

Investigating the Impact of Insurance Factors, Political Factors and Health System Networking on Success in Privatization with Emphasis on the Mediating Role of Strategic Leadership and Training and Empowerment

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Forough Omid Malayeri ¹,
Hassan Givarian ^{2*},
Hassan Amiri ³,
Korosh Parsa Moin ⁴

How to cite this article

Forough Omid Malayeri, Hassan Givarian, Hassan Amiri, Korosh Parsa Moin, Investigating the Impact of Insurance Factors, Political Factors and Health System Networking on Success in Privatization with Emphasis on the Mediating Role of Strategic Leadership and Training and Empowerment. *Journal of Islamic Life Style*, 2021:5: 167-175.

1. PhD Student, Public Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to investigate the impact of insurance factors, political factors and health system networking on the success of privatization with emphasis on the mediating role of strategic leadership and training and empowerment.

Materials and Methods: This is an applied research. The statistical population will be a small number of managers and deputies of private hospitals in Tehran. According to the information obtained, there are about 56 private hospitals in Tehran and the total number of the statistical population is 743 people. Therefore, 253 managers and deputies of private hospitals in Tehran were selected as the research sample.

Findings: The research findings showed that all values of factor loads were greater than 0.5 and also the calculated values of t for each of the factor loads of each indicator with its hidden structure or variable is above 1.96 (significance level is lower). Is from 0.05). The value of the second root of the explained mean variance index, for all variables, is the correlation of that variable with other variables.

Conclusion: The public sector has always been the subject of many criticisms such as inefficiency, excessive administrative formalities, inflexibility, poor performance and accountability. One of the important features of economic liberalization programs in recent decades is the privatization of the health system. Among the goals of privatization policies are the desire to increase government revenues, improve economic efficiency, and reduce government intervention in the economy.

Keywords: Privatization, Health System, Private Hospitals

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: has.givarian@iauctb.ac.ir

Article History

Received: 2021/06/29

Accepted: 2021/09/19

بررسی تاثیر عوامل بیمه ای، عوامل سیاسی و شبکه سازی نظام سلامت بر موفقیت در خصوصی سازی با تاکید بر نقش میانجی رهبری استراتژیک و آموزش و توانمندسازی

فروغ امید ملابری^۱

دانشجوی دکتری، مدیریت دولتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

حسن گیوریان^{۲*}

دانشیار، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

حسن امیری^۳

استادیار، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

کوروش پارسامعین^۴

استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر عوامل بیمه ای، عوامل سیاسی و شبکه سازی نظام سلامت بر موفقیت در خصوصی سازی با تاکید بر نقش میانجی رهبری استراتژیک و آموزش و توانمندسازی بود.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع کاربردی است. جامعه آماری در بخش کمی مدیران و معاونان بیمارستان های خصوصی در شهر تهران خواهند بود. بر اساس اطلاعات به دست آمده حدود ۵۶ بیمارستان خصوصی در شهر تهران وجود دارد و تعداد کل جامعه آماری ۷۴۳ نفر هستند. بنابراین ۲۵۳ نفر از مدیران و معاونان بیمارستان های خصوصی در شهر تهران به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان داد که تمامی مقادیر بارهای عاملی از ۰/۵ بیشتر شده اند و هم چنین مقادیر محاسبه شده t برای هر یک از بارهای عاملی هر نشانگر با سازه یا متغیر پنهان خود بالای ۱/۹۶ است (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است). مقدار ریشه دوم شاخص میانگین واریانس تبیین شده، برای تمامی متغیرها، از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرها می باشد.

نتیجه گیری: بخش دولتی همواره موضوع انتقادات فراوانی چون ناکارآمدی، تشریفات زائد اداری، عدم انعطاف پذیری، عملکرد و پاسخگویی ضعیف بوده است. یکی از ویژگی های مهم برنامه های آزاد سازی اقتصادی در چند دهه ای اخیر خصوصی سازی نظام سلامت می باشد. از جمله اهداف سیاست های خصوصی سازی، تمایل به افزایش درآمدهای دولت، ارتقای کارایی اقتصادی و کاهش مداخله دولت در اقتصاد می باشد.

کلمات کلیدی: خصوصی سازی، نظام سلامت، بیمارستانهای خصوصی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۸

*نویسنده مسئول: has.givarian@iauctb.ac.ir

مقدمه

نظریه خصوصی سازی به عنوان سیاست اقتصادی، برای اولین بار توسط جمهوری فدرال آلمان در سال ۱۹۷۵ بکار گرفته شد. فروپاشی رژیم کمونیست در اروپای شرقی و اتحاد شوروی نیز سهم زیادی در شروع برنامه های خصوصی سازی به شکل امروزی داشت. اخیرا کشورهای مانند چین و کوبا و بسیاری از کشورهای در حال توسعه با هدف تحریک رشد اقتصادی، استقرار خصوصی سازی را آغاز کرده اند. شروع برنامه های خصوصی سازی در ایران به پیاده سازی مدل و سیاست های تعدیل اقتصادی صندوق بین المللی پول و بانک جهانی در دوران سازندگی برمی گردد. خصوصی سازی به صورت سازماندهی شده و بر اساس قوانین و مقررات مشخص و شفاف با محوریت متمرکز سازمان خصوصی سازی به عنوان سازمان اجرایی مورد نظر عملا از سال ۱۳۸۰ با اجرایی شدن فصل سوم قانون برنامه توسعه آغاز شد (۱). از آنجا که خصوصی سازی دارای دامنه وسیعی از سیاست ها و راهکارها است و به تازگی برای سامان دادن فعالیت های خصوصی سازی اقدامات جدی صورت گرفته است هنوز هم ما شاهد موانع و چالش های بیشماری در ارتباط با امر خصوصی سازی هستیم (۲). در این میان نظام سلامت به دلیل جایگاه ویژه ای که دارد با موانع و چالش های بیشتری در جهت خصوصی سازی روبرو است. در ایران، بخش خصوصی و دولتی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را بر عهده دارند، اما در این زمینه بخش دولتی به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارای سهم بیشتری است (۳). با این وجود، گسترش بخش خصوصی در حوزه درمان و در رقابت با بخش دولتی، به گونه ای است که ۶۳ درصد خدمات سرپایی و ۱۶ درصد خدمات بستری توسط بخش ارائه می گردد. از طرف دیگر، ۸۷ درصد تخت های بیمارستانی کشور دولتی است؛ در حالی که ۱۳/۳۵ درصد اعتبارات سلامت را به خود اختصاص داده اند. در مقابل، بخش خصوصی با داشتن ۱۳ درصد تخت های بیمارستانی کشور، میزان دریافتی ۱۹/۶ درصدی از اعتبارات بخش سلامت را دارد. کیفیت خدماتی درمانی در بخش خصوصی، از بخش دولتی بالاتر است. اما باید به این نکته توجه کرد که با وجود اینکه بخش خصوصی در جلب رضایت مردم دارای پیامدهای مطلوبی است، در ارائه خدمات اثربخش موفقیت چندانی نداشته است. ساختار متمرکز و بروکراتیک نظام سلامت، علت اصلی عملکرد ناموفق بیمارستان های خصوصی است (۳). بررسی نظام سلامت کشورهایی همانند انگلستان و کانادا که دارای نظام سلامت همگانی هستند نشان می دهد که بخش خصوصی به نحوی در بخش سلامت حضور دارد. مدل های موفق حضور بخش خصوصی در نظام سلامت مانند ترکیه بعد از اصلاحات سال ۲۰۰۸، اسپانیا، برزیل و ... تحت تاثیر انواع مدل های مشارکت عمومی و خصوصی بوده است. در نظام سلامت انگلستان برون سپاری خدمات بالینی و غیر بالینی مانند برگزاری مناقصه برای خدمات رختشویی، نظافت، و آگذاری خدمات مراقبت از سالمندان، بیمارستان های روانی و ... از نمونه روش های بکار گرفته شده در این کشور است (۴). انگلستان از پیشگامان معرفی مدل مشارکت عمومی-خصوصی در دنیا است. در ترکیه خصوصی سازی در چارچوب طرح تحول نظام سلامت از سال ۲۰۰۳ آغاز گردید. در گام اول این طرح تغییرات ساختاری در نحوه ارائه خدمات سلامتی صورت گرفت و همزمان با آن طرح بیمه سلامت همگانی اجرا شد. یک سوم بیمارستان ها در حال حاضر خصوصی

درج شده است. در تحقیق حاضر جهت انتخاب نمونه های آماری تحقیق از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای استفاده می شود. که بدین صورت تهران به پنج جهت شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم می شود و در هر منطقه پنج بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب می شوند و در نهایت ۲۵ بیمارستان مورد بررسی قرار می گیرند. با توجه به حجم جامعه آماری از فرمول کوکران برای مشخص شدن نمونه استفاده خواهد شد:

$$n = \frac{Nt^2s^2}{Nd^2 + t^2s^2}$$

که در این فرمول:

t=درصد خطای معیار ضریب اطمینان قابل قبول

d=درجه اطمینان یا دقت احتمالی مطلوب

s=نسبتی از جمعیت فاقد صفت معین

N=تعداد افراد جامعه

$$n = \frac{743 (1/96)^2 (0/5)^2}{743 (0/05)^2 + (1/96)^2 (0/5)^2} = 253$$

بنابراین ۲۵۳ نفر از مدیران و معاونان بیمارستان های خصوصی در شهر تهران به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد.

ابزار گردآوری داده ها

برای سنجش عوامل شناسایی شده مدل در بخش کمی از ابزار پرسشنامه شد. این پرسشنامه براساس یافته های بخش کیفی و ابزارهای موجود تهیه و تنظیم شود. بدین ترتیب ابزار تحقیق پرسشنامه بود که براساس عوامل شناسایی شده تهیه و تدوین گردید. پرسشنامه مذکور شامل ۲ بخش عمده می باشد:

نامه همراه: در این قسمت هدف از گردآوری داده ها به وسیله پرسشنامه و ضرورت همکاری پاسخ دهنده در عرضه داده های مورد نیاز، بیان شده است. برای این منظور بر با ارزش بودن داده های حاصل از پرسشنامه تأکید گردیده تا پاسخ دهنده به طور مناسب پاسخ سوالات را عرضه کند.

سوالات (گویه ها) پرسشنامه: این بخش از پرسشنامه شامل ۲ قسمت است:

الف) سوالات عمومی: در سوالات عمومی سعی می شود که اطلاعات کلی و جمعیت شناختی در رابطه با پاسخ دهندگان مانند سن و جنس جمع آوری می گردد.

ب) سوالات تخصصی: این بخش شامل سوالات تخصصی مربوط به عوامل شناسایی شده از بخش کیفی است. نحوه نمره گذاری این ابزارها بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت انجام می گیرد که یکی از رایج ترین مقایسه های اندازه گیری به شمار می رود.

پایایی پرسشنامه ها

جهت اندازه گیری پایایی، از روش آلفای کرونباخ و نرم افزار SPSS ۲۱ استفاده خواهد شد. بنابر این با استفاده از داده های به دست آمده از پرسشنامه و به کمک نرم افزار آماری SPSS میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ محاسبه خواهد شد.

هستند. شاخص های سلامت پس از طرح تحول سلامت، بهبود پیدا کرد (۵). در کانادا اولین تأمین کننده و ارائه کننده خدمات سلامت، دولت است. بقیه آن از طریق بیمه های خصوصی و پرداخت از جیب مردم تأمین می گردد. ناگزیر از کاهش بودجه سلامت و تقاضای نامحدود حوزه سلامت به سمت نوآوری هایی با مدل مشارکت بخش عمومی، خصوصی و سازمان های غیرانتفاعی رفته اند (۶). در تایلند هر دو بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند. نظام پرداخت به صورت سرانه به ارائه کنندگان دولتی و خصوصی پرداخت می شود (۷) در مجموع طرح تحول سلامت در نظام سلامت ایران با اهدافی همچون کاهش پرداخت از جیب، کاستن از هزینه های کمرشکن و بهبود پاسخگویی نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ آغاز گردید. مطابق با گزارش مؤسسه بلومبرگ و آمارهای سازمان بهداشت جهانی، رتبه نظام بهداشتی درمانی ایران از رتبه ۵۲ در سال ۲۰۰۹ به رتبه ۳۰ در سال ۲۰۱۶ بین ۱۹۰ کشور دنیا ارتقاء یافته است. در ایران با وجود اینکه قوانین متعددی در دهه های گذشته تصویب شده است، اما اقدام عملی چندانی در زمینه خصوصی سازی صورت نگرفته است و نظام سلامت به غیر از اصلاح استراتژی مراقبت های بهداشتی اولیه، اصلاحات اساسی کمی به خود دیده است. از سوی دیگر با توجه به اینکه انجام اصلاحات در کشورهای مختلف همیشه موفق نبوده است و در اصلاحات نظام سلامت امکان استفاده از یک فرمول واحد جهانی یا حتی منطقه ای وجود ندارد، باید به ظرفیت ها، ارزش ها و فرهنگ ملی توجه و با کسب اطلاعات کافی و ابزار مناسب نسبت به طراحی اصلاحات اقدام گردید. علاوه بر این نظام سلامت ایران در محیطی با تحولات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی قرار دارد که باعث چالش ها و موانع متعددی در فضای اقتصادی می شوند و در نتیجه مشکلات بیشتری را برای فرآیند خصوصی سازی در نظام سلامت کشور ایجاد می کنند. در طول دو دهه گذشته ظرفیت و توانمندی های دولت برای تدارک کارآمد و اثر بخش خدمات سلامت مورد بازبینی های مکرر قرار گرفته است. مباحث بیان شده گویای این موضوع است که علاوه بر ناکافی بودن منابع مالی دولتی، خدمات دولتی فاقد کیفیت مناسب و کارایی در سطوح مختلف است. همچنین خدمات دولتی از تخصیص نامتوازن منابع و مدیریت ضعیف رنج می برد. وجود بروکراسی ها و مسئولیت های سنگین بر دوش دولت از توان این بخش جهت همگام شدن با تغییرات کاسته، در حالی که انتظارات عموم مردم افزایش می یابد. از سوی دیگر، نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می کند که این امر منجر به ایجاد چالش ها و تنش های متعدد در فضای اقتصادی می شود. در پاسخ به مشکلات و چالش های برخاسته از نیاز به عدالت، کیفیت و اثربخشی انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند و پایدار در نظام سلامت بسیار ضروری است.

مواد و روش ها

جامعه و نمونه آماری در بخش کمی

جامعه آماری در بخش کمی مدیران و معاونان بیمارستان های خصوصی در شهر تهران خواهند بود. بر اساس اطلاعات به دست آمده حدود ۵۶ بیمارستان خصوصی در شهر تهران وجود دارد و تعداد کل جامعه آماری ۷۴۳ نفر هستند. در جدول ۳-۱ مشخصات بیمارستانها

دکترای می باشند. ۱۵/۰ درصد پاسخ دهندگان ۲۵ تا ۳۵ سال، ۲۹/۶ درصد ۳۶ تا ۴۵ سال، ۳۸/۷ درصد ۴۶ تا ۵۵ سال و ۱۶/۶ درصد بالای ۵۵ سال می باشند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مربوط به جنسیت، سابقه کار، تحصیلات و

سن پاسخ دهندگان		
جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۳۳	۵۲/۶
زن	۱۲۰	۴۷/۴
سابقه کار		
	فراوانی	درصد فراوانی
تا ۵ سال	۳۱	۱۲/۳
۶ تا ۱۰ سال	۶۳	۲۴/۹
۱۱ تا ۲۰ سال	۸۶	۳۴/۰
بالای ۲۰ سال	۷۳	۲۸/۹
تحصیلات		
	فراوانی	درصد فراوانی
تا لیسانس	۹۴	۳۷/۲
فوق لیسانس	۹۸	۳۸/۷
دکترای	۶۱	۲۴/۱
سابقه کار		
	فراوانی	درصد فراوانی
۲۵ تا ۳۵ سال	۳۸	۱۵/۰
۳۶ تا ۴۵ سال	۷۵	۲۹/۶
۴۶ تا ۵۵ سال	۹۶	۳۸/۷
بالای ۵۵ سال	۴۲	۱۶/۶
جمع	۲۵۳	۱۰۰

آمار استنباطی

به منظور تحلیل داده های پژوهش از تحلیل های گوناگون استفاده شده است. در مرحله اول اعتبار همگرا و واگرا و ضریب همبستگی بین متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار می گیرد. در مرحله بعد با استفاده تحلیل عاملی تأییدی به بررسی روایی سازه سوالات پرسشنامه و در انتها با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی به بررسی فرضیات تحقیق پرداخته می شود.

روایی پرسشنامه ها برای بررسی روایی ابزار اندازه گیری از روایی صوری، محتوایی و روایی سازه استفاده خواهد شد. برای تعیین روایی صوری یک آزمون از قضاوت متخصصان در این باره که سؤال های آزمون تا چه میزان معرف محتوا و هدف های برنامه یا حوزه محتوایی هستند استفاده می شود. برای تعیین روایی محتوایی نیز از قضاوت متخصصان و شاخص های CVI و CVR استفاده خواهد شد. روایی سازه این موضوع را بررسی می کند که آیا اجزای مقیاس مورد نظر توانایی تشکیل مقیاس را دارند یا برخی از آن ها نامرتبند. این نوع روایی اغلب روایی عاملی نیز نامیده می شود و دلیل آن نیز نحوه ارزیابی این نوع روایی با روش های تحلیل عاملی است. سازه نامناسب سازه ای است که توافق نظری در محتوای آن وجود ندارد. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده خواهد شد.

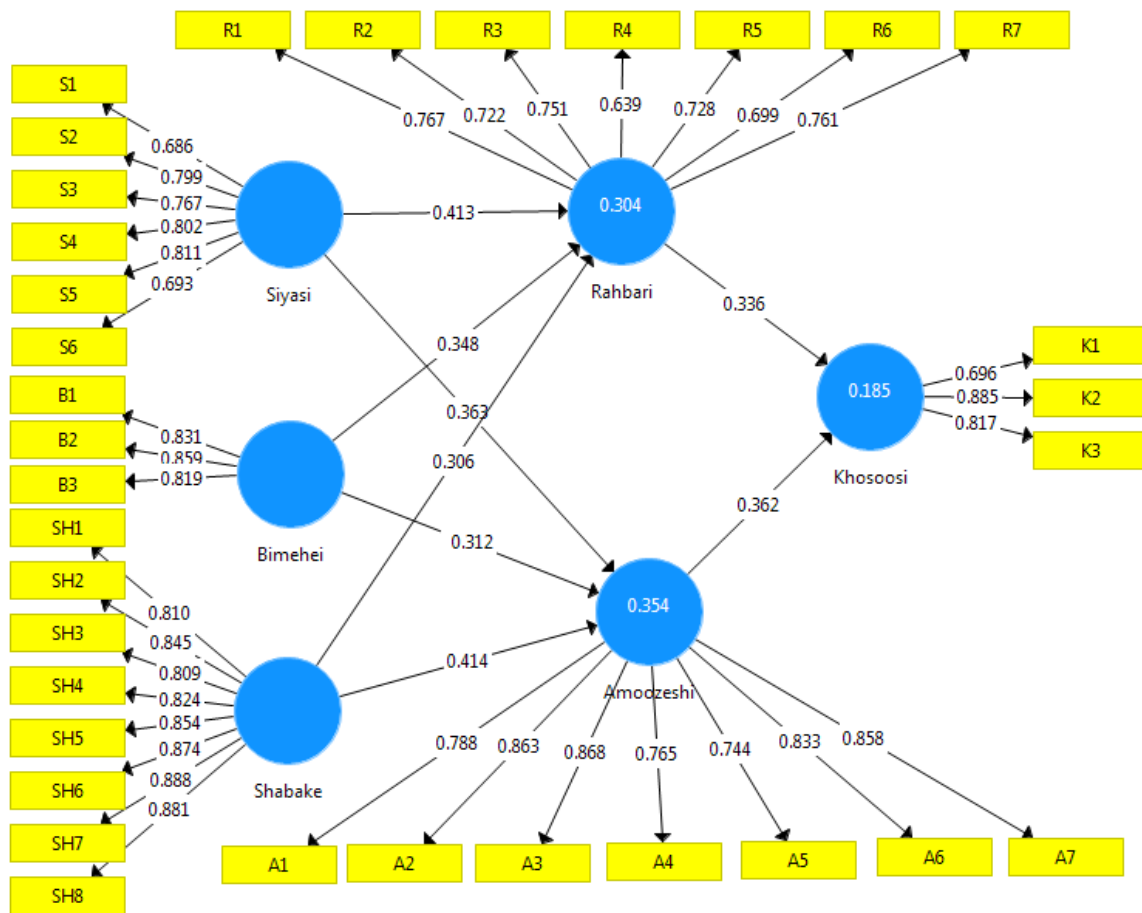
روش تحلیل داده ها

برای تحلیل داده های بخش کمی پژوهش از آزمون های توصیفی و استنباطی استفاده می شود. در بخش توصیفی از درصد میانگین و انحراف معیار (نرم افزار SPSS) و در بخش استنباطی پس از بررسی داده ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S)، در صورت نرمال بودن داده ها از نرم افزار لیزرل LISREL یا AMOS و در صورت غیرنرمال بودن داده ها از نرم افزار SMART PLS استفاده خواهد شد. برای غلبه بر محدودیت های روش های پیشین، نویسندگان به طور فزاینده ای از مدل یابی معادلات ساختاری به عنوان یک راه حل مناسب استفاده کردند. مدل یابی معادلات ساختاری در دو گام اجرا می شود. گام اول مدل اندازه گیری (روایی و پایایی مقیاس های اندازه گیری) و گام دوم مدل ساختاری.

تجزیه و تحلیل داده ها

تحلیل توصیفی داده ها

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود ۵۲/۶ درصد پاسخ دهندگان را مردان، ۴۷/۴ درصد را زنان تشکیل دادند. ۱۲/۳ درصد پاسخ دهندگان تا ۵ سال، ۲۴/۹ درصد ۶ تا ۱۰ سال، ۳۴/۰ درصد ۱۱ تا ۲۰ سال، ۲۸/۹ درصد بالای ۲۰ سال سابقه کار دارند. ۳۷/۲ درصد پاسخ دهندگان تا لیسانس، ۳۸/۷ درصد فوق لیسانس و ۲۴/۱ درصد



شکل ۱: مدل معادلات ساختاری در حالت تخمین ضرایب مسیر

جدول ۲: شاخص‌های روانی، پایایی

AlphaCronbachs	CR	AVE	
۰/۹۱۸	۰/۹۳۴	۰/۶۷۰	آموزش و توانمندسازی
۰/۸۵۰	۰/۸۸۶	۰/۵۶۲	رهبری استراتژیک
۰/۹۴۴	۰/۹۵۴	۰/۷۲۰	شبکه سازی نظام سلامت
۰/۷۸۶	۰/۸۷۵	۰/۷۰۰	عوامل بیمه ای
۰/۸۵۵	۰/۸۹۲	۰/۵۸۰	عوامل سیاسی
۰/۷۳۴	۰/۸۴۴	۰/۶۴۵	موفقیت در خصوصی سازی

محاسبه اعتبار واگرا و ضریب همبستگی

جدول ۳ به بررسی ضرایب همبستگی و روانی واگرا می‌پردازد. روی قطر اصلی این ماتریس ریشه دوم میانگین واریانس تبیین شده (AVE) را نشان می‌دهد. لازمه تایید روانی واگرا بیشتر بودن مقدار ریشه دوم میانگین واریانس تبیین شده از تمامی ضرایب همبستگی متغیر مربوطه با باقی متغیرها است. به عنوان مثال ریشه دوم میانگین واریانس تبیین شده برای متغیر آموزش و توانمندسازی (۰/۸۱۶) شده است که از

شکل ۲: مدل معادلات ساختاری در حالت معناداری ضرایب

به منظور تحلیل ساختار پرسشنامه و کشف عوامل تشکیل دهنده هر سازه از بارهای عاملی استفاده شده است. نتایج بارهای عاملی متغیرهای تحقیق در شکل بالا خلاصه شده‌اند. تمامی مقادیر بارهای عاملی از ۰/۵ بیشتر شده اند و هم چنین مقادیر محاسبه شده t برای هر یک از بارهای عاملی هر نشانگر با سازه یا متغیر پنهان خود بالای ۱/۹۶ است (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است). لذا می‌توان همسویی سوالات پرسشنامه برای اندازه گیری مفاهیم را در این مرحله معتبر نشان داد. در واقع نتایج فوق نشان می‌دهد آنچه محقق توسط سوالات پرسشنامه قصد سنجش آنها را داشته است توسط این ابزار محقق شده است. لذا روابط بین سازه‌ها یا متغیرهای پنهان قابل استناد است.

شاخص‌های روانی، پایایی

جدول ۲ شاخص‌های روانی، پایایی را برای تمامی متغیرهای تحقیق نشان می‌دهد. با کمک شاخص میانگین واریانس تبیین شده مشخص شد که تمام سازه‌های مورد مطالعه دارای میانگین واریانس تبیین شده بالاتر از ۰/۵ هستند. شاخص‌های پایایی ترکیبی (CR) و آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه استفاده می‌شوند و لازمه تایید پایایی بالاتر بودن این شاخص‌ها از مقدار ۰/۷ می‌باشد. تمامی این ضرایب بالاتر از ۰/۷ می‌باشند و نشان از پایا بودن ابزار اندازه گیری می‌باشند.

ضریب مثبت نشان دهنده رابطه مثبت و مستقیم و ضریب منفی نشان دهنده رابطه منفی و معکوس بین دو متغیر می باشد. تمامی ضرایب در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار می باشد.

مقدار همبستگی این متغیر با سایر متغیرها بیشتر است. همان طور که در جدول مشخص است، مقدار ریشه دوم شاخص میانگین واریانس تبیین شده، برای تمامی متغیرها، از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرها می باشد. پایین قطر اصلی ضرایب همبستگی پیرسون نشان داده شده اند.

جدول ۳: ضرایب همبستگی و شاخص روایی منفک ۱

۶	۵	۴	۳	۲	۱
					آموزش و توانمندسازی ۰/۸۷۰
				۰/۷۹۶	۰/۴۷۳ رهبری استراتژیک
			۰/۹۷۳	۰/۴۳۵	۰/۵۴۷ شبکه سازی نظام سلامت
		۰/۹۲۲	۰/۶۰۴	۰/۲۶۴	۰/۳۷۹ عوامل بیمه ای
	۰/۸۱۵	۰/۵۴۹	۰/۵۴۸	۰/۴۹۳	۰/۴۷۰ عوامل سیاسی
۰/۸۷۰	۰/۵۷۴	۰/۵۳۸	۰/۵۴۱	۰/۳۵۶	۰/۳۲۵ موفقیت در خصوصی سازی

*** قطر اصلی ریشه دوم میانگین واریانس تبیین شده (AVE) را نشان می دهد.

نتایج تحلیل عاملی مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که تمامی شاخص های مربوط به رهبری استراتژیک از مقادیر تی (بیشتر از ۱/۹۶) و بار عاملی (بیشتر از ۰/۵) مورد قبولی برخوردارند و برای رهبری استراتژیک شاخص های مناسبی محسوب می شوند.

جدول ۵: نتایج بارهای عاملی و آماره تی عوامل سیاسی

متغیر پنهان	متغیر آشکار	بار عاملی	آماره تی	اعتبار
	S1	۰/۶۸۶	۱۳/۸۵۶	Supported
	S2	۰/۷۹۹	۲۷/۶۷۱	Supported
عوامل	S3	۰/۷۶۷	۲۴/۷۲۶	Supported
سیاسی	S4	۰/۸۰۲	۳۰/۵۳۱	Supported
	S5	۰/۸۱۱	۲۳/۲۵۱	Supported
	S6	۰/۶۹۳	۱۶/۶۹۳	Supported

نتایج تحلیل عاملی مندرج در جدول ۵ نشان می دهد که تمامی شاخص های مربوط به عوامل سیاسی از مقادیر تی (بیشتر از ۱/۹۶) و بار عاملی (بیشتر از ۰/۵) مورد قبولی برخوردارند و برای عوامل سیاسی شاخص های مناسبی محسوب می شوند.

تحلیل مدل اندازه گیری در ارزیابی بخش اندازه گیری مدل محقق باید به بررسی روابط بین متغیرهای نهفته و متغیرهای آشکار مدل پردازد. در اینجا هدف تعیین اعتبار یا روایی و اعتماد یا پایایی اندازه گیری های مورد نظر است. به منظور تحلیل ساختار پرسشنامه و کشف عوامل تشکیل دهنده هر سازه از بارهای عاملی استفاده شده است. نتایج بارهای عاملی متغیرهای تحقیق در اشکال بالا خلاصه شده اند. تمامی مقادیر بارهای عاملی از ۰/۶ بیشتر شده اند و هم چنین مقادیر محاسبه شده t برای هر یک از بارهای عاملی هر نشانگر با سازه یا متغیر پنهان خود بالای ۱/۹۶ است (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است). لذا می توان همسویی سوالات پرسشنامه برای اندازه گیری مفاهیم را در این مرحله معتبر نشان داد. در واقع نتایج فوق نشان می دهد آنچه محقق توسط سوالات پرسشنامه قصد سنجش آنها را داشته است توسط این ابزار محقق شده است. لذا روابط بین سازه ها یا متغیرهای پنهان قابل استناد است.

جدول ۴: نتایج بارهای عاملی و آماره تی رهبری استراتژیک

متغیر پنهان	متغیر آشکار	بار عاملی	آماره تی	اعتبار
	R1	۰/۷۶۷	۲۴/۰۰۴	supported
	R2	۰/۷۲۲	۲۰/۹۴۰	supported
	R3	۰/۷۵۱	۲۱/۵۱۲	supported
رهبری استراتژیک	R4	۰/۷۳۹	۱۰/۴۹۵	supported
	R5	۰/۷۲۸	۱۸/۴۳۱	supported
	R6	۰/۶۰۱	۱۵/۴۰۵	supported
	R7	۰/۷۶۱	۲۵/۳۵۴	supported

جدول ۹: نتایج بارهای عاملی و آماره تی موقیبت در خصوصی سازی

متغیر پنهان	متغیر آشکار	بار عاملی	آماره تی	اعتبار
موقیبت در	K1	۰/۶۹۶	۸/۲۰۱	supported
خصوصی سازی	K2	۰/۸۸۵	۵۴/۲۶۷	supported
	K3	۰/۸۱۷	۲۳/۱۳۳	supported

نتایج تحلیل عاملی مندرج در جدول ۹ نشان می دهد که تمامی شاخص های مربوط به موقیبت در خصوصی سازی از مقادیر تی (بیشتر از ۱/۹۶) و بار عاملی (بیشتر از ۰/۵) مورد قبولی برخوردارند و برای موقیبت در خصوصی سازی شاخص های مناسبی محسوب می شوند.

تحلیل روابط بین عوامل و مؤلفه های تشکیل دهنده مدل اثربخش خصوصی سازی در نظام سلامت شهر تهران چگونه است؟ ضرایب مسیر و آماره تی

جدول ۱۰: ضرایب مسیر و آماره تی (متغیر وابسته: رهبری استراتژیک)

متغیر پیش بین	ضریب مسیر (β)	آماره تی
عوامل سیاسی	۰/۴۱۳	۵/۸۰۷
عوامل بیمه ای	۰/۳۴۸	۵/۰۲۷
شبکه سازی نظام سلامت	۰/۳۰۶	۴/۶۱۸

$$** p < 0.01 \quad * p < 0.05$$

با ضریب مسیر ۰/۴۱۳ و همچنین آماره تی به مقدار ۵/۸۰۷ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۹ درصد (با توجه به اینکه آماره تی کمتر از ۱/۹۶ می باشد) عوامل سیاسی با رهبری استراتژیک رابطه معناداری ندارد. با ضریب مسیر ۰/۳۴۸ و همچنین آماره تی به مقدار ۵/۰۲۷ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۹ درصد (با توجه به اینکه آماره تی بیشتر از ۲/۵۷ می باشد) عوامل بیمه ای با رهبری استراتژیک رابطه مثبت و معناداری دارد. با ضریب مسیر ۰/۳۰۶ و همچنین آماره تی به مقدار ۴/۶۱۸ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۹ درصد (با توجه به اینکه آماره تی بازه ۱/۹۶ الی ۲/۵۷ می باشد) شبکه سازی نظام سلامت با رهبری استراتژیک رابطه مثبت و معناداری دارد.

جدول ۱۱: ضرایب مسیر و آماره تی (متغیر وابسته: آموزش و توانمندسازی)

متغیر پیش بین	ضریب مسیر (β)	آماره تی
عوامل سیاسی	۰/۳۶۳	۵/۶۱۸
عوامل بیمه ای	۰/۳۱۲	۴/۱۵۶
شبکه سازی نظام سلامت	۰/۴۱۴	۵/۱۶۲

$$** p < 0.01 \quad * p < 0.05$$

جدول ۶: نتایج بارهای عاملی و آماره تی آموزش و توانمندسازی

متغیر پنهان	متغیر آشکار	بار عاملی	آماره تی	اعتبار
	A1	۰/۷۸۸	۲۳/۷۰۹	supported
	A2	۰/۸۶۳	۵۵/۱۴۴	supported
	A3	۰/۸۶۸	۵۱/۲۱۸	supported
آموزش و توانمندسازی	A4	۰/۷۶۵	۲۵/۱۶۷	supported
	A5	۰/۷۴۴	۲۱/۰۵۸	supported
	A6	۰/۸۳۳	۳۹/۰۲۲	supported
	A7	۰/۸۵۸	۵۱/۴۸۷	supported

نتایج تحلیل عاملی مندرج در جدول ۶ نشان می دهد که تمامی شاخص های مربوط به آموزش و توانمندسازی از مقادیر تی (بیشتر از ۱/۹۶) و بار عاملی (بیشتر از ۰/۵) مورد قبولی برخوردارند و برای آموزش و توانمندسازی شاخص های مناسبی محسوب می شوند.

جدول ۷: نتایج بارهای عاملی و آماره تی عوامل بیمه ای

متغیر پنهان	متغیر آشکار	بار عاملی	آماره تی	اعتبار
	B1	۰/۸۳۱	۲۰/۹۹۰	supported
عوامل بیمه ای	B2	۰/۸۵۹	۳۴/۰۵۲	supported
	B3	۰/۸۱۹	۲۷/۶۸۳	supported

نتایج تحلیل عاملی مندرج در جدول ۷ نشان می دهد که تمامی شاخص های مربوط به عوامل بیمه ای از مقادیر تی (بیشتر از ۱/۹۶) و بار عاملی (بیشتر از ۰/۵) مورد قبولی برخوردارند و برای عوامل بیمه ای شاخص های مناسبی محسوب می شوند.

جدول ۸: نتایج بارهای عاملی و آماره تی شبکه سازی نظام سلامت

متغیر پنهان	متغیر آشکار	بار عاملی	آماره تی	اعتبار
	SH1	۰/۸۱۰	۳۶/۱۵۸	supported
	SH2	۰/۸۴۵	۴۸/۱۳۵	supported
شبکه سازی	SH3	۰/۸۰۹	۳۰/۴۷۶	supported
	SH4	۰/۸۲۴	۳۶/۳۸۲	supported
نظام سلامت	SH5	۰/۸۵۴	۴۸/۵۶۹	supported
	SH6	۰/۸۷۴	۴۳/۹۳۱	supported
	SH7	۰/۸۸۸	۵۵/۸۹۲	supported
	SH8	۰/۸۸۱	۵۷/۰۶۳	supported

نتایج تحلیل عاملی مندرج در جدول ۸ نشان می دهد که تمامی شاخص های مربوط به شبکه سازی نظام سلامت از مقادیر تی (بیشتر از ۱/۹۶) و بار عاملی (بیشتر از ۰/۵) مورد قبولی برخوردارند و برای شبکه سازی نظام سلامت شاخص های مناسبی محسوب می شوند.

جدول ۱۳: نتایج Redundancy متغیرهای درون زا

Redundancy	Communality	
۰/۲۱۱	۰/۵۳۷	آموزش و توانمندسازی
۰/۱۴۱	۰/۳۶۵	رهبری استراتژیک
۰/۱۹۹	۰/۳۱۴	موفقیت در خصوصی سازی

معیار نیکویی برازش GOF

معیار GOF منوط به بخش کلی مدل های معادلات ساختاری است. بدین معنی که توسط این معیار محقق می تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه گیری و بخش ساختاری پژوهش خود، برازش بخش کلی را نیز کنترل نماید. معیار GOF توسط تننهاوس و همکاران (Tenenhaus et al) در سال ۲۰۰۴ ابداع گردید و فرمول آن در زیر آمده است:

$$GOF = \sqrt{R^2 * COMMUNALITY}$$

برای این شاخص برازش مقدار ۰/۰۱ و ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی معرفی شده است. با توجه به اینکه مقدار بدست آمده شاخص نیکویی برازش ۰/۶۲۵ (بیشتر از ۰/۳۶) می باشد، می توان گفت مدل از برازش قوی برخوردار می باشد.

نتیجه گیری

اعتبارسنجی مدل تحقیق نشان داد که نتایج بارهای عاملی متغیرهای تحقیق در اشکال بالا خلاصه شده اند. تمامی مقادیر بارهای عاملی از ۰/۵ بیشتر شده اند و هم چنین مقادیر محاسبه شده t برای هر یک از بارهای عاملی هر نشانگر با سازه یا متغیر پنهان خود بالای ۱/۹۶ است (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ شده است). لذا می توان همسویی سوالات پرسشنامه برای اندازه گیری مفاهیم را در این مرحله معتبر نشان داد. در واقع نتایج فوق نشان می دهد آنچه محقق توسط سوالات پرسشنامه قصد سنجش آنها را داشته است توسط این ابزار محقق شده است. لذا روابط بین سازه ها یا متغیرهای پنهان قابل استناد است. لازمه تایید روایی و اگر بیشتر بودن مقدار ریشه دوم میانگین واریانس تبیین شده از تمامی ضرایب همبستگی متغیر مربوطه با باقی متغیرها است. به عنوان مثال ریشه دوم میانگین واریانس تبیین شده برای متغیر آموزش و توانمندسازی (۰/۸۱۶) شده است که از مقدار همبستگی این متغیر با سایر متغیرها بیشتر است. همان طور که در جدول مشخص است، مقدار ریشه دوم شاخص میانگین واریانس تبیین شده، برای تمامی متغیرها، از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرها می باشد. موفقیت در خصوصی سازی با رتبه میانگین ۵/۶۶ دارای رتبه اول و شبکه سازی نظام سلامت با رتبه میانگین ۴/۳۵ دارای رتبه آخر مؤلفه های مدل اثربخش خصوصی سازی در نظام سلامت شهر تهران می باشند. یافته های تحقیق در زمینه اثربخشی مدل خصوصی سازی در نظام سلامت در شهر تهران با نتایج تحقیقات پیشین همخوانی دارد. بیات در پژوهشی به ارزیابی انتقادی خصوصی سازی بانکی در نظام بانکی ایران با تاکید بر ارزیابی جانشین پذیری بانک های دولتی و غیر دولتی پرداخت. نتایج نشان می دهد که بانک های غیردولتی به عنوان

با ضریب مسیر ۰/۳۶۳ و همچنین آماره t به مقدار ۵/۶۱۸ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۹ درصد (با توجه به اینکه آماره t بیشتر از ۲/۵۷ می باشد) عوامل سیاسی با آموزش و توانمندسازی رابطه مثبت و معناداری دارد. با ضریب مسیر ۰/۳۱۲ و همچنین آماره t به مقدار ۴/۱۵۶ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۹ درصد (با توجه به اینکه آماره t بیشتر از ۲/۵۷ می باشد) عوامل بیمه ای با آموزش و توانمندسازی رابطه مثبت و معناداری دارد. با ضریب مسیر ۰/۴۱۴ و همچنین آماره t به مقدار ۵/۱۶۲ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۹ درصد (با توجه به اینکه آماره t بیشتر از ۲/۵۷ می باشد) شبکه سازی نظام سلامت با آموزش و توانمندسازی رابطه مثبت و معناداری دارد.

جدول ۱۲: ضرایب مسیر و آماره t (متغیر وابسته: موفقیت در خصوصی سازی)

متغیر پیش بین	ضریب مسیر (β)	آماره t
آموزش و توانمندسازی	۰/۳۶۲	۵/۱۸۵
رهبری استراتژیک	۰/۳۳۶	۵/۷۱۷

$** p < 0.01$ $* p < 0.05$

با ضریب مسیر ۰/۳۶۲ و همچنین آماره t به مقدار ۵/۱۸۵ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۵ درصد (با توجه به اینکه آماره t بازه ۱/۹۶ الی ۲/۵۷ می باشد) آموزش و توانمندسازی با موفقیت در خصوصی سازی رابطه مثبت و معناداری دارد. با ضریب مسیر ۰/۳۳۶ و همچنین آماره t به مقدار ۵/۷۱۷ بدست آمده از روش حداقل مربعات جزئی می توان گفت: در سطح اطمینان ۹۹ درصد (با توجه به اینکه آماره t بیشتر از ۲/۵۷ می باشد) رهبری استراتژیک با موفقیت در خصوصی سازی رابطه مثبت و معناداری دارد.

معیار افزونگی (Redundancy)

این شاخص معیار سنجش کیفیت مدل ساختاری برای هر متغیر درون زا با توجه به مدل اندازه گیری آن است این معیار نشانگر مقدار تغییر پذیری شاخص های یک سازه درون زا است که از یک یا چند سازه ی برون زا تاثیر می پذیرد. هر چه مقدار Redundancy بیشتر باشد، نشان از برازش مناسب تر بخش ساختاری مدل در یک پژوهش دارد. این معیار به صورت زیر تعریف می شود:

$$Redundancy = COMMUNALITY * R^2$$

Public Administration (pp. 1154-1167). Routledge.

3. Nekouei Moghaddam, Mahmoud; Amirasmali, Reza; Izadi, Azar (2015). Competitive Analysis of Private Hospitals Industry Using Diamond Competitive Model: A Case Study in Kerman in 2014. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 5 (1): 29-45.

4. Rahman, R. (2019). The privatisation of healthcare system in Bangladesh. *International journal of health care quality assurance*, 32(1), 97-107.

5. Ökem, Z. G., & Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the "Health Transformation Programme". *Health Policy*, 119(9), 1153-1163.

6. Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., & Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*, 391(10131), 1718-1735.

7. Aspalter, C., Pribadi, K. T., & Gauld, R. (Eds.). (2017). *Health Care Systems in Developing Countries in Asia*. Taylor & Francis.

8. Athanasiadis, A., Ratsika, N., Trompoukis, C., & Philalithis, A. (2018). The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective. *International Journal of Health Governance*, 23(4), 316-329.

9. Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. *Health Policy*, 123(4), 408-411.

10. Gericke, C. A., Britain, K., Elmahdawy, M., & Elsis, G. (2019). Health System in Egypt. *Health Services Evaluation*, 809-826.

11. Hipgrave, D., & Mu, Y. (2019). Health System in China. *Health Services Evaluation*, 779-807.

12. Oka, N. (2019). Changing Perceptions of Informal Payments under Privatization of Health Care: The Case of Kazakhstan. *Central Asian Affairs*, 6(1), 1-20.

13. Ramanadham, V. V. (2019). *Privatisation in the UK*. Routledge.

جانشین بانک‌های دولتی عمل می‌کنند. همچنین نتایج مدل نشان‌دهنده تاثیر مثبت شاخص قیمت مسکن، تاثیر مثبت نرخ سود علی‌الحساب اوراق مشارکت، تاثیر مثبت تولید ناخالص داخلی، تاثیر منفی نرخ تورم و تاثیر منفی شاخص قیمت سهام بر حجم سپرده بانک‌های دولتی می‌باشد. همچنین حسن پور در پژوهشی به تعیین آثار خصوصی‌سازی کنترل بر وضعیت مالی و عملکرد شرکت‌های واگذار شده به بخش خصوصی پرداخت. نتایج بدست آمده بیانگر این است که خصوصی سازی کنترل بر وضعیت مالی و عملکرد شرکت های واگذار شده به بخش خصوصی تاثیر دارد. همچنین غلامپور (۸) در پژوهشی به بررسی موانع و چالش های خصوصی سازی و سرمایه گذاری در ورزش مازندران پرداخت. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین رتبه های متغیرهای پژوهش تفاوت معنی دار آماری وجود دارد (p < 0/001). همچنین بین گروه کارشناسان و اساتید در مؤلفه حمایتی و تشویقی و مؤلفه سیاسی تفاوت معنی داری وجود دارد اما بین گروه مدیران و اساتید تفاوتی مشاهده نمی‌گردد. علاوه بر این در بین متغیر های موجود در پژوهش، تنها در متغیرهای حمایتی- تشویقی و متغیر سیاسی بین سه گروه تفاوت معنی دار وجود دارد. رحمان (۹) در پژوهشی به بررسی خصوصی‌سازی نظام سلامت در بنگلادش پرداخت. نتایج نشان داد در حالی که بخش مراقبت‌های بهداشتی بنگلادش روند رو به رشدی را به سمت خصوصی‌سازی طی کرده است، این حرکت از مزایای محدودتری در بهبود کلی سلامت مردم بنگلادش برخوردار است. همچنین اوکا (۱۰) در پژوهشی به بررسی ادراک تغییرات از پرداخت غیررسمی تحت خصوصی‌سازی نظام سلامت پرداخت. این مقاله همچنین نشان می‌دهد که مردم عادی غالباً با استفاده از پول برای به دست آوردن خدماتی که به طور رسمی از آنها برخوردار نیستند یا به بودجه پزشکی عمومی دسترسی ندارند، روشهای رسمی را دور می‌زنند. گریک و همکاران (۱۱) در پژوهشی به بررسی نظام سلامت در مصر پرداختند. بخش خصوصی شامل بیمارستان های خصوصی، پزشکان و داروخانه ها است که از کیفیت بالاتری نسبت به خدمات عمومی برخوردار هستند. بیشتر خدمات خصوصی از جیب پرداخت می‌شوند. بیمه درمانی خصوصی ناچیز است. همچنین آتاناسیادیس و همکاران (۱۲) در پژوهشی به بررسی فرآیند تمرکززدایی نظام سلامت در یونان پرداختند. یافته ها حاکی از آن است که عدم تمرکز در یونان به دلیل ذهنیت غالب کنترل متمرکز، عدم حمایت سیاسی، ناپیوستگی در سیاست های بهداشتی و مخالفت با منافع واگذار شده، به اهداف خود نرسیده است (۱۳).

References

1. Rabiee, Ali. And Sazour, Azam (2011), *Prioritizing Privatization Barriers in Iran Using Multi-Criteria Decision Making Techniques*. National Conference on Privatization in Iran, Semnan, Islamic Azad University, Semnan Branch.
2. Farazmand, A. (2019). *Challenges to Privatization in Developing Countries*. In *Handbook of Comparative and Development*