

مدل حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی: با توجه به برنامه هفتم توسعه کشور

اعظم صفایی^۱، محمد رضا جابر انصاری^۲، محمد رضا طاهری روزبهانی^۳، حسن گیوریان^۴، محمد غلامیان^۵

چکیده

حکمرانی سلامت در دهه‌های اخیر به یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های نظام‌های سیاسی و اجتماعی تبدیل شده است. چالش‌های پیچیده سلامت، از جمله افزایش هزینه‌های درمان، نابرابری‌های دسترسی، بحران‌های بهداشت عمومی و کاهش اعتماد عمومی، ضرورت طراحی الگوهای نوین حکمرانی را بیش از پیش نمایان ساخته است. یکی از رویکردهای نوظهور در این حوزه، تأکید بر مشارکت عمومی به عنوان عامل کلیدی ارتقای اثربخشی سیاست‌های سلامت است. پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل حکمرانی سلامت مبتنی بر رویکرد مشارکت عمومی انجام شده است. روش تحقیق به صورت ترکیبی (کیفی-کمی) طراحی گردید؛ در بخش کیفی از تحلیل محتوای اسنادی و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با خبرگان حوزه سلامت استفاده شد و در بخش کمی، داده‌های حاصل با بهره‌گیری از مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مشارکت عمومی در ابعاد اطلاع‌رسانی، مشاوره، همکاری و توانمندسازی، نقشی بنیادین در کارآمدی نظام حکمرانی سلامت ایفا می‌کند. همچنین مدل پیشنهادی می‌تواند به عنوان چارچوبی راهبردی برای ارتقای شفافیت، پاسخگویی و عدالت در نظام سلامت کشور مورد استفاده قرار گیرد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که استقرار الگوی حکمرانی سلامت مشارکتی، علاوه بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات، زمینه‌ساز ارتقای سرمایه اجتماعی و تقویت اعتماد عمومی نیز خواهد بود.

واژگان کلیدی: حکمرانی سلامت، مشارکت عمومی، سیاست‌گذاری سلامت، مدل‌سازی معادلات ساختاری، برنامه هفتم توسعه

^۱ گروه مدیریت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ گروه مدیریت، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. (نویسنده مسئول) m_ansari1353@yahoo.com

^۳ گروه مدیریت، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

^۴ گروه مدیریت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۵ گروه ریاضی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۱. مقدمه

حکمرانی سلامت، به معنای توانمندسازی دولت، سازمان‌های مرتبط و جامعه مدنی برای اداره مؤثر نظام سلامت است. این مفهوم نه تنها به طراحی سیاست‌ها و اجرای برنامه‌ها محدود می‌شود، بلکه شامل فرآیند مستمر تعامل بین ذینفعان مختلف، شفافیت، پاسخگویی و مشارکت معنادار مردم در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت است. در ایران، با توجه به تجربه دهه‌های اخیر و برنامه‌های توسعه، ضرورت ارتقای حکمرانی مشارکتی سلامت بیش از پیش احساس می‌شود، به ویژه در راستای اهداف برنامه هفتم توسعه که تأکید ویژه‌ای بر عدالت اجتماعی، پوشش همگانی سلامت و توانمندسازی جامعه دارد.

حکمرانی به مثابه «شیوه هدایت و هماهنگی جمعی امور عمومی» در کانون مباحث سیاست‌گذاری مورد توجه قرار گرفته است. در این تلقی، حکمرانی فراتر از دولت به شبکه‌ای از بازیگران دولتی و غیردولتی، قواعد رسمی و غیررسمی، و سرمایه اجتماعی متکی است که از رهگذر تعاملات مشارکتی، تضاد منافع را به تفاهم و اقدام جمعی تبدیل می‌کنند. در حوزه سلامت، این معنای شبکه‌ای حکمرانی با الزامات پوشش همگانی سلامت (UHC) هم‌افزاست: تحقق دریافت خدمات ضروری بدون سختی مالی، مستلزم سازوکارهایی است که صدای مردم و ذی‌نفعان را در تمام چرخه سیاست‌گذاری از دستورکارگذاری تا اجرا و پایش منظم و مؤثر وارد کند. سازمان جهانی بهداشت نیز در «راهنمای مشارکت اجتماعی برای UHC بر نهادهای سازی فضاهای مشارکتی (participatory spaces) و کارکرد «صدای ذی‌نفعان» به‌عنوان زیربخش حکمرانی نظام سلامت تأکید کرده و اصول و گام‌های عملیاتی آن را برای دولت‌ها تبیین کرده است (World Health Organization Iris, 2023).

همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که ظرفیت حکمرانی و تاب‌آوری سلامت عمومی تا چه اندازه به اعتماد اجتماعی، شفافیت، پاسخگویی و مشارکت معنادار جامعه

وابسته است. شواهد مرورهای نظام‌مند اخیر حاکی است هر جا سازوکارهای مشارکتی چندبخشی و جامعه‌محور در حکمرانی شهری سلامت تقویت شده، پاسخ‌ها سازگارتر با نیازهای محلی و عادلانه‌تر بوده‌اند، هرچند برای سنجش اثرات، به شاخص‌ها و ابزارهای معتبر بیشتری نیاز است (Bonab MR, et al. 2024).

در ایران، اگرچه در اسناد بالادستی و قانون اساسی بر نقش مردم در اداره امور عمومی و سلامت تأکید شده، مطالعات چندسال اخیر کاستی‌های ساختاری و اجرایی حکمرانی سلامت و فاصله تا مشارکت معنادار شهروندان را گزارش کرده‌اند: از تداخل وظایف و شفاف نبودن سطوح پاسخگویی تا ضعف همکاری بین‌بخشی و نهادمند نبودن سازوکارهای مشارکت. پژوهش‌های کیفی جدید درباره «صدای عمومی» و مشارکت در سیاست‌گذاری سلامت ایران نیز بر ضرورت اصلاحات نهادی، ارتقای پاسخگویی، و طراحی چارچوب‌های بومی برای مشارکت سازمان‌یافته مردم تصریح دارند (Aboulhallaj M, et al. 2024).

بر این پایه، این مقاله با هدف «طراحی مدل حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی» می‌کوشد با اتکاء به ادبیات بین‌المللی و شواهد بومی ایران، ابعاد، عوامل مؤثر و پیامدهای حکمرانی مشارکتی سلامت را تبیین کرده و الگویی اقتضایی برای استقرار آن در کشور ارائه دهد. مرورهای اخیر درباره سنجش حکمرانی سلامت و ابزارهای ارزیابی نیز بستر مفهومی مناسبی برای عملیاتی‌سازی عناصر مدل و پایش پیشرفت فراهم کرده‌اند (Iranian Journal of Public Health).

در خصوص چارچوب‌های مفهومی حکمرانی سلامت و مشارکت اجتماعی، مطالعات مختلفی انجام شد. راهنمای ۲۰۲۱ سازمان جهانی بهداشت، مشارکت اجتماعی را «ابزار هسته‌ای تقویت صدا، عاملیت و توانمندسازی» در مسیر UHC می‌داند و برای وزارتخانه‌های بهداشت مجموعه‌ای از تم‌ها (از جمله طراحی فضاهای مشارکتی،

اثرات و پیامدهای مشارکت بر عملکرد نظام سلامت، یکی از موضوعات بسیار مهم در نظام سلامت است که توجه زیادی به آن شده است. مرورهای اخیر بیان می‌کنند که مشارکت مؤثر می‌تواند به بهبود تناسب سیاست‌ها با نیازهای محلی، ارتقای اعتماد عمومی، پاسخگویی و عدالت در دسترسی بینجامد؛ با این حال، اندازه‌گیری کمی اثرات نیازمند شاخص‌های بهتری است. مرور سیستماتیک درباره حکمرانی شهری و مشارکت مدنی نیز نتایج همسو گزارش می‌کند و بر شکاف شواهد سنجشی تأکید دارد (Bonab MR, et al.2023).

از زاویه UHC، مرورهای دامنه‌ای بر نقش حکمرانی و مدیریت مشارکتی در تقویت مراقبت‌های اولیه و پیشبرد پوشش مالی منصفانه اذعان دارند؛ «صدای مردم» به تنظیم اولویت‌ها، طراحی بسته‌های خدمت متناسب و نظارت اجتماعی بر کارایی و کیفیت کمک می‌کند (Mesa-Vieira C, Franco OH, et al.2023).

اما این بین، چالش‌ها و پیش‌نیازهای حکمرانی مشارکتی در ایران، یکی از مسائل بسیار مهم است که باید توجه ویژه‌ای به آن داشت. مطالعات کیفی تازه در ایران، از جمله درباره «صدای عمومی» در سیاست‌های سلامت، نشان می‌دهند که علی‌رغم تصریح حقوقی مشارکت، موانع ساختاری (ابهام در اختیارات و پاسخگویی، پراکندگی متولیان، و ضعف همکاری بین‌بخشی) و فرهنگی-اجتماعی (بی‌اعتمادی متقابل، نگاه ابزاری به مشارکت، فردگرایی و ضعف کارگروهی) مانع نهادینه‌شدن مشارکت معنادار است. توصیه‌های رایج شامل ایجاد چارچوب‌های قانونی الزام‌آور برای مشورت عمومی، طراحی نهادهای واسطه (مانند شوراهای سلامت با نمایندگی واقعی جامعه)، و سازوکارهای شفاف بازخورد و پاسخ‌گویی سیاستی است (Aboulhallaj M, et al. 2024).

در حوزه‌های خاص‌تر، پژوهش‌ها درباره مشارکت خیرین سلامت به چالش‌های ساختاری، فرایندی و مدیریتی اشاره کرده و راهکارهایی برای افزایش اثربخشی و پاسخگویی پیشنهاد داده‌اند که می‌تواند در معماری مدل مشارکتی کلان

شمول‌گرایی، تغذیه شواهد به فرایند سیاست‌گذاری، و سازوکارهای بازخورد و پاسخگویی) و گام‌های اجرایی عرضه می‌کند. این سند با تکیه بر مطالعات موردی و شواهد تجربی، تمایز میان اطلاع‌رسانی، مشاورت، مشارکت و هم‌تصمیمی را روشن ساخته و بر «نهادینه‌سازی» مشارکت "نه اقدامات مقطعی" اصرار می‌ورزد (Baumann LA, Reinhold AK, Brütt AL.2022).

یک مرور نظام‌مند وابسته به WHO در ۲۰۲۳ نیز موانع/تسهیل‌گرهای کنش چندبخشی و مشارکت مدنی در حکمرانی سلامت شهری و همین‌طور فهرستی از شاخص‌ها و ابزارهای قابل اتکاء برای سنجش فرایندها و پیامدهای مشارکت را گردآوری کرده است. این شواهد برای کشورهایی که در پی استانداردسازی و ارزیابی سازوکارهای مشارکت هستند، نقشه‌راه روشنی فراهم می‌آورد (World Health Organization,2021).

همچنین در خصوص سنجش و ارزیابی حکمرانی سلامت، پژوهش‌های گسترده‌ای صورت گرفته است. خسروی و همکاران (۲۰۲۳) در یک مرور دامنه‌ای، ۳۰ ابزار ارزیابی حکمرانی نظام سلامت را شناسایی کردند؛ ۱۱ ابزار اختصاصاً برای حکمرانی سلامت طراحی شده بود. مؤلفه‌های پرتکرار شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی، سازماندهی/راهبری و کنترل/نظارت است. وجود این ابزارها امکان پیوند طراحی مدل‌های حکمرانی مشارکتی با سنجش‌های قابل‌پایش را فراهم می‌کند (Khosravi MF, Mosadeghrad AM, Arab M.2023).

در سطح عملیاتی، مرورهای بین‌المللی درباره مشارکت عمومی/بیمار در تصمیم‌سازی‌های نظام سلامت نشان داده‌اند که روش‌های مشارکت از مشورت‌های ساختاریافته تا هیئت‌های سیاستی مشترک متغیر است؛ اما «کیفیت فرآیند» (نمایندگی اقشار کم‌برخوردار، بازخورد و پاسخگویی، و پیوند با تصمیم نهایی) تعیین‌کننده اثرگذاری است (Mesa-Vieira C, Franco OH, et al.2023).

است که ضمن بهره‌گیری از راهنمای WHO و ابزارهای سنجش موجود، آن‌ها را با شواهد و اقتضائات ایران تلفیق کرده و مسیرهای اجرایی، بازیگران، و شاخص‌های پایش را به‌طور مشخص صورت‌بندی می‌کند (Iranian Journal of Public Health).

۲. مبانی نظری

حکمرانی سلامت به عنوان فرآیندی پیچیده و چندسطحی، مستلزم تعامل میان دولت، بخش خصوصی، سازمان‌های غیردولتی و شهروندان است. چارچوب نظری این پژوهش مبتنی بر ترکیب نظریه حکمرانی مشارکتی و مدل‌های توانمندسازی اجتماعی در سلامت است. هدف از این چارچوب، شناسایی و تبیین ابعاد، عوامل موثر و پیامدهای حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی در ایران است. این چارچوب به پژوهشگر امکان می‌دهد تا روابط میان اجزای نظام سلامت و ذی‌نفعان مختلف را بررسی کند، عوامل کلیدی موفقیت یا چالش‌ها را در پیاده‌سازی حکمرانی مشارکتی شناسایی کند، و مسیر طراحی الگوی بومی حکمرانی سلامت را با رویکرد مشارکت عمومی مشخص نماید.

۲-۱. مفاهیم اصلی چارچوب نظری

۲-۱-۱. حکمرانی سلامت

حکمرانی سلامت، مجموعه‌ای از اقدامات فردی و نهادی است که به برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و مدیریت مشترک امور سلامت می‌پردازد. این مفهوم شامل نهادهای رسمی و غیررسمی، تعامل میان دولت و جامعه مدنی، و مشارکت شهروندان در سیاست‌گذاری و اجرای خدمات سلامت می‌باشد (Mohammadi et al., 2022).

مؤلفه‌های اصلی حکمرانی سلامت براساس ادبیات بین‌المللی و داخلی، حکمرانی سلامت شامل چهار مؤلفه کلیدی است:

۱. حاکمیت و رهبری دولت (WHO, 2021)،

محمدی و همکاران (۱۴۰۱).

- توانایی دولت در تعیین سیاست‌ها و

استراتژی‌های سلامت.

نیز الهام‌بخش باشد (Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. 2021). مطالعه (Raján et al. 2019). تجربیات نشست ملی سلامت تایلند (NHA) را بررسی می‌کند، که مشارکت گسترده و مؤثر مردم را در فرایند تصمیم‌گیری سلامت فراهم کرده و برای سایر کشورها عبرت‌آموز است. سانگ (Song et al. 2021) با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) نشان داد که مشارکت عمومی، از طریق افزایش اعتماد و کاهش ترجیح فرزند پسر، به بهبود کیفیت خدمات برنامه‌ریزی خانواده کمک می‌کند. همچنین، درک ریسک نقش تعدیل‌کننده در این مدل دارد. گوپتا و همکاران (Gupta et al. 2023) بسیاری از معیار کمی و کیفی مشارکت اجتماعی در حکمرانی سلامت را استخراج کرده‌اند. این معیارها بر اساس پنج موضوع کلیدی دفترچه دستورالعمل WHO دسته‌بندی می‌شوند و می‌توانند قابلیت برای ارزیابی مشارکت فراهم کنند. مطالعه‌ای کیفی که تجربه تونس در «گفتگوی اجتماعی برای سلامت» را تحلیل می‌کند و نشان می‌دهد مشارکت جامعه، اگرچه با چالش‌هایی مثل بی‌اعتمادی و ناپایداری سیاسی مواجه است، اما زمینه‌ساز خلق روندی دموکراتیک در سیاست‌گذاری سلامت می‌شود (Ben Mesmia et al. 2023). تحقیق اوئزل و همکاران (Oetzel et al. 2022) به کمک مدل‌سازی معادلات ساختاری، نشان داد که عوامل ساختاری (مشارکت ساختاری) و توانمندسازی جمعی، نقش‌های میانجی مهمی در ارتقای عدالت سلامت و نتایج پژوهش‌های مشارکتی ایفا می‌کنند.

با وجود انجام پژوهش‌مختلف در زمینه حکمرانی سلامت و مشارکت، همچنان خلأهای پژوهشی حس می‌شود. با وجود بدنه رو به رشد ادبیات بین‌المللی و بومی درباره حکمرانی سلامت و مشارکت، سه شکاف برجسته است: (۱) نبود «مدل بومی-اقتضایی» که عناصر حقوقی، نهادی، فرهنگی و تکنیکی مشارکت را یکپارچه کند؛ (۲) محدودیت شاخص‌های معتبر برای سنجش «کیفیت فرآیند مشارکت» و «اثرگذاری واقعی بر سیاست» در ایران؛ و (۳) کمبود دستورالعمل اجرایی برای پیوند نظام‌مند مشارکت با چرخه رسمی سیاست‌گذاری. نوآوری این پژوهش طراحی الگویی

۱. گفت‌وگوی میان سازمانی: تعامل دولت با نهادهای غیردولتی و گروه‌های اجتماعی.
۲. تقسیم قدرت و منابع: توزیع عادلانه اختیارات و منابع میان ذی‌نفعان.
۳. پاسخگویی/اجتماعی: شنیده شدن صدا و نظرات مردم و اعمال آن در سیاست‌ها (Rajan et al., 2019).

۲-۱-۳. مشارکت عمومی و توانمندسازی اجتماعی

مشارکت عمومی، عنصر کلیدی حکمرانی مشارکتی است و به تقویت اعتماد، مسئولیت‌پذیری و ظرفیت‌های اجتماعی کمک می‌کند. براساس نظریه توانمندسازی اجتماعی، مشارکت هدفمند جامعه منجر به افزایش دسترسی به اطلاعات و خدمات سلامت، ارتقای عدالت و کاهش نابرابری‌های اجتماعی در سلامت، و تقویت مشروعیت تصمیمات سیاست‌گذاران می‌شود (Gupta et al., 2023)، (Oetzel et al., 2022).

مشارکت عمومی به معنای فراتر رفتن از رأی دادن و حضور نمادین است. بر اساس پژوهش‌ها، مشارکت مؤثر شامل؛ (۱) مشورت (شنیده شدن صدای مردم در مراحل سیاست‌گذاری)، (۲) توانمندسازی (افزایش دانش، ظرفیت و مهارت‌های شهروندان برای مشارکت معنادار)، و (۳) پاسخگویی متقابل (تعامل بین دولت و مردم به منظور تأمین نیازها و رفع نابرابری‌ها) است.

در ایران، مشارکت عمومی در نظام سلامت تاکنون با محدودیت‌هایی مواجه بوده است، از جمله تمرکز وظایف در وزارت بهداشت، عدم شفافیت تصمیمات، و کمبود اعتماد بین مردم و دولت. برنامه هفتم توسعه ایران با تأکید بر «ارتقای پوشش همگانی سلامت و افزایش مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها» فرصت مناسبی برای نهادینه‌سازی حکمرانی مشارکتی فراهم کرده است.

- تضمین هماهنگی بین بخش‌های دولتی و غیردولتی.
- ایجاد ساختارهای پاسخگو و شفافیت در تصمیم‌گیری‌ها.
- ۲. مشارکت عمومی و جامعه مدنی (Rajan et al., 2019)، (Ben Mesmia et al., 2023)
- درگیر کردن مردم در تصمیم‌گیری، نظارت و ارائه بازخورد.
- ارتقای اعتماد اجتماعی و مشروعیت سیاست‌ها.
- نقش فعال سمن‌ها، انجمن‌های محلی و سازمان‌های غیردولتی در اجرای برنامه‌های سلامت.

۳. تأمین منابع و مالیات سلامت

- دسترسی عادلانه به خدمات و منابع سلامت برای همه گروه‌های جامعه.
- مشارکت مردم در تأمین مالی و کاهش بار اقتصادی خدمات.
- برنامه هفتم توسعه ایران بر «مشارکت مالی و ارتقای بیمه همگانی» تأکید دارد.

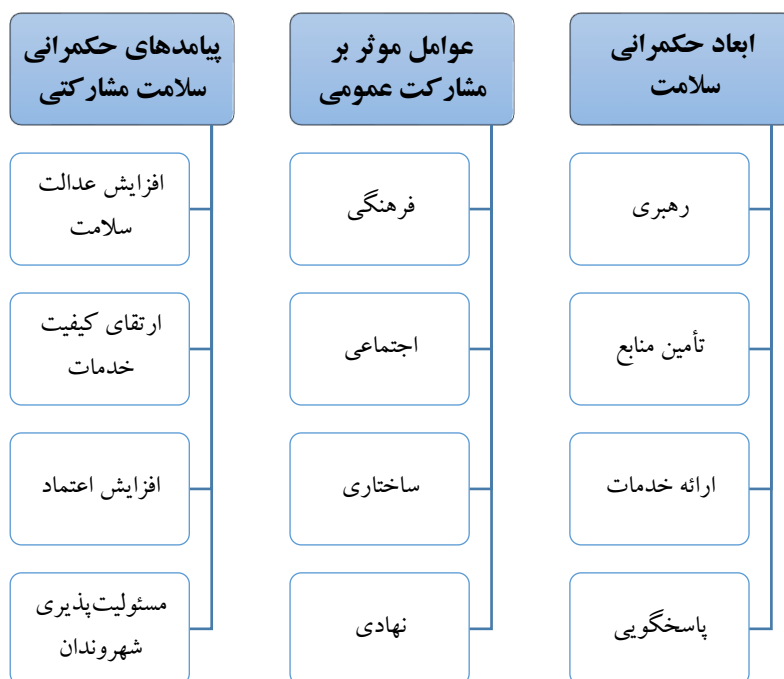
۴. اطلاعات و شواهد برای تصمیم‌گیری (Song et al., 2021)، (Oetzel et al., 2022)

- بهره‌گیری از داده‌ها و شواهد علمی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر واقعیت.
- استفاده از ابزارهای تحلیل، نظارت و ارزیابی عملکرد نظام سلامت.

۲-۱-۲. حکمرانی مشارکتی

حکمرانی مشارکتی مفهومی است که تمرکز بر نقش مردم و جامعه مدنی در تصمیم‌گیری و نظارت بر سیاست‌های سلامت دارد. در این رویکرد، مشارکت فراتر از رأی دادن است و شامل موارد زیر می‌شود:

مدل حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی: با توجه به برنامه هفتم توسعه کشور | 94



شکل ۱. روابط مفهومی در چارچوب نظری

اصلی ساختاری، فرآیندی، پیامدی است. نمودار مدل نظری حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی در شکل ۲ نمایش داده شده است. این مدل بر اساس چارچوب برنامه هفتم توسعه ایران و تجربه کشورهایی مانند چین، تونس و تایلند طراحی شده و تأکید دارد که مشارکت مردم در طراحی، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها، عامل کلیدی موفقیت نظام سلامت است.

نوآوری این پژوهش در تلفیق ابعاد بومی و اسلامی مشارکت عمومی با استانداردهای بین‌المللی است. در کنار تحلیل تجارب جهانی، این پژوهش تلاش دارد عواملی مانند اعتماد اجتماعی، فرهنگ همکاری و باورهای دینی-اجتماعی ایرانی را در مدل حکمرانی سلامت لحاظ کند و الگویی کاربردی برای پیاده‌سازی در سطح ملی ارائه دهد.

در این پژوهش، مدل‌های زیر برای تقویت چارچوب نظری مورد استفاده قرار گرفت:

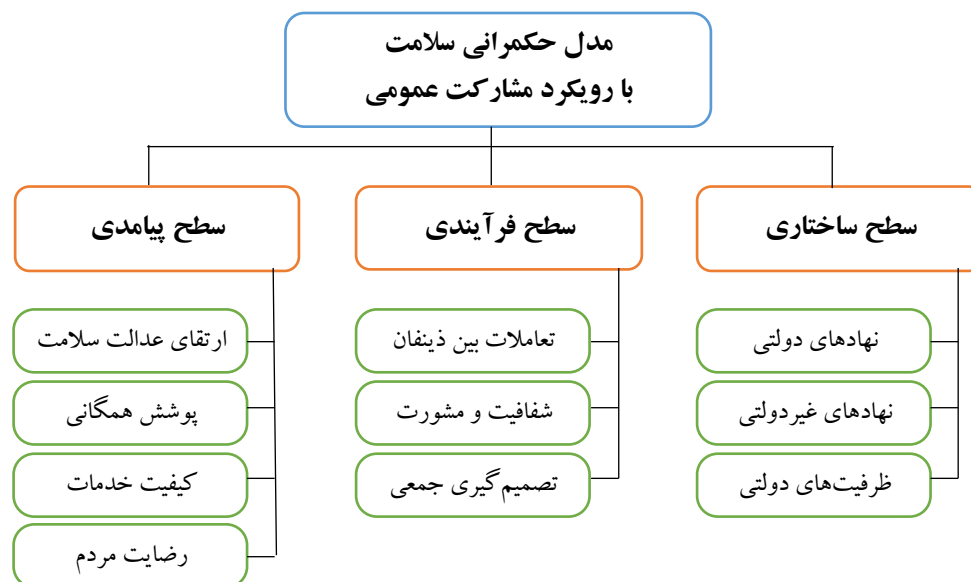
۱. مدل حکمرانی خوب^۱: شامل شفافیت، پاسخگویی، مشارکت، عدالت و اثربخشی در سیاست‌های سلامت.
۲. مدل توانمندسازی جامعه^۲: تأکید بر ظرفیت‌سازی و مشارکت فعال جامعه در تصمیم‌گیری و نظارت.
۳. مدل شبکه‌ای حکمرانی سلامت^۳: تعامل میان ذی‌نفعان دولتی و غیردولتی و هماهنگی میان بخش‌ها برای تحقق اهداف سلامت عمومی.

با توجه به ادبیات بین‌المللی و تجارب داخلی، مدل نظری حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی شامل سه سطح

³ Network Governance Model

¹ WHO (2007)

² Community Empowerment Model



شکل ۲. نمودار گرافیکی از چارچوب نظری که سطوح، مؤلفه‌ها و پیامدها

سلامت و نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در سلامت بود. انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند و با رویکرد گلوله‌برفی انجام گرفت تا افرادی با بیشترین آگاهی و تجربه در این حوزه وارد مطالعه شوند. تعداد مشارکت‌کنندگان بر اساس اصل اشباع نظری تعیین شد؛ به‌گونه‌ای که پس از انجام ۲۰ مصاحبه، داده‌های جدید به سطح تکراری رسیده و اشباع حاصل گردید. در بخش کمی، جامعه آماری شامل کلیه کارکنان حوزه سلامت و اعضای سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با سلامت در ایران است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۵، تعداد ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در این بخش به‌صورت طبقه‌ای - تصادفی بوده تا نمایندگی مناسبی از گروه‌های مختلف جامعه حاصل شود.

داده‌های تحقیق شامل دو دسته؛ داده‌های اولیه (اطلاعات حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان و ذی‌نفعان اصلی نظام سلامت) و داده‌های ثانویه (اسناد و مدارک رسمی، گزارش‌های فنی، آرشیوهای ملی، پایان‌نامه‌ها، مقالات علمی و مستندات مربوط به حکمرانی سلامت) است.

ابزار گردآوری داده‌ها

۳. روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، ترکیبی (کیفی - کمی) است. رویکرد کیفی به‌منظور کشف عمیق ابعاد مختلف حکمرانی سلامت و نقش مشارکت عمومی در آن به‌کار رفته و رویکرد کمی جهت آزمون و اعتبارسنجی مدل مفهومی طراحی‌شده مورد استفاده قرار گرفته است. استفاده از رویکرد ترکیبی این امکان را فراهم می‌سازد که هم از عمق داده‌های کیفی و هم از دقت داده‌های کمی برای طراحی و ارزیابی مدل حکمرانی سلامت بهره‌برداری شود. این رویکرد امکان تمرکز بر تجربه‌ها، دیدگاه‌ها و تعاملات بازیگران کلیدی نظام سلامت را فراهم می‌سازد و از طریق تحلیل عمیق داده‌های کیفی به استخراج مفاهیم و الگوهای حکمرانی منجر می‌شود. تحقیق از نوع اکتشافی و کیفی است و از مطالعه موردی کشور ایران برای تحلیل حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی بهره می‌برد. انتخاب این نوع تحقیق به دلیل پیچیدگی نظام سلامت و اهمیت شناسایی عوامل فرهنگی، اجتماعی و نهادی در تحقق حکمرانی مشارکتی است.

جامعه آماری تحقیق در بخش کیفی، جامعه آماری شامل خبرگان حوزه سلامت، سیاست‌گذاران، مدیران ارشد وزارت بهداشت، اساتید دانشگاهی در حوزه سیاست‌گذاری

بخش کیفی: ابزار اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود. راهنمای مصاحبه بر اساس مرور ادبیات، مدل‌های موجود در حکمرانی سلامت و مشورت با متخصصان طراحی گردید. پرسش‌های اصلی حول محورهای «مؤلفه‌های حکمرانی سلامت»، «موانع و چالش‌های مشارکت عمومی»، و «راهکارهای ارتقای مشارکت شهروندان» تدوین شدند.

بخش کمی: بزار گردآوری داده‌ها در این بخش پرسشنامه محقق‌ساخته بود که بر مبنای یافته‌های کیفی و چارچوب نظری تحقیق طراحی گردید. پرسشنامه شامل سه بخش اصلی بود: مشخصات فردی، سؤالات مرتبط با ابعاد حکمرانی سلامت (شفافیت، پاسخگویی، عدالت، کارایی، مشارکت)، و سؤالات مربوط به نقش و میزان مشارکت عمومی.

روایی و پایایی ابزارها

برای سنجش روایی محتوایی پرسشنامه، از نظر خبرگان دانشگاهی و متخصصان حوزه سلامت استفاده شد. شاخص CVI و CVR برای سنجش روایی محتوایی به کار رفت و مقادیر به دست آمده بالاتر از حد آستانه (۰/۷۹) بودند. همچنین، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ و برای ابعاد مختلف بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ بود که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار است.

روش تحلیل داده‌ها

بخش کیفی: داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها به روش تحلیل تماتیک^۱ با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA کدگذاری و تحلیل شدند. در این فرآیند ابتدا کدهای باز از متن مصاحبه‌ها استخراج، سپس در قالب کدهای محوری گروه‌بندی و در نهایت مقوله‌های اصلی پژوهش استخراج گردید.

بخش کمی: داده‌های پرسشنامه‌ای با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS تحلیل شدند. در گام نخست، تحلیل عاملی تأییدی (CFA) برای بررسی روایی سازه‌ها انجام گرفت. سپس برای آزمون روابط بین متغیرها و ارزیابی برازش مدل مفهومی از مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) بهره گرفته شد. شاخص‌های برازندگی مدل نظیر RMSEA، CFI، TLI و χ^2/df بررسی شدند تا از کفایت مدل طراحی‌شده اطمینان حاصل گردد.

۴. تحلیل داده‌های پژوهش

در این بخش به تحلیل داده‌های می‌پردازیم. داده‌ها، دو دسته کمی و کیفی هستند. ابتدا به تحلیل داده‌های کیفی می‌پردازیم.

۴-۱. تحلیل داده‌های کیفی

الف) کدگذاری باز

در مرحله نخست، از متن مصاحبه‌ها ۴۳۵ مفهوم اولیه استخراج شد. این مفاهیم شامل کلیدواژه‌ها، جملات تکرارشونده و الگوهای مشترک بودند. به طور نمونه؛ عدم شفافیت در بودجه‌های سلامت، بی‌اعتمادی مردم به تصمیم‌گیری‌های دولتی، و لزوم حضور سازمان‌های مردم‌نهاد در سیاست‌گذاری، هستند.

ب) کدگذاری محوری

در این مرحله، مفاهیم مشابه تجمیع و در قالب ۳۸ کد محوری سازماندهی شدند. به عنوان نمونه؛ شفافیت اطلاعات (شامل؛ انتشار گزارش‌ها، دسترسی به داده‌ها، شفافیت مالی)، پاسخگویی نهادی (شامل؛ پایش عملکرد، مسئولیت‌پذیری مدیران، نهادهای ناظر).

ج) کدگذاری انتخابی

در این مرحله، کدهای محوری در قالب ۶ مقوله اصلی ادغام شدند:

¹ Thematic Analysis

ج) مدل سازی معادلات ساختاری (SEM)

ضرایب مسیرها به صورت زیر به دست آمد. ضرایب مسیرها در شفافیت ($\beta=0.61, p<0.001$) به دست آمد که نشان دهنده مشارکت عمومی است. ضرایب برای پاسخگویی ($\beta=0.57, p<0.001$) است که حاکی از شفافیت دارد. برای عدالت سلامت ضرایب ($\beta=0.52, p<0.01$) به دست آمد که نتیجه پاسخگویی را می رساند. برای کارایی، ضرایب ($\beta=0.49, p<0.001$) نمایان شد که نشان دهنده مشارکت عمومی است. برای همه ابعاد نتیجه ($p<0.01$)، بنابراین، مشارکت عمومی اثر مستقیم بر شفافیت و کارایی دارد. مشارکت عمومی اثر غیرمستقیم بر عدالت سلامت دارد (از طریق شفافیت و پاسخگویی). رهبری نقش تسهیل گر دارد و اثر غیرمستقیم آن بر عدالت سلامت، از طریق بهبود شفافیت و پاسخگویی است.

د) آزمون فرضیات

همه فرضیات در سطح اطمینان ۹۵٪ تأیید شدند. به دست آمدن ($\beta=0.61$) در شفافیت، نشان دهنده قوی ترین رابطه در مشارکت عمومی است. نمایان شدن ($\beta=0.40$) در عدالت سلامت، نشان از ضعیف ترین رابطه رهبری است، ولی همچنان معنادار است.

۳-۴. تفسیر و تحلیل نهایی

مشارکت عمومی به عنوان محرک اصلی است، به طوری که بدون نهادینه سازی مشارکت مردم، سایر ابعاد حکمرانی سلامت (شفافیت، پاسخگویی، عدالت و کارایی) به طور پایدار شکل نمی گیرند. زنجیره اثرگذاری به صورت زیر است.

شکل ۳. زنجیره اثرگذاری مشارکت عمومی

رهبری و سیاست گذاری یکپارچه به عنوان ستون راهبری، تضمین کننده هماهنگی نهادی و جلوگیری از پراکندگی تصمیم گیری ها است. عدالت به عنوان پیامد نهایی حکمرانی مطلوب مطرح است که در سایه مشارکت اجتماعی، شفافیت و پاسخگویی تحقق می یابد.

۱. مشارکت عمومی، ۲. شفافیت، ۳. پاسخگویی، ۴. عدالت سلامت، ۵. کارایی، ۶. رهبری

از این کدگذاری نتیجه گرفتیم که مشارکت عمومی به عنوان هسته مرکزی مدل شناسایی شد که سایر مقوله ها پیرامون آن شکل می گیرند.

۲-۴. تحلیل داده های کمی

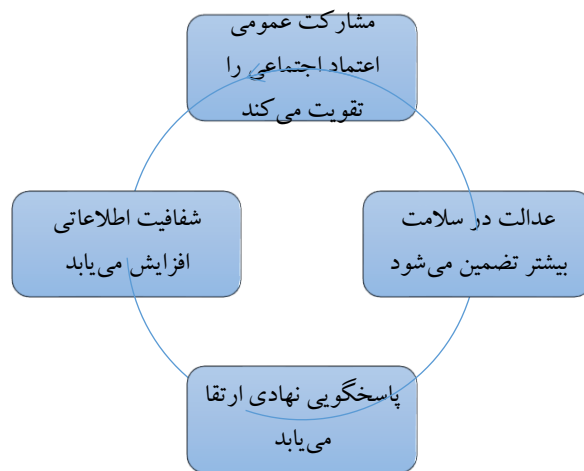
الف) آزمون پایایی و روایی ابزار

پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی شد. عدد ۰/۹۱ پایایی پرسشنامه را تأیید کرد. روایی سازه از طریق تحلیل عاملی تأییدی (CFA) بررسی شد.

ب) تحلیل عاملی تأییدی (CFA)

نتایج CFA نشان داد که همه شاخص ها بار عاملی بالاتر از ۰/۵ دارند. به طور نمونه:

شاخص انتشار گزارش های مالی مربوط به بُعد شفافیت به صورت ($\lambda=0.73, p<0.001$) به دست آمد، و شاخص



مشارکت سمن ها مربوط به بُعد مشارکت عمومی ($\lambda=0.82, p<0.001$) تعیین شد.

برای شاخص های برازش مدل؛ $RMSEA = 0.046$ که نشان دهنده مطلوب بودن است. $CFI = 0.94$ حاکی از خوب بودن است. $TLI = 0.92$ به دست آمد که نشان دهنده مناسب بودن است. $\chi^2/df = 2.31$ محاسبه شد که قابل قبول است.

مدل حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی: با توجه به برنامه هفتم توسعه کشور | 98

جدول ۱. نتایج تحلیل مسیر در مدل حکمرانی سلامت با رویکرد مشارکت عمومی

مسیر مورد بررسی	ضریب استاندارد (β)	سطح معناداری (p-value)	نوع اثر	نتیجه آزمون فرضیه
مشارکت عمومی → شفافیت	0.61	<0.001	مستقیم	تأیید شد ☒
شفافیت → پاسخگویی	0.57	<0.001	مستقیم	تأیید شد ☒
پاسخگویی → عدالت سلامت	0.52	0.004	مستقیم	تأیید شد ☒
مشارکت عمومی → کارایی	0.49	<0.001	مستقیم	تأیید شد ☒
رهبری → شفافیت	0.58	<0.001	مستقیم	تأیید شد ☒
رهبری → پاسخگویی	0.46	0.006	مستقیم	تأیید شد ☒
رهبری → عدالت سلامت	0.40	0.010	مستقیم	تأیید شد ☒
مشارکت عمومی → عدالت سلامت (غیر مستقیم)	0.18	<0.01	غیر مستقیم (مسیر شفافیت و پاسخگویی)	تأیید شد ☒
رهبری → عدالت سلامت (غیر مستقیم)	0.24	<0.01	غیر مستقیم (مسیر شفافیت و پاسخگویی)	تأیید شد ☒

همچنین نقش رهبری به عنوان عاملی تسهیل گر و جهت دهنده در ارتقای فرآیندهای حکمرانی به وضوح مشاهده شد.

در مدل نهایی، مسیرهای مستقیم میان مشارکت عمومی و ابعاد شفافیت و کارایی و نیز نقش غیر مستقیم آن در تحقق عدالت سلامت تأیید گردید. این یافته‌ها بیانگر آن است که حضور فعال شهروندان در تصمیم‌گیری‌های کلان سلامت، نه تنها کیفیت خدمات را افزایش می‌دهد، بلکه موجب ارتقای سرمایه اجتماعی، اعتماد عمومی و کاهش شکاف‌های نابرابری در دسترسی به خدمات می‌گردد.

به‌طور کلی، نتایج تحقیق حاضر بر این نکته تأکید دارد که حکمرانی سلامت، بدون در نظر گرفتن مشارکت عمومی، نمی‌تواند کارآمد و عادلانه باشد. بنابراین، مشارکت

همان‌طور که از جدول نمایان است، ضریب ($\beta=0.61$) در شفافیت، حاکی از این است که قوی‌ترین مسیر مستقیم، مشارکت عمومی است. ضریب ($\beta=0.40$) در عدالت سلامت، نشان می‌دهد که ضعیف‌ترین مسیر مستقیم، رهبری است، اما همچنان معنادار می‌باشد. اثر غیر مستقیم قابل توجه در مشارکت عمومی بر عدالت سلامت ($\beta=0.18$)، اهمیت زنجیره "مشارکت-شفافیت-پاسخگویی-عدالت" را نشان می‌دهد.

۵. نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف طراحی و تحلیل مدل حکمرانی سلامت مبتنی بر مشارکت عمومی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مشارکت عمومی به عنوان یکی از ارکان کلیدی حکمرانی خوب، اثر مستقیم و معناداری بر مؤلفه‌هایی همچون شفافیت، پاسخگویی، کارایی و عدالت در نظام سلامت دارد.

فعال جامعه و نهادهای مدنی باید به عنوان یک اصل بنیادین در سیاست گذاری، برنامه ریزی و ارزیابی نظام سلامت ایران و دیگر کشورها نهادینه شود.

۶. پیشنهادات

۶-۱. پیشنهادات کاربردی

بر اساس نتایج پژوهش، پیشنهادهای زیر برای بهبود حکمرانی سلامت ارائه می شود:

۱. **نهادینه سازی مشارکت عمومی:** طراحی سازوکارهای حقوقی و نهادی برای جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد، انجمن های بیماران و گروه های ذی نفع در فرآیندهای سیاست گذاری و ارزیابی خدمات سلامت.
۲. **تقویت شفافیت اطلاعاتی:** توسعه سامانه های الکترونیکی و پلتفرم های باز داده (Open Data) در حوزه سلامت به منظور دسترسی آزاد شهروندان به اطلاعات و کاهش فساد اداری.
۳. **ارتقای پاسخگویی سازمانی:** ایجاد واحدهای نظارت مردمی در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی که گزارش های آن ها مستقیماً در فرآیند تصمیم گیری مدیریتی لحاظ گردد.
۴. **رهبری مشارکتی و تحول گرا:** آموزش مدیران و رهبران نظام سلامت در زمینه مدیریت مشارکتی و توانمندسازی آن ها برای بهره گیری از ظرفیت های جامعه.
۵. **تمرکز بر عدالت در سلامت:** تخصیص منابع مالی و انسانی با رویکرد عدالت محور، به ویژه در مناطق

محروم و کم برخوردار، همراه با پایش مستمر شاخص های عدالت سلامت.

۶-۲. پیشنهادات پژوهشی

با توجه به محدودیت ها و افق های جدید پژوهشی، پیشنهاد می شود:

۱. انجام پژوهش های مشابه در سایر استان ها یا کشورهای منطقه برای مقایسه الگوهای حکمرانی سلامت.
۲. استفاده از روش های کیفی (مانند تحلیل مضمون یا مصاحبه عمیق) برای درک عمیق تر از تجارب ذی نفعان.
۳. بررسی تأثیر فناوری های نوین (مانند هوش مصنوعی و کلان داده ها) بر ارتقای شفافیت و پاسخگویی در نظام سلامت.
۴. مطالعه نقش فرهنگ سازمانی و سرمایه اجتماعی در تقویت مشارکت عمومی و عدالت سلامت.
۵. توسعه مدل های ترکیبی (Mixed-Methods) برای دستیابی به رویکرد جامع تر در تحلیل حکمرانی سلامت.

۷. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت اصول اخلاق پژوهش انجام گرفته است. کلیه مشارکت کنندگان پیش از انجام مصاحبه یا تکمیل پرسشنامه، فرم رضایت نامه آگاهانه را امضا نمودند. همچنین، به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی صرفاً برای اهداف علمی استفاده شده و هویت آنان محرمانه باقی خواهد ماند.

- Aboulhallaj M, et al. (2024). Challenges and executive requirements of advanced health system stewardship in Iran. BMC Health Services Research.
- Baumann LA, Reinhold AK, Brütt AL. (2022). Public and patient involvement in health policy decision-making on the health system level – A scoping review. Health Policy. 126(10):1023-1038. DOI:10.1016/j.healthpol.2022.07.007. IDEAS/RePEc
- Ben Mesmia, H., et al. (2023). Participatory health governance in Tunisia: A qualitative study. Int. J. Equity Health, 22(1), 93.
- Bonab MR, et al. (2024). Sustainable political commitment is necessary for institutionalizing public voice in health policy in Iran. Health Promot Perspect.
- Gupta, S., et al. (2023). An inventory of participatory governance measures in health. Int. J. Equity Health, 22(172). DOI: 10.1186/s12939-023-01918-2
- Khosravi MF, Mosadeghrad AM, Arab M. (2023). Health System Governance Evaluation: A Scoping Review. Iran J Public Health. 52(2):265-277. DOI:10.18502/ijph.v52i2.11880.
- Mesa-Vieira C, Franco OH, et al. (2023). Urban governance, multisectoral action, and civic engagement for population health, wellbeing and equity: a systematic review. Int J Public Health.
- Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F.(2022). Donors' Participation in Iran's Health System: Challenges and Solutions. Int J Health Policy Manag. 11(11):2514-2524. DOI:10.34172/ijhpm.2021.177. IJHPM
- Oetzel, J., et al. (2022). Community-engaged research mechanisms for health equity. Int. J. Equity Health, 21(47). DOI: 10.1186/s12939-022-01663-y
- Rajan, D., et al. (2019). Institutionalising participatory health governance: Lessons from Thailand. WHO Bulletin, 97(9), 624–634.
- Song, L., et al. (2021). Public participation and governance performance in rural China: Trust and risk perception. Social Sciences, 10(7), 243. DOI: 10.3390/socsci10070243
- WHO. (2023). A systematic review of barriers, facilitators and indicators for multisectoral action and civic engagement in urban health governance. World Health Organization
- World Health Organization. (2021). Voice, agency, empowerment: Handbook on social participation for universal health coverage. World Health Organization

Designing a Health Governance Model with a Public Participation Approach: In Line with the Seventh National Development Plan

Azam Safae¹, Mohammad Reza Jaber Ansari^{2*}, Mohammad Taheri Roozbahani³,
Hasan Givarian⁴, Mohammad Gholamian⁵

Abstract

In recent decades, health governance has become one of the most critical concerns of political and social systems. Complex health challenges including rising treatment costs, inequalities in access, public health crises, and declining public trust have highlighted the urgent need for new governance models. One emerging approach in this field emphasizes public participation as a key factor in enhancing the effectiveness of health policies. The present study was conducted with the aim of designing a health governance model based on a public participation approach. The research method employed a mixed design (qualitative–quantitative); in the qualitative phase, document content analysis and semi-structured interviews with health experts were used, while in the quantitative phase, the collected data were analyzed using structural equation modeling (SEM). The findings indicated that public participation in dimensions of information sharing, consultation, collaboration, and empowerment plays a fundamental role in the efficiency of the health governance system. Moreover, the proposed model can serve as a strategic framework for promoting transparency, accountability, and equity in the national health system. The results demonstrate that implementing a participatory health governance model not only improves the efficiency and effectiveness of services but also contributes to strengthening social capital and enhancing public trust.

Keywords: Health Governance, Public Participation, Health Policy, Structural Equation Modeling, Seventh Development Plan.

¹Department of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

^{2*} Department of Management, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. (Corresponding author)

³Department of Management, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

⁴Department of Management, Tehran Central Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

⁵Department of Mathematics, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.