مقاله پژوهشی

حکمرانی نظام سلامت: یک مرور مفهومی

محمد فاروق خسروی[1*]، علی‌محمد مصدق راد[2]، محمد عرب[3]

۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
۲- دکترای تخصصی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** تهران، میدان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، تلفن: ۰۹۱۵۱۶۴۳۴۰۳، پست الکترونیک: khosravi.mohammad1@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۸ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳**

چکیده

مقدمه: *حکمرانی یکی از کارکردهای مهم مدیریت نظام سلامت است. حکمرانی خوب نظام سلامت منجر به عملکرد بهتر نظام سلامت و در نهایت، دستیابی به نتایج سلامتی بهتر برای مردم جامعه می‌شود. با وجود این، مفهوم حکمرانی در نظام سلامت، مبهم و پیچیده است. بنابراین، هدف این مطالعه تبیین مفهوم حکمرانی نظام سلامت است.*

روش کار: *این پژوهش با روش مرور مفهومی انجام شد. در این پژوهش تمامی مقالات مرتبط با حکمرانی نظام سلامت در پایگاه‌های Cochrane Library، Scopus، ProQuest، EMBASE، Medline و Science Direct و موتورهای جستجوی Google و Google Scholar جستجو و گردآوری شد. در نهایت، تعداد ۹۵ مقاله انتخاب و با روش تحلیل محتوایی تحلیل شد.*

یافته‌ها: *حکمرانی نظام سلامت «ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیارات و قدرت برای مدیریت هدفمند منابع، هماهنگی و هدایت رفتار ذی‌نفعان، تولیت برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه» است. سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولیت و کنترل عناصر اصلی تشکیل‌دهنده حکمرانی نظام سلامت هستند. عوامل محیطی، سیستم‌های اطلاعات، فرهنگ مناسب، مشارکت و همکاری جامعه و مدیریت منابع بر حکمرانی نظام سلامت تأثیر می‌گذارند. حکمرانی نظام سلامت بر اهداف نظام سلامت شامل سلامتی مردم، محافظت مالی و پاسخگویی نظام سلامت اثر می‌گذارد. از شاخص‌های پاسخگویی همچون مشارکت، شفافیت، عدالت، کارآیی، مسئولیت‌پذیری، کنترل فساد، اثربخشی، اخلاق‌محوری، قانون‌مداری و پایداری می‌توان برای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت استفاده کرد در نهایت، مدل و چک‌لیستی برای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت توسعه یافت.*

نتیجه‌گیری: *واژه حکمرانی مفهومی انتزاعی، پیچیده و چندبعدی است که در حال توسعه و تکامل است. تقویت عناصر سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولیت و کنترل برای دستیابی به حکمرانی خوب نظام سلامت ضروری است.*

واژگان کلیدی: *حکمرانی، نظام سلامت، مرور مفهومی*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

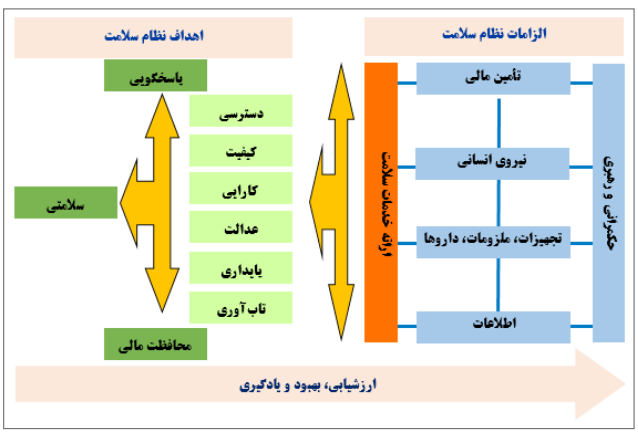
مقدمه

حکومت[1] هر کشـوری شامل ۳ عنصر سرزمین، جمعیت و دولت اسـت. دولت[2] به‌عنوان عامل حکومت از قوای مقننه، مجریـه و قضاییه تشـکیل شـده اسـت. حکمرانـی[3] قدرت حاکمیت دولت است که شامل ایجاد سیستم مناسب و تدوین قوانین و مقررات برای مدیریت بهتر دولت اسـت [۱]. دولت از طریق حکمرانـی و با سـازمان‌دهی، برنامه‌ریزی، رهبری، هدایت، نظارت و ارزشـیابی به موقع، به اهداف مربوطه دست می‌یابد. دولت از قدرت پلیس برای اطمینان از رعایت قوانین و مقـررات اسـتفاده می‌کند. حکمرانی خـوب یکی از عوامل کلیدی رشـد و توسـعه اجتماعی و اقتصادی و دسـتیابی به اهداف توسعه پایدار است.

حکمرانـی به هماهنگی زندگـی اجتماعی کمک می‌کند. حکمرانـی کمک می‌کند تا برای جوامع یا سـازمان‌ها اهدافی تعیین شـوند، سرمایه‌ها و منابع تأمین و مدیریت شوند، کالاها و خدمات تولید شـوند، مشـکلات و راهکارهای آنها شناسایی شـوند، حقـوق و منافع اعضا محافظت شـود و هماهنگی بین سـازمان‌های مختلف ایجاد شود تا با یکدیگر برای دستیابی به اهداف مشترک کار کنند. حکمرانی با طراحی ساختار سازمانی مناسـب، تعیین اهـداف سـازمانی، تدوین قوانیـن، مقررات، سیاست‌ها و برنامه‌های کلان برای دستیابی به اهداف سازمان، چگونگی انتخاب و انتصاب مدیران و کارکنان سازمان، مدیریت درسـت منابع برای اجرای برنامه‌ها و کنترل عملکرد سـازمان مرتبط اسـت. حکمرانی خوب به تقویت دموکراسی، بهره‌وری، پاسخگویی، مسـئولیت‌پذیری، اجرای درست قوانین و کنترل فساد کمک می‌کند.

نظام سلامت شـامل افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که وظایف سیاسـت‌گذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سـلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، پاسـخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در برابر هزینه‌های سـلامت برعهده دارد [۲]. نظام سلامت در کشـورهای مختلف جهان با چالش‌های متعددی مواجه است. تأمین مالی پایدار نظام سلامت، تأمین نیروی انسانی متخصص، متعهد و باانگیزه برای بخش سـلامت، اسـتفاده کارآمد از منابع سـلامت، تسـهیل دسترسی عادلانه و موثر مردم به خدمات سـلامت و محافظت مالـی از آنها در برابر هزینه‌های بالای خدمات سـلامت و پایش و ارزشیابی نتایج سـلامتی، همواره بـرای مدیران سـلامت چالش‌انگیز بوده اسـت. منابع نظام سلامت محدود و نیازهای سلامتی مردم نامحدود اسـت. سـرعت رشد هزینه‌های سـلامت بیش از سرعت رشـد تولید ناخالص داخلی اسـت. به عنوان مثال، مخارج سـلامت مردم جهان سـالانه حـدود ۳/۹ درصد در سـال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ میلادی افزایش داشته است، در حالی‌که رشـد اقتصادی دنیا حدود ۳ درصد در سـال بوده اسـت [۳]. بنابراین مکانیسـمی برای مدیریت صحیح نظام سلامت باید ایجاد شود.

سازمان بهداشـت جهانی از سال ۲۰۰۰ میلادی در قالب گزارش‌های مختلف سعی در تبیین اجزا و اهداف نظام سلامت داشته اسـت. به مرور زمان سلامتی، پاسـخگویی و محافظت مالی به عنوان اهداف اصلی نظام سلامت و دسترسی، کیفیت، کارآیی، عدالـت، پایداری و تاب‌آوری به عنـوان اهداف فرعی نظام سلامت معرفی شـدند. همچنین حکمرانی (حاکمیت) و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات، ملزومات، داروها و واکسن‌ها، اطلاعات و ارائه خدمات سلامت به عنوان ساختارها و فرآیندهای مورد نیاز دسـتیابی به این اهداف معرفی شـدند [۴-۷]. شـکل ۱ مدل مفهومی مدیریت نظام سلامت را نشان



شکل ۱- مدل مدیریت نظام سلامت

1.State
2.Government
3.Governance

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

می‌دهد که شامل ساختارها، فرآیندها و پیامدهاست.

حکمرانی نظام سلامت یکی از کارکردهای بسیار مهم نظام سلامت است که دستیابی به اهداف اصلی و فرعی آن را ممکن می‌سازد. منابع زیادی صرف نظام سلامت کشورها می‌شود. ولیکن، مسئولیت‌پذیری و شفافیت ضعیف، انگیزه پایین برای پاسخگویی و مشارکت کم مردم در موضوعات سلامتی موجب اثربخشی کم نظام سلامت شده است. حکمرانی نظام سلامت نقش قابل توجهی در تأمین مالی نظام سلامت، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به مردم جامعه دارد. حکمرانی با تعیین اولویت‌ها و اهداف نظام سلامت، وضع قوانین و مقررات، تدوین سیاست‌های ملی، تدوین برنامه استراتژیک، طراحی ساختار سازمانی مناسب برای فعالیت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه‌های سلامت، تقویت ارتباطات و همکاری‌های بین بخشی، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی، ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی و حفاظت از منافع مشتریان مرتبط است [۸].

حکمرانی نظام سلامت تحت تأثیر عوامل مختلف تاریخی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد و با تحت تأثیر قرار دادن وظایف (کارکردهای) نظام سلامت (تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمت سلامت) بر عملکرد و اهداف نظام سلامت اثر می‌گذارد. اهمیت حکمرانی نظام سلامت و نقش آن در سلامتی مردم جامعه همواره مورد تأیید و تأکید بوده است. با وجود این، اجماعی بر سر تعریف، اجزا، ابعاد و ابزارهای اندازه‌گیری آن وجود ندارد. مفهوم حکمرانی نظام سلامت پیچیده و مبهم است. در نتیجه گاهی اوقات از مفاهیمی نظیر دولت، تولیت[۴]، مدیریت، رهبری، تنظیم‌گری[۵] و نظارت[۶] به اشتباه به جای واژه حکمرانی استفاده می‌شود. از طرف دیگر، تغییرات کمی و کیفی جمعیت و اپیدمیولوژی، افزایش شکاف بی‌عدالتی‌های اجتماعی و نبود اطمینان مالی منجر به تغییر اولویت‌های نظام سلامت و در نتیجه، تغییر نقش حکمرانی نظام سلامت شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین مفهوم حکمرانی نظام سلامت انجام شده است. نتایج این پژوهش با تعیین ابعاد، اجزا، پیشنیازها و پیامدهای مفهوم حکمرانی نظام سلامت یک تعریف عملیاتی از این مفهوم ارائه خواهد داد و با شناسایی معیارهای ارزشیابی آن، ابزاری برای اندازه‌گیری آن معرفی خواهد کرد.

روش کار

این مطالعه با روش مرور مفهومی انجام شد. مرور مفهومی یک روش پژوهش نظام‌مند، علمی و عینی برای تولید دانش جدید در زمینه یک مفهوم مبهم و پیچیده است که با تحلیل، ترکیب و تفسیر یافته‌های مطالعات اولیه و ثانویه به به تبیین و شفاف‌سازی مفهوم، شناسایی اجزا، ابعاد، ویژگیها و کاربردهای آن و ارتباطش با مفاهیم مرتبط کمک می‌کند [۹]. از روش مرور مفهومی می‌توان برای تبیین، شفاف‌سازی، تعیین حد و حدود (مرزها)، تعیین ویژگی‌ها و کاربردها، مقایسه، تصحیح، بهبود عملکرد، توسعه و ارزشیابی مفاهیم مبهم، انتزاعی و پیچیده استفاده کرد. مطالعه مرور مفهومی با تبیین، شفاف‌سازی و تعریف عملیاتی مفهوم، نقش به‌سزایی در توسعه تئوری‌ها دارد. مفهوم حکمرانی نظام سلامت پیچیده، چندبعدی و مبهم است. بنابراین، در این پژوهش از روش مرور مفهومی برای تبیین این مفهوم استفاده شد.

در این پژوهش از مدل و پروتکل اجرایی مرور مفهومی مصدق راد و همکاران (۱۳۹۹) استفاده شد. این مدل شامل ۵ بعد تعریف مفهوم، تعیین اجزا، پیشنیازها و پیامدهای مفهوم و شناسایی معیارهای ارزشیابی مفهوم است. ابتدا با ترکیب و تعدیل تعاریف ارائه شده توسط پژوهشگران قبلی، یک تعریف جامع، عملیاتی و کاربردی برای مفهوم مورد نظر ارائه می‌شود. سپس اجزا و ویژگیهای مفهوم توصیف می‌شوند. به دنبال آن، پیشنیازها یا عوامل موثر بر مفهوم مورد بررسی، شناسایی و توصیف می‌شوند. سپس پیامدها یا عوامل حاصل از وقوع مفهوم مورد نظر توصیف می‌شوند. در نهایت معیارها، شاخص‌ها و ابزارهای ارزشیابی مفهوم مورد نظر ارائه می‌شوند. درصورت نیاز تعریف مفهوم با توجه به اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارها بازنگری و اصلاح

4.Stewardship

5.Regulation

6.Oversight

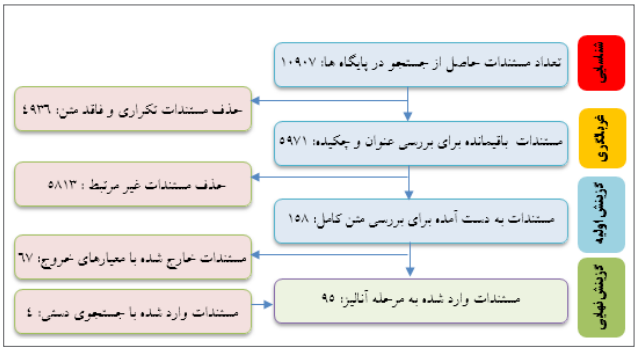
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

می‌شود. پروتکل اجرایی مطالعه مرور مفهومی شامل ۸ گام انتخاب مفهوم، تعریف معیارهای ورود و خروج، انتخاب پایگاه‌های اطلاعاتی و تعیین استراتژی‌های جستجو، انتخاب و گزارش مطالعات با استفاده از فلوچارت، ارزشیابی اعتبار مطالعات انتخاب شده، استخراج اطلاعات مربوط به تعریف، اجزا، پیشنیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی مفهوم از مطالعات انتخاب شده، ترکیب داده‌های مطالعات و توسعه مدل مفهومی و نتیجه‌گیری از یافته‌های سنتز شده است [۱۰].

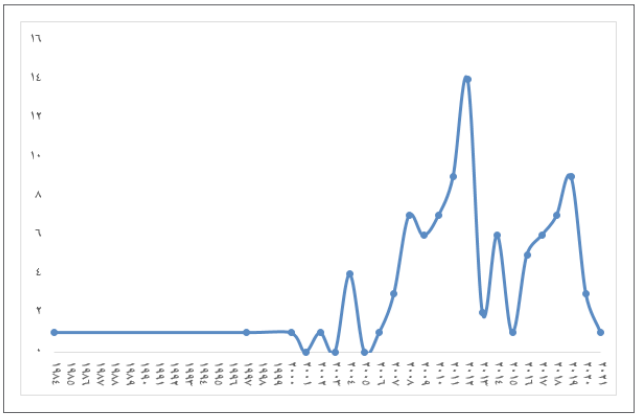
برای یافتن مطالب انتشاریافته در زمینه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی Medline، EMBASE، Cochrane Library، Scopus، ProQuest و Science Direct و موتورهای جستجوی Google و Google Scholar استفاده شد. علاوه بر پایگاه‌های مورد نظر، از فرهنگ‌های لغت انگلیسی و فارسی زبان وبستر، آکسفورد، دهخدا و معین برای تبیین مفهوم حکمرانی استفاده شد. از کلیدواژه‌های انگلیسی Health system stewardship ، Health system governance، Governance، Stewardship ، Health system، Healthcare system، Health system strengthening و Healthcare reform بر اساس Mesh و معادل فارسی آنها استفاده شد. همچنین، فهرست مستندات به‌دست‌آمده نیز به‌صورت دستی جستجو و مقالات مرتبط استخراج شدند.

معیارهای ورود مطالعات در این پژوهش عبارت بودند از همه مطالعات پژوهشی و مروری فارسی و انگلیسی تا ۳۱ دسامبر سال ۲۰۲۱ که به تعریف، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و ابزارهای ارزشیای حکمرانی نظام سلامت اشاره کرده باشند. معیارهای خروج این مطالعه شامل مطالعات منتشرشده به دیگر زبان‌ها و انتشار یافته بعد از سال ۲۰۲۲ میلادی بود.

فرم استخراج اطلاعات شامل قسمت‌های مشخصات نویسندگان، عنوان مقاله، سال انتشار مقاله، کشور محل مطالعه، هدف مطالعه، سال انجام مطالعه، تعریف، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت بود. برای ارزشیابی مطالعات از یک چک‌لیست معتبر ارزشیابی مقالات مروری و پژوهشی استفاده شد. حداقل و حداکثر امتیاز قابل



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مطالعات



نمودار ۲- توزیع فروانی مطالعات حکمرانی نظام سلامت براساس سال انتشار

کسب ۱ و ۱۵ و حداقل امتیاز مورد قبول ۱۰ بود [۱۱].

مستندات به‌دست‌آمده با استفاده از عنوان، چکیده مقالات و متن کلی مورد غربالگری قرار گرفت. در این مرحله ۱۰۹۰۷ مستند به دست آمد. سپس با حذف مقالات تکراری و بررسی عنوان و چکیده مستندات ۵۸۱۳ مستند غیرمرتبط حذف شد و ۱۵۸ مستند برای بررسی متن کامل باقی ماند. تعداد ۶۷ مطالعه با توجه به معیارهای ورود حذف شدند. تعداد ۴ مستند نیز از بررسی منابع مطالعات و جستجوی دستی یافت شد. در نهایت، در این پژوهش ۹۵ مستند مورد بررسی قرار گرفتند. روند غربالگری مطالعات و راهنمای جستجو در نمودار ۱ نشان داده شده است.

از روش‌های تحلیل محتوایی روایتی[7] [۱۲]، تحلیل موضوعی[8] [۱۳] و تحلیل چارچوبی[9] [۱۴] برای تحلیل داده‌های

7.Narrative analysis

8.Thematic analysis

9.Framework analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

کیفی این پژوهش استفاده شد. از روش تحلیل روایتی برای قسمت‌های تعریف و ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت، از روش تحلیل موضوعی برای قسمت اجزای حکمرانی نظام سلامت و از روش تحلیل چارچوبی برای قسمت‌های پیش‌نیازها و پیامدهای حکمرانی نظام سلامت استفاده شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دخالت ندادن نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل گردآوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در پژوهش حاضر بوده است.

یافته‌ها

تعداد ۹۵ مستند تا سال ۲۰۲۲ میلادی به تبیین مفهوم حکمرانی نظام سلامت پرداختند. بیشتر مطالعات حکمرانی نظام سلامت در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۹ میلادی انجام شدند. حدود ۷۷/۹ درصد مستندات به صورت مقاله چاپ شده در مجلات علمی و ۲۲/۱ درصد به صورت گزارش رسمی سازمان‌های معتبر بین المللی بودند. همچنین ۹۳/۶ درصد مستندات به زبان انگلیسی و ۶/۴ درصد به زبان فارسی منتشر شدند.

ابر کلمات تعاریف حکمرانی در شکل شماره یک آورده شده است. ابر کلمات نشان می‌دهد که پرتکرارترین کلمات تعاریف حکمرانی نظام سلامت شامل مواردی نظیر فرآیند، قانون، قدرت، تصمیم، موسسه، اختیار، پاسخگویی



شکل ۲- ابر واژگان تعاریف حکمرانی

و عملکرد هستند.

تعریف حکمرانی نظام سلامت

واژه Governance به معنای حکمرانی (حاکمیت) از کلمه یونانی Kybernan گرفته شد که به کلمه لاتین Gubernare به معنای راهنمایی و هدایت کردن ترجمه شد. استفاده از این واژه برای اولین بار به افلاطون نسبت داده می‌شود [۱۵]. فرهنگ لغت وبستر حکمرانی را «فرآیند اداره یا نظارت، کنترل و تعیین مسیر چیزی مثل کشور یا سازمان» تعریف کرده است [۱۶]. در فرهنگ لغت آکسفورد، حکمرانی به «روش اداره یک کشور یا کنترل یک شرکت یا سازمان» اشاره دارد [۱۷]. حکمرانی در فرهنگ لغت دهخدا به معنای «عمل و شغل حکمران، فرماندهی و حکومت» [۱۸] و در فرهنگ لغت معین «اعمال دولت‌ها برای اعمال قدرت و حل مسائل مرتبط با حفظ نظم عمومی» تعریف شده است [۱۹].

تعداد ۲۰ تعریف برای حکمرانی در این مطالعه شناسایی شد (جدول ۱). عباراتی مثل فرآیند، روش، سیستم، ظرفیت و اقدامات جمعی در تعریف حکمرانی استفاده شدند. در این تعاریف بر قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری، قدرت، اختیار و تنظیم‌گری به‌منظور ارتقای مشارکت، شفافیت، اثربخشی، کارآیی، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری دولت یا سازمان تأکید شده است. ما حکمرانی را «ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیار و قدرت برای مدیریت بهتر یک دولت، سازمان یا گروه اجتماعی از طریق مدیریت صحیح منابع در راستای توسعه اقتصادی و اجتماعی» تعریف می‌کنیم.

تعداد ۱۱ تعریف برای حکمرانی نظام سلامت با مطالعه مستندات به دست آمده است (جدول ۲). در تعاریف حکمرانی نظام سلامت، عباراتی نظیر فرآیند، فعالیت جمعی، اعمال قدرت، تعامل و همکاری و سیاست‌گذاری بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند.

ما حکمرانی نظام سلامت را با تحلیل و سنتز تعاریف موجود این‌گونه تعریف می‌کنیم: «ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیارات و قدرت برای

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۱- تعاریف حکمرانی

نویسندگان (سال)	تعریف حکمرانی	منبع
Mundial (1992)	روشی که قدرت در مدیریت منابع اقتصادی و اجتماعی یک کشور به‌کار گرفته می‌شود.	۲۰
Global Governance Commission (1995)	مجموعه روش‌هایی که افراد و موسسات دولتی و خصوصی برای مدیریت امور معمول خود به‌کار می‌گیرند.	۲۱
Organization for Economic Co-operation and Development (1995)	سیستم پیچیده‌ای از تعاملات بین ساختارها، سنت‌ها، کارکردها (مسئولیت‌ها) و فرآیندها (عملکردها) که به‌وسیله ۳ ارزش کلیدی پاسخگویی، شفافیت و مشارکت مشخص می‌شود.	۲۲
United Nations Development Programme (1997)	به‌کارگیری اختیارات سیاسی، اقتصادی و اداری در مدیریت امور یک کشور در همه سطوح	۲۳
Stoker (1998)	ایجاد شرایطی برای سامان دادن قوانین و اقدام جمعی	۲۴
World Bank (1999)	نحوه اعمال قدرت در مدیریت منابع اقتصادی و اجتماعی یک کشور برای توسعه	۲۵
Forest (1999)	مشارکت شهروندان، خبرگان و نمایندگان منتخب در تدوین و اجرای سیاست‌ها	۲۶
UK's Department for International Development (2001)	نحوه فعالیت نهادها، قوانین و سیستم‌های دولت (اجرایی، مقننه، قضایی و نظامی) در سطح مرکزی و محلی و همچنین، نحوه ارتباط دولت با شهروندان، جامعه مدنی و بخش خصوصی	۲۷
Dodgson et al., (2002)	اقدامات و روش‌های مورد استفاده یک جامعه برای ترویج اقدامات جمعی و ارائه راهکارهای گروهی به منظور دستیابی به اهداف مشترک	۲۸
European Commission (2003)	قوانین، فرآیندها و رفتارهایی که بر اساس آنها منافع افراد تعیین می‌شوند، منابع مدیریت می‌شوند و قدرت در جامعه اعمال می‌شود.	۲۹
United States Agency for International Development (2006)	توانایی دولت برای توسعه فرآیند مدیریت عمومی کارآمد، اثربخش و مسئولیت‌پذیر که مشارکت مردم را به همراه دارد و موجب تقویت نظام دموکراتیک دولت می‌شود.	۳۰
Kaufmann (2006)	فرآیند انتخاب، ارزشیابی و جایگزینی مسئولان و مقامات، ظرفیت دولت برای مدیریت اثربخش منابع و اجرای سیاست‌های مناسب و احترام به حقوق شهروندان	۳۱
Hufty (2006)	فرآیند اقدام جمعی که تعامل بین بازیگران، پویایی فرآیندها و قوانین (غیررسمی و رسمی) را سازمان‌دهی می‌کند که با آن رفتار جامعه تعیین می‌شود و تصمیمات گرفته می‌شود.	۳۲
World Health Organization (2007)	حصول اطمینان از وجود یک چارچوب سیاست استراتژیک و ترکیب آن با نظارت موثر، تشکیل ائتلاف، قانون‌گذاری، توجه به طراحی سیستم و مسئولیت‌پذیری	۳۳
Brinkerhoff (2008)	قوانینی که نقش‌ها و مسئولیت‌ها را در میان بازیگران مختلف توزیع می‌کند و تعاملات بین آنها را شکل می‌دهد.	۳۴
Chhotray and Stoker (2009)	قواعد رسمی و غیررسمی برای تصمیم‌گیری و اقدام گروهی در سیستمی شامل افراد و سازمان‌های متنوع که مکانیسم رسمی برای تنظیم روابط بین آنها وجود ندارد.	۳۵
Savedoff (2011)	ترکیبی از عوامل سازمانی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی که بر رفتار سازمان‌ها، افراد و عملکردشان تأثیر می‌گذارد.	۳۶
Greer (2015)	فرآیندها و مؤسساتی که تصمیمات به‌وسیله آنها گرفته می‌شود و قدرت در کشور اعمال می‌شود.	۳۷
Chanturidze & Obermann (2016)	قوانین و فرآیندهای قابل قبول از نظر فرهنگی که منجر به تصمیم‌گیری و به‌کارگیری اختیارات به‌منظور دستیابی به شفافیت، مسئولیت‌پذیری، مشارکت و یکپارچگی می‌شود.	۳۸
Mosadeghrad et al., (2020)	ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر یک دولت، سازمان یا گروه اجتماعی	۸

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۲- تعاریف حکمرانی نظام سلامت

نویسندگان (سال)	تعریف حکمرانی نظام سلامت	منبع
Dodgson et al., (2002)	اقدامات و روش‌های مورد استفاده یک جامعه برای سازمان‌دهی خودش به منظور ارتقا و حفظ سلامتی مردم	۲۸
Brinkerhoff & Bossert (2008)	توسعه و تدوین قواعدی برای سیاست‌ها، برنامه‌ها و فعالیت‌ها به منظور انجام وظایف سلامت در راستای دستیابی به اهداف سلامت	۳۴
World Health Organization (2010)	ایجاد قوانین و چارچوب‌های حمایت از سلامت برای اجرای سیاست‌های استراتژیک همراه با مقررات مؤثر، نظارت، طراحی سیستم و پاسخگویی اجتماعی	۷
Olmen (2012)	راهنمای سیاستی برای نظام سلامت، هماهنگی ذی‌نفعان کلیدی، تنظیم‌گری وظایف مختلف، تخصیص بهینه منابع و مسئولیت‌پذیری نسبت به همه مردم و ذی‌نفعان	۳۹
Kickbusch (2012)	تلاش دولت‌ها یا سایر بازیگران برای هدایت جوامع، کشورها یا گروه‌هایی از کشورها در زمینه تحقق سلامت به‌عنوان یک هدف مطلوب از طریق دو رویکرد دولت محور و جامعه‌محور	۴۰
United States Agency for International Development (2012)	ظرفیت دولت و سایر بازیگران برای تدوین سیاست‌ها، نظارت بر کل نظام سلامت، مشارکت ذی‌نفعان و پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری و تنظیم‌گری نظام سلامت	۴۱
United States Agency for International Development (2013)	جهت‌دهی مناسب و هدفمند منابع، عملکرد و مشارکت ذی‌نفعان نظام سلامت با هدف افزایش طول عمر، به‌صورت شفاف، عادلانه و به‌گونه‌ای که به نیازهای مردم پاسخ دهد.	۴۲
Shukla et al., (2013)	فرآیند تصمیم‌گیری جمعی که تداوم عملکرد سازمان‌های نظام سلامت را تضمین می‌کند.	۴۳
Balabanova et al. (2013)	مجموعه ارزش‌های هنجاری مثل عدالت و شفافیت در یک سیستم سیاسی که نظام سلامت در آن کار می‌کند	۴۴
Barbazza & Tello (2014)	تدوین قوانین و مقررات، تعیین اولویت‌های نظام سلامت، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری، ایجاد ائتلاف، هماهنگی ارائه خدمات سلامت و نظارت و ارزشیابی خدمات سلامت	۴۵
Chanturidze & Obermann (2016)	ساختارها و فرآیندهای تنظیم، هدایت و کنترل نظام سلامت	۳۸

جدول ۳- اجزای حکمرانی نظام سلامت

اجزای اصلی	اجزای فرعی
سیاست‌گذاری سلامت	تعریف مسئله، تدوین قوانین، مدیریت تعارض منافع، مبارزه با فساد، اولویت‌گذاری، تدوین سیاست‌های سلامت، راهنمای سیاستی و تعیین اولویت‌ها
برنامه ریزی استراتژیک	تحلیل وضعیت، تعیین دورنمای نظام سلامت، تعیین اهداف، طراحی استراتژی‌های سلامت و تدوین برنامه
سازمان‌دهی	طراحی سیستم، تمرکز و فقدان تمرکز، هماهنگی اقدامات، ارتباطات، ایجاد ائتلاف و ظرفیت‌سازی
تولیت	راهبری، تأثیرگذاری، اعمال نفوذ، مدیریت سلامت، جهت‌دهی، حمایت‌طلبی، همکاری درون‌بخشی، همکاری برون‌بخشی، حفاظت از مشتری، توجه به نیازهای مردم، توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر و توانمندسازی جامعه
کنترل	پایش عملکرد، نظارت، ارزشیابی، اعتباربخشی، مدیریت عملکرد، مقایسه عملکرد با اهداف، به‌کارگیری اقدامات اصلاحی، صدور مجوز و مدیریت شکایات

مدیریت هدفمند منابع، هماهنگی و هدایت رفتار ذی‌نفعان، تولیت برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه».

اجزای حکمرانی نظام سلامت

در ۳۱ مستند به اجزای حکمرانی نظام سلامت اشاره شده بود. تعداد ۴۰ مورد از اجزای حکمرانی در این مطالعه شناسایی شد که در ۵ بُعد سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولیت و کنترل گروه‌بندی شدند (جدول ۳).

پیش‌نیازهای حکمرانی نظام سلامت

در ۱۷ مطالعه به پیش‌نیازهای حکمرانی نظام سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

اشاره شده بود. در این مطالعه ۳۰ پیش نیاز برای حکمرانی به دست آمد که در ۵ دسته عوامل محیطی، سیستم‌های اطلاعات، فرهنگ مناسب، مشارکت و همکاری جامعه و مدیریت منابع گروه‌بندی شدند .(جدول ۴).

پیامدهای حکمرانی نظام سلامت

در این مطالعه ۴۷ مستند به پیامدهای حکمرانی نظام سلامت اشاره کردند. حکمرانی با تأثیرگذاری بر سایر کارکردهای نظام سلامت مانند تأمین مالی، ارائه خدمت و تولید منابع منجر به ارتقای سلامت مردم جامعه، محافظت مالی از مردم و پاسخگویی نسبت به نیازهای بالینی و غیر بالینی مردم می‌شود (جدول ۵).

ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت

در مطالعات بررسی شده تعداد ۲۹ ابزار ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت شناسایی شد. بانک جهانی ۶ شاخص برای حکمرانی خوب معرفی کرده که عبارتند از مسئولیت‌پذیری، ثبات سیاسی، اثربخشی دولت، کیفیت قانون‌گذاری، حاکمیت قانون و کنترل فساد [۲۵]. برنامه توسعه سازمان ملل ۵ شاخص را برای حکمرانی خوب معرفی می‌کند که عبارتند از مشروعیت، هدایت، عملکرد، مسئولیت‌پذیری و انصاف [۲۳]. سِیودآو[10] ۵ بعد برای حکمرانی پیشنهاد می‌کند که شامل ساختار منسجم تصمیم‌گیری، مشارکت ذی‌نفعان، شفافیت و اطلاعات، سرپرستی و تنظیم‌گری و ثبات و پایداری است [۳۶].

گریر[11] و همکاران شاخص‌های مسئولیت‌پذیری، شفافیت، مشارکت، یکپارچگی و ظرفیت سیاست‌گذاری را برای حکمرانی نظام سلامت پیشنهاد دادند [۳۷]. صدیقی[12] و همکاران چارچوبی را برای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت شامل ۱۰ اصل و ۶۳ سوال ارائه کردند. اصول حکمرانی عبارتند از دورنمای استراتژیک، مشارکت و اجماع، حاکمیت قانون، شفافیت، پاسخگویی، عدالت، اثربخشی و کارآیی، مسئولیت‌پذیری، هوش و اطلاعات و اخلاق [۴۶]. اسلام[13] و همکاران در سال ۲۰۰۷ میلادی چارچوبی برای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت ارائه دادند. این چارچوب داری ۶ حوزه ارائه خدمت، نیروی کار، سیستم اطلاعات سلامت، دسترسی به داروهای اساسی، تأمین مالی و حکمرانی و رهبری است. آنها برای اندازه‌گیری هر حوزه شاخص‌هایی ارائه کردند. شاخص‌های حکمرانی در این چارچوب شامل ظرفیت ارزشیابی و اطلاعات، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، مشارکت اجتماعی و پاسخگویی سیستم، مسئولیت‌پذیری و تنظیم‌گری است. تعداد ۴۰ شاخص برای ارزشیابی این ۵ بعد پیشنهاد شد [۴۷].

جدول ۴- پیش‌نیازهای حکمرانی نظام سلامت

پیش‌نیازهای اصلی	پیش‌نیازهای فرعی
عوامل محیطی	حمایت دولت، اراده سیاسی، توسعه سرمایه اجتماعی، تأمین مالی مناسب، توسعه و تقویت فناوری، اهداف سیاسی شفاف و محیط رسانه‌ای آزاد
سیستم‌های اطلاعات	آموزش، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، گزارش‌دهی شفاف، کفایت اطلاعات، جامعیت اطلاعات و تبادل اطلاعات
فرهنگ مناسب	تعهد، یکپارچگی اخلاقی، مسئولیت‌پذیری سازمانی، شایسته‌سالاری، نوآوری و سواد سلامت
مشارکت و همکاری	مشارکت اجتماعی در تمام سطوح و عملکردها، همکاری درون‌بخشی و برون‌بخشی، هماهنگی بین‌بخشی و درون‌بخشی و راه‌های ارتباطی با ذی‌نفعان
منابع پایدار	تأمین منابع فیزیکی، دارو و تجهیزات، پایداری منابع، توسعه زیرساخت‌ها، نیروی انسانی کافی و متناسب، مدیریت مالی قوی و تعیین دقیق مسئولیت‌ها

جدول ۵- پیامدهای حکمرانی نظام سلامت

پیامدهای اصلی	پیامدهای فرعی
سلامتی مردم	افزایش امید زندگی، کاهش مرگ مادران، کاهش مرگ کودکان، کاهش مرگ نوزادان، بهبود وضعیت تغذیه نوزادان، افزایش واکسیناسیون، کاهش شیوع بیماری، بهبود سلامت روان، کاهش مصرف دخانیات و مرگ‌های مرتبط و پوشش همگانی سلامت
محافظت مالی	افزایش پوشش بیمه سلامت، کاهش پرداخت از جیب و محافظت در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزا
پاسخگویی	بهبود دسترسی به خدمات سلامت، در دسترس بودن دارو، رضایت بیماران، کاهش غیبت کارکنان سلامت، بهبود عدالت و برابری در سلامت، اثربخشی، کارآیی، پایداری، کیفیت، به‌موقع بودن و کاهش فساد

10.Savedoff

11.Greer

12.Siddiqi

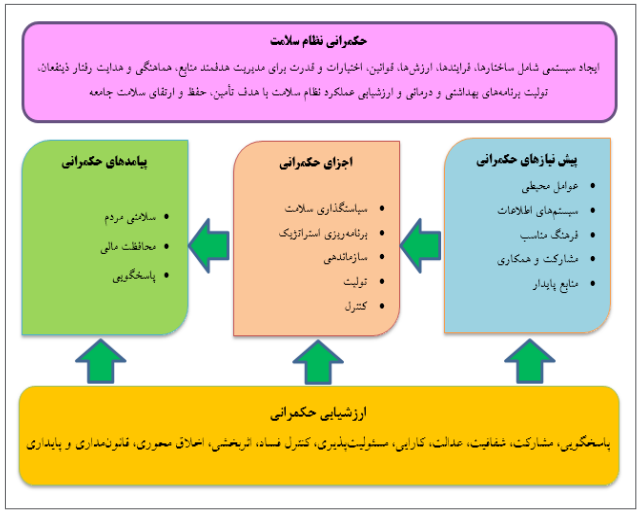
13.Islam

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

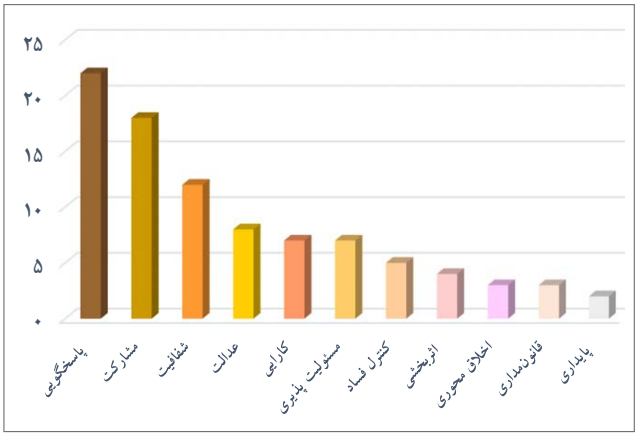
سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۲۰۰۸ میلادی ابزاری برای ارزشیابی حکمرانی خوب نظام سلامت شامل شاخص‌های مبتنی بر قوانین و شاخص‌های مبتنی بر نتیجه ارائه کرد. شاخص‌های مبتنی بر قوانین به اندازه‌گیری سیاست‌ها و ساختارهای حکمرانی می‌پردازد. در مقابل، شاخص‌های مبتنی بر نتیجه به ارزشیابی میزان استفاده اثربخش از این سیاست‌ها و ساختارها می‌پردازد. به عنوان مثال، وجود قانون مقابله با فساد یک شاخص مبتنی بر قوانین و اجرای آن قانون و نبود فساد در نظام سلامت یک شاخص مبتنی بر نتیجه است [۴۸].

نمودار شماره ۳ پرکاربردترین شاخص‌های حکمرانی نظام سلامت را براساس مطالعات موجود نشان می‌دهد. بنابراین از شاخص‌های پاسخگویی، مشارکت، شفافیت، عدالت، کارآیی، مسئولیت‌پذیری، کنترل فساد، اثربخشی، اخلاق‌محوری، قانون‌مداری و پایداری می‌توان برای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت استفاده کرد.

یک پرسشنامه برای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت با استفاده از ابزارهای موجود و با توجه به مدل مفهومی اجزای حکمرانی نظام سلامت ارائه شده در این پژوهش شامل ۵۳ گویه طراحی شد که در جدول ۶ آمده است.



شکل ۳- مدل مفهومی حکمرانی نظام سلامت



نمودار ۳- توزیع فراوانی پرتکرارترین شاخص‌های ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت

مدل حکمرانی نظام سلامت

حکمرانی نظام سلامت ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیارات و قدرت برای مدیریت هدفمند منابع، هماهنگی و هدایت رفتار ذی‌نفعان، تولیت برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است. سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولیت و کنترل اجزای اصلی حکمرانی نظام سلامت هستند. عوامل محیطی، سیستم‌های اطلاعات، فرهنگ مناسب، مشارکت و همکاری جامعه و مدیریت منابع بر حکمرانی نظام سلامت تأثیر می‌گذارند. حکمرانی نظام سلامت بر اهداف نظام سلامت شامل سلامت مردم، محافظت مالی و پاسخگویی نظام سلامت اثر می‌گذارد. در نهایت برای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت می‌توان از شاخص‌های پاسخگویی، مشارکت، شفافیت، عدالت، کارآیی، مسئولیت‌پذیری، کنترل فساد، اثربخشی، اخلاق محوری، قانون‌مداری، و پایداری استفاده کرد (شکل ۲).

بحث

هدف از انجام این مطالعه مروری، تبیین مفهوم حکمرانی در نظام سلامت بوده است. حکمرانی واژه‌ای چندبعدی است که در علوم مختلف نظیر علوم سیاسی، علوم اجتماعی، اقتصاد و روابط بین‌الملل مورد استفاده قرار گرفته است. حکمرانی[۱۴] مترادف دولت[۱۵] نیست. دولت یکی از عناصر حکومت است که شامل قوای مقننه، مجریه و قضاییه است. حکمرانی، ایجاد سیستمی در دولت به منظور اداره بهتر آن است. حکمرانی

14.Governance

15.Government

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۶- پرسشنامه ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت

ابعاد	ردیف	سنجه‌ها
سیاست‌گذاری سلامت	۱	مسائل نظام سلامت با مشارکت تیمی از افراد خبره و دارای تخصص‌های مختلف شناسایی می‌شوند.
	۲	اطلاعات شفاف و کافی درمورد مسائل نظام سلامت از منابع گوناگون جمع‌آوری می‌شود.
	۳	مسائل نظام سلامت به‌صورت کامل تجزیه‌وتحلیل و تعریف می‌شوند.
	۴	راهکارهای حل مسئله به صورت مشارکتی شناسایی می‌شوند.
	۵	هزینه- منفعت راهکارهای حل مسئله به صورت شفاف ارزیابی می‌شود.
	۶	راهکارهای اثربخش و کارآمد حل مسئله انتخاب می‌شوند.
	۷	سیاست‌های اثربخش برای پاسخگویی به مسائل نظام سلامت تدوین می‌شود.
	۸	از شواهد شفاف و معتبر برای حمایت‌طلبی مقامات دولتی برای تصویب سیاست‌های نظام سلامت استفاده می‌شود.
	۹	سیاست ملی سلامت تدوین و تصویب شده است.
	۱۰	وزارت بهداشت با قوه مقننه و مجریه و دیگر نهادهای مرتبط برای تصویب سیاست‌های نظام سلامت همکاری دارد.
	۱۱	مجموعه‌ای از مقررات و رویه‌های شفاف و عادلانه برای اجرای سیاست‌های نظام سلامت تدوین شده است.
	۱۲	سازوکارهای قانونی و عادلانه‌ای برای جلوگیری از تسلط افراد و گروه‌های خاص بر سیاست‌ها ایجاد شده است.
	۱۳	سازوکارهای اثربخش برای پیشگیری، کشف و مقابله با کلاهبرداری و فساد در نظام سلامت ایجاد شده است.
	۱۴	آیین‌نامه‌های اخلاقی- رفتاری برای مؤسسات، سازمان‌ها و گروه‌های مختلف حرفه‌ای تدوین شده است.
برنامه ریزی استراتژیک	۱۵	تیمی از افراد خبره و با وظایف مشخص برای برنامه‌ریزی راهبردی نظام سلامت تشکیل شده است.
	۱۶	نقاط قوت و ضعف محیط داخلی نظام سلامت به‌صورت شفاف تعیین شده است.
	۱۷	فرصت‌ها و تهدیدهای ناشی از محیط خارجی نظام سلامت به‌صورت شفاف شناسایی شده است.
	۱۸	آینده‌پژوهی نظام سلامت در زمینه سیاست‌های تدوین‌شده برای حفظ و ارتقای سلامت مردم انجام شده است.
	۱۹	دورنمای نظام سلامت تعیین شده است.
	۲۰	اهداف کلی نظام سلامت متناسب با تحلیل راهبردی به‌صورت شفاف و مشارکتی تعیین شده است.
	۲۱	اهداف اختصاصی نظام سلامت متناسب با اهداف کلی تعیین شده است.
	۲۲	مقاصد و استانداردهای عملکردی اهداف نظام سلامت تعیین شده است.
	۲۳	استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و حل مشکلات سلامتی تدوین شده است.
	۲۴	برنامه‌ای جامع و کارآ برای اجرای راهبردهای نظام سلامت تدوین شده است.
	۲۵	برنامه‌های راهبردی و عملیاتی نظام سلامت به‌صورت مشارکتی برای تحقق دورنمای نظام سلامت تدوین شده است.
	۲۶	سند توسعه سلامت کشور تدوین شده است.
سازمان‌دهی	۲۷	زیرساخت‌های لازم برای اجرای اثربخش و کارای برنامه‌های نظام سلامت ایجاد شده است.
	۲۸	مدیران و کارکنان شایسته و متعهد برای اجرای برنامه‌های سلامت استخدام می‌شوند.
	۲۹	وظایف و مسئولیت‌های بخش‌های دولتی، خصوصی و داوطلب برای اجرای برنامه‌ها به‌صورت شفاف تعیین شده است.
	۳۰	منابع کافی (منابع مالی، اطلاعاتی، فیزیکی) برای اجرای اثربخش برنامه‌ها تخصیص یافته است.
	۳۱	سازوکارهای هماهنگی درون‌بخشی نظام سلامت برای اجرای اثربخش برنامه‌ها ایجاد شده است.
	۳۲	سازوکارهای هماهنگی بین بخشی نظام سلامت برای اجرای اثربخش برنامه‌ها ایجاد شده است.
	۳۳	حدود تمرکززدایی تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت به‌صورت شفاف برای اجرای اثربخش برنامه‌ها مشخص شده است.
	۳۴	اختیارات لازم به مقامات محلی برای اجرای اثربخش برنامه‌ها داده شد.
تولیت	۳۵	نظام تصمیم‌گیری و ارتباطات در نظام سلامت موجب تسهیل اجرای موثر راهبردها می‌شود.
	۳۶	از راهبردهای اثربخش برای حل تعارضات نظام سلامت استفاده می‌شود.
	۳۷	کانال‌های ارتباطی مناسب برای تقویت مشارکت بین بخشی و درون‌بخشی نظام سلامت وجود دارد.
	۳۸	اطلاعات شفاف و کامل از طریق کانال‌های ارتباطی به اشتراک گذاشته می‌شود.
	۳۹	سازوکارهای مناسبی برای مشارکت مردم در نظام سلامت وجود دارد.
	۴۰	سازوکار مناسبی برای پاسخگویی به مطالبات مردم وجود دارد.
	۴۱	اقدامات هدفمندی برای پاسخگویی سریع و فعال به مطالبات مردم انجام می‌شود.
	۴۲	اقدامات مؤثری برای بهبود وضعیت سلامتی گروه‌های محروم و آسیب‌پذیر جامعه انجام می‌شود.
	۴۳	اطلاعات به‌روز مراقبت‌های بهداشتی در دسترس عموم مردم قرار دارد.
کنترل	۴۴	سازوکار مناسبی برای ارزشیابی عملکرد نظام سلامت وجود دارد.
	۴۵	شاخص‌های پایش، ارزیابی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت تعیین شده است.
	۴۶	میزان تحقق برنامه‌های نظام سلامت به‌طور پیوسته پایش، ارزیابی و ارزشیابی می‌شوند.
	۴۷	اثربخشی و کارآیی برنامه‌های نظام سلامت تعیین می‌شوند.
	۴۸	بازخوردهای مناسب برای تحقق اهداف نظام سلامت به سازمان‌های مربوطه برای به‌کارگیری اقدامات اصلاحی ارائه می‌شود.
	۴۹	اصلاحات لازم بر اساس نتایج ارزشیابی برنامه‌های نظام سلامت اعمال می‌شود.
	۵۰	عملکرد خوب واحدهای نظام سلامت در دستیابی به اهداف مورد تقدیر قرار می‌گیرند.
	۵۱	از تجربیات موفق و ایده‌های خوب واحدهای موفق نظام سلامت برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه استفاده می‌شود.
	۵۲	از نتایج ارزشیابی خدمات سلامت برای ارتقای سلامت مردم استفاده می‌شود.
	۵۳	از نتایج ارزشیابی‌های انجام‌شده برای یادگیری سازمانی استفاده می‌شود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

محدود به دولت نیست و در سازمان‌ها هم با تشکیل هیئت مدیره (هیئت رئیسه یا هیئت امنا) ایجاد می‌شود. حکمرانی سازمانی یا شرکتی[16] در سازمان‌های بزرگ به‌منظور مدیریت بهتر سازمان در راستای شفافیت و پاسخگویی نسبت به سهامداران، کارکنان، مشتریان و دولت و مسئولیت‌پذیری شکل می‌گیرد. حکمرانی به حاکمیت سیستم به جای فرد، فعالیت‌های هدفگرا و رفتارهای هدفمند اطلاق می‌شود که منجر به اداره بهتر یک دولت یا سازمان می‌شود. بنابراین حکمرانی در سطوح محلی، ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی مطرح است. قوانین و مقررات مورد استفاده در حکمرانی نیز می‌توانند رسمی یا غیررسمی باشند. حکمرانی در این پژوهش «ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، مقررات، اختیارات و قدرت برای مدیریت بهتر یک دولت، سازمان یا گروه اجتماعی از طریق مدیریت صحیح منابع در راستای توسعه اقتصادی و اجتماعی» تعریف شده است. حکمرانی منجر به تشویق به‌کارگیری راهکارها و اقدامات جمعی می‌شود.

بانک جهانی در سال ۱۹۸۹ میلادی واژه «حکمرانی خوب»[17] را در دستور کار خود قرار داد و کشورهای جهان را تشویق به ارزشیابی وضعیت حکمرانی کشورهای درخواست‌کننده کمک‌های مالی قبل از هر نوع کمک مالی کرد [۴۹]. سیاست‌گذاری شفاف، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری نسبت به کارهای انجام شده، مشارکت شهروندان در امور عمومی و رعایت قوانین و مقررات از عناصر کلیدی حکمرانی خوب است. حکمرانی خوب نقش به‌سزایی در توسعه‌یافتگی یک کشور دارد.

در بخش سلامت، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی برای اولین بار از واژه «تولیت» به عنوان یکی از کارکردهای مهم نظام سلامت به منظور مدیریت دقیق و مسئولانه رفاه جمعیت استفاده کرد [۴]. هدف این کارکرد تقویت نقش راهبری و تنظیم‌گری وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت به منظور بهبود عملکرد و دستیابی به نتایج خوب سلامتی بود. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ میلادی با درک اهمیت مفاهیمی نظیر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، رهبری، کنترل عملکرد و تفکر سیستمی و استراتژیک در مدیریت نظام سلامت، از واژه حکمرانی و رهبری به جای تولیت برای تشویق وضع قوانین شفاف، نظارت موثر، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری استفاده کرد [۵].

حکمرانی نظام سلامت با ایجاد ساختار سازمانی مناسب، وضع قوانین و مقررات، تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های کلان، حمایت‌طلبی برای برنامه‌های سلامت، تخصیص و استفاده صحیح از منابع سلامت، تنظیم رفتار ذی‌نفعان سلامت، هماهنگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، نظارت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، تضمین کیفیت نتایج سلامت و حمایت از استفاده‌کنندگان خدمات سلامت مرتبط است. حکمرانی نظام سلامت در این پژوهش «ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیارات و قدرت برای مدیریت هدفمند منابع، هماهنگی و هدایت رفتار ذی‌نفعان، تولیت برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه» تعریف شده است.

سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولیت و کنترل اجزای حکمرانی نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. وضع قوانین و مقررات برای بهبود عملکرد نظام سلامت در راستای 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 عادلانه سازمان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، هماهنگی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، کنترل کیفیت دارو و تجهیزات پزشکی، محدودیت استفاده از داروها و تکنولوژی‌های پزشکی فاقد هزینه-اثربخشی و تضمین کیفیت و ایمنی خدمات سلامت را شامل می‌شود [۱]. همچنین وزارت بهداشت باید اثرات قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های خارج از بخش سلامت را بر سلامتی مردم جامعه ارزشیابی و نتایج را به دولت گزارش کند.

اجرای قوانین نیازمند سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی است. سیاست‌گذاری سلامت فرآیند تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌هایی برای حل مشکلات سلامتی جامعه است.

16.Corporate governance

17.Good governance

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

سیاســت سلامت مجموعه دســتورالعمل‌هایی است که توسط سیاســت‌گذاران و مدیران ارشــد نظام ســلامت در حوزه‌های تأمیــن مالــی، تولید منابــع و ارائه خدمات ســلامت به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای ســلامتی مردم جامعه تدوین می‌شــود و راهنمــای تصمیم‌گیری مدیران ســطوح پایین اســت [۵۰]. نظام ســلامت باید دارای یک سیاســت ملی ســلامت باشــد. سیاست‌هایی باید برای تعیین اولویت‌های نظام سلامت، تأمین مالی نظام ســلامت، تولید و تخصیص منابع، مشــارکت بخش دولتی و خصوصــی، روش پرداخت بــه ارائه‌کنندگان خدمات ســلامت، تدوین اســتانداردها و راهنماهــای بالینی، تضمین کیفیت خدمات ســلامت و ارزشیابی ســازمان‌های بهداشتی و درمانی تدوین شــوند. همچنین حکمرانی نظام ســلامت باید اطمینان حاصل کند که سلامتی در کلیه سیاست‌های[18] کشور مورد توجه قرار می‌گیرد.

برنامه‌ریــزی اســتراتژیک عنصر کلیــدی حکمرانی نظام سلامت است. برای این منظور، مأموریت و وظایف نظام سلامت باید به وضوح تدوین شــوند. ســپس دورنمــا و اهداف کلی و اختصاصی نظام ســلامت تعیین شوند. ارائه خدمات سلامت با کیفیــت، ایمن و اثربخش، کاهش بار مالی بیماری‌ها و افزایش پاسخگویی نظام ســلامت می‌تواند اهداف کلی نظام سلامت و بهبود دسترســی، کیفیت، عدالت، کارآیی، پایداری و تاب‌آوری نظام ســلامت به‌عنوان اهداف اختصاصی نظام ســلامت مورد توجه قــرار گیرند. به دنبال آن، اســتراتژی‌های دســتیابی به اهداف نظام ســلامت باید تعیین شــوند. در نهایت، باتوجه به ساختار سازمانی نظام سلامت، برنامه‌های عملیاتی باید تدوین و منابع مورد نیاز تأمین شــوند [۱]. از شواهد پژوهشی باید در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان استفاده شود. مسائل پیچیده و بغرنج[19] علل و راهکارهای ســاده و خطی ندارند. حل مســائل پیچیده نظام ســلامت نیازمند به‌کارگیری روش‌های سیستمی و مشارکت سطوح مختلف حکمرانی در ابعاد محلی، ملی و بین‌المللی است. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید با توســعه شبکه‌ها و به‌صورت خلاقانه به حل مسائل نظام ســلامت بپردازنــد. حکمرانی هوشــمند[20] نظام ســلامت باید جایگزین حکمرانی سنتی کلاسیک شود.

ســازمان‌دهی صحیح نظام سلامت شــامل تعیین ساختار ســازمانی مناســب و تقســیم، گروه‌بندی و هماهنگی درست اجزای نظام ســلامت تأثیر زیادی بر بهــره‌وری آن دارد [۵۱]. ساختار سازمانی نظام سلامت می‌تواند به‌صورت سلسله‌مراتبی، بازاری و شبکه‌ای طراحی شــود [۴۵]. ساختار سلسله مراتبی متمرکز بوده، قدرت تصمیم‌گیری و سیاســت‌گذاری در وزارت بهداشــت متمرکز است و تصمیمات برای اجرا به سطوح پایین ابلاغ می‌شوند. نظام سلامت در ساختار بازاری شامل خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات ســلامت اســت که وزارت بهداشت یا ســازمان‌های بیمه ســلامت وظیفه خرید راهبــردی خدمات ســلامت از ارائه‌کنندگان خدمات ســلامت دولتی و خصوصی را برعهده دارند و عملکرد آنها را با اســتفاده از شــاخص‌هایی ارزشــیابی می‌کنند. ســاختار شــبکه‌ای به صورت مشارکتی و دموکراتیک عمل کرده و قدرت تصمیم‌گیری به سطوح محلی تفویــض می‌شــود و شــبکه‌ای از ســازمان‌ها و گروه‌ها وظایف تأمیــن مالــی، تولید منابع و ارائه خدمات ســلامت را بر عهده دارند. ساختار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته به سمت غیرمتمرکز و شــبکه‌ای شــدن در حال تغییر اســت [۵۲]. به عبارتی، حکمرانی افقی[21] جایگزین حکمرانی عمودی[22] می‌شود. ساختار شــبکه‌ای منجر به مشارکت بیشــتر سطوح محلی در فرآیند سیاســت‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت کشور می‌شود و شانس موفقیت سیاست‌ها و برنامه‌ها را افزایش می‌دهد.

مهم‌تریــن عوامل موثر بر ســلامتی مردم در خارج از نظام ســلامت قرار دارد. تصمیمات ســازمان‌های مختلف در سطوح محلی، منطقه‌ای، اســتانی، کشــوری، بین‌المللــی و جهانی بر ســلامت و رفاه مــردم و جامعه تأثیر دارنــد. بنابراین، برقراری ارتباطات موثر بین سیاســت‌گذاران و مدیران نظام ســلامت با مدیران ســایر بخش‌هــای جامعه و ایجــاد هماهنگی‌های لازم منجر به بهبود عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامتی در جامعه خواهد شــد. هماهنگی و همکاری موثر بین وزارت بهداشت و

18.Health in all policies

19.Wicked problems

20.Smart governance

21.Horizontal governance

22.Vertical governance

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

سـازمان‌هایی مانند پارلمـان، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفـاه اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت اقتصـاد و دارایـی، وزارت دادگسـتری، وزارت ورزش و جوانـان، وزارت امـور خارجـه، سـازمان‌های بیمه سـلامت، دانشـگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، صنایع داروسـازی و تجهیزات پزشـکی و رسـانه‌های عمومی منجر به تقویـت حمایت‌طلبی از برنامه‌های بهداشـتی و درمانی ودسـتیابی پایدار به اهداف نظام سـلامت می‌شود [۸]. سـلامتی و رفاه مردم جامعه باید به عنوان هدف اصلی نظام سـلامت تلقی شود و سیاستمداران سایر بخش‌های جامعه خود را متعهد به دستیابی به این هدف کنند. وزارت بهداشت باید با بازیگران کلیدی در داخل و خارج دولـت ائتلاف قوی برای بهبـود عوامل سیاسـی، اجتماعی و اقتصادی موثر بر سـلامتی مردم، ترویج برنامه‌های سـلامت و ادغام موضوعات سـلامت در همه سیاست‌های کشور به‌منظور دسـتیابی به اهداف نظام سلامت تشکیل دهد. وزارت بهداشت باید دیگر بخش‌های جامعه را آموزش دهد تا نسـبت به عوامل موثر بر سلامتی مردم بیشتر حساس شوند و مسئولیت بیشتری برعهـده بگیرند. همچنین این همکاری‌ها باید با سـازمان‌های مرتبـط بین‌المللـی هم به طـور موثر برقرار شـود (حکمرانی سـلامت جهانی[۲۳]). تشکیل سازمان بهداشت جهانی[۲۴] در سال ۱۹۴۸، اداره امداد رسانی و توانبخشی سازمان ملل متحد[۲۵] در سـال ۱۹۴۳، صندوق اضطراری بین المللی کودکان سـازمان ملل متحد[۲۶] در سـال ۱۹۴۶ و کمیساریای عالی سازمان ملل متحـد در امـور پناهندگان[۲۷] در سـال ۱۹۴۹ میلادی در این راستا بوده است [۲۸].

وزارت بهداشت تولیت نظام سلامت را برعهده دارد. تولیت، در حقیقت، کار کردن بدون چشمداشـت، بـرای عموم مردم و پاسـخگو بودن نسـبت به انتظارات آنهاست. وزارت بهداشت متولی و خدمتگزار نظام سـلامت است، وظیفه اداره، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشـتی و درمانـی را برعهده دارد و باید منابع مالی را بـرای تأمین منافع عموم مردم و بهبود رفاه آنها هزینه کند. تولیت موثر موجب افزایش شـفافیت، مشـارکت، عدالت، کارآیی، پاسـخگویی و مسـئولیت‌پذیری نظام سلامت می‌شـود [۵۱]. وزارت بهداشـت بازیگر اصلی نظام سـلامت اسـت اما نباید بازیگر انحصاری باشـد. وزارت بهداشـت باید نقـش فعال‌تری در رهبـری، مدیریت و تولیت نظام سـلامت داشـته باشد و اختیار بیشـتری به مقامات محلی برای تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشـتی و درمانی متناسـب با نیازهای استان‌های خود دهد. مشارکت بخش خصوصی در تأمین مالی و ارائه خدمات سـلامت باید تقویت شـود و وزارت بهداشت با سیاست‌گذاری و ارزشیابی صحیح، از کیفیت خدمات اطمینان حاصل کند.

حکمرانی نظام سـلامت نیازمند مشـارکت فعـال مردم، مشـتریان و بیماران است. همکاری و مشـارکت بیشتر مردم موجب تقویت شفافیت، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری دولت‌ها خواهد شد که از شاخص‌های مهم حکمرانی خوب نیز محسوب می‌شـوند. بنابراین مردم باید توانمند شوند و آموزش‌های لازم را دریافت کنند تا مشـارکت بیشـتری در نظام سلامت داشته باشـند. اینترنت اشـیا، تلفن‌های همراه هوشمند و شبکه‌های اجتماعـی موجب تقویت نقش مردم در سـلامتی خودشـان می‌شود. ما در عصر جامعه دانشی[۲۸] زندگی می‌کنیم. مشارکت افـراد، گروه‌ها و سـازمان‌های مختلف بایـد در فرآیند تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌های سـلامت تقویت شود. مکانیزمی باید ایجاد شـود تا مردم نظرات خود را بیـان کنند و از نتایج نظرسـنجی‌ها باید در ارزشـیابی و اعتباربخشـی سازمان‌های بهداشتی و درمانی استفاده شود.

ارزشـیابی و کنترل یکی دیگر از وظایـف حکمرانی نظام سلامت است. کمیته‌ای در وزارت بهداشت باید مسئولیت پایش، ارزیابی و ارزشیابی نظام سلامت را برعهده بگیرد. میزان دستیابی به اهداف نظام سـلامت باید به‌صورت مستمر ارزشیابی شود و اقدامات اصلاحی به‌کار گرفته شود. همچنین سیاست‌گذاران و مدیران ارشـد نظام سـلامت باید تأثیر سیاست‌ها و برنامه‌های سـلامت اجرا شده را بر سلامتی مردم ارزشیابی کنند. علاوه بر این، اثرات اصلاحات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری بر

23.Global health governance

24.World Health Organization (WHO)

25.UN Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA)

26.UN International Children's Emergency Fund (UNICEF)

27.UN High Commissioner for Refugees (UNHCR)

28.Knowledge society

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

سلامتی مردم جامعه باید ارزشیابی شوند. ارزیابی اثر سلامت[۲۹] کمک می‌کند تا تغییرات ناشی از اجرای این اصلاحات روی سلامت مردم تحلیل شود و اقدامات اصلاحی لازم به‌کار گرفته شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود کمیته‌ای در دولت شامل رئیس جمهور و هیئت وزیران تشکیل شود تا نتایج ارزشیابی نظام سلامت و ارزیابی اثر سلامت در آن ارائه و بررسی شود.

وزارت بهداشت وظیفه صدور مجوز، صدور گواهی و اعتباربخشی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و سازمان‌های بهداشتی و درمانی را برعهده دارد. صدور مجوز «فرآیند اعطای مجوز شروع کار به یک ارائه‌کننده خدمات سلامت یا سازمان بهداشتی و درمانی مشروط به رعایت یک‌سری استانداردهای حداقلی تخصصی مربوطه» است [۵۱]. صدور گواهی «فرآیند ارزشیابی و تأیید عملکرد یک ارائه‌کننده خدمات سلامت یا سازمان بهداشتی و درمانی در یک حوزه خاص مشروط بر رعایت استانداردهای حداقلی مربوطه» است. اعتباربخشی بیمارستانی «فرآیند ارزشیابی نظام‌مند و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان مستقل خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرآیندی و پیامدی است» [۵۳].

پیش‌نیازهای حکمرانی نظام سلامت عبارتند از عوامل محیطی، سیستم‌های اطلاعات، فرهنگ مناسب، مشارکت و همکاری و منابع پایدار. تأمین منابع مادی و غیرمادی برای دستیابی به اهداف نظام سلامت ضروری است. منابع مادی[۳۰] شامل سرمایه، تسهیلات، کارکنان، تجهیزات و ملزومات است که نقش مهمی در اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی دارند و مثل روغن دستیابی به اهداف نظام سلامت را تسهیل می‌کنند. در مقابل، منابع غیرمادی[۳۱] شامل مدیریت و رهبری، برنامه، دورنما، کار تیمی، خلاقیت و نوآوری، شفافیت، ارزش‌ها و فرهنگ هستند که مانند چسبی منابع مادی را کنار هم نگاه می‌دارند و انرژی لازم را برای حکمرانی نظام سلامت فراهم می‌کنند. آنها موجب تقویت منابع مادی می‌شوند. منابع مادی به تنهایی نمی‌توانند منجر به دستیابی به اهداف نظام سلامت شوند.

توسعه سیاسی کشور پیش‌نیاز حکمرانی خوب نظام سلامت است. مشارکت مردم در نظام سیاسی کشور باید تقویت شود. کالاها و خدمات عمومی و اجتماعی باید عادلانه بین مردم توزیع شود. مردم باید در تصمیمات مرتبط با سلامت و رفاه خودشان مشارکت کافی داشته باشند و بتوانند صدا و نظرات خود را به سیاست‌گذاران برسانند. برای حکمرانی مناسب در نظام سلامت دسترسی به داده‌های کافی از اهمیت زیادی برخوردار است و از آن به‌عنوان یکی از پیش‌نیازهای اصلی یاد شده است. شرایط محیطی و فرهنگ نامناسب می‌توانند موانعی بر سر راه اجرای اثربخش برنامه‌ها و سیاست‌های نظام سلامت ایجاد کنند.

حکمرانی نظام سلامت بر اهداف اصلی و فرعی نظام سلامت شامل سلامتی مردم، محافظت مالی و پاسخگویی نظام سلامت اثر می‌گذارد. از پیامدهای حکمرانی نظام سلامت می‌توان افزایش امید زندگی، کاهش مرگ مادران، کاهش مرگ کودکان، کاهش مرگ نوزادان، بهبود وضعیت تغذیه نوزادان، افزایش میزان واکسیناسیون، کاهش شیوع بیماری، بهبود سلامت روان، بهبود دسترسی به خدمات سلامت، رضایت بیماران، کاهش مصرف دخانیات و مرگ‌های مرتبط، پوشش همگانی سلامت، کاهش پرداخت از جیب مردم و افزایش میزان استفاده از خدمات اشاره کرد. همچنین از پیامدهای حکمرانی نظام سلامت می‌توان به دسترسی، کیفیت، عدالت، کارآیی، پایداری و تاب‌آوری اشاره کرد.

بهبود سلامت مردم از طریق دسترسی عادلانه به خدمات باکیفیت سلامت و برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت، رضایت مردم از نظام سلامت و محافظت مالی از آنها در برابر هزینه‌های سلامت اهداف اصلی نظام سلامت هستند [۴]. اصول و ارزش‌هایی باید در نظام سلامت نهادینه شوند تا امکان دستیابی به این اهداف فراهم باشد. پاسخگویی، مشارکت، شفافیت، عدالت، کارآیی، مسئولیت‌پذیری، کنترل فساد، اثربخشی، اخلاق‌محوری، قانون‌مداری و پایداری از اصول ارزشی مهم نظام سلامت محسوب می‌شوند. حکمرانی دارای ابعاد سیاسی، اجتماعی و اداری (فنی) است. از شاخص‌های اخلاق‌محوری، قانون‌مداری و کنترل فساد برای ارزشیابی

29.Health Impact Assessment

30.Material resources

31.Non-material resources

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

بعد سیاسی، از شاخص‌های پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری، مشارکت، عدالت و شفافیت برای ارزشیابی بعد اجتماعی و از شاخص‌های پایداری، اثربخشی و کارآیی برای ارزشیابی بعد اداری حکمرانی نظام سلامت می‌توان استفاده کرد.

ذی‌نفعان نظام سلامت باید مشارکت فعالی در تصمیم‌گیری‌ها و اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی داشته باشند. ذی‌نفعان نظام سلامت افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی هستند که در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، مدیریت، تولید، مصرف و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت دارند. بازیگران اصلی حکمرانی نظام سلامت شامل تصمیم‌گیرندگان دولتی و سیاسی، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و مردم هستند. دولتمردان شامل سیاست‌گذاران، مدیران و کارکنان وزارت بهداشت، سایر وزارتخانه‌های مرتبط با موضوع سلامتی، پارلمان، سیستم قضایی، سازمان‌های بیمه سلامت و شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی هستند. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت شامل بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها، کلینیک‌ها و موسسات آموزشی دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی هستند. گروه سوم بیماران به طور خاص و مردم به طور عام هستند که استفاده‌کنندگان خدمات سلامت هستند. حکمرانی نقش به‌سزایی در تنظیم روابط و تعامل بین این ۳ گروه و تقویت مشارکت آنها در نظام سلامت دارد. دولت منابع لازم برای تأمین خدمات سلامت مورد نیاز مردم را ندارد. بنابراین مشارکت بخش خصوصی و غیرانتفاعی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و ارائه خدمات سلامت باید تقویت شود.

سیستم حکمرانی نظام سلامت باید بر اساس نتایج آن ارزشیابی شود. عملکرد حکمرانی نظام سلامت باید منجر به بهبود شاخص‌های سلامتی مردم شود و در راستای منافع عموم مردم باشد. بنابراین حکمرانان نظام سلامت باید پاسخگو به نیازها و انتظارات مردم باشند و نسبت به عملکرد خود مسئولیت‌پذیر باشند [۵۴]. انحصار قدرت به همراه اختیار بدون پاسخگویی موجب فساد خواهد شد. بنابراین پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری باید در حکمرانی نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد تا از اقتدار و اختیار قانونی به درستی استفاده شود و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وظیفه خود را به درستی انجام دهند و نتایج بهبود یابد.

حاکمیت قانون یا قانون‌مداری نقش مهمی در تقویت دموکراسی و محافظت از حقوق مردم جامعه دارد. حکمرانی نظام سلامت باید از مشروعیت لازم برخوردار باشد و قدرت قانونی مورد قبول مردم را داشته باشد. آموزش و سلامت دو خدمت عمومی مورد نیاز و انتظار مردم جامعه است. بنابراین مشارکت دولت در تأمین این دو خدمت منجر به افزایش مشروعیت دولت خواهد شد. به همین دلیل حکمرانی نظام سلامت باید از قدرت و ظرفیت قانونی و اجرایی بالایی برخوردار باشد تا بتواند برای مداخلات سلامت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کند و منابع لازم را برای اجرای آنها بسیج کند. وزارت بهداشت باید از ساختارها، سیستم‌ها و مهارت‌های لازم برای پیشبرد برنامه‌های اصلاحات نظام سلامت برخوردار باشد و دارای اقتدار و اختیار کافی در هیئت دولت برای تأمین مالی آن باشد.

نظام سلامت باید دارای نهادها و فرآیندهایی برای مقابله با فساد و رفتارهای فاسد باشد. فساد شامل سوءاستفاده از قدرت و سوءاستفاده از منابع مالی است که به دلیل کمبود پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری و شفافیت نظام سلامت ایجاد می‌شود و منجر به استفاده نادرست از منابع خواهد شد. فساد موجب بی‌اعتمادی بین مردم و دولت می‌شود. بازار سلامت یک بازار رقابتی کامل نیست و دچار نارسایی‌هایی است که آن را مستعد فساد می‌کند. بنابراین حکمرانی با تدوین سیاست‌ها و مقررات عادلانه باید مانع ایجاد عوامل فساد و لابی‌گری در نظام سلامت شود و نظارت مستمر بر فرآیند سیاست‌گذاری سلامت، ارائه خدمات سلامت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی صورت گیرد.

انصاف و عدالت از شاخص‌های مهم حکمرانی نظام سلامت هستند. عدالت در نظام سلامت عبارت است از «دسترسی مردم به خدمات سلامت و استفاده از آن براساس نیاز، پرداخت هزینه‌های سلامت براساس توان مالی و برخورداری از سطح قابل قبول سلامت» [۵۵]. عدالت در نظام سلامت ۵ حوزه تأمین مالی خدمات سلامت، تولید منابع نظام سلامت، ارائه خدمات سلامت، استفاده از خدمات سلامت و در نهایت، سطح سلامتی مردم را شامل می‌شود. مردم باید دسترسی عادلانه به

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

منابع سلامت داشته باشند، افراد دارای نیاز بیشتر به خدمات سلامت، از خدمات بیشتری استفاده کنند، افراد ثروتمندتر هزینه بیشتری برای خدمات سلامت بپردازند و همه مردم بدون هیچ تبعیضی از سطح سلامتی برابر برخوردار باشند.

بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید مورد توجه جدی سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باشد. بهره‌وری مجموع اثربخشی و کارآیی است. اثربخشی به معنای انجام کار درست و دستیابی به اهداف سازمانی است. کارآیی به معنای انجام درست کارهاست و نسبت ستاده‌ها به داده‌ها را نشان می‌دهد. کارآیی نظام سلامت نسبت ارزش خدمات سلامت ارائه شده به منابع استفاده شده است. در صورتی‌که این نسبت بیش از یک باشد، بیانگر کارآیی نظام سلامت است [۵۶].

سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید اطلاعات لازم در مورد تصمیمات اتخاذ شده، برنامه‌های تدوین شده و نتایج به‌دست آمده را در اختیار عموم مردم قرار دهند. شفافیت لازم باید در انجام وظایف حکمرانی نظام سلامت وجود داشته باشد تا اعتماد عمومی ایجاد شود. مدیران سازمان‌های بوروکراتیک بهداشتی و درمانی ممکن است به‌منظور افزایش قدرت و برتری حرفه‌ای، اطلاعات و نیات خود را آشکار نسازند. بنابراین باتوجه به نارسایی‌های بازار سلامت و اختلاف دانش ارائه‌کنندگان و مشتریان خدمات سلامت، مکانیزمی باید برای افزایش شفافیت نظام سلامت و حفاظت از منافع مشتریان ایجاد شود. وضع قوانین مرتبط با آزادی بیان اطلاعات، تشکیل کمیته‌های دیده‌بان سلامت و برگزاری جلسات گزارش‌دهی دوره‌ای و ارائه اطلاعات به عموم مردم مفید است. اطلاعات به مردم اقتدار می‌دهد و مشارکت آنها را در برنامه‌های بهداشتی و درمانی بیشتر می‌کند.

نظام سلامت باتوجه به قابل پیش‌بینی نبودن بیماری‌ها و سرعت انتقال بالای آنها در ابعاد محلی، ملی و بین‌المللی، باید تاب‌آور باشد. تاب‌آوری نظام سلامت «توانایی، قابلیت و ظرفیت پیش‌بینی، پیشگیری، جذب، تطبیق و تغییر نظام سلامت به هنگام مواجهه با شوک و بحران و ارائه مستمر خدمات سلامت در زمان مدیریت شوک و بحران» است [۱۰]. سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید تاب‌آوری نظام سلامت را تقویت کنند تا درصورت وقوع بلایا، شیوع اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها و بروز شوک‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و تکنولوژیک، کنترل خود را بر روی نظام سلامت داشته و با اعمال اندک تغییراتی خدمات سلامت ضروری مورد نیاز مردم را ارائه کنند.

نتیجه‌گیری

مفهوم حکمرانی نظام سلامت، مفهومی پیچیده و چندبعدی است که در حال توسعه و تکامل است. حکمرانی نظام سلامت با چگونگی سازمان‌دهی، هماهنگی، هدایت و مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی به منظور دستیابی به اهداف نظام سلامت مرتبط است. حکمرانی نظام سلامت «ایجاد سیستمی شامل ساختارها، فرآیندها، ارزش‌ها، قوانین، اختیارات و قدرت برای مدیریت هدفمند منابع، هماهنگی و هدایت رفتار ذی‌نفعان، تولیت برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه» است. حکمرانی نظام سلامت به‌عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارد.

حکمرانی یک مفهوم نسبی است و در نظام سلامت در سطوح کلان (وزارت بهداشت) و خرد (سازمان بهداشتی و درمانی) کاربرد دارد. وظایف حکمرانی نظام سلامت در سطح کلان شامل تعیین دورنما و اهداف نظام سلامت، طراحی ساختار سازمانی مناسب، تدوین قوانین، مقررات، سیاست‌ها و برنامه‌ها، تأمین منابع مورد نیاز، حمایت‌طلبی، هدایت و راهبری فعالیت‌ها و نظارت و کنترل به‌منظور اطمینان از دستیابی به اهداف نظام سلامت است. حکمرانی سازمانی در سطح خرد شامل ایجاد ساختار سازمانی مناسب، تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها و ارزشیابی عملکرد سازمان به منظور اطمینان از دستیابی به اهداف سازمانی است. تقویت عناصر سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولیت و کنترل برای دستیابی به حکمرانی خوب نظام سلامت ضروری است.

در این مطالعه با استفاده از روش مرور مفهومی به تبیین واژه حکمرانی نظام سلامت پرداخته شد و ضمن تعریف آن، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی آن شناسایی و توصیف و یک مدل مفهومی طراحی شد. پیشنهاد می‌شود

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

که پژوهشـگران با استفاده از مطالعات کمی و کیفی به توسعه این مدل مفهومی کمک کنند. همچنین، یک پرسشنامه برای ارزشـیابی حکمرانی نظام سـلامت شـامل ۵ بُعد و ۵۳ گویه توسـعه یافت. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به سنجش روایی و پایایی این ابزار بپردازند و با اسـتفاده از آن حکمرانی نظام سلامت کشور را ارزشیابی کنند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاسـت‌گذاری در نظام سلامت

مسـائل مربـوط به سـلامت بسـیار پیچیده هسـتند و اسـتراتژی‌هایی که برای حل آنها به‌کار گرفته می‌شوند، اثرات سیاسـی، اقتصـادی و اجتماعی مطلـوب و نامطلوبـی دارند. دسـتیابی به اهداف نظام سـلامت مسـتلزم مشـارکت همه بخش‌های دولت و مردم جامعه اسـت. سـلامت مردم حاصل توسـعه سیاسـی، اجتماعی و اقتصادی و مرتبط بـا توانایی‌ها و منابع افراد و جوامع اسـت. سـلامت از طریق یک سیسـتم پیچیـده سـازگار از تعاملات بیـن افراد با محیـط پیرامون و بیـن عوامل فیزیولوژیک، روانی و رفتـاری، عوامل اجتماعی و وضعیـت اجتماعی و اقتصادی آنها تأمین و حفظ می‌شـود. از طرف دیگر، توسـعه سـلامت نیز از طریق افزایش امید زندگی مردم منجر به تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیکی می‌شـود که اثراتـی بر سـلامتی مردم دارد. حکمرانی خوب نظام سـلامت منجر بـه عملکرد بهتر نظام سـلامت و در نهایت، دسـتیابی به نتایج سـلامتی بهتر برای مردم جامعه می‌شـود. حکمرانی ظرفیت نظام سـلامت را برای رویارویـی با چالش‌های روزمره شکل می‌دهد.

تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت تا حد زیادی تحت تأثیر حکمرانی نظام سلامت است. حکمرانی خوب منجر به تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت مناسب، هماهنگی و مشـارکت درست درون‌بخشی و برون‌بخشی، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشـتی و درمانی و نظارت و اررشـیابی عملکرد نظام سـلامت می‌شود که دسـتیابی به اهداف نظام سلامت را ممکن می‌سـازد. کیفیت حکمرانی بر ظرفیـت و توانایی نظام سـلامت برای ارائه خدمات سلامت باکیفیت، ایمن و اثربخش تأثیر می‌گذارد و منجر به پایداری نظام سـلامت خواهد شـد. سـاده‌انگارانه است که منتظر باشـیم تا مدیران و رهبران نظام سـلامت متخصص، متعهد، پاسخگو و مسـئولیت‌پذیر داشته باشیم یا اینکه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، خدمات باکیفیت و همـراه با هزینه مناسـب ارائه کننـد. حکمرانی خوب منجر به ایجاد یک نظام سـلامت پایدار و تاب‌آور می‌شـود. بنابراین سیاسـت‌گذاران نظام سـلامت باید به تقویت اجزای حکمرانی نظام سـلامت شـامل سیاسـت‌گذاری سـلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولیت و کنترل بپردازند.

تشکر و قدردانی

ایـن مقاله برگرفتـه از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشـته مدیریـت خدمات بهداشـتی و درمـانی بـا عنوان «ارزشـیابی حکمرانی نظام سـلامت ایران» اسـت کـه با حمایت دانشگاه علوم پزشـکی و خـدمات بهداشـتی و درمانی تهـران و با کد اخلاق IR.TUMS.SPH. REC.1398.308. اجرا شـد. همچنین نویسـندگان از داوران محترمی کـه بـا انتقادات سـازنده و بیان نظرات کارشناسـی خود بـه ارتقـای کیفیت ایـن مقالـه کمک کردند، تشکر می‌کنند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

References

1. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi Journal of Medical Sciences. 2019; 26 (9):10-28. [in Persian]
2. 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. [in Persian]
3. Vrijburg KL, Hernández-Peña P. Global spending on health: Weathering the storm. World Health Organization: Geneva. 2020:19.
4. World Health Organization. The World Health Report 2000: Improving Performance, Geneva: World Health Organization, 2000.
5. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization, 2007.
6. World Health Organization. Systems Thinking for Health Systems Strengthening. Geneva: World Health Organization, 2009.
7. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization, 2010.
8. Mosadeghrad AM, Akbarisari A, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A Delphi Study. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2020; 17 (4):317-336. [in Persian]
9. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital Tariffs: A Conceptual Analysis. Hakim. 2020;23(2):246-59. [in Persian]
10. Mosadeghrad A M, Karimi F, Ezzati F. Health System Resilience: A Conceptual Review. Hakim. 2020; 23 (4) :463-486. [in Persian]
11. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB & Waye Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. Journal of Milbank Quarterly 2007; 85(4): 729-68.
12. Reis HT, Reis HT, Judd CM, editors. Handbook of research methods in social and personality psychology. Cambridge University Press; 2000.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3(2):77-101.
14. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In Analyzing qualitative data 2002. 1st Edition. New York: Routledge; 1994:187-208.
15. Oxford English Dictionary (Online ed.). "Govern". Oxford University Press.
16. Merriam-Webster dictionary. Definition of Governance. [Access date 30/01/2022]. Available from: https://www.merriam-webster.com/dictionary/governance
17. Oxford English dictionary. Definition of Governance. [Access date 30/01/2022]. Available from:https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/governance?q=governance
18. Dehkhoda Dictionary. Definition of Governance. [Access date 30/01/2022]. https://dehkhoda.ut.ac.ir/fa/dictionary/125795/%D8%AD%DA%A9%D9%85%D8%B1%D8%A7%D9%86%DB%8C
19. Moein dictionary. Definition of Governance. [Access date 30/01/2022]. https://www.vajehyab.com/?q=%D8%AD%D8%A7%DA%A9%D9%85%DB%8C%D8%AA&f=moein&d=en
20. Mundial B. Governance and Development. Washington D.C: World Bank; 1992. p.1-3.
21. Commission on Global Governance, Our Global Neighbourhood, Oxford: Oxford University Press, 1995:22-6.
22. OECD, Participatory Development and Good Governance, Paris: OECD, 1995: 4-7.
23. UNDP. Governance for sustainable human development. United Nations Development Programme; 1997: 12-5.
24. Stoker G. Governance as theory: five propositions. International social science journal. 1998;50(155):17-28.
25. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance matters. Washington, DC: The World Bank; 1999, 11-5.
26. Forest P-G, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. Issues in the governance of integrated health systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. Ottawa. Canada.1999, 11-3.
27. Department for International Development, Making Government Work for Poor People: Building State Capacity, Department for International Development, London, London. United Kingdom.2001, 3-7.
28. Dodgson R, Lee K, Drager N. Global Health Governance, a conceptual review. 1, editor. London Routledge; 2002,2-4.
29. European Commission. Governance and development. Commission of the European Communities Brussels, 2003,10-2.
30. USAID. Health Systems 20/20: Request for Applications. Washington, DC: USAID, 2006: 2-4.
31. Kaufman D. A decade of measuring the quality of governance: Governance matters. Washington DC: World Bank; 2006, 4-7.
32. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. Cadernos de

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

Saúde Pública. 2006; 22:S35-S45.
33. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization, WHO Press; 2007:3-27.
34. Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: concepts, experience, and programming options. Bethesda: Health Systems. 2008; 20:20.
35. Chhotray V, Stoker G. Governance Theory and Practice: A Cross Disciplinary Approach. London: Palgrave Macmillan UK. 2009.24-9.
36. Savedoff WD. Governance in the health sector: a strategy for measuring determinants and performance. World Bank Policy Research Working Paper. 2011.5655.:7-9.
37. Greer S, Wismar M, Figueras J. Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance. UK : McGraw-Hill Education; 2016.27-34.
38. Chanturidze T, Obermann K. Governance in Health–The Need for Exchange and Evidence: Comment on" Governance, Government, and the Search for New Provider Models". International Journal of Health Policy and Management. 2016;5(8):507.
39. Van Olmen J, Criel B, Bhojani U, Marchal B, Van Belle S, Chenge F, et al. The health system dynamics framework: the introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies. Health culture society. 2012; 2(1):1-21.
40. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in: the 21st century: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2012: 21-4.
41. USAID. Health Systems 20/20. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Version 2.0. Washington, 2012:111-9.
42. USAID. How to Govern the Health Sector and Its Institutions Effectively. Management Sciences for Health. 2013: 2-4.
43. Shukla M, Colindres H, Orton M. How to govern the health sector and its institutions effectively. The E_Manager, Management Strategies for Improving Health Services. 2013;1(1):14-6.
44. Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U, et al. Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. 2013;381(9883):2118-33.
45. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health policy. 2014; 116(1):1-1.
46. Siddiqi S, Masud TI, 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. 2009;90(1):13-25.
47. Islam A, Biswas T. Health system in Bangladesh: Challenges and opportunities. American Journal of Health Research. 2014;2(6):366-74.
48. World Health Organization. Health Systems Governance: Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening. Geneva: WHO, 2008.9-11.
49. Bale M. From crisis to sustainable growth-sub Saharan Africa: a long-term perspective study. Washington, DC: World Bank. 1989.74-8
50. Mosadeghrad AM. An integrated health policy making and analysis model: letter to the editor. Tehran University Medical Journal. 2020; 77 (12) :791-791 [in Persian]
51. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran; 2015. [Persian]
52. Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, De Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC International Health and Human Rights. 2011;11(1)5-7.
53. Mosadeghrad AM. Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly, International Journal of Healthcare Management. 2020:1-5.
54. Brinkerhoff, D. W. (2004) "Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance." Health Policy and Planning 19(6): 371-379.
55. Mosadeghrad AM, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2020;24(6):12-36. [in Persian]
56. Mosadeghrad A, Kalantari B, Abbasi M, Dehnavi H. Evaluation of efficiency of general hospitals in Iran. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2021;26(3):151-69. [in Persian]

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

Health System Governance: A Conceptual Review

Mohammad Faroug Khosravi[1*], Ali Mohammad Mosadeghrad[2], Mohammad Arab[3]

1. Ph.D. Student, Department of Health economics and management, School of Public Health Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Ph.D. Professor, Professor of health policy and management, Health Economics and Management Department, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Ph.D. Professor, Department Management and Health Economic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Governance is one of the important functions of health system management. Good governance leads to better performance of the health system and ultimately, achieving better health outcomes for the people. Nevertheless, the concept of health system governance is ambiguous and complex. Therefore, the purpose of this study is to explain the concept of health system governance.

Methods: This research was conducted using the conceptual review method. All articles related to the health system governance indexed in Medline, EMBASE, ProQuest, Scopus, Cochrane Library and Science Direct databases and Google and Google Scholar search engines were searched, extracted, and assessed. Finally, 95 articles were selected and analyzed by content analysis.

Results: Health system governance is "a system of structures, processes, values, laws, power and authority for effective management of resources, coordination of stakeholders' behaviors, planning and stewardship of health programs and evaluation of health system performance to promote, restore, and maintain health". Health policy-making, strategic planning, organizing, stewardship and controlling are the main components of the health system governance. Environmental factors, information systems, appropriate culture, community participation and cooperation, and resource management influence the governance of the health system. Health system governance affects the goals of the health system (i.e. public health, financial protection, and responsiveness). Finally, a model and a checklist were developed to evaluate the health system governance.

Conclusion: Health system governance is a complex and multidimensional concept that is evolving. Strengthening health policy-making, strategic planning, organizing, stewardship and controlling is essential to achieve good health system governance.

Keywords: Governance, health system, conceptual review

Please cite this article as follows:
Khosravi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Health System Governance: A Conceptual Review. Hakim Health Sys Res. 2021; (24.): 35-54.

***Corresponding Author:** Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health, Department of Health Management and Economics, Tehran, Iran. Tel: 09151643403 khosravi.mohammad1@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]