

حکمرانی نظام سلامت: یک مرور مفهومی

محمد فاروق خسروی^{۱*}، علی محمد مصدق راد^۲، محمد عرب^۳

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: ۰۲۱۵۱۶۴۴۴۰۳، پست الکترونیک: khosravi.mohammad1@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۸

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 *Google Scholar* و *Google* جستجوی *Medline*، *EMBASE*، *ProQuest*، *Scopus*، *Cochrane Library* و *Science Direct* و موتورهای جستجوی *Google Scholar* و *Google* 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، تولید برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه» است. سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولید 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، کارایی، مسئولیت‌پذیری، کنترل فساد، اثربخشی، اخلاق محوری، 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، تولید و کنترل برای دستیابی به حکمرانی خوب نظام سلامت ضروری است.

واژگان کلیدی: حکمرانی، نظام سلامت، مرور مفهومی

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 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. در صورت نیاز تعریف مفهوم با توجه به اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارها بازنگری و اصلاح

می‌دهد که شامل ساختارها، فرآیندها و پیامدهاست.

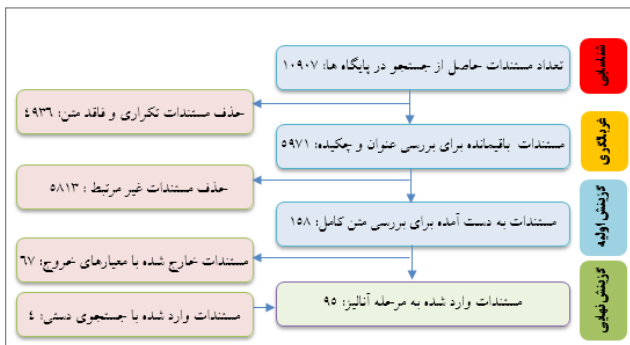
حکمرانی نظام سلامت یکی از کارکردهای بسیار مهم نظام سلامت است که دستیابی به اهداف اصلی و فرعی آن را ممکن می‌سازد. منابع زیادی صرف نظام سلامت کشورها می‌شود. ولیکن، مسئولیت‌پذیری و شفافیت ضعیف، انگیزه پایین برای پاسخگویی و مشارکت کم مردم در موضوعات سلامتی موجب اثربخشی کم نظام سلامت شده است. حکمرانی نظام 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

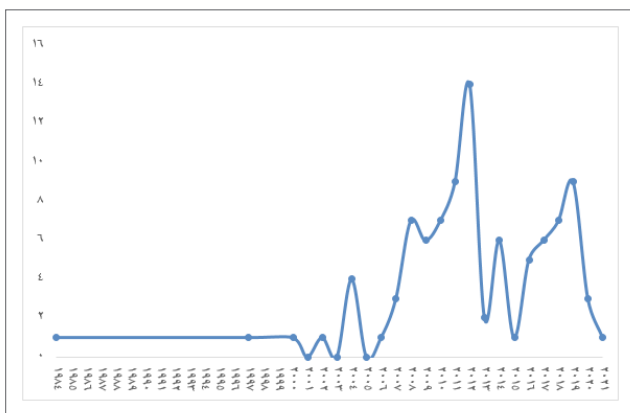
4.Stewardship

5.Regulation

6.Oversight



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مطالعات



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

کسب ۱ و ۱۵ و حداقل امتیاز مورد قبول ۱۰ بود [۱۱]. مستندات به دست آمده 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 غیر مرتبط 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^۷ [۱۲]، تحلیل موضوعی^۸ [۱۳] و تحلیل چارچوبی^۹ [۱۴] برای تحلیل داده‌های

7. Narrative analysis

8. Thematic analysis

9. Framework analysis

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 فلوجارت، ارزشیابی اعتبار مطالعات انتخاب شده، استخراج اطلاعات مربوط به تعریف، اجزاء، پیشنهادها، 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 انتشار یافته در زمینه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی Medline، EMBASE، ProQuest، Scopus، Cochrane Library و Science Direct و موتورهای جستجوی Google Scholar و Google 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 governance، Health system stewardship، Governance، Stewardship، Health system، Healthcare system، Healthcare reform و Health system strengthening بر اساس Mesh و معادل فارسی آنها استفاده شد. همچنین، فهرست مستندات به دست آمده نیز به صورت 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، اجزاء، پیشنهادها، پیامدها و ابزارهای ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت اشاره کرده باشند. معیارهای خروج این مطالعه شامل مطالعات منتشر شده 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، اجزاء، پیشنهادها، 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

جدول ۱- تعاریف حکمرانی

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

جدول ۲- تعاریف حکمرانی نظام سلامت

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

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
برنامه‌ریزی 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

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

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

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]. سیودا و ۱۰ 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^{۱۱} و همکاران شاخص‌های مسئولیت‌پذیری، شفافیت، مشارکت، یکپارچگی و ظرفیت سیاست‌گذاری را برای حکمرانی نظام سلامت پیشنهاد دادند [۳۷]. صدیقی^{۱۲} 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 کارایی، مسئولیت‌پذیری، هوش و اطلاعات و اخلاق [۴۶]. اسلام^{۱۳}

10.Savedoff

11.Greer

12.Siddiqi

13.Islam

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، کارایی، پایداری، کیفیت، به‌موقع بودن و کاهش فساد

شاخص‌های پاسخگویی، مشارکت، شفافیت، عدالت، کارایی، مسئولیت‌پذیری، کنترل فساد، اثربخشی، اخلاق محوری، 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.

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، تولید برنامه‌های بهداشتی و درمانی و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است. سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولید 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، کارایی، مسئولیت‌پذیری، کنترل فساد، اثربخشی، اخلاق محوری، قانون‌مداری، و پایداری استفاده کرد (شکل ۲).

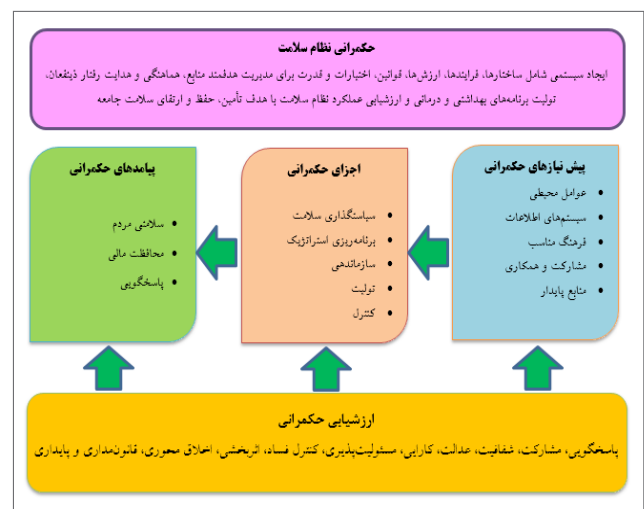
بحث

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

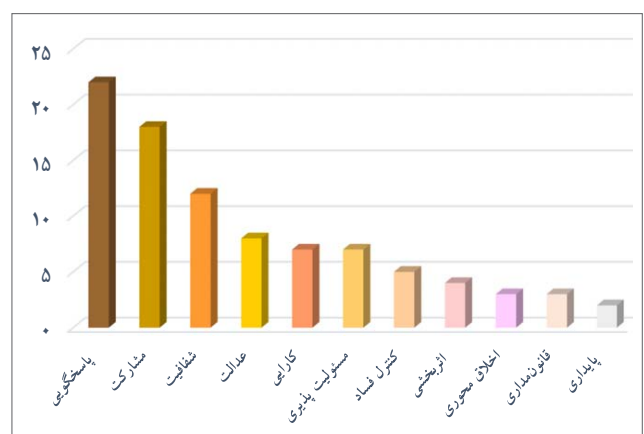
14. Governance

15. Government

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



شکل ۳- مدل مفهومی حکمرانی نظام سلامت



نمودار ۳- توزیع فراوانی پرکاربردترین شاخص‌های ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت

جدول ۶- پرسشنامه ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت

ردیف	ابعاد	سنججه‌ها
۱	سیاست‌گذاری سلامت	مسائل نظام سلامت با مشارکت تیمی از افراد خبره و دارای تخصص‌های مختلف شناسایی می‌شوند.
۲		اطلاعات شفاف و کافی در مورد مسائل نظام سلامت از منابع گوناگون جمع‌آوری می‌شود.
۳		مسائل نظام سلامت به‌صورت کامل تجزیه و تحلیل 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.
۱۵	برنامه‌ریزی استراتژیک	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		برنامه‌های جامع و کارا 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.
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	سازمان‌دهی	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 بین‌بخشی 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.
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	تولیت	اطلاعات به‌روز مراقبت‌های بهداشتی در دسترس عموم مردم قرار دارد.
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 کارایی 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.
		کنترل

فصلنامه تحقیقات نظام سلامت حکیم

برنامه‌ریزی، رهبری، کنترل عملکرد و تفکر سیستمی و استراتژیک در مدیریت نظام سلامت، از واژه حکمرانی و رهبری به جای تولید 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، تولید 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، تولید 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.

محدود به دولت نیست و در سازمان‌ها هم با تشکیل هیئت مدیره (هیئت رئیسه یا هیئت امناء) ایجاد می‌شود. حکمرانی سازمانی یا شرکتی^{۱۶} 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 به کارگیری راهکارها و اقدامات جمعی می‌شود.

بانک جهانی در سال ۱۹۸۹ میلادی واژه «حکمرانی خوب»^{۱۷} 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،

16. Corporate governance

17. Good governance

سلامت بپردازند. حکمرانی هوشمند^{۲۰} نظام سلامت باید جایگزین حکمرانی سنتی کلاسیک شود.

سازمان‌دهی صحیح نظام سلامت شامل تعیین ساختار سازمانی مناسب و تقسیم، گروه‌بندی و هماهنگی درست اجزای نظام سلامت تأثیر زیادی بر بهره‌وری آن دارد [۵۱]. ساختار سازمانی نظام سلامت می‌تواند به صورت سلسله‌مراتبی، بازاری و شبکه‌ای طراحی شود [۴۵]. ساختار سلسله‌مراتبی متمرکز بوده، قدرت تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت متمرکز است و تصمیمات برای اجرا به سطوح پایین ابلاغ می‌شوند. نظام سلامت در ساختار بازاری شامل خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است که وزارت بهداشت یا سازمان‌های بیمه سلامت وظیفه خرید راهبردی خدمات سلامت از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دولتی و خصوصی را برعهده دارند و عملکرد آنها را با استفاده از شاخص‌هایی ارزشیابی می‌کنند. ساختار شبکه‌ای به صورت مشارکتی و دموکراتیک عمل کرده و قدرت تصمیم‌گیری به سطوح محلی تفویض می‌شود و شبکه‌ای از سازمان‌ها و گروه‌ها وظایف تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را برعهده دارند. ساختار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته به سمت غیرمتمرکز و شبکه‌ای شدن در حال تغییر است [۵۲]. به عبارتی، حکمرانی افقی^{۲۱} جایگزین حکمرانی عمودی^{۲۲} می‌شود. ساختار شبکه‌ای منجر به مشارکت بیشتر سطوح محلی در فرآیند سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت کشور می‌شود و شانس موفقیت سیاست‌ها و برنامه‌ها را افزایش می‌دهد.

مهم‌ترین عوامل موثر بر سلامتی مردم در خارج از نظام سلامت قرار دارد. تصمیمات سازمان‌های مختلف در سطوح محلی، منطقه‌ای، استانی، کشوری، بین‌المللی و جهانی بر سلامت و رفاه مردم و جامعه تأثیر دارند. بنابراین، برقراری ارتباطات موثر بین سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت با مدیران سایر بخش‌های جامعه و ایجاد هماهنگی‌های لازم منجر به بهبود عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامتی در جامعه خواهد شد. هماهنگی و همکاری موثر بین وزارت بهداشت و

سیاست سلامت مجموعه دستورالعمل‌هایی است که توسط سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه تدوین می‌شود و راهنمای تصمیم‌گیری مدیران سطوح پایین است [۵۰]. نظام سلامت باید دارای یک سیاست ملی سلامت باشد. سیاست‌هایی باید برای تعیین اولویت‌های نظام سلامت، تأمین مالی نظام سلامت، تولید و تخصیص منابع، مشارکت بخش دولتی و خصوصی، روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی، تضمین کیفیت خدمات سلامت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی تدوین شوند. همچنین حکمرانی نظام سلامت باید اطمینان حاصل کند که سلامتی در کلیه سیاست‌های^{۱۸} کشور مورد توجه قرار می‌گیرد.

برنامه‌ریزی استراتژیک عنصر کلیدی حکمرانی نظام سلامت است. برای این منظور، مأموریت و وظایف نظام سلامت باید به وضوح تدوین شوند. سپس دورنما و اهداف کلی و اختصاصی نظام سلامت تعیین شوند. ارائه خدمات سلامت با کیفیت، ایمن و اثربخش، کاهش بار مالی بیماری‌ها و افزایش پاسخگویی نظام سلامت می‌تواند اهداف کلی نظام سلامت و بهبود دسترسی، کیفیت، عدالت، کارایی، پایداری و تاب‌آوری نظام سلامت به‌عنوان اهداف اختصاصی نظام سلامت مورد توجه قرار گیرند. به دنبال آن، استراتژی‌های دستیابی به اهداف نظام سلامت باید تعیین شوند. در نهایت، با توجه به ساختار سازمانی نظام سلامت، برنامه‌های عملیاتی باید تدوین و منابع مورد نیاز تأمین شوند [۱]. از شواهد پژوهشی باید در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان استفاده شود. مسائل پیچیده و بغرنج^{۱۹} علل و راهکارهای ساده و خطی ندارند. حل مسائل پیچیده نظام سلامت نیازمند به‌کارگیری روش‌های سیستمی و مشارکت سطوح مختلف حکمرانی در ابعاد محلی، ملی و بین‌المللی است. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید با توسعه شبکه‌ها و به‌صورت خلاقانه به حل مسائل نظام

20. Smart governance

21. Horizontal governance

22. Vertical governance

18. Health in all policies

19. Wicked problems

منابع مالی را برای تأمین منافع عموم مردم و بهبود رفاه آنها هزینه کند. تولید موثر موجب افزایش شفافیت، مشارکت، عدالت، کارآیی، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری نظام سلامت می‌شود [۵۱]. وزارت بهداشت بازبازرسی نظام سلامت است اما نباید بازبازرسی انحصاری باشد. وزارت بهداشت باید نقش فعال‌تری در رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت داشته باشد و اختیار بیشتری به مقامات محلی برای تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای استان‌های خود دهد. مشارکت بخش خصوصی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت باید تقویت شود و وزارت بهداشت با سیاست‌گذاری و ارزشیابی صحیح، از کیفیت خدمات اطمینان حاصل کند.

حکمرانی نظام سلامت نیازمند مشارکت فعال مردم، مشتریان و بیماران است. همکاری و مشارکت بیشتر مردم موجب تقویت شفافیت، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری دولت‌ها خواهد شد که از شاخص‌های مهم حکمرانی خوب نیز محسوب می‌شوند. بنابراین مردم باید توانمند شوند و آموزش‌های لازم را دریافت کنند تا مشارکت بیشتری در نظام سلامت داشته باشند. اینترنت اشیا، تلفن‌های همراه هوشمند و شبکه‌های اجتماعی موجب تقویت نقش مردم در سلامتی خودشان می‌شود. ما در عصر جامعه دانشی^{۲۸} زندگی می‌کنیم. مشارکت افراد، گروه‌ها و سازمان‌های مختلف باید در فرآیند تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌های سلامت تقویت شود. مکانیزمی باید ایجاد شود تا مردم نظرات خود را بیان کنند و از نتایج نظرسنجی‌ها باید در ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی استفاده شود.

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

28. Knowledge society

سازمان‌هایی مانند پارلمان، وزارت آموزش و پرورش، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت اقتصاد و دارایی، وزارت دادگستری، وزارت ورزش و جوانان، وزارت امور خارجه، سازمان‌های بیمه سلامت، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، صنایع داروسازی و تجهیزات پزشکی و رسانه‌های عمومی منجر به تقویت حمایت‌طلبی از برنامه‌های بهداشتی و درمانی و دستیابی پایدار به اهداف نظام سلامت می‌شود [۸]. سلامتی و رفاه مردم جامعه باید به عنوان هدف اصلی نظام سلامت 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 دولت ائتلاف قوی برای بهبود عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامتی مردم، ترویج برنامه‌های سلامت و ادغام موضوعات سلامت در همه سیاست‌های کشور به منظور دستیابی به اهداف نظام سلامت تشکیل دهد. وزارت بهداشت باید دیگر بخش‌های جامعه را آموزش دهد تا نسبت به عوامل موثر بر سلامتی مردم بیشتر حساس شوند و مسئولیت بیشتری برعهده بگیرند. همچنین این همکاری‌ها باید با سازمان‌های مرتبط بین‌المللی هم به طور موثر برقرار شود (حکمرانی سلامت جهانی^{۲۳}). تشکیل سازمان بهداشت جهانی^{۲۴} در سال ۱۹۴۸، اداره امداد رسانی و توانبخشی سازمان ملل متحد^{۲۵} در سال ۱۹۴۳، صندوق اضطراری بین‌المللی کودکان سازمان ملل متحد^{۲۶} در سال ۱۹۴۶ و کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان^{۲۷} در سال ۱۹۴۹ میلادی در این راستا بوده است [۲۸].

وزارت بهداشت تولید نظام سلامت را برعهده دارد. تولید، در حقیقت، کار کردن بدون چشمداشت، برای عموم مردم و پاسخگو بودن نسبت به انتظارات آنهاست. وزارت بهداشت متولی و خدمتگزار نظام سلامت است، وظیفه اداره، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی را برعهده دارد و باید

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)

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 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، کارایی، 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، کارایی، 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

سلامتی مردم جامعه باید ارزشیابی شوند. ارزشیابی اثر سلامت^{۲۹} کمک می‌کند تا تغییرات ناشی از اجرای این اصلاحات روی سلامت مردم تحلیل شود و اقدامات اصلاحی لازم به کار گرفته شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود کمیته‌ای در دولت شامل رئیس جمهور و هیئت وزیران تشکیل شود تا نتایج ارزشیابی نظام سلامت و ارزشیابی 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

29. Health Impact Assessment

30. Material resources

31. Non-material resources

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

بعد سیاسی، از شاخص‌های پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری، مشارکت، عدالت و شفافیت برای ارزشیابی بعد اجتماعی و از شاخص‌های پایداری، اثربخشی و کارایی 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

شوکه‌های 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، تولید 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 به‌منظور اطمینان از دستیابی به اهداف سازمانی است. تقویت عناصر سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولید 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، اجزاء، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی آن شناسایی و توصیف و یک مدل مفهومی طراحی شد. پیشنهاد می‌شود

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 کارایی است. اثربخشی به معنای انجام کار درست و دستیابی به اهداف سازمانی است. کارایی به معنای انجام درست کارهاست و نسبت ستاده‌ها به داده‌ها را نشان می‌دهد. کارایی نظام سلامت نسبت ارزش خدمات سلامت ارائه شده به منابع استفاده شده است. در صورتی که این نسبت بیش از یک باشد، بیانگر کارایی 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 در صورت وقوع بلایا، شیوع اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها و بروز

ساده‌انگارانه است که منتظر باشیم تا مدیران و رهبران نظام سلامت متخصص، متعهد، پاسخگو و مسئولیت‌پذیر داشته باشیم یا اینکه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، خدمات باکیفیت و همراه با هزینه مناسب ارائه کنند. حکمرانی خوب منجر به ایجاد یک نظام سلامت پایدار و تاب‌آور می‌شود. بنابراین سیاست‌گذاران نظام سلامت باید به تقویت اجزای حکمرانی نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک، سازمان‌دهی، تولید و کنترل بپردازند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «ارزشیابی حکمرانی نظام سلامت ایران» است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران و با کد اخلاق IR.TUMS.SPH. REC.1398.308 اجرا شد. همچنین نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

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

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

مسائل مربوط به سلامت بسیار پیچیده هستند و استراتژی‌هایی که برای حل آنها به کار گرفته می‌شوند، اثرات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی مطلوب و نامطلوبی دارند. دستیابی به اهداف نظام سلامت مستلزم مشارکت همه بخش‌های دولت و مردم جامعه است. سلامت مردم حاصل توسعه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی و مرتبط با توانایی‌ها و منابع افراد و جوامع است. سلامت از طریق یک سیستم پیچیده سازگار از تعاملات بین افراد با محیط پیرامون و بین عوامل فیزیولوژیک، روانی و رفتاری، عوامل اجتماعی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنها تأمین و حفظ می‌شود. از طرف دیگر، توسعه سلامت نیز از طریق افزایش امید زندگی مردم منجر به تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیکی می‌شود که اثراتی بر سلامتی مردم دارد. حکمرانی خوب نظام سلامت منجر به عملکرد بهتر نظام سلامت و در نهایت، دستیابی به نتایج سلامتی بهتر برای مردم جامعه می‌شود. حکمرانی ظرفیت نظام سلامت را برای رویارویی 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 مشارکت درست درون‌بخشی و برون‌بخشی، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت می‌شود که دستیابی به اهداف نظام سلامت را ممکن می‌سازد. کیفیت حکمرانی بر ظرفیت و توانایی نظام سلامت برای ارائه خدمات سلامت باکیفیت، ایمن و اثربخش تأثیر می‌گذارد و منجر به پایداری نظام سلامت خواهد شد.

References

- 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]
- 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]
- Vrijburg KL, Hernández-Peña P. Global spending on health: Weathering the storm. *World Health Organization: Geneva*. 2020:19.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization, 2000.
- World Health Organization. *Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva: World Health Organization, 2007.
- World Health Organization. *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. Geneva: World Health Organization, 2009.
- World Health Organization. *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 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]
- Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital Tariffs: A Conceptual Analysis. *Hakim*. 2020;23(2):246-59. [in Persian]
- Mosadeghrad A M, Karimi F, Ezzati F. Health System Resilience: A Conceptual Review. *Hakim*. 2020; 23 (4) :463-486. [in Persian]
- Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB & Wayne Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. *Journal of Milbank Quarterly* 2007; 85(4): 729-68.
- Reis HT, Reis HT, Judd CM, editors. *Handbook of research methods in social and personality psychology*. Cambridge University Press; 2000.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006; 3(2):77-101.
- Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analyzing qualitative data 2002*. 1st Edition. New York: Routledge; 1994:187-208.
- Oxford English Dictionary (Online ed.). "Govern". Oxford University Press.
- Merriam-Webster dictionary. Definition of Governance. [Access date 30/01/2022]. Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/governance>
- Oxford English dictionary. Definition of Governance. [Access date 30/01/2022]. Available from: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/governance?q=governance>
- 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>
- 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>
- Mundial B. *Governance and Development*. Washington D.C: World Bank; 1992. p.1-3.
- Commission on Global Governance, *Our Global Neighbourhood*, Oxford: Oxford University Press, 1995:22-6.
- OECD, *Participatory Development and Good Governance*, Paris: OECD, 1995: 4-7.
- UNDP. *Governance for sustainable human development*. United Nations Development Programme; 1997: 12-5.
- Stoker G. Governance as theory: five propositions. *International social science journal*. 1998;50(155):17-28.
- Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. *Governance matters*. Washington, DC: The World Bank; 1999, 11-5.
- 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.
- Department for International Development, *Making Government Work for Poor People: Building State Capacity*, Department for International Development, London, London. United Kingdom.2001, 3-7.
- Dodgson R, Lee K, Drager N. *Global Health Governance, a conceptual review*. 1, editor. London Routledge; 2002,2-4.
- European Commission. *Governance and development*. Commission of the European Communities Brussels, 2003,10-2.
- USAID. *Health Systems 20/20: Request for Applications*. Washington, DC: USAID, 2006: 2-4.
- Kaufman D. *A decade of measuring the quality of governance: Governance matters*. Washington DC: World Bank; 2006, 4-7.
- Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. *Governance in health: a conceptual and analytical approach to research*. *Cadernos de*

- 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, Janbabaee 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]

Health System Governance: A Conceptual Review

Mohammad Faroug Khosravi^{1*}, Ali Mohammad Mosadeghrad², Mohammad Arab³

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