Volume 24, Issue 2 (March- April 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Good governance: Challenges and opportunities of Iran's context in achieving sustainable health development

Azam Raoofi [1], Hajar Haghighi [2], Khatere Khanjankhani [3], Masoomeh Gholami [2], Amirhossein Takian[1*]

1. Center of Excellence for Global Health, Department of Global Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran
2. Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran
3. Non-Communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 12 November 2023
Accepted for publication: 7 March 2025
[EPub a head of print-22 April 2025]
Payesh: 2025; 24(2): 165- 183

Abstract

Objective(s): Sustainable development entails a meaningful integration of economic, social, and environmental goals with human well-being, without harming the capacities of future generations to meet their needs. Good governance mechanisms are crucial for fostering sustainable development, which in turn contributes to creation, maintenance, and promotion of individuals and communities' health. This study aims to provide a comprehensive definition of governance and its components, with a focus on health, and provide an overview of the challenges and opportunities of good governance and sustainable health development in Iran.

Methods: This is a review study. We considered all published articles in Scopus and PubMed in Farsi and English, regardless of time limit until September 22, 2023.

Results: According to the World Bank, governance includes "traditions and institutions" by which authority is established in a country. So far, many frameworks, models and components have been introduced for governance. For health system studies, the five-component model of governance, which was first introduced in 2018, is one of the most widely used models. Participation, accountability, rule of law, equity and equality, transparency, corruption control, effectiveness and efficiency are among the recurring components of governance in different models. Besides, the improving trends in indicators such as the Neonatal Mortality Rate, Infant Mortality Rate, Under-Five Mortality Rate, Maternal Mortality Rate, and human development indices represent opportunities for good governance in Iran. Conversely, the increasing trends in deaths caused by accidents, deteriorating air quality, soil pollution and erosion, unemployment, and inflation have been posing challenges to good governance in the country. Moreover, several factors have hindered the promotion of good governance in Iran's health system. These include the lack of an efficient monitoring and evaluation system, inadequate transparency and accountability, insufficient participation of relevant stakeholders, weak management of conflicts of interest and corruption, insufficient coordination and cooperation between and within departments, inadequate use of scientific information and solid evidence in policies, and fragile acceptance of good governance concept as a fundamental value.

Conclusion: It appears that the health system needs to implement the principles of good governance in order to successfully respond to the needs and expectations of the people. We suggest that, while creating an enabling environment for the effective implementation of good governance in line with the sustainable development goals, managing conflict of interest situations in the health system, transparency, and the use of institutional approach need be used to create executive structures and the necessary tools for monitoring and evaluating these measures. We advocate these items to be placed on the policy makers' agenda.

Keywords: Accountability, Social Participation, Sustainable Development, Health, Iran

[*] Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: takian@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

سال بیست و چهارم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۴

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

حکمرانی خوب: چالش‌ها و فرصت‌های بافتار بومی ایران در نیل به توسعه پایدار سلامت

اعظم رئوفی [۱]، هاجر حقیقی [۲]، خاطره خانجانخانی [۳]، معصومه غلامی [۲]، امیرحسین تکیان [۱*]

۱. مرکز تعالی سلامت جهانی، گروه سلامت جهانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. پژوهشکده بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۱۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲ اردیبهشت ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۱۸۳- ۱۶۵ :(۲)۲۴؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: توسعه پایدار را می‌توان تلفیق معنادار اهداف اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی با دستیابی به حداکثر رفاه و سلامت انسان دانست، به‌گونه‌ای که به توانایی‌های نسل آینده برای برآوردن نیازهای‌شان آسیبی وارد نشود. از مهم‌ترین راه‌های برقراری توسعه پایدار می‌توان به سازوکارهای حکمرانی خوب به‌عنوان یک عامل در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت انسان‌ها و جوامع اشاره کرد. مطالعه حاضر با هدف ارایه تعریف جامع حکمرانی و مولفه‌های آن، با تمرکز بر سلامت، و ارائه مروری بر چالش‌ها و فرصت‌های حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت در بافتار بومی ایران انجام شده است.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه مروری است. در این مطالعه، کلیه مقالات منتشرشده در Scopus و PubMed به زبان فارسی و انگلیسی بدون درنظر گرفتن محدودیت زمانی تا پایان شهریور ۱۴۰۲ مورد توجه قرار گرفتند.

یافته‌ها: طبق تعریف بانک جهانی، حکمرانی شامل «سنت‌ها و نهادهایی» است که اقتدار در یک کشور، توسط آنها برپا می‌شود. مشارکت، پاسخگویی، حاکمیت قانون، عدالت و برابری، شفافیت، کنترل فساد و اثربخشی و کارایی از جمله مولفه‌های تکرار شونده حکمرانی در الگوهای مختلف هستند.تاکنون چارچوب‌ها، مدل‌ها و مولفه‌های متعددی برای حکمرانی ارائه شده است. برای مطالعات حوزه نظام سلامت الگوی پنج مولفه‌ای حکمرانی که اولین بار در سال ۲۰۱۸ معرفی شد و صرفا برای بررسی وضعیت حکمرانی سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط پیش‌بینی شده است، از پرکاربردترین الگوها است. همچنین، روند رو به بهبود در شاخص‌هایی نظیر نرخ مرگ و میر نوزادان، نرخ مرگ و میر کودکان زیر یک سال، نرخ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، نرخ مرگ و میر مادران و نیز شاخص‌های توسعه انسانی نشان‌دهنده فرصت‌هایی برای حکمرانی خوب در ایران هستند. روند افزایشی مرگ و میر ناشی از تصادفات، بدتر شدن کیفیت هوا، آلودگی و فرسایش خاک، بیکاری و تورم حکمرانی خوب در کشور را با چالش هایی مواجه می کند. همچنین، نبود نظام نظارت و پایش کارآمد، کمبود شفافیت و پاسخ‌گویی، مشارکت ناکافی ذی‌نقشان مرتبط، مدیریت ضعیف تعارض منافع و فساد، هماهنگی و همکاری ضعیف بین و درون بخشی، عدم استفاده از داده‌های علمی و شواهد محکم در سیاست‌گذاری‌ها و کمبود فرهنگ و ارزش‌های حکمرانی خوب از جمله عواملی هستند که ترویج و استقرار معنادار حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران را با چالش مواجه ساخته‌اند.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد نظام سلامت برای توفیق در پاسخ‌دهی به نیازها و انتظارات مردم، نیازمند اجرای اصول حکمرانی خوب است. این مطالعه پیشنهاد می‌دهد ضمن ایجاد محیط توانمندساز برای اجرای موثر حکمرانی خوب در راستای نیل به توسعه پایدارسلامت، مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت، ایجاد شفافیت و بهره‌گیری از رویکرد نهادی جهت ایجاد ساختارهای اجرایی و ابزارهای لازم برای پایش و ارزشیابی این اقدامات در دستورکار سیاست‌گذاران قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پاسخ‌گویی، مشارکت جامعه، توسعه پایدار، سلامت، ایران

کد اخلاق: IR.SUMS.REC.1401.722

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، مرکز تعالی سلامت جهانی
E-mail: takian@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

مقدمه

مفهوم توسعه پایدار با توجه به عدم موفقیت کشورهای جهان در دستیابی به اهداف توسعه هزاره در مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سپتامبر ۲۰۱۵، مطرح شد. این مجمع قطعنامه‌ای را مبنی بر "تغییر جهان ما: دستور کار توسعه پایدار" تصویب کرد و این دستور کار بعد از رایزنی‌ها و مذاکره‌های فراوان به یک برنامه عملیاتی آرمانی برای پایان دادن به فقر و قرار دادن جهان در مسیر صلح و رفاه بر پایه مشارکت همه مردم در یک سیاره سالم تبدیل شد، تا جهان را به محیطی پایدار و مقاوم برای توسعه طی ۱۵ سال آینده تبدیل کند [۱]. پنج عامل «مردم، سیاره سالم، رونق و رفاه، مشارکت و صلح»، ستون‌های اصلی مفهوم توسعه پایدار و نشان‌گر حوزه وسیع مورد نظر این دستور کار جهانی هستند [۲]. این آرمان های ۱۷ گانه، جهانی عاری از فقر، گرسنگی، بیماری، ترس و خشونت را مجسم کرده است و به دنبال بهبود سواد جهانی، دسترسی عادلانه و جهانی به آموزش با کیفیت در همه سطوح، مراقبت‌های بهداشتی و حمایت اجتماعی برای همه شهروندان است. توسعه پایدار به دنبال برقراری ثبات بلندمدت اقتصادی و زیست محیطی است و این مهم، زمانی شدنی است که در جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی سطوح کلان سیاست‌گذاری، یکپارچگی فرآیند تصمیم‌گیری وجود داشته باشد [۳].

هر چند همه‌گیری کووید-۱۹ دسترسی به چشم انداز توسعه پایدار را با چالش جدی مواجه کرده است که حتی برخی صاحب نظران تحقق آن را در بازه مصوب، نشدنی می‌پندارند [۵]، دستیابی به جوامعی پایدار و مقاوم، جائی که تصمیم‌گیری بر پایه مشارکت گسترده تمامی شهروندان و گروه‌ها انجام می‌گیرد، از جمله پیامدهای اجرای حکمرانی خوب بر شمرده می‌شود [۶]. طبق اظهارات دبیر کل سابق سازمان ملل متحد، "حکمرانی خوب شاید مهم‌ترین عامل از بین برنده فقر و ارتقادهنده توسعه باشد" [۷]. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد، حکمرانی خوب به "مجموعه-ای از ویژگی‌های کیفی مربوط به فرآیندهای تشکیل حکومت و مبانی نهادی آن اشاره دارد که دستیابی به ارزش‌هایی چون افزایش مشارکت، شفافیت، پاسخ‌گویی و دسترسی عمومی به اطلاعات را شامل می‌شود، علاوه بر اینکه در رسیدن به مفاهیمی چون مبارزه با فساد، تأمین حقوق اساسی مردم و حاکمیت قانون نیز موثر است" [۴]. از این روی، طرفداران مفهوم حکمرانی خوب، نه تنها آن را هدفی ارزشمند برای جوامع تلقی می‌کنند، بلکه وسیله‌ای می‌دانند که از طریق آن می‌توان به سایر نتایج از جمله رشد و توسعه دست یافت [۷]. دستور کار توسعه پایدار، تعهد قابل توجه آشکاری به حکمرانی خوب و نقش حیاتی آن در جامعه نشان داده است. این پارادایم جدید توسعه مبتنی بر حکمرانی خوب، بر اهمیت جایگاه مشارکت بین دولت‌ها، بازیگران غیردولتی، جامعه مدنی و سایر بخش‌ها در فرآیند حاکمیت تاکید می‌کند [۸]. حکمرانی خوب، پاسخی است به شرایط جدید جهانی و الگویی است برای دستیابی به توسعه پایدار، با تاکید بر حفظ حقوق فردی و حمایت از فضای خصوصی در مقابل قلمرو عمومی یا سیاسی گسترده که در گذشته وجود داشته است [۴]. انجام این مطالعه نه تنها برای فهم بهتر وضعیت فعلی حکمرانی در ایران مهم است، بلکه می‌تواند به عنوان یک ابزار مؤثر برای طراحی و پیاده‌سازی راهبردهایی عمل کند که به تحقق حکمرانی خوب و در نهایت، دستیابی به توسعه‌ی پایدار سلامت کمک می‌کنند. امید است مطالعه این مقاله که به ارایه نمونه‌های واقعی از بافتار ایران پرداخته است، بتواند نقشه راهی برای مدیریت موثر تعارض منافع، تقویت نهادهای دموگرافیک، استفاده از شواهد در سیاستگذاری‌ها، افزایش مشارکت شهروندان و ترویج فرهنگ شفافیت و پاسخ‌گویی در سطوح مختلف حاکمیتی در اختیار سیاستگذاران قرار دهد. ما در این مطالعه ضمن مروری بر مفهوم حکمرانی و مولفه‌های آن، به دنبال بررسی چالش‌ها و فرصت‌های ایران در رابطه با حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت هستیم.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری است که با هدف ارایه تعریف جامع از مفهوم حکمرانی و مولفه‌های آن، با تمرکز بر سلامت، و ارائه مروری بر چالش‌ها و فرصت‌های حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت در بافتار بومی ایران در بازه زمانی شهریور تا آبان ۱۴۰۲ انجام شد. مراحل جستجو برای یافتن پاسخ این سوالات شامل جستجوی متون، انتخاب اولیه مطالعات، ارزیابی کیفی مقالات، استخراج داده‌ها و ترکیب داده‌ها بود. جستجوی مقالات در Scopus و PubMed بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی و تا پایان شهریور ۱۴۰۲ انجام شد. برای جستجوی مقالات از واژه‌های «حکمرانی»، «تولیت»، «تعارض منافع»، «شفافیت»، «پاسخ‌گویی»، «پاسخ‌دهی»، «مشارکت» و «نهادسازی» و ترکیب آن با «توسعه پایدار» و «سلامت» استفاده شد. مقالات انتخابی بر اساس عنوان، چکیده و متن کامل بررسی شدند. همچنین برای جستجوی مقالات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

انگلیسی معادل انگلیسی همین‌واژه‌ها، شامل governance, stewardship, conflict of interest, transparency, accountability, responsiveness, participation, institutionalization, sustainable development, health ، مورد استفاده قرار گرفتند. پس از جستجوی اولیه، مقالات انتخاب شده در مرحله اول بر اساس عنوان و چکیده برای ارتباط با موضوع مطالعه بررسی شدند. مقالاتی که بر اساس عنوان و چکیده مرتبط تشخیص داده شدند، برای بررسی دقیق‌تر متن کامل آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند. مقالاتی که پس از بررسی متن کامل، معیارهای ورود به مطالعه را برآورده می‌کردند، برای تحلیل نهایی انتخاب شدند. بعد از نهایی شدن مقالات انتخاب شده، اطلاعات مورد نیاز در مقالات مورد بررسی قرار گرفتند. این فرآیند غربالگری به اطمینان از جامعیت و کیفیت مطالعه کمک می‌کند و از ورود مقالات نامرتبط یا کم‌کیفیت به مطالعه جلوگیری می‌نماید. مقالات پژوهشی اصیل، مقالات مروری و سایر منابعی که به بررسی مفاهیم، مولفه‌ها، چالش‌ها و فرصت‌های حکمرانی پرداخته بودند قابلیت ورود به مطالعه را داشتند. مقالات خارج از موضوع تعیین شده، نامرتبط یا با کیفیت پایین علمی از مطالعه خارج شدند. درنهایت برای ارزیابی کیفیت منابع از بازبینه‌های مربوطه (CONSORT, STROBE, PRISMA) استفاده شد.

یافته ها

در جستجوی اولیه تعداد ۹۰۵۷ مقاله استخراج شد. پس از انتقال منابع به EndNote و حذف ۶۰۳۸ مقاله تکراری، ابتدا عناوین، سپس خلاصه ۳۰۱۹ مقاله باقی‌مانده مطالعه و ۲۸۷۵ مقاله غیرمرتبط حذف شدند. به این ترتیب ۱۴۴ مقاله مرتبط احتمالی برای مطالعه متن کامل مشخص شدند. در مرحله بعد با جستجو میان منابع مقالات باقی مانده، جستجوی دستی میان نشریات مرتبط و جستجو درمیان گزارش‌ها، کتاب‌ها، مستندات و خلاصه مقالات همایش‌ها، ۲۶ منبع جدید افزوده شد و ۱۷۰ منبع مورد بررسی و مطالعه دقیق قرار گرفت. در نهایت، ۱۰۸ منبع که از نظر کیفیت کمتر از ۷۵٪ نمره را کسب نموده بودند، حذف شدند. به این ترتیب ۶۲ منبع (۶ فارسی و ۵۶ انگلیسی) مورد مطالعه و بررسی دقیق قرار گرفتند.

۱- مفهوم حکمرانی و مولفه‌های آن: حکمرانی، مفهومی گسترده است که در قلمروهای گوناگون دانش شامل علوم سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، زیست‌محیطی و سایر حوزه‌های علمی به‌کار برده می‌شود ولی تاکنون تعریف واحدی از آن ارائه نشده است. کمیته حاکمیت جهانی، حکمرانی را مجموعه روش‌های مختلفی تعریف می‌کند که افراد و نهادها (خصوصی یا عمومی) براساس آن امور مشترک خود را مدیریت می‌کنند. حکمرانی فرایندی مداوم است که ممکن است منافع متضاد و متنوع را در خود جای دهد و فعالیت‌های مختلف برای جذب همکاری در آن انجام پذیرد. حکمرانی شامل رژیم‌ها و نهادهای رسمی است که از قدرت تحمیل اطلاعات برخوردارند، همچنین، شامل برنامه‌های غیررسمی است که مردم و نهادها یا با آن موافقت کرده‌اند یا تصور می‌کنند که به نفع آنهاست [۹]. بانک جهانی اولین بار در سال ۱۹۹۲ حکمرانی را به عنوان روشی تعریف می‌کند که «دولت» در آن از قدرت برای مدیریت منابع اجتماعی و اقتصادی یک کشور در جهت توسعه (منافع عمومی) استفاده می‌کند. به این ترتیب، حکمرانی از دیدگاه بانک جهانی سه جنبه دارد:

- ✓ شکل رژیم سیاسی (پارلمانی یا ریاست جمهوری و دموکراتیک یا اقتدارگرایانه)؛
- ✓ فرایندی که طی آن در مدیریت منابع اجتماعی و اقتصادی یک کشور، اعمال قدرت می‌شود؛
- ✓ ظرفیت دولت‌ها در طراحی، تدوین و اجرای سیاست‌ها و به‌طور کلی انجام وظایف آنها [۱۰].

تعریفی دیگر از حکمرانی توسط بانک جهانی، مولفه‌های حکمرانی خوب را نیز دربر می‌گیرد. در این تعریف، حکمرانی را به عنوان «سنت‌ها و نهادهایی» وصف می‌کند که اقتدار در یک کشور، توسط آنها بر پا می‌شود. به این ترتیب، حکمرانی شامل موارد زیر خواهد بود:

۱. فرایندی که طی آن دولت‌ها انتخاب، نظارت و جایگزین می‌شوند؛
۲. ظرفیت دولت برای تدوین و اجرای موثر سیاست‌های صحیح؛
۳. ارتباط شهروندان و حکومت با مؤسساتی که برهم‌کنش اقتصادی و اجتماعی بین آنها حاکم است [۱۱].

بانک جهانی از اواخر دهه ۱۹۹۰ اقدام به سنجش و پایش شاخص‌های حکمرانی در ۲۰۰ کشور جهان نموده است و نتایج آن را همه ساله به صورت کمی (از ۲٫۵- تا ۲٫۵+) در بانک اطلاعاتی شاخص‌های جهانی حکمرانی منتشر می‌نماید. این شاخص‌ها براساس بیش از ۳۰ منبع داده‌ای تهیه و توسط موسسه‌های نظرسنجی، اتاق‌های فکر، سمن‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

شرکت‌های بخش خصوصی و از تلفیق تحلیلی دیدگاه تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان، شهروندان و پاسخگویان به نظرسنجی تولید می‌شوند. در این بانک اطلاعاتی، حکمرانی شامل شش مولفه صدا و پاسخ‌گویی، ثبات سیاسی و فقدان خشونت، اثربخشی حکومت، کیفیت نظارت، حاکمیت قانون و کنترل فساد است [۱۱].

برنامه توسعه سازمان ملل متحد (United Nations Development Programme – UNDP) نیز به ارائه تعریف و شاخص‌های حکمرانی پرداخته است. در این تعریف که اوایل دهه ۱۹۹۰ بیان شده، حکمرانی به عنوان کلید توسعه انسانی و ابزاری برای اعمال اقتدار اقتصادی، سیاسی و اداری با هدف اداره امور یک کشور در تمام سطوح شناخته شده است. طبق این تعریف، حکمرانی شامل هشت مولفه پاسخ‌گویی، شفافیت، پاسخ‌دهی، عدالت، موثر بودن و کارآمدی، مشارکت، مبتنی بر اجماع و پیروی از حاکمیت قانون است. این شاخص‌ها که به صورت دوره‌ای در مجموعه گزارش‌های توسعه انسانی برنامه توسعه سازمان ملل برای بیش از ۱۸۰ کشور منتشر می‌شود، مبتنی بر معیارها و شاخص‌های مختلفی هستند که منعکس‌کننده اصول و ارزش‌های حقوق بشر، دموکراسی، برابری جنسیتی و توسعه پایدار هستند [۱۲]. به علاوه، منابع دیگری نیز تعاریف و مولفه‌های متعددی از حکمرانی ارائه کرده‌اند که برخی از آنها بر حوزه‌های خاصی شامل اقتصاد، محیط زیست، آموزش، سلامت و غیره تمرکز دارند. به عنوان مثال در حوزه سلامت می‌توان به ابزار راهنمای حکمرانی برای سیاستگذاری سلامت اشاره کرد که در سال ۲۰۱۸ با مشارکت نماینده کشورمان، به‌طور اختصاصی برای سنجش حکمرانی نظام سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط تدوین شده و دارای پنج مولفه مشارکت، شفافیت، پاسخ‌گویی، استفاده از اطلاعات و پاسخ‌دهی است. این ابزار توسط نویسنده مسئول این نوشتار و سایر همکاران برای ارزشیابی وضعیت حکمرانی در چندین حوزه نظام سلامت ایران مورد استفاده قرار گرفته است [۱۳, ۱۴]. برخی دیگر از الگوها و شاخص‌های ارائه شده جهت ارزیابی حکمرانی و مولفه‌های هر یک از آنها در جدول ۱ قابل مشاهده هستند. همچنین، حکمرانی خوب زیرمجموعه‌ای از حکمرانی است که در آن منابع عمومی به‌طور موثر، کارآمد و در پاسخ به نیازهای ضروری جامعه مدیریت می‌شوند. حکومت‌های دموکراتیک معمولا بر پایه مشارکت عمومی، پاسخ‌گویی و شفافیت متکی هستند. براساس تعاریف ارائه شده، حکمرانی خوب، باید موثر و عادلانه باشد، حاکمیت قانون را به‌طور عادلانه ترویج دهد و بر پایه مشارکت، پاسخ‌گویی و شفافیت بنا شده باشد. حکمرانی خوب تضمین می‌کند که در تصمیم‌سازی‌ها و سیاست گذاری‌ها، صدای آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه نیز شنیده شود و اولویت‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی بر اساس اجماع گسترده میان دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی که هر سه برای توسعه انسانی ضروری هستند، تعیین می‌شود [۱۵].

۲- حکمرانی خوب برای توسعه پایدار سلامت: حدود سه دهه از زمانی‌که سلامت به عنوان محور توسعه بین‌المللی شناخته شده است می‌گذرد و طی این دوره، تلاش‌های جهانی عمده‌ای برای کاهش مرگ‌ومیر، از طریق تمرکز بر زیرگروه‌های جمعیتی خاص صورت گرفته است [۱۶]. در سال ۲۰۰۰ و در ابتدای قرن بیست و یکم، اهداف توسعه هزاره توسط سران کشورهای عضو سازمان ملل متحد به تصویب رسید و کشورها موظف شدند هشت هدف توسعه‌ای مورد توافق را تا پایان سال ۲۰۱۵ در کشورهای خود اجرا نمایند [۱۷]. شواهد مربوط به تجارب جهانی نشان داد که بخش قابل توجهی از اهداف توسعه هزاره به‌طور کامل محقق نشدند [۱۸]. به عنوان نمونه هر چند پیشرفت‌های خوبی برای دسترسی به آب آشامیدنی سالم و مبارزه با بیماری‌های واگیر حاصل شد، بسیاری کشورهای با درآمد کم و بعضا متوسط، به اهداف مهمی نظیر کاهش مرگ و میر کودکان، کاهش مرگ و میر مادران و کاهش فقر مطلق، بر اساس سند توسعه هزاره دست نیافتند. از طرفی حتی توزیع جغرافیایی این پیشرفت‌ها نیز یکسان نبود و در برخی مناطق پیشرفت‌های کمتری مشاهده شد [۱۹]. دستورکارها ناتمام و تجربیات و درس‌آموخته‌های اهداف توسعه هزاره به تدوین اهداف توسعه پایدار انجامید که مشتمل بر ۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف جهانی است و تمرکز هدف سوم آن بر موضوع سلامت است [۲۰]. رویکرد تدوین و دستورسازی اهداف توسعه پایدار براساس مشارکت و شفافیت مبتنی بر اصول حکمرانی خوب بنا شده است، که پنج پایه اصلی مردم، محیط زیست، صلح، رفاه و مشارکت را دربر می‌گیرد (شکل ۱) [۲۱, ۲۲].

موفقیت در تحقق دستورکار توسعه پایدار مستلزم تغییر پارادایم در نحوه پرداختن به سلامت جهانی و غلبه بر پنج چالش است، شامل: ۱) تضمین رهبری برای انسجام بین بخشی و هماهنگی در مورد عوامل ساختاری (شامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و قانونی) سلامت؛ ۲) تغییر تمرکز از درمان به پیشگیری از طریق رویکردهای محلی و هوشمندانه سیاسی به یک دستورکار بسیار گسترده‌تر؛ ۳)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

شناسایی ابزارهای موثر برای مقابله با عوامل تجاری تعیین‌کننده بیماری؛ ۴) ادغام بیشتر رویکردهای مبتنی بر حقوق؛ و ۵) افزایش مشارکت مدنی و تضمین مسئولیت‌پذیری [۲۴]. البته این نگرانی نیز وجود دارد که نه جامعه بین‌المللی و نه جامعه جهانی سلامت، به درستی میزان تغییر مورد نیاز برای اجرای این دستورکار را که تعیین‌کننده توسعه پایدار است، درک نکرده‌اند [۲۴]. با نگاهی به این چالش‌ها می‌توان نتیجه گرفت که حکمرانی خوب می‌تواند ابزاری برای تحقق اهداف توسعه پایدار باشد. در واقع در جامعه‌ای که هنوز در جستجوی راه حل‌هایی برای توسعه پایدار است، حکمرانی خوب همواره به عنوان ابزاری حیاتی برای پیشبرد توسعه پایدار و عنصری حیاتی برای گنجاندن در راهبردهای توسعه پایدار شناخته شده است [۲۵].

حکمرانی بخش مهمی از توسعه پایدار است [۲۶]. گفته می‌شود اهداف توسعه پایدار و شاخص‌های مرتبط اگر در یک فرآیند شفاف، مشارکتی و مشورتی قرار گیرند، احتمالاً بهترین تاثیر را خواهند داشت. از این‌رو، از میان ابعاد مختلف حکمرانی خوب سلامت، شفافیت و مشارکت نقش مهمی در تحقق اهداف و شاخص‌های توسعه پایدار دارند [۲۷]؛ زیرا تحقق بسیاری از اهداف و شاخص‌های حوزه سلامت از عهده نظام سلامت به تنهایی خارج است و نیازمند رویکردهای هوشمندانه‌تری برای جلب همکاری سایر بخش‌های دولتی است [۲۴]. حکمرانی خوب از طریق سازوکارهای راهبردی خود، به تعهد بلندمدت و دستیابی به اهداف اصلی، انسجام سیاست‌ها از طریق هماهنگی عمودی و افقی، فرآیند باز و شفاف مشارکت و مشاوره با ذی‌نفعان و نزدیک‌تر کردن راهبردهای توسعه پایدار به جوامع محلی کمک می‌کند [۲۵].

راه‌های گوناگونی برای ادغام جنبه‌های کلیدی حکمرانی در اهداف توسعه پایدار وجود دارد که شامل؛ حکمرانی خوب (فرایندهای تصمیم‌گیری و مبانی نهادی آنها)، حکمرانی مؤثر (ظرفیت کشورها برای پیگیری توسعه پایدار)، و حکمرانی عادلانه (نتایج توزیعی)، می‌شود. در حالی که بین این سه جنبه، راه‌های ارتباطی پرشماری وجود دارد، هر کدام به تنهایی نیز مستلزم تلاش‌های سیاسی جداگانه هستند و برای ادغام کامل حکمرانی در اهداف توسعه پایدار، در نظر گرفتن هر سه جنبه، هنگام شکل دادن به اهداف، ضرورتی اساسی است [۲۶]. از طرفی اهداف و آرمان‌های توسعه پایدار اگر به‌طور کامل اجرا شوند، خود منجر به حکمرانی خوب جهانی خواهند شد [۲۸]. در حکمرانی خوب، معیارهای برابری و اخلاقی هم‌گرا هستند. اخلاق در این زمینه به معنای تکیه بر عدالت اجتماعی و مشارکت آگاهانه در تصمیم‌گیری است و برابری به ما یادآوری می‌کند که عادل باشیم، نه اینکه افراد را به حاشیه رانده و کنار بگذاریم، بلکه فرصت‌ها را برای همه تضمین کنیم تا دستیابی به رفاه کلی جامعه و نیک بودی شهروندان، قابل دسترس باشد.

گنجانیدن حکمرانی خوب به عنوان یک آرمان مستقل در اهداف توسعه پایدار، فرصت مناسبی برای پرداختن معنادار به این سه جنبه از حکمرانی را فراهم می‌آورد. یک هدف مستقل می‌تواند شامل اهداف خاص برای اجزای مختلف حکمرانی و همچنین تمرکز کلی بر بهبود حکمرانی به‌طور کلی باشد. در این صورت، علاوه بر اینکه حکمرانی به اهمیت قابل‌توجهی دست خواهد یافت، ممکن است به ابزاری تعیین‌کننده در پیشبرد تحول مثبت نهادهای موجود تبدیل شود. در این راستا، باید اطمینان حاصل شود که "حکمرانی خوب"، از حمایت ائتلاف‌های بازیگران مهم برخوردار باشد و توسط طیف وسیعی از شاخص‌های کمی موجود پشتیبانی شود [۲۶].

۳- مثال‌های عملیاتی حکمرانی خوب در بافتار بومی

۳-۱- چالش‌ها و فرصت‌های حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت در جهان: حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت دو مفهوم مرتبط با هم هستند که در دستور کار توسعه جهانی مورد توجه روزافزون قرار گرفته‌اند. حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت، متقابلاً تقویت کننده و وابسته به یکدیگر هستند. از یک سو، حکمرانی خوب برای توسعه پایدار سلامت ضروری است؛ زیرا امکان تدوین و اجرای سیاست‌ها و راهبردهای درست برای پرداختن به عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی تعیین‌کننده سلامت را فراهم می‌آورد و هم چنین ارائه و تنظیم خدمات سلامت باکیفیت را شدنی می‌سازد. از سوی دیگر، توسعه پایدار سلامت به حکمرانی خوب یاری می‌رساند، زیرا به توانمندسازی، رفاه و مشارکت مردم در فرآیندهای تصمیم‌گیری که بر زندگی آنها تأثیر می‌گذارد، کمک می‌کند و همچنین می‌تواند بر پاسخ‌گویی، مشروعیت و ثبات دولت‌ها و سایر بازیگران نیز تاثیر مثبت بگذارد [۴].

چندین نمونه از حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت را می‌توان در بافتارهای مختلف در سراسر جهان یافت. به عنوان مثال، در رواندا، کشوری که در دهه ۱۹۹۰ از نسل‌کشی و جنگ داخلی رنج می‌برد، دولت مجموعه‌ای از اصلاحات و ابتکارات را برای بهبود حکمرانی و سلامت اجرا کرده است. این اقدامات شامل تمرکززدایی قدرت و منابع برای مقامات محلی؛ ایجاد قراردادهای اجرایی بین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

دولت‌های مرکزی و محلی؛ ترویج مشارکت و مالکیت جامعه از طریق کارکنان سلامت و طرح‌های بیمه سلامت متقابل؛ سرمایه گذاری در زیرساخت‌های سلامت، منابع انسانی و نظام‌های‌اطلاعاتی؛ تقویت هماهنگی و مقررات بخش سلامت؛ ادغام پیشگیری و درمان HIV/AIDS در مراقبت‌های اولیه سلامت؛ و گسترش دسترسی به خدمات سلامت مادر و کودک هستند. در نتیجه این تلاش‌ها، رواندا به پیشرفت‌های قابل توجهی در کاهش فقر، بهبود شاخص‌های اجتماعی، افزایش ثبات سیاسی و افزایش اعتماد عمومی دست یافت [۲۹].

مثال دیگر فنلاند است، کشوری کم جمعیت در اروپای شمالی که به‌طور پیوسته در سالیان اخیر به عنوان بهترین نمونه از نظر حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت شناخته شده است. فنلاند، رویکردی کل‌نگر برای حکمرانی اتخاذ کرده است که بر دموکراسی، حقوق بشر، حاکمیت قانون، شفافیت، پاسخ‌گویی، مشارکت و همکاری تاکید دارد. این کشورهمچنین رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را اتخاذ کرده است که ملاحظات سلامتی را در سیاست‌گذاری در همه بخش‌ها ادغام می‌کند [۳۰]. علاوه بر این، فنلاند در راهبردهای ارتقای سلامت و پیشگیری سرمایه‌گذاری کرده است که به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، مانند آموزش، درآمد، اشتغال، مسکن، محیط زیست و فرهنگ می‌پردازد. در نتیجه این تلاش‌ها، فنلاند به سطوح بالایی از وضعیت سلامت، عدالت در سلامت و عملکرد نظام سلامت دست یافته است [۳۱].

تایلند مثال دیگری از کشورهای موفق در دستیابی به حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت است. این کشور از اواسط دهه ۸۰ میلادی از طریق رویکرد نیازهای حداقلی اساسی و کیفیت زندگی، جنبشی قوی برای ساخت سیاست عمومی سالم داشته است. کمیته ملی اصلاح نظام سلامت اولین مجمع ملی سلامت خود را در سال ۲۰۰۱ با هدف ایجاد یک سازوکار روشن برای ترویج مشارکت فعال چندبخشی در تدوین سیاست عمومی سالم تشکیل داد. پنج مجمع دیگر تا سال ۲۰۰۶ تشکیل شد و این مجامع در بسیج مشارکت قوی جامعه مدنی موفق بودند. رویکرد مجامع ملی سلامت از مفهوم «مثلثی که کوه را حرکت می‌دهد» نشأت گرفته و هدف آن گردآوری رئوس مثلث برای ایجاد تغییر و ترکیب رویکردهای "بالا به پایین" و "پایین به بالا" برای دستیابی به پیشرفت در جهت بهبود سلامت و برابری سلامت می‌باشد. مفهوم مثلث به سه بازیگر کلیدی اشاره دارد که برای دستیابی به توسعه پایدار کنار یکدیگر قرار می‌گیرند و نشان‌دهنده چالش‌ها و موانعی است که باید بر آنها غلبه کرد. این سه بازیگر عبارتند از: دولت که اراده سیاسی، چارچوب قانونی و منابع را برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها فراهم می‌کند؛ موسسات دانشگاهی و پژوهشی که دانش و شواهد مربوطه را برای اطلاع‌رسانی سیاست‌گذاری و ارزیابی تولید می‌کنند; و در نهایت جامعه مدنی و مردمی که فعالانه در روند سیاست‌گذاری مشارکت دارند، نیازها و خواسته‌های خود را بیان می‌کنند و دولت را پاسخ‌گو می‌دانند. مجمع ملی سلامت تایلند نمونه‌ای از نحوه نوآوری دولت‌ها برای افزایش مشارکت عمومی و تسهیل تعامل بین بخش‌های مختلف و جامعه در جهت افزایش سلامت ارائه می‌کند [۳۲].

این مثال‌ها نشان می‌دهد که حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت، اهداف ممکن و مطلوب برای هر کشوری، صرف‌نظر از سطح توسعه، تاریخ، یا فرهنگ آن کشور است. به علاوه، این نمونه‌ها حاکی از آن هستند که حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت نیازمند چشم‌انداز بلندمدت، همکاری چندبخشی، فرآیند مشارکتی و نظارت و ارزیابی پیوسته است. با استفاده از تجربه این کشورها و تطبیق آنها با بافتار خود، ایران نیز می‌تواند گام‌های خود برای دستیابی به حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت را تقویت کند و پیش برود.

۳-۲- چالش‌ها و فرصت‌های حکمرانی و توسعه پایدار سلامت در ایران: گزارش‌های پایش و ارزشیابی سازمان ملل متحد گواهی می‌کند که ایران اقدامات پرشماری در راستای دستیابی به اهداف توسعه پایدار را تدوین نموده و به اجرا در آورده است. اجرای برنامه جهانی غذا (ناظر بر آرمان‌های ۲ و ۱۷)، مجموعه دستورعمل‌های گروه مشورتی بین‌المللی جستجو و نجات- اینساراگ- (ناظر بر آرمان‌های ۹ و ۱۱)، اقدامات انجام شده در صندوق کودکان ملل متحد (ناظر بر آرمان‌های ۱، ۲، ۳ و ۱۷) تنها گوشه‌ای از اقدامات انجام شده در این راستا است [۳۴, ۳۳]. با این وجود مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که توسعه پایدار هر چند در شاخص‌هایی مانند مرگ و میر کودکان زیر یک سال، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، مرگ و میر مادران و نیز شاخص‌های توسعه انسانی، کشاورزی و اختلاف سواد دو جنسیت روند رو به بهبود داشته است، اما مرگ و میر ناشی از تصادفات، کیفیت هوا، آلودگی و فرسایش خاک، بیکاری، نابودی جنگل‌ها و افزایش تورم روند افزایشی داشته است [۳۵]. این درحالی است که لازمه اجرای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

حکمرانی خوب اتخاذ تصمیمات کارآمد در راستای دستیابی به منافع عمومی، مدیریت محتاطانه منابع و ارائه خدمات به شکل موثر و کارا است که محصول جانبی آن‌ها چیزی جز دست یافتن به توسعه پایدار نیست. حکمرانی خوب از آن جهت که ذی‌نقشان مختلف از گروه‌های مختلف را در حل مسائل و تصمیم‌گیری‌ها درگیر می‌کند، می‌تواند گام موثری در راستای تحقق توسعه پایدار باشد [۳۶]. از این رو مداخلات حکمرانی خوب در این حوزه ضروری به نظر می‌رسد. به عنوان مثال، حکمرانی مشارکتی به عنوان راهکاری برای جایگزین کردن روش‌های رقابتی و سلطه-گرایانه در تصمیم‌گیری و اجرای سیاست‌ها مورد توجه قرار گرفته است. این روش با این ویژگی متمایز می‌شود که ذی‌نقشان بخش دولتی، خصوصی و جامعه مدنی را از طریق گفتگوهای گروهی، تصمیم‌گیری مبتنی بر اجماع و قانون در همه مراحل سیاست-گذاری درگیر می‌کند. ایجاد ساختارهای حکمرانی مشارکتی مستلزم یک چشم‌انداز گسترده، صبر و انعطاف‌پذیری برای متوازن کردن، یکپارچه‌سازی و هماهنگ نمودن این بخش‌های متحرک در طول زمان است. برای مثال برای شکل‌گیری حکمرانی مشارکتی جدید در حمایت از امنیت غذایی اقشار آسیب‌پذیر در ایران، نیازمند تغییر و اصلاحات هدفمند در وضعیت حکمرانی، مشارکت ذی‌نقشان مرتبط و دور تازه‌ای از تولید دانش یا تعریف منابع هستیم تا پیامد حاصل از این موج، تغییر مثبتی در دسترسی به غذای کافی برای اقشار آسیب‌پذیر و حرکت موضوع به سطح بالاتری از ارزش اجتماعی یعنی دستیابی به توسعه پایدار باشد [۳۷].

۳-۳- چالش‌ها و فرصت‌های موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: تعارض منافع یک موقعیت است که به خودی خود، خنثی است و با مدیریت مناسب می‌توان از پیامدهای بالقوه منفی آن پیشگیری نمود [۳۸]. سازمان شفافیت بین‌الملل تعارض منافع را موقعیتی می‌داند که در آن افراد یا نهادها (که می‌تواند دولت، رسانه، کسب‌وکار یا سازمان مدنی باشد) در انتخاب بین وظایف سازمانی خود که بعضا جنبه عمومی دارند و منافع شخصی، دچار تعارض می‌شوند [۳۹]. پر واضح است که موقعیت‌های تعارض منافع یک مشکل بزرگ برای قانون اساسی هر کشور هستند، چرا که می‌توانند دو اصل مهم مدیریت دموکراتیک یعنی عینیت و بی‌طرفی کارمندان دولتی و اعتماد عمومی را به خطر اندازد [۴۰]. اگرچه وجود موقعیت‌های تعارض منافع در هر بخش از حاکمیت می‌تواند مسئله‌ساز باشد، اما شاید بتوان گفت اهمیت آن در حکمرانی سلامت از سایر بخش‌ها بیشتر است، چرا که عملکرد این حوزه در ارتقای سلامت شهروندان و ارتقای شاخص‌های توسعه پایدار نقش غیر قابل انکاری دارد. مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهند که خواستگاه اصلی تعارض منافع در نظام سلامت ایران، فرهنگ سیاسی-اجتماعی آن است و ویژگی‌های خاص نظام سلامت ایران مانند وجود پیچیدگی‌هایی در ساختار سازمانی، به‌کارگیری گروه‌های دارای تعارض منافع در موقعیت‌های تصمیم‌گیری و وجود نقص‌های قانونی و حقوقی بر ایجاد موقعیت تعارض منافع دامن می‌زند [۴۱].

۳-۴- چالش‌ها و فرصت‌های حکمرانی در سیاست‌های مبارزه با تهدیدات میکروبی در ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: تهدیدهای میکروبی، شامل بیماری‌های واگیر، چالش‌های جدی برای توسعه پایدار سلامت در ایران و جهان به‌شمار می‌روند. این تهدیدها به شدت برای سلامتی، رفاه، نیک‌بودی، امنیت و توسعه پایدار سلامت خطرناک هستند [۴۲] و بر توسعه پایدار جوامع تاثیر منفی برجای می‌گذارند. برای مقابله با این تهدیدها، حکمرانی قوی و هماهنگ در نظام سلامت و کل نظام حاکمیتی مورد نیاز است. حکمرانی خوب یک عامل کلیدی برای پاسخ به تهدیدهای میکروبی و نیل به توسعه پایدار سلامت است. در مقابل، حکمرانی بد، موجب افزایش آسیب‌پذیری جامعه در برابر تهدیدهای میکروبی و کاهش قابلیت پاسخ‌گویی و تاب‌آوری نظام سلامت می‌شود [۴۳].

مطالعات نشان داده‌اند که در حال حاضر، ایران از نظر حکمرانی خوب با چالش‌های قابل توجهی روبرو است. برخی از این چالش‌ها عبارتند از: هماهنگی و همکاری ضعیف بین و درون بخشی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیردار مانند کووید-۱۹؛ شفافیت و پاسخ‌گویی ناکافی در ارائه آمار و اطلاعات مربوط به بیماری‌های واگیردار؛ ضعف در برقراری ارتباط بین نیازهای سلامتی و سایر نیازهای مردم؛ به‌کارگیری ناکافی شواهد در فرایند سیاست‌های مبارزه با تهدیدهای میکروبی، و غیره.

می‌توان گفت که حکمرانی خوب یک شرط ضروری برای مبارزه با تهدیدهای میکروبی و تحقق توسعه پایدار سلامت است. برای بهبود حکمرانی خوب لازم است که حاکمیت با همکاری گروه‌های مختلف جامعه، اقدامات جدی و عملیاتی را در راستای اصلاح ساختاری، تقویت ظرفیت‌سازی، افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی، ترویج فرهنگ

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

حقوق شهروندی و مشارکت مردمی، بهینه‌سازی بودجه‌بندی و تخصیص منابع انجام دهند. با بهبود حکمرانی، می‌توان به کاهش بار بیماری‌های واگیر و مرگ‌ومیر ناشی از عوامل میکروبی، افزایش کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت، افزایش آگاهی و مشارکت جامعه در پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر، افزایش تاب‌آوری در افزایش توانایی پاسخ‌گویی به شرایط اضطراری و بحرانی، افزایش همکاری با سایر کشورها، افزایش رفاه اقتصادی و اجتماعی و کاهش نابرابری‌ها در سلامت دست یافت [۴۳].

۳-۵- چالش‌ها و فرصت‌های شفافیت مالی در نظام سلامت ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: سازمان شفافیت بین-الملل، شفافیت را خصوصیتی از دولت‌ها، شرکت‌ها، سازمان‌ها و افراد می‌داند که اطلاعات، مقررات، برنامه‌ها، فرایندها و اقدامات خود را به‌طور واضح و روشن در دسترس همگان قرار دهند [۴۵, ۴۴]. شفافیت، می‌تواند آسیب‌پذیری در برابر فساد و اقدامات غیر اخلاقی را کاهش دهد و به بهبود اعتماد عمومی در نهادها و مؤسسات دولتی کمک کند [۴۶]، از این‌رو، وجود شفافیت در حوزه سلامت نیز موجب پاسخ‌گویی بهتر خواهد شد و پیامدهای بهتری برای نظام سلامت به همراه خواهد داشت. مطالعاتی که در کشورهای مختلف جهان صورت گرفته نیز حاکی از این است که مداخلات شفافیت در نظام سلامت منجر به بهبود شاخص‌های سلامت و کاهش فساد در حوزه سلامت شده است [۴۷].

موضوع دسترسی به اطلاعات، شفافیت و پاسخ‌گویی به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در اسناد بالادستی، قوانین، آیین‌نامه‌ها و لوایح کشور مورد تأکید قرار گرفته‌اند و حداقل در ۵۰ قانون و سند رسمی کشور به این موضوع پرداخته شده است، از جمله در بند ۱۰ سیاست‌های کلی نظام (ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری) صراحتاً به «شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها» اشاره شده که بر ضرورت وجود شفافیت مالی در حوزه سلامت تأکید دارد [۴۸]. این حوزه به دلیل ارتباط با مرگ و زندگی انسان‌ها و استفاده از سهم قابل توجهی از بودجه کشور ، به عنوان یکی از مهم‌ترین حوزه‌ها برای استقرار نظام شفافیت مطرح می‌شود. عواملی نظیر اهمیت انتخاب روش‌های درمانی، دارو و مراقبت‌های پزشکی مناسب، و ابعاد اقتصادی و تجاری قابل توجه بازار سلامت، این حوزه را همواره در معرض فساد و سوء استفاده از سوی کنش‌گران مختلف قرار داده است [۴۹]. به همین جهت در بسیاری از کشورهای اروپایی و امریکای شمالی قوانینی وضع شده‌اند که بر طبق آنها روابط مالی بین حرف پزشکی و صنایع باید افشاء شود [۵۰]. در کشور ما نیز سازمان نظام پزشکی مقرراتی در این حوزه دارد، ولی بیش از آن که حالت قانون داشته باشد، مرامنامه‌ای اخلاقی است که متاسفانه فاقد ضمانت اجرایی است [۵۱].

۳-۶- چالش‌ها و فرصت‌های نهادسازی و استفاده از رویکرد نهادی در نظام سلامت ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: آرمان شماره ۱۶ توسعه پایدار، بیانگر اهمیت ترویج جوامع صلح آمیز، تامین عدالت برای همه و ساختن نهادهای موثر و پاسخ‌گو در همه سطوح جهت دستیابی به توسعه پایدار است. طبق این هدف، نهادها باید با فراهم آوردن فرصت‌های برابر و اطمینان از دسترسی اجتماعی، اقتصادی و سیاسی به منابع، شهروندان را در دستیابی به پایداری کمک کنند [۵۲]. نهادها جنبه‌های ساختاری یک جامعه هستند که ممکن است رسمی یا غیررسمی باشند و فرد را با گروهی از افراد با تعاملات الگومند قابل پیش‌بینی همراه می‌کنند. این جنبه‌های ساختاری، نظام سازمان یافته روابط اجتماعی هستند و به فرآیندهایی اطلاق می‌شوند که به اشکال رسمی یا غیررسمی رفتار کارگزاران سیاسی را شکل داده و بر اندیشه‌های آنها تاثیر می-گذارند. شکل‌گیری نهادها معطوف به روابط قدرت و تداوم آنها بوده که محصول تداوم گفتمان و نیز کارکرد مناسب است [۵۳]. برای رسیدن به حکمرانی خوب، وجود نهادهای شفاف و آزاد لازم است؛ و از طرف دیگر دستیابی به جوامع پایدار، جایی‌که تصمیم‌گیری بر پایه مشارکت گسترده تمامی گروه‌ها انجام می‌گیرد، محصول اجرای حکمرانی خوب است [۶].

منظر نهادی نظام سلامت ایران، منظری پیچیده با بازیگران بسیاری است که تحت قوانین رسمی و غیررسمی مسئولیت‌های متعددی برعهده دارند [۵]. به‌عنوان مثال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی نظام سلامت و مسئول تنظیم، آموزش، خرید و ارائه خدمات سلامت در ایران است. حاکمیت منحصر به فرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران، که به ادغام آموزش پزشکی در خدمات سلامت نسبت داده می‌شود، چالش‌های نهادی بسیاری را به همراه داشته و ساختارهای بحث برانگیز را قابل پذیرش کرده است، که نه لزوماً همه آنها ولی برخی به نتایج مورد نظر منتهی شده‌اند. ساختار فعلی وزارت بهداشت و آموزش پزشکی سبب شده است که این وزارت قادر به تولیت و هدایت نظام سلامت به سمت اهداف نهایی خود در ایران یعنی؛ ارائه خدمات سلامت کارآمد، عادلانه، قابل پرداخت و جامع برای تمام جمعیت‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

نیازمند، نباشد [۵۵, ۵۴]. به طور ویژه، تحریم های ناجوانمردانه علیه کشورمان، تجربه زیسته شهروندان در بهره گیری از خدمات سلامت را با چالش ها و دشواری های پرشمار همراه ساخته است [۵۶]. در راه رسیدن به توسعه پایدار سلامت، بررسی بیش از سه دهه تغییرات ساختاری در ایران نشان می‌دهد که ضعف در حکمرانی خوب موانعی را در این زمینه ایجاد کرده است. برای مثال، اعتباربخشی بیمارستان‌های دولتی ازجمله سیاست‌هایی است که اگرچه با هدف افزایش کیفیت خدمات بیمارستانی تدوین شده است اما به دلیل تعارض منافع، دخیل نکردن همه ذی‌نفشان مرتبط، ضعف در پاسخ‌دهی به نیاز مردم و غیره نتوانسته به درستی نیازهای عمومی را دنبال کند و در عمل به نتیجه مطلوب نیانجامیده است [۵۷].

به علاوه، برخی دیگر از سیاست‌ها ازجمله عدم جدایی خریدار از ارائه‌دهنده و ساختار عریض و طویل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و بدون استفاده معنادار از شواهد تدوین شده و به دلیل عدم مشارکت همه ذی‌نفشان مرتبط، ضعف در شفایت و پاسخ‌گویی نتوانستند در راستای پاسخ‌دهی به نیازهای جامعه حرکت کنند [۵۹, ۵۸]. سه صندوق اصلی بیمه نیروهای مسلح؛ سازمان بیمه سلامت ایران و تامین اجتماعی از جمله تامین-کنندگان اعتبار بخش سلامت هستند [۶۰]. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای اطمینان از همکاری و تصمیم‌گیری‌های بین-بخشی برای نظام سلامت و شورای عالی بیمه سلامت نیز برای تعیین تعرفه‌های پزشکی، خرید خدمات درمانی و نوع پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات فعالیت می‌کنند [۶۱]. علی‌رغم تشکیل نهادهای مختلف، در نظام سلامت ایران، نهادها در ساماندهی جامعه و پاسخ‌گویی به تقاضای جامعه مدرن ناتوان و ناکارآمد عمل کرده‌اند [۵۳]. همپوشانی نقش‌ها به عنوان مشخصه اصلی نهادها، عدم موفقیت در هم سویی نظرات بازیگران گوناگون و تبدیل نظرات فردی به نظرات جمعی، عدم وحدت فرماندهی و تولیت یکپارچه نظام و ناتوانی در مقابله با مشکلات غیرقابل پیش‌بینی، هر کدام چالش‌های متفاوتی را به همراه دارند [۶۲]. به‌علاوه، این چالش‌ها به حدی پیچیده هستند که رویکردهای معمول قابلیت مقابله با آنها را ندارند و اصلاحات جسورانه‌ای در مولفه‌های اصلی نظام سلامت از جمله حکمرانی، ارائه خدمات و نظام تامین مالی مورد نیاز است [۶۱].

۳-۷- چالش‌ها و فرصت‌های مشارکت در نظام سلامت ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: منظور از مشارکت عمومی درگیر کردن تمامی ذی‌نفشان از جمله شهروندان در فرآیندهای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری ، با هدف افزایش کارآمدی حکمرانی می‌باشد، به گونه‌ای‌که موفقیت در دستیابی به مشارکت عمومی موجب تقویت شفافیت، پاسخ‌گویی و اثربخشی هر دولت مدرن می-شود [۶۳]. طبق نتایج مطالعات، مشارکت ضعیف می‌تواند به ناکارآمدی منجر شود و در نتیجه، موانعی را بر سر راه توسعه پایدار ایجاد کند. از دیدگاه نظری، مشارکت عمومی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر کارایی و توسعه حکومت تأثیر می‌گذارد. بنابراین، ضروری است راهبرد های توسعه پایدار و پیاده‌سازی آن‌ها با تأکید بر مشارکت عمومی و اصول حکمرانی خوب به هم پیوسته باشند. این اصلاحات به تقویت ارتباط بین مشارکت عمومی و حکمرانی خوب کمک می‌کنند و بر اهمیت مشارکت در توسعه پایدار تاثیر می‌گذارند. از طرف دیگر این فرآیند باعث می‌شود نظرات، نیازها، منافع و دیدگاه‌های مختلف در نظر گرفته شوند و همکاری ها و گفت و گو های لازم برای رسیدن به هدف‌های مشترک صورت بگیرد [۶۳]. به عنوان مثال زیمبابوه با استفاده از مشارکت عمومی، به بهبود سطح حکمرانی خود و رسیدن به هدف‌های توسعه پایدار پرداخته است. یکی از راهبردهای حکمرانی خوب زیمبابوه، تأسیس شورای توسعه پایدار است که بر اساس قانون توسعه پایدار ۲۰۱۳ فعال شده است. این شورا یک نهاد چندبخشی است که نظارت و هدایت فعالیت‌های توسعه پایدار در کشور را بر عهده دارد و با درگیر کردن ذی‌نفشان مختلف در طرح‌ریزی، پیاده‌سازی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های توسعه پایدار، به تقویت همکاری و هماهنگی بین آنها کمک می‌کند [۶۴]. اما نظام سلامت ایران با چالش‌ها و محدودیت‌های متعددی در راستای تحقق مشارکت مردم در نظام سلامت مواجه است. برخی از این چالش‌ها عبارتند از: عدم وجود قانون جامع و روشن برای حمایت از سازمان‌های مردم نهاد، عدم وجود ظرفیت‌ها و منابع کافی برای فعال‌سازی و آموزش سازمان-های مردم نهاد، عدم وجود سازماندهی و هماهنگی مناسب بین سازمان‌های مردم نهاد و دستگاه‌های دولتی، عدم وجود سیستم ارزشیابی و نظارت بر عملکرد سازمان‌های مردم نهاد و عدم وجود فرهنگ و انگیزه مشارکت در بین مردم [۶۵].

۳-۸- چالش‌ها و فرصت‌های پاسخ‌گویی در نظام سلامت ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: پاسخ‌گویی به معنای تعهد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

افراد یا آژانس‌ها برای ارائه اطلاعات، یا توجیه اقدامات آنها برای بازیگران همراه با اعمال مجازات‌ها درصورت عدم رعایت یا عدم انجام اقدامات مناسب است [۶۶]. پاسخ‌گویی از جمله مولفه‌های حکمرانی خوب است که به تقویت شفافیت، اثربخشی و عدالت در سازمان‌های دولتی و غیردولتی کمک می‌کند و در دستیابی به توسعه پایدار، نقش کلیدی دارد. از آنجا که برای دستیابی به توسعه پایدار، همکاری تمامی ذی‌نفشان در سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی و به اشتراک‌گذاری منابع، دانش، فناوری و تجربه لازم است، پاسخ‌گویی این همکاری را تسهیل می‌کند و هم‌چنین، به تحقق اصول دموکراسی، حقوق بشر و عدالت اجتماعی یاری می‌رساند [۶۷]. به عنوان مثال، رواندا با استفاده از پاسخ‌گویی عمودی، به بهبود سطح حکمرانی خود و رسیدن به اهداف توسعه پایدار پرداخته است. چالش‌های عظیمی که رواندا پس از جنگ داخلی با آن روبرو شده بود، باعث همکاری دولت و جامعه مدنی و تاسیس نظامم حکمرانی جدیدی شد. یکی از راهبردهای این همکاری، تأسیس شوراهای محلی بود که به شهروندان اجازه می‌داد تا در تصمیم‌گیری‌های مربوط به توسعه محلی شرکت کنند و نظارت بر عملکرد مسئولان دولتی داشته باشند. این شوراها باعث افزایش شفافیت، پاسخ‌گویی، اثربخشی و عدالت در سطح محلی شده و به تقویت اعتماد عمومی، حل منازعات و ترویج صلح و همبستگی کمک کرد [۶۸]. کلمبیا مثال دیگری است که با استفاده از پاسخ‌گویی افقی، به بهبود سطح حکمرانی خود و رسیدن به توسعه پایدار پرداخته است. یکی از راهبردهای حکمرانی خوب در کلمبیا، تأسیس سامانه ملی آمار است که بر اساس قانون آمار ۲۰۰۹ فعال شده است. این سامانه یک نظام چندبخشی است که همکاری و هماهنگی بین نهادهای دولتی و غیردولتی را در زمینه جمع‌آوری، پردازش، تحلیل و انتشار داده‌های آماری فراهم می‌کند. هم‌چنین این سامانه باعث افزایش کیفیت، قابل اعتماد بودن و به روز بودن داده‌های آماری شده و به تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد، پایش و ارزشیابی سیاست‌های عمومی و پاسخ‌گویی نسبت به دستیابی به توسعه پایدار کمک می‌کند [۶۹]. در ایران، نبود چارچوب قانونی مناسب برای پاسخ‌گویی نهادهای دولتی و غیردولتی در زمینه سلامت یکی از چالش‌های مهم در این راستا است. برخلاف برخی کشورهای دیگر، در ایران هیچ قانون یا مقرراتی وجود ندارد که نحوه پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران نظام سلامت را نسبت به تصمیمات ایشان تعیین کند. در مطالعه‌ای که در سال ۱۴۰۱ توسط عدالتی و همکاران درخصوص مصادیق پاسخ‌گویی در فرایند سیاست‌گذاری در شهرداری تهران در زمینه پیشگیری از اضافه وزن و چاقی انجام شد، نشان داد که در بسیاری از مصادیق پاسخ‌گویی، وضعیت مطلوب نیست و سازوکار مشخصی برای پاسخ‌گو نگه داشتن ذی‌نفشان در برابر عموم وجود ندارد [۷۰]. مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۹ در ایران نشان داد که هیچ سازوکاری جهت پاسخ‌گو نگه داشتن سیاست‌گذاران در حوزه منابع انسانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران وجود ندارد. در مطالعه ایشان که وضعیت پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران نظام سلامت در حوزه منابع انسانی براساس علائم چراغ راهنمایی با رنگ‌ها قرمز (نیازمند توجه جدی در این حوزه)، زرد (کمی نگران‌کننده) و سبز (وضعیت مطلوب) مشخص شده بود، سیاست‌ها، برنامه‌ها و قوانین موجود ۹۴,۴ درصد قرمز، ۴,۵ درصد زرد و تنها ۳ درصد سبز بود که ضعف جدی پاسخ‌گویی در این حوزه در ایران را نشان می‌دهد [۱۳].

۳-۹- چالش‌ها و فرصت‌های پاسخ‌دهی در نظام سلامت ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: پاسخ‌دهی هم به عنوان یکی از مولفه‌های حکمرانی خوب و هم به عنوان یکی از نتایج آن محسوب می‌شود. سازمان جهانی سلامت، پاسخ‌دهی را به عنوان یکی از سه هدف اصلی نظام سلامت، در کنار دو هدف ارائه خدمت با کیفیت و تامین مالی عادلانه می‌شناسد. همچنین، طبق الگوی سازمان جهانی سلامت، پاسخ‌دهی انتظارات مشروع مردم را، که هسته اصلی عملکرد نظام‌های سلامت را تشکیل می دهد، برآورده می‌کند [۶۶]. پاسخ‌دهی یک بعد مهم از عملکرد نظام سلامت و یک شاخص کلیدی از پوشش همگانی سلامت و امنیت سلامت است که نشان می‌دهد یک نظام سلامت، تا چه میزان، انتظارات معقول افراد را در رابطه با جنبه‌های سلامتی و غیرسلامتی، مانند احترام، حفظ کرامت، رازداری، استقلال، کیفیت مراقبت‌های سلامت، دسترسی به خدمات سلامت و غیره برآورده می‌کند [۷۱]. یک مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان های عمومی استان مازندران انجام شد، سطح کلی پاسخ‌دهی را در حد متوسط نشان داد؛ که درمیان شاخص‌های مختلف، خودمختاری بالاترین و مشارکت بیمار، کمترین سطح را داشتند. این مطالعه همچنین تفاوت معناداری بین بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تامین اجتماعی از نظر سطح پاسخ‌دهی پیدا نکرد [۷۲]. چالش‌های اصلی بهبود پاسخ‌دهی در نظام سلامت ایران عبارتند از: فقدان استانداردها و دستورعمل‌های شفاف برای پاسخ‌دهی، آموزش و نظارت ناکافی ارائه‌دهندگان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

مراقبت‌های سلامت، منابع و زیرساخت‌های ناکافی، آگاهی و توانمندی پایین بیماران، و موانع فرهنگی و اجتماعی. برای مقابله با این چالش‌ها، ایران رویکرد مراقبت‌های اولیه سلامت را اتخاذ کرده است که هدف آن نزدیک‌تر کردن خدمات به جوامع و تضمین دسترسی به مراقبت‌های مردم محور، یکپارچه و جامع است [۷۳].

با افزایش پاسخ‌دهی از طریق مراقبت‌های اولیه سلامت، نظام سلامت ایران می‌تواند با بهبود رضایت، اعتماد، تبعیت و پیامدها؛ کاهش نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌ها؛ افزایش کارایی و اثربخشی؛ و تقویت انسجام و همبستگی اجتماعی درمسیر دستیابی به توسعه پایدار سلامت گام بردارد. پاسخ‌دهی نه تنها یک هدف، بلکه وسیله‌ای برای دستیابی به سلامت بهتر برای همه است [۷۲].

۳-۱۰- چالش‌ها و فرصت‌های استفاده از شواهد در تصمیم‌سازی‌های نظام سلامت ایران و نقش آن در نیل به توسعه پایدار سلامت: از مهمترین دغدغه‌های ذهنی سیاست‌گذاران کشورها استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری است، از شواهد زمینه‌ای گرفته تا شواهد فنی و عملیاتی. با این وجود محدودیت‌هایی در بهره‌گیری از شواهد در نظام سلامت وجود دارد [۷۴]. مطالعات نشان می‌دهد محدودیت‌های استفاده از شواهد در حکمرانی نظام سلامت در سه گروه تولیدکنندگان شواهد، استفاده‌کنندگان از شواهد و واسطه گران دانش خلاصه می‌شود [۷۵]. از سوی دیگر برای داشتن داده های با کیفیت در نظر گرفتن معیارهایی نظیر دسترسی پذیری، به موقع بودن، صحت و دقت و تناسب و خوانایی داده‌ها ضروری به نظر می‌رسد. این درحالی است که استفاده از شواهد برای یافتن و نشان دادن وضعیت توسعه پایدار از ضروریات است. به بیان دیگر دستیابی به توسعه پایدار بدون در نظر گرفتن شواهد متقن و دقیق چیزی جز رویا نیست. از این‌رو، در راستای تحقق توسعه پایدار سلامت علاوه‌بر ایجاد بسترهایی برای تولید شواهد، حفظ کیفیت و زمان دسترسی به آن نیز ضروری است [۷۶]. در مطالعه‌ای با عنوان "استفاده از مدیریت مبتنی بر شواهد در مدیریت بیمارستان‌های دولتی ایران: یک پیماش ملی"، میانگین استفاده از شواهد علمی-پژوهشی، اطلاعات و آمار بیمارستانی، برنامه‌های توسعه‌ی ملی، شواهد تجربی و حرفه‌ای، شواهد اخلاقی-رفتاری و شواهد مرتبط با ذی‌نقشان نشان داده شد. بر اساس این یافته‌ها، پژوهشگران نتیجه گرفتند که مدیران در تصمیم‌گیری‌های بیمارستانی کمتر از شواهد علمی-پژوهشی استفاده می‌کنند که امری نگران‌کننده است و باید مدیران به ارتقای سطح آموزش و پژوهش خویش بیشتر اهمیت دهند [۷۷].

جدول ۱: برخی از انواع مدل‌ها و مولفه‌های ارائه شده برای حکمرانی

منبع ارائه	عنوان فارسی مولفه‌ها	عنوان انگلیسی مولفه‌ها	شیوه اندازه‌گیری شاخص‌ها	سال ارائه
بانک جهانی [۱۱]	صدا و پاسخ‌گویی، ثبات سیاسی و فقدان خشونت، اثربخشی حکومت، کیفیت نظارت، حاکمیت قانون و کنترل فساد	Voice and Accountability, Political Stability and Absence of Violence, Government Effectiveness, Regulatory Quality, Rule of Law, Control of Corruption	کمی (از ۲،۵- تا ۲،۵+)	۱۹۹۶
برنامه توسعه سازمان ملل [۱۲]	پاسخ‌گویی، شفافیت، پاسخ‌دهی، عدالت، اثربخشی و کارایی، مشارکت، مبتنی بر اجماع و پیروی از حاکمیت قانون	Accountability, Transparency, Responsiveness, Equitable and inclusive, Effectiveness and efficiency, Participatory, Consensus-oriented, Follows the rule of law	کیفی	۱۹۹۷
موسسه توسعه فرامرزی [۸۱]	مشارکت، کرامت، انصاف، پاسخ‌گویی، شفافیت، کارایی	Participation, Decency, Fairness, Accountability, Transparency, Efficiency	کمی (هر شاخص: ۶ تا ۳۰، مجموع: ۳۶ تا ۱۸۰)	۱۹۹۹
ثمین صدیقی و همکاران، دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی سلامت [۶]	چشم‌انداز راهبردی، جهت‌گیری مشارکت و اجتماع، حاکمیت قانون، شفافیت، پاسخ‌دهی، برابری و شامل شدن، پاسخ‌گویی، اثربخشی و کارایی، هوش و اطلاعات، اخلاق	Strategic vision, Participation and consensus orientation, Rule of law, Transparency, Responsiveness, Equity and inclusiveness, Accountability, Effectiveness and efficiency, Intelligence and information, Ethics	کیفی	۲۰۰۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

آژانس توسعه بین‌المللی ایالات متحده [۸۲]	ترویج پاسخ‌گویی(پاسخ‌گویی، شفافیت، یکپارچگی اخلاقی، عدالت اجتماعی، نظارت)؛ درگیر کردن ذی‌نفشان (مشارکت، نمایندگی، شامل شدن، تنوع، عدالت جنسیتی، حل تعارض)؛ تنظیم یک جهت مشترک (همسویی ذی‌نفشان، رهبری، مدیریت، حمایت‌طلبی)؛ تولیت منابع (پاسخ‌گویی مالی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، یکپارچگی اخلاقی، تدبیر، کارایی، اثربخشی)؛ ارزیابی و تقویت حکمرانی (سنجش عملکرد)	Cultivating Accountability (Accountability, transparency, ethical and moral integrity, social justice, oversight); Engaging stakeholders (Participation, representation, inclusion, diversity, gender equity, conflict resolution); Setting a shared Direction (Stakeholder alignment, leadership, management, advocacy); Stewarding resources (financial accountability, social responsibility, ethical and moral integrity, resourcefulness, efficiency, effectiveness); Assessing and enhancing governance (performance measurement)	کمی (به صورت خود ارزیابی؛ برای هر دسته از سوالات محدوده امتیازدهی متفاوت است؛ در کل کمینه امتیاز صفر و بیشینه آن ۱۶۰ است)	۲۰۱۴
حمرا و همکاران، ابزار راهنمای حکمرانی برای سیاست گذاری سلامت [۱۳,۱۴]	مشارکت، شفافیت، پاسخ‌گویی، استفاده از اطلاعات، پاسخ‌دهی	Participation, Transparency, Accountability, Use of Information, Responsiveness	کیفی	۲۰۱۸



شکل ۱: پایه‌های پنج‌گانه توسعه پایدار [۲۳]

بحث و نتیجه گیری

مفهوم حکمرانی و مولفه‌های آن: نتایج بررسی تعاریف مختلف در تبیین مفهوم حکمرانی و همچنین الگوهای مختلف حکمرانی نشان داد مشارکت، پاسخگویی، حاکمیت قانون، عدالت و برابری، شفافیت، کنترل فساد و اثربخشی و کارایی از جمله مولفه ها و شاخص‌های تکرار شونده در تعریف حکمرانی است. حکمرانی درواقع نوع پیشرفته‌تری از دولت است که تمامی منابع قدرت را در کنار هم قرار داده و در سایه قانون و به طور شفاف عمل می کند. بررسی مطالعات انجام شده در ایران نشان داده است مولفه‌های حکمرانی خوب در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بسیار مورد تاکید بوده و این مفهوم به درستی تبیین شده است؛ هرچند که اجرای آن با فراز و نشیب‌هایی همراه بوده است [۷۸]. همچنین، در ادبیات دانش، توسعه حکمرانی به عنوان کلید معمای توسعه معرفی می‌شود. حکمرانی را می‌توان برگرفته از نظریه نهادگرایی دانست که ماحصل مشارکت سه نهاد دولت، جامعه مدنی و بخش خصوصی است. ازاین‌رو، می‌توان گفت نقش دولت از تصدی‌گری امور صرف، به هماهنگ‌کننده و تنظیم‌گری برای تسهیل روابط تغییر یافته است [۷۹]. چالش‌ها و فرصت‌های ایران در ارتباط با حکمرانی خوب و توسعه پایدار: نتایج این مطالعه نشان داد روند رو به بهبود در شاخص‌هایی نظیر نرخ مرگ و میر نوزادان، نرخ مرگ و میر کودکان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

زیر یک سال، نرخ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، نرخ مرگ و میر مادران و نیز شاخص‌های توسعه انسانی نشان‌دهنده فرصت‌هایی برای حکمرانی خوب در ایران هستند. از سوی دیگر، روند افزایشی مرگ و میر ناشی از تصادفات، بدتر شدن کیفیت هوا، آلودگی و فرسایش خاک، بیکاری و تورم حکمرانی خوب در کشور را با چالش هایی مواجه می کند. براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه، نبود نظام نظارت و پایش کارآمد، کمبود شفافیت و پاسخ‌گویی، مشارکت ناکافی ذی‌نقشان مرتبط، مدیریت ضعیف تعارض منافع و فساد، هماهنگی و همکاری ضعیف بین و درون بخشی، عدم استفاده از داده‌های علمی و شواهد محکم در سیاست‌گذاری‌ها و کمبود فرهنگ و ارزش‌های حکمرانی خوب از جمله عواملی هستند که ترویج حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران را دچار چالش کرده اند. به نظر می‌رسد رفع این موانع و بهبود فرصت‌ها جز با تقویت مولفه‌های حکمرانی خوب امکان پذیر نیست. شرط رسیدن به توسعه پایدار، درگیر ساختن تمامی مولفه‌های حکمرانی خوب است که جز با تلفیق مسائل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست بوم و بافتار سیاسی حاکم بر جوامع امکان‌پذیر نخواهد بود.ازاین‌رو، و بر پایه مطالعات داخلی و خارجی انجام شده، پیرامون مولفه‌های گوناگون الگوهای حکمرانی خوب در ایران، پیشنهادهای سیاستی زیر با هدف دستیابی به توسعه پایدار سلامت در ایران در راستای حکمرانی خوب مطرح می‌شود:

- مشارکت: میزان مشارکت مردم در امور جامعه یکی از کلیدی‌ترین پایه‌های حکمرانی خوب به‌شمار می‌رود. در اینجا منظور از مشارکت به معنای آزادی بیان و بررسی دیدگاه‌های متنوع در جامعه است. استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم نهاد سلامت در راستای شناسایی نیازهای احساس شده جامعه در این حوزه، بهره‌گیری از ظرفیت سازوکارهای سنتی موجود در جامعه نظیر هیات‌های مذهبی، گروه‌های قومی و خانوادگی، پایگاه‌های بسیج محلات، سراهای محله و موارد مشابه از جمله مواردی است که می‌تواند در این بعد مورد توجه قرار گیرد. از جمله نمونه‌های موفق مشارکت می‌توان به ایجاد مجامع ملی، استانی و محلی سلامت با محوریت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، از جمله اجرای مداخلات اجتماع محور در محله اسکان شهر یزد در سال ۱۳۹۶ [۸۰] و طرح مردمی‌سازی دولت در سال اخیر اشاره کرد. با توجه به خطر قابل توجه بروز پاندمی‌های بعدی، تحقق مشارکت معنادار مردم در تصمیم‌سازی برای سلامت خود و سایر شهروندان، می‌تواند به افزایش سرمایه اجتماعی، آماده‌سازی جامعه و کاهش قابل توجه خطر منجر شود.
- شفافیت: جریان آزاد اطلاعات و دسترسی آسان آن برای همه که به شفافیت تعبیر می‌شود، می‌تواند نقش مهمی در تحقق توسعه پایدار سلامت داشته باشد. در این راستا شفافیت اطلاعات باید برای گروه‌های ذی‌نقش، عموم مردم و مراجع نظارتی فراهم شود. از جمله ابزارهای ایجاد شفافیت، طراحی داشبوردهای مدیریتی است که به واسطه آن‌ها اطلاعات در یک بستر جمع‌آوری می‌شود و به تناسب نیاز گروه‌های مختلف در حد لازم در دسترس آن‌ها قرار می‌گیرد. از نمونه‌های موفق می‌توان به استقرار موثر پرونده الکترونیک سلامت اشاره کرد.
- پاسخ‌گویی: پاسخ‌گو بودن نسبت به سایر نهادها، سازمان‌ها و موسسات در چهارچوب قوانین و در زمان مشخص در برابر کلیه ذی‌نقشان از لازمه‌های تحقق توسعه پایدار است. طراحی ساختار مناسب برای پاسخ‌گویی، توسعه ابزارهایی جهت اندازه‌گیری سطح پاسخ‌گویی در ابعاد مختلف توسعه پایدار و در نظر گرفتن سازوکارهای تشویقی و تنبیهی برای پاسخ‌گوتر کردن نهادهای مربوطه از جمله راهکارهای افزایش سطح پاسخ‌گویی نظام سلامت در راستای توسعه پایدار است. انتشار گزارش‌های عملکرد سالانه وزارت بهداشت، موسسه ملی تحقیقات نظام سلامت و سازمان‌های مرتبط با آن از نمونه‌های اجرا شده در این بعد است.
- استفاده از شواهد و اطلاعات: یک تصمیم‌گیری سیاسی خوب نیازمند بهره‌گیری از شواهد در دسترس و استفاده از قضاوت‌های درست بر پایه یک تجزیه و تحلیل منطقی است. استفاده از ظرفیت منابع بدون آسیب زدن به یکپارچگی آن، آن‌گونه که اهداف توسعه پایدار در نظر دارد، بدون استفاده از شواهد و اطلاعات متقن امکان‌پذیر نیست. از تجربیات موفق می‌توان به استفاده از شواهد و اطلاعات مشاهدات و مطالعات در دوران کووید-۱۹ در سیاستگذاری و تصمیم‌گیری‌ها و تشکیل کمیته‌های مربوطه نظیر کمیته‌های علمی، آمار و اطلات، آموزش، پیشگیری و کنترل یاد کرد. استفاده از ظرفیت حکمرانی خوب در ایجاد بسترهای گردآوری و استفاده از شواهد می‌تواند در این مسیر، راه گشا باشد.
- پاسخ‌دهی: مشارکت تمامی نهادهای درگیر در سلامت و همکاری بین‌بخشی آن‌ها با هدف اطمینان از پاسخ‌دهی به همه نیازهای سلامتی و غیر سلامتی جامعه یکی دیگر از الزامات توسعه پایدار است که در سایه پاسخ‌دهی اتفاق می‌افتد. در واقع می‌توان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

گفت پاسخ‌دهی یک اصطلاح ملایم‌تر برای واژه «تعهد» دولت نسبت به شهروندان است و تنها به پاسخ‌دهی نسبت به نیاز «بالینی» آنان محدود نمی‌شود. تدوین پیوست سلامت، اجرای مسئولیت‌پذیری اجتماعی واحدهای تولیدی و اجرای منشور حقوق بیمار و اجرای مسئولیت‌پذیری اجتماعی سازمان‌ها در حوزه سلامت که در کنار تامین منافع خود یکی از تعهدات آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به نیازهای جامعه است، از نمونه‌های پاسخ‌دهی است.

حکمرانی خوب، پیش شرط بنیادین بافتاری در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت شهروندان و جوامع انسانی، و لازمه نیل به عدالت اجتماعی، به عنوان هدف غایی نظام‌های حاکمیتی است. ابعاد مختلف حکمرانی خوب، شامل مشارکت، شفافیت، پاسخ‌گویی، پاسخ‌دهی و استفاده از شواهد، بر بهبود عملکرد نظام‌های سلامت و دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت و عادلانه تأثیر می‌گذارند. توسعه پایدار سلامت به معنای تحقق سلامت برای همه در حال و آینده است که نیازمند توجه یکپارچه به ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و زیست‌محیطی سلامت است و از شاخص‌های کلیدی توسعه پایدار کشورها به شمار می‌رود. بدین ترتیب، می‌توان نتیجه گرفت که حکمرانی خوب، ضرورت انکارناپذیر نیل به توسعه پایدار سلامت است که نظام‌های سلامت نمی‌توانند بدون نهادینه‌سازی مولفه‌های آن، به نیازها و انتظارات مردم پاسخ دهند. از آن‌جا که بدون توسعه پایدار سلامت، جوامع قادر به رشد و تعالی در سطح فردی و اجتماعی نیستند، می‌توان گفت حکمرانی خوب و توسعه پایدار سلامت دو مفهوم هم بسته و تقویت‌کننده یکدیگر هستند. حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران با چالش‌های جدی روبرو است. ضعف نظام نظارت و پایش کارآمد، کمبود شفافیت و پاسخ‌گویی، مشارکت ناکافی ذی‌نقشان مرتبط، مدیریت ضعیف تعارض منافع و فساد، هماهنگی و همکاری ضعیف بین و درون بخشی، استفاده ناکافی و بعضا سوگیرانه از داده‌های علمی و شواهد محکم در سیاست‌گذاری‌ها و کمبود فرهنگ و ارزش‌های حکمرانی خوب از جمله عواملی هستند که مانع ترویج حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران شده‌اند. در نتیجه، هم‌نوا با شعار «هیچ کس جا نماند» سازمان جهانی سلامت، تحقق پوشش همگانی سلامت و دستیابی به اهداف نهایی نظام سلامت کشورمان، یعنی عدالت در دسترسی به خدمات با کیفیت، با چالش‌های جدی روبرو است. در راستای رسیدن به توسعه پایدار سلامت، حکمرانی خوب در نظام سلامت یک نیاز و یک حق است که دستیابی به آن مستلزم تلاش همگانی و همدلی پژوهشگران، سیاست‌گذاران، تصمیم‌سازان و ذی‌نقشان نظام سلامت کشور است.

مطالعات محدود در حوزه مولفه‌های حکمرانی خوب در حوزه سلامت و فقدان مداخلات استاندارد در حوزه حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بود.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله مروری است و به دریافت کد اخلاق نیاز ندارد.

سهم نویسندگان

امیرحسین تکیان: طراح و نظریه پرداز مطالعه
اعظم رئوفی: استخراج و جمع‌بندی داده‌ها و تهیه پیش‌نویس
هاجر حقیقی: استخراج و جمع‌بندی داده‌ها و تهیه پیش‌نویس
خاطره خانجانخانی: استخراج و جمع‌بندی داده‌ها و تهیه پیش‌نویس
معصومه غلامی: استخراج و جمع‌بندی داده‌ها و تهیه پیش‌نویس

منابع

1. Pan American Health Organization. Pathway to sustainable health Regional Office for the Americas of the World Health Organization: Health in the Americans; 2020 [cited 2023 29 Augest]. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=five-ps
2. Takian A, Akbari-Sari A. Sustainable Health Development Becoming Agenda for Public Health Academia. Iranian Journal of Public Health 2016;45:1502
3. Mensah J. Sustainable development: Meaning, history, principles, pillars, and implications for human action: Literature review. Cogent Social Sciences 2019;5:1653531
4. Dhaoui I. Good governance for sustainable development: University Library of Munich, Germany; 2019 [updated Jan 2019; cited 2024 Jan 11]. Available from: https://EconPapers.repec.org/RePEc:pra:mprapa:92544
5. Haghighi H, Takian A, Raoofi A. Institutionalization of Health System to Combat the COVID-19 Pandemic in Iran. International Journal of Public Health 2023;68:1606197
6. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. Health Policy 2009;90:13
7. Gisselquist R-M. Good Governance as a Concept, and Why This Matters for Development Policy: World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER); 2012 [cited 2024 Jan 11]. Available from: https://EconPapers.repec.org/RePEc:unu:wpaper:wp-2012-030
8. Takian A. [Health governance and the interaction of government, nation and civil society] Tehran: Donya-e Eghtesad; 2022 [updated 20 Sep 2022; cited 2024 Jul 24]. Available from: https://donya-e-eqtesad.com/fa/tiny/news-3901546.
9. Commission on Global Governance. Our Global Neighbourhood: The Report of the Commission on Global Governance. 1st Edition, Oxford University Press: Oxford, UK, 1995
10. The World Bank. Governance and development. 1992 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/604951468739447676/governance-and-development
11. Kaufmann D, Kraay A. The Worldwide Governance Indicators (WGI) project 1996 [cited 2023 Oct 21]. Available from: http://info.worldbank.org/governance/wgi/
12. United Nations Development Programme. Governance for sustainable human development: a UNDP policy document. 1st Edition, United Nations Development Programme: New York, USA; 1997
13. Manafi F. Explaining the concept and evaluation Governance for Policy makingin of human resources of health in Iran [Doctoral Thesis]. Tehran, IR Iran: TUMS; 2019 [Persian]
14. Pourghaderi M, Omidvar N, Takian A. Collaborative Governance in Food Assistance for Vulnerable Groups: the Confluence of Synergy and Innovation. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2022;6:452 [Persian]
15. United Nations Fund for Women (UNIFEM). An Introduction to Governance, Good Governance and the process of Engendering Economic Governance [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://www1.aucegypt.edu/src/engendering/good_governance.html
16. The World Bank. World development report 1993 : investing in health 1993 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/468831468340807129/world-development-report-1993-investing-in-health
17. Haines A, Cassels A. Can the millennium development goals be attained? BMJ 2004;329:394
18. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. 1st Edition, Parsa Salamat Publications: Tehran, Iran, 2015 [Persian]
19. World Health Organization. Millennium Development Goals (MDGs) 2019 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)
20. Kumar S, Kumar N, Vivekadhish S. Millennium Development Goals (MDGs) to Sustainable Development Goals (SDGs): Addressing Unfinished Agenda and Strengthening Sustainable Development and Partnership. Indian Journal of Community Medicine 2016;41:1
21. Takian A, Rajaeieh G. Peace, health, and sustainable development in the Middle East. Archives of Iranian Medicine 2020;23:S23
22. Manta O, editor. The 5 P of the 21st Century-People, Planet, Prosperity, Peace and Partnership. The 30th IBIMA conference, in Madrid, Spain; 2017
23. UN Sustainable Development Group. The 5Ps of the SDGs: People, Planet, Prosperity, Peace and Partnership. Thailand: United Nations in Thailand; 2022. https://unsdg.un.org/latest/videos/5ps-sdgs-people-planet-prosperity-peace-and-partnership
24. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? Globalization and Health 2015;11:13
25. Kardos M. The Reflection of Good Governance in Sustainable Development Strategies. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2012;58:1166
26. Biermann F, Stevens C, Bernstein S, Gupta A, Kabiri N. Integrating Governance into the Sustainable Development Goals Tokyo: UNU-IAS; 2014 [cited 2024 Jan 11]. Available from: https://edepot.wur.nl/315947
27. Haffeld J. Sustainable development goals for global health: facilitating good governance in a complex environment. Reproductive Health Matters 2013;21:43
28. Massey A. Sustainable Development Goals and their Fit with Good Governance. Global Policy 2022;13:79
29. Ndagijimana I. Leadership and Good Governance: The Rwandan Experience. International

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

Journal of Research and Innovation in Social Science (IJRISS) 2019;3:2454
30. Leppo K, Ollila E, Pe˜na S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies. 1st Edition, National Center for Health Insurance Research: Tehran, Iran, 2020 [Persian]
31. Melkas T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. Scandinavian Journal of Public Health 2013;41:3
32. Rasanathan K, Posayanonda T, Birmingham M, Tangcharoensathien V. Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand. Health Expect 2012;15:87
33. Sakha MA, Bahmanziari N, Takian A. Population Coverage to Reach Universal Health Coverage in Selected Nations: A Synthesis of Global Strategies. Iranian Journal of Public Health 2019;48:1155
34. Doshmangir L, Bazyar M, Majdzadeh R, Takian A. So near, so far: four decades of health policy reforms in Iran, achievements and challenges. Archives of Iranian Medicine 2019;22:592-605
35. Soltanipour F, Damari B. The Situation of Sustainable Development in Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2017;14:1
36. Pourghaderi M, Omidvar N, Takian A. Collaborative Governance in Food Assistance Programs: From Wish to Reality. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2023;7:117-8
37. Pourghaderi M, Omidvar N, Takian A. Collaborative Governance in Food Assistance Programs: From Wish to Reality. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2023;7:117-8
38. Takian A, Khanjankhani K. The Need for Additional to Confilict of Interest. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2023;6:701
39. What is a 'conflict of interest'? 2009 [Available from: http://blog.transparency.org/2009/07/27/what-is-a-%E2%80%98conflict-of-interest%E2%80%99/.
40. García LB, Fondevila RF, Muñoz ÒG, Higón MM, Safont ÒR, Pozo AC. Management of conflicts of interest in the public sector of Catalonia. 1st Edition, Anti-Fraud Office of Catalonia: Catalonia, 2017
41. Khanjankhani K, Takian A, Shamsi Gooshki E, Mohammadi SM, Arab M. Actors in conflict of interest in Iran's health system: Ranking and policy recommendations for conflict of interest management. World Medical & Health Policy 2023;15:476–88
42. Abdool Karim Q, Abdool Karim SS. Infectious diseases and the Sustainable Development Goals: progress, challenges and future directions. Nature Reviews Microbiology 2023;21:626
43. Luo M, Liu Q, Wang J, Gong Z. From SARS to the Omicron variant of COVID-19: China's policy adjustments and changes to prevent and control infectious diseases. BioScience Trends 2021;15:418
44. Transparency International. Transparency [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://www.transparency.org/glossary/term/transparency
45. Vian T, Savedoff WD, Mathisen H. Anticorruption in the health sector. 1st Edition, Kumarian Press: Boston, USA, 2010
46. Paschke A, Dimancesco D, Vian T, Kohler JC, Forte G. Increasing transparency and accountability in national pharmaceutical systems. Bulletin of the World Health Organization 2018;96:782
47. Gholami M, Takian A, Kabir MJ, Olyaeemanesh A, Mohammadi M. Transparency interventions to improve health system outcomes in low and middle-income countries: a narrative systematic review. BMJ open 2024;14:e081152
48. Gholami M, Takian A, Kabir MJ, Olyaeemanesh A, Mohammadi M. Financial Transparency and Access to Health Information in Iran: Analysis of Related Laws and Documents. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2023;7:303
49. Center for Presidential Strategic Studies. Explanatory report on draft of transparency bill. Tehran: Center for Presidential Strategic Studies; 2018. Available from: https://discuss.tp4.ir/uploads/default/original/2X/1/13515f6f76e4a245aefcc7285132e142feb614dd.pdf
50. To amend title XI of the Social Security Act to provide for transparency in the relationship between physicians and manufacturers of drugs, devices, biologicals, or medical supplies for which payment is made under Medicare, Medicaid, or SCHIP; 2009 [updated 10 Jul 2009; cited 2024 Jul 22]. Available from: https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/3138
51. Zafarghandi MR. [Guideline of professional ethics of medical profession and affiliated employees in the health system of Islamic Republic of Iran]. Tehran, Iran: Medical Council 2018. Available from: https://irimc.org

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

52. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development. The 17 Goals [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://sdgs.un.org/goals
53. Hosseinizade S-M-A. From institutionalism to discourse: A prelude to the function of theories of institutionalism in politics. Political Science 2013;15:83
54. Azizi F, Entezari A, Momtazmanesh N, Pezeshkian M, Tabrizchi N. Impact of Integration of Medical Education in the Health System of Islamic Republic of Iran. Strides in Development of Medical Education 2024;21:1-10
55. Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. Iran Journal of Public Health 2009;38:4-12
56. Kiani MM, Mostafavi H, Ebrahimi F, Majdzadeh R, Mohamadi E, Kraemer A, Olyaeemanesh A, Takian A. The experiences and perceptions of people with chronic and rare diseases during political-economic sanctions in Iran: a qualitative study. BMC Health Services Research 2024;24:276
57. Doshmangir L, Bazyar M, Majdzadeh R, Takian A. So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. Archives of Iranian Medicine 2019;22:592-605
58. Bahmanziari N, Takian A. Health system stewardship in Iran: Far from perfect! Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2020;34:996
59. Bahmanziari N, Mohammadi SM, Takian A, Arab M, Harirchi I. Applying ethical theories to the Iranian health system governance: a critical empirical assessment. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2021;14:23
60. Dehnavieh R, Rahimi H. Basic Health Insurance Package in Iran: Revision Challenges. Iranian Journal of Public Health 2017;46:719-720
61. Doshmangir L, Bazyar M, Majdzadeh R, Takian A. So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. Archieves of Iranian Medicine. 2019;22:592-605
62. Hsu J, Majdzadeh R, Harichi I, Soucat A. Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues. 1st Edition, World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2017
63. Nyaranga MS, Hao C, Hongo DO. The Role of Public Participation in Governance towards Achieving Sustainable Development. Part 1. RUDN Journal of Public Administration 2021;8:395-404
64. Nyaranga MS, Hao C, Hongo DO. The Role of Public Participation in Governance towards Achieving Sustainable Development. Part 2. RUDN Journal of Public Administration: PA 2022;9:29
65. Rajabi M, Ebrahimi P, Aryankhesal A. Developing a model for partnership of non-governmental organizations in Iran's health system. Journal of Health Administration 2022;25:30
66. Nejatian A, Arab M, Takian A, Ashtarian K. Social Accountability in Health System Governance: A Scoping Review. Iranian Journal of Public Health 2024;53:35
67. Bueno de Mesquita J, Thomas R, Gauter C, Havkwist A, Hoddy R, Larasati A, et al. Monitoring the sustainable development goals through human rights accountability reviews. Bulletin of the World Health Organization 2018;96:627
68. Dusabe C, Abimpaye M, Kabarungi N, Uwamahoro MD. Monitoring, evaluation and accountability evidence use for design, adaptation, and scale-up of an early childhood development program in Rwanda. Frontiers in Public Health 2023;11:1165353
69. Davidson AR. British Columbia's health reform: "new directions" and accountability. Canadian Journal of Public Health 1999;90 Suppl 1:S35
70. Edalati S. Participatory Evaluation and governance analysis of Tehran municipality policies and programs in regard to obesity and overweight prevention [Doctoral Thesis]. Tehran, IR Iran: SBUMS; 2023 [Persian]
71. Ebrahimipour H, Vafaei Najjar A, Khani Jahani A, Pourtaleb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in iran. International Journal of Health Policy and Management 2013;1:85
72. Malekzadeh R, Yaghoubian S, Hasanpoor E, Ghasemi M. Health system responsiveness in Iran: a cross-sectional study in hospitals of Mazandaran province. International Journal of Human Rights in Healthcare 2021;14:133
73. Takian A, Bakhtiari A, Sadegh Tabrizi J, Raoofi A. The Islamic Republic of Iran: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic. 1st Edition, World Health Organization: Geneva, Switzerland; 2022

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]

74. Doshmangir L, Ravaghi H. A review of support tools for evidence-informed health policymaking. Clinical Excellence 2016;4:100
75. Ebrahimi S, Danaei Fard H, Azar A, Faruzandeh L. Developing an Evidence-Based Policy Model for Iranian Public Health System (qualitative research). Public Management Research 2013;24:5
76. Namdarian L. Analyzing appropriate features of data for using in policy-making. Political Quarterly 2019;49:515
77. Ayoubain A, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Bahadori M. Identification and Prioritization of the Effective Factors on Evidence-Based Decision Making in the Health Policy of Iran. Iranian Journal of Health Insurance 2019;2:76 [Persian]
78. Emami M, Shakeri H. Good governance and The constitution of the Islamic Republic of Iran. Comparative Law 2015;1:25-57 [Persian]
79. Bahrami MB, Akbarzadeh F, Shahabi R, Jalalpour S. Rule of law and legal consequences of good governance in Iran. Political Studies of the Islamic World 2020;10:29-47 [Persian]
80. Lotfi MH, Malekafzali H, Zare Abdollahi S, Shojaei P. Intervention and Measures Taken for a Comprehensive Health of the People Living in Yazd Eskan Neighborhood. Journal of Research & Health 2021;11:313-22
81. Overseas Development Institute. World Governance Assessment (WGA) Framework. London: ODI; 1999 [cited 2025 Apr 7]. Available from: https://odi.org/documents/1060/6863.pdf
82. United States Agency for International Development. Organizational Governance Assessment (OGA) Tool. Washington, DC: USAID; 2014 [cited 2024 Apr 7]. Available from: https://usaid.gov/

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/payesh.24.2.165]