

Structural Analysis of Health Policy Management and Implementation in Iran: Presenting an Applied Model of Health Development within the Seventh Development Plan

1. Hossein Mahmoud : Department of Public Administration, Bon.C., Islamic Azad University, Bonab, Iran.

2. Gholamreza Rahimi *: Department of Public Administration, Bon.C., Islamic Azad University, Bonab, Iran.

3. Abbas Sangi Nour Pour : Department of Business Administration, Bon.C., Islamic Azad University, Bonab, Iran.

4. Yousef Beigzadeh : Department of Public Administration, Bon.C., Islamic Azad University, Bonab, Iran.

*Corresponding Author's Email Address: drrahimi62@iau.ac.ir

Abstract:

This study aimed to structurally analyze the implementation of health policies in Iran and propose a comprehensive, practical model for health development within the framework of the Seventh Development Plan. This applied research employed a descriptive-survey design. The study population consisted of 225 managers and experts involved in implementing the National Health Care Policy Document, selected through purposive sampling. Data were collected using a researcher-made questionnaire validated for content and construct validity and confirmed reliability (Cronbach's $\alpha = 0.91$). Statistical analysis was performed using SPSS and LISREL, including the Kolmogorov–Smirnov test and structural equation modeling (SEM). Data analysis led to the identification and validation of four core dimensions in implementing the National Health Care Policy Document: (1) development and implementation of clinical guidelines and standardization of services, (2) establishment of the family physician program and referral system, (3) recording health data in the Iranian Electronic Health Record (EHR) system, and (4) launching the Health Rules Database. SEM results indicated excellent model fit, with standardized factor loadings ranging from 0.62 to 0.79, confirming the model's structural validity and robustness. The proposed model provides an integrated, data-driven, and justice-oriented framework for advancing health policy implementation in Iran. By fostering intersectoral coordination, strengthening digital health infrastructure, and aligning with the Seventh Development Plan, this model can improve service efficiency, reduce unnecessary costs, and promote equitable access to healthcare, paving the way for a transformative shift in Iran's health system.

Keywords: Health system; Health policy; Seventh Development Plan; Primary health care; Health equity

How to Cite: Mahmoudi, H., Rahimi, G., Sangi Nour Pour, A., & Beigzadeh, Y. (2026). Structural Analysis of Health Policy Management and Implementation in Iran: Presenting an Applied Model of Health Development within the Seventh Development Plan. *Management, Education and Development in Digital Age*, 3(2), 1-20.



تحلیل ساختاری مدیریت و اجرای خطمشی‌های سلامت در ایران: ارائه الگوی کاربردی توسعه سلامت در چارچوب برنامه هفتم

۱. حسین محمودی : گروه مدیریت دولتی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران.

۲. غلامرضا رحیمی : گروه مدیریت دولتی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران.

۳. عباس سنگی نورپور : گروه مدیریت بازرگانی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران.

۴. یوسف بیگ زاده : گروه مدیریت دولتی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران.

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: drrahimi62@iau.ac.ir

چکیده

هدف این پژوهش، تحلیل ساختاری اجرای خطمشی‌های سلامت در ایران و ارائه الگویی جامع و کارآمد برای توسعه سلامت در چارچوب برنامه هفتم توسعه است. این مطالعه از نوع کاربردی و با رویکرد توصیفی-پیمایشی انجام شد. جامعه آماری شامل ۲۲۵ نفر از مدیران و کارشناسان مرتبط با اجرای سند جامع خطمشی مراقبت‌های نظام سلامت بود که با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه محقق ساخته با تأیید روایی محتوایی و سازه‌ای و پایایی مناسب (آلفای کرونباخ ۰/۹۱) گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و آزمون‌های آماری همچون کولموگروف-اسمیرنوف و مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام گرفت. تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی و تأیید چهار محور اصلی در اجرای سند جامع خطمشی مراقبت‌های نظام سلامت شد: تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات، استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان، و راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت. شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری مقادیر مطلوبی نشان دادند و اعتبار مدل نهایی تأیید شد. بارهای عاملی ابعاد مدل از ۰/۶۲ تا ۰/۷۹ متغیر بوده و نشان‌دهنده کفایت و اعتبار سازه‌ها بود. نتایج این پژوهش نشان داد که الگوی طراحی شده می‌تواند به ایجاد انسجام میان نهادهای مسئول، بهبود کیفیت و کارایی خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری، و ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات در چارچوب برنامه هفتم توسعه کمک کند. این مدل با تکیه بر داده‌محوری، حکمرانی خوب، و هم‌افزایی بین‌بخشی، می‌تواند زمینه تحول بنیادین در نظام سلامت ایران را فراهم سازد.

کلیدواژه‌گان: نظام سلامت؛ خطمشی سلامت؛ برنامه هفتم توسعه؛ مراقبت‌های اولیه سلامت؛ عدالت سلامت

نحوه استناددهی: محمودی، حسین، رحیمی، غلامرضا، سنگی نورپور، عباس، و بیگ زاده، یوسف. (۱۴۰۵). تحلیل ساختاری مدیریت و اجرای خطمشی‌های سلامت در ایران: ارائه الگوی کاربردی توسعه سلامت در چارچوب برنامه هفتم، مدیریت، آموزش و توسعه در عصر دیجیتال، ۳(۲)، ۱-۲۰.



مقدمه

سلامتی به عنوان یکی از بنیادی ترین سرمایه های هر جامعه، شرط لازم برای ایفای نقش های فردی و اجتماعی و بستر ساز توسعه پایدار محسوب می شود (Azimi, 2020). نظام سلامت کارکردی چندوجهی دارد و نه تنها ارائه خدمات درمانی، بلکه ارتقای کیفیت زندگی، کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی را دنبال می کند (Amir Ahmadi et al., 2020). با این حال، بسیاری از کشورها از جمله ایران در دهه های اخیر با شکاف میان ظرفیت بالقوه نظام سلامت و عملکرد واقعی آن مواجه بوده اند (Ebrahimi et al., 2020). افزایش هزینه های درمان، گسترش بیماری های غیرواگیر، پیری جمعیت، کمبود نیروی انسانی متخصص، و نابرابری در دسترسی به خدمات از جمله چالش های اصلی محسوب می شوند (Abdollah Taba et al., 2021). در چنین شرایطی، تدوین خط مشی های کارآمد و اجرای موفق آن ها نقشی حیاتی در تحقق عدالت سلامت و بهبود شاخص های بهداشت عمومی دارد (Safari et al., 2022).

خط مشی گذاری سلامت فرایندی پیچیده، چندسطحی و چندبازیر است و از شناسایی مشکل تا اجرا و ارزیابی، نیازمند هماهنگی میان نهادها و ذی نفعان متعدد است (Smith et al., 2021). با وجود تدوین اسناد بالادستی نظیر سند جامع خط مشی مراقبت های نظام سلامت، در عمل بخش قابل توجهی از سیاست ها به طور کامل اجرا نشده اند (Aboulhasani et al., 2023). پژوهش ها نشان داده اند که عدم انسجام نهادی، ضعف در تخصیص منابع، نبود دستورالعمل های اجرایی روشن، و پیچیدگی های ساختاری، از موانع مهم اجرای سیاست های سلامت در ایران هستند (Sharifnia, 2022 #286771؛ Aghaei et al., 2023). علاوه بر این، وجود ساختارهای تصمیم گیر متعدد و تمرکزگرایی در سطوح بالا مانع تفویض اختیار به سطوح محلی و کاهش چابکی اجرایی می شود (Nasrollahi Azar et al., 2018).

نظام سلامت ایران در راستای ارتقای کارایی و عدالت، از برنامه های توسعه پنج ساله به عنوان ابزار برنامه ریزی میان مدت بهره می گیرد (Saif, 2021). با نزدیک شدن به برنامه هفتم توسعه، ضرورت بازنگری در سازوکارهای اجرایی و هم راستاسازی اسناد سیاستی با اهداف جدید کشور بیش از پیش احساس می شود (Moradi Barliyan & Tangestani, 2023). تجربه اجرای برنامه های پیشین نشان داده که بسیاری از اهداف سلامت به دلیل فقدان مکانیزم های نظارتی قوی و هماهنگی بین بخشی ناکام مانده اند (Noorzadeh et al., 2010). به همین دلیل، طراحی الگوهای نوین برای مدیریت و اجرای خط مشی های سلامت که بتوانند نقاط ضعف گذشته را پوشش دهند، یک ضرورت ملی است (Soleimani et al., 2022).

در سطح بین المللی نیز تجربیات قابل توجهی برای الهام گیری وجود دارد. برای مثال، مدل اجرای بیمه ملی سلامت اندونزی نشان داد که ایجاد چارچوب های حقوقی پایدار، نظام های اطلاعاتی یکپارچه و مشوق های مالی برای مجریان می تواند موفقیت اجرای سیاست ها را افزایش دهد (Sadiq et al., 2024). همچنین مطالعاتی مانند ارزیابی سیاست های عدالت در سازگاری شهری در استانبول نشان دادند که در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و نهادی در کنار ابعاد فنی، به بهبود کارایی خط مشی ها کمک می کند (Williams et al., 2022). رویکردهای جدید حکمرانی سلامت با بهره گیری از شبکه های بین بخشی و مشارکت فعال ذی نفعان نیز در ادبیات معاصر مورد تأکید است (Klijn & Koppenjan, 2016).

یکی از پیش نیازهای موفقیت اجرای سیاست های سلامت، ارتقای زیرساخت های فناوری اطلاعات و سلامت دیجیتال است (Klenk, 2025). تجربه نظام های پیشرفته نشان داده است که پیاده سازی پرونده الکترونیکی سلامت و استفاده از تحلیل داده محور می تواند مدیریت منابع و پایش عملکرد را بهبود بخشد (Clark et al., 2019). در عین حال، تقویت فرهنگ سازمانی و افزایش ظرفیت نیروی انسانی نیز در اجرای اثربخش سیاست ها اهمیت دارد (Amir Ahmadi et al., 2020).

از سوی دیگر، تحولات اجتماعی همچون افزایش تقاضای عمومی برای مشارکت در تصمیم گیری های سلامت و رشد سازمان های مردم نهاد در حوزه بهداشت، فرصت های جدیدی برای پشتیبانی از سیاست های سلامت ایجاد کرده است (Namusisi, 2024). همچنین مطالعات درباره رفتار کنشگران در برابر سیاست ها نشان داده است که انگیزه های فردی و سازمانی در صورت ناسازگاری با سیاست های کلان می تواند باعث انحراف و ناکامی اجرای خط مشی شود (Bian et al., 2021). از این رو، طراحی سازوکارهای انگیزشی و حمایتی برای مجریان و ذی نفعان به منظور همسویی با اهداف سیاستی ضروری است (Aboulhasani et al., 2023).



تجربه کشورهای مختلف در مواجهه با بحران‌ها، به‌ویژه همه‌گیری کووید-۱۹، بر اهمیت بازتعریف سیاست‌های سلامت و تاب‌آوری ساختارهای اجرایی تأکید دارد (Parker et al., 2025). در این زمینه، اصلاحات نظام سلامت در کشورهایی مانند ایرلند، ضرورت همگرایی بین اسناد راهبردی، مشارکت جامعه و سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های اولیه را برجسته کرده است (Nunez, 2025 #162124; Parker et al., 2025). همچنین، توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین برای تحقق عدالت سلامت یک اصل کلیدی محسوب می‌شود (Nunez, 2025).

ایران در تدوین و اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت تاکنون گام‌های مهمی برداشته، اما گزارش‌ها نشان می‌دهد که تنها بخشی از برنامه‌ها به اجرا درآمده‌اند و بخشی به دلیل نبود بستر نهادی یکپارچه و ضعف در نظارت ناکام مانده‌اند (Abdollah Taba et al., 2021 #286777; Aboulhasani, 2023). این وضعیت لزوم توجه جدی به بازمهندسی فرآیندهای اجرایی، تفویض اختیار به سطوح محلی، تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده، و گسترش پرونده الکترونیک سلامت را برجسته می‌سازد (Soleimani, 2022 #286772; Safari et al., 2022).

از منظر حقوقی نیز، طراحی سازوکارهایی برای تضمین اجرای مؤثر قوانین برنامه‌های توسعه از اهمیت بالایی برخوردار است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فقدان پیوستگی میان قانون اساسی، سیاست‌های کلی، قوانین بودجه و برنامه‌های توسعه، مانع تحقق کامل اهداف سلامت می‌شود (Moradi Barliyan & Tangestani, 2023). برای غلبه بر این مشکل، نیاز به همگرایی حقوقی و نهادی در تمام سطوح وجود دارد (Nasiri et al., 2021).

همچنین با رشد فناوری و گذار به حکمرانی دیجیتال، سیاست‌های سلامت باید با تحولات دیجیتالی هم‌سو شوند (Klenk, 2025). استفاده از داده‌های کلان، هوش مصنوعی و سامانه‌های هوشمند مدیریت منابع می‌تواند کارآمدی، شفافیت و پاسخگویی را به‌طور چشمگیری ارتقا دهد (Koosha et al., 2025).

با توجه به این زمینه و مرور تجربیات ملی و بین‌المللی، روشن است که ایران برای دستیابی به اهداف برنامه هفتم توسعه در حوزه سلامت نیازمند الگوی اجرایی جامع، داده‌محور و عدالت‌مدار است که نه تنها به چالش‌های ساختاری موجود پاسخ دهد، بلکه امکان نظارت و بهبود مستمر سیاست‌ها را فراهم آورد (Parker, 2025 #170178; Saif, 2021).

هدف پژوهش حاضر، تحلیل ساختاری اجرای خط‌مشی‌های سلامت در ایران و ارائه الگوی کاربردی و یکپارچه در چارچوب برنامه هفتم توسعه است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-پیمایشی است که در آن از داده‌های کمی برای بررسی و تحلیل موضوع استفاده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای است که بر اساس مبانی نظری، پیشینه پژوهش و اهداف تحقیق طراحی شده و شامل مجموعه‌ای از گویه‌ها برای سنجش ابعاد و مؤلفه‌های مورد نظر می‌باشد. اعتبار پرسشنامه از طریق بررسی روایی محتوایی توسط خبرگان حوزه مربوطه تأیید شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مجریان و کارشناسان مرتبط با اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت با رویکرد سند برنامه هفتم توسعه می‌باشد. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شده و با توجه به معیارهای مدل‌سازی معادلات ساختاری، حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. در مجموع، تعداد ۲۵۰ پرسشنامه توزیع گردید که پس از پیگیری‌های لازم، تعداد ۲۲۵ پرسشنامه معتبر بازگردانده شد و مبنای تحلیل قرار گرفت.

برای سنجش روایی ابزار پژوهش، از روایی محتوا و روایی سازه استفاده شده است. روایی محتوا با بهره‌گیری از نظرات متخصصان و بررسی میزان پوشش مفاهیم اصلی توسط ابزار، مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین، به‌منظور سنجش روایی سازه، از تحلیل عاملی و شاخص‌های همگرایی و واگرایی بهره گرفته شد تا اطمینان حاصل شود که سازه‌های طراحی‌شده به‌درستی مفاهیم موردنظر را اندازه‌گیری می‌کنند. در خصوص پایایی ابزار، ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش میزان انسجام درونی پرسشنامه به‌کار گرفته شد. این ضریب برای هر یک از ابعاد به‌صورت جداگانه محاسبه گردید تا اعتبار سنجی دقیق‌تری از ابزار صورت گیرد (جدول ۱).

جدول ۱. پایایی متغیرها، ابعاد و سؤالات مربوطه به متغیرها، ابعاد اجرای سند جامع - خط‌مشی - مراقبت‌های نظام سلامت

متغیر	تعداد سؤالات	آلفای کرونباخ
-------	--------------	---------------



۰/۹۱۰	۷۳	اجرای سند جامع - خطمشی - مراقبت‌های نظام سلامت
۰/۸۷۹	۲۸	تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات
۰/۸۴۱	۲۰	استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۰/۷۸۴	۱۱	ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان
۰/۸۰۶	۱۴	راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت

در این پژوهش، داده‌های کمی با بهره‌گیری از روش‌های آماری مناسب و نرم‌افزارهای SPSS و LISREL تحلیل شدند. در مرحله نخست، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها به کار گرفته شد. با توجه به ماهیت ترتیبی داده‌ها (طیف لیکرت)، نتایج این آزمون با احتیاط تفسیر گردید. در صورتی که مقدار معناداری آزمون بیش از ۰/۰۵ باشد، توزیع داده‌ها نرمال تلقی شده و مسیر تحلیل‌های پارامتریک ادامه یافته است. برای اعتبارسنجی مدل پیشنهادی، از مدل‌سازی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. این روش شامل دو بخش مدل ساختاری (روابط علی بین متغیرهای پنهان) و مدل اندازه‌گیری (ارتباط شاخص‌ها با سازه‌های نظری) است. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی به منظور بررسی هم‌نواپی شاخص‌ها با عوامل نظری، حذف گویه‌های نامناسب و ارزیابی اعتبار همگرا انجام شد. در ارزیابی برازش مدل، شاخص‌هایی نظیر مجذور کای، RMSEA، RMR، GFI و AGFI بررسی شدند. مقادیر مطلوب این شاخص‌ها نشان‌دهنده انطباق مناسب مدل نظری با داده‌های تجربی بودند.

یافته‌ها

در جدول ۲ آمار توصیفی افراد شرکت کننده ارائه گردید.

جدول ۲. آمار توصیفی افراد شرکت کننده

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۴۵
	مرد	۷۹/۶
	جمع	۱۰۰
سن	زیر ۲۵ سال	۰
	۲۵-۳۵ سال	۴/۴
	۳۶-۴۵ سال	۴۳/۱
	۴۶-۵۵ سال	۴۵/۳
	بالتر از ۵۵ سال	۷/۱
	جمع	۲۲۵
تحصیلات	فوق دیپلم	۰
	لیسانس	۰
	فوق لیسانس	۵۶/۹
	دکتری	۴۳/۱
	جمع	۲۲۵

در جدول ۳ توصیف آماری سؤالات پرسشنامه اجرای سند جامع خطمشی مراقبت‌های نظام سلامت با رویکرد سند برنامه هفتم توسعه ارائه گردید.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های نمونه آماری به سؤالات اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت با رویکرد سند برنامه

هفتم توسعه

عبارت	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد		جمع فراوانی
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱	۵	۲/۲	۲	۰/۹	۴۹	۲۱/۸	۱۰۹	۴۸/۴	۶۰	۲۶/۷	۲۲۵
۲	۳۹	۱۷/۳	۳۹	۱۷/۳	۸۳	۳۶/۹	۴۹	۲۱/۸	۱۵	۶/۷	۲۲۵
۳	۱۹	۸/۴	۲۶	۱۱/۶	۶۷	۲۹/۸	۷۳	۳۲/۴	۴۰	۱۷/۸	۲۲۵
۴	۲۳	۱۰/۲	۳۴	۱۵/۱	۷۱	۳۱/۶	۷۲	۳۲	۲۵	۱۱/۱	۲۲۵
۵	۱۰	۴/۴	۴۹	۲۱/۸	۷۶	۳۳/۸	۶۹	۳۰/۷	۲۱	۹/۳	۲۲۵
۶	۳	۱/۳	۳۹	۱۷/۳	۸۴	۳۷/۳	۷۹	۳۵/۱	۲۰	۸/۹	۲۲۵
۷	۱	۰/۴	۶	۲/۷	۱۳	۵/۸	۸۵	۳۷/۸	۱۲۰	۵۳/۳	۲۲۵
۸	۰	۰	۶	۲/۷	۱۹	۸/۴	۶۱	۲۷/۱	۱۳۹	۶۱/۸	۲۲۵
۹	۱	۰/۴	۲۵	۱۱/۱	۵۴	۲۴	۹۶	۴۲/۷	۴۹	۲۱/۸	۲۲۵
۱۰	۴	۱/۸	۱۸	۸	۷۰	۳۱/۱	۱۰۷	۴۷/۶	۲۶	۱۱/۶	۲۲۵
۱۱	۱۹	۸/۴	۱۷	۷/۶	۵۸	۲۵/۸	۹۰	۴۰	۴۱	۱۸/۲	۲۲۵
۱۲	۱	۰/۴	۱۴	۶/۲	۴۸	۲۱/۳	۱۰۰	۴۴/۴	۶۲	۲۷/۶	۲۲۵
۱۳	۲	۰/۸	۲۶	۱۱/۶	۲۹	۱۲/۹	۱۰۲	۴۵/۳	۶۶	۲۹/۳	۲۲۵
۱۴	۴	۱/۸	۲۹	۱۲/۹	۵۴	۲۴	۱۰۷	۴۷/۶	۳۱	۱۳/۸	۲۲۵
۱۵	۶	۲/۷	۸	۳/۶	۵۴	۲۴	۱۰۲	۴۵/۳	۵۵	۲۴/۴	۲۲۵
۱۶	۲	۰/۹	۱۴	۶/۲	۳۱	۱۳/۸	۱۱۳	۵۰/۲	۶۵	۲۸/۹	۲۲۵
۱۷	۴	۱/۸	۴	۱/۸	۴۶	۲۰/۴	۱۰۵	۴۶/۷	۶۶	۲۹/۳	۲۲۵
۱۸	۰	۰	۱۴	۶/۲	۵۴	۲۴	۷۰	۳۱/۱	۸۷	۳۸/۷	۲۲۵
۱۹	۳	۱/۳	۱۱	۴/۹	۴۹	۲۱/۸	۸۸	۳۹/۱	۷۴	۳۲/۹	۲۲۵
۲۰	۱	۰/۴	۱۹	۸/۴	۵۱	۲۲/۷	۸۷	۳۸/۷	۶۷	۲۹/۸	۲۲۵
۲۱	۳	۱/۳	۱۴	۶/۲	۶۳	۲۸	۱۱۳	۵۰/۲	۳۲	۱۴/۲	۲۲۵
۲۲	۴	۱/۸	۹	۴	۵۲	۳۲/۱	۱۲۷	۵۶/۴	۳۳	۱۴/۷	۲۲۵
۲۳	۶	۲/۷	۸	۳/۶	۴۰	۱۷/۸	۷۵	۳۳/۳	۹۶	۴۲/۷	۲۲۵
۲۴	۷	۳/۱	۱۸	۸	۵۴	۲۴	۹۳	۴۱/۳	۵۳	۲۳/۶	۲۲۵
۲۵	۳	۱/۳	۱۷	۷/۶	۴۶	۲۰/۴	۱۲۸	۵۶/۹	۳۱	۱۳/۸	۲۲۵
۲۶	۰	۰	۱۸	۸	۵۰	۲۲/۲	۱۰۲	۴۵/۳	۵۵	۲۴/۴	۲۲۵

ادامه جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های نمونه آماری به سؤالات اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت با رویکرد سند

برنامه هفتم توسعه

عبارت	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد		جمع فراوانی
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۲۷	۴	۱/۸	۲۵	۱۱/۱	۳۴	۱۵/۱	۹۵	۴۲/۲	۶۷	۲۹/۸	۲۲۵
۲۸	۶	۲/۷	۲۱	۹/۳	۳۴	۱۵/۱	۸۱	۳۶	۸۳	۳۶/۹	۲۲۵
۲۹	۰	۰	۲۳	۱۰/۲	۴۴	۱۹/۶	۷۲	۳۲	۸۶	۳۸/۲	۲۲۵
۳۰	۶	۲/۷	۲۳	۱۰/۲	۴۹	۲۱/۸	۶۵	۲۸/۹	۸۲	۳۶/۴	۲۲۵
۳۱	۴	۱/۸	۲۹	۱۲/۹	۷۰	۳۱/۱	۷۷	۳۴/۲	۴۵	۲۰	۲۲۵



۳۲	۸	۳/۶	۱۵	۶/۷	۶۳	۲۸	۶۹	۳۰/۷	۷۰	۳۱/۱	۲۲۵
۳۳	۵	۲/۲	۲۰	۸/۹	۴۶	۲۰/۴	۸۸	۳۹/۱	۶۶	۲۹/۳	۲۲۵
۳۴	۳	۱/۳	۴۶	۲۰/۴	۶۲	۲۷/۶	۶۶	۲۹/۳	۴۸	۲۱/۳	۲۲۵
۳۵	۷	۳/۱	۲۲	۹/۸	۵۲	۲۳/۱	۷۲	۳۲	۷۲	۳۲	۲۲۵
۳۶	۵	۲/۲	۱۴	۶/۲	۴۹	۲۱/۸	۸۹	۳۹/۶	۶۸	۳۰/۲	۲۲۵
۳۷	۷	۳/۱	۱۳	۵/۸	۵۷	۲۵/۳	۸۶	۳۸/۲	۶۲	۲۷/۶	۲۲۵
۳۸	۹	۴	۱۹	۸/۴	۳۲	۱۴/۲	۱۳۰	۵۷/۸	۳۵	۱۵/۶	۲۲۵
۳۹	۵	۲/۲	۲۹	۱۲/۹	۴۴	۱۹/۶	۱۰۵	۴۶/۷	۴۲	۱۸/۷	۲۲۵
۴۰	۸	۳/۶	۲۰	۸/۹	۶۲	۲۷/۶	۹۷	۴۳/۱	۳۸	۱۶/۹	۲۲۵
۴۱	۵	۲/۲	۱۹	۸/۴	۳۷	۱۶/۴	۱۲۰	۵۳/۳	۴۴	۱۹/۶	۲۲۵
۴۲	۹	۴	۲۰	۸/۹	۷۰	۳۱/۱	۷۱	۳۱/۶	۵۵	۲۴/۴	۲۲۵
۴۳	۵	۲/۲	۱۹	۸/۴	۷۱	۳۱/۶	۹۲	۴۰/۹	۳۸	۱۶/۹	۲۲۵
۴۴	۸	۳/۶	۱	۰/۴	۷۴	۳۲/۹	۱۰۲	۴۵/۳	۴۰	۱۷/۸	۲۲۵
۴۵	۸	۳/۶	۴۰	۱۷/۸	۶۸	۳۰/۲	۵۷	۲۵/۳	۵۲	۲۳/۱	۲۲۵
۴۶	۵	۲/۲	۳۵	۱۵/۶	۶۸	۳۰/۲	۷۷	۳۴/۲	۴۰	۱۷/۸	۲۲۵
۴۷	۰	۰	۱۷	۷/۶	۵۶	۲۴/۹	۱۰۲	۴۵/۳	۵۰	۲۲/۲	۲۲۵
۴۸	۴	۱/۸	۳۲	۱۴/۲	۵۸	۲۵/۸	۸۵	۳۷/۸	۴۶	۲۰/۴	۲۲۵
۴۹	۲	۰/۹	۱۷	۷/۶	۵۸	۲۵/۸	۸۵	۳۷/۸	۶۳	۲۸	۲۲۵
۵۰	۲	۰/۹	۲۹	۱۲/۹	۶۱	۲۷/۱	۸۷	۳۸/۷	۴۶	۲۰/۴	۲۲۵
۵۱	۲	۰/۹	۳۶	۱۶	۸۳	۳۶/۹	۶۶	۲۹/۳	۳۸	۱۶/۹	۲۲۵
۵۲	۰	۰	۲۳	۱۰/۲	۹۰	۴۰	۷۶	۳۳/۸	۳۶	۱۶	۲۲۵
۵۳	۴	۱/۸	۲۶	۱۱/۶	۳۵	۱۵/۶	۱۱۵	۵۱/۱	۴۵	۲۰	۲۲۵

ادامه جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های نمونه آماری به سؤالات اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت با رویکرد سند

برنامه هفتم توسعه

عبارت	کاملاً مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		کاملاً موافقم		جمع فراوانی
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۵۴	۹	۴	۱۱	۴/۹	۶۵	۲۸/۹	۱۰۲	۴۵/۳	۳۸	۱۶/۹	۲۲۵
۵۵	۴	۱/۸	۱۹	۸/۴	۴۷	۲۰/۹	۱۰۲	۴۵/۳	۵۳	۲۳/۶	۲۲۵
۵۶	۶	۲/۷	۱۱	۴/۹	۴۱	۱۸/۲	۱۱۵	۵۱/۱	۵۲	۲۳/۱	۲۲۵
۵۷	۰	۰	۱۶	۷/۱	۵۰	۲۲/۲	۱۲۱	۵۳/۸	۳۸	۱۶/۹	۲۲۵
۵۸	۰	۰	۸	۳/۶	۵۷	۲۵/۳	۱۲۴	۵۵/۱	۳۶	۱۶	۲۲۵
۵۹	۳	۱/۳	۲۹	۱۲/۸	۶۷	۲۹/۸	۷۷	۳۴/۲	۴۹	۲۱/۸	۲۲۵
۶۰	۳	۱/۳	۲۱	۹/۳	۲۶	۱۱/۶	۷۷	۳۴/۲	۹۸	۴۳/۶	۲۲۵
۶۱	۱	۰/۴	۱۵	۶/۷	۳۷	۱۶/۴	۸۶	۳۸/۲	۸۶	۳۸/۲	۲۲۵
۶۲	۲	۰/۹	۱۸	۸	۳۶	۱۶	۱۰۶	۴۷/۱	۶۳	۲۸	۲۲۵
۶۳	۲	۰/۹	۲۱	۹/۳	۶۸	۳۰/۲	۸۷	۳۸/۷	۴۷	۲۰/۹	۲۲۵
۶۴	۲	۰/۹	۲۰	۸/۹	۵۳	۲۳/۶	۱۱۱	۴۹/۳	۳۹	۱۷/۳	۲۲۵
۶۵	۵	۲/۲	۱۱	۴/۹	۴۲	۱۸/۷	۱۳۲	۵۸/۷	۳۵	۱۵/۶	۲۲۵
۶۶	۵	۲/۲	۲۹	۱۲/۹	۸۱	۳۶	۸۳	۳۶/۹	۲۷	۱۲	۲۲۵
۶۷	۴	۱/۸	۲۸	۱۲/۴	۶۵	۲۸/۹	۹۵	۴۲/۲	۳۳	۱۴/۷	۲۲۵

۶۸	۱۱	۴/۹	۱۳	۵/۸	۷۵	۳۳/۳	۸۳	۳۶/۹	۴۳	۱۹/۱	۲۲۵
۶۹	۹	۴	۱۹	۸/۴	۵۱	۲۲/۷	۱۱۶	۵۱/۶	۳۰	۱۳/۳	۲۲۵
۷۰	۶	۲/۷	۳۶	۱۶	۷۴	۳۲/۹	۸۱	۳۶	۲۸	۱۲/۴	۲۲۵
۷۱	۵	۲/۲	۸	۳/۶	۴۹	۲۱/۸	۱۰۸	۴۸	۵۵	۲۴/۴	۲۲۵
۷۲	۶	۲/۷	۹	۴	۷۰	۳۱/۱	۷۸	۳۴/۷	۶۲	۲۷/۶	۲۲۵

با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنف نرمال بودن داده‌ها را می‌توان بررسی کرد که ما در اینجا این آزمون را برای کل داده‌ها و نیز تک‌تک متغیرها انجام داده‌ایم که نتایج

آن به صورت جدول ۴ نشان داده شده است. این آزمون در سطح اطمینان ۹۵٪ انجام می‌گیرد به عبارتی سطح معنی داری ما $\alpha = 0/05$ می‌باشد.

در این آزمون ما دو فرض زیر را داریم:

H_0 : داده‌ها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کنند.

H_1 : داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند.

اگر p - مقدار به دست آمده (همان sig جدول) بزرگ‌تر از $\alpha = 0/05$ باشد نرمال بودن داده‌ها را نتیجه می‌گیریم و در غیر این صورت به نرمال بودن داده‌ها شک می‌کنیم.

جدول ۴. نتایج آزمون نرمال بودن مربوط به متغیرهای طراحی الگوی اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت با رویکرد سند

برنامه هفتم توسعه

متغیرها	تعداد داده‌ها	آماره کلموگروف اسمیرنف	p - مقدار	نتیجه (نرمال/غیر نرمال بودن توزیع)
تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات	۲۲۵	۰/۱۳۵	۰/۱۰۷	نرمال
همکاری میان نهادهای	۲۲۵	۰/۱۵۳	۰/۰۹۸	نرمال
ارزیابی و نظارت مستمر	۲۲۵	۰/۱۳۳	۰/۱۰۹	نرمال
مشارکت و حمایت اجتماعی از اجرای سند	۲۲۵	۰/۱۴۷	۰/۱۰۵	نرمال
آموزش و توانمندسازی کادر درمان	۲۲۵	۰/۱۵۸	۰/۰۹۵	نرمال
اصلاح نظام سلامت و مراقبت‌های اولیه	۲۲۵	۰/۲۷۷	۰/۰۶۰	نرمال
استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	۲۲۵	۰/۱۵۴	۰/۰۹۸	نرمال
فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی عمومی	۲۲۵	۰/۱۷۰	۰/۰۹۴	نرمال
توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات	۲۲۵	۰/۱۹۵	۰/۰۸۴	نرمال
اصلاح ساختار نظام ارجاع	۲۲۵	۰/۱۵۹	۰/۰۹۴	نرمال
مدیریت هوشمند منابع در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	۲۲۵	۰/۱۳۷	۰/۱۰۷	نرمال
ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان	۲۲۵	۰/۱۵۸	۰/۰۹۵	نرمال
استانداردسازی فرمت‌های داده‌های پزشکی	۲۲۵	۰/۱۵۷	۰/۰۹۴	نرمال
ایجاد قوانین و الزامات قانونی برای ثبت داده‌ها	۲۲۵	۰/۱۳۷	۰/۱۰۷	نرمال
راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت	۲۲۵	۰/۱۳۳	۰/۱۰۸	نرمال
توسعه سیاست‌های بیمه سلامت	۲۲۵	۰/۱۸۰	۰/۰۸۹	نرمال
گسترش عدالت در دسترسی به خدمات	۲۲۵	۰/۲۰۷	۰/۰۸۵	نرمال
مشوق‌های مالی و بیمه‌ای	۲۲۵	۰/۲۹۹	۰/۰۵۴	نرمال

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴، در هر یک از متغیرها سطح معنی داری (p) به دست آمده بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ می باشد فرض نرمال بودن داده ها را پذیرفته و می توان برای بررسی فرضیه های این متغیرها از روش های پارامتریک استفاده کرد که از آزمون معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار لیزرل استفاده می شود.

تحلیل عاملی تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات، با بیست و هشت شاخص اندازه گیری شد، همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شوند، این شاخص ها شامل ۹۱ تا ۹۲۸ است. برآورد پارامترهای استاندارد شده نشان می دهد که تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نتایج حاکی از برازش مناسب مدل و همچنین دستیابی به بارهای عاملی استاندارد شده بیش از ۰/۵ برای هر ۲۸ شاخص و معنی داری آن ها از لحاظ آماری در سطح اطمینان (۰/۰۵) می باشد.

جدول ۵. ضریب استاندارد شده و ضریب معناداری گویه های تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات

ردیف	بعد	گویه	برچسب گویه	بار عاملی	وضعیت
۱	همکاری میان	هماهنگی ذی نفعان	Q۱	۰/۶۲۱	تائید
۲	نهادی	تشکیل کمیته های مشترک سازمانی	Q۲	۰/۶۸۳	تائید
۳		همکاری با سازمان های اجتماعی	Q۳	۰/۷۶۱	تائید
۴		همکاری وزارت بهداشت، بیمه ها و دانشگاه های علوم پزشکی	Q۴	۰/۸۱۳	تائید
۵		ایجاد کارگروه های تخصصی	Q۵	۰/۷۸۴	تائید
۶	ارزیابی و	شفاف سازی روند تصویب و اجرا	Q۶	۰/۶۲۴	تائید
۷	نظارت	پایش میزان ارجاعات و کیفیت خدمات ارائه شده	Q۷	۰/۷۳۵	تائید
۸	مستمر	تعیین ضمانت های اجرایی قوی	Q۸	۰/۸۹۱	تائید
۹		تعریف سیاست ها تشویق برای اجرای سند	Q۹	۰/۵۳۳	تائید
۱۰		تعیین زمان بندی مشخص برای اجرا	Q۱۰	۰/۵۲۳	تائید
۱۱		تعیین مسئولیت بازیگران اجرا	Q۱۱	۰/۵۴۵	تائید
۱۲		نظارت بر عملکرد پزشکان خانواده	Q۱۲	۰/۷۵۱	تائید
۱۳	مشارکت و	جذب سرمایه گذاری بخش خصوصی	Q۱۳	۰/۵۵۵	تائید
۱۴	حمایت	تشویق بخش خصوصی برای مشارکت در پروژه هایی سلامت.	Q۱۴	۰/۶۲۲	تائید
۱۵	اجتماعی از	تشویق به مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات بیمه درمانی به طور کارآمد	Q۱۵	۰/۶۲۴	تائید
۱۶	اجرای سند	ایجاد کنسرسیوم همکاری بین سازمان های درگیر	Q۱۶	۰/۶۳۳	تائید
۱۷	آموزش و توانمندسازی	آموزش مدیریت بحران برای پرسنل بیمارستان ها به ویژه در مواقع بحرانی مانند پاندمی ها یا بحران های طبیعی	Q۱۷	۰/۶۵۰	تائید
۱۸	کادر درمان	افزایش بهره وری نیروی انسانی	Q۱۸	۰/۷۹۲	تائید
۱۹		افزایش ظرفیت نیروی انسانی	Q۱۹	۰/۶۹۱	تائید
۲۰		توسعه مهارت های ارتباطی پزشکان	Q۲۰	۰/۷۰۵	تائید
۲۱		برگزاری دوره های آموزشی برای پزشکان خانواده	Q۲۱	۰/۶۸۰	تائید
۲۲		ارتقاء مهارت های کادر درمانی در ارائه خدمات پیشگیرانه و بهداشتی	Q۲۲	۰/۷۳۰	تائید
۲۳	اصلاح نظام	ایجاد شبکه های بهداشتی پایدار	Q۲۳	۰/۶۹۴	تائید
۲۴	سلامت و	گسترش پزشک خانواده	Q۲۴	۰/۷۳۰	تائید
۲۵	مراقبت های اولیه	استفاده از توان علمی دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی برای بهینه سازی	Q۲۵	۰/۷۲۸	تائید
۲۶		بهبود سبک زندگی باید با مشارکت گسترده تر در سطوح مختلف جامعه	Q۲۶	۰/۶۳۵	تائید
۲۷		تدوین برنامه های ملی پیشگیری از بیماری ها	Q۲۷	۰/۶۳۵	تائید
۲۸		گسترش خدمات پیشگیری	Q۲۸	۰/۶۱۸	تائید

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل متغیر تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات

شاخص	X^2	DF	P	GFI	AGFI	RMSEA	X^2/DF
تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات	۳۳۵/۱۲	۱۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۰۴۸	۲/۳۱

نتیجه تحلیل عاملی تأییدی مدل تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات به‌صورت زیر می‌باشد:

روایی واگرا زمانی وجود دارد که هر سؤال با عاملی که در آن قرار گرفته است دارای مقداری بیشتر از ۰/۵ باشد.

برای بررسی روایی همگرا دو معیار در نظر گرفته می‌شود:

۱. میزان بارهای عاملی برای هر متغیر باید بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد،

۲. میانگین واریانس استخراج‌شده برای هر متغیر باید بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد.

جدول ۷. روایی همگرایی تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات

ابعاد	روایی همگرا
همکاری میان نهادهای	۰/۸
ارزیابی و نظارت مستمر	۰/۶۳۲
مشارکت و حمایت اجتماعی از اجرای سند	۰/۶۷۷
آموزش و توانمندسازی کادر درمان	۰/۶۷
اصلاح نظام سلامت و مراقبت‌های اولیه	۰/۶۹

تحلیل عاملی استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، با بیست شاخص اندازه‌گیری شد، همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شوند، این شاخص‌ها شامل ۲۹ تا ۴۸ است. برآورد پارامترهای استاندارد شده نشان می‌دهد که تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نتایج حاکی از برازش مناسب مدل و همچنین دستیابی به بارهای عاملی استاندارد شده بیش از ۰/۵ برای هر ۲۰ شاخص و معنی‌داری آن‌ها از لحاظ آماری در سطح اطمینان (۰/۰۵) می‌باشد.

جدول ۸. ضریب استاندارد شده و ضریب معناداری گویه‌های استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

ردیف	بعد	گویه	برچسب گویه	بار عاملی	وضعیت
۱	فرهنگ‌سازی و	افزایش آموزش عمومی و پیشگیری	Q۲۹	۰/۶۲۵	تأیید
۲	آگاهی‌بخشی	اجرای کمپین‌های آموزشی	Q۳۰	۰/۷۰۸	تأیید
۳	عمومی	تشویق به مشارکت در برنامه‌های سلامت	Q۳۱	۰/۵۷۵	تأیید
۴		حمایت اجتماعی و مشارکت مردم	Q۳۲	۰/۶۵۱	تأیید
۵	توسعه	یکپارچه‌سازی قالب‌های اطلاعاتی بیمارستان‌ها و دسترسی به خدمات درمانی	Q۳۳	۰/۶۷۰	تأیید
۶	زیرساخت‌های	آموزش عمومی در استفاده از خدمات دیجیتال	Q۳۴	۰/۶۰۳	تأیید
۷	فناوری	پرونده الکترونیکی سلامت	Q۳۵	۰/۶۶۸	تأیید
۸	اطلاعات و	راه‌اندازی پایگاه داده ملی سلامت	Q۳۶	۰/۷۷۴	تأیید
۹	ارتباطات	اتصال مراکز درمانی به شبکه سلامت	Q۳۷	۰/۶۷۶	تأیید
۱۰		تصویب مقررات اجباری برای استفاده از این پایگاه توسط بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و بیمه‌ها	Q۳۸	۰/۸۸۱	تأیید
۱۱		تشویق کادر درمان به استفاده از سیستم‌های الکترونیکی	Q۳۹	۰/۶۵۴	تأیید



۱۲	اصلاح ساختار	تعیین سطح بندی خدمات سلامت	Q۴۰	۰/۷۷۹	تائید
۱۳	نظام ارجاع	افزایش ظرفیت پردازش و امنیت داده ها	Q۴۱	۰/۶۹۰	تائید
۱۴		ارتقاء امنیت داده های سلامت	Q۴۲	۰/۷۹۷	تائید
۱۵		زیرساخت های امنیتی برای حفاظت از داده های حساس سلامت	Q۴۳	۰/۶۴۵	تائید
۱۶	مدیریت	توسعه برنامه های مدیریت بیمارستانی	Q۴۴	۰/۵۸۳	تائید
۱۷	هوشمند منابع در	ایجاد سیستم های مدیریت بیمارستانی کارآمد	Q۴۵	۰/۷۶۱	تائید
۱۸	بیمارستان ها و	مدیریت منابع انسانی و مالی بیمارستان ها	Q۴۶	۰/۷۷۳	تائید
۱۹	مراکز درمانی	بهینه سازی هزینه ها و خدمات درمانی	Q۴۷	۰/۵۶۵	تائید
۲۰		کاهش هزینه ها و ارتقاء کیفیت خدمات	Q۴۸	۰/۵۶۵	تائید

جدول ۹. شاخص های برازش مدل استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

شاخص	X ^۲	DF	P	GFI	AGFI	RMSEA	X ^۲ /DF
استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	۳۹۸/۱۰	۱۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۰۴۷	۲/۳۹

نتیجه تحلیل عاملی تأییدی استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به صورت زیر می باشد:

روایی واگرا زمانی وجود دارد که هر سؤال با عاملی که در آن قرار گرفته است دارای مقداری بیشتر از ۰/۵ باشد.

برای بررسی روایی همگرا دو معیار در نظر گرفته می شود:

۱. میزان بارهای عاملی برای هر متغیر باید بزرگ تر از ۰/۵ باشد،

۲. میانگین واریانس استخراج شده برای هر متغیر باید بزرگ تر از ۰/۵ باشد.

جدول ۱۰. روایی همگرای استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

ابعاد	روایی همگرا
فرهنگ سازی و آگاهی بخشی عمومی	۰/۷۵۷
توسعه زیرساخت های فناوری اطلاعات و ارتباطات	۰/۶۷۲
اصلاح ساختار نظام ارجاع	۰/۷۴۲
مدیریت هوشمند منابع در بیمارستان ها و مراکز درمانی	۰/۶۶۸

تحلیل عاملی ثبت داده های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان، با یازده شاخص اندازه گیری شد، همان طور که در جدول ۱۵ مشاهده می شوند، این شاخص ها شامل q۴۹ تا q۵۹ است. برآورد پارامترهای استاندارد شده نشان می دهد که تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نتایج حاکی از برازش مناسب مدل و همچنین دستیابی به بارهای عاملی استاندارد شده بیش از ۰/۵ برای هر ۱۱ شاخص و معنی داری آن ها از لحاظ آماری در سطح اطمینان (۰/۰۵) می باشد.

جدول ۱۱. ضریب استاندارد شده و ضریب معناداری ثبت داده های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان

ردیف	بعد	گویه	برچسب	بار عاملی	وضعیت
۱	استاندارد سا	تسهیل دسترسی به مشاوره های آنلاین پزشکی	گویه	Q۴۹	۰/۶۳۵ تائید
۲	زی	ترویج فرهنگ استفاده از خدمات آنلاین		Q۵۰	۰/۷۹۰ تائید
۳	فرمت های	پایگاه داده ملی پزشکان و بیماران		Q۵۱	۰/۸۲۶ تائید



۴	داده‌های	استفاده از کدگذاری پزشکی	Q۵۲	۰/۷۷۰	تائید
۵	پزشکی	تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات	Q۵۳	۰/۷۲۰	تائید
۶		بهینه‌سازی فرآیندهای ثبت اطلاعات	Q۵۴	۰/۸۰۴	تائید
۷		تعیین جرائم و مشوق‌ها برای مراکز درمانی بر اساس میزان همکاری در ثبت اطلاعات.	Q۵۵	۰/۷۷۹	تائید
۸	ایجاد	ایجاد پلتفرم ملی پرونده الکترونیک	Q۵۶	۰/۷۱۴	تائید
۹	قوانین و	یکپارچه‌سازی داده‌های سلامت	Q۵۷	۰/۸۰۸	تائید
۱۰	الزامات	توسعه پرونده الکترونیک سلامت	Q۵۸	۰/۶۳۴	تائید
۱۱	قانونی برای ثبت داده‌ها	پایگاه داده ملی پزشکان و بیماران	Q۵۹	۰/۸۳۷	تائید

جدول ۱۲. شاخص‌های برازش مدل ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان

شاخص	X ^۲	DF	P	GFI	AGFI	RMSEA	X ^۲ /DF
ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان	۴۸۹/۱۰	۱۸۲	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۰۴۷	۲/۶۸

نتیجه تحلیل عاملی تأییدی مدل ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان به‌صورت زیر می‌باشد:

روایی واگرا زمانی وجود دارد که هر سؤال با عاملی که در آن قرار گرفته است دارای مقداری بیشتر از ۰/۵ باشد.

برای بررسی روایی همگرا دو معیار در نظر گرفته می‌شود:

۱. میزان بارهای عاملی برای هر متغیر باید بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد،

۲. میانگین واریانس استخراج‌شده برای هر متغیر باید بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد.

جدول ۱۳. روایی همگرای ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان

ابعاد	روایی همگرا
استانداردسازی فرمت‌های داده‌های پزشکی	۰/۶۷۵
ایجاد قوانین و الزامات قانونی برای ثبت داده‌ها	۰/۶۴۷

مدل عاملی راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت، با چهارده شاخص اندازه‌گیری شد، همان‌طور که در جدول ۱۴ مشاهده می‌شوند، این شاخص‌ها شامل ۹۶۰ تا ۹۷۳ است. برآورد پارامترهای استاندارد شده نشان می‌دهد که تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نتایج حاکی از برازش مناسب مدل و همچنین دستیابی به بارهای عاملی استاندارد شده بیش از ۰/۵ برای هر ۱۴ شاخص و معنی‌داری آن‌ها از لحاظ آماری در سطح اطمینان (۰/۰۵) می‌باشد.

جدول ۱۴. ضریب استاندارد شده و ضریب معناداری گویه‌های راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت

ردیف	بعد	گویه	برچسب گویه	بار عاملی	وضعیت
۱	توسعه سیاست‌های بیمه سلامت	گسترش بیمه‌های سلامت همگانی برای پوشش بیشتر خدمات درمانی و بهداشتی، به‌ویژه برای اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر	Q۶۰	۰/۷۶۲	تائید
۲	بیمه سلامت	اصلاح نظام بیمه درمانی برای پوشش کامل خدمات پیشگیری، درمان	Q۶۱	۰/۷۵۹	تائید
۳		توان بخشی و داروها، به‌ویژه برای بیماری‌های مزمن	Q۶۲	۰/۵۱۲	تائید



۴	بیمه‌های سلامت کارآمد	Q۶۳	۰/۵۵۳	تائید
۵	گسترش پوشش بیمه‌ای برای جامعه	Q۶۴	۰/۸۱۲	تائید
۶	پوشش کامل بیمه‌ای بیماران، به‌ویژه در بخش‌های دولتی	Q۶۵	۰/۵۵۴	تائید
۷	گسترش عدالت در	Q۶۶	۰/۷۴۰	تائید
۸	دسترسی به خدمات	Q۶۷	۰/۷۶۴	تائید
۹	حمایت از اقشار آسیب‌پذیر	Q۶۸	۰/۶۱۰	تائید
۱۰	مشوق‌های مالی و	Q۶۹	۰/۷۸۵	تائید
۱۱	بیمه‌ای	Q۷۰	۰/۵۰۲	تائید
۱۲	حمایت از طرح‌های بیمه درمانی خصوصی	Q۷۱	۰/۷۴۶	تائید
۱۳	گسترش بیمه‌های پایه و تکمیلی	Q۷۲	۰/۷۱۹	تائید
۱۴	توسعه بیمه‌های سلامت جامع	Q۷۳	۰/۷۹۲	تائید

جدول ۱۵. شاخص‌های برازش مدل راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت

شاخص	X ^۲	DF	P	GFI	AGFI	RMSEA	X ^۲ /DF
راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت	۷۴۵/۰۷	۲۷۴	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۰۴۸	۲/۷۱

نتیجه تحلیل عاملی تائیدی مدل راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت به‌صورت زیر می‌باشد:

روایی واگرا

روایی واگرا زمانی وجود دارد که هر سؤال با عاملی که در آن قرار گرفته است دارای مقداری بیشتر از ۰/۵ باشد.

روایی همگرا:

برای بررسی روایی همگرا دو معیار در نظر گرفته می‌شود:

۱. میزان بارهای عاملی برای هر متغیر باید بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد،

۲. میانگین واریانس استخراج‌شده برای هر متغیر باید بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد.

جدول ۱۶. روایی همگرای مدل راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت

ابعاد	روایی همگرا
توسعه سیاست‌های بیمه سلامت	۰/۶۹
گسترش عدالت در دسترسی به خدمات	۰/۶۴۳
مشوق‌های مالی و بیمه‌ای	۰/۷

روایی و پایایی پرسشنامه‌های تحقیق جهت تائید ابعاد و مؤلفه‌ها و شاخص‌های استخراج‌شده بررسی شد و بر اساس نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که به دلیل اینکه بارهای عاملی به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۵ بوده و همچنین میانگین شاخص‌های به‌دست‌آمده بالاتر از ۰/۵ است، نشان‌دهنده روایی همگرا واگرا برای تمامی متغیرهای اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت در کشور با رویکرد سند برنامه هفتم توسعه است که نشان می‌دهد تمامی معیارها (مضامین پایه) در قسمت سنجش بارهای عاملی دارای مقدار مناسبی هستند و سؤال‌های مربوط به عامل نسبت به خود آن عامل همبستگی بیشتری دارند تا نسبت به عامل‌های دیگر. از روی دیگر پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون آلفای-کرونباخ که پرسشنامه‌ها و ابعاد آن بالاتر از ۰/۷ به‌دست‌آمده است که این نیز نشان می‌دهد پرسشنامه‌ها از همبستگی مناسبی برخوردار است. از سوی دیگر، میزان بار عاملی

تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات (۰/۷۸)، استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (۰/۷۰)؛ ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان (۰/۶۲)؛ راهاندازی پایگاه قواعد سلامت (۰/۷۹) می‌باشد که نشان می‌دهد، عوامل مؤثر بر اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت در کشور با رویکرد سند برنامه هفتم توسعه از برآزش و اعتبار مناسبی برخوردار است (جدول ۱۷).

جدول ۱۷. بار عاملی و ضریب معناداری ابعاد الگوی اجرای سند جامع خط‌مشی مراقبت‌های نظام سلامت با رویکرد سند برنامه هفتم توسعه

متغیرها	بار عاملی	سطح معنی‌داری
تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات	۰/۷۸	۲/۴۳
همکاری میان نهادهای	۰/۶۵	-
ارزیابی و نظارت مستمر	۰/۸۳	۹/۵۷
مشارکت و حمایت اجتماعی از اجرای سند	۰/۸۲	۹/۵۲
آموزش و توانمندسازی کادر درمان	۰/۷۶	۸/۹۸
اصلاح نظام سلامت و مراقبت‌های اولیه	۰/۶۵	۶/۴۹
استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	۰/۷۰	۳/۴۰
فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی عمومی	۰/۷۱	-
توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات	۰/۸۱	۴/۱۴
اصلاح ساختار نظام ارجاع	۰/۷۵	۴/۱۳
مدیریت هوشمند منابع در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	۰/۷۷	۴/۰۲
ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان	۰/۶۲	۷/۲۳
استانداردسازی فرمت‌های داده‌های پزشکی	۰/۵۹	-
ایجاد قوانین و الزامات قانونی برای ثبت داده‌ها	۰/۷۵	۷/۹۶
راهاندازی پایگاه قواعد سلامت	۰/۷۹	۶/۹۶
توسعه سیاست‌های بیمه سلامت	۰/۵۳	-
گسترش عدالت در دسترسی به خدمات	۰/۶۳	۸/۴۹
مشوق‌های مالی و بیمه‌ای	۰/۵۵	۷/۵۳

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش با هدف تحلیل ساختاری اجرای خط‌مشی‌های سلامت در ایران و طراحی الگوی کاربردی برای توسعه سلامت در چارچوب برنامه هفتم توسعه نشان داد که چهار محور کلیدی می‌تواند بیشترین نقش را در موفقیت سیاست‌های سلامت ایفا کند: تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات، استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ثبت داده‌های سلامت در سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان، و راهاندازی پایگاه قواعد سلامت. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای سیاست‌های سلامت در کشور نیازمند رویکردی منسجم، داده‌محور و عدالت‌مدار است تا بتواند با چالش‌های پیچیده موجود مقابله کند. همچنین شاخص‌های برآزش مدل نشان دادند که ابعاد استخراج‌شده از اعتبار و کفایت بالایی برخوردار هستند و می‌توانند به‌عنوان چارچوبی اجرایی برای ارتقای کیفیت و کارایی نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرند.

نتایج بخش نخست یعنی اهمیت تدوین و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردسازی خدمات با ادبیات بین‌المللی هم‌خوانی دارد. پژوهش‌های پیشین تأکید کرده‌اند که نبود دستورالعمل‌های شفاف و عدم همگرایی میان سطوح مختلف ارائه خدمات، از مهم‌ترین دلایل شکست اجرای خط‌مشی‌های سلامت است (Aboulhasani et al., 2023؛ Aghaei, 2023 #286778). همچنین مطالعاتی در ایران و خارج از کشور نشان داده‌اند که استانداردسازی خدمات، علاوه بر ارتقای کیفیت مراقبت، سبب شفافیت در فرایندهای اجرایی و کاهش رفتارهای سلیقه‌ای می‌شود (Williams, 2022 #286774؛ Safari et al., 2022). یافته حاضر نشان می‌دهد که در مدل طراحی‌شده، تعیین ضمانت‌های اجرایی قوی، پایش مستمر عملکرد و هماهنگی میان نهادهای ذی‌ربط، عناصر حیاتی برای پایداری و اثربخشی دستورالعمل‌های بالینی هستند. این نتیجه با مدل‌های بین‌المللی نظیر چارچوب استفاده از شبکه‌های حاکمیتی برای تقویت اجرای خط‌مشی‌ها هم‌راستا است (Klijn & Koppenjan, 2016).



در بخش دوم، استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان محور کلیدی دیگر مورد تأیید قرار گرفت. تجربه جهانی نشان می‌دهد که نظام ارجاع ساختاریافته می‌تواند به توزیع عادلانه منابع، کاهش هزینه‌های غیرضروری و ارتقای کیفیت خدمات منجر شود (Sadiq et al., 2024). در ایران نیز تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که ضعف در اجرای پزشک خانواده و عدم تکمیل زنجیره ارجاع، یکی از دلایل اصلی نارضایتی عمومی و افزایش بار مالی بر بیمه‌ها و دولت است (Soleimani, 2022؛ Safari et al., 2022). مدل حاضر با تأکید بر فرهنگ‌سازی عمومی، تقویت آموزش‌های بهداشتی، و توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات برای پشتیبانی از ارجاعات الکترونیکی، تلاش می‌کند بر این موانع غلبه کند. یافته‌ها همچنین با دیدگاه‌هایی که بر ضرورت تقویت ساختارهای محلی و تفویض اختیار به واحدهای بهداشت در سطوح پایین‌تر تأکید دارند هم‌خوان است (Saif, 2021؛ Nasrollahi Azar et al., 2018).

در محور سوم، نتایج نشان دادند که ثبت داده‌های سلامت و توسعه سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان به عنوان زیربنای تحول دیجیتال نظام سلامت نقش بنیادین دارد. تجربه کشورهایی که به سمت حکمرانی دیجیتال حرکت کرده‌اند، ثابت کرده است که داده‌های یکپارچه و قابل اعتماد، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، پایش مستمر و تخصیص بهینه منابع را امکان‌پذیر می‌کند (Klenk, 2025؛ Clark et al., 2019). یافته‌های این پژوهش که بر اهمیت استانداردسازی داده‌ها، تدوین قوانین الزام‌آور برای ثبت اطلاعات و ایجاد مشوق‌های همکاری برای مراکز درمانی تأکید دارد، با مطالعاتی که تحول دیجیتال در نظام سلامت را عامل بهبود پاسخگویی و کارایی می‌دانند هم‌راستا است (Koosha et al., 2025).

چهارمین محور شناسایی شده، راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت بود که دربرگیرنده سیاست‌های بیمه‌ای، عدالت در دسترسی و مشوق‌های مالی است. این نتیجه با پژوهش‌های ملی که فقدان سیاست‌های حمایتی مالی و پوشش ناکافی بیمه‌ای را عامل افزایش نابرابری در خدمات سلامت دانسته‌اند همسو است (Abdollah Taba et al., 2021). همچنین مدل حاضر با ایجاد پیوند میان توسعه بیمه‌های پایه و تکمیلی و توجه به اقشار آسیب‌پذیر، هم‌راستا با تجارب کشورهای موفق در کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت است (Nunez, 2025؛ Parker et al., 2025). این امر می‌تواند گامی اساسی در تحقق عدالت سلامت و افزایش رضایت عمومی باشد.

از منظر حکمرانی، یافته‌ها نشان دادند که رویکرد شبکه‌ای و همکاری میان‌بخشی در مدیریت اجرای خط‌مشی‌های سلامت ضروری است. این رویکرد با مبانی حکمرانی شبکه‌ای که بر تعامل فعال نهادهای دولتی، خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد تأکید می‌کند، انطباق کامل دارد (Soleimani, 2022؛ Klijn & Koppenjan, 2016). همچنین نتایج نشان دادند که فقدان ارتباط عمودی و افقی در نظام سلامت و تعدد مراکز تصمیم‌گیر، مانع دستیابی به کارایی می‌شود؛ موضوعی که در پژوهش‌های قبلی نیز به عنوان مانع اجرای مؤثر سیاست‌ها گزارش شده است (Aghaei, 2023؛ Aboulhasani et al., 2023). همچنین یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سیاست‌های سلامت در ایران برای موفقیت نیازمند بازمهندسی حقوقی هستند. وجود شکاف میان قوانین بالادستی و برنامه‌های اجرایی در گذشته مانع تحقق اهداف شده است (Nasiri, 2021؛ Moradi Barliyan & Tangestani, 2023). مدل حاضر با در نظر گرفتن این نکته و تلاش برای یکپارچگی حقوقی و ایجاد ضمانت‌های اجرایی برای برنامه هفتم توسعه می‌تواند راهگشا باشد.

از نظر فرهنگی و اجتماعی، یافته‌ها تأیید می‌کنند که ارتقای آگاهی عمومی و مشارکت اجتماعی نقش چشمگیری در موفقیت خط‌مشی‌های سلامت دارد (Amir Ahmadi, 2020؛ Namusisi, 2024). این موضوع با نتایج مطالعاتی که تأکید دارند سیاست‌ها بدون توجه به انگیزه‌ها و ظرفیت‌های ذی‌نفعان محلی با شکست مواجه می‌شوند، همخوانی دارد (Bian et al., 2021). بر این اساس، توجه به آموزش عمومی، فرهنگ‌سازی و فراهم کردن بستر مشارکت شهروندان از عناصر کلیدی در مدل پیشنهادی محسوب می‌شود.

از زاویه تطبیقی، یافته‌های این تحقیق با تجارب موفق دیگر کشورها مانند اندونزی در اجرای بیمه ملی سلامت و استفاده از مشوق‌های مالی برای ذی‌نفعان (Sadiq et al., 2024)، و همچنین اصلاحات نظام سلامت در ایرلند برای حرکت به سمت پوشش همگانی (Parker et al., 2025) مشابهت دارد. این هم‌راستایی نشان می‌دهد که مدل طراحی شده قابلیت انطباق با الگوهای بین‌المللی را داشته و می‌تواند از تجربیات موفق جهانی بهره‌بردار.



به طور کلی، یافته‌های تحقیق حاضر با بخش عمده‌ای از مطالعات گذشته همسو بوده و در عین حال نوآوری‌هایی را در زمینه تلفیق ابعاد ساختاری، حقوقی، دیجیتال و اجتماعی ارائه می‌دهد. این ترکیب چندلایه، الگوی جامع‌تری نسبت به تحقیقات قبلی فراهم کرده و می‌تواند مبنای بازطراحی نظام سلامت در چارچوب برنامه هفتم توسعه باشد.

این مطالعه اگرچه تصویری جامع از عوامل مؤثر بر اجرای خطمشی‌های سلامت ارائه می‌دهد، اما دارای محدودیت‌هایی است. نخست آنکه جامعه آماری محدود به مدیران و کارشناسان مرتبط با اجرای سند جامع خطمشی سلامت بوده و دیدگاه سایر ذی‌نفعان همچون بیماران، ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح محلی و سازمان‌های مردم‌نهاد به‌طور کامل منعکس نشده است. دوم آنکه ماهیت پژوهش مقطعی بوده و امکان بررسی پویایی تغییرات در طول زمان فراهم نبوده است. همچنین، با وجود استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، تحلیل کیفی عمیق برای درک زمینه‌های فرهنگی و سیاسی به‌طور محدود انجام شده و می‌تواند در آینده تقویت شود.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با رویکردهای ترکیبی و طولی انجام شوند تا پایداری مدل طراحی‌شده در طول زمان و در شرایط تغییرات سیاستی ارزیابی شود. همچنین انجام پژوهش‌هایی با مشارکت گسترده ذی‌نفعان محلی، بیمه‌گذاران، بیماران و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند ابعاد جدیدی از موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای خطمشی‌های سلامت را روشن کند. بهره‌گیری از روش‌های داده‌کاوی پیشرفته و هوش مصنوعی برای تحلیل داده‌های کلان سلامت نیز می‌تواند به غنای مدل‌های پیشنهادی بیفزاید و راهکارهای دقیق‌تری ارائه دهد.

از نظر عملی، استفاده از مدل ارائه‌شده می‌تواند به سیاست‌گذاران در بازطراحی ساختار اجرایی نظام سلامت یاری رساند. تقویت هماهنگی بین‌بخشی، توسعه زیرساخت‌های دیجیتال سلامت، تدوین دستورالعمل‌های بالینی شفاف، و توجه به انگیزش و توانمندسازی مجریان از جمله اقدامات کلیدی است. همچنین هم‌راستاسازی برنامه‌های توسعه‌ای با سیاست‌های سلامت و ایجاد ضمانت‌های حقوقی و مالی برای اجرای پایدار آن‌ها می‌تواند زمینه تحقق عدالت سلامت و ارتقای رضایت عمومی را فراهم کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به ما یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

Extended Summary

Introduction



Health is one of the most fundamental assets of societies and a precondition for sustainable development and social well-being (Azimi, 2020). A robust health system not only delivers medical care but also improves life expectancy, reduces preventable mortality, and enhances quality of life (Amir Ahmadi et al., 2020). However, like many developing nations, Iran faces a significant gap between the potential capacity of its health system and its actual performance (Ebrahimi et al., 2020). Rising healthcare costs, the growing burden of non-communicable diseases, demographic transitions such as aging, shortages of skilled health workforce, and inequalities in access to services have created systemic inefficiencies (Abdollah Taba et al., 2021). In response, policymakers have designed and implemented high-level strategic documents, including the Comprehensive National Health Policy Document, aiming to promote integration, cost-effectiveness, and fairness in healthcare provision (Safari et al., 2022).

Despite these efforts, implementation gaps persist due to complex, multi-level governance challenges and fragmented institutional arrangements (Smith et al., 2021). Research in Iran and elsewhere highlights that weak intersectoral coordination, absence of clear executive guidelines, insufficient resource allocation, and bureaucratic centralization are among the major barriers to successful policy implementation (Aboulhasani et al., 2023; Aghaei et al., 2023). Additionally, overlapping decision-making bodies and limited delegation of authority to local health managers reduce agility and responsiveness (Nasrollahi Azar et al., 2018). To address these issues, the Seventh Development Plan provides an opportunity to redesign execution mechanisms and align health policies with contemporary priorities and governance approaches (Moradi Barliyan & Tangestani, 2023; Saif, 2021).

International experiences offer important lessons. For instance, Indonesia's National Health Insurance program demonstrates that stable legal frameworks, integrated health information systems, and targeted incentives for implementers can enhance policy uptake (Sadiq et al., 2024). Similarly, policy content analyses in urban adaptation have shown that integrating social justice and local vulnerability considerations strengthens the equity and effectiveness of health-related policies (Williams et al., 2022). Network governance and stakeholder collaboration are increasingly seen as essential for overcoming fragmented structures and improving accountability (Klijn & Koppenjan, 2016). Digital transformation, including electronic health records (EHRs) and data-driven decision-making, is another emerging paradigm that improves transparency and efficiency (Clark et al., 2019; Klenk, 2025).

Against this background, the present study was conducted to systematically analyze the structural dimensions of health policy implementation in Iran and develop a comprehensive, practical model aligned with the Seventh Development Plan. This model integrates evidence-based policy instruments, digital infrastructure, institutional coordination, and social engagement to address systemic barriers and drive equitable, efficient, and sustainable health outcomes.

Methods and Materials

This applied research used a descriptive-survey design with a quantitative approach. The study population comprised 225 managers and experts directly involved in the implementation of the Comprehensive National Health Policy Document, selected through purposive sampling to ensure expertise and familiarity with policy execution processes. Data were collected using a researcher-designed questionnaire based on theoretical frameworks, national strategic documents, and previous studies. Content and construct validity were confirmed through expert evaluation and factor analysis, and the instrument demonstrated high internal consistency (Cronbach's alpha = 0.91). Statistical analyses were conducted using SPSS and LISREL software.



Normality of data was assessed via the Kolmogorov–Smirnov test, and structural equation modeling (SEM) was applied to validate the proposed model and assess factor loadings, convergent and discriminant validity, and overall model fit indices.

Findings

The analysis confirmed a four-dimensional model for the effective implementation of health policies in Iran. The first dimension, development and implementation of clinical guidelines and service standardization, emerged as fundamental. Exploratory and confirmatory factor analysis supported the reliability and construct validity of this dimension, with standardized factor loadings above 0.50 and strong fit indices (e.g., RMSEA < 0.05, GFI and AGFI above 0.90). Key elements included inter-institutional collaboration, continuous monitoring and evaluation, and establishing enforceable mechanisms to ensure compliance with clinical standards.

The second dimension, establishment of the family physician program and referral system, was validated as critical to optimizing resource allocation and improving equity. Factor loadings ranged between 0.57 and 0.88, indicating robust construct validity. Essential components encompassed public awareness campaigns, training health professionals in referral procedures, expanding digital infrastructures to support electronic referrals, and reinforcing local-level decision-making.

The third dimension, recording health data in the Iranian Electronic Health Record system, underscored the importance of digital health integration. SEM results indicated acceptable loadings for indicators such as data standardization, legal frameworks for mandatory reporting, process optimization for information registration, and the creation of a national health database. Fit indices again confirmed the dimension's stability and predictive relevance, with RMSEA below 0.05 and high GFI values.

The fourth dimension, launching the Health Rules Database, focused on advancing financial protection and health equity through policy integration. Key components included expanding universal and complementary health insurance coverage, targeted subsidies for vulnerable populations, financial incentives for compliance, and policies supporting equitable access to care. This dimension achieved strong factor loadings (0.50–0.79) and fit indices indicating sound model adequacy.

Overall, the final SEM confirmed the reliability and validity of the integrated model. All four dimensions contributed significantly to the latent construct of health policy implementation, with factor loadings ranging from 0.62 to 0.79 and t-values exceeding the critical threshold ($p < 0.05$). These results indicate that the proposed model provides a statistically robust and conceptually coherent framework for guiding health policy execution in Iran.

Discussion and Conclusion

The findings highlight that achieving effective health policy implementation in Iran depends on a cohesive, multi-dimensional approach that addresses organizational, technological, financial, and social factors simultaneously. The identification of clinical guideline development and service standardization as a foundational pillar aligns with prior research emphasizing the role of clear, enforceable protocols in reducing variation and improving care quality (Aboulhasani et al., 2023; Safari et al., 2022). By introducing monitoring systems and inter-institutional collaboration, the model also reflects international best practices in network governance (Klijn & Koppenjan, 2016).

The centrality of the family physician program and referral system underscores the importance of structured, primary care-driven models in advancing health equity and efficiency (Sadiq et al., 2024; Soleimani et al., 2022). Many countries have demonstrated that strong referral systems reduce unnecessary specialist visits, improve continuity of care, and lower financial burdens on both governments and households. By emphasizing local empowerment and digital referral infrastructures, the model addresses Iran's historically centralized and fragmented service delivery (Nasrollahi Azar et al., 2018).



Similarly, the prioritization of electronic health records and data-driven decision-making reflects global movement toward digital era governance (Klenk, 2025). Integrated, standardized health data support evidence-based policymaking, transparency, and long-term cost control (Clark et al., 2019). By embedding legal requirements and incentives for data reporting, the model addresses barriers such as underreporting and inconsistent data quality observed in previous Iranian reforms (Abdollah Taba et al., 2021).

Finally, the Health Rules Database dimension provides a systemic response to persistent financial inequities. Strengthening insurance systems, subsidizing vulnerable groups, and linking financial incentives to compliance have proven effective in improving access and satisfaction in both domestic and international contexts (Nunez, 2025; Parker et al., 2025). This aligns with calls for structural reforms to reduce out-of-pocket expenditures and achieve universal health coverage.

Beyond these specific findings, the integrated nature of the proposed model is its main innovation. By unifying structural, legal, digital, and social dimensions, it addresses gaps noted in earlier Iranian studies, which often examined single barriers in isolation (Aghaei et al., 2023; Sharifnia et al., 2022). Moreover, it builds on global insights while adapting them to Iran's institutional realities, thus increasing contextual relevance and practical feasibility.

In conclusion, this study provides an empirically validated, comprehensive framework for improving health policy implementation in Iran. The model leverages evidence-based strategies to overcome long-standing barriers such as fragmented governance, insufficient monitoring, weak referral systems, and inadequate health data infrastructure. Policymakers and health administrators can use this framework to design coordinated interventions under the Seventh Development Plan, ultimately driving greater efficiency, responsiveness, and equity in the national health system.

References

- Abdollah Taba, H., Sajadi, H., Sam Aram, E., & Taj Mazinani, A. A. (2021). The Institutional Context of the Health System and Its Transformations in Iran. *Social Welfare*, 21(81), 87-127. http://refahj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=3792&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1&html=1
- Aboulhasani, M. S., Ziaoddini, M., & Nikbakhsh, M. A. (2023). Identification and Prioritization of Factors Leading to the Failure of Health System Policy Implementation Using Failure Mode and Effects Analysis and Analytic Hierarchy Process. *Quarterly Journal of Management Strategies in Health System*, 8(3), 114-131. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v8i3.14464>
- Aghaei, G., Danesh Fard, K., & Memarzadeh, G. (2023). Pathology of the Implementation System of Social Welfare Policies in Iran. *Social Welfare*, 23(89), 383-339. <https://doi.org/10.32598/refahj.23.89.4029.1>
- Amir Ahmadi, R., Naeimi, M. R., & Eshraghi, H. R. (2020). A Sociological Explanation of the Participatory Actions of Benefactors in the Health System. *Social Welfare*, 20(79), 335-368. http://refahj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=3656&sid=1&slc_lang=en&ftxt=0
- Azimi, M. (2020). Design and Validation of a Curriculum Model for Health Education and Promotion in Primary School Based on the Assumptions of the Health System. *Quarterly Journal of Curriculum Studies in Iran*, 15(59), 31-62. https://www.jcsicsa.ir/article_127109.html
- Bian, S., Nduneseokwu, C. K., Li, C., & Harder, M. K. (2021). Drift in policy implementation: Incentives thwarted in a recycling programmer. *Waste Management & Research*, 00, 1-10. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0734242X211025193>
- Clark, B. Y., Zingale, N., Logan, J., & Brudney, J. (2019). A framework for using crowdsourcing in government. In *Social Entrepreneurship: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (pp. 405-425). <https://www.igi-global.com/chapter/a-framework-for-using-crowdsourcing-in-government/224763>
- Ebrahimi, S. A., Farhadi Nejad, M., & Bakhashemi, S. M. M. (2020). Policy Analysis in the Health System Based on the Advocacy Coalition Framework: A Case Study of the Health System Transformation Plan. *Strategic Studies*, 23(2), 95-112. https://quarterly.risstudies.org/article_114581.html
- Klenk, T. (2025). Towards Digital Era Governance? Examining Health Policy Through the Lens of Public Administration / Digital Era Governance in Der Gesundheitspolitik? Eine Analyse Von Gesundheitsreformen Aus Verwaltungswissenschaftlicher Perspektive. *Der Moderne Staat – Zeitschrift Für Public Policy Recht Und Management*, 17(2-2024), 263-282. <https://doi.org/10.3224/dms.v17i2.05>
- Klijn, E. H., & Koppenjan, J. (2016). Governance networks in the public sector. *Public Administration*, 40(4), 587-606. <https://doi.org/10.1332/030557312X655431>



- Koosha, M., Hezarjaribi, J., Allameh, H., Panahi, M. A., & Lalegani, A. (2025). Designing a Policy Model for Enhancing Social Health of the Elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics Plus*, 2(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aggp.2025.100149>
- Moradi Barliyan, M., & Tangestani, M. Q. (2023). Legal Requirements for the Effective Implementation of Development Program Laws in Iran: A Case Study of the Sixth Development Plan (Lessons for the Seventh Development Plan). *Parliament and Strategy*, 30(115), 59-90. https://nashr.majles.ir/m/article_588.html?lang=fa
- Namusisi, N. (2024). Pharmacological and Lifestyle Interventions for Managing Osteoarthritis Pain in Elderly Patients. *Journal of Scientific Research*, 9(3), 33-37. <https://doi.org/10.59298/IDOSRJSR/2024/9.3.333700>
- Nasiri, A. K., Abdollahi, B., Jafari Nia, S., & Kheirandish, M. (2021). Developing a Framework for Implementing Citizens' Rights Based on Public Policy Making in Iranian Government Organizations. *Parliament and Strategy*, 28(107), 359-386. https://nashr.majles.ir/article_472.html
- Nasrollahi Azar, Y., Hatami, A., & Shahramnia, A. M. (2018). Institutionalism and Development: Challenges of the New Institutional Economics in Theoretical and Policy Domains Regarding Development Creation (A Critical Assessment). *International Political Economy Studies*, 1(1), 1-26. https://ipes.razi.ac.ir/article_1182.html?lang=fa
- Noorzadeh, R., Fathi Vajar Gah, K., & Kizouri, A. H. (2010). Content Analysis of Superior and Specific Documents to Infer Policies of the Fifth Development Programs in Higher Education, Research, and Technology. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*, 15(3), 29-50. <https://www.sid.ir/paper/67907/fa>
- Nunez, C. V. (2025). Pandemic Times and Health Care Exclusion: Attitudes Toward Health Care Exclusion of Undocumented Immigrants. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 50(1), 1-21. <https://doi.org/10.1215/03616878-11513062>
- Parker, S., Schulmann, K., Bruen, C., & Burke, S. (2025). Health system reform in the context of COVID-19: a policy brief outlining lessons from Ireland's journey towards the goal of universal healthcare. *Global Health Research and Policy*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s41256-025-00407-z>
- Sadiq, A. R., Hakim, A., Haryono, B. S., & Hanafi, I. (2024). Policy Implementation Model of National Health Insurance Through Social Health Insurance Institution (BPJS) in Indonesia. *Journal of Law and Sustainable Development*, 12(1), e2448. <https://doi.org/10.55908/sdgs.v12i1.2448>
- Safari, M. S., Bani Asad, R., Takian, A. H., & Azadi Ahmad Abadi, M. (2022). Evaluation of Primary Health Care Strategies in the Islamic Republic of Iran's Health System: A Study Based on Strategic Control. *Strategic Management Thought*, 16(3), 79-128. https://smt.isu.ac.ir/article_76568.html
- Saif, A. M. (2021). The Necessity of Reform in the Development Planning System: On the Occasion of the Seventh Development Plan. <https://amseif.ir/?p=11139>
- Sharifnia, M. M., Mirsepassi, N., & Faghihi, A. (2022). Pathology of the Formulation and Implementation of Monetary Resource Policies and Their Allocation in the Country's Banking System. *Public Management Research*, 15(60), 33-65. https://jmr.usb.ac.ir/article_7408.html
- Smith, R. A., Girth, A. M., & Hutzler, M. (2021). Assessing organizational role and perceptions of programmatic success in policy implementation. *Administration & society*, 00, 1-35. <https://doi.org/10.1177/00953997211011624>
- Soleimani, H., Sharif Zadeh, F., Hossein Pour, D., & Seyed Naqvi, M. A. (2022). The Governance Model of Iran's Health System from a Network Perspective (Based on Grounded Theory). *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*, 10(2), 86-102. <https://www.sid.ir/paper/1393673/fa>
- Williams, D. S., Balaban, S., Ilhan, A., & Paker, H. (2022). A policy content analysis for evaluating urban adaptation justice in Istanbul. *Environmental Science & Policy*, 136, 476-485. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2022.07.014>