

حکمرانی خوب و سلامت اجتماعی

(واکاوی انتقادی سیاست گذاری دولت در حوزه سلامت و بهداشت در دوران کرونا و ویروس)

فریبا میراسکندری^۱، سیمین درویش نوری کلاکی^۲

^۱ استادیار گروه مردم شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری گروه مردم شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

چکیده

ویروس کرونا که از اواخر سال ۱۳۹۸ در ایران شیوع یافت و متعاقب آن در تمامی استان ها و شهرهای کشور همه گیر شد. در کنار شرایط تحریم های بین المللی به بحرانی اجتماعی تبدیل شده است که تمامی بخش های جامعه را درگیر خود کرده است. در این تحقیق با در نظر گرفتن چارچوب نظری حکمرانی خوب در حوزه سلامت و بهره گیری از مدل منافی و همکاران (۲۰۱۹) و با روشی تحلیلی - انتقادی، سعی در ارزیابی سیاست های اتخاذ شده توسط نهادهای تصمیم گیر دولتی در زمینه بیماری کرونا داشتیم که با تحلیل واقعیت های میدانی بر اساس اصول در نظر گرفته شده، می توان گفت که سیاستگذاری های اتخاذ شده در غیاب جامعه مدنی و بخش خصوصی نشان از عدم موفقیت دولت در مقابله با این ویروس می باشد.

واژه های کلیدی: ویروس کرونا، حکمرانی خوب، جامعه مدنی، دولت، ناکارآمدی، بحران.

مقدمه

سلامت پیش نیاز و ضرورت اولیه ایفای هر نقش اجتماعی است. انسان هادر صورتی می تواند فعالیت کامل داشته باشند که هم سالم باشند، هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بداند (حیدری و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۶۵). در دنیای امروز، دیدگاه های مرتبط با بهداشت و سلامت چشم اندازی وسیع تر پیدا کرده اند و بنا به ضرورت به تعیین کننده های غیر طبی سلامت، توجهی ویژه معطوف شده است. هر یک از این تعیین کننده ها به خودی خود و یا از طریق تأثیر بر یکدیگر وضع سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار می دهند. این تعیین کننده ها؛ مانند وراثت، شیوه ی زندگی، محیط زیست، وضع اقتصادی - اجتماعی و غیره بوده که تأثیر چشم گیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند. بجز عوامل ثابتی مثل سن، جنس و وراثت که غیر قابل اصلاح و اندازه گیری هستند، مراقبت های درمانی تنها ۲۰٪، رفتارهای سالم ۳۰٪، عوامل اقتصادی و اجتماعی ۴۰٪ و محیط فیزیکی ۱۰٪ در تعیین سلامت مردم سهم دارند و سیاست ها و برنامه ها می توانند از طریق تاثیر بر تعیین کننده های سلامت، سلامت مردم (امید به زندگی، کیفیت زندگی) را تعیین کنند(تیلور^۱ و همکاران، ۲۰۰۸: ۶۵).

در این راستا، تحلیل بافت اجتماعی برای فهم سیاستگذاری سلامت و موفقیت و ناکامی های آن، مهم است، زیرا عوامل زمینه ای و بافتاری می تواند تاثیر مهمی بر فرایند سیاستگذاری و سلامت بگذارند(خان و هیوول^۲، ۲۰۰۷: ۲۷۸). در واقع این موضوع که مراقبت های پزشکی می توانند باعث افزایش طول عمر یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند؛ درست است، اما آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی- اقتصادی است که باعث می شود مردم بیمار شوند یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند(موتلاق و مانش^۳، ۲۰۰۸: ۵۲). بدین مفهوم که تعیین کننده های اجتماعی-سیاسی سلامت، حتی بسیار بیشتر از عوامل بیولوژیک می تواند سبب بروز بیماری شود و بدون توجه به این مسایل، دست یابی به اهداف سلامت غیر ممکن است.

آنچه مسلم است این که سلامت، یک موضوع چند بعدی است و بنابراین ایجاد، حفظ و ارتقای آن در یک جامعه، امری پیچیده و دشوار بوده و پیاده سازی آن نیازمند وجود مشارکت و همکاری بین آحاد جامعه و بخش های مختلف آن هست. مفهوم تعیین کننده های اجتماعی سلامت نیز دقیقا در همین ارتباط بوده و بر این دلالت دارد که نمی توان انتظار داشت تنها یک نهاد، وزارت خانه یا اداره مسؤول تأمین، حفظ و ارتقای سلامت در جامعه باشد، بلکه تمامی حوزه ها و نهادهای جامعه به نوعی در این زمینه نقش دارند(میرزایی، صافی زاده و ارومیه ای، ۱۳۹۶: ۲۲۳).

در این میان، محققان به طور فزاینده ای توجهشان به تاثیر سیاست و قدرت در زمینه سلامت بیشتر شده است و اظهار می دارند که رویکردهای پزشکی-زیستی^۴ در بهداشت عمومی که بر شواهد علمی برای هدایت تصمیم گیران تاکید می کند، تمایل دارند تا اعمال قدرت در حوزه سیاست گذاری سلامت را نادیده بگیرند(لی، ۲۰۱۵ و شیفمن^۵، ۲۰۱۴). آنها بر این باورند که بهداشت و سلامت، یک انتخاب سیاسی^۶ است و سیاست کشمکش مداوم برای کسب قدرت در میان ذی نفعان رقیب است.

^۱Taylor^۲Khan and Heuvel^۳Motlaq& Manesh^۴biomedical approaches^۵Lee^۶Shiffman^۷Political choice

بررسی سلامت از نقطه نظر عوامل تعیین کننده سیاسی، به معنای تحلیل چگونگی تاثیر نهادها، موسسات، منافع، دیدگاه های ایدئولوژیک بر سلامت در سیستم های مختلف سیاسی و فرهنگی و در سطوح مختلف حکمرانی است (کیکوبوش، ۲۰۱۵: ۱). سیاست؛ خوب یا بد، نقشی حیاتی و اساسی در مسایل و موضوعات بهداشتی ایفا می کند. سیاست در تعیین اینکه چگونه شهروندان و سیاست گذاران مسایل را با توجه به اوضاع و شرایط موجود، تعریف و شناسایی می کنند، در تسهیل کردن انواع خاصی از مداخلات مرتبط با سلامت عمومی و در بوجود آوردن دامنه زیادی از چالش های اجرای سیاستگذاری، نقش حیاتی ایفا می کند. (اولیور، ۲۰۰۶: ۱۹۷-۱۹۶). سلامت و بهداشت؛ عموماً، دربردارنده اقدام دولتی برای دست یابی به اهداف و نتایجی است- جلوگیری از بیماری و صدمات- که افراد علاقه و توانایی ایی برای انجام آنها، به نفع ندارند. سلامت عمومی تنها از طریق اقدام جمعی و نه مانور دادن شخصی افراد به تنهایی، به دست می آید (گوستین، ۲۰۰۵: ۴۵).

دلایل زیاد وجود دارد که چرا سلامت عمومی و افراد، مساله ای سیاسی است و صرفاً موضوعی شخصی نیست. اول اینکه، اقدامات شخصی و فردی، عموماً اثرات سرریز^۲ یا آن چیزی که اقتصاددانان به آن، اثرات جانبی می گویند- دارند که بخشی از آنها مفید و بخشی دیگر مضر هستند. دوم اینکه، شهروندان انتظار دارند که دولت مجموعه ای از نیازهای اجتماعی، اقتصادی و روانی اعضای خود را که ورای توانایی آنها است را پوشش دهد. سوم اینکه، حفاظت از بهداشت و سلامت عمومی دربردارنده قضاوت اخلاقی است که این امر نیازمند مشروعیت سیاسی است. چهارم اینکه، جمعیت و نیروی کار سالم برای رشد اقتصادی و نظم اجتماعی حیاتی و ضروری است. بیماری ها و ویروس هایی که می توانند تمامی جامعه را درگیر کنند، نه تنها مساله ای در باب سلامت عمومی هستند، بلکه اگر از حد معینی نیز بگذرند، می توانند به مساله امنیتی ملی تبدیل شوند و منبعی برای بی ثباتی اجتماعی، شورش، نارضایتی اجتماعی باشند (اولیور، ۲۰۰۵: ۱۹۶-۱۹۷).

کورونا ویروس ها که خانواده بزرگی از ویروس ها تنفسی هستند، در ۳۰ بهمن سال ۱۳۹۸ با اعلام رسمی وزارت بهداشت و درمان، در ایران شیوع پیدا کرده است و در طول مدت ۵ ماهی که این بیماری وارد ایران شده است، تمامی فعالیت های اقتصادی، مذهبی، اجتماعی، گردهمایی های سیاسی، مجالس شادی و عزا تعطیل یا به صورت نیمه تعطیل درآمده اند. بر اساس آمار مورد تایید وزارت بهداشت، ۲۰۵ هزار نفر در سراسر کشور به این بیماری مبتلا شده اند که از این میان نزدیک به ۱۰ هزار نفر نیز فوت شده اند.

با ورود این ویروس سامان اجتماعی و زندگی روزمره و عادی مردم مختل شده است و تمامی مباحث و مسایل حول محور ویروس کرونا دسته بندی می شوند و وحشت و ترس از ابتلا به این بیماری بر تمامی مناسبات و مناسک اجتماعی و فرهنگی سایه افکند و تمامی این امور را به حاشیه رانده است.

در این تحقیق به دنبال بررسی سیاستگذاری در امر بهداشت و سلامت با در نظر گرفتن بافت اجتماعی-سیاسی و اعمال قدرت در این حوزه هستیم تا نحوه عملکرد و برنامه ریزی نهادهای مختلف در باب این وضعیت بحرانی را تحلیل و بررسی کنیم.

^۱Interests

^۲Ideological positions

^۳Kickbusch

^۴Oliver

^۵Gostin

^۶spillover effects

مبانی نظری پژوهش

سیاستگذاری در حوزه سلامت

«سلامت» ارزش اجتماعی، حقی انسانی، کالایی عمومی و اساسی، ثروتی برای نظام های اجتماعی، نیرویی مولد و از شاخصه های کلیدی اقتصادی پویا و جامعه ای موفق است. سلامت، از جمله مفاهیم سهل و ممتنع است؛ هرچند در ابتدا سهل و ساده به نظر برسد؛ اما وقتی می خواهیم به تعریف، سیاستگذاری و عملی کردن آن بپردازیم، می بینیم که چندان هم ساده نیست و موانع زیادی برای انجام آن وجود دارد. پیچیدگی و دشواری این واژه به ظاهر ساده، از همان آغاز با فهم و تعریف آن آغاز می گردد. سلامت، در برابر تعریف لغزنده بوده و روش تفکر درباره آن وابسته به متن تاریخی، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، جغرافیا، سطح توسعه یافتگی و تحولات اندیشه ای و اعتقادی است که در آن این سؤال مطرح و فهم می گردد (وحادنی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷: ۶۳۲).

اما فهم سلامت وابسته به زیربنای الگوواره تفکر^۲ است (چونگساتیان سوپ، ۲۰۰۳: ۷) و سیاستمداران، پژوهشگران، سیاستگذاران و دست اندرکاران برنامه ریزی سلامت، بسته به اینکه در چه بافتاری می اندیشند، تصمیم گیری و عمل می کنند، ممکن است برداشتی کاملا متفاوت از مفهوم سلامت و روش سیاستگذاری برای آن داشته باشند از این منظر، سلامت نمی تواند یک هدف صرفا بخشی قلمداد شود که برای دستیابی به آن، مسئولیت پذیری یک دستگاه اجرایی یا وزارتخانه کفایت کند. سلامت فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است. حل مسائل پیچیده، مستلزم رویکردهای سازمان یافته ای است که طیف وسیعی از بازیگران، سطوح حکمرانی بومی تا بین المللی و مشارکت جامعه و فرد را در بر گیرد (لانگولد^۴ و همکاران، ۲۰۱۶: ۸۹). اما، در گستره عمل، تناقضات و ناسازگاری های عمده ای بین سلامت و منافع، ارزش ها، اهداف و عملکرد دیگر بخش های سیاستگذاری وجود دارد و سلامت برای دیگر بخش ها، اولویت اساسی ندارد (هاریس و سپیکت^۵، ۲۰۱۱: ۴۷).

می توان گفت که نظام سلامت شامل سازمان ها، مؤسسات، گروه ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاست گذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم می پردازند. سازمان بهداشت جهانی کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت و سه هدف اصلی نظام سلامت را شامل ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه های سلامت بیان کرده است. همچنین، دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت و تاب آوری را در زمره اهداف فرعی نظام سلامت بر شمرده است (مصدق راد و رحیمی تبار، ۱۳۹۸: ۱۲).

سیاستگذاری یکی از کارکردهای مهم تولید نظام سلامت است. امروز فرایند سیاستگذاری در پرتو رشد سریع علم و فناوری تغییر کرده و از طیف استفاده از خرد فردی، سلیقه ای و تجربه نشده، به سمت خرد جمعی و برخوردار از تجارب دیگران و ارزیابی مزایا و معایب جابه جا شده است. یکی از رویکردهای حرکت از طیف فقط شهودی و ناخودآگاه به طیف برخوردار از منطق علمی و توجه به جنبه های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه و ظرفیت های سازمانی، رویکرد سیاستگذاری آگاه از شواهد می باشد. سیاستگذاری آگاه از شواهد بر «فراهم آوردن شواهد مناسب، در زمان مناسب و به زبان مناسب برای سیاستگذاری» تأکید دارد (سجادی، ۱۳۹۵: ۱).

^۱Health

^۲Thinking pattern

^۳Chuengsatiansup

^۴Langeveld

^۵Harris & Spickett

حاکمیت نظام سلامت

حکومت هر کشوری شامل چهار عنصر سرزمین، جمعیت، دولت و حاکمیت است. بنابراین، دولت یکی از عناصر حکومت است که به عنوان عامل حکومت عمل می کند. حاکمیت یا حکمرانی مجموعه قوانین و مقرراتی است که توسط دولت وضع شده و باید توسط عوامل دولت اجرا شوند. به عبارتی، حاکمیت قدرت، حکمرانی دولت است. حاکمیت ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر یک دولت، سازمان یا گروه اجتماعی است که در برگزیده مفاهیمی نظیر سیاست، مدیریت، اقتصاد و حقوق است. دولت از طریق حاکمیت و با برنامه ریزی، هدایت، نظارت و کنترل صحیح و به موقع به اهداف مربوطه دست یافته و نسبت به مردم پاسخگو و مسئولیت پذیر خواهد بود (مصداق راد، ۲۰۱۵: ۵۶).

وظیفه حاکمیت نظام سلامت، تأثیر قابل توجهی بر سایر وظایف نظام سلامت دارد. سازمان بهداشت جهانی حاکمیت و رهبری را به عنوان یکی از اجزای مهم نظام سلامت در کنار سایر اجزا (نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات و ملزومات، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت) معرفی کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷: ۳۲). حاکمیت با طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف سازمانی، چگونگی انتخاب و انتصاب افراد در سازمان، تدوین سیاست ها و مقررات، تعیین جهت استراتژیک سازمان، برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، مدیریت منابع برای اجرای سیاست ها، حصول اطمینان از اجرای قوانین بالادستی و نظارت و کنترل عملکرد سازمان مرتبط است (دیویس و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۵).

در این میان، حاکمیت نظام سلامت وظیفه دولت است که شامل تدوین قوانین، سیاستگذاری، تعیین اولویت های خدمات سلامت، هماهنگی ارائه خدمات و نظارت و ارزشیابی خدمات ارائه شده می باشد. حاکمیت در نظام سلامت شامل هفت بعد ساختار سازمانی؛ ارتباطات و همکاری بین بخشی؛ قانونگذاری؛ سیاستگذاری و برنامه ریزی؛ تولید؛ نظارت و ارزشیابی؛ و حفاظت از مشتریان است (مصداق راد و رحیمی تبار، ۱۳۹۸: ۱۳). یکی از مفاهیمی که در سال های اخیر برای مدیریت و حاکمیت نظام سلامت می تواند مورد استفاده قرار بگیرد و جامعه را در مسیر موفقیت به اهداف خود قرار دهد، حاکمیت خوب می باشد.

حکمرانی خوب در حوزه سلامت

سلامت، یک هدف کلان اجتماعی است که نه تنها جدایی ناپذیری از رفاه انسانی، توسعه اجتماعی و اقتصادی و حفظ محیط زیست است، بلکه یکی از عناصر ضروری و معرف حکمرانی خوب^۵ و مطلوب برای توسعه پایدار می باشد (ملک محمدی و وحدانی نیا، ۱۳۹۵: ۷۵).

حکمرانی خوب، یک مفهوم کلیدی در مدیریت دولتی است که مجموعه های مدیریتی و دولتی و همه ذی نفعان را با هم ادغام و ترکیب می کند و می تواند اصلاحی در جهت بهبود وضعیت زندگی همه شهروندان باشد. این مفهوم، به کرات در مدیریت دولتی مدرن مورد استفاده قرار می گیرد، اما در سیستم سلامت، نادیده گرفته شده است (جعفری و همکاران، ۲۰۱۹: ۱۱۲۷).

^۱Government

^۲State

^۳Governance

^۴WHO

^۵Good governance

حکمرانی فقط در مورد دولت ها نیست. برنامه توسعه سازمان ملل! حکمرانی را به معنای اعمال اقتدار سیاسی، اقتصادی و اجرایی در مدیریت مسایل و موضوعات کشوری در همه حوزه ها و سطوح می داند. حکمرانی مشتمل بر مکانیسم ها، فرآیندها و نهادهای پیچیده ای است که از طریق آنها، شهروندان و گروه های مختلف، منافع خود را بیان می کنند، تفاوت های خود را میانجی گری می کنند و حقوق و وظایف قانونی خود را اعمال می کنند (صیدیقی، ۲۰۰۹: ۱۴).

باوجود اینکه در برخی مواقع، واژه حکمرانی خوب به معنی دولت خوب تعبیر شده اما باید به این نکته توجه نمود که وجود دولت خوب شرط لازم حکمرانی خوب است، ولی شرط کافی آن نیست. در کاربرد جدید، این واژه فراتر از نهاد حکومت، شامل جامعه مدنی و بخش خصوصی نیز می شود. ازاین رو شاید بتوان پیدایش مفهوم حکمرانی خوب را نتیجه و پیامد بحث های مربوط به سیاست اجتماعی به اصطلاح عام آن دانست که آن نیز به تعیین و تحلیل رابطه دولت، جامعه و بازار می پردازد. بر این اساس، حکمرانی خوب بر شراکت بین سه بخش دولت، نهادهای مدنی و بخش خصوصی تأکید دارد که به سبب آن امور عمومی و مسائل عمومی به شکل صحیح و بهینه تری اداره خواهد شد و از این رو ارتباط صحیح و تعاملی سه بخشی یاد شده، زمینه تحقق حکمرانی خوب را در ابعاد اقتصادی، سیاسی و اداری فراهم می سازد (شریف زاده و قلی پور، ۱۳۸۲: ۹۵).

البته کارکرد هر یک از نهادها، در این الگو متفاوت اما در راستای یکدیگر است. نهادهای مدنی به عنوان مدافع حقوق شهروندی وظیفه تقویت مشارکت مردمی به منظور تأثیرگذاری بر سیاستگذاری های عمومی را بر عهده دارند. بخش خصوصی به عنوان عامل تولید مسئولیت رشد تولید ناخالص ملی و ایجاد رفاه نسبی را بر عهده داشته و سرانجام دولت به عنوان تسهیل کننده فعالیت های عمومی در فراهم سازی زمینه های توسعه پایدار ایفای نقش می نماید (صانعی، ۱۳۸۵: ۱۳۸۵).

در یک تعریف کلی می توان گفت که حکمرانی خوب به معنای سیستمی از ارزش ها، سیاست ها و نهادهایی است که از طریق آن جامعه اقتصاد، سیاست و مسایل اجتماعی خود را از طریق بخش های دولتی، خصوصی و مدنی، مدیریت می کند (اولینو و همکاران، ۲۰۱۳: ۶۹۷).

حکمرانی را بایستی به عنوان عاملی کلیدی در رشد اقتصادی، پیشرفت اجتماعی و توسعه در معنایی کلی دانست، بخصوص برای دست یابی به اهداف توسعه در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط (صیدیقی^۴ و همکاران، ۲۰۰۹: ۱۴). بر همین قیاس، حکمرانی سلامت و رفاه جامعه، از اجزای مهم حکمرانی خوب هستند که در چارچوب ارزشی ای تعریف می شوند که شامل سلامت به عنوان یک حق انسانی، کالایی عمومی جهان شمول و یکی از ابعاد اصلی رفاه اجتماعی و عدالت می باشد (کار، ۲۰۱۸: ۱۵).

حدود یک دهه است که موضوع حکمرانی خوب مورد توجه محافل علمی و اجرایی کشور ایران قرار گرفته و در طی سالهای اخیر برخی نهادهای بین المللی از جمله یونیسف و برنامه توسعه سازمان ملل متحد با تأسیس دفاتری در ایران، به مطالعه و سنجش شاخص های حکمرانی خوب در حوزه های اقتصاد، اداری و بهداشتی و محیط زیست پرداخته اند. با این حال کشور ما بر اساس شاخص های مورد اندازه گیری، رتبه شایسته ای را نداشته است. نگاهی گذرا به این وضعیت نه چندان مطلوب، ما را با این واقعیت مواجه می سازد که بر سر راه استقرار حکمرانی خوب، موانع عمده ای وجود دارد که بررسی آن، بیانگر سهم عمده فرهنگ سیاسی از این چالش ها و موانع است (حشمت زاده و همکاران، ۱۳۹۶: ۱-۲).

United Nations Development Programme (UNDP)

Interests

Avelino

Siddiqi

Kar

بررسی چارچوب های حکمرانی خوب در حوزه سلامت

علی الرغم رشد و توسعه گفتمان حکمرانی (برنامه توسعه سازمان ملل ۲۰۱۲ و بانک جهانی، ۲۰۰۶)، ادبیات موضوعی در باب حکمرانی سیستم سلامت، زیاد نیست. حکمرانی سیستم های سلامت با موضوعاتی چون اقدامات و ابزارهای اتخاذ شده توسط جامعه برای سازماندهی خود در زمینه ارتقا و حفاظت از سلامتی جمعیت در ارتباط است. در معنایی وسیع تر، حکمرانی سیستم سلامت، شامل نهادها-قوانین رسمی و غیر رسمی است که به رفتار شکل می دهند- و سازمان هایی که درون این قوانین عمل می کنند تا کارکردهای کلیدی سیستم سلامت را انجام دهند (صدیقی، ۲۰۰۹: ۱۴). در این قسمت به مرور مدل ها و اصولی که در باب حکمرانی خوب در زمینه سلامت ارائه شده است، می پردازیم و در نهایت از مدلی برای تحلیل وضعیت فعلی حکمرانی سلامت در مقابل با کرونا خواهیم پرداخت.

۱- برنامه توسعه سازمان ملل،

برنامه توسعه سازمان ملل، پنج اصل^۱ را برای حکمرانی خوب در نظر گرفته است: مشروعیت و ابراز عقیده (مشارکت و اجماع)، جهت (بینش استراتژیک)، اجرا (پاسخگویی و موثر بودن و کارآمدی)، حسابرسی (شفافیت)^۲ و انصاف (برابری و شمولیت)^۳ (قانون مداری) (برنامه توسعه سازمان ملل، ۲۰۱۲).

۲- بانک جهانی

بانک جهانی حکمرانی را در قابل سنت و نهادهایی تعریف می کند که توسط آنها قدرت به منظور مصلحت عمومی در یک کشور اعمال می شود. بانک جهانی^۴ حکمرانی خوب را بر اساس شش شاخص حق اظهار نظر و پاسخگویی^۵، شاخص ثبات سیاسی^۶، شاخص کارایی و اثربخشی دولت^۷، شاخص کیفیت قوانین و مقررات^۸، شاخص حاکمیت قانون^۹ و شاخص کنترل فساد^{۱۰} تعریف می کند (امامقلی پور و آسمانه، ۱۳۹۵: ۹۶-۹۵).

۳- گزارش سلامت جهانی

گزارش سلامت جهانی در سال ۲۰۰۰، شش حوزه را برای حکمرانی خوب در نظر می گیرد:

principle

Legitimacy and voice

direction

performance

transparency

fairness

Equity and inclusiveness

World Bank

Voice & Accountability

Political Stability (No Violence)

Government Effectiveness

Regulatory Quality

Rule of Law

Control of Corruption

آگاهی بخشی! فرمول بندی چارچوب سیاست گذاری استراتژیک! ابزارهای مطمئن برای اجرا و پیاده سازی، ساختن اتحادها و همکاری ها! تضمین تناسب و همخوانی بین اهداف سیاسی و ساختار سازمانی و فرهنگ و تضمین حسابرسی (گزارش سلامت جهانی سال ۲۰۰۰).

۴- سازمان بهداشت جهانی

اصلاحیه سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷)، چارچوب های نظام های بهداشتی را مشتمل بر شش حوزه می داند؛ ارائه خدمات، نیروی کار بهداشت، اطلاعات، تولیدات پزشکی، واکسن ها و تکنولوژی ها، تامین مالی و رهبری/حکمرانی^۵ می داند. در این مجموعه، حکمرانی خود به شش کارکرد تقسیم می شود: هدایت سیاستگذاری، آگاهی و نظارت، همکاری و اتلاف سازی، تنظیم و حسابرسی.

۵- صیدیقی و همکاران

اما جامع ترین و کامل ترین چارچوب ارزیابی حکمرانی سیستم سلامت تا به امروز مربوط به صیدیقی و همکاران (۲۰۰۸) می باشد که دارای ده اصل (و ۲۲ حوزه) می باشد: بینش استراتژیک (بینش بلند مدت، استراتژی توسعه جامع)، مشارکت و جهت گیری معطوف به اجماع (مشارکت در فرایند تصمیم گیری، به رسمیت شناختن ذی نفعان و ابراز نظر آنها) قانون مداری (فرایند تصویب قانون، تفسیر تصویب قانون در جهت سیاست گذاری، اجرای قانون و مقررات)، شفافیت (شفافیت در تصمیم گیری و اختصاص منابع)، پاسخگویی نهادها (پاسخ به نیازهای جمعیت و نیازهای سلامت محلی)، برابری و شمولیت (برابری در دست یابی به مراقبت، برابری در بودجه بندی سلامت)، کارآمدی و موثر بودن (کیفیت منابع انسانی، فرایندهای ارتباطات، ظرفیت اجرا) حسابرسی (حسابرسی درونی و بیرونی) آگاهی و اطلاعات (تولید، جمع آوری، تحلیل و توزیع اطلاعات) و اخلاقیات (اصول اخلاقی-زیستی، مراقبت بهداشتی و اخلاق تحقیق). (کیریگیا و کیریگیا، ۲۰۱۱: ۲).

۶- منافی و همکاران

منافی و همکاران (۲۰۱۹) نیز، در پژوهشی با عنوان ارزیابی حکمرانی منابع انسانی برای سلامت در ایران، با روشی کیفی به ارائه چارچوبی برای حکمرانی حوزه سلامت با استفاده از ادبیات حکمرانی برای ایران پرداخته اند. این چارچوب، دارای ده اصل و برای هر اصل، تعریفی عملیاتی ارائه شده است که از مصاحبه با افراد کارشناس و صاحب تخصص در حوزه بهداشت و درمان و نیز وزیر بهداشت و آموزش پزشکی تدوین شده است.

5 generation of intelligence

5 Formulating strategic policy framework

5 Ensuring tools for implementation

5 Building coalitions/partnerships

5 Leadership/governance

5 enforcement of laws and regulations

5 Resource allocation

5 responsiveness of institutions

5 Internal and external accountability

ردیف	اصول حکمرانی	تعریف عملیاتی
۱	بینش استراتژیک ^۱	رهبران و تصمیم گیران بایستی بینشی مشخص راجع به آینده کوتاه مدت و بلند مدت در مورد سلامت و توسعه انسانی در راستای طرح اقدام برای انجام این اهداف داشته باشند.
۲	مشارکت و جهت گیری معطوف به وفاق ^۲	تمامی مردان و زنان بایستی بتوانند به صورت مستقیم یا از طریق نهادهای واسطه ای مشروع که به دنبال منافع این افراد هستند، در باب سلامتی شان، دست به انتخاب بزنند.
۳	حکومت قانون ^۳	چارچوب های قانونی در ارتباط با حوزه سلامت بایستی عادلانه و بدون جانبداری خاصی، بخصوص در زمینه قوانین حقوق بشری، اجرا شود.
۴	شفافیت ^۴	بر جریان آزاد اطلاعات در همه حوزه های مرتبط با سلامت، تمرکز می شود.
۵	پاسخگویی ^۵	نهادهای و فرایندهای بایستی در خدمت تمامی ذی نفعان باشد تا این تضمین را فراهم کند که همه سیاست گذاری ها و برنامه ها پاسخگو نیازهای سلامت و غیر سلامتی همه مشتریان هستند.
۶	برابری و شمولیت ^۶	تمامی زنان و مردان بایستی این فرصت را داشته باشند که به صورت برابر از فرصت ها و موقعیت ها بدون توجه به مشخصه های نژادی، قومی و .. استفاده کنند.
۷	حسابرسی ^۷	تصمیم گیران دولتی، بخش خصوصی سازمان های مردم نهاد درگیر در سلامت، بایستی در مقابل حوزه عمومی و ذی نفعان نهادی، حساب پس بدهند.
۸	آگاهی و اطلاعات ^۸	آگاهی و اطلاعات برای فهم سیستم سلامت نیز تصمیم گیری در باب نیازهای همه گروه ها، لازم و ضروری است.
۹	اثر بخشی و کارایی ^۹	فرآیندها و نهادهای بایستی نتایجی را به دست آورند که نیازهای جمعیت انسانی را فراهم کند و بر خروجی های حوزه

Strategic vision

Participation and consensus orientation

Rule of law

Transparency

Responsiveness

Equity and inclusiveness

Accountability

Intelligence and information

Effectiveness and efficiency

سلامت تاثیر گذار باشد و در عین حال بهترین استفاده را از منابع ببرد.	
اصول اخلاقی مورد پذیرش مراقبت-سلامت شامل؛ احترام به استقلال، آسیب نرساندن، کمک رسانی و عدالت است.	اخلاق ^۱

روش تجزیه و تحلیل

با ارائه چارچوب های حکمرانی موجود در حوزه سلامت و نیز اصولی که هر کدام از آنها بدان پرداخته بودند، به نظر می رسد که چارچوب ارائه شده توسط منافی و همکاران به دلیل اینکه جامعیت لازم را دارد و از سویی دیگر با انجام مصاحبه های مختلف با افراد متخصص و کارشناس در ایران، اعتبار و روایی لازم را کسب کرده است، معتبر تر باشد که در این تحقیق از این چارچوب برای تحلیل نتایج و نیز ارزیابی حکمرانی در حوزه سلامت خواهیم پرداخت.

در این تحقیق، از روش توصیفی- تحلیلی برای تجزیه و تحلیل وضعیت موجود استفاده خواهیم کرد و بعد از مرور ادبیات موضوع و نیز چارچوب های ارائه شده در حوزه سلامت، در زمینه انتخاب چارچوب و نیز چگونگی کاربست آن در این تحقیق استدلال خواهیم کرد و در نهایت بر اساس اصول چارچوب مورد نظر به تحلیل شرایط با توجه به وقایع اتفاق افتاده، خواهیم پرداخت.

از آنجایی که تحقیق حاضر به لحاظ زمانی فاصله چندانی با وقوع پدیده مورد بحث ندارد و به لحاظ اعتبار داده ها و اطلاعاتی که راجع به آن ارائه می شود، حدس و گمان های مختلفی وجود دارد، در این تحقیق از نقل قول ها، مصاحبه ها و اخبار و مستنداتی در جهت تحلیل یافته های خود استفاده می کنیم که اتفاق افتاده اند و در جامعه به شکلی عینی و نه ذهنی پدیدار یافته اند.

تحلیل نتایج

بنا به گزارش هایی که از طرف وزارت خارجه پاکستان ارائه شد، تمامی زائران شیعی پاکستانی در زمان شیوع کرونا از کشور اخراج شدند و بر اساس هیچ قاعده بین المللی حقوق بشری و نیز قرنطینه افراد مشکوک با این افراد برخورد نشد اما در مقابل تمامی مسافران چینی با هواپیماهای ایرانی و در صورت خودداری هواپیمایی های ایرلاین های دیگر، به ایران یا کشور خود بازگردانده می شدند.

بنا به ادعا «مراد علی شاه» سر وزیر ایالت سند ، بیشترین تعداد کرونایی های پاکستان را در خود ثبت کرده است به صراحت می گوید: قرنطینه به بدترین شکل ممکن انجام شد و در هر اتاق حدود ۲۰ زائر اسکان داشتند. حتی اگر یک نفر از این زوار حامل کرونا بوده باشد به راحتی می تواند طی ۱۴ روز اقامت هزاران نفر را آلوده کند. انتشار تصاویر مختلف از محل قرنطینه زائرین در مرز نشان می داد که دولت ایران برای هزاران زائری که در مرز قرنطینه شده بودند تنها به تامین سرپناه و غذا اکتفا کرده بود و موارد بهداشتی به هیچ عنوان رعایت نمی شد (خبرگزاری تسنیم، ۱۳۹۸/۱۲/۲۷).

برابری در مقابل بیماری بایستی در معنایی وسیع تر و کلان تر در نظر گرفته شود. در بحبوحه بیماری و تعطیلی کسب و کارهای اقتصادی و با وضع تحریم های شدید کشورهای غربی، مردم در فشار و تنگنا در حال گذران زندگی هستند و در انی وضع که مردم کسب و کاری ندارند و بایستی برای کنترل بیماری قرنطینه شوند، دولت در قالب یارانه به هر خانوار یک میلیون تومان وام داده است که قرار است در ماه های بعدی از سهم یارانه آنها برداشته شود. دولت تمامی هزینه های افراد بیمار و مبتلا به کورونا را رایگان اعلام کرده است که در این زمینه امیدی برای خانواده های بیماران و نیز خود بیماری است که امکان

پرداخت هزینه ها را نداشته باشد. در مقابل گروه های بخش خصوصی، به دلیل وضعیت اقتصادی و گاه‌ها تنگناهایی که با آن روبرو بودن، از درگیر شدن در این ماجرا به دور بودند.

در زمینه اطلاعات رسانی و آگاهی، به لطف رسانه های مجازی و شبکه های متعدد، مردم می توانستند در زمینه مراقبت و مقابله های فردی و خانوادگی اطلاعات لازم را کسب کنند و تا حد زیادی نیز این رسانه در اطلاع رسانی و آگاهی بخشی به مردم خوب عمل کردند.

بحث و نتیجه گیری

اگر حکمرانی خوب رو دربردارنده دولت، جامعه مدنی و بخش خصوصی در نظر بگیریم، که در یک همکنشی متقابل در جهت مدیریت مسایل و موضوعات مختلف جامعه تلاش می کنند تا با کمک هم و بهره گیری از پتانسیل های خود، روند روبرو شدن با مسایل را تسهیل کنند.

در این تحقیق، با توجه به چارچوب ارائه شده در زمینه حکمرانی خوب در حوزه سلامت، چندین اصل به عنوان معیار و ملاک در جهت مقابله با بیماری کرونا در نظر گرفته شد که با ذکر موارد و نیز اشاره به مواردی که برای هر کدام از این اصول ذکر کردیم، می توان گفت که دولت در غیاب جامعه مدنی و بخش خصوصی، بسیار ناتوان و ضعیف عمل کرده است.

منابع و مراجع

- ۱- امامقلی پور، سارا و آسمانه، زهرا (۱۳۹۵)، شاخص حکمرانی در اسلام و تاثیر آن بر بروندهای سلامت در ایران، فصلنامه علمی-ترویجی اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره پانزدهم.
- ۲- حشمت زاده، محمدباقر و حاجی یوسفی، امید محمد و طالبی، محمد علی (۱۳۹۶)، بررسی موانع تحقق حکمرانی خوب در فرهنگ سیاسی ایران، جستارهای سیاسی معاصر، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی سال هشتم، شماره اول.
- ۳- حیدری، آرمان و مختاری، مریم و دهقانی، حمیده (۱۳۹۶)، بررسی وضعیت سلامت معلمان و رابطه آن با سرمایه اجتماعی: مورد مطالعه معلمان آموزش و پرورش شهر بوشهر (۱۳۹۳-۹۴)، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هشتم، شماره ۳۱.
- ۴- سجادی، حانیه السادات، نقش واسطه گران دانش در ترویج سیاستگذاری آگاه از شواهد در سلامت، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره چهاردهم، شماره اول.
- ۵- شریف زاده، فتاح و رحمت الله قلی پور (۱۳۸۲)، حکمرانی خوب و نقش دولت. فرهنگ مدیریت. سال اول. شماره چهارم. صص ۹۳-۱۰۹.
- ۶- صانعی، مهدی (۱۳۸۵) حکمرانی خوب مفهومی نو در مدیریت دولتی. مجله تدبیر. شماره ۱۷۸.
- ۷- مصدق راد، علی محمد و رحیمی تبار، پریسا (۱۳۹۸)، الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی، مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۶، شماره ۹.
- ۸- ملک محمدی، حمیدرضا و وحدانی نیا، ولی الله (۱۳۹۵)، تکامل سیاست گذاری سلامت: گذار به پارادایم حکمرانی برای سلامت، فصلنامه علمی پژوهشی سیاستگذاری عمومی، دوره ۲، شماره ۲، صص ۷۳-۹۴.
- ۹- میرزایی، سعید و صافی زاده، حسین، ارومیه ای، نادیا (۱۳۹۶)، مطالعه تطبیقی مدل های تعیین کننده اجتماعی سلامت، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱۳، شماره ۳، صص ۲۲۲-۲۳۴.
- ۱۰- وحدانی نیا، ولی اله و وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۷)، فهم منطق متأخر سیاستگذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت، نشریه پایش، سال هفدهم، شماره ششم.

- 11- Avelino, G., Barberia, L. G., & Biderman, C. (2013). Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. *Health policy and planning*, 29(6), 694-702.
- 12- Chuengsatiansup K(2003). Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*; 23: 3-15.
- 13- CLARE BAMBR, DEBBIE FOX2 and ALEX SCOTT-SAMUEL (2005), Towards a politics of health, *Health Promotion International*, Vol. 20 No. 2.
- 14- Davies CAP, Artigas L, Holloway J, McConway K, EA Newman J.(2005), Links between governance, incentives and outcomes: a review of the literature .London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.
- 15- Gostin LO. 2000. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley/Los Angeles: Univ. Calif. Press/Milbank Mem. Fund.
- 16- Harris P, Spickett J.(2011) Health impact assessment in Australia: A review and directions for progress. *Environmental Impact Assessment Review* 31 (2011) 425-432.
- 17- International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2006), A decade of measuring the quality of governance. *Governance matters, worldwide governance indicators*. Washington: World Bank;
- 18-Jafari ,Faranak, Kamran HajiNabi , Katayoun Jahangiri, Leila Riahi(2019), GOOD GOVERNANCE IN THE HEALTH SYSTEM: A QUALITATIVE STUDY, *International Transaction Journal of Engineering, Management, & Applied Sciences & Technologies*.
- 19- Kar, M. (2018). Governance of health systems: Implication for public health policy and resech. *Indian Journal of Applied Reserch*, 8(9),
- 20- Khan ,M.M. W.Van den Heuvel(2007), The impact of political context upon the health policy process in Pakistan, *Public Health Volume 121, Issue 4, April 2007, Pages 278-286*
- 21-Kickbusch, Ilona(2015), The political determinants of health—10 years on, *BMJ* 2015;350:h81 doi: 10.1136/bmj.h81.
- 22-Kirigia ,Josef Muthuri and Doris Gatwiri Kirigia(2011), The essence of governance in health development, *International Archives of Medicine*.
- 23-Langeveld et al .(2016). Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation. *BMC Public Health* (2016) 16:271.
- 24-Lee, K. (2015). Revealing power in truth; Comment on “knowledge, moral claims and the exercise of power in global health.”. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(4), 2۵۷-۲۵۹.
- 25-Manafi ,Fatemeh, Amir Hossain Takian, Ali Akbari Sari (2019),Assessing the governance of human resources for health in Iran: A qualitative study, *Journal of Education and Health Promotion*.
- 26-Mosadeghrad AM(2015). *Essentials of healthcare organization and management*, Tehran: Dibagran
- 27-Motlaq M, Oliaei Manesh AR BM. *Health and determinants of health*. Vol. 2, Movafagh Publication. Tehran; 2008.
- 28-Oliver,Thomas R. (2005),THE POLITICS OF PUBLIC HEALTH POLICY, *Annu. Rev. Public Health* 2006. 27:195-233.
- 29-Shiffman, J. (2014). Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 297-2۹۹. doi: 10.15171/ijhpm.2014.120 .
- 30-Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, Jama MA: Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good

governance Cairo: World health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean; 2008.

31-Taylor KW, Athens JR, Booske BC, O'Connor CE, Jones N, Remington PL. 2008 Wisconsin County Health Rankings. University of Wisconsin Population Health Institute.

32-United Nations Development Programme. Governance for sustainable human development: a UNDP policy document. New York: UNDP; 2012.

<http://magnet.undp.org/policy/chapter1.htm>.

33-Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi JS. Social Determinants of Health and Their Related Organizations in East Azerbaijan. Journal health and hygiene 2012; 3: 20- 8.

34-WHO: World Health Report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva 2000.

35-World Health Organization: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva 2007.