



Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)

[doi:http://dx.doi.org/10.22067/pg.2026.98142.1442](http://dx.doi.org/10.22067/pg.2026.98142.1442)

پژوهشی

واکاوی چالش‌های پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی

محمدباقر قالیباف (استاد، گروه جغرافیای سیاسی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران)

mghalibaf@ut.ac.ir

دکتر عباس احمدی (دانشیار، گروه جغرافیای سیاسی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران)

abbas_ahmadi@ut.ac.ir

محمدعلی کیانی (دکترای جغرافیای سیاسی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران)

keyani@ut.ac.ir

چکیده

نظام سلامت به‌منزله یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کشورداری بهینه؛ به‌تبع از نظام اداری بسیط، با چالش‌های عدیده‌ای مواجه است. شرایط جغرافیایی و منطق ژئوپلیتیکی حاکم بر فضای پیرامونی ایران، ایجاب می‌کند که الگوی نیمه‌متمرکز، به‌مثابه الگوی بدیل حکمرانی، مطمح نظر قرار گیرد. از منظر جغرافیای سیاسی، استقرار الگوی نیمه‌متمرکز، می‌تواند زمینه کارآمدی نظام حکمرانی را فراهم آورد؛ موضوعی که اگر به درستی ادراک نشود، ضمن تولید نارضایتی عمومی، امنیت ملی را مخدوش می‌سازد. الگوی نیمه‌متمرکز، ضمن تفکیک وظایف تولی‌گری و تصدی‌گری، تعادلی هوشمندانه در توزیع فضایی قدرت برقرار می‌کند و از این‌رو، برتری محسوسی در تحقق عدالت فضایی، تضمین کیفیت خدمات، اجرای طرح پزشک خانواده و کاهش هزینه سرانه دارد. این پژوهش کیفی با هدف شناسایی چالش‌های پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت در ایران، انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۳۱ نفر از خبرگان حوزه جغرافیای سیاسی، حکمرانی سلامت و سیاست‌گذاری عمومی گردآوری و با استفاده از روش تحلیل مضمون، تحلیل شدند. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و فرآیند مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. نتایج پژوهش منجر به شناسایی ۸ مضمون اصلی، ۲۹ مضمون فرعی و ۱۷۷ کد شد که بیانگر طیف متنوعی از مسائل و چالش‌هاست. مضامین اصلی شناسایی شده عبارتند از چالش‌های ساختاری و نظام اداری؛ سیاست‌گذاری و اجرایی؛ سیاسی، امنیتی و قانونی؛ همکاری‌های بین‌بخشی؛ اقتصاد سلامت؛ روان‌شناختی و ادراکی؛ فناوری؛ فرهنگ و اجتماعی. یافته‌ها نشان داد اگرچه الگوی نیمه‌متمرکز می‌تواند زمینه کارآمدسازی حکمرانی نظام سلامت را فراهم آورد، اما فقدان اراده سیاسی و ناهماهنگی در سطوح حکمرانی، مانع از اجرای آن شده است.

واژگان کلیدی: جغرافیای سیاسی، کشورداری بهینه، الگوی نیمه‌متمرکز، حکمرانی سرزمینی، حکمرانی نظام سلامت.

مقدمه

کشور^۱، مفهومی بنیادین در جغرافیای سیاسی و امتزاج یافته از مفاهیم سه‌گانه سرزمین، ملت و حکومت است. در این چارچوب، کارکرد اصلی حکومت، تبدیل حاکمیت مشروع به کیفیت زیست مطلوب برای ملت است؛ به‌گونه‌ای که خروجی نهایی این فرآیند در فضای سرزمینی، دستیابی به تعالی در امر کشورداری و کسب حداکثر رضایت عمومی باشد. در این راستا، یکی از وجوه کشورداری بهینه، در نظام سلامت کارآمد تجلی می‌یابد؛ به همین دلیل، میزان موفقیت یا شکست نظام سلامت (چیزی ورای ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های وابسته و تابعه آن)، به صورت مستقیم و عینی، معیاری برای سنجش کیفیت حکمرانی نظام سیاسی کشور، به‌ویژه قوه مجریه است.

گرچه در نگاه اول به نظر می‌رسد، بحران‌های حکمرانی نظام سلامت ارتباطی با جغرافیای سیاسی ندارند، اما باید تأکید کرد که این بحران‌ها در فضای سرزمین رخ می‌دهند، مردم -ساکنان سرزمین- آن را تجربه می‌کنند و حکومت، مسئول حل آنهاست. به بیان دیگر، این بحران‌ها در فضای سرزمین، به‌منزله رکن افقی تشکیل دهنده کشور و بستر اعمال حاکمیت حکومت، رخ می‌دهند؛ بدین سبب در زمره مطالعات نوین کاربردی و توسعه‌ای دانش جغرافیای سیاسی قرار می‌گیرند.

به نظر تورگو^۲ (۱۷۵۱)، جغرافیای سیاسی، دانشی است که نیازهای یک دولت موفق را برای مدیریت کشور تأمین می‌کند. به نظر وی، حقایق جغرافیایی شامل وجوه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی فعالیت انسان، متضمن تعامل انسان با جهان طبیعت است. این نگرش نسبت به جغرافیا، بر خلاف پیشینیان که حتی در اوایل سده بیستم، عمدتاً به تأثیر عوامل فیزیکی بر سیاست توجه داشتند، تأکید دارد (میرحیدر و همکاران، ۱۳۹۲).

ارتباط انسانی-مکانی، باعث شکل‌گیری روابط اکولوژیک می‌شود که به زبان ساده از آن به حق آب و گل تعبیر می‌شود. این پیوند، مبنای فلسفی قدرتمندی برای پدیدار شدن سلسله‌هایی از حقوق تابعیت، شهروندی و نقش‌آفرینی سیاسی انسان در یک فرآیند دموکراتیک است. بر همین اساس، انسان‌ها حق دارند صاحب وطن، خانه و کاشانه باشند؛ حق دارند در تصمیم‌گیری‌های سیاسی و اجتماعی مشارکت جویند و حق دارند رژیم سیاسی و نظام سیاسی تأسیس کنند و در فرآیندهای دموکراتیک نظیر انتخابات مجلس، شورای شهر و ریاست جمهوری مشارکت کنند. از طرف دیگر، آن‌ها حق دارند از ارکان حکومت نظیر قوه مجریه و دستگاه قضائی، نظامی و امنیتی، تأمین حقوق خود را خواستار شوند و تقاضای امنیت جانی، مالی و حیثیتی نمایند (حافظ‌نیا و همکاران، ۱۳۸۹؛ Dehghanpour-Farashah et al., 2025).

1 . State

2 .Turgo

این شبکه اکولوژیک، زایش یک ساختار جغرافیایی-فضایی بهم پیوسته است. هر ساختار جغرافیایی، میزان معتنا بهی از توزیع قدرت را می‌طلبد و بدان معنی است که در واحدهای سیاسی و فضایی کشور، سازمان‌دهی قدرت میان نهادهای حاکمیتی، دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی، خصولتی، تعاونی، مدنی و مردمی چگونه باید باشد. سازماندهی سیاسی فضا، ابزاری بنیادین برای تحقق حکمرانی مطلوب سرزمینی است. این کنش انسان‌ساخت کالبدی، در طیف گسترده‌ای از الگوی تمرکزگرایی بسیط تا غیرمتمرکز، فدرالی و ناحیه‌ای پراکنده است. از این رو مستعد آن است تا زمینه تعالی یا ناکامی سپهر حکمرانی را فراهم آورد، لذا می‌بایست مبتنی بر اقتضائات خاص جغرافیایی-سیاسی هر کشور، طرح‌ریزی و پیاده‌سازی شود.

در یک مطالعه همبست و کل‌نگرانه از جغرافیای سیاسی، حکمرانی و نظام سلامت، فضا فراتر از یک کالبد ایستا، بستری برای کنش و ایفای نقش محسوب می‌شود. این فضا را می‌توان شامل مجموعه‌ای از افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها، نهادها و جریان‌هایی دانست که در قالب مفهومی پویا و همبست از نظام سلامت، تحت راهبری وزارت بهداشت، سازمان‌دهی می‌شوند. به بیان دیگر، جغرافیا به‌منزله ظرف و نظام سلامت، مظلوف آن است؛ به‌گونه‌ای که کارآمدسازی نظام سلامت در بستر فضای جغرافیایی، در پرتو نظام گسترده‌ای از ذی‌نفعان و ذی‌نقشان شکل می‌گیرد. این فرآیند از طریق شبکه‌ای از جریان‌ها و سازوکارهای عملیاتی، متولی سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت، پایش عملکرد و کاربست بازخوردها در سپهر حکمرانی در مقیاس ملی خواهد بود.

با نظر به این سازوکار، دو پیشران امنیت و سلامت، از شاخص‌های کلیدی قدرت ملی و مؤلفه‌های بنیادین تداوم نظم سیاسی محسوب می‌شوند. بر مبنای این گزاره، نظام سلامت از رویکرد بخشی‌نگری عبور کرده و در قالب مسئله‌ای فرابخشی، حاکمیتی و مرتبط با ابعاد امنیت ملی تبیین می‌گردد. به بیان دیگر، تحقق وضعیت مطلوب نظام سلامت ایجاب می‌کند که سپهر حکمرانی از طریق خط‌مشی‌گذاری‌های شواهد‌مبنا، اجرای بهینه و نظارت هوشمند از طریق تکنولوژی‌های دیجیتال (Dehghanpour-Farashah et al., 2026)، رفاه و امنیت کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی را برای ملت (رکن عمودی کشور) در گستره فضای سرزمینی (رکن افقی کشور) فراهم آورد. از این رو، سلامت می‌بایست فراتر از یک موضوع خدماتی، در جایگاه یک ارزش سیاسی فرابخشی، در کانون توجه سپهر حکمرانی و کشورداری قرار گیرد.

در این چارچوب و بر مبنای مفاد ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت (۱۴۰۳-۱۴۰۷)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مقام نماینده دولت و حاکمیت، راهبری نظام سلامت را بر عهده دارد. این وزارتخانه علاوه بر همراستاسازی تمامی ظرفیت‌های مادی و معنوی حوزه سلامت، مسئولیت تثبیت این جایگاه، راهبردی و پاسخگویی نهایی نسبت به عملکرد کلی این منظومه را بر عهده دارد.

تطبیق‌پذیری دولت‌ها با تحولات شتابان جهان امروز به یکی از بنیادین‌ترین چالش‌های مدیریتی تبدیل شده است. در این راستا، توسعه و تعالی نظام اداری به‌منزله رکن محوری دولت‌ها، تعیین‌کننده میزان موفقیت در گذار به ساختارهای تطبیقی است. تجارب کشورهای پیشرو در شرق آسیا، گواه آن است که نوسازی نظام اداری و ارتقای کارایی نهادهای حکمرانی، پیش‌شرط‌های لازم برای دستیابی به توسعه پایدار هستند. در فضای داخلی ایران، به‌رغم اقدامات صورت‌گرفته، نظام اداری کماکان با چالش‌های بنیادین در ابعاد ساختاری و اجرایی دست‌به‌گریبان است. در این راستا، ضعف در معماری ساختارهای اداری، نفوذ متغیرهای سیاسی در نظام حکمرانی، فقدان ارزیابی عملکرد مناسب (دهقان‌پور فراشاه و همکاران، ۱۴۰۴) و افت بهره‌وری سازمانی، از جمله موانع کلیدی به‌شمار می‌روند که پیشروی توسعه ملی را کند نموده است.

چند دهه پس از پایان جنگ جهانی دوم، به‌ویژه از دهه ۱۹۷۰ به بعد، تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که تجربه‌های موفق توسعه، عمدتاً در کشورهایی با نظام اداری کارآمدتر مشاهده می‌شوند. تجربه کشورهای در حال توسعه نیز تأیید می‌کند که سیاست‌های خوب و سرمایه‌گذاری مؤثر، تنها زمانی موفق خواهند بود که در محیطی با نهادهای قوی و حکمرانی کارآمد اجرا شوند. در غیر این صورت، اقدامات توسعه‌ای نه تنها به نتایج مطلوب نمی‌رسند، بلکه گاهی منجر به اتلاف منابع و حتی نتایج معکوس می‌شوند (عجم‌اوغلو و رابینسون، ۱۳۹۲). در همین راستا، نویسنده کتاب توسعه محلی و منطقه‌ای معتقد است که: «نظام اداری، مجموعه‌ای از نهادها، دستگاه‌ها و سازمان‌ها است که اصلاح آن به معنای اصلاح نهادهای قاعده‌ساز و سازمان‌های اجراکننده است و باید عملکرد این نهادها را در جهتی حرکت دهد که به جای تولید انگیزه‌های ضدتوسعه‌ای، انگیزه‌ها و رفتارهای توسعه‌ای ایجاد کنند (رضوی، ۱۳۹۸).

اگر اصلاح نظام اداری را ملزوم تحقق توسعه ملی بدانیم؛ این پرسش مطرح می‌شود که کدام بازیگران، نقش اصلی را در این روند ایفا می‌کنند؟ در کشورهایی مانند ایران، سنت دیوان‌سالاری و دولتمندی قوی است و فرهنگ سیاسی به نحوی اقتضا دارد که دولت، بازیگر اصلی توسعه محسوب می‌شود. این در حالی است که یکی از الزامات انکارناپذیر توسعه و پیشرفت، تکثر بازیگران و مشارکت ذی‌نفعان کلیدی است که این مهم در پهنه پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز به خوبی تجلی می‌یابد.

در خوانشی انتقادی و از منظر تکوین الگوی فضایی، نظام سلامت ایران به تأسی از نظام اداری یکصد ساله اخیر، به شدت متمرکز عمل می‌کند. این تمرکز در سطوح گوناگون، از جمله خط‌مشی‌گذاری، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و نیز تأمین، تخصیص و توزیع منابع و خدمات، مشاهده می‌شود. تمرکز قدرت در ساختار صلب ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عدم مشارکت کافی سایر سطوح نهادی، دانشگاهی،

سازمانی، بین‌بخشی و مردمی، از جمله مصادیق این تمرکزگرایی است که پیامدهای منفی و ناامیدکننده‌ای در پی داشته است.

واگذاری اختیارات و مسئولیت‌ها به نهادهای محلی، امکان تصمیم‌گیری بر اساس نیازهای بومی را فراهم می‌کند. برای اجرای موفق الگوی نیمه‌متمرکز، برنامه‌ریزی دقیق، شکل‌گیری اراده در حکومت مرکزی، ظرفیت‌سازی حکومت محلی و تقویت توان مدیریتی ضروری است. ساختارهای سیاسی-اداری در ایران، با وجود تغییرات فناوری و اجتماعی، به‌روزرسانی نشده و همچنان بر اساس الگوهای دهه‌های گذشته عمل می‌کنند. وزارتخانه‌ها که مسئول تدوین خط‌مشی‌گذاری‌ها و راهبردهای کلان هستند، معمولاً بر فرآیندهای اجرایی واحدهای محلی نیز بیش از حد تداخل دارند. این ادخال وظایف، موازی‌کاری شکننده و عدم پاسخگویی مؤثر، موجب ناکارآمدی و اتلاف منابع در سطح ملی شده است. الگوی متمرکز حکمرانی کنونی، پاسخگوی نیازهای متنوع جامعه، تحولات جمعیتی-بین‌نسلی و بیماری‌های نوپدید نیست. لذا، طراحی الگویی جایگزین برای بازگرداندن رضایتمندی عمومی و پایداری سرزمینی، امری ضروری است.

از منظر جغرافیای سیاسی، الگوی حکمرانی نیمه‌متمرکز در حوزه سلامت، چارچوبی است که در آن توزیع فضایی قدرت بر پایه مفاهیم جغرافیایی طرح‌ریزی می‌شود. این مدل در مختصات جغرافیایی-سیاسی ایران، بازتاب‌دهنده ضرورت ایجاد تعادل میان مرکزیت قدرت سیاسی و توزیع جغرافیایی وظایف و اختیارات در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی است.

مبانی نظری

الگوی نیمه‌متمرکز

الگوی نیمه‌متمرکز، یک سیستم حکومتی است که در میانه الگوی متمرکز و فدرالی قرار می‌گیرد و در آن، اختیارات اداری و حاکمیتی، میان حکومت مرکزی و حکومت محلی تقسیم می‌شود. این الگو، سنتزی هوشمندانه از تمرکزگرایی و فدرالیسم است که با بازتعریف مرزهای صلاحیت مأموریت‌محور، به توزیع فضایی قدرت می‌پردازد. این نظام حکومتی با پرهیز از افراط در تمامیت‌خواهی اداری و تفریط در گسست سیاسی، طیفی لغزان از اختیارات را پدید می‌آورد که نقطه تعادل آن بر اساس الزامات ژئوپلیتیکی، آمایش محیط و امنیت ملی تنظیم می‌گردد. با توجه به بوم، شرایط جغرافیایی و اقتضائات فرهنگی، اجتماعی و سیاسی در ایران، این الگو مناسب‌ترین گزینه برای نظام اداری در سطح کلان و نظام سلامت در سطح تخصصی است. این مدل با ایجاد عدالت فضایی و مدیریت بهینه منابع، پاسخگویی مؤثرتر به نیازهای محلی را تسهیل نموده و از تمرکز قدرت در پایتخت جلوگیری می‌کند. افزون بر این، تعمیم این الگو به سایر

نهادهای مرتبط با نظام سلامت، نظیر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، می‌تواند منجر به افزایش کارآمدی، کاهش نابرابری‌ها، گسترش دسترسی‌ها و بهبود کیفیت خدمات گردد.

نویسنده کتاب تمرکزگرایی و تمرکززدایی در ایران، معتقد است که: «حکمرانی نیمه‌متمرکز، الگویی است که در آن امور حاکمیتی، ذاتاً و قانوناً در اختیار دولت مرکزی و امور محلی، ذاتاً و قانوناً در اختیار دولت محلی است. مدل نیمه‌متمرکز ضمن تأکید بر عدم تفویض امور حاکمیتی به نهادهای محلی، بر واگذاری کلیه امور محلی به نقاط مستمر جمعیتی یعنی شهرها و روستاها تأکید می‌کند و نقش و مشارکت جوامع محلی را در امور محلی مربوطه مورد توجه قرار می‌دهد» (قالیباف، ۱۳۹۶).

در فضای داخلی ایران، به‌رغم اقدامات صورت‌گرفته، نظام اداری کماکان با چالش‌های جدی دست‌به‌گریبان است. در الگوی متمرکز کنونی، تصمیم‌گیری در کلیه امور ملی و محلی، عمدتاً در مرکزیت سیاسی و اداری کشور صورت می‌گیرد و سازمان‌های محلی، نقشی محدود در اداره امور دارند. این رویه که در ایران نیز جاری است، تمرکز قدرت را در حکومت مرکزی تثبیت نموده و سازمان‌های محلی را از داشتن اختیارات و استقلال مؤثر محروم ساخته است. جهت رفع این موانع، اتخاذ الگوی نیمه‌متمرکز راهکاری کارآمد تلقی می‌شود. در این الگو، سازمان‌دهی سیاسی فضا و توزیع فضایی قدرت، زمینه‌ساز تعادل میان تمرکزگرایی مفرط و خودمختاری محلی لجام گسیخته است.

حکمرانی نظام سلامت

مفهوم حکمرانی در تقابل با رویکرد دولت‌محور سنتی، بر اصل بنیادین مشارکت استوار است. این مفهوم به مجموعه‌ای از فرآیندها، ساختارها و مراوده‌های میان بازیگران دولتی، بخش خصوصی و جامعه مدنی اطلاق می‌شود که از طریق آن، به‌صورت مشارکتی تصمیم‌گیری می‌شود و خط‌مشی‌های عمومی شکل می‌گیرند (دهقان‌پور فراشاه و دهقان‌پور فراشاه، ۱۴۰۳). با ابتنا به این مفهوم محوری، مهم‌ترین بعد نظام حکمرانی، ظرفیت‌سازی و ظرفیت‌داری دولت به عنوان بازوی اجرایی حکومت است. بر این اساس، دولت به‌منزله بازوی اجرایی حکومت، می‌بایست ظرفیت و توانایی پاسخگویی مؤثر به نیازهای ملت را داشته باشد و فقدان این گزاره، مشروعیت و مقبولیت آن را دستخوش فرسایش و افول قرار می‌دهد.

الگوی حکمرانی نظام سلامت در هر کشور، تابع مستقیم از نظام سیاسی است و از این رو رابطه معناداری میان این دو برقرار است. تمرکزگرایی سیاسی-اداری نهادینه شده در ایران بر نظام سلامت نیز چیره شده است. حکمرانی نظام سلامت، به عنوان نمود عینی کارآمدی حکومت، پدیده‌ای چندوجهی، چندسطحی، پیچیده و ترکیبی است و از این رو نیازمند همکاری متقابل و تعامل سازنده تمام سازمان‌ها و نهادهای حاکمیتی، دولتی، غیردولتی، مدنی و خصوصی است. سلامت کامل در ابعاد چهارگانه جسمی، روانی، معنوی

و اجتماعی تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر شکل می‌گیرد و مدیریت می‌شود (قالیباف و همکاران، ۱۴۰۳). در چارچوب دولت مدرن و از منظر حقوق متقابل دولت-ملت، نظام سلامت، مسئولیت‌های متعددی بر عهده دارد و پرداختن به آن برای ارزیابی موفقیت عملکرد دولت، ضروری است (کیانی و همکاران، ۱۴۰۳).

حکمرانی سرزمینی

حکمرانی سرزمینی بر سرزمینی‌شدن استانداردها و متناسب با واحدهای سرزمینی مدیریتی بر اساس مشارکت همه بخش‌ها در فرایند تصمیم‌سازی تأکید دارد و هدف از آن رسیدن به توسعه پایدار است (Torre & Traversac, 2011).

حکمرانی سرزمینی، بر پایه تعامل جامع مؤلفه‌های نهادی، اقتصادی و فضایی استوار است تا از این طریق، تحقق توسعه پایدار را میسر سازد. درک ماهیت سرزمین به‌منزله موجودیتی زنده و هوشمند، ضرورتی بنیادین است؛ چرا که واکنش‌های صبورانه اما غیرقابل پیش‌بینی محیط پیرامونی، بر تمامی کنش‌های انسانی اثرگذار است. در این راستا، حکمرانی در و بر سرزمین، موضوعی حیاتی و راهبردی است که ارتقای کیفیت آن، لازمه‌ای در کشورداری بهینه و توسعه پایدار به‌شمار می‌رود. چنین رویکردی، برای حفظ پایداری فضا و تعادل‌های اکولوژیک، در زمره اولویت‌های سپهر حکمرانی است؛ زیرا اثربخشی کلی حکمرانی در تمامی ابعاد، به‌شدت متکی بر عملکرد صحیح حکمرانی سرزمینی است. از آنجا که توسعه جامعه با پایداری محیطی و فضایی گره خورده است، لذا توجه به تاب‌آوری محیطی حائز اهمیت است.

پیشینه پژوهش

قالیباف و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با عنوان «طراحی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت در ایران»، با به‌کارگیری روش‌های ترکیبی (کیفی و کمی) و استفاده از تکنیک تاپسیس، سه الگوی حکمرانی متمرکز، غیرمتمرکز و نیمه‌متمرکز را بر اساس ۳۰ معیار کمی و کیفی از جمله عدالت فضایی، کیفیت خدمات سلامت، دسترسی، فاصله جغرافیایی، اثربخشی برنامه پزشکی خانواده و نقش طب سنتی و مکمل مورد ارزیابی و رتبه‌بندی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که الگوی نیمه‌متمرکز در مقایسه با الگوهای غیرمتمرکز و متمرکز بهینه‌ترین گزینه برای حکمرانی نظام سلامت ایران است. الگوی نیمه‌متمرکز با ایجاد تعادل میان سیاست‌گذاری متمرکز و اجرای غیرمتمرکز، ضمن هماهنگ‌سازی نیازهای محلی با استانداردهای ملی، به بهبود کیفیت، کارایی و عدالت در ارائه خدمات سلامت کمک می‌کند.

کیانی و همکاران (۱۴۰۵) نیز در مقاله‌ای با عنوان «نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران» به واکاوی کیفی کارکردهای این سازمان‌ها در اکوسیستم

شبکه‌ای نظام سلامت با استفاده از روش تحلیل مضمون پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که نقش سمن‌های سلامت از اقدامات امدادی و واکنشی فراتر رفته و در کل چرخه مدیریت بحران جاری است؛ این سازمان‌ها از آمادگی و کاهش خطر پیش از بحران، توانمندسازی جامعه، ارائه پاسخ و مراقبت سلامت‌محور، همکاری نهادی، مشارکت در خط‌مشی‌گذاری، عدالت‌خواهی، اعتمادسازی و پاسخ‌گویی تا یادگیری سازمانی و بازتوانی پس‌بحران نقش‌آفرینی می‌کنند. نتایج این مطالعه تأکید دارد که سمن‌های سلامت در جایگاه شرکای راهبردی حکمرانی نظام سلامت، ضمن توسعه چندجانبه‌گرایی، در افزایش تاب‌آوری، پایداری، عدالت و اثربخشی نظام سلامت در شرایط بحران، تأثیری مؤثر ایفا می‌کنند.

قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «الگوهای حکمرانی نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته جهان: یک مرور سیستماتیک»، با جست‌وجو در پایگاه‌های داده اسکوپوس، گوگل اسکالر و پایمد و با استفاده از روش مرور سیستماتیک، به بررسی الگوهای حکمرانی نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که الگوهای سلسله‌مراتبی سنتی در حل مسائل پیچیده و مواجهه با شرایط عدم قطعیت روزافزون، کارایی خود را از دست می‌دهند و به جای آن، حکمرانی شبکه‌ای به عنوان سبک جدیدی از حکمرانی ظهور کرده است که دولت را به سمت نقش تسهیل‌گر و تنظیم‌گر سوق می‌دهد و مشارکت بازیگران دولتی، خصوصی و جامعه مدنی را در فرایند تصمیم‌گیری ضروری می‌سازد. این پژوهش با شناسایی پیشایندهای حکمرانی شبکه‌ای (ناتوانی دولت، پیچیدگی مسائل، کنشگری مدنی شهروندان و جهانی‌سازی)، مکانیسم‌های داخلی شبکه‌ها (اعتماد، شفافیت، نظارت متقابل، زبان مشترک و پاسخ‌گویی)، الزامات (تغییر نقش دولت، ملاحظات قانونی و فناوری اطلاعات و ارتباطات)، بستر مناسب (رشد نهادهای مدنی، ثبات اقتصادی، رعایت اخلاق و دولت حداقلی) و پیامدهای آن (بهبود خدمات، توسعه همه‌جانبه، تأمین نیازهای عمومی و مشروعیت نظام سیاسی)، بر ضرورت حرکت نظام سلامت ایران از الگوی متمرکز به سمت الگوی نیمه‌متمرکز و شبکه‌ای تأکید می‌کند. این مطالعه همچنین با اشاره به تجربه کشورهای توسعه‌یافته، بر نقش سرمایه اجتماعی، اعتماد و همکاری بین‌بخشی به عنوان عناصر کلیدی در موفقیت حکمرانی نظام سلامت تأکید دارد.

حیات^۱ و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «تحلیل استراتژیک تأمین مالی بیماری‌های واگیر در افغانستان»، با استفاده از روش کیفی و رویکرد تحلیل پدیدارشناسی تفسیری و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۴۹ متخصص نظام سلامت افغانستان، به تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی بیماری‌های واگیر پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مهم‌ترین نقطه قوت، وجود منابع مالی

¹ Hayat

متنوع بین‌المللی برای کنترل بیماری‌های واگیر است، در حالی که ضعف‌های اصلی شامل نبود نظام بیمه سلامت، تخصیص محدود بودجه دولتی به سلامت، سهم بالای پرداخت از جیب (۷۷ درصد)، پراکندگی کمک‌های اهداکنندگان، ظرفیت مدیریتی ضعیف و وابستگی شدید نظام سلامت به کمک‌های خارجی است. این مطالعه همچنین با اشاره به کاهش کمک‌های بین‌المللی پس از تحولات سیاسی ۲۰۲۱، بر ضرورت ایجاد یک نظام مالی پایدار و یکپارچه تأکید می‌کند و راهکارهایی مانند افزایش تخصیص بودجه دولتی، استقرار نظام بیمه سلامت، ادغام تمام منابع مالی بیماری‌های واگیر، خرید استراتژیک خدمات، تقویت مشارکت دولتی-خصوصی و افزایش آگاهی عمومی را پیشنهاد می‌دهد. پژوهش مذکور با استناد به تجربه ایران در پذیرش الگوی نیمه‌متمرکز به‌عنوان گزینه بهینه حکمرانی سلامت، بر نقش تعادل میان سیاست‌گذاری متمرکز و اجرای غیرمتمرکز در بهبود کارایی و اثربخشی تأمین مالی خدمات سلامت تأکید دارد.

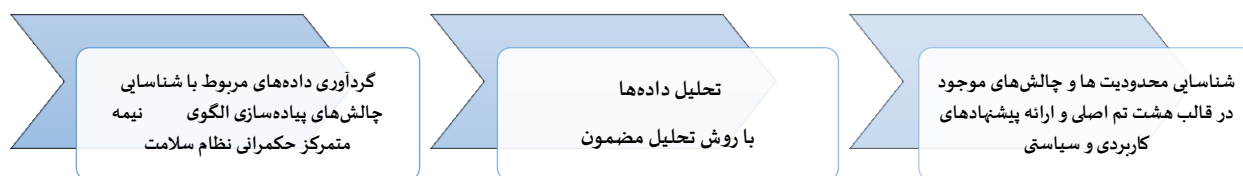
مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان «الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه دلفی»، با به‌کارگیری روش دلفی تعدیل‌شده در دو مرحله و نظرسنجی از ۲۵ نفر از خبرگان حوزه حکمرانی سلامت، به طراحی و اعتبارسنجی مدلی برای تقویت حاکمیت نظام سلامت ایران در شش بُعد ساختار سازمانی، ارتباطات و همکاری بین‌بخشی، قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، تولید و نظارت و ارزشیابی پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ساختار سازمانی وزارت بهداشت بسیار متمرکز و از نوع سلسله‌مراتبی است و پیشنهاد می‌کند که این ساختار به سمت ساختار شبکه‌ای و سپس بازار تغییر یابد؛ همچنین ادغام برخی معاونت‌ها و دفاتر، توسعه ارتباطات با سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای قانون‌گذاری، تدوین برنامه راهبردی و سیاست ملی سلامت، استفاده بیشتر از شواهد در سیاست‌گذاری، تقویت تولید و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، از جمله اقدامات ضروری برای تقویت حکمرانی نظام سلامت ایران است. این مطالعه همچنین بر ضرورت واگذاری اختیار بیشتر به دانشگاه‌های علوم پزشکی و تمرکززدایی از وزارت بهداشت تأکید دارد. با این حال، نقطه مغفول در این پژوهش، عدم توجه به چالش‌ها و موانع عملی تحقق چنین تغییر ساختاری در بافت نهادی ایران است؛ به‌ویژه اینکه چگونه مقاومت ساختارهای اداری بسیط، فقدان اراده سیاسی و ناهماهنگی میان سطوح حکمرانی می‌تواند فرایند گذار به الگوی نیمه‌متمرکز را با اختلال مواجه سازد.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که ادبیات موجود در حوزه حکمرانی نظام سلامت ایران، اغلب بر اثبات برتری الگوی نیمه‌متمرکز به‌عنوان گزینه بهینه متمرکز شده است؛ قالیباف و همکاران (۱۴۰۳) با استفاده از تکنیک تاپسیس برتری این الگو را در مقایسه با الگوهای متمرکز و غیرمتمرکز اثبات کرده‌اند و قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) نیز با مرور نظام مند تجارب کشورهای توسعه‌یافته، بر ضرورت گذار از الگوهای

سلسله‌مراتبی به سمت حکمرانی شبکه‌ای و نیمه‌متمرکز تأکید کرده‌اند. کیانی و همکاران (۱۴۰۵) نیز با واکاوی نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت، بر اهمیت شرکای غیردولتی در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران صحنه گذاشته‌اند. حیات و همکاران (۲۰۲۵) نیز با تحلیل تأمین مالی بیماری‌های واگیر در افغانستان، بر ضرورت تعادل میان سیاست‌گذاری متمرکز و اجرای غیرمتمرکز در بهبود کارایی تأمین مالی تأکید کرده و تجربه ایران در پذیرش الگوی نیمه‌متمرکز را به‌عنوان الگوی بهینه مورد استناد قرار داده‌اند. با این حال، وجه مشترک و مغفول مانده در این پژوهش‌ها، عدم توجه نظام‌مند به چالش‌ها و موانع عملی پیاده‌سازی این الگو در بافت نهادی ایران است. به‌عبارت دیگر، ادبیات موجود بیشتر بر «چرایی» و «چیزی» الگوی نیمه‌متمرکز متمرکز است و «چگونگی» تحقق و موانع پیش‌روی آن را کم‌فروغ گذاشته است. این در حالی است که تجربه اجرای سیاست‌های عدم تمرکز در ایران نشان می‌دهد که فقدان اراده سیاسی، ناهماهنگی در سطوح حکمرانی، مقاومت ساختارهای اداری بسیط، ضعف همکاری‌های بین‌بخشی و موانع قانونی و اقتصادی، همواره به‌عنوان سدهای نهادی در مسیر اجرای چنین الگوهایی عمل کرده‌اند. لذا پژوهش حاضر با تمرکز بر واکاوی چالش‌های پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز از منظر جغرافیای سیاسی و با به‌کارگیری روش کیفی، در صدد پر کردن این شکاف پژوهشی و ارائه تصویری واقع‌بینانه از موانع تحقق این الگو در نظام سلامت ایران است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش کیفی حاضر به لحاظ هدف کاربردی است و با رویکرد استقرایی انجام شده است. داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، گردآوری و با روش تحلیل مضمون، تحلیل شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، هدفمند بوده و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. در شکل (۱) گام‌های فرایند پژوهش آورده شده است.



شکل (۱). گام‌های فرایند پژوهش

به منظور شناسایی پیامدها و راهکارها، با ۳۱ نفر از خبرگان مصاحبه شد. معیار و ملاک انتخاب خبرگان، شناخت و آگاهی کامل نسبت به حکمرانی نظام سلامت، به‌ویژه ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. در این پژوهش در پی اخذ دیدگاه‌های صرف در «بخش سلامت» نبودیم؛ بلکه محدودیت‌ها و چالش‌های پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی «نظام سلامت» را از دیدگاه کارشناسان خبرگان و متخصصان علوم پزشکی، جغرافیای سیاسی، سیاست‌گذاری عمومی، اقتصاد سلامت و مدیریت دولتی بررسی کردیم.

در نهایت پس از انجام ۲۴ مصاحبه، اشباع نظری حاصل شد ولی برای اطمینان از اشباع نظری، مصاحبه‌ها تا شماره ۳۱ ادامه یافت. مصاحبه‌ها با روش تحلیل مضمون، کدگذاری شدند و در نهایت مضامین مرتبط و معانی نهفته داده‌ها شناسایی شدند.

داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با روش کیفی تحلیل مضمون و بر اساس رویکرد (Attride-Stirling, 2001) تحلیل شدند. بر این اساس، یافته‌ها به‌صورت کدها، مضامین سازمان‌دهنده (مضامین فرعی) و مضامین فراگیر (مضامین اصلی) از سخنان مصاحبه‌شوندگان، توسط هر دو پژوهشگر و با نرم افزار MAXQDA دسته‌بندی شدند. در مرحله کدگذاری، مقوله‌ها از سخنان مشارکت‌کنندگان استخراج شدند و پژوهشگران نقش توصیف‌گر داشتند. در مرحله کدگذاری مضامین فرعی، پژوهشگران تا حدی فراتر از توصیف گفته‌های مصاحبه‌شوندگان، به تفسیر معانی کدهای باز، طی مقایسه مستمر بین کدها پرداختند و مضامین فرعی حاصل شدند. در مرحله کدگذاری مضامین فراگیر، پژوهشگران به تفسیر مضامین فرعی پرداختند و کدگذاری در سطح انتزاع بالاتری صورت گرفت تا مضامین فراگیر یا همان مضامین اصلی شناسایی شوند. مصاحبه‌شوندگان به صورت مفصل درباره موانع، محدودیت‌ها و چالش‌های الگوی حکمرانی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت و نیز عوامل گوناگون تأثیرگذار و تأثیرپذیر بر نظام اداری بسیط، صحبت کردند. مشخصات جمعیت شناختی خبرگان پژوهش در جدول (۱) قابل مشاهده است.

جدول (۱). ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

جنسیت		سابقه کار			مدرک تحصیلی			*
زن	مرد	۳۰ >	۲۰-۱۰	۱۰ <	پسا دکتری، فلوشیپ و فوق تخصص	دکتری عمومی و تخصصی	کارشناسی ارشد و MPH	تعداد کل
۸	۲۳	۱۱	۱۶	۴	۱۱	۱۳	۷	۳۱

مدت زمان هر مصاحبه با خبرگان پژوهش از ۵۴ دقیقه تا ۷۳ دقیقه متغیر بود. در جدول (۲) چند نمونه از نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان و کدهای مربوطه آورده شده است.

جدول (۲). شیوه کدگذاری مصاحبه‌ها (منبع: یافته‌های پژوهش)

کد	نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان
تصلب بوروکراتیک و تکوین تمرکزگرایی تاریخی	پدیده وابستگی به مسیر در دیوان سالاری تاریخی نظام سلامت ایران، چنان ریشه دوانده که هرگونه تلاش برای تمرکززدایی با مقاومت ساختارهای ستی روبرو می‌شود در واقع مدیران استانی به جای خلاقیت در حل مسائل بومی، مجری بخشنامه‌های صلب پایتخت هستند و این پیوند ناگسستنی با الگوهای قدیمی مانع اصلی گذار به یک دولت تسهیل‌گر در حوزه بهداشت و درمان شده است.
افتراق میان خط مشی گذاری نظام سلامت و پیاده‌سازی در مقیاس فروملی	شکاف عمیق میان لایه‌های سیاست‌گذاری ملی در ستاد و فرآیندهای پیاده‌سازی در مقیاس فروملی باعث شده تا اسناد بالادستی با واقعیت‌های میدانی مناطق پیرامونی و مرزی همخوانی نداشته باشند. این افتراق ساختاری منجر به نادیده گرفتن تفاوت‌ها و تنوع فضایی و اقلیمی در برنامه‌های اجرایی می‌شود و در عمل کارآمدی نظام سلامت را در سطوح عملیاتی به شدت کاهش می‌دهد.
اولویت یافتن ثبات سیاسی بر کارآمدی نظام اداری	اولویت یافتن ثبات سیاسی بر کارآمدی نظام اداری سبب شده تا تصمیمات فنی و تخصصی در نظام سلامت تحت الشعاع ضرورت‌های کوتاه مدت جناحی و حفظ موازنه قدرت قرار گیرد که انتصابات مدیریتی و توزیع منابع مالی نه بر اساس شواهد علمی بلکه با هدف جلب رضایت بازیگران متنفذ سیاسی و جلوگیری از تنش‌های احتمالی در بدنه دولت صورت پذیرد.
عدم تفکیک وظایف اختیارات و مسئولیت‌های بخش سلامت و نظام سلامت	عدم تفکیک دقیق وظایف میان بخش سلامت و نظام سلامت منجر به ایجاد ناهماهنگی مجموعه‌ای بازیگران ناهماهنگ شده که هر یک بر اساس منافع سازمانی خود عمل می‌کنند. این تعدد مراکز تصمیم‌گیر و تداخل وظایف میان وزارتخانه‌های درگیر در امر سلامت عمومی و سازمان‌های وابسته و تابعه آنان، مانع از شکل‌گیری یک حکمرانی شبکه‌ای منسجم می‌شود و در نهایت پاسخگویی اجتماعی را در مواجهه با چالش‌های سلامت عمومی تضعیف می‌کند.
مقاومت بدنه کارشناسی در برابر تغییرات ساختاری و تمرکززدایی	ترس از دست دادن اقتدار و منافع مکتسبه در مرکز باعث شده تا بدنه کارشناسی وزارتخانه در برابر هرگونه تغییر در جهت تمرکززدایی مقاومت پنهان نشان دهد. این لایه از مدیران و کارشناسان با تمایل به حفظ وضع موجود مانع از بلوغ سازمانی و تفویض اختیار به سطوح محلی می‌شوند؛ زیرا هرگونه توزیع قدرت را تهدیدی برای جایگاه بوروکراتیک خود می‌دانند.
استقرار الگوی حکمرانی داده و غلبه نگاه مالکیت محور	عدم هوشمندسازی و فقدان یک پروتکل واحد برای حکمرانی داده در سطوح ملی و فروملی باعث شده تا سامانه‌های اطلاعاتی نظام سلامت به صورت جزیره‌ای عمل کرده و از تبادل هوشمند اطلاعات باز بمانند. این نگاه مالکیت‌محور به داده‌های سلامت توسط سازمان‌های مختلف، مانع تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در مناطق می‌شود و به دلیل نبود استانداردهای یکپارچه برای بخش دولتی و خصوصی، فرآیند نظارت بر عملکرد نظام سلامت را در لایه‌های محیطی با انسداد جدی روبرو کرده است.
ناپایداری منابع مالی نظام سلامت	شکست مزمن در تحقق سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و ناپایداری منابع مالی در

و عدم تخصیص کارآمد	برنامه‌های توسعه و غلبه نگاه هزینه‌ای در اسناد بودجه‌ای منجر به شکل‌گیری یک ناپایداری عمیق در منابع مالی نظام سلامت شده است. این وضعیت بحرانی با ایجاد انحراف در اهداف کلان عدالت در سلامت و کاهش توان خرید راهبردی خدمات، قدرت نوسازی ساختاری را از متولیان سلب کرده و توازن میان الزامات قانونی و واقعیت‌های اجرایی را از بین برده است که نتیجه آن استمرار ناترازی‌های مالی و انباشت مطالبات در لایه‌های مختلف سیستم به جای حرکت به سمت پایداری اقتصادی و ارتقای کیفیت خدمات ملی است.
نبود پیوست فرهنگی و اجتماعی قوی و ضعف در اقناع عمومی و جلب مشارکت	ضعف در اقناع عمومی و جلب مشارکت داوطلبانه در استقرار طرح های ملی در نظام سلامت (همچون اجرای طرح پزشک خانواده و یا پوشش نه به تصادف) باعث شده که این طرح های در اجرا شکست بخورند. به طو رمثال، فقدان پیوست‌های فرهنگی و اقناعی برای تبیین مزیت‌های راهبردی نظام ارجاع باعث شده تا طرح پزشکی خانواده در ذهنیت اجتماعی نه به عنوان یک حق شهروندی بلکه به مثابه یک محدودیت اداری برای دسترسی به خدمات تخصصی قلمداد شود. این عدم اقناع عمومی و نادیده گرفتن لزوم مشارکت فعالانه جوامع محلی در فرآیند تصمیم‌سازی منجر به مقاومت عملی در برابر تغییر رفتار سلامت شده است. در نهایت با فرسایش اعتماد متقابل میان سیاست‌گذاران و گیرندگان خدمت، کارکرد حکمرانی نظام سلامت را با چالش مواجه کرده است.

در پژوهش کنونی، از معیارهای اعتمادپذیری گوبا و لینکلن برای ارزیابی کیفیت پژوهش یا اعتمادپذیری استفاده شد. اعتمادپذیری به وضعیتی اشاره دارد که پژوهشگر مخاطبان خود را قانع می‌کند که نتایج و یافته‌های ارزشمند است (Guba & Lincoln, 1994). در این پژوهش کیفی به منظور ارزیابی کیفیت داده ها از معیارهای اعتبارسنجی پژوهش کیفی گوبا و لینکلن که عبارتند از باورپذیری^۱، تأییدپذیری^۲، اطمینان پذیری^۳ و نیز انتقال‌پذیری^۴، استفاده شد. باورپذیری، اشاره به اقناع کننده‌بودن نتایج و یافته‌های پژوهش دارد. تأییدپذیری، اشاره به این دارد که نتایج پژوهش مبتنی بر داده‌ها باشند. اطمینان‌پذیری، اشاره به توانایی ابزار پژوهش در کسب نتایج سازگار و توانایی شناسایی جایی که داده‌ها از آن گردآوری شده‌اند دارد. انتقال‌پذیری، به کاربردی بودن یافته‌های پژوهش و تعمیم آن به محیطی دیگر دارد (محمدپور، ۱۳۹۷). در جدول (۳) خلاصه اقدامات صورت گرفته برای اطمینان از اعتمادپذیری و کیفیت پژوهش در هر معیار گوبا و لینکلن آورده شده است.

جدول (۳). اعتمادپذیری از منظر پژوهش‌های کیفی (منبع: یافته‌های پژوهش)

اقدامات پژوهشگران	ابعاد اعتبارسنجی
-------------------	------------------

- 1 . Credibility
- 2 . Confirmability
- 3 . Dependability
- 4 . Transferability

ارائه نتایج به مصاحبه‌شوندگان و اخذ نظر آنان	باورپذیری
تأیید مصاحبه‌های پیاده‌سازی شده و کدگذاری‌ها توسط مصاحبه‌شوندگان	تأییدپذیری
تشریح فرآیند گام به گام انجام کار و اخذ تأییدیه از خبرگان پژوهش محاسبه ضریب پایایی هولستی ۱ (۱۹۶۹)؛ پایایی بازآزمون (۸۸٪) و بین دو کدگذار (۷۹٪) (Dehghanpour-Farashah et al., 2025)	اطمینان‌پذیری
مقایسه نتایج به‌دست آمده از مصاحبه‌ها با یافته‌های حاصل از مرور ادبیات	انتقال‌پذیری

۱. یافته‌های پژوهش

فرآیند تحلیل مضمون، پس از بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها و استخراج مفاهیم کلیدی به شناسایی ۱۷۷ کد، ۲۹ مضمون فرعی و ۸ مضمون اصلی انجامید. فرآیند تبدیل کدها به مضامین فرعی و سپس مضامین اصلی در جدول (۴) ارائه شده است. این مضامین، یک منظومه به‌هم‌پیوسته از موانع و چالش‌های پیش‌روی پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت در ایران را ترسیم می‌کنند که نشان‌دهنده ماهیت همبست، چندسطحی، ترکیبی و تجمعی اثرات عدم توزیع فضایی قدرت بر کیفیت حکمرانی نظام سلامت هستند.

جدول (۴). مضامین اصلی و فرعی و کدهای مربوط به چالش‌های پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت

مضامین اصلی	مضامین فرعی (سازمان‌دهنده)	کدهای استخراج شده از مصاحبه‌ها
۱. چالش‌های ساختاری و نظام اداری	۱. تصلب بوروکراتیک و تمرکزگرایی تاریخی	۱. انعطاف‌ناپذیری و تکوین تمرکزگرایی تاریخی در نظام اداری ایران
		۲. پیچیدگی فرآیندهای بوروکراتیک نظام سلامت و بخش سلامت
		۳. ساختار یکپارچه و بسیط نظام حقوقی و سیاسی-اداری کشور
		۴. ساختار عمودی و صلب در ستاد وزارتخانه و سازمان‌های وابسته و تابعه
		۵. وجود پدیده وابستگی به مسیر در دیوان‌سالاری تاریخی نظام سلامت
		۶. عدم آمادگی نظام سلامت برای گذار از دولت دیوان‌سالار به دولت تسهیل‌گر
		۷. غلبه بخشی‌نگری و نگاه وظیفه‌ای-پروژه‌ای به جای نگاه فرآیندی
		۸. ناهماهنگی میان اسناد بالادستی و آیین‌نامه‌های اجرایی در سطوح مختلف
		۹. محدودیت اختیارات استانی در برقراری تعاملات فرامرزی و اعمال دیپلماسی سلامت
	۲. تعدد مراکز تصمیم‌گیر و موازی‌کاری نهادها	۱. تعدد مراکز تصمیم‌گیر درون و برون بخشی در حوزه سلامت
		۲. تداخل وظایف میان ستاد وزارتخانه، دانشگاه‌ها و سازمان‌های وابسته و تابعه
		۳. تعدد شوراهای عالی و تداخل آرای میان‌بخشی در نظام سلامت
		۴. فقدان تناسب اختیارات تفویض‌شده با مسئولیت‌های واگذار شده
		۵. عدم شفافیت در اختیارات و مسئولیت‌های هیئت امنای دانشگاه‌ها
		۶. تضاد منافع در ساختار نظارتی مدیران بخش سلامت و بخش خصوصی

¹ Holsti's Coefficient of Reliability

۲. چالش‌های حکمرانی، خط‌مشی‌گذاری و اجرایی	۷. خلأهای ساختاری در استقرار حکومت محلی	۱. فقدان حکومت محلی قدرتمند در ساختار سیاسی-اداری فضا
		۲. تمرکز نهادهای تصمیم‌گیر و تخصیص‌دهنده منابع در پایتخت
		۳. ضعف در مستندسازی تجارب مدیریتی در انتقال قدرت محلی
		۴. ضعف در ساختار تشکیلاتی واحدهای تابعه پیرامونی و دور از مرکز
		۵. فقدان واحد مستقل برای دیپلماسی سلامت در دانشگاه‌های مرزی
		۶. خلأ نهادهای میانجی بین دولت مرکزی و سطوح محلی و نهادهای مدنی
		۷. محدودیت‌های ناشی از تمرکز در قانون‌گذاری و نبود پارلمان محلی اثرگذار
	۸. فقدان الگوهای حکمرانی بومی	۱. فقدان سیاست‌نامه ملی حکمرانی نظام سلامت در ایران
		۲. ابهام در تعریف دقیق و حدود و اختیارات الگوی نیمه‌متمرکز در قوانین
		۳. فقدان مدل آزمایشی اجرای الگوی نیمه‌متمرکز در سپهر حکمرانی سلامت
		۴. نبود الگوی تعالی‌بخش بومی‌سازی شده در سپهر حکمرانی نظام اداری نیمه‌متمرکز
		۵. عدم تفکیک دقیق وظایف و اختیارات تولی‌گری و تصدی‌گری در نظام سلامت
		۶. خلأ مدل‌های تعالی‌بخش در بومی‌سازی نظام اداری نیمه‌متمرکز سلامت
	۷. شکاف در فرآیندهای خط‌مشی‌گذاری و اجرایی	۱. غالب بودن پارادایم مدیریت بحران بر حکمرانی ریسک در نظام سلامت
		۲. عدم انسجام میان خط‌مشی‌گذاری‌های بخش سلامت با برنامه‌های اقدام و اجرا
		۳. افتراق میان خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت و پیاده‌سازی در مقیاس فروملی
		۴. عدم تناسب اعمال تعرفه و مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت جامعه
		۵. گرایش به یکسان‌سازی خدمات بدون توجه به تفاوت‌های اقلیمی و بومی
		۶. نادیده گرفتن تفاوت‌های اپیدمیولوژیک مناطق جغرافیایی کشور در برنامه‌ها
		۷. عدم اقتدار و مقبولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مقام متولی و راهبردارش نظام سلامت در جهت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد
	۸. ضعف در سیستم‌های نظارتی، پایش و ارزیابی	۱. ضعف در سیستم‌های پایش، ارزشیابی و ارزیابی هوشمند
		۲. تشریفاتی بودن تکالیف و راهبردهای مدیریت عملکرد (کارکنان، مدیران و دستگاه)
		۳. فقدان اطلس بومی مخاطرات جغرافیایی در برنامه‌ریزی‌های کلان ملی و استانی
		۴. ضعف در بازخوردگیری و کاربست نتایج برخاسته از سطوح عملیاتی و اجرایی
		۵. ضعف حکمرانی مشارکتی و چیره شدن مکانیزم‌های سلسله‌مراتبی
		۶. نفوذ نهادها و گروه‌های ذینفع خاص در تصمیمات و برنامه‌های نظام سلامت

۳. چالش‌های سیاسی، امنیتی و قانونی	۹. اعمال فشار و مداخله بازیگران سیاسی و متنفذین محلی	۱. رویکرد سیاسی به توزیع تخت‌های بیمارستانی و تجهیزات پزشکی ۲. تأسیس شهرستان‌های جدید بدون تأمین زیرساخت‌های مورد نیاز سلامت ۳. فشار متنفذین محلی برای تغییر در اولویت‌بندی فضاها و سلامت ۴. تأثیر روابط خویشاوندی و رانتهی در استخدام‌های شرکی بیمارستان‌ها ۵. تضاد میان مطالبات پوپولیستی سیاسی و نظام سطح‌بندی خدمات سلامت ۶. فشار گروه‌های سیاسی در انتصابات ملی و استانی و توزیع منابع
	۱۰. ملاحظات امنیتی ناشی از توزیع فضایی قدرت	۱. غلبه نگاه امنیتی به مقوله تمرکززدایی در مناطق پیرامونی و مرزی ۲. ترس ناشی از شکل‌گیری کانون‌های قدرت محلی رقیب برای دولت مرکزی ۳. ملاحظات امنیتی و ترس از واگرایی منطقه‌ای در صورت توزیع فضایی قدرت ۴. وجود خلاءهای نهادی در توزیع فضایی قدرت در سطوح منطقه‌ای و استانی ۵. بحران مشروعیت و مقبولیت ناشی از اتخاذ تصمیمات بهداشتی مثل قرنطینه
	۱۱. خلاءها و پیچیدگی‌های حقوقی در تفویض اختیارات حاکمیتی	۱. خلاء قانونی در واگذاری اختیارات حاکمیتی به پارلمان‌های محلی ۲. چالش‌های حقوقی و قضایی در فرآیند برون‌سپاری خدمات حاکمیتی ۳. محدودیت‌های ناشی از تمرکز در قانون‌گذاری و فقدان پارلمان محلی کارآمد ۴. ابهام در تنفیج قوانین و مقررات برای صیانت از حقوق نهادهای محلی ۵. نبود حمایت قانونی قوی از تصمیم‌گیران محلی و عدم ضمانت اجرایی مصوبات ۶. نبود مصونیت قانونی برای مدیران تحول‌خواه در مواجهه با ساختارهای قدرت ۷. فقدان تشکلهای صنفی قوی برای صیانت از مدیران در برابر نهادهای قدرت
	۱۲. ناپایداری در سیاست‌های کلان ناشی از تغییر دولت‌ها	۱. اولویت یافتن ثبات سیاسی بر کارآمدی نظام اداری ۲. ناپایداری سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای با تغییر دولت‌ها و وزرا ۳. تضاد میان اهداف کوتاه‌مدت سیاسی و برنامه‌های بلندمدت سلامت ۴. غلبه رویکردهای سیاسی و جناحی بر تصمیمات فنی و تخصصی ۵. چالش پایداری سیاسی مدیران محلی در مواجهه با تغییرات دولت مرکزی ۶. تأثیر نوسانات و تنش‌های سیاسی بر تداوم اجرای اسناد توسعه پایدار استانی ۷. خلأ در قوانین حمایت از سرمایه‌گذاری خارجی در سلامت استانی ۸. عدم اجماع راهبردی دولت‌ها برای پابندی به نقشه راه نظام سلامت

۴. چالش‌های سازمانی و همکاری‌های بین‌بخشی	۱۳. ناهماهنگی در تعاملات افقی و عدم پاسخگویی	۱. عدم تمایل و هماهنگی سازمان‌های بیمه‌ای تکمیلی در سطح محلی ۲. نبود پیوند ساختاری میان بهداشت محیط، محیط‌زیست و شهرداری‌ها ۳. ضعف در یکپارچه‌سازی خدمات سلامت با رفاه اجتماعی در سطح محلی ۴. ضعف تعاملات و عدم هماهنگی درون‌بخشی در ارکان نظام سلامت ۵. تعارض منافع سازمانی در نهادهای متکثر تصمیم‌گیر و مجری در نظام سلامت ۶. وجود ضعف در عملکرد و پاسخگویی اجتماعی در استان‌ها ۷. فقدان سازوکارهای نظارت مردمی بر عملکرد مدیران محلی ۸. شکاف میان مدل حکمرانی شبکه‌ای و ساختار سلسله‌مراتب در بخش سلامت ۹. نبود پیوند نظام‌مند میان دانشگاه و صنعت در قطب‌های منطقه‌ای
	۱۴. چالش‌های برون‌سپاری و ضعف مدیریت مشارکتی با سایر ذی‌نفعان	۱. نبود الگوهای مشارکت کارا و اثربخش با نهادهای غیردولتی و مردمی ۲. ضعف در سازوکارهای نظارتی پس از واگذاری خدمات به بخش غیردولتی ۳. تضاد منافع میان مدیران بخش دولتی و بخش خصوصی و غیردولتی ۴. ناتوانی در برون‌سپاری واقعی و تبدیل شدن خصوصی‌سازی به خصوصی‌سازی ۵. ضعف در مشارکت‌دهی نهادهای صنفی و تخصصی در سطوح منطقه‌ای و فروملی ۶. فقدان مدل کارآمد در وزارت بهداشت برای استفاده از ظرفیت شرکای اجتماعی ۷. عدم تبیین نقش ارکان نظام سلامت جهت ارتقای تاب‌آوری در مواجهه با بحران‌ها ۸. عدم سازوکار نظام‌مند در میان بازیگران و ذی‌نقشان اکوسیستم نظام سلامت ۹. عدم تفکیک وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های بخش سلامت و نظام سلامت
۵. چالش‌های اقتصاد سلامت	۱۰. بی‌عدالتی در بازتوزیع منابع	۱. توزیع ناعادلانه منابع در مناطق جغرافیایی کشور ۲. کم‌توجهی به مکانیزم‌های عدالت توزیعی در بازگشت درآمدهای استانی به استان‌ها ۳. انحراف در تخصیص اعتبارات یک درصد مالیات بر ارزش افزوده در مناطق محروم ۴. نابرابری فضایی در توزیع زیرساخت‌های ناشی از اقتصاد رانتی و مرکزگرا ۵. عدم انطباق ساختار بودجه‌ریزی با واقعیت‌های جغرافیایی و نیازهای سرزمینی ۶. ناپایداری بودجه برای نوسازی بافت‌های فرسوده بهداشتی در شهرستان‌ها
	۱۱. موانع جذب و نگهداشت بهینه سرمایه‌های خارجی و بخش غیردولتی	۱. فقدان سیاست‌نامه ملی سلامت و کاهش انگیزه سرمایه‌گذاری بخش خصوصی ۲. ضعف در جذب فاینانس‌های بین‌المللی برای قطب‌های درمانی ۳. فقدان چارچوب مشارکت عمومی خصوصی محلی ۴. تمایل دولت و وزارت بهداشت به توسعه خدمات در بخش دولتی ۵. ضعف در جذب منابع خیرین در سطوح ملی و محلی ۶. وجود چالش‌های مالیاتی در قراردادهای برون‌سپاری محلی

۱. چالش‌های روان‌شناختی، ادراکی و مهارتی	۱۲. بودجه‌ریزی سنتی و مبتنی بر چانه‌زنی در تخصیص اعتبارات	۱. غلبه برنامه‌ریزی بخشی بر برنامه‌ریزی منطقه‌ای در تخصیص بودجه
		۲. ترس از کاهش کنترل مرکز بر منابع مالی واحدهای تابعه استانی
		۳. عدم شفافیت در نحوه تخصیص و توزیع اعتبارات خارج از شمول به مناطق
		۴. ناهماهنگی میان تخصیص اعتبار و نیازهای فصلی مناطق به‌ویژه در اپیدمی‌ها
		۵. عدم توجه دقیق به بایسته‌های اقتصاد سلامت در نظام برنامه و بودجه
		۶. غلبه نگاه هزینه‌ای به سلامت به جای رویکرد سرمایه‌ای در نظام سلامت
		۷. فقدان سازوکار انتقال و توزیع منابع بر اساس راهبردهای کلان آمایش سرزمین
	۸. عدم استقلال دانشگاه‌ها و ناپایداری منابع مالی	۱. فقدان زیرساخت‌های درآمدزایی پایدار محلی و عدم استقلال مالی دانشگاه‌ها
		۲. بدهی انباشته سنگین ستاد وزارت بهداشت و بیمه‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی
		۳. نبود مکانیزم‌های مالیاتی محلی در سهم استان‌ها از مالیات بر ارزش افزوده
		سلامت
		۴. چالش پایداری منابع مالی اختصاصی دانشگاه‌ها در مواجهه با نوسانات تعرفه‌ای
		۵. نوسانات ارزی و تأثیر مستقیم آن بر پروژه‌های عمرانی سلامت در استان‌ها
		۶. نقصان در ارائه مدل‌های بیمه‌ای و نظام مکمل پرداخت
		۷. چالش‌های مدیریت تقاضاهای القائی برای کنترل هزینه‌های غیرضرور
		۸. ناکارآمدی الگوی خودگردانی مالی در بیمارستان‌های محلی
۱. چالش‌های روان‌شناختی، ادراکی و مهارتی	۹. بحران شایستگی‌های مدیریتی	۱۰. ضعف در مهارت‌های مذاکره و تعامل بین‌بخشی در لایه‌های مدیریتی میانی
		۱۱. فقدان بانک اطلاعاتی دقیق از شایستگی‌های مدیران در سطوح منطقه‌ای
		۱۲. نبود پیوند میان آموزش‌های آکادمیک و نیازهای واقعی نظام سلامت در مناطق
		۱۳. غلبه نگاه درمان‌محور بر نگاه سلامت‌محور در تربیت نیروی انسانی
		۱۴. عدم بلوغ سازمانی و ظرفیت اداره و حکمرانی در زیست‌بوم نظام سلامت
	۱۵. توزیع نامناسب و ناعادلانه سرمایه انسانی	۱. مهاجرت نخبگان سلامت از پیرامون به مرکز یا خارج از کشور
		۲. توزیع نابرابر و ناکافی پزشکان عمومی و متخصص در پهنه سرزمین
		۳. کم‌توجهی به جذب نیروهای بومی و ماندگاری آن‌ها در مناطق مرزی
		۴. ناکارآمدی مکانیزم‌های الزام‌آور و حمایتی در طرح تعهد خدمت مناطق محروم
	۱۶. مقاومت در برابر تغییرات ساختاری	۱. ترس از تغییر و عدم وجود انگیزه کافی برای ایجاد تغییرات بنیادین در نظام سلامت
		۲. مقاومت بدنه کارشناسی در برابر تغییرات ساختاری و تمرکززدایی
		۳. فقدان باور به کارکرد تخصص‌های میان‌رشته‌ای در ساختار سنتی طبقه بندی مشاغل
		۴. تمایل به حفظ وضع موجود و عدم توجه به اقتضائات مناطق جغرافیایی
		۵. مقاومت در برابر استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در بخش سلامت

	۶. ضعف در نظام‌های انگیزشی و حمایتی از مدیران محیطی	۱. فقدان نظام تشویق و تنبیه کارآمد برای نگهداشت نیروی انسانی مجرب ۲. احساس تبعیض، بی‌انگیزگی و ادراک بی‌عدالتی عمومی در دانشگاه‌ها ۳. عدم توانایی دانشگاه‌ها در جذب و نگهداشت استعداد‌های مدیریت حرفه‌ای ۴. فرسودگی شغلی ناشی از گرانبازی نقش در واحدهای محیطی پرتنش مناطق ۵. نبود مکانیزم‌های صیانت از مدیران تحول‌خواه محلی در برابر فشارهای سیاسی
چالش‌های فناوری اطلاعات و سلامت دیجیتال	۶. ضعف در تحلیل داده و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد	۱. ضعف در فرهنگ استفاده از داده در سیاست‌گذاری نظام سلامت ۲. عدم دسترسی مدیران محلی به داشبوردهای مدیریتی برخط برای تصمیم‌گیری ۳. ضعف آگاهی برای کاربرست علوم داده و هوش مصنوعی در اکوسیستم نظام سلامت ۴. ناهماهنگی داده‌های ثبت شده در سامانه‌ها با واقعیت‌های میدانی ۵. محدودیت دسترسی به سامانه‌ها ستاد وزارت بهداشت برای پژوهشگران محیطی
	۶. نابرابری در زیرساخت‌های سخت‌افزاری و دسترسی دیجیتال	۱. ضعف در زیرساخت‌های فناوری اطلاعات در مناطق دورافتاده و مرزی ۲. شکاف دیجیتال عمیق میان استان‌های برخوردار و استان‌های محروم ۳. نبود زیرساخت‌های لازم برای توسعه تله‌مدیسین و خدمات سلامت از راه دور ۴. هزینه‌های بالای اینترنت و پهنای باند برای مراکز روستایی ۵. اختلال در ثبت داده‌ها به دلیل قطعی مکرر برق در برخی مناطق ۶. توزیع نامتوازن تکنسین‌ها برای پشتیبانی از زیرساخت‌های سخت‌افزاری و شبکه‌ای
	۷. عدم یکپارچگی سامانه‌ها و جزیره‌ای بودن حاکمیت داده‌ها و اطلاعات	۱. ناهماهنگی و عدم اتصال سامانه‌های داده‌ای میان وزارتخانه‌های مرتبط با امر سلامت ۲. فقدان نظام یکپارچه و هوشمند اطلاعات سلامت در سطح منطقه‌ای ۳. فقدان استانداردهای واحد برای تبادل داده میان بخش دولتی و خصوصی در مناطق ۴. عدم استقرار الگوی حکمرانی داده و غلبه نگاه مالکیت‌محور بر نگاه اشتراک‌گذاری ۵. چالش‌های مربوط به امنیت داده و حریم خصوصی در اشتراک اطلاعات بین سازمانی
	۶. موانع و محدودیت‌های پذیرش ابزارهای نوین نظارتی	۱. مقاومت در برابر استقرار پرونده الکترونیک سلامت با هدف اجتناب از نظارت متمرکز ۲. مقاومت در برابر شفافیت داده‌ای به دلیل ترس از نظارت مرکز ۳. شکاف دیجیتال مهارتی میان نسلی در بدنه اجرایی و عملیاتی نظام سلامت ۴. عدم اراده نهادهای برای گذار از لایه الکترونیکی به لایه هوشمند در حکمرانی داده

	۷. خلاءهای قانونی و ابهامات حقوقی در سلامت دیجیتال	۱. ابهامات حقوقی در پذیرش امضای الکترونیک و استنادپذیری مدارک دیجیتال ۲. مسئولیت‌های مدنی و کیفری در سلامت دیجیتال ناشی از خطاهای پزشکی یا نقص فنی ۳. ابهام در مالکیت حقوقی داده‌های سلامت و نقص در قوانین صیانت از حریم خصوصی ۴. نبود چارچوب تعیین مسئولیت در بکارگیری هوش مصنوعی و الگوریتم‌های نوین
۸. چالش‌های فرهنگی و اجتماعی	۸. تعارض تعلقات سنتی با سیاست‌های آمایشی و تمرکززدایی	۱. ارجحیت تعلقات قومی و قبیله‌ای در اولویت‌بندی‌های سلامت در برخی مناطق ۲. تأثیر باورهای سنتی بر پذیرش یا مقاومت در برابر سیاست‌های بهداشتی نوین ۳. تضاد میان ارزش‌های بومی و الگوهای مدیریت مدرن و ساختارهای اداری وارداتی ۴. تأثیر فشارهای اجتماعی بر تصمیمات فنی سلامت در سطح استان‌ها
	۹. ضعف در سواد سلامت و مشارکت آگاهانه جامعه	۱. کم توجهی به تقویت سواد سلامت عمومی در طراحی و اجرای برنامه‌های تمرکززدایی ۲. وجود تفاوت‌های فرهنگی در میزان دریافت خدمات سلامت در مناطق گوناگون ۳. وجود نقصان در سطح سواد سلامت جامعه و شکل‌گیری مطالبات متعارض ۴. شیوع مصرف دارو و خوددرمانی و عدم مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی
	۱۰. چالش‌های بازتعریف زیست سالم در بستر تنوع اقلیمی و محیطی	۱. سلطه نگاه تک‌ساحتی و قیّم‌آبانه در تحمیل الگوهای زیستی صلب و یکسان‌ساز ۲. ناکارآمدی در انطباق راهبردهای توسعه با ویژگی‌های اکولوژیک زیست‌بوم‌های محلی ۳. ناهمخوانی الگوهای ملی سلامت با اقتضائات زیست‌بومی و اقلیمی مناطق ۴. غلبه نگاه کوتاه‌مدت درمان‌محور فرهنگ عمومی به‌جای سرمایه‌گذاری بر پیشگیری ۵. تضاد میان سبک زندگی بومی و اقلیمی با دستورالعمل‌های بهداشتی ابلاغی از مرکز ۶. عدم تطابق استانداردهای معماری فضاهای بهداشتی و درمانی با زیست‌بوم مناطق ۷. فقدان پیوست فرهنگی برای طرح‌های بزرگ ملی در زمان اجرا در سطوح محلی

۱.	ضعف فرهنگ مشارکت عمومی در تصمیم‌گیری‌های سلامت	۸ بحران سرمایه اجتماعی و کاهش اعتماد به کارآمدی نهادهای محلی
۲.	بی‌اعتمادی نهادینه شده نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده در استان‌ها و تمایل غالب برای مراجعه به مراکز درمانی پایتخت و کلان‌شهرها	
۳.	اثر مخرب رسانه‌های محلی در بزرگ‌نمایی چالش‌های درمانی و زوال اعتماد عمومی	
۴.	نبود نگاه هدفمند برای جذب مشارکت‌های اجتماعی سازمان‌های مردم‌نهاد	
۵.	فقدان شفافیت در مدیریت محلی برای جلب مشارکت پایدار خیرین سلامت	
۶.	فرسایش سرمایه اجتماعی در مواجهه با پدیده‌هایی همچون زیرمیزی	
۷.	عدم اقناع عمومی برای مشارکت مؤثر در برنامه‌های توسعه‌ای نظام سلامت همچون اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	

تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد:

نظام سلامت متمرکز فعلی، به‌رغم تلاش‌های گسترده و دستیابی به موفقیت‌های نسبی، کماکان با چالش‌های متعددی دست‌به‌گریبان است. عدم سیاست‌گذاری شواهدمبنای، توزیع نامتوازن منابع و خدمات، دسترسی نابرابر، ناکارآمدی در برخی سطوح، نارضایتی عمومی و عدم پاسخگویی مؤثر به نیازهای متنوع مناطق، از جمله این دشواری‌ها به‌شمار می‌روند. به بیان دیگر، نظام سلامت کنونی از ناکارآمدی‌های ساختاری و کارکردی رنج می‌برد؛ به‌گونه‌ای که طرح‌هایی نظیر تحول سلامت، پرونده الکترونیک و نظام ارجاع و پزشک خانوار، نتوانسته‌اند منجر به توسعه متوازن و در نتیجه، کسب رضایت عمومی گردد؛ رضایتی که اساس فلسفه حکمرانی است. یکی از کلیدی‌ترین موانع توسعه سلامت، وجود نظام اداری متمرکز است که در فقدان سیاست‌نامه ملی، منجر به افزایش بی‌عدالتی فضایی، رشد فساد، عدم رعایت تعرفه، تعارض منافع و رانت‌جویی شده و فرصت‌های برابر درمان را سلب نموده است. این وضعیت، پیامدهایی چون چندنرخ‌شدن و لوکس شدن خدمات، رشد لجام‌گسیخته بیماری‌های غیرواگیر و بروز سوانح فراوان را به دنبال داشته است. برای نیل به حکمرانی مطلوب در نظام سلامت، تمرکززدایی راهکاری ضروری است؛ به‌گونه‌ای که سایر مؤلفه‌های جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و امنیتی مؤثر بر سلامت جامعه نیز مطمح نظر قرار گیرند.

فراتر از طراحی و ارائه یک الگوی بدیل برای سپهر حکمرانی نظام سلامت، نیازمند منظومه‌ای از همبست سیاست‌گذاری شواهدمبنای، اجرای خردمندانه و نظارت هوشمندانه در چارچوب قانون اساسی هستیم تا بتوان ضمن افزایش کیفیت زیستی و تأمین رضایتمندی عمومی، ظرفیت حکمرانی را در کشور بیش از پیش توسعه داد. با ابتنای به مضامین فرعی و سازمان‌دهنده و نیز کدهای مستخرج از مصاحبه با خبرگان پژوهش، یافته‌های حاصل از تحلیل کیفی در هشت مضمون اصلی و فراگیر ارائه می‌گردد.

الف) چالش‌های ساختاری و نظام اداری

نخستین و بنیادین‌ترین مضمون، ناظر بر تصلب ساختاری نظام اداری است؛ پیوندی که کارآمدی آن به‌منزله زیرساخت نامرئی حکمرانی متعالی، در تجربه زیسته ذی‌نفعان کاهش یافته است. یافته‌ها حاکی از آن است که ساختار نظام سلامت نیز به‌تبع از تمرکزگرایی نظام اداری، دچار نوعی وابستگی به مسیر در تکوین دیوان‌سالاری تاریخی شده که مانع از گذار به دولت تسهیل‌گر می‌شود. نبود مدل بومی برای بازتولید قدرت در لایه‌های میانی و فقدان سیستم پاسخگویی در بافتار و عملکرد بخش سلامت و نیز شاکله هیئت‌امنایی دانشگاه‌ها، در عمل باعث شده که فضای حکمرانی در برابر تسهیم اختیارات و توزیع فضایی قدرت مقاومت کند.

این مقاومت باعث شده است که فرآیند نوسازی اداری در تله تمرکزگرایی ساختاری همچنان باقی بماند. در سطح عملیاتی نیز تعدد مراکز تصمیم‌گیر و موازی‌کاری نهادهای درون و برون‌بخشی، منجر به تداخل وظایف و ابهام نقش در میان ارکان نظام سلامت شده است. از سوی دیگر، فقدان حکومت محلی قدرتمند در ساختار سیاسی-اداری فضا و تمرکز نهادهای تصمیم‌گیر و تخصیص‌دهنده منابع در پایتخت، امکان نظارت و پاسخگویی واقعی در فضای سرزمینی را از بین برده و تداخل آرای میان‌بخشی در نظام سلامت را تشدید کرده است. استمرار این روند، کاهش کیفیت حکمرانی نظام سلامت و نارضایتی عمومی را در پی خواهد داشت.

ب) حکمرانی، سیاست‌گذاری و اجرایی

چالش‌های حکمرانی، سیاست‌گذاری و اجرایی، ریشه در گسست عمیق میان برنامه‌ریزی فضایی و بودجه‌ریزی جزیره‌ای و بخشی دارد که منجر به پارادوکس کنترل در نظام سلامت شده است؛ به این معنا که هر چه کنترل در مرکز بیشتر می‌شود، کارایی در اجرا کمتر می‌گردد. عدم توجه به هوش جغرافیایی و ناتوانی در تفکیک خط‌مشی‌گذاری‌های ملی از اجرای محلی و غلبه رویکرد درمان‌محور-بیمارستان‌نگر بر رویکرد سلامت‌محور-جامعه‌نگر، باعث شده تا سیاست‌های کلان با واقعیت‌های سرزمینی و نیازهای متنوع مناطق مختلف انطباق نداشته باشند. فقدان پیوست عدالت در فرآیند محلی‌سازی سیاست‌ها و عدم بلوغ سازمانی دستگاه‌های استانی برای پذیرش مسئولیت‌های بزرگ، حکمرانی شبکه‌ای را در برابر ساختار سلسله‌مراتبی سنتی به حاشیه رانده است.

در همین راستا، تخصیص منابع نظام سلامت به صورت متمرکز و بدون توجه به اولویت‌های محلی، باعث شده است که برخی مناطق از خدمات ضروری محروم بمانند در حالی که مناطق دیگر، منابع مازاد دارند. همچنین نبود مکانیسم‌های هماهنگی بین‌بخشی باعث شده تا اقدامات پیشگیرانه و ارتقای سلامت با اقدامات

درمانی هماهنگ نباشند. این گسست‌های ساختاری، ظرفیت نظام سلامت را برای پاسخگویی به انبوه مسائل نوپدید و نوظهور و نیز چالش‌های نوین سلامت عمومی در ساحت سلامت جهانی تضعیف کرده و بهره‌وری منابع ملی را به شدت کاهش داده است.

ب) سیاسی، امنیتی و قانونی

یافته‌ها نشان داد؛ چالش‌های سیاسی، متأثر از تمرکزگرایی ساختاری است. نگاه امنیتی به مقوله تمرکززدایی و ترجیح ثبات سیاسی بر کارآمدی اجرایی، مانع از واگذاری قدرت واقعی به نواحی شده است. تقابل منافع سیاسی در تقسیمات کشوری و ایجاد واحدهای اداری جدید، بدون داشتن زیرساخت‌های سلامت در کنار تشتت قوانین و ابهام در حدود اختیارات قانونی، بستری ناپایدار و شکننده برای حکومت محلی فراهم آورده است.

همچنین، غلبه رویکردهای بخشی و فقدان نگاه آمایشی، موجب شکل‌گیری خلاءهای حقوقی در واگذاری اختیارات حاکمیتی و ابهام در تنقیح قوانین و مقررات برای صیانت از حقوق نهادهای محلی شده است. نبود حمایت قانونی قوی از تصمیم‌گیران محلی و عدم ضمانت اجرایی مصوبات، مسیر تحول را برای مدیران محلی دشوارتر ساخته است. ناپایداری سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای با تغییر دولت‌ها و تضاد میان اهداف کوتاه‌مدت سیاسی و برنامه‌های بلندمدت سلامت، موجب بی‌ثباتی در اجرای اسناد راهبردی شده است. در این شرایط، غلبه رویکردهای سیاسی و جناحی بر تصمیمات فنی و تخصصی و تأثیر نوسانات و تنش‌های سیاسی بر تداوم اجرای اسناد توسعه پایدار استانی، عملاً ظرفیت حکمرانی را تحت‌الشعاع قرار داده است.

ت) سازمانی و همکاری‌های بین‌بخشی

چالش‌های سازمانی و همکاری‌های بین‌بخشی ناشی از خلاء نهادهای میانجی میان حکومت مرکزی و حکومت محلی است که غلبه نگاه بخشی و وزارتخانه‌ای بر نگاه فضایی را در پی داشته است. ضعف در پاسخگویی افقی میان دستگاه‌های اجرایی و تبدیل شدن خصوصی‌سازی به حصولتی‌سازی در نظام سلامت، امکان مدیریت یکپارچه سلامت را سلب کرده است. نداشتن سیاست‌نامه ملی سلامت، عدم آمادگی کامل وزارت بهداشت برای پذیرش نقش تولیت نظام سلامت، آنومی نهادی، عدم تقسیم کار جمعی، فقدان مدل‌های بومی برای همکاری‌های بین‌بخشی و عدم آمادگی قوه مجریه برای گذار به نقش تسهیل‌گر، باعث شده تا تعاملات میان‌سازمانی تنها در لایه‌های تشریفاتی باقی بماند.

فهم ناقص از منظومه به‌هم‌پیوسته نظام سلامت با انبوهی از ذی‌نفعان، ذی‌نقشان، شرکای راهبردی، شبکه‌ها و جریان‌های آن، به دگرگونی‌های معنادار در حکمرانی متمرکز و ناکارآمد کنونی انجامیده است. مشارکت میان‌بخشی برای ارتقای تاب‌آوری و پاسخگویی اجتماعی، به دلیل فقدان مدل‌های مشارکت کارا و

سازوکارهای نظارتی پس از واگذاری خدمات به بخش غیردولتی، مغفول واقع شده است. از منظر سایبرنتیک نیز، گسست میان ورودی‌ها و بازخوردهای نظام حکمرانی، موجب ازکارافتادگی حلقه‌های کنترلی در زنجیره تصمیم‌گیری و اجرا شده است. عدم پیوند نظام‌مند میان بازیگران و ذی‌نشان اکوسیستم نظام سلامت و عدم تفکیک وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های بخش سلامت و نظام سلامت، موجب شده است تا اطلاعات و بازخوردهای حیاتی از سطوح عملیاتی به سطوح کلان منتقل نشوند و این گسست، انعطاف‌پذیری و یادگیری سازمانی را با اختلال جدی مواجه ساخته است.

ث) اقتصاد سلامت

یافته‌ها نشان می‌دهد که چالش‌های اقتصاد سلامت، متأثر از ساختار رانتی و تمرکزگرایی اقتصاد ملی است که نابرابری فضایی در توزیع زیرساخت‌ها و منابع را پدید آورده است. عدم انطباق ساختار بودجه‌ریزی با واقعیت‌های جغرافیایی و نادیده گرفتن اقتصاد سلامت در طراحی سیاست‌ها، موجب شده است تا منابع مالی نه بر اساس نیاز، بلکه بر پایه چانه‌زنی توزیع شوند. در تضاد با اهداف برنامه هفتم پیشرفت، سهم نظام سلامت از GDP در سایه ناپایداری منابع و تخصیص ناکارآمد، همچنان محقق نشده است. افزون بر این، ناتوانی در خرید راهبردی خدمات و عدم همراستاسازی ظرفیت بیمه‌های پایه و تکمیلی، مکانیسم‌های حمایت‌طلبی و عدالت توزیعی را تضعیف کرده و به نابرابری در دسترسی و بی‌ثباتی در کیفیت خدمات سلامت دامن زده است.

در این چارچوب، بودجه‌ریزی سنتی، موجب غلبه برنامه‌ریزی بخشی بر برنامه‌ریزی منطقه‌ای و ناهماهنگی میان تخصیص اعتبار و نیازهای فصلی مناطق به‌ویژه در اپیدمی‌ها شده است. غلبه نگاه هزینه‌ای به جای رویکرد سرمایه‌ای در نظام سلامت و فقدان سازوکار انتقال و توزیع منابع بر اساس راهبردهای کلان آمایش سرزمین، موجب شکل‌گیری شکاف عمیق در بهره‌وری منابع شده است. عدم استقلال مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی، فقدان زیرساخت‌های درآمدزایی پایدار محلی و ناکارآمدی الگوی خودگردانی مالی در بیمارستان‌های محلی، این شکاف را عمیق‌تر ساخته است. همچنین، نوسانات ارزی و تأثیر مستقیم آن بر پروژه‌های عمرانی سلامت در استان‌ها و چالش‌های مالیاتی در قراردادهای برون‌سپاری محلی، چابکی و توان مالی سیستم را در پاسخگویی به بحران‌ها کاهش داده است.

ج) روان‌شناختی، ادراکی و مهارتی

در سطح روان‌شناختی، شکل‌گیری استرس مزمن، اضطراب اجتماعی و فرسودگی روانی جمعی، نشان‌دهنده فرسایش سرمایه انسانی در بستر ساختار متمرکز است. چالش‌های روان‌شناختی، ادراکی و مهارتی در بدنه مدیریتی به‌صورت ترس از مسئولیت شکست و امنیت‌طلبی بوروکراتیک بروز کرده است. نگاه تقلیلی مدیران

به سلامت و محدود کردن آن به نبود بیماری، در کنار فرسودگی شغلی مدیران میانی، مانع از پذیرش الگوهای نوین حکمرانی می‌شود. شکاف عمیق میان آموزش عالی و نیازهای واقعی جامعه، حاکم بودن نگاه مدیریت بحران بر حکمرانی ریسک و نیز ضعف در نظام انگیزشی برای ماندگاری مدیران و متخصصان تراز اول در مناطق کمتربرخوردار، باعث شده تا بدنه اجرایی، فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت در شرایط پیچیده و گذار به الگوی نیمه‌متمرکز باشد.

در این راستا، ترس از تغییر و عدم وجود انگیزه کافی برای ایجاد تغییرات بنیادین در نظام سلامت، مقاومت بدنه کارشناسی را در برابر اصلاحات ساختاری و تمرکززدایی افزایش داده است. فقدان باور به کارکرد تخصص‌های میان‌رشته‌ای در ساختار سنتی طبقه‌بندی مشاغل و تمایل به حفظ وضع موجود، بدون توجه به اقتضائات مناطق جغرافیایی، مانع از تحول مطلوب شده است. فقدان نظام تشویق و تنبیه کارآمد برای نگهداشت نیروی انسانی مجرب، حس تبعیض، بی‌انگیزگی و ادراک بی‌عدالتی عمومی در دانشگاه‌ها و دستگاه‌های اجرایی استانی را تقویت کرده و موجب فرسودگی شغلی ناشی از گران‌بازی نقش در واحدهای محیطی پرتنش مناطق شده است.

چ) فناوری اطلاعات و سلامت دیجیتال

در لایه زیرساختی فناوریانه سلامت، یافته‌ها حاکی از نقصان هوش حکمرانی دیجیتال در زیست‌بوم نظام سلامت است. عدم دسترسی مدیران میانی و عملیاتی به داشبوردهای مدیریتی برخط و ضعف در تاب‌آوری سایبری نظام سلامت، امکان تصمیم‌گیری بهنگام و مبتنی بر شواهد به‌ویژه در شرایط بحران را سلب کرده است. تمرکز سیستم‌های اطلاعاتی در مرکز و عدم اشتراک‌گذاری داده‌ها و اطلاعات میان بخش‌های حاکمیتی، دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی باعث شده است تا تحلیل‌های دقیق از روندها و الگوهای رفتاری سلامت‌محور در استان‌ها وجود نداشته باشد و از این رو مدیریت دیجیتال تنها به لایه‌های صوری محدود بماند.

فقدان داشبورد ملی سلامت، عدم هوشمندسازی فرآیندها، نابینایی داده و عدم کاربردی‌سازی آمار و اطلاعات در تصمیم‌گیری‌ها، مانع از شکل‌گیری حکمرانی داده‌محور شده است. شکاف دیجیتال عمیق میان استان‌های برخوردار و استان‌های کمتربرخوردار، نبود زیرساخت‌های لازم برای توسعه تله‌مدیسین و خدمات سلامت از راه دور و هزینه‌های بالای اینترنت و پهنای باند برای مراکز روستایی، عمق ناهماهنگی‌های فضایی را در این عرصه افزایش داده است.

در مقیاس فرابخشی، ناهماهنگی و عدم اتصال سامانه‌های داده‌ای میان وزارتخانه‌های مرتبط با امر سلامت و فقدان نظام یکپارچه و هوشمند اطلاعات سلامت در سطح منطقه‌ای، موجب شده است تا استانداردهای

واحد برای تبادل داده در مناطق پیاده‌سازی نشود. مقاومت در برابر استقرار پرونده الکترونیک سلامت با هدف اجتناب از نظارت متمرکز و مقاومت در برابر شفافیت داده‌ای به دلیل ترس از نظارت مرکزی، فرآیند تحول دیجیتال را با کندی مواجه ساخته است. همچنین، ابهامات حقوقی در پذیرش امضای الکترونیک و استنادپذیری مدارک دیجیتال، مسئولیت‌های مدنی و کیفری در سلامت دیجیتال ناشی از خطاهای پزشکی یا نقص فنی سامانه‌ها و ابهام در مالکیت حقوقی داده‌های سلامت و نقص در قوانین صیانت از حریم خصوصی، بستری ناپایدار برای حکمرانی دیجیتال سلامت ایجاد کرده است.

ح) فرهنگی و اجتماعی

یافته‌ها نشان داد: چالش‌ها و موانع فرهنگی و اجتماعی در عدم پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز، ریشه در فرسایش اعتماد و سرمایه اجتماعی، عدم اقناع جامعه، کاهش تاب‌آوری عمومی و ضعف مشارکت مدنی در مدیریت امور عمومی دارد. در همین راستا، نادیده انگاشتن سایر مؤلفه‌های زمینه‌ای و میان‌بخشی شامل عوامل اجتماعی، جغرافیایی، اقتصادی و امنیتی مؤثر بر سلامت در منطق خط‌مشی‌گذاری‌های نظام سلامت، منجر به کاهش مشروعیت و مقبولیت تصمیمات و طرح‌های ملی در بخش سلامت نظیر طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع شده است. از طرف دیگر، شکاف میان نیازهای فرهنگی و علقه‌های بومی و خدمات یکسان‌سازی شده در کنار تضعیف نهادهای مدنی و غیردولتی، موجب عدم پذیرش اجتماعی برای تغییرات ساختاری در تمامی سطوح، به‌ویژه در مناطق پیرامونی می‌شود.

در سطح نهادی، فرسایش امید و سرمایه اجتماعی و تضعیف شبکه‌های محلی مشارکتی، موجب شده است تا پتانسیل‌های بومی و ظرفیت‌های جامعه مدنی به‌درستی به کار گرفته نشوند. عدم توجه به افتراقات و بافتار فرهنگی و اجتماعی نهفته در ساختارهای سنتی مناطق، فروکاست کارآیی و اثربخشی منابع حیاتی حکمرانی متعالی نظام سلامت را فراهم کرده است. از سوی دیگر، فقدان مکانیزم‌های تشویقی برای مشارکت مردمی و ضعف در نظام‌مند کردن فعالیت‌های داوطلبانه در سطح محلی، باعث شده است تا پتانسیل‌های اجتماعی در حاشیه قرار گیرند. این گسست فرهنگی-اجتماعی فزاینده، فراتر از آنکه مانع جدی برای پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز است، انعطاف‌پذیری و توانایی تطبیق‌پذیری نظام سلامت را در برابر نیازهای متغیر آینده با چالش مواجه خواهد ساخت.

در واقع، حکمرانی متمرکز کنونی به یکی از عوامل اصلی در تولید نارضایتی عمومی تبدیل شده است که بازنگری در ساختار حکمرانی نظام سلامت و بازگشت به رویکردهای آمایشی و عدالت‌محور را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. در راستای تبیین دقیق‌تر، نقشه مضامین اصلی و فرعی این پژوهش ترسیم شده است که در قالب شکل (۲) به تصویر درآمده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس منطق ژئوپلیتیکی حاکم بر جنوب غرب آسیا از یک سو و موقعیت جغرافیایی، گستردگی محیطی، تنوع اقلیمی، تحولات جمعیت‌شناختی، تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی و پیچیدگی فرآیند گذار از سیاست‌ورزی عمومی به ارتقای سلامت ملی از سوی دیگر، الگوی نیمه‌متمرکز با تسهیم متناسب اختیارات و

مسئولیت‌های ذاتی در سطوح تولی‌گری و تصدی‌گری، نسبت به الگوی متمرکز فعلی، گزینه مرجح برای سپهر حکمرانی نظام سلامت کشور به شمار می‌رود.

یافته‌های این پژوهش کیفی نشان داد؛ اگرچه الگوی نیمه‌متمرکز با رویکرد چندسطحی، توانایی لازم برای پاسخگویی به الزامات و اقتضائات حکمرانی و با ابزار توزیع فضایی قدرت، توانایی برقراری تعادل میان ثبات ملی و خودمختاری محلی را دارا است، اما عدم پیاده‌سازی آن، ریشه در تداخل ساختاری و تعامل پویای هشت مضمون اصلی دارد که در یک مدل دینامیک و بازخوردی با یکدیگر عمل می‌کنند. تمرکزگرایی اداری به‌منزله بستر و از طریق ایجاد پدیده وابستگی به مسیر در تکوین ساختاری تاریخی، زمینه کاهش مشارکت عمومی و تضعیف سرمایه اجتماعی را فراهم کرده است. این تمرکزگرایی و تصلب کارکردی، ایجاد گسست فضایی و عدم توجه به شواهد محلی در اتخاذ خط‌مشی‌گذاری‌ها و اجرای برنامه‌ها را به همراه دارد. در همین راستا، چالش‌های سیاسی با تغییرات دولت‌ها و ناپایداری سیاست‌های سلامت و ابهام در حدود اختیارات قانونی، بستر را برای تضعیف حکمرانی محلی فراهم می‌کنند. همچنین، عدم همکاری ارکان جهت‌ساز و عموم ذی‌نقشان در اکوسیستم نظام سلامت ایران با غلبه بخشی‌نگری و خصوصی‌سازی ناکارآمد، امکان مدیریت یکپارچه منابع نظام سلامت را سلب کرده‌اند.

در کنار این مؤلفه‌ها، موانع فرهنگی و اجتماعی با فرسایش اعتماد و کاهش مشارکت مدنی، مقبولیت تصمیمات را تحت‌الشعاع قرار داده‌اند. چالش‌های اقتصادی در ساختار حکمرانی متمرکز وابسته به نفت از یک سو و توزیع ناعادلانه منابع مالی از سوی دیگر، نابرابری فضایی را در دسترسی به خدمات تشدید کرده است. این نابرابری، پایه‌های تحقق عدالت در نظام سلامت را سست نموده است. در منظر زیرساختی نیز، ضعف در فناوری اطلاعات و سلامت دیجیتال با شکاف داده‌ای و فقدان زیرساخت‌های یکپارچه، مانع از هوشمندسازی و عدم تحقق حکمرانی داده‌محور شده است. در نهایت، عدم طراحی کنش مؤثر در چالش‌های روان‌شناختی، ادراکی و مهارتی با فرسودگی شغلی و مقاومت در برابر تغییر، اجرای اصلاحات اساسی را با دشواری مواجه می‌کند.

با این حال، گذار موفق به الگوی حکمرانی نیمه‌متمرکز، نیازمند مداخله هم‌زمان در تمام هشت لایه فراگیر، بازطراحی روابط مرکز و مناطق، تقویت نهادهای میانی و ایجاد اکوسیستم مشارکتی در منظومه نظام سلامت است. در الگوی بدیل، ساختار اداری باید منعطف شود، پارادایم مدیریت بحران به حکمرانی ریسک تغییر کند، داده‌ها به‌صورت یکپارچه جریان یابند، منابع بر اساس عدالت فضایی توزیع شوند، پیوست فرهنگی و اجتماعی در همه طرح‌ها لحاظ شود، اقناع عمومی نسبی برای اجرای برنامه‌ها حاصل شود، همکاری‌های بین‌بخشی تقویت شوند، چارچوب حقوقی شفاف گردد و فرهنگ سازمانی به سوی نوآوری و پذیرش، تغییر

گرایش یابد. بی‌توجهی به ابعاد و عناصر هر یک از این هشت مضمون، قطعاً الگوهای تکرارشونده شکست را به دنبال خواهد داشت.

مقایسه یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های پیشین، برخی هم‌سویی‌ها را در هر هشت مضمون اصلی نشان می‌دهد:

۱. **چالش‌های ساختاری و نظام اداری:** یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تصلب بوروکراتیک و تمرکزگرایی تاریخی، مانع اصلی گذار به الگوی نیمه‌متمرکز است. این یافته با نتایج مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) هم‌سو است که ساختار سازمانی وزارت بهداشت را بسیار متمرکز و از نوع سلسله‌مراتبی توصیف کرده و بر ضرورت تغییر آن به سمت ساختار شبکه‌ای و سپس بازار تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۱۴۰۳) با اثبات برتری الگوی نیمه‌متمرکز، بر ضرورت حرکت از تمرکزگرایی به سمت توزیع فضایی قدرت صحه گذاشته‌اند. همچنین این یافته با مطالعه قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) نیز هم‌سو است که با مرور نظام مند تجارب کشورهای توسعه‌یافته، بر ضرورت گذار از الگوهای سلسله‌مراتبی به سمت حکمرانی شبکه‌ای و نیمه‌متمرکز تأکید کرده‌اند.

۲. **چالش‌های حکمرانی، خط‌مشی‌گذاری و اجرایی:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که گسست میان خط‌مشی‌گذاری ملی و اجرای محلی، نبود سیاست‌نامه ملی سلامت و غالب بودن پارادایم مدیریت بحران بر حکمرانی ریسک، از موانع اصلی هستند. این یافته با نتایج مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) هم‌سو است که بر ضرورت تدوین برنامه راهبردی و سیاست ملی سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری، و تقویت تولید نظام سلامت تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۱۴۰۳) با تأکید بر تعادل میان سیاست‌گذاری متمرکز و اجرای غیرمتمرکز، این یافته را تأیید می‌کنند.

۳. **چالش‌های سیاسی، امنیتی و قانونی:** یافته‌های ما نشان می‌دهد که غلبه نگاه امنیتی به تمرکززدایی، ترس از شکل‌گیری کانون‌های قدرت محلی، و خلأ قانونی در واگذاری اختیارات حاکمیتی به پارلمان‌های محلی، از موانع اصلی هستند. این یافته با نتایج مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) هم‌سو است که بر ضرورت تعیین اصول راهنمای قانون‌گذاری، شفافیت در اختیارات و مسئولیت‌ها، و تقویت پاسخگویی در نظام سلامت تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) با اشاره به نقش ملاحظات قانونی به‌عنوان یکی از الزامات حکمرانی شبکه‌ای، این یافته را تأیید می‌کنند.

۴. **چالش‌های سازمانی و همکاری‌های بین‌بخشی:** یافته‌های ما نشان می‌دهد که خلأ نهادهای میانجی میان حکومت مرکزی و محلی، غلبه نگاه بخشی بر نگاه فضایی، و ضعف در پاسخگویی افقی، از موانع اصلی همکاری‌های بین‌بخشی هستند. این یافته با نتایج مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) هم‌سو است که بر ضرورت

توسعه ارتباطات با سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت، تعیین نقش‌ها و حیطه اختیارات سازمان‌های پاسخگو، و تقویت همکاری‌های بین‌بخشی تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) با شناسایی مکانیسم‌های داخلی شبکه‌ها (اعتماد، شفافیت، نظارت متقابل، زبان مشترک و پاسخگویی) و تأکید بر همکاری بین‌بخشی، این یافته را تأیید می‌کنند. کیانی و همکاران (۱۴۰۵) نیز با واکاوی نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت، بر اهمیت همکاری نهادی و مشارکت شرکای غیردولتی در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت صحنه گذاشته‌اند.

۵. **چالش‌های اقتصاد سلامت:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ناپایداری منابع مالی، توزیع ناعادلانه منابع، و بودجه‌ریزی سستی مبتنی بر چانه‌زنی، از موانع اصلی هستند. این یافته با نتایج حیات و همکاران (۲۰۲۵) هم‌سو است که با تحلیل تأمین مالی بیماری‌های واگیر در افغانستان، بر ضرورت ایجاد یک نظام مالی پایدار و یکپارچه، افزایش تخصیص بودجه دولتی، و استقرار نظام بیمه سلامت تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۱۴۰۳) با اشاره به برتری الگوی نیمه‌متمرکز در تحقق عدالت فضایی و کاهش هزینه سرانه، این یافته را تأیید می‌کنند. مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) نیز بر ضرورت تقویت تولید و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت تأکید کرده‌اند که با یافته‌های ما در این زمینه هم‌سو است.

۶. **چالش‌های روان‌شناختی، ادراکی و مهارتی:** یافته‌های ما نشان می‌دهد که ترس از تغییر، مقاومت بدنه کارشناسی، و فرسودگی شغلی مدیران میانی، از موانع اصلی هستند. این یافته با نتایج مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) هم‌سو است که بر ضرورت تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت، و آموزش سیاست‌گذاران و مدیران ارشد در زمینه اجرای حاکمیت نظام سلامت تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) با اشاره به نقش اعتماد و سرمایه اجتماعی به‌عنوان عناصر کلیدی در موفقیت حکمرانی نظام سلامت، این یافته را تأیید می‌کنند.

۷. **چالش‌های فناوری اطلاعات و سلامت دیجیتال:** یافته‌های ما نشان می‌دهد که جزیره‌ای بودن سامانه‌ها، عدم اشتراک‌گذاری داده‌ها، و ضعف در حکمرانی داده، از موانع اصلی هستند. این یافته با نتایج مصدق راد و همکاران (۱۳۹۸) هم‌سو است که بر ضرورت ایجاد واحد جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات سلامت، استقرار نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت، و تقویت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) با اشاره به نقش فناوری اطلاعات و ارتباطات به‌عنوان یکی از الزامات حکمرانی شبکه‌ای، این یافته را تأیید می‌کنند.

۸. چالش‌های فرهنگی و اجتماعی: یافته‌های ما نشان می‌دهد که فرسایش اعتماد و سرمایه اجتماعی، عدم اقناع عمومی، و ضعف مشارکت مدنی، از موانع اصلی هستند. این یافته با نتایج کیانی و همکاران (۱۴۰۵) هم‌سو است که با واکاوی نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت، بر اهمیت اعتمادسازی، مشارکت اجتماعی، و عدالت‌خواهی در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت تأکید کرده‌اند. همچنین، قالیباف و همکاران (۲۰۲۵) با شناسایی بستر مناسب حکمرانی شبکه‌ای (رشد نهادهای مدنی، ثبات اقتصادی، رعایت اخلاق و دولت حداقلی) و تأکید بر نقش سرمایه اجتماعی، این یافته را تأیید می‌کنند. قالیباف و همکاران (۱۴۰۳) نیز با اشاره به نقش مشارکت مردمی و کسب‌وکارهای اجتماعی در تقویت حکمرانی نیمه‌متمرکز، این یافته را بسط می‌دهند.

هر یک از پیشنهادها زیر به یکی از چالش‌های هشت‌گانه شناسایی شده در این پژوهش متصل است. این پیشنهادها با توجه به بافتار نهادی، جغرافیایی و فرهنگی ایران و با هدف رفع موانع پیاده‌سازی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت ارائه شده‌اند.

دسته اول: چالش‌های تمرکزگرایی اداری و ساختاری نظام سلامت (مضمون اصلی ۱)

۱. تصلب نظام اداری و بوروکراسی متمرکز: استقرار الگوی تمرکززدایی در نظام اداری از طریق تفویض اختیارات تصمیم‌گیری به دستگاه‌های استانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت افزایش سرعت پاسخگویی به نیازهای منطقه‌ای.

۲. ضعف در جایگاه تولیت نظام سلامت: مطابق با مفاد برنامه هفتم پیشرفت؛ بازتعریف نقش وزارت بهداشت به عنوان نهاد عالی راهبری و تولیت نظام سلامت جهت همراستا کردن تمامی دستگاه‌ها با اهداف سلامت ملی.

۳. فقدان جایگاه قانونی برای حکومت محلی: ضرورت استقرار و نهادینه سازی الگوی حکومت محلی در نظام سلامت و واگذاری مسئولیت‌های ذاتاً محلی به نهادهای فروملی برای افزایش کیفیت حکمرانی، مردمی‌سازی و کارآمدسازی.

۴. گرفتاری در تله پدیده وابستگی به مسیر: ضرورت طراحی مکانیسم‌های عبور از بن‌بست‌های نظام اداری متمرکز و گسست از الگوهای سنتی و گذار از مدیریت بحران به حکمرانی ریسک.

دسته دوم: چالش‌های حکمرانی، سیاست‌گذاری و اجرایی (مضمون اصلی ۲)

۵. تداخل نقش‌های حاکمیتی-تولی‌گری و غیرحاکمیتی-تصدی‌گری: بازنگری در نقش وزارت بهداشت از متصدی ارائه دهنده خدمت به سیاستگذار کلان و واگذاری امور اجرایی به سطوح محلی در قالب الگوی حکمرانی نیمه‌متمرکز.

۶. گسست در زنجیره سیاستگذاری و انقطاع بازخوردها: استقرار نظام سیاستگذاری مبتنی بر شواهد محلی از طریق ایجاد سازوکار رسمی دریافت بازخورد از سطوح عملیاتی جهت اصلاح اسناد راهبردی ملی.
 ۷. فقدان سیاست‌نامه ملی سلامت: تدوین سند راهبردی نظام سلامت با تسهیم وظایف و اختیارات و مسئولیت همه ذینفعان.
 ۸. ضعف در پاسخگویی و پایش نتایج سیاست‌ها و اقدامات: الزام به استقرار نظام مدیریت عملکرد سه سطحی مشتمل بر کارکنان، مدیران و دستگاه جهت حصول اطمینان از تحقق اهداف برنامه‌های توسعه‌ای.
- دسته سوم: چالش‌های سیاسی، امنیتی و قانونی (مضمون اصلی ۳)
۹. نگاه امنیتی محور به تمرکززدایی در مناطق مرزی: تبیین کارکردهای مثبت الگوی تمرکززدایی مدیریتی در سپهر حکمرانی ملی در چارچوب قانون اساسی با هدف کاهش بار امنیتی و افزایش ثبات و رضایتمندی در مناطق پیرامونی.
 ۱۰. تداخل ملاحظات سیاسی با آمایش سرزمینی: مقابله با تب شهرستان‌سازی و تقسیمات کشوری غیرکارشناسی از طریق مشروط کردن هرگونه تغییر اداری به پیوست‌های تخصصی زیرساخت‌های سلامت و ظرفیت‌های منطقه‌ای.
 ۱۱. خلاءهای قانونی و وجود تعارض منافع: تدوین قوانین بازدارنده برای رفع اساسی تعارض منافع در زنجیره ارائه خدمات سلامت و اصلاح قوانین مبارزه با مداخلات غیرتخصصی در سلامت عمومی.
- دسته چهارم: چالش‌های سازمانی و همکاری‌های بین‌بخشی (مضمون اصلی ۴)
۱۲. تسلط نگاه بخشی بر عوامل تعیین‌کننده و مؤلفه‌های اجتماعی، محیطی، اقتصادی و سیاسی مؤثر بر سلامت: الزام حاکمیتی به پذیرش مسئولیت و پاسخگویی مؤثر در برابر مرگ و میر و معلولیت‌های ناشی از مصدومیت‌ها و سوانح رانندگی به علت کیفیت پایین خودروها، سوخت غیراستاندارد و جاده‌های ناایمن (وزارت صنعت، معدن و تجارت، وزارت راه و شهرسازی، وزارت نفت، صداوسیما و ...).
 ۱۳. بحران‌های زیست‌محیطی ناشی از ناهماهنگی سازمانی: تدوین چارچوب پاسخگویی مشترک و الزام‌آور برای مقابله با آلودگی هوا به عنوان یک چالش بین‌بخشی (نیازمند مداخلات اثربخش و همکاری‌های هماهنگ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان محیط زیست، وزارت نیرو، وزارت نفت، وزارت صنعت، وزارت کشور، پلیس راهنمایی و رانندگی، شهرداری‌ها و ...).

۱۴. موانع دیپلماسی سلامت و توریسم درمانی: تشکیل شورای بین‌بخشی جهت تسهیل زیرساخت‌های گردشگری سلامت و بین‌المللی‌سازی زنجیره تولید دارو و تجهیزات پزشکی با هدف ارتقای استانداردها و نیز صادرات محصولات و ارزآوری (وزارتخانه‌های بهداشت، میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی، امور خارجه، وزارت کشور و ...).

دسته پنجم: چالش‌های اقتصاد سلامت (مضمون اصلی ۵)

۱۵. ناپایداری منابع مالی و سهم ناچیز از بودجه: اتخاذ تصمیمات حاکمیتی برای اختصاص سهم واقعی سلامت از تولید ناخالص داخلی به منظور ارتقای کیفیت خدمات، عدالت دسترسی و نیز استقرار نظام متناسب جبران خدمات.

۱۶. توزیع ناعادلانه متخصصین و تمایل به مهاجرت: وضع سیاست‌های تشویقی مالی و رفاهی پایدار و امتیازات ویژه (تبعیض مثبت) برای ماندگاری پزشکان متخصص و کادر مورد نیاز در مناطق محروم.

۱۷. تعدد صندوق‌های بیمه‌ای و ناپایداری مالی: کاهش تکرر در صندوق‌های بیمه و ایجاد بستر یگانه و برخط برای هم‌افزایی و ارائه خدمات بیمه‌های پایه و تکمیلی جهت کاهش پرداخت از جیب مردم.

۱۸. پیاده‌سازی نظام تعرفه‌گذاری پویا، مبتنی بر قیمت تمام‌شده واقعی و نرخ تورم سالانه جهت پایداری مالی مراکز درمانی و حذف پدیده پرداخت‌های غیررسمی.

دسته ششم: چالش‌های روان‌شناختی، ادراکی و مهارتی (مضمون اصلی ۶)

۱۹. تصلب ذهنی و مقاومت مدیران در برابر تحولات ساختاری: برگزاری دوره‌های بازآموزی در حوزه مدیریت تغییر و استقرار نظام ارزیابی شایستگی جهت گذار از مدیریت سنتی به الگوهای مدیریتی تحول‌آفرین.

۲۰. ضعف در فرهنگ شایسته‌سالاری مدیریتی: ایجاد نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و شایستگی به جای مدل‌های ایستا و غیرانگیزشی در سطوح مدیریتی و عملیاتی.

۲۱. وجود ترس ناشی از تغییرات و اصلاحات توسعه‌ای و تمایل به حفظ وضع موجود: ایجاد حمایت قانونی برای حمایت از مدیران نوآور در سپهر حکمرانی ملی و محلی برای حرکت به سمت حکمرانی مطلوب در زیست‌بوم نظام سلامت.

دسته هفتم: چالش‌های فناوری اطلاعات و سلامت دیجیتال (مضمون اصلی ۷)

۲۲. کندی در تحقق هوشمندسازی نظام سلامت: الزام حاکمیتی برای تسریع در پیاده‌سازی هوشمندسازی نظام سلامت و تکمیل پرونده الکترونیک سلامت در تمامی سطوح ارائه دهنده خدمت مطابق با برنامه هفتم پیشرفت.

۲۳. عقب ماندگی از ابزارهای هوشمند تشخیصی: بسترسازی حقوقی و فنی برای استفاده از ظرفیت‌های هوش مصنوعی و تله‌مدیسین جهت جبران کمبود متخصص در مناطق صعب العبور و افزایش دقت در تشخیص و تحلیل.

۲۴. عدم شفافیت در زنجیره تأمین: ایجاد سامانه یکپارچه زنجیره تولید و توزیع دارو و پیاده‌سازی طرح امضای دیجیتال برای جلوگیری از قاچاق و رصد دقیق مصرف.

۲۵. فقدان سند حکمرانی داده و عدم یکپارچگی و تبادل داده میان ذی‌نفعان: تدوین الگوی حکمرانی مطلوب داده در نظام سلامت و ارائه پروتکل‌های فنی برای اتصال سامانه‌های اطلاعاتی به شبکه ملی سلامت.

دسته هشتم: چالش‌های فرهنگی و اجتماعی (مضمون اصلی ۸)

۲۶. مقاومت عمومی در پذیرش طرح‌های ملی: تدوین پیوست‌های رسانه‌ای و اقناع‌سازی افکار عمومی پیش از اجرای طرح‌های کلان نظیر طرح ملی پزشک خانواده جهت جلب اعتماد و مشارکت جامعه.

۲۷. نادیده گرفتن تفاوت‌های بومی در برنامه‌ریزی: طراحی بسته‌های خدماتی متفاوت بر اساس ویژگی‌های فرهنگی، اقلیمی و سبک زندگی هر منطقه متناسب با نیازها و بوم جغرافیایی مناطق.

۲۸. فقدان نظام جامع ارزیابی آثار و پیامدهای عوامل مؤثر بر سلامت: استقرار سازوکار چندجانبه‌گرایی جهت احصاء و سنجش دقیق اثرات متقابل عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی بر سلامت جامعه و امنیت غذایی.

۲۹. فقدان پیوست فرهنگی و عدالت اجتماعی: الزام به نگاشت‌نهادی و ارائه پیوست فرهنگی و عدالت اجتماعی برای همه سیاست‌ها، برنامه‌ها و اجرای طرح‌های کلان نظام سلامت.

۳۰. کاهش سرمایه اجتماعی و مشارکت داوطلبانه مردمی: نهادینه‌سازی الگوهای همیاری محله‌محور، بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکلهای غیردولتی جهت ارتقای اعتماد عمومی و ایجاد بستر نظارت همگانی بر کیفیت خدمات ارائه شده در نظام سلامت در مناطق گوناگون.

کتابنامه

۱. احمدی پور، زهرا؛ قنبری، قاسم و کرمی، قاسم (۱۳۹۲). سازمان‌دهی سیاسی فضا. تهران: انتشارات سازمان جغرافیایی نیروهای مسلح.
۲. تکیان، امیرحسین (۱۴۰۰). مرجع سیاست‌گذاری سلامت در ایران. تهران: مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۳. توره، آندره و تراورساک، ژان باپتیست (۲۰۱۱). حکمرانی سرزمینی: توسعه محلی، مناطق روستایی و نظام‌های کشاورزی-غذایی. انتشارات اسپرینگر.
۴. حافظ‌نیا، محمدرضا؛ احمدی پور، زهرا و قادری حاجت، مصطفی (۱۳۸۹). سیاست و فضا. مشهد: انتشارات پاپلی.
۵. حافظ‌نیا، محمدرضا (۱۳۸۱). جغرافیای سیاسی ایران. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۶. رضوی، سیدابوالفضل (۱۳۹۸). توسعه محلی و منطقه‌ای: با تأکید بر تمرکززدایی و نقش نهادهای محلی. تهران: انتشارات پارسیا.
۷. دهقان‌پور فراشاه، دهقان‌پور فراشاه، احمدآبادی. (۲۰۲۵). آسیب‌شناسی نظام ارزیابی عملکرد کارکنان و مدیران دستگاه‌های اجرایی کشور و ارائه راه‌کارهایی برای تحول. *مطالعات منابع انسانی*. ۱۵(۲)، ۸۶-۱۱۶.
<https://doi.org/10.22034/JHRS.2025.493358.2335>
۸. قانون برنامه پنجساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۷ - ۱۴۰۳).
۹. قالیباف، محمدباقر (۱۳۹۶). تمرکزگرایی و تمرکززدایی در ایران؛ به سوی طراحی الگوی نیمه‌متمرکز. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۱۰. قالیباف، محمدباقر؛ احمدی کرچ، عباس؛ ذکی، یاشار؛ لشگری تفرشی، احسان و رضوی نژاد، مرتضی (۱۳۹۸). آسیب‌شناسی مدیریت سیاسی فضا در نظام‌های بسیط متمرکز مطالعه موردی: جمهوری اسلامی ایران. *مجله پژوهش‌های جغرافیای سیاسی*. ۲(۴)، ۸۳-۱۲۰.
[doi: 10.22067/pg.v4i2.85293](https://doi.org/10.22067/pg.v4i2.85293)
۱۱. قالیباف، محمدباقر؛ احمدی؛ سیدعباس؛ زارعی، بهادر؛ پورعزت، علی اصغر و کیانی، محمدعلی (۱۴۰۳). طراحی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت در ایران. *نشریه کسب و کار اجتماعی*. ۱(۲)، ۱۶۰-۱۷۷.
[doi: 10.22059/jsbu.2025.391675.1013](https://doi.org/10.22059/jsbu.2025.391675.1013)
۱۲. عجم اوغلو، دارون، رابینسون، جیمز (۱۳۹۲). «چرا کشورها شکست می‌خورند؟ سرچشمه‌های قدرت، فقر و غنای کشورها» ترجمه پویا جبل‌عاملی و محمدرضا فرهادی پور. انتشارات دنیای اقتصاد، تهران.
۱۳. نبوی، مصطفی (۱۳۵۲). تمرکز و عدم تمرکز اداری و سیاسی در ایران. تهران: انتشارات خواجه.
۱۴. محمدپور، احمد (۱۳۹۷). فراروش: بنیان‌های فلسفی و عملی تحقیق کیفی در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: نشر لوگوس.
۱۵. کیانی، محمدعلی؛ نایبی ندوش، زهره و دهقان‌پور فراشاه، افسانه (۱۴۰۴). واکاوی ماهیت دوگانه فضای مجازی: پدیده‌ای کاهنده و فزاینده در حوزه سرمایه اجتماعی مبتنی بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی. *نشریه کسب و کار اجتماعی*. ۲(۲)، ۲۴۰-۲۲۶.
[doi: 10.22059/jsbu.2025.400499.1055](https://doi.org/10.22059/jsbu.2025.400499.1055)

۱۶. کیانی، محمدعلی، دهقان‌پور فراشاه، افسانه، و یزدانی، ثمانه. (۱۴۰۵). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران. مطالعات وقف و امور خیریه، ۴(۲).
<https://doi.org/10.22108/ecs.2026.149903.1212>
۱۷. مصدق‌راد علی محمد، اکبری ساری علی، رحیمی تبار پریسا. (۱۳۹۸). الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه دلفی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۸؛ ۱۷ (۴): ۳۳۶-۳۱۷.
۱۸. میرحیدر، دره؛ راستی، عمران و میراحمدی، فاطمه سادات (۱۳۹۲). مبانی جغرافیای سیاسی. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

19. Attired-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
20. Barauskas, A., et al. (2024). Mind the gap: Evaluating the alignment between national health strategies and local implementation capacities. *International Journal of Health Policy and Management*, 15(2), 112-128. <https://doi.org/10.1016/j.hpi.2024.01.005>
21. Baum, F., et al. (2024). Trust and power in intersectoral action for health: Lessons from global case studies. *Social Science & Medicine*, 340, 116421. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116421>
22. Corniaque, L., & Reeves, E. (2024). Managerial autonomy in centralized health systems: A comparative analysis. *Public Management Review*, 26(3), 589-612. <https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2215432>
23. Davari, S., Fazel Zarandi, M. H., & Turksen, I. B. (2013). The incomplete hub-covering location problem considering imprecise location of demands. *Scientia Iranica*, 20(3), 983-991.
24. Dehghanpour Farashah, A. & Dehghanpour Farashah, A. (2024). Analyzing the Ethical and Policy Considerations of Data-Driven Governance. *Strategic Studies of public policy*, 14(51), 104-124. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/sspp.2024.2025254.3587>
25. Dehghanpour-Farashah, A., Behnamifard, F., Behzadfar, M., Alalhesabi, M., & Mojtazadeh-Hasanlouei, S. (2025). Mobile Participatory Urban Governance in a Developing Country: Women's Acceptance of City Reporting Apps in Karaj, Iran. *Sustainability*, 17(12), 5388. <https://doi.org/10.3390/su17125388>
26. Dehghanpour-Farashah, A., Dehghanpour-Farashah, A., & Adnanrad, M. (2025). Breaking Glass Dam: Women's Journey to Faculty Membership. *Higher Education Quarterly*, 79(4), e70065. Dehghanpour-Farashah, A., Dehghanpour-Farashah, A., & Adnanrad, M. (2025). Breaking Glass Dam: Women's Journey to Faculty Membership. *Higher Education Quarterly*, 79(4), e70065. <https://doi.org/10.1111/hequ.70065>
27. Dehghanpour-Farashah, A., Dehghanpour-Farashah, A., & Ahmadabadi, R. (2025). Pathology of the Performance Evaluation System for Employees and Managers in the Country's Executive Bodies and Proposing Solutions for Transformation. *Journal of Human Resource Studies*, 15(2), 56-116. <https://doi.org/10.22034/JHRS.2025.493358.2335>
28. Dehghanpour-Farashah, A., Dehghanpour-Farashah, A., & Mojtazadeh-Hasanlouei, S. (2026). A Multidimensional Analysis of Digital Technologies in Environmental Sustainability Policymaking: A Systematic Review. *Sustainability*, 18(12), 6011. <https://doi.org/10.3390/su18126011>
29. Dewree, R., et al. (2023). Corruption and rent-seeking behavior in health systems: A systematic review of impacts on equity. *Health Policy*, 138, 104910. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104910>

30. Ghalibaf, M. B., Ahmadi, A., Kiani, M. A., Zarei, B., & Pourezzat, A. A. (2025). The governance patterns of the health system in developed countries of the World: A Systematic Review. *Cimexus*, 20(1). <https://doi.org/10.33110/cimexus200104>
31. Gotsadze, G., et al. (2024). Digital health governance: Addressing the fragmentation of health information systems in low- and middle-income countries. *The Lancet Digital Health*, 6(2), e145-e156. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00241-8](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00241-8)
32. Greer, S. L., et al. (2024). Political interference in health policy-making: A framework for understanding and mitigation. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 49(1), 25-52. <https://doi.org/10.1215/03616878-10892341>
33. Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2, 163 -194.
34. Hayat, E., Neyazi, N., Dargahi, H., Jaafari-pooyan, E., & Mosadeghrad, A. M. (2025). Strategic analysis of financing communicable diseases in Afghanistan. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 23(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12962-025-00634-8>
35. Holsti, O. R. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Reading, MA: Addison-Wesley (content analysis).
36. Jalilvand, M., et al. (2025). Structural challenges and centralization in Iranian hospitals: A mixed-methods study. *Journal of Education and Health Promotion*, 14, 45-58. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_123_24
37. Kafash, A. N., Pourezzat, A. A., & Rezayan, A. (2026). Digital Health Governance in Iran: A Situational Analysis and Future Scenarios. *Journal of Foresight and Health Governance*, 3(1), 1-21. <https://doi.org/10.61838/jfhg.44>
38. Kaisanayoutin, N., et al. (2024). Governance challenges in the transition to smart health systems: A multi-country analysis. *BMJ Global Health*, 9, e014231. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014231>
39. Khodayari-Zarnaq, R., et al. (2024). Sustainable financing for health in Iran: Challenges and policy options. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 38(1), 12-24. <https://doi.org/10.47176/mjiri.38.12>
40. Kiani, M., Dehghanpour-Farashah, A., & Yazdani, S. (2026). The role of health NGOs in the resilience and sustainability of health system governance during crises. *Journal of Endowment & Charity Studies*, 4(2),. <https://doi.org/10.22108/ecs.2026.149903.1212>
41. Lee, S., et al. (2024). Burnout and leadership: A longitudinal study of healthcare professionals during health system reforms. *Journal of Advanced Nursing*, 80(4), 1540-1555. <https://doi.org/10.1111/jan.15842>
42. Lee, S., et al. (2025). Localization of health governance models: Beyond Western paradigms in developing nations. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(1), 45-63. <https://doi.org/10.1002/hpm.3892>
43. Mohammadpour, A. (2018). *Counter-Method: The Philosophical underpinings and practical and procedures of Qualitative Methodology*, Second Edition. Qom: Logos Publications. (in persian)
44. Mosadeghrad A, Akbarisari A, Rahimitabar P. Health System Governance in Iran: A Delphi Study. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2020; 17 (4) :317-336. (in persian) <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5831-fa.html>
45. Mousavi, S. M., et al. (2023). The gap between public health literacy and central health directives: A field study. *Iranian Journal of Public Health*, 52(8), 1640-1652. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i8.13421>

46. Panahi, R., et al. (2023). The impact of traditional beliefs and stigma on health equity in Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, 23(3), e00589. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2023.122>
47. Raoofi, A., & Takian, A. (2025). Rule of law and transparency in the Iranian health system: A policy analysis. *Archives of Iranian Medicine*, 28(1), 5-15. <https://doi.org/10.34172/aim.2025.02>
48. Razavi, S. H., et al. (2024). Cultural barriers to community participation in health priority-setting: A qualitative study. *Global Health Promotion*, 31(2), 88-97. <https://doi.org/10.1177/17579759231201452>
49. Ren, X., et al. (2024). Resistance to change in healthcare organizations: The role of leadership and psychological safety. *Healthcare Management Review*, 49(2), 134-145. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000392>
50. Shishkin, S., et al. (2025). Centralization vs. Decentralization in health care: Impacts on local access and efficiency. *Health Policy*, 145, 105122. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105122>
51. Smith, J., et al. (2023). Barriers to health system integration: A global systematic review. *Health Systems & Reform*, 9(1), 2198453. <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2198453>
52. Torre, A., & Traversac, J. B. (2011). *Territorial Governance: Local Development, Rural Areas and Agrofood Systems*. Springer Verlag.
53. Yasobant, S., et al. (2024). Intersectoral coordination for health: Navigating the challenges of fragmented organizational structures. *BMC Health Services Research*, 24, 112. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10567-w>
54. Zare, H., et al. (2024). Ethnic affiliations and social capital in peripheral health care: Evidence from Iran. *Social Science & Medicine - Population Health*, 25, 101567. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101567>