مقاله پژوهشی

ارائه الگوی اجرای مؤثر سیاست‌های نظام سلامت کشور

زهرا معصومی [۱]، مهدی صانعی *[۲]، هادی همتیان [۳]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

[۲] استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

[۳] استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** مهدی صانعی
mehdisaneiphd@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: خط‌مشی‌ها پس از تدوین و تصویب، برای اجرا به مدیران ابلاغ می گردند. گاهی در مرحله اجرا دستخوش تغییراتی می‌شوند که آن‌ها را از اهدافشان دور می‌سازد. هدف این پژوهش ارائه الگویی است که منجر به ارتقای کیفی مرحله اجرای سیاست‌های تدوین شده در نظام سلامت کشور گردد.

روش پژوهش: مطالعه کیفی حاضر در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. برای جمع آوری اطلاعات در مرحله اول از روش کتابخانه‌ای با ابزار فیش برداری و در مرحله دوم میدانی، از ابزار مصاحبه‌های اکتشافی استفاده شد. جامعه مورد مطالعه شامل مدیران عالی وزارت بهداشت و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی بود. در این پژوهش از نمونه گیری هدفمند و گلوله برفی برای انتخاب مصاحبه شوندگان استفاده شده است و جمعاً ۳۳ مصاحبه انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل داده بنیاد و برای مدل سازی از نگرش سیستمی استفاده گردید. همچنین برای آزمون مدل از مصاحبه‌های روایی سنجی استفاده گردید.

یافته‌ها: پس از ثبت داده‌های گردآوری شده و حذف مؤلفه‌های تکراری مصاحبه‌های اکتشافی و پیشینه تحقیق، ۱۱۵ گزاره شناسایی شد. پس از رمزگذاری باز، ۱۱۵ مفهوم تعریف گردید. در نهایت به وسیله رمزگذاری محوری و کدگذاری انتخابی، تعداد این ابعاد به ۹ مؤلفه (فرهنگ عمومی، ساختاری، اطلاع رسانی، کیفیت خط مشی، سبک و شیوه اجرا، قوانین و مقررات، تخصیص منابع، نیروی انسانی توانمند و محیط) رسید. این مؤلفه‌ها هر کدام دارای ابعاد و شاخص‌هایی بودند که در مجموع تعداد ۴۶ شاخص مرتبط با ارتقای ظرفیت اجرای سیاست‌های نظام سلامت شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: ارتقای کیفی اجرای سیاست‌های تدوین شده، در لایه‌های مختلف نظام سلامت کشور منجر به ایجاد فضای اعتماد متقابل بین نظام سلامت کشور و سطوح گوناگون جامعه هدف، افزایش انگیزه، تقویت روحیه همکاری، تشریک مساعی و کار گروهی در مجریان و فراهم آوردن زمینه‌های مطلوب برای بروز خلاقیت و نوآوری در اجرای سیاست‌ها، ارتقای شاخص‌های سلامت در جامعه و کسب اعتبار نظام سلامت کشور خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: خط مشی گذاری، اجرای خط مشی، مدل سیستمی

کاربرد مدیریتی: معرفی الگو جهت ارتقای کیفی مرحله اجرای سیاست‌های تدوین شده در نظام سلامت کشور

ارجاع: معصومی زهرا، صانعی مهدی، همتیان هادی. ارائه الگوی اجرای مؤثر سیاست‌های نظام سلامت کشور. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۴(۲): ۱۲۵-۳۵.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۰۴
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۰۵/۰۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۱۲

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

مقدمه

خط‌مشی‌گذاری عمومی عبارت است از تصمیم‌ها و سیاست‌هایی که به وسیله مراجع مختلف بخش عمومی از قبیل مجلس، دولت و قوه قضائیه که نماینده حفظ منافع عمومی جامعه می‌باشند، اتخاذ می‌گردد. دولت در مفهوم کلی، یک نهاد قانونی خط‌مشی‌گذاری عمومی است و به صورت‌های مختلف مانند قوانین، ضابطه‌ها و مقررات به تعیین خط‌مشی می‌پردازد. بر این اساس، مدیران باید علاوه بر مهارت و آگاهی در زمینه‌های فنی، انسانی و اداره امور سازمانی، در زمینه مسائل اجتماعی و خط‌مشی‌های عمومی به دانش و تجربه نیز مجهز باشند (۱). خط‌مشی گذاری یک چرخه می باشد که دارای مراحلی است. این چرخه از تشخیص و دریافت مسئله آغاز و شکل گیری، طراحی و اجرای خط‌مشی را نیز شامل می‌شود. ارزیابی، اصلاح، تغییر و خاتمه خط‌مشی نیز در این چرخه قرار دارند (۲).

برای اجرای خط‌مشی، تئوری‌ها، رویکردها و چارچوب‌های متنوعی وجود دارد؛ در یک دسته بندی، رویکردهای اجرای خط‌مشی را می‌توان به ۳ طبقه تقسیم نمود که عبارتند از: «رویکرد بالا به پایین»، «رویکرد پایین به بالا» و «رویکردهای ترکیبی یا تعاملی شبکه‌ای». رویکرد «بالا به پایین» اغلب به مدل سیستم‌های عقلایی اشاره دارد. در این رویکرد نخبگان در رأس امور قرار می‌گیرند و به وضع قانون می‌پردازند و نظریات آحاد مردم در تصمیم‌گیری‌ها دخالت داده نمی‌شود. این دیدگاه همان تفکر جدایی اداره از سیاست را مطرح می‌کند. حسن این روش، روشن و واضح بودن قوانین و مقررات است. رویکرد «پایین به بالا» از همه‌ی بازیگران عمومی و خصوصی که در اجرای برنامه‌ها، تعیین اهداف، استراتژی‌ها مشارکت دارند، تشکیل شده است. سپس برای روشن شدن اهداف، استراتژی‌ها و ارتباطات و کسب پشتیبانی‌های مالی و اجرای برنامه‌ها، به طرف بالا حرکت می‌کند. مهمترین برتری رویکرد «پایین به بالا» آن است که توجه‌ها را به طرف روابط رسمی و غیر رسمی تشکیل دهنده‌ی شبکه‌های خط‌مشی که در تدوین و اجرای خط‌مشی دخالت دارند، جلب می‌کند. رویکرد ترکیبی دارای دیدگاه‌های هیبریدی یا مراوده‌ای می‌باشد که بر فرایندهای پیچیده‌ی مذاکره و چانه زنی بین بازیگران خط‌مشی در تمام سطوح خط‌مشی و فرایند برنامه‌ریزی تأکید می‌کند. این رویکرد گاهی به عنوان «نسل سوم مطالعات اجرایی» نیز شناخته می‌گردد (۳). در مدل ترکیبی از ترکیب رویکردهای «بالا به پایین» و «پایین به بالا» استفاده می‌گردد. به طوری که نقاط قوت هر ۲ را داشته و از نقاط ضعف همدیگر به عنوان فرصت استفاده می‌نماید (۲).

طراحان معمولاً همراه بیانیه خط‌مشی، برنامه اجرایی آن را نیز ارائه می‌دهند. در این برنامه اجرایی، زمان اجرا و محل آن، سازمان مجری، مهارت‌های مورد نیاز افراد مجری، منابع مالی و پشتیبانی‌های اداری آن روشن می‌شوند. توانمندی و قابلیت یک دولت در انجام مقاصدش، منوط به ساماندهی و اجرای موفق خط‌مشی‌هایی است که تدوین نموده است. با این توصیف هر دولتی اجرای موفق برنامه‌ها و خط‌مشی‌های تدوین شده و همچنین رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده را سرلوحه کار قرار داده تا از این طریق بتواند پاسخگوی نیازهای جامعه هدف خود باشد. تصویب خط‌مشی به تنهایی، تضمینی برای اجرای خط‌مشی و دستیابی به اهداف آن نیست. خط‌مشی‌ها باید کاملاً ساختارمند، پشتیبانی مالی شده و به روشنی جهت دار باشند که بوروکراسی برای اجرای آن چارچوب روشنی داشته باشد (۲). بسیاری از خط‌مشی‌ها بعد از تصویب در مرحله‌ی ساماندهی و اجرا با ناکامی مواجه شده‌اند و یا حتی بعضی از آن‌ها قبل از اینکه به مرحله اجرا برسند، کنار گذاشته می‌شوند و خط‌مشی‌های جدید وضع می‌گردد، برخی نیز در حین تدوین به کلی منسوخ و به بوته فراموشی سپرده شده‌اند. بعضی از خط‌مشی‌ها نیز اجرا می‌شوند، اما آنچه اجرا شده با آنچه که مورد نظر بوده، همسان نیست (۴).

با توجه به اهمیت شناسایی موانع اجرا، تاکنون تحقیقات گسترده‌ای بر روی آن انجام نشده است و علت این سهل انگاری، این فرض خام است که هر وقت خط‌مشی توسط دولت ابلاغ شود، به‌طور حتمی اجرا می‌شود و به نتایج دلخواه طراحان خواهد رسید (۲). برخی مطالعات نیز مشکلات اجرای خط مشی را عدم تعریف دقیق و واضح اهداف، اهداف سیاسی مبهم، فقدان فناوری مناسب برای اجرا، عدم تعهد به خط‌مشی، عدم تعریف دقیق مسئولیت‌ها و هماهنگی‌ها، فساد، موانع محیطی، مدیریتی، قانونی، انسانی، سیستمی، موانع مربوط به گروه‌های هدف و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

ارتباطی، ماهیت خط مشی، سازمان مجری، انواع کنش‌ها و گروه‌های فشار بیان کرده‌اند (۸-۵).

همچنین نظر به اینکه نظام سلامت به‌عنوان عنصری حیاتی در بافت همه جوامع پذیرفته شده است، هدف این پژوهش شناسایی عمیق عوامل شکست در اجرا و عوامل مؤثر در موفقیت اجرای سیاست‌های نظام سلامت کشور در نظر گرفته شد. در واقع این ۲ دسته عوامل ۲ سر طیفی می‌باشند، که لحاظ نمودن آن منجر به اجرای مؤثرتر و بهتر خط مشی‌ها می‌گردد. اجرای ناقص خط‌مشی‌های نظام سلامت، فرایند خط‌مشی را برای خط‌مشی گذاران و عموم مردم مبهم می‌نماید. چنین ابهامی به‌طور مرتب محبوبیت مردمی مدیران عالی نظام سلامت را تنزل می‌دهد و منجر به تنزل خدمت رسانی در جامعه هدف می‌گردد. محقق بر آن است با تأکید بر جامع بودن و آینده نگری با دیدی کل نگر و تفکر سیستمی، متغیرها و عوامل و عناصر مؤثر بر اجرای سیاست‌ها در نظام سلامت کشور را به‌وسیله روش‌های کیفی شناسایی نماید و الگویی ارائه نماید که توان رویارویی با پیچیدگی‌های گسترده نظام سلامت را داشته و عمق مسائل اجرای خط‌مشی‌ها را درک کند.

روش پژوهش

پژوهش کیفی حاضر در سال ۱۳۹۷ با رویکردی ترکیبی (استقرایی و قیاسی) به مسأله اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت کشور پرداخت. برای جمع آوری اطلاعات در مرحله اول از روش کتابخانه‌ای با ابزار فیش برداری و در مرحله دوم میدانی، از ابزار مصاحبه‌های اکتشافی استفاده شده است. جامعه مورد مطالعه، مدیران عالی وزارت بهداشت و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی بودند. در این خصوص سعی گردید با محوریت وزارت بهداشت که به نوعی متولی سیاستگذاری و اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت کشور می‌باشد، کار آغاز گردیده و در ادامه دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی که مجری سیاست‌های نظام سلامت کشور هستند، در دستور کار قرار گرفت.

در این پژوهش از نمونه گیری مبتنی بر هدف و گلوله برفی برای انتخاب مصاحبه شوندگان استفاده شد (جدول ۱). خبرگانی که برای مصاحبه انتخاب شدند، حداقل یکی از این ۲ ویژگی را داشتند:

۱- با مقوله تدوین و اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت آشنا بوده و تألیف، تحقیقاتی در این زمینه داشتند.

۲- مدیرانی که در زمینه اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت در سمت ریاست دانشگاه علوم پزشکی یا ریاست بیمارستان بیش از ۵ سال سابقه داشتند.

مدیرانی که دارای شرایط فوق نبوده‌اند، حذف گردیدند. استراتژی مصاحبه، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته و روش ثبت پاسخ مصاحبه شوندگان نت برداری و ضبط صدای آن‌ها بود. مدت زمان مصاحبه ها حدود ۱ ساعت و مکان مصاحبه ها محل کار مصاحبه شوندگان بوده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از تحلیل داده بنیاد (گرندد تئوری) استفاده شده است. در روش شناسی نظریه داده بنیاد، کشف یا تولید نظریه بر مبنای حقایق و واقعیات موجود و از طریق جمع آوری نظام مند داده‌ها صورت می‌گیرد. تحلیل داده‌هایی که به‌منظور تکوین نظریه گردآوری می‌شوند، با استفاده از رمز گذاری نظری انجام می‌شود. این رمزها در قالب مفهوم بیان می‌شوند که آن‌ها را رمز گذاری باز می‌نامند. سپس پژوهشگر با اندیشیدن در مورد ابعاد متفاوت این مقوله‌ها و یافتن پیوندهای میان آن‌ها به رمزگذاری محوری اقدام می‌کند. سرانجام با رمز گذاری انتخابی مقوله‌ها پالایش می‌شوند و با طی این فرایندها در نهایت چارچوب نظری پدیدار می شود (۹). کدها، اقدامات ۳ گانه‌ای (باز، محوری و انتخابی) هستند که از اجرای هر یک نتایج خاصی حاصل می‌شود، به‌طوریکه از اجرای کدگذاری باز، مفاهیم حاصل می‌شود و از کد گذاری محوری، مؤلفه‌ها و از کد گذاری انتخابی، تئوری شکل می‌گیرد. با این وصف، کدها یک مرحله، از مراحل نیستند. بلکه از اجرای آن‌ها مراحل منتج می‌شوند (۱۰).

برای مدل سازی از دیدگاه سیستمی استفاده گردید. نخستین بار در سال ۱۸۶۱ میلادی، جی فارستر در کتاب پویایی‌های صنعت نشان داد که چگونه با استفاده از مدل سازی ساختار سیستم‌های انسانی می‌توان نحوه رفتار سیستم را درک کرد. ترکیب سیستم از درونداد، فرایند، برونداد و بازخورد تشکیل می‌شود. محیط سیستم شامل کلیه متغیرهایی است که می‌تواند در وضع سیستم

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

مؤثر باشند و یا از سیستم تأثیر پذیرند. عوامل محیطی در بر گیرنده عواملی همچون عوامل طبیعی، فرهنگی، ایدئولوژی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و غیره هستند (۱۱).

همچنین برای آزمون مدل از مصاحبه‌های روایی سنجی استفاده گردید. بعد از ۳۳ مصاحبه، مشاهده گردید که مؤلفه‌ی جدیدی به داده‌های ما افزوده نمی‌شود و داده‌ها به اشباع رسیده است.

جدول ۱: توزیع خبرگان در مصاحبه‌های اکتشافی

نوع خبرگان	سمت سازمانی	دکترای مدیریت	پزشک عمومی	پزشک متخصص	تعداد
خبرگان وزارت خانه	مدیران عالی وزارت بهداشت (معاونین و مدیران کل)	-	۲	۳	۵
	کارشناسان خط‌مشی گذاری وزارت بهداشت	۴	-	-	۴
خبرگان دانشگاهی	ریاست دانشگاه علوم پزشکی	-	-	۹	۹
خبرگان بیمارستانی	ریاست بیمارستان	-	۴	۱۱	۱۵

ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.SHMU.REC.۱۳۹۶.۷۳ در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

پس از آنکه جمع آوری داده‌های احصا شده از اسناد و مدارک و پیشینه تحقیق و مصاحبه‌های اکتشافی به اشباع رسید و بعد از ۳۳ مصاحبه، مشاهده گردید که مؤلفه‌ی جدیدی به داده‌های ما افزوده نمی‌شود و داده‌ها به اشباع رسیده است، با استفاده از رمزگذاری باز، مفاهیم به دست آمده ثبت و دسته بندی گردید که حاصل کار شناسایی و تعریف ۱۱۵ مفهوم بود.

سپس پژوهشگران با اندیشیدن در مورد ابعاد متفاوت مفاهیم به دست آمده و یافتن پیوندهای میان آن‌ها به رمزگذاری محوری اقدام کردند. در مرحله کدگذاری انتخابی، وجوه مشترک مؤلفه‌های به دست آمده از مراحل قبلی، شناسایی شدند و با توجه به اشتراکات آن‌ها در دسته بندی کلی‌تر سامان دهی شدند. در نهایت تعداد این ابعاد به ۹ مورد رسید (جدول ۲).

در این پژوهش برای مدل سازی از نگرش سیستمی استفاده شد. مدل سازی دست آورد طبیعی مرحله کد گذاری انتخابی است و نیاز به تفکر، ابتکار، خلاقیت و خبرگی دارد. در رمز گذاری انتخابی، یافته‌ها پالایش گشته و در نهایت پس از یک بازه زمانی طولانی و چالشی و در پی مشاوره‌های فراوان در میان خبرگان، مدل مفهومی جلوه گر می‌شود. نگرش سیستمی چارچوبی منطقی و علمی ارائه می‌دهد که با سایر نگرش‌ها متفاوت است و این تفاوت از چند بعدی بودن آن ناشی می‌شود. ضرورت بهره گیری از رویکرد سیستمی در مدل سازی برای نظام سلامت کشور زمانی بیشتر احساس می‌شود که کارکنان این سازمان با گستره عظیمی از مسائل و چالش‌ها در حوزه‌های مأموریتی خود روبرو هستند. در این ساختار در هم تنیده، بی تردید تفکر و تحلیل سیستمی می‌تواند در عمق بخشیدن به درک پیچیدگی اجرای سیاست‌های نظام سلامت، نقش راهبردی ایفا نماید.

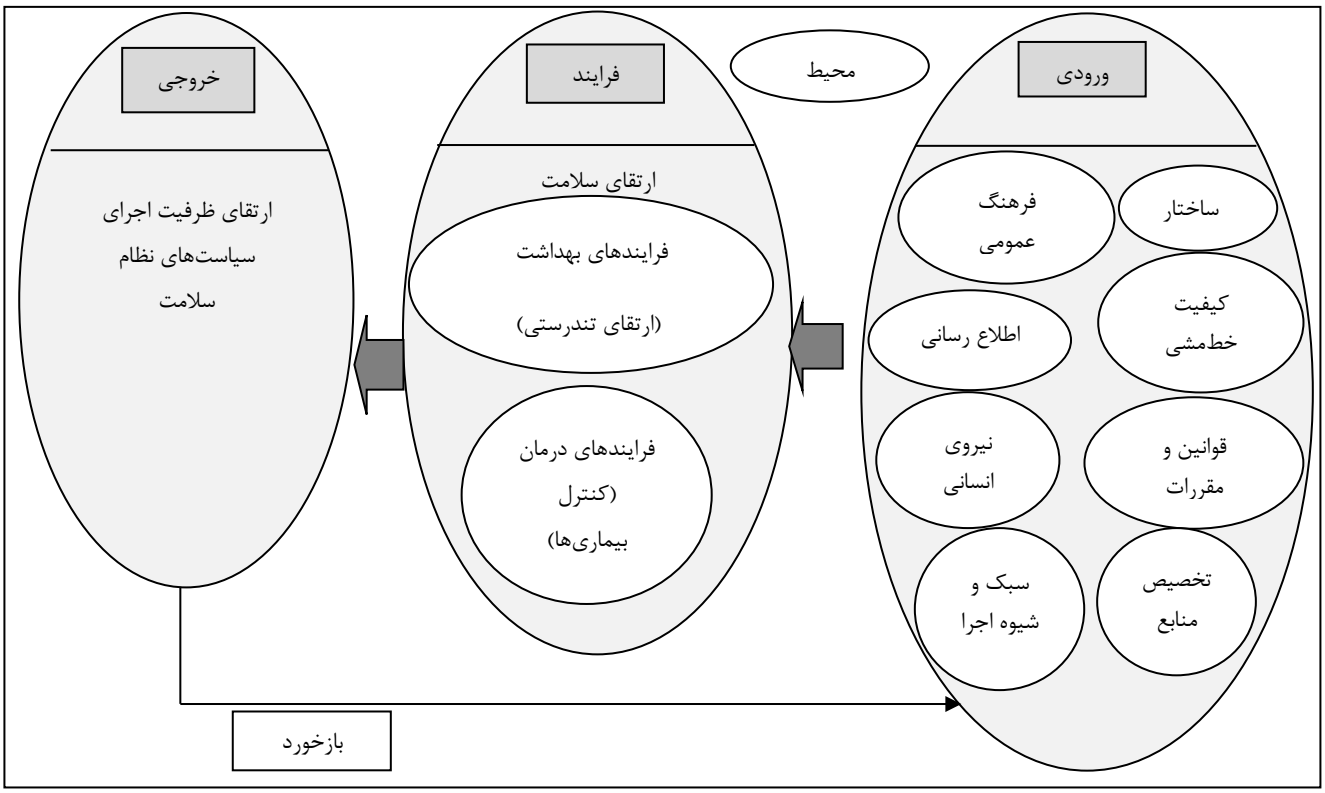
مدل حاصل از ابعاد ۹ گانه به‌دست آمده از تحلیل داده بنیاد، و نگرش تفکر سیستمی به صورت شکل ۱ می‌باشد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

جدول ۲: کدگذاری انتخابی مؤلفه‌ها

	ابعاد	مؤلفه‌ها
اجرای مؤثر خط‌مشی‌های نظام سلامت	**فرهنگ عمومی**	بستر فرهنگی مناسب برای پذیرش خط‌مشی‌ها توانایی درک صحیح خط‌مشی تدوین شده همسویی ارزش‌ها و هنجارهای مجریان با اجرای خط مشی (نگرش مثبت) توافق همگانی در مورد سیاست‌ها قرار گرفتن نظام سلامت کشور به‌عنوان یک اولویت توسعه طراحی ساز و کارهای لازم برای برقراری تعامل مؤثر بخش سلامت و جامعه
	مؤلفه‌های ساختاری	ایجاد ساختارهای تیمی و خودگردان در سازمان برای اجرای خط‌مشی وجود نظام ارزیابی عملکرد حمایت مدیران عالی ساختار اداری غیر متمرکز و قابل انعطاف شکل گیری مدیریت دولتی افقی ثبات مدیریتی در بخش دولتی متولی اجرای سیاست‌ها
	اطلاع رسانی	آگاهی عامه مردم از خط مشی‌های تدوین شده (مصاحبه) توجه به حقوق جامعه هدف آگاهی از رسالت‌های خط مشی‌های نظام سلامت از سوی جامعه توجه رسانه‌ها به اجرا
	کیفیت خط‌مشی	افق زمانی بلند مدت تدوین کنندگان خط‌مشی عدم سیاست زدگی در تدوین و حمایت مرحله اجرا از جانب دولت عدم استفاده از الگوهای تقلیدی و وارداتی در نظام سلامت (مصاحبه) وجود خط‌مشی و سیاست‌های جامع در نظام سلامت در نظر گرفتن مبانی علمی در سیاستگذاری هدف گذاری دقیق و واقعی
	سبک و شیوه اجرا	استفاده از ابزارهای اجرایی مناسب برای اجرا (داوطلبانه، اجباری) زمان بندی مناسب و معقول برای اجرا تعیین شاخص‌های ارزیابی در مرحله اجرای سیاست‌ها اجرای آزمایشی سیاست‌ها و بازخورد عدم تغییرات متناوب برنامه‌ها و روش‌های اجرا تدوین راهبردها (دستورالعمل‌های صحیح) برای اجرای خط‌مشی
	قوانین و مقررات	صدور آراء هماهنگ از سوی مراجع قضایی ضمانت اجرا از سوی مراجع حقوقی و قضایی قابل انعطاف بودن قوانین و مقررات قوانین و مقررات نظام سلامت
	محیط	گروه‌های ذی نفوذ غلبه نگاه ملی بر بخشی نگری جهت گیری‌های سیاسی امنیت سرمایه گذاری در نظام سلامت کشور شرایط اقتصادی
	تخصیص منابع	تخصیص بهینه منابع و امکانات ضمانت‌های مالی و اعتباری و تأمین سرمایه استفاده از تکنولوژی و فناوری‌های پیشرفته
	نیروی انسانی توانمند	دانش کافی و مرتبط و تجربه در اجرا آموزش لازم و به موقع مجریان در جهت اجرای سیاست‌ها انسجام و همبستگی بین مدیران سازمان‌های مجری یادگیری و یاد دهندگی اجرای مؤثر در میان مجریان سازگاری مسئولیت‌ها با تخصیص و دانش افراد توانمند سازی و ارتقای قابلیت‌های اجرایی مدیران

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]



شکل ۱: مدل سیستمی حاصل از پژوهش

با توجه به اینکه هیچ گونه روش آماری برای تعیین ضریب محتوا وجود ندارد، عموماً از قضاوت متخصصان درباره سؤال‌های آزمون استفاده می‌شود (۱۲). در پژوهش حاضر پس از طراحی و روایت مدل و با توجه به ماهیت پژوهش، محقق از طریق مصاحبه‌های روایی سنجی مدل را مورد آزمون قرار داده تا روایی محتوای آن از این طریق مورد تأیید قرار گیرد. در این مرحله، محقق با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و گلوله برفی و با مراجعه به همان کسانی که در مرحله مصاحبه اکتشافی به عنوان نمونه انتخاب شده بودند، مدل را ارائه و سؤالاتی را جهت رواسازی مدل مطرح نمود. نتایج به‌دست آمده از مصاحبه روایی سنجی، حاکی از آن بود که از نظر اکثر مصاحبه شوندگان، مدل ارائه شده در این مصاحبه منطبق بر واقعیت‌های نظام سلامت کشور بوده و بر این اساس قابلیت اجرایی داشته و می‌تواند ارتقای ظرفیت اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت کشور را در بر داشته باشد. با این توصیف به وسیله مصاحبه روایی سنجی اعتبار مدل توسط خبرگان نظام سلامت مورد تأیید قرار گرفت.

ابعاد فرهنگ عمومی، ساختاری، اطلاع رسانی، کیفیت خط مشی، سبک و شیوه اجرا، قوانین و مقررات، تخصیص منابع، نیروی انسانی توانمند به عنوان ورودی‌های این سیستم در نظر گرفته شد. مؤلفه محیط، در خارج از ورودی‌های سیستم در نظر گرفته شده است. زیرا هر سیستم در محیطی قرار دارد و محیط سیستم شامل کلیه متغیرهایی است که در عملکرد سیستم مؤثر هستند و از عملکرد سیستم تأثیر می‌پذیرند، ولی خارج از سیستم قرار دارند. عوامل محیطی در برگیرنده عواملی همچون عوامل سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و غیره هستند (۱۱).

پردازش مورد نظر در این سیستم همان فرایندهای بهداشت (ارتقای تندرستی) و فرایندهای درمان (کنترل بیماری‌ها) می‌باشد. خروجی سیستم هم ارتقای ظرفیت اجرای سیاست‌های نظام سلامت کشور است. بازخورد، فرآیندی دورانی است که در آن، قسمتی از ستاده، به عنوان اطلاعات به درونداد، پس خورانده می‌شود. به این ترتیب سیستم را خود کنترل می‌نماید.

خط‌مشی گذاری و اجرای خط‌مشی فرایندی است که زاییده اندیشه انسان است و در معرض اشتباه و خطا قرار دارد. بنابراین مدل‌ها و الگوهای اجرای خط‌مشی باید از نوعی هوشمندی و آگاهی برخوردار باشند، به گونه‌ای که بتوانند خطاها را تشخیص داده و خود را اصلاح کنند. با

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

استفاده از بازخورد به موقع، سیستم حساس و هوشمند می‌گردد و خود را اصلاح کرده و عملکردش را بهبود می بخشد. نظام سلامت یک سیستم کاملاً باز و در تعامل مستقیم با جامعه است. یک سیستم باز تکامل یافته که بر روی تعهدات، ارزش‌ها و منابع تأکید می‌نماید، باید در بر گیرنده ابزاری برای کنترل تصمیم‌های اتخاذ شده و اجرا شده باشد. بازخورد فرصتی را فراهم می‌نماید که ارتباط بین ورودی‌های سیستم و خروجی آن که ارتقای اجرای سیاست‌های نظام سلامت است، مورد بررسی قرار گیرد. همچنین این بازخورد به مجریان کمک می‌نماید، تعیین نمایند که اجرای سیاست‌ها در چه سطحی ارتقاء یافته است و تا چه حد پاسخ خوبی به مسئله بوده است. بنابراین نظام سلامت دائماً در حال دریافت بازخورد از سوی جامعه هدف است. مدل سیستمی ارائه شده در این پژوهش یک راه و روش نظام‌گرا و برنامه ریزی شده است که وزارت بهداشت را قادر می‌سازد تا با تغییرات محیطی سازش بهتری پیدا نماید.

بحث

در مؤلفه فرهنگ عمومی اجرا، هدف آن است که بین جامعه و سازمان‌های مجری، فهم مشترک از خطمشی و اجرا و پیش آمادگی برای اجرا صورت گیرد. زیرا ناهماهنگی و برداشت‌های متفاوتی از فرایند اجرا، موجب ایجاد تعارض و تقابل بین بازیگران اصلی آن خواهد شد. بنابراین می‌بایست بازیگران اصلی و کلیدی اجرای خطمشی‌ها، مشخص و زمینه‌ی گفتمان بین آن‌ها فراهم شود.

تدوین کنندگان خطمشی باید اصول امکان پذیری اجرای آن را لحاظ کنند و چنانچه در مرحله تدوین، ماهیت خطمشی لحاظ نشده باشد، در مرحله اجرا چنین سیاستی محکوم به شکست است. بدیهی است هرچه خطمشی تدوین شده، شفاف‌تر و با پیچیدگی کمتری همراه باشد، اجرای آن آسان‌تر می‌شود (۱۳)

در زمینه ساختار نظام سلامت کشور، بسیاری از فرایندهای بوروکراسی باید مورد بازبینی قرار گرفته و کاغذ بازی‌های اداری که ناشی از دانش ناکافی مدیران و کارکنان اداری می‌باشد، تعدیل شود، در این خصوص مدیران سازمان‌های مجری با اطمینان بیشتری سعی در برقراری ارتباطات با یکدیگر نموده و مسلماً روند اجرای سیاست‌ها را بهبود خواهند بخشید.

در این مطالعه، هدف از مدل سازی به شیوه سیستمی، بهبود درک از رفتارهای پیچیده پدیده‌ها در حوزه‌های مأموریتی و عملکردهای سازمان است تا از این درک برای طراحی سیاست‌های مؤثر اهرمی، استفاده گردد. سیستم‌های انسانی موجود در دنیای واقعی دارای سطح بالایی از پیچیدگی می‌باشند. تصمیم گیری و یادگیری مؤثر در دنیایی با پیچیدگی فزاینده، نیازمند تفکر سیستمی می‌باشد. ضرورت بهره گیری از رویکرد سیستمی در مدل سازی برای نظام سلامت کشور زمانی بیشتر احساس می‌شود که کارکنان این سازمان فرابخشی باگستره عظیمی از مسائل و چالش‌ها در حوزه‌های مأموریتی خود روبرو هستند. در این ساختار درهم تنیده بی تردید تفکر و تحلیل سیستمی، می‌تواند در درک عمیق‌تر رفتار این پدیده‌ها، راهنمای خلق راهبرد و طراحی راه حل‌های مطمئن باشد.

با نگاهی دقیق به مدل‌های قبلی و تبیین متغیرهای شکل دهنده‌ی اجرا در آن‌ها می‌توان به جرأت عنوان نمود که متغیرهای شکل دهنده‌ی اجرا در اکثر این مدل‌ها و چارچوب‌ها از نظر محتوا یکسان و مشابه بوده و تنها اختلاف موجود در مدل‌ها و چارچوب‌های اجرا، ساختار اجرایی و فرایند شکل گیری اجرا در آن‌ها می‌باشد که متناسب با رویکردی که انتخاب شده، تدوین شده‌اند. با این توصیف و با نگاهی جامع به مدل سیستمی ارائه شده در این پژوهش، تفاوت‌های متغیرهای شکل دهنده اجرا که از مصاحبه‌های اکتشافی استخراج شده به صورت شکل زیر خواهد بود:

آیاندا و بلو (۲۰۱۶) به آسیب شناسی اجرای خطمشی عمومی در نیجریه پرداخته و با بررسی اجرای قوانین در دولت به عوامل عدم تعریف دقیق و واضح اهداف، اهداف سیاسی مبهم، فقدان فناوری مناسب برای اجرا، عدم تعهد به خطمشی، عدم تعریف دقیق مسئولیت‌ها و هماهنگی‌ها، فساد (گرایش‌های فاسد مقامات دولتی و سیاست مداران)، مقایسه در طول اجرای خطمشی (معمولاً خطمشی با خطمشی‌های شکست خورده قبلی مقایسه می‌شوند) رسیده است (۱۴). در واقع این پژوهش در مؤلفه‌های تعریف دقیق و واضح اهداف و جهت گیری‌های سیاسی با پژوهش حاضر مشترک است. رویکرد پژوهش نیز ترکیبی می‌باشد.

حسینی و همکاران (۱۳۹۵) به شناسایی موانع اجرای خطمشی عمومی (مطالعهٔ موردی: قانون مدیریت خدمات کشوری) پرداخته و موانع

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

قانونی، موانع انسانی، موانع سیستمی، موانع مربوط به گروه‌های هدف و موانع ارتباطی را شناسایی کرده است. این پژوهش در مؤلفه‌های محیطی و قانون و مقررات با پژوهش حاضر مشترک است و رویکرد عوامل شناسایی شده در پژوهش "ترکیبی" می‌باشد. مطالعه دیگری جهت بررسی تمهید اندیشی قبل از اجرا در دولت امریکا به این نتیجه رسیده است که مفروض پنداشتن اینکه طراحان خط‌مشی هنگام تدوین خط‌مشی اهداف روشن داشته و بر اساس یک تئوری علی و معلولی معتبر کار می‌کنند، غیر واقعی است و دولت‌ها باید حتی زمانی که دانش کافی ندارند، خط مشی‌ها را بسنجند (۶). رویکرد این پژوهش نیز" بالا به پایین" می‌باشد.

عباسی و همکاران (۱۳۹۵)، اجرای خط‌مشی‌های عمومی در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی را بررسی کرده است و مشکلات مربوط به تدوین کنندگان خط‌مشی، مجریان و استفاده کنندگان، ماهیت خط مشی، سازمان مجری، انواع کنش‌ها و گروه‌های فشار و محیط با اجرای خط مشی را شناسایی کرده است (۷). این پژوهش نیز در مؤلفه‌های "کیفیت خط مشی" و "محیط" با پژوهش حاضر مشترک است و رویکرد آن "ترکیبی" می‌باشد.

کوستکا (۲۰۱۴) نیز اجرای خط مشی را بررسی کرده است و موانع نهادی شامل (مشوق‌های سیاسی و اقتصادی، مشارکت بخش دولتی و خصوصی، ظرفیت مالی، فنی و سیاسی)، موانع رفتاری، فرهنگی و اجتماعی شامل (ترجیحات شخصی، ارزش‌ها، هنجارها و فشارهای اجتماعی) را شناسایی کرده است (۱۵). موانع نهادی رویکرد بالا به پایین دارند. موانع رفتاری رویکرد پایین به بالا دارد. بنابراین پژوهش رویکرد "ترکیبی" دارد.

دنهارت و کاتلاو (۲۰۱۴) تعداد زیاد مشارکت کننده در اجرا، وجود دیدگاه‌های مختلف، مسیر طولانی برای اقدامات عملی، بخش‌های متعدد دخیل و تصمیم گیری در اجرا و منابع رقیب را شناسایی کرده است (۱۶). رویکرد این پژوهش "پایین به بالا" می‌باشد.

مجید پور و نامداریان (۱۳۹۴) نیز به آسیب شناسی اجرای خط مشی در بین ۳۱ نفر از خبرگان و مجریان سیاستگذاری کشور پرداخته‌اند. معضل اولویت گذاری، عدم استفاده از نتایج آینده نگاری در تدوین اسناد، عدم انطباق پذیری سیاست‌ها با چالش‌های موجود، عدم شبکه سازی میان سیاست گذاران، حاکمیت نکردن سیاست‌های فرادستی، نبود نگاه فرابخشی، ساختار دیوان سالاری جزیره‌ای و نبود نگاه بلند مدت به مدیریت و راهبری برنامه‌های سیاستی، موانع اجرای مؤثر شناسایی شده در این پژوهش است (۱۷). رویکرد این پژوهش "بالا به پایین" به‌شمار می‌آید.

دانش فرد (۱۳۹۳) به بررسی موانع اجرای خط‌مشی عمومی در دفاتر پیشخوان دولت و پلیس + ۱۰ پرداخته است. رهبری، عدم پشتیبانی سیاسی خط‌مشی گذاران، منابع انسانی نامناسب، مشکلات مربوط به ارزیابی، فرهنگ سازمانی، قوانین و مقررات موانع شناسایی شده در پژوهش مورد نظر می‌باشد (۱۸). نتایج این تحقیق در مؤلفه‌های منابع انسانی، ارزیابی، فرهنگ سازمانی، قوانین و مقررات با پژوهش حاضر مشترک است. این پژوهش نیز دارای رویکرد "ترکیبی" است.

در خصوص اجرای خط‌مشی، ۳ رویکرد کلی وجود دارد که عبارتند از رویکرد «بالا به پایین»، «پایین به بالا» و «ترکیبی». اندیشمندانی چون دونالد ون متر و کارل ون هورن (۱۹۷۵)، ساباتیه و مازمانیان (۱۹۸۳) از جمله کسانی بودند که به اجرای خط‌مشی، نگاهی «بالا به پایین» داشته‌اند. رویکرد «پایین به بالا» توسط محققانی چون المور (۱۹۷۵)، لیپسکی و همکاران (۱۹۷۸) توسعه یافت. با انتقاداتی که با رویکردهای «بالا به پایین» و «پایین به بالا» وارد شد، رویکرد سومی به نام رویکرد «تلفیقی» ظهور یافت (۸). در مدل ابداعی پژوهش حاضر در مؤلفه فرهنگ عمومی، نوعی نگاه «پایین به بالا» وجود دارد. زیرا منظور آن است که اگر بین جامعه و سازمان‌های مجری سیاست‌های نظام سلامت فهم مشترک از خط‌مشی و اجرا و پیش آمادگی برای اجرا صورت گیرد، منجر به ارتقای ظرفیت اجرای سیاست‌ها می‌گردد. بستر فرهنگی جامعه و همسویی ارزش‌ها و هنجارهای مجریان و تعامل اثر بخش سلامت و جامعه رویکرد "پایین به بالا" دارد. مؤلفه سبک و شیوه اجرا و مؤلفه تخصیص منابع، براساس چانه زنی میان جامعه، مجریان و دولت است و رویکرد "بالا به پایین" دارد. مؤلفه عوامل ساختاری و نیروی انسانی توانمند نیز رویکرد "پایین به بالا" دارند. تدوین خط‌مشی توسط قوه مقننه و وزارت بهداشت انجام می‌گیرد، بنابراین مؤلفه کیفیت خط‌مشی دارای رویکرد "بالا به پایین" است. مؤلفه اطلاع رسانی و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

قوانین و مقررات نیز رویکرد "بالا به پایین" دارند. مؤلفه عوامل محیطی مؤثر بر اجرا نیز دارای رویکرد "پایین به بالا" می‌باشد. با این توصیف مدل ارائه شده در این پژوهش نیز دارای رویکردی «ترکیبی» می باشد.

قابل ذکر است تاکنون مدل جامع در زمینه ارتقای ظرفیت اجرای سیاست‌های نظام سلامت کشور وجود نداشته و هر کدام از محقیق صرفاً عوامل محدودی از اجرای ظرفیت را در سایر حوزه‌ها مورد بررسی قرار داده‌اند. در واقع شناسایی همه عوامل مؤثر بر ارتقای ظرفیت اجرای سیاست‌های نظام سلامت کشور برای اولین بار در این مطالعه مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش حاضر با محدودیت‌ها و مشکلات فراوانی در اجرا مواجه بوده است. از جمله محقق در جریان مصاحبه‌های اکتشافی بسیار تلاش نمود با وزیر بهداشت به‌عنوان عالی‌ترین مجری سیاست‌های نظام سلامت مصاحبه انجام دهد، ولی علی‌رغم پیگیری‌های مکرر امکان پذیر نشد. همچنین محقق قصد داشت به‌منظور خاموش سازی تأثیر متغیرهای محیطی بر نظر خبرگان تحقیق، مصاحبه‌های اکتشافی را در مدت کوتاهی انجام دهد. ولی مشکلات مربوط به هماهنگی با مدیران عالی سازمان، باعث شد این مهم، ۶ ماه به طول بینجامد و عملاً با توجه به اوضاع متغیر سیاسی و اقتصادی کشور متغیرهای محیطی در طول تحقیق بر نظر خبرگان مؤثر بوده است.

نتیجه گیری

این پژوهش روشن می‌سازد که مؤلفه‌های فرهنگ عمومی، ساختار، اطلاع رسانی، کیفیت خط‌مشی، سبک و شیوه اجرا، قوانین و مقررات، تخصیص منابع، نیروی انسانی توانمند و محیط بر ارتقای ظرفیت اجرای سیاست‌های نظام سلامت کشور مؤثرند. شناسایی عوامل مؤثر بر اجرای سیاست‌های نظام سلامت کشور، نمی‌تواند یک جریان موقت و کوتاه مدت باشد، بلکه باید آن را چرخه‌ای مداوم دانست که همگام با تغییرات محیطی باید دائماً از سوی جامعه هدف و مجریان بازخورد دریافت کرده و توسعه یابد. پیش نیاز اصلی اجرای مؤثر سیاست‌ها، باور و حمایت مدیران عالی وزارت بهداشت در ضرورت انجام این کار است. مدیران عالی نظام سلامت، از آغاز طراحی تا استقرار کامل این مدل سیستمی بایستی در فرایندهای مربوط شرکت داشته باشند. در این راستا باید بر قوت‌ها و جنبه‌های مثبت اجرای مؤثر سیاست‌ها، تأکید گردد نه اینکه فقط نارسایی‌ها بزرگ نمایی گردد. به‌منظور ارج نهادن به مجریانی که بر ارتقای ظرفیت اجرای سیاست‌ها تمرکز نموده‌اند، ساز و کار تحسین عملکرد برقرار شود. امکان انجام ارزیابی بیرونی نیز فراهم گردد و یک نهاد علمی غیر وابسته به نظام سلامت، در انجام ارزیابی درونی و بیرونی همکاری داشته باشد. درصورتیکه همه ورودی‌های سیستم در وضعیت مطلوب قرار داشته باشند، تمامی کارکردهای فوق به طور همزمان رخ خواهد داد و منجر به «هم افزایی در اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت» خواهد شد. همچنین موجب می‌گردد تا بسیاری از ضعف‌ها و تهدیدات سخت افزاری که قبلاً به‌عنوان یک تهدید محسوب می‌شدند به فرصت تبدیل شده و باعث توانمندسازی می‌گردد.

توجه ویژه به ورودی‌های این مدل در سیستم اجرای سیاست‌های نظام سلامت کشور، در حد مطلوب، موجب اجرای مؤثر و موفق خط‌مشی‌های نظام سلامت، ارتقای خدمات نظام سلامت، ارتقای شاخص‌های سلامت در جامعه، جلب اعتماد عمومی و کسب اعتبار نظام سلامت کشور خواهد شد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند بدینوسیله از رؤسای محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و مدیران عالی وزارت بهداشت و آموزش پزشکی به سبب مشارکت در مصاحبه‌های عمیق و ارائه دیدگاه‌های بدیع و ارزشمند خود نهایت تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ز. م، م. ص، ه. ه
جمع آوری داده‌ها: ز. م، م. ص
تحلیل داده‌ها: ز. م، م. ص، ه. ه
نگارش و اصلاح مقاله: ز. م، م. ص، ه. ه

سازمان حمایت کننده

این مقاله بر گرفته از پایان نامه مقطع دکتری تخصصی رشته مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان می‌باشد که از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

References

1) Alvani SM. Decision-making and Definition of Government Policy. Tehran: Samt; 2009. [Persian]
2) Daneshfard K. Public Policy Process. Saffar; 2010. [Persian]
3) Barrett S, Fudge C. Policy and Action: Essays on theImplementation of Public Policy. London: Methuen; 1981.
4) Gholipor R. Decision Making and Public Policy. Tehran: Samt; 2016. [Persian]
5) Rangrriz H, Moazeni B. Identification and Prioritization of Obstacles in Implementation of Public Policies in Governmental Organizations via Multivariate Decision-Making Models. Iranian Journal of Public Administration Mission 2018; 8(4): 27-43. [Persian]
6) Hosseini SA, Beygi Nia A, Qasemi M. Identifying Barriers to Implementing Public Policy Case Study: Service Management Act. The First International Conference on the New Paradigms of Business Intelligence and Organizational Management; Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 2015. Available from URL: https://www. civilica. com/ Paper-OICONFERENCE01-OICONFERENCE01_ 348. html. Last Access: Dec 31, 2018. [Persian]
7) Abbasi A, Motazidian R, Mirzayi MGh. Examining Barriers to Implementing Public Policy in Government Organizations. Human Resource Management Research 2016; 6(2): 49-69. [Persian]
8) Asadi M, Hadi Peykani M, Rashidpour Ali. Presentation of an Effective Public Policy Implementation Model in the Ministry of Economic Affairs (Case Study: Islamic Republic of Iran Customs Administration). Journal of Public Administration 2018; 9(4): 591-614. doi: 10.22059/jipa.2018.252928.2221. [Persian]
9) Strauss A, Corbin J. Basic of Qualitative Research Grounded Theory Procedures & Techniques. (Translated by Buick Mohammadi). Institute or Humanities and Cultural Studies; 2008. [Persian]
10) Zareie Matin H, Jandaghi Gh, Khanifar H, Heidari F. Designing the model of competent organizational culture for customer – based companies. Journal of Public Administration 2012; 3(8): 57-74. [Persian]
11) Scott WR. Organizations: Rational, Natural, and Open Systems. 5th ed. Prentice Hall; 2002
12) Rezaei A, Seyf AA. The Effect of Descriptive Evaluation on Cognitive, Affective and Psychomotor Characteristics of Elementary Third Grade Students in Tehran. Journal of Educational Innovations 2006; 5(18): 11-40. [Persisn]
13) Gholipour R, Danaii Fard H, Zareii Matin H, JandaghiGh, Fallah M. A Model for Implementing Industrial Policies (Case Study in Qom Province). Organizational Culture Management 2011; 9(24): 103-30. [Persian]
14) Iyanda KA, Bello SD. Problems and Challenges of Policy Implementation for National Development. Research on Humanities and Social Sciences 2016; 6(15): 60-5.
15) Kostka G. Barriers to the implementation of environmental policies at the local level in China. World Bank. 2014.
16) Denhardt R, Catlaw T. Theories of public organization. 7th ed. Arizona: Cengage Learning; 2014.
17) Majidpour M, Namdarian L. Identifying Barriers to Science and Technology Policy Implementation in Iran. Innovation Management Journal 2016; 4(4): 31-60. [Persian]
18) Daneshfard K. Barriers to the implementation of public policy at nongovernmental organizations (Police+10 services and counter government agencies). Resource Management in Police 2014; 2(2): 23-50. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]

Research Article

A Model for Effective Implementation of Health Policy in Iran

ZahraMaesoumi [1], Mehdi Sanei [2*], Hadi Hematian [3]

[1] Ph.D. student of Public Administration, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Public Administration, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Public Administration, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

*** Corresponding Author:** Mehdi Sanei
mehdisaneiphd@yahoo.com

Citation: Maesoumi Z, Sanei M, Hematian H. A Model for Effective Implementation of Health Policy in Iran. Manage Strat Health Syst 2019; 4(2): 125-35.

Received: April 24, 2019
Revised: July 31, 2019
Accepted: August 03, 2019

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Policies will be communicated to administrators after being drafted and approved. Sometimes, they undergo changes at the implementation stage that remove them from their goals. The aim of this study was to provide a model to improve the quality of policy implementation in the health system of Iran.

Methods: This qualitative study was conducted in 2018. In order to collect the required information, a library method was used by not taking tool and in the second field stage, exploratory interviewing tool was applied. The study population consisted of the senior managers in the Ministry of Health, heads of the medical universities, and government hospitals. In this research, targeted and snowball sampling methods were used to select the interviewees. A total of 33 interviews were conducted. For analysis of the data, the database analysis was used and for modeling a system attitude was applied. Also, for the purpose of model testing, narrative interviews were used.

Results: After recording the collected data and removing the repetitive components of the exploratory interviews and research background, 115 statements were identified. After the open encryption, 115 concepts were introduced. Finally, by axial and selective encodings, 9 components were determined: general culture, structure, information, policy quality, implementation style, rules and regulations, resource allocation, empowerment, and environment. Each of these components had dimensions and characteristics, which made a total of 46 indicators associated with capacity building of the health system policies.

Conclusion: Improved quality of the policies' implementation in various layers of the health system leads to a mutual trust between the health system of Iran and various levels of the target community, increases motivation, strengthens the spirit of cooperation, improves sharing efforts and teamwork among the executives, and provides an optimal context for emergence of creativity and innovation in implementation of policies, promotes health indicators in the community, and gains credibility for the health system of Iran.

Key words: Policy making, Policy implementation, System model

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.5.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1408]