

DOI: [10.48308/jpap.2023.102811](https://doi.org/10.48308/jpap.2023.102811)
DOR: [20.1001.1.22516069.1402.14.2.1.3](https://dor.lanlib.ir/20.1001.1.22516069.1402.14.2.1.3)

مقاله پژوهشی

طراحی الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت

پاکنوش کیانی^۱، علی اصغر پورعزت^{۲*}، کرمانه دانش فرد^۳، غلامرضا معمارزاده طهران^۴

چکیده

هدف: موفقیت یا ناکامی دولت‌ها با اجرای منطقی خرده‌سیستم‌های مدیریت دولتی به‌ویژه ارزشیابی عملکرد سنجیده می‌شود. ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت به منزله ضرورتی اجتناب‌ناپذیر، بر مؤلفه‌های ملی و بین‌المللی دلالت دارد. متأسفانه جایگاه فعلی حوزه سلامت ایران در سطح بین‌المللی، از ناکارآمدی نسبی عملکرد دولت حکایت دارد. از این‌رو، این پژوهش درصدد ارائه الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، برای توسعه دانش کاربردی در زمینه مطالعات سازمانی است که به مرور، بخش قابل توجهی از حوزه‌های وظیفه‌ای دولت را نیز در بر می‌گیرد.

طراحی / روش‌شناسی / رویکرد: پژوهش حاضر از نظر رویکرد، کیفی است که از رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین در راهبرد «نظریه داده‌بنیاد» استفاده شده است. به منظور گردآوری داده‌ها، با ۱۹ نفر خبره دانشگاهی- اجرایی شامل متولیان و صاحب‌نظران در 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 نهایی ادامه یافت. تحلیل داده‌ها، طی سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی، انجام شد.

یافته‌های پژوهش: یافته‌های پژوهش شامل ۸۷ مقوله فرعی و شش مقوله اصلی مفهوم‌سازی شده، بر اجرای الگوی ارزشیابی عملکرد منطبق بر مؤلفه‌ها و شاخص‌های کارا و مؤثر پیشنهادی، با استفاده از دانش متخصصان بومی ختم‌شده‌ی گذاری و بهره‌گیری از معیارهای بین‌المللی، تأکید دارند.

محدودیت‌ها و پیامدها: شیوع ویروس کرونا و عدم دسترسی آسان به خبرگان مصاحبه، از زمره محدودیت‌های پژوهش بود.

پیامدهای عملی: انجام موفق راهبرد، تابعی از زمینه‌ساز اجرایی، تحت عنوان «ارزشیابی و پایش قوی» به منزله شرط علی رخداد بوده، «اجرای کارآمد» به همراه «جامعیت پایگاه داده اطلاعات» و «موقعیت پایدار»، منجر به پیامد نهایی یعنی «بهبود منابع و مصارف»، «دستیابی به اثربخشی سازمانی» و «افزایش کارایی و بهره‌وری دولت» شده، زمینه تحقق دولت رفاه را فراهم می‌کند.

ابتکار یا ارزش مقاله: در این پژوهش، مهم‌ترین مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت در قالب الگوی پیشنهادی ارزشیابی عملکرد که ابتکار این پژوهش است، شناسایی و ویژه‌سازی شدند.

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

مشخصات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
p.kyani@srbiau.ac.ir

۲. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
astad.mdc@ut.ac.ir

۳. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
pourezzat@ut.ac.ir

۴. دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
daneshfard@srbiau.ac.ir

۵. دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
gmemar@gmail.com

کلمات کلیدی: سلامت، بهداشت، درمان، سیستم ارزشیابی عملکرد، سیستم پشتیبان ارزشیابی عملکرد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۰۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۲۱ تاریخ چاپ مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

منتشر شده توسط دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Research Paper

Designing a Model for Evaluating the Government Performance in the Field of Health

Paknoosh Kyani¹, Ali Asghar Pourezzat^{2*} , Karamolah Daneshfard³, Gholamreza Memarzadeh Tehran⁴

Authors

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

p.kyani@srbiau.ac.ir

2. Prof., Department of Public Administration, Faculty of management, University of Tehran, Tehran, Iran. Prof., Faculty of management and economics, Science and Research Branch, Islamic Azad (*Corresponding Author).

pourezzat@ut.ac.ir

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

daneshfard@srbiau.ac.ir

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

gmemar@gmail.com

Abstract

Purpose: The success or failure of governments is measured by the rational implementation of government management subsystems, especially performance evaluation. Evaluating health performance using national and international components is essential. Unfortunately, the current ranking of Iran's health in the international arena reflects the relative inefficiency of the government performance. Therefore, this study aimed to provide a model for evaluating government performance in the field of health and to develop applied knowledge in the field of organization. Over time, it should be extended to other areas of government responsibility, as well.

Design/ methodology/ approach: 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 19 academic-professional organizations experts. The data were analyzed according to the guidelines of open and axial coding.

Research Findings: The results were conceptualized in the form of 87 sub-categories and classified under 6 main categories emphasizing the implementation of the performance evaluation model in accordance with the proposed efficient and effective components and indicators using the knowledge of local calligraphy experts and the use of international standards.

Limitations & Consequences: The prevalence of Corona virus and lack of easy access to experts were among the limitations of this study.

Practical Consequences: The successful implementation of the strategy is a function of the executive context under the heading of "strong evaluation and monitoring" as a causal condition of the event. "Efficient implementation," along with "comprehensive database" and "sustainable situation," leads to the final outcome which is "Optimized resources and expenditures", "achieving organizational effectiveness" and "increased government efficiency and productivity" and provides the basis for the realization of the welfare state.

Innovation or value of the Article: In this research, the most important components and indicators of the evaluation of the government's performance in the field of health were identified and customized in the form of a proposed performance evaluation model, which is the initiative of this research.

Paper Type: Research Article

Keywords: Health, Treatment, Performance Evaluation System, Performance Evaluation Support System.

Received Date:2022-02-20

Acceptation Date: 2022-10-13

Publication Date:2023-06-22

Publisher: Iran – Tehran – Shahid Beheshti University – Faculty of Management & Accounting



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

روند تغییرات جهانی موجب شده است تا دولت‌ها درصدد اصلاح نظام اداری و تقویت آن برآیند. نهادهای بین‌المللی، عصر حاضر را عصر بازرسی،^۱ دولت ارزیاب^۲ و جامعه حسابرسان^۳ می‌نامند (McNamara et al., 2009:102) و کانون توجه دانشمندان بر نهضت سنجش عملکرد دولت معطوف شده است. اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز بر حذف تشکیلات غیرضروری و چابک‌سازی ساختار و نیروی انسانی دولت با انجام عملکرد در بازه‌های گوناگون تأکید دارد. در این امتداد، ارزش‌گذاری و قضاوت درباره عملکرد سازمان‌های دولتی به‌ویژه در حوزه سلامت، ناظر بر معیارهای اثربخشی، کارایی اقتصادی و اخلاقی، به منظور ارتقای کیفی خدمات انجام می‌شوند. در حال حاضر نبود امتیاز کافی در هر مؤلفه و شاخص بهره‌وری و عملکرد، از ناتوانی نسبی دولت در کسب جایگاه برتر حوزه سلامت به‌ویژه در میان کشورهای منطقه و شرق آسیا حکایت دارد (Ghorbanizadeh et al., 2021:129) و فقدان مؤلفه‌ها و شاخص‌های بومی و عدم بازخور مستمر ارزشیابی عملکرد دولت، بر ناکامی کارگزاران و مجریان خط‌مشی‌های سلامت افزوده است.

به‌رغم دیرینگی نظری، نگرش و دیدگاه‌های گوناگون و متفاوت دولت‌ها، موجب شده است تا بر رویکرد سنتی و درون‌دادها بیش از حد توجه شود و آثار مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزشیابی عملکرد بر ساختار نظام اداری و سایر رویکردها نادیده گرفته شده و ارزشیابی دقیقی حاصل نشود و سیستم‌های ارزشیابی و مدیریت عملکرد، در مواجهه با کارکنان و مدیران، همواره با شکست و ناکامی مواجه شوند (Adler et al., 2016; Murphy et al., 2020:14; Pulakos et al., 2015; Murphy, 2018). همچنین، با وجود یک قرن پژوهش، هنوز راهکارهای عملی برای رفع چالش‌های سیستم ارزشیابی و مدیریت عملکرد در سازمان‌ها ارائه نشده (Abubakar et al., 2017; DeNisi & Murphy, 2017) و اثر سیستم‌های تجویزی ارزشیابی عملکرد بر اثربخشی کارکنان و سازمان‌ها، به طور کامل سنجیده نشده‌اند (DeNisi & Smith, 2014; Pulakos et al., 2015; Murphy et al., 2018). علاوه بر این‌ها، سازمان‌های دولتی با اهداف گوناگون، دارای مأموریت و وظایف مشخصی‌اند و معمولاً بخش عمده منابع آن‌ها از بودجه عمومی تأمین می‌شود؛ در حالی که در قبال عملکرد خویش، پاسخگو نیستند. شاید بتوان گفت که این عدم پاسخ‌گویی، از آغاز حیات نظام اداری ایران (دوره فتحعلی‌شاه قاجار) تا امروز در رأس مشکلات دولت بوده است (Aboalmaali et al., 2020:12). با مطالعه حوزه برنامه‌ریزی، اعم از برنامه‌های توسعه قبل و بعد از انقلاب، چالش‌ها و معضلاتی چون مسئولیت‌ناپذیری^۴ و فقدان شفافیت^۵، در عملکرد مجریان و متولیان امر به خوبی آشکار می‌شوند.

پیامدهای ناشی از حوادث بحرانی و آثار آن بر عملکرد افراد، سازمان‌ها و حتی دولت‌ها منفی بوده است (Peiffer et al., 2020). در کشور ما، خط‌مشی‌های تجویزی بخش عمومی به‌ویژه خرده‌سیستم سنجش عملکرد حوزه

1. Age of inspection

2. Evaluative state

۳. audit society: در این‌جا منظور جامعه‌ای است که امور اداری خود را در کنترل داشته، بوروکراسی دولتی را زیر نظر می‌گیرد.

4. Irresponsibility

5. weakness in transparency

سلامت از اثربخشی لازم در حین اجرا برخوردار نبوده، فاقد ابزارهای کافی جهت رصد عمل و اقدام این حوزه‌اند. برخی از متولیان امر نیز با سوءاستفاده از وضع فعلی ساختار اجرایی و کمبودهای موجود، از پذیرش مسئولیت در قبال عملکرد خویش طفره رفته یا نتایجی را بر خلاف واقع ارائه می‌کنند. جالب‌تر آنکه، همان نتایج، مبنای ارزش‌گذاری عملکرد آن‌ها قرار می‌گیرد. علاوه بر این، شرایط مواجهه با بحران‌های جهانی، نظیر شیوع اپیدمی پراسیب کرونا^۱ که اکثر کشورها با آن درگیر شدند، متفاوت است. برای مثال در این رخداد، برخی از کشورها از همان آغاز شیوع بیماری، به علت برخورداری از خرده‌سیستم‌های هوشمند نظارتی و بانک اطلاعاتی دقیق از آمار مبتلایان، در قطع زنجیره انتقال ویروس بسیار موفق عمل کردند؛ در حالی که عده بسیاری از مردم جامعه ما، در ابتدای شیوع ویروس، به علت نبود زیرساخت‌های لازم، به‌ویژه فقدان خرده‌سیستم رصد و پایش، جان خود را از دست دادند و وضعیت ناگواری را سبب‌ساز شدند که از ناکارآمدی نسبی حوزه سلامت حکایت دارد. بنابراین، طراحی الگوی ارزشیابی عملکرد مطلوب در حوزه سلامت، با استفاده از خط‌مشی‌های راهبردی و مبتنی بر دانش مدیریت با رویکرد آینده‌نگرانه، امری ضروری است.

با این حال، اصول کلی قوانین بالادستی، به‌ویژه سیاست‌های کلی نظام اداری و نظام سلامت و قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶، بر کارآمدی و هماهنگی ساختارها، یکپارچه‌سازی اطلاعات نظام اداری و به طور ویژه «نظارت»،^۲ «پایش»،^۳ و «ارزشیابی»^۴ عملکرد دولت، تأکید کرده است.

در حال حاضر، هزینه‌های هنگفت خدمات عمومی، عدم توزیع بهینه منابع، ضعف در مدیریت هزینه و ناکارآمدی کارگزاران، موجب شده تا پیامدهای نتیجه‌گرای بخش عمومی، به‌ویژه حوزه سلامت، با دقت بیشتری رصد شوند.

در واقع، طراحی و اجرای الگوی ارزشیابی عملکرد دولت، به مثابه پیش‌ران اصلی نظام اداری، به دلایل زیر ضروری است:

- (۱) بسیاری از ذی‌نفعان بر این باورند که سنجش عملکرد و استفاده از اطلاعات آن در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی مفید است؛
 - (۲) تأکید بر ارزش بالای بازخور عملکرد، به بهبود انگیزه و عملکرد کارکنان کمک می‌کند؛
 - (۳) جایگزین مناسب با قابلیت اجرایی بالا در سازمان‌ها وجود ندارد (Murphy, 2020: 15-16).
- در این مطالعه، ادبیات پژوهش‌های مرتبط، مؤلفه‌ها و شاخص‌های کاربست الگوی نمونه سایر کشورها مرور شدند. مصاحبه با خبرگان دانشگاهی و متخصص آشنا با موضوع پژوهش انجام شد (در بخش روش‌شناسی پژوهش، به میزان خبرگی مصاحبه‌شوندگان اشاره شده است) و پس از پاسخ‌گویی به پرسش‌ها، با استفاده از

^۱ تا ابتدای آگوست ۲۰۲۲، حداقل ۵۹۱ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شدند و میزان مرگ و میر ناشی از شیوع ویروس فوق در جهان، بالغ بر ۶ میلیون نفر بوده است (بر اساس داده‌های پایگاه: <https://covid19.who.int>).

2. supervision
3. monitoring
4. evaluation

«نظریه داده‌بنیاد» و کدگذاری سه مرحله‌ای، خروجی یافته‌ها منتج به ارائه الگو شد و مصاحبه‌شوندگان راهکارهایی برای بومی‌سازی و پیاده‌سازی آن پیشنهاد دادند.

در امتداد هدف پژوهش، پرسش اصلی و پرسش‌های فرعی به شرح ذیل احصاء شدند:

الف) در طراحی الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، بر چه مؤلفه‌ها و شاخص‌هایی تأکید می‌شود؟

ب) مهم‌ترین مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه بهداشت، کدامند؟

ج) مهم‌ترین مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه درمان، کدامند؟

د) چگونه می‌توان بر اساس این مؤلفه‌ها و شاخص‌ها، سیستم ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت را طراحی کرد؟

در ادامه، با مرور مبانی نظری و پیشینه پژوهش، مؤلفه‌ها و شاخص‌های عملکرد نظام سلامت و حوزه وظیفه‌ای، دو مؤلفه فرعی آن، یعنی بهداشت و درمان، فارغ از ساختار نظام اداری آن که همواره دست‌خوش بی‌ثباتی و نوسانات ناشی از ایجاد، حذف یا ادغام می‌شوند، بررسی می‌شوند.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

سنجش عمل و اقدام نظام سلامت، معطوف به مفاهیم ارزشیابی و عملکرد، عامل دستاوردهای حال و پیش‌ران دستاوردها در سیر تسلسلی پیامدهای آینده‌اند (Poister et al., 2014: 13). یعنی هر عملی، رابطه خود با اهداف و مسئولیت کسب آن‌ها را توجیه می‌کند. قضاوت درباره عملکرد، یک زنجیره تسلسلی است که عملکرد موفق در برابر عملکرد ضعیف یا غیرقابل قبول را می‌سنجد. این سنجش، فارغ از شیوه ارزشیابی عملکرد یا سیستم‌های مدیریت عملکرد، کارایی کارکنان و اثربخشی سازمان را قضاوت می‌کند (Murphy, 2020: 14). انگیزه کارکنان و سازمان‌ها در همسویی رفتارهای فردی با اهداف سازمانی (Ilgen et al., 1979; Taylor & Longenecker & Nykodym, 1996; Levy & Williams, 2004; Walsh & Smith, 2014) بر میزان مشارکت و عملکرد پایدار سازمانی می‌افزاید. اگر چه اغلب سیستم‌های ارزشیابی عملکرد، ناکارآمدند و مدیران و کارکنان، رغبتی به ارزشیابی عملکرد خویش ندارند (Adler et al., 2016)، اما دقت در بیان ویژگی‌های سیستم ارزشیابی عملکرد در مرحله اجرا، به شرطی که در توزیع فراگرد ارزشیابی، اجباری نباشد و به مقایسه انتزاعی و تصنعی سطوح گوناگون عملکردی نینجامد (Lin & Kellough, 2019: 186) به روند موفقیت ارزشیابان کمک می‌کند و در رفتار مجریان و نحوه ارتباط آن‌ها با کارکنان، تأثیر می‌گذارد. در نهایت، چالش‌های روش سنتی را مهار کرده، به ظهور روش‌های نوین ارزشیابی عملکرد می‌انجامد (Segbenya & Bonsu, 2019: 85). البته، ارزشیابی عملکرد نظام اداری دارای حوزه‌های گوناگونی است.

سفنو^۱ و نیان^۲ (۲۰۱۷)، برآندند که نقطه تلاقی هر سازمانی با ارزشیابی عملکرد، در شش حوزه «شناسایی نیازهای آموزشی»^۳، «بهبود عملکرد»^۴ فعلی، «بهبود ارتباطات»^۵، «ارتقای انگیزش»^۶، «شایستگی»^۷ و انضباط اداری»^۸، و «جبران خدمات کارکنان»^۹ است (Segbenya & Bonsu, 2019:83).

بر اساس منشور سازمان بهداشت جهانی^{۱۰} دولت‌ها موظفند سلامتی جامعه را به مثابه حقوق بنیادین آن‌ها، فارغ از تفاوت‌های نژادی، مذهبی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، در سطح قابل قبولی تضمین نمایند. اکنون بخش عمده اقتصاد جهان، به منزله عامل اصلی توسعه پایدار به موضوع سلامت اختصاص دارد و اهمیت آن، باعث ایجاد چهار دوره اصلاحات از نیمه دوم قرن بیستم شده است:

(۱) دوره اول، با موضوع نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطح جهان طی دهه‌های چهل و پنجاه میلادی؛

(۲) دوره دوم، با موضوع اصلاحات حقوق اساسی آحاد مردم طی دهه‌های شصت تا هشتاد میلادی؛

(۳) دوره سوم، تخصیص منابع و جلب رضایت عامه در دسترسی به خدمات نظام سلامت، از اواخر دهه هشتاد میلادی تا سال ۲۰۰۰ (بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی آلماتا، ۱۹۷۷).

(۴) دوره چهارم، پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار و تحقق شعار «سلامت برای همه» و حرکت به سمت دستیابی به اهداف مقرر در افق ۲۰۳۰ (بیانیه رسمی کنفرانس آستانه در ۲۰۱۸ بر اساس توافق ۱۹۳ کشور عضو سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۵).

به‌رغم پیشرفت دولت‌ها در حفظ نسبی سلامت جامعه در چهل سال اخیر، هنوز همه نقاط جهان، از سلامت کامل برخوردار نیستند و افراد فقیر و آسیب‌پذیر بیشتر در معرض خطرند. در راستای کاهش مخاطرات موجود، در کنفرانس ۲۰۱۸ آستانه، بر اجرای برنامه‌های اقتصادی مقرر در راهبردهای ۱۷ گانه افق ۲۰۳۰ ذیل اهداف توسعه پایدار^{۱۱} به شرح زیر تأکید شد: «ترویج رشد اقتصادی با ثبات، فراگیر و پایدار»، «اشتغال کامل و مولد و تناسب شغل و فرد»، «ایجاد زیرساخت‌های منعطف»، «ترویج فراگیر و پایدار صنعت و تشویق نوآوری و پرورش آن»، «اطمینان از الگوهای تولید و مصرف پایدار» و «کاهش ریسک مدیریت مالی سلامت». همچنین، ارزشیابی عملکرد در سطح مشاغل نیز در دستور کار کشورهای پیشرفته قرار دارد. برای مثال، پاسخ‌گویی و شفافیت در عملکرد پزشکان و توسعه حرفه‌ای آن‌ها به صورت دوره‌ای رصد می‌شود. این شیوه به روش اعتبارسنجی مستمر (انگلستان)، صدور گواهینامه حرفه‌ای (آمریکا و کانادا) و تمدید گواهی صلاحیت پزشکان (هلند)، انجام می‌شود و عملکرد آن‌ها را با هدف کسب شایستگی‌های حرفه‌ای می‌سنجد (www.gmc-)

1. Sefnu

2. Nyan

3. Identify education needs

4. Performance improvements

5. Improve communication

6. Promoting motivation

7. Competency

8. Administrative discipline

9. Employee service compensation

10. World Health Organization (WHO)

11. Sustainable Development Goals (SDG)

uk.org/-/media. documents. Accessed; 16 Apr, 2020). البته، این راهبردها، نیازمند اجرای خط‌مشی‌های نظام اداری مبتنی بر پایش و رصد وجوه گوناگون عمل و اقدام کارگزاران است.

مسئله سلامت به قدری مهم است که مقام معظم رهبری در دیدار اعضای مجمع خیرین سلامت کشور در ۱۳۹۱/۱۰/۱۱، آن را جزء مسائل درجه یک کشور می‌دانند (KHAMENEI.IR). از این‌رو، مقایسه جایگاه سلامت ایران با سایر کشورها، بر سیر پیشرفت هر چند ناچیز آن، دلالت دارد. در ارزیابی سال ۱۹۹۰، جایگاه آن در مؤلفه و شاخص اهداف توسعه سلامت، ۱۰۴ بوده است، اما در بررسی سال ۲۰۱۷ با عنوان سنجش میزان پیشرفت توسعه پایدار بهداشتی ۱۸۸ کشور و مرور ۳۷ مؤلفه و شاخص بهداشتی از ۵۰۰ مؤلفه و شاخص توسعه پایدار^۱ طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶، در رتبه ۶۹ جهان قرار گرفت. همچنین، در گزارش‌های سازمان شفافیت بین‌المللی، جایگاه ایران در چهار مؤلفه و شاخص عمده رفاه اجتماعی یعنی «رقابت پذیری جهانی» با رقم ۵۳ در رتبه ۹۹ (۲۰۲۰)، «ادراک میزان فساد» با رقم ۲۵ در رتبه ۱۴۹ (۲۰۲۰)، «توسعه انسانی» با رقم ۷۸۳ در رتبه ۷۰ (۲۰۲۱)، و «کیفیت زندگی» با رقم ۶۵ در رتبه ۸۷ قرار دارد (۲۰۲۱). در بُعد مراقبت‌های بهداشتی نیز، ایران با مؤلفه و شاخص ۵۲ دارای رتبه ۸۲ است (Adapted: World health statistics, 2020, 2021).

در سال‌های اخیر، با اجرای برنامه جامع اصلاح نظام اداری - دوره دوم عملکرد ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ (موضوع مصوبه شماره ۳۰۲۵۹۶ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۴ شورای عالی اداری)^۲، عملکرد دستگاه‌ها از دو بُعد عمومی حاوی مؤلفه‌ها و شاخص‌های مرتبط با عرصه‌های گوناگون اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اداری و بُعد اختصاصی حاوی فلسفه وجودی و علت تأسیس سازمان‌ها با تأکید بر چشم‌انداز، رسالت و مأموریت آن‌ها، بررسی می‌شوند. بر این اساس، عملکرد دستگاه‌ها در دو سطح ملی و استانی در حال انجام است که عملکرد سالانه دستگاه‌های حوزه سلامت، به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با بهره‌گیری از مؤلفه‌ها و شاخص‌های چهارده‌گانه تجویزی سازمان بهداشت جهانی، در دو بخش عمومی با ۶ محور و ۶۳ مؤلفه و شاخص و بخش اختصاصی با ۸ محور و ۵۲ مؤلفه و شاخص کمی و کیفی، سنجیده می‌شوند.

پیشینه پژوهش

با مروری بر پژوهش‌های انجام شده، می‌توان آن‌ها را در سه گروه زیر دسته‌بندی کرد:

الف) پژوهش‌هایی که فراگرد ارزشیابی عملکرد و نحوه ارتقای آن را توصیف می‌کنند؛

ب) پژوهش‌هایی که با طرح جنبه‌های خاص فراگرد ارزشیابی عملکرد، بر بهبود عملکرد فردی تأکید دارند. از ارزشیابی عملکرد در سطح کلان، غافل بوده و جزئی‌نگرند؛

ج) پژوهش‌هایی که بر بهبود عملکرد سازمانی و نحوه عملکرد منابع انسانی^۳ تمرکز دارند.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۲. دولت دوازدهم به بهانه عدم تحقق کامل اهداف برنامه ذیل برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، و با قید ایجاد فرصت برای تدوین برنامه هفتم توسعه، زمان اجرای این برنامه را تا پایان سال ۱۴۰۰ تمدید کرد.

3. Human Resource (HR)

در بسیاری از پژوهش‌ها، ناکارآمدی کشورهای در حال توسعه، در به کارگیری بهینه سیستم ارزشیابی عملکرد سلامت مشاهده می‌شود. اغلب نیز بر روش‌های معمول ارزشیابی عملکرد، روش‌های ارائه بازخور مدیران و سرپرستان و کارکنان و نگرش یک سویه مدیران و سرپرستان متمرکز شده‌اند. علاوه بر این‌ها، مشکلات ساختاری و عملیاتی به نحو منطقی بازنگری نشده و نظارت‌ها دچار مشکل شده‌اند.

در ادامه، تعدادی از این پژوهش‌ها به شرح جدول ۱ مرور و دو مورد از آن‌ها شرح داده می‌شوند:

جدول ۱. پیشینه پژوهشی ارزشیابی عملکرد

نام پژوهشگر	سال	نتیجه نهایی	عناصر اصلی پژوهش
میرزایی و همکاران	۲۰۱۷	شاخص‌های مالی تأثیرگذار و قابل آموزش • نقدینگی برای مدیران در ارزیابی عملکرد • ساختار سرمایه بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی • درآمد و هزینه ایران • کارایی	
چالمرز ^۱ و همکاران	۲۰۱۷	سنجش و مدیریت عملکرد سیستم سلامت: • ارتقای کیفی خدمات به روزرسانی از نیوزیلند • انگیزش و عملکرد • همکاری بین بخشی • خودمراقبتی و درمان سرپایی	
لین و کلوف	۲۰۱۹	ارائه نظام شایستگی و به‌گزینی ^۲	• معیارهای معیوب عملکرد • عدم تفویض اختیار • عدم حمایت مدیریت عالی • ضعف در آموزش و نبود اطلاعات کافی
بوسو و همکاران	۲۰۱۹	مدیریت هزینه و ارزیابی عملکرد • مدیریت هزینه نوین بیمارستان‌های دولتی چین • بهینگی منابع • بهینگی مصارف	
شریفیان و سبکرو	۲۰۲۰	آسیب‌شناسی نظام ارزشیابی عملکرد • زیرساخت فرهنگی و اجرایی کارکنان با رویکردی کیفی (مطالعه موردی): • چالش طراحی و محدودیت رفتاری دانشگاه یزد • تعدیل هاله‌ای و ناکارآمدی	
واحدی و همکاران	۲۰۲۰	طراحی الگوی مدیریت عملکرد در حوزه • بُعد رفتاری سلامت ایران • بُعد ساختاری • بُعد زمینه‌ای	
مجیدی و همکاران	۲۰۲۰	شناسایی چالش‌های موجود در سیستم • بهبود عملکرد ارزیابی عملکرد کارکنان شبکه بهداشت و • ارزیابی ناموزون عملکرد درمان همدان • انگیزش کارکنان	
مورفی	۲۰۲۰	ارزشیابی عملکرد نامیراست، اما ضروری • ضعف در روش‌های ابداعی عملکرد است • نبود بازخور عملکرد • گذار از مدیریت به رهبری عملکرد	
رشیدیان و همکاران	۲۰۲۱	ارزشیابی عملکرد و رتبه‌بندی سیستم‌های • عملکرد متعادل مراقبت اولیه بهداشتی منطقه‌ای و سلامت • تجربه‌های موفق عمومی در ایران • برنامه‌ریزی و مسئولیت‌پذیری	

¹. Chalmers

². Merit System Protection Board (MSPB)

نام پژوهشگر	سال	نتیجه نهایی	عناصر اصلی پژوهش
ببندل ^۱ و همکاران	۲۰۲۱	طراحی سیستم ارزشیابی عملکرد: ایجاد	• توسعه حرفه‌ای • تعادل بین مسئولیت‌پذیری و توسعه حرفه‌ای • الزام‌های پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری • نظارت و کنترل ذی‌نفعان
باربیری ^۲ و همکاران	۲۰۲۱	عملکرد سیستم‌های ارزشیابی عملکرد:	• اثربخشی • چهارچوبی نظری برای سازمان‌های دولتی • تنوع فراگردی و ساختاری • بازخور عملکرد

PAP

۱۴ (۲)

۲۳ | صفحه

همان‌گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود واحدی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش «طراحی الگوی مدیریت عملکرد در حوزه سلامت ایران»، ضمن تأکید بر پاسخ‌گویی به ذی‌نفعان و عامه مردم در قبال هزینه‌های منابع عمومی و نیز دستیابی به نتایج و پیامدهای مورد انتظار از سازمان‌های دولتی، الگویی جامع را با ۳ بُعد (رفتاری، ساختاری و زمینه‌ای) و ۱۴ مؤلفه و ۷۸ شاخص با قابلیت اجرا در سطح سازمان، مدیران و کارکنان ارائه کرده‌اند.

باربیری و همکاران (۲۰۲۱) نیز، پژوهش «عملکرد سیستم‌های ارزیابی عملکرد: چارچوبی نظری برای سازمان‌های دولتی» را ارائه کرده، در آن به نقش راهبردی ارزشیابی عملکرد به منزله پیش‌ران مدیریت منابع انسانی در بخش دولتی ایتالیا اشاره کرده‌اند و رابطه میان متغیرهای نزدیک به مبدأ ساختاری و فراگرد سیستم‌های ارزشیابی عملکرد و تضاد آن‌ها را سنجیده‌اند. سرانجام، بازنگری در طراحی سیستم‌های ارزشیابی عملکرد موجود با تأکید بر نقش اصلی بازخور در مراودات رو در رو و منابع گوناگون را پیشنهاد داده‌اند.

با مرور پژوهش‌های پیشین، ملاحظه می‌شود که برخی از آن‌ها، دارای کانون توجه محدود بوده، بیشتر به عوامل درونی معطوف بوده‌اند و با جزئی‌نگری و تأکید بر بهبود عملکرد فردی، از ارزشیابی عملکرد در سطح سازمان و کلان دولت غافل مانده‌اند. برخی دیگر به توصیف فراگرد ارزشیابی عملکرد و نحوه ارتقای آن بسنده کرده، یا بیش از حد بر یک جنبه خاص، مثل بخش منابع انسانی^۳ تمرکز کرده، سایر بخش‌های مرتبط با ظرفیت‌های ویژه خط‌مشی عمومی را نادیده گرفته‌اند. الگوهای رایج سازمان‌های بین‌المللی نیز، اغلب بدون توجه به شرایط حاکم بر کشورها به‌ویژه موضوع تفکیک قوا و ملاحظات خاص آن‌ها، تجویز شده‌اند. در حالی که کشورهای دارای سیستم تفکیک قوا، می‌توانند برای پیشگیری از شکست در برنامه‌ها، از الگوهای ویژه‌سازی شده متناسب با شرایط داخلی بهره بگیرند (Mawdsley & Rigg, 2002). بنابراین، ضعف‌های موجود در الگوها، بر عزم جدی پژوهشگران افزوده است.

نوآوری این مطالعه، شناسایی و معرفی مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزشیابی عملکرد دولت در قالب الگوی پیشنهادی، با تمرکز بر روش تجزیه و تحلیل متناسب با نظریه و راهبرد پژوهش است که می‌تواند به منزله روشی علمی، برای توسعه دانش‌های کاربردی، در زمینه مطالعات سازمانی، مد نظر قرار گیرد و به مرور، بخش قابل توجهی از حوزه‌های وظیفه‌ای دولت را در بر گیرد. همچنین، با جهت‌دهی عمل و اقدام متولیان امر سلامت، در سطح

1. Bindels

2. Barbieri

3. Human Resource (HR)

فرد، سازمان و دولت، تلاش شده تا ضمن تأکید بر اجرای الزامات قانونی اسناد فرادستی و تکالیف مقرر، با هدف چابک‌سازی ساختار و بهینگی منابع و مصارف، زمینه بهبود جایگاه سلامت ایران، فراهم گردد.

هرچند مطالعات فوق، نشان می‌دهند که بخش عمده منابع سازمان‌ها صرف ایجاد سیستم‌های ارزشیابی عملکرد می‌شوند؛ اما هنوز ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت، با مشکلات عدیده‌ای مواجه است و رفع آن‌ها به علت گستردگی، بسیار پیچیده است. با این حال، تجربه کشورهای موفق، استقرار نظام ارزشیابی عملکرد سلامت را به مثابه پیش‌ران توسعه و پیشرفت، الزامی می‌نمایاند.

نکته آنکه با بررسی تجربه‌ها و مطالعات و اقدام‌های مشابه و به کارگیری الگوهای موجود، تا چه میزان می‌توان به نتایج موفق دست یافت و منافع حال و آینده جامعه را تأمین کرد؟

روشن‌شناسی پژوهش

این پژوهش کیفی و دارای رویکرد استقرایی بوده، از رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین در راهبرد «نظریه داده‌بنیاد»، بهره می‌گیرد. در این روش، مفاهیم موجود، پالایش و مفاهیم جدیدی شکل می‌گیرند و باکدگذاری داده‌ها، بر مفهوم‌سازی، سازماندهی و معنابخشی آن‌ها تمرکز می‌شود. همچنین، از یک نظریه قابل اثبات آغاز نمی‌شود، بلکه یک دوره مطالعاتی را برای بروز داده‌های مرتبط از میان انبوهی از داده‌های نظام‌مند، مد نظر قرار می‌دهد (Strauss & Corbin, 2008:24).

نظریه داده‌بنیاد، حاوی انواع گوناگون داده‌هاست؛ اما پژوهشگران اغلب بر انجام مصاحبه و گروه‌های کانونی متمرکز می‌شوند. در این پژوهش، گردآوری داده‌ها، به کمک مشاهده‌ها، مطالعات کتابخانه‌ای، اسناد دولتی، مجله‌ها و نشریه‌های علمی و از طریق مصاحبه عمیق با خبرگان و صاحب‌نظران، انجام شد. مصاحبه‌شوندگان به روش نمونه‌گیری ترکیبی هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند و در حین مصاحبه، افراد مطلع دیگری را معرفی کردند. تعداد مناسب برای این روش، معمولاً بین ۱۰ تا ۲۵ نفر است (Strauss & Corbin, 2008) و اشباع نهایی، زمانی حاصل می‌شود که داده‌های جدید، منجر به تولید مضمون جدید نشوند (Madden et al, 2017: 378-384). از این‌رو، جامعه خبرگان این پژوهش، شامل ۱۹ نفر از نخبگان دانشگاهی و اجرایی بودند که با آن‌ها مصاحبه انجام شد. از مصاحبه شانزدهم به بعد گزاره جدیدی شناسایی نشد، اما به جهت اطمینان بیشتر، تا مصاحبه نوزدهم ادامه یافت. سرانجام، اشباع نهایی حاصل گردید.

قابلیت اعتماد (روایی) پژوهش، شامل فعالیت‌هایی است که احتمال کسب یافته‌های معتبر را افزایش می‌دهند. یکی از روش‌های تأمین اعتبار، درگیری طولانی مدت با موضوع و مشاهده مداوم پژوهشگر در فراگرد پژوهش است. در این مطالعه، ضمن برقراری ارتباط تنگاتنگ پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان، مفاهیم عمیق و دقیق علمی شناسایی شدند. همچنین، مراجعه چندباره فضای پژوهشی و مشاهده‌های مستمر در محیط پژوهش و دریافت نکات اصلاحی یا تکمیلی مصاحبه‌شوندگان، بر روایی پژوهش افزودند.

پایایی، حاصل سازگاری یافته‌های پژوهش است. از روش بازآزمون و انتخاب دو نمونه مصاحبه انجام شده، برای محاسبه پایایی مصاحبه‌ها استفاده شد. هر یک دو بار، با فاصله زمانی مشخص و کوتاه، کدگذاری شدند. در هر مصاحبه، کدهای مشابه «توافق» و کدهای نامشابه «عدم توافق» تلقی شدند.

$$\text{درصد پایایی بازآزمون} = \frac{\text{تعداد توافقیها} \times ۱۰۰\%}{\text{تعداد کل کدها}}$$

از این رو، نتایج آزمون برای هر یک از دو کد انتخابی مصاحبه در فاصله زمانی دو هفته‌ای، به شرح جدول ۲، کدگذاری شدند:

جدول ۲. پایایی پژوهش

ردیف	کد مصاحبه	تعداد کل کدها	تعداد توافقیها	تعداد عدم توافقیها	پایایی بازآزمون
۱	۹	۱۸	۷	۲	۷۷٪
۲	۱۶	۱۹	۹	۴	۹۴٪
	کل	۳۷	۱۶	۶	

مشاهده می‌شود که تعداد کل کدها در فاصله دو هفته، برابر با ۳۷ و تعداد توافقیها، در دو زمان فوق، برابر با ۱۶ و تعداد کل عدم توافقیها در دو زمان مذکور، برابر با ۶ است. پایایی بازآزمون مصاحبه‌ها بنا بر فرمول مورد نظر، برابر ۸۵٪ است و چون بیش از ۶۰٪ است، قابلیت اعتماد کدگذاری آن تأیید شده، بر پایایی روش پژوهش تأکید می‌شود. در ادامه، کسب آرا و نظرهای مصاحبه‌شوندگان، شامل خبرگان و صاحب‌نظران دانشگاهی و متخصصان، به شرح مشخصات جدول ۳ در دستور کار قرار گرفت.

جدول ۳. مشخصات مصاحبه‌شوندگان

رتبه علمی و مسئولیت	سابقه اجرایی و علمی مدرک و رشته تحصیلی
۲۰ سال علمی	دکتری مدیریت دولتی
استاد دانشگاه تهران	
۲۸ سال علمی و اجرایی	دکتری مدیریت دولتی
استاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران	
۳۰ سال علمی	دکتری مدیریت دولتی
دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران	
۳۰ سال علمی و اجرایی	دکتری برنامه‌ریزی و توسعه آموزش عالی
استاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران	
۲۷ سال علمی و اجرایی	دکتری آمار و اپیدمیولوژی از دانشگاه کالیفرنیا، آمریکا
استاد و رئیس پژوهشکده سلامت خانواده دانشگاه علوم پزشکی تهران، قائم‌مقام وزیر در ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور (۱۳۶۴-۱۳۷۴)؛ عضو کمیته مشورتی تحقیقات سلامت سازمان‌های بهداشت، ژنو؛ عضو علمی وابسته در دانشگاه جکسون در ایالت می‌سی‌سی‌پی آمریکا	
۳۰ سال علمی، اجرایی	دکتری فوق تخصص اطفال
استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس فرهنگستان علوم پزشکی، دارای سابقه دو دوره وزارت بهداشت، نماینده دوره هشتم و نهم مردم تهران در مجلس شورای اسلامی	

۳۰ سال علمی و اجرایی	دکتری داروسازی	دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳۷ سال علمی و اجرایی	دکتری چشم پزشکی	استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۴ سال علمی و اجرایی	دکتری اقتصاد بین الملل	دانشیار پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی «سمت»
۴۰ سال اجرایی و علمی	دکتری داروسازی و خورد تخصصی اپیدمیولوژی با گرایش تغذیه	دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس هیئت مدیره انجمن غذا و تغذیه حامی سلامت ایران، بنیان‌گذار و مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت (۱۳۷۵ - ۱۳۸۴)
۲۵ سال علمی و اجرایی	دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	مشاور وزیر بهداشت
۱۵ سال علمی و اجرایی	دکتری جراحی ستون فقرات	دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران و دارای سابقه رئیس بیمارستان شریعی
۲۵ سال اجرایی	دکتری پزشکی	معاون دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، دارای سابقه رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت
۲۵ سال علمی و اجرایی	دکتری سیاست‌گذاری سلامت	رئیس مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
۱۰ سال علمی و اجرایی	دکتری مدیریت دولتی	استادیار دانشگاه تربیت مدرس
۳۱ سال علمی و اجرایی	دکتری جراحی عمومی	دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دارای سابقه معاون کل وزارت بهداشت
۲۰ سال علمی	دکتری چشم پزشکی	فوق تخصص چشم پزشکی
۲۵ سال علمی و اجرایی	دکتری پزشکی	دانشیار، سرپرست سابق دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت
۲۵ سال اجرایی و علمی	دکتری اپیدمیولوژی	استاد آمارزیستی، دارای سابقه رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان و معاون آموزش پزشکی وزارت بهداشت

طراحی الگوی ارزشیابی
عملکرد

۲۶ | صفحه

مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نهایی ادامه یافت و داده‌های کیفی مشخص شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo20، به روش کدگذاری سه مرحله‌ای، یعنی استخراج کدهای اولیه، ثانویه و مفاهیم (کدگذاری باز) انجام پذیرفت و سپس، استخراج مقوله‌های فرعی و اصلی (کدگذاری محوری) انجام شد و در پایان، کدگذاری انتخابی (گزینشی) حاصل گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌ها

از آنجا که حوزه وظیفه‌ای بهداشت و درمان ایران، با سازمان بهداشت جهانی قدری متفاوت است، پژوهشگران، برآند تا ضمن در نظر گرفتن آرای گوناگون مصاحبه‌شوندگان، بدون توجه به مرزبندی حوزه‌های فرعی، الگوی مناسب مبتنی بر ارتقای عملکرد نظام سلامت ایران را پیشنهاد نمایند. بنابراین، در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم مرتبط با موضوع، جمع‌آوری و احصاء شدند. طی این فراگرد، ۸۱۵ کد مفهومی از همه اسناد استخراج شدند که با حذف کدهای مفهومی تکراری، در نهایت ۸۷ کد حاصل شد. در مرحله کدگذاری محوری نیز تلاش شد تا با شناسایی ارتباط میان کدهای مفهومی موجود و معانی ضمنی هر یک، آن‌ها را در قالب مقوله ارائه کنند. با توجه به الزام روش‌شناسی «نظریه داده‌بنیاد»، شش مقوله استخراج شدند که عبارتند از: «نظارت و پایش قوی عملکرد حوزه سلامت»، «جامعیت پایگاه داده اطلاعات حوزه سلامت»، «اهداف و منافع منسجم»، «موقعیت پایدار»،

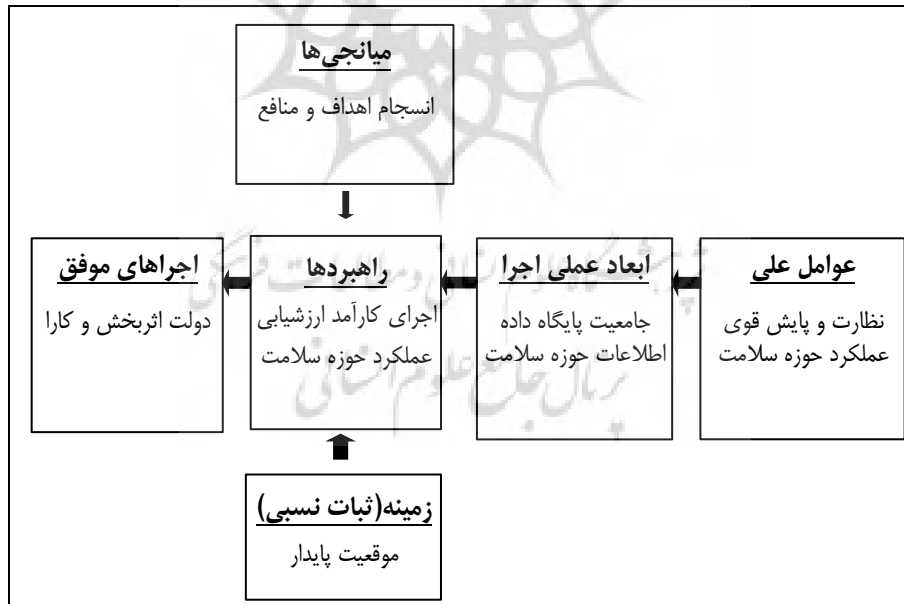
«اجرای کارآمد ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت» و «دولت اثربخش و کارا». در این مرحله، با مرور مستمر کدهای حاصله، در گزاره‌های آن تأمل شد و از حیث معنایی، چندین بار ویرایش شد که نتیجه آن در قالب ۸۷ کد مفهومی و مقوله‌های مرتبط به شرح زیر ارائه گردید:

جدول ۴. کدهای مفهومی و مقوله‌های مرتبط با آن‌ها

<p>کدهای اولیه</p> <p>I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14, I16, I17</p>	<p>مقوله ۱. شرایط علی: نظارت و پایش قوی عملکرد (۱۹ کدمفهومی)</p> <ul style="list-style-type: none"> • مهارت‌های شناختی منتج از سواد سلامت • نقش سازمان‌های تسهیلگر • شبکه هوشمند زنجیره تأمین و مصرف • آمایش سرزمین • رهیافت تلفیقی اطلاعات و ارتباطات • پذیرش مراجعان • بهبود نظام جامع در حلقه‌های نیازسنجی • بهره‌گیری از ظرفیت نوین فضای مجازی • طرح غربالگری و آزمایش‌های دوره‌ای 	<ul style="list-style-type: none"> • تغییر نگرش قاعده به قانون • الزامات قانونی نگهداشت خبرگان و نخبگان • رفع گسست ساختاری • سند ملی ایمنی زنجیره غذایی • پیکرندی مناسب نهادهای تصمیم‌گیر • خطمشی‌های کلی نظام سلامت • اهداف میان‌دهه توسعه • تعیین مؤلفه‌های اجتماعی • هم‌صدایی کارگزاران، مجریان و ناظران • پیش‌بینی خدمات و تجهیزات پیشرفته
<p>کدهای اولیه</p> <p>I1, I3, I5, I6, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14, I16, I18</p>	<p>مقوله ۲. پدیده‌محوری: جامعیت پایگاه داده اطلاعات حوزه سلامت (۲۱ کدمفهومی)</p> <ul style="list-style-type: none"> • متوسط مخارج بیمارستانی • پرداخت از جیب مردم • نرخ مرگ و میر کودکان و مادران باردار • نرخ مصرف دارویی نفر در سال نسبت به میانگین جهانی • سهم هزینه عمومی و خصوصی در تولید ناخالص ملی • نسبت کل مخارج به تولید ناخالص ملی • پرونده الکترونیک سلامت • خدمات جامع پیشگیری، تشخیص و درمان • تدوین و اجرای روش‌شناسی علمی دارای اولویت 	<ul style="list-style-type: none"> • شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های گروهی • اجرای طرح «هر خانه یک پایگاه سلامت» • اشتراک دانش و تجارب • مستندسازی داده و اطلاعات • نظام پیشنهادها و انتظارها • رویکرد علمی شواهدمبنی • سرانه نیروهای شاغل • تقویت نقش خودمراقبتی • پوشش همگانی بیمه پایه • نرخ مراجعان • سرانه پزشکی • ضریب اشغال تخت
<p>کدهای اولیه</p> <p>I1, I4, I5, I7, I8, I9, I10, I11, I13, I15, I18, I19</p>	<p>مقوله ۳. شرایط میانجی: اهداف و منافع منسجم (۱۲ کدمفهومی)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تیم‌محوری • حفاظت از ریسک مالی و اجتماعی • عدالت توزیعی منابع و امکانات • اجرای برنامه بهای تمام شده بودجه‌ریزی عملیاتی • طرح‌های سلامت دانش‌بنیان 	<ul style="list-style-type: none"> • تولید و حکمرانی • حذف دستگاه‌های موازی • برون‌سپاری و وظیفه‌سپاری • سیاست حذف تدریجی یارانه داروهای خارجی • روان‌سازی گردش مالی و وصول مطالبات • مرزبندی وظایف و تعامل منطقی
<p>کدهای اولیه</p> <p>I1, I3, I4, I5, I7, I8, I9, I10, I11, I16, I19</p>	<p>مقوله ۴. شرایط زمینه‌ای: موقعیت پایدار (۱۱ کدمفهومی)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تخصیص منابع اعتباری • اقتصاد مقاومتی • نقش مؤسسه‌های خیریه جماعت‌محور و سازمان‌های مردم‌نهاد • رفع مخاطرات ناشی از تحریم‌های یک‌سویه • نقش نهادهای رسمی و غیررسمی 	<ul style="list-style-type: none"> • شبکه خلق سرمایه اجتماعی • موازین اخلاقی • تعیین‌کننده‌های سلامت شامل فرهنگ و درآمد و وضعیت اجتماعی • مسئولیت اجتماعی • تغییر نگرش از درمان به پیشگیری • فرهنگ مبتنی بر چشم‌انداز مخاطب‌محور
<p>کدهای اولیه</p>	<p>مقوله ۵. راهبردها: اجرای کارآمد ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت (۱۲ کدمفهومی)</p>	

I1, I2, I3, I5, I6, I7, I10, I11, I13, I14, I15, I17, I18, I19	• اقتصاد دولتی درآمدزا • اعمال سیاست‌های تجویزی مبتنی بر قانون و مشوق‌های انگیزشی • بازیابی جایگاه بنیانگذاری علم پزشکی در جهان • ارائه خدمات جایگزین بستری با رویکرد آینده‌نگر • اجرای نظام ارجاع پزشک خانواده	• الزامات محیطی، مالی و انسانی متناسب با سطوح سازمانی • استفاده بهینه از منابع تجدیدپذیر • تقویت توریسیم سلامت • جامع‌نگری در آموزش پزشکی • اجرای نظام نوین دارویی (طرح ژنریک) • توسعه آموزش‌های مجازی و الکترونیکی • ارزیابی جامع مقابله با بیماری‌های فصلی
کدهای اولیه	مقاله ۶. پیامدها: دولت اثربخش و کارا (۱۲ کدمفهومی)	
I1, I4, I5, I6, I9, I10, I11, I12, I13, I16, I18, I19	• ارتقای جایگاه نظام سلامت در سطح بین‌المللی و منطقه‌ای به‌ویژه نیمه طیف مدیترانه شرقی • نظام پرداخت مبتنی بر کارایی و بهره‌وری • تعهد و مسئولیت‌پذیری • نبود رنجی غیر از رنج بیماری • بهره‌گیری از آزمایشگاه خطمشی حوزه سلامت	• اصلاح سبک زندگی سالم • افزایش آهنگ رشد جمعیت • ارتقای سن امید به زندگی • توسعه خدمات اجتماعی و مداخلات غیر حضوری • اختصاص کامل یارانه به کالاهای ضروری • اصلاح ساختار اداره دانشگاه‌های علوم پزشکی • طرح مشکلات سلامت

در مرحله کدگذاری انتخابی، تلاش شد تا با در نظر گرفتن روابط موجود در مقوله‌های محوری، یک نظریه از آن ارائه شود. ارزشیابی عملکرد به منزله مقوله اصلی (پدیده مرکزی) این پژوهش و سایر مقوله‌ها، حول محور آن مرتب شدند. در نهایت، الگوی کدگذاری مبتنی بر رویکرد اشتراوس و کوربین، ناظر بر شرایط علی (زمینه‌سازهای اجرایی)، پدیده محوری (ابعاد عملی اجرا)، زمینه‌ای، میانجی و اجرای راهبرد و پیامدها (اجراهای موفق)، به شرح نمودار زیر آشکار شدند.



نمودار ۱: الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت

در واقع، موفقیت یا ناکامی خطمشی‌های راهبردی، در گرو طراحی و تدوین الگویی است که بتواند با برنامه‌ریزی دقیق و در رویکردی خردمبنا، پیش‌ران‌های راهبرد را شناسایی و اولویت‌بندی کرده، به نتایج مطلوب و آرمانی

برساند. عوامل پیش‌ران، مجموعه رویدادهایی هستند که یک مسئله عادی و جاری را به یک تجربه عمومی تبدیل می‌نمایند. در این امتداد، نقش اصلی ایجاد خط‌مشی خوب یا بد را واکنش مثبت یا منفی عمومی و یافته‌های مرتبط به آن رویداد یا تجربه، تعیین می‌کنند. از این‌رو، یافته‌های پژوهش، ناظر بر شش بُعد اصلی یادشده به شرح زیر بسط می‌یابند:

یک) زمینه‌سازهای اجرایی: نظارت و پایش قوی عملکرد

در شرایط علی یا زمینه‌سازهای اجرایی که پدیده مرکزی را ایجاد کرده و بسط می‌دهند، مقوله‌های فراوانی نهفته‌اند. این مقوله‌ها نیازمند پیکربندی مناسب نهادهای تصمیم‌گیر برای استمرار نظارت و ارزشیابی‌اند تا با تغییر نگرش قاعده به قانون، الزام‌های اجرایی خط‌مشی‌های کلی نظام سلامت در اهداف برنامه توسعه به‌ویژه طرح‌های ملی از قبیل سند ملی ایمنی زنجیره غذایی را به سرانجام برسانند. همچنین، نگاه خاص بر ابراز مهارت‌های شناختی منتج از سواد سلامت، موجب می‌شود تا جامعه هدف کمتر آسیب ببینند:

«سطح سواد سلامت پایین در مقابله با بیماری چون کرونا، چالش بهداشتی را دوچندان کرده است. نکته مهم در همین ارتباط این است که اگر مردم از سواد سلامت کافی برخوردار بودند، در مقابله با بحران کرونا کمتر آسیب می‌دیدند» (R5).

هم‌صدایی کارگزاران سلامت، به منزله مجریان خط‌مشی‌های تجویزی، بر اهمیت جایگاه و نقش سازمان‌های تسهیلگر در ارتقای حوزه سلامت می‌افزاید. هم‌اکنون، گسست تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، مانع اصلی ساماندهی صندوق‌هاست. رفع این گسیختگی با تبیین حلقه‌های نیازسنجی و بهره‌گیری از ظرفیت نوین فضای مجازی در نظام جامع، موجب می‌شود تا شبکه هوشمند زنجیره تأمین و مصرف بهبود یابد. علاوه بر این، در امتداد تعیین مؤلفه‌های اجتماعی حاصل از آمایش سرزمین، به ابزار رهیافت تلفیقی اطلاعات و ارتباطات دست یافته و با پیش‌بینی لوازم و تجهیزات درمانی و آزمایشگاهی پیشرفته، طرح‌های غربال‌گری و آزمایش‌های دوره‌ای را پوشش می‌دهند.

دو) ابعاد عملی اجرا: جامعیت پایگاه داده اطلاعات حوزه سلامت

پدیده محوری پژوهش، با دلالت بر ابعاد عملی اجرای راهبردها، روند انتزاع پدیده را شکل می‌دهد. از زمره مقوله‌های عملی اجرای ارزشیابی، جامع‌بودن پایگاه داده اطلاعات حوزه سلامت است. در این سیستم، با انجام فراگرد جامع اطلاعات و داشبورد مدیریتی، دانش و تجربه به دست آمده را به اشتراک می‌گذارد. در بحث تعالی سازمانی نیز با رویکرد علمی شواهدمبنا، از طریق شبکه‌های اجتماعی مجاز، بر اصلاح ساختار و طرح نهضت ملی «هر خانه یک پایگاه سلامت»، همت می‌گمارد. در بحث از نظام انتقادات و پیشنهادهای، بر بی‌توجهی کارگزاران نسبت به مقوله پیشگیری تأکید شده است. متأسفانه همچنان، بر طبل عبور از پیشگیری و توجه صرف بر درمان کوبیده می‌شود و جالب آنکه از این بابت نیز جامعه، دچار اپیدمی درمان به جای پیشگیری شده است:

«اینکه در جامعه امروزی، کارآفرین موفق، دغدغه درمان بیماران را داشته باشد و به‌رغم اینکه در تولید

محصول کارخانه خویش، بسیار موفق است، اما تصمیم بگیرد تا مجموعه تولیدی در اختیار را بفروشد و برای فلان شهر دستگاه‌های رادیوترایی، اسکن و ام آر آی، تهیه نماید، امری پسندیده و خدایسندانه است، اما از منظر خطمشی‌گذاری، نگرش صرف به درمان به جای پیشگیری، به عبارتی فاجعه است» (R1).

نکته مهم دیگر اینکه خرده‌سیستم مستندسازی داده اطلاعات، به مثابه منبع تغذیه و تأمین داده- ستانده ارزشیابی عملکرد، بهینگی عملکرد سازمانی را تضمین می‌کند و پیش‌ران ارائه خدمات سلامت نیز، در تقویت نقش خودمراقبتی افراد و کسب رضایت آن‌ها، مؤثر است. در این باره، مؤلفه‌های شاخص‌هایی چون نرخ مراجعان، سرانه نیروهای شاغل، سهم هزینه‌های سلامت در تولید ناخالص ملی، مقایسه هزینه‌های عمومی و خصوصی سلامت کشور با متوسط آن در جهان و متوسط مخارج بیمارستانی، هم‌گام با مؤلفه‌ها و شاخص‌های مؤثر بین‌المللی مانند: نرخ مرگ و میر مادران باردار و کودکان زیر پنج سال، مؤلفه و شاخص سرانه پزشک عمومی، نرخ بازگشت پزشکان حاذق به کشور، سهم سرانه مصرف دارو در ایران نسبت به نفر در سال، میزان پرداخت از جیب مردم و ضریب اشغال تخت بیمارستانی در مقیاس جهانی و نیز توزیع فراوانی پزشک در گستره وسیع جغرافیایی، رصد می‌شوند. به‌گونه‌ای که سرانه پزشک عمومی بر اساس مؤلفه و شاخص جهانی، به ازای هر ۱۰/۰۰۰ نفر جمعیت، باید بین ۳۰ تا ۴۰ پزشک فعال باشد؛ در حالی که در ایران هنوز این نسبت ۱۱/۷ پزشک است. نرخ سرانه پزشک متخصص در کشورهای پیشرفته به ازای هر ۱۰/۰۰۰ نفر جمعیت، بالای ۲۰ نفر گزارش شده است، اما در ایران هنوز ۶ پزشک است. سرانه تخت بیمارستانی جهانی، به ازای هر ۱/۰۰۰ نفر جمعیت، بین ۸ تا ۱۲ تخت گزارش شده، ولی در ایران ۱/۷ تخت است. سهم سرانه مصرف دارو در ایران نسبت به هر نفر در سال، ۳۳۹ قلم دارو گزارش شده است و میزان پرداخت هزینه سلامت از جیب مردم، نسبت به میانگین جهانی بسیار بالاست. در این زمینه، عملیاتی کردن پرونده الکترونیک سلامت به پوشش همگانی خدمات جامع پیشگیری، تشخیص و درمان می‌انجامد.

سه) زمینه‌ها: موقعیت پایدار

عوامل زمینه‌ای موجبات ایجاد ثبات و پایداری را در موقعیت و محیط، فراهم می‌کنند. موقعیت پایدار، با تأکید بر مؤلفه‌های اصلی نظام اداری، متأثر از نظام اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، فناوری و اقلیمی و به‌کارگیری پیوسته‌های خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد، حاصل می‌شود. همچنین، سکنداری کارگزاران در مواجهه با فراز و فرودهای حاکم بر شرایط محیطی، بر نتیجه تصمیم‌های آن‌ها مؤثر است:

«خیلی از تصمیمات شاید به ظاهر مهم نباشند، ولی در عمل چون وقت و هزینه و اموال دولت صرف آن کار شده است و من مجری از عهده آن کار به خوبی بر نیامده‌ام، لذا نتیجه رضایت‌بخش نیست» (R6).

نکته دیگر اینکه مسئولیت اجتماعی با توسعه شبکه خلق سرمایه اجتماعی و ترویج فرهنگ مبتنی بر چشم‌انداز مخاطب‌محور در افق‌های ترسیمی ملی، موجب توجه خطمشی‌گذاران به مقوله اقتصاد مقاومتی و رونق تولیدات داخلی می‌شود؛ در نتیجه وابستگی به کالاهای خارجی کاهش یافته و مخاطرات ناشی از تحریم‌های یک‌سویه، برطرف می‌شوند. در واقع، ثبات محیطی و پایداری موقعیت، در گرو توجه به مقوله‌هایی چون تعیین‌کننده‌های «فرهنگ»، «درآمد» و «وضعیت اجتماعی» جامعه است که نیازمند تخصیص منابع لازمند. در این باره، نقش

مؤسسه‌های خیریه جماعت‌محور و سازمان‌های مردم‌نهاد و وجود ارتباطات رسمی و غیررسمی، با ابتناء بر موازین اخلاقی نیز راهگشاست.

چهار) میانجی‌ها: انسجام اهداف و منافع

شرایط میانجی، شرح موقت مفاهیم در باره متغیر وابسته است که با بروز متغیرهای مستقل، نتایج حاصل از شرایط زمینه‌ای عمومی را در باره راهبردها فراهم می‌کند. شرایط میانجی این نوشتار، حول محور تولید و حکمرانی سلامت، در عین مرزبندی وظایف و تعامل منطقی کارگزاران و مجریان، بر تصمیم‌های جمعی و کار گروهی متمرکز می‌شود.

از دیگر شرایط میانجی، مقوله تعارض منافع کارگزاران و متولیان امر سلامت است. در واقع، تعارض در منافع سلامت، شرایطی دارد که تصمیم‌ها و اقدام‌های حرفه‌ای فرد را تحت تأثیر منافع ثانویه وی قرار می‌دهند. مواردی چون ارائه و توزیع خدمات، میزان شفافیت در وظایف و منابع درآمدی، نحوه اعمال یارانه‌های تخصیصی دولت بر امر سلامت و داروهای خارجی، برون‌سپاری و وظیفه‌سپاری خدمات، مانع‌الجمع بودن تأییدکننده و تأمین‌کننده، در این مقوله می‌گنجد:

«وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت، هم‌زمان با داشتن مسئولیت خرید خدمات و ارائه خدمات سلامت، به یکی از بزرگترین مصادیق تعارض منافع در کشور تبدیل شده است. از این‌رو، استیفای حقوق دریافت‌کنندگان خدمات سلامت دچار پیچیدگی شده است (R13)».

از این‌رو، حذف یارانه‌های تدریجی داروهای خارجی، حذف دستگاه‌های موازی و روان‌سازی گردش مالی و وصول مطالبات کارگزاران و تأمین‌کنندگان خدمات، بر اجرای منطقی قانون تعارض منافع کارگزاران سلامت، صحنه می‌گذارند. در حال حاضر، توزیع ناکافی و نامناسب حوزه سلامت، تصویر روشنی از عملکرد دولت را ارائه نمی‌کند:

«بی‌عدالتی در توزیع منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه، مانند ایران، در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته، دارای شدت بیشتری است. تخصیص نامناسب و ناکافی بودجه سلامت، فقدان برنامه‌ریزی مناسب و بلندمدت علت عمده این نابرابری‌هاست» (R8).

بنابراین، توجه ویژه به امر پژوهش و توسعه، به خصوص طرح‌های سلامت دانش‌بنیان، بر حفاظت از ریسک مالی و اجتماعی ذی‌نفعان و اجرای مدیریت هزینه-منفعت با استقرار نظام بهای تمام شده کالا و خدمات و بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد، موجب می‌شوند تا عدالت توزیعی منابع و امکانات، به نسبت جمعیت کشور، بهبود یابد.

پنج) راهبردها: اجرای کارآمد ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت

شناسایی کنش‌ها و برهم‌کنش‌های پدیده محوری حول نظام سلامت، جزئی از اهداف برنامه توسعه پایدار است که با چابک‌سازی ساختار، اجرای برنامه‌های کوتاه‌برد، میان‌برد و دوربرد و نیز شفافیت در عملکرد، زمینه نظارت

مستمر عامه مردم را فراهم می‌کند. در این امتداد، موفقیت دولت‌ها در اجرای برنامه‌های مصوب، به میزان تعهد و پایبندی کارگزاران بدون ملاحظه‌های حزبی و جناحی، بستگی دارد. بنابراین، با تغییر دولت، نباید اقدام‌های مبتنی بر برنامه مصوب، کنار گذاشته شوند و از گزینه‌ها، برنامه کاری جدید مطالبه گردد:

«به جای اینکه از مدیران جدید، تعهد مبنی بر انجام کارهای باقیمانده بگیریم و از آن‌ها راهکار موارد باقی را بخواهیم، از آن‌ها برنامه جدید طلب می‌کنیم. آن موارد را کنار گذاشته و برنامه جدید می‌گیریم. در این حالت، وزیر برنامه‌ای را ارائه می‌دهد که نه تنها چهار سال، بلکه چهل سال هم قابلیت اجرایی ندارد» (R10).

نکته مهم دیگر، بررسی آسیب‌ها و چالش‌های خطامشی نظام سلامت، ناظر بر اجرای الزام‌های راهبردی در همه سطوح، اعم از سازمانی، وظیفه‌ای و نظارتی است. رشد تولید ناخالص ملی، نیازمند بازیابی جایگاه بنیانگذاری علم پزشکی در جهان و تقویت صنعت توریسم سلامت است. همچنین، شاخص‌هایی چون استفاده بهینه از منابع، جامع‌نگری در نیازهای آموزشی پیشگیرانه، به‌ویژه توسعه آموزش‌های مجازی و الکترونیکی، ارزیابی جامع مقابله با بیماری‌های نوپدید و بازپدید و فصلی، ارائه خدمات جایگزین بستری با رویکرد کاهش هزینه‌های درمانی، اجرای نظام نوین دارویی (طرح ژنریک)، اجرای نظام ارجاع پزشک خانواده و اعمال سیاست‌های تجویزی قانونی و مشوق‌های انگیزشی، به منزله راهبردهای اجرایی کارآمد تلقی می‌شوند.

شش) اجراهای موفق: دولت اثربخش و کارا

تجلی درون و برون رفتار و خروجی راهبرد، به پیامدها منتهی می‌شوند. مشارکت و همکاری بین بخشی و اجرای طرح‌های کلان سلامت‌محور، موجب دستیابی به اثربخشی سازمانی شده، کارایی و بهره‌وری دولت افزایش می‌یابد. البته اجرای این طرح‌ها، در گرو مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی و حساب پس‌دهی کارگزاران و الزام‌های اجرایی آن‌هاست. برای مثال، طرح مشکلات سلامت با هدف تأمین نیازهای اولیه مردم، از قبیل تأمین ریزمغذی‌ها و پروتئین‌ها و واکسینه‌نمودن کودکان در بدو تولد که برای پیشگیری از عوارض آتی مصوب شده بودند، امروزه رها شده‌اند:

«باید خیلی مراقب قیمت غذا و تورم قیمت‌ها در طول زمان باشیم. ما سوء تغذیه را در کشور کاهش داده بودیم، با طرح مشکلات سلامت یا طرح مشارکتی سلامت، سوء تغذیه را کنترل کرده بودیم. الان سوء تغذیه دو برابر شده است. از سال ۱۳۸۴ تاکنون دو برابر شده است. چرا نباید متوجه باشیم؟ چرا نباید هزینه‌ها را کم کنیم؟» (R19).

در بحث همکاری بین‌بخشی، مؤلفه‌ها و شاخص‌هایی چون توسعه خدمات اجتماعی و مداخله‌های غیرحضور، همکاری تنگاتنگ با واحد مجری و برقراری ارتباط با مراکز مشابه ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی، نظام پرداخت

^۱ این طرح، اوایل دهه هشتاد، با مشارکت دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، نهضت سوادآموزی، وزارت کشاورزی و سازمان صدا و سیما، با هدف تأمین نیازهای اولیه جامعه از قبیل ریزمغذی‌ها، پروتئین‌ها و واکسینه نمودن کودکان در بدو تولد و پیشگیری از عوارض آتی، ارائه شد که با آموزش والدین به‌ویژه مادران، حدود ۵۰٪ از سوء تغذیه جامعه هدف را کاهش داد. ولی پس از سه سال اجرای موفق، به دلایل نامعلومی رها شد.

مبتنی بر عملکرد و بهره‌وری مبتنی بر سیستم‌های مکانیزه ارائه خدمات، اصلاح ساختار اداره دانشگاه‌های علوم پزشکی، مطرح‌اند. علاوه بر این‌ها، اختصاص کامل یارانه‌های مترتب بر کالاهای ضروری به‌ویژه به دهک‌های پایین جامعه، در اصلاح سبک زندگی مردم و آهنگ رشد جمعیت و کاهش مخاطرات جسمی و روحی مؤثرند. در واقع، کارگزاران با حسن تدبیر، می‌توانند عملکرد خویش را تا حد امکان، به مشارکت شهروندان^۱ و نظارت آن‌ها گره بزنند.

نتیجه‌گیری

ارزشیابی عملکرد دولت، با هدف ایجاد پیوند منطقی میان عملکرد فرد و سازمان و جلب نتایج آرمانی مدیریت و ارزشیابی عملکرد انجام می‌شود (Denisi & Murphy, 2017:427) و به ارتقای اثربخشی و کارایی سازمان و بهبود عملکرد دولت، معطوف می‌گردد.

دولت‌ها به فراخور نیاز خویش، از مؤلفه‌ها، شاخص‌ها و الگوهای بین‌المللی در حوزه سلامت، به‌ویژه الگوهای تجویزی سازمان بهداشت جهانی، بهره برده‌اند. جایگاه فعلی حوزه سلامت ایران، بر پیشرفت نسبی عملکرد آن، دلالت دارد و بررسی ادبیات نظری و اسناد موجود آن، از چالش‌های متعددی حکایت دارند. سنجش کیفی ارزشیابی عملکرد، در بخش دولتی، بسیار دشوار است و در پایش نظام سلامت نیز، باید نگاه واقع‌بینانه داشت. مؤلفه‌ها، شاخص‌ها و معیارهای گوناگون و متنوعی در این باره احصاء شده‌اند، اما به نحو منطقی، اولویت‌بندی نشده‌اند. کسب نتیجه مطلوب، نیازمند ارائه الگویی جامع و فراگیر است. در این امتداد، نتایج حاصل از مصاحبه‌های این پژوهش، بر اهمیت بالای مؤلفه‌ها، شاخص‌ها و اولویت معیارهای ارزشیابی عملکرد دلالت دارند.

مهم‌ترین مسئله از نگاه خبرگان، اینکه دولت، برای افزایش سرمایه اجتماعی و جلب اعتماد ملی، به نظارت بی‌واسطه شهروندان بر عملکرد خود نیاز دارد. این نظارت، با استفاده از ظرفیت نوین فضای مجازی و شبکه هوشمند زنجیره تأمین و مصرف، بانک اطلاعاتی جامع و در دسترس عموم و رعایت قانون انتشار آزاد اطلاعات، از طریق الگوی ارزشیابی عملکرد سلامت، ممکن می‌شود؛ به‌ویژه اینکه در قوانین و اسناد فرادستی نظیر قانون اساسی، برنامه جامع اصلاح نظام اداری ۱۳۹۷-۱۳۹۹، سیاست‌های کلی نظام سلامت و برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بر تحقق این امر تصریح شده است. در این امتداد، نقش ذی‌حقان و ذی‌نفعان در بهره‌گیری از خدمات و نظارت بر رفتار کارگزاران سلامت، قابل تأمل است. حوزه سلامت باید منافع ذی‌حقان و ذی‌نفعان را به نحو احسن تأمین نموده، در جلب اعتماد عامه مردم جامعه تلاش نماید. همچنین، درس‌آموزی از تجربه‌های ناموفق نظیر طرح تحول سلامت مغتنم است، اما زدودن آثار زیان‌بار آن‌ها در جامعه، به اصلاح فراگردها و جایگزینی طرح‌های سنجیده شده در گذر زمان، نیاز دارد.

مسئله مهم بعدی، اجرای منطقی الزام‌های قانونی خطمشی‌های نظام سلامت است که انتظار داریم هم‌گام با مراتب توسعه آموزش و پرورش، توسعه آموزش عالی و فرهنگ و نظایر آن، سطح سواد سلامت جامعه را ارتقا

^۱. citizens' rights

دهد و مراتب شادابی و نشاط آن‌ها را فراهم آورد. این بخش با الزام‌های اجرایی خطمشی‌های کلی نظام سلامت در اهداف برنامه توسعه پایدار با شعار «تغییر جهان ما» در افق ۲۰۳۰ و گزارش تحلیلی تدین و مرادی‌جو (۲۰۲۱) سازگاری دارد.

در مصاحبه با خبرگان، بر اجرای ارزشیابی عملکرد، به مثابه مهم‌ترین عامل توسعه نظام اداری و استفاده از ابزارهای نوین، کارا و برخط برای اجرای خطمشی‌های اقتصادی، فرهنگی و سیاسی تصریح شد. در زمینه اقتصادی، اجرای سیستم پاداش و جبران خدمات متناسب با نتایج ارزشیابی عملکرد، با هدف شناسایی افراد کارآمد و تشویق و ارتقا آن‌ها و توییح افراد ناکارآمد، ضروری است. علاوه بر این، اقدام‌هایی چون اجرای سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی و مبتنی بر عملکرد و تعیین بهای تمام شده کالا و خدمات، موجب می‌شوند تا کارگزاران در برابر نتایج عملکردی و سود و زیان مالی ناشی از اقدام خویش، سهیم باشند. در این باره، آزیورن و گیبلر، بر استقرار ارزشیابی عملکرد دولت و اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی مبتنی بر خرده‌سیستم فوق تأکید کرده‌اند (Osborne & Gaebler, 1992). از این‌رو، پیشنهاد می‌شود تا موضوع ارزشیابی عملکرد، به مثابه برنامه مالی، در تکالیف سالانه دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی منظور گردد تا با استقرار واحدهای ارزشیابی عملکرد، درصد تحقق اهداف و یا انحراف از برنامه‌های مصوب، در پایان همان سال سنجیده شود. به نحوی که ابلاغ و تخصیص اعتبار سال بعد، منوط به میزان تحقق اهداف مقرر در آن سال باشد. در آن صورت، موانع توسعه، به‌ویژه سوءتدبیرهای اجرای خطمشی‌های اقتصادی در سطح ملی و منطقه‌ای، تا حدود زیادی بر طرف خواهند شد و در این زمینه، صنعت توریسم سلامت با هدف بهبود درآمد دولت، رونق می‌یابد.

نکته مهم دیگر اینکه ساختار عریض و طویل نظام سلامت و نبود ضمانت اجرایی قانون تعارض منافع بر ناکارآمدی این حوزه سایه انداخته است. استفاده حداکثری از پزشکان در پست‌های حاکمیتی نظام سلامت، به‌ویژه پست‌های غیر تخصصی پزشکی، بر میزان تعارض منافع دست‌اندرکاران افزوده است.^۱ از منظر منوریان (۲۰۱۸)، عدم شفافیت در اهداف برنامه‌ها، موجب درگیری ارزشیابی‌ها در تعارضات سیاسی شده و چون دولت‌ها تمایلی به تعارض ندارند، از فعالیت‌های ارزشیابی مرتبط با تعارض اجتناب می‌کنند. بنابراین، با شفافیت در روابط میان کارگزاران و برون‌سپاری و وظیفه‌سپاری و ایجاد حس مشارکت بخش خصوصی، از میزان تعارض منافع کارگزاران کاسته می‌شود. همچنین، پاسخ‌گویی کارگزاران در برابر عملکرد خویش و حساب پس‌دهی آن‌ها قبل از حساب پس‌کشی، بر میزان موفقیت عملکرد حوزه سلامت می‌افزاید و مسئولیت‌پذیری و شفافیت متقابل در عملکرد، موجب ارتقای اثربخشی دولت می‌شود (Gill, 2019: 423). علاوه بر این‌ها، مستندسازی علل ناکامی‌های دولت در چرخه فزاینده توسعه و اصلاح خطمشی‌ها و عملکردها، سرمایه اصلاح کشور در نسل‌های پیاپی خواهد بود که به توسعه یک بانک جامع مدیریت دانش به مثابه سیستم پشتیبان خطمشی،^۲ کمک می‌کند. در واقع، دولت باید مراتب غیرت و جسارت در بیان واقعیت‌ها را داشته باشد و با مستندسازی منظم و به‌هنگام

^۱ چگونه می‌توان به ضمانت اجرایی قوانین، امیدوار بود، در حالی که هم‌زمان، فرد مسئولی در بخش غذا و دارو، با دارا بودن چندین شرکت دارویی، به واردات دارو اقدام می‌کند و همان دارو را با صدها برابر قیمت، به شرکتی دولتی می‌فروشد که خود سیاستگذار آن است؟ این مفهوم تعارض منافع است.

عملکرد در سطح خرد و کلان (Lin & Kellough, 2019:186)، تجربه تلخ ناکامی در هر اقدامی را آغاز موفقیت خویش بداند و حوادث و شکست‌های عملکرد را مستند نماید.

در بحث ساختار اداری، توجه بیش از حد به درمان و ایجاد بار مالی مضاعف، موجب شده است تا بخش عمده اعتبارات بهداشت و پیشگیری در بخش درمان مصرف شوند. گسترش مراکز درمانی و بیمارستانی، به منزله افتخار تلقی شده و از امر بهداشت و پیشگیری غافل مانده‌اند. به قول یکی از خبرگان مصاحبه، «درمان صدا دارد، اما بهداشت نه!»، در حالی که این بی‌توجهی، منجر به افزایش بیماری در میان آحاد جامعه شده است. دولت باید وظایف هر واحد را معین کند و بین آن‌ها هماهنگی ایجاد کند تا میزان مرگ و میر، به سطح معین در افق ۲۰۳۰ توسعه پایدار، کاهش یابد. برخی از اهداف این افق، عبارتند از: «کاهش مرگ و میر ناشی از تصادف‌های جاده‌ای به نصف، تا سال ۲۰۲۰»، «کاهش مرگ و میر مادران به کمتر از ۷۰ نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ تولد زنده، تا سال ۲۰۳۰»، «کاهش مرگ و میر نوزادان به حداکثر ۱۲ نفر در هر ۱/۰۰۰ تولد زنده» و «کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، به حداکثر ۲۵ نفر در هر ۱/۰۰۰ تولد زنده». در واقع، این اهداف نیازمند بهره‌گیری از ابزارهای مؤثر، به‌ویژه رهگیری هوشمند مراقبتی و حفظ سلامت جامعه و شناسایی بیماری‌های آشکار و پنهان، در شرایط عادی و بحرانی است. البته برخی تصمیم‌های ناصواب، بر کندی تحقق اهداف می‌افزایند. برای مثال، انتزاع دانشگاه‌های علوم پزشکی از وزارت متولی نظام آموزش عالی و افزودن آن به مجموعه وزارت بهداشت، در دهه ۷۰، بر ناتوانی وزارت متولی در امر تأمین پزشک و اداره ناقص دانشگاه‌های علوم پزشکی و در نتیجه بر عدم شناخت کافی دست‌اندرکاران وقت از نیاز واقعی جامعه دلالت یافت؛ از این‌رو، بسیاری از خطمشی‌گذاران متخصص، برآنند که آموزش پزشکی باید به مجموعه نظام آموزش عالی کشور برگردد تا تعارض منافع، دست‌کم در بخش آموزش پزشکی کاهش یابد.

بنابراین، اجرای کارآمد سیستم ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، به همراهی و همکاری صاحب‌نظران و متخصصان امر نیاز دارد تا با بهره‌گیری از آزمایشگاه‌های خطمشی سلامت، مسیر تحقق اهداف و اجرای مدیریت بهینه هزینه-منفعت را هموار کنند. همچنین، با اجرای رویکرد کاربردگرایانه کارگزاران به استفاده از الگوهای مبتنی بر پیامدها و راهبردهای مؤثر حوزه سلامت، از روش‌های نوین علمی با راهبرد نگاه به آینده با هدف دستیابی به جایگاه واقعی نظام سلامت بهره بگیرند.

محدودیت‌های پژوهش و پیشنهاد برای پژوهشگران آتی

با مطالعه پژوهش‌های گذشته، می‌توان محدودیت‌های زیر را بر شمرد:

- (۱) عدم توفیق خطمشی‌گذاران در اجرای راهبردها و خرده‌سیستم‌های تجویزی به‌ویژه ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، بسیار عبرت‌آموز است.
- (۲) مطالعات فراوانی در باره ارزشیابی عملکرد با بازه‌های زمانی مشخص انجام شده‌اند، اما اغلب با تمرکز بر نیازهای فردی کارکنان، در یک برهه، برای تکمیل چرخه نظام پاداش و تنبیه و در برهه دیگر، صرفاً بر تکمیل چرخه اقدام و عمل مدیریتی متمرکز شده،

کارایی لازم را ندارند.

۳) در پژوهش‌های گذشته، به علت برداشت‌های متفاوت از مؤلفه‌ها و شاخص‌های ارزشیابی، عملکرد واقعی افراد و سازمان به درستی هدایت نشده، الگوهای ارائه‌شده، فاقد استانداردهای مطلوب‌اند.

۴) در مطالعات گذشته، الگوها اغلب به تناسب ساختارهای موجود و با موضوعی ویژه، طراحی و ارائه شده‌اند. از این‌رو، الگوی واحدی که قابلیت تجویز را داشته باشد، توصیه نمی‌شود.

۵) سازمان‌های دارای ارزشیابی عملکرد برتر، الزاماً از جایگاه بهتری در ارتباط با رضایت‌مندی ارزشیابی‌شوندگان برخوردار نیستند و بر خلاف تصور، چالش‌های بسیاری در ارتباط با مدیر و زیردستان، به‌ویژه رفتارهای تبعیض‌آمیز آن‌ها بروز می‌کند.

بنابراین، با تأکید بر اینکه الگوی پژوهش حاضر، کامل و بی‌نقص نیست، پیشنهاد می‌شود که مجریان امر، با صرف وقت در بهبود ارتباطات میان فردی و سازمان، از بروز اشتباه در نظارت، احساس تعصب مثبت یا منفی، مبتنی بر عواملی چون جنس، نژاد، قومیت، سن و ناتوانی جسمی یا سایر عوامل ناهمگون در اجرای ارزشیابی عملکرد، پرهیز نمایند (Rubin & Edwards, 2018). همچنین، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی، ابعاد گوناگون پژوهش را با رهیافت کیفی و جزئی‌تر، به تفکیک واحدهای اجرایی و متناسب با وظایف آن‌ها در نظر آورده، با مطالعه عمیق‌تر و مصاحبه‌های متمرکز، با تعداد بیشتری از متخصصان امر، به اصلاح دستاوردهای پژوهش حاضر همت گمارند تا حتی‌المقدور ضعف‌های احتمالی ناشی از پژوهش‌های قبلی، شناسایی و برطرف گردند و نتایج طراحی الگو، قبل و بعد از اجرا، منتشر شوند و ضمن نقد سازنده صاحب‌نظران، نقایص احتمالی آن‌ها برطرف شوند.

در واقع، طراحی خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، به درکی شفاف از اهداف و راهبردهای آن نیاز دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود راهبرد پژوهش حاضر، به مثابه روشی قابل اعتماد در پژوهش‌ها و مطالعات علوم انسانی مد نظر قرار گیرد و از حیث علمی، برای توسعه دانش کاربردی در زمینه مطالعات سازمانی مفید واقع گردد تا به مرور، این‌گونه مطالعات توسعه یابند و بخش قابل توجهی از حوزه‌های وظیفه‌ای دولت را نیز در برگیرند. در نتیجه، می‌تواند مبنایی مناسب برای آغاز ارزشیابی‌های دوره‌ای و مداوم در ساختار نظام سلامت کشور باشد.

فهرست منابع

1. Aboalmaali, F. S., Danesh Fard, K., & Pourezzat, A. A. (2020). "Designing a Pattern of Administrative Reform with Digital Governance Approach." *Public Organizations Management*, 8(3), 11-32. (in Persian).
2. Abubakar, A. M., Elrehail, H., Alatailat, M. A., & Elçi, A. (2017). "Knowledge management, decision-making style and organizational performance." *Journal of Innovation & Knowledge*.
3. Adler, S., Champion, 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, 219–252. Available at <https://doi.org/10.1017/iop.2015.106>

4. Ayers, R. S. (2015). "Aligning individual and organizational performance: Goal alignment in federal government agency performance appraisal programs." *Public Personnel Management*, 44(2), 169-191.
5. Barbieri, M., Micacchi, L., Vidè, F., & Valotti, G. (2021). "The Performance of Performance Appraisal Systems: A Theoretical Framework for Public Organizations." *Review of Public Personnel Administration*. Available at <https://doi.org/10.1177/0734371X211043560>
6. Bindels, E., Boerebach, B., Scheepers, R., Nootboom, A., Scherpbier, A., Heeneman, S., & Lombarts, K. (2021). "Designing a system for performance appraisal: balancing physicians, accountability and professional development." *BMC health services research*, 21(1), 800. (2021) <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06818-1>.
7. Bo su., Si-Qi FENG & Hong-Juan TAO. (2019). "Public Hospital Cost Management and Performance Evaluation from the Perspective of DRGs." 5th International Conference on Economics and Management.
8. Chalmers, L.M., Ashton, T., & Tenbensen, T. (2017). "Measuring and managing health system performance: An update from New Zealand." *Health Policy*.
9. DeNisi, A., & Smith, C. E. (2014). "Performance appraisal, performance management, and firm-level performance: A review, a proposed model, and new directions for future research." *The Academy of Management Annals*, 8(1), 127-179.
10. DeNisi, A. S., & Murphy, K. R. (2017). "Performance appraisal and performance management: 100 years of progress?" *Journal of Applied Psychology*, 102, 421-433. <https://doi.org/10.1037/apl0000085>.
11. General Medical Council. "Ready for revalidation; the Good medical practice framework for appraisal and revalidation." https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/The_Good_medical_practice_framework_for_appraisal_and_Revalidation_DC5707.pdf 56235089.pdf. Accessed 16 Apr 2020.
12. Ghorbanizadeh, V., Sharifzadeh, F., said naghavi, M., Biglari, M. (2021). "Designing a Transformational Leadership Model at the Technical and Vocational University." *Management Research in Iran*, 23(2), 127-150. (In Persian)
13. Gill, Derek. (2019). "The Fiscal Responsibility Act 1994: How a Nonbinding Policy Instrument Proved Highly Powerful, Successful Public Policy: Lessons from Australia and New Zealand." edited by Joannah Luetjens et al., ANU Press, Acton ACT, Australia, 2019, 423-452.
14. Global health estimates 2016 (deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016; and life expectancy, 2000-2016).
15. Ilgen, N.B., C.D. Fisher, & M.S. Taylor. (1979). "Consequences of individual feedback on behavior in organizations." *Journal of Applied Psychology*, 64: 349-371.
16. Iqbal, M. Z., Akbar, S., & Budhwar, P. (2014). "Effectiveness of performance appraisal: An integrated framework." *International Journal of Management Reviews*, 17(4), 510-533.
17. Legatum Institute. (2019). "Legatum Prosperity Index: bringing, Bringing Prosperity to life." Retrieved from: <https://www.prosperity.com/rankings> (accessed in Apr.11.2020).
18. Levy, P. E., & Williams, J. R. (2004). "The Social Context for Performance Appraisal: A Review and Framework for the Future." *Journal of Management*, 30, 881-905. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jm.2004.06.005>.

19. Lin, Y. C., & Kellough, J. E. (2019). "Performance Appraisal Problems in the Public Sector: Examining Supervisors, Perceptions." *Public Personnel Management*, 48(2), 179–202.
20. Longenecker, C. O., & Nykodym, N. (1996). "Public sector performance appraisal effectiveness: A case study." *Public Personnel Management*, 25(2), 151-164.
21. Madden, C.; Clayton, M.; Canary, H. E.; Towsley, G.; Cloyes, K.; & Lund, D. (2017). "Rules of performance in the nursing home: A grounded theory of nurse–CNA communication." *Geriatric Nursing*, 38 (2), 378-384.
22. Majidi. S. Danesh kohan. 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*, 14(4), 1190-1197. DOI:10.1080/20479700.2020.1755810
23. Mawdsley, E., & Rigg, J. (2002). "A survey of the World Development Reports I: discursive strategies." *Progress in Development Studies*, 2(2), 93-111.
24. McNamara, Gerry, Joe O'Hara, Richard Boyle & Conor Sullivan. (2009). "Developing a Culture of Evaluation in the Irish Public Sector: The Case of Education." *Evaluation*. vol. 15, SAGE Publications, pp. 101 –112.
25. Mirzaei, A., tayebi, J., nasiripor, A., & riyahi, L. (2017). "Evaluating the Feasibility of Financial Variables of Health: A Hospital Administrators Viewpoint." *The Journal of Modern Thoughts in Education*, 12(1), 85-92. (In Persian)
26. Monavarian, A. (2018). "Implementation and evaluation of public policy." Tehran: Mehraban Book. (In Persian)
27. 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.
28. Murphy, K. R. (2020). "Performance evaluation will not die, but it should." *Human Resource Management Journal*, 30(1), 13-31., 30(1), 13-31.
29. Osborne, D. & gaebler, T. (1992). "Reinventing government: how the entrepreneurship spirit is transforming the public sector, reading: Addison-wesley."
30. Peiffer-Smadja. N., Lucet, J. C., Bendjelloul, G., Bouadma, L., Gerard, S., Choquet, C., Jacques, S., Khalil, A., Maisani, P., Casalino, E., & Descamps, D. (2020). "Challenges and issues about organizing a hospital to respond to the COVID-19 outbreak." *Clinical Microbiology and Infection*, 26(1), 669-672.
31. 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.
32. Pulakos, E. D., Mueller-Hanson, R. A., Arad, S., & Moye, N. (2015). "Performance management can be fixed: An on-the-job experiential learning approach for complex behavior change." *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 8, 51–76.
33. Rashidian, A., Jahanmehr, N., Farzadfar, F. et al. (2021). "Performance evaluation and ranking of regional primary health care and public health Systems in Iran." *BMC Health Serv Res* 21, 1168 .1-14
34. Rubin, E., & 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*, 31(15), 1-20. 1938-1957, DOI: 10.1080/09585192.2018.1424015

35. Segbenya, M., & Bonsu, E. (2019). "Performance Appraisal and Employee Development in the University of Education, Winneba, Ghana." *International Journal of Business and Management*. 14 (8), 83-94. Available at <https://doi.org/10.5539/ijbm.v14n8p83>.
36. Sharifian, M., & sabokro, M. (2020). "Pathology of Employee Performance Evaluation System with Qualitative Approach; Case Study: Yazd University." *Public Administration Perspaective*, 11(3), -. (In Persian) doi: 10.29252/jpap.2020.96816.
37. Strauss, A. L., & Corbin, J. (2008). "Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory (3rd ed.)." Thousand Oaks, CA: Sage.
38. Tadayon, M. M., & Moradijoo, M. (2021). "Analytical report of financial protection measurement indicators in the Islamic Republic of Iran health system. Tehran: National Center for Health Insurance Research." (In Persian) Available at: <https://nchir.ihio.gov.ir/ExpertReports/3/116>.
39. Taylor, P. J., & Pierce, J. L. (1999). "Effects of introducing a performance management system on employees' subsequent attitudes and effort." *Public personnel management*, 28(3), 423-452.
40. United Nations Development Programme. HDRO (Human Development Report Office) pp. 22–25. Retrieved 14 September 2018.
41. Vahedi, H, Hajalian, F, jahangirfard, M., & mojibi, T. (2020). "Designing a Health System Performance Management Model for Iran." *Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV)*, 9(3), 87-100. (In Persian). Available at <http://ijnv.ir/article-1-747-fa.html>.
42. Walsh, K., & Fisher, D. (2005). "Action inquiry and performance appraisals: Tools for organizational learning and development." *The Learning Organization*, 12(1), 26-41.
43. World Bank, World Development Indicator. (2019). "The World Bank Group.
44. World Health Statistics 2021 (in press). Geneva: World Health Organization; 2021.
45. World Health Organization (2020). Geneva: Health topics - Health Systems. Retrieved from: http://www.who.int/topics/health_systems/en (accessed in Jan.11.2021).
46. www.gmc-uk.org/-/media.documents. Accessed; 16 Apr, 2020.