مقاله پژوهشی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چگونه منافع عمومی را حفظ می‌کند؟ تحلیل کارکرد تولیت و راه آینده

بهزاد دماری[1]، عباس وثوق‌مقدم[2*]، علیرضا دلاوری[3]

1- دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت ج.ا.ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران 2- گروه هماهنگی سیاست‌های بخش سلامت، دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 3- دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت/ پژوهشکده تحقیقات بیماری‌های کبد و گوارش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

* نویسنده مسؤول: تهران، میدان صنعت، خیابان سیمای ایران، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک C، طبقه چهاردهم، دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت. تلفن: 021-81452970 نمابر: 021-81453005

پست الکترونیک: a_vosoogh@yahoo.com

دریافت: 93/11/18 پذیرش: 94/2/10

چکیده

مقدمه: *«تولیت» در کنار تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات، یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت است و بر سایر کارکردها تأثیر مستقیم دارد. فرایند تصمیم‌گیری در مورد نیازهای اولویت‌دار نظام سلامت و اطمینان از برآورده شدن اولویت‌ها در حیطه کار تولیت است. دستیابی نظام سلامت به شاخص‌های برتر در سلامت مردم، مستلزم تولیت مؤثر است. این گزارش با مرور وضعیت تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، علل مؤثر بر مشکلات آن را بررسی کرده و راهکارهای بهبود برای حفظ منافع عمومی را پیشنهاد می‌دهد.*

روش کار: *در این مطالعه کیفی، ابتدا با مرور منابع علمی، چارچوب مفهومی تولیت مشخص و سؤالات ارزیابی آن تعیین شد. جمع‌آوری اطلاعات در بخش توصیف، از طریق تحلیل محتوای اسناد مرتبط و مصاحبه با صاحب‌نظران؛ و در بخش علت‌یابی و پیشنهاد راهکارها از طریق برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز با خبرگان و پیشکسوتان نظام سلامت بوده است.*

یافته‌ها: *عمده‌ترین مسایل تولیت در هر سه حوزه آن، شامل جمع‌آوری اطلاعات حیاتی و استفاده از خرد جمعی، شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم‌انداز و راهبردها و کنترل و قانونمندسازی وجود دارد. علل مؤثر بر مسایل موجود، طیفی از نداشتن برنامه برای اصلاح تولیت تا ضعف دانش، نگرش و مهارت محققان، سیاست‌گذاران و مدیران را دربر می‌گیرد. طراحی داشبورد تصمیم‌گیری مدیران ارشد وزارت بهداشت، تشکیل شبکه ذی‌نفعان سیاست‌گذاری، توسعه نظام مدیریت دانش برای بهره‌گیری از دانش ضمنی و تجارب بین‌المللی، تدوین برنامه وزارت بهداشت برای دستیابی به چشم‌انداز **20** ساله، ساماندهی نظام برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی در وزارت بهداشت تا سطح شهرستان‌ها و واحدهای عملیاتی، توسعه هماهنگی بین‌بخشی، بازبینی سیاست‌های نظارت بر بخش خصوصی و حفاظت از مصرف کنندگان، راهکارهای پیشنهادی برای بهبود وضعیت تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.*

نتیجه‌گیری: *به دلیل تأثیر تولیت بر سه کارکرد دیگر نظام سلامت، عدم توجه به آن، دستیابی به اهداف سلامت را دشوار کرده و منابع محدود بخش سلامت را تلف خواهد کرد. به طور سنتی، وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مأموریت‌هایی در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارایه خدمات پیدا می‌کنند اما مرور اولویت‌های گذشته نشان می‌دهد که کمترین زمان و انرژی برای بهبود نظام تولیت وزارت بهداشت صرف شده است. مخاطب اصلی این مطالعه، شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی هستند تا با کاربست نتایج آن، نظام تولیتی منطبق بر شواهد علمی پایه‌گذاری کنند و کارکردهای دیگر وزارت بهداشت در آینده بیش از پیش با خرد جمعی و پاسخگویی مدیریت شود.*

گل‌واژگان: *تولیت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کارکردهای نظام سلامت، منافع عمومی*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

مقدمه

سلامت، نیاز پایه همه انسان‌هاست. حق برخورداری از بالاترین سطح ممکن سلامت، از ارزش و حقوق اساسی آدمی است که در منشور سازمان جهانی بهداشت گرامی داشته شده است (1) و مورد تأکید اعلامیه‌های جهانی حقوق بشر، حقوق بشر اسلامی، و قوانین اساسی کشورهاست (2). این حق، حکومت‌ها و دیگر نقش‌آفرینان را متعهد می‌کند به منظور افزایش فرصت دستیابی به سلامت برای همه افراد، قدم بردارند (3). آثار سلامت بر رشد اقتصادی و توسعه اجتماعی سبب شده است که محوریت آن در پیشرفت پایدار، مورد پذیرش بسیاری از کشورها قرار گیرد (4). در حقیقت، سلامت هدف کلی متقاطع سیستم‌ها[1] در فعالیت‌های همه بخش‌های توسعه در جامعه است (5). اگرچه حفظ و ارتقای سلامت، یک مسؤولیت فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی می‌باشد لیکن نهایتاً حکومت، مسؤول مدیریت دقیق امر تندرستی شهروندان و تضمین آن برای همه مردم است. سلامت مردم هر کشور، همواره باید اولویتی ملی محسوب شود؛ بنابراین مسؤولیت دولت نیز در قبال آن دایمی و مداوم است (6). دولت‌ها نیز برای پاسخگویی به نیاز سلامت مردم، سامانه‌ای مشارکتی را شکل می‌دهند که نظام سلامت نامیده می‌شود و متشکل از تمام سازمان‌ها، مؤسسات، افراد و منابعی می‌باشد که در ارایه اقدامات سلامت مداخله دارند (7). هر نظام سلامتی در تلاش است بالاترین سطح و یا بهترین توزیع ممکن سه هدف کلی شامل وضعیت سلامت، پاسخگویی به انتظارات معقول غیرپزشکی و حفاظت منصفانه مالی/اجتماعی را از طریق کارکردهای تدارک خدمت، تأمین مالی، تولید منابع (نیروی انسانی، اطلاعات، دارو، تجهیزات و تسهیلات پزشکی) و تولیت/تضمین خدمت‌گذاری، با حداکثر کارایی، برای خدمت گیرندگان خود فراهم کند (6).

تولیت/تضمین خدمت‌گذاری مهم‌ترین کارکرد هر نظام سلامت و فراتر از بقیه کارکردها است؛ چون: 1- حکومت، مسؤول نهایی عملکرد کلی نظام سلامت کشور است؛ 2- تولیت نه تنها بر سایر کارکردها تأثیر می‌گذارد بلکه امکان دستیابی به هریک از اهداف نظام سلامت را نیز فراهم می‌آورد؛ 3- حکومت باید اطمینان حاصل کند که تولیت، در تمام سطوح نظام سلامت جریان دارد تا حداکثر اهداف محقق شوند. سازمان جهانی بهداشت، تولیت را این گونه تعریف می‌کند: «بخشی از کارکرد یک حکومت که مسؤول تندرستی و رفاه جامعه بوده و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند اهمیت می‌دهد». این کارکرد عمدتاً در رابطه با وزارت بهداشت مطرح می‌شود یعنی نهادی که از سوی دولت، باید به نظارت کلی و هدایت تلاش‌ها و توسعه اقدامات ملی سلامت بپردازد. باید توجه کرد که برخی از جنبه‌های تولیت در سلامت همچون تأثیرگذاری بر رفتار نقش‌آفرینان سلامت در سایر بخش‌های اقتصاد، باید به عنوان پیش‌فرضی برای کل دولت باشد و ضرورت دارد از هماهنگی و همخوانی بخش‌ها و وزارتخانه‌های مختلف اطمینان حاصل کند. خریداران و ارایه‌کنندگان خدمات سلامت نیز متولی سلامت مردم محسوب می‌شوند و باید اطمینان کسب کنند که از سرمایه‌گذاری‌شان، بیشترین حد سلامت ممکن برای خدمت گیرنده حاصل می‌شود (6). بنابراین، تولیت، کارکردی مشترک و شبکه‌ای بین نقش‌آفرینان در سلامت می‌باشد ولیکن دولت در نهایت محرک اصلی و مسؤول نهایی است. از نظر مبانی تولیت اثربخش، نقش کلیدی دولت، نظارت کلان و دیدگاه کلی و جامع[2] و امانت‌داری و جلب اعتماد[3] است یعنی «کمتر حرف بزن و بیشتر عمل کن». تولیت در امر سلامت، جوهره واقعی حکمرانی خوب[4] در یک کشور است و به معنی بنیاد نهادن بهترین و عادلانه‌ترین نظام سلامت ممکن است. حکمرانی در نظام سلامت یعنی تدوین و استقرار قوانینی که تعیین می‌کند، کدام بازیگر اجتماعی چه نقش‌هایی را با چه مسؤولیت‌هایی برای رسیدن به اهداف بیافریند (8). فرآیند تصمیم‌گیری در مورد نیازهای اولویت‌دار مردم و پاسخگویی و اطمینان از برآورده شدن آن‌ها در حیطه کار تولیت است. بنابراین عملکرد تولیت با کلمات کلیدی تصمیم‌گیری، تعیین نیاز، اولویت‌بندی، تعیین مقررات و استانداردها برای پایش و نظارت و ارزشیابی سروکار دارد. در نگاهی دیگر تولیت در نظام سلامت را می‌توان به شش جزء تجزیه کرد: الف) تولید اطلاعات حیاتی برای تصمیم‌گیری[5] ؛ ب) تدوین انتخاب‌های راهبردی[6] ؛ ج) اطمینان از وجود راهبری رسمی[7]. برای استقرار برنامه نیاز به لوازمی است که قانون مصوب، ابزارهای تشویقی و حمایتی، روش‌های حل تضاد، مقرارت منصفانه و نظام‌های رعایت حقوق عموم از آن جمله

[1] Cross-systems goal

[2] Oversight
[3] Trusteeship
[4] Good Governance
[5] Generation of intelligence
[6] Formulation strategic options
[7] Ensuring formal steer

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

است؛ د) تشکیل شبکه ذی‌نفعان و ارتباط مؤثر[8]؛ هـ) متناسب کردن راهبردها و ساختار[9]: از بین بردن محدودیت‌های ساختاری، جلوگیری از موازی‌کاری و جدا کار کردن؛ و) پاسخگویی[10]: برای پاسخگویی معیارهایی وجود دارد که در کنار یکدیگر پاسخگو بودن وزارت بهداشت را تضمین می‌کند به طوری که نبود یک یا چند معیار، این تضمین را به میزان زیادی کم می‌کند؛ از جمله: وجود قواعد انتشار درباره برنامه‌ها، گزارش‌ها و حساب‌های مالی و غیره؛ قابلیت دسترسی و انتشار وسیع و جامع برای مخاطبان؛ حضور کمیته‌های نظارتی غیروابسته متشکل از نمایندگان مردمی و کمیته‌های بازرسی؛ دسترسی به نمایندگان سیاسی برای گروه‌ها؛ ایجاد خودبازرسی از طریق انجمن‌های حرفه‌ای؛ تعیین نقش سازمان‌های غیردولتی و گروه‌های علاقمند شامل کاربران، ارایه‌کنندگان یا تولیدکنندگان در نظام سلامت؛ فراموش نکردن هیچ گروهی از مردم و طراحی مقررات تنظیمی برای کارکنان سلامت مانند اعطای گواهینامه.

در خلاصه‌ترین حالت، تولیت سه جزء را شامل می‌شود (6): 1) جمع‌آوری و استفاده از اطلاعات حیاتی، خرد و خلاقیت، 2) شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت، تعریف چشم‌انداز و جهت‌گیری، 3) تأثیرگذاری: رویکردهایی برای کنترل و قانونمندسازی[11].

عمده‌ترین مشکلات تولیت در وزارت‌خانه‌های بهداشت در کشورهای مختلف از نظر سازمان جهانی بهداشت عبارتند از: الف) کوته‌بینی: توجه بیش از حد به اهداف نزدیک و سریع‌الوصول، از دست دادن بینش نسبت به مهم‌ترین هدف خود یعنی کل جمعیت و عدم توجه به همه عوامل و ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری؛ ب) دید لوله تفنگی: تمرکز انحصاری بر وضع قوانین و مقررات و غفلت از تولید اطلاعات درست و پایش اجرای سیاست‌ها و قوانین؛ ج) چشم‌پوشی از تخلفات: پرده‌پوشی پرداخت غیررسمی و زیرمیزی به کارکنان دولتی، سکوت در برابر طبابت‌های ناشایست و غیر ایمن پزشکان، عدم اطمینان از درستی تصمیمات درباره سرمایه‌گذاری‌های کلان و خریدهای بزرگ (دارو و تجهیزات). باید توجه کرد که در اکثر نظام‌های سلامت، حجم عظیمی از اطلاعات تولید می‌شود که می‌تواند در کارها اختلال ایجاد کند؛ برای مقاصد تولیت، تنها خلاصه‌ای دوره‌ای ممکن است نیاز باشد که تغییرات جغرافیایی، زمانی یا جمعیتی را نشان می‌دهند. آنچه در تولیت بیشتر اهمیت دارد، شکاف‌ها و کمبودهای موجود در اطلاعات و تحلیل‌هاست. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه با برنامه‌ریزی مرکزی، سیاست‌های سلامت، بخشی از برنامه‌های ملی توسعه هستند که بر رفع نیازهای سرمایه‌گذاری تمرکز دارند، بخش خصوصی را نادیده می‌گیرند، برآوردهای ناکافی از واقعیت‌های مالی دارند و مشکلات پیاده‌سازی و اجرا در آن‌ها شایع است. کشورهای اندکی سیاست‌های دقیق درباره کیفیت و عادلانه بودن نظام سلامت در اختیار دارند (6).

از ابزارهای مختلفی برای ارزیابی تولیت در نظام سلامت می‌توان استفاده کرد، همچون:

1- ارزیابی عناصر حکمرانی (9)؛ 2- استفاده از فهرست سؤالات ضروری‌ترین کارکردهای سلامت عمومی[12]: این مدل شامل ده دسته سؤال است که برخی از آن‌ها به ارزیابی عملکرد تولیت می‌پردازد (10)؛ 3- سنجش پاسخگویی با استفاده از پرسشنامه vignettes (11)؛ 4- ارزیابی عملکرد نظام سلامت (12)

ارزیابی نظام سلامت گینه در سال 2010 نشان می‌دهد که در حوزه تولیت اشکالات زیر وجود داشته است: 1- هماهنگی محدود بین ذی‌نفعان کلیدی بر تخصیص منابع بین نواحی و برنامه‌های خاص هر بیماری اثر می‌گذارد؛ 2- هزینه‌کرد برای سلامت در مناطق ممکن است به طور کامل با بودجه سلامت همسو نباشد و منابع سلامت می‌تواند برای سایر مصارف خرج شود؛ 3- سیاست‌های مرتبط در حوزه ارایه خدمات وجود دارد ولی به طور کامل اجرا نشده است؛ 4- توافقات خدمات همیشه پاسخگویی را تضمین نمی‌کند؛ 5- هماهنگی کافی برای آموزش، بکارگیری و توزیع نیروی انسانی بین طیف ذی‌نفعان درگیر انجام نمی‌شود؛ 6- مدیریت نیروی انسانی در مناطق ضعیف است؛ 7- هماهنگی بین ذی‌نفعان کلیدی برای توسعه نظامی که به طور مؤثری تجهیزات پزشکی را بین مناطق و بیماری‌ها تخصیص دهد لازم است؛ 8- نقص داده‌های دسترسی به داروها و فرآورده‌های پزشکی در بین مناطق و تسهیلات برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ 9- هماهنگی ناقص میان ذی‌نفعان کلیدی، توسعه ساختارهای نظام اطلاعات سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ 10- محدودیت استفاده از داده‌های موجود نظام مراقبت سلامت در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی وجود دارد.

ارزیابی نظام سلامت در هشت استان ویتنام در سال 2009 نشان می‌دهد که در حوزه تولیت اشکالات زیر وجود داشته است (13): 1- مؤسساتی برای استقرار سیاست وجود دارد لیکن

[8] Coalition building and effective communication
[9] Fit between strategy and structure
[10] Accountability
[11] Regulation
[12] Essential Public Health Functions (EPHF)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

منابع مالی و انسانی محدود است؛ 2- مردم می‌توانند به مستندات سیاست و برنامه‌های سلامت دسترسی داشته باشند ولی نه همیشه؛ 3- دولت‌های استانی و دپارتمان‌های سلامت مکرراً به صدای شهروندان و نظرات سازمان‌های اجتماعی درباره سیاست‌های سلامت از طریق نشست‌های مستقیم، جلسه با کمیته‌های مردمی و رسانه‌های عمومی گوش می‌دهند؛ درون‌دادها و نظرات آن‌ها را دریافت می‌کنند لیکن همیشه استفاده نمی‌شوند؛ 4- نقش جامعه، سازمان‌های حرفه‌ای اجتماعی، نهادهای مردمی در نظارت بر مقررات، روال‌ها، دستورعمل‌ها، کدها و تعرفه‌های بیمارستانی شفاف نیست؛ 5- در تدارک خدمات مورد نیاز جامعه، نظام پرداخت کارانه روش شایعی است در حالی که نظام تضمین کیفیت به خوبی توسعه نیافته است؛ 6- تمامی بیمارستان‌ها نظام مدیریت اطلاعات سلامت برای تطابق فعالیت‌های سلامت دارند لیکن، کیفیت و کارآیی آن‌ها کماکان محدود است؛ 7- هزینه‌های سلامت در بخش دولتی به طور دوره‌ای ممیزی می‌شود لیکن گزارشات ممیزی به طور گسترده اطلاع‌رسانی نمی‌شود؛ 8- روال‌های صدور گواهی و مجوز فقط برای بخش خصوصی وجود دارد؛ 9- نقش نظارت کلی سازمان‌های غیردولتی بر تدارک خدمات سلامت محدود است.

از آنجا که برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب از ویژگی‌های جامعه ایرانی در چشم‌انداز سال 1404 کشور تعیین شده است (14)، ضروری بود وضعیت کارکرد تولیت در وزارت بهداشت که اصلی‌ترین متولی سلامت است بررسی و راهکارهای ارتقای آن پیشنهاد شود.

روش کار

این مطالعه به روش کیفی انجام شد. پس از تعیین الگوی حوزه‌های اصلی و اجزای تولیت از طریق مرور منابع علمی (جدول 1)، سؤالات اصلی مطالعه به شرح زیر مشخص شد:

- کارکرد تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در هر یک از اجزای حوزه‌های سه‌گانه با چه مشکلاتی روبرو است؟
- علل و عوامل مؤثر در ایجاد این مشکلات چیست؟
- مداخلات برای تخفیف یا رفع مشکلات تولیت کدامند؟

جمع‌آوری اطلاعات، در بخش توصیف (سؤال یک) از طریق مرور و تحلیل محتوای اسناد مرتبط به تولیت و مصاحبه با صاحب‌نظران (به تعداد 15 نفر) و در بخش علت‌یابی و پیشنهاد راهکارها از طریق برگزاری سه جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور شش نفر از صاحب‌نظران بود. معیارهای انتخاب صاحب‌نظران، علاقمندی و آشنایی با موضوع، سابقه حداقل ده سال کارشناسی در سطح ستادی وزارت بهداشت یا مدیرکل به بالا و داشتن وقت برای مصاحبه و حضور در جلسات بحث گروهی متمرکز بود. سؤالات مصاحبه به صورت باز و توسط مصاحبه کننده آشنا به روش مصاحبه عمیق و خبره در موضوع «نظام سلامت»، با بکارگیری راهنمای مصاحبه استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها توسط مصاحبه‌گر با کسب اجازه از مصاحبه‌شونده ضبط و پیاده شد و در قالب جدول 1، جمع‌بندی شد. برای تحلیل علل و عوامل مؤثر بر مشکلات تولیت، الگوی مثلثی (15) به کار گرفته شد به این ترتیب که شرکت‌کنندگان در بحث گروهی پس از تشریح نتایج سؤال اول و توضیح روش مثلثی، علل مؤثر بر بروز مشکلات فعلی را به صورت بارش افکار مطرح کرده و سپس در سه دسته علل کلان (سیاستی و قانونی)، علل میانی (عملیاتی) و علل خرد (رفتار ذی‌نفعان) تقسیم‌بندی کردند. در نهایت در پاسخ به این سؤال که «برای رفع یا تخفیف مشکل تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با توجه به علل آن چه راهکارهای اجباری، تسهیلی و ترویجی پیشنهاد می‌کنید؟» شرکت کنندگان ابتدا به صورت فردی پاسخ‌ها را مکتوب و سپس به صورت چرخشی برای هر یک از اجزای حوزه‌های سه‌گانه، نظرات را شفاهاً ارایه کردند و در نهایت جمع‌بندی با اجماع انجام شد.

جدول 1- حوزه‌ها و حیطه‌های تولیت

حوزه	حیطه
جمع‌آوری اطلاعات حیاتی و استفاده از خرد (Generation intelligence)	مشارکت ذی‌نفعان تولید و مدیریت اطلاعات
شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم‌انداز و راهبردها (Formulating policy)	دورنما و برنامه مشخص نظام‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مشارکت بین‌بخشی
گذاشتن تأثیر: رویکردهایی برای کنترل و تنظیم (Regulation)	حفاظت از مصرف‌کنندگان تنظیم رفتار ارایه‌کنندگان (تکلیف ارتباط بخش خصوص و دولتی) ساختار متناسب با برنامه و بدون هم‌پوشانی نظام پاسخگویی

نتایج

بر اساس تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده، مهم‌ترین چالش‌های تولیت در حوزه‌های اصلی مورد بررسی به شرح زیر است:

حوزه جمع‌آوری اطلاعات حیاتی و استفاده از خرد: امکان مشارکت ذی‌نفعان در وزارت بهداشت متعدد بوده و هسته‌های متعدد تصمیم‌ساز، مشورتی یا تصمیم‌گیری در سطح معاونت‌های مختلف وزارت را شامل می‌شود؛ مهم‌ترین آن‌ها شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، شورای معاونین وزیر، شورای

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

مدیران معاونت‌ها، اجلاس دوره‌ای رئیسان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، نشست‌های مرتب معاونان بهداشت، درمان، غذا و دارو، آموزش، توسعه مدیریت و منابع و دانشجویی- فرهنگی دانشگاه‌ها، جلسات سالانه هیأت‌های امنا، جلسات فصلی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌هاست. اما فرصت‌های بهبودی نیز برای مشارکت بهینه ذی‌نفعان وجود دارد که از آن جمله می‌توان به ضعف دانش، نگرش و مهارت مدیران ارشد در مشارکت دادن ذی‌نفعان در مراحل سیاست‌سازی اشاره کرد. البته کمبود آگاهی ذی‌نفعان از ضرورت و شیوه مشارکت خود در نظام سلامت هم باید به این دشواری‌ها اضافه شود. نبود الزام مصوب و دستورعمل برای مشارکت ذی‌نفعان در تدوین و اجرای سیاست‌ها، تعریف نشدن شبکه‌های متخصصان موضوعی در تدوین سیاست‌های ملی، نبود سازوکارهای انگیزشی مناسب و مؤثر برای مشارکت ذی‌نفعان مانند پرداخت نشدن حق جلسات، بازخورد ندادن از نتیجه جلسات و مشارکت آنان از دیگر فرصت‌های بهبود بود. افراد شرکت‌کننده در مطالعه معتقد بودند از ظرفیت‌های مشورتی و تصمیم‌گیری فعلی به ویژه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و سایر هسته‌های سیاست‌گذار درون معاونت‌ها نیز استفاده کافی و وافی نمی‌شود و خیلی از اوقات بین هسته‌های موجود، هم‌پوشانی وظیفه وجود داشته و ضمانت مصوبات آن‌ها نیازمند بازنگری حقوقی است؛ ترکیب شوراها و هسته‌های فوق در مواردی خبرگان و مطلعان صاحب تجربه را در بر نگرفته و نیازمند بازنگری است. به موارد فوق، ضعف در اطلاع‌رسانی پیشرفت برنامه‌ها و سیاست‌های وزارتخانه به ذی‌نفعان را باید اضافه کرد.

در حیطه تولید و مدیریت اطلاعات، اسناد و مدارک متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد علی‌رغم وجود زیج حیاتی و ظرفیت استفاده از آن توسط کارکنان نظام سلامت به عنوان ابزاری برای گردآوری برخی از مهم‌ترین شاخص‌ها، توجه به توسعه پژوهش‌های کاربردی و دبیرخانه‌های تحقیقات کاربردی، وجود نظام ثبت کامپیوتری اطلاعات بیمارستانی، راه‌اندازی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و تشکیل واحد مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات زیر نظر وزیر بهداشت، موانع عمده‌ای نیز وجود دارد که از آن جمله می‌توان به نبود نظام دیده‌بانی مدون سلامت در کشور، کمبود نیروی انسانی یا عدم بکارگیری آن‌ها در این حوزه، پراکنده بودن و هماهنگ نبودن زیر مجموعه‌های تولیدکننده اطلاعات سلامت و مشخص نبودن سرنوشت داده‌ها و بکارگیری آن‌ها در سیاست‌ها و برنامه‌ها اشاره کرد. به این موارد، موانع موجود بر سر راه استاندارد کردن نظام مدیریت اطلاعات سلامت، در اختیار نبودن فرهنگ‌نامه داده‌های سلامت، استاندارد نبودن چرخه گردش اطلاعات، کارا نبودن ابزارهای گردآوری داده‌ها، نبود استانداردهای نرم‌افزاری، جمع‌آوری شدن اطلاعات نامربوط، پایین بودن کیفیت اطلاعات، بازبینی نشدن داده‌های جاری، نبود نظام مؤثر آمارهای ثبتی و نبود نظام گزارش‌دهی و بازخورد را هم باید اضافه کرد.

حوزه شکل‌دهی به سیاست‌ها، تعیین چشم‌انداز و راهبردهای سلامت: در حیطه «دورنما و برنامه مشخص»، مشارکت فعال در تدوین بخش سلامت برنامه‌های پنج ساله توسعه کشور به عنوان نقطه قوت وزارت بهداشت است که فرهنگ برنامه‌نویسی و مشارکت بین‌بخشی و درون‌بخشی را گسترش داده است. این حیطه از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه مشکلاتی به این شرح دارد: مشخص نبودن دورنمای وزارت بهداشت در چشم‌انداز 20 ساله کشور، تنظیم برنامه‌های پنج ساله توسعه را دچار مشکل می‌کند؛ از سوی دیگر نقص برش استانی برنامه‌های توسعه و ضعف نظام پایش و ارزشیابی استان‌ها در این ارتباط، استقرار برنامه‌های توسعه را دچار چالش می‌نماید؛ کافی نبودن اطلاعات و شاخص‌های مورد نیاز برای تصمیم‌گیری، تحلیل وضعیت نظام سلامت را دشوار و تنظیم اهداف عینی را غیرواقعی می‌کند؛ وجود چندین نوع برنامه در وزارت بهداشت مانند برنامه‌های پنج ساله توسعه، برنامه راهبردی معاونت‌ها، برنامه‌های ویژه برای برآوردن قول‌های انتخاباتی هر دولت، دغدغه‌ها و گاه سلیقه‌های شخصی وزیر، معاونین و مدیران کل، برنامه‌های موردی مصوب شوراهای مختلف و برنامه‌های مشترک با سازمان‌های بین‌المللی، استقرار برنامه‌ها را دشوار می‌کند؛ ناهماهنگی بین این برنامه‌ها و حجم بالای فعالیت‌ها و مهارت‌های لازم برای اجرای آن‌ها چیزی جز سردرگمی برای تصمیم‌گیرندگان و کمبود وقت برای مجریان و کارشناسان ندارد. در چنین شرایطی، خود ضعف پایش برنامه‌ها موجب عدم رفع مشکلات جاری برنامه‌ها شده و پیشرفت به سوی اهداف برنامه را کند و یا متوقف می‌سازد. تطابق ضعیف بودجه‌ریزی سالانه با برنامه‌های توسعه موجب می‌شود که برای پیشبرد اهداف برنامه‌های توسعه، منابع کافی فراهم نشود. ضعف فرهنگ و مهارت‌های مدیریت پروژه در ستاد و واحدهای تابعه دستیابی به اهداف را کند کرده و منابع را هدر می‌دهد. در حیطه نظام‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، علی‌رغم وجود نقاط قوتی از قبیل مقاطع و دوره‌های آموزشی دانشگاهی برای تربیت متخصصین مرتبط (مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، کارشناسی ارشد بهداشت عمومی، اقتصاد سلامت)،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

وجود مراکز و گروه‌های آموزشی (دانشکده‌های بهداشت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه‌های بهداشت و پزشکی اجتماعی در دانشکده‌های پزشکی) و همچنین مراکز سیاست‌گذاری دانشگاهی (در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، شیراز و سمنان، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، مرکز کشوری مدیریت سلامت در تبریز و...)، فرصت بهبود اصلی، نبود نظام‌نامه مدون و مصوب سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت در وزارت بهداشت است. این نقص در هماهنگی سیاست‌های آموزشی، پژوهشی و ارایه خدمات، کاربست تحقیقات ملی، عملیاتی کردن برنامه‌های کلان، مستندسازی تجربیات، تحلیل دوره‌ای وضعیت نظام سلامت، تضمین استقرار سیاست و پایداری آن در دولت‌های مختلف، پایش و ارزیابی سیاست‌های مصوب و استفاده از مشاورین فعال در سطح بین‌المللی تأثیر گذاشته و مانعی برای تحقق این اهداف است. در حیطه مشارکت و همکاری بین‌بخشی، با وجود تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و به تبع آن کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها که نویدی برای اعمال مداخلات در زمینه کاهش اثرات و خطرات سایر بخش‌ها بر سلامت است، فرصت‌های بهبود فراوانی وجود دارد از آن جمله می‌توان به اتخاذ رویکرد غیرفعال بخش سلامت در استفاده از این فرصت (نداشتن برنامه و هدف جلب مشارکت) اشاره کرد. طی نکردن گام‌ها و اصول علمی همکاری بین‌بخشی، مشخص نبودن انتظارات وزارت بهداشت از سایر بخش‌ها به ویژه در مهم‌ترین علل مرگ و میر و ابتلا، ضعف مهارت‌های حمایت‌طلبی کارشناسان و مدیران، کم آگاهی سایر بخش‌ها از وضعیت سلامت و ندانستن نقش و سهم خود برای ارتقای وضعیت، ضعف در توسعه نگرش همکاری بین‌بخشی در سطوح استانی و استفاده از فرصت‌های استانی و ضعف در هماهنگی تصمیم‌گیری بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از دیگر ضعف‌های این حیطه است.

حوزه گذاشتن تأثیر؛ رویکردهایی برای کنترل و تنظیم: در حیطه حفاظت از مصرف‌کنندگان، علی‌رغم وجود نقاط قوتی از قبیل سازمان‌های غیردولتی حمایت از بیماران مانند انجمن‌های بیماران تالاسمی و...، وجود منشور حقوق بیمار و قوانین مرتبط، نظام شکایت از ارایه‌کنندگان خدمات، وجود تعرفه ملی به عنوان ابزار حفاظت از مصرف‌کننده، دفتر مشارکت‌های مردمی در ستاد و دانشگاه‌ها و حضور نماینده‌های مردم در هیأت‌های امنای دانشگاهی و بیمارستان‌ها فرصت‌های بهبودی نیز وجود دارد؛از جمله: کم‌اطلاعی مردم و ارایه‌کنندگان خدمات از حقوق بیمار، نبود منشور حقوق و تکالیف سلامت مردم کشور، عادلانه نبودن سهم مشارکت مالی مردم در خدمات سلامت، کامل و جامع نبودن منشور حقوق بیمار (از نظر گنجانده نشدن حقوقی چون استقلال رأی بیمار، رعایت محیط خصوصی، داشتن آرامش، حق ابراز اعتراض و شکایت، جبران خسارت و...)، نبود نظام مدون برای نظارت بر رعایت حقوق بیماران، ضعف برنامه‌های ترویجی برای کاربران خدمات در زمینه استفاده مناسب و به موقع از خدمات و مشارکت داده نشدن نمایندگان مردم و به ویژه بیماران در فرایند سیاست‌سازی و تصمیم‌گیری.

در حیطه تنظیم رفتار ارایه‌کنندگان، کنترل و بازخورد نسبت به تجویز غیرمنطقی دارو توسط سازمان‌های بیمه‌گر، نظام بازرسی هماهنگ بیمه‌ها از مطب‌های خصوصی و مراکز درمانی، نظام رسیدگی به شکایات بیمار، نظام صدور مجوز، نظارت و اعتباربخشی بر مراکز ارایه خدمات بستری، وجود نظام صدور و تمدید پروانه‌های مطب، و وجود کمیته‌های ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی از نقاط قوت مهم است؛ اما کار همزمان برخی از اعضای هیأت علمی در بخش دولتی و خصوصی، کنترل ضعیف بخش خصوصی در زمینه القای تقاضای خدمات پرهزینه، نگهداری غیرمنطقی بیماران بستری در بخش، ضعف کارآیی نظارت بر عملکرد دانش‌آموختگان و پدیده پرداخت‌های غیررسمی و زیرمیزی، عدم استقرار راهنماهای بالینی برای پزشکان خانواده/عمومی و سایر متخصصان، تمایل ارایه‌کنندگان به انتخاب مراقبت‌های درمانی به جای مراقبت‌های پیشگیرانه، ضعف مهارت‌های ارتباطی با بیماران و کاهش تبعیت بیماران از پزشک، رعایت نکردن ارجاع منطقی و بازخورد، و... موجب شده که این حیطه به عنوان یکی از معضلات اساسی وزارت بهداشت در تمام دوره‌ها برجسته شود. به این موارد باید نبود نظام اعتباربخشی واحدهای سرپایی خدمات سلامت، پایش نشدن سلامت اخلاقی پزشکان (کدهای اخلاقی)، تداخل نقش سازمان نظام پزشکی در حفظ حقوق پزشکان با حفظ حقوق بیماران، ضعف آموزش مداوم و امکان ورود به بازار ارایه خدمات سلامت به طور مستقل، بلافاصله بعد از اتمام دوره دانشگاهی برای پزشکان عمومی، ماماها و...را نیز اضافه کرد.

در حیطه نظام پاسخگویی، فرصت‌های بهبود فراوانی وجود دارد: انتشار نامنظم گزارش پیشرفت برنامه‌ها توسط وزارت بهداشت موجب کاهش اعتماد ذی‌نفعان می‌شود؛ حضور کم‌رنگ انجمن‌های علمی و حرفه‌ای در تنظیم مقررات نظارتی و سیاست‌گذاری، شفاف نبودن نقش سازمان‌های غیردولتی و گروه‌های علاقمند (کاربران، ارایه‌کنندگان یا تولیدکنندگان) و ضعف سیاست‌های جلب مشارکت مردمی برای ساماندهی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

خدمات سطح اول تا سوم، نظام پاسخگویی را بیش از پیش تضعیف می‌کند. جابجایی سریع مدیران نیز پیگیری و استمرار اهداف وزارتخانه را دچار مشکل می‌سازد و به تبع آن پاسخگویی دشوار می‌شود.

در حیطه ساختار متناسب با برنامه و بدون هم‌پوشانی، دورنما و برنامه‌ها تعیین کننده ساختار سازمانی است اما در دهه گذشته مشاهده شده است که بارها موضوع تغییر و تثبیت ساختار واحدهای ستادی مطرح و انجام شده است ولی کمتر به تناسب ساختار با دورنمای وزارت بهداشت توجه شده است.

تحلیل اطلاعات نشان داد که علل و عوامل مؤثر بر بروز چالش‌های کارکرد تولیت در وزارت بهداشت و پابرجا بودن آن‌ها طیفی از علل کلان (قانونی و سیاستی)، علل میانی (عملیاتی) و علل خرد (رفتاری) را در بر می‌گیرد. در علل کلان، اولویت نداشتن یا حساس نبودن دولت‌ها و قانون‌گذاران به موضوع سلامت و شاخص‌های آن یکی از عوامل مهم مطرح شده است؛ همچنین تأثیر عوامل اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن‌آوری، بین‌المللی و محیط زیست در بروز مشکلات بخش سلامت از جمله تولیت را نباید از ذهن دور داشت. در علل میانی، مهم‌ترین عامل، نداشتن برنامه عملیاتی برای اصلاح تولیت سلامت است که سایر عوامل از جمله نیروی انسانی ماهر در تولیت، نبود نظام‌نامه مدون و اجماع شده برای سیاست‌گذاری، تخصیص کم منابع مالی برای فعالیت‌های برنامه‌نویسی و مراقبت از سیاست‌ها و برنامه‌ها و جدی گرفته نشدن امر پایش و پاسخگویی به مردم در زیر مجموعه آن قرار دارد. ضعف دانش، نگرش و مهارت محققان، سیاست‌گذاران و مدیران در میزان تأثیر کارکرد تولیت برای موفقیت و دست کم گرفتن آن از جمله مهم‌ترین علل خرد در بروز مشکلات تولیت است.

راهکارهای پیشنهادی برای بهبود تولیت نظام سلامت: طراحی داشبورد تصمیم‌گیری ویژه مدیران ارشد وزارت بهداشت، تشکیل شبکه ذی‌نفعان سیاست‌گذاری، توسعه نظام مدیریت دانش برای تقویت حافظه سازمانی و بهره‌گیری از دانش ضمنی مدیران و کارشناسان و تجارب بین‌المللی، تدوین برنامه آینده وزارت بهداشت برای دستیابی به چشم‌انداز 20 ساله، ساماندهی نظام برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی در وزارت بهداشت تا سطح شهرستان‌ها و واحدهای اجرایی، توسعه هماهنگی بین‌بخشی، بازبینی سیاست‌های نظارت بر بخش غیردولتی ارایه خدمت و حفاظت از مصرف کنندگان، راهکارهای اساسی پیشنهادی برای بهبود وضعیت تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. جدول 2 این راهکارها را به طور خلاصه برمی‌شمرد.

جدول 2- راهکارهای پیشنهادی برای بهبود تولیت نظام سلامت

حوزه اصلی تولیت	مداخلات هر حیطه
جمع‌آوری و استفاده از خرد (Generation intelligence)	- ساماندهی نظام مدیریت اطلاعات سلامت برای تصمیم‌گیری در حیطه کارکرد دیده‌بانی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران - تشکیل شبکه فعال مشارکت ذی‌نفعان برای سیاست‌گذاری - تعیین اولویت‌های تحقیقاتی در حیطه عملکردها و اهداف نظام سلامت و توسعه نظام تحقیقات کاربردی - توسعه مرکز مدیریت دانش برای بهره‌گیری از تجارب سازمانی و مشاورین بین‌المللی
شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم‌انداز و راهبردها (Forming policy)	- تدوین برنامه آینده وزارت بهداشت برای دستیابی به چشم‌انداز 20 ساله در حیطه‌های: - پیامدهای سلامت، پاسخ‌دهی نظام، عادلانه بودن مشارکت و چهار عملکرد نظام سلامت و تعیین نقش بخش خصوصی، عمومی و غیردولتی در این برنامه. - ساماندهی نظام سیاست‌سازی و برنامه‌ریزی و استقرار آن در وزارت بهداشت با تشکیل واحد سیاست‌گذاری و توسعه سلامت در هماهنگی کامل با واحدهای تابعه - ساماندهی نظام تصمیم‌گیری برای پایداری سیاست‌ها و رفع همپوشی‌ها با بازنگری در نقش و ترکیب شورای سیاست‌گذاری با هدف حضور ذی‌نفعان مهم نظام سلامت
گذاشتن تأثیر: رویکردهایی برای کنترل و تنظیم (Regulation)	- تدوین و اجرای سیاست و قوانین حاکمیتی شفاف برای روابط بخش دولتی و خصوصی: تعیین متولی حفاظت از سلامت و امنیت بیماران و نقش نظارت بر ارایه‌کنندگان خدمات به انجمن‌های علمی حرفه‌ای - سیاست‌های حفاظت از مصرف کنندگان مانند آگاه‌سازی مردم و رسانه‌ها از قوانین مرتبط و حقوق بیمار - توانمندسازی کارکنان بخش دولتی برای نظارت بر عملکرد ارایه کنندگان خدمات - ساماندهی نظام پاسخگویی وزارت بهداشت از طریق نظام منسجم اطلاع‌رسانی، مشارکت سازمان‌یافته مصرف کنندگان و ارایه‌کنندگان و تعیین نقش انجمن‌های حرفه‌ای در نظارت بر ارایه‌کنندگان خدمات - توسعه هماهنگی بین‌بخشی از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با تدوین انتظارات وزارتخانه از سایر بخش‌ها و آموزش و حمایت‌طلبی لازم برای اجرای نقش‌ها و استقرار پیوست سلامت در کشور

بحث

نتایج به دست آمده از این مطالعه، تصویر کلانی از وضعیت تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیش‌روی مدیران ارشد و محققان قرار می‌دهد و نیاز به بهبود آن را یادآوری می‌کند. توسعه نظام دیده‌بانی سلامت، استقرار نظام سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی عملیاتی در سطوح فرابخشی به ویژه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، بخشی (وزارتخانه)، استانی و شهرستانی و توسعه رویکردهای تنظیمی سه راهکار اصلی است. برقراری مشارکت ذی‌نفعان در فرایند سیاست‌گذاری و مستندسازی کلیه اتفاقات در مسیر سیاست‌گذاری سلامت از روش‌های مهم پایداری سیاست‌ها است. تولیت بر کارکردهای دیگر نظام سلامت تأثیر دارد و بدون توجه به حوزه‌های مختلف آن، دستیابی به اهداف نظام سلامت دشوار بوده و چه بسا منابع محدود بخش سلامت تلف خواهد شد، به طور سنتی، وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

مأموریت‌هایی در حوزه‌های تـأمین مـالی، تولیـد منـابع و ارایـه خدمات پیدا می‌کنند اما مرور اولویت‌های گذشته نشان مـی‌دهـد که بهبود نظام تولیت وزارت بهداشت یک اولویت نبوده است.

گزارش‌های عملکـرد وزارت متبـوع در مقـاطع 15 سـاله و 30 ساله بعد از انقلاب نشان می‌دهد (16) که در هر دوره‌ای مدیران و سیاست‌گذاران تلاش کرده‌اند مسایل مربوط بـه ایـن حـوزه را بررسی و راهکارهای بهبـودی ارایـه دهنـد کـه بخشـی از ایـن دستاوردها همان قوت‌های برشمرده شده در بخش نتـایج مقالـه است. از سوی دیگر، نتیجه نهایی حاصـل از کارکردهـای نظـام سلامت از جمله تولیت، خود را در شـاخص‌هـای پیامـدی و اثـر نهایی سلامت، شاخص پاسخ‌دهی نظام سلامت و عادلانه بـودن مشارکت مالی مردم نشان می‌دهد (6). بر اساس داده‌های موجود در طول سه دهه گذشته، وزارت بهداشت موفقیت چشمگیری در ارتقای شاخص‌های مرگ زیر یک سال، پنج سال، بهداشت مادر و کودک و بیماری‌های واگیردار داشته است (17). اما رتبـه 100 ایران در بین 191 کشور در زمینه پاسخ‌دهی نظام سلامت (6)، و رتبه 112 در شاخص پرداخـت از جیـب (6) و بـار بیمـاری‌هـای ناشی از افسردگی و اضطراب، بیماری‌هـای غیرواگیـر و حـوادث همچنان نیازمند ارتقا و بهبود و نیازمند برنامه‌هـا و سـاختارهای متناسب است. باید همکاری بین‌بخشـی را توسـعه داده و تـوان نظـارتی و آینـده‌نگـری وزارت بهداشـت افـزایش یابـد. مبنـای مقایسه‌ای برای پیشرفت و پسرفت وجود ندارد و سازمان جهانی سلامت در سال 2000، این رتبه‌بندی‌ها را برای اولین بار منتشر کرد اما شاخص‌های پاسخ‌دهی، حفاظت مالی و وضعیت سلامت، تحت تأثیر کارکردهای چهارگانـه نظـام سـلامت اسـت و بـرای بهبود آن باید از تولیت شروع کرد (18).

همان طور که در نتـایج ذکـر شـد، بـه دلیـل نبـود دورنمـای مشخص و شفاف برای وزارت بهداشت چیدمان سـاختاری سـتاد آن همواره مورد تضاد و اختلاف نظـر بـوده اسـت. ایـن کـه در راستای چشم‌انداز 20 سـاله جمهـوری اسـلامی ایـران، سـلامت مـردم در چـه سـطحی بایـد قـرار گیـرد، تعیـین‌کننـده سـاختار وزارت‌خانه خواهد بود و راهبردهای رسیدن به اهداف استراتژیک که منتج از دورنما است تعیین‌کننده این ترکیب می‌باشد:

- آیا در سال‌های آتی، برای مدیریت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، دبیرخانه همکاری بین‌بخشی را توسـعه دهـیم؟ - اگـر راهبردهای پیشگیری و ارتقای سلامت برای تغییر رفتـار مـردم وسیله‌ای برای دستیابی نظام سلامت به دورنمای خود باشد کدام قسمت از ساختار فعلی را بایـد گسـترش داد؟ - اگـر اسـتفاده از راهبردهای کاهش تصدی‌گری دولـت در بخـش ارایـه خـدمات بیش از پیش تسریع شود کجای ساختار فعلی برای انجام نقـش کارفرما و ناظر بزرگ باید تغییر کند؟ - اگر همچنـان بخشـی از وظایف تولیت مالی سلامت توسط وزارت تـازه تأسـیس تعـاون، کار و رفاه اجتماعی مدیریت شود راهبـرد و بـه تبـع آن سـاختار هماهنگی بـا ایـن وزارتخانـه چـه خواهـد بـود؟ - اگـر راهبـرد مشارکت مردمی برای دستیابی به اهداف چشم‌انداز منظور شـود کدامین ساختار برای ساماندهی و تولیت ایـن مشـارکت در نظـر گرفته می‌شود؟ - با توجه به استقلال دانشگاه‌هـا در بسـیاری از تصمیم‌گیری‌ها، ارزشی به نام عدالت در سلامت چگونه از طـرف وزارت بهداشـت قابـل تضـمین اسـت و بـرای آن چـه سـاختار تنظیمی می‌توان در نظر گرفت؟ - تعدد هسته‌های تصمیم‌گیری در وزارت بهداشت و همپوشانی و تداخل وظـایف برخـی از ایـن هسـته‌هـا در سـاختار چگونـه رفـع خواهـد شـد؟ - بـرای سیاست‌گذاری سلامت، استفاده از خـرد جمعـی و پـایش کـلان برنامـه‌هـای وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی چـه ساختاری باید لحاظ شود؟

از آنجا که علاوه بر واحدهایی کـه مسـتقیماً زیـر نظـر وزارت بهداشت هستند، نقش‌آفرینان مستقل و نیمه مستقل سلامت در دیگر بخش‌های مختلف اقتصاد اجتماعی، سیاسی و فرهنگی نیز حضور دارند، برای نگهـداری آن‌هـا در کنـار یکـدیگر و تولیـت اثربخش، مهـم‌تـرین راهبردهـای پیشـنهادی سـازمان جهـانی بهداشت عبارتند از (19):

- تقویت مهارت‌های تحلیلی و گمانه‌زنی بـرای تولیـت چنـین نظام سلامتی؛ - تشریک چشم‌انداز سیاست‌گذاری و اطلاعـات؛ - تقویت نظام‌های تنظیمی و انگیزشی با اعطای پاداش به موارد دستیابی به هدف و مجازات برای ناکارآیی، ناشایستگی و فسـاد؛ - آگاه نمودن خدمت‌گیرندگان با در دسترس قراردادن اطلاعـات و تقویت سازماندهی آنان؛ - تأکیـد بـر فرآینـدهای همـاهنگی، مشاوره و اطلاع‌رسانی مبتنی بر شواهد؛ - ارایه شـواهد و تـداوم گفتمان برای مشارکت سـایر بخـش‌هـا بـه خصـوص آمـوزش، اقتصـاد و دارایـی، راه و ترابـری، نظـام تـأمین اجتمـاعی؛ - درس‌آموزی وزارت بهداشت از تغییرات سایر بخش‌های دولت و تجارب بین‌المللی؛ - گـوش فـرادادن بـه نظـرات وسـیع‌تـر و حمایت با قدرت از عمومی بودن اولویت‌ها و راهبردهای سلامت؛ - شناسایی هویت تمام نقش‌آفرینان سلامت و تعریـف خطـوط ارتباطی منظم با آنـان؛ - تقویـت راه‌هـای ارتبـاطی بـا بخـش خصوصی، رسانه‌ها، همکـاری بـین‌بخشـی، خـدمت‌گیرنـدگان و عموم مردم؛ - مشاوره با ذی‌نفعان و شهروندان در فرآیند تدوین، پیاده‌سازی و اجرای سیاست‌ها؛ - تقویـت اطلاعـات لازم بـرای تولیت از طریق مرور نیازهـای اطلاعـاتی کلیـدی بـرای پـایش عملکرد؛ اتخاذ راهبردهایی برای ارتقای جمع‌آوری داده‌ها؛ مـرور

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

چشم‌انداز و پیام‌های اصلی سیاست؛ بررسی ترتیبات سازمانی و انگیزش موجود و ایجاد فرآیندهای هماهنگی و ارتباط؛ - وسیع‌تر کردن دامنه قانونمندسازی با اجازه نظر دادن به خدمت‌گیرندگان، ارایه‌کنندگان خصوصی، انجمن‌های حرفه‌ای و حتی نهادهای کمکی بین‌المللی؛ - تحلیل عوامل ذی‌نفع از نظر قدرت نقش‌آفرینان، جایگاه، شدت تعهد و تعداد آن‌ها در تهیه و تدوین سیاست‌ها و هدایت امر پیاده کردن و اجرا؛ - پشتیبانی منطقی و کمک به سازمان‌های حرفه‌ای برای ایفای نقش خودتنظیمی و به دوش کشیدن بخشی از بار تولیت همچون اعطای گواهی، اعتباربخشی و آموزش حین خدمت.

نتیجه‌گیری

ایجاد این باور که بدون اصلاح بخش تولیت، سیاست‌های کلان از جمله برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با موفقیت استقرار نخواهد یافت و اساساً وزارت بهداشت وقتی می‌تواند راهبر "رویکرد انسان سالم، محور توسعه پایدار" باشد که خود از توان حکمرانی بالایی برخوردار باشد، یکی از جنبه‌های نگرشی و فرهنگ‌سازی برای برون‌رفت از مشکلات نظام سلامت و شاید اولین گام است. البته بارقه‌های امید در مواد 32، 36 و 38 قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه دیده می‌شود و اجرای کامل آن می‌تواند راه را هموار سازد (14). نقشه تحول نظام سلامت نیز که مصوب هیأت دولت است (20)، از دیگر راهکارهایی است که تداوم اجرای سیاست‌های مندرج در آن توسط سایر دولت‌ها، به عنوان همکاری افقی دولت‌ها (21)، و عدم مخالفت با آن راهی منطقی برای دستیابی به شاخص‌های سلامت است چرا که بهبود این شاخص‌ها نیازمند صرف زمان و منابع در طول سال‌ها و دهه‌ها است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

بیش از یک دهه است که نقص عملکرد نظام سلامت کشور در دستیابی به اهداف خود به علت گسست ساختاری و ضعف کارکرد تولیتی در وحدت فرماندهی وزارت بهداشت، بارها توسط سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی مختلف مطرح و مداخلاتی نیز به صورت پراکنده برای بهبود آن انجام شده است. مطالعه حاضر با رویکردی سیستمیک تلاش کرد که ابعاد گوناگون کارکرد تولیت نظام سلامت را مورد واکاوی قرار دهد و شواهدی مستند برای شناسایی نقاط ضعف آن فراهم کند و برپایه تجربیات بین‌المللی و بومی، راهکارهایی قابل اجرا برای یکپارچگی و تقویت این نظام پیشنهاد نماید. مخاطب اصلی این پژوهش، شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی هستند تا با کاربست نتایج آن، اجزای نظام تولیتی سلامت منطبق بر شواهد علمی متقن را پایه‌گذاری و تکمیل کنند تا سایر کارکردهای دیگر وزارت بهداشت در آینده بیش از پیش با خرد جمعی و پاسخگویی مدیریت شود.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از کلیه اعضای محترم کمیته راهبری آقایان دکتر سیامک عالیخانی، دکتر کامل شادپور، دکتر مسعود پزشکیان، دکتر حسین ملک‌افضلی، دکتر علیرضا مرندی و دکتر سیدحسن امامی رضوی تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1- Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet 2007; 370: 1153-63.
2- Health Policy Council. I.R. of Iran Health in 5th Economical, Social and Cultural Development Plan. [cited 2015 May 20]. Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31686
3- Marmot M. Fair Society Healthy Lives. [cited 2015 May 10]. Available from: http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review.
4- World Health Organization. World Summit on Sustainable Development. [cited 2015 May 10]. Available from: http://www.who.int/wssd/en/
5- UNDP. Human Development Report 2005, International cooperation at crossroads: Aid, trade and security in an unequal world. [cited 2015 May 10]. Available from: http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2005/
6- World Health Organization. The World Health Report 2000: Health system Performance. [cited 2015 June 10]. Available from: www.who.int/whr/2000/en/
7- Murray C, Frenk J. A WHO Framework for Health System Performance Assessment. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (6): 717-731.
8- USAID. Health Governance: Concepts, Experience and Programming options. [cited 2015 May 10]. Accessed from: https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Health-Governance-Concepts-Experience-and-Programming-Options.pdf
9- Siddiqia S, Masuda T, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. Health Policy and planning 2009; 90:13-25.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

10- Centers for Disease Control and Prevention. 10 Essential Public Health Services. [cited 2015 May 10]. Available from: http://www.cdc.gov/nphpsp/essentialservices.html
11- Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. [cited 2015 May 10]. Available from: www.who.int/healthinfo/paper48.pdf
12- Health Systems 20/20. Health System Assessment Approach: A How-to Manual Version 2.0. [cited 2015 May 10]. Available from: http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/
13- Health Systems 20/20. Health System Assessment in 8 provinces of Vietnam. [cited 2015 June 11]. Available from: http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2347/
14- Vosoogh-Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh MH,4 Rostamigooran N,5 Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of the I.R. of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. Iranian J Publ Health 2013; 42 (Supple. No.1): 41-49.
15- Start D, Hovland I. Tools for Policy Impact, a handbook for researchers. [cited 2015 June 15]. Available from: www.odi.org/resources/docs/194.pdf
16- Health Policy Council. I.R. of Iran health system achievements, challenges and the way forward. 1st ed. Tehran. Ministry of Health and Medical Education. [cited 2015 May 10]. Available from: http://salam.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&fkeyid=&siteid=291&pageid=31682. (in Persian)
17- Naghavi M. Transition in Health Status in the Islamic Republic of Iran. IRJE 2006; 2 (1 and 2):45-57.
18- McClellan M, Kocot SL, Chen C, Nguyen N. Improving Stewardship of Complex Mixed Health Systems: Learning from Health Care in the United States. [cited 2015 June 17]. Available from: http://www.resultsfordevelopment.org/sites/resultsfordevelopment.org/files/resources/Stewardship%20Report.pdf
19- Hort K. Governance and stewardship in mixed health systems in low- and middle income countries. Nossal Institute for Global Health. [cited 2015 June 20]. Available from: ni.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0005/719267/WP24.pdf
20- Rostamigooran N, Esmailzadeh H, Rajabi F, Majdzadeh R, Larijani B, Vahid-Dastgerdiet M. Health System Vision of Iran in 2025. Iranian Journal of Public Health 2013; 42(1):18-22.
21- Damari B. Defining success obstacles: what is the minister's success factors? [cited 2015 June 20]. Available from: http://www.salamatiran.com/pdf/sepid/277_2.pdf. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]

How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way Forward

Damari B[1] (MD, MFPH), Vosoogh-Moghaddam A[2*] (MD, FFPH), Delavari A[3] (MD)

[1] *Department for Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Health Sector Policy Coordination Group, Health Policy Making Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran*
[3] *Health Policy Making Secretariat, Ministry of Health and Medical Education/ Liver and Digestive Disease Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Original Article
Received: 7 Feb 2015, Accepted: 30 Apr 2015

Abstract

Introduction: Stewardship besides generation of resources, financing and service provision is a main function of health systems that can directly affects the other four functions. Stewardship includes decision making about priorities and ensuring to address them. Achieving better indices in the population health is related to effective stewardship. This study reviewed the roots of the health system problems by stewardship analysis and proposed betterment solutions in order to protect the public benefits.

Methods: This was a qualitative study. Stewardship conceptual framework and guide questions were developed using the scientific resources. Data were analyzed using the content analysis; and the situation was described. Root causes and proposed solutions were extracted from data of the focus group discussions with experts and pioneers of the health system.

Results: All domains of stewardship including intelligence generation, policy formulation, setting vision and strategies and regulation and control had major problems. Some effective roots of the governance issues are: the absence of improving plan, week knowledge, attitude and skill of researchers, policy makers and managers. The proposed solutions to improve the stewardship's function in the Ministry of Health and Medical Education include: - developing decision making dashboard for top managers; - composing policy making stakeholders network; - developing knowledge management system to utilize tacit knowledge and international experiences; - preparing a plan for achieving 2025 vision; - organizing the planning, implementation and evaluation system to the districts level and administrative units; - developing inter-sectoral coordination; - reviewing policies for supervising private sector and consumer protection.

Conclusion: Since the stewardship affects other three functions of the health system, lack of attention to this function will result in difficulties in achieving health goals and will waste resources in health sector. Traditionally, the Ministers of Health and Medical Education have missions in the areas of finance, resources generation and service provision; however, reviewing the past priorities have shown that less time and energy has been spent to improve the ministry of health governance. The main audiences of this study are Deputies of Health Minster Council and members of the Health Committee of Parliament. This evidence on the stewardship system can help them to manage the ministry of health rationally and responsively.

Key words: stewardship, governance, Ministry of Health and Medical Education, Iran, health system functions, public benefits

Please cite this article as follows:

Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Delavari A. How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way forward. Hakim Health Sys Res 2015; 18(2): 94- 104.

*Corresponding Author: Health Sector Policy Coordination Group, Health Policy Making Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 81452970, Fax: +98- 21- 81453005, E-mail: a_vosoogh@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-20]