



Research Article

Identifying and Explaining the Challenges of Health System Planning in Iran: A Qualitative Study

Nahid Chezani- Sharahi ^{ID}¹, Seyed Mojtaba Hosseini ^{ID}^{1*}, Khalil Ali Mohammadzadeh ^{ID}²

Ali Hassan Shaban Khamseh ^{ID}³, Mohammadkarim Bahadori ^{ID}⁴

¹ Department of Health Services Management, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Health Services Management, NT. C., Islamic Azad University. Health Economics Policy Research Center, TeMS. C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Department of Health Services Management, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran

⁴ Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Seyed Mojtaba Hosseini. Department of Health Services Management, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: hosseinish@yahoo.com

DOI: [10.61882/jams.28.6.512](https://doi.org/10.61882/jams.28.6.512)

How to Cite this Article:

Chezani- Sharahi N, Hosseini SM, Ali mohammadzadeh Kh, Shaban Khamseh AH, Bahadori M. Identifying and Explaining the Challenges of Health System Planning in Iran: A Qualitative Study. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;**28**(6): 512- 18. DOI: [10.61882/jams.28.6.512](https://doi.org/10.61882/jams.28.6.512)

Received: 25.06.2025

Accepted: 30.01.2026

Keywords:

Health system;
Planning;
Challenges;
Qualitative study;
Iran

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Health system planning, as a core function of health governance, plays a crucial role in resource allocation, performance improvement, and equity promotion. Despite recent reforms, evidence suggests that planning processes in Iran's health system still face significant structural, managerial, and implementation challenges. This study aimed to identify and explain the key challenges of health system planning in Iran.

Methods: qualitative study was conducted using a thematic analysis approach. Seventeen participants—including senior and middle managers, faculty members, and health planning experts at national and university levels—were selected through purposive sampling with maximum variation. Data were collected via semi-structured interviews over eight months and analyzed using MAXQDA version 20. Credibility, transferability, dependability, and confirmability were ensured to strengthen the trustworthiness of the findings.

Results: Thematic analysis led to the identification of 160 initial codes, 36 organized themes, and 9 overarching themes. The main categories of challenges included: human resources, leadership and governance, processes and regulations, inter- and intra-sectoral coordination, budgeting and financing, physical infrastructure and equipment, health information and technology, service delivery, and sociopolitical-cultural-economic factors. Major issues were found in managerial transparency, cross-sectoral collaboration, financial constraints, and the lack of systematic monitoring and evaluation mechanisms.

Conclusions: The Iranian health planning system suffers from centralization, structural ambiguities, limited stakeholder participation, and weak information systems. Strengthening evidence-informed policymaking, enhancing transparency and accountability, and reforming governance structures are essential for improving the effectiveness and efficiency of health system planning.

شناسایی و تبیین چالش‌های برنامه‌ریزی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی

ناهید چزانی شراهی^۱، سید مجتبی حسینی^{۱*}، خلیل علی محمدزاده^۲، علی حسن شعبان خمسه^۳،

محمد کریم بهادری^۴

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مرکز تحقیقات سیاستگذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

^۳ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

^۴ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سید مجتبی حسینی. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ایمیل: hosseinisch@yahoo.com

DOI: 10.61882/jams.28.6.512

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۰۴	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۰	مقدمه: برنامه‌ریزی در نظام سلامت به عنوان یکی از ارکان کلیدی حکمرانی سلامت، نقش تعیین‌کننده‌ای در تخصیص منابع، بهبود عملکرد و ارتقای عدالت دارد. با وجود پیشرفت‌های اخیر، شواهد نشان می‌دهد فرایندهای برنامه‌ریزی در نظام سلامت ایران همچنان با چالش‌هایی ساختاری، مدیریتی و اجرایی مواجه‌اند. این مطالعه با هدف شناسایی و تبیین چالش‌های اصلی برنامه‌ریزی در نظام سلامت ایران انجام شد. روش کار: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون (Thematic Analysis) انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۷ نفر از مدیران، معاونان، اعضای هیأت علمی و کارشناسان حوزه برنامه‌ریزی سلامت در سطوح ملی و دانشگاهی بودند که به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و طی هشت ماه جمع‌آوری و سپس با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ تحلیل شد. برای اطمینان از روایی و پایایی از معیارهای اعتبار، انتقال‌پذیری، وابستگی و تأییدپذیری استفاده گردید.
واژگان کلیدی: نظام سلامت؛ برنامه‌ریزی؛ چالش‌ها؛ مطالعه کیفی؛ ایران	یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۱۶۰ کد اولیه، ۳۶ مضمون سازمان‌یافته و ۹ مضمون فراگیر شد. چالش‌های شناسایی‌شده در قالب محورهای اصلی زیر طبقه‌بندی گردیدند: منابع انسانی، هدایت و رهبری، روش‌ها و فرایندها، ارتباطات بین‌بخشی، بودجه و تأمین مالی، فضا و تجهیزات، فناوری و اطلاعات سلامت، تدارک خدمات، و سیاست، فرهنگ و اقتصاد جامعه. ضعف در شفافیت مدیریتی، عدم هماهنگی بین‌بخشی، محدودیت منابع مالی، و نبود نظام پایش و ارزیابی مستمر از مهم‌ترین چالش‌های برنامه‌ریزی در نظام سلامت کشور بودند.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.	نتیجه‌گیری: نظام برنامه‌ریزی سلامت در ایران از تمرکزگرایی، ابهام ساختاری، ضعف در مشارکت ذی‌نفعان و ناکارآمدی نظام‌های اطلاعاتی رنج می‌برد. بازنگری در ساختار حکمرانی برنامه‌ریزی، تقویت رویکردهای شواهدمحور و افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی در سطوح مختلف مدیریتی می‌تواند به ارتقای کارایی و اثربخشی برنامه‌های سلامت کمک کند.

ارجاع: چزانی شراهی ناهید، حسینی سید مجتبی، علیمحمدزاده خلیل، شعبان خمسه علی حسن، بهادری محمد کریم. شناسایی و تبیین چالش‌های برنامه‌ریزی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۴؛ ۲۸ (۶): ۵۱۲-۵۱۸.

مقدمه

نظام‌های سلامت در قرن ۲۱ با چالش‌های پیچیده‌ای همچون گذار اپیدمیولوژیک، بیماری‌های نوپدید، فشارهای اقتصادی و تغییرات جمعیتی مواجه‌اند. همه‌گیری کروناویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹) بار دیگر اهمیت وجود نظام‌های سلامت توانمند، تاب‌آور و مبتنی بر شواهد را آشکار ساخت. تجربه جهانی کووید-۱۹ نشان داد که بدون برنامه‌ریزی منسجم، هماهنگی بین‌بخشی و پیش‌بینی‌پذیری، حتی پیشرفته‌ترین نظام‌های

سلامت نیز در برابر بحران‌ها آسیب‌پذیر خواهند بود (۱). برنامه‌ریزی سلامت، به‌عنوان یکی از ارکان اساسی حکمرانی سلامت، فرآیندی استراتژیک است که از طریق آن سیاست‌گذاران می‌توانند منابع محدود را به‌گونه‌ای تخصیص دهند که پاسخ‌گوی نیازهای واقعی جامعه بوده و به بهبود عملکرد و عدالت در سلامت منجر شود (۲). در این میان، شناسایی نقاط قوت و ضعف نظام سلامت و تحلیل نظام‌مند عملکرد آن، پایه و اساس تصمیم‌گیری آگاهانه در برنامه‌ریزی محسوب می‌شود.

(Thematic Analysis) انجام شد تا چالش‌های برنامه‌ریزی در نظام سلامت ایران از دیدگاه خبرگان حوزه شناسایی و تبیین گردد. تحلیل مضمون به پژوهشگر امکان می‌دهد الگوها و معانی نهفته در داده‌های متنی را شناسایی و طبقه‌بندی کند. در این مطالعه، از الگوی شش مرحله‌ای براون و کلارک (Braun & Clarke, 2006) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد که شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، مرور مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین، و نگارش گزارش نهایی است.

محیط پژوهش شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بود. فرایند گردآوری داده‌ها طی هشت ماه، از اردیبهشت تا آذرماه ۱۴۰۳، انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل مدیران ارشد و میانی وزارت بهداشت، معاونان بهداشتی، درمان و توسعه، رؤسا و کارشناسان برنامه‌ریزی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، و اعضای هیئت‌علمی آشنا با مباحث سیاست‌گذاری سلامت بودند. انتخاب افراد به‌صورت هدفمند آغاز شد و با رویکرد نمونه‌گیری نظری (Theoretical Sampling) تا رسیدن به اشباع نظری (Theoretical Saturation) ادامه یافت. در مجموع، ۱۷ نفر در مطالعه شرکت کردند.

برای تنوع حداکثری، شرکت‌کنندگان از دانشگاه‌های مختلف (از جمله اراک، خمین، ساوه، قم، تهران، آبادان، لارستان و ایران) و با سابقه مدیریتی متفاوت انتخاب شدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۴۷ سال و میانگین سابقه خدمت ۲۳/۷ سال بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. راهنمای مصاحبه بر اساس مرور متون مرتبط (۱۱، ۱۲) و مشورت با سه نفر از خبرگان حوزه برنامه‌ریزی سلامت طراحی گردید. این راهنما شامل پرسش‌های محوری زیر بود:

از دیدگاه شما، مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت در حوزه برنامه‌ریزی چیست؟

چه عواملی موجب ناکارآمدی برنامه‌های توسعه سلامت می‌شود؟ فرایندهای برنامه‌ریزی در سطح ملی و دانشگاهی چگونه اجرا می‌شوند و چه ضعف‌هایی دارند؟

چه اقداماتی می‌تواند اثربخشی برنامه‌ریزی را افزایش دهد؟ هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه (میانگین ۶۰ دقیقه) به طول انجامید و با رضایت شفاهی و کتبی شرکت‌کنندگان ضبط و سپس واژه‌به‌واژه پیاده‌سازی شد.

روش تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان با گردآوری مصاحبه‌ها انجام شد. متون مصاحبه‌ها در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ وارد و کدگذاری گردید. فرایند تحلیل بر اساس رویکرد استقرایی (Inductive) صورت گرفت؛ یعنی مضامین از درون داده‌ها استخراج شدند، نه بر اساس چارچوب نظری از پیش تعیین شده. پژوهشگران با مقایسه مستمر داده‌ها، کدهای مشابه را در قالب مضامین سازمان‌یافته و سپس مضامین فراگیر طبقه‌بندی کردند.

اعتبار و پایایی داده‌ها

به‌منظور اطمینان از دقت و صحت تحلیل‌ها، از چهار معیار

در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، بی‌عدالتی در توزیع منابع سلامت است که از فقدان برنامه‌ریزی جامع، تخصیص ناکافی بودجه، نبود شفافیت مدیریتی و تصمیم‌گیری‌های مقطعی ناشی می‌شود. علاوه بر این، تحولات اقتصادی اخیر، محدودیت‌های مالی دولت، تغییرات در ساختار بیمه‌ها و افزایش هزینه‌های خدمات سلامت، نظام برنامه‌ریزی را با فشارهای مضاعف مواجه کرده است (۳). در سطح نهادی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر نهادهای متولی سلامت کشور که نقش کلیدی در تحقق اهداف توسعه پایدار دارند، با چالش‌هایی همچون ضعف در اولویت‌بندی اهداف، ارتباط ناکافی میان دانشگاه‌ها و نهادهای اجرایی، و موانع فرهنگی و ساختاری روبه‌رو هستند. نتایج مطالعات بین‌المللی نیز نشان داده‌اند که حتی در کشورهای با درآمد بالا، دانشگاه‌ها هنوز آمادگی کافی برای ایفای نقش مؤثر در تحقق اهداف توسعه پایدار سلامت را ندارند (۴، ۵). در ایران، اگرچه اسناد بالادستی مانند «نقشه جامع علمی کشور» و «برنامه‌های توسعه پنج‌ساله» چارچوب‌هایی برای جهت‌دهی نظام سلامت فراهم کرده‌اند، اما شواهد نشان می‌دهد که در دو دهه گذشته، حوزه بهداشت کشور فاقد یک برنامه راهبردی مصوب و ارزیابی شده بوده است و گزارش شفافیتی از اجرای «نقشه تحول نظام سلامت» در دست نیست (۶). این وضعیت سبب شده است دستیابی به اهداف سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و شاخص‌های عدالت و کارایی سلامت با چالش‌های اساسی مواجه شود.

تحلیل مطالعات موجود نشان می‌دهد که یکی از مشکلات اساسی در نظام سلامت ایران، گسست میان سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا است؛ به طوری که بسیاری از برنامه‌ها به دلیل نبود هماهنگی بین بخشی، ضعف در تعهد مدیریتی و ناکافی بودن بودجه‌های اختصاصی، به نتایج مورد انتظار نرسیده‌اند (۷). برنامه‌ریزی راهبردی، در چنین شرایطی، ابزار کلیدی برای هدایت سازمان‌ها به سوی اهداف آینده و هم‌راستا کردن منابع داخلی با فرصت‌ها و تهدیدهای بیرونی است (۸). این نوع برنامه‌ریزی زمانی موفق خواهد بود که مبتنی بر مشارکت ذی‌نفعان، استفاده از داده‌های معتبر و نظام‌های پایش و ارزیابی مستمر باشد. با این حال، شواهد موجود نشان می‌دهد که در نظام سلامت ایران، فرایندهای برنامه‌ریزی غالباً متمرکز، غیرمشارکتی و فاقد چرخه بازخورد مؤثر هستند (۹، ۱۰).

به‌رغم اهمیت بالای موضوع، مرور نظام‌مند منابع نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش جامعی برای تبیین و تحلیل چالش‌های برنامه‌ریزی در نظام سلامت ایران انجام نشده است. اغلب مطالعات پیشین به بررسی چالش‌های کلی مدیریتی یا مالی پرداخته‌اند، در حالی که فرایند برنامه‌ریزی به‌عنوان یک مؤلفه مستقل و چند بعدی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این شکاف دانشی می‌تواند مانع از طراحی و اجرای مؤثر سیاست‌های توسعه سلامت در کشور شود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین چالش‌های نظام سلامت ایران در فرایند برنامه‌ریزی توسعه انجام شد تا با کشف مضامین بنیادین و تحلیل عمیق دیدگاه‌های خبرگان، تصویری روشن از موانع موجود ارائه و راه را برای اصلاحات ساختاری در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت هموار سازد.

روش کار

این پژوهش با رویکرد کیفی و به روش تحلیل مضمون

اعتمادپذیری (Credibility)، انتقال‌پذیری (Transferability)، وابستگی (Dependability)، و تأییدپذیری (Confirmability) استفاده شد (۱۳).

اعتبار: از طریق بازبینی یافته‌ها توسط چند شرکت‌کننده و بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران.

انتقال‌پذیری: با توصیف دقیق زمینه پژوهش، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و شرایط مطالعه.

وابستگی: با نگهداری مستندات کامل مراحل تحلیل و تصمیم‌های پژوهشی.

تأییدپذیری: از طریق ممیزی خارجی توسط یک عضو هیئت علمی متخصص در روش تحقیق کیفی.

برای بررسی پایایی بین کدگذاران، سه مصاحبه به‌صورت مستقل توسط یک همکار پژوهشگر کدگذاری شد. در صد توافق درون‌موضوعی با استفاده از فرمول $(\text{تعداد توافقی‌ها} \div \text{تعداد عدم توافقی‌ها}) \times 100$ برابر ۸۲ در صد محاسبه گردید که مطابق معیار Kvale (۱۹۹۶) نشان‌دهنده پایایی مطلوب تحلیل‌هاست (۱۴).

مطالعه حاضر دارای مجوز اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال با کد IR.IAU.TNB.REC.1403.002 می‌باشد. قبل از هر مصاحبه، هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه اخذ گردید. همچنین محرمانگی اطلاعات و امکان انصراف در هر زمان تضمین شد.

یافته‌ها

طی تحلیل‌های کیفی بر اساس مصاحبه‌های انجام شده با مشارکت‌کنندگان، ۹ مضمون اصلی شناسایی شدند که چالش‌های عمده در فرایندهای برنامه‌ریزی نظام سلامت ایران را نشان می‌دهند. این چالش‌ها در سه دسته کلی قرار می‌گیرند: چالش‌های ساختاری، مدیریتی و اجرایی. در نخستین دسته، چالش‌های ساختاری به کمبود منابع انسانی، ضعف در سیستم‌های اطلاعاتی و ضعف در زیرساخت‌ها و تجهیزات اشاره دارد. این موارد به‌ویژه در موارد مربوط به فقدان نیروی متخصص، نقص در سامانه‌های اطلاعاتی و کمبود زیرساخت‌های فیزیکی مشهود بودند. دومین دسته به چالش‌های مدیریتی مرتبط است که شامل ضعف در رهبری، عدم پاسخگویی و شفافیت در سطوح مختلف مدیریتی و نبود هماهنگی بین‌بخشی می‌شود. بسیاری از شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها از تغییرات مکرر در سطوح مدیریتی و ناپایداری در تصمیم‌گیری‌ها به‌عنوان موانع اصلی اشاره کردند. دسته سوم شامل چالش‌های اجرایی است که بر اثر تأخیر در تخصیص بودجه، ناکارآمدی در تدارک خدمات، و ناهماهنگی بین نهادهای مختلف تأکید دارد. این مسائل باعث می‌شوند که برنامه‌های تدوین شده به‌طور مؤثر پیاده‌سازی نشوند. این یافته‌ها همچنین حاکی از این است که بسیاری از مشکلات به‌ویژه در سطح مدیریتی و اجرایی، به ضعف در رهبری و تصمیم‌گیری‌های شفاف بازمی‌گردند که موجب پیچیدگی و دشواری در پیاده‌سازی برنامه‌های توسعه سلامت می‌شود.

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده چالش‌های چندجانبه‌ای هستند که به‌طور مستقیم بر برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی سیاست‌های سلامت در ایران تأثیر

می‌گذارند. به‌طور خاص، در زمینه منابع انسانی، مصاحبه‌شونده‌ها از کمبود نیروی متخصص به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین موانع یاد کردند. یکی از مدیران ارشد در این زمینه گفت: «ما همیشه با کمبود نیروی انسانی روبه‌رو هستیم و هیچ برنامه مشخصی برای جذب و نگهداشت نیروهای متخصص نداریم. هر سال تعداد زیادی از پزشکان و پرستاران از کشور مهاجرت می‌کنند، که این یک بحران واقعی است». در بخش هدایت و رهبری، بسیاری از مدیران به تغییرات مکرر در سطوح مدیریتی و نبود استمرار در تصمیمات اشاره کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص گفت: «در هر دوره، هر مدیری که می‌آید، به‌طور عمده برنامه‌ها را تغییر می‌دهد. این باعث می‌شود هیچ روند ثابت و پایداری در حوزه برنامه‌ریزی نباشد. تصمیمات پراکنده و عدم شفافیت در فرایند تصمیم‌گیری نیز مشکلاتی را به‌وجود آورده است». در رابطه با روش‌ها و فرایندها، یکی از مدیران اشاره داشت که: «دستورالعمل‌ها اغلب به‌صورت موقت و بدون ارزیابی جامع وضع می‌شوند. این تغییرات در دستورالعمل‌ها، بدون توجه به اثرات اجرایی آن‌ها، باعث می‌شود که نظام سلامت هیچ‌گاه به یک ثبات در برنامه‌ریزی نرسد». در سیاست، فرهنگ و اقتصاد جامعه نیز بسیاری از مصاحبه‌شونده‌ها تأکید کردند که تغییرات سیاسی و اقتصادی می‌تواند بر عملکرد نظام سلامت اثرات زیادی بگذارد. یکی از متخصصان در این زمینه گفت: «در کشور ما، سیاست‌های بهداشتی تحت تأثیر سیاست‌های کلی اقتصادی قرار دارند و گاهی نمی‌توان به‌طور دقیق پیش‌بینی کرد که کدام سیاست‌ها قابل اجرا هستند».

جدول ۱، ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان به‌تفصیل آورده شده است. ویژگی‌هایی چون سن، سابقه خدمت، و وضعیت تحصیلی که در بررسی‌ها به‌عنوان فاکتورهای مؤثر در برداشته‌ها و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان مطرح بوده‌اند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل مدیران ارشد، میانه و کارشناسان از وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی مختلف بودند. ویژگی‌های دموگرافیک به این دلیل مهم هستند که می‌توانند بر تحلیل‌های انجام‌شده تأثیرگذار باشند. نظرات مدیران ارشد ممکن است متفاوت از کارشناسان میانه و یا اعضای هیئت‌علمی باشد، بنابراین درک ترکیب جمعیتی این گروه‌ها به تحلیل‌های بعدی کمک می‌کند.

جدول ۱. شاخص‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	دسته‌بندی / میانگین	فراوانی (درصد)
تعداد کل مشارکت‌کنندگان	۱۷ نفر	۱۰۰
جنسیت (تعداد (درصد))	مرد: ۱۳ (۷۶/۵) / زن: ۴ (۲۳/۵)	۱۰۰
میانگین سن (سال)	۴۷	—
میانگین سابقه خدمت (سال)	۲۳/۷	—
تحصیلات	دکتری و فوق تخصص: ۱۳ (۷۶/۵) / کارشناسی‌ارشد: ۴ (۲۳/۵)	۱۰۰
سمت سازمانی	معاونت‌های بهداشتی، درمانی و توسعه: ۱۳ / مدیران برنامه‌ریزی: ۴	—
جایگاه علمی	هیأت علمی: ۱۳ (۷۶/۵) / غیرهیأت علمی: ۴ (۲۳/۵)	—
محل خدمت	دانشگاه‌های علوم پزشکی اراک، خمین، ساوه، قم، تهران، آبدان، لارستان و وزارت بهداشت	—

جدول ۲. چالش‌های فراگیر شناسایی شده در برنامه‌ریزی نظام سلامت ایران

ردیف	مضمون فراگیر	تعداد مضامین سازمان یافته	نمونه مضامین سازمان یافته
۱	منابع انسانی	۶	کمبود نیروی انسانی متخصص، نبود نظام شایسته‌سالاری، فرسودگی شغلی
۲	هدایت و رهبری (پاسخگویی و شفافیت)	۳	ضعف پاسخگویی مدیران، تغییرات مکرر مدیریتی، نبود معیارهای حکمرانی سلامت
۳	روش‌ها و فرایندها	۴	قوانین ناکارآمد، دستورالعمل‌های غیر کاربردی، ضعف نظارت، بی‌ثباتی مقررات
۴	ارتباطات و روابط سازمانی	۳	جزیره‌ای بودن بخش‌ها، ضعف هماهنگی درون و برون‌بخشی، مشارکت اندک مردم
۵	بودجه و تأمین مالی	۲	ناپایداری منابع، تأخیر در تخصیص بودجه، ناهماهنگی هزینه با اهداف برنامه
۶	فضا و تجهیزات	۲	کمبود زیرساخت‌های فیزیکی و تجهیزات سرمایه‌ای فرسوده
۷	فناوری‌ها و اطلاعات سلامت	۳	ضعف نظام ثبت و بهره‌برداری از داده‌ها، جزیره‌ای بودن سامانه‌ها
۸	تدارک خدمات سلامت	۳	ناکارآمدی نظام ارجاع، کم‌توجهی به پیشگیری و بازتوانی، نابرابری در ارائه خدمات
۹	سیاست، فرهنگ و اقتصاد جامعه	۴	تأثیر سیاست‌زدگی، فرهنگ سازمانی ضعیف، فشار اقتصادی و کمبود حمایت اجتماعی

جدول ۳. نمونه‌ای از مضامین سازمان یافته و کدهای اولیه استخراج شده

مضمون فراگیر	مضمون سازمان یافته	نمونه کدهای اولیه استخراج شده از مصاحبه‌ها
منابع انسانی	توسعه سرمایه انسانی	جذب نیروهای غیر تخصصی، فرار مغزها، نبود طرح نگهداشت نیروی انسانی
هدایت و رهبری	پاسخگویی و شفافیت	نبود معیارهای ارزیابی عملکرد مدیران، پاسخگو نبودن پس از ترک مسئولیت
روش‌ها و فرایندها	قوانین و نظارت	تغییرات مکرر دستورالعمل‌ها، عدم اجرای کامل قانون پوشش همگانی سلامت
ارتباطات	هماهنگی برون‌بخشی	نبود سازوکار مدون همکاری با بیمه‌ها و سایر سازمان‌ها
بودجه	تخصیص مالی	تخصیص ناکافی و ناپایدار، تأخیر در تأمین اعتبار برنامه‌ها
فناوری اطلاعات	نظام ثبت سلامت	ضعف در تجمیع سامانه‌ها و عدم استفاده تحلیلی از داده‌ها

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، کمبود منابع انسانی در نظام سلامت است. این مسئله به‌ویژه در زمینه جذب و نگهداشت نیروی انسانی متخصص از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مهاجرت نیروهای متخصص از کشور و فرسودگی شغلی کارکنان، از جمله مشکلاتی هستند که در مصاحبه‌ها به آن‌ها اشاره شد. مطالعات پیشین نیز به این چالش اشاره کرده‌اند و بیان کرده‌اند که کمبود نیروی متخصص و شرایط کاری دشوار از موانع اصلی بهبود عملکرد نظام سلامت است (۱۵، ۱۶). این یافته‌ها با مطالعات قبلی در این زمینه هم‌راستا هستند که نشان می‌دهند بحران نیروی انسانی یکی از چالش‌های جدی در کشورهای در حال توسعه است (۱۷، ۱۸). در زمینه هدایت و رهبری، یافته‌ها نشان دادند که عدم شفافیت مدیریتی و تغییرات مکرر در سطوح مدیریتی موجب ضعف در تصمیم‌گیری‌ها و عدم استمرار در برنامه‌ها شده‌اند. این موضوع به‌ویژه در نظام‌های پیچیده‌ای مانند نظام سلامت که نیازمند هماهنگی بین‌بخشی و تصمیمات بلندمدت است، بسیار حساس و مهم است. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که دولت‌ها و نهادهای مدیریتی باید پایدارتر عمل کنند و برای تصمیمات خود پشتوانه اجرایی و سیاسی بیشتری فراهم کنند (۱۹، ۲۰). در ایران، تغییرات مدیریتی و سیاست‌گذاری‌های مقطعی موجب عدم هماهنگی بین برنامه‌های مختلف بهداشتی و درمانی شده است که خود منجر به کاهش اثربخشی این برنامه‌ها می‌شود.

در خصوص روش‌ها و فرایندها، یافته‌ها نشان دادند که دستورالعمل‌ها و قوانین اجرایی نظام سلامت به‌طور مداوم تغییر می‌کنند و این بی‌ثباتی در فرآیندهای قانونی موجب ناتوانی در رسیدن به اهداف برنامه‌ریزی می‌شود. به‌ویژه، ضعف در نظام پایش و ارزیابی باعث می‌شود که تغییرات مستمر در سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها بدون ارزیابی مناسب انجام شوند. در این زمینه، پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که وجود یک چارچوب منسجم برای ارزیابی و نظارت بر سیاست‌ها می‌تواند به بهبود کارایی نظام‌های سلامت کمک کند (۲۱، ۲۲).

جدول ۲، خلاصه‌ای از چالش‌های اصلی نظام سلامت ایران در زمینه‌های مختلف را نشان می‌دهد که بر اساس مصاحبه‌ها شناسایی شده است. چالش‌ها به ۹ دسته مختلف تقسیم شده‌اند که به خوبی نشان‌دهنده مسائلی چون منابع انسانی، فرآیندهای اجرایی، بودجه و تأمین مالی، و سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی هستند. چالش‌های شناسایی شده در این جدول با توجه به نگرش‌های مختلف مشارکت‌کنندگان دسته‌بندی شده‌اند. برخی از این چالش‌ها به مشکلات ساختاری نظیر کمبود منابع انسانی و تجهیزات برمی‌گردند، در حالی که دیگر مشکلات به نقص در فرایندهای مدیریتی و اجرایی اشاره دارند. این جدول به‌طور جامع‌نمایی کلی از موانع موجود در برنامه‌ریزی نظام سلامت ایران ارائه می‌دهد.

جدول ۳، نمونه‌هایی از کدهای اولیه استخراج شده از مصاحبه‌ها را ارائه می‌دهد. این کدها به‌طور خاص از مصاحبه‌ها استخراج شده‌اند و نشان‌دهنده جزئیات دقیق‌تری از نگرش‌های مشارکت‌کنندگان در رابطه با مسائل مختلف هستند. این جدول به‌طور مشخص کدهای اولیه را که از مصاحبه‌ها استخراج شده‌اند نشان می‌دهد. این کدها به پژوهشگر این امکان را می‌دهند که درک بهتری از دیدگاه‌ها و برداشت‌های مشارکت‌کنندگان داشته باشد. کدها به صورت دقیق و جزئی از مصاحبه‌ها به دست آمده‌اند و بر اساس آن‌ها، تحلیل‌های مفصلی انجام شده است.

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی و تحلیل چالش‌های برنامه‌ریزی نظام سلامت ایران از دیدگاه خبرگان این حوزه انجام شد. یافته‌ها نشان‌دهنده پیچیدگی‌های زیادی در فرآیند برنامه‌ریزی هستند که بر اساس سه سطح ساختاری، مدیریتی و اجرایی تقسیم‌بندی می‌شوند. این چالش‌ها باعث می‌شوند که اهداف توسعه سلامت در ایران به‌طور کامل محقق نشوند و ناهماهنگی‌ها و کمبود منابع تأثیرات منفی بسیاری بر کارایی سیستم بهداشت و درمان کشور داشته باشند.

پاسخگویی در سطوح مختلف ارتقا یابد؛ از فناوری‌های اطلاعات سلامت برای تحلیل داده‌ها و تصمیم‌سازی هوشمندانه استفاده شود؛ نظام بودجه‌ریزی به سمت تخصیص مبتنی بر عملکرد و نتایج سلامت تغییر یابد. به‌طور خلاصه، بازآفرینی نظام برنامه‌ریزی سلامت در ایران نیازمند اصلاح ساختار حکمرانی، تقویت ظرفیت‌های مدیریتی و ایجاد شفافیت سازمانی است تا بتواند در مسیر دستیابی به اهداف توسعه پایدار سلامت حرکت کند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که چالش‌های عمده در نظام برنامه‌ریزی سلامت ایران ناشی از مشکلات ساختاری، مدیریتی و اجرایی است که باعث ناکارآمدی در اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها شده است. از جمله مهم‌ترین چالش‌ها می‌توان به کمبود نیروی انسانی متخصص، ضعف در رهبری و پاسخگویی، ناهماهنگی میان نهادهای مختلف، ناپایداری منابع مالی و ضعف در استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی اشاره کرد. این مسائل نه تنها مانع از تحقق اهداف نظام سلامت کشور می‌شوند، بلکه به عدم تحقق عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی نیز منجر می‌شوند. برای رفع این مشکلات، پیشنهاداتی نظیر تقویت منابع انسانی و بهبود شرایط شغلی کارکنان، ایجاد ثبات مدیریتی و پاسخگویی شفاف در سطوح مختلف، طراحی یک سیستم ارزیابی و بازخورد مستمر، تقویت همکاری بین‌بخشی میان نهادهای مختلف سلامت، استفاده بهینه از داده‌های سلامت برای برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد، و اصلاح نظام بودجه‌ریزی به سمت تخصیص مبتنی بر عملکرد مطرح شده است. این اقدامات می‌توانند به بهبود کارایی و اثربخشی نظام برنامه‌ریزی سلامت در ایران کمک کنند و زمینه‌ساز تحولی در مسیر دستیابی به اهداف توسعه پایدار سلامت و ارتقای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای تمامی اقشار جامعه باشند. در نهایت، برای تحقق این اهداف، ضروری است که سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی به‌طور جدی‌تر به این چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی توجه کنند و به اصلاحات ساختاری و اجرایی اساسی در نظام برنامه‌ریزی سلامت بپردازند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه دانشجویی با کد مصوب IR.IAU.TNB.REC.1403.002 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال استخراج شده است.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در تمامی قسمت‌های مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع

نویسندگان تصدیق می‌کنند که هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

چالش‌های ارتباطات و هماهنگی بین‌بخشی در سطح مدیریت و سیاست‌گذاری نیز از دیگر مسائلی است که در این مطالعه شناسایی شد. صاحب‌ه شندگان اذعان داشتند که عدم هماهنگی بین نهادهای مختلف، به‌ویژه وزارت بهداشت و نهادهای مرتبط با بیمه‌ها، باعث شده است که تخصیص منابع به‌طور مؤثر انجام نشود. مطالعات مشابه نیز نشان داده‌اند که هماهنگی ضعیف میان نهادهای دولتی و خصوصی در سیستم‌های بهداشتی، موجب کاهش اثربخشی برنامه‌های سلامت و بروز شکاف‌های خدماتی می‌شود (۲۳، ۲۴). در ایران، این مشکل با توجه به تنوع و تعدد نهادهای فعال در این بخش، ابعاد گسترده‌تری به خود گرفته است.

بودجه و تأمین مالی یکی دیگر از چالش‌های مهم نظام سلامت ایران است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از تأخیر در تخصیص بودجه و ناپایداری منابع مالی به‌عنوان مشکلات عمده در اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی یاد کردند. این مسأله با توجه به چالش‌های اقتصادی موجود در کشور و کمبود منابع پایدار برای تأمین مالی، بیشتر از پیش به‌چالش کشیده شده است. برخی از مطالعات پیشین نشان داده‌اند که نظام‌های سلامت در کشورهای با منابع مالی محدود، به‌ویژه در زمان بحران‌های اقتصادی، با مشکلات جدی در تخصیص منابع و اجرای برنامه‌ها مواجه می‌شوند (۲۵، ۲۶).

در نهایت، تأثیرات سیاست‌زدگی و مشکلات اقتصادی و فرهنگی بر نظام سلامت ایران، از دیگر عواملی بودند که در این مطالعه مورد تأکید قرار گرفتند. تغییرات سیاستی و اقتصادی در کشور، همواره بر تصمیمات برنامه‌ریزی نظام سلامت تأثیرگذار بوده‌اند. این یافته‌ها با مطالعات جهانی که تأثیرات سیاست‌های ناپایدار و بحران‌های اقتصادی بر نظام‌های سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند، هم‌راستا هستند (۲۷، ۲۸).

به‌طور کلی، تحلیل یافته‌ها نشان داد که نظام برنامه‌ریزی سلامت در ایران از سه ضعف بنیادین رنج می‌برد: تمرکزگرایی و ساختار بوروکراتیک در تصمیم‌گیری، نبود نظام ارزیابی و بازخورد مؤثر، کمبود ظرفیت مدیریتی و تخصصی در سطح اجرایی. این یافته‌ها بیانگر آن است که اصلاح نظام سلامت صرفاً از طریق تزریق منابع مالی جدید حاصل نمی‌شود، بلکه مستلزم اصلاح در شیوه حکمرانی، ارتقای پاسخگویی و استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری است.

در خصوص محدودیت‌های مطالعه، این مطالعه به‌عنوان یک پژوهش کیفی، مبتنی بر دیدگاه‌های مدیران و کارشناسان حوزه سلامت بوده است و نتایج آن به‌صورت تصمیم‌پذیر به کل نظام سلامت قابل تعبیر نیست. همچنین به‌دلیل محدودیت زمانی، امکان انجام مشاهده میدانی یا تحلیل اسناد رسمی فراهم نشد. با این حال، تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان و تحلیل عمیق داده‌ها، اعتبار یافته‌ها را تقویت می‌کند.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای بازنگری در نظام برنامه‌ریزی سلامت کشور باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ریزی سلامت بر پایه رویکرد شواهدمحور و مشارکتی بازطراحی شود؛ نظام ارزیابی عملکرد برنامه‌ها تقویت گردد و حلقه بازخورد (Feedback loop) بین سطوح سیاست‌گذاری و اجرا برقرار شود؛ ثبات مدیریتی و

References

1. Organization WH. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report: World Health Organization; 2023.
2. Mir SA, Khosravi S, Mansouri Bidkani M, Khosravi AA. Expanding the health care in deprived areas in Iran: policies and challenges [in Persian]. *Journal of Military Medicine*. 2022;21(4):342-52.
3. Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *Int J Health Plann Manage*. 2012;27(2):e121-e31. **pmid:** 22009801 **doi:** 10.1002/hpm.1105.
4. Singh A, Blessinger P. Examining the role and challenges of sustainable development goals for the universities in the United Arab Emirates. *Sustainability*. 2023;15(20):15123. **doi:**10.3390/su152015123
5. Wolhuter C. The sustainable development goals as criteria for the global ranking of universities. *Perspectives in Education*. 2022;40(3):1-13. **doi:**10.38140/pie.v40i3.5531
6. Damari B. Challenges and strategies for developing the country's health sector, from the perspective of vice-presidents of health at universities of medical sciences and heads of provincial health centers [in Persian]. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2015;13(1):1-16.
7. Aghaei Hashjin A, Farrokhi P. Opportunities and challenges of universities of medical sciences in achieving sustainable development goals: a qualitative study [in Persian]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2024;22(12):1237-58.
8. Welch TD, Smith TB. Strategic planning: Moving from plan to implementation. *Nurs Adm Q*. 2023;47(4):283-8. **pmid:** 37643226 **doi:** 10.1097/NAQ.0000000000000597
9. Khayat-zadeh-Mahani A, Fotaki M, Harvey G. Priority setting and implementation in a centralized health system: a case study of Kerman province in Iran. *Health Policy Plan*. 2013;28(5):480-94. **pmid:** 23002248 **doi:** 10.1093/heapol/czs082
10. Rahbari Bonab M, Rajabi F, Majdzadeh R. Barriers and facilitators to participatory governance in Iran health policymaking: a qualitative study. *Med J Islam Repub Iran*. 2023;37:51. **pmid:** 37426482 **doi:** 10.47176/mjiri.37.51
11. Sánchez-Guardiola Paredes C, Aguaded Ramírez EM, Rodríguez-Sabiote C. Content validation of a semi-structured interview to analyze the management of suffering. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11393. **pmid:** 34769919 **doi:** 10.3390/ijerph182111393
12. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):2954-65. **pmid:** 27221824 **doi:** 10.1111/jan.13031
13. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications; 1985.
14. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb)*. 2012;22(3):276-82. **pmid:** 23092060
15. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Glob Health Action*. 2014;7:23611. **pmid:** 24560265 **doi:** 10.3402/gha.v7.23611
16. Yusefi AR, Sharifi M, Nasabi Ns, Rezabeigi Davarani E, Bastani P. Health human resources challenges during COVID-19 pandemic; evidence of a qualitative study in a developing country. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262887. **pmid:** 35073374 **doi:** 10.1371/journal.pone.0262887
17. Hajian S, Yazdani S, Jadidfard MP, Khoshnevisan MH. Factors influencing the migration intention of health professionals in low-and-middle income countries: Critical review with a theoretical model. *J Contemp Med Sci*. 2020;6(6):256-61. **doi:**10.22317/jcms.v6i6.897.
18. Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo EE, Iwegim C, Ukuoku AO, Okpere J, et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970–2022: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2023;8(5):e012338. **pmid:** 37156560 **doi:** 10.1136/bmjgh-2023-012338
19. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*. 2012;106(1):37-49. **pmid:** 22265340 **doi:** 10.1016/j.healthpol.2011.12.009
20. Gilson L, Agyepong IA. Strengthening health system leadership for better governance: what does it take? *Health Policy Plan*. 2018;33(Suppl_2): ii1-ii4. **doi:** 10.1093/heapol/czy052.
21. Dimick JB, Ryan AM. Methods for evaluating changes in health care policy: the difference-in-differences approach. *JAMA*. 2014;312(22):2401-2. **pmid:** 25490331 **doi:** 10.1001/jama.2014.16153.
22. McCaughey D, Bruning NS. Rationality versus reality: the challenges of evidence-based decision making for health policy makers. *Implement Sci*. 2010;5:39. **pmid:** 20504357 **doi:** 10.1186/1748-5908-5-39
23. Verma VR, Sriram S, Saini A, Dash U. Barriers to effective health coverage in low-and middle-income countries: a systematic scoping review of literature. *Journal of Health Management*. 2025:09720634251332818. **doi:**10.1177/09720634251332818
24. Daumit GL, Stone EM, Kennedy-Hendricks A, Choksy S, Marsteller JA, McGinty EE. Care coordination and population health management strategies and challenges in a behavioral health home model. *Med Care*. 2019;57(1):79-84. **pmid:** 30439791 **doi:** 10.1097/MLR.0000000000001023
25. Spencer SA, Adipa FE, Baker T, Crawford AM, Dark P, Dula D, et al. A health systems approach to critical care delivery in low-resource settings: a narrative review. *Intensive Care Med*. 2023;49(7):772-84. **pmid:** 37428213 **doi:** 10.1007/s00134-023-07136-2
26. Leach-Kemon K, Chou DP, Schneider MT, Tardif A, Dieleman JL, Brooks BP, et al. The global financial crisis has led to a slowdown in growth of funding to improve health in many developing countries. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(1):228-35. **pmid:** 22174301 **doi:** 10.1377/hlthaff.2011.1154
27. Mohamed KS, Abasse KS, Abbas M, Sintali DN, Baig MMFA, Cote A. An overview of healthcare Systems in Comoros: the effects of two decades of political instability. *Ann Glob Health*. 2021;87(1):84. **pmid:** 34458108 **doi:** 10.5334/aogh.3100
28. Kumar S, Afifa U, Reddy S, Kumar A, Choudhary S, Kumar A, et al. Analysing health conditions and economic influence on healthcare infrastructure: A comparative analysis of India, China, Japan, and South Korea. *J Family Med Prim Care*. 2025;14(7):2729-38. **pmid:** 40814450 **doi:** 10.4103/jfmpc.jfmpc_1697_24