مقــاله تحقیقی

تحلیل سیاست هیأت امنایی شدن دانشگاه های علوم پزشکی کشور با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست

سامان نجفی[1]، ندا اسدی[2]، سیروس پورخواجویی[3*]

[1] دانشجوی دکتری تخصصی اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[2] مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[3] دانشجوی دکترای سیاستگذاری در سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات سلامت، موسسه آینده پژوهی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، کرمان، ایران

نشانی الکترونیک:

s.khaju92@gmail.com

چکیده

زمینه: هیأت‌های امناء در راس ساختار سازمانی دانشگاهها و موسسات آموزشی، مسئولیت های مهم و حساسی بر عهده دارند. پژوهش حاضر به تحلیل سیاست هیأت امنایی شدن دانشگاه های علوم پزشکی کشور با استفاده از مدل وات-گیلسون می‌پردازد.

روش کار: این مطالعه از دسته مطالعات تحلیل سیاست و از نوع موردی می‌باشد که به صورت گذشته‌نگر انجام گرفته است. جهت تحلیل سیاست هیأت امنایی شدن دانشگاه‌های علوم‌پزشکی از روشهای مختلفی از جمله مرور متون و بررسی اسناد و مدارک استفاده شده است. به منظور بررسی مقالات و اطلاعات از پایگاه داده های Scopus، PubMed، SID، Web of Science، Magiran و موتور جستجوی گوگل اسکالر استفاده گردید.

یافته ها: پس از انجام غربالگری، از بین ۸۰ مطالعه شناسایی شده، درنهایت ۱۸ مطالعه بر اساس معیارهای ورود و خروج به مرحله سنتز نهایی رسیدند. پس بررسی اسناد و مقالات مرتبط نتایج ارزشیابی این سیاست نشان داد اگر چه هیأت امنایی شدن دانشگاه‌ها گام مهمی در جهت استقلال دانشگاه‌ها داشته است، ولی اکثر مصوبات و عملکرد هیأت امناء دانشگاههای علوم پزشکی مربوط به امور پشتیبانی و عمومی اداره دانشگاه هاست و متناظر با ماموریت دانشگاه ها نمی‌باشد، که منجر به چالش‌های مهمی در مدیریت، پاسخگویی و کارایی نظام سلامت در استفاده از امکانات موجود به منظور دستیابی به اهداف برنامه‌های توسعه ایجاد کرده است.

نتیجه گیری: نگاهی به وظایف و اختیارات هیأت های امناء دانشگاه‌های علوم پزشکی نشان می‌دهد که نیاز به بازنگری قوانین در شورای عالی انقلاب فرهنگی با تاکید بر امر ذاتی هیأت های امناء یعنی سیاست‌گذاری و نظارت بر حسن اجرای سیاست‌ها بهداشت و درمانی دانشگاه ها ضروری می باشد.

واژگان کلیدی: تحلیل سیاست، هیأت امناء، دانشگاه های علوم پزشکی، چارچوب مثلث سیاست گذاری، ایران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان، حقی همگانی است که دولت ها در مورد آن مسئولیت دارند. در ایران از سال ۱۳۵۳ برنامه ها و سیاست های متعددی در جهت استقرار یک نظام سلامت پاسخگو به اجرا گذاشته شده است (۱). اما طی این سال‌ها نظام سلامت ایران همواره با چالش عدم اجرای مناسب سیاست ها و برنامه های تصویب شده روبه رو بوده است (۲). یکی از این سیاست ها، قانون تشکیل هیأت های امناء دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی است که در سال ۱۳۶۷ در شورای عالی انقلاب تصویب گردید (۳). پیشینه تشکیل هیأت امناء در برخی دانشگاه های دنیا برای مثال در امریکا، انگلستان و کشورهای مشترک المنافع، بیش از صد سال می‌باشد. دانشگاه ها در ایران نیز از ابتدا دارای نهادی تحت عنوان شورا و هیأت امناء بودند که به عنوان نهاد قانونگذار و اداره کننده دانشگاه شناخته می شدند. بر اساس قوانین تشکیل دهنده و اساسنامه های دانشگاه ها، دانشگاه هایی مانند شهید بهشتی (ملی)، شیراز و صنعتی شریف (آریا مهرسابق) از همان ابتدا تاسیس دارای هیأت امناء خاص بودند که ترکیب وظایف این هیأت ها با هم متفاوت بود (۴).

دانشگاه‌ها بخشی از حاکمیت کشور هستند که حکم‌رانی آن توسط اعضای هیأت امنا، بالاترین رکن دانشگاه، تجلی می‌یابد و باید در نظر گرفت که دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی کارآمد هستند که از نظر علمی و مدیریتی، دارای استقلال اداری و مالی باشند، بنابراین اداره امور دانشگاهها به عنوان مغز متفکر جامعه باید قوانین و مقرراتی با ویژگی‌های متفاوت از سایر دستگاه ها داشته باشند (۵). اداره کردن دانشگاه ها به صورت هیأت امنایی، مناسب ترین روش برای اداره مستقل دانشگاه محسوب می‌شود و پل ارتباطی بین دولت، جامعه و صنعت ایجاد می‌کند و فلسفه وجودی هیأت امنای دانشگاه ایجاد مرجع قانون‌گذاری در راس هرم سازمانی موسسه‌ی آموزش عالی است تا برای اداره و نظارت بر کلیه‌ی امور دانشگاهی (آموزش، پژوهش و ارایه‌ی خدمات و نظارت بر عمل‌کرد) خود انجام وظیفه نماید (۶).

با توجه به ابعاد گسترده عملکرد دانشگاه های علوم پزشکی که علاوه بر آموزش، پژوهش و تربیت نیروی انسانی مورد نیاز کشور، درعرصه مهم ارائه مراقبت های بهداشتی به جامعه و تولیت تامین و ارتقاء سلامت را هم به عهده دارند، آنها را در گروه سازمان‌های با ساختار بسیار متفاوت از سایر سازمان قرار داده است، به طوری که موفقیت عملکردی چنین ساختارهایی، در درجه اول مستلزم استفاده از مناسب‌ترین شیوه مدیریت در راستای دستیابی کارا و اثربخش به اهداف تعیین شده می باشد (۷). بنابراین بر اساس اهداف قانون هیأت امناء انتظار می‌رود که دانشگاه به رسالت‌های آموزشی، پژوهشی، تربیت نیروی انسانی متخصص و ارائه خدمات درمانی مورد نیاز جامعه عمل بپوشانند و هزینه‌های سلامت را کاهش و بهره‌وری را افزایش دهد. همچنین با شناخت دقیق قوت‌ها، نقاط قابل بهبود درون سازمان و آگاهی از فرصت ها و تهدیدهای خارج از سازمان، برنامه‌ریزی کارآمدتری را جهت تحقق رسالت دانشگاه ارائه دهند (۸).

مطالعات تحلیل سیاستگذاری امروزه در نظام سلامت کاربرد فراوانی دارد، با نگاهی کلان به تحلیل جامع و سیستماتیک سیاستگذاری اعم از پیوند آن با نظام سیاسی، نظام دیوان سالاری و شرکای اقتصادی و همچنین بازیگران و گروههای منافع درگیر در هر سیاست به همراه اجرا و ارزیابی آن سیاست می‌پردازد. انجام این ارزیابی ضمن کمک به شناسایی وضعیت موجود و پاسخ به این پرسش که اهداف سیاست تا چه اندازه محقق شده‌اند، می‌تواند نقاط قوت و قابل اصلاح قانون را نشان داده، امکان بهبود آن را فراهم نماید (۹). با توجه به چارچوب های مفهومی ارزیابی قانون هیأت‌امنایی کردن دانشگاه ها و نیز توجه به این نکته که بیشتر مطالعات به ارزیابی نتایج و بررسی مشکلات اجرایی فرایند پرداخته و کمتر بررسی و تحلیل فرایند سیاست‌گذاری را هدف قرار داده‌اند، به نظر می رسد بخشی از ارزیابی باید به تحلیل سیاست این طرح و واکاوی مبتنی بر شواهد آن از منظر سیاست‌گذاری معطوف گردد. تحلیل سیاست این امکان را به دست می‌دهد که چگونگی تدوین و اجرای سیاست و ابعاد تأثیرگذار بر روند سیاست گذاری به طور دقیق بررسی شوند. به علاوه، اهمیت سیاست گذاری آگاه به شواهد، در دستیابی به درک درست از سیاستی که در واکنش به مشکل اجتماعی تدوین شده یا در حال تدوین است کمک نموده و در عین حال، میزان فصیح و بلیغ بودن حمایت‌ها و مخالفت‌ها را به خوبی روشن می نماید (۱۰). با توجه به این اهمیت و تأکیدات مکرر بر ارتقا و بهبود اداره دانشگاه ها، هدف از این مطالعه تحلیل سیاست‌گذاری هیأت امناء دانشگاه های علوم پزشکی در زمینه بهداشت و درمان می‌باشد، تا بتوان با استفاده از نظر خبرگان سلامت و ترسیم راه آینده، عمل‌کرد هیأت امنا با اهداف و اسناد فرادستی تطبیق و هم‌سو کرد.

روش‌شناسی کار

پژوهش حاضر از دسته مطالعات تحلیل سیاست می‌باشد که

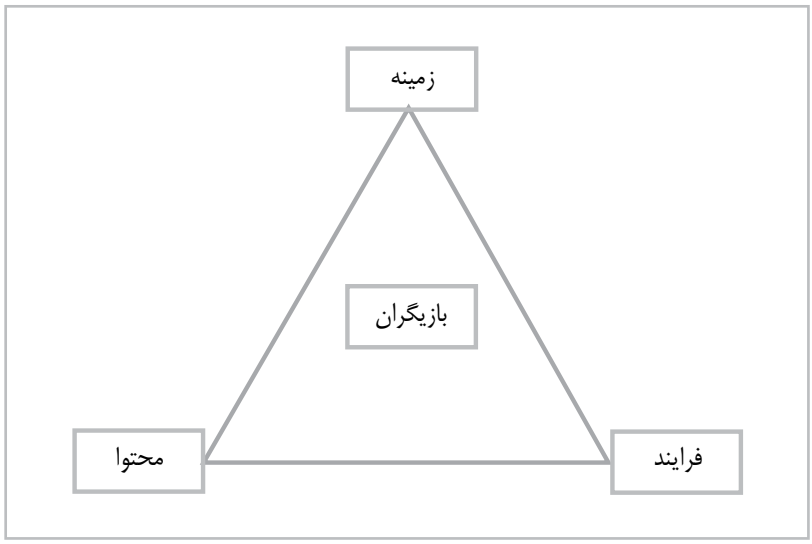
[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

به روش گذشته نگر انجام شده است. در این مطالعه به منظور تحلیل سیاست‌های بهداشتی و درمانی هیأت امناء از مدل تحلیل سیاست والت-گیلسون (Walt, Gilson) استفاده شده است شکل (۱). مدل تحلیل سیاست دارای سه بعد فرآیند، محتوا و زمینه بوده و نقش آفرینان (بازیگران) در مرکز این چارچوب قرار دارند. این چارچوب نشان می‌دهد که چگونه چهار بعد یاد شده در شکل دهی و اجرای سیاست با یکدیگر در تعامل می‌باشند.

- محتوا: به مجموعه ای از اهداف و اقدامات برنامه‌ریزی شده اشاره دارد که سیاست را به نتیجه می‌رساند.
- زمینه: مجموعه‌ای از عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ملی و بین المللی اشاره دارد که ممکن است سیاست گذاری سلامت را تحت تأثیر قرار دهد.
- فرآیند: فعالیت های انجام شده طی اجرای سیاست اشاره می کند.
- بازیگران: مجموعه ای از افراد، گروه ها و سازمان ها هستند که در فرآیند اجرا دخیل هستند یا از آن تاثیر می پذیرند (۱۱). این چارچوب که عمدتاً برای استفاده در کشورهای در حال توسعه توصیه شده است، برای تحلیل مشکل و یافتن راه هایی برای مقابله با آن به کار می‌رود و می‌تواند در تحلیل اینکه چگونه مجموعه ای از عوامل مختلف در یک مشکل یا مسئله دخیل بوده و یا باعث تداوم آن می‌گردند، استفاده شود (۱۲).

برای جمع آوری داده‌ها جهت تحلیل سیاست مورد نظر در کشور از منابع مختلف استفاده شد

- بررسی و تحلیل اسناد و مدارک: تحلیل اسناد و مدارک انتخابی شامل (مصوبات شورای عالی انقلاب، برنامه چهارم و پنجم توسعه) و سایر منابع در سایت معتبر بعد تایید افراد آگاه و مطلع در این زمینه انجام گردید.
- مرور منابع و شواهد موجود: بدین منظور کلید واژه‌های فارسی مورد جستجو شامل: هیأت امناء، دانشگاه علوم پزشکی، وظایف، اهداف و کلید واژه های انگلیسی Board of trustees، University of Medical Sciences، target، Function » انتخاب شدند. به منظور بررسی مقالات و اطلاعات از پایگاه داده های Iran-doc، Web of Science، PubMed، Scopus، Iran Medex استفاده گردید. زبان منابع منتشر شده فارسی و انگلیسی بودند. به دلیل عدم حساسیت پایگاههای داخلی به عملگرهای جستجو (AND ،OR ،NOT) جستجو در این پایگاهها تنها از طریق کلید واژه فارسی انجام شد. جست‌وجو و بررسی مطالعات واجد شرایط از نظر معیارهای ورود و ارزیابی کیفیت مطالعات انتخاب شده توسط دو نویسنده انجام شد. پس از حذف موارد تکراری، نویسنده اول مطالعات به دست آمده را بر اساس عنوان، چکیده و متن کامل در دو مرحله پشت سرهم بررسی کرد، مواردی که مورد تردید بود، دوباره بررسی شدند تا فرآیند غربالگری تکمیل گردد. همچنین لیست منابع مقالات شناسایی شده بررسی شد تا مقالات مرتبط دیگر شناسایی شوند. پس از اتمام جستجو، ۸۰ مقاله یافت شد که پس از بررسی چکیده ها و حذف موارد غیر مرتبط، در نهایت ۱۸ مطالعه مرتبط جهت تحلیل انتخاب شدند. سپس داده های مورد نیاز از اسناد و مطالعات بر اساس چارچوب مثلث تحلیل سیاست توسط نویسنده مسئول استخراج و مورد تحلیل قرار گرفتند.



شکل ۱: چارچوب تحلیل سیاست گذاری والت و گیلسون

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

یافته های پژوهش

- محتوا: بعد از انقلاب اسلامی، تصمیمات جلسه ۱۸۱،۱۸۲ شورای عالی انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۶۷ مجوز اداره دانشگاهها به صورت هیأت امنائی صادر شد، اما فعالیت رسمی هیأت امناء در دانشگاهای علوم پزشکی از سال ۱۳۷۰ کلید خورد. ناکارآمدی مدیریت فعلی و فاجعه بار بودن نظام دانشگاهی کشور باعث شد تا دانشگاها بر اساس مصوبه برنامه چهارم توسعه بر اساس بند الف ماده ۴۹ برنامه چهارم توسعه و بند ب ماده ۲۰ برنامه پنجم توسعه و ماده ۱و۲ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور، مصوبه مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۰ مجلس شورای اسلامی از قانون مدیریت خدمات کشوری مستثنی شدند، که موجب تقویت بیشتر مصوبات هیأت های امناء گردید (۱۳). بر اساس ماده ۷ قانون تشکیل هیأت های امناء دانشگاهها، وظایف و اختیارات چهارده گانه به شرح زیر:

الف: تصویب آئین نامه داخلی، ب: تصویب سازمان اداری موسسه، ج: بررسی و تصویب بودجه پیشنهادی، د: تصویب بودجه تفصیلی موسسه، ه: تصویب حسابها و ترازنامه سالانه، و: تصویب نحوه وصول درآمدهای اختصاصی و مصارف آنها، ز: تعیین حسابرس و خزانه دار، م: جلب کمک های بخش خصوصی و عوائد محلی، ط: تصویب آیین نامه مالی و معاملاتی موسسه، ی: پیشنهاد میزان فوق العاده های اعضای هیأت علمی و غیر هیأت علمی، ک: تعیین نحوه اداره واحدهای تولیدی، خدماتی، کارگاهی و بهداشت و درمانی، ل: تعیین میزان پرداخت حق التحقیق، حق التدریس حق الترجمه، حق التالیف و نظایر آن، م: بررسی گزارش موسسه و ن: تصویب مقررات استخدامی اعضای هیأت علمی می باشد (۱۴). از اهداف قانون هیأت امنایی کردن دانشگاههای علوم پزشکی در بخش بهداشت می‌توان موارد ذیل را نام برد: تصمیم‌گیری بر اساس اولویتهای محلی و منطقه ای در چارچوب سیاستهای کلان نظام سلامت، توسعه کشور در سایه سالم بودن ملت، یکپارچه سازی همه ارکان تصمیم گیری، مشارکت همه در سیاست گذاری، افزایش بهره‌وری در همه ارکان سلامت، استقلال دانشگاههای علوم پزشکی جهت کنترل هزینه های سلامت، رابط بین مردم و دانشگاه یا دولت، رشد خلاقیت، رشد روحیه پژوهش و اندیشه نقادانه، پاسخگویی به نیاز دولت و جامعه، گره‌گشایی از مشکلات و مؤثر بودن در اشتغال می باشد (۱۵).

محتوای این سیاست به دلایل ذیل مورد انتقاد گرفته است

موانع مالی: عدم وجود منابع کافی مالی برای اجرای مصوبات هیأت امناء: برای اجرای درست هر مقرره قانونی، مرجع وضع کننده آن مکلف است ضمن فراهم کردن مقتضیات اجرا، موانع بر سر راه آن را مرتفع نماید. در خصوص مصوبات هیأت امناء دانشگاه این موضوع به خوبی مشخص نشده است و از این نظر مصوبه تشکیل هیأت‌های امناء و همچنین قوانین مرتبط از جمله قوانین برنامه های چهارم و پنجم توسعه دارای ایراد است و در عمل اجرای مصوبات هیأت امناء دست کم در امور مالی با موانعی روبرو می‌شود.

ترکیب نامناسب اعضای هیأت مدیره

همانطورکه پیشتر بیان شد، برای رسیدن به استقلال، هیأت امناء می‌باشد. بنابراین برای اجرای اداره دانشگاه پیش‌بینی شده است. بدیهی است در دستیابی به هر هدفی، یکی از موضوعات مهم، انتخاب اشخاص مجری است، پس ترکیب هیأت امنای دانشگاه باید به گونه ای باشد تا بتوان به اهداف موردنظر دست یافت. لازم است هیأتهای امنا به شیوهای مناسب و شایسته سالار انتخاب شوند و ترکیب این هیأت‌ها به مثابه یک تیم راهبری راهبردی، اثربخش و مؤثر باشد (۷). همچنین اعضای هیئت امنای دانشگاه از طرف وزارت مربوطه انتخاب، معرفی و تایید می‌شوند و دانشگاه در این زمینه نقش ندارد، خود این موضوع یکی از نشانه های عدم استقلال است و از این افراد انتصابی انتظار چندانی برای آوردن اهداف مورد نظر در برنامه های توسعه‌ای کشور نمی‌رود.

اقدامات عملی دولت در راستای تمرکزگرایی

یکی از علل مهم عدم موفقیت هیأت امناء دانشگاه ها، اقدامات عملی است که توسط دولت در جهت تمرکزگرایی و در اختیار داشتن امور دستگاههای تحت کنترل خود انجام می‌دهد. همانطور که بیشتر اشاره شد، اصولاً اعطای استقلال به دانشگاه ناشی از ملاحظات فنی و علمی است که ایجاب می‌کند جهت رسیدن به اهداف ترسیم شده از استقلال عمل برخودار باشند، اما در حقیقت، تمرکزگرایی دولت بر دانشگاههای دولتی کماکان وجود دارد که بخشی از آن مربوط به قوانین و بخش دیگر آن مربوط به اقدامات عملی دولت‌ها است. اولین و مهمترین دستگاه نظارت‌کننده که در حقیقت وظیفه هدایت و راهبری دانشگاه را نیز بر عهده دارد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، زیرا به لحاظ موضوعی، دانشگاه وابسته به وزارت متبوع است و بسیاری از مقررات تدوین شده از سوی این وزارت برای دانشگاهها لازم الاتباع است. اصلی ترین مؤلفه تأثیرگذار بر عملکرد هیئتهای امنا کارکردهای محول

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

شده و تفویض اختیارات بیشتر از سوی وزارت بهداشت است. تمرکزگرایی و سیاست‌گذاری‌های متمرکز در ابعاد آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات، بدون مشارکت فعّال دانشگاهیان و جمعیت‌های تحت پوشش آنان، موجب کاهش انگیزه و خلاقیّت خواهد شد و نتیجه ای این روند موجب کاهش تعلق خاطر افراد به سازمان و ماموریت ها آن می‌شود (۱۶).

غیرعملی بودن و انتظار غیرواقعی

بسیاری از سیاستگذاری های در ایران، ایده آلیستی است تا اینکه نگاه واقع گرایانه داشته باشد. هدف این شیوه همراه با توسعه آزادی های مربوطه، در نهایت به رسالت اصلی دانشگاه یعنی تولید علمی بیانجامد، ولی در عمل عدم مشارکت ارکان دانشگاه اعم از اعضای هیأت علمی، غیر هیأت علمی و دانشجویان در انتخاب یا حتی پیشنهاد رییس و اعضای هیأت امناء دانشگاه ها، مشهود است. بر این اساس و با توجه به سیاسی بودن حکومت ها و تأثیر این مهم در انتخاب مدیران دانشگاه ها، عدم استقلال دانشگاه ها از حکومت و امر سیاسی در ایران، از مشکلات عمده این نهاد، ارزیابی می‌گردد (۱۷).

بازیگران: بر اساس یافته های این مطالعه، مهمترین کسانی که در تدوین سیاست هیأت امنایی کردن دانشگاهها نقش داشته اند شامل: هیأت سه نفری جانشین هیأت های امناء دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی (وزیر علوم و آموزش عالی، وزیر مشاور و رئیس سازمان برنامه و بودجه و وزیر طرحهای انقلاب)، مجلس شورای اسلامی ایران (کمیسیون بهداشت درمان مجلس)، هیأت وزیران، شورای عالی انقلاب فرهنگی، وزارت بهداشت، اموزش و درمان پزشکی، ستاد انقلاب فرهنگی، شورای عالی برنامه ریزی، دانشجویان، سازمان بیمه و مردم می باشند(۱۵, ۱۷, ۱۸).

زمینه: عوامل زمینه ای مؤثر در این برنامه که بر اساس شواهد موجود تعیین گردیدند، در چهار دسته عوامل موقعیتی، ساختاری، فرهنگی، ملی و فراملی به این شرح طبقه بندی و ارائه گردیدند:

عوامل موقعیتی: با توجه به پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ با مصوبه ماده واحدهای در شورای انقلاب جمهوری اسلامی، هیأت امناء دانشگاهها منحل و هیأت سه نفره جایگزین آن شد و اما به علت رکود علمی و فضای امنیتی حاکم بر دانشگاهها، احیای دوباره هیأت امناء احساس شد و در نتیجه شورای عالی انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۶۷ هیأت امنایی شدن دانشگاه ها را تصویب کرد. البته با توجه به تغییرات پی در پی مدیریت در دانشگاهها به تبعیت از تفکر سیاسی جناحی بود و در سالهای بعد، مجددا بازبینی و اصلاح گردید. از سیاست های مختلفی که در اوایل انقلاب در بخش سلامت دنبال می‌شود می‌توان از:

۱- هدایت امکانات و منابع در جهت توسعه و گسترش فعالیت های بهداشتی، ۲- بسیج و هدایت امکانات و توان های اجرایی در تأمین نیازهای، ۳- تخصیص و هدایت منابع و امکانات؛ بهداشتی و درمانی و خدماتی حمایتی از جبهه و جنگ، ۴- انجام عملیات و خدمات در جهت رفع محرومیت مناطق محروم و توسعه تسهیلات بهداشتی و درمانی برای تحقق اهداف انقلاب، ۵- تأمین و تخصیص منابع ارزی لازم برای تهیه و تدارک لوازم و امکانات و مواد مصرفی بهداشتی و درمانی و تجهیزات پزشکی و سلامتی و پژوهشی در بخش بهداشت و درمان، ۶- ایجاد جاذبه‌های لازم برای افزایش کارایی کادرهای اجرایی نیروهای پزشکی و پیراپزشکی و... می‌توان نام برد (۱۹). همچنین از اهداف اصلی تشکیل وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که با تفکیک آموزش گروه علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و اموزش عالی در سال ۱۳۶۴ انجام گردید، می توان اولویت های بهداشت بر درمان، اولویت آموزش مبتنی بر جامعه، اولویت درمان سرپایی بر بستری و اولویت رسیدگی به مناطق محروم ذکر کرد (۱۹).

عوامل ساختاری: منظور از کارآمدی دانشگاه نیز، محصولات و تولیدات آن اعم از دانش آموختگان کاربلد و پژوهش های راهگشا می‌باشد، که همه این‌ها در گرو استقلال علمی و مدیریتی دانشگاه که به واسطه هیأت امنایی شدن دانشگاه صورت می پذیرد و چنین دانشگاهی است که به تعبیر امام (ره) سرنوشت یک ملت را رقم می‌زند و بسترهای توسعه در ابعاد مختلف را فراهم می‌کند. در اوایل انقلاب یا دهه شصت اگر چه سیاست های متعددی در جهت تمرکززدایی تصمیم گیری ها تدوین گردید، اما گرایش به سوی وحدت رویه و تمرکز در زمینه سیاست دهی و هدایت فعالیت ها و خدمات بهداشتی و درمانی توسط وزارت بهداری و از بین بردن و محدود کردن سازمان ها و موسسات متعدد و متفرق غیر دولتی، عملا باعث شد تا دولت نقش فزاینده ای در بخش سلامت بر عهده بگیرد. چالش های نظام سلامت در ابعاد اعتباری، سازمانی، نیروی انسانی، تجهیزات و پژوهش که در دهه ۱۳۶۰ مطرح بود، در دهه بعد نیز همچنان ادامه داشت.

برخی چالش‌های نظام سلامت ایران در دهه ۱۳۶۰، مواردی از جمله: ۱- عدالت دسترسی و رضایتمندی، ۲- ساختار نیروی انسانی، ۳- کیفیت خدمات، ۴- مدیریت و پاسخ‌گویی پایین، ۵- عدم توجه به نظرات خبرگان و دست اندرکاران محلی

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

می‌توان نام برد (۲۰). ضمنا چالش‌های نظام سلامت در دهه هشتاد را به صورت ذیل می توان مطرح کرد: ۱- عدم وجود نظام پایش کیفیت خدمات درمانی، ۲- عدم توجه به موضوع سلامت مدیران، ۳- نهادینه نشدن پژوهش در بخش سلامت، ۴- سازماندهی نامناسب عناصر، ۵- تعریف نشدن بسته خدمات سلامت، ۶- عدم پرداخت سهم مناسب اعتبارات به بخش سلامت، ۷- تورم و حجیم بودن بخش دولتی، ۸- عدم تبیین روشن از اهداف کلان نظام سلامت، ۹- بیماری‌زا بودن نظام های پرداخت به جای سلامت ساز بودن آن، ۱۰- مشتری محور نبودن و پاسخگو نبودن، ۱۱- تاثیرپذیری فراوان برنامه های سلامت از امور سیاسی، فرهنگی و اقتصادی، ۱۲- متعدد بودن مراکز تصمیم گیری در نظام سلامت، ۱۳- عدم وجود سطح بندی در دسترسی به خدمات سلامتی، ۱۴- تمرکز تصمیم سازی و اجرا و نبود وجدان کاری درسطح ملی (۲۰). در نتیجه در برنامه های چهارم و پنجم توسعه، افزایش سطح اختیارات هیات امنا به منظور حل چالش مربوطه و دستیابی به اهداف ذیل تصویب گردید: ۱- ارتقای سطح و توزیع سلامت؛ ۲- پاسخگویی به انتظارات غیر پزشکی مردم و توزیع آن، ۳- مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه های سلامت و کاهش سهم پرداختی و ۴- ارتقای سلامت در سطح کلی جامعه بیان گردید (۲۱ , ۲۲).

علاوه بر ساختار پیچیده دانشگاه های علوم پزشکی، تغییرات سیاسی در سطح کشور و دریافت بودجه قابل توجه از دولت ها، از عواملی هستند که باعث می‌شود هیأتهای امناء دانشگاهای تحت نفوذ انکارناپذیر نهادهای خارج از دانشگاه قرار گیرند. به عنوان مثال، دانشگاهیان هیچ نقشی در شکل دهی به هیأت امنای خود ندارد و تقریباً تمام اعضای هیأت امنای دانشگاهها از سوی ارباب قدرت بر آنها تحمیل می‌شود و هیچکدام از آنها به معنای دقیق کلمه نماینده منتخب دانشگاهیان محسوب نمی‌شوند. بدیهی است، تا زمانی که هیأت امناء دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی از استقلال لازم در تصمیم‌گیری‌ها برخوردار نباشند و خردترین کنش آنها با سخت ترین واکنشها و نظارتهای برون سازمانی روبرو شود، در نتیجه نمی‌توان سیاست گذاری متناسب با توجه نیاز های جامعه انجام دهند. پس از لحاظ ساختاری، مستلزم اعطای اختیارات بیشتر به دانشگاهها در اداره امور اختصاصی خود (مانند انتخاب دانشجو، استخدام، ترفیع، ارتقا، تبدیل وضعیت و بازنشستگی استادان و کارکنان، دموکراتیک بودن مدیریت دانشگاهها، عدم مداخله نیروهای امنیتی و پلیسی در اداره امور اختصاصی دانشگاهها و...) و مشارکت دادن هرچه بیشتر هیأتهای علمی در اداره این مؤسسات و کاستن از حجم انبوه مداخلات برون سازمانی است (۲۳).

عوامل فرهنگی: نظام آموزشی عالی ایران بعد از انقلاب شکوهمند اسلامی با گسترش کمی و فزونی تقاضا، روبرو گردید. همپای با آن ارتقای کیفی آموزش عالی دست کم از سوی برنامه ریزان، هدف گذاری شده بود. ضرورت تعمیم و تربیت نیروی آزموده جهت مشارکت در فرآیند بازسازی و ترمیم آسیب های مادی و اقتصادی ناشی از جنگ تحمیلی و دفاع مقدس، پیش از پیش احساس گردید. التفات به پژوهش، در سطوح بنیادی و کاربردی و توسعه ای، جان تازه ای گرفت و به تبع آن دانشگاهها رو به گسترش و چند گونگی نهادند. به منظور توزیع عادلانه فرصت های آموزش عالی و شکل‌دهی قطب های دانشگاهی در محور توسعه، جهت مناطق محروم کشور، تشکیل دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های نوپا، در اقصی نقاط کشور، در دستور کار مسئولان ارشد وزارت متبوع قرار گرفت. اگر چه از خط مشی‌های اساسی دولت در بهداشت و درمان را می توان افزایش بازده و کارایی نیروی انسانی، بهبود مدیریت اجرای سیاست عدم تمرکز و تامین مشارکت مردم می‌باشد. ولی با توجه به دیدگاه متفاوت دولت در تمرکز بیشتر در اداره نظام سلامت و جنگ، بسیاری از مشکلات در این بخش همچنان باقی ماندند. کارگزاران سازندگی رشد و توسعه اقتصادی را هدف اصلی اقتصاد دانسته بودند که منجر به انتظارات جدیدی در مردم در جهت پاسخگویی نهاد های مختلف به وجود آورد (۲۳).

بین المللی: ماهیت دانشگاه هایی علوم پزشکی که در خط جلوی پیشبرد دانش حرکت می کنند، ایجاب می کند تا ضمن داشتن استقلال کافی، از ارتباطات بین المللی گسترده ای برخوردار باشند و همچنین انجام تحقیقات علمی در سطح بین المللی و برگزاری گردهمایی علمی در سطح منطقه توسط سازمان جهانی بهداشت نیز بر این امر تاثیر گذار بوده است (۱۸).

فرآیند: منظور از فرآیند در چهارچوب مدل تحلیل سیاست، مجموعه اقدامات و فعالیت های انجام شده برای اجرای سیاست می‌باشد و مراحل سیاست‌گذاری از دستور کارگذاری، تدوین، اجرا و ارزیابی را شامل می شود. هر چند که اغلب این مراحل طی یک روند مشخص و به دنبال هم اتفاق نمی افتند (۱۳). از زمان تشکیل هیأت امنا دانشگاهها در ایران مدت زیادی نمی گذرد و آن هم پس از تشکیل وزرات علوم و اموزش عالی در سال ۱۳۴۶، اندیشه استقلال دانشگاهها، به ویژه در حوزه تصمیم گیری و خط مشی گذاری مطرح گردید. سیر تحول

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

جدول ۱: مراحل استقلال سیاست گذاری هیأت امنا دانشگاههای علوم پزشکی

مراحل سیاست	مقطع زمانی		شرح سیاست	چالش
مرحله اول	۱۲۷۷	۱۳۳۹	تعیین شورا در دانشگاها و مؤسسات علمی به منظور تامین استقلال در دانشگاه تهران در ۱۳۱۳ ه ش تصویب مقررات ویژه به منظور تعیین رییس دانشگاه توسط اعضای شورا دانشگاه در سال ۱۳۲۱ه ش	عدم وجود نهاد به عنوان هیأت امناء انجام امور محدود به اداری، فنی و مالی
مرحله دوم	۱۳٤۰	۱۳۵۸	استفاده از عبارت هیأت امناي دانشگاه در ایران براي نخستین بار در اساسنامه دانشگاه ملي در شورای عالی فرهنگ در سال ۱۳٤۰ ه ش بر قانون تأسیس دانشگاه شیراز، اولین دانشگاه دارای هیات امنا در سال ۱۳٤۳ه ش به تصویب رسید قانون هیأتهاي امناي مؤسسات عالي علمي دولتي، مصوب سال ۱۳۵۰ه ش تقدیم لایحه استقلال دانشگاهها و تفویض کلیه امور علمي, فني, آموزشي, مالي, اداري و استخدامي دانشگاه ها در سال ۱۳۵۷ ه ش	عدم تشکیل هیأت امنایي با ترکیب و وظایف یکسان نیاز به تایید وزیر علوم و اموزش عالی با وجود حق پیشنهاد انتصاب رئیس دانشگاه در هیأت مدیره
مرحله سوم	۱۳۵۸	۱۳٦٦	منحل شدن هیأت امنا دانشگاه به موجب ماده واحده مصوب شورای انقلاب در سال ۱۳۵۷ به منظور پیروی از الگوی تمرکز گرایی تشکیل هیأت سه نفري جانشین هیأتهاي امنا از ۱۳۵۷ تا ۱۳٦۹ ه ش	تمرکز گرایی بیش اندازه در امور مصرف اعتبارات جاری، عمرانی و اختصاصی دانشگاه تابع مقررات عمومی پرداخت به امور جاری و روزمره در حوزه های محدود به مالی و معاملاتی
مرحله چهارم	۱۳٦۷	۱۳۸۲	اندیشه احیا و شکل گیری دوباره هیأت امنا در شوراي عالي انقلاب فرهنگي با توجه به مقتضیات و شرایط جدید، با هدف اعطاي استقلال بیشتر به آنها در خط مشي گذاري و تصمیم گیري ها قانون تشکیل هیأتهاي امناي دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالي و پژوهشي، مصوب سال ۱۳٦۷ مجلس شوراي اسلامي	کاهش وظایف و اختیارات هیأت امنا نسبت به قبل از انحلال عدم اختیار تعیین ریاست موسسه(تعیین ریاست دانشگاه با وزیر مربوطه و پس از تایید شورای عالی انقلاب
مرحله پنجم	۱۳۸۲	تاکنون	اداره دانشگاه ها و موسسات مربوطه بر ایین نامه خاص، مصوب هیأت امنا جهت تضمین ادامه حیات دراز مدت انها، به منظور به دستیابی اهداف برنامه های توسعه برنامه هاي پنج ساله چهارم(بند الف ماده ٤۹) و پنجم (بند ب ماده ۲۰) و اماده او ۲ احکام دائمی به شناسایی هیئت امنا و اعطاي اختیارات	اعطای اختیارت به هیات امناء بدون مشخص کردن ساختار انها عدم تعیین نقش هیأت امنا در برنامه ریزی جامع و توسعه دانشگاه مشخص نبودن نقش هیأت امنا در بررسي و تصویب سیاست گذاري هاي آموزشي، پژوهشي، فرهنگي و اجتماعي دانشگاه عدم اختیار نصب و عزل رئیس دانشگاه و ارزیابي عملکرد او

استقلال و خود مختاری هیأت امناء دانشگاههای ایران در پنج مرحله می توان دسته بندی کرد (جدول۱):

اختیارت هیات امنا دانشگاه ها در خصوص بررسی و تصویب بودجه موسسه، تصویب حساب و ... محدود گردید، که عملا اجرای وظایف و مسئولیت های اصلی که بر هیأت امنا دانشگاه ها گذاشته شده است را غیر ممکن کرده است (۵, ۲۳ , ۲۵). بنابراین با توجه به ماهیت کارکردهای علمی و آموزشی دانشگاهها و از سوی دیگر، موانع و دشواری های که دیوان سالاری متمرکز حکومت مرکزی برای پیشبرد اهداف دانشگاه پدید می‌آوردند، ضرورت استقلال دانشگاهها را پیش تر از پیش، ایجاب می‌کرد. همچنین می‌توان پیچیدگی، وجود تعارض در عناصر نظام سلامت، مداخلات سیاسی و همچنین زمینه های اجتماعی و فرهنگی و برهم کنش میان آنها را ذکر کرد، که فرآیند سیاست گذاری را با مشکل روبرو کرده است. در طول سالهای گذشته، توجه به نابرابری های اجتماعی در بهره‌گیری از خدمات بهداشتی - درمانی افزایش یافته است و نیاز به اصلاحات در بخش بهداشت و درمان وجود دارد. جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵۸ در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در میان نظام سلامت دنیا نشان از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت می باشد (۱۵). در حالی که در بسیاری از کشورها انتخاب رئیس موسسه، ارزش‌یابی و حمایت از برنامه‌های پیشنهادی، برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، حکم‌رانی و ارزیابی موسسه جز نقش‌های اصلی هیأت امنای دانشگاه در رسیدن به اهداف مشخص شده هستند و اما در ایران به علت عدم مرزبندی روشن بین اختیارات و مسئولیت های وزارت‌خانه و هیأت امنا، نقش هر کدام مشخص نیست و این در حالی است که طبق قوانین جاری کشور، مهم‌ترین رکن دانشگاه در تحقق ماموریت‌ها، هیأت امناست (۱۶). بر اساس گزارش

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

عملکرد هیأت امنا دانشگاههای علوم پزشکی نشان می‌دهد که از چهارده مقوله در تمام ۲۶ سال در کل دانشگاه ها، چهار مقوله: وصول درآمدهای اختصاصی و مصرف آن(۲۹,۳ درصد)، بررسی و پیشنهاد بودجه و تصویب بودجه تفصیلی (۱۷,۹درصد)، تعیین نحوه اداره واحدهای تولیدی، خدماتی، کارگاهی و بهداشتی-درمانی (۱۷,۸ درصد) بیشترین مصوبات هیأت امناء به خود اختصاص داده اند، که جای تامل دارد و نیاز است با پایش مداوم کارکرد های هیأت امنا و ارزیابی علمی و صحیح، اصلاحات لازم انجام گردد. همچنین این هیأت ها در فرآیند تصمیم‌گیری خود بیشتر بر موضوعات خرد مدیریتی و عملیاتی تمرکز کرده‌اند و کمتر به موضوعات استراتژیک و حیاتی می‌پردازند (۷). بنابراین با ارزیابی درونی و بیرونی کارکرد هیأت‌امنا، زمینه تقویت تلاشهای اعضا در جهت بهبود و توسعه مدیریت دانشگاه ها علوم پزشکی، را به وجود اورد. به هر حال ارزیابی این سیاست به دلایل متعددی مانند عدم تعریف اهداف، سختی سنجش تأثیرات اجرای این سیاست در دستیابی به اهداف مخصوصا هنگامی که داده ها بی کیفیت و ناکامل هستند یا در دسترس نیستند، نبود یک سیستم نظارتی و ارزشیابی سخت و مشکل است (۳).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تحلیل سیاستگذاری هیأت امنایی کردن دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمینه بهداشت و درمان انجام گرفت، که عوامل مختلفی در فرآیند این سیاست دخیل بوده است و ما مطابق چارچوب مثلث تحلیل سیاست این عوامل را در چهار دسته نقش آفرینان، محتوا، زمینه و فرآیند تقسیم بندی نمودیم. آنچه که نتایج مطالعات نشان می دهند که اداره هیأت امنایی شیوهای مناسب و مؤثر برای راهبری دانشگاهها می باشد، چرا که هیچ یک از نخبگان و متخصصان حتی به طور تلویحی یا ضمنی منکر اهمیت و ضرورت اداره هیأت امنایی در دانشگاهها نبوده اند (۲۲). با این همه، کارکرد و وظایف هیأت‌های امناء در سایر نظام های دانشگاهی به ویژه در مقایسه با کارکرد این هیأت‌ها در نظام آموزش ایالات متحده نشان میدهد که کارکرد و اختیارات هیات های امناء در دانشگاههای ایران ضعیف و حداقلی است، که در جهت ارتقای اثربخشی و بهره وری، کارکردها و اختیارات هیات های امنای دانشگاههای علوم پزشکی به خصوص در زمینه سیاستهای بهداشت و درمان باید افزایش یابد (۲۴ , ۲۳). اگر چه بر اساس بند (ب) ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه، بدون آنکه در خصوص ساختار هیأت امناء بحثی را مطرح نماید، در مورد اعطای استقلال سخن به میان آورده است، اما در عمل نتایج مطالعات نشان میدهد که علیرغم برخورداری از برخی اختیارات قانونی، نظام اداره هیأت امنایی به علت عدم استقلال با مشکلات ذیل مواجه است: وزیر هسته مرکزی همه ابتکارات و مصوبات هیأت امناست، به دلیل سطح اختیارات و ناآشنایی با وظایف و نقشها، هیأت امناء پاسخگوی عملکرد دانشگاه و رئیس دانشگاه در زمینه سلامت نیستند (۵).

با توجه به مقایسه قوانین مصوب پیشین مربوط به هیأت امنای دانشگا ها با قوانین فعلی، میتوان به یک نکته کلی و عمده اشاره کرد که در گذشته هیأت های امنا دارای وظایف و اختیارات گسترده تری بودند و در بسیاری موارد به صورت مستقل عمل می کردند؛ اما هرچه از عمر این هیأتها گذشت، علیرغم نیازهای روزافزون و متنوع جامعه، از یک سو و مسئولیت خطیر دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی برای پاسخگویی به این نیازها به خصوص در زمینه سلامت، همواره از میزان اختیارات و مسئولیت های هیأتهای امنا کاسته شده است. این امر، به خصوص پس از انقلاب اسلامی همواره تشدید شده است. بنابراین برای رسیدن به پیش بینی های مربوط به برنامه های توسعه، در گرو عملکرد هیأت های امناء دانشگاه ها با تکیه بر وضعیت اعضاء هیأت علمی، نحوه مدیریت و چگونگی تأمین و هزینه کردن منابع مالی دانشگاه ها است، ولی آنگونه که در عملکرد هیأت امناء بر می آید، برای رسیدن به اهداف، تردید جدی وجود دارد (۲۵).

با بررسی اجمالی اغلب یا همه هیأت های امنای دانشگاه های علوم پزشکی، مشخص است که سیاست و وظایف هیأت امنای، از قبل توسط وزارتخانه مربوطه تهیه و فقط در هیأت امنای دانشگاه ها به امضا می رسد و هیأت امناء دانشگاه عملاً هیچ اختیاری برای تصمیم گیری و سیاستگذاری ندارد و تمرکز اصلی هیأت امناها، فقط بخشی از اختیارات قانونی آنها است و آنها از ظرفیت های کامل و مراجع قانونی خود استفاده نمی کنند (۲۶ , ۲۵). ارزیابی پنج دوره کارکرد های هیأت امنا نشان می دهد که بیشترین کارکردهای هیأت امنا به ترتیب مربوط به مقوله های نحوه عملکرد درامدهای اختصاصی و مصرف آن، تعیین نحوه اداره واحدهای تولیدی، خدماتی، کارگاهی و بهداشی-درمانی و بررسی و پیشنهاد بودجه و تصویب بودجیه تفصیلی موسسه بوده است و مشخص می‌نماید که انجام ماموریتهای اصلی هیأتهای امناء محدود به امور اداری و مالی می شود و متناظر با ماموریت دانشگاهها در رسیدن به به اهداف اساسی نظام سلامت نیست (۱۰ , ۷).

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

دانشگاه در ایران تا قبل انحلال هیأت امنا در سال ۱۳۵۷، از نظر امور مالی و معاملاتی اختیارات گسترده ای داشتند، طوری‌که معاملات آنها، خارج از شمول مقررات قانون محاسبات عمومی و آیین نامه معاملات دولتی و سایر قوانین و مقررات مربوط به مؤسسات دولتی بودند و بودجه آنها نیز به عنوان «کمک» در بودجه کل کشور منظور می‌شد و اما بر اساس قانون بودجه سال ۱۳۵۷ شورای انقلاب، همه دانشگاهها و موسسات اموزش عالی تابع قوانین عمومی کشور شدند و اعتبارات بودجه این مؤسسات نیز از صورت «کمک» خارج شدند و در ردیف اعتبارات بودجه سایر وزارتخانه ها و ادارات دولتی قرار گرفت و در این میان هیأت امنا فقط نقش پیشنهاد دهنده بودجه موسسات مربوطه بر عهده دارد و سازمان برنامه و بودجه در این زمینه نقش تعیین کننده دارد (۲۸). اگر چه در احکام دائمی این منابع دوباره به عنوان کمک شناخته شدند، ولی همچنان سایر دستگاههای اجرایی نقش تعیین کنند در تخصیص منابع در دانشگاه ها دارند.

از طرفی تولیت سلامت جامعه، ذیل دانشگاههای علوم پزشکی است، هیأت های امناء می بایست با اخد سیاست های مناسب نسبت به حل مسائل و نیازهای حوزه ی مهم و حساس سلامت در هر منطقه جغرافیایی قدم بردارد، ولی با دقت در کم و کیف وظایف محوله، تقریباً فاقد اختیارات راهبردی و سیاست گذاری است و برای ایفای رسالت ها و مسئولیت های خطیر هیأت های امنا کفایت نمی کند. عدم کفایت اختیارات و تعریف نشدن صریح وظایف و مسئولیت‌های هیأتهای امنا می‌تواند کیفیت عملکرد این هیأت‌ها را قویاً تحت الشعاع خود داشته باشد. بنابراین یکی از وظایف هیأت امنا، با جلب ذینفعان داخل و خارج دانشگاهها، شکاف بین سیاست های سلامت با نیاز های جامعه حذف کند (۷).

اگر چه جذب منابع مالی، تصمیم گیری و سیاست گذاری از موضوعات اصلی در بحث هیأت امنایی کردن دانشگاهها است و اما از مهم ترین دلایل عدم رسیدن به اهداف مورد نظر هیأت امناء دانشگاه علوم پزشکی را می توان عدم جلب مشارکت متخصصان، خبرگان و ذینفعان در تصمیم گیری، برنامه ریزی و سیاستگذاری در زمینه بهداشت و درمان دانست. همچنین ضعف هماهنگی سیاستهای آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات، ضعف در نظام تصمیم گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، ضعف مستندسازی و اطلاع رسانی در زمینه سیاستهای مصوب از سایر عوامل دیگر می باشد (۵) . ارتباط و تعامل هیأت امناء با دانشگاه و عملکرد و فعالیتهای آن کم است و اعضای آن به کم و کیف فعالیتهای دانشگاه اشراف ندارند، ضرورت افزایش اختیارات، وظایف و سطح پاسخگویی هیأت امناء، ضرورت رهاسازی امور روزمره و ورود هیأت امناء به امور راهبردی و سرنوشت ساز دانشگاه، استفاده نکردن هیأت امناء از برخی ظرفیتهای قانونی، وضعیت مبهم چگونگی نظارت دولت بر دانشگاه و مصوبات هیأت امناء، عدم تبین جایگاه قانونی هیأت امناء، عدم پیش بینی کمیته حقوقی تطبیق مصوبات هیأت امناء، وظیفه مبهم سایر دستگاهها در خصوص مصوبات خارج از قلمرو اعطایی هیأت امناء، ناکارآمدی ترکیب هیأت امناء و روش انتخاب اعضا، تخصص و انگیزش آنها برای ایفای نقش تعیین کننده است (۵ , ۲۶ , ۲۸) و با تدوین برنامه آموزشی در بدو ورود اعضا و استقرار مکانیزم‌های پاسخ‌گویی و دور بودن مدیریت محیط های علمی از تغییر و تحولات جناحی و سیاسی به اهداف چشم انداز سلامت دست یافت.

بر اساس قانون، متولی سلامت مردم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح ملی و دانشگاههای علوم پزشکی در استانها می باشند و دستاورد مورد انتظار از عملکرد دانشگاهها، بهبود عادلانه شاخصهای سلامت در سطح پیامد و اثر است؛ فلسفه وجودی ها هیأت امنا نیز آن است که از حصول این دستاورد در کنار دو عامل ادغام یافته، پشتیبانی در تدارک خدمات سلامت توسعه و ارتقای آموزش و پژوهش علوم پزشکی اطمینان حاصل گردد؛ اما اغلب مصوبات هیأت مربوط به تصمیمات مالی معاملاتی می‌باشد و کمترین تمرکز برای حصول اطمینان از عملکرد دانشگاه در ارتقای سلامت استان و بهبود شاخص های سلامت وجود دارد (۲۸).

در مطالعه حاضر مدارک و شواهد موجود در زمینه سیاست های بهداشت و درمانی هیأت امنا دانشگاه علوم پزشکی مورد تحلیل و نکات زیر جهت ارتقاء کیفی و کمی عملکرد هیأتهای امناء از مالی و معاملاتی به سیاست‌گذاری و نظارت بر اهداف دانشگاه، پیشنهاد می گردد:

۱- بازنگری در وظایف و اختیارات هیأت‌های امنای دانشگاهها علوم پزشکی به عنوان اصلی‌ترین و مهم‌ترین مراکز تحول‌آفرین حوزه‌ی سلامت، در شورای عالی انقلاب فرهنگی با تاکید بر امر ذاتی هیأتهای امناء یعنی سیاست گذاری و شفاف‌سازی دقیق وظایف و افزایش اختیارات در حوزه سلامت.

۲- اصلاح فرآیند انتخاب یا انتصاب اعضای هیأت امنای دانشگاه و موسسات آموزش عالی توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی با تاکید بر معیارهای

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

شایســـته گزینی.
۳- بازطراحـی ارتبـاط دقیـق و ارگانیـک وزارت بهداشـت، درمان و آمـــوزش پزشـــکی بـــا دانشـــگاه‌ها براســـاس شفاف‌ســـازی و مرزبنـــدی نقش‌هـــا.
۴- قانونی‌شـــدن شـــیوه‌ی پاســـخ‌گویی هیأت امنـــا بـــه مراجـــع ذی‌صـلاح، مـردم و دانشـگاهیان.
۵- طراحی ساز و کاری جهت ارزیابی درونی و بیرونی از عملکرد سالانه هیأت های امناء و ایجاد فضای رقابتی بین آنها.
۶- نشاندار یا استناد کردن هر مصوبه بر اساس وظایف و اختیارات قانونی هیأت امنای دانشگاهها و طراحی سامانه های قابل دسترس و گزارش‌گیری مبتنی بر وظایف و اختیارات هیأت‌های امناء و ثبت مصوبات هر صورتجلسه توسط کارشناس آموزش دیده دبیرخانه های دانشگاه ها از شروع تاسیس موسسه تا آخرین صورتجلسه و تداوم آن و نظارت رئیس موسسه بر آن (۵).

سلامت یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های جوامع بشری است. چرا که از نگاه بسیاری از نخبگان سلامت، توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی با محوریت انسان سالم قابل تحقق می باشد. از طرفی بر اساس قوانین کشور، مهم ترین رکن دانشگاه علوم پزشکی در دستیابی به ماموریت ها، هیأت امنا است. بنابراین می توان با بازنگری وظایف و افزایش اختیارات هیأت های امناء دانشگاهها در شورای عالی انقلاب فرهنگی با تاکید بر امر ذاتی هیأت های امناء یعنی سیاستگذاری و نظارت برحسن اجرای سیاست ها، فاصله زیاد دانشگاه پزشکی کشور با دانشگاه برتر دنیا که فاصله قابل توجهی است، را جبران کرد و همچنین با استفاده از اعضا با تجربه، وقت گذار و با انگیزه، منتظر یک تحول جدی در جهت استقلال دانشگاه ها با مشارکت همه ذینفعان در رفع نیاز های جامعه با استفاده از روش های علمی باشیم و با بهره گیری از نقطه نظرات ذینفعان در فرایند سیاستگذاری و تعریف اولویتهای سلامت درجهت دستیابی به اهداف چشم انداز ۲۰ ساله کشور حرکت کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تمامی اصول اخلاق پژوهش در این مقاله رعایت شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی، روش شناسی، تحقیق و بررسی، ویراستاری و نهایی سازی نوشته: تمامی نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

1. Shiyani M, Rashidian A, Mohammadi A. A study of the challenges of family physician implementation in Iran health system. Hakim Research Journal. 2016;18(4):264-74.

2. Pourreza A, Sharifi M, Mahmoudi M, Vedadhir A, Fayaz-Bakhsh A. Factors affecting implementation of the policy of reducing public share of health spending in Iran: a qualitative study. Hakim Research Journal. 2015;18(2):171-81.

3. Aminloo H. Collection of laws and regulations related to trusteeship boards of medical sciences and health services of Iran and affiliated organizations. ed r, editor. Tehran: Publication of the Ministry of Health and Medical Education; 2016 2016. 24-7 p.

۴. ذاکرصالحی. مطالعه تطبیقی ساختارمدیریت ورهبری دانشگاهی: مطالعه موردی هیأتهای امنا. مجله آموزش عالی ایران. ۲۰۱۶;۸(۳):۷۹-۱۱۰.

5. Azargashb E, Hamidreza Arasteh Hamidreza Arasteh H, Sabaghian Z, Towfighi J. An Evaluation of boards of trustees' functions in public universities affiliated to ministry of science, research, and technology (1991-2006). Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education. 2008;13(4):1-20.

6. Jalahi H, Khorasani A, Yamani douzi Sorkhabi M, Moosazadeh M. Function of Board of Trustees in Iranian State Medical Sciences Universities during Five Periods (1991 to 2016). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018;28(164):102-

7. Sajadi HS, Maleki M, Ravaghi H, Farzan H, Aminlou H, Hadi M. Evaluation of board performance in Iran's universities of medical sciences. International Journal of Health Policy and Management. 2014;3(5):235.

8. Wietecha M, Lipstein SH, Rabkin MT. Governance of the academic health center: striking the balance between service and scholarship. Acad Med. 2009;84(2):170-6.

9. Gheleji H. Difference in policy analysis with the evaluation of policy and similar concepts [cited 2017 Dec 17].

10. Coveney J. Analyzing public health policy: three approaches. Health Promotion Practice. 2010;11(4):515-21.

11. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-hill education (UK); 2012.

12. Doshmangir L, Ravaghi H. Theories and models of policy-making for doing health policy analysis. Hakim Research Journal. 2015;18(1):68-82.

۱۳. قاراخانی. دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ش). فصلنامه علوم اجتماعی. ۲۰۱۳;۲۰(۶۱):۲۱۱-۵۴.

۱۴. دماری بهزاد، رهبری مریم، وثوق عباس، امیرلو امیر. بررسی چالش ها و

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]

۲۲. قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۴ –۱۳۸۹ ، سازمان برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی، اجتماعی و انتشارات.

۲۳. دماری بهزاد، رهبری بناب مریم، امیرلو حسن، وثوق مقدم عباس. بررسی ها چالش و راهکارهای ارتقای عملکرد هیات های امنای دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم(۱۳۹۳):(۲)۱۷، ۹۵–۸۸.

۲۴. ضیائی بیگدلی محمدرضا. استقلال دانشگاهها ،خصیصه ذاتی یک دانشگاه سرآمد.(همایش ملی استقلال دانشگاه ها: چالشها و راهبردها) ۱۳۹۵ : تهران.

25. Kaskeh, S., & Mohebzadegan, Y. (2011). Strategic development of universities explanation of functional .32elements of board of trustees and trend analysis of function. Social Development and Welfare Planning, 2, 165-202.

26. Zargham N (1996). An Analysis of Duties and Authority of Boards of Trustees and Mechanisms of University Financing in Iran and Selected Countries. Report of the first seminar of boards of trustees of universities and higher education and research institutes. Scientific and Cultural Publications. Tehran

۲۷. شریعت بهاءالدین، تحلیلی بر عملکرد هیأت امنا در نظام آموزش عالی، فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی، شمارههای ۸ و ۷، تهران ۱۳۷۳.

28. Kaskeh S (2009). Assessment of the Performance of the Boards of trustees of Universities and Higher Education and Research Institutes under the Ministry of Science, Research and Technology. Parliament Research Center. Unpublished report. Tehran.

راهکارهای ارتقای عملکرد هیأت های امنای دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، Volume ۱۷:Issue ۲, ۲۰۱۴:۸۸ – ۹۵.

15 -Ghiasi S, Abbaspour A, Rahimian H, Gharib H, Nejad G. Content analysis of university board of trustees› approvals, with emphasis on the financial implications of approvals and scope; Case study of selected second level universities. Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education. 2022;27(4):83-110.

16. Jalahi H, Khorasani A, Yamani DSM. Promotion of the Board of Trustees of Universities of Medical Sciences in Iran from the Viewpoint of Experts. 2020.

۱۷. محمد شریف .مقدمه ای بر مدیریت مستقل در دانشگاهها (همایش ملی استقلال دانشگاه ها: چال شها و راهبردها) ۱۳۹۵ : تهران.

۱۸. آگاه وحید .مصوبه ۶۳۰ شورای عالی انقلاب فرهنگی و استقلال دانشگاه ها.(همایش ملی استقلال دانشگاه ها: چال شها و راهبردها) ۱۳۹۵ : تهران.

۱۹. بنایی اسکویی محمد. هیأت امنا و استقلال دانشگاه ۱ مجید بنایی اسکویی.

(همایش ملی استقلال دانشگاه ها: چال شها و راهبردها) ۱۳۹۵ : تهران.

۲۰. طریقت منفرد، محمدحسن؛ اخوان بهبهانی، علی؛ حسن زاده، علی. (۱۳۸۷)، اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)، تهران: مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش ها.

۲۱. دلاور علی. مدل های ارزشیابی در آموزش عالی و دانشگاه مستقل.(همایش ملی استقلال دانشگاه ها: چالشها و راهبردها) ۱۳۹۵ : تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-31]