Without participation, no effectiveness: The necessity of stakeholder involvement in health policy-making in Iran

***Afshin Aalipour*[1], *Masoud Behzadifar*[2*]**

1. PhD in International Economics, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran, masoudbehzadifar@gmail.com

Abstract

Health policy-making has become increasingly complex due to the multifaceted structure of health systems, the diversity of actors involved, and persistent resource constraints. The effectiveness of this process depends heavily on stakeholder participation, as each group contributes unique operational knowledge and insights that are essential for designing realistic and feasible policies. In Iran, evidence from recent years shows that policies developed with limited or no stakeholder engagement often encounter professional resistance, implementation challenges, and costly revisions. This paper examines the consequences of insufficient engagement, including limited realism, heightened conflicts of interest, weak intersectoral coordination, and unintended outcomes, and argues that centralized, top-down approaches are no longer adequate for addressing the evolving needs of the Iranian health system. In contrast, inclusive stakeholder participation significantly enhances policy quality by improving analytical comprehensiveness, realism in policy design, feasibility of implementation, and transparency throughout the process. Such engagement fosters public trust, strengthens accountability, promotes collective learning, and generates a sense of ownership among actors, ultimately increasing the sustainability and acceptance of policies. Given the current demands of Iran's health system, this paper underscores the need to institutionalize structured mechanisms for engagement. The core policy message is clear: without meaningful and systematic stakeholder participation, health policy-making risks inefficiency and may produce outcomes that further complicate reform efforts.

Keywords: Health policy, Stakeholder participation, Policy implementation, Public trust, Health governance, Iran.

Citation: Afshin Aalipour, Masoud Behzadifar, Without participation, no effectiveness: The necessity of stakeholder involvement in health policy-making in Iran. Yafte. 2026; 28(1):1-11.

Correspondence Address: Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad.

Email: Masoudbehzadifar@gmail.com

بدون مشارکت، بدون اثربخشی: ضرورت حضور ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری سلامت در ایران

افشین عالی پور[1]، مسعود بهزادی فر[2]*

۱- دکترای اقتصاد بین الملل، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

چکیده

سیاست‌گذاری سلامت امروزه به دلیل پیچیدگی ساختار نظام سلامت، تنوع بازیگران و محدودیت منابع، به فرایندی دشوار و چندبُعدی تبدیل شده است. موفقیت این فرایند تا حد زیادی به میزان مشارکت ذی‌نفعان وابسته است؛ زیرا هر گروه، بخشی از دانش میدانی و واقعیت‌های اجرایی را در اختیار دارد که بدون آن، امکان طراحی سیاست‌های اثربخش و قابل اجرا کاهش می‌یابد. تجربه‌های سال‌های اخیر در ایران نشان داده است که سیاست‌هایی که بدون مشارکت معنادار ذی‌نفعان تدوین شده‌اند، با مقاومت حرفه‌ای، چالش‌های اجرایی و نیاز به بازنگری‌های پرهزینه مواجه بوده‌اند. این مقاله با بررسی پیامدهای نبود مشارکت ذینفعان شامل، فقدان واقع‌بینی، تشدید تضاد منافع، کاهش هماهنگی بین‌بخشی و بروز پیامدهای ناخواسته نشان می‌دهد که رویکردهای متمرکز و از بالا به پایین نمی‌توانند پاسخگوی نیازهای امروز نظام سلامت ایران باشند. در مقابل، مشارکت فراگیر ذی‌نفعان کیفیت سیاست‌گذاری را از طریق ارتقای جامعیت تحلیل، واقع‌بینی، امکان‌پذیری اجرا و شفافیت به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. چنین مشارکتی به تقویت اعتماد عمومی، افزایش پاسخگویی، یادگیری جمعی و شکل‌گیری حس مالکیت منجر می‌شود و در نتیجه پایداری و پذیرش سیاست‌ها را بهبود می‌بخشد. بر اساس شرایط کنونی نظام سلامت ایران، مقاله بر ضرورت ایجاد سازوکارهای نهادمند مشارکت تأکید می‌کند و پیام سیاستی اصلی آن روشن است: بدون مشارکت واقعی و ساختاریافته ذی‌نفعان، سیاست‌گذاری سلامت نه‌تنها کارآمد نخواهد بود، بلکه می‌تواند پیامدهایی ایجاد کند که اصلاحات را دشوارتر سازد.

کلیدواژه ها: سیاست‌گذاری سلامت، مشارکت ذی‌نفعان، اجرای سیاست، اعتماد عمومی، حکمرانی سلامت، ایران.

مقدمه

سیاست‌گذاری سلامت یکی از بنیادی‌ترین ارکان حکمرانی در هر کشور است و تعیین می‌کند که منابع محدود چگونه تخصیص یابند، اولویت‌های سلامت چگونه تعریف شوند و مسیر حرکت نظام سلامت در پاسخ به نیازهای جامعه چگونه ترسیم گردد. اهمیت این فرآیند از آن‌جاست که سلامت تنها یک موضوع فردی نیست، بلکه سرمایه‌ای اجتماعی و بستر توسعه اقتصادی، رفاه جمعی و تاب‌آوری ملی به شمار می‌رود. وقتی سیاست‌گذاری به‌درستی انجام شود، می‌تواند به کاهش بار بیماری‌ها، ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، افزایش دسترسی عادلانه و نهایتاً بهبود شاخص‌های سلامت جامعه منجر شود. بنابراین، سیاست‌گذاری سلامت نه فقط یک وظیفه اداری، بلکه تصمیم‌سازی برای آینده سلامت جمعیت است (۱).

از آنجا که نظام سلامت مجموعه‌ای پیچیده از سازمان‌ها، افراد، روابط و منافع است، هیچ سیاستی نمی‌تواند بدون شناخت دقیق این شبکه پیچیده و تعاملات درون آن به نتایج مطلوب دست یابد. بر همین اساس، موفقیت سیاست‌گذاری سلامت به‌طور مستقیم به حضور و مشارکت ذی‌نفعان بستگی دارد؛ زیرا هر ذی‌نفع بخشی از واقعیت نظام سلامت را درک می‌کند که دیگران ممکن است از آن بی‌اطلاع باشند. سیاستی که بدون شنیدن این واقعیت‌ها طراحی شود معمولاً در مرحله اجرا با مقاومت، ابهام و ناهماهنگی مواجه می‌شود. مشارکت ذی‌نفعان باعث می‌شود سیاست‌ها نه‌تنها جامع‌تر باشند، بلکه قابلیت اجرا و پایداری بیشتری داشته باشند (۲).

فرآیند سیاست‌گذاری در صورتی اثربخش خواهد بود که بتواند دغدغه‌ها و نیازهای واقعی مردم، ظرفیت‌ها و محدودیت‌های ارائه‌دهندگان خدمت، ملاحظات اقتصادی بیمه‌ها و نگاه فنی-راهبردی مدیران را هم‌زمان لحاظ کند. این سطح از جامع‌نگری تنها از طریق مشارکت واقعی و مؤثر ذی‌نفعان امکان‌پذیر است. حذف هر یک از گروه‌ها باعث ایجاد شکاف میان طراحی و اجرا می‌شود و در نهایت سیاست به نتیجه مطلوب نمی‌رسد (۳). بر همین اساس، مشارکت ذی‌نفعان نه یک انتخاب اختیاری، بلکه یک ضرورت ساختاری در سیاست‌گذاری سلامت است. این ضرورت در نظام‌های پیچیده و چندلایه مانند نظام سلامت بیش از هر حوزه‌ای احساس می‌شود (۴).

در ایران، نظام سلامت با چالش‌هایی مانند محدودیت منابع مالی، رشد جمعیت سالمند، شیوع بیماری‌های غیرواگیر، چندپارگی ساختاری و ضعف هماهنگی بین‌بخشی مواجه است. در چنین شرایطی، سیاست‌گذاری باید مبتنی بر ادله قوی، شناخت واقعیات میدانی و تعامل سازنده با همه گروه‌های درگیر باشد. اما واقعیت این است که فرآیند سیاست‌گذاری در ایران غالباً از بالا به پایین بوده و مشارکت ذی‌نفعان محدود و گاه نمادین باقی مانده است. این امر سبب شده برخی سیاست‌ها در مرحله اجرا با دشواری‌های جدی روبه‌رو شوند و در بسیاری موارد، فاصله‌ای معنادار میان اهداف سیاست و نتایج نهایی شکل گیرد (۵).

ضرورت پرداختن به موضوع مشارکت ذی‌نفعان در ایران از آن‌جاست که تجربه‌های ناموفق سیاستی بارها نشان داده‌اند که حتی بهترین اسناد و برنامه‌ها بدون همراهی بازیگران اصلی نظام سلامت قابلیت اجرا نخواهند داشت. فقدان مشارکت موجب می‌شود سیاست‌گذاران تصویر دقیقی از واقعیت‌های موجود نداشته باشند و سیاست‌ها براساس فرضیات غیرواقع‌بینانه طراحی شوند. این مسئله نه‌تنها اثربخشی سیاست‌ها را کاهش می‌دهد، بلکه موجب اتلاف منابع، افزایش هزینه‌های اجرا و تضعیف اعتماد عمومی نیز می‌شود. بنابراین، بازنگری در شیوه سیاست‌گذاری سلامت کشور و حرکت به سمت رویکردهای مشارکتی ضرورتی انکارناپذیر است (۶).

با توجه به این شرایط، بررسی نظری ضرورت مشارکت ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری سلامت ایران اهمیتی

دوچندان پیدا می‌کند؛ زیرا سیاست‌گذاران برای اتخاذ تصمیمات کارآمد نیازمند یک چارچوب تحلیلی روشن هستند که نشان دهد مشارکت ذی‌نفعان چگونه می‌تواند کیفیت، کارآمدی و واقع‌گرایی سیاست‌ها را افزایش دهد. این مقاله تلاش می‌کند با ارائه یک بحث نظری مبتنی بر بینش‌های حکمرانی سلامت، نشان دهد که چرا مشارکت ذی‌نفعان نه یک تجمل اداری، بلکه یک الزام بنیادین برای عبور از چالش‌های کنونی نظام سلامت ایران است. این تحلیل می‌تواند راهنمایی عملی برای سیاست‌گذاران باشد تا در بازطراحی فرآیندهای تصمیم‌گیری، مشارکت را به‌عنوان یک اصل کلیدی در نظر بگیرند.

چالش‌های عدم حضور ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری سلامت

عدم حضور ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری سلامت باعث می‌شود که سیاست‌ها بر پایه برداشت‌های محدود و اغلب غیرواقع‌بینانه شکل بگیرند. در چنین شرایطی، سیاست‌گذار تنها با اتکا به داده‌های رسمی یا گزارش‌های اداری تصمیم می‌گیرد؛ در حالی که این داده‌ها معمولاً جزئیات مسائل میدانی، موانع اجرایی و تجربه‌های عملی را بازتاب نمی‌دهند. نتیجه آن است که سیاست‌ها از ابتدا با شکاف اطلاعاتی طراحی می‌شوند و نمی‌توانند پاسخگوی نیازهای واقعی نظام سلامت باشند. این مسئله یکی از دلایل اصلی فاصله میان «برنامه‌های روی کاغذ» و «عملکرد واقعی» است که بارها در سیاست‌گذاری سلامت ایران مشاهده شده است (۷).

وقتی گروه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات، از پزشکان و پرستاران گرفته تا مدیران بیمارستان‌ها و کارشناسان حوزه سلامت عمومی، در فرآیند سیاست‌گذاری حضور نداشته باشند، سیاست‌گذاران نمی‌توانند ظرفیت‌ها و محدودیت‌های واقعی خط مقدم ارائه خدمات را درک کنند (۸). این موضوع باعث می‌شود سیاست‌ها بیش از حد خوش‌بینانه، فاقد امکان‌سنجی دقیق یا نیازمند منابعی باشند که در عمل قابل تأمین نیست. چنین سیاست‌هایی در مرحله اجرا به بن‌بست می‌خورند و حتی اگر در ظاهر کامل و ارزشمند به نظر برسند، در نهایت به طرح‌هایی با اجرای ناقص یا شکست‌خورده تبدیل می‌شوند. این چرخه ناکامی، هزینه‌های سنگینی بر نظام سلامت تحمیل می‌کند (۹).

نبود مشارکت ذی‌نفعان موجب کاهش پذیرش اجتماعی و حرفه‌ای سیاست‌ها می‌شود، زیرا گروه‌هایی که باید سیاست را اجرا کنند یا تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند، در فرآیند طراحی آن سهمی نداشته‌اند. وقتی سیاست از بالا تحمیل شود، ذی‌نفعان احساس می‌کنند منافع، دغدغه‌ها و دانش تخصصی آن‌ها نادیده گرفته شده است (۱۰). این وضعیت مقاومت‌های پنهان و آشکار ایجاد می‌کند و اجرای سیاست را با کندی، بی‌میلی یا حتی تقابل مواجه می‌سازد. چنین مقاومت‌هایی در نظام سلامت ایران، به‌ویژه در میان ارائه‌دهندگان خدمات و نهادهای حرفه‌ای، تجربه‌ای مکرر بوده است (۱۱).

فقدان مشارکت همچنین باعث افزایش احتمال بروز تضاد منافع و تصمیم‌گیری‌های غیرشفاف می‌شود. وقتی گروه‌های مختلف در فرآیند سیاست‌گذاری حضور نداشته باشند، برخی تصمیمات پشت درهای بسته و بدون نظارت جمعی گرفته می‌شود. این موضوع می‌تواند زمینه‌ساز انحصار، جانبداری و تصمیماتی شود که به نفع برخی گروه‌ها و به ضرر سایرین تمام می‌شود. نبود شفافیت و مشارکت، اعتماد عمومی نسبت به نظام سلامت را کاهش می‌دهد و موجب تقویت این برداشت می‌شود که سیاست‌ها بیش از آنکه دغدغه منافع عمومی داشته باشند، تحت تأثیر ملاحظات محدود و غیرکارشناسی هستند (۱۲).

یکی دیگر از چالش‌های عدم حضور ذی‌نفعان، کاهش سرعت اصلاحات ساختاری است. سیاست‌هایی که بدون مشارکت طراحی می‌شوند، معمولاً در مراحل اولیه با

اعتراض یا مخالفت روبه‌رو شده و ناچار به بازنگری، توقف یا تغییر گسترده می‌شوند. این فرآیند زمان و منابع زیادی را هدر می‌دهد و موجب کند شدن اصلاحات ضروری در نظام سلامت می‌شود. در شرایطی مانند ایران که نظام سلامت با چالش‌هایی نظیر هزینه‌های رو به افزایش، ناکارآمدی‌های ساختاری و نابرابری‌های فزاینده مواجه است، چنین تأخیرهایی می‌تواند پیامدهای جدی برای سلامت مردم و پایداری مالی سیستم داشته باشد (۱۳).

نبود مشارکت ذی‌نفعان همچنین منجر به افزایش ناهماهنگی بین‌بخشی می‌شود. سلامت تحت تأثیر عواملی فراتر از وزارت بهداشت است و نهادهایی مانند بیمه‌ها، شهرداری‌ها، آموزش‌وپرورش، محیط زیست و حتی نهادهای اقتصادی و اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در آن دارند (۱۴). وقتی این بخش‌ها در سیاست‌گذاری مشارکت نکنند، سیاست‌ها با رویکرد تک‌بخشی طراحی می‌شوند و نمی‌توانند مشکلاتی مانند آلودگی هوا، تغذیه ناسالم یا فقر را که عوامل تعیین‌کننده اصلی سلامت هستند، مدیریت کنند. این ناهماهنگی سبب می‌شود بسیاری از سیاست‌های سلامت از همان ابتدا ناکارآمد باشند (۱۵).

در نبود مشارکت واقعی، سیاست‌گذاران نسبت به پیامدهای غیرمستقیم و ناخواسته سیاست‌ها آگاهی کافی ندارند. بسیاری از سیاست‌های سلامت زمانی که به‌صورت متمرکز و بدون تعامل با ذی‌نفعان طراحی می‌شوند، پیامدهایی ایجاد می‌کنند که پیش‌بینی نشده‌اند و حتی ممکن است مشکلات جدیدی به وجود آورند. مثال‌های متعددی در ایران وجود دارد که نشان می‌دهد سیاست‌های به ظاهر مناسب، در عمل باعث افزایش هزینه‌ها، کاهش کیفیت خدمات یا ایجاد نابرابری‌های جدید شده‌اند. مشارکت ذی‌نفعان می‌تواند این پیامدهای ناخواسته را پیش از اجرا آشکار سازد (۱۶).

در نهایت، عدم مشارکت ذی‌نفعان موجب تضعیف پاسخگویی در نظام سلامت می‌شود. وقتی تصمیمات بدون مشارکت و نظارت گروه‌های مختلف گرفته شود، امکان ارزیابی شفاف، پاسخ‌گویی و اصلاح مسیر کاهش می‌یابد. مشارکت نه‌تنها کیفیت تصمیمات را بالا می‌برد، بلکه یک سازوکار نظارتی طبیعی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود سیاست‌گذاران نسبت به جامعه، حرفه‌ها و مردم پاسخگوتر باشند. نبود این سازوکار، زمینه را برای تداوم سیاست‌های ناکارآمد و تصمیم‌گیری‌های غیرمسئولانه فراهم می‌کند؛ مسئله‌ای که به‌وضوح در برخی سیاست‌های مقطعی و غیرپایدار ایران مشاهده شده است (۱۷).

مزایای حضور ذی‌نفعان

حضور فعال و معنادار ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری سلامت می‌تواند کیفیت تصمیم‌گیری را به‌طور قابل توجهی ارتقا دهد. هنگامی که دیدگاه‌ها و تجربه‌های متنوع در فرآیند سیاست‌گذاری وارد می‌شود، تصویر جامع‌تری از مسائل نظام سلامت شکل می‌گیرد. این تنوع دیدگاه‌ها کمک می‌کند ابعاد مختلف یک مسئله بهتر شناخته شود و گزینه‌های سیاستی واقع‌بینانه‌تری طراحی گردد. در نتیجه، سیاست‌ها کمتر بر فرضیات محدود استوار می‌شوند و بیشتر بر شناخت واقعی از شرایط نظام سلامت تکیه دارند. چنین فرآیندی احتمال موفقیت سیاست‌ها را در مراحل بعدی افزایش می‌دهد (۱۸).

مشارکت ذی‌نفعان همچنین به افزایش امکان‌پذیری اجرایی سیاست‌ها کمک می‌کند. ارائه‌دهندگان خدمات، مدیران اجرایی و سایر بازیگران می‌توانند در همان مراحل اولیه طراحی سیاست، موانع عملی و محدودیت‌های موجود را مطرح کنند (۱۹). این بازخوردها به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا سیاست‌ها را به‌گونه‌ای طراحی کنند که با ظرفیت‌های واقعی نظام سلامت سازگار باشد. در نتیجه، سیاست‌ها در مرحله اجرا با چالش‌های کمتری روبه‌رو می‌شوند و احتمال تحقق اهداف تعیین‌شده افزایش می‌یابد. چنین رویکردی فاصله میان سیاست‌گذاری و اجرا را کاهش می‌دهد (۲۰).

یکی دیگر از مزایای مهم مشارکت ذی‌نفعان، افزایش پذیرش و همراهی با سیاست‌ها است. زمانی که گروه‌های مختلف در فرآیند تصمیم‌گیری نقش داشته باشند، احساس مالکیت بیشتری نسبت به نتایج آن پیدا می‌کنند. این احساس مالکیت باعث می‌شود اجرای سیاست‌ها با همکاری و حمایت بیشتری همراه شود. در مقابل، سیاست‌هایی که بدون مشارکت طراحی می‌شوند اغلب با مقاومت یا بی‌اعتمادی مواجه خواهند شد. بنابراین مشارکت ذی‌نفعان می‌تواند به‌عنوان ابزاری مؤثر برای کاهش تنش‌ها و افزایش همکاری در نظام سلامت عمل کند (۲۱).

مشارکت گسترده ذی‌نفعان همچنین می‌تواند به ارتقای شفافیت در فرآیند سیاست‌گذاری منجر شود. وقتی تصمیم‌گیری در فضایی بازتر و با حضور گروه‌های مختلف انجام شود، امکان بررسی و نقد دیدگاه‌ها افزایش می‌یابد. این موضوع از شکل‌گیری تصمیمات غیرشفاف یا جانبدارانه جلوگیری می‌کند و اعتماد بیشتری در میان ذی‌نفعان ایجاد می‌نماید. شفافیت نه‌تنها کیفیت تصمیمات را بهبود می‌بخشد، بلکه به تقویت مشروعیت سیاست‌ها نیز کمک می‌کند. در نتیجه، جامعه و گروه‌های حرفه‌ای اعتماد بیشتری به سیاست‌های اتخاذشده خواهند داشت (۲۲).

حضور ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری می‌تواند به شناسایی بهتر اولویت‌های واقعی سلامت جامعه کمک کند. بسیاری از نیازهای سلامت تنها از طریق تجربه‌های مستقیم مردم، بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات قابل درک است. مشارکت این گروه‌ها موجب می‌شود سیاست‌گذاران تصویر دقیق‌تری از مسائل اولویت‌دار و مشکلات واقعی نظام سلامت داشته باشند. در چنین شرایطی، منابع محدود نظام سلامت نیز به شکل هدفمندتری تخصیص می‌یابد. این امر می‌تواند به افزایش کارایی و اثربخشی سیاست‌های سلامت منجر شود (۲۳).

مشارکت ذی‌نفعان همچنین زمینه را برای یادگیری جمعی و تبادل دانش میان بازیگران مختلف فراهم می‌کند. سیاست‌گذاران، متخصصان، مدیران اجرایی و جامعه علمی هرکدام دارای دانش و تجربه‌های ارزشمندی هستند که در صورت تعامل می‌تواند به تولید راه‌حل‌های خلاقانه‌تر منجر شود (۲۴). این تعامل باعث می‌شود سیاست‌ها تنها محصول یک دیدگاه محدود نباشند، بلکه حاصل هم‌افزایی دانش و تجربه گروه‌های مختلف باشند. چنین فرآیندی ظرفیت نوآوری در سیاست‌گذاری سلامت را افزایش می‌دهد. در نهایت، نظام سلامت از تصمیماتی بهره‌مند می‌شود که مبتنی بر دانش گسترده‌تری هستند (۲۵).

از سوی دیگر، مشارکت ذی‌نفعان می‌تواند به تقویت پاسخگویی در نظام سلامت کمک کند. وقتی گروه‌های مختلف در فرآیند سیاست‌گذاری حضور داشته باشند، امکان نظارت اجتماعی و حرفه‌ای بر تصمیمات افزایش می‌یابد. این نظارت موجب می‌شود سیاست‌گذاران در قبال تصمیمات خود مسئولیت‌پذیرتر عمل کنند (۲۶). همچنین فرآیند ارزیابی و اصلاح سیاست‌ها نیز تسهیل می‌شود، زیرا ذی‌نفعان می‌توانند بازخوردهای مستمر ارائه دهند. چنین سازوکاری به بهبود تدریجی سیاست‌ها و افزایش کارآمدی نظام سلامت کمک می‌کند (۲۷).

در نهایت، مشارکت فراگیر ذی‌نفعان می‌تواند به تقویت اعتماد عمومی به نظام سلامت منجر شود. اعتماد یکی از سرمایه‌های اساسی هر نظام سلامت است و بدون آن اجرای سیاست‌ها با دشواری‌های فراوان مواجه خواهد شد (۲۸). هنگامی که مردم و گروه‌های حرفه‌ای احساس کنند در فرآیند تصمیم‌گیری دیده می‌شوند و صدای آن‌ها شنیده می‌شود، اعتماد و همکاری آن‌ها افزایش می‌یابد. این اعتماد به نوبه خود اجرای سیاست‌ها را تسهیل کرده و پایداری آن‌ها را در بلندمدت تقویت می‌کند. به همین دلیل، مشارکت ذی‌نفعان نه‌تنها یک ابزار مدیریتی، بلکه

یکی از پایه‌های حکمرانی مؤثر در نظام سلامت محسوب می‌شود.

نتیجه گیری و پیام سیاستی

در مجموع، سیاست‌گذاری سلامت فرآیندی پیچیده و چندبُعدی است که موفقیت آن تا حد زیادی به نحوه مشارکت بازیگران مختلف بستگی دارد. نظام سلامت تنها از طریق تصمیمات اداری یا کارشناسی محدود اداره نمی‌شود، بلکه مجموعه‌ای از روابط، منافع، دانش‌ها و تجربه‌های گوناگون را دربر می‌گیرد. نادیده گرفتن این واقعیت می‌تواند به شکل‌گیری سیاست‌هایی منجر شود که اگرچه در سطح نظری منطقی به نظر می‌رسند، اما در عمل با چالش‌های جدی مواجه می‌شوند. بنابراین مشارکت ذی‌نفعان باید به‌عنوان یکی از عناصر اساسی حکمرانی سلامت مورد توجه قرار گیرد. این مشارکت نه یک اقدام نمادین، بلکه بخشی از سازوکار عقلانی تصمیم‌گیری در نظام‌های سلامت است.

تجربه‌های مختلف در نظام سلامت ایران نشان می‌دهد که بسیاری از سیاست‌ها در صورت طراحی بدون مشارکت مؤثر ذی‌نفعان، با مشکلات اجرایی، مقاومت‌های حرفه‌ای یا بازنگری‌های مکرر روبه‌رو شده‌اند. این تجربه‌ها نشان می‌دهد که حتی سیاست‌های دارای اهداف مثبت نیز در صورت نبود گفت‌وگوی مؤثر با گروه‌های مرتبط، ممکن است به نتایج مورد انتظار نرسند. در مقابل، سیاست‌هایی که از ابتدا با تعامل و گفت‌وگو میان سیاست‌گذاران، متخصصان، ارائه‌دهندگان خدمات و سایر بازیگران شکل گرفته‌اند، معمولاً از پایداری و پذیرش بیشتری برخوردار بوده‌اند. این واقعیت ضرورت بازاندیشی در شیوه‌های رایج سیاست‌گذاری سلامت را برجسته می‌کند. به بیان دیگر، کیفیت سیاست‌ها تنها به محتوای آن‌ها وابسته نیست، بلکه به فرآیند شکل‌گیری آن‌ها نیز بستگی دارد.

در چنین شرایطی، ایجاد سازوکارهای نهادمند برای مشارکت ذی‌نفعان می‌تواند گامی مهم در جهت بهبود کیفیت سیاست‌گذاری سلامت در ایران باشد. این سازوکارها باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که حضور گروه‌های مختلف نه به‌صورت مقطعی یا تشریفاتی، بلکه به شکل مستمر و معنادار در فرآیند تصمیم‌گیری تضمین شود. شوراهای مشورتی، گفت‌وگوهای ساختاریافته با گروه‌های حرفه‌ای، مشارکت نهادهای مدنی و استفاده از دیدگاه بیماران و شهروندان می‌تواند بخشی از این فرآیند باشد. چنین رویکردی به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا تصمیمات خود را بر پایه شناخت جامع‌تری از واقعیت‌های نظام سلامت اتخاذ کنند. در نتیجه، احتمال موفقیت و پایداری سیاست‌ها افزایش خواهد یافت.

از منظر سیاستی، ضروری است که سیاست‌گذاران سلامت مشارکت ذی‌نفعان را به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از فرآیند تصمیم‌گیری در نظر بگیرند. این مشارکت باید در مراحل مختلف سیاست‌گذاری، از شناسایی مسئله و طراحی گزینه‌های سیاستی تا اجرا و ارزیابی، مورد توجه قرار گیرد. همچنین لازم است فرآیندهای مشارکتی به‌گونه‌ای طراحی شوند که تعادل مناسبی میان کارآمدی تصمیم‌گیری و تنوع دیدگاه‌ها برقرار شود. در غیر این صورت، مشارکت ممکن است به فرآیندی طولانی و کم‌اثر تبدیل شود. بنابراین طراحی دقیق سازوکارهای مشارکتی اهمیت زیادی دارد.

در کنار ایجاد سازوکارهای مشارکتی، تقویت فرهنگ گفت‌وگو و تعامل میان بازیگران مختلف نظام سلامت نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. سیاست‌گذاری مشارکتی تنها از طریق ساختارهای رسمی محقق نمی‌شود، بلکه نیازمند فضایی است که در آن تبادل نظر، نقد سازنده و همکاری میان گروه‌های مختلف امکان‌پذیر باشد. توسعه چنین فرهنگی می‌تواند به کاهش شکاف میان سیاست‌گذاران و مجریان سیاست‌ها کمک کند. همچنین زمینه را برای شکل‌گیری تصمیماتی فراهم می‌کند که بیشتر مورد پذیرش و حمایت قرار می‌گیرند. در بلندمدت، این امر

می‌تواند به ارتقای کیفیت حکمرانی در نظام سلامت منجر شود.

از سوی دیگر، مشارکت مؤثر ذی‌نفعان می‌تواند به افزایش شفافیت و پاسخگویی در نظام سلامت کمک کند. وقتی فرآیند سیاست‌گذاری در فضایی بازتر و با حضور گروه‌های مختلف انجام شود، امکان بررسی، نقد و اصلاح تصمیمات افزایش می‌یابد. این وضعیت موجب می‌شود سیاست‌گذاران نسبت به پیامدهای تصمیمات خود حساس‌تر و پاسخگوتر باشند. همچنین اعتماد عمومی نسبت به سیاست‌ها تقویت می‌شود و اجرای آن‌ها با حمایت بیشتری همراه خواهد شد. در نتیجه، مشارکت نه‌تنها کیفیت سیاست‌ها را افزایش می‌دهد، بلکه مشروعیت آن‌ها را نیز تقویت می‌کند.

در نهایت، اگر نظام سلامت ایران در پی دستیابی به سیاست‌های پایدار، واقع‌بینانه و قابل اجرا است، باید مشارکت ذی‌نفعان را به‌عنوان یکی از اصول بنیادین سیاست‌گذاری بپذیرد. پیچیدگی مسائل سلامت و محدودیت منابع ایجاب می‌کند که تصمیمات بر پایه دانش و تجربه جمعی اتخاذ شوند. مشارکت گسترده بازیگران مختلف می‌تواند به شکل‌گیری سیاست‌هایی منجر شود که هم از نظر فنی قابل دفاع باشند و هم در عمل قابلیت اجرا داشته باشند. از این رو، حرکت به سوی سیاست‌گذاری مشارکتی نه یک انتخاب اختیاری، بلکه ضرورتی برای بهبود عملکرد و اثربخشی نظام سلامت ایران به شمار می‌رود.

تعارض منافع

نویسنده اعلام می دارد هیچگونه تعارض منافعی در نگارش این پژوهش ندارد.

حمایت مالی

نویسنده برای انجام این پژوهش از هیچ حمایت مالی استفاده نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

در این متن ملاحظات اخلاقی موضوعیت ندارد.

References

1. Sarroukh Z, Jeurissen P, Akter S, Listl S. The Political Economy of Priority Setting and Resource Allocation in European Oral Health Policy. JDR Clin Trans Res. 2025 Oct;10(4):372-384. doi: 10.1177/23800844241302052.
2. Guleid FH, Barasa E, Abiiro GA, Nzinga J. Beyond evidence: how actor dynamics and power shape knowledge translation for health policy in Kenya. Health Policy Plan. 2025 Sep 17;40(8):819-830. doi: 10.1093/heapol/czaf050.
3. Agwu P, Mbachu C, Onwujekwe O. Enhancing the role of mass media in the translation of evidence from health policy and systems research in Nigeria. Health Res Policy Syst. 2025 Jan 30;23(1):16. doi: 10.1186/s12961-024-01267-8.
4. Ivanitskaya LV, Erzikova E. Visualizing YouTube Commenters' Conceptions of the US Health Care System: Semantic Network Analysis Method for Evidence-Based Policy Making. JMIR Infodemiology. 2025 Feb 11;5:e58227. doi: 10.2196/58227.
5. Doshmangir L. Navigating policy making in a complex health system landscape: insight from Iran's health ministers. Arch Public Health. 2025 Nov 19;83(1):281. doi: 10.1186/s13690-025-01754-6.
6. Aryankhesal A, Behzadifar M, Bakhtiari A, Shahabi S, Azari S, Darvishi Teli B, Rezapour A, Ehsanzadeh SJ, Behzadifar M. Exploring the landscape of health technology assessment in Iran: perspectives from stakeholders on needs, demand and supply. Health Res Policy Syst. 2024 Jan 15;22(1):11. doi: 10.1186/s12961-023-01097-0.
7. McKee M, Pagel C. Systems Thinking in Public Health Comment on "Using System Dynamics to Understand Transnational Corporate Power in Diet-Related Non-communicable Disease Prevention Policy-Making: A Case Study of South Africa". Int J Health Policy Manag. 2025;14:9065. doi: 10.34172/ijhpm.9065.
8. Moghimikandelousi S, Najm L, Lee Y, Bayat F, Prasad A, Khan S, Bhavan A, Gao W, Hosseinidoust Z, Didar TF. Advances in biomonitoring technologies for women's health. Nat Commun. 2025 Sep 26;16(1):8507. doi: 10.1038/s41467-025-63501-3.
9. Inayat S, Younas A, Andleeb S, Rasheed SP, Ali P. Enhancing nurses' involvement in policy making: A qualitative study of nurse leaders. Int Nurs Rev. 2023 Sep;70(3):297-306. doi: 10.1111/inr.12828.
10. Schroeder SA. Lockdowns, Bioethics, and the Public: Policy-Making in a Liberal Democracy. Hastings Cent Rep. 2023 Nov;53(6):11-17. doi: 10.1002/hast.1539.
11. Chao K, Sarker MNI, Ali I, Firdaus RBR, Azman A, Shaed MM. Big data-driven public health policy making: Potential for the healthcare industry. Heliyon. 2023 Aug 31;9(9):e19681. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e19681.
12. Shan Y, Ji M, Dong Z, Xing Z, Xu X. Assessing Patients' Critical Health Literacy and Identifying Associated Factors: Cross-sectional Study. J Med Internet Res. 2023 Apr 5;25:e43342. doi: 10.2196/43342.

13. Yang K, Li Y, Qi H. Determinants of and Willingness to Use and Pay for Digital Health Technologies Among the Urban Elderly in Hangzhou, China. Risk Manag Healthc Policy. 2023 Mar 27;16:463-478. doi: 10.2147/RMHP.S393767.
14. McMillan Boyles C, Spoel P, Montgomery P, Nonoyama M, Montgomery K. Representations of clinical practice guidelines and health equity in healthcare literature: An integrative review. J Nurs Scholarsh. 2023 Mar;55(2):506-520. doi: 10.1111/jnu.12847.
15. Hobeika A, Stauffer MHT, Dub T, van Bortel W, Beniston M, Bukachi S, Burci GL, Crump L, Markotter W, Sepe LP, Placella E, Roche B, Thiongane O, Wang Z, Guérin F, van Kleef E. The values and risks of an Intergovernmental Panel for One Health to strengthen pandemic prevention, preparedness, and response. Lancet Glob Health. 2023 Aug;11(8):e1301-e1307. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00246-2.
16. Paina L, Rodriguez DC, Zakumumpa H, Mackenzie C, Ssengooba F, Bennett S. Geographic prioritisation in Kenya and Uganda: a power analysis of donor transition. BMJ Glob Health. 2023 May;8(5):e010499. doi: 10.1136/bmjgh-2022-010499.
17. Listl S, Baltussen R, Carrasco-Labra A, Carrer FC, Lavis JN. Evidence-Informed Oral Health Policy Making: Opportunities and Challenges. J Dent Res. 2023 Nov;102(12):1293-1302. doi: 10.1177/00220345231187828.
18. Payne S, Begovic D, Salifu Y, Nelson A, Payne C, Downing J, Natsiavas P, Ling J. Applying Digital Health in Cancer and Palliative Care in Europe: Policy Recommendations from an International Expert Workshop (MyPal Project). J Palliat Med. 2024 Feb;27(2):216-223. doi: 10.1089/jpm.2023.0309.
19. Shikako K, El Sherif R, Cardoso R, Zhang H, Lai J, Mogo ERI, Schuster T. Applying behaviour change models to policy-making: development and validation of the Policymakers' Information Use Questionnaire (POLIQ). Health Res Policy Syst. 2023 Jan 23;21(1):8. doi: 10.1186/s12961-022-00942-y.
20. Baleige A, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire. Sante Publique. 2023;34(HS2):197-211. French. doi: 10.3917/spub.hs2.0197.
21. Fashaw-Walters SA, McGuire CM. Proposing A Racism-Conscious Approach To Policy Making And Health Care Practices. Health Aff (Millwood). 2023 Oct;42(10):1351-1358. doi: 10.1377/hlthaff.2023.00482.
22. Aliev AA, Tomaskova H, Winkler P, Yon Y, Kagstrom A, Guerrero Z, Lazeri L, Reinap M, Redlich C, Tijerino Inestroza AM, Maurer J. Methods and tools to assess implementation of mental health policies and plans: A systematic review. Glob Ment Health (Camb). 2023 Mar 17;10:e12. doi: 10.1017/gmh.2023.3.
23. Strachan DL, Teague K, Asefa A, Annear PL, Ghaffar A, Shroff ZC, McPake B. Using health policy and systems research to

past decade: a scoping review. Int J Technol Assess Health Care. 2023 Mar 27;39(1):e18. doi: 10.1017/S0266462322003312.

27. Joosse IR, Tordrup D, Bero L, Mantel-Teeuwisse AK, van den Ham HA. A critical review of methodologies used in pharmaceutical pricing policy analyses. Health Policy. 2023 Aug;134:104576. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.03.003.
28. Shahraki-Mohammadi A, Panahi S, Ashouri A, Sayarifard A. Important Systemic Factors for Improving Adolescent Mental Health Literacy. Iran J Psychiatry. 2023 Jan;18(1):45-54. doi: 10.18502/ijps.v18i1.11412.

influence national health policies: lessons from Mexico, Cambodia and Ghana. Health Policy Plan. 2023 Jan 6;38(1):3-14. doi: 10.1093/heapol/czac083.

24. Khan SJ, Asif M, Aslam S, Khan WJ, Hamza SA. Pakistan's Healthcare System: A Review of Major Challenges and the First Comprehensive Universal Health Coverage Initiative. Cureus. 2023 Sep 4;15(9):e44641. doi: 10.7759/cureus.44641.
25. Martins F, Lima A, Diep L, Cezarino L, Liboni L, Tostes R, Parikh P. COVID-19, SDGs and public health systems: Linkages in Brazil. Health Policy Open. 2023 Dec;4:100090. doi: 10.1016/j.hpopen.2023.100090.
26. Bhatia S, Mohanty V, Balappanavar AY, Chahar P, Rijhwani K, Gupta R. Health technology assessment for oral health in the