

الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع در پنجاه سال آینده

نویسنده:

محمدحسن حسین‌زاده^۱

چکیده

زمینه و هدف: سلامت، حق و نیاز اساسی تمام انسان‌ها است. در حال حاضر نیز توسعه یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌کند.

روش کار: در تحقیق حاضر که براساس ماهیت و روش گردآوری داده‌ها، یک پژوهش توصیفی - پیمایشی است، از روش تحقیق آمیخته (کمی و کیفی) استفاده شده است. محقق پس از ارائه ادبیات و مبانی نظری مرتبط با این تحقیق، با مراجعه به صاحب نظران و خبرگان حوزه پزشکی و سلامت و انجام مصاحبه با آنان و تکمیل ادبیات متناسب با اهداف و سؤالات، ضمن استخراج الزامات ساختاری از ادبیات تحقیق، آن‌ها را اولویت‌بندی و ارزش‌گذاری کرده و نوزده الزام ساختاری را برای تبدیل نظام سلامت به نظام سلامت مرجع ضروری دانسته است. در نهایت با مراجعه به جامعه نمونه به آزمون فرضیات و تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته و الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع را به دست آورده است. محقق در جمع‌بندی نکاتی را نیز با توجه به اهمیت و نمره بالایی که در ارزش‌گذاری اختصاص یافت، تحت عنوان الزامات ساختاری خاص و نوآورانه احصاء کرده و با عنایت به اهمیت، ابعاد مختلف و آثار مترتب بر مرجعیت نظام سلامت در جهان در پنجاه سال آینده، پیشنهاداتی را برای ادامه تحقیق و پیاده‌سازی محورهای اساسی آن در دو حوزه علمی و اجرایی ارائه کرده است. در نهایت با مراجعه به جامعه نمونه به آزمون فرضیات و تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته و الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع را به دست آورده است.

یافته‌ها: با عنایت به اهمیت، ابعاد مختلف و آثار مترتب بر مرجعیت نظام سلامت در جهان در پنجاه سال آینده، پیشنهاداتی را برای ادامه تحقیق و پیاده‌سازی محورهای اساسی آن در دو حوزه علمی و اجرایی ارائه کرده است.

نتیجه‌گیری: با عنایت به اهمیت، ابعاد مختلف و آثار مترتب بر مرجعیت نظام سلامت در جهان در پنجاه سال آینده، پیشنهاداتی را برای ادامه تحقیق و پیاده‌سازی محورهای اساسی آن در دو حوزه علمی و اجرایی ارائه کرده است.

کلیدواژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، برنامه‌ریزی بهداشتی، علم

مقدمه

می‌شود. اما برخی از کشورهای در حال توسعه نمی‌دانند که با ارتقای علم و فناوری می‌توانند موقعیتشان را بهبود بخشیده و زیرساخت‌های توسعه کشورشان را فراهم کنند. اگرچه بعضی از این کشورها به اهمیت علم و فناوری به عنوان یک الزام ساختاری توسعه آگاهند ولی ناکافی بودن زیرساخت‌های علمی، موانع زیادی را در راه توسعه علمی این جوامع ایجاد می‌کند. کمبود منابع انسانی و زیرساخت‌های توسعه علمی در این جوامع و میزان سرمایه‌گذاری در این مقوله‌ها نشانگر آن است که چگونه علم و فناوری در این کشورها مورد بی‌توجهی واقع شده است.

توجه به ابعاد ساختاری و زمینه‌ای پیشرفت و توسعه از موضوعات مهم در کشورهای در حال توسعه بوده و روش‌های تحقق آن از مباحث راهبردی در جوامع مختلف است که مورد توجه سیاست‌گذاران، اندیشمندان و صاحب نظران قرار دارد. در متون علمی موجود درباره‌ی پیشرفت و توسعه کشورها، به اهمیت و ضرورت توجه به علم و فناوری به عنوان زیرساخت توسعه تأکید فراوانی شده است. همچنین از مهم‌ترین علل تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را می‌توان، تفاوت در زیرساخت های علم و فناوری دانست. امروزه در کشورهای توسعه یافته توجه به علم و فناوری و اختصاص بودجه‌های کلان، یک سرمایه‌گذاری بلندمدت محسوب

۱. پژوهشگر مرجعیت علمی، عضو گروه مدیریت راهبردی دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی، Danesh2061@gmail.com

با بررسی تحقیقاتی که نزدیک به این موضوع انجام شده، مشخص می‌شود که تاکنون کار پژوهشی ویژه و جامعی در خصوص مسئله الزامات ساختاری دستیابی جمهوری اسلامی ایران به مرجعیت نظام سلامت ایران در جهان انجام نشده است. نکته اشتراک و افتراق این تحقیق با برخی تحقیقات مشابه قبلی، به ترتیب تأکید بر روی جنبه ساختاری و هدف نهایی آن یعنی مرجعیت نظام سلامت ایران است. بنابراین با توجه به عدم وجود کار پژوهشی مستقل در این زمینه تحقیق حاضر بر آن است تا الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع در پنجاه سال آینده را شناسایی کند.

فرضیه تحقیق

به نظر می‌رسد تبیین الزامات ساختاری در تبدیل نظام سلامت ایران به نظام سلامت مرجع تأثیر دارد.

مفهوم‌شناسی متغیرهای تحقیق

نظام سلامت

نظام سلامت، متشکل از تمام سازمان‌ها و موسسات و منابعی است که ارائه‌کننده خدمات در برای حفظ و ارتقای سلامت افراد می‌باشند و از این خدمات می‌توان به عنوان اقدام سلامت^۱ نام برد. این خدمات می‌تواند به صورت هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی - خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین‌بخشی انجام گیرد، تعریف شود و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است (۲).

مرجع

مرجع واژه‌ای عربی است که از ماده (ر-ج-ع) به معنای «عاد او انصرف» بوده (معلوف، ۱۹۸۶: ۱۲۵۶) و به وزن «مفعول» آمده است که دلالت بر زمان یا مکان وقوع فعل دارد؛ بدین‌سان، در فرهنگ فارسی معین، «محل رجوع و جای بازگشت» معنی شده است. (۳)

الزامات ساختاری

الزامات جمع الزام بوده و در فرهنگ عمید و دهخدا ذیل ماده (ل ز م) عنوان شده است و به معنای همراه داشتن، پیش‌شرط و پیش‌نیاز تعریف شده است و الزامات ساختاری، به معنای پیش‌نیازها، شروط و ساختارهای قطعاً لازم، اجباری، ضروری و واجب است. (۴)

در جمهوری اسلامی ایران نیز با توجه به پیشینه درخشان علمی و تمدنی کشور و ظرفیت‌های فراوان امروز ملت ایران، ترسیم نقشه راه و تبیین اهداف علمی به‌گونه‌ای بوده است که امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) هدف اصلی از روند حرکت علمی کشور را، تبدیل ایران به مرجع علمی جهان دانسته و بارها به آن تأکید فرموده‌اند (امام خامنه‌ای مدظله‌العالی، بیانات در دیدار با دانشجویان دانشگاه علم و صنعت، ۸۷/۹/۲۴). مرجعیت نظام سلامت ایران می‌خواهد ما را از وابستگی برهاند به‌طوری که ما آغازگر حرکت علمی باشیم و دیگران پیرو ما باشند. یکی از موارد و حوزه‌هایی که تسهیل‌کننده دستیابی ج.ا.ا. به مرجعیت نظام سلامت ایران در دنیا می‌شود، تحول نظام سلامت است. به نظر می‌رسد از اولین حوزه‌هایی که کشور بایستی در مسیر تبدیل ایران اسلامی به مرجعیت علمی دنیا به آن توجه کند حوزه سلامت عمومی جامعه است. سلامت حق و نیاز اساسی تمام انسان‌ها است. درحال حاضر نیز توسعه یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌کنند. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، الگوی منحصر به فردی از ادغام خدمات بهداشتی درمانی و نظام آموزشی و پژوهشی با هدف ارتقای خدمات سلامت به مردم است. برای تبدیل نظام سلامت به یک نظام سلامت کارآمد، سیاست‌های کلان نظام در حوزه سلامت، نقشه جامع علمی کشور، نقشه جامع علمی سلامت، نقشه تحول نظام سلامت و برنامه پنجم توسعه و اقدامات زیاد دیگری در حال شکل‌گیری است ولی به دلیل وجود رویکردهای متعدد و گاه متناقض مدیریتی، هنوز به یک مجموعه الزامات مناسب و کارآمد برای تبیین استقرار نظام سلامت مرجع نرسیده‌ایم. لذا در این مقاله که با عنوان «الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع در پنجاه سال آینده» انجام می‌شود، سعی می‌شود تا الزامات ساختاری و پیش‌شرط‌های زیرساختی تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع شناسایی شود. بدیهی است که شناسایی الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع، مسیر تحقق این هدف کلان را تسهیل می‌کند. دستیابی به چنین جایگاهی نیازمند شناسایی یک سری پیش‌شرط‌ها و الزامات در بخش زیرساخت‌های حوزه سلامت و تلاش در راستای اجرا و تحقق آن‌ها است. بنابراین مسئله اساسی که تحقیق حاضر به دنبال روشن شدن آن است، شناسایی و تبیین الزامات ساختاری است که در تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع در پنجاه سال آینده مؤثر است. دغدغه اصلی محقق در این تحقیق شناسایی و معرفی آن‌دسته از الزامات و پیش‌شرط‌های ساختاری است که بدون رعایت آن‌ها تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع در پنجاه سال آینده دشوار و چه بسا ناممکن می‌شود (۱).

1. Health action

مبانی نظری

دلایل تأکید بر دستیابی به مرجعیت علمی و فناوری جمهوری اسلامی ایران در جهان

علت اهتمام ورزیدن به مرجعیت علمی ایران، فواید و مزیت‌های موجود در دو جنبه داخلی و خارجی آن است که البته از هر دو بُعد حائز اهمیت است و هر کدام به تنهایی برای ضروری تلقی کردن یک جهاد دائمی علمی و جزم کردن عزم ملی، کافی است. در بعد داخلی، «هر کشوری - اعم از اسلامی یا غیراسلامی - برای آنکه بتواند هویت، استقلال و آرمان‌های خویش را تحقق بخشد باید قدرت طراحی تغییرات آن جامعه را مبنی بر نگرش خود، داشته باشد. طبعاً جامعه، به هر میزانی که این توانمندی را دارا باشد اجتماعی پویا محسوب می‌شود و ضمانت کافی برای بقا دارد. بالعکس، به میزانی که جامعه‌ای، از این توانایی بی‌بهره باشد با هرج‌ومرج روبه‌رو خواهد بود. در این حال دیگران برای او، برنامه‌ریزی می‌کنند و این امر در نهایت، باعث فرسایش، هدر رفتن امکانات جامعه، تنزل کیفی بخش‌های گوناگون و تنازعات اجتماعی می‌شود. بالاتر از آن، تکامل یک جامعه جز با تحول علمی، امکان‌پذیر نیست. این تحول نیز به‌نوبه خود باعث تحول در فناوری و نوآوری و در عرصه‌های متنوع مهندسی اجتماعی می‌شود.» (۵).

در بُعد خارجی نیز، «تمامی کشورها به‌ویژه کشورهایی که به اقتضای فرهنگ خویش - مانند جامعه ایران - یک جامعه آرمان‌گرا هستند و متکی بر منابع غنی و قابل‌اعتمادی چون وحی می‌باشند، در دنیای معاصر به شدت تهدید می‌شوند. زیرا هر چه از قرن بیستم به این‌طرف حرکت می‌کنیم، پدیده جهانی‌سازی و آثار و تبعات قطعی مترتب بر آن فراگیر و پررنگ‌تر می‌شود. در چند قرن اخیر، فرهنگ و تمدن غرب، تلاش روزافزون و پیگیری برای یافتن سازوکارهای پویندگی خویش داشته است و این تلاش، در تولید علم و فناوری و محصولات جدید، تجلی یافته و باعث شده است که کشورهای این حوزه بتوانند به‌عنوان یک جامعه ظاهراً پیشرو، در تأمین رفاه، خدمات و امنیت بشر عرض‌اندام کنند (۶) این به رُخ کشیدن کارآمدی فرهنگ و تمدن غرب، نسبت به سایر جوامع (به‌ویژه جوامع اسلامی) به هر میزانی که بر دیگران نافذ و اثرگذار باشد باعث نوعی عقب‌نشینی در این جوامع خواهد شد و آنان به‌تدریج هویت اسلامی و مستقل خویش را گم می‌کنند و در نهایت، خود را به‌عنوان عضوی از اعضاء و قمری از اقمار جامعه جهانی قلمداد می‌کنند.» از این رو اگر توجه به علم و اقتدار علمی و بحث «مرجعیت علمی و فناوری ایران» جدی گرفته نشود و حرف روشن و قابل‌ارائه‌ای مبتنی بر اندیشه‌ها و آموخته‌های وحیانی خویش، برای خود و بشریت نداشته باشیم مجبور به تبعیت از الگوهای دیگر و یا اقمار گوناگون علمی و اندیشه‌ای و ناچار به پذیرش سلطه دیگران بر خود خواهیم شد. در نتیجه آن شرایط، هر دشمن یا حریفی اراده خود را بر ما تحمیل می‌کند و در مقابل، ما نیز قدرت چشمگیری برای

مقاومت نخواهیم داشت. پیگیری مسیر تحقق مرجعیت علمی و فناوری ایران شرط و زمینه‌مقدماتی لازم برای ایجاد جامعه‌ای آرمانی، مطلوب، مقتدر و دارای سطح مناسبی از اقتدار و امنیت ملی را فراهم می‌کند (۷).

مفهوم نظام سلامت

در دنیای پیچیده امروز، مشکل می‌توان تعریف دقیقی از نظام سلامت ارائه داد. ولی سازمان جهانی بهداشت^۱ تمام فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت است را نظام سلامت می‌گوید. ارتقای سلامت، هدف اصلی یک نظام سلامت است، اما تنها هدف آن نیست. قابلیت دستیابی^۲ و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد به این دستیابی یا دقیقاً عادلانه بودن^۳ این نظام بسیار مهم است و آن به این معنی است که یک نظام سلامت به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و این نظام به‌گونه‌ای برای هر فرد و بدون قائل شدن تمایز به این نیازها پاسخ دهد. (۸) شاید به همین علت است که سازمان جهانی بهداشت نگرش سنتی خود را درباره تندرستی فیزیکی و روانی افراد تغییر داده و توجه خود را به ارتقای عملکرد نظام‌های سلامت معطوف داشته است.

ساختار کلی نظام سلامت

ساختار نظام سلامت^۴ باهدف تأمین سلامت، افزایش رضایت و ایجاد عدالت اجزای مختلفی دارد که به‌طور عمده عبارت‌اند از:

۱. نظام ارائه خدمات سلامت^۵ که خدمات تشخیصی و درمانی را در سطح افراد و بیماران ارائه می‌کند.
۲. بهداشت عمومی^۶ که خدمات خود را در سطح جمعیت‌ها ارائه می‌دهد و سعی می‌کند بیماری‌ها را در سطح جامعه پیشگیری و کنترل کند.
۳. نظام مالی خدمات سلامت^۷ که تخصیص و تأمین منابع مالی را بر عهده دارد و یکی از اهرم‌های کنترل نظام سلامت به حساب می‌آید.
۴. نظام آموزش و پژوهش پزشکی^۸ که وظیفه تربیت نیروهای ماهر و تولید دانش موردنیاز نظام سلامت را به عهده دارد.

از موارد بالا بر می‌آید که نظام سلامت از دو بخش به‌ظاهر جدا، ولی کاملاً وابسته به هم تشکیل می‌شود.

الف) نظام عمومی سلامت جامعه

ب) نظام مراقبت سلامت

1. WHO
2. goodness
3. fairness
4. Structure of health system
5. The health Care Delivery System
6. The Public Health System
7. The Health Care Financing System
8. Medical Research and Training

نظام عمومی سلامت

حاکم بر این نظام است و می‌باید به‌عنوان بخشی بسیار مهم از فرایند مدیریت نظام سلامت مورد توجه دقیق قرار گیرد. در مطالعه ساختار مدیریت هر نظام عواملی مثل پیچیدگی، رسمیت، و تمرکز در کانون توجه اندیشمندان قرار دارد (۱۰) در این پژوهش به‌منظور تحلیل ساختار مدیریت نظام سلامت برای احصاء الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت به‌نظام سلامت مرجع، موارد زیر در اولویت توجه قرار گرفته است:

(الف) کردار سازمانی (ب) رسمیت (پ) تمرکز و عدم تمرکز (ت) اعتبارات (ث) مکانیسم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی (ج) استراتژی‌ها
بنابراین، اهم مواردی که در ساختار مدیریت نظام سلامت مطرح است در زیر به تفصیل شرح داده می‌شود:

(الف) کردار سازمانی: در این قسمت کردار سازمانی نظام سلامت، ترکیب رسمی سازمان را منعکس می‌سازد و در نشان دادن اختیار و مسئولیت، فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی نیز مفید است.

(ب) رسمیت: میزان رسمیت در نظام سلامت کشور به تصویر کشیده می‌شود. منظور از رسمیت چگونگی مکانیسم قدرت و کنترل، چگونگی پایش خدمات و وضعیت تدوین مقررات و نوع مقررات موجود در زمینه فعالیت‌های سلامت و هماهنگی بین اجزای مختلف نظام و سایر عواملی است که درجه و میزان رسمیت را بیان می‌کند.

(پ) تمرکز و عدم تمرکز: در این بخش به بیان نقش دولت و نقش مردم در ارائه خدمات سلامت مربوط است، به‌نحوی که هرچه نقش دولت پررنگ‌تر و نقش مردم کم‌رنگ‌تر باشد. نظام از تمرکز بالاتری برخوردار است و بالعکس هرچه دولت در امر ارائه خدمات تفویض اختیار بیشتری به عمل آورده باشد، سیستم از عدم تمرکز بیشتری برخوردار است.

(ت) اعتبارات: منظور از اعتبارات در این قسمت، میزان وجوه اختصاص یافته به بخش سلامت است که در اینجا سهم مردم و دولت در تأمین این اعتبارات، میزان مالیات‌های مستقیم توسط بیماران، انواع مؤسسات جمع‌آوری کننده پول مثل شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بیمه اجتماعی باید مورد مطالعه قرار گیرد.

(ث) مکانیسم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی: در این قسمت، ساختار تعیین سیاست‌های سلامت، رفاه اجتماعی و وظایف هر کدام از این بخش‌های می‌باید مورد تحلیل قرار گیرد.

(ج) استراتژی: منظور از استراتژی‌ها، راه‌های تحقق اهداف است که به‌وسیله مدیران ارشد هر نظام تدوین می‌شود.

نحوه شکل‌گیری نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

در کتاب جامع بهداشت عمومی، نحوه شکل‌گیری نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران به شرح زیر آمده است:

وقتی در کنفرانس آلماتا تندرستی برای همه تا سال ۲۰۰۰ برای موفق شدن برنامه برابری‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سلامت، بین

نظام عمومی سلامت شامل تمامی زیرساخت‌های توسعه‌یافتگی از قبیل نظام اقتصادی (تولید ناخالص ملی، توزیع درآمد، اشتغال، شرایط محیط کار، مسکن، تغذیه، پوشاک، راه‌های ارتباطی و حمل‌ونقل)، نظام اجتماعی (احترام به عقاید و افکار متنوع جامعه، سرمایه‌های اجتماعی و میزان مشارکت در برنامه‌های سازنده جمعی، سلامت اخلاقی و جرم و جنایت، میزان کنترل مردم بر شرایط زندگی‌شان، ظرفیت و قدرت انتخاب گزینه‌های رفتاری حمایت یا تهدیدکننده سلامت مثل شرکت در فعالیت‌های ورزشی، اجتناب از مصرف مواد مخدر و الکل و ... که سبک زندگی مردم را تشکیل می‌دهد)، نظام سیاسی (احترام به آزادی‌های مشروع فردی و حقوق شهروندی، حمایت و پشتیبانی سازمان‌های غیردولتی یا مردم‌نهاد، تنوع و تکثر رسانه‌های جمعی و مطبوعات، سلامت اداری) و نظام فرهنگی و آموزشی (میزان آموزش و سواد، آداب و رسوم، عقاید و ارزش‌های قومی و نژادی) می‌شود که تقریباً هیچ کدام از آن‌ها در کنترل مستقیم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار ندارد. ولی این وزارت بنا به مسئولیت اصلی و تولید نظام سلامت در مواردی که برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه ضرورتی ایجاب کند، باید از مسیر رهبری فرابخشی، اعمال نظر و بعضاً مداخله کند (۹).

نظام مراقبت سلامت

نظام مراقبت سلامت که گاهی از آن به‌عنوان نظام مراقبت‌های پزشکی یا طبی نام می‌برند شامل تمامی مؤسسات، تشکلات، منابع و افراد از قبیل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، مراکز تحقیقاتی، مطب‌های پزشکان، دندان‌پزشکان و ماماها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و سایر مراکز تشخیصی می‌شود که در تولید، توزیع و ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم باهدف ارتقای سطح سلامت فردی و جمعی، پیشگیری و کاهش بار بیماری‌ها و جلوگیری از معلولیت‌ها دخالت دارند. اما نقش این دو نظام فوق در بقا و طولانی‌تر کردن عمر افراد جامعه و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها چقدر است؟ برای پاسخ به این سؤال بین صاحب‌نظران همواره اختلاف نظر وجود دارد. شواهد موجود نشان می‌دهد که نقش نظام عمومی سلامت جامعه و زیرساخت‌هایی که از آن ساخته می‌شود و شکل می‌گیرد در حفظ و ارتقاء سلامت بسیار بیشتر و به زبان عددی حدود ۷۵ تا ۸۰ درصد است و نظام مراقبت سلامت با همه کارکردهای خود می‌تواند در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه مؤثر باشد.

ساختار مدیریت نظام سلامت

نظام سلامت هر کشور دارای ساختاری است که بخشی از مدیریت

به نظام سلامت هویت می‌دهد. در این قسمت سیاست‌گذاری صورت گرفته، اولویت‌ها مشخص شده، اطلاعات جمع‌آوری و بر مبنای آن تصمیم‌گیری می‌شود. با اعمال حاکمیت، کنترل صورت می‌گیرد. استانداردها تدوین و در راستای پایش و ارزشیابی از ابزارهای تشویقی و تنبیهی استفاده می‌شود. به عبارتی تولید خود دو کارکرد فرعی شامل سیاست‌گذاری و اعمال حاکمیت (درون بخشی و رهبری بین بخشی) دارد (۱۳).

الف) حاکمیت

تنظیم استانداردها، پایش و ارزشیابی عملکرد در چارچوب استانداردها و استفاده از ابزار تشویق و تنبیه براساس نتیجه پایش و ارزشیابی را حاکمیت گویند. بنابراین حاکمیت شامل تمامی سازوکارهایی است که به کار می‌گیریم تا عملیات در محیط سیستم هماهنگ و همسو با سیاست‌های تدوین شده باشد. حاکمیت نظام سلامت به دو شکل حاکمیت درون‌بخشی^۶ و رهبری برون‌بخشی^۷ اعمال می‌شود. در رهبری برون‌بخشی بر روی گروه‌های دیگر حاضر در نظام عمومی سلامت به‌منظور رسیدن به اهداف از پیش تعیین‌شده اثرگذاری می‌شود. در رهبری برون‌بخشی باید تحلیل ذی‌نفعان^۸ صورت گرفته و با انجام کار مشترک، تضاد منافع^۹ از طریق بحث و تعامل، حل شود تا با جلب رضایت و حمایت آن‌ها، عملیات بین بخشی بهبود یابد (۱۴).

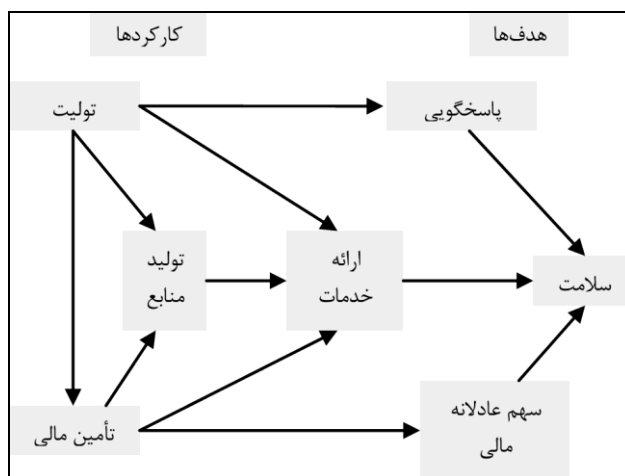
ب) حاکمیت و اعمال قوانین و مقررات

به قوانین پاداش و تنبیه و قوای قهریه که دولت از آن به‌منظور تأثیرگذاری روی افراد و نهادهای مختلف برای اصلاح رفتار استفاده می‌کند، قوانین و مقررات^{۱۰} گویند. اگر در نظام سلامت قوانین و مقررات وجود نداشته باشد نظام سلامت خصوصاً بخش خصوصی دچار مشکلات زیادی خواهد شد. بنابراین تدوین قوانین و مقررات برای کنترل بخش خصوصی، آژانس‌ها، سازمان‌های غیردولتی (NGOs)، مؤسسات دولتی و افراد به‌منظور تنظیم وضعیت و توسعه بازار سلامت، تصحیح نارسایی‌های بازار^{۱۱} و دستیابی به اهداف غیرتجاری مانند سلامت و عدالت ضروری است. (سند تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۰).

کشورها مطرح شد، مراقبت اولیه بهداشتی به‌عنوان راه دستیابی سلامت برای همه عنوان شد. ایران هم مثل بقیه کشورهای دنیا با شناخت مجموعه‌ای از مشکلات و تنگناهای نظام ارائه خدمات تجربه‌های بین‌المللی - فضای سیاسی خاص پس از انقلاب برای اجرای نظریات گرایش و عملکردهای جدید، شرایط لازمی را برای یک جهش اصلاحی بزرگ در شکل و محتوای ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و نظام سلامت در ایران فراهم کرد. این مسئله باعث شکل‌گیری یک نظام اصولی و تعریف‌شده دولتی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به‌صورت عینی و در کنار نظام ارائه خدمات خصوصی - خیریه قدیمی و سنتی شد و باعث تحولات جدی در وضعیت سلامت کشور شد. در این نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌عنوان درون‌مایه شبکه‌ای تعریف‌شده است (۱۱). در سال‌های نخست، تمرکز برنامه و گسترش منابع، بیشتر در محیط روستا بود؛ اما سال‌های بعد به دلیل مهاجرت روستاییان به مناطق شهری خصوصاً حاشیه شهرها برنامه‌ریزان نظام سلامت، این خدمات را به شهرها نیز توسعه دادند (۱۲).

کارکردهای ساختاری نظام مراقبت سلامت^۱

کارکردهای ساختاری نظام مراقبت سلامت در چهار شکل کلی به این شرح است: الف) تولید^۲ ب) تأمین منابع مالی^۳ پ) ارائه خدمات^۴ ت) تولید منابع^۵



کردار ۱- الگوی سازمان جهانی بهداشت برای نظام سلامت

تولیت نظام سلامت

تولیت به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه برای‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان این بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخگویی در بالاترین سطح است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت این وظیفه مهم را بر عهده دارد. بنابراین تولید کارکردی است که

1. Function theHealth System
2. Stewardship
3. Financing
4. Services provision
5. Resource Generation
6. Intra- sectoral Governance
7. Intersectoral Leadership
8. Analysis of Stakeholders
9. Conflict of Negotiation
10. Rules & Regulation
11. Market Failure

تأمین و تخصیص مالی

هستند. نظام مراقبت سلامت انگلستان درصد عمده‌ای از درآمد خود را از طریق مالیات عمومی دریافت می‌کند. فرانسه قسمت اعظم درآمد خود را از طریق بیمه‌های تأمین اجتماعی کسب می‌کند و کشوری مانند آمریکا قسمت اعظم درآمد خود را از طریق بیمه‌های خصوصی تأمین می‌کند ولی کشورهای فقیر قسمت عمده درآمد را طریق پرداخت مستقیم از جیب مردم دریافت می‌کنند. در ۶۰ درصد کشورهای فقیر یعنی کشورهایی با درآمد کمتر از ۱۰۰۰ دلار سرانه ناخالص ملی، بیش از ۴۰ درصد درآمد از طریق پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌شود. در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته برعکس است. در ایران نیز یکی از مشکلات اساسی این است که اخیراً نزدیک به ۶۰ درصد هزینه‌های سلامت پرداخت مستقیم از جیب مردم است که نشان می‌دهد عدالت در سلامت تا حدودی مخدوش شده است.

ب) انباشت منابع

تجمع درآمدها در یک صندوق نظیر خزانه، صندوق تأمین اجتماعی یا صندوق بیمه خصوصی را انباشت یا تجمع ریسک گویند. در انباشت هم اغنیا و هم فقرا پول خود را در آن واریز می‌کنند (همه افراد سالم و بیمار). لذا یارانه غنی به فقیر در آن به‌خوبی صورت می‌گیرد. به دلیل نبود قطعیت در بازار بهداشت و درمان، پرداختن به مقوله مخاطره‌پذیری و چگونگی تجمع آن اهمیت دارد. به‌طورمعمول، چهار نوع رهیافت برای انباشت منابع یا تجمع ریسک وجود دارد: عدم تجمع ریسک، تجمع ریسک واحد، تجمع ریسک پراکنده و تجمع ریسک ادغام یافته (۱۶).

پ) خرید خدمت

خرید خدمت سازوکاری است که از آن طریق، پولی که در صندوق‌های بیمه‌ای جمع شده، از صندوق، خارج و به ارائه‌دهنده خدمت داده می‌شود. دو نوع خرید خدمت وجود دارد. ۱- خرید خدمت انفعالی روشی است که در مملکت ما وجود دارد. در این نوع خرید خدمت، دفترچه درمانی افراد دارنده بیمه نقش چک سفید را داشته و پزشک هر خدمت و هر دارویی را که دلش می‌خواهد در آن می‌نویسد. این خدمت ممکن است درست و یا غلط ارائه شده باشد که پس از ارسال برگه‌ها به سازمان بیمه‌گر، سازمان بیمه‌گر باید نسبت به پرداخت هزینه‌های به‌عمل آمده اقدام کند. ۲- خرید خدمت راهبردی، روش دیگری است که در آن سیستم‌های پرداخت‌کننده سعی می‌کنند دنبال خدماتی بگردند که در صورت پرداخت، سلامت جامعه را به حداکثر برساند. در این خرید خدمت سؤال می‌شود که چه خدمت یا خدماتی را، از چه کس یا سازمانی و چگونه باید بخریم؟

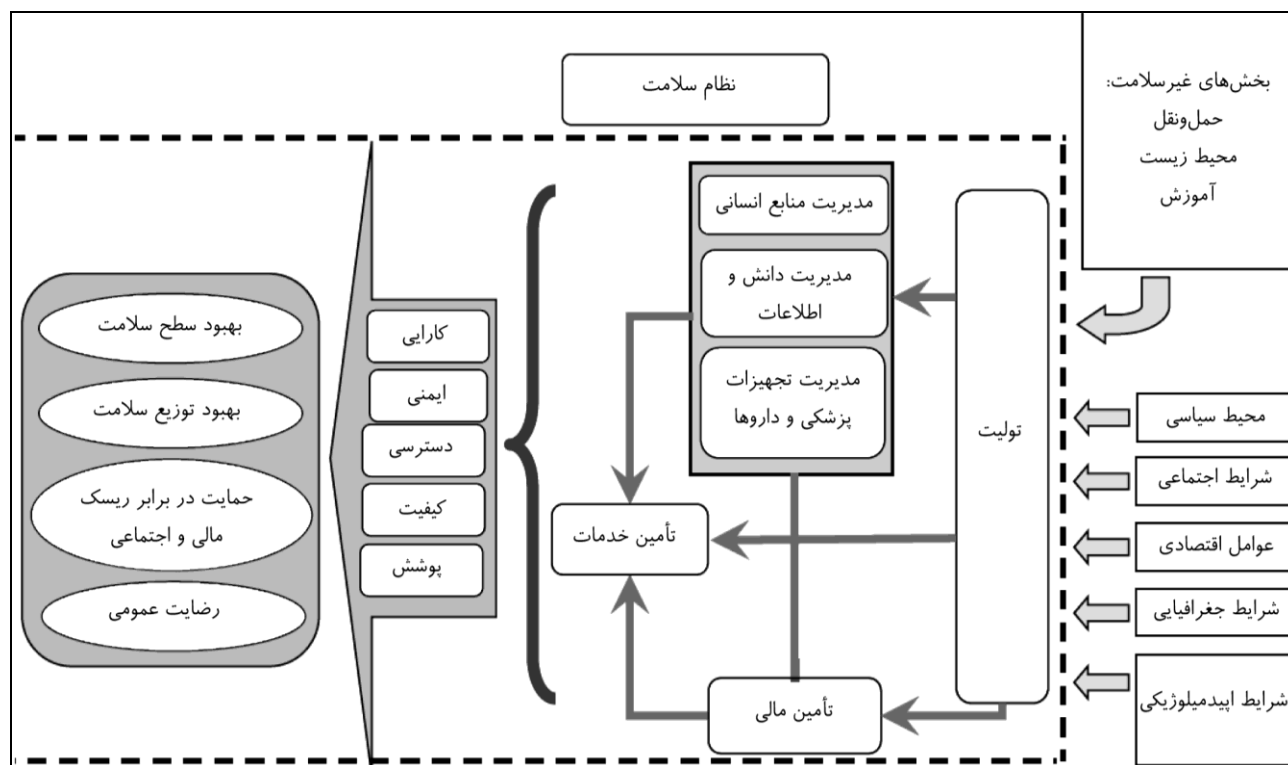
ارائه خدمات

ارائه خدمت به‌عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، نیازمند

هزینه‌های سلامت به دلایل مختلفی در دنیا رو به افزایش است به‌طوری که سهم بخش سلامت از ۳ درصد در سال ۱۹۹۷ به ۹ درصد در سال ۱۹۹۷ افزایش یافته است و این عدد در / در سال ۱۹۴۸ به ۷ (GDP) تولید ناخالص داخلی و در برخی از کشورها از جمله آمریکا به ۱۵ درصد هم رسیده است. اما به دلیل فرآیندهای لجام‌گسیخته هزینه‌ها و کنترل ناکارآمد تأمین مالی، رتبه سلامت کشورها هماهنگ و به‌موازات افزایش میزان هزینه‌های این بخش، ارتقا نیافته است. به همین علت یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کارآمدی نظام سلامت در هر کشور، چگونگی تأمین منابع برای سرمایه‌گذاری در بخش سلامت است. صاحب‌نظران اقتصاد سلامت معتقدند که استفاده از سازوکارهای تأمین مالی تجمیعی، یکی از روش‌های کارآمد در این عرصه است. در گذشته زمانی که مردم بیمار می‌شدند، مستقیماً به درمانگران مراجعه می‌کردند و سیاست عمومی در بخش سلامت، حفاظت از بود. هم‌زمان با انقلاب صنعتی «سوگندنامه بقراط» بیماران در مقابل افراد سودجو از طریق تقویت اخلاقیات و علمی شدن نگرش به موضوع سلامت، درک مفاهیم مربوط به علت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسعه یافت. دامنه سلامت دیگر در انحصار درمانگران سنتی نبود، بلکه سایر بازیگران مانند سیاست‌گذاران، نهادهای تخصصی تأمین منابع، تدوین‌کنندگان مقررات و ارائه‌کنندگان خدمات (اعم از مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز تشخیصی) و بسیاری از فراهم‌کنندگان ویژه مانند پزشکان، پرستاران، داروسازان و پیراپزشکان وارد این عرصه شدند. امروزه موضوع تأمین مالی سلامت به چندین بخش و فعالیت با اهداف، اولویت‌ها و محدودیت‌های خاص خود تقسیم شده است. این مجموعه، بخش تأمین مالی تجمیعی نام‌گرفته و فعالیت‌های آن شامل جمع‌آوری منابع و تجمع منابع است که در سیستم ارائه خدمات مورداستفاده قرار می‌گیرد، بخش جمع‌آوری منابع، روندی شفاف داشته و از طریق شیوه‌های متفاوت عمومی و خصوصی (شامل مالیات، عوارض، هدایا، وام، بیمه و...) فراهم می‌شود. بخش تجمع منابع و مشارکت در مخاطره‌پذیری (ریسک) موجب می‌شود هزینه بیماری‌ها بین فقیر و غنی، سالم و بیمار، جوان و پیر و شاغل و بیکار تقسیم شود. تأمین و تخصیص مالی در نظام سلامت سه کارکرد فرعی دارد که عبارت‌اند از: ۱- درآمدزایی (تأمین) انباشت منابع، ۲- خرید خدمات (۱۵).

الف) درآمدزایی

فرآیندی است که طی آن نظام مراقبت سلامت پول را از منابع عمومی دولت، شهروندان و سایر منابع می‌گیرد و به افرادی که باید خدمت ارائه کنند می‌رساند. شیوه‌های درآمدزایی نظام مراقبت سلامت در کشورهای مختلف متفاوت است ولی چهار شکل غالب آن مالیات عمومی، بیمه‌های اجتماعی اجباری، بیمه‌های اختیاری خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب



کردار ۲- تعامل ساختاری اجزای مختلف نظام سلامت (ایزد بخش، ۱۳۹۵)

و قابل خرید را در دسترس جمعیت بهره‌بردار قرار دهد. نبود یا کمبود دارو و تجهیزات و یا عدم مهارت کافی نیروی انسانی که از ضعف در آموزش و سرمایه‌گذاری ناشی می‌شود، به نارسایی‌های عمده در نظام سلامت منجر می‌شود. آنچه در نظام سلامت باید مورد تأکید قرار گیرد، این است که ارائه خدمات باید مطابق نیاز افراد جامعه باشد نه بر اساس تمایل و درخواست افراد. نیازهای کاذب و بعضاً مضر، فضای ارائه مراقبت‌ها را در همه‌جا تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تولید منابع

تولید منابع شامل:

تولید منابع انسانی، فیزیکی، اطلاعاتی، دانشی، فناوری و... یکی از کارکردهای اصلی نظام مراقبت سلامت است. که شامل دو بخش است:

۱. تولید ارائه‌دهنده خدمات سلامت شامل سرمایه اجتماعی (ارزش‌های حاکم بر تعاملات کاری که در یک جمع معنی پیدا می‌کند) و سرمایه انسانی سلامت مثل نیروی انسانی که دارای دانش و مهارت لازم باشد و در یک فرد معنی پیدا می‌کند. یکی از وظایف مهم نظام آموزش پزشکی تربیت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است که این افراد موجب ارتقای سلامت و ایجاد جامعه سالم می‌شوند که توسعه اقتصادی و رفاه را به دنبال دارد.

برنامه‌ریزی هوشمندانه است تا با داشتن تعداد کافی پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان خدمت، خدمات مناسب را در زمان متناسب به جمعیت ارائه کند. میزان مؤثر بودن خدمات سلامت وابسته به این است که چه خدماتی ارائه می‌شوند و چگونه این خدمات سازمان‌دهی شده‌اند. در یک نظام مطلوب و کارآمد سلامت، منابع باید برای مداخلاتی صرف شوند که مطابق اولویت‌های ملی و محلی بوده و اثربخشی آن‌ها مورد تأیید متخصصان نظام سلامت قرار گرفته باشد. به دلیل این‌که منابع محدودند، اولویت‌بندی خدمات و سهمیه‌بندی آن امری ضروری و پذیرفته‌شده خواهد بود. ارتباطات مابین سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات، از نظر ساختار بسیار مهم است. سؤال محوری در این رابطه عبارت است از اینکه سازمان‌ها تا چه حد از همدیگر جدا هستند و یا آن‌ها چگونه شبکه‌های پیچیده در سطوح مختلف (سطح‌بندی خدمات به سطح اول، سطح دوم و سطح سوم) را تشکیل می‌دهند؟ ساختار چنین شبکه‌هایی تعیین‌کننده چگونگی دسترسی مستقیم مردم به آن‌ها یا دسترسی به سطوحی است که به عنوان اولین خط ارائه‌کننده خدمت عمل می‌کنند. این امر دربرگیرنده چگونگی ارجاع متقاطع مابین مرزهای دولتی و خصوصی یا چگونگی جدایی شبکه‌های دولتی و خصوصی است. در سطح بالینی نیز چگونگی ترکیب مهارت‌های مختلف پزشک، پرستار، ماما و کارکنان بهداشت جامعه، در عملکرد آن‌ها تأثیر بسزایی خواهد داشت. نظام سلامت بایستی مداخلات اثربخش

$$n = \frac{\frac{Z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 pq}{d^2} - 1 \right]}$$

$d=0.05$ $N=47$ $q=0.5$

$Z=1.96$ $p=0.5$

$$n = \frac{\frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}}{1 + \frac{1}{47} \left[\frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} - 1 \right]} = \frac{\frac{0.96}{0.0025}}{1 + \frac{1}{47} [0.0025 - 1]} = \frac{384}{1 + \left[\frac{1}{47} \times 383 \right]} = \frac{384}{1 + 8.14} = 42.01 \approx 42$$

شکل ۱ - محاسبه حجم نمونه از طریق فرمول کوکران

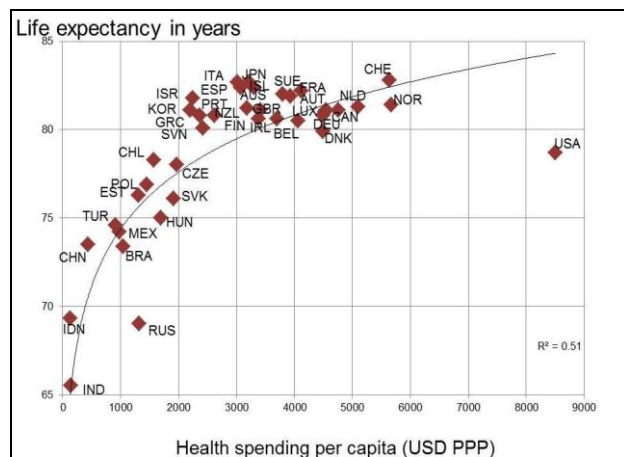
فرضیه ها که از ادبیات تحقیق استخراج شده از روش های میدانی (پرسشنامه) استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر را مدیران عالی و میانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که بر سیاست گذاری کلان نظام سلامت اشراف داشته و عضو هیئت علمی دانشگاه های برتر کشور نیز هستند و با فضای دانشگاهی و بیمارستانی آشنایی کامل دارند، تشکیل می دهند. حجم نمونه این تحقیق تعداد ۴۲ نفر است که از طریق فرمول کوکران محاسبه شده است.

نحوه طراحی پرسشنامه

در این پژوهش، در چارچوب اهداف و سؤالات تحقیق پرسشنامه ای تهیه و پس از اطمینان از ملاک های روایی و اعتبار آن، مورد استفاده قرار گرفت. برای ساخت پرسشنامه از ادبیات تولید شده در مبانی و چارچوب نظری تحقیق و همچنین مصاحبه های انجام شده با خبرگان و صاحب نظران موضوع نظام سلامت استفاده شد. بر این اساس اقدام به طراحی گزاره هایی شد که بتواند نقش عوامل ساختاری مختلف را بپرسد. سؤالات این پرسشنامه به صورتی تدوین شد که پاسخگو بتواند پاسخ خود را از میان پنج گزینه (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) انتخاب کند. این روش یکی از رایج ترین مقیاس های اندازه گیری ویژگی ها و نگرش های فردی است. پاسخ دهنده میزان موافقت خود را با هر یک از این عبارات در یک مقیاس درجه بندی شده نشان می دهد و پاسخ آزمودنی ها به هر یک از این گویه ها از نظر عددی ارزش گذاری می شود. حاصل جمع عددی این ارزش ها نمره آزمودنی را در این مقیاس به دست می دهد. نمونه ای از سؤالات پرسشنامه مذکور به قرار ذیل است.

روش تعیین روایی و پایایی

در این تحقیق روایی ابزار اندازه گیری از طریق روش لاشه مورد بررسی قرار گرفت، برای این منظور، از تعداد ۱۶ نفر داور، متخصص و خبره خواسته شد تا هر سؤال و یا به اصطلاح گویه را در دو گزینه ضروری و غیرضروری ارزیابی کنند، سپس در فرمول مذکور تعداد داورانی که



ردار ۳- میزان دستاوردهای سلامت در کشورهای مختلف (ایزدیخ، ۱۳۹۵).

۲. گسترش نوآوری های پزشکی: نظام سلامت تولید سه نوع نوآوری شامل:

۱. سرمایه انسانی نوآور (پژوهش گران پایه)،
۲. سرمایه اجتماعی نوآور (پژوهشگرانی که با انجام کارهای مشترک، ارزش های مثبت و سازنده را بر تعاملات اجتماعی حاکم می کنند)،
۳. سرمایه ساختاری نوآور (که باعث ایجاد ارتباط بین سرمایه انسانی و اجتماعی می شود) را بر عهده دارد. (فردوسی و رحمانی، ۱۳۹۴).

تفاوت در دستاوردهای سلامت در کشورهای مختلف

برای ارتقای سلامت جامعه باید یک نظام سلامت به ارائه خدمات سلامت بپردازد. همچنین برای ارائه خدمات سلامت به منابع مالی و غیرمالی نیاز است از این رو با تحلیل هر کدام از این موارد می توان تفاوت های کشورهای مختلف از لحاظ سطح دستیابی به هر کدام را بررسی کرد. در یک طبقه بندی معروف کشورهای جهان را از نظر مخارج نظام سلامت و دستاورد آن (تحت عنوان امید به زندگی) طبقه بندی کرده اند. این طبقه بندی در کرداری تحت عنوان ردار اوانس نمایش داده شده است.

از این کردار برمی آید که اولاً برای سلامت بهتر باید پول بیشتری خرج کرد و ثانیاً خرج اضافه تر از حد استاندارد سلامت کمتری عاید ما می کند. چراکه کارایی منابع در همه کشورهای یکسان نیست. به طور مثال شیلی با مخارج بسیار کمتر از امریکا توانسته به سطح دستاوردهای آن کشور برسد.

فرآیند روش شناسی

پژوهش حاضر از لحاظ طرح تحقیق آینده نگر، از نظر نوع هدف، کاربردی و نتیجه گرا و از لحاظ ماهیت و روش گردآوری داده ها، یک پژوهش توصیفی - پیمایشی است. در این پژوهش به صورت ترکیبی از روش های مطالعات کتابخانه ای و نیز روش های میدانی استفاده شده است. برای قسمت ادبیات تحقیق از مطالعات کتابخانه ای و برای قسمت اثبات

جدول ۱- ضریب آلفای کرانباخ کل پرسشنامه

آلفای کرانباخ	تعداد سؤالات
۰/۹۹۶	۱۸

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف متغیرهای تحقیق

متغیر	سطح معنی داری	نتیجه آزمون
الزامات ساختاری	۸۱۴	توزیع داده‌ها نرمال است
مرجعیت نظام سلامت ایران	۶۷۲	توزیع داده‌ها نرمال است

آزمون نرمالیت

در ابتدا به منظور استفاده از آزمون‌های آماری به بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد آزمون از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده می‌شود. H_0 : داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند. H_1 : داده‌ها دارای توزیع نرمال نمی‌باشند.

با توجه به جدول ۷ سطح معنی داری آزمون نرمالیت متغیرهای تحقیق بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرضیه H_0 تأیید می‌شود یعنی توزیع داده‌ها در این نمونه آماری نرمال است، به همین علت برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون‌های رگرسیون و واریانس استفاده می‌شود.

آزمون فرضیه تحقیق

تبیین الزامات ساختاری در تبدیل نظام سلامت ایران به نظام سلامت مرجع تأثیر دارد.

فرض H_0 : تبیین الزامات ساختاری در تبدیل نظام سلامت ایران به نظام سلامت مرجع تأثیر ندارد.

فرض H_1 : تبیین الزامات ساختاری در تبدیل نظام سلامت ایران به نظام سلامت مرجع تأثیر دارد.

با توجه به جدول ۸ مقدار F برابر با ۱۸/۶۵۱ شده که این مقدار با درجه آزادی ۱ در سطح ۰/۰۰۰ معنی دار شده و این سطح از ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین فرضیه H_0 رد و فرضیه H_1 پذیرفته می‌شود؛ یعنی تبیین الزامات ساختاری در تبدیل نظام سلامت ایران به نظام سلامت مرجع تأثیر دارد.

براساس جدول ۹ آماره دوربین - واتسون در محدوده ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، بنابراین فرضیه استقلال خطاها تأیید می‌شود (می‌توان از رگرسیون استفاده کرد) و ضریب تعیین اصلاح شده ۰/۳۰۱ است و به این معنی است که تبیین الزامات ساختاری می‌تواند ۳۰/۱ درصد از تغییرات متغیر مرجعیت نظام سلامت را پیش‌بینی کنند.

در جدول ۱۰ سطر اول مقادیر مربوط به آزمون معنی داری عرض از مبدأ (مقدار ضریب رگرسیون) β_0 و سطر دوم مربوط به ضریب شیب رگرسیون β_1 است. در این جا مؤلفه تبیین الزامات ساختاری متغیر مستقل (X) و مؤلفه مرجعیت نظام سلامت متغیر وابسته (Y) است که با توجه به فرمول $Y=a+bx$ مقدار $a=۳۳/۱۶۹$ و $b=۰/۶۰۲$ است؛ بنابراین معادله خط رگرسیون حاصله به صورت زیر است:

(تبیین الزامات ساختاری) $۳۳/۱۶۹+۰/۶۰۲$ = مرجعیت نظام سلامت ایران

سؤالی را ضروری (مثبت) تشخیص داده‌اند محاسبه شده و در نهایت میانگین محاسبه شد. نتایج این آزمون نشان داد ضریب لاشه برابر با ۰/۷۴ است که در مجموع ضریب اعتبار مناسبی را برای کل متغیرها نشان می‌دهد. پایایی نیز از طریق ضریب آلفای کران باخ بررسی شد. نتایج این آزمون نشان داد که ضریب آلفای کران باخ کل پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۹۶ در حد بالایی است.

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان دهنده این است که ضریب آلفای کرانباخ سؤالات با ضریب آلفای ۰/۹۹۶ در حد بالایی است. همچنین ملاحظه جدول ضرایب آلفای هر یک از سؤالات این شاخه حاکی از آن است که حذف هر یک از سؤالات فوق به کاهش ضریب اعتبار منجر می‌شود؛ لذا لازم است همه سؤالات مورد استفاده قرار گیرد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

ویژگی‌های جامعه نمونه

با توجه به جدول (۲)، در این نمونه آماری (۴۲ نفر)، تعداد ۲۹ نفر (۶۹ درصد) مرد و ۱۳ نفر (۳۱ درصد) زن می‌باشند. همچنین از نظر میزان تحصیلات از کل پاسخ‌دهندگان (۴۲ نفر)، ۴۰ نفر (۱۰ درصد) کارشناسی ارشد، ۸ نفر (۱۹ درصد) دانشجوی دکترا و ۳۰ نفر (۷۱ درصد) دارای مدرک دکترا می‌باشند. و نیز از نظر وضعیت سنی از کل پاسخ‌دهندگان (۴۲ نفر)، ۱۲ نفر (۲۹ درصد) ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۴ نفر (۵۷ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال و ۶ نفر (۱۴ درصد) ۵۱ سال به بالا، سن دارند.

جدول ۲- ویژگی‌های جامعه نمونه

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۲۹	۶۹ درصد
زن	۱۳	۳۱ درصد
جمع	۴۲	۱۰۰ درصد
تحصیلات	فراوانی	درصد
کارشناسی ارشد	۴	۱۰ درصد
دانشجوی دکترا	۸	۱۹ درصد
دکترا	۳۰	۷۱ درصد
جمع	۴۲	۱۰۰ درصد
سن	فراوانی	درصد
۳۰ تا ۴۰ سال	۱۲	۲۹ درصد
۴۱ تا ۵۰ سال	۲۴	۵۷ درصد
۵۱ سال به بالا	۶	۱۴ درصد
جمع	۴۲	۱۰۰ درصد

جدول ۴- نتایج آزمون واریانس بین تبیین الزامات ساختاری و مرجعیت نظام سلامت ایران

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی داری
رگرسیون	۱۷۳۹/۳۱۹	۱	۱۷۳۹/۳۱۹	۱۸/۶۵۱	...
باقیمانده	۳۷۳۰/۳۰۰	۴۰	۹۳/۲۵۷		
کل	۵۴۶۹/۶۱۹	۴۱			

جدول ۵- نتایج آزمون رگرسیون بین تبیین الزامات ساختاری و مرجعیت نظام سلامت ایران

مدل	ضریب (R)	ضریب تعیین (R2)	اصلاح ضریب تعیین	انحراف استاندارد	آزمون دوربین - واتسون
۱	۵۶۴ ^a	۰.۳۱۸	۰.۳۰۱	۹/۶۵۶۹۹	۱/۷۳۴

جدول ۶- معادله خط رگرسیون بین تبیین الزامات ساختاری و مرجعیت نظام سلامت

مدل	ضرایب غیراستاندارد رگرسیون	ضرایب استاندارد	t	Sig.
	B	Beta		
(Constant)	۳۳/۱۶۹		۳/۵۵۹	۰.۰۰۱
تبیین الزامات ساختاری	۶۰۲	۰.۱۳۹	۴/۳۱۹	۰.۰۰۰

۷- نتیجه گیری

در این پژوهش جامعه نمونه با پاسخ به پرسش‌های پرسشنامه، معتقد بوده است که موارد فهرست شده ذیل از لحاظ ساختاری در دستیابی جمهوری اسلامی ایران به مرجعیت نظام سلامت در پنجاه سال آینده تأثیرگذار هستند. بدیهی است که الزامات دیگر ساختاری نیز ممکن است موجود باشند و همچنین مشخص است که برای تبدیل نظام سلامت ایران به یک نظام سلامت مرجع در پنجاه سال آینده بایستی یک سری الزامات رفتاری، محتوایی و فرایندی نیز احصا و اجرا شود. موارد ذیل صرفاً الزاماتی است که جامعه نمونه این تحقیق برای تبدیل نظام سلامت به نظام سلامت مرجع پیشنهاد کرده‌اند.

۱. مدیریت یکپارچه وزارت بهداشت بر تمامی امور مربوط به سلامت
۲. تأمین زیرساخت‌های لازم برای استقرار مدیریت الکترونیک بر امور
۳. کارآمدسازی نظام جمع‌آوری و ثبت و تحلیل درست و به موقع اطلاعات و به جریان انداختن جریان آزاد اطلاعات در بطن ساختارهای موجود و ایجاد
۴. ایجاد ساختار تعامل مؤثر، مستمر، پویا و سیستماتیک بین حوزه ارائه خدمات سلامت با نظام آموزشی علوم پزشکی
۵. ایجاد ساختار تربیت، حفظ و تقویت نیروی انسانی کارآمد که وظیفه جذب، آموزش، پرورش، نگهداشت نیروها و نخبگان نظام سلامت را داشته باشد.
۶. انعطاف پذیر کردن ساختارها و حذف بوروکراسی پیچیده و دست و پاگیر در نظام سلامت
۷. تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت
۸. ایجاد و تقویت ساختارهای فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های

- سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه، نظام‌مند و ساختاریافته مردم و مراقبت مداوم) برای تداوم آن‌ها
۹. تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت.
 ۱۰. ایجاد سازوکار مناسب برای بهره‌گیری از دانش و فناوری‌های غرب و استفاده مقطعی و هدفمند از تجربیات جهانی در نظام سلامت
 ۱۱. ایجاد ساختار مهارکننده ظرفیت و توان علمی و فکری اندیشمندان کشورها به‌ویژه جهان اسلام برای بهره‌برداری علمی در نظام سلامت
 - علی‌الخصوص در حوزه پژوهش
 ۱۲. طراحی ساختارهای هدفمند شایسته‌سالار و شفاف در گزینش استاد، دانشجو و پرستار، پزشک و سایر منابع انسانی
 ۱۳. ایجاد سازوکار پویا و جامع برای مرزشکنی دانش، تولید علم مزیت‌آفرین و انحصاری و ورود به راه‌های نرفته پزشکی و میانبرهای علمی.
 ۱۴. ایجاد ساختار دیدبانی قدرتمند برای تقویت نظام سلامت از طریق گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت‌بخشی و بین‌بخشی
 ۱۵. استفاده از پیوست سلامت برای تمامی طرح‌های ساختاری کلان توسعه‌ای، قوانین و سیاست‌های کشوری
 ۱۶. طراحی ساختار جامع مراقبت‌های یکپارچه پزشکی با تأکید بر اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی و پاسخگویی نظام‌مند در تمامی شهرها و روستاها
 ۱۷. طراحی و استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه‌های حرف پزشکی با رعایت جدیدترین استانداردهای بین‌المللی
 ۱۸. طراحی ساختار جامع ایجاد نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (phc) در تمام نقاط مسکونی

پیوست ۱- ضرایب لاشه سؤالات پرسشنامه

ردیف سؤالات	تعداد پاسخ‌های مثبت	ضرایب لاشه	سؤالات	تعداد پاسخ‌های مثبت	ضرایب لاشه
سؤال ۱	۱۶/۰۰	۱/۰۰	سؤال ۱۰	۱۵/۰۰	۸۸
سؤال ۲	۱۵/۰۰	۸۸	سؤال ۱۱	۱۳/۰۰	۶۳
سؤال ۳	۱۰/۰۰	۲۵	سؤال ۱۲	۱۵/۰۰	۸۸
سؤال ۴	۱۶/۰۰	۱/۰۰	سؤال ۱۳	۱۳/۰۰	۶۳
سؤال ۵	۱۴/۰۰	۷۵	سؤال ۱۴	۱۱/۰۰	۳۸
سؤال ۶	۱۲/۰۰	۵۰	سؤال ۱۵	۱۵/۰۰	۸۸
سؤال ۷	۱۶/۰۰	۱/۰۰	سؤال ۱۶	۱۳/۰۰	۶۳
سؤال ۸	۱۶/۰۰	۱/۰۰	سؤال ۱۷	۱۳/۰۰	۶۳
سؤال ۹	۱۱/۰۰	۳۸	سؤال ۱۸	۱۶/۰۰	۱/۰۰

پیوست ۲- ضرایب آلفای کرانباخ سؤالات پرسشنامه

ردیف سؤالات	میانگین مقیاس در صورت حذف سؤال	واریانس مقیاس در صورت حذف سؤال	همبستگی سؤال با کل مقیاس	آلفای کرانباخ مقیاس در صورت حذف سؤال
سؤال ۱	۱۴۲/۴۰۰	۴۲۹۶/۳۰۰	۰.۹۹۱	۰.۹۹۶
سؤال ۲	۱۴۲/۴۰۰	۴۳۴۷۸/۳۰۰	۰.۹۹۸	۰.۹۹۶
سؤال ۳	۱۴۲/۴۰۰	۴۳۳۰۹/۳۰۰	۰.۹۹۶	۰.۹۹۶
سؤال ۴	۱۴۲/۴۰۰	۴۴۲۷۱/۳۰۰	۰.۹۴۸	۰.۹۹۶
سؤال ۵	۱۴۲/۴۰۰	۴۳۶۶۱/۳۰۰	۰.۹۳۷	۰.۹۹۶
سؤال ۶	۱۴۲/۴۰۰	۴۲۲۵۲/۳۰۰	۰.۹۹۴	۰.۹۹۶
سؤال ۷	۱۴۲/۶۰۰	۴۳۴۱۸/۳۰۰	۰.۹۸۲	۰.۹۹۶
سؤال ۸	۱۴۲/۶۰۰	۴۱۹۱۱/۳۰۰	۰.۹۷۶	۰.۹۹۶
سؤال ۹	۱۴۲/۴۰۰	۴۵۱۵۳/۳۰۰	۰.۹۵۱	۰.۹۹۶
سؤال ۱۰	۱۴۲/۴۰۰	۴۲۵۳۷/۸۰۰	۰.۹۸۸	۰.۹۹۶
سؤال ۱۱	۱۴۲/۴۰۰	۴۱۹۸۷/۳۰۰	۰.۹۹۵	۰.۹۹۶
سؤال ۱۲	۱۴۲/۲۰۰	۴۴۹۹۸/۳۰۰	۰.۹۶۱	۰.۹۹۶
سؤال ۱۳	۱۴۲/۴۰۰	۴۳۳۷۷/۲۰۰	۰.۹۹۷	۰.۹۹۶
سؤال ۱۴	۱۴۲/۴۰۰	۴۳۵۸۸/۳۰۰	۰.۹۸۷	۰.۹۹۶
سؤال ۱۵	۱۴۲/۴۰۰	۴۴۰۰۸/۳۰۰	۰.۹۵۷	۰.۹۹۶
سؤال ۱۶	۱۴۲/۴۰۰	۴۲۲۵۲/۳۰۰	۰.۹۹۴	۰.۹۹۶
سؤال ۱۷	۱۴۲/۴۰۰	۴۳۱۴۵/۸۰۰	۰.۹۹۵	۰.۹۹۶
سؤال ۱۸	۱۴۲/۴۰۰	۴۴۳۳۴/۸۰۰	۰.۹۸۰	۰.۹۹۶

پیوست ۳- توصیف پاسخ‌های افراد مورد مطالعه به سؤالات پرسشنامه

فراوانی پاسخ‌ها

	معیار	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	مدیریت یکپارچه وزارت بهداشت بر تمامی امور مربوط به سلامت	۳۲	۵	۳	۲	۰
۲	تأمین زیرساخت‌های لازم برای استقرار مدیریت الکترونیک بر امور	۲۹	۹	۲	۱	۱
۳	کارآمدسازی نظام جمع آوری و ثبت و تحلیل درست و به موقع اطلاعات و به جریان انداختن جریان آزاد اطلاعات در بطن ساختارهای موجود و ایجاد	۳۰	۸	۱	۲	۱
۴	ایجاد ساختار تعامل مؤثر، مستمر، پویا و سیستماتیک بین حوزه ارائه خدمات سلامت با نظام آموزشی علوم پزشکی	۲۵	۱۳	۰	۲	۲
۵	ایجاد ساختار تربیت، حفظ و تقویت نیروی انسانی کارآمد که وظیفه جذب، آموزش، پرورش، نگهداشت نیروها و نخبگان نظام سلامت را داشته باشد.	۲۷	۱۵	۰	۰	۰
۶	انعطاف‌پذیر کردن ساختارها و حذف بوروکراسی پیچیده و دست و پاگیر در نظام سلامت	۳۵	۵	۲	۰	۰
۷	تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت.	۳۰	۴	۲	۱	۵

	معیار	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۸	ایجاد و تقویت ساختارهای فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه، نظام‌مند و ساختاریافته مردم و مراقبت مداوم) برای تداوم آن‌ها	۳۷	۲	۰	۰	۳
۹	تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت	۲۲	۸	۹	۲	۱
۱۰	ایجاد سازوکار مناسب برای بهره‌گیری از دانش و فناوری‌های غرب و استفاده مقطعی و هدف‌مند از تجربیات جهانی در نظام سلامت	۳۴	۴	۳	۱	۰
۱۱	ایجاد ساختار مهارکننده ظرفیت و توان علمی و فکری اندیشمندان کشورها به‌ویژه جهان اسلام برای بهره‌برداری علمی در نظام سلامت علی‌الخصوص در حوزه پژوهش	۳۶	۶	۰	۰	۰
۱۲	طراحی ساختارهای هدفمند شایسته سالار و شفاف در گزینش استاد، دانشجو و پرستار، پزشک و سایر منابع انسانی	۲۲	۱۰	۰	۲	۸
۱۳	ایجاد سازوکار پویا و جامع برای مرز شکنی دانش، تولید علم مزیت آفرین و انحصاری و ورود به راه‌های نرفته پزشکی و میانبرهای علمی	۳۰	۷	۴	۲	۰
۱۴	ایجاد ساختار دیدبانی قدرتمند برای تقویت نظام سلامت از طریق گزارش دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت‌بخشی و بین‌بخشی	۲۸	۱۱	۳	۰	۰
۱۵	استفاده از پیوست سلامت برای تمامی طرح‌های ساختاری کلان توسعه‌های، قوانین و سیاست‌های کشوری	۲۶	۱۳	۱	۰	۲
۱۶	طراحی ساختار جامع مراقبت‌های یکپارچه پزشکی با تأکید بر اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی و پاسخگویی نظام‌مند در همه شهرها و روستاها.	۳۵	۵	۲	۰	۰
۱۷	طراحی و استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه‌های حرف پزشکی با رعایت جدیدترین استانداردهای بین‌المللی	۳۱	۶	۳	۲	۰
۱۸	طراحی ساختار جامع ایجاد نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (phc) در تمام نقاط مسکونی	۲۵	۱۰	۱	۱	۵

درصد فراوانی

	معیار	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	مدیریت یکپارچه وزارت بهداشت بر تمامی امور مربوط به سلامت	۷۶/۱۹	۱۱/۹۰	۷/۱۴	۴/۷۶	۰
۲	تأمین زیرساخت‌های لازم برای استقرار مدیریت الکترونیک بر امور	۶۹/۰۴	۲۱/۴۳	۴/۷۶	۲/۳۸	۲/۳۸
۳	کارآمدسازی نظام جمع‌آوری و ثبت و تحلیل درست و به موقع اطلاعات و به جریان انداختن جریان آزاد اطلاعات در بطن ساختارهای موجود و ایجاد	۷۱/۴۳	۱۹/۰۴	۲/۳۸	۴/۷۶	۲/۳۸
۴	ایجاد ساختار تعامل مؤثر، مستمر، پویا و سیستماتیک بین حوزه ارائه خدمات سلامت با نظام آموزشی علوم پزشکی	۵۹/۵۲	۳۰/۹۵	۰	۴/۷۶	۴/۷۶
۵	ایجاد ساختار تربیت، حفظ و تقویت نیروی انسانی کارآمد که وظیفه جذب، آموزش، پرورش، نگهداشت نیروها و نخبگان نظام سلامت را داشته باشد.	۶۴/۲۸	۳۵/۷۲	۰	۰	۰
۶	انعطاف‌پذیر کردن ساختارها و حذف بوروکراسی پیچیده و دست و پاگیر در نظام سلامت	۸۳/۳۳	۱۱/۹۰	۴/۷۶	۰	۰
۷	تمرکز و یکپارچگی در سیاستگذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت.	۷۱/۴۳	۹/۵۲	۴/۷۶	۲/۳۸	۱۱/۹۰
۸	ایجاد و تقویت ساختارهای فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه، نظام‌مند و ساختاریافته مردم و مراقبت مداوم) برای تداوم آن‌ها	۷۸/۵۷	۴/۷۶	۲/۳۸	۱۱/۹۰	۲/۳۸
۹	تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت	۵۲/۳۹	۱۹/۰۵	۲۱/۴۲	۴/۷۶	۲/۳۸
۱۰	ایجاد سازوکار مناسب برای بهره‌گیری از دانش و فناوری‌های غرب و استفاده مقطعی و هدف‌مند از تجربیات جهانی در نظام سلامت	۸۰/۹۵	۹/۵۲	۷/۱۴	۲/۳۸	۰

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	معیار	
۰	۰	۰	۱۴/۲۸	۸۵/۷۲	ایجاد ساختار مهارکننده ظرفیت و توان علمی و فکری اندیشمندان کشورها به‌ویژه جهان اسلام برای بهره‌برداری علمی در نظام سلامت علی‌الخصوص در حوزه پژوهش	۱۱
۱۹/۰۴	۴/۷۶	۰	۲۳/۸۰	۵۲/۳۸	طراحی ساختارهای هدفمند شایسته سالار و شفاف در گزینش استاد، دانشجو و پرستار، پزشک و سایر منابع انسانی	۱۲
۷/۱۴	۴/۷۶	۰	۱۶/۶۶	۷۱/۴۳	ایجاد ساز و کار پویا و جامع برای مرز شکنی دانش، تولید علم مزیت‌آفرین و انحصاری و ورود به راه‌های نرفته پزشکی و میانبرهای علمی	۱۳
۰	۰	۷/۱۴	۲۶/۱۹	۶۶/۶۶	ایجاد ساختار دیدبانی قدرتمند برای تقویت نظام سلامت از طریق گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت‌بخشی و بین‌بخشی	۱۴
۴/۷۶	۰	۲/۳۸	۳۰/۹۵	۶۱/۹۰	استفاده از پیوست سلامت برای همه طرح‌های ساختاری کلان توسعه‌های، قوانین و سیاست‌های کشوری	۱۵
۰	۰	۴/۷۶	۱۱/۹۰	۸۳/۳۳	طراحی ساختار جامع مراقبت‌های یکپارچه پزشکی با تأکید بر اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی و پاسخگویی نظام‌مند در همه شهرها و روستاها.	۱۶
۰	۴/۷۶	۷/۱۴	۱۴/۲۸	۷۳/۸۰	طراحی و استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه های حرف پزشکی با رعایت جدیدترین استانداردهای بین‌المللی	۱۷
۱۱/۹۰	۲/۳۸	۲/۳۸	۲۳/۸۰	۵۹/۵۲	طراحی ساختار جامع ایجاد نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (phc) در تمام نقاط مسکونی	۱۸

Requirements for Transforming the Health System of the Islamic Republic of Iran to Reference Health System in the Next 50 Years

Mohammad Hassan Hosseinzadeh¹

Abstract

Background: Health is a basic need for all communities. At the present time, development of a community is judged based on the quality of health and health equity in protection of poor people from harmful agents.

Methods: This study was a descriptive (quantitative and qualitative) study.

Results: After reviewing the literature and interviewing experts, structural requirements from the study literature were prioritized and 19 structural requirements were recognized and by analyzing the data, structural requirements for changing the health system of the Islamic Republic of Iran into the reference health system were obtained.

Conclusion: After summarizing the results, some of the most important points were described as specific and innovative structural requirements and the relevant effects of the health system over the next fifty years, many recommendations are suggested.

Keywords: Delivery of Health Care, Health Planning, Science

1. Corresponding Author: Researcher in Scientific authority, Member of Department of Strategic Management of the University and the Institute of National Defense and Strategic Research

منابع

1. Izadbakhsh. Modeling government interactions with key stakeholders in the field of health. Tehran: Imam Sadegh University (AS); 2016. [In Persian]
2. Parsa S. Comprehensive electronic book of public health. Tehran: Shahid Beheshti University; 2019. [In Persian]
3. Moin M. Persian culture. Volume 3, Tehran: Amir Kabir Publications; 1992.
4. Dehkhoda AA. Dehkhoda Dictionary, Tehran: University of Tehran Printing and Publishing Institute; 1993. [In Persian]
5. Jannati A, Jabari Bairami H. Leveling of services in the health system. Tabriz: Shervin Publications; 2018. [In Persian]
6. Hosseinzadeh H, Rahbar F. The role of scientific authority and authority in national security and interests with a view to the principles and ideals of the Islamic Revolution. Scientific Research Quarterly Journal of Islamic Revolution Studies 2015; 13(44): 167-188. [In Persian]
7. Hosseinzadeh MH. The security and national interests of countries in the light of the United Nations Charter and the International Jurisprudence. doctoral dissertation in the field of international law. Postgraduate Education Center; 2016.
8. Davoudi S. Health and its determinants. Tehran: Contemporary works publication; 2017. [In Persian]
9. Bagheri Lankarani K. An Introduction to Justice in the Health System. Shiraz: Health Policy Research Center; 2019. [In Persian]
10. Davoudi S. An introduction to the reforms of the health system. Tehran: Contemporary Art Publishing; 2017. [In Persian]
11. Robbins S. Organization theory: structure, design, applications, translated by Seyyed Mehdi Elwani, Hassan Danaei Fard. Tehran: Safar Publications; 2019.
12. Single Tariqat MH, Akhwan Behbahani A, Hassanzadeh A. The principles and foundations of the national health policy. Tehran: Research Center of the Islamic Council; 2017. [In Persian]
13. Alamdari Sh. Strategic architecture of the national health system of the Islamic Republic of Iran based on the vision document 2025. Public Policy Quarterly; 2014. [In Persian]
14. Amid H, Amid Dictionary. Tehran: Milad; 1391. [In Persian]
15. Nasrollahpour SW. Management principles and concepts, Babol: University of Medical Sciences; 2013. [In Persian]
16. Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki M, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. J Babol Univ Med Sci 2010; 11(6): 46-52. [In Persian]