



The Development of Coopetition Context in The Healthcare Supply Chain in Line With the General Policies of The Health System

Esmail Mazroui Nasrabadi ¹ 

Zahra Sadeqi-Arani ² 

Amin Habibi Rad ³

1. Assistant Professor, Faculty of Financial Sciences and Entrepreneurship, Kashan University, Iran (Corresponding author)

Email: drmazroui@kashanu.ac.ir

2. Assistant Professor Department of management and Entrepreneurship, Faculty of Financial Science, Management and Entrepreneurship, University of Kashan, Kashan, Iran

Email: sadeqiarani@kashanu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Management, Faculty of Humanities, Shahid University, Tehran, Iran

Email: ahabibirad@yahoo.com

Abstract

cooperation with competitors (coopetition) is one of the most important strategic approaches that can help compensate for deficiencies in the healthcare supply chain and plays an important role in line with the general policies of the health system in Iran. Coopetition can occur in different contexts. It is necessary to identify those in order to make optimal decisions. In this research, these platforms have been identified and prioritized. In the first stage, with the qualitative approach, semi-structured interviews and thematic analysis, 22 platforms were identified for realizing co-competition. These platforms were grouped in the form of 10 main categories, which are: "negotiating contracts with insurance companies to determine tariffs", "waste management", "information sharing", "human resources", "medical raw materials", "joint investment", "Medical Services", "Advertising and Marketing", "Medical Equipment", "Non-Medical Equipment". In the second stage, using the ordinal priority approach (OPA), the platforms were ranked and it was determined that "information sharing" and "medical services" are the most important from the point of view of experts. At the macro level, it is necessary to develop information sharing infrastructure and provide incentives to companies active in this field. Also, the presence of legal and economic consulting teams in the Ministry of Health is required to manage competitive projects. At the micro level, it is necessary for hospitals to employ capable managers who have the possibility to lead these projects. It is also very important to pay attention to new markets in the field of health tourism

Keywords: Coopetition, Strategy Implementation Platforms, Health System General Policies, Theme Analysis, Ordinal Priority Approach

JEL classification: I1, P13, L1, D8, D70, C25

Extended abstract

Introduction

According to the general policies of the Iranian health system, achieving quality means responding to the needs and expectations of the community. The ultimate advantages of any health system is to improve the health of citizens, provide financial protection against health costs, meet their needs, and ensure their satisfaction. These goals can be realized in the context of stable environmental conditions. Healthcare in Iran is very important because it significantly impacts the well-being and health of the people. The healthcare supply chain in Iran faces numerous challenges, including a shortage of doctors, a lack of nurses, financial issues, high inflation, constraints due to sanctions, uneven development in less privileged regions, a limited market, and generally a lack of expertise and resources. Consequently, coopetition can significantly help address these issues through collaboration with competitors. Coopetition offers multiple advantages, such as organizational growth, commercialization of products and services, overcoming technological and competitive limitations (Salamzadeh et al., 2024), acquiring knowledge (Mariani & Belitski, 2023), fostering innovation (Salamzadeh et al., 2024; Xu & Felzensztein, 2024), improving performance (Klimas et al., 2023), resource allocation, cost reduction, and market development (Xu et al., 2024). Given this benefits, coopetition has become an attractive and popular approach for many organizations and companies today (Hanna & Inna, 2023), and organizations active in the health sector should also pay attention to it (Westra et al., 2017). One of the aspects that has been neglected in the literature on coopetition in healthcare is the coopetition contexts. Previous research has focused on areas such as the drivers and motives of coopetition (Juszczuk, 2023; Mierzejewska et al., 2023), the disadvantages of coopetition (Cygler & Sroka, 2017), and the success factors of coopetition (Ceptureanu et al., 2018; Chin et al., 2008); however, there has been no research conducted on coopetition context. Consequently, the first research question is as follows:

1. What are the context for implementing coopetition in the healthcare sector?

Considering the importance of coopetition for addressing resource shortages, profitability, cost reduction, performance improvement, and more, one of the most critical aspects to focus on is promoting it through frameworks that hold greater value. Thus, it is necessary to prioritize these contexts to guide decision-makers. As a result, the second research question is:

2. How should the context for implementing coopetition in the healthcare sector be prioritized?

To answer the research questions, a mixed-methods approach will be utilized in two phases: qualitative and quantitative. In the first phase, semi-structured interviews and thematic analysis will be employed. In the second phase, a researcher-developed questionnaire and the OPA method will be used.

Research method

This research was conducted using a mixed-methods approach and in two phases.

Phase One: In this phase, in order to answer the first research question, the statistical population included experts from the healthcare supply chain in the cities of Kashan and Aran and Bidgol. The criteria for inclusion in this population were as follows:

1. A minimum of 5 years of work experience
2. Experience in coopetition
3. A bachelor's degree or higher.

The goal of this phase was to identify the contexts of coopetition. Data were collected through field methods and semi-structured interviews, and were subsequently analyzed using thematic analysis. In this part of the study, a judgmental sampling method was employed. Theoretical saturation occurred at the eleventh participant, but the study continued until the fourteenth participant, resulting in a total of fourteen interviews with a duration of 11 hours and 36 minutes.

One of the critical steps in qualitative research is the evaluation of the strength of the findings. In this study, the results were evaluated by two university professors, receiving their approval; the characteristics of the interviewees were described, the codes were reviewed by the interviewees, and a secondary coder was involved.

Phase Two: The analysis for answering the second question utilized a quantitative approach. The statistical population in this phase was the same as in the previous phase, and the sampling method was purposeful. To collect data for this phase of the research, a researcher-made questionnaire was used. This questionnaire was designed based on the results of phase one and

has the necessary validity, which was confirmed by university professors. To analyze the data, the OPA method was used.

Findings

In order to identify the contexts for the implementing of a coopetition strategy, semi-structured interviews were conducted. In this phase, 14 experts participated. In the second phase, for ranking the contexts of realizing coopetition, 15 experts were involved. In this research, using field methods, 22 micro contexts and 10 macro contexts for achieving coopetition were identified, which are: "Negotiating contracts with insurers and setting tariffs," "Waste management," "Information sharing," "Human resources," "Therapeutic raw materials," "Joint ventures," "Medical services," "Advertising and marketing," "Medical equipment," and "Non-medical equipment."

To rank the contexts of realizing coopetition, the OPA method was used. For evaluating the contexts, three criteria were employed: frequency of occurrence (the extent of coopetition repetition in that context), ease of execution (the feasibility of simple and straightforward coopetition in that context), and benefit (the advantages of coopetition in that context). Based on the outputs of the software, the weights of the criteria are as follows: frequency of occurrence = 0.22, ease = 0.28, and benefit = 0.50. Accordingly, it is clear that, in order of priority, benefit, ease, and frequency of occurrence have higher importance from the experts' perspective.

Subsequently, the priorities of the contexts were established, with "Information sharing," "Medical services," "Human resources," and "Therapeutic raw materials" ranked 1 to 4, respectively, being considered the most significant contexts for coopetition.

Conclusion

The healthcare supply chain in Iran faces numerous shortages in equipment, expertise, and raw materials. Coopetition is one of the most important strategic approaches that can help address these shortages in the healthcare supply chain and plays a crucial role in achieving Iran's overarching health system policies. Coopetition can occur in various forms, ranging from low cooperation and low competition to high cooperation and high competition. The benefits of coopetition can vary based on its implementation, and if not properly executed, its disadvantages may outweigh its benefits. Prior research has examined the benefits, drawbacks, success factors, challenges, and similar topics, but there is no prior research on the contexts of realizing coopetition; this study aims to fill this research gap. There are various contexts for achieving coopetition. In this research, using field methods, 22 micro contexts and 10 macro contexts for realizing coopetition were identified, namely: "Negotiating contracts with insurers and setting tariffs," "Waste management," "Information sharing," "Human resources," "Therapeutic raw materials," "Joint ventures," "Medical services," "Advertising and marketing," "Medical equipment," and "Non-medical equipment." The reasons for coopetition in these contexts stem from the unique conditions of the healthcare supply chain. One of the main challenges in this sector is contracts with insurers and determining treatment tariffs; thus, competitors collaborate effectively to enhance their bargaining power. Waste management represents one of the most cost-intensive areas in this supply chain, requiring appropriate disposal methods, prompting collaboration among supply chain members due to high costs. Another critical point is information sharing, which was clearly demonstrated during the COVID-19 pandemic and has significant implications in other specific scenarios. Given the challenges related to shortages of specialized physicians and nurses, coopetition in human resources is also prevalent within this supply chain. Small sections of the supply chain often find the costs of creating new structures or purchasing new equipment prohibitive, leading them to collaborate with their competitors. In the realm of medical services, hospitals frequently utilize services from competitors such as laboratories, imaging centers, and surgical facilities. While some coopetition exists in advertising and marketing, it currently remains mostly at the level of word-of-mouth marketing rather than cohesive and organized efforts to penetrate new markets. Additionally, notable collaborations can be observed in the use of ambulances, kitchens, and similar non-medical facilities. The prioritization of the cooperation contexts highlights the high importance of "information sharing" and "medical services". These two aspects are understandable due to the mission of the healthcare supply chain, which is to promote health for the public. In this supply chain, information sharing is crucial for preventing errors, while the collaboration of rivals in service provision is common, especially given the

high stakes concerning human lives. These aspects can greatly influence health policymakers in strengthening cooperation. It is essential to undertake actions that bolster information-sharing models and even provide governmental support to hospitals that are pioneers in this regard. In terms of services, it is necessary to ensure that the service portfolio available in each region is comprehensive, encouraging collaboration among hospitals and other members of the supply chain, with necessary obligations in place. To address financial challenges, shared investment measures need to be implemented. The existence of a strong legal consulting team alongside an economic team for advice in these areas is essential within the Ministry of Health. Furthermore, supply chain layers should not wait for upper-level documents but should actively seek out capable and committed managers with a strong managerial vision and foresight. Expanding markets, particularly in the realm of health tourism, is one of the most important areas of cooperation that requires special attention from the lower levels of the health supply chain. In terms of medical services, both service coverage and quality must be considered, making it essential to review the legal requirements associated with these elements in contracts.

E-ISSN: 2345-2552 / Center for Strategic Research / Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies

Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



10.30507/jmsp.2024.463809.2735



توسعه بسترهای هم‌رقابتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان در راستای تحقق سیاست‌های کلی نظام سلامت

اسماعیل مزروعی نصرآبادی^۱ ID، زهرا صادقی آرائی^۲ ID، امین حبیبی راد^۳

۱. استادیار دانشکده علوم مالی و کارآفرینی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول)
Email: drmazroui@kashanu.ac.ir
۲. استادیار گروه مدیریت کسب‌وکار، دانشکده علوم مالی، مدیریت و کارآفرینی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران
Email: sadeqiarani@kashanu.ac.ir
۳. استادیار گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
Email: ahabibirad@yahoo.com

چکیده

هم‌رقابتی یکی از مهم‌ترین رویکردهای راهبردی است که می‌تواند به جبران کمبودها در زنجیره تأمین بهداشت و درمان کمک کند و نقش مهمی در تحقق سیاست‌های کلان نظام سلامت در ایران دارد. هم‌رقابتی می‌تواند در بسترهای مختلفی رخ دهد. شناسایی این بسترها به‌منظور اتخاذ تصمیمات بهینه ضروری است. این پژوهش به شناسایی این بسترها و اولویت‌بندی آن‌ها پرداخته است. در مرحله اول با رویکرد کیفی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و تحلیل مضمون، ۲۲ بستر برای تحقق هم‌رقابتی شناسایی گردید. این بسترها در قالب ۱۰ دسته اصلی گروه‌بندی شدند که عبارت‌اند از: «چانه‌زنی در قراردادهای بیمه‌ها برای تعیین تعرفه»، «مدیریت پسماند»، «اشتراک اطلاعات»، «منابع انسانی»، «مواد اولیه درمانی»، «سرمایه‌گذاری مشترک»، «خدمات پزشکی»، «تبلیغات و بازاریابی»، «تجهیزات پزشکی» و «تجهیزات غیرپزشکی». در مرحله دوم با استفاده از رویکرد اولویت‌ترتیبی (OPA) به رتبه‌بندی بسترها پرداخته شد و مشخص گردید «اشتراک اطلاعات» و «خدمات پزشکی» بیشترین اهمیت را از منظر خبرگان دارند. در سطح کلان، توسعه زیرساخت‌های اشتراک اطلاعات و ارائه مشوق به شرکت‌های فعال در این زمینه ضروری است. همچنین وجود تیم‌های مشاوره حقوقی و اقتصادی در وزارت بهداشت برای راهبری پروژه‌های هم‌رقابتی الزامی است. در سطح خرد نیز لازم است بیمارستان‌ها در زمینه به‌کارگیری مدیران توانمند که امکان راهبری این پروژه‌ها را داشته باشند اقدام نمایند. همچنین توجه به بازارهای جدید در حوزه گردشگری سلامت نیز اهمیت بالایی دارد.

کلیدواژه‌ها: هم‌رقابتی، بسترهای پیاده‌سازی استراتژی، سیاست‌های کلی نظام سلامت، تحلیل مضمون، روش اولویت‌ترتیبی

طبقه‌بندی JEL: I1, P13, L1, D8, D70, C25

مقدمه

بنا بر سیاست‌های کلی نظام سلامت ایران، منظور از دستیابی به کیفیت، پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات جامعه است و محصول نهایی هر نظام سلامت عبارت است از: ارتقای سطح سلامت شهروندان، حفاظت مالی از آنان در مقابل هزینه‌های سلامت و پاسخ‌گویی به نیازهای آنان و جلب رضایت ایشان. این اهداف، در پرتو شرایط پایدار محیطی محقق می‌شود. با این وجود، بخش سلامت همواره با عدم قطعیت‌های دائمی مانند همه‌گیری‌ها، تغییرات نظارتی و نوسانات تقاضا مواجه است (Joshi, 2024) که می‌تواند آسیب‌های زیادی به آن وارد کند. نمونه‌ای از این عدم قطعیت‌ها همه‌گیری کووید ۱۹ بود که اهمیت بخش مراقبت‌های بهداشتی و پیوندهای متقابل آن با سایر بخش‌های کلیدی اقتصاد را برجسته کرده است (Kannoujia & Kanaujiya, 2022). با این شرایط، محیط رقابتی امروزی به سازمان‌هایی نیاز دارد که استراتژیک تر فکر و عمل کنند (Öztaak, 2023) در نتیجه مدیریت استراتژیک برای سازمان‌ها اهمیت بالایی دارد و برای دستیابی به موفقیت بلندمدت ضرورت دارد (Alharbi, 2024).

به‌منظور انطباق بهتر با محیط دائماً در حال تغییر جهانی و محلی، اولویت اصلی سیستم بهداشت و درمان، عملکرد پایدار بخش بیمارستانی است که برای آن لازم است به‌طور پیوسته فرایندهای کارآمد مدیریت استراتژیک اجرا شود (Verulava, 2023). یکی از موضوعاتی که در مباحث استراتژیک مورد توجه است «هم‌رقابتی»^۱ است. هم‌رقابتی اشاره به همکاری رقبا با یکدیگر دارد و بیانگر تأثیر متقابل رقابت در زمینه‌های خاص و همکاری در سایر زمینه‌ها است (Xu et al., 2024).

هم‌رقابتی مزایای متعددی مانند رشد سازمان، تجاری‌سازی محصول و خدمت، غلبه بر محدودیت‌های فناوری و رقابتی (Salamzadeh et al., 2024)، کسب دانش (Mariani & Belitski, 2023)، نوآوری (Salamzadeh et al., 2024; Xu & Felzensztein, 2024)، بهبود عملکرد (Klimas et al., 2023)، تخصیص منابع، کاهش هزینه، گسترش بازار (Xu et al., 2024) دارد. این مزایا به‌ویژه زمانی که سازمان منابع کافی و لازم را ندارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (Juszczyk, 2023)، کمبود منابع در زنجیره تأمین بهداشت درمان یکی از معضلات اصلی است و هم‌رقابتی می‌تواند به جبران این موضوع کمک کند (Fonseca & Meneses, 2020).

با توجه به مزایای فوق‌الذکر، امروزه هم‌رقابتی به یک رویکرد جذاب و محبوب برای بسیاری از سازمان‌ها و شرکت‌ها تبدیل شده است (Hanna & Inna, 2023) و سازمان‌ها و نهادهای فعال در بخش سلامت نیز باید آن را مورد توجه قرار دهند (Westra et al., 2017). یکی از نکاتی که در ادبیات هم‌رقابتی در بهداشت و درمان مورد غفلت قرار گرفته است بسترهای تحقق استراتژی هم‌رقابتی است. تحقیقات قبلی در زمینه‌هایی مانند محرک‌های هم‌رقابتی (Juszczyk, 2023; Mierzejewska et al., 2023)، معایب هم‌رقابتی (Cyglar & Sroka, 2017) و عوامل موفقیت هم‌رقابتی (Ceptureanu et al., 2018; Chin et al., 2008) تمرکز داشته‌اند؛ اما در زمینه بسترهای تحقق هم‌رقابتی در بهداشت و درمان هنوز پژوهشی انجام نشده است در نتیجه سؤال اول تحقیق عبارت است از: ۱. بسترهای تحقق هم‌رقابتی در بخش بهداشت و درمان چیست؟

با توجه به اهمیت هم‌رقابتی برای جبران کمبود منابع، سودآوری، کاهش هزینه، بهبود عملکرد و ...، یکی از مهم‌ترین مواردی که باید به آن توجه کرد ترویج آن از طریق بسترهایی است که ارزش بالاتری دارند در نتیجه لازم است اولویت‌بندی این بسترها صورت بگیرد تا راهنمای عمل تصمیم‌گیرندگان باشد در نتیجه سؤال دوم تحقیق عبارت است از: ۲. اولویت‌بندی بسترهای تحقق هم‌رقابتی در بخش بهداشت و درمان چگونه است؟

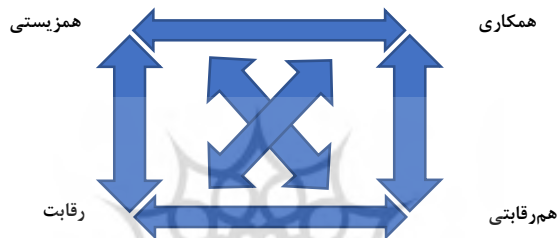
برای پاسخ به پرسش‌های تحقیق از رویکرد آمیخته در دو مرحله کیفیت و کمی استفاده شده است. در مرحله اول از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و تحلیل مضمون استفاده می‌شود. در مرحله دوم از پرسش‌نامه محقق‌ساخته و روش اولویت‌ترتیبی استفاده شده است.

۱. پیشینه پژوهش

امروزه، هم‌رقابتی به یک استراتژی اساسی در تمام صنایع جهانی تبدیل شده است. این استراتژی جدید دو منطق متناقض را ترکیب می‌کند: رقابت و همکاری (Rabii & Cyrine, 2024). براندنبرگر و نالباف اولین کسانی بودند که بحث آکادمیک در مورد روابط هم‌رقابتی افقی را ارائه کردند (Gelei & Dobos, 2024). هم‌رقابتی از بینش‌های به‌دست‌آمده از نظریه بازی استفاده می‌کند تا زمان مناسب برای همکاری رقبا را مشخص کند (Ozkan-Canbolat et al., 2023).

از دید بنگستون و کاک، چهار نوع رابطه می‌تواند بین شرکت‌ها وجود داشته باشد (Bengtsson & Kock, 2000):

۱. همزیستی: شرایطی است که دو کسب و کار هیچ رابطه مستقیمی با هم ندارند و تأثیر مهمی نیز برهم ندارند؛
۲. رقابت: در این حالت شرکت‌ها به دنبال دستیابی به اهداف مشابه‌اند. در اینجا شرایطی حاکم است که یک شرکت می‌تواند با ایجاد هزینه برای شرکت دیگر کسب سود نماید (بازی جمع صفر)^۱؛
۳. همکاری: پیگیری هماهنگ منافع متقابل و منافع مشترک است؛
۴. هم‌رقابتی: یک استراتژی آگاهانه به منظور آمیختن همکاری و رقابت در مراحل و عرصه‌های گوناگون برای دستیابی به نتایج بهتر فردی و جمعی است.



شکل ۱: روابط بین کسب و کارها و پویایی‌های ممکن آن‌ها (Dagnino, 2010)

تحقیقات مختلفی در زمینه هم‌رقابتی انجام شده است. به عنوان مثال سیگلار و اسروکا (۲۰۱۷) به بررسی معایب هم‌رقابتی پرداختند. این پژوهش بر روی نمونه‌ای از ۲۳۵ شرکت فعال در بخش فناوری پیشرفته در لهستان انجام شد. رایج‌ترین معایب، کارایی پایین فعالیت‌ها و اهداف دنبال شده است. حوزه‌های هم‌رقابتی که بیشتر در معرض خطر هستند، فروش و توزیع، تدارکات و مالی هستند. با توجه به تشابه فراوانی وقوع تهدیدهای خاص برای رقابت و با استفاده از روش تحلیل خوشه‌ای، چهار گروه از حوزه‌های زنجیره ارزش با ریسک‌های مشابه شناسایی شده‌اند. اولین گروه، مالی و بازاریابی؛ دوم، فروش و تولید؛ سوم، منابع انسانی و تدارکات و در نهایت چهارم فناوری اطلاعات، خرید نهاده‌ها و تحقیق و توسعه است. آلبرت کروماریاش و دوس سانتوس (۲۰۲۰) به مسئله قلمرو و تأثیر آن بر روابط هم‌رقابتی بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی فرانسوی در زمینه درمان سرطان پرداختند. آن‌ها از پنج بُعد مجاورت بوشما (شناختی، سازمانی، اجتماعی، نهادی و جغرافیایی) برای تجزیه و تحلیل هم‌رقابتی در

1. Zero-sum game

محل کار در حوزه سلامت استفاده کردند. نتایج نشان داد که قلمرو به‌عنوان یک کاتالیزور برای هم‌رقابتی عمل می‌کند و برعکس، روابط هم‌رقابتی ایجاد شده بین بازیگران، ابعاد مختلف قلمرو را فعال می‌کند و در نتیجه باعث می‌شود قلمرو وجود داشته باشد.

میرزجوسکل و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی پیش‌ران‌های هم‌رقابتی درون شرکتی با رویکرد معادلات ساختاری پرداختند. این مقاله با استفاده از مجموعه داده‌ای از ۱۲۱ گروه شرکتی فهرست شده در بورس اوراق بهادار ورشو تأثیر ۱۸ عاملی که رابطه هم‌رقابتی را تعیین می‌کنند را بررسی کرده است. یافته‌های این مطالعه اهمیت طراحی سازمانی را در بین محرک‌های خارجی و داخلی هم‌رقابتی درون بنگاهی تأیید می‌کند. بالین‌حال، نقش عدم قطعیت محیطی به‌عنوان محرک رقابت درون شرکتی ثابت نشده است.

یوشچیک (۲۰۲۳) در پژوهش خود به دنبال شناسایی عوامل محرک و موانع ایجاد و توسعه هم‌رقابتی در سازمان‌های غیرتجاری بر اساس نمونه نهادهای فرهنگی بود. این پژوهش در ۴۲ موزه در لهستان انجام شده است. از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. بر اساس این پژوهش، ۱۸ محرک و ۱۱ مانع بر سر راه ایجاد و توسعه رقابت بین نهادهای فرهنگی شناسایی شد.

گرافو و سیرگار (۲۰۲۲) به بررسی تأثیر محرک‌های سطح شرکت، بین شرکتی و صنعت که منجر به توافق‌های هم‌رقابتی در صنایع جهانی متأثر از نوآوری‌های تکنولوژیکی می‌شود، پرداختند. آن‌ها از رویکرد آماری برای بررسی فرضیات تحقیق بهره بردند و داده‌های تجربی را از پنج صنعت خودرو، صنعت مخابرات، حمل‌ونقل هوایی، بانک و خدمات برنامه‌نویسی کامپیوتری استخراج کردند. مطالعه نشان می‌دهد که تجربه شرکت‌ها و شباهت فرهنگی پیش‌بینی می‌کند که آیا یک شرکت وارد یک قرارداد هم‌رقابتی می‌شود یا خیر. درحالی‌که تعداد کل رقبای موجود در قراردادهای هم‌رقابتی تأثیر مثبت کمی بر احتمال وقوع یک هم‌رقابتی دارد. سرعت توافقات بین رقبا و تعداد کل قراردادهای هم‌رقابتی در صنعت (فقط در صنعت خودرو و صنعت نرم‌افزار) به‌طور مثبت روی انعقاد قرارداد هم‌رقابتی مرتبط است.

سپتوریانو و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی عوامل کلیدی موفقیت بین سازمانی برای هم‌رقابتی در شبکه‌های توزیع نفت و گاز پرداختند. بر اساس بررسی ادبیات، ۱۷ عامل حیاتی موفقیت در زمینه صنعت توزیع نفت و گاز شناسایی و تحلیل شدند. نتایج این تحقیق نشان داد که اعتماد، نتایج، توزیع نتایج و تنش بیشترین تأثیر را بر موفقیت

هم‌رقابتهی در شبکه‌های تجاری دارند، در حالی که همخوانی، حاکمیت، وابستگی متقابل و برابری، حتی اگر قابل توجه باشد، تأثیر کمی دارند.

چین و همکاران (۲۰۰۸) به بررسی عوامل کلیدی موفقیت برای مدیریت استراتژی هم‌رقابتهی در بخش تولید هنگ‌کنگ پرداختند. این مقاله بر اساس بررسی ادبیات و مصاحبه‌های کارشناسان پس از فرایند تحلیل سلسله مراتبی، هفت عامل حیاتی موفقیت و ۱۷ عامل فرعی حیاتی موفقیت را شناسایی و اولویت‌بندی می‌کند که شامل سه دسته عامل موفقیت است: تعهد مدیریت، توسعه روابط و مدیریت ارتباطات. نتایج نشان می‌دهد که رهبری مدیریت و توسعه اعتماد مهم‌ترین عوامل موفقیت هستند.

وسترا و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی تعیین‌کننده فردی و سازمانی هم‌رقابتهی در بخش مراقبت‌های بهداشتی هلند پرداختند. در این پژوهش متخصصان مشترک پزشکی به‌عنوان نماینده‌ای برای همکاری بین سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی استفاده شد. بر اساس نمونه‌ای متشکل از ۱۵۴۳۱ متخصص پزشکی و ۳۷۱ سازمان مراقبت‌های تخصصی از مارس ۲۰۱۶، یک مدل چند سطحی لجستیک برای پیش‌بینی احتمال اشتراک‌گذاری متخصصان پزشکی و دیگری برای پیش‌بینی احتمال اشتراک‌گذاری آن‌ها با رقیب استفاده شد. نتایج بیانگر آن بود که سازمان‌های مختلف متخصصان متفاوتی را با رقیب و غیر رقیب به اشتراک می‌گذارند. از این‌رو، همکاری و هم‌رقابتهی استراتژی‌های سازمانی متمایز در مراقبت‌های بهداشتی هستند. همکاری از طریق شکل‌گیری اسپین‌آف آشکار می‌شود. هم‌رقابتهی بیشتر در بین سازمان‌ها در بازارهای جغرافیایی جایگزین رخ می‌دهد. سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی تمایلی برای به اشتراک گذاشتن متخصص‌ترین منابع انسانی خود ندارند که این می‌تواند تأثیرات اشتراک دانش این نوع روابط را محدود می‌کند. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، هم‌رقابتهی می‌تواند در بسترهای مختلفی رخ دهد. این موضوع به‌صورت مستقل در تحقیقات قبلی بررسی نشده است. جدول ۱(۱)، بیانگر پیشینه تحقیق به‌منظور ترسیم خلأ تحقیقاتی است:

جدول ۱: پیشینه تحقیق

نویسنده (سال)	صنعت	تمرکز	روش	شناسایی	رتبه‌بندی
(Cygler & Sroka, 2017)	بخش فناوری پیشرفته در لهستان	بررسی معایب و تحلیل رخ داد آن‌ها در انواع فعالیت‌های هم‌رقابتهی	پرسش‌نامه و تحلیل خوشه‌ای	-	-

رتبه‌بندی	شناسایی	روش	تمرکز	صنعت	نویسنده (سال)
-	-	پرسش‌نامه و تحلیل مجاورت پوشما	ارزیابی شرایط مختلف و ادراکات مختلف از مزایای هم‌رقابتی- تحلیل هم‌رقابتی از منظر پنج بعد مجاورت	واحد کنترل سرطان فرانسی	(Albert- Cromarias & Dos Santos, 2020)
-	-	معادلات ساختاری	شناسایی محرک‌های اثرگذار	گروه‌های همکاری	(Mierzejewska et al., 2023)
-	-	مصاحبه و تحلیل مضمون	شناسایی محرک‌ها و موانع	موزه‌های لهستان	(Juszczuk, 2023)
-	-	تحلیل رگرسیون	بررسی محرک‌ها و عوامل پذیرش	صنعت خودرو، مخابرات، حمل‌ونقل هوایی، بانک و خدمات برنامه‌نویسی کامپیوتری	(Garraffo & Siregar, 2022)
-	-	مرور ادبیات و آزمون‌های میانگین	رتبه‌بندی عوامل کلیدی موفقیت	شبکه‌های توزیع نفت و گاز	(Ceptureanu et al., 2018)
-	-	مصاحبه و تحلیل مضمون، تحلیل سلسه‌مراتبی	رتبه‌بندی عوامل کلیدی موفقیت	صنایع تولیدی هنگ کنگ	(Chin et al., 2008)
-	-	رگرسیون لجستیک	عوامل تعیین‌کننده فردی و سازمان	بهداشت و درمان	(Westra et al., 2017)
بله	بله		شناسایی و رتبه‌بندی بسترهای هم‌رقابتی	بخش بهداشت و درمان	پژوهش حاضر

بررسی پژوهش‌های قبل نشان می‌دهد هیچ‌کدام از تحقیقات به بررسی بسترهای تحقیق هم‌رقابتی نپرداخته‌اند. این پژوهش با شناسایی این بسترها نقش مهمی در پُر کردن این خلأ تحقیقاتی دارد. به تبع رتبه‌بندی این بسترها نیز تاکنون انجام نشده است و وجه دیگر تمایز این تحقیق با پژوهش‌های پیشین است.

۲. روش پژوهش

این پژوهش به روش آمیخته و در ۲ گام انجام شده است. گام اول به منظور پاسخ به سؤال اول پژوهش انجام شده است. در این مرحله جامعه آماری پژوهش، خبرگان زنجیره تأمین سلامت شهرستان‌های کاشان و آران و بیدگل با ویژگی‌های ۱. حداقل

۵ سال سابقه کاری؛ ۲. داشتن تجربه هم‌رقابتی و ۳. تحصیلات کارشناسی و بالاتر، بودند. مرحله اول به دنبال شناسایی بسترهای هم‌رقابتی است. در این مرحله برای شناسایی بسترهای هم‌رقابتی با روش میدانی و ابزار مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، داده‌ها گردآوری شد. داده‌ها توسط روش تحلیل مضمون مورد بررسی قرار گرفت. در این قسمت، شیوه نمونه‌گیری قضاوتی مورد استفاده قرار گرفت. اشباع نظری در نفر یازدهم اتفاق افتاد ولی تا نفر چهاردهم ادامه یافت. در این قسمت از مطالعه، چهارده مصاحبه با مدت‌زمان ۱۱ ساعت و سی‌وشش دقیقه گرفته شد. یکی از اقدامات مهم در تحقیقات کیفی، ارزیابی استحکام یافته‌ها است. در این مطالعه، از ارزیابی نتایج توسط دو استاد دانشگاه و اخذ تأیید از آن‌ها، توصیف ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان، بازبینی کدها توسط مصاحبه‌شوندگان و کدگذار ثانویه (ضرب توافقی) استفاده شد.

بررسی پاسخ به سؤال دوم از رویکرد کمی استفاده شد. جامعه آماری این مرحله مشابه مرحله قبلی است و شیوه نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند است. در تحقیقات تصمیم‌گیری چندمعیاره حجم نمونه بالایی انتخاب نمی‌شود (Shahzad et al, 2020) به‌نحوی که در یکی از مقالات معرفی روش OPA که توسط عطایی و همکاران (۲۰۲۰) ارائه شده حجم نمونه فقط ۳ نفری برای این روش در نظر گرفته شده است. با توجه به این موارد حجم نمونه برابر با پانزده نفر انتخاب گردید به‌منظور جمع‌آوری داده‌های این مرحله از تحقیق، از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شده است. این پرسش‌نامه بر اساس نتیجه‌های مرحله اول طراحی شده است و دارای روایی لازم است اما به تأیید اساتید دانشگاهی هم رسید. به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش OPA استفاده شد. مجموعه‌ها، پارامترها و متغیرها در جدول ۲(۲)، ارائه شده است.

جدول ۲: مجموعه‌ها، پارامترها و متغیرها

مجموعه	توضیح
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 (p...1)
J	ایندکس ارجحیت مشخصه‌ها (n...1)
K	ایندکس گزینه‌ها (m...1)
متغیرها	
Z	تابع هدف

مجموعه	توضیح
W_{ijk}^r	وزن گزینه k ام بر اساس مشخصه z ام به وسیله خبره i ام در رتبه r ام
A_{ijk}^r	گزینه k ام بر اساس مشخصه z ام به وسیله خبره i ام در رتبه r

گام‌های این روش بدین گونه است که در ابتدا باید معیارها مشخص شود. اگر چند خبره وجود داشته باشد باید خبره‌ها رتبه‌بندی شوند. سپس معیارها رتبه‌بندی می‌گردد. هر یک از گزینه‌ها بر اساس معیارها ارزیابی و رتبه‌بندی می‌شود. در پایان، مدل ریاضی حل می‌شود تا وزن خبرگان، معیارها و گزینه‌ها تعیین شود و گزینه برتر انتخاب شود؛ مدل ریاضی مرتبط با حل مسئله در ادامه ذکر شده است (Ataei et al., 2020):

Max Z

$$Z \leq i \left(j \left(r \left(W_{ijk}^r - W_{ijk}^{r+1} \right) \right) \right) \forall i, j, k \text{ and } r$$

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

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

$$w_{ijk} \geq 0 \forall j, k \text{ and } i$$

۳. یافته‌های پژوهش

به‌منظور شناسایی بسترهای تحقق استراتژی هم‌رقابتی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. در این مرحله ۱۴ نفر از خبرگان مشارکت داشتند. در مرحله دوم نیز به‌منظور رتبه‌بندی بسترهای تحقق هم‌رقابتی، ۱۵ خبره مشارکت داشتند. جدول ۳(۳)، بیانگر آمار توصیفی خبرگان است:

جدول ۳: آمار توصیفی خبرگان مراحل ۱ و ۲

مدرک تحصیلی	شغل	سابقه کاری	مرحله همکاری
کارشناسی	کارشناس پرستاری	۲۰	۱ و ۲
کارشناسی	کارشناس آزمایشگاه	۲۰	۱ و ۲
کارشناسی ارشد	مدیر پرستاری	۳۰	۱ و ۲
پزشک	مدیر درمان بیمارستان	۱۷	۱ و ۲
دکتری	هیئت علمی علوم پزشکی	۱۵	۱ و ۲
کارشناسی	مترون بیمارستان	۲۰	۱ و ۲
کارشناسی	مشاور رئیس بیمارستان	۳۰	۱ و ۲
کارشناسی	مدیر دفتر پرستاری	۲۲	۱ و ۲

مدرک تحصیلی	شغل	سابقه کاری	مرحله همکاری
کارشناس ارشد	کارشناس ایمنی	۱۲	۲ و ۱
دکتری	عضو هیئت علمی دانشگاه	۸	۲ و ۱
دکتری	عضو هیئت علمی دانشگاه	۱۰	۲ و ۱
کارشناسی	کارشناس بیمه تأمین اجتماعی	۳۰	۲ و ۱
پزشک	دندان‌پزشک	۵	۲ و ۱
کارشناسی ارشد	مدیر مالی	۱۵	۲ و ۱
کارشناسی ارشد	مسئول بهبود کیفیت بیمارستان	۱۱	۲

بعد از انجام مصاحبه‌ها، فرایند کدگذاری آن‌ها آغاز گردید. جدول ۴ (۴)، نشان‌دهنده خلاصه‌ای از گزاره‌های کلامی و کدهای استخراجی (بسترهای تحقق) است:

جدول ۴: نمونه‌ای از گزاره‌های کلامی

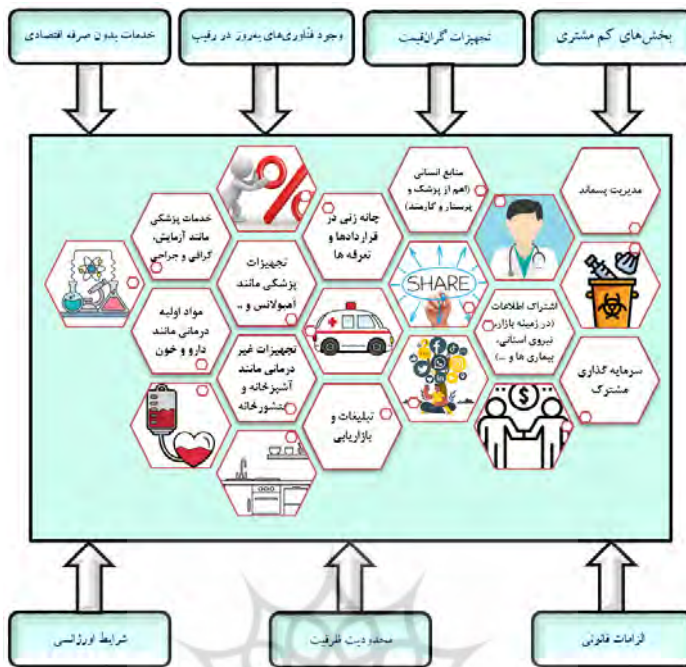
کد	نمونه گزاره کلامی
مشارکت در آزمایش	روش‌های دقیق و گران آزمایش وجود دارد که تنها برخی مراکز این‌ها را در اختیار دارند که ما از آن برای کنترل کیفیت کار خود استفاده می‌کنیم (P9) نمونه‌هایی که مقدار و تعدادشان کم هست ارسال می‌کنیم به جاهایی که تعدادشان بیشتر است. آن‌ها برای ما انجام بدهند وگرنه چیزی نیست که دستگاه آن را نداشته باشیم یا نتوانیم انجام بدهیم (P2)
گرافی‌ها	در مورد آزمایش‌ها و گرافی‌ها و در مورد تبادل تجهیزات و لوازم مصرفی همکاری می‌کنیم (P5) ... در گرافی‌ها همکاری خوبی داریم (P12)
خدمات جراحی	حالا خدماتشان که بدهند، هزینه ایاب و ذهاب و ... بدهند و اتفاقی بیفتد نگران باشند و هر چیز دیگری و همین‌جا راحت می‌روند پیش پزشک‌ها و معاینه می‌شوند و جراحی می‌گیرند و خیلی راحت در عرض ۵ دقیقه ۱۰ دقیقه کارشان انجام می‌شود و ... (P8)
به اشتراک‌گذاری پزشک	ما مثلاً در بخش خصوصی یک سری تخصص‌ها را کم داریم الان در بخش دولتی مثلاً بحث‌های آنکالی هست؛ انواع متخصص‌ها را دارند نمی‌دانم، رزیدنت دارند، پزشک مقیم دارند، ولی در بخش خصوصی که این اتفاق نمی‌افتد (P8) نبود تجهیزات کافی و همچنین نداشتن پزشک متخصص باعث می‌شود که بین بیمارستان‌ها یک همکاری بهتری شکل بگیرد (P11)
به اشتراک‌گذاری پرستار	... حالا حتی اگر مشکل نیرو داشته باشیم حتی اگر شده ساعتی به همدیگر کمک کنیم (P8)
دارو	معمولاً در داروهای خاص همکاری می‌کنیم ... (P7)
خون	بعضی وقت‌ها نیاز به خون داریم از آن‌ها می‌گیریم (P8)

در این قسمت ۲۲ بستر برای تحقق هم‌رقابتی شناسایی گردید. لازم است بسترهای مشابه در قالب مقوله‌ها دسته‌بندی شوند. جدول ۵(۵)، بیانگر مقوله‌های شناسایی شده است:

جدول ۵: مقوله‌های شناسایی شده

مقوله	کد	مقوله	کد
تجهیزات پزشکی	آمبولانس	چانه‌زنی در قراردادها با بیمه‌ها	تنظیم قراردادهای به‌صورت مشترک
	تخت	برای تعیین تعرفه	مذاکره با بیمه‌ها
تجهیزات غیردرمانی	آشپزخانه	مواد اولیه درمانی	تنظیم تعرفه‌ها
	رختشوی‌خانه		تهیه دارو
تبلیغات و بازاریابی	تبلیغات مشترک	خدمات پزشکی	تهیه خون
	ورود به بازارهای جدید		مشارکت در آزمایش
منابع انسانی	اشتراک پزشک		تهیه گرافی‌ها
	اشتراک پرستار		انجام جراحی
اشتراک اطلاعات	اشتراک اطلاعات در زمینه بیماری‌ها	مدیریت پسماند	دفع ضایعات بیمارستانی
	اشتراک اطلاعات در زمینه وضعیت نیروی انسانی	سرمایه‌گذاری مشترک	سرمایه‌گذاری برای خرید تجهیزات مشترک
	اطلاعات مرتبط با تقاضاهای بیماران		سرمایه‌گذاری برای ساخت کلینیک‌های مشترک

بر اساس مصاحبه‌های انجام شده ۱۰ بستر اصلی برای تحقیق هم‌رقابتی شناسایی گردید که در متون مصاحبه، به دلایل الزام برای هم‌رقابتی در آن بستر نیز اشاره شده است؛ در نتیجه الگوی مفهومی زیر را می‌توان برای بسترهای تحقق هم‌رقابتی ارائه کرد:



شکل ۲: الگوی مفهومی بسترهای هم‌رقابتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان

برای رتبه‌بندی بسترهای تحقق هم‌رقابتی از روش OPA استفاده گردید. برای ارزیابی بسترها، از ۳ معیار فراوانی وقوع (میزان تکرار هم‌رقابتی در آن بستر)، سهولت انجام (امکان‌پذیری ساده و سهل هم‌رقابتی در آن بستر) و فایده (مزایای هم‌رقابتی در آن بستر) استفاده شده است. بر این مبناء، ابتدا از خبرگان درخواست گردید اولویت این معیارها را مشخص کنند. جدول ۶(۶)، بیانگر این موضوع است:

جدول ۶: رتبه‌بندی معیارهای بررسی بسترهای هم‌رقابتی

نام معیار	خبره ۱	خبره ۲	خبره ۳	خبره ۴	خبره ۵	خبره ۶	خبره ۷	خبره ۸	خبره ۹	خبره ۱۰	خبره ۱۱	خبره ۱۲	خبره ۱۳	خبره ۱۴	خبره ۱۵
فراوانی وقوع	۳	۲	۲	۳	۳	۳	۲	۲	۲	۳	۳	۲	۳	۲	۳
سهولت انجام	۲	۱	۳	۲	۲	۲	۲	۳	۱	۲	۲	۳	۲	۳	۲
فایده	۱	۳	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۳	۱	۱	۱	۱	۱	۱

منبع: محاسبات تحقیق

بعد از اعلام نظر در مورد اولویت معیارها، لازم است اولویت بسترهای تحقق هم‌رقابتی بر اساس هر یک از معیارها ارزیابی شود.

جدول ۷(۷)، بیانگر خلاصه‌ای از نظرات خبرگان در این مورد است.

جدول ۷: ارزیابی خبرگان در مورد اولویت بسترهای تحقق هم‌رقابتی از منظر معیارهای سه‌گانه

شماره بستر	خبره ۱			خبره ۲			خبره ۱۵		
	فراوانی وقوع	سهولت انجام	فایده	فراوانی وقوع	سهولت انجام	فایده	فراوانی وقوع	سهولت انجام	فایده
۱	۸	۷	۴	۸	۷	۷	۸	۷	۱
۲	۳	۸	۹	۲	۸	۹	۱۰	۸	۹
۳	۶	۱	۱	۴	۶	۱	۶	۶	۴
۴	۴	۲	۳	۶	۲	۳	۴	۲	۳
۵	۲	۳	۵	۳	۵	۵	۲	۳	۵
۶	۹	۱۰	۲	۷	۱۰	۲	۹	۱۰	۲
۷	۱	۵	۶	۱	۳	۶	۱	۱	۸
۸	۱۰	۹	۱۰	۱۰	۹	۱۰	۳	۹	۱۰
۹	۷	۴	۷	۹	۴	۴	۷	۴	۷
۱۰	۵	۶	۸	۵	۱	۸	۵	۵	۶
۱۱	۸	۷	۴	۸	۷	۷	۸	۷	۱
۱۲	۳	۸	۹	۲	۸	۹	۱۰	۸	۹
۱۳	۶	۱	۱	۴	۶	۱	۶	۶	۴

منبع: محاسبات تحقیق

بر اساس خروجی‌های نرم‌افزار، وزن معیارها عبارت‌اند از: فراوانی وقوع = $0/۲۲$ ، سهولت = $0/۲۸$ و فایده = $0/۵۰$. بر این اساس کاملاً واضح است که به ترتیب فایده، سهولت و فراوانی وقوع مقابله اولویت بالاتری از منظر خبرگان دارند. رتبه‌بندی بسترهای تحقق هم‌رقابتی به‌صورت زیر است:

جدول ۸: رتبه‌بندی بسترهای تحقق هم‌رقابتی

ردیف	بسترها	وزن	رتبه
۱	چانه‌زنی در قراردادهای بیمه‌ها و تعیین تعرفه‌ها	۰/۰۸۷۹۹۰	۶
۲	مدیریت پسماند	۰/۰۵۰۶۰۶	۹
۳	اشتراک اطلاعات	۰/۰۲۱۷۷۲۱	۱
۴	مواد اولیه درمانی	۰/۰۱۱۸۷۸۰	۴
۵	سرمایه‌گذاری مشترک	۰/۰۹۲۲۴۶	۵
۶	خدمات پزشکی	۰/۰۱۳۳۸۳۰	۲

ردیف	بسترها	وزن	رتبه
۷	تبلیغات و بازاریابی	۰/۰۱۷۶۶۳	۱۰
۸	تجهیزات پزشکی	۰/۰۷۵۲۵۰	۷
۹	تجهیزات غیر درمانی	۰/۰۷۲۶۴۳	۸
۱۰	منابع انسانی	۰/۰۱۳۳۲۷۲	۳

منبع: محاسبات تحقیق

بر این اساس به ترتیب «اشتراک اطلاعات»، «خدمات پزشکی»، «منابع انسانی» و «مواد اولیه درمانی» دارای رتبه‌های ۱ تا ۴ هستند و مهم‌ترین بسترها برای هم‌رقابتی محسوب می‌شوند.

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

زنجیره تأمین بهداشت و درمان ایران با کمبودهای متعددی در زمینه تجهیزات، تخصص و مواد اولیه روبرو است. هم‌رقابتی یکی از مهم‌ترین رویکردهای راهبردی است که می‌تواند به جبران کمبودها در زنجیره تأمین بهداشت و درمان کمک کند و نقشی مهمی در تحقق سیاست‌های کلان نظام سلامت در ایران دارد. هم‌رقابتی می‌تواند در حالت‌های مختلف رخ دهد (از حالت همکاری کم و رقابت کم تا همکاری بالا و رقابت بالا). بسته به نحوه اجرای هم‌رقابتی، مزایای آن می‌تواند متفاوت باشد و حتی در صورت عدم پیاده‌سازی مناسب، معایب آن بیشتر از مزایای آن باشد. تحقیقات پیشین روی مزایا، معایب، عوامل موفقیت، چالش‌ها و مواردی مشابه آن تحقیق کرده‌اند؛ اما در زمینه بسترهای تحقق هم‌رقابتی، پیشینه‌ای وجود ندارد و این تحقیق به‌منظور پرکردن این خلأ تحقیقاتی انجام شده است. بسترهای مختلفی برای تحقق هم‌رقابتی وجود دارد. در این تحقیق با روش میدانی ۲۲ بستر خرد و ۱۰ بستر کلان برای تحقق هم‌رقابتی مشخص گردید که عبارت‌اند از: «چانه‌زنی در قراردادهای بیمه‌ها و تعیین تعرفه‌ها»، «مدیریت پسماند»، «اشتراک اطلاعات»، «منابع انسانی»، «مواد اولیه درمانی»، «سرمایه‌گذاری مشترک»، «خدمات پزشکی»، «تبلیغات و بازاریابی»، «تجهیزات پزشکی»، «تجهیزات غیرپزشکی». از منظر مقایسه با پیشینه تحقیق، مطالعه‌ای که بر این موضوع متمرکز باشد وجود ندارد؛ اما موارد شناسایی شده به‌صورت پراکنده در بعضی از تحقیقات قابل مشاهده است؛ به‌عنوان مثال «چانه‌زنی در قراردادهای بیمه‌ها و تعیین تعرفه‌ها» در سگرس‌تین (Segrestin, 2005)، «اشتراک اطلاعات» در

داگنینو و همکاران (Dagnino, 2010)، «منابع انسانی» در وندر بوک و همکاران (Van den Broek et al., 2018)، «مواد اولیه» در بنگتسون و کاک (Bengtsson & Kock, 2000)، «سرمایه‌گذاری مشترک» در گنیاولی و پارک (Gnyawali & Park, 2011)، «خدمات» در فونسل و منسس (Fonseca & Meneses, 2020) و «تبلیغات و بازاریابی» در کریک (Crick et al., 2024) مشاهده گردید.

دلایل هم‌رقابتی در این بسترها به علت شرایط ویژه زنجیره تأمین بهداشت و درمان است. یکی از معضلات اصلی این بخش، قرارداد با بیمه‌ها و تعیین تعرفه‌های درمانی است؛ در نتیجه رقبا در این زمینه همکاری خوبی برای افزایش قدرت چانه‌زنی دارند. یکی از حوزه‌های هزینه‌بر، پسماندها در این زنجیره تأمین است که باید به شکل مناسبی معدوم شود. با توجه به هزینه بالای این موضوع، همکاری مناسبی بین اعضای زنجیره در این مورد وجود دارد. موضوع بعدی اشتراک اطلاعات است. این مورد در همه‌گیری کرونا به‌طور واضح خود را نمایش داد و در سایر موارد خاص نیز بسیار تأثیرگذار بوده است. با توجه به مشکلاتی که در زمینه کمبود پزشکان متخصص و حتی پرستار وجود دارد هم‌رقابتی در زمینه منابع انسانی نیز در این زنجیره بسیار مرسوم است. هزینه ایجاد ساختار جدید یا خرید تجهیزات جدید معمولاً برای بخش‌های کوچک این زنجیره تأمین امکان‌پذیر نیست و الزاماً با رقبای خود در این زمینه همکاری خواهند کرد. یکی از مرسوم‌ترین بسترهای هم‌رقابتی، حوزه خدمات پزشکی است و بیمارستان‌ها از خدمات رقبای خود مانند آزمایشگاه‌ها، عکس‌برداری‌ها، جراحی‌ها و ... استفاده زیادی می‌کنند. در بخش تبلیغات و بازاریابی نیز هم‌رقابتی وجود دارد؛ اما فعلاً بیشتر در حد بازاریابی دهان‌به‌دهان^۱ (شفاهی) است و به‌صورت منسجم و برنامه‌ریزی‌شده برای حضور در بازارهای جدید نیست. در حوزه تجهیزات پزشکی و همچنین غیردرمانی نیز همکاری‌هایی مانند استفاده از آمبولانس، آشپزخانه‌ها و ... قابل ملاحظه است.

اولویت بسترهای همکاری بیانگر اهمیت بالای «اشتراک اطلاعات» و «خدمات پزشکی» است. این دو مورد به علت رسالت زنجیره تأمین بهداشت و درمان که ایجاد سلامت برای مردم است قابل درک است. در این زنجیره تأمین اشتراک اطلاعات برای جلوگیری از خطاها اهمیت بسیار بالایی دارد. همچنین کمک رقبا به یکدیگر برای ارائه خدمات نیز بسیار مرسوم است چون جان انسان‌ها اهمیت بالایی دارد.

این موارد می‌تواند برای متولیان حوزه سلامت در تقویت هم‌رقابتهی تأثیر بسزایی داشته باشد. لازم است اقداماتی در زمینه تقویت الگوهای اشتراک اطلاعات و حتی ارائه کمک‌های دولتی به بیمارستان‌های پیشگام در اشتراک اطلاعات انجام شود. در حوزه خدمات نیز لازم است سبد خدمات درمانی قابل‌ارائه در هر منطقه کامل باشد و بیمارستان‌ها و سایر اعضای زنجیره در زمینه همکاری ترغیب شوند و الزاماتی نیز وجود داشته باشد. برای رفع مشکل مالی، لازم است تمهیداتی در زمینه سرمایه‌گذاری مشترک لحاظ گردد. وجود یک تیم مشاوره حقوقی و یک تیم اقتصادی قوی برای مشاوره در این زمینه‌ها در وزارت بهداشت ضروری است. همچنین لایه‌های زنجیره تأمین نیز نباید منتظر اسناد بالادستی باشند و به جذب مدیران توانمند و متعهد که دارای بینش صحیح مدیریتی و آینده‌نگری هستند اقدام نمایند. توسعه بازارها به‌ویژه در حوزه گردشگری سلامت یکی از مهم‌ترین حوزه‌های هم‌رقابتهی است که لازم است لایه‌هایی پایین‌دستی زنجیره تأمین سلامت به آن توجه و اهتمام ویژه‌ای داشته باشد. در مورد خدمات پزشکی لازم است هم پوشش خدمات و هم کیفیت خدمات در نظر گرفته شود در نتیجه بررسی الزامات قانونی این مورد در قراردادها ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

حامی مالی: این مقاله حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان: تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت کرده‌اند.

تعارض منافع: بنا به اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

تعهد کپی‌رایت: طبق تعهد نویسندگان، حق کپی‌رایت (CC) رعایت شده است.

References

- Albert-Cromarias, A., & Dos Santos, C. (2020). Coopetition between French healthcare providers: an analysis in terms of proximity. *Supply Chain Forum: An International Journal*, 21(2), 69-78. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/16258312.2020.1718547>
- Alharbi, I. B. (2024). Strategic management: A comprehensive review paper. *International Journal of Professional Business Review: Int. J. Prof. Bus. Rev.*, 9(3), 8.
- 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.
- Bettt sso,, M,, & Koc,, S. (2000)) ” Cooeetitio”” in sss ieess Networks—to cooperate and compete simultaneously. *Industrial marketing management*, 29(5), 411-426.
- Ceptureanu, E. G., Ceptureanu, S. I., Radulescu, V., & Ionescu, S. A. (2018). What makes coopetition successful? An inter-organizational side analysis on coopetition critical success factors in oil and gas distribution networks. *Energies*, 11(12), 3447.
- Chin, K. S., Chan, B. L., & Lam, P. K. (2008). Identifying and prioritizing critical success factors for coopetition strategy. *Industrial Management & Data Systems*, 108(4), 437-454.
- Crick, J. M., Friske, W., & Morgan, T. A. (2024). The relationship between coopetition strategies and company performance under different levels of competitive intensity, market dynamism, and technological turbulence. *Industrial marketing management*, 118, 56-77.
- Cygler, J., & Sroka, W. (2017). Coopetition disadvantages: The case of the high tech companies. *Engineering economics*, 28(5), 494-504.
- Dagnino, G. B. (2010). *Winning Strategies for the 21st Century* (S. C. Said Yami, Giovanni Battista Dagnino, Frederic Le Roy, Ed.). Elgar, Edward.
- Fonseca, C., & Meneses, R. (2020). Motivations for coopetition strategies between banks and fintechs. *Proceedings of the International Conference on Business Excellence*,
- Garraffo, F. M., & Siregar, S. L. (2022). Coopetition among competitors in global industries: drivers that lead to cooperative agreements. *Competitiveness Review: An International Business Journal*, 32(3), 428-454. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/CR-04-2021-0055>
- 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>
- Gnyawali, D. R., & Park, B.-J. R. (2011). Co-opetition between giants: Collaboration with competitors for technological innovation. *Research policy*, 40(5), 650-663.
- Hanna, S., & Inna, B. (2023). the coopetition strategy: a comprehensive analysis of real cases and empirical studies. (1), 182-195.
- Joshi, M. (2024). Prioritizing Agility Factors in IT-Enabled Healthcare Supply Chain under Uncertainty: A Joint ISM-MICMAC Approach.

- Journal of Scientific & Industrial Research(83), 67-75.
<https://doi.org/https://doi.org/10.56042/jsir.v83i1.4452>
- Juszczuk, 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.
 - Kannoujia, P., & Kanaujiya, K. S. (2022). Impact of Covid-19 on Public Expenditure of India and Its Most Populated State of Uttar Pradesh. *Arthavati: An International Journal*, 9(1-2), 117.
 - Klimas, P., Ahmadian, A. A., Soltani, M., Shahbazi, M., & Hamidzadeh, A. (2023). Coopetition, where do you come from? identification, categorization, and configuration of theoretical roots of Coopetition. *SAGE Open*, 13(1), 21582440221085003.
 - Mariani, M. M., & Belitski, M. (2023). The effect of coopetition intensity on first mover advantage and imitation in innovation related coopetition: Empirical evidence from UK firms. *European Management Journal*, 41(5), 779-791.
 - Mierzejewska, W., Górka, R., Aluchna, M., Krejner-Nowicka, A., & Dziurski, P. (2023). Understanding drivers of intrafirm coopetition: perspective of corporate groups. *Central European Management Journal*, 31(2), 169-188.
 - Ozkan-Canbolat, E., Ozkan, G., & Beraha, A. (2023). Evolutionary philosophical games in strategic management. *Journal of Modelling in Management*, 18(5), 1655-1668.
 - zz tira,, M. (2023). artificial itt ellieecce assisted recree tmett from a strategic management perspective. *AI RENAISSANCE*, 59.
 - Rabii, B. A., & Cyrine, B. (2024). The Antecedents of Coopetition Strategy: A Conceptual Framework. *Open Journal of Business and Management*, 12(2), 1335-1346.
 - Shahzad, K., Jianqiu, Z., Zubedi, A., Xin, W., Wang, L., & Hashim, M. (2020). DANP-based method for determining the adoption of hospital information system. *International Journal of Computer Applications in Technology*, 62(1), 57-70.
 - Salamzadeh, A., Dana, L.-P., Rastgoo, N., Hadizadeh, M., & Mortazavi, S. M. (2024). The Role of Coopetition in Fostering Innovation and Growth in New Technology-based Firms: A Game Theory Approach. *BAR-Brazilian Administration Review*, 21(1), e230097.
 - Segrestin, B. (2005). Partnering to explore: The Renault–Nissan Alliance as a forerunner of new cooperative patterns. *Research policy*, 34(5), 657-672.
 - 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.
 - Verulava, T. (2023). Strategic management and planning for health care organizations in Georgia. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 18(3), 41-48.
 - 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>
- Xu, Y., Ji, Z., Jiang, C., Xu, W., & Gao, C. (2024). Examining the Coopetition Relationships in Renewable Energy Trade among BRI Countries: Complexity, Stability, and Evolution. *Energies*, 17(5), 1184.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی