چگونگی تغییر سیاست ها در حوزه سلامت کشور: یک تحقیق کیفی داده بنیاد

شیوا مافی مرادی[1]، رحمت اله قلی پور سوته[2*]، فرج اله رهنورد آهن[1]، محمد ابویی اردکان[2]

۱. موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی، تهران، ایران
۲. دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال نوزدهم، شماره ششم، آذر ـ دی ۱۳۹۹ صص ۶۹۱- ۶۷۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۸/۲۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ آذر ۹۹]

چکیده

مقدمه: فرآیند سیاستگذاری سلامت در ایران به دلیل تاثیرپذیری بالا از عوامل زمینه‌ای، ایده‌های رقیب و بازیگران متعدد با ترجیحات متفاوت، فرآیندی پیچیده است. اینکه تعامل میان این عوامل چگونه تغییر سیاست‌ها را رقم می‌زند، مشخص نیست. هدف این مطالعه ارائه نظریه‌ای زمینه‌ای برای تبیین و توصیف چگونگی شکل‌گیری تغییرات سیاستی در حوزه سلامت و ارائه توصیه‌های راهبردی برای سیاستگذاران این حوزه برای بهبود کیفیت و نتایج سیاست‌ها است.

مواد و روش کار: این مطالعه با استفاده از روش کیفی و مبتنی بر راهبرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد به بررسی چرایی و چگونگی شکل‌گیری تغییرات در حوزه سلامت کشور پرداخته و از طریق مصاحبه عمیق نیمه‌ساختارمند با دست‌اندرکاران فرآیند سه سیاست ملی منتخب، الگویی نظری از چگونگی سیاست‌گذاری در حوزه سلامت ارائه می‌دهد. داده‌ها به روش کدگذاری سه مرحله‌ای در نرم‌افزار ATLAS-ti تحلیل و نتایج در قالب روایت تحلیلی (نظریه پایه) ارائه شدند.

یافته ها: خاستگاه اصلی تغییرات در حوزه سلامت کشور *نشان دادن تاثیر* است. تاثیری که صاحبان آن برای نشان دادنش با بهره‌گیری از *الگوهای راهبردی مشخصی* در مواجهه با موقعیت‌های پیش‌رو در سه *فضای دستورگذاری، مستندسازی و اجرا* به کنش‌گری می‌پردازند. جریان تاثیر به عنوان جریان مسلط فرآیند سیاست‌گذاری کشور برای پیشبرد مقاصد صاحبان خود نیاز به همراستا نمودن *چهار جریان زمینه‌ای سیاست، ایده، فردگرایی عمودی و مشکل* با اقتضائات خود دارد. مادامی که این تاثیرات محقق می‌شوند، فرآیند تغییر در طول زمان ادامه می‌یابد. در غیراینصورت فرآیند تغییر فارغ از حل مشکل یا استقرار کامل لایه‌های ایده محوری متوقف یا دچار اختلال می‌شود.

نتیجه گیری: شناخت به دست آمده از تغییرات سیاست حوزه مطالعه، بواسطه آشکارسازی نقش و سهم جریان‌های زمینه‌ای و الگوهای راهبردی اتخاذ شده از سوی عاملان تغییر، ناکامی یا موفقیت سیاست‌ها را به خوبی تبیین می‌کند. به علاوه واقعیت تصویر شده از پدیده تغییر، دربرگیرنده آموزه‌های موثری است که در صورت توجه از سوی ذینفعان و نقش‌آفرینان می‌تواند سهم بسزایی در کنترل تغییرات و بهبود کیفیت محتوای سیاست‌های این حوزه در آینده داشته باشد.

کلیدواژه: فرآیند سیاستگذاری، تغییر سیاست، حوزه سلامت، نظریه، ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، پل نصر، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران
E-mail: Rgholipor@ut.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

مقدمه

اصلاح نظام سلامت در همه کشورها برای تداوم پاسخگویی در برابر نیازهای جامعه به عنوان ضرورتی انکارناپذیر شناخته می‌شود [۱, ۲]. از اوایل دهه ۹۰ میلادی شاهد اجرای گسترده خیل عظیمی از اصلاحات مشترک در کشورهای با سطح درامد پایین و متوسط بوده‌ایم. این اصلاحات عمدتاً دربرگیرنده تغییراتی در نظام‌های تامین مالی و ساماندهی نظام سلامت آن‌ها و نیز معرفی رویکردهایی جدید برای اولویت‌بندی خدمات سلامت بوده است [۳]. به رغم موفقیت‌های عدیده نظام‌های سلامت در این کشورها در زمینه پوشش واکسیناسیون و ریشه‌کنی بسیاری از بیماری‌های واگیر، ارزیابی اصلاحات با هدف بهبود عملکرد نظامات سلامت نتایج زیانباری از جمله افزایش بی عدالتی را نشان می‌دهد [۴]. از سویی اطلاعات محدودی درباره تجربه اجرای تغییرات و عوامل تبیین‌کننده موفقیت یا شکست اصلاحات در دستیابی به اهداف آن و بروز پیامدهای پیش‌بینی نشده در این کشورها وجود دارد [۵]. به علاوه رویکرد غالب در تصویرسازی از اصلاحات سیاستی حاکی از تمایل بالا برای تعبیر اصلاحات به مثابه فرآیندی فنی و اقتصادی بوده است. به طوری که اقتصاددانان و تحلیل‌گران سیاستی نسبت به ارائه تجویزهای دقیق مبنی بر آنچه که باید انجام شود گرایش بالایی نشان داده‌اند. در حالی که درباره چگونگی انجام آن‌ها و موضع‌گیری‌های احتمالی ذینفعان مختلف و نیز توضیح چرایی عدم تحقق دستاوردها و اهداف موردانتظار سخنی به میان نیاورده‌اند [۶]. بنابراین می‌توان اینگونه استدلال کرد که عمده اصلاحات به این دلیل شکست می‌خورند که خلط مبحث کرده و ملاحظات سیاسی و سایر عوامل زمینه‌ای را تابع و موافق الزامات فنی تغییر فرض می‌نمایند [۵, ۷]. تمرکز بر محتوای تغییرات در تبیین موفقیت یا شکست تغییرات، موجب غفلت از نقش و سهم اثرگذاری طیف بازیگران و مواضع آن‌ها در برابر تغییرات، فرآیندهای سطح خرد از شکل‌گیری تا اجرای تغییرات و زمینه‌ای می‌شود که تغییرات در آن رقم می‌خورند [۸, ۹]. بدین ترتیب درک فرآیند که تبیین‌کننده عدم تحقق اهداف موردانتظار یا شکست اصلاحات است مورد کم‌توجهی قرار می‌گیرد [۱۰, ۱۱]. منظور از فرآیند، مطالعه تغییرات و شکل‌گیری سیاست‌ها و بازیگران، رویدادها و زمینه‌ای است که تغییرات در آن به وقوع می‌پیوندند [۱۲]. بنابراین اتکای صرف به تحلیل محتوای تغییرات بدون شناخت و درک فرآیند شکل‌گیری تا اجرای آن‌ها، نمی‌تواند به تنهایی در مورد چگونگی و چرایی موفقیت یا شکست سیاست‌ها و همچنین کمک به سیاست‌گذاران، مدیران و تحلیل‌گران حوزه سلامت در اتخاذ تصمیمات راهبردی و کمک به بهبود کیفیت سیاست‌های آتی و تضمین اجرای آن‌ها کمک نماید [۱۰, ۱۳]. داستان اصلاحات نظام سلامت در ایران همانند دیگر کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط با چالش‌ها و مشکلات متنوعی روبرو است و عوامل محرک و فرآیند شکل‌گیری آن بر نتایج و اهداف تعیین شده اثر دارند [۱۴]. اما همانند دیگر کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط، اطلاعات محدودی درباره تجربه این اصلاحات و تبیین موفقیت یا شکست تغییرات در دست است که عمدتاً ریشه در ناشناخته بودن فرآیند شکل‌گیری تغییرات در این حوزه دارد [۱۵]. طی سه دهه گذشته سیستم سلامت ایران نیز همانند بسیاری از کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط دیگر، تغییرات اصلاحی متعددی را پشت سر گذاشته است. توسعه شبکه خدمات بهداشتی درمانی با هدف ترویج مراقبت‌های اولیه سلامت در اوایل دهه ۶۰، تلفیق آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات با هدف تامین نیروی پزشکی موردنیاز کشور در اواخر دهه ۶۰، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها با هدف تامین کمبود بودجه در دهه ۷۰، اجرای برنامه پزشک خانواده با هدف کاهش هزینه‌ها و افزایش سطح و تسهیل دسترسی به خدمات سلامت در دهه ۸۰ و بالاخره طرح تحول نظام سلامت با هدف کاهش هزینه‌های کمرشکن نظام سلامت و بهبود دسترسی به خدمات در دهه ۹۰ از جمله این اصلاحات هستند [۱۴]. ارزیابی‌های به عمل آمده از نتایج این اصلاحات حاکی از ناکامی اصلاحات در تحقق کامل اهداف موردانتظار و یا تضمین پایداری اثرات مثبت آن‌ها در بلندمدت بوده است [۷, ۱۴]. به علاوه آنکه بسیاری از اصلاحات بزرگ، کاهش عدالت را نیز در پی داشته‌اند [۱۶]، اگرچه هر یک از تغییرات نامبرده توانسته‌اند در کوتاه مدت نتایج مثبت اما محدودی را عاید نظام سلامت و در برخی موارد به طور خاص در تجربه توسعه شبکه‌های بهداشتی درمان عاید جامعه نمایند. برخی از مهم‌ترین ناکامی‌ها عبارتند از: عدم استقرار کامل طرح‌های تغییر و عدم بروزرسانی اصلاحات متناسب با اقتضائات زمانی به ویژه در مورد توسعه شبکه خدمات بهداشتی درمانی [۱۳, ۱۴]، عقیم ماندن طرح‌ها و برنامه در مرحله اجرا به عنوان مثال در مورد نظام ارجاع و پزشک خانواده شهری [۱۳] و یا طرح تحول نظام سلامت [۱۴, ۱۷]، هدررفت منابع با پیامد کم سلامت به طور مثال در مورد طرح تحول نظام سلامت [۱۳]، افزایش هزینه‌های بیمارستانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

و استقرار نظام پرداخت به ازای خدمت به دنبال اجرای طرح خودگردانی بیمارستانی [۱۸]، شکست در دستیابی به اهداف موردانتظار به طور مثال در برنامه ادغام در تغییر نظام آموزشی به سمت جامعه‌نگری و ادغام کامل [۱۴] و برنامه پزشک خانواده در استقرار کامل نظام ارجاع و تحقق اصول و اهداف زیربنایی آن به ویژه افزایش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم در قالب بودجه بیمه روستایی در استان فارس [۱۹]. عمده این ناکامی‌ها و شکست‌های متوالی در طی سال‌های متمادی و درس نگرفتن از تبعات و عوارض اصلاحات گذشته ریشه در نادیده انگاشتن عوامل، رویدادها و ملاحظات زمینه‌ای دارد که در طول فرآیند سیاست به وقوع می‌پیوندند [۲۰]؛ به طوری که عمده تمرکز کارشناسان حوزه سیاست‌گذاری سلامت همواره بر محتوای فنی سیاست‌های خاص (تحلیل محتوای سیاست‌ها) یا مطالعه اثر سیاست‌ها بر جمعیت‌های هدف خاص (مطالعات ارزشیابی سیاست) معطوف بوده است. در حال حاضر دانش کافی در رابطه با اینکه آگاهی از مشکل تشخیص داده شده چگونه به دست می‌آید، چه عواملی باعث می‌شوند که سیاستگذاران ارشد نسبت به مشکل تشخیص داده شده واکنش نشان دهد، سیاست‌ها بر مبنای چه فرآیندی و با چه مجموعه‌ای از عوامل تدوین می‌شوند و اینکه تصمیمات مجلس و دولت چگونه به اجرا درمی‌آید، در نظام سیاست‌گذاری سلامت کشور وجود ندارد [۱۵]. از اینرو درک بهتر چالش‌های مربوط به اجرای سیاست‌ها در اصلاحات و اتخاذ اقدامات اصلاحی در محتوا و رویه‌های عملیاتی مستلزم درک فرآیند، عوامل موثر و سازوکارهای شکل‌گیری و پیشبرد تغییرات است [۲۲, ۲۱]. درک چگونگی شکل‌گیری تغییرات به عنوان دغدغه اصلی این پژوهش بر این پیش‌فرض نظری استوار است که قبل از شروع به پیشنهاد و تجویز سیاست‌های جایگزین برای سیاست‌های موجود و یا روش‌های جایگزین برای سیاست‌گذاری، تلاش برای درک چگونگی ساخت سیاست الزامی است. زیرا بسیاری از رهنمودهای عامیانه در خصوص ارتقای سیاست، ریشه در سوءتفاهم‌های بنیادین در درک طبیعت فرآیند سیاست دارند [۲۳].

این مطالعه در پی ایجاد و تسهیل یادگیری گذشته‌نگر از فرآیند تغییرات پیشین و عوامل تعیین‌کننده، کوشیده است از طریق ارائه الگویی نظری، به این سوال پاسخ دهد که تغییرات در سیاست‌های حوزه سلامت چرا و چگونه اتفاق می‌افتند؟

مواد و روش کار

در اجرای پژوهش حاضر که در یک دوره زمانی دو ساله (۱۳۹۸-۱۳۹۷) به اجرا درآمد، از روش کیفی و راهبرد نظریه داده‌بنیاد استفاده شده است. زیرا عمده نظریه‌های موجود در حوزه تغییر سیاست ناظر بر تبیین تغییرات دستورکار و اقتباس سیاست بوده و کمتر به رمزگشایی از فرآیندهای سطح خرد، توضیح منشاء کنش یا اقدام جمعی در ایجاد تغییرات، تعیین متغیر وابسته و متعاقباً سازوکارهای تغییر توجه کرده‌اند [۲۴, ۲۵]. به علاوه آنکه نظریه‌های موجود عمدتاً برآمده از زمینه‌هایی هستند که به لحاظ ابعاد فرهنگ، اجتماعی، اعتقادی، اپیدمویولوژیک، اقتصادی و جریان منابع با زمینه شکل‌گیری تغییرات در کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط متفاوت هستند [۲۸-۲۶]. بنابراین مبنای کاملی برای تحلیل از تغییرات در این کشورها ارائه نمی‌دهند [۱۲]. به علاوه در کاربست نظریه‌های موجود در این کشورها نیز بدون آنکه تلاشی برای توسعه و متناسب‌سازی این نظریه‌ها با ویژگی‌های زمینه‌ای سیاست‌گذاری آن‌ها صورت‌گرفته باشد، معمولاً به آزمون سطحی نظریه‌ها بسنده می‌شود [۲۹]. در عین حال برای اجتناب از اتکای صرف به رویکرد استقرایی، با توجه به حساسیت نظری به دست آمده از مرور ادبیات حوزه مطالعه از سوی پژوهشگران، در موارد خاص در مواجهه با مفاهیم استنباط شده مشابه از داده‌ها، برای آن مفاهیم از متغیرهای از پیش تعریف شده در ادبیات نظری استفاده شد. از این روش برای مطالعه فرآیند سه سیاست «توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی»، «پزشک خانواده» و «طرح تحول نظام سلامت» به صورت موازی استفاده شد. نحوه و علت انتخاب این سیاست‌ها، روش گردآوری و تحلیل داده در ادامه آورده شده‌اند. برای تعیین معیارهای مبنا برای انتخاب سیاست‌های نمونه با سه تن از خبرگان مطلع و باسابقه حوزه سلامت که تجربه مشارکت و پژوهش در چندین دهه اصلاحات نظام سلامت در سطوح مختلف را داشتند مصاحبه شد. گستردگی ابعاد موضوع سیاست به کل جمعیت، ضرورت اخذ مصوبه مجلس، درگیر نمودن بخش‌های متعدد علاوه بر وزارت بهداشت، داشتن ماهیت ملی، داشتن ردیف مالی مشخص، بحث‌انگیز بودن موضوع سیاست و داشتن ردپا در برنامه‌های توسعه، بیانیه‌های وزرا در دوره‌های مختلف و سیاست‌های کلی سلامت از جمله معیارهای پیشنهادی بودند. در میان سیاست‌های موردنظر، سه سیاست توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی، پزشک خانواده و طرح تحول نظام سلامت به دلیل اهمیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

آن‌ها در ایجاد تحولات بزرگ، وجود منابع و مستندات پشتیبان تحقیقاتی و تاریخی فراوان، جدید و زنده بودن سیاست‌ها و دسترسی به مشارکت‌کنندگان در فرآیند شکل‌گیری آن‌ها به پیشنهاد خبرگان انتخاب و مبنای مطالعه قرار گرفتند.

به منظور افزایش روایی یافته‌ها و ظرفیت و قدرت نظریه در تبیین تغییرات متعدد، به یک نمونه سیاست اکتفا نشد. انتخاب چند سیاست بر اساس منطق تکرار و مبتنی بر مجموعه‌ای از معیارهای مشخص می‌توانست امکان مقایسه مستمر بین سیاست‌ها در شناسایی و توسعه پیش‌رونده مفاهیم در طول کدگذاری را فراهم نماید [۳۰]. به علاوه با ایجاد امکان شناسایی موارد می‌توانست بر غنا، جامعیت و قوت نظریه در ارائه روایتی نزدیک‌تر به واقعیت و برتابنده تفاوت‌های موردی بین سیاست‌ها بیافزاید [۳۱].

برای گردآوری داده‌ها با ۳۲ نفر از مطلعان کلیدی از درون وزارت بهداشت و سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های دست‌اندرکار در شکل‌دهی به سیاست‌های منتخب مطالعه مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته انجام گرفت. برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان از نمونه‌گیری نظری استفاده شد. از این تعداد ۴ نفر وزیر، ۴ نفر معاون وزیر، ۱ نفر نماینده مجلس، ۱۸ نفر مدیر ارشد، ۴ نفر کارشناس ارشد و ۱ نفر مشاور ارشد بودند. اجرای مصاحبه‌ها حدود ۱۰ ماه به طول انجامید. متوسط زمان صرف‌شده برای هر مصاحبه حدود ۹۰ دقیقه بود. به موازات اجرای مصاحبه‌ها حسب نیاز، طیف گسترده‌ای از مستندات در دسترس اعم از ادبیات خاکستری، خاطرات بنیانگذاران، اسناد تاریخی، فایل‌های صوتی- تصویری، کتب و گزارش‌های رسمی و غیررسمی مرور شدند. این کار با هدف رفع ابهامات ذهنی پژوهشگران در مواجهه با عدم قطعیت درباره برخی روایت‌ها و کسب آگاهی حداکثری نسبت به روایت‌های ارائه شده از سوی مصاحبه‌شوندگان برای درک درست‌تر معانی نهفته در گفتار آن‌ها انجام شد.

برای تحلیل داده‌ها از الگوواره توضیحی استراوس و کوربین[۸] استفاده شد. این الگوواره متشکل از سه رکن اصلی است:

- وضعیت‌ها: وضعیت‌ها بخشی از زمینه سیاست‌گذاری هستند که تغییرات در آن‌ها اتفاق می‌افتند. وضعیت‌ها به سوالات ناظر بر چرایی، زمان وقوع و چگونگی وقوع رویدادها پاسخ می‌دهد. به علاوه، وضعیت‌ها به دلایل ادراک شده افراد بازمی‌گردد که آن‌ها در پاسخ به چرایی وقوع رویدادها و چرایی کنش یا واکنش‌ها بیان می‌کنند.

- کنش‌ها- واکنش‌ها: کنش‌ها-واکنش‌ها پاسخ‌های واقعی افراد یا گروه‌ها به رویدادها یا موقعیت‌های تنش‌زایی هستند که در طول فرآیند سیاستگذاری اتفاق می‌افتند. این رکن از دیدمان توضیحی به سوالاتی از این دست پاسخ می دهد که: چه معنایی به رویداد (ها) داده شده بود؟ و چه پاسخی برای مدیریت وضعیت ادراک شده از سوی بازیگران داده شده بود؟.

- نتایج سیاستی: پیامدها بخشی دیگری از زمینه سیاستگذاری را تشکیل داده و دربرگیرنده بروندادهای واقعی یا پیش‌بینی شده اقدامات و تعاملات میان بازیگران هستند.

فرآیند تحلیل بلافاصله پس از انجام اولین مصاحبه آغاز شد. سوالات جدید و منابع داده‌ای موردنیاز برای پاسخ به آن‌ها بر مبنای مفاهیم پدیدارشونده در مصاحبه‌های قبلی تعیین و مبنای مصاحبه‌های بعدی قرار گرفتند. متن مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی برای تحلیل وارد نرم‌افزار ATLAS-ti 7.5.7 شدند.

برای شناسایی مفاهیم در سه مرحله به صورت باز، محوری و انتخابی نسبت به کدگذاری متون اقدام شد. در مرحله اول، مفاهیم یا کدهای باز شناسایی و توسعه داده شدند. در مرحله دوم کدهای باز با هدف توسعه مفاهیم قبلی و تولید مفاهیم کلان‌تر با هم ادغام شدند. فرآیند ادغام در این مرحله تا دستیابی به دسته‌های نظری منسجم به لحاظ ویژگی‌ها و ابعاد تا سه سطح ادامه پیدا کرد. در طول فرآیند کدگذاری از دو فن پرسشگری از داده‌ها و مقایسه مستمر مفاهیم پدیدارشونده با یکدیگر در رابطه با هر یک از سیاست‌های منتخب یا بین آن‌ها برای شناسایی مفاهیم کلان‌تر تا رسیدن به دسته‌های مفهومی غنی و اشباع‌شده به لحاظ نظری استفاده شد. با پیشروی در طول تحلیل، با پدیدار شدن و توسعه هر چه بیشتر مفاهیم و شفاف شدن ارتباطات میان آن‌ها به تدریج امکان تشخیص و ورود زمینه و فرآیند شکل‌گیری پدیده تحت مطالعه به تحلیل برای پژوهشگران فراهم شد. فرآیند تحلیل، با شناسایی و انتخاب دسته مرکزی به عنوان انتزاعی‌ترین و دربرگیرنده‌ترین مفهوم به اتمام رسید و الگوی نظری ترسیم شد. این دسته به نوعی جان‌مایه تمامی روایت‌های صورت‌گرفته توسط مصاحبه‌شوندگان بود و ایده اصلی پدیده تحت مطالعه را نمایندگی می‌کرد. همچنین معرف برازنده‌ای از ارتباطات بین دسته‌های نظری بود. برای ثبت جریان فکری، وقایع روزانه و مشاهدات پژوهشگران در طول فرآیند تحلیل، از انواع یادداشت‌های تحلیلی و یادآورها استفاده شد. مهم‌ترین کارکرد این یادداشت‌ها و یادآورها کمک به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

شناسایی دسته مرکزی و توضیح روابط میان دسته‌های مفهومی اصلی با یکدیگر و با دسته مرکزی بود. به گونه‌ای که بهترین روایت از پدیده تغییر سیاست‌ها در حوزه سلامت به دست آید. نحوه تقلیل داده‌ها تا رسیدن به دسته مرکزی در جدول ۱ نشان داده شده است. به دلیل بالا بودن حجم کدهای اولیه از ذکر آنها خودداری شده است. حاصل کدگذاری اولیه ۹۲۵ کد بود که پس از ادغام موارد مشابه و حذف موارد تکراری به ۴۸۰ کد اولیه تقلیل پیدا کردند. در ادامه روند تقلیل، داده‌ها به ۸۴، ۲۷ و در نهایت ۶ مقوله یا دسته اصلی تقلیل پیدا کردند.

برای ارزیابی میزان انطباق‌پذیری الگوی نظری با داده‌های واقعی و نیز اطمینان از جامعیت آن، از دو چک‌لیست قوام روش‌شناسی و کیفیت و کاربست‌پذیری مطالعه [۸] در طول مطالعه استفاده شد. همچنین الگوی نظری با داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها تطبیق داده شد و برای تایید نهایی الگو نیز از چهار نفر از خبرگان و صاحب‌نظران حوزه سیاستگذاری سلامت نظرخواهی به عمل آمد و اصلاحات لازم در الگو اعمال گردید. این افراد با ادبیات سیاستگذاری عمومی آشنایی داشتند، در فرآیند سیاست‌های منتخب مشارکت داشتند و دارای سوابق مطالعاتی، پژوهشی و اجرایی مرتبط در حوزه مطالعه بودند.

یافته‌ها

در این بخش، با تاکید بر اجزا و محتوای الگوی نظری پژوهش (شکل ۱) به تشریح زمینه، فرآیند و پیامدهای سیاستی مترتب بر آن خواهیم پرداخت. در خصوص یافته‌ها از منظر توصیف و تبیین زمینه سیاست‌گذاری در حوزه سلامت باید گفت، تحلیل داده‌ها برای شناسایی عوامل زمینه‌ای منجر به شکل‌گیری چهار جریان (دسته) اصلیِ «سیاست»، «مشکل»، «فردگرایی عمودی» و «ایده» شد که به اعتقاد پژوهشگران این چهار جریان به خوبی گویای بستری هستند که بواسطه ایجاد محرک‌های لازم برای تغییر، فرآیند سیاست حوزه سلامت را شکل می‌دهند.

جریان سیاست دربرگیرنده وضعیت‌های مرتبط با جو سیاسی کشور است. «تغییر در چرخه‌های سیاسی» همواره با «عزم جدی برای رقم زدن فرآیندهای تغییر» در سطح دولت یا مجلس همراه است. مشارکت‌کننده ۹ می‌گوید: *« بعد از انقلاب بالاخره یک انرژی زیادی آزاد شده بود و همه می‌خواستن یه کاری بکنن»*. تیم‌های سیاسی جدید برای اثبات حضور موثر خود در «دوره فرصت کوتاهی» که در اختیار دارند، ضمن مستمسک قرار دادن وضعیت‌هایی که بیشترین سطح نارضایتی را در میان عموم مردم ایجاد کرده است، نسبت به «فراخوان جذب ایده‌های درخورنده تاثیر» موردانتظار با ظرفیت ایجاد تغییرات پرحجم، زودبازده، نمایشی و مشهود به عنوان محملی برای «جلوه‌گری» وانتفاع حداکثری (تاثیر) از دوره فرصت اقدام می‌کنند. مشارکت‌کننده ۱۲ درباره طرح تحول نظام سلامت می‌گوید: *«اون موقع دولت دنبال این بود که یک فیلی رو هوا کنه، قرعه به نام سلامت افتاد، یه پولی هم بود برای هدفمند کردن یارانه‌ها. بهترین جایی که می‌تونستن هزینه کنن، درمان بود نه بهداشت. چون بهداشت دیر جواب می‌ده. درمان زود جواب می‌ده»*. در این جریان مادامی که صاحبان تاثیر از ایده به عنوان محملی برای نمایش تاثیر خود ارتزاق کرده و از «پیامدهای کوتاه‌مدت» آن بهره‌مند می‌شوند، نسبت به «تامین منابع مالی» و حمایت از عاملان آن مبادرت می‌کنند. با پایان یافتن دوره فرصت و یا «پیدا شدن محمل‌های تاثیرگذاری جذاب‌تر» به عنوان رقیب در دوره فرصت، به دنبال ایجاد «واگرایی سیاسی» و «زیرسوال رفتن فرآیند تغییر» و عاملان آن، چتر حمایتی صاحبان تاثیر برداشته شده و موتور محرکه جریان تاثیر خاموش می‌شود. مشارکت‌کننده ۱۶ در این مورد گفت: *«در کشور ما وقتی دارید عوامل زیرساختی را یکی یکی می‌چینید که کار را جلو ببرید، می‌بینید که بعد از مدتی سیاست‌گذار و بعد هم سیاست عوض شدند ... زمانی که می‌خواهید قطار را راه بیندازید می‌بینید که «نه از تاک نشان ماند و نه از تاکنشان»*.

جریان مشکل ناظر بر ویژگی‌های زمینه‌ای حاکم بر نظام سلامت در ارتباط با نحوه شکل‌گیری و ادراک فراگیر مشکلات است. مشکلاتی که نه به واسطه مشکل بودنشان، بلکه به عنوان مستمسکی برای موجه جلوه دادن جریان تاثیر در مقاطع خاصی از زمان موردتوجه صاحبان تاثیر قرار می‌گیرند. در این جریان وضعیت‌هایی به صورت مشکل ادراک می‌شوند که بیش از آنکه ریشه در وضعیت سلامت جامعه داشته باشد، عمدتاً ریشه در «ناکارآمدی نظام سلامت» به لحاظ «ساختاری» یا «عملکردی» دارند. مشارکت‌کننده ۶ در تبیین شکل‌گیری شبکه‌های بهداشتی درمانی اینگونه می‌گوید: *«ما بحران‌های زیادی در زمینه بیماری‌های واگیر، مراقبت مادر و کودک و امثال اینها در محیط های کاری و محیط های روستایی داشتیم»*. در غیر اینصورت وضعیت‌هایی مستمسک قرار می‌گیرند که بواسطه بروز «رویدادهای تنش‌زا» در حوزه‌های کلان سیاستی کشور تبعات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

آن‌ها بـه اشـکال مختلفـی چـون «مـرگ و میـر»، «نارسـایی ارائـه خدمت»، «تحمیل هزینه‌های کمرشکن» و «کمبـود منـابع مـالی و انسانی»، نظام‌های ارائه خدمت در حوزه سلامت را متـاثر سـاخته و به دنبال آن موج نارضـایتی و اعتـراض فراگیـر در میـان بخشـی از جامعه بازتاب سیاسی پیدا مـی‌کنـد. مشـارکت‌کننـده ۱۰ در تبیـین شکل‌گیری طرح تحول نظام سلامت اینگونـه مـی‌گویـد: *«تـوی اون قضیه گرون‌شدن دلار بحث این شد که بالاخره مشـکلات مختلفـی در حوزه سلامت ایجاد شد به خصوص تو دارو و تجهیـزات پزشـکی ...، ما مشکل زیـادی پیـدا کـردیم تـوی بیمارسـتان»*. مـادامی کـه صاحبان تاثیر در طول فرآیند تغییر سیگنال‌هایی مبنی بـر تخفیـف در علائم مشکل دریافت می‌کنند، بواسطه ایجاد مقبولیت سیاسـی و اجتماعی برای آن‌ها با جریان تاثیر همراستا باقی می‌ماند.

جریـان فردگرایـی عمـودی دربرگیرنـده وضـعیت‌هـای مـرتبط بـا شخصیت و منش نهادی حوزه سلامت و ارکـان سـاختاری فعـال در آن است که علاوه بر شکل‌گیـری جریـان تـاثیر، نقـش بسـزایی در تعیین نوع راهبردهای اتخاذ شـده از سـوی پـیش‌برنـدگان فرآینـد تغییر و رقبای آن‌ها دارد. در این جریان بـا شخصـیت‌هـایی مواجـه هستیم که به دلیل «منفعت‌طلبی‌های شخصی» و عدم پایبندی بـه مرام‌نامه‌های حزبی و سازمانی بزرگتر از احزاب هسـتند. شخصـیت-هایی کـه بواسـطه تصـدی پسـت‌هـای دولتـی، «پزشـک بـودن» و «نزدیکـی بـه صـاحبان اصـلی تـاثیر» در جریـان سیاسـت شـانس بیشـتری بـرای سـهیم شـدن در جریـان تـاثیر و «محـدود کـردن دسترسی» سایر ذینفعان به آن بواسـطه در دسـت گـرفتن هـدایت فرآیند تغییر دارند. مشارکت‌کنندگان ۱۰ و ۱۱ درباره فرآیند شکل-گیری طرح تحول نظام سلامت می‌گوید: *« این جریانی که راه افتـاد توی دبیرخونه [سیاست‌گذاری سلامت]، جریان درمان هم راه افتـاد با تیمش، جریان بهداشت هم راه افتاد، که مـا خبـر نداشـتیم... اون موقع مثلاً معاونت درمان سبقت گرفت از بقیه معاونت‌ها تـوی ایـن قضیه [طرح تحول سلامت]، وگرنه اصلاً قرار نبود که به یه شکلی ما فقط یک معاونته پیش ببریم»*. شخصیت‌هـایی کـه بواسـطه حضـور برجسته خود در فرآیندهای تغییر، برای ارائه درخورنـده‌تـرین ایـده برای تاثیر به پشتوانه تیم کارشناسی خـود بـرای «تصـاحب نمانـام سیاسی» و «مالی» تغییر بـا رقبـای خـود بـه رقابـت پرداختـه و بـا «برخوردهای تدافعی و فرصت‌طلبانه» مخالفین و «کارشـکنی»هـای آن‌ها در برابر جریان تاثیر مقابله مـی‌کننـد. مشـارکت‌کننـده ۱۱ در رابطه با طرح تحول سلامت اینگونه می‌گوید: *«ما چقدر چونه زدیـم که باز کنید این کمیته‌ها رو یه ذره، مثلاً از بیمه بیارین، بچـه‌هـایی که قبلاً بودن رو درگیر بکنید. اولش پذیرفتن، ولی کم‌کم حذفشـون کردن ... چون فکر می‌کردن مقاومت ایجاد مـی‌کـنن»*. مـادامی کـه تاثیرات موردانتظار صاحبان آن بواسـطه حضـور ایـن شخصـیت‌هـا محقق می‌گردد، با آن‌ها همراهی کرده و از آن‌ها حمایت مـی‌کننـد. به دنبال بروز اختلاف و واگرایی میان تاثیرات موردانتظـار صـاحبان اصلی با تاثیرات موردانتظار این شخصیت‌ها در هر مقطـع از فرآینـد تغییر، با «برداشته شدن حمایت صاحبان تاثیر» یا «خروج ناگهـانی این شخصیت‌ها» استمرار جریان تاثیر تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد.

جریان ایده دربرگیرنده وضعیت‌های مرتبط بـا نحـوه شـکل‌گیـری، «انتخاب» و کاربست ایده‌های تغییر است. ایده‌ها به عنوان بنیـادی-ترین واحد تشکیل‌دهنده سیاست‌های حوزه سلامت معمـولاً نـه بـه صورت درونزا و نظام‌مند بلکه بـه تبـع تغییـرات مطـرح مـی‌شـوند. «نداشتن مکتب نظری» و «چارچوب مفهومی مورد توافق» و به تبع آن «مشخص نبودن نقشه راه»، در طی سال‌هـای متمـادی جریـان «ایده‌پردازی درون‌زا» را تضعیف و طرح‌ریزی تغییـرات بنیـادین در نظام سلامت را با مشکلات جدی مواجه نموده است. مشارکت‌کننده ۲۹ می‌گوید: *«برنامه‌هامون عمدتاً اگـر نگـاه بکنـیم بعـد از انقـلاب، عقب‌تـر از تغییراتـه. برنامـه مـا غیرفعالـه. برنامـه‌هـای مـا بـه تبـع تغییراته»*. «ضعف زیرسازه‌ای» و «وابستگی فکری و نظری به مراجع بین‌المللی» مانند سازمان جهانی بهداشت امکان اقتبـاس از «نظـام-های فکری کشورهای ایده‌پرداز» و «مراجع بین‌المللی مروج آن‌هـا» را بواسـطه «تعـاملات گسـترده و نفـوذ عمیـق آن‌هـا بـر جامعـه متخصصان حوزه سلامت» فراهم می‌کند. مشارکت‌کننـده ۱۱ مـی-گوید: *«الگوی مفهومی نظام سلامت مـا تعریـف شـده نیسـت؛ فاقـد ارزش‌های هسته‌ای هستیم. بـه همـین خـاطره کـه راهکارهـای مـا راهکارهای کوتاه‌مدتی‌ان که از جاهای مختلفـی الگـوبرداری شـدن؛ یکی می‌ره ترکیه رو می بینه... یکی می‌ره هلند رو مـی بینـه.. یکـی هم آلمان ... از هر جایی یـه تیکـه‌ای»*. مشـارکت‌کننـده ۲۸ نیـز در تاکید بر نقش مراجع بین‌المللی بیان می‌کند: *«بخش مهمی از آنچه [در حوزه سلامت] اتفاق افتاده، از نهادهای خارج از وزارت بهداشـت بوده است ... اول از طرف مراجع بین‌المللی مطرح و بعد وزارتخانه به دنبالش می‌آید. یعنی یک ایده خودجوش درون‌زا نبـوده اسـت»*. در مقاطع خاصی از زمان برخی ایـده‌هـا بواسـطه «کـارایی»، «داشـتن پشتوانه دانشی و مالی»، «سوابق اجرایی موفق در دیگر کشـورها» و میزان «درخورندگی ارزش‌های آن‌ها با ارزش‌هـای زیربنـای جریـان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

تاثیر» انتخاب و به داخل جریان تاثیر تزریق می‌شوند. از دیگر ویژگی‌های برجسته این جریان «ناسازگاری‌های ارزشی حول ایده» به لحاظ «فرهنگی» و «ایدئولوژیک» است. مشارکت‌کننده ۱ در این باره می‌گوید: «*سیاستمداری که یه سیاست [پزشک خانواده] می‌زاره بدون شناخت مردم خب اون سیاستگذار مقصره. من اگر یه سیاستی رو می‌زارم باید زمینه‌های فرهنگیشم اول آماده کنم*». مادامی که ایده از ظرفیت لازم برای منتفع نمودن صاحبان تاثیر برخوردار بوده و بتوانند با تغییر در لایه‌های خود به تحقق حداکثری منافع شناور در جریان تاثیر کمک کند، از سوی پیش‌برندگان فرآیند تغییر موردتوجه قرار می‌گیرد. با «خروج صاحبان یا عاملان پیش‌برنده جریان تاثیر»، پبشیرد ایده «متوقف شده» یا تعیین تکلیف آن بواسطه عدم دریافت حمایت دانشی یا سیاسی موردنیاز «به درازا کشیده می‌شود».

بر هم‌کنش این جریان‌ها در سه مقطع مشخص در طول زمان منجر به شکل‌گیری سه فضای تصمیم‌گیری می‌شود. عرصه‌هایی که هر یک به دلیل القای ویژگی‌های زمینه‌ای خاص تداعی‌کننده موقعیت‌های خاصی بوده که به صورت خطرات (Risks) مثبت و منفی از سوی ذینفعان مختلف ادراک می‌شوند و مجموعه مشخصی از کنش‌ها و واکنش‌ها از سوی آن‌ها را به دنبال می‌آورند.

فضای دستورگذاری معمولاً با وضعیت‌هایی چون روی کار آمدن دولت یا مجلس جدید و صدور نشانه هایی مبنی بر عزم سیاسی و تعجیل برای رقم زدن تغییرات فراگیر و جدید (جریان سیاست)، برجسته شدن مشکلاتی از حوزه سلامت در نگاه سیاستگذاران ارشد کشور (جریان مشکل)، شکل‌گیری رقابتی گسترده میان شخصیت‌های سیاسی برای استفاده از نمانام سیاسی و مالی تغییر در جهت منافع فردی و بخشی به پشتوانه تیم‌های کارشناسی (جریان فردگرایی عمودی) و جست‌وجو برای یافتن درخورنده‌ترین ایده‌های تغییر از نظر سازگاری ارزشی و ایدئولوژیکی با تاثیرات موردانتظار سیاستگذاران ارشد (جریان ایده) شناخته می‌شود.

فضای مستندسازی که عمدتاً ناظر بر تولید مستندات پشتیبان به نفع جریان تاثیر است، فعالیت‌هایی را دربرمی‌گیرد که عاملان پیشبرنده فرآیند تغییر با هدف ترجمان ایده به یک طرح عملیاتی حداقلی انجام می‌دهند. این فضا معمولاً با مسلط شدن یکی از شخصیت‌های سیاسی بر فرآیند تغییر و تحت‌الشعاع قرار گرفتن ماهیت تغییر از سوی ترجیحات بخشی و منافع فردی عاملان پیش‌برنده آن که معمولاً عاری از حضور منتفعین نهایی است، تشدید جو رقابتی، مقاومتی و حتی کارشکنانه میان تیم غالب و ذینفعان مخالف در برابر تغییر، (جریان فردگرایی عمودی)، تعجیل و فشار مضاعف سیاستگذاران ارشد برای مشاهده دستاوردهای تغییر در عمل (جریان سیاست)، تکاپوی تیم کارشناسی پشتیبان عاملان مسلط برای تبدیل ایده عاریه‌ای و الگوبرداری شده به طرح عملیاتی حداقلی با احتمال ایجاد کمترین اصطکاک و بیشترین تاثیر (جریان ایده) به پشتوانه مشکل موردتوجه سیاستگذار ارشد (جریان مشکل) در کوتاه‌ترین زمان ممکن شناخته می‌شود.

فضای اجرا نیز که عمدتاً ناظر بر عملیاتی کردن ایده تغییر است، معمولاً با استمرار و گاهی تشدید تنش میان عاملان تغییر و ذینفعان مخالف به دلیل اوج‌گیری رفتارهای جاه‌طلبانه و خودمحوری پیش‌برندگان فرآیند تغییر، تلاش مخالفین برای تحریف، تعلیق یا جایگزین نمودن آن با ایده رقیب (جریان فردگرایی عمودی)، تهدید ناشی از ناپایداری نهاده‌های سیاسی و واگرایی سیاسی به دلیل عدم دریافت تاثیرات موردانتظار از سوی سیاستگذاران ارشد (جریان سیاست)، تلاش تیم کارشناسی پشتیبان برای استقرار طرح عملیاتی و متناسب‌سازی آن با توجه به ناسازگاری‌های زمینه‌ای پیش‌رو (جریان ایده) و تاکید بر دستاوردهای فرآیند تغییر در تخفیف مشکل (جریان مشکل) شناخته می‌شود.

تحلیل داده‌ها برای شناسایی فرآیند منجر به شکل‌گیری هفت الگوی راهبردی پرتکرار در هر یک از فضاهای تصمیم‌گیری سه‌گانه شد که در پاسخ به خطرات محیطی ادراک شده از سوی عاملان پیش‌برنده تغییر در مواجهه با موقعیت‌های مختلف اتخاذ می‌شوند. در واقع هدف از به کارگیری این الگوهای راهبردی، همراستاسازی جریان‌های زمینه‌ای با جریان تاثیری است که به دنبال فراخوان عمومی سیاستگذار ارشد به عنوان صاحب اصلی تاثیر آغاز می‌شود. جریانی که با پیش‌روی تغییر و افزوده‌شدن تاثیرات موردانتظار سایر ذینفعان ضمن حل کردن سایر جریان‌های زمینه‌ای در درون خود، به جریان غالب در طول فرآیند تغییر تبدیل می‌شود. منظور از جریان تاثیر طیف متنوعی از منافعی است که به فراخور نقش و جایگاه صاحبان آن در هر یک از جریان‌های زمینه‌ای به صور متنوعی چون قدرت، ثروت، مشروعیت یا مقبولیت سیاسی، رضایت و نیز حتی اعتبار حرفه‌ای و علمی و گاهی بقا مصداق و عینیت پیدا می‌کند. اما تشخیص آن‌ها در همه شرایط به راحتی امکان‌پذیر نیست.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

الگوی اول «*ایده‌یابی*» است که عمدتاً دربرگیرنده دو نوع «یادگیری درون‌زا» و «یادگیری برون‌زا» بوده و در فضای دستورگذاری و در واکنش به «فراخوان ایده‌های تامین‌کننده تاثیر» موردانتظار صاحبان آن اتخاذ می‌گردد. در این الگوی راهبردی تیم‌های مختلف به تبع فراخوان تغییر، برای یافتن درخورنده‌ترین ایده‌ها معمولاً با «مراجعه به سوابق پژوهش‌های مرتبط داخلی» و یا «بهره‌گیری از دانش و تجارب مرتبط شخصی» نسبت به «فراخوان ایده‌های توفیق‌نیافته قدیمی» اقدام می‌کنند. مشارکت‌کننده ۸ درباره ایده شبکه‌های بهداشتی درمانی می‌گوید: «*اونا طراحی نکردن. شبیه‌سازی تجربه شیراز، چنقرانلو و اینها بوده؛ اینا این طرح رو می‌گیرن و بعد از انقلاب اجراش می‌کنن*». یا مستقیماً با «مراجعه به آراء و ایده‌های مراجع بین‌المللی» و یا «گرته‌برداری کورکورانه از ایده‌ها و تجارب موفق سایر کشورها»، سازگارترین ایده به لحاظ ارزش‌های پشتیبان آن را برای سهیم شدن در جریان تاثیر جست‌وجو می‌کنند. مشارکت‌کننده ۵ درباره ایده پزشک خانواده می‌گوید: «*پروفسور رابرت جونز رو اووردن. کارگاه‌های متعدد داشتیم... اون موقع بود که بیشتر به اصلاحات نظام سلامت پرداخته شد. و از جمله بحث پزشک خانواده رو به عنوان راهبرد اصلاح نظام سلامت به خصوص زمانی که توی تامین مالی پایدار بحث می‌شد [پیشنهاد کردن]*». و باز مشارکت‌کننده ۱۱ درباره ایده تحول نظام سلامت بیان می‌کند: «*حدود ۲ سال پیش دکتر X یه بازدیدی از ترکیه داشتن. خوششون اومد. گفتن آقا الگو ترکیه رو برین پیاده‌سازی کنید ... گفتن برید ترکیه رو همه چیزش رو یاد بگیرید*».

«*انتخاب*» الگوی راهبردی دیگری است که در هر سه فضای دستورگذاری، مستندسازی و حتی اجرا مورداستفاده قرار می‌گیرد. در این الگوی راهبردی «امکان‌سنجی سیاسی»، و بعد از آن «استناد به سلیقه شخص صاحبان تاثیر»، «استناد به مقبولیت بین‌المللی ایده» و در نهایت «امکان‌سنجی فنی ایده» جز مصادیق رفتاری پر تکرار و حائز اهمیت از سوی پیش‌برندگان فرآیند تغییر هستند که عمدتاً در جریان ایده به وقوع می‌پیوندند. انتخاب در فضای دستورگذاری با هدف یافتن ایده با بالاترین روایی ظاهری، در فضای طراحی با هدف پالایش ایده با کمترین احتمال ایجاد مقاومت در مخالفان و در فضای اجرا با هدف جاری سازی ایده در کم‌تنش‌ترین حوزه مداخله صورت می‌گیرد. مشارکت‌کننده ۱۵ در مورد نحوه انتخاب ایده شبکه‌های بهداشتی- درمانی می‌گوید: «*... هی هم امام [خمینی (ره)] می‌گفتن که مستضعفین، کوخ‌نشینان، روستائیان و اینا؛ خب گفتم من برای این فرمایش امام چه باید بکنم، این بود که به فکر شبکه افتادم*». مشارکت‌کننده ۱۰ در تبیین انتخاب ایده تحول نظام سلامت می‌گوید: «*اینا هم دولت جدید بودن، باید یه کارهایی می‌کردن که مردم خوششون بیاد؛ تقریباً هم همه اغلب سیاست‌های اجتماعی رو دولت‌های قبل انگولک کرده بودن، غیر از سیاست اجتماعی سلامت رو*». و در تاکید بر نقش سازمان‌های بین‌المللی مشارکت‌کننده ۲۸ بیان می‌کند: «*آنقدر که سازمان‌های بین‌المللی روی مبانی اولیه فکری موضوعات اصلاحی نظام سلامت تاثیر داشتند، سایر بخش‌ها نداشتند*».

«*پردازش ایده*» الگوی دیگری است که عمدتاً در فضای مستندسازی و به صورت مفهوم‌سازی و آزمون ایده نمایان می‌شود. این الگو معمولاً در واکنش به تعجیل سیاستگذاران ارشد برای آماده‌سازی طرح عملیاتی و کاستن از بار فشار مخالفت‌ها و مقاومت‌ها بواسطه لحاظ کردن حداکثری منافع در طرح از سوی عاملان تغییر اتخاذ می‌گردد. مشارکت‌کننده ۱۰ در خصوص طرح تحول نظام سلامت می‌گوید: «*اینکه ابلاغ شد خب به ما فرستاد که آقا کمک بکنین که چی طراحی بشه؟ طرح تحول طراحی بشه ... بیمه سلامت؛ نامه زدیم آقای دکتر X شما مسئولی؛ سامانه رو دادیم به دکتر Y این دوتا رو هم دادیم به دکتر Z گفتیم که آقا شما پیشنهادهاتون رو بیارید*».

الگوی راهبردی فراگیر دیگر «*شتاب*» در پیشبرد طرح تغییر بواسطه بسنده کردن به حداقل‌ها و سطحی‌نگری در طرح‌ریزی عملیاتی و پیش‌دستی در کنش‌گری قبل از رقبا است که عمدتاً در فضای مستندسازی و اجرا مورد استفاده قرار می‌گیرد. مشارکت‌کننده ۱۶ درباره برنامه پزشک خانواده می‌گوید: «*زمان کافی نداشتیم لذا به مطالعات و یافته‌های پیشین اکتفا و استناد نمودیم. خیلی از این یافته‌ها مبتنی بر نیازهای جدیدمان به شمار نمی‌رفت و دچار مشکل می‌شدیم*». و باز مشارکت‌کننده ۱۷ می‌گوید: «*سیاست‌گذار فکر می‌کرد که اگر چنین کاری ننماید پول از دستش می‌رود*». درباره طرح تحول نظام سلامت نیز مشارکت‌کننده ۲۲ اینگونه می‌گوید: «*طرح تحول برای آیندش برنامه طولانی مدتی نداره ... ، فقط و فقط یک مُسکِن است*». در رابطه با پیش‌دستی در کنش‌گری، مشارکت‌کننده ۳ بیان می‌کند: «*در شرایطی که پِیس‌میکرهای مختلفی سعی می‌کنند مدیریت قلب را بر عهده بگیرند، باید سریع‌ترین پیس‌میکر باشید*». و باز مشارکت‌کننده ۱۱ درباره

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

طرح تحول نظام سلامت می‌گوید: *« ما تو بحث آموزش، بهداشت و پژوهش همگام با درمان جلو نرفتیم. شاید نباید به شکل افسارگسیخته جلو می‌رفتیم و منابع مالی رو یه مقدار آهسته‌تر پخش می‌کردیم».* این الگوی رفتاری در واکنش به جو رقابتی حاکم بر جریان فردگرایی عمودی و عدم یکپارچگی تولیت، بخشی‌نگری در ساختارها و کارکردها و فراگیری ترجیحات نفع‌طلبانه در بین طیف گسترده‌ای ذینفعان و از سویی تعجیل و فشار سیاسی حاکم بر جریان سیاست بروز می‌کند. این الگوی راهبردی عمدتاً به دلیل «در دست نداشتن ایده‌های تغییر» و به تبع آن طرح‌های عملیاتی در زمان فراخوان تغییرات بروز کرده و به دلیل «ابتر ماندن» و «غفلت از لایه‌های اساسی در ایده» و «اکتفا به توسعه ماکتی از ایده‌های گرته‌برداری‌شده» و عمدتاً «بدون پشتوانه نظری مناسب با زمینه»، بیشترین آسیب و تبعات را در بلندمدت به بدنه نظام سلامت و جامعه وارد می‌کند. مشارکت‌کننده ۱۸ می‌گوید: *«در طراحی‌ها عجله می‌شود و مسائل اساسی و حائز اهمیت مورد سهل‌انگاری قرار می‌گیرد. بعد به جایی می‌رسیم که خودمان هم قبولش نداریم».*

«*یارگیری*» به طرق مختلفی چون پیوندزنی، ترویج، نمایش ظرفیت‌های ایده، تولید شواهد و امثالهم از دیگر الگوهای راهبردی پرتکرار در طول فرآیند تغییر است که به فراخور وضعیت و عمدتاً با هدف جذب ذینفعان غیرمخالف و در برخی موارد مخالفین به داخل جریان تاثیر و جلب حمایت آن‌ها در هر یک از فضاهای سه‌گانه دستورگذاری، مستندسازی و اجرا مورداستفاده قرار می‌گیرند. «پیوند زدن» ایده‌ها به «اهداف حاکمیت سیاسی»، «ایده‌های موفق مشابه قبلی» و نیز «بحران جاری» عمدتاً در فضای دستورگذاری، «ترویج» ایده به اشکال مختلف و به صورت حداکثری با هدف «نمایش ظرفیت‌های بالقوه» آن و «عاقلانه بودن تصمیم به تغییر» در هر سه فضا، «سخن گفتن به زبان مخاطب» با «تولید و ترجمان شواهد پشتیبان» برای «توجیه ذینفعان» به ویژه مخالفین در دو فضای دستورگذاری و اجرا، «سهم دادن» از طریق «وصل کردن ذینفعان به جریان تاثیر»، «ایجاد امکان بهره‌برداری» و «گنجاندن حداکثری منافع ذینفعان در طرح عملیاتی» در دو فضای مستندسازی و اجرا، «شبکه‌سازی» از طریق «شناسایی افراد توانمند علمی و سیاسی» در سطح کشور برای پشتیبانی از تغییر عمدتاً در فضای اجرا و در نهایت «منکوب کردن» از طریق «خرج کردن از اعتبار حامیان ذینفود برای جذب حامی» یا «وادار کردن مخالفین به سکوت» در برابر تغییر از جمله مصادیق مهم یارگیری در طول فرآیند تغییر هستند. مشارکت‌کننده ۱ درباره شبکه بهداشتی- درمانی می‌گوید: *«ما رفتیم مجلس. مجلس رو البته به سختی قانع کردیم ... به هر حال چون اون بحث محرومین و مستضعفین [بود]؛ ما هم می‌خواستیم بریم روستا دیگه. این بود که به هر حال ۲۵۰ میلیون تومن پول به ما دادن. پذیرفتن».* مشارکت‌کننده ۵ در تبیین حمایت‌طلبی برای برنامه پزشک خانواده می‌گوید: *« ... در واقع از یک فرصت وزارت بهداشت استفاده کرد. و این فرصت این بود که گفت آقا خب این پولو که شما [مجلس] داری می‌دی بیمه می‌کنی روستایی‌هارو، بیا من پزشک خانواده برای روستا راه بندازم».* مشارکت کننده ۱۴ نیز درباره طرح تحول سلامت اینگونه می‌گوید: *«وزیر هم فشار خیلی زیادی اون زمان اووردن که حتماً ارائه گزارش‌هایی در هیات دولت بشه، در مجلس بشه ... چند نوبت اونجا پشت درهای بسته برای این اتفاق جنگیدن. که این تخصیص منابع بیاد به سمت حوزه سلامت».*

«*هموارسازی*» از طریق دور زدن مخالفان، بازآرایی در ترتیبات نهادی، جبهه‌گیری در برابر مخالفان، چانه‌زنی یا توافق با شرکا، ائتلاف‌سازی، محدود کردن قلمرو تغییر، محدود کردن دسترسی ذینفعان مخالف و متناسب‌سازی روح تغییر با اقتضائات عرصه یا ذینفعان، الگوی راهبردی دیگری است. این الگو به موازات یارگیری و در موقعیت‌های خاصی از فضاهای دستورگذاری و مستندسازی به کار گرفته می‌شود که در آن‌ها تیم تغییر با هجمه‌های مخالف شدیدی مواجه بوده و در عین حال مخالفان سرسخت هستند و مواضع آن‌ها به راحتی قابل تغییر نیست. از این الگو زمانی بیشتر استفاده می‌شود که ادامه روند مخالفت‌ها و مقاومت‌ها برای بقای صاحبان تاثیر و ادامه فرآیند تغییر تهدید جدی به حساب آید. مشارکت‌کننده ۳ می‌گوید: *«آدم‌ها در مملکت یاد گرفته‌اند که اگر بخواهند کاری انجام دهند، مثلاً نقشه بزرگی را به اجرا درآوردند، یک گوشه‌اش را تا آخر ببرند!».* مشارکت‌کننده ۸ درباره استقرار شبکه‌های بهداشتی درمانی می‌گوید: *«اینا اومدن معاونت بهداشتی رو تا خانه بهداشت لوله تفنگی بردن پایین ... نه این وسط معاون توسعه دانشگاه کاره‌ای بود، نه معاون درمان کاره‌ای بود، نه رییس دانشگاه کاره‌ای بود».* همچنین در مورد رویکرد یکی از وزرا در پیشبرد تغییرات اینگونه بیان می‌کند: *«سازمان برنامه رو دور زد رفت ادغام رو از مجلس اوورد. سازمان رو دور زد رفت قانون بیمه همگانی خدمات درمانی رو اوورد. و این میانبر زدنش باعث می‌شد*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

که خیلی از این‌ها رو قلع و قم بکنه». مشارکت‌کننده ۵ در خصوص برنامه پزشک خانواده می‌گوید: *«یه موقعی خواستیم از بیمه‌ها که آقا ما مشکلاتمون رو درون جلسه حل بکنیم. و خارج از جلسه پشت هم بایستیم و علیه هم حتی یه مصاحبه هم نکنیم».* مشارکت‌کننده ۲۵ درباره محدود کردن قلمرو مداخله‌ای طرح تحول سلامت به بیمارستان‌های دولتی چنین می‌گوید: *«جایی که می‌تونستیم خوب مداخله کنیم بخش دولتی بود که تو دست خودمون بود ... بخش سرپایی اونقدر تو دست و بال ما نبود ... پس بهتر بود تو زمین خودمون بازی کنیم».*

«*نگهداشت*» از طریق جایگاه‌سازی، ایجاد هم‌زمانی، ظرفیت‌سازی، نمایش اهمیت سیاسی، تبلیغ برای تغییر، کپسوله کردن ایده و عوامل انسانی تغییر آخرین الگوی راهبردی شناسایی شده است که به فراخور وضعیت‌های پیش‌رو در فضاهای مستندسازی و اجرا معمولاً با هدف محافظت از ایده در برابر آسیب‌های احتمالی به عنوان محملی برای تضمین پایداری جریان تاثیر در بلندمدت مورد استفاده قرار می‌گیرد. مشارکت‌کننده ۱۶ درباره حمایت وزیر از برنامه پزشک خانواده می‌گوید: *«شخص وزیر مستقیماً پای کار آمد و حتی درگیر تمام مسائل کارشناسی شد. در ریز جریانات قرار گرفت و دفترش را در اختیار مجموعه گذاشت که ستاد تشکیل دهند».* مشارکت‌کننده ۱۷ درباره برنامه پزشک خانواده می‌گوید: *«دکتر X هم فشار زیادی می‌آورد که «برنامه را زودتر آماده عملیات کنید. باید برنامه پزشک خانواده را به اجرا بگذاریم».* یا مشارکت‌کننده ۱۰ درباره طرح تحول سلامت می‌گوید: *«بالاخره دکتر X با سیستم دیکتاتورشیپ می‌برد این قضیه رو جلو؛ خب خیلی از حرف‌ها رو هم خودش می‌بست دیگه».* مشارکت کننده ۲ درباره شبکه پشتیبان اجرای شبکه‌های بهداشتی درمانی می‌گوید: *«اگر می‌دیدیم یکی از این فوکال پوینت‌های ما ضعیفن اون آدم رو عوض می‌کردیم؛ هم توانمند می‌کردیم؛ هم حمایت می‌کردیم؛ و یه شبکه بسیار قوی تشکیل داده بودیم».* و در نهایت مشارکت‌کننده ۴ درباره کپسوله کردن ایده تغییر از مجاری قانون اینگونه می‌گوید: *«شما بحث پزشک خانواده رو توی برنامه چهارم می‌بینید. بعدها در واقع قانون برنامه پنجم و در نهایت ششم هم وارد شد. باز بردیمش گذاشتیمش تو سیاست‌های کلی برنامه سلامت. تو نقشه جامع تحول نظام سلامت. هر جا که می‌شد حرف پزشک خانواده و اینا رو توش گذاشتیم».*

شایان ذکر است دو وضعیت مداخله‌گرِ «*ویژگی‌های مرتبط با تیم فنی پشتیبان فرآیند تغییر*» از جمله داشتن انگیزه‌های مردمی قوی، تفکرات ایدئولوژیک سیاسی- اجتماعی مشترک، چشم‌انداز مشترک و شناخت قبلی ایشان از یکدیگر و «*ویژگی‌های رهبران فرآیند تغییر*» از جمله داشتن روحیه تحمل و مدارا با مخالفان، داشتن مهارت‌های سیاسی موردنیاز، اشراف دانشی و تجربی نسبت به موضوع تغییر، برخورداری از قدرت لابی و سیاسی بالا و مقبولیت سیاسی نزد رئیس‌جمهور و مقامات سیاسی ارشد کشور در تسهیل یا تضعیف توانمندی عاملان تغییر در استفاده از الگوهای راهبردی نامبرده و به تبع آن افزایش یا کاهش شانس موفقیت آن راهبردها نقش بسزایی دارند.

اتخاذ این الگوهای راهبردی منجر به شکل‌گیری وضعیت‌هایی می‌شود که به نوعی گویای پیامدهای تغییر در دو مقطع زمانی کوتاه‌مدت و بلندمدت هستند. پیامدهایی که تحت تاثیر محرک اصلی تغییرات (جریان تاثیر) و وضعیت‌هایی زمینه‌ای تقویت‌کننده یا بازدارنده آن و الگوهای تعاملی عاملان تغییر با سایر ذینفعان ایجاد می‌شوند. «تعجیل» و «فشار سیاسی» برای «نمایش تاثیر» از سوی صاحبان آن اگرچه فرصت مناسبی برای برجسته شدن برخی مشکلات و ایده‌ها به دست ذینفعان آن‌ها برای پیوستن به جریان تاثیر فراهم می‌کند، اما به دلیل «ابزاری بودن رویکرد صاحبان تاثیر» در انتخاب مشکل و به تبع آن انتخاب ایده، هر دو جریان در طول زمان در جریان تاثیر حل می‌شوند. بنابراین به رغم ایجاد «مطلوبیت سیاسی و اجتماعی» و «تغییر مقطعی راهبردها» و «بهبود موقت رویه‌های عملیاتی» در *کوتاه‌مدت*، با «خارج شدن صاحبان تاثیر» و «پس‌زدگی سیاسیِ» عوامل پیش‌برنده فرآیند تغییر، ایده تغییر که در طول فرآیند تغییر برای تامین اقتضائات تاثیر «دچار فرسایش شده است»، در *بلندمدت* «کارکرد محوری خود را از دست می‌دهد». «نافرجامی ایده» به دلیل «بلاتکلیفی» آن طی چرخه‌های سیاسی متوالی از دیگر تبعات فرآیندهای تغییر در حوزه سلامت در بلندمدت است. «حذف حداکثری مخالفان جدی» از جریان تاثیر و «محدود نمودن دسترسی» آن‌ها به حوزه‌های تصمیم‌گیری و همچنین «بیرون ماندن بخشی از جمعیت هدف از قلمرو مداخله ایده» به دلیل «نقص طرح‌های تغییر»، در آن‌ها ایجاد «نارضایتی و توقع » کرده و در بلندمدت موجب «ترویج بی عدالتی توزیعی» می‌گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

"نظریه پایه پژوهش": همزمان با شروع هر چرخه سیاسی جدید و روی کار آمدن ترکیبی جدیدی از ذینفعان در سطح دولت یا مجلس، و به دنبال فراگیر شدن شعارهای انتخاباتی آن‌ها پاره‌ای از وضعیت‌ها که تا پیش از آن به رغم ایجاد نارضایتی در میان تعداد کثیری از ذینفعان به ویژه جامعه متخصصین حوزه سلامت در نگاه سیاستگذاران ارشد کشور به مثابه مشکل تلقی نمی‌شدند، موردتوجه قرار گرفته و برجسته می‌شوند. گاهی نیز بواسطه دستکاری‌های عامدانه معادلات اقتصادی در سطح کلان، تبعات آن به صورت ایجاد شرایط بحرانی در حوزه سلامت خود را نشان می‌دهند.

این توجه که معمولاً با اعلام عزم به تغییرات جدی و گسترده از سوی دولت یا مجلس جدید همراه است، زمینه‌ساز شکل‌گیری جریان جدیدی از نشان دادن یا گرفتن تاثیر است که بسته به نقش و جایگاه صاحبان آن صور متنوعی چون قدرت، ثروت، مشروعیت یا مقبولیت سیاسی، رضایت و نیز کسب اعتبار حرفه‌ای و علمی را دربرمی‌گیرد. جریانی که با فراخوان جذب ایده‌های درخورنده تاثیراتِ موردانتظار صاحبان اصلی و ارشد آن‌ها رسمیت می‌یابد. بلافاصله تیم‌های متعددی از بدنه دولت و در فضایی غیرمشارکتی هر یک با هدف پیوستن به جریان تاثیر و استفاده حداکثری از نمانام سیاسی و مالی آن دست به کار شده و سعی می‌کنند با ارائه درخورنده‌ترین ایده با تاثیرات موردانتظار فارغ از توجه به مرام نامه‌های حزبی متبوع، سهم بیشتری از جریان منافع بالقوه را از آن خود نمایند. در این رقابت عمدتاً پیروزی از آن ایده-هایی است که از سوی شخصیت‌هایی مطرح می‌شوند که به لحاظ جایگاه و وجهه سیاسی و ایدئولوژیکی نزد سیاستگذاران ارشد از محبوبیت و مشروعیت بیشتری برخودار هستند. در عین حال ایده مطرح شده از سوی آن‌ها فارغ از توجه به اهداف عملکردی و مناسبت فنی آن‌ها به لحاظ بار ارزشی بالاترین تناسب را با تاثیرات موردانتظار داشته باشد. در این مقطع زمانی ایده‌ها با سابقه قبلی که پیش‌تر از سوی ذینفعان قبلی انتخاب شده‌اند به دلیل نداشتن جذابیت سیاسی و صرفاً تعلق آن‌ها به سیاستگذاران قبلی، معمولاً شانس زیادی برای انتخاب مجدد ندارند. و تنها در صورتی انتخاب می‌شوند که هزینه تَرک آن‌ها بیشتر از سود عایدی از آن‌ها برای صاحبان تاثیر باشد. حتی اگر به لحاظ عملکردی ایده نتوانسته باشد به اهدف عملکردی خود نزدیک شده یا در گذر زمان کارکرد خود را از دست داده باشد.

با انتخاب ایده درخورنده و به تبع آن تیم پشتیبان آن اولین گام در راستای تحقق تاثیر موردانتظار برداشته می‌شود و پس از آن جریان تاثیر با ورود به فضای جدیدی ادامه می‌یابد. تیم پشتیبان ایده با هدایت فردی با شخصیت مقبول به لحاظ سیاسی سعی می-کند با به دست گرفتن هدایت فرآیند تغییر از یک سو با تبدیل ایده اولیه به طرح عملیاتی با پوشش حداکثری منافع صاحبان تاثیر در آن، تعداد بیشتری از ذینفعان را با جریان تاثیر همراه کرده و از سوی دیگر خطر ناشی از مقاومت‌ها و رفتارهای کارشکنانه رقبا و مخالفان را به حداقل ممکن کاهش دهد. در این مسیر گاهی به قیمت سرپا نگه داشتن جریان تاثیر و تبدیل همه خطرات محیطی به فرصت از مجموعه‌ای از الگوهای راهبردی مشخص استفاده می-کند. نکته مهم در این فضا سرعت عمل در ارائه ترجمانی قابل‌پسند از ایده به لحاظ عملیاتی برای صاحب تاثیر و در عین حال جاری سازی آن پیش از رقبا در کوتاه‌ترین زمان ممکن است. با آماده-سازی طرح عملیاتی در صورتی که صاحبان تاثیر کماکان میزان انتظارات برآورده شده از فرآیند تغییر را مثبت ارزیابی کرده باشند، با حمایت از طرح عملیاتی جریان تاثیر را ادامه می‌دهند.

با تایید مجدد جریان تاثیر از سوی صاحبان اصلی آن، این بار تیم فنی پشتیبان سعی می‌کند با احتمال ایجاد حداقل مقاومت از سوی ذینفعان مخالف، طرح عملیاتی را جاری نماید. در این مسیر نیز حفظ و نگهداشت حامیان جریان تاثیر و افزودن بر تعداد آن‌ها در کنار خنثی نمودن خطرات ناشی از حضور تهدیدآمیز رقبا برای آنها در اولویت قرار دارد. بنابراین مجدداً به فراخور کنش‌ها و واکنش‌های پیش‌رو نسبت به اعمال مجموعه‌ای از الگوهای راهبردی پیشبرنده فرآیند تغییر و بازدارنده جریان‌های مخالف حتی به قیمت دستکاری و تعدیل طرح عملیاتی اقدام می‌کنند.

به موازاتی که منافع متعدد طیف صاحبان تاثیر که هر یک به نوعی با حمایت و مشارکت در فرآیند تغییر در طول مسیر با آن همراهی کرده‌اند، تامین می‌شود، فرآیند تغییر با قوت و سرعت به اجرا در می‌آید. مادامی که ایده با محوریت تیم پشتیبان بتواند تمامی جریان‌های محیطی را با جریان تاثیر همراستا و همراه نگه دارد، به سرعت پیش‌روی می‌کند. اما به محض ظاهر شدن اولین علائم پس‌زندگی ایده از سوی هر یک از صاحبان بالقوه یا بالفعل تاثیر از درون جریان‌های مختلف زمینه‌ای، جریان تاثیر رو به افول می-گذارد. این پس‌زدگی معمولاً با نشانه‌هایی چون شکل‌گیری جریان تاثیر پرقوت‌تر به عنوان جریان رقیب، جدا شدن یا خروج حامیان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

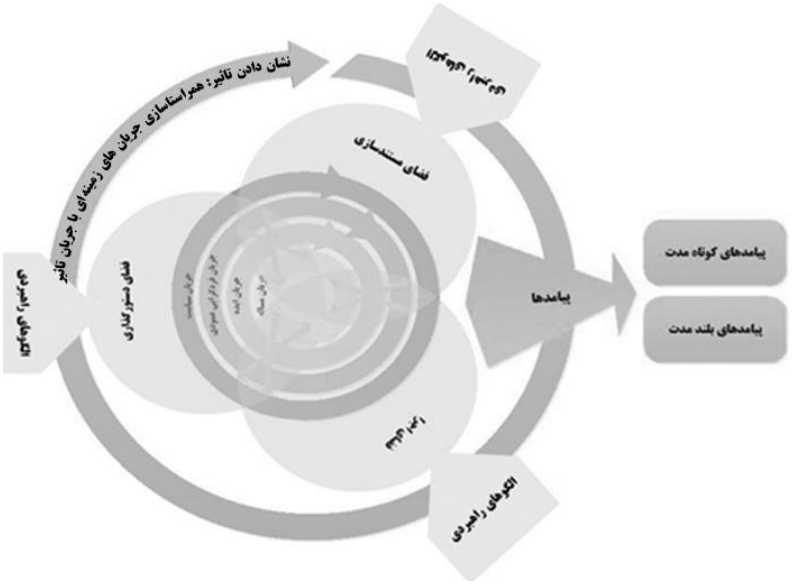
کلیدی از فرآیند تغییر و در نهایت تغییر چرخه سیاسی و به دنبال آن ایجاد واگرایی سیاسی همراه است. به موازات افول جریان تاثیر، پیگیری طرح تغییر که به قیمت حفظ جریان تاثیر در طول مسیر دستخوش تعدیلات فراوانی گردیده و کارکرد خود را از دست داده است، متوقف شده یا در حاشیه توجهات به حیات خود ادامه می‌دهد.

با شروع چرخه‌های سیاسی جدید جریان تاثیر با فراخوان عوامل موردنیاز خود از هر یک از جریان‌های زمینه‌ای مشکل، فردگرایی عمودی و ایده، مجدداً خود را بازآرایی کرده و تغییر جدیدی را دامن می‌زند و این فرآیند طی چرخه‌های متوالی تکرار می‌شود.

جدول ۱: وضعیت تقلیل و مقوله‌بندی داده‌ها

	کدگذاری محوری			کدگذاری انتخابی
	مقولات سطح II	مقولات سطح III	مقولات سطح IIII	مقوله سطح V
۱	یادگیری درون‌زا، یادگیری برون‌زا	ایده‌یابی	الگوهای راهبردی	نشان دادن تاثیر: همراستاسازی جریان‌های زمینه‌ای در حال تغییر با جریان تاثیر
۲	امکان‌سنجی سیاسی، امکان‌سنجی فنی، رجحان سلیقه سیاست‌گذار، رجحان مقبولیت بین‌المللی	انتخاب		
۳	مفهوم‌سازی، آزمون ایده	پردازش ایده		
۴	پیش‌دستی، بسنده کردن	شتاب		
۵	پیوندزنی، ترویج، سخن گفتن به زبان مخاطب، سهم دادن، شبکه‌سازی، منکوب کردن	یارگیری		
۶	بازآرایی، توافق با ذینفعان، جبهه‌گیری، چانه‌زنی، دور زدن، عدم شفاف‌سازی، متناسب‌سازی، محدود کردن قلمرو، محدود کردن دسترسی، مقاطعه‌کاری	هموارسازی		
۷	ایجاد هم‌زمانی، جایگاه‌سازی، کپسوله کردن، نمایش اهمیت سیاسی، ظرفیت‌سازی	نگهداشت	جریان ایده	
۸	بلاتکلیفی سیستمی، ضعف زیرسازه‌ای، نقص طرح ایده	ضعف ظرفیت نهادی		
۹	دسترسی به پژوهش‌های پیشین، داشتن تجارب شخصی	دسترسی به سوابق تغییرات قبلی		
۱۰	تحولات بین‌المللی، تعاملات بین‌المللی، مناسبت بین‌المللی	نفوذ نظری مراجع بین‌المللی		
۱۱	ناسازگاری فرهنگی، ناسازگاری ایدئولوژیکی	ناسازگاری‌های ارزشی حول ایده		
۱۲	بخشی‌نگری، ترجیحات نفع‌طلبانه	تولیت غیریکپارچه		
۱۳	جاه‌طلبی، خودمحوری	دیدگاه اتحصارگرایانه	جریان فردگرایی عمودی	
۱۴	پزشک‌سالاری، دولت‌سالاری، رسانه متصرفه	حوزه عمومی غیرمشارکتی		
۱۵	ناهم‌زبانی، ناهم‌زمانی	دوگانگی ارزشی		
۱۶	رقابت‌جویی، کارشکنی مخالفین	برخوردهای تدافعی و فرصت‌طلبانه		
۱۷	عوام‌گرایی، تعجیل سیاسی	تمایلات هیجانی و کوتاه‌مدت		
۱۸	حمایت سیاسی، عزم سیاسی، گشایش سیاسی، گشایش مالی	فرصت‌گشایی سیاسی	جریان سیاست	
۱۹	ناپایداری فرصت، ناپایداری منابع، ناپایداری محیط کلان	ناپایداری نهاده‌های سیاسی		
۲۰	بی‌اعتمادی سیاسی، پس‌زدگی سیاسی ایده، عقب‌نشینی حامیان	واگرایی سیاسی		
۲۱	ایجاد بحران‌های اجتماعی، کمبود منابع	رویدادهای تنش‌زا	جریان مشکل	
۲۲	ناکارآمدی کارکردی، ناکارآمدی ساختاری	ناکارآمدی ساختاری-عملکردی		
۲۳	اضمحلال ایده، فرسایش ایده	از دست رفتن کارکرد ایده	پیامدهای بلندمدت	
۲۴	بلاتکلیفی طرح‌های تغییر، محقق نشدن الزامات اجرایی	نافرجام ماندن طرح‌های تغییر		
۲۵	القای تبعیض رویه‌ای، ایجاد توقع در ذینفعان، نارضایتی ذینفعان	ترویج بی‌عدالتی توزیعی		
۲۶	ظرفیت‌سازی نهادی، ایجاد مقبولیت اجتماعی، ایجاد مقبولیت سیاسی	مطلوبیت سیاسی- اجتماعی	پیامدهای کوتاه-مدت	
۲۷	تغییر شاخص‌ها، تغییر رویه‌های عملیاتی	بهبود کارکردی- رویه‌ای		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]



شکل ۱: الگوی نظری پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه فرآیند یا تغییر سیاست یکی از حوزه‌های اصلی پژوهش حوزه سیاست‌گذاری است [۹]. رنات مینتز معتقد است که مقصود اصلی از انجام پژوهش در حوزه سیاست کاربرد نظریه‌های علمی (نظریه آزمایی) نیست، بلکه درک تفصیلی و متمایزی از حرکت‌شناسی داخلی و ویژگی‌های فرآیند پیچیده سیاست‌گذاری است [۱۰]. نتایج به دست آمده از مطالعه پیش‌رو حاکی از سیاسی بودن ماهیت تغییرات سیاست‌ها در حوزه سلامت است. به طوری که عمده تغییرات با هدف «نشان دادن تاثیر» ایجاد و به منظور تحقق انتظارات موردنظر صاحبان آن از طریق «ایجاد همراستایی» میان جریان‌های زمینه‌ای چهارگانه «سیاست»، «ایده»، «مشکل» و« فردگرایی عمودی» با جریان تاثیر، در طول زمان و «فضاهای تصمیم‌گیری سه‌گانه» دستورگذاری، مستندسازی و اجرا به پیش برده می‌شوند.

نظریه توسعه‌یافته در پژوهش حاضر - که به اعتقاد استراوس و کوربین در ردیف نظریه‌های حقیقی به حساب می‌آید[۳۱] - بواسطه رمزگشایی از بخشی از پازل سیاست‌گذاری، روایتی برای تحلیل سیاستگذاری در حوزه سلامت ارائه نموده و ضمن تقلیل پیچیدگی، تا حدی بر شفافیت آن نیز افزوده است. اما محدود شدن حیطه مطالعه به یک حوزه – سلامت- و محدود شدن سطح مطالعه به سطح ملی یک کشور، مانع از آن می‌شود که پژوهشگران ادعایی نسبت به قابلیت تعمیم‌پذیری نظریه به دیگر حوزه‌های سیاست و یا حتی فراتر به حوزه مشابه در دیگر کشورها و حتی مقایسه آن با نظریه‌های متوسط یا رسمی داشته باشند. اما در ادامه به برخی از ویژگی‌های مهم الگوی نظری پژوهش از نظر عناصر اساسی نظریه-های فرآیند سیاست از نگاه بلوم کوئست [۳۲]، که بعضاً کمتر از سوی نظریه‌های موجود موردتوجه قرار گرفته‌اند، اشاره می‌شود.

از نظر *قلمرو پژوهش* بر خلاف اکثر نظریه‌های رسمی ادبیات پژوهش که عمدتاً ناظر بر دستورگذاری و اقتباس سیاست هستند، الگوی پژوهش ناظر بر کل فرآیند سیاست است. *الگوی فرد* یا الگوی مورداستفاده برای تبیین رفتار بازیگران در الگوی نظری پژوهش بر عقلانیت محدود استوار بوده و به شدت تحت تاثیر موقعیت‌های زمینه‌ای در حال تغییری است که کنش‌گری وی را متاثر می‌نماید. در عین حال این فرد، *فرد گیرنده تاثیر* است. به این معنی که فرد بسته به جایگاهی که در آن قرار دارد، در پی دریافت تاثیرهای موردنظر خود که طیف متنوعی از منافع را دربرمی‌گیرد، دست به اقدام، انتخاب و تصمیم می‌زند. این فرد در چارچوب توسعه و تحلیل ذینفعان فرد بِروزکننده، در جریانات چندگانه فرد راضی، در نظریه تعادل گسسته یک توجیه‌کننده گزینشی و در نظریه ائتلاف مدافع فردی است که تابع سیستم باور و جهان درونی خود است.

از *باب کنش یا اقدام* جمعی الگوی پژوهش در مقایسه با نظریه‌های موجود بواسطه شناسایی جریان‌های زمینه‌ای و موقعیت‌های ایجاد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

شده به دنبال بر هم کنش آن‌ها ذیل فضاهای تصمیم‌گیری سه‌گانه، نحوه گردهم آمدن افراد یا به عبارتی عاملان تغییر در راستای یک جریان واحد را که *ریل دیتو* از آن‌ها تحت عنوان فرآیندهای سطح خرد نام می‌برد [۲۴]، با جزئیات بیشتری توضیح می‌دهد. کنش جمعی به واسطه بازآرایی جریان تاثیر در خارج از سیستم فرعی سلامت ایجاد می‌شود، که با عزم سیاسی دولت یا مجلس برای رقم زدن تغییرات متهورانه در جریان سیاست آغاز و با ارسال سیگنال-هایی برای بسیج افراد با تاثیراتِ همراستا از سایر جریان‌های زمینه-ای برای پیوستن به جریان اصلی تاثیر ادامه می‌یابد. در نهایت افراد با تاثیرات متفاوت اما همراستا با تاثیرات بالادستی موفق به جذب در جریان تاثیر شده و برای تحقق آن‌ها طبق الگوهای راهبردی خاصی رفتار می‌کنند.

به لحاظ توجه به نقش نهادها در شکل‌دهی به رفتار بازیگران، الگوی نظری پژوهش به دو دلیل تبیین کاملی از تاثیر زمینه نهادی بر رفتار بازیگران، شکل‌دهی به کنش جمعی، انتخاب الگوهای راهبردی و در نهایت پیامدهای آن ارائه می‌دهد. یکی به دلیل وارد کردن یک جریان جدید با عنوان فردگرایی عمودی که به طور عمده دربرگیرنده شرایطی است که ریشه در توضیح ویژگی‌های زمینه‌ای اعم از ساختارها و قواعد حاکم بر فضای سیاستگذاری در سطح سیستم فرعی سلامت دارد. دلیل دوم که به اعتقاد پژوهشگران علیرغم شباهت استعاری که با نظریه جریانات چندگانه دارد، بسط نظریه جریانات فراتر از دستورگذاری است. به طوری که با قائل شدن به سه فضای دستوگذاری، مستندسازی و اجرا که به نوعی - می‌تواند تداعی‌کننده عرصه کنش موردنظر اُستروم در چارچوب توسعه و تحلیل نهادی باشد، سعی نموده تا ضمن شناسایی موقعیت‌های زمینه‌ای برخاسته از برهم کنش جریانات چهارگانه در هر فضا، تاثیر آن‌ها بر اتخاذ مجموعه‌ای مشخص از الگوهای راهبردی از سوی کنش‌گران و به تبع آن پیامدهای حاصله را که اُستروم از آن تحت عنوان ره‌آوردها نام می‌برد، اگرچه نه به اندازه و دقت چارچوب توسعه و تحلیل نهادی، توضیح دهد.

به لحاظ تبیین تغییر سیاست که از آن با عنوان سازوکار تغییر نیز نام برده می‌شود، در الگوی پژوهش تمرکز بر تغییرات بزرگ و دفعی بوده و مهم‌ترین منابع آن فرصت‌های به دست آمده در نتیجه تاثیرات بیرونی شامل رویدادهای تنش‌زا و ناگهانی، تغییر در ائتلاف‌های حکمران، جابه‌جایی مسئولین و روی کار آمدن شخصیت‌هایی در حوزه سلامت است که بزرگتر از احزاب بوده و به لحاظ سیاسی و ارزش‌های ایدئولوژیک نظام سیاسی کشور از مقبولیت و مشروعیت بیشتری نزد سیاستگذاران ارشد برخوردار هستند. نکته حائز توجه دیگر در این رابطه که به اعتقاد *هایز* کمتر از سوی نظریه‌های موجود موردتوجه قرار گرفته متغیر وابسته یا آن چیزی است که در نتیجه تغییر سیاست تغییر می‌کند [۱۱]. این همان چیزی است که *ریل‌دیتو* نیز از آن تحت عنوان عدم‌کفایت روایت‌های عِلی در نظریه‌های فرآیند سیاست نام می‌برد [۲۴]. به اعتقاد پژوهشگران الگوی نظری پژوهش توانسته است علاوه بر توجه به متغیر وابسته، تا حدی بواسطه شناسایی الگوهای راهبردی در واکنش به موقعیت‌های زمینه‌ای، نحوه تحقق این متغیر را تبیین نماید. ایده تغییر، طرح عملیاتی و پیامدهای حاصل از تعاملات بازیگران در فضاهای سه‌گانه، متغیرهای سه‌گانه‌ای هستند که به واسطه تعاملات میان بازیگران در هر یک از فضاهای سه‌گانه حاصل آمده و تحقق هر یک از آن‌ها مستلزم پیش‌روی بین فضاها به شرط تایید صاحبان تاثیر است.

اگرچه امروزه تمایل و اقبال نسبت به الگوهای تحلیلی ساخته شده مبتنی بر رویکردهای تجویزی به ویژه در حوزه سلامت بیشتر است، اما به اعتقاد پژوهشگران تجویز زمانی می‌تواند راهگشا باشد که در وهله اول بتوان نسبت به شناخت و درک نسبی از چرایی و چگونگی شکل‌گیری تغییرات در این حوزه دست یافت. درکی که بتواند به واسطه شناسایی متغیرهای دست‌اندکار در ایجاد زمینه تغییرات و نحوه تعامل بازیگران کلیدی در واکنش به آن‌ها و نیز پیامدهای رفتاری آن‌ها به طیف گسترده‌ای از نقش‌آفرینان کمک کند که زمان، نوع حرکت و اقدام و کم و کیف مداخلات خود را بر مبنای واقعیت تنظیم و تعدیل نمایند. و بدین ترتیب بتوانند گام‌های موثرتری در طراحی و به ثمرنشاندن سیاست‌های این حوزه بردارند. بر مبنای همین استدلال نتایج به دست آمده از این پژوهش دربرگیرنده شش توصیه یا درس اساسی است که توجه به آن‌ها از سوی تصمیم‌گیران و سیاستگذاران حوزه سلامت می‌تواند در بهبود فرآیند و محتوای سیاست‌های اتخاذ شده کمک‌کننده باشد.

غالب شدن جریان تاثیر بر فرآیند تغییر در حوزه سلامت می‌تواند به طور ضمنی گویای پیام‌های بی شماری برای طیف مختلفی از ذینفعان به ویژه تحلیل‌گران و متخصصینی باشد که بواسطه نقش-آفرینی در جریان ایده و حتی مشکل از زاویه دید متفاوتی به تغییرات می‌نگرند. این یافته، ضرورت توجه به گفتمان حاکم بر جریان سیاست و تلاش برای تحلیل تاثیرات موردانتظار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

سیاستگذاران ارشد که محرک‌های تغییر از آن سرچشمه می‌گیرد را برای جامعه متخصصان در جریان ایده بیش از پیش برجسته می‌کند. این امر می‌تواند بواسطه فعال کردن رویکرد آن‌ها در دراندازی ایده‌های از پیش برنامه‌ریزی و طراحی شده پیش از صدور دستور تاثیر، در تغییر سازوکارهای تغییر نقش موثری داشته باشند. لازمه این کار شناخت و پذیرش متقابل بازیگران دو جریان از یکدیگر و پذیرش میزان تاثیر و نقش بالقوه‌ای است که می‌توانند در فرآیند تغییر داشته باشند.

سیاسی بودن ماهیت فرآیندهای تغییر در حوزه سلامت، در صورت عدم توجه به خطرات احتمالی ناشی از تغییرات سریع و گسترده در ترکیب هیات‌های سیاسی و متعاقب آن بازآرایی تاثیرات، می‌تواند ضمن دامن زدن به رفتارهای هیجانی در میان سیاستگذاران ارشد که عمدتاً در بیرون از سیستم فرعی سیاست سلامت قرار دارند، بواسطه تکرار فزاینده تصمیم‌های بی‌حاصل به خستگی نظام تصمیم‌گیری و سیاستگذاری و در نهایت کاهش بهره‌وری کل سیستم منجر شود. بنابراین لازم است از تعداد تصمیم‌ها کاسته و بر کیفیت و عمق تصمیمات افزوده گردد. متمرکز نمودن اقدامات روی یک نقشه راه مشخص، گسترده، اولویت‌بندی شده و بلندمدت، محول نمودن انتخاب‌ها به متخصصین و تحلیل‌گران برای مثال از طریق تفکیک پست‌های سیاسی از فن سالاری در کاهش خستگی نظام تصمیم‌گیری نقش بسزایی خواهد داشت.

با توجه به منفعلانه بودن رویکرد متخصصان حوزه سلامت در تامین محتوای عملیاتی تغییرات که معمولاً به تبع تغییرات حاصل می‌آید، اتخاذ تدابیری برای ورود فعالانه‌تر و نقش‌آفرینی برجسته‌تر متخصصین و تحلیل‌گران سیاست با تخصص‌های مختلف و مرتبط با سلامت، حتی پیش از شروع تغییرات، حائز توجه و اهمیت بسیار است. اذعان مشارکت‌کنندگان مبنی بر برون‌زا بودن ایده‌ها از یک سو و نداشتن چارچوب مفهومی نظام سلامت و نقشه راه مشخص و مورد توافق جامعه متخصصین خود گواهی بر این مدعاست. ایجاد اتاق‌های فکر متشکل از متخصصین حوزه‌های مختلف در درون دولت و مجهز به مهارت‌ها و توانمندی‌های تحلیلی و فنی موردنیاز در کنار سیاست‌گذاران، می‌تواند علاوه بر کنترل رفتارهای هیجانی و تصمیمات دفعی، به هدایت تصمیمات در مسیری حساب‌شده‌تر در طول فرآیند تغییر کمک کند. برون‌زا بودن یادگیری و یا به عبارتی ایده‌محور بودن نظام سیاستگذاری سلامت کشور به عنوان بخشی از نتایج به دست آمده از نظریه پژوهش، موید دو نکته مهم است. اول نقش پر رنگ مراجع بین‌المللی به ویژه سازمان جهانی بهداشت در هر یک از فضاهای نهادی سه‌گانه و تاثیر اولویت‌ها، توصیه‌ها و شواهد تولید شده از سوی آن‌ها بر طرح‌ریزی تغییرات است. که این موضوع را می‌توان عامل موثری در ضعف ایده‌پردازی و تحلیل درون‌زا توسط بدنه کارشناسی و تضعیف مهارت‌های تحلیلی در صاحب‌نظران به شمار آورد. نکته دیگر آنکه جذابیت بالای ایده‌ها برای سیاستگذاران، مدیران و حتی بدنه کارشناسی کشور آن‌ها را از توجه به مشکلات مبتلابه جمعیت بازداشته و در توجیه ضرورت و اهمیت ایده‌ها اتخاذ شده بیشتر بر شواهدی تکیه می‌کنند که از سوی مراجع پیشنهاددهنده ایده مطرح می‌شوند، حال آنکه ممکن است الزاماً مشکلات نسبت داده شده، مشکلات مبتلابه اولویت‌دار برای کشور نبوده و در صورت بودن راهکار مناسب پیشنهادی با مختصات اتخاذ شده راهکار مناسبی برای کشور ما نباشد. موضوعی که از دهه دوم انقلاب به بعد بیش از پیش تشدید شد [۱۲] به طوری که جریان ایده بر جریان مشکل مستولی پیدا کرد [۳۳]. در اصلاح این رویه تقویت نظام‌های اطلاعاتی جمعیت‌محور از طریق ایجاد یک نظام یکپارچه و به هنگام با دسترسی کامل برای متخصصان اتاق فکر و سیاستگذاران ارشد می‌تواند راهگشا باشد. چرا که شانیت مشکل به شدت بر شانیت راهکار تاثیرگذاره بوده و به منطقی‌تر و واقعی‌تر شدن راهکارهای اتخاذ شده و اجتناب از راهکارهای ماکتی و کم عمق کمک خواهد کرد. موکول کردن مفهوم‌سازی و تدوین طرح عملیاتی به بعد از تصمیم برای تغییر خود گواهی بر منفعل بودن سیستم فرعی سلامت در طرح‌ریزی فعالانه برای اصلاح مداوم سیستم و پاسخگویی در برابر نیازهای دائماً در حال تغییر سلامت جمعیت است. این در حالی است که معمولاً بدنه کارشناسی حوزه سلامت بواسطه عدم وجود توافق اولیه روی محتوای تغییر و کم و کیف آن توان هم‌پایی با بدنه سیاست‌گذار و تامین تاثیرات موردانتظار آن‌ها در طول فرایند تغییر را ندارند. آن‌ها به دلیل جا ماندن از جریان تاثیر، کنار گذاشته شده و یا در صورت باقی ماندن ماهیت تغییر را دچار اختلال می‌کنند. و از اینروست که اتفاقی که در فاصله زمانی بین تعیین دستورکار و اجرا می‌افتد تنها مستندسازی ساده از آن چیزی است که قرار است عملیاتی شود. جبران این نقص رویه‌ای در نظام سلامت مستلزم چند اتفاق بنیادین در نظام سلامت است. از آنجایی که هر تغییری مستلزم سه جز نظری، طراحی [۱۳] و اجرا است، تا زمانی که مبانی نظری و چارچوب مفهومی نظام سلامت مشخص نشده و روی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

آن میان متخصصان این حوزه توافق وجود نداشته باشد، و تا زمانی که بر مبنای این چارچوب نقشه راه مشخصی وجود نداشته باشد، امکان طراحی وجود نخواهد داشت و به تبع آن اجرا قطعاً بواسطه نقص اجزای پازل و فراهم شدن امکان بهره‌برداری سوگیرانه فرصت-طلبان از طرح‌های تغییر با مشکل مواجه خواهد شد. منظور از طراحی مشخص کردن هر یک از اهداف و مشکلاتی که باید حل شوند، جمعیت‌های هدف، عوامل انسانی و ساختارهای اجرایی، قواعد و منطق و پنداشت‌های پشتیبان هر تغییر است که در هر طرح تغییر باید به طور شفاف به آن‌ها پرداخته شود. تقویت مهارت-های فنی تحلیل سیاست در بدنه کارشناسی در کنار ارکان ساختاری مشابه در سطح هیات دولت و مجلس از دیگر الزاماتی است که در صورت توجه به آن می‌تواند کارساز واقع شود.

جریان فردگرایی عمودی به عنوان یکی از جریان‌های غالب زمینه-ای، خود به تنهایی حاکی از مغفول ماندن مهم‌ترین و بنیادی‌ترین کارکرد منصوبین سیاسی در سطح دستگاه‌های اجرایی، یعنی هماهنگی است. کارکردی که در زمان تغییرات هم در سطح افقی به ویژه در میان معاونت‌ها و واحدهای تخصصی درون و برون دستگاهی و هم در سطح عمودی با سیاستگذاران ارشد و بالادستی و سایر سازمان‌ها وابسته و زیرمجموعه بیش از هر زمان دیگری ضرورت اعمال آن از سوی عامل پیشبرنده آن احساس می‌شود و تحت هیچ شرایطی قابل واگذاری نیست. اما همان‌طور که در نظریه پژوهش نشان داده شد، این کارکرد اغلب بواسطه قدرت نفوذ جریان تاثیر به شدت تحت‌الشعاع قرار گرفته و به هدایت تغییر اغلب به صورت یک سازمان کاملاً مستقل و محدود دامن زده است. جبران این ضعف مستلزم نهادینه‌کردن کارکرد هماهنگی در ساختار دستگاه‌های اجرایی حوزه سلامت است.

نگاه ابزاری سیاستگذاران ارشد به مشکلات و ایده‌ها از یک سو و ضعف بنیان ایده‌ها و طرح آن‌ها از سوی دیگر، همان طور که در پیامدهای بلندمدت نیز خود را نشان داد، حاصلی جز اضمحلال و از دست رفتن کارکرد ایده و از آن مهم‌تر بلاتکلیف ماندن ایده‌ها در طول سال‌های متمادی پس از فروکش کردن جریان تاثیر ندارد. برای پیشگیری از این آسیب، تثبیت سازو کارهایی بواسطه سپردن مسئولیت پیشبرد تغییرات به بدنه‌ای غیرسیاسی و تا حد ممکن مستقل از جریان تاثیر با مجموعه‌ای متناسبی از اختیارات برای تعیین تکلیف ایده‌ها پس از هر دوره از تغییر می‌تواند راهگشا باشد.

این مطالعه جز معدود مطالعاتی است که با هدف درک فرآیند سیاست در حوزه سلامت کشور به اجرا درآمده است، اگرچه با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است. یکی از محدودیت‌های اصلی پژوهش، مصون نبودن جریان تحلیل داده‌ها از مفروضات ذهنی پژوهشگران بود که در تحقیقات کیفی و به ویژه داده‌بنیاد امری بدیهی و غیرقابل انکار است. از دیگر محدودیت‌های قابل‌توجه در پژوهش حاضر عدم امکان دسترسی به مشارکت‌کنندگان و مطلعین کلیدی در فرآیند شکل‌گیری سیاست‌های منتخب به ویژه وزرای مربوطه و برخی نمایندگان مجلس به دلیل مشغله کاری یا نبودن در قید حیات در زمان مصاحبه بود. با وجود این، ما اعتقاد داریم که پژوهش‌های آتی با رفع این محدودیت‌ها به ویژه دسترسی به تعداد بیشتری از ذینفعان کلیدی و دستیابی به روایت‌های بیشتری از رویدادها و اقدامات می‌توانند به توسعه و اصلاح یافته‌های پژوهش حاضر و ایجاد درکی عمیق‌تر نسبت به پیچیدگی‌های فرآیند سیاست در این حوزه کمک نمایند. از اینرو پیشنهاد می‌گردد برای توسعه و اصلاح الگوی نظری ارائه شده در این مطالعه برای مصاحبه با تعداد بیشتری از دست‌اندرکاران و بازیگران ذینفع در فرآیند شکل‌دهی به هر یک از سه سیاست منتخب این مطالعه به ویژه وزرا و نمایندگان مجلس برنامه‌ریزی به عمل آید. همچنین طراحی و اجرای مطالعات مشابه در مورد سایر سیاست‌های حوزه سلامت که تاکنون موردمطالعه قرار نگرفته‌اند، و نیز طراحی و اجرای مطالعات تطبیقی میان سیاست‌های حوزه سلامت و سایر حوزه‌های سیاستی در کشور به شدت توصیه می‌شود. این خطوط مطالعاتی ضمن کمک به پژوهشگران برای واکاوی هر چه بیشتر جریان تاثیر که در نظرخواهی از سوی خبرگان نیز به شدت مورد تاکید قرار گرفت، به شناسایی عمیق‌تر ویژگی‌ها و ابعاد جریان‌های زمینه‌ای و الگوهای راهبردی مورداستفاده بازیگران برای تحقق تاثیرات موردانتظارشان کمک خواهد کرد. در نهایت، طراحی برنامه‌های پژوهشی بلندمدت برای بسط نظری و آزمون تجربی گزاره‌های به دست آمده از این پژوهش و پژوهش‌های مشابه صورت گرفته با هدف اصلاح، ویرایش و پیرایش ساخت نظری و ساخت‌های دیگر به سمت توسعه نظریه-های موجود یا تولید نظریه‌های منسجم‌تر و یکپارچه‌تر از دیگر پیشنهادهای پژوهشگران در این مطالعه است.

سهم نویسندگان

رحمت‌اله قلی‌پور: هدایت علمی و هدایتِ تنظیم و اصلاح مقاله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

شیوا مافی‌مرادی: جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، گردآوری و تحلیل داده‌ها، تنظیم پیش‌نویس مقاله،
فرج‌اله رهنوردآهن: مشاوره علمی،
محمد ابویی اردکان: مشاوره روش‌شناسی.

تشکر و قدردانی

این مقاله مربوط به بخشی از نتایج رساله دکترا با عنوان ارائه الگویی برای تحلیل فرآیند خط‌مشی‌گذاری در حوزه سلامت ایران است. بنابراین جا دارد از زحمات و راهنمایی‌های علمی آقایان دکتر حمید اسماعیل‌زاده، دکتر حمید بهلولی، دکتر محمد فاضلی، دکتر حسین راغفر، دکتر محمدرضا واعظ مهدوی، دکتر حسین علیپور، دکتر علی جهانگیری، دکتر حسین تکیان و دکتر عباس وثوق‌مقدم که هر یک به فراخور دانش و تخصص خود در پیشبرد فرآیند پژوهش کمک شایان توجهی نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

1. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal 2006; 9: 1-18
2. Shariati M. Health system reforms: Why and how. Journal of knowledge and health 2015; 5:20-21
3. Mills A. Reforming health sectors: fashions, passions and common sense [Conference paper]. Kegan Paul International: London and New York, 2000
4. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity, 1st Edition, Oxford University Press: New York, 2003
5. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning 1994; 9: 353-370
6. Gilson L, Doherty J, Lake S, McIntyre D, et al. The SAZA study: implementing health financing reform in South Africa and Zambia. Health policy and planning, 2003; 18: 31-46
7. Aghlmand S, pourreza A. Health System Reform. Social welfare 2004; 4: 23
8. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. 3th Edition, McGraw-Hill Education:United Kingdom, 2012
9. Coveney J. Analyzing public health policy: three approaches. Health Promotion Practice 2010; 11: 515-521
10. Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007. Health Policy and Planning 2008; 23: 294-307
11. Colebatch HK. Beyond the policy cycle: the policy process in Australia. 2th Edition, Routledge: United Kingdom, 2020
12. Mohammed AK. Does the policy cycle reflect the policymaking approach in Ghana? Public Affairs, 2020; 20:1-15
13. Davoodi S. Generalities about health systems: Health system reforms, 1st Edition, Bina:Tehran, 2006
14. Jolaei H. Designing a model for reforming in Iranian health system during the last three decades based on the analysis of its process [dissertation], in Health Policimaking research Center. Medical University of Shiraz, 2016; 3: 304
15. Alikhani S. The country's health system: examining the challenges and problems underlying the reforms, Cordination Deputy in Ministry of Health and Medical Education, 2005, p.8, Access from: the Center of Documentation and strategic Health Information Management in Ministry of Health and Medical Education, Document Number: HS15, https://salam.behdasht.gov.ir, (Accessed at 2020 October 16) [Persian]
16. Lankarani KB, Joulaei H, Khankeh H, Zarei N, et al. Health Equity as a Challenging Goal for Policymakers: A Systematic. Global Journal of Health Science 2017; 9: 59470
17. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. International Journal of Health Policy and Management 2015; 4: 637
18. Heshmati B, Joulaei H. Iran's health-care system in transition. The Lancet 2016; 387: 29-30
19. Hatam N, Joulaei H, Kazemifar Y, Askarian M. Cost efficiency of the family physician plan in fars province, southern iran. Iranian Journal of Medical Sciences 2012; 37: 253
20. Aminloo H, Salariyanzadeh H, Abolhalaj M, Alikhani S. Kazemiyan M. Healthcare financing. Access from: the Center of Documentation and strategic Health Information Management in Ministry of Health and Medical Education, 2011, https://salam.behdasht.gov.ir, (Accessed at: 2020 June 21) [persian]
21. Gilson L, Buse, Kent M, Murray SF, Dickinson C. Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. Health Policy and Plannig, 2008; 23:291-293

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

22. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2008: 24:1-29
23. Hill M, Varone F. The public policy process. 7th Edition, Routledge: New York, 2017
24. Dato JR. Mechanisms of policy change: a proposal for a theoretical synthesis. Journal of Comparative Policy Analysis 2009; 11: 117-143
25. Hayes MT. The limits of policy change: Incrementalism, worldview, and the rule of law. 2th Edition, Georgetown University Press: Washington D.C, 2001
26. Cassels A, Health system reform: Key issues in less developed countries. Translated by Kamel Shadpour. 1st Edition, Ministry of Health and Medical Education: Tehran, 1997
27. de la Jara JJ, Bossert T. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. Health Policy1995; 32: 155-166
28. Mushtaq Khan M. Health Policy Analysis: The Case of Pakistan. Maastricht, 1st Edition: Netherlands, 2006
29. Gholipour R, Mafimoradi Sh, Rahnavard F, Abooyee Ardakan M. Systematic Analysis of Research Articles on Health Policy Process Analysis in the Developing Countries: Guidance to Health Researchers. Iranian Journal of Public Administration Studies 2019; 2: 25-45
30. Yin RK. Case study research and applications: Design and methods. 6th Edition, Sage publications: United States of America, 2017
31. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 4th Edition, Sage publications: United States of America, 2015
32. Sabatier PA, Weible CM. Theories of the policy process. 3th Edition, Westview Press: New York, 2014
33. Bohloli H, The effect of idea transfer on the development of health care network, 8th Technical Meeting of the Policy making and Health Refrom Council in Ministry of Health and Medical Education, 2009, Access from: the Center of Documentation and strategic Health Information Management in Ministry of Health and Medical Education, https://salam.behdasht.gov.ir, (Accessed at: 2020 July 18) [persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]

ABSTRACT

How Health Policies change in Islamic Republic of Iran? A substantive theory to understand the policy process

Shiva Mafimoradi[1], Rahmatollah Gholipour Souteh[2*], Farajollah Rahnavard[1], Mohammad Abooyee Ardakan[1]

1. Institute for Management and Planning Studies, Tehran, Iran
2. Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran

Payesh 2020; 19 (6): 673 – 691
Accepted for publication: 14 November 2020
[EPub a head of print-9 December 2020]

Objective (s): Health policy-making process in Iran is extremely complex because of the impact of contextual factors and various actors with competing interest. It is not clear how the interaction of these factors bring about changes in policies. We propose a substantive theory to understand how policy changes form, and we provide policy practitioners with practical suggestions to improve the policy outcomes.
Methods: A qualitative method based on grounded theory research strategy was applied. For data collection we used in-depth one-on-one interviews with key informants who were involved in three major health policy figures in Iran. We explored the change mechanism by identifying the institutional context, action-interaction patterns and the consequent policy outcomes. For analyzing data, we conducted the three coding stages using Atlas-Ti software.
Results: The main motivator of change in health policies is '*impression making*' which its owners act in three *contextual spheres* of *agenda-setting*, *documentation* and *implementation* using certain *strategic patterns* to make it realized. Impression as the dominant determinant stream in health domain requires aligning four *underlying streams of politics, idea, vertical individualism and problem with its requirements* to realize the expected impressions of its owners. As long as *the impressions are made*, the change is in progress. By deviation of any contextual streams or reducing the eagerness to make impression, the change is stopped or downgraded regardless of the problem to be solved or the policy idea to be implemented completely.
Conclusion: Understanding the pattern of health policies changes through identifying role of contextual streams and adopted strategic patterns of behavior, reveals the casual mechanism behind the failure or success of polices. The theoretical model of policy change phenomenon provides policy practitioners with important lessons that enable them to control over the changes and improve the policy content and outcomes if they take them into consideration.

Key Words: policy process, policy change, health domain, theory, Islamic Republic of Iran

[*] Corresponding author: Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran
E-mail: Rgholipor@ut.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.6.5.3]
[DOI: 10.29252/payesh.19.6.673]