



Stakeholder Analysis and Modeling of the Key Actors in the Health System Transformation Plan of the Islamic Republic of Iran

Hamid Izadbakhsh*

PhD student of Public Administration & Public Policy, Public Administration Department, Faculty of Islamic Studies and Management, Imam Sadiq University, Tehran, Iran.

Seyed Mojtaba Emami

Assistant Professor, Public Administration Department, Faculty of Islamic Studies and Management, Imam Sadiq University, Tehran, Iran.

Received: 15/01/2020

Accepted: 10/03/2020

Abstract:

Since 2014, the Islamic Republic of Iran, mobilizing significant resources, has put the Health System Evolution Plan on its agenda. From the beginning of the implementation, the stakeholders have been affected in various ways; and in return, they have influenced over the plan using their sources of power. Hence, the identification and modeling of the stockholders can have good implications for managing and policy-making of the health system. This study, using the stakeholder analysis methodology-which aims to investigate and manage the stakeholders of a particular plan- explore the stakeholders related to Evolution Plan of the health system. For this purpose, this model uses different criteria such as power, benefit, position, etc. to recognize the stakeholders. After identifying key stakeholders, this study measured six main criteria and modeled them by combining the criteria. Some of the models have been already developed in the literature and others are considered as innovation of this research. In this study, the importance, the political perspective, and the role of different actors is clarified in the public policy area. Moreover, the strategies in relation to stakeholders are presented. According to model, stakeholders are divided based on the four roles of "role seeker", "keep informed", "keep satisfied" and "minimal effort". This model can have proper implications for future actions in health system.

Keywords: Stakeholder Analysis, Health Policy, Health System, Modeling, Power Analysis, National Health Programs.

* Corresponding Author, Email: h.eizadbakhsh@isu.ac.ir

تحلیل ذی‌نفع و مدل‌سازی بازیگران کلیدی طرح تحول نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

حمید ایزدبخش*

دانشجوی دکتری مدیریت دولتی و خط‌مشی‌گذاری عمومی، دانشکده معارف اسلامی و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران.

سیدمجتبی امامی

استادیار گروه مدیریت دولتی و خط‌مشی‌گذاری عمومی، دانشکده معارف اسلامی و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران.

پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۲۰

دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۵

چکیده: ایران از سال ۱۳۹۳ با بسیج منابع چشمگیر، طرح تحول نظام سلامت را در دستور خود قرار داد. که با اجرایی شدن این طرح، ذی‌نفعان به گونه‌های مختلف تحت تأثیر قرار گرفتند و با استفاده از منابع اقتدار خویش بر طرح اثراتی داشته‌اند. بالطبع شناسایی و مدل‌سازی آن‌ها می‌توانست دلالت‌های قابل توجهی برای مدیریت و سیاست‌گذاری نظام سلامت داشته باشد. در این پژوهش با استعانت از روش تحلیل ذی‌نفع که هدف آن بررسی و مدیریت ذی‌نفعان یک طرح خاص است، به تشریح ذی‌نفعان در نسبت طرح تحول پرداختیم. در این روش با استفاده از مشخصه‌های مختلفی از جمله قدرت، انتفاع، موضع و ... ذی‌نفعان را شناسایی کرده و سپس با استفاده از مدل‌های مختلف پیش‌ساخته و یا نوآورانه به مدل‌سازی ذی‌نفعان پرداخته‌ایم. این مطالعه پس از شناسایی ذی‌نفعان کلیدی، شش مشخصه اصلی را به نسبت هرکدام از آن‌ها سنجیده و با ترکیب مشخصه‌های مختلف به مدل‌سازی آن‌ها مبادرت ورزید. برخی از مدل‌ها پیش‌ساخته و به صورت گرده‌برداری از مطالعات مشابه بوده است و برخی دیگر از ابداعات این پژوهش به حساب می‌آیند. در این مقاله اهمیت و جایگاه نگاه سیاسی و نقش‌آفرینی بازیگران مختلف در عرصه خط‌مشی‌گذاری سلامت روشن می‌شود. در قسمت ارائه راهبرد مقاله، راهبردهایی که بایستی به نسبت ذی‌نفعان مختلف اتخاذ می‌شد به تصویر کشیده شده است. طبق مدل ذی‌نفعان باید بر اساس چهار نقش «نقش‌ده»، «مطلع‌نگهدار»، «راضی‌نگهدار» و «حداقل‌تلاش» تقسیم شوند و بر این اساس با آن‌ها تعامل صورت گیرد. این تقسیم‌بندی ذی‌نفعان کلیدی می‌تواند در طراحی طرح‌های آتی در نظام سلامت راه‌گشا باشد.

واژگان کلیدی: تحلیل ذی‌نفع، خط‌مشی سلامت، نظام سلامت، مدل‌سازی، تحلیل قدرت، برنامه‌های ملی سلامت.

* نویسنده مسئول: h.eizadbakhsh@isu.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی

DOI: 10.22034/jipas.2020.249902.1106

شاپا چاپی: ۲۶۷۶-۶۲۵۶

شاپا الکترونیک: ۲۶۷۶-۶۰۶X



انجمن علوم
مدیریت دولتی ایران

مقدمه

ایران از سال ۱۳۹۳ با بسیج منابع چشمگیر، طرح تحول نظام سلامت را در دستور خود قرار داد که با اجرایی شدن طرح ذی‌نفعان به گونه‌های مختلف تحت تأثیر قرار گرفته و با استفاده از منابع اقتدار خویش طرح را دستخوش تغییر کرده است؛ بالطبع شناسایی و مدل‌سازی آن‌ها می‌توانست دلالت‌های قابل توجهی برای مدیریت و سیاست‌گذاری نظام سلامت داشته باشد. در نتیجه این پژوهش با هدف شناسایی و مدل‌سازی ذی‌نفعان با توجه به مشخصه‌های مختلف و ارائه راهبرد تعامل مقتضی انجام شد.

طرح تحول نظام سلامت به صورت سراسری در کل کشور با هدف ۵۵۷ بیمارستان دولتی (با تمرکز بر هزینه‌های بستری) برنامه‌ریزی شد. این طرح از نظر میزان حمایت‌های صورت گرفته اعم از مالی، قانونی، سیاستی و ... نه تنها در حوزه سلامت بی‌نظیر است بلکه حتی می‌توان گفت در طول چهل سال گذشته در میان برنامه‌های دولت از جمله نوادر است. مهم‌ترین محورهای اعلامی این طرح به شرح زیر هستند:

۱. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارتخانه؛
۲. حمایت از ماندگاری پزشک در مناطق محروم؛
۳. برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان وابسته به وزارت؛
۴. ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارتخانه؛
۵. ارتقای هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارتخانه؛
۶. حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند؛
۷. ترویج زایمان طبیعی (معاونت درمان، ۱۳۹۳).

البته موارد دیگری هم در مصاحبه‌ها و اعلان‌ها عمومی از جانب وزارت بهداشت مطرح شده که به نظر می‌رسد بیشتر جنبه طرح اولیه داشته و وارد فاز اجرایی نشده‌اند.

سابقه انجام پژوهش

انجام پژوهش بر اساس تحلیل ذی‌نفع^۱ در حوزه‌های مختلف خط‌مشی‌گذاری و اجرای خط‌مشی مورد استفاده قرار گرفته است. در حوزه‌هایی از قبیل سلامت (Akinci et al., 2012)، محیط زیست و مدیریت منابع طبیعی (Chrysostomidis et al., 2013, Shen et al., 2012, Reed et al., 2009)، رسانه و وسایل ارتباطات جمعی (Shin, 2008)، ناهنجاری‌های اجتماعی مانند

1. Stakeholder analysis

مصرف الکل (Varvasovszky, 1998) و حوزه‌های دیگری به کار رفته است؛ اما به گفته بیلگرین (Billgren & Holmén, 2008: 552) در حال حاضر به صورت گسترده در علوم سیاسی، مطالعات توسعه و مطالعات محیطی مورد استفاده است.

همچنین از جنبه‌های دیگری مثل زمان تحلیل و مشخصه‌های مورد نظرشان متفاوت می‌شوند. مثلاً مطالعه اکسینی در ارزیابی طرح تحول نظام سلامت ترکیه پسینی بوده و برای ارزشیابی به کار رفته است (Akinci et al., 2012). در مورد مشخصه‌ها، کمتر پژوهشی را می‌توان یافت که تعداد زیادی از آن‌ها را برای بررسی ذی‌نفعان به کار برده باشند. اکثراً با همراه کردن دو یا چند مشخصه به تحلیل ذی‌نفع می‌پردازند. بانز^۱ و همکاران و در پژوهشی دیگری میکالسن و جنتوفت^۲ (۲۰۰۱) سه مؤلفه ضرورت، مشروعیت و قدرت را به کار برده‌اند و یا وارواسوزکی^۳ (۱۹۹۸) فعالیت ذی‌نفعان در خط‌مشی الکل، موضع آن‌ها، ارتباط آن‌ها با سایر ذی‌نفعان و موقعیت آن‌ها را بررسی کرده است و همچنین نیجام^۴ (۲۰۱۲) چهار مؤلفه قدرت، ضرورت، مؤثر بودن و اهمیت را برگزیده است.

از این روش در ایران نیز به صورت محدود بهره برده شده است. صدرالسادات (۱۳۸۸) این روش را در ترکیب با سناریوهای مختلف تعامل دولت با ذی‌نفعان به کار بست و یا تصدیقی (۱۳۹۰) به منظور بررسی ذی‌نفعان پروژه سامانه ارتباطات هوشمند خودرویی آن را شناسایی و با استفاده از روش K-Means آن‌ها را دسته‌بندی کرده است. به طور خاص در حوزه سلامت مطالعاتی را می‌توان یافت که معمولاً از مشخصه‌های متنوع بهره نبرده‌اند و بیشتر بر یک یا چند مشخصه تمرکز کرده‌اند؛ مانند بررسی نگرش ذی‌نفعان به نسبت مراقبت اولیه سلامت جامع (Javanparast, 2009)، تحلیل ذی‌نفع به نسبت ادغام بیمه‌ها که از سه مؤلفه قدرت، تأثیر و موضع بهره برده‌اند (Bazyar, Mohammad et al., 2019). در جدول زیر به اختصار عمده مقالات که در نظام سلامت با استفاده از روش‌شناسی تحلیل ذی‌نفع صورت گرفته‌اند، اشاره شده است.

1. Buanes
2. Mikalsen, Jentoft
3. Varvasovszky
4. Nijdam

جدول ۱. بررسی پیشینه تحلیل ذی نفع در نظام سلامت

مقاله	هدف	مشخصه‌ها	تعداد و اسامی ذی‌نفعان	مدل‌های تحلیلی	روش گردآوری و تحلیل داده (در مواجهه با ذی‌نفعان)	نقد و نظر
Bazyar, Mohammad and et al., 2020	شناسایی مهم‌ترین چالش‌ها و موانع اجرایی‌سازی ادغام بیمه‌ها در کشور	-	وزارت بهداشت؛ وزارت کار؛ معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری؛ بیمه سلامت ایران؛ تأمین اجتماعی؛ بیمه سلامت نیروهای مسلح؛ کمیته امداد؛ مجلس؛ نظام پزشکی؛ ارائه‌دهندگان خدمات؛ انجمن‌های علمی پزشکی (دارو، پزشکان عمومی و آزمایشگاه)؛ بیمه‌های نهادهایی مثل وزارت نفت	مدلی ارائه نشده است	جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه و تحلیل کیفی با استفاده از روش تحلیل چارچوبی	درواقع مدل‌سازی به حساب نمی‌آید بلکه با استفاده از تحلیل ذی‌نفع و از منظر ذی‌نفعان مختلف (بدون ارجاع و مشخص بودن نسبت آن‌ها با طرح) چالش‌ها شناسایی شده‌اند.
Doshmangir and et al., 2020	بررسی تجربه تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران طی پنج‌دهه گذشته	قدرت، منفعت، موضع	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس؛ سازمان برنامه‌بودجه؛ وزارت بهداشت؛ وزارت کار؛ نظام پزشکی؛ بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌ها و پاراکلینیک‌ها؛ بیمارستان‌های دولتی و کلینیک‌ها و پاراکلینیک‌ها؛ انجمن‌های خاص؛ سازمان‌های بیمه پایه؛ سازمان‌های بیمه خصوصی/تکمیلی؛ مردم/بیمه‌شدگان	تحلیل قدرت منفعت	جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه و از طریق مثلث خط‌مشی	مؤلفه‌های محدودی انتخاب شده است (با توجه به هدف مقاله) مدل‌سازی محدود انجام شده است و در جهت مدیریت ذی‌نفع نبوده است. اثر ذی‌نفعان در مراحل مختلف خط‌مشی‌گذاری بررسی شده است (طبقه‌بندی ذی‌نفعان)

ادامه جدول ۱. بررسی پیشینه تحلیل ذی نفع در نظام سلامت

مقاله	هدف	مشخصه‌ها	تعداد و اسامی ذی نفعان	مدل‌های تحلیلی	روش گردآوری و تحلیل داده (در مواجهه با ذی نفعان)	نقد و نظر
Ardalan and et al., 2012	تصویر نقشه راه مدیریت بحران سلامت در بازه ۲۰۱۲-۲۰۲۵	اثر و منفعت	وزارت بهداشت (و سازمان‌های مختلف آن)؛ سازمان مدیریت بحران کشور؛ سازمان پدافند غیرعامل؛ هلال احمر هلال احمر؛ سازمان بسیج جامعه پزشکی؛	تحلیل اثر-منفعت	جمع‌آوری از طریق مصاحبه، روش تحلیل به‌صراحت ذکر نشده است.	تحلیل خاصی در نسبت طبقه‌بندی ذی نفعان صورت نگرفته و دلالت جدی در کلیت پروژه دیده نمی‌شود. مدل سازی خاصی صورت نگرفته است.
Bazyar, Mohammad and et al., 2018	بررسی منافع ذی نفعان مختلف در نسبت ادغام بیمه‌ها در کشور	موضع، منفعت، قدرت	وزارت بهداشت؛ وزارت کار؛ سازمان برنامه و بودجه؛ سازمان بیمه سلامت ایران؛ سازمان بیمه تأمین اجتماعی؛ بیمه سلامت نیروهای مسلح؛ کمیته امداد امام؛ مجلس شورای اسلامی؛ سازمان نظام پزشکی؛ ارائه‌دهندگان خدمات؛ بیمه‌های نهادهایی مثل وزارت نفت؛ خانه کارگر؛ مجمع عالی سیاست‌گذاری سلامت؛ مردم	تحلیل تعارض منافع	جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه و تحلیل کیفی	با وجود آنکه سه مؤلفه موضع، منفعت و قدرت بررسی شده‌اند، اما بر اساس آن‌ها مدل سازی صورت نگرفته است.

ادامه جدول ۱. بررسی پیشینه تحلیل ذی نفع در نظام سلامت

مقاله	هدف	مشخصه‌ها	تعداد و اسامی ذی نفعان	مدل‌های تحلیلی	روش گردآوری و تحلیل داده (در مواجهه با ذی نفعان)	نقد و نظر
Behzadifar and et al., 2019	شناسایی و تحلیل ذی نفعان مرتبط با خطمشی گذاری هیاتیت C	منفعت، موضع، قدرت و تأثیر	وزارت بهداشت؛ مجلس؛ رسانه جمعی، وب سایت‌های خبری؛ صداوسیما؛ نیروی انتظامی؛ سیستم قضائیه؛ روحانیون؛ نخبگان؛ کمیته امداد؛ شهرداری‌ها؛ بیمه‌های دولتی؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ ستاد مبارزه با مواد مخدر؛ سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور؛ سازمان بهزیستی؛ مراکز علمی؛ سازمان‌های غیرانتفاعی؛ وزارت علوم؛ سازمان انتقال خون؛ نیروهای نظامی؛ هلال احمر؛ شرکت‌های دارویی دولتی؛ وزارت آموزش و پرورش؛ وزارت ورزش و جوانان؛ سازمان جهانی بهداشت؛ بیمه‌های خصوصی؛ شرکت‌های دارویی خصوصی؛ EMRO	تحلیل ارتباط میان ذی نفعان؛ مدل سازی در ترکیب مشخصه‌ها ارائه نشده است.	روش جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه و تحلیل شبکه اجتماعی	با وجود شناسایی مشخصه‌های مختلف، بر اساس آن‌ها مدل‌سازی صورت نگرفته است.
Doshmangir and et al., 2019	تحلیل مراقبت اولیه سلامت در طرح تحول نظام سلامت (ذی نفعان به عنوان یک مؤلفه)	مؤلفه مشخصی در نسبت ذی نفعان بررسی نشده است	دانشگاه‌ها؛ پژوهشگران؛ دانشگاهیان؛ خطمشی گذاران؛ سازمان‌های بیمه‌ای؛ نظام پزشکی؛ مجلس؛ فرهنگستان علوم پزشکی	مدل تحلیلی در نسبت ذی نفعان ارائه نشده است.	روش جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه و تحلیل کیفی	درواقع ذی نفعان به‌دقت شناسایی نشده‌اند و مدل‌سازی در نسبت آن‌ها هدف پژوهش نبوده است، هرچند در نسبت طرح تحول با این مقاله اشتراک وجود دارد.

ادامه جدول ۱. بررسی پیشینه تحلیل ذی نفع در نظام سلامت

مقاله	هدف	مشخصه‌ها	تعداد و اسامی ذی نفعان	مدل‌های تحلیلی	روش گردآوری و تحلیل داده (در مواجهه با ذی نفعان)	نقد و نظر
Javanparast and et al., 2009	کاوش ادراک ذی نفعان در نسبت مراقبت اولیه سلامت در ایران و رویکرد جامع در اصلاح سوء تغذیه کودکان	ادراک	خطامشی گذاران؛ ارائه کنندگان خدمات (بهورزان)، جامعه هدف (مادران)	تحلیل تک مؤلفه ادراک	روش جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه و تحلیل کیفی	به نظر می‌رسد در انتخاب ذی نفعان امکان بررسی جامع‌تری وجود داشت. در نسبت ذی نفعان نیز مدل سازی چند مؤلفه‌ها صورت نگرفته است.
Heydari and et al., 2018	شناسایی و تحلیل ذی نفعان سیستم بیمه‌ای کشور	قدرت، تأثیر، موضع	وزارت بهداشت؛ شورای عالی بیمه؛ وزارت کار؛ بیمه سلامت؛ بیمه کمیته امداد؛ تأمین اجتماعی؛ شورای هماهنگی بیمه‌های پایه؛ دولت؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ سازمان‌های مشمول یارانه؛ وزارت اقتصاد؛ شهرداری‌ها؛ استان‌ها؛ مجلس و کمیسیون‌ها؛ هلال احمر؛ شرکت‌های نفت و بانک؛ سازمان‌های بیمه خصوصی؛ NGOs؛ ارائه کنندگان؛ نظام پزشکی؛ سازمان‌های بین‌المللی؛ سازمان زندان‌ها؛ بنیاد شهید؛ بیمه مرکزی ایران؛ نظام پرستاری؛ انجمن‌های علمی؛ بهزیستی؛ مهاجرت و امور خارجه وزارت کشور؛ مهاجرت و امور خارجه وزارت کشور؛ سازمان برنامه و بودجه؛ غذا و دارو؛ سایر وزارتخانه‌ها؛ پزشکی قانونی؛ مردم و خانوار	به صورت تک مؤلفه‌ای همبستگی، قدرت (و منابع آن) و تحلیل میزان مجانست اهداف صورت گرفته است. به صورت ترکیبی تحلیل تأثیر و همبستگی ارائه شده است.	روش جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه و تحلیل با جدول تحلیل ذی نفع	از نظر روش شناسایی به مقاله حاضر بسیار نزدیک است. اولویت بندی ذی نفعان صورت نگرفته و به صورت حداکثری شناسایی شده‌اند. تعداد مشخص‌های شناسایی شده کمتر از مقاله حاضر است و از مدل‌های ترکیبی کمی بهره برده شده است. در مؤلفه‌های مختلف ذی نفعان در نسبت جایگاه و نقششان طبقه بندی و تحلیل شده‌اند.

ادامه جدول ۱. بررسی پیشینه تحلیل ذی نفع در نظام سلامت

مقاله	هدف	مشخصه‌ها	تعداد و اسامی ذی نفعان	مدل‌های تحلیلی	روش گردآوری و تحلیل داده (در مواجهه با ذی نفعان)	نقد و نظر
Sajadi and et al., 2019	توسعه نقشه راهی جهت تقویت خطمشی گذاری سلامت آگاه از شواهد	منظر، قدرت، موضع، منفعت			روش جمع آوری داده از طریق مصاحبه و تحلیل مضمون	در دو مرحله صورت گرفته است یکی به منظور شناسایی منظر ذی نفعان در راستای موانع و تسهیل‌گری‌های خطمشی گذاری سلامت آگاه از شواهد؛ و در مرحله دوم ذی نفعان در نسبت مشخصه‌ها بررسی شده‌اند و با در نظر گرفتن آن مشخصه‌ها، راهبرد متناسب با هر ذی نفع بر اساس طوفان ذهنی ارائه شده است. مرحله دوم به پژوهش حاضر نزدیک‌تر است. البته نتایج تحلیل ذی نفع ارائه نشده بنابراین قضاوت روشنی نمی‌توان کرد؛ اما تحلیل ترکیبی انجام نشده باشد.

ادامه جدول ۱. بررسی پیشینه تحلیل ذی‌نفع در نظام سلامت

مقاله	هدف	مشخصه‌ها	تعداد و اسامی ذی‌نفعان	مدل‌های تحلیلی	روش گردآوری و تحلیل داده (در مواجهه با ذی‌نفعان)	نقد و نظر
Shahabi and et al., 2020	شناسایی ذی‌نفعان و بررسی مشخصه‌های مرتبط در نسبت خط‌مشی‌های تأمین مالی توان‌بخشی	موضوع، قدرت، منفعت، تأثیر	استفاده‌کنندگان؛ نخبگان؛ EMRO؛ بنیاد شهید؛ بیمه‌های دولتی؛ سیستم قضایی؛ رسانه جمعی؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ وزارت بهداشت؛ NGOs؛ مجلس؛ پزشکان؛ سازمان برنامه‌بودجه؛ بیمه‌های خصوصی؛ ارائه‌کنندگان؛ عموم مردم؛ هلال‌احمر؛ انجمن‌های علمی؛ UN؛ سازمان بهداشتی؛ WHO	تحلیل هر مشخصه به صورت جدا. در نسبت هر مؤلفه با استفاده از تحلیل شبکه بصری‌سازی صورت گرفته است.	روش جمع‌آوری داده از طریق مصاحبه تحلیل ذی‌نفع و تحلیل شبکه	ترکیب تحلیل ذی‌نفع و تحلیل شبکه از نقاط قوت این پژوهش است. ولی در ارائه تحلیل ترکیبی مدلی ارائه نشده است.

روش پژوهش

این پژوهش با رویکرد کیفی به تحلیل داده‌ها پرداخته است. روش گردآوری داده در این پژوهش با توجه به مراحل مختلف پژوهش متفاوت بوده است، اما به طور کلی از مآخذ اینترنتی، مکتوب و مصاحبه استفاده شده است. روش تحلیل داده‌ها نیز، با تغییرات اندکی که پژوهشگران در این روش صورت داده‌اند، بر اساس روش «تحلیل ذی‌نفع» است. ذی‌نفعان بسیاری برای یک طرح قابل شناسایی هستند و نمی‌توان تمام ذی‌نفعان را شناسایی کرد؛ بنابراین نیاز به مشخصه‌هایی^۱ داریم که با استفاده از آن‌ها را با توجه به هدف طرح بررسی و تحلیل کنیم. پس از شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان به سراغ ارائه راهبرد و راهکار تعامل با این ذی‌نفعان می‌رویم؛ این راهبردها مبتنی بر مشخصه‌ها ارائه خواهند شد.

طراحی فرایند

در طراحی تحلیل ذی‌نفع بایستی به مؤلفه‌های تأثیرگذار بر این روش توجه کرد که انتخاب این

1. Characteristics

پژوهش در نسبت مؤلفه‌های اصلی در جدول زیر آمده است.

جدول ۲. مؤلفه‌های مؤثر در تحلیل ذی‌نفع در این پژوهش

مقاله	ابعاد
تحلیل خطمشی	هدف
رو به گذشته و کمی رو به آینده	کانون
فرایند و هدف عینی	نفع
گسترده	گستره
کوتاه‌مدت	چارچوب زمان
پس از اجرا	مرحله

مأخذ: Brugha & Varvasovszky, 2000: 339

انتخاب طرح تحول سلامت

اسکریبندر^۱ (۲۰۰۰) ویژگی‌های مطلوب یک خطمشی که هر کدام را به طرح تحول نظام سلامت تطبیق داده‌ایم، به منظور تحلیل ذی‌نفع به صورت زیر برشمرده است:

- خطمشی باید خاص و قابل تعریف باشد: هرچند طرح تحول نظام سلامت دچار یکپارچگی و دقت پایینی در تدوین است، اما این مشکل بسیاری از خطمشی‌های ایران است. همچنین این مشکل در طرح تحول نمود بیشتری دارد. از این رو هرچند قاعدتاً از منظر این ویژگی نباید این طرح انتخاب می‌شد، اما ویژگی بحث‌انگیز بودن و برانگیختن ذی‌نفعان آنقدر برجسته است که از این ویژگی عبور کردیم؛
- خطمشی باید به صورت اجتماعی و سیاسی بحث‌انگیز باشد: پیگیری مواضع و نظرات مختلف در رسانه‌های جمعی و به صورت غیرعمومی به‌خوبی بحث‌انگیز بودن این طرح را روشن خواهد کرد؛ به طوری که شاید کمتر طرحی را بتوان به این شدت بحث‌انگیز دانست؛
- خطمشی باید برای تلاش‌های اصلاحی فعلی مهم باشد: به نظر می‌رسد این ویژگی برای طرح‌ها و پژوهش‌هایی است که هنوز به مرحله اجرا نرسیده‌اند، اما با توجه به اینکه طرح تحول به اجرا رسیده و منابع و منافع زیادی را جابه‌جا کرده و برانگیخته، به نظر می‌رسد شایستگی توجه را داشته باشد.

شناسایی ذی‌نفعان مهم

شناسایی

در شناسایی ذی‌نفعان می‌توان رویکردی استقرایی و یا قیاسی و یا ترکیب این دو را در پژوهش داشت. در این پژوهش این دو همراه نشده است. رویکرد اصلی شناسایی استقرایی نقش‌آفرینان از منابع زیر بوده است:

- مناظرات و میزگردهای رسانه‌ای؛
- خبرگزاری‌ها و اخبار؛
- قوانین سلامت؛
- بودجه سلامت؛
- جلسات تبیین نظام سلامت (غیرعمومی).

با استفاده از منابع بالا لیست ۵۳ ذی‌نفعی از ذی‌نفعان استخراج گشت. این لیست در اختیار سه تن از خبرگان سلامت قرار گرفت که با اصلاحات خبرگان به ۴۶ تقلیل یافت و درنهایت لیست ذی‌نفعان اولیه طرح تحول قلمداد شدند. خبرگان به لیست اولیه ارائه شده به آن‌ها ذی‌نفعی را اضافه نکرده بلکه تنها با ادغام چند تن از ذی‌نفعان لیست زیر حاصل شد. در شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان طرح تحول نظام سلامت این نکته حائز اهمیت است که کدام‌یک از ذی‌نفعان می‌توانند نقش برجسته‌ای در خارج از وزارت بهداشت بازی کنند. هرچند نقش‌آفرینانی مانند دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های دولتی نیز وارد شدند که به نظر می‌رسید این نقش‌آفرینان این قابلیت را دارا هستند.

اولویت‌بندی

همان‌طور که اشاره شد، لیست ۵۳ ذی‌نفعی در اختیار سه تن از کارشناسان نظام سلامت قرار گرفت و ایشان علاوه بر تصحیح ذی‌نفعان به اولویت‌بندی آن‌ها نیز اقدام کردند. از کارشناسان خواسته شد به ذی‌نفعان در طیفی از ۱ الی ۵ نمره دهند که هرچه ذی‌نفع نمره بالاتری اخذ کند به معنای اهمیت و تأثیر بیشتر آن ذی‌نفع در طرح تحول نظام سلامت خواهد بود. بعد از نمره‌دهی کارشناسان، ذی‌نفعانی که حداقل دو تن از کارشناسان نمره بالاتر از چهار داده بودند، انتخاب شدند و مبنای ادامه پژوهش شدند.

با جمع‌بندی جدول بالا برخی از ذی‌نفعان شناسایی شده به سبب هم‌پوشانی که با همدیگر داشتند و همچنین به دلیل سهولت در بررسی آن‌ها و برخی تغییرات جزئی که در فرایند پژوهش پیش آمد، به ۱۴ ذی‌نفع تقلیل یافت که در جدول عناوین این ذی‌نفعان کلیدی را مشاهده می‌کنید.

جدول ۳. ذی نفعان اولویت بندی شده نهایی

کد ذی نفع	نقش آفرین	نام اختصاری
#۱	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت بهداشت
#۲	دانشگاه‌های علوم پزشکی	دانشگاه‌ها
#۳	بیمارستان‌های دولتی	بیمارستان دولتی
#۴	بیمارستان‌های خصوصی	بیمارستان خصوصی
#۵	انجمن‌های علمی	انجمن علمی
#۶	پزشکان هیئت علمی دانشگاه‌ها	هیئت علمی
#۷	سازمان نظام پزشکی	نظام پزشکی
#۸	سازمان تأمین اجتماعی	تأمین اجتماعی
#۹	بیمه‌های تکمیلی	بیمه تکمیلی
#۱۰	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس	کمیسیون بهداشت
#۱۱	داروخانه خصوصی	داروخانه
#۱۲	شرکت‌های تهیه و توزیع دارو و تجهیزات پزشکی	شرکت‌های تجهیزات و دارو
#۱۳	خانه پرستار	خانه پرستار
#۱۴	سازمان غذا و دارو	غذا و دارو

انتخاب ابزارها

در این مرحله چند اقدام اساسی صورت می‌گیرد: اولاً تعریف مشخصه‌های ذی نفعان؛ ثانیاً تهیه نمودار ارجاع و ثالثاً تعیین روش‌های گردآوری داده. ابتدا اشاره می‌شود که در این پژوهش روش گردآوری داده مصاحبه انتخاب شده است. این انتخاب نیز بدون وجه نبوده بلکه بیشتر به ماهیت سیاسی و جانبدارانه نقش آفرینان برمی‌گردد. مصاحبه می‌تواند فهم پژوهشگر را از شرایط و جوانب موضوع بالا برد، ضمن اینکه پژوهشگر نقش فعال تری در پژوهش خواهد داشت که این امر با توجه به ماهیت کیفی پژوهش لازم و ضروری است. در ادامه سه موضوع اشاره شده تبیین خواهد شد.

مبنای طراحی فرم مصاحبه مشخصه‌های ذی نفعان است. این مشخصه‌ها در پژوهش‌های مختلف، متفاوت می‌شود. برخی از پژوهش‌ها رویکردی هنجاری در انتخاب مشخصه‌های ذی نفعان دارند. به عنوان مثال میچل^۱ و همکاران (۱۹۹۷) سه مشخصه قدرت، مشروعیت و ضرورت را برمی‌شمرد. منظور او از قدرت، تأثیرگذاری بر بنگاه؛ مشروعیت، ارتباط ذی نفع با

1. Mitchell et al., 1997: 865-867
2. Legitimacy

بنگاه و ضرورت^۱، مطالبه ذی‌نفع از بنگاه (درخواست ذی‌نفع به توجه سریع بنگاه به خواسته‌اش) است. به نظر می‌رسد دو مشخصه «مشروعیت» و «ضرورت» را می‌توان هنجاری به حساب آورد. از این رو، با توجه به اینکه رویکرد این پژوهش توصیفی است، مشخصه‌های انتخابی این پژوهش به‌گونه‌ای هستند که تأثیرگذاری و تأثیرپذیری ذی‌نفعان در خطمشی «طرح تحول نظام سلامت» را به‌خوبی نشان دهند.

طراحی فرم مصاحبه این پژوهش به طور مستقیم تحت تأثیر سه پژوهش بوده است. مبنای اصلی آن فرم مصاحبه‌ای است که اسکریبنر و همکاران (۲۰۰۰) در راهنمای خود آورده است؛ زیرا مشخصه‌های مورد نظر او و همچنین حوزه‌ای که اسکریبنر راهنمای خود را متناسب با آن مطرح کرده است (حوزه سلامت) بسیار با اقتضائات این پژوهش هم‌خوانی دارد؛ بنابراین پژوهش او مبنای فرم مصاحبه قرار گرفت و اصلاحات با توجه به مطالعه وارواسوزکی و نرم‌افزار policy maker 4 بر روی آن انجام شد تا برای استفاده در این پژوهش متناسب شود. «فهم نقش آفرینان» خطمشی و «معرفی سایر ذی‌نفعان» با توجه به کار وارواسوزکی (۱۹۹۸) اضافه و یا تغییر یافته است و درنهایت مشخصه‌های زیر مورد بررسی این پژوهش قرار گرفت:

- دانش خطمشی: دانش دقیقی است که ذی‌نفع در مورد خطمشی مورد تحلیل دارد؛
- موضع: حمایت/مخالفت/بی‌طرفی ذی‌نفع در نسبت خطمشی را گویند؛
- منفعت^۲: شامل منفعتی که ذی‌نفع در خطمشی دارد، یا فایده‌ها^۳ یا زیان‌هایی که اجرای خطمشی ممکن است برای ذی‌نفع یا سازمانش به همراه آورد، می‌شود؛
- همبستگی‌ها^۴: هنگامی که دو یا چند سازمان برای رسیدن به هدفی مشابه (حمایت یا مخالفت با خطمشی مورد بررسی) همکاری می‌کنند؛
- قدرت (ظرفیت یا قابلیت انجام چیزی): منظور از قدرت در اینجا توانایی تأثیرگذاری بر اجرای اصلاحات خطمشی سلامت با قدرت یا نیروی اختیاری است. قدرت در اینجا شاخص ترکیبی از مقدار منابع یک ذی‌نفع و ظرفیت بسیج آن‌ها تعریف شده است؛
- رهبری: اقتدار در اینجا به طور خاص تمایل به راه انداختن، تشکیل جلسه دادن، یا رهبری اقدامی له یا علیه خطمشی تعریف می‌شود.

1. Urgency
2. Interest
3. Advantages
4. Alliances

گردآوری داده‌ها

روش اصلی گردآوری داده مصاحبه بوده است؛ بنابراین از میان کارشناسان و همچنین ذی‌نفعان، با ۱۸ نفر مصاحبه صورت گرفت؛ لازم به ذکر است تمامی مصاحبه‌ها و مراوده‌هایی که با مصاحبه‌شوندگان صورت گرفته، به طور مستقیم در قسمت تحلیل داده‌ها تبلور نداشته‌اند، بلکه برخی از این مصاحبه‌ها برای آگاهی اولیه و کلی از ذی‌نفعان بوده و برخی نیز قابل استفاده در این مقاله نبوده و کنار گذاشته شده‌اند. به صورت کلی با شخصی مصاحبه صورت گرفته که بتواند نشان‌دهنده و نماینده آن ذی‌نفع باشد و در صورتی که یک مصاحبه نمی‌توانست این کار را انجام دهد کنار گذاشته می‌شد و یا آنکه با مصاحبه‌های دیگر و یا منابع دیگر تکمیل می‌شد.

سازماندهی و تحلیل داده

روش تحلیل ذی‌نفع تحلیل بر اساس جدول تحلیل ذی‌نفع صورت می‌پذیرد. به این صورت که داده‌های مقوله‌بندی شده بر اساس هرکدام از مشخصه‌ها در یک جدول گرد هم می‌آیند و سپس در مورد آن مشخصه جمع‌بندی صورت می‌گیرد. بر این اساس در این پژوهش ابتدا هرکدام از مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوبی مضامین در نسبت مشخصه‌ها استخراج شده، سپس مضامین مرتبط با هر مشخصه در جدول تحلیل ذی‌نفع آن مشخصه (مربوط به آن ذی‌نفع) وارد شد. درنهایت در مورد مشخصه هرذی‌نفع جمع‌بندی صورت گرفت.

به طور مثال در مورد مشخصه قدرت ذی‌نفع ۱#؛ ابتدا مضامین از مصاحبه اخذشده از ذی‌نفع (مطلع) استخراج شد؛ سپس مضامین مرتبط با هر مشخصه جدا شد؛ پس از این جمع‌آوری نسبت به این همه مشخصه‌ها از جمله مشخصه قدرت جمع‌بندی صورت گرفت. این کار برای تمامی ذی‌نفعان و برای تمامی مشخصه‌ها پیگیری شد. درنهایت نتایج مرتبط با همه ذی‌نفعان در هر مشخصه با همدیگر مقایسه و تحلیل‌ها ارائه شدند؛ سپس از این جداول در قسمت جمع‌بندی و ارائه نتایج استفاده شد و بر اساس آن‌ها مدل‌سازی‌ها صورت گرفته است.

یافته‌ها

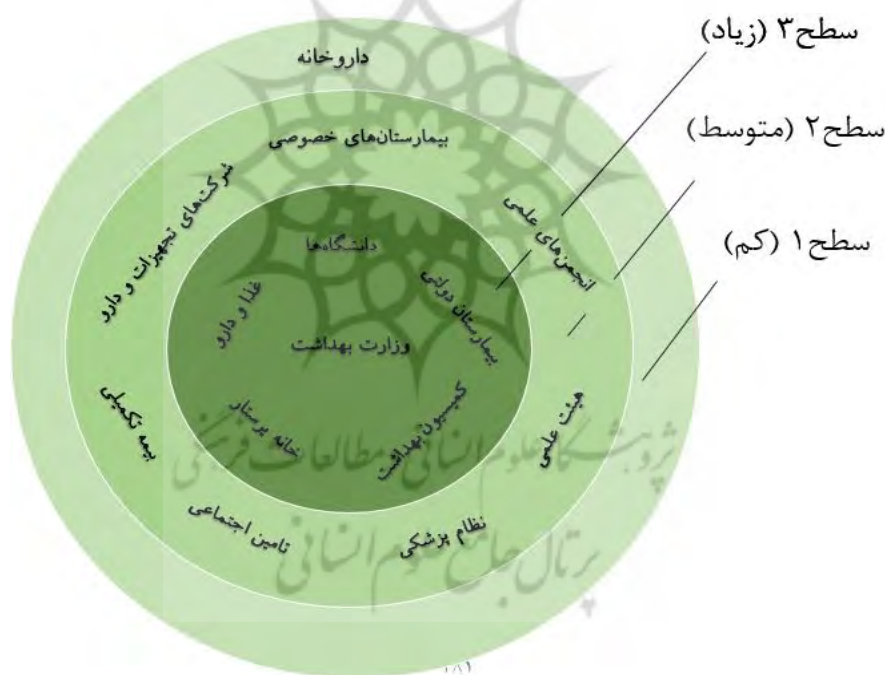
همان‌طور که در بخش روش پژوهش اشاره شد، به نسبت هرکدام از مشخصه‌های ذی‌نفعان جمع‌بندی صورت گرفت و مشخص شد که وضعیت هرذی‌نفع در آن مشخصه چگونه است؛ سپس با گرده‌برداری از مقالات مختلف که در بخش پیشینه (و در مواردی ابداع خود پژوهشگران) به آن اشاره شد؛ یک یا چند مشخصه از همه ذی‌نفعان کنار هم قرار گرفتند و مدل‌هایی تحلیلی برای شناخت هرچه بهتر ذی‌نفعان حاصل شدند.

در اینجا منظور از مدل تحلیل هرذی‌نفع با استفاده از یک یا چند مشخصه است؛ آنچه تیسن

آن را مدل نقش آفرین می نامد و در طبقه بندی خود از مدل ها، تحلیل ذی نفع را به عنوان یکی از روش های مدل سازی ذکر می کند. به تعبیر تیسن در این دسته از مدل ها هدف روشن کردن وابستگی های متقابل، منافع متعارض، نقش آفرینان قدرتمند و ائتلاف های ممکن است که در مجموع به خطمشی گذار در مدیریت بهتر فرایند کمک خواهد کرد (Thissen & Wil, 2013: 185-203).

سطوح دانش خطمشی

در این مدل، سطوح مختلف دانشی ذی نفعان و جایگاه هریک از آن ها ترسیم شده است. هرچه از داخل به سمت خارج حرکت می کنیم، سطح دانشی افراد نسبت به خطمشی کاهش می یابد؛ بنابراین افرادی که در سطوح دورتر از مرکز قرار می گیرند، نشان دهنده، آگاهی کمتر آن ها به نسبت خطمشی است.



نمودار ۱. ذی نفعان در سطوح مختلف دانش خطمشی

نقشه موضع ذی نفعان

در این نقشه جایگاه هریک از ذی نفعان با توجه به چارچوب جامع کارکردی و همچنین موضع

ذی نفعان در نسبت طرح تحول مشخص شده است. همان طور که در نمودار می‌بینید، اکثر ذی نفعان از مخالفان طرح به حساب می‌آیند؛ هرچند این اطلاعات به تنهایی کافی نبوده و باید در نسبت قدرت سنجیده شود که در ادامه آمده است. به طور کلی پنج عدد از ذی نفعان در طیف موافقان و ۱۰ عدد از آن‌ها در طیف مخالفان قرار می‌گیرند؛ اما اینکه اهمیت این موافقان و مخالفان به چه میزان است را می‌توان با نمودار بعدی در تحلیل قدرت/ رهبری تعیین کرد.



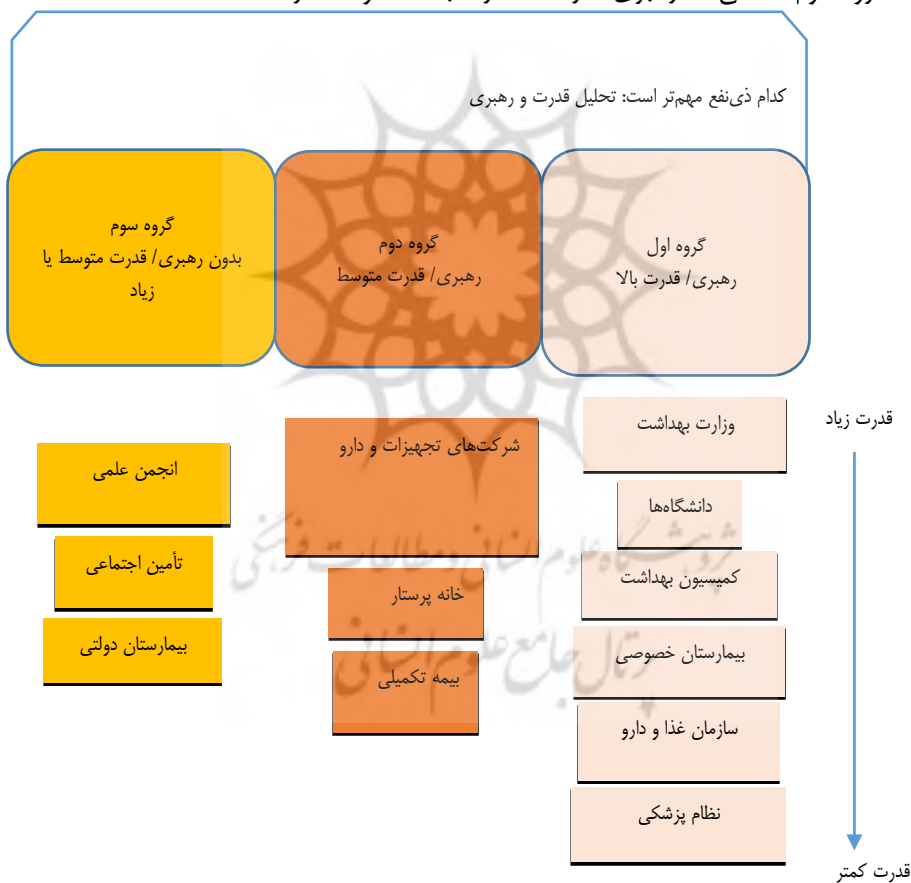
نمودار ۲. نقشه موضع ذی نفعان

تحلیل قدرت و رهبری

در تعیین اهمیت یک ذی‌نفع با توجه به دو مشخصه رهبری و قدرت (Scribner et al., 2000: 19-2) می‌توان ذی‌نفعان را به سه دسته زیر تقسیم کرد؛ که از بالا به پایین از اهمیتشان کاسته می‌شود.

مطابق نمودار (۳) ذی‌نفعان نظام سلامت (با توجه به طرح تحول نظام سلامت) به سه دسته تقسیم می‌شوند:

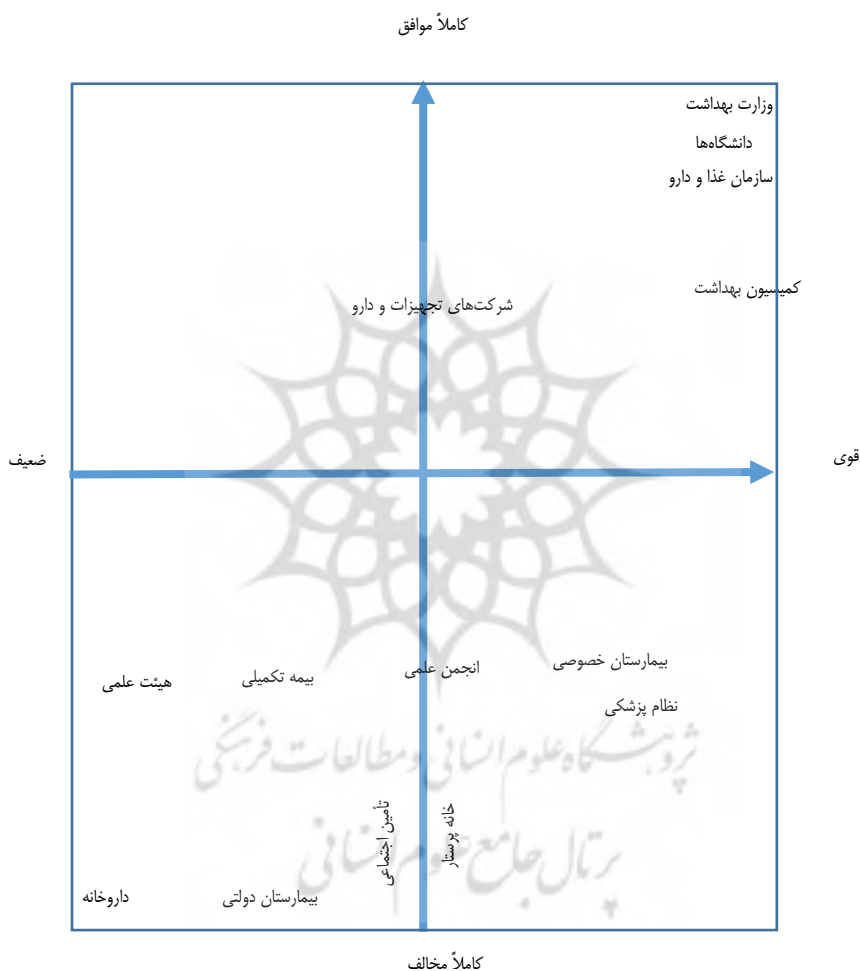
- گروه اول: کسانی که رهبری و قدرت بالا دارند؛
- گروه دوم: کسانی که رهبری و قدرت متوسط دارند؛
- گروه سوم: کسانی که رهبری ندارند اما قدرت بالا تا متوسط دارند.



نمودار ۳. تحلیل قدرت و رهبری

تحلیل قدرت و موضع

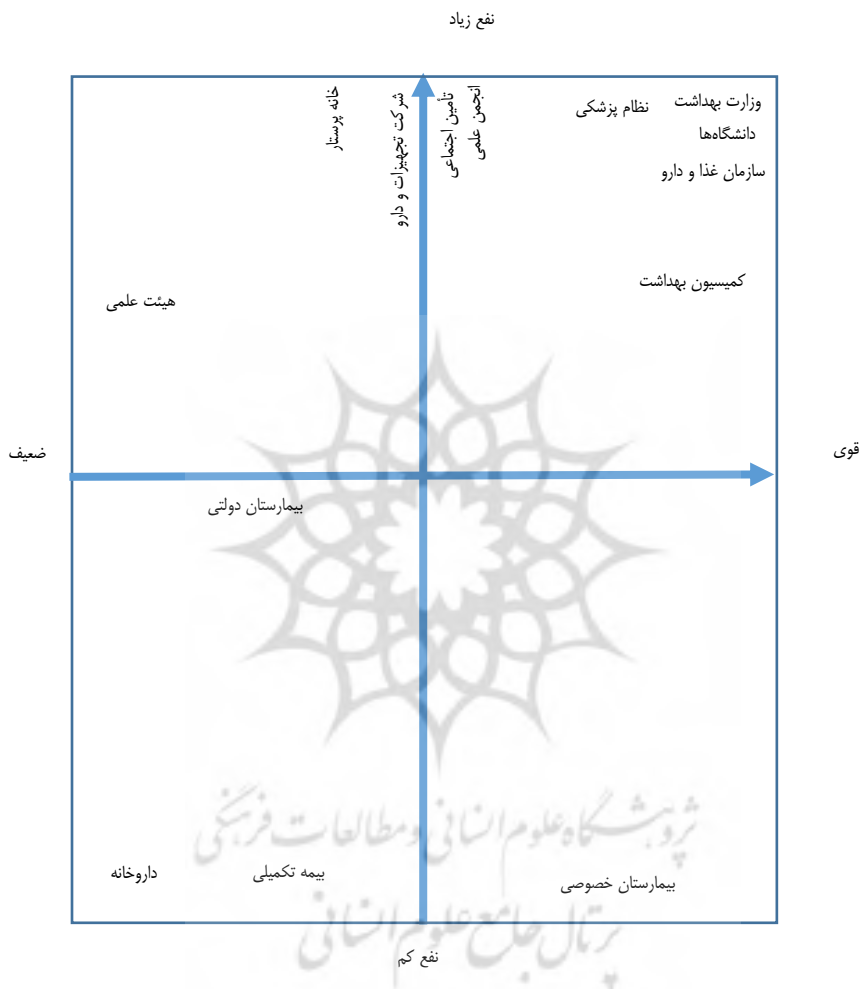
همان‌طور که اشاره شد، موضع به تنهایی اطلاعات زیادی را در اختیار ما قرار نمی‌دهد ولی هنگامی که در کنار مشخصه قدرت قرار می‌گیرد، می‌تواند بسیار مفیدتر باشد. در نمودار زیر نقشه ذی‌نفعان مختلف نظام سلامت (با توجه به طرح تحول نظام سلامت) ترسیم شده است.



نمودار ۴. نقشه ذی‌نفع در نسبت دو مشخصه قدرت و موضع

تحلیل قدرت و منفعت

نسبت میان قدرت و منفعت به خوبی در نمودار (۵) آمده است. معمولاً کسانی که قدرت بالاتری دارند، منفعت بالاتری هم می‌برند.



نمودار ۵. نقشه ذی نفع در نسبت دو مشخصه قدرت و منفعت

تحلیل قدرت و همبستگی

مدل ارائه شده در بررسی دو مشخصه قدرت و همبستگی، به بهترین نحو هدف این پژوهش را تأمین می‌کند. نمودار (۶) کاملاً در راستای هدف پژوهش بوده و پژوهشگران سابقه‌ای از این نوع مدل‌سازی در پژوهش‌های پیشین سراغ ندارند.

در این نمودار هرچه از مرکز به سمت خارج حرکت می‌کنیم، از سطح قدرت کاسته می‌شود؛ سطوح قدرت در آن پنج سطح در نظر گرفته شد. در این نمودار روابط میان ذی‌نفعان با اتصال خط میان آن‌ها نشان داده شده است؛ اما ارتباطات و تعاملات ذی‌نفعان منحصر در ۱۴ ذی‌نفع نبوده و با سایر ذی‌نفعان خارج از این مجموعه نیز ارتباط دارند؛ بنابراین افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی که در خارج از این مجموعه قرار می‌گرفتند را به صورت جداگانه خارج از نمودار نشان دادیم و با خطی میان آن‌ها و ذی‌نفع مورد نظر ارتباط برقرار کردیم. خطچینی که به دور ذی‌نفعان خارج از نمودار کشیده شده است، نشان‌دهنده آن است که لزوماً میان این ذی‌نفعان ارتباط وثیق و دقیقی وجود ندارد و تنها در اینجا گرد هم آمده‌اند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

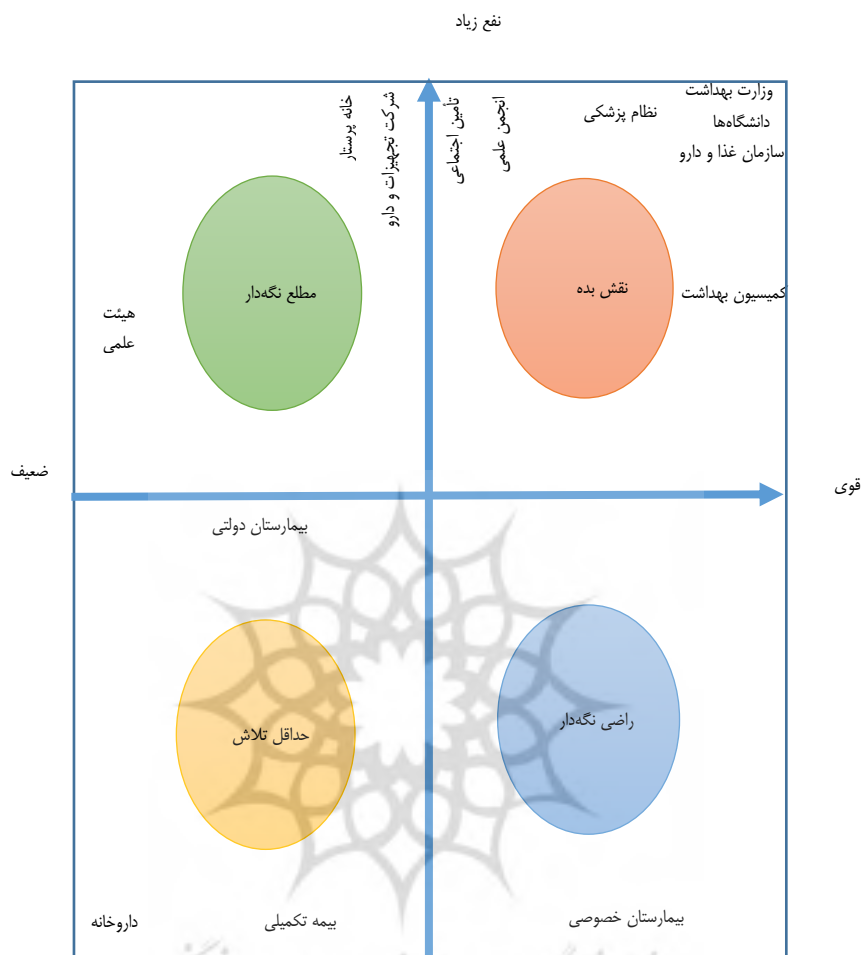
راهبردها

هرچند هدف این پژوهش ارائه راهبرد نبوده است، اما به منظور تکمیل فرایند روش تحلیل ذی‌نفع برخی از راهبردهای مناسب (Scribner et al., 2000: 2-29) را در اینجا ارائه می‌کنیم. پنج هدف کلی در ارائه راهبرد مد نظر خواهد بود:

- جلب حمایت ذی‌نفعانی که در حال حاضر حامی هستند؛
- افزایش قدرت و رهبری آن حامیان؛
- تبدیل مخالفان به موافقان؛
- ضعیف کردن قدرت و رهبری مخالفان؛
- تبدیل ذی‌نفعان بی‌طرف به حامیان فعال (به معنای قانع کردن آن‌ها برای حمایت از خط-مشی و افزایش قدرت و رهبری در جای مورد نیاز).

تا بدین جا افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی که دارای این ویژگی‌ها هستند را در نمودارها و جداول بالا به خوبی معرفی کرده‌ایم؛ بنابراین از مخالفان و موافقان، قدرت و رهبری آن‌ها و ویژگی‌های دیگری از این قبیل آشنایی پیدا کرده‌ایم، حال نوبت به آن رسیده است که بدانیم چگونه با آن‌ها تعامل کرده و در راستای اهداف کلی خطمشی از آن‌ها بهره ببریم.

دو دسته راهبرد می‌توان برای مدیریت ذی‌نفعان ارائه کرد؛ راهبردهای کلی که در پی تحلیل و پرداختن به منافع، نگرانی‌ها و کژفهمی‌های معمول در بیشتر ذی‌نفعان است؛ و دیگری، استفاده از راهبرد خاص که در آن معمولاً با ارائه مدلی کلی از انواع ذی‌نفع، در تعامل با هر دسته از آن‌ها راهبرد خاصی پیشنهاد می‌شود. با توجه به این حالت، جانسون و دیگران (Johnson et al., 2008: 153-167) با دو مشخصه قدرت و تأثیر، ذی‌نفعان را دسته‌بندی کرده و متناسب با هر گروه راهبرد مناسب را ارائه می‌کنند. همان‌طور که در نمودار زیر مشاهده می‌شود، در حالت «حداقل تلاش»، قدرت و نفعی که نقش‌آفرینان می‌برند کم است؛ بنابراین به خطمشی‌گذار پیشنهاد می‌شود در رابطه با این افراد تلاش فراوانی نکند؛ اما در نقطه مقابل در حالت «نقش بده» پیشنهاد می‌شود آن‌ها را در فرایند خطمشی‌گذاری داخل کند و به آن‌ها نقش محول کند؛ زیرا از قدرت و منفعت بالایی برخوردارند. در حالت «مطلع نگه‌دار» به سبب منفعت بالای نقش‌آفرینان، پیشنهاد می‌شود که در مورد خطمشی و مسائل و اطلاعات پیرامون آن چنین نقش‌آفرینانی را مطلع نگه دارد اما به سبب قدرت کم آن‌ها نیاز به داخل کردنشان در فرایند وجود ندارد. در حالت «راضی نگه‌دار» نقش‌آفرین قدرت زیادی دارد، اما منفعت خاصی از مشارکت در خطمشی و یا خروجی‌های آن نمی‌برد؛ بنابراین تنها راضی نگه‌داشتن او کافی است و نیازی به دادن امتیاز وجود ندارد.



راهبردهای تعامل با ذی نفعان نظام سلامت (مبنتی بر طرح تحول نظام سلامت)
بر اساس دو مؤلفه منفعت و قدرت

بحث و نتیجه گیری

مهم ترین ذی نفعان به نسبت دانش خط مشی وزارت بهداشت، بیمارستان دولتی، کمیسیون بهداشت، خانه پرستار، غذا و دارو و دانشگاه ها هستند. در سطح دوم بیمارستان خصوصی، انجمن های علمی، اعضای هیئت علمی، نظام پزشکی، تأمین اجتماعی، بیمه تکمیلی،

شرکت‌های تجهیزات پزشکی قرار می‌گیرند که به نسبت دانش کمتری دارند. درنهایت داروخانه به عنوان کمترین ذی‌نفع دارای دانش در رابطه با طرح تحول شناسایی شد.

در نمودار سطوح دانشی می‌توان ارتباط سطوح دانشی با قدرت ذی‌نفعان را برداشت کرد. دانش در این نمودار هم نشان‌دهنده میزان همه‌گیر شدن طرح و به عبارت دیگر جذابیت طرح برای دیگران است و هم نشان‌دهنده حساسیت خود ذی‌نفع به آن طرح است. برای مثال داروخانه‌ها که انتفاع کمتری از این طرح برده و از این رو حساسیت کمتری نیز به طرح دارند، از دانش کمتری نیز برخوردارند و به همین ترتیب سایر ذی‌نفعان.

با بررسی ذی‌نفعان در نسبت مشخصه موضع روشن شد که وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، سازمان غذا و دارو و کمیسیون بهداشت در دسته تولید قرار می‌گیرند که در کنار ذی‌نفعان مدیریت منابع انسانی بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده‌اند. در دسته تأمین مالی بیمه تکمیلی و سازمان تأمین اجتماعی جای می‌گیرند. بیمارستان خصوصی و بیمارستان دولتی در بخش تأمین خدمت مهم‌ترین ذی‌نفعان بوده‌اند. در محور مدیریت منابع انسانی چهار ذی‌نفع هیئت علمی، انجمن علمی، نظام پزشکی و خانه پرستار حضور دارند و درنهایت در زیر نقش مدیریت تجهیزات پزشکی و داروها، شرکت‌های تجهیزات پزشکی و داروخانه مهم‌ترین ذی‌نفعان شناسایی شده‌اند. نکته حائز اهمیت آن است که ذی‌نفع قابل توجهی در عرصه مدیریت دانش و اطلاعات شناسایی نشده است که این موضوع ممکن است به توازن طرح لطمه وارد کرده باشد. در تحلیل موضع ذی‌نفعان با توجه به دسته‌های مختلف می‌توان گفت در محور تولید تقریباً همه ذی‌نفعان از موافقان و در سایر دسته‌ها به غیر از یک ذی‌نفع همگی آن‌ها از مخالفان طرح به حساب آمده‌اند. این موضوع دلالت‌های قابل توجهی در زمینه مدیریت و خط‌مشی‌گذاری سلامت خواهد داشت. در حالی که بدنه خط‌مشی‌گذار حامی طرح هستند، اما بدنه اجرایی و عملیاتی نظام سلامت با آن مخالف هستند و از این رو شاید این موضوع را بتوان از دلایل شکست عدم موفقیت آن دانست.

در بررسی ذی‌نفعان از منظر رهبری و قدرت (اهمیت ذی‌نفع)، آن‌ها به سه دسته دارای رهبری/ با قدرت بالا شامل وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، کمیسیون بهداشت، بیمارستان خصوصی، سازمان غذا و دارو و نظام پزشکی شده است. دسته دوم که ذی‌نفعانی با داشتن مشخصه رهبری/ قدرت متوسط را در برمی‌گیرد؛ یعنی شرکت‌های تجهیزات و دارو، خانه پرستار و بیمه تکمیلی و درنهایت گروه سوم بدون رهبری/ قدرت متوسط یا زیاد که انجمن علمی، تأمین اجتماعی و بیمارستان دولتی را شامل می‌شود. در بین این ذی‌نفعان داروخانه و پزشکان هیئت علمی دیده نمی‌شود. علت آن هم این است که این دو ذی‌نفع بدون رهبری بوده و سطح قدرت آن‌ها نیز

پایین است؛ بنابراین ذی‌نفع قابل توجهی از منظر مدیریت ذی‌نفع به حساب نمی‌آید. با مقایسه دو تحلیل اهمیت ذی‌نفع و موضع ذی‌نفعان می‌توان نکات قابل توجهی استنباط کرد. اکثر ذی‌نفعان با اهمیت موافق طرح هستند اما ذی‌نفعانی که اهمیت متوسط یا کم دارند با این طرح مخالف‌اند؛ از این رو است که در سال ۱۳۹۳ طرحی از جانب حامیان خود در بدنه سیاستی با حمایت خوب شروع شد اما در عمل با مخالفت قابل توجه افرادی که از اهمیت متوسط و کمی برخوردار بودند مواجه و در عمل به شکست منتهی شد.

در دسته‌بندی ذی‌نفعان بر اساس دو مشخصه قدرت و موضع، آن‌ها به چهار دسته تقسیم شده‌اند. دسته اول با قدرت بالا و در توافق با طرح که شامل وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، سازمان غذا و دارو و کمیسیون بهداشت می‌شود. دسته دوم که تقریباً هیچ عضوی ندارد، از قدرت کم برخوردار بوده ولی از طرح رضایت داشته‌اند؛ البته شرکت‌های تجهیزات پزشکی و دارو در مرز دسته اول و دوم قرار می‌گیرند. دسته سوم که دو عضو در خود دارد و از دو مشخصه قدرت بالا و کاملاً مخالف شکل یافته که در خود دو ذی‌نفع بیمارستان خصوص و نظام پزشکی را جای داده است و در آخر دسته چهارم که شامل بیمه تکمیلی، بیمارستان دولتی، هیئت علمی و داروخانه می‌شود و همگی در ویژگی ضعیف بودن و کامل مخالف طرح بودن با هم اشتراک دارند. تأمین اجتماعی، انجمن علمی و خانه پرستار هر سه در مرز بین دسته سوم و چهارم قرار می‌گیرند.

نکته حائز اهمیت که هم از این تحلیل به دست می‌آید و هم از نمودار اهمیت ذی‌نفع مشخص است، نشان دادن جایگاه نهادهایی که ذاتاً نقش نظارتی در نظام سلامت را دارند. نهادهای بیمه‌ای در نظام سلامت ماهیتاً نقش کنترلی داشته و هنگامی که در کنار نهاد مصرف‌کننده و تجویزکننده قرار می‌گیرند تا در تعادلی شکل یافته از انحرافات هزینه‌ای و عملکردی پیش‌گیری کنند؛ اما در نمودار اهمیت ذی‌نفع و هم در این نمودار مشخص شد که این دسته از ذی‌نفعان در مقایسه با نهادهای ارائه‌کننده خدمت، که بزرگ‌ترین آن‌ها خود وزارت بهداشت است، از قدرت کمتری برخوردار هستند.

در بررسی تحلیل قدرت-منفعت دلالت‌های قابل توجهی می‌توان به دست آورد. همان‌طور که از نمودار روشن است ذی‌نفعان قدرتمند بهره‌بردار زیادی از طرح برده‌اند. تعداد قابل توجهی از ذی‌نفعان در این دسته قرار می‌گیرند. این ذی‌نفعان عبارت‌اند از وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، سازمان غذا و دارو، کمیسیون بهداشت، نظام پزشکی. ذی‌نفعان حاضر در این دسته منفعتشان به شدت به طرح گره خورده است. اگر این نمودار را با نمودار موضع ذی‌نفعان مقایسه کنیم، روشن خواهد شد که ذی‌نفعانی صاحب منفعت در طرح که از قدرت بیشتری دارند، معمولاً با طرح توافق بیشتری دارند. علت این امر شاید تحقق بهره‌بردار بیشتر این ذی‌نفعان از طرح باشد.

دسته دوم ذی‌نفعانی با نفع زیاد اما قدرت کمتر است که تنها شامل هیئت علمی است. خانه، پرستار، شرکت تجهیزات پزشکی، تأمین اجتماعی و انجمن علمی نیز در میانه دسته اول و دوم قرار دارند.

دسته سوم که از ترکیب دو مشخصه قدرت بالا و نفع کم شکل گرفته است تنها شامل بیمارستان خصوصی می‌شود و دسته آخر که منفعت کمی در طرح دارند و قدرت بالایی هم ندارند، در خود بیمارستان دولتی، بیمه تکمیلی و داروخانه را جای داده است. به غیر از بیمارستان دولتی که نسبتاً منفعت آن به این طرح گره خورده است، عملاً بیمارستان خصوصی، بیمه تکمیلی و داروخانه از دایره فایده/زیان این طرح کنار بوده‌اند.

تحلیل همبستگی نیز حاوی نکات فراوانی است مخصوصاً در همراهی با نمودارها و جداول دیگر. به طور کلی هرچه بتوان در تحلیل، ترکیبی بیشتر از این جداول و نمودارها که مشخصه‌های جامع‌تری از ذی‌نفع را ارائه می‌کنند بهره برد، تحلیلی دقیق‌تر خواهیم داشت. در نمودار همبستگی، خط‌های ترسیم‌شده در واقع کانال‌هایی از روابط مالی، اطلاعاتی، تصمیمی و ... هستند؛ ذی‌نفعان در این نمودار به پنج دسته تقسیم شده‌اند که در سطح اول وزارت بهداشت، غذا و دارو، دانشگاه‌ها و کمیسیون بهداشت، در سطح بیمارستان خصوصی و نظام پزشکی در سطح سوم انجمن‌های علمی، شرکت تجهیزات پزشکی و دارو، تأمین اجتماعی، خانه پرستار، دسته چهارم بیمه تکمیلی و بیمارستان دولتی و دسته آخر هیئت علمی و داروخانه است.

بنابراین هرچه از مرکز قدرت به سمت خارج حرکت می‌کنیم، خطوط ارتباطی کمتر می‌شوند و در مورد ذی‌نفعان در حاشیه ارتباط کمتری با ذی‌نفعان مرکزی گزارش شده است. در این تحلیل و تحلیل‌های پیشین، مورد قابل توجه بیمارستان خصوصی است که با توجه به قدرت بالا، نه منفعت زیاد در طرح برای آن تعریف شده است و نه آنکه ارتباط جدی با ذی‌نفعان مرکزی برایش ثبت شده است. در این تحلیل بیمه تکمیلی، هیئت علمی و داروخانه و تا حدودی خانه پرستار از ارتباط و قدرت بالایی در نسبت طرح تحول برخوردار نبوده‌اند.

در زمینه مدیریت ذی‌نفعان نیز می‌توان موضعی ایجابی اتخاذ کرد و نشان داد که به چه نحو خط‌مشی‌گذاران می‌توانستند با ذی‌نفعان تعامل کنند. در اینجا چهار نقش کلیدی به چهار دسته از ذی‌نفعان اعطا شده است. در این طبقه‌بندی به ذی‌نفعانی که هم قوی بوده و هم نفع بالایی داشتند، تجویز می‌کند که به آن‌ها نقشی داده شود و به عبارت دیگر آن‌ها را به بازی بگیرند؛ اما ناظر به ذی‌نفعانی که هردوی این مشخصه در آن‌ها کم بوده، سفارش به توجه کم به آن ذی‌نفع شده است. به همین ترتیب در مواردی که ذی‌نفع قدرتمند هستند اما نفع کمی دارند، به رضایت آن ذی‌نفع اکتفا می‌کند و در حالت آخر رضایت ذی‌نفع نیز چندان برایش اهمیت نداشته و با

توجه به اینکه از قدرت بالایی برخوردار نیست، او را مطلع نگه می‌دارد (زیرا که در طرح منافعی دارد).

در مقایسه با مطالعات و پژوهش‌های دیگری که با روش تحلیل ذی‌نفع ارائه شده است، می‌توان گفت این پژوهش دارای امتیازات مختلف است. مطالعات ذکر شده در پیشینه هیچ‌کدام در زمینه طرح تحول نظام سلامت صورت نگرفته است. از این رو این متمایزترین ویژگی این پژوهش است که به مدل‌سازی ذی‌نفعان در ارتباط با طرح تحول نظام سلامت پرداخته است. البته در یکی از مقالات (Doshmangir et al., 2019) به طرح تحول نظام سلامت به صورت غیرمستقیم پرداخته شده بود اما این مقاله در نسبت شبکه بهداشت و درمان در طرح تحول بود و به صورت مستقیم به تحلیل این ذی‌نفعان مرتبط پرداخته است.

وجه متمایز دیگر، ارائه مدل‌های مختلف در نسبت ذی‌نفعان است. چیزی که بیشتر مقالات از آن کناره گرفته‌اند. مقالات مذکور بیشتر هدف خود را بررسی چند مشخصه از ذی‌نفعان قرار داده و سپس با تحلیل همان مؤلفه در نسبت همه ذی‌نفعان به نتیجه‌گیری و تحلیل پرداخته‌اند. تنها به نظر می‌رسد دو مقاله (Doshmangir et al., 2020 و Heydari et al., 2018) مدل‌های محدودی ارائه کرده‌اند.

نکته حائز اهمیت دیگر، ارائه راهبرد مقتضی در تعامل با هریک از ذی‌نفعان است که در واقع در زمینه مدیریت ذی‌نفعان قرار می‌گیرد. در این زمینه می‌توان گفت تنها یک مقاله (Sajadi et al., 2019) به ارائه تحلیل در این زمینه پرداخته است و آن مقاله نیز مدل پشتیبان خود را ذکر نکرده و بر اساس نظر کارشناسان و افراد دخیل در پژوهش راهبردهایی ارائه کرده‌اند.

از نظر دقت روش‌شناختی نیز به نظر می‌رسد این مقاله مراحل را با دقت و تطابق بیشتری با روش‌شناسی تحلیل ذی‌نفع صورت داده است. اکثر مقالات به نظر می‌رسد با الهام از روش‌شناسی پژوهش کیفی، پژوهش خود را طراحی کرده‌اند؛ در این زمینه تنها یکی از مقالات (Heydari et al., 2018) روشی مشابه این پژوهش را بر اساس روش ارائه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت طی کرده است.

پیشنهادها

بر اساس پژوهش انجام شده در راستای توسعه و کاربرد هرچه بهتر مدیریت ذی‌نفعان پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱. پژوهش‌هایی با موضوع شناسایی ذی‌نفعان طرح تحول نظام سلامت، اما با روشی متفاوت و یا تکرار همین پژوهش. این قبیل پژوهش‌ها می‌تواند با نگاهی متفاوت به بستر نظام

- سلامت به نحو دیگری ذی‌نفعان را شناسایی و مدل‌سازی کند که در نتیجه می‌تواند کاستی‌ها و نقایص این پژوهش را روشن کرده و اصلاح کند؛
۲. پژوهش‌هایی با موضوع شناسایی بستر نظام سلامت اما نه از منظر ذی‌نفعان و بازیگران بلکه از منظر سایر مؤلفه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی می‌تواند مکمل پژوهش حاضر باشد؛
۳. اتخاذ پژوهش‌هایی با رویکردهای تحلیلی‌تر و به عبارتی ارزشی‌تر ذی‌نفعان که در آن‌ها به جای پاسخ به این پرسش که «ذی‌نفعان کلیدی چه کسانی هستند؟» به این سؤال پاسخ خواهد داد که «ذی‌نفعان چه کسانی باید باشند؟».

مآخذ

- تصدیقی، هومن (۱۳۹۰). شناسایی ذی‌نفعان پروژه سامانه ارتباطات هوشمند خودرویی از طریق خوشه‌بندی مصادیق ذی‌نفعی بر اساس روش K-Means. *دو فصلنامه توسعه فناوری صنعتی*، سال ۱۸، شماره ۳۵، ۳۵-۲۹.
- دانائی‌فرد، حسن، ایزدبخش، حمید (۱۳۹۶). روش‌شناسی تحلیل ذی‌نفع در خط‌مشی پژوهی: واکاوی بنیان‌ها، فهم اسلوب اجرا، نقد عمل. *روش‌شناسی علوم انسانی*، سال ۲۳، شماره ۹۲، ۲۵۲-۲۲۵.
- صدرالسادات، سید علی (۱۳۸۸). قانون مدیریت خدمات کشوری، تحلیل ریسک‌ها و ذی‌نفعان مربوطه در صنعت نفت. *مدیریت و منابع انسانی در صنعت نفت*، سال ۱، شماره ۳، ۶۰-۴۳.
- معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۳). *دستورالعمل طرح تحول نظام سلامت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دسترسی در: treatment.sbmu.ac.ir* (۱۳۹۸/۱۲/۱۱).
- Akinci, F.,, Gürsöz, H., & (2012). Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis. *Health policy*, 107(1), 21-30.
- Ardalan, A., Rajaei, M. H., Masoumi, G., Azin, A., Zonoobi, V., & Sarvar, M. (2012). 2012-2025 R... .. management. *PLoS currents*, 4(2).
- Bazyar, M., Rashidian, A., Sakha, M. A., Doshmangir, L., Rahimi, N., Ranjbar, M., & Olyaeemanesh, A. (2018). Stakeholders analysis of merging social health insurance funds in Iran: What kind of interests they may gain or lose? *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 157-176.

- Bazyar, M., Rashidian, A., Sakha, M. A., Mahdavi, M. R. V., & Doshmangir, L. (2020). Combining health insurance funds in a fragmented context: What kind of challenges should be considered? *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-14.
- Behzadifar, M., Gorji, H. A., Rezapour, A., Rezvanian, A., Bragazzi, N. L., & Vatankhah, S. (2019). Hepatitis C virus-related policy-making in Iran: A stakeholder and social network analysis. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 42.
- Billgren, C., & Holmén, H. (2008). Approaching reality: Comparing stakeholder analysis and cultural theory in the context of natural resource management. *Land Use Policy*, 25(4), 550-562.
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z (2000): Stakeholder analysis: A review. *Health policy and Planning*, 15(3), 239-246.
- Buanes, A., Jentoft, S., Runar Karlsen, G., Maurstad, A., & Sjøreng, S. (2004). In whose interest? An exploratory analysis of stakeholders in Norwegian coastal zone planning. *Ocean & Coastal Management*, 47(5), 207. 223.
- Chrysostomidis, I., Perumalpillai, S., Bohm, M., Crombie, M., Beynon, E., & Lee, A. (2013). CO2 Capture Project's CCS Stakeholder Issues Review and Analysis. *Energy Procedia*, 37(1), 7832. 7839.
- Doshmangir, L., Moshiri, E., Mostafavi, H., Sakha, M. A., & Assan, A. (2019). Policy analysis of the Iranian Health Transformation Plan in primary healthcare. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-8.
- Doshmangir, L., Rashidian, A., Kouhi, F., & Gordeev, V. S. (2020). Setting health care services tariffs in iran: Half a century quest for a window of opportunity. Access at : <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01224-1> (2020/09/16).
- Heydari, M., Seyedin, H., Jafari, M., & Dehnavieh, R. (2018). Stakeholder analysis of Iran's health insurance system. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(1). 1-35.
- Javanparast, S., Coveney, J., & Saikia, U. (2009). Exploring health stakeholders' perceptions on moving towards comprehensive primary health care to address childhood malnutrition in Iran: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 9(1), 36.
- Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). Exploring Corporate Strategy. Text and Cases. Harlow: Pearson Education.
- Mikalsen, K. H., & Jentoft, S. (2001). From user-groups to stakeholders? The public interest in fisheries management. *Marine Policy*, 25(4), 281. 292.

- Mitchell, R. K., Agle, B. R., Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-86.
- Nijdam, M. H. (2012). Cassandra stakeholder analyses-update.
- Reed, M. S., Graves, A., Dandy, N., Posthumus, H., Hubacek, K., & Morris, J. (2009). Who's in and why? A typology of stakeholder analysis methods for natural resource management. *Journal of Environmental Management*, 90(5), 1933-1949.
- Sajadi, H. S., Majdzadeh, R., Yazdizadeh, B., Mohtasham, F., Mohseni, M., Doshmangir, L., & Lavis, J. (2019). A roadmap for strengthening evidence-informed health policy-making in Iran: Protocol for a research programme. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 50.
- Scribner, S., Schmeer, K., & O'Hill, H. C. (2000). *Policy Toolkit for strengthening health sector reform*. Washington, DC: LAC-HSR.
- Shahabi, S., Teymurlouy, A. A., Shabaninejad, H., Kamali, M., & Lankarani, K. B. (2020). Financing of physical rehabilitation services in Iran: A stakeholder and social network analysis. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-11.
- Shen, F. W., Guo, H. C., & Xin, C. L. (2012). The environmental assessment of landfill based on stakeholder analysis. *Procedia Environmental Sciences*, 13(1), 1872-1881.
- Shin, D. H. (2008). The assessment of 3rd generation mobile policy in Korea: A web of stakeholder analysis. *Technological Forecasting and Social Change*. 75(9), 1406. 1415.
- Thissen, W. A. H., Walker, W. E. (2013). *Public policy analysis*. New York: Springer.
- Varvasovszky, Z., & Mckee, M. (1998). An analysis of alcohol policy in Hungary. Who is in charge? *Addiction*, 93(12), 1815-1827.