

## دلایل عدم اجرای اثربخش سیاست‌ها و قوانین تدوین‌شده‌ی بخش سلامت ایران

محمدجواد کبیر<sup>۱</sup>، علیرضا حیدری<sup>۲\*</sup>، ناهید جعفری<sup>۳</sup>، محمدرضا هنرور<sup>۴</sup>، سجاد معینی<sup>۳</sup>، زهرا خطیرنامنی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** بسیاری از سیاست‌های سلامت بعد از تصویب، اجرایی نشده و یا ناقص اجرا می‌شوند. این مسأله محبوبیت و پاسخ‌گویی مدیران عالی نظام سلامت را به شکل قابل توجهی کاهش می‌دهد و منجر به اختلال خدمت‌رسانی در جامعه‌ی هدف می‌گردد. بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین دلایل عدم اجرا یا اجرای ناقص سیاست‌های سلامت انجام شد. **روش بررسی:** یک مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان در مطالعه، ۲۰ نفر از استادان، متخصصان و خبرگان علمی و اجرایی بودند. داده‌ها با استفاده از راهنمای مصاحبه و به روش مصاحبه‌ی عمیق فردی جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی Graneheim و Lundman تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** چالش‌های موجود شامل چالش‌های مربوط به تدوین سیاست‌ها (نبود نظام تصمیم‌گیری آگاه از شواهد، عدم توجه به جزئیات اجرای قوانین، تغییر شکل متن اولیه سیاست، وجود تضاد در منافع در تدوین برخی قوانین، نامشخص بودن مجری سیاست، فقدان تلفیق مناسبی بین بخش سیاسی و فنی سیاست‌ها، عدم به‌کارگیری مشارکت ذینفعان اصلی، نبود درک یکسان از مفهوم سیاست‌ها بین سیاست‌گذاران و مجریان و عدم پیش‌بینی بودجه)، چالش‌های مربوط به پیاده‌سازی سیاست‌ها (عدم شفافیت نقش سازمان‌های مجری، فقدان پیوست اجرایی، وجود تضاد منافع در جریان اجرا، نبود نظام مدیریت پروژه، تغییر سیاست‌ها با تغییر مجریان، عدم اعتقاد مجریان، نبود ضمانت اجرایی و فقدان برنامه عملیاتی) و چالش‌های مربوط به ارزیابی سیاست‌ها (نظارت ناکافی و فقدان داشبورد اطلاعاتی و نظارتی دقیق) بودند.

**نتیجه‌گیری:** به‌کارگیری راهکارهای موثر جهت رفع چالش‌های استخراج‌شده در مراحل تدوین، پیاده‌سازی و ارزیابی سیاست‌های سلامت می‌تواند منجر به دستیابی به اهداف سیاست‌های تدوین‌شده و ارتقای سلامت جامعه گردد.

**واژه‌های کلیدی:** قوانین، سیاست‌ها، سیاست‌گذاری، بخش سلامت، اجرا

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۵/۱

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۹/۱۰

\* نویسنده مسئول:

علیرضا حیدری؛

مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی  
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

Email:

dr.alirezahaidari@goums.ac.ir

۱ دانشیار، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳ دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۴ کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

## مقدمه

اجرای سیاست، فرایند تغییر یک سیاست تدوین شده به واقعیت است و ترکیبی از نیروی انسانی، مواد، تجهیزات و منابع مالی برای آن، بسیار ضروری است. اجرای سیاست برای موفقیت هر سیاستی حیاتی است؛ زیرا مرکز فرایند سیاست‌گذاری را تشکیل می‌دهد. این، شامل شناسایی برنامه‌ها، پروژه‌ها و فعالیت‌ها، تعریف دقیق نقش‌های متمایز سازمان‌های اجرایی، جزییات استراتژی‌ها، ارتباطات لازم و مکانیسم‌های هماهنگ‌کننده و همچنین منابع (انسانی، مالی، مادی، فناوری و اطلاعات) جهت اجرای سیاست تدوین شده می‌باشد (۱). فرایند اجرای سیاست، متأثر از ویژگی‌های آن، سازماندهی دستگاه اداری مسئول اجرا و ایده‌ها، ارزش‌ها و جهان‌بینی بازیگران می‌باشد. Secchi بازیگران را این‌گونه دسته‌بندی می‌کند: الف) دولت که توسط سیاستمداران نمایندگی می‌شوند. ب) بخش غیردولتی متشکل از گروه‌های لابی، احزاب سیاسی، رسانه‌ها، اتاق‌های فکر، گیرندگان سیاست‌های عمومی و سایر ذینفعان: تأمین‌کنندگان، آژانس‌های بین‌المللی، سرمایه‌گذاران و متخصصان. علاوه بر این، این فرایند از سبک انتخاب شده توسط بوروکراسی و متغیرهایی مانند اختیار و پذیرش ناشی می‌شود (۲).

اگرچه انرژی و منابع زیادی صرف طراحی و تدوین برنامه‌های مختلف می‌شود و بدیهی است که سیاست‌های تدوین شده باید اجرا شود و اهداف موردنظر محقق گردد ولی اغلب به مشکلات و پیچیدگی‌های مرتبط با اجرای این سیاست‌ها توجه چندانی نمی‌شود (۳) و عدم تحقق کامل برنامه‌ها و یا تغییرات وسیع آن‌ها، از جمله نقاط مشترک در برنامه‌های کلان است (۴). به طوری که بر اساس آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه‌ی پنج ساله در کشور، میزان موفقیت برنامه‌های توسعه قابل قبول نبوده و در مجموع کمتر از ۲۵ درصد محاسبه شده است (۵). بر اساس یک مطالعه‌ی دیگر، از بین ۲۵ ماده قانونی بررسی شده در برنامه پنجم توسعه در بخش سلامت، فقط سه بند قانون به طور کامل اجرایی شده است و اکثر بندهای قانون در مرحله اول تدوین مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده‌اند (۶).

به طور کلی، میزان ارزشمند بودن سیاست‌ها، دلیلی برای موفقیت آن‌ها نیست. بلکه پیشرفت سیاست‌ها به فرایند اجرا بستگی دارد. رویکرد از بالا به پایین در اجرای سیاست‌ها بر سه فرض قابل بررسی استوار است: ترتیب زمانی که در آن اهداف بیان شده بر عمل تقدم دارند. یک منطق علی خطی که به موجب آن، اهداف ابزارها را تعیین می‌کند و ابزارها نتایج را تعیین می‌کند و سلسله مراتبی که در آن شکل‌گیری سیاست مهم‌تر از اجرای سیاست است. در سال‌های اخیر، متون

علمی گذشته با تفکر سیستمی که با مفاهیم غیرقابل پیش‌بینی بودن، غیرخطی بودن و سازگاری همراه است، تکمیل گردیده است. در اینجا عواملی که اجرا را شکل می‌دهند و بر آن تأثیر می‌گذارند؛ پیچیده، چندوجهی و چندسطحی هستند که همیشه در برابر تغییر مقاومت می‌کنند. اکنون دولت‌ها به جای این‌که بگذارند سیاست‌ها به سمت شکست کامل یا حتی شکست نسبی سوق پیدا کنند، تمایل دارند که روش‌هایی جهت تقویت و حمایت مرحله اجرا اتخاذ نمایند (۷).

بنابراین، تصویب سیاست‌ها به تنهایی، تضمینی برای اجرای سیاست و دستیابی به اهداف آن نیست. خط‌مشی‌ها باید کاملاً ساختارمند، پشتیبانی مالی شده و به روشنی جهت‌دار باشند که بوروکراسی برای اجرای آن چارچوب روشنی داشته باشد. بسیاری از خط‌مشی‌ها بعد از تصویب در مرحله‌ی ساماندهی و اجرا با ناکامی مواجه شده‌اند و یا حتی بعضی از آن‌ها قبل از این‌که به مرحله‌ی اجرا برسند، کنار گذاشته می‌شوند و خط‌مشی‌های جدید وضع می‌گردد؛ برخی نیز در حین تدوین به کلی منسوخ و به بوته فراموشی سپرده شده‌اند. بعضی از خط‌مشی‌ها نیز اجرا می‌شوند، اما آن‌چه اجرا شده با آن‌چه که موردنظر بوده، همسان نیست. اجرای ناقص خط‌مشی‌های نظام سلامت، فرایند خط‌مشی را برای خط‌مشی‌گذاران و عموم مردم مبهم می‌نماید. چنین ابهامی به طور مرتب محبوبیت مردمی مدیران عالی نظام سلامت را تنزل می‌دهد و منجر به تنزل خدمت‌رسانی در جامعه‌ی هدف می‌گردد (۸). در کشور ما نیز، برنامه‌های کلان، معمولاً بر اساس سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و با استفاده از دانش و تجربه‌ی کارشناسان، مدیران و مسئولان دستگاه‌های اجرایی و صاحب‌نظران مراکز علمی و تحقیقاتی تنظیم می‌شود که بسیاری از مسایل مهم کشور از جمله سلامت را در بر می‌گیرند (۹) و طی فرایندی طولانی در گذار از چرخه‌ی عظیمی شامل مجمع تشخیص مصلحت، دولت و مجلس تصویب می‌شود و زمان و هزینه‌ی بسیار زیادی به آن اختصاص داده می‌شود و به این ترتیب اجرای درست آن را بسیار ضروری می‌نماید (۱۰).

علی‌رغم مسئولیت وزارت بهداشت برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزیابی و نظارت بر سیاست‌های سلامت، موانع و مکانیسم‌های موردنیاز برای اجرای موفقیت‌آمیز این سیاست‌ها به درستی مشخص نشده است (۱۱). در این راستا، تبیین علل عدم اجرای سیاست‌ها و قوانین در بخش سلامت می‌تواند ضمن جمع‌آوری منظم داده‌ها، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات درباره‌ی دلایل اجرای ناقص یا عدم اجرای سیاست‌ها و کمک به تصمیم‌گیری جهت تخصیص مناسب‌تر

منابع، بهبود کیفیت و پاسخ‌گویی مطلوب‌تر، به غنای هرچه بیشتر برنامه‌های آینده بینجامد. بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین دلایل عدم اجرا یا اجرای ناقص سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌های کلان بخش سلامت در ایران انجام شد تا نتایج به منظور مداخلات موثر و اصلاح فرایندهای تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌ها در اختیار مسئولان ذیربط قرار گیرد.

## روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه‌ی کیفی-توصیفی (Qualitative Descriptive Research) بود که با روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان،

۲۰ نفر از ذینفعان کلیدی شامل خبرگان علمی و اجرایی از وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، مجلس شورای اسلامی و سازمان برنامه‌بودجه بودند (جدول ۱). این صاحب‌نظران، با ملاک‌هایی شامل داشتن دانش تخصصی و تجربه در زمینه‌ی تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌های سلامت و تمایل به مشارکت در پژوهش انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به سطح اشباع ادامه یافت. اشباع در این مطالعه به این معنی بود که در روند کدگذاری‌ها کد جدید ایجاد نشد و کدهای ایجادشده تکراری بودند. اشباع داده‌ها از مصاحبه‌ی هجدهم حاصل شده و جهت اطمینان از کفایت نمونه‌گیری، دو مصاحبه‌ی دیگر نیز انجام شد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	طبقه	فراوانی
جنسیت	مرد	۱۴
	زن	۶
سن (سال)	۳۰-۴۰	۲
	۴۱-۵۰	۸
	۵۱-۶۰	۱۸
	بالتر از ۶۰	۲
سابقه‌کاری (سال)	۱۰-۱۵	۱
	۱۶-۲۱	۵
	۲۲-۲۶	۱۱
	بالتر از ۲۶	۳
محل کار	ستاد وزارت بهداشت	۸
	دانشگاه‌های علوم پزشکی	۵
	مجلس شورای اسلامی	۳
	سازمان برنامه‌بودجه	۴

برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند و با استفاده از راهنمای مصاحبه استفاده شد. محورهای اصلی راهنمای مصاحبه شامل چالش‌های موجود در تدوین، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌های کلان بخش سلامت در ایران بود. سوالات ساده، قابل فهم و مرتبط با موضوع پژوهش بود و در عین حال خیلی مشخص و تلقین‌کننده نبود. هر سوال حاوی یک ایده بود. به طوری که پاسخ‌گو تنها نیاز به تمرکز بر زمینه‌ای خاص داشته و مصاحبه‌گر هم به راحتی توانست، نکته اصلی (تم) موجود در پاسخ را تشخیص دهد. طراحی سوالات به گونه‌ای صورت گرفت که منجر به محدوده‌ی مورد انتظار پاسخ‌ها گردید. در این مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته سوال‌ها از نوع باز بود، تا مصاحبه‌شوندگان

توانند، ایده‌های خود را برای تکمیل کار بگویند. پس از مصاحبه‌ها نیز سوال‌ها برای مصاحبه‌های بعدی بازنگری و تصحیح شد. مشارکت افراد کلیدی و صاحب‌نظر جهت انجام مصاحبه به صورت تلفنی و حضوری جلب شد و پس از موافقت، برگه‌ی اطلاعات مرتبط با این مطالعه به صورت پست الکترونیکی و یا حضوری در اختیار آن‌ها قرار داده شد. یک هفته به آنان وقت داده شد، سپس دوباره با آنان تماس گرفته شد و زمان و مکان انجام مصاحبه با افراد مصاحبه‌شونده تعیین و مصاحبه انجام شد. پیش از شروع مصاحبه‌ها، خلاصه‌ای از موضوع پژوهش، مطرح و هدف از مطالعه برای آنان به طور کامل توضیح داده شد. مصاحبه‌ها در زمان و محل تعیین شده

توسط پژوهشگر به انجام رسید. در حین ضبط مکالمات از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد. فایل صوتی مربوط به هر شرکت‌کننده با شماره کد مختص وی، ذخیره و در اولین فرصت پیاده‌سازی گردید. نوشتن متن نوارها در نزدیک‌ترین فاصله زمانی ممکن انجام شد. داده‌های به‌دست آمده در پایان مصاحبه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آن‌ها چک شد.

جهت دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق Lincoln و Guba شامل معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تاییدپذیری استفاده شد (۱۴-۱۲). از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تایید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد (مقبولیت). برای تامین اعتماد داده‌ها در مطالعه‌ی حاضر، کدهای اولیه و مثال‌هایی از چگونگی استخراج طبقات درون‌مایه‌ها و گویه‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هریک از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار گرفت تا درک مشابه یا مغایر او با پژوهشگر بررسی شود (قابلیت اطمینان). جهت حصول قابلیت تایید در پژوهش حاضر، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیات علمی که با نحوه‌ی آنالیز تحقیقات کیفی آشنا بودند و در پژوهش شرکت نداشتند، قرار گرفت و از آنان خواسته شد تا صحت فرایند کدگذاری داده‌ها را مورد بررسی قرار دهند. مطالعه‌ی حاضر با مطالعات دیگر مقایسه گردید و نتایج مشابهی که از این پژوهش با دیگر پژوهش‌ها حاصل شد، نشان‌دهنده‌ی قابلیت انتقال داده‌ها بود.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مطالعه با اخذ مجوز از کمیته اخلاق

پژوهش با کد IR.GOUMS.REC.1400.312 انجام شد. در این راستا، رضایت شفاهی افراد شرکت‌کننده در مطالعه، گرفته شد و مصاحبه‌ها، پس از کسب اجازه از آن‌ها ضبط گردید. همچنین اطلاعات مشارکت‌کنندگان به‌صورت محرمانه نزد پژوهشگر مانده و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره‌گیری از مطالعه را داشتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز براساس روش پیشنهادی Graneheim و Lundman انجام پذیرفت که پنج گام را برای تحلیل داده‌های کیفی پیشنهاد کرده‌اند (۱۵). در گام اول، بلافاصله بعد از هر مصاحبه، متن به‌صورت کلمه به کلمه پیاده شد. در گام بعدی متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی مرور گردید، در گام سوم، کل متن هر مصاحبه به‌عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. پس از آن، واحدهای معنایی مشخص شد. در گام چهارم، بر اساس مقایسه‌ی مداوم تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفته و زیر طبقات، دسته‌بندی شدند. در گام پایانی، با مقایسه‌ی زیر طبقات با یکدیگر و تامل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده‌ها به‌عنوان طبقات اصلی معرفی گردید.

## یافته‌ها

یافته‌ها در سه مضمون اصلی چالش‌های تدوین سیاست‌ها، چالش‌های پیاده‌سازی سیاست‌ها و چالش‌های ارزشیابی سیاست‌ها و ۲۸ زیر مضمون آن‌ها، شناسایی و طبقه‌بندی گردید (جدول ۲).

جدول ۲: دلایل عدم اجرا یا اجرای ناقص سیاست‌های سلامت در ایران

مضمون	زیر مضمون
تدوین سیاست‌ها	عدم طراحی نظام تصمیم‌گیری و سیاست‌سازی آگاه از شواهد
	وجود قوانین متضاد و غیرهمسو
	تدوین سیاست‌های کلی و عدم توجه به جزئیات اجرای قوانین
	تغییر شکل متن اولیه سیاست پس از تصویب
	افرادی که تضاد در منافع دارند در تدوین قوانین وجود دارند
	نامشخص بودن مجری سیاست
	فقدان تلفیق مناسبی بین بخش سیاسی و فنی سیاست‌ها
	عدم توجه کافی به کاربر نهایی
	عدم به‌کارگیری مشارکت ذینفعان اصلی
	تدوین سیاست‌ها در پشت درهای بسته و توسط افراد در دسترس
	تصویب قوانین بر اساس مصالح علی‌رغم مخالفت دستگاه‌های مرتبط
	تغییر قوانین با گذر زمان و از بین رفتن نظم حداقلی بین بندهای مختلف قانون
	تبدیل نگارش سیاست از حالت تکلیفی به توصیه‌ای و فقدان ماهیت الزام‌آوری قانون
نبود درک یکسان از مفاهیم سیاست‌های تدوین‌شده بین سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی	
عدم پیش‌بینی بودجه برنامه	

ابهام در اجرای سیاست‌هایی که چند سازمان باید درگیر بشوند  
فقدان پیوست اجرایی بر اساس سیاست‌ها  
افرادی که تضاد در منافع دارند در جریان اجرای قوانین قرار می‌گیرند  
نبود نظام مدیریت پروژه  
عدم برقراری ارتباط منطقی بین قوانین موجود و قوانین گذاشته  
تغییر اهداف و اجرای سیاست‌های تدوین شده با تغییر مجریان سیاست‌ها  
پذیرش ناکافی قوانین و سیاست‌ها توسط مجریان و عدم اعتقاد به اجرای آن‌ها  
نبود ضمانت اجرایی برای سیاست‌های تدوین شده  
بستر اجرایی ناکافی برای اجرای قوانین  
فقدان برنامه عملیاتی برای اجرای سیاست‌ها  
فقدان مهارت‌های استراتژیک و فنی لازم در برخی مدیران پزشک

### پایه‌سازی سیاست‌ها

نظارت ناکافی بر اجرای قوانین

### ارزیابی سیاست‌ها

نبود یک داشبورد اطلاعاتی و نظارتی

## ۱- تدوین سیاست‌ها

بر اساس نظر خبرگان و صاحب نظران، نظام تصمیم‌گیری و سیاست‌سازی آگاه از شواهد به‌طور شفاف طراحی نشده است. تعدادی از قوانین با یکدیگر تضاد دارند و با هم هم‌سو نیستند. شیوه‌ی نگارش متن برخی از سیاست‌ها، به گونه‌ای است که دولت را به‌جای مکلف نمودن به اجرای قوانین، مخیر نموده است. متن اولیه سیاست در فرایند تصویب، تغییر می‌کند. افرادی که تضاد در منافع دارند در تدوین قوانین نقش دارند. امکان اعمال نظر تدوین‌کننده‌ی سیاست تا پایان فرایند تصویب قانون وجود ندارد. ذینفعان جهت نقش‌آفرینی به‌طور مناسبی توزیع نشده‌اند؛ به‌طوری‌که، در برخی از سیاست‌ها، مجری دقیقاً مشخص نگردیده است. تلفیق مناسبی بین بخش سیاسی و فنی سیاست‌ها وجود ندارد. در تدوین سیاست‌ها به‌کاربر نهایی توجه نگردیده است. از مشارکت همه ذینفعان در تدوین سیاست‌ها، استفاده نشده است. سیاست‌ها در پشت درهای بسته و با حضور افراد در دسترس، تدوین گردیده است. اکثر سیاست‌ها به‌طور کلان و کلی تدوین شده‌اند و به جنبه‌های اجرایی آن توجهی نگردیده است. علی‌رغم مخالفت دستگاه‌های اجرایی، برخی از قوانین براساس مصالح تدوین گردیده‌اند. قوانین تدوین شده با گذر زمان تغییر می‌نمایند و نظم حداقلی بین بندهای مختلف قانون از بین می‌رود. درک یکسانی از مفاهیم سیاست‌های تدوین شده بین سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی، ایجاد نشده است. بودجه مالی مورد نیاز برنامه‌ها در زمان تدوین پیش‌بینی نگردیده است.

### • عدم طراحی نظام تصمیم‌گیری و سیاست‌سازی آگاه از شواهد

«سیاست‌های ما عمدتاً برگرفته از احساس است تا این‌که برگرفته و آگاه

از شواهد باشد. ما نظام تصمیم‌گیری و سیاست‌سازی آگاه از شواهد را طراحی نکردیم. به‌همین خاطر وقتی سیاست‌گذاری انجام می‌دیم، وارد اقدام می‌شویم و در مرحله سیاست نمی‌مونیم.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

«منشا بعضی برنامه‌ها، خیلی معلوم نیست از کجاست. براساس اعتقاد من، باز هم مبتنی بر شواهد نیست. نمی‌تونیم یه چیز رویایی رو بنویسیم بعد تو اجراش گیر کنیم.» (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی)

### • وجود قوانین متضاد و غیر هم‌سو

«ما با مجموعه کثیری از قوانینی روبه‌رو هستیم که خیلی هاشون با هم دیگه تضاد دارند، خیلی هاشون با هم دیگه هم‌سو نیستند.» (عضو هیات علمی دانشگاه)

### • تدوین سیاست‌های کلی و عدم توجه به جزییات اجرای قوانین

«قانونی که ما می‌نویسیم، خیلی وقت‌ها باید قابلیت اجرا داشته باشد. بسیاری از قوانین که ما می‌نویسیم قانون نیست، فقط به شما جهت میده به‌همین خاطر قابلیت اجرایی نداره، بیشتر یک آرمانه، یک ایده است، در واقع نقطه مطلوبی هست که ما دوست داریم بهش برسیم. در واقع، اون قانون باید بگه که برنامه چه جور انجام میشه، با چه مکانیسمی، توسط چه کسی، چه جور انجام میشه، این‌ها توش نیست بیشتر مثلاً میگه ما می‌خواهیم به آن‌جا برسیم دیگه.» (عضو هیات علمی دانشگاه)

### • تغییر شکل متن اولیه سیاست پس از تصویب

«قانون و سیاست، مراحلی رو طی می‌کنه تا به تصویب برسه. شما به‌عنوان مجری یا به‌عنوان صاحب‌نظر، یک متن رو آماده می‌کنید، ولی چیزی که در نهایت به‌عنوان قانون درمیاد، شما دیگه درش دخیل نیستید. در مراحل تقریر و

نوشتن متن نهایی سیاست اتفاقاتی میفته که استحاله و تغییر شکل میده در اون نیت اولیه» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

#### • افرادی که تضاد در منافع دارند در تدوین قوانین وجود دارند

«تضاد در منافع هست. شما سیاستی رو تدوین می‌کنید؛ به عنوان مثال، در مورد پزشکی خانواده، شما می‌گین پزشکی خانواده رو من می‌خواهم اجرا بکنم، این میره مجلس، میره کمیسیون تخصصی، کمیسیون تخصصی مجلس، اغلب پزشکی که اونجا هستند، مثلاً پزشک عمومی هستند، یه دفعه تو کمیسیون به جمله اضافه میشه، پزشکی خانواده میشه، پزشک خانواده با محوریت پزشکان عمومی. شما بحث لایه‌بندی نظام‌های رفاه اجتماعی رو می‌برین تو کمیسیون اجتماعی دولت، اما چیزی که خارج میشه، اصلاً لایه‌بندی کاملاً به هم ریخته، توی یه لایه مثلاً تمرکز میشه.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

«ما قانونی تصویب می‌کنیم، ولی همه ذی‌نفعانی که قانون یه جوریه به اون‌ها مرتبط میشه رو لحاظ نمی‌کنیم. اون‌ها هم تمایلی به انجامش ندارند، اصلاً اگه انجامش بدند، شاید منافعشون به خطر بیفته. می‌گن ما اولویت‌های دیگه‌ای هم داریم، چون بخشی‌نگری در ایران یک پدیده بسیار شایع هست، یعنی همه دستگاه‌ها بخشی‌نگاه می‌کنند، ملی‌نگاه نمی‌کنند.» (عضو هیات علمی دانشگاه)

#### • نامشخص بودن مجری سیاست

«مجری سیاست مشخص نیست. ما می‌گیم دولت مکلف هست. دولت یعنی چی؟ ترکیبی از وزیران است، هیات وزیران است. این جاست که در سیاست‌هایی که چند عنصر باید درگیر اجراش بشوند، قطعاً ما به مشکل می‌خوریم.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

#### • فقدان تلفیق مناسبی بین بخش سیاسی و فنی سیاست‌ها

«هر سیاستی ۲ بخش داره. یک بخش فنی دانشی، یک بخش سیاسی. بین این‌ها باید تناسب منطقی برقرار بشه. الان سیاست‌ها مون فقط پالیتیکاله. تکنیکالیش کمه. پس اصلاً نباید انتظار داشته باشیم که تصمیم‌گیری‌ها پیمان مبتنی بر تکنیک باشه و فنی باشه. مشکل سیاست‌گذاری ما اینه که تلفیق مناسبی بین جز پالیتیکال و تکنیکال برقرار نکرده.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

#### • عدم توجه کافی به کاربر نهایی

«ما اصلاً به کاربر توجهی نمی‌کنیم تو طراحی‌ها. خودمون می‌شینیم، ذهن کاربر رو می‌خونیم، در صورتی که شما باید کاربر‌بیاریش، حالا با مدل‌های مختلف علمی خواسته‌اش رو بخشی بیرون. اگر کاربر، کاربری هستش که نسبت به

موضوع اشراف نداره و درک موضوع نداره، این رو باید تو راهش بیاریم.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

#### • عدم به کارگیری مشارکت ذینفعان اصلی

«اگه همه ذینفعان را موقع طراحی سیاست، بازی‌نگیری، وقتی سیاست اجرا میشه، می‌بینی که چوب لای چرخ می‌گذارن. چرا؟ تو مگه بازیشون دادی، مگه تو مرحله تایید و تصویب بازیشون دادی، تو مرحله نظارت و ارزیابی، مگه بازیشون دادی. وقتی که ذی‌نفع‌ها تو این مراحل بازی داده نشند، اتفاقی که میفته، این هستش که پروژه در مرحله اجرا با شکست مواجه میشه.» (مدیر میانی وزارت بهداشت)

#### • تدوین سیاست‌ها در پشت درهای بسته و توسط افراد در دسترس

«طراحی‌هایی که ما پشت در بسته، تو محیط اداره و دور میز، ۵ نفر، همفکر خودمون یا با آدم‌هایی که دستمون بهشون می‌رسه و جلو دستمون هستند، زود هم شناخته شده هستند، اتفاقاً با منابع مالی، میان این‌ها رو جمع شون می‌کنند طراحی رو انجامش می‌دهند. بعد هم سعی می‌کنند با همین تیم ببرند اجراش کنند.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

#### • تصویب قوانین بر اساس مصالح علی‌رغم مخالفت دستگاه‌های مرتبط

«خیلی وقت‌ها من که نماینده مجلس هستم، دوست دارم موضوعی تصویب بشه، بنابراین؛ این رو در قالب طرح میارم. به همین خاطر در خیلی از طرح‌ها، دستگاه‌های اجرایی مخالفند، ولی اون طرحه امکان داره تصویب بشه؛ چون بالاخره مصالح دیگه‌ای هم وجود داره.» (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس)

#### • تغییر قوانین با گذر زمان و از بین رفتن نظام حداقلی بین بندهای

##### مختلف قانون

«وقتی شما می‌اید یک ماده‌اش رو تغییر می‌دید در واقع اون نظم حداقلی بین بندهای مختلف قانون رو از بین می‌برید. حالا این چرا اتفاق افتاده؟ یک بخشیش برمی‌گرده به مغایرت قانون. ببین؛ نظام مدیریت در دستگاه سیاسی ما یک نظام ماندگار نیست. یعنی مدیران ما از آینده خودشون خبر ندارند. چون از آینده خودشون خبر ندارند، در واقع میرن سراغ کارهایی که روتین هست، کارهایی که در واقع مشکلات کمتری داره.» (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس)

#### • تبدیل نگارش سیاست از حالت تکلیفی به توصیه‌ای و فقدان ماهیت

##### الزام‌آوری قانون

«در حقیقت نوع نگارش، نگارش توصیه‌ای میشه، از حالت تکلیفی خارج

میشه. اینم دیگه ماهیت قانون برای الزام آوری خودش رو از دست میده.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت).

«قانون باید اینجوری باشه؛ دولت مکلف است یا وزارتخونه مکلف است، این فعل رو انجام بده. وقتی میگید، می‌تواند؛ می‌پرسم چرا انجام نمیدی؟ میگه، توانش رو نداشتیم، فرصتش رو نداشتیم. برید نگاه کنید، مکلف است، خیلی کمه، وظیفه داره، خیلی کمه.» (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس)

• نبود درک یکسان از مفاهیم سیاست‌های تدوین شده بین سیاست‌گذاران

### و مدیران اجرایی

«مفاهیم مدنظر سیاست‌گذاران با مدیران اجرایی خیلی فاصله دارند؛ مثلاً فرض کنید، وقتی تو بحث خرید راهبرد خدمات صحبت میشه، شاید مفهوم سیاست‌گذار با درک مجری از این مفهوم فرق کنه.» (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس)

• عدم پیش‌بینی بودجه برنامه

«در بسیاری از موارد ما برنامه‌ها مون به بودجه‌ها وصل نیست. بودجه مسیر خودش رو میره، برنامه مسیر خودش رو میره. به همین خاطر برنامه‌هایی که ممکنه با اولویت باشه، چون بودجش رو پیش‌بینی نکردین از اولویت خارج بشه؛ اما، یک برنامه که براتون با اولویت نیست چون بودجش تامین شده، بره اجرا بشه. اتصال بودجه به برنامه تعریف شده نیست.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

### ۲- پیاده‌سازی سیاست‌ها

در اجرای سیاست‌هایی که چند سازمان باید درگیر بشوند، ابهام در ایفای نقش وجود دارد. پیوست اجرایی بر اساس سیاست‌ها تدوین نشده است. نظام مدیریت پروژه جهت اجرای سیاست‌ها وجود ندارد. ارتباط منطقی بین قوانین موجود و قوانین گذاشته وجود ندارد. اهداف و سیاست‌های تدوین شده با تغییر مجریان سیاست‌ها، تغییر می‌یابد. ضمانت اجرایی برای سیاست‌های تدوین شده وجود ندارد، به طوری که؛ در صورت عدم اجرای قانون در دستگاه اجرایی، دستگاه اجرایی بازخواست نمی‌شود. در برخی موارد، سیاست‌گذاران با مدیران اجرایی در مفاهیم و محتوای سیاست‌ها، اختلاف‌نظر دارند. برنامه عملیاتی مشخصی برای اجرای سیاست‌ها در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌های وابسته طراحی نمی‌شود. مهارت‌های استراتژیک و فنی لازم در برخی مدیرانی که پزشک هستند، وجود ندارد.

• ابهام در اجرای سیاست‌هایی که چند سازمان باید درگیر بشوند

«در اجرای تکالیف بین‌بخشی که چند دستگاه مجری آن سیاست هستند، مشکل داریم. مثلاً در ساماندهی کودکان خیابانی چند دستگاه درگیرند. از نیروی انتظامی گرفته، تا قوه قضاییه گرفته، تا بهزیستی گرفته، تا وزارت بهداشت گرفته، همه این‌ها درگیرند. این جور موارد، ما معمولاً در تعریف نقش‌های دستگاه‌ها با چالش عمیقی مواجه می‌شویم.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

### • فقدان پیوست اجرایی بر اساس سیاست‌ها

«هر سیاستی باید پیوست اجرایی داشته باشه. ما پیوست اجرایی بر اساس سیاست‌ها نداریم. به همین خاطر میگیم، دولت مثلاً بره ظرف ۳ ماه، آیین‌نامه بنویسد برای این ماده قانونی، دولت چون معلوم نیست، کجای دولت می‌خواهد بره این آیین‌نامه را بنویسه، مواردی ما داشتیم در قانون چهارم و پنجم برنامه که قانون برنامه تموم شده، هنوز آیین‌نامه‌اش آماده نشده بوده.» (مدیر ارشد سازمان برنامه و بودجه)

• افرادی که تضاد در منافع دارند در جریان اجرای قوانین قرار می‌گیرند

«به نظر من انتخاب آدم‌هاست *Right Person*. خیلی خیلی مهمه. ما *Right Person*‌ها رو انتخاب نمی‌کنیم. به همین خاطر افرادی که تضاد در منافع دارند، در جریان اجرای قوانین قرار می‌گیرند. به همین خاطر قانون کاملاً راحت دور زده میشه.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

### • نبود نظام مدیریت پروژه

«ما برای اجرا، نظام مدیریت پروژه نداریم؛ یعنی ما نظام ارزیابی عملکرد نداریم که شما این قوانین رو تبدیل کنید به پروژه‌های قابل ارزیابی و برای اون‌ها شاخص بگذارید و بگوییم الان چند درصد از کار پیشرفت کرده است.» (مدیر ارشد سازمان برنامه و بودجه)

• عدم برقراری ارتباط منطقی بین قوانین موجود و قوانین گذاشته

«چند وقت پیش بود، در مورد یکی از مواردی که داشتیم براش قانون می‌نوشتیم، گفتم عین این چیزی که شما میگین، سال ۸۳ مصوب شده، به عنوان قانون وجود داره. هیچ‌کس نرفته ببینه که کجا هست. این جور چیزی اصلاً گفته شده، چرا اجرا نشده. نمی‌تونیم بگیم که ارتباط منطقی بین قوانین گذاشته برقرار کردیم، باید ببینیم چی داریم اصلاً، که اجرا نکردیم. دوباره میریم و قانون‌گذاری می‌کنیم و زمان رو داریم از دست می‌دیم.» (مدیر ارشد وزارت بهداشت)

• تغییر اهداف و اجرای سیاست‌های تدوین شده با تغییر مجریان

### سیاست‌ها

«آقای ایکس وزیر هست با اهدافی در حوزه بهداشتی، مثلاً فارغ‌التحصیل فلان جا یا موقعیت اقتصادی اینه یا موقعیت سیاسی اینه. بعد ایکس که میره، دیگری میاد، اصلاً کلاً اون در یک عوالم دیگه‌ای هست؛ یعنی نظام سلامتی ایده‌آل از نظر X به چیزی است، از نظر Y به چیزی.» (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس)

#### • پذیرش ناکافی قوانین و سیاست‌ها توسط مجریان و عدم اعتقاد به

##### اجرای آن‌ها

«مجریان قانون باید قانون تصویب شده رو بپذیرند. قبولش داشته باشند. در موارد بسیاری شاهد بودیم که مجریان دستگاه‌های اجرایی، اعتقادی به اون قانون ندارند. بنابراین میلی به انجامش ندارند؛ بنابراین یک جور مخالفت می‌کنند. آیین‌نامه‌ای تدوین می‌کنند که تو اون آیین‌نامه یک گیر می‌گذارند و بنابراین قانون رو بی‌اثر می‌کنند.» (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس)

#### • نبود ضمانت اجرایی برای سیاست‌های تدوین شده

«اگر یک دستگاه اجرایی قانون رو اجرا نکرد، هیچ هزینه‌ای بابتش نمی‌پردازه. هیچ اتفاقی نمیفته. قوانینی که می‌گذاریم خیلی ضمانت اجرا نداره. اگر نشد، چه اتفاقی میفته؟» (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس)

#### • بستر اجرایی ناکافی برای اجرای قوانین

«به نظرم، بستر اجرایی لازم برای اجرای قانون وجود نداره. هم به لحاظ فیزیکی و هم به لحاظ نیروی انسانی. ساختار دستگاه‌های اجرایی ما، مخصوصاً تو حوزه‌ی سلامت یک ساختار سنتی است و به شکل قبل همین جور سنتی اداره میشه.» (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس)

#### • فقدان برنامه عملیاتی برای اجرای سیاست‌ها

«در دستگاه‌های اجرایی برنامه عملیاتی برای رسیدن به هدف ریخته نمی‌شه. اگر هم ریخته میشه در همون ستاد متوقف میشه. توی اجرا نمیره. اصلاً ما تو خود ساختار وزارتخونه هم دستگاهی نداریم که رصد کنه، آیا معاونت‌ها دارند در راستای برنامه کلان کار می‌کنند؟» (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس)

#### • فقدان مهارت‌های استراتژیک و فنی لازم در برخی مدیران پزشک

«وقتی شما می‌آیید پزشکانی که ارابه‌کننده خدمت هستند رو در راس یک سازمان قرار می‌دهید که نه مهارت‌های استراتژیک لازم دارند و نه مهارت‌های فنی. شما به این معنا سیستم رو وارونه می‌کنید. این گماردن پزشکان به کار

اداری، ناکارایی سیستم رو دامن میزنه، بی‌عدالتی رو در سیستم دامن میزنه.» (عضو هیات علمی دانشگاه)

#### ۳- ارزشیابی اجرای سیاست‌ها و قوانین سلامت

از دیدگاه خبرگان و صاحب‌نظران، نظام پایش و ارزیابی عملکرد در مدیریت اجرایی برنامه‌های حاصل از سیاست‌ها از شفافیت کافی برخوردار نیست. سازوکار مناسبی برای پایش و ارزیابی اجرای قوانین و برنامه‌های پیش‌بینی شده در برنامه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی وجود ندارد.

#### • نظارت ناکافی بر اجرای قوانین

«دستگاه‌های نظارتی از جمله مجلس که باید نظارت بکنند و حالا سازمان‌های دیگه‌ای که متولی این کار هستند، اون‌ها هم خیلی فعل خودشون رو خوب انجام نمی‌دهند.» (عضو مرکز پژوهش‌های مجلس)

#### • نبود یک داشبورد اطلاعاتی و نظارتی

«ما یک داشبورد اطلاعاتی و نظارتی نداریم. خود دستگاه‌ها هم برای خودشون ندارند چه برسه به سطح کلان مجلس. هر لحظه باید بدونه کجای برنامه‌ایم، چقدر پیشرفت کردیم، چه جوریم؟» (عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس)

### بحث

بر اساس نتایج مطالعه، چالش‌های مرتبط با تدوین سیاست‌ها، یکی از موضوعات اصلی در عدم اجرا یا اجرای ناقص سیاست‌های سلامت بود. عباسی و همکاران نیز اجرای خط‌مشی‌های عمومی در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی را بررسی کردند و مشکلات مربوط به تدوین‌کنندگان خط‌مشی را به‌عنوان یکی از چالش‌ها مطرح نمودند (۱۶). مطالعه‌ی قانع‌ی و همکاران نیز که به تبیین موانع اجرای بند چهارم سیاست‌های کلی سلامت پرداخته است، موانع مربوط به تدوین‌کنندگان خط‌مشی را در این زمینه ذکر نموده است (۱۷). بنابراین، تدوین‌کنندگان خط‌مشی باید اصول امکان‌پذیری اجرای آن را لحاظ کنند و اگر در مرحله تدوین، ماهیت خط‌مشی لحاظ نشده باشد، در مرحله اجرا چنین سیاستی محکوم به شکست است. بدیهی است هرچه خط‌مشی تدوین شده، شفاف‌تر و با پیچیدگی کمتری همراه باشد، اجرای آن آسان‌تر می‌شود (۱۸). عدم طراحی نظام تصمیم‌گیری و سیاست‌سازی آگاه از شواهد، یکی از چالش‌های مطرح شده در تدوین سیاست‌های سلامت بود. در مطالعه‌ی

Bakari و Frumence که در کشور تانزانیا انجام شد، کمبود اطلاعات شفاف در مجریان سیاست، به عنوان چالش‌های اجرای سیاست معرفی گردید (۱۹). لاریجانی و همکاران بر لزوم توجه بیشتر به فرایند سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران تاکید کردند (۲۰). مهم‌ترین نقش شواهد در تهیه، تدوین، شکل‌بندی و تصویب خط‌مشی را در مرحله تهیه خط‌مشی نامه می‌توان مشاهده کرد که در آن، جنبه‌های مختلف سیاست انتخاب شده به زبان غیرفنی و قابل استفاده توسط سیاست‌گذاران مکتوب می‌شود. در سند مربوط به این مرحله، علاوه بر تعریف ساده‌ای از سیاست انتخاب شده و خلاصه‌ای از مراحل انتخاب آن، عملکردهای اصلی مطرح شده در سیاست، سازمان‌های موجود که در اجرای این سیاست نقش ایفا می‌کنند، سازمان‌های جدیدی که باید ایجاد شوند و وظایف هریک به همراه جریان کاری پیش‌بینی شده، قانون‌های موردنیاز ذکر می‌شود (۲۱). وجود افراد دارای تضاد منافع در تدوین قوانین به عنوان یکی دیگر از چالش‌های مطرح شده در تدوین سیاست‌های سلامت عنوان گردید. Ellen و همکاران، تضاد منافع را دلیلی کلی برای نگرش‌های منفی و مقاومت در برابر تغییر عنوان کرده و آن را به عنوان مهم‌ترین مانع برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در سیستم سلامت کانادا معرفی کردند (۲۲). همچنین، یافته‌های Wye و همکاران نشان می‌دهد که بسیاری از سیاست‌گذاران سلامت در نظام سلامت بریتانیا، نگران منافع شخصی خود هستند (۲۳). در نظام سلامت کشور، سیاست‌گذاری، قیمت‌گذاری، تامین و نظارت توسط پزشکان به‌طور هم‌زمان انجام می‌شود که این می‌تواند تضاد منافع را برای سیاست‌گذاری ایجاد کند و به اصل بی‌طرفی آسیب وارد نماید (۱۱). عدم پیش‌بینی بودجه برنامه، یکی دیگر از موانع اجرای موفق سیاست‌های کلی سلامت است. تامین مالی ناکافی و ناپایدار در نظام سلامت، شامل محدودیت و ناپایداری منابع مالی و عدم تعادل بین منابع و خدمات مورد انتظار است (۲۴ و ۲۵). چنین مسایل مالی، تحقق اهداف مراقبت‌های سلامت را دشوار می‌سازد و بسیاری از اصلاحات سلامت به دلیل عدم تامین مالی پایدار متزلزل گشته‌اند. جدیدترین نمونه‌ی این اصلاحات که اجرای آن تحت‌الشعاع تامین مالی قرار گرفت، طرح تحول بخش سلامت بود (۱۱). عدم تعیین دقیق مجری در زمان تدوین برخی سیاست‌ها نیز به عنوان یکی دیگر از چالش‌ها مطرح شد. در گزارشی که توسط مرکز آموزش و پشتیبانی از تحقیقات کشور زیمبابوه تنظیم شد، یکی از چالش‌های اجرای قوانین این بود که نقش‌های مجریان به درستی تعریف نشده بود (۲۶).

بر اساس نتایج مطالعه، چالش‌های مرتبط با پیاده‌سازی سیاست‌ها، یکی از موضوعات اصلی در عدم اجرا یا اجرای ناقص سیاست‌های سلامت بود. یکی از این چالش‌ها، هماهنگی ضعیف بین بخشی برای اجرای سیاست‌ها بود که در مطالعات Makinde (۲۷)، Freeman و Boyton (۲۸) و گزارش مرکز آموزش و پشتیبانی زیمبابوه (۲۶) نیز ذکر شده است. همکاری‌های بین بخشی در اجرای برنامه‌ها و سیاست‌ها در مطالعات مختلف مورد تاکید قرار گرفته است (۲۹ و ۳۰). بستر اجرایی ناکافی برای اجرای قوانین نیز یکی از چالش‌های مرتبط با پیاده‌سازی سیاست‌ها بود. در مطالعه‌ی Makinde نیروی انسانی ناکافی، نگهداری نامناسب تجهیزات از موانع اجرای سیاست‌ها بود (۲۷). در گزارش مرکز آموزش و پشتیبانی زیمبابوه نیز کمبود پرسنل واجد شرایط و انگیزه‌مند و منابع مالی ناکافی برای اجرا، به عنوان چالش‌های اجرای قوانین ذکر گردید (۲۶). در مطالعه‌ی Patric، کمبود تجهیزات، کمبود فضای اداری، محدودیت‌های بودجه، کمبود منابع انسانی و فیزیکی به عنوان چالش‌های اجرا عنوان شد (۳۱). در مطالعه‌ی Mosquera و همکاران، فقدان منبع تامین مالی پایدار، جابه‌جایی زیاد منابع انسانی، فقدان صلاحیت کارکنان بهداشتی به عنوان چالش‌های اجرا ذکر گردید (۲۳). بر این اساس، اگرچه ممکن است سیاست‌گذاران در مرحله‌ی تدوین سیاست تامین منابع مالی، نیروی انسانی و تجهیزات موردنیاز را پیش‌بینی کرده باشند، ولی گاه، بروز تغییرات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی موجب اختلال در تامین این منابع گشته و موجب می‌شود، بستر اجرایی لازم جهت اجرای سیاست فراهم نگردد. عدم اعتقاد به اجرای سیاست‌های سلامت توسط مدیران، یکی دیگر از چالش‌های مرتبط با پیاده‌سازی سیاست‌ها بود. این مورد در گزارش مرکز آموزش و پشتیبانی زیمبابوه نیز به عنوان یکی از چالش‌های اجرای قوانین ذکر شده است (۲۶). بنابراین، اجرای سیاست‌های سلامت، نیازمند رهبران فعال و مدیران توانمند می‌باشد (۲۴). علاوه بر چالش‌های مذکور در پیاده‌سازی سیاست‌ها، عباسی و همکاران، مشکلات مربوط به سازمان مجری، انواع کنش‌ها و گروه‌های فشار و محیط با اجرای خط‌مشی را شناسایی کرده‌اند (۱۶). Denhardt و Catlaw تعداد زیاد مشارکت‌کننده در اجرا، وجود دیدگاه‌های مختلف، مسیر طولانی برای اقدامات عملی، بخش‌های متعدد دخیل و تصمیم‌گیری در اجرا را شناسایی کرده است (۳۲). در پیاده‌سازی سیاست‌ها در کشور، رویکرد از بالا به پایین بیشتر استفاده می‌شود. این رویکرد بر سه فرض قابل بررسی استوار است: اهداف تعیین شده بر عمل تقدم زمانی دارند، اهداف ابزارها را و ابزارها

نتایج را تعیین می‌کنند و شکل‌گیری سیاست مهم‌تر از اجرای سیاست است. در سال‌های اخیر، متون علمی گذشته با تفکر سیستمی تکمیل گردیده است. به‌طوری‌که عواملی که اجرا را شکل می‌دهند و بر آن تاثیر می‌گذارند، پیچیده، چندوجهی و چندسطحی هستند که همیشه در برابر تغییر، مقاومت می‌کنند (۲). به‌کارگیری مدل‌های ترکیبی که علاوه بر نگاه متمرکز موجود، نقش بازیگران و روابط غیررسمی سطوح پایین‌تر را نیز در نظر می‌گیرد، پیشنهاد می‌شود.

شفاف نبودن نظام پایش و ارزیابی عملکرد در مدیریت اجرایی برنامه‌ها، نبود سازوکار مناسب برای پایش و ارزیابی اجرای قوانین و برنامه‌های پیش‌بینی شده در برنامه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی، به‌نحوی که ادامه اجرای آن‌ها مستلزم تصویب قانون جدید می‌باشد، از چالش‌های ارزشیابی میزان اجرای سیاست‌ها بود. بررسی مطالعات گذشته نیز تا حدودی این موارد را تایید می‌نماید. به‌طوری‌که در مطالعه‌ی Makinde، پایش و نظارت نامناسب یکی از موانع اجرای سیاست‌ها بود (۲۷). در مطالعه‌ی Patric نیز سبک نظارتی ضعیف یکی از چالش‌ها عنوان شده بود (۳۱). همچنین، دانش فرد به مشکلات مربوط به ارزیابی را به‌عنوان یکی از موانع اجرا اشاره نموده است (۳۳). مطالعه‌ی قانعی و همکاران نیز ضعف در نظارت و ارزیابی مراحل اجرایی سیاست‌های کلی را در این زمینه ذکر نموده‌اند (۱۷). فقدان زیرساخت‌های اطلاعاتی لازم یکی از مهم‌ترین موانع ارزیابی سیاست‌های سلامت است. مهرداد نیز در مطالعه‌ی خود اظهار داشت که فقدان سیستم‌های اطلاعات یکپارچه سلامت در بخش سلامت ایران امکان تحلیل عملکرد سیستم‌های سلامت را محدود می‌کند (۳۴). هرچند پیشرفت‌های زیادی در ایجاد پرونده الکترونیکی سلامت ایجاد شده است، اما هنوز، زیرساخت‌های پایگاه داده در کشور به‌طور کامل عملیاتی نشده است (۳۵). مطالعه‌ی Hudson و همکاران نیز، ارزیابی پیشرفت برنامه‌ها از طریق تجزیه و تحلیل داده‌های عملکردی، انجام بازدیدهای میدانی برای شناسایی موانع، ارائه گزارش‌های مستمر پیشرفت برنامه‌ها به مدیران ارشد، ایجاد نهادهای واسط و فرایندهای ارتباطی دوطرفه بین سازمان‌های اجرایی و مراکز سیاست‌گذاری، جداسازی نقش‌های قانون‌گذاری، نظارت، و بازرسی از مکانیسم‌های حمایتی و انتظارات واقع‌بینانه از موفقیت اجرای سیاست را به‌عنوان راهکارهای رفع موانع پیشنهاد نمودند (۷). ارزشیابی میزان سیاست‌های اجراشده در کشور، متولی مشخصی را می‌طلبد. در این راستا، سازمان برنامه‌بودجه می‌تواند در کنار فعالیت‌های جاری مرکز، رصد و ارزشیابی سیاست‌ها و برنامه‌های کلان کشور را نیز انجام دهد.

این مطالعه، علی‌رغم دستیابی به یافته‌های کاربردی، محدودیت‌هایی نیز داشت. اگرچه سعی شد، حداکثر تنوع در نمونه‌ها در نظر گرفته شود، ولی این مطالعه‌ی کیفی با نمونه‌های محدودی که به‌طور هدفمند انتخاب شده بودند، انجام شد که امکان تعمیم‌دهی یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. به‌عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان مشکل بود که با پیگیری مستمر و توجه اهمیت مطالعه، این مشکل رفع شد.

## نتیجه‌گیری

عدم اجرا یا اجرای ناقص برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت، ناشی از چالش‌های مراحل تدوین، پیاده‌سازی و ارزشیابی سیاست‌های سلامت می‌باشد. شناخت این چالش‌ها می‌تواند جهت اصلاح فرایند سیاست‌گذاری در بخش سلامت مورد استفاده قرار گیرد. ارایه راهکارهای اجرایی منجر به اتخاذ سیاست‌های قابل اجرا، پیاده‌سازی اثربخش سیاست‌ها و ارزیابی دقیق سیاست‌های اجراشده می‌گردد و نهایتاً دستیابی به اهداف سیاست‌های تدوین‌شده در بخش سلامت ارتقای سلامت کشور را در ابعاد مختلف به همراه دارد. برای این مهم ایجاد یک مرکز ملی تولید و تجمیع مستندات تصمیم‌گیری، انتخاب افراد مناسب و برقراری نظام‌های پایش رفتار جهت کاهش تضاد منافع، برقراری نظام بازنگری سیاست و تحلیل سیاست‌های ناموفق گذشته، تحلیل ذینفعان سیاست‌های سلامت و تعیین نقش سازمان‌های مجری جهت اجرای سیاست، به‌کارگیری نیروی انسانی متخصص، ماهر و آموزش‌دیده جهت اجرای سیاست، تدوین گزارش‌های دوره‌ای توسط سازمان برنامه‌بودجه از میزان تحقق و یا عدم تحقق برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت و ارایه گزارش‌ها به هیات وزیران پیشنهاد می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که مطالعات جامع‌تری جهت ارایه راهکارهای رفع چالش‌ها در مراحل تدوین، پیاده‌سازی و ارزشیابی سیاست انجام شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1400.312 از دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد. نویسندگان بر خود فرض می‌دانند از فرهنگستان علوم پزشکی که اعتبارات مالی طرح تحقیقاتی را تقبل نمود و مشارکت‌کنندگان در مطالعه که با مشارکت در مصاحبه‌های فردی، انجام این مطالعه را میسر نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را ابراز دارند.

## References

1. Ajulor OV. The challenges of policy implementation in Africa and sustainable development goals. *International Journal of Social Sciences* 2018; 3(3): 1497-518.
2. Secchi L. Políticas públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos. Available at: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rppi/article/view/35985/18913>. 2017.
3. Ahmed IK & Dantata BS. Problems and challenges of policy implementation for national development. *Research on Humanities and Social Sciences* 2016; 6(15): 60-5.
4. Damari B & Heidari A. Designing a management model for development plans in the field of health at the national, provincial and the district levels. *Community Health* 2017; 4(4): 260-8[Article in Persian].
5. Gholami Nataj Amiri S. Pathology of economic development programs after the victory of Islamic Revolution. *Economic Research Journal (Strategic Research Center)* 2007; 3(1): 7-12[Article in Persian].
6. Damari B, Heidari AR, Adhami B & Vosoogh-Moghaddam A. Evaluation of implementation laws for the health sector in the fifth development plan. *Hakim Research Journal* 2019; 22(2): 94-9[Article in Persian].
7. Hudson B, Hunter D & Peckham S. Policy failure and the policy-implementation gap: Can policy support programs help? *Policy Design and Practice* 2019; 2(1): 1-14.
8. Maesoumi Z, Sanei M & Hematian H. A model for effective implementation of health policy in Iran. *Management Strategies in Health System* 2019; 4(2): 125-35[Article in Persian].
9. Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M & Siavashi E. Equity in the health system: An overview on national development plans. *Sadra Medical Sciences Journal* 2014; 3(1): 77-88[Article in Persian].
10. Keshvardoost S. Examination of The factors affecting the implementation of fifth development plan in culture and health section in Iran emphasized the role of implementation research in public policy. *Politics Quarterly: Journal of Faculty of Law and Political Science* 2017; 47(2): 471-87[Article in Persian].
11. Meskarpour-Amiri M & Mehrabi-Tavana A. Successful implementation of general health policies in the Islamic republic of Iran: Barriers and mechanisms. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2019; 24(12): 1127-34.
12. Damari B, Hajebi A, Bolhari J & Heidari AR. Developing a package for the provision of spiritual services in healthcare centres in Iran. *Mental Health, Religion and Culture* 2021; 24(1): 37-51.
13. Etemad K, Heidari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F & Sadeghi S. Challenges of access to data of ministry of health from the perspective of policy-makers, producers, and consumers of data: A qualitative study. *Iranian Journal of Epidemiology* 2017; 13(3): 174-82[Article in Persian].
14. Damari B, Heidari A, Rahbari Bonab M & Vosoogh Moghadam A. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. *Health Promotion Perspectives* 2020; 10(3): 244-9.
15. Graneheim UH & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2): 105-12.
16. Abbasi A, Motazidian R & Mirzayi MGh. Investigation the barriers of public policy implementation in governmental organizations. *Organizational Resource Management Research (ORMR)* 2016; 6(2): 49-69[Article in Persian].
17. Ghane M, Zamanian M & Nateghi M. Barrier's precluding implementation of article 4 of the general health policy and modals to overcome them. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion* 2018; 2(2): 170-81[Article in Persian].
18. Gholipour R, Danaiifard H, Zareii-Matin H, Jandaghi Gh & Fallah MR. A model for implementing industrial policies (Case study in Qom province). *Organizational Culture Management* 2011; 9(24): 103-30[Article in Persian].
19. Bakari E & Frumence G. Challenges to the implementation of international health regulations (2005) on preventing infectious diseases: Experience from Julius nyerere international airport, Tanzania. *Global Health Action* 2013; 6(1): 20942.

20. Larijani B, Delavari A, Damari B, Vosoogh-Moghaddam A & Majdzadeh R. Health policy making system in Islamic republic of Iran: Review an experience. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(1): 1-3.
21. Ebrahimi SA, Danaeefard H, Azar A & Foruzandeh L. Developing an evidence-based policy model for Iranian public health system (qualitative research). *Public Management Researches* 2014; 7(24): 5-24[Article in Persian].
22. Ellen ME, Leon G, Bouchard G, Ouimet M, Grimshaw JM & Lavis JN. Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: A qualitative study. *Implementation Science* 2014; 9(179): 1-12.
23. Wye L, Brangan E, Cameron A, Gabbay J, Klein JH & Pope C. Evidence based policy making and the 'art' of commissioning – how English healthcare commissioners' access and use information and academic research in 'real life' decision-making: An empirical qualitative study. *BMC Health Services Research* 2015; 15(1): 430.
24. Vosoogh-Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzede M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years development plan of Iran: Main challenges, general policies and strategies. *Iranian Journal of Public Health* 2013; 42(S 1): 42-9.
25. Bagheri-Lankarani K, Alavian SM & Peymani P. Health in the Islamic republic of Iran, challenges and progresses. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2013; 27(1): 42-9.
26. Training and Research Support Centre. Community views on public health law and practice in Zimbabwe. Available at: <https://www.tarsc.org/publications/documents/Community%20views%20on%20PHAct%20Report%20Aug2011.pdf>. 2011
27. Makinde T. Problems of policy implementation in developing nations: The Nigerian experience. *Journal of Social Sciences* 2005; 11(1): 63-9.
28. Freeman CW & Boyton XL. Implementing health care reform policies in China: Challenges and opportunities. Available at: [https://csis-website-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy\\_files/files/publication/111202\\_Freeman\\_ImplementingChinaHealthReform\\_Web.pdf](https://csis-website-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy_files/files/publication/111202_Freeman_ImplementingChinaHealthReform_Web.pdf). 2011.
29. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A & Bonakdari-Esfahani Sh. Improving approaches of intersectoral collaboration for health by health and food security high council in I.R.Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2014; 11(3): 1-16[Article in Persian].
30. Damari B & Heidari AR. Implementation of integrated management of non-communicable disease prevention and control in Iran: A proposal. *Payesh* 2020; 19(1): 7-17[Article in Persian].
31. Patric BJ. Health policy implementation challenges in the Capricorn district, Limpopo province, South Africa [Thesis]. South Africa: University of Limpopo; 2011.
32. Denhardt RB & Catlaw TJ. Theories of public organization. 7<sup>th</sup> ed. Arizona: Cengage Learning; 2015: 1-57.
33. Daneshfard K. Barriers to the implementation of public policy at nongovernmental organizations (Police+10 services and counter government agencies). *Resource Management in the Police* 2014; 2(6): 23-50[Article in Persian].
34. Mehrdad R. Health system in Iran. *Japan Medical Association Journal* 2009; 52(1): 69-73.
35. Ahmadi M, Foozonkhah S, Shahmoradi L & Mahmoodabadi AD. Messaging standard requirements for electronic health records in Islamic republic of Iran: A Delphi study. *The Eastern Mediterranean Health Journal (EMHJ)* 2016; 22(11): 794-801.

# The Reasons Why Laws and Policies Developed in Irans Health Sector are not Implemented Effectively

Mohammad Javad Kabir<sup>1</sup> (Ph.D.), Alireza Heidari<sup>2\*</sup> (Ph.D.), Nahid Jafari<sup>2</sup> (Ph.D.),  
Mohammad Reza Honarvar<sup>2</sup> (Ph.D.), Sajad Moeini<sup>3</sup> (M.S.), Zahra Khatirnamani<sup>4</sup> (M.S.)

1 Associate Professor, The Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran; Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

2 Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

3 Ph.D. Candidate in Health Policy, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

4 Master of Science in Biostatistics, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

## Abstract

Received: 23 Jul. 2022  
Accepted: 1 Dec. 2022

**Background and Aim:** Many health policies are not implemented or incompletely implemented after approval. This issue significantly reduces the popularity and responsiveness of the top managers of the health system and leads to service disruption in the target community. Therefore, this study was conducted to explain the existing challenges in the implementation of health policies.

**Materials and Methods:** A qualitative study was conducted in 2021. The participants in the study were 20 scientific and executive experts. The data was collected using an interview guide and the in-depth individual interview method and was analyzed using the content analysis method using thematic analysis with Graneheim and Lundman's approach.

**Results:** The challenges include the policies formulation (lack of evidence-informed decision-making, lack of attention to the details of the implementation, the change of the initial text of the policy, conflict of interests, unclarity the executives, the lack of proper integration between the political and technical components of the policies, the weak participation of the main stakeholders, the lack of the same understanding of policies concept between policy makers and executives and lack of budget forecasting), challenges of policies implementation (uncertainty about roles of executive organizations, lack of executive attachment, conflict of interest, lack of project management, change of formulated policies with change of executives, little belief among executives, lack of executive guarantee, lack of operational plan) and challenges of policies evaluation (Inadequate supervision and the absence of an informational and supervisory dashboard).

**Conclusion:** Using effective solutions to solve the challenges extracted in the stages of formulation, implementation and evaluation of health policies can lead to achieving the goals of the formulated policies and improving the health of the society.

**Keywords:** Laws, Policies, Policy Making, Health Sector, Implementation

\* Corresponding Author:  
Heidari A  
Email:  
dr.alirezaheidari@goums.ac.ir