

ارزیابی فرایند اولویت‌گذاری بر اساس چارچوب پاسخگویی برای منطقی بودن در دانشگاه علوم پزشکی کرمان*

نادیا ارومیه‌ای^۱، سعید میرزایی^۲، سجاد خسروی^۳، محمود نکویی مقدم^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به محدودیت منابع و نیازهای نامحدود به خصوص در زمینه خدمات بهداشتی و درمانی و نقش مهم بهداشت و درمان در سلامت افراد جامعه مسأله تخصیص منابع محدود به نیازهای نامحدود در حوزه خیر بهداشت و درمان حائز اهمیت می‌باشد. از همین رو این مطالعه با هدف ارزیابی اولویت‌گذاری بر اساس چارچوب پاسخگویی برای منطقی بودن در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفته تا فرایند اولویت‌گذاری را مورد شناسایی قرار دهد.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی است که از طریق مصاحبه با ۱۸ نفر از صاحب‌نظران سلامت در خصوص تخصیص منابع دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۶ ماه اول سال ۱۳۹۱ صورت گرفته است. برای انجام پژوهش چارچوب استاندارد Daniels & Subin مورد استفاده قرار گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. جهت قابلیت انتقال یافته‌ها سعی گردید نمونه غیر متجانسی از افراد درگیر در خصوص تقسیم بودجه در معاونت‌ها استفاده شود. جهت اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری متن نسخه‌برداری شد و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به استادان مشارکت‌کننده در این پژوهش ارایه گردید و پیشنهادهای اصلاحی و نظرات ایشان اعمال شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس روش تحلیل چارچوبی صورت گرفته است.

یافته‌ها: طی این مطالعه ۴ کد اصلی شامل شفافیت، منطقی بودن، کنترل و نظارت، بازنگری و ۹ کد فرعی شامل قابل پیش‌بینی بودن، ابهام، منطقی بودن، عدم توزیع منطقی، دو طرفه بودن، یک طرفه بودن، تناسب میان ساز و کار و منابع، وجود تجدیدن نظر، عدم وجود سازوکار می‌باشند.

نتیجه‌گیری: فرایند اولویت‌گذاری در دانشگاه علوم پزشکی کرمان بر اساس چارچوب دانلیز و ساین از منظر اندکی برخوردار است. تصمیم‌گیری بدون بهره‌گیری از روش‌های دقیق و مشخص اندازه‌گیری هزینه‌ها و منافع مداخلات مختلف و مبتنی ساختن تصمیم‌گیری‌ها بر نتایج این بررسی‌ها، منجر به استفاده بهینه از منابع محدود نخواهد گردید.

واژه‌های کلیدی: اولویت‌های بهداشتی؛ منطقی بودن؛ تخصیص منابع؛ دانشگاه‌ها

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۱

اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۲۸

دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۲۶

ارجاع: ارومیه‌ای نادیا، میرزایی سعید، خسروی سجاد، نکویی مقدم محمود. ارزیابی فرایند اولویت‌گذاری بر اساس چارچوب پاسخگویی برای منطقی بودن در دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۴): ۴۷۴-۴۸۴.

*این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد.

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران (نویسنده مسؤل)
Email: n_oomiei@yahoo.com
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
- ۳- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
- ۴- استاد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

زیر متوسط و با جمعیتی بالغ بر ۷۰ میلیون نفر است. هزینه کلی نظام سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۶ حدود ۷/۸ بوده است، در همین سال، هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت ۵۵/۸ درصد هزینه‌های کلی سلامت کشور و سهم پرداختی از جیب نیز ۴۱/۹ درصد، گزارش شده است (۱۴،۱۵). در سطح ملی، تمام تصمیمات مربوط به حاکمیت، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها به صورت متمرکز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اتخاذ می‌شود. در سطح استانی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسوول ارائه خدمات سلامت، پایش فعالیت‌های بخش خصوصی و همچنین آموزش و پژوهش در پزشکی و علوم بهداشتی می‌باشند (۱۶). بررسی قوانین و مستندات مرتبط با نظام سلامت در ایران، قوانین مصوب و اقدامات انجام شده زیر را نشان می‌دهد: در بندهای ۲ و ۶ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در سال ۱۳۶۷ خورشیدی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است، به ترتیب بر اولویت داشتن مراقبت‌های بهداشتی اولیه و رفع نیاز اقرار محروم و نیازمند تاکید شده است. مطالعه بار بیماری‌ها در کشور که در سال ۱۳۸۲ خورشیدی توسط وزارت بهداشت، در ۲۲ استان به انجام رسیده است، اقدام دیگری است که در راستای شناسایی مهمترین نیازهای سلامت کشور انجام شده است. این مطالعه نشان داد که عملکرد شبکه بهداشت و درمان کشور موجب شده است که بیماری‌های عفونی و انگلی به عنوان یکی از علت‌های اصلی مرگ و میر در سال‌های گذشته کنترل شوند و از این رو اولویت کشور نیز تغییر کرده است (۱۵). با توجه به گوناگونی روش‌های مورد استفاده برای اولویت‌گذاری و دشواری شناسایی بهترین روش انجام این کار ارزیابی رسمی تر فرایندهای اولویت بندی، یک چارچوب اخلاقی توسط Daniels و Subin ایجاد شده است که «پاسخ‌گویی معقول» نامیده می‌شود تاکید اصلی بر روی تصمیماتی نیست که باید گرفته شود بلکه بر روی فرایندی است که از طریق آن باید تصمیمات گرفته شوند. اولویت‌بندی

مقدمه

اولویت‌گذاری را می‌توان توزیع کالاها و خدمات بین برنامه‌ها یا افراد تعریف کرد (۱). اولویت‌گذاری تعیین کننده پایداری هر نظام سلامت می‌باشد و این امر در مورد تمامی نظام‌های سلامت و با هر نوع نظام تامین مالی صادق می‌باشد و به یکی از چالش‌های سیاست‌گذاران در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته تبدیل شده است (۲-۴). اولویت‌گذاری که به معنی توزیع منابع بین نیازها و تقاضاهای گوناگون، می‌باشد (۵) یکی از مهم‌ترین وظایف در برنامه‌ریزی سلامت است که دولت‌ها در تلاش برای بهبود توزیع منابع مراقبت‌های سلامت با آن مواجه می‌باشند (۶) و این امر در تمامی سطوح هر نظام سلامت به وقوع می‌پیوندد، نظیر بیمارستان‌ها، دولت، برنامه‌های بالینی و... (۷). در بالاترین سطح، دولت تصمیماتی در زمینه دادن اولویت بیشتر به خدمات سلامت به نسبت سایر خدمات عمومی در بودجه سالانه خود اتخاذ می‌نماید و در پایین‌ترین سطح نیز متخصصین بالینی و دیگر کارکنان بخش سلامت، برای درمان بیماران، اولویت‌هایی را در زمینه این که کدام بیمار درمان شود، اتخاذ می‌کنند (۸). اولویت‌گذاری در ارتباط با انتخاب بر مبنای محدودیت‌های منابع می‌باشد، این انتخاب نه تنها در ارتباط با آن چیزی است که باید انجام دهیم، بلکه در ارتباط با چیزهایی است که نباید انجام بدهیم (۹). اولویت‌گذاری چالش مربوط به تمامی کشورها اعم از توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد، چالش کشورهای توسعه یافته به علت سالمند شدن جمعیت، پیشرفت تکنولوژی‌های گران قیمت پزشکی و تقاضای روزافزون افراد جامعه به علت افزایش سطح آگاهی‌ها می‌باشد (۱۰، ۱۱). از سوی دیگر کشورهای در حال توسعه با چالشی روزافزون از منظر شکاف روز افزون بین نیازهای سلامت و منابع موجود برای رفع آن نیازها مواجه می‌باشند (۱۲). عدم توازن بین منابع و تقاضا برای خدمات از مشکلات نظام سلامت ایران نیز می‌باشد و مقامات وزارت بهداشت نیز از ضرورت وضع اولویت‌ها مطابق با منابع محدود آگاهی یافته‌اند (۱۳). ایران کشوری با درآمد

روند فعلی با چارچوب Subin و Daniels بوده است. بر این اساس از روش نمونه‌گیری هدفمند با معیارهای، کارکنان واحدها با حداقل ۳ سال سابقه کار، مسؤولان معاونت‌ها که حداقل یک سال در سمت معاون فعالیت کرده‌اند، مسؤولان واحد بودجه که حداقل ۶ ماه در این واحد مشغول کار بودند علاقه‌مندی به شرکت در پژوهش استفاده شد. ۱۰ صاحب‌نظر بر اساس معیارهای تعیین شده شناسایی گردید و در مرحله بعد با استفاده از روش گلوله برفی ۸ صاحب‌نظر دیگر معرفی گردیدند برای جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه استفاده شد و مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختار یافته انجام شد. به منظور مراقبت از اطلاعات، تمامی مصاحبه‌ها ضبط شدند. پس از اخذ مجوزهای لازم، ضمن معرفی پژوهشگر به مشارکت‌کنندگان و توضیح در مورد پژوهش و اطمینان از محرمانگی کلیه موارد ضبط شده، مصاحبه‌ها انجام شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۱۰ تا ۱۲۰ دقیقه بود که با موافقت مصاحبه‌شوندگان تنظیم گردید. در پایان هر مصاحبه، بارها مطالب ضبط شده شنیده و به طور دقیق برگردان شد و پس از تجزیه و تحلیل، جهت اطمینان از صحت تفسیر و برداشت پژوهشگر از اظهارات مصاحبه‌شوندگان، بار دیگر به ایشان مراجعه و صحت تفسیرها با نظر آن‌ها بررسی گردید و در صورت مغایرت، تغییرات لازم انجام شد. سپس در صورت نیاز جهت تکمیل یافته‌ها، مصاحبه‌های بعدی نیز به عمل آمد و در انتها تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش کیفی انجام شد. جهت قابلیت انتقال یافته‌ها (Transferability) سعی گردید نمونه غیر متجانسی از افراد درگیر در خصوص تقسیم بودجه در معاونت‌ها استفاده شود. جهت اطمینان‌پذیری (Credibility) و تأییدپذیری (Conformability) متن نسخه‌برداری شد و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به استادان مشارکت‌کننده در این پژوهش ارائه گردید و پیشنهادهای اصلاحی و نظرات ایشان اعمال شد. اطلاعات گردآوری شده در مصاحبه شانزدهم به اشباع رسید، از این رو انجام مصاحبه‌ها در این مرحله متوقف گردید. در قسمت یافته‌های پژوهش حرف (م) به همراه شماره به معنی مصاحبه

تصمیمات یک سازمان، ممکن است معقول باشد اگر آن‌ها به چهار شرط: شفافیت، ارتباطات، بازنگری و اجرا بپردازند. البته تأکید اصلی بر روی این است که این فرایند «چقدر منطقی است» و نه این که الزاماً نتیجه آن چه خواهد بود (۱۱). از آن جایی که تخصیص منابع در کشورهای مختلف، در وزارتخانه‌های مختلف یک کشور، در واحدهای مختلف یک وزارتخانه به شیوه‌های گوناگونی انجام می‌شود و وزارت بهداشت و واحدهای مختلف آن نیز از این قاعده مستثنی نیست و در این خصوص مدل‌ها، متدها و روش‌های گوناگونی پیشنهاد می‌شود و مورد استفاده قرار می‌گیرد که هیچ یک را نمی‌توان نفی کرد یا به طور قطع پذیرفت (۱۷). در چند دهه اخیر بررسی و ارزیابی فرایند اولویت‌گذاری در نظام سلامت همواره مورد توجه محققان بوده است. اما در کشور ما این موضوع کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، برای مثال امیراسماعیلی در سال ۱۳۸۹ خورشیدی وضعیت موجود اولویت‌گذاری ارایه خدمات سلامت در ایران را مورد بررسی قرار داد است (۱۵). همچنین Jennifer L Gibson فرایند اولویت‌گذاری در سازمان‌های مراقبت سلامت را از جنبه‌های مختلف در کانادا مورد مطالعه قرار داده است (۲). Craig Mitton نیز اصول و چالش‌های فرایند اولویت‌گذاری را در مطالعه خود بررسی کرده است (۱۸). با توجه به اهمیت واقعیت‌های پیشگفته، این مطالعه با هدف ارزیابی اولویت‌گذاری بر اساس چارچوب پاسخ‌گویی برای منطقی بودن در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام پذیرفته است تا فرایند اولویت‌گذاری را بر اساس چارچوب مطرح شده، مورد شناسایی قرار دهد و نقاط قوت و ضعف اولویت‌گذاری‌ها و تفاوت‌ها و شباهت‌ها میان چارچوب و فرایندها را بسنجد.

روش بررسی

مطالعه حاضر مطالعه‌ای کیفی از نوع مطالعات کاربردی می‌باشد که از طریق مصاحبه با صاحب‌نظران سلامت در خصوص تخصیص منابع دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۱ صورت گرفته است. البته تمرکز این پژوهش بیشتر بر منطقی بودن روند اولویت‌گذاری بر اساس میزان تطابق

سیاست‌گذاری است، استفاده از این روش برای مطالعه حاضر مناسب تشخیص داده شد. بررسی منطقی بودن فرایند بر اساس چارچوب Daniels و Subin صورت گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر حول ۴ محور اصلی و ۹ محور فرعی قرار دارند که در جدول ۱ مشخص شده‌اند. در ادامه هر یک از این موضوع‌ها و زیر موضوع‌ها ارایه و در مورد هر یک از آن‌ها نقل قول‌هایی از مصاحبه‌شوندگان به شکل مستقیم داخل گیومه آورده شده است.

جدول ۱: محورهای اصلی و فرعی استخراج شده

کد اصلی	کد فرعی
شفافیت	قابل پیش بینی بودن ابهام
منطقی بودن	منطقی بودن عدم توزیع منطقی
کنترل و نظارت	دو طرفه بودن یک طرفه بودن
بازنگری	تناسب میان ساز و کار و منابع وجود تجدید نظر عدم وجود ساز و کار

مثالی دیگر آنفولانزای H1N1 که سال گذشته کشور را درگیر کرد باعث شد مسؤولین یک سری منابع جدید اختصاص بدهند.» (م. ۱، ۲) و شرکت کننده دیگر در زمینه قابل پیش‌بینی بودن عملکرد سال قبل را بیان می‌کند: «برای بودجه سال ۹۱ بر اساس عملکرد سال ۹۰ و بودجه سال ۹۰ و با اختصاص ضرایب افزایش سالانه بودجه را تعیین می‌کنند.» (م. ۳) شرکت کننده دیگر اجرای حسابداری توافقی (تفاهم نامه) را مطرح می‌کند: «از امسال که حسابداری توافقی راه‌اندازی شده منابع براساس تفاهم نامه‌ای که بین بودجه دانشگاه و واحد امضا می‌شود تخصیص به واحدها داده می‌شوند و در دسترس عموم هم قرار ندارند.» (م. ۴) و دو مصاحبه‌شونده دیگر نحوه توزیع وزارتخانه‌ها به واحدها را

شونده‌ای است که از وی نقل قول شده است. از محدودیت‌های این پژوهش مخالفت مصاحبه‌شونده‌ها با ضبط صدا بود که در این صورت مصاحبه به صورت کتبی ثبت شد. برای تحلیل داده‌ها روش مراحل تحلیل چارچوبی (Analysis Frame work) مورد استفاده قرار گرفت. این روش دارای پنج مرحله ذیل می‌باشد: آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه کردن، ترسیم جدول، کشیدن نقشه و تفسیر که این روش اختصاصاً برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات حوزه سیاست‌گذاری طرح گردیده است (۱۹). با توجه به این که اولویت‌گذاری یکی از مباحث مهم حوزه

شفافیت: این کد بیان می‌کند که تخصیص منابع برای فعالیت‌های گوناگون مشخص باشد و در دسترس عموم قرار داده شود، در این پژوهش دو کد فرعی شناسایی شد: قابل پیش‌بینی بودن: گروهی از مصاحبه‌شوندگان اعتقاد دارند که تخصیص منابع برای فعالیت‌های گوناگون قابل پیش‌بینی هستند. یکی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه در رابطه با قابل پیش‌بینی بودن و روشن بودن بیان می‌کند: «تفاوت اعتبار به علت یک سری فاکتورهاست مثل فاکتور جمعیتی، پرکیس و... تقریباً همین الگو در کشور است و البته فاکتورها متفاوت است مانند منطقه جغرافیایی، مثلاً یک استان مرزی برای کاهش مخاطرات در تخصیص منابع به این استان منطقه مرزی بودن و مخاطرات خاص آن منطقه لحاظ می‌شوند یا

عدم توزیع منطقی: در رابطه با عدم توزیع منطقی هم نظرات مختلفی وجود داشت گروهی از مصاحبه‌شوندگان این فرایند را براساس روابط، رایزنی، مدیریت شهرستان، عدم وجود محورهای شفاف و قابل پیش‌بینی و عدم عدالت غیر منطقی می‌دانند. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند: «نه اصلاً منطقی نیست هر واحد که زور بیشتری دارد پول بیشتری می‌گیرد و هر واحد که زور کمتری دارد پول کمتری می‌گیرد حتی اگر کار بیشتری باید انجام دهد. بودجه براساس روابط با وزارتخانه است و تماماً رابطه‌ای است نه ضابطه‌ای اگر خوشبینانه بگوییم ۵۰-۵۰ درصد است» (۱۲.م) و شرکت‌کننده دیگر می‌گوید: «تا حدودی اما نه همیشه و نه برای همه واحدها، حتی گاهی از نظر عقلی هم منطقی نیست براساس چانه‌زنی است و روابط پشت پرده تصمیم‌گیرنده است» (۴.م) و مصاحبه‌کننده دیگر بیان می‌کند: «بستگی به مدیر شهرستان دارد» (۱۳.م) و شرکت‌کننده دیگر بیان می‌کند: «قطعاً نه در واقع یک اشکال کلی نظام سلامت است که حوزه درمان به خاطر ویژگی‌هایی که دارد منابع بیشتری را جذب می‌کند در حالی که در بهداشت هر هزینه کرد یک سرمایه‌گذاری است اما تمام توجهات به درمان است در واقع منابع براساس عدالت تخصیص داده نمی‌شود و یکسری معیارهای شفاف و قابل پیش‌بینی با محور سلامت‌نگر به طور کامل نمی‌بینید» (۱۴.م).

کنترل و نظارت: این کد بیان می‌کند که در بحث تخصیص منابع کنترل و نظارت برای تضمین فرایند تخصیص منابع باید وجود داشته باشد و یک فرایند دو طرفه باشد. در این رابطه ما موفق به شناسایی دو کد فرعی شدیم:

دو طرفه بودن: در رابطه با دو طرفه بودن فرایند اعتراض و تجدید نظر دو شرکت‌کننده در مصاحبه آن را تا حدودی دو طرفه می‌دانند و می‌گویند: «اگر بودجه با هزینه هم‌خوانی نداشت بودجه را بررسی می‌کنند و مبلغی را اضافه می‌کنند اما یکطرفه نیست» (۱۵.م، ۱۶.م).

یک طرفه بودن: در رابطه با یک طرفه بودن این فرایند هم خلاء قانونی، عدم وجود شاخص مستدل و دقیق، عدم آمار

دخیل می‌داند: «پاسخ براساس توزیع وزارتخانه به شهرستان‌ها می‌باشد و دلایل تخصیص به طور کامل و واضح مشخص نیست.» (۵.م، ۶) مصاحبه‌شونده دیگر برنامه‌ریزی عملیاتی را مطرح می‌کند و می‌گوید: «منابع ما براساس اینکه برنامه عملیاتی می‌نویسیم و برنامه‌هایی که خودمان پیش‌بینی می‌کنیم برای همه در سطح کشور مبنایی داریم که در سطح وزارتخانه صورت می‌گیرد» (۷.م).

ابهام: گروهی دیگر از مصاحبه‌شوندگان اعتقاد دارند که تخصیص منابع برای فعالیت‌های گوناگون غیرقابل پیش‌بینی و مبهم هستند. یکی از مصاحبه‌شوندگان ابهام را بیان می‌کند: «دلایل روشن نیست در دسترس عموم هم قرار ندارند و هیچ یک از اعضای واحد درجریان قرار نمی‌گیرند» (۸.م) و مصاحبه‌شونده دیگر چانه‌زنی در تخصیص منابع را مطرح می‌کند: «تا سنوات قبل منابع براساس چانه‌زنی به واحدها داده می‌شد تقریباً الان هم همین‌طور، یعنی اگر من در وزارتخانه پارتی داشته باشم منابع خوب می‌گیرم وگرنه باید با همین بسازم» (۹.م).

منطقی بودن: بر اساس این اصل تخصیص منابع برای فعالیت‌های گوناگون باید اصول منطقی و براساس شایستگی باشد و برای عموم قابل درک باشد و در ارتباط با دلایل اتفاق نظر وجود داشته باشد. ما در این پژوهش در این زمینه موفق به شناسایی دو کد فرعی شدیم:

منطقی بودن: گروهی از مصاحبه‌شوندگان فرایند تخصیص منابع را منطقی می‌دانند یکی از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص بیان می‌کند: «تا حدودی منطقی است بعضی از کارهایی که می‌خواهیم انجام دهیم منابع می‌گیریم و برای سایر کارها هم از اعتبار سایر واحدها کمک می‌گیریم» (۱۰.م). در این رابطه مصاحبه‌شونده دیگر آیتم تخصیص منابع بر اساس شاخص‌ها را بیان می‌کند: «منابع محدود است هر که هرچی بخواهد به او نمی‌دهند بلکه براساس آنچه که به واحدها داده می‌شود تقسیم‌بندی صورت می‌گیرد: براساس هر فرد، هر تخت، هر دانشجو و ...» (۱۱.م).

بی فایده بودن اعتراضات: و مصاحبه شونده دیگر در مورد بازنگری می‌گوید: «تجدید نظر وجود دارد اما اعضای واحد در جریان نیستند باید انجام گیرد و زیر دستان باید بپذیرند یعنی اعتراض به جایی نمی‌رسد» (م.۴).

عدم وجود سازوکار: درباره این کد فرعی هم نظرات مختلفی مانند عدم اجرای قانون، عدم انعطاف در تخصیص منابع، عدم آگاهی اعضای واحد مطرح شد یکی از مصاحبه شونده‌گان در این رابطه می‌گوید: «خیلی کم سازوکار وجود دارد اختصاص منابع هست، قانون هست اما اجرا نمی‌شوند» (م.۱) و شرکت‌کننده دیگر می‌گوید «خیر، چون در واقع توزیع منابع از سطوح ملی به دانشگاه را در نظر بگیریم قبل از تخصیص منابع امکان رایزنی و افزایش منابع وجود دارد اما بعد از تخصیص تقریباً به عنوان یک قطعیت دیکته شده در مواردی غیرقابل تغییر است اگرچه گاهی می‌توانیم با برخی توجیهات نظر تقسیم‌کنندگان اعتبار را برای تخصیص بیشتر در فصل بعد تغییر دهیم» (م.۱۵).

بحث

اولویت‌گذاری بر اساس معیارهای مختلفی انجام می‌گیرد. جمعیت، منطقه تحت پوشش، میزان بیماری منطقه، نوع و شیوع بیماری در آن منطقه، تنوع تجهیزات و تخت برخی از این ویژگی‌ها هستند. همچنین عواملی نظیر آداب و رسوم فرهنگ بومی مناطق نیز در این امر تاثیرگذار هستند (۲۰). در این پژوهش به بررسی وضع موجود و میزان تطابق با چارچوب Daniels و Subin پرداخته شده است. اولین محور از این چارچوب شفافیت است که در این مورد مشکل ابهام را مطرح می‌کنند در این پژوهش در رابطه با شفافیت، کارکنان چانه‌زنی را مطرح کردند و معتقد بودند که در خصوص تخصیص منابع شفافیت چندانی وجود ندارد. در صورت وجود رابطه‌های غیررسمی منابع زیادی به واحد اختصاص داده می‌شود، دلایل تخصیص اصلاً مشخص نیست و گروهی دیگر تاحدودی آن را شفاف ارزیابی کردند و معتقد بودند که مقداری از تخصیص بر اساس عملکرد سال قبل، حسابداری تعهدی، برنامه عملیاتی و یا فاکتورهای مختلف مانند

دقیق، عدم اعتراض و نتیجه‌دهی را مطرح می‌کنند. یکی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه بیان می‌کند: «راه وجود دارد و معمولاً آن طور که باید و شاید به نتیجه نمی‌رسد و بعضاً مشکل حل می‌شود» (م.۱۷). شرکت‌کننده دیگر می‌گوید: «بخشی از این مسایل به ساختار ما برمی‌گردد مثلاً خلاء قانونی وجود دارد و بحث چانه‌زنی در جذب منابع همچنان یکی از فاکتورهای تأثیرگذار در جذب اعتبارات است از طرفی سطوح پایین هم که این منابع را دریافت و هزینه می‌کنند سهم چندانی در تصمیم‌گیری ندارند یکی به این علت است که آمار و اطلاعات جامعی از سطوح عملیاتی جمع‌آوری نمی‌شود که به عنوان یک شاخص مستدل قابل اتکا باشد و همچنین گپ میان آمار واقعی و آمار موجود در هر دو جنبه مثبت و منفی وجود دارد» (م.۱۸).

بازنگری: این کد بیان می‌کند که پس از تخصیص منابع باید بازنگری صورت گیرد تا مطمئن شویم که تخصیص منابع منطقی صورت گرفته است و نتایج حاصل از بازنگری مورد استفاده قرار گیرد و اگر اشکالی وجود دارد راهی برای اعتراض و تجدید نظر وجود داشته باشد، در رابطه موفق به شناسایی دو کد فرعی شدیم:

تناسب میان سازوکار و منابع: در خصوص تناسب میان سازوکار و منابع نظرات متفاوتی مطرح شد یکی از شرکت‌کنندگان بیان می‌کند: «در واحد خودمان آری اما در سایر واحدها ما نمی‌دانیم یعنی سازوکار تعریف شده است منابع بر اساس هر نفر است. توزیع براساس آمار است اما درستی آمار استان‌ها معلوم نیست.» (م.۱۲) و در رابطه با سازوکار شرکت‌کننده دیگری می‌گوید: «سازوکار وجود دارد (بودجه ریزی عملیاتی - قیمت تمام شده) ما می‌فهمیم در چه قسمت‌هایی چه چیزهایی می‌خواهیم و آنها برهمین اساس منابع را توزیع می‌کنند. منطقی خواهد بود اگر روابط و چانه زنی حذف شوند» (م.۱۷).

وجود تجدیدنظر: مصاحبه‌شونده دیگر وجود تجدید نظر را مطرح کرده و بیان می‌کند: «از طریق مراجعه به دستگاه‌های توزیع‌کننده اعتبار و درخواست چگونگی توزیع آن امکان تجدید نظر وجود دارد» (م.۵).

حالی که هر هزینه کرد در بهداشت یک سرمایه‌گذاری است و به ازای هر واحد سرمایه‌گذاری در بهداشت چندین واحد از هزینه‌های درمان کاسته می‌شود اما منابع منطقی تخصیص داده نمی‌شود و حتی گاهی از نظر عقلی هم منطقی نیست در حالی که مطالعه Lammintakanen و همکاران نشان می‌دهد که دیدگاه ارزیابی اولویت‌گذاری برای تنظیمات قبلی برای به چالش کشیدن قسمت‌بندی‌ها و اولویت‌گذاری، نیازمند فرایندی منطقی می‌باشد. ساختارهای شراکتی تحت چارچوب‌های منطقی برای مشارکت در سطوح پایین برنامه‌ریزی و تنظیمات پیشین، درک نیازهای کارکنان و... به همان خوبی که همکاری فعال میان تصمیم‌گیرندگان و کسانی که اطلاعات لازم را گردآوری می‌کنند. همه تنظیمات و تسریع اولویت‌گذاری صحیح را سرعت می‌بخشند. فرایند منصفانه نیازمند فرصتی برای به چالش کشیدن تصمیمات می‌باشد (۲۴). سومین محور اصلی در این چارچوب مربوط به کنترل و نظارت است. یعنی یک فرایند اولویت‌گذاری باید سازوکاری برای به چالش کشاندن و مورد بحث قرار دادن و بررسی مجدد تصمیمات اولویت‌گذاری داشته باشد. یافته‌ها این پژوهش این رابطه را نشان داد که فرایند اولویت‌گذاری یک طرفه بوده و هر آنچه که اعلام شود اجرا می‌شود که بیشترین نظرات حاکی از یکی از مهمترین دلایل یک طرفه بودن عدم وجود شاخص‌های مستدل و دقیق است که این امر نظرخواهی را بسیار دشوار و یک طرفه می‌کند. Craig Mitton نیز در مطالعه خود یکی از چالش‌های بر سر راه فرایند اولویت‌گذاری را عدم وجود شاخص‌های دقیق در بحث کنترل و نظارت می‌داند (۱۸). در این مطالعه دلایل دیگری مانند عدم وجود آمار دقیق، خلاء قانونی، چانه‌زنی، عدم اعتراض و نتیجه‌دهی مطرح شد. برای مدت زمان کوتاهی به معاون پشتیبانی تفویض اختیار شد که آن هم کاملاً بی‌نتیجه بود. بخشی از این مسائل به ساختارها بر می‌گردد مثلاً خلاء قانونی وجود دارد و بحث چانه‌زنی در جذب منابع همچنان یکی از فاکتورهای تاثیرگذار در جذب اعتبارات است. از طرفی سطوح پایین هم که این منابع را دریافت و هزینه

شاخص‌ها آماری واحدها می‌باشد، البته چانه‌زنی‌ها رابطه‌ها به جای ضابطه‌ها هم وجود دارند که بسیار تاثیرگذار می‌باشد. همه نظام‌های سلامت در مورد این موضوع که سلامت جمعیت‌ها نیازمند تقسیم عادلانه منابع محدود است اتفاق نظر دارند. در سیستم‌های ترکیبی مانند ایالات متحده آمریکا تصمیمات خواه در مورد بودجه تکنولوژی جدید یا داروها، ابزار آلات، فرایندها و... توسط بنگاه‌های عمومی همانند مدیریت مالی مراقبت سلامت گرفته می‌شوند. در سیستم‌های پوشش بیمه جهانی اغلب کشورهای توسعه یافته چنین تصمیماتی توسط بنگاه‌های عمومی و یا کارشناسان خبره صورت می‌گیرد (۲۱). در همه این نظام‌ها بی‌اعتمادی به علت عدم شفافیت بوجود آمده است. بالینی‌ها، بیماران و عموم اغلب باور دارند که این تصمیمات توسط «خط پایه» هدایت می‌شود و نه رفاه بیمار. بعضی کشورها با نظام پوشش همگانی سعی می‌کنند تا این مشکل قانونی را توسط برگزاری هیأت‌های ملی برای مرتبط کردن اصولی که باید تنظیمات پیشین را اداره کنند که این اصول مهیا شده در عمل بسیار عمومی و بسیار مبهم می‌باشند (۲۲). در کشور بریتانیا آگاهی برای نیاز به فرایند واضح در تاسیس نایس برای سامان‌دهی به جنبه‌هایی از امور روتین منعکس شده است. فرایند منصفانه نیازمند آگاهی در مورد دلایل و استدلال‌هایی است که نقشی در تصمیمات بازی می‌کنند (۲۳). در مطالعه امیراسماعیلی نیز نتایج نشان می‌دهد که شفافیت اولویت‌گذاری و تخصیص مبهم و یکی از مشکلات این فرایند بوده است (۱۵). دومین محور از چارچوب مورد مطالعه منطقی بودن است یعنی اولویت‌گذاری کردن باید به گونه‌ای باشد که شخص ثالث و بی‌طرف نیز آن را منطقی ارزیابی کند که در این زمینه این پژوهش نشان داد که روند اولویت‌گذاری هیچ منطقی ندارد. که از این منظر مشابه مطالعه Jennifer L در کانادا می‌باشد (۲). کارکنان مباحث رابطه‌ای بودن، رایزنی‌ها، عدم وجود محورهای شفاف و قابل پیش‌بینی را مطرح کردند و معتقدند که هر واحد که زور بیشتری دارد پول بیشتری می‌گیرد به طور مثال حوزه درمان به خاطر ویژگی‌هایی که دارد منابع بیشتری جذب می‌کند در

میزان قابل توجهی از استقلال اجرایی از سوی دانشگاه است. بویژه با در نظر گرفتن دو آیت مدیریت مالی و کارمندان. با گذشت زمان، این درجه از استقلال تمایل به رشد دارد و کنترل بر روی واحد تابع، تمایل به کاهش یافتن دارد. پس واحدهای تابع گاهی اوقات زمان زیادی برای شرح ساز و کارها لازم دارند که این هم سبب ایجاد مشکلاتی می‌شود. به عنوان یک نتیجه، یکی از مسایل حیاتی مربوط است به یافتن مکانیسم‌های خاصی از کنترل سیاست‌ها و اقدامات روزانه هریک از واحدها از کنترل‌های دایمی و موازنه‌هایی در ارتباط با سایر واحدها و در آخر مکانیسمی که نتایج را به سازمان مرکزی، برگشت دهد (۲۶). Jennifer نیز در مطالعه خود ابراز می‌کند که بازنگری و ارزشیابی یکی از مراحل مهم فرایند اولویت‌گذاری است که در مطالعه مذکور نتایج نشان می‌دهد از سازوکار مشخصی برای پایش و بازنگری فرایند استفاده نمی‌شود و این مرحله فراموش می‌شود که یکی از نقاط ضعف این فرایند بحساب می‌آید (۲).

نتیجه‌گیری

بررسی وضعیت موجود نشان می‌دهد فرایند اولویت‌گذاری در دانشگاه علوم پزشکی کرمان بر اساس چارچوب دانیلز و ساین از منطق اندکی برخوردار است. تصمیم‌گیری بدون بهره‌گیری از روش‌های دقیق و مشخص اندازه‌گیری هزینه‌ها و منافع مداخلات مختلف و مبتنی ساختن تصمیم‌گیری‌ها بر نتایج این بررسی‌ها، منجر به استفاده بهینه از منابع محدود نخواهد گردید. بلکه نیازمند بسترسازی مناسب فرهنگی، اجتماعی، اجرایی، سیاسی و اقتصادی می‌باشد همچنین افزایش همکاری میان واحدها و هم‌راستایی اهداف معاونت‌ها، افزایش آگاهی معاونین و کارمندان در خصوص چگونگی اولویت‌بندی و آشنایی با اهداف استراتژیک و سالانه، سیاست‌ها و رویه‌های همه معاونت‌ها به عنوان یک کل واحد بسیار تاثیر گذار خواهد بود.

پیشنهادها

این پژوهش با هدف ارزیابی اولویت‌گذاری بر مبنای پاسخ‌گویی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان بر مبنای منطقی بودن

می‌کند سهم چندانی در تصمیم‌گیری ندارند به این علت است که آمار و اطلاعات جمعی از سطوح عملیاتی جمع‌آوری نمی‌شود که به عنوان یک شاخص مستدل قابل اتکا باشد. گپ آماری میان آمار واقعی و آمار موجود هم مثبت و هم منفی وجود دارد. بسیاری از واحدها کمبود اعتبار خود را از طریق استفاده از اعتبار سایر واحدها تامین می‌کنند که این خود باعث ایجاد مشکلاتی میان واحدها می‌شود. نظر خواهی ارایه راهنمایی برای اجرای مشروع و برای فرایند تصمیم‌گیری عادلانه که باعث پیشرفت کارایی و پاسخگویی و شفافیت در اجرای برنامه‌ها و فرایندهای بهداشتی و درمانی خواهد شد. اگرچه پایبندی بیشتر به فرایند منصفانه ارایه راهکار است و با بیشتر این شرایط موافق است. مطالعه Douglas و مقالات از دیگر کشورها نشان از فقدان پایبندی به این شرایط دارد. پیشرفت تصمیم‌گیری مشروع و منصفانه در فرایندها به استراتژی‌های نوآورانه‌ای برای عمومیت نیاز خواهد داشت. در سطح کشور تجدید نظر و اجرای شرایط توصیه شده باعث پیشرفت فرایند تصمیم‌گیری خواهد شد (۲۵). آخرین محور اصلی از چارچوب مربوط به بازنگری است. بر این اساس فرایند منصفانه اولویت‌گذاری باید از مکانیسمی برای اطمینان از اینکه بازنگری در فرایند اولویت‌گذاری وجود دارد، برخوردار باشد. که در این رابطه مشکل عدم وجود سازوکار یا سازوکار کم‌شناسایی شده است. در این خصوص مصاحبه‌شوندگان به عدم اجرا قانون، عدم تخصیص صحیح منابع، عدم آگاهی اعضا واحد اشاره می‌کنند. به طور مثال بیان می‌کنند اختصاص منابع هست، قانون هست اما اجرا نمی‌شود. توزیع بر اساس آمار صورت می‌گیرد اما درستی آمارها مشخص نیست. اگر توزیع منابع از سطح ملی به دانشگاه را در نظر بگیریم قبل از تخصیص امکان رایزنی و افزایش منابع وجود دارد اما بعد از تخصیص تقریباً یک قطعیت دیکته شده است اگر چه گاهی می‌توانیم با برخی توجیهات نظر تقسیم‌کنندگان اعتبارات را برای تخصیص بیشتر در فصل بعد تغییر دهیم که همه این موارد خود باعث انعطاف‌پذیری کم در زمینه اجرایی می‌شود. قابلیت انعطاف اجرایی مستلزم یک

صحیح منابع، ناآگاهی مسؤولان، عملکرد ضعیف واحدها می‌شود).

۵- ایجاد روابط همکاری میان واحدهای مختلف و همچنین واحدهای مختلف با وزارتخانه (عدم همکاری واحدهای مختلف دانشگاه با یکدیگر و همچنین با وزارتخانه باعث دوری مسؤولان از مشکلات و نیازها و یک طرفه شدن فرایند می‌شود).

۶- ایجاد شرایطی که به واسطه آن بازخورد اعتراضات در خصوص تخصیص نامناسب اولویت‌گذاری‌ها به واحدها داده شود (بازخورد در هر سیستمی لازمه ادامه حیات آن سیستم است و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی هم از این قاعده مستثنی نیستند).

پیشنهادها

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی از کلیه شرکت کنندگان و افرادی که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، اعلام می‌دارند.

صورت گرفته است. عملکرد کارکنان و واحدها با چارچوب دانیلز و ساین مقایسه شد. مغایرت‌ها و تفاوت‌هایی نسبت به چارچوب شناسایی شد در این بخش از پژوهش پیشنهاداتی در ارتباط با یافته‌های پژوهش مطرح شده است:

۱- تلاش در جهت کاستن فاصله میان واحدها و مسؤولین (در این پژوهش فاصله زیاد مسؤولین از نیازها و مشکلات واحدها شناسایی شده است).

۲- هماهنگ‌سازی قسمت‌های مختلف یک واحد (در این پژوهش مشخص شد که قسمت‌های مختلف یک واحد کمترین میزان هماهنگی را دارند).

۳- تهیه امکانات مناسب جهت جمع‌آوری صحیح داده‌های بهداشتی و درمانی در سطح شهرستان و استان (یکی از مهمترین عوامل شناسایی شده عدم وجود آمار دقیق بود).

۴- تقویت نظارت بر عملکرد واحدها (کمترین میزان نظارت بر عملکرد واحدها وجود دارد که این موضوع عدم تخصیص

References

1. Maynard A, McDaid D. Evaluating Health interventions: Exploring the potential. *Health Policy* 2003; 63(2): 215-28.
2. Jennifer L, Douglas K, Peter A. Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research* 2004; 25(4): 8-25.
3. Walton NA, Martin Dk, Peter EH, Pringle DM, Singer P. Priority setting and cardiac surgery : A qualitative case study. *Health Policy* 2007; 80(4): 447-58.
4. Canning D. Priority setting and the neglected tropical diseases. *Royal society of Tropical medicine and Hygiene* 2006; 100(3): 499-504.
5. Gibson J. Ethics & priority setting for HTA: a decision-making framework. *CCOHTA Invitational Symposium* 2005; 18(1): 50-67.
6. Segal L, Chen Y. Priority setting models in health – A critique of alternative models. Report by Faculty of Business and Economics, Monash University, 2001.
7. Martin D. A strategy to improve priority setting in Health Care Institutions. *Health Care Analysis* 2003; 11(1): 59-68.
8. Obermann K. The state of health care priority setting and public participation. York: The university of York, centre for health economics; 1997.
9. Kapiriri L, Martin D. Priority setting in developing countries healthcare institutions: the case of a Uganda hospital. *BMC Health Services Research* 2006; 12(6): 127-35.
10. Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro - meso and macro levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy* 2007; 82(1): 78-94.
11. Norheim OF. Limiting access to health care. A contractualist approach to fair rationing. Norway: Oslo University press; 2003.

12. Bryant JH. Health priority dilemmas in developing countries. In: Coutler A, Ham C, editors. The global Challenge of Healthcare rationing. Philadelphia: Open University Press; 2000.
13. Asadi-Lari M HR, Javadi M, Naghavi and Gray D. The role of health related quality of life (HRQL) measurement in setting priorities in the Iranian health care system. Proceedings of the 5th International Conference on Priorities in Health Care; 2004 Nov 4-5.
14. Ghafari A, Ahmadi KH. Health services leveling from map to reality. Special report. Medical Engineering Journal 2006; 6: 43-9. [In Persian]
15. Amir esmaili M, Tourani S, Maleki M. A interview survey on health priority setting practice in Iran. Research journal of biological sciences 2009; 4(11): 1193-1201. [In Persian]
16. Marandi AR, Azizi F, Larijani B, Jamshidi H. Health in Islamic Republic of Iran. UNICEF, World Health Organization; 1999.
17. Gugushvili A. The advantages and disadvantages of need- based resource allocation in integrated health systems and market systems of health care provider reimbursement. Munich Personal RePEc Archive 2007: 1-16. Available from: http://mpra.ub.uni-muenchen.de/3354/1/MPRA_paper_3354.pdf
18. Mitton C, Donaldson C. Healthcare priority setting: principles practice and challenges. Cost effectiveness and Resource Allocation 2004; 2(3): 1-8.
19. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh, Parkerton P, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. Hakim Research Journal 2008; 11: 59-71. [In Persian]
20. Malekafzali H, Bahreini FS, Alaedini F, Foruzan AS. Health system priorities based on needs assessment and stakeholders' participation in Islamic republic of Iran. Hakim Research Journal 2007; 10: 13-19 [In Persian]
21. Mitton C, Donaldson C: Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PMBA). Health Policy 2003; 64: 335-48.
22. Elliott R, Payne K. Essentials of economic evaluation in healthcare. 1th End. London: Pharmaceutical Press; 2005.
23. Wiseman V, Mooney G. Burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. Health Policy 1998; 43: 243-51.
24. Lammintakanen J. Health care prioritization; Evolution of the Concept, research and policy process. [PhD Thesis] . Kuopio University Publications E Social Sciences; 2005.
25. Douglas M, Ken S, Patricia S, Sorrell S, Priority-setting and hospital strategic planning; a qualitative case study. Journal of Health Services Research & Policy 2003;8(4): 197-201
26. Mooney G: Vertical equity in health care resource allocation. Health Care Analysis 2000; 8(3):203-15.

Evaluation of Priority Setting Process Based on Accountability Framework for the Rationality in Kerman University of Medical Science*

Nadia Oroomiei¹, Saeed Mirzaei¹, Sajad Khosravi¹, Mahmood Nekooi Moghadam²

Original Article

Abstract

Introduction: According to resource constraints and unlimited needs, health care has important role in the public health. The allocation of limited resources to unlimited needs in critical areas of health is important. Therefore, the purpose of this study is to evaluate the process of priority setting based on accountability framework for the rationality in Kerman university of Medical Science.

Methods: This research is a qualitative study. 18 people from health experts about resource allocation in Kerman University of Medical Science interviewed. In this study Daniels and Sabin framework was used. Data analysis techniques were based on the analysis framework. Tools of data gathering were Semi-structured interviews. Heterogeneous sample of the people involved in the division of the department's budget is used to transfer capability. In order to credibility and confirm ability text transcribed and analysis of the resulting professors participating in this study were presented and corrective recommendations their comments were applied.

Results: The study includes four main codes: transparency, rationality, control and monitoring, overview and 9 sub-codes contains: Predictability, ambiguity, rationality, no sensible distributor, bilateral, unilateral, Proportionality between the mechanism and resources, revision, no mechanism.

Conclusion: The status indicates the process of priority settings in Kerman University of Medical Science according to the Daniels and Sabin has little logic. No specific decision procedures, measuring the costs and benefits of different interventions so, making decisions based on the results of these studies won't lead to optimal use of scarce resources.

Keywords: Health Priorities; Rationalization; Resource Allocation; Universities

Received: 26 March, 2013

Accepted: 22 Nov, 2013

Citation: Oroomiei N, Mirzaei S, Khosravi S, Nekooi Moghadam M. **Evaluation of Priority Setting Process Based on Accountability Framework for The Rationality in Kerman University of Medical Science.** Health Inf Manage 2014; 11(4): 484.

*- This Article resulted from BSc Thesis

1- Msc Student, Health Services Management, Modeling in Health, Research Center Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Msc Student, Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for futures studies in health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- PhD Student, Health Services Management, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Professor, Health Services Management, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran