Quarterly Journal of Economic Research and Policies Vol. 32, No. 109 ,Spring 2024

Designing a Pattern for Reduction of government tenure in health Sector: A look at the general policies of Article 44 of the Constitution

Zohreh Aalipour
Department of Public Administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran
aalipour1344@gmail.com
Vahid Chenari
Department of Public Administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University,
Shoushtar, Iran. (Corresponing Author)
Vahid.chenari@iau.ac.ir
Ezatollah kiani
Department of Public Administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran
ez.kiani@iau.ac.ir
Fouad Makundi
Department of Public Administration, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran
foad.makvandi@iau.ac.ir
Qanbar Amirnejad
Department of Public Administration, Faculty of Management and Economics,
Research Science Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran
g.amirnejad@srbiau.ac.ir

For 30 years, global development has demanded a new approach for cooperation between government, people and businesses to achieve health goals. The aim of the current research is to Design a Pattern to reduce the government's tenure in the field of health by approaching the government as a responsible observer in line with the realization of the general policies of Article 44 of the Constitution. The research method is a combination of qualitative and quantitative. In the qualitative part, by using 200 articles related to structural reform medels in other countries, as well as internal laws and regulations and experts' opinions, tried to explain the dimensions, components and indicators of the research, including 5 key dimensions related to the field of governance, 11 components and 57 indicators, and 9 methods of reducing tenure and designing 2 questionnaires. Finally, to analyze the quantitative data of the research, the structural equation method was used using the combined ISM-DEMATEL method to explain the relationships between dimensions, components and indicators (the first questionnaire) and Shannon's entropy method to prioritize the methods of reducing tenure (the second questionnaire). The result of this research shows that this is a complex but inevitable policy that must be determined when it starts. It also recommends interventions in several fields, such as the need to formulate general goals and policies in the field of health with a comprehensive approach, the key players of which are the government, the private sector, civil society, and the health sector.

JEL Classification: L33, H10, H11.
Keywords: Health sector, Privatization, Governance, Tenure .

Reccived: 2024/02/05 Accepted: 2024/05/12

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

نشریه علمی (فصلنامه) پژوهش‌ها و سیاست‌های اقتصادی شماره ۱۰۹
سال سی و دوم، بهار ۱۴۰۳، صفحه ۲۷۱ - ۲۱۶

طراحی الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت: نگاهی به سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی

زهره عالی پور
گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.
aalipour1344@gmail.com
وحید چناری
گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران. (نویسنده مسئول)
vahid.chenari@iau.ac.ir
عزت الله کیانی
گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.
ez.kiani@iau.ac.ir
فؤاد مکوندی
گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.
foad.makvandi@iau.ac.ir
قنبر امیر نژاد
گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
g.amirnejad@srbiau.ac.ir

توسعه جهانی از ۳۰ سال قبل خواستار رویکرد جدیدی برای همکاری بین دولت، مردم وکسب و کارها برای دستیابی به اهداف حوزه سلامت است. هدف از پژوهش حاضر، طراحی الگویی جهت کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت با رویکرد به دولت به عنوان یک ناظر مسئول در راستای تحقق سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی می‌باشد.روش تحقیق آمیخته کیفی و کمی است. در بخش کیفی، با استفاده از ۲۰۰ مقاله مربوط به مدل های اصلاح ساختار در سایر کشورها ، همچنین قوانین و مقررات داخلی و نظر خبرگان اقدام به تبیین ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های تحقیق شامل ۵ بعد کلیدی مرتبط با حوزه حکمرانی، ۱۱ مؤلفه و ۵۷ شاخص و ۹ روش کاهش تصدی‌گری و طراحی ۲ پرسش‌نامه شد. نهایتاً برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی پژوهش از روش معادلات ساختاری با استفاده از روش ترکیبی ISM-DEMATEL برای تبیین روابط بین ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌ها (پرسش‌نامه اول) و روش آنتروپی شانون برای اولویت بندی روش‌های کاهش تصدی‌گری (پرسش‌نامه دوم) بهره برده شد.نتیجه این پژوهش نشان می دهد این امر، یک سیاست پیچیده ولی اجتناب ناپذیر است که باید زمان شروع آن تعیین شود. همچنین مداخلاتی را در چندین زمینه مانند لزوم تدوین اهداف و سیاست کلی در حوزه سلامت با رویکردی جامع که بازیگران کلیدی آن دولت، بخش خصوصی، جامعه مدنی و بخش بهداشت است، را توصیه می کند.

طبقه‌بندی JEL: L33, H10, H11.
واژگان کلیدی: حوزه سلامت، خصوصی‌سازی، حکمرانی، تصدی‌گری

تاریخ دریافت: ۱۶ / ۱۱ / ۱۴۰۲ تاریخ پذیرش: ۲۳ / ۲ / ۱۴۰۳

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

۱. مقدمه

پارادایم حکمرانی خوب در سده پایانی قرن بیستم و آغاز هزاره سوم میلادی با ضرورت همکاری و جلب مشارکت شهروندان در اداره امور عمومی (بخش سوم) در حال شکل‌گیری است. نظام‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی بخش سلامت نیز از این قاعده مستثنی نبوده و به سه صورت دولتی، خصوصی و یا ترکیبی از این دو فعالیت می‌کنند. هنگام تعریف فعالیت‌های غیر اقتصادی، این سؤال که ماهیت فعالیت‌ها چیست و آیا می‌توان توسط شرکت‌ها خصوصی در بازار ارائه شود، هنوز در مرکز داوری‌ها است. بنابر این با توجه به اینکه حوزه سلامت را نمی‌توان صرفاً یک حوزه اقتصادی دانست، به اصول حاکم بر تصدی‌گری و انجام وظایف حاکمیتی و نقش دولت باید پرداخته شود. از طرفی به دلیل آستانهٔ بسیار پایین حساسیت‌ها، نقش دخالت‌های غیر مرتبط بعضاً در تغییر مسیرها مورد ملاحظه قرار گیرد. هیچ فرمولی برای میزان مداخله دولت در اقتصاد وجود ندارد. فراتر از آن حتی در یک کشور نیز ممکن است در مقاطع مختلف دولت‌ها نقش‌های متفاوتی به عهده داشته باشند. این اهداف و مبانی ارزشی یک جامعه است که چگونگی نحوه دخالت و استفاده از منابع و ظرفیت‌های بخش‌های مختلف را تعیین می‌کند. بخش خصوصی علی‌رغم کارایی بالا در تولید کالا و خدمات به دلیل ماهیت خاص خدمات بهداشتی درمانی در تدارک خدمات بهداشتی درمانی با شکست بازار مواجه شده است. از طرفی بخش دولتی نیز به دلیل عدم کارایی و اثر بخشی لازم در اغلب بخش‌ها از جمله بخش بهداشت نتوانسته است خدمات مورد نیاز مردم را فراهم کند. معایب و مزایای این دو بخش باعث شد که سیاستگذاران به دنبال به کارگیری منابع، تجارب و مهارت‌های بخش خصوصی در مؤسسات دولتی یا مشارکت دولتی/ خصوصی باشند (جنتی و همکاران، ۲۰۱۴). بخش دولتی به دلایل متعددی مانند نیاز به تأمین منابع جدید، پیچیدگی و گسترش خدمات درمانی، تجهیزات و افزایش روز افزون قیمت‌ها و عدم وجود منابع کافی، ظرفیت ناکافی بخش دولتی در ارائه خدمات درمانی باکیفیت، اثر بخشی ناکافی در بخش دولتی در ازاء هزینه‌های انجام شده، به مشارکت با بخش خصوصی برای استفاده

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

از منابع، ظرفیت‌های مدیریتی و اجرائی بخش خصوصی و راهکارهای ابتکاری و ایجاد رقابت و لزوم افزایش بهره‌وری نیاز دارد (اسپیگارس و همکاران، ۲۰۰۹). از طرفی مشکلات مربوط به مدیریت دولتی نظیر ناکارایی، عدم پاسخگویی و کندی در تصمیم گیری باعث شده است که عده‌ای به فکر تجدید نظر در نحوه سازماندهی نظام سلامت و توجه دوباره به نقش بخش خصوصی باشند. بخش خصوصی نشان داده است که نسبت به نیازهای مشتریان پاسخ گویی بیشتری دارد و سریع‌تر نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد. از طرفی عده دیگری معتقدند سیاست‌های خصوصی‌سازی به افزایش بی‌عدالتی و آسیب دیدن همبستگی اجتماعی منجر خواهد شد. در این بین عده دیگری به دنبال راه‌حل‌های بینابینی هستند تا از معایب هر دو بخش پرهیز کنند و ویژگی‌های مثبت هر دو را یک جا جمع کنند (پرکر و همکاران، ۲۰۰۳).

یکی از این راه‌حل‌های بینابینی سیاستی است که وظایف حاکمیتی نظیر سیاست‌گذاری و راهبری در اختیار دولت باقی بماند، اما امور تصدی‌گری به بخش خصوصی واگذار شود. بدین ترتیب دولت که در نقش خریدار خدمت ظاهر می‌شود، به کارایی تخصیص و بخش خصوصی که در نقش ارائه دهنده خدمات ظاهر می‌شود به کارایی فنی توجه خواهد کرد (ویتر و همکاران، ۲۰۰۰). همراه با موج جهانی، این سیاست اصلاحی در ایران نیز مطرح شد. به عنوان مثال در تصویب نامه ۵۴۳۵ مورخ ۱۳۷۳/۰۴/۰۸ شورای عالی اداری (سابق) و بخشنامه‌های متعاقب آن؛ ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب (۱۳۸۰/۱۱/۲۷)، قانون برنامه‌های پنج ساله توسعه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی کشور به خصوص برنامه سوم و چهارم، قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶ (مواد ۱۳ و ۲۴)، آیین نامه‌های مالی معاملاتی دانشگاه‌ها (ماده ۲، ۵۵ و ۴۶) و دستورالعمل کاهش تصدی‌گری وزارت بهداشت (۱۳۹۲) به استفاده از تجارب بخش غیر دولتی، در ارائه و تأمین منابع خدمات سلامت در قالب کاهش تصدی‌گری دولت، اشاره شده است (کیانی و همکاران، ۲۰۲۲). اختیاراتی که بسیار محدود بود و گزارش رسمی از نحوه اجرای آنها ملاحظه نشده است.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

در کشورمان با ابلاغ «سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی» در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ و تصویب قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی ۱۳۸۷» محدودیت‌های صریحی برای فعالیت‌های دولت در نظر گرفته شد. حوزه سلامت نیز از این قاعده مستثنی نبود. امری که به موازات تصویب قانون و اجرا در سایر حوزه‌ها باید اجرایی می‌شد به موجب تحفظ یکساله در قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی» (موضوع تبصره ۲ جزء ج ماده ۳ قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی») ۱۵ سال به تأخیر افتاده است. تصویری نیز از تطبیق این حوزه با سیاست‌های کلی مذکور ملاحظه نمی‌شود. به عبارتی در این زمینه سؤالات متعدد، پیچیده با ابعاد متعددی وجود دارد که در حال حاضر فاقد پاسخ روشن، مصوب و ابلاغی است. حتی اگر قانونی هم به تصویب برسد، الگوی ویژه قابل اجرای در مورد فعالیت‌های متعدد دولت در این زمینه وجود ندارد. لذا هدف این پژوهش «ارائه الگویی برای کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت» با استفاده از بررسی مدل‌های اصلاح ساختار کاهش تصدی‌گری حوزه سلامت سایر کشورها و با استفاده از ابزار خصوصی‌سازی انتخاب شده است.

۲. مبانی نظری و مرور پژوهش

۲-۱. مبانی نظری

مدیریت دولتی نوین[1] دارای ویژگی‌های متعددی از جمله مدیریت مبتنی بر هدف، مدیریت منطقی بر اساس نظریه کنشگر منطقی شامل اصول کارایی و اثربخشی، تمرکز زدایی و شرکتی‌سازی است (تیکو[2]، ۲۰۲۱). مدل جدید مدیریت بخش عمومی که از آن با عنوان «مدیریت گرایی»، «پارادایم پسا بوروکراسی» و «دولت کارآفرین» مبتنی بر ایده‌های تولید شده در بخش خصوصی و ورود این ایده‌ها به بخش دولتی با هدف اثر بخشی و کارایی بیشتر، ایده‌ای مبتنی بر اصل انتخاب عمومی است که راه را برای برگرداندن هر چه بیشتر فعالیت‌ها به بخش خصوصی باز کرد. ایده‌ای که معتقد است با محدود

1. New Public Mnagement
2. Dorina Ticu

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

ساختن نقش دولت در عرضه کالاها و خدمات، کل اقتصاد منتفع خواهد شد. همچنین استدلال می‌کند که بازارها مکانیسم‌های بهتری برای پاسخ گویی دارند (نظم الاحسن و همکاران[1]، ۲۰۱۲).

تصدی به معنی عهده دار کاری شدن و مسئولیت کاری را پذیرفتن [2]به عنوان بخشی از اصلاح ساختاری در مدیریت دولتی نوین به نام «خصوصی‌سازی» تلقی می‌شود. در نتیجه باید آن را به عنوان یک فرآیند چند بعدی با اشکال سازمانی پیچیده و دارای عناصر کلیدی به هم مرتبط دانست (رحمان[3]، ۲۰۲۰). همچنین از نگاه هیوز[4] پنج اصل اساسی و مهمترین فلسفه این رشته را می‌توان؛ ۱) کوچک سازی، کاهش اندازه و دامنه دولت ۲) مدیریت گرایی، استفاده از پروتکل‌های تجاری در دولت ۳) عدم تمرکز، انتقال تصمیم گیری به دریافت کنندگان خدمات ۴) بوروکراسی زدایی، تجدید ساختار دولت برای تأکید بر نتایج به جای فرآیندها ۵) خصوصی‌سازی، هدایت تخصیص کالاها و خدمات دولتی به شرکت‌های خصوصی دانست.

همه این اصول به شدت بر تئوری بخش خصوصی و فلسفه کسب و کار تکیه دارند، اما با هدف به حداقل رساندن اندازه و دامنه فعالیت‌های دولتی است (نظم الاحسن و همکاران، ۲۰۱۲). در طول ۳۰ سال گذشته، بسیاری از کشورها از سیستم‌های مراقبت بهداشتی عمدتاً دولتی به ترکیبی از عمومی /خصوصی[5] تغییر وضعیت داده‌اند. مقررات زدایی، تجارت آزاد، کاهش تخصیص بودجه برای سلامت و رفاه اجتماعی و اقدامات ریاضتی برخی از مراحلی هستند که در بسیاری از استراتژی‌های اقتصادی در سراسر جهان برجسته شده‌اند. این امر منجر به موجی از

---

1. Nazmul Ahsan Kalimullah

۲. فرهنگ معین

3. Rahman

4. Hughes

۵. شکلی از تدارکات است که در سال ۲۰۰۴ تحت چارچوب بهترین منبع یابی ارائه شد . این امر سازمان های دولتی را تشویق می کند تا در صورت کارآمدتر بودن انجام این کار، ارائه دهندگان بخش خصوصی را در ارائه خدمات که به شکل غیر اصولی توسط بخش دولتی ارائه می شود ، را مشارکت دهند . مشارکت عمومی/خصوصی شکل دیگری از بهترین منبع یابی است که می تواند برای همکاری با بخش خصوصی برای ارائه خدمات، به ویژه خدماتی که نیاز به توسعه دارایی های فیزیکی جدید دارد ، استفاده شود.((MOF، ۲۰۱۲)

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

خصوصی‌سازی مراقبت‌های بهداشتی در جهان شده است. دولت نقش مشخصی در مراقبت‌های بهداشتی، به عنوان تأمین کننده مالی، سازمان دهنده و تنظیم کننده خدمات سلامت دارد (صدیکی و همکاران[1]، ۲۰۰۹).

دیدگاه (خصوصی‌سازی) به نظرات جیمز بوکان، آنتونی داونز، گوردون تولاک، فردریک فون هایک و میلتون فریدمن از مکتب شیکاگو تعلق دارد که معتقد هستند دولت تنها باید نقش حداقلی در جامعه داشته باشد. در ابتدایی‌ترین سطح، خصوصی‌سازی به انتقال مالکیت و مدیریت دارایی‌های دولتی به بخش خصوصی اشاره دارد. در حالی که خصوصی‌سازی به‌عنوان ابزاری توصیف شده است که توسط سازمان‌های بخش دولتی برای بهبود کارایی یا کاهش هزینه‌ها استفاده می‌شود، اما در معنایی وسیع‌تر به عنوان «فلسفه‌ای از دولت که از نقش بزرگ‌تری برای مشوق‌های بازار خصوصی حمایت می‌کند» و استفاده از مکانیسم رقابت در دستیابی به عموم اهداف تعریف می‌شود. اسکارپاسی[2] نیز معتقد است خصوصی‌سازی خدمات بهداشتی به ماهیت خاص درگیری بین دولت، بخش خصوصی، مصرف کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و سرمایه بستگی دارد. با این حال اکینسی[3] معتقد است استفاده از خصوصی‌سازی پتانسیل حل برخی از مشکلات سیستم‌های مراقبت بهداشتی؛ نه همه مشکلات را دارد. او معتقد است بر اساس تجربیات کشورهای مختلف به‌جای حذف کامل نقش دولت در مراقبت‌های بهداشتی، سیستم مشارکتی به درستی طراحی و مدیریت شده است. همچنین چند اقتصاددان، به ویژه کنت ارو، رابرت ایوانز و الی گینز برگ متقاعد شده‌اند که پارادایم رقابت بازار را نمی‌توان برای مراقبت‌های بهداشتی اعمال کرد و دلیل آن را سست بودن مفروضات کلیدی بازار رقابت از جمله دانش و تخصص از بهداشت و مراقبت‌های پزشکی، برای انتخاب آزادانه خدمات موجود در بازار توسط مصرف کنندگان، دانسته‌اند. همچنین گاردنر و شفلر[4] به دو عامل که می‌تواند اجرای هر طرح

1. Siddiqi
2. Scqrpaci
3. Akinci.fevzi
4. Gardner and Scheffler

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

خصوصی‌سازی را با مشکل مواجه کند، اشاره می‌کنند: الف) شکست کسانی که در حال طراحی و اجرای فرآیند هستند در درک (یا اعتماد، یا صبور بودن) اساسی فلسفه خصوصی‌سازی، که منجر به انگیزه‌های ساختار نادرست یا سایر نقص‌های طراحی می‌شود. ب) محدودیت‌های سیاسی، که حتی یک تلاش خصوصی‌سازی به خوبی طراحی شده را به خطر می‌اندازد (اکینسی[1]، ۲۰۰۲).

علاوه بر ابعاد مرتبط با حوزه حکمرانی، همچنین در مطالعات؛ در انتخاب روش‌های کاهش تصدی‌گری رویکرد صد درصد وجود ندارد. با وجود این که برخی از روش‌ها بهتر از بقیه‌اند و تعدادی هم به طور کلی پذیرفته شده هستند، تنها دسته بندی دقیق، برنامه زمان بندی و توالی مناسب امور است که می‌تواند موفقیت کار را تضمین کند. واقع بینی، انعطاف‌پذیری و تمایل به استفاده از راه‌حل‌ها و روش‌های جدید باید مورد توجه قرار گیرد (ولش. فرموند[2]، ۱۹۹۸).

اگر چه مفهوم «کاهش تصدی‌گری دولت» خود متضمن پذیرش تحدید نقش دولت است ولی برای ساخت الگوی مناسب، بررسی مبانی اصلاحات مذکور مشتمل بر نظام حکمرانی بخش سلامت و اعمال حاکمیتی و اعمال تصدیگری و روش‌های مورد اتخاذ برای کاهش تصدی‌گری، از اولویت برخورددار است. ادبیات حاکم بر نظام سلامت به طور خاص فراوان نیست. علاوه بر ویژگی‌های مذکور، موضوعات کلیدی شامل نقش دولت در مقابل بازار، نقش وزارتخانه بهداشت در مقابل سایر وزارتخانه‌های دولتی، نقش بازیگران درحکومت، سیستم‌های سلامت ایستا در مقابل پویا و رویکرد اصلاحات بهداشتی مبتنی بر حقوق اساسی شامل حوزه‌های نظارتی و ارزیابی، در نظر گرفته می‌شود. اصلاحات ساختار حوزه سلامت با تعریفی جدید از حکمرانی در این حوزه و نگاه به تغییر در نقش دولت با مدل‌های مختلف و تفاوت در اهداف، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرا، عمدتاً در کشورها مختلف با نظام‌های سیاسی متفاوت از دهه ۱۹۸۰ شروع شده است. برخی از کشورهایی که در این پژوهش مدل‌های آن مورد بررسی قرار گرفته است شامل شیلی (۱۹۹۰)، کلمبیا (۱۹۹۰)، مکزیک (۱۹۹۰)، بلغارستان (۱۹۸۹)، آلمان (۱۹۹۰)، اتحادیه اروپا

1. Akinci
2. Wech,Dick

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

(۱۹۷۰)، امریکای لاتین (۱۹۹۰)، سوئد (۱۹۹۰)، آمریکا، انگلستان (۱۹۹۲)، اسپانیا، برزیل، پاکستان، عربستان سعودی، لهستان (۱۹۸۹)، اسلواکی، هلند، هنگ کنگ، مالزی، سنگاپور، استرالیا (۱۹۹۰)، اندونزی (۱۹۸۶)، اکوادر (۱۹۹۸)، چک (۱۹۹۰)، مجارستان (۱۹۹۰)، هندوستان (در دو مرحله ۱۹۷۰ و ۱۹۹۰)، دانمارک، پرتغال، دولت‌های مدیترانه شرقی، چین، اسلوونی (۱۹۸۰)، ترکیه (۲۰۰۳) مشاهده شده است. همچنین گزارش اتحادیه اروپا، گزارش‌هایی از کشورهای امریکای لاتین و سازمان‌های جهانی مانند بهداشت جهانی و بانک جهانی مورد بررسی قرار گرفته است.

از جمله نکات قابل ملاحظه در پژوهش‌ها، توجه به این امر است که یکی از اهداف کاهش تصدی‌گری و یا خصوصی‌سازی در تجربه جهانی، کاهش بار مالی دولت است. در حوزه سلامت لزوماً این امر محقق نمی‌شود و یا در بلند مدت اتفاق می‌افتد. از نظر تئوری، تحت فرضیات سختگیرانه خاصی، خصوصی‌سازی باید تأثیر ناچیزی بر موقعیت مالی دولت حداقل در کوتاه مدت داشته باشد. دلیل تفکیک این امر منعطف بودن ابزار برای دستیابی به هدف قلمداد می‌شود. نهایتاً هیچ دستورالعمل واحدی که بتواند راهنمایی قاطعانه برای مرز بین عمومی و خصوصی، ارائه دهد وجود ندارد. اما در یک موضوع اجماع وجود دارد که باید به یک نقطه مشترک برای شروع دست یافت و اینکه حتی خصوصی‌سازی ناموفق ممکن است، بهتر از حفظ یک سیستم تحت سلطه دولت باشد که به وضوح کار نکند. همچنین تجزیه‌وتحلیل محتوای مطالعات انجام شده، موضوعات مختلفی از جمله تغییرات سیاستی، مدیریتی، حکمرانی، رویکردها، خصوصی‌سازی، اصلاحات بازار، اصلاح سیستم‌ها، قدرت عمومی، بیمه، سیاست‌های اقتصادی، رقابت، اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی، نحوه ارائه خدمات و حق انتخاب را نشان می‌دهد.

بررسی فرآیندهای خصوصی‌سازی در سایر کشورها و همچنین در کشورمان بر اساس تفسیر اصل ۴۴ قانون اساسی ابعاد، مؤلفه و شاخص‌های مختلفی را نشان می‌دهد. در مطالعات ملاحظه می‌شود موضوع ایجابی حکمرانی، پرداختن به ابعاد متعددی بوده که تفکیک وظایف حاکمیتی و تصدی‌گری، برای کاهش تصدی‌گری، مورد وفاق سیاستگذاران در خارج و داخل کشور است.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

ارتباط مستقیم این امر با اهداف، سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری، نقش مداخلات دولت و تنظیم‌گری برای کاهش تصدی‌گری دولت مشاهده شده است. تغییرات محیط اقتصادی در بحث سیاسی در مورد نقش دولت نیز مؤثر بوده است. همچنین برخی گزارشات به بررسی عملکرد سیاست‌های متخذه در این زمینه پرداخته است. شباهت‌هایی در سیاست‌ها، قوانین و روش‌ها در مدل‌های اصلاح ساختار سایر کشورها مشاهده شده، ولی هیچ نسخه یا مدل واحدی برای کاهش تصدی‌گری ملاحظه نمی‌شود. تنوع در اهداف و سیاست‌ها، قوانین و مقررات همچنین نحوه مداخله دولت و تنظیم مقررات برای نظارت بر نحوه ارائه خدمات و حفظ حقوق مالکیت و معامله، مشاهده شده است. علاوه بر تنوع، تغییر و بازمهندسی در سیاست‌ها و روش‌ها با توجه به اهداف مشاهده می‌شود.

۲-۲. پیشینه تحقیق

راثی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با موضوع چالش‌های برون‌سپاری ارائه خدمات سلامت به بخش خصوصی از دیدگاه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد نشان دادند که مسائل اقتصادی، ساختاری، نیروی انسانی، مسئولیت و پاسخ‌گویی، برنامه‌ریزی، کارایی و شرکت‌های خصوصی مهمترین چالش‌های طرح‌های برون‌سپاری ارائه خدمات سلامت هستند و این امر نیازمند ساختار دولتی توانمند و قوی است (راثی و همکاران، ۱۳۹۷).

عرب و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه بررسی معیارهای مهم در جلب مشارکت بخش خصوصی در احداث، تجهیز و بهره‌برداری بیمارستان با استفاده از مدل مشارکت دولتی/خصوصی دلایل استفاده از بخش خصوصی در حوزه سلامت را افزایش هزینه‌های مورد نیاز برای بازسازی، نگهداری و راه‌اندازی امکانات همگانی و افزایش محدودیت‌ها در بودجه‌های دولتی، داشتن نوآوری از طریق فرصت طلبی بخش خصوصی و همچنین مدیریت بهتر ریسک‌ها بر می‌شمارد. معیارهای زیادی شامل امکان بازگرداندن بخشی از هزینه‌های شرکت در مناقصه برای مناقصه‌گران، وضوح اهداف و مسئولیت، اشتراک و تخصیص ریسک صحیح و منصفانه بین طرفین، کاهش هزینه بخش دولتی از طریق کاهش تصدی‌گری، انگیزش بخش خصوصی،

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

مکانیزم روشن نظارت و حل اختلاف فیمابین و پشتیبانی سیاسی از سرمایه‌گذاری بخش خصوصی معیارهای مهم و حیاتی در جلب سرمایه‌گذاری بخش خصوصی هستند که لازم است در مناقصات و قراردادهای مشارکت، به آن‌ها توجه ویژه شود (عرب و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان اندازه‌گیری میزان و نحوه کاهش تصدی‌گری خدمات بیمارستانی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران، نشان می‌دهد که ۱۲درصد تصدی به بخش خصوصی واگذار شده است و مابقی همچنان در اختیار بخش دولتی بوده است. تصدی‌های واگذار شده نیز اغلب در حوزه خدمات پشتیبانی و کمتر مربوط به خدمات پاراکلینیک یا درمانی بوده است. به نظر می‌رسد عواملی نظیر نوع بیمارستان، نوع خدمات، بزرگی بیمارستان و حجم فعالیت آن، طول عمر آن، فرهنگ حاکم بر بیمارستان یا عوامل مشابه بر میزان اقدام به کاهش تصدی‌گری تأثیر گذار باشد (اکبری و همکاران، ۱۳۹۱).

یافته‌های پژوهش براتی مارنانی و همکاران (۱۳۸۴) با عنوان مطالعه تطبیقی خصوصی‌سازی با روش عقد قرارداد برای ارائه مراقبت‌های سلامتی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران حاکی از تأیید به کارگیری عقد قرارداد (در انواع مختلف) در زمینه خدمات پشتیبانی و پاراکلینیک بیمارستان‌ها، بیماریابی وکنترل بیماری‌های خاص، حمل ونقل بیمار و مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. همچنین استفاده از قراردادهای مبتنی بر عملکرد برای تخصیص بودجه بین سطوح مختلف نظام سلامت و بین سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها مورد تأیید قرار گرفت. اما استفاده از عقد قرارداد برای برون‌سپاری خدمات بالینی و عقد قراردادهای ساخت و مالکیت اداره مورد تأیید قرار نگرفت. نتایج پژوهش نشان می‌دهد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند از نقش خود در ارائه مراقبت‌های سلامتی کاسته و از مکانیسم عقد قرارداد برای خرید فعالانه خدمات سلامتی در عرصه‌های مختلف استفاده نماید بدون آنکه به نقش راهبری و سیاستگزاری آن خدشه وارد شود (براتی مارنانی و همکاران، ۱۳۸۴).

جنتی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه مدل‌های مشارکت دولتی/خصوصی، در حیطه کیفیت – اثر بخشی مدل مشارکت برون‌سپاری بالینی – در حیطه کارایی – مالی، مدل ساخت، مالکیت،

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

بهره‌برداری و در حیطه عدالت – دسترسی، مدل مشارکت برون‌سپاری خدمات بالینی را معرفی کردند. هر یک از مدل‌های مشارکت دولتی/خصوصی، پتانسیل ارتقای شاخص‌های عملکرد خاصی را دارند. چنانکه سیاست‌گذاران عرصه سلامت در برنامه‌ریزی‌های بیمارستانی تمایل به بهبود عملکرد بیمارستان‌های دولتی در زمینه خاصی داشته باشند لازم است با توجه به حیطه مدنظر، مدل مشارکت دولتی/خصوصی اولویت‌دار را برگزینند. همچنین علاوه بر موارد ذکر شده، اگرچه در خصوص عنوان مدل‌های مشارکت شواهدی در خصوص ارتقای کیفیت، کارایی و دسترسی به خدمات بیمارستانی موجود است. مشارکت اثر بخش نیازمند مدیریت صحیح و نظارت مداوم دولتی جهت دستیابی به نتایج مد نظر می‌باشد (جنتی و همکاران، ۱۳۹۳).

فورد و همکاران در سال ۱۹۹۹ در مطالعه‌ای ضمن بررسی عملکرد بیمارستان‌های دولتی در استرالیا و لزوم تغییر ساختار بیان می‌کنند که یکی از مهمترین اهداف خصوصی‌سازی افزایش اثر بخشی خدمات ارائه شده از طریق بهبود پاسخگویی و افزایش کیفیت خدمات ارائه شده می‌باشد. همچنین نشان داده شد که برای دستیابی به رویکرد سیاستی در موضوع استفاده از مشارکت و مدیریت بخش خصوصی نیاز است که بازیگران و ویژگی‌های آنها مورد شناسایی قرار گیرند (فورد و همکاران، ۱۹۹۹).

دیلون (۲۰۱۵) در مقاله‌ای به این نکته اشاره می‌کند که با وجود قلمرو گسترده سازمان بهداشت جهانی (WHO[1]) این سازمان با چالش‌هایی مواجه شده که برون‌سپاری را فرصت مناسبی برای مقابله با این چالش‌ها و اعمال بهتر نقش خود در قالب هماهنگی و نظارت می‌داند. به این ترتیب این سازمان گروه‌های مجری خدمات بهداشتی را به کار می‌گیرد. این استفاده از تخصص‌های بیرونی، اجازه می‌دهد WHO از طریق نوآوری‌های تکنولوژیک و روش‌های جدید، در عصر سرعت باقی بماند. از طرفی برون‌سپاری ممکن است اختیارات WHO را در زمینه اولویت‌های امنیت بهداشت جهانی تضعیف کند. همچنین باید گروه‌هایی را جذب کند که تحت هماهنگی وی کار کنند. با این حال اگر به میزان کافی ساختار و پشتیبانی مالی از طرف کشورهای عضو داده شود، WHO می‌تواند نقش

1. World Health Organization

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

رهبری خود را حفظ کند و پویاتر به عنوان معتمدترین نگهبان سلامت جهان ادامه دهد (دیلون، ۲۰۱۵).

گاسپارنین و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای تحت عنوان تحلیل معیارهای قرارداد برون‌سپاری در بخش دولتی و خصوصی بیان می‌کند رویکرد بخش دولتی به برون‌سپاری بر اساس مقررات است در حالی که در بخش خصوصی براساس استراتژی شرکت است. اکثریت معیارهای ساخت قرارداد برون‌سپاری در هر دو بخش مشابه است و شامل بهره‌وری هزینه، کاهش هزینه، مدیریت ریسک، بهبود کیفیت خدمات، افزایش بهره‌وری، دسترسی به منابع و مهارت‌ها، بهبود فرایند استاندارد و رضایت مشتری می‌باشد. نیازها و مشکلات هر دو بخش مشابه و شامل نیروی انسانی زیاد، ساختار گسترده و کارکردن با حجم زیاد داده‌ها می‌باشد که همین امر کمک می‌کند الگوی مشابه برون‌سپاری در هر دو بخش پیش بینی شود (گاسپارنین و همکاران، ۲۰۱۴).

عبدالرضا و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه چالش‌های اجرای طرح مشارکت عمومی/خصوصی درمالزی، این چالش‌ها را این گونه بر می‌شمارد: کاهش پاسخگویی پروژه، خطر بالا با تکیه بر بخش خصوصی، تعداد بسیار کمی از طرح‌ها در واقع به مرحله قرارداد رسیده (قبل از انعقاد قرارداد شکست خورده)، تأخیر به دلیل بحث سیاسی، افزایش پرداخت کاربران نهایی، موقعیت اشتغال کمتر، هزینه‌های مشارکت بالا، مقدار زیادی از زمان مدیریت صرف شده در معامله قرارداد، عدم تجربه و مهارت‌های مناسب، سردرگمی بین اهداف دولت و معیارهای ارزیابی، محدودیت‌های بیش از حد بر مشارکت تأخیر در مذاکرات، نبود رهنمودهای دولتی و روش‌های کار در مشارکت. از این بین، نبود رهنمودهای دولتی و روش‌های کار در مشارکت دولتی خصوصی، به عنوان مهم‌ترین عامل است که مانع از اجرای یک پروژه تلقی شد. عوامل بعدی به ترتیب اهمیت عبارتند از: تأخیر در مذاکرات، افزایش پرداخت کاربران نهایی، تأخیر به دلیل سیاسی و سردرگمی بین اهداف دولت و معیارهای ارزیابی. گزینه موقعیت اشتغال کمتر؛ کمترین اهمیت را داشت(عبدالرضا و همکاران، ۲۰۱۴).

لوسیر و پفیفر (۲۰۰۰)، در نتایج پژوهش خود به این نکات اشاره می‌نماید که با استفاده از روش‌های کاهش تصدی‌گری شاهد بروز مقررات‌زدایی، کاهش طبقات شغلی و سلسله مراتب

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

مادون و مافوق و در نتیجه استفاده مؤثر از منابع و نظارت به موقع و افزایش کارایی خواهیم بود. مدیریت سازمان‌های دولتی با واگذاری امور اجرایی به بخش غیردولتی، از درگیر شدن در جزئیات فارغ شده و بیشتر فرصت مناسب را جهت طراحی و اصلاح فرآیندها که فواید آن به عموم برمی‌گردد، صرف نمایند. البته مقاومت در برابر هر تغییر از جمله ورود بخش غیردولتی، طبیعی است و باید با برنامه‌ریزی پیش رفت (لوسیر و همکاران، ۲۰۰۰).

مدکر اصلاحات نظام سلامت در هند را این گونه بیان می‌کند: پس از خصوصی‌سازی، لیبرالیزاسیون و تمهیدات در زمینه مالی در طول سال‌های ۱۹۹۰ و سیاست‌های اقتصادی جدید، اصلاحاتی در طرح ۵ ساله دهم ایجاد کرد، قوانین بهداشتی درمانی برای بخش‌های خصوصی وضع شدند که به طور مستقیم سرمایه‌گذاری خارجی را جذب کردند. استراتژی سلامت سازمان بهداشت جهانی با موضوع سرمایه‌گذاری در سلامت به عنوان مسیری برای توسعه اقتصادی توسط کشورهای در حال توسعه اتخاذ شد و وزیر دارایی هند در سخنرانی بودجه سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۷ در دهمین طرح ۵ ساله، کشورش را فراخواند تا در سطح جهانی به یک «مقصد جهانی سلامت» تبدیل شود، به گونه‌ای که حمایت کننده فعالیت‌های اقتصادی و دیگر خدمات بهداشتی درمانی باشد. او همچنین در مطالعه خود مدل‌های همکاری دولت با بخش خصوصی را به این صورت گزارش می‌کنند:

۱) قراردادهای شمولی، بدان معناست که دولت فردی را به شکل موقت برای خدماتی استخدام می‌نماید. ۲) قراردادهای برون‌سپار، در این حالت دولت با پرداخت دستمزد به فرد خارج از سازمان وظایفی را به وی محول می‌نماید. ۳) سیستم ووچرینگ. ووچر سندی برای کالاها و خدمات تعریف شده و گواهی‌های پرداخت قابل مبادله می‌باشد. این امر شامل طراحی، توسعه و ارزش‌گذاری بسته‌های سلامت برای مشارکت‌ها/ شرایط خاص (بسته بارداری، نوجوانان، مشاوره‌های دوسویه، تست‌های آزمایشگاهی، رویه‌ها، پوشش‌ها و داروها برای شرایط خاص) در بیمارستان‌های مورد تأیید بوده و پس از ۲ الی ۳ ماه از زمان تهیه ووچر قابل استفاده خواهد بود. ۴) ون‌های سیار بهداشتی، این ون‌ها به روستاهای انتخاب شده رفته و خدماتی همچون مراقبت‌های

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

تولید مثل و بهداشت کودکان را در تاریخ‌های معین عرضه می‌نمایند. ۵) یارانه‌ها، دولت مبالغی را برای برخی افراد بخش خصوصی برای ارائه خدمات در نظر می‌گیرد. ۶) قراردادهای اجاره یا لیزینگ، دولت استفاده از تاسیسات و تجهیزات خود را به بخش خصوصی پیشنهاد می‌دهد. ۷) خصوصی‌سازی، دولت مالکیت یک سازمان بهداشتی دولتی را به بخش خصو صی یا گروهی خاص واگذار می‌نماید (مدکر و همکاران، ۲۰۱۴).

مطالعه انجام شده در مورد خصوصی‌سازی بخش سلامت در عربستان سعودی نشان می‌دهد که هم سازمان بهداشت جهانی و هم بانک جهانی از مشارکت‌های عمومی/خصوصی به عنوان راهی برای بهبود ارائه خدمات بهداشتی حمایت کرده‌اند. برای تقویت خصوصی‌سازی، دولت به دنبال ایجاد تغییراتی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مشارکت عمومی/خصوصی و خصوصی‌سازی یکی از ۲۸ شهر پزشکی تا سال ۲۰۲۰ است. دولت در نظر دارد ۲۲۵۹ مرکز بهداشتی اولیه (PHCs[1])را خصوصی‌سازی کند. دولت می‌خواهد به برنامه‌ریزی، نظارت و مالکیت این مؤسسات ادامه دهد، اما بار مدیریت این مؤسسات را به بخش خصوصی منتقل خواهد کرد (رحمان، ۲۰۲۰).

استان، در مطالعه دیگری بر روی ۱۵ کشور اروپایی با موضوع خصوصی‌سازی سلامت در اروپا به این نتایج دست یافت که هم «مدیریت دولتی جدید» و هم عدم سرمایه‌گذاری دولتی راه را برای مشارکت فزاینده بخش خصوصی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی هموار کرده‌اند. اقدامات مدیریت عمومی جدید شامل معرفی بازارهای داخلی از طریق تقسیم خریدار–ارائه‌دهنده، شاخص‌های عملکرد، معیارسنجی و روش‌های جدید مبتنی بر مورد تأمین مالی بیمارستان. (کنار گذاشتن تدریجی دولت از تأمین کالا و تأمین مالی خدمات بهداشتی. اقدامات مدیریت عمومی جدید شامل معرفی بازارهای داخلی از طریق تقسیم خریدار– ارائه‌دهنده، شاخص‌های عملکرد، معیارسنجی، و روش‌های جدید مبتنی بر تأمین مالی بیمارستان (استان و ارن،۲۰۲۱).

1. Primary Health Care

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

۳-۲. نوآوری تحقیق

با وجود گذشت ۱۸ سال از ابلاغ سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و بعد از ۱۶ سال از تصویب قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی» هنوز مطابق با سیاست‌ها برای بخش سلامت، لایحه جدید به تصویب نرسیده و معیاری برای اندازه‌گیری میزان کاهش تصدی‌گری و پایش نحوه اجرای آن در این حوزه معرفی نشده است. مطالعاتی که قصد داشته‌اند حجم(میزان) واگذاری‌ها را نشان دهند، به تعداد قراردادهای واگذاری در چارچوب قوانین و مقررات فعلی که عمدتاً محدود به برون سپاری و اجاره است، اشاره نموده که این تصویر در مقایسه با اهداف سیاست و قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی از نظر میزان کاهش تصدی‌گری و دستیابی به سیاست‌های کلی مغفول و ناقص است. بر این اساس پژوهشگر بر آن شد تا با نگاهی به تجربه اصلاح ساختار حوزه سلامت در سایر کشورها، به طراحی الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در بخش سلامت بپردازد.

جدول ۱. خط مشی‌های متخذه در پژوهش‌های خارجی

سیاست	راهبردها
تمرکز زدایی	از طریق انتقال مسئولیت‌ها و وظایف به سطوح پایین‌تر سازمانی و یا سایر نهادها و همچنین با انتقال وظایف به سطوح ناحیه ایی و منطقه ایی
کاهش تصدی‌گری، خصوصی‌سازی	از طریق انتقال مالکیت و مدیریت با اتخاذ روش‌های متعدد از فروش تا مشارکت عمومی / خصوصی
توسعه بخش خصوصی (افزایش سهم در اقتصاد ملی)	صدور مجوزها برای سرمایه گذاری در حوزه‌هایی که تا قبل از آن ممنوعیت‌هایی برای آن اتخاذ می‌شده است مشارکت بخش خصوصی در مدیریت صندوق‌های مراقبت بهداشت عمومی تبدیل صندوق‌های غیر انتفاعی بیماری به بیمه خصوصی سرمایه گذاری بخش خصوصی در بخش آموزش و خدمات اجتماعی مراقبت‌های بهداشتی افزایش سهم تخت‌ها در بیمارستان‌های خصوصی امکانات هتلینگ و گردشگری پزشکی خصوصی

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

سیاست	راهبردها
تشویق مردم به بهره مندی از خدمات خصوصی	از طریق ارائه مشوق‌های مالیاتی و غیره به مردم برای خرید بیمه درمانی خصوصی تبدیل سیستمی که عمدتاً از طریق مالیات تأمین می‌شده به سیستمی مبتنی بر بیمه درمانی اجباری

مأخذ: یافته‌های پژوهش

جدول ۲. مقایسه عمده‌ترین روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت کشور، بر اساس قوانین و مقررات فعلی، اصل ۴۴ قانون اساسی و مدل سایر کشورها

روش‌های فعلی در حوزه سلامت کشور *	بر اساس قوانین و مقررات اصل۴۴ قانون اساسی**	بر اساس تجربه سایر کشورها
خرید خدمات از بخش غیر دولتی	واگذاری (فروش ۱۰۰ درصد بنگاه)	واگذاری ۱۰۰ درصد بیمارستان‌ها – فروش عمومی سهام
مشارکت با بخش غیر دولتی (مشارکت یا اجاره)	فروش سهم، سهم الشرکه، حق تقدم ناشی از سهام و سهم الشرکه	تأسیس مراکز مراقبت اولیه خصوصی
واگذاری مدیریت به بخش غیر دولتی	فروش دارایی	پیمان مدیریت بیمارستان‌های دولتی
تفویض اختیار به مدیران بخش دولتی	اجاره	اجاره مراکز درمانی
	اجاره به شرط تملیک	تجاری سازی (شرکتی سازی)
	پیمان مدیریت (محدودیت یکساله)	پیمان مدیریت
	انحلال	قرارداد خرید خدمت درمانی
	ادغام	اجاره با حق خرید
	تجزیه	استفاده از بودجه عمومی از طریق ارائه خدمت بخش خصوصی
	تحصیل	اجاره بلند مدت (بیش از ۱۵ سال) تغییر مدیریت
	بهره برداری	ادغام
	حقوق مالکانه	خودگردانی

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

روش‌های فعلی در حوزه سلامت کشور *	بر اساس قوانین و مقررات اصل۴۴ قانون اساسی**	بر اساس تجربه سایر کشورها
	مشارکت عمومی /خصوصی (ماده ۳ و ۱۹)	انواع روش‌های مشارکتPPP عمومی /خصوصی
	خرید خدمات مالی، فنی و مهندسی و مدیریتی (گروه ۳ ماده ۲ قانون)	برون سپاری
	سهام ترجیحی کارکنان و مدیران متخصص (ماده ۲۰)	فروش اموال غیر ضروری به بخش خصوصی
	هبه یا صلح غیر معوض	ارائه خصوصی خدمات مراقبت بلندمدت با بودجه دولتی برای جمعیت سالمندان
		سیستم ووچرینگ (به موجب سندی برای ارزش گذاری بسته‌های سلامت)
		ون‌های سیار بهداشتی (روستاها)
		یارانه سرانه به بخش خصوصی برای ارائه خدمت
		فروش زیرساخت‌ها به سرمایه‌گذاران خصوصی
		مشارکت بخش خصوصی در مدیریت صندوق‌های مراقبت بهداشت عمومی
		خصوصی‌سازی طرح‌های بیمه عمومی از طریق تأمین خصوصی
		استفاده از فناوری مانند پلتفرم‌های موبایل سلامت برای ارائه مشاوره‌های بهداشتی نامحدود در ازای یک پرداخت ثابت

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

روش‌های فعلی در حوزه سلامت کشور *	بر اساس قوانین و مقررات اصل۴۴ قانون اساسی**	بر اساس تجربه سایر کشورها
		خصوصی‌سازی غیرانتفاعی: شامل انتقال یا تبدیل یک بیمارستان دولتی به غیرانتفاعی است
		تبدیل صندوق‌های غیر انتقاعی بیماری به بیمه خصوصی
		قرارداد خدمات مراقبت‌های بهداشتی عمومی
		افزایش سهم تخت‌ها در بیمارستان‌های خصوصی
		سرمایه گذاری بخش خصوصی در بخش آموزش و خدمات اجتماعی مراقبت‌های بهداشتی
		واگذاری بخش‌های مربوط به سلامت روان
		خصوصی‌سازی بخش مراقبت‌های سرپایی
		کمک هزینه برای برخی از خدمات از جمله مراقبت از دندان
		انتقال مالکیت داروخانه
		افزایش سرمایه بخش خصوصی در واحدهای دولتی

*دستورالعمل واگذاری خدمات سلامت (انجام امور تصدی‌گری موسسه دولتی) شماره ۱۰۵/۶۸۵/د مورخ ۱۳۹۲/۲/۴ مصوبه داخلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**قوانین و مقررات اصل ۴۴ قانون اساسی موضوع مواد ۳،۲ و ۱۹ قانون «اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی»

مأخذ: یافته‌های پژوهش

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

جدول ۳. ابعاد، مؤلفه و شاخص‌های استخراج شده

از فرآیندهای داخلی و پژوهش‌های خارجی کاهش تصدی‌گری دولت (حوزه حکمرانی)

ابعاد	مؤلفه	شاخص
هدف	اقتصادی	کارایی و بهره وری اقتصادی
		اانتقال مالکیت به بخش خصوصی
		اانتقال مدیریت به بخش خصوصی
		کاهش نقش دولت در اقتصاد
		رقابت پذیری اقتصاد
		افزایش سهم بخش خصوصی در اقتصاد ملی
		افزایش درآمدهای دولت
	اجتماعی	پاسخ به زمان انتظار طولانی و تقاضای دسترسی و سرعت خدمات
		افزایش مشارکت مردم در فعالیت‌های اقتصادی
		بهبود وضعیت سلامت
		ترویج حق انتخاب فردی
	مدیریتی	انتقال مسئولیت ارائه خدمات به بخش خصوصی
		کاهش بار مالی و مدیریتی دولت
سیاست‌های کلی	حکمرانی	حکمرانی نظام سلامت پدیده‌ای چند وجهی و پیچیده است که پیش زمینه آن اجرای راهبردهای امور حاکمیتی، امو قراردادی و امور مشارکتی است
		لزوم تدوین خط مشی
		ارتباط منطقی بین دولت، بخش خصوصی، مصرف کنندگان بهداشتی و سرمایه
		تطبیق هدف «کاهش تصدی‌گری دولت» حوزه سلامت با سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی
		اساس برنامه اصلاحات سلامت، رقابت، آزاد سازی و تمرکز زدایی است
		در حکمرانی خوب، مسئولیت هدایت، نظارت، مقررات زدایی، تنظیم‌گری و تضمین رقابت به عهده دولت است

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

ابعاد	مؤلفه	شاخص
	سیاست‌گذاری حوزه سلامت	لزوم ترسیم چشم انداز استراتژیک
		لزوم تعیین دقیق حدود و ثغور فعالیت دولت در حوزه سلامت
		برنامه‌های بازتوزیعی برای گروه‌های خاص از طریق توانمند سازی دولت برای خرید خدمت باید وجود داشته باشد
		نظر در مورد این گزاره «خدمات مراقبت‌های بهداشتی نمایانگر کالای خصوصی است»
		اتخاذ رویکردهای «سیاست محور»
		اتخاذ سیاست «تقاضا محور»(انتخاب و پاسخگویی)
		اتخاذ سیاست «عرضه محور»(کارایی، صرفه‌جویی در هزینه)
		بخش خصوصی جایگزین دولت
		بخش خصوصی مکمل دولت
		قابلیت اطمینان واطلاعات موجود برای تدوین سیاست‌های این حوزه کافی نیست
		الزام کاهش سطح عمومی ارائه خدمات
		حضور دولت در شرایط انحصار، عوامل خارجی و کالاهای عمومی
		عدم دخالت دولت در همه حوزه‌ها باید یکسان باشد
	استراتژی	خصوصی‌سازی کامل
		خصوصی‌سازی جزئی
		اتخاذ سیاست بیگ بنگ۱ (محدودیت زمان در اجرای برنامه‌ها)(نمونه روسیه و اروپای شرقی)
		اتخاذ روش تدریجی در برنامه‌ها (نمونه چین از طریق آزمون و خطا و تعدیل‌های میان دوره‌ای)
قانونگذاری (رویه‌های	قانونگذاری	لزوم تدوین قانون جدید برای ترسیم نحوه اجرای

۱. Big Bang؛ اصطلاحی که برای توصیف رویکرد دولت تاچر به اصلاح خدمات بهداشت ملی بریتانیا (NHS) ابداع شد. منعکس کننده اعتقاد سیاستمداران حاکم است که تغییرات اساسی و سیستمی مورد نیاز است. (A.S .Preker 2003)

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

ابعاد	مؤلفه	شاخص
اجرایی، قراردادها، نقش‌ها، قوانین و مقررات)		سیاست
		الزام به کاهش یارانه پنهان و آشکار
		ضرورت تصویب قانون تعارض منافع در حوزه سلامت
		الزام به تعریف صریح حوزه سلامت و شناسایی و تفکیک فعالیت‌های آن
		الزام به شناسایی وتفکیک صنایع وابسته به حوزه سلامت
		نیازمند چاچوب نظارتی برای فعالیت در بازار مراقبت‌های بهداشتی هستیم
		تغییرات ایجاد شده توسط بخش خصوصی باید مورد نظارت قرار گیرد (دسترسی، پرداخت ها، انتخاب‌ها، حقوق صاحبان سهام...)
		نیازمند نظام حقوقی و قضایی قدرتمند مبتنی بر حقوق مالکانه
	رویه‌های اجرایی، قراردادها، نقش‌ها	رویه‌های اجرایی، قراردادها، نقش‌ها، استراتژی‌ها که به غیر از قوانین و مقررات است؛ باید دقیق و شفاف تدوین شود
		آیا صرف تصویب روش‌های مشارکت عمومی / خصوصی می‌تواند در این هدف مؤثر باشد
		کلیه قوانین و مقررات صدور مجوز و ورود بخش خصوصی و سایر اشکال مقرراتی مرتبط، باید مورد بازنگری قرار گیرد
نقش مداخلات دولت	حدود مداخلات دولت	تبیین نقش تسهیل گری و حمایتی دولت برای مشوق‌های بازار خصوصی همه حوزه‌ها
		کارایی و نوآوری بخش خصوصی اغلب با دخالت دولت از طریق مقررات مختل می‌شود
		لزوم محدودیت نقش دولت به تفکیک فعالیت
		لزوم محدودیت نقش دولت به تفکیک بازار
	نقش دولت	نقش دولت داوری است
		حضور دولت در شرایط انحصار، عوامل خارجی و کالاهای عمومی
		دولت ضامن برقراری رقابت در این حوزه است

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

ابعاد	مؤلفه	شاخص
		دولت گرایی اقتصادی یا مداخله گرایی دولتی، یک چشم انداز سیاست اقتصادی است که به مداخله دولت در روند بازار برای اصلاح بازارها و بهبود رفاه عمومی مردم کمک می‌کند
تنظیم‌گری ۱	نظارت بر عملکرد ارائه کنندگان خدمات	تنظیم‌گری مؤلفه حکمرانی خوب است
		رفع موانع ورود بخش خصوصی،جلوگیری از تبانی قیمت و بهبود اطلاعات برای مصرف کنند گان برای جلوگیری از انحصار الزامی است
		انحصار در هیچ بخشی قابل قبول نیست و بخش‌های تنظیم گر باید این امر را ملاحظه کند
		فرآیند حل تعارضات در بازار این حوزه باید تدقیق گردد
		نیازمند مدیریت توازن بخش دولتی و خصوصی و سازوکارهای نظارتی حساس و خاص
	نظام حقوقی	کلیه قوانین و مقررات صدور مجوز و ورود بخش خصوصی و سایر اشکال مقرراتی مرتبط، باید مورد بازنگری قرار گیرد
		نیازمند نظام حقوقی و قضایی اختصاصی برای رسیدگی به موضوعات اخلال رقابتی در این حوزه هستیم
		نیازمند نهاد تنظیم‌گری سه جانبه متشکل از دولت، ارائه کنندگان خدمات (بخش خصوصی) و مصرف کنندگان جهت حفاظت و صیانت از حقوق هر سه رکن هستیم

مأخذ: یافته‌های پژوهش

۱. حکمرانی، مجموعه گسترده‌ای از ظرفیت‌ها و منابع برای اعمال قدرت بر دامنه گسترده‌ای از فعالین دولتی، غیر دولتی و فراملی است و تنظیم گری فرآیندی است که زمینه را برای اعمال حکمرانی فراهم می‌کند. هدف از این مداخلات ایجاد «کنترل عمومی» بر ارائه کنندگان خدمات برای تضمین «منفعت عمومی» است. از ویژگی‌های رویکرد جدید «حکمرانی تنظیم گرانه» می‌توان به استفاده گسترده از ابزارهای انگیزشی و طراحی بازار و تأکید بر سهم بازار به مثابه اقتدار تنظیم گرانه، تعاملی و توافقی بودن، سیاست محور بودن، فرا اقتصادی بودن و وجود نگاه فراملی اشاره کرد. (امامیان، ۱۳۹۷)

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

۳. روش شناسی پژوهش

هدف این مطالعه «طراحی الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت در تطبیق با سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی است». پژوهش حاضر، از نظر گردآوری داده‌ها (آمیخته با استفاده از داده‌های کیفی و کمی) است. در این پژوهش از اطلاعات دست اول و دست دوم استفاده شد. اطلاعات دست اول این پژوهش با اخذ نظر از صاحب‌نظران متخصص و مرتبط و همچنین استفاده از پرسش‌نامه و روش دلفی است. همچنین اطلاعات دست دوم در بخش اسنادی از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و سایر منابع دیجیتال حاصل از بررسی ادبیات پژوهش و مدل‌های اصلاح ساختار کشورهای مختلف، قوانین و مقررات اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی و سایر قوانین و مقررات داخلی که منجر به شناسایی ابعاد، مؤلفه،شاخص‌ها و همچنین روش‌های کاهش تصدی‌گری در حوزه سلامت شده است. این مطالعه در پاسخ به سؤالات تحقیق به شرح زیر انجام شده است :

- ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت چگونه است ؟
- روابط میان ابعاد و مؤلفه‌ها و شاخص‌های کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت چگونه است؟
- روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت و سطح بندی آن کدامند؟

نتیجه بررسی فوق در قالب چارچوب نظری استخراج و مدل تحلیلی شامل تعیین متغیرها در قالب ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مرتبط و همچنین روش‌های کاهش تصدی‌گری طراحی گردید. از اطلاعات مذکور ۲ پرسش‌نامه مجزا برای ساخت بخش تکمیلی و اجرایی الگو، طراحی شد. مبنای پرسش‌نامه اول ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌ها (نماگرها) و پرسش‌نامه دوم روش‌های کاهش تصدی‌گری بود. همچنین در پرسش‌نامه دوم طبقه بندی عمده‌ترین فعالیت‌های دولت در

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

حوزه سلامت بر اساس کد ISIC[1] انتخاب و در مرحله پیمایش به کار گرفته شد. پیش‌نویس پرسش‌نامه و روش ممیزی توسط پنج نفر از متخصصین و خبرگان از طریق مصاحبه حضوری، مکتوب و سایر وسایل ارتباطی انجام و روایی و پایایی پرسش‌ها ملاحظه و ساختار نهایی پرسش‌نامه‌ها استخراج شد. پرسش‌نامه‌ها با استفاده از روش دلفی بین ۲۰ نفر از متخصصین و خبرگان مورد نظر که به روش قضاوتی انتخاب شده بودند، توزیع و نظرسنجی شد. نهایتاً برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی پژوهش از روش معادلات ساختاری با استفاده از روش ترکیبی ISM-DEMATEL برای تبیین روابط بین ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌ها (پرسش‌نامه اول) و روش آنتروپی شانون برای اولویت‌بندی روش‌های کاهش تصدی‌گری (پرسش‌نامه دوم) بهره برده شد.

۴. تجزیه و تحلیل یافته‌ها

۴-۱. یافته‌های کیفی پژوهش

در پاسخ به سؤال اول پژوهش مربوط به شناسایی ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های کاهش تصدی‌گری دولت طی مطالعه‌ای عمیق، داده‌های مربوط به پیشینهٔ مطالعات و مدل‌های اصلاح ساختار کشورها در حوزه سلامت با هدف کاهش تصدی‌گری دولت به‌دست آمده است. همچنین از روش فراترکیب[2] برای بررسی نظام مند پژوهش‌های مذکور برای دستیابی به ابعاد وسپس شاخص‌های متنوع در پاسخ به سؤالات مرتبط بهره برده شده است. بر اساس مبانی نظری و پیشینه مطالعات در مجموع ۵ بعد و ۵۷ شاخص و ۹روش کاهش تصدی‌گری با بیشترین فراوانی در بین روش‌های کاهش تصدی‌گری در مدل‌های سایر کشورها و درتطبیق با قوانین فعلی کشور برای آزمون فرایندهای انجام کار انتخاب شد. ۵ (بعد) شامل هدف، سیاست‌گذاری، قانونگذاری، مداخلات دولت و تنظیم گیری در پاسخ به انتظارات از نقش دولت و تحدید فعالیت آن بوده که با سؤالات دستیابی به هر یک در قالب شاخص‌ها ترکیب شد. ملاک دستیابی به ابعاد و شاخص‌ها، فراوانی

1. International Standard Industrial Classificationsds

سیستم بین المللی طبقه بندی استاندارد صنایع

2. Meta-Synthesis

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

آن در مدل‌های سایر کشورها در پاسخ به سؤالات مطرح بوده است. این بخش مسیر حکمرانی خوب در الگوی پیشنهادی را ترسیم می‌کند.



ترسیم نمادین ازالگو کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت

۲-۴. یافته‌های کمی پژوهش

۱-۲-۴. مدل سازی ترکیبی ISM- DEMATEL (پرسش‌نامه اول)

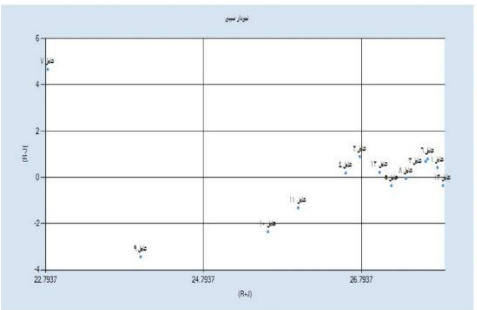
در این قسمت پژوهش برای بررسی سؤال دوم پژوهش موضوع روابط میان ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت از مراحل مختلف روش ترکیبی ISM-DEMATEL در قالب تعیین روابط علت و معلولی میان عوامل مؤثر استفاده شد.

بعد هدف

با توجه به شکل ۱ که بیانگر شاخص‌ها (نشانگرهای) بعد هدف است، مشاهده می‌شود عواملی نظیر: افزایش سهم بخش خصوصی در اقتصاد ملی (۶)، انتقال مدیریت به بخش خصوصی (۳)، کارایی و بهره وری اقتصادی (۱)، انتقال مالکیت به بخش خصوصی (۲) افزایش درآمدهای دولت

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

(۷) و انتقال مسئولیت ارائه خدمات به بخش خصوصی (۱۲) با کسب مقادیر مثبت (R-J) به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر کاهش بار مالی و مدیریتی دولت (۱۳)، پاسخ به زمان انتظار طولانی و تقاضای دسترسی و سرعت خدمات (۸)، رقابت پذیری اقتصاد (۵)، کاهش نقش دولت در اقتصاد(۴)، افزایش مشارکت مردم در فعالیت‌های اقتصادی (۹)، بهبود وضعیت سلامت (۱۰) و ترویج حق انتخاب فردی (۱۱) با کسب مقادیر منفی (R-J) به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند.



ب

نشانگر	معرف در مدل
کارایی و بهره وری اقتصادی	عامل ۱
انتقال مالکیت به بخش خصوصی	عامل ۲
انتقال مدیریت به بخش خصوصی	عامل ۳
کاهش نقش دولت در اقتصاد	عامل ٤
رقابت پذیری اقتصاد	عامل ٥
افزایش سهم بخش خصوصی در اقتصاد ملی	عامل ٦
افزایش درآمدهای دولت	عامل ۷
پاسخ به زمان انتظار طولانی و تقاضای دسترسی و سرعت خدمات	عامل ۸
افزایش مشارکت مردم در فعالیت های اقتصادی	عامل ۹
بهبود وضعیت سلامت	عامل ۱۰
ترویج حق انتخاب فردی	عامل ۱۱
انتقال مسئولیت ارائه خدمات به بخش خصوصی	عامل ۱۲
کاهش بار مالی و مدیریتی دولت	عامل ۱۳

الف

شکل ۱. الف) عامل‌ها و معرفی کدهای هر عامل مربوط به نشانگرهای بعد هدف
ب) میزان تعامل و شدت اثرگذاری میان عوامل در بعد هدف

بعد سیاست‌های کلی

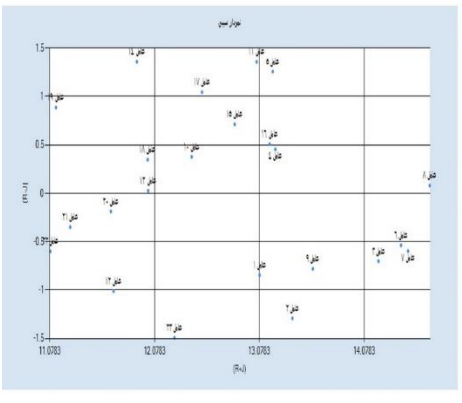
بررسی نتایج شاخص‌ها (نشانگرهای) سیاست‌های کلی (شکل ۲) نشان می‌دهد که عواملی نظیر؛ عامل ۱۴ (بخش خصوصی جایگزین دولت)، عامل ۱۱ (اتخاذ رویکردهای «سیاست محور»)، عامل۵ (اساس برنامه اصلاحات سلامت، رقابت، آزادسازی و تمرکززدایی است)، عامل ۱۷ (الزام کاهش سطح عمومی ارائه خدمات)، عامل ۱۹ (برنامه‌های باز توزیعی برای گروه‌های خاص از طریق توانمندسازی دولت برای خرید آن خدمت باید وجود داشته باشد)، عامل ۱۵ (بخش خصوصی مکمل دولت)، عامل ۱۶ (قابلیت اطمینان واطلاعات موجود برای تدوین سیاست‌های

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

این حوزه کافی نیست)، عامل ۴ (تطبیق هدف «کاهش تصدی‌گری دولت» حوزه سلامت با سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی)، عامل ۱۰ (نظرم در مورد این گزاره «خدمات مراقبت‌های بهداشتی نمایانگر کالای خصوصی است»)، عامل ۱۸ (حضور دولت در شرایط انحصار، عوامل خارجی و کالاهای عمومی)، عامل ۸ (لزوم تعیین دقیق حدود و ثغور فعالیت دولت در حوزه سلامت) و عامل ۱۳ (اتخاذ سیاست «عرضه محور» (کارایی، صرفه‌جویی در هزینه)) با کسب مقادیر مثبت (R-J) به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر؛ عامل ۲۰ (خصوصی‌سازی کامل)، عامل ۲۱ (خصوصی‌سازی جزئی)، عامل ۶ (در حکمرانی خوب، مسئولیت هدایت، نظارت، مقررات‌زدایی، تنظیم‌گری و تضمین رقابت به عهده دولت است)، عامل ۷ (لزوم ترسیم چشم‌انداز استراتژیک)، عامل ۲۲ (اتخاذ سیاست بینگ بنگ (محدودیت زمان در اجرای برنامه‌ها، عامل ۳ (ارتباط منطقی بین دولت، بخش خصوصی، مصرف کنندگان بهداشتی و سرمایه)، عامل ۹ (برنامه‌های بازتوزیعی برای گروه‌های خاص از طریق توانمندسازی دولت برای خرید آن خدمت باید وجود داشته باشد)، عامل۱ (حکمرانی نظام سلامت پدیده‌ای چند وجهی و پیچیده است که پیش زمینه آن اجرای راهبردهای امور حاکمیتی، امو قراردادی و امور مشارکتی است)، عامل ۱۲ (اتخاذ سیاست «تقاضا محور» (انتخاب و پاسخگویی))، عامل ۲ (لزوم تدوین خط مشی) و عامل ۲۳ (اتخاذ روش تدریجی در برنامه‌ها (نمونه چین از طریق آزمون و خطا و تعدیل‌های میان دوره‌ای)) با کسب مقادیر منفی (R-J) به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند.

عامل ۱	حکمرانی نظام سلامت پدیده ای چند وجهی و پیچیده است که پیش زمینه آن اجرای راهبردهای امور حاکمیتی ،امو قراردادی و امور مشارکتی است
عامل ۲	لزوم تدوین خط مشی
عامل ۳	ارتباط منطقی بین دولت ، بخش خصوصی ، مصرف کنندگان بهداشتی و سرمایه
عامل ٤	تطبیق هدف «کاهش تصدی گری دولت » حوزه سلامت با سیاست های کلی اصل ٤٤ قانون اساسی
عامل ٥	اساس برنامه اصلاحات سلامت، رقابت ، آزاد سازی و تمرکز زدایی است
عامل ٦	در حکمرانی خوب ،مسئولیت هدایت ، نظارت ، مقررات زدایی، تنظیم گری و تضمین رقابت به عهده دولت است
عامل ۷	لزوم ترسیم چشم انداز استراتژیک
عامل ۸	لزوم تعیین دقیق حدود و ثغور فعالیت دولت در حوزه سلامت
عامل ۹	برنامه های بازتوزیعی برای گروه های خاص از طریق توانمند سازی دولت برای خرید آن خدمت باید وجود داشته باشد
عامل ۱۰	نظرم در مورد این گزاره «خدمات مراقبت های بهداشتی نمایانگر کالای خصوصی است »
عامل ۱۱	اتخاذ رویکرد های «سیاست محور»
عامل ۱۲	اتخاذ سیاست «تقاضا محور»(انتخاب و پاسخگویی)
عامل ۱۳	اتخاذ سیاست «عرضه محور»(کارایی، صرفه جویی در هزینه)
عامل ۱٤	بخش خصوصی جایگزین دولت
عامل ۱٥	بخش خصوصی مکمل دولت
عامل ۱٦	قابلیت اطمینان و اطلاعات موجود برای تدوین سیاست های این حوزه کافی نیست
عامل ۱۷	الزام کاهش سطح عمومی ارائه خدمات
عامل ۱۸	حضور دولت در شرایط انحصار، عوامل خارجی و کالاهای عمومی
عامل ۱۹	عدم دخالت دولت در همه حوزه ها باید یکسان باشد
عامل ۲۰	خصوصی سازی کامل
عامل ۲۱	خصوصی سازی جزئی
عامل ۲۲	اتخاذ سیاست بینگ بنگ (محدودیت زمان در اجرای برنامه ها)(نمونه روسیه و اروپای شرقی)
عامل ۲۳	اتخاذ روش تدریجی در برنامه ها(نمونه چین از طریق آزمون و خطا و تعدیل های میان دوره ای)

الف



ب

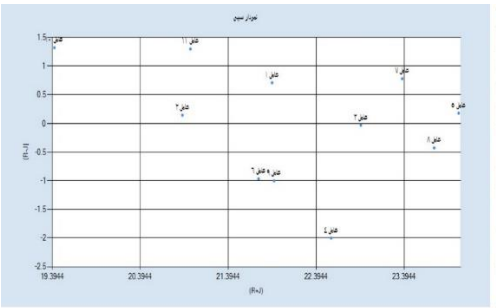
[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

شکل ۲. الف) عامل‌ها و معرفی کدهای هر عامل مربوط به نشانگرهای سیاست‌های کلی
ب) میزان تعامل و شدت اثرگذاری میان عوامل در نشانگرهای سیاست‌های کلی

بعد قانون‌گذاری

نتایج حاصل از بررسی شاخص‌ها (نشانگرهای) قانون‌گذاری (شکل ۳) نشان داد عواملی نظیر؛ لزوم تدوین قانون جدید برای ترسیم نحوه اجرای سیاست (۱)، الزام به کاهش یارانه پنهان و آشکار (۲)، الزام به شناسایی و تفکیک صنایع وابسته به حوزه سلامت (۵)، تغییرات ایجاد شده توسط بخش خصوصی باید مورد نظارت قرار گیرد (دسترسی، پرداخت‌ها، انتخاب‌ها، حقوق صاحبان سهام...)(۷)، آیا صرف تصویب روش‌های مشارکت عمومی/خصوصی می‌تواند در این هدف مؤثر باشد (۱۰) و کلیه قوانین و مقررات صدور مجوز و ورود بخش خصوصی و سایر اشکال مقرراتی مرتبط، باید مورد بازنگری قرار گیرد (۱۱) با کسب مقادیر مثبت (R-J) به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر؛ ضرورت تصویب قانون تعارض منافع در حوزه سلامت (۳)، الزام به تعریف صریح حوزه سلامت و شناسایی و تفکیک فعالیت‌های آن (۴)، نیازمند چارچوب نظارتی برای فعالیت در بازار مراقبت‌های بهداشتی هستیم (۶)، نیازمند نظام حقوقی و قضایی قدرتمند مبتنی بر حقوق مالکانه هستیم (۸) و رویه‌های اجرایی، قراردادها، نقش‌ها، استراتژی‌ها که به غیر از قوانین و مقررات است؛ باید دقیق و شفاف تدوین شود (۹) با کسب مقادیر منفی (R-J) به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند.



ب

لزوم تدوین قانون جدید برای ترسیم نحوه اجرای سیاست	عامل ۱
الزام به کاهش یارانه پنهان و آشکار	عامل ۲
ضرورت تصویب قانون تعارض منافع در حوزه سلامت	عامل ۳
الزام به تعریف صریح حوزه سلامت و شناسایی و تفکیک فعالیت های آن	عامل ٤
الزام به شناسایی و تفکیک صنایع وابسته به حوزه سلامت	عامل ٥
نیازمند چاچوب نظارتی برای فعالیت در بازار مراقبت های بهداشتی هستیم	عامل ٦
تغییرات ایجاد شده توسط بخش خصوصی باید مورد نظارت قرار گیرد(دسترسی، پرداخت ها ، انتخاب ها، حقوق صاحبان سهام..)	عامل ۷
نیازمند نظام حقوقی و قضایی قدرتمند مبتنی بر حقوق مالکانه هستیم	عامل ۸
رویه های اجرایی ، قراردادها ، نقش ها ، استراتژی ها که به غیر از قوانین و مقررات است ، باید دقیق و شفاف تدوین شود	عامل ۹
آیا صرف تصویب روش های مشارکت عمومی / خصوصی می تواند در این هدف موثر باشد	عامل ۱۰
کلیه قوانین و مقررات صدور مجوز و ورود بخش خصوصی و سایر اشکال مقرراتی مرتبط، باید مورد بازنگری قرار گیرد	عامل ۱۱

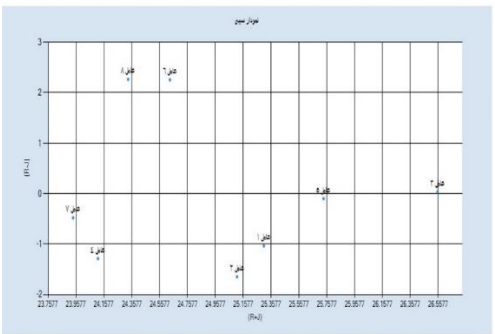
الف

شکل ۳. الف) عامل‌ها و معرفی کدهای هر عامل مربوط به نشانگرهای قانونگذاری (رویه‌های اجرایی، قراردادها، نقش‌ها، قوانین و مقررات) ب) میزان تعامل و شدت اثرگذاری میان عوامل در نشانگرهای قانونگذاری.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

بعد نقش مداخلات دولت

با توجه به شکل ۴ که بیانگر شاخص‌ها (نشانگرهای) نقش مداخلات دولت می‌باشد، مشاهده می‌شود عواملی نظیر؛ نقش دولت داوری است(۶)، دولت‌گرایی اقتصادی یا مداخله‌گرایی دولتی، یک چشم‌انداز سیاست اقتصادی است که به مداخله دولت در روند بازار برای اصلاح بازارها و بهبود رفاه عمومی مردم کمک می‌کند (۸) و لزوم محدودیت نقش دولت به تفکیک فعالیت (۳) با کسب مقادیر مثبت (R-J) به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر؛ تبیین نقش تسهیل‌گری و حمایتی دولت برای مشوق‌های بازار خصوصی همه حوزه‌ها (۱)، کارایی و نوآوری بخش خصوصی اغلب با دخالت دولت از طریق مقررات مختل می‌شود (۲)، لزوم تعیین محدوده نقش دولت به تفکیک بازار (۴)، حضور دولت در شرایط انحصار، عوامل خارجی و کالاهای عمومی(۵) و دولت ضامن برقراری رقابت در این حوزه است (۷) با کسب مقادیر منفی (R-J) به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند.



ب

عامل ۱	تبیین نقش تسهیل گری و حمایتی دولت برای مشوق های بازار خصوصی همه حوزه ها
عامل ۲	کارایی و نوآوری بخش خصوصی اغلب با دخالت دولت از طریق مقررات مختل می شود
عامل ۳	لزوم محدودیت نقش دولت به تفکیک فعالیت
عامل ٤	لزوم تعیین محدوده نقش دولت به تفکیک بازار
عامل ٥	حضور دولت در شرایط انحصار، عوامل خارجی و کالاهای عمومی
عامل ٦	نقش دولت داوری است
عامل ۷	دولت ضامن برقراری رقابت در این حوزه است
عامل ۸	دولت گرایی اقتصادی یا مداخله گرایی دولتی ، یک چشم انداز سیاست اقتصادی است که به مداخله دولت در روند بازار برای اصلاح بازارها و بهبود رفاه عمومی مردم کمک می کند

الف

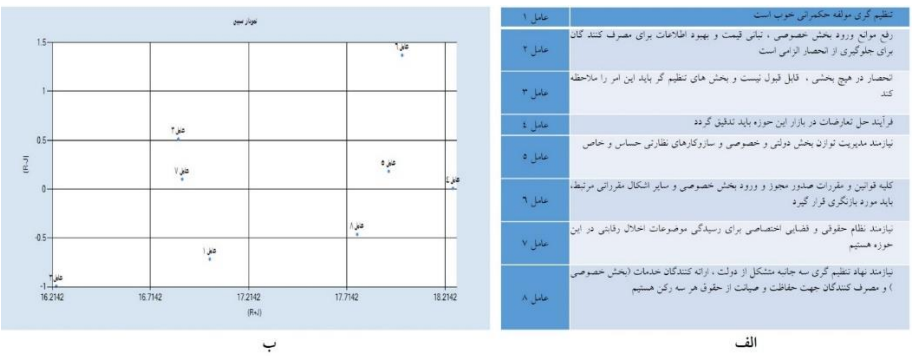
شکل ۴. الف) عامل‌ها و معرفی کدهای هر عامل مربوط به نشانگرهای نقش مداخلات دولت
ب) میزان تعامل و شدت اثرگذاری میان عوامل در نشانگرهای نقش مداخلات دولت

بعد تنظیم‌گری

با توجه به نتایج حاصل از بررسی شاخص‌ها (نشانگرهای) تنظیم‌گری که در شکل ۵ نشان داده شده است، مشاهده می‌شود که عواملی نظیر؛ کلیه قوانین و مقررات صدور مجوز و ورود بخش

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

خصوصی و سایر اشکال مقرراتی مرتبط، باید مورد بازنگری قرار گیرد (۶)، انحصار در هیچ بخشی، قابل قبول نیست و بخش‌های تنظیم‌گر باید این امر را ملاحظه کند (۳)، نیازمند مدیریت توازن بخش دولتی و خصوصی و سازوکارهای نظارتی حساس و خاص (۵)، نیازمند نظام حقوقی و قضایی اختصاصی برای رسیدگی موضوعات اخلال رقابتی در این حوزه هستیم (۷) و فرآیند حل تعارضات در بازار این حوزه باید تدقیق گردد (۴) با کسب مقادیر مثبت (R-J) به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر؛ نیازمند نهاد تنظیم‌گری سه جانبه متشکل از دولت، ارائه کنندگان خدمات (بخش خصوصی) و مصرف کنندگان جهت حفاظت و صیانت از حقوق هر سه رکن هستیم (۸)، تنظیم‌گری مؤلفه حکمرانی خوب است (۱) و رفع موانع ورود بخش خصوصی، تبانی قیمت و بهبود اطلاعات برای مصرف کنندگان برای جلوگیری از انحصار الزامی است (۲) با کسب مقادیر منفی (R-J) به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند.



شکل ۵. الف) عامل‌ها و معرفی کدهای هر عامل مربوط به نشانگرهای تنظیم‌گری
ب) میزان تعامل و شدت اثرگذاری میان عوامل در نشانگرهای تنظیم‌گری

وزن‌دهی و اولویت‌بندی مؤلفه‌های الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت

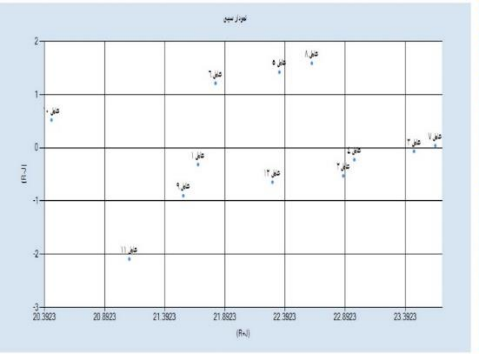
با توجه به شکل ۶ که نشان‌دهنده مؤلفه‌های الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت می‌باشد عواملی نظیر؛ رویه‌های اجرایی، قراردادها، نقش‌ها (۸)، سیاست‌گذاری حوزه سلامت (۵)،

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

استراتژی (۶)، نقش دولت (۱۰) و قانون‌گذاری (۷) با کسب مقادیر مثبت (R-J) به ترتیب اهمیت به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر؛ مدیریتی (۳)، حکمرانی (۴)، اقتصادی (۱)، اجتماعی و فرهنگی (۲)، نظام حقوقی (۱۲)، حدود مداخلات دولت (۹) و نظارت بر عملکرد ارائه کنندگان خدمات (۱۱) با کسب مقادیر منفی (R-J) به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند.

مؤلفه ها	معرف
اقتصادی	عامل ۱
اجتماعی و فرهنگی	عامل ۲
مدیریتی	عامل ۳
حکمرانی	عامل ٤
سیاست گذاری حوزه سلامت	عامل ٥
استراتژی	عامل ٦
قانونگذاری	عامل ۷
رویه های اجرایی، قراردادها ، نقش ها	عامل ۸
حدود مداخلات دولت	عامل ۹
نقش دولت	عامل ۱۰
نظارت بر عملکرد ارائه کنندگان خدمات	عامل ۱۱
نظام حقوقی	عامل ۱۲

الف



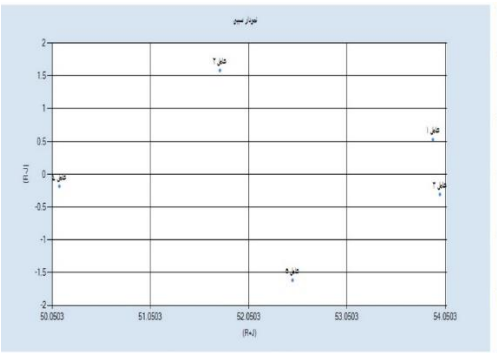
ب

شکل ۶. الف) عامل‌ها و معرفی کدهای هر عامل مربوط به مؤلفه‌های الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت
ب) میزان تعامل و شدت اثرگذاری میان عوامل در مؤلفه‌های الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت

وزن‌دهی و اولویت‌بندی ابعاد الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت

نتایج حاصل از بررسی ابعاد الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت که در شکل ۷ نشان داده شده است عواملی نظیر؛ سیاست‌های کلی (۲) و هدف (۱) با کسب مقادیر مثبت (R-J) به ترتیب اهمیت به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر؛ تنظیم‌گری (۵)، قانون‌گذاری (۳) و نقش مداخلات دولت (۴) با کسب مقادیر منفی (R-J) به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]



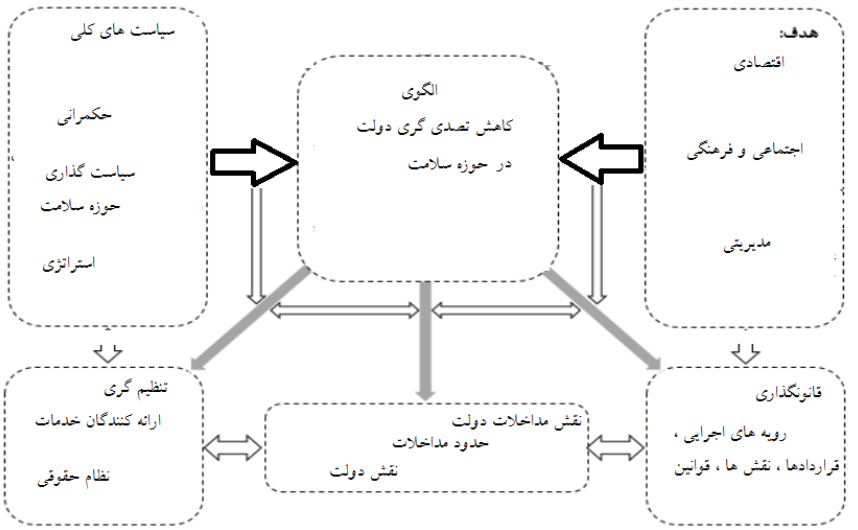
ب

متغیرها (ابعاد)	معرف
هدف	عامل ۱
سیاست های کلی	عامل ۲
قانونگذاری	عامل ۳
نقش مداخلات دولت	عامل ٤
تنظیم گری	عامل ٥

الف

شکل ۷. الف) عامل‌ها و معرفی کدهای هر عامل مربوط به ابعاد الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت
ب) میزان تعامل و شدت اثرگذاری میان عوامل در ابعاد الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت

ساخت الگو بر مبنای روش ISM-DEMATEL



شکل ۸. الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

۲-۲-۴. روش آنتروپی شانون (پرسش‌نامه دوم)

نتایج حاصل از بررسی روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، براساس فعالیت واحد

این بخش در پاسخ به سؤال سوم مربوط به شناسایی روش‌های کاهش تصدی‌گری، تحلیل انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، براساس فعالیت واحد، مورد توجه است. بدین منظور برای رسیدن به این هدف، ابتدا فراوانی‌های به‌دست آمده از مؤلفه‌های مورد سؤال درجداول تهیه شده جایگزین شدند. سپس داده‌های این جداول براساس مرحله اول روش آنتروپی شانون به صورت داده‌های بهنجار شده درآمدند. بر اساس مرحله اول روش آنتروپی شانون، ضریب اهمیت هر یک از شاخص‌ها به‌دست آمد.

جدول ۴ میزان توجه به انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، شامل دو بخش حوزه سلامت و خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت را بر اساس فعالیت و واحد نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول زیر مشاهده می‌شود از مجموع ۴۱۶ واحد ضبط شده، بیشترین واحد یعنی ۱۰ واحد ضبط به روش «فروش (انتقال مالکیت)» اختصاص یافته است. بیشترین میزان توجه به این روش مربوط به «کلیه خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت» شامل فعالیت‌های تجاری، ساخت محصولات و تجهیزات پزشکی» می‌باشد. این درحالی است که هیچ اشاره‌ای به شاخص «مشارکت عمومی/خصوصی» در فعالیت‌ها مربوط به «کلیه واحدهای آموزشی و کلیه واحدهای پژوهشی و تحقیقاتی از خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت» نشده است. اینک با توجه به فراوانی‌های به‌دست آمده (این فراوانی‌ها به منظور اجرای سایر مراحل تجزیه و تحلیل شانون ضروری است) مرحله بعدی روش شانون (داده‌های بهنجار) اجرا گردیده و نتایج در جداول ذیل ارائه می‌شود.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

جدول ۴. ماتریس تصمیم میزان توجه به انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، براساس فعالیت و واحد

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	فعالیت و واحد									
	انواع بیمارستان‌های عمومی و تخصصی	خدمات بهداشتی و درمانی (، مراکز بهداشت، مراکز طب سنتی، کلینک و درمانگاه، مطب، اورژانس، خدمات سرپایی	پارا کلینک و تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی...)	خدمات پیشگیری (واکسیناسیو ن، غربالگری، دهان و دندان و...)	خدمات بازتوانی (فیزیوتراپی و...)	خدمات توانبخشی (کاردرمانی و....)	خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت			
							داروخانه، انبارها، سردخانه‌ها، واحده‌های خرده فروش و عمده فروشی، محصولات دارویی، پزشکی و صنایع وابسته	ساخت دارو، واکسن، سرم، پالایشگاه خون...)	کلیه فعالیت‌ها و صنایع وابسته به حوزه سلامت شامل فعالیت‌های تجاری، ساخت محصولات و تجهیزات پزشکی	کلیه واحدهای آموزشی	کلیه واحدهای پژوهشی و تحقیقاتی
فروش (انتقال مالکیت)	۴	۹	۷	۲	۵	۵	۹	۹	۱۰	۷	۷
اجاره	۵	۳	۵	۴	۶	۵	۶	۴	۳	۲	۳
اجاره به شرط تملیک	۴	۲	۵	۳	۵	۳	۴	۳	۴	۳	۳
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۸	۷	۵	۸	۷	۷	۴	۴	۳	۳	۴
خرید خدمت بخشی از فعالیت	۳	۶	۷	۶	۶	۶	۴	۵	۳	۷	۷

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	فعالیت و واحد									
	انواع بیمارستان‌های عمومی و تخصصی	خدمات بهداشتی و درمانی (، مراکز بهداشت، مراکز طب سنتی، کلینک و درمانگاه، مطب، اورژانس، خدمات سرپایی	پارا کلینک و تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی...)	خدمات پیشگیری (واکسیناسیو ن، غربالگری، دهان و دندان و...)	خدمات بازتوانی (فیزیوتراپی و...)	خدمات توانبخشی (کاردرمانی و....)	خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت			
							داروخانه، انبارها، سردخانه‌ها، واحده‌های خرده فروش و عمده فروشی، محصولات دارویی، پزشکی و صنایع وابسته	ساخت دارو، واکسن، سرم، پالایشگاه خون...)	کلیه فعالیت‌ها و صنایع وابسته به حوزه سلامت شامل فعالیت‌های تجاری، ساخت محصولات و تجهیزات پزشکی	کلیه واحدهای آموزشی	کلیه واحدهای پژوهشی و تحقیقاتی
واحد (برون سپاری)											
مشارکت عمومی/خصوصی	۷	۲	۳	۱	۲	۲	۱	۳	۲	۰	۰
خودگردانی	۳	۵	۵	۲	۳	۴	۳	۲	۲	۲	۲
شرکتی یا تجاری سازی	۴	۳	۴	۴	۳	۳	۴	۵	۴	۲	۲
فروش بخشی از سهام	۵	۳	۳	۲	۳	۴	۵	۷	۵	۳	۳
کل هرستون	۴۳	۴۰	۴۴	۳۲	۴۰	۳۹	۴۰	۴۲	۳۶	۲۹	۳۱
کل واحدها	۴۱۶										

مأخذ: یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج به دست آمده از داده‌های بهنجار توجه به انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، براساس فعالیت و واحد، ابتدا اولویت انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت را به تفکیک فعالیت و واحد، ارائه می‌کنیم و در نهایت مقدار آنتروپی (Ej) و وزن معیار (Wj) انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت را در کل برای اولویت‌بندی ارائه می‌دهیم (جدول ۵).

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

جدول ۵. داده‌های بهنجار توجه به انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، براساس فعالیت و واحد

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	فعالیت و واحد										
	انواع بیمارستان‌های عمومی و تخصصی	خدمات بهداشتی و درمانی (، مراکز بهداشت، مراکز طب سنتی، کلینک و درمانگاه، مطب، اورژانس، خدمات سرپایی	پارا کلینک و تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی...)	خدمات پیشگیری (واکسیناسیون، غربالگری، دهان و دندان و...)	خدمات بازتوانی (فیزیوتراپی و...)	خدمات توانبخشی (کاردرمانی و....)	خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت				
							داروخانه، انبارها، سردخانه‌ها، واحدهای خرده فروش و عمده فروشی، محصولات دارویی، پزشکی و صنایع وابسته	ساخت دارو، واکسن، سرم، پالایشگاه خون...)	کلیه فعالیت‌ها و صنایع وابسته به حوزه سلامت شامل فعالیت‌های تجاری، ساخت محصولات و تجهیزات پزشکی	کلیه واحدهای آموزشی	کلیه واحدهای پژوهشی و تحقیقاتی
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۰۹۳۰	۰.۲۲۵	۰.۱۶۲۷	۰.۰۶۲۵	۰.۱۲۵	۰.۱۲۸۲	۰.۲۲۵	۰.۲۱۴۲	۰.۲۷۷۷۷۸	۰.۲۴۱۳	۰.۲۲۵۸۰۶
اجاره	۰.۱۱۶۲	۰.۰۷۵	۰.۱۱۶۲	۰.۱۲۵	۰.۱۵	۰.۱۲۸۲	۰.۱۵	۰.۰۹۵۲	۰.۰۸۳۳۳۳	۰.۰۶۸۹	۰.۰۹۶۷۷۴
اجاره به شرط تملیک	۰.۰۹۳۰	۰.۰۵	۰.۱۱۶۲	۰.۰۹۳۷۵	۰.۱۲۵	۰.۰۷۶۹	۰.۱	۰.۰۷۱۴	۰.۱۱۱۱۱۱	۰.۱۰۳۴	۰.۰۹۶۷۷۴
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۱۸۶۰	۰.۱۷۵	۰.۱۱۶۲	۰.۲۵	۰.۱۷۵	۰.۱۷۹۴	۰.۱	۰.۰۹۵۲	۰.۰۸۳۳۳۳	۰.۱۰۳۴	۰.۱۲۹۰۳۲

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	فعالیت و واحد										
	انواع بیمارستان‌های عمومی و تخصصی	خدمات بهداشتی و درمانی (، مراکز بهداشت، مراکز طب سنتی، کلینک و درمانگاه، مطب، اورژانس، خدمات سرپایی	پارا کلینک و تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی...)	خدمات پیشگیری (واکسیناسیون، غربالگری، دهان و دندان و...)	خدمات بازتوانی (فیزیوتراپی و...)	خدمات توانبخشی (کاردرمانی و....)	خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت				
							داروخانه، انبارها، سردخانه‌ها، واحدهای خرده فروش و عمده فروشی، محصولات دارویی، پزشکی و صنایع وابسته	ساخت دارو، واکسن، سرم، پالایشگاه خون...)	کلیه فعالیت‌ها و صنایع وابسته به حوزه سلامت شامل فعالیت‌های تجاری، ساخت محصولات و تجهیزات پزشکی	کلیه واحدهای آموزشی	کلیه واحدهای پژوهشی و تحقیقاتی
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون سپاری)	۰.۰۶۹۷	۰.۱۵	۰.۱۶۲۷	۰.۱۸۷۵	۰.۱۵	۰.۱۵۳۸	۰.۱	۰.۱۱۹۰	۰.۰۸۳۳۳۳	۰.۲۴۱۳	۰.۲۲۵۸۰۶
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۱۶۲۷	۰.۰۵	۰.۰۶۹۷	۰.۰۳۱۲۵	۰.۰۵	۰.۰۵۱۲	۰.۰۲۵	۰.۰۷۱۴	۰.۰۵۵۵۵۶	۰	۰
خودگردانی	۰.۰۶۹۷	۰.۱۲۵	۰.۱۱۶۲	۰.۰۶۲۵	۰.۰۷۵	۰.۱۰۲۵	۰.۰۷۵	۰.۰۴۷۶	۰.۰۵۵۵۵۶	۰.۰۶۸۹	۰.۰۶۴۵۱۶
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۹۳۰	۰.۰۷۵	۰.۰۶۹۷	۰.۱۲۵	۰.۰۷۵	۰.۰۷۶۹۲۳	۰.۱	۰.۱۱۹۰	۰.۱۱۱۱۱۱	۰.۰۶۸۹	۰.۰۶۴۵۱۶
فروش بخشی از سهام	۰.۱۱۶۲	۰.۰۷۵	۰.۰۶۹۷	۰.۰۶۲۵	۰.۰۷۵	۰.۱۰۲۵	۰.۱۲۵	۰.۱۶۶۶	۰.۱۳۸۸۸۹	۰.۱۰۳۴	۰.۰۹۶۷۷۴

مأخذ: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد انواع بیمارستان‌های عمومی و تخصصی (جدول ۶) نشان می‌دهد که پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی) در واحد انواع بیمارستان‌های عمومی و تخصصی با مقدار ۰/۱۸۶، مشارکت عمومی/خصوصی با مقدار ۰/۱۶۲ و اجاره و فروش بخشی از سهام هر کدام با مقدار ۰/۱۱۶ در اولویت اول و دوم و سوم روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، قرار دارد.

جدول ۶. اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد انواع بیمارستان‌های عمومی و تخصصی

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	داده‌های بهنجار و اولویت	
	داده‌های بهنجار	اولویت
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۱۸۶	اول
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۱۶۲۷	دوم
اجاره	۰.۱۱۶۲	دوم
فروش بخشی از سهام	۰.۱۱۶۲	سوم
اجاره به شرط تملیک	۰.۰۹۳	چهارم
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۹۳	پنجم
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۰۹۳	ششم
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	۰.۰۶۹۷	ششم
خودگردانی	۰.۰۶۹۷	هفتم

مأخذ: یافته‌های پژوهش

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

نتایج حاصل از اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد خدمات بهداشتی و درمانی نشان می‌دهد که فروش (انتقال مالکیت) در واحد «خدمات بهداشتی و درمانی، مراکز بهداشت، مراکز طب سنتی، کلینک و درمانگاه، مطب، اورژانس، خدمات سرپایی» با مقدار ۰/۲۲۵، پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی) با مقدار ۰/۱۷۵ و خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری) با مقدار ۰/۱۵ در اولویت اول و دوم و سوم روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، قرار دارد (جدول ۷).

جدول ۷. اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد خدمات بهداشتی و درمانی (مراکز بهداشت، مراکز طب سنتی، کلینک، درمانگاه، مطب، اورژانس و خدمات سرپایی)

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	داده‌های بهنجار و اولویت	
	داده‌های بهنجار	اولویت
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۲۲۵	اول
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۱۷۵	دوم
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	۰.۱۵	سوم
خودگردانی	۰.۱۲۵	چهارم
اجاره	۰.۰۷۵	پنجم
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۷۵	پنجم
فروش بخشی از سهام	۰.۰۷۵	پنجم
اجاره به شرط تملیک	۰.۰۵	ششم
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۰۵	ششم

مأخذ: یافته‌های پژوهش

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

نتایج حاصل از اولویت بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «پاراکلینیک و تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی...)» نشان می‌دهد که فروش (انتقال مالکیت) و خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)، با مقدار ۰/۱۶۲، در اولویت اول روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، قرار دارد (جدول ۸).

جدول (۸): اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «پاراکلینیک و تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی...)»

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	داده‌های بهنجار و اولویت	
	داده‌های بهنجار	اولویت
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۱۶۲۷۹۱	اول
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	۰.۱۶۲۷۹۱	اول
اجاره	۰.۱۱۶۲۷۹	دوم
اجاره به شرط تملیک	۰.۱۱۶۲۷۹	دوم
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۱۱۶۲۷۹	دوم
خودگردانی	۰.۱۱۶۲۷۹	دوم
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۰۶۹۷۶۷	سوم
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۶۹۷۶۷	سوم
فروش بخشی از سهام	۰.۰۶۹۷۶۷	سوم

مأخذ: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات پیشگیری (واکسیناسیون، غربالگری، دهان، دندان و...)» نشان می‌دهد مشارکت عمومی/خصوصی،

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

فروش بخشی از سهام، به ترتیب با مقدار ۰/۲۵ و ۰/۱۸۷ در اولویت اول و دوم روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، قرار دارد (جدول ۹).

جدول ۹. اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات پیشگیری (واکسیناسیون، غربالگری، دهان و دندان و...)»

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	داده‌های بهنجار و اولویت	
	داده‌های بهنجار	اولویت
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۰۶۲۵	پنجم
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۰۳۱۲۵	ششم
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	۰.۰۶۲۵	پنجم
اجاره	۰.۰۶۲۵	پنجم
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۹۳۷۵	چهارم
اجاره به شرط تملیک	۰.۱۲۵	سوم
خودگردان	۰.۱۲۵	سوم
فروش بخشی از سهام	۰.۱۸۷۵	دوم
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۲۵	اول

مأخذ: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات بازتوانی (فیزیوتراپی و...)» نشان می‌دهد پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی) با مقدار ۰/۱۷۵، در اولویت اول روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، قرار دارد (جدول ۱۰).

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

جدول ۱۰. اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات بازتوانی (فیزیوتراپی و...)»

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	داده‌های بهنجار و اولویت	
	داده‌های بهنجار	اولویت
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۱۲۵	سوم
اجاره	۰.۱۵	دوم
اجاره به شرط تملیک	۰.۱۲۵	سوم
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۱۷۵	اول
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	۰.۱۵	دوم
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۰۵	پنجم
خودگردانی	۰.۰۷۵	چهارم
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۷۵	چهارم
فروش بخشی از سهام	۰.۰۷۵	چهارم

مأخذ: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات توانبخشی (کاردرمانی و....)» نشان می‌دهد، پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی) با مقدار ۰/۱۷۹، در اولویت اول روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، قرار دارد (جدول ۱۱).

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

جدول ۱۱. اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات توانبخشی (کاردرمانی و....)»

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	داده‌های بهنجار و اولویت	
	داده‌های بهنجار	اولویت
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۱۲۸۲۰۵	سوم
اجاره	۰.۱۲۸۲۰۵	سوم
اجاره به شرط تملیک	۰.۰۷۶۹۲۳	پنجم
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۱۷۹۴۸۷	اول
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	۰.۱۵۳۸۴۶	دوم
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۰۵۱۲۸۲	ششم
خودگردانی	۰.۱۰۲۵۶۴	چهارم
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۷۶۹۲۳	پنجم
فروش بخشی از سهام	۰.۱۰۲۵۶۴	چهارم

مأخذ: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت» نشان می‌دهد که در این زمینه، روش فروش (انتقال مالکیت) با مقدار ۰/۲۳۶، روش خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری) با مقدار ۰/۱۵۳ و روش فروش بخشی از سهام با مقدار ۰/۱۲۶؛ در اولویت‌های اول تا سوم روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، قرار دارند (جدول ۱۲).

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

جدول ۱۲. اولویت‌بندی انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت در واحد «خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت»

انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت	داده‌های بهنجار و اولویت	
	داده‌های بهنجار	اولویت
فروش (انتقال مالکیت)	۰.۲۳۶۸۵	اول
اجاره	۰.۰۹۸۸۶۲	پنجم
اجاره به شرط تملیک	۰.۰۹۶۵۵۲	ششم
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	۰.۱۰۲۲۱	چهارم
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	۰.۱۵۳۹۱۳	دوم
مشارکت عمومی/خصوصی	۰.۰۳۰۳۹۷	نهم
خودگردانی	۰.۰۶۲۳۳۱	هشتم
شرکتی یا تجاری سازی	۰.۰۹۲۷۲۸	هفتم
فروش بخشی از سهام	۰.۱۲۶۱۵۶	سوم

مأخذ: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از میزان توجه به انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، براساس فعالیت و واحد نشان می‌دهد که بیشترین ضریب اهمیت (وزن معیار (Wj))، مربوط به روش «مشارکت عمومی/خصوصی» در رتبه اول، روش «فروش (انتقال مالکیت)» در رتبه دوم، روش «خودگردانی» در رتبه سوم می‌شود و کمترین ضریب اهمیت مربوط به روش «اجاره به شرط تملیک» می‌باشد (جدول ۱۳). نمودار ۱ اوزان نهایی شاخص‌ها را نشان می‌دهد.

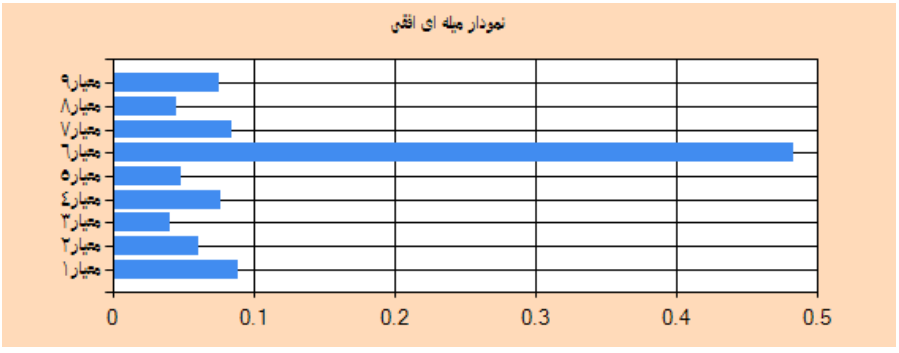
[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

جدول ۱۳. مقادیر به‌دست آمده (گام‌ها) میزان توجه به انواع روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت، براساس فعالیت و واحد

مؤلفه	نشانگر در نمودار	آنتروپی مقدار (Ej)	وزن معیار (Wj)
فروش (انتقال مالکیت)	معیار ۱	۰.۰۲۹۲۱۷	۰.۰۴۰۰۷۷
اجاره	معیار ۲	۰.۰۱۹۸۷۷	۰.۰۹۶۰۳
اجاره به شرط تملیک	معیار ۳	۰.۰۱۳۲	۰.۰۳۵۶۰۹
پیمان مدیریت (خدمات خصوصی، مالکیت دولتی)	معیار ۴	۰.۰۲۵۱۷۹	۰.۱۲۳۵۲۵
خرید خدمت بخشی از فعالیت واحد (برون‌سپاری)	معیار ۵	۰.۰۱۵۷۳۲	۰.۰۵۲۲۸۱
مشارکت عمومی/خصوصی	معیار ۶	۰.۱۵۹۴۴۱	۰.۰۴۴۵۶۶
خودگردانی	معیار ۷	۰.۰۲۷۸۵۷	۰.۰۸۱۱۳۱
شرکتی یا تجاری سازی	معیار ۸	۰.۰۱۴۶۷۵	۰.۰۶۸۰۵۳
فروش بخشی از سهام	معیار ۹	۰.۰۲۴۷۴۵	۰.۱۰۱۱۲۳

مأخذ: یافته‌های پژوهش



نمودار ۱. وزن نهایی هر شاخص

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

۵. بحث و نتیجه گیری

این باور اولیه که اقتصاد بهتر است به عنوان یک سری سناریو، رویداد و بروندادهای کوتاه مدت تفسیر شود به چالش کشیده شده است. تصمیماتی که روابط بین کسانی که منابع را در اختیار دارند یا آنها را کنترل می‌کنند و کسانی که به آنها نیاز دارند یا آنها را خریداری می‌کنند و تأثیری که این تعاملات بر زندگی مردم وکشور دارد. از این منظر دو حوزه اقتصاد و مدیریت بسیار به یکدیگر نزدیک شده است. برای ساختن یک الگو باید مفروضات مشخصی مطرح باشد. از جمله تعریف مشخصی از نظام حکمرانی در این حوزه الزامی است که طی آن به اصول حاکم بر تصدی‌گری و انجام وظایف حاکمیتی باید پرداخته شود. اصلاح ساختار حوزه سلامت در کشورهای مختلف با هدف کاهش تصدی‌گری با تنوع در فرآیندها و روش‌ها با تأکید بر اینکه نقش دولت در سلامت مورد نیاز است تا اطمینان حاصل شود که راه‌حل‌های بازار محور دستیابی به اهداف اجتماعی مانند برابری دسترسی را به خطر نمی‌اندازد، وجود دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد در طراحی الگو کاهش تصدی گیری در حوزه سلامت، از میان ابعاد ۵ گانه حوزه حکمرانی عواملی مانند سیاست‌های کلی و هدف با کسب مقادیر مثبت به ترتیب اهمیت به عنوان عوامل اثرگذار شناسایی شده‌اند و عواملی نظیر؛ تنظیم‌گری، قانونگذاری و نقش مداخلات دولت به عنوان عوامل اثرپذیر شناسایی شده‌اند. این تقسیم‌بندی باعث می‌شود تا برنامه‌ریزان بتوانند با توجه و تمرکز بر محتواسازی و تولید دانش، علت زمینه را هرچه بهتر برای تحقق عوامل معلول فراهم ساخته و در نهایت، این هم‌افزایی به موفقیت هرچه بیشتر در زمینه طراحی الگوی کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت، منجر گردد. همچنین در پاسخ به سؤال روش‌های مناسب کاهش تصدی‌گری در تطبیق با شرایط داخلی کشور در پرسش‌نامه دوم، اگرچه اساساً سؤال از خدمات و صنایع وابسته به حوزه سلامت از جهت تطبیق با سیاست‌های کلی اصل۴۴ قانون اساسی و قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی بی‌ارتباط به نظر می‌رسید، ولی تشخیص اولویت فروش در این حوزه نشان می‌دهد که خبرگان در مورد تفکیک

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

این فعالیت‌ها و بنگاه‌های منطبق با آن دارای تشخیص مشترک بوده و خروج دولت از این فعالیت‌ها و واگذاری کامل آنها (فروش) را در اولویت قرارداده‌اند.

یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد کاهش تصدی‌گری در این حوزه از طریق قرارداد، افزایش اختیارات مدیریتی (خود گردان مستقل)، تجدید ساختار و تفکیک واحدهای دولتی، برون‌سپای بیمارستان‌های تازه تأسیس به بخش خصوصی، برون‌سپاری سایر خدمات (امنیت، حمل و نقل، پسماند و...)، راه اندازی مراکز درمانی زنجیره‌ای توسط سرمایه گذاران، خرید خدمت از بخش خصوصی (قراردادهای خدمات)، واگذاری کامل و فروش بیمارستان با تمام تجهیزات و خدمات، قراردادهای مدیریت، قراردادهای اجاره، واگذاری بخشی از خدمات بیمارستان‌ها، واگذاری کامل کلیه صنایع وابسته به حوزه سلامت، فروش دارایی‌ها، فروش سهام، اجاره دارایی‌ها، خصوصی‌سازی تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی، خصوصی‌سازی ارائه مراقبت‌های بهداشتی، خصوصی‌سازی مدیریت مراقبت‌های بهداشتی و خصوصی‌سازی سرمایه گذاری مراقبت‌های بهداشتی، سرمایه‌گذاری مشترک با دولت، مدل نوظهور ترکیب بودجه دولتی با مدیریت و تحول خصوصی، گردشگری پزشکی... و همچنین روش تزریق سرمایه جدید برای کاهش ابعاد دولت انجام می‌شود. در کشورهایی که قوانین بازرگانی و کسب و کار و دیگر قوانین حامی حقوق مالکیت فرد و نهادهای اقتصاد بازار وجود داشته است، اساساً دولت در برخی حوزه‌ها مانند آزمایشگاه، داروخانه، پاراکلینک‌ها و... ورود نداشته و یا در اولویت خروج از دولت بوده‌اند.

همچنین نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد، هنگامی که یک سیستم موازی تحت عنوان تغییر یا اصلاح ساختار ساخته می‌شود؛ مهار آن یا تنظیم با قوانین از پیش تعیین شده، دشوار است. از این جهت لازم است به عنوان یک ابر پروژه به طور اختصاصی هدفگذاری و برنامه‌ریزی با قوانین و مقررات جدید، شفاف و با ادبیات مشترک مطرح شود. بسیاری از کشورها نتوانسته‌اند ساز و کارهای نظارتی کافی را تضمین کنند. تنظیم سیستم به دلایل متعددی از جمله؛ تأمین عدالت برای همه بیماران با نیازهای بهداشتی در سیستمی که بر اساس ارزش‌های اجتماعی و مسئولیت اجتماعی هدایت می‌شود، تضمین کیفیت مراقبت که در اصل باید مستقل از توانایی پرداخت باشد، ارائه

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

داده‌ها و اطلاعات عملکرد کافی به بیماران که آنها را قادر به انتخاب آگاهانه می‌کند، بسیار با اهمیت است.

همچنین نتیجه بررسی‌ها نشان می‌دهد، تاکنون پایگاه اطلاعاتی که نسبت به محاسبه دقیق میزان فعالیت هریک از بخش‌های نظام اقتصادی و یا مطالعه‌ای که در زمینه تعیین سهم بهینه فعالیت‌های هر یک از بخش‌ها (دولتی، تعاونی و خصوصی) بر اساس اصل ۴۴ قانون اساسی اقدام نموده باشد- شامل حوزه سلامت - مشاهده نشده است. همچنین گزارشی که دقیقاً نشان دهد در حداقل قوانین فعلی (برون‌سپاری و مشارکت عمومی/ خصوصی) دقیقاً چه اقداماتی از سوی وزارت بهداشت و دانشکده‌های علوم پزشکی و زیر مجموعه‌ها، انجام گرفته و به سرانجام رسیده، در دسترس نبوده است.

ازآنجایی‌که در الگوی نهایی با استفاده از نظر خبرگان استفاده از روش مشارکت عمومی/خصوصی در اولویت قرار گرفته است، در مطالعات تأکید شده است، قضاوت در مورد نحوه مشارکت دولت در نمونه‌های فوق نیاز به بررسی نمونه قراردادها و تعریف نحوه مشارکت دولت دارد. تصویر طرح‌های فعلی PPP در بودجه عمومی نشان دهنده اتلاف زمان‌های طولانی به دلیل محدودیت منابع بودجه‌ای کشور و نشان‌دهنده مشکلات تأمین مالی دولت در این زمینه است. در نتیجه اگر استفاده از روش مشارکت با شرط تأمین بخشی از بودجه از ناحیه دولت همراه باشد، توجیه مناسبی برای رویکرد کاهش تصدی‌گری دولت از این روش وجود ندارد. در مثالی دیگر سهم بخش خصوصی از کنترل و مدیریت بازار دارو (داروی نهایی انسانی) حدود ۵۳ درصد است. این رقم نشان می‌دهد که دولت و مؤسسات و نهادهای عمومی غیر دولتی مالکیت و مدیریت حدود ۴۷درصد تولید دارو را در اختیار دارند. در صورتی که اساساً، بر اساس تعریف فوق این فعالیت جزء حوزه سلامت نمی‌باشد، بلکه در بخش صنایع وابسته به حوزه سلامت طبقه بندی می‌شود. این امر قابل تعمیم به برخی فعالیت‌های دیگر نیز است. البته سؤال جدی قابل طرح در این بخش، این است، چگونه با تحفظ بند قانونی فوق،حجم قابل توجه‌ای از فعالیت‌ها و بنگاه‌های

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

دولت بدون مجوز قانونی- که ارتباطی با تعریف حوزه سلامت ندارد – به بهانه تحفظ قانونی فوق، از برنامه خصوصی‌سازی کشور جا مانده است.

وزارت بهداشت به عنوان اصلی‌ترین نهاد حاکم بر نظام سلامت، وظیفه سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تنظیم، نظارت و ارزیابی سلامت و تضمین دسترسی به خدمات بهداشتی ضروری را بر عهده دارد. از این جهت ملاحظه نکات در دو سطح ضروری است. این دو سطح شامل: ۱- تدوین سیاست سلامت. ۲- اجرای سیاست در قالب قوانین و مقررات و تعریف نقش دولت و سایر الزامات خواهد بود.

نهایتاً در کشورمان موضوع کاهش تصدی‌گری دولت، تصریحاً در قانون اساسی (اصل سوم)و سیاست‌های کالی (اصل چهل و چهارم) و سپس در قوانین موضوعه و قوانین توسعه‌ای آمده است. بنابراین اساساً در سیاست محور بودن آن تردیدی وجود ندارد. توسعه این هدف و راه‌های دستیابی به آن، تحت عنوان سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ ابلاغ و متعاقباً قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی با تفسیر اصل مذکور، بسیار موسع و با تعیین محدودیت‌های بسیار برای فعالیت‌ها و مالکیت و مدیریت دولت و تصویب روش‌های جدید به تصویب رسیده است. اگر چه ممکن است با رشد جمعیت و تغییر سبک زندگی و تقاضاهای مردم و همچنین رشد صنعت بیمه موضوع تقاضا محوری آن نیز رد نشود. در سیاست‌های کلی مذکور هیچ استثنائی برای حوزه سلامت وجود ندارد ولی به دلایل مختلف، بر اساس تبصره ۲ جزء ج ماده۳ قانون اجرا سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، حوزه سلامت با تحفظ، بررسی و ارائه لایحه جدید (برای اجرای کار اختصاصی) با فرصت یکساله در قانون مذکور (مصوبه ۱۳۸۷) تا به امروز (۱۶ سال) به تأخیر افتاده است. با نگاه خوشبینانه، احتمال ضعف ادبیات موضوع در حوزه سلامت، عدم پذیرش ریسک این حوزه و مداخلات سیاسی به عنوان دلایل این تأخیر قابل طرح است.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

۱-۵. پیشنهادهای کاربردی

به‌نظر می‌رسد در صورت تمایل سیاست‌گذاران به اجرای سیاست‌های اصل ۴۴ قانون اساسی در حوزه سلامت در کشور- موضوع کاهش تصدی‌گری – الگوی طراحی شده در پژوهش حاضر راهنمای خوبی خواهد بود. همچنین اگر وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و همچنین سایر بخش‌های دولت که در حوزه سلامت فعالیت دارند، قصد دارند فعالیت‌های خود را با یک برنامه مشخص و قابل سنجش واگذار نمایند، شاخص‌های معرفی شده در این پژوهش می‌تواند کمک کننده باشد؛ چرا که با استفاده از آنها می‌توان فرایند کاهش تصدی‌گری در تطبیق با اهداف سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی را به خوبی پایش نمود.بنابر این پیشنهاد می‌شود:

- تدوین اهداف و سیاست کلی کاهش تصدی‌گری حوزه سلامت از طریق مشارکت گسترده ذینفعان شامل بازیگران کلیدی در دولت، بخش خصوصی، جامعه مدنی و بخش بهداشت شود.
- تعریف شفاف و دقیق با تعیین شمول از حوزه سلامت انجام شود. نتیجه این امر تعیین و تکلیف بخش قابل توجهی از فعالیت‌ها و بنگاه‌هایی است که بر اساس تعریف «خدمات و صنایع وابسته» به حوزه سلامت وابسته هستند، ولی ارتباط مستقیم با حوزه سلامت ندارند.
- سازماندهی مجدد وزارت بهداشت مبتنی بر ایجاد واحد متمرکز اطلاعات و نظارت و واحدهای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی. در هر برنامه کاهش تصدی‌گری در حوزه سلامت علاوه بر شناسایی فعالیت‌ها اعم از درمانی، پاراکلینیک، تشخیصی و آزمایشگاهی و...، کلیه مراکز درمانی و پژوهشی شهری و روستایی اعم از خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز بیمارستانی، زیر مجموعه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی...باید مورد ملاحظه قرار گیرد.[۱]
- کنترل محدودیت‌های سیاسی، که حتی یک تلاش خصوصی‌سازی به خوبی طراحی شده را به خطر می‌اندازد، برای تحقق موفقیت اجتناب ناپذیر است.

---

۱. به شرح آئین نامه ساختار و تشکیلات دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۶.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

- همان‌طور که در ابتدای پژوهش گفته شده بر اساس قوانین و مقررات سه دهه گذشته فرض بر این است در مورد خدمات عادی مانند حمل و نقل، نظافت، پسماند و...کاهش تصدی‌گری دولت از طریق برون سپاری انجام و تحت هیچ شرایطی دولت در این امور فعالیتی ندارد و تمرکز این پژوهش مربوط به وظایف و فعالیت‌های مستقیم حوزه سلامت است. بنابر این انتشار آزاد اطلاعات مربوط به این موضوع در حوزه سلامت از طریق سامانه ایی در دولت الکترونیک مورد پیشنهاد است.
- در بخش سلامت ابتدا باید رگولاتری و تنظیم مقررات انجام شود و سپس به کاهش تصدی‌گری وسیع پرداخته شود.
- مشوق‌های کاهش تصدی‌گری و توسعه به‌خوبی برای توجیه فنی، اقتصادی و مالی بخش‌های خصوصی و تعاونی طراحی شود.
- در صورت عدم وجود سرمایه گذار در مناطق کم برخوردار دولت مجاز به سرمایه‌گذاری در حوزه‌های سلامت باشد.
- بررسی و پاسخ به این سؤال که آیا نهادهایی مانند حاکمیت قانون، اجرای حقوق مالکیت و مقررات مؤثر دولتی، رقابت بخش خصوصی را تشویق می‌کنند یا مانع آن می‌شوند یک عامل مهم و قابل ملاحظه است.
- نکته حائز اهمیت این است که حتی سیاست‌های خوب طراحی شده، اگر سیاستمداران قضاوت کنند که خطرات در اجرای این سیاست‌ها بیشتر از منافع است، شکست خواهد خورد. بنابر این آنچه مورد نیاز است رویکردی است که اقتصاد سیاسی اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی را با توجه به تفکیک ناپذیری ملاحظات اقتصادی و سیاسی تصدیق کند.
- با توجه به تجزیه تحلیل داده‌ها پیشنهاد اجرای الگوی خصوصی‌سازی مرحله ایی برای حوزه سلامت است.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

۲-۵. مراحل پیشنهادی

- مرحله اول: تعیین هدف و سیاست‌های بخشی حوزه سلامت در مجمع تشخیص مصلحت نظام؛
- مرحله دوم: تصویب قانون مشخص شامل تعریف فعالیت و بنگاه، شناسایی وضعیت فعلی ارائه خدمات و فعالیت هاو مالکیت و مدیریت دولت؛ نقش مداخلات دولت شامل تعیین محدودیت‌های فعالیت دولت، تعیین روش‌های مجاز برای کاهش تصدی‌گری در این حوزه؛
- مرحله سوم: تفکیک فعالیت‌های حوزه‌های سلامت و فعالیت‌های «خدمات و صنایع وابسته» به این حوزه و قراردادن در برنامه خصوصی‌سازی کشور؛
- مرحله چهارم: تنظیم‌گری شامل کلیه قوانین و مقررات مربوطه به ارائه خدمات؛
- مرحله پنجم: بازنگری و تدوین قوانین و مقررات کاهش تصدی‌گری و مقررات‌زدایی شامل شناسایی و حذف قوانین و مقررات زاید و موانع صدور مجوزها و اتصال به پنجره واحد صدور مجوزها؛
- مرحله ششم: تدوین برنامه کاهش تصدی‌گری دولت در حوزه سلامت؛
- مرحله هفتم: استفاده از روش‌های کاهش تصدی‌گری دولت برای بیمارستان‌ها- صرفنظر از روش- به عنوان آخرین مرحله انتخاب شود.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

منابع

Abdulrazak S. & F.S. Ahmad (2014). "Sustainable development: A Malaysian perspective". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, No. 164, pp. 237-241.

Akbari F., Joudaki H., Mahmoudi M., Sari A.A. & A. Namazi (2012). "Exploring the extent and nature of outsourcing in public hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences, Iran". *Health information management*, 9(3).

Akinci F. (2002). "Privatization in health care: theoretical considerations and real outcomes". Journal of Economics and Economic Education Research, 3(2), 62-86.

Amamian.Seyyed Mohammad Sadegh et al. (2017), "National Regulatory System 1 - The concept of regulation and its relationship with the governance system", *Islamic Council Research Center*, subject code 330, serial number 15940, August 2017.

Arab A., Monirabbasi A. & B. dastyar (2016). "Investigating the Important Criteria for Attraction of Private Section in Construction", Equipping and Operation of Hospitals using Public - Private Partnership Model(A review study). Hospital, 15(2), pp.111-122.

Barati Marnani A. & H. Gudaki (2005). "Comparative Study on Privatization of Health Care Provision on Contract Basis". *Journal of Health Administration*, 8(21), pp. 105-110.

Dhillon R. S. (2015). "The future of WHO: outsourcing?". *The Lancet*, 385(9973), 1070.

Espigares J. L. N. & E.H. Torres (2009). *Public and private partnership as a new way to deliver healthcare services*. Paper presented at the XVI Encuentro de Economía Pública: Granada, Palacio de Congresos. 5 y 6 de febrero de 2009.

Ford J.B., Joseph M. & B. Joseph (1999). "Importance-performance analysis as a strategic tool for service marketers: the case of service quality perceptions of business students in New Zealand and the USA". *Journal of Services marketing*.

Gaspareniene L. & J. Vasauskaite (2014). "Analysis of the criterions of outsourcing contracts in public and private sectors: Review of the scientific literature". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, No. 156, pp. 274-279.

Jannati A. & E. Dadgar (2014). "Prioritization of public hospitals' public–private partnership models based on key performance indicators". *Hakim Research Journal*, 16(4), pp. 262-272.

Kalimullah N.A., Alam K.M.A. & M. Nour (2012). "New public management: Emergence and principles". Bup Journal, 1(1), pp. 1-22.

Kyani P., Pourezzat A.A., Daneshfard K. & G. Memarzadeh Tehran (2022). "Identifying the Dimensions and Components of the Application of the Government's Performance Evaluation Model in Health Sector". *Journal of Iranian Public Administration Studies*, 5(1), pp. 31-58.

Lussier R.N. & S. Pfeifer (2000). "A comparison of business success versus failure variables between US and Central Eastern Europe Croatian entrepreneurs". *Entrepreneurship Theory and Practice*, 24(4), pp. 59-67.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]

Medhekar A. (2014). "Public-private partnerships for inclusive development: Role of private corporate sector in provision of healthcare services". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, No. 157, pp. 33-44.

MOF (2012). "Public private partnership Handbook". *Ministry of Finance Singapore*.

Preker A.S. & A. Harding (2003). "Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals". *World Bank Publications*, Vol. 434.

Rahman R. (2020). "The privatization of health care system in Saudi Arabia". *Health services insights*, 13, 1178632920934497.

Rasi V., Doosty F. & A. Reihani Yasavoli (2018). "The challenges of outsourcing health services to the private sector from the viewpoint of employees of Mashhad University of medical sciences: A qualitative study". *Social Security Journal*, 14(3), pp. 117-134.

Siddiqi S., Masud T.I., Nishtar S., Peters D.H., Sabri B., Bile K.M. & M.A. Jama (2009). "Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance". *Health policy*, 90(1), pp. 13-25.

Stan S., Erne.R (2021). "Time for a paradigm change? Incorporating transnational processes into the analysis of the emerging European health – care system". *Journals Sagepub*, 27(3), pp. 289-302.

Țicu D. (2021). "New tendencies in public administration: from the new public management (NPM) and new governance (NG) to e-government". *Paper presented at the MATEC Web of Conferences*.

Welch D. & O. Frémond (1998). "The case-by-case approach to privatization: techniques and examples". World Bank Publications, Vol. 403.

Witter S., Ensor T., Thompson R. & M. Jowett (2000). "Health Economics for Developing Countries". *A Practical Guide: MacMillan Education*.

[Downloaded from qjerp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61186/qjerp.32.109.216]