نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال سوم، شماره اول، بهار ۹۸، صفحات ۴۳ تا ۵۶

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. درحال‌حاضر 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

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 می‌شود. اما برخی از کشورهای در حال توسعه نمی‌دانند که با ارتقای علم و فناوری می توانند 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 مقوله ها نشانگر آن است که چگونه علم و فناوری در این کشورها مورد بی‌توجهی واقع شده است.

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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

در جمهوری اسلامی ایران نیز با توجه بـه پیشـینه درخشـان علمـی و تمدنی کشور و ظرفیت‌های فراوان امروز ملت ایران، ترسیم نقشه راه و تبیین اهداف علمی به‌گونه‌ای بوده است که امام خامنـه‌ای (مدظلـه‌العـالی) هـدف اصلی از روند حرکت علمی کشور را، تبدیل ایران بـه مرجـع علمـی جهـان دانسته و بارها به آن تأکید فرموده‌اند (امام خامنه‌ای مدظله‌العالی، بیانـات 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 تسـهیل‌کننـده دستیابی ج.ا.ا. به مرجعیت نظام سلامت ایران در دنیا می‌شود، تحـول نظـام 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 سـلامت عمومی جامعه است. سـلامت حـق و نیـاز اساسـی تمـام انسـان‌هـا اسـت. درحال‌حاضر نیز توسعه یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقـات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسـان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌کننـد. نظـام سـلامت جمهـوری اسـلامی ایران، الگوی منحصر به فردی از ادغـام خـدمات بهداشـتی درمـانی و نظـام آموزشی و پژوهشی با هدف ارتقای خدمات سلامت بـه مـردم اسـت. بـرای تبدیل نظـام سلامت به یک نظام سلامت کارآمد، سیاستهای کلان نظام در حوزه سلامت، نقشه جامع علمی کشور، نقشه جامع علمـی سـلامت، نقشـه تحول نظام سلامت و برنامه پنجم توسعه و اقـدامات زیـاد دیگـری در حـال شکل‌گیری است ولی به دلیـل وجـود رویکردهـای متعـدد و گـاه متنـاقض مـدیریتی، هنـوز بـه یـک مجموعه الزامات مناسب و کارآمـد بـرای تبیـین 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 تـا الزامـات سـاختاری و پیش‌شرط های زیرساختی تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایـران بـه نظام سلامت مرجع شناسـایی شـود. بـدیهی اسـت کـه شناسـایی الزامـات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسـلامی ایـران بـه نظـام سـلامت مرجع، مسیر تحقق این هدف کلان را تسهیل می‌کند. دسـتیابی بـه چنـین جایگاهی نیازمند شناسایی یک سری پـیش‌شـرط‌هـا و الزامـات در بخـش زیرساخت‌های حوزه سلامت و تلاش در راستای اجرا و تحقق آن‌هـا اسـت. بنابراین مسئله اساسی که تحقیق حاضر به دنبـال روشـن شـدن آن اسـت، شناسایی و تبیین الزامـات سـاختاری اسـت کـه در تبـدیل نظـام سـلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع در پنجـاه سـال آینـده مـؤثر است. دغدغه اصلی محقق در این تحقیـق شناسـایی و معرفـی آن‌دسـته از الزامات و پیش‌شرط‌های ساختاری است که بدون رعایت آن‌ها تبدیل نظـام سلامت جمهوری اسلامی ایران به نظام سلامت مرجع در پنجاه سال آینـده دشوار و چه بسا ناممکن می‌شود(۱).

با بررسی تحقیقاتی که نزدیک به ایـن موضـوع انجـام شـده، مشخص می‌شـود کـه تـاکنون کـار پژوهشـی ویـژه و جـامعی در خصوص مسئله الزامات ساختاری دستیابی جمهوری اسلامی ایران به مرجعیت نظام سلامت ایران در جهان انجام‌نشده اسـت. نکتـه اشتراک و افتراق این تحقیق با برخی تحقیقات مشـابه قبلـی، بـه ترتیب تأکید بر روی جنبـه سـاختاری و هـدف نهـایی آن یعنـی مرجعیت نظام سلامت ایران است. بنابراین با توجه به عدم وجود کار پژوهشی مستقل در این زمینه تحقیق حاضر بـر آن اسـت تـا الزامات ساختاری تبدیل نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران بـه 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[1] نام برد. این خدمات می‌توانـد بـه صورت هرگونه تلاشی کـه خـواه در مرافبـت سـلامت فـردی - خـدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین‌بخشی انجـام گیـرد، تعریـف 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 «مفعل» آمـده است که دلالت بر زمان یا مکان وقوع فعـل دارد؛ بـدین‌سـان، در فرهنگ فارسی معین، «محل رجوع و جای بازگشت» معنی شـده است. (۳)

الزامات ساختاری

الزامات جمع الزام بوده و در فرهنگ عمید و دهخدا ذیل مـاده (ل ز م) عنوان شده است و به معنای همراه داشتن، پـیش‌شـرط و پـیش‌نیـاز تعریـف شـده اسـت و الزامـات سـاختاری، بـه معنـای پیش‌نیازها، شروط و سـاختارهای قطعـاً لازم، اجبـاری، ضـروری و واجب است. (۴)

1. Health action

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

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 هرکدام به تنهایی برای ضروری تلقی کردن یک جهاد دائمی علمی و جزم کردن عزم ملی، کافی است. در بعد داخلی، «هر کشوری ـ اعم از اسلامی یا غیراسلامی ـ 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. دراین‌حال دیگران برای او، برنامه‌ریزی می‌کنند و این امر درنهایت، باعث فرسایش، هدر رفتن امکانات جامعه، تنزل کیفی بخش های 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 ـ مانند جامعه ایران ـ یک جامعهٔ آرمان‌گرا هستند و متکی بر منابع غنی و قابل‌اعتمادی چون وحی می‌باشند، در دنیای معاصر به‌شدت 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، تجلّی 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 درنهایت، خود را به‌عنوان عضوی از اعضاء و قمری از اقمار جامعهٔ جهانی قلمداد می‌کنند.». ازاین‌رو 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 برخود خواهیم شد. درنتیجه 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 زمینه مقدماتی 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[1] 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[2] و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد به این دستیابی یا دقیقاً عادلانه بودن[3] 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[4] باهدف تأمین سلامت، افزایش رضایت و ایجاد عدالت اجزای مختلفی دارد که به‌طور عمده عبارت‌اند از:

۱. نظام ارائه خدمات سلامت[5] که خدمات تشخیصی و درمانی را در سطح افراد و بیماران ارائه می‌کند.
۲. بهداشت عمومی[6] 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[7] که تخصیص و تأمین منابع مالی را بر عهده دارد و یکی از اهرم‌های کنترل نظام سلامت به‌حساب می‌آید.
۴. نظام آموزش و پژوهش پزشکی[8] که وظیفه تربیت نیروهای ماهر و تولید دانش موردنیاز نظام سلامت را به عهده دارد.

از موارد بالابر 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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

نظام عمومی سلامت

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، آداب‌ورسوم، عقاید و ارزش‌های قومی و نژادی) می‌شود که تقریباً هیچ‌کدام از آن‌ها در کنترل مستقیم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار ندارد .ولی این وزارت بنا به مسئولیت اصلی و تولیت نظام سلامت در مواردی که برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه ضرورتی ایجاب کند، باید از مسیر رهبری فرابخشی، اعمال‌نظر 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، تشکل‌ها، 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 اختلاف‌نظر 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 حاکم بر این نظام است و می‌باید به‌عنوان بخشی بسیار مهم از فرایند مدیریت نظام سلامت موردتوجه 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 قرارگرفته 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 به‌تفصیل 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 عدم‌تمرکز: در این بخش به بیان نقش دولت و نقش مردم در ارائه خدمات سلامت مربوط است،به‌نحوی‌که 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 عمل‌آورده باشد، سیستم از عدم‌تمرکز بیشتری برخوردار است.

ت) اعتبارات: منظور از اعتبارات در این قسمت، میزان وجوه اختصاص‌یافته به بخش سلامت است که در اینجا سهم مردم و دولت در تأمین این اعتبارات، میزان مالیات‌های مستقیم توسط بیماران، انواع مؤسسات جمع‌آوری‌کننده پول مثل شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بیمه اجتماعی باید موردمطالعه قرار گیرد.

ث) مکانیزم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی: در این قسمت،ساختار تعیین سیاست‌های سلامت،رفاه اجتماعی و وظایف هرکدام 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:

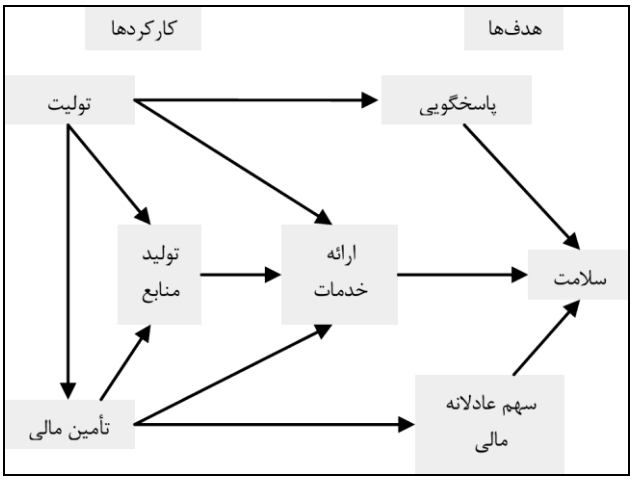
وقتی در کنفرانس آلماآتا تندرستی برای همه تا سال ۲۰۰۰ برای موفق شدن برنامه برابری‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سلامت، بین

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

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[1]

کارکردهای ساختاری نظام مراقبت سلامت در چهار شکل کلی به این شرح است: الف)تولیت[2] ب) تأمین منابع مالی[3] پ) ارائه خدمات[4] ت) تولید منابع[5]



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 تولیت کارکردی است که به‌نظام سلامت هویت می‌دهد. در این قسمت سیاست‌گذاری صورت گرفته، اولویت‌ها مشخص‌شده، 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 تولیت 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[6] و رهبری برون‌بخشی[7] 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[8] صورت گرفته و با انجام کار مشترک، تضاد منافع[9] 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[10] 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[11] و دستیابی به اهداف غیرتجاری مانند سلامت و عدالت ضروری است. (سند تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۰).

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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

تأمین و تخصیص مالی

هزینه‌های سلامت به دلایل مختلفی در دنیا رو به افزایش است به‌طوری‌که سهم بخش سلامت از ۳ درصد ۹ درصد در سال ۱۹۹۷ افزایش‌یافته است و این عدد در / در سال ۱۹۴۸ به ۷ (GDP) تولید ناخالص داخلی و در برخی از کشورها ازجمله 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. درگذشته 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 تقسیم‌شده است. این مجموعه، بخش تأمین مالی تجمیعی نام‌گرفته و فعالیت‌های آن شامل جمع‌آوری منابع و تجمیع 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 تجمیع منابع و مشارکت در مخاطره پذیری (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 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. درحالی‌که 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

تجمیع درآمدها در یک صندوق نظیر خزانه، صندوق تأمین اجتماعی یا صندوق بیمه خصوصی را انباشت یا تجمیع 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 مخاطره پذیری و چگونگی تجمیع آن اهمیت دارد. به‌طورمعمول، چهار نوع رهیافت برای انباشت منابع یا تجمیع ریسک وجود دارد: عدم تجمیع ریسک، تجمیع ریسک واحد، تجمیع ریسک پراکنده و تجمیع ریسک ادغام یافته(۱۶).

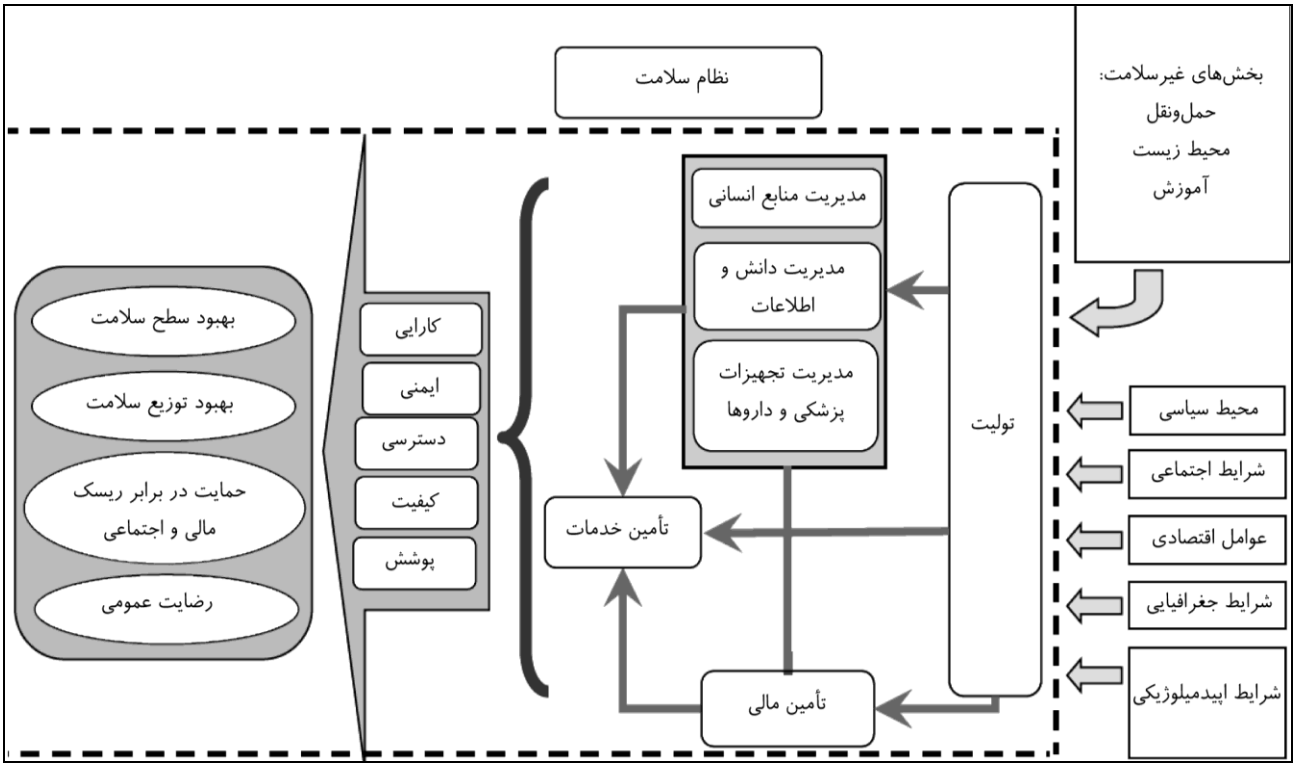
پ) خرید خدمت

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 ارائه‌شده باشد که پس از ارسال برگه‌ها به سازمان بیمه‌گر، سازمان بیمه‌گر باید نسبت به پرداخت هزینه‌های به‌عمل‌آمده 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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]



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

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 قرارگرفته باشد. به دلیل این‌که منابع محدودند، اولویت‌بندی خدمات و سهمیه‌بندی آن امری ضروری و پذیرفته‌شده خواهد بود. ارتباطات مابین سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات، ازنظر 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 به‌عنوان 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 و قابل‌خرید 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.

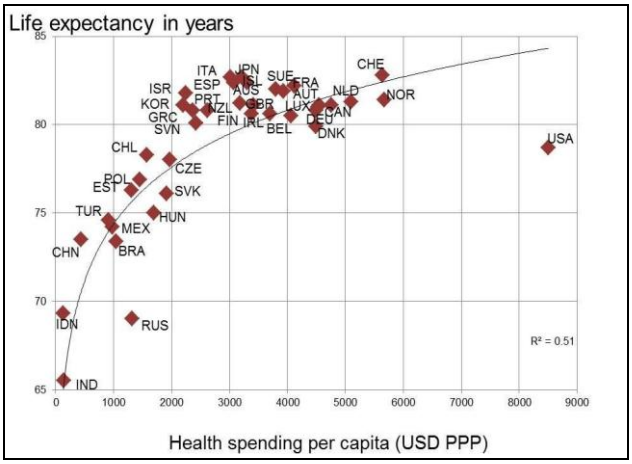
تولید منابع

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.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]



کردار ۳- **میزان دستاوردهای سلامت در کشورهای مختلف (ایزدبخش، ۱۳۹۵).**

۲. گسترش نوآوری‌های 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، ارزش‌های مثبت و سازنده را بر تعاملات اجتماعی حاکم می‌کنند)،
   ۳. سرمایه ساختاری نوآور (که باعث ایجاد ارتباط بین سرمایه انسانی و اجتماعی می‌شود) 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 ازاین‌رو با تحلیل هرکدام از این موارد می‌توان تفاوت‌های کشورهای مختلف ازلحاظ سطح دستیابی به هرکدام را بررسی کرد. در یک طبقه‌بندی معروف کشورهای جهان را ازنظر مخارج نظام سلامت و دستاورد آن (تحت عنوان امید به زندگی) طبقه‌بندی کرده‌اند. این طبقه‌بندی در کرداری تحت عنوان کردار اوانس نمایش داده‌شده است.

از این کردار برمی‌آید که اولاً برای سلامت بهتر باید پول بیشتری خرج کرد و ثانیاً خرج اضافه‌تر از حد استاندارد سلامت کمتری عاید ما می‌کند. چراکه کارایی منابع در همه کشورهای یکسان نیست. به‌طور مثال شیلی با مخارج بسیار کمتر از امریکا توانسته به سطح دستاوردهای آن کشور برسد.

فرآیندروش شناسی

پژوهش حاضر از لحاظ طرح تحقیق آینده نگر، از نظر نوع هدف، کاربردی و نتیجه گرا و از لحاظ ماهیت و روش گردآوری داده‌ها، یک پژوهش توصیفی - پیمایشی است. در این پژوهش به‌صورت ترکیبی از روش‌های مطالعات کتابخانه‌ای و نیز روش‌های میدانی استفاده‌شده است. برای قسمت ادبیات تحقیق از مطالعات کتابخانه‌ای و برای قسمت اثبات

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

d=0.05 **N=47 q=0.5**

Z=1.96 **p=0.5**

$$n=\frac{\frac{1.96^2\times0.5\times0.5}{0.05^2}}{1+\frac{1}{47}\left[\frac{1.96^2\times0.5\times0.5}{0.05^2}-1\right]}=\frac{\frac{0.96}{0.0025}}{1+\frac{1}{47}\left[\frac{0.96}{0.0025}-1\right]}=\frac{384}{1+\left[\frac{1}{47}\times383\right]}=\frac{384}{1+8.14}=42.01$$

n=42.01≅42

شکل ۱ ـ **محاسبه حجم نمونه از طریق فرمول کوکران**

فرضیه ها که از ادبیات تحقیق استخراج شده از روش‌های میدانی (پرسشنامه) استفاده‌شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر را مدیران عالی و میانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که بر سیاست‌گذاری کلان نظام سلامت اشراف داشته و عضو هیئت علمی دانشگاه‌های برتر کشور نیز هستند و با فضای دانشگاهی و بیمارستانی آشنایی کامل دارند، تشکیل می‌دهند. 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 پرسش‌نامه‌ای تهیه و پس از اطمینان از ملاک‌های روایی و اعتبار آن، مورد استفاده قرار گرفت. برای ساخت پرسش‌نامه از ادبیات تولید شده در مبانی و چارچوب نظری تحقیق و همچنین مصاحبه‌های انجام شده با خبرگان و صاحب نظران موضوع نظام سلامت استفاده شد. بر این اساس اقدام به طراحی گزاره‌هایی 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 رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری ویژگی‌ها و نگرش‌های فردی است. پاسخ‌دهنده میزان موافقت خود را با هر یک از این عبارات در یک مقیاس درجه‌بندی شده نشان می‌دهد و پاسخ آزمودنی‌ها به هر یک از این گویه‌ها از نظر عددی ارزش‌گذاری می‌شود. حاصل جمع عددی این ارزش‌ها نمره آزمودنی را در این مقیاس به دست می‌دهد. نمونه‌ای از سؤالات پرسش‌نامه مذکور به‌قرار ذیل است.

روش تعیین روایی و پایایی

در این تحقیق روایی ابزار اندازه‌گیری 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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

جدول ۱- **ضریب آلفای کرانباخ کل پرسشنامه**

آلفای کرانباخ	تعداد سؤالات
۰/۹۹۶	۱۸

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 درمجموع 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 سوالات 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)،۴ 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 ۳- **نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنوف متغیرهای تحقیق**

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

آزمون نرمالیته

در ابتدا به‌منظور استفاده از آزمون‌های آماری به بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد آزمون از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده می‌شود.

H0: داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند. H1: داده‌ها دارای توزیع نرمال نمی‌باشند.

با توجه به جدول ۷ سطح معنی داری آزمون نرمالیته متغیرهای تحقیق بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرضیه H0 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 H0: تبیین الزامات ساختاری در تبدیل نظام سلامت ایران به نظام سلامت مرجع تأثیر ندارد.

فرض H1: 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 H0 رد و فرضیه H1 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 ۳۰۱/ ۰ است و به این معنی است که تبیین الزامات ساختاری می‌توانند ۳۰/۱ درصد از تغییرات متغیر مرجعیت نظام سلامت را پیش‌بینی کنند.

در جدول ۱۰ سطر اول مقادیر مربوط به آزمون معنی‌داری عرض از مبدأ (مقدار ضریب رگرسیون) β0 و سطر دوم مربوط به ضریب شیب رگرسیون β1 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 ۳۳/۱۶۹ = a و ۶۰۲. = b است؛ بنابراین معادله خط رگرسیون حاصله به‌صورت زیر است:

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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

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

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی‌داری
رگرسیونی	۱۷۳۹/۳۱۹	۱	۱۷۳۹/۳۱۹	۱۸/۶۵۱	۰۰۰[a]
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]	.۳۱۸	.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	خطای استاندارد	Beta	.	.
(Constant)	۳۳/۱۶۹	۹/۳۲۱		۳/۵۵۹	.۰۰۱
تبیین الزامات ساختاری	.۶۰۲	.۱۳۹	.۵۶۴	۴/۳۱۹	.۰۰۰

۷- نتیجه‌گیری

در این پژوهش جامعه نمونه با پاسخ به پرسش‌های پرسشنامه، معتقد بوده است که موارد فهرست شده‌ی 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 ایجادی
۴. ایجاد ساختار تعامل مؤثر، مستمر، پویا وسیستماتیک 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. انعطاف‌پذیر 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 فرآورده های سلامت (شامل فرآورده های 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 مراقبت های اولیه سلامت (phc) در تمام نقاط مسکونی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

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 سوالات 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	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۲۹۶/۳۰۰	.۹۹۱	.۹۹۶
سؤال ۲	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۳۴۷۸/۳۰۰	.۹۹۸	.۹۹۶
سؤال ۳	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۳۳۰۹/۳۰۰	.۹۹۶	.۹۹۶
سؤال ۴	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۴۲۷۱/۳۰۰	.۹۴۸	.۹۹۶
سؤال ۵	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۳۶۶۱/۳۰۰	.۹۳۷	.۹۹۶
سؤال ۶	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۲۲۵۳/۳۰۰	.۹۹۴	.۹۹۶
سؤال ۷	۱۴۲/۶۰۰۰	۴۳۴۱۸/۳۰۰	.۹۸۲	.۹۹۶
سؤال ۸	۱۴۲/۶۰۰۰	۴۱۹۱۱/۳۰۰	.۹۷۶	.۹۹۶
سؤال ۹	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۵۱۵۳/۳۰۰	.۹۵۱	.۹۹۶
سؤال ۱۰	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۲۵۳۷/۸۰۰	.۹۸۸	.۹۹۶
سؤال ۱۱	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۱۹۸۷/۳۰۰	.۹۹۵	.۹۹۶
سؤال ۱۲	۱۴۲/۲۰۰۰	۴۴۹۹۸/۳۰۰	.۹۶۱	.۹۹۶
سؤال ۱۳	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۳۳۷۷/۲۰۰	.۹۹۷	.۹۹۶
سؤال ۱۴	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۳۵۸۸/۳۰۰	.۹۸۷	.۹۹۶
سؤال ۱۵	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۴۰۰۸/۳۰۰	.۹۵۷	.۹۹۶
سؤال ۱۶	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۲۲۵۳/۳۰۰	.۹۹۴	.۹۹۶
سؤال ۱۷	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۳۱۴۵/۸۰۰	.۹۹۵	.۹۹۶
سؤال ۱۸	۱۴۲/۴۰۰۰	۴۴۳۳۴/۸۰۰	.۹۸۰	.۹۹۶

پیوست ۳- **توصیف پاسخ‌های افراد موردمطالعه 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 ایجادی	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 ودست 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	2	۱	۵

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

	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 توسعه‌ای، 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 ایجادی	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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

	معیار	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
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	۸۵/۷۲	۱۴/۲۸	۰	۰	۰
۱۲	طراحی ساختارهای هدفمند شایسته سالار و شفاف در گزینش استاد، دانشجو و پرستار، پزشک و سایر منابع انسانی	۵۲/۳۸	۲۳/۸۰	۰	۴/۷۶	۱۹/۰۴
۱۳	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	۷۱/۴۳	۱۶/۶۶	۰	۴/۷۶	۷/۱۴
۱۴	ایجاد ساختار دیدبانی قدرتمند برای تقویت نظام سلامت از طریق گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت‌بخشی و بین‌بخشی	۶۶/۶۶	۲۶/۱۹	۷/۱۴	۰	۰
۱۵	استفاده از پیوست سلامت برای همه طرح‌های ساختاری کلان توسعه‌ای، قوانین و سیاست‌های کشوری	۶۱/۹۰	۳۰/۹۵	۲/۳۸	۰	۴/۷۶
۱۶	طراحی ساختار جامع مراقبت‌های یکپارچه پزشکی با تأکید بر اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی و پاسخگویی نظام‌مند در همه شهرها و روستاها.	۸۳/۳۳	۱۱/۹۰	۴/۷۶	۰	۰
۱۷	طراحی و استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه های حرف پزشکی با رعایت جدیدترین استانداردهای بین‌المللی	۷۳/۸۰	۱۴/۲۸	۷/۱۴	۴/۷۶	۰
۱۸	طراحی ساختار جامع ایجاد نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (phc) در تمام نقاط مسکونی	۵۹/۵۲	۲۳/۸۰	۲/۳۸	۲/۳۸	۱۱/۹۰

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

Mohammad Hassan Hosseinzadeh[1]

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) stady.

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

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

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. Nasrullahpour SW. Management principles and concepts, Babol: University of Medical Sciences; 2013. [In Persian]
16. 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]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]