

Identification and explanation of the application of the government performance evaluation model in the field of health, based on the institutional isomorphism theory

Paknoosh Kyani¹ | Ali Asghar Pourezzat² | Karamolah Daneshfard³ | Gholamreza Memarzadeh Tehran³

1. Ph.D. student, Department of Public Administration, Faculty of management and economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran. Iran. p.kyani@srbiau.ac.ir
2. Prof., Department of Public Administration, Faculty of management, University of Tehran, Tehran, Iran. Prof., Faculty of management and economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (*Corresponding Author¹). pourezzat@ut.ac.ir
3. Prof., Department of Public Administration, Faculty of management and economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. daneshfard@srbiau.ac.ir
4. Associate Prof., Department of Public Administration, Faculty of management and economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. gmemar@gmail.com

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 1 February 2022

Received in revised form: 21 April 2022

Accepted: 24 May 2022

Published online: 27 June 2022

Keywords:

health, government, performance evaluation system, institutional isomorphism theory.

ABSTRACT

The main challenge of the developing countries is to measure the government performance, especially the health subsystem. In Iran, policies and institutional frameworks, especially the general policies of the health system, emphasize on measuring the performance of the health sector. The current state of health indicates the government inability to implement these policies. The purpose of this study is to identify and explain the application of the government's performance evaluation model in the field of health, based on the Institutional Isomorphism theory.

This research is of developmental-applied type, and has been analyzed by employing the inductive systematic qualitative approach of Strauss and Corbin, and the "grounded theory" strategy as well. The data propositions have been collected through semi-structured interviews with 19 academic-administrational experts who are involved in government performance evaluation. The combination purposeful and snowball sampling method continued until the final saturation stage. 124 concepts and 20 components were classified under 4 main categories that affect government performance evaluation, including "cultural and value factors", "economic factors", "laws and policies" and "structural-technological factors". The results of the inquiry revealed that the proposed model resulting from the effective factors is compatible with the three types of isoforms of "forced pressure", "imitation process" and "normative pressure" resulting from the institutional environments of the relevant organizations and the government.

Cite this article Kyani, P, Pourezzat, A.A, Daneshfard, K , memarzadeh Tehran, gh. (2022). Identification and explanation of the application of the government performance evaluation model in the field of health, based on the institutional isomorphism theory. *Governance and Development Journal*, 2 (2), 23-54.



Publisher: Iranian Scientific Association of Public Administration & University of Sistan and Baluchestan

¹- The article is extracted from the doctoral thesis approved at Azad University, Science and Research Branch.



دانشگاه تهران

حکمرانی و توسعه

شماره ۳۴۶۱-۲۷۸۳

Homepage: www.jipaa.ir



مدیریت دولتی

شناسایی و تبیین کاربست الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت بر مبنای نظریه هم‌شکلی نهادی

پاکنوش کیانی^۱ | علی اصغر پورعزت^۲ | کرم‌اله دانش‌فرد^۳ | غلامرضا معمارزاده طهران^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. p.kyani@srbiau.ac.ir
۲. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. استاد مدعو دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) pourezzat@ut.ac.ir
۳. استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. daneshfard@srbiau.ac.ir
۴. دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. gmemar@gmail.com

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	چالش عمده کشورهای در حال توسعه، سنجش عملکرد دولت به ویژه خرده‌سیستم سلامت است. در ایران نیز سیاست‌ها و چارچوب‌های نهادی به ویژه سیاست‌های کلی نظام سلامت بر سنجش عملکرد حوزه سلامت تأکید دارند. وضعیت کنونی حوزه سلامت، از ناتوانی دولت در اجرای این سیاست‌ها، حکایت دارد. هدف این مطالعه، شناسایی و تبیین کاربست الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت بر مبنای نظریه هم‌شکلی نهادی است. این پژوهش از نوع توسعه‌ای - کاربردی است و با رویکرد استقرایی و کیفی نظام‌مند اشتراوس و کوربین در راهبرد «نظریه داده‌بنیاد»، تحلیل شده است. گزاره‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۹ نفر خبره دانشگاهی - اجرایی در امر ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت، گردآوری شدند. روش نمونه‌گیری ترکیبی هدفمند و گلوله برفی، تا مرحله اشباع نهایی ادامه یافت. در این پژوهش، تعداد ۱۲۴ مفهوم و ۲۰ مؤلفه در قالب چهار بُعد اصلی مؤثر بر ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت تحت عنوان «عوامل فرهنگی و ارزشی»، «عوامل اقتصادی»، «قوانین و خط‌مشی‌ها» و «عوامل ساختاری و فناورانه»، شناسایی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که الگوی پیشنهادی حاصل از عوامل مؤثر با سه نوع هم‌شکلی «فشار اجباری»، «فراگرد تقلیدی» و «فشار هنجاری» مرتب بر محیط‌های نهادی سازمان‌های متولی و دولت، سازگاری دارد.
واژه‌های کلیدی:	
سلامت، دولت، سیستم ارزشیابی عملکرد، نظریه هم‌شکلی نهادی.	

استناد: پورعزت، علی‌اصغر، کیانی، پاکنوش، دانش‌فرد، کرم‌اله، معمارزاده طهران، غلامرضا (۱۴۰۱). شناسایی و تبیین کاربست الگوی ارزشیابی عملکرد

دولت در حوزه سلامت بر مبنای نظریه هم‌شکلی نهادی، حکمرانی و توسعه، ۲ (۲)، ۲۳-۵۴.

ناشر: انجمن علمی مدیریت دولتی ایران و دانشگاه سیستان و بلوچستان.



^۲ - مقاله مستخرج از رساله مقطع دکتری مصوب در دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات است.

مقدمه

منشور سازمان بهداشت جهانی^۱ بر تکلیف دولتها مبنی بر تأمین سلامتی جامعه به مثابه حقوق بنیادین آنها، فارغ از تفاوت‌های نژادی، مذهبی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تأکید دارد. پیامدهای ناشی از تحولات بازار اقتصادی جهانی و رقابت‌های سازمان‌ها، بر بازار کار اثر گذاشته و بحران‌ها و حوادث کنونی به ویژه همه‌گیری ویروس کرونا (پیفر و همکاران،^۲ ۲۰۲۰: ۶۷۱)، عملکرد کشورها را تحت‌الشعاع قرار داده است. این تحولات بر هزینه‌های انجام خدمات بخش عمومی افزوده، دولتها را بر آن داشته است تا بر پوشش همگانی سلامت با هدف توسعه پایدار و تحقق شعار «سلامت برای همه» و حرکت به سمت دستیابی به اهداف مقرر در افق ۲۰۳۰ همت گمارند (بیانیه رسمی کنفرانس آستانه در ۲۰۱۸ بر اساس توافق ۱۹۳ کشور عضو سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۵) و ضمن بهیمنگی منابع و مصارف از طریق بهبود کیفیت خدمات، چابک‌سازی ساختارهای بخش عمومی را در دستور کار قرار دهند (چاندراشکر و همکاران،^۳ ۲۰۱۹). در این امتداد، تأمین زیرساخت‌های ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت از طریق خرده‌سیستم‌های مربوط ضروری است که نویدبخش ایجاد زمینه شفافیت در عملکرد، مسئولیت‌پذیری مالی و افزایش اعتبار دولت می‌گردد (گیل،^۴ ۲۰۱۹: ۴۲۳-۴۵۲). از زمره این اقدامات، مستندسازی خرده‌سیستم پشتیبان ارزشیابی عملکرد است که با هدف رصد فراگردهای عمل و اقدام دولت، ایجاد بانکهای جامع اطلاعات و ذخیره‌سازی حجم وسیعی از اطلاعات طبقه‌بندی‌شده با قابلیت سطوح دسترسی معین، موجبات رضایت خدمات‌گیرندگان را فراهم می‌آورد (توربن، پلارد و وود،^۵ ۲۰۱۸). ارزشیابی عملکرد به منزله مؤلفه‌ای مهم در نظام پیشنهادها و انتقادات مؤثر بوده، بر تلاش فردی و سازمانی تأکید دارد (آلوز و لورنسو،^۶ ۲۰۲۱) و اجرای موفق آن در گروی همکاری دوسویه سازمان و کارکنان است (دانگهان،^۷ ۲۰۲۱: ۱؛ شوئن میک،^۸ ۲۰۲۱).

نهادهای بین‌المللی بر بازنگری مؤلفه‌های مؤثر بر حوزه سلامت با هدف بهبود جایگاه دولتها تأکید دارند و عملکرد حوزه سلامت آنها از طریق مؤلفه‌های مربوط به طور مستمر سنجیده می‌شود. با مرور برخی از این مؤلفه‌ها به ویژه در بحث رفاه اجتماعی، از ناکارآمدی نسبی حوزه سلامت ایران حکایت دارند. برای مثال، در گزارش‌های سازمان شفافیت بین‌المللی، جایگاه ایران در چهار مؤلفه عمده رفاه

1-World Health Organization (WHO)

2- Peiffer et al

3- Chandrasekhar et al

4- Gill

5- Turban, Pollard & Wood

6- Alves & Lourenço

7- Donghun

8- Schoenmaker

اجتماعی یعنی «رقابت‌پذیری جهانی» با رقم ۵۳ در رتبه ۹۹ (۲۰۲۰)، «ادراک میزان فساد» با رقم ۲۵ در رتبه ۱۴۹ (۲۰۲۰)، «توسعه انسانی» با رقم ۷۸۳ در رتبه ۷۰ (۲۰۲۱)، و «کیفیت زندگی» با رقم ۶۵ در رتبه ۸۷ جهان قرار دارد (۲۰۲۱). در بُعد مراقبت‌های بهداشتی نیز، ایران با رقم ۵۲ دارای رتبه ۸۲ است (بر اساس: آمار سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹-۲۰۲۱).^۱ در این امتداد، بهبود عملکرد دولت در حوزه سلامت، به ویژه‌سازی ابعاد و مؤلفه‌های مرتبط با در نظر گرفتن سازوکارهای نهادی، ملاحظات اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی جامعه نیاز دارد؛ به ویژه اینکه بسیاری از تعاریف مدیریت دولتی، بر ماهیت سیاسی این ملاحظات تأکید دارند (شفريتز، ۲۰۱۷: ۶). همچنین ارتقای عملکرد حوزه خط‌مشی‌گذاری سلامت، به نگرش منطقی دولت‌مردان و کارگزاران در اجرای خرده‌سیستم‌های مدیریت دولتی و همراهی و مشارکت گروهی کارکنان آن نیاز دارد. از این‌رو، سازمان‌ها بر این باورند که اخراج یک کارمند ضعیف و افزایش دستمزد یک مجری خوب سخت است، اما بهبود عملکرد سازمان را حاصل تصمیم‌گیری‌های مطلوب مجموعه می‌دانند (جین و رینی، ۲۰۲۰: ۳). در واقع، سازمان‌ها در طی مسیر تکاملی از تنوع به سوی تجانس و هم‌شکلی حرکت می‌کنند و این تجانس و هم‌شکلی اغلب در نتیجه بلوغ سازمانی نمایان می‌شوند (قلی‌پور، ۱۳۸۵، ۱۰۹). منطق نظریه نهادی، بر رویه‌ها، قواعد و هنجارهایی تأکید دارد که واقعیت‌های اجتماعی جامعه را سازماندهی و هدایت کند (کورنلیسن و همکاران، ۲۰۱۵: ۴). در نتیجه، می‌توان ضمن مقایسه الگوی ارزشیابی عملکرد سلامت به ویژه خط‌مشی‌ها و عملکردهای محیطی سازمان‌های متولی امر سلامت را با هم‌شکلی نهادی^۵ در حوزه سازمانی شامل فشار اجباری،^۶ فراگرد تقلیدی،^۷ و فشار هنجاری^۸ (دیمجیو و پاول، ۱۹۸۳: ۱۵۰-۱۵۲) و میزان سازگاری و انطباق با هر یک را سنجید تا بر بر بهینگی موضوع به ویژه در بحث تخصیص منابع و مصارف آن افزود. البته ممکن است برخی از این سازوکارها به ویژه فشارهای اجباری، سازمان‌های متولی امر سلامت را بر بی‌توجهی به قوانین،

1- Adapted: World health statistics, 2019, 2020, 2021

2- Shafritz

3- Jin & Rainey

4- Cornelissen et al

5- Institutional Isomorphism.

6- coercive process

7- mimetic process

8 -normative pressure

دکتر آربین قلی‌پور بر آن است که می‌بایست جنبه چهارمی تحت عنوان هم‌شکلی نمادین را به نظریه هم‌شکلی نهادی افزود و آن را عامل مشروعیت‌بخشی سازمان تلقی کرد (قلی‌پور، ۱۳۹۹: ۲۸۳-۲۸۴). با توجه به اینکه پژوهشگران این وجه را مورد بررسی قرار نداده‌اند، توصیه می‌شود که پژوهشگران بعدی این وجه را مورد توجه ویژه قرار دهند.

9- DiMaggio & Powell

مقررات و مسئولیت‌ناپذیری در برابر وظایف خویش منحرف سازند. در این باره، باید مجریان دقت لازم را در حین تطابق و تبیین منطقی سازوکارهای فوق به عمل آورند. با مروری بر وضعیت کنونی و جایگاه فعلی حوزه سلامت، می‌توان بر عدم انطباق و ناهماهنگی این حوزه با شرایط محیطی و ساختار سازمانی دولت پی برد. با این اوصاف، پژوهشگر بر آن است تا با ارائه الگویی مناسب، ضمن تبیین شرایط مطلوب، میان ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت و فشارهای بیرونی، انطباق نهادی ایجاد کند.

ادبیات نظری پژوهش

ارزشیابی با تعیین ارزش،^۱ بر فراگرد ارزیابی^۲ هزینه‌ها، منافع و مخاطره‌های^۳ کاربست انواع راهکارها، برای نیل به اهداف دولت‌ها دلالت دارد.^۴ این فراگرد، به خط‌مشی‌گذاران کمک می‌کند تا آثار بالقوه، سبک و سنگین کردن‌ها^۵ و اثر کلی هر گزینه تصمیم را با شواهدی عینی در باره هر مقوله مقوله تصمیم‌گیری، فراهم کنند (خزانه‌داری کل،^۶ ۵:۲۰۱۸). دغدغه امروز دولتها به ویژه در شرایط بحرانی فعلی، تأمین رفاه عمومی و افزایش سرمایه اجتماعی است. در این میان، توجه ویژه به امنیت و حفظ سلامت جامعه با کاهش مخاطرات محیطی و قطع زنجیره بیماری‌های شایع نظیر ویروس کرونا ضروری است. از این‌رو، باید بیش از پیش به خط‌مشی‌های پیشگیرانه نظیر ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت به مثابه پیش‌ران انتقال خط‌مشی‌های عمومی (اوجا و همکاران،^۷ ۲۰۲۰) و بهره‌گیری از الگوهای تجویزی سازمان‌های بین‌المللی با رعایت ملاحظات و شرایط محیطی، توجه شود. همچنین، استفاده از روش‌ها و الگوهای پایه در اجرای ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت به منزله مؤلفه مهم سنجش عمل و اقدام دولت، ملاک تعیین موفقیت یا ناکامی برنامه‌های مصوب می‌باشد. از زمره این الگوها، می‌توان به الگوی ارزشیابی هدف‌مدار اشاره کرد که اهداف از پیش تعیین‌شده نظیر پایش عملکرد سازمان را در چارچوب اسناد فرادستی رصد می‌کند. علاوه بر این، الگوهایی مانند ارزشیابی

1 -value

2 -assessing

3- risks

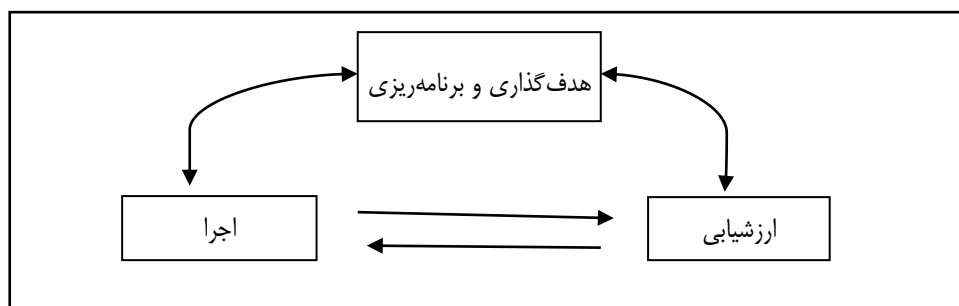
4 -government

5 -trade- offs

6- Her Majesty's Treasury

7- Ojha et al

معطوف به فایده^۱ که بر تأمین نیازهای آتی با تقلید از سازمان‌های مشابه تأکید دارد و نیز الگوی ارزشیابی طبیعی^۲ و الگوی چاندراشکر و همکاران (۲۰۱۹)^۳ که بر فشارهای هنجاری تصریح دارند. با این اوصاف، خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت، حول محورهای مرتبط با الگوهای رایج، عملکرد عینی سازمان‌ها را می‌سنجد. در نتیجه، موجب بهبود نسبی کارایی کارکنان و اثربخشی سازمان شده و بازخور نهایی عملکرد آن در بهره‌وری دولت آشکار می‌گردد (دانگهان، ۲۰۲۱: ۴-۵). از این‌رو، میزان موفقیت یک خرده‌سیستم، به عوامل گوناگونی چون نحوه مواجهه ارزشیابان با ویژگی‌های مرتبط و مشارکت کارکنان و کارگزاران، حمایت مدیران و قابلیت اجرا در محیط سازمان بستگی دارد (گوگویی و باروح، ۲۰۱۶: ۴). همچنین، به میزان پذیرش خرده‌سیستم از سوی کارکنان کارکنان تابعه سازمان نیاز دارد تا با رویکردی مبتنی بر اعتماد متقابل (دانگهان، ۲۰۲۱: ۱). در چرخه‌های هم‌افزای فراگرد برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی قرار گیرند. این مراحل سه‌گانه، بر رابطه مکمل تفکیک‌ناپذیر فراگردهای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی به شرح نمودار ۱ اشاره دارند:



نمودار ۱ رابطه مکمل برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی (ر.ک. پورعزت و عبدی، ۱۳۹۷: ۲۹)

هرچند در نظام اداری ایران و سیاست‌های کلی ابلاغی، به حوزه سلامت و پایش و رصد عملکرد آن اشاره شده است، اما نتایج موجود و جایگاه فعلی آن، از ناکارآمدی نسبی آن حکایت دارد. با این حال، اهمیت بالای خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد، موجب شده است تا پیامدهای نتیجه‌گرای بخش عمومی، به ویژه در حوزه سلامت، با دقت بیشتری رصد شوند. در ادامه برخی از مطالعات و پژوهش‌های مرتبط با موضوع پژوهش مرور می‌شوند:

1- Utilization based- evaluation

2- naturalistic evaluation

3- Chandrasekhar et al

4- Gogoi & Baruah

پیشینه تجربی پژوهش

سیف‌الدین اصل و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «مقایسه عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ایران با شاخص‌های کلیدی معرف توسعه پژوهش با استفاده از تکنیک دلفی فازی»، ضمن پیش‌بینی کارآمدی جایگاه منطقه‌ای نظام سلامت ایران در سال ۲۰۲۵، عوامل خط‌مشی‌گذاری، نهادی، فرهنگی و اجتماعی را بر ارزشیابی عملکرد سلامت، مؤثر دانسته‌اند. میرزایی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش «شاخص‌های مالی تأثیرگذار و قابل آموزش برای مدیران در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران»، ایجاد زمینه استقرار سیستم آموزشی نظام‌مند را منوط به بهره‌گیری از مؤلفه‌ها و شاخص‌های مرتبط با عوامل اقتصادی، ساختار سرمایه، بهره‌وری و کارایی در ارزشیابی عملکرد کرده‌اند. محمدی و شریف‌زاده (۱۳۹۶) در پژوهش «طراحی الگوی مدیریت عملکرد با رویکرد توسعه منابع انسانی در بخش دولتی»، بر حضور کارکنان با عملکرد عالی به مثابه مهم‌ترین عامل موفقیت سازمان‌های دولتی تأکید کرده‌اند، همچنین، الگوی مدیریت عملکرد کارکنان با رویکرد توسعه‌ای را به منزله تضمین اجرای موفق سیاست‌های مدون به ویژه اسناد فرادستی دانسته‌اند. رفیع‌زاده و میرسپاسی (۱۳۹۶)، در پژوهش «طراحی مدل مدیریت عملکرد با تأکید بر آموزش عالی»، بر بی‌کفایتی ۷۱ درصدی نظام ارزیابی دستگاه‌های اجرایی به علت ضعف در شاخص‌های عملکرد در سطوح اثر، فراگردها، پیامدها و خروجی‌ها اشاره داشته و احصای شاخص‌های مؤثر بر ساختار اداری و منابع انسانی در سطح کارکنان و سازمان حوزه آموزش عالی را پیشنهاد کرده‌اند. وفایی‌نجار و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش «شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان با ترکیبی از کارت امتیازی متوازن و تکنیک دلفی (بیمارستان منتصریه مشهد)»، بر بهبود برنامه راهبردی حیطه پژوهش تصریح کرده‌اند. مصدق‌راد و رحیمی‌تبار (۱۳۹۸) در پژوهش «الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی» ضمن مقایسه نظام سلامت ایران با کشورهای موفق، درصدد ارائه الگویی مناسب برای نظام سلامت ایران برآمده‌اند. یافته‌های پژوهش، از وجود چالش در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایران حکایت داشته، بر توسعه الگوی یکپارچه نظام سلامت، کاهش یا ادغام برخی معاونت‌ها و اداره‌های وزارت بهداشت، انجام پژوهش‌های شواهدمحور در حوزه خط‌مشی‌گذاری بهداشت و درمان، تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتبارسنجی خدمات سلامت با هدف افزایش بهره‌وری نظام سلامت حکایت داشته است.

واحدی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش «طراحی الگوی مدیریت عملکرد در حوزه سلامت ایران»، الگوی جامع سه بُعدی «رفتاری»، «ساختاری» و «زمینه‌ای» را ارائه و بر پاسخ‌گویی کارگزاران به ذی‌نفعان و عامه مردم در قبال نتایج و پیامدهای مورد انتظار از عملکردشان تأکید کرده‌اند.

اونن و ساین^۱ (۲۰۱۸) در پژوهش «ارزیابی کارایی سیستم بهداشتی و درمانی کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه»،^۲ کارایی سیستم بهداشت و درمان ۳۴ کشور عضو را با استفاده از داده‌های خروجی نظیر تعداد پزشکان، پرستاران، میزان اشغال تخت و بقای نوزادان بدو تولد طی سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۲، ارزیابی کرده‌اند. نتایج آن بر کارآمدی برخی از کشورهای در حال توسعه به منزله برنامه راهبردی دلالت داشته است. کمالی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش «عوامل مؤثر بر ارزیابی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان»، مؤلفه‌های مؤثر بر نتایج ارزیابی اعضای هیئت علمی آن دانشگاه را بررسی کرده‌اند. در نتیجه، دو موضوع اصلی؛ یعنی «ویژگی‌های سیستم آموزشی» و «ویژگی‌های سیستم ارزیابی اعضای هیئت علمی» و عوامل فرعی شامل «روش‌های ارزیابی»، «ابزار ارزیابی»، «فراگرد ارزیابی» و «استفاده از نتایج ارزیابی» را برای بهبود کیفیت آموزشی و استفاده خط‌مشی‌گذاران، هم‌راستا با مؤلفه‌های سیستم ارزشیابی عملکرد را پیشنهاد کرده‌اند. بوسو، سای‌کویی و هونگ جون^۳ (۲۰۱۹) در پژوهش «مدیریت هزینه و ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دولتی» وضعیت بیمارستان‌های چین را مطالعه کرده‌اند. یافته‌های پژوهش، از عدم به‌کارگیری سیستم‌های مدیریت هزینه نوین حکایت داشته، موجب صرف هزینه بیشتری در کنترل مصارف پزشکی شده است. استفاده از روش‌های مدیریت هزینه به ویژه اجرای حسابداری بهای تمام شده برای اجرای سازوکارهای قانونی و ایجاد زمینه علمی و دقیق در تصمیم‌گیری‌های بیمارستانی را تجویز کرده‌اند. مجیدی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی با موضوع «دیدگاه‌های کارکنان بهداشت و درمان در باره ارزیابی عملکرد سالانه: یک مطالعه در باره مراقبت‌های بهداشتی اولیه»، نظرات کارکنان آن حوزه در ارتباط با ارزیابی عملکرد سالانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۴ را جویا شده‌اند که ارزیابی عملکرد کارکنان بهداشتی با چالش‌هایی چون عدم کارایی داده‌های ارزیابی عملکرد، عدم بازخور آنی و مؤثر و ارزیابی ناموزون عملکرد همراه بوده است. در نتیجه، بر بازنگری سیستم‌های ارزیابی در قالب عوامل ساختاری تأکید شده است. رشیدیان و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش «ارزشیابی عملکرد و رتبه‌بندی سیستم‌های مراقبت اولیه بهداشتی منطقه‌ای و سلامت عمومی در

^۱- Önen & Sayın

^۲-Organisation for Economic Co- operation and Development (OECD)

^۳- Bosu & et al

^۴- Primary Health Care (PHC)

ایران» بر اساس گزارش‌های آماری وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران به ویژه شاخص‌های آمار حیاتی و نتایج شاخص‌های چندگانه جمعیت شناختی و سلامت، وضعیت ارزشیابی و سنجش عملکرد دانشگاه‌های علوم پزشکی را بررسی کرده‌اند. در نهایت، برنامه‌ریزی جامع بهبود عملکرد دانشگاه‌ها و درس‌آموزی و یادگیری از تجربه‌های موفق را پیشنهاد داده‌اند.

ببندل^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش «طراحی سیستم ارزشیابی عملکرد: ایجاد تعادل بین مسئولیت‌پذیری و توسعه حرفه‌ای پزشکان»، عملکرد یک مرکز پزشکی آموزشی در هلند را سنجیده‌اند. دستورالعمل اجرایی ارزشیابی عملکرد پیشنهادی در بحث توسعه رفتار حرفه‌ای با نظریه نهادی به ویژه فشار هنجاری، سازگاری دارد. لی^۲ (۲۰۲۱) در پژوهش «عوامل مؤثر بر اعتبار سنجش عملکرد در سازمان‌های غیر انتفاعی»، مؤلفه‌های مؤثر بر ارزشیابی عملکرد سازمان‌های غیر انتفاعی در کالیفرنیا را مرور کرده است. یافته‌های پژوهش، بر مشارکت ذی‌نفعان، فرهنگ توسعه، سطح پذیرش سنجش عملکرد، بودجه دولتی، حرفه‌ای‌گری و ثبات اقتصادی دلالت دارد که به بهبود اثربخشی عملکرد در ساختار دولتی می‌انجامد و با بُعد ساختاری و فناوری سازگاری کامل دارند. با مروری بر مطالعات و پژوهش‌های گذشته، ناکامی آنها به ویژه در مرحله اجرا به شرح زیر آشکار می‌شود:

۱) اغلب بر روش‌های معمول ارزشیابی عملکرد، روش‌های ارائه بازخور مدیران و سرپرستان و کارکنان، جزئی‌نگری در ارزشیابی عملکرد و نگرش یک سویه مدیران و سرپرستان متمرکز شده‌اند و در جنبه‌های ساختاری، عملیاتی و نظارت‌ها، دارای چالش‌های فراوانی‌اند. در واقع، با تمرکز بر موارد جزئی از عوامل کلان غافل مانده، بر عکس برخی نیز فقط سطح کلان را بررسی و از موارد جزئی صرف‌نظر کرده‌اند؛ در نتیجه فاقد اثربخشی لازم‌اند. برای مثال، برخی محورهای ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت به علت ضعف در مشکلات ساختاری، مورد سنجش قرار نمی‌گیرند و یا به نحو منطقی سنجیده نمی‌شوند؛

۲) الگوهای تجویزی اغلب با دیدگاه‌های غربی نگارش یافته‌اند و بدون توجه به عوامل فرهنگی و ارزشی، بیشتر بر کارایی اقتصادی الگوهای ارزشیابی عملکرد متمرکز کرده‌اند. در حالی که این عوامل در ساختار اداری ایران الزامی بوده و نادیده گرفتن آنها، موجب ناکامی الگوهای پیشنهادی در مرحله اجرا می‌شود؛

۳) الگوهای موجود در کشورهای دارای ساختار حاکمیتی و محدود دولتی با اقتصاد باز اجرا

^۱- Bindels

^۲- Lee

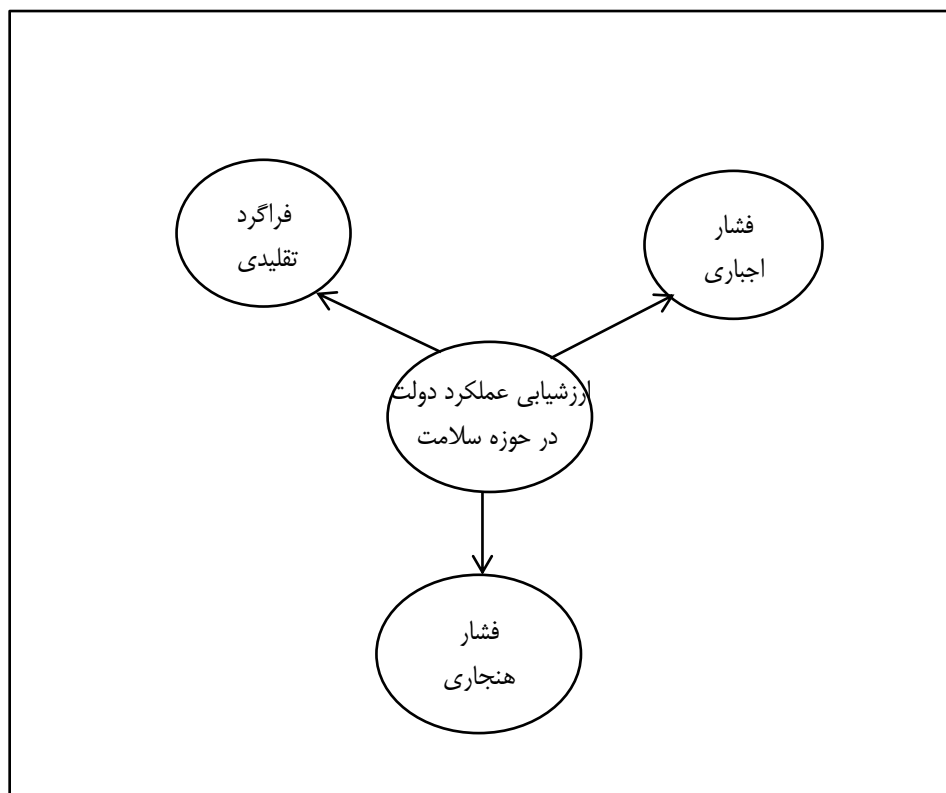
شده‌اند، در حالی که ایران با حجم بالای تصدی‌گری و اقتصاد دولتی، نیازمند ویژه‌سازی مؤلفه‌ها و شاخص‌های مرتبط با الگوی ارزشیابی عملکرد سلامت است؛
(۴) پژوهش‌های داخلی الگویی مناسب در جهت سنجش عملکرد حوزه سلامت و ارزشیابی آن ارائه نکرده‌اند.

بنابراین، در این پژوهش تلاش شده است تا حد ممکن خلأ پژوهش‌های موجود برطرف شود و ضمن تطابق با عوامل مؤثر بر نظریه هم‌شکلی نهادی، مشروعیت ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت متناسب با انتظارات و الزام‌های قانونی به ویژه در پایش عملکرد به‌هنگام، نحوه تخصیص بودجه و اعتبارات مالی، میزان تحقق وظایف و تکالیف مقرر را رصد نماید و الگویی نسبتاً جامع و فراگیر را ارائه دهد.

الگوی خام (اولیه) پژوهش

در باره شناسایی و تبیین کاربرست الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت بر مبنای نظریه هم‌شکلی نهادی، تاکنون الگویی ارائه نشده است که قابلیت سازگاری و تطابق میان خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد در حوزه سلامت و فشارها و فراگردهای محیطی (اجباری، تقلیدی و هنجاری) و شرایط موجود در ساختار سازمان‌ها و دولت را داشته باشد. نبود الگوی مناسب با قابلیت‌های فوق، موجب ناکارآمدی خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد در حوزه سلامت و در نتیجه ناکامی نسبی دولت در اجرای سیاست‌های مقرر شده، از جایگاه مناسبی در سطح بین‌المللی برخوردار نیست. خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت، باید قابلیت انسجام، انعطاف و تعمیم‌پذیری را داشته باشد و با سایر خرده‌سیستم‌های مرتبط هماهنگی لازم را برقرار نماید. همچنین، ضمن برقراری سازگاری مناسب با عوامل محیطی، در برابر تغییرات احتمالی و ضروری دچار چالش نشود. هرچند تاکنون نظریه‌های گوناگونی در باره ارزشیابی عملکرد ارائه شده‌اند، اما اغلب این نظریه‌ها از جامعیت و انسجام لازم برخوردار نبوده، تجویز کامل آنها ممکن نیست؛ در نتیجه خلأ نظری در این زمینه مشاهده می‌شود. با این حال، یکی از چارچوب‌های مطلوب برای ایجاد سازگاری و مطابقت پژوهش، نظریه هم‌شکلی نهادی است. در بررسی این نظریه مشخص شد که این نظریه با زمینه پژوهش حاضر انطباق و سازگاری داشته، قابلیت سنجش عوامل مؤثر بر ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت و نیز امکان بررسی وضعیت موجود را داراست. علاوه بر اینها، موضوع با خبرگان مشارکت‌کننده در فراگرد پژوهش مطرح شد که همگی بر سازگاری الگو و نظریه هم‌شکلی نهادی به ویژه در بحث اهداف و زمینه موضوعی پژوهش تأکید کردند. الگوی خام (اولیه) این پژوهش با

در نظر گرفتن مفاهیم نظریه هم‌شکلی نهادی، به شرح شکل ۱ است:



شکل ۱. الگوی خام (اولیه) پژوهش بر مبنای نظریه هم‌شکلی نهادی (پژوهش‌گر ساخته)

بر اساس الگوی خام (اولیه) پژوهش، می‌توان سه جنبه فشار اجباری، فراگرد تقلیدی و فشار هنجاری را مرور کرد. در جنبه فشار اجباری، به الزام‌های قانونی، اسناد فرادستی و سیاست‌های کلی مدون اشاره دارد. در واقع، مرحله تدوین و اجرای الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت متأثر از این الزام‌ها و سیاست‌هاست. در این امتداد، نهادهای قانونی به نوعی در خط‌مشی‌گذاری و تبیین سیاست‌های کلی مشارکت دارند. برای مثال، مجلس شورای اسلامی، ضمن اینکه وظیفه قانون‌گذاری را بر عهده دارد، می‌تواند از جنبه نظارتی در اجرای سیاست‌های کلی نیز دخالت کند و یا حتی در برخی اوقات متناسب با شرایط اقتضایی و محیطی ناشی از اجرای قوانین و مصوبات و فشار سازمان‌های رقیب،

شرایط الزام‌آوری را تکلیف کند. نمونه اخیر آن الزام دولت به افزایش حقوق کارکنان در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ به علت افزایش یکباره قیمت کالاهای اساسی و متناسب‌سازی افزایش حقوق کارکنان با میزان تورم و یا کاهش قدرت خرید مردم در نتیجه آزادسازی برخی از اقلام اساسی موجود است. در بحث فراگرد تقلیدی با گرایش به سازمان‌های موفق به ویژه در شرایط عدم اطمینان، می‌توان به عوامل ساختاری و فناورانه، عوامل اقتصادی با هدف رشد سرمایه‌گذاری حوزه سلامت و تعیین سطوح خدمات اشاره کرد. از این‌رو، دولت باید بتواند میان خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت و سایر خرده‌سیستم‌های موجود در درون سازمان‌ها، تناسب و ارتباطی منطقی برقرار کند، زیرا ایجاد این ارتباط بر بهینگی منابع و مصارف خواهد افزود و موجب کنترل نرخ تورم در حوزه اقتصادی، خواهد شد. در بحث فشار هنجاری، می‌توان بر اصول و مبانی اعتقادی جامعه اشاره کرد. این اصول بر میزان پای‌بندی و تعهد کارگزاران و متولیان امر و حرفه‌ای شدن آنها افزوده، با ایجاد روحیه جهادی در میان آنها، خدمت به جامعه را جزء آرمان‌های والای حکومت می‌دانند. بنابراین، در این مطالعه، الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت بر مبنای نظریه هم‌شکلی نهادی با هدف رعایت حقوق همگان به مثابه یک امر ارزشی و اخلاقی رصد می‌شود.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع توسعه‌ای - کاربردی است که ضمن بسط الگوهای موجود در باره ارزشیابی عملکرد حوزه سلامت، قابلیت تعمیم به سایر حوزه‌های وظیفه‌ای دولت را دارد. نوع پژوهش، کیفی بوده و با رویکرد استقرایی از رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین در راهبرد «نظریه داده‌بنیاد» بهره برده است. پژوهش به صورت تک‌مقطعی و گزاره‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. مصاحبه‌شوندگان به روش نمونه‌گیری ترکیبی هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند و در حین مصاحبه، افراد مطلع دیگری را معرفی کردند. تعداد مناسب برای این روش، معمولاً بین ۱۰ تا ۲۵ نفر است (اشتراوس و کوربین، ۲۰۰۸) و اشباع نهایی، زمانی است که داده‌های جدید، منجر به تولید مضمون جدید نشوند (مادن و همکاران، ۲۰۱۷^۲: ۳۷۸-۳۸۴). در این مطالعه، با ۱۹ نفر از خبرگان دانشگاهی - اجرایی شامل استادان خط‌مشی، اداره و حکمرانی، استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران دارای سابقه حوزه سلامت مصاحبه شد و پس از انجام مراحل کدگذاری، الگوی پژوهش ارائه گردید که در ادامه مراحل انجام پژوهش بیان می‌شوند.

^۱- Strauss & Corbin

^۲-Madden & et al

یافته‌های پژوهش

نظریه‌پردازی داده‌بنیاد، در پی شناسایی و تشریح الگوها با داده‌های کیفی است. در پژوهش کیفی، مفاهیم جدیدی شکل می‌گیرند یا اینکه مفاهیم موجود پالایش یا اصلاح می‌شوند؛ به عبارتی، پژوهش‌گر در حین کدگذاری به مفهوم‌سازی، سازماندهی و معنابخشی داده‌ها می‌پردازد. نظریه‌پردازی داده‌بنیاد، پژوهشی نیست که از یک نظریه آغاز و بعد قابل اثبات باشد، بلکه از یک دوره مطالعاتی شروع شده، فرصت داده می‌شود تا آنچه متناسب و مربوط به آن است، خود را نشان دهد (اشتراوس و کوربین، ۲۰۰۸: ۲۴).

در این پژوهش با استفاده از رهیافت نظام‌مند اشتراوس و کوربین، مصاحبه‌ها در راهبرد نظریه داده‌بنیاد تجزیه و تحلیل شدند. بدین‌ترتیب که ابتدا، نکات کلیدی از مبانی نظری، پژوهش‌های پیشین و متن مصاحبه‌ها استخراج و در قالب مفاهیم انتزاعی مفهوم‌سازی شدند. سپس با کدگذاری باز، مفاهیم حاصل از مصاحبه‌ها استخراج و ضمن خلاصه‌سازی انبوه داده‌ها با اختصاص کد یا برچسب اولیه، طبقه‌بندی شدند. در مرحله کدگذاری محوری، ضمن شناسایی علل و پیامدها، شرایط و تعاملات، مفاهیم و طبقات هم‌سان ایجاد شدند. حجم نمونه جامعه هدف متناسب با رهیافت پژوهش، شامل ۱۹ نفر از خبرگان دانشگاهی - اجرایی بودند و گزاره‌ها به روش ترکیبی نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی، از متن مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استخراج شدند.

در ادامه، برای افزایش قابلیت اعتماد پژوهش، پروتکل مصاحبه شامل شیوه آغاز مصاحبه، دستورالعمل‌های فراگرد مصاحبه، پرسش‌های مرتبط و به طور کلی راهنمای عملی پژوهش‌گر از آغاز تا پایان فراگرد مصاحبه طراحی شد و از روش درگیری طولانی مدت پژوهش‌گر با موضوع و مشاهده مداوم مفاهیم عمیق در محیط پژوهش به ویژه اخذ نکات اصلاحی یا تکمیلی مصاحبه‌شوندگان، استفاده شد که بر روایی پژوهش افزود.

گردآوری گزاره‌ها با ابزار مصاحبه به کدگذاری منطقی و درست حاصل از گزاره‌های خام مصاحبه نیاز دارد که موجب استخراج مقوله‌های مشخص و قابل فهم می‌شوند. این مهم به انجام پایایی فراگرد کدگذاری نیاز دارد. در این پژوهش برای محاسبه پایایی مصاحبه‌ها از پایایی بازآزمون استفاده شد. از میان مصاحبه‌های انجام شده دو مصاحبه به مثابه نمونه انتخاب و هر یک طی زمانی مشخص و کوتاه برای دو بار کدگذاری شدند. در هر مصاحبه، کدهای با دو فاصله زمانی مشابه تحت عنوان «توافق» و کدهای نامشابه تحت عنوان «عدم توافق» شناسایی شدند.

$$\text{درصد پایایی بازآزمون} = \frac{100\% \times \text{تعداد توافقی ها} \times 2}{\text{تعداد کل کدها}}$$

از این رو، هر یک از دو نمونه انتخابی مصاحبه در فاصله زمانی دو هفته‌ای کدگذاری شدند و نتایج این آزمون به شرح جدول ۱ به روش فرمول بالا برابر با ۸۵٪ و چون فراتر از ۶۰٪ حد انتظار است، قابلیت اعتماد کدگذاری را داشته، نشان از پایایی روش پژوهش دارد:

جدول ۱. پایایی پژوهش

ردیف	کد مصاحبه	تعداد کل کدها	تعداد توافقی‌ها	تعداد عدم توافقی‌ها	پایایی بازآزمون
۱	۹	۱۸	۷	۲	۷۷٪
۲	۱۶	۱۹	۹	۴	۹۴٪
	کل	۳۷	۱۶	۶	۸۵٪

مشخصات مصاحبه‌شوندگان شامل ۱۹ نفر به تفکیک خبره‌گی و رتبه به شرح جدول ۲ می‌باشند:

جدول ۲. مشخصات خبرگان مصاحبه‌شونده دانشگاهی و اجرایی

نوع خبره	رتبه علمی	تعداد نفرات
خبره دانشگاهی	استاد	۵
	دانشیار	۴
	استادیار	۱
خبره اجرایی	مدیران عالی (نماینده مجلس، وزیر و معاون وزیر)	۴
	مدیران میانی	۴
	متخصص	۱

در این مطالعه، ارتباط مستقیم بین پژوهشگر و خبره تا رسیدن به اشباع قطعی در مصاحبه‌ها انجام شد. نتایج فراگرد حاصل از مصاحبه با خبرگان در قالب ۱۲۴ مفهوم شناسایی شدند و پس از انجام کدگذاری محوری، مفاهیم در ۲۰ مؤلفه یا مقوله و ۴ بُعد اصلی به شرح جدول ۳ مرتب شدند:

جدول ۳. نتایج تحلیل رهیافت نظام‌مند در راهبرد نظریه داده‌بنیاد عوامل مؤثر بر ارزشیابی عملکرد دولت

در حوزه سلامت

بُعد	مؤلفه (مقوله)	مفاهیم
فرهنگی و ارزشی (D1)	جنبه جمعیتی (M1)	نرخ رشد جمعیت، ساختار سنی، ساختار جنسیتی، نرخ مهاجرت از روستا به شهر، نسبت جمعیت جوان به کل جمعیت، نسبت جمعیت میان‌سال به کل جمعیت، نسبت جمعیت سالمند به کل جمعیت
	جامعه‌پذیری (M2)	سطح تحصیلات جامعه، فرهنگ خودباوری و کاهش وابستگی، سطح سواد رسانه‌ای، مهارت‌های شناختی منتج از سواد سلامت، دستورالعمل‌های اجتماعی منطبق با حقوق شهروندی، تیم‌محوری، کارمحوری
	جنبه قومی و نژادی (M3)	تنوع قومی، تنوع نژادی، باورهای ملی و سنتی، روحیه وطن دوستی، هویت قومی، هویت

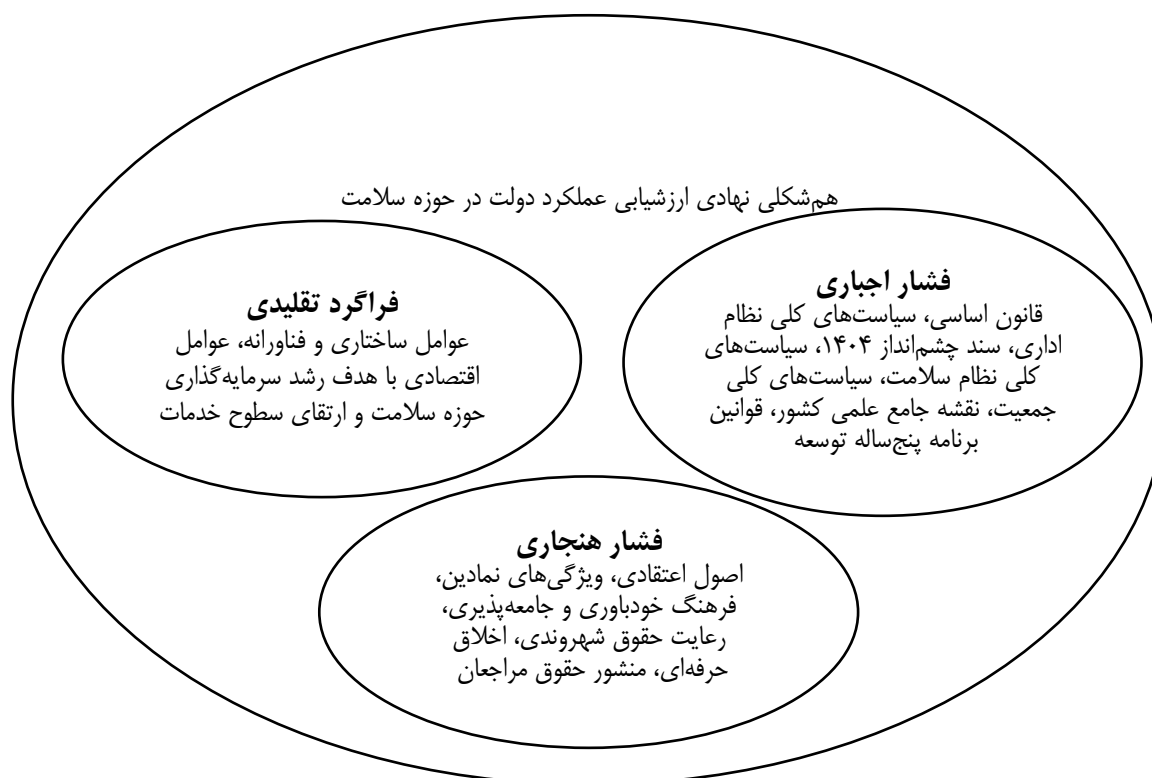
شناسایی و تبیین کاربری الگوی ارزشیابی عملکرد...

ملی		
تنوع آب و هوایی، گستردگی جغرافیایی، مناطق توسعه یافته، مناطق کم برخوردار و محروم، تمرکز جمعیت، گرایش به شهرنشینی	جنبه زیست محیطی (M4)	
عدالت توزیعی منابع و امکانات، صداقت، خودباوری، خودنظارتی، روحیه همکاری و نوع دوستی، رعایت حقوق عامه	اصول اعتقادی (M5)	
به گزینی و شایسته سالاری، مسئولیت پذیری، پاسخ گوئی، حساب پس دهی، پای بندی به قانون، تعهدگرایی، امانت داری، منشور حقوق کارکنان، منشور حقوق مراجعان، گردش شغلی	منشور حرفه ای (M6)	
تولید ناخالص داخلی، سهم هزینه سلامت در تولید ناخالص ملی، ^۱ مقایسه هزینه عمومی سلامت با متوسط جهانی، سهم قیمت خدمات دولتی در بهداشت به کل قیمتها، سهم هزینه درمان در کل بودجه خانوار	تولید کالا و خدمات (M7)	عوامل اقتصادی (D2)
نرخ تورم، درآمد خانوار، حجم نقدینگی، میانگین قیمت سبد سلامت نسبت به تورم	تنگناهای اقتصادی (M8)	
نرخ جمعیت شاغل، تعداد افراد شاغل، تعداد افراد بیکار، نسبت جمعیت فعال به کل جمعیت، نسبت جمعیت بیکار به کل جمعیت	بازار کار (M9)	
تولیت و حکمرانی سلامت، حجم و اندازه دولت، شرایط بازار کسب و کار، بهره وری بازار	رقابت پذیری (M10)	
میانگین درآمد خانوار، وضعیت مسکن، غذا و آموزش، چتر پوشش بیمه رایگان دهک های پایین	رفاه عمومی (M11)	
سرمایه گذاری بین المللی، اجرای معاهده های منطقه ای و بین المللی با رعایت کامل روابط دیپلماسی، شرایط تحریم ها، عضویت در سازمان های بین المللی	سرمایه گذاری (M12)	قوانین و خط مشی ها (D3)
دسترسی بی واسطه به خدمات نظام سلامت، رفع تبعیضات ناروا و ایجاد عدالت عمومی، برخورداری از تأمین اجتماعی، نخبه گرایی، تخصص گرایی، توانمندسازی، پیکربندی مناسب نهادهای تصمیم گیر، امنیت غذایی جامعه، سیاست های کلی جمعیت، سیاست های کلی الگوی مصرف، اقتصاد مقاومتی	اسناد فرادستی (M13)	
کارآمدی و اثربخشی، نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، همکاری بین بخشی، توسعه دولت الکترونیک و بهره گیری از فضای نوین، مدیریت بهرهوری و نظام اداری کشور، نظارت و ارزیابی	سیاست های کلی نظام اداری (M14)	
تحقق رویکرد سلامت همه جانبه، بهبود کیفیت خدمات سلامت، بهینه سازی منابع و مصارف، نظام پایش و ارزشیابی نظام سلامت، تحکیم بنیان خانواده،	سیاست های کلی نظام سلامت (M15)	
انتزاع بخش آموزش پزشکی، تغییر نگرش جامع از درمان به پیشگیری، بازبینی و ارزیابی مستمر فراگردهای ارائه خدمات، ارائه خدمات جایگزین بستری با رویکرد آینده نگر، برنامه جامع مقابله با بیماری های فصلی و بحران ها، اجرای قانون تعارض منافع، تقویت توریسم سلامت	خط مشی گذاری پیشگیرانه و توسعه ای (M16)	
سیستم نیازسنجی خدمات سلامت، پیش بینی مراجعات بیماران، تأمین تجهیزات سلامت، سیستم پایش زنجیره تأمین و مصرف	مدیریت عرضه و تقاضا (M17)	
سرانه پزشک، سرانه تخت، سرانه کارکنان سلامت، سرانه مصرف دارو هر نفر در سال، بودجه ریزی عملیاتی و حسابداری بهای تمام شده، تخصیص اعتبار به نسبت عملکرد، پرداخت از جیب به نسبت جهانی، روان سازی گردش منابع و وصول مطالبات	مدیریت منابع و هزینه (M18)	ساختاری و فناورانه (D4)
سیستم ارجاع پزشک، سطح بندی خدمات، سیستم برخط پذیرش و ترخیص،		

1- Gross Domestic Product (GDP)

مدیریت فناوریانه سلامت (M19)	هوشمندسازی، توسعه خدمات خودمراقبتی، سیستم اطلاعات مدیریت منسجم، استمرار طرح هر خانه یک پایگاه سلامت
چابکی ساختار و نیروی انسانی (M20)	بهینه‌سازی، کاهش سطوح مدیریتی و سقف پست‌های سازمانی، حذف ساختارهای موازی و زائد، آهنگ رشد جمیت، افزایش سن امید به زندگی، بهبود سرمایه اجتماعی، قوانین و مقررات منعطف، ارتقای سلامت اداری

نتایج حاصل از تحلیل پژوهش، در قالب ۴ بُعد و ۲۰ مؤلفه و ۱۲۴ مفهوم، نیازمند ارائه الگویی مناسب‌اند. الگوهای مطلوب، یادگیرنده‌اند، اما قابلیت استفاده یک‌بار برای همیشه را ندارند. در الگوی مطلوب، ضمن توجه به ظرفیت‌های ارزشمند الگوهای علمی پیشین، تلاش می‌شود تا به طور مستمر، الگوهای برتر و تکامل‌یافته‌تر، ابداع و اجرا شوند. برای اطمینان از نتایج پژوهش، یافته‌ها با نظریه هم‌شکلی نهادی حاوی عناصر مرتبط (اجباری، تقلیدی و هنجاری)، به شرح شکل ۲ طراحی و پیشنهاد شدند:



شکل ۲. هم‌شکلی نهادی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت (منبع، یافته‌های پژوهش)

موفقیت سازمان‌ها در انجام وظایف محوله، به میزان انطباق نهادی آنها با مؤسسه‌های متناظر و مشابه بستگی دارد. نهادگرایی جدید^۱ بر توسعه سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مبتنی بر عملکرد محیطی و سازمانی شامل سازوکارهای سه‌گانه فشار اجباری در قوانین و مقررات تجویزی از سوی دولت، فراگرد تقلیدی مؤثر بر عملکرد و فشار هنجاری متناسب با رویه‌ها و استانداردهای موجود تأکید دارد. در واقع، سازمان‌های دارای انطباق نهادی، فاقد مشکلات جذب منابع و پیامدهای قانونی و حقوقی‌اند (نگوین، تئو و هو،^۲ ۲۰۱۸). این انطباق در سازمان‌های با وظایف و مأموریت‌های هم‌سان، دقیق‌تر است. در این امتداد، فشار نهادی از زمره فشارهای خارجی محیطی است که به سازمان‌ها تحمیل شده، ضمن محدودیت در انتخاب‌های سازمانی، بر هماهنگی و انطباق نهادی می‌افزاید (دابی و همکاران،^۳ ۲۰۱۹). در واقع، هم‌شکلی بیانگر تجانس حیرت‌آور در اشکال و اعمال سازمانی است. با این‌حال، تنوع و گوناگونی سازمان‌ها بر پیچیدگی موضوع افزوده است؛ به عبارتی، چنانچه در یک حوزه سازمانی، طی مسیر تکاملی از تنوع به سوی تجانس و هم‌شکلی بیشتر باشد، کار برای افراد جدید مشکل‌تر خواهد بود. این هم‌شکلی، تغییرات سازمانی به ویژه در حوزه ساختارهای رسمی و سیستم‌های نظارتی و ارزشیابی، فرهنگی و رفتارهای شناختی، هنجاری، قوانین و مقررات، به‌گزینی و شایسته‌سالاری را رصد می‌کند و بر سه نوع هم‌شکلی شامل «فشار اجباری»، «فراگردهای تقلیدی» و «فشارهای هنجاری» (ر.ک. قلی‌پور، ۱۳۹۹، ۲۸۰-۲۸۳؛ چی و هوانگ،^۴ ۲۰۱۸)، تأکید دارد. هرچند این هم‌شکلی‌ها انتزاعی‌اند، اما برای تطبیق الگوهای پیشنهادی در عالم واقع، راه‌گشایند.

^۱- New institutionalism

^۲- Nguyen & et al

^۳- Dubey et al

^۴- Chi & Hwang

نتیجه‌گیری

ساخت الگو، اغلب بر مبنای یک نظریه ایجاد می‌شود و بازخور آن به طراحی سیستم می‌انجامد. در واقع، نظریه‌ها بیشتر بر مبنای ارزش‌ها، باورها، سازوکارهای نهادی و اولویت‌ها استوارند و نظریه خوب آن است که سیستم ارزشیابی عملکرد مناسبی را برای تضمین نیل به اهداف مقرر، طراحی کند. الگوها نیز نکات کلیدی نظریه‌ها را در قالب طراحی سیستم‌های اجرایی به منزله برآیند کارکردی نظریه و الگو، اجرایی می‌کنند. در حین ارزشیابی عملکرد مبتنی بر یک نظریه مبنایی، استفاده از مؤلفه‌ها و شاخص‌های مرتبط با هدف شکل‌گیری یک سیستم و اجرای منطقی آن ضروری است. در این پژوهش، با ابتناء بر نظریه هم‌شکلی نهادی، عوامل موجود و تجربه عملی زمینه پژوهش با نظریه مورد نظر مقایسه شده و ضمن ایجاد تناسب منطقی میان آنها، با استفاده از دانش و تجارب خبرگان، نتایج مصاحبه‌ها تحلیل شدند. در این امتداد، الگوی پیشنهادی بر ابعاد کلان دولت در حوزه سلامت نظیر «بُعد فرهنگی و ارزشی»، «بُعد اقتصادی»، و «قوانین و خط‌مشی‌ها»، و نیز بر ابعاد خُرد دولت در حوزه سلامت نظیر «بُعد ساختاری و فناوری» به همراه مؤلفه‌ها و مفاهیم مرتبط به هر یک اشاره دارد که همگی بر مطابقت و سازگاری با ابعاد سازوکارهای مرتبط در نظریه هم‌شکلی نهادی، دلالت دارند. این سازگاری بر مبنای عوامل استخراج شده الگو در هم‌شکلی سه‌گانه نهادی؛ یعنی هم‌شکلی اجباری، فراگرد تقلیدی و فشار هنجاری دسته‌بندی شده‌اند که با شرایط محیطی سازمان‌های دولتی و به ویژه حوزه سلامت سازگارند. همچنین، اغلب خبرگان پژوهش بر انطباق‌پذیری اهداف پژوهش با منطق نظریه هم‌شکلی نهادی تأکید کردند.

فشارهای وارده از سوی سازمان‌های نظارتی مبنی بر اجرای سیاست‌ها و خط‌مشی‌های ابلاغی ناشی از اعمال مقررات دولتی، اجباری تلقی می‌شوند و در زمینه‌های گوناگون به ویژه سنجش عملکرد سازمان‌های دولتی، کاربرد بیشتری دارند. در این پژوهش، برخی از عوامل مؤثر بر ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت بررسی شده‌اند که موجب بروز فشار قانونی بر سازمان‌های متولی امر ناظر بر اجرای قوانین و الزام‌های نهادی می‌شوند و به شرح جدول ۴ تحت عناوین مؤلفه قانون اساسی، اسناد فرادستی و سیاست‌های کلی نظام سلامت مد نظر قرار می‌گیرند.

جدول ۴. برخی عوامل قانونی مؤثر بر ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت

شناسایی و تبیین کاربرست الگوی ارزشیابی عملکرد...

مؤلفه	مفاهیم	منبع
قانون اساسی	برخورداری از تأمین اجتماعی	قانون اساسی (اصل ۳۹، بند ۱۲؛ اصل ۳، بند ۲؛ اصل ۲۶؛ اصل ۲۹، بند ۴؛ اصل ۴۴)
	رفع تبعیضات ناروا و ایجاد عدالت عمومی	
	دسترسی بی واسطه به خدمات نظام سلامت	
	رفع فقر، محرومیت و ایجاد رفاه نسبی	
اسناد فرادستی	توانمندسازی کارکنان	سیاست‌های کلی نظام اداری، سیاست‌های کلی جمعیت، سیاست‌های کلی الگوی مصرف، سیاست‌های اقتصاد مقاومتی، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی کشور
	نظام پرداخت مبتنی بر پاداش و جبران خدمات	
	امنیت غذایی آحاد مردم جامعه	
	محرومیت‌زدایی مناطق از طریق جذب نخبگان	
	نیل به جایگاه اول علمی، اقتصادی و فناوری منطقه آسیای جنوب غربی	
	تأمین رفاه و سلامت عامه	
	به‌گزینی و شایسته‌سالاری	
	کارآمدی و اثربخشی قوانین و مقررات اداری	
	همکاری بین بخشی دستگاه‌های متولی سلامت	
	تعهد به منشور اخلاق حرفه‌ای	
سیاست‌های کلی نظام سلامت	تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه	سیاست‌های کلی نظام سلامت
	تأمین مالی و تدارک خدمات حوزه سلامت	
	بهبود کیفیت خدمات جامع سلامت	
	تحکیم بنیان خانواده	
	تفکیک وظایف تولید و حکمرانی سلامت	
	نظام پایش، نظارت و ارزشیابی سلامت	
	عدالت توزیعی خدمات سلامت	
	بهبودسازی منابع و مصارف حوزه سلامت	
	توسعه خدمات الکترونیک دولت نظام سلامت	
	شفافیت و پاسخ‌گویی در عملکرد	

در اسناد و سیاست‌های ابلاغی، ضمن تمرکز بر اصول پایه، بر میزان مشارکت کارکنان و سازمان‌های متولی امر سلامت به منظور اجرای موفق ارزشیابی عملکرد اشاره دارند. فشارهای اجباری، اغلب در قالب مقررات رسمی و آیین‌نامه‌های دولتی به دستگاه‌های اجرایی ابلاغ می‌شوند تا اینکه خط‌مشی عمومی ویژه‌ای را نهادینه کنند (چن و همکاران،^۱ ۲۰۱۸). پژوهش حاضر اهمیت هم‌شکلی اجباری را در اجرای موفق ارزشیابی عملکرد ناظر بر مؤلفه‌های پیشنهادی و قوانین و مقررات مربوط به ویژه اسناد فرادستی نظیر سیاست‌های کلی نظام سلامت، سیاست‌های کلی نظام اداری، نقشه جامع علمی کشور، سیاست‌های کلی جمعیت و اقتصاد مقاومتی را ضروری می‌داند. در پژوهش قلی‌پور (۱۳۸۵)، نیز بر جایگاه هم‌شکلی اجباری در ادامه حیات سازمان تأکید شده است.

¹ - Chen & et al

همچنین، سیف‌الدین اصل و همکاران (۱۳۹۴) بر جایگاه مؤلفه‌های نهادی، فرهنگی و اجتماعی در کارآمدی نظام سلامت در افق ۱۴۰۴ اشاره کرده‌اند. محمدی و شریف‌زاده (۱۳۹۶) اجرای الگوی مطلوب مدیریت عملکرد کارکنان را با رویکردی توسعه‌ای، به عنوان ضامن اجرای موفق خط‌مشی‌ها و سیاست‌های مدون به ویژه اسناد فرادستی دانسته‌اند. علاوه بر اینها، در پژوهش بوسو، سای‌کویی و هونگ جون (۲۰۱۹) بر استفاده از روش‌های مدیریت هزینه به ویژه اجرای حسابداری بهای تمام شده به منظور ایجاد زمینه علمی و دقیق در تصمیم‌گیری‌های بیمارستانی تأکید شده است که با فشار اجباری مطابقت دارد.

فراگردهای تقلیدی اغلب از سوی رقبای بخش دولتی و خصوصی منتشر و در سازمان‌های هم‌سو در مأموریت و وظایف مقرر رصد می‌شوند، بدین نحو که این سازمان‌ها در یک رشته فعالیت معین، برخی مقررات را داوطلبانه اجرا می‌کنند تا با تقلید و هم‌رنگی با آنها، مشروعیت خویش را افزایش دهند (یانگ، ۲۰۱۸). همچنین، برخی سازمان‌ها در شرایط عدم قطعیت، از سازمان‌های مشابه دیگر الگوبرداری می‌کنند. در ساختار الگوی پژوهش حاضر، تعدادی از عوامل و فراگردهای کلان و خرد دولت ناظر بر بهبود عملکرد دولت مد نظر قرار گرفته‌اند. این عوامل موجب می‌شوند تا میان سازمان‌های گوناگون دولتی به ویژه در امر سنجش عملکرد حوزه سلامت، نوعی تقلید آگاهانه شکل بگیرد و از سازوکارهای اصلی هم‌شکلی نهادی در طراحی سازه‌ها و فراگردهای مرتبط با ارزشیابی عملکرد و بهبود سازمانی خویش بهره ببرند. در واقع، وجوه تشابه و تمایز ابعاد و مؤلفه‌های پژوهش بر مشروعیت سازمان‌ها می‌افزاید. از این‌رو، سازمان‌های دولتی متولی امر سلامت باید فراگردهای تقلیدی را جدی بگیرند، چون هم‌شکلی تقلیدی درونی و بیرونی و تناسب کارکنان و سازمان با سایر مراکز هم‌سان و مشابه، موجب برانگیختگی کارکنان در بهبود عملکرد سازمانی آنها می‌شود.

در این پژوهش، فراگردهای تقلیدی بیرونی در قالب عوامل اقتصادی، ساختاری و فناورانه با هدف رشد سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی حوزه سلامت و اجرای سطح‌بندی خدمات به منظور بهبود عملکرد حوزه سلامت در الگو نمایان شده‌اند. در پژوهش قلی‌پور (۱۳۸۵)، فراگردهای تقلیدی در قالب «میل به اجرای فراگردهای تقلیدی ناشی از موفقیت سازمان‌های مشابه» قید شده‌اند. در پژوهش لی (۲۰۲۱) بر مشارکت ذی‌نفعان، فرهنگ توسعه، سطح پذیرش سنجش عملکرد، بودجه دولتی، حرفه‌ای‌گری و ثبات اقتصادی دلالت دارد که به نحو قابل ملاحظه‌ای بر اعتبار سنجش عملکرد در بُعد ساختاری و فناورانه مؤثرند. همچنین، در پژوهش رشیدیان و همکاران (۲۰۲۱) برنامه‌ریزی جامع برای ایجاد تعادل در بهبود عملکرد دانشگاه‌ها و لزوم یادگیری از تجربه

¹- Yang

دانشگاه‌های موفق را پیشنهاد کرده‌اند که در بُعد تقلیدی به ویژه زمینه اقتصادی با پژوهش حاضر، مطابقت دارد.

فشارهای هنجاری در قالب ارزش‌ها و استانداردهای رفتاری تجویزی از سوی ذی‌نفعان خارجی نظیر مشتریان، احزاب سیاسی رقیب، رسانه‌ها و...، اعمال می‌شوند و بر فرهنگ حاکم بر جامعه دلالت دارند. در این مطالعه، هم‌شکلی هنجاری در قالب عوامل فرهنگی دارای بار ارزشی و اخلاقی شامل جامعه‌پذیری، ویژگی‌های نمادین، فرهنگ خودباوری و کاهش وابستگی و دستورالعمل‌های اجرایی منطبق با حقوق شهروندی گنجانده شده‌اند. هم‌شکلی هنجاری در پژوهش قلی‌پور (۱۳۸۵) با اصول «به‌کارگیری مدیران با رفتار شرقی و اجرای ایده‌های غربی» در سبک رهبری بیان شده است. واحدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود با ارائه الگوی جامع سه بُعدی «رفتاری»، «ساختاری» و «زمینه‌ای»، بر پاسخ‌گویی کارگزاران به ذی‌نفعان و عامه مردم در قبال نتایج و پیامدهای مورد انتظار از عملکردشان تأکید کرده‌اند. همچنین، در پژوهش مجیدی و همکاران (۲۰۲۰) برای رفع چالش‌های مترتب بر ارزشیابی عملکرد، بر بازنگری سیستم‌های ارزیابی به ویژه بهبود کارایی و بازخور آنی و مؤثر بر عملکرد اشاره شده است که با فشار هنجاری مطابقت دارد. بیندل و همکاران (۲۰۲۱) نیز در پژوهش طراحی سیستم ارزشیابی عملکرد، به توسعه رفتار حرفه‌ای در حوزه سلامت اشاره کرده‌اند که با فشار هنجاری کاملاً سازگاری دارد.

علاوه بر اینها، از زمره نکات کلیدی که مصاحبه‌شوندگان بر آنها تأکید داشتند، مفاهیم مرتبط با مقوله خط‌مشی‌گذاری پیشگیرانه و توسعه‌ای بود. این نکات عبارتند از: «ماندگاری یا انتزاع بخش آموزش پزشکی با بررسی همه جانبه»، «تغییر نگرش جامع از درمان به پیشگیری»، «بازبینی و ارزیابی مستمر فراگردهای ارائه خدمات»، «ارائه خدمات جایگزین بستری با رویکرد آینده‌نگری»، «برنامه جامع مقابله با بیماری‌های فصلی و بحران‌ها»، «اجرای قانون تعارض منافع» و «تقویت صنعت توریسم سلامت».

مصاحبه‌شوندگان در بحث چابکی ساختار و نیروی انسانی نیز، به نکات ارزشمندی اشاره کردند. این نکات عبارتند از: «بهینه‌سازی»، «کاهش سطوح مدیریتی و سقف پست‌های سازمانی»، «حذف ساختارهای موازی و زائد»، «آهنگ رشد جمعی»، «افزایش سن امید به زندگی»، «بهبود سرمایه اجتماعی»، «اجرای قوانین و مقررات منعطف»، و «ارتقای سلامت اداری».

به‌کارگیری منطقی این مؤلفه‌ها، موجب می‌شود تا با انگیزش در سطح سازمان و کاهش سطوح زائد، از رویه‌های غلط پرهیز کرده، ضمن بهینه‌سازی منابع و مصارف، زمینه ایجاد دولت اثربخش و کارا فراهم شود.

در جمع‌بندی نهایی، می‌توان ادعا کرد که کارایی الگوی پیشنهادی، بر این منطق استوار است که با مطالعه مؤلفه‌ها و الگوهای موجود در زمینه ارزشیابی عملکرد، نقاط افتراق و اشتراک آنها را مرور کرده و علل موفقیت یا ناکامی آنها را در مرحله اجرا احصاء نماید. در واقع، با تکیه بر نقشه راه «گذشته چراغ راه آینده»، به بهبود ساختار موضوع پژوهش پرداخته است. در این امتداد، نتایج پژوهش با نظریه هم‌شکلی نهادی و اصول و راهبردهای مندرج در قوانین و اسناد فرادستی و سیاست‌های کلی ابلاغی نظام سلامت و برنامه جامع اصلاح نظام اداری، مطابقت دارند و وجوه اشتراک بسیاری میان عوامل زمینه‌ای و راهبردهای موجود در الگوی پژوهش و اصول و راهبردهای برنامه‌های اجرایی نظیر سیاست‌های کلی نظام سلامت و برنامه جامع اصلاح نظام اداری به ویژه دوره دوم (۱۳۹۷-۱۳۹۹) وجود دارد.

با این حال، در برخی زمینه‌ها، محدودیت‌هایی بر پژوهش حاضر وارد است که به شرح زیر مرور می‌شوند:

الف) بررسی نتایج و پیامدهای مطالعات و پژوهش‌های قبلی و مطابقت آنها با نظریه هم‌شکلی نهادی ضروری است، هرچند این هم‌شکلی می‌تواند در قالب هم‌تکاملی صورت پذیرد تا اینکه ظرفیت پوشش نقاط ضعف نهادهای هم‌گن فراهم گردد. برای مثال، بحث تقسیم کار و کار گروهی موجب می‌شود تا مسیر تکامل بهینه شود. با این اوصاف، کماکان احتمال بروز مشکل اساسی در این مطابقت وجود دارد و آن اینکه نهادهای متعددی شکل می‌گیرند تا یک مسئله را حل کنند و هماهنگی و هم‌سویی این نهادها، به تدریج به یک عارضه و چالشی پیچیده تبدیل خواهد شد؛

ب) پژوهش حاضر از محدودیت‌های موجود در مطالعات و پژوهش‌های تطبیقی به ویژه از منظر بازه‌های زمانی مطابقت برخوردار است. علاوه بر این، ضمانت اجرایی قوانین و مؤلفه‌های نهادی مبتنی بر اسناد و قوانین فرادستی دارای چالش‌هایی است. در برخی موارد با طولانی‌شدن فراگرد اجرای قوانین و به بهانه تکمیل تعهدات و وظایف مقرر و یا تصویب قوانین جدید، تکالیف معطل و جامانده بلااثر می‌شوند؛

ج) باید اعتراف کرد که ابزار کارآمد و مؤثری مبنی بر پاسخ‌گویی و حساب پس‌دهی کارگزاران و مجریان وجود ندارد. در نتیجه بسیاری از قوانین به علت ضعف در ضمانت اجرایی، مطلوبیت لازم را از دست می‌دهند. صرف ارائه الگو بدون ضمانت اجرایی کارگزاران و متولیان امر در به‌کارگیری مؤلفه‌های آن کافی نیست؛

د) پیشنهاد و ارائه الگو دلیلی بر کارآمدی آن در بازه‌های زمانی گوناگون تلقی نمی‌شود و چه

بسا با اجرای آن در محیط‌های گوناگون، نتایجی کاملاً متفاوت داشته باشد. از این‌رو، پژوهش‌گران بر این باورند که الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر کامل و بی‌نقص نیست. فارغ از این محدودیت‌ها، در این پژوهش تلاش شده است تا با رویکردی کاربردی‌گرایانه، ضمن جهت‌دهی صحیح مؤلفه‌های هم‌راستا با اهداف مقرر در قوانین فرادستی و شرایط فعلی جامعه، با جامع‌نگری بر منافع آیندگان، مقدمات ایجاد الگویی آرمانی در سطح کلان دولت برای بهره‌مندی جامعه از رفاه عمومی، به منزله ضرورتی اجتناب‌ناپذیر، هموار گردد. وجه تمایز این پژوهش با الگوهای مشابه موجود، رویکرد «نگاه به آینده» است که با در نظر گرفتن شرایط گذشتگان و حال، منافع آیندگان را در نظر می‌آورد. البته این نکته مهم است که هیچ تجربه مشابهی قابل استناد و الگوبرداری نیست، اما تجربه‌ها آگاهی‌های ارزشمندی را به دست می‌دهند که از جمله آنها، می‌توان به تجربه‌های ناموفق و آزمون و خطای گذشته اشاره کرد. بنابراین، به پژوهش‌گران آتی، پیشنهاد می‌شود نتایج و پیامدهای پژوهش‌های کاربردی را با ملاحظه عوامل زیر در نظر آورده تا قابلیت تعمیم آنها به سایر علوم و زمینه خلق دانشی بنیادین را فراهم نمایند:

- ۱) مطالعه و بررسی موضوعات جزئی‌تر در حوزه‌های نظام اداری با استفاده از روش‌شناسی‌های پژوهش در رهیافت‌ها و نظریه‌های گوناگون و تجزیه و تحلیل آنها با تعیین قطعی دوره‌های زمانی اجرا و حتی تعیین زمان نسخ الگوهای پیشنهادی؛
- ۲) شناسایی سایر خرده‌سیستم‌های متناظر با خرده‌سیستم ارزشیابی عملکرد مترتب بر حوزه سلامت با هدف تعمیم مؤلفه‌های مؤثر در سنجش عملکرد به حوزه وظیفه‌ای هر یک از آنها؛
- ۳) شناسایی چالش‌های موجود در مسیر اجرای خرده‌سیستم‌های مرتبط و متناظر به ویژه به‌کارگیری راهکارهای اجرایی مبتنی بر راهبردها و محورهای قوانین، مقررات، سیاست‌ها و برنامه‌های جامع نظام اداری و سلامت؛
- ۴) تدوین و اجرای الگوهای جامع و فراگیر با هدف نظارت راهبردی بر خطمشی‌ها و سیاست‌های تکلیفی با هدف ایجاد حکمرانی سلامت تعالی‌گرا؛
- ۵) بسط و توسعه الگوی پیشنهادی پژوهش به سایر حوزه‌های وظیفه‌ای دولت با هدف چابک‌سازی ساختار، بهینه‌سازی منابع و مصارف و فراهم‌نمودن زمینه تحقق دولت رفاه.

منابع

- ابوالمعالی، فاطمه السادات؛ دانش فرد، کرم‌اله و پورعزت، علی اصغر (۱۳۹۹). طراحی الگوی اصلاحات اداری با رویکرد حکمرانی دیجیتال. مدیریت سازمان‌های دولتی، ۸(۳)، ۱۱-۳۲.
- ادیب‌زاده، مریم، نجف‌بیگی، رضا؛ موسی‌خانی، مرتضی؛ دانش فرد، کرم‌اله و عالم‌تبریز، اکبر (۱۳۹۶). طراحی الگوی مدیریت عملکرد برای سازمان‌های دولتی. مدیریت منابع در نیروی انتظامی، ۵(۳)، ۱-۲۴.
- دهنوی، حامد و مصدق‌راد، علی محمد (۱۳۹۷). ارزشیابی عملکرد بیمارستان‌های ایران: مرور نظام‌مند و فراتحلیل دو دهه پژوهش. پایش، ۱۷(۶)، ۶۰۳-۶۱۵.
- رفیع‌زاده، علاءالدین و میرسپاسی، ناصر (۱۳۹۶). طراحی مدل مدیریت عملکرد با تأکید بر آموزش عالی. مطالعات اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی، ۷(۱۷)، ۳۳-۵۵.
- سیف‌الدین اصل، امیرعلی؛ ثقفی، فاطمه؛ ذوالفقارزاده، محمدمهدی و حمیدی، مهدی (۱۳۹۴). مقایسه عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ایران با شاخص‌های کلیدی معرف توسعه پژوهش با استفاده از تکنیک دلفی فازی. مدیریت توسعه فناوری، ۲(۴)، ۵۱-۷۴.
- قلی‌پور، آرین (۱۳۸۵). هیدروکراسی یا بوروکراسی. دانش مدیریت، ۱۹(۷۵)، ۱۰۳-۱۲۳.
- قلی‌پور، آرین (۱۳۹۹). جامعه‌شناسی سازمانها (رویکرد جامعه‌شناختی به سازمان و مدیریت). چ (۱۸). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها «سمت».

کیانی، پاکنوش؛ پورعزت، علی اصغر؛ دانش فرد، کرم اله و غلامرضا معمارزاده طهران (۱۴۰۱). شناسایی ابعاد و مؤلفه های کاربرست الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت. مطالعات مدیریت دولتی ایران، ۵(۱)، ۳۱-۳۸

doi:10.22034/jipas.2022.312690.1273.58

کیانی، پاکنوش؛ پورعزت، علی اصغر؛ دانش فرد، کرم اله و غلامرضا معمارزاده طهران (۱۴۰۱). طراحی الگوی ارزشیابی عملکرد دولت در حوزه سلامت. چشم/نداز مدیریت دولتی، آماده انتشار، doi: 10.52547/jpap.2022.226130.1166.

محمدی، محمد و شریفزاده، فتاح (۱۳۹۶). طراحی الگوی مدیریت عملکرد با رویکرد توسعه منابع انسانی در بخش دولت. آموزش و توسعه منابع انسانی، ۴(۱۵)، ۱۳۳-۱۵۹.

مصدق‌راد، علی محمد و رحیمی تبار، پریسا (۱۳۹۸). الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی. علوم پزشکی رازی، ۲۶(۹)، ۱۰-۲۸.

میرزایی، اباسط؛ طیبی، سیدجمال‌الدین؛ نصیری‌پور، امیر اشکان و ریاحی، لیلا (۱۳۹۵). شاخص‌های مالی تأثیرگذار و قابل آموزش برای مدیران در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، نوآوری‌های مدیریت آموزشی، ۱۲(۱)، ۸۵-۹۲.

واحدی، حسین؛ حاج‌علیان، فرشاد؛ جهانگیرفرد، مجید و مجیبی، تورج (۱۳۹۹). طراحی الگوی مدیریت عملکرد در حوزه سلامت ایران. مدیریت پرستاری، ۹(۳)، ۸۷-۱۰۰.

وفایی نجار، علی؛ ابراهیمی پور، حسین؛ هوشمند، الهه و زمردی نیت، هادی. (۱۳۹۷). شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان با ترکیبی از کارت امتیازی متوازن و تکنیک دلفی (بیمارستان منتصریه). نوید نو. ۲۱(۶۶)، ۱-۱۱. doi:

- Alves, I., & Lourenço, S M. (2021). Subjective performance evaluation and managerial work outcomes. *Accounting and Business Research*, DOI: 10.1080/00014788.2021.1959292
- Aras, G., N. Tezcan., & O.K. Furtuna. (2018). Multidimensional comprehensive corporate sustainability performance evaluation model: Evidence from an emerging market banking sector. *Journal of cleaner production*. 185: p. 600-609.
- Barbieri, M., Micacchi, L., Vidè, F., & Valotti, G. (2021). The Performance of Performance Appraisal Systems: A Theoretical Framework for Public Organizations. *Review of Public Personnel Administration*. <https://doi.org/10.1177/0734371X211043560>.
- Bindels, E., Boerebach, B., Scheepers, R., Nooteboom, A., Scherpbier, A., Heeneman, S., & Lombarts, K. (2021). Designing a system for performance appraisal: balancing physicians' accountability and professional development. *BMC health services research*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06818-1>.
- Bo su., Si-Qi F., & Hong-Juan ,T. (2019). Public Hospital Cost Management and Performance Evaluation from the Perspective of DRGs, 5th International Conference on Economics and Management.
- chandrasekhar, k, m., narayanan, m.k., vasudev, c. m., sreedharan., e., haldar, p. c., & trivedi, p., (2019). performance management in government. center for good governance department of administrative reforms and public grievances, ministry of personnel, government of india, india retrieved from [https:// darpg.gov.in/sites/default/files/performance_ management.pdf](https://darpg.gov.in/sites/default/files/performance_management.pdf) (accessed in Jan.03.2019).
- Chen, X., Yi, N., Zhang, L., & Li, D. (2018). Does institutional pressure

foster corporate green innovation? Evidence from China's top 100 companies. **Journal of Cleaner Production**, 188, 304–311

Choi, M., Lee, J., & Hwang, K. (2018). Information Systems Security (ISS) of E-Government for Sustainability: A Dual Path Model of ISS Influenced by Institutional Isomorphism. *Sustainability*, 10(5), 1555.

Chu, Z., Wang, L., & Lai, F. (2019). Customer pressure and green innovations at third party logistics providers in China: The moderation effect of organizational culture. *The International Journal of Logistics Management*, 30(1), 57-75.

Cornelissen, J. P., Durand, R., Fiss, P. C., Lammers, J. C., & Vaara, E. (2015). Putting communication front and center in institutional theory and analysis. *Academy of Management Review*, 40(1), 10-27.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147.

Donghun, Y. (2021). How Can Personnel Performance Evaluation Systems Be Improved? . *SAGE Open*, (),1 –12. doi:10.1177/2158244020986538.

Dubey, R., Gunasekaran, A., Childe, S. J., Papadopoulos, T., & Helo, P. (2019). Supplier relationship management for circular economy: influence of external pressures and top management commitment. *Management Decision*, 57(4), 767-790.

Rubin, E. V., & Edwards, A. (2018). The performance of performance appraisal systems: Understanding the linkage between appraisal structure and appraisal discrimination complaints. *The International Journal of Human Resource management*. Advance online publication.

1-20. doi:10.1080/09585192.2018.1424015

- Gill, D. (2019). *The Fiscal Responsibility Act 1994: How a Nonbinding Policy Instrument Proved Highly Powerful, Successful Public Policy: Lessons from Australia and New Zealand*, edited by Joannah Luetjens et al., ANU Press, Acton ACT, Australia, 2019, 423–452.
- Gogoi, Krishnasree., & Baruah, Papori. (2016). *An Ethical Evaluation of Performance Appraisal System. International Journal of Commerce and Management*, 6(1). ISSN 2231-492X. 6.
- HM, Treasury.(2018). *The Green Book: Central Government Guidance on Appraisal and Evaluation*. London: HM Treasury.
- Jiang, D.K., & Liu, Z.K. (2014) *Research on Application of Balanced Scorecard in the Government Performance Appraisal*. *Open Journal of Social Sciences*, 2, 91-96.
- Jin, R. Q., & Rainey, H. G. (2020). *Positive in public service: Government personnel, constrained incentives, and positive work attitudes. International Public Management Journal*, 23(1), 25–56.
- Kamali, F., Yamani, N., Changiz, T., & Zoubin, F. (2018). *Factors influencing the results of faculty evaluation in Isfahan University of Medical Sciences. Journal of education and health promotion*, 7, 13. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_107_17
- Kirkpatrick, Donald L., & James D. Kirkpatrick .(2006). *Evaluating training programs:the four levels*. Third edition. San Francisco: Berrett- Koehler Publishers, Inc.
- Lee. C. (2021). *Factors influencing the credibility of performance measurement of nonprofit, International Review of public Administration*12(2).

- Madden, C.; Clayton, M.; Canary, H. E.; Towsley, G.; Cloyes, K.; Lund, D. (2017). Rules of performance in the nursing home: A grounded theory of nurse-CNA communication. *Geriatric Nursing*, 38 (2), 378-384.
- Majidi. S. Daneshkohan . A., Zarei. E., & Ashktorab. T. (2020). Perspectives of health workers on annual performance appraisal: A study in primary health care, *international Journal of Healthcare Management*, DOI:10.1080/20479700.2020.1755810
- Miles R.E., & Snow, C.C. (1978). *Organizational Strategy, Structure, and Process*; New York: McGraw-Hill.
- Murphy, K. R. (2020). Performance evaluation will not die, but it should. *Human Resource Management Journal*, 30(1), 13-31.
- Nguyen, D. T. N., Teo, S. T., & Ho, M. (2018). Development of human resource management in Vietnam: A semantic analysis. *Asia Pacific Journal of Management*, 35(1), 241–284.
- Ojha, H., Regmi, U., Shrestha, K. K., Paudel, N. S., Amatya, S. M., Zwi, A. B., & Banjade, M. R. (2020). Improving science-policy interface: Lessons from the policy lab methodology in Nepal's community forest governance. *Forest Policy and Economics*, 114, 1-10. 101997.
- Önen, Z., & Sayın, S. (2018). Evaluating healthcare system efficiency of OECD countries: a DEA-Based study. In: *Operations Research Applications in Health Care Management*, 141–158.
- Peiffer-Smadja, N., Lucet, J. C., Bendjelloul, G., Bouadma, L., Gerard, S., Choquet, C., Jacques, S., Khalil, A., Maisani, P., Casalino, E., & Descamps, D. (2020). Challenges and issues about organizing a hospital to respond to the COVID-19 outbreak. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(1), 669-672.
- Rashidian, A., Jahanmehr, N., Farzadfar, F., Khosravi A, Shariati M, Sari AA, Damiri., & S, Majdzadeh, R. (2021). Performance

- evaluation and ranking of regional primary health care and public health Systems in Iran. *BMC Health Serv Res* 21, 1168. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07092-x>.
- Schoenmaker, D. (2021). Greening monetary policy. *Climate Policy*, 21(4), 581-592.
- Schütte, S., Acevedo, P., & Flahault, A. (2018). Health systems around the world - a comparison of existing health system rankings. *Journal of global health*, 8(1), 010407. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.010407>.
- Shafritz . Jay M., Russell . E. W., Borick Christopher, P., & Hyde .Albert,C. (2017). *Introducing Public Administration*. New York, NY. London, Eng: Routledge.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Turban, E., Pollard, C., & Wood, G. (2018). *Information technology for management: On-demand strategies for performance, growth and sustainability*. John Wiley & Sons.
- World Health Statistics (2021). Geneva: World Health Organization; 2021.
- World Health Statistics (2022). *Monitoring health for the SDGs*. Geneva: World Health Organization; 2022.
- Yang, C. S. (2018). An analysis of institutional pressures, green supply chain management, and green performance in the container shipping context. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 61, 246–260.
- Zeng, H., Chen, X., Xiao, X., & Zhou, Z. (2017). Institutional pressures, sustainable supply chain management, and circular economy capability: Empirical evidence from Chinese eco-

industrial park firms. Journal of cleaner production, 155(1), 54-65.