



Designing an Entrepreneurial Policy Making Model for Sustainable Financing of Iran's Health System (case study: health system of Kurdistan province)

Fardin Vakili 

Department of Policymaking and Public administration, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran. fardin.vakili@ut.ac.ir

Seyyed Mohammad Moqimi* 

Corresponding author, Department of Policymaking and Public administration, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran moghimi@ut.ac.ir

Abbas Monavarian 

Department of Policymaking and Public administration, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran. amonavar@ut.ac.ir

ABSTRACT

Objective: In today's world, policies play a decisive role in various fields and are not only known as a process for solving social problems; Rather, they are considered a useful tool to create legitimacy and survival of the society. The planning of health financing policies is a political and complex process; therefore, the present study was carried out with the aim of presenting an entrepreneurial policy model for sustainable financing of Iran's health system.

Method: The present research "In terms of the research philosophy" is of the pragmatist type, in terms of the purpose is practical, is a survey study " in terms of the nature", and in terms of the mixed research method (qualitative-quantitative), it is of the exploratory type. According to the purpose and nature, this research is a mixed (qualitative-quantitative) and exploratory research. The tool for collecting information in this research is a semi-structured interview and a questionnaire. The approach of the qualitative part was thematic analysis, which was done by reviewing texts and interviewing experts and doing coding. The combined method of ISM-DEMATEL was used to level and rank the factors and determine the dimensions, components, and types of variables, as well as examine the relationships between the variables of the model, determine the intensity of the relationships, and identify the influence and effectiveness of the criteria. In order to determine the current state of policy entrepreneurship in terms of model components, a questionnaire was used in the quantitative section.

Results: The results of this study identified 12 factors influencing the design of an entrepreneurial policy model for sustainable financing of Iran's health system in 9 levels and 4 categories, including 1. Linked factors (intelligence, responsibility, effectiveness), 2. Independent factors (transparency, macroeconomic insight, entrepreneurial culture, strategic vision), 3. Autonomous factors (governance and entrepreneurial performance) and 4. Dependent factors (accountability, learning and ethics).

Conclusion: The results of the research show that there is a significant difference between the current and desired conditions in all the examined variables, and in some indicators such as inclusiveness, governance, accountability, efficiency and effectiveness, this gap is greater. Therefore, it is suggested to use entrepreneurial policy components for sustainable financing of the health system. Also, in the current research, based on the findings, the linked variables (intelligence, responsibility, efficiency and effectiveness) have a high power of influence and dependence, therefore, the influence and effectiveness of these parameters is very high and any small change on these variables causes fundamental changes. It is in the system. Also, independent variables (including: transparency, macroeconomic insight, entrepreneurial culture, strategic vision) have high influence

power and low dependence, so high influence and low influence are their characteristics. Therefore, it can be concluded that by focusing more on these variables, which are the key variables of the present research, it is possible to achieve positive and productive effects faster in the entrepreneurial policy system for sustainable financing of Iran's health system.


Keywords: Entrepreneurial policy, health system, sustainable financing.




Cite this article: Vakili, F., Moghimi, S. M., & Monavarian, A. (2024). Designing an entrepreneurial policy making model for sustainable financing of Iran's health system (case study: health system of Kurdistan province), *Entepernurship development*, 17(2), 56-84. <http://doi.org/10.22059/jed.2024.374509.654349> (in Persian)

Received: 2024-04-13; **Revised:** 2024-07-16; **Accepted:** 2024-09-01; **Published online:** 2024-09-07
© The Author(s). **Article type:** Research **Publisher:** University of Tehran, Faculty of Entrepreneurship.

طراحی مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران (مطالعه مورد؛ نظام سلامت استان کردستان)

فردین وکیلی 

گروه خط مشی گذاری و اداره امور عمومی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: fardin.vakili@ut.ac.ir

سید محمد مقیمی 

نویسنده مسئول، گروه خط مشی گذاری و اداره امور عمومی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: moghimi@ut.ac.ir*

عباس منوریان 

گروه خط مشی گذاری و اداره امور عمومی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: amonavar@ut.ac.ir

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف طراحی مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران صورت گرفته است.

روش: تحقیق حاضر به لحاظ فلسفه پژوهش از نوع عملگرایی و برحسب هدف کاربردی و همچنین از لحاظ ماهیت یک مطالعه پیمایشی است و به لحاظ روش پژوهش آمیخته (کیفی-کمی) از نوع اکتشافی می باشد. رویکرد بخش کیفی تحلیل مضمون بود که از طریق مصاحبه با خبرگان و انجام کدگذاری صورت پذیرفت. برای سطح بندی و رتبه بندی عوامل و تعیین ابعاد، مولفه ها و نوع متغیرها و همچنین بررسی روابط بین متغیرهای مدل، تعیین شدت روابط و شناسایی تأثیرگذاری و تأثیرپذیری معیارها از روش ترکیبی ISM-DEMATEL استفاده شد. برای تعیین وضعیت موجود کارآفرینی خط مشی از نظر مولفه های مدل از پرسشنامه در بخش کمی استفاده شد. همچنین در این پژوهش به منظور مرور سیستماتیک مبانی و پیشینه پژوهش از روش ۸ مرحله ای ژائو و واتسون استفاده شده است. بخش کیفی جامعه آماری مورد نظر شامل ۱۵ نفر از خبرگان آشنا به موضوع پژوهش (صاحب منصبان سیاسی، اجرایی و دانشگاهی آشنا به موضوع خط مشی گذاری و تامین مالی نظام سلامت) و جامعه آماری بخش کمی شامل مدیران ارشد تامین مالی سطوح مختلف نظام سلامت در استان کردستان حدود ۲۰۰ نفر بود و حجم نمونه با در نظر گرفتن فرمول کوکران تعداد ۱۲۷ نفر از مدیران نظام سلامت استان کردستان تعیین شد. ابزار گردآوری داده شامل مصاحبه نیمه ساختاریافته (در بخش کیفی) و پرسشنامه محقق ساخته (در بخش کمی) بود.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر موجب شناسایی ۱۲ عامل موثر بر طراحی مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران در ۹ سطح و ۴ دسته، شامل ۱. عوامل پیوندی (هوشمندی، مسئولیت پذیری، اثربخشی)، ۲. عوامل مستقل (شفافیت، بینش اقتصادی کلان، فرهنگ کارآفرینانه، چشم انداز استراتژیک)، ۳. عوامل خودمختار (حکمرانی و عملکرد کارآفرینانه) و ۴. عوامل وابسته (پاسخگویی، فراگیری و اخلاق) شد.

نتیجه: نتایج پژوهش نشان می دهد که در همه متغیرهای بررسی شده بین وضعیت فعلی و وضعیت مطلوب اختلاف معناداری وجود دارد و در برخی از شاخص ها از جمله فراگیری، حکمرانی، مسئولیت پذیری و کارایی و اثربخشی این فاصله بیشتر می باشد. لذا پیشنهاد می گردد که برای تامین مالی پایدار نظام سلامت از مولفه های خط مشی گذاری کارآفرینانه استفاده گردد. همچنین در تحقیق حاضر مبتنی بر یافته ها، متغیرهای پیوندی (هوشمندی، مسئولیت پذیری، کارایی و اثربخشی) دارای قدرت نفوذ و وابستگی بالایی می باشند، بنابراین اثرگذاری و اثرپذیری این متغیرها بسیار بالاست و هر تغییر جزئی در این متغیرها منجر به ایجاد تغییرات اساسی در سیستم می شود. همچنین متغیرهای مستقل (شامل: شفافیت، بینش اقتصادی کلان، فرهنگ کارآفرینانه، چشم انداز استراتژیک) از قدرت نفوذ بالا و وابستگی پایینی برخوردارند، لذا تأثیرگذاری بالا و تأثیرپذیری کم از ویژگی های آنهاست. بنابراین می توان نتیجه گرفت با تمرکز بیشتر بر این متغیرها که متغیرهای کلیدی تحقیق حاضر می باشند، امکان دستیابی سریعتر به اثرات مثبت و سازنده در نظام خط مشی گذاری

طراحی مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران (وکیلی و همکاران)

کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران میسر است.
کلیدواژه‌ها: تامین مالی پایدار، خط‌مشی‌گذاری کارآفرینانه، نظام سلامت



استناد به این مقاله: وکیلی، فردین، مقیمی، سید محمد، و منوریان، عباس (۱۴۰۳). طراحی مدل خط‌مشی‌گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران (مطالعه موردی: نظام سلامت استان کردستان)، توسعه کارآفرینی، ۱۷ (۲)، ۵۶-۸۴.
<http://doi.org/10.22059/jed.2024.374509.654349>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۲۵؛ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۴/۲۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۱؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۶/۲۵
 © نویسندگان. نوع مقاله: پژوهشی
 ناشر: دانشکده کارآفرینی دانشگاه تهران.

۱. مقدمه

سیستم تأمین مالی سلامت فرآیند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت منابع مالی برای خرید خدمات سلامت است. سیستم تأمین مالی سلامت باید به شکلی باشد تا امکان دسترسی مردم به خدمات سلامت موثر و با کیفیت را فراهم کند تا بتوانند بدون دچار شدن به مسائل مالی از آن خدمات استفاده کنند. کارکرد تأمین مالی سلامت از مهمترین الزامات نظام سلامت است (مصدق راد و همکاران، ۱۴۰۰). به طور کلی تأمین مالی پایدار نظام سلامت به معنای "وجود توانایی بالقوه دولت برای رفع نیازهای مالی بخش سلامت و تضمین تأمین به موقع این منابع مالی و ارائه منابع بودجه مازاد جهت اهداف موردنظر نظام سلامت برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت بدون به خطر انداختن پایداری مالی دولت است (تامسون، ۲۰۰۹)!"

سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل مخارج سلامت در سال ۲۰۱۸ میلادی، در ایران (۳۵/۸ درصد) و در دنیا (۱۸/۱ درصد) است.^۱ میزان پرداخت از جیب مردم ایران در مقام مقایسه حدود دو برابر میانگین جهانی است. با هر ۱ درصد افزایش سهم پرداخت از جیب از کل مخارج سلامت، به میزان ۲/۲ درصد به تعداد خانوارهای مواجهه شده با مخارج فاجعه بار سلامت اضافه می شود (کاواباتا و همکاران، ۲۰۰۲).^۲ سهم بیماران از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به حدی زیاد است که هر سال حدود ۳/۵ میلیون نفر، به دلیل این هزینه‌ها به زیر خط فقر کشیده می‌شوند (دواری و همکاران، ۲۰۱۲).^۳ مخارج زیاد سلامت مانع دستیابی اشخاص به ویژه افراد فقیر به خدمات سلامت می‌گردد، از این رو یکی از سیاست‌های مهم تأمین مالی در جوامع مختلف اتخاذ تدابیری است برای اطمینان از اینکه مردم به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های سلامت از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محروم نمی‌شوند (ارسزاگ و امانوئل، ۲۰۱۰).^۴

رشد جمعیت، پیری جمعیت، افزایش ابتلاء به بیماری‌های مزمن و نو ظهور، توسعه فناوری‌های پزشکی، تخصصی شدن خدمات پزشکی، بالا بودن تعرفه‌های خدمات سلامت، توسعه بیمه‌های سلامت و نتیجتاً، بالا رفتن تقاضا برای خدمات سلامت ایمن و باکیفیت باعث افزایش مخارج نظام سلامت ایران شده است. مخارج سلامت با سرعت بالایی در حال افزایش است (دیلمان و همکاران، ۲۰۱۸).^۵ این در حالی است که نرخ کلی هزینه‌ها در کشور در ۲۰ سال گذشته حدود ۳۰ برابر شده است، اما این رشد در مخارج بخش سلامت ۷۱ برابر شده است. در نتیجه نظام سلامت با مشکلات متعددی در بخش‌های مختلفی مواجه شده است.

رویکردهای سنتی خط مشی گذارای دولتی بر این فرض استوار است که فرآیندهای خط مشی گذاری باید متمرکز و سلسله مراتبی باشد. این رویکردها با نیازهای روزافزون و پراکنده حکومت‌های مترقی امروزی به مشارکت اشخاص، گروه‌های مختلف و نهادهای ذینفع در خط مشی گذاری مغایرت دارد و شرایطی را خلق نموده که پاسخگویی به نیازهای امروزی با تکیه بر رویکردهای سنتی و مرسوم گذشته امکان پذیر نبوده و اندیشمندان را در همه حوزه‌ها از جمله مدیریت دولتی به تفکر در مورد رویکردهای جدید وادار کرده است. در زمره مهم ترین این چالش‌ها، نیاز به تغییر در ساختارهای خط مشی گذاری (عدم پاسخگویی سیستم خط مشی گذاری سلسله مراتبی) است. در زمانی که

¹ Thomson

² World Bank

³ Kawabata

⁴ Davari

⁵ Orszag & Emanuel

⁶ Dieleman

اکثر بازیگران این عرصه مدافعان وضع موجود هستند کارآفرینان خط مشی وضع موجود را برهم می زنند و پیام آور وضعی دیگر هستند و این همان چیزی است که آنها را از سایر بازیگران سیاسی متمایز می کند (دانایی فرد و همکاران، ۱۴۰۰).

از جمله شرایط لازم برای ایجاد توسعه و سرعت بخشیدن به روند پیشرفت در جوامع و سازمان ها، استفاده از خلاقیت و نوآوری، خلق تغییر و تحول در خط‌مشی‌ها و نیز استفاده از الگوهای خلاقانه در تصمیم گیری‌ها است (باقری و همکاران، ۱۳۹۹). مدیران سازمان‌های کارآفرین با استفاده از خط‌مشی‌های کارآفرینانه منابع را کسب کرده و از قابلیت‌ها و پتانسیل‌های سازمانی برای بهره‌گرفتن از فرصت‌ها و یا حتی باز کردن پنجره‌های فرصت در محیط‌های انتخابی و خلق شرایط بهتر در این محیط‌ها استفاده می‌کنند (مقیمی، ۱۳۸۵). هدف اساسی این پژوهش طراحی مدل خط‌مشی‌گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران می‌باشد.

۲. مروری بر مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱.۲. کارآفرینی خط‌مشی

کارآفرینی خط‌مشی اولین بار توسط شومپتر در سال (۱۹۱۲) مطرح شد (ساباتیر، ۱۹۸۸).^۱ براساس برداشت سارابیا از رویکرد شومپتر، هیچ‌گونه تفاوتی بین یک کارآفرین در کسب و کار و یک کارآفرین خط‌مشی وجود ندارد، زیرا در هر دوی آن‌ها موفقیت‌طلبی، جسارت، خلق ارزش، انجام کارها و دارا بودن انگیزه و تلاش مشهود است (سارابیا و همکاران، ۲۰۲۰).^۲ اصطلاح کارآفرین اولین بار توسط رابرت دال (۱۹۶۱) وارد فرهنگ لغت علوم سیاسی شد. خط‌مشی به عنوان یک مفهوم نظری در تحقیق تاثیرگذار کینگدون ظهور یافت (کوهن، ۲۰۱۶).^۳ کارآفرینی خط‌مشی عبارت است از فرایند خلق نوآوری-تولید، پیاده‌سازی و اجرای ایده‌های جدید در بخش عمومی (کینگدون و استانو، ۱۹۸۴).^۴ اولاسون و سونسون (۲۰۱۹) نیز بیان داشتند کارآفرینی خط‌مشی به دنبال نوآوری‌ها و ایده‌های جدید برای عرصه خط‌مشی است. اوبرین (۲۰۱۹) نشان داد که کارآفرین خط‌مشی با توانایی جستجوی فرصت‌ها، کشف موقعیت‌ها و ارائه راه‌حل‌های جدید، فرایند خط‌مشی‌گذاری عمومی را شکل می‌دهد. مینتروم (۲۰۱۹) نشان داد که کارآفرینان خط‌مشی استراتژی‌هایی همچون چهارچوب بندی مسائل، به کارگیری شبکه‌ها، همکاری با ائتلاف‌های پشتیبان و افزایش و تسریع در روند تغییر در حوزه خط‌مشی گذاری را از خود نشان می‌دهند. همچنین به این نتیجه رسید که خط‌مشی‌گذاران نقش مهمی در ارتقای نوآوری‌های خط‌مشی ایفا می‌کنند.

اولاسون و سونسون (۲۰۱۹) دریافتند که کارآفرین خط‌مشی با تنظیم روابط در شبکه‌ها نه فقط در اخذ تصمیمات عمومی تاثیرگذار است؛ بلکه موجب تقویت فرایند خط‌مشی‌گذاری نیز می‌شود. استین بروور، دیو هویتما، (۲۰۱۸) توانایی کارآفرینان خط‌مشی در «فروش» و «بازاریابی» ایده‌های جدید را عنوان می‌کنند.

شیرازخان و همکاران (۲۰۲۳) مطالعه‌ای با عنوان «بانک توسعه آلمان به عنوان یک کارآفرین خط‌مشی در حمایت از سلامت اجتماعی: مطالعه موردی در مورد توسعه و اجرای «برنامه سلامت آسان» در خیبر پختونخوا پاکستان انجام دادند. این مطالعه موردی عمیق، نقش مثبت بالقوه کمک‌های توسعه بین‌المللی را در معرفی استراتژی‌های مالی نوآورانه برای ارتقای پوشش همگانی سلامت نشان می‌دهد. ستیجانینگروم (۲۰۲۲) مطالعه‌ای با عنوان "قدرت کارآفرینی خط

¹ Sabatier

² Sarabia

³ Cohen

⁴ Kingdon & Stano

مشی در تدوین خط مشی های حمایت از معلولیت " انجام داد. در این مقاله، خط مشی گذاران به افراد یا گروه‌هایی گفته می‌شود که قدرت تأثیرگذاری بر فرآیندهای تصمیم‌گیری و اتخاذ خط مشی های خاصی را دارند. تحت تأثیر کارآفرینان خط مشی قوی، کارآفرینان دیگری نیز قرار گرفتند و خط مشی گذار آیین نامه محلی را برای حمایت و اجرای حقوق افراد دارای معلولیت تصویب کرد. بعبارت دیگر روند خط مشی گذاری معلولیت در Jember Regency متأثر از قدرت بالای کارآفرینان خط مشی بوده و خط مشی گذار بر همین اساس مقررات محلی را در مورد پشتیبانی و دستیابی به حقوق افراد دارای معلولیت تصویب می‌کند.

سلین کرسمن و همکاران (۲۰۲۱) تحقیقی با عنوان سرکش سیاست یا کارآفرین خط مشی؟ اشکال و تأثیرات «حکومت مشترک» برای سلامت کودکان انجام دادند. این مقاله در زمینه خط مشی های بهداشت کودک بحث می‌کند، که چگونه کارآفرینان خط مشی در انتاریو قادر به استفاده از فرصت برای سرمایه گذاری در سلامت کودکان بودند. در این مقاله، نویسندگان دو حوزه قضایی کانادا (انتاریو و مانیتوبا) را مقایسه کردند تا دو بعد حاکمیت (ساختار و فرآیند) را در کنار یکدیگر در قالب یک نمونه گویا درک کنند، از جمله اینکه چگونه هر کدام از گروه های درون و بیرون از حاکمیت تأثیرات خط مشی‌ها را مشاهده و تفسیر می‌کنند.

دایاشانکار موری، مایکل میتروم (۲۰۲۰) تحقیقی با عنوان کارآفرینان خط مشی به عنوان کاتالیزورهای تغییر سیستم گسترده: مورد انطباق بیمه سلامت اجتماعی در هند انجام دادند. این مقاله با بررسی نقش کارآفرینان خط مشی در تصویب بیمه درمان اجتماعی در هند نقشی که کارآفرینان خط مشی می‌توانند به عنوان کاتالیزورهای تغییرات خط مشی از طریق یادگیری پیوند محور ایفا کنند را برجسته می‌نماید زیرا جوامع به دنبال سازگاری با چالش‌ها و نیز به دنبال درک آنچه باعث تغییر گسترده سیستم می‌شود هستند.

عطارودی و جان نثاری (۱۴۰۲) به صورت جداگانه تأثیر نقش انواع مختلف کارآفرینان در فرآیند اجرایی شدن خط مشی هدفمندی یارانه‌ها را بررسی و نشان دادند که شناخت دقیق کارآفرینان خط مشی و عاملین خط مشی در لایه‌های مختلف فرایند خط مشی گذاری نماینگر تصویر مناسبی از شیوه تدوین و اجرای آن خواهد بود.

دانایی فرد و همکاران (۱۴۰۱) مدل و راهکارهایی را برای راهبردهای «مدیریت ارتباطات، استفاده از رسانه و ترغیب و تشویق و متقاعد کردن مخاطبان به کمک قدرت سخنوری» را به عنوان موثرترین و «تغییر بازیگران و نهادهای مربوطه در برخورد با مسئله برای حذف مخالفان» را به عنوان تأثیرپذیرترین راهبرد کارآفرینان خط‌مشی معرفی می‌نمایند.

۲.۲. تأمین مالی پایدار نظام سلامت

موضوع پایداری مالی برای اولین بار در سال ۲۰۱۳ میلادی توسط سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه مطرح شد. تأمین مالی نظام سلامت در کنار تولیت، ارائه خدمات سلامت و تولید منابع یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت می‌باشد. انواع مدل‌های تأمین مالی نظام سلامت به طور کلی شامل: مالیات‌های عمومی، بیمه‌های سلامت ملی و اجتماعی، بیمه‌های سلامت خصوصی یا اختیاری، پرداخت مستقیم از جیب و کمک‌های بیرونی یا خیریه‌ها است. نظام تأمین مالی سلامت باید به شکلی باشد تا امکان دسترسی مردم به خدمات سلامت اثربخش و با کیفیت را فراهم کند تا بتوانند بدون ابتلا به مسائل مالی از آن خدمات استفاده نمایند (مصدق راد و همکاران، ۱۴۰۰). به طور کلی تأمین مالی پایدار نظام سلامت به معنای «وجود توانایی بالقوه یک دولت در رفع نیازهای مالی بخش سلامت و کسب اطمینان خاطر از فراهم شدن به موقع این منابع مالی و تخصیص منابع بودجه مازاد برای اهداف مورد نظر نظام سلامت در

رسیدن به پوشش همگانی سلامت بدون به خطر انداختن پایداری وضعیت مالی دولت است (تامسون و همکاران، ۲۰۰۹: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵).^۱ در یک نظام تأمین مالی سلامت با عملکرد بالا، کافی و پایدار برای نظام سلامت، ریسک مالی ناشی از بیماری در بین گروههای مختلف از مردم توزیع شده و خدمات سلامت به نحوی خریداری و توزیع خریداری می گردد که ضمن حصول عدالت، کیفیت و کارآیی، از مردم در برابر هزینه های خدمات سلامت نیز محافظت مالی شود (روس، ۲۰۰۰).^۲

مخارج عمومی برای سلامت و مراقبت های طولانی مدت در کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) از حدود ۶ درصد تولید ناخالص داخلی امروز به تقریباً ۹ درصد تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۳۰ و به ۱۴ درصد تا سال ۲۰۶۰ افزایش خواهد یافت. در اتحادیه اروپا، بخش مراقبت های بهداشتی ۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP)، ۱۵ درصد از هزینه های عمومی و ۸ درصد از نیروی کار اتحادیه اروپا را تشکیل می دهد. در ماه مه ۲۰۱۸، گزارش کمیسیون اتحادیه اروپا نشان می دهد که تأمین مالی پایدار در دو مورد ضروری است: (۱) بهبود سهم تأمین مالی در رشد پایدار و فراگیر از طریق تأمین مالی نیازهای بلند مدت جامعه؛ (۲) تقویت ثبات تأمین مالی با ترکیب عوامل محیطی، اجتماعی و حاکمیتی (ESG) در تصمیم گیری در خصوص سرمایه گذاری.

مصدق راد و همکاران (۱۴۰۰) ۴۰ راهکار برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران در سه دسته جمع آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت پیشنهاد می دهند. صادقی و همکاران (۱۴۰۰) عنوان کردند باید توجه ویژه ای به بخش بیمه سلامت کشور شود و جایگاه آن در الگوی تأمین مالی نظام سلامت از طریق بررسی مجدد بسته های بیمه پایه سلامت و ارتقای سطح کمی و کیفی بیمه های سلامت پایه و تکمیلی برجسته تر شود. نتایج بررسی های آهنگر و همکاران (۱۳۹۷) نشان می دهد که از اصلی ترین مفاهیم کلیدی در سیاست های تأمین مالی سلامت، استراتژی مبتنی بر تسهیم و انباشت بهینه خطر است.

شرمن و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه ای با عنوان "پایداری مالی برای مدل های مراقبت پیچیده که به بیماران کم درآمد خدمت می کنند: نقشی جدید برای بشردوستی" نیاز به کمک های خیریه برای سرمایه گذاری در ظرفیت ارائه دهندگان برای توسعه و اجرای برنامه های پایداری مالی را برجسته می کند. تامی و فونگ (۲۰۲۲) در مقاله ای تحت عنوان تأمین مالی مراقبت های بهداشتی پایدار برای پوشش همگانی سلامت، بیان می کنند که مقرون به صرفه بودن یکی از عوامل تعیین کننده اصلی دسترسی به مراقبت های بهداشتی است. افراد با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین کمتر قادر به دریافت مراقبت های بهداشتی مناسب هستند. میلینگ و همکاران (۲۰۲۱) در مقاله ای با عنوان "تقویت پایداری در بخش مراقبت های بهداشتی از طریق فین تک (Fin tech): تحلیل نقش تعدیل کننده توسعه مالی و فناوری اطلاعات و ارتباطات" اظهار می دارند که سازمان های مراقبت های بهداشتی در حال تعیین اهداف جدیدی از شیوه های پایدار برای بهبود عملکرد مالی خود بدون کاهش سرمایه اجتماعی و طبیعی هستند. حفظ یک سیستم مراقبت های بهداشتی پایدار، انعطاف پذیر و بادوام، اقتصادها را برای دستیابی به رقابت پذیری پایدار تسهیل می کند.

در تحقیقی که توسط کومار رویت و همکاران در سال ۲۰۲۱ انجام شد، مدل تأمین مالی پایداری برای بیمه سلامت هندوستان پیشنهاد کردند. در این تحقیق برای شناسایی عوامل اصلی موفقیت و دستیابی به چشم انداز مناسب در مدل، از مصاحبه با خبرگان و بررسی روند کلی بیماری ها و نیز روند صنعت مراقبت های بهداشتی و درمانی و روش های

¹ Tomsson et al, WHO

² Roos

پیگیری تأمین مالی مراقبت های سلامت از طریق بیمه درمانی در هند استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که سهم بیمه درمانی در هندوستان در تأمین مالی سلامت روند رو به رشدی دارد. همچنین چالشهایی برای بیمه سلامت شناسایی شد که مهمترین این چالش ها، افزایش زیان افزوده شرکت های بیمه بود. همچنین در این مطالعه بر اساس مدل پیشنهادی، عناصر موفقیت صنعت بیمه سلامت شامل توجه به توانایی پرداخت (حق بیمه های پائین تر)، تسهیل دسترسی به خدمات سلامت، ارتقاء کیفیت خدمات سلامت، تسریع در پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت، ارائه خدمات جدید بیمه درمانی به بیمه شدگان، ایجاد ارتباطات طولانی مدت با مشتریان، استفاده از کلان داده های سلامت و تجزیه و تحلیل این داده ها برای هدف قرار دادن گروه های خاص مشتریان شناسایی شد (کومار، ۲۰۲۱).^۱

در تحقیقی که توسط مینت و همکاران در سال ۲۰۱۹ انجام گردید، شیوه های تأمین مالی سلامت در اتحادیه کشورهای جنوب شرقی آسیا و جمهوری خلق چین بررسی شد و درسهایی برای حرکت به سوی پوشش جهانی بهداشت ارائه گردید. بر این اساس، شیوه های عمده جمع آوری منابع مالی در این کشورها شامل مالیاتهای مستقیم و غیرمستقیم، منابع غیرمالیاتی (درآمد حاصل از منابع طبیعی)، کمک های خارجی، منابع دولتی و پرداخت مستقیم از جیب بود. همچنین در این مطالعه راهکارهایی برای تأمین مالی پایدار و حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت ارائه شد، که یکی از مهمترین این راهکارها، سرمایه گذاری های مطمئن دولتی است که علاوه بر جمع آوری درآمد از اقسار ثروتمند جامعه، آسیب پذیرترین اقشار جمعیتی را هدف قرار می دهد. همچنین راهکارهای دیگری مانند ایجاد نظام بیمه درمانی یکپارچه، ایجاد بستر برای ارائه دهندگان خدمات اداری و بهداشتی با هدف بهبود کیفیت خدمات، تدوین دستورالعملها یا مقررات مشخص برای اجرا و هماهنگی بین پرداخت کنندگان، ارائه دهندگان و بیمه گذاران و ارائه یک بسته جامع و جذاب از مزایا ارائه شد (مینت و همکاران، ۲۰۱۹).^۲

در یک مطالعه مروری دیگر چو آنیه و همکاران در سال ۲۰۱۸، اصلاحات تأمین مالی سلامت برای حرکت به سمت پوشش سلامت جهانی در منطقه غرب اقیانوس آرام را مورد تحلیل و بررسی قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که در کشورهای واقع در این حوزه، کوشش های بسیاری برای اصلاح تأمین مالی از طریق تجمیع منابع مالی، انباشت ریسک، تخصیص منابع و خرید استراتژیک انجام شده است. محققان در این مطالعه راهکارهایی را برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت ارائه نمودند. از مهمترین این راهکارها در بحث جمع آوری منابع مالی، قراردادن مالیات بر کالاها و خدمات آسیب رسان، استفاده بهینه از منابع عمومی و ارتقاء پاسخگویی بود. در بحث تجمیع ریسک، راهکارهایی مانند ایجاد نظام بیمه درمانی واحد و ادغام صندوقهای بیمه ای، ارتقاء کارایی و اثربخشی و کاهش هزینه های اداری و تجمیع منابع دولتی در یک صندوق واحد ارائه شده است. در نهایت، در بحث خرید خدمات، راهکارهایی همچون جداسازی نظام خرید خدمات از ارائه دهنده خدمات، ایجاد هماهنگی بین خط مشی های مختلف تأمین مالی سلامت در حوزه های مختلف نظام سلامت، استفاده از شیوه های نوین پرداخت مانند پرداخت مبتنی بر عملکرد و در اولویت قرار دادن مراقبتهای بهداشتی اولیه در خرید خدمات بود (چو و همکاران، ۲۰۱۸).^۳

با توجه به اهمیت و اثرات سازنده کارآفرینان خط مشی در نظام سلامت، اما متأسفانه هنوز مدل جامعی که خط مشی گذاری در این نظام را مبتنی بر رویکرد کارآفرینانه بررسی نماید ارائه نشده است و ضعف ادبیات علمی و پژوهشی در این زمینه آشکار است، بنابراین باید تلاش کرد تا ضمن درک بهتر و تعمیق این موضوع در حیات سیاسی و

¹ Kumar

² Myint

³ Chu

اقتصادی کشور انگیزه ها و اقدامات کارآفرینان خط مشی را کشف و نظریه پردازی کنیم. بهره گیری از ظرفیت کارآفرینان خط مشی در فرایند خط مشی گذاری البته با این نگاه جدید و در قالب رویکرد کارآفرینانه که نقش تمامی اقشار و سازمان ها را در این امر دخیل و موثر می داند و با ارزیابی مبتنی بر شاخص های شناسایی شده در این تحقیق می تواند پایداری تامین مالی و دستیابی به اهداف نظام سلامت را محقق سازد. لذا این تحقیق در صدد آن است تا با ارائه مدلی ابعاد، مولفه ها و عناصر موثر بر فرایند خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران را ارائه نماید.

۳. روش شناسی پژوهش

از منظر فلسفه پژوهش، پژوهش حاضر از نوع عملگرایی و برحسب هدف کاربردی و همچنین از لحاظ ماهیت یک مطالعه پیمایشی است. همچنین از آنجا که این تحقیق در صدد طراحی مدل می باشد، اکتشافی است. رویکرد بخش کیفی تحلیل مضمون بود که از طریق مصاحبه با خبرگان و انجام کدگذاری صورت پذیرفت. برای سطح بندی و رتبه بندی عوامل و تعیین ابعاد، مولفه ها و نوع متغیرها و همچنین بررسی روابط بین متغیرهای مدل، تعیین شدت روابط و شناسایی تأثیرگذاری و تأثیرپذیری معیارها از روش ترکیبی ISM-DEMATEL استفاده شد. برای تعیین وضعیت موجود کارآفرینی خط مشی از نظر مولفه های مدل از پرسشنامه در بخش کمی استفاده شد. همچنین در این پژوهش به منظور مرور سیستماتیک مبانی و پیشینه پژوهش از روش ۸ مرحله ای ژائو و واتسون (۲۰۱۹)^۱ استفاده شده است.

۱.۳. جامعه آماری و مشارکت کنندگان در بخش کیفی

اگرچه قاعده خاصی برای تعداد مشارکت کنندگان در راهبرد کیفی وجود ندارد اما برای گروه های همگون تعداد ۶ تا ۸ واحد و برای گروه های ناهمگون تعداد ۱۲ تا ۲۰ واحد توصیه شده است. در بخش کیفی جامعه آماری مورد نظر شامل ۱۵ نفر از خبرگان آشنا به موضوع تحقیق (صاحب منصبان سیاسی و اجرایی و دانشگاهی آشنا به موضوع خط مشی گذاری و تامین مالی نظام سلامت) بودند. در این بخش، نمونه گیری به صورت نمونه گیری گلوله برفی انجام شد و مصاحبه ها نیز تا رسیدن به اشباع نظری ادامه پیدا نمود.

۲.۳. جامعه آماری و حجم نمونه در بخش کمی

در این مطالعه جامعه آماری بخش کمی شامل مدیران ارشد تامین مالی سطوح مختلف نظام سلامت در استان کردستان حدود ۲۰۰ نفر بود و حجم نمونه با در نظر گرفتن فرمول کوکران تعداد ۱۲۷ نفر از مدیران نظام سلامت استان کردستان تعیین شد.

$$N = \frac{Nt^2pq}{D^2(n-1)}$$

که در آن n برابر حجم نمونه، N برابر تعداد کل جامعه آماری، P میزان وجود صفت، q میزان عدم وجود صفت، D خطای قابل قبول برابر ۵ درصد و t حدود اطمینان در سطح ۹۵ درصد و برابر با ۱/۹۶ است. انتخاب نمونه ها

^۱ Xiao and Watson

به روش خوشه‌ای تصادفی انجام شد، که در آن قسمت‌های مختلف مالی در نظام سلامت استان کردستان به مثابه خوشه‌ها در نظر گرفته شدند و در داخل آن‌ها به صورت تصادفی، مدیران ارشد مالی انتخاب شدند. دلیل استفاده از روش خوشه‌ای تصادفی در این پژوهش وجود واریانس بین گروهی زیاد است که برای کاهش آن با توجه به جامعه آماری، با این روند سعی در کاهش این واریانس شده است.

۳.۳. ابزار گردآوری اطلاعات و روایی و پایایی آن

با توجه به استفاده از روش کیفی، داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شد. برای بررسی وضعیت موجود در بخش کمی پژوهش هم از پرسشنامه با پاسخ‌های بسته طیف لیکرت استفاده شد که خروجی بخش کیفی، سوالات آن را تشکیل می‌داد. برای ارزیابی پایایی، از روش درصد توافق میان دو کدگذار استفاده شد. ابتدا از یک همکار پژوهشی با تجربه در کدگذاری داده‌های کیفی برای شرکت در مطالعه کیفی دعوت به همکاری شد. از میان نتایج مصاحبه‌ها، سه مصاحبه نخست، مصاحبه میانی و مصاحبه پایانی انتخاب شدند و به طور جداگانه علاوه بر توسط دو کدگذار (محقق و همکار پژوهشی) کدگذاری شد. نتیجه پایایی به دست آمده ۸۸ درصد می‌باشد این از روش کیفی استاندارد و فرایند مستندسازی برای اطمینان از تکرارپذیری پژوهش و داشتن پایایی لازم استفاده شد. برای محاسبه روایی در این پژوهش، از روایی صوری و روایی محتوای استفاده شد. در طی این بررسی سوالات مصاحبه با استفاده از نظرات پنج ارزیاب ارزش‌گذاری شد و نهایتاً پنج معیار مورد ارزیابی در مورد سوالات از دیدگاه این پنج نفر با ضریب ۷۶ درصد مورد تأیید قرار گرفت. برای پاسخ به سوال‌های پژوهش از تحلیل اسناد و مدارک و مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته به عنوان ابزارهای گردآوری اطلاعات استفاده شد. در حین اجرای مصاحبه تلاش شد تا زمان دستیابی به همگونی نتایج، روند جمع‌آوری اطلاعات و انجام مصاحبه‌ها ادامه یابد، چون که بخشی از اعتبار مصاحبه بستگی به توافق نظر صاحب نظران با سوالات مطرح شده دارد و محقق مصاحبه را تا آنجایی ادامه داد که توانست در تدوین مولفه‌ها و زیر مولفه‌ها در فرایند مصاحبه‌ها به همگونی نظرات پاسخ‌دهندگان دست یابد.

۴.۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات (بخش کیفی)

در این پژوهش رویکرد کیفی تحلیل داده‌ها استفاده از تحلیل مضمون است که با استفاده از نرم افزار MAXQDA (نسخه ۲۰۲۰) انجام شده است. برای سطح بندی و رتبه بندی عوامل و تعیین نوع متغیرها و همچنین بررسی روابط بین متغیرهای مدل، تعیین شدت روابط و شناسایی تأثیرگذاری و تأثیرپذیری معیارها از روش ترکیبی ISM-DEMATEL استفاده شد.

۵.۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات (بخش کمی)

در قسمت کمی پس از جمع‌آوری اطلاعات، با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه 27.0.1 IF026) و Smart PLS (نسخه 4.1.0.0) داده‌ها مورد آنالیز قرار گرفت. در این قسمت از روش‌های حداقل مربعات جزئی و تحلیل عاملی استفاده گردید. در این قسمت تنظیم پرسشنامه با استفاده از طیف ۵ درجه‌ای لیکرت انجام گرفت که خروجی قسمت کیفی، سوالات آن را تشکیل می‌داد. در قسمت کمی برای بررسی و سنجش روایی، از نظر خبرگان و تأیید آنها و نیز بررسی روایی سازه (روایی همگرا، روایی واگرا) استفاده گردید و جهت سنجش پایایی از روش محاسبه آلفای کرونباخ

طراحی مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران (وکیلی و همکاران)

و پایایی مرکب استفاده شد. پایایی بخش کمی (پرسشنامه) نیز به روش محاسبه آلفای کرونباخ مورد تایید قرار گرفت. مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه بخش کمی ۸۲ درصد به دست آمد. به این ترتیب ابتدا داده ها کدگذاری شده و در نرم افزار وارد شدند. سپس داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به این صورت که نخست جهت توصیف نظرات نمونه آماری در ارتباط با سوالات در قسمت های اول و دوم از جداول توزیع فراوانی و درصد، میانگین و واریانس و تحلیل های عاملی استفاده شد. سپس در قسمت سوم وضعیت مولفه های مدل مورد بررسی قرار گرفت.

۴. یافته ها

در مطالعه حاضر برای شناسایی ابعاد و مولفه ها و شاخص های پژوهش، از روش مطالعات کتابخانه ای، مصاحبه های نیمه ساختار یافته، تحلیل مضمون و تجزیه و تحلیل استنباطی در دو مرحله تجزیه و تحلیل کیفی و کمی انجام گردید. در ادامه به بررسی هرکدام از مراحل مذکور پرداخته خواهد شد. در بخش کیفی مطالعه حاضر، از روش تحلیل مضمون استفاده گردیده است. در این روش نخست با استفاده از مطالعات پیشینه تحقیق و جستجو در پایگاه های اطلاعاتی، مفاهیم اولیه شناسایی و در ادامه طی مصاحبه با خبرگان، داده های مورد نیاز استخراج و مورد تحلیل قرار گرفت. در این شیوه، طی سه مرحله تحلیل متون، تشریح متون و ترکیب متون، مفاهیم و مقولات اولیه مرتبط احصاء می شوند. سپس، از طریق مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار یافته، مضامین بیشتری استخراج شده و در قالب دسته بندی مقولات و مفاهیم، ارائه می شوند. برای شناسایی مضامین، ابتدا متون مورد نظر، مطالعه شده و شبکه مضامین ترسیم می شود. در شبکه مضامین بر اساس روندی مشخص، مضامین پایه گردآوری و در قالب کدهای اولیه ایجاد و سازمان دهی می شوند. سپس مضامین پایه، در قالب مضامین سازمان دهنده ترکیب و تلخیص می شود. در نهایت، مضامین فراگیر که در برگرفته اصول حاکم بر متون به مثابه کل می باشد، ترکیب می شوند (جدول ۱).

جدول ۱- مراحل تحلیل مضمون

آشنایی با اطلاعات	جستجو در پایگاه های اطلاعاتی داخلی و خارجی
ایجاد کدهای اولیه	پس از استخراج سوالات مصاحبه با خبرگان کد گذاری اولیه انجام شد. با توجه به اینکه کدهای موجود در چارچوب گذاری باید مرز مشخصی داشته باشند و تکراری نباشند نتیجه این مرحله استخراج مضامین پایه (اولیه) بود.
جست و جو و شناخت مضامین	در این مرحله که به تحلیل در سطح کلان تر کدها تمرکز دارد مضامین پایه (اولیه) در قالب مضامین سازمان دهنده (ثانویه) مرتب و همه داده های کد گذاری شده مرتبط با هر یک از مضامین شناسایی شد.
شناسایی شبکه مضامین	در این مرحله مضامین پالایش شد و با بررسی عمیق تر مضامین فراگیر (نهایی) استخراج شد.
تحلیل روابط و تدوین الگوی نهایی	با جمع بندی نظرات خبرگان الگوی نهایی شناسایی گردید.

۱.۴. کدبندی مضامین استخراج شده

پس از تحلیل مضامین اولیه، برای ایجاد مضامین کلی، ترکیب و تلفیق آنها در نظر گرفته شده است و مضامینی که بیشترین شباهت را با هم دارند و می توانند با هم معنایی واحد را بسازند، در یک طبقه قرار گرفته و طبقه هایی از

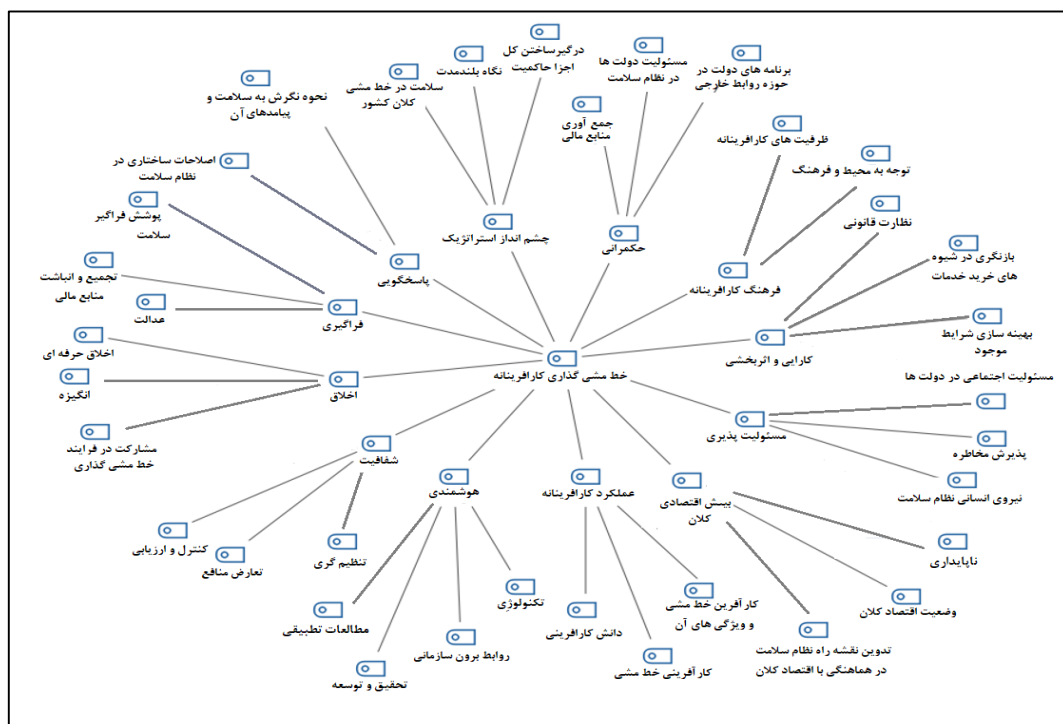
مضامین را ایجاد می کنند که به این طبقه های ایجاد شده، در اصطلاح مضامین ثانویه یا سازمان دهنده می گویند. همه مضامین پایه در ۳۵ طبقه قرار گرفتند.

۲.۴. مقوله بندی مضامین نهایی

در مرحله نهایی، مضامین سازمان دهنده بدست آمده، در گروه های مشابه و منسجمی طبقه بندی شده و مضامین نهایی را شکل می دهند. تصمیم گیری در مورد شیوه گروه بندی مضامین، مبتنی بر محتوا و در صورت لزوم بر اساس مبنای نظری صورت می پذیرد. مضامین شناسایی شده در این قسمت، منبع اصلی تشکیل شبکه مضامین است.

۳.۴. مقوله های نهایی

براساس خروجی حاصل از مصاحبه با خبرگان و پس از کدبندی مضامین استخراج شده و مقوله بندی مضامین نهایی، ۱۲ مقوله بعنوان مقوله های نهایی شناسایی گردید که شامل: شفافیت، هوشمندی، بینش اقتصادی کلان، چشم انداز استراتژیک، فرهنگ کارآفرینانه، عملکرد کارآفرینانه، حکمرانی، پاسخگویی، مسئولیت پذیری، کارایی و اثربخشی، فراگیری و اخلاق می باشند. در ذیل این مقوله ها ۳۵ مضمون ثانویه و ۱۳۳ مضمون اولیه شناسایی و دسته بندی شده اند. در نهایت مدل نهایی تحلیل مضمون ارائه گردید (شکل ۱).



شکل ۱: مدل نهایی تحلیل مضمون

۴.۴. مرحله دیماتل ساختاری تفسیری (ISM_DIMATEL)

عوامل نهایی شناسایی شده و پس از تحلیل داده ها، ۱۲ عامل به عنوان عوامل نهایی و به عنوان مولفه های اصلی تحقیق شناسایی شدند و به این مرحله از تحقیق وارد شدند.

روش مدلسازی ساختاری تفسیری یک روش نظام مند و ساختاریافته جهت فهم روابط بین متغیرهای یک سیستم پیچیده و تجزیه و تحلیل تأثیر یک متغیر بر متغیرهای دیگر آن سیستم می باشد. در این روش مدل سازی، روابط معین

و ساختار کلی در یک مدل دیاگراف، نشان داده می شود (فیروزجائیان و همکاران، ۲۰۱۳)^۱. این روش برای اولین بار در سال ۱۹۷۴ توسط وارفیلد معرفی شده است (وارفیلد، ۱۹۷۴).^۲ در این تحقیق از روش مدلسازی ساختاری تفسیری برای فهم و تجزیه و تحلیل این روابط استفاده شده است. پس از تحلیل داده‌ها در نهایت ۱۲ عامل به عنوان عوامل نهایی تحقیق شناسایی و به این مرحله از تحقیق وارد شدند. به منظور تعیین شدت و قدرت تأثیر مستقیم عوامل بر همدیگر، این قدرت تأثیر با مقایسه زوجی عوامل انجام می شود. به همین منظور پرسشنامه در اختیار خبرگان قرار گرفت تا بر اساس مقادیر ۵ گانه موجود، یکی از آنها به عنوان شدت تأثیر بین اجزاء مدل انتخاب گردد. مقصود این قسمت جمع آوری نظرات خبرگان در مورد شدت تأثیر عوامل بر یکدیگر، تجمیع نظرات و نهایتاً به دست آوردن ماتریس فازی مبتنی بر قضاوت خبرگان است. پس از اخذ نظر خبرگان، این نظرات (ماتریسهای فازی) بر اساس فرمول مقدار میانگین هندسی فازی تجمیع شده و در قالب ماتریس ارزیابی مورد استفاده قرار می گیرند. سپس جهت فازی سازی مولفه های شناسایی شده به تفکیک درایه‌های (عناصر) موجود، مبتنی بر فرمول فازی سازی برای مولفه های تحقیق محاسبه شد.

۵.۴. تعیین حد آستانه و ایجاد ماتریس وقوع؛

بعد از دیفازی نمودن کلیه اعداد فازی موجود در ماتریس نرمال تجمیعی نظرات و دستیابی به ماتریس دیفازی شده، حد آستانه از طریق مقدار میانگین حسابی همه عناصر و درایه های موجود در ماتریس تعیین می شود. طبق محاسبات، مقدار میانگین حسابی مجموعه درایه های ماتریس فوق برابر با ۰٫۸۸۷ است. برای ایجاد ماتریس وقوع، همه درایه های موجود در ماتریس قضاوت دیفازی شده را با مقدار حد آستانه تعیین شده مقایسه می کنیم. اگر عدد درایه مورد نظر بزرگتر یا مساوی این حد آستانه باشد عدد ۱ در درایه نظیر در ماتریس وقوع درج می شود و در غیر اینصورت عدد صفر. بر اساس این رویکرد، ماتریس وقوع از روش مدلسازی ساختاری تفسیری ماتریسی باینری (صفر و یک) است. این ماتریس دسترسی به قسمت نهایی را فراهم می کند و ماتریس دسترس پذیری را ایجاد می کند. پس از تشکیل ماتریس وقوع، برای ساخت مدل ساختاری تفسیری باید بر اساس این ماتریس، ماتریس دسترسی پذیری اولیه شکل گیرد. ماتریس دسترس پذیری اولیه مساوی است با جمع ماتریسی وقوع و ماتریس همانی. به عبارت دیگر، ماتریس دسترس پذیری اولیه همان ماتریس وقوع با عناصر روی قطر اصلی یک است. به این ترتیب ماتریس دسترس پذیری اولیه شکل می گیرد.

۶.۴. ایجاد مجموعه ورودی، خروجی، مشترک و سطح بندی؛

در این مرحله مجموعه ورودی، خروجی و مشترک با استفاده از ماتریس دسترس پذیری نهایی، حاصل می شود. مجموعه ورودی برای هر عامل، ستون مربوط به آن عامل و مجموعه خروجی برای هر عامل سطر آن عامل می باشد. به بیانی دیگر، مجموعه عوامل تأثیرپذیر از عامل، مجموعه خروجی و مجموعه عوامل تأثیرگذار بر عامل، مجموعه ورودی را تشکیل می دهند.

¹ Firuzjaeyan

² Warfield

جدول ۱. سطح بندی شاخص های شناسایی شده در تحقیق

ردیف	عوامل	ورودی	خروجی	مشترک	سطح
۱	شفافیت	۱،۲،۳،۶،۷،۹	۱،۲،۳،۶،۷،۱۰،۱۲	۱،۲،۳،۶،۷	سوم
۲	هوشمندی	۱،۲،۳،۴،۶،۷،۹،۱۰،۱۲	۱،۲،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲	۱،۲،۶،۷،۹،۱۰،۱۲	پنجم
۳	عملکرد کارآفرینانه	۱،۳،۴،۶،۱۱	۱،۲،۳،۵،۱۱	۱،۳،۱۱	ششم
۴	بینش اقتصادی کلان	۴،۷،۹،۱۰	۲،۳،۴،۶،۷،۱۰،۱۲	۴،۷،۱۰	هشتم
۵	مسئولیت پذیری	۲،۳،۵،۶،۷،۸،۹،۱۱	۵،۶،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲	۵،۶،۸،۹،۱۱	چهارم
۶	کارایی و اثربخشی	۱،۲،۴،۵،۶،۹،۱۰	۱،۲،۳،۵،۶،۱۰،۱۱	۱،۲،۵،۶،۱۰	هفتم
۷	فرهنگ کارآفرینانه	۱،۲،۴،۷،۱۰	۱،۲،۴،۵،۷،۸،۱۰،۱۱،۱۲	۱،۲،۴،۷،۱۰	هفتم
۸	حکمرانی	۲،۵،۷،۸،۱۲	۵،۸،۹،۱۱،۱۲	۵،۸،۱۲	هشتم
۹	چشم انداز استراتژیک	۲،۵،۸،۹،۱۲	۱،۲،۴،۵،۶،۹،۱۲	۲،۵،۹،۱۲	نهم
۱۰	پاسخگویی	۱،۲،۴،۵،۶،۷،۱۰،۱۱	۲،۴،۶،۷،۱۰،۱۲	۲،۴،۶،۷،۱۰	دوم
۱۱	فراگیری	۲،۳،۵،۶،۷،۸،۱۱	۳،۵،۱۰،۱۱،۱۲	۳،۵،۱۱،۱۲	سوم
۱۲	اخلاق	۱،۲،۴،۵،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲	۲،۸،۹،۱۲	۲،۸،۹،۱۲	اول

۷،۴. سطح بندی شاخص های پژوهش

مبتنی بر یافته های تحقیق مشاهده می شود که سطح نهم شامل چشم انداز استراتژیک سطح هشتم شامل بینش اقتصادی کلان و حکمرانی و سطح هفتم شامل فرهنگ کارآفرینانه و کارایی و اثربخشی، سطح ششم شامل عملکرد کارآفرینانه، سطح پنجم شامل هوشمندی، سطح چهارم شامل مسئولیت پذیری، سطح سوم شامل شفافیت و فراگیری، سطح دوم شامل پاسخگویی و سطح اول شامل اخلاق می باشد. بر همین اساس، تاثیرگذارترین سطح بندی عوامل محوری به ترتیب از سطح نهم تا سطح اول عوامل است.

۸،۴. ارائه الگوی نهایی

در نهایت براساس سطح بندی روش ISM و الگوی روابط علی شناسایی شده، مدل نهایی دیماتل ساختاری

تفسیری (ISM_DIMATEL) پژوهش ترسیم شد.

سطح اول	سطح دوم	سطح سوم	سطح چهارم	سطح پنجم	سطح ششم	سطح هفتم	سطح هشتم	سطح نهم
اخلاق	پاسخگویی	شفافیت	مسئولیت پذیری	هوشمندی	عملکرد کارآفرینانه	کارایی و اثربخشی	بینش اقتصادی کلان	چشم انداز استراتژیک
	فراگیری			فرهنگ کارآفرینانه	حکمرانی			

شکل ۲. مدل نهایی دیماتل ساختاری تفسیری (ISM_DIMATEL)

طراحی مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران (وکیلی و همکاران)

پس از انجام محاسبات مدل سازی ساختاری تفسیری فازی و به دست آمدن ماتریس دسترسی نهایی و مدل سطح بندی عوامل در زمینه سطح تاثیر عوامل و اثرات مستقیم و غیرمستقیم میان آنها، مرحله بعدی به عنوان گام تکمیلی جهت مدل سازی ساختاری تفسیری، به دنبال دسته بندی عوامل در قالب میزان اثرگذاری و اثرپذیری درونی آنها بر همدیگر است. هدف از این تحلیل کشیدن نمودار قدرت نفوذ و وابستگی عوامل، با استفاده از ماتریس دسترس پذیری نهایی و تجزیه و تحلیل آن است.

در این مرحله عوامل براساس قدرت نفوذ و قدرت وابستگی شان می توانند در چهار دسته عوامل خودمختار، وابسته، پیوندی و مستقل قرار بگیرند. گروه اول متغیرهای خودمختار است که دارای قدرت نفوذ و وابستگی ضعیفی هستند. این متغیرها تا حدودی با سایر متغیرها تفاوت دارند و با آنها ارتباط کمی دارند. تغییرات در این متغیرها منجر به تغییرات قابل توجهی در سیستم نمی شود. گروه دوم شامل متغیرهای وابسته است که دارای قدرت نفوذ ضعیف اما وابستگی بالایی هستند. سومین گروه متغیرها، متغیرهای پیوندی نامیده می شوند. این متغیرها دارای قدرت نفوذ و وابستگی بالایی می باشند. به عبارتی دیگر تاثیرگذاری و تاثیرپذیری این معیارها بسیار بالاست و هرگونه تغییر کوچکی در این متغیرها باعث تغییرات اساسی در سیستم خواهد شد. گروه چهارم متغیرهای مستقل اند. این متغیرها دارای قدرت نفوذ بالا و وابستگی پایینی می باشند. به عبارت دیگر از ویژگی های این متغیرها تاثیرگذاری بالا و تاثیرپذیری کم است. با استفاده از نرم افزار میک مک (Micmac) که برای مطالعات ساختاری-تفسیری مناسب است ابتدا ۱۲ عامل کلیدی تحقیق در ماتریسی وارد شد سپس میزان ارتباط میان این عوامل توسط خبرگان، تشخیص داده شد. متغیرهای موجود در سطرها بر متغیرهای موجود در ستون ها تأثیر می گذارند. به این ترتیب متغیرهای سطرها، تأثیرگذار و متغیرهای ستون ها، تأثیرپذیر هستند.

جدول ۲. تجزیه و تحلیل میک مک

۱۲											
۱۱											
۱۰								۲			
۹					۷						
۸											
۷					۴	۹	۱	۶	۵		
۶									۱۰		
۵						۳۸		۱۱			
۴										۱۲	
۳											
۲											
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲

بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل میک مک می‌توان عوامل را به چهار دسته تقسیم نمود که بر اساس یافته‌های تحقیق عوامل در دسته بندی چهارگانه طبقه بندی می‌شوند (جدول ۳): عوامل خودمختار: حکمرانی و عملکرد کارآفرینانه؛ عوامل وابسته: پاسخگویی، فراگیری و اخلاق؛ عوامل پیوندی: هوشمندی، مسئولیت پذیری، کارایی و اثربخشی؛ عوامل مستقل: شفافیت، بینش اقتصادی کلان، فرهنگ کارآفرینانه، چشم انداز استراتژیک.

جدول ۳- دسته‌بندی عوامل بر اساس تحلیل میک مک

ردیف	عوامل	خودمختار	نفوذی	وابسته	پیوندی
۱	شفافیت		*		
۲	هوشمندی				*
۳	عملکرد کارآفرینانه	*			
۴	بینش اقتصادی کلان		*		
۵	مسئولیت پذیری				*
۶	اثربخشی و کارایی				*
۷	فرهنگ کارآفرینانه		*		
۸	حکمرانی	*			
۹	چشم انداز استراتژیک		*		
۱۰	پاسخگویی			*	
۱۱	فراگیری			*	
۱۲	اخلاق			*	

متغیرهای دارای قدرت نفوذ بالا اصطلاحاً متغیرهای کلیدی نامیده می‌شوند در تحقیق حاضر مبتنی بر یافته‌ها، متغیرهای پیوندی (هوشمندی، مسئولیت پذیری، کارایی و اثربخشی) هستند که دارای قدرت نفوذ و وابستگی بالایی می‌باشند، بنابراین تاثیرگذاری و تاثیرپذیری این متغیرها بسیار بالایی باشد و هرگونه تغییر جزئی در این متغیرها منجر به تغییرات اساسی در سیستم خواهد شد. همچنین متغیرهای مستقل (شفافیت، بینش اقتصادی کلان، فرهنگ کارآفرینانه، چشم انداز استراتژیک) می‌باشند که از قدرت نفوذ بالا و وابستگی پایینی برخوردارند، لذا تاثیرگذاری بالا و تاثیرپذیری کم از ویژگی‌های آنهاست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با تمرکز بیشتر بر این متغیرها که متغیرهای کلیدی تحقیق حاضر می‌باشند با سرعت بیشتری امکان دستیابی به اثرات مثبت و سازنده در نظام خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران میسر است.

۹.۴. مقایسه وضعیت موجود و مطلوب شاخص‌های شناسایی شده در تحقیق

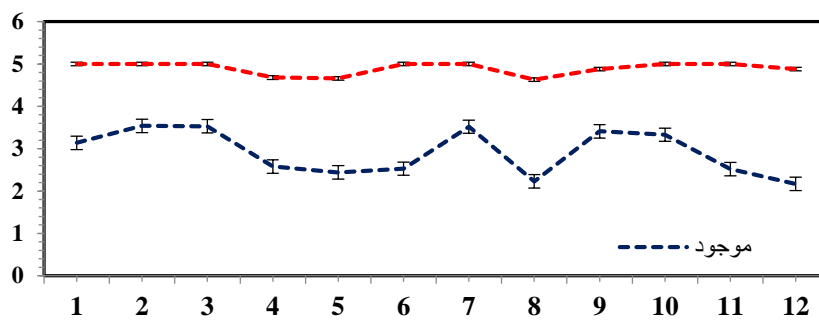
جهت بررسی این هدف، راهبردهای شناسایی شده در قسمت قبل به نمونه آماری بخش کمی ارائه گردید و وضعیت موجود و مطلوب نمره گذاری شد و با استفاده از روش تحلیل شکاف، مقایسه بین وضعیت موجود و مطلوب انجام

طراحی مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران (وکیلی و همکاران)

شد و میزان دستیابی به هریک از این راهبردها و وضعیت موجود آن با وضعیت مطلوب مقایسه شد. شیوه مقایسه وضعیت موجود و مطلوب در روش تحلیل شکاف به این گونه است که نخست با استفاده از آزمون میانگین داده ها مقایسه می شوند و به وسیله نمودار و تحلیل شکاف مقایسه می شوند و در ادامه به وسیله آزمون تی دو نمونه ای مستقل وضعیت موجود و مطلوب مقایسه و میزان تفاوت مورد ارزیابی قرار گرفت.

جدول ۵. میانگین توصیفی

ردیف	راهبردها	میانگین وضعیت موجود	میانگین وضعیت مطلوب	ردیف	راهبردها	میانگین وضعیت موجود	میانگین وضعیت مطلوب
۱	اخلاق	۳/۱۴	۵	۷	کارایی و اثربخشی	۳/۵۲	۵
۲	شفافیت	۳/۵۴	۵	۸	فرهنگ کارآفرینانه	۲/۲۳	۴/۶۳
۳	هوشمندی	۳/۵۳	۵	۹	حکمرانی	۳/۴۱	۴/۸۸
۴	عملکرد کارآفرینانه	۲/۵۸	۴/۶۸	۱۰	چشم انداز استراتژیک	۳/۳۳	۵
۵	بیش اقتصاد کلان	۲/۴۴	۴/۶۶	۱۱	پاسخگویی	۲/۵۲	۵
۶	مسئولیت پذیری	۲/۵۳	۵	۱۲	فراگیری	۲/۱۷	۴/۸۸



شکل ۴- نمودار مقایسه وضعیت موجود و مطلوب

بر این اساس می توان مشاهده نمود که میزان فاصله بین وضعیت موجود و مطلوب در برخی از شاخص ها از جمله فراگیری، حکمرانی، مسئولیت پذیری و کارایی و اثربخشی بیشتر می باشد.

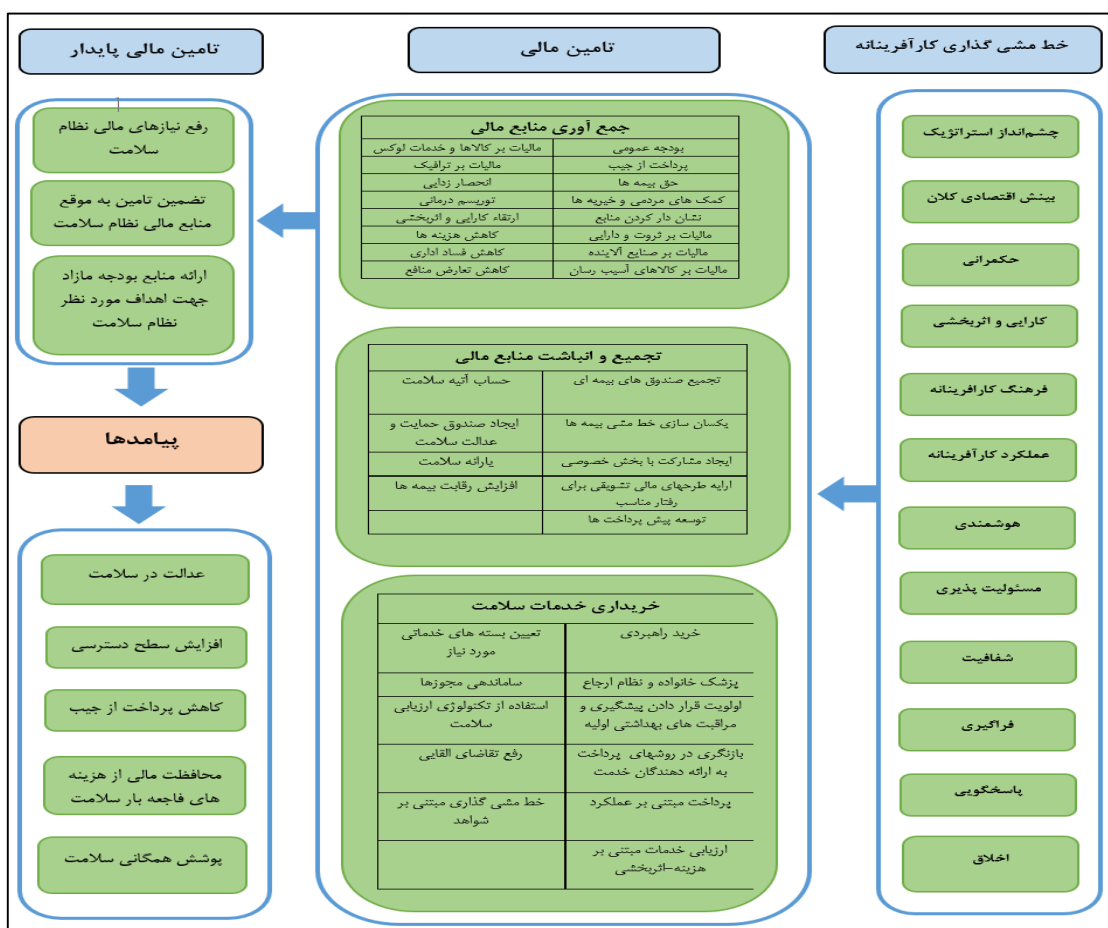
جدول ۶. مقایسه وضعیت موجود و مطلوب به وسیله آزمون تی

متغیر	آمار F	آماره T	سطح معنی داری	کران پایین	کران بالا
اخلاق	۶۸,۵	۳۳,۱۵	۰,۰۰۰	۴,۲	۲۷,۲
شفافیت	۱,۷۰	۱۵,۱۶	۰,۰۰۰	۵۲,۲	۲,۲
هوشمندی	۵۳,۱	۶,۱۸	۰,۰۰۰	۵۱,۳	۴,۲
عملکرد کارآفرینانه	۳۳,۱	۶۰,۱۴	۰,۰۰۰	۷۴,۳	۴,۲

۸,۳	۵,۶۲	۰,۰۰۰	۲۱	۲۱,۱۶	بینش اقتصادی کلان
۱۰,۳	۵,۱۲	۰,۰۰۰	۱۶.۱	۱۷,۱	مسئولیت پذیری
۲,۳	۴۹,۲	۰,۰۰۰	۲,۱۲۱	۸,۰	کارایی و اثربخشی
۲,۳	۵,۲۲	۰,۰۰۰	۹,۶۱۲	۶,۰	فرهنگ کارآفرینانه
۲,۹۳	۷,۰۲	۰,۰۰۰	۱۲,۲۰	۲,۵۲	حکمرانی
۳,۶۳	۴۳,۲	۰,۰۰۰	۸,۸۱۸	۶,۸۰	چشم انداز استراتژیک
۳,۷۳	۵,۲۲	۰,۰۰۰	۲,۵۲۰	۲,۵۶۲	پاسخگویی
۳,۷۳	۷,۰۲	۰,۰۰۰	۶,۵۲	۱,۵۲	فراگیری

با توجه به نتایج مشاهده می شود که بین وضعیت موجود و مطلوب در همه متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی داری وجود دارد و سطح معنی داری کمتر از سطح خطای آلفا بوده و در نتیجه می توان استنباط کرد که وضعیت در مولفه های مورد بررسی در وضعیت موجود، نسبت به وضعیت مطلوب تفاوت معنی داری دارد و برای رسیدن به وضعیت مطلوب باید بیشتر تلاش کرد.

https://jed.ut.ac.ir/



شکل ۵. مدل نهایی خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران

۵. بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مدل خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران دارای مولفه های اصلی چشم انداز استراتژیک، بینش اقتصادی کلان، حکمرانی، کارایی و اثربخشی، فرهنگ کارآفرینانه، عملکرد کارآفرینانه، هوشمندی، مسئولیت پذیری، شفافیت، فراگیری، پاسخگویی و اخلاق می باشد. که تاثیر این مولفه ها بر عناصر تامین مالی (جمع آوری منابع مالی، تجمیع و انباشت منابع مالی، خریداری خدمات سلامت) منجر به پایداری تامین مالی (رفع نیازهای مالی نظام سلامت، تضمین تامین به موقع منابع مالی نظام سلامت، ارائه منابع بودجه مازاد جهت اهداف مورد نظر نظام سلامت) خواهد شد که از جمله پیامدهای آن، ایجاد عدالت در سلامت، افزایش سطح دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب بیماران و همچنین ایجاد محافظت مالی از بیماران در مقابل هزینه های فاجعه بار سلامت و ارتقاء پوشش همگانی سلامت است. این نتایج موافق با یافته های عطاردی و جان نثاری (۱۴۰۱)، مصدق راد و همکاران (۱۴۰۰)، موریسون و پتریدو (۲۰۲۳) و میتروم (۲۰۱۹) بود.

همچنین در تحقیق حاضر مبتنی بر یافته ها، متغیرهای پیوندی (هوشمندی، مسئولیت پذیری، کارایی و اثربخشی) هستند که دارای قدرت نفوذ و وابستگی بالایی می باشند، بنابراین تاثیرگذاری و تاثیرپذیری این متغیرها بسیار بالا می باشد و هرگونه تغییر جزئی در این متغیرها منجر به تغییرات اساسی در سیستم خواهد شد. همچنین متغیرهای مستقل (شامل: شفافیت، بینش اقتصادی کلان، فرهنگ کارآفرینانه، چشم انداز استراتژیک) هستند که دارای قدرت نفوذ بالا و وابستگی پایینی می باشند، لذا تاثیرگذاری بالا و تاثیرپذیری کم از ویژگی های آنهاست. بنابراین می توان نتیجه گرفت با تمرکز بیشتر بر این متغیرها که متغیرهای کلیدی تحقیق حاضر می باشند، امکان دستیابی سریعتر به اثرات مثبت و سازنده در نظام خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران میسر است.

چشم انداز استراتژیک دربرگیرنده سلامت در خط مشی کلان کشور (رویکرد جامع و همه نگر، سیاست های کلی سلامت، جایگاه سلامت در اسناد فرا دست، اولویت گذاری سلامت در سیاست های کلان، شناخت و تحلیل وضعیت موجود، مقایسه شاخص های سلامت ایران با دنیا) و نگاه بلند مدت (نگرش آینده نگرانه، اصلاح دید با توجه به کلان روندها، آگاهی از تصمیمات ناشی از فشارهای سیاسی، مسائل اجرا، برنامه های چند بعدی، انسجام برنامه ها، نگرش کارآفرینانه در دولت) و درگیر ساختن کل اجزای حاکمیت (همکاری کلیه سازمانها و نهادهای دخیل در سلامت) که می تواند از مولفه های مهم باشد. پررا و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای با عنوان برنامه ریزی استراتژیک در سازمان های بهداشتی و درمانی به بررسی فرآیند برنامه ریزی استراتژیک در نظام بهداشت و درمان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که فرآیند برنامه ریزی استراتژیک در مراقبت های بهداشتی فرآیندی برنامه ریزی شده، منظم، منطقی و جامع است که منجر به یکپارچگی برنامه ها در بلند مدت می شود. اصطلاح تغییرات در سیستم مراقبت های بهداشتی باعث می شود که سازمان بر روی تغییرات مورد نیاز برای حرکت رو به آینده تمرکز کند.

حکمرانی شامل مسئولیت دولت ها در نظام سلامت (نقش دولت ها در نظام سلامت، تولید نظام سلامت، مشروعیت بخشی به حوزه حکمرانی) و برنامه های دولت در حوزه روابط خارجی (روابط برون مرزی و بین المللی) می باشد و جمع آوری منابع مالی (بودجه عمومی، نشان دار کردن منابع، پرداخت از جیب، کمک های مردمی و خیریه ها، انحصار زدایی، تورسیم درمانی، حق بیمه، تعرفه صادرات و واردات و مالیات بر ثروت و دارایی، مالیات بر صنایع آلاینده، مالیات بر ترافیک (Road tax) می باشد. فقدان سازمان مسئول در امر خط مشی گذاری و عدم همکاری دیگر

دستگاه های مرتبط با آن حوزه از جمله چالش های حوزه خط مشی گذاری عمومی است. (رحمتی و همکاران، ۱۳۸۹) اهداف و انگیزه های کارآفرینان خط مشی، برخلاف عاملان کسب و کارهای خصوصی و حتی برخی گروه های ذینفع خاص، از قبیل بروکرات های دولتی، دستیابی به منافع شخصی و یا حفظ یا کسب مناصب و مقام نیست؛ آن ها بیشتر به دنبال حکمرانی مؤثرتر، از طریق کارآیی و عدالت (برابری) و سادگی امور اداری، هستند. آن ها به جای پذیرش توافقات سیاسی موجود، اعتبار آنها و استدلال هایی را که از آنها حمایت می کنند، زیر سوال می برند. از دیدگاه اسپچیرم (۲۰۲۰) تحولات برای ایجاد مشروعیت، بقا و برای حل مشکلات اهمیت دارد (اسچیرم، ۲۰۲۰). تغییر در خط مشی های سازمانی یکی از الزامات مهم برای توسعه و پیشرفت سازمان های دولتی است. کارآفرینی خط مشی راهی برای تغییر نظام های سیاسی در سازمان ها است (جوزف لنتسچ، ۲۰۱۸).

فرهنگ کارآفرینانه شامل ظرفیت های کارآفرینانه (ارتقاء سواد سلامت، ارتقاء مراقبت های بهداشتی، اولویت پیشگیری بر درمان در نظام سلامت، نظام سطح بندی و تخصیص بهینه منابع، پزشک خانواده و نظام ارجاع) و توجه به محیط (آمایش و تحلیل محیطی و تدوین خط مشی های مبتنی بر محیط) و توسعه خط مشی های کارآفرینانه (استمرار نگاه کارآفرینانه) و فرهنگ سازمانی (ارایه طرح های مالی تشویقی برای رفتار مناسب برای سلامت، تغییر ماهوی فرهنگ، تغییر معیارهای فرهنگی، لوکس گرایی در درمان) و ایجاد تفکر کارآفرینی خط مشی (خلق تفکر و عزم کارآفرینانه) نقش رسانه (استفاده از قدرت رسانه ها) می باشد. خط مشی گذاری اصلی ترین جلوه ظهور حکومت ها در میدان تصمیم گیری و اجراست که به علت فراگیری آن هر اندازه با سرشت انسانی و پویایی های محیطی سازگارتر باشد دارای کارایی و اثربخشی بالاتری در اداره امور عمومی است. خط مشی گذاران بر اساس باورها و ارزشها و تصورات ذهنی خود از زمان حال و آینده اقدام به تصمیم گیری و خط مشی گذاری می کنند و آنگاه با همان رویکرد اقدام به اجرا و ارزیابی خواهند نمود (غفاری و همکاران، ۱۳۹۵). اوبرین (۲۰۱۹) کارآفرینی خط مشی و توانایی های سازمان را مطالعه کرد. وی در این پژوهش نشان داد که کارآفرین خط مشی با توانایی فرصت جویی، کشف موقعیت های جدید و ارائه راه حل های تازه، فرایند خط مشی گذاری عمومی را شکل می دهد. توانمندسازی جامعه نقش مهمی در از بین بردن نابرابری های بهداشتی و بهبود درک مشکلات سلامت ایفا می کند و به اطمینان از دسترسی بهتر گروه های محروم و آسیب پذیر به خدمات مناسب با در نظر گرفتن موقعیت و نیازهایشان کمک می کند (گرگسون، ۲۰۱۰). هر قدر شیوه تأمین مالی بخش سلامت قبل از شیوع بیماری بر اساس منابع عمومی و پیش پرداخت ها باشد، می توان نظام سلامت را عادلانه تر کرد و هر چقدر میزان تأمین منابع در زمان بیماری و ناخوشی و بیشتر از محل پرداخت های مستقیم از جیب باشد، نظام تأمین مالی بیشتر ناعادلانه خواهد بود (تامسون و همکاران، ۲۰۱۱).

کارایی و اثربخشی دربرگیرنده بازنگری در شیوه های خرید خدمات (بازنگری در روشهای پرداخت به ارائه دهندگان خدمت، پرداخت مبتنی بر عملکرد، تفکیک خریدار خدمت از ارائه دهنده خدمت، هزینه کرد صحیح منابع، تقید به قانون در محله عمل و اجراء، رفع تقاضای القایی) و بهینه سازی شرایط موجود (جلوگیری از هدررفت منابع، بودجه ریزی بر مبنای عملکرد، مدیریت منابع، ارزیابی اقتصادی پروژه ها، استفاده از ظرفیت های بالقوه و غیر فعال، واگذاری همراه با نظارت مستمر و دقیق، چابک سازی نظام سلامت، ارتقاء بهره وری) می باشد. به منظور انطباق با شرایط متغیر اجتماعی و پاسخگویی به نیازهای متغیر، سیستم های بهداشتی در کشورهای مختلف مجبور به اصلاح ساختار و عملکرد خود هستند. یکی از چالش ها در امر خط مشی گذاری توجه صرف به کارایی به جای ارزیابی اثربخشی خط مشی های وضع شده است (رحمتی و همکاران، ۱۳۸۹). بی شک ارتقای کارایی و اثربخشی خدمات سلامت، ایجاد

عدالت، تضمین منابع مالی پایدار و ارتقای سطح مدیریت از هدف‌های مهم در اجرای اصلاحات نظام سلامت است (سورانی، ۲۰۱۶). به دلیل محدودیت منابع، باید انتخاب کرد. با افزایش شکاف بین نیازهای مراقبت‌های بهداشتی و منابع موجود، تصمیمات دشواری باید گرفته شود (مصدق‌راد، ۲۰۱۹).

مسئولیت پذیری شامل نیروی انسانی نظام سلامت (تخصص و خبرگی، رعایت شایسته سالاری، دارابودن پست‌های رسمی سازمانی و اختیارات) و پذیرش مخاطره (ریسک‌پذیری) و سرمایه اجتماعی (مشروعیت اجتماعی) و مسئولیت اجتماعی در دولت‌ها (مسئولیت‌پذیری اجتماعی دولت) می‌باشد. توسعه و تغییر برای ایجاد مشروعیت و بقا و فرآیند حل مسئله ضروری است (اسچیرم، ۲۰۲۰). کارکنانی که کارآفرین خط مشی هستند از زمان و تلاش خود برای منافع جمعی استفاده می‌کنند و رهبران تغییر خط‌مشی‌های سازمان هستند، آن‌ها به شناخت و شناسایی مشکلات خط‌مشی، متقاعد کردن دیگران و اجرای تغییرات در خط‌مشی‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی می‌پردازند و حتی برای جلب نظرات مخاطبان خط‌مشی تلاش می‌کنند (اوبرین، ۲۰۱۸، کراو و میتس، ۲۰۱۹). از جمله ویژگی‌های مهم افراد کارآفرین، خصیصه تاب‌آوری است که مبتنی بر آن افراد در زمان مواجهه با چالش‌های پیش‌رو با استفاده از ظرفیت‌های وجودی خود به شرایط نرمال و بهتر از آن باز می‌گردند (مقیمی، ۱۳۹۸).

بیش اقتصادی کلان شامل وضعیت اقتصاد کلان (ناپایداری اقتصاد کلان، استراتژی اقتصاد کلان، تحلیل اقتصاد کلان، اقتصاد سیاسی، وابستگی به درآمدهای نفتی) و تدوین نقشه راه نظام سلامت در هماهنگی با اقتصاد کلان (تدوین فرایندهای نظام سلامت) می‌باشد. ادواردو و همکاران (۲۰۲۱) در مقاله خود با عنوان پایداری مالی نظام سلامت پرتغال بیان می‌کنند که باید توجه نمود که پایداری مالی تابعی از رشد اقتصادی است و به سطح کنترل سایر مخارج عمومی بستگی دارد و پیش‌بینی آنها برای رشد بلندمدت هزینه‌های سلامت با رشد اقتصادی سازگار است.

عملکرد کارآفرینانه شامل کارآفرین خط مشی و ویژگی‌های آن (سرسختی و ثبات قدم، خلاقیت و نوآوری، تیزبینی، تیم‌سازی، توفیق‌طلبی، خودکنترلی، شناسایی فرصت‌ها، هماهنگ‌کنندگی) و کارآفرینی خط مشی (جستجو برای حل مسائل، طرح‌ها و خدمات جدید، استراتژی‌های کارآفرینان خط مشی) و دانش کارآفرینی (دانش علمی و تجربه عملی در نظام سلامت، دانش همراستاسازی منافع فردی و عمومی) می‌باشد. کوهن و نیسیم (۲۰۱۲) تحقیقی با عنوان بوروکرات‌های سطح خیابان و کارآفرینی خط مشی: زمانی که مجریان طراحی سیاست را به چالش می‌کشند: چارچوب مفهومی را در مورد قانون بیمه ملی سلامت انجام دادند. این مقاله بر اهمیت نقش کارآفرینان خط مشی در عرصه خط مشی عمومی تأکید می‌کند و بینش‌هایی را در مورد شرایط فعالیت، انگیزه‌ها و استراتژی‌های اصلی آنها فراهم می‌کند و نویسندگان یک چهارچوب مفهومی نظری را برای درک تاثیر کارآفرینان خط مشی بر خط مشی گذاری عمومی پیشنهاد می‌کنند و با تسهیل توصیف و تبیین تاثیر کارآفرینان خط مشی بر تدوین و طراحی خط مشی عمومی پیشنهادهای متعددی را در خصوص شرایط فعالیت و انگیزه‌ها و راهبردهای اصلی آنها پیشنهاد می‌کنند. همچنین این مقاله استراتژی‌های مختلفی را توصیف می‌کند که کارآفرینان خط مشی ممکن است به کار گیرند و یک مدل کارآفرین خط مشی موفق و موثر را مشخص می‌کند. کارآفرینان خط مشی با بروز ایده‌ها و نوآوری‌های جدید در قالب رهبران خط مشی عمل می‌کنند. به عبارت دیگر، آنها از مهارت‌های رهبری (مانند تاثیرگذاری بر دیگران، هوش و ذکاوت، روش‌های مناسب ارتباطی، تیم‌سازی، آینده‌نگری) لازم برای ایجاد و اجرای سیاست‌ها و دستورالعمل‌های جدید برخوردارند (سونسون، ۲۰۱۹). اولاسون و سونسون (۲۰۱۹) کارآفرینی خط مشی و نوآوری‌ها را بررسی کردند. آنها بیان داشتند کارآفرینی خط مشی در پی نوآوری‌ها و ایده‌های نو برای عرصه خط مشی است که سود

سیاسی به همراه داشته باشد. مینتروم (۲۰۱۹) کارآفرینی خط مشی و نوآوری ها را مطالعه کرد. وی کارآفرینان خط مشی را بازیگرانی پرانرژی می‌داند که برای ترویج نوآورهای خط مشی در تلاشند. وی در مطالعه خود نشان داد که کارآفرینان خط مشی استراتژی‌هایی همچون قالب‌بندی مسائل، استفاده از شبکه‌ها، همکاری با ائتلاف‌های حامی و افزایش روند تغییر را در حوزه خط مشی گذاری از خود بروز می‌دهند. نوآوری، تغییر و دگرگونی سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها همواره یکی از پیش‌نیازهای توسعه و پیشرفت جوامع و سازمان‌ها بوده است و این نیاز در عصر کنونی بیش از پیش نمایان شده است (الوانی، ۱۳۹۵). یکی از تناقضاتی که در مقوله کارآفرینی دولتی و تعیین خط مشی های کارآفرینانه به چشم می‌خورد ایجاد تعادل بین استقلال و نوآوری از یک طرف و تبعیت از سلسله مراتب و قانون از طرف دیگر می‌باشد. کارآفرین خط مشی ضمن آنکه در مسئله یابی و اتخاذ راهکار باید منش استقلال طلبی و ابتکاری داشته باشند در همان حال باید جهت دستیابی به چشم انداز مشترک و اهداف تعریف شده، در چهارچوب قوانین و مقررات مربوطه عمل نمایند (مقیم، ۱۳۹۸).

هوشمندی شامل تحقیق و توسعه (خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد، الگوبرداری، همکاری با پژوهشگران، پژوهش های کاربردی) و تکنولوژی (استفاده از سیستم های اطلاعاتی و الکترونیکی به روز، استفاده از ابزارهای الکترونیکی، کاربرد تکنولوژی در ارائه و نظارت بر خدمات سلامت، تحلیل اطلاعات با استفاده از تکنولوژی، فناوری های موجود در حوزه سلامت) و روابط برون سازمانی (نفوذ سیاسی، لابی گری) می‌باشد. میلینگ و همکاران (۲۰۲۱) در مقاله‌ای با عنوان تقویت پایداری در بخش مراقبت‌های بهداشتی از طریق کاربرد فناوری در ارائه خدمات مالی (Financial Technology): عنوان می‌کنند که سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی در حال تعیین اهداف جدیدی از شیوه‌های پایدار برای بهبود عملکرد مالی خود بدون کاهش سرمایه اجتماعی و طبیعی هستند. حفظ یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی پایدار، انعطاف پذیر و بادوام، اقتصادها را برای دستیابی به رقابت پذیری پایدار تسهیل می‌کند. با توجه به تغییرات تحولات سریع، سیاست‌گذارانی در صورتی موفق خواهند بود که سیاست‌هایی جدید را پیشنهاد کنند و نقش کارآفرینان خط مشی را به خوبی ایفا نمایند؛ زیرا که شرایط دنیای امروز تاب‌آور سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کهنه و قدیمی نخواهد بود و به همین دلیل است که نقش کارآفرین خط مشی به خوبی احساس و شناخته می‌شود (مارتین و توماس، ۲۰۱۳). جهت تیم سازی و خلق شبکه انسانی، افراد باید مشخصه های کارآفرینانه را دارا باشند تا باعث تشکیل، حفظ و بهبود کار تیمی و شبکه‌ای شوند (مقیم، ۱۳۹۸). کارآفرینان خط مشی بیشتر بر بهره برداری از فرصت‌ها تمرکز می‌کنند. آن‌ها نه فقط با سایر کارآفرینان (کارآفرینان اجتماعی، اقتصادی) همکاری می‌کنند، بلکه در جمع‌آوری اطلاعات و مشارکت با دیگران، دارای توانایی و پتانسیل لازم می‌باشند (اولسون و سونسون، ۲۰۱۹).

شفافیت شامل تنظیم گری (نظارت و جهت دهی، شفاف سازی) و تعارض منافع (تعارض سیستمی، مافیای قدرت، مافیای ثروت، فساد اداری) و کنترل و ارزیابی (خط مشی های واضح و ارزیابی مبتنی بر عملکرد) می‌باشد. جنبه مشخص و نوآورانه کارآفرینی خط مشی یافتن و ترکیب ایده ها و مفاهیم از شرایط و عوامل مختلف است (مینتروم و لوتجنز، ۲۰۱۷). در سازمان‌هایی که شفافیت همراه با صداقت به اجرا درآمده است، تصمیم‌گیری سازمانی سازنده و مؤثر واقع شده است، به همین دلیل، پنهانکاری در سازمان اثر معکوس به همراه داشته است (نای، ۲۰۲۰). کارآفرینان خط مشی بیشتر از سایرین با نابسامانی‌ها، تنوع اطلاعاتی بالا و پویایی محیطی روبه رو هستند و در چنین شرایطی برای بهبود فرایند خط‌مشی گذاری و پیدا کردن راه حل‌های جدید به جستجو و پردازش ذهنی مبتنی بر عملکردهای شناختی متوسل می‌شوند (ساعدی و همکاران، ۱۳۹۹).

مقوله اخلاق شامل مشارکت در فرایند خط مشی گذاری (انگیزه های کارآفرینان خط مشی، نسبی بودن فرایند خط مشی گذاری، فرصت های اقتصادی مشارکت، استراتژی حمایت جویی و جلب توجه، استراتژی پیوند، تصمیم گیری مشارکتی) و اخلاق حرفه ای (اخلاق سازمانی) می باشد. به دلایل بسیاری، مشارکت دولت ها در تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای کم درآمد پایین است. یکی از عواملی که اغلب نادیده گرفته می شود، پایین بودن کیفیت خدمات عمومی و نیز پایین بودن انگیزه کارمندان در بخش دولتی است که سرمایه گذاری های عمومی و ارزش آنها را به خطر می اندازد. علاوه بر این، در بخش خصوصی، پرداخت هایی مانند پرداخت های غیررسمی و پرداخت های از جیب بیماران، بخش قابل توجهی از هزینه های مراقبت های بهداشتی را در بیشتر کشورها تشکیل می دهند و در بیشتر موارد غیرقانونی هستند، زیرا همه شهروندان باید از خدمات رایگان مراقبت های بهداشتی بهره مند شوند (کوترین، ۲۰۱۳).

فراگیری شامل پوشش فراگیر سلامت و عدالت (سلامت به عنوان کالای عمومی، پوشش همگانی سلامت، نگاه تطبیقی در فراگیری، عدالت در سلامت، اهمیت مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه) و تجمیع و انباشت منابع مالی (تجمیع صندوق های بیمه برای انباشت منابع و تجمیع ریسک، ایجاد مشارکت با بخش خصوصی، هزینه های مراقبت سلامت نسبت به درآمد افراد) می باشد. تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ضروری است. کارکرد تأمین مالی سلامت یکی از مهمترین الزامات نظام سلامت است که با تقویت پنج عنصر ساختاری دیگر به طور مستقیم و غیرمستقیم منجر به دستیابی به اهداف اولیه و فرعی نظام سلامت می شود. نظام تأمین مالی سلامت باید به شکلی باشد که امکان دسترسی مردم به خدمات سلامت موثر و با کیفیت را فراهم نماید تا افراد قادر باشند بدون دچار شدن به مسایل مالی از آن خدمات بهره مند شوند. نظام تأمین مالی سلامت شامل ارائه کنندگان، پرداخت کنندگان مخارج آن و مشتریان خدمات سلامت است (مصدق راد و همکاران، ۱۴۰۰).

پاسخگویی دربرگیرنده اصلاحات ساختاری در نظام سلامت (ساماندهی سیاست ها و ساختارها، اصلاح رویکردها، ساماندهی فرایندها، لزوم اخذ تصمیمات نظام مند، مشخص کردن نوع نظام سلامت، مشخص کردن مسئولیت ها و اختیارات، ساماندهی برنامه ها، تفکیک وظایف، مشخص کردن گروه های هدف، نگرش باز به ساختار درمان، ضرورت بازنگری ساختار نظام سلامت) و نحوه نگرش و فهم سلامت و مفاهیم آن (زیرساخت تئوریک و فلسفی، نگرش به مفاهیم سلامت، فهم سلامت، ساماندهی چهارچوب های مفهومی) و پیامدهای نظام سلامت (تطبیق عملکرد نظام سلامت با شاخص ها و استانداردها) می باشد. پژوهش ساعدی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که توسعه حیات سیاسی و تشکیل ائتلاف ها و گروه ها، نظارت های دقیق داخلی و خارجی، جهت دهی سیاست ها، معرفی سیاست های جدید و نوآورانه و تنظیم روابط درون شبکه ها مهم ترین پیامدهای کارآفرینی خط مشی در فضای خط مشی گذاری هستند. به منظور بهبود توان پاسخگویی نظام سیاسی به سیاست گذاران توصیه می شود که به کارآفرینان خط مشی توجه ویژه ای داشته باشند تا با ایجاد تغییر در خط مشی ها و سیاست ها راه گشای مسائل سازمان ها و جامعه باشند.

یافته های پژوهش نشان داد که هوشمندی، مسئولیت پذیری، کارایی و اثربخشی عوامل پیوندی، شفافیت، بینش اقتصادی کلان، فرهنگ کارآفرینانه و چشم انداز استراتژیک عوامل مستقل و حکمرانی و عملکرد کارآفرینانه عوامل خودمختار، پاسخگویی و فراگیری و اخلاق عوامل وابسته می باشند. مشابه این نتایج توسط ساعدی و همکاران (۱۳۹۹) گزارش شد. شنایدر و تسکه دریافتند که کارآفرینان خط مشی اغلب خود را در موقعیت هایی می بینند که نیاز به تغییر پویا احساس می شود یا می توانند به راحتی هزینه های اقدام جمعی را متحمل شوند. کارآفرینی خط مشی در سازمان منجر به توسعه استراتژی هایی می شود که هر سازمان برای انجام بهینه فعالیت های خود باید آنها را اجرا

کند که منجر به خلق ارزش و ایجاد مزیت رقابتی می شود (ماکسیم بلیتسکی و همکاران، ۲۰۲۱). توسعه و تغییر برای ایجاد مشروعیت و بقا ضروری است و فرآیندی برای حل مشکلات است (اسچیرم، ۲۰۲۰). بخش بهداشت و درمان یکی از بخش های کلیدی هر کشور است و ارزش ایجاد شده در آن یکی از معیارهای رشد و توسعه اقتصادی کشورهاست. بنابراین هدف نهایی همه سیستم های بهداشتی در جهان دستیابی به سلامت همگانی است. بهداشت و درمان یکی از بخش های اساسی اقتصاد هر جامعه است و دستیابی به پوشش همگانی سلامت نیز در گرو تامین مالی پایدار است (صادقی و همکاران، ۱۴۰۰).

بر اساس نتایج پژوهش مشاهده می شود که در همه متغیرهای مورد بررسی بین وضعیت فعلی و وضعیت مطلوب اختلاف معناداری وجود دارد و در برخی از شاخص ها از جمله فراگیری، حکمرانی، مسئولیت پذیری و کارایی و اثربخشی این فاصله بیشتر می باشد. با توجه به چالش های عمده ای که بشریت در حال حاضر با آن مواجه است، همکاری دست اندرکاران برای رسیدگی به این چالش های جهانی ضروری است (میتروم، ۲۰۲۱). برطرف شدن مسائل حوزه خط مشی گذاری نیازمند ایجاد بستر مناسب، تدوین و اجرای خط مشی ها و برنامه های منسجم و کارآمد می باشد (منوریان و همکاران، ۱۳۹۱).

پایداری تامین مالی زمانی حاصل می شود که پایداری در هر سه حوزه تامین مالی شامل تولید منابع، انباشت ریسک و تخصیص و خرید منابع حاصل شود. وجود پایداری به صورت نسبی است. هر اقدامی در هریک از این سه حوزه می تواند نظام تامین مالی را به سمت پایداری هدایت کند (تامسون و همکاران، ۲۰۰۹). سلامت تنها بعد خط مشی گذاری عمومی است که به طور همزمان هم پیش نیاز، هم پیامد و هم شاخصی برای دستیابی به جامعه ای پایدار است. بنابراین، با توجه به نقش بی بدیل سلامت در ایجاد عدالت اجتماعی، شناسایی نابرابری ها در تامین مالی نظام سلامت کشور و نیز علل و ریشه های آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اشتراک عادلانه در تامین مالی هزینه های مراقبت های بهداشتی، با هدف حمایت از ریسک مالی شهروندان و جلوگیری از هزینه های فاجعه بار مراقبت های بهداشتی، هدف کلیدی همه نظام های سلامت است.

۶. پیشنهادات

۶.۱. پیشنهادات کاربردی

بر اساس نتایج این مطالعه، پیشنهادات زیر ارائه می گردد:

- مبتنی بر نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می گردد برای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران از مولفه های خط مشی گذاری کارآفرینانه استفاده گردد.
- با توجه به اینکه نتایج نشان داد که میزان فاصله بین وضعیت موجود و مطلوب در برخی از شاخص ها از جمله راهبردهای مسئولیت پذیری، کارایی و اثربخشی، فراگیری و حکمرانی، بیشتر می باشد، پیشنهاد می گردد که در مولفه هایی که فاصله زیادی با وضعیت مطلوب دارند کار جدی تری صورت گیرد تا اختلاف وضع موجود با وضع مطلوب کاهش یافته و اثرات اصلاحی آن در پایداری تامین مالی نظام سلامت مشهود گردد.
- با توجه به نتایج حاصله از پژوهش و نظر به اهمیت موضوع پیشنهاد می گردد سازمان های دولتی خط مشی گذاری کارآفرینانه و ابعاد و مولفه های آن را در نظام خط مشی گذاری و تصمیم گیری بیشتر مد نظر قرار داده و زمینه ایجاد آگاهی اجتماعی با این حوزه و نقش و اثرات آن را در جامعه و سازمان ها فراهم نمایند.

- با توجه به کم بودن مطالعات صورت گرفته در زمینه خط مشی گذاری کارآفرینانه برای تامین مالی پایدار، پیشنهاد می‌گردد محققین هر یک از ابعاد و مولفه‌های مختلف شناسایی شده و اثرات هر یک از آنها را به صورت تطبیقی در سازمان‌های مختلف بررسی نمایند.

۲,۶. محدودیت‌های تحقیق

- مطالعات انجام شده در بخش کمی مربوط به نظام سلامت استان کردستان (مورد مطالعه) می‌باشد و تعمیم نتایج آن به سایر جوامع نیازمند مطالعات بیشتر و انطباق محیطی و منطقه‌ای می‌باشد. لذا با توجه به محدودیت فوق به محققین آتی پیشنهاد می‌گردد تا هر یک از ابعاد و مولفه‌های مختلف شناسایی شده و اثرات هر یک از آنها را به صورت تطبیقی در سازمان‌های مختلف و جوامع آماری متنوع مورد بررسی و پژوهش قرار دهند.

منابع

آهنگر، علی؛ احمدی، علی محمد؛ مزینی، امیرحسین؛ فرجی، دیزجی سجاد (۱۳۹۷). سیاست‌های کلیدی تأمین مالی سلامت با رویکرد انباشت و تسهیم ریسک برای ارتقای نظام‌های سلامت در کشورهای فقیر و در حال توسعه: مناطق آفریقا و مدیترانه شرقی مناطق (WHO) آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۶ (۲): ۲۰۰-۲۰۲.

<http://journal.ihepsa.ir/article-1-885-fa.html>

الوانی، سید مهدی؛ شریف زاده، فتاح (۱۳۹۴). فرایند خط مشی عمومی، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

<https://doi.org/978-964-8415-75->

باقری، فرشته؛ قلی پور سوتیه، رحمت الله؛ محمدی الیاسی، قنبر؛ شریف زاده، فتاح (۱۳۹۹). کارآفرینی خط مشی: مطالعه موردی شرکت تولید برق حرارتی، فصلنامه پژوهش‌های سیاست گذاری و برنامه ریزی انرژی؛ ۶ (۳): ۱۵۷-۱۸۶.

<http://epprjournal.ir/article-1-865-fa.html>

دانایی فرد، حسن؛ اشگرف، رضا؛ حمیدی زاده، علی (۱۴۰۱). شبکه ارتباطی راهبردهای کارآفرینان خط مشی در نظام عمومی خط مشی گذاری ایران. مدیریت فرهنگ سازمانی؛ ۲۰ (۳)، ص ۴۸۸.

<https://doi.org/10.22059/jomc.2021.316135.1008202>

رحمتی، محمدحسین؛ مقیمی، سیدمحمد؛ الوانی، سید مهدی. (۱۳۸۹). تحلیل نظام خط مشی گذاری برای آموزش غیررسمی کارآفرینی در ایران، توسعه کارآفرینی، ۳ (۹): ۷-۳۵. https://jed.ut.ac.ir/article_22813.html

صادقی، سیدکمال؛ قناتی، الناز؛ رستم پور، سعید؛ مزیدآبادی فراهانی، مجید (۱۴۰۰). تامین مالی نظام سلامت و شاخص توسعه انسانی در ایران بیمه سلامت ایران؛ ۴ (۴): ۲۹۷-۳۰۴. <http://journal.ihio.gov.ir/article-1-179-fa.html>

عطاردی، محمدرضا و جان‌نثاری لادانی، فاطمه. (۱۴۰۲). کارآفرینی خط مشی و نوآوری در اصلاح یارانه حامل‌های انرژی در ایران؛ چه کسی کدام جریان‌ها را با یکدیگر جفت و جور می‌کند؟. *مطالعات مدیریت دولتی ایران* ۶ (۲): ۱-۱۱.

<https://doi.org/10.22034/jipas.2022.317923.1305>

غفاری، رحمان؛ مقیمی، سید محمد؛ پورعزت، علی اصغر. (۱۳۹۵). الگوی مناسب خط مشی گذاری حکومت‌های اسلامی مبتنی بر آینده موعود، فصلنامه علمی - پژوهشی مدیریت اسلامی، ۲۴ (۲): ۳۴-۱۱. <http://journal.ihio.gov.ir/article-1-179-fa.html>

[1-179-fa.html](http://journal.ihio.gov.ir/article-1-179-fa.html)

مقیمی، سید محمد (۱۳۹۸). شهید دکتر بهشتی به مثابه کارآفرین خط مشی عمومی، نشریه علمی مدیریت اسلامی، ۲۷ (۲).

<https://doi.org/10.22059/jomc.2021.316135.1008202>

- مقیمی، سید محمد؛ (۱۳۸۵). کارآفرینی در سازمانهای دولتی، مرکز کارآفرینی دانشگاه تهران، انتشارات فراندیش، ص ۳۰۷.
<https://doi.org/10.22059/jomc.2021.316135.1008915>
- منوریان، عباس؛ مقیمی، سید محمد؛ موحدی، مسعود؛ حسین زاده، ماشاله (۱۳۹۱). تبیین خط مشی گذاری توسعه صادرات بنگاه های کوچک و متوسط با استفاده از راهبرد نظریه پردازی داده بنیاد، مدیریت دولتی، ۴(۳).
[doi: 10.22059/jipa.2012.35536](https://doi.org/10.22059/jipa.2012.35536)
- Brouwer, S. and D. Huitema (2018). "Policy entrepreneurs and strategies for change." *Regional Environmental Change* 18: 1259-1272. <https://doi.org/10.1007/s10113-017-1139-z>
- Cadman, T. (2011) Evaluating the Governance of Responsible Investment Instit. <https://doi.org/10.3763/jsfi.2010.0004>
- Cohen, Nissim, and Neomi F. Aviram. "Street-level bureaucrats and policy entrepreneurship: When implementers challenge policy design." *Public Administration* 99.3 (2021): 427-438. <https://doi.org/10.1111/padm.12755>
- Costa, Eduardo, Rita Santos, and Pedro Pita Barros. "The Financial Sustainability of the Portuguese Health System." *The Sustainability of Health Care Systems in Europe*. Vol. 295. Emerald Publishing Limited, 2021. 209-229. <https://doi.org/978-1-83909-499-6>
- Cressman, Celine, et al. "Policy Rogue or Policy Entrepreneur? The Forms and Impacts of "Joined-Up Governance" for Child Health." *Children* 8.3 (2021): 221. <https://doi.org/10.3390/children8030221>
- Chu A, Kwon S, Cowley P. Health Financing Reforms for Moving towards Universal Health Coverage in the Western Pacific Region. *Health Systems & Reform*. 2018; 5(1):32-47. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1544029>
- Davari, M., Haycox, A., & Walley, T. (2012). The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. *Iranian journal of public health*, 41(9), 1. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07930-6>
- Devetag, M. G., et al. (2020). "Developing Entrepreneurial Competencies in Vietnam: Evidence from the Bac Ninh Province." *Journal of Entrepreneurship and Innovation in Emerging Economies* 6(2): 329-346. <https://doi.org/10.1177/2393957520924987>
- Dieleman, J. L., Sadat, N., Chang, A. Y., Fullman, N., Abbafati, C., Acharya, P., Alizadeh-Navaei, R. (2018). Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *The Lancet*, 391(10132), 1783-1798. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4)
- EU Commission (2018) Action Plan on Sustainable Finance. https://ec.europa.eu/info/publications/180308-action-plan-sustainable-growth_en
<https://doi.org/10.21125/edulearn.2022.0943>
- Firuzjaeyan AA, Firuzjaeyan M, Petroodi SHH, Gholamrezazadeh F. Applying Techniques of Interpretive Structural Modeling (ISM) in Tourism Studies (A Pathological Approach). *Journal of Tourism Planning and Development*. 2013; 2(6):30. <https://doi.org/10.1177/2393957520924987>
- Fong, Ben YF. *Systems thinking and sustainable healthcare delivery*. Taylor & Francis, 2022. <https://doi.org/10.4324/9781003305637>
- Goyal, N., Howlett, M., & Chindarkar, N. (2020). Who coupled which stream (s)? Policy entrepreneurship and innovation in the energy–water nexus in Gujarat, India. *Public Administration and Development*, 40(1), 49-64. <https://doi.org/10.1002/pad.1855>
- Gregson, Rachel, building healthy communities: a community empowerment approach, (2010) J. Cavaye, the role of government in community capacity building, department of primary industries, (2000). <https://doi.org/10.4324/9781003305637>
- Hopkins, V. (2016). "Institutions, incentives, and policy entrepreneurship." *Policy studies journal* 44(3): 332-348. <https://doi.org/10.1111/psj.12132>
- Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80: 612. <https://doi.org/10.4324/9781003308866>

- Kingdon, J. W., & Stano, E. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies* (Vol. 45): Little, Brown Boston. <https://doi.org/10.4324/9781003305637>
- Kumar R, Duggirala A. Health insurance as a healthcare financing mechanism in India: Key strategic insights and a business model perspective. *Vikalpa*. 2021; 46(2):122-8. <https://doi.org/10.1177/02560909211027089>
- Kraav, M., & Mets, T. (2019). Ict infrastructure development as political entrepreneurship: The case of the Estonian education and research network (eenet). Paper presented at the 2019 17th International Conference on Emerging eLearning Technologies and Applications (ICETA). <https://doi.org/10.1109/ICETA48886.2019.9040114>
- Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M., Bayarsaikhan, D., & Organization, W. H. (2017). *Developing a national health financing strategy: a reference guide*: World Health Organization. <https://doi.org/978-92-4-651210-2>
- Lentsch, Josef. *Political entrepreneurship: How to build successful centrist political start-ups*. Springer, 2018. <https://doi.org/10.4324/9781003305637>
- Martin, A., & Thomas, D. (2013). Two-tiered political entrepreneurship and the congressional committee system. *Public Choice*, 154, 21-37. <https://doi.org/10.21125/edulearn.2022.0943>
- Maurya, Dayashankar, and Michael Mintrom. "Policy entrepreneurs as catalysts of broad system change: the case of social health insurance adoption in India." *Journal of Asian Public Policy* 13.1 (2020): 18-34. <https://doi.org/10.1080/17516234.2019.1617955>
- Meiling, Li, et al. "Boosting sustainability in healthcare sector through Fintech: analyzing the moderating role of financial and ICT development." *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 58 (2021). <https://doi.org/10.1177/00469580211028174>
- Mintrom, M., & Norman, P. (2009). Policy entrepreneurship and policy change. *Policy studies journal*, 37(4), 649-667. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2009.00329.x>
- Mintrom, Michael, and Joannah Luetjens. "Policy entrepreneurs and problem framing: The case of climate change." *Environment and Planning C: Politics and Space* 35.8 (2017): 1362-1377. <https://doi.org/10.1177/2399654417708440>
- Morrison, Wayne M. (December 17, 2013) "China's Economic Rise: History, Trends, Challenges, and Implications for the United States" Congressional Research Service, CRS Report for Congress, Retrieved December 24, 2013. <https://doi.org/10.1080/17516234.2019.1617955>
- Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi J Med Sci*. 2019; 26 (9):10-28. <https://doi.org/10.1080/17516234.2019.1617955>
- Mosadeghrad, A. M. (2020). "Rethinking Health reforms in Iran." *Tehran University of Medical Sciences Journal* 78(7): 473-474. <https://doi.org/article-1-10750-en.html>
- Myint C-Y, Pavlova M, Thein K-N-N, Groot W. A systematic review of the health-financing mechanisms in the Association of Southeast Asian Nations countries and the People's Republic of China: lessons for the move towards universal health coverage. *PloS one*. 2019; 14(6):1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217278>
- Nai J, Kotha R. Transparency and Fairness in Organizational Decisions: An Experimental Investigation Using the Paired Ultimatum Game. *Strategy Sci* 2020; 5: 55-70. <https://doi.org/10.1287/stsc.2019.0100>
- O'Brien, Emma, Thomas M. Cooney, and Per Blenker. "Expanding university entrepreneurial ecosystems to under-represented communities." *Journal of Entrepreneurship and Public Policy* 8.3 (2019): 384-407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217278>
- OECD (2015) *Healthcare Costs Unsustainable in Advanced Economies without Reform*. <http://www.oecd.org/health/healthcarecostsunustainableinadvancedeconomieswithoutreform.htm>. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217278>
- Olausson, A., & Svensson, P. (2019). *Understanding Political Entrepreneurship in Local Government Administration: a Contextual Framework*. *Lex Localis*, 17(3), 643-658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217278>
- Perera, F. Peiro, M. (2015), *Strategic Planning in Healthcare Organizations*, *RevEspCardiol*. 2012; 65(8):749-754. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2012.04.004>

- Roos NP. The disconnect between the data and the headlines. *Canadian Medical Association Journal*. 2000; 163(4):411-2. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217278>
- Saedi, Abdollah; Mousavi, Seyed Najmoudin & Ahang, Farhnaz (2020). Political Entrepreneurship: The Analysis of Its Implications Area to Policy Making. *Journal of Public Administration*, 12(4), 674-694. (in Persian). DOI: 10.22059/JIPA.2021.315461.2866
- Setijaningrum, Erna. "The Power of Policy Entrepreneur in Disability-inclusive Policy-Making." *Policy & Governance Review* 6.2 (2021): 176-188. <http://repository.unair.ac.id/id/eprint/120187>
- Sorani MD. The effect of health transformation plan implementation on performance and financial indicators of Hajar Hospital in Shahrekord. Islamic Azad University, Science and Research Branch of Fars; 2016. [Persian]. <https://doi.org/10.2307/2343100>
- Sherman, Anne, Alexander Rossides, and Jeremy Cantor. "Financial Sustainability for Complex Care Models Serving Low-Income Patients: a New Role for Philanthropy." *Journal of General Internal Medicine* 38.Suppl 1 (2023): 78-80. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07930-6>
- Sheraz Khan, A., Kathrin Cresswell, and Aziz Sheikh. "The German Development Bank as a policy entrepreneur for social health protection: a case study of the development and implementation of the 'Sehat Sahulat Programme' in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan." *Journal of Global Health Reports* 7 (2023): e2023025. <https://doi.org/10.1109/TSMC.1974.5408524>
- Svensson, P. (2019). Formalized policy entrepreneurship as a governance tool for policy integration. *International Journal of Public Administration*, 42(14), 1212-1221. <https://doi.org/10.1080/01900692.2019.1590401>
- Tommy KC, and Ben YF Fong. "Sustainable healthcare financing for universal health coverage." *Systems Thinking and Sustainable Healthcare Delivery*. Routledge, 2022. 34-46. <https://doi.org/10.1109/TSMC.1974.5408524>
- The World Bank. <https://data.worldbank.org/> [access date 12/01/2020].
- Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L, Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization, 2009: 2. <https://doi.org/10.1177/0739456X17723341>
- Warfield, J. N. (1974). Developing interconnection matrices in structural modeling. <https://doi.org/10.1109/TSMC.1974.5408524>
- Xiao, Y., & Watson, M. (2019). Guidance on conducting a systematic literature review. *Journal of planning education and research*, 39(1), 93-112. <https://doi.org/10.1177/0739456X17723971>