

تحلیل سلسله مراتبی فازی مؤلفه‌های حکمرانی خوب برای سیاستگذاری نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

مرضیه آزادبان^۱، عباس وثوق مقدم^{۲*}، علی فرهادی محلی^۳ 

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
^۲ گروه مدیریت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران - دانشیار، گروه آموزشی و تحقیقاتی حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب (بازتوانی عصبی)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
^۳ استادیار، گروه مدیریت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

* نویسنده مسؤؤل: عباس وثوق مقدم
a.vosoogh@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: حکمرانی خوب در دو دهه اخیر توجه محافل علمی و بین‌المللی جهان را به خود معطوف نموده است. نوعی حکمرانی که متعهد به حمایت و ارتقاء سلامت انسان است. برای تحقق حکمرانی خوب مؤلفه‌هایی مشخص شده‌اند که بی‌شک آگاهی از وزن و اهمیت هر مؤلفه برای دست یافتن به نتایج مطلوب در سیاستگذاری نظام سلامت ایران ضروری است. هدف مطالعه، تحلیل سلسله مراتبی فازی مؤلفه‌های حکمرانی خوب در سیاستگذاری نظام سلامت ایران بود.

روش پژوهش: این تحقیق از نظر هدفگذاری و از لحاظ روش شناسی توصیفی - پیمایشی بود. از روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای و در دسترس بودن به منظور نمونه‌گیری و از قاعده اشباع نظری برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به منظور تعریف و تبیین مفهوم مؤلفه‌های حکمرانی خوب و سیاستگذاری سلامت از روش کتابخانه‌ای و مرور منابع مرجع استفاده گردید. از روش پیمایشی با ابزار چک لیست (محقق ساخت (مقایسات زوجی)) از ۱۰۰ نفر از مدیران و کارشناسان ستادی در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی گلستان، مازندران و نیشابور نظرخواهی گردید. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل سلسله مراتبی فازی بهبود یافته چانگ و نرم افزار Expert choice استفاده شد.

یافته‌ها: از بین مؤلفه‌های حکمرانی خوب (برای فرایند سیاستگذاری نظام سلامت ایران) بیشترین اهمیت به مؤلفه حاکمیت قانون تعلق گرفت. پس از حاکمیت قانون، اجماع محوری و وفاق، شفافیت، پاسخگویی، عدالت و انصاف، اثربخشی و کارایی و اخلاق در رتبه‌های بعدی قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: حکمرانی خوب روایتی نو از مفاهیمی همچون دموکراسی، حقوق بشر و عدالت است تا اهداف توسعه انسانی با محوریت مردم دنبال شود. رتبه‌های به‌دست‌آمده از تحلیل‌های این تحقیق نشان دهنده نیاز توجه بیشتر به حاکمیت قانون در چرخه سیاستگذاری سلامت است. پیشنهاد می‌شود که در طراحی بخش سلامت برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به راهکارهای اجرایی برای تقویت مؤلفه‌های حکمرانی خوب به ترتیب اهمیت توجه شود.

واژه‌های کلیدی: حکمرانی خوب، نظام سلامت، تحلیل سلسله مراتبی فازی، سیاستگذاری

ارجاع: آزادبان مرضیه، وثوق مقدم عباس، فرهادی محلی علی. تحلیل سلسله مراتبی فازی مؤلفه‌های حکمرانی خوب برای سیاستگذاری نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۲): ۸۷-۱۰۲.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۳

مقدمه

حکمرانی به معنی سازوکاری است که خط مشی یا سیاست را به عمل تبدیل می‌کند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷، شروع به استفاده از اصطلاح «حکمرانی نظام سلامت» کرد (۱). آن‌ها این مسئله را به عنوان تضمین چارچوب‌های خط‌مشی استراتژیک و هماهنگی با نظارت مؤثر، ایجاد ائتلاف، ارائه مقررات و مشوق‌های مناسب، توجه به طراحی سیستم و پاسخگویی معرفی کرده‌اند. خط‌مشی نظام سلامت، به تصمیمات، برنامه‌ها و اقداماتی اشاره دارد که برای دستیابی به اهداف خاص مراقبت‌های بهداشتی در یک جامعه انجام می‌شود که به‌طور نظام‌مند استدلال‌های سلامت را در تصمیمات به حساب آورده، هم‌افزایی را در میان بخش‌ها دنبال کرده و از پیامدهای مضر سیاست‌ها بر سلامت جلوگیری می‌کند. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، به منظور موفقیت برنامه‌های سلامت، نقش حکمرانی به‌طور روز افزون مورد تاکید و توجه قرار گرفته و بدون توجه به آن، منابع تخصیص یافته به موضوع سلامت ممکن است به نتایج مورد نظر نیانجامد (۲).

اهمیت خط‌مشی‌های نظام سلامت در بهبود سلامت، کاهش نابرابری‌های بهداشت و درمان و کمک به توسعه اقتصادی به طور فزاینده‌ای شناخته شده‌است (۳). به طور خاص، حکمرانی با کیفیت بالا در خط‌مشی‌گذاری‌های سلامت، عامل مهمی در شکل‌دهی به پیشرفت نظام سلامت محسوب می‌شود. با دستورکار قرار دادن ارائه مراقبت‌های بهداشتی در همه کشورها، توسعه فرایندهای خط‌مشی‌گذاری مؤثر در نظام سلامت یک مسئله فوری و مهم است (۴). نیومایر (۲۰۰۲) در بررسی ۵۲ کشور در سوئد حکمرانی را طریقی می‌داند که در آن خط‌مشی‌گذاران تصمیماتی را اتخاذ می‌کنند که براساس آن تصمیمات، امکان تحقق حقوق شهروندی فراهم می‌شود (۵).

از منظر بانک جهانی حکمرانی خوب شامل مؤلفه‌های حاکمیت قانون، حق اظهار نظر و پاسخگویی، اعتماد، شفافیت، ثبات سیاسی و فقدان خشونت، اثربخشی دولت، کیفیت مقررات، کنترل فساد، مسئولیت‌پذیری و همدلی می‌باشد (۶). از طرفی، برخی محققین به این ابعاد، هوش و اطلاعات، اخلاق، عدالت، اجماع محوری، کارایی را اضافه می‌نمایند (۷). هارتینگن (۲۰۱۳) در کتابی که در اداره سیاست‌ها و

استانداردهای سازمان جهانی بهداشت تهیه شده به چارچوبی برای ارتقاء حکمرانی خوب در نظام سلامت اشاره نموده است و مشارکت دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی برای اصلاحات بهداشتی و سازوکارهای ضد فساد را برای ارتقا حکمرانی خوب نظام سلامت ضروری می‌داند (۸). مک وی و همکاران (۲۰۱۶) در تحقیقی که با مدیران کشور ایرلند به انجام رساند بر ترویج خط‌مشی‌های حکمرانی خوب برای رهبری و مدیریت توانبخش نظام سلامت تاکید کردند (۹).

به عقیده یوان و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای در چین که روی کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط انجام دادند، حکمرانی خوب در نظام سلامت، نقش سازنده‌ای در توسعه و بهره برداری از طرح‌های تحول نظام سلامت خواهد داشت (۱۰). فرانسستیک و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای روی کارکنان بهداشت و درمان تانزانیا، به مقوله مشارکت، به عنوان وجه مشترک عمده چارچوب‌ها و الگوهای حکمرانی خوب نظام سلامت تاکید کردند (۱۱).

اسکوباربالستا و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی روی سیاست‌های بهداشت و درمان رم در اسپانیا، مسئله مهم در عدم اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت را به دلیل عدم تعهد سیاسی و تخصیص نامناسب منابع اثربخش دانستند (۱۲). از اینرو، سیاست‌های حوزه نظام سلامت کشور به جهت اجرای مناسب، مستلزم هماهنگی و تناسب بین شکل حکمرانی و فرایند سیاست‌گذاری است. اجرای این سیاست‌ها نیز نیاز به ایجاد بستر و اصلاحات هر بخش دارد (۱۳).

به نظر می‌رسد خط‌مشی‌هایی که در نظام سلامت تدوین و به اجرا در می‌آیند در مرحله اجرا دچار انحرافات، نارسایی و بعضاً ناکارآمدی و فاقد اثربخشی و گاه ناقص اجرا شده یا اصلاً اجرایی نمی‌شوند. لذا بررسی مؤلفه‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت و رتبه بندی این مؤلفه‌ها، برای طراحی مدل اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت و تاثیرگذاری بر فرایند سیاست‌گذاری نظام سلامت از جمله مسائل مهمی است که باید به طور جدی و در پژوهش‌های مختلف نظام سلامت به آن‌ها پرداخت. در این تحقیق برآن بودیم تا با رویکرد تحلیل سلسله مراتبی فازی اهمیت مؤلفه‌های حکمرانی خوب در سیاست‌گذاری نظام سلامت را بررسی و در نهایت توصیه‌هایی ارائه شد که

چک لیست محقق ساخت شامل ۶ سؤال بود که در هر سؤال میزان اهمیت هر یک از مؤلفه‌های حکمرانی خوب در چرخه سیاستگذاری سلامت صورت مقایسات زوجی را مورد پرسش قرار می‌داد. در ابتدا برای آشنایی پاسخ‌دهندگان با فرایند تحلیل سلسله مراتبی و نحوه تحلیل، مراحل فرایند، نحوه قضاوت و امتیاز دهی به مؤلفه‌های مورد بررسی در مقایسات زوجی به پاسخ‌دهندگان توضیح مختصری داده شد. ملاحظات اخلاقی قبل از پرکردن چک لیست توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تاکید گردید. مشارکت کنندگان با آگاهی و رضایت در انجام پژوهش شرکت نمودند.

جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل سلسله مراتبی فازی بهبود یافته چانگ و نرم افزار Expert choice استفاده شد. این نرم افزار امکان طراحی سلسله مراتب تصمیم‌گیری، طراحی سؤالات، تعیین ترجیحات و اولویت‌ها و محاسبه وزن نهایی، محاسبه بهبود ناسازگاری، قابلیت تحلیلی حساسیت تصمیم‌گیری نسبت به تغییرات در شاخص‌های مساله را داراست و در واقع جهت تست و تأیید نتایج تحلیل سلسله مراتبی به کار برده شد.

در نهایت نتایج به‌دست آمده به ۲۶ نفر از خبرگان، سیاستگذاران و نخبگان در حوزه سیاستگذاری نظام سلامت (علت انتخاب این عدد اشباع نظری بود) که مشخصات و ویژگی‌هایشان در جدول ۲ آمده است، داده شد و پیشنهادات آن‌ها برای بهبود سیاستگذاری و اجرای مؤثر سیاست‌های نظام سلامت با رویکرد حکمرانی خوب جمع بندی شد. ضمناً این مطالعه توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان با کد رساله ۱۷۳۴۸۰۰۵۵۴۱۷۹۰۶۱۳۹۸۱۶۲۲۸۰۳۸۴ در تاریخ ۱۴۰۰/۴/۲۷ مورد تأیید قرار گرفته است.

بیش از پیش به توسعه سیاستگذاری در حوزه سلامت و اجرای مؤثر سیاست‌های این بخش و نهایتاً سلامت جامعه یاری رساند.

روش پژوهش

این مطالعه از لحاظ روش شناسی به صورت توصیفی - پیمایشی در بهار ۱۴۰۰ انجام شد. برای گردآوری اطلاعات بخش توصیفی متناسب با داده‌های مورد نیاز از روش کتابخانه‌ای و منابع مرجع در رابطه با موضوع مورد پژوهش استفاده شد. برای گردآوری داده‌های بخش تحلیل پژوهش از روش پیمایشی با ابزار چک لیست بهره برده شد. پس از بررسی و تحلیل محتوای متون به تعریف و تبیین مفهوم مؤلفه‌های حکمرانی خوب و سیاستگذاری سلامت پرداخته شد. سپس چک لیست محقق ساخت به عنوان ابزار گردآوری داده‌های بخش تحلیل تهیه شد.

از روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای و در دسترس بودن به منظور نمونه‌گیری و از قاعده اشباع نظری برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. ۱۰۰ نفر از کارشناسان خبره نظام سلامت که هر یک به نوعی در تصمیم‌سازی، سیاستگذاری و برنامه ریزی و غیره سیاست‌های نظام سلامت نقش داشته و بر اساس در دسترس بودن و طبقه بندی از کارشناسان وزارت بهداشت شروع شده و بعد کارشناسان ستادی معاونت‌های متعدد در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های گلستان، مازندران و نیشابور و بعد از آن کارشناسان ستادی خبره در ستاد شبکه‌های بهداشت و درمان دانشگاه‌های مذکور و در نهایت کارشناسان خبره در مراکز بهداشت شهرستان‌ها بر اساس سابقه کار، تخصص، میزان فعالیت در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در مسائل نظام سلامت و غیره که مشخصات و ویژگی‌هایشان در جدول ۱ آمده است، انتخاب شدند.

جدول ۱: مشخصات ۱۰۰ نفر شرکت کننده در بخش کمی فرایند تحلیل سلسله مراتبی

نوع خبرگان	سمت سازمانی	کارشناسان (مراقبان سلامت، پزشک خانواده، پرستار، ماما و غیره) کسانی که با اجرای سیاست‌های نظام سلامت درگیرند)	دکتری مدیریت (مدیریت دولتی، خدمات بهداشتی درمانی، سیاستگذاری عمومی و سلامت)	پزشک عمومی	پزشک متخصص	تعداد	توضیحات
	مدیران عالی وزارت بهداشت (مدیران کل)	-	۱ نفر	-	۳ نفر	۴ نفر مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	
خبرگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	کارشناسان خط‌مشی‌گذاری	-	۳ نفر	-	-	۲ نفر زن و ۱ نفر مرد با سابقه در حوزه سیاستگذاری، برنامه ریزی، آینده پژوهی و غیره	
	کارشناسان حوزه بهداشت و درمان وزارت بهداشت	-	۲ نفر	۵ نفر	-	۲ نفر زن و ۵ نفر مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	
	ریاست دانشگاه‌های علوم پزشکی	-	-	-	۴ نفر	۴ نفر مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	
خبرگان دانشگاهی (گلستان، مازندران، نیشابور)	معاونین دانشگاه‌های علوم پزشکی	-	-	-	۶ نفر	۵ نفر مرد و ۱ نفر زن با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	
خبرگان استانی (گلستان، مازندران، نیشابور)	ریاست شبکه‌های بهداشت و درمان و ریاست بیمارستان	-	۲ نفر (مازندران)	۷ نفر (۴ نفر گلستان، ۲ نفر مازندران، ۱ نفر نیشابور)	۱۱ نفر (۳ نفر گلستان، ۶ نفر مازندران و ۲ نفر نیشابور)	۱ نفر زن و ۱۹ نفر مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	
کارشناسان ستادی خبره در معاونت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی گلستان و مازندران و نیشابور	در شورای سیاستگذاری / معاونت درمان / معاونت بهداشتی / مشارکت‌های اجتماعی و غیره	۱۸ نفر (۵ نفر مرد گلستان و ۳ نفر زن مازندران و ۳ نفر نیشابور)	۱ نفر (گلستان)	۲ نفر مازندران و ۳ نفر نیشابور)	-	۱۸ نفر کارشناسان ستادی معاونت‌های ۳ دانشگاه علوم پزشکی ۱۱ نفر مرد و ۷ نفر زن و بقیه مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	
کارشناسان خبره مراکز بهداشت مرکز استان و شهرستان‌ها	مسئول مرکز بهداشت، پزشک خانواده و سایر کارشناسان خبره در واحد گسترش و بیمارستان‌ها و غیره	۲۶ نفر (۱۱ نفر نیشابور و ۱۰ نفر مازندران و ۵ نفر گلستان)	-	۱ نفر (گلستان، ۳ نفر مازندران و ۲ نفر نیشابور)	-	۱۱ نفر زن و ۲۱ نفر مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	
جمع	-	۴۴ نفر	۹ نفر	۲۳ نفر	۲۴ نفر	۲۴ نفر زن و ۷۶ نفر مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال	

جدول ۲: مشخصات ۲۶ نفر خبرگان مرحله

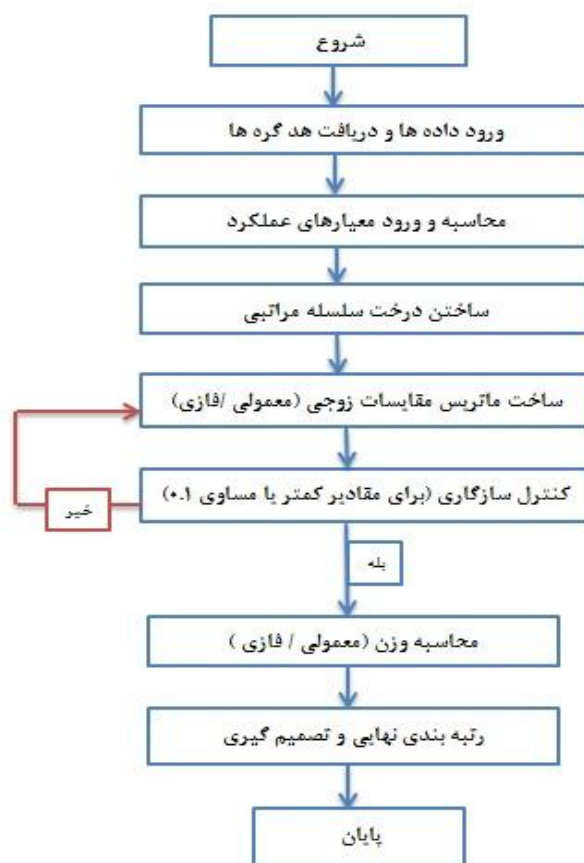
نوع خبرگان	سمت سازمانی	دکتری مدیریت	پزشک عمومی	پزشک متخصص	تعداد	توضیحات
خبرگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	معاونین و مشاورین وزرای بهداشت (فعلی، قبلی)	-	-	۵ نفر	۵ نفر	۵ نفر مرد با سابقه ۱۵ تا ۲۵ سال
	مدیران کل در وزارت بهداشت	-	-	۳ نفر	۳ نفر	۳ نفر مرد با سابقه ۱۵ تا ۲۵ سال
خبرگان در حوزه پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی	مدیران و کارشناسان حوزه سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، آینده پژوهی	-	-	۷ نفر	۷ نفر	۳ نفر زن و ۴ نفر مرد با سابقه ۱۰ تا ۲۵ سال
	کارشناس حوزه سلامت در مجلس شورای اسلامی	۱ نفر	-	-	۱ نفر	۱ نفر مرد با سابقه بیشتر از ۱۵ سال
خبرگان دانشگاه‌های علوم پزشکی مذکور	ریاست دانشگاه علوم پزشکی	-	-	۴ نفر	۴ نفر	۴ نفر مرد با سابقه ۱۵ تا ۲۵ سال
	رؤسای بیمارستان	-	-	۱ نفر	۱ نفر	۱ نفر مرد با سابقه بیشتر از ۱۵ سال
	اساتید دانشگاه در حوزه سیاستگذاری	۳ نفر	-	-	۳ نفر	۳ نفر مرد با سابقه بیشتر از ۱۰ سال
خبرگان بیمه و سایر سازمان‌های همکار با وزارت بهداشت	مدیران و معاونان بیمه سلامت و تأمین اجتماعی و سازمان‌های همکار	-	-	۲ نفر	۲ نفر	۲ نفر مرد با سابقه ۱۵ تا ۲۵ سال
جمع	-	-	-	-	۲۶ نفر	۳ نفر زن و ۲۳ نفر مرد

فرایند تحلیل سلسله مراتبی برای اولین بار در دهه ۱۹۷۰ توسط توماس آل ساعتی مطرح شد که بر پایه تصمیم‌گیری بر اساس مقایسات زوجی استوار است (۱۴). این روش یک چارچوب سلسله مراتبی برای تحلیل کاملاً نظام مند تمامی عوامل اثرگذار بر یک مساله را تدارک دیده و رویه‌ها و اصولی را تدوین می‌کند تا از چندین گزینه بهترین جواب ممکن انتخاب شود (۱۵). فرایند تحلیل سلسله مراتبی (Analytical Hierarchy Process: AHP) شامل ۵ مرحله اساسی است:

- ۱- بیان و تعریف روشن مسأله ۲ - تشکیل ساختار سلسله مراتبی ۳- انجام مقایسه زوجی بین عناصر تصمیم توسط مقیاس‌های مقایسه‌ای ۴- استفاده از مقادیر ویژه ماتریس مقایسات برای تخمین وزن‌های نسبی عناصر تصمیم و ۵- کنترل معیار سازگاری مقیاس‌ها جهت اطمینان از انسجام قضاوت‌های تصمیم‌گیرندگان (نمودار ۱) (۱۶).

فرایند تحلیل سلسله مراتبی (Analytical Hierarchy Process: AHP) شامل ۵ مرحله اساسی است:

- ۱- بیان و تعریف روشن مسأله ۲ - تشکیل ساختار سلسله مراتبی ۳- انجام مقایسه زوجی بین عناصر تصمیم توسط مقیاس‌های مقایسه‌ای ۴- استفاده از مقادیر ویژه ماتریس مقایسات برای تخمین وزن‌های نسبی عناصر تصمیم و ۵- کنترل معیار سازگاری مقیاس‌ها جهت اطمینان از انسجام قضاوت‌های تصمیم‌گیرندگان (نمودار ۱) (۱۶).



نمودار ۱: گام‌های اساسی فرایند تحلیل سلسله مراتبی (۱۶)

پس از تعیین معیارها و گزینه‌ها طبق ارزش‌گذاری ساعتی دو به دو با هم مقایسه می‌شوند که در جدول ۳ نمایش داده شده است. سپس باید این نظریات را به یک نظر واحد تبدیل کرد تا بر اساس آن تصمیم بهینه حاصل آید (۱۶). مناسب‌ترین روش برای این کار استفاده از میانگین هندسی متغیر است (۱۷).

است. در این روش، میانگین هندسی عناصر هر سطر محاسبه شده و سپس بردار حاصل، نرمالیزه می‌شود تا بردار وزن به دست آید. سپس از هر سطر میانگین موزون گرفته می‌شود. مقادیر حاصل از میانگین موزون نشان دهنده اولویت هر متغیر است (۱۷).

جدول ۳: ترجیحات (قضاوت شفاهی) به کار رفته برای وزن دهی نسبی به معیارها در روش AHP

ارزش ترجیحی	وضعیت مقایسه i نسبت به j	توضیح
۱	ترجیح یکسان Preferred Equally	گزینه یا معیار i نسبت به j اهمیت برابر دارند و یا ارجحیتی نسبت به هم ندارند.
۳	کمی مرجح Preferred moderately	گزینه یا معیار i نسبت به j کمی مهمتر است.
۵	خیلی مرجح Preferred Strongly	گزینه یا معیار i نسبت به j مهمتر است.
۷	خیلی زیاد مرجح Very Strongly Preferred	گزینه یا معیار i دارای ارجحیت خیلی بیشتری نسبت به j است.
۹	کاملاً مرجح Extremely Preferred	گزینه یا معیار i کاملاً از j مهمتر است.
۲ و ۴ و ۶ و ۸	بینابین SO SO	ارزش‌های میانی بین ارزش‌های ترجیحی را نشان می‌دهد.

نرخ ناسازگاری آن ماتریس است و آن را نرخ ناسازگاری (Inconsistency rate) می‌نامیم. چنانچه این عدد (نرخ ناسازگاری) کوچک‌تر یا مساوی ۰/۱ باشد، سازگاری سیستم، قابل قبول است وگرنه باید در قضاوت‌ها تجدید نظر نمود (۱۷) (جدول ۴).

نرخ ناسازگاری
نرخ ناسازگاری برای هر ماتریس، حاصل تقسیم شاخص ناسازگاری (Inconsistency index)، بر شاخص ناسازگاری ماتریس تصادفی (Inconsistency index random matrix) هم بعدش است، که معیار مناسبی برای قضاوت در مورد

جدول ۴: شاخص ناسازگاری ماتریس‌های تصادفی (به دلیل بزرگی جدول بخش کوچکی ارائه شده است)

N (طول ماتریس)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
I.I.R (شاخص ناسازگاری ماتریس تصادفی)	۰	۰	۰/۵۸	۰/۹۰	۱/۱۲	۱/۲۴	۱/۳۲	۱/۴۱	۱/۴۵	۱/۴۵

تحلیل سلسله مراتبی معمولی به قضاوت‌های دقیق نیاز دارد. از اینرو یک مدل تصمیم‌گیری خوب باید تحمل ابهام را داشته باشد، زیرا فازی بودن و ابهام، مشخصات عمومی بسیاری از مسائل تصمیم‌گیری هستند. فرایند سلسله مراتبی یکی از روش‌هایی است که می‌توان از توسعه فازی آن برای حل مسائل استفاده کرد (۱۶). در این تحقیق از روش تحلیل سلسله مراتبی فازی تحت عنوان تحلیل توسعه‌ای که در سال ۱۹۹۶ توسط یک محقق چینی به نام چانگ ارائه شد، استفاده گردیده است. اعداد مورد استفاده در این روش، اعداد مثلثی فازی هستند. چانگ جهت تعمیم تکنیک AHP به فضای فازی از مفهوم درجه امکان‌پذیری استفاده کرده است. منظور از درجه امکان‌پذیری آن است که مشخص شود چه مقدار احتمال دارد یک فاز بزرگ‌تر از یک عدد فازی دیگر باشد (جدول ۵) (۱۴).

طریقه محاسبه شاخص و نرخ سازگاری در فرمول‌های زیر ارائه شده است.

فرمول ۱: محاسبه شاخص ناسازگاری (I.I)

$$I.I = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1}$$

فرمول ۲: محاسبه نرخ ناسازگاری (I.R)

$$I.R = \frac{I.I}{I.I.R}$$

که برای هر ماتریس مقایسه زوجی A داریم:

$n =$ طول ماتریس مقایسه زوجی A

$\lambda_{\max} =$ بزرگ‌ترین مقدار ویژه که همواره بزرگتر یا

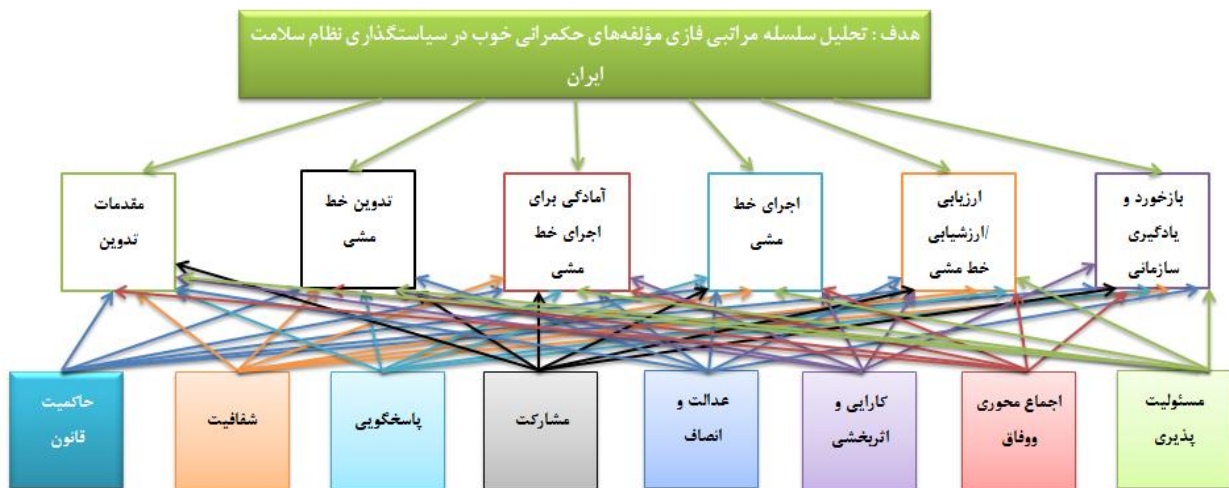
مساوی n است.

تحلیل سلسله مراتبی فازی:

براساس روش چانگ مدل تحلیل سلسله مراتبی فازی دارای
 مراحل زیر است (۱۸) که در این پژوهش نیز این مراحل طی
 -مرحله اول: نمودار سلسله مراتبی ترسیم شد (نمودار ۲).
 شده است):

جدول ۵: ترجیحات (قضات شفاهی) به کار رفته برای وزن دهی نسبی به معیارها در روش FAHP

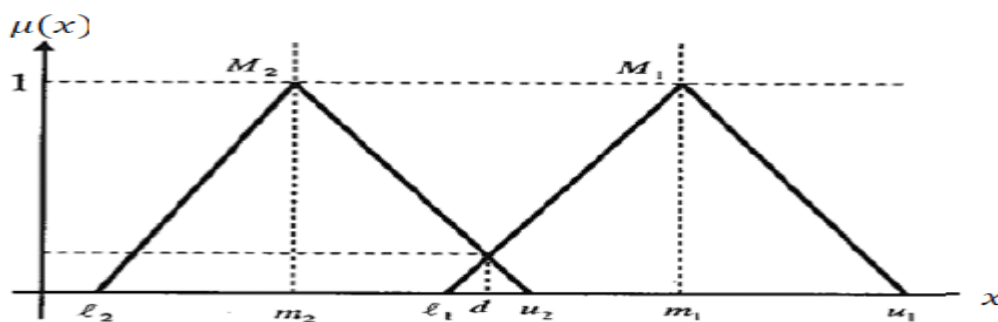
عبارت کلامی وضعیت مقایسه i نسبت به j	معادل فازی	معادل فازی معکوس
ترجیح یکسان Preferred Equally	(۱, ۱, ۱)	(۱, ۱, ۱)
بینابین so so	(۱, ۲, ۳)	(۰/۳۳, ۰/۵۰, ۱/۰۰)
کمی مرجح Preferred moderately	(۲, ۳, ۴)	(۰/۲۵, ۰/۳۳, ۰/۵۰)
بینابین so so	(۳, ۴, ۵)	(۰/۲۰, ۰/۲۵, ۰/۳۳)
خیلی مرجح Preferred Strongly	(۴, ۵, ۶)	(۰/۱۶, ۰/۲۱, ۰/۲۵)
بینابین so so	(۵, ۶, ۷)	(۰/۱۴, ۰/۱۶, ۰/۲۰)
خیلی زیاد مرجح Very Strongly Preferred	(۶, ۷, ۸)	(۰/۱۲, ۰/۱۴, ۰/۱۶)
بینابین so so	(۷, ۸, ۹)	(۰/۱۲, ۰/۱۲, ۰/۱۴)
کاملاً مرجح Extremely Preferred	(۹, ۹, ۹)	(۰/۱۱, ۰/۱۱, ۰/۱۱)



نمودار ۲: درخت سلسله مراتبی برای حل مسئله مورد پژوهش

گرفته است و نیز توصیه‌ای که چانگ ارائه می‌دهد طیف فازی
 مورد استفاده در این پژوهش شکل ۱ بود.

-مرحله دوم: اعداد فازی به منظور انجام مقایسه زوجی
 تعریف شد و بر مبنای مطالعاتی که در این خصوص صورت



شکل ۱: اعداد فازی M_1 و M_2

$$V(M_2 \geq M_1) = \text{hgt}(M_1 \cap M_2) = \mu_{M_2}(d) =$$

$$\begin{cases} 1 & \text{if } m_2 \geq m_1 \\ 0 & \text{if } l_1 \geq u_2 \\ \frac{l_1 - u_2}{(m_2 - u_2)(m_1 - l_1)} & \text{otherwise} \end{cases}$$

-مرحله ششم: در این مرحله محاسبه وزن ها در ماتریس مقایسه زوجی انجام شد و نهایتاً بردار وزن نهایی محاسبه گشت (فرمول ۵).

فرمول ۵: محاسبه وزن شاخصها

$$d(A1) = \min V(S1 < SK), k = 1, 2, 3, \dots \\ W = (d(A1), d(A2), \dots, d(An))$$

یافته‌ها

بعد از تجزیه مساله و سلسله مراتب ابتدا عناصر سطوح مختلف به صورت دوتایی با هم مقایسه شدند و سپس براساس میزان ارجحیت دو معیار ارزش گذاری صورت گرفت. در این پژوهش نیز به منظور مقایسه ابتدا ماتریس ۸ در ۸ تشکیل گردید و سپس با تخصیص مقادیر جدول ساعتی معیارهای مختلف دوتایی با هم مقایسه شدند. با استفاده از روش میانگین هندسی هر معیار به جمع میانگینها محاسبه شد. از آنجاکه نرخ سازگاری کمتر از ۰/۱ به دست آمده است، وزنهای تخصیص یافته قابل قبول بودند و نیاز به رفع ناسازگاری نبود. از مجموع رتبه بندی این متغیرها، ماتریس مقایسات زوجی حاصل شد (جدول ۷).

- مرحله سوم تشکیل ماتریس مقایسه زوجی بود که با به کارگیری اعداد فازی مثلثی در پژوهش حاضر انجام شده است.

*۲ عدد فازی مثلثی $M_1 = (l_1, m_1, u_1)$ و $M_2 = (l_2, m_2, u_2)$ را در نظر بگیرید. درجه امکان پذیری $M_2 \geq M_1$ تعریف شد. برای مقایسه M_2 و M_1 به هر دو مقدار $V(M_2 \geq M_1)$ و $V(M_1 \geq M_2)$ نیاز داریم و امتیاز قطعی و غیر فازی برابر با حد اقل این دو مقدار می باشد.

-مرحله چهارم: مقدار S_i از طریق رابطه زیر به دست آمد. -مرحله پنجم: محاسبه مقدار گسترده ترکیبی فازی M_{gi}^j اعداد فازی مثلثی هستند. مقدار گسترده ترکیبی فازی مرتبط با شی i ام طبق فرمول (۳) تعریف شد. i تعداد سطر و j تعداد ستون است)

فرمول ۳: محاسبه مقدار گسترده ترکیبی فازی

$$S_i = \sum_{j=1}^m M_{gi}^j \otimes \left[\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m M_{gi}^j \right]^{-1}$$

-مرحله پنجم: محاسبه درجه بزرگی S_i برای تمامی شاخصها بود که در آن بزرگی ۲ عدد فازی M_2 و M_1 به صورت فرمول (۴) تعریف می شود:

فرمول ۴: محاسبه درجه بزرگی ترکیبی فازی

جدول ۷: ماتریس مقایسات زوجی معیارها نسبت به هم در روش FAHP

معیارها	حاکمیت قانون	اجماع محوری و وفاق	شفافیت	پاسخگویی	عدالت و انصاف	اثربخشی و کارایی	اخلاق
حاکمیت قانون	(۱، ۱، ۱)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)	(۰/۱۱۱، ۰/۱۲۵، ۰/۱۴۲)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)
اجماع محوری و وفاق	(۷، ۷، ۸)	(۱، ۱، ۱)	(۳، ۴، ۵)	(۰/۳۳۳، ۰/۵۰۰، ۱)	(۷، ۸، ۹)	(۵، ۴، ۳)	(۴، ۳، ۲)
شفافیت	(۹، ۸، ۷)	(۰/۲۵۰، ۰/۳۳۳، ۰/۲۰۰)	(۱، ۱، ۱)	(۰/۲۰۰، ۰/۲۵۰، ۰/۱۶۶)	(۴، ۵، ۶)	(۴، ۵، ۶)	(۲، ۳، ۴)
پاسخگویی	(۶، ۷، ۸)	(۱، ۳، ۳)	(۴، ۵، ۶)	(۱، ۱، ۱)	(۷، ۸، ۹)	(۴، ۵، ۶)	(۳، ۴، ۵)
عدالت و انصاف	(۸، ۷، ۶)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)	(۰/۲۰۰، ۰/۲۵۰، ۰/۱۴۲)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)	(۱، ۱، ۱)	(۰/۲۰۰، ۰/۲۵۰، ۰/۱۴۲)	(۰/۱۶۶، ۰/۱۴۲، ۰/۱۲۵)
اثربخشی و کارایی	(۹، ۸، ۷)	(۰/۲۵۰، ۰/۳۳۳، ۰/۲۰۰)	(۰/۲۰۰، ۰/۲۵۰، ۰/۱۶۶)	(۰/۲۰۰، ۰/۲۵۰، ۰/۱۶۶)	(۴، ۵، ۶)	(۱، ۱، ۱)	(۰/۲۰۰، ۰/۳۳۳، ۰/۲۵۰)
اخلاق	(۶، ۷، ۸)	(۰/۳۰۰، ۰/۵۰۰، ۰/۳۰۰)	(۰/۳۳۳، ۰/۵۰۰، ۰/۲۵۰)	(۵، ۴، ۳)	(۹، ۸، ۷)	(۵، ۴، ۳)	(۱، ۱، ۱)

نرخ سازگاری: ۰/۰۹۵ سازگاری ماتریس معیارها قابل قبول است.

جدول ۸: رتبه بندی نهایی معیارها در روش FAHP

رتبه	معیارها	امتیازها
۱	حاکمیت قانون	۰/۱۷۳
۲	اجماع محوری و وفاق	۰/۱۴۴
۳	شفافیت	۰/۱۰۹
۴	پاسخگویی	۰/۱۰۲
۵	عدالت و انصاف	۰/۰۸۵
۶	اثربخشی و کارایی	۰/۰۷۴
۷	اخلاق	۰/۰۶۷

بحث

مطالعه حاضر به اولویت‌بندی مؤلفه‌های حکمرانی خوب در فرایند سیاستگذاری نظام سلامت پرداخت. در یک مقایسه تطبیقی می‌توان گفت از منظر عنوان، روش تحقیق و نتایج، این تحقیق همسو با برخی از تحقیقات پیشین بوده است اما از نظر موضوع، محتوا و زمینه تحقیق که سیاستگذاری سلامت می‌باشد در تحقیقات گذشته کشور نمونه‌ای یافت نشد.

یگانگی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه اولویت‌بندی شاخص‌های حکمرانی خوب در سازمان‌های کارا، ۶ مؤلفه حکمرانی خوب را شناسایی و به‌وسیله تکنیک فرایند تحلیل سلسله مراتبی (AHP) اولویت بندی نمودند. نتایج آن‌ها نشان داد پاسخگویی، حاکمیت قانون و ارزش‌گرایی در اولویت‌های

ضریب اهمیت مؤلفه‌های رتبه بندی شده با استفاده از مقایسات زوجی و تحلیل سلسله مراتبی فازی محاسبه گردید و در جدول ۸ نشان داده شده است. مثبت بودن نرخ سازگاری بیانگر قابل قبول بودن تحلیل سلسله مراتبی فازی و خروجی نرم افزار Expert choice، که برای تست خروجی تحلیل سلسله مراتبی فازی استفاده شد، خروجی‌ها نشان داد که بین میزان ضریب اهمیت مؤلفه‌های حکمرانی خوب تفاوت قابل توجهی وجود دارد. همانطور که مشاهده می‌شود بیشترین اهمیت در بین مؤلفه‌های حکمرانی خوب به حاکمیت قانون تعلق گرفت، پس از حاکمیت قانون، اجماع محوری و وفاق، شفافیت، پاسخگویی، عدالت و انصاف، اثربخشی و کارایی، اخلاق در رتبه‌های بعدی مؤلفه‌های حکمرانی خوب بر اجرای بهینه حکمرانی خوب در سیاستگذاری نظام سلامت قرار دارند. همچنین لازم به ذکر می‌باشد که معیار اخلاق، در رتبه بندی مذکور، در جایگاه آخر قرار گرفت.

در نهایت نتایج به‌دست آمده در بخش کمی به ۲۶ نفر از خبرگان، سیاستگذاران و نخبگان در حوزه سیاستگذاری نظام سلامت داده شد و براساس اجماع نظر ایشان پیشنهاداتی برای سیاستگذاری و اجرای مؤثر سیاست‌های نظام سلامت با رویکرد حکمرانی خوب ارائه شد.

حکمرانی خوب، با تجزیه و تحلیل تجربی در یک گروه از ۸۰ کشور دموکراتیک (در طول سال‌های ۲۰۱۱-۱۹۹۶) نشان می‌دهند که حکمرانی خوب نیازمند چارچوب عادلانه‌ای از قوانین و حاکمیت قانون است که در برگیرنده حمایت کامل از حقوق افراد در جامعه بوده و به صورت شایسته اجرا گردد (۲۴)، تحقیق فوق با تحقیق حاضر همخوانی دارد.

شاه و منگی (۲۰۱۸) در تحقیقی با عنوان حکمرانی خوب از طریق تاکتیک امکان پذیر است، مؤلفه‌های حکمرانی خوب در حاکمیت کشور پاکستان را مورد بررسی قرار دادند (۲۵)، که مؤلفه‌های فوق همخوان با مؤلفه‌های حکمرانی خوب در تحقیق حاضر است.

داهلرلارسن و بودهو (۲۰۱۹) در بررسی اینکه آیا پیوندی بین فرهنگ ارزیابی و حکمرانی خوب وجود دارد؟ در دانشگاه کوپنهاگ تنها به بررسی ۲ مؤلفه شفافیت و پاسخگویی پرداختند (۲۶) که با مؤلفه‌های بررسی شده در تحقیق حاضر همخوانی دارد.

فریوالدو و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیقی با عنوان یکپارچگی حکمرانی خوب در کلان شهرها، به بررسی هماهنگ کردن حاکمیت خوب در منطقه شهری بارانگای با اعضای شورای شهر، کارکنان، خزانه‌دار و مدیران محلی پرداختند که محققین فوق مؤلفه‌های حکمرانی خوب را در خدمات دولتی مد نظر داشتند، نشان دادند هماهنگی در رفع موانع مختلف در کلان شهرها هنوز هم نیاز به غنی سازی در حوزه‌های عملکردی دارد که شامل پاسخگویی، حاکمیت قانون، عدالت، اثربخشی و کارایی و تعاملات از قبیل مشارکت، اجماع محوری و وفاق، مسئولیت پذیری و شفافیت دارد (۲۷)، این تحقیق با توجه به تعیین میزان اهمیت مؤلفه‌های حکمرانی خوب با تحقیق حاضر همخوانی دارد. ادنیک (۲۰۱۹) در مطالعه خود با عنوان مروری بر حکمرانی خوب به بازنگری حاکمیت خوب پرداخته است. این تحقیق نشان داد به دلیل وجود شکاف‌های قانونی، جلوگیری از فساد، سوء مدیریت و خرد کردن هنجارهای اداری، حکمرانی خوب لازم و ضروری است. (۲۸) تحقیق فوق از نظر عنوان و شکل تحقیق و نتایج مانند تحقیق حاضر است و حاکمیت قانون را برای حاکمیت خوب مورد تاکید قرار می‌دهد.

اجماع محوری و وفاق دومین مؤلفه حکمرانی خوب برای سیاستگذاری نظام سلامت در تحقیق حاضر شناخته شده است

اول تا سوم حکمرانی خوب در سازمان‌های کارا قرار می‌گیرند (۱۹) که از نظر روش تحقیق شبیه تحقیق حاضر است، اما نتیجه تحقیق حاضر حاکمیت قانون، اجماع محوری و شفافیت در اولویت اول تا سوم در سیاستگذاری نظام سلامت نشان داد.

مرادی و همکاران (۱۳۹۶) در بررسی تأثیر شاخص‌های حکمرانی خوب بر کنترل فساد (مطالعه موردی: کشورهای خاورمیانه و جنوب شرق آسیا) نشان دادند که مؤلفه‌های حکمرانی خوب به ترتیب شامل کیفیت قوانین و مقررات، حاکمیت قانون، حق اظهار نظر و پاسخگویی، ثبات سیاسی، کارایی و اثربخشی دولت و کنترل فساد می‌باشد (۲۰) که از نظر نتایج با ۴ مؤلفه حکمرانی خوب در تحقیق حاضر مطابقت دارد.

گرچی پورشفیعی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان ضرورت سامانه مقررات گذاری بخش رگولاتوری به منظور تحقق حکمرانی خوب در ایران، ضمن معرفی الگوی حکمرانی خوب و تعیین درجه اهمیت مؤلفه‌های حکمرانی خوب در حوزه پژوهش مذکور، یکی از بهترین ابزارهای تحقق حکمرانی خوب در بخش اقتصادی را ایجاد نهاد رگولاتور و تنظیم مقررات معرفی می‌کنند و عدالت و پاسخگویی را ۲ مؤلفه مؤثر حکمرانی خوب در حوزه مورد پژوهش معرفی می‌نمایند (۲۱) که از نظر روش تحقیق با تحقیق حاضر همخوانی دارد.

حشمت زاده و همکاران (۱۳۹۶) در بررسی موانع تحقق حکمرانی خوب در فرهنگ سیاسی ایران متغیرهای کیفیت اطلاعات (یعنی شفافیت، اعتبار دانش، اطلاعات و اعتماد)، حاکمیت قانون، عدالت و انصاف را شناسایی نمود (۲۲) تحقیق حاضر با مؤلفه‌های شفافیت، حاکمیت قانون و عدالت در تحقیق حشمت زاده و همکاران همخوان است.

باقرزاده و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی با عنوان طراحی و تبیین مدل حکمرانی خوب برای ادارات کل کتابخانه‌های عمومی ایران بیان می‌دارند که به ترتیب اولویت مؤلفه‌های پاسخگویی و شفافیت، عدالت، حاکمیت قانون، مشارکت، فساد ستیزی، کارایی و توانمند سازی و توسعه خلاقانه، مؤلفه‌های حکمرانی خوب در کتابخانه‌های عمومی ایران هستند (۲۳) که از نظر موضوع و روش تحقیق با تحقیق حاضر همخوانی دارد، اما حاکمیت قانون در آن تحقیق در اولویت سوم قرار دارد.

بارتولینی و سانتولینی (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای با عنوان نهادهای سیاسی با پشتوانه حکمرانی خوب، ضمن بررسی

پاسخگویی و شفافیت بیشترین تأثیر بر حاکمیت خوب برآورد شده بود (۲۵) که در مطالعه حاضر رتبه سوم و چهارم را به خود اختصاص داد. اهمیت پاسخگویی بدین دلیل است کسانی که قوانین را تعیین و اجرا می‌کنند (سیاست مداران و مقامات دولتی)، به کسانی که زندگی‌شان با این قوانین شکل می‌گیرد، پاسخگو باشند و در صورتیکه عملکرد آن‌ها نارضایتی به همراه داشت، اعمال قانون شوند (۲۵).

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره نمود که چون این مطالعه از دیدگاه خبرگان، نخبگان، مدیران، تصمیم‌سازان و سیاستگذاران نظام سلامت بهره برده و با اجماع نظر ایشان توصیه‌هایی در جهت سیاستگذاری نظام سلامت ارائه می‌دهد، به نظر می‌رسد کاملاً کاربردی و اجرایی بوده و بومی نیز می‌باشد. از این حیث که بهره‌گیری از AHP فازی برای تعیین اهمیت مؤلفه‌های حکمرانی خوب می‌تواند مشابه یافته‌های سایر پژوهشگران در وزن دهی مؤلفه‌های حکمرانی خوب در سایر سازمان‌ها یا مؤسسات (داخلی یا خارجی) باشد، اما این اولین بار است که این روش جهت استفاده در طراحی مدل سیاستگذاری نظام سلامت برای اجرای مؤثر سیاست‌ها و در نهایت رسیدن به اهداف نظام سلامت در ایران انجام شده است که از نقاط قوت پژوهش می‌باشد. محدودیت پژوهش حاضر نیز این بود که، جهت به‌کارگیری نتایج این تحقیق در سایر سازمان‌ها (غیر از نظام سلامت) باید با توجه به فرایند سیاستگذاری آن سازمان بازنگری لازم صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

حکمرانی خوب روایتی نو از مفاهیمی همچون دموکراسی، حقوق بشر و عدالت است. در عین حال چارچوبی به دست می‌دهد که همه این اهداف و ارزش‌ها در یکجا جمع می‌شوند و با ایجاد حداکثر همگرایی و همسویی، اهداف توسعه انسانی مهم از توسعه اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی با محوریت مردم دنبال می‌شود (۱۵). بررسی اسناد بالا دستی چون سیاست‌های کلی سلامت، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت و گام دوم انقلاب حاکی از آن است که در بندهای مختلف این مستندات، مؤلفه‌های حکمرانی خوب مورد تأکید قرار گرفته‌اند. رتبه‌های به دست آمده از تحلیل‌های این تحقیق نشان دهنده نیاز به توجه بیشتر به حاکمیت قانون و بعد از آن به سایر مؤلفه‌های حکمرانی خوب، به ترتیب اهمیت شامل اجماع

که در مطالعه‌های مکیان (۱۳۹۴) در بررسی تأثیر حکمرانی خوب بر شاخص توسعه انسانی که بین ۲ گروه کشورهای منتخب اسلامی و سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در دوره زمانی ۲۰۱۲-۲۰۰۵ انجام شده است و صدیقی و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی توسعه چارچوب حاکمیت نظام سلامت در ایالات متحده آمریکا، نیز به آن اشاره شده است. از این منظر، اجماع محوری و وفاق میان اجزای نظام سلامت، نقش بسیار مهمی در سیاستگذاری نظام سلامت با رویکرد حکمرانی خوب دارد (۶،۷).

مک وی و همکاران (۲۰۱۶) در تحقیقی که با مدیران نظام سلامت کشور ایرلند انجام دادند بیان می‌کنند که ۳ عنصر شفافیت، پاسخگویی، عدالت نقش سازنده‌ای در توسعه و بهره برداری از مدل‌های حکمرانی خوب در جهت طرح تحول نظام سلامت و ارتقا حاکمیت نظام سلامت کشور ایرلند دارد (۹) که از نظر موضوع و روش تحقیق با تحقیق حاضر همخوانی دارد اما در مطالعه حاضر این ۳ عامل رتبه‌های سوم تا پنجم را به خود اختصاص داده‌اند.

اثربخشی و کارایی و اخلاق رتبه‌های آخر مؤلفه‌های حکمرانی خوب در سیاستگذاری نظام سلامت ایران در تحقیق حاضر شناسایی شدند که این یافته با تحقیقات یوان و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای در چین روی کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط و فرانسیستک و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای روی کارکنان بهداشت و درمان تانزانیا (۱۰،۱۱) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج، می‌توان گفت با توجه به مطالعات پیشین و شواهد و نظر خبرگان در سال‌های اخیر به ارتقای تولید نظام سلامت با رویکرد حکمرانی خوب (مثلاً عدالت در سلامت) توجه شده است (۲۹). همانطور که در برخی از مطالعات (داخلی و خارجی) پیشین نیز به مؤلفه‌های حکمرانی خوب برای ارتقای حاکمیت‌ها اشاره شد (۸-۱۰) و به عنوان نمونه در برخی مطالعات تجربی حاکمیت قانون از مؤلفه‌های اصلی بر حکمرانی خوب به ویژه در کشورهای توسعه یافته بوده است (۲۸). استقرار حاکمیت قانون، از الزامات هر جامعه مدرن است. زیرا حاکمیت قانون را می‌توان رژیم سیاسی قانونی دانست. در چنین رژیم‌های، قوانین به وسیله ترویج حقوق خاص شهروندان و ایجاد نظم و پیش بینی پذیری نحوه اقدامات و وظایف کشور، حکومت را محدود می‌کند (۲۷). بعد از حاکمیت قانون، برای شاخص



محوری و وفاق، شفافیت، پاسخگویی، عدالت و انصاف، اثربخشی و اصول اخلاقی، در ساختار سیاستگذاری نظام سلامت در ایران است.

ضمن اینکه تمام شاخص‌های حکمرانی خوب مهم و با اهمیت‌اند، لیکن برای اجرای بهتر و اثربخش‌تر حکمرانی خوب در سیاستگذاری و برنامه ریزی نظام سلامت پیشنهاد می‌گردد تصمیم‌گیران تمرکز خود را بر روی مؤلفه‌هایی که اهمیت بالاتری را در این مطالعه به خود اختصاص دادند، معطوف دارند. با توجه به پیچیدگی و اهمیت نظام سلامت در پیشرفت و عدالت در کشور، حکمرانی خوب جهت ارتقا فرایند سیاستگذاری نظام سلامت امری ضروری است. لذا به سیاستگذاران برای تحقق این امر پیشنهاد می‌گردد که موارد زیر را در فرآیند تدوین و اجرای احکام بخش سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور مدنظر قرار دهند:

۱- با توجه به اینکه اسناد بالادستی و قوانین خوب در حوزه نظام سلامت کم نیست به جهت تحقق حکمرانی خوب مؤلفه حاکمیت قانون در سیاستنامه‌ها برای دستیابی به نتایج مطلوب در همه ابعاد و مراحل سیاستگذاری (تدوین، اجرا، ارزیابی و بازخورد) توسط چک لیست مناسب بررسی شود.

۲- جهت اجرای حکمرانی خوب در نظام سلامت اجماع محوری، وفاق باید در سیاستگذاری نظام سلامت مورد توجه قرارگیرد؛ برای تحقق این امر لازم است، در همه مراحل سیاستگذاری، مشارکت مردم، ذی‌نفعان و سایر سازمان‌های همکار برای ایجاد هم‌زمانی و همدلی به طور واضح و کامل مورد توجه و تشریح قرار بگیرد و از همکاری خانه‌های مشارکت مردم در سلامت و دبیرخانه‌های سلامت در دستگاه‌های اجرایی در فرآیند سیاستگذاری مشارکتی بهره برده شود.

۳- شفافیت و پاسخگویی به جهت مسئولیت‌پذیری در مجریان سیاست‌های نظام سلامت و اعتماد بیماران و گیرندگان خدمت در نظام سلامت، می‌بایست در همه فرایندهای سیاستگذاری نظام سلامت جاری و مستتر باشند. نظارت و پایش‌های دقیق برای تحقق این امر در مرحله اجرای سیاست‌ها با حساسیت بالایی توسط ارزیابان داخل و خارج از نظام سلامت که در مرحله مقدمات تدوین باید مشخص باشند، صورت گیرد و رتبه مجریان سیاست‌های سلامت به طور سالانه اندازه‌گیری و بازتاب آن به سیاستگذاران، مدیران، ذی‌نفعان و مردم منتقل گردد.

۴- در راستای تحقق مؤلفه عدالت در حکمرانی خوب نظام سلامت شاخص‌های اساسی، عدالت در سلامت که توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اعلام می‌شود از مرحله مقدمات تدوین تا مرحله نتیجه‌گیری و بازخورد در سیاستگذاری نظام سلامت حاکم باشد و سیاستگذاری جهت منافع عامه مردم صورت گرفته و توجه ویژه به مناطق محروم صورت گیرد.

۵- آموزش اخلاق حرفه‌ای در نظام سلامت باید از ابتدا در طول دوره تحصیل آموزشی علوم پزشکی و بهداشتی و استخدام و آموزش کارمندان، کارشناسان و مدیران و مجریان نظام سلامت در همه ابعاد سیاستگذاری نظام سلامت مورد توجه و تاکید قرار گرفته و در زمان اجرای سیاست‌ها نیز رعایت اصول حرفه‌ای گرایبی از طریق نظام ارتقای سالانه کارکنان و اعضای هیات علمی در نظام سلامت مورد نظارت و ارزیابی مستمر قرارگیرد و بازخورد به موقع به تصمیم‌گیرندگان و مدیران مربوطه صورت پذیرد.

سیاسگذاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه به نحوی مشارکت داشته‌اند تشکر نمایند. به ویژه از جناب آقای دکتر سیدرضا مظهری کارشناس ارشد معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که تیم پژوهش را از نظرات و تجربیات ارزشمند خود بهره مند نمودند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. الف، ع. و م، ع. ف م

جمع آوری داده‌ها: م. الف

تحلیل داده‌ها: م. الف، ع. و م، ع. ف م

نگارش و اصلاح مقاله: م. الف، ع. و م، ع. ف م

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مدیریت دولتی گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی با عنوان طراحی مدل اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت با رویکرد حکمرانی خوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان می‌باشد و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.



References

- 1) World Health Organization. The world health report 2011 health systems: improving performance. WHO: Switzerland, Geneva. 2011: 3-5.
- 2) Yaghoubi E. Good governance and health promoting of administrative system; explaining the role of electronic government. *Management Researches* 2017; 10(37): 203-22. [Persian]
- 3) Graham S, Habermas J. Critical theory and health. 2nd ed. (translated by Hoseinali Norozi). Tehran: Qazal publication; 2007: 54-55. [Persian]
- 4) Greer S, Wismar M, Figueras J. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. UK: McGraw-Hill Education; 2016: 134-35.
- 5) Zahedi Sh, Ebrahimpoor H. Governance based on stability. Iran: Samt press; 2010: 45-6. [Persian]
- 6) Makian SN, Bibak M. The effect of good governance on human development in Islamic and OECD countries. *Economic Modeling* 2015; 9(30): 131-47. [Persian]
- 7) Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, Jama MA. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy* 2009; 90(1): 13-25. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.08.005.
- 8) Hartigan-GO KY, Valera MT, Visperas MKN. A framework to promote good governance in Healthcare. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2013: 28-40.
- 9) McVeigh J, MacLachlan M, Gilmore B, McClean C, Eide AH, Mannan H, et al. Promoting good policy for leadership and governance of health related rehabilitation: a realist synthesis. *Globalization and Health* 2016; 12(1): 1-18. doi: 10.1186/s12992-016-0182-8.
- 10) 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.
- 11) Francetic I, Tediosi F, Salari P, Savigny DD. Going operational with health systems governance: supervision and incentives to health workers for increased quality of care in Tanzania. *Health Policy and Planning* 2019; 34(2): 77-92. doi:10.1093/heapol/czz104.
- 12) Escobar-Ballesta M, García-Ramírez M, De Freitas C. Taking stock of Roma health policies in Spain: lessons for health governance. *Health Policy* 2018; 122(4): 444-51. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.02.009.
- 13) Arab Yarmohammadi J, Esmaeili khoshmardan A. Indicators of good governance and assessment of the status of Iran. Institute of Economic Affairs: Iran, Tehran. 2020: 4-31. [Persian]
- 14) Niazi M, Razeghimale H, Aghighi M, Solyman Nezhad M. Comparative study of the reasons for media preference on internal and external television using fuzzy analytic hierarchy process. *Journal of Communication Research* 2018; 25(95): 131-62. [Persian]
- 15) Saaty T. Decision making for managers. 2nd ed. (translated by Ali Asghar Tofigh). Tehran: Industrial management organization publications; 2010: 320-30. [Persian]
- 16) Changizi MA, Mirsapasi N, Mojibi T, Otadi M. An investigation into indices of professional ethics for faculty members using FAHP. *Ethics in Science and Technology* 2020; 14(5): 80-6. [Persian]
- 17) Krejčí J. Fuzzy eigenvector method for obtaining normalized fuzzy weights from fuzzy pairwise comparison matrices. *Fuzzy Sets and Systems* 2017; 315: 26-43. doi: 10.1016/j.fss.2016.03.006.
- 18) Stiri M, Rayej H, Hosseini Toli F. Providing a model for measuring the attractiveness of shopping centers in tourist areas (case study of Kish Island). *Urban Economics and Management* 2018; 24(3): 1-15. [Persian]
- 19) Yegangi SA, Alwani SM, Memarzadeh Gh. Prioritization of good governance indicators in efficient organizations (case study: Qazvin welfare bank branches). *Iranian Journal of Public Administration Mission* 2016; 7(1): 1-9. [Persian]
- 20) Moradi E, Rahnama A, Heidarian S. The effect of indicators of good governance on corruption control (case study: Middle East and South East Asia). *Journal of Quantitative Economics* 2018; 14(4): 151-82. [Persian]
- 21) Gorji Pourshafiei A. The necessity of regulatory sector regulation system in order to achieve good governance. 2nd international conference on management and accounting; 2017; Iran, Tehran. *Civilica*; 2017:1-14. [Persian]
- 22) Heshmatzadeh MB, Haji Yousefi AM, Talebi MA. Investigation of obstaclesto realization of good governance in Iranian political culture. *Contemporary Political Studies* 2017; 8(23): 1-24. doi: 10.30465/CPS.2017.2630. [Persian]
- 23) Bagherzadeh MS, Tabari M, Mojibi T, Bagherzadeh MR, Ashrafi AM. Designing and explaining a good governance model for all public libraries in the country. *Geography (Regional Planning)* 2021; 11(1): 289-310. [Persian]
- 24) Bartolini D, Santolini R. Political institutions behind good governance. *Economic Systems* 2017; 41(1): 68-85. doi: 10.1016/j.ecosys.2016.05.004.
- 25) Shah N, Mangi Sh. Is good governance possible through tactics?. 2th national graduate conference; 2018 August 15-20: Islamabad, Pakistan, Allama Iqbal open University; 2018: 1-2.



- 26) Dahler-Larsen P, Boodhoo A. Evaluation culture and good governance: is there a link?. *Evaluation* 2019; 25(3): 277-93. doi: 10.1177/1356389018819110.
- 27) Frivaldo FS, Sadera JM, Bueno DC. Harmonizing good governance across barangays in a metropolitan settig. *Institutional Multidisciplinary Research and Development Journal* 2019; 2: 184-91. doi: 10.13140/rg.2.2.10006.70723.
- 28) Addink H. Good governance: concept and context. USA: Oxford scholarship online, Inc.; 2019: 15-24. doi:10.1093/oso/9780198841159.001.0001.
- 29) Abbasi M, Ganjbakhsh M. An introduction to justice in health. Tehran: Legal publications; 2014: 280-300. [Persian]



Fuzzy Analytical Hierarchy Process (AHP) of Good Governance Components for Health System Policy-Making in the Islamic Republic of Iran

Marziyeh Azadiyan¹ , Abbas Vosoogh Moghaddam^{2*} , Ali Farhadi Mahalli³ 

¹ Ph.D. student of Public Administration, Department of Management, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

² Department of Management, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran- Governance and Health Research and Training Group, Neuroscience Research Institute, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Management, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

* **Corresponding Author:** Abbas Vosoogh Moghaddam

a.vosoogh@gmail.com

ABSTRACT

Citation: Azadiyan M, Vosoogh Moghaddam A, Farhadi Mahalli A. Fuzzy Analytical Hierarchy Process (AHP) of Good Governance Components for Health System Policy-Making in the Islamic Republic of Iran. *Manage Strat Health Syst* 2021; 6(2): 87-102.

Received: June 27, 2021

Revised: August 01, 2021

Accepted: August 14, 2021

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Background: Good governance in the last two decades attracted the attention of scientific and international circles around the world. It is a type of governance that is committed to supporting and promoting human health. In order to achieve good governance, components have been identified that knowledge of the weight and importance of each component is undoubtedly necessary to achieve the desired results in the policy-making of the Iranian health system.

Methods: This research is descriptive-survey in terms of goal setting and methodology. The multi-stage stratification and availability method was used for sampling and the theoretical saturation rule was used to determine the sample size. In order to define and explain the concept of components of good governance and health policy-making, the library method and review of reference sources were used. 100 survey managers and experts in the Ministry of Health and Golestan, Mazandaran and Neishabour Universities of Medical Sciences were interviewed using a survey method and using a checklist tool (researcher-made (pairwise comparisons)). To analyze the data, Chang's improved fuzzy AHP method and Expert choice software were used.

Results: Among the components of good governance (for the policy-making process of the Iranian health system), the rule of law included the most important component. After the rule of law, consensus and agreement, transparency, accountability, justice and fairness, effectiveness and efficiency and ethics were in the next ranks.

Conclusion: Good governance is a new narrative of concepts such as democracy, human rights and justice to pursue people-centered human development goals. The rankings obtained from the analyses of this research indicate the need to pay more attention to the rule of law in the health policy-making cycle. It is suggested that in designing the health sector of the seventh economic, social and cultural development plan, executive strategies are paid attention to strengthening the components of good governance, respectively.

Key words: Good governance, Health system, Fuzzy AHP, Policy-making