

Designing an Optimal Model for the Implementation of the Health System Reform Plan

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Kobra Shah Mansouri¹
Vahid Chenari^{2*}

How to cite this article

Kobra Shah Mansouri, Vahid Chenari, Designing an Optimal Model for the Implementation of the Health System Reform Plan, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2022;6(3):717-732.

1. Department of Public Administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran.

2. Department of Public Administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran (Corresponding Author).

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: vahid.chenari@iau.ac.ir

Article History

Received: 2022/08/17

Accepted: 2022/10/10

ABSTRACT

Purpose: This research was conducted with the aim of designing the optimal model for the implementation of the health system transformation plan, which is qualitative in terms of practical purpose and in terms of the method of data processing, which is based on the foundational data theory.

Materials and Methods: Its statistical population includes experts and experts in the field of the country's health system, from among whom 12 people were selected using judgmental and snowball sampling methods, taking into account the criteria of expertise and sampling adequacy. The method of data collection was a semi-structured interview with an exploratory approach. The process of conducting interviews with experts continued until the data reached the theoretical saturation stage. The interview text was analyzed using the data theory based on the systematic approach of Strauss and Corbin during three stages of open, central and selective coding.

Findings: Based on the results, 184 concepts have been identified and categorized in the form of 36 subcategories and 6 general categories.

Conclusion: Finally, the research paradigm model was drawn based on the causal conditions, central category, background conditions, intervening conditions, strategies and consequences of the implementation of the health system transformation plan.

Keywords: Transformation Plan, Health System, Foundation Data Theory

طراحی الگوی بهینه اجرای طرح تحول نظام سلامت

کبری شاه منصوری*

گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.

وحید چناری**

گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران (نویسنده مسئول).

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف طراحی الگوی بهینه اجرای طرح تحول نظام سلامت انجام شده است که از لحاظ هدف کاربردی و از نظر شیوه پردازش داده‌ها کیفی است که بر مبنای نظریه داده بنیاد انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری آن شامل خبرگان و صاحب‌نظران حوزه نظام سلامت کشور می‌باشد که از میان آن‌ها تعداد ۱۲ نفر با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری هدفمند قضاوتی و گلوله برفی با در نظر گرفتن معیارهای خبرگی و کفایت نمونه‌گیری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختارمند با رویکرد اکتشافی بود. فرآیند انجام مصاحبه با خبرگان تا رسیدن داده‌ها به مرحله اشباع نظری ادامه یافت. متن مصاحبه با استفاده از نظریه داده بنیاد رهیافت نظام‌مند استراوس و کوربین در طی سه مرحله کد گذاری باز، محوری و انتخابی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصله ۱۸۴ مفهوم در قالب ۳۶ مقوله فرعی و ۶ مقوله کلی شناسایی و دسته‌بندی شده‌است.

نتیجه‌گیری: در نهایت مدل پارادایمی تحقیق بر اساس شرایط علمی، مقوله محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای ناشی از اجرای طرح تحول نظام سلامت ترسیم گردید.

واژه‌های کلیدی: طرح تحول، نظام سلامت، نظریه داده بنیاد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۸

*نویسنده مسئول: vahid.chenari@iau.ac.ir

مقدمه

سلامت یکی از ارزش‌ها و نیازمندی‌های پایه‌ای رشد انسان [۱] و به عنوان یکی از مهم‌ترین مقوله‌های سیاست‌گذاری اجتماعی بر محور اصلی توسعه‌ی اجتماعی است. مقوله‌ای که سهم تعیین‌کننده‌ای در ساختن و پویایی بخشیدن به دیگر عرصه‌های توسعه از جمله توسعه‌ی اقتصادی و سیاسی دارد [۲]. انسان سالم محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مندشدن انسان‌ها از سواهب الهی امری ضروری است. لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰:۷). براین اساس، اصل ۲۹ قانون اساسی، سلامت را حقی همگانی می‌شمرد [۳] در آخرین تعریف از سلامتی، سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامتی را برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو می‌داند [۴]. سلامت نمی‌تواند یک هدف صرفاً بخش قلمداد شود که برای دستیابی به آن مسئولیت‌پذیری یک دستگاه اجرایی یا وزارتخانه کفایت کند. سلامت فرابخش و محصول روابطی پویا و پیچیده است [۵]. نظام سلامت شامل سازمان‌ها، مؤسسات، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاست‌گذاری، تولید منابع، تامین عالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم می‌پردازد. سازمان بهداشت جهانی کارکردهای اصلی نظام بهداشت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت بیان کرده است [۶]. اهداف اصلی تمام نظام‌های سلامت، ارتقای سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تأمین منابع و رضایت بیماران است [۷]. در دو دهه‌ی اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و به خصوص در کشورهای در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه‌های اصلاحی تحت فشار قرار گرفته‌اند [۸]. اصلاح نظام سلامت، به عنوان یکی از راهبردی‌ترین مباحث مطرح در سراسر دنیا مورد توجه دولت‌ها بوده است که در بردارنده‌ی اعمال تغییرات پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، عدالت و اثربخشی در بخش سلامت می‌باشد. بنابراین افزایش دسترسی مردم به خدمات پزشکی، عدالت، کیفیت و پرداخت‌های منصفانه هدف اصلی نوآوری در نظام سلامت است [۹]. در حال حاضر توسعه یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان میزان توزیع عادلانه‌ی سلامت در بیان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان حفاظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌کنند [۱۰]. بر این اساس به منظور ارائه‌ی پوشش همگانی [۱۱] طرح تحول نظام سلامت در اردیبهشت ۱۳۹۳ در سراسر کشور با سه رویکرد حفاظت عالی از بیماران، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات [۱۲] از طریق هشت بسته (کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه‌ی ترویج زایمان طبیعی، برنامه‌ی حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج و راه اندازی اورژانس هوایی در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی) آغاز گردید [۱۳] هدف از اجرای این طرح، افزایش رضایت‌مندی، ارائه و ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌های بیماران و اهمیت پاسخگویی و پیگیری مشکلات و پرسش‌ها در خصوص طرح مذکور در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراجعین به مراکز درمانی می‌باشد [۱۴] با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی طرح تحول نظام سلامت، بدون شک حل مشکلات نظام ارائه‌ی خدمات سلامت و رفع نگرانی‌های جامعه در خصوص آن، دغدغه اصلی سیاست‌گذاران سلامت بوده و هست. آنچه از نقطه‌نظر سیاست‌گذاری در مقطع کنونی باید بیش از هر چیز مورد توجه قرار گیرد این است که فرایند اصلاحات سلامت، فرایندی درازمدت است و نمی‌توان در کوتاه‌مدت منتظر تحقق همه اهداف منظوره شده زمان بر بودن فرایند اصلاحات نیاز به تدوین نقشه راه و ارائه الگو در زمینه سلامت را ضروری می‌سازد [۱۵] خمیرنیا و همکاران (۱۳۹۹) حمایت سیاسی، تأمین و ارتقاء مشارکت جامعه، مدیریت و تضمین منابع، تضمین رضایت پیراپزشکان، تعهد مدیران ارشد، تعهد پزشکان ذی‌نفع، پایش و ارزیابی مستمر و ارائه بازخورد به مجریان طرح، وجود زیر ساخت‌ها و وجود کمیته هدایت طرح را از عوامل مؤثر بر استقرار طرح تحول نظام سلامت می‌دانند. فغانی و همکاران (۱۳۹۹) مدلی برای اجرای خط‌مشی‌های رفاهی بر مبنای نظریه داده بنیاد ارائه نمودند که ابعاد آن شامل محیط، ساختار سازمانی، ارتباطات، راهبردها، منابع، گرایش‌های مجریان و پیامدها می‌باشد ایزدبخش و امامی (۱۳۹۹) در پژوهش نقش ذی‌نفعان و بازیگران کلیدی طح تحول نظام سلامت را مورد تحلیل و بررسی قرار دادند. واحدی و همکاران (۱۳۹۹) الگوی مدیریت عملکرد در حوزه نظام سلامت را در سه بعد عوامل رفتاری، ساختاری و زمینه‌ای طراحی نمودند. بر پایه نتایج سالاریان‌زاده، لطیفی و جلیسه (۱۳۹۹) بی‌ثباتی مدیران، هنگام نبودن سرعت سیاست‌گذاری با تغییرات جامعه، تفکیک معاونت بهداشت و درمان، عدم ارائه تعریفی از همکاری میان بخش مناسب، عدم شفافیت، عدم آگاهی از ملزومات تصمیم‌گیری جمعی سیاست‌گذاران سلامت، عدم استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نظام بودجه‌ای نامناسب و عدم کنترل بخش خصوصی از چالش‌های ساختار حاکمیتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بر اساس نتایج پژوهش شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۹) بین عوامل کسب منافع اقتصادی، مقتضیات قانونی، آموزه‌های دینی و شخصیت مدیریتی با فرایند رخداد مسئولیت اجتماعی اسلامی در نظام سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. کمالی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش معیارهای اجرایی موفق سیاست‌های عمومی را در پنج زمینه: ۱) معیارهای مربوط به سیاست تدوین شده (۲) مجریان سیاست‌ها (۳) ساختار و سازمان اجرایی (۴) شرایط و محیط اجرا (۵) منابع و ابزارهای اجرای سیاست‌ها دسته‌بندی نمودند. حیدری ارجلو و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی عوامل ساختاری، زمینه‌ای، ابزاری و محتوایی را به عنوان ابعاد الگوی تأمین مالی سلامت شناسایی کردند. میرزایی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای به مشارکت بخش دولتی و خصوصی در ارائه و ارتقاء خدمات نظام سلامت اشاره نمودند و نتیجه می‌گیرند اگر این مشارکت‌ها از حمایت دولت

برخوردار باشد و سازماندهی شده باشد. منجر به موفقیت بیشتری خواهد شد. الگوی حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت جلالی‌خان آبادی و همکاران (۱۳۹۹) شامل پیشانندها، ساز و کارهای درونی شبکه‌های حکمرانی، الزامات، بستر، کارکردهای بیرونی شبکه‌های حکمرانی و پیامدها می‌باشد. مصدق‌راد و رحیمی‌تبار (۱۳۹۸) نیز الگویی را برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد کردند که شاخص‌های آن شامل شفافیت، دموکراسی، قانون‌مداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت‌پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری می‌باشد. زارعی و همکاران (۱۳۹۹) چالش‌های خرید راهبردی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت را در نه طبقه مشکلات مالی، مشکلات مربوط به ارائه‌دهندگان، ضعف در قوانین و نظارت، مشکلات نیروی انسانی، مشکلات زیرساختی، مشکلات ارتباطات بین بخشی، مشکلات مربوط به بسته خدمت، مشکلات مربوط به نظام پرداخت و ضعف در سیاست‌گذاری دسته‌بندی کردند. معصومی و همکاران (۱۳۹۸) الگوی اجرای مؤثر سیاست‌های نظام سلامت را در نه مقوله همچون فرهنگ عمومی، عوامل ساختاری، اطلاع‌رسانی، کیفیت خط‌مشی، سبک و شیوهی اجرا، قوانین و مقررات، تخصیص منابع، نیروی انسانی توانمند و محیط شناسایی کردند. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹) دریافتند که بازیگران و ائتلاف‌ها، باورها و مسائل، شرایط و رویدادهای بیرونی و درونی، تغییر و یادگیری مذاکره، منابع و محدودیت‌ها از عوامل مؤثر در چارچوب ائتلاف مدافع شکل‌گیری خط‌مشی طرح تحول نظام سلامت می‌باشد. مصدق‌راد و اصفهانی (۱۳۹۸) در پژوهش دریافتند که مدیریت و رهبری ضعیف، برنامه‌ریزی نادرست، فرهنگ نامناسب سازمانی عدم توجه به یادگیری سازمانی، مدیریت ضعیف منابع انسانی و فرایندهای کاری موانعی را در برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایجاد کرده است. از دیدگاه پیکان‌پور و همکاران (۱۳۹۷) افزایش تقاضاهای القایی، افزایش کل هزینه‌های درمانی، افزایش بار مراجعات به مراکز دولتی، افزایش نارضایتی کادرهای درمانی به دلیل بی‌عدالتی در پرداخت‌ها و افزایش اختلالات در زنجیره تأمین دارو از مهم‌ترین آثار منفی طرح تحول نظام سلامت محسوب می‌شود. یافته‌های تحقیق سجادی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که پنج گروه عوامل قانونی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، بین‌المللی و مشکلات حوزه سلامت عوامل زمینه‌ای سیاست‌گذاری طرح تحول نظام سلامت در حوزه‌ی درمان بودند. همچنین از نقاط قوت این طرح می‌توان به استفاده از شواهد، توجه به اسناد بالادستی، تحلیل موقعیت، جلب نظر مدیران ارشد سیاسی، نگاه هم‌زمان به تنظیم برنامه‌های حوزه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات سلامت و اولویت مدیریت بحران در خدمات درمانی دولتی می‌باشد. همچنین استفاده از رویکرد بالا به پایین در برنامه‌ریزی، نادیده گرفتن برخی ذی‌نفعان، عدم توجه به هماهنگی حوزه‌های بهداشت و درمان نقاط قابل اصلاح فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول نظام سلامت را تشکیل می‌دهد.

سلامت و آگاهی بخشی از موضوع مورد مطالعه می‌باشد. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری گلوله برفی برای انتخاب خبرگان برای انجام مصاحبه استفاده شده است. نمونه‌گیری گلوله برفی یکی از روش‌های نمونه‌گیری غیراحتمالی است. نمونه‌گیری گلوله برفی (ارجاع زنجیره‌ای) روشی است که واحدهای نمونه، نه تنها اطلاعاتی در مورد خودشان، بلکه در مورد واحدهای دیگر جامعه نیز ارائه می‌کنند [۱۶]

ابزار گردآوری داده‌های موردنیاز مصاحبه نیمه ساختارمند عمیق با خبرگان با رویکرد اکتشافی بود. انجام مصاحبه با خبرگان تا رسیدن داده‌ها به مرحله اشباع نظری ادامه یافت. اشباع نظری یعنی تا زمانی که داده‌های جدیدی به دست نیاید و مناسبات میان مقوله‌ها به خوبی مشخص شده باشد. بر این اساس، با توجه به این که در طی مصاحبه با خبره‌ی یازدهم و دوازدهم هیچ‌کدام از آن‌ها به مضمون جدیدی اشاره نکردند اشباع نظری صورت گرفت و مصاحبه ادامه نیافت. نحوه سامان‌دهی جلسات مصاحبه با خبرگان به این صورت بود که ابتدا از طریق تماس تلفنی هماهنگی اولیه انجام گرفت و پس از توضیح موضوع، اهداف و پرسش‌های تحقیق، زمان و شیوه انجام مصاحبه با توافق خبرگان برنامه‌ریزی و مشخص گردید. با توجه به بیماری همه‌گیر کرونا اکثر مصاحبه‌ها از طریق تماس تلفنی انجام شد. زمان انجام هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نظریه داده بنیاد بر مبنای رهیافت نظام‌مند (سیستماتیک) استراوس و کوربین (۱۹۹۸) در طی سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی از طریق نرم‌افزار مکس کیودی تجزیه و تحلیل شدند. شیوه پردازش داده‌های کیفی بدین صورت بود که در مرحله کدگذاری باز، پس از مرور و سامان‌دهی متن مصاحبه‌ها، با استفاده از رویکرد استقرایی، واحدهای معنایی از متن مصاحبه استخراج و کدهای اولیه استخراج می‌شوند. سپس بر اساس اشتراکات لفظی و معنایی کدهای اولیه در قالب یک کد مفهومی تجمع و نام‌گذاری می‌شوند. کدگذاری باز، فرآیند تحلیلی است که از طریق آن، مفاهیم شناسایی شده و ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها در داده‌ها کشف می‌شوند. مرحله دوم، کدگذاری محوری است. در کدگذاری محوری سطح انتزاع بالاتر می‌رود و در آن مقوله محوری که مقوله‌های دیگر حول آن قرار می‌گیرند، شناسایی می‌شود و رابطه میان مقوله محوری و سایر مقوله‌های اصلی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در واقع، در مرحله کدگذاری محوری، مفاهیم شناسایی شده در مرحله کدگذاری باز در قالب مقوله‌های فرعی و کلی دسته‌بندی می‌شوند. مرحله سوم کدگذاری انتخابی است. در این مرحله مقوله‌ها یکپارچه و نظریه پالایش می‌شود. در نهایت، مدل پارادایمی تحقیق در قالب شش مقوله کلی (شرایط علی، مقوله محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبرد و پیامدها) به همراه مقوله‌های فرعی ترسیم می‌شود.

بومنز و فری^۱ (۲۰۱۹) بیان می‌دارند که ایجاد شبکه‌ای از ذی‌نفعان کلیدی باعث کاهش شکافت‌های ساختاری تسهیل تبادل دانش و منابع در اجرای خط‌مشی‌های عمومی می‌شود برنز و پایولی^۲ (۲۰۱۸) در تحقیقی نتیجه می‌گیرند که نیازها و انتظارات شهروندان سبب افزایش فزاینده‌ی تقاضای آنان برای دریافت خدمات مراقبت از سلامت با کیفیت، هزینه پایین و پاسخگویی بهتر شده است. سیدیکیو^۳ در پژوهشی که در پاکستان انجام داد نتیجه می‌گیرد که عوامل محیطی، سازماندهی، فرایندی و فردی از عوامل مؤثر در پیاده سازی موفقیت‌آمیز سیاست‌های عمومی دولت الکترونیک محسوب می‌شود. الرس و شوبرت^۴ (۲۰۱۴) دریافتند که پیش‌بینی و تعریف دقیق مسائل و مطالبات عمومی در اجرای موفق سیاست‌های عمومی تأثیرگذار است. مک کانل^۵ (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نتیجه می‌گیرد که عدم درک صحیح و نا آگاهی در تشخیص مسائل عمومی، نگاه ساده‌انگارانه نهادهای مسئول نسبت به مسائل عمومی و عدم پشتیبانی کافی از مجریان خط‌مشی‌های عمومی از عوامل مؤثر در اجرای ناموفق سیاست‌های عمومی محسوب می‌شود. کالابا^۶ (۲۰۱۶) معتقد است که از جمله دلایل شکست خط‌مشی‌های عمومی می‌توان به جهت‌گیری‌های نادرست، چارچوب قانونی نامناسب، عدم شفافیت و فقدان اراده سیاسی اشاره نمود. فری و باچتر^۷ (۲۰۱۳) بیان می‌دارند که محدودیت و کمبود منابع مالی و مشکلات ساختاری نهادهای سیاسی در اجرای ناموفق خط‌مشی‌های عمومی مؤثر می‌باشند. اکسلسون و اکسلسون^۸ (۲۰۰۶) بیان می‌دارند که اجرا و استمرار برنامه‌های توسعه سلامت مستلزم تسهیل همکاری و تعامل در میان زیر سیستم‌های نظام سلامت می‌باشد. در پژوهش مشابهی که اریا و لین^۹ (۲۰۰۷) انجام دادند نتیجه می‌گیرند که همکاری مؤثر زیر سیستم‌های نظام سلامت منجر به تشکیل شبکه‌های همکاری می‌شود که نتیجه‌ی آن بهبود و ارتقای کارایی و اثربخشی نظام سلامت می‌باشد. با توجه به موارد ذکر شده، در پژوهش حاضر به این پرسش اساسی پاسخ داده شود که «الگوی بهینه اجرای طرح تحول نظام سلامت چگونه است؟»

مواد و روش‌ها

این تحقیق از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت و شیوه پردازش داده‌ها کیفی است که با استفاده از نظریه داده بنیاد انجام شده است. روش گردآوری اطلاعات مورد نیاز کتابخانه‌ای و میدانی بود. جامعه آماری تحقیق شامل خبرگان و صاحب‌نظران حوزه نظام سلامت کشور بودند که از میان آن‌ها تعداد ۱۲ نفر خبره با ترکیبی از روش‌های نمونه‌گیری هدفمند قضاوتی و گلوله برفی با در نظر گرفتن معیارهای خبرگی و کفایت نظری (اشباع نظری) داده‌ها به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. معیارهای خبرگی شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی‌ارشد، ۱۰ سال سابقه فعالیت در حوزه نظام

⁶ Kalaba

⁷ Ferry&Bachtler

⁸ Axelsson&Axelsson

⁹ Arya&Lin

¹ Boumans&Ferry

² Burns&Pauly

³ Siddique

⁴ Allers&Schubret

⁵ Mccannell

ب) بررسی توسط همکار: برای تکرارپذیری (پایایی) کدها از روش پایایی بین کدگذاران استفاده شده است. برای انجام این کار، از یک همکار که از دانش و شناخت کافی از روش تحقیق کیفی برخوردار بود درخواست شد تا به عنوان همکار (کدگذار) در تحقیق مشارکت کند. بدین منظور، پژوهشگر به همراه این همکار، تعداد سه متن مصاحبه را به طور تصادفی انتخاب کرده و آن‌ها را مجدداً کدگذاری کردند. نتایج حاصل از این کدگذاری‌ها در جدول (۱) نشان داده شده است.

به منظور بررسی روایی و اعتبار یافته‌های به دست آمده از این پژوهش اقدامات زیر صورت گرفت:

الف) تطبیق توسط اعضا: برای اطمینان یافتن از روایی تحقیق، گزارش نهایی حاصله از متن هر مصاحبه در اختیار هر یک از مصاحبه شوندگان قرار داده شد تا نظر خود را در ارتباط نتایج حاصله ابراز نمایند. طبق نظر خبرگان، یافته‌های تحقیق تا حد بسیار زیادی بازتاب نظرات و دیدگاه‌های آنان بوده است که این امر، بیانگر روایی قابل قبول نتایج تحقیق حاضر می‌باشد.

جدول ۱: محاسبه پایایی بین دو کدگذار

ردیف	کد مصاحبه‌ها	تعداد کل کدها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	پایایی بین دو کدگذار (درصد)
۱	۲ م	۳۸	۱۷	۱	۴۷/۸۹
۲	۷ م	۲۷	۱۲	۲	۸۸/۸۸
۳	۹ م	۳۳	۱۵	۲	۹۱/۹۰
جمع کل		۹۸	۴۴	۵	۷۹/۸۹

در این تحقیق در پاسخ به پرسش اصلی تحقیق مبنی بر: الگوی بهینه اجرای طرح تحول نظام سلامت چگونه است؟ از نظریه داده بنیاد بر مبنای رهیافت نظام‌مند در طی سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد بر اساس تحلیل انجام شده تعداد ۱۸۴ مفهوم در قالب ۳۶ مقوله فرعی و ۶ مقوله کلی شناسایی و دسته‌بندی گردید. در ادامه به نتایج به دست آمده اشاره می‌شود.

۱- کدگذاری باز
کدگذاری باز، فرآیند تحلیلی است که از طریق آن مفاهیم شناسایی شده و ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها در داده‌ها کشف می‌شوند [۱۷] در جدول (۲ و ۳) به صورت خلاصه به نمونه‌هایی از فرآیند کدگذاری باز اشاره شده است.

برای محاسبه پایایی بین دو کدگذار از فرمول زیر استفاده شده است:

$$\text{درصد توافق درون موضوعی} = \frac{2 \times \text{تعداد توافقات}}{\text{تعداد کل کدها}} \times 100$$

مطابق با نتایج جدول (۱) پایایی بین کدگذاران با استفاده از فرمول فوق محاسبه شده و مقدار آن برابر با ۸۹/۷۹ درصد است، از آنجا که این میزان بیشتر از ۶۰ درصد است، لذا قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تایید می‌باشد و می‌توان گفت که میزان پایایی تحلیل محاسبه‌های تحقیق درصد مطلوب می‌باشد.

یافته‌ها

جدول ۲: برخی از مفاهیم شناسایی شده از متن مصاحبه (م ۱) در طی فرآیند کدگذاری باز

کدهای مفهومی	گزاره‌های کلامی حاصل از متن مصاحبه	کد مصاحبه
کنترل تقاضای القایی	با توجه به تجارب چند سال گذشته، مردم استقبال خوبی از طرح تحول نظام سلامت داشتند و به دلیل پرداخت هزینه کم، سبب افزایش تقاضای القایی از سوی مردم شد. در نتیجه باعث افزایش بار کاری پرسنل درمان شد و هزینه‌های درمان بیمارستان‌های دولتی افزایش یافت. لذا برای جلوگیری از این کار علاوه بر عملیاتی شدن مقدمات طرح تحول نظام سلامت باید با آموزش فرهنگ‌سازی، سطح سواد سلامت مردم و احساس مسئولیت‌پذیری آنان را افزایش دهیم.	م ۱
استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده	سلامت موضوعی گسترده و چندبعدی است و لازم است که مسئولین کشور و نظام سلامت به مباحث سلامت نگاه کلی و چند جانبه داشته باشند و در همه سیاست‌های کشور به آن توجه نشان دهند. شایسته بود که طرح تحول هماهنگ‌تر با اسناد و سیاست‌های کلان کشور تدوین می‌شد. همچنین یکی ایرادات این طرح توجه نه‌چندانی به بستر سازی و مطالعات کارشناسی نشده است. لازم است که ساختارهای تشکیلاتی وزارت بهداشت اصلاح شود و نیروی انسانی	
ایجاد پرونده الکترونیکی سلامت		
استقرار راهنماهای بالینی		
افزایش آگاهی و سطح سواد سلامت مردم و فرهنگ سازی در جامعه		
رضایت‌مندی مردم و بیماران		
رویکرد سلامت همه‌جانبه و کل‌نگر		
همسویی و هماهنگی طرح تحول نظام سلامت با سیاست‌ها و اسناد بالا دستی کشور		
عدم توجه کافی به وضعیت اقتصادی کشور		
توجه ناکافی به شواهد علمی در سیاست گذاری و اجرای سیاست‌های نظام سلامت		
اصلاح ساختارها و فرآیندهای سازمانی		

متناسب با برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت به کار گرفته شود تا متناسب سازی نیروی انسانی با وظایف و برنامه‌های کمبودهای موجود جبران شود. طرح تحول نظام سلامت

جدول ۳: نمونه‌هایی از کدهای اولیه و ثانویه در طی فرآیند کدگذاری باز

فرآوانی	مصاحبه شونده‌گان	کدهای نهایی (مفاهیم)	کدهای اولیه (استخراج شده از متن مصاحبه‌ها)
۷	م ۱، م ۲، م ۵، م ۷	رویکرد سلامت همه‌جانبه و کل‌نگر	استفاده از رویکرد سیستمی در سلامت، بهره‌گیری از نگاه کلان در سلامت، طرز تفکر کل‌نگر در سلامت، نگرش نظام‌مند به سلامت، سلامت مبتنی بر تفکر سیستمی، رویکرد سلامت مبتنی بر نگرش همه‌جانبه، گرایش پارادایم‌های فکری به سمت نگاه کلان به سلامت.
۹	م ۱، م ۳، م ۴، م ۶، م ۷، م ۸، م ۹، م ۱۰، م ۱۲	سیاست گذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد علمی	سیاست گذاری علمی، برنامه‌ریزی منطقی، نگاه علمی به سیاست گذاری‌ها، بهره‌گیری از تحقیقات علمی در برنامه‌ریزی‌ها، توجه به شواهد در سیاست گذاری‌ها، تاکید بر شواهد علمی در سیاست گذاری‌های نظام سلامت، استفاده از نظرات کارشناسان و خبرگان در برنامه‌ریزی‌ها، سیاست گذاری مبتنی بر مطالعات علمی، در نظر گرفتن نتایج تحقیقات در برنامه‌ریزی‌ها، تدوین خط‌مشی‌ها با پشتوانه نظری و علمی.
۱۰	م ۱، م ۲، م ۳، م ۴، م ۵، م ۶، م ۷، م ۱۰، م ۱۱، م ۱۲	کنترل تقاضای القایی	افزایش مراجعات، اشغال تخت‌ها، درخواست خدمات اضافی، پر شدن کاذب تخت‌ها، افزایش معاینات پزشکی، افزایش خدمات پارکینگی، بیمار سازی، کمبود راهنماهای بالینی، عدم پیگیری پرونده الکترونیکی، افزایش مصرف دارو و تجهیزات پزشکی.
۳	م ۲، م ۵، م ۷	حمایت خط‌مشی گذاران و مجریان	حمایت دولت‌مردان و قانون‌گذاران، حمایت خط‌مشی گذاران و مدیران عالی، پشتیبانی مجلس و دولت.
۶	م ۳، م ۴، م ۵، م ۸، م ۱۱، م ۱۲	رونق و ثبات وضعیت اقتصاد کشور	وضعیت اقتصادی کشور، نوسانات اقتصادی، اقتصاد کلان کشور، میزان تغییرات اقتصادی، نرخ ارز و سطح تغییرات قیمت‌ها، اشتغال و رونق اقتصادی، ثبات وضعیت اقتصاد کشور.
۷	م ۱، م ۲، م ۴، م ۷، م ۸، م ۹، م ۱۱	نارضایتی کادر درمان	نارضایتی پرستاران، افزایش بار کاری کادر درمان، احساس بی‌عدالتی در پرداخت‌ها، شکاف درآمدی، ناخشنودی کادر درمان، حجم زیاد کارها، نبود ساز و کارهای انگیزشی، کاهش انگیزه‌ها.
۱۲	م ۱، م ۲، م ۳، م ۴، م ۵، م ۶، م ۷، م ۸، م ۹، م ۱۰، م ۱۱، م ۱۲	تامین منابع پایدار مالی برای ادامه تحول نظام سلامت	فقدان منابع پایدار مالی، عدم تحقق منابع مالی، کمبود منابع مالی، عدم تخصیص منابع مالی، عدم تحقق اعتبارات پیش‌بینی شده، بی‌ثباتی در منابع مالی، بودجه ناکافی، کمبود اعتبارات مالی، ناپایداری منابع مالی، عدم تامین به موقع طرح. کمبود اعتبارات عمومی، کمبود منابع پایدار مالی.

مفاهیم به نوعی با آن در ارتباط و یا ناشی از آن هستند [۱۸] در نهایت، در مرحله کدگذاری محوری، مقوله‌های کلی (شرایط علی، مقوله محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها) شکل می‌گیرند. در جدول زیر نتایج حاصل فرآیند کدگذاری محوری نشان داده شده‌است.

۲- کدگذاری محوری

کدگذاری محوری مرحله دوم تحلیل داده‌ها و دسته‌بندی آن‌ها در نظریه داده بنیاد است. هدف از انجام این مرحله، دسته‌بندی مفاهیم شناسایی شده و نام‌گذاری آن‌ها در قالب مقوله‌های فرعی، سپس دسته‌بندی مقوله‌های فرعی در قالب مقوله‌های کلی می‌باشد. یکی از اقدامات اساسی در مرحله کدگذاری محوری تعیین مقوله محوری یا مرکزی می‌باشد. مقوله محوری مقوله‌ای است که سایر مقوله‌ها و

جدول ۴: مقوله‌ها و مفاهیم شناسایی شده شرایط علی

مقوله کلی	مقوله‌های فرعی	شناسه	مفاهیم	شناسه
R		R ₁	رویکرد سلامت همه‌جانبه و کل‌نگر	R ₁ -1

R ₁ -2	رویکرد عدالت محوری به سلامت متناهی حق			
R ₁ -3	هماهنگ سازی رویکردهای بهداشت محوری، پیشگیری محوری و درمان محوری در نظام سلامت	تغییر رویکردها		
R ₁ -4	حفظ کرامت انسانی با پوشش همگانی سلامت			
R ₂ -1	مشارکت دولت در تامین هزینه های سلامت			
R ₂ -2	پاسخگویی وزارت بهداشت و انطباق با نیازها و چالش های محیطی			
R ₂ -3	توزیع عادلانه منابع و خدمات نظام سلامت			
R ₂ -4	همگانی ساختن بیمه پایه درمان (بیمه کردن افراد فاقد پوشش بیمه سلامت)	R ₂	مطالبات عمومی	شرایط عالی
R ₂ -5	پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه			
R ₂ -6	حمایت مالی از مردم به خصوص بیماران بی بضاعت در برابر هزینه های درمان و پرداخت های غیرمتعارف			
R ₃ -1	قدیمی و فرسوده بودن بافت بیمارستان ها و کمبود اورژانس هوایی			
R ₃ -2	کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان ها (ساختمان ها، تاسیسات، تجهیزات، خدمات رفاهی، تغذیه بیمار و امکانات رفاهی)	R ₃	نیازهای توسعه ای	
R ₃ -3	تامین منابع پایدار مالی و جذب سرمایه گذاری ها			
R ₃ -4	کادرهای درمان (پزشکان متخصص و عمومی، پرستاران و پیرا پزشکیان)			
R ₃ -5	ارتباط و هماهنگی با سازمان های بیمه گر و شرکت های دارویی، تجهیزات و اوازم پزشکی	R ₃	نیازهای توسعه ای	
R ₃ -6	هماهنگی و مشارکت با دانشگاه های علوم پزشکی مجری طرح تحول نظام سلامت			
R ₄ -1	شفاف سازی چشم اندازها، ماموریت ها، برنامه ها و اهداف طرح تحول نظام سلامت			
R ₄ -2	سیاست گذاری و برنامه ریزی مبتنی بر شواهد علمی	R ₄	سیاست گذاری و برنامه ریزی منطقی	شرایط عالی
R ₄ -3	همسو سازی سیاست های نظام سلامت با اسناد بالادستی کشور			
R ₄ -4	هدف گذاری منطقی و برنامه ریزی مستمر و پویا بر پایه تامین نیازهای جامعه			
R ₅ -1	تناسب ساختار و تشکیلات اداری وزارت بهداشت با وظایف و ماموریت طرح تحول نظام سلامت			
R ₅ -2	تناسب تعداد کارکنان ستادی و صفی با حجم کار طرح تحول نظام سلامت			
R ₅ -3	تناسب سیستم جبران خدمات با طرح تحول	R ₅	سازمان دهی و ساختار	
R ₅ -4	الکترونیکی کردن سیستم ها، فرآیندها و روش های خدمات رسانی			
R ₅ -5	شفافیت قوانین و مقررات و مستندسازی رویه های کاری و انتقال دانش به محیط کار			
R ₅ -6	مشارکت و همگانی درون و برون بخشی			
R ₆ -1	زنجیره تامین خدمات درمانی (از مرحله تشخیص، آزمایش تا بهبودی کامل بیمار) در بیمارستان ها			
R ₆ -2	جذب و نگهداشت پزشکان در مناطق محروم	R ₆	فرآیندهای ارائه خدمات درمانی	شرایط عالی
R ₆ -3	دسترسی به پزشکان متخصص در بخش های اورژانس و بستری بیمارستان ها			
R ₆ -4	واقعی سازی تعرفه های خدمات درمانی			

R6-5	کنترل تقاضای القایی (اشغال تخت‌ها، معاینات، دارو و تجهیزات پزشکی)		
R6-6	امکانات و تجهیزات کلینیکی و پارکینگی		
R6-7	نظارت، ارزیابی و اعتبار بخشی بیمارستان‌ها		
R6-8	کادر پرستاری مجرب، پیرا پزشکان ماهر و مامایی در ارائه خدمات درمانی		
R6-9	فناوری اطلاعات نظام سلامت		
R7-1	توزیع نامناسب نیروی انسانی به‌ویژه در مناطق محروم		
R7-2	شکاف‌های درآمدی بین پزشکان متخصص، عمومی، پرستاران و سایر نیروها		
R7-3	افزایش ساعات و بار کاری و استرس‌های شغلی		
R7-4	نارضایتی‌های کادر درمان	R7	چالش‌های انسانی
R7-5	چالش تمام‌وقت‌ی اعضای هیات علمی و حضور آن‌ها در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها		
R7-6	تخصیص‌گرایی و شایسته‌سالاری		
R7-7	تعادل بین کار-خانواده		

جدول ۵: مقوله‌ها و مفاهیم شناسایی شده مقوله محوری تحقیق

شناسه	مفاهیم	شناسه	مقوله‌های فرعی	شناسه	مقوله کلی
M1-1	سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تامین منابع				
M1-2	تدوین و تنظیم قوانین و مقررات نظام ارائه خدمات سلامت	M1	تولیت نظام سلامت		
M1-3	تربیت نیروهای انسانی و تولید و ترویج دانش مورد نیاز				
M1-4	نظارت و ارزیابی				
M2-1	بهبود مستمر کیفیت خدمات			M	مقوله محوری
M2-2	تخصیص بهینه منابع مورد نیاز				
M2-3	بهینه‌سازی سیستم‌ها و فرآیندهای ارائه خدمات	M2	کارآیی و کیفیت		
M2-4	رعایت ارزشیابی‌ها و اعمال استانداردهای ارائه خدمات				
M2-5	رضایت‌مندی ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت				
M3-1	توزیع عادلانه منابع سلامت				
M3-2	برابری در دسترسی به نظام ارائه خدمات سلامت	M3	عدالت محوری		
M3-3	همگانی کردن بیمه پایه درمان و حفاظت مالی از خانوارهای آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های درمان				
M4-1	توسعه و تحول نظام سلامت				
M4-2	انطباق با تغییر و تحولات محیطی				
M4-3	هماهنگی در سیاست‌گذاری‌ها	M4	اثر بخشی		
M4-4	مشارکت با ذی‌نفعان کلیدی				
M4-5	پوشش همگانی سلامت				

جدول ۶: مقوله‌ها و مفاهیم شناسایی شده شرایط زمینهای

شناسه	مفاهیم	شناسه	مقوله‌های فرعی	شناسه	مقوله کلی
W ₁ -1	پزشک خانواده و نظام ارجاع	W ₁	زمینه مقدماتی اجرای طرح	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₁ -2	پرونده الکترونیک سلامت				
W ₁ -3	راهنمای بالینی				
W ₂ -1	اسناد بالا دستی کشور	W ₂	عوامل قانونی	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₂ -2	سیاست‌های نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری				
W ₂ -3	قانون بودجه و تخصیص منابع				
W ₂ -4	قوانین و مقررات درون و برون سازمانی				
W ₃ -1	روتق و ثبات وضعیت اقتصاد کشور	W ₃	عوامل اقتصادی	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₃ -2	سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی کشور				
W ₃ -3	صنعت بهداشت و درمان (زنجیره تامین کالا و خدمات بهداشت و درمان)				
W ₄ -1	هماهنگی و هم‌راستایی نهادی	W ₄	الزامات سیاسی	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₄ -2	حمایت خط‌مشی گذاران و مجریان				
W ₄ -3	هماهنگی دستگاه‌های اجرایی ذیربط				
W ₅ -1	نظام اداری سالم و صیانت از حقوق مردم	W ₅	نظام اداری	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₅ -2	نظام اداری مشارکت جو و مشارکت پذیر				
W ₆ -1	توسعه علم، تخصص‌ها، فناوری‌ها و نوآوری‌های نظام سلامت	W ₆	عوامل تکنولوژیکی و زیرساختی	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₆ -2	زیرساخت‌های فیزیکی و سخت‌افزاری نظام سلامت				
W ₆ -3	زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات نظام سلامت				
W ₇ -1	ویژگی‌ها و تغییرات جمعیتی کشور	W ₇	عوامل اجتماعی و فرهنگی	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₇ -2	سرمایه اجتماعی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی				
W ₇ -3	ارزش‌ها و باورها و فرهنگ سلامت محور				
W ₇ -4	کیفیت سبک زندگی و امید به زندگی				
W ₇ -5	مسئولیت‌پذیری و مشارکت شهروندان، سازمان‌های مردم‌نهاد، احزاب، تشکل‌ها و نخبگان در فعالیت سلامت محور				
W ₈ -1	محیط زیست سالم	W ₈	محیط زیست	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₈ -2	بهداشت و ایمنی محیط زندگی				
W ₈ -3	رعایت مسائل زیست محیطی				
W ₈ -4	مخاطرات طبیعی و بیماری‌های واگیردار				
W ₉ -1	سازمان بهداشت جهانی	W ₉	محیط جهانی	W	شرایط زمینه‌ای/ بستر
W ₉ -2	کنوانسیون‌های جهانی و منطقه‌ای				

جدول ۷: مفاهیم و مقوله‌های شناسایی شده شرایط مداخله‌گر

شناسه	مفاهیم	شناسه	مقوله‌های فرعی	شناسه	مقوله کلی
K ₁ -1	سلامت در همه سیاست‌ها	K ₁	حمایت‌های بالا دستی	K	شرایط مداخله‌گر
K ₁ -2	حمایت رهبری و نهادهای حاکمیتی				
K ₁ -3	حمایت جامعه، نخبگان، تشکل‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد				
K ₂ -1	نظام ارائه خدمات درمانی (خدمات تشخیصی و درمانی)	K ₂	ظرفیت سازی‌های نظام سلامت	K	شرایط مداخله‌گر
K ₂ -2	نظام بهداشت عمومی (پیشگیری و کنترل بیماری‌ها)				
K ₂ -3	نظام مالی خدمات سلامت (تامین و تخصیص منابع مالی)				

K ₂ -4	نظام آموزش و پرورش دانشگاه‌های علوم پزشکی (تربیت نیروهای متخصص و تولید و ترویج دانش مورد نیاز)		
K ₂ -5	پیشینه و تجارب ارزشمند پزشکی نوین و طب سنتی در ایران		
K ₃ -1	ساختار سازمانی متمرکز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هماهنگی معاونت‌ها، واحدها و ادارات مختلف		
K ₃ -2	تمرکز سیاست گذاری و برنامه ریزی‌ها (تمرکز در راستای توزیع عادلانه منابع و خدمات سلامت در کشور)		
K ₃ -3	شفافیت مأموریت‌ها، اهداف، خط‌مشی‌ها، قوانین و مقررات حاکم داشتن منابع انسانی، مالی و فیزیکی		
K ₃ -4	(نیروی انسانی متخصص، بودجه، تجهیزات و تاسیسات)	K ₃	ظرفیت‌ها وتوانمندی‌های ساختاری وزارت بهداشت
K ₃ -5	ارتباطات مناسب بین سازمانی و برون سازمانی و مشارکت با ذینفعان کلیدی		
K ₃ -6	فرهنگ سازمانی		
K ₃ -6	زیرساخت‌های موجود (بیمارستان‌ها، شبکه بهداشت، درمانگاه‌ها)		
K ₃ -	سیستم نظارت، ارزیابی و پایش		
K ₃ -7	هماهنگی و هم‌افزایی بین سازمان‌های زیرمجموعه و دستگاه‌های مرتبط با وزارت بهداشت در سطوح ملی، استانی و شهرستان‌ها		
K ₃ -8	فناوری‌ها، سیستم‌ها، فرآیندها و روش‌های استاندارد ارائه خدمات	K	شرایط مداخله‌گر
K ₃ -9	سامانه اطلاعاتی و توزیع و دسترسی به اطلاعات		
K ₄ -1	حمایت و پشتیبانی مدیران		
K ₄ -2	تجارب مدیریتی کسب شده در چند سال گذشته		
K ₄ -3	مدیریت کارآمد منابع		
K ₄ -4	رهبری اثربخش کارکنان	K ₄	ویژگی‌های مدیران و کارکنان
K ₄ -5	روحیه کارگروهی و تیمی		
K ₄ -6	انگیزه، تعهد و مسئولیت‌پذیری کارکنان		
K ₄ -7	آموزش و انتقال یادگیری به محیط کاری و توانمندسازی کارکنان		
K ₄ -8	وجدان کاری و اخلاق حرفه‌ای		
K ₄ -9	تاب‌آوری کارکنان در برابر چالش‌ها و مشکلات و کمبودها		

جدول ۸: مقوله‌ها و مفاهیم شناسایی شده راهبردها

شناسه	مفاهیم	شناسه	مقوله‌های فرعی	شناسه	مقوله کلی
T ₁ -1	تدوین سیاست گذاری‌های مبتنی بر شواهد علمی				
T ₁ -2	همسو سازی سیاست‌های نظام سلامت با اسناد بالا دستی کشور	T ₁	برنامه‌ریزی راهبردی		
T ₁ -3	هماهنگ‌سازی برنامه‌های پیشگیری، بهداشتی و درمانی				
T ₁ -4	برنامه‌ریزی راهبردی و تهیه نقشه نظام سلامت				
T ₂ -1	تقویت تولید وزارت بهداشت				
T ₂ -2	تقویت حاکمیت درون و برون بخشی	T ₂	اقدامات حکمرانی	T	راهبردها
T ₂ -3	شبکه سازی با ذی‌نفعان کلیدی				
T ₃ -1	چابک‌سازی و متناسب‌سازی تشکیلات وزارت بهداشت				
T ₃ -2	برون‌سازی وظایف قابل واگذاری به بخش‌های غیر دولتی	T ₃	اصلاح و تحول نظام اداری		
T ₃ -3	هوشمندسازی اداری و پیاده‌سازی برنامه‌های دولت الکترونیک				
T ₃ -4	تقویت سلامت نظام اداری و صیانت از حقوق مردم				

T4-1	تامین نیروی انسانی مورد نیاز و تقسیم کار عادلانه	T4	اقدامات مدیریت منابع انسانی
T4-2	فراهم کردن امکانات و تسهیلات رفاهی		
T4-3	آموزش و توانمندسازی منابع انسانی		
T4-4	رعایت عدالت در سیستم جبران خدمات و ارزیابی عملکرد		
T4-5	توسعه برنامه‌های کیفیت زندگی کاری		
T5-1	اصلاح و بهینه‌سازی سیستم‌ها و فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی	T5	بهبود بهره‌وری و کیفیت
T5-2	اعمال استانداردهای اعتبار بخشی و ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌ها		
T5-3	استقرار و توسعه فناوری‌های نظام سلامت		
T5-4	ارتقاء کیفیت تجهیزات و خدمات کلینیکی و پارکینگی و کادر پزشکی و کاهش تقاضای القایی		
T5-5	پوشش کامل جامعه از نظر بیمه پایه سلامت		
T5-6	به کار گیری به موقع پایش، ارزیابی و نظارت‌ها		
T5-7	ایجاد سیستم پیشنهادات و انتقادات و سنجش رضایت‌مندی بیماران و مراجعه‌کنندگان		
T5-8	عملیاتی کردن مقدمات اجرای طرح تحول (پزشک خانواده و نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت و راهنماهای بالینی)		
T6-1	پیش‌بینی و تامین منابع پایدار مالی در بوجه عمومی	T6	راهنم‌های تامین منابع و شرکت‌ها
T6-2	مشارکت فعال دولت در تخصیص اعتبارات از طریق منابع عمومی و اختصاصی قوانین بودجه سنواتی		
T6-3	سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و تجهیز و بازسازی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی و توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی		
T6-4	خریدهای راهبردی		
T6-5	همکاری و هماهنگی با سازمان‌های بیمه‌گر و یکپارچه سازی سازمان‌های بیمه‌گر		
T6-6	ارتباط و تعامل با شرکت‌های دارویی و تجهیزات و لوازم پزشکی		
T6-7	ارتباط و مشارکت با سایر ذی‌نفعان		
T7-1	مدیریت مشارکتی و تقویت روحیه کار گروهی و تیمی	T7	اقدامات مدیریتی
T7-2	مدیریت کارآمد منابع		
T7-3	رهبری اثر بخش نیروهای انسانی		
T7-4	مدیریت دانش		
T7-5	مدیریت عملکرد مبتنی بر شایستگی و شایسته‌سالاری		
T8-1	تقویت فرهنگ تحول‌گرایی در نظام سلامت	T8	فرهنگ سازی
T8-2	آموزش و ارتقای سطح آگاهی و سواد مردم نسبت به موضوعات سلامت و حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود در نظام سلامت		
T8-3	آگاه‌سازی و ترویج برنامه‌های خودمراقبتی		
T8-4	حفظ و ارتقای کیفیت زندگی، محیط زیست سالم و فرهنگ سلامت محور در جامعه		
T8-5	استفاده از پیوست سلامت در کلیه سیاست‌ها و برنامه‌های کشوری		
T8-6	اطلاع رسانی و آگاه‌سازی کارکنان، سازمان‌ها و مردم از برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت و نتایج به دست آمده		

جدول ۹: مفاهیم و مقوله‌های مربوط به پیامدها

مقوله اصلی	شناسه مقوله اصلی	مقوله‌های فرعی	شناسه مقوله فرعی	مفاهیم	شناسه
پیامدها	P	پیامدهای فردی (کارکنان)	P ₁	P ₁ -1 افزایش انگیزش و رضایت شغلی	P ₁ -1
				P ₁ -2 ارتقاء تعهد سازمانی	P ₁ -2
				P ₁ -3 ارتقاء بهره‌وری	P ₁ -3
				P ₁ -4 کاهش تضادها، تعارضات و تنش‌های شغلی	P ₁ -4
				P ₂ -1 افزایش کارآیی و اثربخشی	P ₂ -1
پیامدهای مدیریتی	P ₂	پیامدهای مدیریتی	P ₂	P ₂ -2 تسهیل و تسریع در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری	P ₂ -2
				P ₂ -3 ارتقاء مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی مدیران	P ₂ -3
				P ₂ -4 مدیریت و رهبری اثربخش	P ₂ -4
				P ₂ -5 تسهیل و تسریع تغییر و تحول و کاهش مقاومت‌ها	P ₂ -5
				P ₃ -1 خلق تصویری مثبت از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اعتبار و شهرت)	P ₃ -1
پیامدهای سازمانی	P ₃	پیامدهای سازمانی	P ₃	P ₃ -2 ارتقاء کیفیت خدمات نظام سلامت	P ₃ -2
				P ₃ -3 ارتقاء کارآمدی و اثربخشی نظام ارائه خدمات	P ₃ -3
				P ₃ -4 چابک‌سازی ساختار سازمانی	P ₃ -4
				P ₃ -5 سلامت نظام اداری و رضایت‌مندی بیماران و مراجعه‌کنندگان	P ₃ -5
				P ₄ -1 کاهش هزینه‌های سلامت خانوارها	P ₄ -1
پیامدهای فراسازمانی (جامعه)	P ₄	پیامدهای فراسازمانی (جامعه)	P ₄	P ₄ -2 افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت	P ₄ -2
				P ₄ -3 افزایش آگاهی و فرهنگ سلامت محور	P ₄ -3
				P ₄ -4 توزیع عادلانه منابع و خدمات سلامت در جامعه	P ₄ -4
				P ₄ -5 بهبود شاخص‌های توسعه انسانی	P ₄ -5
				P ₄ -6 بهبود رفاه و آسایش جامعه	P ₄ -6

۳- کدگذاری انتخابی و ارائه الگوی پارادایمی

کدگذاری انتخابی مرحله سوم فرآیند کدگذاری و از مراحل اصلی نظریه پردازی داده بنیاد است که براساس یافته‌های به دست آمده از مراحل کدگذاری باز و محوری به ارائه مدل پارادایمی می‌پردازد. کدگذاری انتخابی، فرآیند پالایش مقوله‌ها، یکپارچه‌سازی آن‌ها و نیز پیوند دادن مقولات به یکدیگر است. در این مرحله از فرآیند کدگذاری می‌بایست ضمن تجمیع و تبیین ارتباط بین مقوله‌ها، فرآیند رسیدن به یک تئوری و بیان مدلل آن را نمایم کرده، با در کنار هم قرار دادن مقوله‌ها حول یک مقوله مرکزی، یک روایت تئوریک و نظام‌مند طرح شود. مقوله محوری، بخش بسیار مهمی از یکپارچه سازی و بهبود مقوله‌هاست. در کدگذاری انتخابی به منظور یکپارچه سازی و خالص کردن تحلیل‌های خود از روش نوشتن داستان اصلی،

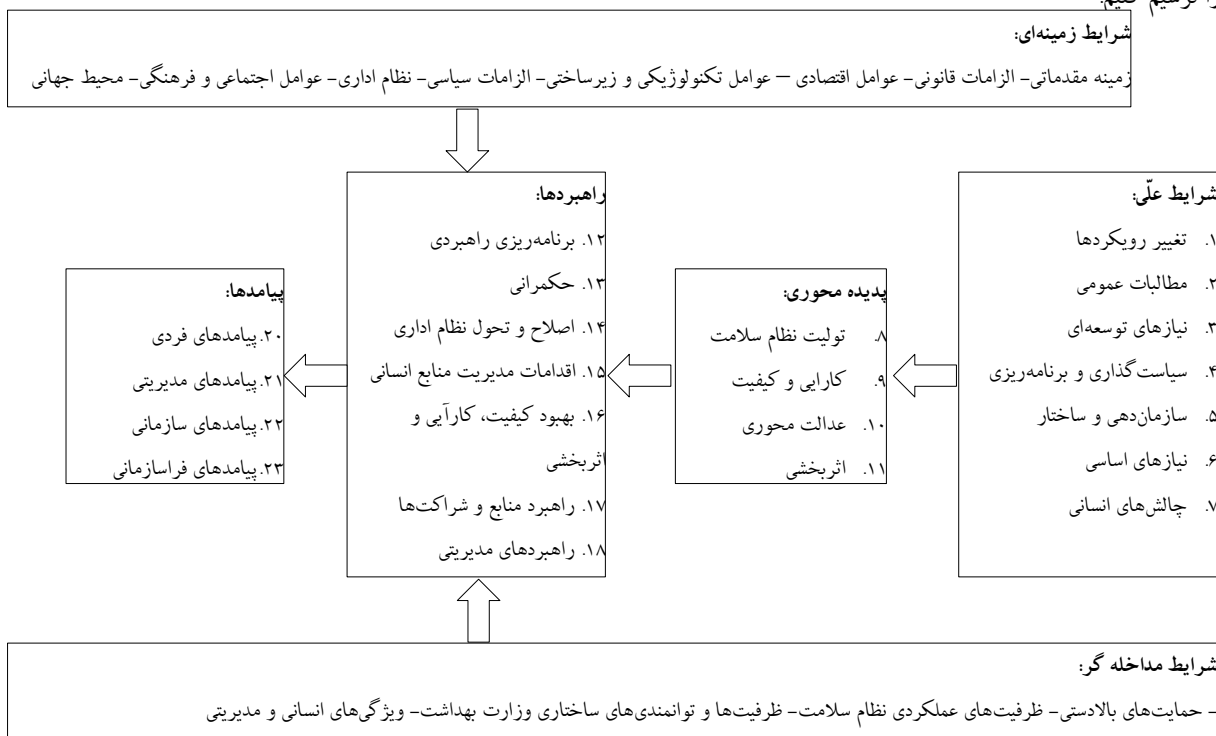
گاه از ترسیم نمودارها در رسیدن به طبقه مرکزی استفاده می‌شود. پژوهشگر در کدگذاری انتخابی، ضمن اخذ یافته‌های مراحل کدگذاری قبلی، مقوله محوری را انتخاب کرده، به حالتی نظام‌مند آن را به دیگر مقولات ارتباط می‌دهد و آن روابط را در قالب مدل پارادایمی نشان می‌دهد. در این قسمت، ابتدا خلاصه یافته‌های حاصل از مراحل کدگذاری باز و محوری را در قالب یک جدول نشان می‌دهیم، سپس با تعیین مقوله محوری (به عنوان پدیده مرکزی) ساید مقوله‌های کلی (شرایط علی، شرایط زمینه، شرایط مداخله‌گر، راهبردها، پیامدها) حول محور آن به یکدیگر ربط داده شده و روابط بین آن‌ها معلوم می‌شود. فرآیند کدگذاری انتخابی با ترسیم مدل پارادایمی تحقیق تکمیل می‌شود.

جدول ۱۱: مقوله‌های اصلی و فرعی احصاء شده

مقوله‌های کلی	مقوله‌های فرعی	تعداد	مقوله‌های کلی	مقوله‌های فرعی	تعداد
شرایط علی	تغییر رویکردها	۷	حمایت‌های بالادستی	مقوله‌های فرعی	۴
	مطالبات عمومی		ظرفیت‌سازی‌های نظام سلامت		
	نیازهای توسعه‌ای		ظرفیت و توانمندی‌های ساختاری وزارت بهداشت		

	سیاست گذاری و برنامه ریزی منطقی	ویژگی های مدیران و کارکنان
	سازمان دهی و ساختار	برنامه ریزی راهبردی
	فرآیندهای ارائه خدمات درمانی	اقدامات حکمرانی
۸	چالش های انسانی	اصلاح و تحول نظام اداری
	تولیت نظام سلامت	اقدامات مدیریت منابع انسانی
	کارآیی و کیفیت	بهبود بهره وری و کیفیت
	عدالت محوری	راهبردهای تامین منابع و شراکت ها
	اثر بخشی	راهبردهای مدیریتی
	زمینه مقدماتی اجرای طرح تحول	فرهنگ سازی
	نظام سلامت	
	عوامل قانونی	پیامدهای فردی (کارکنان)
	عوامل اقتصادی	پیامدهای مدیریتی
۹	الزامات سیاسی	پیامدهای سازمانی
	عوامل اجتماعی و فرهنگی	
	نظام اداری	
	عوامل تکنولوژیکی و زیرساختی	
	محیط زیست	پیامدهای جامعه
	محیط جهانی	

طبق نتایج جدول فوق ۳۶ مقوله فرعی در قالب ۶ مقوله کلی شناسایی و دسته بندی شده است که بر این اساس می توان مدل پارادایمی تحقیق را ترسیم کنیم.



شکل ۱. مدل پارادایمی تحقیق بر مبنای رویکرد سیستماتیک

سیستم های باز اجزا و عناصر مختلفی همچون ورودی، فرآیند پردازش، خروجی، مکانیسم بازخورد و محیط تشکیل می شود و این عناصر با یکدیگر در ارتباط و پیوند هستند و بر محیط تاثیر

در شکل فوق مدل پارادایمی تحقیق بر مبنای رهیافت نظام مند استراوس و کوربین ترسیم شده است. معمولا در رهیافت نظام مند الگوی تحقیق به صورت سیستمی ترسیم می شود. همان گونه که

«چالش‌های انسانی» شناسایی گردید. همچنین تعداد ۴۹ مفهوم استخراج و در قالب مقوله‌های فرعی شرایط علی دسته‌بندی شدند. در بررسی پیشینه تحقیقاتی در خصوص تغییر رویکردها، فیض‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶) و ملک‌محمدی و وحدانی‌نیا (۱۳۹۵) در تحقیقات خود بیان می‌دارند که در سال‌های اخیر رویکرد و نگرش سیاست‌گذاران نسبت به سلامت دچار تحول شده و نگرش سیستمی و چند بعدی بر نظام سلامت حاکم شده‌است. عظیمی (۱۳۹۸) اذعان می‌دارد که طبق اصل ۲۹ قانون اساسی، سلامت حقی همگانی و از مطالبات عمومی می‌داند که دولت‌ها موظف به پاسخگویی به نیازهای سلامت مردم می‌باشند. در رابطه با نیازهای توسعه‌ای در حوزه نظام سلامت، پیکان‌پور و همکاران (۱۳۹۷) اعتقاد دارند که ارتقای سلامت جامعه و تامین منابع آن از وظایف اصلی نظام سلامت به شمار می‌رود. همچنین جهانگیری (۱۳۹۷) بیان می‌دارد که یکی از اقدامات مهم در کشورهای در حال توسعه اجرای برنامه‌های اصلاحی در حوزه نظام سلامت است.

References

- 1- Ebrahimi, Seyyed Abbas. Farhadinejad, Mohsen. Baki Hashemi, Seyyed Mohammad Mahdi. (2019). "Analysis of policy making in the health system based on the model of the defender coalition framework, a case study of the health system transformation plan", *Strategic Studies Quarterly*, 23rd Year, Number 2, Summer 2019: 112-95.
- 2- Adab, Hossein. Golvar, Morteza. (2012). "Assessment of Organizational Excellence of National Gas Company of Iran based on EFQM Model 2010 Edition", *Scientific and Research Quarterly of Management Studies (Improvement and Transformation)*, Year 23, Number 70, Spring and Summer 2012: 25-46.
- 3- Azadian, Marziyeh. Wathuq Moghadam, Abbas. Farhadi Mahali. Ali. (1400). "Fuzzy Hierarchical Analysis of Good Governance Components for Health System Policymaking in the Islamic Republic of Iran", *Management Strategies in Health System Quarterly*, 6 (2), 87-102.
- 4- Olad Qabad, Bahareh. Fatahizadeh, Fethiye. specific, satisfactory (2019). "The structure of managerial interactions of rulers through the analysis of the content of letter 53 of Nahj al-Balagheh", two quarterly scientific research journals of Qur'an and Hadith

می‌گذارند و همچنین از محیط پیرامون خود تاثیر می‌پذیرند. براین اساس، الگوی پارادایمی با رویکرد سیستماتیک از شش مقوله کلی تشکیل شده است و این مقولات از یکدیگر تاثیر می‌پذیرند به طوری که مقوله شرایط علی بر پدیده مرکزی (مقوله محوری) تاثیر می‌گذارد و مقوله محوری بر راهبردها اثر می‌گذارد و راهبردها تحت تاثیر شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر قرار دارند. در نهایت، راهبردها منجر به ایجاد مجموعه‌ای از پیامدها می‌شوند. در واقع، پیامدها از طریق اجرای راهبردها ایجاد می‌شوند. در مجموع، مدل پارادایمی تحقیق؛ تصویری روشن از نحوه اجرای بهینه طرح تحول نظام سلامت ترسیم می‌کند.

نتیجه‌گیری

سلامت به همراه با امنیت از مهم‌ترین و با ارزش‌ترین نیازهای هر جامعه انسانی در زندگی فردی و اجتماعی بوده‌است. امام علی (ع) به نقل از پیامبر اکرم (ص) فرمودند: دو نعمت است که شکر آن‌ها گذارده نمی‌شود: امنیت و سلامتی می‌باشد که نوعاً با فقدان و از دست دادن‌شان متوجه اهمیت و ارزششان می‌شویم. اگرچه این دو مقوله سلامتی و امنیت ارتباط متقابل یکدیگر دارند. به طور مثال، اگر سلامت مردم در معرض خطرات جدی قرار گیرد سبب می‌شود که امنیت جامعه نیز به مخاطره بیفتد. بر این اساس، سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. امروزه سلامت به عنوان یک فرا ارزش قلمداد می‌شود به طوری انسان سالم محور توسعه پایدار قرار گرفته است. در همین راستا، مفهوم سلامت در همه سیاست‌ها مورد توجه خط‌مشی‌گذاران و دولت‌مردان قرار گرفته است.

یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت است. بر همین اساس، طرح تحول نظام سلامت در اوایل سال ۱۳۹۳ به منظور تحول در خدمت‌رسانی نظام سلامت به آحاد جامعه اجرا گردید. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی بهینه اجرای طرح تحول نظام سلامت انجام شده است. در پاسخ به پرسش اصلی تحقیق مبنی بر: طراحی الگوی بهینه اجرای طرح تحول نظام سلامت چگونه است؟ مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با خبرگان نظام سلامت به عمل آمد و متن مصاحبه‌ها با استفاده از نظریه داده بنیاد مبتنی بر رهیافت نظام‌مند استراوس و کوربین تجزیه و تحلیل شدند و مطابق با تحلیل انجام شده ۱۸۴ مفهوم در قالب ۳۶ مقوله فرعی و ۶ مقوله کلی شناسایی شد. در ادامه به نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها اشاره می‌شود. معمولاً در تبیین یافته‌های حاصل از نظریه داده بنیاد از طریق اشاره به شرایط علی شروع می‌شود. شرایط علی مجموعه‌ای از وقایع و عواملی است که بر مقوله محوری (مرکزی) اثر می‌گذارند. شرایط علی به وقایع، اتفاقات و عواملی اطلاق می‌شود که به وقوع یا گسترش پدیده مورد نظر می‌انجامد. طبق تحلیل‌های صورت گرفته شرایط علی در قالب ۷ مقوله فرعی «تغییر رویکردها»، «مطالبات عمومی»، «نیازهای توسعه‌ای»، «سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی منطقی»، «سازمان‌دهی و ساختار»، «فراآیندهای ارائه خدمات درمانی» و

Quarterly, 11th Volume, Number 1, Spring 2019: 87-100.

12- Khaljinia, Venus. Gayeni, Mina. (2017). "Explaining the challenges of implementing the transformation plan of the health system in the field of treatment in Qom city", Quarterly Journal of Management Strategies in the Health System, Volume 3, Number 3, Fall, 2017: 212-224.

13- Khalili Shurini, Sohrab. Suleiman, Hossein (2013). What is the strategy? Tehran: Ghahrbar thoughts publisher, first edition.

14- Khalili Shurini, Sohrab. Muharri, Mehdi. (2013). "Knowing the obstacles to the implementation of strategic plans and their prioritization", Strategic Management Research Quarterly, 20th year, number 56, winter 2013: 111-132.

15- Dehghan, Ali. Mirjalili, Mohammadreza. Zare Mehrjardi, Mohammad Hossein. Raghebian, Maliha. Samia Barzegar, Azam. Kazemini, Seyyed Kazeem. (2015). "Evaluation of the performance of the health system transformation plan from the point of view of the executive managers of Yazd province university hospitals in 2014", Management Strategies in the Health System Quarterly, (1), 43-49.

16- Robbins, Steven (2015) Organization theory: design structure, applications, translation: Seyed Mehdi Alwani and Hassan Danai Fard, Tehran: Safar Publications, 43rd edition.

17- Zarei, Zahra. Hossam, Sumiya. Unity, shaghaiq. Olya Manesh, Alireza. (2019). "Analysis of the situation and challenges of strategic purchasing in the path of achieving universal health coverage in Iran", Journal of Qom University of Medical Sciences, 14th volume, number 7, Mehr 2019: 19-30.

18- Salarianzadeh, Mohammad Hossein. Latifi Jaliseh, Salima. (2019) "Governance structure challenges in the Ministry of Health, Treatment and Medical Education based on the network structure model", Hakim Health

studies, 13th year, number 2, spring and summer 2019: 167-192.

5- Iran Racism, Mehdi. Sasan Gohar, Parviz. (1375). Organization from theory to practice, Tehran: Iran Banking Institute publisher, Central Bank of the Islamic Republic of Iran, third edition.

6- Izad Bakhsh, Hamid. Emami, Siddmjatbi. (2019). "Stakeholder analysis and modeling of the key actors of the health system transformation plan in the Islamic Republic of Iran", Iranian Government Management Studies Quarterly, third year, number 2, summer 2019: 131-160.

7- Izdbakhsh, Hamid. Emami, Siddmjatbi. (2019). "Stakeholder analysis and modeling of key actors of the health system transformation plan in the Islamic Republic of Iran", Iranian Government Management Studies Quarterly, 3 (2), 131-160.

8- Parhizkar, Mohammad Mahdi and Aghajani Afrooz, Ali Akbar. (2012). Advanced research methodology in management with applied approach, Tehran: Payam Noor University Press.

9- Jahangiri, Rahman. (2017) "The effect of the implementation of the health system transformation plan on the referral system, and doctors' feedback after the transformation plan in Bukan city", Jahan Navin Quarterly, first year, number 3, fall 2017: 1-13.

10- Hosseinzadeh, Mohammad Hossein. (2018) "Structural requirements to transform the health system of the Islamic Republic of Iran into a reference health system in the next fifty years", Culture and Health Promotion Quarterly of the Academy of Medical Sciences, third year: number 1, spring 2018: 43-56.

11- Heydari Arjalo, Periyosh. Unity, shaghaiq. Soltani, Hassan. (2019). "Presenting the model of the excellent health care system with emphasis on structural, background, instrumental and content factors", Health and Treatment Management

the Islamic Republic of Iran" Quarterly, Culture and Health Promotion of the Academy of Medical Sciences, third year, number 4, winter 2018: 393-398.

25- Kamali, Yahya. Sheikhzadeh Joshami, Siddique. Ahmadinejad, Fatima. (2019).

"Implementing public policies; Providing criteria for the successful implementation of policies", Public Policymaking Quarterly, 6th Volume, Number 2, Summer 2019: 253-273.

26- Gluck, F. William Jach, Lawrence. R. (1378) Commercial policy and strategic management, translated by: Sohrab Khalili Shurini, Tehran: Yadavareh Kitab Publishing House, 6th edition.

27- Mohammedans, Hale. Memarzadeh, Gholamreza. Azimi, Parham. (1400). "Designing a model for improving the country's health system with an emphasis on governance strategies", Pyavard Salamat Journal, 15 (3), 290-272.

28- Mossadeghrad, Mohammad Ali. Rahimi-Tabar, Parisa. (2018) "Governance model of Iran's health system: a comparative study", Razi Journal of Medical Sciences, twenty-sixth volume, number 9, December 2018: 28-10.

29- Masoumi, Zahra, Salehi, Mehdi. Hamtani, Hadi. (2018). "Providing a model for the effective implementation of the policies of the country's health system", Quarterly Journal of Management Strategies in the Health System, Year 4, Number 2, Summer 2018: 125-135.

30- Malak Mohammadi, Hamidreza. Vahdaniya, Wali Allah. (2015) "Evolution of health policymaking; Transition to the governance paradigm for health", Public Policy Quarterly, second volume, number 2, summer 2015: 73-94.

System Research Journal, twenty-third volume, number 2, summer 2019: 189-200.

19- Sajjadi, Haniyeh Sadat, Hosseini. Masoumeh, Dehghani, Arzoo, Khodayari, Rahim. Zandian, Hamed. Hosseini, Seyyed Nesa. (2017). Shahmoradi, Ruhollah. Tadbeeri, Cyrus. Majidi, Maryam. Afsharnjad, Alireza. (2019). "Presenting an explanatory structural model of Islamic social responsibility policy making in the health system", Quarterly Journal of Public Policy Making in Management, Year 11, Number 38, Summer 2019: 1-18.

20- Shiani, Maliha. Rashidian, Arash. Mohammadi, Azar. (2015) "Place and obstacles of implementation of the family doctor plan in Iran's health system", Social Welfare Quarterly, 16th year, number 62, fall 2015: 59-102.

21- Sheikhi Chaman, Mohammad Reza. (2019). "Cycle of policy-making, management and economy of the health system", quarterly magazine of management strategies in the health system, 5th year, number 3 fall 2019: 169-171.

22- Zamraniya, Mohammad. Hashemi Karesh, Seyedah, Zakieh, Pivand, Mustafa. Try it, sweetie. Ramezani, Farzad. (2019) "The level of people's trust in hospital services after the implementation of the health system transformation plan", Paish bi-monthly scientific and research journal, Jihad University Health Sciences Research School, 19th period, number 3, June and July 2019: 243-254.

23- Abbaspour, Abbas, Karimi. Abu Bakr Abdulhi, Hossein. Taqi Fard, Mohammad Taqi. (2017). "Design and Validation of the Organizational Culture Assessment Model of the Kurdistan Governorate", Human Resources Management Research Quarterly of Imam Hossein University (AS), Year 10, Number 2, Summer 2017: 75-106.

24- Azimi, Mohammad. (2018) "Investigation of the components of health system transformation in the Constitution of