Quarterly journal of strategic management attitude
Vol 4, No 2(14), summer 2026
https://pmr.sndu.ac.ir

Type of Article: Reseach

Identifying and Prioritizing Drivers of Coopetition Strategy in Iran's Healthcare Sector: A Mixed Approach of Thematic Analysis and OPA

Esmaeil Mazroui Nasrabadi[1] & Zahra Sadeqi-Arani[2]

Received: 2026/02/13 **PP: 161- 184** **Accepted:** 2026/06/13

Abstract

Despite the numerous advantages of coopetition, its drivers and motivations vary across different sectors and industries. Insufficient understanding of these drivers can lead to the flawed or inefficient design and implementation of coopetition strategies. Therefore, the present study was conducted with the aim of identifying and prioritizing the drivers and motivations for coopetition in the health sector. This research employed a mixed-methods approach and consisted of two stages. In the first stage (qualitative approach), using thematic analysis and through interviews, coopetition drivers in the health sector were identified. In the second stage (quantitative approach), to rank the drivers, the multi-criteria decision-making method of the Ordinal Priority Approach (OPA) was used. The statistical population for both stages of the research consisted of experts from the health and treatment sector in Kashan and Aran-Bidgol counties, who were selected through purposive sampling. The sample size was 14 individuals in the first stage and 15 individuals in the second stage. In the first stage, through interviews with health sector experts, 53 drivers were identified, which were grouped into 12 themes: "Political and Economic Conditions," "Organizational Advantages," "Addressing Shortages," "Competitive Pressures," "Patient Advantages," "Service Provision Pressures," "Environmental Uncertainty," "Need for Inventory Management," "Competitive Advantages," "Financial Problems," "Pressures Related to Specific Cases," and "Medical Ethics". The results of ranking the drivers showed that the drivers "Political and Economic Conditions," "Addressing Shortages," "Need for Inventory Management," and "Financial Problems" hold ranks 1 to 4 among the 12 drivers, respectively, and are the most important drivers. The results of this research led to the identification of 53 main coopetition drivers and their prioritization in the health sector. Based on the findings, it is suggested that orientation sessions be held between competitors to understand each other's capabilities and the benefits that coopetition can create for them. Furthermore, enhancing customer (patient) awareness, examining the existing and providable service chain in each region, and identifying existing gaps within it are recommended.

KeyWords: Health Sector, Coopetition Strategy Drivers, Thematic Analysis, Multi-Criteria Decision Making, Ordinal Priority Approach.

Reference: Mazroui Nasrabadi, E. & Sadeqi-Arani, Z. (2026). Identifying and Prioritizing Drivers of Coopetition Strategy in Iran's Healthcare Sector: A Mixed Approach of Thematic Analysis and OPA. *Strategic management attitude*, 4(2), 161–184.
https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.30605865.1405.4.2.6.0

[1] Associate Professor, Department of Business Management, Faculty of Financial Science, Management and Entrepreneurship, University of Kashan, Kashan, Iran(Corresponding Author). drmazroui@kashanu.ac.ir

[2] Associate Professor, Department of Marketing Management, Faculty of financial science, Management and Entrepreneurship, University of Kashan, Kashan, Iran. sadeqiarani@kashanu.ac.ir

فصلنامه نگرش مدیریت راهبردی
سال ۴/ شماره۲(۱۴)/ تابستان ۱۴۰۵
https://pmr.sndu.ac.ir/

نوع مقاله: پژوهشی

شناسایی و اولویت‌بندی رانه‌های راهبرد هم‌رقابتی در بخش سلامت ایران: رویکرد آمیخته تحلیل مضمون و OPA

اسماعیل مزروعی نصرآبادی*[۱] و زهرا صادقی آرانی[۲]

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۴ صص: ۱۸۴-۱۶۱ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۳

چکیده

با وجود مزایای متعددی که هم‌رقابتی دارد، رانه‌ها و انگیزاننده‌های آن در بخش‌ها و صنایع مختلف متفاوت هستند. عدم‌شناخت کافی از این رانه‌ها می‌تواند به طراحی و اجرای ناقص یا ناکارآمد راهبردهای هم‌رقابتی منجر شود. ازاین‌رو پژوهش کنونی با هدف شناسایی و اولویت‌بندی رانه‌ها و رانه‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت انجام شد. این پژوهش با رویکرد ترکیبی و شامل دو مرحله است. در مرحله اول (رویکرد کیفی) با استفاده از روش تحلیل مضمون و از طریق مصاحبه به شناسایی رانه‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت پرداخته شد. در مرحله دوم (رویکرد کمی) و به‌منظور رتبه‌بندی رانه‌ها، از روش تصمیم گیری چندمعیاره رویکرد اولویت ترتیبی (OPA) استفاده شد. جامعه آماری هر دو مرحله پژوهش، خبرگان بخش بهداشت و درمان شهرستان های کاشان و آران- بیدگل بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه در مرحله اول ۱۴ نفر و در مرحله دوم ۱۵ نفر بود. در مرحله اول از طریق مصاحبه با خبرگان بخش سلامت، ۵۳ رانه شناسایی شد که در قالب ۱۲ مضمون «شرایط سیاسی و اقتصادی»، «مزایای سازمانی»، «رفع کمبودها»، «فشارهای رقابتی»، «مزایای بیمار»، «فشارهای خدمت دهی»، «عدم‌اطمینان محیطی»، «نیاز به مدیریت موجودی»، «مزایای رقابتی»، «مشکلات مالی»، «فشارهای مرتبط با موارد خاص» و «اخلاق پزشکی» گروه‌بندی شد. نتایج حاصل از رتبه‌بندی رانه‌ها نشان داد رانه‌های «شرایط سیاسی و اقتصادی»، «رفع کمبودها»، «نیاز به مدیریت موجودی» و «مشکلات مالی» به‌ترتیب رتبه‌های ۱ تا ۴ را در بین رانه‌های ۱۲گانه دارند و با اهمیت‌ترین رانه‌ها هستند. نتایج این تحقیق به شناسایی ۵۳ رانه اصلی هم‌رقابتی و اولویت‌بندی آنها در بخش سلامت منجر شد. با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود جلسات توجیهی بین رقبا به‌منظور شناخت قابلیت‌های یکدیگر و مزایای که هم‌رقابتی می‌تواند برای آنها ایجاد کند، برگزار شود. همچنین ارتقاء آگاهی مشتریان (بیماران)، بررسی زنجیره خدمات موجود و قابل‌ارائه در هر منطقه و شناسایی خلأهای موجود در آن پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بخش سلامت، رانه‌های راهبرد هم‌رقابتی، تحلیل مضمون، تصمیم‌گیری چندمعیاره، رویکرد اولویت ترتیبی.

استناددهی(APA): مزروعی نصرآبادی، اسماعیل و صادقی آرانی، زهرا (۱۴۰۵). شناسایی و اولویت‌بندی رانه‌های راهبرد هم‌رقابتی در بخش سلامت ایران: رویکرد آمیخته تحلیل مضمون و OPA. *فصلنامه نگرش مدیریت راهبردی*، ۴(۲)، ۱۶۱-۱۸۴.
https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.30605865.1405.4.2.6.0

[۱]. دانشیار گروه مدیریت کسب و کار، دانشکده علوم مالی، مدیریت و کارآفرینی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران(نویسنده مسئول). drmazroui@kashanu.ac.ir

[۲]. دانشیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده علوم مالی، مدیریت و کارآفرینی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران SadeqiArani@kahanu.ac.ir

مقدمه

امروزه رقابت در بخش‌های مختلف به‌طور فزاینده‌ای شدت گرفته است(کورنیاوان[1] و همکاران، ۲۰۲۴). در این عرصه، با توجه به محدودیت‌هایی که رقبا برای رقابت دارند، پدیده همکاری بین رقبا یا هم‌رقابتی شکل گرفته است. این پدیده به یک رویکرد محبوب برای شرکت‌هایی تبدیل شده است که به دنبال همکاری و رقابت هم‌زمان با رقبای خود هستند(هانا و اینا[2]، ۲۰۲۳). به‌عبارتی در این رویکرد، سازمان‌ها به‌طور همزمان در همکاری و رقابت شرکت می‌کنند تا به منافع متقابل و مزایای رقابتی دست یابند(لیو[3] و همکاران، ۲۰۲۴). هم‌رقابتی می‌تواند به بهبود عملکرد(بونکن[4] و همکاران، ۲۰۲۴)، جمع‌آوری منابع(یوشچیک[5]، ۲۰۲۳؛ یوسف و وحید[6]، ۲۰۲۴)، به اشتراک‌گذاری تخصص، مقابله با موانع، نوآوری، افزایش ارزش (یوسف و وحید، ۲۰۲۴) تقویت قابلیت‌های پویا و پایداری(مویسیوومو[7] و همکاران، ۲۰۲۳) منجر شود.

در دنیای امروز، بخش سلامت با چالش‌های متعددی همچون افزایش تقاضا برای خدمات درمانی، محدودیت منابع، پیشرفت‌های فناوری و تغییرات سریع نیازهای بیماران روبه‌روست (صادقی ارانی و مزروعی نصرآبادی، ۱۳۹۳). این چالش‌ها، سازمان‌های فعال در این حوزه را وادار کرده است تا در جست‌وجوی رویکردهای نوآورانه باشند. یکی از مفاهیم نوظهور و مؤثر، هم‌رقابتی است. در بخش بهداشت و درمان، هم‌رقابتی به‌عنوان راهبردی کلیدی برای سازمان‌ها مطرح شده است که در تلاش برای مدیریت پیچیدگی‌های محیط مدرن مراقبت‌های بهداشتی و دستیابی به رشد و نوآوری هستند(کوربو[8] و همکاران، ۲۰۲۳).

اهمیت هم‌رقابتی در بخش سلامت را می‌توان در چند بُعد بررسی کرد. از یک‌سو، همکاری میان رقبا می‌تواند به اشتراک‌گذاری منابع و دانش، توسعه نوآوری‌های مشترک و ارتقای کارایی عملیاتی منجر شود(صادقی ارانی و مزروعی نصرآبادی، ۱۳۹۳).. از سوی دیگر، رقابت هم‌زمان به سازمان‌ها انگیزه می‌دهد تا در حفظ کیفیت خدمات و کسب سهم بازار، تلاش

---

[1] Kurniawan
[2] Hanna & Inna
[3] Liu
[44] Bouncken
[5] Juszczyk
[6] Yousaf & Waheed
[7] Mwesiumo
[8] Corbo

بیشتری انجام دهند (بات و همکاران، ۲۰۲۳). این ترکیب، ظرفیت بالایی برای ایجاد تحولات اساسی در سیستم‌های سلامت دارد. ازاین‌رو، در بخش بهداشت و درمان، رقابت- همکاری به اشکال مختلفی مشاهده شده است، ازجمله طرح‌های مشترک تحقیقاتی و استفاده مشترک از منابع. مطالعات اخیر بر ظرفیت رقابت- همکاری برای ارتقای نوآوری، بهبود تخصیص منابع و بهبود مراقبت از بیماران در محیط‌های بهداشتی تأکید کرده‌اند(ون دن بروک[1] و همکاران، ۲۰۱۸؛ وسترا و همکاران، ۲۰۱۷).

بررسی‌ها در زمینه هم‌رقابتی نشان می‌دهد که پژوهش‌های موجود عمدتاً بر کاربرد این مفهوم در بخش‌های صنعتی و تجاری متمرکز بوده‌اند و به‌طور نسبی به بخش سلامت، توجه کمتری داشته‌اند. افزون‌بر این، موفقیت این رویکرد نیازمند درک دقیق عواملی است که آن را تسهیل یا محدود می‌کند. با وجود آنکه پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شده، اما این پژوهش‌ها اندک و اغلب به سایر صنایع مانند مؤسسات مالی(فونسکا و منسز[2]، ۲۰۲۰)، صنایع دستی (میکی و همکاران، ۲۰۲۳)، انرژی(دورن[3]، ۲۰۲۰)، صنایع تولیدی(گرافو و سیرگار[4]، ۲۰۲۲) مربوط بوده است و بررسی رانه‌های این راهبرد در بخش بهداشت و درمان، مغفول مانده است. ازاین‌رو، یکی از شکاف‌های مهم تحقیقاتی، شناسایی و تحلیل رانه‌های اصلی هم‌رقابتی در بخش سلامت است. افزون‌براین، با وجود مزایای پرشُمار هم‌رقابتی، مدیران از نظر تمایل به پذیرش هم‌رقابتی، متفاوت هستند(گلی و دوبوس[5]، ۲۰۲۴) و لازم است با استفاده از رانه‌های هم‌رقابتی، در راستای ترغیب آنها برای پیاده‌سازی هم‌رقابتی اقدام کرد.

عدم‌شناخت کافی از این رانه‌ها می‌تواند به طراحی و اجرای ناقص یا ناکارآمد راهبردهای هم‌رقابتی منجر شود. این پژوهش با هدف پُر کردن این شکاف، به بررسی عمیق رانه‌های کلیدی هم‌رقابتی از طریق شناسایی و اولویت‌بندی این رانه‌ها در بخش سلامت می‌پردازد. سهم دانشی این مطالعه نه‌تنها در ارائه چارچوبی نظری برای درک بهتر رانه‌ها و انگیزه‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت است، بلکه با تحلیل تجربی این محرک‌ها، زمینه را برای پژوهش‌های آتی در این حوزه فراهم می‌کند. از منظر کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند به مدیران و سیاست‌گذاران کمک کند تا با شناسایی شرایط بهینه برای ایجاد همکاری‌های

[1] Van den Broek
[2] Fonseca & Meneses
[3] Doren
[4] Garraffo & Siregar
[5] Gelei & Dobos

راهبردی، راهبردهای مؤثرتری برای ارتقای کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها تدوین کنند. این پژوهش با تمرکز بر سطح شبکه سلامت منطقه‌ای و سازمان‌های درمانی به‌عنوان واحد تحلیل، در پی شناسایی راه‌های هم‌رقابتی است که می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری برای مدیران بیمارستان‌ها و سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گیرد. شکست هم‌رقابتی در سطح منطقه‌ای اغلب ناشی از ناهماهنگی بین ارائه‌دهندگان خدمات و نهادهای حاکمیتی است؛ درنتیجه، این رویکرد می‌تواند به بهبود عملکرد کلی نظام سلامت، ایجاد هماهنگی و افزایش رضایت بیماران منجر شود. ازاین‌رو پژوهش کنونی با هدف پاسخ‌گویی به دو پرسش زیر انجام شده است:

- رانه‌ها و انگیزاننده‌های راهبرد هم‌رقابتی در بخش سلامت کدام‌اند؟
- اولویت‌بندی رانه‌های راهبرد هم‌رقابتی در بخش سلامت چگونه است؟

انتظار می‌رود این پژوهش بتواند:

- رانه‌های هم‌رقابتی را در بخش سلامت ایران ذیل مضامین اصلی شناسایی کند.
- اولویت‌های راهبردی میان این رانه‌ها را با استفاده از روش OPA تعیین و رتبه‌بندی کند.
- مسیری را به‌منظور سیاست‌گذاری بهتر برای تصمیم‌گیران بخش سلامت فراهم کند.

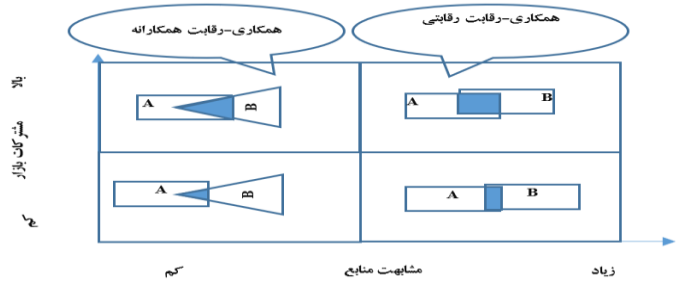
پیشینه و مبانی نظری

هم‌رقابتی به‌معنای تعامل راهبردی میان رقباست که در آن سازمان‌ها به جای رقابت مطلق یا همکاری مطلق، ترکیبی از این دو رویکرد را به‌کار می‌گیرند (الشریف و همکاران، ۲۰۲۴). هم‌رقابتی به‌عنوان یک راهبرد همکاری- رقابتی بین شرکت‌ها برای دستیابی به نوآوری و بهبود عملکرد به‌شُمار می‌رود. در این رویکرد، شرکت‌ها به‌منظور افزایش ظرفیت نوآوری و بهره‌وری خود، به‌طور همزمان در برخی زمینه‌ها همکاری می‌کنند و در دیگر زمینه‌ها با یکدیگر رقابت دارند. این راهبرد به شرکت‌ها امکان می‌دهد تا از منابع مشترک استفاده کرده و رقابت خود را حفظ کنند(داگنینو و پادولا[1]، ۲۰۰۲). هم‌رقابتی به‌عنوان یک فرایند همزیستی و یک رویکرد تعاملی تعریف می‌شود که در آن شرکت‌ها به‌منظور بهبود موقعیت خود در بازار، همزمان با همکاری با رقبای خود، به رقابت می‌پردازند و به این ترتیب هم‌افزایی ایجاد می‌کنند(گست[2] و همکاران، ۲۰۱۵). در این رویکرد، شرکت‌ها برای حفظ و بهبود مزیت رقابتی خود، همزمان با رقابت شدید، به همکاری‌های راهبردی با رقبا می‌پردازند (رضاالله و

[1] Dagnino & Padula
[2] Gast

همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین می‌توان گفت هم‌رقابتی به‌عنوان ترکیبی از رقابت و همکاری، به شرکت‌ها اجازه می‌دهد تا در بازارهای پیچیده و در حال تغییر پویا بقا داشته باشند و جایگاه خود را حفظ کنند(بانکن[1] و همکاران، ۲۰۲۴).

هم‌رقابتی یک تعامل اجتماعی است که مزایای همکاری و رقابت را با هم ترکیب می‌کند (ژانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۳) و از بینش‌های به‌دست‌آمده از نظریه بازی استفاده می‌کند تا بفهمد چه زمانی بهتر است رقبا با هم کار کنند(ازکان-کانبولات[3] و همکاران، ۲۰۲۳). دیدگاه‌های مختلفی در زمینه هم‌رقابتی مطرح شده است. از منظر داگنینو[4] و همکاران (۲۰۱۰)، شباهت بالای منابع به هم‌رقابتی رقابتی[5] منجر می‌شود (هم‌رقابتی با درجه بالایی از رقابت)، درحالی‌که شباهت پایین منابع به هم‌رقابتی همکارانه[6] (هم‌رقابتی با درجه بالایی از همکاری) منجر می‌شود(داگنینو، ۲۰۱۰). هدف اصلی در هم‌رقابتی رقابتی، سرمایه‌گذاری مقدار کافی از منابع برای رسیدن به اقتصاد مقیاس و قدرت بیشتر بازار است، درنتیجه همکاران با منابع مشابه احتمالاً دارای توانایی‌های راهبردی و همچنین اقدامات و راهبردهای رقابتی مشابه می‌باشند، بنابراین درجه رقابت را افزایش می‌دهند. در حالت دوم، منابع متفاوت اما مکمل بین رقبا وجود دارد و برای دستیابی به تبادل دانش و کسب خروجی بیشتر از طریق هم‌رقابتی مفید است. این موضوع به اقدامات و راهبردهای مختلف رقابتی منجر می‌شود، درنتیجه شدت رقابت کاهش یافته و درجه همکاری افزایش می‌یابد(داگنینو، ۲۰۱۰).



شکل ۱. ماهیت رفتارهای هم‌رقابتی(داگنینو، ۲۰۱۰)

[1] Bouncken
[2] Zhang
[3] Ozkan-Canbolat
[4]. Dagnino
[5]. Competitive Coopetition
[6]. Cooperative Coopetition

نوع دیگر تقسیم‌بندی هم‌رقابتی، بسته به میزان مشارکت رقبا در سطح همکاری و سطح رقابت عبارت است از: نوع اول: متقاضی متهاجم (رقابت بالا و همکاری کم)؛ نوع دوم: مجری ساکت (رقابت کم و همکاری کم)؛ نوع سوم: شرکت‌کننده وفادار (همکاری بالا و رقابت کم) و نوع چهارم: ناخدای شبکه (همکاری بالا و رقابت بالا) (لو، ۲۰۰۵).

تحقیقات مختلفی در زمینه هم‌رقابتی انجام شده است. در حوزه بهداشت و درمان نیز تحقیقاتی انجام شده است. البرت- کروماریاس و داس سانتوس[1] به بررسی نتایج هم‌رقابتی در یک واحد کنترل سرطان فرانسوی پرداختند. نتایج نشان داد موقعیت‌های همکاری- رقابتی متفاوتی وجود دارند و می‌توان آنها را بر اساس درجه خودانگیختگی، مکمل بودن و ایجاد ارزش متمایز کرد(آلبرت کروماریاس و دوس سانتوس[2]، ۲۰۲۰). وسترا[3] و همکاران عوامل تعیین‌کننده هم‌رقابتی در سطح فردی و سازمانی در بخش مراقبت‌های بهداشتی هلند را بررسی کردند. نتایج نشان داد سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی برای به‌اشتراک‌گذاشتن متخصص‌ترین منابع انسانی خود تمایلی ندارند، اما همکاری‌هایی از طریق شرکت‌های زایشی و موارد دیگری می‌تواند شکل بگیرد (وسترا و همکاران، ۲۰۱۷). وندربوک[4] و همکاران به بررسی هم‌رقابتی در بخش مراقبت‌های بهداشتی هلند پرداختند و بیان کردند: ادراک بازیگران سازمانی درباره رقابت متفاوت است و ممکن است مانع نوآوری از طریق همکاری با رقبا شود (ون دن بروک و همکاران، ۲۰۱۸).

در سایر بخش‌ها و حوزه‌ها نیز تحقیقاتی انجام شده است. برای نمونه گرافو و سیرگار[5]، رانه‌های رانه‌های سطح شرکت، بین شرکتی و صنعت را بررسی کردند و بیان کردند شباهت فرهنگی بین رقبا، تجربه شرکت‌ها در همکاری، تعداد کل رقبای موجود در قراردادها، سرعت توافقات بین رقبا و تعداد کل قراردادهای هم‌رقابتی در صنعت می‌توانند تأثیرات کم تا زیادی بر هم‌رقابتی داشته باشد(گرافو و سیرگار، ۲۰۲۲). فونسکا و منسس[6]، انگیزه‌های اصلی شکل‌گیری هم‌رقابتی راهبردی بین بانک‌ها و فین‌تک‌ها را بررسی کردند و در ۳ دسته انگیزه‌های مشترک، انگیزه‌های بانک‌ها و انگیزه‌های فین‌تک‌ها دسته‌بندی کردند (فونسکا و

---

1. Albert-Cromarias & Dos Santos
2. Albert-Cromarias & Dos Santos
3. Westra
4. Van den Broek
5. Garraffo & Siregar
6. Fonseca & Meneses

منسس، ۲۰۲۰). میکی[1] و همکاران به بررسی رانه‌های هم‌رقابتی صنایع دستی پرداختند و از ماتریس اهمیت- عملکرد و تحلیل تضاد جریمه- جبران برای بررسی رانه‌ها استفاده کردند (میکی و همکاران، ۲۰۲۳). دورن[2] و همکاران به بررسی رانه‌های هم‌رقابتی در فعالیت‌های نوآورانه پرداختند و آنها را در ۳ دسته رانه‌های درونی، بیرونی و شریک دسته‌بندی کردند (دورن، ۲۰۲۰). کلیماس[3] و همکاران، رانه‌های هم‌رقابتی در صنایع با فنّاوری بالا (هایتک) را بررسی و بیان کردند: ۲ دسته عوامل داخلی و عوامل خارجی در تحریک سازمان‌ها برای هم‌رقابتی مؤثر است (کلیماس و همکاران، ۲۰۲۳).جدول ۱ بیانگر شُماری از تحقیقات تجربی پیشین است.

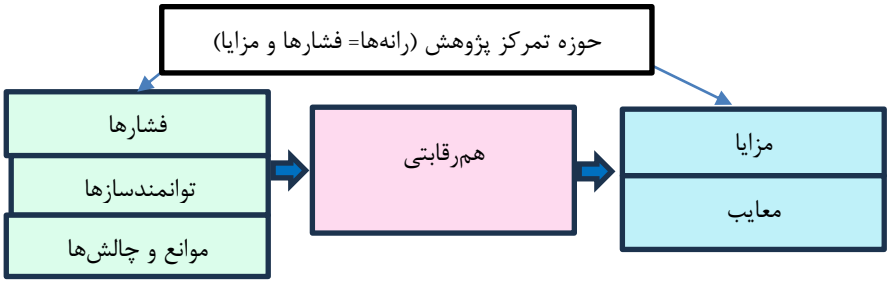
جدول ۱. پیشینه پژوهش

منبع	بخش سلامت	حوزه تمرکز	نتایج کلیدی	شناسایی	لگوسازی
Albert-) Cromarias & Dos Santos, (2020	بله	نتایج هم‌رقابتی	این مطالعه نشان می‌دهد که نتایج حاصل از هم‌رقابتی، از دیدگاه گروه‌های تخصصی مختلف، متفاوت است و هماهنگی ایجادشده در این فرایند، عاملی کلیدی اما اغلب نادیده گرفته‌شده برای اجرای موفقیت‌آمیز آن است.	خیر	خیر
Van den) Broek et al., (2018	بله	نوآوری مشارکتی	درک متفاوت کارکنان از رقابت می‌تواند همکاری با رقبا را مختل کند، درحالی‌که مشکلات و محدودیت‌های مشترک، زمینه‌ساز هم‌رقابتی می‌شوند.	خیر	خیر
Westra et al.,) (2017	بله	عوامل تعیین‌کننده هم‌رقابتی در سطح فردی و سازمانی	سازمان‌های سلامت، همکاری و هم‌رقابتی را به‌عنوان دو راهبرد مجزا به‌کار می‌گیرند، اما به اشتراک‌گذاری متخصصان برتر خود تمایلی ندارند که این امر مزایای احتمالی آن را برای بیماران محدود می‌کند.	خیر	خیر
Garraffo &) (Siregar, 2022	خیر	رانه‌های سطح شرکت، بین شرکتی و صنعت	این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل سطح سازمانی (مانند تجربه قبلی شرکت در همکاری)، سطح بین‌سازمانی (مانند شباهت فرهنگی) و سطح صنعت (مانند تعداد رقبای حاضر در توافق‌ها) بر احتمال	بله	خیر

[1]. Miki
[2]. Doren
[3]. Klimas

منبع	بخش سلامت	حوزه تمرکز	نتایج کلیدی	شناسایی	الگوسازی
			شکل‌گیری توافق‌های هم‌رقابتی تأثیر می‌گذارند.		
Fonseca & Meneses, (2020)	خیر	راه‌های هم‌رقابتی	نیاز مشترک به پاسخگویی به خواست مشتریان، محرک اصلی هم‌رقابتی بانک‌ها و فین‌تک‌هاست، که در آن بانک‌ها به دنبال فناوری و چابکی و فین‌تک‌ها به دنبال مقیاس و دانش بازار هستند.	بله	خیر
Miki et al., (2023)	خیر	راه‌های هم‌رقابتی صنایع‌دستی	این پژوهش نشان می‌دهد برای شکل‌دهی شبکه‌های هم‌رقابتی، متغیرهای فردی اعضا (مانند توانایی‌هایشان) از متغیرهای محیطی مهم‌ترند و تمرکز مدیر باید بیشتر بر جلوگیری از عوامل دلسردکننده باشد تا ایجاد انگیزه‌های جدید.	بله	خیر
(Doren, 2020)	خیر	راه‌های هم‌رقابتی در فعالیت‌های نوآورانه	این مطالعه نشان می‌دهد که مرحله توسعه فناوری و انگیزه‌های پایداری به‌طور مشترک، شکل و محرک‌های هم‌رقابتی را در نوآوری‌های هیدروژن سبز تعیین می‌کنند.	بله	خیر
Klimas et al., (2023)	خیر	راه‌های هم‌رقابتی در صنایع هایتک	این مقاله مروری نشان می‌دهد که مطالعات هم‌رقابتی عمدتاً بر سه نظریه اصلی نظریه بازی، دیدگاه مبتنی‌بر منابع و رویکرد شبکه‌ای استوارند و این پدیده در قالب یک چرخه حیات متشکل از مراحل ساخت، توسعه و نگهداری قابل‌تحلیل است که در هر مرحله، نظریه‌ها و راهبردهای مدیریتی خاصی موردنیاز است.	بله	خیر
پژوهش کنونی	بله	راه‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت		بله	بله

همان‌طور که مشخص است پیشایندها و پسایندهای مختلفی برای هم‌رقابتی در ادبیات وجود دارد. شکل ۲ بیانگر چارچوبی مفهومی به‌منظور تبیین حوزه تمرکز پژوهش کنونی است:



شکل ۲. چارچوب مفهومی پژوهش

با وجود مطالعات انجام‌شده در حوزه هم‌رقابتی، مرور پیشینه بیانگر عدم‌توجه کافی به رانه‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت و خلأ تحقیقاتی در این حوزه است. بنابراین، پژوهش کنونی به‌منظور شناسایی و رتبه‌بندی رانه‌های هم‌رقابتی در این بخش انجام شده است.

روش پژوهش

این پژوهش به صورت آمیخته و در ۲ گام انجام شده است. گام اول به‌منظور پاسخ به پرسش اول انجام شده است. در این گام، جامعه آماری پژوهش شامل خبرگان بخش سلامت شهرستان‌های کاشان و آران و بیدگل هستند که دارای ویژگی‌های الف) حداقل ۵ سال سابقه کاری، ب) تجربه هم‌رقابتی و ج) مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر باشند.

مرحله اول به دنبال شناسایی رانه‌های هم‌رقابتی است. در این مرحله برای شناسایی رانه‌ها، داده‌ها با روش میدانی و ابزار مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد. داده‌های به‌دست‌آمده با کمک روش تحلیل مضمون و به صورت دستی بررسیشد. در این قسمت از تحقیق، ۱۴ مصاحبه با مدت زمان ۹ ساعت و ۵۸ دقیقه انجام شد. از شیوه نمونه‌گیری قضاوتی و هدفمند استفاده شد. مصاحبه‌ها در نفر یازدهم به اشباع رسید، ولی تا نفر چهاردهم ادامه یافت. یکی از بنیادی‌ترین مسائل در تحقیقات کیفی، ارزیابی استحکام یافته‌هاست. در این قسمت از توصیف ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان، بازبینی شناسه‌ها توسط مصاحبه‌شوندگان، شناسه‌گذار ثانویه (ضریب توافق)، ارزیابی نتایج توسط دو استاد دانشگاه و اخذ تایید از آنها استفاده شد. برای محاسبه ضریب توافق از ضریب هولستی استفاده شد. ۵ مصاحبه در اختیار شناسه‌گذار دوم قرار داده شد. نتایج نشان داد شناسه‌گذار اول ۳۰ شناسه و شناسه‌گذار دوم ۲۵ شناسه از آنها را استخراج کرده که ۲۲ شناسه با شناسه‌گذار اولیه یکسان بود. درنتیجه ضریب هولستی عبارت است از:

$$\text{ضریب هولستی} = \frac{2 \times 22}{25 + 30} = 0.80$$

برای بررسی پرسش دوم تحقیق از رویکرد کمی استفاده شد. جامعه آماری این مرحله همانند مرحله پیشین است. شیوه نمونه‌گیری به صورت هدفمند است و حجم نمونه پانزده نفر است. در این مرحله، از پرسش‌نامه محقق‌ساخته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. این پرسش‌نامه بر اساس نتایج مرحله اول طراحی شده و دارای روایی محتوایی است، اما به تایید استادان دانشگاهی هم رسید. این پرسش‌نامه برای اخذ نظر خبره درباره اولویت هر رانه بر اساس هر معیار طراحی شده است و روایی آن به صورت صوری ارزیابی می‌شود. به‌منظور همگرایی

نظرات و پایایی، حداقل ۶۰ درصد افراد باید درباره اولویت یک رانه اتفاق‌نظر داشته باشند. برای رتبه‌بندی رانه‌ها از رویکرد رتبه‌بندی ترتیبی*1* (OPA) استفاده شد. برای انجام محاسبات از نسخه تحت وب این برنامه استفاده شد. مجموعه‌ها، مؤلفه‌ها و متغیرهای مرتبط با روش OPA در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مجموعه‌ها، مؤلفه‌ها و متغیرها

مجموعه	
I	مجموعه خبرگان $\forall i \in I$
J	مجموعه مشخصه‌ها $\forall j \in J$
K	مجموعه گزینه‌ها $\forall k \in K$
شاخص	
I	ایندکس خبرگان (۱...p)
J	ایندکس ارجحیت مشخصه‌ها (۱...n)
K	ایندکس گزینه‌ها (۱...m)
متغیرها	
Z	تابع هدف
$\mathbf{W_{ijk}^{r}}$	وزن گزینه k ام بر اساس مشخصه j ام به‌وسیله خبره i ام در رتبه r ام
$\mathbf{A_{ijk}^{r}}$	گزینه k ام بر اساس مشخصه j ام به‌وسیله خبره i ام در رتبه r

گام‌های این روش بدین نحو است که در وهله اول باید معیارها مشخص شود. در این پژوهش، معیارهای فراوانی وقوع رانه، توانایی دست‌کاری رانه و میزان اثرگذاری رانه برای تحقق هم‌رقابتی در نظر گرفته شد. اگر چند خبره وجود داشته باشد، باید خبره‌ها را رتبه‌بندی کرد. سپس معیارها رتبه‌بندی می‌شود. گزینه‌ها بر اساس هر معیار بررسی و رتبه‌بندی می‌شود. در پایان، الگوسازی ریاضی تنظیم و حل می‌شود تا وزن خبرگان، معیارها و گزینه‌ها مشخص شود و گزینه برتر معلوم شود (عطایی و همکاران، ۲۰۲۰). الگوی ریاضی مرتبط با حل این مسئله به شرح زیر است:

$$\text{Max } Z$$

$$Z \le i\left(j\left(r\left(W_{ijk}^{r} - W_{ijk}^{r+1}\right)\right)\right) \quad \forall\, i, j, k\, d\, r$$

$$Z \le ijm\, w_{jk}^{m} \;\forall\, i, j \text{ and } k$$

$$\sum_{i=1}^{p}\sum_{j=1}^{n}\sum_{k=1}^{m} w_{ijk} = 1$$

$$w_{ijk} \ge 0 \quad \forall j \text{and } k$$

1. Ordinal Priority Approach

یافته‌های پژوهش

برای پاسخ به پرسش پژوهشی اول (رانه‌ها و انگیزاننده‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت چیست؟) از روش بررسی نظر خبرگان و تحلیل مضمون استفاده شده است. در این تحقیق، ۱۴ مصاحبه با خبرگان انجام شد. مصاحبه‌ها در نفر ۱۱ ام به اشباع رسید، اما برای اطمینان تا نفر ۱۴ ام ادامه یافت. در مرحله دوم نیز ۱۵ خبره مشارکت داشتند. جدول ۳ بیانگر آمار توصیفی خبرگان تحقیق در مراحل اول و دوم است:

جدول ۳. آمار توصیفی خبرگان

مدرک تحصیلی	شغل	سابقه کاری	مرحله همکاری
کارشناسی	کارشناس پرستاری	۲۰	۱ و ۲
کارشناسی	کارشناس آزمایشگاه	۲۰	۱ و ۲
کارشناسی‌ارشد	مدیر پرستاری	۳۰	۱ و ۲
پزشک	مدیر درمان بیمارستان	۱۷	۱ و ۲
دکتری	مدیر منابع انسانی بیمارستان	۱۵	۱ و ۲
کارشناسی	مسئول بهبودِ کیفیت اعتباربخشی	۲۰	۱ و ۲
کارشناسی	مشاور رئیس بیمارستان	۳۰	۱ و ۲
کارشناسی	مدیر دفتر پرستاری	۲۲	۱ و ۲
کارشناسی	کارشناس بیمه تأمین اجتماعی	۳۰	۱ و ۲
پزشک	دندانپزشکی	۵	۱ و ۲
کارشناسی‌ارشد	کارشناس ایمنی	۱۲	۱ و ۲
دکتری	عضو هیئت‌علمی دانشگاه	۸	۱ و ۲
دکتری	عضو هیئت‌علمی دانشگاه	۱۰	۱ و ۲
کارشناسی‌ارشد	مدیر مالی	۱۵	۱ و ۲
کارشناسی‌ارشد	مسئول بهبود کیفیت بیمارستان	۱۱	۲

برای تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ و جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. نمونه‌ای از گزاره‌های کلامی

گزاره کلامی	شناسه
شما تورم جامعه آگه چهل درصد باشه، سی درصد به شه، تورم نظام سلامتت دو برابر هفتاد هشتاد درصده، چون تقریباً وسایل پزشکی همه‌اش وارداتیه. باید دلار بدی (p5)، تورم نمیزاره ما همه وسایل را خودمون بخریم و ... (p13)	اثر بالاتر تورم در بخش سلامت
مدت‌های خیلی طولانی بود که گاز هلیوم برای ما به خاطر تحریم و ... توی گمرک نگه داشته بودن؛ برای بیمارستان خریده بودیم (p1) شرایط اقتصادی و تحریم‌ها، مهم‌ترین عامل اجبار در همکاری رقابت بین بیمارستان‌ها هست (p9)	تحریم‌ها
اینا تو موارد بحران دیگه، وضع دولت با توجه به رکود و تحریم‌ها خوب نیست. مجبوره این اتفاق بیفته (p5)	رکود
شرایط اقتصادی و تحریم‌ها، مهم‌ترین عامل اجبار در همکاری رقابت بین بیمارستان‌ها هست (p9)	شرایط اقتصادی
طبیعتاً یک بیماری ممکن است نیازمند تنوع زیادی از خدمات باشد (p9) الان دیگه تنوع خدمات بالاست و ما نمی‌تونیم همه را بیاریم (p12)	تنوع خدمات موردنیاز بیمار
... نمونه‌اش کرونا بود که همه مجبور شدیم با هم کار کنیم ... (p13) ... توی کرونا این اتفاق افتاد و همه به عینه دیدند ... (p7)	بیماری‌های واگیردار
بیمارستان بهشتی جراحی قلب داشتن، پمپ قلبشون از کار افتاده بود. کاری که کردن، با ما تماس گرفتن. آقای دکتر موسوی مدیر درمان اونجا با ما تماس گرفتن. ما پمپ قلبمون رو در اختیارشون گذاشتیم. در عوض ما جراحی قلب داشتیم. کیت ای بی جی نداشتیم. اونا در اختیار ما گذاشتن. اینجور موارد رو داشتیم یعنی مورد آخری بوده (p7)	رفع شرایط اضطراری
وقتی با بیمارستان دیگر همکاری می‌کنیم، می‌توانیم خدمات با کیفیتی ارائه کنیم ... (p2) من وقتی با آزمایشگاه دیگه کار می‌کنم، می‌تونم خدمات با کیفیت و .... ارائه کنم (p6)	افزایش کیفیت
کیت‌های آزمایش در شرایط خاص کمتر پیدا می‌شوند و باید با هم کار کنیم ... (p3) ... و درنتیجه کیت‌های آزمایش کمتری داریم که باید با آزمایشگاه‌های دیگه همکاری کنیم .... (p8)	کمبود کیت آزمایش
واقعاً بیماری‌های جدید و ویروس‌های جدید باعث می‌شوند نیاز به همکاری باشه (p5) بعضی از ویروس‌ها و بیماری‌ها در یک منطقه بیشتر مشاهده میشه و اشتراک تجربیات بیمارستان‌های دیگه با ما یک ضرورت و موضوع انسانی به حساب میاد (p7)	تنوع بیماری‌ها

در گام بعدی لازم است رانه‌های شناسایی‌شده در قالب مقوله‌ها دسته‌بندی شوند. جدول ۵، بیانگر مقوله‌بندی رانه‌های هم‌رقابتی است:

جدول ۵. مقوله‌بندی رانه‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت

شناسه	مقوله	شناسه	مقوله
اثر بالاتر تورم در بخش سلامت	شرایط سیاسی و اقتصادی	ایمنی بیمار	مزایای بیمار
تحریم‌ها		کاهش زمان ارائه خدمت	
رکود		تنوع خدمت‌دهی بالاتر به بیمار	
شرایط اقتصادی		تشخیص و درمان دقیق‌تر	
اجرای اثربخش راهبردها	مزایای سازمانی	تکمیل خدمات درمانی	
افزایش بهره‌وری		فشارهای مسئولان	فشارهای خدمت‌دهی
افزایش درآمد		الزام ارائه خدمات	
افزایش زمان استراحت کارکنان		انتظارات بیماران	
افزایش سود		تنوع بیماری‌ها	
افزایش کیفیت		تنوع خدمات موردنیاز بیمار	عدم اطمینان محیطی
داشتن امکانات و تجهیزات روزآمدتر و دقیق‌تر در رقیب		بیماری‌های واگیردار	
بقا		رفع شرایط اضطراری	
بهبود عملکرد		عدم امکان نگهداری کیت‌های کم‌مصرف	نیاز به مدیریت موجودی
کاهش هزینه‌ها		نیاز به مدیریت بهتر موجودی	
بهبود کیفیت خدمات		کسب شایستگی	مزایای رقابتی
دستیابی به اهداف		کسب شهرت و اعتبار	
کاهش حجم کاری		کسب مزیت رقابتی	
کاهش فشار بر روی کارکنان		ایجاد اتحادیه بین رقبا	
جبران کمبود تخصص	رفع کمبودها	جذب بیشتر بیماران	
خرابی دستگاه‌ها		عدم صرفه اقتصادی برای سرمایه‌گذاری	مشکلات مالی
رفع کمبود منابع		کاهش سرمایه اولیه	
کمبود فضا		عدم امکان تأمین همه تجهیزات	
کمبود کیت آزمایش		شرایط ویژه آزمایشات	فشارهای مرتبط با موارد خاص
کمبود نیروی انسانی		داروهای خاص	
ترس از دست دادن بازار	فشارهای رقابتی	جنبه‌های انسانی خدمات درمانی	اخلاق پزشکی

شناسه	مقوله	شناسه	مقوله
تشدید رقابت		جنبه‌های اخلاقی درمان	
قدرت و نفوذ بیشتر در بازار حوزه درمان			

با بررسی رانه‌ها، می‌توان آنها را در سه سطح قرار داد:

سطح کلان (حکمرانی، سیاست و اقتصاد): شرایط سیاسی و اقتصادی، عدم‌اطمینان محیطی و مشکلات مالی؛

سطح میانی (شبکه، منطقه و زنجیره خدمت): فشارهای رقابتی، مزایای رقابتی، فشارهای مرتبط با موارد خاص و فشارهای خدمت‌دهی؛

سطح خرد (سازمان و بیمارستان): نیاز به مدیریت موجودی، رفع کمبودها، مزایای سازمانی و مزایای بیمار.

اخلاق پزشکی:

پس از مقوله‌بندی رانه‌های فرعی هم‌رقابتی (شناسه‌های اولیه)، ۱۲ رانه اصلی برای هم‌رقابتی در بخش سلامت شناسایی شد که شامل «شرایط سیاسی و اقتصادی»، «مزایای سازمانی»، «رفع کمبودها»، «فشارهای رقابتی»، «مزایای بیمار»، «فشارهای خدمت‌دهی»، «عدم‌اطمینان محیطی»، «نیاز به مدیریت موجودی»، «مزایای رقابتی»، «مشکلات مالی»، «فشارهای مرتبط با موارد خاص» و «اخلاق پزشکی» است (جدول ۵).

در مرحله دوم از پژوهش و به‌منظور پاسخ به پرسش پژوهشی دوم (اولویت‌بندی رانه‌های هم‌رقابتی در بخش سلامت چگونه است؟)، لازم است رانه‌ها رتبه‌بندی شوند. به‌منظور رتبه‌بندی رانه‌ها بر اساس رویکرد اولویت‌بندی ترتیبی، ۳ معیار اثرگذاری، فراوانی وقوع و توانایی مداخله (دست‌کاری) انتخاب شدند. این معیارها بر اساس روش FMEA که یکی از روش‌های تحلیل خطر در مدیریت است، انتخاب شدند. در این روش، معیارهای رتبه‌بندی خطرها برای شناسایی مهم‌ترین خطرها، همین مواردی است که در این پژوهش به‌کار رفته است. فراوانی وقوع به این معناست که به چه میزان رانه موردنظر رُخ می‌دهد. به‌طور منطقی، هرچه رانه‌ای، فراوانی وقوع بیشتری داشته باشد، اهمیت بالاتری دارد. معیار اثرگذاری به‌معنای میزان تأثیری است که آن رانه در الزام یا تشویق شرکت‌ها برای پیاده‌سازی هم‌رقابتی دارد. هرچه این تأثیر بیشتر باشد، اهمیت آن رانه بیشتر است. معیار توانایی مداخله به این موضوع

اسماعیل مزروعی نصرآبادی* و زهرا صادقی آرانی

اشاره دارد که به چه میزانی دست‌کاری در آن رانه برای بخش بهداشت و درمان امکان‌پذیر است. هرچه امکان دست‌کاری و مداخله در آن رانه بیشتر باشد، اهمیت آن نیز بیشتر خواهد) در رابطه با اولویت‌بندی معیارها در جدول ۶. اولویت‌بندی معیارهای رتبه‌بندی Eبود. نظر خبرگان (رانه‌ها

نام معیار	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
اثرگذاری	۱	۱	۱	۱	۳	۱	۱	۱	۱	۳	۱	۱	۱	۱	۱
فراوانی وقوع	۲	۲	۳	۲	۲	۲	۳	۳	۳	۲	۳	۳	۳	۳	۳
توانایی مداخله	۳	۳	۲	۳	۱	۳	۲	۲	۲	۱	۲	۲	۲	۲	۲

ارائه شده است:

جدول ۶. اولویت‌بندی معیارهای رتبه‌بندی رانه‌ها

نام معیار	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
اثرگذاری	۱	۱	۱	۱	۳	۱	۱	۱	۱	۳	۱	۱	۱	۱	۱
فراوانی وقوع	۲	۲	۳	۲	۲	۲	۳	۳	۳	۲	۳	۳	۳	۳	۳
توانایی مداخله	۳	۳	۲	۳	۱	۳	۲	۲	۲	۱	۲	۲	۲	۲	۲

در ادامه لازم است دیدگاه خبرگان درباره اولویت هر یک از رانه‌ها بر اساس معیارهای ۳ گانه بررسی شود. در جدول ۷ خلاصه‌ای از دیدگاه خبرگان ارائه شده است.

جدول ۷. نظرات خبره‌های ۱، ۲ و ۱۵ در مورد اولویت رانه‌ها بر اساس معیارهای ۳ گانه

شماره رانه	E1			E2			...	E15		
	اثرگذاری	فراوانی وقوع	توانایی مداخله	اثرگذاری	فراوانی وقوع	توانایی مداخله	...	اثرگذاری	فراوانی وقوع	توانایی مداخله
۱	۱	۱	۱۱	۱	۱	۱۱	...	۱	۱	۱۲
۲	۷	۶	۵	۷	۶	۵	...	۷	۴	۶
۳	۵	۸	۱۰	۶	۸	۱۰	...	۵	۸	۱۱
۴	۲	۴	۶	۲	۴	۶	...	۲	۷	۷
۵	۹	۹	۸	۹	۹	۸	...	۹	۹	۹
۶	۴	۵	۱	۴	۵	۱	...	۴	۵	۱
۷	۱۰	۱۱	۷	۱۰	۱۱	۷	...	۸	۱۱	۸
۸	۶	۷	۲	۵	۷	۴	...	۶	۶	۲

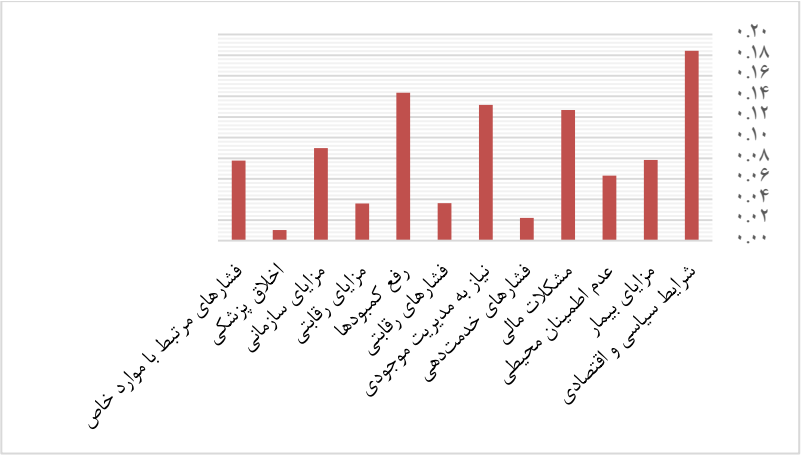
شماره رانه	E1			E2			...	E15		
	اثرگذاری	فراوانی وقوع	توانایی مداخله	اثرگذاری	فراوانی وقوع	توانایی مداخله	...	اثرگذاری	فراوانی وقوع	توانایی مداخله
۹	۱۱	۱۰	۹	۱۱	۱۰	۹	...	۱۱	۱۰	۱۰
۱۰	۳	۲	۳	۳	۳	۳	...	۳	۲	۵
۱۱	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	...	۱۲	۱۲	۳
۱۲	۸	۳	۴	۸	۲	۲	...	۱۰	۳	۴
۱۳	۱	۱	۱۱	۱	۱	۱۱	...	۱	۱	۱۲

پس از دریافت داده‌ها، آنها در نرم‌افزار وارد و بر اساس خروجی‌های نرم‌افزار، وزن معیارها مشخص شد. اوزان عبارت‌اند از: اثرگذاری= ۰/۵۰ فراوانی وقوع= ۰/۲۲ و توانایی مداخله= ۰/۲۸. بر این اساس کاملاً واضح است که به‌ترتیب معیارهای اثرگذاری، توانایی مداخله و فراوانی وقوع، اولویت بالاتری از نظر خبرگان دارند. رتبه‌بندی رانه‌های هم‌رقابتی در جدول ۸ ارائه شده است:

جدول ۸. رتبه‌بندی رانه‌های هم‌رقابتی

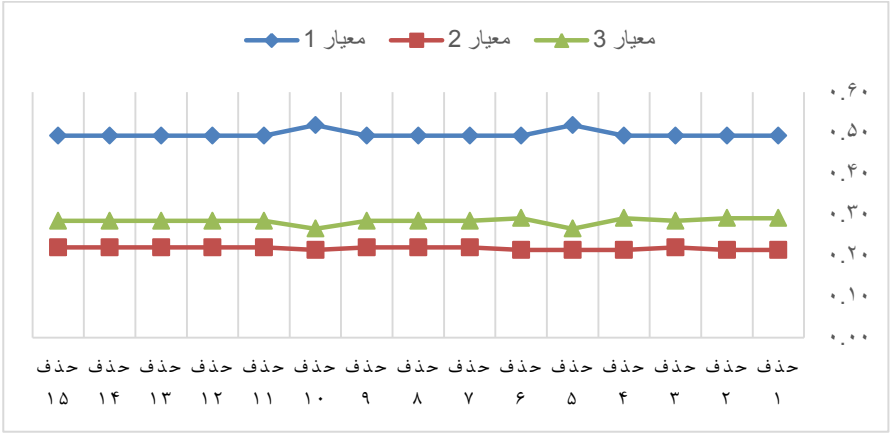
رانه	وزن	رتبه	رانه	وزن	رتبه
شرایط سیاسی و اقتصادی	۰.۱۸۴۲۶۸	۱	فشارهای رقابتی	۰.۰۳۶۵۲۷	۹
مزایای بیمار	۰.۰۷۸۱۸۶	۶	رفع کمبودها	۰.۱۴۳۴۴۲	۲
عدم‌اطمینان محیطی	۰.۰۶۳۲۱۷	۸	مزایای رقابتی	۰.۰۳۶۱۶۱	۱۰
مشکلات مالی	۰.۱۲۶۶۱۴	۴	مزایای سازمانی	۰.۰۸۹۸۶۱	۵
فشارهای خدمت‌دهی	۰.۰۲۲۰۳۱	۱۱	اخلاق پزشکی	۰.۰۱۰۳۲۸	۱۲
نیاز به مدیریت موجودی	۰.۱۳۱۷۲۴	۳	فشارهای مرتبط با موارد خاص	۰.۰۷۷۶۴۱	۷

برمبنای جدول ۸ واضح است به‌ترتیب رانه‌های «شرایط سیاسی و اقتصادی»، «رفع کمبودها»، «نیاز به مدیریت موجودی» و «مشکلات مالی» دارای رتبه‌های ۱ تا ۴ هستند و رانه‌های مهم‌تری برای هم‌رقابتی به‌شُمار می‌روند. در شکل ۳ نمایش تصویر وزن‌ها ارائه شده است:



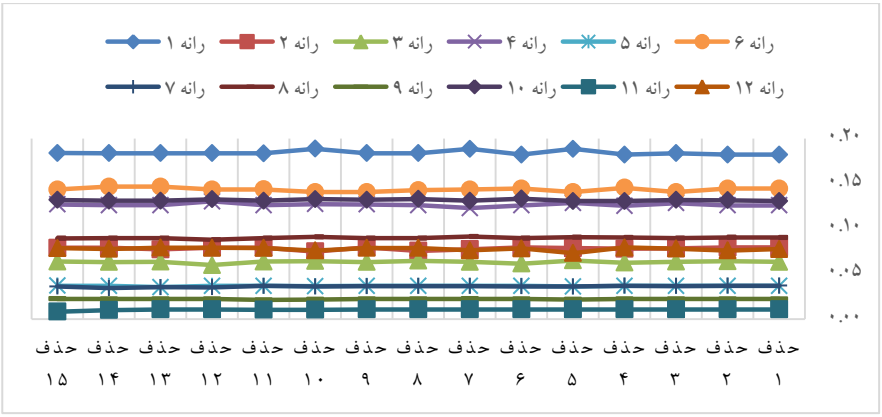
شکل ۳. وزن نهایی رانه‌های هم‌رقابتی

برای تحلیل دقیق‌تر نتایج، تحلیل حساسیت آنها در نرم‌افزار انجام شد. در این قسمت نظر هر یک از خبرگان مرحله‌به‌مرحله حذف شد و حساسیت اوزان معیارها نسبت به حذف آن بررسی شد. نتایج در شکل ۴ نمایش داده شده است.



شکل ۴. تحلیل حساسیت اوزان معیارها نسبت به حذف خبرگان

همان‌طور که در شکل ۴ هم نمایش داده شده است، اولویت معیارها با حذف یک خبره، تفاوتی نمی‌کند. با انجام روند یادشده، تحلیل حساسیت گزینه‌ها نسبت به حذف هر یک از خبرگان نیز بررسی شد و نتایج آن در نمودار ۵ نمایش داده شده است:



شکل ۵. تحلیل حساست وزن گزینه‌ها نسبت به حذف خبرگان

نتایج شکل ۵، بیانگر ثبات نتایج با حذف یکی از خبرگان است. این تحلیل نیز نشان می‌دهد حذف یک خبره، تأثیری بر توالی رانه‌ها ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هم‌رقابتی یکی از راهبردهای مهمی است که در سراسر جهان برای جبران کمبود در منابع و تخصص‌ها به‌کار گرفته می‌شود. بخش بهداشت و درمان در ایران نیز به انجام هم‌رقابتی برای رفع کمبودهای خود نیاز دارد. برای تحریک سازمان‌های فعال در زنجیره بهداشت و درمان لازم است رانه‌ها شناسایی و بر اساس آنها برنامه‌های اجرایی تدوین شود. در این راستا، ۵۳ رانه در این تحقیق شناسایی شد که در قالب ۱۲ دسته «شرایط سیاسی و اقتصادی»، «مزایای سازمانی»، «رفع کمبودها»، «فشارهای رقابتی»، «مزایای بیمار»، «فشارهای خدمت‌دهی»، «عدم‌اطمینان محیطی»، «نیاز به مدیریت موجودی»، «مزایای رقابتی»، «مشکلات مالی»، «فشارهای مرتبط با موارد خاص» و «اخلاق پزشکی» گروه‌بندی شد. نتایج رتبه‌بندی نیز نشان داد رانه‌های «شرایط سیاسی و اقتصادی»، «رفع کمبودها»، «نیاز به مدیریت موجودی» و «مشکلات مالی» به‌ترتیب مهم‌ترین رانه‌ها هستند.

از منظر مقایسه با ادبیات، برخی از رانه‌ها در مقالات پیشین قابل‌ملاحظه است. برای نمونه «شرایط سیاسی و اقتصادی» در گائو و همکاران(۲۰۲۱) و رابی و سیرینه(۲۰۲۴)، «مزایای سازمانی» در تحقیقات مختلفی مانند اد و کاردوسو(۲۰۲۴)، ژو و همکاران(۲۰۲۱) «رفع کمبودها» در منابعی مانند وندربوک و همکاران (۲۰۱۸)، «فشارهای رقابتی» در کیلماس و همکاران(۲۰۲۳)، «عدم‌اطمینان محیطی» در سابل و همکاران(۲۰۲۴)، «مزایای رقابتی» در

منابع مختلفی مانند فونسکا و منسس و ژو و همکاران (۲۰۲۴) و «مشکلات مالی» در فونسکا و منسس(۲۰۲۰) قابل‌مشاهده است.

با بررسی عمیق رانه‌های شناسایی‌شده، این نکته کلیدی قابل‌تأمل است که به‌ظاهر، تمرکز اصلی رانه‌ها بر توجیه لزوم همکاری میان رقبا قرار دارد. اما این خوانش، سطحی از مفهوم هم‌رقابتی خواهد بود. ذات راهبرد هم‌رقابتی، در گرو حفظ ماهیت رقابتی بازیگران در حین همکاری است. درواقع، رقابت به صورت پیش‌فرض و به‌عنوان بستر اصلی روابط بین سازمان‌های مستقل در بازار سلامت ایران موجود است و نیازی به معرفی رانه جداگانه‌ای برای «رقابت محض» نیست. آنچه در این پژوهش به‌عنوان رانه برجسته شده، عواملی است که سازمان‌ها را وادار یا ترغیب می‌کند تا با وجود رقابت ذاتی و جاری، پا به عرصه همکاری بگذارند.

پیشنهادهای اجرایی:

برای سیاست‌گذاران و نهادهای حاکمیتی (سطح کلان):

اولویت نخست، خلق بسترهای نهادی و قانونی برای تسهیل همکاری‌های راهبردی بین رقباست. این امر شامل بازنگری در مقررات حاکم بر بازار سلامت، ایجاد مشوق‌های مالیاتی یا حمایتی برای پروژه‌های مشترک و طراحی چارچوب‌های شفاف برای مدیریت تعارض منافع می‌شود. به‌ویژه، کاهش عدم‌اطمینان ناشی از عوامل برون‌زایی مانند نوسانات ارز یا تحریم‌های دارویی، از طریق سیاست‌گذاری فعال، می‌تواند بزرگ‌ترین مانع را به قوی‌ترین محرک هم‌رقابتی تبدیل کند.

۱- برای مدیران شبکه‌های سلامت و مناطق درمانی (سطح میانی):

ایجاد سکوهای منطقه‌ای برای اشتراک‌گذاری منابع، اطلاعات و بهترین تجارب، گام عملی بعدی است. این سکوها می‌توانند زمینه‌ساز مدیریت یکپارچه موجودی (مانند تجهیزات ویژه یا داروهای کمیاب)، تدوین سکوهای درمانی مشترک و حتی آموزش‌های کارکنان به صورت اشتراکی باشند. نقش این سطح، تبدیل سیاست‌های کلان به طرح‌های عملیاتی و نظارت بر توازن بین رقابت و همکاری در سطح منطقه است.

۲- برای مدیران بیمارستان‌ها و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت (سطح خرد):

در این سطح، تأکید باید بر توسعه قابلیت‌های درون‌سازمانی برای همکاری هوشمندانه با رقبا باشد. ایجاد واحدهای «امور مشارکت و هم‌رقابتی»، آموزش مدیران و کارکنان درباره مفاهیم و

مهارت‌های مذاکره در عین رقابت و شناسایی دقیق حوزه‌هایی که همکاری در آنها سود متقابل ایجاد می‌کند (مانند پژوهش‌های بالینی مشترک یا خرید گروهی تجهیزات) ازجمله اقدامات ضروری است. همچنین، ترویج اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان پاسخی طبیعی به محدودیت‌های منابع، می‌تواند همکاری با رقیب را در درون سازمان مشروع سازد.

با توجه به یافته‌های تحقیق و لزوم تهیه نقشه راهی برای بخش سلامت، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی بر اثراتی که هر رانه منفی (به‌ویژه رانه‌های مهم‌تر) بر ایجاد چالش برای بخش سلامت دارد، متمرکز شوند و با شناسایی چالش‌ها، شیوه اثرگذاری هم‌رقابتی برای رفع آن را تحلیل کنند.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بود. ازجمله آن می‌توان به محدودیت در دسترسی به خبرگان، عدم‌تمایل به همکاری خبرگان، عدم‌امکان تبیین برخی از اطلاعات خاص و محدودیت‌های مالی اشاره کرد.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی درباره پژوهش کنونی وجود ندارد.

منابع

Ad, S., & Cardoso, A. (2024). Boosting Manufacturing Efficiency through Coopetition: A Quantitative Analysis. 1-16. https://doi.org/: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4023819/v1

Al-Najaifi, Z. A. (2021). *Exploring critical factors that enable coopetition strategy to succeed in private Jordanian universities* University of Southern Queensland]. research.usq.edu.au. Australia. https://research.usq.edu.au/item/q73yy/exploring-critical-factors-that-enable-coopetition-strategy-to-succeed-in-private-jordanian-universities

Albert-Cromarias, A., & Dos Santos, C. (2020). Coopetition in healthcare: Heresy or reality? An exploration of felt outcomes at an intra-organizational level. *Social Science & Medicine*, *252*, 112938. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112938

Alshareef, L., Dietlmeier, S. F., & Florian, U. (2024). *Coopetition For The Greater Good. Exploratory study of coopetition management mechanisms in the pharmaceutical industry* University of Cambridge]. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/۱/۱۲۰۶۴۵/MPRA_paper_120645.pdf

Ataei, Y., Mahmoudi, A., Feylizadeh, M. R., & Li, D.-F. (2020). Ordinal priority approach (OPA) in multiple attribute decision-making. *Applied Soft Computing*, *86*, 105893.

Bouncken, R., Kumar, A., Connell, J., Bhattacharyya ,A., & He, K. (2024). Coopetition for corporate responsibility and sustainability: does it influence firm performance? *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, *30*(1), 128-154.

Butt, S., Raza, A., Siddiqui, R., Saleem, Y., Cook, B & ,.Khan, H. (2023). Healthcare employment landscape: comparing job markets for professionals in developed and developing countries. *Journal of Work-Applied Management*, *16*(ahead-of-print), 84-96. https://doi.org/https://doi.org/10.1108/JWAM-06-2023-0052

Corbo, L., Kraus, S., Vlačić, B., Dabić, M., Caputo, A., & Pellegrini, M. M . .(۲۰۲۳)Coopetition and innovation: A review and research agenda. *Technovation*, *122*, 102624.

Dagnino, G. B. (2010). *Winning Strategies for the 21st Century* (S. C. Said Yami, Giovanni Battista Dagnino, Frederic Le Roy, Ed.). Elgar, Edward.

Dagnino, G. B., & Padula, G. (2002). *Coopetition strategy: a new kind of interfirm dynamics for value creation* Second Annual Conference "Innovative Research in Management" Stockholm.

Doren, J. v. (2020). *The influence of technology development stages on the drivers of coopetition in the Dutch Green Hydrogen sector* https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/35309

Fonseca, C., & Meneses, R. (2020). Motivations for coopetition strategies between banks and fintechs. Proceedings of the International Conference on Business Excellence,

Gao, L., Deng, X., Yang, W., & Chang, T. (2021). Exploring critical factors affecting contractors' coopetition relationship in international construction projects. *Advances in Civil Engineering*, *2021*(1), 8897395.

Garraffo, F. M., & Siregar ,S. L. (2022). Coopetition among competitors in global industries: drivers that lead to coopetitive agreements. *Competitiveness Review: An International Business Journal*, *32*(3), 428-454. https://doi.org/https://doi.org/10.1108/CR-04-2021-0055

Gast, J., Filser, M., Gundolf, K., & Kraus, S. (2015). Coopetition research: towards a better understanding of past trends and future directions. *International Journal of Entrepreneurship and Small Business*, *24*(4), 492-521.

Gelei, A., & Dobos, I. (2024). Modelling the Performance Consequences of Coopetition in Business Relationships–a Quantitative Approach. *Periodica Polytechnica Social and Management Sciences*, *32*(1), 1-12. https://doi.org/https://doi.org/10.3311/PPso.22140

Hanna, S., & Inna, B. (2023). the coopetition strategy: a comprehensive analysis of real cases and empirical studies. *Economic Herald of SHEI USUCT*, *1*(1), 182-195.

Juszczyk, P. (2023). Stimulators and Barriers to Coopetition in Non-Commercial Entities-Case Study of Cultural Institutions. *International Journal of Business Science & Applied Management*, *18*(3), 14-33.

Klimas, P., Ahmadian, A. A., Soltani, M., Shahbazi, M., & Hamidizadeh, A. (2023). Coopetition, where do you come from? identification, categorization, and configuration of theoretical roots of Coopetition. *SAGE Open*, *13*(1), 21582440221085003.

Kurniawan, A., Kadarisman, M. M. A., Yudhistira, E., & Fauzi, M. (2024). Analisis Penyebab Cacat Pada Kemasan Di Perusahaan Farmasi. *JURAL RISET RUMPUN ILMU TEKNIK*, *3*(1), 01-09.

Liu, X., Bai ,L., Leng, X., Yao, Y., Yang, Y., Li, D., & Yin, H. (2024). Coopetition, exploration and exploitation capabilities, and growth performance in digital healthcare ventures. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1369885.

Luo, Y. (2005). Toward coopetition within a multinational enterprise: A perspective from foreign subsidiaries. *Journal of World Business*, *40*(1), 71-90. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jwb.2004.10.006

Miki, A. F. C., Monticelli, J. M., & Costa, R. A. d. (2023). Asymmetries in the Drivers of Tourism Coopetition in Craft Centres. *Turismo: Visão e Ação*, *25*, 405-424.

Mwesiumo, D., Harun, M., & Hogset, H. (2023). Unravelling the black box between coopetition and firms' sustainability performance. *Industrial marketing management*, *114*, 110-124. https://doi.org/https//:doi.org/10.1016/j.indmarman.2023.08.008

Ozkan-Canbolat, E., Ozkan, G., & Beraha, A. (2023). Evolutionary philosophical games in strategic management. *Journal of Modelling in Management*, *18*(5), 1655-1668.

Rabii, B. A., & Cyrine, B. (2024). The Antecedents of Coopetition Strategy: A Conceptual Framework. *Open Journal of Business and Management*, *12*(2), 1335-1346.

Raza-Ullah, T., Bengtsson, M., & Kock, S. (2014). The coopetition paradox and tension in coopetition at multiple levels. *Industrial marketing management*, *43*(2), 189-198.

Sabel, K., Dalborg, C., von Friedrichs, Y., & Kallmuenzer, A. (2024). The importance of network coopetition for the robustness of micro-enterprises in times of crisis. *International Small Business Journal*, 02662426241228283.

Sadeqi-Arani, Z., & Mazroui Nasrabadi, E. (2023). Coopetition: A Strategy for Knowledge Sharing and Innovation Development in Healthcare [Letter to

Editor]. *Journal of Health Administration*, *26*(4), 1-7. http://jha.iums.ac.ir/article-1-4524-en.html

Sadeqi-Arani, Z., & Mazroui Nasrabadi, E. (2024). Coopetition Strategy in the Healthcare: Good or Bad? *International Journal of Health Policy and Management*, -. https://doi.org/10.34172/ijhpm.8679

Van den Broek, J., Boselie, P., & Paauwe, J. (2018). Cooperative innovation through a talent management pool: A qualitative study on coopetition in healthcare. *European Management Journal*, *36*(1), 135-144.

Westra, D., Angeli, F., Carree, M., & Ruwaard, D. (2017). Coopetition in health care: A multi-level analysis of its individual and organizational determinants. *Social Science & Medicine*, *186*, 43-51.

Xu, R., & Felzensztein, C. (2024). How and When Does Coopetition Affect Innovation in Industrial Clusters? The Role of Firm Agility and Government Intervention.The Role of Firm Agility and Government Intervention. *Available at SSRN*, 1-47. https://doi.org/ http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4730519

Yousaf, M. J., & Waheed, A. (2024). Does coopetition foster value creation? an empirical analysis of dyadic and multiple coopetitors. *Remittances Review*, *9*(1), 368-401. https://doi.org/https://doi.org/10.33182/rr.vx9il.31

Zhang, J., Jiang, Q., Zhang, W., Kang, L., Lowry, P. B., & Zhang, X. (2023). Explaining the outcomes of social gamification: A longitudinal field experiment. *Journal of Management Information Systems*, *40*(2), 401-439.

COPYRIGHTS

©2026 by the authors. Published by The National Defense University. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) https://creativecommons.org/licenses/by/4.0