

### Review

# *Challenges and solutions for implementing the health sector development plans of the Islamic Republic of Iran: A review of the last two decades*

Mohammad Bakhtiari Aliabad<sup>1</sup>, Mahdi Mokhtari Payam<sup>2</sup>, Niusha Shahidi Sadeghi<sup>1</sup>, Somayeh Seddighi<sup>1\*</sup>

1.Ph.D. in healthcare management, Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran.

2.Ph.D. in health policy, Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran.

\*.Corresponding Author: E-mail: Seddighi.1364@gmail.com

(Received 31 October 2023; Accepted 18 December 2023)

### **Abstract**

Considering the necessity of learning from past experiences and continuous improvement in order to prepare development plans, the present study examines the challenges and strategies to implement health-related provisions in the first to sixth development plans.

The current research was conducted in the form of a scoping review. Studies published in English and Persian 2000 until the end of November 2021 were reviewed. The search was done in the databases (SID, Magiran, Ensani.Ir, Irandoc, Web of Science, Scopus, Google Scholar, Pubmed) and related journals. 262 studies were obtained, after removing unrelated, duplicate studies and quality assessment, finally articles were selected for final analysis. CASP checklist was used to evaluate the quality. Conventional content analysis approach with Max-QDA 12 was used for data analysis. 262 studies were obtained, finally 16 articles were selected and analyzed. Challenges and solutions related to implementing the health sector development plans of the Islamic Republic of Iran in seven main dimensions including: the program development approach; Policy makers and executives; Execution and implementation of the program, program development, program monitoring challenges; Content of the program; and Lack of following the principles of planning and 51 sub dimensions were extracted that the lack of a clear definition of the concepts of development and development planning; Non-compliance of program provisions with general policies; Lack of meaningful and developmental supervision; Multiple goals and priorities were among challenges. Also, the corresponding solutions of each challenge based on the review of studies included 47 sub dimensions that the correct implementation of the principles of coherent planning, definition of appropriate indicators, mechanisms for gathering information, evaluation of the program, political support, creating a unified understanding between stakeholders, adapting the design of executive programs to infrastructure and moving to mixed programs were among the solutions. Human-centered approaches to development place a lot of value on health and believe that unless an efficient health system governs the society, societies and nations cannot achieve their economic and social goals. Therefore, discussions and planning in this area are very important; Therefore, the identified challenges resulting from this study and the solutions to overcome them can help to formulate, implement and finally evaluate the future development plans.

**Keywords:** development plan, healthcare sector, national health programs, national health policy, Iran.

**ClinExc 2023;13(109-122) (Persian).**

## چالش‌ها و راهکارهای تحقق احکام بخش سلامت در برنامه‌های توسعه ایران: مرور مطالعات دو دهه اخیر

محمد بختیاری علی‌آباد<sup>۱</sup>، مهدی مختاری پیام<sup>۲</sup>، نیوشا شهیدی صادقی<sup>۱</sup>، سمیه صدیقی<sup>۱\*</sup>

### چکیده

با توجه به ضرورت یادگیری از تجربیات گذشته و بهبود مداوم به منظور پیش‌نیاز تدوین برنامه‌های توسعه، پژوهش حاضر به بررسی چالش‌ها و راهکارهای تحقق احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه اول تا ششم پرداخته است. پژوهش حاضر از نوع مطالعات مروری حیطه‌ای بود. مطالعات منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی از ۱۳۸۰ تا پایان آبان ماه ۱۴۰۰ جستجو و بررسی شدند. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی؛ SID, Magiran, Irandoc, Web of Science, Scopus, Google scholar, Pubmed و مجلات مرتبط انجام شد. مطالعات به دست آمده پس از حذف مطالعات نامرتب، تکراری و ارزیابی کیفیت، در نهایت مقالات برای تحلیل نهایی انتخاب شدند. برای ارزیابی کیفیت از برنامه مهارت ارزیابی انتقادی a-چک‌لیست کیفی کسپ استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی با استفاده از Max-QDA-12 استفاده شد.

۲۶۲ مطالعه در ابتدای جستجو بدست آمد و در نهایت ۱۶ مقاله انتخاب و تحلیل شدند. چالش‌ها و راهکارهای مربوط به تحقق احکام بخش سلامت در برنامه‌های توسعه ایران در ۷ محور اصلی شامل؛ «رویکرد تدوین برنامه»؛ «سیاست‌گذاران و مسئولین اجرا»؛ «اجرا و تحقق برنامه»؛ «تدوین برنامه»؛ «دیدهبانی برنامه‌ها»؛ «فقدان پیروی از اصول برنامه‌ریزی» و «۵۱ محور فرعی استخراج شدند که فقدان تعریف روشن مفاهیم توسعه و برنامه‌ریزی؛ عدم همسویی احکام برنامه با سیاست‌های کلی؛ فقدان نظارت معنادار و توسعه‌ای؛ اهداف و اولویت‌های چندگانه از جمله چالش‌ها بودند. همچنین راهکارهای متناظر هر کدام از چالش‌ها شامل ۴۷ محور فرعی از دیگر یافته‌های پژوهش بود که اجرای صحیح اصول برنامه‌ریزی منسجم، تعریف شاخص‌های مناسب، سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات ارزیابی برنامه، حمایت سیاسی، ایجاد درک واحد بین ذی‌نفعان، انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت و حرکت به سوی برنامه‌های مختلط، از جمله راهکارهای رفع چالش‌ها می‌باشند. رویکردهای انسان محور توسعه برای سلامت، ارزش فراوانی قائل می‌شود و اعتقاد دارد تا وقتی که یک نظام سلامت کارآمد بر جامعه حاکم نباشد، جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند به اهداف اقتصادی و اجتماعی خود دست یابند. لذا مباحث و برنامه‌ریزی‌های این حوزه دارای اهمیت بسیار زیادی می‌باشد؛ بنابراین چالش‌های شناسایی شده حاصل از این مطالعه و راهکارهای فایده‌آمیز بر آنها می‌تواند به تدوین، اجرا و در نهایت ارزیابی برنامه‌های توسعه آتی کمک نماید.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه توسعه، بخش مراقبت سلامت، برنامه‌های ملی سلامت، سیاست‌گذاری ملی سلامت، ایران.

۱. دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

۲. دکتری تخصصی، سیاست‌گذاری سلامت، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: تهران، پاسداران، روبروی پارک نیاوران، مرکز پژوهش‌های مجلس

Email: Seddighi.1364@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۰۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۲۷

## مقدمه

توسعه ملی تابع رشد و گسترش عقلانیت و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی است. دولت به‌عنوان کارگزار منافع ملی وظیفه خدمت‌رسانی، رفاه و توسعه کشور را برعهده دارد و از سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی به‌عنوان ابزاری جهت بهبود وضعیت کنونی و آینده جامعه استفاده می‌کند (۱-۲). بنابراین نظام برنامه‌ریزی ابزاری برای پیش‌بینی، تنظیم و تحقق هدف‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه است. پیچیدگی و اهمیت این فرایند ایجاب می‌نماید که مراحل آن به‌گونه‌ای منطقی به صورتی سازمان یابد که جریان تصمیم‌گیری را در جامعه تسهیل نماید (۳-۴).

در حقیقت محدودیت منابع انسانی، مالی و حتی زمانی همواره جوامع و دولت‌ها را ناگزیر به برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی نموده است. بنابراین برنامه‌های توسعه اهداف و وظایف هریک از بخش‌های جامعه را در هر حوزه تعیین کرده و هر سازمان دولتی تحقق بخشی از این اهداف را به‌عهده دارد (۵-۶). برنامه‌های توسعه‌ای یا برنامه‌های میان‌مدت، نقش میانجی بین برنامه‌های بلندمدت (استراتژیک) و برنامه‌های کوتاه‌مدت (عملیاتی) را دارند. به عبارت دیگر، تحقق برنامه استراتژیک و آرمانی، علاوه بر تدوین برنامه توسعه‌ای، نیازمند پیاده‌سازی و اجرای برنامه عملیاتی می‌باشد (۷). بنابراین اثربخشی موثر برنامه‌های توسعه مستلزم هماهنگی و انسجام میان برنامه‌های بلندمدت (اسناد بالادستی)، میان‌مدت و کوتاه‌مدت خواهد بود؛ به نحوی که منجر به نوعی همگرایی و هم‌افزایی میان برنامه‌ها و دستیابی به اهداف توسعه‌ای گردد (۷). عامل دیگر موثر بر کارآمدی برنامه‌های توسعه، وجود امکانات، منابع و فرصت‌ها

است. فراهم‌سازی آنها اعم از مالی و غیرمالی، سبب تسهیل در اجرای برنامه‌های عملیاتی، تأمین زیرساخت‌های لازم و فعال و در نهایت اجرایی شدن برنامه‌های توسعه خواهد شد (۳، ۹-۸).

در ایران، پس از انقلاب اسلامی تاکنون ۶ برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورت ۵ ساله با همکاری دولت و مجلس تصویب و اجرا شده است که با چالش‌ها و نقدهایی همراه بوده است. ازسویی دیگر، تغییرات و گستردگی ابعاد مفهوم سلامت به‌عنوان یک حق همگانی و ارکان تأثیرگذار بر فراهم‌سازی آن در سال‌های اخیر لزوم برنامه‌ریزی‌های دقیق با درنظر داشتن اولویت‌ها، اهداف و شاخص‌ها را دوچندان کرده است. فهم سلامت وابسته به زیربنای الگوواره تفکر است و سیاست‌مداران، پژوهشگران، سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران برنامه‌ریزی سلامت، بسته به اینکه در چه ساختاری می‌اندیشند، تصمیم‌گیری و عمل می‌کنند، ممکن است برداشتی کاملاً متفاوت از مفهوم سلامت و روش سیاست‌گذاری برای آن داشته باشند که از عمده چالش‌های تدوین برنامه‌های توسعه است (۷-۱۲).

همچنین از جمله چالش‌های اصلی در اجرای برنامه‌های توسعه در جهان شامل چالش‌های مربوط به سیاست‌گذاران و مسئولین اجرا، فقدان ضمانت اجرایی قوانین و فقدان شاخص‌های ارزیابی است (۱، ۷، ۱۱، ۱۳).

علی‌رغم اهمیت این موضوع و معیار توسعه و پیشرفت به مثابه یک هدف استراتژیک در دیدگاه دولتمردان و سیاست‌گذاران، برداشت متفاوت از مفاهیم یکسان و عملکردهای متفاوت در گروه‌های دست‌اندرکار؛ منجر به عدم تحقق احکام برنامه‌های توسعه شده است (۱۴). به نحوی که به‌رغم بیش از ۶۰ سال سابقه برنامه‌ریزی توسعه

به موضوع پژوهش حاضر است. درخصوص گردآوری اطلاعات، ابتدا پژوهشگران براساس کلمات یا عبارات تعیین شده شامل: برنامه توسعه، سیاست، ایران، سلامت، بهداشت و درمان و معادل انگلیسی آنها:

Development Plan, Policy, Iran, Health, Healthcare.

با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی (SID, Magiran, )، (EnsanI.Ir, Irandoc, Web of Science, Scopus، موتورهای کاوش (Google Scholar, Pubmed) و پایگاه مجلات مرتبط مطابق با معیارهای ورود به گردآوری داده‌ها پرداختند. مقالات شناسایی شده در هریک از بانک اطلاعاتی به نرم‌افزار مدیریت منابع Endnote X8 وارد شدند و موارد تکراری توسط نرم‌افزار حذف گردیدند. سپس عناوین و چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفتند و مطالعاتی که حداقل شرایط ورود به مطالعه را داشتند توسط تیم پژوهش، مشخص گردید. پس از مرور چکیده‌ها، برای مطالعات مورد نظر متن کامل مطالعه‌ها استخراج گردید. در این مرحله با استفاده از روش رهگیری منابع و جستجوی ارجاع، مقالات و مستندات با کیفیت و مرتبط دیگر نیز وارد نمونه‌ی اولیه شد. در نهایت مقالات بدست آمده با استفاده از چک‌لیست کسپ<sup>۳</sup> برای مطالعات کیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند (۱۶). در این مطالعه برای تحلیل داده‌های گردآوری شده شامل چالش‌ها و راهکارهای ذکر شده در مطالعات، از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد (۱۷). به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Max-QDA 12 استفاده شد.

در کشور و سپری شدن حدود ۲۰ سال از ابلاغ سند چشم‌انداز بیست ساله، دستاوردهای برنامه‌ریزی کمتر از حد مورد انتظار در زمان تهیه و تصویب برنامه‌ها بوده است. بر این اساس با توجه به ضرورت یادگیری از تجربیات گذشته و بهبود مداوم به منظور پیش‌نیاز تدوین برنامه هفتم توسعه، پژوهش حاضر طی دو مرحله به صورت همزمان به بررسی چالش‌ها و راهکارهای تحقق احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه اول تا ششم پرداخته است.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات مروری بود که به صورت مرور حیطه‌ای<sup>۱</sup> انجام شد. براساس تقسیم‌بندی گران و بُس<sup>۲</sup>، مرور از نوع مرور حیطه‌ای ارزیابی مقدماتی از حجم بالقوه و دامنه‌ی در دسترس ادبیات تحقیق ارایه می‌دهد. مرور حیطه‌ای تلاش دارد تا ماهیت و میزان شواهد پژوهشی را شناسایی کند (۱۵). معیارهای ورود مطالعات اولیه شامل مطالعاتی که چالش‌ها و راهکارهای تحقق اجرای برنامه‌های توسعه اول تا ششم را بررسی نمودند و صرفاً مطالعاتی که در خصوص بخش سلامت طراحی و انجام شده‌اند، بودند. معیارهای خروج شامل مطالعاتی بودند که علیرغم پیگیری، امکان دسترسی به اصل آنها وجود نداشت. دامنه زبانی و زمانی مرور شامل مطالعات منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی، تا پایان آبان ماه سال ۱۴۰۰ بود. ابزار گردآوری داده‌ها، فرم گردآوری داده بود که توسط پژوهشگر طراحی شد. این فرم شامل اطلاعاتی نظیر سال چاپ، نویسنده، نوع و روش مطالعه و یافته‌های کلیدی و مرتبط

<sup>3</sup>.Critical Appraisal skill Program-Qualitative checklist: CASP

<sup>1</sup>. Scoping Review  
<sup>2</sup>. Grant & Booth

## یافته‌ها

پس از پایان جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، ۲۶۲ مطالعه به دست آمد که پس از حذف ۴۲ مطالعه نامرتب شامل: کتاب‌ها و گزارش در هر کدام از پایگاه‌های داده‌ای و ۹۳ مطالعه تکراری، عنوان و چکیده مطالعات باقی‌مانده براساس معیارهای ورود و خروج بررسی و پس از حذف ۱۰۸ مطالعه نامرتب، متن کامل ۱۹ مطالعه باقی‌مانده بررسی و پس از ارزیابی کیفیت و بررسی رفرنس مقالات باقی‌مانده، در نهایت ۱۶ مقاله برای تحلیل نهایی انتخاب شدند. کیفیت مطالعات منتخب با استفاده از ابزار استاندارد کسب ویژه تحقیقات کیفی مورد ارزیابی قرار گرفت. این ابزار شامل ۱۰ سوال است که نتایج تحقیقات کیفی، روایی و سودمندی آنها را در نظر می‌گیرد. هریک از مقالات منتخب به طور مستقل توسط دو نفر از نویسندگان مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین دو مقاله منتخب، توسط افرادی غیر از دو نفر مذکور نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. نمره کلی هر مقاله ۱۰ می‌باشد که در صورت اینکه جواب تمام سوالات چک‌لیست بله باشد به مقاله تعلق می‌گیرد، همچنین نمره ۷ به بالا خیلی خوب در نظر گرفته شده است (۱۵). هدف از انجام این ارزیابی خروج مطالعات براساس کیفیت آنها نیست، بلکه قصد بررسی مقالات وارد شده در فرایند سیستماتیک و استاندارد شده بود تا بتوان کیفیت شواهد موجود در خصوص سوالات در نظر گرفته شده را نشان دهیم. بنابراین با استفاده از ابزار فوق کیفیت مقالات ورودی به مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفت. کیفیت ۱۶ مقاله منتخب با نمره بین ۷-۱۰ خیلی خوب ارزیابی شد. سایر خصوصیات مقالات و خلاصه‌ای از یافته‌های احصاء شده در این مطالعات به شرح زیر ارائه شده است (جدول شماره ۱ و ۲).

## بحث

براساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر، با وجود اینکه یکی از ملزومات اساسی در ابتدای حرکت به سمت توسعه، «تعریف مفهوم یا ارائه الگوی مشترکی از توسعه» و اتفاق نظر صاحب‌نظران در خصوص آن است؛ اما این موضوع یکی از چالش‌های اساسی عدم تحقق احکام بخش سلامت برنامه‌های توسعه است. طی پژوهش‌های طبیعی و همکاران نیز بیان شده است که در هیچ یک از برنامه‌های پنج‌ساله تعریف روشنی از مفاهیم توسعه و برنامه‌ریزی توسعه، ابعاد و ویژگی‌های آنها ارائه نشده است (۲۰). همچنین به‌عنوان مثال در دهه اخیر مفهوم برنامه‌ریزی را به مثابه تخصیص بودجه پنج‌ساله و رقابت بخش‌ها برای اخذ منابع بیشتر در نظر گرفته‌اند که پیرو این امر، از یک سو برنامه به صورت انبوهی از ارقام و اعداد درآمده و از سوی دیگر حفظ سازگاری بین اجزا و انبوه اطلاعات، بسیار دشوار و حتی غیرممکن بوده است (۲۶). به‌علاوه، علی‌رغم اینکه در قدم اول باید خطوط کلی و خط‌مشی‌های اساسی برنامه مشخص و سپس احکام برنامه در راستای تحقق آنها تدوین گردد، اما تدوین سیاست‌های کلی در مجمع تشخیص مصلحت نظام و محتوای برنامه در دولت، از نظر زمانی همزمان با هم پیش رفته و فرصت مناسب برای اطلاع از محتوای برنامه و تطبیق آن با سیاست‌های کلی وجود ندارد که این امر نتیجه‌ای جز عدم همسویی احکام برنامه با سیاست‌های کلی نخواهد داشت.

«ایده‌آل‌گرایی در تدوین برنامه» یکی دیگر از چالش‌های برنامه‌های توسعه اول تا ششم است (۱۱). از جمله راهکارهای ارائه‌شده براساس مطالعه حاضر امکان‌سنجی اجرای احکام در هنگام تدوین و حمایت تمامی نهادها برای فراهم نمودن زیرساخت‌های لازم

است. در حقیقت پیچیدگی و گستردگی مفهوم سلامت در دنیای امروز موجب شده است که این موضوع یکی از دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران و دولت‌مردان باشد. اما نکته قابل توجه این است که محدودیت منابع و نیز وابسته بودن برخی موضوعات به برخی نیازها، الزام اولویت بندی احکام را دوچندان می‌سازد. همچنان که براساس پژوهش حاضر و پژوهش جواهری و همکاران، یکی از مشکلات برنامه‌های توسعه، تعدد قوانین حوزه سلامت بود (۷). این موضوع موجب مشکلات بسیاری برای دستگاه اجرایی و دستگاه‌های ناظر می‌شود. چراکه قاعدتا باید قبول کنیم منابع انسانی، مادی و زمانی این اجازه را نمی‌دهد که به تمامی مشکلات در ۵ سال ورود کرده و آنها را به‌طور کل حل نمود. بنابراین از جمله راهکارها براساس پژوهش حاضر، عدم تعریف قوانین جدید در صورت کفایت احکام و نیز مشخص نمودن شعار یا یک عنوان کلی برای هر برنامه به جای تعدد احکام بود. برخی برنامه‌های توسعه از جمله برنامه ششم توسعه با اهداف و اولویت‌های چندگانه مواجه است. این درحالی است که مطالعات دماری و جواهری نیز تاکید می‌کند، عموماً اهداف زیاد در برنامه‌های میان‌مدت، عملاً منجر به کاهش ضمانت اجرایی احکام مندرج در قوانین برنامه خواهد شد (۷، ۴).

یکی از چالش‌ها براساس مطالعه حاضر و نیز مطالعه دماری و همکاران، چالش‌های «فرایند قانونگذاری» بود (۵). در حقیقت برنامه باید وسیله دستیابی به هدف باشد نه اینکه خود هدف شود. فرایند طولانی و فرسایشی برنامه‌ریزی موجب شده است که حتی اصل برنامه‌ریزی زیر سوال رود. همچنین پیروی از سلسله مراتب برنامه‌ریزی و پیوستگی برنامه‌ها و اسناد بالادستی

از جمله راهکارهای مورد توجه برای تحقق برنامه توسعه در این پژوهش بود (۲۷). درحقیقت برنامه‌های توسعه حدواسط چشم‌انداز، بیانیه گام دوم، سیاست‌های کلی و راهنمای اجرای سیاست به‌عنوان اسناد بالادستی و دستورالعمل‌های اجرایی، برنامه‌های عملیاتی و برنامه بودجه هستند. لذا هرگونه خلل زمانی، محتوایی و اجرایی که توالی و همبستگی این عناصر را برهم زند، جایز نیست.

اهمیت «نظارت بر اجرای قوانین»، موضوع مورد اهمیت بعدی بود که در مطالعه حاضر مورد تاکید قرار گرفت. دماری و همکاران در مطالعه خود بیان داشته‌اند که در حال حاضر نظارت صرفاً به ارزیابی خارجی و گذشته‌نگر از سوی دیوان محاسبات و سازمان برنامه و بودجه محدود شده است (۵). در حالی که «زنجیره ارزشیابی» دارای سازوکار مدون و مشخصی است. این زنجیره شامل؛ ارزیابی درونی، پایش، ارزیابی، ارزشیابی و ارایه بازخور در تمامی مراحل به واحدهای اجرایی است. به علاوه شفافیت دبیرخانه برنامه‌ریزی و پایش، مشخص نمودن زمان، متولی و شاخص برای برنامه‌ها، هماهنگ‌سازی ارزشیابی درونی و بیرونی از جمله راهکارها براساس مطالعه حاضر بود که مطالعات نصرت‌نژاد، اخوان و جواهری نیز بر این موارد تاکید داشته‌اند (۱، ۳، ۷). براتی و همکاران در مطالعه خود بیان داشته‌اند که علی‌رغم وظایف نظارتی نهادهای مختلف، سازوکار نظارتی دائمی برای نظارت معنادار و توسعه‌ای و اعمال اصلاحات وجود ندارد (۲۸). طبق قانون اساسی، مهمترین نهاد ناظر بر عملکرد دولت، مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور به‌عنوان بازوی مجلس در زمینه حسابرسی مالی دقیق عملکرد دولت، است. اما

یا در اجرا و حمایت از اجرا تعریف شود و یا در بحث نظارت مطرح گردد. در هر حال تمامی این نهادها بنا است به یک هدف واحد دست یابند و آن در حوزه سلامت، برخورداری آحاد جامعه از حق سلامت است. لذا باید تمامی توان و همت بر این باشد که این همبستگی در تمامی ابعاد مطرح شده تقویت شود (۲۹).

همچنین براساس مطالعه حاضر و سایر مطالعات، در حوزه تولید نظام سلامت، «قوانین احکام بخش سلامت صرفاً محدود به بخش دولتی» شده‌اند (۹،۷،۲). در حالی که دولت در قوانین بین بخشی تاکید بر کاهش تصدی‌گری دولت و افزایش ارایه خدمات از طریق بخش خصوصی دارد؛ اما در عمل آنچه که در تدوین قوانین اتفاق می‌افتد این است که گویی بخش خصوصی به عنوان یک دولت جداگانه در حال حکمرانی و فعالیت است. براین اساس، از آنجایی که دولت قوانینی در خصوص حمایت، مکانیسم اجرا و نظارت بر بخش خصوصی ندارد؛ نمیتواند نظارت و جواب‌گویی موثری را از این موسسات مطالبه کند. همین موضوع موجب چالش‌های فراوانی برای دستگاه‌ها و به تبع کارکردهای نظام سلامت شده و در برخی موارد عملکرد آنها را نیز زیر سوال می‌برد. در نهایت نیز اهداف نهایی نظام سلامت محقق نخواهد شد (۲۹).

به علاوه اساساً برای «اطمینان از اجرا» هر قاعده حقوقی، تدابیری نیاز است که براساس آن، عکس‌العمل متناسبی در مورد تخلف از اجرای قواعد مزبور در نظر گرفته شود (۲۹). هر تخلفی نیز اساساً ضمانت اجرا و عکس‌العمل متناسبی در مورد تخلف از اجرای قواعد مزبور در نظر گرفته شود. بنابراین براساس راهکارهای مطالعه حاضر و نیز سایر مطالعات تدوین سازوکار الزام

تجربه نشان داده است که اغلب گزارش‌های تفریح بودجه در خصوص عملکرد سالانه برنامه‌های دولت کمتر مورد توجه نمایندگان قرار گرفته است. این درحالی است که سازوکارهای نظارت درون دستگاه‌های اجرایی دولت نیز به دلایل متعدد غیرفعال بوده و یا در سطح شناسایی چالش‌ها باقی مانده و سایر فرآیند منتهی به رفع مشکل صورت نمی‌گیرد. در بسیاری موارد یا فعال نمی‌شوند و یا در حد شناسایی مشکلات باقی می‌مانند و به مواخذه، برخورد با مشکلات و رفع آنها منتهی نمی‌گردند (۲۹،۴).

بعد دیگری که در این پژوهش به آن اشاره شد، چالش‌های ساختاری «محتوای احکام» است. از جمله مهم‌ترین این موارد میتوان به فقدان اولویت‌بندی گروه هدف و در نظر نگرفتن مکانیسم اجرایی احکام، فقدان زمان، متولی مشخص و منابع مالی احکام و ایرادات نگارشی و فقدان توجه به بار کلمات اشاره کرد که مرور مطالعات نیز بر این موضوع تاکید داشت (۲۵،۳). در حقیقت باید توجه داشته باشیم که قوانین باید مشکلی را حل نمایند نه اینکه خودشان مشکل آفرین شوند. در موارد بسیاری شاهد بوده‌ایم که ایرادات ساختاری متن احکام موجب مشکلات کوچک و بزرگی شده‌اند. بنابراین توجه به این نکته در تدوین برنامه هفتم توسعه بسیار حائز اهمیت است.

«هماهنگی و هم‌افزایی نهادهای سیاست‌گذار، قانون‌گذار، مجری و ناظر» نکته مورد اهمیت دیگری است که در پژوهش حاضر و مطالعه مهرالحسنی و همکاران مورد تاکید قرار گرفت (۱۳). این هماهنگی می‌تواند در زمینه خواست و اهداف مدنظر این نهادها تعریف شود یا می‌تواند در درک مفاهیم و زبان مشترک

مسئولین و مدیران به اجرای قانون برنامه، شفافیت حکم و تدوین شاخص ارزیابی، تدوین سازوکار نظارت حین اجرای برنامه از سوی نهاد قانون‌گذار در کنار نهاد ناظر پیشنهاد می‌شوند (۳، ۱۳، ۱۸، ۲۵-۲۴).

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر رویکرد متفاوت مطالعات در تدوین نتایج بود که پژوهشگران به منظور کاهش این محدودیت از روش مطالعه مروری از نوع حیطه‌ای استفاده نمودند. از جمله نقاط قوت این مطالعه بررسی جامع مطالعات مربوط به تمامی برنامه‌های توسعه اول تا ششم و ارایه راهکارها در کنار چالش‌های شناسایی شده است. از جمله نقاط ضعف می‌توان به محدودیت مطالعات در این زمینه و فقدان موضوعیت جهت مقایسه با برنامه‌های توسعه سایر کشورها می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

براساس پژوهش حاضر، برخی چالش‌ها در تمام برنامه‌های توسعه اول تا ششم مطرح بودند؛ این چالش‌ها شامل تاثیر انگیزه‌های سیاسی بر قوانین و موضوعات آنها، تعهد پایین دولت‌ها به برخی جنبه‌های برنامه‌های توسعه، تغییرات برنامه‌های سلامت با روی کار آمدن هر دولت و مسلط شدن گرایش سیاسی آن، تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامت در هر دولت، جایگزینی سیاست‌گذاری کوتاه مدت به جای برنامه‌ریزی بلندمدت، استفاده از روش نامناسب برای اجرای برنامه‌ها، تعهد پایین مسئولین به قوانین بودند.

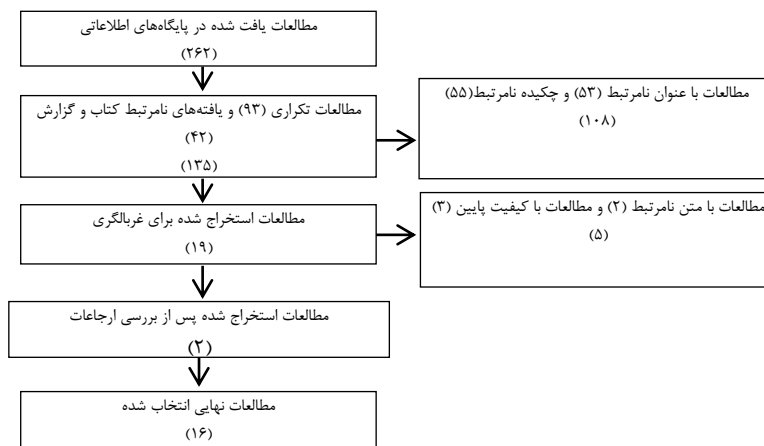
اجرای احکام بخش سلامت برنامه‌های توسعه در کشور با موفقیت همراه نبوده است و لذا شناسایی چالش‌ها و همچنین راهکارهای فایده‌آمیز بر آنها می‌تواند به تدوین، اجرا و در نهایت ارزیابی برنامه‌های توسعه آتی کمک نماید. برنامه‌ریزی و به‌خصوص برنامه توسعه در

حوزه سلامت در رویکرد سیاست‌گذاران در تدوین، نیازمند توجه به روندهای بین‌المللی، انطباق کامل برنامه‌ها با اصول توسعه‌یافتگی، جلوگیری از بی‌ثباتی سیاست‌های سلامت در هر دولت، جامعیت سیاست‌گذاری در برنامه‌ها و اولویت مباحث بنیادی همچون بهداشت می‌باشد. در خصوص سیاست‌گذاران و مسئولین اجرای برنامه‌های توسعه، می‌بایست نقش دولت در تامین سلامت مشخص گردد، گرایش‌های سیاسی را بر تدوین و اجرای برنامه‌ها مسلط ننمایند، به قانون برنامه توسعه متعهد باشند، سیاست‌گذاران و دستگاه‌های اجرایی زبان مشترک داشته باشند و راهنمای سیاست را تدوین نمایند. در زمینه اجرا و تحقق برنامه می‌بایست شاخص‌های مناسب در ارزیابی میزان تحقق برنامه تعریف گردد، سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ارزیابی پیش‌بینی گردد، نهاد قانون‌گذار در کنار نهاد ناظر حضور داشته باشند و برنامه‌ها اولویت‌بندی مشخص داشته باشند. در زمینه تدوین برنامه می‌بایست به انطباق برنامه‌های اجرایی با زیرساخت، متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه برنامه‌ها، متناسب بودن با بودجه، تعدیل فرایند طولانی و فرسایشی تدوین، مشخص نمودن متولی هر برنامه و الزام اجرا در محتوای احکام توجه نمود. در خصوص دیده‌بانی برنامه‌های توسعه باید از موازی کاری گروه‌های نظارتی جلوگیری نمود، دبیرخانه‌ای به‌منظور مسئول برنامه‌ریزی و پایش مشخص نمود، زنجیره ارزشیابی به صورت کامل تدوین و اجرا شود، اهداف عینی و نهایی احکام مشخص گردد و اهمیت و اولویت ارزیابی درونی به ارزیابی بیرونی مورد تاکید قرار گیرد. در خصوص محتوای برنامه‌ها الزامی است دامنه تأثیرگذاری و تأثیر نهایی احکام



در مجموع باید توجه داشت رویکردهای انسان محور توسعه برای سلامت، ارزش فراوانی قائل می‌شود و اعتقاد دارد تا وقتی که یک نظام سلامت کارآمد بر جامعه حاکم نباشد، جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند به اهداف اقتصادی و اجتماعی خود دست یابند. بنابراین با توجه به محوریت انسان در امر سلامت، مباحث و برنامه‌ریزی‌های این حوزه دارای اهمیت بسیار زیادی می‌باشد.

مشخص گردد، اهداف احکام شفاف باشد، وزن احکام و اولویت احکام شفاف باشد، جلوگیری از جزیره‌ای و نقطه‌ای بودن احکام برنامه و تطابق برنامه با اقتضائات مناطق جغرافیایی رعایت گردد و در نهایت اصول برنامه‌ریزی رعایت گردد به طوری که چارچوب و سلسله‌مراتب برنامه‌ریزی مورد تاکید قرار گیرد، اسناد بالادستی، برنامه توسعه و عملیاتی دارای همبستگی باشند، «دستورالعمل اجرایی سیاست» به عنوان حلقه ارتباط سیاست‌های کلی و قانون برنامه در نظر گرفته شود و حمایت مدیران خارج از بخش سلامت و اصول سلامت در همه سیاست‌ها مورد توجه قرار گیرد.



شکل شماره ۱: نمودار غربالگری مرور مطالعات

جدول شماره ۱: خلاصه مرور مطالعات			
نویسنده	برنامه‌های تحت پوشش	روش و سال چاپ	خلاصه یافته‌ها
مه‌ال‌الحسنی، محمدحسین (۱۳)	برنامه‌های اول تا پنجم و سایر اسناد بالادستی ملی و بین‌المللی	به صورت کیفی با مرور اسناد و روش گروه متمرکز؛ سال ۱۳۹۵	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در حوزه تامین مالی نظام سلامت کشور، خلاء قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد.</li> <li>- محدودیت عمده روش اجرا و تعهد به قوانین است.</li> <li>- رفع این چالش‌ها مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا و انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت است.</li> </ul>
جنانی، افشین (۱۸)	برنامه‌های اول تا سوم	مطالعه تطبیقی؛ سال ۱۳۸۲	<ul style="list-style-type: none"> <li>- به رغم رشد کمی اعتبارات بودجه‌ای، شاخص‌ها نشان‌دهنده وضع نامناسب بخش بهداشت و درمان در مقایسه با سایر کشورها است.</li> <li>- راهکارها شامل تعریف شاخص‌های مناسب در ارزیابی میزان تحقق برنامه و پیش‌بینی سازوکار جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز در این زمینه بودند</li> </ul>
وثوق مقدم، عباس (۹)	برنامه پنجم توسعه	به روش کیفی؛ سال ۱۳۹۱	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در آرایه خدمات بهداشتی به ویژه به افراد با درآمد کم، چالش‌های بسیار در کارکردهای تولید، تامین مالی، بسیج منابع و آرایه خدمت وجود دارد.</li> </ul>
زارع، حسین (۱۹)	-	با استفاده از نظرسنجی؛ سال ۱۳۹۲	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اجرای چهارمین برنامه توسعه، موفق به آرایه استراتژی‌های پایدار برای کاهش نابرابری در هزینه‌های بهداشت و درمان نشده است.</li> <li>- سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر باید در اولویت قرار گیرند.</li> </ul>
خدایاری، رحیم (۱۱)	برنامه اول تا ششم	تحلیل محتوا؛ سال ۱۳۹۹	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عدم دستیابی به نتایج مورد انتظار در برنامه‌ها</li> <li>- تکرار همان متن در برنامه بعدی، نشان‌دهنده تعهد پایین دولت به برخی جنبه‌های برنامه‌های توسعه است.</li> <li>- فقدان توجه به روندهای بین‌المللی و موضوعات ارتقا سلامت در برنامه‌ها</li> </ul>
دشمنگیر، لیلا (۸)	-	تحلیل اسناد؛ سال ۱۳۹۹	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در طول برنامه‌های مختلف توسعه، نگرش سیاست‌گذاران به مراقبت سلامت اولیه متفاوت بوده است</li> <li>- تفاوت‌های اساسی در پرداختن به این مساله و نتایج ناشی از آن وجود دارد.</li> </ul>
طیبی، سید جمال‌الدین (۲۰)	برنامه اول تا پایان سال سوم برنامه توسعه دوم	به روش توصیفی؛ ۱۳۷۸	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اجرای ناقص استراتژی اولویت بهداشت بر درمان، تحقق ناقص اهداف کیفی برنامه‌های اول و دوم - انطباق ناقص اقدامات انجام شده با اصول و مفاهیم توسعه و توسعه یافتگی</li> </ul>
ماهر، علی (۲۱)	برنامه اول تا سوم	توصیفی؛ سال ۱۳۸۱	<ul style="list-style-type: none"> <li>- برنامه‌های بهداشتی عمدتاً شامل بخش بهداشت عمومی، درمان، دارو، بیمه درمان و آموزش پزشکی است.</li> <li>- که در برنامه نخست تفکیک مشخصی نداشته ولی در برنامه‌های دوم و سوم کاملاً تفکیک شده‌اند.</li> <li>- به نظر می‌رسد اهداف واحدی با انگیزه‌های سیاسی تعیین شده‌اند.</li> <li>- راهکارها شامل اجرای صحیح اصول برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی منسجم در راستای پیشبرد اهداف بهداشتی در سه رده پیشگیری، درمان و بازتوانی است.</li> </ul>
قاراخانی، معصومه (۲۲)	برنامه‌های اول تا پنجم	روش تطبیقی اسناد؛ سال ۱۳۹۱	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سیاست‌گذاری سلامت در بازه زمانی مورد بررسی ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی این دولت‌ها نیست.</li> <li>- در بعد هزینه سلامت، تأثیر رویکرد دولت بر سیاست‌گذاری سلامت مشاهده نشده است.</li> </ul>
کریمی، سعید (۲۳)	برنامه های سوم و چهارم	به روش مروری؛ سال ۱۳۹۱	<ul style="list-style-type: none"> <li>- روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت توانسته است تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند.</li> </ul>
اخوان بهیمانی، علی (۳)	برنامه‌های اول تا پنجم	به روش تطبیقی؛ سال ۱۳۹۲	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارد و برخی دیگر نیز متولی مشخصی ندارد.</li> </ul>
دماری، بهزاد (۵)	برنامه پنجم توسعه	با استفاده از روش تحلیل اسناد و دیدگاه صاحب‌نظران؛ سال ۱۳۹۸	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اکثر بندهای قانون در مرحله‌ی اول تدوین مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده است.</li> </ul>
جوهری، فاطمه (۷)	برنامه‌های اول تا ششم	تحلیل اسناد؛ سال ۱۳۹۹	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فقدان حد مطلوب جامعیت سیاست‌گذاری</li> <li>- نوسان عناصر مندرج در هر قانون برنامه</li> <li>- ابهام در مورد نقش دولت در تامین سلامت</li> <li>- مسلط شدن گرایش سیاسی بر برنامه‌های سلامت</li> <li>- تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامتی در هر دولت</li> <li>- تنظیم قوانین بصورت مقطعی و مبتنی بر نیاز و اقتضانات یک دوره خاص و در راستای سلیقه سیاست‌گذاران آن دوره</li> </ul>
حمیدزاده اربابی، یوسف (۲۴)	-	نامه به سردبیر؛ سال ۱۳۹۴	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در پنج برنامه توسعه توجه شایسته‌ای به موضوع آموزش بهداشت و ارتقا سلامت نشده است. موارد ذکر شده عمدتاً موضوعات بین‌بخشی بوده و این موضوعات بصورت شفاف و اختصاصی به متخصصین آموزش سلامت تکلیف نشده‌اند.</li> </ul>
سجادی، حمیرا (۶)	برنامه اول تا پنجم توسعه	به روش تطبیقی؛ سال ۱۳۹۵	<ul style="list-style-type: none"> <li>- این مطالعه تأکید می‌کند که موفقیت در اجرای سیاست‌های نظام سلامت و تحقق عدالت اجتماعی منوط به داشتن برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه، حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی) و انجام اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی است.</li> </ul>
نصرت‌نژاد، هدایت‌الله (۲۵)	برنامه‌های اول تا ششم	با استفاده از روش تحلیل محتوا؛ سال ۱۳۹۹	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی درجه الزام اجرای احکام، مشخص بودن متولی احکام، مشخص بودن زمان اجرا احکام و نحوه تامین مالی احکام</li> </ul>

جدول شماره ۲: دسته‌بندی چالش‌ها و راهکارها براساس مرور مطالعات		
محور اصلی چالشها	محور فرعی چالش‌ها	راهکارهای مربوط به هر محور اصلی چالشها
رویکرد تدوین برنامه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فقدان توجه به روندهای بین‌المللی و موضوعات ارتقا سلامت</li> <li>- انطباق ناقص برنامه‌ها با اصول و مفاهیم توسعه و توسعه یافتگی</li> <li>- تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامت در هر دولت</li> <li>- تنظیم قوانین بصورت مقطعی و مبتنی بر اقتضائات یک دوره خاص</li> <li>- فقدان حد مطلوب جامعیت سیاست‌گذاری در برنامه‌ها</li> <li>- فقدان توجه شایسته به آموزش بهداشت و ارتقا سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی</li> <li>- حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی)</li> <li>- اولویت قرارگرفتن سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر</li> <li>- هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی منسجم در سه رده پیشگیری، درمان و بازتوانی</li> </ul>
سیاست‌گذاران و مسئولین اجرا	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ابهام در مورد نقش دولت در تامین سلامت</li> <li>- مسلط شدن گرایش سیاسی بر برنامه‌های سلامت</li> <li>- نگرش متفاوت سیاست‌گذاران به مراقبت سلامت اولیه</li> <li>- تعهد پایین مسئولین به قوانین برنامه</li> <li>- فقدان زبان مشترک سیاست‌گذاران و دستگاه‌های اجرایی</li> <li>- حرکت خلاف جهت سیاست‌های کلی</li> <li>- یکسان نبودن خواست نهادهای سیاست‌گذار، قانونگذار، مجری و ناظر</li> <li>- جزیرهای عمل نمودن نهادهای سیاست‌گذار، قانونگذار، مجری و ناظر</li> <li>- فقدان پاسخگویی و نارضایتی نهادهای برنامه‌ریز، مجری و ناظر</li> <li>- فقدان ثبات مدیریتی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- کفایت حمایت سیاسی</li> <li>- ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا</li> <li>- تعریف واژگان و مفاهیم سیاستی استفاده شده در متن احکام</li> <li>- تدوین راهنمای سیاست</li> <li>- سازوکار هماهنگی دغدغه‌های سیاست‌گذاران و دستگاه‌های اجرایی</li> <li>- یکپارچه نمودن سیاستها و استراتژی‌ها در اسناد بالادستی</li> <li>- تعریف سیاستها و اولویت‌های حوزه سلامت برای دستگاه‌های اجرایی</li> <li>- کفایت و تخصصی نمودن جلسات بین بخشی تدوین برنامه</li> <li>- تدوین سازوکار جلوگیری از تغییر میزان حمایت سیاسی از برنامه‌ها پس از جابه‌جایی مدیران</li> </ul>
اجرا و تحقق برنامه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- توقف برخی بندهای قانونی در مرحله تدوین مستندات تبدیل قانون به اجرا</li> <li>- اجرای ناقص استراتژی اولویت بهداشت بر درمان</li> <li>- تحقق ناقص اهداف کیفی برنامه‌های اول و دوم</li> <li>- فقدان ضمانت اجرایی قوانین</li> <li>- عدم تناسب اختیارات واحدهای اجرایی براساس مقتضیات و دارایی‌ها</li> <li>- میزان بالای تنش و عوامل اصطحکاک‌دهنده برای دستگاه‌های اجرایی</li> <li>- عدم توجه به زیرساخت‌ها و پیش‌نیازها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعریف شاخصهای مناسب در ارزیابی میزان تحقق برنامه</li> <li>- پیش‌بینی سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ارزیابی</li> <li>- تدوین سازوکار الزام مسئولان و مدیران به اجرای قانون برنامه</li> <li>- شفافیت حکم و تدوین شاخص ارزیابی</li> <li>- تدوین سازوکار نظارت نهاد قانونگذار در کنار نهاد ناظر</li> <li>- شفافیت تقدم و تأخر برنامه‌ها</li> </ul>
تدوین برنامه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نوسان عناصر مندرج در هر قانون برنامه</li> <li>- تکرار عیناً قوانین در برنامه‌های مختلف</li> <li>- فقدان قابلیت پیگیری و اجرا از منظر ظرف زمانی</li> <li>- فقدان متولی مشخص در موضوعات بین بخشی</li> <li>- مشخص نبودن نحوه تامین مالی احکام و فقدان پیوست مالی</li> <li>- فقدان الزام اجرا در متن احکام</li> <li>- رویایی بودن تعیین اهداف و ایدال‌گرایی در تدوین برنامه‌ها</li> <li>- فقدان همبستگی برنامه بودجه با برنامه‌های توسعه</li> <li>- چالش‌های فرایند قانونگذاری</li> <li>- دشواری تصویب قوانین و اصرار بر تصویب موضوعات در قانون برنامه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اجرای صحیح اصول برنامه‌ریزی</li> <li>- انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت</li> <li>- وجود برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه</li> <li>- فراهم نمودن بسترهای امکان‌سنجی برنامه‌ها در هنگام تدوین</li> <li>- متناسب‌سازی برنامه‌ها و اهداف با بودجه</li> <li>- تدوین سازوکار نظارت بر همبستگی برنامه‌ها</li> <li>- توجه به هدف اصلی تدوین برنامه و جلوگیری از غرق شدن در فرایند تدوین</li> <li>- سازوکار تعدیل فرایند طولانی و فرسایشی تدوین برنامه</li> </ul>
دیدهبانی برنامه‌ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>- موازی کاری و ناکارآ بودن گروه‌های نظارتی</li> <li>- ضعف نظام دیده‌بانی شاخص‌ها</li> <li>- محدود شدن مفهوم نظارت به بازرسی خارجی</li> <li>- فقدان تجربه‌نگاری ارزیابی برنامه‌های گذشته در تدوین برنامه</li> <li>- فقدان ارائه گزارش‌های منظم و شفاف سالیانه یا شش‌ماهه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شفافیت دبیرخانه مسئول برنامه‌ریزی و پایش</li> <li>- مشخص نمودن زمان، متولی و شاخص برای برنامه‌ها</li> <li>- هماهنگ‌سازی ارزیابی درونی و بیرونی</li> <li>- تدوین سازوکار مدون زنجیره ارزشیابی</li> <li>- لزوم مشخص نمودن اهداف عینی و نهایی احکام</li> <li>- اولویت ارزیابی درونی به ارزیابی بیرونی</li> </ul>
محتوای برنامه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نپرداختن مواد برنامه به مسائل ریشه‌ای نظام سلامت</li> <li>- حجم زیاد و تعدد قوانین حوزه سلامت</li> <li>- تعدد موضوعات و احکام اما بعضاً به‌صورت سطحی (فقدان توجه به محدودیت منابع و لزوم اولویت‌بندی موضوعات)</li> <li>- نادیده گرفتن تولیت وزارت بهداشت برای بخش خصوصی</li> <li>- عدم تطابق برنامه با اقتضائات مناطق جغرافیایی</li> <li>- تضاد ساختاری قوانین برنامه</li> <li>- فقدان پیوستگی احکام در راستای تأمین اهداف و سیاست‌ها</li> <li>- جزیره‌ای و نقطه‌ای بودن احکام برنامه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جلوگیری از تأثیر سیاست بر پرداختن به اولویت‌ها (نادیده گرفتن موضوعات اساسی مثل بهداشت به‌دلیل زمانبر بودن ذاتی)</li> <li>- مشخص نمودن دامنه تأثیرگذاری و تأثیر نهایی احکام</li> <li>- شفافیت در اهداف احکام</li> <li>- عدم تعریف قوانین جدید در صورت کفایت احکام</li> <li>- تعیین جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت</li> <li>- اجرایی‌سازی الگوی آمایش سرزمینی برای حوزه سلامت</li> <li>- یکسان نمودن وزن احکام یا شفافیت اولویت احکام</li> <li>- اولویت‌بندی گروه هدف احکام</li> <li>- همگام‌سازی احکام با پیچیدگی مسائل و تحولات جهانی</li> <li>- پیش‌بینی سناریوها و احتمالات پیش رو برنامه‌ها</li> </ul>
فقدان پیروی از اصول برنامه‌ریزی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فقدان پیروی از چارچوب و سلسله‌مراتب برنامه‌ریزی</li> <li>- فقدان همبستگی اسناد بالادستی، برنامه توسعه و عملیاتی</li> <li>- فقدان پیروی از اصول برنامه‌نویسی (از نظر زمانی و محتوایی)</li> <li>- همراستا نبودن برنامه‌ها</li> <li>- مشخص نبودن وضعیت برنامه‌های بین‌بخشی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پیروی از سیاست‌های کلی سلامت و اسناد بالادستی در برنامه‌ریزی</li> <li>- در نظر گرفتن «دستورالعمل اجرایی سیاست» به‌عنوان حلقه ارتباط سیاست‌های کلی و قانون برنامه</li> <li>- تدوین برنامه‌های عملیاتی بلافاصله بعد از تصویب برنامه</li> <li>- تدوین سازوکار حمایت مدیران خارج از بخش سلامت</li> </ul>

## References

- Nosratinejad F, Basakha M, Sonboli F. Examining Health Related Policies in Development Plans (1 to 6) within the framework of Social Policy. REFAHJ 2021; 20(79):197-228.
- Ramezankhani A and et al. A Review of the Concepts of part 2 of the General Health Policy, announced by the Supreme Leader. 3. Iranian journal of culture and health promotion 2018; 2(2) :149-159.
- Akhavan A. Analytical review of health policies in development plans in IRI. Journal of Medical Council of I.R.I. 2013;31(2):105-112.
- Damari B, Rostamigooran N, Salarianzadeh M H, Malekafzali S. Analysis of Intersectoral Collaboration in the Iranian Health System for Implementing Health in all Policies: Challenges and the Way Forward(This Research was Conducted Before the Covid-19 Pandemic). SJSPH. 2020; 18(1) :1-16.
- Damari B, Heidari A, Adhami B, Vosoogh Moghaddam A. Evaluation of Implementation Laws for health sector in fifth development plan. Hakim Health Sys Res 2019; 22(2): 94- 99.
- Sajjadi H, Abdollahtabar Darzi H, Sam Aram E, TajMazinani A. Health System Developments in the Framework of Development Programs in Iran. REFAHJ. 2019;18(70):31-76.
- Javaheri F, Safari Shali R, Mahdavi kande D. The lack of a comprehensive health policy (As a social problem). Journal of Social Problems of Iran. 2020;11(1):63-87.
- Doshmangir L, Moshiri E, Farzadfar F. Seven decades of primary healthcare during various development plans in Iran: a historical review. Arch Iran Med. 2020;23(5):338-352.
- Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedehe MH, Rostamigooran N, Delavari A, Larijani B. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. Iranian journal of public health. 2013;42(1):42.
- Vahdaninia V, Vosoogh Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. PAYESH. 2018; 17 (6) :631-646.
- Khodayari-Zarnaq R, Kabiri N, Alizadeh G. Health in First to Sixth Economic, Social, and Cultural Development Plans of Iran: A Document Analysis. Journal of Research & Health. 2020; 10(1):1-10.
- Mohamadi E, Olyaeemanesh AR, Takian AHm, Hassanzadeh A, Mobinizadehh MR, Yousefinezhadi T, Mohamadi S. Identification of health indicators to monitor and evaluate the health policies in sixth development five years plan. Hakim Health Sys Res. 2018; 21(3): 242-254.
- Mehrolohasani MH, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezian M, Dehnavieh R, Emami MA review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;10(12):74-84.
- Mashayekh J. Policy Recommendations for Promoting Intellectual Property System in Iran. Science and Technology Policy Letters. 2019;9(2):15-30.
- Grant MJ & Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies, Health Information and Libraries Journal. 2009; 26(2):91-108.
- Crowe M, Sheppard L, Campbell A. Reliability analysis for a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs. J Clin Epidemiol 2012;65(4):375-383.
- Hafeznia MR. An Introduction to the Research Method in Humanities. Tehran:SAMT, 2020.
- Janani A. Examining the performance of government expenditures and budget policies in the health sector. Economic journal 2006; 5(51): 5-26.
- Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984-2010). International journal for equity in health 2014;13(1):1-2.
- Tabibi S. Analysis and evaluation of performance of healthcare systems in terms of their efficiency during two national development plans in Islamic Republic of Iran. jha 2000; 2(5) :1-33.
- Maher A. Measuring Health Sector Performance in National Development Plans. REFAHJ. 2003; 2(8) :121-152.
- Gharakhani M. Government and Health Policy in Iran (1981 to 2009). Journal of Social Science 2013; 61:211-254.
- Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs. Health Inf Manage 2013; 9(7): 1113-1122.
- Hamidzadeh Y, Rezakhani-Moghaddam H. The Status of Health Education and

- Health Promotion in Iran's Five-year Development Plans. *J Educ Community Health*. 2016; 2(4):1-2.
25. Nosratinejad F, Basakha M, Sonboli F. Examining Health Related Policies in Development Plans (1 to 6) within the framework of Social Policy. *refahj* 2021; 20 (79) :197-228.
26. Mostafavi SMH. A review of the national development plans with an emphasis on the sixth plan and compare them with benchmark indexes related to Islamic economics. *micaoi* 2017;6(18):83-103.
27. Koontz H, Weihrich H, Cannice MV. *Essentials of Management-An International, Innovation and Leadership Perspective*. McGraw-Hill Education; 2020.
28. Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the health system: An overview on national development plans 2015; 3(1):77-88.
29. Asgharnia M. Governments' Regulatory Challenges and Requirements in the Field of Health. *Iran J Med Law*. 2016; 10(37): 35-57.