



فصلنامه علمی اندیشه مدیریت راهبردی (اندیشه مدیریت)، مقاله پژوهشی  
سال شانزدهم، شماره سوم (پیاپی ۳۳)، پاییز ۱۴۰۱، صص. ۷۹-۱۲۸

## ارزیابی راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران: پژوهشی مبتنی بر کنترل راهبردی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲  
مقاله برای اصلاح به مدت ۲۲۵ روز نزد نویسنده(گان) بوده است.

10.30497/SMT.2023.242780.3359

محمدسعید صفاری \*

رضا بنی‌اسد \*\*

امیرحسین تکیان \*\*\*

محمد آزادی احمدآبادی \*\*\*\*

### چکیده

در پایان کنفرانس آلماتا، مراقبت‌های اولیه سلامت به‌عنوان رویکرد مبنایی در حوزه سلامت و کلید تحقق اهداف «بهداشت برای همه» مطرح گردید و کشورهای عضو پذیرفتند که راهبردهای نظام سلامت خود را بر همان اساس تدوین کنند. در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران نیز، راهبردهای مختلفی در این زمینه اتخاذ گردید، از جمله ایجاد خانه‌های بهداشت در مناطق روستایی و برنامه‌های گسترش آن، تشکیل رابطین بهداشت با هدف فعال‌سازی خدمات در مراکز شهری و طرح پزشکی خانواده. هدف اصلی پژوهش حاضر ارزیابی راهبردهای اتخاذ شده در جهت گسترش خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است. در این راستا با بهره‌گیری از ابزار کنترل راهبردی کارت امتیازی متوازن متناسب‌سازی شده جهت ارزیابی راهبردهای PHC، چارچوب مفهومی اولیه استخراج و به‌خبرگان عرضه و سرانجام با استفاده از روش تحلیل مضمون، این بسته راهبردی، ارزیابی شد. در راستای نیل به هدف پژوهش، پنج منظر مختلف شامل منظر جهت‌گیری‌های کلان، منظر ذی‌نفعان، منظر مالی، منظر رشد و یادگیری و منظر فرآیندهای داخلی به‌عنوان مضامین فراگیر در شبکه مضامین، ارزیابی شدند. علی‌رغم آنکه محوریت خدمات PHC در نظام سلامت، از اهرم‌های این خدمات است اما راهبردهای اتخاذ شده باعث خروج این خدمات از محوریت ارائه خدمت در نظام سلامت گشته است؛ بنابراین، از منظر جهت‌گیری‌های کلان، ضعیف ارزیابی می‌شوند. نکته مهم آن است که ضعف راهبردهای PHC در این مؤلفه، بر سایر مؤلفه‌ها نیز اثرگذار بوده و نتیجه‌گیری نهایی آنکه علی‌رغم اهمیت اثبات‌شده خدمات PHC در دنیا، راهبردهای گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت در جمهوری اسلامی ایران در راستای ارزش‌های محوری این خدمات ضعیف ارزیابی شده و این خدمات به نوعی واجب فراموش‌شده‌ی نظام سلامت به حساب می‌آیند.

### واژگان کلیدی

مراقبت‌های اولیه سلامت؛ ارزیابی راهبرد؛ راهبرد کلان؛ کنترل راهبردی؛ کارت امتیازی متوازن.

20.1001.1.23830891.1401.16.3.4.0

\* دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی و معارف اسلامی، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران.

ms.saffari@isu.ac.ir  0000-0002-9726-0874

\*\* دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و معارف اسلامی، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

baniasad@isu.ac.ir  0000-0003-1326-6919

\*\*\* استادیار دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

takian@tums.ac.ir  0000-0001-7806-5558

\*\*\*\* دانشجوی دکتری مدیریت بازرگانی، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران.

mdl.azadi@isu.ac.ir  0000-0002-0849-6130

### مقدمه و بیان مسأله

امروزه سلامت به عنوان یک مقوله اجتماعی، در بین مجامع علمی و دانشگاهی پذیرفته شده است. از همین رو جایگاه علوم اجتماعی مخصوصاً مدیریت راهبردی در حل مسائل حوزه سلامت، بسیار پررنگ تر از گذشته می نماید. این پژوهش نیز از منظر دانش مدیریت راهبردی به مسأله مراقبت های اولیه سلامت وارد شده و به ارزیابی راهبردهای مراقبت های اولیه سلامت (PHC)<sup>۱</sup> در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران پرداخته است. هرچند نمی توان وضعیت سلامت یک جامعه را به طور کامل به عملکرد نظام سلامت آن منتسب کرد اما بهبود وضعیت و نتایج سلامت هدف اولیه هر نظام سلامتی محسوب می شود (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000, p. 734). روش های مختلفی در راستای رسیدن به این هدف از طریق کارکردهای نظام سلامت ارائه شده که مهم ترین آن، مراقبت های اولیه سلامت، نام دارد. هدایت نظام های سلامت به تقویت مراقبت های اولیه (Primary Health Care)، کارایی بیشتر آن نظام را به دنبال دارد و نتایج بهتری را در سلامت افراد تضمین می کند؛ لذا مراقبت های اولیه قوی برای یک نظام سلامت، ضروری است (Starfield, 2006, p.12).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، مراقبت های اولیه سلامت یک رویکرد کل نگر در مورد سلامت و رفاه افراد جامعه بوده که بر نیازها و اولویت های افراد، خانواده ها و جوامع متمرکز است. این رویکرد بر عوامل تعیین کننده گسترده ای از سلامت و جنبه های جامع و به هم پیوسته ای از سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی تأکید دارد (WHO, 2021).

دولت ها همواره در حال جستجوی راه هایی برای ارتقاء عدالت، کارایی، اثربخشی و پاسخگویی نظام سلامت خود هستند. علی رغم آنکه هیچ توافقی در مورد ساختار مطلوب، محتوا و روش های ارائه خدمات مقرون به صرفه برای دسترسی به این اهداف، وجود ندارد، اما نقش مهم مراقبت های اولیه سلامت، جهت دستیابی به این مهم، درک شده است (Ham, Robinson & Benzeval, 1990, p. 75). مطالعات حاکی از آن است که قوت و عملکرد یک نظام مراقبت های اولیه سلامت منجر به بهبود وضعیت سلامتی جامعه در مرگ و میر ناشی از تمام علت ها، مرگ و میر زودرس و مرگ و میر ناشی از

Macinko, Starfield & Shi, 2003, pp. ) می‌گردد ( 412-422). علاوه بر این، افزایش دسترسی به مراقب‌های اولیه‌ی سلامتی، موجب رضایت بیشتر دریافت‌کنندگان خدمات و کاهش هزینه‌های کل یک نظام سلامت خواهد بود (Cantor, 1993, p. 80).

همچنین عدم اختصاص منابع به مراقب‌های اولیه‌ی سلامت، مهم‌ترین عامل در ضعف وضعیت سلامت یک جامعه برشمرده شده است (Shea, Misra, Ehrlich, Field & Francis, 1992, pp. 776-781). از آن‌جا که ارائه‌دهندگان خدمات مراقب‌های اولیه، امکان ارائه خدمات به‌صورت مستمر و جامع را دارند، نتایج سلامتی بهتری را به ارمغان می‌آورند. بهبود دسترسی به این خدمات باعث کاهش نرخ بستری (Moore, 1979, p. 1360)، استفاده کمتر از بخش‌های اورژانس و مراقب‌های ویژه (Martin, Diehr, Price & Richardson, 1989, p. 1628- 1632). علاوه بر آن کاهش ریسک قرار گرفتن در معرض مداخلات سلامتی نامناسب، می‌شود (Siu et al., 1988, p. 1345). از طرفی هنگامی که دسترسی مستقیم به متخصصان، بدون در نظر گرفتن سازوکار کنترل توسط مراقبین اولیه سلامت، تسهیل شود، کیفیت خدمات به نسبت کاهش یافته و هزینه‌های مراقب‌های سلامتی نیز افزایش می‌یابد (Leape, 1990, p. 669).

بنابراین، بر اساس موارد فوق، در راستای آثار بسیار مهم مراقب‌های اولیه سلامت در حوزه‌های مختلف از جمله عدالت و دسترسی به خدمات مراقب‌های سلامت، کیفیت خدمات و اقتصاد حوزه‌ی سلامت واضح است برای کشوری مانند جمهوری اسلامی ایران، که در تنگناهای اقتصادی و تحت تحریم ظالمانه ایالات متحده امریکا قرار دارد، تقویت PHC یک راهکار عقلانی در جهت بهبود کارایی کل نظام سلامت بوده و با اتخاذ راهبردهای مناسب و در بلندمدت می‌تواند از فواید آن مخصوصاً در حوزه‌های اقتصادی بهره‌گیرد. ضمن اینکه طبق آراء صاحب‌نظران حوزه سلامت تقویت PHC به‌عنوان راه برون‌رفت از بحران حاضر و مقاوم ساختن نظام سلامت در مواجهه با بحران‌های پیش‌رو است.

پس از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ نیز در ایران و به دنبال کنفرانس آلماتا، سیاست‌گذاران عرصه سلامت برای حرکت در راستای رویکرد مراقب‌های اولیه سلامت

و متناسب با شرایط کشور، راهبردهای مختلفی اتخاذ کردند (حاتمی، رضوی، افتخار اردبیلی و مجلسی، ۱۳۹۸، ص. ۱۰۳)، اما بررسی ادبیات حاکی از آن است که در زمینه راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران از منظر دانش کنترل راهبردی، ارزیابی نشده است و وضعیت موفقیت یا عدم موفقیت آنها مشخص نیست؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، ارزیابی راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران براساس ابزار کارت امتیازی متوازن است. با این بیان مسأله پژوهش حاضر، ارزیابی راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر کنترل راهبردی است.

## ۱. ادبیات نظری پژوهش

### ۱-۱. مراقبت‌های اولیه سلامت

نظام‌های سلامت، مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به افراد در طول دوره‌ی زندگی‌شان دارند و برای رشد سالم افراد، خانواده‌ها و جوامع، ضروری و حیاتی هستند. فرانکن و کولمن (۲۰۱۳) سه هدف را برای نظام‌های سلامت متصورند: ۱. ارتقاء سطح سلامت جمعیت تحت پوشش آنها؛ ۲. پاسخ دادن به انتظارات مردم ۳. محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت نامطلوب (Franken & Koolman, 2013, p. 28-34). روش‌های مختلفی در راستای رسیدن به این اهداف از طریق کارکردهای نظام سلامت، توسط نهادهای بین‌المللی مثل سازمان جهانی بهداشت، ارائه گردید که مهم‌ترین آن، مراقبت‌های اولیه سلامت نام دارد. استارفیلد<sup>۲</sup> معتقد است هدایت نظام‌های سلامت به تقویت مراقبت‌های اولیه، کارایی بیشتر آن نظام را به دنبال دارد و نتایج بهتری را در سلامت افراد تضمین می‌کند؛ لذا مراقبت‌های اولیه‌ی قوی برای یک نظام سلامت، ضروری به حساب می‌آید (Starfield, 2006).

تعریف مراقبت‌های اولیه سلامت، همواره محل اختلاف بین صاحب‌نظران و مجامع مختلف بوده است. پیچیدگی تعریف مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت تا حدی است که در اروپا تعریف مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت براساس هر کشور متفاوت است (Boerma, Groenewegen & van der Zee, 1998, pp. 445-453)؛ همچنین نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده، در حدود ۹۲ تعریف از مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت نتیجه‌گیری کرده است

(Parker, Walsh & Coon, 1976, p. 420). این تعاریف از نظر مفهوم، سطح خدمات، محتوای خدمات، فرآیند ارائه‌ی خدمات و ارائه‌کنندگان خدمات باهم متفاوت هستند (Atun, 2004, p. 6).

ضمن بررسی تعاریف موجود در مورد مفهوم مراقب‌های اولیه سلامت، محقق با عنایت بر جامعیت تعریف سازمان جهانی بهداشت و ماهیت این سازمان به‌عنوان مبدع این برنامه و مرجع امور مربوط به خدمات مراقب‌های سلامت در جهان، تعریف این سازمان را، تعریف مختار مراقب‌های اولیه سلامت در پژوهش حاضر قرار می‌دهد. مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت مراقب‌های اولیه‌ی سلامت یک رویکرد کل‌نگر در مورد سلامت و رفاه افراد جامعه بوده که بر نیازها و اولویت‌های افراد، خانواده‌ها و جوامع متمرکز است. این رویکرد بر عوامل تعیین‌کننده‌ی گسترده‌ای از سلامت و جنبه‌های جامع و به‌هم پیوسته‌ای از سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی تأکید دارد. مراقب‌های اولیه‌ی سلامت، برای رسیدگی به یک سری بیماری‌های خاص نیست بلکه تمام نیازهای سلامتی طول عمر یک فرد را فراهم می‌آورد. این مراقبت، در واقع متضمن آن است که افراد تحت مراقب‌های جامع قرار می‌گیرند؛ از پیشگیری گرفته تا درمان، خدمات ارتقاء سلامت، خدمات توان‌بخشی و مراقب‌های تسکینی (WHO, 2021).

ووری<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) ضمن پذیرش تعریف اولیه سازمان بهداشت از مراقب‌های اولیه سلامت، این اصطلاح تخصصی را از مناظر مختلفی از جمله سطوح ارائه خدمت بررسی می‌کند. بر همین اساس، مراقب‌های اولیه سلامت، به‌عنوان اولین سطح مواجهه مردم با نظام سلامت دانسته شده که حدود ۹۰ درصد مشکلات سلامتی افراد در این سطح برطرف می‌گردد.

### نمودار (۱): ارتباط سطوح ارائه خدمت با فراوانی و پیچیدگی مداخلات



منبع: (Vuori, 1986)

#### ۱-۲. مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران

اعلامیه‌ی آلماتا در بحبوحه انقلاب اسلامی ایران صادر شد و اقدامات پیش از آن در ایران و در راستای ارتقاء سلامت عمومی را، نمی‌توان ماحصل برنامه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت دانست. در سال ۵۱ طرح گسترده‌ی تحقیقاتی مبنی بر نحوه‌ی توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران به‌وسیله‌ی وزارت بهداشتی و با همکاری سازمان جهانی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران، در استان آذربایجان غربی و با هدف استقرار یک نظام ارائه خدمات و استفاده از نیروهای غیرپزشک در واحدهای محیطی به اجرا درآمد (مرندی، عزیزی، لاریجانی و جمشیدی، ۱۳۷۷، ص. ۱۹). ملک‌افضلی و صدری‌زاده (۱۳۹۷) طرح‌های ابتدایی دهه ۵۰ را بر پایه تجارب موفق کشورهای چین و اتحاد جماهیر شوروی و به منظور تأمین عدالت اجتماعی در عرصه‌ی سلامت برای روستائینان، دانسته است. طرح توسعه‌ی خدمات پزشکی و بهداشتی ایران که به پروژه‌ی آذربایجان معروف است، در سال‌های ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۵ در ۱۷ روستای آذربایجان غربی در منطقه چنقرانلو به اجرا درآمد.

سه سال پس از اجرای طرح مشخص شد در روستاهای تحت پوشش، شاخص‌های پوشش خدمات و میزان مرگ‌ومیر مادران و کودکان، به شکل معناداری نسبت به سایر روستاها بهبود یافته است. حمایت سیاسی مسئولان وزارت بهداشت از طرح، پشتیبانی علمی دانشگاه و سازمان جهانی بهداشت و مقبولیت پروژه توسط مردم موجب شد تا در سال ۱۳۵۵ برنامه‌ی ایجاد خانه‌های بهداشت زیر نظر مربیان آموزشگاه به‌عنوان یک برنامه ملی تصویب و برای اجرا به سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان‌ها ابلاغ شد. (ملک‌افضلی و صدری زاده، ۱۳۹۷، ص. ۴۳۹). در بازه‌ی زمانی سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۳، با توجه به ابلاغ ایجاد خانه‌های بهداشت در استان‌ها و به دلیل کاهش نظارت مراکز، استان‌ها اقدام به گرفتن بهورز غیربومی و در بسیاری از اوقات شهرنشین نمودند؛ لذا اصل بومی بودن بهورز طی این سال‌ها، که حدود ۲۵۰۰ خانه بهداشت ایجاد شده بود، خدشه‌دار گشت (شادپور، ۱۳۷۲، ص. ۴۴).

به‌رغم جنگ تحمیلی عراق با ایران و بمباران شدید شهرها، کلیه ضوابط و روابط لازم برای سازمان‌دهی اجزای نظام شبکه، به‌طور مشروح در جلسه‌ی شورای معاونان وزارتخانه مطرح و به‌وسیله‌ی دو تن از کارشناسان تلاشگر وزارتخانه در کتابی تحت عنوان «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی» گردآوری شد. این کتاب بعداً اساس تدوین طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشت و درمانی کشور قرار گرفت (مرندی، عزیزی، لاریجانی و جمشیدی، ۱۳۷۷، ص. ۲۰). سرانجام در اسفند ماه ۱۳۶۳، مجلس شورای اسلامی برای راه‌اندازی شبکه بهداشت و درمان در یک شهرستان از هر استان اعتباری معادل ۲/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در اختیار وزارت بهداشت وقت قرار داد. برای به‌هزینه گرفتن این اعتبار و در واقع گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان، واحدی به نام ستاد گسترش شبکه بهداشت و درمان در کشور ایجاد شد و پس از گذشت سال‌ها این واحد همچنان به فعالیت خود ادامه می‌دهد (مرندی، عزیزی، لاریجانی و جمشیدی، ۱۳۷۷، ص. ۲۱).

بنابراین با برگزاری کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۸۷ میلادی با شعار بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ و همزمان با انقلاب جمهوری اسلامی، سیاست‌گذاران عرصه سلامت ایران برای رسیدن به این هدف بزرگ، با ایجاد تغییرات وسیع در ساختار سازمانی نظام سلامت



در این راه قدم برداشته شده است. ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی و تشکیل «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» در سطح ملی و راه‌اندازی «دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی» در سطح استان‌ها از مهم‌ترین تغییرات این دوره بود. همچنین در سطح محلی، «شهرستان» به‌عنوان معیار اداری جهت گسترش واحدهای بهداشتی درمانی پذیرفته شد. در این سطح، شبکه بهداشت و درمان شامل: مرکز بهداشت و بیمارستان و در سطح اول نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به‌همراه پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت ایجاد گردید و در سال‌های اخیر، وزارت بهداشت در خصوص اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سال ۱۳۸۴ در روستاها و در سال ۱۳۹۱ در برخی از مناطق شهری اقدام کرده است (حاتمی، رضوی، افتخار اردبیلی و مجلسی، ۱۳۹۸، ص. ۱۰۳).

### ۱-۳. کنترل و ارزیابی راهبردی

در میان انبوهی از تعاریف واژه‌ی راهبرد، لرنند کریستینسن، انروز و گوث<sup>۴</sup> (۱۹۶۹) معتقدند راهبرد؛ الگوی اهداف، منظور یا مقاصد و خط‌مشی‌ها و طرح‌های عمده برای دستیابی به اهداف است. در این دیدگاه به‌گونه‌ای کامل‌تر، میتزبرگ<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) راهبرد را این‌گونه تعریف می‌کند: راهبرد عبارت است از الگوی تصمیم‌های سازمان که بیانگر اهداف و مقاصد سازمان بوده و منشأ سیاست‌های کلی و برنامه‌هایی برای نیل به این اهداف است و این الگو، دامنه و نوع فعالیت‌های سازمان و شیوه‌ی سازمان‌دهی منابع اقتصادی و انسانی را در راستای دستیابی به مقاصد و تأمین خواسته‌های سهام‌داران، کارکنان، مشتریان و تمام گروه‌های ذی‌نفع تعریف می‌نمایند.

مدیریت راهبردی<sup>۶</sup> نیز به مجموعه تصمیم‌ها و فعالیت‌هایی که در راستای تدوین، اجرا و کنترل راهبرد برای دستیابی به اهداف سازمان صورت می‌گیرد، تعریف می‌شود (Pearce & Robinson, 2012, p. 12). از منظر دیوید<sup>۷</sup> نیز مدیریت راهبردی عبارت است از روش منطقی، عینی و سیستماتیک برای اتخاذ تصمیم‌های بزرگ در یک سازمان یا نهاد (David, 2011, p. 25). انسوف<sup>۸</sup> نیز در تعریفی بدیل، معتقد است مدیریت راهبردی، برداشت جامعی در جهت مسئولیت خطیر و روزافزون مدیریت عمومی است که به موجب آن، سازمان یا نهاد در ارتباط با محیط، جایگاه خود را طوری تعیین می‌کند که



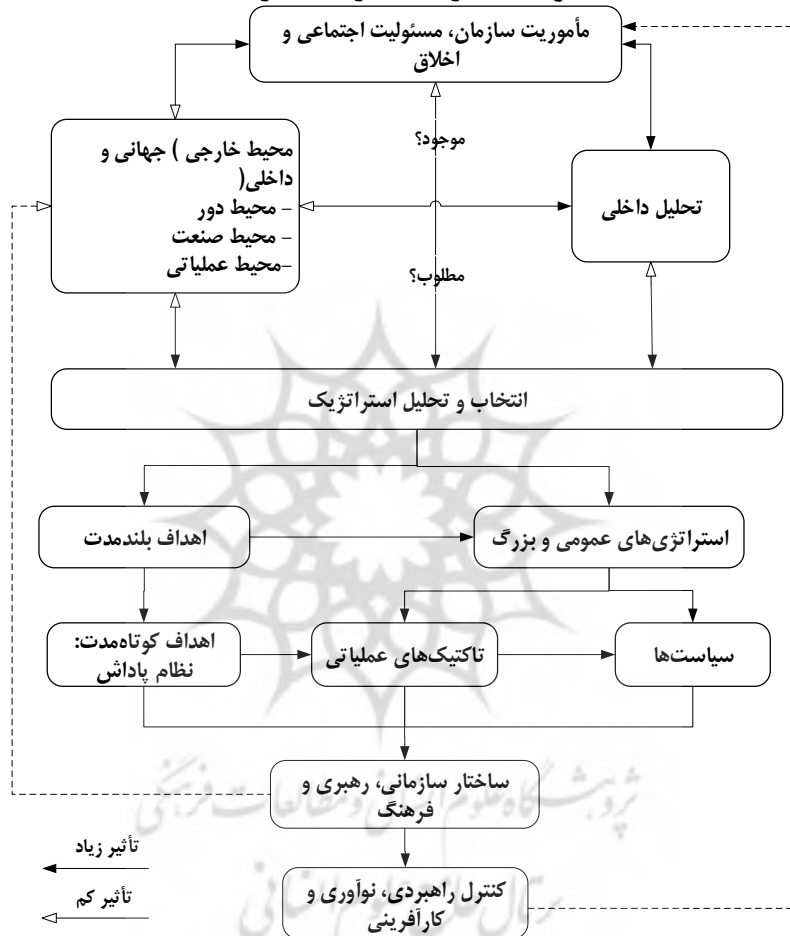
موفقیت بلندمدت آن را تأمین نماید و مانع از غافلگیری آن در چالش‌های پیش رو گردد (Ansoff & McDonnell, 1990, P. 18).

عمدتاً در فرآیند مدیریت راهبردی با نگاه تجویزی سه مرحله تدوین استراتژی، اجرای استراتژی و کنترل استراتژیک وجود دارد. براساس رویکرد نویسندگان اجزای درونی هر یک از این مراحل با یکدیگر متفاوت است. الگوی مورد استفاده برای فهم مجموعه عوامل مدیریت راهبردی، الگوی پیرس و رایینسون<sup>۹</sup> (۲۰۱۰) است که مدیریت راهبردی را به‌عنوان مجموعه‌ای از تصمیم‌ها و اقدامات حاصل از تدوین و اجرای برنامه‌ها برای دستیابی به اهداف تعریف می‌کنند. براین اساس، مدیریت راهبردی شامل؛ فرآیند جریان اطلاعات از طریق گام‌های به‌هم‌پیوسته برای دستیابی به یک هدف است. عناصر مدل مدیریت راهبردی پیرس و رایینسون عبارت است از:

- تعریف مأموریت سازمان (فلسفه وجودی سازمان چیست؟) و شناخت مسئولیت اجتماعی (چگونه شرکت می‌خواهد به توسعه پایدار دست پیدا کند؟)؛
  - تجزیه و تحلیل عوامل درونی و محیط خارجی؛
  - شناسایی راهبردهایی که در چارچوب مزیت رقابتی پایدار و بر اساس فعالیت‌های زنجیره ارزش و قابلیت‌های اثربخش قابل تعریف هستند که از آن تحت عنوان تحلیل و انتخاب راهبردی یاد می‌شود.
  - شناسایی اهداف بلندمدت و راهبردهای بزرگ؛
  - هدف‌گذاری کوتاه‌مدت، تاکتیک‌های وظیفه‌ای و خط‌مشی‌های تقویت‌کننده اقدامات؛
  - سازماندهی و مهندسی مجدد سازمان؛
  - کنترل راهبردی و بهبود مستمر که شامل ردیابی راهبردها در زمان اجرا، شناسایی مشکلات یا تغییرات و انجام تعدیلات لازم است.
- تدوین و اجرای راهبرد به صورت متوالی و پی‌درپی هستند و تغییر در هر جزئی از این مدل بر سایر اجزا اثر خواهد گذاشت؛ بنابراین مدل مدیریت راهبردی برای مدیریت

جریان اطلاعات از آغاز فرآیند برنامه‌ریزی تا اجرا و کنترل راهبرد و به منظور دستیابی به اهداف سازمان تعریف می‌شود که در نمودار شماره (۲) قابل مشاهده است.

**نمودار (۲): فرآیند مدیریت راهبردی**



منبع: (Pearce & Robinson, 2010)

از آنجایی که پژوهش حاضر در صدد ارزیابی راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است؛ لذا از مراحل مدیریت راهبردی، ارزیابی و کنترل راهبرد به عنوان نقطه تمرکز پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است و در ادامه به آن پرداخته خواهد شد.

جوهره‌ی کنترل، مقایسه‌ی فعالیت‌ها و عملیات انجام‌شده با استانداردها و معیارهای تعیین‌شده است (چپمن، ۱۳۹۵، ص. ۶). خبرگان مدیریت راهبردی در این مورد اتفاق نظر دارند که از نظر سلامت و ادامه حیات سازمان، کنترل راهبردی اهمیت زیادی دارد (David, 2011, p. 542). در حقیقت هدف کنترل راهبردی، هدایت یک سازمان یا نهاد به سمت اهداف بلندمدت راهبردی در شرایط عدم اطمینان و در حال تغییر است و با دنبال کردن راهبرد در حال اجرا، شناسایی مشکلات و تغییرات ایجادشده در مفروضات و ایجاد اصلاحات لازم سروکار دارد (Pearce & Robinson, 2012, p. 411). ارزیابی و کنترل راهبردی به مکانیزم‌های رسمی و غیررسمی اطلاق می‌شود که اجازه می‌دهند تا تلاش‌ها و نتایج اجرا، کنترل و با اهداف از قبل تعیین‌شده، مقایسه شود (کردنائیج، ۱۳۹۶، ص. ۴۲۸).

### ۱-۳-۱. مدل‌های ارزیابی و کنترل راهبردی

محقق ضمن مرور مدل‌های مختلف ارزیابی و کنترل راهبردی از جمله ماتریس عملکرد، کیگان (۱۹۸۹)، مدل سینک و تاتل (۱۹۸۹)، هرم عملکرد، لینچ و کراس (۱۹۹۱)، کارت امتیازی متوازن، کاپلان و نوترون (۱۹۹۲)، تحلیل ذی‌نفعان، لی (۲۰۰۱) و غیره، با توجه به کاربرد فراوان کارت امتیازی متوازن در پژوهش‌های حوزه سلامت، انعطاف بالای مدل، نگاه همه‌جانبه به مؤلفه‌های راهبردی و مقبولیت مدل، در پژوهش حاضر کارت امتیازی متوازن (BSC) را مبنای ارزیابی راهبردها قرار داد.

امروزه بسیاری از متخصصان و مشاوران خدمات مراقبت‌های بهداشتی، از کارت امتیازی متوازن به عنوان سیستم مدیریت راهبردی حمایت کرده و بر منافع حاصله از پیاده‌سازی آن، اقرار کرده‌اند (Voelker, Rakich & French, 2001a)؛ لذا اکنون علاقه‌ی زیادی به استفاده از کارت امتیازی متوازن در صنعت مراقبت‌های سلامت وجود دارد. کرت رایت و همکاران (۲۰۰۰) نیز، کارت امتیازی متوازن را برای سازمان‌هایی در صنایع آشفته، مانند صنعت مراقبت‌های سلامت، مناسب می‌دانند (Curtright, Stolp-Smith, & Edell, 2000).

## ۲-۱. پیشینه کاربست کارت امتیازی متوازن در حوزه سلامت

اگرچه در ابتدا کارت امتیازی متوازن برای استفاده در سازمان‌های خصوصی تدوین شده بود اما کاربست به سرعت در بخش دولتی، از جمله بخش بهداشت و درمان قابل ملاحظه است. کارت امتیازی متوازن با افزایش کنترل و کاهش عدم اطمینان سازمان‌ها را در دستیابی به اهداف خود، یاری می‌کند (Aidemark & Funck, 2009, pp. 253-276). در دهه اخیر، کاربست کارت امتیازی متوازن علاوه بر ارزیابی راهبردی در سطح سازمان، در بخش عمومی سلامت و راهبردهای نظام سلامت در ارزیابی خدمات، اعتباربخشی‌ها، بررسی عملکرد بیمارستان‌های دولتی و غیره نیز کاربرد دارد (Zelman, Pink, & Matthias, 2003, pp. 1-16). مطالعات زیادی در کاربست کارت امتیازی متوازن در حوزه سلامت صورت گرفته است که در ادامه به برخی از آنها اشاره خواهد شد.

باقری (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی ارتباط عوامل مؤثر با ارزیابی عملکرد بیمارستان فیاض بخش براساس کارت امتیازی متوازن»، به بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های کارت امتیازی متوازن و عملکرد بیمارستان فیاض بخش پرداخته و بر آن اساس، عملکرد این بیمارستان در راستای راهبردهای اتخاذشده در آن را، مطلوب ارزیابی کرده است. مجیدی (۱۳۹۵) نیز ذیل پژوهشی با عنوان «استفاده از کارت امتیازی متوازن در ارزیابی عملکرد صنعت داروسازی (مطالعه موردی: داروسازی زهراوی)» به تعیین وضعیت شرکت داروسازی زهراوی بر اساس کارت امتیازی متوازن پرداخته است. بهروزی و همکاران (۲۰۱۴) در یک مرور سیستماتیک بین ۲۹ مقاله با هدف بررسی وضعیت کارت امتیازی متوازن در بخش بهداشت و درمان، به این نتیجه رسید که تمام این مقالات از کلان مؤلفه‌ی فرآیند داخلی استفاده کرده‌اند و برخی از پژوهش‌ها علاوه بر استفاده از چهار کلان مؤلفه‌ی اصلی، از مؤلفه‌های دیگر مانند بهبود سلامت، دسترسی عادلانه، اثربخشی خدمات ارائه‌شده و غیره نیز بهره برده‌اند.

در پژوهشی متمایز با عنوان «استفاده از کارت امتیازی متوازن برای اندازه‌گیری عملکرد برنامه ترویج سلامت در اتیوپی»، تکلهایمانوت و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۶) خدمات مراقبت‌های سلامت را از شش وجه ارزیابی کرده‌اند. این شش وجه عبارت‌اند از: (۱)

ظرفیت ارائه خدمت<sup>۱۱</sup>، ۲) نظام مالی<sup>۱۲</sup>، ۳) منابع انسانی<sup>۱۳</sup>، ۴) فرآیند ارائه خدمت<sup>۱۴</sup>، ۵) مشارکت جوامع<sup>۱۵</sup> و ۶) خروجی و نتیجه<sup>۱۶</sup>.

«از زمان معرفی مفهوم کارت امتیازی متوازن در سال ۱۹۹۲، این مدل در سطوح سازمان‌ها، واحدهای تجاری، دپارتمان‌ها و صدها کسب‌وکار تجاری در حوزه بهداشت و درمان، چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی استفاده شده است». این جمله از ولکر و همکاران<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۱)، محقق را بر استفاده از کارت امتیازی متوازن جهت ارزیابی راهبردهای کلان در حوزه مراقب‌های اولیه سلامت، ترغیب بیشتری می‌کند. وی در مقایسه با وجوه سنتی کارت امتیازی متوازن، شکل زیر را جهت استفاده در نهادهای عمومی غیرانتفاعی (مانند بخش سلامت) ارائه می‌کند:

### نمودار (۳): وجوه کارت امتیازی متوازن برای نهادهای عمومی



منبع: (Voelker, Rakich & French, 2001)

مهم‌ترین مطالعه در زمینه‌ی کاربردی کارت امتیازی متوازن در حوزه سلامت، مقاله مبدع این روش ارزیابی راهبردی، یعنی کاپلان در سال ۲۰۲۰ است. کاپلان (۲۰۲۰) ضمن پژوهشی با عنوان «استفاده از کارت امتیازی متوازن برای ادغام و اکتساب موفق در حوزه مراقب‌های بهداشتی»، ضمن اشاره به پیچیدگی حوزه سلامت بیان می‌دارد در حالت کلی مشتریان سه کار می‌کنند؛ اول آنکه انتخاب می‌کنند کدام محصول یا خدمت را استفاده کنند، دوم آنکه هزینه آن را می‌پردازند و سوم آنکه از آن محصول یا خدمت استفاده می‌کنند. اما در حوزه سلامت این سه کار توسط سه گروه مختلف انجام می‌شود.

پزشکان و به‌ویژه پزشکان مراقبت‌های اولیه سلامت، انتخاب می‌کنند که کدام خدمت به فرد ارائه شود، نهادهای دولتی یا خصوصی در پرداخت هزینه‌ها به کمک فرد می‌آیند و در نهایت بیمار، تحت مراقبت قرار می‌گیرد؛ لذا هر سه گروه از مشتریان نهادهای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت هستند و راهبردهای اتخاذ شده باید در راستای ایجاد ارزش برای هر سه اینها باشند. در همین راستا، مؤلفه‌هایی جهت عملکرد هر کدام از این مشتریان ارائه می‌دهد.

ماحصل مرور مطالعات در زمینه ارزیابی راهبردی از طریق کارت امتیازی متوازن - در حوزه سلامت - در یک دسته‌بندی اولیه در جدول زیر قابل رؤیت خواهد بود.

**جدول (۱): جانشینی اولیه مؤلفه‌های استخراج‌شده در کارت امتیازی متوازن**

وجه ذی‌نفعان	وجه مالی	وجه فرآیندهای داخلی	وجه رشد و یادگیری
- صلاحیت نیروی انسانی ارائه‌دهندگان خدمات (مجیدی، ۱۳۹۵؛ هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- در نظر گرفتن منابع مالی پایدار برای راهبردهای حوزه سلامت (هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- بهره‌وری خدمات (باقری، ۱۳۹۳)	- سرمایه‌گذاری‌های آموزشی (مجیدی، ۱۳۹۵)
- میزان رضایت دریافت‌کنندگان خدمات (مجیدی، ۱۳۹۵؛ بهروزی، ۲۰۱۴؛ هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- تأمین مالی ارقام سلامت (هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- کیفیت خدمات (باقری، ۱۳۳؛ هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- تحقیق و توسعه خدمات (مجیدی، ۱۳۹۵)
- رضایت ارائه‌دهندگان خدمات (هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- تنظیم سازوکار مالی نظام ارجاع (هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- وجود زیرساخت‌های فیزیکی لازم (هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه (بهروزی، ۲۰۱۴)
- رفع نیازهای سلامتی مردم (کاپلان، ۲۰۲۰)	- برنامه نظارت و ارزیابی (هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	- تعامل با بخش خصوصی - قیمت خدمات (مجیدی، ۱۳۹۵؛ هابلی و همکاران، ۲۰۱۶)	

منبع: یافته‌های محقق

پس از بررسی تعریف مراقب‌های اولیه سلامت، ارکان، اصول و اهرم‌های راهبردی و عملیاتی آن؛ سه مؤلفه مهم با عنوان جهت‌گیری‌های کلان، به مؤلفه‌های کارت امتیازی متوازن افزوده شد که شامل: تعهد سیاسی، چارچوب حکمرانی و مدل ارائه خدمات می‌شود (WHO, 2021). با ادغام و دسته‌بندی نهایی مؤلفه‌های جدول فوق و اضافه کردن مؤلفه‌های جهت‌گیری‌های کلان به مدل، شکل زیر، مبنای تحلیل پژوهش حاضر خواهد بود.

#### نمودار (۴): مدل کاربردی کارت امتیازی متوازن در ارزیابی راهبردی مراقب‌های اولیه سلامت

مدل کاربردی کارت امتیازی متوازن در ارزیابی راهبردی مراقب‌های اولیه سلامت

مؤلفه‌های عملکردی		جهت‌گیری‌های کلان
<p><b>منظر مالی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تداوم منابع مالی پایدار برای PHC</li> <li>- تناسب بودجه اختصاص یافته و اهداف PHC</li> <li>- ترگداری خدمات PHC بر هزینه‌های نظام سلامت</li> </ul>	<p><b>منظر ذی‌نفعان</b></p> <p><b>ارائه‌دهندگان:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- صلاحیت ارائه‌دهندگان خدمات</li> <li>- رضایت ارائه‌دهندگان: حقوق و مزایا، فرصت پیشرفت شغلی و...</li> </ul> <p><b>دریافت‌کنندگان:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- رضایت دریافت‌کنندگان از: ۱. کیفیت خدمات ۲. دسترسی به خدمات</li> <li>- رفع نیاز سلامتی جامعه</li> </ul>	<p><b>تعهد سیاسی و رهبری</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>حضور PHC در قلب تلاش‌ها در راستای پوشش حداکثری خدمات سلامت</li> </ul>
<p><b>منظر فرآیندهای داخلی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- بهره‌وری خدمات PHC</li> <li>- کیفیت خدمات PHC</li> <li>- زیرساخت‌های فیزیکی: ارتباطات از راه دور، برق و سایر تأسیسات و...</li> <li>- تعامل بخش دولتی و بخش خصوصی</li> <li>- نظارت و ارزیابی خدمات مبتنی بر سیستم اطلاعاتی کارآمد</li> <li>- استفاده از فن‌آوری‌های مناسب جهت ارائه خدمات</li> </ul>	<p><b>منظر رشد و یادگیری</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- برنامه رشد و آموزشی ارائه‌دهندگان خدمات / سرمایه‌گذاری‌های آموزشی</li> <li>- نقش تحقیق و توسعه در شتاب‌دهی خدمات PHC</li> <li>- برنامه ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه و مراقبت‌جویی</li> </ul>	<p><b>چارچوب حکمرانی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>جهت‌گیری ساختار حکمرانی در جهت مشارکت بین‌بخشی در راستای تقویت PHC</li> </ul>
		<p><b>مدل ارائه خدمات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>پشتیبانی مدل ارائه خدمات از خدمات PHC با کیفیت، مردم محور و جامع</li> </ul>

منبع: یافته‌های محقق

#### ۲. روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از حیث هدف، کاربردی، از منظر گردآوری داده، توصیفی و از نظر رویکرد، تفسیری بوده که با صبغی کیفی صورت پذیرفته است. به منظور ارزیابی راهبردها از میان مدل‌های ارزیابی راهبردی در دانش مدیریت، از کارت امتیازی متوازن کمک گرفته شد و با توجه به ویژگی‌های کارت امتیازی متوازن و بر اساس اصول و مؤلفه‌های مراقب‌های اولیه سلامت، این مدل برای ارزیابی راهبردهای PHC در نظام



سلامت جمهوری اسلامی ایران، متناسب‌سازی گردید. گفتنی است استفاده از این مدل، به‌منظور نگاه همه‌جانبه به بسته‌ی راهبردی مراقبت‌های اولیه سلامت بوده و پژوهشگر به منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل مضمون استفاده کرده است.

روش تحلیل مضمون، بنیادی‌ترین روش کیفی بوده که مهارت‌های اصلی برای اجرای بسیاری از روش‌های دیگر کیفی را فراهم می‌آورد (Braun & Clarke, 2006). تحلیل مضمون، تحلیلی مبتنی بر استقرای تحلیلی است که در آن پژوهشگر، از طریق طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی درون و برون داده‌ای به یک سنخ‌شناسی تحلیلی دست پیدا می‌کند (محمدپور، ۱۳۹۲، ص. ۳۴). در این تکنیک، مضمون داده‌ها بر اساس موضوع در دسته‌های معنادار طبقه‌بندی شده تا بتوان نظر خبرگان را خلاصه و تحلیل نمود. (خنیفیر و مسلمی، ۱۳۹۶، ص. ۵۳-۵۵). فراگرد تحلیل مضمون زمانی شروع می‌شود که تحلیل‌گر، الگوهای معین و موضوعاتی که جذابیت بالقوه دارند را مورد نظر قرار داده و پایان کار، گزارش محتوا و معانی الگوها یا همان مضامینی است که از داده‌ها استخراج شده‌اند (Ryan & Bernard, 2000). پژوهش حاضر در استفاده از روش تحلیل مضمون، از روش قیاسی بهره گرفته است. چراکه داده‌های گردآوری شده از مصاحبه با خبرگان حوزه، بر اساس چارچوب از پیش تعیین شده یعنی کارت امتیازی متوازن، دسته‌بندی و کدگذاری شدند؛ لذا در این راستا جهت گردآوری داده‌ها از ابزار مصاحبه‌ی عمیق و نیمه ساختاریافته از خبرگان حوزه سلامت، بهره گرفته شده است.

به منظور ارزیابی راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت، از هشت نفر به عنوان خبره‌ی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران بهره گرفته شد. لازم به ذکر است به جهت حصول داده‌ی تکراری و کفایت نظری، به این تعداد بسنده گردید. خبرگان منتخب دارای سوابق علمی و اجرایی در حوزه‌ی سلامت بوده و در زمینه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت صاحب‌نظر به‌شمار می‌آیند. معاونت بهداشت و قائم‌مقامی در ستاد گسترش شبکه (۱۳۶۷-۱۳۷۴)، عضویت کمیته ریشه‌کنی فلج اطفال سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۷ تا کنون)، «دانشمند برگزیده ایران در سال ۱۴۰۰» از جانب فرهنگستان علوم پزشکی، هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه گلستان، مدیرعاملی سازمان بیمه سلامت ایران، دبیر گروه آینده‌نگری فرهنگستان علوم، استاد سیاست‌گذاری سلامت در گروه مدیریت

خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز و عضو هیأت‌علمی مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، کارشناس بودجه دانشگاه علوم پزشکی ایران طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳، مدیریت گروه بهداشت و درمان مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی است و در نهایت کارشناس بهداشت عمومی و دکتری اپیدمیولوژی با سابقه دوازده سال کار در شبکه بهداشت و درمان، گوشه‌ای از سوابق علمی و اجرایی خبرگان منتخب پژوهش حاضر هستند.

بنابراین، بر مبنای چارچوب مبتنی بر کارت امتیازی متوازن، یک مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته از جامعه خبرگانی ترتیب داده شد و داده‌های اولیه استخراج شد. سپس محقق، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده کرده است.

پس از انجام مصاحبه‌ها و ایجاد کدهای اولیه و شناخت مضامین، به منظور ترسیم شبکه مضامین، آنها طبق دسته‌بندی استرلینگ (۲۰۰۱) در سه طبقه مضامین فراگیر، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه دسته‌بندی شدند. پس از دسته‌بندی مضامین، شبکه مضامین توسط پژوهشگر ایجاد گردید. شبکه مضامین، در حقیقت ابزاری برای تحلیل هستند، نه خود تحلیل. این شبکه به پژوهشگر کمک می‌کند تا به درک عمیق‌تری از معانی متون برسد و مضامین به دست آمده را تشریح کند؛ لذا پژوهشگر پس از ایجاد شبکه‌ی مضامین، به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته است. در این گام ضمن تلخیص شبکه مضامین، نتایج اولیه پژوهش استخراج شده و با تحلیل آنها، سعی در پاسخ به سؤال پژوهش می‌شود. لازم به ذکر است در مرحله پیاده‌سازی و تحلیل، جهت رعایت اصول اخلاقی و محرمانگی اطلاعات، از نام مستعار و کد برای مصاحبه‌شوندگان استفاده شده و تحلیل داده‌ها نیز به صورت دستی انجام گرفته و از نرم‌افزارهای رایانه‌ای استفاده نشده است.

### ۳. یافته‌های پژوهش

در این بخش به بیان یافته‌های اولیه، کدگذاری و دسته‌بندی آنها در قالب مضامین فراگیر، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین پایه پرداخته شده است. کدگذاری در پژوهش حاضر به روش استنتاجی صورت گرفته است. به این معنا که مستقیماً از داده‌های جمع‌آوری شده پژوهش جهت کدگذاری استفاده شده است.

### ۳-۱. مضامین فراگیر

در تحلیل مضامین، از مؤلفه‌های اصلی کارت امتیازی متوازن - متناسب‌سازی شده جهت ارزیابی راهبردهای PHC در جمهوری اسلامی ایران - به‌عنوان مضامین فراگیر استفاده گردیده است. با این بیان، پنج مضمون فراگیر در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: منظر ذی‌نفعان، منظر مالی، منظر رشد و یادگیری، منظر فرآیندهای داخلی و جهت‌گیری‌های کلان. شکل زیر، نشان‌گر مضامین فراگیر در ارزیابی راهبردهای PHC در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است که از مطالعه منابع در قلمرو موضوعی ارزیابی و کنترل راهبردی و به‌طور خاص، کارت امتیازی متوازن و کاربست کارت امتیازی متوازن در حوزه سلامت و همچنین قلمرو موضوعی PHC و ارزش‌های محوری آن، به‌دست آمده است.

### ۳-۲. مضامین سازمان‌دهنده

در گام بعد و با استفاده از منابع موجود در قلمرو موضوعی کاربست کارت امتیازی متوازن در حوزه سلامت در منابع داخلی و خارجی و همچنین، دسته‌بندی اولیه مضامین مستخرج از مصاحبه‌های به‌عمل آمده، تعداد ۱۹ مضمون سازمان‌دهنده تعریف شده و مضامین پایه ذیل آنها جای گرفتند. شکل زیر بیانگر مضامین فراگیر و سازمان‌دهنده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

جدول (۲): مضامین فراگیر و مضامین سازمان‌دهنده ارزیابی راهبردهای PHC

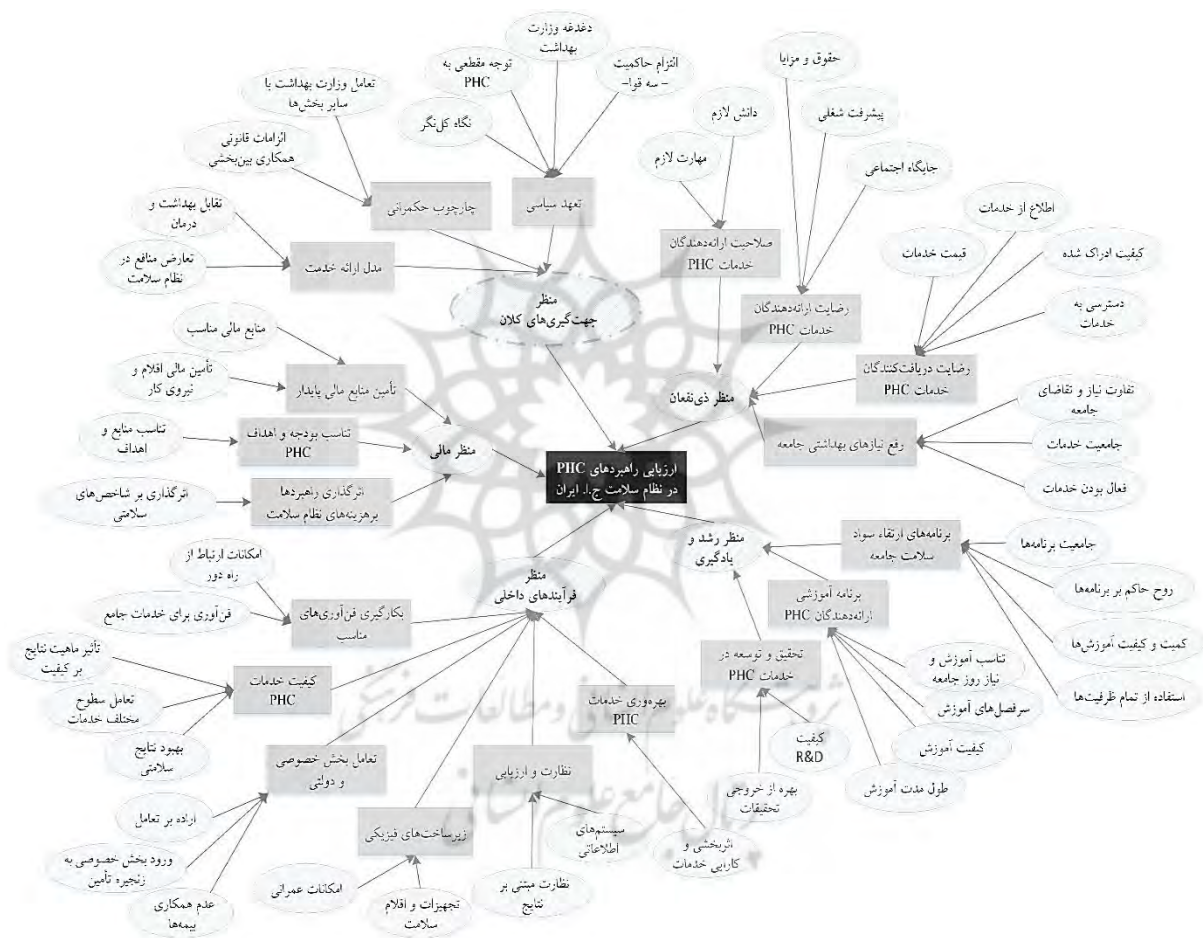
مضامین سازمان‌دهنده	مضامین فراگیر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- صلاحیت ارائه‌دهندگان خدمات PHC</li> <li>- رضایت ارائه‌دهندگان خدمات PHC</li> <li>- رضایت دریافت‌کنندگان خدمات PHC</li> <li>- رفع نیازهای بهداشتی عمومی جامعه</li> </ul>	منظر ذی‌نفعان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأمین منابع مالی پایدار</li> <li>- تناسب اهداف PHC و بودجه اختصاص یافته به آن</li> <li>- اثرگذاری راهبردهای PHC بر هزینه‌های نظام سلامت</li> </ul>	منظر مالی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- برنامه آموزش ارائه‌دهندگان خدمات PHC</li> <li>- نقش تحقیق و توسعه در شتاب‌دهی خدمات PHC</li> <li>- برنامه‌های ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه</li> </ul>	منظر رشد و یادگیری
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بهره‌وری خدمات PHC</li> <li>- کیفیت خدمات PHC</li> <li>- زیرساخت‌های فیزیکی</li> <li>- تعامل بخش دولتی و خصوصی</li> <li>- نظارت و ارزیابی خدمات PHC مبتنی بر سیستم‌های اطلاعاتی</li> <li>- استفاده از فن‌آوری‌های مناسب و به روز</li> </ul>	منظر فرآیندهای داخلی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعهد سیاسی به محوریت خدمات PHC</li> <li>- چارچوب حکمرانی و ظرفیت‌های مشارکت بین‌بخشی</li> <li>- مدل ارائه خدمات سلامت در ج.ا. ایران</li> </ul>	منظر جهت‌گیری‌های کلان

منبع: یافته‌های محقق

### ۳-۳. مضامین پایه

بر مبنای مضامین فراگیر و مضامین سازمان‌دهنده، سؤالات در قالب یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق پرسیده شد. در نتیجه‌ی این مصاحبه‌ها، ۵۹ مضمون شناسایی شد و بر اساس آن، شبکه مضامین ترسیم گردید.

۳-۴. شبکه مضامین



نمودار (۵): شبکه مضامین ارزیابی راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در نظام سلامت

جمهوری اسلامی ایران

منبع: یافته‌های محقق

#### ۴. بحث و جمع‌بندی

##### ۴-۱. بحث و بررسی مؤلفه‌های فراگیر

پس از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ در ایران و به دنبال کنفرانس آلماتا، سیاست‌گذاران عرصه سلامت برای حرکت در راستای رویکرد مراقبت‌های اولیه سلامت و متناسب با شرایط کشور، راهبردهای مختلفی اتخاذ کردند. در همین راستا مسأله پژوهش حاضر، ارزیابی راهبردهای اتخاذشده در جهت گسترش خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران است. بدین منظور به کمک چارچوب ارزیابی راهبردی کارت امتیازی متوازن متناسب‌سازی شده با هدف پژوهش، پنج مؤلفه یا مضمون فراگیر ارزیابی شدند. در ادامه به بحث و بررسی این پنج مؤلفه پرداخته خواهد شد.

##### ۴-۲. منظر جهت‌گیری‌های کلان

طبق نظر خبرگان این حوزه، پس از برنامه‌ریزی‌های اولیه در جهت ارائه خدمات PHC در کشور - در اثناء انقلاب اسلامی و تا یک الی دو دهه بعد، به علت‌های مختلف از جمله رویکرد مسئولان وزارت بهداشت، پیروی از دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت و پررنگ شدن ارزش حمایت از مستضعفین با انقلاب اسلامی، محوریت خدمات نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، خدمات PHC بوده است. اما به مرور زمان با سرکار آمدن مسئولانی که رویکرد آنها بیشتر متوجه خدمات درمانی بود این محوریت خدمات PHC، کمرنگ شد.

حتی در طرح تحول سلامت، علی‌رغم کوشش‌هایی در جهت گسترش خدمات بهداشتی، آنچه از رویکرد کلی طرح برداشت می‌شود، گامی در راستای رویکرد درمان-محوری است چراکه مسأله اصلی طرح، کاهش پرداخت از جیب بیماران است و نه توجه و پرداخت به PHC؛ لذا در صورتی که محوریت خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت در یک نظام سلامت، از اهرم‌های راهبردی این خدمات است، امروز PHC چنین جایگاهی را در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران ندارد.

از دیگر مؤلفه‌های مهم اثرگذار بر جهت‌گیری‌های کلان، مدل ارائه‌ی خدمات در نظام سلامت است. طبق نظر خبرگان، ساختار نظام سلامت کشور ما از خدمات PHC حمایت

نمی‌کند. یک مسأله مهم که متأثر از مدل نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران است، مسأله تعارض منافع در این نظام است. تعارض منافع در نظام سلامت موضوعی به نسبت قدیمی است که مطالعات فراوانی به این پدیده در نظام سلامت پرداخته است اما آنچه مورد استفاده در پژوهش حاضر است این است که، روش پرداخت، رفتار ساز است. امروزه روش پرداخت در بخش درمان، غالباً به شکل کارانه است. این روش مزایایی از جمله توزیع دسترسی به خدمات سلامت را در بر دارد اما باعث می‌شود ترجیح نظام سلامت بر آن باشد که همواره مریض داشته باشد تا به درمان و عمل پردازد! این موضوع کاملاً با روح خدمات PHC، در تناقض است. به بیان دیگر پرداخت مبتنی بر تعداد در بخش درمان، رفتارهای مربوط به حوزه سلامت را تغییر داده است؛ لذا این تعارض منافع، باعث تقویت بخش درمان و تضعیف روزانه بخش بهداشت شده است.

و آخرین مضمون سازمان‌دهنده ذیل مضمون فراگیر جهت‌گیری‌های کلان به حمایت چارچوب حکمرانی در راستای همکاری بین‌بخشی جهت پیش‌برد اهداف PHC است. طبق نظر خبرگان در این زمینه، علی‌رغم اینکه حدود ۷۵ درصد سلامت جامعه، در خارج از نظام سلامت تأمین می‌شود، نشانی از همکاری‌های بین‌بخشی پایدار توسط وزارت بهداشت با سایر بخش‌ها وجود ندارد. البته گفتنی است مواردی از این همکاری‌ها در برهه‌های کوتاه و به صورت موردی برقرار بوده است. تشکیل شورای عالی سلامت با رویکرد تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، اصلاح روغن‌های خوراکی و کنترل تولید و استعمال دخانیات از این موارد هستند.

جمع‌بندی آنکه طی چهل سال اخیر، خدمات PHC از محوریت نظام سلامت خارج شده است و دغدغه اصلی وزارت بهداشت تبدیل به درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی شده است. با این بیان، راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در جمهوری اسلامی ایران از منظر جهت‌گیری‌های کلان، ضعیف ارزیابی می‌شود. نکته مهم آن است که ضعف بسته راهبردهای PHC در این مؤلفه، بر سایر مؤلفه‌ها نیز اثرگذار بوده که در بخش‌های بعدی بدان اشاره خواهد شد.



### ۳-۴. منظر ذی‌نفعان

براساس نتایج پژوهش‌ها و آراء خبرگان، ذی‌نفعان خدمات PHC شامل دریافت‌کنندگان خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات می‌شوند. جمع‌بندی اینکه در میان ارائه‌دهندگان خدمات PHC، به‌جز به‌ورزان، سایر پرسنل صلاحیت فنی ارائه خدمات را نداشته و به‌طور کلی نیروی PHC در کشور ما، از مشغولیت در این عرصه، رضایت خاطر ندارد. در مورد دریافت‌کنندگان خدمات گفتنی است، به واسطه‌ی راهبردهای PHC در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، جامعه دسترسی مناسب و با هزینه بسیار پایین به خدمات مراقبت‌های اولیه دارند و این موجب رضایت دریافت‌کنندگان خدمات PHC گشته. هرچند در مورد بهره‌مندی از این خدمات باید بیش از پیش فکر شود. با وجود این رضایت نسبی، بسته خدمات PHC نیازمند روزآمد شدن مبتنی بر نیازهای واقعی جامعه بوده و به شدت در ارائه جامعیت خدمات سلامت، ضعف دارد.

بنابراین، طبق نظر خبرگان، راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت از منظر ذی‌نفعان، در مورد رضایت دریافت‌کنندگان خدمات مثبت ارزیابی می‌شود اما ارائه‌کنندگان خدمات ضمن نارضایتی از مشغولیت در این رشته، به‌جز به‌ورزان صلاحیت فنی ارائه خدمات PHC را نداشته و همچنین این راهبردها در راستای رفع نیازهای به‌روز جامعه و ارائه خدمات جامع سلامت، ضعیف ارزیابی می‌شوند.

### ۴-۴. منظر مالی

تغییر رویکرد در نظام سلامت که در منظر جهت‌گیری‌های کلان به خوبی موشکافی شد، در منظر مالی خود را به وضوح نشان می‌دهد. جمع‌بندی آنکه با تغییر رویکرد نظام سلامت، سرمایه‌گذاری بر خدمات PHC نه تنها پایدار نبوده، بلکه کافی هم نبوده است و در سالیان اخیر تنها ۷ درصد و در بهترین حالت ۱۱ درصد مخارج نظام سلامت را شامل شده است. ناملموس بودن و بلندمدت بودن آثار خدمات PHC، از مهم‌ترین عللی است که باعث شده سیاست‌گذاران رغبتی برای سرمایه‌گذاری کلان در این حوزه نداشته باشند؛ همچنین با گذر زمان تناسب بین اهداف PHC و بودجه اختصاص‌یافته بدان نیز برهم خورده است. اما به‌طور کلی، هرگاه به خدمات PHC توجه شده است، شاهد اثرات مثبت مستقیم و غیرمستقیم آن بر هزینه‌های نظام سلامت بوده‌ایم اما امروزه توجه کافی به این

مهم نمی‌شود. در مجموع با توجه به آراء خبرگان، راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران از منظر مالی نیز، ضعیف ارزیابی می‌شوند.

#### ۴-۵. منظر رشد و یادگیری

جمع‌بندی آنکه راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت در زمینه ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه، در مورد بیماری‌های واگیر و غیرواگیر مثبت ارزیابی شدند اما در سایر حوزه‌ها مانند آسیب‌های اجتماعی ضعف محسوسی مشاهده می‌شود. ضمن اینکه از ظرفیت‌های صداوسیما و فضای مجازی جهت ارائه این آموزش‌ها نیز بهره کافی گرفته نشده است. در مورد برنامه‌های آموزشی ارائه‌دهندگان خدمات نیز مهم‌ترین مسأله، به‌روز نبودن و عدم سنخیت آموزش‌ها با نیازهای جامعه شمرده شد؛ لذا بازطراحی برنامه آموزشی نیروهای PHC ضروری به‌نظر می‌رسد. و در نهایت علی‌رغم وجود مراکز تحقیقاتی مناسب در زمینه PHC، نتایج این تحقیقات به‌کار گرفته نشده و تحقیق و توسعه در زمینه PHC منجر به ظهور فن‌آوری‌های جدید در فرآیند ارائه خدمات PHC نشده است؛ لذا راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت از منظر رشد و یادگیری به دلیل عدم جامعیت آموزش‌های ارائه‌شده به جامعه، روزآمد نبودن آموزش‌های ارائه‌دهندگان خدمات و عدم تناسب آنها با نیاز جامعه و عدم استفاده از نتایج تحقیقاتی در زمینه PHC نیز ضعیف ارزیابی می‌شود.

#### ۴-۶. منظر فرآیندهای داخلی

جمع‌بندی آنکه با توجه به رویکردهای حاکم، بهره‌وری خدمات PHC کاهش پیدا کرده است و به دلیل عدم ارتباط مناسب سطوح ارائه خدمت، خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت از کیفیت لازم برخوردار نیستند. زیرساخت‌های تأسیساتی و عمرانی پایگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات PHC، از حداقل امکانات جهت ارائه خدمات اولیه برخوردار هستند. نکته بعد آنکه به‌دلیل عدم حمایت‌های لازم از طرف دولت و بیمه‌ها از خدمات PHC، بخش خصوصی انگیزه‌ای جهت ورود به ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت را ندارد. مسأله بعد در فرآیندهای داخلی موضوع نوپا بودن سیستم‌های اطلاعاتی و به تبع ضعف در ارزیابی خدمات مراقبت‌های اولیه است و در نهایت متأسفانه راهبردهای PHC از فن‌آوری‌های به‌روز در جهت ارائه خدمات جامع نیز حمایتی نمی‌کند؛ لذا طبق نظر

خبرگان، ارزیابی راهبردهای مراقب‌های اولیه سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران از منظر فرآیندهای داخلی نیز ضعیف برآورد می‌شود.

#### ۵. نتیجه‌گیری و پیشنهاد

نتیجه‌گیری نهایی آنکه علی‌رغم اهمیت اثبات‌شده خدمات PHC در دنیا، متأسفانه راهبردهای گسترش مراقب‌های اولیه سلامت در جمهوری اسلامی ایران ضعیف ارزیابی شده و این خدمات به نوعی واجب فراموش‌شده‌ی نظام سلامت به حساب می‌آیند. خدماتی که اگر راهبردهای مناسب‌تری در جهت گسترش آنها توسط نظام سلامت اتخاذ می‌شد، امروز نظام سلامت و کشور جمهوری اسلامی ایران تا این حد در بحران همه‌گیری کووید-۱۹ غرق نشده بود. امید است در عملکرد دولت سیزدهم، ضمن برنامه‌ریزی‌های صحیح در تمام حوزه‌های نظام سلامت، به اثرگذاری بالای خدمات PHC توجه شده و با اتخاذ راهبردهای مناسب این خدمات، مجدد به محوریت نظام ارائه خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران، باز گردد.

به نظر می‌رسد ارزیابی دقیق و کمی آثار خدمات PHC بر هزینه‌های نظام سلامت می‌تواند اهمیت تقویت این خدمات در نظام سلامت را برای سیاست‌گذاران و سکان‌داران نظام سلامت آشکار کند؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهشی مجزا، آثار و نتایج خدمات PHC به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر هزینه‌های نظام سلامت به صورت کمی بررسی گردد. همچنین با توجه به اهمیت مراقب‌های اولیه سلامت به جنبه‌های پیشگیرانه، ارزیابی این خدمات در مواجهه با همه‌گیری کرونا، پیشنهاد پژوهشی دیگر پژوهشگر است.

#### یادداشت‌ها

1. Primary Health Care
2. Starfield, B
3. Vuori, H
4. Learned, Christensen, Andrews, Guth
5. Mintzberg
6. Strategic Management
7. David
8. Ansoff
9. Pearce, J. A & Robinson, R. B

10. Teklehaimanot, H. D., Teklehaimanot, A., Tedella, A. A., & Abdella, M
11. Capacity For Service Provision
12. Financial Systems
13. Human Resource
14. Service Delivery Process
15. Community Engagement
16. Output And Outcome
17. Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, G. R

#### کتابنامه

- آصف‌زاده، سعید و رضاپور، عزیز (۱۳۹۵). مدیریت بهداشت و درمان. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین.
- باقری، پ. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط عوامل مؤثر با ارزیابی عملکرد در بیمارستان فیاض‌بخش بر اساس کارت امتیازی متوازن. دانشکده مدیریت. دانشگاه آزاد اسلامی. تهران. ایران.
- باقیانی مقدم، محمدحسین؛ احرام‌پوش، محمدحسن و وکیلی، محمود (۱۳۹۰). اصول و کلیات خدمات بهداشتی. تهران: آثار سبحان.
- حاتمی، حسین؛ رضوی، سید منصور؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ مجلسی، فرشته؛ سید نوزادی، محسن؛ پریزاده، محمدجواد و با همکاری اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی (۱۳۹۸). کتاب جامع بهداشت عمومی. بهداشت برای همه و مراقبت‌های اولیه سلامت. تهران: ارجمند.
- چپمن، کریستوفر (۱۳۹۵). کنترل استراتژی (وحید خاشعی و انسیه شریف‌محسنی، مترجمان) تهران: به‌پوش (نشر اثر اصلی ۲۰۰۵).
- خنیفر، حسین و مسلمی، ناهید (۱۳۹۶). اصول و مبانی روش‌های پژوهش کیفی. تهران: نگاه دانش.
- شادپور، کامل (۱۳۷۲). شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- کردنائیج، اسداله (۱۳۹۶). تفکر و مدیریت استراتژی؛ تئوری و عمل. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- مجیدی، محمود (۱۳۹۵). استفاده از کارت امتیازی متوازن در ارزیابی عملکرد صنعت داروسازی مطالعه موردی: داروسازی زهراوی. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). مؤسسه آموزش عالی تاکستان، قزوین. ایران.
- محمدپور، احمد (۱۳۹۲). روش تحقیق کیفی ضد روش یک و دو. تهران: جامعه‌شناسان.

مرندی، سیدعلیرضا؛ عزیزی، فریدون؛ لاریجانی، باقر و جمشیدی، حمیدرضا (۱۳۷۷). سلامت در جمهوری اسلامی ایران. بهداشت، درمان و دارو، آموزش، پژوهش و امور فرهنگی. تهران: اطلاعات.

ملک‌افضلی، حسین و صدری زاد، بیژن. (۱۳۹۷). ۴۵ سال تجربه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران؛ فرصت‌ها، چالش‌ها و نقشه راه آینده. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲ (۴). ۴۳۸-۴۴۸.

Aidemark, L.-G., & Funck, E. K. (2009). MEASUREMENT AND HEALTH CARE MANAGEMENT. *Financial Accountability & Management*. 25 (2). 253-276.

Ansoff, H. I., & McDonnell, E. J. (1990). *Implanting strategic management* (2nd ed.).

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 1 (3). 385-405.

Atun R (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*

Behrouzi, F., Shaharoun, A. M., & Ma'aram, A. (2014). Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. *Australian Health Review : a Publication of the Australian Hospital Association*. 38 (2). 208-217. <https://doi.org/10.1071/ah13170>

Boerma, W. G.W., Groenewegen, P. P., & van der Zee, J. (1998). General practice in urban and rural Europe: The range of curative services. *Social Science & Medicine*. 47 (4). 445-453.

Brand, J. L. (1989). THE UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE AND INTERNATIONAL HEALTH, 1945-1950. *Bulletin of the History of Medicine*. 63 (4). 579-598. <http://www.jstor.org/stable/44451124>.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3 (2). 77-101.

C. Ham, R. Robinson, M. Benzeval (Ed.). 1990. *Health Check: Health Care Reforms in an International Context*.

Cantor, J. (1993). Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. Starfield B, New York, NY, Oxford University Press, Inc. *Journal of Physical Therapy Education*. 7 (2). 80-81. [https://journals.lww.com/jopte/Fulltext/1993/07000/Primary\\_Care\\_\\_Concept,\\_Evaluation,\\_and\\_Policy\\_.24.aspx](https://journals.lww.com/jopte/Fulltext/1993/07000/Primary_Care__Concept,_Evaluation,_and_Policy_.24.aspx).

Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C., & Edell, E. S. (2000). Strategic performance management: Development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*. 45 (1). 58-68.

- David, F. R. (2011). *Strategic management: Concepts and classes* / Fred R. David (13th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Franken, M., & Koolman, X. (2013). Health system goals: A discrete choice experiment to obtain societal valuations. *Health Policy*. 112 (1-2). 28–34.
- Franks, P., Clancy, C. M., & Nutting, P. A. (1992). Gatekeeping revisited—protecting patients from overtreatment. *The New England journal of medicine*. 327 (6). 424–429.
- Kaplan, S. R. (2020). *Using the Balanced Scorecard for Successful Health Care M&A Integration*. *NEJM Catalyst*.  
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0286>.
- Lamarche, P., Beaulieu, M., Pineault, R., Contandriopoulos, A., Denis, J., Haggerty, J., et al. (2003). *Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*.
- Leape, L. L. (1990). Does Inappropriate Use Explain Small-Area Variations in the Use of Health Care Services? *JAMA*. 263 (5). 669.
- Learned, E. P., Andrews, K. R., Christensen, C. R., & Guth, W. D. (1969). *Business Policy: Text and Cases*: R. D. Irwin.
- MacCormack, C. P. (1983). Community participation in primary health care. *Tropical doctor*. 13 (2). 51–54.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health services research*. 38 (3). 831–865.
- Martin, D. P., Diehr, P., Price, K. F., & Richardson, W. C. (1989). Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. *American journal of public health*. 79 (12). 1628–1632.
- Mills, A., & Drummond, M. (1987). Value for money in the health sector: The contribution of primary health care. *Health policy and planning*. 2 (2). 107–128.
- Mintzberg, H. (1998). *The strategy process: Concepts, contexts, cases* (4th ed.). Upper Saddle River NJ: Prentice Hall.
- Moore, S. (1979). Cost containment through risk-sharing by primary-care physicians. *The New England journal of medicine*. 300 (24). 1359–1362.
- Nurs, N.Z. (2003). Four pillars for primary health care nurses. *Nursing New Zealand* (Wellington, N.Z. : 1995). 9 (8). 14.
- Parker, A. W., Walsh, J. M., & Coon, M. (1976). A normative approach to the definition of primary health care. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*. 54 (4). 415–438.
- Pearce, J., Robinson, R. (2010). *Strategic Management*. United States: McGraw-Hill Education.
- Pearce, J. A., & Robinson, R. B. (2012). *Strategic management: Formulation, implementation, and control* / John A. Pearce II, Richard B. Robinson, Jr



- (12th ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education; London: McGraw-Hill [distributor].
- Romanow, R. J. (2002). *Buildings on values: The future of health care in Canada: final report*. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Ryan, G., & Bernard, H. (2000). *Data Management and Analysis Methods*. In: Handbook of Qualitative Research, 2nd ed. Norman Denzin and Yvonna Lincoln, eds. Sage Publications. 769-802
- Saltman, R. B., & Ferroussier-Davis, O. (2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 78 (6). 732-739.
- Sarti, T. D., Lazarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? [What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?]. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*. 29 (2). e2020166.
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M. H., Field, L., & Francis, C. K. (1992). Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *The New England journal of medicine*. 327 (11). 776-781.
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Wulu, J., Regan, J., & Politzer, R. (2003). The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 16 (5). 412-422.
- Siu, A. L., Leibowitz, A., Brook, R. H., Goldman, N. S., Lurie, N., & Newhouse, J. P. (1988). Use of the hospital in a randomized trial of prepaid care. *JAMA*. 259 (9). 1343-1346.
- Starfield, B. (2006). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*. 60 (3). 201-218.
- Tangye, C. E. (1920). The Dawson report. *Public Health*. 34. 42-44.
- Teklehaimanot, H. D., Teklehaimanot, A., Tedella, A. A., & Abdella, M. (2016). Use of Balanced Scorecard Methodology for Performance Measurement of the Health Extension Program in Ethiopia. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 94 (5). 1157-1169. From <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/94/5/article-p1157.xml>.
- Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, G. R. (2001a). The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital topics*. 79 (3). 13-24.
- Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, G. R. (2001b). The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital topics*. 79 (3). 13-24.



- Vuori, H. (1986). Health for all, primary health care and general practitioners. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 36 (290). 398–402.
- Welch, W. P., Miller, M. E., Welch, H. G., Fisher, E. S., & Wennberg, J. E. (1993). Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *The New England journal of medicine*. 328 (9). 621–627.
- White, K. L. (1967). Primary medical care for families—organization and evaluation. *The New England journal of medicine*. 277 (16). 847–852.
- WHO (2021). *what is PHC? World Health Organization (1978 -1983)*. Primary health care: Report. Health for all series: N. 1. Geneva: World Health Organization. from <https://www.who.int/activities/what-is-PHC>
- Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of health care finance*. 29 (4). 1–16.

