیص و هزینه کنیم به توسعه یافتگی نمی رسیم زیرا این مسئله باعث هزینه فرصت از دست رفته می شود و اینجاست که ما باید همگام با توسعه ملی حرکت کنیم».

مصاحبه شونده ۱۱: یکی از پزشکان با ۴۷ سال سن، ۱۵ سال سابقه طبابت و مدیریت در مصاحبه خود در رابطه با بودجه سالانه نظام سلامت در کشور بیان کرد:

«هر طرحی در نظام سلامت مستلزم برنامه ریزی و در راستای آن تامین اعتبار کافی است که متأسفانه در نظام

مصاحبه شونده ۳: یکی از پزشکان با ۳۹ سال سن، ۱۱ سال سابقه طبابت و مدیریت در مصاحبه خود در رابطه با همگامی وزارت خانه‌های مختلف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر توسعه نظام سلامت بیان کرد: «ما در سیاست گذاری سلامت نیاز به هماهنگی بین بخشی قوی داریم که متأسفانه این موضوع در نظام سلامت ما فعلاً به خوبی مدیریت نمی شود از جمله همین منابع بیمه ای، چه دلیلی دارد ما انواع صندوق های بیمه داشته باشیم، چه دلیلی دارد اکثر سازمان ها بیمارستان های جداگانه داشته باشند».

۲- پدیده محوری (عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور): عده ای از مصاحبه شونده‌گان نظر خود را در خصوص الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت این گونه بیان نمودند.

مصاحبه شونده ۲: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۵۳ سال سن، ۲۴ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور عنوان کرد:

«یکی از مشکلات توسعه یافتگی این است که کل حاکمیت یعنی دولت و مجلس شورای اسلامی باید سلامت را به عنوان یک اصل در اولویت کار خود قرار دهند آنجاست که ما می توانیم به توسعه یافتگی برسیم».

مصاحبه شونده ۱: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۴۷ سال سن، ۲۰ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور بیان کرد:

«در مرحله اول دولت می باید مسئله توسعه یافتگی نظام سلامت رو به عنوان اولین و مهمترین اولویت به صورت پایدار، مداوم و مستمر مورد توجه قرار بده، در مرحله بعدی افزایش آگاهی توده ای مردم و در نهایت مشارکت مردم هست».

۳- شرایط زمینه ای (دغدغه‌مندی جامعه در مورد سلامت و فرهنگ وقف در حوزه نظام سلامت): عده ای از مصاحبه شونده‌گان نظر خود را در خصوص شرایطی که باعث تسهیل در اجرای الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت می شود این گونه بیان نمودند.

مصاحبه شونده ۹: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۴۹ سال سن، ۲۱ سال سابقه مدیریت

داد. جذب سرمایه در نظام سلامت، یک تخصص مهم در کشورهای پیشرفته است که در کشور ما مورد توجه جدی قرار نگرفته».

مصاحبه شونده ۶: عضو هیات علمی رشته سیاست گذاری سلامت با ۵۴ سال سن، ۱۶ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با تدوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت بیان کرد: «یکی از مشکلات نظام سلامت ما عدم توجه و همراهی با بخش خصوصی است ما برای اینکه بتوانیم از این ظرفیت به خوبی استفاده کنیم راهی بجز همکاری و استفاده از این منابع و در جاهایی واگذاری خدمات نداریم».

مصاحبه شونده ۷: عضو هیات علمی رشته آموزش سلامت با ۵۸ سال سن، ۲۲ سال سابقه تدریس در مصاحبه خود در رابطه با تدوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت بیان کرد:

«یکی از ظرفیت‌هایی که نظام‌های سلامت پیشرفته دنیا به آن توجه می‌کنند گردشگری سلامت است. کشور ما با توجه به شرایط جغرافیایی می‌تواند از این ظرفیت استفاده کند و بخشی از منابع موردنیاز خود را تامین و متعاقب آن توسعه یافتگی ایجاد نماید».

۶- پیامدها (بهبود کیفیت زندگی مردم جامعه، افزایش رضایتمندی جامعه و رشد تولید سرانه کشور): عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان نظر خود را در خصوص پیامدهای الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت این گونه بیان نمودند. مصاحبه شونده ۸: یکی از پزشکان با ۵۵ سال سن، ۲۶ سال سابقه طبابت و مدیریت در مصاحبه خود در رابطه با بهبود کیفیت زندگی مردم جامعه بیان کرد:

«هر خبره‌ای در نظام سلامت می‌داند کیفیت خدمات سبب می‌شود تا مراجعین با بیمار دوباره به ما مراجعه کرده و خدمات مجدد را دریافت کند در صورتیکه کیفیت در ارائه خدمات نباشد قطعاً اتلاف هزینه را داریم و راه به جایی نمی‌بریم که خود تهدیدی است بر توسعه یافتگی».

مصاحبه شونده ۱۰: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۶۰ سال سن، ۳۳ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با بهبود کیفیت زندگی مردم جامعه بیان کرد:

«ارتقاء کیفیت نظام سلامت مستقیماً روی کیفیت جامعه اثرگذار است. تجربه کشورهای توسعه یافته نشان داده که نظام سلامت یک متغیر مهم در تعیین کیفیت زندگی افراد

سلامت ما اکثر برنامه‌ها بدون اعتبارسنجی پایلوت می‌شود و در ادامه بدون نتیجه باقی می‌ماند که باید برای توسعه یافتگی ابتدا به الزامات فکر کرد».

مصاحبه شونده ۲: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۵۳ سال سن، ۲۴ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت عنوان کرد:

«برخی مواقع قوانین بالادستی سد راه توسعه هستند. به نظر می‌رسد جهت دستیابی نظام سلامت کشور به توسعه، برخی قوانین بالادستی باید اصلاح یا حذف شوند». مصاحبه شونده ۴: عضو هیات علمی رشته اپیدمیولوژی با ۴۲ سال سن، ۱۰ سال سابقه تدریس در مصاحبه خود در رابطه با قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت بیان کرد: «قانون‌گذاران کشور با کمک دولت باید چالش‌های موجود در مسیر توسعه نظام سلامت را به خوبی شناسایی کرده و از طریق وضع قوانین مناسب درصدد رفع آن‌ها برآیند».

۵- راهبردها ( اتخاذ روش‌های الگوبرداری از نظام‌های مدرن سلامت و تدوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت): عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان نظر خود را در خصوص روش‌های اجرایی و راهبردهای عملیاتی کردن توسعه یافتگی نظام سلامت این گونه بیان نمودند:

مصاحبه شونده ۱: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۴۷ سال سن، ۲۰ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با اتخاذ روش‌های الگوبرداری از نظام‌های مدرن سلامت بیان کرد:

«بر اساس علم مدیریت یکی از ویژگی‌های سازمان‌های یادگیرنده مستندسازی و استفاده از درس آموخته‌هاست مثلاً همین پاندمی کووید ۱۹ را ببینید، ما بارها آزمون و خطا کردیم، ما می‌توانیم از تجربیات دیگران و یا الگوبرداری از نظام‌های سلامت برتر و بومی سازی آن، با منابع کمتر و سرعت بیشتری به سمت توسعه یافتگی گام برداریم».

مصاحبه شونده ۵: عضو هیات علمی رشته اقتصاد سلامت با ۵۱ سال سن، ۲۵ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با تدوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت بیان کرد:

«نظام سلامت ما نیاز مبرم به جذب سرمایه‌گذاری خارجی دارد. با مدیریت صحیح، بسیاری از سرمایه‌های سرگردان داخلی را می‌توان به سمت نظام سلامت کشور سوق

جامعه است».

مصاحبه شونده ۴: عضو هیات علمی رشته اپیدمیولوژی با ۴۲ سال سن، ۱۰ سال سابقه تدریس در مصاحبه خود در رابطه با بهبود رضایتمندی جامعه بیان کرد:

«یکی از اهداف سند توسعه پایدار توجه به بخش سلامت و رفاه اجتماعی است اگر سیستم سلامت ما پیشگیرانه محور و با سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد حرکت کند که لازمه آن حکمرانی خوب نظام سلامت است. می‌تواند با صرف منابع کمتر، کارایی بهتر و اثربخشی بالاتری را به همراه داشته باشد. با این روش است که رضایت مردم افزایش یافته و ارتقاء سلامت را شاهد خواهیم بود».

مصاحبه شونده ۳: یکی از پزشکان با ۳۹ سال سن، ۱۱ سال سابقه طبابت و مدیریت در مصاحبه خود در رابطه با افزایش رضایتمندی جامعه بیان کرد:

«یکی از اهداف نظام سلامت پاسخ به نیازهای مردم است. ما باید منابع را و در واقع تخصیص منابع را به سمت خدمات با تقاضای بیشتر ببریم این‌ها لازمه توسعه یافتگی است و پیش زمینه آن تعریف بسته دقیق خدمت پایه است. آن وقت است که به نیازهای جامعه هدف خود پاسخ داده ایم».

مصاحبه شونده ۱: عضو هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۴۷ سال سن، ۲۰ سال سابقه مدیریت و تدریس در مصاحبه خود در رابطه با رشد تولید سرانه کشور بیان کرد:

«جامعه سالم، پتانسیل تولید بیشتری دارد. رابطه مثبت بین ارتقاء نظام سلامت و تولید ناخالص ملی، اثبات شده می‌باشد».

## بحث

مطالعه حاضر با هدف طراحی الگوی توسعه یافتگی نظام سلامت ایران با رویکرد نظریه داده بنیاد انجام شد. یافته‌های پژوهش الگوی توسعه یافتگی در نظام سلامت ایران در ۶ کد انتخابی شامل: ۱- شرایط علی (تعهد مدیران ارشد نظام سلامت به توسعه، اخلاق‌مداری در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نظام سلامت، همسویی دولت و مجلس شورای اسلامی در مسیر توسعه نظام سلامت و همگامی وزارتخانه‌های مختلف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر توسعه نظام سلامت)، ۲- پدیده محوری (عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور)،

۳- شرایط زمینه‌ای (دغدغه‌مندی جامعه در مورد سلامت و فرهنگ وقف در حوزه نظام سلامت)، ۴- عوامل مداخله گر (بودجه سالانه نظام سلامت در کشور و قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت)، ۵- راهبردها (اتخاذ روش‌های الگوبرداری از نظام‌های مدرن سلامت و ندوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت) و ۶- پیامدها (بهبود کیفیت زندگی مردم جامعه، افزایش رضایتمندی جامعه و رشد تولید سرانه کشور) شناسایی شدند. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، اولین کد یا مولفه شرایط علی موثر بر توسعه یافتگی نظام سلامت ایران، ۴ عامل مهم به صورت مستقیم بر هسته مرکزی الگو (عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور) اثرگذار هستند. این ۴ عامل شامل: تعهد مدیران ارشد نظام سلامت به توسعه، اخلاق‌مداری در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نظام سلامت، همسویی دولت و مجلس شورای اسلامی در مسیر توسعه نظام سلامت و همگامی وزارتخانه‌های مختلف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر توسعه نظام سلامت می‌باشد. این بدان معناست که تعهد کلامی و عملی مدیران ارشد حوزه بهداشت و درمان کشور به توسعه نظام سلامت می‌تواند در شکل‌گیری عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور نقش آفرین باشد. علاوه بر این، همکاری و هم‌افزایی دولت و مجلس شورای اسلامی کشور در جهت توسعه نظام سلامت، از هدر رفت منابع مالی، انسانی و زمانی جلوگیری خواهد کرد و مطمئناً تقویت کننده عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور خواهد بود. همچنین، تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در سطوح مختلف مدیریتی نظام سلامت کشور نیز یک عامل علی بسیار مهم محسوب می‌شود و می‌تواند در شکل‌گیری فرایند توسعه نظام سلامت و اجرای صحیح راهبرد های این حوزه بسیار نقش آفرینی نماید. نهایتاً، همگامی وزارتخانه‌های مختلف با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مسیر توسعه نظام سلامت نیز می‌تواند وزارتخانه مذکور را تقویت کرده و ضمن برچیده شدن موانع مختلف، فرصت‌های زیادی را در جهت بهبود و تسریع مسیر توسعه نظام سلامت ایجاد نماید.

مطالعه Guenzi & Pelloni نشان داد که امروزه سازمان‌هایی موفق هستند که دارای کارکنان توانمند و متعهد که تاکید بر مشتری‌مداری و افزایش بهره‌وری داشته و بطور

بخشی، بین بخشی و فرابخشی در اجرای برنامه ها و قوانین نظام سلامت را پیشنهاد می نمایند. که یافته های پژوهش حاضر را تایید می نماید (۲۸). یافته های مطالعات داخلی و خارجی نشان می دهد که توجه به عوامل علی اثرگذار بر توسعه یافتگی نظام سلامت امری ضروری است و یافته های این مطالعه بر الزام توجه به شرایط علی توسعه یافتگی نظام سلامت در ایران تاکید می کند. و مهم تر اینکه بر اساس اهمیت شرایط علی در توسعه یافتگی نظام سلامت باید سیاستگذاران و مدیران اجرایی وزرات بهداشت ضمن توجه کامل به شرایط علی از حاکمیت مشارکتی در جهت توسعه یافتگی بهره گیرند.

شناسایی پدیده محوری توسعه یافتگی نظام سلامت ایران را عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت کشور بعنوان هسته اصلی الگوی مطالعه شکل داد و در این مقوله مهم، مؤلفه‌هایی همچون هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی و برنامه‌ریزی اجرایی نظام جمهوری اسلامی برای توسعه نظام سلامت کشور نهادینه گردیده است. مطالعه رضایی و همکاران نشان داد که حکمرانی محرک موفقیت در بسیاری از نظام های سلامت کشورها بوده است و این کشورها به پیشرفت های عمده ای در زمینه سلامت دست یافته اند (۲). نتایج مطالعه ای در چین توسط Yuan و همکاران با عنوان نقش کلیدی حاکمیت در تقویت برنامه بیمه سلامت در مناطق روستایی چین نشان داد که روش های حاکمیتی که می تواند از پیشرفت برنامه ها حمایت کند. شامل اولویت‌بندی توسط دولت مرکزی، توسعه نظام سلامت و سیاست های بهداشتی معین در توسعه کلی ملی؛ تعهد قوی دولت همراه با یک نظام اداری سلسله مراتبی؛ اهداف سیاستی روشن همراه با توانایی دولت محلی برای اتخاذ تدابیر سیاستی که شرایط محلی را در نظر بگیرد (۲۹). مطالعه مصدق راد و رحیمی تبار نشان داد که حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش های متعددی مواجه است. بومی سازی تجربه کشورهای موفق در این زمینه منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت کشور می شود که زمینه را برای دستیابی به اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می کند و در نهایت، منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره وری نظام سلامت کشور می شود (۲۸). یافته های مطالعات داخلی و خارجی نشان می دهد که عزم جدی حاکمیت در جهت توسعه نظام سلامت ضروری است که یافته های پژوهش حاضر هم تائید می کند که عزم جدی حاکمیت

مرتب سیستم ها و فرایندهای کاری را بهبود می بخشد (۲۲). نتایج مطالعه De Pietro & Franceti در خصوص اجرای پرونده الکترونیک سلامت در کشور سوئیس نشان داد که عدم انسجام سازمانی و نهادی در نظام سلامت و عدم توافق بین مدیران در برخی موارد، فرآیند اجرای پرونده الکترونیک سلامت را با کندی مواجه نموده است که با یافته های پژوهش حاضر در یک راستا می باشد (۲۳). مطالعه Gison و همکاران نشان داد که اگرچه تصمیم گیرندگان نظام سلامت به طور فزاینده ای در استفاده از شواهد بالینی و کاربرد تحلیل های اقتصادی در تنظیم اولویت ها موفق عمل می کنند، آن ها در مورد اینکه تصمیماتشان از نظر اخلاقی صحیح می باشد، اطمینان چندانی ندارند. در سال های اخیر، تقاضا برای رویکردهای عملی تنظیم اولویت اخلاقی در نظام های سلامت، افزایش یافته است؛ مثلاً مرکز مشاوره اعتباربخشی نظام سلامت کانادا، لحاظ کردن مسائل اخلاقی در تصمیمات تخصیص منابع را اجباری کرده است (۲۴). مهدوی و موسوی نژاد در مطالعه خود دریافتند که که مدیران مالی دستگاه های اجرایی دولتی در استان فارس، کمتری آشنایی با مفاهیم علم اخلاق داشته و برای حل معضلات اخلاقی در محیط کاری خود بیشتر از باورهای شخصی پیروی می کنند که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت نیست (۲۵). در مطالعه کیانی و همکاران نگاه کلی به ۵ دوره برنامه توسعه گذشته نشان می دهد که با گذشت زمان توجه سیاستگذاران عرصه سلامت از بعد ارائه خدمت به سمت بعد حاکمیت و رهبری منعطف شده است. آنچه در این میان حائز اهمیت است، مغفول ماندن نسبی سایر کارکردها، به ویژه نظام اطلاعات سلامت، طی سال های ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۵ بوده است. به نظرمی رسد اهمیت این کارکرد برای سیاستگذاران نظام سلامت ایران همچنان ناشناخته است که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۲۶). مطالعه Matsuda نشان داد در کشورهای توسعه یافته روشی برای افزایش مشارکت بین وزارت بهداشت و سایر بخش های مهم کلیدی ایجاد شده است. این ارتباط به ویژه بین وزارت بهداشت و وزارت اقتصاد برای تأمین مالی نظام سلامت و سازمان های بیمه سلامت اجتماعی و خصوصی وجود دارد. به عنوان مثال، در ژاپن، بین وزارت سلامت، کار و رفاه و وزارت اقتصاد، همکاری اثربخشی در زمینه تأمین منابع مالی کافی برای بخش سلامت وجود دارد (۲۷). مصدق راد و رحیمی تبار توسعه ارتباطات درون

در جهت توسعه نظام سلامت کشور بعنوان هسته اصلی الگو مد نظر قرار گیرد. بنابراین در جهت تبیین نقش پدیده محوری در توسعه یافتگی می توان گفت وزارت بهداشت باید جهت کاهش تهدیدها و رفع نقاط ضعف کارکردهای نظام سلامت با استفاده از نقاط قوت و فرصت های موجود هدفگذاری مبتنی بر شواهد را در برنامه ریزی مورد توجه قرار دهد.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه، شناسایی شرایط زمینه ای و محیطی موثر بر توسعه یافتگی نظام سلامت می باشد که متغیرهای مهمی همچون دغدغه مندی جامعه در مورد سلامت و فرهنگ وقف در حوزه نظام سلامت می توانند در شکل گیری این راهبردها بسیار نقش آفرین و سازنده باشند و نباید از آن ها غافل ماند. اگر همه موارد فوق الذکر به خوبی شکل گرفته و عمل نمایند، بر اساس الگوی پیشنهادی مطالعه حاضر می توان منتظر حصول پیامدهای مثبت توسعه نظام سلامت از جمله بهبود کیفیت زندگی مردم جامعه، بهبود رضایتمندی جامعه، و رشد تولید سرانه کشور بود. بدین معنا که در کشوری با نظام سلامت توسعه یافته، کیفیت زندگی افراد جامعه بهبود خواهد یافت و به دنبال آن رضایتمندی جامعه از حکومت ارتقاء می یابد. علاوه بر آن، نیروی انسانی سالم، تولید سرانه کشور را ارتقاء می دهد و منافع اقتصادی، سیاسی و اجتماعی فراوانی بدنبال دارد. عرب زاده و همکاران اجرای سازوکارهای مناسب همچون مشارکت در تدوین اهداف سازمانی، سیستم بازخورد عملکرد و تقویت فعالیت های خلاقانه جهت ارتقای خلاقیت و توانمندسازی روانشناختی مدیران را برای جذب بیشتر خیرین پیشنهاد می نمایند، که با یافته های پژوهش

حاضر همسو می باشد (۳۰). در مطالعه Fredriksson & Tritter که در سال ۲۰۱۷ با عنوان اهمیت نقش مشارکت جامعه در راستای ارتقای سلامت انجام شد، نتایج نشان داد اگر جامعه در مسائل مربوط به سلامت مشارکت نمایند این امر موجب ارتقای سطح سلامت جامعه می گردد (۳۱). در مطالعه دیگر De Freitas & Martin با عنوان مشارکت منحصر به فرد در سلامت نشان داد که طی فرایند مشارکت جامعه در سلامت فرصت توزیع دانش سلامت در جامعه ایجاد و تبحر و تسلط در امور سلامت را موجب می گردد. بنابراین، مشارکت های اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای سلامت جامعه و برنامه های توسعه مدنظر قرار می گیرد (۳۲). که با یافته های پژوهش حاضر در یک

راستا می باشد. یافته های مطالعات داخلی و خارجی نشان می دهد که شرایط زمینه ای و محیطی نقش موثری در توسعه بخش سلامت دارد و یافته های این مطالعه در شناسایی شرایط زمینه ای و محیطی که شامل دغدغه مندی جامعه در مورد سلامت و فرهنگ وقف در حوزه نظام سلامت می باشد این مورد را تایید می نماید. از طرفی مشارکت و هماهنگی بین بخشی با هدف ظرفیت سازی اجتماعی و استفاده از توان جامعه در جهت توسعه بخش سلامت با رویکرد مشارکت مردم محور امری ضروری است.

در الگوی مفهومی این مطالعه یکی دیگر از عوامل موثر بر توسعه یافتگی شناسایی عوامل مداخله گر به عنوان یکی از عوامل اصلی و مهم توسعه یافتگی مورد تاکید قرار گرفت که شامل بودجه سالانه نظام سلامت در کشور و قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت می باشد که می توانند راهبردهای مدل را به صورت مستقیم تحت تأثیر خود قرار دهند. Cleary و همکاران در مطالعه خود دریافتند که با توسعه نظام سلامت، برنامه ریزی های بهتر، بهبود تخصیص منابع مادی، انسانی و مالی و شناسایی و حل مشکلات ارائه خدمات بهبود می یابد که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۳۳). Hofmann چالش های مشترک نظام های سلامت در تخصیص منابع را: ۱- منابع مالی ناکافی برای حمایت یکسان از تقاضاهای روزافزون جامعه؛ ۲- عدم نظریه های قوی یا وجود نظریه های متضاد میان افرادی که از لحاظ سیاسی نقش قوی و مؤثری دارند؛ ۳- محدودیت های زمانی، تحلیل عینی و جامع متغیرهای چندگانه را مشکل می سازد؛ ۴- تضادهای چشمگیر منافع؛ ۵- عدم قطعیت در مورد پیامدهای بالقوه و نتایج ناخواسته؛ ۶- تضاد میان ارزش های فردی و حرفه ای؛ ۷- احتمال اینکه تصمیمات اثر منفی روی امنیت شغلی تصمیم گیرندگان داشته باشند، می داند که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۳۴). Tatar و همکاران مسئولیت پذیری سیاسی نقش قابل ملاحظه ای در اثربخشی قوانین و مقررات سلامت کشورها دارد. اقتدار دولت مرکزی و هماهنگی و حمایت مجلس نمایندگان مردم نقش بسزایی در پیشبرد قوانین مرتبط با سلامت دارد. به عنوان مثال، وزارت بهداشت ترکیه سال های متوالی به دنبال اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه سلامت اجتماعی بود. در این راستا سیاست های متعددی نوشته شد، ولیکن، به خوبی اجرا نشدند. در انتخابات عمومی سال ۲۰۰۲ میلادی

کرده و مسیر توسعه را بهتر و دقیق تر نمایان سازد. راهبرد دوم جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت که نشان می‌دهد فرایند توسعه نظام سلامت نیازمند جذب سرمایه‌گذاری‌های کلان است. حال این سرمایه‌ها می‌تواند از منابع داخلی جذب شود و یا با اعتماد سازی و ایجاد ثبات اقتصادی و سیاسی در کشور، می‌توان این سرمایه‌های را از منابع خارجی جذب نمود. مصدق راد و رحیمی طبا در مطالعه خود دریافتند که حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است. بومی سازی تجربه کشورهای موفق در این زمینه منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت کشور می‌شود که زمینه را برای دستیابی به اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می‌کند و در نهایت، منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره‌وری نظام سلامت کشور می‌شود (۲۸). مطالعه Katuu نشان داد که تقلید از سیاست‌های کشورهای که دارای نظام سلامت موفق هستند، بدون در نظر گرفتن واقعیت‌های محلی، ممکن است مؤثر نباشد، زیرا دولت تلاش می‌کند تا در مدت زمان کوتاهی از تغییرات استفاده کند که با یافته‌های پژوهش حاضر هم جهت است (۸). مطالعه گل خندان در مطالعه خود دریافت که کشورهای در حال توسعه ضمن ایجاد فضای امن، باز و آزاد اقتصادی، بسترهای لازم را جهت جذب سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی را به منظور ارتقای سطح سلامت و بهداشت در این کشورها فراهم کنند که با یافته‌های پژوهش در یک راستا می‌باشد (۳۸). یافته‌های مطالعات داخلی و خارجی نشان می‌دهد که راهبردهای الگوبردای از نظام‌های مدرن سلامت و تدوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت نقش بسیار مهمی در مسیر توسعه نظام سلامت دارد که نتایج مطالعه حاضر بر این راهبردها تأکید دارد. براساس نتایج مطالعه اگر چه استفاده از درس آموخته‌های سازمان‌های موفق و الگو برداری از آن‌ها گامی رو به جلو در جهت تقویت و توسعه یافتگی نظام سلامت است اما باید شرایط اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، ظرفیت نظام سلامت را مورد توجه قرار داد زیرا اجرای طرح‌های الگو برداری بدون توجه به الزامات و پیش‌نیازها منجر به شکست و اتلاف منابع بخش سلامت می‌شوند.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه شناسایی پیامدهای توسعه یافتگی نظام سلامت شامل بهبود کیفیت زندگی مردم

یک حزب واحد به قدرت رسید که تعهد زیادی به اصلاحات در زندگی اقتصادی و اجتماعی مردم از جمله بهداشت داشت. دولت جدید پیشنهادهای خود را در بخش سلامت فوری به پارلمان ارائه کرد که مورد تصویب قرار گرفت و زمینه ساز اصلاحات سال ۲۰۰۳ میلادی ترکیه شد که منجر به یکپارچه سازی بیمه‌های سلامت و انتقال بیمارستان‌های سایر وزارتخانه‌ها به وزارت بهداشت شد (۳۵). مطالعه اشترینان و اعتمادی نشان داد که تدوین قوانین الزام آور برای تسهیل روند اجرای سلامت الکترونیک و طراحی گفتمان خاص در هر ۲ سطح مدیریتی و مردم با در نظر گرفتن بازه زمانی مشخص برای تحقق هدف انطباق با الزامات انقلاب چهارم صنعتی ضروری است (۳۶). نتایج پژوهش انجام شده توسط Yoon در سال ۲۰۱۷ در بیمارستان‌های آمریکا نشان داده است که حمایت مالی و سیاسی در قالب قوانین بر میزان پیشرفت پرونده الکترونیک سلامت مؤثر بوده است. حمایت کامل در سطح ملی برای اجرای این موضوع موردنیاز است که با یافته‌های پژوهش حاضر هم جهت است (۳۷). یافته‌های مطالعات داخلی و خارجی نشان می‌دهد که عوامل مداخله‌گر به ویژه بودجه سالانه نظام سلامت در کشور، و قوانین بالادستی در حوزه نظام سلامت به عنوان الزامات نظام سلامت نقش مهمی در توسعه یافتگی دارند که نتایج مطالعه حاضر این عوامل را در جهت توسعه یافتگی مهم برشمرد. لذا در جهت تقویت نظام سلامت و حرکت به سمت توسعه بخش سلامت نیازمند تقویت کارکردهای نظام سلامت خصوصا دو کارکرد تامین مالی و تولید منابع است که می‌تواند با توجه به چالش‌های اقتصادی حال حاضر، سیستم را انعطاف پذیر تر و در نتیجه مسیر دستیابی به اهداف را آسان تر نماید.

بر اساس یافته‌های این مطالعه شناسایی راهبردهای توسعه یافتگی یکی از مولفه‌های مهم تأثیرگذار بر نظام سلامت ایران شامل اتخاذ روش‌های الگوبردای از نظام‌های مدرن سلامت و تدوین راهکارهای جذب سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در نظام سلامت می‌باشد که می‌تواند نتایج بسیار مثبتی در جهت ارتقاء شاخص‌های توسعه یافتگی سلامت داشته باشد. این بدان معناست که متغیرهای علی و مرکزی الگوی مطالعه، این ۲ راهبرد مهم را تقویت خواهند کرد. راهبرد اول، الگوبردای از نظام‌های مدرن سلامت که می‌تواند از بسیاری از آزمون و خطاها جلوگیری

کدامه، افزایش رضایتمندی جامعه و رشد تولید سرانه کشوری باشد. نتایج مطالعه Dronina و همکاران نشان داد که توسعه نظام سلامت منجر به افزایش امید به زندگی، بهبود ارزش ها و ارتقاء سلامت، کاهش میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر ۵ سال شد (۳۹). دماری در مطالعه ای با عنوان نقشه راه حوزه بهداشت در نظام سلامت ایران دستیابی به اهداف راهبردی حوزه بهداشت نظام سلامت را در قالب سه راهبرد کلان مطرح نمود که عبارتند از: ارتقاء سواد سلامت و توانمندسازی مردم، توسعه همکاری بین بخشی و سیاست های سلامت محور و در نهایت، توسعه خدمات شبکه مراقبت های اولیه سلامت دانست که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۴۰). در مطالعه ای که توسط Sibamo & Berheto با هدف بررسی رضایتمندی جامعه با گسترش و توسعه خدمات سلامت در مناطق شهری در جنوب اتیوپی انجام شد نشان داد که توسعه خدمات سلامت و برنامه های مرتبط با توسعه در این بخش سبب افزایش رضایتمندی جامعه شده است که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۴۱). دشمنگیر و عظیم زاده مطالعه ای در حوزه اقتصادی نظام سلامت انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که چارچوب های تأمین مالی ارائه شده در طول زمان متناسب با مقتضیات و نیازهای حوزه سلامت مورد تغییر و توسعه قرار گرفته است. به عبارت دیگر، آنها یکی از شاخص های توسعه یافتگی در نظام سلامت را به روز نمودن چارچوب ها تأمین مالی عنوان نمودند و بهره گیری درست از چارچوب های تأمین مالی را موجب پاسخگویی بهتر نظام های سلامت در ارتباط با کارکردهای تأمین مالی دانستند که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۴۲). یافته های مطالعات داخلی و خارجی نشان می دهد که توسعه یافتگی نظام سلامت منجر به بهبود پیامدهای سلامتی می گردد که نتایج مطالعه حاضر طبق مدل مفهومی این مهم را تایید می نماید. لذا سیاست گذاران نظام سلامت باید کلیه عوامل اثرگذار بر توسعه یافتگی مبتنی بر شواهد را مدنظر قرار دهند تا پیامدهای سلامتی محقق گردد. در نهایت تقویت و توسعه کارکردهای های نظام سلامت خصوصاً کارکرد ارائه کمی و کیفی خدمات سلامت مسیر تحقق هدف نهایی نظام سلامت را

کدامه، افزایش رضایتمندی جامعه و رشد تولید سرانه کشوری باشد. نتایج مطالعه Dronina و همکاران نشان داد که توسعه نظام سلامت منجر به افزایش امید به زندگی، بهبود ارزش ها و ارتقاء سلامت، کاهش میزان مرگ نوزادان و کودکان زیر ۵ سال شد (۳۹). دماری در مطالعه ای با عنوان نقشه راه حوزه بهداشت در نظام سلامت ایران دستیابی به اهداف راهبردی حوزه بهداشت نظام سلامت را در قالب سه راهبرد کلان مطرح نمود که عبارتند از: ارتقاء سواد سلامت و توانمندسازی مردم، توسعه همکاری بین بخشی و سیاست های سلامت محور و در نهایت، توسعه خدمات شبکه مراقبت های اولیه سلامت دانست که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۴۰). در مطالعه ای که توسط Sibamo & Berheto با هدف بررسی رضایتمندی جامعه با گسترش و توسعه خدمات سلامت در مناطق شهری در جنوب اتیوپی انجام شد نشان داد که توسعه خدمات سلامت و برنامه های مرتبط با توسعه در این بخش سبب افزایش رضایتمندی جامعه شده است که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۴۱). دشمنگیر و عظیم زاده مطالعه ای در حوزه اقتصادی نظام سلامت انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که چارچوب های تأمین مالی ارائه شده در طول زمان متناسب با مقتضیات و نیازهای حوزه سلامت مورد تغییر و توسعه قرار گرفته است. به عبارت دیگر، آنها یکی از شاخص های توسعه یافتگی در نظام سلامت را به روز نمودن چارچوب ها تأمین مالی عنوان نمودند و بهره گیری درست از چارچوب های تأمین مالی را موجب پاسخگویی بهتر نظام های سلامت در ارتباط با کارکردهای تأمین مالی دانستند که با یافته های پژوهش حاضر هم جهت است (۴۲). یافته های مطالعات داخلی و خارجی نشان می دهد که توسعه یافتگی نظام سلامت منجر به بهبود پیامدهای سلامتی می گردد که نتایج مطالعه حاضر طبق مدل مفهومی این مهم را تایید می نماید. لذا سیاست گذاران نظام سلامت باید کلیه عوامل اثرگذار بر توسعه یافتگی مبتنی بر شواهد را مدنظر قرار دهند تا پیامدهای سلامتی محقق گردد. در نهایت تقویت و توسعه کارکردهای های نظام سلامت خصوصاً کارکرد ارائه کمی و کیفی خدمات سلامت مسیر تحقق هدف نهایی نظام سلامت را

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد مؤلفه های شرایط علی شامل ۴ کد محوری، مؤلفه های شرایط زمینه ای شامل ۲ کد محوری، مؤلفه های شرایط مداخله گر شامل ۲ کد محوری، مؤلفه های پدیده محوری شامل ۱ کد محوری، مؤلفه های راهبردها شامل ۲ کد محوری و مؤلفه های پیامدها شامل ۳ کد محوری، می باشند. لذا پیشنهاد می گردد براساس الگوی این مطالعه، برنامه راهبردی و منسجمی در جهت توسعه یافتگی شامل تدوین اهداف و راهبرد ها در راستای برنامه های توسعه ملی چهارساله کشور تدوین گردد. از جمله محدودیت های این پژوهش، عدم شرکت برخی افراد واجد شرایط برای شرکت در پژوهش به دلایل نامعلوم، محدودیت دسترسی به تمامی صاحب نظران و خبرگان و وجود پاندمی کرونا و فعالیت برخی از کارکنان نظام سلامت در کنترل این بیماری بوده است.

### سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری احمد عربخانی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با راهنمایی آقای دکتر حسین درگاهی، مصوب ۱۳۹۸/۰۲/۲۶ دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان می باشد که در شورای پژوهشی دانشگاه با کد IR.IAU.SEMNAN.REC.1398.004 تصویب گردید. نویسندگان لازم می دانند، مراتب سپاس و قدردانی خود را از مشارکت تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند ابراز نمایند.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی گزارش نکردند.

## References

1. Dejman M, Falahat K, Baradaran Eftekhari M, Mahmoodi Z, Forouzan A, Jorjoran Shushtari Z, et al. [Addressing social determinant of health in iranian healthcare network- a proposed model]. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2015;18(1):14-25. <https://www.magiran.com/paper/1471507/?lang=en>
2. Rezaee M, Shobeiri S. [Analysis of the role of strategic planning in training sustainable development with an emphasis on environmental aspects]. *Environmental Science and Technology*. 2014;4(16):409-20. [https://jest.srbiau.ac.ir/article\\_8298.html?lang=en](https://jest.srbiau.ac.ir/article_8298.html?lang=en)
3. Gharakhani M. [The government and health policy in Iran (1980 to 2009)]. *Journal of Social Sciences*. 2013; 20(61):211-254. <http://dx.doi.org/10.22054/qjss.2013.9802>
4. Etebarian A, Moshref Javadi M, Kivanmanish M. [Developing a health-centered sustainable development model with emphasis on addiction]. *Quarterly Journal of Research on Addiction*. 2019;12(50):43-66. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1752-en.html>
5. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. [Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns]. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(10):637-40. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.160>
6. Sepehrdust H. [Factors influencing development from a health indicators viewpoint]. *Health Information Management*. 2011;8(2):1-8. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=130200>
7. Diana M YV, Hotchkiss D. Health systems strengthening - A literature review. United States Agency for International Development (USAID): USA, Washington, DC. 2017. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-167a.html>
8. Katuu S. Healthcare systems: Typologies, framework models, and South Africa's health sector. *International Journal of Health Governance*. 2018;23(2):134-49. <https://doi.org/10.1108/IJHG-10-2017-0054>
9. Hariri Akbari M. [Development Management]. Tehran: 1st Printing, Ney Publication; 2009. <https://www.gisoom.com/book/1503153/>
10. Lotfalopour M, Fallahi M, Borji M. [The effect of health indicators on Iranian economic growth]. *Journal of Health Management*. 2011;14(46):11-23. <https://doi.org/10.12968/eqhe.2011.1.2.46>
11. Metawie M. Problems with the implementation of performance measurement systems in the public sector where performance is linked to pay: A literature review drawn from the UK. 3rd Conference on Performance Measurements and Management Control; 2005. <https://www.researchgate.net/publication/237620632>
12. Taghvaei M, Shahivandi A. [Spatial distribution of health services in iranian cities]. *Social Welfare*. 2011;10(39):33-54. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-317-en.html>
13. Tabeshian A, Karimabadeh N. [Social determinants of health]. First Interdisciplinary Conference on Human/Community/Health. University of Qom. 2016. [https://research.iaun.ac.ir/pd/tabeshian44/pdfs/PaperC\\_5975.pdf](https://research.iaun.ac.ir/pd/tabeshian44/pdfs/PaperC_5975.pdf)
14. Aqil A SE, Hotchkiss D, Maniscalco L. Health systems strengthening - monitoring, evaluation, and learning guide. United States Agency for International Development (USAID). 2017. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-167c.html>
15. Mottaghi S. [Levels of health development indicators (Case study: Fars province)]. *Journal of Iranian Social Development Studies*. 2018; 10(3):137-147. [https://jisds.srbiau.ac.ir/article\\_12755.html](https://jisds.srbiau.ac.ir/article_12755.html)
16. Shad Pour K. [Health sector reform in Islamic Republic of Iran]. *Hakim Research Journal*. 2006;9(3):1-18. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=67700>
17. Azizkhani F, Varmarzyar H. [Evaluation of regulatory mechanism for the fifth development plan]. *Majlis & Rahbord*. 2011;18(67):164-211. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=175444>
18. Corbin J M, Strauss A L. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Los Angeles, Calif, Sage publications; 2008. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
19. Ashton C, Morton L. Managing talent for competitive advantage: Taking a systemic approach to talent management. *Strategic HR review*. 2005;4(5):28-31. <https://doi.org/10.1108/14754390580000819>



20. Kennedy TJ, Lingard LA. Making sense of Grounded Theory in medical education. *Medical Education*. 2006;40(2):101-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x>
21. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills CA: Sage. 1985. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/naturalistic-inquiry/book842> [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
22. Guenzi P, Pelloni O. The impact of interpersonal relationships on customer satisfaction and loyalty to the service provider. *International Journal of Service Industry Management*. 2004. <https://doi.org/10.1108/09564230410552059>
23. De Pietro C, Francetic I. E-health in Switzerland: The laborious adoption of the federal law on electronic health records (EHR) and health information exchange (HIE) networks. *Health Policy*. 2018;122(2):69-74. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.005>
24. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Evidence, economics and ethics: resource allocation in health services organizations. *HealthcQ*. 2005;8(2):50-9. <https://doi.org/10.12927/hcq..17099>
25. Mahdavi Gh, Mousavi Nezhad S R. [Impact of moral intensity and ethical climate on the decision-making of financial managers in governmental organizations in Fars Province]. 2012;6(4):41-52. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=310717>
26. Kiani MM, Khanjankhani K, Haghighi H, Raoofi A, Mohammadi E, Olyaeemanesh A, et al. [A review of Iranian health system's laws, policies and reforms over the last four decades: A retrospective approach]. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2022;4(4):260-268. <http://journal.ihio.gov.ir/article-1-209-en.html>
27. Matsuda R. The Japanese health care system. *International Profiles of Health Care Systems*. 2015:76-83. <https://www.researchgate.net/publication/269404636>
28. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. [Health system governance in Iran: A comparative study]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019;26(9):10-28. <https://rjms.iums.ac.ir/article-1-5261-en.html>
29. Yuan B, Jian W, He L, Wang B, Balabanova D. The role of health system governance in strengthening the rural health insurance system in China. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16(1):1-20. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0542-x>
30. Arabzade M, Zarei A, Khodayari A, Pourkiani M, Honari H. [Correlation between psychological empowerment and creativity of sports managers in attracting donors]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021;10(5):121-32. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1307-en.html>
31. Fredriksson M, Tritter JQ. Disentangling patient and public involvement in healthcare decisions: why the difference matters. *Sociology of Health & Illness*. 2017;39(1):95-111. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12483>
32. De Freitas C, Martin G. Inclusive public participation in health: policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Social Science & Medicine*. 2015;135(1):31-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.019>
33. Cleary S, Erasmus E, Gilson L, Michel C, Gremu A, Sherr K, et al. The everyday practice of supporting health system development: learning from how an externally-led intervention was implemented in Mozambique. *Health Policy and Planning*. 2018;33(7):801-10. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy051>
34. Hofmann PB. 7 factors complicate ethical resource allocation decisions: we should be more aware of the issues most likely to produce conflicts. *Healthcare Executive*. 2011;26(3):62-3. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07629-x>
35. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández-Quevedo C, et al. *Health System Review*. Turkey; 2011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22455830/>
36. Ashtarian K, Etemadi M. [Fourth industrial revolution; Readiness to change health policy]. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2018;1(3):59-66. URL: <http://journal.ihio.gov.ir/article-1-37-en.html>
37. Yoon D. What we need to prepare for the fourth industrial revolution. *Healthcare Informatics Research*. 2017;23(2):75-6. <https://doi.org/10.4258/hir.2017.23.2.75>
38. Golkhandan A. [The Impact of Foreign Direct Investment on Health in Developing Countries]. *Health Research Journal*. 2017;2(4):235-243. URL: <http://hrjbaq.ir/article-1-175-fa.html> <https://doi.org/10.29252/hrjbaq.2.4.235>
39. Dronina Y, Yoon YM, Sakamaki H, Nam EW. Health system development and performance in

- Korea and Japan: A comparative study of 2000-2013. *Journal of Lifestyle Medicine*. 2016;6(1):16. <https://doi.org/10.15280/jlm.2016.6.1.16>
40. Damari B. [Road map of health area in Iran health system]. *Social Welfare Quarterly*. 2019;18(70):9-30. <https://doi.org/10.29252/refahj.18.70.9>
41. Sibamo EL, Berheto TM. Community satisfaction with the urban health extension service in South Ethiopia and associated factors. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0821-4>
42. Doshmangir L, Azimzadeh S. [A comparative study of health financing frameworks]. *Journal of Health System Research*. 2018;14(2):142-52. URL: <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-1029-en.html>