Modern Studies in Management & Organization

Volume 3, Issue 1, Spring 2026, Pages 107-126

OPEN ACCESS | ORIGINAL ARTICLE | ENGLISH

Administrative Medicoacy and Policy Capture: A Comparative Study of Iran with Developed and Developing Countries

Mehdi Mahdavian Sadr[1]*

[1] Department of Public Administration, Faculty of Management, Islamic Azad University of Sciences and Research, Tehran, Iran.

*Corresponding author: Mehdi Mahdavian Sadr (Email: mehdi.mahdaviansadr@iau.ir)

Received: April 27, 2026 | **Revised:** June 6, 2026 | **Accepted:** June 8, 2026 | **Published:** June 15, 2026

ABSTRACT

Purpose: The disproportionate presence of medical graduates in Iran's managerial and policy-making positions is a long-standing phenomenon that has rarely been framed as an organizational and governance problem. This study seeks to conceptualize and critically explain the phenomenon of "administrative medicoacy" and to identify the mechanisms through which it is reproduced and leads to policy capture.

Methodology: The study is qualitative and explanatory-critical, conducted in two stages: a thematic analysis of legal documents, oversight reports, and scholarly literature using the thematic network approach; and a most-different comparative study setting Iran against developed countries (Britain, the Netherlands, Switzerland) and developing countries (Colombia, Peru, Mexico, China). The validity of the findings was secured through source triangulation and peer review.

Findings: The analysis yielded six reproducing mechanisms that form the links of a self-reinforcing chain: educational closure, vertical integration of governance and provider roles, spillover of professional prestige, formalistic hybrid professionalism, policy capture, and outward diffusion into non-health domains. The professional representation ratio indicated that physicians' share of Iran's legislative body is tens of times their demographic weight. The comparative analysis made clear that what distinguishes the Iranian case is not the presence of physicians in management, but rather the absence of an institutional counterweight alongside the vertical integration of roles.

Conclusion: Administrative medicoacy is a form of policy capture that operates through the legitimate channel of professional prestige and is therefore harder to restrain than overt corruption. Managerial credentials alone are not a remedy and, absent structural reform, serve a legitimating function. The study recommends separating governance roles from provider roles, establishing a job-based merit system, and managing conflicts of interest.

Keywords: Administrative medicoacy; Professional dominance; Policy capture; Conflict of interest; Meritocracy.

ARTICLE INFORMATION

Citation: *Mahdavian Sadr, M. (2026). Administrative Medicoacy and Policy Capture: A Comparative Study of Iran with Developed and Developing Countries. Journal of Modern Studies in Management & Organization, 3(1), 107-126.*

DOI: 10.22034/jmsmo.2026.600138.1054 | eISSN: 3092-6920

Copyright: © The Author(s). Authors retain copyright and full publishing rights. This article is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Publisher's Note: *JMSMO remains neutral regarding jurisdictional claims in published material and institutional affiliations.*

Extended Abstract

Introduction

The disproportionate presence of medical graduates in Iran's managerial and policy-making positions is a long-standing phenomenon that has rarely been framed as an organizational and governance problem. While conventional diagnoses of Iran's governance failures typically focus on sanctions, war, the relationship between religion and state, and military involvement in the economy—all situated at the macro level of politics—this study argues that a crucial layer of analysis has been neglected: the professional composition of the decision-making body itself. The study addresses a fundamental question: when a dominant share of decision-making seats is systematically occupied by graduates of a single profession, what happens to the rationality of policy-making? The importance of this question is twofold. First, administrative reform in Iran has been largely reduced to restructuring processes and structures, with scant attention to the professional composition of decision-makers, which is the most fundamental layer shaping policy outputs. Second, empirical evidence from Iran's health system indicates that the majority presence of physicians in all policy-making and decision-making institutions has led to conflicts of interest and professional bias in legislation and implementation (Mohammadi et al., 2024). The research gap this study addresses is the absence of a comparative framework that treats the professional composition of administrative elites as an independent variable across both developed and developing countries. The main research question is: through what mechanisms is the professional dominance of physicians over Iran's public administration reproduced, and how can it be restrained?

Theoretical Framework

The theoretical framework of this study draws on the intersection of two intellectual traditions. In the sociology of professions, Larson (1977) views professionalization not merely as a response to social need but as a project for converting specialized knowledge into economic reward and social status, with closure or monopoly over entry as its primary instrument. Freidson (1970), through his case study of medicine, demonstrated that this profession, unlike other specialized occupations, has been able to extend its authority from the technical domain to the domain of problem definition—a phenomenon he termed professional dominance. Abbott (1988) introduced the concept of jurisdiction, viewing the system of professions as a competitive field in which each profession seeks to expand its jurisdictional boundaries at the expense of neighboring professions. The phenomenon under study is an instance of successful jurisdictional expansion: the transfer of jurisdictional claims from health to public administration. In the organizational tradition, Mintzberg (1983) describes organizations such as hospitals and universities as professional bureaucracies, configurations in which the operating core, due to knowledge complexity, dominates the strategic apex. Noordegraaf (2007) introduced hybrid professionalism, arguing that professionals in ambiguous public domains must acquire competencies beyond their original domain, but warns that hybridization, absent institutional redesign of competence assessment, reduces to a mere façade. In political economy, Dal Bó (2006) defines regulatory capture as a situation in which the regulatory body pursues the interests of the regulated industry rather than the public interest. Carpenter and Moss (2014) identify its most dangerous form as cultural capture, where regulator and regulated share a worldview, language, and social network, rendering conflicts of interest essentially imperceptible. Based on this literature, administrative medicoacy is defined as an institutional condition in which membership in the medical profession functions as an implicit sufficient condition for establishing managerial and policy-making competence in domains beyond clinical practice. The conceptual model identifies six reproducing mechanisms forming a self-reinforcing chain: educational closure, vertical integration of governance and provider roles, spillover of professional

prestige, formalistic hybrid professionalism, policy capture, and outward diffusion into non-health domains.

Methodology

The study is qualitative and explanatory-critical, conducted in two sequential stages. In the first stage, a corpus of documents was collected through purposive sampling based on thematic relevance, source credibility, and temporal coverage. The corpus comprises four categories: laws and regulations, including the 1985 Law on the Formation of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education; reports from research and oversight bodies; domestic and international scholarly literature; and documented reports on the educational composition of decision-making bodies, used solely as supplementary evidence. Data were analyzed using thematic analysis and the thematic network approach (Abedi Jafari et al., 2011). Coding proceeded through three layers of basic, organizing, and global themes, reaching saturation after two rounds of iteration and yielding six global themes. In the second stage, a most-different comparative strategy was employed. To ensure that the Iranian case appeared neither as a national exception nor merely as a sign of backwardness, comparative cases were deliberately selected from two groups: developed countries (Britain, the Netherlands, Switzerland) and developing countries (Colombia, Peru, Mexico, China). Selection criteria included documented engagement with the problem of professional dominance over public decision-making, fundamental differences in political and administrative systems, and availability of credible scholarly evidence. The unit of analysis was institutional restraint mechanisms, not quantitative outcomes. Validity was secured through source triangulation, peer review, and an audit trail from document to global theme. The main limitation is reliance on documentary data and the absence of field data.

Results

The analysis yielded six reproducing mechanisms forming a self-reinforcing chain. Educational closure: determining medical school admissions capacity rests with the same institution that oversees medical services and represents practitioners' guild interests—a classic instance of Larson's closure. Vertical integration of governance and provider roles: Article 6 of the 1985 Law obligated the Ministry of Health to establish medical universities, granting the minister authority to dismiss university heads. Consequently, a single institution combines four roles: health stewardship, regulation and oversight, ownership of the largest hospital network, and monopolistic production of professional labor. Spillover of professional prestige: physicians' social credibility functions as a general indicator of competence in appointments, extending from clinical ability to managing higher education and international negotiation. Formalistic hybrid professionalism: the growing wave of physicians acquiring managerial credentials has not been accompanied by changes in assessment and accountability mechanisms; such credentials serve as post hoc justification for appointments already made on the basis of professional prestige. Policy capture: when capacity determination, pricing, accreditation, and oversight all rest with a network sharing a common professional identity, systematic deviation of public decisions toward one group's interests occurs (Ebrahimi & Eynali, 2019). Outward diffusion: this presence has transcended health boundaries into higher education, diplomacy, security institutions, and parliamentary commissions—a pattern persisting both before and after 1979. The professional representation ratio indicates that physicians' share of Iran's legislative body is tens of times their demographic weight. The comparative analysis revealed that what distinguishes the Iranian case is not the presence of physicians in management but the absence of an institutional counterweight alongside vertical role integration. Developed countries occupy the upper-left quadrant (role separation with strong counterweights),

Colombia and Peru the lower-left (fragmented dominance), and Mexico and especially Iran the lower-right (structural capture). China holds an intermediate position, having consciously diversified elite backgrounds despite structural concentration.

Conclusion

Administrative medicoacy is a form of policy capture operating through the legitimate channel of professional prestige, making it harder to restrain than overt corruption. Managerial credentials alone are not a remedy and, absent structural reform, serve a legitimating function. The study recommends separating governance roles from provider roles, establishing a job-based merit system, and managing conflicts of interest. Future research should gather systematic data on the educational backgrounds of senior managers and test the professional representation ratio across other professions and countries.

Declarations

Author Contributions (CRediT taxonomy)

Author: Conceptualization, Methodology, Data analysis, Writing – original draft, Writing – review & editing.

Funding Statement

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors. The author received no financial support for the research, authorship, or publication of this article.

Ethical Statement

This study is based exclusively on documentary and library data. No direct interaction with human participants, collection of personal data, or field intervention was involved. Therefore, obtaining informed consent is not applicable. The author confirms that all principles of research ethics, including scientific integrity, avoidance of plagiarism, and accurate citation of sources, have been observed in preparing this article.

Authors' AI Use Statement

The authors declare that no artificial intelligence (AI) tools were used in the preparation of this manuscript for writing, analysis, or data generation. All content is the result of the authors' own human effort and judgment.

Conflict of interest

The author declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have influenced the work reported in this paper.

Data Availability Statement

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

مطالعـــات نوین در مدیریت و سازمان

سال ۳، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵ – صفحه ۱۰۷-۱۲۶

دسترسی آزاد | مقاله پژوهشی | انگلیسی

پزشکی‌سالاری اداری و تسخیر خط‌مشی؛ مطالعه تطبیقی ایران با کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه

مهدی مهدویان صدر[1*]

[1] گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مهدی مهدویان صدر (*Email: mehdi.mahdaviansadr@iau.ir*)

دریافت: ۷ اردیبهشت ۱۴۰۵ | **بازنگری:** ۱۶ خرداد ۱۴۰۵ | **پذیرش:** ۱۸ خرداد ۱۴۰۵ | **انتشار برخط:** ۲۳ شهریور ۱۴۰۵

چکیده

هدف: حضور نامتناسب دانش‌آموختگان پزشکی در مناصب مدیریتی و سیاست‌گذاری ایران پدیده‌ای دیرپاست که کمتر به‌مثابه مسئله‌ای سازمانی و حکمرانی صورت‌بندی شده است. این پژوهش می‌کوشد پدیده «پزشکی‌سالاری اداری» را مفهوم‌پردازی و تبیین انتقادی کند و سازوکارهای بازتولید آن را که به تسخیر خط‌مشی می‌انجامد، شناسایی نماید.

روش‌شناسی: پژوهش کیفی و تبیینی-انتقادی است و در دو مرحله انجام شد: تحلیل مضمون اسناد قانونی، گزارش‌های نظارتی و ادبیات علمی با رهیافت شبکه مضامین؛ و مطالعه تطبیقی موردمحور با منطق بیشترین تفاوت که ایران را در برابر کشورهای توسعه‌یافته (بریتانیا، هلند، سوئیس) و در حال توسعه (کلمبیا، پرو، مکزیک، چین) نهاد. اعتبار یافته‌ها از راه تثلیث منابع و بازبینی همتایان تأمین شد.

یافته‌ها: تحلیل به شش سازوکار بازتولیدکننده انجامید که حلقه‌های یک زنجیره خودتقویت‌کننده‌اند: بستار آموزشی، هم‌گرایی عمودی نقش‌های حاکمیتی و تصدی‌گری، سرریز اعتبار حرفه‌ای، حرفه‌گرایی دورگه صوری، تسخیر خط‌مشی، و برون‌ریزی به قلمروهای غیرسلامت. شاخص نسبت نمایندگی حرفه‌ای نشان داد سهم پزشکان در نهاد قانون‌گذاری ایران ده‌ها برابر وزن جمعیتی آنهاست. مقایسه تطبیقی روشن ساخت آنچه مورد ایران را متمایز می‌کند، نه حضور پزشکان در مدیریت، بلکه نبود وزنه متعادل‌کننده نهادی در کنار هم‌گرایی عمودی نقش‌هاست.

نتیجه‌گیری: پزشکی‌سالاری اداری شکلی از تسخیر خط‌مشی است که از مسیر مشروع اعتبار حرفه‌ای عمل می‌کند و از همین رو دشوارتر از فساد آشکار مهارشدنی است. اخذ مدارک مدیریتی به‌تنهایی درمان آن نیست و در غیاب اصلاح ساختار، کارکرد مشروعیت‌بخشی دارد. پژوهش، تفکیک نقش‌های حاکمیتی از تصدی‌گری، استقرار نظام شایستگی شغل‌محور و مدیریت تعارض منافع را پیشنهاد می‌کند.

واژگان کلیدی: پزشکی‌سالاری اداری؛ سلطه حرفه‌ای؛ تسخیر خط‌مشی؛ تعارض منافع؛ شایسته‌سالاری.

اطلاعات مقاله

استناد: مهدویان صدر، م. (۱۴۰۵). پزشکی‌سالاری اداری و تسخیر خط‌مشی؛ مطالعه تطبیقی ایران با کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه. مجله مطالعات نوین در مدیریت و سازمان، ۳(۱)، ۱۰۷-۱۲۶.

DOI: 10.22034/jmsmo.2026.600138.1054 | eISSN: 3092-6920

حق نشر: © نویسندگان. حقوق مالکیت و انتشار مقاله نزد نویسندگان محفوظ است. این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد و تحت شرایط مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) منتشر شده است.

یادداشت ناشر: JMSMO در خصوص ادعاهای مربوط به حوزه‌های قضایی در مطالب منتشرشده و وابستگی‌های سازمانی، بی‌طرف باقی می‌ماند.

۱. مقدمه

در آسیب‌شناسی رایج حکمرانی در ایران، فهرست عوامل ناکارآمدی کمابیش ثابت است: تحریم، جنگ، نسبت دین و دولت، و حضور نظامیان در اقتصاد. مشترک همه اینها ارجاع به سطح کلان سیاست و عبور از سطح میانی است؛ یعنی از ترکیب و منطق شکل‌گیری بدنه تصمیم‌گیرنده کشور. گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس نیز تأیید می‌کند که «ناکارآمدی‌های نظام تصمیم‌گیری... صرفاً به ضعف‌های اجرایی یا خطاهای فردی تقلیل‌پذیر نیستند؛ بلکه ریشه در ترتیبات نهادی، معماری حکمرانی و فرایندهای نهادینه‌شده خط‌مشی‌گذاری دارند» (Vaseghi, 2026). این گزارش چارچوبی سیستمی و چندسطحی برای آسیب‌شناسی ارائه می‌کند و نشان می‌دهد که بخش مهمی از ناکارآمدی‌ها پیش از مرحله اجرا و در ضعف مسئله‌شناسی، سیاست‌زدگی و ناهماهنگی نهادی ریشه دارد . مسئله این پژوهش دقیقاً در همین سطح میانی طرح می‌شود: هنگامی که سهم غالبی از کرسی‌های تصمیم به‌طور نظام‌مند در اختیار دانش‌آموختگان یک حرفه خاص قرار می‌گیرد، چه بر سر عقلانیت خط‌مشی‌گذاری می‌آید؟

حرفه پزشکی در ایران از میانه دوره قاجار و با آغاز اعزام محصلان به فرنگ، جایگاهی یافت که هیچ حرفه دیگری بدان دست نیافت. دارالفنون، نخستین نهاد آموزش عالی مدرن ایران، پزشکی را در کانون خود نشاند و از همان زمان طبیب نه‌فقط درمانگر، که نماد علم جدید و اعتبار اجتماعی شد (Abbassi, 2015). این اعتبار در دوره پهلوی به سرمایه سیاسی بدل شد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که از دهه ۱۳۳۰ تا ۱۳۵۷، حضور پزشکان در مناصب بالای سیاسی، در پارلمان و حتی در اپوزیسیون رژیم بیشتر شد و عمده‌ترین علت آن گسترش زیرساخت‌های سلامت، افزایش تعداد پزشکان و رویکرد بیشتر جامعه به آنها بود . در آخرین دوره مجلس در حکومت پهلوی (۱۳۵۴–۱۳۵۷)، تقریباً سه‌چهارم نمایندگان از گروه‌های متخصص، دیوان‌سالار و کارفرما بودند (Ashraf & Banouazizi, 1993, as cited in Jafari, 2015). پس از انقلاب اسلامی نیز، برخلاف بسیاری از گروه‌های تخصصی که دچار گسست شدند، این حضور تداوم و حتی تقویت یافت. امروز نگاهی گذرا به فهرست وزیران، معاونان رئیس‌جمهور، نمایندگان مجلس، روسای دانشگاه‌ها و سفیران نشان می‌دهد که دانش‌آموختگان پزشکی سهمی به‌مراتب فراتر از سهم جمعیتی خود در ساختار قدرت اداری دارند. در مجلس دوازدهم، بیست پزشک راهی بهارستان شدند که از میان آنها ۱۲ نفر متخصص، ۶ نفر پزشک عمومی و یک نفر داروساز بودند (IranMD, 2024). این تداوم فراانقلابی نشان می‌دهد که با پدیده‌ای عمیق‌تر از یک گرایش سیاسی گذرا سروکار داریم.

مسئله آنجا آغاز می‌شود که آموزش پزشکی، به اقتضای ماهیت خود، بر رابطه دوتایی پزشک و بیمار، تصمیم‌گیری فردی و مسئولیت شخصی استوار است، حال آنکه اداره امور عمومی با انتخاب میان ارزش‌های رقیب، تخصیص منابع کمیاب میان گروه‌های ذی‌نفع، و پاسخ‌گویی جمعی سروکار دارد. این دو منطق نه‌تنها یکسان نیستند، بلکه در نقاطی با یکدیگر در تعارض‌اند. با این حال، در نظام اداری ایران فرضی نانوشته حاکم است که بر پایه آن، توانایی حل مسئله در قلمرو بالینی به توانایی حل مسئله در قلمرو عمومی ترجمه می‌شود؛ فرضی که این پژوهش آن را «مغالطه انتقال شایستگی» می‌نامد. شواهد تجربی نیز نشان می‌دهد که در نظام سلامت ایران، «حضور اکثریت پزشکان در تمام نهادهای

سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری» به شکل‌گیری «تعارض منافع» و «سوگیری حرفه‌ای پزشکان در قانون‌گذاری و اجرا» انجامیده است (Mohammadi et al., 2024).

اهمیت این مسئله از منظر مطالعات سازمان و حکمرانی دوچندان است. اصلاح نظام اداری در ایران عمدتاً به بازآرایی ساختارها و فرایندها فروکاسته شده و به ترکیب حرفه‌ای تصمیم‌گیرندگان، که بنیادی‌ترین لایه شکل‌دهنده به خروجی خط‌مشی است، کمتر پرداخته‌اند. پژوهش‌های تجربی در سطح نظام اداری نیز نشان داده‌اند که کاستی‌های مرحله جذب و انتصاب در مراحل بعدی چرخه منابع انسانی جبران‌پذیر نیست (Imani et al., 2019). این شکاف پژوهشی هدف اصلی مطالعه حاضر را رقم می‌زند: نخست، مفهوم‌پردازی پدیده پزشکی‌سالاری اداری و تفکیک آن از مفاهیم مجاور؛ دوم، شناسایی سازوکارهای بازتولید آن در ایران؛ و سوم، استخراج درس‌های سیاستی از تجربه کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه. پرسش اصلی چنین است: سلطه حرفه‌ای پزشکان بر اداره امور عمومی ایران از چه سازوکارهایی بازتولید می‌شود و چگونه می‌توان آن را مهار کرد؟

۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲. ۱. سلطه حرفه‌ای و قلمرو صلاحیت

چارچوب نظری این پژوهش از تلاقی دو سنت فکری شکل می‌گیرد. در سنت نخست، جامعه‌شناسی حرفه‌ها، لارسون فرایند حرفه‌ای‌شدن را نه‌صرفاً پاسخی به نیاز اجتماعی، بلکه پروژه‌ای برای تبدیل دانش تخصصی به پاداش اقتصادی و منزلت اجتماعی می‌داند که ابزار اصلی آن بستار یا انحصار در ورود به حرفه است (Larson, 1977). فریدسون با مطالعه مورد پزشکی نشان داد که این حرفه، برخلاف دیگر مشاغل تخصصی، توانسته است اقتدار خود را از قلمرو فنی به قلمرو تعریف مسئله گسترش دهد؛ پدیده‌ای که او آن را سلطه حرفه‌ای نامید (Freidson, 1970). آبوت با معرفی مفهوم قلمرو صلاحیت، نظام حرفه‌ها را میدانی رقابتی می‌داند که در آن هر حرفه می‌کوشد مرزهای صلاحیت خود را به زیان حرفه‌های مجاور گسترش دهد (Abbott, 1988). پدیده مورد بررسی این پژوهش نمونه‌ای از گسترش موفق قلمرو صلاحیت است: انتقال ادعای صلاحیت از سلامت به اداره امور.

در سنت سازمانی، مینتزبرگ سازمان‌هایی مانند بیمارستان و دانشگاه را دیوان‌سالاری حرفه‌ای می‌نامد؛ پیکربندی‌ای که در آن هسته عملیاتی، به‌سبب پیچیدگی دانش، بر بخش راهبردی چیره می‌شود و استانداردسازی مهارت جای استانداردسازی فرایند را می‌گیرد (Mintzberg, 1983). نوردگراف با معرفی حرفه‌گرایی دورگه استدلال می‌کند که حرفه‌مندان در قلمروهای عمومی مبهم ناگزیرند صلاحیت‌هایی بیرون از قلمرو اصلی خود کسب کنند، اما هشدار می‌دهد که دورگه‌شدن، اگر با بازطراحی نهادی سنجش صلاحیت همراه نشود، به پوسته‌ای صوری فرو می‌کاهد (Noordegraaf, 2007).

۲. ۲. تسخیر خط‌مشی و هم‌ترکیبی نخبگان

در اقتصاد سیاسی تنظیم‌گری، دال‌بو تسخیر را وضعیتی می‌داند که در آن نهاد تنظیم‌گر، به‌جای منافع عمومی، منافع صنف تحت تنظیم را دنبال می‌کند (Dal Bó, 2006). کارپنتر و ماس خطرناک‌ترین شکل آن را تسخیر فرهنگی می‌نامند: جایی که تنظیم‌گر و تنظیم‌شونده جهان‌بینی، زبان و شبکه اجتماعی مشترک دارند و بنابراین تعارض منافع اساساً به‌عنوان تعارض ادراک نمی‌شود (Carpenter & Moss, 2014). این شکل از تسخیر، برخلاف فساد آشکار، از مسیر مشروع اعتبار حرفه‌ای عمل می‌کند و بازیگران آن اقدام خود را دفاع از استاندارد حرفه‌ای می‌فهمند، نه پیگیری منفعت صنفی.

بر پایه این ادبیات، پزشکی‌سالاری اداری در این پژوهش چنین تعریف می‌شود: وضعیتی نهادی که در آن عضویت در حرفه پزشکی به‌مثابه شرط ضمنی کافی برای احراز صلاحیت مدیریتی و سیاست‌گذاری در قلمروهایی فراتر از قلمرو بالینی عمل می‌کند. این تعریف پدیده را از دو مفهوم مجاور متمایز می‌کند: از تکنوکراسی متمایز است، زیرا در تکنوکراسی دانش مرتبط با موضوع تصمیم ملاک است، حال آنکه اینجا اعتبار حرفه‌ای بدون ارتباط موضوعی منتقل می‌شود؛ و از فساد نیز متمایز است، زیرا سازوکار آن قانونی، آشکار و از منظر بازیگران مشروع است.

در ادبیات داخلی، ابراهیمی و عین‌علی با تحلیل مضمون و مدل‌سازی ساختاری-تفسیری چارچوبی چندبعدی برای تسخیر خط‌مشی‌های عمومی ارائه کرده‌اند که در آن بازیگران تسخیرگر در سطوح زیرین مدل و شرایط مداخله‌گر (مانند شفافیت و قدرت نهادهای عمومی) در سطوح بالاتر قرار می‌گیرند (Ebrahimi & Eynali, 2019). این یافته هم‌سو با استدلال پژوهش حاضر مبنی بر تقدم ترکیب حرفه‌ای بازیگران بر اصلاح فرایندهاست. در سطح نظری‌تر، ادبیات فارسی حکمرانی طیفی از مفاهیم حکمرانی با صفت تولید کرده است که نویسنده در پژوهشی مستقل گونه‌شناسی و نقد آن را عرضه کرده است (Mahdavian Sadr, 2026)؛ آن نقد نشان می‌دهد که غفلت از سازوکارهای عینی انتصاب و صلاحیت، وجه مشترک بسیاری از این مفاهیم است.

۲. ۳. پیشینه تجربی: حضور پزشکان در نهادهای تصمیم‌گیرنده

پیشینه تجربی درباره حضور پزشکان در نهادهای قانون‌گذاری و اجرایی، تصویری پیچیده و چندوجهی ارائه می‌دهد که مستقیماً به مسئله این پژوهش مربوط می‌شود. جیمسون در بررسی تاریخی مشارکت پزشکان در رهبری سیاسی آمریکا نشان داد که این مشارکت در طول قرن نوزدهم چشمگیر بود، اما در دوران مدرن به‌شدت کاهش یافته است؛ به‌گونه‌ای که در قرن بیستم، شاخه‌های اجرایی و قضایی دولت فدرال آمریکا تقریباً هیچ نماینده‌ای از میان پزشکان نداشته‌اند (Jameson, 1983). این یافته نشان می‌دهد که حضور بالای پزشکان در سیاست، نه یک قاعده جهان‌شمول، بلکه پدیده‌ای وابسته به بستر تاریخی و نهادی است.

در مقابل، پژوهش‌های متأخر درباره کنگره آمریکا نشان می‌دهند که پزشکان در قوه مقننه این کشور همچنان حضور چشمگیری دارند. کومار و همکاران با بررسی ۲۸ قانون‌گذار پزشک در کنگره آمریکا بین سال‌های ۲۰۱۱ تا

۲۰۲۰ نشان دادند که اکثریت آنها (۹۶ درصد) دارای مدرک دکترای پزشکی، ۸۶ درصد جمهوری‌خواه و ۷۱ درصد نماینده ایالت‌های جنوبی بوده‌اند (Kumar et al., 2022). فوآنتین و همکاران نیز با ساخت پایگاه داده‌ای جامع از اعضای پزشک کنگره از سال ۱۹۲۱ نشان دادند که این افراد در مقایسه با سایر نمایندگان، به‌مراتب بیشتر در زمینه سیاست سلامت قانون‌گذاری می‌کنند و ۶۶ درصد اثربخشی قانون‌گذاری بیشتری در حوزه سلامت دارند (Fountaine et al., 2025). این یافته در عین حال نشان می‌دهد که اثربخشی آنها منحصر به حوزه سلامت است و به سایر حوزه‌ها تعمیم نمی‌یابد.

در سطح تطبیقی، قیصر و همکاران در یک مرور توصیفی-تاریخی جامع درباره پزشکان در پارلمان کانادا (۱۸۶۷ تا ۲۰۲۵) نشان دادند که ۶۹/۴ درصد اعضای مجلس عوام و ۴/۶ درصد سناتورها پزشک بوده‌اند و این نسبت در مقایسه با سهم جمعیتی پزشکان، بیش‌نمایی محسوب می‌شود (Qaiser et al., 2026). با این حال، این پژوهش همچنین نشان داد که مشارکت سیاسی پزشکان کانادایی از هفدهمین پارلمان به بعد روندی نزولی داشته است. اسمیت و همکاران نیز در بررسی ترکیب حرفه‌ای نهادهای سیاسی سوئیس در سال ۲۰۲۳ نشان دادند که از ۲۵۳ عضو شورای فدرال، شورای ایالت‌ها و شورای ملی، تنها ۶ نفر (۳۷/۲ درصد) پزشک ثبت‌شده در سامانه MedReg بوده‌اند (Smith et al., 2023). این نسبت، اگرچه از سهم جمعیتی پزشکان بالاتر است، اما بسیار پایین‌تر از آنچه در کنگره آمریکا یا پارلمان کانادا دیده می‌شود.

۲. ۴. شواهد تجربی درباره عملکرد مدیران دارای پیشینه بالینی

در سطح سازمانی، شواهد تجربی درباره رابطه پیشینه بالینی مدیران و عملکرد، یک‌دست نیست. گودال در بررسی صد بیمارستان برتر آمریکا نشان داد که کیفیت رتبه‌بندی‌شده بیمارستان با پزشک‌بودن مدیرعامل رابطه مثبت دارد (Goodall, 2011)، و ورونزی و همکاران به نتیجه مشابهی برای بیمارستان‌های انگلستان رسیدند (Veronesi et al., 2013). آنتونینی و همکاران نیز با تکیه بر داده‌های تابلویی بلندمدت کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی و طرح تفاضل در تفاضل نشان دادند که وزیران سلامت دارای پیشینه پزشکی هزینه کل سلامت را افزایش نمی‌دهند اما بودجه را به‌سمت خدمات پیشگیرانه بازتخصیص می‌کنند (Antonini et al., 2026).

در سطح فردی نیز، کوری و مک‌لود با تفکیک دو بُعد «مهارت تصمیم‌گیری» و «مهارت رویه‌ای» در میان پزشکان نشان دادند که کیفیت تصمیم‌گیری با کیفیت عملکرد رویه‌ای لزوماً همبسته نیست و پزشکان ضعیف در تشخیص را می‌توان از داده‌های اداری شناسایی کرد (Currie & MacLeod, 2017). این یافته از منظر روش‌شناختی حائز اهمیت است: اگر حتی در قلمرو بالینی—که دانش تخصصی مستقیماً به کسب‌وکار اصلی مربوط است—مهارت تصمیم‌گیری از مهارت فنی قابل تفکیک باشد، تعمیم خودکار صلاحیت بالینی به قلمرو اداره امور عمومی، فاقد مبنای نظری و تجربی است.

نکته کلیدی آن است که قلمرو همه این پژوهش‌ها حوزه ارائه خدمت سلامت است؛ همان‌جا که دانش بالینی مستقیماً به فهم کسب‌وکار اصلی سازمان کمک می‌کند. تعمیم این یافته‌ها به وزارتخانه، نهاد تنظیم‌گر یا دستگاه دیپلماسی از منظر روش‌شناختی نادرست است؛ زیرا در آنجا کسب‌وکار اصلی درمان نیست، بلکه داوری میان منافع متعارض است. این تمایز، که در ادبیات داخلی عمدتاً نادیده مانده، هسته نقد پژوهش حاضر است و آن را از خطای رایج استناد گزینشی به این پژوهش‌ها جدا می‌کند.

در سطح نظام اداری، ایمانی و همکاران نشان داده‌اند که کاستی‌های مرحله جذب و انتصاب در مراحل بعدی چرخه منابع انسانی جبران‌پذیر نیست (Imani et al., 2019). در ادبیات تطبیقی نیز دارجنت با تحلیل خط‌مشی اقتصادی و سلامت در کلمبیا و پرو نشان می‌دهد که تکنوکرات‌ها در بستر نهادهای ضعیف خودمختاری چشمگیری به‌دست می‌آورند و نفوذ آنان میان بخش‌ها به‌شدت متفاوت است (Dargent, 2015). با این حال، هیچ‌یک از این پژوهش‌ها ترکیب حرفه‌ای نخبگان اداری را به‌عنوان متغیر مستقل و در چارچوبی تطبیقی که هر دو گروه کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه را در بر گیرد بررسی نکرده‌اند؛ شکافی که پژوهش حاضر می‌کوشد آن را پر کند.

۳. روش پژوهش

این پژوهش از حیث هدف کاربردی، از حیث داده کیفی، و از حیث رهیافت تبیینی-انتقادی است و در دو مرحله متوالی انجام شد. رویکرد تبیینی-انتقادی در این پژوهش به این معناست که مطالعه نه‌تنها به توصیف پدیده بسنده نمی‌کند، بلکه می‌کوشد سازوکارهای مولد آن را آشکار سازد و از رهگذر نقد وضع موجود، مسیرهای بدیل را تجویز کند؛ رویکردی که در سنت پژوهش انتقادی، هدف آن «انتقاد از وضع موجود، تجویز وضع مطلوب و راه رسیدن به آن» است.

۳. ۱. مرحله نخست: تحلیل مضمون و شبکه مضامین

در مرحله نخست، پیکره‌ای از اسناد با نمونه‌گیری هدفمند و بر پایه معیارهای ارتباط موضوعی، اعتبار منبع و پوشش زمانی گردآوری شد. این پیکره چهار دسته سند را در بر می‌گیرد: قوانین و مقررات، از جمله قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴؛ گزارش‌های نهادهای پژوهشی و نظارتی؛ ادبیات علمی داخلی و بین‌المللی؛ و گزارش‌های مستند ناظر بر ترکیب تحصیلی نهادهای تصمیم‌گیر که صرفاً به‌عنوان شاهد تکمیلی به کار رفتند.

تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مضمون و رهیافت شبکه مضامین انجام شد (Abedi Jafari et al., 2011). این روش پژوهشگر را قادر می‌سازد داده‌های پراکنده را به مجموعه‌ای منسجم و یکپارچه تبدیل کند و الگوهای موجود در داده‌های کیفی را شناسایی نماید . تحلیل مضمون در این پژوهش از فرایند گام‌به‌گام شش‌مرحله‌ای پیروی کرد که شامل سه مرحله کلان (تجزیه و توصیف متن، تشریح و تفسیر متن، ترکیب و ادغام متن)، شش گام و بیست اقدام جزئی است . فرایند کدگذاری در سه لایه مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر پیش رفت و پس از دو دور رفت‌وبرگشت میان داده

و مضمون به اشباع رسید و به شش مضمون فراگیر انجامید. برای اطمینان از انطباق مضامین با کدهای مستخرج، شبکه مضامین ترسیم و در چند مرحله اصلاح و تأیید شد.

۳. ۲. مرحله دوم: مطالعه تطبیقی

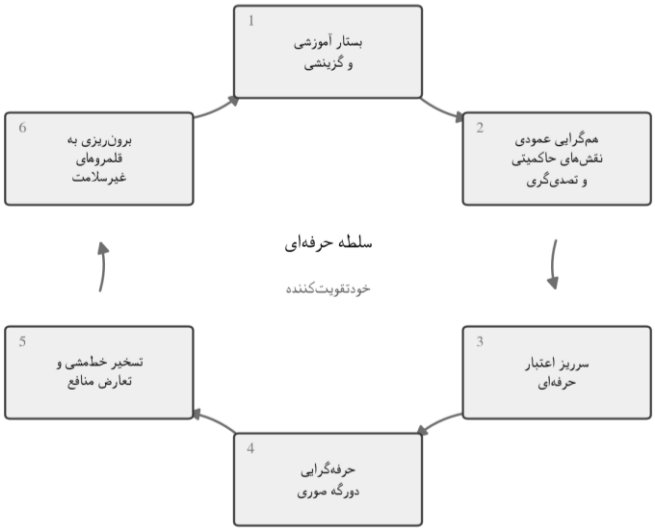
در مرحله دوم، از راهبرد مطالعه تطبیقی موردمحور با منطق بیشترین تفاوت بهره گرفته شد. منطق بیشترین تفاوت در پژوهش‌های تطبیقی زمانی به کار می‌رود که پژوهشگر می‌خواهد با انتخاب مواردی که در بیشتر متغیرهای زمینه‌ای با یکدیگر تفاوت دارند، متغیر یا سازوکار مشترکی را شناسایی کند که در همه آنها حضور دارد . برای آنکه مورد ایران نه یک استثنای ملی و نه صرفاً نشانه عقب‌ماندگی به نظر آید، موارد تطبیقی عامدانه در دو گروه انتخاب شدند: کشورهای توسعه‌یافته (بریتانیا، هلند، سوئیس) و کشورهای در حال توسعه (کلمبیا، پرو، مکزیک، چین). معیارهای انتخاب عبارت بودند از مواجهه مستند با مسئله سلطه یک گروه حرفه‌ای بر تصمیم‌گیری عمومی، تفاوت بنیادین در نظام سیاسی و اداری، و دسترس‌پذیری شواهد علمی معتبر. واحد تحلیل در مقایسه، سازوکار نهادی مهار بوده است، نه پیامد کمی؛ زیرا هدف استخراج منطق اصلاح است نه سنجش اثر.

۳. ۳. تدابیر اعتبار و محدودیت‌ها

برای تأمین اعتبار، سه تدبیر به کار رفت: تثلیث منابع، به این معنا که هر مضمون دست‌کم از دو نوع سند مستقل پشتیبانی شود؛ بازبینی همتایان از طریق ارائه شبکه مضامین به چند صاحب‌نظر حوزه مدیریت دولتی و سیاست‌گذاری سلامت؛ و ثبت زنجیره شواهد، به‌نحوی که مسیر از سند تا مضمون فراگیر قابل ردیابی باشد. محدودیت آشکار پژوهش اتکای آن بر داده‌های اسنادی و فقدان داده‌های میدانی است.

۴. یافته‌های پژوهش

شش مضمون فراگیر استخراج‌شده، سازوکارهای پراکنده و مستقل نیستند بلکه حلقه‌های یک زنجیره خودتقویت‌کننده‌اند. بستار آموزشی منزلت اجتماعی حرفه را بالا نگاه می‌دارد؛ این منزلت انتصاب در قلمروهای گوناگون را توجیه می‌کند؛ انتصاب‌ها شبکه‌ای هم‌هویت پدید می‌آورند که یکپارچگی ساختاری را حفظ می‌کند؛ و یکپارچگی ساختاری به نوبه خود بستار را از گزند اصلاح مصون می‌دارد. شکل ۱ این زنجیره را نشان می‌دهد. دلالت سیاستی این خصلت سیستمی آن است که مداخله نقطه‌ای در یک حلقه، برای نمونه صرف الزام به اخذ مدرک مدیریتی، زنجیره را نمی‌گسلد.



شکل ۱. زنجیره خودتقویت‌کننده بازتولید سلطه حرفه‌ای
Source: *Designed by the authors.*

۴. ۱. بستار آموزشی و گزینشی

نخستین سازوکار انحصار در تولید نیروی حرفه‌ای است. تعیین ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی در اختیار همان نهادی است که متولی خدمت درمانی و نماینده منافع صنفی شاغلان آن نیز هست؛ مصداق کلاسیک بستار در ادبیات لارسون. مناقشه عمومی سال‌های اخیر بر سر افزایش یا کاهش ظرفیت پزشکی نمونه‌ای روشن است از اینکه تصمیمی ملی و بین‌بخشی در نهادی گرفته می‌شود که خود در بازار خدمت ذی‌نفع است. افزون بر اثر اقتصادی، این بستار اثری شناختی نیز دارد: با محدود نگاه‌داشتن ورودی و افزایش شدت رقابت، پزشکی به مقصد نهایی استعداد برتر بدل می‌شود و همین امر مبنای نمادین ادعای صلاحیت عمومی را فراهم می‌آورد.

۴. ۲. هم‌گرایی عمودی نقش‌های حاکمیتی و تصدی‌گری

دومین و مهم‌ترین سازوکار ساختاری، ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشت است. ماده ۶ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴ این وزارتخانه را موظف کرد از ادغام دانشکده‌های گروه پزشکی وزارت فرهنگ و آموزش عالی، دانشگاه‌های علوم پزشکی را تاسیس کند و بر پایه تبصره همان ماده، عزل روسای این دانشگاه‌ها را در اختیار وزیر قرار داد. پیامد این طراحی آن است که یک نهاد واحد هم‌زمان چهار نقش را در خود جمع کرده است: متولی سلامت، مقررات‌گذار و ناظر، مالک و اداره‌کننده بزرگ‌ترین شبکه بیمارستانی کشور، و تولیدکننده انحصاری نیروی حرفه‌ای.

چنین هم‌گرایی عمودی‌ای در ادبیات تنظیم‌گری بستر ساختاری تسخیر است؛ زیرا هیچ بازیگر بیرونی‌ای باقی نمی‌ماند که بتواند ادعای صنف را به چالش بکشد. نهادی که هم قاعده‌گذار است و هم مجری و هم ناظر اجرا، عملا در

برابر مرجع مستقلی پاسخ‌گو نیست. گزارش فرهنگستان علوم پزشکی نیز دریافت مجوزهای خاص از بخش‌های مختلف وزارت بهداشت به نفع اشخاص یا گروه‌های خاص در دوران اشتغال را از مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت برشمرده است (Academy of Medical Sciences, 2020)؛ مصادیقی که بدون این یکپارچگی اساسا امکان‌پذیر نبودند.

۴. ۳. سرریز اعتبار حرفه‌ای و مغالطه انتقال شایستگی

سومین سازوکار نمادین است. اعتبار اجتماعی پزشک در فرایند انتصاب به مثابه نشانگر عام شایستگی عمل می‌کند و از توانایی تشخیص و درمان به توانایی اداره آموزش عالی، مذاکره بین‌المللی یا مدیریت بحران‌های اجتماعی تعمیم می‌یابد. این همان چیزی است که آبوت گسترش قلمرو صلاحیت می‌نامد. نکته انتقادی آن است که تربیت بالینی بر قطعیت تشخیصی، سلسله‌مراتب استاد و شاگردی و مسئولیت فردی استوار است، حال آنکه خط‌مشی‌گذاری عمومی با ابهام، تکثر ارزش‌ها و مسئولیت جمعی سروکار دارد. تربیت بالینی نه تنها برای این منطق آماده نمی‌کند، بلکه سوگیری‌هایی پدید می‌آورد که در تصمیم عمومی پرهزینه‌اند: ترجیح راه‌حل فوری بر اصلاح ساختاری، تمایل به تعریف مسائل اجتماعی در قالب آسیب‌شناسی فردی، و بی‌اعتنایی نسبی به سازوکارهای چانه‌زنی و اجماع‌سازی.

۴. ۴. حرفه‌گرایی دورگه صوری

چهارمین سازوکار پاسخ نظام به همین نقد است: موج رو به رشد اخذ مدارک تکمیلی مدیریتی، از دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تا ام‌بی‌ای و دی‌بی‌ای، توسط پزشکان. در چارچوب نوردگراف این کوششی برای دورگه‌شدن حرفه‌ای است، اما دورگه‌شدن تنها زمانی به بازآرایی واقعی صلاحیت می‌انجامد که با تغییر در سازوکارهای سنجش، ارزیابی و پاسخ‌گویی همراه باشد. یافته این پژوهش آن است که در ایران چنین همراهی‌ای رخ نداده و در نتیجه دورگه‌سازی به شکل صوری درآمده است: مدرک مدیریتی به جای آنکه شرط لازم سنجش‌پذیر برای احراز شایستگی باشد، به توجیه پسینی انتصابی بدل می‌شود که پیش‌تر بر پایه اعتبار حرفه‌ای انجام شده است. آموزش کوتاه‌مدت مدیریتی، منطق حرفه‌ای درونی‌شده در طول یک دهه تربیت بالینی را بازآرایی نمی‌کند. به بیان دیگر، مسئله کمبود مدرک نیست، فقدان سازوکار احراز صلاحیت است.

۴. ۵. تسخیر خط‌مشی و نهادینه‌شدن تعارض منافع

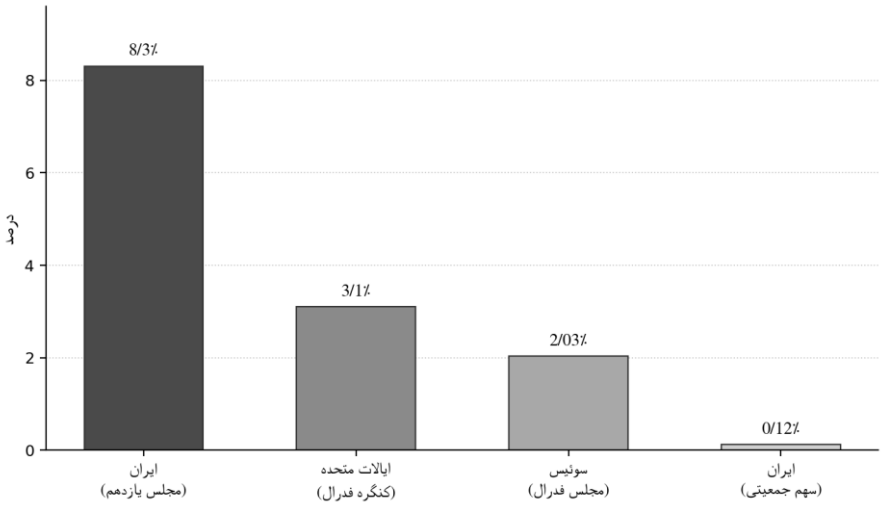
پنجمین مضمون برایند چهار سازوکار پیشین است. هنگامی که تعیین ظرفیت آموزش، تعرفه‌گذاری خدمات، اعتباربخشی مراکز درمانی و نظارت بر عملکرد همگی در اختیار شبکه‌ای از افراد با هویت حرفه‌ای مشترک قرار گیرد، آنچه پدید می‌آید تسخیر خط‌مشی در معنای دقیق آن است: انحراف نظام‌مند و مکرر تصمیم عمومی از منافع عمومی به سود منافع یک گروه (Ebrahimi & Eynali, 2019). آنچه این وضعیت را از فساد متمایز و در عین حال دشوارتر می‌کند همان است که کارپنتر و ماس تسخیر فرهنگی می‌نامند: بازیگران تصمیم خود را نه دفاع از منافع صنفی، که

دفاع از استاندارد حرفه‌ای و سلامت مردم می‌فهمند (Carpenter & Moss, 2014). از همین رو، ابزارهای متعارف مبارزه با فساد در برابر آن کارایی ندارند.

۴. ۶. برون‌ریزی به قلمروهای غیرسلامت و شواهد کمی

ششمین مضمون خروج پدیده از قلمرو خاستگاهی آن است و شاید گویاترین نشانه ساختاری‌بودن مسئله باشد. اگر حضور پزشکان صرفا در مدیریت سلامت متمرکز می‌بود، می‌شد آن را نوعی تخصص‌گرایی موجه دانست. اما این حضور از مرزهای سلامت فراتر رفته و به مدیریت آموزش عالی، دستگاه دیپلماسی، نهادهای امنیتی و کمیسیون‌های تخصصی مجلس سرایت کرده است؛ الگویی که در هر دو نظام سیاسی پیش و پس از ۱۳۵۷ تداوم داشته است.

برای سنجش این برون‌ریزی، شاخص نسبت نمایندگی حرفه‌ای به کار می‌رود: خارج‌قسمت سهم یک حرفه از کرسی‌های تصمیم بر سهم همان حرفه از جمعیت مرجع. هرچه این نسبت از عدد یک فاصله بیشتری بگیرد، بیش‌نمایندگی آن حرفه شدیدتر است. با توجه به آنکه شمار پزشکان دارای گواهی صلاحیت حرفه‌ای تا پایان ۱۴۰۳ حدود یکصد هزار نفر بوده و سهم آنان از جمعیت حدود دوازده صدم درصد است، و از سوی دیگر ۲۳ نماینده از ۲۷۷ نماینده مجلس یازدهم پزشک بوده‌اند، این نسبت به عددی در حدود هفتاد می‌رسد. شکل ۲ این سهم را در کنار داده‌های تطبیقی کشورهای دیگر نشان می‌دهد.



شکل ۲. سهم پزشکان از کرسی‌های نهاد قانون‌گذاری در ایران، ایالات متحده و سوئیس

***Source:** Author's compilation based on Smith et al. (2023) and reports on the educational composition of the 11th Islamic Consultative Assembly.*

تفسیر این ارقام سه ملاحظه روش‌شناختی می‌طلبد. نخست، بخشی از این نسبت به سطح تحصیلات بازمی‌گردد و نه به حرفه؛ اگر مخرج کسر به دانش‌آموختگان آموزش عالی محدود شود، نسبت کاهش می‌یابد اما همچنان مرتبه‌ای بالاتر از برابری باقی می‌ماند. دوم، منابع ارقام مربوط به ایران ثانویه‌اند و در اینجا نه مبنای استنتاج بلکه شاهد تکمیلی‌اند؛ نبود سامانه رسمی و پیوسته داده درباره پیشینه تحصیلی مدیران ارشد خود یافته‌ای فرعی و مسئله‌ای حکمرانی است.

سوم و مهم‌تر از همه، آنچه معنادار است مقایسه این نسبت با سهم نازل رشته‌های مدیریت، حقوق، اقتصاد و علوم سیاسی است؛ رشته‌هایی که موضوع مطالعه آنها دقیقا همان کار قانون‌گذاری و اداره است.

داده‌های سوئیس از این جهت آموزنده‌اند که تفاوت میان قوه مجریه و مقننه را آشکار می‌کنند: پزشکان حدود چهارده درصد اعضای شورای فدرال اما تنها حدود دو درصد اعضای مجلس فدرال را تشکیل می‌دهند و نویسندگان تاکید می‌کنند که این نسبت‌ها هرچند از سهم جمعیتی پزشکان بالاترند، از ارقام ایالات متحده پایین‌ترند (Smith et al., 2023). این تفاوت نشان می‌دهد که بیش‌نمایندگی پزشکان پدیده‌ای جهانی است و آنچه تفاوت ایجاد می‌کند شدت آن و مهم‌تر از آن، وجود یا نبود سازوکارهای مهار است.

۴. ۷. مقایسه تطبیقی: دو گروه کشورها

جدول ۱ سازوکارهای مهار سلطه حرفه‌ای را در دو گروه کشورهای منتخب و در برابر مورد ایران خلاصه می‌کند. نکته محوری برآمده از این مقایسه آن است که هیچ‌یک از این کشورها نکوشیده‌اند حرفه‌مندان را از مدیریت کنار بگذارند؛ آنچه ساخته‌اند وزنه متعادل‌کننده است.

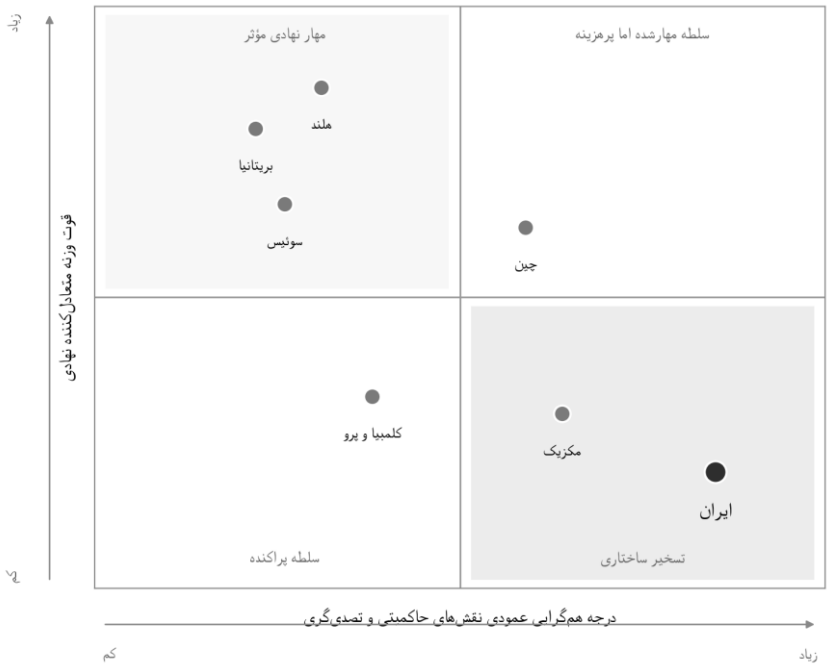
جدول ۱. مقایسه تطبیقی سازوکارهای مهار سلطه حرفه‌ای در دو گروه کشورها

گروه	مورد	سازوکار مهار	نتیجه نهادی
توسعه‌یافته	بریتانیا	برساختن مدیریت عمومی به عنوان حرفه‌ای مستقل پس از گزارش گریفیتس و حفظ مشارکت ساختارمند بالینی	تفکیک اقتدار بالینی از اقتدار مدیریتی
توسعه‌یافته	هلند	دورگه‌سازی حرفه‌ای همراه با بازطراحی سنجش صلاحیت	صلاحیت مدیریتی سنجش‌پذیر به جای عنوان
توسعه‌یافته	سوئیس	بیش‌نمایندگی پزشکان همراه با تکثر حرفه‌ای پارلمان و مجاری مشورت صنفی	نفوذ محدودشده در چارچوب نهادی
در حال توسعه	کلمبیا و پرو	خودمختاری تکنوکراتیک متغیر میان بخش‌ها زیر نهادهای ضعیف	ظرفیت ناهمگون و وابسته به بخش
در حال توسعه	مکزیک	نبود وزنه متعادل‌کننده؛ تمرکز قدرت توسط نخبگان همگن	تصمیم‌های منزوی و مشارکت محدود
در حال توسعه	چین	تنوع‌بخشی آگاهانه و تدریجی به رشته تحصیلی نخبگان	کاهش چشمگیر سلطه تک‌حرفه‌ای
—	ایران	سازوکار مهار موثر شکل نگرفته؛ پاسخ غالب مدرک‌گرایی است	بازتولید و گسترش سلطه

Source: *Authors' own analysis.*

برای صورت‌بندی دقیق‌تر این مقایسه، می‌توان موارد را بر دو محور نشاند: درجه هم‌گرایی عمودی نقش‌های حاکمیتی و تصدی‌گری، و قوت وزنه متعادل‌کننده نهادی. شکل ۳ حاصل این نشاندن است. کشورهای توسعه‌یافته در ربع بالا و چپ جای می‌گیرند: تفکیک نقش‌ها همراه با وزنه متعادل‌کننده قوی. کلمبیا و پرو در ربع پایین و چپ قرار دارند، جایی که سلطه پراکنده و بخشی است. مکزیک و به‌ویژه ایران در ربع پایین و راست می‌نشینند؛ ربعی که می‌توان آن را تسخیر

ساختاری نامید. چین موقعیتی میانی دارد، زیرا با وجود تمرکز ساختاری، آگاهانه به تنوع‌بخشی نخبگان روی آورده است.



شکل ۳. جایگاه تطبیقی موارد بر دو محور هم‌گرایی عمودی و وزنه متعادل‌کننده نهادی
Source: *Designed by the authors.*

آنچه از این نشاندن برمی‌آید آن است که ایران در همگنی نخبگان به الگوی کشورهای در حال توسعه شبیه است، اما با هم‌گرایی عمودی چهار نقش در یک وزارتخانه از همه موارد متمایز می‌شود. به بیان دیگر، مورد ایران ترکیبی از دو آسیب است: همگنی نخبگان که ویژگی کشورهای در حال توسعه است، و تمرکز ساختاری نقش‌ها که حتی در آن گروه نیز کمتر دیده می‌شود.

۵. بحث و نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد که یکی از سازوکارهای کم‌دیده‌شده ناکارآمدی اداری در ایران، نه در سطح کلان سیاست بلکه در ترکیب حرفه‌ای بدنه تصمیم‌گیرنده ریشه دارد. پزشکی‌سالاری اداری پدیده‌ای اخلاقی یا صنفی نیست؛ برایند طراحی نهادی‌ای است که چهار نقش ناهمگون را در یک وزارتخانه جمع کرده، عرضه نیروی حرفه‌ای را به همان نهاد سپرده، و در غیاب سازوکار احراز صلاحیت، اعتبار حرفه‌ای را به جانشین شایستگی مدیریتی بدل کرده است. از همین رو، سرزنش اشخاص راه به جایی نمی‌برد؛ آنچه باید تغییر کند ساختار مشوق‌هاست.

مقایسه تطبیقی روشن ساخت که مسئله حضور حرفه‌مندان در مدیریت نیست. این پدیده در بسیاری از کشورها رواج دارد و در سطح سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت شواهدی به سود آن وجود دارد (Goodall, 2011; Veronesi et al., 2013; Antonini et al., 2026). آنچه تفاوت ایجاد می‌کند نبود وزنه متعادل‌کننده نهادی است. در کشورهای

توسعه‌یافته این وزنه به شکل حرفه مستقل مدیریت در بریتانیا، بازطراحی سنجش صلاحیت در هلند، یا تکثر پارلمانی در سوئیس ساخته شد؛ و در کشورهای در حال توسعه، پدیده به شکل خودمختاری تکنوکراتیک زیر نهادهای ضعیف ظاهر شد (Dargent, 2015) که چین آگاهانه آن را وارونه کرد.

این یافته با نقد نویسنده بر ادبیات حکمرانی با صفت هم‌سوست، که در آن غفلت از سازوکارهای عینی صلاحیت آفت مشترک گفتمان‌های حکمرانی بومی دانسته شده است (Mahdavian Sadr, 2026). همچنین تحلیل حاضر امتداد منطقی الگوی مدیریت عملکرد نهادهای سیاست‌پژوه است که نویسنده پیش‌تر عرضه کرده بود (Mahdavian Sadr et al., 2025)، با این تفاوت که کانون توجه از فرایند عملکرد به ترکیب حرفه‌ای تصمیم‌گیرنده منتقل شده است.

دستاورد نظری پژوهش دو وجه دارد. نخست، مفهوم‌پردازی پزشکی‌سالاری اداری به مثابه شکلی از تسخیر خط‌مشی و تفکیک آن از تکنوکراسی و فساد. دوم و از منظر روش‌شناختی مهم‌تر، نشان‌دادن این نکته که شواهد به سود رهبری بالینی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت به قلمرو عام اداره امور قابل تعمیم نیست؛ تمایزی که تاکنون در بحث‌های داخلی درباره مدیریت پزشکان نادیده مانده و موجب استناد گزینشی به ادبیات بین‌المللی شده است.

۵. ۱. پیشنهادهای کاربردی

بر پایه یافته‌ها شش پیشنهاد ارائه می‌شود. نخست، تفکیک آموزش پزشکی از متولی سلامت و بازگرداندن آن به نظام آموزش عالی کشور، یا دست‌کم انتقال اختیار تعیین ظرفیت به نهادی فرابخشی؛ چنین تفکیکی ریشه بستار را می‌زند. دوم، جداسازی نقش‌های تولیت، تنظیم‌گری و تصدی و واگذاری اعتباربخشی و نظارت به نهادی مستقل از مالک مراکز درمانی. سوم، استقرار نظام شایستگی شغل‌محور برای پست‌های مدیریتی، مبتنی بر قابلیت‌های برآمده از راهبرد سازمان و نه عنوان مدرک تحصیلی.

چهارم، الزام قانونی به افشای پیشین و مدیریت تعارض منافع در فرایند انتصاب، همراه با سازوکار داوری بی‌طرف. پنجم، ایجاد مسیر پیشرفت شغلی برای مدیران حرفه‌ای بخش عمومی، به گونه‌ای که مدیریت دولتی خود به حرفه‌ای با معیارهای ورود، ارتقا و خروج بدل شود؛ همان کاری که تجربه بریتانیا پس از گزارش گریفیتس انجام داد. ششم، به‌کارگیری الگوی رهبری دوگانه بالینی و مدیریتی در سطح بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی، به نحوی که دانش بالینی حفظ شود اما اقتدار تخصیص منابع پاسخ‌گویی مستقل داشته باشد.

۵. ۲. محدودیت‌ها و پیشنهادها برای پژوهش‌های آینده

محدودیت اصلی این پژوهش اتکای آن بر داده‌های اسنادی است و ارقام مربوط به ترکیب تحصیلی نهادهای تصمیم‌گیر از منابع ثانویه استخراج شده‌اند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی نخست با گردآوری داده‌های کمی نظام‌مند درباره پیشینه تحصیلی مدیران ارشد دستگاه‌های اجرایی در بازه‌های زمانی مختلف، شواهد تجربی این ادعا را بیازمایند؛ دوم با مصاحبه عمیق با مدیران دارای پیشینه بالینی و غیربالینی، تفاوت‌های سبک تصمیم‌گیری را واکاوی کنند؛ و

سوم اثر این ترکیب حرفه‌ای را بر شاخص‌های عملکردی مشخص، همچون کارایی هزینه در نظام سلامت یا کیفیت قانون‌گذاری، بسنجند. آزمون شاخص نسبت نمایندگی حرفه‌ای بر دیگر حرفه‌ها و دیگر کشورها نیز می‌تواند به سنجش‌پذیرترشدن این چارچوب کمک کند.

بیانیه‌های پژوهش

مشارکت نویسندگان (بر اساس CRediT taxonomy)

نویسنده مسئول: مفهوم‌پردازی، روش‌شناسی، تحلیل داده‌ها، نگارش متن اصلی و ویراستاری نهایی.

بیانیه تأمین مالی

این پژوهش هیچ‌گونه گرنت یا حمایت مالی مشخصی از سوی هیچ‌یک از سازمان‌ها یا نهادهای تأمین‌کننده مالی در بخش‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است. نویسنده برای انجام پژوهش، نگارش مقاله یا انتشار آن، هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

تأیید اخلاقی

این پژوهش بر داده‌های اسنادی و کتابخانه‌ای استوار است و هیچ‌گونه تعامل مستقیم با شرکت‌کنندگان انسانی، گردآوری داده شخصی یا مداخله میدانی در آن صورت نگرفته است. بنابراین، اخذ رضایت آگاهانه موضوعیت ندارد. نویسنده تأیید می‌کند که تمامی اصول اخلاق پژوهش، از جمله امانت‌داری علمی، پرهیز از سرقت ادبی و استناد دقیق به منابع، در تدوین این مقاله رعایت شده است.

نحوه استفاده نویسندگان از هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در تهیه این مقاله از هیچ ابزار هوش مصنوعی (AI) برای نگارش، تحلیل یا تولید داده استفاده نشده است. تمامی محتوای مقاله حاصل تلاش و قضاوت انسانی نویسندگان است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع مالی یا شخصی مرتبط با این پژوهش وجود ندارد.

بیانیه در دسترس بودن داده‌ها

داده‌هایی که یافته‌های این پژوهش را پشتیبانی می‌کنند، در صورت درخواست مبتنی بر ضرورت علمی، توسط نویسنده مسئول در دسترس هستند.

References

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Abedi Jafari, H., Taslimi, M. S., Faghihi, A., & Sheikhzade, M. (2011). Thematic analysis and thematic networks: A simple and efficient method for exploring patterns embedded in qualitative data. *Strategic Management Thought, 5*(2), 151–198. [In Persian]

Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran. (2020). *Conflict of interest in the country's health system and effective solutions to prevent it*. Academy of Medical Sciences. [In Persian]

Anckar, C. (2020). The most-similar and most-different systems design in comparative policy analysis. In G. Fontain (Ed.), *Handbook of research methods and applications in comparative policy analysis* (pp. 71–87). Edward Elgar Publishing.

Antonini, M., Costa-Font, J., Marchi, N., & Winberg, D. (2026). Do medical health ministers make different health system choices? *Governance, 39*(3), e70135. https://doi.org/10.1111/gove.70135

Carpenter, D., & Moss, D. A. (2014). *Preventing regulatory capture: Special interest influence and how to limit it*. Cambridge University Press.

Currie, J., & MacLeod, W. B. (2017). Diagnosing expertise: Human capital, decision making, and performance among physicians. *Journal of Labor Economics, 35*(1), 1–43. https://doi.org/10.1086/687896

Dal Bó, E. (2006). Regulatory capture: A review. *Oxford Review of Economic Policy, 22*(2), 203–225. https://doi.org/10.1093/oxrep/grj013

Dargent, E. (2015). *Technocracy and democracy in Latin America: The experts running government*. Cambridge University Press.

Ebrahimi, S. A., & Eynali, M. (2019). Developing a framework to explain the public policies capture using thematic analysis and interpretive structural modeling. *Journal of Public Administration, 11*(3), 403–430. [In Persian]

Fountaine, A., Shepherd, M. E., & Skinner, D. (2025). Physicians in congress: Professional backgrounds and legislative effectiveness. *Legislative Studies Quarterly, 50*(3), 1–28. https://doi.org/10.1111/lsq.12482

Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead & Company.

Goodall, A. H. (2011). Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Social Science & Medicine, 73*(4), 535–539. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025

Gorsky, M. (2013). 'Searching for the people in charge': Appraising the 1983 Griffiths NHS management inquiry. *Medical History, 57*(1), 87–107. https://doi.org/10.1017/mdh.2012.84

Imani, H., Gholipour, A., Azar, A., & Pourezzat, A. A. (2019). Identifying the components of the human resource supply system to promote the health of the administrative system. *Journal of Public Administration, 11*(2), 254–281. [In Persian]

Jameson, M. G. (1983). Physicians and American political leadership. *JAMA, 249*(7), 929–930. https://doi.org/10.1001/jama.1983.03330310057030

Kumar, B., Kamal, M., & Shakir, A. (2022). The doctors in the house: Examining physician legislators in the US Congress from 2011 to 2020. *Southern Medical Journal, 115*(5), 322–327. https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001389

Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. University of California Press.

Mahdavian Sadr, M. (2026). Governance with adjectives: A typology and critical appraisal of the Persian-language literature on Islamic, religious, Alavi and transcendent governance. *Journal of Modern Studies in Management and Organization*. [In Persian]

Mahdavian Sadr, M., Daneshfard, K., & Givarian, H. (2025). Performance management model of policy studies system in Iran's geography (Case study: Research Center of the Islamic Consultative Assembly). *Journal of Technology in Entrepreneurship and Strategic Management, 4*(1), 1–15.

Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice Hall.

Mohammadi, M., Zandian, H., & Pourreza, A. (2024). The role of external factors in shaping the supply and demand of general practitioners in Iran: A qualitative study. *BMC Primary Care, 26*, 1–14. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02420-6

Noordegraaf, M. (2007). From pure to hybrid professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society, 39*(6), 761–785. https://doi.org/10.1177/0095399707304434

Qaiser, F., Gershon, A., & Petrescu, D. (2026). There is a doctor in the house: Physicians in the Canadian Parliament (1867–2025). *University of Toronto Medical Journal, 103*(1), 6–14.

Smith, A., Buadze, A., Stute, P., & Liebrenz, M. (2023). Political representation of medical doctors in Switzerland's executive and legislative branches in 2023. *F1000Research, 12*, 219. https://doi.org/10.12688/f1000research.130986.3

Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallascas, F. (2013). Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine, 77*, 147–155. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.026

Wardle, J. (2016). Defining deviation. *Journal of Law and Medicine, 23*(3), 662–677.