مقاله پژوهشی

طراحی مدل حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی

سیده مریم حائری [۱]، قنبر امیرنژاد [۲*]، منصور زراء نژاد [۳]، غلامرضا معمارزاده [۴]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] دانشیار، گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳] استاد، گروه اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
[۴] استاد، گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* **نویسنده مسؤول:** قنبر امیرنژاد
g.amirnejad@iau.ac.ir

ارجاع: حائری سیده مریم، امیرنژاد قنبر، زراء نژاد منصور، معمارزاده غلامرضا. طراحی مدل حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۱۰(۳): ۲۴-۲۱۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۹/۰۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۴

زمینه و هدف: حکمرانی نظام سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مدیریت سلامت عمومی، نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای کارایی، شفافیت، پاسخگویی و تعامل بین نهادهای ذی‌ربط دارد. در بسیاری از کشورها، توجه به نهادهای مدنی در حکمرانی سلامت به‌منزله ابزاری برای افزایش مشروعیت و کارآمدی تصمیم‌گیری مطرح شده است. با وجود مطالعات گسترده در زمینه حکمرانی سلامت، تمرکز بر نقش نهادهای مدنی در قالب یک مدل بومی کمتر بررسی شده است، لذا هدف این پژوهش، طراحی مدل حکمرانی نظام سلامت با تأکید بر نهادهای مدنی بود.

روش پژوهش: مطالعه حاضر با روش آمیخته و طراحی متوالی اکتشافی، در بازه زمانی مهر ۱۴۰۳ تا خرداد ۱۴۰۴ در سه مرحله انجام شد. در مرحله اول، برای شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های کلیدی، از تکنیک دلفی فازی در ۳ دور متوالی استفاده گردید. جامعه آماری شامل ۱۵ نفر از خبرگان حوزه سلامت و نهادهای مدنی شامل خط‌مشی‌گذاران عالی، کارشناسان ارشد وزارت بهداشت، مشاوران وزیر، مدیران سازمان‌های مردم‌نهاد، مدیران و کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر سلامت و نمایندگان بیماران و خانواده‌ها به‌ویژه انجمن‌های حمایتی بیماران خاص بود که با روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌های این مرحله پرسشنامه دلفی برای خبرگان و در مرحله کمی پرسشنامه محقق‌ساخته مشتمل بر ۵ بعد و ۲۴ مولفه بود. روش نمونه گیری مرحله کمی، تصادفی طبقه‌ای و حجم نمونه ۳۸۶ نفر بود. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری، تحلیل مسیر و تحلیل عاملی تأییدی از طریق نرم‌افزار Smart PLS 4 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی دارای ۵ بعد اصلی است: حکمرانی شبکه‌ای، همکاری و مشارکت، مدیریت منابع مالی، حکمرانی شفافیت و نظارت و ارزیابی. همچنین، یافته‌ها نشان داد تمامی اجزای مدل دارای ارتباط معنی‌داری با مفهوم اصلی بودند و حکمرانی شبکه‌ای بیشترین بار عاملی را در مدل داشت و مشارکت همگانی به‌عنوان مؤلفه کلیدی آن شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، حکمرانی سلامت مبتنی بر نهادهای مدنی می‌تواند موجب ارتقای شفافیت، بهبود کارایی و توسعه تعاملات بین نهادی گردد. نوآوری این پژوهش در تأکید بر نقش جامعه مدنی در حکمرانی سلامت و استفاده همزمان از تکنیک دلفی فازی و مدل‌یابی معادلات ساختاری است. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران با تقویت جایگاه نهادهای مدنی، شفاف‌سازی سازوکارهای مالی و ایجاد نظام بازخورد مستمر، شرایط لازم برای تحقق حکمرانی متعالی در نظام سلامت را فراهم آورند.

واژه‌های کلیدی: حکمرانی، نظام سلامت، نهادهای مدنی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

مقدمه

حکمرانی نظام سلامت به فرآیندها و ساختارهایی اطلاق می‌شود که از طریق آن‌ها سیاست‌ها و خدمات بهداشتی طراحی، مدیریت و ارزیابی می‌شوند. این حکمرانی نقش اساسی در ارتقای کارایی، شفافیت، پاسخگویی و تعامل بین نهادهای مختلف دارد و به عنوان یکی از محورهای کلیدی مدیریت سلامت عمومی شناخته می‌شود. بر اساس گزارش وزارت بهداشت ایران (۲۰۲۳)، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی در کشور هنوز با چالش‌های جدی مواجه است و تنها حدود ۶۵ درصد از جمعیت به خدمات بهداشتی با کیفیت دسترسی دارند. نابرابری در دسترسی به خدمات به ویژه در مناطق روستایی و کمتر توسعه‌یافته مشاهده می‌شود که ضرورت توجه به راهکارهای حکمرانی مؤثر را نشان می‌دهد (۱).

نهادهای مدنی به‌عنوان بازیگران اصلی و کلیدی در نظام سلامت، نقش مهمی در افزایش شفافیت و پاسخگویی دارند. این نهادها از طریق نظارت بر عملکرد نظام سلامت، حمایت از حقوق بیماران و گروه‌های آسیب‌پذیر، آموزش عمومی و اطلاع‌رسانی، می‌توانند به ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی کمک کنند. همچنین مشارکت فعال نهادهای مدنی در فرآیندهای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری، موجب افزایش مشروعیت تصمیمات و توسعه تعاملات بین‌نهادی می‌شود (۲،۳). مطالعات متعددی در ۵ سال اخیر نشان داده‌اند که مشارکت نهادهای مدنی تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود کارکرد نظام سلامت دارد. احمدزاده و همکاران (۲۰۲۰) در بررسی ۱۲ سازمان مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت در استان اصفهان، تأثیر آموزش و اطلاع‌رسانی عمومی توسط نهادهای مدنی بر ارتقای دسترسی به خدمات بهداشتی را گزارش کردند (۴). موسوی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای بین مدیران ۸ سازمان بیمه‌گر سلامت در استان خراسان شمالی به این نتیجه رسیدند که نقش نهادهای مدنی در بهبود تخصیص منابع و پاسخگویی بسیار مؤثر است (۵). مایهر و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهش‌هایی در سوئد و کنیا نشان دادند همکاری مؤثر بین دولت و نهادهای مدنی باعث ارتقای عدالت و کیفیت در ارائه خدمات سلامت می‌شود (۶).

با وجود اهمیت نقش نهادهای مدنی، در ایران چارچوب مفهومی جامعی برای تبیین جایگاه و ارتباط این نهادها با اجزای مختلف حکمرانی نظام سلامت وجود ندارد. برخی نهادهای مدنی با محدودیت‌های قانونی، کمبود منابع و ضعف تعاملات بین نهادی مواجه هستند که موجب کاهش تأثیرگذاری آن‌ها می‌شود. بنابراین، شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی نظام سلامت مبتنی بر نهادهای مدنی، تعریف دقیق نقش و مسئولیت‌های این نهادها در زمینه‌های مختلف مانند نظارت، آموزش، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و توسعه سیاست‌های بهداشتی، می‌تواند به بهبود عملکرد نظام سلامت کمک کند. این پژوهش تلاش دارد با طراحی یک مدل مفهومی جامع، این خلأ را برطرف کند و روابط بین ابعاد و مؤلفه‌های مختلف حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی را شناسایی نماید. همچنین، ارائه راهکارهای اجرایی برای سیاستگذاران و حاکمیت در راستای بهبود شفافیت، پاسخگویی، مشارکت اجتماعی و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی از اهداف اصلی این تحقیق است.

روش پژوهش

مطالعه حاضر با روش‌آمیخته و طراحی متوالی اکتشافی، در بازه زمانی مهر ۱۴۰۳ تا خرداد ۱۴۰۴ انجام شد. محیط پژوهش شامل وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، دانشگاه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت در ایران بود. تحقیق در سه مرحله اصلی طراحی شد. در مرحله اول، به بررسی مبانی نظری حکمرانی و نهادهای مدنی در نظام سلامت پرداخته شد. در این مرحله، با مرور منابع داخلی و خارجی و تحلیل تجربیات بین‌المللی، ابعاد و مؤلفه‌های اولیه مدل استخراج شد. این بررسی بر اساس چارچوب‌های معتبر جهانی شامل سازمان جهانی بهداشت، برنامه توسعه سازمان ملل و بانک جهانی صورت گرفت تا اعتبار نظری مدل تضمین شود.

مرحله دوم تحقیق به استفاده از تکنیک دلفی فازی در ۳ راند متوالی اختصاص داشت. پس از شناسایی عوامل مرتبط با حکمرانی مؤثر در نظام سلامت از مبانی نظری، نیاز بود تا این عوامل با استفاده از تکنیک دلفی پالایش شوند. این تکنیک به‌منظور اشباع نظری و رسیدن به اجماع میان خبرگان در خصوص اعتبار و اهمیت این عوامل به کار گرفته شد. جامعه آماری این مرحله شامل ۱۵ نفر از خبرگان حوزه سلامت و

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

نهادهای مدنی بود که از میان خط‌مشی‌گذاران عالی، کارشناسان ارشد وزارت بهداشت، مشاوران وزیر، مدیران سازمان‌های مردم‌نهاد، مدیران و کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر سلامت و نمایندگان بیماران و خانواده‌ها به‌ویژه انجمن‌های حمایتی بیماران خاص بود که با روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. معیارهای انتخاب خبرگان شامل تجربه حداقل ۴ سال فعالیت مرتبط در حوزه سلامت، حضور فعال در کمیته‌ها و گروه‌های سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری و داشتن دانش تخصصی در زمینه حکمرانی نظام سلامت و نهادهای مدنی بود. همچنین، توانایی ارائه دیدگاه‌های راهبردی و عملیاتی و آشنایی با فرآیندهای تصمیم‌گیری در نظام سلامت از دیگر شاخص‌های مهم برای انتخاب خبرگان محسوب می‌شد. انتخاب افراد بر اساس سابقه اجرایی، اعتبار علمی و مشارکت در پروژه‌ها و سیاست‌گذاری‌های سلامت انجام گرفت تا کیفیت و صحت نظرات دریافتی تضمین شود.

به همین منظور، پرسشنامه‌ای طراحی گردید که شامل ۲۴ سوال از عوامل شناسایی‌شده بود. این پرسشنامه در اختیار گروهی از خبرگان منتخب قرار گرفت. برای اندازه‌گیری نظرات خبرگان، از مقیاس لیکرت استفاده شد. مقیاس لیکرت از پنج درجه متفاوت (از خیلی کم تا خیلی زیاد) برای ارزیابی میزان اهمیت و اولویت هر یک از عوامل طراحی شده بود. این مقیاس به‌طور مؤثر این امکان را فراهم می‌آورد که خبرگان بتوانند نظر خود را با دقت و در چارچوبی مشخص بیان کنند. برای رسیدن به بیشترین اجماع و هم‌راستایی میان نظرات خبرگان، تکنیک دلفی در سه مرحله اجرا شد. در هر مرحله، نتایج نظرسنجی‌ها جمع‌آوری و تحلیل گردید تا میزان هم‌نظر بودن و هم‌راستایی در خصوص هر عامل ارزیابی شود. در هر دور از دلفی فازی، نتایج نظرات خبرگان به آن‌ها بازخورد داده می‌شد تا بر اساس دیدگاه‌های سایر اعضای گروه، نظرات خود را اصلاح و تعدیل کنند. این فرایند تا زمانی که بیشترین اجماع میان خبرگان حاصل می‌شد، ادامه یافت.

در مرحله سوم، مدل طراحی‌شده با استفاده از داده‌های کمی اعتبارسنجی شد. برای این منظور، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته مشتمل بر ۵ بعد حکمرانی شفافیت، همکاری و مشارکت، مدیریت منابع مالی، حکمرانی شبکه‌ای و نظارت و ارزیابی و ۲۴ مولفه طراحی شد که بر اساس نتایج دلفی شکل گرفته بود. روایی پرسشنامه از طریق نظر متخصصان و بررسی محتوا، صوری و سازه‌ای تأیید و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ و ضریب اعتبار ترکیبی (CR) محاسبه شد. نمونه آماری در این مرحله شامل ۳۸۶ نفر از مدیران، معاونان و کارکنان سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت مانند مؤسسه محک، انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران و انجمن آلزایمر ایران بود. در این مرحله برای تعیین حجم نمونه آماری از جدول مورگان استفاده شد. همچنین نمونه‌گیری در این مرحله به صورت طبقه‌ای تصادفی انجام شد و طبقات بر اساس نوع سازمان، سطح فعالیت و موقعیت جغرافیایی تعیین گردید.

داده‌های کمی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، تحلیل مسیر و تحلیل عاملی تأییدی از طریق نرم‌افزار Smart PLS 4 تحلیل شدند تا اعتبار و برازش مدل بررسی گردد.

یافته‌ها

در گام نخست، پس از شناسایی عوامل مرتبط با حکمرانی مؤثر در نظام سلامت از مبانی نظری، ابعاد اولیه شامل حکمرانی شفافیت، همکاری و مشارکت، مدیریت منابع مالی، حکمرانی شبکه‌ای و نظارت و ارزیابی مشخص گردید. در گام بعدی این عوامل با استفاده از تکنیک دلفی پالایش شدند. در گام نهایی، مدل طراحی‌شده با استفاده از داده‌های کمی اعتبارسنجی شد. مشخصات جمعیت‌شناختی خبرگان مرحله دلفی و جامعه آماری مرحله کمی در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج حاصل از سه مرحله پالایش تکنیک دلفی در جدول ۲ به تفکیک ارائه شده است. در این جدول، به وضوح نتایج هر سه مرحله دلفی نمایش داده شده تا روشن شود که کدام عوامل مورد تأکید بیشتری قرار گرفتند و کدام یک از آن‌ها نیاز به تغییر یا تعدیل بیشتری داشتند.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

جدول ۱: ویژگی جمعیت‌شناختی جامعه مورد مطالعه

متغیر	دسته‌بندی	مرحله دلفی		مرحله کمی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۹	۶۰	۲۱۰	۵۴
	زن	۶	۴۰	۱۷۶	۴۶
سمت / نقش	خط‌مشی‌گذار عالی	۳	۲۰	–	–
	مدیر ارشد سازمان مردم‌نهاد	۴	۲۷	۹۸	۲۵
	مشاور وزیر / مسئول بهداشتی	۳	۲۰	۱۲۴	۳۲
	پژوهشگر / استاد دانشگاه	۵	۳۳	۱۶۴	۴۳
نوع سازمان	مؤسسه خیریه	–	–	۱۵۴	۴۰
	سازمان مردم‌نهاد	–	–	۲۳۲	۶۰
سابقه فعالیت (سال)	۴ تا ۶ سال	۵	۳۳	۱۰۲	۲۶
	۷ تا ۱۰ سال	۶	۴۰	۱۸۰	۴۷
	بیش از ۱۰ سال	۴	۲۷	۱۰۴	۲۷
تحصیلات	کارشناسی	–	–	۱۴۸	۳۸
	کارشناسی ارشد	۵	۳۳	۱۸۲	۴۷
	دکتری	۱۰	۶۷	۵۶	۱۵

جدول ۲: خلاصه اجرای سه دور تکنیک دلفی فازی

عوامل	بازه		دیفازی ۱	دیفازی ۲	تفاضل ۱ و ۲	دیفازی ۳	تفاضل ۲ و ۳	ملاحظات
مشارکت همگانی	۵/۵۰	۷/۵۱	۹/۱۲	۷/۴۳	۷/۴۴	۰/۰۱		تائید
شفافیت	۵/۷۷	۷/۸۱	۹/۳۴	۷/۷۲	۷/۷۳	۰۰۰		تائید
انطباق قوانین	۵/۱۰	۷/۱۳	۸/۸۵	۷/۶۱	۷/۷۸	۰/۲۸	۷/۸۹	۰/۰۹ تائید
هماهنگی بین نهادها	۵/۶۹	۷/۲۳	۸/۹۰	۷/۸۰	۷/۶۵	-۰/۱۵		تائید
انعطاف‌پذیری	۵/۳۵	۷/۴۶	۹/۰۳	۷/۳۸	۷/۳۸	-۰/۰۱		تائید
هم‌افزایی	۴/۶۰	۶/۶۰	۸/۴۴	۶/۵۴	۶/۵۷	۰/۰۳		رد
همکاری با سازمان‌های جهانی	۵/۲۷	۷/۳۵	۸/۹۷	۷/۲۷	۷/۲۷	۰۰۰		تائید
مشارکت سیاست‌گذاران	۴/۶۳	۶/۷۵	۸/۶۷	۶/۷۴	۶/۷۲	-۰/۰۳		رد
ایجاد اعتماد در بین شرکا	۵/۹۰	۷/۷۶	۹/۲۵	۷/۶۷	۷/۷۰	۰/۰۳		تائید
ایجاد شبکه‌های حمایتی	۶/۲۰	۷/۹۴	۹/۴۰	۷/۸۴	۷/۸۹	۰/۰۵		تائید
بودجه‌بندی شفاف	۴/۳۷	۶/۵۶	۸/۳۶	۶/۴۹	۶/۵۰	۰۰۰		رد
تامین مالی پایدار	۰	۶/۳۴	۸/۲۷	۵/۶۰	۵/۶۱	۰۰۰		رد
مدیریت منابع مشترک	۵/۳۹	۷/۴۶	۸/۹۰	۷/۳۸	۷/۳۶	-۰/۰۸		تائید
اولویت‌بندی تخصیص منابع	۴/۳۳	۴/۴۹	۸/۳۸	۶/۴۴	۶/۴۵	۰۰۰		رد
ایجاد منبع مشترک	۶/۴۷	۶/۶۷	۹/۶۰	۷/۶۹	۷/۶۳	۰/۰۳		تائید
نظارت و ارزیابی	۴/۱۳	۶/۳۱	۸/۷۰	۶/۲۵	۶/۳۵	۰/۰۹		رد
ایجاد سیستم‌های گزارش‌دهی	۵/۱۰	۷/۱۴	۸/۹۳	۷/۱۰	۶/۸۵	۰/۲۵	۷/۰۲	۰/۱۷ تائید
مشارکت عمومی در ارزیابی	۵/۳۹	۷/۴۶	۸/۹۰	۷/۳۸	۷/۳۶	-۰/۰۳		تائید
افزایش پاسخگویی نهادها	۵/۴۲	۷/۶۳	۹/۱۰	۷/۵۱	۷/۵۱	۰۰۰		تائید
دسترسی به اطلاعات عمومی	۶/۱۰	۷/۷۶	۹/۱۷	۷/۶۲	۷/۷۲	-۰/۰۹		تائید
شاخص‌های عملکردی	۶/۲۰	۶/۰۷	۸/۰۴	۶/۰۵	۶/۴۲	۰/۳۶		رد
بازخورد مستمر	۶/۳۰	۷/۵۳	۹/۲۱	۷/۴۹	۷/۵۱	۰/۲۱	۷/۴۷	۰/۱۳ تائید
شفافیت در ارزیابی	۰	۷/۳۰	۸/۷۶	۶/۰۶	۶/۳۳	۰/۲۷		رد
برنامه‌ریزی آینده‌نگر	۵/۵۰	۷/۸۵	۹/۴۳	۷/۷۸	۷/۷۲	-۰/۰۶		تائید

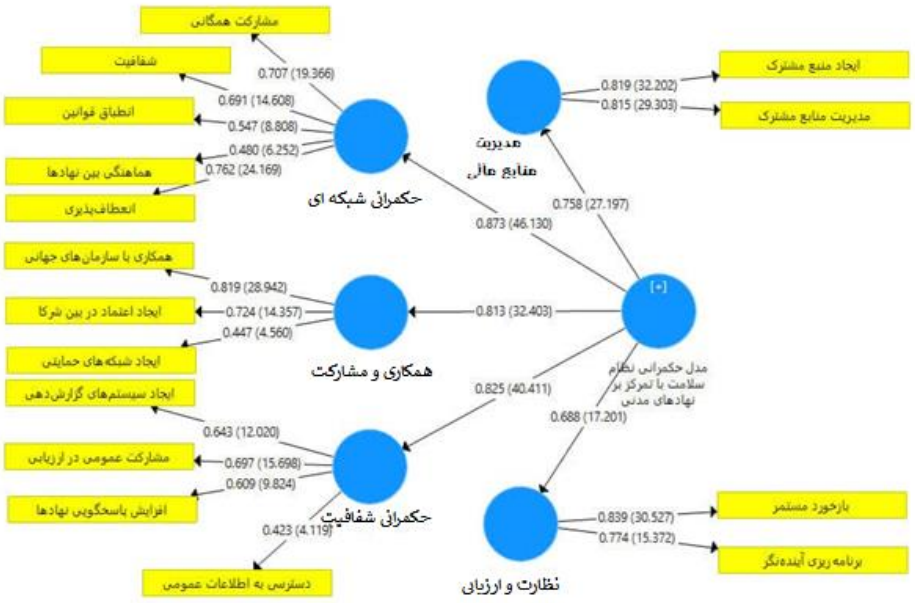
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

در تحلیل نتایج جدول ۲، برخی از عوامل مؤثر در مدل حکمرانی مؤثر با تأکید بر نهادهای مدنی در نظام سلامت کشور، پس از سه مرحله پالایش با استفاده از تکنیک دلفی، تأیید یا رد شدند. برای مثال، عوامل «مشارکت همگانی»، «شفافیت»، «انطباق قوانین»، «هماهنگی بین نهادها»، و «ایجاد اعتماد در بین شرکا» در هر سه مرحله با کسب امتیازاتی قابل‌قبول، تأیید شدند. این عوامل همگی به اجماع قوی در میان خبرگان رسیدند و تغییرات ناچیزی در میان مراحل مختلف مشاهده شد. از سوی دیگر، عواملی مانند «هم‌افزایی»، «مشارکت سیاست‌گذاران»، «بودجه‌بندی شفاف»، «تأمین مالی پایداری»، «اولویت‌بندی تخصیص منابع»، «نظارت و ارزیابی»، و «شاخص‌های عملکردی» از نظر اجماع و اعتبار کمتری برخوردار بودند. این عوامل در برخی مراحل تغییرات قابل‌توجهی داشتند و در نهایت نتایج آن‌ها رد شد. عواملی چون «ایجاد شبکه‌های حمایتی»، «همکاری با سازمان‌های جهانی»، «ایجاد منبع مشترک»، «افزایش پاسخگویی نهادها»، و «دسترسی به اطلاعات عمومی» به‌طور مؤثری تأیید شدند و در تمامی مراحل تفاوت‌های معنی‌داری نداشتند. در این میان، عوامل «ایجاد سیستم‌های گزارش‌دهی» و «بازخورد مستمر» نیز تأیید شدند، اما تغییرات جزیی در مراحل مختلف دلفی به‌ویژه در بخش امتیازات مربوط به برخی ابعاد گزارش‌دهی مشاهده گردید. در نهایت، برخی از عوامل مانند «شفافیت در ارزیابی» و «شاخص‌های عملکردی» به دلیل نداشتن اجماع کافی در میان خبرگان رد شدند. حذف مؤلفه‌های مالی و ارزیابی از مدل نهایی، ضمن کاهش پیچیدگی ساختاری مدل، منجر به تمرکز بیشتر بر ابعاد شبکه‌ای، مشارکتی و شفافیت نهادی گردید. این تغییر جهت، نشان‌دهنده غلبه‌ی رویکرد حکمرانی مشارکتی و بین‌نهادی بر رویکرد حکمرانی مالی و عملکردی است؛ به‌عبارتی، خبرگان تأکید داشتند که در شرایط کنونی نظام سلامت ایران، تحقق حکمرانی مطلوب بیش از آنکه به اصلاحات مالی وابسته باشد، نیازمند تقویت سرمایه اجتماعی، شفافیت فرایندی و همکاری نهادهای مدنی است. با این حال، حذف مؤلفه‌های مذکور ممکن است سبب کاهش قدرت پیش‌بینی مدل در حوزه‌های کارایی اقتصادی و پاسخگویی مالی شود؛ چراکه ابعاد مالی و ارزیابی، در نظام‌های حکمرانی توسعه‌یافته، نقش کلیدی در تضمین پایداری و مشروعیت تصمیم‌گیری دارند (۶). از منظر نظری، این حذف به معنای آن است که مدل حاصل، بیشتر در حوزه «حکمرانی نرم» قابل تفسیر است تا حکمرانی مبتنی بر کنترل مالی یا عملکردی. در نتیجه، مدل نهایی گرایش بیشتری به ابعاد اجتماعی و شبکه‌ای پیدا کرده و در عین حال، اجرای آن مستلزم طراحی مکمل‌هایی در حوزه نظارت مالی، سنجش عملکرد و پاسخگویی داده‌محور در مراحل بعدی سیاست‌گذاری است.

در خصوص آزمون مدل بر روی نمونه آماری بزرگتر، از تکنیک معادلات ساختاری بهره گرفته شد. در تحلیل بارهای عاملی سوالات پرسشنامه، مشخص گردید که تمامی بارهای عاملی بالاتر از ۰/۴۰ بوده و این امر نشان‌دهنده همبستگی بالای بین سوالات و مولفه‌ها است. به منظور ارزیابی همسانی داخلی یا اعتبار درونی مدل اندازه‌گیری انعکاسی، از روایی همگرا استفاده شد و نتایج نشان داد که کلیه مقادیر بالاتر از ۰/۵۰ هستند که بیانگر روایی همگرای مناسب برای مدل می‌باشد. برای سنجش روایی تشخیصی در سطح سازه (متغیرهای پنهان)، از معیار فورنل-لارکر استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از آن بود که مقادیر قطر اصلی برای هر متغیر پنهان و همبستگی آن با سایر متغیرهای پنهان انعکاسی موجود در مدل بیشتر از مقادیر همبستگی آن متغیرها با سایر متغیرهای پنهان است. این امر نشان‌دهنده روایی تشخیصی مناسب مدل اندازه‌گیری انعکاسی در سطح سازه بر اساس معیار فورنل-لارکر می‌باشد. در آزمون مدل‌های ساختاری، برای سنجش تأثیر یک متغیر برون‌زا بر متغیر درون‌زا، مشخص شد که تمامی متغیرهای درون‌زای مدل از مقدار متوسط معیار، یعنی ۰/۳۳ بیشترند، که این امر نشانگر برازش بالاتر از متوسط مدل ساختاری است. همچنین برای بررسی قدرت پیش‌بینی مدل، از شاخص کیفیت مدل ساختاری استون-گایسلر (Q^2) استفاده شد. مقادیر به‌دست‌آمده برای متغیرهای تحقیق بالاتر از مقدار ۰/۳۵ پیشنهادی بودند که نشان‌دهنده قدرت پیش‌بینی قوی سازه‌های برون‌زای مدل می‌باشد. در نهایت، برای بررسی برازش کلی مدل از معیار GOF استفاده شد که مقدار ۰/۶۶۹ به دست آمد. این شاخص که محدوده‌ای بین صفر و یک دارد، طبق پیشنهاد وِتزلز و همکاران (۲۰۰۹)، ۳ مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به ترتیب برای برازش ضعیف،

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

متوسط و قوی معرفی شده‌اند. با توجه به مقدار به‌دست‌آمده، می‌توان نتیجه گرفت که برازش مدل در وضعیت بسیار مطلوبی قرار دارد. همچنین نتایج برازش مدل نشان می‌دهد که تمامی ابعاد و مولفه‌ها دارای مقدار t بالاتر از ۱/۹۶ بوده و این نشان‌دهنده معنی‌داری آماری آن‌هاست (شکل ۱). بنابراین، براساس این قاعده، هیچ‌کدام از مولفه‌ها نیازی به حذف نداشته و مدل به‌طور کامل تأیید می‌شود.



شکل ۱: بررسی معنی‌داری و بار عاملی ابعاد و مولفه‌های مدل

نتایج حاصل از اجرای مدل در نرم‌افزار Smart PLS نشان داد که تمامی ابعاد اصلی مدل دارای بار عاملی معنی‌دار و قابل قبول با مفهوم کلی «حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی» بودند. بر این اساس، بعد «مدیریت منابع مالی» با مقدار بار عاملی ۰/۷۵۸، بعد «حکمرانی شبکه‌ای» با ۰/۸۷۳، بعد «همکاری و مشارکت» با ۰/۸۱۳، بعد «حکمرانی شفافیت» با ۰/۸۲۵ و بعد «نظارت و ارزیابی» با ۰/۶۸۸ شناسایی شدند. این مقادیر نشان می‌دهد که بیشترین اثرگذاری مربوط به بعد حکمرانی شبکه‌ای بوده و این بعد به‌عنوان مهم‌ترین سازه اثرگذار بر تحقق حکمرانی سلامت مبتنی بر نهادهای مدنی محسوب می‌شود. همچنین نتایج تحلیل بارهای عاملی در سطح مؤلفه‌ها نشان داد که مؤلفه «ایجاد منبع مشترک» بالاترین همبستگی را با بعد مدیریت منابع مالی دارد، مؤلفه «انعطاف‌پذیری» بیشترین همبستگی را با بعد حکمرانی شبکه‌ای نشان می‌دهد، مؤلفه «همکاری با سازمان‌های جهانی» بیشترین همبستگی را با بعد همکاری و مشارکت دارد، مؤلفه «مشارکت عمومی در ارزیابی» بیشترین بار عاملی را در بعد حکمرانی شفافیت داراست و در نهایت، مؤلفه «بازخورد مستمر» بیشترین همبستگی را با بعد نظارت و ارزیابی نشان می‌دهد. این نتایج مؤید آن است که پویایی، انعطاف‌پذیری و همکاری چندسطحی میان نهادهای دولتی و مدنی، زیربنای اصلی حکمرانی اثربخش در نظام سلامت محسوب می‌شوند و توسعه آن می‌تواند به تقویت شفافیت، پاسخگویی و پایداری عملکردی در این نظام منجر شود.

به منظور شناسایی تأثیرگذارترین و تأثیرپذیرترین عوامل در مدل حکمرانی نظام سلامت، از تکنیک مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شده است. در این پژوهش، جامعه مدل‌سازی ساختاری تفسیری شامل گروهی از خبرگان چندرشته‌ای

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

(خبرگان شامل سیاست‌گذاران ارشد وزارت بهداشت، مدیران سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، نمایندگان نهادهای مدنی فعال در حوزه سلامت و اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های مرتبط به‌عنوان اعضای جامعه مدل‌سازی ساختاری تفسیری مشارکت داشتند) بود که بر اساس معیارهای تخصص، تجربه مدیریتی و آشنایی با ساختار حکمرانی نظام سلامت انتخاب شدند. برای اطمینان از کفایت علمی نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. داده‌های مورد نیاز برای تحلیل مدل‌سازی ساختاری تفسیری از طریق پرسش‌نامه ماتریس تعاملات ساختاری گردآوری شد که شامل قضاوت‌های خبرگان درباره نوع و جهت روابط بین متغیرهای مدل بود. این فرایند از آن جهت اهمیت دارد که به مدیران و تصمیم‌گیرندگان امکان می‌دهد تا با استناد به نتایج آن، تصمیمات مؤثری را در خصوص حکمرانی نظام سلامت با تأکید بر نهادهای مدنی اتخاذ کنند. برای سهولت در انجام محاسبات، به هر یک از عوامل در جدول ۳ علائم اختصاری خاصی اختصاص داده شده است. در مرحله اول، این عوامل به منظور تشکیل ماتریس خودتعاملی مورد استفاده قرار گرفتند. بدین ترتیب که عوامل شناسایی شده در اختیار خبرگان قرار داده شد تا نسبت به مقایسه آن‌ها اقدام کنند. به منظور تعیین رابطه بین عوامل، از شاخص مد استفاده شد تا از میان چهار نوع رابطه ممکن، رابطه‌ای که بیشترین فراوانی را از نظر خبرگان داشت، در جدول نهایی لحاظ گردد. در نهایت، ماتریس خودتعاملی ساختاری نهایی در جدول ۳ محاسبه و ارائه شده است.

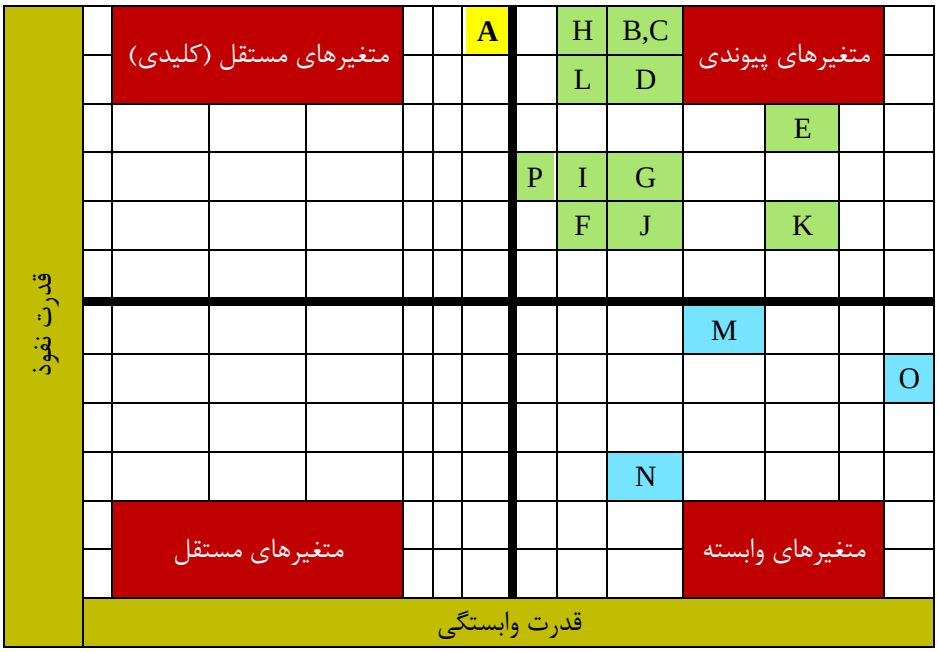
جدول ۳: ماتریس خودتعاملی و میزان نفوذ و وابستگی و سطح بندی مولفه‌ها براساس ماتریس دریافت نهایی

مولفه ها	نماد	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	میزان نفوذ	سطح بندی
مشارکت همگانی	A	۰	۱	۱	۲	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۶	۴
شفافیت	B	۱	۰	۲	۱	۱	۰	۲	۰	۱	۰	۱	۲	۰	۱	۱	۱	۱۶	۳
انطباق قوانین	C	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۰	۱	۱	۰	۲	۱	۰	۱	۰	۱۶	۳
هماهنگی بین نهادها	D	۲	۱	۱	۰	۲	۱	۰	۲	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۱۶	۴
انعطاف‌پذیری	E	۰	۱	۲	۲	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۲	۰	۱	۰	۱	۲	۱۶	۲
همکاری با سازمان های جهانی	F	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۲	۱	۰	۰	۱	۱۴	۳
ایجاد اعتماد در بین شرکا	G	۱	۲	۱	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۲	۰	۱	۰	۱۵	۳
ایجاد شبکه‌های حمایتی	H	۱	۰	۰	۲	۱	۰	۱	۰	۲	۱	۱	۲	۱	۰	۰	۰	۱۶	۲
مدیریت منابع مشترک	I	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۲	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۱۱	۲
ایجاد منبع مشترک	J	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۲	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۲	۱۲	۲
ایجاد سیستم‌های گزارش‌دهی	K	۰	۱	۰	۱	۲	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۲	۰	۱۱	۱
مشارکت عمومی در ارزیابی	L	۱	۲	۲	۰	۰	۲	۱	۲	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱۵	۲
افزایش پاسخگویی نهادها	M	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۰	۲	۱	۰	۰	۰	۰	۷	۱
دسترسی به اطلاعات عمومی	N	۰	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۲	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۳	۱
بازخورد مستمر	O	۰	۱	۱	۰	۲	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۲	۰	۱	۰	۰	۵	۱
برنامه‌ریزی آینده‌نگر	P	۰	۱	۱	۰	۲	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱۲	۲
میزان وابستگی	-	۶	۱۱	۱۲	۱۱	۱۴	۱۲	۱۲	۱۴	۱۲	۱۲	۱۵	۱۳	۱۵	۱۳	۱۶	۱۳	-	-

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

این ماتریس به ابعاد متغیرها مربوط است که در سطر و ستون‌های آن، متغیرها به ترتیب توسط نمادهای خاصی مشخص شده‌اند. برای شبیه‌سازی روابط بین متغیرها، از نمادهای مختلف استفاده شده است: (متغیر i بر j تأثیر دارد (۱)، متغیر j بر i تأثیر دارد (۱-)، رابطه دو سویه (۲) و عدم وجود رابطه (۰)). در مرحله دوم، اقدام به تشکیل ماتریس دستیابی اولیه و سپس ماتریس دستیابی نهایی گردید. در مرحله چهارم، با استفاده از سطح‌بندی عوامل، تلاش شد تا با بهره‌گیری از ماتریس دسترسی نهاد، مجموعه خروجی و ورودی برای هر متغیر به‌دست آید. مجموعه خروجی و ورودی برای یک متغیر به این صورت تعریف می‌شود که مجموعه خروجی برای یک مولفه خاص عبارت است از خود آن متغیر به همراه سایر متغیرهایی که از آن تأثیر می‌پذیرند. در نهایت، براساس این سطح‌بندی، نمودار تحلیل میک‌میک ترسیم گردید. این نمودار از دو محور افقی شامل میزان وابستگی و محور عمودی شامل قدرت نفوذ تشکیل شده است. همانطور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، متغیرهای تحقیق بر اساس دو بعد قدرت نفوذ و میزان وابستگی به چهار دسته‌بندی متغیرهای مستقل، پیوندی، وابسته و مستقل کلیدی تقسیم می‌شوند. متغیرهای مستقل شامل متغیرهایی هستند که دارای قدرت هدایت بالا و وابستگی ضعیف هستند. این متغیرها نسبتاً غیرمتصل به سیستم هستند و ارتباطات کمی با سیستم دارند. متغیرهای پیوندی دارای قدرت هدایت و وابستگی بالایی هستند. این متغیرها به دلیل تغییرات آن‌ها می‌توانند سیستم را تحت تأثیر قرار دهند و تغییرات بازخوردی در سیستم نیز ممکن است این متغیرها را دوباره تغییر دهد. متغیرهای وابسته، به‌طور معمول متغیرهای نتیجه یا هدف هستند و دارای قدرت هدایت کم و وابستگی نسبتاً بالا هستند. از طرف دیگر، متغیرهای مستقل (کلیدی) دارای قدرت هدایت بالاتر و وابستگی کم‌تر هستند.



نمودار ۱: نمودار قدرت نفوذ و وابستگی مولفه‌ها

نتایج تحلیل MICMAC نشان داد که مؤلفه «مشارکت همگانی» که در بعد حکمرانی شبکه‌ای قرار دارد، در زمره متغیرهای مستقل کلیدی مدل شناسایی شد. این یافته بیانگر آن است که افزایش سطح مشارکت مردمی و تعامل ساختاری میان نهادهای مدنی و بخش‌های رسمی نظام سلامت، نقشی بنیادین در پویایی و جهت‌دهی سایر ابعاد حکمرانی ایفا می‌کند. در مقابل، متغیرهای «افزایش پاسخگویی نهادها»، «دسترسی به اطلاعات عمومی» و «بازخورد مستمر» در دسته متغیرهای وابسته قرار گرفتند؛ به این معنا که تحقق و بهبود آن‌ها به‌صورت مستقیم متأثر از سازوکارهای مشارکت همگانی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

و حکمرانی شبکه‌ای است. سایر مؤلفه‌های مدل نیز در گروه متغیرهای پیوندی جای گرفتند که دارای روابط دوسویه با سایر ابعاد بوده و نقش تسهیل‌گر در انتقال اثر میان متغیرهای کلیدی و پیامدی دارند. بدین‌ترتیب، ساختار نهایی مدل دلالت بر آن دارد که مشارکت همگانی به‌عنوان نیروی محرکه اصلی، پیش‌ران پویایی و پاسخگویی در حکمرانی سلامت است و از طریق ایجاد چرخه‌ای از تعاملات شفاف، تبادل اطلاعات و بازخورد مستمر، موجب تقویت هم‌افزایی نهادی و ارتقای مشروعیت سیاست‌های سلامت می‌گردد. در ادامه مدل نهایی تحقیق در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل۲: مدل نهایی تحقیق

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که حکمرانی نظام سلامت با تمرکز بر نهادهای مدنی متشکل از ابعاد متعددی همچون حکمرانی شبکه‌ای، همکاری و مشارکت، مدیریت منابع مالی، حکمرانی شفافیت و نظارت و ارزیابی است. هر یک از این ابعاد دارای مؤلفه‌های کلیدی هستند که می‌توانند به ارتقای کارایی، پاسخگویی و اثربخشی نظام سلامت منجر شوند. در بعد حکمرانی شبکه‌ای، نتایج نشان داد مشارکت همگانی به‌عنوان یکی از ارکان بنیادین حکمرانی اثربخش به شمار می‌آید و در کنار آن مؤلفه‌هایی نظیر شفافیت، انطباق قوانین، هماهنگی بین نهادها و انعطاف‌پذیری در سیاست‌گذاری‌های سلامت نقش اساسی دارند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش جلالی‌خان‌آبادی و همکاران (۲۰۲۰) در ایران، که بر روی مدیران ارشد وزارت بهداشت و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد و با هدف طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران صورت گرفت، هم‌راستا است. همچنین نتایج با مطالعه بوچر و همکاران (۲۰۲۲) در کشورهای عضو اتحادیه اروپا، که به تحلیل تطبیقی نظام‌های حکمرانی سلامت در سطح کلان پرداختند، همخوانی دارد (۷،۳). در همین راستا، یافته‌های عبدالله‌تبار و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی ملی بر روی کارشناسان اجتماعی و سیاست‌گذاران بخش سلامت ایران، و نیز پژوهش جکاب و همکاران (۲۰۲۱) که بر روی نهادهای سلامت و سیاست‌گذاران بین‌المللی در اروپا و آسیای مرکزی انجام شد، نشان داد که تطبیق قوانین و هماهنگی بین‌نهادی از پیش‌شرط‌های اساسی کارآمدی حکمرانی سلامت است (۸،۹).

در بعد همکاری و مشارکت، یافته‌ها بیانگر آن بود که همکاری با سازمان‌های بین‌المللی، ایجاد اعتماد میان شرکا و توسعه شبکه‌های حمایتی نقش مهمی در ارتقای حکمرانی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

سلامت دارد. این نتایج با پژوهش دماری و همکاران (۲۰۱۴) در ایران، که جامعه آماری آن شامل مدیران و فعالان سازمان‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت در شهر تهران بود، مطابقت دارد. همچنین ژانگ (۲۰۲۱) در پژوهشی بر مبنای داده‌های جهانی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، با تمرکز بر کشور چین، و کیانی و زارعی (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای تطبیقی میان سازمان‌های مردم‌نهاد و دولت‌های محلی استان‌های تهران و اصفهان، نقش سازمان‌های مدنی در ارتقای تعاملات بین‌نهادی سلامت را تأیید کردند (۱۰،۱۱،۱۲).

در بعد مدیریت منابع مالی، یافته‌ها نشان داد که توسعه منابع مالی پایدار و استفاده بهینه از منابع مشترک از مهم‌ترین مؤلفه‌های پایداری نظام سلامت است. نتایج حاضر با پژوهش محمدی‌ها و همکاران (۲۰۲۱) در ایران، که با هدف طراحی مدل بهبود نظام سلامت با تأکید بر راهبردهای مالی و بر روی مدیران مالی بیمارستان‌های دانشگاهی تهران انجام شد، و نیز با پژوهش وان دن اورد و همکاران (۲۰۲۰) در بلژیک، که در بندر آنتورپ به بررسی سازوکارهای حکمرانی شبکه‌ای در مدیریت بحران کرونا پرداختند، همسو است. همچنین مطالعه عبدی و همکاران (۲۰۲۳) در کنیا، که بر روی کارکنان و مدیران بیمارستان‌های ارجاعی نایروبی انجام گرفت، نشان داد که توسعه سازوکارهای تأمین مالی و تخصیص بهینه منابع نقش مستقیمی در بهبود کیفیت خدمات سلامت دارد (۱۳،۱۴،۱۵).

در بعد حکمرانی شفاف، نتایج نشان داد که ایجاد نظام‌های گزارش‌دهی، ارتقای پاسخگویی نهادها، دسترسی آزاد به اطلاعات عمومی و مشارکت مردم در ارزیابی عملکرد نهادهای سلامت از ارکان اساسی حکمرانی مطلوب است. یافته‌ها با پژوهش سالاریان‌زاده و لطیفی جلیسه (۲۰۲۰) که در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران انجام شد و به بررسی چالش‌های ساختار حکمرانی سلامت پرداختند، و نیز با پژوهش مصدق‌راد و رحیمی‌تبار (۲۰۱۹) که در دانشگاه علوم پزشکی ایران و با رویکرد مقایسه‌ای میان کشورهای در حال توسعه اجرا شد، هم‌راستا است. همچنین قره داغی و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی در ایران با تمرکز بر استان آذربایجان شرقی و حوزه گردشگری سلامت، به این نتیجه رسیدند که شفافیت نهادی، پاسخگویی و دسترسی آزاد به اطلاعات، موجب ارتقای اعتماد عمومی در نظام سلامت می‌شود (۱۶،۱۷،۱۸).

در بعد نظارت و ارزیابی، نتایج نشان داد که بازخوردگیری مستمر از ذی‌نفعان و برنامه‌ریزی آینده‌نگر برای اصلاح سیاست‌های سلامت، از عوامل کلیدی در پایداری حکمرانی است. این یافته‌ها با پژوهش علی‌خانی و همکاران (۲۰۱۹) در ایران، که بر روی مدیران و کارشناسان حوزه سلامت استان تهران با رویکرد مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد، و نیز با مطالعه کاپوچو (۲۰۲۰) در ایالات متحده، که به توسعه الگوهای آموزشی حکمرانی شبکه‌ای برای دانشکده‌های مدیریت عمومی پرداخت، همسو است. همچنین نتایج فاروق خسروی و همکاران (۲۰۲۱) در ایران، که جامعه پژوهش آنان شامل صاحب‌نظران حوزه سیاست‌گذاری سلامت بود، نشان داد که بازخورد مستمر و نظام ارزیابی انعطاف‌پذیر می‌تواند به بازطراحی کارآمد سیاست‌های سلامت منجر شود (۱۹،۲۰،۲۱).

در سطح بین‌المللی نیز یافته‌های تحقیق حاضر با مطالعات برونگارا و همکاران (۲۰۲۳) در آلمان، که بر ظرفیت‌سازی نهادهای سلامت ملی تمرکز داشت، مایر و همکاران (۲۰۲۲) در نروژ، هوانگ و همکاران (۲۰۲۲) در چین، و تنبنزل و همکاران (۲۰۲۱) در نیوزیلند، که همگی بر گذار از مدیریت سنتی به حکمرانی شبکه‌ای تأکید داشتند، مطابقت دارد. این پژوهش‌ها نشان دادند که ساختارهای منعطف و شبکه‌محور، پاسخگویی، پایداری و تاب‌آوری نظام سلامت را به‌طور معناداری ارتقا می‌دهند (۲۲،۶،۲۳،۲۴). در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که انعطاف‌پذیری در بعد حکمرانی شبکه‌ای بیشترین نقش را در بهبود کارایی، هماهنگی نهادی و ارتقای پاسخگویی ایفا می‌کند. با وجود این دستاوردها، بررسی ابعاد منفی و موانع اجرایی مانند ضعف زیرساخت‌های اطلاعاتی، تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری و تعارض منافع میان نهادهای ذی‌ربط، از ضرورت‌های پژوهش‌های آتی در حوزه حکمرانی سلامت به شمار می‌آید.

مطالعات پیشین در حوزه حکمرانی سلامت با محوریت نهادهای مدنی در ایران نشان داده‌اند که پیاده‌سازی چنین مدل‌هایی معمولاً با چالش‌هایی از قبیل ضعف استقلال نهادی سازمان‌های مردم‌نهاد، مشکلات ساختاری در نظام تأمین مالی، موانع قانونی و بوروکراتیک، و کمبود اعتماد متقابل میان دولت و نهادهای مدنی روبه‌رو است (۲،۸،۱). همچنین، تمرکز بیش از حد بر رویکردهای دولتی و ضعف فرهنگ مشارکتی از جمله

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

عواملی است که در پژوهش‌های مختلف به عنوان موانع تحقق کامل مدل‌های مشارکتی در نظام سلامت ایران مورد اشاره قرار گرفته است (۳،۴،۲۱). این چالش‌ها نشان می‌دهد که صرف شناسایی مؤلفه‌های مطلوب کافی نیست، بلکه بستر نهادی و اجتماعی نیز باید اصلاح گردد.

جنبه‌های نوآوری پژوهش در دو محور اصلی قابل توجه است: نخست، تأکید ویژه بر نقش نهادهای مدنی در حکمرانی نظام سلامت که در ادبیات داخلی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ دوم، بهره‌گیری هم‌زمان از تکنیک دلفی فازی و مدل‌سازی معادلات ساختاری برای طراحی و آزمون مدل که موجب افزایش دقت و جامعیت یافته‌ها شده است. همچنین نقاط قوت پژوهش شامل ارائه مدلی بومی متناسب با شرایط نظام سلامت ایران، استفاده از ترکیب روش‌های کیفی و کمی، و تحلیل هم‌زمان مؤلفه‌ها در سطوح مختلف حکمرانی است. نهایتاً باید اذعان کرد محدودیت‌های پژوهش عمدتاً به دو حوزه بازمی‌گردد: نخست، کمبود مطالعات پیشین در ایران که امکان مقایسه گسترده‌تر را محدود ساخته است؛ دوم، تعمیم‌پذیری یافته‌ها که با توجه به تفاوت‌های نهادی و فرهنگی بین کشورها باید با احتیاط صورت گیرد. بنابراین، یافته‌های این پژوهش بیشتر در بستر نظام سلامت ایران قابل استفاده است و تعمیم آن به سایر کشورها نیازمند مطالعات تطبیقی گسترده‌تر خواهد بود.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد حکمرانی نظام سلامت با تأکید بر نهادهای مدنی مستلزم رویکردی جامع، منعطف و چندبعدی است. ابعاد کلیدی همچون حکمرانی شبکه‌ای، همکاری و مشارکت، مدیریت منابع مالی، حکمرانی شفافیت و نظارت و ارزیابی به‌صورت یکپارچه و مکمل یکدیگر عمل می‌کنند و تحقق آن‌ها می‌تواند به ارتقای کارآمدی، شفافیت و پاسخگویی در نظام سلامت منجر شود. در این میان، مؤلفه مشارکت همگانی به‌عنوان یک عامل پیشران نقش محوری دارد و می‌تواند سایر ابعاد حکمرانی را تقویت کند. افزون بر این، انعطاف‌پذیری در حکمرانی شبکه‌ای یک مزیت راهبردی به شمار می‌آید که امکان انطباق سیاست‌ها با تحولات محیطی و نیازهای جامعه را فراهم می‌سازد. با وجود این، چالش‌هایی همچون ضعف استقلال نهادی سازمان‌های مردم‌نهاد، محدودیت‌های بودجه‌ای، نبود زیرساخت‌های فناورانه کارآمد و مقاومت ساختاری در برابر رویکردهای مشارکتی، می‌تواند مانعی جدی در مسیر اجرای کامل این مدل باشد و توجه ویژه سیاست‌گذاران را می‌طلبد. این پژوهش با ارائه یک مدل بومی‌شده، سهمی در توسعه دانش مدیریت سلامت ایفا می‌کند و می‌تواند مبنای علمی مناسبی برای طراحی سیاست‌ها و اصلاحات آتی در حوزه سلامت باشد. از نظر کاربردی، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که تقویت جایگاه نهادهای مدنی، ایجاد بسترهای فناورانه نوین برای توسعه تعاملات شبکه‌ای، بهره‌گیری از پلتفرم‌های دیجیتال مشارکتی و ارتقای نظام‌های نظارتی هوشمند، زمینه را برای بهبود شفافیت و افزایش اعتماد عمومی فراهم می‌آورد. همچنین، طراحی سازوکارهای چندجانبه میان دولت، بخش خصوصی و نهادهای مدنی می‌تواند موجب هم‌افزایی و پایداری در حکمرانی نظام سلامت شود.

ملاحظات اخلاقی

برای رعایت ملاحظات اخلاقی تمامی شرکت‌کنندگان رضایت کتبی ارائه داده و آگاهانه در مطالعه مشارکت کردند.

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره 1261178006060314250161627247555 از دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات است.

سپاسگزاری

از شرکت کنندگان در این تحقیق به ویژه در زمینه گردآوری داده‌ها که نویسندگان را یاری کرده‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ح، م. ز
جمع آوری داده‌ها: م. ح، ق. الف، غ. م
تحلیل داده‌ها: م. ح، غ. م
نگارش و اصلاح مقاله: م. ح، ق. الف، م. ز، غ. م

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات می باشد و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

CC BY-NC 4.0

References

1) Rahimi H, Goudarzi R, Noorihekmat S, Haghdoost A, Khodabandeh F. Inequality in households' access to Primary Health Care (PHC): a case study in Kerman, southeast Iran. BMC Health Services Research 2022; 22: 1077. doi: 10.1186/s12913-022-08467-4.
2) Bidar Z, Ghasemi GH. Role of NGOs in developing the right of health. Medical Law 2020; 14(52): 7-26. [Persian]
3) Jalali Khan Abadi T, Alvani SM, Vaezi R, Ghorbani Zadeh V. Designing a network governance model in Iran's health care system. Iranian journal of Management Sciences 2020; 15(58): 1-30. [Persian]
4) Ahmadzadeh S, Esmailian H, Teimouri J. Investigating and prioritizing barriers to public participation in the health system (case study: association of benefactors and employees of Isfahan university of medical sciences). Journal of Endowment and Charity Studies 2024; 2(2): 195-216. doi: 10.22108/ecs.2024.141387.1108. [Persian]
5) Moosavi SN, Khalifeh A, Shojaee A, Abessi M. Analyzing the impact of two major factors on medical expenses paid by health insurance organization in Iran. arXiv:1911.03961 2019. doi: 10.48550/arXiv.1911.03961.
6) Myhre S, Habtemariam MK, Heymann DL, Ottersen T, Stoltenberg C, Ventura DFL, et al. Bridging global health actors and agendas: The role of national public health institutes. Journal of Public Health Policy 2022; 43: 251-65. doi:10.1057/s41271-022-00342-0.
7) Bucher A, Papaconstantinou G, Pisani Ferry J. The failure of global public health governance: a forensic analysis. European University Institute: European, Italy. 2022: 1-21. doi:10.2870/496616.
8) Abdollahtabar H, Sajjadi H, Samaram E, Taj Mazinani AA. The institutional context of the health system and its developments in Iran. Social Welfare 2021; 21(81): 87-127. [Persian]
9) Jakab Z, Selbie D, Squires N, Saikat S, Mustafa S. Building the evidence base for global health policy: The need to strengthen institutional networks, geographical representation and global collaboration. BMJ Global Health 2021; 6(8): e006852. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006852. PMID: 34385163. PMCID: PMC8362694.
10) Damari B, Heidarnia MA, Rahbari Bonab M. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. Payesh 2014; 13(5): 541-50. [Persian]
11) Keyani MA, Zarei B. Comparative analysis of NGOs and local governments in achieving good governance of natural resources. Natural Resources 2022; 75(2): 242-62. doi: 10.22059/jrwm.2022.318505.1569. [Persian]
12) Zhang H. Challenges and approaches of the global governance of public health under COVID-19. Front Public Health 2021; 9: 727214. doi:10.3389/fpubh.2021.727214.
13) Mohammadiha H, Memarzadeh GR, Azimi P. Designing a model for improving the country's health system with an emphasis on governance strategies. Payavard Salamat 2021; 15(3): 272-90. [Persian]
14) Van den Oord S, Vanlaer N, Marynissen H, Brugghemans B, Van Roey J, Albers S, et al. Network of networks: preliminary lessons from the antwerp port authority on crisis management and network governance to deal with the COVID-19 pandemic. Public Administration Review 2020; 80(5): 880-94. doi: 10.1111/puar.13256. PMID: 32836461. PMCID: PMC7300886.
15) Abdi AA, Guyo W, Moronge M. Health policy and service delivery in referral hospitals in Kenya. European Journal of Theoretical and Applied Sciences 2023; 1(6): 357-65. doi:10.59324/ejtas.2023.1(6).35.
16) Salarianzadeh MH, Latifi Jaliseh S. Challenges of governance structure in the ministry of health, treatment, and medical education of Iran based on network structure model. Hakim 2020; 23(2): 189-200. [Persian]
17) Mosadeghrad AM, Rahimi Tabar P. Health system governance in Iran: a comparative study. Razi Journal of Medical Sciences 2019; 26(9): 10-28. [Persian]
18) Gharehdaghi R, Rajaee Z, Aghamohamadi E, Mahdilo M. The analysis of the concepts of network governance in medical tourism field. Public Policy in Administration 2023; 14(49): 93-110. doi: 10.30495/ijpa.2022.67406.10895. [Persian]
19) Ali Khani R, Rasouli MR, Aliahmadi AR. The impact of key factors on an appropriate network governance model in health care systems: a structural equation modeling approach. Journal of Health Administration 2019; (21)74: 19-34. [Persian]
20) Kapucu N, Hu Q. The development of network governance and its relevance for public affairs education. Journal of Public Affairs Education 2020; 27(4): 1-9. doi: 10.1080/15236803.2020.1839851.
21) Farogh Khosravi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Health system governance: a conceptual review. Hakim Journal 2021; 24(1): 35-54. [Persian]
22) Brugnara L, Jaramillo C, Olarte Peña M, Karl L, Deckert A, Marx M, et al. Strengthening national public health institutes: a systematic review on institution building in the public sector. Frontiers in Public Health 2023; 11: 1146655. doi:10.3389/fpubh.2023.1146655.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

23) Huang A, Lin Y, Zhang L, Dong J, He Q, Tang K. Assessing health governance across countries: a scoping review protocol on indices and assessment tools applied globally. BMJ Open 2022; 12: e063866. doi:10.1136/bmjopen-2022-063866.
24) Tenbensel T, Silwal P, Walton L. Overwriting new public management with new public governance in New Zealand's approach to health system improvement. Journal of Health Organization and Management 2021; 35(8): 1046-61. doi: 10.1108/JHOM-10-2020-0417.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

Research Article

Designing A Health System Governance Model with A Focus on Civil Society

Seyyedeh Maryam Haeri [1], Ghanbar Amirnejad [2*], Mansour Zarra-Nejad [3], Gholamreza Memarzadeh [4]

[1] Ph.D. student of Public Administration, S.R.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Department of Public Administration, S.R.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Professor, Department of Economics and Social Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
[4] Professor, Department of Public Administration, S.R.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Ghanbar Amirnejad
g.amirnejad@iau.ac.ir

Citation: Haeri SM, Amirnejad M, Zarra-Nejad M, Memarzadeh G. Designing A Health System Governance Model with A Focus on Civil Society. Manage Strat Health Syst 2025; 10(3): 211-24.

Received: July 23, 2025
Revised: November 23, 2025
Accepted: November 25, 2025

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

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

A B S T R A C T

Background: Health system governance, as one of the most critical domains of public health management, plays a decisive role in enhancing efficiency, transparency, accountability, and inter-institutional coordination. In many countries, the inclusion of civil institutions within the framework of health governance has been introduced as an effective mechanism for improving the legitimacy and effectiveness of decision-making processes. Despite the growing body of research on health governance, the specific role of civil institutions within an indigenous model has received limited scholarly attention. Therefore, the present study aimed to design a model of health system governance with an emphasis on civil institutions.

Methods: This study employed a mixed-methods approach using an exploratory sequential design, conducted between October 2024 and June 2025, in three stages. In the first stage, the Fuzzy Delphi Technique was applied through three iterative rounds to identify the principal dimensions and key components. The statistical population consisted of 15 experts from the fields of health and civil society, including senior policymakers, Ministry of Health consultants, NGO managers, senior experts in health insurance organizations, and representatives of patient associations, particularly support groups for individuals with chronic conditions. Participants were selected through the snowball sampling method. Data collection instruments included a Delphi questionnaire, an expertise checklist, and a researcher-developed questionnaire comprising five dimensions and 24 components in the quantitative phase. A stratified random sampling method was employed, and sample size included 386 individuals. Data were analyzed using structural equation modeling (SEM), path analysis, and confirmatory factor analysis (CFA) via SmartPLS $_4$ software.

Results: The results revealed that health system governance, focusing on civil institutions, consists of five major dimensions: network governance, collaboration and participation, financial resource management, transparent governance, and monitoring and evaluation. Furthermore, all components of the model showed statistically significant relationships with the main construct, with network governance demonstrating the highest factor loading, and public participation being identified as its key component.

Conclusion: According to the findings, civil-society–based health governance can substantially enhance transparency, improve efficiency, and strengthen inter-organizational collaboration. The novelty of this study lies in its emphasis on the role of civil institutions in health governance and the integrated use of the Fuzzy Delphi technique and structural equation modeling. It is recommended that policymakers promote the institutional position of civil organizations, increase the transparency of financial mechanisms, and establish continuous feedback systems to create the necessary conditions for achieving excellent health governance.

Key words: Governance**,** Health System, Civil institutions

Copyright: © 2025 The Author(s); Published by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 International license (https://creativecommons. org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20648]