# Iran's Multi-Layered Health System: A Political Paradigm Perspective

***Masoud Behzadifar*** [1*]
*1. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran, masoudbehzadifar@gmail.com*

The Iranian health system cannot be captured with a single word or a simple model; it resembles a multi-story structure in which each level is built upon a different set of values, logics, and political paradigms. At times, the system reflects strong state influence; at others, it is molded by ideals of social justice, insurance-based financing, or the dynamics of the private market. Simultaneously, it contains one of the world's most established primary health care networks. This coexistence has created a uniquely blended system often described as a mixed health system. In this text, we examine the most influential political paradigms shaping Iran's health system and illustrate how each contributes to its current policies, structures, and performance.

One of the foundational paradigms guiding Iran's health policies is the justice-oriented paradigm. Rooted in the country's constitutional and policy frameworks, this paradigm positions health not as a commodity but as a universal right. The justice-oriented approach seeks to ensure equitable access to services, reduce health disparities, and protect vulnerable groups. Its influence is especially clear in programs such as the national primary health care network, universal health insurance expansion, the family physician program, and the referral system. Iran's rural health houses and health worker model (Behvarz) stand among the most successful examples globally, significantly improving maternal and child health, infectious disease control, and vaccination coverage (1).

This justice-driven orientation is not limited to legal texts; it has materialized through decades of efforts to expand insurance coverage, decrease out-of-pocket payments, and strengthen preventive services. Despite these gains, challenges remain, including geographic inequalities, uneven distribution of specialists, and the high cost of some services. Still, equity continues to serve as a core guiding principle for Iran's health policies.

The second major paradigm shaping the system is state-centrism. The government plays a dominant role in regulation, financing, service provision, and workforce training. Most hospitals and a significant share of outpatient services are publicly owned and managed through the Ministry of Health and its affiliated medical universities. This creates a structure where the state simultaneously acts as policymaker, regulator, purchaser, and provider of care (2).

Such a system offers advantages: policy coherence, coordinated national planning, and the ability to extend services to underserved regions. However, it also brings limitations, including administrative complexity, slower reform processes, and role conflicts between regulation and service delivery.

For years, one of the core debates in Iran’s health sector has been the need to more clearly separate stewardship from service delivery to enhance efficiency and accountability.

A third influential paradigm is the social health insurance model. For several decades, a significant portion of health financing in Iran has been structured through insurance organizations, such as the Social Security Organization, Iran Health Insurance Organization, and military insurance funds. Social insurance is based on contributions from employees, employers, and government, representing a contractual relationship between the state and citizens (3).

Iran’s multi-payer insurance landscape has contributed to fragmentation, with different funds offering varying benefits, payment structures, and population coverage. This has led to inequalities in insurance benefits and inefficiencies in financial management. Recent reforms, including efforts toward harmonizing basic benefit packages and promoting strategic purchasing, aim to strengthen this paradigm and reduce inconsistencies. Achieving a more unified and efficient insurance system remains an ongoing challenge.

The fourth paradigm evident in Iran’s health system is the market and private-sector paradigm. While the public sector is dominant, the private sector holds substantial influence, particularly in specialized and tertiary care. Private hospitals, specialty clinics, diagnostic centers, and elective services are major components of the system. Out-of-pocket spending still constitutes a considerable share of health financing, reflecting the presence of market mechanisms in service provision (4).

The private sector contributes benefits such as service diversity, shorter wait times, and potential quality improvements driven by competition. However, it can also exacerbate cost escalation, provider-induced demand, and inequalities in access. Balancing the role of government and market forces continues to be a sensitive policy issue, with ongoing discussions about how best to regulate private providers, align incentives, and reduce financial burdens on households.

The final major paradigm shaping Iran’s system is the community-based and primary health care paradigm. Inspired by the Alma-Ata declaration, this approach emphasizes prevention, health education, community empowerment, and universal access to essential services. Iran’s primary health care network, initiated in the 1980s, is widely recognized as one of the country’s most significant health achievements. The rural health house model, urban health centers, and the structured referral system exemplify this paradigm in practice (5).

This model has been instrumental in controlling communicable diseases, expanding maternal and child health programs, and supporting national vaccination initiatives. Even as the nation faces rising burdens of non-communicable diseases, aging populations, and lifestyle changes, the primary care network remains a cornerstone of the health system and a foundation for future reforms (6).

In summary, Iran’s health system is shaped by the interaction of multiple political paradigms. This pluralistic nature, while complex, allows for adaptability in addressing the diverse health needs of

the population. The coexistence of justice-orientation, state-centrism, social insurance, private market dynamics, and strong primary care has yielded both significant accomplishments and structural challenges. Moving forward, the key lies in achieving a balanced alignment among these paradigms, recognizing that each addresses essential dimensions of health system function. A more integrated approach one that harmonizes these frameworks holds the potential to strengthen efficiency, equity, and sustainability across Iran’s health landscape.

***Citation:*** Masoud Behzadifar, Iran’s Multi-Layered Health System: A Political Paradigm Perspective. Yafte. 2026; 27(3):137-143.

**Correspondence Address: Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad.**

**Email: Masoudbehzadifar@gmail.com**

# ایران و معماری یک نظام سلامت چندچهره: روایت پارادایم‌های سیاسی در ساختار سلامت

**مسعود بهزادی فر**[1*]

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

نظام سلامت ایران را نمی‌توان با یک واژه یا یک الگوی ساده توصیف کرد؛ این نظام شبیه یک ساختمان چندطبقه است که هر طبقه‌اش بر اساس منطق، ارزش‌ها و پارادایم سیاسی متفاوتی بنا شده است. گاهی در آن ردّ پای دولت‌محوری را می‌بینیم، گاهی عدالت‌محوری را، گاهی منطق بیمه اجتماعی بر تصمیم‌ها حاکم می‌شود و گاهی بازار و بخش خصوصی نقش کلیدی می‌گیرند. همین چندگانگی باعث شده است که نظام سلامت ایران «ترکیبی» و در عین حال «منحصربه‌فرد» باشد. در این متن، تلاش می‌کنیم مهم‌ترین پارادایم‌های سیاسی اثرگذار بر این نظام را به صورت منسجم و تحلیلی بررسی کنیم و نشان دهیم هرکدام چگونه در سیاست‌ها، ساختارها و عملکرد کنونی سلامت کشور حضور دارند.

نخستین و شاید بنیادی‌ترین پارادایمی که باید به آن توجه کرد، پارادایم عدالت‌محور است. این رویکرد در متن قانون اساسی و در سیاست‌های کلان کشور جایگاه پررنگی دارد و بر این اصل تأکید می‌کند که سلامت باید برای همه مردم «حق» باشد نه «کالا». عدالت‌محوری در ایران تلاش می‌کند دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را تضمین کند، نابرابری‌ها را کاهش دهد و از اقشار کم‌برخوردار حمایت کند. نمونه روشن این پارادایم در برنامه‌هایی مثل «شبکه بهداشت و درمان»، «گسترش بیمه همگانی»، «پزشک خانواده» و «نظام ارجاع» قابل مشاهده است. شبکه بهداشت ایران، به‌ویژه در روستاها، یکی از موفق‌ترین دستاوردهای مبتنی بر عدالت‌محوری است که توانست پوشش مراقبت‌های اولیه را به بیش از ۹۵ درصد جمعیت برساند و شاخص‌های حیاتی مثل مرگ‌ومیر مادران و کودکان را به‌طور چشمگیری کاهش دهد (۱).

با این حال عدالت‌محوری در ایران تنها روی کاغذ نیست؛ تلاش‌هایی که طی چهار دهه گذشته برای افزایش پوشش بیمه‌ای، کاهش پرداخت از جیب و توسعه خدمات اولیه سلامت انجام شده است، نشانه‌هایی عینی از نفوذ این پارادایم هستند. هرچند در عمل هنوز چالش‌هایی مثل نابرابری جغرافیایی، دسترسی نابرابر به متخصصان و هزینه‌های سنگین برخی خدمات وجود دارد، اما جهت‌گیری سیاستی نظام سلامت همچنان عدالت‌محور باقی مانده است.

پارادایم دوم، دولت‌محوری یا همان الگوی متمایل به دولتی‌سازی خدمات سلامت است. در ایران، دولت نقش بسیار پررنگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارائه خدمت و حتی آموزش منابع انسانی سلامت دارد. بیش از نیمی از بیمارستان‌ها و بخش قابل‌توجهی از مراکز درمانی در اختیار دولت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی است. وزارت بهداشت علاوه بر نقش مقررات‌گذاری، خود به عنوان بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده خدمات سلامت عمل می‌کند. این هم‌زمانی نقش‌ها ، سیاستگذاری، تأمین مالی، مالکیت و ارائه خدمت ، نمونه‌ای از سیستم‌های دولت‌محور است و مزایا و چالش‌های خاص خود را دارد (۲).

مزایای چنین سیستمی شامل انسجام تصمیم‌گیری، امکان برنامه‌ریزی ملی، و پوشش بهتر مناطق محروم است. اما از سوی دیگر، تمرکز بیش از حد می‌تواند به چالش‌هایی مانند بوروکراسی سنگین، کندی اصلاحات، تعارض نقش‌ها و محدودیت اختیارهای مدیریتی در سطح محلی منجر شود. ایران در این نقطه بین مزایا و

محدودیت‌های دولت‌محوری در حال حرکت است و سال‌هاست بحث «تفکیک نقش دولت از تصدی‌گری» یکی از موضوعات کلیدی در اصلاحات نظام سلامت است.

پارادایم سومی که حضور آن در نظام سلامت ایران کاملاً محسوس است، پارادایم بیمه اجتماعی است. از دهه‌های گذشته، بخش بزرگی از تأمین مالی سلامت در ایران از طریق بیمه‌های اجتماعی مانند سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایران و بیمه نیروهای مسلح انجام می‌شود. بیمه اجتماعی مبتنی بر مشارکت مالی بیمه‌شدگان و کارفرمایان است و معمولاً نوعی قرارداد اجتماعی میان دولت و مردم محسوب می‌شود. این پارادایم در ایران تلاش می‌کند ثبات مالی ایجاد کند، دسترسی به خدمات ضروری را تضمین کند و بار مالی بیماری‌ها را برای خانواده‌ها کاهش دهد (۳).

وجود صندوق‌های متعدد بیمه‌ای در ایران باعث شده نظامی پراکنده و چندلایه شکل بگیرد که هر صندوق قوانین و مزایای خاص خود را دارد. همین مسئله گاهی موجب نابرابری‌های بیمه‌ای، همپوشانی خدمات، یا ناهماهنگی بین خریداران خدمت می‌شود. در سال‌های اخیر، سیاست‌هایی مانند «یکپارچگی بیمه پایه» یا «خرید راهبردی» با هدف تقویت این پارادایم و اصلاح ساختار بیمه‌ها مطرح شده است، اما دست‌یابی به یک نظام بیمه‌ای منسجم همچنان یکی از چالش‌های مهم سلامت ایران به شمار می‌آید (۴).

چهارمین پارادایم، پارادایم بازار و بخش خصوصی است. اگرچه نقش دولت در ایران بسیار پررنگ است، اما حضور بازار به‌ویژه در ارائه خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی قابل‌انکار نیست. بخش خصوصی سهم چشمگیری از بیمارستان‌های بزرگ، کلینیک‌های تخصصی و خدمات پاراکلینیکی را در اختیار دارد و بسیاری از پزشکان نیز عمدتاً در این بخش فعالیت می‌کنند. از سوی دیگر پرداخت از جیب مردم همچنان سهم نسبتا بالایی در تأمین مالی سلامت دارد، که نشان‌دهنده نفوذ منطق بازار در برخی حوزه‌هاست (۵).

این پارادایم می‌تواند مزایایی مانند ارائه خدمات متنوع‌تر، سرعت بیشتر، و ارتقای کیفیت از طریق رقابت را به همراه داشته باشد. اما چالش‌هایی مانند افزایش هزینه‌ها، نابرابری در دسترسی و ضعف نظارت نیز ممکن است در چنین محیطی تقویت شود. ایران سال‌هاست تلاش می‌کند تعادل میان نقش دولت و بازار را تنظیم کند، اما این موضوع هنوز یکی از حساس‌ترین بخش‌های سیاستگذاری سلامت است.

آخرین پارادایمی که باید به آن اشاره کرد، پارادایم مراقبت‌های اولیه و جامعه‌محور است. این رویکرد، که ریشه در اعلامیه آلماآتا دارد، بر پیشگیری، آموزش سلامت، توانمندسازی جامعه و دسترسی همگانی به خدمات اولیه تأکید می‌کند. ایران از دهه ۱۳۶۰، با ایجاد شبکه بهداشت و تربیت بهورزان، یکی از موفق‌ترین نمونه‌های اجرای Primary Health Cre (PHC) در جهان را پیاده‌سازی کرد. این پارادایم همچنان یکی از ستون‌های اصلی نظام سلامت کشور است و بسیاری از شاخص‌های موفقیت ایران ،از کنترل بیماری‌های واگیر گرفته تا پوشش واکسیناسیون ، نتیجه همین رویکرد جامعه‌محور است (۶).

در مجموع می‌توان گفت نظام سلامت ایران حاصل هم‌زیستی و تعامل چندین پارادایم سیاسی است. این ترکیب، در عین پیچیدگی، امکان انعطاف‌پذیری را نیز فراهم کرده است. حضور هم‌زمان عدالت‌محوری، دولت‌محوری، بیمه اجتماعی، نقش بازار و مدل مراقبت‌های اولیه، سبب شده ایران در بسیاری از حوزه‌ها دستاوردهای قابل‌توجهی داشته باشد و در برخی دیگر با چالش‌هایی ساختاری روبه‌رو باشد. آنچه اهمیت دارد تلاش برای ایجاد تعادل و تناسب میان این رویکردهاست؛

زیرا هر کدام از آن‌ها بخش مهمی از نیازهای واقعی و متنوع نظام سلامت را پوشش می‌دهد.

## تعارض منافع

نویسنده اعلام می دارد هیچگونه تعارض منافعی در نگارش این پژوهش ندارد.


## حمایت مالی

نویسنده برای انجام این پژوهش از هیچ حمایت مالی استفاده نکرده است.


## ملاحظات اخلاقی

با توجه به اینکه این مقاله از نوع سخن سردبیر است ، ملاحظات اخلاقی موضوعیت ندارد.

## References


1. Rahmani H, Maleki R, Ghanbari MK, Behzadifar M. Quality Assessment of Services in Primary Healthcare in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. Ethiop J Health Sci. 2022 Mar;32(2):453-462. doi: 10.4314/ejhs.v32i2.26.
2. Jafari M, Ghasemyani S, Khodayari-Zaranq R, Raoofi S. Health Transformation Plan Achievements and Outcomes in Iran (2014-2020): A Scoping Review. Med J Islam Repub Iran. 2021 Nov 13;35:151. doi: 10.47176/mjiri.35.151.
3. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health Sector Evolution Plan in Iran; Equity and Sustainability Concerns. Int J Health Policy Manag. 2015 Aug 31;4(10):637-40. doi: 10.15171/ijhpm.2015.160.
4. Olyaeemanesh A, Behzadifar M, Mousavinejhad N, Behzadifar M, Heydarvand S, Azari S, Martini M, Bakhtiari A, Luigi Bragazzi N. Iran's Health System Transformation Plan: A SWOT analysis. Med J Islam Repub Iran. 2018 May 12;32:39. doi: 10.14196/mjiri.32.39.
5. Sajadi HS, Majdzadeh R. Health system to response to economic sanctions: global evidence and lesson learned from Iran. Global Health. 2022 Dec 29;18(1):107. doi: 10.1186/s12992-022-00901-w.
6. Behzadifar M, Ghanbari MK, Bakhtiari A, Behzadifar M, Bragazzi NL. Ensuring adequate health financing to prevent and control the COVID-19 in Iran. Int J Equity Health. 2020 May 6;19(1):61. doi: 10.1186/s12939-020-01181-9.