

از فهرست اصول تا معماری تصمیم: یافته‌های نوین حکمرانی خوب در نظام سلامت و الگویی برای ایران مطالعه‌ای تطبیقی در تجربه دانمارک،

هلند، آلمان، سنگاپور و اتحادیه اروپا

مهدی مهدویان صدر

دکتری مدیریت دولتی (مدیریت تطبیقی و توسعه)، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

mehdi.mahdaviansadr@iau.ir

چکیده

دانش حکمرانی خوب در حوزه سلامت طی یک دهه گذشته مسیری را پیموده است که کمتر مورد توجه ادبیات فارسی قرار گرفته: گذار از سپاه‌های آرمانی از اصول به مجموعه‌ای از ابزارهای عیب‌یابی و طراحی نهادی. این جابه‌جایی برای کشورهایی مانند ایران که در تولید سند بالادستی کم‌کاری نکرده‌اند اما در بازآرایی معماری تصمیم درجا زده‌اند، اهمیتی تعیین‌کننده دارد. مقاله حاضر با رویکرد تطبیقی کیفی و بر پایه تحلیل اسناد رسمی و ادبیات داوری شده، پنج تجربه اصلاحی سال‌های ۲۰۲۲ تا ۲۰۲۶ را بررسی می‌کند: بازآرایی ساختار مناطق سلامت در دانمارک، توافق‌نامه‌های یکپارچه سلامت و رفاه در هلند، قانون بهبود مراقبت بیمارستانی و پرداخت آمادگی در آلمان، برنامه Healthier SG و گذار به پرداخت سرانه در سنگاپور، و مقرر فضای داده سلامت اروپا. چارچوب تحلیل، مدل پنج‌بعدی شفافیت، پاسخگویی، مشارکت، یکپارچگی و ظرفیت است که در کنار کارکردهای مالی نظام سلامت به کار گرفته شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد کشورهای پیشرو اصلاح خدمت را بر اصلاح ساختار تصمیم استوار کرده‌اند، شیوه پرداخت را به ابزار اصلی حکمرانی بدل ساخته‌اند، تعهد سیاسی را در قالب کمیسیون‌های تخصصی و توافق‌نامه‌های امضاشده چندجانبه پیش‌تعهد کرده‌اند، داده سلامت را نه پروژه‌ای فناورانه بلکه نهادی دارای مرجع مشخص و مهلت قانونی تعریف کرده‌اند، و ظرفیت اجرا را سقف واقعی اصلاح دانسته‌اند؛ چنان‌که تعویق‌های آلمان و هلند گواهی می‌دهد. تطبیق این یافته‌ها با ایران آشکار می‌کند مسئله اصلی، کمبود برنامه نیست بلکه تکرر خریداران بدون هماهنگی انگیزشی، درهم‌آمیختگی نقش سیاست‌گذار، تنظیم‌گر، ارائه‌دهنده و آموزش‌دهنده در یک نهاد، و فقدان مرجع پاسخگوی واحد است. بر این پایه الگوی «حکمرانی سه‌لایه» مشتمل بر لایه سیاست و پاسخگویی، لایه خرید راهبردی و لایه داده و شفافیت، همراه با دو سازوکار عرضی ظرفیت اجرا و پیش‌تعهد سیاسی پیشنهاد و در قالب نقشه اجرا با تعیین مرجع مسئول، ابزار حقوقی و شاخص سنجش ارائه شده است.

کلمات کلیدی: حکمرانی خوب، نظام سلامت، خرید راهبردی، مطالعه تطبیقی، ایران.

۱. مقدمه

کمتر حوزه‌ای در سیاست‌گذاری عمومی به اندازه سلامت، فاصله میان آنچه گفته می‌شود و آنچه رخ می‌دهد را عیان می‌کند. نظام‌های سلامت در سراسر جهان کمابیش بر سر اهداف توافق دارند — دسترسی همگانی، حفاظت مالی، کیفیت و پاسخگویی — اما در توزیع اختیار، در تعیین اینکه چه کسی در برابر چه چیزی و به چه کسی پاسخگوست، و در سازوکارهایی که این پاسخگویی را از حد اعلامیه فراتر می‌برد، به شدت از یکدیگر فاصله می‌گیرند. همین فاصله است که موضوع دانش حکمرانی سلامت را می‌سازد.

تا اواسط دهه ۲۰۱۰ ادبیات این حوزه عمدتاً بر فهرست‌هایی از اصول هنجاری استوار بود؛ فهرست‌هایی که هرچند در گفتار مشروعیت‌بخش بودند، در عمل به کار عیب‌یابی نمی‌آمدند. آنچه در یک دهه اخیر رخ داده، دگرگونی جنس این دانش است: از توصیه به تشخیص، و از اصول به ابزار. چارچوب پنج‌بعدی شفافیت، پاسخگویی، مشارکت، یکپارچگی و ظرفیت که گروهی از پژوهشگران به سفارش دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت و رصدخانه اروپایی نظام‌های سلامت تدوین کردند، صریحاً تأکید می‌کند این پنج بُعد «اجزای لازم حکمرانی خوب» نیستند، بلکه نقاطی‌اند که مسائل حکمرانی معمولاً در آن‌ها لانه می‌کنند [۵، ۶]. این تفاوت ظریف اما بنیادی است: چارچوبی که برای عیب‌یابی ساخته شده باشد، برخلاف سیاهه اصول، قابلیت آن را دارد که شکست یک اصلاح مشخص را توضیح دهد.

اهمیت این گذار برای ایران دوچندان است. نظام سلامت کشور در چهار دهه گذشته از کم‌برنامگی رنج نبرده است؛ از شبکه بهداشت روستایی و پزشک خانواده تا طرح تحول سلامت و نسخه الکترونیک، سیاهه اقدامات پرشمار است. آنچه کم‌رنگ مانده، بازآرایی معماری تصمیم است: اینکه پول از کجا و با چه منطقی به سمت ارائه‌دهنده حرکت می‌کند، چه کسی حق تعیین بسته و تعرفه را دارد، عملکرد بر پایه چه داده‌ای سنجیده و منتشر می‌شود، و کدام مرجع در برابر نتیجه پاسخگوست. پرسش این مقاله از همین‌جا برمی‌خیزد: تازه‌ترین یافته‌های دانش حکمرانی خوب در مدیریت سلامت چیست، کشورهای پیشرو در سال‌های اخیر این یافته‌ها را در قالب چه ابزارهایی نهادینه کرده‌اند، و از دل این تجربه‌ها چه الگوی قابل اجرایی برای ایران قابل استخراج است؟

۲. تحول دانش حکمرانی سلامت: چهار جابه‌جایی

مرور ادبیات سال‌های اخیر چهار جابه‌جایی روشن را نشان می‌دهد که با هم تصویر تازه‌ای از حکمرانی سلامت می‌سازند.

۲-۱. از سیاهه اصول به چارچوب عیب‌یابی

چارچوب پنج‌بعدی یادشده حاصل نگاشت و تجمیع ده‌ها مدل پیشین حکمرانی است و دقیقاً به این دلیل ساخته شد که پژوهشگران دریافتند مدل‌های موجود، با واژگان متفاوت، به دغدغه‌های مشترکی اشاره می‌کنند [۶]. کاربرد این چارچوب در مطالعه موردی طراحی و اجرای مناطق سلامت جدید در ایرلند طی سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۳ نتیجه‌ای آموزنده داشت: ضعف در پاسخگویی و شفافیت، ابهام در تقسیم نقش‌ها، و به‌ویژه تأمین‌نشدن منابع لازم برای ظرفیت اجرا، در هم تنیده بودند و یکدیگر را بازتولید می‌کردند؛ چندان که پژوهشگران نتیجه گرفتند فهم چنین اصلاحاتی مستلزم عبور از نسخه‌های تجویزی قالبی و ورود به تحلیل تاریخی و رابطه‌ای میان بازیگران نهادی است [۹]. نکته قابل تأمل آنکه در آن مطالعه، نهادی خارج از ساختار سلامت — سازمان مسئول بودجه — عملاً قدرت تصمیم داشت بی‌آنکه در برابر نظام سلامت پاسخگو باشد؛ الگویی که برای خواننده ایرانی آشناتر از آن است که نیاز به توضیح داشته باشد.

۲-۲. از تنظیم‌گری به خرید راهبردی

جابه‌جایی دوم، جای دادن حکمرانی در دل کارکرد مالی است. سازمان جهانی بهداشت خرید راهبردی را به مثابه پیوند دادن انتقال منابع به ارائه‌دهنده با اطلاعات مربوط به عملکرد او یا نیاز جمعیت تحت پوشش تعریف می‌کند و سه پرسش بنیادی «چه بخریم»، «از چه کسی بخریم» و «چگونه بپردازیم» را محور می‌نهد [۱۳، ۱۴]. اهمیت این بازتعریف در آن است که سازوکار پرداخت را از موضوعی فنی به موضوعی حکمرانی ارتقا می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت در همین چارچوب به دو آسیب مشخص در نظام‌های چندخریداری هشدار داده است: رقیق‌شدن پاسخگویی، آنگاه که چند بازیگر همزمان مسئول یک نتیجه‌اند، و ناسازگاری انگیزه‌ها، آنگاه که خریداران مختلف علائم متضادی به یک ارائه‌دهنده می‌فرستند [۱۴]. هر دو آسیب، توصیف دقیقی از وضعیت ایران است.

۳-۲. از کارایی به تاب‌آوری و پایداری مالی

تجربه همه‌گیری کووید ۱۹ محور بحث را از کارایی صرف به تاب‌آوری منتقل کرد. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در گزارش «آماده بحران بعدی؟» تصریح کرد که حتی پیشرفته‌ترین نظام‌های سلامت جهان به اندازه کافی تاب‌آور نبودند و یکی از شش توصیه اصلی خود را ارتقای حکمرانی و اعتماد قرار داد، با این استدلال که بدون اعتماد، پاسخ‌های کل جامعه‌ای اثربخشی خود را از دست می‌دهند [۱۰]. همان گزارش نشان می‌دهد سهم هزینه‌های پیشگیری حتی در اوج بحران تنها به حدود پنج درصد کل مخارج سلامت رسید، در حالی که پیش از آن نزدیک به سه درصد بود. در سوی دیگر، فشار مالی رو به افزایش است: مخارج سلامت در کشورهای عضو این سازمان در سال ۲۰۲۴ به طور میانگین ۹.۳ درصد تولید ناخالص داخلی بود و برآوردها از امکان رسیدن آن به حدود ۱۱.۸ درصد تا سال ۲۰۴۰ خبر می‌دهد [۱۱، ۱۲]. تلاقی این دو روند، حکمرانی را به مسئله انتخاب میان اولویت‌ها بدل کرده است، نه صرفاً مسئله مدیریت بهتر.

۲-۴. از فناوری اطلاعات به حکمرانی داده

چهارمین جابه‌جایی، شاید تازه‌ترین آن‌ها، تبدیل داده سلامت از پروژه فناوریانه به نهاد حقوقی است. مقرر فضایی داده سلامت اروپا که در ۲۶ مارس ۲۰۲۵ لازم‌الاجرا شد، چارچوب مشترکی برای استفاده اولیه و ثانویه از داده سلامت ایجاد کرده و مهم‌تر از محتوای فنی، معماری حکمرانی آن است: کشورهای عضو موظف شدند تا ژوئن ۲۰۲۵ مرجع ملی سلامت دیجیتال تعیین کنند و تا مارس ۲۰۲۷ نهادهای دسترسی به داده سلامت را مستقر سازند [۱۵، ۱۶]. به بیان دیگر، اروپا داده را با سه عنصر تعریف کرد که هیچ‌یک فناوریانه نیست: مرجع مشخص، مهلت الزام‌آور، و اختیار تحمیل تعامل‌پذیری.

۳. روش‌شناسی

این پژوهش از نوع تطبیقی کیفی و مبتنی بر تحلیل اسنادی است. واحد تحلیل، «اصلاح در سطح حکمرانی» است نه برنامه خدمتی؛ به این معنا که تنها اصلاحاتی وارد نمونه شده‌اند که ساختار تصمیم، شیوه پرداخت یا مرجع پاسخگویی را تغییر داده‌اند. سه معیار برای انتخاب موارد به کار رفت: نخست، تازگی — همه موارد به بازه ۲۰۲۲ تا ۲۰۲۶ تعلق دارند؛ دوم، تنوع الگوی تأمین مالی، تا نتیجه‌گیری به یک خانواده نهادی محدود نماند؛ و سوم، دسترسی به اسناد رسمی و ارزیابی‌های مستقل. بر این پایه دانمارک به نمایندگی نظام مالیات‌محور غیرمتمرکز، هلند به نمایندگی رقابت تنظیم‌شده، آلمان به نمایندگی بیمه اجتماعی فدرال، سنگاپور به نمایندگی الگوی پس‌انداز اجباری با مدیریت دولتی، و اتحادیه اروپا با ارجاع به تجربه استونی به نمایندگی حکمرانی داده انتخاب شدند. منابع شامل اسناد رسمی دولتی و قانونی، پایش‌های رصدخانه اروپایی نظام‌های سلامت و کمیسیون اروپا، گزارش‌های سازمان همکاری و توسعه اقتصادی و سازمان جهانی بهداشت، و مقالات داوری‌شده است.

چارچوب تحلیل، همان مدل پنج‌بعدی بخش پیشین است که با سه کارکرد تأمین مالی — گردآوری منابع، تجمیع ریسک و خرید — تلفیق شده است.

۴. یافته‌ها: پنج تجربه پیشرو

۴-۱. دانمارک: اصلاح ساختار پیش از اصلاح خدمت

دولت دانمارک در نوامبر ۲۰۲۴ توافق سیاسی گسترده‌ای درباره اصلاح نظام سلامت به دست آورد که علاوه بر سه حزب دولت، چهار حزب دیگر از طیف‌های مختلف سیاسی آن را پشتیبانی کردند. این توافق بر پایه دو گزارش کمیسیون‌های تخصصی — منتشرشده در نوامبر ۲۰۲۳ و مه ۲۰۲۴ — شکل گرفت و هدف اعلامی آن انتقال تمرکز و منابع از بیمارستان و مراقبت تخصصی به سمت مراقبت اولیه، دیجیتال و خانه‌محور است [۱۷]. محتوای اصلاح، پیش از آنکه خدمتی باشد، ساختاری است: شمار مناطق سلامت از پنج به چهار کاهش می‌یابد و منطقه پایتخت با منطقه زلاند در قالب منطقه جدیدی با حدود ۲.۷ میلیون نفر جمعیت ادغام می‌شود؛ هفده شورای محلی سلامت با حضور نمایندگان منتخب منطقه‌ای و شهرداری‌ها و با اکثریت نمایندگان منطقه‌ای تشکیل می‌شود؛ و بخشی از وظایف — از پیشگیری و توان‌بخشی تا پرستاری تخصصی حاد — از شهرداری به منطقه منتقل می‌شود. اجرای این آرایش به سال ۲۰۲۷ موکول شده و صندوق سرمایه‌گذاری ۴.۴ میلیارد کرونی تا ۲۰۳۰ برای گسترش خدمات محلی در نظر گرفته شده است [۱۸]. آموزنده‌ترین نکته برای مقصود این مقاله آن است که دانمارک نخست مرزها، شوراها و اختیارات را بازتعریف کرد و سپس درباره خدمت سخن گفت.

۴-۲. هلند: حکمرانی مذاکره‌شده و آسیب‌پذیری آن

هلند در سپتامبر ۲۰۲۲ توافق‌نامه یکپارچه سلامت را با امضای وزارت بهداشت و سیزده تشکل ذی‌نفع — از بیمارستان‌ها و بیمه‌گران تا انجمن‌های بیماران و شهرداری‌ها — به سرانجام رساند و در سپتامبر ۲۰۲۵ آن را با توافق‌نامه تکمیلی سلامت و رفاه گسترش داد که دامنه را به حوزه اجتماعی نیز کشاند و اهدافی کمی از جمله کسری نیروی کار به میزان صد هزار نفر تا پایان ۲۰۲۸ و دسترسی برابرتر تعیین کرد [۱۹، ۲۰]. سازوکار حکمرانی در اینجا نه دستور است نه بازار، بلکه تعهد امضا شده با جدول زمانی و برنامه منطقه‌ای. با این حال تجربه هلند درس دومی هم دارد که کمتر نقل می‌شود: بخشی از تعهدات توافق‌نامه در لایحه بهار ۲۰۲۵ به تعویق افتاد و فشار بر بودجه شهرداری‌ها توان آنان را برای سرمایه‌گذاری در پیشگیری و همکاری منطقه‌ای — یعنی همان هسته توافق — تضعیف کرد. توافق چندجانبه، هر اندازه هم دقیق باشد، اگر پشتوانه مالی چندساله نداشته باشد در نخستین تنگنای بودجه‌ای باز می‌شود.

۴-۳. آلمان: پرداخت به‌مثابه ابزار حکمرانی

قانون بهبود مراقبت بیمارستانی آلمان که در آوریل ۲۰۲۵ لازم‌الاجرا شد، تغییری بنیادی در منطق پرداخت است. این قانون نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی مرتبط را که سال‌ها انگیزه افزایش حجم خدمت ایجاد کرده بود، با سه ستون جایگزین می‌کند: تعریف گروه‌های خدمتی با معیارهای کیفی یکسان در سطح فدرال، پرداخت آمادگی که صرف نگهداشت ظرفیت را مستقل از شمار موارد درمان‌شده تأمین می‌کند، و پرداخت باقیمانده بر پایه گروه‌های تشخیصی. در کنار آن، حداقل شمار موارد برای هر گروه خدمتی تعیین می‌شود تا از ارائه پراکنده و کم‌حجم خدمات پیچیده جلوگیری شود، و صندوق تحول با سقف حدود پنجاه میلیارد یورو تا سال ۲۰۳۵ برای بازآرایی، تخصصی‌سازی و ادغام بیمارستان‌ها پیش‌بینی شده است [۲۱، ۲۲]. نکته مهم آنکه در مارس ۲۰۲۶ پارلمان آلمان با تصویب قانون تعدیل، اجرای پرداخت آمادگی

را یک سال به تعویق انداخت و گروه‌های خدمتی را با الگوی شصت‌گانه ایالت نوردراین وستفالن هماهنگ کرد [۲۳]. آلمان درست‌ترین ابزار را انتخاب کرد و همچنان ناچار شد جدول زمانی را با ظرفیت واقعی اجرا تطبیق دهد.

۴-۴. سنگاپور: هم‌سوسازی بخش خصوصی بدون تملک آن

برنامه Healthier SG که از ژوئیه ۲۰۲۳ به تدریج اجرا شده، پاسخی است به پرسشی که برای ایران نیز محوری است: چگونه می‌توان ارائه‌دهندگان خصوصی را بدون مالکیت دولتی، هم‌سو کرد. سازوکار، ترکیبی از ثبت‌نام داوطلبانه شهروند نزد پزشک عمومی منتخب خود، تدوین برنامه سلامت فردی، و گذار پرداخت از کارانه به سرانه است؛ به این معنا که دولت مبلغی ثابت به ازای هر فرد ثبت‌نام‌شده در سال به مطب می‌پردازد و بخشی از پرداخت را به تحقق شاخص‌های بالینی و فرایندی گره می‌زند [۲۴، ۲۵]. ادبیات ارزیابی نیز صادقانه است: مطالعات کیفی سال ۲۰۲۵ نشان می‌دهد پزشکان عمومی، به‌ویژه در مطب‌های تک‌نفره، گسترش دامنه وظایف را متناسب با پرداخت دریافتی نمی‌دانند و بار اداری را مانع می‌شمارند [۲۴]. با این حال منطق حکمرانی روشن است: سنگاپور به جای گسترش تصدی، پروتکل مشترک، الزام تعامل‌پذیری سامانه‌ها و مسیر بازخورد دوسویه را ابزار هم‌سوسازی قرار داد.

۴-۵. اتحادیه اروپا و استونی: داده به‌مثابه نهاد

مقرر فزای داده سلامت اروپا، همان‌گونه که گفته شد، معماری حقوقی و حکمرانی مشترکی برای مبادله داده سلامت ایجاد کرده است. تقویم اجرا تدریجی است: بخش عمده مقررات استفاده اولیه و ثانویه از مارس ۲۰۲۹ و مواد مربوط به داده‌های ژنتیکی و کارآزمایی بالینی از ۲۰۳۱ اعمال می‌شود [۱۶]. جایگاه استونی در این میان روشن‌تر است؛ کشوری که از سال ۲۰۰۸ پرونده الکترونیک سلامت ملی دارد و چالش آموزش نه ساخت زیرساخت بلکه انطباق زیرساخت موجود با استانداردهای تعامل‌پذیری اروپایی است [۱۵]. تجربه استونی نشان می‌دهد سرمایه‌گذاری زود هنگام در معماری داده، مزیتی است که دو دهه بعد بازده می‌دهد.

جدول ۱. مقایسه پنج تجربه اصلاحی از منظر حکمرانی

کشور/قلمرو	محرك و سال	ابزار اصلی حکمرانی	سطح مداخله	محدودیت مشاهده‌شده
دانمارک	دو کمیسیون تخصصی و توافق سیاسی، ۲۰۲۴	بازتعریف مرزهای منطقه‌ای، شوراهای محلی سلامت، انتقال وظایف	ساختار تصمیم	اجرای موکول‌شده به ۲۰۲۷ و هزینه انتقال وظایف
هلند	توافق‌نامه یکپارچه ۲۰۲۲ و تکمیلی ۲۰۲۵	تعهد امضاشده چندجانبه با هدف کمی و برنامه منطقه‌ای	مشارکت و پاسخگویی	تعویق تعهدات مالی و فشار بر بودجه محلی
آلمان	قانون بهبود مراقبت بیمارستانی، ۲۰۲۵	گروه‌های خدمتی، پرداخت آمادگی، حداقل حجم، صندوق تحول	شیوه پرداخت	تعویق یک‌ساله پرداخت آمادگی در ۲۰۲۶
سنگاپور	برنامه Healthier SG، ۲۰۲۳	ثبت‌نام جمعیت نزد پزشک، گذار به پرداخت سرانه، پروتکل مشترک	انگیزه ارائه‌دهنده	نارضایتی از تناسب پرداخت و بار اداری

کشور/قلمرو	محرك و سال	ابزار اصلی حکمرانی	سطح مداخله	محدودیت مشاهده شده
اتحادیه اروپا/استونی	مقرره فضای داده سلامت، ۲۰۲۵	مرجع ملی داده، مهلت قانونی، الزام تعامل پذیری	حکمرانی داده	تحقق کامل تا ۲۰۲۹ و پس از آن

۵. تحلیل تطبیقی: پنج درس مشترک

نخست، در هر پنج مورد، اصلاح خدمت بر بستر اصلاح ساختار تصمیم نشسته است، نه برعکس. دانمارک مرزها و شوراها را بازتعریف کرد، آلمان مرجع تعیین گروه خدمتی را مشخص ساخت و اروپا مرجع ملی داده تعیین کرد. هیچ یک با انتشار برنامه آغاز نکردند.

دوم، پول ابزار اصلی حکمرانی است. تفاوت میان پرداخت کارانه و سرانه، یا میان پرداخت به ازای مورد و پرداخت آمادگی، تفاوتی فنی نیست؛ تعیین می کند ارائه دهنده چه رفتاری را به صرفه بیابد. سازمان جهانی بهداشت همین را در قالب خرید راهبردی صورت بندی کرده است [۱۳].

سوم، مشارکت آنجا اثر دارد که به امضا و جدول زمانی ختم شود. تفاوت مدل توافق نامه ای هلند با نظرخواهی تشریفاتی در همین است: طرفها متعهد می شوند و تعهدشان قابل پیگیری است. کمیسیون های تخصصی دانمارک نیز کارکردی مشابه دارند؛ آنها اختلاف کارشناسی را پیش از ورود به منازعه سیاسی حل می کنند و به توافق گسترده امکان می دهند.

چهارم، داده تنها زمانی به حکمرانی بدل می شود که مرجع، مهلت و ضمانت اجرا داشته باشد. نبود این سه عنصر، سامانه های پر شمار اما ناسازگار می سازد.

پنجم و مهم تر از همه، ظرفیت اجرا سقف واقعی اصلاح است. تعویق پرداخت آمادگی در آلمان، به تأخیر افتادن بخشی از تعهدات هلند و افق ۲۰۲۷ دانمارک، همگی نشانه یک واقعیت اند: طراحی درست، شرط لازم است نه کافی. مطالعه ایرلند نیز دقیقاً به همین نتیجه رسید که تأمین نشدن منابع ظرفیت اجرا، در کنار رقابت روایت های سیاستی، بی اعتمادی نهادی را بازتولید می کند [۹].

۶. ایران در آینه پنج بعدی

کارنامه ایران در سطح پوشش قابل دفاع است. طرح تحول سلامت حدود ده میلیون نفر فاقد بیمه را زیر پوشش برد، سقف پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت را محدود کرد و در ابتدای سال ۲۰۲۴ خدمات رایگان کودکان خردسال گسترش یافت [۲۶]. اما همین کارنامه، پرسش را تیزتر می کند: چرا دستاورد پوشش به بهبود پایدار حفاظت مالی نینجامیده است؟ سهم پرداخت از جیب در ادبیات اخیر نزدیک به چهل درصد گزارش شده است، در حالی که بیمه پایه و بودجه دولتی روی هم نزدیک به پنجاه درصد تأمین مالی را پوشش می دهند [۲۷]، و برآوردهای مبتنی بر مدل سازی نشان می دهد با تداوم روند موجود، کاهش این سهم به کمتر از سی درصد تا افق ۲۰۳۰ محتمل نیست [۲۸].

پاسخ را باید در معماری تصمیم جست، نه در حجم برنامه. از منظر شفافیت، داده عملکردی در سطح ارائه دهنده به شکل قابل مقایسه و عمومی منتشر نمی شود و همین، سنجش را به گزارش های درون سازمانی فرو می کاهد. از منظر پاسخگویی، تکرر خریداران — سازمان بیمه سلامت، تأمین اجتماعی، خدمات درمانی نیروهای مسلح و صندوق های سازمانی — دقیقاً همان دو آسیب رقیق شدن پاسخگویی و ناسازگاری انگیزه ها را پدید آورده که سازمان جهانی بهداشت هشدار داده بود [۱۴]؛ به این افزوده می شود درهم آمیختگی نقش سیاست گذار، تنظیم گر،

ارائه‌دهنده و آموزش‌دهنده در یک وزارتخانه. از منظر مشارکت، سازوکار توافق چندجانبه با تعهد قابل پیگیری وجود ندارد و مشورت غالباً در مرحله تصویب و نه طراحی رخ می‌دهد. از منظر یکپارچگی، پرداخت‌های غیررسمی، اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی و تعارض منافع در فرایند تعیین تعرفه، مسائل شناخته‌شده‌اند. و از منظر ظرفیت، پیش‌بینی‌ناپذیری بودجه، شکاف میان تعرفه و تورم، و محدودیت‌های ناشی از تحریم که دسترسی به دارو و توان خرید بخش عمومی را کاهش داده است [۲۶]، عملاً هر اصلاحی را در مرحله اجرا فرسوده می‌کند.

جدول ۲. نگاشت پنج بُعد حکمرانی بر آسیب‌های نظام سلامت ایران و ابزار پیشنهادی

بُعد	تجلی آسیب در ایران	ابزار پیشنهادی	مرجع تجربی
شفافیت	نبود انتشار عمومی داده عملکرد در سطح ارائه‌دهنده و تعرفه	داشبورد ملی عملکرد با شاخص‌های از پیش اعلام‌شده و انتشار سالانه	اتحادیه اروپا، دانمارک
پاسخگویی	تکثر خریداران، رقیق‌شدن مسئولیت، تجمیع نقش‌ها در وزارتخانه	تفکیک سیاست‌گذاری از تصدی و گزارش سالانه به مجلس با شاخص	ایرلند (درس منفی)، دانمارک
مشارکت	مشورت تشریفاتی و بدون تعهد قابل پیگیری	سند توافق چندجانبه امضا شده با جدول زمانی و اهداف کمی	هلند
یکپارچگی	پرداخت غیررسمی، تعارض منافع در تعیین تعرفه	جدایی مرجع تعیین تعرفه از ذی‌نفع، ثبت و انتشار تعارض منافع	آلمان
ظرفیت	بی‌ثباتی بودجه و شکاف تعرفه با تورم، فرسایش در اجرا	واحد اصلاحات با بودجه اختصاصی و آزمون استانی پیش از تعمیم	آلمان، هلند

۷. الگوی پیشنهادی: حکمرانی سه‌لایه سلامت

بر پایه یافته‌های بالا، الگوی سه‌لایه پیشنهاد می‌شود که ترتیب اجرای آن به اندازه محتوایش اهمیت دارد.

لایه نخست، سیاست و پاسخگویی است. پیش‌شرط هر اصلاح دیگری، تفکیک نقش سیاست‌گذار و تنظیم‌گر از تصدی ارائه خدمت و از آموزش پزشکی است؛ تفکیکی که می‌تواند به تدریج و از سطح استانی آغاز شود. در کنار آن، شورای عالی سلامت باید دبیرخانه‌ای دائمی با ظرفیت کارشناسی مستقل و اختیار اظهار نظر الزامی بر ردیف‌های بودجه سلامت داشته باشد، و گزارش سالانه عملکرد نظام سلامت با شاخص‌های از پیش اعلام‌شده به مجلس ارائه و عمومی شود. الگوی کمیسیون‌های تخصصی دانمارک نشان می‌دهد حل اختلاف کارشناسی پیش از منازعه سیاسی، امکان توافق پایدار را می‌سازد.

لایه دوم، خرید راهبردی است. تجربه بین‌المللی حاکی است که تجمیع کامل صندوق‌ها نه ضروری است نه در کوتاه‌مدت شدنی؛ آنچه ضرورت دارد تجمیع «کارکرد خرید» است. پیشنهاد مشخص، تشکیل شورای خرید با مشارکت همه صندوق‌های پایه است که بسته پایه یکسان، تعرفه واحد و قواعد مشترک پرداخت را تعیین کند و تصمیم‌ها برای همه صندوق‌ها الزام‌آور باشد. در سطح مراقبت اولیه، ثبت‌نام جمعیت نزد پزشک منتخب و انتقال تدریجی بخشی از پرداخت — در گام نخست حدود بیست تا سی درصد — از کارانه به سرانه و عملکرد، الگوبرداری مستقیم از تجربه سنگاپور است. در سطح بیمارستانی، پرداخت آمادگی برای بیمارستان‌های ضروری مناطق کم‌برخوردار، به سبک آنچه آلمان طراحی کرده، می‌تواند جایگزین منطق فعلی شود که بقای بیمارستان را به حجم خدمت گره می‌زند.

لایه سوم، داده و شفافیت است. تجربه اروپا می گوید داده بدون مرجع، مهلت و ضمانت اجرا به نتیجه نمی رسد. بنابراین پیشنهاد می شود مرجع ملی داده سلامت با مأموریت قانونی مشخص، جدول زمانی الزام آور و اختیار تحمیل استاندارد تعامل پذیری بر همه سامانه های دولتی و خصوصی تعیین شود؛ و در گام بعد، انتشار عمومی داشبورد عملکرد در سطح استان و مؤسسه، شفافیت را از سطح اعلامیه به سطح سنجش پذیر منتقل کند.

دو سازوکار عرضی، این سه لایه را نگه می دارد. نخست ظرفیت اجرا: هر اصلاح باید واحد اجرایی مشخص با بودجه اختصاصی چندساله و آزمون استانی پیش از تعمیم ملی داشته باشد؛ درس مشترک آلمان، هلند و ایرلند دقیقاً همین است. دوم پیش تعهد سیاسی: توافق نامه چندجانبه با امضای وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، صندوق های بیمه، سازمان نظام پزشکی و نماینده تشکل های بیماران، همراه با تعهدات کمی و زمان بندی شده، می تواند اصلاح را از چرخه تغییر دولت ها تا حدی مصون کند.

جدول ۳. نقشه اجرای الگوی سه لایه

اقدام	افق زمانی	مرجع مسئول	ابزار حقوقی/مالی	شاخص سنجش
تشکیل شورای خرید و تعیین بسته پایه و تعرفه واحد	۱ تا ۲ سال	شورای عالی بیمه و صندوق های پایه	مصوبه هیئت وزیران و اصلاح آیین نامه	یکسان سازی بسته پایه در همه صندوق ها
تفکیک نقش سیاست گذاری از تصدی در سطح استانی	۲ تا ۴ سال	وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی	قانون یا مصوبه با آزمون در سه استان	شمار استان های دارای تفکیک عملیاتی
ثبت نام جمعیت نزد پزشک منتخب و پرداخت سرانه	۲ تا ۵ سال	سازمان های بیمه پایه	قرارداد نمونه و ردیف بودجه اختصاصی	سهم پرداخت سرانه از کل پرداخت سطح اول
پرداخت آمادگی به بیمارستان های ضروری مناطق محروم	۳ تا ۵ سال	وزارت بهداشت و سازمان برنامه	ردیف بودجه ای مستقل از حجم خدمت	ثبات مالی بیمارستان های هدف
استقرار مرجع ملی داده سلامت با اختیار تعامل پذیری	۱ تا ۳ سال	مرجع ملی مصوب	قانون با مهلت الزام آور	سهم سامانه های منطبق با استاندارد
انتشار عمومی داشبورد عملکرد استانی و مؤسسه ای	۲ تا ۴ سال	مرجع ملی داده و وزارت بهداشت	الزام انتشار در آیین نامه	تعداد شاخص های منتشر شده سالانه

۸. نتیجه گیری

یافته اصلی این مقاله را می توان در یک جمله فشرد: آنچه در تجربه کشورهای پیشرو تغییر کرده، نه فهرست اصول حکمرانی بلکه شیوه ترجمه آن اصول به معماری تصمیم است. دانمارک مرزها و شوراها را بازتعریف کرد، آلمان منطق پرداخت را دگرگون ساخت، سنگاپور بخش

خصوصی را با پرداخت و پروتکل هم سو کرد، هلند تعهد را از مشورت به امضا رساند و اروپا داده را به نهاد بدل ساخت. در هیچ یک از این موارد، انتشار سند راهبردی نقطه شروع نبود.

برای ایران، دلالت روشن است. مسئله نظام سلامت کشور نه کمبود برنامه است و نه ضعف در تشخیص مشکلات — که هر دو در ادبیات داخلی به فراوانی بحث شده — بلکه نبود مرجع پاسخگوی واحد، تکثر خریداران بدون هماهنگی انگیزشی، و شکنندگی ظرفیت اجراست. الگوی سه لایه پیشنهادی در این مقاله بر همین سه گلوگاه متمرکز است و آگاهانه از تجویز اصلاح یکباره پرهیز کرده است؛ زیرا همان تجربه‌های موفق نشان می‌دهند اصلاح حکمرانی، فرایندی چندساله با تعویق‌های ناگزیر است. محدودیت این پژوهش، اتکای آن به تحلیل اسنادی و نبود داده میدانی از ذی‌نفعان داخلی است؛ پژوهش‌های آینده می‌توانند با مصاحبه با تصمیم‌گیران صندوق‌های بیمه و مدیران بیمارستانی، امکان‌سنجی اجرای هر یک از سه لایه را در بستر ایران بیازمایند.

مراجع

۱. سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، تهران، ۱۳۹۳.
۲. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، مجلس شورای اسلامی، تهران، ۱۳۷۳.
۳. قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران، فصل سلامت، مجلس شورای اسلامی، تهران، ۱۴۰۳.
۴. قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، مواد ناظر بر نظام سلامت، مجلس شورای اسلامی، تهران، ۱۳۹۵.
۵. S. L. Greer, M. Wismar, and J. Figueras (eds.), *Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance*, Open University Press / European Observatory on Health Systems and Policies, Maidenhead, ۲۰۱۶.
۶. S. L. Greer, N. Vasev, H. Jarman, M. Wismar, and J. Figueras, "It's the governance, stupid! TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation", *European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief*, Copenhagen, ۲۰۱۹.
۷. World Health Organization, *Engaging the Private Sector in Delivering Health Care and Goods: Governance Frameworks*, WHO, Geneva, ۲۰۲۴.
۸. E. Nolte, S. Merkur, and A. Anell (eds.), *Achieving Person-Centred Health Systems*, European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge University Press, ۲۰۲۰.
۹. K. Schulmann, C. Bruen, S. Parker, R. Siersbaek, L. Mac Conghail, and S. Burke, "The role of governance in shaping health system reform: a case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, ۲۰۱۸-۲۰۲۳", *BMC Health Services Research*, vol. ۲۴, no. ۵۷۸, ۲۰۲۴.
۱۰. OECD, *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, ۲۰۲۳.
۱۱. OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Paris, ۲۰۲۴.
۱۲. OECD, *Health at a Glance ۲۰۲۵: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, ۲۰۲۵.
۱۳. I. Mathauer, E. Dale, and B. Meessen, "Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?", *WHO Health Financing Policy Brief No. ۶*, World Health Organization, Geneva, ۲۰۱۹.

۱۴. World Health Organization, Governance for Strategic Purchasing: An Analytical Framework to Guide a Country Assessment, WHO/UHC/HGF/Guidance/۱۹,۶, Geneva, ۲۰۱۹.
۱۵. European Commission, European Health Data Space: Implementation and Governance, Brussels, ۲۰۲۵.
۱۶. Regulation (EU) ۲۰۲۵/۳۲۷ of the European Parliament and of the Council of ۱۱ February ۲۰۲۵ on the European Health Data Space, Official Journal of the European Union, L series, ۵ March ۲۰۲۵.
۱۷. European Observatory on Health Systems and Policies, "Denmark: a comprehensive mosaic reform to strengthen primary and chronic care capacity", Health Systems and Policy Monitor, Copenhagen, ۲۰۲۴.
۱۸. OECD and European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark: Country Health Profile ۲۰۲۵, State of Health in the EU, Paris/Brussels, ۲۰۲۵.
۱۹. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg, The Hague, ۲۰۲۲.
۲۰. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, The Hague, ۲۰۲۵.
۲۱. Bundesministerium für Gesundheit, Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG): Die Krankenhausreform, Berlin, ۲۰۲۵.
۲۲. J. Schreyögg and R. Busse, "Reform der Krankenhausversorgung: was vom ursprünglichen Vorschlag bleibt und was die nächsten Schritte sind", Krankenhaus-Report, Springer, Berlin, ۲۰۲۵.
۲۳. Deutscher Bundestag, Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG), Berlin, March ۲۰۲۶.
۲۴. H. Y. Tan, J. K. Tan, L. T. M. Lam, D. H. Y. Tan, and Y. X. Chua, "Insights into Singapore's national strategy for primary care reform: physician attitudes, facilitators and barriers to Healthier SG", BMC Health Services Research, vol. ۲۵, no. ۱۰۲۱, ۲۰۲۵.
۲۵. Ministry of Health Singapore, White Paper on Healthier SG, Singapore, ۲۰۲۲.
۲۶. The Commonwealth Fund, International Health Care System Profiles: Iran, New York, ۲۰۲۶.
۲۷. "Iran's health insurance ecosystem: challenges and strategies", BMC Public Health, vol. ۲۴, ۲۰۲۴, doi: ۱۰.۱۱۸۶/s۱۲۸۸۹-۰۲۴-۱۹۹۹۸-۲.
۲۸. "The projection of Iran's healthcare expenditures by ۲۰۳۰: evidence of a time-series analysis", International Journal of Health Policy and Management, ۲۰۲۲.