

# Designing a Model for the Implementation of Public Health Policies Based on Equity



Anahita Mazaheri Kalahroodi<sup>1</sup> , \* Majid Ramezan<sup>2</sup> , Hasan Givarian<sup>3</sup> ,  
Majid Rostami Beshmani<sup>4</sup>

1. PhD Student, Department of Public Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Human Resource Management, Malek Ashtar University of Technology, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Public Administration, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, Department of Management, Naraq Branch, Islamic Azad University, Naraq, Iran



**Citation:** Mazaheri Kalahroodi, A., Ramezan, M., Givarian, H., & Rostami Beshmani, M. (2024). Designing a Model for the Implementation of Public Health Policies Based on Equity. *Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies*, 12(47), 550-584. doi: 10.30507/jmsp.2023.417847.2638

<https://doi.org/10.30507/jmsp.2023.417847.2638>



20.1001.1.23452544.1403.12.47.4.9



**Funding:** See Page 580

**Received:** 2023/09/26

**Accepted:** 2023/11/19

**Available Online:** 2024/06/21

**Article Type:** Research paper

## Keywords:

Public health policies,  
Equity, Grounded  
theory.

## Abstract

The implementation of public health policies based on equity is one of the fundamental objectives of health systems. However, various factors, including economic, social, and political conditions, as well as the role of key stakeholders, influence policy implementation. Despite its significance, no comprehensive model has yet been developed for the just implementation of public health policies in the country. This study aims to design a model tailored to this purpose. Employing a qualitative research approach and grounded theory methodology, data were collected through semi-structured interviews with 15 health policy experts using a purposive sampling method. The analysis followed Strauss and Corbin's coding paradigm, leading to theoretical saturation with 121 concepts, 25 subcategories, and six main categories. The proposed model consists of the central phenomenon (the implementation of public health policies based on equity), causal conditions, contextual factors, intervening conditions, strategies, and outcomes. A key innovation of this research is the identification of novel strategies based on expert insights, including integrating a health equity framework into all policies, promoting good health governance, and establishing a comprehensive health database. These strategies contribute to identifying new outcomes such as improved health financial management, enhanced social health, and greater equity in healthcare.

\* **Corresponding author:**

**Majid Ramezan, PhD**

**Address:** Malek Ashtar University of Technology, Tehran

**Tel:** +98(912)6116568

**Email:** Ramezan@mut.ac.ir



## Extended abstract

### Introduction

One of the major challenges in health policy is ensuring the just distribution of health-care resources. A fundamental objective of any national health system is to create fair opportunities for access to healthcare services for all individuals. However, the practical realization of this goal remains significantly weak. Despite considerable reforms in health systems, previous research indicates persistent gaps and inequalities in resource distribution, raising serious concerns among scholars and policymakers. Although substantial resources are allocated to the health sector, a considerable gap exists between available resources and actual needs. Therefore, beyond merely increasing health system funding, an essential priority is the just distribution of these resources across different regions. The implementation of public health policies aimed at achieving equity is a primary objective of healthcare systems, yet various economic, social, and political factors, as well as the role of key stakeholders, influence policy execution. Many public health policies fail to be effectively implemented. This study, therefore, aims to develop a comprehensive model for implementing public health policies based on equity.

### Methods

This study employs a qualitative research approach using the Grounded Theory strategy. To collect data, semi-structured interviews were conducted with 15 health policy specialists and experts, selected through purposive sampling. The interviews were analyzed using Strauss and Corbin's paradigm model through a systematic coding process:

1. Open coding was applied to identify primary codes, concepts, and subcategories.
2. Axial coding was used to establish relationships among subcategories and main categories.
3. Selective coding was utilized to construct the final conceptual model based on the paradigm framework.

## Results and Discussion

The study reached theoretical saturation, resulting in six main categories, 25 subcategories, and 121 concepts, culminating in a conceptual model. The model identifies:

- Causal conditions: Characteristics of policymakers, equity-oriented health policy-making, and structural determinants of public health policies based on equity.
- Intervening conditions: Economic, social, political, cultural, technological, and international factors affecting policy implementation.
- Contextual conditions: Attributes of policy implementers, health institutions, and healthcare resource management systems, influencing the core phenomenon—the implementation of public health policies based on equity.
- Strategies: Coordination among stakeholders, strengthening good health governance, integrating equity into all policies, establishing a health equity database, engaging various health actors, and monitoring conflicts of interest in the healthcare sector.
- Outcomes: Improved healthcare financial management, enhanced social health, and strengthened equity in healthcare.
- Consequences: Financial protection for individuals, fair distribution of health resources, increased patient satisfaction, enhanced public trust, improved social health, and a reduction in poverty and corruption.

The study introduces new theoretical contributions, including:

1. The integration of equity-oriented health policies across all sectors.
2. The creation of a comprehensive health equity database.
3. The conceptualization of social health as a key determinant in policy implementation.

## Conclusion

This study provides a practical framework for policymakers and stakeholders to design and implement equity-driven public health policies, addressing structural inequalities and fostering a more equitable and sustainable healthcare system. Based on these findings, the study proposes the following recommendations:

1. Strengthening inter-sectoral and intra-sectoral relationships between

health institutions and other organizations.

2. Ensuring continuous interaction between policymakers and executives during policy formulation, implementation, and evaluation.
3. Implementing indirect monitoring mechanisms to prevent conflicts of interest in the healthcare system.
4. Promoting decentralized and networked governance structures for improved policy effectiveness.
5. Identifying vulnerable populations through hospital-based social workers to ensure targeted healthcare services.
6. Expanding universal health insurance coverage, especially in rural areas.
7. Encouraging competition among insurance providers to reduce out-of-pocket expenses for patients.
8. Utilizing media and social platforms to educate the public on preventive healthcare, thereby increasing health literacy and reducing overall health expenditures.

Ensuring that policymakers are well-equipped with knowledge of health management and public administration to formulate effective policies.

## طراحی الگوی اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت

آناهیتا مظاهری کلهرودی<sup>۱</sup>، \* مجید رمضان<sup>۲</sup>، حسن گیوریان<sup>۳</sup>، مجید رستمی بشمنی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه مدیریت منابع انسانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه صنعتی مالک اشتر، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، واحد نراق، دانشگاه آزاد اسلامی، نراق، ایران



20.1001.1.23452544.1403.12.47.4.9

### چکیده

اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت بر پایه عدالت یکی از مهم‌ترین اهداف نظام سلامت است؛ اما عواملی مانند شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، و بازیگران بر اجرای خط‌مشی‌ها تأثیر می‌گذارد. تا کنون در کشور الگویی برای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت طراحی نشده است. این پژوهش براساس نوع داده‌ها، کیفی است و در آن از روش نظریه داده‌بنیاد استفاده شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با پانزده نفر از خبرگان سلامت و به کمک روش نمونه‌گیری هدفمند گردآوری شد. کدگذاری نیز مطابق مدل استراوس و کوربین انجام و تحلیل شد. در نهایت داده‌ها با ۱۲۱ مفهوم، ۲۵ مقوله فرعی و ۶ مؤلفه اصلی به اشباع نظری رسید. مدل تحقیق شامل پدیده محوری (اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت)، عوامل علی، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهاست. پدیده محوری تحقیق نیز دارای نوآوری است. براساس نظر خبرگان، راهبردهای نوینی، مانند پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها و حکمرانی خوب سلامت و ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت، کشف شد که موجب شناسایی پیامدهای جدیدی، مانند مدیریت مالی سلامت، سلامت اجتماعی و عدالت سلامت، شده است.

تاریخ دریافت: ۴ مهر ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۸ آبان ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱ مهر ۱۴۰۳

نوع مقاله: علمی - پژوهشی

### کلیدواژه‌ها:

خط‌مشی‌های عمومی سلامت، عدالت، نظریه داده‌بنیاد.

\* نویسنده مسئول:

دکتر مجید رمضان

نشانی: تهران، دانشگاه صنعتی مالک اشتر

تلفن: ۹۸(۹۱۲)۶۱۱۶۵۶۸+

پست الکترونیک: Ramezan@mut.ac.ir

## ۱. مقدمه

در همهٔ جوامع، سلامتی یکی از محورهای عدالت و توسعه در ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است. در نظام سلامت، برای دستیابی به اهداف نظام سلامت از شاخص‌های میانی مثل کارایی، اثربخشی، عدالت و کیفیت استفاده می‌شود. یکی از چالش‌های مهم در سیاست‌گذاری‌های سلامت توزیع عادلانهٔ منابع بهداشتی و درمانی است. در این راستا یکی از اهداف مهم نظام سلامت کشور ایجاد فرصت‌های عادلانه برای دسترسی به خدمات بهداشتی برای همگان است؛ اما این هدف در مرحلهٔ اجرا به خوبی محقق نشده و حتی بسیار ضعیف اجرا شده است (نصراله‌پور شیروانی و موعودی، ۱۳۹۲).

خط‌مشی‌گذاری یکی از کارکردهای «تولیت نظام سلامت» است. در چند دههٔ اخیر، نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران تغییرات بنیادین داشته است؛ اما در مواردی ناکارآمدی‌ها، نارسایی‌ها و مسائل متعددی وجود دارد که علت آن‌ها عمدتاً به عدم خط‌مشی‌گذاری مناسب یا اجرای نامناسب و ارزیابی ناکافی خط‌مشی‌ها مربوط می‌شود (ابراهیمی، دانایی‌فرد، آذر و فروزنده، ۱۳۹۳). برای نمونه «طرح تحول نظام سلامت» یکی از مهم‌ترین کلان‌طرح‌ها در حوزهٔ بهداشت و درمان کشور بود. یکی از نقدهایی که به اجرای این طرح وارد شد، نارضایتی از تحقق نیافتن عدالت توزیعی بود. مسئلهٔ اصلی در برنامه‌های تحول تدوین آن نیست، بلکه اجرای آن است (ابراهیمی، فرهادی‌نژاد و باکی‌هاشمی، ۱۳۹۹). مهم‌ترین مرحلهٔ فرایند خط‌مشی‌گذاری اجراست. شرایط محیطی، مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، بر اجرای خط‌مشی تأثیر می‌گذارد (دانش‌فرد، ۱۳۹۵). بهره‌گیری از الگوی سایر نظریه‌پردازان، با در نظر گرفتن تأثیر تفاوت‌های سیاسی، فرهنگی و اقتصادی هر جامعه و تأثیر آن بر اجرای فرایند خط‌مشی، نتایج مطلوبی ندارد (سلاجقه و احمدیان، ۱۳۹۸).

بنابراین اجرای خط‌مشی‌های تدوین شده مستلزم به‌کارگیری الگوهایی متناسب با شرایط خاص آن خط‌مشی و حوزهٔ اجرایی آن است (لکی، ۱۳۹۷). با بررسی خط‌مشی‌های عمومی سلامت که اغلب استمرار نداشته یا با شکست مواجه شده است و همچنین وجود خلأهای نظری در حوزهٔ سیاست‌گذاری سلامت و با توجه به کم‌سابقه بودن بهره‌مندی از دانش سیاست‌گذاری در میان پژوهشگران حوزهٔ سلامت کشور به نظر می‌رسد خلأ زیادی در توسعهٔ دانش سیاست‌گذاری سلامت کشور و فقدان پژوهش‌های کیفی با روش‌شناسی قوی برای درک بهتر اجرای سیاست‌گذاری سلامت وجود دارد. در گذشته نیز، فقط برخی ابعاد خط‌مشی‌های عمومی سلامت بررسی شده، اما در زمینهٔ اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت تا کنون الگوی جامعی ارائه نشده است. با توجه به اینکه فرایند اجرای خط‌مشی در محیطی صورت می‌گیرد که عوامل و بازیگران مختلفی در آن نقش دارند، در این تحقیق الگویی جامع ارائه شده که در آن، عوامل زمینه‌ای، علی و مداخله‌گر در نظر گرفته شده و بر این اساس، راهبردهایی ارائه

پیامدهایی نیز شناسایی شده است. بنابراین هدف از این تحقیق طراحی الگویی برای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت با رویکرد عدالت است.

## ۲. پیشینه تحقیق

**حسینی و سجادی (۱۳۹۷)** در تحقیق خود با عنوان «تحلیل سیاست‌گذاری تحول سلامت در حوزه درمان جمهوری اسلامی ایران» از چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون و جریان‌های چندگانه کینگدان استفاده کردند و به این نتیجه رسیدند که رویکرد بالا به پایین در برنامه‌ریزی، نادیده گرفتن برخی ذی‌نفعان و بی‌توجهی به هماهنگی حوزه‌های بهداشت و درمان از ضعف‌های طرح تحول به شمار می‌آید و اجرای این برنامه به پایدار کردن تأمین و اختصاص بهنگام منابع مالی بخش سلامت نیاز دارد و مستلزم مصرف صحیح منابع، و تعامل سازنده ذی‌نفعان برای ایجاد تغییرات پایدار است.

**کمالی، شیخزاده و احمدی‌نژاد (۱۳۹۸)** در مقاله «اجرای سیاست‌های عمومی؛ ارائه معیارهایی برای اجرای موفق سیاست‌ها»، به شناسایی و دسته‌بندی معیارهای اجرای موفق سیاست‌های عمومی پرداخته‌اند که به ترتیب عبارت‌اند از: ۱. معیارهای مربوط به سیاست تدوین شده؛ ۲. مجریان سیاست‌ها؛ ۳. ساختارها و سازمان‌های اجرایی؛ ۴. شرایط محیط اجرا؛ ۵. منابع و ابزارهای اجرای سیاست‌ها.

**وحدتی و منتظری نجف‌آبادی (۱۳۹۹)** در تحقیقی با عنوان «عارضه‌یابی اجرای خط‌مشی‌های دولتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران با رویکرد آنتروپی شانون» موانع اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت را بررسی و رتبه‌بندی کردند. نتایج رتبه‌بندی موانع به ترتیب عبارت‌اند از: ۱. موانع مرتبط با خط‌مشی‌گذاران؛ ۲. ماهیت خط‌مشی؛ ۳. مجریان خط‌مشی؛ ۴. عوامل محیطی؛ ۵. عوامل سازمانی.

**اسمیت و وین‌استاک<sup>۱</sup> (2019)** در مطالعه «کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت از طریق اقدامات بین‌بخشی: ایجاد تعادل بین عدالت در سلامت و عدالت در سایر کالاهای اجتماعی» به توسعه استراتژی‌های بین‌بخشی برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت تمرکز کرده‌اند. دستیابی بخش‌های سلامت به عدالت در سلامت ممکن است در تضاد با خط‌مشی‌های سایر بخش‌ها باشد؛ بنابراین بسیار مهم است بین عدالت در سلامت در مقابل دستیابی سایر بخش‌ها به عدالت تعادل ایجاد کنند. در این پژوهش، عدالت سلامت به معنای رویکرد «سلامت در همه خط‌مشی‌ها» و «ارزیابی پیامدهای عدالت سلامت» و «اهمیت سلامت و نسبت توزیع عادلانه آن به سایر کالاهای اجتماعی» تلقی می‌شود.

1. Smith & Weinstock

در تحقیقی در ایالات متحده گایل، فوج، براون و خان<sup>۲</sup> (2020) با عنوان «چارچوب برای تخصیص عادلانه واکسن برای کووید-۱۹»، در چهار مرحله، اولویت‌بندی تخصیص واکسن به گروه‌های مختلف را با رویکرد عدالت‌محوری بیان کردند و در پایان برای اجرای مؤثر آن چند پیشنهاد دادند: تخصیص عادلانه واکسن باید از طریق توزیع و مدیریت عادلانه حمایت شود، افراد بانفوذ خارج از بدنه دولت باید در این امر با دولت مشارکت کنند و دریافت رایگان واکسن برای همه.

فیشر، هریس، فریمن و مکان<sup>۳</sup> (2022) در مقاله «اجرای خط‌مشی‌های همگانی و هدفمند برای عدالت سلامت: درس‌هایی از استرالیا»، در اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت، نقش خط‌مشی‌های همگانی یا هدفمند در دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و در نتیجه دستیابی به عدالت سلامت را بررسی کردند. اجرای خط‌مشی در چهار حوزه سیاست مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) یا همان طرح بیمه عمومی برای همگان، ایجاد شبکه ملی ارتباطات برای دسترسی همگانی به خدمات سلامت از راه دور (از طریق اینترنت و تلفن)، هدفمند (حذف شکاف از طریق اختصاص بودجه هدفمند و خدمات‌رسانی به مناطق روستایی دورافتاده) و اقتضایی (برنامه‌ریزی دسترسی به خدمات در مناطق محروم) صورت گرفت. یافته‌های پژوهش براساس سه معیار دسترسی عادلانه: ۱. در دسترس بودن، ۲. مقرون‌به‌صرفه بودن و ۳. مقبولیت (اختصاص خدمات براساس نیازها)، با تعاریف سیاست‌های همگانی، همگانی - متناسب با نیاز افراد، هدفمند (براساس بومی بودن و نیازهای گروه خاص) و سیاست‌های باقی‌مانده (یارانه سلامت براساس دهک افراد) و ساختارهای حاکمیتی واگذار شده (به‌صورت ایالتی و خدمات با توجه به جمعیت منطقه در نظر گرفته می‌شود) تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد سیاست‌های باقی‌مانده برای دسترسی عادلانه نامطلوب‌اند. سایر اشکال هدف‌گذاری و همچنین ساختار همگانی و همگانی - متناسب این پتانسیل را دارند که به روش‌های خاص زمینه مطلوب برای دسترسی عادلانه به کالاهای و خدمات مرتبط با سلامت ترکیب شوند. برای بهینه‌سازی مزایا، سیاست‌ها باید دسترسی عادلانه را در سه بُعد در دسترس بودن، مقرون‌به‌صرفه بودن و مقبولیت مورد توجه قرار دهند. ساختارهای حاکمیتی واگذار شده این پتانسیل را دارند که مزایای عدالت در سیاست‌های همگانی یا هدفمند را افزایش دهند. در این تحقیق طرح همگانی، همگانی - متناسب یا هدفمند در جهت بهبود عدالت سلامت‌اند و با توجه به زمینه خط‌مشی انتخاب می‌شوند. به‌جای انتخاب یک راهبرد، به سیاست‌گذاران توصیه می‌شود ترکیبی از رویکردها را جست‌وجو کنند. ساختارهای حاکمیتی واگذار شده که به‌صورت منطقه‌ای عمل می‌کنند، پتانسیلی برای تقویت مزایای عدالت در هر دو رویکرد همگانی و هدفمند دارند، اما به اصلاح چشمگیری در رویکردهای دستوری از بالا به پایین نیازمندند.

2. Gayle, Foegen, Brown & Kahn

3. Fisher, Harris, Freeman & Mackean

**فورت، مانسون و گلاسگو<sup>۴</sup> (2023)** در تحقیقی با عنوان «استفاده از لنز عدالت برای ارزیابی زمینه و اجرا در سلامت عمومی و خدمات سلامت به‌صورت تحقیقاتی و بالینی با استفاده از چارچوب PRISM» بیان کردند در حالی که تمرکز بر عدالت سلامت به افزایش دسترسی و پوشش همگانی برنامه‌ها و سیاست‌های مبتنی بر شواهد اشاره دارد، اکثر چارچوب‌ها و مدل‌های اجرایی به‌صراحت به آن توجه نمی‌کنند. در این تحقیق نتایجی با ابعاد پنج‌گانه به نام RE-AIM (دسترسی، اثربخشی، پذیرش، اجرا و نگهداری) حاصل شد که عدالت سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد و با راهنمایی برای استفاده از PRISM (مدل اجرای عملی، قوی و پایدار)، یک لنز عدالت در چهار حوزه زمینه‌ای (محیط خارجی، دیدگاه‌های چندسطحی در مورد مداخله، ویژگی‌های مجریان - گروه‌های خاص و زیرساخت‌های اجرا - پایداری) ارائه شد. محققان و افراد عملیاتی می‌توانند با مستندسازی زمینه قبل، حین و پس از اجرا در هر چرخه یک برنامه (مثلاً برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی) به بهبود عدالت کمک کنند. در حالت ایده‌آل، محققان و متخصصان باید از لنز عدالت استفاده کنند که هم‌زمان این موارد را در نظر بگیرد: ۱. عدالت در فرایند اجرا و نتایج (RE-AIM) برای چرخه معین؛ ۲. عوامل زمینه‌ای PRISM، با تلاش‌ها برای ارتقای عدالت هر دو مکمل یکدیگرند. بینش زمینه‌ای مستمر تغییرات ساختاری مورد نیاز را شناسایی می‌کند. مجریان برنامه می‌توانند با اصلاح و بهبود زیرساخت‌ها، توزیع منابع و تغییر خط‌مشی، شکاف‌ها و نابرابری‌های اجتماعی را کاهش دهند. تأکید فزاینده بر مداخلات چندبخشی و رویکردهای سلامت در همه سیاست‌ها، نویدبخش افزایش عدالت سلامت از طریق تأثیرگذاری بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. استفاده از PRISM در ترکیب با نظریه‌ها، مدل‌ها و چارچوب‌های مبتنی بر عدالت پتانسیل زیادی برای پیشبرد عدالت سلامت دارد.

### ۳. چارچوب نظری

به نظر بسیاری از محققان خط‌مشی‌گذاری، تله‌ها و مشکلات سیاسی این مرحله نادیده گرفته شده است و فرض می‌کردند زمانی که خط‌مشی اتخاذ می‌شود، دولت نیز الزاماً آن را به اجرا درمی‌آورد. در حقیقت مقوله اجرا موضوعی بدون اشکال تلقی می‌شد. این دیدگاه با چاپ اثر ویلداوسکی در سال ۱۹۷۳ م در زمینه اجرای برنامه‌ها تغییر کرد. در زمینه تأثیر عوامل مختلف بر اجرای خط‌مشی‌های عمومی مطالعاتی صورت گرفت (هاولت، رامش و پرل، ۱۳۹۵، ص. ۲۹۲).

### ۳-۱. رویکرد سنتی اجرای رویکرد

#### ۳-۱-۱. رویکرد بالا به پایین

جفری پرسمن و آرون ویلداوسکی<sup>۵</sup> را پدران مطالعات اجرا می‌نامند. آن‌ها موفقیت در اجرا را به

4. Fort, Manson & Glasgow

5. Jeffrey Pressman & Aaron Wildavsky

رابطه بین ادارات مرکزی و محلی مرتبط می‌دانند. نظریات آن‌ها مبتنی بر مدل عقلایی است (الوانی و شلوپیری، ۱۳۹۵، ص. ۹۴).

### ۲-۱-۳. رویکرد پایین به بالا

لیپسکی،<sup>۶</sup> بنیان‌گذار رویکرد پایین به بالا، با اهمیت دادن به نقش کارکنان سطوح اجرایی در نهادهای مجری خطمشی که وی آن‌ها را بوروکرات‌های سطح اجرایی می‌نامد، تأثیر بسزایی در پژوهش‌های اجرا داشته است. به اعتقاد وی، تصمیمات بوروکرات‌ها در سطوح اجرایی که از طریق انتخاب رویه‌ها در جهت رفع ابهامات و فشارهای کاری ابداع می‌شوند، در حقیقت خطمشی مطابق خواست آن‌ها به اجرا درمی‌آید. به عبارتی، بوروکرات‌های سطوح اجرایی ماهیت خطمشی را تعیین می‌کنند؛ زیرا مجریان تعیین‌کننده نحوه اجرای خطمشی‌اند (همان، ص. ۱۰۲).

### ۳-۱-۳. رویکرد ترکیبی

پس از انتقادهای زیاد به دورویکرد بالا به پایین و پایین به بالا، رویکرد جدیدی به نام رویکرد ترکیبی مطرح شد. این دیدگاه برپایه تعاملات چانه‌زنی و مذاکره بین بازیگران در فرایند خطمشی‌گذاری بنیان نهاده شده است (منوریان، ۱۳۹۴، ص. ۸۴۵).

### ۲-۲-۳. رویکردهای نوین اجرای خطمشی‌های عمومی

رویکردهای نوین اجرای خطمشی عبارت‌اند از: حاکمیت شبکه‌ای، چرخش‌های دموکراتیک در سطح جهانی و بستر اجتماعی و سیاسی، مدیریت دولتی نوین و اجرا در بستر بین‌الملل (همان‌جا).

### ۱-۲-۳. حاکمیت شبکه‌ای<sup>۷</sup>

حاکمیت شبکه‌ای در پاسخ به ناکارآمدی نظام سلسله‌مراتبی و متمرکز اداری به وجود آمد. اتولو<sup>۸</sup> درباره این رویکرد اجرای خطمشی بیان می‌کند: «دنیای بازیگران سازمانی چندگانه که همکاری و هماهنگی آن‌ها برای اجرای موفق استراتژی کاملاً ضروری است» (به نقل از منوریان، ۱۳۹۶، ص. ۱۹۵). حکمرانی شبکه‌ای به ساختارهای سازمانی و روابط بین‌سازمانی در اجرای خطمشی معاصر تأکید می‌کند. ساختارهای سازمانی شبکه‌ای به دلیل همکاری جمعی می‌توانند سازمان‌ها را در اهداف مورد نظر یاری دهند (همان‌جا).

6. Lipsky  
7. network governance  
8. 0 Toole

### ۲-۲-۳. چرخش‌های دموکراتیک در سطح جهانی و بستر اجتماعی و سیاسی

اجرای خط‌مشی‌ها از طریق فرایند اجتماعی و سیاسی براساس گفت‌وگو، مذاکره، چانه‌زنی و تعامل انجام می‌شود (منوریان، ۱۳۹۴). دمکراتیزه کردن علم خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر رویکرد آزادمنشی با هدف دستیابی به مشارکت و همکاری گسترده‌تر است (Deleon, 1997).

### ۳-۲-۳. مدیریت دولتی نوین

با استفاده از روش‌های مدیریت دولتی نوین باید بوروکراسی‌ها را در جهت کارایی و اثربخشی بیشتر سوق داد. در دنیای کنونی، افزایش سطح توقع شهروندان از دولت‌ها برای بهبود بهداشت، رفاه، امنیت، کیفیت زندگی و... خود موجب توسعه بوروکراسی شده است (گیوریان و ربیعی، ۱۳۹۴، صص. ۲۷۰-۲۷۳).

### ۴-۲-۳. اجرا در بستر بین‌الملل

اجرا فرایندی سیاسی است و تحقق آن فقط به علت مقاومت سیاسی بازیگران محلی با مشکل مواجه می‌شود. رفتار اجرایی دولت‌های محلی، مستقل از درجه سازگاری یا ناسازگاری، بیش از حد بر عوامل ساختاری تأکید می‌کنند؛ یعنی بازیگران محلی صرفاً حافظ وضع موجودند؛ زیرا تغییر وضع موجود را عاملی تهدیدکننده منافع خود می‌دانند. بنابراین در تحلیل اجرای خط‌مشی، باید به چندگانگی شبکه‌های بازیگران محلی و پیچیدگی‌های بازی‌های اجرا در سطح محلی توجه بیشتری کرد. همچنین تفاوت فرهنگی هر کشور در اجرای آن خط‌مشی تأثیر بسزایی دارد.

### ۳-۳. مرور سیاست‌های سلامت در شش برنامه توسعه

#### ۱-۳-۳. سیاست سلامت در برنامه‌های پنج‌ساله اول و دوم توسعه

رویکرد اصلی برنامه‌های اول و دوم توسعه پس از انقلاب، تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای عموم مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور بوده است. مهم‌ترین سیاست‌های اتخاذ شده در چارچوب این رویکرد را می‌توان توسعه امکانات و اتخاذ سیاست‌های تشویقی در زمینه کنترل جمعیت از یک سو و گسترش بهداشت و درمان و ارائه خدمات فعال در بخش‌های آموزش، بهداشت مادر و کودک و بهداشت باروری از سوی دیگر دانست. به این ترتیب، افزایش مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، بهبود شاخص‌های مرتبط با بهداشت، ف از قبیل میزان دسترسی جمعیت به آب آشامیدنی سالم و افزایش سطح آگاهی اجتماعی، باعث ارتقای شاخص‌های سلامتی، همچون کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران و کودکان زیر پنج سال و کاهش سهم بیماری‌های واگیر در میان علل مرگ، شده است.

**۳-۳-۲. سیاست سلامت در قانون برنامه پنج‌ساله سوم توسعه**

برنامه سوم توسعه با هدف افزایش کارایی، جلب مشارکت بخش غیردولتی و سامان‌دهی نظام خدمات‌رسانی (در زمینه‌هایی مانند سطح‌بندی خدمات و اصلاح شبکه بهداشت و درمان کشور) تدوین شد. در این برنامه، به مقوله امنیت غذا و تغذیه اهمیت خاصی داده شده است.

**۳-۳-۳. سیاست سلامت در قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه**

برنامه چهارم توسعه با هدف کاهش مخاطرات سلامتی و ارتقای امنیت غذایی، حضور فعال در بازارهای جهانی، عدالت در دسترسی و تأمین منابع مالی، توانمندسازی مردم در جهت ارتقای سلامت و تقویت و تعمیم هماهنگی‌ها و مشارکت‌های بین‌بخشی بر محوریت ارتقای سلامت تدوین شد. همچنین درباره شاخص‌های عدالت و گسترش بیمه و اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع اهداف روشنی تعیین گردید.

**۳-۳-۴. سیاست سلامت در قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه**

جهت‌گیری کلی سیاست سلامت در برنامه پنجم به سمت «مردم و بخش‌های توسعه سالم‌تر»، «نظام ارائه خدمات عادلانه‌تر و کیفی‌تر»، «تولیت و حاکمیت یکپارچه‌تر و پاسخ‌گوتر» و «تأمین مالی عادلانه‌تر و پایدارتر» است. انعکاس مستقیم این جهت‌گیری‌ها در بندهایی از سیاست‌های کلی برنامه پنجم آمده است: کاهش سهم مستقیم مردم از هزینه‌های سلامت به حداکثر ۳۰ درصد، راه‌اندازی و عملیاتی کردن سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی و کاهش تصدی‌گری‌ها با اولویت مناطق کمترتوسعه‌یافته، استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت، پوشش همگانی و اجباری بیمه‌های درمانی، اصلاح ساختار صندوق‌های بیمه و... (وحدانی‌نیا، وثوق‌مقدم، ۱۳۹۷، صص. ۸۶).

**۳-۳-۵. سیاست سلامت در دولت یازدهم (طرح تحول درمان)**

طرح تحول سلامت که در دولت یازدهم مطرح شد، سه هدف عمده را دنبال می‌کند:

۱. محافظت مالی از مردم در قبال هزینه‌های سلامت؛
۲. عدالت در دسترسی به خدمات در سراسر کشور برای آحاد مردم؛
۳. ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌ها به‌ویژه بیمارستان‌های دولتی سراسر کشور (همان، ص. ۱۰).

### ۳-۳-۶. سیاست سلامت در قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه

این برنامه به عنوان سومین برنامه سند چشم انداز بیست ساله با نام «برنامه توسعه و اقتصاد مقاومتی» به تصویب رسید. تشویق افزایش جمعیت و کاهش هزینه های پرداخت از جیب مهم ترین نگرانی ها در برنامه ششم توسعه بود. دست نیافتن به نتایج مورد انتظار در برنامه ها و تکرار محتوای همان متن در برنامه بعدی نشان دهنده تعهد پایین دولت به برخی جنبه های برنامه های توسعه است. در این برنامه ها، بی توجهی به روندهای بین المللی و موضوعات ارتقای سلامت نیز محسوس است. این قانون در حوزه سلامت با ضعف هایی مواجه است؛ مانند نبود ارتباط مؤثر بین بخشی با سایر دستگاه ها، در نظر نگرفتن مکانیسم تأمین مالی برخی احکام، غیرواقع بینانه و غیرقابل اجرا بودن، نبود شفافیت در متن حکم، در نظر نگرفتن شاخص های کمی در متن برنامه، به کار نگرفتن راهکارهای قانون گریزی در متن احکام جهت افزایش ضمانت اجرایی آن، چندمتولی بودن برخی احکام، در نظر نگرفتن برخی زیرساخت های لازم جهت اجرای احکام، عدم اولویت بندی لازم برای گروه های هدف و ایرادهای نگارشی در برخی احکام حوزه سلامت (گزارش مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، ۱۴۰۱).

بررسی احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه نشان داد موضوعاتی همچون پوشش همگانی، عرضه خدمات یکپارچه، عدالت، سلامت الکترونیک، خدمات رسانی به قشرهای مختلف و حق بیمه از جمله موضوعاتی بودند که در شش برنامه توسعه به آن ها پرداخته و تصویب شده است. البته در این بین، برخی احکام با کمترین تغییرات در قانون برنامه بعدی تکرار شده اند. هر چند این موضوع حاکی از توجه سیاست گذاران است، به تحقق نیافتن احکام در برنامه های پیشین نیز بازمی گردد. بر این اساس، پیشنهاد می شود ضمن در نظر گرفتن دلایل اجرایی نشدن قوانین برنامه در حوزه سلامت و همچنین اعتبارات سالانه دولت در اجرای قوانین برنامه، سیاست گذاران در تدوین برنامه هفتم توسعه، به ویژه در احکام مرتبط با سلامت، دقت کنند (همان).

### ۴. روش تحقیق

این پژوهش از نظر نوع داده ها، کیفی براساس نظریه داده بنیاد است. داده های پژوهش در ابتدا از طریق راهبرد داده بنیاد، به کمک مصاحبه با خبرگان سلامت که به صورت هدفمند انتخاب شدند، گردآوری شد. در پایان هر مصاحبه، حجم نمونه بر مبنای اصل اشباع به دست آمد؛ به این ترتیب که پس از مصاحبه با فرد صاحب نظر از او خواسته می شود افراد متخصص دیگر در این حیطه را معرفی کند و در صورت تأیید صلاحیت فرد مورد نظر، با او نیز مصاحبه صورت گیرد. این روند تا زمان رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ یعنی تا زمانی که مصاحبه ها دارای مقوله های جدید و راهگشا باشند و نکات جدیدی را اضافه کنند، ادامه پیدا می کنند و هنگامی که دیگر مفاهیم جدیدی در مصاحبه ها یافت نشود و تمام مفاهیم اصلی گردآوری شده باشد، اشباع شکل گرفته است و مصاحبه ها متوقف می شود. در این مرحله، با پانزده نفر از خبرگان

سلامت مصاحبه انجام شد.

#### ۴-۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خبرگان

شاخص‌های احصاشده از چارچوب نظری و پیشینه تحقیق در قالب مصاحبه نیمه‌ساختاریافته در اختیار پانزده نفر از خبرگان حوزه سلامت قرار گرفت. فراوانی و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خبرگان در **جدول ۱** نشان داده شده است. چنان‌که ملاحظه میشود ۴۰ درصد از خبرگان زن و ۶۰ درصد مرد هستند و بیشترین فراوانی مربوط به گروه مردان است. از نظر تحصیلات، ۱۰۰ درصد از خبرگان دارای مدرک تحصیلی دکتری‌اند. از لحاظ سابقه خدمت، ۲۰ درصد بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه خدمت دارند، ۴۰ درصد بین ۱۱ تا ۲۰ سال و ۴۰ درصد نیز بین ۲۱ تا ۳۰ سال سابقه خدمت دارند. از نظر منصب شغلی نیز، ۴۰ درصد خبرگان مدیر ارشد، ۴۰ درصد مدیر اجرایی و ۲۰ درصد هیئت‌علمی‌اند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی خبرگان

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۴۰
	مرد	۶۰
جمع	جمع	۱۰۰
	دکتری	۱۰۰
جمع	جمع	۱۰۰
	سابقه کار	۵ تا ۱۰ سال
۱۱ تا ۲۰ سال		۴۰
۲۱ تا ۳۰ سال		۴۰
جمع	جمع	۱۰۰
	منصب	مدیر ارشد
مدیر اجرایی		۴۰
هیئت‌علمی		۲۰
جمع	جمع	۱۰۰

در این مرحله، برای طراحی الگوی اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت، از روش کیفی نظریه داده‌بنیاد با رهیافت نظام‌مند اثر استراوس و کوربین استفاده شد. استراوس و کوربین (۱۳۹۷، ص. ۱۱۷) فرایند کدگذاری را به سه مرحله کدگذاری باز (آزاد)، محوری و انتخابی (گزینشی) تقسیم کرده‌اند. اعتبارسنجی روایی به شرح ذیل صورت گرفت:

۱. روش ارزیابی اعتبار به شیوه ارتباطی: مفاهیم و شاخص‌های به دست آمده توسط اعضای خبرگان (مصاحبه‌شوندگان) کنترل می‌شود؛ به عبارتی داده‌ها توسط اعضای مورد مطالعه ارزیابی و کنترل می‌شود (فلیک، ۱۳۸۸، ص. ۴۱۵). مفاهیم و مقوله‌های فرعی و اصلی توسط خبرگان سلامت که در پژوهش مشارکت داشتند، مورد ارزیابی و کنترل قرار گرفت.

۲. تشکیل گروه کانونی: با تشکیل گروه کانونی، که یکی از ویژگی‌هایش ارزیابی و تفسیر مطالعات پیشین است، به ارزیابی مفاهیم و مقوله‌های فرعی و اصلی و مدل ساخته شده نیز مبادرت شده است (همان، ص. ۲۲۰). با بهره‌مندی از نظر گروه خبرگان و استادان صاحب‌نظر، به ارزیابی مقوله‌ها و طراحی مدل نهایی پرداخته شد.

به منظور قابلیت تکرارپذیری در فرایند پژوهش از پایایی ضریب هولستی استفاده شد که به ضریب توافق دو کدگذار (محقق و همکار محقق) در فرایند کدگذاری گفته می‌شود. مقوله‌های توافق شده به نسبت کل مقوله‌های بررسی شده ضریب ۱۰۰، که اگر بزرگ‌تر از ۰/۷ باشد، مطلوب است (استراوس و کوربین، ۱۳۹۷، صص. ۲۸۳-۲۸۴). با استفاده از ضریب پایایی هولستی از ۱۵۶ توافق به نسبت کل مقوله‌های مورد بررسی ۱۶۵ ضریب پایایی هولستی معادل ۰/۹۴ است که در سطح مطلوبی قرار دارد. از نظر تعمیم‌پذیری نیز، با خبرگان متعدد مصاحبه شده است.

## ۵. یافته‌های تحقیق

### ۵-۱. کدگذاری باز

در پایان مصاحبه‌ها، مطالب ضبط شده مکتوب و سپس با دقت بررسی شد و به نکات کلیدی در هر جمله یک کد اولیه اختصاص داده شد. پس از پایان کدگذاری اولیه هر مصاحبه، کدهای جدید با کدهای حاصل از مصاحبه‌های پیشین مقایسه شد. در پانزدهمین مصاحبه تعداد کدهای جدید به صفر رسید و بنابراین اشباع نظری حاصل شد و فرایند کدگذاری اولیه به پایان رسید. در جدول ۲، نمونه‌ای از فرایند کدگذاری باز برای دستیابی به مفاهیم و کدهای اولیه نشان داده شده است.

جدول ۲. نمونه‌ای از مفاهیم نهایی شده بعد از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها و حذف موارد تکراری در مرحله کدگذاری باز

مفاهیم	کدهای اولیه
دانش تخصصی خط‌مشی‌گذاران	تأثیر دانش تخصصی
دانش تخصصی خط‌مشی‌گذاران	فقدان دانش تخصصی مرتبط
تجربه خط‌مشی‌گذاران	تجربه شغلی مرتبط
تجربه خط‌مشی‌گذاران	بررسی سوابق شغلی مرتبط
ضمانت اجرایی خط‌مشی	تضمین قانونی اجرای خط‌مشی
ضمانت اجرایی خط‌مشی	اجرای واقعی خط‌مشی
ضمانت اجرایی خط‌مشی	برخورد با عدم اجرای خط‌مشی
شفافیت رویه‌های اجرا	عدم ابهام
شفافیت رویه‌های اجرا	بیان قوانین واضح و ساده
شفافیت رویه‌های اجرا	تفسیر یکسان از مقررات
هماهنگی خارج‌بخشی	تأثیر سیاست سایر نهادها
هماهنگی خارج‌بخشی	تداخل یا موازی‌کاری بخش‌های خارج از بخش سلامت
شفافیت اطلاعات سلامت	داشتن مرجع مشخص برای رفع ابهام
شفافیت اطلاعات سلامت	امکان صحت‌سنجی اطلاعات
شفافیت اطلاعات سلامت	ارائه شفاف اطلاعات
شفافیت اطلاعات سلامت	عدم شفافیت
حاکمیت قانون	وجود رابطه به‌جای ضابطه
حاکمیت قانون	اجرای امور براساس قوانین
حاکمیت قانون	عدم پیروی مجریان از قوانین
فرهنگ مطالبه‌گری	سطح انتظارات مردم
فرهنگ مطالبه‌گری	پاسخ‌گویی مسئولان به مردم
فرهنگ مطالبه‌گری	پیگیری مردم از مسئولان
فرهنگ مطالبه‌گری	سطح آگاهی مردم به حقوق شهروندی
توزیع عادلانه منابع	تشخیص اولویت‌ها و نیازها
توزیع عادلانه منابع	عدالت برابری نیست
توزیع عادلانه منابع	محرومیت‌زدایی
توزیع عادلانه منابع	تأثیر تعارض منافع بر توزیع عادلانه منابع
تعارض منافع خط‌مشی‌گذار	بررسی وابستگی حزبی خط‌مشی‌گذار
تعارض منافع خط‌مشی‌گذار	نظارت بر توزیع منابع
تعارض منافع خط‌مشی‌گذار	نظارت مستقل و غیرمستقیم و خارج‌بخشی
میزان پوشش بیمه همگانی	اهمیت به سلامتی جامعه
میزان پوشش بیمه همگانی	دولت‌ها تأمین‌کننده سلامتی جامعه
میزان پوشش بیمه همگانی	عدالت در برخورداری از خدمات سلامت
میزان پوشش بیمه همگانی	پوشش هزینه‌های درمانی

در مرحله بعد، این کدها بررسی و پالایش شد و به کدهای اولیه از نظر شباهت‌هایشان، کدهای مشترک داده شد و مفاهیم شکل گرفت. هر کد در ذیل مفهوم وسیعی قرار گرفت و این فرایند در هر مصاحبه تکرار شد؛ به طوری که ۳۷۰ کد اولیه شناسایی شده در بررسی و مقایسه به ۱۲۱ مفهوم تقلیل یافت. طبق دیدگاه استراوس و کوربین (1998)، مفاهیم در قالب مقوله‌ای که از انتزاع بالاتری نسبت به مفاهیم برخوردار است، دسته‌بندی شدند. در ادامه با کنار هم قرار دادن مفاهیم متناظر، مقوله‌های فرعی شناسایی شد که در واقع ترکیبی از چند مفهوم است. بر این اساس، ۲۶ مقوله فرعی شناسایی گردید.

## ۲-۵. کدگذاری محوری

در کدگذاری محوری، یکی از مقوله‌های کدگذاری باز به عنوان مقوله محوری انتخاب می‌شود و در مرکز فرایند قرار می‌گیرد و سایر مقوله‌ها به آن ربط داده می‌شود. طبق نظر استراوس و کوربین (1998)، الگوی پارادایمی بر سه رکن شرایط، کنش و واکنش، و پیامد تمرکز دارد که در آن، مقوله‌های فرعی مجموعه‌ای از روابطی است که نشان‌دهنده شرایط علی پدیده، زمینه، شرایط مداخله‌ای، راهبرد (کنش و واکنش)، پیامد هستند که به مقوله‌ها مرتبط می‌شوند. در جدول‌های ۳ تا ۸ نتایج فرایند کدگذاری باز و محوری نمایش داده شده است.

### ۲-۵-۱. مقوله محوری

مقوله محوری ایده یا پدیده‌ای است که اساس و محور فرایند است. در این پژوهش، اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت مقوله محوری است و سه مقوله فرعی و نوزده مفهوم را در بر می‌گیرد. در جدول ۳ مفاهیم و مقوله‌های فرعی مربوط به مقوله محوری آمده است.

### ۲-۵-۲. عوامل علی

عوامل علی وقایعی است که وقوع یا گسترش پدیده محوری را باعث می‌شود. در پژوهش حاضر، مقوله عوامل علی شامل ۳ مقوله فرعی و ۲۵ مفهوم است. در جدول ۴، مفاهیم و مقوله‌های فرعی مرتبط با عوامل علی بیان شده است.

### ۲-۵-۳. عوامل مداخله‌گر

عوامل مداخله‌گر شرایط ساختاری هستند که متعلق به همان پدیده‌اند. آن‌ها راهبردها را در بستر خاصی محدود یا تسهیل می‌کنند. در پژوهش حاضر، مقوله شرایط مداخله‌گر، شامل ۶ مقوله و ۲۴ مفهوم است. در جدول ۵، مفاهیم و مقوله‌های فرعی عوامل مداخله‌گر آمده است.

جدول ۳. مفاهیم و مقوله‌های فرعی مقوله محوری

مفاهیم	مقوله فرعی	مقوله اصلی
شفافیت	رویکرد عدالت‌محوری	
تعریف عملیاتی	هدفمند	ماهیت خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
تعریف شاخص	تعریف ابزار خطمشی	
عدم تعارض با اسناد بالادستی	شفافیت	
یکپارچگی و وحدت رویه	انعطاف‌پذیری با توجه به تغییر شرایط	اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
دارای ضمانت اجرایی	عدم تعارض با سایر قوانین	رویه‌های اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
عدالت‌محور	ارزیابی در حین اجرا	
شنیدن صدای مردم در حین اجرای طرح	بهبود مستمر کیفیت	ارزیابی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
سنجش شاخص‌های عدالت سلامت	سنجش میزان تحقق اهداف مورد انتظار	
توسعه اهداف		

جدول ۴. مفاهیم و مقوله‌های فرعی عوامل علی

مفاهیم	مقوله فرعی	مقوله اصلی
داشتن دانش تخصصی	ویژگی‌های خطمشی‌گذاران سلامت	
داشتن مهارت		
داشتن تجربه		
روحیه مشارکت		
تعهد به اجرا		
مسئولیت‌پذیری		
پاسخ‌گویی		
رهبری		
حمایت مجریان		
نظارت و کنترل		
عدم وابستگی حزبی	خطمشی‌گذاری سلامت مبتنی بر عدالت	عوامل علی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
عدم اشتغال در پُست‌های دیگر		
مبتنی بر خرد جمعی		
مبتنی بر شواهد و واقعیت		
مبتنی بر عدالت		
مبتنی بر حل مسئله		
رویکرد بالا به پایین		
رویکرد پایین به بالا		
رویکرد ترکیبی		
بستگی به محتوای خطمشی		
بستگی به بستر خطمشی	ساختار اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	
همانگی بین‌بخشی		
همانگی خارج‌بخشی		
نظارت متمرکز		
نظارت غیرمتمرکز		

جدول ۵. مفاهیم و مقوله‌های فرعی عوامل مداخله‌گر

مفاهیم	مقوله فرعی	مقوله اصلی
سطح درآمد	عوامل اجتماعی	عوامل مداخله‌گر مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
سطح تحصیلات		
موقعیت اجتماعی		
موقعیت جغرافیایی		
نرخ بیکاری	عوامل اقتصادی	
نرخ تورم		
سرانه سلامت		
محدودیت منابع	عوامل سیاسی	
افزایش رشد دهک‌های پایین		
تأثیر سیاست‌های داخلی و خارجی		
اراده و تعهد رهبران سیاسی		
سوگیری‌های سیاسی و تعارض منافع	عوامل فرهنگی	
باورها و ارزش‌های جامعه		
فرهنگ مطالبه‌گری در جامعه		
فرهنگ عمل‌گرایی	عوامل فناوری	
تأثیر رسانه‌ها در جلب مشارکت مردمی		
اعتماد عمومی		
ایجاد پایگاه اطلاعات سلامت معتبر	عوامل بین‌المللی	
سامانه اطلاعات سلامت یکپارچه		
استفاده از فناوری روز دنیا		
ارتباط با کشورهای پیشرو در زمینه دستیابی به عدالت سلامت	عوامل بین‌المللی	
پیروی از استانداردهای سازمان بهداشت جهانی		
تأثیر تحریم‌ها		
به‌روزرسانی شاخص‌های سلامت		

## ۴-۲-۵. عوامل زمینه‌ای

عوامل زمینه‌ای که بر راهبردها اثر می‌گذارد، نشان‌دهنده مجموعه شرایط خاصی است که راهبردها در آن صورت می‌پذیرد. در این پژوهش، مقوله شرایط مداخله‌گر شامل سه مقوله فرعی و پانزده مفهوم است. در **جدول ۶**، مفاهیم و مقوله‌های فرعی مرتبط با عوامل مداخله‌گر بیان شده است.

### جدول ۶. مفاهیم و مقوله‌های فرعی عوامل زمینه‌ای

مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفاهیم
ویژگی‌های مجریان سلامت		آگاهی، دانش و مهارت
		روحیه مشارکت و همکاری
		تعهد و مسئولیت‌پذیری
		خلاقیت و انعطاف‌پذیری
عوامل زمینه‌ای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت		انگیزه و آزادی عمل
		تفسیر درست از خط‌مشی
		آشنایی با بستر اجرای خط‌مشی
ساختار سازمان‌های مجری سلامت مبتنی بر عدالت		نگرش عدالت‌محوری
		نظام سلسله‌مراتبی
		ساختار شبکه‌ای
مدیریت منابع سلامت مبتنی بر عدالت		نظام بوروکراتیک
		محدودیت منابع
		شناسایی مناطق محروم
		توزیع منابع مبتنی بر عدالت
		میزان دسترسی به منابع

## ۵-۲-۵. راهبردها

اقدامات و تعاملات ویژه‌ای است که از پدیده اصلی حاصل می‌شود؛ اقداماتی که در برخورد با آن پدیده برای کنترل و اداره آن صورت می‌گیرد و پیامدهایی را برای پدیده به دنبال خواهد داشت. در پژوهش حاضر، راهبردها دارای ۷ مقوله فرعی و ۲۵ مفهوم است. در **جدول ۷**، مفاهیم و مقوله‌های مربوط به راهبردها ذکر شده است.

## جدول ۷. مفاهیم و مقوله‌های فرعی راهبردها

مفاهیم	مقوله فرعی	مقوله اصلی
هماهنگی بین‌بخشی (دانشگاه و بیمارستان)	ایجاد هماهنگی بین بازیگران	
هماهنگی خارج‌بخشی سلامت (سایر نهادها)		
شفافیت	تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام فرایندهای خط‌مشی‌گذاری	
حاکمیت قانون		
پاسخ‌گویی		
مشارکت		
عدالت	پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها	
ایجاد پیوست عدالت سلامت		
پاسخ‌گویی سایر نهادها درباره رعایت پیوست عدالت سلامت		
ایجاد ضمانت اجرایی	ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت مبتنی بر عدالت	راهبردهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
نظارت بر اجرای پیوست عدالت سلامت		
معتبر		
یکپارچه		
قابل دسترس	جلب مشارکت سایر بازیگران در اجرای طرح‌های سلامت	
شفاف		
بخش خصوصی		
سازمان‌های بیمه‌گر	نظارت بر تعارض منافع در بین بازیگران سلامت	
نخبگان		
جامعه مدنی		
خط‌مشی‌گذاران		
مجربان	برقراری عدالت سلامت	
افراد بانفوذ		
سایر بازیگران		
برقراری عدالت افقی	برقراری عدالت سلامت	
برقراری عدالت عمودی		

## ۵-۲-۶. پیامدها

پیامدها نتایجی هستند که بر اثر راهبردها پدیدار می‌شوند. آن‌ها را همواره نمی‌توان پیش‌بینی کرد؛ ممکن است در حال یا آینده اتفاق بیفتند. پیامدها شامل سه مقوله فرعی (مدیریت مالی سلامت، سلامت اجتماعی و عدالت سلامت) و سیزده مفهوم است. در **جدول ۸**، مفاهیم و مقوله‌های پیامدها آمده است.

جدول ۸. مفاهیم و مقوله‌های فرعی پیامدها

مفهوم	مقوله فرعی	مقوله اصلی
کاهش پرداخت از جیب	مدیریت مالی سلامت	
محافظت مالی		
کاهش هدررفت منابع		
کارایی و اثربخشی		
امید به زندگی	سلامت اجتماعی	پیامدهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت
کاهش فساد و فقر		
کاهش جرایم		
رضایت مردم	عدالت سلامت	
اعتماد عمومی		
میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال		
میزان مرگ زنان باردار	عدالت سلامت	
میزان پوشش بیمه همگانی		
دسترسی به آب سالم		

## ۵-۳. کدگذاری انتخابی

در این مرحله، پس از تعیین مقوله محوری و مشخص کردن سایر مقوله‌ها حول محور مقوله محوری، به صورت یک الگوی پارادایمی ترسیم می‌شود. در ادامه با استفاده از کدگذاری انتخابی، ارتباط بین مقوله‌ها شناسایی و الگوی مفهومی به صورت یکپارچه در **شکل ۱** ارائه شده است.



شکل ۱. الگوی اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت (نظریه داده‌بنیاد)

## ۶. نتیجه

هدف از این تحقیق، طراحی الگوی اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت با استفاده از نظریه داده‌بنیاد انجام شد. پانزده نفر از خبرگان سلامت با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته در پایان هر مصاحبه، داده‌ها گردآوری و در قالب گزاره‌های خبری تدوین شد. در ادامه فرایند کدگذاری نظری در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی یا گزینشی در قالب نظریه داده‌بنیاد انجام شد. طی بررسی و مقایسه، ۳۷۰ کد اولیه شناسایی شده به ۱۲۱ مفهوم تقلیل یافت و در ادامه

با کنار هم قرار دادن مفاهیم متناظر، مقوله‌های فرعی شناسایی شد که در واقع ترکیبی از چند مفهوم است. بر این اساس، ۲۶ مقوله فرعی و ۶ مقوله اصلی حاصل شد. با استفاده از کدگذاری انتخابی، ارتباط بین مقوله‌ها شناسایی و الگوی مفهومی به صورت یکپارچه ارائه شد. شکل الگوی پارادایمی پژوهش حاضر با استفاده از روش داده‌بنیاد استراوس و کوربین به صورت سیستماتیک است.

سؤالات تحقیق در قالب شش سؤال از خبرگان سلامت پرسیده شد و در انتهای هر بخش، مفاهیمی که خبرگان با بیشترین تأکید و تکرار آن‌ها را بیان کردند، معرفی شد.

### شرایط علی

شرایط علی مؤثر بر اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت چیست؟

شرایط علی اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت شامل ۲۵ مفهوم و ۳ مقوله فرعی است.

خطمشی‌گذاران باید دارای دانش تخصصی، مهارت، تجربه، روحیه مشارکت، تعهد به اجرا، پاسخ‌گویی، مسئولیت‌پذیری، رهبری، حمایت مجریان، نظارت و کنترل، عدم وابستگی حزبی و عدم اشتغال در پُست‌های دیگر باشند.

خطمشی‌گذاری سلامت باید مبتنی بر خرد، شواهد و واقعیت، عدالت و حل مسئله باشد.

رویکردهای متناسب ساختار اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت با در نظر گرفتن سطوح اجرای خطمشی انتخاب می‌شود. رویکردهای اجرای بالا به پایین، رویکردهای اجرای پایین به بالا، رویکردهای ترکیبی، مبتنی بر محتوای خطمشی، مبتنی بر بستر خطمشی، هماهنگی بین‌بخشی و خارج‌بخشی، نظارت متمرکز و غیرمتمرکز.

بیشترین تعداد فراوانی نظرات خبرگان درباره ویژگی‌های خطمشی‌گذاران را تجربه و تعهد به اجرا تشکیل می‌دهد. خبرگان بر خطمشی‌گذاری مبتنی بر عدالت تأکید دارند. ساختارهای ترکیبی و غیرمتمرکز در اجرای خطمشی‌های سلامت تأکید بیشتر خبرگان را به خود اختصاص داده است.

### پدیده محوری

ابعاد و عناصر اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت (پدیده محوری) چیست؟

اجرای خطمشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت به عنوان پدیده محوری تشخیص داده شد و نوزده مفهوم و سه مقوله فرعی دارد.

۱. ماهیت خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: شفافیت، عدالت‌محور، دارای تعریف عملیاتی، هدفمند، معرفی شاخص، معرفی ابزار خط‌مشی و عدم تعارض ماهیت آن با اسناد بالادستی؛

۲. رویه‌های اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: روشن و واضح، یکپارچه، انعطاف‌پذیری لازم در مواجهه با شرایط متغیر، دارای ضمانت اجرایی و عدم تعارض با سایر قوانین و رویه‌های عدالت‌محور؛

۳. ارزیابی اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت: ارزیابی در حین اجرا، فراهم کردن بستر برای شنیدن صدای مردم درباره اجرای خط‌مشی‌های سلامت، داشتن نظام بهبود مستمر کیفیت، سنجش میزان تحقق شاخص‌ها به‌ویژه شاخص عدالت سلامت، سنجش میزان تحقق اهداف مورد انتظار و توسعه اهداف.

از نظر خبرگان، مفهوم عدالت محوری در ماهیت خط‌مشی بیشترین اهمیت را دارد. در خصوص رویه‌های اجرا، خبرگان بر ضمانت اجرایی تأکید کردند. درباره ارزیابی خط‌مشی سنجش شاخص عدالت بیشترین فراوانی را از نظر خبرگان داشت.

### شرایط مداخله‌گر

شرایط مداخله‌گر مؤثر بر راهبردهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت چیست؟

شرایط مداخله‌گر دارای ۲۴ مفهوم و ۶ مقوله فرعی است

۱. عوامل اجتماعی: سطح درآمد، سطح تحصیلات، موقعیت اجتماعی و موقعیت جغرافیایی؛
۲. عوامل اقتصادی: نرخ بیکاری، نرخ تورم، سرانه سلامت، محدودیت منابع سلامت و افزایش رشد دهک‌های پایین؛
۳. عوامل سیاسی: تأثیر سیاست‌های داخلی و خارجی، اراده و تعهد رهبران سیاسی و سوگیری‌های سیاسی و تعارض منافع؛
۴. عوامل فرهنگی: باورها و ارزش‌های جامعه، فرهنگ مطالبه‌گری، فرهنگ عمل‌گرایی، نقش رسانه در جلب مشارکت مردمی و اعتماد عمومی؛
۵. عوامل فناوری: ایجاد پایگاه اطلاعات سلامت معتبر، سامانه اطلاعات سلامت یکپارچه و استفاده از فناوری روز دنیا؛
۶. عوامل بین‌المللی: ارتباط با کشورهای پیشرو در زمینه دستیابی به عدالت سلامت، پیروی از

استانداردهای سازمان بهداشت جهانی، تأثیر تحریم‌ها و به‌روزرسانی شاخص‌های سلامت.

۷. از نظر خبرگان، این مفاهیم بیشترین فراوانی را درباره شرایط مداخله‌گر داشتند: درآمد، سرانه سلامت، اراده و تعهد رهبران سیاسی، فرهنگ مطالبه‌گری و تحریم‌ها.

### شرایط زمینه‌ای

شرایط زمینه‌ای مؤثر بر راهبردهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت چیست؟

شرایط زمینه‌ای پانزده مفهوم و سه مقوله فرعی دارد. مقوله‌های فرعی شامل ویژگی‌های مجریان، ساختار سازمان‌های مجری سلامت و مدیریت منابع سلامت است.

۱. ویژگی‌های مجریان: مجریان باید دارای آگاهی، دانش، مهارت، روحیه مشارکت و همکاری، تعهد و مسئولیت‌پذیری، خلاقیت و انعطاف‌پذیری، انگیزه و آزادی عمل باشند و از خط‌مشی فهم و تفسیر درستی داشته باشند. همچنین با بستر اجرای خط‌مشی آشنایی داشته باشند (ترجیحاً بومی) و دارای نگرش عدالت‌محوری باشند؛

۲. ساختار سازمان‌های مجری سلامت: ترکیبی از نظام سلسله‌مراتبی و شبکه‌ای بنا به اقتضای شرایط و محتوای خط‌مشی و بستر خط‌مشی متفاوت است و برای اثربخش بودن اجرای خط‌مشی، به نظام بوروکراتیک نیاز است؛

۳. مدیریت منابع سلامت: توجه به محدودیت منابع و مناطق محروم، توزیع عادلانه منابع و میزان دسترسی به منابع.

خبرگان در خصوص ویژگی‌های مجریان بر فهم و تفسیر درست از خط‌مشی و داشتن نگرش عدالت‌محور، درباره ساختار سازمان‌های مجری بر ساختار شبکه‌ای و در مورد مدیریت منابع سلامت بر توزیع عادلانه منابع تأکید بیشتری داشتند.

### راهبردها

راهبردهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت چیست؟

راهبردهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت ۲۵ مفهوم و ۷ مقوله فرعی دارد.

۱. ایجاد هماهنگی بین بازیگران: هماهنگی بین‌بخشی (مثلاً هماهنگی بین دانشگاه و بیمارستان‌های تابعه) و هماهنگی خارج‌بخشی (مثل هماهنگی بین نظام سلامت و سایر نهادها)؛

۲. تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام فرایند خط‌مشی‌گذاری: شفافیت، حاکمیت قانون،

پاسخ‌گویی، مشارکت و عدالت؛

۳. پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها: ایجاد پیوست عدالت سلامت و رعایت این پیوست در همه سیاست‌ها (مثلاً شهرداری‌ها برای عدالت سلامت خط‌مشی‌ها و سیاست‌هایی درباره کاهش آلودگی هوا در نظر می‌گیرند)، پاسخ‌گویی سایر نهادها به رعایت پیوست عدالت سلامت، دارای ضمانت اجرایی و نظارت بر اجرای پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها؛

۴. جلب مشارکت سایر بازیگران در اجرای طرح‌های سلامت: مشارکت بخش خصوصی، سازمان‌های بیمه‌گر، نخبگان و جامعه مدنی؛

۵. نظارت بر تعارض منافع در بین بازیگران سلامت: نظارت بر تعارض منافع در بین خط‌مشی‌گذاران، مجریان افراد بانفوذ و سایر بازیگران؛

۶. برقراری عدالت سلامت: برقراری عدالت افقی (جمعیت تحت پوشش بیمه، تعداد مراکز درمانی موجود در یک استان، فاصله تا اولین مرکز درمانی) و عدالت عمودی (فرانشیز درمانی بیماران خاص، میزان پرداخت از جیب دهک‌های پایین، میزان تأمین هزینه‌های سلامت از مالیات و توزیع یارانه سلامت در دهک‌های پایین).

از نظر خبرگان، بیشترین ناهماهنگی بین بخش سلامت و سایر نهادها ذکر شده است؛ در مورد حکمرانی خوب، با اختلاف نظر اندک، بر شفافیت و حاکمیت قانون تأکید شده است؛ در مورد سایر راهبردها نیز ایجاد پیوست عدالت، راه‌اندازی پایگاه اطلاعاتی شفاف و معتبر، مشارکت بخش خصوصی و جامعه مدنی، بیشترین نظارت بر تعارض منافع خط‌مشی‌گذاران و مجریان، فاصله تا اولین مرکز درمانی و میزان پرداخت از جیب دهک‌های پایین بیان شده است.

## پیامدها

پیامدهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت چیست؟

پیامدهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت دربرگیرنده سیزده مفهوم و سه مقوله فرعی، شامل مدیریت مالی سلامت، سلامت اجتماعی و عدالت سلامت، است.

۱. مدیریت مالی سلامت: کاهش پرداخت از جیب، محافظت مالی، کاهش هدررفت منابع و کارایی و اثربخشی؛

۲. سلامت اجتماعی: امید به زندگی، کاهش فساد و فقر، کاهش جرایم، رضایت مردم و اعتماد عمومی؛

۳. عدالت سلامت: میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر پنج سال، کاهش مرگ‌ومیر زنان باردار، میزان پوشش بیمه همگانی و دسترسی به آب سالم؛

از نظر خبرگان، محافظت مالی، امید به زندگی و کاهش فساد و فقر اهمیت بیشتری داشت؛ در مورد عدالت سلامت، نظرات خبرگان درباره میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر پنج سال، کاهش مرگ و میر زنان باردار و میزان پوشش بیمه همگانی تقریباً دارای فراوانی یکسانی است.

مرور نتایج تحقیقات پیشین و مقایسه آن با این تحقیق، ادعای پژوهش حاضر را تأیید می کند. برخی تحقیقات پیشین مربوط به خطمشی های سلامت نبوده، اما در برخی مؤلفه ها اشتراکاتی بین آن ها وجود دارد. بعضی تحقیقات با اینکه در بستر نظام سلامت انجام شده اند، فقط به برخی ابعاد خطمشی های عمومی سلامت پرداخته اند. با این حال، در حوزه اجرای خطمشی های عمومی سلامت تا کنون الگوی جامعی ارائه نشده است. طبق جدول ۹ و ۱۰، به رغم تفاوت حوزه پژوهش با پژوهش های پیشین، یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد بین عواملی نظیر ویژگی های مجریان، سازمان های مجری، و ویژگی های خطمشی گذاران و عوامل محیطی با اجرای خطمشی های عمومی سلامت رابطه معناداری وجود دارد که مطابق جدول ۹ و ۱۰ در راستای نتایج تحقیقات پیشین است. آنچه در تحقیق حاضر دانش افزایی کرده، مفاهیمی است که در طول مصاحبه با خبرگان سلامت از نظر شدت و تکرار به عنوان مفاهیم مهم مطرح شده است. در پژوهش های پیشین، به ویژه تحقیقات داخلی، کمتر به این مفاهیم پرداخته شده؛ مفاهیمی مانند نظارت بر تعارض منافع بازیگران سلامت، مدیریت منابع سلامت مبتنی بر عدالت، تقویت حکمرانی خوب سلامت، مشارکت سایر بازیگران و هماهنگی بین بازیگران یا مفاهیم جدیدی مانند خطمشی گذاری سلامت مبتنی بر عدالت، پیوست عدالت در همه سیاست ها، ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت، پیامد سلامت اجتماعی و طراحی الگوی اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت.

جدول ۹. مقایسه نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های پیشین

مؤلفه اصلی	مؤلفه فرعی	پژوهش های پیشین
عوامل علی اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	ویژگی های خطمشی گذاران سلامت	عباسی و بیگی، ۱۳۹۵؛ وحدتی و منتظری نجف آبادی، ۱۳۹۹
عوامل علی اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	خطمشی گذاری سلامت مبتنی بر عدالت	موردی یافت نشد.
عوامل علی اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	ساختار خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	عباسی، معتضدیان و میرزایی، ۱۳۹۵؛ حسینی و سجادی، ۱۳۹۷
عوامل علی اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	ماهیت خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	عباسی و دیگران، ۱۳۹۵؛ رنگریز و مؤذنی، ۱۳۹۶؛ وحدتی و منتظری نجف آبادی، ۱۳۹۹
عوامل علی اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	رویه های اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	کمالی و دیگران، ۱۳۹۸
عوامل علی اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	ارزیابی حین اجرای خطمشی های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	Gayle et al., 2020; Lawless, 2018; Damari, 2016

مؤلفه اصلی	مؤلفه فرعی	پژوهش‌های پیشین
عوامل زمینه‌ای مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	عوامل اجتماعی مؤثر بر عدالت سلامت	وحدانی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷؛ Eslava-Schmalbach et al., 2019
	عوامل اقتصادی مؤثر بر عدالت سلامت	وحدانی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷؛ Valle, 2016
	عوامل سیاسی مؤثر بر عدالت سلامت	وحدانی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷؛
	عوامل فرهنگی مؤثر بر عدالت سلامت	نصراله‌پور شیروانی و موعودی، ۱۳۹۲؛ وحدانی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷
عوامل مداخله‌ای در اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	عوامل فناوری مؤثر بر عدالت سلامت	وحدانی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷
	عوامل بین‌المللی مؤثر بر عدالت سلامت	وحدانی نیا و وثوق مقدم، ۱۳۹۷
	ویژگی‌های مجریان سلامت	عباسی و دیگران، ۱۳۹۵؛ کمالی، ۱۳۹۸؛ وحدتی و منتظری نجف‌آبادی، ۱۳۹۹
	ساختار سازمان‌های مجری سلامت مبتنی بر عدالت	عباسی و دیگران، ۱۳۹۵؛ کمالی، ۱۳۹۸؛ Carey & Friel, 2015
راهبردهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	مدیریت منابع سلامت مبتنی بر عدالت	نصراله‌پور شیروانی و موعودی، ۱۳۹۲؛ Damari, 2016
	ایجاد هماهنگی بین بازیگران	حسینی و سجادی، ۱۳۹۷؛ Kickbusch & Behrendt, 2013; Smith & Weinstock, 2019
	تقویت حکمرانی خوب سلامت در تمام فرایند خط‌مشی‌گذاری	بیداله‌خانی، ۱۳۹۹
	پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌ها	موردی یافت نشد.
پیامدهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	ایجاد پایگاه اطلاعاتی سلامت مبتنی بر عدالت	موردی یافت نشد.
	مشارکت سایر بازیگران در اجرای طرح‌های سلامت	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴؛ حسینی و سجادی، Carey & Friel, 2015; Gayle et al., 2020؛ ۱۳۹۷
	نظارت بر تعارض منافع در بین بازیگران سلامت	موردی یافت نشد.
	برقراری عدالت افقی	براتی و دیگران، ۱۳۹۳
پیامدهای اجرای خط‌مشی‌های عمومی سلامت مبتنی بر عدالت	برقراری عدالت عمودی	براتی و دیگران، ۱۳۹۳
	مالی سلامت	حسینی و سجادی، ۱۳۹۷؛ مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴
	سلامت اجتماعی	موردی یافت نشد.
	عدالت سلامت	براتی و دیگران، ۱۳۹۳؛ Smith & Weinstock, 2019

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهادهای زیر بیان می‌شود:

- در اجرای ختمشی‌های عمومی سلامت، به مشارکت و ارتباطات درون‌بخشی، بین‌بخشی و فرابخشی باید بیشتر اهمیت داده شود.

- در زمان تدوین و اجرا و ارزیابی ختمشی‌های عمومی سلامت، تعامل دوطرفه بین مجریان با ختمشی‌گذاران وجود داشته باشد.

- ایجاد و اجرای پیوست عدالت سلامت در همه سیاست‌های کشور.

- راه‌اندازی واحد دیده‌بان سلامت (یک مؤسسه غیرانتفاعی) که در مقام نهاد نظارتی، از عملکرد وزارت بهداشت و واحدهای تابعه بازخورد بگیرد و وزارت بهداشت به این نهاد پاسخ‌گو باشد.

- با توجه به خلأ تحقیقاتی در زمینه اجرا و ارزیابی ختمشی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت، درباره ارائه الگوی ارزیابی و اجرای ختمشی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر تحقیقاتی انجام شود.

با توجه به اینکه خبرگان باید به‌صورت هدفمند انتخاب شوند و دارای مشخصات خاصی باشند، شناسایی و دسترسی به این افراد بسیار دشوار بود و همین عامل مدت‌زمان تحقیق را طولانی کرد. از سوی دیگر با شیوع بیماری کووید-۱۹ دسترسی به این افراد دشوارتر شد. محدودیت منابع تحقیق، جدید بودن دانش سیاست‌گذاری سلامت در کشور و جدید بودن موضوع تحقیق نیز از دیگر محدودیت‌های تحقیق بوده است.

## ملاحظات اخلاقی

### حامی مالی

این مقاله حامی مالی ندارد.

### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت کرده‌اند.

### تعارض منافع

بنابه اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### تعهد کپی‌رایت

طبق تعهد نویسندگان، حق کپی‌رایت (CC) رعایت شده است.

## References

- Abbasi, A., Motazadiyan, R., & Mirzaii, M. (2016). Investigation the barriers of Public Policy Implementation in Governmental Organizations. *Journal of Organizational Resources Management Research*, 6(2), 49-69. <https://dor.org/20.1001.1.22286977.1395.6.2.4.4>. (in Persian)
- Abbasi, T., & Beygi, V. (2016). Explaining the Challenges of the Implementation of Public Policies in the Field of Science, Research and Technology. *Journal of Science and Technology Policy*, 9(3), 1-12. <https://dor.org/20.1001.1.20080840.1395.9.3.2.8>. (in Persian)
- Alvani, S. M., & Shlaviri, M. (2017). *Implementation of public policy: theoretical perspectives and practical solutions*. Publication of the Presidential Public Administration Training Center. (in Persian)
- Barati, O., Keshtkaran, A., Ahmadi, B., Hatam, N., Khammarnia, M., & Siavashi, E. (2014). Equity in the Health System: An Overview on National Development Plans. *Sadra Medical Journal*, 3(1), 77-88. (in Persian)
- Beidollahkhani, A. (2021). The Role of National Governance Structure in Public Health Promotion Policy: A Case Study of Nordic Countries. *Strategic Studies of Public Policy*, 10(37), 138-158. (in Persian)
- Carey, G., & Friel, S. (2015). Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(12), 795-798. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.185>.
- Damari, B. (2019). Road Map of Health Area in Iran Health System. *Refahj*, 18(70), 9-30 <https://doi.org/10.29252/refahj.18.70.9>. (in Persian)
- Damari, B., Vosough-Moghaddam, A., Roštami-Gooran N., & Kabir, M. J. (2016). Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandaran Provinces: History, Achievements Challenges and Solutions. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 14(2), 17-38. Retrieved from <https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5381-fa.html>.
- Daneshfard, K. (2016). *Public Policy Making Process*. Tehran: Safar. (in Persian)
- Deleon, P. (1997). *Democracy and the policy sciences*. New York: SUNY Press.
- Ebrahim, S. A., Farhadinejad, M., & Baki Hashemi, S. M. M. (2020). Policy Analysis of the Health System Based on the Advocacy Coalition Frameworks (Case Study: Iran's Health system Reform plan). *Strategic Studies Quarterly (SSQ)*, 23(2), 95-112. <https://dor.org/>

20.1001.1.17350727.1399.23.88.4.3. (in Persian)

- Ebrahimi, S. A., Danaei Fard, H., Azar, A., & Faruzandeh, L. (2013). Designing an evidence-based policy model in Iran's health system (qualitative research). *Public Management Studies*, 7(24), 5-24. [https://doi.org/10.22111/jmr.2014.1867.24-5\(24\)7](https://doi.org/10.22111/jmr.2014.1867.24-5(24)7). (in Persian)
- Eslava-Schmalbach, J., Garzón-Orjuela, N., Elias, V., Reveiz, L., Tran, N., & Langlois, E. V. (2019). Conceptual framework of equity-focused implementation research for health programs (EquIR). *International Journal for Equity in Health*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0987-4>.
- Fisher, M., Harris, P., Freeman, T., & Mackean, T. (2022). Implementing universal and targeted policies for health equity: lessons from Australia. *Int J Health Policy Manag*, 11(10), 2308-2318. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.157>.
- Flick, O. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. (Translated from English to Persian by Hadi Jalili, 2nd ed.). Tehran: Nashr-e Ney. (in Persian)
- Fort, M., Manson, S., & Glasgow, R. (2023). Applying an equity lens to assess context and implementation in public health and health services research and practice using the PRISM framework. *Front. Health Serv.* 3:1139788.1-9. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1139788>. eCollection 2023.
- Gayle, H., Foege, W., Brown, L., & Kahn, B. (2020). Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine .Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25917>.
- Givarian, H., & Rabiei Mandejin, M. (2017). *The Process of Advanced Public Policy Making*. Tehran: Publisher of Mehraban. (in Persian)
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2016). *Studying public policy: Policy cycles policy subsystems*. (Translated from English to Persian by Abbas Manourian). Tehran: Mehraban Publication.
- Kamali, Y., Sheikhzadeh Joshani, S., & Ahmadinejad, F. (2019). Implementation of public policies; Provide criteria for successful implementation of policies. *Public Policy Quarterly*, 6(2), 253-275. <https://doi.org/10.22059/JPPOLICY.2020.77621>. (in Persian)
- Kickbusch, I., & Behrendt, T. (2013). *Implementing Health:2020 Vision:Governance for Health in The 21 st Century Making It Happen* .Copenhagen WHO Regional Office for Europe.
- Kickbusch, Ilona & Behrendt, Thorsten. (2013). Implementing a Health 2020 vision: gov-

- ernance for health in the 21st century: making it happen. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326390>
- Laki, B. (2017). Investigating the inadequacies of formulation and implementation of policies in Iranian organizations. *Scientific Journal of New Research Approaches in Management and Accounting*, 2(5), 98-109. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29030>. (in Persian)
- Lawless, A. et al. (2018). Developing a Framework for a Program Theory-Based Approach to Evaluating Policy Processes and Outcomes: Health in All Policy South Australia. *Int J Health Policy Manage*, 7(6), 510-521. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2017.121>.
- Monavarian, A. (2017). *Implementation and evaluation Public policy*. Tehran: Publisher of Mehraban Book Institute. (in Persian)
- Monavvarian, A. (2016). The implementation model of administrative reform with learning approach. *Journal of Public Administration (JPA)*, 4(4), 839-864. <https://doi.org/10.22059/jipa.2015.51040>. (in Persian)
- Nasrollahpour Shirvni, D., & Maoudi, S. (2013). *Evidence-Based Policymaking in Health System and Its Achievement and Challenges in Iran*. Publisher of Department of Babol University of Medical sciences. (in Persian)
- National Institute for Health Research I.R.Iran. (2014). *Universal Health Coverage in Iran*. Tehran: Gozine Parsian Teb. (in Persian)
- Rangriz, H., & Moazeni, B. (2017). Identifying and prioritizing barriers to the implementation of public policies in government organizations using multi-criteria decision models. *Quarterly Journal of Public Policy in Management*, 8(28), 27- 43. (in Persian)
- Report of the Research Center of the Islamic Council. (2021). Pathology of the laws of the first to sixth development programs in the field of health. Social studies office, code 210, NO18311.
- Sajadi, H., Hosseini, M., Dehghani, A., Khodayari, R., Zandiyan, H., & Hosseini, H. (2018). The Policy Analysis of Iran's Health Transformation Plan in Therapeutic Services. *Hakim*, 21(2), 71-88. Retrieved from <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-1720-fa.html>. (in Persian)
- Selajgeh, S., & Ahmadian, E. (2018). The influence of internal and external factors affecting the optimal implementation of government policies (Case Study: General Administration of Natural Resources and Watershed Management of Khorasan Razavi Province). *Public Policy Making in Management*, 10(2), 15-30. (in Persian)
- Smith, M. J., & Weinstock, D. (2019). Reducing health inequities through intersectoral ac-

tion: balancing equity in health with equity for other social goods. *Int J Health Policy Manage*, 8(1), 1-3. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.103>.

Strauss, A., & Corbin, J. (2018). *Fundamentals of qualitative research (techniques and stages of production of grounded theory)*. (Translated from English to Persian by Ibrahim Afshar). Tehran: Nashr-e Ney. (in Persian)

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: Sage

Vahdaninia, V., & Vosoogh Moghaddam, A. (2018). Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. *Payesh*, 17(6), 631-646. <https://doi.org/10.116807626.1397.17.6.8.2>. (in Persian)

Vahdati, H., & Montazerinajafabadi, R., (2020). Diagnosis of Government Policy Implementation in Iranian Universities of Medical Sciences by Shannon Entropy Approach. *Manage Strat Health Syst*, 5(3), 209-226. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v5i3.4905>. (in Persian)

Valle, A. M. (2016). The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. *Glob Health Action*, 9(1), 29030. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29030>.