

## عوامل خارج از شبکه و تأثیرگذار بر حکمرانی در نظام سلامت: مرور نظام‌مند

رضا عالی‌خانی<sup>1</sup>، علیرضا علی‌احمدی<sup>2</sup>، محمدرضا رسولی<sup>3\*</sup>

- 1- کارشناس ارشد، گروه مهندسی صنایع - سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران.
- 2- استاد، گروه مهندسی صنایع - سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران.
- 3- استادیار، گروه مهندسی صنایع - سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران.

پذیرش: 1398/09/07

دریافت: 1397/05/18

### چکیده

همکاری شبکه‌ای ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای ارائه خدمات باکیفیت در نظام سلامت محسوب می‌شود. استفاده از ساختارهای همکاری و سازوکارهای هماهنگی در قالب یک الگوی حکمرانی مطلوب شرط موفقیت در همکاری شبکه‌ای است. عوامل مختلفی بر طراحی یک الگوی حکمرانی موفق در شبکه‌های مراقبت از سلامت تأثیر می‌گذارد. با توجه به اهمیت این عوامل در طراحی الگوی حکمرانی، تا به حال به بررسی جامع عوامل خارج از کنترل شبکه پرداخته نشده است. در این پژوهش به شناسایی عوامل خارج از کنترل شبکه که باید در طراحی یک الگوی حکمرانی مطلوب در نظام سلامت توجه شوند، پرداخته می‌شود. در اینجا برای شناسایی و استخراج عوامل تأثیرگذار خارج از کنترل از روش مرور نظام‌مند ادبیات (SLR) استفاده می‌کنیم. با جستجوی مقاله‌های مرتبط با سؤال



تحقیق در پایگاه داده وب آف ساینس<sup>1</sup> به‌عنوان یک پایگاه جامع، 1500 مقاله حاصل شد. با غربالگری نتایج حاصل شده براساس عنوان این مطالعات با معیارهای ورودی و خروجی 150 مقاله حاصل گردید. غربالگری نهایی این 150 مقاله براساس چکیده و نتیجه‌گیری به 11 مقاله نهایی منهی شد که 15 قطعه شواهد از آنها استخراج شد. با ترکیب شواهد استخراج شده به‌منظور دستیابی دیدگاهی جامع، 4 کلاس با 15 مؤلفه ایجاد شد. بر این اساس، اقتضانات محیطی، سطح دخالت دولت در نظام سلامت، ماهیت سیاست‌ها، مداخله‌های دولتی در نظام سلامت و نیز نرخ ارجاعات در شبکه‌های سلامت به‌عنوان مهم‌ترین عوامل خارج از کنترل شبکه شناسایی شد. حکمرانی شبکه تنها در صورتی موفق خواهد بود که عوامل مؤثر بر طراحی آن در نظر گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** همکاری بین سازمانی، حکمرانی شبکه‌ای، سیستم‌های مراقبت سلامت، عوامل تأثیرگذار، مرور نظام‌مند.

## 1- مقدمه

با توجه به تحولات صورت گرفته در سیاست‌گذاری و مدیریت نظام‌های سلامت، همکاری بین سازمانی به الزام در ارائه خدمات با کیفیت تبدیل شده است [1]. سیستم‌های سلامت عمومی به‌طور فزاینده‌ای تمایل به تسهیل همکاری در میان ارائه‌دهنده‌های خدمات سلامت دارند تا برنامه‌های توسعه سلامت را تحقق بخشند [2]. تخصصی بودن سرویس‌های مراقبت سلامت از یک‌سو و تنوع سازمان‌هایی که لازم است در ارائه خدمات سلامت مشارکت کنند، از سوی دیگر، نیاز جدی به همکاری‌های شبکه‌ای در سیستم‌های سلامت عمومی را ملموس‌تر می‌کند [3]. علاوه‌براین، براساس پژوهش‌های معتبر انجام شده تشکیل شبکه‌های همکاری به بهبود کارایی و اثربخشی سیستم‌های ارائه خدمات سلامت کمک می‌کند [4]. همچنین، تعاملات میان سازمانی می‌تواند به نحو مؤثری موجب ارتقای یادگیری سازمانی از راه اشتراک اطلاعات و دانش شود [5].

برای کسب مزایای تشکیل شبکه‌های همکاری، ساختارها و سازوکارهای مناسب حکمرانی باید مدنظر قرار گیرد [6؛ 7]. ساختار حکمرانی به توزیع حق تصمیم در شبکه اشاره دارد که

1. Web of science



به سه صورت حکمرانی مشترک، فرم سازمان رهبر یا سازمان حکمرانی شبکه تحقق پیدا می‌کند [6]. سازوکارهای حکمرانی به هماهنگی وظایف در شبکه اشاره دارد که شامل سازوکارهای مبتنی بر بازار، سازوکارهای سلسله مراتبی و سازوکارهای رابطه‌ای می‌شود [6؛ 8]. الگوی مناسب حکمرانی شبکه تضمین می‌کند که ظرفیت شرکا برای دستیابی به نتایج دلخواه در شبکه به کار بسته خواهد شد. پژوهش‌های مختلف عوامل مختلفی را برای ایجاد یک الگوی مناسب حکمرانی شبکه‌ای در زمینه‌های مراقبت سلامت بیان کرده‌اند. «هانسون و همکاران» مطالعه‌ی تجربی را در زمینه هماهنگی در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت انجام دادند، آنها نتیجه گرفتند که همکاری غیررسمی و مسئولیت‌پذیری مشترک تأثیر مثبتی در هماهنگی در میان سیستم‌های مراقبت سلامت دارد [9].

عوامل خارج از کنترل شبکه به عوامل تأثیرگذاری بر طراحی الگوی حکمرانی اشاره دارد که به وسیله منبعی خارج از شبکه بر شبکه اعمال می‌شوند و شبکه تأثیر در ایجاد این عوامل نداشته و نمی‌تواند از وقوع این عوامل جلوگیری کند [9؛ 10]. این عوامل می‌تواند عوامل ساختاری مانند عوامل محیطی باشند که به وسیله محیط پیرامون شبکه همکاری بوده [11؛ 12] و یا اینکه عوامل رفتاری ناشی از رفتار سایر بازیگران در سیستم مراقبت سلامت مانند دولت باشد [13؛ 14].

با توجه به بحث گذشته سؤال پژوهش در این مقاله به شکل مقابل است: «چه عوامل خارج از کنترل شبکه‌ای در طراحی الگوی حکمرانی مناسب در همکاری‌های بین سازمانی در سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مؤثر است؟»

برای پاسخ به سؤال مطرح شده از روش مرور نظام‌مند ادبیات [15] استفاده می‌کنیم. این متدولوژی تحقیق، این قابلیت را ارائه می‌دهد که دانش موجود و مرتبط با سؤال تحقیق جمع‌آوری شده و دیدگاه جامعی از عوامل خارج از کنترل شبکه و تأثیرگذار در طراحی الگوی حکمرانی شبکه‌ای در سیستم‌های ارائه خدمات سلامت را ارائه دهیم.



## 2- مرور ادبیات

سازمان‌های ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت با تقاضای بیش از حدی برای هزینه پایین‌تر، بهبود کیفیت و پاسخگویی عمومی مواجه هستند [16]. یکی از مهم‌ترین پاسخ‌های اخیر در ارتباط با این مشکل، ایجاد شبکه‌های همکاری است که از طریق آن چند سازمان اغلب از مسیر عملیات مشترک به دنبال توسعه محصول، سیستم‌های اطلاعاتی یا خرید متمرکز هستند [11]. یکپارچگی به وجود آمده به وسیله همکاری در سیستم‌های سلامت می‌تواند عملکرد سیستم را بهبود بخشد و به خدمات قابل دسترس و با کیفیت بالاتر منجر شود [17].

موضوع حکمرانی شبکه‌ای در سیستم‌های ارائه خدمات سلامت به وسیله بسیاری از نویسندگان مطرح به عنوان عاملی تأثیرگذار در کارایی و اثربخشی شبکه در ارائه خدمات سلامت تأکید شده است [17]. هر یک از اعضای منفرد شبکه نیازهای منحصربه‌فرد و همچنین نقاط قوت مخصوصی دارند [18]. با توجه به این موضوع حکمرانی شبکه‌ای با به اشتراک گذاشتن این ویژگی‌ها و تجمیع نتایج حاصل شده از این سازمان‌های منفرد، یکپارچگی نتایج را ایجاد می‌کند. اما یک نوع از حکمرانی شبکه‌ای برای همه شبکه‌های موجود با ویژگی‌های متفاوت مناسب نبوده و مزیت رقابتی ایجاد نخواهد کرد [19].

با توجه به هدف پژوهش که کشف عوامل خارج از کنترل شبکه و مؤثر بر طراحی الگو حکمرانی در شبکه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت است و همچنین با توجه به شواهد ذکر شده در ادبیات موضوع آشکار می‌شود که برخی شواهد به عوامل داخلی در شبکه مانند ساختار شبکه [20 و 21]، سطح متمرکز بودن در شبکه اشاره دارند [22]. عوامل تأثیرگذار همچنین می‌توانند عوامل خارج از کنترل شبکه مانند عوامل محیطی [5]، اقدام‌های دولت [8] و نرخ ارجاع بیماران باشد [22]. طراحی یک الگو مطلوب حکمرانی که منجر به موفقیت حکمرانی در شبکه نیاز به توجه جامع و متمرکز به عوامل تأثیرگذار بر همکاری و هماهنگی در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت دارد [5]. برای دستیابی به چنین جامعیتی همه شواهد در زمینه‌های سلامت و مراقبت و همه انواع شبکه مانند سبد اتحاد، زنجیره تأمین و همچنین زمینه‌های اصلی در حکمرانی شبکه، یعنی همکاری و هماهنگی پرداخته می‌شود. همچنین برای دستیابی به نتایج تخصصی بر عوامل خارج از کنترل شبکه تمرکز کرده‌ایم.



### 3- روش پژوهش

در این پژوهش از مرور نظام‌مند ادبیات برای پاسخ به سؤال تحقیق مطرح‌شده استفاده می‌شود. این متدولوژی تحقیق این امکان را فراهم می‌کند که دیدگاه جامعی از شواهد مرتبط که به‌وسیله پژوهش‌های قبلی کشف شده‌اند، جمع‌آوری شوند. براساس کیچن هام [15] مراحل زیر برای اجرای متدولوژی در نظر گرفته شدند:

- 1- برنامه‌ریزی انجام مرور نظام‌مند؛
- 2- شناسایی تحقیق‌های مرتبط؛
- 3- غربالگری عملی تحقیق‌های شناسایی شده؛
- 4- استخراج شواهد کیفی از تحقیق‌های منتخب؛
- 5- ترکیب و گزارش شواهد کیفی استخراج شده.

### 3-1- برنامه‌ریزی برای انجام مرور

پس از مشخص شدن سؤال تحقیق، یک پروتکل تحقیق توسعه داده شده و به مرورکننده‌های این تحقیق ارائه شد که شامل نیاز به انجام تحقیق (عقلانی بودن برای انجام مرور)، راهبردی مناسب که براساس آن مقاله‌های علمی شناسایی خواهند شد، شناسایی تحقیق‌های اصلی و مرتبط، غربالگری مطالعات شناسایی شده، استخراج شواهد کیفی از مطالعات منتخب، تصدیق‌سنجی کیفیت جریان انتخاب شواهد، ارزیابی کیفیت شواهد استخراج شده و درنهایت ترکیب شواهد استخراج شده (براساس استراتژی ترکیب). مرورکننده‌هایی که به این پژوهش کمک کردند، تخصص در زمینه‌های مدیریت استراتژیک، سیاست‌گذاری عمومی، حکمرانی در نظام سلامت و همکاری بین‌سازمانی داشتند. میزان مرتبط بودن پروتکل ایجاد شده به‌وسیله دو مرورکننده از منظر ساختارها و روش‌های موجود برای همکاری شبکه‌ای، مکانیسم‌های موجود برای هماهنگی در شبکه، حکمرانی و کارایی آن در شبکه به‌عنوان یک ماهیت مستقل تأیید شد. جزئیات پروتکل مرور به شرح زیر است:

### 3-1-1- استراتژی جستجو

نخست براساس [15]، اصطلاحات مربوط به سؤال تحقیق مشخص شد. براساس سؤال تحقیق، اصطلاحات مرتبط برای جستجوی مقالات علمی در دو دسته شامل محتوا و زمینه



طبقه‌بندی شدند (جدول 1). با جستجوی این اصطلاحات در پایگاه داده وب آف ساینس و مشاهده نتایج به دست آمده واضح شد که تعداد نتایج به دست آمده برای انجام مرور کافی است، همچنین با مطالعه نتایج به دست آمده اطمینان حاصل شد که درصد قابل توجهی از نتایج با سؤال تحقیق همخوانی دارد.

جدول 1. کلمات کلیدی و رشته‌های استفاده شده در شناسایی مطالعات مرتبط

نتیجه	محتوا	زمینه
عوامل خارج از کنترل شبکه و تأثیرگذار در طراحی الگوی حکمرانی در شبکه‌های ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت	حکمرانی یا هماهنگی یا همکاری	سلامت یا مراقبت یا بالینی
	شبکه یا بین سازمانی یا زنجیره تأمین یا پرتفولیو یا اتحاد	

### 3-2- شناسایی تحقیق‌های مرتبط

براساس اصطلاحات مورد جستجو ( $5*5*3$ ) رشته برای جستجو ایجاد شد. پایگاه داده وب آف ساینس به دلیل اینکه یک منبع جامع از مقاله‌های علمی را از راه دسترسی به ژورنال‌های مختلف پشتیبانی می‌کند، انتخاب شد. جستجو در پایگاه داده منتخب برای دستیابی به مطالعات مرتبط با سؤال تحقیق به 1500 منبع از تحقیق‌های منتشر شده منتهی شد.

### 3-3- غربالگری عملی تحقیق‌های شناسایی شده

انتخاب مطالعات اصلی مرتبط با سؤال تحقیق در این پژوهش با استفاده از معیارهای ورودی مطالعات تعریف شده در زیر انجام شد:

1- همه انواع مطالعات در پایگاه داده انتخاب شده و مرتبط با حکمرانی شبکه یا حوزه‌های حکمرانی شبکه، همکاری و هماهنگی در زمینه شبکه‌های سلامت در نظر گرفته می‌شوند؛



2- محدودیتی در تاریخ انتشار مطالعات وجود ندارد؛ 3- همه انواع مقاله‌های علمی شامل تحقیق، مفاهیم، مرور ادبیات و همچنین مقاله‌های کنفرانسی در نظر گرفته می‌شوند. Ø همچنین معیارهای خروجی نیز به شرح زیر هستند:

1- مطالعاتی که به‌طور واضح مرتبط با حکمرانی نیستند، در نظر گرفته نمی‌شوند؛  
2- مطالعاتی که به‌طور واضح همکاری و یا همکاری شبکه‌ای اشاره نمی‌کنند، در نظر گرفته نمی‌شوند؛  
3- مطالعاتی که با سیستم‌های مراقبت سلامت مرتبط نیستند؛ در نظر گرفته نمی‌شوند؛  
4- مطالعاتی که زبان آنها انگلیسی نیست؛ در نظر گرفته نمی‌شوند،  
5- مطالعاتی که به عوامل ساختاری و یا رفتاری خارج از کنترل شبکه نمی‌پردازند، در نظر گرفته نمی‌شوند.  
برای اعتبارسنجی معیارهای ورودی و خروجی مطالعات، تعدادی تصادفی از منابع انتخاب شده به‌وسیله معیارهای بالا در اختیار مرورکننده‌های این پژوهش قرار گرفت. درجه بالایی از سازگاری تصمیم‌های این دو مرورکننده در مورد مناسب بودن معیارها بر اعتبار این معیارها صحه گذاشت.

برای انتخاب مطالعات اصلی براساس معیارهایی تنظیم شده در بالا گام‌های زیر دنبال می‌شوند:

1. ارزیابی براساس همخوانی عنوان: در این مرحله مطالعاتی انتخاب می‌شوند که عنوان آنها منطبق بر معیارهای ورودی باشد. در این مرحله 150 منبع انتخاب شدند.
2. ارزیابی براساس همخوانی چکیده، نتیجه‌گیری و موضوع کلی: برای حصول اطمینان از اینکه مطالعه‌های انتخابی براساس عنوان به‌صورت دقیق با موضوع و معیارهای ورودی همخوانی دارند، چکیده، نتیجه‌گیری و متن مطالعات انتخابی به‌صورت کامل بررسی شدند. در این مرحله 53 مقاله مرتبط انتخاب شدند.

#### 4- استخراج شواهد کیفی

کیفیت شواهد استخراج شده براساس میزان هماهنگی با سؤال تحقیق و میزان دقت علمی این شواهد ارزیابی شدند. شواهد استخراج شده مرتبط با سؤال تحقیق است. اگر مطالعه‌ای که این عامل از آن استخراج شده با معیارهای ورودی مشخص شده مطابقت داشته باشد، و نیز این



عامل مرتبط با یک عامل تأثیرگذار بر طراحی الگوی حکمرانی در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت باشد (بر همکاری، هماهنگی یا کارایی حکمرانی تأثیر بگذارد). شواهد استخراج شده از لحاظ علمی دقیق است اگر با ادبیات پایه‌ای تحقیق سازگاری داشته باشد. کنترل کیفیت شواهد استخراج شده به وسیله مرورکننده‌های تحقیق انجام شد. شواهد استخراج شده مرتبط هستند اگر به یک عامل خارج از کنترل شبکه و تأثیرگذار بر حکمرانی، همکاری و هماهنگی در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت دلالت داشته باشد. همچنین ارزیابی کیفیت مطالعات وارد شده به مرور به وسیله برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی برآورد شد. مطالعات وارد شده همگی امتیازی بیشتر از 30 دارند که نشان‌دهنده کیفیت مناسب مطالعات ورودی است.

#### 4-1- ترکیب و گزارش شواهد

در این پژوهش از استراتژی واقعیت‌گرا به شرح زیر برای ترکیب شواهد استفاده شد. شواهد استخراج شده براساس مشخصات و موضوعات یکسان (که در آنها وجود داشت) کلاس‌بندی شده و سرانجام کلاس‌های به وجود آمده گروه‌بندی شدند. شواهدی که در کلاس‌های یکسانی قرار گرفتند، عوامل یکسانی را ارائه می‌دهند. پس از استخراج شواهد مشخصات یکسان بین آنها کشف شدند. با ادامه این روند شواهد استخراج شده به کلاس‌های مجزا اختصاص یافتند. برای اعتبارسنجی ترکیب شواهد، از دو مرورکننده خواسته شد تا از یک دسته تصادفی از کل شواهد مشخصات یکسانی را کشف کنند. مقایسه بین دو مجموعه ترکیب به وسیله نویسنده و مرورکننده‌ها مشخص شد که بیش از 95 درصد از کلاس‌بندی‌ها مشابه است. تفاوت به وجود آمده بین کلاس‌بندی‌ها برای به دست آمدن نتیجه مشترک بحث شدند و نتیجه نهایی مورد تأیید نویسنده و مرورکننده‌ها بود.

#### 5- یافته‌ها

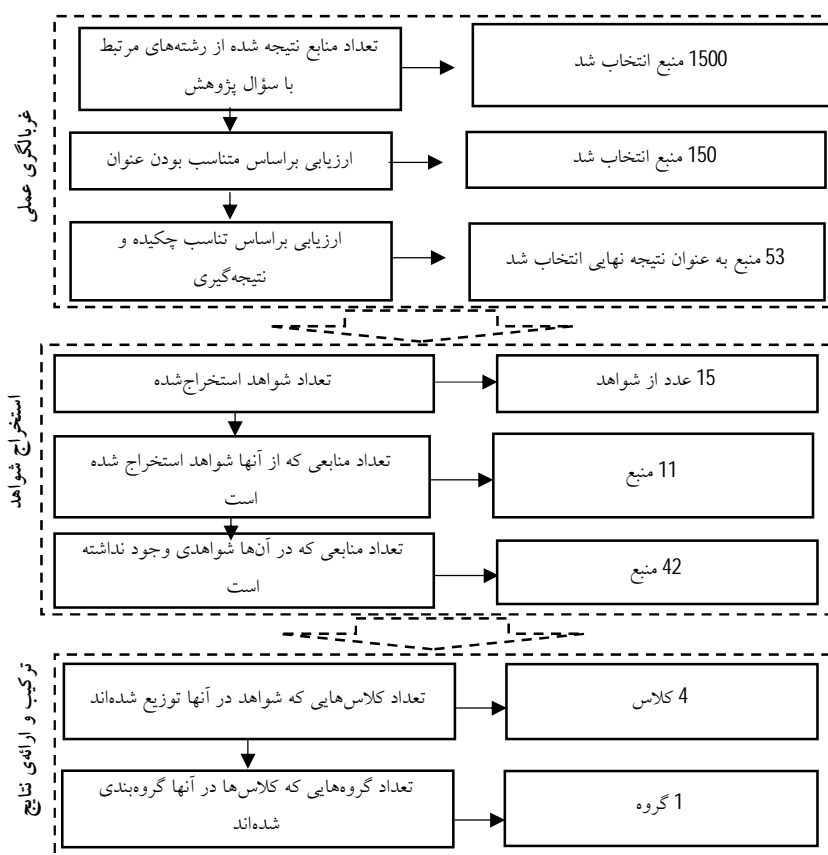
بررسی در ادبیات به 1500 مقاله نامزد برای انتخاب مطالعات اصلی برای انجام مرور منجر شد. با انجام غربالگری براساس تناسب عنوان، چکیده و نتیجه‌گیری 150 مطالعه انتخاب شدند. از راه مطالعه کامل این 150 مطالعه 97 مقاله به‌طور کامل با سؤال پژوهش سازگار نبودند. در میان





53 مطالعه‌ی باقیمانده که به‌طور دقیق با سؤال تحقیق متناسب بودند، 15 عدد از شواهد از 11 مقاله استخراج شد و از میان 42 مطالعه دیگر شواهد دیگری کشف نشد. این نتایج نشان داد که فقط در 20,75 درصد از مقاله‌های انتخاب‌شده نهایی شواهدی وجود داشت که به عوامل خارج از کنترل شبکه دلالت داشتند. توضیحات مذکور در شکل 1 خلاصه شده‌اند.

براساس شواهدی که با جزئیات در جدول 2 بیان شده‌اند، شواهدی که مشخصات یکسانی داشتند، در کلاس‌های یکسانی قرار گرفته‌اند و نماینده‌ای برای معرفی کلاس در نظر گرفته شده است.



شکل 1. رویه مرور نظام‌مند ادبیات





### 5-1-3- نرخ ارجاعات

نرخ ارجاع مربوط به میزان بیماران یا مشتریانی است که به شبکه‌های همکاری بیمارستانی یا سایر شبکه‌های مراقبت سلامت مراجعه می‌کنند [26]. با افزایش نرخ ارجاع، نیاز به همکاری و برنامه‌ریزی بیشتری برای ارائه خدمات وجود دارد. رصد کردن ارجاع بیماران یا به‌طور کلی مشتریان، شبکه را برای ارائه خدمات به آنها آماده می‌کند. ارجاع بیمارانی که نیاز به خدمات متنوعی دارند، نیاز به همکاری بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با تخصص‌های و تجربیات مختلف را گسترش می‌دهد [25؛ 26]؛ بنابراین نظارت و کنترل ارجاع‌ها می‌تواند در ایجاد زیرساخت‌های مناسب برای پاسخگویی به تقاضا اساسی بوده و به بهبود هماهنگی در شبکه کمک کند.

### 5-1-4- نتایج مربوط به عوامل رفتاری خارج از کنترل شبکه به شرح زیر ارائه شده‌اند.

#### 5-1-5- سطح دخالت دولت

سطح دخالت دولت به میزان مداخله دولت و مشارکت او در شبکه اشاره دارد [21]. دولت می‌تواند تأثیر مستقیم یا غیرمستقیم بر شبکه داشته باشد. دولت از راه ایجاد سیاست و یا تأثیر مستقیم مانند تأمین مالی، اعمال کنترل یا مشارکت در شبکه می‌تواند اهداف خود را برآورده کند [8]. میانجیگری خارجی به‌وسیله مقام‌های دولتی یا منطقه‌ای ممکن است با اجرای یک نقش حمایتی در شبکه یا بهبود سازوکارهای مالی باشد [7]، بنابراین سطح دخالت دولت بر تشکیل شبکه و ادامه همکاری تأثیرگذار بوده و باید در نظر گرفته شود.

### 6- نتیجه‌گیری

در این پژوهش چهار دسته اصلی عوامل تأثیرگذار شامل عوامل مرتبط با اقتضانات محیطی، عوامل مرتبط با سطح دخالت دولت در نظام سلامت، عوامل مرتبط با ماهیت سیاست‌ها و مداخله‌های حاکمیتی و درنهایت عوامل مرتبط با نرخ ارجاعات در شبکه‌های نظام سلامت شناسایی شدند که در جدول شماره 2 آورده شده‌اند.



در میان عوامل کشف شده بر عامل عوامل محیطی تأکید ویژه‌ای شده است. عوامل محیطی (که از عوامل خارج از کنترل شبکه است) بر طراحی الگوی حکمرانی مناسب در شبکه تأثیر می‌گذارد. در صورتی که حکمرانی در محیطی با شرایط متغیر واقع باشد، باید الگوی حکمرانی پویا برای مقابله با این تغییرات در نظر گرفته شود. تغییر الگوی حکمرانی از نوع سلسله مراتبی به سمت مکانیسم‌های مبتنی بر بازار می‌تواند این چابکی را حاصل کند.

دولت ممکن است در شبکه به‌عنوان یک ناظر تأثیر بگذارد و یا ممکن است در شبکه به‌عنوان یک شریک وارد شود که شرایط مختلفی برای همکاری و حکمرانی شبکه ایجاد می‌کند. حتی اگر دولت به‌طور مستقیم در شبکه دخالت نکند، با سیاست‌گذاری می‌تواند همکاری را محدود یا افزایش دهد. در صورتی که دولت یکی از شرکای شبکه باشد، سازوکارهای حکمرانی به سمت سازوکارهای حکمرانی سلسله مراتبی سوق پیدا خواهند کرد. سازوکار حکمرانی باید به‌گونه‌ای طراحی شده که موجب استفاده از توانایی‌های دولت و یا مقام‌های منطقه‌ای با تسهیم تصمیم‌گیری بین این اعضا و منتفع کردن آنها از بهبود وضعیت شبکه شود.

سیاست‌های دولت امری مهم در طراحی الگوی حکمرانی است به‌طوری‌که در نظر نگرفتن این امر می‌تواند به نابودی شبکه منجر شود. الگوی حکمرانی باید به‌گونه‌ای طراحی شود که با سیاست‌های عمومی سازگار باشد. با وارد کردن سیاست‌گذاران در شبکه می‌توان در سیاست‌گذاری‌ها به نفع شبکه تأثیر گذاشت.

در میان عوامل کشف شده، تمرکز کمتری بر نرخ ارجاعات نسبت به سایر عوامل بوده است. با این حال نرخ ارجاعات در شبکه‌های ارائه خدمات سلامتی که با بیماران به‌صورت مستقیم در ارتباط هستند، مانند: شبکه‌های تشخیص طبی و یا شبکه‌های اتحادهای بیمارستان‌ها بسیار تعیین‌کننده است. افزایش پیش‌بینی نشده در نرخ ارجاعات به این شبکه‌ها می‌تواند موجب ضعف هماهنگی در پاسخ‌گویی و کاهش رضایت مشتری شود.

از محدودیت‌های این تحقیق تمرکز تنها بر عوامل خارج از کنترل شبکه در نظام سلامت است. همچنین تفکیک نکردن میزان اهمیت عوامل و تأیید نکردن عملی آنها نیز می‌تواند به‌عنوان محدودیت‌های دیگر این تحقیق در نظر گرفته شوند.



پژوهشگران در آینده می‌توانند به رتبه‌بندی عوامل کشف شده بپردازند همچنین به صورت عملی به تأیید عوامل کشف شده در شبکه‌های مراقبت سلامت موجود در کشور بپردازند. در کنار عوامل خارج از کنترل شبکه، لازم است عوامل ساختاری و رفتاری شبکه نیز برای طراحی یک الگوی حکمرانی مطلوب بررسی شوند. از این رو پژوهش‌های آینده می‌توانند بر شناسایی عوامل مذکور متمرکز شوند. علاوه بر این، توسعه الگوهای تجویزی که بتوانند مبتنی بر عوامل شناسایی شده طراحی الگوهای حکمرانی اختصاصی را در نظام سلامت پشتیبانی کنند، می‌تواند مسیر مناسبی برای پژوهش آینده باشد.

جدول 1. خلاصه شواهد مربوط به عوامل خارج از کنترل شبکه و مؤثر بر طراحی الگوی حکمرانی در شبکه مراقبت‌های سلامت

مرجع	نوع عامل	اعضای کلاس (شواهد)	نماینده کلاس	گروه
[24]	ساختاری	شرایط بازار	تأثیرات محیطی	عوامل خارج از کنترل شبکه
[11]	ساختاری	نیازهای جامعه		
[23]	ساختاری	نوع مشتری		
[24]	ساختاری	شدت رقابت در بازار		
[29]	ساختاری	نظارت عمومی شدید		
[30]	ساختاری	عوامل مختلف و دارای اثر متقابل		
[30]	ساختاری	عوامل مختلف نگرشی		
[5]	ساختاری	رویدادهای مهم و تغییر در محیط خارجی		
[8]	رفتاری	مداخله‌های دولت	سطح دخالت دولت	
[7]	رفتاری	میانجیگری خارجی (به وسیله یک مقام منطقه‌ای یا ایالتی)		
[26]	ساختاری	سیاست‌ها	سیاست‌ها	
[22]	ساختاری	عوامل سیاسی		
[26]	ساختاری	مسائل حقوقی		
[30]	ساختاری	نرخ ارجاعات	نرخ ارجاع‌ها	
[27]	ساختاری	رصد ارجاعات		



## 7- تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود واجب می‌دانند تا از تمامی کسانی که به‌هرنحو در بهبود این مطالعه همکاری داشته‌اند، کمال تشکر را داشته باشند.

## 8- منابع

- [1] Guo C., Acar M. "Understanding collaboration among nonprofit organizations: Combining resource dependency, institutional, and network perspectives", *Nonprofit Volunt. Sect. Q.*, Vol. 34, No. 3, (2005) pp: 340–361.
- [2] Mays G. P., Scutchfield F. D. "Improving public health system performance through multiorganizational partnerships", *Prev. Chronic Dis.*, Vol. 7, No. 6, (2010) pp: 32-51.
- [3] Axelsson R., Axelsson S. B. "Integration and collaboration in public health--a conceptual framework", *Int. J. Health Plann. Manage.*, Vol. 21, No. 1, (2006) pp: 75–88.
- [4] Arya B., Lin Z. (John) "Understanding collaboration outcomes from an extended resource-based view perspective: The roles of organizational characteristics, partner attributes, and network structures", *J. Manage.*, Vol. 33, No. 5, (Oct. 2007) pp: 697–723.
- [5] Provan K. G., Beagles J. E., Leischow S. J. "Network formation, governance, and evolution in public health: The North American Quitline Consortium case", *Health Care Manage. Rev.*, Vol. 36, No. 4, (2011) pp: 315–326.
- [6] Provan K. G., Kenis P. "Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness", *J. Public Adm. Res. Theory*, Vol. 18, No. 2, (Apr. 2007) pp: 229–252.
- [7] Wiktorowicz M. M. E., Fleury M. M.-J., Adair C. E., Lesage A., Goldner E., Peters S. "Mental health network governance: Comparative analysis across Canadian regions", *Int. J. Integr. Care*, Vol. 10, No 60(October 2010).
- [8] Willem A., Gemmel P. "Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks", *BMC Health Serv. Res.*, Vol. 13, No. 1, (Jun. 2013) p: 229.
- [9] Hansson J., Ovretveit J., Askerstam M., Gustafsson C., Brommels M. "Coordination in networks for improved mental health service", *Int. J. Integr. Care*, Vol. 10(2010).



- [10] Mattessich P. W., Monsey B. R. *Collaboration: what makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration*. ERIC (1992).
- [11] Wells R., Weiner B. J. "Adapting a dynamic model of interorganizational cooperation to the health care sector", *Med. Care Res. Rev.*, Vol. 64, No. 5, (Oct. 2007) pp: 518–543.
- [12] Mengistie B. T., Mol A. P. J. J., Oosterveer P. "Private environmental governance in the ethiopian pesticide supply chain: Importation, distribution and use", *NJAS - Wageningen J. Life Sci.*, Vol. 76, (Mar. 2016) pp: 65–73.
- [13] Ranade W., Hudson B. O. B., Ranade W., Hudson B. O. B. "Conceptual issues in inter-agency collaboration", *LOCAL Gov. Stud.*, Vol. 29, No. 3, (2003) pp: 37–41.
- [14] Sheaff R. et al. "Reducing emergency bed-days for older people? Network governance lessons from the 'Improving the Future for Older People' programme", *Soc. Sci. Med.*, Vol. 106, No. October, (Apr. 2014) pp: 59–66.
- [15] Kitchenham B. "Procedures for performing systematic reviews", *Keele, UK, Keele Univ.*, Vol. 33, No. TR/SE-0401, (2004) pp: 28.
- [16] Burns L. R., Pauly M. V. "Transformation of the health care industry: curb your enthusiasm?", *Milbank Q.*, Vol. 96, No. 1, (2018) pp: 57–109.
- [17] Lin B. Y.-J. "Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan", *BMC Health Serv. Res.*, Vol. 7, (Jun. 2007) pp: 1–15.
- [18] Drew KK., Thomas RJ. "From separation to collaboration: Perspectives on editorial–business collaboration at United States news organizations", *Digit Journal*, (2018) pp:196–215.
- [19] Raab J., Mannak R. S., Cambre B., Cambre B. "Combining structure, governance, and context: A configurational approach to network effectiveness", *J. Public Adm. Res. Theory*, Vol. 25, No. 2, (Apr. 2015) pp: 479–511.
- [20] Nembhard I. M., Tucker A. L. "Applying organizational learning research to accountable care organizations", *Med. Care Res. Rev.*, Vol. 73, No. 6, (2016) pp: 673–684.
- [21] Poochaoren O., Ting B. "Collaboration, coproduction, networks – convergence of theories", *Lee Kuan Yew Sch. Public Policy Res. Pap.*, Vol. 13-14, No. 65, (Apr. 2014) pp: 587–614.
- [22] Friedman S. R., Reynolds J., Quan M. A., Call S., Crusto C. A., Kaufman J. S. "Measuring changes in interagency collaboration: An

- examination of the Bridgeport safe start initiative", *Eval. Program Plann.*, Vol. 30, No. 3, (Aug. 2007) pp: 294–306.
- [23] Uddin S., Kelaher M., Srinivasan U. "A framework for administrative claim data to explore healthcare coordination and collaboration", *Aust. Heal. Rev.*, Vol. 40, No. 5, (2016) pp: 500–510.
- [24] Proenca E. J., Rosko M. D., Dismuke C. E. "Service collaboration and hospital cost performance: Direct and moderating effects", *Med. Care*, Vol. 43, No. 12, (Dec.2005) pp: 1250–1258.
- [25] Kuhlmann E., Allsop J. "Professional self-regulation in a changing architecture of governance: Comparing health policy in the UK and Germany", *POLICY Polit.*, Vol. 36, No. 2, (Apr. 2008) pp: 173–189.
- [26] Lapao L. V. et al. "The role of primary healthcare in the coordination of health care networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal", *Cien. Saude Colet.*, Vol. 22, No. 3, (Mar. 2017) pp: 713–723.
- [27] Bolland J. M., Wilson J. V. "Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services.", *Health Serv. Res.*, Vol. 29, No. 3, (Aug. 1994) pp: 341–366.
- [28] Vázquez M. L. et al. "Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system", *BMC Health Serv. Res.*, Vol. 17, (Dec. 2017) pp: 10–19.
- [29] Abebe G. K., Chalak A., Abiad M. G. "The effect of governance mechanisms on food safety in the supply chain: Evidence from the Lebanese dairy sector", *J. Sci. Food Agric.*, Vol. 97, No. 9, (Jul. 2017) pp: 2908–2918.
- [30] Vázquez M. L. et al. "Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries", *BMC Health Serv. Res.*, Vol. 182, (Jun. 2017) pp: 10–19.