

چالش‌های ساختار حکمرانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس الگوی ساختار شبکه‌ای

محمدحسین سالاریان‌زاده^۱، سلیمه لطیفی جلیسه^{۲*}

(۱) پزشک عمومی و کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران. (۲) دکتری مدیریت دولتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

*نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشگاه خوارزمی، دانشکده‌ی مدیریت، تهران، تلفن: ۰۹۱۱۲۴۳۰۱۸۶، کدپستی: ۱۵۹۹۹۶۴۵۱۱، پست الکترونیک: latifisalimeh@yahoo.com

دریافت: ۹۸/۱۱/۸ پذیرش: ۹۹/۳/۱۷

چکیده

مقدمه: در مطالعه‌ی حاضر، چالش‌های ساختاری موجود در نظام حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، براساس الگوی ساختار حکمرانی شبکه‌ای مورد تحلیل قرار گرفت.

روش کار: تحقیق حاضر از نوع کیفی بوده و با بهره‌گیری از رویکرد فراترکیب انجام شد. پژوهشگر با استخراج و ترکیب یافته‌های ۱۹ پژوهش کیفی انجام‌شده در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۷ و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۴ خبره‌ی نظام سلامت ایران، که به روش غیرتصادفی-هدفمند انتخاب شدند، مطابق چارچوب ساختار شبکه‌ای، به ارزیابی چالش‌های ساختار حکمرانی پرداخت. برای محاسبه‌ی پایایی از شاخص کاپای-کوهن استفاده شد، که مقدار آن ۸۰٪ به‌دست آمد. روایی محتوای شاخص‌های استخراجی، با استفاده از روش والتز-باسل ۸۵٪ به‌دست آمد. به‌دنبال تحلیل محتوای مقالات مذکور و مصاحبه با خبرگان، چالش‌های ساختاری نظام حکمرانی در هفت بعد سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری، قانونی، سازماندهی، مدیریتی، ارتباطات، مالی و نظارتی دسته‌بندی شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بی‌ثباتی مدیران، همگام‌نبودن سرعت سیاست‌گذاری با تغییرات جامعه، تفکیک معاونت بهداشت و درمان، عدم‌ارایه‌ی تعریفی از همکاری میان‌بخشی مناسب، عدم‌شفافیت، عدم‌آگاهی از ملزومات تصمیم‌گیری جمعی سیاست‌گذاران سلامت، عدم‌استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نظام بودجه‌ای نامناسب و عدم‌کنترل بخش خصوصی، از چالش‌های مهم ساختار حاکمیتی فعلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به چالش‌های مطرح‌شده و اهمیت آن‌ها، لازم است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت نسبت به ارزیابی راهکارهای عملی و اجرایی جهت برطرف‌کردن چالش‌های ساختار حکمرانی فعلی اقدام کنند.

کلیدواژه‌گان: ساختار سلسله‌مراتبی، ساختار شبکه‌ای، حکمرانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فراترکیب

مقدمه

حکمرانی^۱، مجموعه‌ای از ساختارها و روابط است؛ هرچند این نکته در اکثر پژوهش‌ها مورد توجه قرارنگرفته‌است [۱]. ساختار سازمانی، چارچوبی است که به‌وسیله‌ی آن فعالیت‌های سازمان تعیین، تقسیم، توزیع و هماهنگ می‌شود. شواهد و مدارک نشان می‌دهد که الگوی حکمرانی موجود، همیشه بهترین پیامد را برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه تضمین نمی‌کند [۲]. حکمرانی سیستم سلامت، صرفاً یک دیدگاه-مدل برای عملیاتی کردن یا اجرای خدمات نیست، بلکه عنصری

کلیدی در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی فعالیت‌ها برای سلامت و بهداشت بهتر است [۳]. درحال حاضر، برای درک حکمرانی سیستم سلامت به تلاش‌های عینی نیاز است که برای سیاست‌گذاران عملی و کاربردی باشد [۴]. سیستم حکمرانی موجود همیشه بهترین پیامد را برای جامعه‌ی بهداشت (سلامت) تضمین نمی‌کند [۳]. بسیاری از سیاست‌گذاران سلامت بر سازماندهی مجدد حکمرانی تاکید دارند، به‌گونه‌ای که مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی و مشارکت همگانی، نظام سلامت را به سمت کیفیت بهتر، ثبات و جهانی شدن سوق دهد [۵].

۱ Governance

شبکه‌ای به سیاست‌گذاری در سرتاسر دولت و نوآوری در حکمرانی معرفی شده است [۱۱].

ریشه‌های حکمرانی شبکه‌ای را باید در ظهور ایده‌ی سرمایه‌داری دانش در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ جستجو کرد. به‌دنبال ظهور این نوع حکمرانی به‌عنوان یک مدل ترجیحی، اکنون بر فنون تمرکززدایی و خودگردانی تأکید می‌شود [۱۲]. حکمرانی شبکه‌ای همانا طراحی، مدیریت و هماهنگی استراتژی‌ها، ساختارها و فرآیندهای میان‌سازمانی است که برای تاثیرگذاری بر سیاست‌گذاری عمومی انجام می‌شود [۱۳]. ساختاردهی مجدد حکمرانی و طراحی ساختار مبتنی بر نظریات شبکه‌ای از الزامات مدل حکمرانی شبکه‌ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. تدوین استراتژی، طراحی، مدیریت منابع، یکپارچه‌سازی و تنظیمات و ارزیابی عملکرد ساختار شبکه‌ای، از عناصر مدل حکمرانی شبکه‌ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است [۱۴].

گسترده‌ی و پیچیده‌ی حوزه‌ی سلامت سبب شده هماهنگی و تصمیم‌گیری منسجم در درون آن وزارت‌خانه و همچنین همکاری درون‌بخشی، با چالش‌های جدی مواجه شود [۱۵، ۱۶]. مطالعات نشان داده که باتوجه‌به تنوع و تعدد چالش‌های حوزه‌ی تولید، اجرای کامل مواد قانونی برنامه‌ی پنجم توسعه در بخش بهداشت، با مشکلات عدیده‌ای روبروست [۱۷].

در بازطراحی نظام برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت، مهم‌ترین چالش‌های نظام همانا ضعف در هماهنگی، ممیزی و اعتبار علمی فرآیند در نظر گرفته شده است. دسترسی به داده‌های موجود و فقدان رویکرد و الگویی برای تحلیل آن‌ها، از برجسته‌ترین چالش‌های وزارت است [۱۸]. برای بهبود عملکرد نظام سلامت ایران، اعمال اصلاحات ساختاری در وزارت بهداشت ضروری است [۱۹]. ناکافی بودن هماهنگی و ناهم‌سویی اهداف آموزش با اهداف نظام ارایه‌ی خدمات سلامت و تبیین نشدن دقیق این نظام، ضعف در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد علمی و نارسایی ساختار سازمانی آموزش پزشکی (رسمیت بالا و بوروکراسی و تمرکز زیاد)، از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت است [۲۰]. مهم‌ترین چالش‌های تولیدی نظام آموزش پزشکی کشور مشتمل بر سه محور جمع‌آوری و استفاده از خرد خبرگان، شکل‌دهی به سیاست‌ها، چشم‌انداز و راهبردهای سلامت و تاثیرگذاری رویکردها بر کنترل و تنظیم مقررات می‌باشد [۲۱]. مهم‌ترین معضل تولیدی نظام سلامت، ورود ذی‌نفعان خاص و تنگ کردن عرصه بر سایرین است؛ همچنین، عدم وجود تولید یکپارچه و برنامه‌ی جامع منابع انسانی، دلیل تشتت در مدیریت می‌باشد [۲۲].

در شرایط فعلی، باتوجه‌به تغییر اهداف و راهبردهای نظام سلامت ایران، به‌خصوص تأکید بر رویکرد پوشش همگانی سلامت^۲، اصلاح ساختار سازمانی نظام حکمرانی این حوزه، به‌ویژه در سطوح محیطی، امری ضروری و غیرقابل‌اجتناب است [۶]. اسناد بالادستی، گزارش‌های خارجی و مقررات جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به ساختار سازمانی و اهمیت تغییر در آن اشاره کرده، شامل شش مورد است:

- براساس چشم‌انداز سلامت در ۱۴۰۴، ایران باید دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در سطح منطقه باشد.
- ماده‌ی ۱۴۵ برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بر کاهش حجم تصدی‌ها و افزایش مشارکت مردم و کوچک‌سازی دولت اشاره دارد که در واقع از ضروریات مدل حکمرانی شبکه‌ای است.
- در سند توسعه‌ی ملی بخش بهداشت و درمان (۱۳۸۳)، به ناکارآمدی سازوکارهای حکمرانی نظام سلامت، به‌ویژه در نظارت و اجرای قوانین و مقررات و تداخل قوانین و وظایف بخش با سایر دستگاه‌ها، اشاره شده است [۷].
- در بند ۸ برنامه‌ی پنجم اصلاحات نظام اداری، بر تدوین «نظام نوین مدیریتی برای اداره‌ی بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» اشاره شده و آن را در برنامه‌ی اجرایی دولت قرار داده است.
- در ۱۳۹۶، رئیس‌جمهور در ابلاغ به وزیر بهداشت، بر بازطراحی ساختار حکمرانی بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، براساس روندها و آموخته‌های جهانی و همچنین بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی برنامه‌ی ششم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تأکید ویژه‌ای نموده است.
- گزارش سال ۲۰۰۷ بانک جهانی، به دلیل تعدد مراکز و تمرکز بالا، بر ناکارآمدی ساختار فعلی اشاره و بر اصلاح ساختار سازمانی نظام سلامت ایران تأکید کرده است [۸].

نگاهی به روندها در حکمرانی و چگونگی کاربرد آن در سلامت توسط دولت‌هایی که به‌دنبال بهبود نتایج سلامت بوده‌اند، نشان می‌دهد که سلامت مردم نیازمند مدلی از حکمرانی شبکه‌ای، چندسطحی و چندذینفعی است [۹، ۱۰]. بند اصلاح مدیریت نظام سلامت کشور بر طراحی و استقرار برنامه‌ی تمرکززدایی در نظام سلامت تأکید دارد [۷]. در مطالعه‌ی تحت عنوان «حاکمیت برای سلامت در قرن ۲۱»، سلامت در همه‌ی سیاست‌ها، رویکردی

² Universal Health Coverage (UHC)

نسبت به مسایل پدید می‌آورد.

جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر، پژوهش‌های انجام‌شده با تمرکز بر چالش‌های ساختاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که از این تعداد، ۱۹ مطالعه به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی - هدفمند، به‌عنوان نمونه‌ی تحقیق انتخاب شدند. معیارهای ورود به فراترکیب عبارت بودند از: کیفی‌بودن تحقیق، مرتبط‌بودن عنوان، محتوا و جامعه‌ی تحقیق (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و نیز تحقیق‌های داخلی که در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۷ انجام شده‌اند. برای بررسی شاخص روایی محتوا^۳ از روش والتز-باسل^۴ استفاده شد. بدین صورت که متخصصان، مربوط‌بودن، واضح‌بودن و ساده‌بودن هر گویه را براساس یک طیف لیکرتی چهارگزینه‌ای (مربوط نیست، نسبتاً مربوط است، مربوط است، و کاملاً مربوط است) امتیازدهی می‌کنند. حداقل نمره‌ی قابل‌قبول برای شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۷۹ است و اگر نمره‌ی گویه‌ای کم‌تر از ۰/۷۹ باشد، باید حذف شود. شاخص روایی محتوای تحقیق حاضر ۸۵٪ بود. همچنین، برای بررسی پایایی، از شاخص کاپای-کوهن استفاده شد که مقدار آن ۸۰٪ به‌دست آمد. گروه خبرگان معمولاً متشکل از ۷ تا ۱۵ نفر است [۲۴]. خبرگان با استفاده از روش نمونه‌گیری قضاوتی هدفمند انتخاب شدند که تعداد آن‌ها در جدول ۱ آورده شده است.

باتوجه به اهمیت ساختار حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تنوع و واگرایی نتایج تحقیقات در زمینه‌ی چالش‌های ساختاری وزارت و نبود الگویی جامع در این زمینه، نگارندگان برآن شدند تا با بهره‌گیری از روش فراترکیب، به شناسایی و دسته‌بندی ابعاد و مولفه‌ها پرداخته، در انتها الگویی جامع ارائه دهند. به‌نظر می‌رسد این الگو می‌تواند مبنایی برای آسیب‌شناسی ساختاری وزارت بهداشت باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر به‌دنبال پاسخ‌گویی به دو پرسش بود: «چالش‌های ساختار حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چیست و ابعاد و مولفه‌های آن کدام‌اند؟»

روش کار

فراترکیب، مشابه فراتحلیل، برای تلفیق و یکپارچه‌سازی یافته‌ها و نتایج چندین مطالعه، برای به‌دست‌آوردن یافته‌های جامع‌تر، انجام می‌شود. در مقایسه با رویکرد فراتحلیل که بر داده‌های کمی با استفاده از روش‌های آماری تکیه دارد، فراترکیب، متمرکز بر مطالعات کیفی بوده و به تفسیر مطالعات کیفی، ارتباط آن‌ها با یکدیگر و فهم عمیق پژوهشگر بازمی‌گردد. به‌عبارت دیگر، فراترکیب، ترکیب تفسیر داده‌های اصلی مطالعات منتخب است [۲۳]. فراترکیب، با فراهم‌آوردن امکان نگرش نظام‌مند از راه ترکیب پژوهش‌های کیفی مختلف، به کشف موضوعات و استعاره‌های جدید و اساسی می‌پردازد و از این راه، دید جامع و گسترده‌ای را

جدول ۱- موقعیت و تعداد خبرگان

تعداد	پُست / شغل	شرح
۱	رئیس مرکز توسعه‌ی مدیریت و تحول اداری	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	رئیس دبیرخانه‌ی شورای عالی سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	رئیس گروه سیاست سلامت و جامعه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	رئیس گروه سیاست سلامت بین‌الملل و توسعه‌ی پایدار	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	رئیس گروه سیاست بخش سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	رئیس گروه حکمرانی برای سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	رئیس گروه حکمرانی برای سلامت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	معاون بین‌الملل دانشکده‌ی بهداشت	دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱	رئیس دانشکده‌ی بهداشت	دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲	هیئت علمی دانشکده‌ی بهداشت	دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱	موسسه ملی تحقیقات سلامت/ دپارتمان حکمرانی و سلامت	دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱	دفتر مطالعات اجتماعی سلامت	مرکز پژوهش‌های مجلس

³ Content validity index

⁴ Valtz & basel

۱۳۸۰ تا ۱۳۹۷، مقالات و اسناد این سال‌ها مورد بررسی قرار گرفت. از کلیدواژه‌های متنوعی چون ساختار وزارت، ارزیابی عملکرد وزارت، الگوی حکمرانی وزارت، ارزیابی الگوی حکمرانی وزارت، نظام سلامت، تولید و نقایص و مسایل نظام سلامت در جستجو استفاده گردید که در نتیجه آن ۴۵ مقاله یافت شد.

• در گام سوم، برای انتخاب مقاله‌های مناسب، پارامترهای مختلفی چون عنوان، چکیده، محتوا و کیفیت روش پژوهش مورد لحاظ شد. جامعه‌ی مکانی پژوهش‌های منتخب به شرح جدول ۲ می‌باشد.

جدول ۲. جامعه‌ی مکانی پژوهش‌ها

منبع	نوع/تعداد	پایگاه نمایه کننده
پژوهش سلامت	مقاله/۲	مگ ایران
مجله‌ی دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی	مقاله/۲	مگ ایران
مجله‌ی دانشکده‌ی پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	مقاله/۱	مگ ایران
فصل‌نامه‌ی مدیریت سلامت	مقاله/۱	مگ ایران
مجله‌ی طب نظامی	مقاله/۱	مگ ایران
پژوهش در پزشکی (مجله‌ی پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی)	مقاله/۱	نورمگز
حکمتانه	مقاله/۱	نورمگز
دانشگاه تهران	پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد/۱	ایرانداک
مدیریت بهداشت و درمان	مقاله/۱	نورمگز
مرکز توسعه‌ی مدیریت و تحول اداری	طرح تحقیقاتی/۴	وزارت بهداشت
مجله‌ی تحقیقات نظام سلامت حکیم	مقاله/۱	مگ ایران
پایش	مقاله/۱	پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی
مجله‌ی تخصصی اپیدمیولوژی ایران	مقاله/۱	پایگاه استنادی جهان اسلام/ اسکوپوس
راهنماهای مدیریت در نظام سلامت	مقاله/۱	پایگاه استنادی جهان اسلام/ سیولیکا

چالش‌های ساختار حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشف و برچسب‌گذاری شد. • در گام ششم، کیفیت کدهای استخراجی با استفاده از نظر خبرگان کنترل شد. یافته‌های حاصل از این مرحله نشان داد که تاکنون چنین مطالعه‌ی نظام‌مندی در این زمینه انجام نگرفته و یا در قالب چارچوبی منسجم، به‌صورت نظام‌مند، تحلیل نشده‌است.

یافته‌های تحقیق

گام هفتم فراترکیب، که همانا ارایه‌ی یافته‌های تحقیق است، به شرح جداول زیر می‌باشد:
ابعاد و مولفه‌ها در جدول ۳ نشان داده شده‌اند:

در پژوهش حاضر، از روش هفت گام فراترکیب سندلوسکی و باروسو^۵ استفاده شد:

- در گام اول، پرسش پژوهش مطرح شد: «چه مولفه‌هایی ضعف‌های ساختاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهند؟». در این گام با خبرگان مصاحبه شد.
- در گام دوم، پایگاه‌های داده‌ای، نشریه‌های داخلی و خارجی و اسناد موجود در دانشکده‌های مدیریت سلامت، با تمرکز بر مقالات مرتبط با ساختار وزارت، بررسی شدند. به دلیل انعکاس مطالعات پیشین در مقالات منتشرشده در فاصله‌ی سال‌های

- در گام چهارم، مقاله‌ها براساس مرجع مربوط به هر مقاله، شامل نام نویسنده، سال انتشار و اجزای هماهنگی، طبقه‌بندی شدند.
- در گام پنجم، ابتدا به تمامی عوامل استخراج‌شده از مطالعات پیشین، کدی اختصاص یافته و سپس با در نظر گرفتن مفهوم هریک، کدها در مفاهیم مشابه دسته‌بندی شدند. در این گام، کدهای مستخرج از تحقیق‌ها و مصاحبه با خبرگان، ترکیب و بدین ترتیب مفاهیم پژوهش مشخص شد. در مجموع، تعداد هفت بعد و ۸۴ شاخص برای

⁵ Sandelowski &Barros

جدول ۳- ابعاد و مولفه‌های ضعف ساختار حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بعد	مولفه‌ی ضعف ساختار فعلی	مزیت ساختار شبکه‌ای
	تمرکزگرایی بیش از حد	عدم تمرکز
	رسمیت‌گرایی و بوروکراسی زیاد	رسمیت پایین
	نامتناسب بودن وظایف و اختیارات وزارت بهداشت	تناسب وظایف و اختیارات
	پراکندگی ساختاری وزارت بهداشت	وجود سازمان اجرایی شبکه
	تفکیک معاونت بهداشت و درمان	
	پایداری مدیران در ساختار فعلی	انعطاف‌پذیری
	حجیم بودن بخش ستاد وزارت بهداشت	
	ناهمگونی ساختار وزارت بهداشت از نظر صف و ستاد	عدم بخشی‌نگری
	فعال شدن سازمان‌های غیررسمی	
	وجود وظایف موازی و متداخل	ادغام سازمان‌های دارای وظایف مشابه
	نامتعادل بودن حجم وظایف	تناسب حجم وظایف
سازماندهی	غیرواقع‌بینانه بودن وظایف حوزه‌ها	واقع‌نگری
	ورود حوزه‌ی مرکزی وزارتخانه به کارهای اجرایی	
	عدم تناسب ساختار تشکیلاتی با وظایف محوله	
	حجیم بودن ساختار فعلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	کوچک‌سازی
	قدرت‌گرای بودن ساختار نظام سلامت	
	ضعف ساختار محتوایی	
	شفاف نبودن مسئولیت‌ها و اختیارات	شفافیت
	نارسایی ساختار سازمانی بخش آموزش پزشکی	
	نیود فرهنگ کار پروژه‌های برنامه‌های سلامت	وجود فرهنگ کار پروژه‌های
	عدم شفافیت نقش‌ها در بخش‌های تابع و همکار وزارت بهداشت	شفافیت
	ازهم‌گسیختگی ساختاری	تثبیت ساختاری
	عدم انسجام ساختاری در بخش‌های تابع و همکار وزارت بهداشت	
	عدم اجرای درست قوانین	خودتنظیمی
	تداخل قوانین و وظایف بخش با سایر دستگاه‌ها	
قانونی	وجود قوانین و مقررات متعدد موازی، متضاد و انعطاف‌ناپذیر	
	ضمانت‌های اجرایی ضعیف قوانین و مقررات	وجود سازمان نظارتی
	عدم پیگیری و ارزشیابی درست قوانین	خودتنظیمی

ادامه‌ی جدول ۳- ابعاد و مولفه‌های ضعف ساختار حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بعد	مولفه‌ی ضعف ساختار فعلی	مزیت ساختار شبکه‌ای
سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری	پراکندگی مراکز سیاست‌ساز و تصمیم‌گیر حوزه‌ی سلامت	عامل مرکزی هماهنگی
	نیاز به تقویت هماهنگی میان سیاست‌های آموزشی، پژوهشی و ارابه‌ی خدمات	منابع انسانی متخصص
	ضعف در به‌کارگیری نیروی ماهر در برنامه‌نویسی، سیاست‌سازی و پیش‌موثر	تعریف همکاری میان‌بخشی مناسب
	عدم‌تعارف همکاری میان‌بخشی مناسب	اجرائی‌نشدن تصمیم‌ها
	عدم‌آگاهی از ملزومات تصمیم‌گیری جمعی سیاست‌گذاران سلامت	نیود متخصصین رشته‌های مختلف در شورای سیاست‌گذاری
	عدم‌ثبات سیاست‌های بهداشتی-درمانی کشور	همگام‌نبودن سرعت سیاست‌گذاری با تغییرات جامعه
	ادراک ناهمگون سیاست‌گذاران	قدرت زیاد پزشکان
	عدم‌استفاده از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و خرد	تضاد منافع در سطح خرد و کلان تصمیم‌گیری
	متولی‌نبودن وزارت بهداشت در سیاست‌گذاری‌های کلان	تمرکز محدود بر سیاست‌گذاری مالی
	جامع‌نبودن سیاست‌گذاری	بی‌ثباتی مدیران
	نبودن مهارت کارآمدکردن نظام در مسئولین ارشد	تکم‌مهارتی‌بودن کادر تصمیم‌گیرنده (بیش‌تر مهارت فنی دارند)
	فقدان تحصیلات مدیریتی مدیران تصمیم‌گیرنده	کم‌بود دانش و ضعف نگرش ساماندهی و مدیریت مشارکتی
	عدم‌تفویض اختیار امور اجرایی به واحدهای استانی	عدم‌واگذاری امور غیرانحصاری به بخش غیردولتی
	مدیریتی	عدم‌جلب مشارکت‌های مردمی
	ناکارآمدی در مدیریت منابع	کارایی
	ضعف رهبری درون‌بخشی	بهبود رهبری درون‌بخشی
	پایین‌بودن بهره‌برداری از منابع موجود در بعد تولید	شفاف‌نبودن تکلیف دولت در زمینه‌ی مالکیت، تصدی‌گری، مدیریت و نظارت بر بیمه‌ی خدمات درمانی
	واگذاری بخشی از وظایف حکمرانی وزارت بهداشت به سایر سازمان‌ها	برون‌سپاری
	محدود‌نبودن وظایف حوزه‌ی ستادی به امور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت	ترکیب بخش دولتی و خصوصی
	عدم‌توجه عمده به برخی مشکلات، به‌خصوص در بخش ارابه‌ی خدمات خصوصی	

ادامه‌ی جدول ۳- ابعاد و مولفه‌های ضعف ساختار حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بعد	مولفه‌ی ضعف ساختار فعلی	مزیت ساختار شبکه‌ای
ارتباطات	ارتباط ضعیف و ناهماهنگ میان آموزش و درمان	همکاری میان‌بخشی مناسب
	ضعف در همکاری و ارتباط با نظام خدمات بهداشت	
	ارتباط آموزشی اندک میان معاونت‌ها	
	نداشتن برنامه و راهکار مناسب جهت ارتباط میان آموزش پزشکی و نظام عرضه‌ی خدمات	
	ضعف ارتباطات سازمانی (درون و برون‌بخشی)	ایجاد روابط مبتنی بر اعتماد-سرمایه‌ی اجتماعی
	ارتباط ضعیف وزارت بهداشت با سایر سازمان‌ها	ایجاد روابط مبتنی بر اعتماد-سرمایه‌ی اجتماعی
	ناکارآمدی و معیوب‌بودن ارتباطات نظام سلامت	ایجاد روابط مبتنی بر اعتماد-سرمایه‌ی اجتماعی
	نظام بودجه‌ای نامناسب	
	ناکارآمدی نظام هماهنگ پرداخت حقوق و دستمزد	
	برابری بودن هزینه‌ی صف و ستاد	
برابری بودن هزینه‌ی بهداشت و درمان		
صرف هزینه‌ی زیاد در بخش ستاد		
مالی	تعرفه‌های غیرواقعی	ارایه‌ی عادلانه‌ی خدمات فراگیر
	بالا بودن پرداخت از جیب مردم	ارایه‌ی عادلانه‌ی خدمات فراگیر
	توزیع نامناسب بودجه‌های عمرانی-ملی	
	عدم کفایت حقوق	
	تخصیص کم منابع مالی برای فعالیت‌های برنامه‌نویسی و مراقبت از سیاست‌ها و برنامه‌ها	
	دریافت‌های غیررسمی ارایه‌کنندگان خدمات بابت ارایه‌ی خدمت	
	ضعف در سامانه‌ی پایش و نظارت در بخش‌های بهداشت و درمان	ایجاد ظرفیت خودتنظیمی- وجود سیستم‌های اطلاعاتی مبتنی بر بخش
	ضعف سامانه‌ی نظارتی و ارزیابی عملکرد (مدیران و کارکنان)	ایجاد ظرفیت خودتنظیمی
نظارتی	عدم نظارت بر تصمیم‌گیری	ایجاد ظرفیت خودتنظیمی
	جدی گرفته‌نشدن امر پایش و ارایه‌ی گزارش‌های دوره‌ای و قابل دفاع از پیش‌رفت برنامه‌ها توسط سیاست‌گذاران	ایجاد ظرفیت خودتنظیمی-فراحکمرانی
	عدم کنترل بخش خصوصی	ایجاد ظرفیت خودتنظیمی-فراحکمرانی

بحث

در ادامه به اختصار به تعدادی از مهم‌ترین چالش‌های ساختار حکمرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌پردازیم:

سازماندهی

یکی از مهم‌ترین چالش‌های ساختار حکمرانی وزارت بهداشت از دید خبرگان، تفکیک دو معاونت بهداشت و درمان از یکدیگر بود.

هرچند از نظر تشکیلاتی و ظاهری، ارتباطی میان نظام ارایه‌ی خدمات و نظام آموزش عالی برقرار است، اما در عمل، آموزش، رشته‌هایی را تصویب و ابلاغ می‌کند که

منطبق با نیاز جامعه نبوده یا دغدغه‌ی اصلی جامعه نیست [۲م]. در بخش آموزش نظام سلامت، ۹۵٪ به رشته‌های پزشکی و ۵٪ به دیگر رشته‌ها اختصاص دارد [۱م].

متأسفانه سایر دستگاه‌ها، همچون آموزش و پرورش، دادگستری، نفت، صداوسیما و بانک‌ها، با ارایه‌ی مستقیم خدمات سلامت در کار وزارت بهداشت دخالت کرده و سبب پراکندگی می‌گردند [۵م].

بوروکراسی، رسمیت و تمرکزگرایی زیاد، از دیگر معایب ساختاری وزارت بهداشت هستند [۲م]. نبود فرهنگ کار پروژه‌ای در اجرای برنامه‌های سلامت، از دیگر

تابستان ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

صنایع و مدیریت صنعتی نیز عضو باشند [م ۱]. تضاد منافع در سطح خرد و کلان تصمیم‌گیری وجود دارد. تضاد منافع منجر به پدیده‌ای به نام درب‌های گردان شده که به موجب آن افراد می‌گردند و تصمیم‌های مختلفی می‌گیرند که به ضرر مردم است [م ۷].

جامع‌نبودن روند سیاست‌گذاری و ضعف استفاده از رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و خرد جمعی خبرگان، از دیگر چالش‌های مطرح‌شده است. برخورداری از شواهد متقن، رکن اساسی هر سیاست‌گذاری است؛ البته این داده‌ها باید شفاف و معتبر باشند تا جلب اعتماد کنند [م ۳].

نیروهای سلامت و افراد تصمیم‌گیرنده و فراهم‌کننده خدمات سلامت، کارکردن در یک نظام شفاف که بتوان در آن تصمیم‌گیری جمعی کرد را فرا نگرفته و ابزارها و الزامات آن را نمی‌دانند. وقتی وزیری عوض می‌شود، سازوکارهای تصمیم‌گیری به هم می‌ریزند [م ۷].

مدیریتی

مسئولین ارشد نظام سلامت باید مهارت کارآمد کردن نظام را داشته باشند که این مهم، به دلیل عدم آگاهی یا ضعف امکانات و قدرت اداری/سیاسی، تا کنون میسر نشده است [م ۱].

تصمیم‌گیری‌های کاملاً جزیره‌ای درون‌وزارتی منجر به پراکندگی و ائتلاف منابع شده و در نتیجه، منابع مالی، زمان، مواد و امکانات، انرژی و نیروی انسانی از دست می‌رود [م ۸].

مسئله‌ی مهم دیگر، شایسته‌سالاری است. افراد براساس تعهد و تخصص به کار گرفته نمی‌شوند، بلکه براساس گرایش سیاسی و ارتباطات شخصی و سهم‌خواری جناح‌های سیاسی به کارهای تخصصی گماشته می‌شوند و در نتیجه نمی‌توانند کار را به‌خوبی مدیریت کنند [م ۷]. وزارت بهداشت با آموزش و ایجاد واحدهای سلامت در سازمان‌های خصوصی و دولتی می‌تواند بسیاری از وظایف را واگذار و بار خود را کم کند [م ۴].

ارتباطات

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مسئول جلب مشارکت میان‌بخشی در جهت بهتر کردن مدیریت حوزه‌ی سلامت است؛ هرچند با گذشت سال‌ها، هنوز این مهم به درستی شکل نگرفته است [م ۳].

غالب وظایف و مسئولیت‌های نظام سلامت، چندبعدی بوده و بخش‌ها و دستگاه‌های مختلف درگیر آن هستند؛ مثلاً برای انجام واکسیناسیون، باید چند اداره از درون و بیرون وزارت درگیر شوند. اما نکته‌ی مهم این است که این بخش‌ها باید طوری با یکدیگر تعامل کنند که بتوانند در درون یک نظام شبکه‌ای مناسب، با مشارکت

چالش‌های مطرح‌شده است. شفاف‌نبودن نقش‌ها و مسئولیت‌ها در بخش‌های تابع و همکار وزارت بهداشت، از دیگر چالش‌های ساختاری مهم است.

سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری

تعریف مبهم همکاری میان‌بخشی مناسب، از دیگر چالش‌های ساختار فعلی وزارت بهداشت است. طبق باور جهانی که تامین سلامت تنها مسئولیت دولت نبوده و دولت‌ها نمی‌توانند پاسخ‌گوی کامل نیازهای سلامت باشند و این که تمامی دستگاه‌های دولتی به‌نوعی در سلامت مردم نقش دارند، سایر سازمان‌ها، مردم و تشکل‌های مردمی نیز باید در حوزه‌ی سلامت سهیم باشند [م ۴]. از سوی دیگر، گذار از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر مزمن، که عوامل متعددی در بروز و شیوع آن‌ها تاثیرگذار است، لزوماً در کنترل وزارت بهداشت نیست؛ بنابراین، حمایت سایر سازمان‌ها لازم می‌نماید [م ۳]. به دلیل اهمیت سلامت در ایران و پیش‌نهاد سازمان جهانی بهداشت، باید در سطح دولت برای آن تصمیم‌گیری شود، چون کاری چندبخشی است. همچنین، در بخش سلامت، سازمان‌های متعددی وجود دارند که در نظام ارایه‌ی خدمات نیستند [م ۵].

بنابر یافته‌ها، ۲۰٪ عوامل موثر بر سلامت جامعه در دست وزارت بهداشت بوده، سایر عوامل و مولفه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موثر بر سلامت، شامل مسکن، اشتغال، امنیت، درآمد، سواد عمومی، حفاظت محیط زیست، مدیریت شهری و سرمایه اجتماعی، در ید قدرت سایر دستگاه‌ها است [م ۳]. در سیاست‌گذاری، گفتمان قدرت قوی است و قشر تصمیم‌گیرنده، پزشکان هستند که تضاد منافع بسیار دارند [م ۱].

از نظر حکمرانی، نقش تولیتهی وزارت بهداشت در بخش سلامت پذیرفته نشده و متولی واقعی، مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه و بودجه و مجمع تشخیص مصلحت نظام هستند. این در حالی است که وزارت بهداشت در سیاست‌سازی و انتقال داده به این مراجع نقش مهمی دارد [م ۶]. چنانچه سرعت مدیریت هر جامعه‌ای از سرعت تغییرات آن عقب بیفتد، کنترل جامعه از دست می‌رود. سرعت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نباید عقب‌تر از تغییرات جامعه باشد [م ۶]. سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی باید استانی و باتوجه‌به شرایط محلی باشد [م ۳]. در شورای سیاست‌گذاری، تنها یک تخصص و آن هم علوم پزشکی نقش دارد. برای اصلاح بدنه‌ی اصلی تصمیم‌گیری، ترکیب شورای سیاست‌گذاری باید تغییرات اساسی یابد و علاوه‌بر رشته‌های علوم پزشکی، رشته‌های حقوق، جامعه‌شناسی، اقتصاد، علوم اجتماعی، علوم انتظامی و نظامی، بیمه، مدیریت مالی و بازرگانی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت استراتژیک، مهندسی

گروه‌های درآمدی به‌صورت مستقیم ازجیب‌مردم پرداخت می‌شود [۲۵]. وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ از علل ناکارآمدی نظام بیمه سلامت در کشور است [۲۶]. مطابق نظر خبرگان، سازمان‌های بیمه‌گر که خدمات پایه‌ای ارائه می‌دهند باید با همدیگر ترکیب شده و به‌صورت یک قدرت کامل و در یک مجرا، خریدار خدمت از مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات باشند. تجمیع بیمه‌ها، که منجر به تامین منابع می‌شود، باید اتفاق بیافتد. مهم‌ترین چالش موجود در ارائه‌ی خدمات سلامت ایران، موضوع تعرفه‌های غیرواقعی است [۲۷]. سیستم ارزیابی و انتخاب مدیران درحال حاضر بیش‌تر بر مبنای سلیقه و خارج از معیارهای صحیح است. روند ارتقای مدیران نظام سلامت بایستی براساس شایستگی و نه روابط باشد. در ساختار شبکه‌ای، کارکنان دارای مهارت‌های چندگانه هستند. با مشاهده‌ی عدم کارایی نیروها، باید تعدیل نیرو انجام شود تا منجر به هزینه‌های اضافی نشود. بنابراین تعدیل نیروی کار غیرماهر و استخدام نیروی کار دارای تخصص چندگانه، از ضروریات است. مطابق نظر خبرگان، به‌منظور برطرف کردن ضعف ساختار حاکمیتی فعلی و انطباق با ساختار شبکه‌ای، دوره‌ی مدیریت مدیران باید طولانی‌تر از وضعیت موجود باشد. در این الگو نمی‌توان مدیر یک ساله داشت.

درحال حاضر، در شورای سیاست‌گذاری تنها یک تخصص ایفای نقش می‌کند (پزشکی) و لازم است متخصصانی از رشته‌های حقوق، جامعه‌شناسی، اقتصاد، مددکاری، پلیس، بیمه، مدیریت مالی، منابع انسانی و مدیریت استراتژیک نیز حضور داشته باشند.

هماهنگی و همکاری میان دستگاه‌های مرتبط، با محوریت وزارت بهداشت، در نظام سلامت کشور بسیار حایز اهمیت است که متأسفانه به‌دلیل نبود مدل مشخص همکاری و هماهنگی، چالش‌های زیادی وجود دارد [۲۲]. به‌عقیده‌ی خبرگان، چون سلامت کالای حاکمیتی است و فراهم کردن آن ماورای مرزهای وزارت بهداشت است، جهت تحقق مفهوم انسان توسعه‌یافته باید نظامی وجود داشته باشد که وزارت بتواند ماورای مرزهای خود فعالیت کند. مهم‌ترین معضل در تولید نظام سلامت، ورود ذی‌نفعانی خاص در این عرصه و تنگ کردن عرصه بر سایرین است. هرچند توجه به ذی‌نفعان به‌طور کلی پسندیده است، اما محوریت یک یا چند ذی‌نفع می‌تواند مواضع جانب‌دارانه و تعارض منافع جدی را رقم بزند. تدوین تولید سلامت چندبخشی جهت برطرف کردن این معضل و انطباق با ساختار شبکه‌ای، از پیش‌نهادهای خبرگان مصاحبه‌شونده بود. برای جلب مشارکت بخش‌های مختلف، باید مسایل و مشکلات نظام سلامت در ارتباط با سایر سازمان‌ها شناسایی، گزاره‌های سیاستی تدوین و سپس میزان تاثیر آن‌ها بر

هم، به نفع شهروندان تصمیم‌گیری کنند، نه این‌که درپی حفظ منافع گروهی و بخشی خود باشند [م ۷].

مالی

یکی از مهم‌ترین چالش‌های ساختار حکمرانی، بالابودن سهم پرداختی مردم از هزینه‌های درمان است. تعرفه‌های غیرواقعی از دیگر چالش‌های مالی است. در حوزه‌ی مردم نیز باید کاری کرد که تا حدی که قانون مشخص کرده، پوشش بیمه‌ای محقق و حق بیمه‌ها پرداخت شود تا بتوان به‌واسطه‌ی آن حداکثر سهم پرداخت از جیب مردم را به کم‌تر از ۳۰٪ رساند [م ۹].

قطار اصلاح روش بودجه‌ریزی باید به‌حرکت درآمده، نظام بودجه‌ریزی مبتنی بر شفافیت و اهداف، مشخص و برنامه‌ها با مشارکت تعریف شوند [م ۳]. ساختار سازمان‌های بیمه‌گر، فارغ از تنگناهای سیاسی و براساس سیاست‌های کلی سلامت، نیاز به اصلاح دارد. اگر نتوانیم سازمان‌های بیمه‌گر را تجمیع و منابع آن‌ها را متمرکز کنیم، مشکلات سلامت همچنان تداوم خواهد داشت [م ۹].

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر سعی شد به برخی مسایل مهم نظام سلامت، با توجه به جایگاه هر یک، پرداخته شود. البته نیاز است مسایل هر دسته با تفصیل بیش‌تری بررسی گردد. یافته‌های حاصل از تحلیل محتوای مقالات و مصاحبه با خبرگان با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها مطابقت دارد. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در راستای ارتقای کیفیت خدمات، متضمن شناسایی چالش‌ها و توجه به خواست و نظرات بیماران و جامعه است. یافته‌ها نشان داد ادغام دو حوزه‌ی سیاست‌گذاری بهداشت و درمان، در زمان خود مانع چندگانگی مدیریت نظام سلامت شده است. درعین حال، ادغام آموزش پزشکی با عرصه‌های بهداشتی و درمانی، موجب افت کیفیت آموزش پزشکی و ارائه‌ی خدمات درمانی در بیمارستان‌های آموزشی شده است [۷].

فرهنگ سازمانی، عامل موثری در تداوم روند اصلاحات نظام سلامت است و داشتن چشم‌انداز و راهبردهای روشن، در راستای اهداف اصلاحات نظام سلامت و مستندسازی و مکتوب کردن فعالیت‌ها، امری اجتناب‌ناپذیر می‌باشد [۶]. یکی از موانع بهره‌برداری سیاست‌گذاران سلامت از شواهد، عدم دسترسی به‌هنگام است [۲۴]. مطابق نظر خبرگان، گردش امور باید شفاف و براساس شواهد باشد؛ داده‌ها باید شفاف، معتبر و در جهت تقویت اعتماد باشند. نباید اطلاعات غلط به ذی‌نفعان و مردم داده شود. اعتماد و داده‌ی شفاف در ساختار شبکه‌ای مهم هستند.

علی‌رغم پوشش فزاینده‌ی سازمان‌های بیمه‌گر، هنوز بیش از نصف هزینه‌های خدمات سلامت در همه‌ی

طراحی ساختار شبکه‌ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
طراحی استراتژی ساختار شبکه‌ای در سطوح نظام سلامت و عملیاتی

بررسی وضعیت پاسخ‌گویی وزارت بهداشت، از گام‌های اولیه‌ی سنجش حاکمیت فعلی است که الگویی برای آن وجود ندارد. بنابراین، این پرسش مطرح است که «الگوی پاسخ‌گویی وزارت بهداشت شامل چه عناصری است و تفاوت آن با الگوی پاسخ‌گویی شبکه‌ای چه می‌باشد»؟

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با عنوان «ارزیابی وضعیت حاکمیت نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران» با کد ۱-۹۹-۷۴-۱۶۴۹۸ است که با حمایت مالی مرکز تحقیقات ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. از کلیه‌ی خبرگانی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، سپاس‌گذاری می‌شود.

Reference

- 1- Peters B.G, Pierre J. The Sage Handbook of Public Administration, London: Sage. 2003: 102.
- 2- Greer S.L, Wismar M, Figueras J. Introduction: strengthening governance amidst changing overnance. In: Strengthening Health System Governance: better policies, stronger performance'. WHO: European Observatory on Health Systems and Policies 2015.
- 3- Greer L, Lillvis D. Beyond leadership: political strategies for coordination in health policies, Health Policy. 2014; 116(1): 12-17.
- 4- Barbazza E, Tello J. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern, Health Policy .2014; 20(3):1-11.
- 5- Zanganeh Baygi M, Seyadin S. H, Rajabi Fard, M, Kouhsari Khameneh A. daptation Of Goals And Organizational Structure In Iran's Primary Healthcare System, A Systematic Review. Payavard salamat 2015-9:458-446.
- 6- Rostamigooran N, Vosoogh-oghaddam A, Salarianzadeh M.H, Esmailzadeh H, Damari B. Organizational Culture of the Headquarters of the Iranian Ministry of Health and Medical Education, Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2016; 14(4):1-14.
- 7- National document for the development of the health sector in the fourth economic, social and cultural development plan of the country. [cited 2005 February 28]. Available from: <http://shaghoor.ir/downloadarea.php?id=2705>.
- 8- The World Bank Group. Islamic Republic of Iran health sector review. [cited 2007 march 15.]
- 9- Considine M, Lewis J.M. Bureaucracy, Network, or Enterprise? Comparing Models of Governance in Australia, Britain, the Netherlands, and New Zealand. Public Administration Review. 2003; 63(2): 131-140.
- 10- Baum J, Calabrese T, & Silverman B. S. Don't go it alone: Alliance network composition and startup's performance in Canadian biotechnology. Strategic Management Journal. 2014; 21: 267-294.
- 11- Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for Health in the 21st century: a study conducted for the WHO regional office for Europe*. Copenhagen, WHO regional office for Europe. 2012 :11-15. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century>
- 12- Junki K. Networks, network governance, and networked networks, International Review of Public Administration. 2006; 11(1): 19-34.
- 13- Agranoff R. Networks and Governments. Public Administration Review. 2017; 77(5): 784-786.
- 14- Latifi jaliseh S. Designing a Network Governance Model for the Ministry of Health and Medical Education. (Phd Thesis). Tehran. Kharazmi university of Tehran; 2020: 197. [in persian].
- 15- Rashidian A, Damari B, Larjani B, Vosoogh Moghaddam A, Alikhani S, Shadpour K and Khosravi A. Health Observatories in Iran, Iranian Journal of Public Health. 2013; 42(1): 84-87.
- 16- Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center, Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2015; 13(1): 1-16.
- 17- Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Fathi M, Kazemi A. Redesigning operational planning system (OPS) for ministry of health and medical education in Iran, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences. 2013; 13(1): 21-32.
- 18- Etemad K, Heidari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. Challenges of Access to Data of Ministry of Health from the Perspective of Policy-makers, Producers, and Consumers of Data: A Qualitative Study, Iranian Journal of Epidemiology. 2017; 13 (3): 174-182.
- 19- Jabbari A, Keyvanara M, Mina Azizzadeh Soltantajiyani A.

- Infrastructures and Necessary Actions Parallel to Reforms of Medical Service Tariffs to Improve Health System Performance in Iran: A Qualitative Study, *Manage Strat Health Syst.* 2017; 2(2): 130-45.
- 20- Mimitazmanesh N. Major Challenges of the Medical Education System and Reform Solutions in the Islamic Republic. cited 2015 march 1 [Available from: <http://www.ams.ac.ir/index.php/>]
- 21- Biglar M, Bastani P, Vatan khah S. The Challenges Of Stewardship In Medical Education System: A Qualitative Approach, *payavarde salamat.* 2014; 7(4): 299-311.
- 22- Ezadbakhsh H. Crossing over health system issues, *Hkmtanh.* 2017;1(7):25-32.
- 23- Saaty, Thomas L. Decision making with the analytic hierarchy process. *International journal of services sciences* 2008; 1(1): 83-98.
- 24- Imani Nasab MH, Seyedin SH, Majdzadeh SR, Yazdizadeh B, Salehi M. Factors Affecting the Development of Evidence-Based Health Policy Papers at the Ministry of Health Care and Medical Education. *Journal of Health Administration.* 2015; 18: 105-17.
- 25- Semnani S.H, Keshtkar A.A. Estimating the fairness of the cost of health services in the area Covered by Gorgan Population Research Database. *Journal of Gorgan university of medical sciences.* 2004;5(12);53-59.
- 26- Raeisi AR, Mohammadi E, Nuhi M. Significant improvement points and offering strategies to improve the quality and quantity of health insurance in iran: A qualitative study. *Health Inf Manage.* 2013; 10(2): 357-64. Jabbari A, Keyvanara
- 27- Zare H, Barzegar M, Keshavarz Kh, Russel M. Principles and methods of health care Tariffs Tehran. Research center of hospital Management Tehran University of medical sciences and Health Services: Iran, Tehran. 2011:43-45.

Challenges of Governance Structure in the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education of Iran Based on Network Structure Model

Mohammad hosein salarianzadeh¹, salimeh latifi jaliseh^{2*}

1- Physician, Master of Health Services Management, Ministry of Health, Treatment and Medical Education.

2- Phd of Public Management, Kharazmi University of Tehran.

Abstract

Introduction: In the present study, structural challenges in the governance system of the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education of Iran were analyzed based on the network structure model.

Methods: The present qualitative study was conducted using a meta-combined approach. The study used the findings of 19 qualitative studies, conducted between 2001 and 2018, and semi-structured interviews with 14 non-randomly selected experts of the Iranian health system. The Kapa-Cohen index was used to calculate the reliability, which was 80%. Also, the Waltz-Basel method was used to assess the content validity of the extracted indices, which was calculated to be 85%. Through the content analysis of the articles and interviews with experts, the structural challenges of the governance system were classified into seven dimensions, including policy-making and decision-making challenges, legal challenges, organizational challenges, managerial challenges, communication challenges, financial challenges, and regulatory challenges.

Results: The findings showed that important challenges in the current governance structure of the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education of Iran include the instability of managers, inconsistent speed of policy-making and changes in society, the separated activity of the Health Deputy and Treatment Deputy of the Ministry, lack of defined inter-sectoral cooperation, lack of transparency, lacked knowledge of the requirements of collective decision-making in health policy-makers, the lacked use of evidence-based policy-making, inadequate budget system, and lack of control over the private sector.

Conclusion: According to the challenges and their importance, health policy-makers and planners must provide practical and applicable solutions to address the challenges of the current governance structure.

Keywords: Hierarchical Structure, Network Structure, Ministry of Health and Medical Education, Meta-synthesis

Please cite this article as follows:

Salarianzadeh M.H, Latifi Jaliseh S. Challenges of governance structure in the ministry of health, treatment, and medical education of Iran based on network structure model. *Hakim Health Sys Res.* 2020; 23(2): 189-200.

*Corresponding Author: kharazmi university, Tehran, postal code: 1599964511, Tell: (+98)9112430186, E-mail: latifisalimeh@yahoo.com