

## الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه دلفی

علی محمد مصدق راد: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

علی اکبری ساری: استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
پریسا رحیمی تبار: دانشجوی دوره دکتری، دانشکده علوم بهداشتی، دانشگاه بیله‌فلد، بیله‌فلد، آلمان - نویسنده رابط:

parisa.rahimitabar@uni-bielefeld.de

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۱۷

### چکیده

زمینه و هدف: حاکمیت یا حکمرانی خوب نظام سلامت منجر به عملکرد بهتر نظام سلامت و در نهایت، دستیابی به نتایج سلامتی بهتر برای مردم جامعه می‌شود. حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌هایی مواجه است. این پژوهش با هدف توسعه یک الگوی مناسب برای حاکمیت نظام سلامت ایران انجام شده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۵ با روش دلفی انجام شد. در این پژوهش، ابتدا مدل مناسب حاکمیت نظام سلامت ایران در شش بُعد ساختار سازمانی، ارتباطات و همکاری بین‌بخشی، قانونگذاری، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی استراتژیک؛ تولید و نظارت و ارزشیابی با استفاده از روش مرور تطبیقی طراحی شد. سپس، با استفاده از روش دلفی از نظرات ۲۵ نفر از خبرگان و متخصصین سیاستگذاری و مدیریت نظام سلامت در دو مرحله، برای توسعه و اعتبارسنجی مدل پیشنهادی استفاده شد.

نتایج: کاهش و 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 سلامت، تدوین برنامه راهبردی نظام سلامت، تقویت تولید اثربخش نظام سلامت و تدوین استانداردهای سیستمی جامع برای ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، برای تقویت سیستم حاکمیت نظام سلامت ایران ضروری است.

نتیجه‌گیری: الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران در دستیابی به اهداف نظام سلامت با چالش‌هایی مواجه است. تقویت ابعاد حاکمیت نظام سلامت زمینه را برای دستیابی به اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می‌کند که در نهایت، منجر به ارتقای سلامتی مردم جامعه می‌شود.

واژگان کلیدی: حاکمیت، نظام سلامت، روش دلفی، مدل‌سازی

### مقدمه

سیاست‌ها، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، چگونگی انتخاب و انتصاب افراد در سازمان، مدیریت منابع برای اجرای برنامه‌ها، حصول اطمینان از اجرای قوانین بالادستی و نظارت و کنترل عملکرد سازمان مرتبط است (۱).

حاکمیت یا حکمرانی Governance ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر یک دولت، سازمان یا گروه اجتماعی است. حاکمیت با تعیین اهداف سازمان، طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف، تدوین قوانین، مقررات و

کامل در اختیار دارد. در مقابل، وزارت بهداشت در ساختار سازمانی غیر متمرکز، این وظایف را تا حد زیادی به استان‌ها واگذار می‌کند و هماهنگی‌ها و نظارت کلی را بر عهده دارد (۲).

اگرچه تأمین، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم وظیفه اصلی وزارت بهداشت است، ولیکن، دستیابی به این هدف بدون مشارکت سایر بخش‌های جامعه نظیر آموزش، امنیت، کار، مسکن و محیط زیست مقدور نیست. بسیاری از تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی سلامت در خارج از نظام سلامت قرار دارند. بنابراین، تعامل اثربخش سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت با مدیران سایر بخش‌های جامعه منجر به بهبود عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامتی در جامعه می‌شود. ارتباط و همکاری بهینه وزارت بهداشت با سایر سازمان‌های دولتی و خصوصی مرتبط نظیر سازمان‌های بیمه سلامت، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، صنایع داروسازی، نمایندگان مردم و رسانه‌های عمومی، به‌منظور حمایت‌طلبی برای برنامه‌های بهداشتی و درمانی منجر به دستیابی پایدار به اهداف نظام سلامت می‌شود (۲). برای دستیابی به اهداف سلامت باید تعاملات پایداری بین وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه‌ها نظیر آموزش و پرورش، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، علوم، تحقیقات و فناوری، اقتصاد و دارایی دادگستری، ورزش و جوانان، و امور خارجه ایجاد شود.

دولت باید فعالیت‌های بخش دولتی و خصوصی را با تدوین قوانین و مقررات مناسب مدیریت و کنترل کند. دولت باید اولویت‌های بخش سلامت را مشخص کرده تا منابع محدود را بهتر تخصیص دهد. تدوین قوانین و مقررات برای بهبود عملکرد نظام سلامت، دستیابی به اهداف نظام سلامت و ارتقای سطح سلامتی مردم جامعه از وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت است. این قوانین و مقررات حوزه‌های مختلفی نظیر اعطای مجوز تأسیس سازمان‌های بهداشتی و درمانی، توزیع

مدیران از طریق حاکمیت و با برنامه‌ریزی، هدایت، نظارت و کنترل صحیح به اهداف سازمانی دست یافته و نسبت به مردم پاسخگو خواهند بود (۲). در مدیریت دولتی نوین **New public management** به حاکمیت اهمیت زیادی داده شده است. حاکمیت یکی از عوامل مهم رشد اقتصادی و توسعه اجتماعی است.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ میلادی از تولید **Stewardship** به‌عنوان یکی از وظایف مهم نظام سلامت در کنار سه وظیفه تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت نام برده و آن را "مدیریت مسئولانه و با دقت تندرستی جمعیت" تعریف کرد (۳). به تدریج این وظیفه توسعه یافت. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ میلادی، از واژه حاکمیت و رهبری به جای تولید استفاده کرد و وظیفه تولید را در ذیل حاکمیت قرار داد (۴).

تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک و عدم اطمینان منابع مالی نیاز به وظیفه حاکمیت و رهبری را الزامی می‌کند. حاکمیت نظام سلامت شامل تدوین قوانین و مقررات، تعیین اولویت‌های نظام سلامت، برنامه‌ریزی و سیاستگذاری، ایجاد ائتلاف، هماهنگی ارائه خدمات سلامت و نظارت و ارزشیابی خدمات سلامت است (۵). حاکمیت نظام سلامت شامل ابعاد ساختار سازمانی، ارتباطات و همکاری بین بخشی، قانونگذاری، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی، تولید، و نظارت و ارزشیابی است (۶).

ساختار سازمانی نظام سلامت، نحوه تقسیم، گروه‌بندی و هماهنگی کارها و خطوط ارتباطی بین واحدهای مختلف سازمان را نشان می‌دهد (۲). طراحی سیستم نظام سلامت و ظرفیت سازمانی آن تأثیر زیادی بر اثربخشی و کارایی نظام سلامت دارد. ساختار سازمانی نظام سلامت به دو صورت متمرکز و غیر متمرکز قابل طراحی است. وزارت بهداشت در ساختار سازمانی متمرکز، وظایف حاکمیتی را به طور

وزارت بهداشت از طریق نظارت، ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی با استفاده از استانداردهای ساختاری، فرایندی و پیامدی، ضمن حصول اطمینان از اجرای درست سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت، بازخوردهای لازم را به سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای بهبود کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی ارائه می‌دهد (۷).

کشورهای در حال توسعه با چالش‌هایی در زمینه حاکمیت نظام سلامت مواجه هستند. برخی از این چالش‌ها عبارتند از ضعف دانش و مهارت در زمینه قانونگذاری، سیاستگذاری و مدیریت سلامت، عدم مشارکت همه ذینفعان در سیاستگذاری‌های سلامت، عدم اجرای کامل قوانین و مقررات، عدم توجه به همه عوامل موثر بر سلامتی، برنامه‌ریزی و رهبری ضعیف اصلاحات سلامت و ارزشیابی ضعیف سازمان‌های بهداشتی و درمانی (۸).

سیستم حاکمیت نظام سلامت ایران هم با چالش‌هایی مواجه است. برخی از این چالش‌ها عبارتند از ساختار سازمانی سلسله‌مراتبی 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 (۹-۱۰، ۶).

رفع این چالش‌ها و ارتقای سیستم حاکمیت نظام سلامت ایران برای دستیابی به اهداف نظام سلامت ضروری است. بنابراین، این پژوهش با هدف ارائه یک الگوی حاکمیتی مناسب برای نظام سلامت کشور ایران انجام شده است. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت برای بهبود عملکرد سیستم حاکمیت نظام سلامت کشور قرار می‌دهد.

عادلانه سازمان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، محدودیت استفاده از داروها و تکنولوژی‌های پزشکی فاقد هزینه-اثربخشی، کنترل کیفیت دارو و تجهیزات پزشکی، واکسیناسیون اجباری و تضمین کیفیت و ایمنی خدمات سلامت را شامل می‌شود. این قوانین باید به تصویب مجلس نمایندگان برسد تا ضمانت اجرایی یافته و با تغییر افراد در وزارت بهداشت، کنار گذاشته نشوند (۶).

وزارت بهداشت برای اجرای قوانین و مقررات بهداشتی و درمانی باید برنامه‌ریزی و سیاستگذاری کند. برنامه‌ریزی استراتژیک عنصر کلیدی حاکمیت نظام سلامت است. دورنما Vision و جهت استراتژیک نظام سلامت کشور باید تعیین شود. سپس، اهداف کلی و اختصاصی برای رسیدن به دورنمای نظام سلامت و استراتژی‌های دستیابی به سلامتی و تندرستی بهتر برای مردم جامعه، باید تعیین شوند. در نهایت، با توجه به ساختار سازمانی متمرکز یا غیر متمرکز نظام سلامت، برنامه‌های عملیاتی باید تدوین و منابع مورد نیاز تعریف و تأمین شوند. اجرای درست برنامه‌های کلان نیازمند سیاستگذاری‌های صحیح است. سیاست‌هایی باید برای تأمین مالی نظام سلامت، تولید و تخصیص منابع، مشارکت بخش دولتی و خصوصی، روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی، تضمین کیفیت خدمات سلامت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی تدوین شوند (۶).

وزارت بهداشت وظیفه تولید نظام سلامت را بر عهده دارد. تولید در حقیقت، کار کردن بدون چشم‌داشت، برای عموم مردم و پاسخگو بودن نسبت به انتظارات آنها است. وزارت بهداشت متولی و خدمتگزار نظام سلامت است، وظیفه اداره، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد و باید منابع مالی را برای تأمین منافع عموم مردم و بهبود رفاه آنها هزینه کند. تولید موثر موجب افزایش شفافیت، مشارکت، عدالت، کارایی، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری نظام سلامت می‌شود (۲).

## روش کار

از روش دلفی برای توسعه و اعتبارسنجی مدل حاکمیت نظام سلامت ایران استفاده شد. دلفی نام معبد شهر دلفی در یونان باستان بوده که یونانیان پاسخ‌های غیبی از کاهنان آنجا می‌گرفتند (۱۱). از روش دلفی ابتدا در ارتش استفاده شد. در حوزه سیاستگذاری و مدیریت سلامت هم از روش دلفی زیاد استفاده شده است (۱۴-۱۲).

مطالعه دلفی به دنبال پاسخگویی به سوال "چه می‌تواند یا چه باید باشد؟" است. در مطالعه دلفی نظرات یک گروه از خبرگان در مورد موضوعی با استفاده از یک پرسشنامه در چند مرحله گرفته می‌شود. معمولاً در مرحله اول، از سوالات باز و در مراحل بعدی از سوالات بسته در طیف لیکرت برای امتیازدهی استفاده می‌شود. پرسشنامه مرحله اول شامل سوالات باز است که نظر اعضای پانل خبرگان در مورد موضوع مورد مطالعه خواسته می‌شود. پاسخ‌های اعضای پانل در هر مرحله جمع‌آوری شده، بدون نام ترکیب شده و در مراحل بعدی در اختیار کلیه اعضای پانل قرار می‌گیرد. به اعضای پانل اجازه داده می‌شود تا نظرات خود را بر اساس مشاهده نظرات گروه، در مراحل بعدی اصلاح و تعدیل کنند. این فرایند ممکن است چند مرحله ادامه یابد تا به اجماعی در بین پانل خبرگان در مورد موضوع مورد نظر دست یافت. از اصول اولیه روش دلفی گمنام بودن اعضای پانل خبرگان برای بیان آزاد نظرات و عقاید، تکرار مراحل مطالعه به منظور اصلاح و تعدیل نظرات افراد، دادن اطلاعات و بازخوردهای کنترل شده به اعضای پانل در مورد نظر سایر خبرگان و تحلیل آماری پاسخ‌ها است (۱۵).

در این پژوهش از روش دلفی تعدیل شده **Modified Delphi technique** با استفاده از پرسشنامه در دو مرحله استفاده شد. برخلاف روش دلفی کلاسیک که مدل اولیه با استفاده از نظرات خبرگان در مراحل اولیه طراحی می‌شود، در مراحل بعدی توسعه یافته و اجماعی در مورد آن حاصل می‌شود، در روش دلفی تعدیل شده، یک مدل اولیه طراحی

شده و به پانل خبرگان عرضه می‌شود. در این پژوهش، مدل اولیه حاکمیت نظام سلامت ایران با استفاده از مطالعه مرور تطبیقی مدل‌های حاکمیت نظام سلامت ۱۱ کشور استرالیا، آلمان، آمریکا، انگلستان، ایران، ترکیه، ژاپن، سنگاپور، سوئد، کانادا و کوبا و با استفاده از روش گراند تئوری طراحی شد (۶). این مدل اولیه حاکمیت نظام سلامت شامل ابعاد ساختار سازمانی، ارتباطات و همکاری بین بخشی، قانونگذاری، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی، تولید و نظارت و ارزشیابی بود. طراحی یک مدل اولیه با استفاده از مطالعات مروری جامع و ارائه آن به پانل خبرگان موجب کاهش مراحل مطالعه دلفی و تسریع دستیابی به نتایج نهایی می‌شود.

اعضای پانل خبرگان دلفی باید دارای دانش عمیق و نظرات متنوعی در مورد موضوع مورد مطالعه باشند و از اعتبار بالایی در آن حوزه در جوامع علمی، برخوردار باشند (۱۶). تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر برای دستیابی به نتایج معتبر و قابل اعتماد در مطالعه دلفی کافی است (۱۸-۱۷). در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر به عنوان پانل خبرگان انتخاب و دعوت شدند تا بتوان در نهایت، به تعداد مورد نظر دست یافت. معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان در این پژوهش عبارت بودند از نویسندگان کتب و مقالات پژوهشی در زمینه حاکمیت نظام سلامت، سخنرانان کلیدی در این زمینه در کنفرانس‌های ملی و بین المللی، مدیران ارشد نظام سلامت کشور و اساتید سیاستگذاری و مدیریت سلامت دانشگاه‌های کشور.

تعداد ۲۵ نفر موافقت خود را برای شرکت در این پژوهش اعلام کردند. بیشتر شرکت‌کنندگان پژوهش مرد (۶۸٪)، دارای تحصیلات دکتری تخصصی (۸۴٪) و با ۱۰ تا ۱۵ سال سابقه کار (۲۴٪) بودند. محل خدمت آنها در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، بقیه‌الله، مشهد، اصفهان، کرمان و شیراز بوده است. آنها در حوزه‌های بهداشت، درمان، پژوهش و آموزش پزشکی کار می‌کردند. تعداد ۱۶ نفر هیأت علمی و بقیه از مدیران وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند. تحصیلات

ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کسب رضایت آگاهانه، آزادی خبرگان نسبت به شرکت در مطالعه، احترام به استقلال آنها در پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی خبرگان و بی‌طرفی پژوهشگران در کلیه مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

## نتایج

جدول ۱ بیانگر امتیاز خبرگان به سوالات ابعاد مختلف سیستم حاکمیت نظام سلامت است. این مطالعه دلفی با توجه به اینکه خبرگان به سوالات امتیاز بالای ۷ دادند، در مرحله دوم به پایان رسید. بیشتر خبرگان معتقد بودند که ساختار سازمانی فعلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سلسله مراتبی، حجیم و ناکارآمد است. یکی از اساتید سیاستگذاری سلامت معتقد بود که "ساختار سازمانی وزارت بهداشت از نوع بسیار متمرکز، سلسله مراتبی و بروکراتیک است که شامل معاونت‌ها، دفاتر و ادارت بسیار زیادی است. همین ساختار را در بدنه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور شاهد هستیم. در نتیجه، هزینه مدیریت نظام سلامت افزایش و کارایی و تاب‌آوری آن کاهش یافته است. برخی از معاونت‌ها و ادارات نظیر معاونت پرستاری، معاونت اجتماعی و معاونت حقوقی و امور مجلس باید برای افزایش کارایی و اثربخشی با سایر معاونت‌ها ادغام شوند. برخی از وظایف وزارت بهداشت باید به دانشگاه‌های علوم پزشکی و انجمن‌های علمی و حرفه‌ای تفویض شود. عدم تمرکز کنترل شده، منجر به ارائه بهتر خدمات سلامت می‌شود." (E2)

تعدد معاونت‌های وزارت بهداشت منجر به عدم یکپارچگی نظام سلامت کشور شده است. به گفته یکی از خبرگان شاغل در وزارت بهداشت: "از هم گسیختگی ساختاری موجب تکه‌تکه شدن برنامه‌ها در بین معاونت‌ها می‌شود که در نهایت، منجر به رسیدن به اهداف برنامه‌ها و یا

اعضای پانل خبرگان در حوزه‌های مختلف علوم پزشکی، سیاستگذاری سلامت، مدیریت سلامت و اقتصاد سلامت بوده است. در مرحله اول دلفی، مدل اولیه حاکمیت نظام سلامت ایران در قالب پرسشنامه به اعضای پانل داده شد. پرسشنامه توسط پنج نفر از اساتید سیاستگذاری و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی مرور و بررسی شد تا اعتبار صوری و محتوایی آن تأیید شود. از اساتید خواسته شد تا نظر خود را در مورد واضح، مختصر و مرتبط بودن سوالات بدهند و اصلاحات و پیشنهادات لازم را ارائه دهند. در این پرسشنامه با استفاده از سوالات باز، نظر خبرگان در مورد نقاط قوت و ضعف مدل پیشنهادی، چالش‌های احتمالی پیش روی اجرای آن و راهکارهای پیشنهادی پرسیده شد. نظرات پانل خبرگان دریافت و با استفاده از روش تحلیل موضوعی تحلیل شد. در این مقاله نقل قول خبرگان با حرف E مشخص شد. مدل اولیه پیشنهادی حاکمیت نظام سلامت ایران با توجه به نظرات پانل خبرگان اصلاح شد. در مرحله دوم، مدل اصلاح شده حاکمیت نظام سلامت ایران به تفکیک ابعاد شش‌گانه آن در قالب پرسشنامه به اعضای پانل خبرگان داده شد تا موافقت یا مخالفت خود را با نظر تجمیع شده گروه در مورد مدل پیشنهادی حاکمیت نظام سلامت ایران اعلام کنند. این روش برای تسهیل همگرایی نظرات خبرگان مفید است. ابتدا از پانل خبرگان با استفاده از سوالات باز خواسته شد تا نظر خود را در مورد مدل پیشنهادی اصلاح شده و ابعاد و اجزای آن بیان کنند. سپس، با استفاده از ۴۳ سوال بسته از خبرگان خواسته شد تا موافقت یا مخالفت خود را با وجود یا عدم وجود عناصر کلیدی مدل پیشنهادی در شش بُعد، در یک طیف لیکرت از ۱ (کمترین موافقت) تا ۱۰ (بیشترین موافقت) بیان کنند. همچنین، از خبرگان در قالب یک سوال باز خواسته شد تا در صورتی که به گویه‌ای امتیاز کمتر از ۷ دادند، دلیل آن را بیان کنند. اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS24 تحلیل شد.

کوچک‌سازی و چابکی ساختار سازمانی وزارت بهداشت، این معاونت‌ها بهتر است در قالب دفتری در وزارتخانه فعالیت کنند. با این وجود، یکی از مدیران دانشگاه ضمن مخالفت با ادغام دو معاونت امور اجتماعی و بهداشت، اذعان داشت: "در این صورت بحث مشارکت‌های اجتماعی در سلامت محدود به فعالیت‌های سطح یک می‌شود و نمی‌توان برای دیگر سطوح ارائه خدمات، از پتانسیل‌های این معاونت استفاده کرد. به عنوان نمونه، یکی از مهمترین فعالیت‌های این معاونت، موضوع استفاده از کمک خیرین است. حال اگر معاونت اجتماعی زیر مجموعه معاونت بهداشت شود، موضوع مشارکت خیرین در ساخت، تجهیز و راه‌اندازی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سطح دوم و سوم مغفول می‌ماند." (E7)

همچنین، بیشتر خبرگان بر این باور بودند که معاونت حقوقی و امور مجلس به صورت دفتری زیر نظر وزیر بهداشت فعالیت کند. خبرگان پیشنهاد کردند که دبیرخانه هیئت مرکزی گزینش و اداره کل پدافند غیرعامل که در ساختار فعلی وزارت بهداشت زیر نظر وزیر فعالیت می‌نمایند، در معاونت توسعه مدیریت و منابع قرار گیرند. همچنین، پیشنهاد شد که دفتر امور سالمندان و توانبخشی در معاونت بهداشت و دفاتر امور دندانپزشکی، داروسازی و پیراپزشکی در معاونت درمان ایجاد شوند و مرکز امور آموزشی دانشجویان و دفتر امور نخبگان در معاونت آموزشی با یکدیگر ادغام شوند. نمودار ۱، ساختار سازمانی نهایی شده وزارت بهداشت را نشان می‌دهد.

در مورد بُعد ارتباطات و همکاری بین‌بخشی حاکمیت نظام سلامت، نظر اکثریت خبرگان بر این بود که حاکمیت نظام سلامت در سه نوع ارتباط درون‌بخشی، برون‌بخشی و فرابخشی با ضعف مواجه است و میزان همکاری و مشارکت مشارکت‌ها در هر سه سطح ارتباطات باید افزایش یابد. تعدد معاونت‌ها و دفاتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هماهنگی و ارتباطات بین آنها را دشوار ساخته است. به گفته یکی از مدیران وزارت بهداشت: "ارتباط و کار تیمی ضعیفی حتی بین دو واحد از معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت

ارتقای شاخص‌های مورد نظر نخواهد شد." (E3) وظایف و مسئولیت‌های سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیر انتفاعی در نظام سلامت ایران باید به طور واضح مشخص شود. یکی از اساتید دانشگاه معتقد بود: "تقسیم کار و تفویض اختیار باید در ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به روشنی انجام شود؛ به طوری که از تداخل نقش‌ها، مسئولیت‌ها و دوباره‌کاری‌ها جلوگیری شود. همچنین، انسجام ساختاری و شفاف‌سازی نقش‌ها، در بخش‌های تابع و همکار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز باید ایجاد شود." (E4)

برخی از خبرگان نظام سلامت در مرحله اول دلفی بر این باور بودند که وظایف آموزش و پژوهش باید از حوزه وزارت بهداشت خارج شده، به وزارت علوم انتقال یابد و وزارت بهداشت بیشتر در حیطه سلامت فعالیت کند: "لمأموریت اصلی وزارت بهداشت، تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه است. ادغام آموزش و پژوهش در وزارت بهداشت و به تبع آن واگذاری وظیفه تولید و ارائه خدمات سلامت به دانشگاه‌های علوم پزشکی، به دلیل بوجود آمدن تضاد منافع، دستیابی به هدف اصلی نظام سلامت را تحت شعاع قرار داده است. منابع بخش سلامت بسیار محدود است. بنابراین، واگذاری وظایف آموزشی و پژوهشی به کارکنان بخش سلامت موجب کاهش کیفیت خدمات و عملکرد آنها شده است. وظایف آموزشی و پژوهشی همانند سایر کشورهای دنیا بهتر است به وزارت علوم و موسسات آموزشی و پژوهشی منتقل شود و در عوض تعامل سازنده‌ای بین وزارت بهداشت و آن سازمان‌ها برای اطمینان از دسترسی به نیروی انسانی با کیفیت و دانش کاربردی ایجاد شود." (E2) با این وجود، اتفاق نظر نهایی بر آن بود که وظیفه آموزش و پژوهش در ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باقی بماند.

بیشتر خبرگان بر این باور بودند که وجود معاونت‌های پرستاری، طب سنتی و امور اجتماعی ناکارآمد بوده و برای

نمایندگان پزشکان و پیراپزشکان برای کمک به پیشرفت حرفه‌ای و جلب حمایت آنها برگزار شود. ارتباطات درون بخشی و برون بخشی از طریق شوراها و نشست‌های گوناگون بر محور اهداف مشترک وزارت بهداشت و سازمان‌های ذینفع باید افزایش یابد. تشکیل و مشارکت فعال شوراهای سلامت استان و شهرستان‌ها در برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی نیز می‌تواند موثر باشد. نقش‌ها، حیطه اختیارات و فرآیندهای سازمان‌های پاسخگو در زمینه سلامت مردم به‌منظور کاهش تعارض و افزایش اثربخشی مشارکت بین‌بخشی، باید به روشنی تعریف شوند.

در حوزه ارتباطات فرباخشی، مشارکت بین‌المللی در زمینه‌های برنامه‌های مشترک، تبادل علم، دانشجو و نیروی کار باید افزایش یابد. هماهنگی درخصوص شوراها و نشست‌های بین‌المللی می‌تواند توسط دفتر امور بین‌الملل وزارت بهداشت سازماندهی شود. همکاری با سازمان بهداشت جهانی در خصوص انتشار آمارهای سلامت ملی و استفاده از ظرفیت مساعدت فنی آن باید به صورت فعالانه صورت گیرد.

قانونگذاری و تدوین مقررات نقش مهمی در دستیابی به اهداف نظام سلامت دارد. یکی از اساتید دانشگاه در زمینه اهمیت قانونگذاری چنین گفت: "سیاستگذاران، پرداخت کنندگان هزینه خدمات سلامت، ارائه کنندگان خدمات سلامت و بیماران چهار بازیگر اصلی نظام سلامت هستند. از طرف دیگر، بخش‌های دولتی، خصوصی و غیر انتفاعی درگیر تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت هستند. بنابراین، قوانین و مقررات باید به گونه‌ای تنظیم شود که روابط بین ذینفعان کلیدی نظام سلامت را به خوبی تنظیم کند و دستیابی به اهداف نظام سلامت را به صورت اثربخش و کارآمد تسهیل کند. قوانین و مقررات باید بی‌طرفانه، وضع و اجرا شوند. وزارت بهداشت اصولی را باید به هنگام تدوین قوانین و مقررات مورد توجه قرار دهد. مشارکت مردم و مسئولیت آنها نسبت به سلامتی خودشان، ارائه خدمات سلامت هزینه- اثربخش و قابل پرداخت و احترام به شأن

وجود دارد که باعث نقصان در اجرا و نظارت بر برنامه‌های مشترک می‌شود. این ارتباطات باید سازماندهی شوند. در مورد برنامه‌های بین‌بخشی نیز باید ارتباطات ارتقا یابد تا اجرا و نظارت بر برنامه‌ها به شکل درستی صورت گیرد و پاسخگوی نهایی برنامه‌ها روشن باشد." (E3)

همچنین، با توجه به اهمیت تأثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی بر سلامت مردم، وزارت بهداشت باید با سایر بخش‌های دولت ارتباط بیشتری داشته باشد. یکی از اساتید دانشگاه در این زمینه گفت: "حدود ۸۰٪ سلامتی مردم به عوامل خارج از نظام سلامت وابسته است. بنابراین، مدیران وزارت بهداشت باید عوامل تعیین کننده اجتماعی و اقتصادی سلامت را شناسایی کنند، ارتباط خوبی با مدیران سایر حوزه‌های موثر بر سلامتی مردم داشته باشند و موضوعات سلامتی را در سایر برنامه‌ها و سیاست‌های دولت قرار دهند. همچنین، وزارت بهداشت باید اثرات سیاست‌های بخش‌های مختلف دولت بر سلامتی مردم را ارزشیابی کند و نتایج را به دولت برای اصلاح قوانین و سیاست‌ها گزارش کند." (E2) یکی از مدیران دانشگاه علوم پزشکی تهران هم معتقد بود که: "نیاز بیشتری به مشارکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سازمان‌های دخیل در مباحث اقتصادی مانند وزارت اقتصاد در جهت اصلاح و بهبود وضعیت تأمین منابع مالی می‌باشد. همچنین، نیاز برای جلب مشارکت بخش خصوصی به‌طور محسوسی مشهود است." (E7)

پانل خبرگان معتقد بودند که وزارت بهداشت باید ارتباطات خود را با خیرین سلامت توسعه دهد تا با مشارکت آنها در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت، دسترسی مردم به خدمات سلامت افزایش یابد. افزایش ارتباط دفتر امور اجتماعی وزارت بهداشت با انجمن انجمن‌های مردمی برای افزایش آگاهی و مشارکت جامعه هم توصیه شد. همچنین، نشست‌های ادواری باید با نمایندگان بیماران برای آگاهی از نیازهای بیماران و با



صحیح بر قوانین را چالش مهمی در قانونگذاری نظام سلامت کشور دانستند و پیشنهاد کردند که دفتر مدیریت عملکرد و بازرسی موجود در ساختار فعلی وزارت بهداشت، وظیفه نظارت بر اجرای قوانین نظام سلامت را هم برعهده گیرد.

حاکمیت نظام سلامت در بُعد سیاستگذاری و برنامه‌ریزی با چالش‌هایی در زمینه ساختار واحد سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در وزارت بهداشت، فرایند سیاستگذاری و برنامه‌ریزی، عدم استفاده از شواهد علمی و پژوهشی کافی و عدم نظارت کافی بر فرایند اجرای برنامه‌ها مواجه است. در حالی که الگوی اولیه پیشنهادی حاکمیت نظام سلامت، تشکیل یک معاونت مستقل برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در وزارت بهداشت را پیشنهاد کرد، بیشتر خبرگان تشکیل چنین معاونتی را بر خلاف اصل کارایی دانستند. یکی از کارشناسان معتقد بود که: " یک کمیته برنامه‌ریزی برای برنامه‌ریزی متناسب با اهداف و نیازهای هر معاونت وزارت بهداشت، باید ایجاد شود و همکاری و مشارکت فعالی بین شورای عالی سیاستگذاری و کمیته‌های برنامه‌ریزی معاونت‌ها وجود داشته باشد" (E2)

خبرگان معتقد بودند که یک فرایند علمی باید برای سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در وزارت بهداشت بکار گرفته شود. یکی از اساتید سیاستگذاری و مدیریت سلامت معتقد بود که: "وزارت بهداشت باید دارای یک برنامه استراتژیک و یک سیاست ملی سلامت باشد. دورنما و اهدافی باید برای نظام سلامت ایران تعیین شود. سپس، استراتژی‌ها و سیاست‌هایی برای دستیابی به این اهداف باید تدوین شوند. وزارت بهداشت باید دارای استراتژی مناسبی برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه باشد. در نهایت، اقداماتی باید برای تهیه و بکارگیری منابع، طراحی و اجرا شوند تا به اهداف تعیین شده دست یابیم." (E2)

پانل خبرگان معتقد بودند که از شواهد علمی و پژوهشی کمتر در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها استفاده می‌شود. بنابراین، پیشنهاد شد که واحد جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

انسانی نمونه‌هایی از این اصول راهنمای قانونگذاری می‌باشند. قوانینی باید در زمینه تضمین کیفیت، ایمنی و کارایی خدمات سلامت و تأمین رضایت مردم جامعه وضع شوند." (E2)

در بُعد قانونگذاری، بیشتر خبرگان معتقد بودند که قوانین فعلی مناسب و منطقی هستند. ولیکن، برخی از قوانین با چالش‌های عدم اجرا و نظارت ناکافی مواجه هستند. یکی از مدیران دانشگاه چنین گفت: "قوانین اگرچه کیفیت خوبی دارند، ولی چگونگی اجرا و مکانیزم پایش حسن اجرا تا حدودی مشخص نیست. در خصوص قانونگذاری به نظر می‌رسد که بیشتر قانونگذاری‌ها به جای اینکه به صورت فعال برای آینده تعیین مسیر کند، واکنشی است. معمولاً قوانین و مصوبات در پاسخ به نیازهای به وجودآمده بوده و بر اساس پیش‌بینی نیازهای آینده نمی‌باشند." (E7)

گروه خبرگان پیشنهاد دادند که به منظور جلوگیری از تضاد منافع و توجه به منافع تمامی گروه‌های ذینفع، بهتر است که از شورایی از نمایندگان گروه‌های ذینفع، در فرآیند قانونگذاری استفاده شود تا منافع فردی و حرفه‌ای، قوانین را تحت الشعاع قرار ندهد. استفاده از شواهد علمی در تنظیم قوانین و مقررات هم پیشنهاد شده بود. یکی از اساتید چنین گفت: "در فرایند قانونگذاری باید از شواهد بیشتری استفاده کرد. به جای افراد ذینفع از افراد بی‌طرف در قانونگذاری باید استفاده شود. در بحث اجرای قوانین نیاز به تعیین دستگاه ناظر و نظارت پیوسته بوده و در صورت تخطی‌گری سازمان‌ها از قوانین، می‌بایست مراجع قانونی و شیوه اعمال مجازات مشخص بوده تا راه بر هرگونه سرپیچی از قوانین بسته باشد." (E4)

همچنین، بهتر است که در قانونگذاری، از کمیته‌ها و شوراهای متشکل از خبرگان حقوقی بین سازمانی برای رفع ابهامات از قوانین و حذف قوانین متضاد، موازی و مشابه، استفاده شود. خبرگان نظام سلامت، عدم اجرا و نظارت



بهداشتی و درمانی داشته باشد و بازدیدهای سرزده از مراکز مراکز ارائه خدمت سلامت باید برای افزایش کیفیت و کاهش خطا، افزایش یابد. (E2, E5) همچنین، بیشتر خبرگان بر این باور بودند که نیاز به سازمان سوم مستقلی مستقلی برای نظارت و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیست. دفتر بازرسی و رسیدگی به شکایات می‌تواند بازوی اجرایی مناسبی برای پایش و کنترل عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی باشد. بنابراین، بهتر است که دفاتر معاونت‌های بهداشت و درمان وزارت بهداشت از طریق واحدهای ذیربط خود در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، وظیفه نظارت بر سازمان‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده داشته باشند و وظایف ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی توسط دفتر مدیریت عملکرد و بازرسی وزارت بهداشت صورت گیرد. همچنین، شورای دیده‌بان سلامت نیز برای کمک به دفتر مدیریت عملکرد و بازرسی ایجاد شود. تشکیل سامانه واحدی در دفتر مدیریت عملکرد و بازرسی به منظور دریافت گزارشات دوره‌ای شاخص‌های کلیدی عملکردی سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیز پیشنهاد شد. خبرگان تأکید داشتند که اعتباربخشی باید بیشتر بر کیفیت خدمات سازمان‌های بهداشتی و درمانی متمرکز شود.

برخی از خبرگان اعتقاد داشتند که ارزیابانی برای نظارت بر تعرفه‌های دریافتی از مردم در مراکز درمانی باید تربیت شوند. با این وجود، یکی از مدیران دانشگاه علوم پزشکی تهران اذعان داشت که: "با تأسیس مؤسساتی برای شفافیت قیمت خدمات سلامت مخالفم؛ مردم را باید توانمند کرد تا ناظر باشند؛ نه اینکه سازمان‌های بیشتری به ساختار وزارت بهداشت اضافه کرد." (E7)

## بحث

این پژوهش با هدف ارائه الگوی مناسب برای حاکمیت نظام سلامت کشور ایران انجام شد. ادغام برخی از معاونت‌ها،

سلامت به‌منظور سیاستگذاری مبتنی بر شواهد تشکیل شود و با استقرار نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت، به جمع‌آوری شواهد مورد نیاز برای سیاستگذاری‌های سلامت اقدام کند. استفاده از آینده‌نگری و آینده‌نگاری هم در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت پیشنهاد شد. شورای عالی سیاستگذاری سلامت و دفتر مدیریت عملکرد و بازرسی باید تعامل بیشتری با یکدیگر داشته باشند تا برنامه‌ریزی و سیاست‌ها بر اساس نتایج پایش‌های صورت گرفته توسط این دفتر، تدوین شوند.

در حیطه تولید نظام سلامت، نظر اکثریت خبرگان بر این بود که حاکمیت نظام سلامت ایران در ارتقای شاخص‌های تولیدی مانند افزایش دسترسی، عدالت و شفافیت پیشرفت‌هایی داشته است، ولی، میزان آن کافی نیست. یکی از خبرگان اذعان داشت که: "طرح تحول سلامت شاخص‌های تولیدی را ارتقا داده است، اما هنوز هم میزان آن کافی نمی‌باشد. سازمان‌دهی در مورد نابرابری سطح درآمدی کارکنان بهداشت و درمان باید صورت گیرد و میزان این شکاف کاهش یابد. همچنین، یکپارچه‌سازی نظام سلامت از طریق پوشش بیمه همگانی سلامت برای افزایش عدالت باید صورت گیرد. انباشت و تجمع منابع باید در این جهت صورت گیرد." (E4) تعدادی از اساتید دانشگاه‌ها معتقد بودند که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید بیشتر به امور متولی‌گری پردازد و امور اجرایی بیشتر توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شود. (E2, E5, E9, E6) همچنین، اطلاع‌رسانی بیشتری در مورد میزان پیشرفت برنامه‌های در حال اجرا، در راستای شفافیت اقدامات وزارت بهداشت، صورت گیرد.

بیشتر اعضای پانل خبرگان عقیده داشتند که نظارت و ارزشیابی دقیقی بر اجرای برنامه‌ها و کیفیت ارائه خدمات خدمات سلامت صورت نمی‌گیرد. برخی از اساتید معتقد بودند که وزارت بهداشت باید کنترل بیشتری به هنگام صدور مجوز و پروانه‌ها برای سازمان‌های بهداشتی

کارایی آنها ایجاد شد. سازمان‌های بزرگ دولتی به واحدهای کوچکتر تقسیم شدند. سازمان‌های خریدار خدمت از سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت جدا شوند و از مکانیزم‌های انگیزشی پرداخت مبتنی بر عملکرد برای افزایش کارایی و اثربخشی استفاده شد (۱۹).

ساختار سازمانی نظام سلامت می‌تواند به صورت سلسله مراتبی، بازار و شبکه‌ای باشد. ساختار سلسله مراتبی متمرکز بوده، قدرت سیاستگذاری و تصمیم‌گیری در وزارت بهداشت متمرکز است و تصمیمات برای اجرا به سطوح پایین ابلاغ می‌شوند. نظام سلامت در ساختار بازار شامل خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. در این مدل دولت نقش خریدار خدمات سلامت از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دولتی و خصوصی را بر عهده دارد. ساختار شبکه‌ای حالت دموکراتیک داشته که در آن قدرت تصمیم‌گیری به سطوح محلی تفویض می‌شود (۵). میزان دانش در زمینه فرایند تولید و توانایی اندازه‌گیری ستاده‌های تولید بر انتخاب مدل ساختار سازمانی موثر هستند. اگر دانش فرایند تولید ضعیف، ولی، ستاده‌های تولید، به‌درستی قابل اندازه‌گیری باشد، ساختار بازار مناسب است که در آن قراردادهایی نوشته می‌شود و عملکرد هم با استفاده از شاخص‌هایی پایش و ارزشیابی می‌شود. در مقابل، اگر دانش فرایند تولید خوب، ولیکن، اندازه‌گیری ستاده‌های تولید مشکل باشد، می‌توان از ساختار سلسله مراتبی استفاده کرد که در آن با استفاده از قوانین و مقررات و کنترل‌های زیاد از دستیابی به ستاده‌های مورد نظر اطمینان حاصل می‌شود (۲۰).

ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران بسیار متمرکز و از نوع سلسله مراتبی است که بهتر است به ساختار شبکه‌ای و سپس، به ساختار بازار تغییر یابد. تعداد زیاد معاونت‌ها و واحدهای سازمانی، بروکراسی و پیچیدگی زیاد ساختار سازمانی وزارت بهداشت، منجر به کاهش بهره‌وری نظام سلامت شده است. بنابراین، اقداماتی برای تمرکز زدایی و کوچک‌سازی ساختار سازمانی وزارت

دفاتر و اداره‌های وزارت بهداشت، تقویت همکاری درون بخشی و توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، تعیین دورنما و اهداف استراتژیک نظام سلامت، تدوین برنامه راهبردی نظام سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری سلامت، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای تقویت سیستم حاکمیت نظام سلامت ایران ضروری است.

نمودار سازمانی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸ شامل پنج معاونت (بهداشت، درمان، آموزشی، پژوهش و فناوری و توسعه مدیریت و منابع)، دو مرکز (مرکز توسعه غذا و دارو، مرکز امور دانشجویی و فرهنگی)، پنج حوزه قائم مقامی (امور سیاستگذاری، امور مجلس، امور گسترش شبکه ملی سلامت، امور تجهیزات پزشکی و امور همکاری‌های بین‌المللی)، ۱۰ حوزه مشاوره (امور هیئت امناء، امور بخش خصوصی، امور حقوقی، امور آموزش مداوم جامعه پزشکی و آموزش عمومی و ارتقای تعیین‌کننده‌های سلامت، امور دندانپزشکی و بهداشت دهان و دندان، امور فناوری اطلاعات، امور اخلاق، آداب و میراث پزشکی، امور شاهد و ایثارگران، امور پرستاری و امور کارآفرینی) و ۲۵ اداره کل بوده است. در این سال معاونت سلامت به دو معاونت بهداشت و درمان تفکیک شد. نمودار سازمانی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۲ تغییر کرد و شامل ۹ معاونت (بهداشت، درمان، طب سنتی، پرستاری، آموزشی، پژوهشی و فناوری، دانشجویی و فرهنگی، حقوقی و امور مجلس و توسعه مدیریت و منابع) با ۳۷ دفتر و اداره کل شد. معاونت اجتماعی در سال ۱۳۹۵ به ساختار وزارت بهداشت اضافه شد. ساختار سازمانی بر عملکرد سازمان تأثیر زیادی دارد (۲). از دهه ۱۹۸۰ میلادی با ورود اندیشه مدیریت دولتی نوین، تغییراتی در ساختار سازمان‌های دولتی برای افزایش

خیریه در ارائه خدمات سلامت در ایران و امکان جابجایی نیروی کار بین این بخش‌ها، قوانین و مقررات مناسبی باید برای کنترل رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت تدوین شود. اجرای قوانین نیازمند سیاستگذاری و برنامه‌ریزی است. سیاست‌های کلان سلامت توسط وزیر بهداشت، و معاونین او و از طریق شورای سیاستگذاری، تدوین شده و برای اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ابلاغ می‌شود. وزارت بهداشت باید دارای برنامه استراتژیک و سیاست ملی سلامت باشد تا بتواند به عنوان چتری، برنامه‌ها و سیاست‌های معاونت‌ها و اداره‌های مختلف را تحت پوشش قرار دهد. برای این منظور، مأموریت و وظایف وزارت بهداشت باید به وضوح تدوین و به روز شوند. سپس، دورنما و اهداف نظام سلامت ایران برای حداقل ۵ سال تعیین شوند. وزارت بهداشت باید دارای یک دورنمای استراتژیک باشد. به عنوان مثال، داشتن یک جمعیت سالم و تندرست تا سال ۱۴۰۴ می‌تواند دورنمای مناسبی برای نظام سلامت ایران باشد. ارائه خدمات سلامت با کیفیت، ایمن و اثربخش به مردم، کاهش بار مالی بیماری‌ها، توانمندسازی مردم برای خود مراقبتی و افزایش پاسخگویی نظام سلامت می‌تواند اهداف کلی نظام سلامت ایران تلقی شوند. دسترسی، کیفیت، عدالت، کارایی و تاب‌آوری باید به‌عنوان اهداف اختصاصی نظام سلامت ایران مورد توجه قرار گیرند. اهداف نظام سلامت باید هماهنگ با اهداف توسعه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی کشور و ارزش‌های ملی باشند. بخش‌های مختلف دولتی و خصوصی باید در تعیین اهداف نظام سلامت مشارکت داشته باشند. یک فرایند رسمی برای تعیین اولویت‌های نظام سلامت کشور باید ایجاد و به دنبال آن استراتژی‌ها، سیاست‌ها و برنامه‌های ملی دستیابی به اهداف نظام سلامت تدوین شوند. در نظام سلامت ایران از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان کمتر استفاده می‌شود. واحدی در وزارت بهداشت باید ایجاد شود که وظیفه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های اپیدمیولوژیکی، اقتصادی و عملکردی نظام

بهداشت باید بکار گرفته شود. برخی از معاونت‌ها و دفاتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید برای کاهش دوباره‌کاری‌ها و افزایش بهره‌وری ادغام شوند. برای این منظور، واحدهای وزارت بهداشت به دو دسته صف و ستاد قابل تقسیم هستند. معاونت‌های، بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش، واحدهای صف هستند که باید معاونت‌های اصلی وزارت بهداشت را تشکیل دهند.

وزارت بهداشت با دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، سازمان غذا و دارو و انستیتو پاستور مشارکت درون بخشی و با سازمان‌های بیمه سلامت، انتقال خون، نظام پزشکی، نظام پرستاری و بهزیستی همکاری برون بخشی دارد (۶). وزارت بهداشت باید ائتلاف‌هایی در داخل بخش‌های مختلف دولت و همچنین، خارج از بخش دولتی برای دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد کند. افزایش آگاهی عمومی و تقویت مشارکت اجتماعی مردم در ارتقای سلامت، منجر به ارتقای سلامت جامعه می‌شود. وزارت بهداشت می‌تواند با برگزاری کنگره سالانه سلامت ملی، فرصتی را برای بحث و تبادل نظر در زمینه آینده نظام سلامت فراهم کند.

وزارت بهداشت از طریق تعامل با مجلس شورای اسلامی وظیفه قانونگذاری در حوزه سلامت کشور را بر عهده دارد. وزارت بهداشت قوانین را در قالب لایحه به مجلس پیشنهاد می‌کند. مجلس با کمک کمیسیون بهداشت و درمان لایحه را بررسی، اصلاح و تصویب می‌کند (۶). وزارت بهداشت باید اصول راهنمایی را برای تدوین قوانین، مقررات، سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی و درمانی کشور تعیین کند. همچنین، وزارت بهداشت باید اثرات قوانین و سیاست‌های خارج از بخش سلامت دولت را بر سلامتی مردم جامعه ارزشیابی و نتایج را به دولت گزارش کند. قوانین و سیاست‌های ملی باید دارای پیوستار سلامت باشند تا از نداشتن نتایج منفی بر سلامتی مردم اطمینان حاصل شود. با توجه به مشارکت بخش‌های دولتی، خصوصی و

مکانیزم‌های انگیزشی، دستیابی به اهداف اعتباربخشی را ممکن می‌سازد.

وزارت بهداشت در سطح ملی باید شاخص‌های عملکردی کلیدی و استانداردهای حداقل را برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی تعیین و ابلاغ کند. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی باید برای دستیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی زیر مجموعه خود به این استانداردها برنامه‌ریزی کنند. سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید ماهانه شاخص‌ها را به دانشگاه‌ها و از آن طریق به وزارت بهداشت گزارش دهند. وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها باید بازخوردهای لازم را در مورد بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی به آنها دهد. وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌توانند از پاداش مبتنی بر عملکرد به منظور افزایش انگیزه مدیران و کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای بهبود عملکرد استفاده کنند. بکارگیری ساختار سازمانی از نوع بازار و توانمندسازی مردم، منجر به افزایش کیفیت خدمات سلامت، کاهش قیمت و افزایش پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌شود.

مکانیزمی باید ایجاد شود تا مردم نظرات خود را بیان کنند. رضایت‌سنجی از بیماران به طور متمرکز در نظام سلامت ایران انجام نمی‌شود و هر بیمارستان اقدام به سنجش رضایت بیماران خود می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سامانه‌ای توسط وزارت بهداشت در سطح ملی ایجاد شود و نظرات و شکایات بیماران از سازمان‌های بهداشتی و درمانی دریافت شود. نتایج رضایت‌سنجی‌ها باید در ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی استفاده شود.

کیفیت حاکمیت نظام سلامت باید ارتقا یابد. بانک جهانی شاخص‌های اثربخشی حاکمیت، مسئولیت‌پذیری، ثبات سیاسی، حاکمیت قانون، کیفیت قانونگذاری و کنترل فساد را برای حکمرانی خوب معرفی کرد (۲۶). نظام سلامت کشور باید نسبت به نیازهای بالینی و غیربالینی مردم پاسخگو باشد و خدمات سلامت را ضمن احترام به شأن افراد و لحاظ نمودن

سلامت و تولید شواهد علمی و پژوهشی مورد نیاز برای سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها را بر عهده داشته باشد.

وزارت بهداشت بازیگر اصلی نظام سلامت است، ولیکن، نباید بازیگر انحصاری باشد. وزارت بهداشت باید نقش فعالتری در رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت داشته باشد و اختیار بیشتری به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی برای تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای استان‌های خود دهد. مشارکت بخش خصوصی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت باید تقویت شود و وزارت بهداشت با سیاستگذاری و ارزشیابی صحیح، از کیفیت خدمات اطمینان حاصل کند.

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان معاونت درمان وزارت بهداشت، از طریق اداره‌های صدور پروانه‌های پزشکی و موسسات درمانی، نظارت بر موسسات درمانی و ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات درمانی، وظایف پایش، ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران را بر عهده دارد. دفتر ارزشیابی فناوری و تدوین استاندارد معاونت درمان نیز وظیفه ارزشیابی تکنولوژی‌های مراقبت سلامت را بر عهده دارد. برنامه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران در سال ۱۳۸۹ به صورت دولتی و اجباری ابلاغ شد و تاکنون سه دوره اعتباربخشی بیمارستان‌ها در کشور انجام شده است. مطالعات انجام شده میزان موفقیت برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران را در حد متوسط ارزشیابی کردند (۲۱، ۲۲). برخی از چالش‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران عبارتند از تعداد زیاد استانداردها، عدم شفافیت سنجه‌ها، وزن یکسان سنجه‌های اعتباربخشی، مهارت پایین ارزیابان، تعهد و مشارکت کم مدیران بیمارستان‌ها، همکاری کم پزشکان و هزینه بالای اجرای استانداردهای اعتباربخشی (۲۵-۲۳). ارتقای سیستم اعتباربخشی، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردها، تأمین منابع مورد نیاز و در نظر گرفتن

مدیران نظام سلامت باید با استفاده از رویکرد تفکر سیستمی و پویایی سیستم‌ها و برقراری ارتباطات لازم با حوزه‌های مختلف مرتبط با سلامتی مردم، تاب‌آوری نظام سلامت را تقویت کنند. در نتیجه، حاکمیت نظام سلامت در صورت وقوع بلاهای طبیعی و غیر طبیعی، شیوع پاندمی یک بیماری و شوک‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و تکنولوژیک، کنترل خود را بر روی نظام سلامت داشته و با اعمال اندک تغییراتی، خود را با شرایط محیطی تطبیق می‌دهد و فعالیت‌های روتین خود را به خوبی انجام خواهد داد.

وزارت بهداشت باید یک مدل سیستمی یکپارچه شامل اجزا و اهدافی برای نظام سلامت داشته باشد. اهداف نهایی نظام سلامت شامل سلامتی، حمایت مالی و رضایت مردم جامعه؛ و اهداف میانه‌ای آن شامل دسترسی، کیفیت، عدالت، کارایی و تاب‌آوری است (۴). حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و داروها، اطلاعات و فرایندهای ارائه خدمات سلامت، الزامات نظام سلامت برای دستیابی به این اهداف هستند. بنابراین، برنامه تقویت نظام سلامت باید به دنبال برنامه تحول نظام سلامت در وزارت بهداشت اجرا شود تا منجر به دستیابی پایدار به اهداف نظام سلامت شود (۲۷). همچنین، سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید آموزش‌های لازم را در زمینه اجزای حاکمیت نظام سلامت دریافت کنند و با تقویت سیستم حاکمیت نظام سلامت، عملکرد نظام سلامت کشور را بهبود بخشند تا منجر به ارتقای سلامت مردم شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به چالش‌های حاکمیت نظام سلامت ایران، مطالعه تجربیات کشورهای موفق و بهره‌گیری از نظرات و تجربیات متخصصین نظام سلامت در این زمینه منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت کشور می‌شود. سیاستگذاران نظام سلامت با تقویت حاکمیت نظام سلامت می‌توانند عملکرد نظام سلامت را بهبود بخشند. با توجه به نظرات و پیشنهادات

مشارکت آنها، به صورت مشتری مدار ارائه کند. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید نسبت به مردم و وزارت بهداشت پاسخگو باشند و مسئولیت عملکرد خود را بپذیرند. وزارت بهداشت هم باید نسبت به جامعه و نمایندگان مردم پاسخگو و مسئولیت‌پذیر باشد. بنابراین، برای ارزشیابی سیستم حاکمیت نظام سلامت می‌توان از شاخص‌های شفافیت، دموکراسی، قانون‌مداری، کنترل فساد، عدالت، اخلاق، پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری، اثربخشی، کارایی، پایداری و تاب‌آوری استفاده کرد.

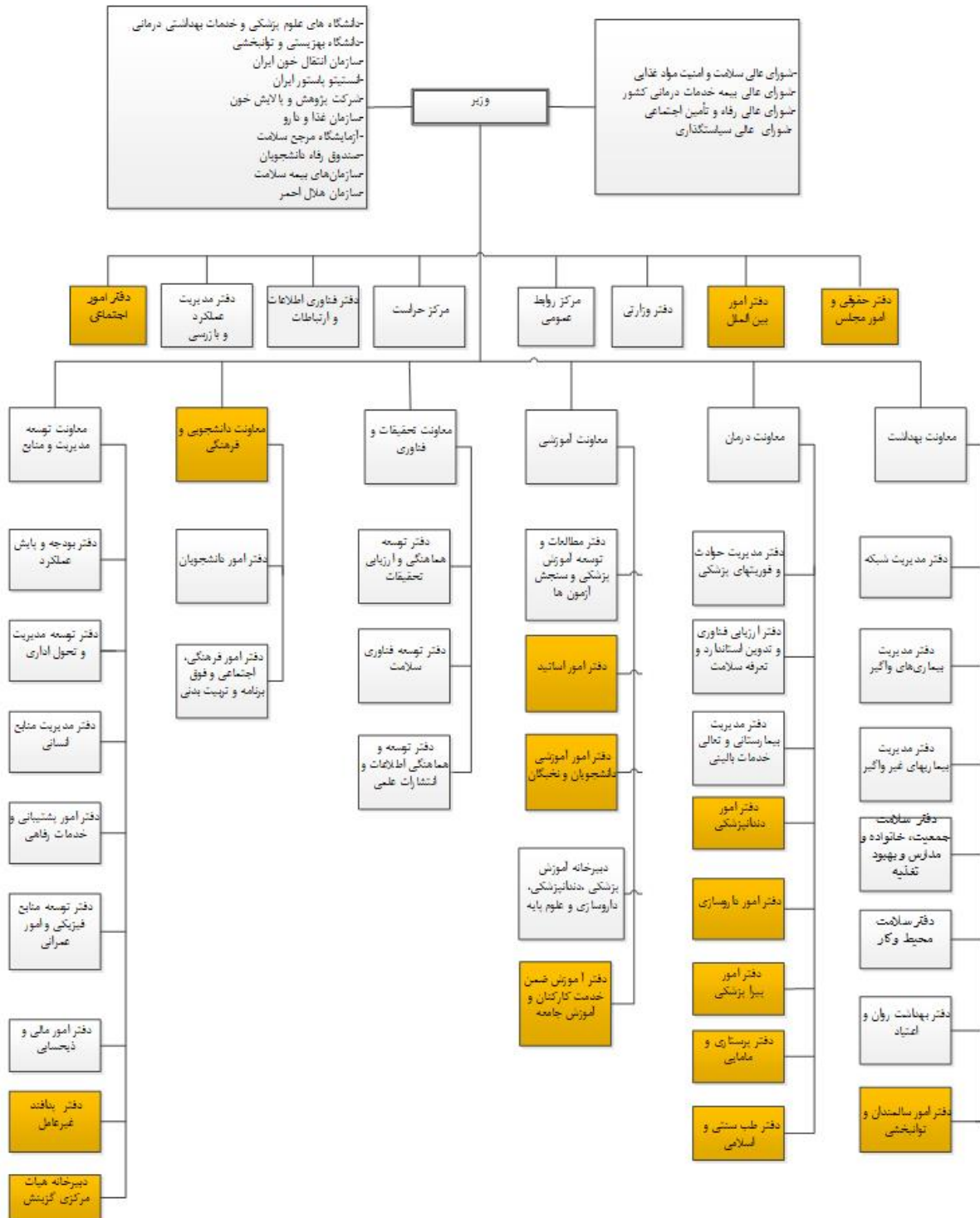
با توجه به اختلاف زیاد سطح دانش ارائه‌کنندگان و مشتریان خدمات سلامت باید مکانیزمی برای افزایش شفافیت نظام سلامت و حفاظت از منافع مشتریان ایجاد شود. برای این منظور، وزارت بهداشت با ایجاد یک سامانه ملی می‌تواند اطلاعات مفیدی در زمینه‌های انواع خدمات سلامت، سازمان‌های ارائه‌کننده این خدمات و عملکرد آنها در اختیار مردم قرار دهد تا آنها بتوانند تصمیم آگاهانه برای انتخاب و استفاده از خدمات سلامت بگیرند. مردم و نمایندگان قانونی آنها باید در تصمیمات مهم بخش سلامت مشارکت فعال داشته باشند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که یک موسسه غیر انتفاعی به نام دیده‌بان سلامت تشکیل شود و به دفتر بازرسی عملکرد وزارت بهداشت خدمات مشاوره‌ای ارائه دهد. دولت برای ارتقای سلامت مردم جامعه باید همزمان با توسعه نظام سلامت به توسعه سایر بخش‌های جامعه نظیر آموزش، امنیت، مسکن و محیط زیست اقدام کند. بنابراین، دولت باید کارایی تخصیصی و عدالت عمودی را در تأمین مالی وزارتخانه‌های مختلف مورد توجه قرار دهد. باید توجه داشته که هر ریال هزینه‌کرد در بخش سلامت، یک فرصت از دست رفته در سایر بخش‌های عمومی کشور به دنبال دارد که می‌تواند بر سلامتی مردم تأثیر زیادی داشته باشند. نظام سلامت با توجه به قابل پیش‌بینی نبودن بیماری‌ها و سرعت انتقال بالای آنها در ابعاد محلی، ملی و بین‌المللی، باید تاب‌آور باشد. سیاستگذاران و

سازمانی وزارت بهداشت و تقویت سیستم حاکمیت نظام سلامت ایران مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، پژوهشگران با استفاده از این مدل مفهومی و شاخص‌های آن می‌توانند سیستم حاکمیت نظام سلامت ایران را ارزشیابی کنند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کد ۹۳۱۱۳۷۲۰۰۵ با عنوان "بررسی تطبیقی شیوه‌های حاکمیت نظام سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران" است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران انجام شد. از اساتید و خبرگانی که با ارائه نظرات تخصصی خود به ارتقای مدل پیشنهادی حاکمیت نظام سلامت کمک کردند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌شود. همچنین، از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود موجب بهبود کیفیت این مقاله شدند، قدردانی می‌شود.

متخصصین و خبرگان نظام سلامت، توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل الزامات و اهداف، 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 و برنامه‌ریزی بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای کیفیتی جامع برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می‌شود که منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره‌وری حاکمیت نظام سلامت می‌شود. در این پژوهش یک مدل اولیه حاکمیت برای نظام سلامت ایران با استفاده از مرور تطبیقی سیستم حاکمیت نظام سلامت ۱۱ کشور جهان در شش بُعد ساختار سازمانی، ارتباطات، قانونگذاری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، تولید و نظارت و ارزشیابی طراحی شد. سپس، این مدل با نظرات ۲۵ نفر از خبرگان حاکمیت نظام سلامت کشور، توسعه یافت و نهایی شد. این مدل می‌تواند در بازطراحی ساختار



نمودار ۱- نمودار سازمانی پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران



جدول ۱- میزان موافقت خبرگان با الگوی پیشنهادی حاکمیت نظام سلامت ایران از ۱۰ امتیاز

انحراف معیار	میانگین	گویه	ردیف	ابعاد
۱/۱۶	۷/۲۲	با ساختار سازمانی پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موافق هستم.	۱	ساختار سازمانی
۲/۲۱	۷/۲۲	وظیفه آموزش و پژوهش در زمره وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باقی بماند.	۲	
۱/۸۱	۷/۹۵	معاونت پرستاری فعلی به صورت دفتر امور پرستاری و مامایی در معاونت درمان قرار گیرد.	۳	
۱/۵۶	۸/۰۰	معاونت طب سنتی فعلی، به صورت دفتری در معاونت درمان قرار گیرد.	۴	
۱/۶۰	۸/۰۴	دفتری با عنوان امور سالمندان و توانبخشی در معاونت بهداشت تشکیل شود.	۵	
۱/۹۶	۷/۷۰	معاونت امور اجتماعی به صورت دفتر امور اجتماعی قرار گیرد.	۶	
۱/۵۳	۸/۰۹	دو معاونت دانشجویی و فرهنگی و حوزه امور بین الملل از یکدیگر جدا باشند.	۷	
۱/۲۹	۸/۳۰	معاونت حقوقی و امور مجلس به شکل دفتر حقوقی و امور مجلس در آیند.	۸	
۱/۵۲	۸/۵۵	دفتری تحت عنوان امور پیراپزشکان، داروسازان و دندانپزشکان در معاونت درمان ایجاد شود.	۹	
۲/۱۷	۷/۴۳	مرکز امور آموزشی دانشجویان و دفتر امور نخبگان در معاونت آموزشی با یکدیگر ادغام شود.	۱۰	
۱/۳۷	۷/۹۱	دفتر پدافند غیرعامل در معاونت توسعه مدیریت و منابع قرار گیرد.	۱۱	
۱/۳۳	۸/۱۷	دبیرخانه هیئت مرکزی گزینش در معاونت توسعه مدیریت و منابع قرار گیرد.	۱۲	
۱/۰۲	۹/۳۰	مشارکت با سازمان‌های جمع‌آوری آمار و اطلاعات برای سیاستگذاری مبتنی بر شواهد افزایش یابد.	۱	ارتباطات
۰/۹۲	۹/۱۳	مشارکت با سازمان بهداشت جهانی در خصوص انتشار آمارهای سلامت ملی افزایش یابد.	۲	
۱/۳۰	۸/۸۳	جلب حمایت بیشتر خیرین به منظور افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت صورت گیرد.	۳	
۱/۶۶	۸/۸۳	نشست‌هایی با نمایندگان بیماران برای آگاهی از نیازهای بیماران برگزار شود.	۴	
۱/۴۴	۸/۵۲	نشست‌هایی با نمایندگان پزشکان و پیراپزشکان برای حمایت و کمک به پیشرفت این حرفه‌ها برگزار شود.	۵	
۱/۴۰	۸/۵۷	ارتباطات درون و برون‌بخشی با سازمان‌های ذینفع از طریق شوراها و نشست‌های گوناگون افزایش یابد.	۶	
۱/۰۷	۸/۸۳	نقش‌ها، حیطه اختیارات و فرآیندهای سازمان‌های پاسخگو در حوزه سلامت به روشنی تعریف شود.	۷	
۱/۲۹	۸/۷۰	مشارکت بین‌المللی در زمینه‌های برنامه‌های مشترک، تبادل علم، دانشجو و نیروی کار افزایش یابد.	۸	
۱/۳۷	۸/۵۲	ارتباط دفتر امور اجتماعی وزارت بهداشت با انجمن‌های مردمی افزایش یابد.	۹	
۱/۲۰	۸/۴۸	مشارکت فعال شوراهای سلامت استان و شهرستان‌ها در برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی افزایش یابد.	۱۰	
۱/۶۴	۸/۵۷	شورایی از نمایندگان گروه‌های ذینفع در فرآیند قانونگذاری مشارکت داشته باشد.	۱	قانونگذاری
۱/۲۰	۸/۸۱	میزان استفاده از شواهد در فرآیند قانونگذاری برای ارتقای کیفیت قوانین افزایش یابد.	۲	
۱/۸۲	۷/۹۱	دفتر مدیریت عملکرد و بازرسی وزارتخانه نظارت بر اجرای قوانین نظام سلامت را برعهده گیرد.	۳	
۱/۳۶	۸/۳۵	از کمیته‌ها و شوراهای خبرگان حقوقی بین سازمانی در قانونگذاری استفاده شود.	۴	

ادامه جدول ۱- میزان موافقت خبرگان با الگوی پیشنهادی حاکمیت نظام سلامت ایران از ۱۰ امتیاز

ابعاد	ردیف	گویه	میانگین	انحراف معیار
برنامه‌ریزی و سیاستگذاری	۱	یک کمیته برنامه‌ریزی در هر معاونت برای برنامه‌ریزی متناسب با نیازهای معاونت ایجاد شود.	۷/۸۳	۱/۶۱
	۲	شورای عالی سیاستگذاری سلامت و دفتر مدیریت عملکرد با هم تعامل بیشتری داشته باشند.	۸/۳۵	۱/۱۵
	۳	سیاستگذاری مبتنی بر شواهد با استقرار نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت تقویت شود.	۸/۳۹	۱/۵۵
	۴	از آینده‌نگری و آینده‌نگاری در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت بیشتر استفاده شود.	۸/۳۹	۱/۳۷
	۵	اطلاع‌رسانی بیشتری در مورد میزان پیشرفت برنامه‌های در حال اجرا توسط وزارتخانه صورت گیرد.	۸/۴۳	۱/۱۲
تولیت	۱	مؤسسات مستقلی برای شفافیت قیمت خدمات ارائه شده در نظام سلامت فعالیت کنند.	۷/۹۶	۱/۵۵
	۲	زیرساخت‌های لازم برای ایجاد پرونده الکترونیک سلامت بیماران گسترش یابد.	۸/۶۱	۱/۳۷
	۳	اختیار و قدرت کافی به سازمان‌های مسئول پاسخگویی حاکمیت نظام سلامت داده شود.	۸/۰۰	۱/۹۹
	۴	وزارت بهداشت به امور متولی‌گری و دانشگاه‌های علوم پزشکی به امور اجرایی بیشتر بپردازد.	۸/۴۸	۱/۴۱
ارزشیابی و نظارت	۱	نظارت و اعتباربخشی توسط دفتر مدیریت عملکرد و بازرسی انجام شود.	۷/۴۳	۱/۷۲
	۲	شورای دیده‌بان سلامت برای کمک به دفتر مدیریت عملکرد در نظارت و ارزشیابی ایجاد شود.	۷/۹۶	۱/۴۳
	۳	ارزیابانی برای نظارت بر تعرفه‌ها در مراکز درمانی تربیت شوند.	۷/۸۳	۱/۴۶
	۴	سامانه خودارزیابی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد شود.	۸/۲۶	۱/۲۱
	۵	اعتباربخشی بیشتر بر کیفیت خدمات ارائه‌شده متمرکز شود.	۸/۳۹	۱/۵۰
	۶	بازدیدهای سرزده از مراکز بهداشتی و درمانی برای افزایش نظارت و کاهش خطا، افزایش یابد.	۸/۲۳	۱/۵۷
	۷	سامانه واحدی در دفتر مدیریت عملکرد برای دریافت شاخص‌های کلیدی عملکردی تشکیل شود.	۸/۲۲	۱/۵۰
	۸	وزارت بهداشت کنترل بیشتری به هنگام صدور مجوز و پروانه‌ها داشته باشد.	۸/۶۵	۱/۱۵

## References

1. Davies CA, Artigas L, Holloway J, McConway K, EA Newman J. Links between governance, incentives and outcomes: a review of the literature. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation; 2005.
2. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran; 2015. [Persian]
3. WHO. The World health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
4. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2007; 1-56.
5. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health policy. 2014; 116(1):1-1.
6. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. RJMS. 2019; 26 (9):10-28.
7. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Arab M, Ramezani M, Akbari-sari A. An Analysis of Hospital Accreditation Policy in Iran. Iran J Public Health, 2017; 46(10):1347-1358.
8. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. World Health Organization, 2012.
9. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2013; 27(1):42.
10. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedehe MH, Rostamigooran N, Delavari A, Larijani B. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. Iranian journal of public health. 2013; 42(Supple1):42.
11. Schneider Z, Whitehead D, Ellio, D. Nursing and Midwifery Research: Methods and Appraisal for Evidence Based Practice. 3rd Edition. Sydney: Elsevier, 2007.
12. Mosadeghrad AM. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. International Journal of Modelling in Operations Management, 2012;2(1):89-118.
13. Rayens MK, Hahm EJ. Building consensus using the policy Delphi method. Policy, Politics and Nursing Practice. 2000; 1(4):308-315.
14. De Bie J, Kijlstra NB, Daemen BJ, Bouvy ML. The development of quality indicators for community pharmacy care. BMJ quality and safety. 2011;20(8):666-71.
15. Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: Using a Delphi study. International Journal of Health Policy and Management. 2013; 1(4): 261-271.
16. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. Journal of advanced nursing. 2003; 41(4):376-82.
17. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research, 1st ed., Sage Publications, Inc., Newbury Park, CA. 1994.
18. Stitt-Gohdes WL, Crews TB. The Delphi technique: A research strategy for career and technical education. Journal of Career and Technical Education. 2004; 20(2):55-67.
19. Leicht KT, Walter T, Sainsaulieu I, Davies S. New public management and new professionalism across nations and contexts. Current Sociology. 2009;57(4): 581-605.
20. Ouchi WG. A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. Management science. 1979; 25(9):833-848.
21. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of accreditation effects in hospitals. Tehran University Medical Journal. 2019;76(12): 804-812. [Persian]

22. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation implementation in Iran. *Payesh*. 2019;18(1):23-35. [Persian]
23. Mosadeghrad A, Shakibaei E. Hospital accreditation implementation prerequisites. *Journal of Hospital*. 2017;16(3):43-56. [Persian]
24. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017;23(153):43-54. [Persian]
25. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. *Tehran University Medical Journal*. 2017; 75(4):288-298. [Persian]
26. World Bank. From crisis to sustainable growth - Sub Saharan Africa: A Long-term Perspective Study. Washington, DC: World Bank, 1989. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1989/11/439705/crisis-sustainable-growth-sub-saharan-africa-long-term-perspective-study>
27. Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. *Tehran University Medical Journal*. 2019; 77(8):537-538. [Persian]

## Health System Governance in Iran: A Delphi Study

**Mosadegh A:** PhD. Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Health Information Management Research Centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Akbari-Sari A:** PhD. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Rahimitabar P:** Ph.D. Student, Department of Public Health, School of Health Sciences, Bielefeld University, Bielefeld, Germany- Corresponding Author: [parisa.rahimitabar@uni-bielefeld.de](mailto:parisa.rahimitabar@uni-bielefeld.de)

Received: Sep 10, 2019

Accepted: Jan 6, 2020

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Good governance results in better health outcomes for the society through improving health system performance. The governance of Iran health system faces some challenges. Hence, this study aimed to propose and verify a model for strengthening Iranian health system governance.

**Materials and Methods:** This descriptive study was conducted in 2016 using the Delphi method. A health governance model with six dimensions including structure, communication, regulation, policy making and planning, stewardship and evaluation and accreditation has been proposed. Then, the proposed model verified using 25 Iranian healthcare experts' opinions in two rounds.

**Results:** Developing an integrated health system model comprising health system enablers and results, downsizing and reducing the number of directorates in ministry of health, determining basic principles for regulation, enhancing communication with other external organizations affecting people health, using more evidence in policy making and planning, developing a strategic plan and national health policy, enhancing leadership, management and stewardship; and developing comprehensive systemic standards for evaluation and accreditation of healthcare organizations are recommended to enhance the effectiveness and efficiency of Iran health system governance.

**Conclusion:** Iran health system governance faces numerous challenges. Using successful countries' experience and internal health care experts' opinions help to reduce the current challenges and achieve health system goals.

**Keywords:** Governance, Health System, Delphi Technique, Modeling