



## Identifying the Dimensions and Components of the Application of the Government's Performance Evaluation Model in Health Sector

**Paknoosh Kyani**

PhD Student of Public Administration, Faculty of Management and Economics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

**Ali Asghar Pourezzat\***

Professor, Public Administration Department, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran.

**Karamollah Daneshfard**

Professor, Public Administration Department, Faculty of Management and Economics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

**Gholamreza Memarzadeh Tehran**

Associate Professor, Public Administration Department, Faculty of Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

Received: 22/11/2021

Accepted: 13/03/2022

### Abstract:

There is an emphasis on the evaluation of government's performance in health sector according to local and international criteria, based on accurate scientific evidence, and in the light of the modern model of governance. Such evaluation is carried out according to a variety of parameters and rational criteria, including responsiveness and transparency, throughout different time periods. Unfortunately, the current ranking of Iran's health in the international arena reflects the relative inefficiency of the government's performance. Therefore, the purpose of this study was to identify the dimensions and components of the application of the Government's Performance Evaluation Model in the health system. The present qualitative study adopted the systematic approach of Strauss and Corbin and employed the grounded theory strategy. To collect the data, unstructured interviews were carried out with 16 academic-professional organizations experts including custodians and experts in performance evaluation of government. 177 Concepts, 27 sub-codes and 6 main dimensions were identified, including Causal factors, mediators, core phenomenon, contextual factors, strategies, and consequences. The consequences of performance were identified, highlighting four categories, "integrated monitoring system of action and implementation", "service quality improvement", "structure and human resource downsizing", and "fulfillment of national, regional, and international interests". The proposed model, built upon a preventive policy-making approach, is designed to plan sustainable development with the aim of reducing trial-and-error-based decisions, optimizing the use of resources, and developing flexibility in implementation of the agents to improve a healthy lifestyle. The findings of this research will lead to an increase in the commitment and efficiency of employees, promote the effectiveness of the organization, and raise life quality, public welfare and increase in the age of life expectancy.

**Keywords:** Evaluation, Performance, Government, Transparency, Health, Policy.

---

Corresponding Author, Email: pourezzat@ut.ac.ir

Original Article

DOI: 10.22034/jipas.2022.312690.1273

Print ISSN: 2676-6256

Online ISSN: 2676-606X

# شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های کاربست الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت

## پانویس کیانی

دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

## علی اصغر پورعزت\*

استاد گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران.

## کرم‌اله دانش‌فرد

استاد گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

## غلامرضا معمارزاده طهران

دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲



**چکیده:** ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، با تکیه بر مؤلفه‌های بومی و بین‌المللی، مبتنی بر شواهد علمی متقن، در امتداد الگوی نوین حکمرانی مورد تأکید قرار می‌گیرد و از طریق مجموعه‌ای از مؤلفه‌ها و معیارهای منطقی چون شفافیت و پاسخ‌گویی در بازه‌های زمانی گوناگون سنجیده می‌شود. متأسفانه رتبه فعلی حوزه سلامت ایران در سطح بین‌المللی از ناکارآمدی نسبی عملکرد دولت حکایت دارد. از این‌رو، هدف از این مطالعه شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های کاربست الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت است. پژوهش حاضر از نوع کیفی و با رهیافت نظام مند اشتراوس و کوربین در راهبرد «تئریه داده‌بنیاد» انجام شده است. به منظور گردآوری داده‌ها، با ۱۶ نفر خبره دانشگاهی - اجرایی شامل متولیان و صاحب‌نظران امر ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت مصاحبه‌های باز انجام شد. فراگرد اکتشاف و تجزیه و تحلیل آن با روش نمونه‌گیری ترکیبی هدفمند و گلوله برفی تا مرحله اشباع ادامه یافت. تعداد ۱۷۷ مفهوم، ۲۷ کد فرعی و شش بُعد اصلی شامل عوامل علی، میانجی‌ها، پدیده محوری، عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها شناسایی شدند. پیامدهای عملکرد شامل چهار مقوله «سیستم یکپارچه رصد عمل و اقدام»، «ارتقای کیفی خدمات»، «چابک‌سازی ساختار و نیروی انسانی» و «تأمین منافع ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی» مشخص شدند. الگوی پیشنهادی در امتداد برنامه‌ریزی توسعه پایدار با رویکرد خط‌مشی‌گذاری پیشگیرانه با هدف کاهش تصمیم‌های مبتنی بر آزمون و خطا، استفاده بهینه از منابع و انعطاف در عمل و اقدام کارگزاران برای بهبود سبک زندگی سالم، افزایش کارایی کارکنان و اثربخشی سازمان، تأمین رفاه عامه و بالا رفتن سن امید به زندگی طراحی شده است.

**واژگان کلیدی:** ارزشیابی، عملکرد، دولت، شفافیت، سلامت، خط‌مشی.

\* نویسنده مسئول: pourezzat@ut.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی

DOI: 10.22034/jipas.2022.312690.1273

شاپا چاپی: ۲۶۷۶-۶۲۵۶

شاپا الکترونیک: ۲۶۷۶-۶۰۶X

## مقدمه

میل دولت‌ها به دستیابی اهداف توسعه پایدار موجب شده است تا آن‌ها نسبت به بازبینی و اصلاح سیستم اداری منطبق با چارچوب‌ها و الگوهای بین‌المللی همت گمارند. در این امتداد، به‌کارگیری خرده‌سیستم‌های اداری خیره‌به‌ویژه خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد به منزله ابزاری کارآمد و مؤثر در جلب رضایت عامه و تأمین رفاه شهروندان ضروری است. در واقع، بخشی از عملکرد دولت به میزان موفقیت یا ناکامی آن در نحوه توزیع منابع و خدمات، شیوه سنجش و پایش نتایج و پیامدهای آن بستگی دارد. در زمره این خدمات حوزه سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا بر رفاه عمومی و ارتقای کیفیت زندگی آحاد مردم جامعه اثر مستقیم دارد. در نتیجه بر پیامدها و نتایج سنجش عملکرد سازمان و تغییر نگرش کارکنان با هدف بهینه‌سازی امور تأکید شده است (Osborne & Gaebler, 1992). در سال‌های اخیر رویکرد سازمان بهداشت جهانی نیز به توزیع عادلانه امکانات نظام سلامت و ابعاد اجتماعی آن معطوف بوده است. در برنامه‌های توسعه هزاره سوم بر مؤلفه سلامت تأکید ویژه‌ای شده است؛ ضمن اینکه اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز بر چابک‌سازی ساختار و نیروی انسانی دولت تأکید دارد.

مروری بر جایگاه و رتبه فعلی ایران از ناتوانی نسبی دولت در ایجاد جایگاه شایسته برای ارتقای سطح سلامت (نسبت به کشورهای پیشرو در جهان و منطقه)، به‌ویژه در میان کشورهای شرق آسیا حکایت دارد (ر.ک. قربانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۲۹). در مجموع، عواملی چون فقدان مؤلفه‌های بومی و عدم بازخور مستمر ارزشیابی عملکرد دولت، دامنه وسیع اجرای خطمشی، نادیده گرفتن جنبه‌های گوناگون و ابعاد متعدد و نبود مؤلفه‌های کارا و اثربخش بر ناکامی کارگزاران و مجریان خطمشی‌های سلامت افزوده‌اند.

سنجش و ارزشیابی عملکرد دولت به منزله خرده‌سیستم مدیریت دولتی به تجزیه و تحلیل رابطه عملکرد و ارزش‌های عمومی و مؤلفه‌های مشابه و قابل اتکا و مقایسه وضع موجود با مؤلفه‌های نمونه می‌پردازد تا بتواند میزان موفقیت یا شکست دولت را در هر حوزه معین تعیین کند. از این‌رو، سنجش دقیق همه بخش‌ها و استفاده بهینه از همه نتایج در هدایت تصمیم‌های کلیدی و کارای مدیریت دولتی مؤثر است (Murphy et al., 2018).

هدف این پژوهش، شناسایی، بازنگری و اصلاح مؤلفه‌های ارزشیابی عملکرد دولت در عرصه سلامت بوده است و نقطه آغازین آن مرور کیفی ادبیات، زمینه‌ها و الزام‌های مناسب در حال اجرا است. پس از مصاحبه با خبرگان و پیاده‌سازی پاسخ مصاحبه‌ها با روش نظریه داده‌بنیاد و کدگذاری مفاهیم، خروجی آن منتج به ارائه الگویی شد که بخشی از آن در این پژوهش ارائه

شده است. برخی از راه‌کارهای پیشنهادی، به‌ویژه برای بومی‌سازی و پیاده‌سازی الگو، در قلمرو حیطه وظیفه‌ای و مدیریت بخش عمده نظام سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کاربرد دارد.

پرسش اصلی پژوهش نیز عبارت است از: ابعاد و مؤلفه‌های الگوی مناسب برای ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت کدامند؟

### مبانی نظری پژوهش

انجام هر پژوهشی به میزان آگاهی پژوهشگر درباره ادبیات و پیشینه‌های پژوهش بستگی دارد. نقطه آغازین، بیان هر یک از مفاهیم است تا به درک بهتر مسئله بيفزاید. بر این اساس، هر یک از مفاهیم ارزشیابی و عملکرد بسط می‌یابند. مفهوم ارزشیابی بر سنجش میزان عمل فرد، سازمان و دولت در ایجاد ارزش افزوده مطابق با نقشه راه تأکید می‌کند و با ارزش‌گذاری دقیق خروجی و پیامدهای عملکرد سازمان را برای ایفای نقش در آینده مد نظر قرار می‌دهد (Vedung, 2013:387).

مفهوم عملکرد تابعی از عوامل مؤثر بر بهره‌وری فرد، سازمان و دولت است (Hersey & Blanchard, 1988:369-374) و با نگرشی مسؤلیت‌محور، به منزله پیش‌ران دستاوردهای معطوف به سیر تسلسلی پیامدهای آینده مد نظر قرار می‌گیرد (Poister et al., 2014: 13). با این تفاسیر، ارزشیابی عملکرد باید با جامع‌نگری و در رویکردی سیستمی توانایی ارائه تصویری سالم و آرمانی درباره عمل و اقدام دولت و پیامدهای تسلسلی آن را داشته باشد. همچنین باید ساختاری منسجم و اخلاق‌محور داشته باشد (Gogoi, & Baruah, 2016:10-11) و وجوه جامع سیستم و نحوه استقرار آن را مد نظر قرار دهد تا بازخور مناسب درباره نتایج و پیامدهای حاصله را منعکس کند.

برخی از صاحب‌نظران برآنند که ارزشیابی عملکرد، راهبردی است که هدایت کارکنان را در مسیر انجام کار درست بر عهده می‌گیرد و باعث بهبود کارایی کارکنان و اثربخشی سازمان می‌شود (Adler et al., 2016; Rubin & Edwards, 2018; Gogoi, & Baruah, 2016; Denisi & Murphy, 2017; Kohler, 2018; Lin & Kellough, 2018; Aras et al., 2018; Murphy, 2020). برخی دیگر برآنند که ضعف در نظام اداری مانع تدوین الگوی ارزشیابی عملکرد مطلوب شده و با الگویی تجویزی بر یک داده خاص تمرکز می‌کند و به علت نگرش تک‌بعدی جامعیت لازم را ندارد (تسلیمی و زاینده، ۱۳۹۱؛ نصرالله‌پور شیروانی و طهماسبی، ۱۳۹۵؛ رفیع‌زاده و میرسپاسی، ۱۳۹۶؛ مصدق‌راد و رحیمی‌تبار،

۱۳۹۸؛ و شریفیان و سبک‌رو، ۱۳۹۹). هرچند در ظاهر سیستم ارزشیابی عملکرد به روش سنتی ارزشیابی عملکرد سالانه توجه دارد؛ اما در واقع بر ارزشیابی ساده و غیررسمی حاصل از ارائه بازخور در زمان عمل و اقدام تمرکز دارد (Murphy, 2020:13) و بر مفاهیمی چون پاسخ‌گویی و حساب‌پس‌دهی مدیریت اشاره دارد (Kohler, 2018).

در واقع عطف توجه دولت‌ها به ارزشیابی عملکرد در دهه ۱۹۲۰ مقارن با اصلاحات نظام اداری و استخدامی توسعه یافته است (Denisi & Murphy, 2017:421). در ایران قرن هفتم هجری نیز در زمان سلسله ایلخانی اقداماتی انجام شده است؛ اما تاریخ رسمی اهتمام به آن به سال ۱۳۰۱، هم‌زمان با تصویب اولین لایحه استخدامی تجویزی در مجلس شورای ملی برمی‌گردد. فراز و فرودهای بهبود و اصلاح ارزشیابی عملکرد، به‌ویژه انحلال دفتر آن در فاصله سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۷۸، باعث شد تا این موضوع را کد جلوه کند. در سال ۱۳۷۹ سازمان اداری و استخدامی کشور و سازمان برنامه و بودجه ادغام شدند و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور ایجاد شد. در این سازمان وظیفه فوق به دفتر ارزیابی عملکرد سازمان واگذار شد. همچنین در برنامه‌های کلان نظیر سیاست‌های کلی نظام سلامت، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، نقشه راه اصلاح نظام اداری، برنامه جامع اصلاح نظام اداری - دوره دوم با بازه عملکرد ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ (موضوع مصوبه شماره ۳۰۲۵۹۶ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۴ شورای عالی اداری) بر نقش و جایگاه دولت و عزم جدی در اصلاح روند ارزشیابی با هدف بهبود نظام سلامت تأکید شده است. در ادامه برخی از مؤلفه‌ها و شاخص‌های سازمان‌های بین‌المللی جایگاه و رتبه ایران در سطح جهانی و وضعیت سلامت در سطح دستگاه‌های ملی مرور می‌شوند:

امر ایمنی و سلامت در جامعه بین‌المللی به قدری مهم است که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ شعار «سرمایه‌گذاری در سلامت» را با هدف کسب حداکثری استاندارد سلامتی به مثابه حقوق فردی، فارغ از تفاوت نژادی، مذهبی، گرایش سیاسی و شرایط اقتصادی یا اجتماعی مطرح کرد. علاوه بر این، سازمان‌های بین‌المللی دیگری چون «سازمان شفافیت بین‌المللی»<sup>۲</sup>، «بانک جهانی» و «صندوق جهانی پول» بر مؤلفه‌ها و شاخص‌های «رقابت‌پذیری جهانی»<sup>۳</sup>، «شاخص توسعه انسانی»<sup>۴</sup>، «شاخص عملکرد محیطی»<sup>۵</sup>، «سهولت کسب‌وکار»<sup>۱</sup>، «شاخص

۱. دولت دوازدهم، به بهانه عدم تحقق کامل اهداف تعیین شده در برنامه یادشده، ذیل برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، با قید ایجاد فرصت برای تدوین برنامه‌های جدید در راستای برنامه هفتم توسعه، زمان اجرای برنامه جامع را تا پایان سال ۱۴۰۰ تمدید کرد.

2. Transparency international
3. Global Competitiveness Index (GCI)
4. Human Development Index (HDI)
5. Environmental Performanc Index(EPI)

کیفیت زندگی<sup>۲</sup> و «ادراک فساد»<sup>۳</sup> تأکید کرده‌اند. جایگاه ایران از حیث پنج مؤلفه مرتبط، شامل دو مؤلفه عام یعنی «رقابت‌پذیری جهانی»، با جایگاه ۹۹ در بین ۱۴۱ کشور در سال ۲۰۱۹ (GCR, 2018-19) و «میزان ادراک فساد»، با جایگاه ۱۴۹ و رقم ۲۵ در بین ۱۴۹ کشور در سال ۲۰۲۰ (CPI, 2020) و سه مؤلفه ویژه «توسعه انسانی»، با جایگاه ۷۰ و رقم ۷۸۳ در بین ۱۸۹ کشور در سال ۲۰۱۹، (UN, 2019) و «کیفیت زندگی»، با جایگاه ۸۲ و رقم ۶۳/۶۰ در بین ۱۹۴ کشور، در سال ۲۰۲۱ مورد ارزیابی قرار گرفت (World Bank, 2021). در گزارش سال ۲۰۱۹ مؤسسه لگاتوم جایگاه ایران در میان ۱۴۲ کشور مورد بررسی، در هشت حوزه مربوط به «مؤلفه رفاه عمومی» در نیمه پایین جدول ارزیابی یعنی ۱۰۷ و در حوزه آموزش و سلامت، در نیمه بالای جدول قرار گرفت (Legatum, 2019). در حال حاضر پنج الگوی موفق «نظام سلامت ملی»، «نظام بیمه سلامت ملی»، «نظام بیمه اجتماعی»، «نظام ترکیبی» و «نظام پرداخت مستقیم» در اکثر کشورها در حال انجام هستند. در ایران از نظام بیمه سلامت ترکیبی استفاده می‌شود. همچنین در اجرای برنامه جامع اصلاح نظام اداری - دوره دوم (۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹) عملکرد سالانه دستگاه‌های نظام سلامت، علاوه بر بُعد عمومی که شامل مؤلفه‌های مرتبط با عرصه‌های گوناگون اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اداری است، از بُعد اختصاصی نیز شامل فلسفه وجودی و علت تأسیس با تأکید بر چشم‌انداز، رسالت و مأموریت آن‌ها بررسی می‌شوند. بر این اساس، عملکرد سالانه دستگاه‌های حوزه سلامت، به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در دو سطح ملی و استانی در حال انجام است که با بهره‌گیری از مؤلفه‌های چهارده گانه تجویزی سازمان سلامت جهانی، در دو بخش عمومی با ۶ محور و ۶۳ مؤلفه و بخش اختصاصی با ۸ محور و ۵۲ مؤلفه کمی و کیفی سنجیده می‌شوند.<sup>۴</sup>

بنابراین هرچند جایگاه و رتبه ایران هنوز مناسب نیست، اما ارتقای رتبه ایران طی سال‌های اخیر بر بهبود نسبی جایگاه آن از حیث مؤلفه‌های رفاه عمومی و حوزه سلامت دلالت دارند. برای مثال در رتبه‌بندی مجله لانسِت<sup>۵</sup>، یکی از معتبرترین نشریه‌های پزشکی دنیا در سال ۲۰۱۷ که میزان پیشرفت ۳۷ مؤلفه بهداشتی از ۵۰۰ مؤلفه توسعه پایدار را در ۱۸۸ کشور بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ سنجیده است، رتبه ایران از ۱۰۴ به ۶۹ ارتقا یافته است.

1. Ease of Doing Business (EDB)
2. Quality of Life Index (QLI)
3. Corruption Perception Index (CPI)

۴. برای اطلاعات بیشتر به نشانی <https://shafaf.aro.gov.ir> مراجعه شود.

5. The Lancet

### پیشینه پژوهش

در راستای الزامات قانونی و افق‌های پیش رو، گام اساسی دولت، بهبود جایگاه ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی در حوزه سلامت است. پیش‌ران توسعه و پیشرفت کشور به استقرار نظام ارزشیابی عملکرد نیاز دارد. به‌رغم اقدامات و تلاش کارگزاران، هنوز این حوزه دارای چالش‌های بسیار است و وضعیت پیچیده‌ای دارد. مطالعه پژوهش‌های یک قرن گذشته بر ناکارآمدی آن‌ها به‌ویژه از حیث روش‌های تجویزی و نحوه قضاوت در خصوص نتایج ارزشیابی عملکرد و نحوه ارائه بازخور به آن‌ها تأکید دارد (Murphy, 2020: 17). مطالعات و گزارش‌های پژوهشگران داخلی و خارجی در سطح فرد و سازمان در بازه‌های زمانی گوناگون بر نیازهای فردی کارکنان تمرکز کرده، در یک برهه بر تکمیل چرخه نظام پاداش و تنبیه و در برهه‌ای دیگر، بر تکمیل چرخه اقدام و عمل مدیریتی دلالت داشته‌اند. با این حال، ارزشیابی عملکرد سلامت به منزله مطالبه ملی از دولتمردان و خطمشی‌گذاران کلان دولت تلقی می‌شود. در ادامه، نتیجه و عناصر اصلی برخی از پژوهش‌های مرتبط در جدول ۱ بیان شده‌اند:

جدول ۱. پیشینه پژوهشی ارزشیابی عملکرد

نام پژوهشگر	سال	نتیجه نهایی	عناصر اصلی پژوهش
تسلیمی و زاینده متی	۱۳۹۱۱۳۹۱۱۳۹	چالش‌های نظام ارزیابی عملکرد بیمارستان: مروری بر متون و آثار علمی	تعیین هدف ارزیابی عملکرد ارزیابی عملکرد بیمارستان عدم حضور ذی‌نفعان
نصرالله‌پور شیروانی و طهماسبی	۱۳۹۵	مروری بر مدل‌های ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی	تناسب بین ارزیابی عملکرد و ساختار شفافیت و پاسخ‌گویی اهداف روشن برنامه‌ریزی مناسب
رفیع‌زاده و همکاران	۱۳۹۵	ارائه مدل مدیریت عملکرد در سطح دولت	بُعد راهبردی بُعد سازمان بُعد کارکنان
محمدی و شریف‌زاده	۱۳۹۶	طراحی الگوی مدیریت عملکرد با رویکرد توسعه منابع انسانی در بخش دولتی	مدیریت منابع انسانی راهبردی بهبود شایستگی‌های کارکنان افزایش سطح عملکرد

ادامه جدول ۱. پیشینه پژوهشی ارزشیابی عملکرد

نام پژوهشگر	سال	نتیجه نهایی	عناصر اصلی پژوهش
مصدق‌راد و رحیمی‌تبار	۱۳۹۸	الگوی پیشنهادی مدیریت عملکرد نظام سلامت ایران	الزامات مدل یکپارچه چابک‌سازی ساختار اداری استاندارد جامع و اعتبارسنجی خدمات
واحدی و همکاران	۱۳۹۹	طراحی الگوی مدیریت عملکرد در حوزه سلامت ایران	بُعد رفتاری بُعد ساختاری بُعد زمینه‌ای سطوح سازمانی، مدیران و کارکنان
هژدوکوا و کُرکوا	۲۰۱۶	ارزیابی سیستم عملکرد بهداشت ملی در کشورهای منتخب اروپا	امید به زندگی در بدو تولد سال‌های بالقوه ازدست‌رفته زندگی سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی هزینه مراقبت بهداشتی
شوته <sup>۱</sup> و همکاران	۲۰۱۸	سیستم‌های بهداشتی سراسر جهان: مقایسه رتبه‌بندی سیستم‌های بهداشتی موجود	بهبود عملکرد شفافیت تعمیم نتایج رتبه‌بندی عملکرد
اونن و ساین <sup>۳</sup>	۲۰۱۸	ارزیابی میزان کارایی بهداشت و درمان کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه <sup>۲</sup>	مؤلفه‌های اصلی پایداری بهبود عملکرد امید به زندگی در بدو تولد مرگ‌ومیر نوزادان کارایی و توسعه

1. Schütte  
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)  
3. Önen & Sayın



ادامه جدول ۱. پیشینه پژوهشی ارزشیابی عملکرد

نام پژوهشگر	سال	نتیجه نهایی	عناصر اصلی پژوهش
لوگا و چَند <sup>۲</sup>	۲۰۱۹	ارائه الگوهای سیستم ارزیابی عملکرد بخش عمومی در کشورهای صنعتی و سیستم ارزیابی عملکرد سالانه ۱ کشور فیجی	ارزیابی عملکرد بخش عمومی ارزیابی عملکرد سالانه کارکنان درک کارکنان
مجیدی و همکاران	۲۰۲۰	شناسایی چالش‌های موجود در سیستم ارزیابی عملکرد کارکنان شبکه بهداشت و درمان همدان	بهبود عملکرد ارزیابی ناموزون عملکرد انگیزش کارکنان

با مرور پژوهش‌های فوق، ملاحظه می‌شود که بر بخشی از فراگردهای ارزشیابی عملکرد نظام سلامت بیش از حد تمرکز شده و برخی از بخش‌ها و ابعاد مرتبط با ظرفیت‌های بومی نیز نادیده گرفته شده‌اند. کشورهای دارای سیستم تفکیک قوا موظفند از الگوهای بومی متناسب با شرایط خویش برای پیشگیری از شکست بهره بگیرند (Riggs, 2002). نگاه تک‌بعدی و توجه صرف به دستورالعمل‌های تجویزی سلامت موجب شده است که عملکرد آن‌ها متناسب با شرایط محیطی و بومی ارزشیابی نشوند. بنابراین این پژوهش با توجه به نیاز فعلی درصدد است الزامات برنامه‌ها و راهبردهای کلان دولت را با هدف رفع چالش‌های موجود از طریق ارائه مؤلفه‌های مطلوب برای حوزه سلامت بهبود بخشد.

### روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر کیفی و دارای رویکرد استقرایی بوده و از رهیافت نظام‌مند اشتراوس ۳ و کوربین ۴ در راهبرد «نظریه داده‌بنیاد» بهره برده است. پرسش اصلی این پژوهش، شناخت ابعاد و مؤلفه‌های مهم و مؤثر بر موضوع است. برای درک عمیق موضوع، علاوه بر مرور ادبیات و استفاده از مشاهده‌ها، مطالعات کتابخانه‌ای، اسناد دولتی و نشریه‌های علمی، ضمن مصاحبه عمیق با خبرگان، داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شدند. با بررسی خبرگان، روایی بالای پرسش‌ها ملاحظه شد و پایایی پرسش‌ها با روش ممیزی خبرگان تأیید شد. مصاحبه‌شوندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند و آرای آن‌ها به

1. Annual Performance Appraisal (APA)
2. Loga & Chand
3. Strauss
4. Corbin

صورت حضوری، تلفنی و مکتوب پیگیری شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نهایی یعنی نفر شانزدهم ادامه یافت. اشباع نهایی در نمونه‌گیری پژوهش‌های کیفی مهم است و پژوهشگر باید تا زمانی که سیر شناسایی مقوله‌ها اشباع شوند و مضمون جدیدی تولید نشود به گردآوری داده‌ها ادامه دهد؛ در غیر این صورت نظریه یا مدل فاقد غنا و دقت خواهد بود (استراوس و کربین، ۲۰۰۸؛ به نقل از افشار، ۱۳۹۸: ۲۳۰). جامعه هدف پژوهش حاضر گروه‌های منتخب خبرگان و استادان خطمشی، اداره و حکمرانی، استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران دارای سابقه حوزه سلامت بودند. معیار اصلی انتخاب جامعه، «خبرگان آشنا با دانش نظری»، «دارا بودن سمت‌های مدیریتی سطوح تصمیم‌گیری موضوع» و «معرفی از سوی مصاحبه‌شوندگان» بود. پاسخ اصلی پژوهش منوط به دریافت پاسخ ابعاد آن، یعنی شرایط علی، زمینه‌ای، میانجی، راهبردها و پیامدهای ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت بود. در نتیجه انجام مصاحبه و جمع‌بندی نظرهای آن‌ها موضوع‌های گوناگونی شناسایی شدند تا اینکه در مصاحبه سیزدهم، اطلاعات دریافتی تکراری شدند؛ اما برای اطمینان، مصاحبه‌ها تا مصاحبه شانزدهم ادامه یافتند. با حذف موارد تکراری، داده‌های کیفی پژوهش مشخص شدند. داده‌ها به روش کدگذاری باز، محوری و گزینشی از طریق نرم‌افزار NVivo12 تحلیل شدند و در نهایت الگوی پیشنهادی پژوهش ارائه شد.

## یافته‌ها

استفاده از مشاهده‌ها، مطالعات کتابخانه‌ای، اسناد دولتی، نشریه‌های علمی و مصاحبه با خبرگان برای تعیین مؤلفه‌های مهم و طراحی الگوی موضوع رهگشا است. در این امتداد، با انجام مصاحبه و طرح پرسش‌های باز، تعداد انبوهی از نکات اساسی و کدهای فرعی مؤثر بر ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت گردآوری شدند که نمونه‌ای از آن‌ها به شرح جدول ۲ بیان می‌شوند:

جدول ۲. نمونه‌ای از نکات و کدهای به دست آمده از مصاحبه‌ها

نمونه نکات کلیدی	نمونه کدهای فرعی (استخراج مفاهیم اولیه)
<p>جلب رضایت مردم در ارائه خدمات سلامت بسیار مهم است. اینکه مردم احساس می‌کنند اگر مریض شدند، دغدغه‌ای جز درمان بیماری ندارند. آن جمله معروف مقام معظم رهبری پشت دفترچه‌های بیمه خدمات درمانی واقعاً بی‌نظیر است: «ما می‌خواهیم اگر کسی در خانواده‌ای مریض شد، بیش از مریض‌داری، رنج دیگری نداشته باشد». یعنی دغدغه پول نداشته باشیم. هرگاه دغدغه پول درمان در بین مردم وجود داشته باشد، به معنی این است که وزارت بهداشت ناتوان بوده (R1).</p> <p>این نکته که دولت می‌تواند مشکلات درمانی مردم را به‌تنهایی حل کند و در پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر موفق باشد، از اساس غلط است. نقش مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد، رسانه‌ها، جامعه پزشکی و سیستم درمان و سیاست‌گذاران بهداشتی، در کنترل بیماری‌های غیرواگیر و کاهش مرگ‌ومیر بسیار مهم است. باید نوع نگرش و نگاه خطمشی‌گذاران بر این بخش نیز تغییر یابد (R8).</p> <p>تقریباً نیمی از جمعیت ایران تحت پوشش بیمه طرح تحول سلامت قرار دارند. دولت حق بیمه ۳۸ میلیون نفر از جمعیت را پرداخت می‌کند و مابقی از سوی کارفرمایان بیمه شده‌اند. در برآورد اولیه، طرح سلامت همگانی حدود ۵/۴ میلیون نفر تخمین زده شدند، اما در مرحله اجرا بیش از ۱۱ میلیون نفر مشمول این طرح قرار گرفتند. بیش از ۹۰ درصد از ۱۱ میلیون نفر تحت پوشش بیمه سلامت، در حومه شهرها زندگی می‌کنند. خدمات ناکافی فعلی نیز در آینده دچار نوسان قیمت و تحمیل هزینه درمانی بیشتری می‌شوند. سهم فقرا از بیمه تکمیلی در کشورمان تنها ۵/۵ درصد است</p>	<p>جلب اعتماد عامه مردم جامعه تأمین خدمات درمانی رایگان سه دهک پایین میانگین زمان انجام خدمات منشور حقوق مراجعان توسعه برنامه راهبردی ایمنی آب و فاضلاب سراسر کشور ایمنی غذا و ترویج تغذیه سالم توزیع عادلانه منابع حوزه سلامت تأمین پزشک مورد نیاز مناطق کم برخوردار توسعه خدمات سرپایی نظام انتقادات و پیشنهادات و ارتباط با مراجعان سازوکارهای نظارت بر ارائه خدمات تدوین دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های بهداشتی جبران خدمات کارکنان نرخ سرانه سلامت ضریب اشغال تخت بیمارستانی بسیج عمومی طرح‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی (طرح شهید سلیمانی) تعارض منافع همکاری میان‌بخشی و مشارکت عامه آمایش سرزمین سرانه پزشک عمومی به ازای هر هزار نفر جمعیت سرانه پزشک متخصص به ازای هر ده هزار نفر جمعیت کاهش فساد و رشوه حساب پس‌دهی و حساب‌کشی پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری مدیریت بودجه‌ریزی و بهای تمام‌شده خدمات</p>

	<p>(R12).                  به یک ساختار مفهومی<sup>۱</sup> نیاز است که برنامه‌ها را تبدیل به یک منظومه نماید. متأسفانه گسسته‌ها زیادند. نظام پزشکی، نظام پرستاری، انجمن‌های صنفی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و تأمین اجتماعی با هم هماهنگی ندارند (R16).</p>
--	--

کدگذاری باز در مرحله ورود به داده‌های اولیه است. در این مرحله، اطلاعات برجسته استخراج شدند و نتایج در قالب کدهای اولیه، ثانویه و مفاهیم ارائه شدند. پس از حذف موارد تکراری، با ترکیب کدهای فرعی، کدهای اصلی یا مقوله به منزله کدگذاری محوری شناسایی شدند. در مرحله کدگذاری محوری با شناسایی عوامل و پیامدها، شرایط و عوامل، راهبردها و فراگردها، مفاهیم و طبقات همسان استخراج شدند. ابعاد، مقوله و مفاهیم به شرح جدول ۳ استخراج شدند:

جدول ۳. ابعاد، مقوله و مفاهیم حاصل از مصاحبه‌ها (کدگذاری محوری)

مفاهیم (کدگذاری باز)	مقوله (کدگذاری محوری)	ابعاد پژوهش (طبقه‌های فرعی)
خطمشی‌گذاری سلامت حق‌مدار، تحریم دارو و تجهیزات، نظام جامع سلامت، بهینه‌سازی منابع و مصارف، طرح تحول سلامت، برنامه‌های کلان سلامت، ساختارهای مفهومی منسجم، دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های تجویزی	قوانین، مقررات و خطمشی‌ها	عوامل علی
جلب اعتماد عامه، پذیرش مسئولیت اجتماعی کارگزاران، پذیرش مسئولیت اجتماعی شهروندان، آموزش‌های استاندارد عملکرد، رضایت ذی‌نفعان، گسیختگی صندوق‌های بیمه‌ای، امانتداری و تعهد	ذی‌حقان و ذی‌نفعان	
تجهیزات پیشرفته، دسترسی بی‌واسطه به خدمات، سیستم نیازسنجی دارو و خدمات	زیرساخت‌های اجرایی	
پذیرش مراجعان، پیش‌بینی تجهیزات، پیش‌بینی مراجعات بیماران، سهم تغییرات جمعیتی نسبت به کل هزینه سلامت	مدیریت تقاضای خدمات	

## 1. Conceptual Framework

ادامه جدول ۳. ابعاد، مقوله و مفاهیم حاصل از مصاحبه‌ها (کدگذاری محوری)

ابعاد پژوهش (طبقه‌های فرعی)	مقوله (کدگذاری محوری)	مفاهیم (کدگذاری باز)
عوامل علی	مدیریت تأمین منابع	کیفیت کالا و خدمات، انعطاف در حجم کالا و خدمات دریافتی، تشخیص و تسجیل کالا و خدمات، توزیع عادلانه منابع، فناوری مهندسی پزشکی
پدیده محوری	مدیریت عرضه خدمات و ارتباطات	تشخیص موانع، زمان انجام خدمات، برانگیختگی کارکنان، سطح کیفی خدمات، منشور حقوق بیماران، توسعه خدمات سرپایی، توسعه خدمات خودمراقبتی، نظام انتقادات و پیشنهادات
	مدیریت سیستم پشتیبان عملکرد	سیستم موازنه و مراقبه، خرده سیستم ارزیاب، خرده سیستم مدیریت دانش، خرده سیستم مستندسازی، بهیمنگی عملکرد، توزیع فراوانی همگون پزشکان
	مدیریت منابع انسانی	ایمنی کار، به‌گزینی، گردش شغلی، اعتماد به نخبگان جوان، انتظارات خدمات‌گیرندگان، مشارکت کارکنان، توانمندسازی، تخصص محوری
	مدیریت مالی	جبران خدمات، بودجه‌ریزی عملیاتی و بهای تمام‌شده، نرخ سرانه سلامت، نرخ بازگشت پزشکان حادث به کشور، سهم هزینه سلامت در تولید ناخالص ملی <sup>۱</sup> ، مقایسه هزینه عمومی سلامت با متوسط جهانی، سهم قیمت خدمات دولتی در بهداشت به کل قیمت‌ها، سهم هزینه درمان در کل بودجه خانوار، میانگین قیمت سبد سلامت نسبت به تورم، ضریب اشغال تخت، تخصیص منابع بودجه‌ای
مدیریت منابع و هزینه	خرید خدمات، پوشش بیمه پایه سلامت، سرانه پزشک عمومی، سرانه پزشک متخصص، سرانه تخت بیمارستانی، سرانه کارکنان حوزه سلامت، سرانه مصرف دارو هر نفر در سال، پرداخت از جیب مردم به نسبت جهانی	
مدیریت سبز	پیوست قانونی، ایمنی فضا، آسایش و رضایت مراجعان، آمایش سرزمین، توسعه برنامه راهبردی ایمنی آب و فاضلاب کشور، ایمنی و ترویج غذای سالم	

1. Gross Domestic Product (GDP)

ادامه جدول ۳. ابعاد، مقوله و مفاهیم حاصل از مصاحبه‌ها (کدگذاری محوری)

مفاهیم (کدگذاری باز)	مقوله (کدگذاری محوری)	ابعاد پژوهش (طبقه‌های فرعی)
انحصارزدایی در توزیع و عرضه خدمات، ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، برون‌سپاری نظارتی، شفافیت در قانون، سیستم متمرکز کنترل اصالت دارو و تجهیزات، حساب پس‌دهی، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری، کاهش فساد و رشوه	تعارض منافع	میانجی‌ها
ارائه خدمات متنوع، الزامات زیست‌محیطی، اصلاح الگوی مصرف، راهبری سلامت فرابخشی، بسته حمایتی سلامت، مداخلات میدانی در شرایط بحران	عملکرد محیطی	
مزیت رقابت منطقه‌ای، تغییر و اصلاح فراگردها، افزایش سطح دسترسی خدمات، تحقیق و توسعه ۱ همگام با دانش روز	تحقیق و توسعه	
میزان دقت، خطرپذیری، بازتاب سریع، تولید دارو و تجهیزات محروم از بازار و فناوری روز، نقش نیروهای مسلح در نظام سلامت	تنگناهای ویژه عمل و اقدام	
جامعه‌پذیری، باورهای فردی در برنامه تجویزی، فرهنگ خودباوری و کاهش وابستگی، رونق تولید داخلی، حقوق شهروندی، اخلاق اجتماعی، دستورالعمل‌های اجرایی منطبق با موازین اخلاقی	زمینه فرهنگی	زمینه‌ها (عوامل زمینه‌ای)
توسعه پایدار، رشد سرمایه‌گذاری گردشگری سلامت، رشد سرمایه‌گذاری بهداشت و درمان، ارتقای سواد سلامت	زمینه اقتصادی	
استانداردهای بین‌المللی، ارتباطات رسمی و غیررسمی، نقش مؤسسه‌های خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد ۲، نقش رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، جایگاه نهادهای سیاسی، انتشار گزارش عملکرد دوره‌ای، بسیج عمومی طرح‌های سلامت	زمینه سیاسی	
استفاده فناورانه اطلاعات، زیرساخت‌های حوزه فناوری، گستره توزیع خدمات آرمانی، انتقال اطلاعات مطلوب، توسعه خانه‌های بهداشت روستایی و مناطق محروم، خدمات پذیرش و ترخیص برخط، سیستم ارجاع الکترونیک، وظیفه و برون‌سپاری	زمینه ساختاری و فناورانه	

1. Research and Development (R&D)
2. Non- Governmental Organization (NGO)

ادامه جدول ۳. ابعاد، مقوله و مفاهیم حاصل از مصاحبه‌ها (کدگذاری محوری)

مفاهیم (کدگذاری باز)	مقوله (کدگذاری محوری)	ابعاد پژوهش (طبقه‌های فرعی)
برنامه راهبردی نظام سلامت، تعیین اهداف، راهبردهای اجرایی در برنامه‌ریزی، بررسی آسیب‌های صنعت و بازار دارو، تهیه برنامه عملیاتی، سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها، توسعه بازارهای دارویی، نظارت کمی و کیفی داروی وارداتی، تأمین پزشک مناطق کم برخوردار، ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ایجاد ظرفیت و بهبود خدمات درمان با رعایت استانداردهای بین‌المللی به‌ویژه تعداد پزشک حاذق و تخت بیمارستانی	برنامه‌ریزی توسعه پایدار	راهبردهای عملکرد
تکلیف ملی اجرای سیستم ارزشیابی عملکرد سلامت، تأمین منابع مالی، مشارکت همگانی، حذف ساختارهای موازی و زائد، نقش شرکت‌های دانش‌بنیان، ایجاد چتر پوشش بیمه رایگان به‌ویژه دهک‌های پایین، تفکیک بخش آموزش و درمان، کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌ها، اهداف آشکار، رسالت سازمان	خطمشی‌گذاری پیشگیرانه	
شناسایی چالش‌های رفع موانع، بازبینی مستمر خدمات، اجرای دستورالعمل‌های مناسب، تجزیه و تحلیل گزارش‌های عملکرد، تلفیق فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی	سامانه ارزشیابی عملکرد سلامت	
همکاری تنگاتنگ کارکنان و مدیران با واحد مجری، اشتراک تجارب و دستاوردها با مراکز مشابه ملی و بین‌المللی، تفاهم‌نامه همکاری سازمان و واحد مجری، جامعیت پایگاه داده	پایگاه جامع اطلاعات	
کاهش خطا در اجرای فراگرد، کاهش خطای تجویز نادرست، کاهش آسیب خدمات گیرندگان، محافظت مالی مراجعان و اخذ هزینه‌های واقعی، کاهش میزان مرگ‌ومیر مادر و نوزاد در بدو تولد	سیستم یکپارچه رصد عمل و اقدام	پیامدهای عملکرد
ایجاد زمینه مناسب برای اجرای سیستم ارزشیابی عملکرد، به‌روزرسانی سیستم ارزشیابی عملکرد حین تغییرات داخلی و خارجی، جلب توجه کارکنان در همکاری و همراهی، وجود امکانات پیشرفته برای انتقال اطلاعات و دریافت بازخور	ارتقای کیفی خدمات	

ادامه جدول ۳. ابعاد، مقوله و مفاهیم حاصل از مصاحبه‌ها (کدگذاری محوری)

مفاهیم (کدگذاری باز)	مقوله (کدگذاری محوری)	ابعاد پژوهش (طبقه‌های فرعی)
برنامه‌های آموزشی مناسب، استفاده بهینه از نیروی انسانی، اصلاح فراگردها، سیستم مکانیزه ارائه خدمات، ارتقای کارایی و اثربخشی، کاهش سطوح مدیریتی و سقف پست‌های سازمانی، ادغام واحدهای قابل تجمیع در سطوح افقی و عمودی، واگذاری مدیریت واحدها به بخش‌های غیردولتی	چابک‌سازی ساختار و نیروی انسانی	پیامدهای عملکرد
کاهش هزینه‌ها، ارتقای سیستم‌های کار، بهبود عملکرد دولت با هدف ایجاد روحیه نشاط و بالندگی جامعه و ارتقای مؤلفه عینی افزایش سن امید به زندگی آحاد مردم جامعه، دستیابی به جایگاه برتر منطقه‌ای و بهبود رتبه جهانی، اجرای معاهده‌های منطقه‌ای و بین‌المللی با رعایت کامل روابط دیپلماسی، ترویج سبک زندگی سالم	تأمین منافع ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی	

با تمرکز پژوهشگران بر مفاهیم کدگذاری شده اولیه، کدها و ایده‌های جدیدی شناسایی و مقوله محوری مشخص شدند. سایر مقوله‌های منتج از فراگرد کدگذاری باز در محدوده مقوله محوری به منزله عوامل علی، پدیده محوری، زمینه‌ها (عوامل زمینه‌ای)، میانجی‌ها، راهبردهای موفق یا پیامدهای ناشی از اجرای راهبردها منظور شدند.

در ادامه پژوهشگران با استفاده از داده‌ها به مقایسه و مقابله مفاهیم اقدام کردند و مرحله کدگذاری گزینشی (انتخابی) آغاز شد. کدگذاری گزینشی بر فراگرد منسجم و یکپارچه تولید مفاهیم حاصل از مهارت ایجاد ارتباط میان مقوله‌ها دلالت دارد که به دسته‌بندی ایده‌ها می‌انجامد. در این مرحله با مرور روابط میان مقوله‌های حاصل از کدگذاری محوری، آرایش نهایی آن‌ها با استفاده از طرح نظام‌مند اشتراس و کوربین انجام شد و مقوله‌های اصلی پژوهش انتخاب شدند. سپس ارتباط مقوله‌ها و زیرمقوله‌های هر یک، به شرح شکل ۱ مشخص شدند:





شکل ۱: الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت مبتنی بر راهبرد «داده‌بنیاد»

## بحث

نظام سلامت از زمره مهم‌ترین مؤلفه‌های توسعه و رفاه اجتماعی است که در زندگی آحاد مردم جامعه اثر مستقیم دارد. امروزه بخش عمده هزینه عمومی دولت‌ها به حوزه سلامت اختصاص دارد؛ به نحوی که هزینه مراقبت‌های سلامت در کشورهای صنعتی از حدود ۹ درصد تا ۱۶ درصد تولید ناخالص ملی را شامل می‌شود و در کشورهای در حال توسعه حداقل ۱۰ درصد تولید ناخالص ملی آن‌ها است. در ایران نیز نسبت هزینه‌های جاری سلامت به تولید ناخالص داخلی، از ۴/۷ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۸/۶ درصد در سال ۲۰۱۸ افزایش یافته است که از زمان اجرای طرح تحول نظام سلامت (۲۰۱۴) روندی افزایشی داشته است (تدین و مرادی‌جو، ۱۴۰۰: ۲۱). بنابراین حوزه سلامت به منزله عامل اساسی توسعه پایدار ملی، در زمره مهم‌ترین مؤلفه‌های توسعه و رفاه اجتماعی مد نظر قرار می‌گیرد. یافته‌های پژوهش ناظر بر شش بُعد اصلی: عوامل علی، پدیده‌محوری، زمینه‌ها (عوامل زمینه‌ای)، میانجی‌ها، راهبردها و اجراهای موفق یا پیامدهای ناشی از اجرای راهبردها، ۲۷ مقوله حاصل از کدگذاری محوری و ۱۷۷ مفهوم حاصل از کدگذاری باز به شرح زیر بسط می‌یابند:

## عوامل علی

عوامل (شرایط) علی موجب ایجاد یا توسعه پدیده‌محوری می‌شوند. پنج مقوله حاصل از این عوامل عبارتند از: «قوانین، مقررات و خطمشی‌ها»؛ «ذی‌حقان و ذی‌نفعان»؛ «زیرساخت‌های اجرایی»؛ «مدیریت تقاضای خدمات»؛ و «مدیریت تأمین منابع».

کارگزاران سلامت، مجری سیاست‌ها و خطمشی‌های تجویزی‌اند که خود نقشی در تصویب آن‌ها ندارند. برخی از خطمشی‌ها نیز در اثر عوامل خارج از اراده داخلی تحمیل می‌شوند که تحریم‌های ناروا و ظالمانه دارو و تجهیزات از این دسته‌اند. تعدد صندوق‌های بیمه‌ای نیز یکی از عوامل گسیختگی در ساماندهی صندوق‌ها است. این گسیختگی مانع توزیع برابر خدمات درمان و سلامت شده است. نقش ذی‌حقان و ذی‌نفعان در بهره‌گیری از خدمات و نظارت بر رفتار کارگزاران بسیار قابل تأمل است. تأمین منافع ذی‌حقان به نحو مقتضی موجب رضایت عامه مردم می‌گردد. مقوله زیرساخت‌های اجرایی نیز برای دسترسی آسان به خدمات به الزاماتی چون تجهیزات به‌روز و پیشرفته و طراحی سیستم نیازسنجی دارو و خدمات نیاز دارد. مدیریت تقاضای خدمات، نحوه پذیرش مراجعان و پیش‌بینی لوازم و تجهیزات درمانی و آزمایشگاهی پیشرفته را پوشش می‌دهد و همچنین به رصد میزان سهم تغییرات جمعیتی در کل هزینه‌های سلامت می‌پردازد. مقوله مدیریت تأمین منابع نیز بر کیفیت کالاها و خدمات، توزیع عادلانه کالا و

خدمات و استفاده از فناوری مهندسی پزشکی در تأمین کالا تأکید دارد.

### پدیده محوری

ابعاد عملی اجرای راهبردهای ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت به منزله پدیده محوری پژوهش، پایه و اساس فراگرد و شکل انتزاعی پدیده است. شش مقوله عملی اجرا عبارتند از: «مدیریت عرضه خدمات و ارتباطات»، «مدیریت سیستم پشتیبان عملکرد»، «مدیریت منابع انسانی»، «مدیریت مالی»، «مدیریت منابع و هزینه»، و «مدیریت سبز».

شناخت و آگاهی کافی بر وجه نیاز جامعه افق روشنی را پیش روی کارگزاران و خطمشی گذاران قرار می‌دهد. در این امتداد، اقداماتی چون واکاوی و تشخیص موانع، انگیزش کارکنان در مشارکت گروهی، رعایت منشور حقوق بیماران، توسعه خدمات سرپایی و خدمات خودمراقبتی در منزل در حیطه عرضه خدمات و اجرای نظام انتقادهای و پیشنهادهای مد نظر قرار می‌گیرد. سیستم پشتیبان عملکرد پویا و فعال، به منزله منبع تغذیه و تأمین داده- ستانده ارزشیابی عملکرد، کارایی و اثربخشی سازمان را تضمین می‌کند. این مدیریت مترصد ایجاد سیستم موازنه و مراقبه کارگزاران، خرده سیستم ارزیاب، خرده سیستم مدیریت دانش، خرده سیستم مستندسازی و بهینگی عملکرد است. در بحث مدیریت منابع انسانی، پیش‌ران ارائه خدمات با تکیه بر تخصص مجریان در پاسخ به عواملی چون انتظارات گیرندگان خدمت، اعتماد به نخبگان جوان در جهت کسب رضایت ارباب رجوع و حفظ امنیت مردم نقش دارد. ارائه خدمات مدیریت مالی سالم در کسب رتبه‌های ملی و بین‌المللی مؤثر است. همچنین بررسی عواملی نظیر بودجه‌ریزی عملیاتی و بهای تمام‌شده خدمات، نرخ بازگشت پزشکان حاذق به کشور، سهم هزینه‌های سلامت در تولید ناخالص ملی، مقایسه هزینه‌های عمومی سلامت کشور با متوسط آن در جهان، سهم قیمت خدمات دولتی در بهداشت به کل قیمت‌ها، سهم هزینه‌های درمان در کل بودجه خانوار و ضریب اشغال تخت بیمارستانی و تخصیص منابع بودجه‌ای مورد نیاز در این مقوله پیگیری می‌شوند. در بحث مدیریت منابع و هزینه، مواردی چون خرید خدمات، فناوری به‌روز و پوشش بیمه پایه سلامت در سراسر کشور منظور شده‌اند. علاوه بر این‌ها، اصلاح و بهبود مؤلفه‌های مورد انتظار شامل سرانه پزشک عمومی است. این سرانه بر اساس مؤلفه جهانی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت باید بین ۳۰ تا ۴۰ پزشک باشد، در حالی که در ایران هنوز ۱۱/۷ پزشک است. نرخ سرانه پزشک متخصص در کشورهای پیشرفته به ازای هر ده هزار نفر جمعیت بالای ۲۰ نفر گزارش شده است، در حالی که در ایران هنوز ۶ پزشک است. سرانه تخت بیمارستانی نیز بر اساس مؤلفه جهانی به ازای هر هزار نفر جمعیت بین ۸ تا ۱۲ تخت گزارش

شده، اما در ایران ۱/۷ تخت است. سهم سرانه مصرف دارو در ایران نسبت به هر نفر در سال ۳۳۹ عدد دارو گزارش شده است و میزان پرداخت هزینه سلامت از جیب مردم نسبت به میانگین جهانی بسیار بالا هستند. همچنین اجرای مدیریت سبز بر عواملی چون انرژی‌های پاک و تجدیدپذیر و استفاده بهینه از منابع با رعایت پیوست‌های قانونی زیست‌محیطی، دفع ضایعات و پسماندهای مرتبط با خدمات درمانی منطبق با آمایش سرزمین، توسعه برنامه راهبردی ایمنی آب و فاضلاب در سراسر کشور و اصلاح سبک تغذیه و رژیم‌های غذایی منطبق با سند ملی تغذیه اشاره دارد.

### زمینه‌ها (عوامل زمینه‌ای)

زمینه و محیط فعالیت بر راهبردهای محیطی سطح کلان اثر مستقیم دارند و در واقع، همان مقوله‌های زمینه‌ای مؤثرند. این مقوله‌ها در چهار زمینه «فرهنگی»، «اقتصادی»، «سیاسی» و «ساختاری و فناورانه» دسته‌بندی شده‌اند.

در امتداد توسعه اخلاق اجتماعی و خودباوری ملی، دستورالعمل‌های اجرایی در زمینه فرهنگی موجب افزایش تولیدات داخلی و کاهش وابستگی به کالاهای خارجی می‌شوند و در نتیجه بر رونق بازار عرضه می‌افزایند. اختصاص فضای مناسب برای سرمایه‌گذاری دولت و رشد گردشگری سلامت در زمینه اقتصادی با تکیه بر سواد سلامت موجب ارتقای عملکرد می‌شوند. مؤلفه‌هایی نظیر نقش مؤسسه‌های خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد، رسانه‌های خبری و شبکه‌های اجتماعی، وجود ارتباطات رسمی و غیررسمی، ارائه گزارش‌های عملکرد دوره‌ای و بسیج طرح‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی، به‌ویژه در شرایط اضطرار و بحران (مانند طرح جاری شهید سلیمانی با هدف مشارکت حداکثری در مقابله با ویروس نوپدید کرونا)، در زمینه سیاسی مطرح می‌شوند. ایجاد زیرساخت‌های فناوری، گستره توزیع خدمات آرمانی، انتقال اطلاعات باکیفیت، ارائه خدمات پذیرش و ترخیص مبتنی بر سیستم ارجاع الکترونیک و امکان وظیفه‌سپاری و برون‌سپاری خدمات در زمینه ساختاری و فناورانه رصد می‌شوند.

### میانجی‌ها

شرایط میانجی اثر شرایط زمینه‌ای عمومی را بر راهبردها مد نظر می‌آورد که با بروز متغیرهای مستقل، به طور موقت ظاهر می‌شوند و به مفهوم‌سازی و تشریح آن بر متغیر وابسته کمک می‌کنند (ر.ک. دانایی‌فرد و امامی، ۱۳۸۶: ۸۵). در این پژوهش شرایط میانجی در چهار مقوله «تعارض منافع»، «عملکرد محیطی»، «تحقیق و توسعه» و «تنگناهای ویژه عمل و اقدام»

آشکار شده‌اند.

مقوله تعارض منافع شامل مجموعه شرایطی است که تصمیم‌ها و اقدام‌های حرفه‌ای را تحت تأثیر منافع ثانویه قرار می‌دهند. این مقوله به منزله عامل میانجی در بسیاری از تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت دخالت دارد. مواردی چون انحصار در توزیع و ارائه خدمات، نبود شفافیت در قانون درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها، همچنان بر معضل تعارض منافع کارگزاران سلامت افزوده است. همچنین تعارض درآمد و وظایف، ارتباطات سهام‌داری، ارتباطات پسا‌شغلی (درب‌های گردان)<sup>۱</sup>، تبانی کارگزاران، اتحاد ناظر و منظور و اتحاد قاعده‌گذار و مجری قواعد در این مقوله رصد می‌شوند. الزامات زیست‌محیطی به اصلاح الگوی مصرف نیاز دارد و راهبری فرابخشی موجب ارائه خدمات بهنگام می‌شود. همچنین نظارت و کنترل اقدام ضروری مناطق بحرانی در عملکرد محیطی منظور می‌شود. توجه ویژه به امر تحقیق و توسعه موجب افزایش سطح کیفی خدمات و وجه تمایز رقابت منطقه‌ای می‌شود. تنگناهای ویژه عمل و اقدام نیز بر عواملی چون میزان دقت، خطرپذیری، شرایط تولید دارو و میزان مشارکت نیروهای غیرموظف در حوزه سلامت دلالت دارند. برای مثال نقش نیروهای مسلح برابر تکلیف مقرر در توسعه خدمات درمانی زمان صلح، به‌ویژه دوره‌های اضطراب و بحران اخیر ناشی از بروز زلزله، سیل و ویروس نوپدید کرونا بی‌بدیل است (ر.ک. اصل ۱۴۷ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران).

## راهبردهای عملکرد

راهبردها، کنش‌ها و برهم‌کنش‌های خاص پدیده‌محوری را در نظر می‌آورند که حول سه مقوله «برنامه‌ریزی توسعه پایدار»، «خط‌مشی‌گذاری پیشگیرانه» و «سامانه ارزشیابی عملکرد سلامت» شناسایی شده‌اند.

مقوله برنامه‌ریزی توسعه پایدار ناظر بر برنامه‌های راهبردی است و اهداف آرمانی، کلی و ویژه آن را مد نظر قرار می‌دهد. در این مسیر بررسی آسیب‌ها و چالش‌های مربوط به صنعت و بازار دارو، نظارت کمی و کیفی داروهای وارداتی، طرح ریشه‌کنی بیماری‌های بازپدید و نوپدید، ایجاد ظرفیت و ارتقای خدمات درمان، با رعایت استانداردهای مصوب از قبیل تعداد پزشک و تخت بیمارستانی و نظایر آن نیز ضروری هستند. مقوله خط‌مشی‌گذاری پیشگیرانه به منزله تکلیف دولت بر پیاده‌سازی سیستم ارزشیابی عملکرد نظام سلامت تمرکز کرده و در راستای

۱. منظور از درب‌های گردان، تلاش کارگزاران به در نظر گرفتن فرصت شغلی برای آینده خویش، در زمان بازنشستگی است. به طوری که بدون در نظر گرفتن اصل رفع تعارض منافع، امید کسب فرصت‌های شغلی خصوصی را مد نظر قرار می‌دهند و تصمیم‌های امروز خود را به آن دوران، معطوف می‌سازند.

اهداف آشکار و رسالت سازمانی، منابع مالی اجرای طرح، در اولویت تأمین قرار می‌گیرند. تشریح مساعی کارکنان و سازمان، حذف ساختارهای موازی و زائد، نقش پررنگ شرکت‌های دانش‌بنیان، پوشش بیمه رایگان به‌ویژه برای سه دهک پایین جامعه، تفکیک بخش آموزش و درمان در خدمات بیمارستانی و کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌ها دست‌یافتنی هستند. در راهبرد سوم، یعنی سامانه ارزشیابی عملکرد، مؤلفه‌هایی نظیر رفع موانع اجرای ارزشیابی عملکرد، بازبینی مستمر خدمات، تهیه دستورالعمل‌های داخلی متناسب با اجرای ارزشیابی عملکرد، تجزیه و تحلیل گزارش‌های عملکرد دوره‌ای و سالانه و تلفیق فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی‌ها ضروری هستند.

### پیامدهای عملکرد

پیامدها (اجراهای موفق) تجلی ظاهری و بیرونی رفتار در نتیجه کنش و واکنش‌های موارد قبلی هستند و نتیجه و خروجی راهبردها تلقی می‌شوند. پیامدهای این پژوهش اجراهای موفق پنج مقوله‌اند: «پایگاه جامع اطلاعات»، «سیستم یکپارچه رصد عمل و اقدام»، «ارتقای کیفی خدمات»، «چابکی ساختار و نیروی انسانی» و «تأمین منافع ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی». مؤلفه‌های ناظر بر مقوله جامعیت پایگاه داده و اطلاعات نظیر همکاری تنگاتنگ با واحد مجری، ارتباط با مراکز مشابه ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی، با هدف به اشتراک‌گذاری تجارب و دستاوردها و عقد تفاهم‌نامه همکاری سازمان با واحد مجری هستند. سیستم یکپارچه رصد عمل و اقدام نیز بر کاهش خطای انسانی ناشی از اجرای فراگرد و تجویز نادرست رویه‌ها و دستورالعمل‌ها، کاهش دغدغه خدمات‌گیرندگان، محافظت مالی مراجعان با شفافیت در عملکرد و کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران و نوزادان در بدو تولد تأکید دارد. علاوه بر این‌ها، ایجاد زمینه مناسب در به‌روزرسانی سیستم، متناسب با تغییرات داخلی و خارجی، کاهش سطوح مدیریت و سقف پست‌های سازمانی، ادغام واحدهای سازمانی قابل تجمیع در سطوح افقی و عمودی، واگذاری مدیریت واحدهای دولتی به بخش خصوصی، تعاونی و سازمان‌های مردم‌نهاد بر استفاده بهینه از ظرفیت نیروی انسانی و چابکی ساختار، استقرار سیستم‌های مکانیزه ارائه خدمات و ارتقای کارایی و اثربخشی نظام سلامت همت می‌گمارد. پنجمین مقوله بر بهبود نسبی عملکرد با هدف ارتقای جایگاه دولت در ایجاد روحیه نشاط و بالندگی جامعه، ترویج سبک زندگی سالم و ارتقای مؤلفه عینی افزایش سن امید به زندگی و تعیین انحراف معیار آن در بین استان‌های گوناگون کشور دلالت دارد. بنابراین دستیابی به جایگاه برتر منطقه‌ای، بهبود رتبه جهانی و اجرای معاهده‌های منطقه‌ای و بین‌المللی منطبق با اصول دیپلماسی مرهون اجرای همه ابعاد، مقوله‌ها و

مفاهیم احصا شده در این حوزه هستند.

## نتیجه

ایران در دو بخش آموزش و سلامت، ذیل مؤلفه‌های رفاه، از جایگاه مطلوبی برخوردار است؛ اما تا رسیدن به جایگاه شایسته جامعه ایرانی هنوز مسیر طولانی در پیش است. برای سنجش آثار و پیامد اقدامات دولت‌ها بر جامعه، روش‌های پیچیده ارزشیابی، به‌ویژه برای استفاده از ظرفیت علمی برتر مورد نیاز هستند. در ارزشیابی‌های رایج اخیر بیش از حد به مقایسه اقدامات و رخدادها پرداخته شده و از تبعات ناشی از عدم تحقق اهداف و «اینکه اگر آن روش اجرا نمی‌شد، چه رخ می‌داد؟» غفلت شده است. بنابراین مقایسه شرایط قبل، حین و پس از اجرا، مقایسه وضع موجود با برآورد اولیه و مقایسه نمونه‌های ناموفق ضرورت دارند.

از این رو پژوهشگران با هدف اعتلا، تقویت و ترویج دانش بومی در توسعه الگوی ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت بر مبنای شواهد علمی به مطالعه تجربه‌های موفق و مؤلفه‌ها و الگوهای رایج بین‌المللی پرداختند. همچنین با در نظر گرفتن شرایط خاص شیوع ویروس نوپدید کرونا که باعث شده است برخی از دولت‌ها با اتخاذ رویکردی جدید، شرایط اقدام و عمل خویش را به‌ویژه در امر پیشگیری و پیگیری راه‌های مقابله با بیماری‌های بازپدید و نوپدید، بازنگری و اصلاح و به شناسایی مؤلفه‌های کارآمد و اثربخش اقدام کنند. اجرای ارزشیابی عملکرد منطقی و منظم، به‌ویژه اجرای خط‌مشی‌های پیشگیرانه و تعیین مؤلفه‌های دقیق و مؤثر در نظام سلامت، با قابلیت رصد و بازبینی مستمر و اصلاح موارد در سری‌های زمانی گوناگون و نیز ارائه گزارش‌های کوتاه‌برد و میان‌برد با هدف استقرار سیستم موازنه و مراقبه پیشنهاد می‌شود. تحقق این مهم بر جلب رضایت مردم به منزله سرمایه اجتماعی ملی می‌افزاید. اینکه مردم در این حوزه دغدغه‌ای جز درمان بیماری نداشته باشند نیز بسیار ارزشمند است. در این باره، جمله معروف مقام معظم رهبری فصل‌الخطاب کارگزاران و دولتمردان حوزه سلامت است: «ما می‌خواهیم اگر کسی در خانواده‌ای مریض شد، بیش از مریض‌داری، رنج دیگری نداشته باشد»؛ به طوری که تأمین رفاه آحاد مردم جامعه، در اولویت اصلی قرار گیرد و در بحث سلامت، اگر فردی به ناچار درگیر بیماری شد، دغدغه تأمین هزینه مالی بیماری را نداشته باشد؛ بنابراین، هرگاه دغدغه پول درمان در بین مردم وجود داشته باشد، یعنی متولیان و کارگزاران در انجام تکالیف و وظایف خویش ناتوان بوده‌اند.

علاوه بر این‌ها، ساختار و نیروی انسانی بر عملکرد سازمان اثر مستقیم دارند. عدم توزیع نیروی انسانی کارآمد، پیچیدگی و گستردگی ساختار و تمرکز در تصمیم‌گیری موجب کاهش

بهره‌وری و اثربخشی نیروی انسانی و سازمانی می‌شود. بنابراین ساختار سازمانی و نیروی انسانی شاغل در حوزه سلامت باید متناسب با راهبردهای منطبق با اهداف مقرر بازطراحی شوند و ضمن چابکی ساختار، نیروی انسانی شاغل و مورد نیاز به نحو منطقی ساماندهی شوند. در اکثر کشورها، نظام سلامت یکی از زمینه‌های بروز فساد گزارش شده است و در بررسی مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت ایران نیز همبستگی میان فساد و پیامدهای سلامت در ۱۷۸ کشور، نشان داده است که سالانه حدود یکصد و چهل هزار کودک در اثر فساد در حوزه سلامت جان خود را از دست می‌دهند (ر.ک. تدین و مرادی‌جو، ۱۴۰۰). نکته مهم اینکه نرخ مرگ‌ومیر ناشی از فساد سلامت در مقایسه با مؤلفه‌های دسترسی به آب آشامیدنی سالم، سواد سلامت و انجام واکسیناسیون، بالاتر گزارش شده است! در این امتداد، گسست قوانین متناظر با حذف تعارض منافع در حوزه سلامت، موجب بروز فساد و رشوه و تا حدودی رجحان منافع پزشک بر منافع بیمار شده است. نکته مهم دیگر اینکه اغلب مدیران حوزه سلامت، تخصص پزشکی داشته و از مزایای تصمیم‌گیری‌های خویش بهره‌مند می‌شوند. حتی به‌صراحت می‌توان ادعا کرد که بیشترین تعارض منافع در حوزه سلامت مشاهده شده است. نامه هشدار ۱۹ تن از استادان دانشگاه‌ها و تولیدکنندگان و اقتصاددانان حوزه سلامت، در سال ۱۳۹۸ با موضوع ضرورت مبارزه جدی با تعارض منافع و فساد ساختاری در برخی اجزای وزارت بهداشت و سازمان‌های متولی امر سلامت که خواستار توقف مناسبات غیرقانونی، رانتی و ورود شرکت‌های خلق‌الساعه و فاقد صلاحیت شدند، گویای این ادعاست (ر.ک. تارنمای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۹/۰۲/۳۰، شناسه خبر ۴۳۵۹۲). در راستای اجرای قانون جامع تعارض منافع، بر ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، سیستم یکپارچه اطلاعات، ایجاد رویکرد برون‌سپاری نظارتی، با هدف جلب مشارکت عمومی، ایجاد شفافیت در قانون درآمدها و هزینه‌ها و فعالیت‌ها و توسعه سیستم متمرکز کنترل اصالت دارو و تجهیزات تأکید شده است.

بنابراین راهکارهای اجرایی، به مثابه نقطه آغازین در پیاده‌سازی خرده سیستم ارزشیابی عملکرد بخش عمومی در حوزه سلامت، ذیل خط‌مشی نظام اداری دولت، بر اساس مطالعه ادبیات و مصاحبه با خبرگان، به شرح زیر ارائه می‌گردند:

بهره‌گیری از آراء و نظریه‌های خبرگان و همراهی و مشارکت خط‌مشی‌گذاران سلامت، اجرای مدیریت بهینه منابع و مصارف، ایجاد ساختار مستقل ارزشیابی عملکرد در دستگاه‌های متولی امر سلامت، معرفی وجوه مرتبط با ابعاد و مؤلفه‌های سیستم ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، رویکرد عمل‌گرایانه مدیران و کارگزاران دولتی به استفاده از مؤلفه‌های کارآمد و اثربخش، موجب دستیابی به اهداف توسعه پایدار شده، الگویی جامع، منسجم و در عین حال



منعطف ارائه می‌کند که با هدف چابک‌سازی ساختار و نیروی انسانی نظام سلامت، از طریق تدوین استانداردها و الزامات مدون، افزایش شفافیت، پاسخ‌گو و مسئولیت‌پذیر ساختن کارگزاران و در نهایت ارزشیابی خردمندانه عملکرد نظام سلامت، ارتقای سلامت آحاد مردم جامعه را تضمین می‌کند.

اگرچه پژوهش‌های یک قرن گذشته درباره ارزشیابی عملکرد به‌ویژه در زمینه روش‌های تجویزی و قضاوت درباره نتایج عملکرد و بازخور آن‌ها موفق نبوده‌اند؛ اما رفع این چالش، به تبیین فراگرد انجام کار و نقشه راهی نیاز دارد که در آن مراحل گوناگون اجرای سیستم تعریف شده باشند.

نکته مهم این است که احتمالاً هیچ‌گویی در زمینه ارزشیابی عملکرد کامل و بی‌نقص نیست. از این رو پیشنهاد می‌شود که نتیجه طراحی هر الگوی ارزشیابی عملکرد، قبل و بعد از اجرا، توسط صاحب‌نظران امر نقد شود تا نقایص احتمالی آن برطرف گردند. پژوهشگران داخلی و خارجی مطالعات فراوانی را درباره موضوع پژوهش انجام داده‌اند که بیشتر بر نیازهای فردی کارکنان تمرکز کرده‌اند و از تکالیف سازمانی و دولت درباره ارزشیابی عملکرد غافل مانده‌اند. بنابراین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود بر انجام مطالعات و پژوهش‌های علمی ناظر بر عمل و اقدام سازمان‌های متولی در امر سلامت با هدف بهبود جایگاه نظام سلامت همت گمارند. همچنین، ابعاد متفاوت این پژوهش را با رهیافت کیفی و جزئی‌تر در نظر آورده، بر انجام مصاحبه‌های متمرکز با تعداد بیشتری از متخصصان امر مبادرت نمایند تا نتایج جدیدتری حاصل شود.

## مآخذ

- استراوس، انسلم، جولیت، کرین (۲۰۰۸). *مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*. ترجمه ابراهیم افشار. ۱۳۹۸. تهران: نشر نی.
- الوانی، سیدمهدی، سیدنقوی، میرعلی (۱۳۸۲). مدل امتیازات متوازن: الگویی برای سنجش عملکرد در بخش دولتی. *فصلنامه مطالعات مدیریت (بهبود و تحول)*. دوره ۱۰، شماره‌های ۳۸-۳۷، ۱۸-۳.
- پورعزت، علی اصغر، سیدرضایی، میریعقوب (۱۴۰۰). *ارزشیابی عملکرد دولت و حکومت*. چاپ پنجم. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها «سمت».
- تدین، محمد مهدی، مرادی جو، محمد (۱۴۰۰). گزارش تحلیلی شاخص‌های اندازه‌گیری حفاظت مالی در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، قابل دسترسی در <https://nchir.ihio.gov.ir/ExpertReports/3/116>
- تسلیمی، محمدسعید، زاینده، محمد (۱۳۹۲). چالش‌های ایجاد نظام ارزیابی عملکرد بیمارستان: مروری بر متون و آثار علمی. *مجله پژوهشی حکیم*، سال ۱۶، شماره ۱، ۴۱-۳۵.
- دانایی‌فرد، حسن، امامی، سیدمجتبی (۱۳۸۶). استراتژی‌های پژوهش کیفی: تأملی بر نظریه‌پردازی داده‌بنیاد. *اندیشه مدیریت راهبردی (اندیشه مدیریت)*. سال ۱، شماره ۲، ۹۷-۶۹.
- رفیع‌زاده، علاءالدین، میرسپاسی، ناصر، آذر، عادل (۱۳۹۵). طراحی مدل مدیریت عملکرد دولت. *فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت سازمان‌های دولتی*، سال ۴، شماره ۱۶، ۹۸-۷۹.
- رفیع‌زاده، علاءالدین، میرسپاسی، ناصر (۱۳۹۶). طراحی مدل مدیریت عملکرد با تأکید بر آموزش عالی. *مطالعات اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی*، سال ۷، شماره ۱۷، ۵۵-۳۳.
- شریفیان، مژگان، سبک‌رو، مهدی (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی نظام ارزشیابی عملکرد کارکنان با رویکردی کیفی (مطالعه موردی: دانشگاه یزد). *چشم‌انداز مدیریت دولتی*، سال ۱۱، شماره ۳، قابل دسترسی در [https://jpap.sbu.ac.ir/article\\_96816.html](https://jpap.sbu.ac.ir/article_96816.html)
- قربانی‌زاده، وجه‌الله، شریف‌زاده، فتاح، سیدنقوی، میرعلی، بیگلری، محسن (۱۳۹۸). طراحی مدل رهبری تحول‌آفرین در دانشگاه فنی و حرفه‌ای. *پژوهش‌های مدیریت در ایران*، سال ۲۳، شماره ۲، ۱۵۰-۱۲۷.
- محمدی، محمد، شریف‌زاده، فتاح (۱۳۹۶). طراحی الگوی مدیریت عملکرد با رویکرد توسعه منابع انسانی در بخش دولت. *فصلنامه آموزش و توسعه منابع انسانی*، سال ۴، شماره ۱۵، ۱۵۹-۱۳۳.

- مصدق‌راد، علی محمد، رحیمی تبار، پریسا (۱۳۹۸). الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی. *مجله علوم پزشکی رازی*، سال ۲۶، شماره ۹، ۲۸-۱.
- نصرالله‌پور شیروانی، سیدداود، طهماسبی، بهرام (۱۳۹۵). مروری بر مدل‌های ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی. *نشریه تعالی بالینی*، سال ۵، شماره ۲، ۹۸-۱۱۶.
- واحدی، حسین، حاج علیان، فرشاد، جهانگیرفرد، مجید، مجیبی، تورج (۱۳۹۹). طراحی الگوی مدیریت عملکرد در حوزه سلامت ایران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. سال ۹، شماره ۳، ۸۷-۱۰۰.
- Adler, S., Campion, M., Colquitt, A., Grubb, A., Murphy, K. R., Ollander-Krane, R., & Pulakos, E. D. (2016). Getting rid of performance ratings: Genius or folly. *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 9(4), 219-252.
- Aras, G., Tezcan, N., & Furtuna, O. K. (2018). Multidimensional comprehensive corporate sustainability performance evaluation model: Evidence from an emerging market banking sector. *Journal of Cleaner Production*, 185(1), 600-609.
- Bianchi, C., & Rivenbark, W. C. (2014). Performance management in local government: The application of system dynamics to promote data use, *International Journal of Public Administration*, 37(13), 945-954.
- CPI (2020). *Corruption perception index 2020*, Transparency International.
- DeNisi, A. S., & Murphy, K. R. (2017). Performance appraisal and performance management: 100 years of progress? *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 421-433.
- Fino, H. (2018). Promoting ethical behavior and organizational citizenship behaviors: The influence of corporate ethical values. *Journal of Business Research*, 59(7), 849-857.
- Gogoi, K. N., & Baruah, P. (2016). An ethical evaluation of performance appraisal system. *International Journal of Commerce and Management*, ISSN 2231-492X. 6.
- Hejduková, P., & Kureková, L. (2016). National health systems' performance: evaluation WHO indicators/ *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 230(3), 240-248.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1988). *Management of organizational behavior: Utilizing human resources*, 5th ed. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice hall, Inc. 369-374.
- Jiang, D., & Liu, Z. (2014). Research on application of balanced scorecard in the government performance appraisal. *Open Journal of Social Sciences*, 2(9), 91-96.
- Kohler, T. (2018). Personal and professional ethics and behavior based on after-sales service. *Ethics in Science and Technology*, 1(5), 84-93.

- Legatum Institute. (2019). *Legatum Prosperity Index: Bringing Prosperity to life*, Retrieved from: <https://www.prosperity.com/rankings> (11/11/2021).
- Loga, P., & Chand, A. (2019). Performance appraisal systems and public sector efficiency in small island developing states. *Personnel Review*, 49(4), 974-992.
- Majidi, S., Daneshkohan, A., Zarei, E., & Ashktorab, T. (2020) Perspectives of health workers on annual performance appraisal: A study in primary health care, *International Journal of Healthcare Management*, 4(2), 1-8.
- Murphy, K. R., Cleveland, J. N., & Hanscom, M. (2018). *Performance appraisal and management: Why does it fail and how can It be fixed?* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Murphy, K. R. (2020). Performance evaluation will not die, but it should. *Human Resource Management Journal*, 30(1), 13-31.
- Önen, Z., & Sayın, S. (2018). Evaluating healthcare system efficiency of OECD countries: A DEA-Based study. In: *Operations Research Applications in Health Care Management*, 30(1), 141-158.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurship spirit is transforming the public sector*, reading, Addison-wesley.
- Poister, T. H., Aristigueta, M. P., & Hall, J. L. (2014). *Managing and measuring performance in public and nonprofit organizations: An integrated approach*, John Wiley & Sons.1-316.
- Riggs, F. W. (2002). Public administration in America: The exceptionalism of a hybrid bureaucracy. [www.eolss.net/ebooklib/sc\\_cart.aspx?File=E1-34-03-02](http://www.eolss.net/ebooklib/sc_cart.aspx?File=E1-34-03-02).
- Rubin, E. V., & Edwards, A. (2018). The performance of performance appraisal systems: Understanding the linkage between appraisal structure and appraisal discrimination complaints. *The International Journal of Human Resource management*, 30(1), 1-20.
- Schütte, S., Acevedo, P. N. M., & Flahault, A. (2018). Health systems around the world – a comparison of existing health system rankings. *Journal of Global Health*, 8(1), 12-19.
- United Nations (2019). <https://www.un.org>.
- Vedung, E. (2013). Six models of evaluation in: Araral, E., Fritzen, S., Howlett, M., Ramesh, M., X, Wu. (Eds). *Routledge Handbook of Public Policy*, 387-400. London: Routledge.
- World Bank, World Development Indicator. (2019). *The World Bank Group*, Retrieved from: <http://data.worldbank.org/indicator> (11/11/2021).
- World Bank, Quality of Life Index. (2021). *The World Bank Group*, Retrieved from: <https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings-current.jsp> (10/11/2021).

World Economic Forum, GCR. (2019). *The Global Competitiveness Report 2018-19*, Geneva: World Economic Forum.

World Health Organization (2020). Geneva: *Health topics - Health Systems*. Retrieved from: [http://www.who.int/topics/health\\_systems/en](http://www.who.int/topics/health_systems/en) (10/11/2021).