

Depiction of Health

2017; 8(3): 134-144

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

HIV/AIDS Policy-Making in Iran: Part 2- from Formulation to Evaluation

Rahim Khodayari-Zarnaq*¹, Hamid Ravaghi², Leila Doshmangir¹

Article Info:

Article History:

Received: 2017/07/28

Accepted: 2017/10/05

Published: 2017/12/21

Keywords:

Policy Making

HIV/AIDS

Policy Analysis

Policy Formulation

Policy Implementation

Policy Evaluation

Abstract

Background and Objectives: Achieving an appropriate policy needs an in-depth and comprehensive understanding of policy-making process. This study aimed to analyze HIV/AIDS policy-making process in Iran.

Material and Methods: This is a qualitative/exploratory study. Data were collected through document review and semi-structured interview. Non-probability sampling was used for selecting documents and research participants. We used framework analysis approach assisted by MAXQDA for analyzing qualitative data.

Results: AIDS policy is formulated in two specific ways within national work group in the format of national strategic plan and drug damage reduction committee. The main problem of the policy process is fragmentation and lack of comprehensiveness. Country approach of the policy implementation is top-down. The main duty of country committee and its sub-committees facing with some challenges is generating interaction between the relevant organizations. Despite the specific structure of evaluation process, it suffers from challenges such as lack of required implementation power, lack of resource anticipation, weakness in systematic and comprehensiveness evaluation and not-enough cooperation among plan's stakeholders.

Conclusion: It is obvious that policy-making in this area is completely governmental and the role of non-governmental organizations and civil servants is neglected. It seems that reform in AIDS policy-making structure and process can solve most of the problems of implementation, monitoring and evaluation.

Citation: Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Doshmangir L. HIV/AIDS Policy-Making in Iran: Part 2- from Formulation to Evaluation. *Depiction of Health* 2017; 8(3): 134-144.

1. Tabriz Health Services Management Research Center, Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Email: rahimzarnagh@gmail.com)

2. Department of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



فرایند سیاست‌گذاری اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران: بخش دوم- از تدوین تا ارزشیابی سیاست و چالش‌های مرتبط

رحیم خدایاری زرنق*^۱، حمید رواقی^۲، لیلا دشمنگیر^۱

چکیده

زمینه و اهداف: لازمه دستیابی به یک سیاست مطلوب کسب درک درست و بینش صحیح در خصوص فرایند سیاست‌گذاری است. این مطالعه با هدف تحلیل فرایند سیاست‌گذاری ایدز (تدوین، اجرا و ارزشیابی) در ایران صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه ای کیفی و اکتشافی است که با بهره‌گیری از مرور مستندات و مصاحبه و در سال‌های ۹۴-۹۵ انجام شده است. انتخاب اسناد با روش نظام‌مند و افراد مطلع کلیدی با روش‌های غیر احتمالی صورت گرفت. با استفاده از راهنمای مصاحبه، تعداد ۳۲ مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی با کمک نرم افزار MAXQDA استفاده شد.

یافته‌ها: تدوین سیاست ایدز در دو مسیر مشخص کارگروه کشوری در قالب برنامه ملی استراتژیک و کمیته کاهش آسیب ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت می‌گیرد، اما بیشتر حالت جزیره‌ای داشته و هنوز به همگرایی مطلوبی نرسیده است. رویکرد کشور در اجرای سیاست‌ها از بالا به پایین است و وظیفه ارتقا تعامل بین سازمان‌های مختلف بر عهده کمیته کشوری و زیرکمیته‌های مربوطه و استانی است که با چالش‌هایی مواجه است. فرایند ارزشیابی نیز علیرغم داشتن ساختار مشخص از چالش‌هایی همچون نبود قدرت اجرایی لازم، عدم پیش‌بینی منابع، ضعف ارزشیابی سیستماتیک و همکاری ناکافی سازمان‌های شریک برنامه رنج می‌برد.

نتیجه‌گیری: سیاست‌گذاری کاملاً دولتی و نادیده گرفتن نقش جامعه مدنی و سمن‌ها در فرایند سیاست‌گذاری کاملاً مشهود است. به نظر می‌رسد اصلاح ساختار و فرایند سیاست‌گذاری ایدز می‌تواند بخش زیادی از مشکلات نظام اجرا، پایش و ارزشیابی را نیز مرتفع کند.

کلیدواژه‌ها: فرایند سیاست‌گذاری، اچ‌آی‌وی/ایدز، تحلیل سیاست، تدوین سیاست، اجرای سیاست، ارزشیابی سیاست

نحوه استناد به این مقاله: خدایاری زرنق، ر، رواقی ح، دشمنگیر ل. فرایند سیاست‌گذاری اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران: بخش دوم- از تدوین تا ارزشیابی سیاست و چالش‌های مرتبط. تصویر سلامت ۱۳۹۶؛ ۸(۳): ۱۳۴-۱۴۴.

۱. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: rahimzarnagh@gmail.com)

۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

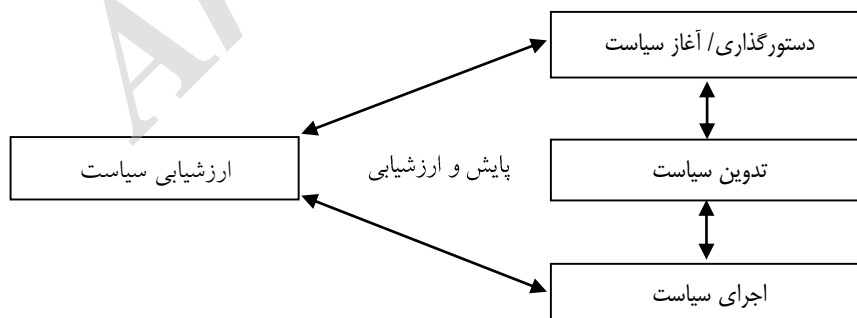
حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌نو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

نشان داد که چالش‌ها و خلأهای مهمی در سیاست‌گذاری ایدز در ایران وجود دارد که که از سال‌های اولیه درگیری کشور با ایدز وجود داشته و همچنان به قوت خود باقی است (۷). مطالعه مرادی و همکاران نیز نشان داد که در سیاست‌گذاری ایدز، فرایندهای اجرایی، طراحی سیاست‌های جدید و عملکرد سازمان‌ها در مبارزه با ایدز ضعف‌های تأثیرگذاری وجود دارد و لازم است سیاست‌های مطلوب تری در دستور کار قرار گیرند (۸). تحلیل فرایند سیاست‌گذاری ضمن این‌که به مشخص شدن نقاط ضعف و قوت، چالش‌ها و فرصت‌های سیاست‌گذاری کمک می‌کند، می‌تواند با ایجاد درک عمیق‌تر از فرایندهای پیچیده سیاست‌گذاری، به تقویت نقطه قوت و بهره‌برداری از فرصت‌ها و مدیریت مناسب چالش‌ها و نقاط ضعف کمک نماید. فرایند شکل‌گیری، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها در چارچوبی صورت می‌گیرد که هم نهادهای دولتی و هم غیردولتی در آن مشارکت دارند. لازمه دستیابی به یک سیاست مطلوب کسب درک درست و بینش صحیح در خصوص فرایند سیاست‌گذاری است (۹).

در مقاله پیشین که در همین مجله چاپ شد، مرحله اول فرایند سیاست‌گذاری یعنی چگونگی دستورگذاری ایدز مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. به طوری‌که با بهره‌گیری از مدل کینگدان، جریان مشکل ایدز، جریان سیاسی و جریان راه حل برای و فعل و انفعالات آن‌ها برای ورود موضوع چالشی ایدز به دستور کار سیاست‌گذاری دولت، تبیین شد (۱۰). حال در ادامه و در این مقاله با استفاده از مدل سنتی فرایند سیاست‌گذاری (شکل ۱)، مراحل بعدی این فرایند، یعنی تدوین و اتخاذ سیاست، اجرا و ارزشیابی سیاست مورد تحلیل قرار می‌گیرد. اما پیش از آن لازم است تا نگاهی اجمالی به ساختار سیاست‌گذاری ایدز در ایران بیندازیم.

آخرین آمارهای رسمی بیانگر ابتلای ۳۶ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر در سراسر جهان به ویروس اچ‌آی‌وی تا پایان سال ۲۰۱۶ می‌باشد که از این تعداد ۱ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر در همین سال (۲۰۱۶ میلادی) به این ویروس مبتلا شده‌اند (۱). در ایران نیز برآوردها حاکی از ابتلای ۷۳ هزار نفر به این ویروس است (۲). البته آخرین آمار رسمی وزارت بهداشت حاکی از شناسایی حدود ۳۵ هزار نفر مبتلا به ویروس تا پایان فروردین سال ۱۳۹۶ می‌باشد (۳). روندهای موجود در کشور، نشانگر افزایش تعداد مبتلایان از طریق جنسی، افزایش تعداد مبتلایان زن و جوانان ۱۵ تا ۳۴ ساله می‌باشد (۴). دولت ایران متعهد به کنترل بیماری ایدز در راستای ارتقای سطح سلامتی جامعه است. ساز و کار کشور بدین منظور تدوین و اجرای برنامه‌های استراتژیک ملی کنترل ایدز می‌باشد. در حال حاضر برنامه استراتژیک ملی پنجم ایدز (۱۳۹۴-۱۳۹۸) در کشور در حال اجراست. این برنامه در راستای اهداف جهانی تعیین شده برای کنترل ایدز از جمله هدف ۹۰-۹۰-۹۰ (شناسایی ۹۰ درصد مبتلایان، تحت درمان قرار گرفتن ۹۰ درصد شناسایی‌شدگان و کنترل بار ویروسی ۹۰ درصد افراد تحت درمان) تا سال ۲۰۲۰ و هدف پایان دادن به ایدز تا سال ۲۰۳۰ میلادی است (۵). مسأله مورد توجه چالش‌هایی است که کشور در راستای دستیابی به این برنامه‌ها با آن مواجه است. افزایش موارد ابتلا از طریق انتقال جنسی، روند افزایشی ابتلای زنان و جوانان، تغییر الگوهای مصرف و نوع مواد مخدر و تأثیر پر رنگ آن در ابتلا به ویروس و میزان پایین افراد ناقل شناسایی شده و درصد پایین‌تر افراد تحت پوشش درمان‌های ضد رتروویروسی از جمله این چالش‌هاست (۶). نتایج معدود مطالعاتی که در کشور از منظر سیاست‌گذاری به مقوله ایدز نظر افکنده‌اند، بیانگر ضعف‌های اساسی در سیاست‌گذاری‌ها و اجرای سیاست‌هاست. مطالعه خدایاری زرنق



شکل ۱. فرایند سیاست‌گذاری (۱۱)

و مسئولین وزارت بهداشت، سازمان انتقال خون، انستیتو پاستور و دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل گردید. وظایف اصلی این کمیته عبارت بودند از: سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، مدیریت،

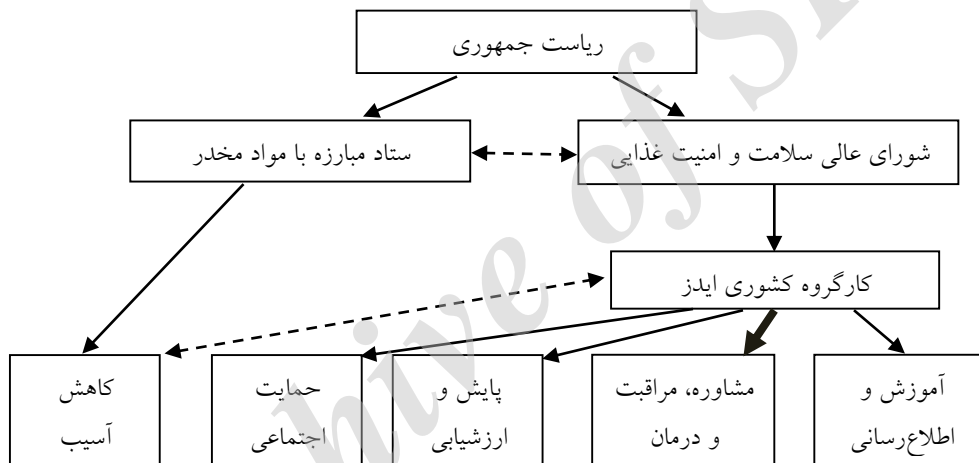
ساختار سیاست‌گذاری ایدز در ایران

بعد از بروز اولین موارد اچ‌آی‌وی در ایران، برای هماهنگی و مدیریت بین بخشی در سطح ملی کمیته فنی مرکب از نمایندگان

مانند کلیه شوراهای مشابهی که در عرصه سلامت سیاست‌گذاری می‌نمودند در این شورا ادغام گردید و کارگروه کشوری ایدز به عنوان زیر مجموعه شورای عالی سلامت در سطح کشور و کارگروه‌های استانی در مراکز استان‌ها به منظور ساماندهی امور و اجرایی کردن مصوبات شورای عالی سلامت فعالیت کردند. در سطح ملی زیرکمیته‌های پنج‌گانه شامل مراقبت و درمان، پایش و ارزشیابی، کاهش آسیب، حمایت اجتماعی و آموزش و اطلاع‌رسانی مسئولیت بررسی جنبه‌های فنی و پیش‌بینی راه‌کارهایی مداخلاتی را به عهده داشتند (۱۲).

این ساختار همچنان به این شکل وجود دارد با این تفاوت که زیرکمیته کاهش آسیب زیر نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر فعالیت می‌کند و به جز کمیته مراقبت و درمان بقیه کمیته‌ها فعالیت چندان منظمی ندارند (شکل ۲).

نظارت و ارزشیابی، آموزش و هدایت فعالیت‌های مربوط به برنامه‌های کنترل ایدز (۱۲). به تدریج نهادهای مختلفی به همکاری با این کمیته پرداختند. تشکیلات این شورا در سال ۱۳۸۱ مورد بازبینی قرار گرفت و با تصویب آئین‌نامه آن در هیئت دولت در سال ۱۳۸۲ جایگاه قانونی یافت و "شورای عالی برنامه‌ریزی پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز و کنترل آن" نامیده شد. مطابق آئین‌نامه کارگروه کشوری به عنوان زیرمجموعه شورا در سطح کشور و کارگروه استانی در مراکز استان‌ها برای ساماندهی امور و اجرایی کردن مصوبات شورا تشکیل شدند. مسئولیت اصلی هماهنگی برنامه کشوری با این کارگروه کشوری بود که دارای ۵ زیرکمیته فنی شامل؛ آموزش و اطلاع‌رسانی، پایش و ارزشیابی، کاهش آسیب، مشاوره و مراقبت و درمان و حمایت اجتماعی بود (۱۳). در سال ۱۳۸۵ شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل گردید و شورای عالی برنامه‌ریزی پیشگیری و کنترل ایدز هم



شکل ۲. ساختار سیاست‌گذاری ایدز در ایران (پژوهشگران)

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای کیفی و اکتشافی است که با بهره‌گیری از مرور مستندات و مصاحبه انجام شده است.

روش اسنادی (مرور مستندات) به عنوان روش کیفی برای تقویت سایر روش کیفی (مصاحبه) در این مطالعه انتخاب گردید. در استفاده از این روش به صورت نظام مند آن دسته از اسنادی که شامل اطلاعات درباره موضوع‌هایی بود که قصد مطالعه آن‌ها را داشتیم، گردآوری و مورد تحلیل قرار گرفت (۱۴). در گردآوری مستندات سیاستی مرتبط از جمله آئین‌نامه‌ها، مقررات مصوب دولتی، اعلامیه تعهد سازمان ملل و گزارش‌های بین‌المللی مرتبط به صورت هدفمند از پایگاه‌های داده‌ای سازمان‌های مختلف مانند وزارت بهداشت و مجلس شورای اسلامی استخراج گردید.

با بهره‌گیری از معیارهای اسکات (تعیین اصالت، تعیین اعتبار، نمایندگی، معنی‌دار بودن) مستندات مورد غربالگری قرار گرفت. با بهره‌گیری از یافته‌های مرور مستندات و مطالعه اولیه انجام شده و نظرات تیم پژوهش راهنمای مصاحبه طراحی گردید. قبل از آغاز مصاحبه اصلی، مصاحبه‌ای با سه نفر از صاحب‌نظران انجام و راهنمای مصاحبه نیمه ساختارمند تعدیل و سپس نهایی گردید. برای انجام مصاحبه مصاحبه‌شوندگان به با بهره‌گیری از روش‌های غیراحتمالی (هدفمند و گلوله برفی) از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت رفاه و سازمان بهزیستی، وزارت کشور، سازمان انتقال خون، سازمان بهزیستی، سازمان زندان‌ها، سازمان صدا و سیما و

نمی‌شود. یکی از سیاست‌گذاران حوزه وزارت بهداشت در این رابطه می‌گوید:

” زیرکمیته‌هایی که بعد از ادغام (شورای عالی ایدز در شورای عالی سلامت) مشخص شده معمولاً تشکیل می‌شوند ولی ممکن است مستمر و منظم تشکیل نشوند. دلیلش هم این است که جایی برای گزارش دادن وجود ندارد، قبلاً شورای عالی ایدز بود ولی الان شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای همه حوزه سلامت است و فرصتی برای بررسی بیشتر حوزه ایدز ندارد” م.ک. ۱

و یا یکی دیگر از سیاست‌گذاران حوزه وزارت بهداشت در این رابطه می‌گوید:

” کمیته‌های آموزش و اطلاع‌رسانی و حمایت اجتماعی همه زیرگروه‌های شورای عالی ایدز بود که با منحل شدن آن شورا آن‌ها هم تشکیل نشده‌اند. از کمیته‌های موجود فقط کمیته مراقبت و درمان اعضایش مشخص است و مرتب تشکیل جلسه می‌دهد چون پروتکل‌ها و رژیم‌های درمانی مرجعش نظر این کمیته می‌باشد” م.ک. ۳

مسئله دیگر عدم مشارکت سیاست‌گذاران و مدیران سطح عالی در تدوین برنامه استراتژیک است. به طوری که یکی از مدیران سازمان‌های دولتی در این رابطه گفت:

” برای نوشتن برنامه استراتژیک نیاز به مشارکت سیاست‌گذاران هست و مثل برنامه عملیاتی نیست که در سطح کارشناسان فنی باشد؛ بلکه باید مپ کردن ذینفعان و دیدن کانتکست و ... انجام شود تا برنامه عملی شود و حمایت سیاست‌گذار در طول اجرای برنامه وجود داشته باشد ولی سیاست‌گذاری بیشتر حالت ابلاغ دارد و نهایتاً ممکن است جلسه‌ای برای هماهنگی تشکیل شود” م.ک. ۲۳

نتایج مطالعه حاکی از این بود که معمولاً تدوین برنامه با مشارکت کارشناسان فنی سازمان‌ها صورت می‌گیرد و مدیران عالی و سیاست‌گذاران مشارکتی در تدوین برنامه ندارند. معایب این نوع تدوین برنامه، نداشتن ضمانت اجرایی قوی در مرحله بعدی (اجرا) و همچنین عدم صورت گرفتن حمایت‌طلبی لازم در مرحله تصمیم‌گیری برای جلب حمایت سیاست‌گذاران و نهادهای مختلف ذینفع بوده است.

اما مسیر دوم تدوین سیاست‌های ایدز نیز مربوط به حوزه کاهش آسیب است که بر اساس شکل ۲ توسط کمیته کاهش آسیب زیر نظر ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت می‌گیرد. چرا که در وهله اول مسأله اعتیاد را هدف قرار داده است. این کمیته اعضای از وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد و اعضای هیأت علمی و متخصصان وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور دارد. تدوین کلیه سیاست‌های مربوط به حوزه اعتیاد و برنامه‌های کاهش آسیب در تمامی سطوح بر عهده این کمیته است. البته مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر در این

ستاد مبارزه با مواد مخدر انتخاب شدند. مصاحبه‌ها در محل کار مصاحبه‌شوندگان در بازه زمانی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه انجام گرفت. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ای ادامه یافت و به ۳۲ نفر ختم گردید.

متون پیاده شده در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت و پس از تأیید و اخذ نظرات مجدد آن‌ها وارد مرحله تحلیل گردید. برای تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل چارچوب و طی پنج گام آن (آشنا شدن، تدوین چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جدول و نگاشت و تفسیر) انجام گردید (۱۵). مراحل فرایند سیاست‌گذاری (تدوین، اجرا و ارزشیابی) اجزای چارچوب مفهومی مطالعه را تشکیل می‌داد.

یافته‌ها

بر اساس شکل شماره ۱ فرایند سیاست‌گذاری شامل ۴ مرحله دستورگذاری، تدوین سیاست، اجرا و ارزشیابی سیاست است که در این قسمت، نتایج پژوهش به ترتیب مراحل ۲ تا ۴ تشریح می‌شود.

فرایند تدوین و اتخاذ سیاست ایدز

همچنان که در شکل شماره ۲ مشخص است، تدوین و اتخاذ سیاست ایدز در دو مسیر مشخص صورت می‌گیرد: کارگروه کشوری ایدز و کمیته کاهش آسیب ستاد مبارزه با مواد مخدر. کارگروه کشوری ایدز وظیفه تدوین سیاست‌ها در قالب برنامه ملی استراتژیک را بر عهده دارد و آن را به شورای عالی سلامت ارائه می‌دهد تا تصویب و ابلاغ گردد. مراحل تدوین سیاست در کارگروه کشوری ایدز به شرح زیر است:

- ۱- تشکیل جلسات کارشناسی بین کارشناسان فنی نهادهای مختلف شریک برنامه برای تدوین اولیه اهداف و برنامه‌ها
 - ۲- آماده کردن سیاست‌ها در قالب برنامه ملی کشوری و ارائه به دبیرخانه کارگروه در وزارت بهداشت
 - ۳- آماده کردن نسخه نهایی برنامه ملی کشوری و گرفتن بازخورد از دستگاه‌های شریک توسط دبیرخانه
 - ۴- ارائه نسخه نهایی به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
 - ۵- بررسی، تصویب برنامه توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و ابلاغ توسط معاون رئیس‌جمهور
- انجام این مراحل چند ماه قبل از پایان برنامه جاری شروع می‌شود و نهایتاً به تدوین برنامه جدید می‌انجامد. اما بر اساس یافته‌های پژوهش نقیص و کمبودهایی در انجام این مراحل تدوین سیاست وجود دارد:

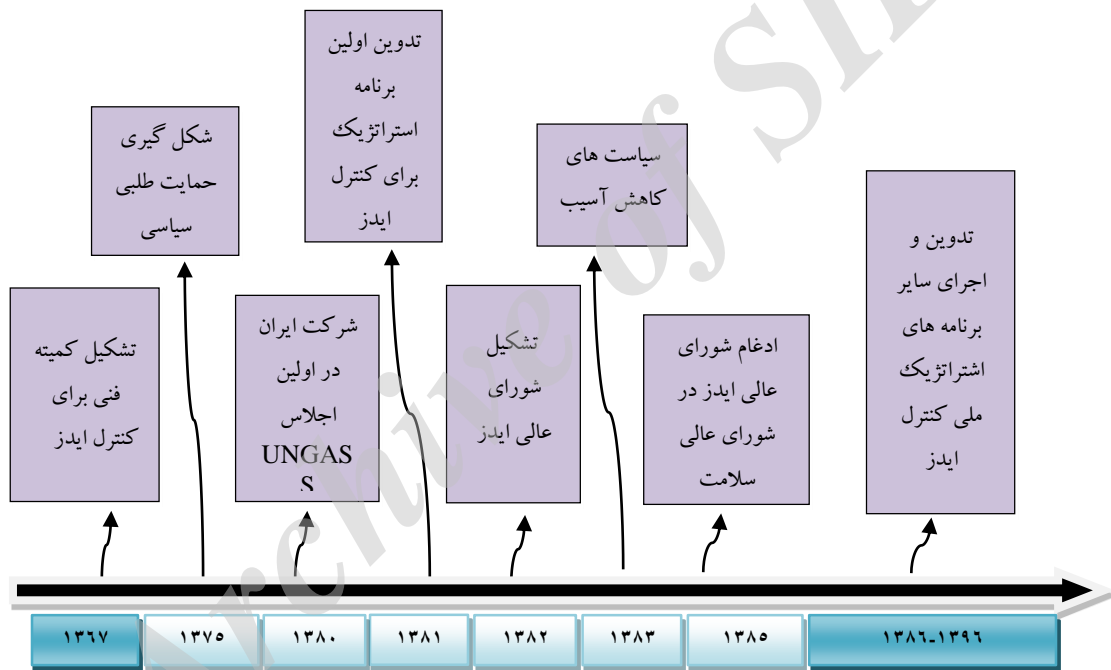
اولین مسأله این است که معمولاً کارگروه و زیرگروه‌های مربوطه جلسات منظمی برای تدوین اولیه اهداف و برنامه‌ها ندارند و یا حتی در برخی زمینه‌ها عملاً کمیته‌های مربوطه تشکیل

مثال سازمان بهزیستی، سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش و سازمان انتقال خون علاوه بر مشارکت در کارگروه کشوری ایدز یا برنامه CCM یوان. ایدز خود نیز رأساً اقدام به تدوین سیاست‌هایی در حوزه داخلی خود می‌کنند و برخی اهداف خاص خود را تعقیب می‌کنند. البته عمدتاً این افراد هماهنگ با استراتژی‌های برنامه ملی کشوری (NSP) است، اما در جزئیات و نحوه اجرا و یا تأکید بر بعضی حوزه‌های خاص تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند.

در نهایت به اعتقاد برخی از افراد مطلع کلیدی و ذینفعان، تدوین سیاست‌های ایدز در ایران بیشتر حالت جزیره‌ای دارد و هنوز به همگرایی و هماهنگی مطلوبی نرسیده است. شکل شماره ۳ شکل‌گیری فرایند سیاست‌گذاری ایدز در ایران را از بعد زمانی نشان می‌دهد:

کمیته حضور ندارد و دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به عنوان نماینده وزارت بهداشت در آن حضور دارد.

اما به جز این دو مسیر مشخص موارد دیگری نیز وجود دارد که سیاست‌هایی را برای ایدز در ایران تدوین می‌کنند. کمیته سازوکار هماهنگی کشوری Country Coordinating Mechanism (CCM) که تحت نظر یوان. ایدز فعالیت می‌کند، جلساتی را برای ارائه منابع مالی به سازمان‌های مختلف در قبال تدوین و اجرای برنامه‌های مدنظر سازمان ملل برگزار می‌کند. یوان. ایدز که وظیفه هماهنگی ۱۱ آژانس و سازمان مختلف زیر نظر سازمان ملل، از جمله سازمان سلامت جهانی را در حوزه ایدز بر عهده دارد از طریق CCM، منابع جهانی را در اختیار سازمان‌های مختلف در کشور قرار می‌دهد و برنامه‌های مدنظر سازمان ملل را از این راه تعقیب می‌کند. علاوه بر این بعضی سازمان‌ها و ارگان‌ها نیز برنامه‌های مجزای خود را دارند. به عنوان



شکل ۳. سیر تاریخی سیاست‌گذاری اچ‌آی‌وی ایدز در ایران (پژوهشگران)

بخش خصوصی و جامعه مدنی به عهده کمیته کشوری و زیرکمیته‌های مربوطه و کمیته‌های استانی است. اما فرایندهای اجرایی علی‌رغم تصویب در برنامه و ابلاغ به سازمان‌ها با چالش‌های مهم اجرایی روبروست. اولین چالش عدم وجود ساختاری در سطح ملی برای هماهنگی ارائه خدمات اچ‌آی‌وی توسط سازمان‌های جامعه مدنی است. به عبارت دیگر قدرت اجرایی نهادهای شدهای برای اجرای سیاست‌ها وجود ندارد. هرچند اداره ایدز وزارت بهداشت این وظیفه را بر عهده دارد، لیکن قدرت لازم به این اداره داده نشده و ظرفیت‌های مورد نیاز

اجرای سیاست ایدز در ایران

برنامه کشوری ایدز، برای استراتژی‌های تدوین شده اهداف کوتاه‌مدت و سالانه در نظر گرفته است. بر مبنای اهداف کوتاه‌مدت وظایف اجرایی نهادها و ارگان‌ها نیز در رابطه با اهداف مشخص شده و در قالب برنامه کشوری به سازمان‌های ذیربط ابلاغ شده است. بنابراین رویکرد کشور در اجرای سیاست‌ها رویکرد «از بالا به پایین» می‌باشد. وظیفه ارتقا تعامل بین سازمان‌ها و نهادهای مختلف از جمله دولت، افراد مبتلا،

باشد، وجود نداشت. احتمالاً دستگاه‌های ذیربط فعالیت‌های پایش را مستقل انجام داده بودند که عمدتاً این پایش‌ها مقطعی و ناکافی و غیر فراگیر بوده است. سازوکاری نیز برای اطمینان از ارسال گزارش‌های عملکرد دستگاه‌ها به کمیته کشوری وجود نداشت. واحدی برای اجرای پایش و ارزشیابی در سطح ملی وجود نداشته و آموزش‌های مدون در این خصوص در سطح ملی و استانی اجرا نشده بود. اما با تشکیل کمیته‌ای تحت عنوان کمیته پایش و ارزشیابی، تا حدودی این مشکلات برطرف شد.

کمیته پایش و ارزشیابی پیرو تصویب آئین‌نامه شورای عالی برنامه‌ریزی کشوری پیشگیری از عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز در هیأت دولت، در سال ۱۳۸۲ تشکیل شد و اعضای این کمیته عمدتاً از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بودند و سایر بخش‌های مرتبط با کنترل ایدز در آن حضور نداشتند. اما تا سال ۱۳۸۵ این کمیته فعالیت خاصی انجام نداده بود. در سال ۱۳۸۵ این کمیته برای هدایت و اجرای برنامه پایش و ارزشیابی در سطح ملی با ۱۴ عضو و دبیری یکی از کارشناسان اداره کنترل ایدز مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت مجدداً شکل گرفت. در سال ۱۳۸۶ استراتژی پایش و ارزشیابی در برنامه استراتژیک کشوری لحاظ گردید و برنامه عمل هم برای آن تدوین شد. در همان سال با تلاش برای تغییر ساختار این کمیته نمایندگانی از سازمان زندان‌ها، سازمان بهزیستی، جمعیت هلال احمر و سازمان انتقال خون هم به عضویت آن درآمدند.

کمیته مذکور دارای زیرگروه‌های فنی در سه سطح بوده است: "گروه کاری" متشکل از ۶-۴ نفر از کارشناسان و صاحب‌نظرانی است که از نظر فنی پیش‌نویس‌های مورد نیاز برای برنامه پایش و ارزشیابی را تهیه می‌کنند. "گروه فنی" متشکل از کارشناسان فنی سازمان‌های همکار برنامه و اعضای گروه کاری است که پیش‌نویس‌های تهیه شده توسط گروه کاری را مورد ارزیابی قرار داده و با امکانات اجرایی و نیازهای سازمان‌های خود تطبیق می‌دهند و "هسته اصلی کمیته پایش و ارزشیابی" که نهاد اصلی سیاست‌گذاری در برنامه پایش و ارزشیابی است که متشکل از مدیران رده بالای سازمان‌های شریک برنامه بوده و پیش‌نویس‌ها و گزارش‌های تهیه شده در حیطه‌های مختلف توسط گروه‌های فنی را ارزیابی کرده و مورد تصویب نهایی قرار می‌دهد.

هدف اصلی این کمیته در سطوح ملی و استانی، تدوین پروتکل و تعیین شاخص‌های اصلی و جزئی، نحوه محاسبه و اندازه‌گیری شاخص‌ها و روند اجرا و جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل و انتشار آن‌ها در سطح کشور می‌باشد. تعیین وضعیت همه‌گیری و چگونگی پاسخ ملی از دیگر فعالیت‌های اصلی است که از طریق راه‌اندازی نظام جامع مراقبت نسل دوم اچ‌آی‌وی در کشور صورت می‌گیرد. اجزای این نظام شامل؛ نظام گزارش‌دهی روتین، گزارش موارد تحت درمان داروهای ضد رتروویروسی، پایگاه‌های دیده‌ور، نظام مراقبت زیستی-رفتاری و نظام مراقبت‌های آمیزشی می‌باشد.

برای این کار ایجاد نشده است. در این رابطه یکی از مدیران عالی سطح وزارت بهداشت می‌گوید:

"درسته که برنامه استراتژیک ملی توسط معاون رئیس جمهور ابلاغ شده ولی واقعا اون ضمانت اجرایی لازم را ندارد. به نظر من حمایت‌های لازم از اداره ایدز برای اجرای کامل برنامه‌ها صورت نمی‌گیرد." م.ک.۲

علاوه بر ضمانت اجرایی چالش مهم دیگر اجرای سیاست‌ها کمبود منابع مالی یا عدم تخصیص کافی منابع مالی است. یکی از مدیران میانی شاغل در سازمان بهزیستی می‌گوید:

".... برنامه اول و دوم (منظور برنامه‌های استراتژیک ملی ایدز است) فقط روی کاغذ نوشته شد و به سازمان‌ها داده شد، برنامه سوم با امضای معاون رئیس جمهور ابلاغ شد ولی برنامه ای که پولی برای آن تخصیص نیابد چگونه اجرایی شود؟! " م.ک.۷
یکی دیگر از مدیران شاغل در یکی از نهادهای دولتی می‌گوید:

"همیشه در برنامه‌ها (استراتژیک ایدز) درگیر ابهام در تخصیص منابع و نامشخص بودن تأمین منابع مالی بوده ایم. در برنامه چهارم هم همین مسائل مطرح است درحالی‌که برنامه باید با منابع مشخص ابلاغ و سپس از دستگاه ذیربط بازخواست شود. نه اینکه بگویند خودتان منابع لازم را تأمین کنید." م.ک.۲۹

در مجموع علاوه بر چالش نبود ساختار قدرتمند برای هدایت برنامه‌های اجرا و عدم پیش‌بینی منابع مالی کافی مستقل از منابع مالی خود سازمان‌ها برای اجرای برنامه‌ها مشکلات دیگری اجرایی از جمله؛ کمبود منابع انسانی آموزش دیده، کمبود جا و مکان، عدم توزیع متقارن امکانات و تجهیزات و همپوشانی و تداخل وظایف مجریان، از مواردی است که به کرات توسط افراد مطلع کلیدی مختلف به عنوان چالش‌های اجرای سیاست‌های ایدز در کشور مطرح شد. چالش‌های بیان شده در بالا به خوبی بیانگر این مسئله است که چرا فرایند اجرا علی‌رغم رویکرد بالا به پایین، نتوانسته است به خوبی شکل گرفته و به ثمر برسد. البته باید گفت که مدیران میانی و افراد سیاست‌گذار بیشتر به چالش‌های فرادستی (ضمانت اجرا، منابع مالی) و افراد حوزه صف و کارشناسان نیز بیشتر چالش‌های اجرایی مستتر در امور صنفی را مورد تأکید قرار دادند.

ارزشیابی سیاست ایدز در ایران

تا زمان تدوین اولین برنامه استراتژیک کشوری ایدز در سال ۱۳۸۱، سازوکار مشخصی برای ارزشیابی سیاست‌های ایدز در کشور وجود نداشته است. ارزشیابی‌ها عمدتاً منفرد، شخصی و سازمانی، مقطعی، محدود و با اهداف کوتاه مدت و سازمانی بوده و ساختار و نظام مشخصی برای آن وجود نداشته است. در برنامه اول چند استراتژی پایش و ارزشیابی لحاظ شده بود، اما برنامه‌ای مدون که تمام فعالیت‌های دستگاه‌های ذیربط را در سطح کشور مورد پایش و ارزشیابی قرار دهد و بودجه‌های مشخص داشته

یکی از مسئولین ستاد مبارزه با مواد مخدر هم این مشکل را در سطح دستگاه‌هایی که در رابطه با معضل اعتیاد کار می‌کنند، مطرح می‌کند:

“در اکثر سازمان‌ها نظام مشخصی برای برنامه‌های ارزشیابی وجود ندارد. اگر نظامی هم وجود داشته باشد خیلی پایدار و منظم نیست و با تغییر و تحولات مدیریتی دچار تغییر و تحول می‌شود” م.ک. ۱۵

عدم انجام ارزشیابی‌های مستمر هم مشکل دیگری است که وجود دارد که در حقیقت ناشی از همان موارد مطرح شده در رابطه با منحل شدن شورای عالی ایدز و نبود امکانات و منابع لازم بوده است، یکی از مدیران میانی در سطح وزارت بهداشت در این باره می‌گوید:

“چیزی که الان نیاز هست اینه که برنامه‌ها مرتب پایش و ارزشیابی شود تا مشخص بشود که چه اثرگذاری در کنترل ایدز در کشور داشته‌اند، ولی در حال حاضر چنین نظم و نظامی وجود نداره” م.ک. ۲۸

نبود ارزشیابی‌های مورد نیاز در برخی حوزه‌ها و به تبع آن کمبود اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مشکل دیگری است که معمولاً وجود دارد:

“در رابطه با برخی از اهداف برنامه ملی استراتژیک ایدز، یک پیمایش ملی قابل اتکا وجود ندارد و در بعضی گروه‌های پرخطر مثل همجنس‌بازان یا کودکان آمار قابل استناد وجود ندارد” م.ک. ۱۹

و نهایتاً این که همکاری سازمان‌ها و نهادهای مختلف همکار در فرایند ارزشیابی چندان مناسب شکل نمی‌گیرد. به عنوان مثال اداره‌های ایدز و اعتیاد در وزارت بهداشت سیستم مشخصی برای انجام ارزشیابی سیستماتیک مشترک در این دو حوزه که از مشترکات فراوانی برخوردارند، ندارند:

“در زمینه پایش برنامه‌ها در حوزه‌های مشترک همکاری بین اداره ایدز و اداره اعتیاد وجود ندارد و فقط اطلاعات مربوط به برخی شاخص‌ها از سوی اداره ایدز مطالبه می‌شود” م.ک. ۴
مجموع این چالش‌ها و مشکلات در نظام ارزشیابی سیاست‌های ایدز در ایران در جدول شماره ۱ نشان داده شده است:

نظام ارزشیابی سیاست‌گذاری ایدز نیز علیرغم طراحی ساختار مشخص و هدف‌گذاری صورت گرفته از چالش‌هایی رنج می‌برد:

اولین چالش مهم، نبود قدرت لازم برای انجام فرایند ارزشیابی علیرغم وجود ساختار و تعریف فرایندهای لازم است. یکی از دلایل این مشکل، ضعف کلی است که در تمام سطوح و ساختارهای مرتبط با ایدز در کشور وجود دارد. کما این که در زمینه تدوین و اجرا نیز این مشکل پابرجاست. دلیل دیگر عدم فعالیت مناسب کمیته پایش و ارزشیابی مخصوصاً بعد از منحل شدن شورای عالی ایدز است. یکی از مسئولین مرتبط در این باره می‌گوید:

“در بحث ارزشیابی قبلاً یک کمیته ای بود که برنامه‌ریزی‌هایی داشت و این کار را انجام می‌داد ولی الان این کمیته خیلی فعال نیست. دلیلش این است که این کمیته برای انجام کار نیاز به هماهنگی‌هایی داشت که عملاً این هماهنگی‌ها به وجود نیامد” م.ک. ۳

دلایل این ناهماهنگی‌ها بر اساس نظرات افراد مطلع کلیدی عمدتاً مربوط به منحل شدن شورای عالی ایدز، از دستور کار خارج شدن ضمنی موضوع ایدز از سیاست‌های کلان نظام سلامت و عدم پیش‌بینی منابع و تمهیدات لازم برای فعالیت همه‌جانبه کمیته مذکور بوده است. یکی از عوارض اصلی این اتفاق، نبود نظام ارزشیابی سیستماتیک در حوزه ایدز و حوزه‌های مرتبط دیگر است و یا تأکید بیش از حد بر ارزشیابی داده‌محور است:

“ارزشیابی‌ها به معنی واقعی کلمه در حوزه اعتیاد و ایدز اتفاق نمی‌افتد و سیستماتیک و منظم پیش نمی‌رود” م.ک. ۲۲
نبود این نوع از نظام ارزشیابی حتی در ارزشیابی داخلی سازمان‌ها و نهادهای مختلف مشهود است. به عنوان مثال یکی از مسئولین مرتبط در سازمان زندان‌ها در این باره می‌گوید:
“ما در زندان ارزشیابی سیستماتیکی که جامع باشد نداریم، بیشتر پایش از طریق بازدیدهای سرزده اتفاق می‌افتد و بخشی هم از طریق گزارش‌هایی است که برای ما می‌فرستند که البته بیشتر این گزارش‌ها داده محورند تا ستانده محور و نتیجه‌گرا” م.ک. ۱۲

جدول ۱. چالش‌ها و مشکلات نظام ارزشیابی سیاست‌های ایدز در ایران

نبود قدرت اجرایی لازم برای انجام درست و کامل فرایند ارزشیابی
تأثیر بازدارنده منحل شدن شورای عالی ایدز در اجرای درست فرایند ارزشیابی
تأثیر بازدارنده از دستور کار خارج شدن ضمنی موضوع ایدز از سیاست‌های کلان نظام سلامت
عدم پیش‌بینی منابع و امکانات لازم برای فعالیت نظام ارزشیابی
عدم انجام ارزشیابی در بعضی حوزه‌های حساس
نبود ارزشیابی سیستماتیک، منظم و تأکید بر ارزشیابی‌های داده محور
وابسته بودن نظام‌های و برنامه‌های ارزشیابی بر تغییر و تحولات مدیریتی
همکاری ناکافی سازمان‌های همکار در فرایند ارزشیابی

بحث

این مطالعه با هدف تحلیل فرایند سیاست‌گذاری ایدز (تدوین، اجرا و ارزشیابی) در ایران و در ادامه تحلیل فرایند دستورگذاری ایدز (۱۰) صورت گرفت. مهم‌ترین آسیبی که از همان ابتدای تشکیل ساختار سیاست‌گذاری ایدز در کشور به چشم می‌خورد نگاه کاملاً دولتی به فرایند سیاست‌گذاری بود. این وضعیت و عدم دخالت بخش غیردولتی در سیاست‌گذاری‌ها مشکلی است که همواره در کشور وجود داشته است (۸ و ۴). اما عمر این شورا چندان طولانی نبود و سه سال بعد و یک سال پس از تغییر دولت، در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ادغام شد. شورای جدید بار تمام مشکلات سلامت کشور را به دوش می‌کشید و با توجه به این‌که کم‌کم ایدز نیز در سیاست‌گذاری کلان کشور به حاشیه رانده می‌شد (۷)، عملاً فرایند تدوین سیاست ایدز در ایران به شدت کم‌رنگ شده و محدود به تصویب برنامه ملی ایدز هر ۵ سال یکبار در شورای عالی سلامت شده است (۱۶).

البته بخشی از سیاست‌ها نیز که مربوط به برنامه‌های کاهش آسیب است در قالب کمیته کاهش آسیب ستاد مبارزه با مواد مخدر که زیر نظر رئیس جمهور و با دبیری وزیر کشور اداره می‌شود، صورت می‌گیرد (۱۷). چنین دوگانگی در سیاست‌گذاری‌ها در کمتر کشوری وجود دارد. به عنوان مثال در برزیل و پاکستان توسط وزارت بهداشت و تانزانیا، اوکراین و ویتنام توسط کمیته‌ای زیر نظر نخست‌وزیر یا هیأت وزیران، تولید اچ‌آی‌وی/ایدز و آسیب‌های مرتبط را بر عهده دارند. در ویتنام کمیته ملی پیشگیری و کنترل ایدز، مواد مخدر و فاحشگی وجود دارد تا نگاه جامع و سیاست‌های یکدستی در قبال این معضلات داشته باشند (۱۸). در ایران شرایط به شدت پیچیده است. تولید ایدز با وزارت بهداشت است (۱۶). تولید اعتیاد با ستاد مبارزه با مواد مخدر است (۱۷). و در خصوص تن‌فروشی وزارتخانه‌های رفاه و امور اجتماعی و وزارت کشور بخش‌هایی از کار را بر عهده دارند (۱۹). این تشتت و پیچیدگی در سیاست‌گذاری نتیجه‌ای جز نامشخص بودن سیاست‌ها و فرایندهای اجرا و ارزشیابی، فقدان برنامه‌ریزی بلندمدت و هدفمند و عدم کارایی اقدامات و فعالیت‌ها را به همراه ندارد. از سوی دیگر بخش بزرگ غیردولتی هیچ نقشی در سیاست‌گذاری در هیچ یک از حوزه‌های مذکور ندارد. وجود برخی از مشکلات نگرشی و سیاسی (عدم اعتماد به سمن‌ها در سیاست‌گذاری و تمرکزگرایی شدید)، عدم پیش‌بینی تهیمیدات قانونی و تعریف نکردن ساختارها و مجراهای لازم برای مشارکت، دلایل اصلی این مساله به زعم پژوهشگران است.

در زمینه اجرای سیاست‌ها نیز تشتت موجود در تدوین و اتخاذ سیاست‌ها به حوزه اجرا منتقل شده و نتیجه‌ای جز اقدامات و برنامه‌های جزیره‌ای دستگاه‌های مختلف به همراه ندارد. مهم‌ترین مشکل قابل مشاهده، فقدان قدرت اجرایی نهادینه

شده‌ای برای اجرای سیاست‌هاست. در برنامه ملی استراتژیک ایدز علیرغم پیش‌بینی و تعریف اهداف جزئی و مشخص سازمان‌های همکار و ذینفع برای رسیدن به اهداف اساسی کشوری، سازوکار لازم برای هماهنگی اجرا، به نحوی که توان لازم برای اعمال نفوذ و بازخواست از دستگاه‌های مختلف را داشته باشد، پیش‌بینی نشده است (۲۰). مدل‌های تدوین و اجرای سیاست در سایر کشورهای دیگر حاکی از وجود ساختار قدرتمند فرادستی برای هماهنگی و پیگیری اجرای برنامه‌هاست. در ویتنام حزب حاکم از طریق کمیته‌های تخصصی خود و سپس از طریق مجلس ملی و در سطح دولت، دفتر نخست‌وزیری مسئول است (۱۸). در تانزانیا کمیسیون ملی ایدز زیر نظر عالی‌ترین مقام اجرایی کشور این کار را انجام می‌دهد، ضمن آنکه کمیته‌ای مرکب از نمایندگان مجلس، به طور مستقیم در این کمیته حضور دارند (۲۱ و ۲۲). در ایران هرچند شورای عالی سلامت و امنیت غذایی این وظایف را بر عهده دارد، ولی تاکنون نقش چندانی در اعمال این وظایف نداشته است. وزارت بهداشت خود رأساً به ایفای این نقش‌ها می‌پردازد که آن هم به دلیل وجود نداشتن قدرت لازم عملاً اثربخشی لازم را از خود نشان نمی‌دهد. در خصوص پایش و ارزشیابی سیاست‌ها در خصوص ایدز، تلاش‌های خوبی صورت گرفته است. کمیته پایش و ارزشیابی از اجزای اصلی نظام مدیریت کشوری ایدز بوده که برای نظام‌مند کردن فعالیت‌های ارزشیابی در کشور تشکیل شد. استراتژی پایش و ارزشیابی نیز توسط این کمیته در برنامه استراتژیک کشوری لحاظ شد تا با استفاده از نظام‌های داده‌ای، رصد و گزارش‌دهی موجود این کار را انجام دهد. اما نظام ارزشیابی از بعضی کمبودهای اطلاعاتی و نبود شواهد موردنیاز برای سیاست‌گذاری رنج می‌برد. برخی مطالعات صورت گرفته در کشور این مشکل را نشان داده و یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید کرده‌اند (۸ و ۲۳).

مشکل دیگر نظام ارزشیابی در ایران، نبود قدرت اجرایی لازم برای انجام درست و کامل فرایند ارزشیابی است. این مشکل ناشی از نبود ساختار قدرتمند برای تولید ایدز در کشور است که به نظام ارزشیابی نیز تسری پیدا کرده است. مساله دیگر این است که کمیته پایش و ارزشیابی مصوب شورای عالی پیشگیری از ایدز بوده و با منحل شدن آن شورا، تأثیرات منفی در کارکرد این کمیته نیز خود را نشان داده است. از دستور کار خارج شدن تدریجی موضوع اچ‌آی‌وی از سیاست‌های کلان کشور در حوزه سلامت نیز تأثیر منفی و بازدارنده دیگری بر روی کیفیت کار پایش و ارزشیابی سیاست‌های ایدز در کشور گذاشته که محسوس و قابل مشاهده است (۷).

در مقایسه نظام ارزشیابی ایدز در ایران با کشورهای دیگر چند نکته قابل تأمل است. نخست اینکه نظام ارزشیابی در ایران به مانند کشورهایی چون پاکستان و تانزانیا (۲۲ و ۲۴) ضعف‌های جدی در وجود برخی داده‌ها برای سیاست‌گذاری دارد که تأثیر منفی بر ارزشیابی نهایی سیاست‌ها می‌گذارد که گاه ارزشیابی

دسترسی سخت به گروه‌های در معرض خطر بالا و پوشش پایین برنامه‌های پیشگیری و نبود شواهد محکم و کافی برای سیاست‌گذاری، نیاز به تغییر رویکرد و مشارکت فعال بخش عظیم غیردولتی و جوامع مدنی را در فرایند سیاست‌گذاری ایجاب می‌کند.

لازم است در مواجهه با اچ‌آی‌وی/ایدز تمرکززدایی لازم در سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌ها هم در سطح کشور به استان‌ها و هم مراکز ارائه دهنده خدمات، صورت گیرد. همچنین باید مدل و ساختار سیاست‌گذاری ایدز در ایران با هدف یکپارچه‌سازی مبارزه با ایدز و معضلات مشابه اجتماعی اصلاح شود. پیشنهاد می‌شود شورایی فرا قوه‌ای با مشارکت اعضای قوای سه‌گانه، مجمع تشخیص مصلحت نظام و نهادهای زیر نظر رهبری تشکیل شده و تولید یکپارچه معضلات اجتماعی (که ایدز نیز در قابل آنهاست) را در دستور کار خود قرار دهند. همچنین با تفکیک وظایف اصلی در قبال مبارزه با ایدز، شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما تولید آموزش و اطلاع‌رسانی در خصوص ایدز؛ وزارت رفاه تولید برنامه‌های حمایتی از مبتلایان؛ وزارت بهداشت تولید بهداشت، مراقبت و درمان؛ سازمان بهزیستی تولید موارد مربوط به کاهش آسیب و کمیته‌ای زیر نظر همه این دستگاه‌ها و نهادها مدیریت وظایف مربوط به پایش و ارزشیابی اقدامات را بر عهده بگیرند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل بخشی از یک مطالعه بزرگتر تحت عنوان تحلیل سیاست‌گذاری ایدز در ایران می‌باشد که با مجوز شماره ۸۹۲۱۵۵۷۰۰۲ به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش در وزارت متبوع رسیده است.

تضاد منافع

نویسندگان ذکر کرده‌اند که در خصوص این مطالعه هیچ تعارض منافی ندارند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از یک مطالعه بزرگتر تحت عنوان «تحلیل سیاست‌گذاری بیماری اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران» می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران و کمک‌های معنوی اداره ایدز وابسته به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت و مرکز ملی تحقیقات ایدز ایران انجام پذیرفته است.

یک سیاست در زمینه خاص را غیرممکن می‌سازد. مسأله دیگر این است که اگر در فرایند تدوین سیاست‌ها نقشی هرچند کم‌رنگ برای بخش غیردولتی در نظر گرفته شده، در نظام ارزشیابی چنین چیزی اصلاً به چشم نمی‌خورد. و نهایتاً آنچه که مشخص است تأثیر پر قدرت ساختار و فرایند تعریف شده سیاست‌گذاری در بر نظام ارزشیابی می‌باشد. مثلاً در پاکستان (۲۴) این نظام به تبعیت از ساختار غیرمتمرکز سیاست‌گذاری، غیرمتمرکز است، یا در ویتنام به تبعیت از ساختار تک‌حزبی و تمرکزگرای فرایند سیاست‌گذاری، نظام ارزشیابی نیز به صورت کاملاً متمرکز و از بالا به پایین کنترل می‌شود (۱۸). در برزیل نیز مشارکت گسترده بخش غیردولتی در سیاست‌گذاری‌ها در نظام ارزشیابی نیز نمود پیدا کرده است. به تعبیری دیگر اصلاح ساختار و فرایند سیاست‌گذاری ایدز و رفع نواقص آن، می‌تواند بخش زیادی از مشکلات نظام پایش و ارزشیابی را نیز به صورت خود به خود رفع کند.

نتیجه گیری

فرایند سیاست‌گذاری کاملاً دولتی و نادیده گرفته شدن و یا نقش منفعلانه جوامع مدنی و سازمان‌های مردم‌نهاد در فرایند سیاست‌گذاری در کشور کاملاً مشهود است. تشتت و پیچیدگی موجود در سیاست‌گذاری نیز نتیجه‌ای جز نامشخص بودن سیاست‌ها و فرایندهای اجرا و ارزشیابی، فقدان برنامه‌ریزی بلندمدت اثربخش و هدفمند و عدم کارایی اقدامات و فعالیت‌ها را به همراه نداشته است. به نظر می‌رسد اصلاح ساختار و فرایند سیاست‌گذاری ایدز و رفع نواقص آن، می‌تواند بخش زیادی از مشکلات نظام اجرا و پایش و ارزشیابی را نیز به صورت خود به خود رفع کند.

توصیه‌های سیاستی

بخش دولتی در تشخیص مشکلات و تدوین سیاست‌های کلی برای مواجهه با ایدز، موفق بوده است. اما در زمینه ابداع روش‌ها و برنامه‌های مبتکرانه برای جامه عمل پوشاندن به سیاست‌ها چندان موفق نبوده است. لازم است از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های بخش عظیم غیردولتی در قالب سازمان‌های خصوصی، سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های جوامع مدنی، در این زمینه، بخصوص در حوزه‌های تشخیصی، پیشگیری و آموزشی بیشتر استفاده شود و تفویض قانونی، ساختارمند و پایدار اختیارات به آن‌ها داده شود. وزارت بهداشت در حوزه ایدز باید از نگاه درمانگرانه پرهیز کند و کاملاً رویکردی پیشگیری محور را در مواجهه با آن در پیش بگیرد. چالش‌های مهمی همچون

References

1. Mahy M, Brown T, Stover J, et al. Producing HIV estimates: from global advocacy to country planning and impact measurement. *Glob Health Action*. 2017; 10(sup1): p. 1291-169. doi: 10.1080/16549716.2017.1291169. PMID: 28532304
2. Jamshidi Makiani M, Hossiny- Rad M, Khanaliha K, et al. Prevalence of HIV Infection among Individuals Referred to Consult Center of Behavior Diseases, West Health Center in Tehran, Iran. *Infection, Epidemiology and Microbiology*. 2017; 3(2): 56-9. doi:10.18869/modares.iem.3.2.56
3. UNAIDS. Latest statistics of AIDS prevalence in Iran. 2017. Available at: www.unaids.org/en/regionscountries/countries/islamicrepuplicofiran. Access date: 2017/9/11).
4. Ministry of Health., Iran UNGASS Report. 2015, Ministry of Health: Tehran. p. 1-85.
5. World Health Organization, Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. 2015.
6. Khodayari-Zarnaq R., HIV/AIDS policy analysis in Iran, in Health services management [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences; 2015.
7. Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mohammad Mosaddeghrad A, Sedaghat A, Mohraz M. HIV/AIDS policy agenda setting in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30: 392. PMID:27579283
8. Moradi G, Mohraz M, Gouya MM, et al. The view of point and perspective of policy makers about HIV/AIDS control policies in Iran-a qualitative study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014; 12(2): 11-22.
9. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*. 2008; 23(5):308-17. doi:10.1093/heapol/czn024 PMID:PMC2515406
10. Khodayari Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad A, et al. HIV/AIDS Policy Making Process in Iran: Analysis of HIV/AIDS Agenda Setting Based on Kingdon's Framework. *Depiction of Health*. 2016; 7(3): 1-14.
11. Fafard P. Evidence and healthy public policy: Insights from health and political sciences. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy 2008.
12. Ministry of Health, Iran UNGASS report. 2016: Tehran.
13. Ministry of Health, The Supreme Council for HIV/AIDS Prevention Planning (SCHAPP) act. 2003, Islamic Parliament Research Center Of The Islamic Republic Of IRAN Tehran.
14. Bailey K. *Methods of social research*. 4th ed. London : Collier Macmillan, c2008
15. Ritchie J, Lewis J. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Second ed. California: 2013
16. Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad A M, Mobasser K. Analyzing the Role of Religion and Religious Institutions in Policymaking on AIDS in Iran. *J Res Relig Health*. 2017; 3(4): 89- 102
17. Saberi Zafarghandi MB, Jadidi M, Khalili N. Iran's Activities on Prevention, Treatment and Harm Reduction of Drug Abuse. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*. 2015; 4(4): e22863. doi:10.5812/ijhrba.22863 PMID:PMC4744908
18. Nguyen Ha P, Pharris A, Huong NT, Chuc NT, Brugha R, Thorson A. The evolution of HIV policy in Vietnam: from punitive control measures to a more rights-based approach. *Global health action*. 2010; 3. doi:10.3402/gha.v3i0.4625 PMID:20824159
19. Montazeri A, Riazi-Isfahani S, Damari B. How to integrate social care services into primary health care? An experience from Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30: 408. PMID:PMC5038997
20. Ministry of Health, 3rd Strategic Plan of AIDS Control in Iran. 2011, MOH: Tehran.
21. Hunsmann M. Limits to evidence-based health policymaking: policy hurdles to structural HIV prevention in Tanzania. *Social science & medicine* (1982). 2012; 74(10): 1477-85. doi:10.1016/j.socscimed.2012.01.023 PMID:22445763
22. Morgan R, Green A, Boesten J. Aligning faith-based and national HIV/AIDS prevention responses? Factors influencing the HIV/AIDS prevention policy process and response of faith-based NGOs in Tanzania. *Health Policy Plan*. 2014; 29(3): 313-22. doi:10.1093/heapol/czt018 PMID:23543222
23. Feizzadeh A, Nedjat S, Asghari S, et al. Evidence-based approach to HIV/AIDS policy and research prioritization in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 2010; 16(3): 259-65. PMID:20795438
24. Ilyas M, Asad S, Ali L, et al. A situational analysis of HIV and AIDS in Pakistan. *Virology Journal*. 2011; 8: 191 doi:10.1186/1743-422X-8-191 PMID:PMC3107810