مقاله پژوهشی

الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران: تحلیل مضمون

سلیمه لطیفی جلیسه [۱]، حسین صفری پلنگی [۲*]

[۱] دکتری مدیریت دولتی، سازمان اداری و استخدامی کشور، تهران، ایران
[۲] استادیار، مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول: حسین صفری پلنگی
hossein.comely@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: حاکمیت در سیستم سلامت صرفاً یک دیدگاه، مدل برای عملیاتی کردن یا اجرای خدمات نیست، بلکه یک عنصر کلیدی در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی فعالیت‌ها برای سلامت و بهداشت بهتر است. هدف اصلی این پژوهش طراحی الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران بود.

روش پژوهش: تحقیق حاضر از نظر هدف، توصیفی، از نظر نوع استفاده کاربردی، و از نظر نوع داده‌ها کیفی بود که به روش تحلیل مضمون و با رویکرد قیاسی- استقرایی انجام شد. ۱۴ خبره نظام سلامت به روش غیر تصادفی- هدفمند انتخاب شدند. برای محاسبه پایایی از پایایی بازآزمون و پایایی کدگذار استفاده شد که مقدار آن‌ها به ترتیب ۷۰ و ۸۷ درصد به‌دست آمد. همچنین برای سنجش روایی محتوای شاخص‌های استخراجی از روش والتز و باسل استفاده شد و مقدار آن ۸۵ درصد محاسبه شد.

یافته‌ها: پس از طی مراحل شش‌گانه تحلیل مضمون، ۱۳۷ مضمون پایه، ۱۵ مضمون سازمان‌دهنده و ۵ مضمون فراگیر (پاسخگوئی نظام سلامت، مشارکت نظام سلامت، تدوین سیاست نظام سلامت، ارائه خدمات نظام سلامت، کارائی و کیفیت نظام سلامت) احصاء و در نهایت الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران طراحی شد. پاسخگوئی سازمانی شامل ۷ مضمون، پاسخگوئی اخلاقی ۹ مضمون، پاسخگوئی قانونی۶ مضمون، پاسخگوئی مالی ۸ مضمون پایه است. کارائی و کیفیت شامل ۱۰ مضمون پایه است. اجرا شامل ۸ مضمون، جامعیت ۴ مضمون، ارائه گزارش ۱۲ مضمون، و شفافیت شامل ۶ مضمون پایه است. سیاست ساختاری شامل ۲۳ مضمون، سیاست شمول اجتماعی و عدالت ۶ مضمون، و سیاست مالی شامل ۱۱مضمون پایه است. خدمات پزشکی شامل ۴ مضمون، خدمات مالی ۷ مضمون، خدمات انسانی و حقوق بشر ۹ مضمون، و خدمات اطلاعاتی و فناوری شامل ۷ مضمون پایه است. در این الگو، مشارکت و تدوین سیاست به عنوان ورودی و پاسخگوئی، کارائی و کیفیت و ارائه خدمات به عنوان خروجی بودند.

نتیجه‌گیری: مبهم بودن تعریف همکاری بین‌بخشی مناسب، عدم شایسته‌سالاری، صنفی نگری، تضاد منافع، عدم استفاده از رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و خِرَد جمعی از معایب الگوی حاکمیت فعلی است. همچنین، هزینه درمان پرداختی توسط مردم زیاد است.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی، الگوی حاکمیت، موسسات نظام سلامت، تحلیل مضمون

ارجاع: لطیفی جلیسه سلیمه، صفری پلنگی حسین. الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران: تحلیل مضمون. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۴):۹۱-۲۷۶.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۴
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۰

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

مقدمه

حاکمیت سیستم سلامت یک عنصر کلیدی در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی فعالیت‌ها برای سلامت و بهداشت بهتر است (۱). حاکمیت را شاید بتوان ساختارها و وظایف یک سازمان برشمرد، که به تدوین و اجرای خط‌مشی‌ها و اعمال تصمیم‌های اتخاذ شده در سازمان منجر می‌شود (۲). گلیسون (۲۰۱۲) توصیه می‌کند که پژوهشگرها تمرکز خود را بر مباحث و مشکلات کلان مرتبط با خط مشی‌ها و سیستم‌های بخش سلامت مانند حاکمیت، معطوف کنند (۳).

ابعاد حاکمیت سیستم سلامت طبق تعریف بانک جهانی شامل پاسخگویی، اثربخشی حاکمیت، ثبات سیاسی، نقش قوانین، کیفیت سازمان‌های نظارتی و کنترل فساد است. همچنین ابعاد حاکمیت از نظر سازمان ملل متحد شامل، مشارکت، عدالت، اثربخشی و کارایی، پاسخگویی، چشم انداز استراتژیک، مسؤولیت، نقش قوانین، شفافیت و اتفاق نظر است. سازمان توسعه جهانی، ابعاد حاکمیت را مشارکت، پاسخگویی، انصاف، شفافیت، کارایی وشایستگی/مقبولیت می‌داند (۴). ابعاد حاکمیت خوب در بخش سلامت طبق برنامه توسعه سازمان ملل شامل مشارکت، نقش قانون، شفافیت، مسؤولیت پذیری، اتفاق نظر، عدالت، اثربخشی و کارایی، پاسخگویی و چشم انداز استراتژیک است (۵-۳). در بخش سلامت، پرکر و هاردینگ (۲۰۰۳) ۴ سطح حاکمیت را شناسایی کرده‌اند؛ سطح جهانی یا بین المللی، سطح کلان، سطح میانی و سطح خرد (۶).

حاکمیت به عنوان یک عامل مؤثر در بهبود شاخص‌های بهداشتی از جمله امید به زندگی است؛ بسیاری از سیاستگذاران سلامت بر ساختاردهی مجدد حاکمیت اتکا دارند، به‌طوریکه پاسخگویی و مشارکت، سیستم سلامت را به سمت هدف‌های کیفیت، ثبات و سیستم سلامت جهانی سوق دهد (۷). سیستم حاکمیت نظام سلامت ایران هم با چالش‌هایی مواجه است. برخی از این چالش‌ها عبارتند از ساختار سازمانی سلسله مراتبی و پیچیده وزارت بهداشت و تداخل برخی از وظایف آن با وظایف سایر دستگاه‌های اجرایی کشور، شفافیت کم مسئولیت‌ها و اختیارات افراد، تعدد سازمان‌های بیمه سلامت و تفاوت پوشش بیمه‌ای آن‌ها، استفاده کم از شواهد در سیاستگذاری و ناکارآمدی سیستم نظارت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی (۸). حاکمیت برای بهبود عملکرد بخش سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت ضروری است (۹). نیاز به اعتبارسنجی و کاربردی بودن چارچوب‌های حاکمیت موجود وجود دارد (۱۰). نه تنها ساختار حاکمیتی مطلوب وجود ندارد، همچنین رویکرد عملی برای ارزیابی حاکمیت نیز وجود ندارد (۱۱). الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران چالش‌هایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل الزامات و اهداف، کاهش یا ادغام برخی از معاونت‌ها و اداره‌های وزارت بهداشت، توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولیت نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می‌شود (۱۲).

در مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۹۸ که با روش دلفی انجام شده‌است؛ مدل مناسب حاکمیت نظام سلامت ایران شامل ابعاد ساختار سازمانی؛ ارتباطات و همکاری بین‌بخشی؛ قانون‌گذاری؛ سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی استراتژیک؛ تولیت؛ و نظارت و ارزشیابی است (۱۳). تحقیقی در سال ۱۳۹۸ با هدف مقایسه حاکمیت نظام سلامت کشورهای موفق، به منظور ارائه الگوی مناسب برای حاکمیت نظام سلامت ایران انجام شده‌است. نتایج بررسی تطبیقی حاکمیت نظام سلامت ۱۱ کشور منتخب جهان نشان داد برای ارزشیابی حاکمیت نظام سلامت می‌توان از شاخص‌های شفافیت، دموکراسی، قانونمداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری استفاده کرد (۱۲). سالاریان‌زاده و لطیفی جلیسه (۱۳۹۹) چالش‌های ساختار حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس الگوی ساختار شبکه‌ای و به روش فراترکیب را در ۷ بُعد سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری، قانونی، سازماندهی، مدیریتی، ارتباطات، مالی و نظارتی دسته‌بندی کرده‌اند (۱۴). نتایج مطالعه مروری باربازا و تلو (۲۰۱۴) نشان داد، علی‌رغم گسترش ادبیات، تلاش عینی برای درک حاکمیت سیستم سلامت که برای سیاست‌گذاران عملی باشد و در حال حاضر کاربرد داشته باشد مورد نیاز است (۱۵). نتایج تحقیق پیون و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه سیستماتیک پایگاه‌های

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

اطلاعاتی موسسات بین‌المللی مرتبط با حاکمیت در سال‌های ۲۰۱۶- ۱۱۹۴، ۱۶ چارچوب توسعه یافته برای ارزیابی حاکمیت در نظام سلامت را شناسایی و شرح داده است که تنها ۵ مورد از چارچوب‌های شناسایی شده کاربرد داشته است. یکی دیگر از رویکردهای ارزیابی حاکمیت بخش سلامت، بررسی نقش و مسئولیت در میان بازیگران کلیدی، مانند سیاستمداران، سیاستگذاران، مشتریان و شهروندان و ارائه دهندگان خدمات است (۱۰). هدف حاکمیت سیستم سلامت، محافظت و ارتقا سلامت مردم است (۴). تحقیق‌هایی که در داخل کشور انجام شده ازجمله در بررسی مدل‌های حاکمیتی در سیستم سلامت (۲۰۰۴) نشان می‌دهد، علی رغم نقد مدل‌های موجود مانند حاکمیت خوب، حاکمیت بالینی، حاکمیت شرکتی و حاکمیت سلسله مراتبی، الگویی مناسب جهت سنجش حاکمیت نظام سلامت ارائه نشده‌است (۱۶). فتحی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای مروری، وضعیت پاسخگوئی نظام سلامت را بررسی کرده‌اند؛ نتایج نشان داد با توجه به وضعیت کنونی پاسخگویی در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت و اهمیت آن، تقویت ابعاد دارای نقاط ضعف باید در اولویت کاری مدیران و سیاستگذاران سلامت قرار گیرد (۱۷). میکلسون لوپز و همکاران (۲۰۱۱) با تمرکز بر تعریف و توسعه شاخص‌هایی برای ارزیابی حاکمیت در بخش سلامت، الگویی ارائه کرده‌اند که «چشم انداز استراتژیک و تدوین سیاست» و « مشارکت و اجماع مداری» به عنوان ورودی‌های حاکمیت، و «رسیدگی به فساد»، «شفافیت» و «پاسخگویی» فرایندهای حاکمیتی هستند (۱۸).

در داخل کشور در سطح بیمارستان‌ها مدل حاکمیت خوب و ابعاد آن (البته نه همه ابعاد) مثل عدالت، پاسخگوئی، فقر و نابرابری و شفافیت بررسی شده است. دسته دیگر مطالعات، چالش‌ها و موانع حاکمیت بالینی و چالش‌های ارزیابی حاکمیت بالینی را بررسی کرده‌اند. دسته دیگر مطالعات چالش‌های تولیت، ارزیابی عملکرد و فناوری اطلاعات نظام سلامت را بررسی کرده‌اند. با توجه به مشکلات بیان شده، تحقیق حاضر به‌دنبال طراحی الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت ایران بود.

روش‌پژوهش

مطالعه حاضر توصیفی-کاربردی بوده و به روش کیفی تحلیل مضمون به منظور طراحی الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت در سال (۱۳۹۹) انجام شده‌است. این روش، فرایندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌هایی غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند. پژوهشگران علوم اجتماعی و انسانی، غالباً از تحلیل مضمون جهت شناخت الگوهای کیفی و کلامی و تهیه کدهای مرتبط با آن‌ها استفاده می‌کنند. از روش تحلیل مضمون برای تحلیل حجم زیادی از داده‌های پیچیده و مفصل، می‌توان استفاده کرد. در تحلیل مضمون، همه منابع داده، بررسی و مضامین کل داده‌ها، تحلیل و تفسیر می‌شود (۱۹). با توجه به نظریاتی که در زمینه حاکمیت وجود دارد، کلیاتی از ابعاد حاکمیت سیستم سلامت در ادبیات پژوهش موجود بود و برای کشف مضامین ارزیابی حاکمیت سیستم سلامت، از روش تحلیل مضمون با رویکرد قیاسی- استقرایی استفاده شد. مراحل پژوهش به شرح شکل ۱ بود.

جامعه آماری تحقیق شامل خبرگان موضوعی و اجرائی بود، که به صورت قضاوتی- هدفمند انتخاب شدند. پس از اتمام مصاحبه با فرد اول، از وی درخواست شد افراد صاحب نظر در حوزه حاکمیت نظام سلامت را در جهت غنای الگوی تحقیق معرفی نماید. این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری محققین ادامه یافت (۱۴ نفر). برای تعیین حجم نمونه از اشباع نظری استفاده شد؛ بدین‌صورت‌که نمونه‌گیری هدفمند و قضاوتی تا زمانی ادامه پیدا کرد که هیچ اطلاعات جدیدی اضافه نشد و به نوعی به کفایت داده‌ها رسیده شد. ملاک‌های انتخاب مشارکت کنندگان داشتن سابقه اجرایی، تحصیلاتی و پژوهشی مرتبط بود (جدول ۱).

جدول ۱: موقعیت و تعداد خبرگان

پُست/ شغل	تعداد
رییس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت	۱
رییس دبیرخانه شورای عالی سلامت وزارت بهداشت	۱
رییس گروه سیاست سلامت و جامعه وزارت بهداشت	۱
رییس گروه سیاست سلامت بین‌الملل و توسعه پایدار وزارت بهداشت	۱
رییس گروه سیاست بخش سلامت وزارت بهداشت	۱
رییس مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت	۱
مرکز بودجه وزارت بهداشت	۱
رییس گروه حکمرانی سلامت وزارت بهداشت	۱
معاون بین‌الملل دانشکده بهداشت تهران	۱
رییس دانشکده بهداشت تهران	۱
هیات علمی دانشکده بهداشت تهران	۲
موسسه ملی تحقیقات سلامت/ دپارتمان حکمرانی و سلامت	۱
دفتر مطالعات اجتماعی سلامت مرکز پژوهش‌های مجلس	۱

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]



شکل ۱: مراحل انجام پژوهش

به منظور تامین هدف پژوهش، داده‌ها با روش اسنادی و مصاحبه عمیق با خبرگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع‌آوری شد. زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با توجه به خبرگان و هماهنگی‌های قبلی با ایشان تعیین شد. پس از هماهنگی‌های اولیه، سوالات مصاحبه و پروپوزال تحقیق با مراجعه حضوری یا ارسال از طریق دورنما یا پست‌الکترونیکی در اختیار خبرگان قرار گرفت. این امر به آماده‌سازی ایشان برای شرکت در مصاحبه کمک کرد. علاوه بر این فرم، در ابتدای مصاحبه، مصاحبه‌گر توضیحاتی شفاهی درباره مطالعه و اهداف آن و تمهیدات محرمانه ماندن اطلاعات ارائه داد؛ سپس، پیش از آغاز مصاحبه، فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در مصاحبه به امضای خبرگان رسید و به آن‌ها اطمینان داده شد که می‌توانند در هر مرحله از مطالعه از ادامه همکاری خودداری ورزند. علاوه بر یادداشت‌برداری، مصاحبه‌ها با رضایت خبرگان توسط موبایل ضبط شد. در انتهای مصاحبه، نحوه تماس با آن ها مشخص شد تا در صورت نیاز، امکان برقراری ارتباط‌های بعدی نیز فراهم شود. بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه، مکالمات پیاده‌سازی شد. هر مصاحبه به طور متوسط ۲ ساعت طول کشید.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

روایی محتوای الگوی تحقیق به روش والتز و باسل سنجیده شد. بدین منظور پرسشنامه تحقیق میان ۱۴ تن از خبرگان موضوعی توزیع شد. پرسشنامه شامل شاخص‌های ارزیابی وضعیت حاکمیت نظام سلامت بود که از ادبیات تحقیق و مصاحبه با خبرگان استخراج و در اختیار آنان قرار گرفت و از پاسخ‌دهندگان خواسته شد میزان ارتباط شاخص‌ها برای سنجش وضعیت حاکمیت نظام سلامت و تدوین الگوی ارزیابی آن را مشخص کنند. به‌این‌صورت که متخصصان مربوط بودن، واضح بودن و ساده‌بودن هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص کردند. متخصصان مربوط بودن هر گویه را از نظر خودشان از ۱ «مربوط نیست»، ۲ «نسبتاً مربوط است»، ۳ «مربوط است»، تا ۴ «کاملاً مربوط است» مشخص کردند. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر با ۰/۷۵ است و اگر شاخص CVI گویه‌های کمتر از ۰/۷۹ باشد آن گویه باید حذف شود (۲۰). روایی محتوای الگوی تحقیق ۸۵ درصد به‌دست‌آمد.

$$CVI=\frac{\text{عده متخصصانی که به گویه نمره ۳ و ۴ داده‌اند}}{\text{عده کل متخصصان}}$$

برای قابلیت تأیید در مرحله بعد، مضامین استخراجی به ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان اول به منظور بازبینی و تأیید برگردانده و نکات پیشنهادی درنظر گرفته‌شد. همچنین متن کامل مصاحبه‌ها همراه با کدگذاری اولیه به ۳ تن از افراد تیم پژوهشی و ۱ نفر فارغ التحصیل نمونه دانشگاهی و آشنا با روش‌های پژوهش کیفی ارائه شد.

پایایی بازآزمون (Re-test Reliability) به میزان سازگاری طبقه‌بندی داده‌ها در طول زمان اشاره دارد. برای محاسبه پایایی بازآزمون، از فرمول زیر استفاده شد.

$$\text{درصد پایایی} = \frac{2 \times \text{توافقات}}{\text{کل تعداد کدها}} \times 100$$

در این پژوهش، پایایی بازآزمون، با استفاده از فرمول ذکر شده برابر ۷۰ درصد به‌دست آمد. با توجه به اینکه این میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد است قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است (۲۱). برای بررسی پایایی بین ۲ کدگذار نیز از ۱ دانشجوی دکترای مدیریت دولتی کمک گرفته شد که بر همین اساس درصد پایایی بین ۲ کدگذار نیز ۸۷ درصد به‌دست آمدکه بالاتر از ۶۰ درصد بوده و مورد تأیید است (۲۱). ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.986 در دانشگاه علوم پزشکی ایران تایید شده است.

یافته‌ها

پس از طی مراحل شش‌گانه تحلیل مضمون، ۱۳۷ مضمون پایه، ۱۵ مضمون سازمان‌دهنده و ۵ مضمون فراگیر (پاسخگوئی نظام سلامت، مشارکت نظام سلامت، تدوین سیاست نظام سلامت، ارائه خدمات نظام سلامت، کارائی و کیفیت نظام سلامت) احصاء شد. مضامین فراگیر با بررسی تطبیقی ابعاد حاکمیت نظام سلامت در ادبیات تحقیق و نظر خبرگان استخراج شد. جدول فراوانی ابعاد حاکمیت نظام سلامت به شرح جدول ۱ است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

جدول ۱ : ابعاد حاکمیت نظام سلامت

ابعاد حاکمیت	برنامه توسعه سازمل متحد (۲۲)(۱۹۹۷)	بانک جهانی(۱۹۹۹)(۲۳)	سازمان جهانی بهداشت(۲۰۰۰)(۲۴)	تراویس و همکاران(۲۰۰۲)(۲۵)	اسلام(۲۰۰۷)(۲۶)	سازمان جهانی بهداشت(۲۰۰۷)(۲۷)	سازمان جهانی بهداشت اروپا(۲۰۰۸)(۲۸)	صدیقی و همکاران(۲۰۰۹)(۲۹)	پیترسون(۲۰۰۹)(۳۰)	لویس و	جاکوبی(۲۰۱۱)(۳۱) بازکامارجو و	گلیچر(۲۰۱۱)(۳۲) کیکوش و	کنسول اروپا(۲۰۰۴)(۳۳)	لوپز و همکاران(۲۰۱۱)(۱۸)	همکاران(۲۰۱۲)(۳۴) اسمیت و	وندت(۲۰۱۳)(۳۵)	همکاران(۲۰۱۳)(۳۶) کاپلان و	فراوانی
کنترل فساد		●									●			●				۳
دموکراسی													●					۱
حقوق بشر												●	●					۲
اخلاق								●					●					۲
جلوگیری از تضاد		●																۱
بهداشت خوب												●						۱
حاکمیت قانون	●	●						●					●					۴
پاسخگوئی	●	●			●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	۱۴
مشارکت					●	●	●					●				●		۵
تدوین سیاست	●			●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	۱۳
تولید اطلاعات/هوش				●	●	●	●	●	●				●			●	●	۹
طراحی سیستم/کفایت سازمان					●	●	●						●			●		۶
مشارکت و اجماع نظر	●				●			●			●	●	●	●	●	●	●	۹
مقررات		●	●	●	●	●	●		●			●						۸
شفافیت	●						●	●			●		●	●			●	۷
اثربخشی	●	●						●					●					۴
کارائی	●						●	●			●		●				●	۶
عدالت	●						●	●			●		●			●	●	۷
کیفیت													●					۱
مسئولیت پذیری	●				●		●	●			●		●				●	۷
پایداری													●					۱
حفاظت از ریسک اجتماعی و مالی							●											۱
بهبود سلامت							●											۱

[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980] [DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7] [Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

مطابق یافته‌های تحقیق، پاسخگوئی نظام سلامت شامل ۴ مضمون سازمان‌دهنده؛ پاسخگوئی سازمانی، پاسخگوئی اخلاقی، پاسخگوئی قانونی و پاسخگوئی مالی بود. تدوین سیاست سلامت دارای ۳ مضمون سازمان‌دهنده؛ سیاست ساختاری، سیاست شمول اجتماعی و عدالت، و سیاست مالی بوده‌است. مشارکت نظام سلامت شامل ۴ مضمون سازمان‌دهنده؛ اجرا، جامعیت، ارائه گزارش و شفافیت بود. ارائه خدمات نظام سلامت شامل ۴ مضمون سازمان‌دهنده؛ خدمات پزشکی، خدمات مالی، خدمات انسانی و حقوق بشر، و خدمات اطلاعاتی و فناوری بوده‌است. نحوه‌ی استخراج تعدادی از مضامین از مصاحبه‌ها به شرح زیر است.

راه اندازی دبیرخانه سلامت دستگاه‌ها: «در سال ۹۶ در شورای عالی سلامت مصوب شد که همه دستگاه‌ها باید یک دبیرخانه سلامت راه‌اندازی کنند» (مصاحبه شونده ۲). توسعه توانایی هماهنگی بین‌بخشی: «شورای عالی سلامت برای جلب مشارکت بین‌بخشی است برای بهترکردن مدیریت حوزه سلامت از جمله امنیت غذایی؛ ولی عملکرد درستی ندارد و بعد از این همه سال مشارکت بین‌بخشی درست شکل نگرفته است.» (مصاحبه شونده ۸). حذف تعارض‌های غیراخلاقی سیستماتیک منافع مدیران: «در ساختار باید تضاد منافع را مدیریت کنیم، محل‌های تعارض را شناسایی کنیم و آن‌ها را با سبک‌های مدیریت تضاد منافع مدیریت کنیم.» (مصاحبه شونده ۴). جذب سازمان‌های جدید به ساختار فعلی: «چون ماموریت نظام سلامت در تدارک و تضمین خدمات بهداشتی بین همه دستگاه‌های اجرائی پراکنده شده و این امر حیطه فعالیت را زیاد می‌کند.» (مصاحبه شونده ۷). حاکمیت عقلانیت: «به‌طور کلی باید شبکه‌ای از عقلا حاکم باشند، و دلسوزان وزارت بهداشت بر این اساس حرکت کنند و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و خرد باشد.» (مصاحبه شونده ۴). طراحی ساختار مبتنی بر نظریات شبکه‌ای: «دومین و مهمترین نکته، طراحی شبکه نظریه‌پردازی است. نظام سلامت باید در این حوزه صاحب نظریه شبکه‌ای باشد.» (مصاحبه شونده ۴). جدول ۲ سایر مضامین استخراجی الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت حاصل از مصاحبه را نشان می‌دهد.

جدول ۲: مضامین استخراجی الگوی ارزیابی وضعیت حاکمیت نظام سلامت

مضامین فراگیر	مضامین سازمان دهنده	مضامین پایه
پاسخگوئی نظام سلامت	پاسخگوئی سازمانی	مکانیزم‌هایی برای بیان نظرات شهروندان به مجموعه حکومتی- انواع مکانیزم‌های تشویقی و پاسخگوئی در برابر ارائه دهندگان خدمات عمومی- وجود اصول راهنما برای نحوه همکاری و تصمیم‌گیری- لایه‌بندی تصمیم‌گیری در سطوح مختلف مدیریت- راه اندازی دبیرخانه سلامت دستگاه‌ها- ایجاد مکانیزم‌های پاسخگوئی افقی - قوانین واگذاری
	پاسخگوئی مالی	پرداخت مبتنی بر عملکرد- پرداخت‌های غیرقانونی- پاسخگوئی در برابر پرداخت‌ها- بودجه مشترک- شفاف سازی معاملات- مطالبات غیر قانونی ارائه دهندگان خدمات- تمایز بین بودجه سلامت و دریافتی از ارائه کنندگان خدمات سلامت- تعرفه گذاری خدمات سلامت
	پاسخگوئی اخلاقی	حذف تعارض‌های غیراخلاقی سیستماتیک منافع مدیران- مشخص کردن فلسفه اخلاقی نظام سلامت- رعایت ارزش‌ها/عدالت- نسبت فروش داروی تقلبی- کمبود متخصصان و ماموران فساد بخش سلامت- کنترل فساد- ارائه عادلانه خدمات فراگیر- حذف رقابت‌های بین سازمانی و منافع شخصی- مهار فرصت‌طلبی و افزایش اعتماد میان اعضا
	پاسخگوئی قانونی	تدوین قوانین ارتقای سلامت- تدوین قوانین کنترل رفتار ارائه کنندگان خدمات بخش دولتی و خصوصی- عدم تداخل قوانین و وظایف- ضمانت‌های اجرایی قوانین و مقررات- پیگیری و ارزشیابی درست قوانین- قوانین و مقررات متعدد موازی، متضاد و انعطاف ناپذیر
تدوین سیاست نظام سلامت	سیاست‌های ساختاری	وزارت بهداشت، هماهنگ کننده مرکزی- تعامل با بازیگران خارج از دولت- حاکمیت عقلانیت-تقویت تولیت اثربخش نظام سلامت- تعریف همکاری بین بخشی مناسب- سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد- طراحی ساختار مبتنی بر نظریات شبکه‌ای- ساختاردهی مجدد حاکمیت- حفظ تولیت وزارت بهداشت بر بخش سلامت- طراحی ساختار مبتنی بر هدف- چابک‌سازی ساختار و تشکیلات- عدم‌تمرکز

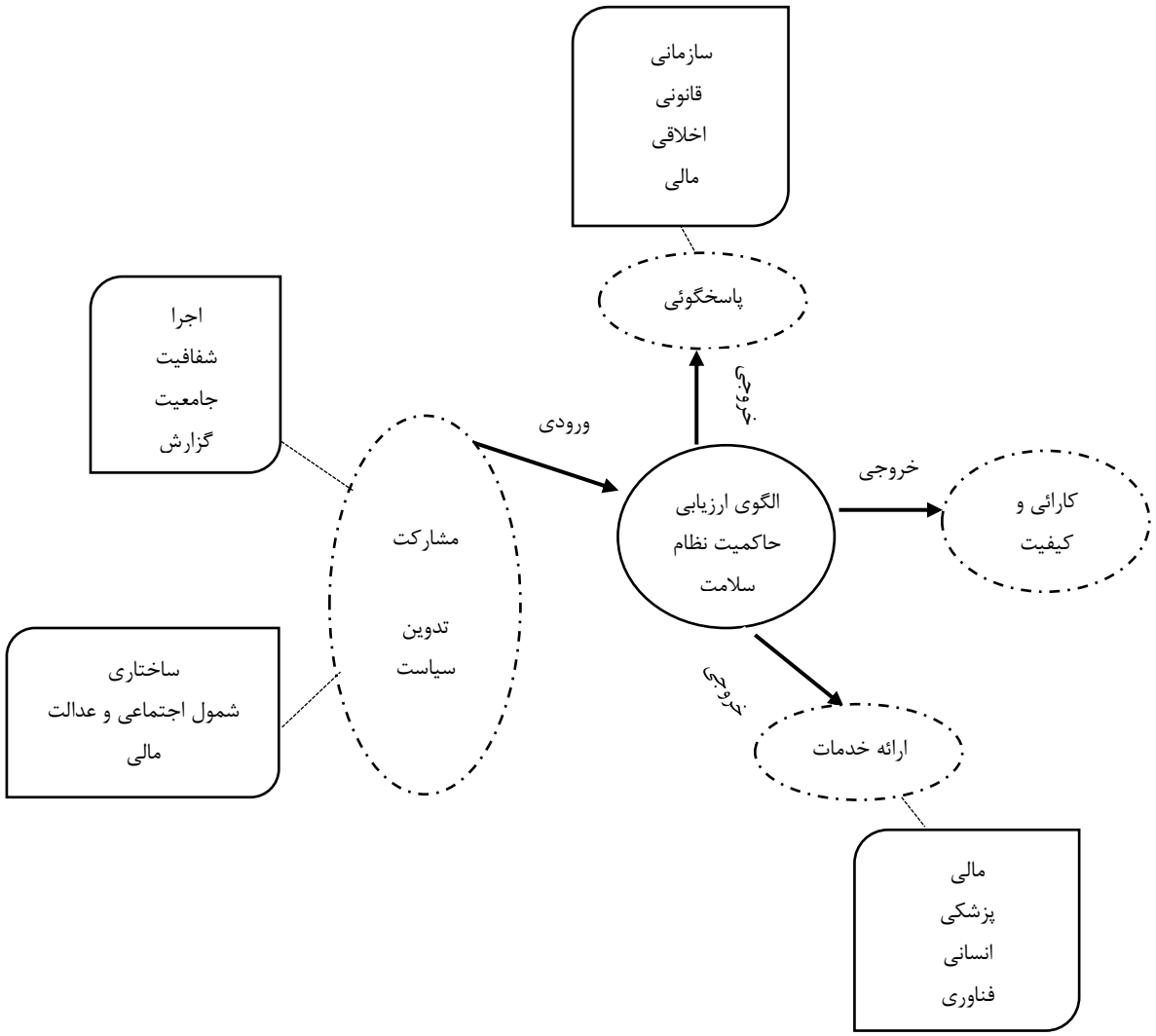
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

مضامین فراگیر	مضامین سازمان دهنده	مضامین پایه
		(تفویض‌اختیار به استان‌ها)- سازماندهی مجدد سازمان‌های بیمه‌گر- عدم صنفی‌گرایی- مشخص کردن فلسفه اجرایی نظام سلامت- تدوین چشم‌انداز مشارکتی- ایجاد واحدهای سلامت در سازمان‌های خصوصی و دولتی- ادغام دو معاونت بهداشت و درمان- تفکیک نقش تصدی‌گری و حاکمیتی- عدم روابط سلسله مراتبی ذی‌نفعان شبکه- سازمان‌دهی حاکمیت بالینی- سیاست‌گذاری شبکه‌ای- تدوین سیاست‌های سلامت محور
	سیاست‌های شمول اجتماعی و عدالت	عدالت جنسیتی- عدالت استفاده از خدمات عمومی- حفاظت اجتماعی- سیاست‌ها و مؤسسات پایداری محیطی- مدیریت تغییرات در سطح سازمانی- تبیین انتظارات کارکردی از نظام سلامت
	سیاست‌های مالی	سیاست‌های نرخ پولی و ارز- سیاست و مدیریت وام- کیفیت بوجه‌ریزی و مدیریت مالی- تجمیع بیمه‌ها- تدوین طرح تجمیع منابع مالی و اجرای آن- بودجه‌ریزی مبتنی بر اهداف- نگرش اقتصادی- تمرکز منابع سازمان‌های بیمه‌گر- تسهیم منابع سرمایه‌ای- سیاست‌های پیشگیرانه در بودجه‌ریزی- بودجه استراتژیک- انصاف مالی
ارائه خدمات نظام سلامت	مالی	نظم مربوط به حقوق و دستمزد دولتی به کارکنان بخش سلامت- کاهش پرداختی از جیب مردم- عدالت در مشارکت مالی سلامت- تورم هزینه بهداشت و درمان- افزایش منابع سلامت- هوشمندی نظام نوین مالی- اثربخشی هزینه‌های بهداشتی
	انسانی و حقوق بشر	ارائه خدمات واقعی مورد نیاز شهروندان- حقوق بیماران- افزایش امید به زندگی- کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج سال- تفکیک خدمات سلامت از خدمات اجتماعی- تامین حمایت عاطفی و روانی برای افراد- وجود سازمان حمایت از حقوق بشر- توسعه مفهوم سلامت و ابعاد حقوق شهروندی- ارائه خدمات سلامت متناسب توام احترام به شان انسانی
	اطلاعاتی و فناوری	مطالعه بهره مندی از خدمات سلامت- ارزیابی اطلاعات سلامت و مدیریت- راه اندازی مرکز اسناد و اطلاعات- وجود سیستم‌های اطلاعاتی مبتنی بر بخش- طراحی مکانیزم مشارکت مردم با تاکید بر فناوری اطلاعات- تقویت نقش فناوری اطلاعات- تهیه سیستم مکانیزه
	پزشکی	بهبود سلامت- میزان اشغال تخت و طول مدت بستری- تبیین مسائل سلامت- خدمات سلامت بیمارمحور
مشارکت نظام سلامت	اجرا	جذب سازمان‌های جدید به ساختار فعلی- شناسایی بازیگران- توسعه توانایی هماهنگی بین‌بخشی- ظرفیت‌سازی مهارت شبکه‌ای- مشارکت ذی‌نفعان و خبرگان- وجود شورای عالی سلامت و امنیت غذایی- افزایش آگاهی و دانش شهروندان- تسهیل رابطه مردم و دولت
	جامعیت	تعامل سازنده با جامعه- هماهنگی سایر دستگاه‌ها با نظام سلامت- نقش تشکل‌های مردمی در حوزه سلامت- مشارکت نمایندگان مردم در سیاست‌گذاری سلامت
	ارائه گزارش	بازخورد مشتری- انجمن ذی نفعان- کمیته‌های نظارت- بازرسان- گزارش منظم- ارزیابی عملکرد- ممیزی بیرونی- گزارش‌دهی درون سیستمی- انتخاب صحیح ارزیابان- ایجاد ظرفیت خودتنظیمی- انتشار نتایج ارزیابی و اطلاع رسانی عمومی- دیده بان سلامت محلی
	شفافیت	شفافیت مسئولیت‌ها و اختیارات- بیان تفصیلی و زیربنایی خدمات- شفافیت اهداف سازمانی-شفافیت اطلاعات قانون آزادی اطلاعات - شفافیت در تصمیم‌گیری- ارائه اطلاعات عینی و شفاف در مورد شرکا و نحوه ارتباط آن‌ها
کارائی و کیفیت نظام سلامت		کارآمدی در مدیریت منابع- تمرکز بر شایستگی‌ها- توسعه شایستگی- مدیریت توسعه- تقویت فرهنگ ارتقای کیفیت- کیفیت خدمات- بومی سازی تجربه کشورهای موفق- افزایش هزینه‌های آموزشی و بهداشتی- توجه به متغیرهای چندگانه و پیچیده در شبکه سلامت- ارائه خدمات به موقع

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

الگوی نهایی تحقیق

الگوی حاضر از رویکرد نظارت بر موانع ساختاری سیستم سلامت اقتباس شده است؛ یعنی سنجه‌هایی برای کنترل حاکمیت و دیگر موانع ساختاری سیستم سلامت. ابعاد الگو با توجه به رویکرد قیاسی- استقرایی از ابعادی که در الگوهای حاکمیت، بیشترین فراوانی و تکرار را داشته‌اند و با ادغام ابعاد و مولفه‌هایی که همپوشانی دارند اقتباس شده است، که عبارتند از پاسخگوئی، تدوین سیاست، مشارکت، ارائه خدمات، و کارائی و کیفیت. ارائه خدمات شامل (خدمات مالی، انسانی، پزشکی و فناوری و اطلاعاتی) است (۲۰). ابعاد پاسخگوئی از مدل جنسن (۲۰۰۰) اقتباس شده است (۲۱). مشارکت شامل شفافیت، اجرا، گزارش و جامعیت است (۴). مکانیزم‌های شفافیت طبق چارچوب Tapic شامل وضوح و سودمندی اطلاعات، کمیته نظارت، بازرسان، گزارش منظم، ارزیابی عملکرد و آزادی اطلاعات است. در چارچوب Tapic، حاکمیت سیستم سلامت دارای ۵ بعد شفافیت، پاسخگوئی، مشارکت، انسجام و ظرفیت است. تدوین سیاست طبق مدل بانک جهانی شامل سیاست ساختاری و سیاست‌های شمول اجتماعی و عدالت است. سیاست مالی از چارچوب Tapic اقتباس شده است (۴). شکل ۲، الگوی نهایی تحقیق را نشان می‌دهد.



شکل ۲: الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

بحث

با توجه به یافته‌های تحقیق، مشارکت و تدوین سیاست، پاسخگوئی، کارائی و کیفیت و ارائه خدمات از ابعاد الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت است که در ادامه به اختصار تشریح می‌شود.

در چارچوب الگوی حاکمیت فعلی پراکندگی وجود دارد. مطابق نظر خبرگان مباحث سلامت که سلامت کل جامعه را در بر می‌گیرد، فقط وزارت متولی آن نیست و خیلی سازمان‌های دیگر هم متولی هستند که در بهداشت تاثیر گذارند؛ یعنی پراکندگی وجود دارد و مستلزم ساختار شبکه‌ای است. در سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان (۱۳۸۳) به واگذاری بخشی از وظایف تولیتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به سایر سازمان‌ها (نظام پزشکی، وزارت رفاه) به عنوان ضعف تاکید شده است (۳۷)؛ مطابق نظر خبرگان ساختار وزارت بهداشت شامل انواع معاونت‌ها است، باید بین ساختار فیزیکی و ساختار محتوایی تفکیک به وجود آید؛ وزارت بهداشت از نظر ساختار محتوایی خیلی مشکل دارد.

از جمله عوامل مهم مد نظر خبرگان عدم صنفی‌نگری بود. ۹۹ درصد قشر تصمیم‌گیرنده در نظام سلامت پزشک هستند و تحصیلات مدیریتی ندارند. آنچه که در تدوین استراتژی باید حذف شود، نگاه صنفی است. مطابق سیاست‌های کلی نظام سلامت، نیاز به تغییر ترکیب شورای سیاست‌گذاری با دو هدف مشارکت ذی‌نفعان کلیدی و همچنین اندیشیدن تدبیری برای پایداری سیاست‌ها وجود دارد. به عقیده خبرگان از عوامل مهم در تدوین سیاست این است که نظام آموزشی کشور انسان‌هایی با دید شبکه‌ای تربیت کند. توزیع هدفمند مسؤولیت آموزش سلامت به جامعه در بین نهادهای ذی‌ربط و همکاری ارگان‌های مختلف از الزامات نقشه جامع علمی سلامت است. تدوین سیاست شبکه‌ای از عوامل مهمی بود که خبرگان بر آن تاکید داشتند؛ همچنین به عقیده آنان باید در وزارت‌خانه‌های دیگر اداره سلامت دایر شود و هر وزارتخانه یک معاون در وزارت بهداشت داشته باشند و مسئول سیاست‌های سلامت در وزارت‌خانه مربوطه باشند. دلاوری و همکاران (۲۰۱۲) در گزارش تحلیل نظام تولیت در سلامت به ضعف در توسعه نگرش همکاری بین‌بخشی در سطوح استانی و استفاده از فرصت شورای سلامت استان اشاره کرده‌اند (۳۸). همچنین در نقشه تحول نظام سلامت (۱۳۹۰) اینگونه آمده است «شفاف‌سازی همکاری بین بخشی و نظام‌مند کردن مشارکت جامعه بـا ارائـه و آمـوزش لازم».

مطابق الگوی حاکمیت نظام سلامت باید سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد وجود داشته باشد، که منجر به تقویت اعتماد شود. حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌هایی نظیر تداخل وظایف بخش سلامت با سایر دستگاه‌های اجرایی کشور، اجرای ناقص ساختار مصوب وزارت بهداشت، شفاف نبودن مسئولیت‌ها، اختیارات و سطوح پاسخگویی افراد، تعدد سازمان‌های بیمه سلامت، عدم توجه به همه عوامل موثر بر سلامتی، ناکارآمدی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و ناکارآمدی در نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مواجه است. داوری و همکاران (۱۳۹۲) در گزارش تحلیل نظام تولیت در سلامت همچنین به ضعف در نظام تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در وزارت بهداشت نیز اشاره کرده‌اند (۳۹). شواهد نشان می‌دهد نظام‌های سلامت آن چنان که باید از شواهد بهره برداری نمی‌کنند (۴۰).

در حاکمیت نظام سلامت مؤلفه مهم مشارکت است و عامل مهمی که باعث می‌شود مشارکت ادامه‌دار و اثربخش باشد، اعتماد و تبادل اطلاعات است. در گذار بیماری‌های واگیر به غیرواگیر مزمن، عوامل متعددی در بروز و شیوع و روند درمان آن‌ها تاثیر گذارند که لزوماً در کنترل وزارت بهداشت نیستند، بنابراین حمایت سایر سازمان‌ها الزامی است. در جلب مشارکت مردم سطح اطلاع‌رسانی باید مشخص شود، همچنین صداقت در ارائه اطلاعات مهم است.

سازماندهی مجدد سازمان‌های بیمه‌گر از دیگر سیاست‌های ساختاری است. وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ از علل ناکارآمدی نظام بیمه در کشور است (۴۱). تدوین سیاست‌های سلامت محور یکی دیگر از سیاست‌های ساختاری است. به عقیده خبرگان چون عوامل متعددی در سلامت مردم تاثیرگذارند و لزوماً در کنترل وزارت بهداشت نیستند؛ بنابراین مستلزم حمایت سایر سازمان‌ها است و این امر مستلزم این است که وزارت بهداشت همه سیاست‌ها را سلامت محور کند. تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرائی و مقررات از محورهای سیاست‌های کلی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

نظام سلامت است (۴۲). مطابق نظر خبرگان، دولت باید سازوکارهایی در نظر بگیرد تا مردم از حقوق پایه‌شان بهره‌مند شوند؛ زیرا سلامت جزو حقوق پایه مردم است. در نقشه جامع علمی سلامت (۱۳۸۹) به تامین عدالت و ارتقاء سلامت به ویژه در مناطق غیربرخوردار اشاره شده است؛ همچنین بر ارایه خدمات سلامت و نیز مشارکت در تامین منابع آن با رعایت عدالت اشاره دارد. چشم انداز نظام سلامت به تامین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴ اشاره دارد. مطابق نظر خبرگان باید انتظاری که از وزارت بهداشت در حفظ، تأمین منابع و ارتقا سطح سلامت جامعه (سلامت فردی، فیزیکی، اجتماعی) می‌رود، مشخص و محقق شود. در سیاست‌های کلی نظام سلامت (۱۳۹۳) به ارتقا شاخص‌های سلامت اشاره شده است.

مطابق نظر خبرگان در سیستم حاکمیت فعلی، تأمین مالی و جذب منابع مبتنی بر زور و لابی است نه مبتنی بر سیستم؛ همچنین در زمینه مدیریت منابع مالی، هزینه‌های ثابت باید منجر به کارایی شوند، درغیراین‌صورت هزینه ثابت باید حذف شود. به کارمندانی که کارایی ندارند، حقوق ثابت پرداخت نشود. منابع دولتی باید از وزارت به طرف سازمان‌های بیمه‌گر رود، سازمان‌های بیمه‌گر چون خریدار خدمت هستند باید منابع را تامین کنند. مواد ۷۰ و ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی به اصلاح نظام پرداخت بخش سلامت اشاره دارد.

مطابق نظر خبرگان، در حال حاضر حتی در بخش دولتی سیستم فناوری اطلاعات قوی وجود ندارد. جهت‌گیری کلی برای دستیابی به اهداف کلان و راهبردی نقشه جامع علمی سلامت (۱۳۸۹)، اولویت دادن به علم و فناوریِ پاسخگو به نیازهای سلامت جامعه است. ساماندهی نظام اطلاعاتی بهداشت مدنظر مدیران درون و بیرون بخش قرار گیرد و به روزرسانی شود (۴۳). در سیاست‌های کلی نظام سلامت به ضعف در اطلاع‌رسانی پیشرفت برنامه‌ها و سیاست‌های وزارتخانه تاکید شده است (۴۴).

در اهداف کلی و کمی بخش سلامت در ششمین برنامه‌ی توسعه‌ی کشور به پوشش فراگیر در دسترسی عادلانه به خدمات درمانی با کیفیت تاکید شده‌است. نظام سلامت ایران در سه دهه گذشته شاهد اصلاحاتی برای توسعه پوشش خدمات سلامت، افزایش دسترسی به خدمات سلامت، تأمین نیروی انسانی بخش سلامت، بهبود نظام ارجاع و کاهش پرداخت از جیب مردم بوده است. بالا بودن نرخ استاندارد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و شیوع سوء تغذیه از جمله علل پایین کارایی بخش بهداشت در ایران است (۴۵). در بند ۱۲ از اصل سوم قانون اساسی به پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه اشاره شده است.

در اجرای اثربخش حاکمیت، حمایت سیاسی لازم باید وجود داشته باشد؛ با توجه به وضعیت کنونی پاسخگویی در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت و اهمیت آن، تقویت ابعاد دارای نقاط ضعف باید در اولویت کاری مدیران و سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد (۴۶). در نظام سلامت ایران نقش‌های تولیت (تنظیم نظام)، تأمین کننده مالی و ارائه کننده خدمت، به روشنی تقسیم نشده‌اند. نزدیک‌ترین و عملی‌ترین تغییر ساختار نظام سلامت در ایران که تعارض منافع ساختاری را از بین می‌برد، این است که ارائه خدمات از وزارت بهداشت جدا شود (۴۳).

فناوری اطلاعات سبب ایجاد شفافیت خواهد شد؛ شفافیت پاسخگویی به همراه دارد، ولی با فناوری مناسب چون فناوری نامناسب منشأ بروز انواع جدیدی از فساد است (۴۶) .لزوم عدم فساد و سلامت بخش‌ها، پایبندی به ارزش‌ها و عدالت از شاخص‌های رعایت اخلاقیات در نظام سلامت است (۴۱).

پاسخگوئی از خروجی‌های الگوی حاکمیت نظام سلامت است؛ طبق نقشه جامع علمی سلامت (۱۳۸۹)، رتبه عدالت در پاسخگویی نظام سلامت ایران ۹۳ است، همچنین پاسخگوئی نظام سلامت از شاخص‌های عملکرد نظام سلامت است. پاسخگوئی و تحقق عدالت از اهداف تفکیک وظایف تولیت، تامین مالی و تدارک خدمات حوزه سلامت در سیاست‌های کلی نظام سلامت (۱۳۹۳) است. نقشه تحول نظام سلامت (۱۳۹۰) بر ارتقای نظام پاسخگویی و بازخورد در کلیه بخش‌های نظام سلامت کشور تاکید دارد.

مطابق نظر خبرگان، فقط ۲۰ درصد عواملی که در سلامت جامعه مؤثر است به وزارت بهداشت مربوط است. برای جذب شرکای جدید، اول مجلس باید تصویب کند و دوم مقاومت در برابر تغییر باید از بین برود. نقشه تحول نظام سلامت (۱۳۹۰)

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

بر همکاری بین بخشی تاکید دارد. سیاست‌های جلب مشارکت مردمی برای ساماندهی خدمات سطح اول تا سوم ضعیف است (۴۰). مطابق نظر خبرگان در نظام سلامت باید مکانیزمی وجود داشته باشد که سازوکارهای مبتنی بر خرد را تولید و اجرا کند. سیاست‌های کلی نظام سلامت (۱۳۹۳) به شفاف سازی قانون درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها تاکید دارد.

مطابق نظر خبرگان در زمینه مهارت شبکه‌ای باید ظرفیت‌سازی شود و مکانیزم‌هایی برای ظرفیت‌سازی وجود داشته باشد. در الگوی حاکمیت فعلی مردم مسئولیت‌های خودشان را قبول نمی‌کنند و مهم‌ترین دلیلش پایین بودن سطح سواد سلامت مردم است. در جهت تحقق تفکر و مهارت شبکه‌ای، وزارت بهداشت باید آموزش اجتماعی بدهد و آگاهی عمومی را افزایش دهد. تحول نظام آموزش سلامت از محورهای کلی نقشه جامع علمی سلامت (۱۳۸۹) است. همچنین نقشه تحول نظام سلامت (۱۳۹۰) بر ایجاد انجمن‌های علمی و مرتبط با مشارکت مردم و سواد سلامت تاکید دارد.

ارائه خدمات از خروجی‌های الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت است. مطابق سیاست‌های کلی نظام سلامت (۱۳۹۳)، لازمه تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت است؛ همچنین بر افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم تاکید دارد.

کارائی و کیفیت خدمات از خروجی‌های الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت است. دسترسی عادلانه آحاد مردم به خدمات، کالاها و داروهای مؤثر، با کیفیت و قیمت مناسب براساس الگوی سطح بندی نظام ارائه خدمات، تعالی کیفیت و ایمنی خدمات، حضور فردی شایسته و توانمند با انگیزه کافی در تمام موقعیت‌های شغلی مورد نیاز، از اهداف ویژه نقشه تحول نظام سلامت (۱۳۹۰) است.

در تحقیق‌های قبلی، بسیاری از ابعاد ارائه شده همپوشانی داشته و مؤلفه‌های مرتبط با آن‌ها ارائه نشده؛ همچنین در طراحی الگوی حاکمیت به سطح کاربرد مدل توجه نشده است. در تحقیق حاضر الگوگیری از کشورهای دیگر و بومی سازی ابعاد و شاخص‌ها انجام شده است. در الگوی ارزیابی حاکمیت ارائه شده، ابعاد پاسخگوئی با توجه به مدل‌های استاندارد پاسخگوئی تدوین شده است، البته شاخص‌های پاسخگوئی نظام سلامت در هر یک از ابعاد برای دانشگاه‌های علوم پزشکی و توابع آن، بخش سلامت، سیستم سلامت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید طراحی و عملیاتی شود. ابعاد شفافیت در الگوی حاضر، همگرایی و نواقص الگوهای قبلی را پوشش داده است. از محدودیت‌های تحقیق حاضر این است که الگوی ارائه شده کلی است و برای بخش‌های متفاوت نظام سلامت باید شاخص‌های عملیاتی تدوین شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد در الگوی ارزیابی حاکمیت نظام سلامت، مشارکت و تدوین سیاست به عنوان ورودی و پاسخگوئی، کارائی و کیفیت و ارائه خدمات به عنوان خروجی از اهمیت زیادی برخوردار هستند، همچنین ساختار حاکمیتی نیازمند ارزیابی براساس الگوی تحقیق حاضر است. بسط و توجه به همپوشانی ابعاد و ترکیب ابعاد مطرح در الگوهای حاکمیتی موجود، طراحی الگوی حاکمیت متناسب با شرایط فعلی با در نظر گرفتن چالش‌های مطرح و همچنین ارزیابی وضعیت حاکمیت نظام سلامت بر اساس الگوی فعلی از کاربردهای تحقیق حاضر است. از نتایج تحقیق می‌توان در سیاست‌گذاری سلامت، ارزیابی عملکرد و پاسخگوئی نظام سلامت استفاده کرد.

برای جلوگیری از صنفی گرایی، باید ترکیب شورای سیاست‌گذاری سلامت تغییراتی اساسی یابد، و علاوه بر رشته‌های گروه علوم پزشکی، رشته‌های حقوق، جامعه‌شناسی، اقتصاد، علوم اجتماعی، علوم انتظامی و نظامی، بیمه، مدیریت مالی و بازرگانی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت استراتژیک، مهندسی صنایع و مدیریت صنعتی نیز عضو باشند. همچنین باید نگاه سیاست‌گذاران سلامت به ارائه خدمات، نگاه تضمین کیفیت و خدمتگزاری ذی‌نقشان باشد و فقط منحصر به بهره‌مندی از خدمات نباشد. تأمین منابع مالی نظام سلامت کشور، باید از طریق تجمیع بیمه‌ها انجام شود. در جهت تحقق همسوسازی و تعامل اثربخش ذی‌نفعان به منظور تحقق اهداف فرابخشی و چشم انداز، قابلیت وزارت بهداشت در پیکره‌بندی شبکه‌ای در دانشگاه‌ها، در نظام سلامت هم اجرایی شود. تحقق بهتر پاسخگوئی نظام سلامت، نیازمند الگوی پاسخگوئی شبکه‌ای هوشمند است. در جهت ارائه خدمات مؤثر، شناسایی رسمی و غیررسمی ذی‌نفعان اقتصادی، سیاسی و تولیدی و حذف

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

ذی‌نفعان اقتصادی، و هم راستا کردن ذی‌نفعان سیاسی لازم است. پیشنهاد می‌شود برای مدیریت مؤثر اطلاعات و مشارکت مردم، اطلاعات محیطی از پایین‌ترین سطح جامعه به بالاترین سطح به تدریج، به موقع و قابل اتکا و اعتماد انتقال یابد.

سپاسگزاری

از کلیه خبرگانی که در انجام این تحقیق همکاری کرده‌اند سپاسگزاری می‌شود.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: س. ل

جمع آوی داده‌ها: س. ل

تحلیل داده‌ها: س. ل، ح. ص

نگارش و اصلاح مقاله: س. ل، ح. ص

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با عنوان «ارزیابی وضعیت حاکمیت نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران» با کد ۹۹-۰۱-۷۴-۱۶۴۹۸ است که با حمایت مالی مرکز تحقیقات ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Greer SL, Wismar M, Figueras J. Introduction: strengthening governance amidst changing governance: strengthening health system governance: better policies, stronger performance. WHO: European Observatory on Health Systems and Policies. 2016.
2) Eleanor W , Jill O . Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map. Health Policy Plan 2020; 35(6): 735-51. doi: 10.1093/heapol/czaa038.
3) Gilson L. Health policy and systems research: a methodology reader. Alliance for health policy and systems research & world health organization, publications of the world health organization. 2012. Available from URL: https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/reader/en/. Last Access: mar 3, 2022.
4) Moretti A. The network organization; a governance perspective on structure, dynamics and performance. Palgrave Macmillan; 2017. (eBook)
5) Junki K. Networks, network governance, and networked networks. International Review of Public Administration 2006; 11(1): 19-34. doi:10.1080/12294659.2006.10805075.
6) Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. World Bank Publications. 2003.
7) Sabbagh Kermani M, Basakha M. Good governance and efficacy of public spending: case of oic healthcare and education expenditures. Journal of Economic Research 2010; 44(1): 1-22. [Persian]
8) Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years development plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. Iranian Journal of Public Health 2013; 42(1) 42-9.
9) Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. Health Policy and Planning 2004; 19(6): 371-9.
10) Pyone T, Smith H, Vanden Broek N. Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. Health Policy and Planning 2017; 32(5): 710-22. doi: 10.1093/heapol/czx007.
11) Klijn EH, Koppenjan JF. Interactive decision making and representative democracy: institutional collisions and solutions. Governance in Modern Society 2000; 4:109-34. doi: 10.1007/978-94-015-9486-8_6.
12) Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: a comparative study. Razi Journal of Medical Sciences 2019; 26 (9): 10-28.[Persian]
13) Mosadeghrad A, Akbarisari A, Rahimitabar P. Health system governance in iran: a delphi study. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2020; 17(4): 317-36. [Persian]
14) Salarianzadeh MH, latifi jaliseh S. Challenges of governance structure in the ministry of health, treatment, and medical education of Iran based on network structure model. Hakim 2020; 23 (2):189-200. [Persian]
15) Barbazza E, Tello J. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy 2014; 116(1): 1–11. doi:10.1016/j.healthpol.2014.01.007.
16) Moradian T, Faghihi A, Tabibi J. Designing a governance model For Iran's public hospitals. Iranian Journal of Management Sciences 2013; 8(32): 1-26. [Persian]
17) Fathi F, Khezri A, Khanjani M S, Sharifi H, Abdi K. Investigating the responsibility in health system, a review study. Health Research Journal 2020; 5(3):152-61.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

18) Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC International Health and Human Rights 2011; 11(13): 1-11.
19) Braun V, Clarke V .Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3(2): 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
20) Hajizadeh E, Asghari M. Statistical methods and analysis by looking at research methods in biological and health sciences. Jahad Daneshgahi Publications 2012; 35-41. [Persian]
21) Khastar H. A method for calculating coding reliability in qualitative research interviews. Methodology of Social Sciences and Humanities 2009; 15(58): 161-74. [Persian]
22) United Nations Development Programme (UNDP). Governance for sustainable human development. United Nations Development Programme: New York. 1997. Available from URL: http://mirror.undp.org/ magnet/policy/ chapter1.htm. Last access: may 30, 2012.
23) Wagstaff A, Mariam CM. The millennium development goals for health: rising to the challenges. World Bank. 2004.
24) World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. WHO: Geneva. 2000. Available from URL: http://www.who.int/whr/2000/en. Last access: mar 3, 2020
25) Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. WHO: Geneva. 2002.
26) Islam M. Health systems assessment approach: a how-to manual, health systems assessment approach: a how-to manual. 2012. Available from URL: www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/HSAA_Manual_Version_2_Sept_20121.pdf. Last access: mar 3, 2020.
27) World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: who's framework for action. WHO: Geneva. 2007. Available from URL: http://www. who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business. pdf. Last access: may 3, 2022.
28) World Health Organization. Regional Office for Europe. Stewardship/governance of health systems in the WHO European region. WHO. Regional Office for Europe: Denmark, Copenhagen. 2008.
29) Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KH. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy 2009; 90(1): 13–25.
30) Lewis M, Pettersson G. Governance in health care delivery: raising performance. World Bank Policy Research Working Paper 2009. doi: 10.1596/1813-9450-5074.
31) Baez-Camargo C, Jacobs E. A framework to assess governance of health systems in low income countries. Health Policy 2009; 90(1):13-25.
32) Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. WHO. Regional Office for Europe: Denmark, Copenhagen. 2011.
33) European Commission. Handbook on promoting good governance in ec development and co-operation. Brussels: European Commission 2004. Available from URL: http:// ec.europa.eu/europeaid/what/ governance/documents/handbook_2004.pdf. Last access: may 28, 2022.
34) Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl A , et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy 2012; 106(1): 37-49.
35) Wendt D, Bouchet Ya-Shin, Lin Nanda, Lipika N, Shanthi R, Nilufar E. Health system rapid diagnostic tool. Durham, North Carolina: FHI 360. 2013.
36) Kaplan AD, Dominis S, Palen JG, Quain E, Stelle E. Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in lowand middle-income countries?. Human Resources in Health 2013; 11(6):1-12.
37) National document for the development of the health sector in the fourth economic, social and cultural development plan of the country, ministry of health and medical education 2004. Available from URL: http://shaghool.ir/downloadarea.php?id=2705. [Persian]
38) Delavari M, Walley T, Haycox A. Health Technology Assessment Programme for Iran; A Luxury or Real Need? Health Inf Manage 2014; 10(6): 900.[persian]
39) Davari M, Vali T, Haycox A. Health technology assessment programme for Iran; a luxury or real need?. Journal of Health Information Management 2014; 10(6): 887-900. [persian]
40) Imani Nasab MH, Seyedin SH, Majdzadeh SR, Yazdizadeh B, Salehi M. Factors affecting the development of evidence-based health policy papers at the ministry of health and medical education. Journal of Health Administration 2015; 18(60): 105-17. [Persian]
41) Raeisi AR, Mohammadi E, Nuhi M. Significant improvement points and offering strategies to improve the quality and quantity of health insurance in IRAN: a qualitative study. Health Information Management Journal 2013; 10(2): 357-64. [Persian]
42) Malek Mohammadi HR, Vahdaninia V. The evolution of health policy: transition to the governance paradigm for health. Public Policy 2016; 2(2): 73-94. doi: 10.22059/ppolicy.2016.59232. [Persian]
43) Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

provincial health deputies and health center. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2015; 13(1): 1-16. [Persian]

44) Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Office for Europe. 2012.

45) Hoseini Nasab E, Basakha M. Relative efficiency of Iranian health sector among some Islamic countries. Journal of Health Administration 2009; 12(36): 9-16. [Persian]

46) Jabbari AR, Keyvanara M, Azizzadeh M. Health managers' perspective on the challenges and injuries caused by incorrect medical service tariff, a qualitative study. Armaghane-danesh 2016; 20(10): 921-34. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]

Manage Strat Health Syst

Research Article

A Pattern for Assessing the Health System Governance in the Islamic Republic of Iran: A Thematic Analysis

Salimeh latifi jaliseh [1], hossein safari palangi [2*]

1-Ph.D.of Public Administration, Administrative and Recruitment Organization, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Hossein Safari Palangi
hossein.comely@yahoo.com

Citation: Latifi Jaliseh S, Safari Palangi H. A Pattern for Assessing the Health System Governance in the Islamic Republic of Iran: A Thematic Analysis. Manage Strat Health Syst 2022; 6(4): 276-91.

Received: November 05, 2021
Revised: March 08, 2022
Accepted: March 11, 2022

Funding: This study has been supported by Tehran University of Medical Sciences (NO 9011552007).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Governance in the health system is not just a vision, or a model for delivering services, but a key element in planning, implementing and evaluating activities to improve health. The main purpose of this study was to design a pattern for assessing Iran's Health System Governance.

Methods: The present study was descriptive in terms of purpose, qualitative in terms of application, and qualitative in terms of data type, which was conducted based on thematic analysis and deductive-inductive approach. 14 health system experts were selected through non-random-purposive sampling. To calculate reliability, test-retest reliability and coder reliability were used, which were 70 and 87 %, respectively. Also, Waltz and Basel method was used to assess the content validity of the extracted indices which was 85 %.

Results: After 6 stages of thematic analysis, 137 basic themes, 15 organizing themes and 5 comprehensive themes (health system accountability, health system participation, health system policy formulation, health system service provision, health system efficiency and quality) were obtained, and finally, a model for assessing the governance of the health system in the Islamic Republic of Iran was designed. Organizational accountability included 7 themes, ethical accountability, 9, and legal accountability included 6 .Financial accountability included 8 basic themes, and efficiency and quality, 10 basic themes. Implementation included 8 themes, comprehensiveness, 4, reporting, 12, and transparency, 6. Structural policy included 23 themes, social inclusion and justice policy, 6, and fiscal policy included 11 basic themes. Medical services included 4 themes, financial services, 7, human services and human rights, 9, and information and technology services included 7 basic themes. In this pattern, participation and policy formulation were considered input, and accountability, efficiency and quality and service delivery were considered output.

Conclusion: Lack of a clear definition for an appropriate interdepartmental cooperation, Lack of meritocracy, having a guild oriented attitude, conflict of interests, not using a policymaking approach based on a collective evidence and wisdom are among the shortcomings of the current health system governance. In addition, healthcare costs imposed on people are too high.

Key words: Assessment, Government pattern, Health system agencies, Thematic analysis

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.3.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8980]