

خلاصه سیاستی

رفع گسست میان اکوسیستم و حکمرانی پژوهش سلامت

جهان آرا ممی‌خانی^{۱*}، شهرام توفیقی^۲

۱. *نویسنده مسئول: مدرس، انجمن علمی مدیریت سلامت ایران، تهران، ایران، mamikhani@gmail.com

۲. دانشیار، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

پذیرش مقاله:

دریافت مقاله:

چکیده

نظام پژوهش سلامت ایران، اگرچه از ساختارهای رسمی، ظرفیت‌های علمی و زیرساخت‌های قابل‌توجهی برخوردار است، در عمل در قالب اکوسیستمی پویا و چندبازگیری فعالیت می‌کند. شکاف میان منطق متمرکز و اداری حکمرانی پژوهش و پویایی این اکوسیستم، موجب شده ظرفیت‌های تولید دانش به‌طور نظام‌مند به نیازهای سیاستی و اجرایی نظام سلامت متصل نشود و مسیر تبدیل پژوهش به سیاست و عمل همچنان با گسست و ناکارآمدی همراه باشد. این خلاصه سیاستی استدلال می‌کند مسئله اصلی، تنها کمبود منابع یا بازیگران نیست؛ بلکه ضعف در طراحی قواعد تعامل، مشوق‌ها، جریان اطلاعات، تخصیص منابع و سازوکارهای پاسخگویی است، به‌گونه‌ای که میان اولویت‌های ملی، سرمایه‌گذاری پژوهشی، تولید دانش و کاربرد آن پیوند مؤثری شکل نگرفته است. برای اصلاح این وضعیت، پنج راهکار مکمل پیشنهاد می‌شود. اجرای هماهنگ این اصلاحات می‌تواند حکمرانی پژوهش سلامت را از مدیریت و کنترل پراکنده فعالیت‌های پژوهشی به سمت هدایت راهبردی یک اکوسیستم هماهنگ، شبکه‌ای، مسئله‌محور و اثرگذار سوق دهد به‌گونه‌ای که منابع، ظرفیت‌های علمی و نیازهای سیاستی و اجرایی در یک چرخه یادگیرنده و پاسخگو به یکدیگر متصل شوند.

کلیدواژه‌ها: پژوهش، حکمرانی بالینی، سیاست‌گذاری، مدیریت مالی

مقدمه

علمی جهان (حدود ۳۳/۹ درصد از کل انتشارات علمی) را به خود اختصاص می‌دهد و این ظرفیت در ایران نیز در برخی حوزه‌های فناوریانه و میان‌رشته‌ای قابل مشاهده است (۴). اسناد سازمان جهانی سلامت نیز، پژوهش سلامت را بخشی جدایی‌ناپذیر از تقویت سیستم سلامت و پایه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد می‌دانند و بر تعیین اولویت‌ها بر اساس نیازهای واقعی و نیز بر ترجمه شواهد به عمل تأکید دارند (۵). با این حال، واقعیت میدانی حکایت از تحقق نیافتن کامل این امر دارد. پژوهش فخری و همکاران نشان داد حدود یک‌سوم (۳۲/۸ درصد) از کارآزمایی‌های حوزه بیماری‌های غیرواگیر با اولویت‌های پژوهشی ملی همخوانی داشتند چنانچه در طول دوره پنج‌ساله پس از اعلام اولویت‌های ملی، نه‌تنها بهبود معناداری در این انطباق رخ نداده؛ بلکه برخی اولویت‌های مهم تقریباً به‌طور کامل نادیده گرفته شده‌اند (۶).

نظام پژوهش سلامت در ایران از مجموعه‌ای از نهادها، قوانین و ساختارهای رسمی تشکیل شده است؛ اما پژوهش در عمل در بستری گسترده‌تر از تعاملات میان بازیگران مختلف، جریان‌های دانش، سازوکارهای تأمین مالی و روابط نهادی شکل می‌گیرد، بستری که می‌توان آن را اکوسیستم پژوهش سلامت نامید (۱). حکمرانی پژوهش زمانی اثربخش است که منطق‌های حاکم بر این اکوسیستم را درک نموده و پویایی‌های آن را هدایت نماید؛ نه اینکه تنها با ابزارهای اداری و کنترلی سعی در اداره آن داشته باشد. در غیر این صورت شکاف میان تولید دانش و سیاست‌گذاری سلامت پایدار خواهد ماند. بی‌تردید، الگوی تولید و به‌کارگیری دانش، نحوه توزیع منابع و نقش‌آفرینی بازیگران مختلف در حوزه پژوهش سلامت، به‌طور مستقیم بر کارایی، عدالت و تاب‌آوری نظام سلامت اثر می‌گذارد (۳و۲). از منظر کمی، پژوهش سلامت همچنان سهم بزرگی از تولید

Please cite this article as:

Mamikhani J, Tofighi Sh. Bridging the Ecosystem-Governance Gap in Health Research. Iran J Cult Health Promot 2026; 10(2): P-P.

Copyright: © 2026 Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

در همین راستا، جمالی و همکاران اگرچه گسترش زیرساخت‌های نشر (به‌ویژه مجلات انگلیسی‌زبان دانشگاه‌های علوم پزشکی) را تأیید می‌کنند و آن را نشان‌دهنده وجود زیرساخت نشر و ارتباطات علمی تا اندازه‌ای گسترده دانستند (۷)؛ اما شواهد بین‌الملل و داخلی نشان می‌دهد در کشورهای با درآمد متوسط، پیوند میان این تولیدات علمی و تصمیم‌گیری در نظام سلامت همچنان ضعیف و ناپایدار است. بخش بزرگی از پژوهش‌ها با اولویت‌های رسمی سلامت هم‌راستا نیست و سازوکارهای ترجمان دانش، محدود و بیشتر پروژه‌محور باقی مانده‌اند (۸). بنابراین، اگرچه "نقشه‌ای" از نهادها، اسناد و شاخص‌های تولید دانش وجود دارد؛ اما مسیر واقعی اثرگذاری پژوهش بر سیاست و عمل همچنان مبهم است.

این گسست در مطالعات داخلی نیز با شدت و وضوح بیشتری بازتاب یافته است. مجدزاده و همکاران تأکید می‌کنند شکافی ساختاری و کارکردی میان فرایند تولید پژوهش و چرخه سیاست‌گذاری سلامت در ایران وجود دارد، به‌طوری‌که شواهد در هیچ‌یک از مراحل چرخه سیاست‌گذاری به‌طور مطلوب به کار گرفته نشده و ترکیب شواهد با دیدگاه‌های دینفعان نادیده گرفته می‌شود (۹). هم‌سو با این یافته‌ها، آسیب‌شناسی‌های حکمرانی پژوهش سلامت نشان می‌دهد چالش‌های پایدار این نظام ریشه در پراکندگی نهادی، هم‌پوشانی مأموریت‌ها و ناهم‌ترازی نقش‌ها و فاصله میان تولید دانش و اثرگذاری آن بر عملکرد نظام سلامت دارد. تحلیل‌های ساختاری حاکی از آن است که شکافی معنادار میان «بازیگران دارای نفوذ سیاسی و قدرت تصمیم‌گیری» و «بازیگران مسئول اجرای عملی سیاست‌ها» (نظیر دانشگاه‌های علوم پزشکی، صندوق نوآوری و شکوفایی و بنیاد ملی علم) وجود دارد (۱۰ و ۱۱).

در نهایت، شواهد مطالعه توفیقی و همکاران حاکی از بروز یک پارادوکس حکمرانی در این اکوسیستم است، به‌گونه‌ای که همبستگی معکوسی میان دو مؤلفه «اقتدار سیاسی» و «توانمندی اجرایی» مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، با افزایش «وزن سیاسی» و «نفوذ نهادها» در لایه‌های بالایی، «میزان موفقیت» آن‌ها در تحقق نقش‌های محوله و اثرگذاری بر عمل، سیری نزولی می‌پیماید (۱۰). امری که نشان‌دهنده نیاز فوری به بازطراحی معماری حکمرانی در این زیست‌بوم است. دلیل بروز این پارادوکس حکمرانی را باید در درک نادرست از ماهیت نظام پژوهش جست. اکوسیستم پژوهش سلامت ایران از «تأسیس زیرساخت‌ها» عبور کرده و به «بلوغ آناتومیک» رسیده است. بنابراین، چالش اصلی کشور دیگر «نبود نهاد» نیست؛ بلکه «گسست کارکردی» میان اجزا است.

برای درک این گسست، تفکیک سه مفهوم کلیدی ضروری است: (۱) «سیستم ملی پژوهش» که بر چارچوب‌های رسمی، سلسله‌مراثی و دولت‌محور تکیه دارد جایی که نقش‌ها، مسئولیت‌ها و فرآیندهای تصمیم‌گیری از پیش تعیین شده و ارزیابی عملکرد بیشتر با شاخص‌های

کمی و مقررات ملی انجام می‌شود؛ (۲) «حکمرانی پژوهش» که به مجموعه‌ای از اصول، قواعد و سازوکارهای نظارتی اشاره دارد که تضمین اخلاق، شفافیت، تخصیص منابع، جهت‌دهی و پاسخگویی در سراسر فرایند پژوهش را تضمین می‌کند؛ و (۳) «اکوسیستم پژوهش» که نگاهی شبکه‌ای، پویا و فراتر از مرزهای اداری دارد و تعامل میان دانشگاه‌ها، مراکز علمی پژوهشی، بخش خصوصی، نهادهای مدنی، رسانه‌ها، بیماران و شهروندان را برجسته می‌کند (۱۱ و ۱۲ و ۱۳).

در دهه‌های اخیر، این مفهوم اکوسیستمی فراتر از ساختار دانشگاهی، به‌عنوان یکی از ارکان امنیت سلامت جهانی مطرح شده که تعامل شبکه‌ای و پویا میان مجموعه‌ای از بازیگران، تولید، بومی‌سازی و ترجمه شواهد را برای منفعت عمومی تسهیل می‌کند (۸ و ۱۴). با این حال، در بسیاری از نظام‌های متمرکز، فرآیندهای تأمین مالی، نشر و جذب دانش همچنان در انحصار بازیگران فرادست باقی مانده و این امر نه‌تنها شکاف تولید تا کاربر را تعمیق می‌کند؛ بلکه نابرابری‌های ساختاری را نیز بازتولید می‌نماید (۱۵).

حکمرانی پژوهش زمانی «ثربخش» است که با روابط، جریان‌ها و منطق‌های حاکم بر اکوسیستم پژوهش هم‌راستا شود، در غیر این صورت، شکاف میان حکمرانی پژوهش و اکوسیستم پژوهش به یکی از گلوگاه‌های اصلی در تبدیل دانش به تصمیم و عمل در نظام سلامت بدل می‌شود. تجربه‌های بین‌المللی و شواهد داخلی نشان می‌دهد که هم‌راستایی میان سیاست‌های رسمی پژوهش و پویایی‌های واقعی اکوسیستم پژوهش، چالشی پایدار است (۱۶ و ۱۷). وقتی با این «عینک اکوسیستمی» به کالبد نظام پژوهش سلامت ایران می‌نگریم، مشخص می‌شود که تداوم رویکرد ناکارآمد «توسعه کمی و نهادسازی» به جای «مهندسی تعاملات»، باعث شده است جریان مؤثر دانش مختل بماند. این گسست کارکردی در پنج محور کلیدی خود را نشان می‌دهد:

۱. **تورم ساختاری و همپوشانی مأموریت‌ها:** در لایه حکمرانی که به دلیل عدم تفکیک سیاست‌گذاری از اجرا، به تضاد منافع ساختاری (ادغام هم‌زمان نقش‌های مالکیت، تأمین مالی و اجرا در نهادهایی مانند وزارت بهداشت) منجر شده است؛
۲. **گسست نهادی میان تولید دانش و بهره‌برداران:** که ناشی از درون‌گرایی ساختاری دانشگاه‌ها و ابهام در سازوکارهای مالی و حقوقی ارتباط با صنعت و جامعه است؛
۳. **تمرکزگرایی شدید و کاهیدگی لایه میانی:** که نهادهای واسط را از استقلال و توانایی لازم برای شکل‌دهی به شبکه‌های افقی محروم کرده است؛
۴. **تکثر بدون انسجام:** به‌طوری‌که با وجود تعدد بازیگران، سیستم دچار سیلوهای سازمانی عایق‌بندی شده و فاقد مجاری ارتباطی افقی برای اشتراک‌گذاری نظام‌مند دانش است؛

۵. تداوم پارادایم توسعه کمی به جای مهندسی تعاملات: به گونه‌ای

که با وجود بلوغ زیرساختی، فقدان مهندسی تعاملات و نبود مأموریت‌گرایی باعث شده جریان مؤثر دانش و تبدیل آن به ارزش افزوده همچنان مختل باقی بماند (۱ و ۸).

مطالعات داخلی دیگر نیز آسیب‌شناسی فوق را تأیید می‌کنند. مجدزاده و همکاران، و منصوری نشان دادند پژوهش‌های پیشین در این حوزه، بیشتر بر ابعاد فنی و ساختاری متمرکز بوده‌اند و کمتر به دینامیک قدرت، تعارض منافع و تعامل قواعد رسمی با هنجارهای غیررسمی پرداخته‌اند. در واقع، هنوز روشن نیست که ساختارها و آیین‌نامه‌های موجود چگونه با منازعات قدرت و انگیزه‌های کنش‌گران درهم می‌آمیزند و چه اثری بر جهت‌دهی پژوهش دارند (۱۷ و ۱۸). از سوی دیگر، هرچند بازیگران متعددی فعال‌اند؛ اما حلقه‌های بازخورد میان «تولید شواهد مؤثر» و «کاربست آن در سیاست‌گذاری» به شدت ضعیف و کم‌بازده است.

از این رو، حکمرانی پژوهش باید از نقش «ناظر بوروکراتیک» فراتر رفته و با بازطراحی قواعد بازی و اتصال حلقه‌های گسسته، این تکثیر ناهماهنگ را به یک اکوسیستم پویا و پاسخگو در خدمت اولویت‌های سلامت کشور هدایت کند. بر این اساس، پرسش اصلی این خلاصه سیاستی آن است که: چرا و چگونه میان «حکمرانی پژوهش سلامت» و «اکوسیستم واقعی پژوهش» در ایران گسست شکل گرفته و برای ترمیم این شکاف و هدایت نظام پژوهش به سمت حل مسائل اولویت‌دار سلامت، چه الزامات و راهکارهای سیاستی گذار لازم است؟

راهکارهای پیشنهادی

برای کم کردن گسست میان حکمرانی و اکوسیستم پژوهش سلامت، اصلاحات باید از مداخله‌های پراکنده و اداری فراتر رفته و بر بازطراحی قواعد بازی، مشوق‌ها، سازوکارهای ارتباطی و الگوی تأمین مالی متمرکز شود. اجرای هم‌زمان ۵ راهکار زیر، حکمرانی پژوهش سلامت را از یک «ناظر بوروکراتیک» به یک «تسهیل‌گر هوشمند» تبدیل می‌کند:

۱. بازتعریف حکمرانی پژوهش سلامت از الگوی «بوروکراسی متمرکز» به «حکمرانی شبکه‌ای و تنظیم‌گری تطبیقی»

- حکمرانی فعلی پژوهش سلامت با منطق یک دستگاه اداری متمرکز عمل می‌کند؛ اما اکوسیستم پژوهش ماهیتی شبکه‌ای، چندبازگویی و پویا دارد. برای رفع این گسست، به جای اصلاحات جزئی، باید «آرایش روابط قدرت»، مسئولیت، پاسخگویی و مشوق‌ها بازطراحی شود. اقدامات عملی این بازطراحی عبارتند از:
- تفکیک شفاف و رسمی چهار نقش سیاست‌گذاری، تنظیم‌گری،

تأمین مالی، و اجرا (جلوگیری از تعارض منافع و موازی کاری)؛ تفاوت قائل شده میان «تخصیص منابع» و «حکمرانی منابع پژوهش»؛ در حکمرانی پژوهش، تنها بررسی نمی‌شود که پول به چه کسی داده شود؛ بلکه ابتدا مشخص می‌شود کشور به چه دانشی نیاز دارد، سپس تصمیم گرفته می‌شود چه کسی، برای چه مسئله‌ای، با چه شبکه‌ای و با چه میزان منابع باید پژوهش انجام دهد - مجموعه اقداماتی که بنیاد ملی علوم طبیعی چین بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ انجام داد (۱۹)؛

تأسیس «میز مشترک حکمرانی-اکوسیستم»: نهادی دائمی و تنظیم‌گر با حضور نمایندگان وزارت بهداشت، صندوق‌ها/ نهادهای تأمین مالی پژوهش، فرهنگستان علوم پزشکی، پژوهشگران برجسته، بخش خصوصی و جامعه مدنی، برای بازنگری دوسالانه اولویت‌ها از طریق «کارگاه‌های معکوس» (شنیدن نیاز از بدنه به بالا) و پایش مستمر شاخص‌های گسست، با تأکید بر جلوگیری از نهادسازی موازی (هرگونه پل/کمپته یا کارگروه تخصصی مرتبط ذیل همین میز مشترک تعریف و اداره شود)

برای عبور از پژوهش‌های ایزوله، نقش بخش خصوصی باید از تأمین‌کننده منفعل به شریک استراتژیک در تصمیم‌سازی ارتقا یابد. در این الگو - مشابه شبکه‌های AHSN انگلستان (۲۰)، پیوند پژوهش و صنعت طی یک سازوکار سه‌مرحله‌ای نهادینه می‌شود: اولویت‌گذاری تقاضامحور (حضور تشکلهای صنعتی در «میز مشترک» برای انتقال نیازهای واقعی بازار به محققان، هم‌آفرینی شواهد (ترکیب شواهد علمی محققان با اعتبارسنجی صنعتی/تجاری -TRL/MRL- بخش خصوصی)؛ و تصمیم‌سازی سیاستی (ارائه خروجی‌های معتبر به نهادهای بالادستی مانند سازمان غذا و دارو و سازمان‌های بیمه‌گر به منظور تصمیم‌گیری در پوشش بیمه‌ای، فهرست دارویی، خرید راهبردی و ...)

تغییر نقش بخش خصوصی از «تأمین‌کننده منفعل» به «شریک استراتژیک» با حضور نمایندگان اتحادیه‌های صنعت دارو، تجهیزات پزشکی، انجمن بیمارستان‌های خصوصی و ... در «میز مشترک»، نه تنها برای تأمین مالی؛ بلکه برای اعتبارسنجی تجاری و قابلیت تولید انبوه اولویت‌های پژوهشی کشور - مشابه الگوی شبکه‌های AHSN انگلستان.

پایش دوره‌ای اکوسیستم و ترسیم سالانه نقشه اکوسیستم؛ طراحی سازوکارهای «مشارکت عمومی - خصوصی» (PPP) در پژوهش سلامت و مشوق‌های مالیاتی: ایجاد چارچوب حقوقی شفاف برای قراردادهای پژوهشی مشترک بین بخش دولتی و بخش خصوصی (صنعت دارو، تجهیزات پزشکی و سلامت دیجیتال). تصویب اعتبارات مالیاتی تحقیق و توسعه به گونه‌ای که هزینه‌های

افزایش ضریب و امتیاز شاخص‌های ترکیبی اثرگذاری در ارزیابی مراکز تحقیقاتی و در نظر گرفتن امتیاز ویژه برای پژوهش‌های بین‌رشته‌ای و مسئله‌محور و ارزیابی مراکز بر اساس میزان حل مسائل بومی منطقه تحت پوشش. همراه با الزام ثبت "حلقه‌های ترجمان" (مانند ارائه خلاصه سیاستی، ابزار تصمیم‌یار، یا مشارکت مستند در حل یک چالش مدیریتی) به جای صرف چاپ مقاله؛

• **الزام طراحی بسته ترجمان دانش** در ابتدای پروپوزال نویسی برای طرح‌های بزرگ/اولویت‌دار (با بودجه بالاتر از آستانه مشخص): حداقل یک خلاصه سیاستی کوتاه، یک محصول ارتباطی مدیریتی (مثلاً اینفوگرافیک/خلاصه اطلاعات مدیریتی)، و حداقل یک تعامل ساختارمند با ذی‌نفعان اجرایی، به‌عنوان جزء امتیازدهی و تسویه نهایی طرح؛

• تخصیص ردیف/سهم مشخص برای فعالیت‌های ترجمانی در گرنت‌های بزرگ (به‌عنوان جزء هزینه‌های مجاز طرح)، به‌منظور جلوگیری از ترجمان‌صوری و تقویت تولید خروجی‌های تصمیم‌پذیر.

۴. **نهادینه‌سازی پیوند پژوهش با تصمیم‌گیری: درگاه تقاضا - عرضه، پاسخ سریع و آزمایشگاه‌های سیاست**

برورکراسی فعلی به‌جای هدایت انرژی اکوسیستم، آن را در فرم‌های اداری خنثی می‌کند. بنابراین نیاز به مکانیزمی است که صدای بازیگران اکوسیستم را به‌طور مستقیم به سیاست‌گذار برساند تا پویایی‌های واقعی وارد چرخه سیاست‌گذاری شود.

اقدامات عملی

• «راه‌اندازی سامانه ملی» «ارتباط پژوهش و سیاست» با افزودن پنجره‌ای برای تقاضای بخش خصوصی، پلتفرمی دیجیتال با دو کاربرد اصلی خواهد بود:

۱. **ثبت شفاف «نیازهای میدانی»:** مدیران اجرایی، بیمارستان‌های خصوصی، بیمه‌های خصوصی، تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی و سایر فعالان بخش خصوصی قادر خواهند بود چالش‌های بالینی، عملیاتی و فناورانه خود را به عنوان تقاضاهای واقعی در سامانه ثبت کنند. این اقدام پژوهش‌ها را از حالت انتزاعی خارج کرده و مستقیماً به نیازهای بازار و سیستم درمانی پیوند می‌زند.

۲. **ثبت «پیشنهادهای نوآورانه»:** پژوهشگران و استارت‌آپ‌ها می‌توانند پیشنهادهای نوآورانه خود را در سامانه ارائه دهند. خروجی این سامانه می‌تواند به‌طور مستقیم در فراخوان‌های گرنت مورد استفاده قرار گیرد و جایگزینی برای نظرات سلیقه‌ای کارشناسان و مدیران در سازمان‌های دولتی و عمومی باشد. این سامانه با حذف واسطه‌های ناکارآمد، شفافیت در اولویت‌گذاری را افزایش داده و تقاضا

پژوهش برون‌سپاری‌شده توسط بخش خصوصی به دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، از مالیات بر درآمد آن‌ها کسر یا مشوق‌های ویژه دریافت کند - مشابه مدل CIR کشور فرانسه (۲۱).

۲. تقویت زیرساخت‌های حکمرانی پژوهش با ایجاد اطلس ملی سرمایه‌گذاری پژوهش سلامت

به‌عنوان یک زیرساخت ملی داده‌محور و تصمیم‌یار، با هدف ایجاد تصویری یکپارچه، چندبعدی و پویا از جریان پول در پژوهش سلامت طراحی می‌شود و اطلاعات مربوط به منابع و نهادهای تأمین‌کننده مالی، حجم و نوع سرمایه‌گذاری، حوزه‌ها و اولویت‌های پژوهشی، دانشگاه‌ها و مؤسسات دریافت‌کننده، پراکندگی جغرافیایی، شبکه‌های همکاری و در مراحل پیشرفته‌تر، خروجی‌ها و پیامدهای پژوهش را در یک چارچوب تحلیلی تجمیع و رصد می‌کند. خروجی این اطلس، شناسایی الگوهای مستقیم و مشارکتی تأمین و تمرکز و توزیع منابع، شکاف‌های سرمایه‌گذاری، حوزه‌های مغفول، موازی‌کاری‌ها و ظرفیت‌های همکاری و نیز فراهم کردن امکان سنجش ارتباط میان سرمایه‌گذاری پژوهشی و نتایج و اثرگذاری آن خواهد بود. از منظر حکمرانی پژوهش، این اطلس با تبدیل داده‌های پراکنده و جزیره‌ای به «اطلاعات قابل تصمیم‌گیری»، زمینه را برای اولویت‌گذاری شواهدمحور، هماهنگی میان نهادهای تأمین‌کننده، تخصیص هدفمند منابع، توسعه ظرفیت‌های پژوهشی و ارزیابی عملکرد سرمایه‌گذاری‌های پژوهشی و پاسخگو کردن نهادهای پژوهشی فراهم می‌کند و از این طریق، نقش واسط و پیونددهنده میان **حکمرانی پژوهش و اکوسیستم پژوهش** را ایفا می‌کند به‌گونه‌ای که بازیگران اکوسیستم می‌توانند بر مبنای یک تصویر مشترک از وضعیت موجود، فرصت‌ها، شکاف‌ها و نیازهای پژوهشی، تصمیم‌ها و سرمایه‌گذاری‌های خود را هماهنگ کنند.

۳. بازطراحی نظام ارزیابی به نفع ارزش‌آفرینی اکوسیستمی و اثرگذاری

سیستم فعلی ارتقای اعضای هیئت علمی، بودجه‌ریزی و ارزیابی، پیام رفتاری نادرستی ارسال می‌کند: "بیشتر منتشر کن، نه لزوماً مؤثرتر" این مهم‌ترین عامل گسست ارزشیابی و اولویت‌هاست.

اقدامات عملی

• **اصلاح آیین‌نامه ارتقای اعضای هیئت علمی و اختصاص سهم معنادر (مثلاً در قالب یک سبد امتیازی مشخص) به "مشارکت اکوسیستمی و اثرگذاری"**، شامل ارائه گزارش سیاستی به نهادهای اجرایی، مشارکت در کارگروه‌های حل مسئله، ثبت اختراع کاربردی، یا مشارکت در طراحی/به‌روزرسانی راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد، و مانند آنها؛

اجرائی، بخش خصوصی و سایر ذی‌نفعان تعریف شود و تخصیص منابع به ارائه «تعهدنامه اثرگذاری» و «مشارکت بهره‌برداران» مشروط شود. همچنین، به پژوهش‌های مسئله‌محور با تقاضای مشخص از سوی نهادهای اجرایی و طراحی مشوق‌های مالی برای مشارکت بخش خصوصی اولویت داده شود. این رویکرد با تجمیع و هم‌افزایی منابع، کاهش موازی‌کاری و تقویت شبکه‌های پژوهشی، احتمال تبدیل شواهد به سیاست، برنامه، فناوری و مداخله مؤثر را افزایش می‌دهد (الگوپردازی شده از (ARPA-H) (۲۴).

جمع‌بندی و الزامات گذار به حکمرانی پژوهشی اثربخش

مسئله اصلی پژوهش سلامت در ایران، کمبود بازیگر یا حتی کمبود منابع نیست؛ بلکه مسئله، فقدان سازوکاری است که ظرفیت‌های پراکنده اکوسیستم پژوهش را حول مسائل اولویت‌دار کشور هم‌راستا کرده و به تصمیم و اقدام متصل کند. از این منظر، اصلاح حکمرانی پژوهش سلامت باید نه با افزودن ساختارهای جدید؛ بلکه با بازطراحی قواعد تعامل، جریان اطلاعات، تخصیص منابع و سازوکارهای پاسخگویی دنبال شود. پیشنهاد می‌شود این گذار به صورت یک برنامه اصلاحی مرحله‌ای و با یک متولی مشخص آغاز شود و موفقیت آن نه با تعداد ساختارها و فعالیت‌ها، بلکه با شاخص‌هایی چون میزان هم‌راستایی سرمایه‌گذاری‌های پژوهشی با اولویت‌های ملی، مشارکت ذی‌نفعان، شکل‌گیری همکاری‌های بین‌نهادهی و میزان تبدیل شواهد به سیاست و عمل سنجیده شود. هدف نهایی، گذار از یک نظام پژوهشی متشکل از بازیگران منفرد به یک اکوسیستم پژوهش سلامت هماهنگ، مسئله‌محور و اثرگذار است

(نیاز نظام سلامت) را مستقیماً به عرضه (پژوهش) متصل می‌کند»- الگوی SBRI (۲۲).

- **تشکیل «کمیته اکوسیستم پژوهش سلامت»** ذیل میز مشترک حکمرانی-اکوسیستم، با نقش مشورتی-تصمیم‌سازی متشکل از نمایندگان دانشگاه‌ها، واحدهای ارائه خدمات، بیمه‌ها، استارت‌آپ‌ها و ... برای تعیین اولویت‌های فراخوان‌های ملی و بازنگری آیین‌نامه‌ها؛
- **راه‌اندازی «آزمایشگاه‌های سیاست سلامت»** با محوریت بخش خصوصی: زیست‌بوم‌های آزمایشی (Sandboxes) برای اجرای پایلوت سیاست‌ها و دریافت بازخورد نظام‌مند پیش از تصویب نهایی و اجباری‌سازی. ایجاد محیط‌های آزمایشی امن و تحت نظارت وزارت بهداشت، که در آن استارت‌آپ‌های سلامت دیجیتال، هوش مصنوعی پزشکی و شرکت‌های مدتک بتوانند محصولات نوآورانه خود را پیش از دریافت مجوزهای سنگین و زمان‌بر، در محیط واقعی (مثلاً در چند بیمارستان یا کلینیک خصوصی داوطلب) آزمایش کرده و بازخورد تنظیم‌گر را دریافت کنند. (الگوی مشابه در سنگاپور) (۲۳).

۵. تغییر الگوی تأمین مالی از «بودجه‌ریزی نهادی» به «تأمین مالی مبتنی بر مأموریت»

توزیع منابع پژوهشی یا بخش بزرگی از منابع پژوهشی در قالب گرنت‌های مأموریت‌محور و بر اساس مجموعه‌ای محدود از مأموریت‌های ملی و مسائل راهبردی سلامت تخصیص یابد؛ به‌صورتی که برای هر مأموریت، اهداف و نتایج مورد انتظار، سبدهی از پروژه‌های مکمل و میان‌رشته‌ای و شبکه‌ای از همکاری دانشگاه‌ها، پژوهشگاه‌ها، دستگاه‌های

منابع

- Mamikhani J, Tofighi S, Sadeghifar J, Effatpanah H. Mapping Iran's Health Research Ecosystem: An Analysis of Actors and Institutional Interactions. J. Ilam Uni. Med. Sci 2026; 34 (3) :107-125. [In Persian]
- Fochler M, Janger J, Stampfer M, Strassnig M, Benner M, Charos A, et al. Just following the money? How research funding shapes the governance of university research. Science and Public Policy 2025; 53(4): 576-591.
- Sales RK, Reyes-Ramos GK, de Veyra C, Gascon G, Barraca V, Garcia G, et al. Advancing health through evidence-assisted decisions with health policy and systems research program: a qualitative evaluation of a national health research grant management process in the Philippines. Health Res Policy Syst 2023; 21: 73.
- UNESCO. UNESCO Science Report: the race against time for smarter development. 2021. Available at: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377250>
- Moradimoghadam H. Factors Affecting the Quantitative Growth of Iran's Scientific Production after the Islamic Revolution of Iran. International Journal of Information Science and Management 2024; 22(4): 19-38.
- Fakhri F, Mohammadi M, Eybpoosh S, Ahmadi S, Solaymani-Dodaran M. Iran's research prioritization: Are we meeting the goals? A study based on clinical trial registry data. PLoS One 2024; 19(4): e0301414.
- Jamali HR, Nabavi M, Oroji M, Emrani E. Multilingual Scholarly Journal Publishing in Iran. Learn Publ 2026; 39(1): e2043.
- Higgs ES, Altaf A, Lurie N, Fotouhi A, Kilmarx PH, Nyirenda T, et al. National research ecosystems: protecting populations and building health security worldwide. Lancet Glob Health 2025; 13(10): e1648-53.
- Majdzadeh R, Sajadi HS, Yazdizadeh B, Doshmangir L, Ehsani-Chimeh E, Mahdavi M, et al. Policy options for strengthening evidence-informed health policy-making in Iran: overall SASHA project findings. Health Res Policy Syst 2022 Jan 15; 20(1): 10.
- Tofighi Sh, Mamikhani J. Pathology of Health Research Governance in Iran. Tehran: Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran; 2024. [In Persian]

11. Safarzadeh Bezenjani TS, Tavakoli AM, Nikpour A. Providing an Effective Model of Good Governance Based on the Criteria Proposed by Muslim Thinkers for Organizational Health in Governmental Organizations in Kerman Province. *Propósitos y Representaciones* 2020 Aug 27(SPE2): e669.
12. Emami SM. Governance of Research: Nature, Scope and Tools. *Journal of Public Administration* 2021 Jun 22; 13(2): 233-76. [In Persian]
13. Mamikhani J, Motevalian SA, Haghparast-Bidgoli H. Conceptualizing Research Governance in the Health Field: A Review. *Iran J Health Insur* 2024; 7(3): 161-176. [In Persian]
14. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010 Dec 4; 376(9756): 1923-58.
15. Tagoe N, Abimbola S, Bilardi D, Kamuya D, Gilson L, Muraya K, et al. Creating different global health futures: mapping the health research ecosystem and taking decolonial action. *BMC Health Serv Res* 2025 Apr 17; 25(1): 565.
16. World Health Organization. Bridging the gap between research priorities and research practice. Geneva: World Health Organization; 2018.
17. Majdzadeh R, Nedjat S, Denis JL, Yazdizadeh B, Gholami J. 'Linking research to action' in Iran: two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. *Public Health* 2010 Jul; 124(7): 404-11.
18. Mansoori P. Evolution of Iran's health research system over the past 50 years: a narrative review. *J Glob Health* 2018 Dec; 8(2): 020703.
19. Lei R, Liu Q, Wang Y, Wang H, Shen Y. Analysis of major programs in the field of health science funded by the National Natural Science Foundation of China between the years 2010 and 2018. *Ann Transl Med* 2019 Jun; 7(12): 268.
20. National Institute for Health and Care Research (NIHR). NIHR Industry Strategy: Partnering for health and wealth. 2023. Available at: <https://www.nihr.ac.uk/documents/nihr-industry-strategy-partnering-for-health-and-wealth/31771>
21. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Research and Development (R&D) Tax Incentives (Crédit d'Impôt Recherche - CIR). 2023. Available at: <https://stip.oecd.org/innotax/incentives/FRA1>
22. SBRI Healthcare. How SBRI Healthcare works: Connecting health and care challenges with innovative solutions. 2024. Available at: <https://www.sbrihealthcare.co.uk/how-it-works>
23. Health Sciences Authority (HSA). Regulatory Sandbox for Artificial Intelligence - Software as a Medical Device (AI-SaMD). 2024. Available at: <https://www.hsa.gov.sg/medical-devices/regulatory-framework-for-medical-devices/regulatory-sandbox-for-ai-samd>
24. Advanced Research Projects Agency for Health (ARPA-H). ARPA-H Strategic Framework: Driving Transformative Health Breakthroughs. 2024. Available at: <https://arpa-h.gov/about>

Policy Brief

Bridging the Ecosystem-Governance Gap in Health Research

Jahanara Mamikhani^{*1}, Shahram Tofighi²

1. ***Corresponding Author:** Lecturer, Iran Health Management Association, Tehran, Iran, mamikhani@gmail.com
2. Associated Professor, National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

Abstract

Although Iran's health research system possesses formal structures, scientific capacities, and considerable infrastructure, it operates in practice as a dynamic, multi-actor ecosystem. The gap between the centralized and bureaucratic logic of research governance and the dynamism of this ecosystem has meant that knowledge-production capacities are not systematically connected to the policy and implementation needs of the health system, and the pathway from research to policy and practice remains characterized by fragmentation and inefficiency. This policy brief argues that the main problem is not merely a lack of resources or actors; rather, it lies in the weak design of interaction rules, incentives, information flows, resource allocation, and accountability mechanisms, such that an effective linkage has not been established among national priorities, research investment, knowledge production, and its application. To remedy this situation, five complementary strategies are proposed. The coordinated implementation of these reforms can shift health research governance from fragmented management and control of research activities toward strategic steering of a coordinated, networked, problem-oriented, and impactful ecosystem, in which resources, scientific capacities, and policy and implementation needs are connected to one another in a learning and responsive cycle.

Keywords: Clinical Governance, Financial Management, Policy Making, Research

Please cite this article as:

Mamikhani J, Tofighi Sh. Bridging the Ecosystem-Governance Gap in Health Research. *Iran J Cult Health Promot* 2026; 10(2): P-P.

Copyright: © 2026 Iranian Journal of Culture and Health Promotion. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License