

طراحی مدل حکمرانی بیمارستان های دولتی ایران

دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱

پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۳

طاهره مرادیان*
ابوالحسن فقیهی**
جمال الدین طیبی***

چکیده:

حکمرانی بیمارستانی، بویژه در قلمرو بیمارستان های دولتی، موضوعی است که پژوهشگرها به عنوان یک حوزه ی پژوهشی متمایز تاکنون کمتر بدان پرداخته اند. هدف این پژوهش طراحی مدل حکمرانی بیمارستانهای دولتی ایران است. روش این مطالعه مشاهده مستقیم و مصاحبه های نیمه ساختاریافته و عمیق، با سی نفر از خبرگان عرصه سلامت کشور بود که با روش نمونه گیری گلوله بوفی انتخاب شدند. تحلیل داده ها با روش تحلیل شبکه تم و به کارگیری نرم افزار ATLAS.ti انجام شد. یافته های پژوهش به استخراج ابعاد اصلی و فرعی و تعاریف نظری و عملیاتی مفهوم حکمرانی بیمارستان های دولتی و به طراحی مدل حکمرانی بیمارستان های دولتی ایران منجر شد. ابعاد اصلی استخراج شده که در طراحی مدل نهایی بکار رفتند عبارتند از: تصمیم گیری شورایی، پاسخگویی جامع، بودجه استراتژیک، تعامل سازنده با جامعه و آزادی عمل در تعامل با بازار.

به نظر می رسد، یافته های پژوهش و مدل طراحی شده می تواند به عنوان راهکاری برای خروج از چالش های کنونی بیمارستان های دولتی به سیاستگذاران این عرصه پیشنهاد شود. علاوه بر این دستاوردهای این پژوهش، با ارائه طیف وسیعی از ابعاد فرعی و مفاهیم نظری و عملیاتی حکمرانی بیمارستان های دولتی، به بسط تئوری حکمرانی کمک نموده است.

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

E-mail: moradian.k@gmail.com

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

@srbiau.ac.ir

*** استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران. healthmanagement@srbiau.ac.ir

فصلنامه علوم مدیریت ایران، سال هشتم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۲، ص ۸۶-۶۱

واژه های کلیدی: بیمارستان های دولتی ایران، تئوری حکمرانی، تحلیل تم، مدل حکمرانی بیمارستانی.

مقدمه:

نظام سلامت به عنوان عنصری حیاتی در بافت اجتماعی همه جوامع پذیرفته شده است . نظام سلامت، نه تنها در زمینه ارائه خدمات پیشگیری و درمان حیاتی است، بلکه به گونه ای در زمره ی ، استراتژی های دولتی به منظور کاهش نابرابری ها ی بهداشتی و بی عدالتی های گسترده تر اجتماعی است . (کمیسیون عوامل اجتماعی موثر در سلامت^۱ ، ۲۰۰۸) . سازمان های نظام سلامت مبتنی بر سیاست های سلامت هر کشور گوناگونی هایی دارند . اما بیمارستان ها - بخصوص بیمارستان های دولتی- سازمان های مشترک و دارای اصلی ترین نقش در نظام سلامت تمام کشورها و به طور خاص در کشورهای در حال توسعه می باشند.

با توجه به اهمیت و جایگاه خاصی که بیمارستان های دولتی در جوامع مختلف به خود اختصاص می دهند، تاکنون رهنمودهای بسیاری برای انجام اصلاحات و طراحی مدل های حکمرانی مناسب این سازمان ها توسط سازمان های بین المللی مانند سازمان بهداشت جهانی^۲ ، بانک جهانی و... ارائه شده است. پژوهش هایی نیز در این خصوص از سوی پژوهش گره های عرصه سلامت صورت پذیرفته و در سطوح ملی نیز برای انجام اصلاحات در این سازمان ها تلاش هایی از سوی دولتها انجام شده است.

در بیمارستان ها طی سالها روش ها و مدل های گوناگونی برای ایجاد اصلاحات و بهبود عملکرد توسعه یافته و بکار گرفته شده اند .(فریسر و همکاران ، ۲۰۰۹) یک روش معمول در این زمینه، استخدام مشاوران خارجی برای برنامه ریزی اصلاحات سازمانی و پیاده سازی مدل های مختلف است . (هاسفورد، ۲۰۰۸) بکارگیری مدل های کیفیت مانند مالکوم بالدريج ، EFQM ، ISO و امثال آن یکی از روش ها ی متداول برای ارتقاء کیفیت در این سازمان ها بوده است.

^۱ Commission on the Social Determinants of Health.

^۲ World Health Organization(WHO)

اولین اصلاحات از این گونه، در بیمارستانهای دولتی سوئد در اواخر دهه ۱۹۸۰ و سپس در انگلستان در اوایل دهه ۱۹۹۰ دیده شد که موجی از اصلاحات با محوریت مفاهیمی همچون کارآیی و بهبود کیفیت را برای این سازمانها به همراه داشته (سالتمن و فیگوراز، ۱۹۹۷) و پس از آن، به سایر کشورها نیز تسری یافت. اما نکته قابل توجه آن است که این مدلها هم از بخش صنعت وارد بیمارستانهای دولتی شده اند و طبق نظر بسیاری از صاحبانظران بدلیل عدم انطباق با شرایط خاص این سازمانها، ارزشمندی آنها مورد تردید است. (بوگو، هال و لافورگیه، ۲۰۰۷؛ ملیونزو همکاران، ۲۰۰۸؛ سالتمن، دوران و دابویز، ۲۰۱۱) پس از آنکه مفید بودن مدلهای مذکور در سازمانهای بخش سلامت توسط صاحبانظران بخش سلامت به چالش کشیده شد و بدنبال مطرح شدن پارادایم حکمرانی (به عنوان پارادایم غالب پس از پارادایم اداره امور عمومی و رویکرد مدیریت دولتی نوین) و آشنا شدن سازمانهای مذکور با مدلهای حکمرانی شرکتی و حکمرانی خوب، کاربرد این مدلها در برخی از بیمارستانهای کشورهای توسعه یافته آغاز شد.

اما از نظر بسیاری از صاحب نظران کاربرد چنین مدلهایی در سازمانهای دولتی بخش سلامت منطقی نبود. علاوه برآنکه، در زمینه اصلاح ساختار و روابط بیمارستانهای دولتی نیز ارزشمندی آنها مورد تردید بود. (ایکلو و همکاران، ۲۰۰۷؛ جمالی، هلال و عبدالله، ۲۰۱۰؛ کارتر و همکاران، ۲۰۱۱؛ مرشتاین، ۲۰۰۳) بدین ترتیب سازمانهای مذکور به استفاده از دو مدل دیگر روی آوردند که به نظر می رسید خاص بخش سلامت باشند؛ مدل حاکمیت بالینی^۳ و مدل اعتباربخشی یا مدل کمیسیون تلفیق^۴.

اما هیچ یک از مدلهای ذکر شده به عنوان مدل حکمرانی مورد پذیرش صاحبانظران این عرصه نیستند. در واقع آنچه از نظر صاحب نظران عرصه سلامت مسأله اصلی است، طراحی مدل حکمرانی خاص بیمارستانها، بخصوص بیمارستانهای دولتی است. مطالعه حاضر نیز به دنبال دستیابی به این هدف - یعنی طراحی مدل حکمرانی بیمارستانهای دولتی ایران - است. بدین ترتیب در ادامه، ابتدا پیشینه نظری و تجربی پژوهش به منظور بررسی مدلهای حکمرانی بکاررفته در بیمارستانهای دولتی،

^۳. Clinical Governance (CG)

^۴. Joint Commission Model (JCI)

تحلی ل نقاط قوت و ضعف،

میزان تناسب آنها با ساختار بیمارستان های دولتی و مفروضات تئوری حکمرانی به عنوان پارادایم غالب از نظر صاحب نظران این عرصه آورده می شود. سپس روش پژوهش و یافته های حاصل از آن بیان می شود. در انتها بحث و نتیجه گیری حاصل از یافته های پژوهش مطرح می گردد.

پیشینه پژوهش:

پیشینه نظری:

تئوری حکمرانی به عنوان جایگزینی برای تئوری مدیریت دولتی نوین در دنیای متغیر پس از آن مطرح شد (کریستنسن و لگرید، a,b, ۲۰۰۷) از آن زمان، صاحب نظران، سه مکتب عمده فکری در زمینه ادبیات حکمرانی را از یکدیگر متمایز نمودند: حکمرانی خوب^۵، حکمرانی دولتی^۶، حکمرانی شرکتی^۷ (ازبورن، ۲۰۱۰)

این سه مدل هریک به سطح ویژه ای از حکمرانی اشاره دارند. مدل حکمرانی خوب در سطح سازمان های بین المللی، مدل حکمرانی دولتی در سطح دولت ها به عنوان جایگزین مدیریت دولتی (کیکرت، ۱۹۹۷) و مدل حکمرانی شرکتی در سطح شرکتهای مطرح شده است. (کارنفورت، ۲۰۰۳) مدل های حکمرانی بخش سلامت:

پیشتر بیان شد که، مطرح شدن پارادایم حکمرانی و تجربه ناکارآمدبودن مدل های بخش صنعت در بخش سلامت، توجه صاحب نظران را به استفاده از مدل های حکمرانی در این سازمان ها جلب نمود. (سالتمن، دوران و دابویز، ۲۰۱۱؛ برنان، ۱۹۹۸؛ ایلکو و همکاران، ۲۰۰۴) اما با توجه به عدم اهتمام پژوهشگرهای عرصه سلامت به طراحی مدل حکمرانی خاص سازمانهای بخش سلامت چهار مدل حکمرانی خوب، حکمرانی شرکتی، حاکمیت بالینی

^۵. Good Governance

^۶. Public Governance

^۷. Corporate Governance

و اعتباربخشی به عنوان مدل‌های حکمرانی سازمان‌های بخش سلامت، بخصوص در بیمارستان‌های دولتی بکارگرفته شدند.

مدل حکمرانی خوب:

این مدل بکارگیری اصولی مانند مشارکت، حاکمیت قانون، شفافیت و ... را به دولتمردان کشورها برای اداره امور کشور توصیه می‌کند. (لفتویچ، ۱۹۹۳؛ رودز، ۱۹۹۷؛ سازمان ملل، ۲۰۰۷؛ ازبورن و کاپسوری، ۱۹۹۷) در واقع این مدل رویکردی فراملی داشته و برای سطح کلان یعنی سطح سازمان‌های بین‌المللی (مانند سازمان بهداشت جهانی، بانک جهانی و ...) و سازمان‌های چند ملیتی طراحی شده است. اما ملاحظه می‌شود که برخی از پژوهشگرها، مدل حکمرانی خوب را به عنوان مدل حکمرانی بیمارستانی بکار برده‌اند. در حالی که ارزشمندی کاربرد اصول این مدل، حتی در جایگاه اصلی خود یعنی سطح سازمان‌های بین‌المللی نیز بحث برانگیز است. (گیزلکاست، ۲۰۱۲؛ تیلور، ۲۰۰۰؛ دیتزل، اشتراخ و پیروزک، ۲۰۰۶؛ ابور، ابکانورما و ابور، ۲۰۰۸)

مدل حکمرانی شرکتی:

این مدل، با اتکا بر ارزش‌های مورد نظر شرکتهای تجاری، اهدافی همچون شفافیت، پاسخگویی به سهامداران و تامین منافع ذی‌نفعان را سرلوحه کار خود قرار داده و شرکتهای را به سوی استانداردسازی فرآیندها و دستیابی به تعالی سازمانی برای کسب جایگاه مطلوب‌تر در بخش صنعت و تجارت مربوطه و جلب نظر و برآورده نمودن خواسته‌های

ذی‌نفعان و سهامداران ترغیب می‌نماید. (فریمن، ۱۹۸۴؛ OECD، ۱۹۹۸)

در واقع این مدل برخاسته از بخش صنعت و تجارت بوده و مبتنی بر ارزش‌های خاص این‌گونه سازمان‌ها می‌باشد. اما دیده شده است که برخی از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی در تعدادی از کشورهای توسعه‌یافته (مانند آمریکا، بلژیک و نروژ) نیز از مدل حکمرانی شرکتی استفاده کرده‌اند. (سالتمن، دوران و دابوینز، ۲۰۱۱)

بسیاری از صاحب‌نظران براین باورند که شاید مدل حکمرانی شرکتی را پس از اعمال اصلاحاتی بتوان در بیمارستان‌های خصوصی بکار برد، اما بکاربردن این مدل در بیمارستان‌های دولتی به دلیل ماهیت، نوع خدمات و دارا بودن ذی‌نفعان منحصر به فرد، امکان‌پذیر نبوده (بارنت، پرکینز و پاول، ۲۰۰۱؛ بریکلی و ون هورن، ۲۰۰۲؛ بوکر و گولدشتاین، ۱۹۹۱؛ ایکلو و همکاران، ۲۰۰۴؛ جمالی، هلال و عبداله، ۲۰۱۰؛ وینر و

الکساندر، ۱۹۹۳) و این موضوع چالش های بسیاری را در این زمینه ایجاد نموده است . (کارتر و همکاران، ۲۰۱۱؛ مرشتاین، ۲۰۰۳؛ جمالی، هلال و عبدالله، ۲۰۱۰)

مدل های حاکمیت بالینی:

مدل حاکمیت بالینی در اواسط دهه ۱۹۸۰ در نظام بهداشت و درمان ملی انگلستان مطرح شد. مفهوم اساسی مدل حاکمیت بالینی مبتنی بر رابطه میان مدیریت و پزشکی است . (بارو و رنچبک، ۲۰۰۸؛ اسکلی و دونالدسون، ۱۹۹۸) طبق نظر اسکلی و دونالدسون (۱۹۹۸) حاکمیت بالینی ابزاری است که در آن بیمارستان ها در قبال رعایت استانداردهای پیشرفته مراقبتهای درمانی، بهبود مستمر کیفیت خدمات و ایجاد و حفظ محیطی که در آن تعالی بالینی امکان ظهور داشته باشد، پاسخگو هستند. این مدل در واقع شامل گروهی از فرآیندها (نه یک مدل حکمرانی) است. (ایلکو و همکاران، ۲۰۰۴).

مدل اعتباربخشی:

مدل اعتباربخشی یا مدل کمیسیون تلفیق در سال ۱۹۱۷ مشتمل بر استانداردهای بی شماری برای بخش سلامت در آمریکا طراحی و معرفی شد . این مدل شامل معیارهایی برای ارزیابی عملکرد سازمانهای درمانی (نه یک مدل حکمرانی) بر اساس داده ها و ستاده های این سازمانها (KCE reports, ۲۰۰۸) است. به طور خلاصه، مدل های حکمرانی که تاکنون در بیمارستان های دولتی بکاررفته اند عبارتند از؛ مدل مبتنی بر ارزشهای سازمانهای تجاری (مدل حکمرانی شرکتی)، مدل حکمرانی خوب (مدل سطح کلان)، مجموعه ای از فرآیندها (حاکمیت بالینی)، مدل ارزیابی عملکرد(مدل اعتباربخشی) .

براساس مطالعات پژوهشگر ، بسیاری از کاستی هایی که در زمینه پژوهش، طراحی و بکارگیری مدل های حکمرانی در بیمارستان های دولتی دیده می شود ناشی از دو اشتباه بزرگ است:

عدم توجه به سطوح کاربردی هر مدل :

در بخش سلامت، هاردینگ و پرکر (۲۰۰۳)، چهار سطح حکمرانی را شناسایی نموده اند؛ سطح جهانی یا بین المللی (مثلا ساختارها و عملکردهایی برای گزارش دهی بیماریهای جهانگیر در سطح بین المللی)؛ سطح کلان (یا حکمرانی چند بخشی که به مجموعه

خط مشی های موجود برای کنترل رفتارها و بکارگیری منابع در اقتصاد کلان در سطح یک ملت اشاره دارد؛ سطح میانی (یا حکمرانی بخشی یعنی سطحی که وزارت بهداشت در آن خط مشی ها را رسماً اعلام نموده و منابع را برای ارتقاء سطح بهداشت تخصیص می دهد)؛ سطح خرد (یا حکمرانی نهادی که در سطح سازمانهای خاصی مثل بیمارستان، شرکتهای دارویی، سازمانهای بیمه و ... مطرح می باشد).

اما چنانکه پیشتر بیان شد دیده می شود که بسیاری از بیمارستان ها و پژوهش گر های عرصه سلامت مدل حکمرانی خوب (سطح جهانی) را به عنوان مدل حکمرانی بیمارستانی (سطح خرد) معرفی نموده یا به آزمون می گذارند.

مفاهیم اداره^۸ یا مدیریت^۹ با مفهوم حکمرانی^{۱۰} اشتباه گرفته شده اند:

مفاهیم ذکر شده در اکثر پژوهش ها ، کتاب ها و متون مرتبط با حکمرانی بیمارستانی ، در واقع اشاره به اداره امور داخلی یک سازمان داشته و ریشه در پارادایم اداره امور عمومی^{۱۱} یا رویکرد مدیریت دولتی نوین^{۱۲} دارند . درواقع به نظر می رسد پژوهشگر های این عرصه، با آنکه مفروضات تئوری حکمرانی را در بررسی های خود در نظر نگرفته و با رویکرد PA یا NPM پژوهش خود را انجام داده اند اما از عناوینی مانند حکمرانی بیمارستانی و امثال این موارد ، استفاده نموده اند. این پژوهشگرها حتی در تعاریفی که از حکمرانی بیمارستانی ارائه می دهند نیز بیمارستان را یک سازمان جدا از شبکه هایی که مورد توجه تئوری حکمرانی است معرفی می کنند. در ادامه چند نمونه از این تعاریف ارائه می شوند:

^۸ . Administration

^۹ . Management

^{۱۰} . Governance

^{۱۱} . Public Administration (PA)

New Public Management (NPM).^{۱۲}

حکمرانی را شاید بتوان ساختارها و وظایف یک سازمان برشمرد که منجر به تدوین و اجرای خط مشی ها و اعمال تصمیم های اتخاذ شده در سازمان می گردد . (آمدنستوک و هاگمن، ۱۹۹۱، هالند، ریتوو و کانور، ۱۹۹۷، پویتر و اریکاف، ۱۹۹۹)

در واقع حکمرانی، نوعی زمینه، بستر و پیش فرض برای اجرایی شدن ساختارها و وظایف فرعی تری است که در درون یک سازمان وجود دارند. (بوگو، هال و لافورگیه، ۲۰۰۷)

در تعاریف فوق به روابط و تعاملات (درون و برون) سازمانی اشاره ای نشده است ، در حالی که در پارادایم حکمرانی، سازمان ها با رویکردهای جمع گرا و کثرت گرا و در واقع در درون شبکه ای از روابط و تعاملات درون و برون سازمانی فعالیت خواهند کرد .

زیرا حکمرانی مجموعه ای از ساختارها و روابط است (پترز و پیر، ۱۹۹۸) اما این موضوع در اکثر پژوهش های انجام شده در این عرصه مورد توجه قرار نگرفته است.

پیشینه تجربی:

بررسی ها نشان می دهند که در خصوص حکمرانی بیمارستانی تاکنون مطالعات اندکی در سطح دنیا انجام شده است. همچنین ریشه و پایه اکثر پژوهش هایی که در حیطه حکمرانی بیمارستانی صورت می پذیرند در درون مفاهیم مرتبط با حکمرانی شرکتی جای دارند .

(بوکر و گولدشتاین، ۱۹۹۱؛ بریکلی و ون هورن، ۲۰۰۲) پویتر و اریکاف (۱۹۹۹) بیان می کنند که بخش بسیار اندکی از متون مرتبط با مدیریت و سازمان به حکمرانی اختصاص یافته است. علاوه براین بنا بر تخمین های زده شده نود و پنج درصد از تعداد اندک متونی نیز که در زمینه حکمرانی بیمارستانی مطرح شده اند، به تشریح هیات امنا یا راه های بهبود آن را اختصاص یافته اند. (بوگو، هال و لافورگیه، ۲۰۰۷) ناکارآمدی مدلهایی که تاکنون برای حکمرانی بیمارستانهای دولتی بکاررفته اند و عدم کفایت پژوهش های انجام شده در این حیطه - چنانکه در این پژوهش تشریح شد- سازمانهایی مانند سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی را به ارائه رهنمودهایی به پژوهشگرهای این عرصه ترغیب نموده است.

چنانکه گیلسون (۲۰۱۲)، در کتابی که به منظور هدایت پژوهشگر ها در زمینه پژوهش درزمینه نظام ها و خط مشی های بخش سلامت^{۱۳}، تالیف کرده و توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده است، توصیه می کند که پژوهشگرها به جای پرداختن به موضوعاتی مانند پژوهش های اکتشافی در زمینه سؤال های جزئی و خاص یا رویکردهای مشخص، تمرکز خود را بر مباحث و مشکلات کلان مرتبط با خط مشی ها و سیستم های بخش سلامت –مانند حکمرانی- معطوف نمایند. در ادامه به برخی از بررسی های انجام شده در منابع معتبر و پژوهش های انجام شده که با دید کلان تر به بحث حکمرانی بیمارستانی پرداخته اند، به همراه انتقادهای وارده بر آنها، اشاره می شود. (جدول ۱)

جدول ۱: برخی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه حکمرانی بیمارستانی به همراه انتقادهای وارده

چنانکه پیشتر بیان شد و در نمونه‌های ذکر شده در جدول نیز قابل مشاهده است،

پژوهشگرها/ سال	موضوع پژوهش	جامعه/ روش پژوهش	مهمترین یافته‌ها	انتقاد وارده
دیتزل و همکاران (۲۰۰۶)	پژوهشی در زمینه حکمرانی بیمارستانی خوب	دو کشور چک و نیوزلند/ موردکاوی/ مبتنی بر مدل حکمرانی خوب و اصول ۹ گانه تیلور (۲۰۰۰)	- مدل غالب: حکمرانی خوب - بهبود عملکردهای این سازمان‌ها با کاربرد حکمرانی خوب جای بحث دارد.	عدم توجه به سطح کاربرد مدل‌های حکمرانی
بوگو و همکاران (۲۰۰۷)	حکمرانی بیمارستانی در آمریکای لاتین	۴ کشور آمریکای لاتین (آرژانتین، برزیل، کلمبیا و مکزیک) / پیمایش/ مبتنی بر رویکرد پرکر و هاردینگ (۲۰۰۳)	- شناسایی ۴ نوع اداره بیمارستان‌ها؛ بودجه‌ای، خودگردان، شرکتی و خصوصی	عدم توجه به تفاوت مفهوم حکمرانی با اداره امور یا مدیریت
ابور و همکاران (۲۰۰۸)	بررسی حکمرانی بیمارستانی در غنا	بیمارستانهای کشور غنا/ موردکاوی/ مبتنی بر مدل حکمرانی خوب و اصول ۹ گانه تیلور (۲۰۰۰)	- عدم انطباق حکمرانی بیمارستان‌ها با اصول حکمرانی خوب	عدم توجه به سطح کاربرد مدل‌های حکمرانی
سالتمن و همکاران (۲۰۱۱)	اداره بیمارستانهای دولتی	۷ کشور اروپایی (انگلستان، جمهوری چک، استونی، هلند، نروژ، پرتغال، اسپانیا) و اسرائیل / مبتنی بر رویکرد پرکر و هاردینگ (۲۰۰۳)	- شناسایی مدل‌های حکمرانی بیمارستانی - پیشنهاد بکارگیری اصول حکمرانی شرکتی در بیمارستانهای دولتی	عدم توجه به سطح کاربرد مدل‌های حکمرانی
بوتیه و همکاران (۲۰۱۳)	حکمرانی بیمارستانی و کیفیت خدمات	بیمارستان‌های هلند/ پیمایش/ مبتنی بر مدل دمینگ	- معرفی چالش‌هایی کاربرد مدل حکمرانی شرکتی در بیمارستانهای دولتی	-
لندن (۲۰۱۳)	بیم و امیدها در زمینه خودگردانی بیمارستان‌ها	بیمارستان‌های ویتنام/ مطالعات آرشویی/ مبتنی بر رویکرد پرکر و هاردینگ (۲۰۰۳)	- اداره بیمارستان‌های ویتنام در مرحله عبور از بودجه‌ای به خودگردان	عدم توجه به تفاوت مفهوم حکمرانی با اداره امور یا مدیریت

پژوهش‌های انجام شده در خصوص حکمرانی بیمارستانی به عنوان مفهومی بسیار نوظهور و کمتر شناخته شده (بارنت، پرکینز و پاول، ۲۰۰۱؛ بریکلی و ون هورن، ۲۰۰۲) از چارچوب نظری محکمی برخوردار

نبوده و بنابراین از مفاهیم و ابعاد آن تعریف دقیقی وجود ندارد. بنابراین، پژوهش حاضر، با لحاظ نمودن نظر هاردینگ و پرکر (۲۰۰۳) - که با مفروضات تئوری حکمرانی همخوانی بیشتری دارد - به عنوان رهنمودی برای انجام پژوهش آغاز شد.

طبق نظر هاردینگ و پرکر (۲۰۰۳) بیمارستانهای دولتی در اکثر نقاط جهان، به عنوان بخشی از ساختار دولت و عموماً به عنوان یکی از انواع سازمانهای بودجه‌ای شناخته می‌شوند. در چنین سازمانهایی سه عامل تعیین‌کننده عملکرد هستند؛ روابط و مناسبات میان دولت و متولیان بخش بهداشت، محیطی که این سازمانها را دربرگرفته (بازار تولید و عرضه تجهیزات، داروها و ... و محیط دریافت‌کننده خدمات این سازمانها) و سازوکار تأمین هزینه‌ها (بودجه).

این سه عامل تعیین‌کننده پنج عنصر اصلی هستند که ساختار سازمانی این بیمارستانها را شکل می‌دهند. از جمله؛ تعیین حق تصمیم‌گیری در بیمارستان، (خودمختاری/خودگردانی)؛ سازوکار پاسخگویی^{۱۴} (رسمی و سازمانی یا خودمختار - براساس بودجه یا عملکرد)؛ خط مشی‌های مرتبط با عملکردهای اجتماعی؛ نحوه تخصیص بودجه (عملکردی یا ثابت) و پرداخت مطالبات پرسنلی و پاداشها؛ نحوه تعامل با بازار (میزان آزادی عمل) این پنج عنصر نیز فشارهایی را که از محیط داخلی و خارجی بیمارستان دولتی اعمال می‌شوند (شامل؛ فشار ناشی از اعمال سلطه و نظارت دولت و متولیان بخش بهداشت، فشارهای ناشی از خواسته‌های دریافت‌کنندگان خدمات، فشارهای بازار و فشارهای ناشی از رابطه میان مدیریت و ذی‌نفعان سازمانی) را تشریح می‌کنند.

اگرچه موضوعات مطرح شده توسط پژوهشگرهای مذکور بسیار کلی مطرح شده‌اند، اما با توجه به اینکه همزمان ساختار و روابط بیمارستانها را در نظر می‌گیرد و با مفروضات تئوری حکمرانی تناسب بیشتری دارد، در پژوهش از عناصر آن به عنوان ابعاد اولیه استفاده شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ داده شود؛

^{۱۴}. Accountability

ساختارها و روابط در بیمارستان های دولتی ایران چگونه است؟ (وضع موجود)
ساختار بهینه تصمیم گیری و ساختار بهینه پاسخگویی در بیمارستانهای دولتی ایران چگونه است؟
نحوه بهینه تخصیص بودجه و پرداخت مطالبات پرسنلی و پاداشها و
خط مشی های بهینه مرتبط با عملکردهای اجتماعی در بیمارستانهای دولتی ایران چیستند؟ شیوه
بهینه تعامل با بازار در بیمارستانهای دولتی ایران چگونه است؟ ابعاد مدل پیشنهادی حکمرانی
بیمارستان های دولتی کدام اند؟ مدل حکمرانی متناسب با شرایط بیمارستانهای دولتی ایران کدام
است؟ (وضع مطلوب) برای دستیابی به پاسخ سؤال های فوق،
با نظرسنجی از خبرگان عرصه سلامت کشور به ابعاد دقیق تر و سپس مفاهیم نظری
و عملیاتی کامل تر دست یافته و در نهایت براساس یافته های پژوهش مدل نهایی حکمرانی
بیمارستان های دولتی کشور طراحی شد.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی، بر اساس مفروضات تئوری حکمرانی و با پیش فرض
قرار دادن ابعاد پیشنهادی هاردینگ و پرکر (۲۰۰۳) به عنوان راهنمای اولیه حرکت
شکل گرفت. جامعه این پژوهش بیمارستانهای دولتی ایران بوده و با استفاده از نمونه گیری
غیراحتمالی و روش نمونه گیری گلوله برفی سی نفر از خبرگان عرصه سلامت برای انجام پژوهش
برگزیده شدند. داده ها از طریق مشاهده مستقیم و مصاحبه نیمه ساختاریافته و عمیق با تأکید بر
رویکرد اکتشافی^{۱۵} (کوال، ۱۹۹۶) و به طور مقطعی در فاصله زمانی خرداد تا اسفند ماه سال ۱۳۹۲
گردآوری شدند. نمونه های اولیه برای آغاز مصاحبه، از میان خبرگانی در عرصه سلامت کشور برگزیده
شدند که در زمینه وضع موجود و مطلوب ساختار و روابط بیمارستان های دولتی کشور دانش و تجربه
کافی داشته و در خصوص طراحی و به کارگیری روشها و مدلهای بهینه برای حکمرانی این گونه
بیمارستانها صاحب نظر بودند. آنها سابقه فعالیت در پست ریاست کل، ریاست بخش های کلینیکی و
پاراکلینیکی و معاونت درمان یکی از بیمارستانهای دولتی یا دانشگاه های علوم پزشکی یا وزارت
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور را داشته و علاوه براین در زمینه مدل های مدیریت و
حکمرانی دارای اطلاعات کافی بوده و جزء خبرگان عرصه سلامت به شمار می آمدند. از آنها خواسته

^{۱۵}. Exploratory

شد

تا خبرگان دیگری را که در این عرصه صاحب نظر باشند جهت انجام مصاحبه های بعدی معرفی نمایند. بر این اساس، مصاحبه با خبرگان معرفی شده به شیوه مذکور تا جایی ادامه یافت که اطلاعات کافی در زمینه مورد نظر بدست آمد. با توجه به اهداف، سؤال های پژوهش و ابزار گردآوری داده ها، از تحلیل تم از نوع شریکه تم ها^{۱۶} (استرلینگ، ۲۰۰۱) و به کارگیری نرم افزار ATLAS.ti^{۱۶} برای تحلیل داده ها استفاده شد. در این راستا، شش گام (طبق نظر براون و کلارک، ۲۰۰۶) برداشته شد شامل؛ آشنایی با داده ها، ایجاد کدهای اولیه، جستجوی تم ها، بازبینی تم ها و تعریف مجدد تم ها و ایجاد یک نقشه تحلیل تم (اولیه و توسعه یافته)، تعریف و نام گذاری تم ها و در نهایت تهیه گزارش و ترسیم نقشه پایانی تم ها (مدل نهایی پژوهش).

در پژوهش حاضر، گردآوری داده ها براساس نظر خبرگان عرصه سلامت کشور در دو مرحله (البته در یک زمان به طور متوالی) صورت پذیرفته است. مرحله اول گردآوری داده ها، به منظور بررسی شرایط کنونی بیمارستانهای دولتی کشور و نیازسنجی طراحی مدل حکمرانی بیمارستانهای دولتی انجام شد. مرحله دوم به منظور استخراج مفاهیم و ابعاد و طراحی مدل حکمرانی بیمارستان های دولتی کشور صورت گرفت. بدین منظور متن مصاحبه ها چندین بار مطالعه شد، سپس نکات کلیدی از متن مصاحبه ها استخراج شده و کدگذاری اولیه انجام شد. سپس ترکیب، تلفیق و طبقه بندی کدهای بدست آمده در چند نوبت انجام شد (کدگذاری باز، محوری و انتخابی). در این پژوهش روایی و پایایی براساس مفهوم "امانت داری"^{۱۷} گوبا و لینکلن (۱۹۸۹) بررسی شد. قابلیت اعتبار^{۱۸}، با استراتژی "تأیید نتایج با مراجعه به آزمودنی ها" انجام شد. بدین منظور، داده های کیفی جمع آوری شده از تعدادی از مصاحبه های کد بندی شده به برخی از مشارکت کننده ها عودت داده شده تا با بازنگری مشارکت کنندگان قابلیت اعتبار تعیین گردد.

Thematic Network.^{۱۶}

Trustworthiness.^{۱۷}

Credibility .^{۱۸}

به منظور بررسی قابلیت تأیید^{۱۹}، از استراتژی های "بازبینی در زمان کدگذاری" و "ثبت ممیزی ها" - که با "پایایی در طول زمان" که توسط دنزین (۱۹۸۸) مطرح شده است همخوانی دارد- استفاده شد. برای انجام این کار از ضریب توافق درصدی یا سنجش رابطه خام (نئونورف، ۲۰۰۲) استفاده شده و کدگذاری داده های تعدادی از مصاحبه ها به فاصله یک ماه از هم مجدداً تکرار شد و

فرمول هولستی ضریب توافق درصدی نود و چهار درصد تعیین گردید.

بررسی قابلیت اتکا^{۲۰}، با روش "بازنگری خارجی" و استراتژی "تأیید همکاران پژوهشی" - که با روش پایایی همانندی که توسط دنزین (۱۹۸۸) مطرح شده است همخوانی بسیاری دارد- انجام شد. بدین منظور یک بار از یک دانشجوی دوره دکتری مدیریت دولتی آشنا با حکمرانی بیمارستانی (به عنوان عامل انسانی) و در مرتبه بعد از نرم افزار NVivo^{۲۱} استفاده شده و در هر دو مرحله قابلیت اتکا (نود و یک درصد) تعیین گردید. علاوه براین برای اطمینان بیشتر از نظرات صاحب نظران و پژوهشگرهای کیفی نیز در این خصوص استفاده شد. به منظور بررسی قابلیت انتقال^{۲۱}، از استراتژی های "تأیید ساختاری"

و "کفایت منابع مورد ارجاع" استفاده شد. بدین ترتیب جزئیات روش پژوهش به دفعات بازنگری شده و سعی شد تا بررسی بسیار جامعی در این خصوص به عمل آمده و از منابع قابل اسناد به حد کفایت استفاده شود. در نهایت از نظرات صاحب نظران و پژوهشگرهای کیفی نیز در این خصوص استفاده شد. در این فرآیند سعی شد توصیف غنی از مجموعه داده های مطالعه در طول مرحله ی گردآوری داده ها صورت پذیرد، تا پتانسیل قابلیت انتقال افزایش یابد. بدین ترتیب با بررسی و طبقه بندی کدها، تم های پایه استخراج شده

و سپس تم های سازمان دهنده از طریق تلفیق تم های پایه و تم های فراگیر نیز از طریق

Conformability .^{۱۹}

Dependability.^{۲۰}

Transferability.^{۲۱}

طبقه بندی تم های سازمان دهنده تشکیل شدند . در ادامه یافته های مراحل پژوهش شرح داده می شوند.

یافته های پژوهش:

یافته های مرحله اول : براساس نظرات خبرگان عرصه سلامت مدل غالب اداره بیمارستان های دولتی ایران مدیریت سنتی بوده و ویژگیهای اصلی ساختار و روابط سازمان های مذکور را می توان اینگونه بیان کرد؛ ساختار تصمیم گیری سلسله مراتبی؛ پاسخگویی در قالب بودجه و مبتنی بر داده و ستاده، نه عملکرد و آثار اجتماعی آن ؛ تعیین اهداف به طور متمرکز و غیرعملیاتی توسط خط مشی گذاران در سطح دولت؛ شیوه بودجه ریزی براساس برنامه و نه عملکرد؛ تخصیص بودجه و پرداخت مطالبات پرسنلی و پاداشها توسط وزارت بهداشت؛ عدم توجه به جامعه به عنوان ذی نفع اصلی بیمارستانها؛ عدم وجود استقلال برای تعامل با بازار.

نتایج بدست آمده در این مرحله نشان دادند، شیوه کنونی اداره بیمارستان های دولتی مورد پذیرش هیچ یک از خبرگان مشارکت کننده در پژوهش نیست . علاوه بر آنکه طبق نظر خبرگان ارزشمندی کاربرد مدل های بخش صنعت (مانند ISO, EFQM, BSC و...) در اداره بیمارستانهای دولتی مورد تردید است . همچنین مدل هایی مانند حاکمیت بالینی و اعتباربخشی نیز اگرچه به عنوان مدل های حکمرانی بیمارستانهای دولتی مورد پذیرش نیستند، اما می توان پس از بومی سازی، از آنها به عنوان راهنمایی برای بهینه کردن فرآیندها و ارزیابی عملکرد استفاده نمود. بدین ترتیب، طبق نظر خبرگان عرصه سلامت، برای عبور از مشکلات کنونی و افزایش بهره وری بیمارستان های دولتی کشور، طراحی مدل حکمرانی مناسب آنها ضروری به نظر می رسد.

یافته های مرحله دوم: به دلیل آنکه ابزار اصلی پژوهش مصاحبه های نیمه ساختاریافته و عمیق بود، ابعاد شناسایی شده از متن مصاحبه ها پس از انجام کدگذاری ها و استخراج تم ها، بسیار وسیع بودند . به نحوی که پس از چندین نوبت تلخیص تم ها در نهایت بیست و چهار تم اولیه و ده تم سازمان دهنده و پنج تم فر اگیر شناسایی شده و در طراحی مدل نهایی پژوهش (نقشه تم نهایی) بکار گرفته شد. (جدول ۲)

جدول ۲: تم های شناسایی شده از طریق تحلیل شبکه تم ها

دولتی ایران

محور مطالعه	تم فراگیر	تم سازمان دهنده	تم پایه
ساختار تصمیم گیری	تصمیم گیری شورایی	استقلال نسبی تصمیم گیری در امور داخلی	استقلال نسبی در تصمیم گیری های مالی
			استقلال نسبی در تصمیم گیری های پرسنلی
			استقلال نسبی در تصمیم گیری های معاملاتی
		ساختار تصمیم گیری چند بعدی	ساختار تصمیم گیری سه سطحی
			طراحی ساختار هیات امانا
			انتخاب عقلانی رئیس بیمارستان ایجاد هیات مدیره
ساختار پاسخگویی	پاسخگویی جامع	ساختار پاسخگویی دوگانه متمرکز	استقلال بازوی نظارتی از اجرایی
			اعمال توامان کنترل بودجه ای و کنترل عملکردی
		ساختار پاسخگویی چندوجهی غیرمتمرکز	طراحی معیارهای عملکردی
			سیستم پاسخگویی دوگانه (فعال- منفعل) پاسخگویی سه سطحی
ساختار تخصیص بودجه و مطالبات پرسنلی و پادشها و سایر مسائل مالی	بودجه استراتژیک	تخصیص بودجه برنامه ریزی شده	تخصیص بودجه کلی عملکردی (سطح کلان)
			تخصیص بودجه بخشی هدفمند (سطح خرد)
		تغییر رویکرد بودجه محور	تقلیل وابستگی به بودجه حکومتی
			آزادی عمل جهت انجام اقدامات استراتژیک طراحی سیستم پرداخت پرسنلی دوگانه
ساختار خط مشی های عملکردهای اجتماعی مرتبط با	تعامل سازنده با جامعه	توسعه ارائه خدمات اجتماعی	تقویت حضور بیمه ها
		توسعه ارائه خدمات خصوصی	طراحی سازو کارهای لازم برای برقراری تعامل بخش سلامت با جامعه
			آزادی عمل نسبی در خصوصی سازی
ساختار تعامل با بازار	آزادی عمل در تعامل با بازار	آزادی عمل نسبی در توسعه بازار خدمات	برقراری رابطه میان درآمد- هزینه (سطح کلان)
			برقراری رابطه میان حجم ارائه خدمات- درآمد پرسنلی (سطح خرد)
		آزادی عمل نسبی در توسعه بازار کالا	آزادی عمل نسبی در برون سپاری
			برقراری رابطه دو سویه بیمارستانها با بازارها

تم های شناسایی شده در این مطالعه ، از نظر زمان شناخت تم ها؛ از نوع نهایی (ریان و برنارد، ۲۰۰۳)، از نظر ماهیت تم؛ از نوع تفسیری (کینگ و هاروکس، ۲۰۱۰)، از نظر سلسله مراتب تم در قالب؛ از نوع اصلی (کینگ، ۲۰۰۴؛ ریان و برنارد، ۲۰۰۳)، از نظر جایگاه در شبکه تم ه؛ از هر سه نوع پایه^{۲۲}، سازمان دهنده^{۲۳} و فراگیر^{۲۴} (استرلینگ، ۲۰۰۱)، از نظر قابلیت مشاهده تم ها در متن؛ برخی از تم ها از نوع مکنون و برخی کاملاً مشهود، از نظر منشا شناسایی تم ها؛ از نوع داده محور (براون و کلارک، ۲۰۰۶)، از نظر نقش تم در تحلیل؛ از انواع یکپارچه و کلان (کینگ و هاروکس، ۲۰۱۰) از نظر تثبیت موقعیت تم؛ از نوع تثبیت شده (ریچاردز، ۲۰۰۸)، هستند.

با توجه به اینکه محورهای اصلی مورد مطالعه، تم های فراگیر، تم های سازمان دهنده (که حاصل تلفیق و طبقه بندی تم های پایه اند) و تم های پایه استخراج شده از مصاحبه ها در جدول ۲ آورده شده اند، در ادامه صرفاً توضیحاتی در خصوص تم های پایه به تفکیک تم های فراگیر ارائه می شود:

تم تصمیم گیری شورایی:

مصاحبه شونده ها در خصوص طراحی ساختار بهینه تصمیم گیری به لزوم استقلال نسبی بیمارستان ها در تصمیم گیری های مالی، پرسنلی، معاملاتی (با پیمانکاران و تهیه کنندگان مواد اولیه و ملزومات و...) و شکل گیری ساختار تصمیم گیری سه سطحی شامل؛ هیات امناء، ریاست بیمارستان و هیات مدیره (اجرایی) اشاره نموده اند. سطح اول ساختار مذکور را هیات امناء (به عنوان ناظر و کنترل کننده عملکرد بیمارستان) تشکیل می دهد. اعضاء پیشنهادی برای این ساختار عبارت است از: شهردار شهر یا ناحیه یا نماینده تام الاختیار او یا یکی از اعضاء شورای شهری که بیمارستان در آن واقع است، معاون وزیر بهداشت در امور بیمارستان مورد نظر، نماینده سازمان های نظام پزشکی و نظام پرستاری، نماینده بیمه های سلامت)، سطح دوم ساختار؛ رئیس بیمارستان است که براساس نظر خبرگان باید از میان افرادی انتخاب شوند که علاوه بر اشراف بر امور درمان دارای علم اقتصاد و مدیریت نیز باشند (انتخاب عقلانی)، سطح سوم ساختار؛ هیات مدیره، به عنوان بازوی اجرایی و مشورتی است. براساس ساختار پیشنهادی ، یک نماینده از هر گروه پزشکی،

^{۲۲} . Basic Theme

^{۲۳} . Organizing Theme

^{۲۴} . Global Theme

یک نماینده از گروه پرستاری، یک نماینده از گروه پیراپزشکی، یک نماینده از واحدهای پشتیبانی، یک نماینده از گروه اداری و مالی، اعضای هیات مدیره را تشکیل می دهند. به نظر می رسد که ساختار تصمیم گیری شورایی بتواند فشار ناشی از اعمال سلطه و نظارت دولت و متولیان بخش بهداشت بر بیمارستانهای دولتی که از طریق تهیه و تدوین خط مشی های بخش سلامت، انتخاب و انتصاب کارکنان، تخصیص بودجه، جمع آوری و استفاده از اطلاعات و ... (هاردینگ و پرکر، ۲۰۰۳) اعمال می شود را به شیوه ای منطقی تعدیل کرده و به جای آن فشارهای ناشی از خواسته های دریافت کنندگان خدمات و فشارهای ناشی از رابطه میان مدیریت و ذی نفعان سازمانی را افزایش دهد. بدین ترتیب، ساختار مطرح شده با رویکرد شبکه ای ارائه شده در تئوری حکمرانی انطباق بیشتری دارد.

به طور خلاصه به بخشی از نظرات یکی از مصاحبه شونده ها در این زمینه اشاره می شود:

"... بیمارستان ها باید بتوانند در مورد بعضی از موضوعاتشان مثل درآمد و هزینه، استخدام و اخراج پرسنل و امثال این موارد مستقل از دانشگاه های (علوم پزشکی) و وزارت بهداشت عمل کنند، ... در مورد کارهایی مثل مناقصه ها، مزایده ها، فروش کالاهای زائد، خرید لوازم و دارو و کارهایی از این دست هم، همینطور، ... علت اینکه اجازه استقلال به بیمارستان ها نمی دهند آن است که از فساد مالی می ترسند، برای این موضوع راه حل های ساده ای هست مثلا چه دلیلی دارد که یک نفر همه کاره بیمارستان باشد، ... می شود برای هر بیمارستان یک هیات امنای در نظر گرفت اعضای آن می توانند این افراد باشند؛ شهردار ناحیه، ناظر وزارت بهداشت، یک هیات مدیره هم، از روسا و مدیران همه بخش های درمانی و غیردرمانی باید وجود داشته باشد. مثلا این افراد؛ روسای بخش ها، مدیر پرستاری، مدیر اداری مالی، ... البته یک رئیس عالم، هم به مسائل درمانی و هم مدیریتی، در حدفاصل این دو هیات قرار می گیرد،... (P_{۱۲})"

تم پاسخگویی جامع:

مصاحبه شونده ها در خصوص طراحی ساختار بهینه پاسخگویی به پاسخگویی سه سطحی اشاره کرده اند. سطح اول؛ پاسخگویی هیات مدیره به ریاست (سطح خرد)، سطح دوم؛ پاسخگویی ریاست بیمارستان به هیات امنای (سطح میانی) و سطح سوم؛ پاسخگویی هیات امنای به دولت و جامعه مدنی (سطح کلان). همچنین اعمال توأمان کنترل بودجه ای و کنترل

عملکردی، طراحی معیارهای عملکردی برای پاسخگویی (براساس مدل‌های روز دنیا مثلاً اعتباربخشی و حاکمیت بالینی)، طراحی سیستم پاسخگویی دوگانه (فعال - منفعل) و استقلال بازوی نظارتی از اجرایی (لزوم جدایی مجری از ناظر) نیز مطرح شده است.

طبق نظر خبرگان کلیه سطوح سازمانی باید در قبال عملکرد و بودجه پاسخگو باشند. همچنین ساختار پاسخگویی باید به گونه ای طراحی شود که از هر دو بعد؛ بودجه و عملکرد قادر به پاسخگویی بیمارستانها - قبل (فعال) و بعد (منفعل) از ارائه بودجه و انجام فعالیتهای سازمانی مورد نظر - باشد. علاوه بر اینکه بازوی نظارتی بر بیمارستان ها باید از بازوی اجرایی جدا باشد. به طور خلاصه به بخشی از نظرات یکی از مصاحبه شونده ها در این زمینه اشاره می شود:

"... اگر ما هیات امناء، هیات مدیره و هم رئیس داشته باشیم همه مجبورند در قبال کار بیمارستان و هزینه و درآمد و امثال اینها جوابگو باشند در مورد همه چیز نه فقط بودجه، مثلاً رضایت بیماران، پرسنل و ... همه مهم می شود، ... اگر رئیس قبل از اختصاص بودجه، پرسنل و ... به بخش من، از من بپرسد که می خواهی با این مقدار امکانات، نیرو، تجهیزات و ... چه بکنی؟ چه برنامه ای داری و ... همین سؤال را هم دولت از هیات امناء بپرسد و هیات امناء هم از رئیس، همه ما حواسمان به کارهایمان جمع می شود هم قبل و هم بعد از گرفتن امکانات و.. ناظر وزارت بهداشت هم که بیاید تکلیفش را می داند ما قرار بوده با این امکانات کجا باشیم الان کجا هستیم البته اگر ناظر هم درست انتخاب شده باشد و کارش فقط نظارت باشد... یک استاندارد درست و معقول هم برای ارزیابی داشته باشد مثلاً اگر این

JCI و حاکمیت بالینی را ایرانی

می کردند و استفاده می کردند بد نبود... (P_۱)"

تم بودجه استراتژیک:

مصاحبه شونده ها در خصوص طراحی ساختار بهینه تخصیص بودجه و مطالبات پرسنلی و سایر موارد مالی پیشنهادهایی را ارائه کرده اند، مانند؛ اختصاص بودجه کلی به صورت عملکردی - نه ثابت - از سوی دولت به بیمارستان ها (سطح کلان) و تخصیص بودجه بخشی هدفمند به بخش ها و واحدهای بیمارستان از سوی هیات امناء (سطح خرد) (یعنی مرتبط نمودن عملکرد بخش ها با بودجه دریافتی).

علاوه بر این به لزوم تقلیل وابستگی بیمارستان ها به بودجه دولتی، ارائه آزادی عمل به بیمارستان ها جهت انجام اقدامات استراتژیکی مانند ایجاد بخش ها و تخت های خصوصی، کلینیک های ویژه و... به منظور افزایش درآمد و کاهش هزینه ها اشاره شده است. همچنین طراحی سیستم پرداخت پرسنلی دوگانه که همزمان دربرگیرنده هر دو شیوه پرداخت حقوق به صورت ثابت و مبتنی بر عملکرد باشد، پیشنهاد شده است . به طور خلاصه به بخشی از نظرات یکی از مصاحبه شونده ها در این زمینه اشاره می شود:

" هر سال یک بودجه مشخص به هر بیمارستان می دهند. رئیس بیمارستان هم از این بودجه به بخش ها امکانات می دهد نه دولت از رئیس می پرسد برای چه کاری و چقدر بودجه لازم داری یا مثلا باندیچه پارسال چه کردی نه رئیس از ما می پرسد،... اگر هیات امنای و هیات مدیره داشتیم این طوری نبود،... عملا ما با بودجه زنده ایم با شرایط فعلی درآمدزایی نداریم هزینه ها هم که هر روز گران تر می شود، حداقل کمی به ما استقلال بدهند تا بتوانیم درآمدزایی کنیم. در حد قوانین می توانیم مثلا یک بخش خصوصی یا در بخش ها چند تخت خصوصی، کلینیک ویژه و امثال این موارد درآمدزا را ایجاد کنیم،... بخش اعظم درآمدمان هم باید در بیمارستان بماند نه اینکه همه آن را به حساب دانشگاه یا وزارت بهداشت بریزیم،... اینطوری می توانیم خدمات بیشتر و بهتری بدهیم، چون الان کسی انگیزه ندارد بیشتر کار کند پرسنل می گویند حقوق ما را که دولت می دهد هر قدر هم کار اضافی کنیم که درآمد بیشتری بدست نمی آوریم،... (P_v) "

تم تعامل سازنده با جامعه:

مصاحبه شونده ها در خصوص طراحی خط مشی های بهینه مرتبط با عملکردهای اجتماعی به لزوم تقویت حضور بیمه ها (اصلی و تکمیلی) در بخش سلامت، طراحی سازو کارهای لازم برای برقراری تعامل بخش سلامت با جامعه مانند اجرای طرح پزشک خانواده، توسعه درمانگاه های عمومی تحت نظارت پزشکان عمومی و... اشاره کرده اند. همچنین پیشنهاد کرده اند که به بیمارستان ها در زمینه خصوصی سازی برای ارائه کالاهای خصوصی

(مانند جراحی های زیبایی و ...) برای افزایش درآمد، آزادی عمل نسبی داده شود .

به طور خلاصه به بخشی از نظرات یکی از مصاحبه شونده ها در این زمینه اشاره می شود:

" عدالت در سلامت بدون حضور پررنگ بیمه ها بی معنی است. بخش سلامت اگر در ارتباط تنگاتنگ با بیمه ها نباشد عملاً ناکارآمد است. همه ایرانی ها باید یک بیمه اصلی و یک بیمه تکمیل داشته باشند و یک پزشک خانوادگی... منظور من طرح پزشک خانواده است، خیلی از ما از والدینمان می شنویم که می گویند این دکتر سالهاست که دکتر خانوادگی ماست و امثال این حرفها، ... الان هم باید همینطور بشود هر خانواده پزشک عمومی مخصوص به خودش را داشته باشد اگر لازم شد این پزشک به متخصصان مختلف بیماران را ارجاع می دهد، ...

این خیلی راه خوبی هم برای کم کردن هزینه مراجعه های بی مورد به متخصصان و هم ایجاد راحتی خیال و راضی کردن مردم جامعه است،.....

راه های دیگری هم هست مثلاً اگر به بیمارستان ها اجازه برخی کارها را، البته در چارچوب قوانین و تعرفه ها، به طور خصوصی بدهند مثلاً جراحی های مربوط به چاقی یا جای سوختگی و امثال این جور کارها،... خیلی از مردم واقعا نمی توانند هزینه های سنگین بیمارستان های خصوصی را پرداخت کنند اما هزینه های کمی بیشتر از تعرفه های دولتی را به راحتی می پردازند، اطمینان بیشتری هم دارند در این صورت هم مردم راضی تر می شوند. م درآمد بیمارستان بالاتر می رود،... (P_{۱۵}) "

تم آزادی عمل در تعامل با بازار:

مصاحبه شونده ها در خصوص طراحی ساختار بهینه تعامل با بازار پیشنهادهایی را در قالب دو بازار ارائه خدمات و بازار مواد اولیه ارائه کرده اند مانند: برقراری رابطه میان درآمد- هزینه در سطح دولت (سطح کلان). برخی از صاحب نظران نیز معتقدند، هزینه های بیمارستان های دولتی وابسته به درآمد نیست و این هزینه ها تماماً از درآمدهای ملی تأمین می شود. بنابراین هیچ انگیزه و توجیه اقتصادی هم برای بهتر کردن عملکرد سازمان ها وجود ندارد. (جاکاب و همکاران، ۲۰۰۲)

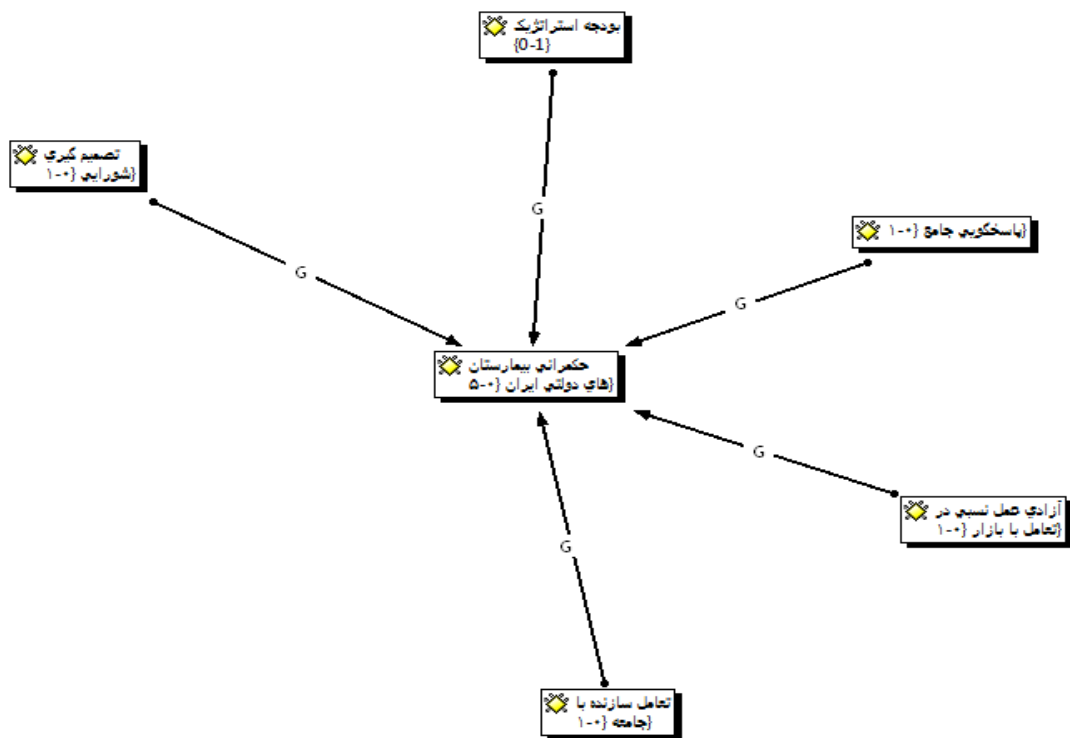
همچنین پیشنهاد شده، میان حجم ارائه خدمات و درآمدهای پرسنلی در سطح بیمارستان (سطح خرد) رابطه منطقی برقرار شود. علاوه بر این به لزوم ارائه آزادی عمل نسبی به بیمارستانهای دولتی در برون سپاری برخی از واحد ها و خدمات غیرتخصصی به منظور کاهش هزینه ها اشاره شده است. برقراری

رابطه دو سویه بیمارستانها با بازارها نیز پیشنهاد دیگری است که خبرگان ارائه نموده اند که به لزوم برقراری ارتباط مستقیم و مستقل بیمارستانها (از دانشگاه یا وزارتخانه) با بازارهای تامین مواد اولیه (مانند بازار دارو و تجهیزات و...) و بازارهای کار به منظور کاهش هزینه ها و افزایش درآمدها در هر دو بازار کالا و خدمات اشاره دارد. به طور خلاصه به بخشی از نظرات یکی از مصاحبه شونده ها در این زمینه اشاره می شود:

" من با خودگردان شدن کامل، مخالفم، اما بیمارستان های دولتی در حال ورشکسته شدن هستند،... تنها راه چاره دادن آزادی عمل به بیمارستان هاست که اولاً بخش های غیردرآمدزا و غیرتخصصی را به بخش خصوصی (پیمانکاری) بسپارند. ثانياً خودشان در مورد تهیه لوازم، داروها و امثال اینها با بخش خصوصی ارتباط داشته باشند، ... ثالثاً برای بیشتر کردن درآمدها با جذب بیشتر بیماران و ارائه خدمات درست و به هنگام، فکری بکنند، ... البته زیر نظر دولت و تحت کنترل دقیق وزارت بهداشت،... علاوه براین، دولت هم باید درمورد دادن بودجه منطقی به بیمارستان ها فکری بکند، هر بیمارستانی که عملکردش بهتر بود بودجه اش بیشتر و بیمارستان ها هم باید در مورد درآمد پرسنل کاری بکنند که هرچه هزینه ها کمتر شود و بیمار بیشتری جذب بیمارستان شود درآمد غیرمستمر کارکنان بالاتر برود تا انگیزه ارائه خدمات بیشتر شود. (P_۳) "

چنانکه ملاحظه می شود هر جا که بحث تصمیم گیری، خصوصی سازی، برون سپاری، رابطه با بازار و امثال این موارد ذکر شده، از واژه "نسبی" استفاده شده است. در واقع هیچ یک از خبرگان به ارائه آزادی عمل کامل و بدون نظارت بازوی نظارتی وزرات بهداشت به بیمارستان ها اعتقاد نداشتند. علاوه برآنکه موضوع خودگرانی بیمارستان های دولتی نیز با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی از نظر خبرگان مورد پذیرش نبود.

بدین ترتیب ابعاد اصلی و فرعی مدل حکمرانی بیمارستان های دولتی ایران (جدول ۲) استخراج شد. با توجه به اینکه پژوهش مبتنی بر تحلیل شبکه تم ها انجام شده است، نقشه های تم اولیه، توسعه یافته و نهایی با استفاده از ابعاد اصلی و فرعی و پیوند میان آنها و با استفاده از نرم افزار ATLAS.ti^۶ ترسیم شدند و مورد تایید مجدد ده نفر از خبرگان عرصه سلامت قرار گرفت. در این مقاله صرفاً نقشه تم نهایی یا مدل نهایی پژوهش (شکل شماره ۱) ارائه می گردد.



شکل شماره ۱: نقشه تم نهایی - مدل حکمرانی بیمارستان های دولتی ایران

پس از استخراج ابعاد اصلی و فرعی و نهایی شدن آن ها، مفاهیم نظری و عملیاتی حکمرانی بیمارستان های دولتی به شرح زیر شکل گرفتند.

مفهوم عملیاتی: حکمرانی بیمارستان های دولتی، به سازوکارهای تصمیم گیری، پاسخگویی، شیوه تخصیص بودجه و پرداخت مطالبات پرسنلی، خط مشی های مرتبط با تعامل با جامعه و نحوه تعامل با بازار، به عنوان یکی از اجزاء شبکه ای متشکل از حکومت، دولت، جامعه مدنی و بخش خصوصی (بازار) اشاره دارد.

مفهوم نظری: حکمرانی بیمارستان های دولتی به ساختارها و روابط درون و برون سازمانی بیمارستان های دولتی، به عنوان یکی از اجزاء شبکه حکمرانی دولتی اشاره دارد، که عملکرد این سازمان ها را

تعیین کرده و فشارهایی را که از سوی ذی نفعان درون و برون سازمانی بر آن ها وارد می شود، تشریح می کند.

نتیجه گیری و پیشنهادها:

هدف مطالعه حاضر، طراحی مدل حکمرانی بیمارستان های دولتی ایران بود . از اینرو، ابتدا مدل‌های حکمرانی موجود و پژوهش های انجام شده در این عرصه مورد مطالعه قرار گرفت. سپس با نظر سنجی از خبرگان عرصه سلامت کشور، نگرشی جامع در خصوص شرایط موجود و مطلوب اداره بیمارستانهای دولتی کشور مبتنی بر مفروضات تئوری حکمرانی به عنوان پارادایم غالب، شکل گرفت . نتایج بدست آمده از این پژوهش

نشان می دهد ، شیوه کنونی اداره بیمارستان های دولتی مورد پذیرش خبرگان مشارکت کننده در پژوهش نبوده و طراحی مدل حکمرانی بیمارستانی مناسب این سازمان ها ضروری به نظر می رسد . علاوه براین، یافته های پژوهش حاضر دربرگیرنده ابعاد اصلی و فرعی و تعاریف نظری و عملیاتی مفهوم حکمرانی بیمارستان های دولتی است که به طراحی مدل حکمرانی بیمارستان های دولتی ایران منجر شد.

طبق نظر خبرگان، مدل حکمرانی مناسب بیمارستان های دولتی کشور باید دربرگیرنده ابعاد؛ تصمیم گیری شورایی، پاسخگویی جامع، بودجه استراتژیک، تعامل سازنده با جامعه و آزادی عمل در تعامل با بازار باشد . به نظر می رسد، نظرات ارائه شده توسط خبرگان ، علاوه بر اینکه می تواند به عنوان راه کاری برای خروج از چالش های کنونی این سازمان ها و به تبع آن جامعه، مطرح شود، به بسط تئوری حکمرانی و ارائه مدلی جدید برای حکمرانی بیمارستان های دولتی نیز کمک نموده است . دستاورد این مطالعه علاوه بر یافته های اصلی دربرگیرنده تعدادی یافته های جنبی نیز می باشد، که به طور مختصر به برخی از آنها اشاره می شود؛ اکثر خبرگان، در این پژوهش، بیان کردند که در صورت بکارگیری مدل حکمرانی بیمارستان ها دولتی، نقش دانشگاه های علوم پزشکی به عنوان واسطه میان وزارت بهداشت و بیمارستانهای دولتی دلیل منطقی ندارد . آن ها وجود دانشگاه های علوم پزشکی را صرفا جهت آموزش گروه پزشکی می پذیرفتند. علاوه براین که ساختار ستادی به این وسعت را در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی غیرمنطقی دانسته و نقش این ساختار را صرفا

سیاست گذاری و نظارتی برمی شمردند که آن هم به این تعداد زیاد معاونت، مدیریت و پرسنل زیرمجموعه آن نیازی نخواهد داشت.

مطالعه حاضر محدودیتهایی نیز دربرداشت؛ در این مطالعه صرفاً از مشاهده مستقیم و مصاحبه های نیمه ساختاریافته و عمیق با خبرگان عرصه سلامت کشور جهت گردآوری داده ها استفاده شده است. اما، به نظر لایه های مدیریتی سطوح میانی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی و بیمارستان های دولتی توجه نشده است.

علاوه براین، پژوهش انجام شده، مبتنی بر نظر خبرگان عرصه سلامت کشور بوده و برخی از خبرگان مذکور در لایه های سیاسی عرصه سلامت در دوره های مختلف، فعالیت داشته یا دارند. بنابراین، به طور قطع شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در زمان انجام پژوهش و همچنین گرایشات سیاسی (اصول گرایی، کاپیتالیستی و ..) بر نظرات آنان اثرگذار بوده است. همچنین، پژوهش حاضر در ایران انجام شده و مدل حکمرانی بیمارستانی

مبتنی بر ویژگیهای بیمارستان های دولتی ایران طراحی شده است، بدی هی است
تعمیم پذیری آن به بیمارستان های خصوصی و بیمارستان های دولتی سایر کشورها مستلزم انجام پژوهش های جامع تر است.

در نهایت باید ذکر کرد که پژوهش حاضر، با توجه به هدف آن، از پرداختن به موضوع های خرد و موارد مرتبط با کاربردی نمودن هر یک از تم های اش اره شده در مدل، اجتناب کرده است. بدین ترتیب به پژوهشگر های آتی توصیه های زیر را می توان ارائه نمود:

کمیت، ترکیب و نحوه انتخاب یا انتصاب اعضاء هیات امانا در حیظه تصمیم گیری شورایی، مورد بررسی قرار گیرد. در بحث پاسخگویی جامع باید به موضوع بومی سازی مدل هایی مانند اعتباربخشی و حاکمیت بالینی پیش از کاربرد آنها یا تدوین معیارهای ارزیابی متناسب با بیمارستان های ایران توجه شود. موضوع لزوم استقلال بازوی نظارتی از اجرایی، چگونگی شکل گیری یا اصلاح ساختار مذکور و همچنین کمیت و کیفیت اعضاء آن نیز نیازمند بررسی های بیشتری است. طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد در قالب سیستم پرداخت پرسنلی دوگانه نیز نیازمند انجام مطالعات

تطبیقی و بومی سازی، با بررسی مزایا و کاستی های مدل های مذکور است . بررسی چگونگی طراحی سازوکارهای تعامل بخش سلامت با جامعه ، مانند طرح پزشک خانواده، توسعه درمانگاه های عمومی تحت نظارت پزشکان عمومی و... نیز نیازمند انجام پژوهش های کاربردی در این زمینه است. انجام مطالعه درباره کمیت و کیفیت بخش های غیرتخصصی و واحدهایی که می توان اداره آن ها را به بخش خصوصی سپرد و آسیب شناسی این سیاست، راه های کاربردی شدن آن و امثال این موارد نیز ضروری به نظر می رسد . علاوه براینکه میزان استقلال منطقی بیمارستان های دولتی در ارتباط با بازار، کمیت و کیفیت این ارتباط و آسیب شناسی رابطه مذکور نیازمند بررسی های بیشتری است تا منجر به نتیجه معکوس (ایجاد فساد، اتلاف بودجه، افزایش هزینه ها و...) نگردد.

منابع :

- Abor,P.A., Abekah-Nkrumah,G. &Abor,J. (۲۰۰۸). An examination of hospital governance in Ghana. *Leadership in Health Services*, ۲۱ (۱):۴۷-۶۰.
- Barnett, P., Perkins, R. & Powell, M. (۲۰۰۱).On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand ۱۹۹۳-۱۹۹۸. *International Journal of Health Planning and Management*, ۱۶(۲):۱۳۹-۵۴.
- Boeker, W. & Goodstein, J. (۱۹۹۱).Organizational performance and adaptation: effects of environment and performance changes in board composition. *Academy of Management Journal*, ۳۴:۸۰۵-۲۶.
- Bogue,R.J., Hall, Jr. C. H. & La Forgia, G. M. (۲۰۰۷). *Hospital Governance in Latin America.Results from a Four Nation Survey*. Human Development Department Latin America and Caribbean Region The World Bank and Health, Nutrition, and Population Department Human Development Network .The World Bank.
- Botje, D., Klazinga,N.S. & Wagner,C. (۲۰۱۳). To what degree is the governance of Dutch hospitals orientated towards quality in care? Does this really affect performance? *Health Policy*, ۱۱۳ : ۱۳۴- ۱۴۱, (Available on: www.elsevier.com/locate/healthpol).
- Braun, V. & Clarke, V. (۲۰۰۶). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* ۳(۲): ۷۷ - ۱۰۱.

- Brennan, T.A. (۱۹۹۸). The role of regulation in quality improvement. *Milbank Quarterly*, ۷۶:۷۰۹-۷۳۱.
- Brickley, J.A. & Van Horn, L. (۲۰۰۲). Managerial incentives in nonprofit organizations: evidence from hospitals. *Journal of Law and Economics*, ۴۵(۱):۲۲۷-۴۹.
- Burau, V. & Vrangbæk, K. (۲۰۰۸). Institutions and non-linear change in governance : reforming the governance of medical performance in Europe. *Journal of Health Organization and Management*, ۲۲(۴):۳۵۰-۳۶۷.
- Carter, A., Sigala, M., Robertson-Smith, G. & Hyday, S. (۲۰۱۱). *From Financial to Clinical? Perceptions and Conversations in NHS Boardrooms*. Institute for Employment Studies. UK.
- Christensen, T. & Laegreid, P. (۲۰۰۷a). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, ۶۷(۶):۱۰۵۷-۱۰۶۴.
- Christensen, T. & Laegreid, P. (۲۰۰۷b). *Transcending new public management: the transformation of public sector reforms*. Aldershot, Ashgate.
- Commission on the Social Determinants of Health. (۲۰۰۸). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization.
- Cornforth, C. (ed.). (۲۰۰۳). *The Governance of Public and Non-profit Organizations. What Do Boards Do?* London: Routledge.
- Denzin, N. (۱۹۸۸). *The research act: theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw- Hill.
- Ditzel, E., Štrach, P. & Pirozek, P. (۲۰۰۶). An inquiry into good hospital governance: A New Zealand-Czech Comparison. *Health Research Policy and Systems*, ۴:۲.
- Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C. & Vleugels, A. (۲۰۰۴). From Corporate Governance To Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, ۶۸ :۱-۱۵
- Eeckloo, K., Delesie, L. & Vleugels, A. (۲۰۰۷). Where is The Pilot? The Changing Shapes of Governance in The European Hospital Sector. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. ۱۲۷(۲). ProQuest. P. ۷۸.
- Freeman, R.E. (۱۹۸۴). *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston: Pitman/Ballinger.
- Friesner, D., Neufelder, D., Raisor, J. & Bozman, C.S. (۲۰۰۹). How to Improve Patient Satisfaction When Patients Are Already Satisfied: A Continuous Process-Improvement Approach. *Hospital Topics*, ۸۷(۱): ۲۴-۴۰.

- Gilson, L. (ed). (2012). *Health policy and systems research: a methodology reader*. Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int) or can be purchased
- Gisselquist, R.M. (2012). *What Does Good Governance Mean?*. WIDER Angle newsletter. <http://www.wider.unu.edu>
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury park, CA: sage.
- Harding, A. & Preker, A.S. (2003). A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals. In Preker AS and Harding A (Eds). *Innovations In Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, DC: The World Bank, 23-78.
- Holland, T.P., Ritvo, R.A. & Kovner, A.R. (1997). *Improving Board Effectiveness: Practical Lessons for Nonprofit Health Care Organizations*. Chicago, IL: American Hospital Publishing, Inc.
- Hosford, S.B. (2008). Hospital Progress in Reducing Error: The Impact of External Interventions. *Hospital Topics*, 86(1): 9-19.
- Jakab, M., Preker, A., Harding, A. & Hawkins, L. (2002). *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector: From New Public Sector Management to Organizational Reform*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Jamali, D., Hallal, M. & Abdallah, H. (2010). Corporate governance and corporate social responsibility: evidence from the healthcare sector. *Corporate Governance*, 10(5): 590-602.
- KCE reports v.C. (2008). *Comparative study of hospital accreditation programs in Europe*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg Centre d'expertise des soins de santé. Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Kickert, W.J.M. (1997). Public governance in the Netherlands: an alternative to Anglo-American managerialism. *Public Administration*, 75: 731-752.
- King, N. (2004). Template analysis. In: G. Symon and C. Cassell (eds.) *Essential Guide To Qualitative Methods In Organizational Research*. SAGE Publications. London.
- King, N. & Horrocks, C. (2010). *Interviews in qualitative research*. London: Sage.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Leftwich, A. (1993). Governance, Democracy and Development in the third world. In: S.P. Osborn (Ed.), *The New Public Governance*. London and New York, Routledge.

- London, J.D. (۲۰۱۳). The promises and perils of hospital autonomy Reform by decree in Viet Nam. *Social Science & Medicine* ۹۶:۲۳۲-۲۴۰. (Available on: www.elsevier.com/locate/socscimed).
- Marstein, E. (۲۰۰۳). *The influence of stakeholder groups on organizational decision-making in public hospitals*. Dissertation for the Degree of Dr. Oecon, BI Norwegian School of Management Department of Leadership and Organisational Management. ISBN: ۸۲ ۷۰۴۲ ۶۰۰ ۸.
- Meliones, J.N. Alton, M., Mericle, J., Ballard, R., Cesari, J., Frush, K. S. & Mistry, K. (۲۰۰۸). ۱۰-Year Experience Integrating Strategic Performance Improvement Initiatives: Can the Balanced Scorecard, Six Sigma and Team Training All Thrive in a Single Hospital? In: Henriksen, K., Battles, J.B., Keyes, M.A., et al., (eds). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. ۳: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Aug. (Available on: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK۴۳۶۶۰/>)
- Neuendorf, K.A. (۲۰۰۲). *The Content analysis Guidebook*. Sage Publications. London.
- OECD Principles of Corporate Governance*. (۱۹۹۸). OECD Publications Service.
- Osborne, S. & Kaposvari, A. (۱۹۹۷). Towards a civil society? Exploring its meaning in the context of post-communist Hungary. In: S.P. Osborn (Ed.), *The New Public Governance*. London and New York, Routledge.
- Osborne, S.P. (۲۰۱۰). *The New Public Governance*. London and New York, Routledge.
- Peters, B. G. & Pierre, J. (۱۹۹۸). Governance Without Government? Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, ۸(۲), ۲۲۳-۲۴۳.
- Richards, L. (۲۰۰۸). Teach Yourself NVivo ۸: *Tutorials by Lyn Richards*, Retrieved From www.lynrichards.org.
- Rhodes, R.A.W. (۱۹۹۷). *The new governance: governing without government*: Political Studies, XLIV: ۶۵۲-۶۶۷.
- Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (۲۰۰۳). Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, ۱۵(۱): ۸۵-۱۰۹.
- Pointer, D.D. & Orlikoff, J.E. (۱۹۹۹). *Board Work: Governing Health Care Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Preker, A. S. & Harding, A. (۲۰۰۳). *Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals*. Washington, DC: World Bank.

- Scally, G. & Donaldson, L.J. (۱۹۹۸). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, ۳۱۷ (۴ July): ۶۱-۶۵.
- Saltman, R.B. & Figueras, J. (۱۹۹۷). *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R.B., Durán, A. & Dubois, H. F.W. (۲۰۱۱). *Governing Public Hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, World Health Organization ۲۰۱۱, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No. ۲۵, Denmark.
- Stirling, J. A. (۲۰۰۱). Thematic Networks: An Analytic Tool for Qualitative Research. *Qualitative Research* , ۱(۳), ۳۸۵-۴۰۵.
- Umbdenstock, R.J. & Hageman, W.M. (Eds). (۱۹۹۱). *Critical Readings for Hospital Trustees*. Chicago, IL:American Hospital Publishing, Inc.
- Taylor, D. W.(۲۰۰۰). Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance. *International Journal of Public Sector Management* , ۱۳(۲).
- The United Nations(UN) Development Agenda: Development for All. (۲۰۰۷). *Goals, Commitments and Strategies agreed at the United Nations world Conferences and Summits since ۱۹۹۰*. Department of Economic and Social Affairs.
- Weiner,B.J. & Alexander,J.A. (۱۹۹۳). Corporate and Philanthropic Models of Hospital Governance: A Taxonomic Evaluation. HSR: *Health Services Research*, ۲۸:۳