کجـا و چگونـه برای سلامـت، سیـاست خردمنـدانه طراحی کنیم؟
«ویژگی‌های سامانه سیاست‌گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران»

دکتر بهزاد دماری[1*]، دکتر عباس وثوق‌مقدم[2]، دکتر کامبیز منظم[3]، دکتر حسین سالاریان‌زاده[4]

۱- دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- شورای سیاست‌گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳- دفتر ارزیابی فناوری، استانداردها و تعرفه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- معاونت توسعه مدیریت و منابع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ایتالیا، نرسیده به خیابان قدس، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تلفن و نمابر: ۸۸۹۹۱۱۰۷-۰۲۱
پست الکترونیک: bdamari@gmail.com

دریافت: ۸۹/۵/۲۶ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱

چکیده

مقدمه: *پیچیده بودن نظام سلامت و ضرورت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد ایجاب می‌کند تا نظام سیاست‌گذاری سلامت بر اساس ویژگی‌ها و معیارهای قابل قبول پایه‌گذاری شود. این تحقیق با هدف بررسی نظرات افرادی با تجربیات ملی در پاسخ به سؤال «کجا و چگونه برای سلامت سیاست‌گذاری خردمندانه کنیم؟» انجام شده است.*

روش کار: *این بررسی به صورت کیفی و بر مبنای مصاحبه عمیق و ساختارمند انجام شد. نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود و در مجموع با دوازده نفر شامل دو وزیر پیشین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دو نفر از نمایندگان کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، دو نفر از معاونین وزیر و شش نفر از خبرگان و صاحب‌نظران سلامت در سطح ملی مصاحبه شد. پس از جمع‌بندی، دسته‌بندی و تحلیل بر مبنای موضوعات اصلی «مشکلات حوزه سیاست‌گذاری»، «وظایف سامانه سیاست‌گذاری سلامت» و «امکانات لازم برای واحد حامی سیاست‌گذاری» ویژگی‌ها استخراج و در یک مدل مفهومی جمع‌بندی گردید.*

یافته‌ها: *با توجه به تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، ویژگی‌های یک سامانه سیاست‌گذاری سلامت در هفت اصل «جلب مشارکت ذی‌نفعان، پاسخگویی اجتماعی، ضمانت اجرا، شایسته‌سالاری، جایگاه باثبات، استناد به شواهد علمی، و توانایی همکاری و هماهنگی» جمع‌بندی شده است که برای هر ویژگی راهکارهای بومی از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان ارایه شده است.*

نتیجه‌گیری: *ویژگی‌های طرح شده از دیدگاه افراد مصاحبه‌شونده با اصول مرتبط به چرخه مؤثر سیاست‌گذاری سلامت هم‌خوانی دارد، با این که در مورد جایگاه سامانه سیاست‌گذاری سلامت نظرات متفاوتی وجود داشت اما رعایت اصول هفت‌گانه فوق در طراحی و استقرار این سامانه می‌تواند نظام سلامت کشور را در دستیابی به چشم‌انداز بیست ساله یاری دهد.*

گل‌واژگان: *سامانه سیاست‌گذاری سلامت، سلامت، مطالعه کیفی*

مقدمه

سلامت آحاد جامعه همواره یکی از دغدغه‌های دولت‌ها است و برهان آن تأثیر انکارناپذیر سطح سلامت افراد در توسعه جامعه است. برای دستیابی به هدف تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت آحاد مردم، نظام سلامت باید مداخلاتی را طراحی، اجرا و ارزشیابی نماید. نظام سلامت در بین سایر نظام‌های موجود در کشورها با خصوصیات ویژه‌ای همراه است: پیچیدگی، تعارض، مداخله سیاسی و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی از جمله عوامل مهم و قابل توجه آن هستند؛ البته خدمات سلامتی از دیدگاه اقتصادی نیز متفاوت از سایر کالاها دسته‌بندی می‌شوند و خصوصیات ویژه‌ای در اقتصاد سلامت، همانند عدم اطمینان، اطلاعات نامتقارن، نارسایی بازار، مخاطرات اخلاقی، انتخاب معکوس، انتخاب ریسک، آثار خارجی و... برایشان مطرح می‌گردد. نکات فوق به ویژه پیچیدگی، مداخله سیاسی، نارسایی مکانیسم‌های بازار، آثار خارجی و حیاتی و اساسی بودن مقوله سلامت باعث می‌شود که دولت‌ها و ملت‌ها به این موضوع حساسیت ویژه‌ای داشته باشند (۱). به همین دلیل دست زدن به هرگونه اقدام در چنین محیط پیچیده‌ای حساس و خطیر به نظر می‌رسد، لذا روش تدوین این سیاست‌ها اهمیت ویژه‌ای پیدا

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

می‌کند. از طرفی، این که سیاستمداران چه تصمیمات و سیاست‌هایی را اتخاذ می‌کنند معمولاً به دو عامل عمده بستگی دارد: ۱- چه اطلاعاتی در اختیار دارند؟ اطلاعات موجود به ویژه در کشورهای جهان سوم از دقت و صحت کافی برخوردار نیست و گاه اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در دست نیست. پاسخ به این سؤال موجب شده است که رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در دو دهه اخیر مورد توجه جدی سیاست‌گذاران و محققان قرار گیرد (۲). ۲- چگونه تصمیم می‌گیرند؟ یکی از گرفتاری‌های نظام سیاست‌گذاری، استفاده از روش‌های بسیار ساده‌انگارانه برای تصمیم‌گیری درباره سیاست‌های سلامت است که نتیجه‌ای جز عدم توافق ذی‌نفعان و اجرا نشدن و یا اجرای ضعیف سیاست مذکور ندارد. اگر تصمیم‌گیری اشتباه باشد که باید منتظر عوارض جانبی آن نیز بود (۳ و ۴).

با همین استدلال‌ها و برای مشخص شدن ویژگی‌های قابل قبول نظام سیاست‌گذاری سلامت در کشور، این مطالعه طراحی شد تا از طریق مصاحبه با خبرگان و مجربین حوزه سیاست‌گذاری سلامت در سطح ملی، این خصوصیات تدوین شود و به عنوان یکی از شواهد قابل استفاده در طراحی نظام سیاست‌گذاری سلامت کشور به کار گرفته شود.

روش کار

این مطالعه به روش کیفی و از طریق مصاحبه عمیق و ساختارمند طراحی و طی سه مرحله انجام شد: مرحله ۱- طراحی اهداف، سؤالات و راهنمای مصاحبه، معیارگذاری و انتخاب مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شوندگان و توجیه آنان؛ مرحله ۲- انجام مصاحبه؛ مرحله ۳- تحلیل محتوای مصاحبه

هدف اصلی مصاحبه: دستیابی به اطلاعات افراد با تجربه کشور در زمینه سؤال «کجا و چگونه برای سلامت سیاست‌گذاری خردمندانه کنیم؟»

برای انتخاب افراد صاحب اطلاع[1] از روش نمونه‌گیری هدفمند[2] از نوع موارد شاخص[3] استفاده شد، ابتدا بر اساس معیارهای زیر فهرست ۲۵ نفر از افراد دارای تجربه و دانش لازم تهیه شد:

۱- سابقه کار در جایگاه تصمیم‌گیری کلان سلامت به عنوان وزیر یا معاونین مرتبط، حداقل به مدت ۴ سال؛ ۲- سابقه کار در جایگاه قانون‌گذاری به ویژه در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، حداقل به مدت دو سال؛ ۳- صاحب‌نظر در حوزه نظام سلامت با سابقه مدیریت اجرایی در برنامه‌های مهم و شاخص سلامت مانند شبکه‌های بهداشت و درمان و برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع؛ ۴- صاحب‌نظر در نظام سلامت به صورت ارایه مقالات تحلیلی و پژوهشی و عضویت در شوراهای مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

سپس بر اساس موافقت افراد برای شرکت در مصاحبه و در دسترس بودن ایشان در زمان انجام این تحقیق، ۱۲ نفر به ترکیب زیر انتخاب شدند و سایر افراد به عنوان ذخیره باقی ماندند: ۱- دو نفر با سابقه فعالیت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مدت حداقل ۴ سال؛ ۲- دو نفر نماینده مجلس شورای اسلامی و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی با سابقه حداقل یک دوره نمایندگی؛ ۳- دو نفر با سابقه معاونت وزارت با سابقه بیش از ده سال مدیریت در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۴- شش نفر خبره و صاحب‌نظر در سیاست‌های سلامت که در برنامه‌های توسعه شبکه‌های بهداشت و درمان کشور، برنامه اصلاحات نظام سلامت، توسعه پزشک خانواده و نظام ارجاع و برنامه ادغام آموزش در خدمات سلامت مشارکت و همکاری داشته‌اند.

یک مصاحبه‌کننده با معیارهای آشنایی با نظام سلامت و سیاست‌های آن، سابقه حداقل ده سال کار در حوزه نظام سلامت، و مهارت در روش مصاحبه عمیق ساختارمند انتخاب شد. توضیحات لازم و راهنمای مصاحبه حاوی اهداف، سؤالات و فهرست بازبینی (برای یادآوری در طی مصاحبه) در اختیار مصاحبه‌گر قرار گرفت.

مصاحبه‌گر، اهداف پژوهش و سؤالات، یک هفته قبل از مصاحبه، از طریق نامه رسمی معاون هماهنگی و دبیر مجامع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مصاحبه‌شوندگان معرفی و محل کار آنان به عنوان مکان مصاحبه هماهنگ گردید. سؤالات مصاحبه در حیطه هدف کلی طرح شامل ۴ سؤال اصلی و ۵ سؤال فرعی بود که در کادر ۱ آمده است.

سؤال کلی و هدف مصاحبه:

کجا و چگونه برای سلامت سیاست‌گذاری خردمندانه کنیم؟

سؤالات اصلی:

۱- مهم‌ترین مشکلات در حوزه سیاست‌گذاری سلامت از نظر شما چیست؟

۲- واحدی تحت عنوان «سیاست‌گذاری سلامت» در حال تأسیس است. انتظارات شما از این واحد چیست؟

۳- این انتظارات چگونه برآورده می‌شوند؟

۴- جایگاه واحد سیاست‌گذاری سلامت کجا باید باشد؟

سؤالات فرعی:

۱- منابع انسانی این واحد چگونه باید باشند، چگونه جذب و نگهداری شوند و چگونه آموزش ببینند؟

۲- منابع مالی این واحد چگونه تأمین گردد تا پایداری مالی داشته باشد؟

۳- این واحد چه اختیاراتی باید داشته باشد؟

۴- مدیریت و ساختار این واحد چگونه باید باشد؟

۵- پایداری و استمرار در این واحد چگونه برقرار می‌گردد؟

[1] Informant
[2] Purposeful
[3] Typical

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

پس از انجام مصاحبه کلیه پاسخ‌ها در سه محور اصلی زیر دسته‌بندی شد:

محور الف: مشکلات در حوزه سیاست‌گذاری سلامت	شامل نگرش‌ها، سبک مدیریت و سیاست‌گذاری (تصمیم‌گیری)، ساختار، منابع، فرآیندهای ناهماهنگ، اطلاعات، پژوهش و شواهد
محور ب: وظایف حوزه یا واحد سیاست‌گذاری سلامت	شامل انتخاب گزینه سیاستی، تدوین و تصویب، تهیه شواهد، تولیت و اولویت‌بندی، تربیت نیروی انسانی، تحلیل و ارزیابی مشکلات،آموزش و مشارکت، طراحی راه‌حل‌ها و سیاست و استراتژی، تدوین برنامه اجرایی، اجرای پایلوت، پایش و ارزشیابی
محور ج: اختیارات، امکانات و جایگاه واحد سیاست‌گذاری سلامت	نیروی انسانی (ثبات، انتخاب شایستگان و آموزش)، ساختار، اختیارات و منابع مالی

نتایج

در پاسخ به محورهای اصلی سؤالات، گویه‌های مطرح شده از طرف مصاحبه‌شوندگان به شرح زیر مرتب شده است:

محور الف- مشکلات در حوزه سیاست‌گذاری

حیطه اول- نگرش‌ها: در این حیطه افراد مصاحبه شده معتقدند: «فقدان یا عدم درک اهمیت سیاست‌گذاری در سلامت» وجود دارد به طوری که «شناخت کافی از وضعیت خود و کشور نداریم، اهداف وزارت بهداشت و جهت‌گیری آن معلوم نیست، به عبارت دیگر «بی‌برنامگی» وجود دارد. از طرفی «تعریف سیاست‌گذاری در سطوح تصمیم‌گیری ابهام فنی دارد و فاقد دید کارشناسی و یا کارشناسی مفهوم روشن و کاربردی است».

افراد معتقدند: ۱- «فقدان یا ضعف سه چیز، مسبب این مشکلات است: اراده‌اش نیست، آدمش نیست، سازوکارش نیست؛ ۲- اشتباه در تصمیمات سلامت بدفرجام‌تر از اشتباه در سایر دستگاه‌ها مثل پست و... است؛ ۳- دیدهای غلطی بین مدیران وجود دارد که «همه چیز با تغییر ساختار درست می‌شود» و یا «پژوهش برای کارهای بلندمدت است» و «در کارهای روزمره پژوهش لازم نیست»؛ ۴- دید بخشی‌نگر و تفکر کوتاه‌مدت ضرر می‌زند، در صورتی که سیاستمداران و قانون‌گذاران پاسخ‌ها و برنامه‌های فوری و لحظه‌ای را می‌خواهند؛ ۵- پژوهش باید با عملیات ارتباط پیدا کند و هر تصمیمی پشتوانه علمی داشته باشد، یک مطالعه باید آخرش به تنظیم دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها تبدیل شود؛ ۶- باید معلوم باشد که به چه استنادی این تصمیم را گرفته‌اند، البته باید مطالعه قوی‌تر باشد تا تصمیم عوض شود. ۷- زیاد حرف می‌زنیم ولی این حرف‌ها به عمل در نمی‌آید.»

حیطه دوم- سبک مدیریت و سیاست‌گذاری (تصمیم‌گیری): در این حیطه مصاحبه‌شوندگان معتقدند که «سبک موجود سیاست‌گذاری براساس نوعی پراگماتیسم و ایدئولوژی است و در این سبک شواهد جایی ندارد، سلسله ارزش‌های سیاست‌گذاران به سمت شواهد و استفاده از شواهد نیست. سیاست‌گذاری بیشتر بر اساس سلیقه افراد است». البته گاهی انفکاک هم وجود دارد به طوری که «وقتی سیاست‌گذار احتیاج به دلایل و شواهد دارد، شواهد نداریم و وقتی شواهد را داریم سیاستمدار آنها را نمی‌خواهد یا خبر ندارد و یا نمی‌بیند» و «در خیلی از موارد برنامه‌ریزی‌ها را براساس سیاست‌گذاری استوار نکرده‌ایم یا راهبرد بر مبنای سیاست نیست و سیاست محور نیست» که خود ناشی از این است که «سیاست‌گذاری نهادینه نشده است، سند سیاست گاهی نیست و یا گاهی به زنجیره هدف وصل نیست». در اصل «تغییرات سیاسی سریع است و سیاست‌ها دایم عوض می‌شوند در چنین شرایطی نیاز به این سامانه سیاست‌گذاری داریم تا با منابع موجود بیشترین مشکلات را حل کنیم» البته در مورد الزامات چنین سامانه‌هایی معتقدند که: «تبعیت معاونین و بدنه وزارتخانه از تصمیمات شورای سیاست‌گذار ضروری است». یکی دیگر از اشکالات این است که «مدیران و کارشناسان ما نمی‌دانند دنبال چه هستند چون هیچ وقت از آنها خواسته نمی‌شود». البته «مدیر و کارشناسی که اطلاعاتش کم باشد، نیازی احساس نمی‌کند!»

حیطه سوم- ساختار: در مورد ساختار سیاست‌گذاری سلامت معتقدند: «چنین جایگاه رسمی برای سیاست‌گذاری در سلامت تعریف نشده و محلی برای پخته شدن اندیشه‌ها، ایده‌های نوآورانه و خلاق و تبدیل آن به سیاست نیست! و سامانه ویژه‌ای که اجرای تغییرات نظام سلامت را مدیریت کند وجود ندارد، البته تا دلمان بخواهد ساختارهای موازی و ناهماهنگ در بخش برای تصمیم‌گیری داریم». در چنین شرایطی «آدم فکر می‌کند که سیاست از بیرون به ما دیکته می‌شود». یکی دیگر از مشکلات در این زمینه «عدم انطباق پرسنل وزارت بهداشت با وظایف و اهداف آن است».

حیطه چهارم- منابع: در ارتباط با منابع مالی، مصاحبه‌شوندگان معتقدند: «مطابق شواهد ارایه شده توسط سازمان جهانی بهداشت چیزی حدود ۷۰ -۶۰٪ بودجه سلامت در جهان سوم هدر می‌رود و از طرفی کمبود منابع هم داریم و این خود بیشتر مایه خجالت است یعنی این منابع کم را هم درست استفاده نمی‌کنیم و به هدر می‌دهیم». در ارتباط با زمان، به عنوان یک منبع معتقدند: «فرصت را از دست می‌دهیم، مدیران در آخر دوره مدیریت می‌فهمند ای کاش از ابتدا به فکر این یا آن موضوع بودند». برای منابع انسانی نیز معتقدند: «آدم سیاست‌گذار نداریم!؟ برخی از خصوصیات آدم سیاست‌گذار شامل دیدگاه ناشی از تجربه، مصادیقی از اینکه چه بکنیم و چه نکنیم

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

و چرا، داشته باشد. آدم‌های صاحب فکر نظام‌مند را نمی‌سازیم. مشکلات ناپایداری افراد، فرار مغزها و رفتن کارشناسان از بخش دولتی به خصوصی گسستگی از گذشته را موجب شده و خاطره سازمانی را از بین می‌برد. نحوه غلط پرداخت که بر اساس دانش افراد نیست از دیگر مشکلات است که این خود ناشی از فقدان ساز و کار مؤثر برای انتخاب، نگهداشت و ارتقای مدیران و کارشناسان کشوری می‌باشد. خلاصه این که حاضر نیستیم به منابع انسانی آموزش و بها بدهیم، در سال‌های گذشته عدم ثبات در بدنه کارشناسی و مدیریتی در وزارت بهداشت، ضربات مهلکی را به پیکره نظام سلامت وارد کرده است». یکی از موارد اشاره شده ارتباط بین محققان و سیاست‌گذاران است که معتقدند: «پژوهشگر و سیاستمدار همدیگر را نمی‌شناسند». به عبارت دیگر «میانجی دانش نداریم».

حیطه پنجم- فرآیندهای ناهماهنگ: معتقدند که «در وزارت بهداشت، اقدامات فوری بر فعالیت‌های راهبردی مقدم است و پاداشی به برنامه‌ریزی‌های آینده داده نمی‌شود، روزمرگی افراد را از هدف اصلی منحرف می‌کند. سیاست‌های معاونت‌ها در خیلی از مواقع هماهنگی ندارد و حتی در تضاد است. از سوی دیگر اولویت‌بندی سیاست‌ها در این وزارتخانه معلوم نیست و برای همان سیاست‌های در حال اجرا، نظام پایش و ارزشیابی جدی گرفته نمی‌شود به همین دلیل با سقط مکرر سیاست‌ها روبرو هستیم که این خود ناشی از عدم وجود سیستمی شفاف برای سیاست‌گذاری است».

حیطه ششم- اطلاعات، پژوهش و شواهد: در مورد این حیطه معتقدند: «گاهی داده داریم ولی نمی‌توانیم از آن استفاده کنیم گاهی هم شواهد کافی و مطمئن در دسترس برای تصمیم‌گیری وجود ندارد. لذا در برخی موارد آمارسازی می‌کنیم، موضوع -تحلیل سیاست‌های سلامتی- مخاطب مقوله پژوهش نبوده است و نتایج پژوهش‌ها نیز به آن باز نمی‌گردد. پژوهش‌ها بیشتر در جنبه‌های بالینی و یا گاهی در جنبه‌های مدیریتی و اداری انجام شده است ولی پژوهش‌های مربوط به سیاست‌های سلامتی نداریم. دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی در سیاست‌گذاری و یا تحلیل سیاست‌ها درگیر نیستند و اصولاً شبکه‌ای برای انتقال مطالب علمی مربوط به سیاست‌گذاری نداریم».

محور ب- وظایف حوزه یا واحد سیاست‌گذاری سلامت

حیطه اول- تهیه و فراهم کردن شواهد: از واحد یا سامانه سیاست‌گذار انتظار می‌رود برای فراهم کردن شواهد «وضع موجود را شناسایی، داده را جمع‌آوری و به اطلاعات تبدیل کند و بفهمد، اطلاعات درست داشته باشد و بتواند پژوهش و تحقیق سفارش دهد، آنالیز ذی‌نفعان انجام دهد و مشارکت آنها را جلب کند، در اسرع وقت بتواند بررسی نظام‌مند متون و بررسی تطبیقی تجربه‌های دنیا را انجام دهد، از بهترین‌های موجود در دنیا خبر داشته باشد و بتواند آنها را به داخل انتقال بدهد. الزامات و فرآیندهای بومی و محلی را شناسایی کند. مطالعاتی را باید انجام دهد که مبانی سیاست‌گذاری کلان سلامت را بتوان بر اساس آن برقرار کرد. به عبارت دیگر پژوهش‌هایی از نوع تحلیل مسایل و مشکلات برای اثبات وجود آنها یا ریشه‌یابی مشکلات و دست آخر پژوهش‌هایی برای حل مسایل و انتخاب گزینه‌ها و راه‌حل‌ها انجام دهد. وجود واحدهای تحقیق و توسعه در معاونت‌ها خوب است ولی باید یک چتر فنی بالای سر آنها وجود داشته باشد و یک همسو کننده داشته باشند».

حیطه دوم- تولیت و اولویت‌بندی: از چنین واحدی انتظار می‌رود برای تولیت نظام سلامت «اول قبول کند که مسؤول تولیت سلامت است، سپس از نظام سلامت و استراتژی جمهوری اسلامی تعریف داشته باشد، ابزار مبتنی بر خرد برای اولویت‌بندی و انتخاب طراحی کند، ابزارهای بومی برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و استقرار آنها را طراحی نماید و به طور مستمر تعیین کند که کجا هستیم و به کجا می‌خواهیم برویم. تفکر ساختن شواهد را به درون معاونت‌ها و ادارات ببرد. ابزارهایی برای کنترل نظام سلامت طراحی کند و در اختیار داشته باشد. این کانون باید پاسخگوی همه معاونت‌ها و حتی واحدهای مستقل وابسته به وزارت بهداشت باشد. اگر نیازی هست که باید تبدیل به سیاست شود باید دخالت کند».

حیطه سوم- آموزش و مشارکت افراد: لازم است چنین واحدی «نیروهای جدید را آموزش بدهد و مفاهیم سلامت را به فضای ذهنی سیاست‌گذاران وارد نماید. (فرهنگ‌سازی ذهنی سیاستمداران). می‌تواند یک روند آموزشی را شروع کند که پس از چند سال هرکسی که می‌خواهد مدیریت کند بخواهد که تأییدیه آموزشی آن واحد را داشته باشد و اگر کسی آن را نداشته باشد مدیر نمی‌شود» در زمینه ارتباط و مشارکت افراد «باید از همه تجربیات موجود استفاده نماید و افراد ناهمگن را همگن کند، بر اساس آنالیز ذی‌نفعان با آنها ارتباط برقرار کند و از ایشان نظرسنجی انجام دهد. ارتباط نزدیک و ساختاری با کسانی که وظیفه سازمانی آنها تولید سیاست است برقرار کند. یک زبان مشترک، شبکه مشترک و نقشه مشترک که موضوع سیاست‌گذاری در آن تعریف شود طراحی کند. گزارشات سیاست متناسب با مخاطبین مختلف بنویسد. فرهنگ سیاست‌گذاری شواهد مدار را ترویج دهد. نقش میانجی دانش را برای ایجاد پلی بین دانش پژوهشی و سیاست و اجرا ایفا کند. جاهایی که

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

سیاست کشور را معین می‌کنند مثل شورای عالی سلامت، مجلس و... این واحد را بشناسند. باید یک مطالبه اجتماعی به وجود بیاورد، از طریق رهبری انجمن‌های علمی و فعال کردن آنها. انجمن‌ها به جای حرف صنفی، حرف علمی بزنند و آن می‌تواند به مردم انتقال داده شود و یک مطالبه اجتماعی به وجود بیاید که در آن صورت سیاستمداران هم توجه می‌کنند». «مشارکت افراد صاحب‌نظر و مدیران گذشته هم خوب است و هم بد. اگر نیایند ممکن است برخی تجارب و نکات را از دست بدهیم. اگر بیایند ممکن است به علت این که افراد صاحب تجربه‌ای شده‌اند جلسه را در دست بگیرند و یا با عدم موافقت با بعضی موضوعات حرکت را کند کنند. اگر کسی که می‌خواهد آنها را هدایت و رهبری کند خودش فرد قوی باشد (وزیر یا رئیس واحد) می‌تواند از وجود آنها استفاده کند».

حیطه چهارم- تدوین، تصویب، اجرا و پایش سیاست: در زمینه تدوین و تصویب سیاست «اول از همه مبتنی بر شواهد، پیش‌نویس سیاست بدهد، شورای سیاست‌گذاری سلامت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را تغذیه کند، استراتژی و برنامه کلان (۵ ساله) تهیه کند و هماهنگی سیاست‌ها و برنامه‌ها را انجام دهد. یک راهنمای عملی و اجرایی برای سیاست و تصویب آن داشته باشد و بر آن اساس نهادینه کردن سیاست‌گذاری در بخش سلامت را انجام دهد. در نقد سیاست‌ها فعال باشد، هم سیاست‌های دیگران و هم سیاست‌هایی که خود در وضع آنها نقش داشته است». در زمینه اجرا باید «طراحی عملیاتی انجام دهد و برنامه اجرایی استقرار راه بیاندازد، مقاومت‌ها را تحلیل کرده و برای سیاست، بازاریابی کند. البته اجرا را می‌توان به معاونت مربوطه سپرد به طوری که ظرفیت‌سازی برای اجرای سیاست‌ها در محیط بر عهده آنان است. یک گزارش استقرار سیاست تهیه کند» برای پایش و ارزشیابی «ابزار طراحی کرده و شاخص‌ها را تعیین کند. ارزشیابی سیاست باید بر عهده خود این واحد باشد. تهیه یک گزارش ارزیابی اثرات سیاست ضروری است البته متعاقب این گزارش باید پاداش داد».

محور ج- جایگاه، اختیارات و امکانات واحد سیاست‌گذاری

حیطه اول- نیروی انسانی: در این محور بیشترین نظرات در مورد نیروی انسانی به عنوان اصلی‌ترین منبع واحد سیاست‌گذار ارایه شده است که در زیرحیطه‌های ثبات و انگیزش، انتخاب و آموزش قابل دسته‌بندی است.

زیرحیطه ۱- ثبات و انگیزش: برای ثبات و انگیزش نیروی انسانی چنین واحدی «افراد باید ثابت باشند و این همه تغییر نداشته باشند، اگر کسی آمد و مخالف بود نباید بتواند آدم‌ها را بیرون کند. از نظر منابع انسانی حتماً نباید استخدامی باشند. آدم‌های استخدامی کارمند می‌شوند و این آدم‌ها باید آزاد باشند و این مهم است. تعداد کمی استخدام باشند ولی دست کاملاً باز باشد و بتواند از همه نیروها استفاده کند. اتصال به آکادمی داشته باشد، ردیف هیأت علمی داشته باشند امنیت شغلی مهم است. باید مشکل مالی نیروی انسانی حل شود، یک دیدگاه سخاوتمندانه باید در پرداخت‌ها باشد و قیمت واقعی خدمت را بدهیم. کارها به صورت پروژه انجام شود و پرداخت مبتنی بر عملکرد باشد. بها دادن به این افراد و این واحد بسیار مهم است و احساس مفید بودن فرد و انگیزه‌های اجتماعی بالایی که این افراد دارند مهم است، تحویل گرفتن افراد و احترام به آنان و تدارک محیط و فضای کاری مناسب برای آنان مهم است البته باید بستر رشد و توسعه برای این افراد فراهم شود. به تعداد کافی افراد ارتباطی و پشتیبانی باشند که فرصت‌ها، زمان، کارآیی و احترام سایر اعضا از دست نرود. دبیر یا رئیس دایم داشته باشد که فنی‌ترین آدم وزارت بهداشت باشد. حتماً باید مشاورین بین‌المللی و خارجی هم با این واحد در ارتباط باشند. بدنه اندک با مشاورین زیاد (افراد محقق، باتجربه و نظریه‌پردازان) برای این مرکز خوب است. هر معاونت یک کرسی در این واحد داشته باشد که چرخشی باشد، مثلاً سالیانه. افراد تیم شوند و به یک گروه شکل گرفته و منسجم تبدیل شوند؛ البته گروه شدن، روش، آموزش و زمان می‌خواهد».

زیرحیطه ۲- انتخاب شایستگان با روش علمی: «سه دسته یا سه نوع آدم نیاز داریم: افراد سیاسی (که دو دسته‌اند: افراد باتجربه و مجریان ارشد فعلی)، افراد فنی، افراد ارتباطی و پشتیبانی. دو گروه سیاسی و فنی از هم سوا باشند:

روش انتخاب افراد فنی: کارشناسان سنجش صلاحیت شوند و سیاسی انتخاب نشوند، اگر محدود به افراد داخل وزارتخانه باشیم راه به جایی نمی‌بریم. آدم‌های فنی قوی باشند و با وسواس انتخاب شوند؛ باید این افراد را شناسایی کنیم و شاخص برای افراد معین شود و در موارد لزوم افراد را از دانشگاه‌ها و از جاهایی که موفق هستند، بگیریم.

روش انتخاب افراد سیاسی: پیدا کردن فرد درست[4] بسیار مهم است و باید فردی را پیدا کنیم که منافع سازمان و کشور را ببیند و در آن جهت کار کند. از افراد صاحب صلاحیت و قدیمی به

[4] Right Person

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

نوعی استفاده شود، دبیر یا رئیس، سنجش صلاحیت شوند و سیاسی انتخاب نشوند، آدم‌های سیاسی هم باشند، اعتماد به تخصص داشته باشند. باید یک معیارهایی برای رئیس این واحد تعریف شود و در خصوص این شرایط گروه‌هایی نظر بدهند. مثلاً یک گروه وابسته به مراجعی چون مجلس و یا هیأت امناء، چند نفر را واجد این شرایط (فنی) به وزیر معرفی کند».

زیرحیطه ۳- آموزش درون و برون واحدی: «آموزش افراد داخل واحد برای دستیابی به دانش و مهارت در تخصص‌های مورد نیاز این واحد بسیار مهم و اساسی است. باید افراد پتانسیل هم ارز به دست آورند (استاندارد بودن خروجی). چند رشته‌ای بودن آموزش‌های آنان نکته اساسی است. از بهترین تجربیات موجود در دنیا و داخل کشور خبر داشته باشد و بتواند آن را به داخل انتقال بدهد. تورهای مطالعاتی و مشاهده‌گری در سایر کشورها مناسب است. آموزش دیگران در آینده دور محتمل است ولی بهتر است کار دیگری اضافه نشود، کار اصلی واحد گم شده و وظیفه اصلی فراموش می‌شود. نیروهای جدید را باید آموزش بدهد. باید بتواند توانمندی‌های افراد درون کشور را رشد بدهد. حالا از طریق کارگاه آموزشی، آموزش از راه دور الکترونیکی و... این کار باید توسط آنجا انجام شود».

حیطه دوم- ساختار: در مورد ساختار چنین جایگاهی معتقدند که «ماهیت واحد بهتر است تحقیقاتی و با بودجه مستقل و سازماندهی مستقل باشد. باید اختیار بالایی داشته باشد بی آنکه از کسی خط بگیرد و فرمان ببرد. قدرت در اختیار رئیس شورا یا واحد باشد ولی هیأت امنا مناسب است، باید جایگاه فوق معاونتی داشته باشد، باید یک جایگاه و شأن ملی داشته باشد مانند انستیتو تغذیه سابق. وقتی به یک دانشگاه وصل باشد پتانسیل کار ملی را ندارد». البته برخی نیز معتقدند که « هیأت امنا به دلیل سهم‌خواهی اعضا، وجود آدم‌های سنتی با خلاقیت کم، جواب نمی‌دهد». در مورد جایگاه، نظرات متفاوت و شامل موارد زیر بود: «جایگاه خارج از وزارت بهداشت شاید در صورتی خوب باشد و شاید نه، اگر اتصال به نهاد درشت‌تری باشد که آزادی عمل بیشتری داشته باشد اهمیت دارد و به شرطی که آن آزادی عمل به این کانون منتقل شود، در مجلس مناسب نیست. فوایدی دارد ولی خطرناک است، زیر نظر معاون رئیس‌جمهور مناسب نیست نهادها در آنجا زیادند، جایگاهی مانند مرکز ملی تحقیقات با امکانات و اختیارات بیشتر خوب است. سازمان غیردولتی، بیرون از وزارت بهداشت یا نیمه مستقل باشد. داخل وزارت بهداشت جواب نمی‌دهد و عملی هم نیست چون سیاست‌ها خارج وزارت بهداشت است، اگر بخواهیم منتزع از نهادهای موجود ببینیم دشوار است، زیر نظر رئیس‌جمهور باشد ولی رهبری و هدایت آن از وزارت بهداشت باشد. اگر در وزارت بهداشت باشد، زیر نظر شخص وزیر باشد نه دفتر ایشان. باید از دست وزیر هم تا حدودی خارج باشد، از همه مهم‌تر وجود حمایت جدی وزیر است. البته همه قدرت از جایگاه نمی‌آید بیشتر از آن می‌آید که آن فردی که دنبال این کار است چقدر قدرت دارد و چقدر مایه می‌گذارد. کل بدنه نظام سلامت باید در این بحث سهیم باشد. پس باید یک سیستم یا شبکه تعریف کرد. یک واحد یا دبیرخانه‌ای برای سیاست‌گذاری باشد با یک مسؤول قوی و با ثبات یا دبیر اصلی. باید این واحد مستقل باشد. بودجه مستقل، تشکیلات مستقل، روش پرداخت جداگانه داشته باشد و سیاست‌گذارها نتوانند دخالت کنند. باید هویت مستقل داشته باشد مانند یک دانشگاه. سیاست‌گذاری باید زیر نظر وزیر باشد اگر خارج از وزارت باشد تبعیت کم خواهد بود و بدنه همکاری نخواهد کرد. بنابراین کمتر از وزیر توصیه نمی‌شود، یا شورای عالی سلامت و امنیت غذایی. زیر نظر معاون هماهنگی باشد. این واحد نباید زیرمجموعه مصرف کننده نهایی باشد. باید یک شبکه ایجاد شود از مراکز تحقیقاتی که دو روش داریم: دو مرکز بزرگ در ارتباط با مراکز داخل وزارتخانه‌ها و دانشگاه و یا یک مرکز که از روش ایجاد مراکز مطالعات و توسعه آموزش استفاده شود یعنی در همه دانشگاه‌ها واحد کوچک‌تر زیر مجموعه آن وجود داشته باشند و در دانشکده‌های مرتبط هم دفتر داشته باشند. مرکز ملی تحقیقات کار دیگری دارد و باید به آن بپردازد که جدا از سیاست‌ها است. باید این مرکز با سایر مراکز تحقیقاتی زیر نظر ارگان‌های مرتبط مثل وزارت رفاه، مجلس، سازمان مدیریت، ارتباط و هماهنگی داشته باشد. حتی می‌توان رئیس این مرکز را به گونه‌ای دید که مثلاً نظر وزیر رفاه نیز در نظر گرفته شود. از لحاظ ساختاری مثل یک دانشگاه باشد و هیأت امناء داشته باشد و وزیر رئیس هیأت امنا باشد. البته آن مرکز یک مدیر یا رئیس دارد با اختیارات مکفی».

حیطه سوم- اختیار: در زمینه اختیارات چنین سامانه‌ای معتقدند که «این ستاد فقط باید فکر کند و برنامه بدهد. تخصیص بودجه کلان در اختیار واحدی باشد که قرار است تسلط داشته باشد. به یافته‌ها اهمیت داده شود و برای طرح موضوع در شورای سیاست‌گذاری و یا شورای عالی سلامت شرایطی مبتنی بر داشتن شواهد گذاشته شود. مدون کردن مطالعات و مصوبات بسیار لازم است. اختیار هماهنگی آموزش و پژوهش در مدیریت و سیاست‌گذاری و همچنین اختیار هماهنگی کل پژوهش‌های کاربردی را داشته باشد. سیاست‌های دوره‌های آموزشی- پژوهشی داخل و خارج کشور و ارایه بورس‌های تحصیلی داخل و خارج کشور را تدوین کند. اختیارات در پرداخت‌ها شامل

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

انتخاب روش و میزان پرداخت، عقد هر گونه قرارداد (آموزشی، پژوهشی، خرید و یا فروش خدمات)، امکان گسترده عقد قرارداد با افراد و نهادهای داخلی و خارجی، پرداخت به صورت حقوق، حق جلسات یا پروژه تحقیقی می‌تواند باشد، قراردادهای بزرگ پژوهشی با افراد با موافقت و نظارت وزیر منعقد گردد. اختیارات پرسنلی و ساختاری شامل انتخاب افراد و اعضا، پیشنهاد تغییر تشکیلات، انتخاب محل و فضای مناسب کار داشته باشد. اگر هیچ آدمی در کشور نباشد، بتواند از خارج بیاید. با گروه‌های مشابه خود آشنا شود و تجربه‌اندوزی کند. اختیارات مربوط به ماده ۴۹ به این واحد تخصیص داده شود، یعنی هیأت امناء داشته باشد و مانند یک دانشگاه باشد. اختیار جابجایی و انتقال سالیانه در بودجه، منابع مالی کافی و بودجه به صورت غیرشمول، اختیار هماهنگی کل بودجه‌های پژوهشی کاربردی، اختیار کل یا بخشی از بودجه‌ای که از سازمان‌های بین‌المللی است، منابع و اهرم‌های کنترلی و تخصیصی باید در اختیارش باشد. اهرم‌های کنترل حداقل در مناطق پایلوت را در دست داشته باشد و اختیار ارتباطات منطقه‌ای و بین‌المللی تصریح شده باشد».

حیطه چهارم- منابع مالی: در مورد تأمین مالی این مرکز معتقدند: «ابتدا پول دولتی و غیرشمول باشد (۱۰ -۵ سال). بعداً سیستم صاحب نفوذ و اثرگذار می‌شود، درخشش پیدا می‌کند و می‌تواند خودش هم کار بگیرد و منابع را خودش جذب می‌کند. درصدی از بودجه کل وزارت بهداشت داشته باشد که باید آن را نشاندار کرد. بخشی از هزینه‌ها از منابع مالی موجود و متداول قابل تأمین است ولی حداقل ۵۰٪ پول خارج شمول باشد و در مسیر اداری نباید پیش برود. البته از طرفی می‌تواند کل بودجه غیرشمول باشد و با سخاوتمندی از آن استفاده شود، در توزیع منابع مالی باید دست باز باشد. بودجه تحقیقی خوب است چون از مسیر خودش برود چرخه سهل‌تر است. از منابع پژوهشی دانشگاه‌ها هم می‌توان بخشی را کسب کرد. از مالیات‌های مازاد مانند سیگار و نوشابه می‌توان برای تحقیقات استفاده کرد. منابعی را از بیمه می‌توانیم بگیریم. یک حکم کلی می‌توان از مجلس بگیریم. برای مثال مسکن ۲/۵٪ اعتبارات عمرانی را در راستای اداره پشتیبانی خرج می‌کند که یک قانون دایمی شده است و در قانون تنظیم بخش از مقررات مالی دولت آمده است. استفاده از پول‌های سازمان‌های خارجی مانند WHO و... و بودجه‌های تحقیقاتی کاربردی پیشنهاد می‌شود. ردیف مشخص و بودجه مستقل هم خوب است. ردیف سیاست‌گذاری سلامت تا سال گذشته وجود داشته است، از آن استفاده شود. از همه این روش‌ها باید استفاده شود. روش‌های پرداخت در موافقت‌نامه بیاید. از طریق بند د ماده ۴۵ برای تحقیقات کاربردی سازمان برنامه ۶۰٪ کمک می‌کند به شرط آنکه واحد سفارش‌دهنده (وزارتخانه) ۴۰٪ آن را بدهد. سایر منابع هم می‌تواند کمک کند (منابع بین‌المللی نباید زیاد مهم تلقی شود). به پایداری منابع مالی باید فکر کرد. البته پذیرش کار از سایر سازمان‌ها در آینده دور محتمل است».

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، خصوصیات یک سامانه سیاست‌گذاری سلامت به صورت هفت ویژگی یا اصل کلی در جدول زیر قابل جمع‌بندی است.

ویژگی‌ها	توضیح
جلب مشارکت ذی‌نفعان	مشارکت منطقی ذی‌نفعان در تدوین، تصویب و استقرار سیاست سلامت (متخصصین موضوعی فردی و جمعی مانند انجمن‌های علمی، مجریان سیاست و کاربران که منظور مردم هستند)، ایجاد سامانه بهره‌گیری از مشاوره‌های بین‌المللی
پاسخگویی اجتماعی	سیاست‌گذاری مبتنی بر نیازهای اولویت‌دار سلامت، استقرار نظام مستندسازی و نگهداری محصولات فرایند سیاست‌گذاری سلامت و اطلاع‌رسانی مستمر به مخاطبان، طراحی فرایندهایی که سیاست مورد نظر مطالبه مردم باشد
ضمانت اجرا	سطح‌بندی حدود و وظایف مرتبط به چرخه سیاست‌گذاری «تولید شواهد، تدوین سیاست، تصمیم‌گیری، اجرا و پایش و ارزشیابی در سطوح ملی، استانی و شهرستان» و ایجاد سامانه‌های مورد نیاز در این سطوح، تدوین بسته آموزشی و توجیهی مجریان سیاست و خدمت گیرندگان، ترمینولوژی مشترک سیاست‌گذاری و ترویج سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد
شایسته سالاری	فراخوان طرح‌های مطالعاتی ملی، به کارگیری متخصصین رشته‌های مرتبط به چرخه سیاست‌گذاری سلامت، تشکیل و مدیریت شبکه‌های خبرگان سلامت در حیطه‌های مختلف، توانمندسازی مستمر کارشناسان مرتبط چرخه سیاست‌گذاری سلامت در سطوح ملی، استانی و شهرستانی، ایجاد نظام بهره‌مندی از تجربیات خبرگان بازنشسته و یا مهاجرت‌یافته نظام سلامت
متولی باثبات	استقلال ساختاری، یکپارچه‌سازی مراکز پراکنده سیاست‌ساز و تصمیم‌گیر، دبیرخانه‌ای با رویه شفاف و مرحله‌بندی شده تدوین، تصویب، اجرا و پایش و ارزشیابی سیاست‌ها، داشتن چارچوب و دستورالعمل مدون برای تدوین و استقرار یک سند سیاست سلامت در سطح ملی، ساختاری که بتواند نیاز سیاست‌گذار را به محققان ملی انتقال داده و نتیجه کار آنان را به سیاست‌گذار ترجمه کند
استناد به شواهد	راه‌اندازی واحد دیده‌بانی سلامت و اتصال متولی سامانه به این واحد، به کارگیری برنامه‌ریزی شده کلیه مراکز تحقیقاتی کشور در تولید شواهد و تقسیم کار ملی، اختیار کامل در عقد قرارداد، پرداخت و برون‌سپاری برای تولید شواهد، اختیار کامل در اجرای پایلوت‌ها، توانمندسازی کارشناسان به عنوان میانجی و جلب حمایت
توانایی همکاری و هماهنگی	ترسیم نقشه راه سلامت کشور، هماهنگی عمودی (همسو بودن سیاست‌های مقطعی با برنامه‌های بالادستی و برنامه‌های استانی مانند نقشه‌های جامع و برنامه‌های توسعه) و افقی (هماهنگی سیاست‌ها و برنامه‌های معاونت‌های ستادی)، هماهنگی و مدیریت برنامه‌های پیشنهادی سازمان‌های بین‌المللی مانند WHO، جلب همکاری و حمایت سازمان‌های مؤثر در سلامت مردم

اجزای این مدل با چرخه سیاست‌گذاری و یافته‌های قبلی تا حد زیادی تطبیق داشته (۵) ضمن اینکه بر اساس مشکلات بومی کشورمان پیشنهاداتی از منظر مصاحبه‌شوندگان ارایه شده است. بیشترین نظرات متضاد در مصاحبه‌ها مربوط به جایگاه این واحد است که نیازمند بررسی بیشتری است و مطالعات تطبیقی در مورد واحدهای سیاست‌گذاری سایر وزارتخانه‌های کشور و همچنین تجربیات کشورهای دیگر در این زمینه کمک کننده است. مطابق چرخه سیاست‌گذاری، مشروعیت بخشیدن به سیاست مرحله مهم و پیچیده‌ای است که از سوی مصاحبه‌شوندگان اشاره نشد (۶) و لازم است پژوهش‌هایی در

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

زمینه بهترین روش و ساختار تصمیم‌گیری و مشروعیت بخشیدن به سیاست‌ها در سامانه سیاست‌گذاری سلامت کشورمان طراحی و اجرا شود. با این که این مطالعه در سال ۱۳۸۷ به انجام رسیده است و در زمان انتشار مقاله تغییراتی از نظر استقرار سامانه سیاست‌گذاری سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رخ داده است اما استفاده از ویژگی‌های توصیه شده در استقرار هر چه بهتر و باثبات‌تر سامانه سیاست‌گذاری سلامت در سطح ملی و حتی استانی موجب خواهد شد تا حرکت اجزای مختلف نظام سلامت برای دستیابی به چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ و اهداف برنامه‌های توسعه پنج ساله هماهنگ‌تر و با سرعت و دقت بیشتری انجام شود.

تشکر و قدردانی

از آقایان دکتر علیرضا دلاوری معاون هماهنگی و دبیر مجامع وقت، دکتر کامل شادپور کارشناس ملی و پیشکسوت نظام سلامت کشور و همچنین دکتر سیامک عالیخانی کارشناس ملی وزارت بهداشت در دبیرخانه هیات امنای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از اجرای این مطالعه حمایت کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1- Roberts M, Hesiao W, Berman P, Reich M. *Getting Health Reform Right: A guide to improving Performance and Equity*. Oxford University Press: 2004.
2- Fazli Hakim k. Role of health systems research in policy, planning, management and decision-making, with reference to Pakistan. Eastern Mediterranean Health Journal 1997;3(3):556-66
3- Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The Utilisation of Health Research in Policy-Making: Concepts, Examples, and Methods of Assessment. Health Research Policy and Systems 2003;1:2.
4- Pappaioanou M, Malison M, Wilkins K, Otto B, Goodman RA, Churchill RE, et al. Strengthening capacity in developing countries for evidence-based public health: the data for decision making project. Soc Sci Med 2003;57(10):1925-37.
5- Sutcliffe S, Court J. *A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries*. Research and Policy in Development Programme: London; 2006.
6- Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. European Observatory on Health and Policies; 2004.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

Where and How to Make Wise Policies for Health?

A Qualitative Study on the Characteristics of Health Policy System in the Islamic Republic of Iran

Damari B*[1] (MD), Vosoogh Moghaddam A[2] (MD-FFPH), Monazzam K[3] (MD), Salarianzadeh H[4] (MD-MPH)

[1]*Department of Social Determinant of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran*
[2]*Health policy council, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran*
[3] *Office for health standards, tariff and technology assessment, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran*
[4]*Undersecretary for Management Development and Resources, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran*

Received: 17 Jul 2010, Accepted: 22 Dec 2010

Abstract:

Introduction: Complexity of Health System along with importance of evidence based policy making implies the health policy system to be based on reasonable characteristics and measures. The goal of the current study was to respond to the question of where and how to make wise policies for health.

Method: This is a qualitative study based on in-depth structured interviews and purposeful sampling. The interviewees were 12 persons including: 2 ex-health ministers, 2 parliamentarians (members of Commission for Health), 2 ex-deputy health ministers and 6 national health experts. Data were collected, stratified and analyzed in 3 main themes, namely "policymaking problems", "functions of the health policy making system" and the "requirements for policy support unit", to shape the conceptual frame work.

Results: Regarding the content analysis of the interviews, characteristics of a reasonable health policy making system were summarized in having seven principles, namely: “stakeholders' participation”, “social accountability”, “securing of implementation”, “meritocracy”, “sustainability in positions”, “being evidence based” and “ability for coordination and collaboration”. The interviewees have proposed several customized solutions to cope with each of the seven principles as well.

Conclusion: All seven items mentioned by the interviewees are quite consistent with the health policy making cycle. In spite of all controversies on the location of the health policy support unit within the health sector, one can conclude that taking all the aforementioned principles into full consideration while designing and implementing the policy making system for health would assist the health system to attain the country’s 20-year vision in the health sector.

Key words: Health Policy; Health Policy Making System; Qualitative research

Hakim Research Journal 2011; 13(4): 210- 218.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

*Corresponding Author: National Institute of Health Research, No 78, Italia Ave, Tehran, Iran. Telefax: +98- 21- 88991107, Email: bdamari@gmail.com