



Original article

Analysis of administrative health policies in healthcare organizations

Ensieh Ashrafi^a , Ali Mohammad Mosadeghrad^b , Mohammad Arab^{c*} 

^a Department of Health management, policy and economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



CrossMark
click for updates

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Mohammad Arab

e-mail addresses:
arabmoha@tums.ac.ir

Received: 11/Dec/2024
Revised: 17/Jul/2025
Accepted: 29/Jul/2025
Published: 03/Sep/2025

Keywords:
Policy making
Corruption
Administrative health
Healthcare organization
Policy analysis

 10.61882/jha.28.1.56

ABSTRACT

Introduction: Administrative corruption is defined as the abuse of delegated organizational authority for personal gain. In Iran, the Administrative Health Promotion Act were formulated to strengthen governance legitimacy, improve efficiency, achieve organizational goals, and increase public satisfaction. This study aims to analyze administrative health policies within Iranian healthcare organizations.

Methods: This qualitative study was conducted using semi-structured interviews and document analysis. A total of 35 key informants involved in the formulation, implementation, or evaluation of administrative health policies were selected through purposive and snowball sampling and interviewed. Additionally, 13 relevant policy documents related to administrative health were identified and analyzed. The Mosaddeghrad Policy Analysis Model, consisting of four stages and ten steps, was applied. Data were analyzed using Braun and Clarke's thematic analysis approach.

Results: Despite the significance of administrative health at the national governance level, the unclear definition of corruption, structural deficiencies, insufficient financial resources, inadequate stakeholder involvement, weak network governance, frequent managerial changes, absence of detailed implementation plans, and resistance from some mid-level managers have hindered the effective implementation of administrative health promotion policies. Strengthening stakeholder engagement, ensuring sustainable resources, enhancing intersectoral coordination, increasing transparency and public involvement, and reinforcing political will are essential for improving administrative health and combating corruption.

Conclusion: Enhancing administrative health in healthcare organizations requires addressing key barriers and ensuring stakeholder engagement, coordination, and political will, alongside with clarity, transparency, and sustainable implementation to effectively combat corruption.

What was already known about this topic:

- Administrative health is a fundamental pillar of good governance and a key factor in strengthening trust and improving efficiency within the healthcare system.
- The Administrative Health Promotion Act was enacted in Iran in 2008 to combat corruption.
- Widespread corruption indicates the failure to promote administrative health.

What this study added to our knowledge:

- Structural problems, resource shortages, weak governance, managerial instability, poor coordination and planning, and resistance from managers have disrupted the implementation of administrative health policies.
- Stakeholder participation, sustainable resources, coordination, process improvement, and political will are essential for improving administrative health and combating corruption.

Copyright: © 2025 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source.

Extended Abstract

Introduction

Corruption in the health system refers to the misuse of authority for personal gains in areas such as resource allocation, procurement, and service delivery [1]. It undermines public trust, wastes resources, reduces service quality, and increases healthcare inequities [2]. Factors such as limited resources and growing demands further contribute to corruption and a decline in service quality [3]. Strengthening governance, enhancing monitoring, and ensuring equitable resource distribution are essential measures to combat corruption and achieve the goals of health systems. Administrative health, or integrity in governance, emphasizes transparency, accountability, and adherence to ethical and legal standards in organizational processes [4]. Its deterioration leads to injustice, public dissatisfaction, and threats to public health. Thus, promoting administrative health through sound policy-making is vital.

Public policy-making is a structured approach to addressing societal issues through formulation, implementation, and evaluation [5]. In this context, the 2008 Administrative Health Promotion Act was introduced in Iran to combat corruption and increase efficiency by promoting transparency and

accountability in public agencies [6]. Nevertheless, Iran's low score of 23 on the 2024 Corruption Perceptions Index (ranking 151st out of 180 countries) highlights persistent challenges [7].

Analyzing administrative health policies, especially in healthcare, is essential for understanding policy outcomes and guiding future decisions [8]. Among various models, the Mosaddeghrad Policy Analysis Model, with four stages and ten steps, provides a comprehensive framework by incorporating political, economic, social, and other contextual dimensions, supported by 100 open-ended questions for in-depth analysis (Figure 1). Despite the important role of administrative health in improving service quality, increasing productivity and public trust, and reducing corruption, no comprehensive and systematic research has been conducted to analyze administrative health policy, particularly in Iranian healthcare organizations. Therefore, this study aims to analyze administrative health policies in these organizations to support policy review, develop strategies to combat corruption, increase transparency, strengthen accountability, and empower managers as well as improve governance in the health system.

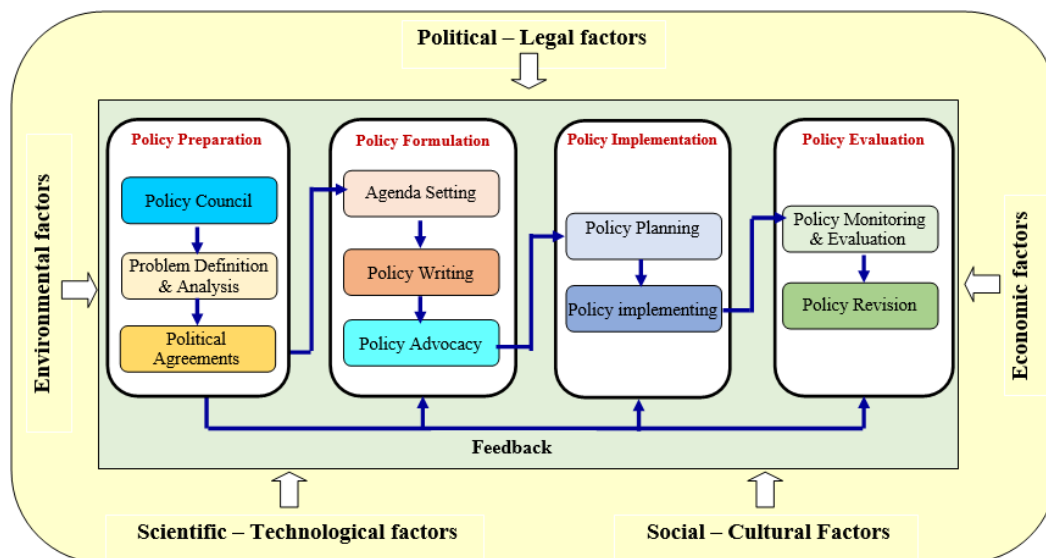


Figure 1. Mosaddeghrad Policy Analysis model [8]

Methods

The present qualitative policy analysis retrospectively examined administrative health policies in Iranian healthcare organizations. A triangulation approach, combining semi-structured interviews and document analysis, was employed to explore the policy process related to administrative health promotion, using the Mosaddeghrad Policy Analysis Model [8].

Participants were selected through purposive and snowball sampling, resulting in interviews with 35 individuals, including policymakers, managers, faculty, researchers, and practitioners in the fields of administrative health and anti-corruption. Data were collected using an interview guide. Additionally, 13 relevant policy documents including laws, regulations, and directives were reviewed and analyzed using the Dalglish et al. protocol [9], which

involves data collection, extraction, analysis, and interpretation. A researcher-developed checklist was applied for document analysis.

Thematic analysis was conducted using Braun and Clarke's approach [10], with data categorized and analyzed using MAXQDA version 10. To enhance the credibility and generalizability of findings, various strategies were employed

including pilot interviews, maximum variation sampling, multi-perspective analysis, document review, and peer debriefing.

Results

The findings from the interviews and document analysis were categorized into 86 final codes, which were organized into four ten themes (Table 1).

Table 1. Analysis of administrative health policies in healthcare organizations

Themes	Codes	Themes	Codes
Policy-making council	• Policymakers' denial • Forming an anti-corruption office • Lack of an independent office • Absence of operational task forces • Managerial changes • No designated responsible authority • Insufficient financial resources • Inadequate qualified human resources • Legal overlap • Failure to introduce the law in parliament • Formation of specialized committees	Policy advocacy	• Role of international organizations and academic institutions • Lack of effective coordination among the three branches of power • Failure to identify key actors in policy development • Limited attention to the role of social media in promoting policy benefits • Inadequate public awareness to ensure participation • Limited support from senior managers for research initiatives on administrative integrity
Problem definition	• Incompatible organizational culture • Lack of transparency in the definition of corruption • Absence of a reform-oriented approach • Involvement of the country leader • Public distrust in the administrative system • Lack of a promising outlook • Insufficient analysis • Framing the problem • Development of strategies	Policy planning	• Gap between policy formulation and implementation • Establishment of administrative integrity task forces • Setting objectives for administrative integrity • Low awareness of operational programs • Failure to develop a time-bound implementation plan • Limited training for managers • Lack of essential infrastructure • Absence of clear strategies • Non-transparent regulations, and standards
Political consensus-building	• Initial coordination • Low stakeholder analysis and engagement • Failure to involve experts • Unclear roles of the committee • Minimal participation of the public • Failure to develop specific action plans • Inattention to intersectoral collaboration	Policy implementation	• Lack of national determination for law enforcement • Frequent turnover of senior managers • Conflicts of interest hindering implementation • Corruption bottlenecks and vulnerable points • Policy development with a preventive approach • Failure to apply practical solutions • Partial enforcement of the law • Resistance to change • Failure to reform inefficient processes • Absence of electronic systems • Insufficient financial and human resources

Table 1. Continued

Themes	Codes	Themes	Codes
Agenda setting	- Increased sensitivity to corruption - Pressure from international communities - Absence of a national office for Transparency International - Legal loopholes	Policy monitoring and evaluation	- Shortage of qualified personnel for evaluation - Inadequate reporting by subordinate units - Lack of a comprehensive evaluation system - Focus on economic and financial corruption - Absence of online evaluation mechanisms - Lack of awareness regarding measurement indicators - Absence of performance indicators - Resistance to monitoring and evaluation - Informal announcement of evaluation results - Lack of managers' commitment to evaluation - Failure to achieve results
Policy content development	- Drafting of the policy - Participation of civil society organizations - Using global experiences - Lack of clarity in problem definition - Defining idealistic goals - Absence of a clear roadmap - Lack of evaluation of policy options - No consensus on final solutions - Content deviation - Neglect of preventive measures - Lack of localized monitoring indicators - Absence of policy piloting	Policy revision	- Allocation of financial and human resources - Development of appropriate structures and organizational culture - Strategic planning to prevent conflicts of interest - Training and commitment-building among senior managers - Definition of clear, general, and achievable indicators - Establishment of an integrated oversight system

Discussion

This study examined administrative health policies in Iran's healthcare system and revealed that although the establishment of the Administrative Health Promotion Act demonstrated high-level commitment, its effectiveness was hindered by structural and operational weaknesses, such as inadequate financial support, insufficient expert input, and weak implementation mechanisms, contributing to a persistent "policy-implementation gap" [11]. Additional obstacles included poor governance, resource shortages, and frequent managerial turnover, all of which undermined institutional stability and stakeholder engagement [12].

Despite Iran's post-war efforts and participation in international conventions, overall integrity has declined since 2003 [7], primarily due to limited transparency and political dominance. Kingdon's "Policy Window" theory underscores the need for political consensus [13]; however, stakeholder exclusion and top-down approaches weakened

supports for policies. Although some strategies from countries such as Singapore and Malaysia were adopted, public participation and intersectoral collaboration remained limited. The lack of effective advocacy, especially among the executive, judiciary, civil society, and media, further obstructed progress.

The Formulation of anti-corruption policies faced challenges such as vague objectives, institutional conflicts, and poor coordination, while major reforms introduced in 2015 failed to address socioeconomic roots of corruption. In the absences of detailed action plans, training, infrastructure, and monitoring systems, implementation efforts faltered. Frequent changes in Ministry of Health leadership further disrupted continuity and delayed outcomes [14]. Evaluation remained ineffective due to a lack of comprehensive systems, resistance to transparency, and inadequate performance indicators. Structural reforms, integrated oversight, and institutional redesign are essential to bridge the gap between policy and practice. Without strong leadership commitment, fair resource allocation, and

a culture of accountability, policy reform will remain incomplete and corruption risks will persist [15].

Limitations

The main limitation of this study is the scarcity of scientific research on corruption in Iran's healthcare sector. Therefore, caution is required when utilizing and interpreting the findings.

Conclusion

Corruption in the health system is critical because of its direct impact on people's lives and health. Administrative health policies serve as a key response to the corruption. Policy analysis provides a better understanding of the current situation, helps identify challenges, and offers practical and effective policy options for implementing these policies. Stakeholder participation, transparency, accountability, reduced management turnover, and improved financial and human resources are essential to improve administrative health.

Declarations

Ethical considerations: This study is part of a Ph.D. dissertation in Health Services Management at the School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, conducted under the ethical code IR.TUMS.SPH.REC.1399.012. All efforts were made to ensure accuracy and maintain objectivity in

Funding: This study received no financial support.

Conflict of interest: The authors declared no conflicts of interest.

Authors' contributions: **Mohammad Arab:** Study design, data management, data analysis, writing-original draft; **Ali Mohammad Mosaddeq Rad:** Study design, data management, data analysis, writing- original draft; **Ensieh Ashrafi:** Study design, data curation, data analysis, writing-original draft. All authors have read and approved the final text

Consent for publication: Not applicable.

Data availability: Due to the confidentiality, data can not be shared.

AI declaration: ChatGPT was used for editing and summarization of some sections of the manuscript.

Acknowledgments: The authors thank all those who collaborated in this research. This research is based on a thesis titled "Analysis of Administrative Health Policies in Healthcare Organizations" approved by the School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, with registration number 462821.

References

1. Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*. 2008;23(2):83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
2. Hutchinson E, Balabanova D, McKee M. We need to talk about corruption in health systems. *International Journal of Health Policy and Management*. 2018;8(4):191. <https://doi.org/10.1517/ijhpm.2018.123>
3. Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total quality management in healthcare. *Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt*. New York: Routledge; 2016:378-96. <https://doi.org/10.4324/9781315739786>
4. Neu D, Everett J, Rahaman AS. Preventing corruption within government procurement: constructing the disciplined and ethical subject. *Critical Perspectives on Accounting*. 2015;28:49-61. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2014.03.012>
5. Mosadeghrad AM. An integrated health policy making and analysis model: letter to the editor. *Tehran University Medical Journal*. 2020; 77:791-791 [in Persian]. Available from: <http://tumsj.tums.ac.ir/article-1-10222-fa.html>
6. Islamic Republic of Iran. Law on Promoting Administrative Health and Combating Corruption. *Official Gazette of the Islamic Republic of Iran*. 2008; Issue No. 18686. [cited 2025/08/15]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/802617>
7. Transparency International. Corruption Perceptions Index. [cited 2025/05/12] available from <https://www.transparency.org/en/countries/iran>
8. Mosadeghrad AM. A practical model for health policy making and analysis. *Payesh (Health Monitor)*. 2022;21(1):7-24 [in Persian]. <https://doi.org/10.52547/payesh.21.1.7>
9. Dalglish SL, Khalid H, McMahon SA. Document analysis in health policy research: the READ approach. *Health Policy and Planning*. 2020;35(10):1424-31. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa064>
10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
11. Grindle MS. Good enough governance revisited. *Development Policy Review*. 2007;25(5):533-74. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2011.00526.x>
12. Schalk J. Linking stakeholder involvement to policy performance: nonlinear and stakeholder. *Political Science and Politics*. 2011;39(2):243-6. <https://doi.org/10.1177/0275074015615435>
13. Kingdon JW, Stano E. *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Little, Brown; 1984. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00003068>
14. Mosadeghrad AM, Ferdosi M, Afshar H, Hosseini-Nejhad SM. The impact of top management turnover on quality management implementation. *Medical Archives*. 2013;67(2):134. <https://doi.org/10.5455/medarh.2013.67.134-140>
15. Howlett M, Ramesh M, Perl A. *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*. Toronto: Oxford university press; 1995. [cited 2025 Aug 15]. <https://archive.org/details/studyingpublicpo0000howl>

تحلیل سیاست‌های سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی

انسبیه اشرفی^۱، علی محمد مصدق راد^۲، محمد عرب^{۳*}

^۱ گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله چکیده

نویسنده مسئول:

محمد عرب

رایانامه:

Arabmoha@tums.ac.ir

وصول مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۱

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۴/۲۶

پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۰۵/۰۷

انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۶/۱۲

واژه‌های کلیدی:

سیاست‌گذاری

فساد

سلامت اداری

سازمان بهداشتی و درمانی

تحلیل سیاست

مقدمه: فساد اداری سوءاستفاده از قدرت سازمانی اعطاء شده برای انتفاع شخصی است. قانون و سیاست‌های ارتقای سلامت اداری با هدف مشروعیت حاکمیت، بهبود کارایی، تحقق اهداف سازمانی و ارتقای رضایت ارباب رجوع در ایران تدوین شد. این پژوهش با هدف تحلیل سیاست‌های سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی انجام شده است.

روش‌ها: این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و تحلیل اسناد انجام شد. تعداد ۳۵ نفر از افراد مطلع و کلیدی در فرایند تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌های سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران با روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب و مصاحبه شدند. علاوه بر این، تعداد ۱۳ سند سیاستی مرتبط با سلامت اداری شناسایی و تحلیل شدند. داده‌های پژوهش با روش تحلیل موضوعی براون و کلارک تحلیل شد.

یافته‌ها: به‌رغم اهمیت موضوع سلامت اداری در سطح حاکمیت کشور، مشکلاتی شامل عدم تعریف شفاف مسأله فساد، ضعف‌های ساختاری، منابع مالی ناکافی، نبود مشارکت فعال ذی‌نفعان، ضعف حکمرانی شبکه‌ای، تغییرات مدیریتی، فقدان هماهنگی بین دستگاه‌ها، نبود برنامه اجرایی دقیق، کمبود آموزش مدیران و مقاومت برخی مدیران میانی، اجرای سیاست‌های ارتقای سلامت اداری را مختل کرده است. برای بهبود سلامت اداری و مقابله با فساد، راه کارهایی مانند تقویت مشارکت ذی‌نفعان، تأمین منابع پایدار، ایجاد هماهنگی بین‌بخشی، اصلاح فرآیندها، شفافیت، مشارکت عمومی و اراده سیاسی قوی ضروری است.

نتیجه‌گیری: بهبود سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران نیازمند تقویت حکمرانی شبکه‌ای، افزایش مشارکت فعال ذی‌نفعان، شفافیت بیشتر و ایجاد سازوکارهای اجرایی منسجم و پایدار است. همچنین، رفع موانعی مانند تغییرات مدیریتی مکرر، کمبود منابع مالی و نبود آموزش‌های تخصصی مدیریتی از عوامل کلیدی تحقق اهداف سیاست‌های سلامت اداری به‌شمار می‌رود.

آنچه می‌دانیم:

- سلامت اداری رکن حکمرانی خوب و عامل ارتقای اعتماد و کارایی نظام سلامت است.
- قانون سلامت اداری در سال ۱۳۸۷ برای مقابله با فساد و بهبود کارایی تصویب شد.
- فساد گسترده بیانگر ناکامی در ارتقای سلامت اداری است.

آنچه این مطالعه اضافه کرده است:

- مشکلات ساختاری، کمبود منابع، ضعف حکمرانی، بی‌ثباتی مدیریتی، نبود هماهنگی و برنامه، و مقاومت مدیران اجرای سیاست‌های سلامت اداری را مختل می‌کند.
- مشارکت ذی‌نفعان، منابع پایدار، هماهنگی، اصلاح فرآیندها و اراده سیاسی برای بهبود سلامت اداری و مقابله با فساد ضروری است.

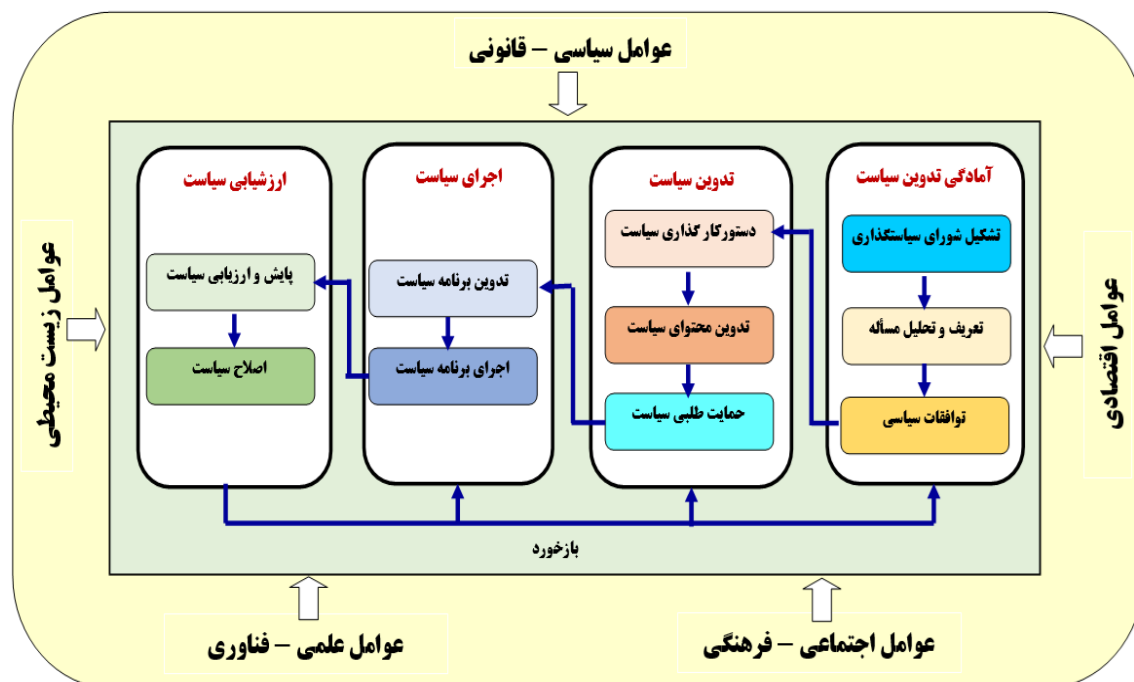
مقدمه

شود، بنابراین تدوین و اجرای سیاست‌های ارتقایی در این زمینه امری اجتناب‌ناپذیر است.

سیاست‌گذاری عمومی با فراهم‌سازی چارچوبی نظام‌مند برای تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌ها، امکان حل مسائل عمومی را مهیا می‌کند [۸]. در همین راستا، قانون ارتقای سلامت اداری مصوب ۱۳۸۷ با هدف مقابله با فساد و بهبود کارایی نظام اداری تصویب شد، ولی با گذشت سال‌ها، شاخص‌های جهانی همچنان از ضعف شفافیت و سلامت اداری در ایران حکایت دارند؛ به‌طوری‌که امتیاز ایران در شاخص ادراک فساد در سال ۲۰۲۴ میلادی برابر با ۲۳ و رتبه آن ۱۵۱ از میان ۱۸۰ کشور بود [۹، ۱۰]. این وضعیت نیاز به اصلاحات اساسی در نظام اداری کشور را نشان می‌دهد. عوامل درونی مانند تصمیم‌های مدیریتی، فرهنگ سازمانی و ساختار تشکیلاتی، در کنار عوامل بیرونی چون وضعیت سیاسی و اقتصادی، بر سلامت اداری-مالی سازمان‌ها اثرگذارند [۱۱]. شناخت و مدیریت این عوامل از طریق تحلیل سیاست‌های سلامت اداری امری ضروری است. تحلیل سیاست با بررسی مراحل تعریف مسئله، اجرا و ارزشیابی، ابزار مؤثری برای شناخت دلایل موفقیت یا شکست سیاست‌ها است [۸]. مدل مصدق‌رادی یکی از مدل‌های جامع تحلیل سیاست است که با در نظر گرفتن عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فنی و زیست‌محیطی، چارچوبی دقیق برای تحلیل سیاست‌ها از طریق ۱۰ گام و چهار مرحله و ۱۰۰ سؤال باز فراهم می‌سازد (شکل ۱).

نظام سلامت مجموعه‌ای از سازمان‌ها، گروه‌ها و افرادی است که وظیفه سیاست‌گذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف ارتقای سلامت مردم، پاسخگویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در برابر هزینه‌های سلامت بر عهده دارند [۱]. دستیابی به این اهداف مستلزم تحقق حکمرانی مطلوب، تأمین منابع کافی و ارائه عادلانه خدمات سلامت است [۲]. حکمرانی در نظام سلامت بر طراحی ساختارهای مؤثر، تدوین و اجرای سیاست‌ها، نظارت و هدایت برنامه‌های سلامت تمرکز دارد. حکمرانی خوب نیز به بهبود بهره‌وری، دسترسی عادلانه و ارتقای سلامت عمومی منجر می‌شود ولی، حکمرانی ضعیف می‌تواند اعتماد عمومی را کاهش و منابع را هدر دهد [۳].

فساد، به‌عنوان یکی از تهدیدهای جدی، می‌تواند از طریق سوءاستفاده از قدرت در تخصیص منابع، تأمین دارو و ارائه خدمات سلامت [۴]، موجب اتلاف منابع، کاهش کیفیت خدمات سلامت، گسترش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و کاهش اعتماد عمومی شود [۵]. برای مقابله با آن، تقویت شفافیت، توزیع عادلانه منابع، و نظارت مؤثر امری ضروری است [۶]. مفهوم سلامت اداری به رعایت اصول اخلاقی، شفافیت، قانون‌مداری و پاسخگویی در تصمیم‌گیری‌ها و فرآیندهای مدیریتی اشاره دارد [۷] که در ارتقای عدالت، کارایی و اعتماد عمومی نقش کلیدی دارد. ضعف در سلامت اداری می‌تواند منجر به نارضایتی، بی‌عدالتی و تهدید سلامت عمومی



شکل ۱. مدل یکپارچه سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست [۸]

سیاست‌های سلامت اداری در این سازمان‌ها انجام شده و می‌تواند به بازنگری سیاست‌ها، تدوین راه‌کارهای مقابله با فساد، افزایش شفافیت، تقویت پاسخگویی و همچنین، توانمندسازی مدیران و بهبود حکمرانی در نظام سلامت کمک کند.

به‌رغم اهمیت و نقش مهم سلامت اداری در ارتقای کیفیت خدمات، افزایش بهره‌وری، اعتماد عمومی و کاهش فساد، تا آنجا که نویسندگان اطلاع دارند، تاکنون پژوهشی جامع و نظام‌مند در زمینه تحلیل سیاست ارتقای سلامت اداری، به‌ویژه در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران انجام نشده است. بر همین اساس، این پژوهش با هدف تحلیل

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیل سیاست با رویکرد کیفی است که با هدف تحلیل گذشته‌نگر سیاست‌های سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران انجام شده است. در این پژوهش، با بهره‌گیری از روش‌های مصاحبه با صاحب‌نظران و تحلیل اسناد سیاستی، فرایند سیاست‌گذاری ارتقای سلامت اداری با استفاده از مدل یکپارچه سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست مورد بررسی قرار گرفت [۸]. از روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس، نمونه‌گیری گلوله برفی برای شناسایی مصاحبه‌شوندگان استفاده شد. این کار تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. در مجموع، با ۳۵ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران، اساتید، پژوهشگران و فعالین حوزه سلامت اداری و فساد مصاحبه شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از راهنمای مصاحبه حاوی سؤالات مدل یکپارچه سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست در چهار مرحله آمادگی، تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست، به همراه عوامل تأثیرگذار بر فرایند سیاست‌گذاری استفاده شد [۸]. سه مصاحبه اولیه به صورت آزمایشی برای بهبود سؤالات، افزایش مهارت مصاحبه‌گر و ارتقاء روایی ابزار انجام شد. پژوهشگر پیش از مصاحبه‌ها با هماهنگی قبلی زمان و مکان مناسب را مشخص کرد و پس از توضیح اهداف پژوهش و حفظ محرمانگی اطلاعات، رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان را دریافت کرد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محیطی آرام انجام شد. در حین مصاحبه نیز یادداشت‌برداری صورت گرفت و در پایان، با مرور نکات کلیدی و پاسخ‌ها، صحت داده‌ها توسط مشارکت‌کنندگان تأیید شد. مدت زمان متوسط هر مصاحبه حدود ۷۵ دقیقه بود.

همچنین، مجموعه‌ای از اسناد سیاستی مرتبط با ارتقای سلامت

اداری و مبارزه با فساد جمع‌آوری، بررسی و تحلیل شدند. تحلیل اسناد یکی از متداول‌ترین روش‌های مورد استفاده در پژوهش‌های سیاست-گذاری و تحلیل سیاست است. پژوهشگر در این روش کیفی، به طور نظام‌مند از داده‌های اسنادی برای کشف، استخراج و ارزیابی محتوای مرتبط با موضوع پژوهش استفاده می‌کند. در تحلیل اسناد، مانند سایر روش‌های پژوهش‌های کیفی، داده‌ها به منظور استخراج معنا، به دست آوردن درک و توسعه دانش تجربی بررسی و تفسیر شوند. اسناد حاوی کلمات و تصاویری است که بدون دخالت پژوهشگر ثبت شدند. این اسناد شامل قوانین، برنامه‌ها، سیاست‌ها، دستور جلسات، آیین نامه‌ها، کتابچه‌ها، بروشورها، خاطرات و رویدادها، نامه‌ها و یادداشت‌ها هستند [۱۲]. در این مطالعه، منظور از اسناد، قوانین، مقررات، سیاست‌ها، آیین نامه‌ها و برنامه‌ها است. در این پژوهش، از پروتکل دالگلیش و همکاران [۱۳] برای جمع‌آوری و تحلیل اسناد استفاده شد که شامل چهار مرحله جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، استخراج داده‌ها، تحلیل داده‌ها و تفسیر نتایج است. از روش‌های مختلفی مانند جستجوی وب‌سایت‌ها، مراجعه به افراد صاحب‌نظر، مطالعه کتب و مقالات و اسناد بالادستی برای شناسایی اسناد مرتبط با سلامت اداری استفاده شد. تعداد ۱۳ سند در این پژوهش شناسایی شد (جدول ۱). بسیاری از این اسناد از پایگاه داده‌های مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، سازمان امور اداری-استخدامی، سازمان بازرسی کل کشور و وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی به دست آمدند. از یک چک‌لیست محقق‌ساخته شامل قسمت‌های نام سند، نوع سند، سال انتشار سند، محل انتشار سند، سازمان متبوع، هدف سند و محتوای سند برای استخراج اطلاعات این اسناد استفاده شد.

جدول ۱. قوانین، مقررات و سیاست‌های مرتبط با سلامت اداری و مقابله با فساد در ایران

ردیف	عنوان سند	سال
۱	قانون رسیدگی به تخلفات اداری	۱۳۷۱
۲	قانون برنامه دوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (بند ۷، جزء ۴)	۱۳۷۳
۳	فرمان هشت ماده‌ای رهبری	۱۳۸۰
۴	برنامه ارتقای سلامت اداری و مقابله با فساد	۱۳۸۲
۵	قانون برنامه چهارم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (ماده ۱۴۰)	۱۳۸۳
۶	آیین‌نامه پیشگیری و مبارزه با رشوه در دستگاه‌های قضایی	۱۳۸۴
۷	قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴	۱۳۸۶
۸	قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات	۱۳۸۷
۹	سیاست‌های کلی نظام اداری	۱۳۸۹
۱۰	قانون مدیریت خدمات کشوری	۱۳۸۹
۱۱	قانون برنامه پنجم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (بند ب، ماده ۲۰۵)	۱۳۸۹
۱۲	قانون حقوق شهروندی در نظام اداری	۱۳۹۵
۱۳	قانون برنامه ششم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (بند ۳۹)	۱۳۹۶

این مضامین چندین بار بازبینی و در صورت نیاز ترکیب یا تفکیک شدند تا نقشه موضوعی منطقی روابط بین مضامین شکل گیرد. پس از نام‌گذاری و تعریف عملیاتی مضامین، آنها به همراه کدها و نقل‌قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان در قالب گزارشی هدفمند آماده شد. دسته‌بندی و تحلیل مضامین با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام و نقل‌قول‌ها در متن با حرف «م» مشخص شدند.

داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها با روش تحلیل موضوعی براون و کلارک [۱۴] بررسی شدند که شامل مراحل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو و مرور مضامین، تعریف آنها و تهیه گزارش بود. نخست متن مصاحبه‌ها تایپ و چندین بار مرور شد تا شناخت عمیقی از داده‌ها حاصل شود. کدهای اولیه استخراج و کدهای مشابه در مضامین فرعی و سپس، در مضامین اصلی دسته‌بندی شدند.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۵
	مرد	۸۵/۷
سن	زیر ۳۰	۲
	۳۰ تا ۴۰	۵
	۴۰ تا ۵۰	۱۳
	بیشتر از ۵۰	۱۵
تحصیلات	کارشناسی ارشد	۹
	دکترای تخصصی	۲۲
	دکترای عمومی	۴
سابقه کاری (سال)	۵ تا ۱۰	۲
	۱۰ تا ۱۵	۱۰
	۱۵ تا ۲۰	۹
	۲۰ تا ۲۵	۴
	۲۵ تا ۳۰	۷
	بالای ۳۰	۳
حوزه کاری	سیاست‌گذاری	۹
	اجرایی	۱۵
	نظارتی	۱۱

برای افزایش میزان اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج، اقداماتی مانند انجام مصاحبه‌های آزمایشی، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی موضوع از زوایای مختلف، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، تحلیل اسناد، مقایسه دایم بین اطلاعات به‌دست آمده، ارسال یافته‌ها برای برخی از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ کردن نظرات تکمیلی آنها، تبادل نظر با همتایان و شرح دقیق محیط پژوهش و مراحل انجام پژوهش انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۲ مشخصات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان را نشان می‌دهد. حدود ۸۶ درصد از مصاحبه‌شوندگان مرد، ۶۳ درصد دارای مدرک تحصیلی دکترای تخصصی، ۴۳ درصد بالای ۵۰ سال و ۲۸ درصد دارای ۱۰ تا ۱۵ سال سابقه کاری در حوزه سلامت اداری بودند. حدود ۲۶ درصد آنها در تدوین، ۴۳ درصد در اجرا و ۳۱ درصد در ارزشیابی سیاست سلامت اداری فعالیت داشتند.

یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و تحلیل اسناد، در ۸۶ کد نهایی، در قالب چهار مضمون اصلی و ۱۰ مضمون فرعی طبق مدل یکپارچه سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست دسته‌بندی شدند (جدول ۳)

جدول ۳. تحلیل سیاست‌های سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی

گام‌ها	کدها	گام‌ها	کدها
تشکیل شورای سیاست‌گذاری	ایجاد ستاد مبارزه با مفساد اداری عدم پذیرش مسأله از جانب سیاست‌گذاران عدم تشکیل دفتر مستقل برای مبارزه با فساد عدم تشکیل کارگروه‌های اجرایی توقف کار به علت تغییرات مدیریتی عدم تعیین متولی برای قانون در نظر نگرفتن منابع مالی مشخص برای برنامه در نظر نگرفتن منابع انسانی شایسته و به تعداد کافی هم‌پوشانی قانون با سایر قانون‌های تدوین شده مطرح نشدن قانون در صحن مجلس ایجاد سه کمیته علمی، فرهنگی و حقوقی - قضایی	حمایت‌طلبی سیاست	نقش‌آفرینی سازمان‌های بین‌المللی و اساتید دانشگاهی عدم هماهنگی موثر بین سه قوه عدم شناسایی افراد کلیدی در تدوین سیاست توجه کم به نقش رسانه‌های اجتماعی در اطلاع‌رسانی کمبود آگاهی عامه مردم از مسأله جهت مشارکت حمایت کم مدیران ارشد از طرح‌های تحقیقاتی سلامت اداری
تعریف و تحلیل مسأله	تبدیل شدن فساد اداری به فرهنگ سازمانی عدم شفافیت در تعریف فساد و آمار و اطلاعات نبود رویکرد اصلاحی به مسأله ورود رهبری و حاکمیت به مسأله فساد بدبین شدن شهروندان به نظام اداری نبود آینده‌ای روشن از سلامت اداری تحلیل ارزیابی‌های بین‌المللی و فرایندهای سازمانی تعریف مسأله در سه بعد اداری، اقتصادی و فرهنگی تدوین راه‌کارها بر اساس مطالعات مروری	تدوین سیاست برنامه	فاصله زمانی زیاد از تدوین قانون تا اجرای قانون ایجاد کارگروه‌های ارتقای سلامت اداری در سطح سازمان تعیین اهداف برای برنامه‌های ارتقای سلامت اداری کمبود آگاهی نسبت به برنامه‌های عملیاتی عدم تدوین برنامه به‌صورت زمان‌بندی شده برنامه آموزشی محدود برای مدیران مجری عدم ایجاد زیرساخت‌های لازم برای اجرا عدم تدوین استراتژی‌های اجرایی عدم شفاف‌سازی محتوای آیین‌نامه‌ها و استانداردها و فرآیندهای کاری برای دستگاه‌های اجرایی

جدول ۳. ادامه

گام‌ها	کدها	گام‌ها	کدها
توافقات سیاسی	ایجاد هماهنگی اولیه بین سه قوه عدم توجه به تحلیل و نقش ذی‌فعان عدم استفاده از کارشناسان سازمان‌های مختلف عدم تفکیک وظایف کمیته ارتقای سلامت اداری با وزارت اطلاعات مشارکت اندک گروه‌های غیر رسمی و عامه مردم در نظر نگرفتن رسالت دستگاه‌های اجرایی جهت تدوین برنامه اختصاصی عدم توجه به همکاری بین بخشی	اجرای برنامه سیاست	نبود عزم ملی برای اجرای قانون تغییر مدیران ارشد در سطح سازمان تعارض منافع برای اجرای برنامه شناسایی گلوگاه‌های فساد و نقاط آسیب‌پذیر تدوین برنامه با رویکرد پیشگیرانه عدم استفاده از راهکارهای عملی اجرای ناقص قانون مقاومت در برابر تغییر عدم اصلاح فرایندهای ناکارآمد نبود سامانه الکترونیک و طولانی شدن فرایند اجرا کمبود منابع مالی و انسانی
دستورکار گذاری سیاست	افزایش حساسیت در سطح ملی فشار جوامع بین‌المللی عدم وجود دفتر نمایندگی شفافیت بین‌الملل شکاف قانونی	پایش ارزشیابی سیاست	و کمبود نیروی انسانی متخصص، امین و با تجربه برای ارزیابی عدم گزارش‌دهی صحیح واحدهای تابعه عدم وجود نظام ارزیابی جامع (تعدد سازمان‌های نظارتی) تمرکز نهادهای نظارتی بر مفاسد اقتصادی و مالی نبود نظام و سازوکار ارزیابی آنلاین کمبود آگاهی نسبت به شاخص‌های اندازه‌گیری فقدان شاخص‌های عملکردی مناسب سنجش فساد اداری مقاومت در برابر نظارت اعلام نتایج به‌صورت غیر رسمی عدم تعهد مدیران به نتایج ارزیابی عدم دستیابی به شاخص‌های سلامت اداری
تدوین محتوای سیاست	تهیه پیش‌نویس توسط اساتید و کارشناسان حوزه فساد مشارکت سمن‌های ارتقای سلامت اداری در تهیه پیش‌نویس استفاده از تجارب موفق جهانی و توصیه‌های بین‌المللی عدم وضوح بیان مساله در سند سیاست تدوین برنامه با اهداف آرمانی عدم تدوین نقشه راه واضح عدم توجه به آینده مساله در ارائه گزینه‌های سیاستی فقدان اجماع در ارائه راهکارهای نهایی انحراف در محتوای سیاست به دلیل طولانی شدن فرایند تصویب غفلت از مساله پیشگیری در مبارزه با فساد عدم تدوین سند و شاخص‌های پایش به‌صورت بومی عدم اجرای آزمایشی سیاست	اصلاح سیاست	تامین منابع مالی و انسانی ایجاد ساختار و فرهنگ مناسب برنامه‌ریزی جهت جلوگیری از تعارض منافع آموزش و تعهد در مدیران ارشد تعیین شاخص‌های عمومی و قابل دست‌یافتنی ایجاد سیستم نظارتی یکپارچه

ریاست جمهوری و مستقر در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور بود. سپس، با تصمیم سران قوا به وزارت امور اقتصادی و دارایی منتقل شد. از اهداف اصلی این ستاد، شناسایی و سالم‌سازی گلوگاه‌های فسادخیز نظام اداری و اقتصادی، نظارت بر آنها، ایجاد بسترهای امنیت و توسعه

۱- تشکیل شورای سیاست‌گذاری: ستاد مبارزه با مفاسد اقتصادی در دولت هشتم و به‌دنبال ضرورت مقابله با فساد و ارتقای سلامت اداری، پس از صدور فرمان ۸ ماده‌ای رهبری در سال ۱۳۸۰ تشکیل شد. این ستاد با عضویت روسای سه قوه و تفویض مسئولیت اداره آن به معاونین اول هر قوه، فعالیت خود را آغاز کرد و دبیرخانه آن زیر نظر

اقتصادی، فرهنگ‌سازی سلامت اداری و انعکاس اقدامات مقابله با فساد در جامعه و سطح بین‌الملل بود.

با وجود تشکیل ستاد مبارزه با مفاسد اقتصادی و برنامه‌ریزی‌های صورت گرفته در زمینه کنترل و نظارت بر موضوع فساد، همچنان مصادیقی از گسترش فساد در سطح کشور مشاهده شد که نشان‌دهنده نیاز کشور به یک راهبرد قوی در زمینه پیشگیری از فساد و بهبود شرایط بود. از طرفی فشار مجامع بین‌المللی مبنی بر وجود برنامه‌های ضد فساد در کشور، در سال ۱۳۸۴ دولت‌مردان و سیاست‌گذاران تهیه و تدوین قانونی تحت عنوان ارتقای سلامت اداری و مبارزه با فساد را در دستور کار خود قرار دادند. بنابراین، در مقر ریاست جمهوری ستادی باهدف تدارک قانونی در جهت پیش‌گیری از فساد تشکیل شد، در این ستاد سه کمیته علمی، فرهنگی و حقوقی - قضایی تعریف شد.

کمیته علمی این ستاد با حضور جمعی از اساتید برجسته دانشگاهی اقدام به تهیه پیش‌نویس قانون ارتقای سلامت اداری نمودند. وظیفه ایجاد ساختار مناسب، تأمین منابع مالی و انسانی بر عهده نهاد ریاست جمهوری بود. با وجود این، تأمین اعتباری برای تهیه این قانون صورت نگرفت. از طرف دیگر با وجود تشکیل کارگروه‌های فرعی، از متخصصین حوزه‌های مختلف و کارشناسان دستگاه‌های ذی‌نفع در این کارگروه‌ها استفاده نشد. عدم پذیرش مسئله از جانب دولت و سیاست‌مداران، عدم طرح قانون در صحن مجلس، تمرکز بیش از حد حکمرانی، عدم تعیین متولی برای قانون، توقف کار علمی در زمینه مبارزه با فساد به علت تغییرات مدیریتی، عدم تشکیل دفتر مستقل برای مبارزه با فساد، عدم تشکیل کارگروه‌های اجرایی، در نظر نگرفتن منابع مالی و انسانی مشخص برای برنامه، هم‌پوشانی قانون با سایر قانون‌های تدوین شده و انحراف در سیاست به دلیل طولانی شدن فرایند تصویب عمده‌ترین مشکلات در گام نخست بودند که صاحب‌نظران بدان اشاره نمودند.

یکی از فعالین حوزه سیاست‌گذاری گفت: "ما از ابتدا هم که کار را شروع کردیم، یکی از مشکلات مستمر و روتین کار، عدم توجه دولتمردان به مسئله فساد با وجود مصادیق روشن فساد در جامعه و عدم وجود منابع لازم برای انجام فعالیت‌هایی بوده که در این زمینه پیش‌بینی می‌شده است. موضوع دیگه این بود که عمدتاً کارشناسان سایر بخش‌ها که به نوعی ذی‌نفع محسوب می‌شدند در کمیته‌ها نبودند." (م ۲۱). صاحب‌نظر دیگری در حوزه سیاست‌گذاری گفت: "همکاران ما در سازمان اداری - استخدامی از ابتدا درگیر تهیه این قانون بودند ولی بودجه خاصی برای تهیه و تدارک قانون در نظر گرفته نشده بود و اغلب همکاران، به دلیل دغدغه فکری که نسبت به مسئله داشتند در کارگروه‌ها فعالیت می‌کردند و می‌خواستند به نوعی با تهیه قانون جلوی فساد سیستمی گرفته شود." (م ۸)

۲- تحلیل و تعریف مسئله: بعد از جنگ تحمیلی، حاکمیت به دنبال تغییر در ساختار اقتصادی (آزادسازی اقتصادی) کشور، کاهش تمرکز دولت در نظام اقتصادی و رشد و توسعه اقتصادی کشور بود که حاصل این تغییرات دستیابی مجموعه‌ای از افراد خاص به طرح‌های ملی و امتیازات بنگاه‌های دولتی شد که علاوه بر عدم رشد و توسعه اقتصادی ایران منجر به حیف و میل در بیت‌المال شد. ازجمله اولین فساد اداری

و مالی می‌توان به اختلاس ۱۲۳ میلیارد تومانی بانک صادرات در سال ۱۳۷۱ اشاره کرد که ضربات جبران‌ناپذیری را به پیکره اقتصاد ایران وارد نمود. در این بین گزارش‌هایی از طرف دستگاه‌های دغدغه مند در مسئله فساد تهیه شد و در اختیار رهبری قرار گرفت. ایشان برای بهبود شرایط حاکم بر جامعه، فرمان هشت ماده‌ای خود را صادر کرد. دولت پس از صدور فرمان رهبر، وارد عمل شد و برنامه‌ریزی‌های اولیه برای تهیه یک قانون پیش‌گیرنده را انجام داد. به دنبال افزایش ناکارآمدی‌ها در نظام اداری و بیانیه رهبری، بخش‌های نظارتی نیز در کنار دولت وقت به دنبال تدارک برنامه‌هایی برای مهار مسئله بودند. در جامعه اسلامی واقعیاتی در حال انکار بودند که در بدنه اقتصادی و سیاسی کشور در حال رخنه بود و رشد و توسعه کشور را تحت شعاع خود قرار داده بود.

بدبینی شهروندان به نظام اداری کشور، عدم شفافیت در آمار و اطلاعات مربوط به مساله، تبدیل شدن فساد اداری به فرهنگ سازمانی و نبود رویکرد اصلاحی به مساله، عدم وجود تعریف شفاف از فساد، کمبود آگاهی نسبت به مساله فساد و همچنین عدم توافق در تعریف مسئله از جمله مشکلاتی بودند که منجر به تدوین سندهای سیاستی در این زمینه شدند. "در اواخر دهه هفتاد بعد از گذشت یک دهه از شکل‌گیری حکومت اسلامی در ایران و گسترش آموزه‌های دینی در جامعه مدنی، غالب مردم هیچ‌گونه تصویر ذهنی نسبت به مسئله فساد نداشتند و وجود این مسئله به دور از انتظار عموم بود. نظر عموم مردم این بود که در حکومت اسلامی جای هیچ‌گونه فساد نیست و ادراکی از فساد در جامعه وجود نداشت. در چنین شرایطی اعتراف به وجود فساد از سوی مسئولین کار بسیار دشواری بود" (م ۱).

شاخص‌های بین‌المللی روند نزولی کیفیت سلامت اداری را گزارش می‌کردند. هم‌پوشانی ارزیابی‌های بین‌المللی، نقص در فرایندهای سازمانی و عدم وجود برنامه‌های نظام‌مند در جامعه بیانگر عدم وجود آینده‌ای روشن از سلامت اداری در ایران بود. یکی از فعالین حوزه سیاست‌گذاری سلامت اداری در این زمینه گفتند: "در سال ۲۰۰۳، ما از ۱۰۰، نمره ۳۰ گرفتیم. این نشان می‌داد که ما ۷۰ درصد طبق این شاخص فاسد هستیم و تنها ۳۰ درصد سلامت وجود دارد. سال بعد شد ۲۹، همین جور شروع کرد به کاهش. شاخص‌های بین‌المللی نشون می‌داد که وضع ما داره بدتر میشه و شواهد هم در کشور موجود بود" (م ۲۰).

بررسی و تحلیل وضع موجود جامعه توسط جمعی از اساتید دانشگاهی، فعالین حوزه فساد، دولت وقت، سازمان امور اداری و استخدامی و کمیسیون اجتماعی مجلس صورت گرفت. مساله در سه بعد اقتصادی (اعمال و رفتارهای غیرقانونی که باعث ازدیاد ثروت و شکاف عمیق طبقاتی در جامعه شده و اختلال در نظم اقتصادی را در پی داشت)، اداری (کاغذبازی، دیوان‌سالاری، سوءاستفاده از قدرت و ارتشاء و اختلاس‌هایی که اتفاق افتاده بود) و فرهنگی (فعل یا ترک فعلی که باعث صدمه به باورها، اعتقادات و ارزش‌های جامعه شده و درجه ادراک از فساد در سطح جامعه افزایش یافته بود) دسته‌بندی شد. انتخاب راه-کارهای بهبود وضعیت موجود بر اساس مطالعه مروری تجارب موفق

بعدش میشه مردم با جامعه مدنی که خودش چند قسمت میشه مثلاً دانشگاهی‌ها، رسانه‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و در نهایت، من و شمای عامی که در خیابان راه می‌رویم. آن قدری که شایسته کشور باشد، ما حضور رسانه‌ها و مردم را حس نمی‌کنیم. البته این مسأله ارتباطی به دهه گذشته ندارد، کلاً در کشور ما خیلی رسانه‌ها و مردم نقشی در سیاست‌گذاری‌ها ندارند." (م ۵).

۴- در دستورکار گذاری: پنج عامل اصلی شامل گسترش فساد در جامعه، افزایش حساسیت نسبت به مسأله فساد و بهبود وضع موجود، شکاف قانونی، تأکید رهبری و فشار سازمان‌های بین‌المللی باعث شد که تهیه و تدوین یک سیاست پیشگرایانه از سوی سیاست‌گذاران در دستورکار قرار بگیرد. اولین پیش‌نویس در سال ۱۳۸۴ تهیه و به مجلس تقدیم شد.

اکثر مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که چالش‌های مربوط به در دستورکار گذاری، نبود عزم ملی و اراده سیاسی، اولویت ملاحظات سیاسی و امنیتی نسبت به مسایل اقتصادی، پاسخ دیر هنگام سیاست‌گذاران به بیانات رهبری، عدم تشکیل دفتر نمایندگی شفافیت بین‌الملل، عدم تصویب آیین‌نامه‌ها و عدم توجه به ابعاد سلامت اداری می‌باشد که موجب شده تا سیاست ارتقای سلامت اداری در اولویت اجرا قرار نگیرد. پژوهشگر حوزه فساد گفت: "تا دهه هفتاد، مسأله فساد تابوی نظام بود که سعی می‌کردند انکارش کنند و بگویند نمی‌شود که در این نظام فساد اتفاق بیفتد، ولی با افزایش مصادیق فساد در سطح جامعه یک‌سری از افراد دغدغه شخصیشون شد و گفتند که به هر طریق ممکن باید موضوع پیگیری شود" (م ۵). فعال حوزه نظارتی سلامت اداری اشاره کرد: "هر روز پرونده‌های تخلفات، سوءاستفاده‌ها، پیش نرفتن سیاست‌ها و تکالیف در دستگاه‌ها و نارضایتی مردم از دستگاه‌ها بیشتر می‌شد ولی قانون نوشته شده و آیین‌نامه‌ای وجود نداشت که حالت بازدارندگی برای دستگاه‌ها ایجاد کند" (م ۱۳). عضو سابق کنوانسیون مبارزه با فساد اشاره کرد که: "اغلب کشورها دارای قانون جامعی در بحث مبارزه با فساد بودند ولی در کشور ما علی‌رغم تأکید رهبری، به این موضوع نپرداخته بودند. از سال ۱۳۷۳ برنامه ارتقای سلامت اداری به‌روزی کار آمد تا اینکه در دهه هشتاد بحث نوشتن قانون پیشگیری و مبارزه با فساد مطرح شد" (م ۷). پژوهشگر حوزه شفافیت و مبارزه با فساد نیز گفت: "در آن مقطع زمانی، با وجودی که هم دولت شعار ضد فساد می‌داد و هم مجلس، مشکلات همچنان ادامه داشت و از طرفی منابع کشور از طریق یک سری افراد سودجو از کشور خارج می‌شد که ضرر زیادی را به اقتصاد و سرمایه‌های کشور وارد کرده بود. کنوانسیون هم می‌گفت برای اینکه از مزایای ما (مثلاً استرداد اموال خارج شده از مملکت یا تبادل زندانیان) استفاده کنید باید استراتژی‌های مبارزه با فساد داشته باشید و با ما همگام شوید، این‌طور شد که تهیه قانون در دستورکار قرار گرفت" (م ۲).

۵- تدوین محتوای سیاست: تدوین اولین قانون مبارزه با فساد از سوی دولت در سال ۱۳۸۴ به‌عنوان راه‌حل انتخابی سیاست‌گذاران در زمینه ارتقای سلامت اداری مطرح شد. ستاد مبارزه با مفاسد اقتصادی به مرکزیت قوه مجریه با حضور جمعی از اساتید دانشگاهی، کارشناسان حوزه مبارزه با فساد و نمایندگانی از قوه قضائیه به‌دنبال نابسامانی‌ها

سایر کشورها اتفاق افتاد. یک فعال حوزه سیاست‌گذاری در این زمینه گفت: "بالاخره هر چه قدر سیستم‌های اداری پیچیده‌تر شوند، احتمال فساد بالا می‌رود. ما هم یک گروه تخصصی بودیم که دنبال اصلاح فرایندها بود. آن موقع یک مطالعه‌ای انجام دادیم، نتیجه‌اش این بود که تجارب برخی کشورها را دیدیم که آنها در این موضوع چه کار می‌کنند؟ مثلاً کشور مالزی، تایلند و سنگاپور را دیدیم. وضع موجود در فساد نظام اداری ایران را مطالعه کردیم. در نهایت، بر اساس خروجی این مطالعه، آن لایحه را نوشتیم که بتواند وضعیت نظام اداری ما را بهبود دهد" (م ۸).

۳- ایجاد توافقات سیاسی: طیف گسترده‌ای از نهادها، سازمان‌های دولتی و غیردولتی، انجمن‌های علمی، عامه مردم، نخبگان، گروه‌های فشار و ذی‌نفع می‌توانند برای شکل‌گیری یک سیاست مشارکت داشته باشند. زمینه سیاست ارتقای سلامت اداری در بالاترین سطح کشور، یعنی مقام رهبری، با ابلاغ سیاست‌های کلی نظام اداری و تأکید بر ارتقای سلامت اداری و مبارزه با فساد، نشان‌دهنده تأثیرگذاری بالاترین مقام کشوری بر این حوزه بوده است. مجلس شورای اسلامی نیز در ارتباط با فرایند سیاست‌گذاری سلامت اداری تأثیر به‌سزایی داشته است. نهادهای نظارتی از جمله قوه قضائیه و سازمان بازرسی کل کشور نیز در کنار دولت، با شرکت نمایندگان این نهادها در جلسه‌ها و کمیته حقوقی-قضایی گام‌های مثبتی در جریان فرایند سیاست‌گذاری ارتقای سلامت اداری برداشته است. در ایران، در اغلب قانون‌گذاری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها شناسایی ذی‌نفعان به‌صورت بنیادی انجام نمی‌شود. بیشتر قوانین و سیاست‌هایی که تدوین و تصویب می‌شوند، حالت دستوری دارند که این خود می‌تواند یک دلیل بسیار مهم در عدم اجرای مؤثر قوانین و سیاست‌ها باشد.

عدم توجه به تحلیل و نقش ذی‌نفعان، عدم استفاده از کارشناسان سازمان‌های مختلف، عدم تفکیک وظایف کمیته ارتقای سلامت اداری با وزارت اطلاعات، مشارکت اندک گروه‌های غیر رسمی و عامه مردم، عدم توجه به نوع کار دستگاه‌های اجرایی و تدوین برنامه اختصاصی، عدم توجه به مشارکت بین‌بخشی و نبود سازوکارهای قانونی مشخص برای موارد تخطی از قانون از جمله مشکلات پرتکرار مطرح شده در زمینه توافقات سیاسی مرتبط با تدوین سیاست‌های ارتقای سلامت اداری در کشور بود. نظر یکی از کارشناسان امور سلامت اداری در این زمینه این بود که "در فرایند تهیه سیاست، عمدتاً شناسایی ذی‌نفع نداشتیم، تهیه پیش‌نویس با نظر اساتید دانشگاهی و نمایندگان سازمان بازرسی کل کشور و سازمان اداری-استخدامی جلو رفت. ولی، از ابتدا جهت‌گیری سیاسی وجود نداشت" (م ۱). یک پژوهشگر حوزه مبارزه با فساد و شفافیت هم گفت "در آن موقع اصلاً چنین چیزی نبوده، مشارکتی از سوی مردم وجود نداشت. نه تنها در رابطه با این قانون، بلکه در رابطه با قوانین دیگه هم چنین چیزی نداشتیم که مردم در جریان باشند. حتی سازمان‌های مردم‌نهاد هم آن موقع خیلی فعال نبودند که بخواهند در مورد این مسأله اعمال نظر کنند" (م ۲). نظر یک پژوهشگر حوزه فساد در زمینه مشارکت اندک گروه‌های مختلف و تحلیل ذی‌نفعان این بود که "اگر بخواهیم یک تقسیم‌بندی کنیم، یک بدنه حاکمیتی داریم که متشکل از دولت، قوه قضائیه و قوه مقننه است،

کامل‌گ مشهود است" (م ۲۲).

در رابطه با سیاست ارتقای سلامت اداری بسیار مهم است که پیش‌نویس آن به صورت علمی و قوی با استفاده از نظر کارشناسان و اساتید دانشگاهی و بر اساس شواهد علمی تهیه شود که این موضوع می‌تواند کیفیت قانون را تضمین نماید ولی همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد در سال ۱۳۸۴، پیش‌نویس در غالب لایحه توسط دولت به مجلس شورای اسلامی تقدیم شد. این سند به مدت سه سال در مجلس باقی ماند و دستخوش تغییرات اساسی قرار گرفت که بی‌شک از کیفیت اولیه آن کاست. در نهایت، در سال ۱۳۸۷ در کمیسیون اجتماعی مجلس با استفاده از ظرفیت اصل هشتاد و پنجم قانون اساسی مصوب شد و مجلس شورای اسلامی با اجرای آزمایشی آن به مدت سه سال موافقت کرد و آن را برای تأیید نهایی به شورای نگهبان فرستاد. شورای نگهبان با بیان ایراداتی این لایحه را مغایر با اصول ۵۷، ۷۵، ۷۷، ۸۵، ۱۱۰، ۱۴۲ و ۱۵۶ قانون اساسی دانست و لایحه را مجدداً به مجلس عودت داد. مجلس نظر شورای نگهبان را تأمین نکرد و مطابق با اصل ۱۱۲ قانون اساسی، لایحه را برای تأیید نهایی به مجمع تشخیص مصلح نظام ارسال کرد. در نهایت، مجمع تشخیص مصلحت نظام با انجام اصلاحاتی قانون را پس از گذشت سه سال و تحت تأثیر فشارهای بین‌المللی و شرایط ایجادشده در جامعه در آبان ۱۳۹۰ تأیید کرد. یک پژوهشگر حوزه فساد چنین گفت: "واقعیتش کیفیت سیاست بر می‌گردد به اینکه چقدر کار کارشناسی بر اساس دانش روز انجام گرفته باشد. البته تهیه پیش‌نویس بر اساس کارهای پژوهشی انجام شده بود ولی خوب بعد تغییراتی درش ایجاد شد. در مرحله ارائه لایحه چون نگاه کارشناسی به قضیه داشت، کار قابل قبولی بود ولی خوب تا تصویب نهایی زمان زیادی صرف شد و اون لایحه اولیه با اون چیزی که تصویب شد، خیلی متفاوت بود" (م ۵).

۶- حمایت‌طلبی: تدوین و تصویب قوانین مستلزم بررسی‌های دقیق و کارشناسانه با مشارکت همه ذی‌نفعان می‌باشد. مشارکت مستقیم ذی‌نفعان منجر به طرح ایده‌های نو و شفافیت می‌شود. مقام معظم رهبری در فرمان هشت ماده‌ای خود سران سه قوه را ملزم به اقدام همه‌جانبه در زمینه پیشگیری و مبارزه با فساد نمود. بنابراین، نقش آفرینان اصلی در تهیه سیاست ارتقای سلامت اداری قوه مجریه، قوه مقننه و قوه قضائیه و به‌طور مشخص‌تر یکسری سازمان‌های زیرمجموعه این سه قوه بودند. از جمله سازمان‌ها و وزارتخانه‌های فعال در این زمینه می‌توان به سازمان اداری - استخدامی (زیرمجموعه قوه مجریه)، وزارت اطلاعات و سازمان بازرسی کل کشور (زیرمجموعه قوه قضائیه) و کمیسیون اجتماعی مجلس (زیرمجموعه قوه مقننه) اشاره کرد. علاوه بر این، جمعی از کارشناسان و خبرگان در زمینه سلامت اداری که هیچ وابستگی سازمانی نداشتند (نهادهای مدنی و اساتید دانشگاهی) در تهیه این سیاست نقش داشتند. از جمله سازمان‌های بین‌المللی نقش آفرین در تهیه این سیاست می‌توان به بانک جهانی، سازمان شفافیت بین‌الملل و کنوانسیون بین‌المللی مبارزه با فساد اشاره کرد.

مهم‌ترین چالش‌های حمایت‌طلبی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت اداری از منظر متخصصین حوزه سلامت اداری می‌توان به عدم شناسایی

موجود در کشور، تقاضاهای داخلی و خارجی و تشکیل ساختار واحد برای بهبود وضعیت، اقدام به تهیه این پیش‌نویس کردند. مهمترین اهداف این پیش‌نویس پیشگیری و مقابله با پدیده فساد در راستای تحقق توسعه پایدار، ایجاد بستر مناسب در جهت رشد و توسعه اقتصادی، از بین بردن درآمدهای نامشروع و کاهش رانت‌جویی در سازمان‌های عمومی و دولتی بوده است. سمن‌های ارتقای سلامت اداری، به‌عنوان نهادهای مدنی، با حضور جمعی از اساتید دانشگاهی و پژوهشگران حوزه مبارزه با فساد نیز در تهیه پیش‌نویس این سیاست نقش به‌سزایی در کنار دولتمردان ایفا نمودند. انجام پژوهش‌های علمی و مطالعات تطبیقی در زمینه مبارزه با فساد، استفاده از تجارب موفق جهانی و توصیه‌های کنوانسیون‌های معتبر بین‌المللی، در انتخاب راه-کارها و گزینه‌های سیاستی حائز اهمیت بودند. گزینه‌های سیاستی بهبود سلامت اداری با استناد بر سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در آق ۱۴۰۴، فرمان هشت ماده‌ای رهبری، اصل ۳، ۴۹ و ۱۴۱ قانون اساسی، برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ماده ۹۱ و ۹۲ قانون مدیریت خدمات کشوری، اصل ۲۴ سیاست‌های کلی نظام اداری ابلاغیه رهبری و با پیش‌بینی تحولات آینده بر اساس رتبه‌بندی‌های بانک جهانی و سازمان شفافیت بین‌الملل تهیه و تدوین شد. ازجمله گزینه‌های سیاستی اتخاذشده جهت ارتقای سلامت اداری می‌توان به ایجاد ساختار دولت الکترونیک، شفافیت اطلاعات، اصلاح فرایندهای کاری، حمایت از مخبرین و شهود و تعریف مصادیق فساد اشاره نمود.

برخی صاحب‌نظران معتقد بودند که واضح نبودن بیان مساله در سند سیاست، تدوین برنامه با اهداف آرمانی، تدوین نکردن همه جانبه، عدم تدوین نقشه‌راه واضح، عدم اجرای آزمایشی سیاست و عدم تدوین سند و شاخص‌های پایش آن به‌صورت بومی از مهمترین مشکلات مربوط به سیاست تدوین شده بوده است که باعث سردرگمی و ابهام در این سیاست شده است. پژوهشگر حوزه مبارزه با فساد و شفافیت گفت: "با توجه به تجاربی که از کشورهای دیگه به‌دست آوردند و مباحث کنوانسیون مبارزه با فساد تقریباً راه‌کارهایی برای حل مسأله فساد ایجاد شد و تلاش هم شد که اینها در کار هم آورده شود. بحث شفافیت، دولت الکترونیک، دستگاه نظارتی، ضمانت‌های اجرایی، تعاریف حقوقی مواردی بود که در زمینه راه‌کارها بهش پرداخته شد. از این منظر، قانون راه‌کارهای مناسبی داد و ابتکاراتی هم داشت که تا حدودی معقول هم بود. ولی چون فرایندش تا تصویب نهایی طولانی شد، به همین خاطر نمی‌توان گفت که خیلی اثربخش بود. همان مباحث اولیه اگر اجرا می‌شد تا حدودی به ما کمک می‌کرد در بحث اینکه ببینیم مشکل کار کجاست. نقشه‌راه و معیارهای پایش راه‌کارها در طول فرآیند طولانی تصویب دستخوش تغییرات زیادی قرار گرفت" (م ۲). مصاحبه‌شونده دیگری به‌عنوان نماینده مجلس و عضو فراکسیون شفاف‌سازی گفت: "ابتدا کار به‌صورت کارشناسی خوب جلو رفته بود، راه‌کارها بر اساس مستندات علمی انتخاب شده بود ولی بعد اختلافاتی پیش اومد که باید یکسری از دستگاه‌ها مستثنی بشوند و این تکالیف قیدشده نباید برای همه دستگاه‌ها باشد؛ بنابراین، آن اتفاق نظر در رابطه با همه جانبه بودن سیاست که شما می‌فرمایید، عملاً از بین رفت که در متن سیاست هم

افراد کلیدی در تدوین سیاست، عدم هماهنگی موثر بین سه قوه، عدم توجه به نقش رسانه‌های اجتماعی در اطلاع‌رسانی مزیت سیاست، عدم آگاهی عامه مردم از مسأله و عدم حمایت مدیران ارشد از طرح‌های تحقیقاتی در زمینه سلامت اداری اشاره کرد. یک فعال حوزه سیاست‌گذاری گفت: "بالاخره یک تعامل اولیه بین سه قوه بود که کنار هم نشستند و سیاست را تهیه کردند و هر کسی هم می‌خواست نظر خود را اعمال کند ولی از یک نگاه دیگر که به صورت علمی بیایند و گفتگو داشته باشند با ذی‌نفعان، مثلاً بخش خصوصی، خوب ما همچین چیزی رو نداشتیم" (م ۲۰). یک فعال حوزه نظارتی هم بر این عقیده بود که "تدوین سیاست یک بحث حرفه‌ای و کارشناسی بود که بیشتر دو قوه مجریه و قضائیه درگیر اون شدند و گروه‌های سیاسی نقشی نداشتند. اینها بیشتر نقش تحریک در اجرا یا عدم اجرای سیاست دارند. اینکه بگوییم مردم هم به عنوان ذی‌نفع در تدوین مشارکت داشتند یا خیر، نه تنها در مورد این سیاست، بلکه، هیچ وقت ما چنین چیزی نداشتیم" (م ۱۳). یکی دیگر از فعالین حوزه سلامت‌گذاری ذکر کرد: "کارهای مطالعاتی و پروژه‌های تحقیقاتی خوبی در زمینه سلامت اداری انجام شد. حتی ما آن سال‌ها که بحث تدوین سیاست داغ بود، دو همایش پیرامون این مسأله برگزار کردیم. ولی، خوب نمایندگان دستگاه‌های اجرایی، بخش خصوصی و NGO ها نقش پررنگی نداشتند" (م ۲۱).

۷- برنامه‌ریزی سیاست: پس از ابلاغ سیاست ارتقای سلامت اداری به وزارت‌خانه‌ها، آنها موظف به تشکیل کارگروه ارتقای سلامت اداری با هدف ارتقای سلامت اداری، پیشگیری و مقابله با فساد شدند. از مهمترین وظایف این کارگروه‌ها، پیگیری اجرای کامل دولت الکترونیک و نظارت بر انجام آن، افزایش پاسخگویی، شفاف‌سازی، مستندسازی و کاهش هزینه‌های اداری و اجرایی در حیطه مسئولیت‌های قانونی، بررسی و آسیب‌شناسی روند پیشگیری و مقابله با مفاسد اقتصادی در دستگاه مربوط، شناسایی و کنترل گلوگاه‌های فساد، بسترها و زمینه‌های شکل‌گیری و گسترش مفاسد، طرح‌های جامع پیشگیری و مقابله با مفاسد اقتصادی، پیگیری انجام اقدامات قانونی و قضایی پرونده‌های مفاسد اقتصادی توسط حوزه حقوقی تا حصول نتیجه نهایی و تکمیل و اصلاح قوانین، مقررات، آئین‌نامه‌ها، فرایندها و دیگر چارچوب‌های عملکردی در حوزه مسئولیت‌های قانونی و فعالیت‌ها بوده است.

طبق نظر بیشتر صاحب‌نظران، فاصله زمانی زیاد از تدوین قانون تا اجرای قانون، آگاهی کم نسبت به برنامه‌های عملیاتی، تدوین نکردن برنامه زمان‌بندی شده، عدم شفافیت در فرایندهای کاری، نبود برنامه آموزشی مشخص برای مدیران مجری و پایش‌کننده، عدم تدوین راهبردهای اجرایی، عدم شفاف‌سازی محتوای آیین‌نامه‌ها و استانداردها برای دستگاه‌های اجرایی و عدم ایجاد زیرساخت‌های لازم برای اجرا موجب شد که برنامه‌ریزی سیاستی صحیحی در این زمینه صورت نگیرد و سایر مراحل سیاست‌گذاری را نیز دچار مشکل کند. یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود که "خوب هدف نهایی همان بهبود سلامت اداری و مقابله با فساد بود. ولی اولین کارهایی که ما انجام دادیم این بود که نشستیم سرفصل‌هایی که سازمان امور اداری-استخدامی و وزارت دادگستری

برای ما ارسال کرده بودند را مرور کردیم و ماحصل را آوردیم و بردیم توی کارگروه. ولی متنش بعضی وقت‌ها سنگین بود. ما کامل متوجه نمی‌شدیم که بتوانیم اجرا کنیم، کلاس آموزشی خاصی هم برای اجرا نگذاشته بودند" (م ۳). یک کارشناس حوزه سلامت اداری هم گفت: "از طرف سازمان اداری-استخدامی یک برنامه سه‌ساله‌ای به ما ابلاغ شده بود که شامل هشت قسمت بود: بخش هفتم آن برنامه مبارزه با فساد بود که در آن قیدشده بود که شما باید ساختارش رو داخل سیستم تشکیل بدهید و برای آن یک برنامه عملیاتی بنویسید که در یک سال از چه مرحله‌ای به چه مرحله‌ای باید برسیم؛ بنابراین، ما آمدمیم در وزارت‌خونه مطابق آیین‌نامه یک کارگروه تشکیل دادیم و برنامه عملیاتی را نوشتیم ولی چون زیرساخت‌های مناسب را نداشتیم، خوب اگر آیین‌نامه‌ای هم تدوین می‌شد، خیلی قابل اجرا نبود" (م ۱۳). مصاحبه‌شونده دیگری گفت: "وقتی برنامه و سیاست ارتقای سلامت اداری به ما ابلاغ شد، ما شروع به برنامه‌ریزی کردیم، اولین برنامه‌مون هم احصاء گلوگاه‌های فساد بود. ولی خوب مدیران زیرمجموعه و همکاران ما اصلاً نمی‌دانستند که چکار باید بکنند و عده‌ای هم اصلاً همکاری لازم را نداشتند" (م ۶).

۸- اجرای برنامه سیاست: یکی از عمده‌ترین مشکلات در مسیر اجرای سیاست ارتقای سلامت اداری، تغییر مدیران ارشد در سطح وزارت بهداشت بود. با تغییر مدیریت، اولویت‌ها تحت‌الشعاع قرار گرفته و دستیابی برنامه‌ها به نتایج مطلوب را با مشکل مواجه کرده است. از مهمترین برنامه‌ها و روش‌های کاری به کار گرفته‌شده برای تحقق سلامت اداری در مجموعه دستگاه‌های اجرایی، شناسایی گلوگاه‌های آسیب‌پذیر و مشاغل در معرض آسیب، شناسایی پست‌های سازمانی در معرض خطر، تعیین شیوه‌های نظارت بر گلوگاه‌های فوق‌الذکر، تدوین برنامه‌ها با رویکرد پیشگیرانه، الکترونیک نمودن فرایندها و فعالیت‌ها و طراحی سامانه حقوق شهروندی بوده است. باوجوداین، استفاده نکردن از راه‌کارهای عملی برای اجرای قانون، نبود عزم ملی برای اجرای قانون، اجرای ناقص قانون، مقاومت در برابر تغییر، کمبود منابع، تعارض منافع برای اجرای برنامه و عدم اصلاح فرایندهای ناکارآمد از عمده چالش‌ها در زمینه اجرای برنامه‌های ابلاغ شده سلامت اداری بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. از طرفی، در برخی از سازمان‌ها به دلیل مقاومت در برابر استفاده از سامانه الکترونیکی فرایند اجرای برنامه‌ها طولانی و زمانبر است. یک کارشناس اداره بازرسی گفت: "ابتدا من خودم در رابطه با این سیاست آموزش دیدم و بعد به همه واحدهای تابعه‌مون آموزش دادم و همه محورها را براشون باز کردم و ازشون خواستم که برنامه عملیاتی بنویسند و هدف‌گذاری کنند. ولی، متأسفانه مقاومت سختی داشتند و همکاری لازم را نداشتند. حتی وقتی ازشون می‌خواستم که فرآیندهای معیوب و ناقص را شناسایی و اصلاح کنند، مقاومت سختی داشتند و فکر می‌کردند که ما به دنبال مجرم هستیم" (م ۱۸). "کارگروه‌های ما حدود یک سال با مدیران و همکاران درگیر، جلسه برگزار کردند، به صورت عادی و محرمانه مکاتبه می‌کردیم و خیلی پیگیری بودیم و می‌گفتیم که ما می‌خواهیم فرآیندهای ناقص شما را در بیاریم و آنها را تصحیح کنیم. ولی فقط یکسری از واحدها همکاری کردند و گلوگاه‌های آسیب‌پذیر و فرآیندهای ناقص را احصاء

کردند. معمولاً وقتی هم در جلسات با مدیران ارشد سازمان مشکلات اجرای برنامه را مطرح می‌کردیم، اغلب اولویتی برایشان نداشت و خیلی پیگیر قضیه نبودند" (م ۳). یک کارشناس دفتر ارزیابی عملکرد دانشگاه گفت: "اهداف و برنامه‌ها معمولاً از وزارت‌خانه به ما ابلاغ می‌شود. آن چیزی که از ما خواسته شد شناسایی گلوگاه‌های آسیب‌پذیر، الکترونیکی کردن کلیه فرآیندها و نظارت بر فرآیندها در راستای بالا بردن شفافیت و پیشگیری از فساد بود. ولی، مهم‌ترین مسأله این بود که یا به دلیل تعارض منافع همکاری وجود نداشت یا اجرای برنامه ناقص انجام می‌شد؛ یعنی، هر فرآیندی که دوست داشتند را اصلاح می‌کردند نه آن چیزی را که ما می‌خواستیم مثلاً مقاومت زیادی در برابر شفاف سازی فرآیند خرید داشتند" (م ۱۲).

۹- پایش و ارزشیابی سیاست: طبق ماده ۲۸ سیاست ارتقای سلامت اداری، شورای نظارتی باید ایجاد می‌شد که موظف به تعیین شاخص‌های اندازه‌گیری میزان سلامت اداری در دستگاه‌های اجرایی، اندازه‌گیری میزان سلامت اداری، ارائه گزارش و اعلام نتیجه به مسئولان، اعلام نقاط قوت و ضعف و ارائه پیشنهاد به مدیران و مسئولان دستگاه‌های اجرایی بوده است.

مصاحبه‌شوندگان معتقدند که عدم وجود نظام ارزیابی جامع (تعدد سازمان‌های نظارتی)، تمرکز نهادهای نظارتی بر مفاسد اقتصادی و مالی، عدم وجود سیستم ارزشیابی عملکرد، نبود نظام و سازوکار ارزیابی آنلاین، نبود نیروی انسانی متخصص، امین و با تجربه برای ارزیابی، فقدان شاخص‌های عملکردی مناسب سنجش سلامت و فساد اداری، آگاهی کم نسبت به شاخص‌های اندازه‌گیری و مقاومت در برابر نظارت، عدم تعهد مدیران به نتایج ارزیابی، عدم گزارش‌دهی صحیح واحدهای تابعه و اعلام نتایج به‌صورت غیررسمی موجب شده است که پایش صحیحی از اجرای سیاست موجود نباشد. یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین گفت: "در قانون اشاره مستقیم نشده که دقیقاً ارزشیابی چطور باید انجام شود. اگر قرار باشد که سنجشی انجام شود باید ماده‌های قانون چک‌لیست شود و اینکه کی قراره ارزشیابی را انجام دهد. بالاخره باید یک متولی باشد، یک دستگاهی باشد که اصلاً به‌طور واضح مشخص نیست" (م ۱۴). یک فعال حوزه سیاست‌گذاری هم چنین گفت: "از هر قوه دو دستگاه که جمعاً می‌شدند شش دستگاه با هم تشکیل شورای نظارتی را دادند که طبق سیاست سلامت اداری، مسئول ایجاد شاخص و پایش برنامه‌های ارتقای سلامت اداری شدند و ملزم بودند سالانه نتایج را به مجلس ارائه دهند. هدف از تشکیل این شورا، هماهنگ کردن سیستم نظارت ملی بود. این شورا ارزیابی را به‌صورت محرمانه انجام داد و نتایج به‌طور رسمی اعلام نشد" (م ۲۰). یک پژوهشگر حوزه فساد گفت: "قانون شورای دستگاه نظارتی را مسئول طراحی مدل برای انجام ارزشیابی برنامه‌ها کرد. ولی، الان ارزیابی قانون را ستاد مبارزه با مفاسد اقتصادی انجام می‌دهد و شاخص‌های خاصی را تعریف کرده. از طرف دیگر، دیوان محاسبات هم کار ارزیابی را انجام می‌دهد و این هم شاخص‌های خاص خود را دارد. همچنین، دستگاه‌ها هم خودشان دفتر ارزیابی عملکرد دارند. این موارد باعث ایجاد یک سردرگمی می‌شود که بیانگر تعداد زیادی شاخص و کمبود آگاهی افراد نسبت به آنها است" (م ۵).

باتوجه به وجود چالش‌های مختلف در مراحل تدوین و اجرای سیاست، نتیجه حاصل از طرح به هدف اصلی خود دست نیافته و یا موجب دستیابی نسبی به اهداف خود شده است و مشکلاتی نظیر عدم دستیابی به ارتقای اصول اخلاقی، عدم پاسخگویی در سیستم‌های اداری، عدم توسعه فناوری الکترونیک، ترویج انحصار، عدم دستیابی به شفافیت، عدم دستیابی به قانون‌گرایی، عدم دستیابی به انضباط مالی و اداری، عدم دستیابی به کنترل داخلی، عدم دستیابی به شایسته‌سالاری همچنان در سازمان‌های اداری موجود است. "پاسخگویی را من ضعیف می‌بینم، از ۱۰۰، من عدد ۴۰ را می‌دهم. ما در بخش دولتی دچار بوروکراسی کسالت‌آور هستیم که کارمند خودش را فردی می‌داند که می‌گوید همین که دارم می‌آیم و می‌روم باید حقوقش را بگیرم، این پول رفت و آمد من است. خیلی شما نمی‌توانی به دنبال پاسخگویی باشی. چون کسی هم خیلی ارزش بازخواست نمی‌کند" (م ۲۱). یک مشاور وزارتی هم گفت: "دستیابی به شاخص‌های ارتقای سلامت اداری در سازمان‌های ما چندان مشهود نیست. شما در کدام سازمان می‌توانید بگویید که پاسخگویی و شایسته‌سالاری دارد به‌نحو احسن انجام می‌شود یا اینکه پرونده مالی ندارد؟ یکسری انحصارات وارداتی که در سطح کلان مشاهده می‌کنیم، آیا نشان از ارتقای شاخص‌های سلامت اداری دارد؟" (م ۲۳).

۱۰- اصلاح سیاست: با توجه به عدم تحقق اهداف سیاست ارتقای سلامت اداری در سطح جامعه و وجود مصادیق فساد، اصلاح سیاست می‌بایست در دستور کار قرار می‌گرفت. تخصیص منابع مالی و انسانی، جلوگیری از تعارض منافع، ایجاد تعهد در مدیران ارشد، تعیین شاخص‌های عمومی مناسب برای ارزیابی سلامت اداری و سیستم نظارتی یکپارچه از عمده‌ترین مسائلی است که در اصلاح سیاست مذکور باید توسط سیاست‌گذاران در نظر گرفته شود. ولی، چالش‌هایی در این مسیر وجود دارد. به‌عنوان نمونه، نظر کارشناس حوزه سلامت اداری این بود که: "اولویت‌بندی گلوگاه‌های فسادخیز از عمده مسائلی است که می‌بایست در اصلاح سیاست مذکور مدنظر قرار بگیرد ولی، به دلیل تعارض منافع مدیران ارشد، کمتر مورد توجه قرار گرفته است" (م ۶). فعال حوزه سیاست‌گذاری هم گفت: "آگاهی منجر به ایجاد تعهد می‌شود. وقتی مدیری آگاهی و دانش کافی در مورد مصادیق فساد ندارد، چطور انتظار داریم که تعهدی نسبت به تحقق اهداف این سیاست داشته باشد. فرهنگ‌سازی و آموزش دو راه‌کاری هستند که سیاست‌گذار باید توجه ویژه به آن داشته باشد" (م ۲۱). "سیاست‌گذار باید به فکر توسعه ابزارها و روش‌های سنجش دقیق و تعیین یک سیستم نظارتی بی‌طرف باشد. این مسئله دستیابی به هدف رو تسهیل می‌کند" (م ۲۲).

بحث

این مطالعه با هدف تحلیل سیاست‌های سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران انجام شد. تشکیل شورای سیاست‌گذاری سلامت اداری در قالب «ستاد مبارزه با مفاسد اقتصادی» نشان‌دهنده اهمیت موضوع در سطح عالی حاکمیت بود ولی با

چالش‌های ساختاری و اجرایی مواجه شد. موفقیت سیاست‌ها نیازمند مشارکت ذی‌نفعان و سازوکارهای هماهنگ‌کننده است [۱۵]. یافته‌ها نشان دادند که ضعف در تأمین منابع مالی، عدم مشارکت کارشناسان و نبود سازوکارهای اجرایی مؤثر موجب عدم انتقال سیاست‌ها از مرحله تدوین به اجرا شد، پدیده‌ای که به «شکاف سیاست‌گذاری و اجرا» معروف است [۱۶]. به‌رغم تلاش‌ها، فقدان سازوکارهای اجرایی مانع تحقق اهداف شده و ضعف حکمرانی شبکه‌ای، تغییرات مدیریتی و منابع ناکافی نیز به تضعیف نهادی و عدم تداوم سیاست‌ها منجر شده است؛ وضعیتی که مشابه نهادهای ضد فساد در کشورهای در حال توسعه بوده و به دلیل ضعف ساختاری، کارکرد نمادین دارند [۱۷]. برای ارتقای سلامت اداری، بازنگری در فرآیند سیاست‌گذاری و تأمین منابع پایدار ضروری است. تأمین منابع مالی، نیروی انسانی متخصص و مشارکت ذی‌نفعان کلیدی از اصول بنیادین سیاست‌گذاری است که در این زمینه مغفول مانده است [۱۸]. همچنین، ضرورت دارد سازوکار مناسبی برای تشکیل شورا یا دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت اداری با شرح وظایف شفاف ایجاد شود تا بتواند ضمن تحلیل موقعیت، تعیین نیازها و شناسایی مشکلات، به تحقق توافقات سیاسی و تعاملات بین‌بخشی کمک کند.

تحلیل مسئله به‌عنوان مرحله‌ای حیاتی در سیاست‌گذاری، بدون تعریف شفاف مسئله، تدوین راه‌حل‌های مؤثر را محدود می‌کند. به‌عبارتی، تعریف مسئله نیمی از راه‌حل است. بررسی فساد اداری در ایران نشان می‌دهد که چالش‌های ساختاری، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کشور، به‌ویژه پس از جنگ تحمیلی، زمینه‌ساز گسترش فساد اداری و مالی شدند. تغییرات اقتصادی منجر به کاهش تمرکز دولت و افزایش دسترسی برخی افراد خاص به منابع دولتی شد که از جمله نتایج آن اختلاس ۱۲۳ میلیارد تومانی در بانک صادرات بود که به گزارش‌های متعدد و صدور فرمان هشت ماده‌ای رهبری انجامید. مشکل اصلی نبود شفافیت و تعریف دقیق فساد بود که مانع اصلاحات اساسی شد. شاخص‌های بین‌المللی نیز روند نزولی سلامت اداری ایران را از سال ۲۰۰۳ میلادی به بعد نشان می‌دهند [۱۰]. فساد علاوه بر آسیب‌های اقتصادی، تأثیر منفی فرهنگی و اجتماعی داشت و ضرورت اصلاحات جدی در ساختار حکمرانی را آشکار ساخت. تجارب موفق کشورهای آسیای شرقی مانند مالزی و سنگاپور نشان داد که پیچیدگی سیستم‌های اداری فساد را تشدید می‌کند و اصلاح فرآیندها و نظارت مؤثر ضروری است [۱۹]. این کشورها با تدوین قوانین مبارزه با فساد، ایجاد سازمان‌های مستقل و کارآمد، انجام اصلاحات سازمانی، برنامه‌های آگاهی‌بخشی عمومی و تقویت روابط بین‌المللی، موفق به مقابله با فساد شدند که کارگروه سلامت اداری ایران نیز از این تجربیات بهره گرفته است.

توافق سیاسی لازمه عبور از مرحله تحلیل به اقدام است و طبق نظریه «پنجره سیاستی کینگدون»، هم‌راستایی مسئله، سیاست و سیاست‌مداران تصمیم‌گیری را ممکن می‌سازد [۲۰]. در ایران، به‌رغم صدور فرمان‌های سطح بالا، مشارکت نداشتن گروه‌های غیررسمی، خبیگان و جامعه مدنی مانع شکل‌گیری اجماع سیاسی پایدار شده است. نبود تحلیل نظام‌مند ذی‌نفعان، ضعف تعامل بین‌بخشی و غلبه نگاه

دستوری باعث شد سیاست ارتقای سلامت اداری پشتوانه لازم را نیابد. بدون سرمایه اجتماعی، حتی بهترین قوانین نیز ناکارآمد خواهند بود. یکی از مشکلات اصلی، عدم شناسایی مناسب ذی‌نفعان و فقدان مشارکت فعال گروه‌های اجتماعی، دولتی و غیردولتی در تدوین سیاست‌ها است که به‌ویژه در فرآیندهای قانون‌گذاری کشور مشهود است. در بیشتر موارد سیاست‌ها به‌صورت دستوری و بدون توجه جامع به نظرات ذی‌نفعان تدوین می‌شوند. این خلأ باعث شده است تا بسیاری از سیاست‌ها قابلیت اجرایی لازم را نداشته باشند و در عمل مؤثر نباشند. همچنین، کمبود مشارکت مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد و رسانه‌ها در تدوین و تصویب قوانین یکی از دلایل اصلی ناکارآمدی اجرای سیاست‌های سلامت اداری است. در فرآیند سیاست‌گذاری، دولت و نهادهای نظارتی مانند قوه قضائیه و سازمان بازرسی کل کشور نقش پررنگی دارند ولی، نهادهای غیردولتی و دانشگاهی به‌طور مؤثری مشارکت ندارند که موجب عدم توانمندی سیاست‌های سلامت اداری در غلبه بر مشکلات موجود شده است. شناسایی و تحلیل ذی‌نفعان از گام‌های اساسی تدوین سیاست‌های مؤثر است و استفاده از مدل‌های مشارکتی و تقویت همکاری میان دولت و جامعه مدنی می‌تواند به بهبود سلامت اداری کمک کند. در کشورهای موفق مانند سنگاپور و مالزی، مشارکت عمومی و شفافیت در سیاست‌گذاری از عوامل کلیدی موفقیت بوده است [۲۴]. بنابراین، تأکید بر لزوم بهره‌گیری از مدل‌های مشارکتی و تقویت نقش رسانه‌ها و نهادهای غیردولتی در سیاست‌گذاری سلامت اداری می‌تواند وضعیت موجود ایران را بهبود بخشد.

قرار گرفتن سلامت اداری در دستور کار دولت، طبق نظریه «جریان چندگانه کینگدون»، نیازمند هم‌زمانی سه عامل فشار اجتماعی، شواهد علمی و اراده سیاسی است [۲۰]. در این مطالعه، تأکید رهبری و فشار سازمان‌های بین‌المللی به‌عنوان محرک‌های اصلی آغاز تدوین سیاست‌های ضد فساد شناسایی شد که موجب توجه سیاست‌گذاران به موضوع پیشگیری از فساد شد. مطالعات پیشین نیز عواملی مانند گزارش‌های بین‌المللی، پیمایش‌های مرکز پژوهش‌های مجلس، افکار عمومی و فرامین رهبری را در دستور کار قرار گرفتن ارتقای سلامت اداری مؤثر دانسته‌اند [۲۱، ۲۲]. با توجه به اولویت ملاحظات سیاسی و امنیتی در نظام اسلامی، نبود شفافیت اطلاعات و عدم توافق میان ذی‌نفعان موجب تأخیر در توجه به این سیاست شد. با این حال، پیوستن ایران به کنوانسیون مبارزه با فساد در سال ۲۰۰۳ میلادی، گسترش مصادیق فساد پس از جنگ و نگرانی مقامات دولتی در نهایت به طرح سیاست‌های سلامت اداری انجامید. یکی از موانع اصلی موفقیت، نبود اراده سیاسی و عزم ملی کافی است. بر اساس نظریه «سیستم‌های باز»، مشارکت گسترده ذی‌نفعان سیاسی، اقتصادی و اجتماعی در فرآیند سیاست‌گذاری ضروری است و عدم آن منجر به ناکارآمدی می‌شود [۲۳]. همچنین، ضعف تعامل بین‌بخشی و غلبه نگاه دستوری در تدوین سیاست‌ها موجب شده سیاست‌های سلامت اداری اجرایی نشوند. این مطالعه تأکید دارد که تعامل بین‌بخشی، شفافیت، مشارکت فعال رسانه‌ها،

فرآیند تدوین و تصویب سیاست‌های مبارزه با فساد در ایران با چالش‌های متعددی روبه‌رو بوده است. پیش‌نویس سیاست‌های سلامت تدوین و اجرای سیاست‌ها، عدم شفافیت فرایندهای کاری و نبود برنامه آموزشی برای مدیران از چالش‌های مهم شناسایی شده‌اند. همچنین، کمبود زیرساخت‌های لازم، نبود چارچوب زمانی مشخص و محتوای مبهم آیین‌نامه‌ها و استانداردها باعث شده سیاست‌ها به‌درستی اجرا نشوند و نظارت مؤثر بر آنها صورت نگیرد. یافته‌ها با "نظریه کاستی‌های اطلاعات" همخوان هستند که بر نقش اطلاعات کامل و شفاف در اجرای موفق سیاست‌ها تأکید دارد [۲۴]. نبود اطلاعات صحیح، شفافیت ناکافی و همکاری ضعیف مدیران میانی از دیگر مشکلات کلیدی بوده‌اند که به کمبود انگیزه و ناآگاهی از نحوه اجرای سیاست‌ها بازمی‌گردند. این مطالعه تأکید دارد که ثبات و تعهد مدیریتی، طراحی دقیق و زمان‌بندی شده برنامه‌ها، آموزش مدیران و آگاهی‌بخشی به ذی‌نفعان از عناصر کلیدی در بهبود اجرای سیاست‌های سلامت اداری است.

اجرای موفق سیاست‌های سلامت اداری مستلزم وجود بسترهای ساختاری، منابع انسانی توانمند، منابع مالی کافی، حمایت سیاسی و ظرفیت اجرایی مناسب در سازمان‌ها است [۲۵]. با این حال، چالش‌هایی نظیر مخالفت ذی‌نفعان کلیدی، مقاومت مدیران میانی، کمبود منابع، نبود آموزش کافی و مشارکت‌نداشتن کارکنان از موانع جدی اجرای این سیاست‌ها محسوب می‌شوند. آمادگی سازمانی، شفاف‌سازی وظایف، توانمندسازی کارکنان، هماهنگی بین‌بخشی و استقرار نظام پاسخگویی نقش اساسی در موفقیت اجرای سیاست‌ها دارند. یکی از موانع اصلی، تغییرات مدیریتی در سطح وزارت بهداشت بوده که موجب تغییر اولویت‌ها و کاهش تمرکز بر اهداف کلیدی شده است [۲۶]. این تغییرات معمولاً با اختلال در فرایندهای اجرایی و بی‌ثباتی در پیاده‌سازی سیاست‌ها همراه‌اند. در راستای تحقق اهداف سلامت اداری، اقداماتی نظیر شناسایی گلوگاه‌های آسیب‌پذیر، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه، الکترونیکی‌کردن فرایندها و طراحی سامانه‌های حقوق شهروندی انجام شده است ولی، این اقدامات با مشکلاتی چون مقاومت در برابر تغییر، کمبود منابع و تعارض منافع مواجه بوده‌اند. مقاومت برخی مدیران اجرایی، به‌ویژه در استفاده از سامانه‌های الکترونیکی و عدم شفافیت اطلاعات، از دیگر موانع مهم اجرای برنامه‌ها هستند [۲۴]. علاوه‌براین، عدم اصلاح فرایندهای ناکارآمد و مقاومت در برابر شفاف‌سازی باعث افزایش فساد و سوءاستفاده از منابع می‌شود، زیرا در نبود اطلاعات شفاف، امکان نظارت و پاسخگویی کاهش می‌یابد [۲۷]. بنابراین، موفقیت اجرای سیاست‌های سلامت اداری مستلزم مدیریت مؤثر تغییرات، تخصیص منابع کافی، کاهش مقاومت در برابر تحول، آموزش مستمر مدیران و کارکنان و اصلاح فرایندهای ناکارآمد است.

ارزیابی دقیق، نظام‌مند و شفاف از الزامات تحقق حکمرانی خوب و بهبود سیاست‌گذاری عمومی است [۲۸]. در این راستا، وجود شاخص‌های عملکردی معتبر و تعهد سازمانی به استفاده از نتایج ارزیابی اهمیت دارد. با این حال، مرحله "پایش و ارزشیابی سیاست" در سیاست ارتقای سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی درمانی کشور به‌صورت ناکارآمد و غیرساختاریافته اجرا شده است. چالش‌هایی همچون تعدد سازمان‌های نظارتی، کمبود نیروی انسانی متخصص و آمین، ضعف در

سازمان‌های مردم‌نهاد و نهادهای غیردولتی هم موجب افزایش شفافیت می‌شوند و هم، بهبود عملکرد این سیاست‌ها را به‌دنبال خواهند داشت.

اداری که در سال ۱۳۸۴ با هدف ایجاد ساختارهای نظارتی و پیشگیری از فساد تدوین شد، به دلیل عدم تطابق با تغییرات محیطی، فقدان اهداف کمی مشخص، نبود نقشه‌راه روشن و تعریف نادرست مصادیق فساد و ارکان اجرایی، از اثربخشی کافی برخوردار نبود. این نواقص موجب ابهام، کاهش شفافیت و ناکارآمدی در اجرا شدند. راه‌کارهایی مانند استقرار دولت الکترونیک و شفاف‌سازی اطلاعات مطرح شده بود ولی اختلاف‌های نهادی، ضعف هماهنگی بین دستگاه‌ها و نبود اراده سیاسی مانع تحقق آنها شد. علاوه‌براین، تصمیم‌گیری نهایی به‌جای اتکا بر فرآیند شفاف و نظام‌مند، تحت تأثیر عوامل فردی، نفوذهای سیاسی و محدودیت منابع قرار گرفت و اثربخشی و مقبولیت سیاست را کاهش داد. از دیگر چالش‌های مهم، بی‌توجهی به ابعاد اقتصادی و اجتماعی فساد بود، به‌طوری‌که با وجود اصلاح قانون در سال ۱۳۹۴، تمرکز سیاست‌ها بر ساختار اداری باقی ماند و ارتباط فساد اداری با فساد اقتصادی نادیده گرفته شد. این در حالی است که مقابله مؤثر با فساد نیازمند توجه به ریشه‌های آن، ارتقای فرهنگ عمومی، آموزش همگانی، جلب مشارکت مردمی و اجرای آزمایشی سیاست‌ها برای شناسایی و اصلاح موانع پیش از اجرای گسترده آن است؛ اقداماتی که در سیاست سلامت اداری ایران مورد غفلت قرار گرفته‌اند.

پس از تدوین و تصویب سیاست‌های سلامت اداری، حمایت‌طلبی برای تضمین اثربخشی آنها امری حیاتی است. این فرایند شامل تأمین منابع، جلب حمایت نهادها و افراد کلیدی و ایجاد هماهنگی میان ذی‌نفعان مختلف است [۸]. در این زمینه، عدم شناسایی دقیق ذی‌نفعان و ضعف همکاری میان نهادها می‌تواند مانعی جدی در اجرای موفق سیاست‌ها باشد. حمایت‌طلبی از مقامات ارشد، رسانه‌ها و سازمان‌های غیردولتی نقش مهمی در ارتقای شفافیت، پاسخگویی و نظارت اجتماعی ایفا می‌کند. یکی از چالش‌های اساسی شناسایی شده در این مطالعه، عدم هماهنگی مؤثر بین سه قوه در مقابله با فساد است، به‌طوری‌که بیشترین تأثیرگذاری در تدوین سیاست‌ها به قوه مجریه و قضائیه محدود شده و نقش قوه مقننه و سایر نهادهای سیاسی کم‌رنگ بوده است. این ناهماهنگی و تقسیم نادرست مسئولیت‌ها به کاهش کارایی و تأثیر سیاست‌های ضد فساد منجر شده است. همچنین، نقش رسانه‌ها و نهادهای مدنی در اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی عمومی درباره فساد عمده‌تاً مورد غفلت قرار گرفته، در حالی‌که مشارکت فعال این گروه‌ها در بسیاری از کشورهای موفق از عوامل کلیدی در اثربخشی سیاست‌های سلامت اداری بوده است [۲۴].

تدوین برنامه‌ای عملیاتی و دقیق برای اجرای مؤثر سیاست‌ها در سطوح عملیاتی ضروری است. بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و درمانی فاقد چنین برنامه‌ای بودند که این امر یکی از دلایل اصلی شکست سیاست‌های سلامت اداری محسوب می‌شود. نبود برنامه اجرایی مدون منجر به تفسیرهای متناقض، اقدامات جزیره‌ای و اختلال در هماهنگی واحدهای اجرایی شده است. برنامه‌ریزی سیاست باید شامل زمان‌بندی، تخصیص منابع، مسئولیت‌پذیری نهادی، شاخص‌های ارزشیابی و سازوکارهای نظارتی باشد. در این مطالعه، فاصله زیاد بین

نتیجه‌گیری

فساد به‌طور عام در همه‌ی بخش‌های نظام حکمرانی یک کشور اثرات مخربی دارد ولی در بخش سلامت به دلیل ارتباط مستقیم با زندگی و سلامت مردم و همچنین حجم بالای تراکنش‌های مالی نیازمند توجه بیشتر است. سیاست‌های سلامت اداری پاسخی برای این مشکل اجتماعی است و تحلیل این سیاست‌ها درک بهتر از وضعیت موجود، شناسایی چالش‌ها و ارائه گزینه‌های سیاستی عملی و اثربخش جهت اجرای سیاست‌های مذکور را دربردارد. بهبود سلامت اداری و تحقق اهداف آن با تقویت حکمرانی، مشارکت ذی‌نفعان، شفافیت، پاسخ‌گویی، کاهش تغییرات مدیریتی، بهبود منابع مالی و انسانی و برگزاری دوره‌های آموزش‌های تخصصی مدیریتی امکان‌پذیر می‌باشد.

اعلان‌ها

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش حاصل بخشی از پایان‌نامه جهت اخذ مدرک دکتری تخصصی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1399.012 می‌باشد. دقت و رعایت بی‌طرفی در تفسیر اطلاعات در این پژوهش رعایت شد.

حمایت مالی: این پژوهش حمایت مالی نداشت.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافعی وجود ندارد. **مشارکت نویسندگان:** محمد عرب: طراحی مطالعه، مدیریت داده، تحلیل داده‌ها، نگارش پیش‌نویس؛ **علی محمد مصدق راد:** طراحی مطالعه، مدیریت داده، تحلیل داده‌ها و نگارش پیش‌نویس؛ **انسیه اشرفی:** طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده، تحلیل داده‌ها، نگارش. همه نویسندگان متن نهایی را مطالعه و تأیید کرده‌اند.

رضایت برای انتشار: کاربرد ندارد.

دسترسی به داده‌ها: به دلیل رعایت محرمانگی، دسترسی به داده‌ها امکان‌پذیر نمی‌باشد.

استفاده از هوش مصنوعی: از هوش مصنوعی ChatGPT برای ویراستاری ادبی و خلاصه‌سازی برخی قسمت‌های مقاله استفاده شده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مراتب تشکر از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری کردند را اعلام می‌نماید. این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه با عنوان تحلیل سیاست‌های سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ثبت ۴۶۲۸۲۱ می‌باشد.

منابع

1. Mosadeghrad AM. Rethinking health reforms in Iran. Tehran University Medical Journal. 2020;78:473-4 [In Persian]. Available from: <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-10750-en.html>
2. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2007 [cited 2025 Aug 15].

شناخت شاخص‌های سنجش سلامت و فساد اداری، مقاومت در برابر نظارت و عدم اعلام رسمی نتایج موجب کاهش اثربخشی این مرحله شده‌اند. نبود نهاد متولی شفاف با اختیارات قانونی، فرآیند ارزشیابی را پراکنده، محرمانه و فاقد قابلیت اصلاحی ساخته است. تمرکز صرف بر فساد مالی نیز باعث غفلت از ساختارهای فساد اداری و جلوگیری از اصلاحات ریشه‌ای شده است. تعدد نهادهای نظارتی بدون تعیین وظایف مشخص و غیرهم‌پوشان به سردرگمی و ضعف پاسخگویی منجر شده است [۲۹]. نتایج ارزیابی‌ها عمدتاً محرمانه باقی مانده و شورای نظارتی قدرت عملیاتی مؤثری نداشته است، موضوعی که با اصول شفافیت و پاسخگویی در تعارض است. ناکارآمدی پایش در تحقق اهدافی نظیر شفافیت، انضباط مالی و شایسته‌سالاری، بیانگر شکاف میان سیاست‌های مصوب و واقعیت‌های اجرایی است؛ وضعیتی که مطابق با نظریه "بروکرات‌های خط مقدم" نشان می‌دهد کارکنان در شرایط مبهم و بدون نظارت مؤثر به بی‌تفاوتی در اجرای سیاست‌ها گرایش می‌یابند [۳۰]. بدون طراحی نظام یکپارچه ارزشیابی، تدوین شاخص‌های فناورانه و ایجاد فرهنگ پاسخگویی سیاست‌های ارتقای سلامت اداری موفق نخواهند بود. همچنین، اتکا به گزارش‌های شکلی و کمی به جای تحلیل روندی و داده‌محور، کارایی نظارت را تضعیف کرده است. استقرار سیستم‌های ارزشیابی درون‌سازمانی و بیرون‌سازمانی و بهره‌گیری از نتایج آن برای اصلاح سیاست‌ها ضروری است و فقدان این نظام موجب تداوم اشتباهات و عدم شناسایی نقاط ضعف در دوره‌های بعدی سیاست‌گذاری می‌شود.

مرحله "اصلاح سیاست" در سیاست ارتقای سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشور به‌طور شایسته مورد توجه قرار نگرفته است، درحالی‌که با توجه به عدم تحقق اهداف مصوب و تداوم بروز مصادیق فساد اداری، ضرورت بازنگری و اصلاح آن امری انکارناپذیر است. اصلاح سیاست واکنشی به ناکامی‌ها، ابزاری برای یادگیری سازمانی، ارتقای ظرفیت نهادی و بهبود سیاست‌گذاری آینده محسوب می‌شود [۳۱]. تحقق اصلاحات مؤثر نیازمند تخصیص عادلانه منابع، پیشگیری از تعارض منافع، ایجاد تعهد مدیریتی در سطوح عالی و طراحی نظام ارزشیابی مبتنی بر شاخص‌های دقیق، معتبر و بومی است. باین‌حال، در فقدان سیستم نظارتی یکپارچه و هوشمند و نبود اجماع میان نهادهای تصمیم‌گیر، اصلاحات به نتایج مطلوب نمی‌انجامد. همچنین، تعهد ضعیف مدیران، فقدان راه‌کارهای اجرایی کارآمد و نبود نظام پاسخگویی شفاف مانعی جدی برای تحقق اصلاحات ضدفساد در حوزه سلامت است. اصلاح سیاست ارتقای سلامت اداری نباید به بازنگری اسناد محدود شود. این سیاست نیازمند بازطراحی نهادها، بازتعریف مأموریت‌ها و ارتقای ظرفیت نهادی در همه سطوح است. در غیر این صورت، احتمال تکرار ناکامی‌های پیشین و تعمیق فاصله بین اهداف سیاستی و نتایج عملی وجود دارد.

محدودیت‌ها

مهمترین محدودیت این پژوهش کمبود شواهد و مطالعات با رویکرد علمی در حوزه فساد در بخش بهداشت و درمان در کشور ایران می‌باشد. براین اساس توصیه می‌شود بهره‌گیری و تفسیر یافته‌های به‌دست آمده با در نظر گرفتن ملاحظات مربوطه باشد.

3. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Aggregating governance indicators [Internet]. 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
15. Rhodes RA. Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability. Buckingham: Open University Press; 1997. ISBN 0-335-19728-0.
16. Grindle MS. Good enough governance revisited. *Development Policy Review*. 2007;25(5):533-74. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2007.00385.x>
17. Quah JS, editor. Curbing corruption in Asian countries: An impossible dream? Bingley (UK): Emerald Group Publishing Limited; 2011. [https://doi.org/10.1108/S0732-1317\(2011\)0000020020](https://doi.org/10.1108/S0732-1317(2011)0000020020)
18. Schalk J. Linking stakeholder involvement to policy performance: nonlinear effects in Dutch local government policy making. *The American Review of Public Administration*. 2015;47(4): 479-495. <https://doi.org/10.1177/0275074015615435>
19. Quah JS. Combating corruption in six Asian countries: a comparative analysis. *Asian Education and Development Studies*. 2016;5(2):244-62. <https://doi.org/10.1108/AEDS-01-2016-0011>
20. Kingdon JW, Stano E. Agendas, alternatives, and public policies. Boston (MA): Little, Brown; 1984. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00003068>
21. Daneshfard K. Investigating effective strategies in administrative integrity system. *Strategic Management Research*. 2017;24(68):65-87 [In Persian]. <https://sid.ir/paper/513498/fa>
22. Khoini G, Rahimi A. A practical review of the implementation of the Law on Promoting the Health of the Administrative system and Combating Corruption. *Journal of Audit Science*. 2019;16(62):5-24 [In Persian]. <https://www.magiran.com/p1542116>
23. Scott WR. Institutions and organizations. Thousand Oaks (CA): Sage; 1995..
24. Stiglitz JE. The contributions of the economics of information to twentieth century economics. *Quarterly Journal of Economics*. 2000;115(4):1441-78 <https://doi.org/10.1162/003355300555015>
25. Hudson B, Hunter D, Peckham S. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? *Policy Design and Practice*. 2019;2(1):1-4. <https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378>
26. Mosadeghrad AM, Ferdosi M, Afshar H, Hosseini-Nejhad SM. The impact of top management turnover on quality management implementation. *Medical Archives*. 2013;67(2):134-40. <https://doi.org/10.5455/medarh.2013.67.134-140>
27. Rose-Ackerman S, Palifka BJ. Corruption and government: Causes, consequences, and reform. Cambridge (UK): Cambridge University Press; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business>
- Washington (DC): World Bank; 1999 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/352561468739447838/aggregating-governance-indicators>
4. Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*. 2008;23(2):83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
5. Hutchinson E, Balabanova D, McKee M. We need to talk about corruption in health systems. *International Journal of Health Policy and Management*. 2018;8(4):191. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.123>
6. Mosadeghrad AM, Ferlie E. Total quality management in healthcare. In: *Management innovations for healthcare organizations: adopt, abandon or adapt*. New York (NY): Routledge; 2016. p. 378-96. <https://doi.org/10.4324/9781315739786>
7. Neu D, Everett J, Rahaman AS. Preventing corruption within government procurement: constructing the disciplined and ethical subject. *Critical Perspectives on Accounting*. 2015;28:49-61. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2014.03.012>
8. Mosadeghrad AM. A practical model for health policy making and analysis. *Payesh (Health Monitor)* [Internet]. 2025;21(1):7-24 [In persian]. Available from: <http://payeshjournal.ir/article-1-1801-en.htm>
9. Islamic Republic of Iran. Law on Promoting Administrative Health and Combating Corruption [Internet]. Official Gazette of the Islamic Republic of Iran. 2008; Issue No. 18686 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/802617>
10. Transparency International. Corruption Perceptions Index [Internet]. Berlin: Transparency International; c2025 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.transparency.org/en/countries/iran>
11. Khayatzaheh-Mahani A, Ruckert A, Labonté R, Kenis P, Akbari-Javar MR. Health in all policies (HiAP) governance: lessons from network governance. *Health Promotion International*. 2019;34(4):779-91. <https://doi.org/10.1093/heapro/day032>
12. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*. 2009;9(2):27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
13. Dalglish SL, Khalid H, McMahon SA. Document analysis in health policy research: the READ approach. *Health Policy and Planning*. 2020;35(10):1424-31. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa064>
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*.

- Russell Sage Foundation; 2010 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>
31. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems. Toronto (CA): Oxford University Press; 1995. [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://archive.org/details/studyingpublicpo0000howl>
2016. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139962933>
28. Hatry HP. Transforming performance measurement for the 21st century. Washington (DC): Urban Institute; 2014. [cited 2025 Aug 15]. Available from: <http://www.urban.org/research/publication/transforming-performance-measurement-21st-century>
29. North DC. Institutions, institutional change and economic performance. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1990. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511808678>
30. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service. New York (NY):