Ethical Challenges in the Implementation of Iran's Health Transformation Plan: A Narrative Review

Najafi F[1], Barahooei Noori M[2*]
1. Assistant Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. MSc Student, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran, barahooyim@gmail.com

Received: *2025/5/18* Accepted: *2025/10/12*

Abstract

Background: The health system refers to a set of organizations, individuals, and actions aimed at improving community health, ensuring equitable participation in resource allocation, and enhancing patient satisfaction. Since 2014, with the implementation of the "Health Transformation Plan," Iran's health system has undergone significant reforms. One of the less explored aspects of this plan is its ethical challenges. The four core ethical principles—beneficence, non-maleficence, autonomy, and justice constitute the foundation of health policies. Therefore, the present study was conducted as a narrative review to examine the existing evidence on the ethical challenges in implementing this plan.

Materials and Methods: In this narrative review, an advanced search was conducted using a combination of Persian keywords equivalent to "Health Transformation Plan","Iran's health system" and "Ethical challenges", along with their English counterparts ("Health Transformation Plan", "Iran's health system", "Ethical challenges") across international databases, including Web of Science Core Collection, PubMed/Medline, Scopus, the search engine Google Scholar, and national databases, such as SID, Magiran, and Irandoc, covering the time period from 2011 to 2025.

Results: The initial search yielded 880 articles. After removing duplicates and applying inclusion criteria, 17 relevant qualitative studies focusing on the ethical principles in the implementation of the Health Transformation Plan—beneficence, non-maleficence, autonomy, and justice—were analyzed. The results indicated that adherence to these principles can significantly improve the quality of healthcare services and enhance the satisfaction of both healthcare personnel and the general public.

Conclusion: By paying attention to ethical dimensions in Iran's health policies, strengthening education, optimizing resource allocation, and developing monitoring systems, service quality can be promoted and public trust increased.

Keywords: Ethical Challenges, Health Transformation Plan, Iran's Health System, Narrative Review.

Citation: Najafi F, Barahooei Noori M. Ethical Challenges in the Implementation of Iran's Health Transformation Plan: A Narrative Review. Yafte. 2025; 27(3):118-136.

Correspondence Address: Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, * Mashaheer Square, Zahedan

Email: barahooyim@gmail.com

چالش‌های اخلاقی اجرای طرح تحول نظام سلامت در ایران: مرور روایتی

فرشته نجفی[1]، مرضیه براهویی نوری[2*]

۱- استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی‌ارشد، گروه سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

یافته / دوره ۲۷ / شماره ۳ / پاییز ۱۴۰۴ / مسلسل ۱۰۵

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۲/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۷/۲۰

مقدمه: نظام سلامت به مجموعه‌ای از سازمان‌ها، افراد و اقدامات اطلاق می‌شود که با هدف ارتقای سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تأمین منابع و رضایت بیماران در سطح جامعه فعالیت می‌کنند. نظام سلامت ایران از سال ۱۳۹۳ با اجرای "طرح تحول نظام سلامت" دچار تغییرات اساسی شد. یکی از ابعاد کمتر بررسی‌شده در اجرای این طرح، چالش‌های اخلاقی آن است. اصول اخلاقی‌چهارگانه شامل سودرسانی، ضرر نرساندن، استقلال و عدالت، مبنای سیاست‌های سلامت هستند؛ بنابراین، این مطالعه باهدف مرور روایتی شواهد موجود پیرامون چالش‌های اخلاقی اجرای این طرح انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مرور روایتی، جستجوی‌پیشرفته با ترکیبی از کلیدواژه‌های «طرح تحول‌گرا»،«نظام سلامت ایران»،«چالش اخلاقی» و کلیدواژه های انگلیسی «Health Transformation plan»، «Iran's health system»، «Ethical challenges» در پایگاه‌های‌بین‌المللی Scopus, Web of Science Core Collection, PubMed/Medline موتورجستجوگر Google_Scholar و پایگاه‌های‌ملی SID, Magiran, Irandoc در بازه زمانی سال ۱۳۹۰تا۱۴۰۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: در جستجوی اولیه ۸۸۰ مقاله یافت شد که پس از حذف موارد تکراری و لحاظ‌کردن معیارهای ورود، درنهایت ۱۷مطالعه‌کیفی مرتبط با اصول اخلاقی در اجرای طرح تحول نظام سلامت شامل اصل سودرسانی، ضرر نرساندن، استقلال و عدالت مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بررسی‌ها نشان داد که رعایت این اصول نقش بسیار موثری درافزایش کیفیت خدمات ارائه شده و افزایش رضایت‌مندی پرسنل و جامعه می‌تواند داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به ابعاد اخلاقی در سیاست‌های سلامت ایران، از طریق تقویت آموزش، بهینه‌سازی تخصیص منابع و توسعه سامانه‌های نظارتی، می‌تواند به ارتقای کیفیت و اعتماد عمومی کمک کند.

واژه‌های کلیدی: طرح تحول سلامت، نظام سلامت ایران، چالش اخلاقی، مرور روایتی

***آدرس مکاتبه: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری‌ومامایی، گروه سلامت جامعه.**

پست الکترونیک: barahooyim@gmail.com

مقدمه

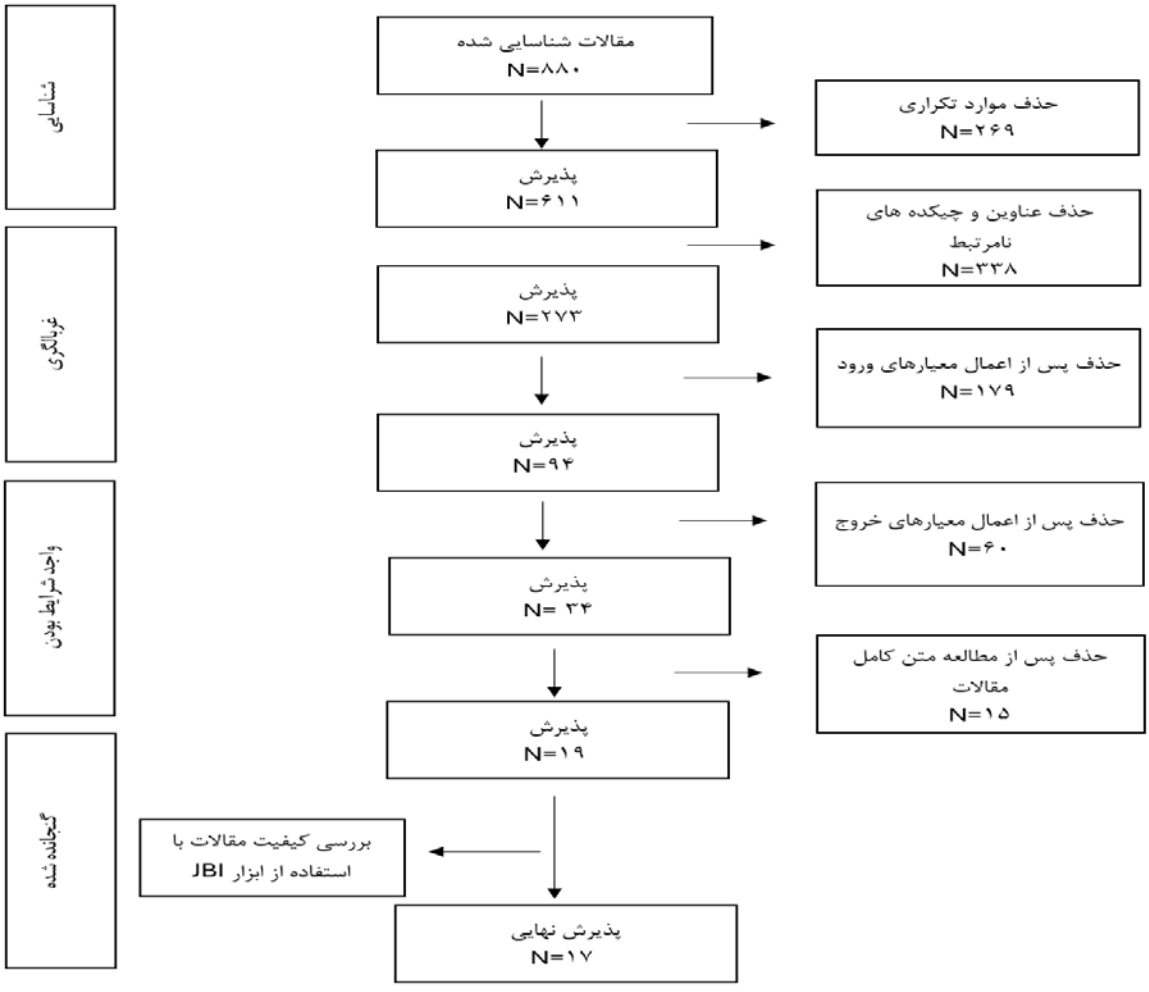
در دنیای امروزی، نظام‌های سلامت نقش مهمی در ارتقاء، حفظ و بازتوانی سلامت ایفا می‌کنند و با عملکردخوب و با استفاده بهینه از منابع دردسترس، دستیابی به وضعیت مطلوب سلامتی را ممکن می‌سازند (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامتی تنها فقدان بیماری نیست، بلکه برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است (۲). در همین‌راستا نظام سلامت به مجموعه‌ای از سازمان‌ها، افراد و اقدامات اطلاق می‌شود که با هدف ارتقای سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تأمین منابع و رضایت بیماران در سطح جامعه فعالیت می‌کنند (۳). برای ارزیابی کارآمدی نظام سلامت، شاخص‌هایی ازجمله تولیت، دسترسی، تأمین مالی، عدالت و کیفیت مراقبت‌های سلامت تعریف شده است (۴،۵). کشورهای مختلف با هدف بهبود فرآیندهای مرتبط با سلامت اصلاحات گسترده‌ای را انجام داده‌اند (۶،۷)؛ ازجمله ترکیه با افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی، تأمین مالی پایدار و تأکید بر پیشگیری (۸)، تایلند با اجرای طرح پوشش همگانی سلامت (۹،۱۰)، بریتانیا با سیستم خدمات ملی سلامت که بر عدالت و مراقبت اولیه متمرکز است(۱۱،۱۲). در کشور ایران نیز تحولات و تغییرات اساسی در نظام سلامت تحت عنوان،"طرح تحول نظام سلامت" بوده است (۱۳). این طرح از سال ۱۳۹۳ به‌عنوان اقدامی بنیادین در عرصه سلامت با سه هدف اصلی حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات؛ سرلوحه فعالیت‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است (۱۴،۱۵). اجرای سیستم طرح تحول سلامت علیرغم دستیابی به موفقیت‌های متعدد در راستای اهداف اجرای طرح (۱۶) همچون افزایش تعداد پزشکان مقیم در بیمارستان‌ها (۱۷) و رضایتمندی بیماران از کاهش میزان پرداخت از جیب (۱۸)؛ با چالش‌هایی در برنامه طرح تحول سلامت نیز همراه بوده است (۳). در همین‌راستا یافته‌های مطالعه پورمرادی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که طرح تحول نظام سلامت دارای چالش‌های مدیریتی، آموزشی، فرهنگی، پرسنلی و زیرساختی در ارائه خدمات سلامت است که باید از طریق ایجاد امکانات جدید بهداشتی، ایجاد انگیزه برای جذب و نگهداری متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، گسترش خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه شهری، حومه شهری و همچنین مناطق روستایی و دورافتاده اقداماتی صورت گیرد (۱۹). در سطح جهانی نیز کشورها با چالش‌های مشابهی در مسیر اصلاحات نظام سلامت مواجه بوده‌اند. نتایج مطالعه‌ای در کشور نپال (۲۰۲۳) نشان داد چالش‌های قابل‌توجهی ازجمله عدم هماهنگی بین‌بخشی، عدم نظارت و پایش برنامه‌ها، کمبود بودجه، کمبود کارکنان، توزیع نامناسب مهارت‌ها و مشکلات مداوم در تأمین دارو وجود دارد و واگذاری قدرت و منابع، اتخاذ سیاست‌های جدید بهداشتی و افزایش منابع می‌تواند مؤثر باشد (۲۰). طرح تحول نظام سلامت ایران نیز در مقایسه با طرح‌های مشابه در سایر کشورها، ویژگی‌ها و چالش‌های خاص خود را دارد (۲۱). یکی از ابعاد کمتر بررسی‌شده در اجرای این طرح، چالش‌های اخلاقی آن است. چالش‌های اصول اخلاقی مرتبط با تدوین و مدیریت سیاست‌های نظام سلامت یکی از جنبه‌های بسیار مهمی است که تأثیر بسزایی در روند اجرای طرح تحول نظام سلامت دارد (۲۲،۲۳). منظور از اصول اخلاقی، قواعد ثابت و استواری است که به‌عنوان اصول راهنما و ملاک در تصمیم‌گیری‌های پزشکی قرار می‌گیرد (۲۴) که به اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی شهرت یافته‌اند و شامل: اصل سودرسانی، ضرر نرساندن، خودمختاری و عدالت است (۲۵،۲۶). سودرسانی به معنای تعهد فعال به انجام کارهایی است که به بهبود سلامت، رفاه و کیفیت زندگی بیماران و جامعه منجر شود، لذا این اصل ارائه‌دهندگان سلامت را موظف می‌کند که اقدامات و تصمیمات خود را بر مبنای حداکثر کردن منافع و منجر شدن به نتایج مثبت اتخاذ نمایند (۲۷). ضرر نرساندن به معنای خودداری از انجام هر عملی

است که ممکن است به بیماران یا جامعه آسیب یا صدمه وارد کند و ارائه‌دهندگان سلامت را ملزم می‌سازد که از هر اقدام یا سیاستی که موجب آسیب، درد یا خطر غیرضروری شود، اجتناب کنند (۲۸). بر اساس اصل خودمختاری، فرد می‌تواند بر انتخاب‌های زندگی خود کنترل داشته باشد و بتواند مستقل و آزاد از موانع و محدودیت‌های بیرونی تصمیم بگیرد (۲۹). مفهوم این اصل در حوزه اخلاق پزشکی عبارت است از اعطای حق پذیرش یا امتناع از درمان توسط بیمار و حق آگاهی از اینکه چه اعمالی در فرآیند درمان، با بدن وی انجام می‌شود، حتی اگر امتناع از درمان، به مرگ بیمار منجر گردد (۳۰). اصل عدالت به‌عنوان یکی از اصول بنیادین اخلاقی شمرده شده و به معنای رفتار عادلانه و بدون تبعیض با افراد جامعه است و نابرابری‌ها در دسترسی و ارائه خدمات سلامت تنها در صورتی مجاز است که بر اساس تفاوت‌های موجه و قابل توجیه در نیازها یا شرایط افراد باشد (۳۱). از منظر سیاست‌گذاری، عدالت مستلزم طراحی و اجرای سیاست‌هایی است که موجب کاهش نابرابری‌های غیرضروری و افزایش برابری در سلامت جامعه گردد (۳۲). تجزیه‌وتحلیل اصول چهارگانه اخلاق زیستی در نظام سلامت اهمیت زیادی دارد (۳۳،۳۴)؛ زیرا این اصول، چارچوبی اخلاقی برای تصمیم‌گیری‌های بالینی و سیاست‌گذاری بهداشتی فراهم می‌کنند (۳۵). همچنین توجه به چالش‌های اخلاقی تأثیر مثبت بر سلامت روانی جامعه دارد و به بهبود رفتار حرفه‌ای در میان پزشکان و کارکنان بهداشتی کمک می‌کند (۳۶). باوجود مطالعات متعدد پیرامون نظام سلامت ایران، تاکنون بررسی مروری که به‌طور خاص چالش‌های اخلاقی مرتبط با اجرای طرح تحول نظام سلامت را موردبررسی قرار دهد، منتشر نشده است. علاوه بر این، خلأ قابل‌توجهی در مرور این چالش‌ها بر اساس اصول اخلاقی چهارگانه شامل احترام به فرد، سودمندی، عدالت و عدم ضرر مشاهده می‌شود. هدف این مطالعه، پر کردن این خلأ پژوهشی با استفاده از رویکرد مرور روایتی است تا بتواند زمینه‌های بهبود سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در حوزه اجرای طرح تحول نظام سلامت در ایران را با پاسخ به پرسش‌های زیر فراهم آورد؛ مهم‌ترین چالش‌های اخلاقی در اجرای طرح تحول نظام سلامت کدام‌اند؟ این چالش‌ها چگونه با اصول چهارگانه اخلاق پزشکی مرتبط‌اند؟ چه راهکارهایی برای بهبود سیاست‌گذاری در این زمینه پیشنهاد می‌شود؟ بنابراین، مطالعه حاضر به‌صورت مروری و با هدف تبیین چالش‌های اخلاقی در اجرای طرح تحول نظام سلامت در ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مرور روایتی، جستجوی پیشرفته با عملگرهای بولین (OR و AND) و با ترکیبی از کلیدواژه‌های «طرح تحول سلامت»، «نظام سلامت ایران»، «چالش اخلاقی» و سایر معادل فارسی آن‌ها و کلیدواژه‌های انگلیسی «HealthTransformation plan»، « Iran's health system»، «Ethical challenges» در پایگاه‌های بین‌المللی PubMed/Medline, Web of Science Core Collection, Scopus, موتور جستجوگر Google_Scholar و پایگاه‌های ملی SID, Magiran, Irandoc صورت گرفت. مطالعات بر اساس معیارهای ورود و خروج از پیش تعیین‌شده انتخاب شدند. معیارهای ورود، مطالعات کیفی منتشرشده به زبان فارسی و انگلیسی از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۴ (۲۰۱۱ تا ۲۰۲۵ میلادی) که بر چالش‌های اخلاقی در طرح تحول نظام سلامت در کشور ایران تمرکز داشتند و دسترسی کامل علمی مقالات و مطالعات منتشرشده در مجلات معتبر یا منابع معتبر بود، انتخاب شدند. مطالعات کمی، مروری، نامه به سردبیر، چکیده مقالات و مقالات ارائه‌شده در همایش‌ها/ سمینارها حذف شدند. از ۸۸۰ مقاله یافت شده در بانک‌های اطلاعاتی علمی، درنهایت پس از بررسی عنوان و چکیده مقالات و حذف موارد تکراری، ۹۴ مقاله مرتبط با پژوهش که دارای معیارهای مناسب ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و از این تعداد، پس از اعمال معیارهای خروج ۳۴ مقاله انتخاب

و پس از مطالعه متن کامل ۱۹ مقاله انتخاب شدند که پس از بررسی کیفیت مقالات درنهایت ۱۷مطالعه یافته‌های حاصل از آن‌ها موردبررسی قرار گرفت. در این مطالعه، غربالگری عنوان، چکیده و متن کامل مقالات توسط دو پژوهشگر(نویسنده اول و دوم) به‌صورت مستقل انجام شد. در صورت بروز اختلاف‌نظر، مورد مربوطه موردبحث قرار گرفت و با اجماع دو پژوهشگر تصمیم نهایی اتخاذ شد. برای تحلیل محتوای مقالات انتخاب‌شده، از روش تحلیل مضمون استفاده شد. در این روش، ابتدا مفاهیم کلیدی و نکات اصلی از متون استخراج گردید. سپس بر اساس چارچوب اصول اخلاق زیستی چهارگانه (شامل احترام به خودمختاری فرد، سودمندی، ضرر نرساندن و عدالت) دسته‌بندی شدند. این کار به‌صورت دستی و با مرور مکرر داده‌ها توسط پژوهشگران انجام شد و چالش‌های اخلاقی مرتبط با اجرای طرح تحول سلامت به‌صورت منظم و مفهومی طبقه‌بندی گردیدند. از چک‌لیست JBI نیز برای ارزیابی کیفیت مطالعات واردشده استفاده شد. در این ابزار، مطالعاتی که حداقل نمره ۷ از ۱۰را کسب کرده بودند، به‌عنوان مطالعات با کیفیت قابل‌قبول در نظر گرفته شدند و وارد مرحله تحلیل شدند. تمامی مقالات جستجو شده در برنامه End note 21 گردآوری گردید. درنهایت داده‌ها به‌صورت مرور روایتی (Narrative) مرتب‌سازی و تنظیم گردید. انتخاب مقالات در نمودار ۱ آمده است.



نمودار ۱: نمودار انتخاب مقالات

یافته‌ها

مجموع ۱۷مقاله کیفی راه‌یافته به پژوهش موردبررسی قرار گرفتند و نتایج مرتبط با چالش‌های اخلاقی مورد استخراج قرار گرفت که در جدول زیر به تفضیل آورده شده است (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات مطالعات مرور شده در زمینه طرح تحول نظام سلامت ایران

ردیف	نویسنده/ سال/زبان انتشار	عنوان مطالعه	محل انجام	نوع مطالعه	افراد نمونه + تعداد	نتایج
۱	حاتمی و همکاران/ (۱۴۰۲)/ فارسی	تبیین تجارب مدیران، کارکنان و شرکت‌های پیمانکار حوزه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان از چالش‌های برون‌سپاری خدمات نظام سلامت (۳۷)	زاهدان، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۲۹ نفر از مدیران و کارکنان معاونت بهداشتی بودند.	چالش‌های حاصل از یافته‌های مطالعه حاضر در ۵حوزه (چالش‌های حوزه قانون‌گذاری، چالش‌های اجرایی، چالش‌های نیروی انسانی، چالش‌های نظارتی و چالش‌هایمانی) دسته‌بندی شدند. برون‌سپاری یکی از نیازهای اساسی به‌منظور پیشبرد اهداف سازمان است، اما شیوه اجرای فعلی آن مناسب نیست. استفاده از بخش خصوصی در پیشبرد اهداف حوزه سلامت جزء جدانشدنی سیستم است. استفاده از تجارب کشورهای پیشرفته در این زمینه از مشکلات بعدی در زمان اجرا جلوگیری کرد.
۲	زنگنه بایگی/ (۱۴۰۱)/ انگلیسی و فارسی	تبیین تجارب خدمات طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، در جنوب شرق ایران (۳۸)	زاهدان، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۲۷ نفر از پرسنل شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت بودند.	آموزش مناسب، کیفیت خدمات، حمایت مالی، نیروی انسانی ماندگار و متخصص، به‌عنوان عاملی کلیدی جهت رفع چالش‌های موجود در طرح تحول سلامت است. از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از ابزارهای نظام سلامت برای تحقق طرح تحول‌گرا نیروی انسانی است، به‌کارگیری نیروهای متخصص و آموزش آن‌ها، وجود عدالت در پرداختی آن‌ها و توجه به متخصصین، مدیریت در تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری باعث بهبود عملکرد نظام سلامت می‌شود.
۳	رئیسی و همکاران/ (۱۴۰۰)/ فارسی	دستاوردهای اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشتی در حاشیه شهر اصفهان: یک مطالعه کیفی (۳۹)	اصفهان، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۲۱ نفر از صاحب‌نظران مطلع و مسئولین حوزه بهداشت و مراقبین سلامت مراکز جامع بودند.	نتایج نشان داد اجرای طرح تحول سلامت در حاشیه شهر اصفهان، دستاوردهای قابل‌ملاحظه‌ای در حوزه ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به مردم از نظر عدالت و دسترسی و جامعیت خدمات، مشارکت بخش خصوصی و اشتغال‌زایی کسب نموده است. اگرچه چالش‌هایی در نحوه اختصاص بودجه و منابع، مشارکت بخش خصوصی و تأمین نیروی انسانی وجود دارد.
۴	حسینی و همکاران/ (۱۴۰۰)/ فارسی	تحلیل طرح تحول سلامت و پیامدهای آن به‌عنوان نظام کارآمد درمان (۴۰)	ایران	کیفی	جامعه نمونه جمعی از مدیران نظام سلامت و سیاست‌گذاران حوزه سلامت در ایران بودند.	به‌رغم نقاط قوتی که طرح تحول نظام سلامت به همراه داشته است، این طرح از عدم یکپارچگی و برخورداری از منطق صحیح اقتصادی آسیب‌دیده و خروجی‌های آن با توجه به اهداف اصلی نظام سلامت، دچار ابهام است. افزایش غیراصولی مجموع هزینه‌های سلامت،

						ضعف عدالت در تخصیص منابع، عدم توجه به امکان پایداری طرح، عدم انطباق با سیاست‌های کلان بالادستی و کاهش قابل‌توجه کارایی، مزایای این طرح را برای ارائه‌دهندگان خدمت و دریافت‌کنندگان آن در بلندمدت به‌طور کاهش داده است.
۵	احمدی و همکاران/ (۱۴۰۰)/ فارسی	ارائه راهکارهایی برای تقویت طرح تحول مراقبت‌های اولیه سلامت (۴۱)	معاونت بهداشتی و درمان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۱۸نفر از مدیران معاونت بهداشتی و درمانی نظام سلامت کردستان بودند.	چالش‌هایی در نحوه اجرا، تأمین منابع مالی و انسانی ازجمله چالش‌های آنلاین بودن خدمات سامانه سیب و نبود امکانات اینترنتی سریع و کارآمد در کلیه مناطق کشور بالاخص نواحی روستایی و دورافتاده، ضعف در برنامه‌های آموزشی و بازآموزی، عدم اطلاع‌رسانی کافی و مقتضی، عدم جلب مشارکت‌های مردمی، ضعف در همکاری و هماهنگی‌های بین‌بخشی و درون بخشی و نیز عدم وجود نظام پایش و ارزیابی مؤثر و مستمر که با اختصاص منابع کافی به بخش بهداشت، پیشگیری و مداخلات ارتقایی سلامت که دارای حداکثر بازدهی هستند، باید مدنظر مدیران قرار گیرند.
۶	پورمرادی و همکاران/ (۱۳۹۹)/ انگلیسی و فارسی	نقاط قوت، فرصت‌ها و چالش‌های طرح تحول سلامت به‌عنوان سیاست پوشش همگانی سلامت (۱۹)	مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۱۸ نفر از سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت بودند.	چالش‌های مدیریتی، آموزشی، فرهنگی، پرسنلی و زیرساختی می‌توانند در اجرای طرح تأثیرگذار باشند. طرح تحول نظام سلامت باید شامل مداخلات مؤثر برای غلبه بر چالش‌های موجود در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی از طریق ایجاد امکانات جدید بهداشتی، ارائه انگیزه‌های جذب و نگهداری برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، گسترش خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه شهری و حومه شهری و همچنین مناطق روستایی و دورافتاده باشد.
۷	شاه منصوری و همکاران/ (۱۳۹۹)/ فارسی	آسیب‌شناسی اجرای طرح تحول نظام سلامت با استفاده از تحلیل تم (۴۲)	ایران	کیفی	جامعه نمونه ۱۵ نفر از خبرگان حوزه نظام سلامت در ایران بودند.	نتایج نشان داد آسیب‌های شناسایی‌شده را می‌توان در سه دسته آسیب‌های ساختاری و فرآیندی(ساختار سازمانی، سیستم ارزیابی عملکرد، سیستم حقوق و دستمزد، تکنولوژی، سیستم مالی و بودجه طرح، سیستم کنترل و نظارت، سیستم تحقیق و توسعه)، آسیب‌های رفتاری (مدیریت، نیروی انسانی، تضاد نقش و فرهنگ سازمانی) و آسیب‌های محیطی (دولت و مجلس، سازمان‌های بیمه‌گر، عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی) دسته‌بندی کرد.
۸	جهانگیر و همکاران/ (۱۳۹۹)/ فارسی	الگوی مدیریت خطر طرح تحول نظام سلامت: یک مطالعه کیفی (۴۳)	ایران	کیفی	جامعه نمونه ۲۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی و مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران	نتایج نشان داد عدم تأمین مالی منابع طرح تحول به‌عنوان یک خطر مالی است. مدیران بیش از این که مدیر درآمد باشند، مدیر هزینه هستند. خطر دیگر این طرح وابستگی شدید به اعتبارات دولتی است. همچنین پاسخگو نبودن مدیران طرح تحول به جامعه،

					بودند.	عدم اطلاع‌رسانی به مردم و ضعف فعالیت‌های روابط عمومی باعث بدبینی مردم و نارضایتی آن‌ها از طرح تحول می‌شود.
۹	زارعی و همکاران/ (۱۳۹۸)/ فارسی	تحلیل وضعیت و چالش‌های خرید راهبردی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران (۴۴)	ایران	کیفی	جامعه نمونه ۲۵ نفر از سیاست‌گذاران نظام سلامت بودند.	اگر منابع محدود سلامت در صورتی که خرید راهبردی محقق نشود، ایجاد پوشش همگانی شامل پوشش مناسب قیمتی، خدمتی و جمعیتی را نخواهد داشت؛ بنابراین، نظارت کافی، سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری حاکمیت نظام سلامت ضروری است. مسلماً بدون تهیه زیرساخت‌های لازم، انجام بازنگری به‌منظور رفع چالش‌ها در خرید راهبردی در مسیر دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت کاری بیهوده خواهد بود.
۱۰	اله یاری و همکاران/ (۱۳۹۸)/ فارسی	عوامل مؤثر بر رضایتمندی کارکنان بهداشتی درمانی از اجرای طرح تحول نظام سلامت در شبکه‌های بهداشت و درمان استان بوشهر (۴۵)	بوشهر، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۵۴ نفر از پرسنل تمام سطوح شبکه‌های بهداشتی استان بوشهر بودند.	مدیران با اصلاح برنامه‌ریزی‌ها و بهبود روش‌های مدیریتی می‌توانند نقاط ضعف و چالش‌های موجود در طرح تحول سلامت را برطرف نموده تا از این طریق سطح رضایتمندی پرسنل بهداشتی و نهایتاً کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ارائه‌شده توسط آن‌ها را افزایش دهند. همچنین پیشنهاد می‌گردد که دولت منابع پایداری را با برنامه‌ریزی دقیق‌تر برای ادامه هدفمند طرح تحول نظام سلامت اختصاص دهد.
۱۱	روانی پور و همکاران/ (۱۳۹۸)/ فارسی	چالش‌های اجرای بسته‌های طرح تحول نظام سلامت در بوشهر (۱۶)	مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۳۸ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بودند.	عمده چالش‌ها ناشی از مشکلات مالی، اجرای سریع و در نظر نگرفتن شهرهای کمتر برخوردار در اجرای طرح بوده است. به‌منظور احیاء سریع طرح و دستیابی به اهداف مثبت و مفید آن، پیشنهاد می‌گردد بازبینی و اقدامات مؤثر به‌ویژه در حل مشکلات زیرساختی و مدیریتی به عمل آید.
۱۲	اسکندری و همکاران/ (۱۳۹۷)/ فارسی	تبیین چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شهر قم (۴۶)	پایگاه‌های سلامت وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۱۱۸ ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و ۱۵ نفر از مراجعین بودند.	بر اساس نتایج این مطالعه، طراحی راهکارهای مؤثر جهت مدیریت منابع، ایجاد سیستم گردآوری انتقادها، پیشنهادها و به‌کارگیری آن‌ها، قضاوت بر اساس کیفیت خدمات، اصلاح سیستم نظارتی موجود، رفع نقایص اجرایی و توجه به ارتقای کیفیت خدمات، ضروری به نظر می‌رسد.
۱۳	پیکان پور و همکاران/ (۱۳۹۷)/ فارسی	مروری بر دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران (۴۷)	دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۱۷ نفر از خبرگان بخش‌های مختلف حوزه سلامت بود.	به‌رغم دستاوردهای طرح، عدم یکپارچگی و عدم برخورداری از منطق صحیح اقتصادی مانع تحقق اهداف نهایی طرح‌شده و باگذشت زمان برخی از آثار مثبت آن‌که با صرف منابع زیادی به‌دست‌آمده بودند، روند معکوس به خود گرفته که نیاز به بازبینی دارند.
۱۴	رشیدیان و همکاران/ (۱۳۹۶)/	جایگاه آزادی و عدالت در نظام سلامت ایران (۴۸)	دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران	کیفی	مصاحبه با ۱۳ نفر از خبرگان انجام شد.	بر اساس یافته‌های مطالعه ارزش عدالت و آزادی به شیوه‌های مختلف در نظام سلامت موردتوجه قرار گرفته است اما هنوز با وضعیت ایده آل

	فارسی					فاصله قابل‌ملاحظه‌ای دارد. به نظر می‌رسد التزام پایبندی مدیران نظام سلامت به اسناد بالادستی و یادگیری از تجار سایر کشورها برای پیاده‌سازی مناسب آزادی و عدالت در سطوح مختلف نظام ضروری است.
۱۵	خلجی‌نیا و همکاران/ (۱۳۹۶)/ فارسی	تبیین چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شهر قم (۴۹)	مراکز آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران	کیفی	جامعه نمونه ۲۳ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت و ۵ نفر از گیرندگان خدمت انجام شد.	نتایج حاصل از مطالعه، چالش‌های اصلی طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان را تبیین نمود که در صورت عدم برنامه‌ریزی و توجه ویژه به این چالش‌ها ازجمله کمبود منابع مالی، عدم توانایی بیمه‌ها برای تعهدات خود، کمبود نیروی انسانی و مناسب نبودن فضای فیزیکی و تجهیزات، ادامه اجرای طرح با مشکلات جدی مواجه خواهد شد. لذا تداوم اجرای طرح نیاز به حمایت همه‌جانبه از طرف مسئولین و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مناسب دارد.
۱۶	دشمنگیر و همکاران/ (۱۳۹۵)/ انگلیسی	پرداخت‌های غیررسمی برای مراقبت‌های بهداشتی بستری در دوره طرح تحول پس از سلامت (۵۰)	مرکز تحقیقات بهره‌گیری از دانش، پژوهش دانشگاه و مرکز رشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران	کیفی	جامعه نمونه بیمارستان‌های استان‌های نواحی شمال، جنوب، شرق و غرب کشور به‌عنوان نمونه از کل کشور بود.	رواج پرداخت‌های غیررسمی بیماران برای خدمات بستری در دوره پس از اصلاحات کاهش یافته است؛ بااین‌حال، آن‌ها همچنان رایج هستند. نظارت منظم، بررسی سیاست‌های پرداخت به پزشکان، اطلاع‌رسانی به بیماران، تغییر رفتار ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران، دستورالعمل‌هایی برای جلوگیری از پرداخت‌های غیررسمی برای کاهش و حذف پرداخت‌های غیررسمی در بخش بهداشت و درمان کشور ایران پیشنهاد شد.
۱۷	قنبری و همکاران/ (۱۳۹۵)/ فارسی	طرح تحول نظام سلامت؛ نگاهی نو به ارائه خدمات سلامت: چالش‌های فراروی آن (۵۱)	دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران	کیفی	جامعه نمونه تعداد ۴۳ نفر از مدیران سیستم‌های بهداشتی-درمانی و مسئولین بیمارستان‌ها بودند.	تزریق منابع مالی به حوزه‌ی سلامت به بخش‌های مختلف اقتصادی با توجه به اینکه با کمبود منابع مالی مواجه‌اند، انتظار می‌رود؛ بنابراین تخصیص منابع بر اساس اصول پذیرفته‌شده‌ی نظام‌های سلامت، به‌ویژه بخش‌های بهداشت و پیشگیری که دارای حداکثر بازدهی هستند، صورت گیرد و از آزمون‌وخطا در تزریق منابع پرهیز شود. در این راستا، ارتقا کیفیت و عدالت در ارائه‌ی خدمات که با مدیریت و اجرای قوانین مصوب امکان‌پذیر است، با تزریق مالی گسترده و احاطه بر بیمه‌ها تحقق‌پذیر است.

ویژگی‌های مطالعات انتخاب‌شده

با کلیدواژه‌های ذکرشده در استراتژی جستجو ۸۸۰ مقاله در جستجوی اولیه یافت شد که درنهایت ۱۷ مقاله مرتبط که اصل مقاله نیز به زبان فارسی و یا انگلیسی دردسترس بود مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی مطالعات از نوع کیفی و در کشور ایران انجام شده بودند. از این تعداد مطالعه، ۴ مطالعه به‌طورکلی در ایران، ۳ مطالعه در تهران، ۲ مطالعه در قم، ۲ مطالعه در بوشهر، ۲ مطالعه در

زاهدان، ۲ مطالعه در کردستان، ۱ مطالعه در اصفهان و ۱مطالعه در گیلان انجام شده بود. در تمامی مطالعات موردبررسی، جامعه نمونه مدیران و کارمندان سیستم‌های بهداشتی-درمانی بودند.

در تحلیل داده‌ها، مفاهیم کلیدی از متن مقالات استخراج و سپس بر اساس چارچوب اصول اخلاق زیستی (سودرسانی، ضرر نرساندن، استقلال و عدالت) دسته‌بندی و ارائه‌شده و چالش‌های اخلاقی مرتبط با اجرای طرح تحول نظام سلامت به شرح زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:

اصل سودرسانی

اصل سودرسانی، به‌عنوان یکی از اصول بنیادین در نظام سلامت، به معنای ارتقاء رفاه و سلامت جامعه از طریق ارائه خدمات پزشکی مؤثر و کارآمد است. یافته‌های تحلیل مضمون نشان داد که «آموزش ناکافی نیروی انسانی»، «کیفیت پایین خدمات» و «فقدان حمایت مالی کافی» از مهم‌ترین چالش‌های این اصل محسوب می‌شوند. آموزش مناسب، کیفیت خدمات، حمایت مالی، نیروی انسانی ماندگار و متخصص از مواردی هستند که باعث افزایش سودرسانی و رضایتمندی جامعه و پرسنل بهداشتی-درمانی و نهایتاً افزایش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (۵۰, ۴۹, ۳۷, ۱۹). همچنین استفاده از بخش خصوصی به‌عنوان راهکاری برای پیشبرد اهداف حوزه سلامت مطرح‌شده که باید با دقت و بر اساس تجارب موفق به کار گرفته شود (۳۷،۴۵).

اصل ضرر نرساندن

اصل ضرر نرساندن، به‌عنوان یکی از اصول کلیدی در نظام سلامت، به معنای تضمین ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به‌گونه‌ای است که هیچ‌گونه آسیبی به بیماران و جامعه نرساند. در تحلیل مضمون، «خطاهای پزشکی»، «استمرار پرداخت‌های غیررسمی» و «ضعف نظام‌های نظارتی» در این دسته قرار گرفتند. این مضامین نشان می‌دهند که نه‌تنها خدمات ارائه‌شده در برخی موارد ممکن است باعث آسیب به بیماران شوند، بلکه نبود نظارت کافی و وجود فرآیندهای ناکارآمد، خطر بروز آسیب را افزایش می‌دهد. به‌ویژه استمرار پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند منجر به تبعیض در ارائه خدمات شود و اعتماد بیماران به نظام سلامت را تضعیف کند (۵۱, ۴۷, ۴۶, ۴۴, ۴۰). همچنین، ضعف در پیگیری و مدیریت خطاهای پزشکی ازجمله مواردی بود که در چند مطالعه به‌عنوان چالش اخلاقی مطرح شده بود و نیاز به تقویت سیستم‌های پاسخگویی و ایمنی بیمار را نشان می‌دهد (۱۶،۳۸).

اصل استقلال

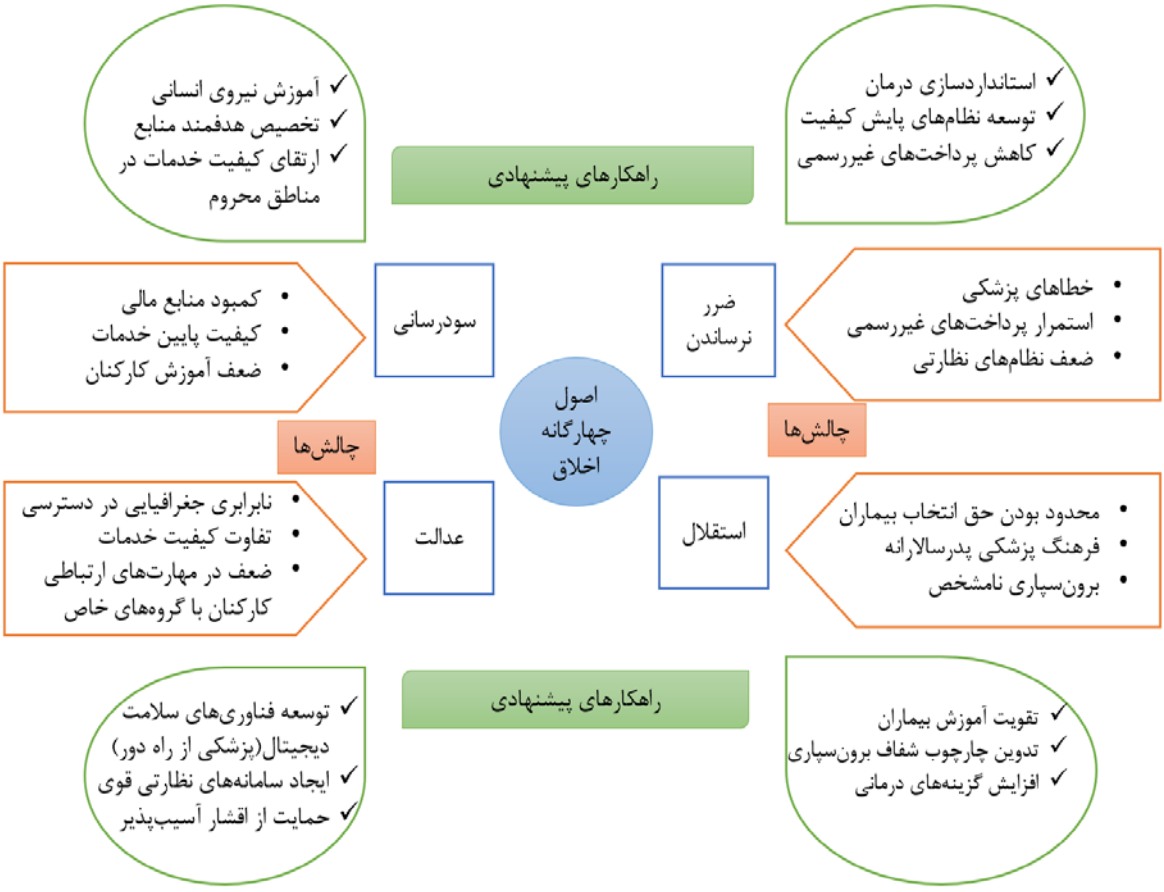
اصل استقلال در نظام سلامت، نیازمند توجه ویژه به چالش‌های موجود و اتخاذ راهکارهای مؤثر است. چالش‌های مرتبط با استقلال «محدود بودن حق انتخاب بیماران»، «فرهنگ پزشکی پدرسالارانه» و «برون‌سپاری نامشخص» بود. تخصیص منابع مالی بر اساس اصول مستقل و خودکفا در نظام سلامت، به کاهش وابستگی به منابع خارجی و افزایش استقلال در نظام سلامت منجر می‌شود. همچنین سرمایه‌گذاری در آموزش و تأمین نیروی انسانی متخصص، به‌عنوان عاملی کلیدی برای حفظ استقلال در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها، ضروری به نظر می‌رسد (۴۱،۴۸). لازم است تا قبل از پیاده‌سازی طرح‌های برون‌سپاری، انجام مطالعات و بررسی پیشینه طرح با نگاه ویژه به تجارب موفق کشورهای دیگر به حفظ استقلال نظام سلامت کمک کند (۵۲, ۳۸, ۳۷). استقلال تصمیم‌گیری، چه در سطح بیماران و چه در ساختارهای کلان نظام سلامت، با موانعی مواجه است. محدود بودن اطلاعات و گزینه‌های درمانی باعث کاهش قدرت انتخاب آگاهانه برای بیماران شده و درعین‌حال، فرهنگ غالب در برخی مراکز درمانی در مناطق روستایی و فرهنگ پزشکی پدرسالارانه، تصمیم‌گیری را به‌طور کامل به پزشک یا مدیر واگذار می‌کند. تقویت آموزش بیماران درباره حقوق خود،

ایجاد فرآیندهای رضایت آگاهانه در درمان و افزایش دسترسی به گزینه‌های درمانی متنوع، می‌تواند به تحقق بهتر این اصل کمک کند (۴۹, ۴۱, ۳۸).

اصل عدالت

اصل عدالت در نظام سلامت به معنای توزیع عادلانه منابع و خدمات بهداشتی و درمانی به تمامی افراد جامعه بدون توجه به وضعیت اقتصادی، اجتماعی یا جغرافیایی آن‌ها است. در این بخش، «نابرابری جغرافیایی در دسترسی»، «کمبود آموزش نیروی انسانی» و «تفاوت کیفیت خدمات» شناسایی شدند. باوجود هدف طرح تحول در گسترش پوشش خدمات، هنوز توزیع منابع و فرصت‌های درمانی در کشور به‌صورت متوازن انجام نشده است (۴۰،۴۵). همچنین ایجاد عدالت در پرداختی‌ها به‌منظور افزایش کیفیت خدمات و کاهش نابرابری‌ها، باید موردتوجه قرار گیرد (۱۹،۵۰). اختلاف سطح خدمات میان مناطق برخوردار و محروم و نیز نبود آموزش کافی برای پرسنل، می‌تواند موجب استمرار نابرابری و تضعیف عدالت در نظام سلامت گردد. ایجاد سیستم‌های نظارتی مؤثر برای ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده، اطمینان از توزیع عادلانه منابع و توسعه فناوری‌های سلامت دیجیتال (پزشکی از راه دور) می‌تواند مفید باشد (۵۳, ۴۶, ۱۶).

در فرآیند تحلیل مضمون، چالش‌های اخلاقی شناسایی‌شده از مطالعات در چهارچوب اصول اصلی اخلاق زیستی شامل سودرسانی، ضرر نرساندن، استقلال و عدالت دسته‌بندی شدند. همچنین برای هر دسته از چالش‌ها، راهکارهای پیشنهادی مطرح‌شده در متون مرورشده نیز استخراج گردید که به‌صورت نقشه مفهومی در تصویر ۱ آورده شده است.



تصویر ۱. نقشه مفهومی چالش‌ها و راهکارهای اخلاقی اجرای طرح تحول سلامت در ایران

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این مرور بررسی چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت ایران با تحلیل مضمون و استخراج مفاهیم کلیدی از متون مقالات کیفی و دسته‌بندی در چارچوب اصول اخلاقی ازجمله سودرسانی، ضرر نرساندن، استقلال و عدالت بود.

در اصل سودرسانی، اگرچه هدف اولیه طرح ارتقای کیفیت خدمات سلامت بود، اما کمبود منابع مالی، محدودیت نیروی انسانی متخصص و ضعف زیرساخت‌ها باعث شد بسیاری از بیماران کاهش کیفیت خدمات و افزایش نارضایتی را تجربه کنند. نتایج مطالعات زنگنه بایگی و همکاران (۱۴۰۱) و پورمرادی و همکاران (۱۳۹۹) نیز بر این موضوع تأکید دارند که ضعف آموزش، کمبود انگیزه در پرسنل و تخصیص غیربهینه منابع مانع تحقق سودرسانی واقعی است (۱۹،۳۸). مطالعات احمدی و همکاران (۱۴۰۰) و الهیاری و همکاران (۱۳۹۸) نیز مشکلات مشابهی در تأمین منابع و هدفمندی تخصیص آن‌ها گزارش کرده‌اند (۴۱،۴۵). این یافته‌ها نشان می‌دهد که فشار ناشی از بار بیماران و محدودیت منابع نه‌تنها کیفیت خدمات را کاهش داده بلکه نارضایتی بیماران را نیز افزایش داده است. این یافته‌ها همسو با تجارب بین‌المللی است؛ در اصلاحات سلامت کشور ترکیه و نپال، تأمین مالی پایدار و گسترش آموزش نیروی انسانی از عوامل کلیدی موفقیت بود (۸،۲۰)، درحالی‌که در ایران نبود منابع پایدار مانع تحقق کامل این اصل شده است.

در رابطه با اصل ضرر نرساندن، مطالعات بررسی‌شده نشان دادند که ضعف در آموزش کادر درمان و آگاهی ناکافی بیماران از حقوق خود، احتمال بروز خطاهای پزشکی و آسیب‌های ناخواسته را افزایش می‌دهد (۳،۱۶). علاوه بر این، کمبود نظام‌های نظارتی مؤثر موجب شد برخی مشکلات شناسایی نشده باقی بمانند و کیفیت خدمات کاهش یابد. در سطح بین‌المللی، تجربه کشورهایی مانند تایلند و بریتانیا نشان داده است که استانداردسازی خدمات، تقویت نظام‌های ارزیابی و بهبود آموزش نیروی انسانی می‌تواند به شکل معناداری میزان آسیب به بیماران را کاهش دهد (۸،۹)؛ بنابراین، برای ایران نیز توجه هم‌زمان به آموزش کارکنان و ارتقای آگاهی بیماران به همراه نظارت مؤثر، شرط اساسی برای تحقق اصل ضرر نرساندن است.

اصل استقلال یا خودمختاری نیز در طرح تحول نظام سلامت با چالش‌هایی جدی مواجه بوده است. یافته‌ها نشان داد که بسیاری از بیماران و حتی پرسنل در فرآیند تصمیم‌گیری مشارکت کافی ندارند. رابطه غالب پزشک-بیمار در ایران اغلب پدرسالارانه است و همین امر حق انتخاب آگاهانه بیماران را محدود می‌کند. این موضوع با یافته‌های مطالعات شاهرخی و همکاران (۱۴۰۲)، حاتمی و همکاران (۱۴۰۲)، زنگنه‌بایگی و همکاران (۱۴۰۱)، رشیدیان و همکاران (۱۳۹۶)، خلجی‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) و احمدی و همکاران (۱۴۰۰)، همسو است که بر ضرورت فرهنگ‌سازی و تغییر نگرش کادر درمان تأکید دارند (۵۲, ۴۹, ۴۸, ۴۱, ۳۸, ۳۷). در مقایسه، در طرح پوشش همگانی سلامت تایلند، بیماران با افزایش گزینه‌های درمانی و دسترسی گسترده‌تر، استقلال بیشتری در انتخاب نوع خدمات داشتند. این مقایسه نشان می‌دهد که ایران برای ارتقای اصل استقلال، علاوه بر گسترش آگاهی بیماران، باید بر تغییر رویکرد سیستم به سمت مشارکت محوری تأکید کند. برون‌سپاری برخی خدمات به بخش خصوصی نیز می‌تواند به استقلال بیشتر نظام سلامت کمک کند، هرچند در صورت نبود نظارت، عدالت را تهدید خواهد کرد (۹).

در خصوص اصل عدالت، یافته‌ها نشان داد که نابرابری جغرافیایی و اقتصادی در دسترسی به خدمات بهداشتی از مهم‌ترین چالش‌های موجود است. بسیاری از مناطق روستایی و محروم همچنان از خدمات پایه محروم‌اند و بیماران ناچار به

پرداخت‌های غیررسمی هستند. این نتایج با مطالعات پورمرادی و همکاران (۱۳۹۹) و دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد که بر نابرابری و ناکارآمدی نظام‌های پرداخت تأکید کرده‌اند (۲۴،۴۰). نتایج مطالعات تیمورنژاد و همکاران (۱۴۰۴)، حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، زارعی و همکاران (۱۳۹۸) و اسکندری و همکاران (۱۳۹۷) نیز تأکید می‌کند که نظارت مستمر، بازنگری سیاست‌های پرداخت به پزشکان، اطلاع‌رسانی به بیماران و ایجاد سیستم‌های نظارتی مؤثر برای ارزیابی کیفیت خدمات و تضمین توزیع عادلانه منابع می‌تواند گام‌های مهمی در این راستا باشد (۵۳, ۴۶, ۴۴, ۴۰). درحالی‌که در ایران این مشکلات همچنان وجود دارد، تجربه موفق تایلند در اجرای پوشش همگانی سلامت نشان داد که عدالت قابل تحقق است، به‌شرط آنکه منابع به‌طور هدفمند تخصیص یابد و سیاست‌های حمایتی برای اقشار آسیب‌پذیر اجرا شود (۹). در کشورهای توسعه‌یافته‌ای مانند بریتانیا نیز با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه و پوشش همگانی، نابرابری‌ها به شکل چشمگیری کاهش یافته است (۱۱). از این تجارب می‌توان نتیجه گرفت که ایران نیازمند حرکت از تمرکز صرف بر افزایش دسترسی، به سمت ارتقای کیفیت خدمات و ایجاد سازوکارهای نظارتی مؤثر است. همچنین بهره‌گیری از فناوری‌هایی مانند تله‌مدیسین و سامانه‌های سلامت الکترونیک می‌تواند نابرابری‌های جغرافیایی را کاهش داده و دسترسی عادلانه‌تری ایجاد کند.

درمجموع، مقایسه تطبیقی نشان داد که بسیاری از چالش‌های اخلاقی نظام سلامت ایران مشابه سایر کشورهاست، اما شدت آن‌ها به دلیل محدودیت منابع مالی، ضعف مدیریت و شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران بیشتر نمود یافته است؛ بنابراین، الگوگیری از تجارب جهانی زمانی مؤثر خواهد بود که با بومی‌سازی و انطباق با شرایط اقتصادی و فرهنگی ایران همراه باشد. این مطالعه با تحلیل مضمون و چارچوب اخلاقی، به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا در بازنگری طرح تحول سلامت، علاوه بر اهداف اقتصادی، اصول اخلاقی را نیز به‌طورجدی مدنظر قرار دهند. توجه به این محورها می‌تواند زمینه‌ساز تقویت اصول اخلاقی در سیاست‌گذاری سلامت و افزایش اعتماد و رضایتمندی جامعه گردد. مطالعه حاضر با پر کردن خلأ پژوهشی در زمینه چالش‌های اخلاقی نظام سلامت ایران، می‌تواند راهنمایی برای مدیران و سیاست‌گذاران باشد و انجام پژوهش‌های تجربی آینده را در این حوزه ضروری‌تر سازد.

در این پژوهش، نتایج حاصل از مطالعات کیفی موردبررسی قرار گرفته و نتایج مطالعات کمی موردتوجه قرار نگرفته‌اند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، علاوه بر مطالعات کیفی، نتایج حاصل از مطالعات کمی نیز به‌طور دقیق موردبررسی و تحلیل قرار گیرند. همچنین به دلیل ماهیت مرور روایتی، امکان انجام تحلیل آماری برای تشخیص سوگیری انتشار وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، مرورهای نظام‌مند و متا آنالیز برای کاهش سوگیری انتشار و ارائه شواهد کمی انجام شود. علاوه بر این، توصیه می‌شود در مطالعات آینده، تفاوت چالش‌های اخلاقی بین استان‌های محروم و برخوردار نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

تیم پژوهشی از تمام افرادی که در اجرای این مطالعه همکاری داشتند، تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند.

تعارض منافع

بدینوسیله پدیدآوران اعلام می‌کنند که این‌اثر حاصل یک‌پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضادمنافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

منابع مالی

این مطالعه منابع یا حمایت مالی نداشت.

مشارکت نویسندگان

خانم دکتر فرشته‌نجفی ایده‌پردازی، طراحی‌مطالعه و نظارت بر پروژه را برعهده داشته است. خانم

مرضیه‌براهویی‌نوری جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها، تهیه پیش‌نویس و تحلیل‌نهایی را برعهده داشته‌اند. همچنین همه پدیدآورندگان نسخه نهایی را خوانده و تأیید نموده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کداخلاق IR.ZAUMS.REC.1403.241 تصویب شده است.

References

1. Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. From health in all policies to health for all policies. Lancet Public Health. 2022;7(8):e718-20. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00155-4
2. Viziteu P, editor. What is the impact of health definition? A conceptual framework for health and health status. European Financial Resilience and Regulation 25 Years United under Euro-Proceedings of the International Conference EUFIRE-RE 2024. 2024: Editura Universităţii «Alexandru Ioan Cuza» din Iaşi. Link
3. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. 2018;17(5):481-94. {In Persian} Available from: Link
4. Abedi G, Seraji ZE, Mahmoodi G, Jahani M, Abbasi M. Evaluating the implementation of family physician program in urban and rural areas of Mazandaran province based on process approach. J Babol Univ Med Sci. 2020;22(1):126-32. (In Persian) DOI: 10.22088/jbums.22.1.126
5. Wiig S, O'Hara JK. Resilient and responsive healthcare services and systems: challenges and opportunities in a changing world. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1037. DOI: 10.1186/s12913-021-07087-8
6. Baillieu R, Kidd M, Phillips R, Roland M, Mueller M, Morgan D, et al. The primary care spend model: a systems approach to measuring investment in primary care. BMJ Glob Health. 2019;4(4):e001601. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001601
7. Salomone E, Ferrante C, Salandin A, Ferrara F, Torchio E, Foletti G, et al. Acceptability and feasibility of the World Health Organization's caregiver skills training implemented in the Italian national health system. Autism. 2022;26(4):859-74. DOI: 10.1177/13623613211035228
8. Gürsoy K. An overview of the Turkish healthcare system after the health transformation program: main successes, performance assessment, further challenges, and policy options. Sosyal Güvence. 2015;7:83-112. Link
9. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet. 2018;391(10126):1205-23. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30198-3
10. Supakankunti S, Witvorapong N. The health care system in Thailand. Health care systems in developing countries in Asia. Routledge; 2017. p. 79-109. DOI:10.4324/9781315586403
11. Ham C. Health policy in Britain: the politics and organization of the National Health Service. Routledge; 2020. DOI: 10.4324/9781315224442

12. Chen S, Cardinal RN. Accessibility and efficiency of mental health services, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Bull World Health Organ. 2021;99(9):674-82. DOI: 10.2471/BLT.20.273383
13. Mandejin MR, Janbazi S. Designing a comprehensive evaluation model for health reform plan in Iran. J Community Health Res. 2021;10(1):583-5. (In Persian) DOI: 10.18502/jchr.v10i1.5835
14. Haghdoost A, Mehrolhassani M, Khajehkazemi R, Fallah M, Dehnavieh R. Monitoring indicators of Iranian health system reform plan. 2013;1-11. {In Persian} Available from: Link
15. Alidadi A, Amerioun A, Sepandi M, Hosseini Shokouh SM, Abedi R, Zibadel L, et al. The opportunities and challenges of the Ministry of Health and Medical Education for improvement of healthcare system. Health Res J. 2016;1(3):173-84. (In Persian) DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.179
16. Ravanipour M, Ostovar A, Darabi H, Pouladi S. Challenges of health system reform plan in Bushehr: a qualitative study. Iranian South Med J. 2020;22(6):415-31. (In Persian) DOI: 10.29252/ismj.22.6.415
17. Olyaeemanesh A, Manavi S, Aghajani M, Poraghasi L, Maher A, Shahrami A. Implementing the health transformation plan with emphasis on supporting the survival of physicians in deprived areas: the results and challenges. Hakim Health Sys Res. 2017;19(4):228-37. (In Persian) Link
18. Omidi M, Hosseini M, Maher A. A survey on patients satisfaction from reducing payment in patients admitted to the health care plan. Hakim J. 2018;20(4):195-201. (In Persian) Link
19. Pourmoradi A, Heidarpoor P. Strengths, opportunities and challenges of health transformation plan as a policy of universal health coverage: a qualitative study in Kurdistan. Evid Based Health Policy Manag Econ. 2023;7(3):142-81. (In Persian) DOI: 10.18502/jebhpme.v7i3.14281
20. Wasti SP, Van Teijlingen E, Rushton S, Subedi M, Simkhada P, Balen J. Overcoming the challenges facing Nepal's health system during federalisation: an analysis of health system building blocks. Health Res Policy Syst. 2023;21(1):117. DOI: 10.1186/s12961-023-01033-2
21. Rashidian A, Jahanmehr N, Farzadfar F, Khosravi A, Shariati M, Sari AA, et al. Performance evaluation and ranking of regional primary health care and public health systems in Iran. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1168. (In Persian) DOI: 10.1186/s12913-021-07092-x
22. Ghasemyani S, Raoofi S, Hamidi H, Khodayari-Zarnaq R. Iran's health transformation plan; main issues and opportunities for improvement: a systematic review. Iran J Public Health. 2022;51(9):1977-85. (In Persian) DOI: 10.18502/ijph.v51i9.10552

23. Akrami F, Karimi A, Abbasi M, Shahrivari A. Adapting the principles of biomedical ethics to Islamic principles and values in the context of public health policy. J Study Relig Ideol. 2018;17(49):46-59. (In Persian) Link
24. Xiao L, Chen Z, Gu Y, Duan F. The effectiveness of the educational model based on "moral and medical integration" in the nursing students' education in the operating theatre. Altern Ther Health Med. 2024;30(10):114-8. Link
25. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ. 1994;309(6948):184-7. DOI: 10.1136/bmj.309.6948.184
26. Beauchamp TL. A defense of universal principles in biomedical ethics. Biolaw Policy Twenty-First Century: Building Answers for New Questions. 2019;3-17. DOI: 10.1007/978-3-030-05903-3_1
27. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Edicoes Loyola; 1994. Link
28. Cheraghi R, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Hassankhani H, Jafarzadeh A. Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. BMC Nurs. 2023;22(1):89. (In Persian) DOI: 10.1186/s12912-023-01246-4
29. Ghasempour A. Medical big data and its ethical challenges in violation of patient privacy. Science Technol. 2025;20(2):9-9. (In Persian) Link
30. Resnik DB, Pugh J. Green bioethics, patient autonomy and informed consent in healthcare. J Med Ethics. 2024;50(7):489-93. DOI: 10.1136/jme-2023-109404
31. Organization WH. Health equity and its determinants. World Health Day. 2021;1-8. Link
32. Mabaquiao Jr NM. Justice in healthcare: welfare and equal opportunity. Asia-Pac Soc Sci Rev. 2021;21(1):16-25. DOI: 10.59588/2350-8329.1360
33. Childress JF, Beauchamp TL. Common morality principles in biomedical ethics: responses to critics. Camb Q Healthc Ethics. 2022;31(2):164-76. DOI: 10.1017/S0963180121000566
34. Rus M, Groselj U. Ethics of vaccination in childhood—a framework based on the four principles of biomedical ethics. Vaccines. 2021;9(2):113. DOI: 10.3390/vaccines9020113
35. Childress JF, Beauchamp TL. Common morality principles in biomedical ethics: responses to critics. Camb Q Healthc Ethics. 2022;31(2):164-76. DOI: 10.1017/S0963180121000566
36. Beauchamp TL. The principles of biomedical ethics as universal principles. Islamic Perspect Principles Biomed Ethics: Muslim Religious Scholars and Biomedical Scientists in Face-to-Face Dialogue with Western Bioethicists. World Scientific; 2018. p. 91-119. DOI: 10.1142/9781786340481_0004
37. Hatami A, Khammarnia M, Zanganeh Baygi M, Peyvand M. Explaining experiences of managers, employees, and contractor companies about the challenges of health services outsourcing at Zahedan

University of Medical Sciences. J Health Res Community. 2023;9(1):62-74. (In Persian) Link

38. Baygi MZ, Peyvand M. The experiences of health transformation plan in Southeast Iran: a qualitative study. Depict Health. 2022;13(4):453-70. (In Persian) DOI: 10.34172/doh.2022.48
39. Raeisi AR, Shaarbafchizadeh N, Aghdak P, Fouladi Z. Outcomes of health care reform implementation in slum areas of Isfahan: a qualitative study. J Health Based Res. 2019;5(1):81-100. (In Persian) DOI: 10.22034/5.1.81
40. Hosseini SR, Abbasi B, Agha MAE. Analysis of health transformation plan and its consequences as an efficient treatment system. 2022;1-10. (In Persian) Link
41. Ahmady S, Pourmoradi A, Rahmani K, Heidarpoor P. Providing solutions to strengthen primary health care transformation plan: a qualitative study in Kurdistan, Iran. Payesh. 2023;22(2):139-51. (In Persian) DOI: 10.52547/payesh.22.2.139
42. Shahmansori K, Chenari V. Pathology of health system transformation plan using theme analysis. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2018;61(5):4197-212. (In Persian) DOI: 10.22038/MJMS.2021.20137
43. Jahangir M, Khorakian A, Mortazavi SS, Elahi SE. Risk management model of Iran's health system transformation plan: a qualitative study. Payesh (Health Monitor). 2019;18(4):333-45. (In Persian) Link
44. Zarei Z, Hessam S, Vahdat S, Oliaei Manesh A. Analysis of the situation and challenges of strategic purchasing in order to achieve universal health coverage in Iran. Qom Univ Med Sci J. 2020;14(7):19-30. (In Persian) DOI: 10.29252/qums.14.7.19
45. Allahyari Z, Khodami A, Farhadi A, Hajiyoni R, AnsariFar A, Marzban M. Factors affecting the satisfaction of healthcare workers with the healthcare system reform plan in healthcare networks in Bushehr Province in 2018: a qualitative study. Iranian South Med J. 2020;23(5):475-93. (In Persian) DOI: 10.52547/ismj.23.5.475
46. Eskandari N, Raisi M, Abbasi M. Explanation of the management challenges of health system reform in health care domain city Qom: a qualitative study (Iran). Qom Univ Med Sci J. 2019;13(2):78-89. (In Persian) Link
47. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. Payesh (Health Monitor). 2018;17(5):481-94. (In Persian) Link
48. Rashidian A, Arab M, Mostafavi H. Freedom and equity in Iranian health system: a qualitative study. Payesh (Health Monitor). 2017;16(6):747-57. (In Persian) Link
49. Khalajinia Z, Gaeeni M. Challenges in implementation of health care reform in the area of treatment Qom city. Manage

Strateg Health Syst. 2018;3(3):212-24. (In Persian) DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253

50. Doshmangir L, Pourasghar F, Sharghi R, Rezapour R, Gordeev VS. Developing a prioritisation framework for patients in need of coronary artery angiography. BMC Public Health. 2021;21(1):1997. (In Persian) DOI: 10.1186/s12889-021-12088-7
51. Ghanbari A, Moaddab F, Heydarzade A, Jafaraghaee F, Barari F. Health system evolution plan; a new approach to health care delivery: the challenge ahead. Hakim J. 2017;20(1):1-8. (In Persian) Link
52. Shahrokhi J, Pourkarimi J, Moeini B, Roshan A. Identifying governance components in the health system: a qualitative study in Iranian medical sciences universities. J Health Syst Res. 2025;21(1):64-72. (In Persian) DOI: 10.48305/jhsr.v21i1.1583
53. Taymournejad A, Hosseini SM, Jafari M, Ali Mohammadzadeh K, Maher A. Designing a model for veterans' health services referral system in Iran. J Mil Med. 2025;27(1):2668-76. (In Persian) DOI: 10.30491/jmm.2025.1006748.1237