

## Barriers to Developing Coopetition Strategy in the Healthcare Supply Chain: A Mixed-Methods Study<sup>1</sup>

Mazroui Nasrabadi E<sup>2</sup>, Sadeqi-Arani Z<sup>3</sup>, Habibi Rad A<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** The critical importance of health in any society necessitates that healthcare institutions and organizations remain consistently effective and efficient in meeting customer demands. High costs associated with procuring equipment and establishing infrastructure have driven these entities toward coopetition (collaboration with competitors). Coopetition is a strategic approach that has gained significant attention in healthcare supply chains. While coopetition has also become prevalent in Iran, its implementation faces various barriers that must be identify and addressed. This study focuses on identifying and ranking these barriers.

**Methodology:** This study conducted in a mixed-method, two-stage design. In the first stage of the research, coopetition barriers identified using a qualitative approach of thematic analysis and semi-structured interviews, and in the second stage, these barriers ranked using an ordinal priority approach (OPA). The statistical population and participants of both stages were experts of health supply chain from Kashan, Aran, and Bidgol counties, who selected with a purposeful approach. MAXQDA and Excel software used for the first and second stage, respectively.

**Results:** The first phase revealed 42 barriers, which categorized into 12 main groups. In the second phase, these barriers ranked. The barriers, in order of importance, are as follows: legal barriers, informational barriers, lack of competitor knowledge, intellectual property issues, competitive barriers, negative history, cultural barriers, financial and cost-related issues, fear of losing control in coopetition, lack of complementarity, weak managerial attitudes, and lack of mutual understanding.

**Conclusion:** To overcome these barriers, several measures should be considered including revising macro-level policies, conducting joint sessions between competitors, strengthening informational infrastructure for data sharing and activity monitoring, optimizing processes, and employing capable managers.

**Keywords:** Barriers to coopetition Development, Healthcare Supply Chain, Thematic Analysis, Ordinal Priority Approach (OPA).

1- **Cite this article:** Mazroui Nasrabadi, Esmail; Sadeqi-Arani, Zahra; Habibi, Rad Amin (2025). Barriers to Developing Coopetition Strategy in the Healthcare Supply Chain: A Mixed-Methods Study. Health Management, 16(3): 1-14.

2- Assistant Professor, Department of management and Entrepreneurship, Faculty of Financial Science, Management and Entrepreneurship, University of Kashan, Kashan, Iran, (Corresponding Author), drmazroui@kashanu.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of management and Entrepreneurship, Faculty of Financial Science, Management and Entrepreneurship, University of Kashan, Kashan, Iran

4- Assistant Professor, Department of Management, Faculty of Humanities, Shahid University, Tehran, Iran

## موانع توسعه استراتژی همراقابتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان: یک مطالعه آمیخته<sup>۱</sup>

اسماعیل مزروعی نصرآبادی<sup>۲</sup> / زهرا صادقی آرانی<sup>۳</sup> / امین حبیبی راد<sup>۴</sup>

چکیده

**مقدمه:** ضرورت مسأله سلامت در هر جامعه‌ای ایجاب می‌کند که نهادها و سازمان‌های نظام سلامت همواره و به‌طور مؤثر و کارآمد برای تقاضا به مشتریان آماده باشد. هزینه‌های بالا در خرید تجهیزات و تأمین زیرساخت‌ها باعث شده است آن‌ها به همراقابتی (همکاری با رقبا) روی بیاورند. همراقابتی از رویکردهای استراتژیکی است که در زنجیره‌های تأمین بهداشت و درمان مورد توجه زیادی قرار گرفته است. در ایران نیز همراقابتی رواج زیادی دارد اما در پیاده‌سازی آن موانعی وجود دارد که لازم است شناسایی و رفع گردد. در این پژوهش به شناسایی این موانع و رتبه‌بندی آن‌ها پرداخته شده است.

**روش پژوهش:** این مطالعه به‌صورت آمیخته و در ۲ مرحله انجام شده است. در مرحله اول تحقیق با رویکرد کیفی تحلیل مضمون و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، موانع همراقابتی شناسایی گردید و در مرحله دوم رویکرد اولویت‌ترتیبی (OPA) به رتبه‌بندی این موانع پرداخته شد. جامعه آماری و مشارکت‌کنندگان هر دو مرحله خبرگان زنجیره تأمین سلامت شهرستان‌های کاشان و آران و بیدگل بوده که با رویکرد هدفمند انتخاب شده است. برای مرحله اول از نرم افزار مکس کیودا استفاده شده است و برای مرحله دوم از نرم افزار اکسل استفاده شده است.

**نتایج:** نتایج مرحله اول بیانگر ۴۲ مانع است که در قالب ۱۲ دسته اصلی گروه‌بندی شدند. در مرحله دوم، این موانع رتبه‌بندی شدند. موانع به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: موانع قانونی، موانع اطلاعاتی، عدم شناخت رقبا، مشکلات مالکیت معنوی، موانع رقابتی، سوابق منفی، موانع فرهنگی، مشکلات مالی و هزینه‌ای، ترس از عدم کنترل همراقابتی، موانع مکمل بودن، نگرش ضعیف مدیر و عدم تفاهم.

**نتیجه‌گیری:** به منظور رفع این موانع، بازنگری در اسناد بالادستی، جلسات بین رقبا، تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی به منظور اشتراک اطلاعات و نظارت بر فعالیت‌ها، بهینه‌سازی فرایندها و به‌کارگیری مدیران توانمند لازم است مورد توجه قرار بگیرد.

**کلیدواژه‌ها:** موانع توسعه همراقابتی، زنجیره تأمین سلامت، تحلیل مضمون، رویکرد اولویت‌ترتیبی.

۱- استناد به این مقاله: مزروعی نصرآبادی، اسماعیل؛ صادقی آرانی، زهرا؛ حبیبی راد، امین (۱۴۰۴). موانع توسعه استراتژی همراقابتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان: یک مطالعه آمیخته. مدیریت بهداشت و درمان، ۱۶(۳): ۱-۱۴.

۲- استادیار گروه مدیریت کسب و کار، دانشکده علوم مالی، مدیریت و کارآفرینی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: drmazroui@kashanu.ac.ir

۳- استادیار گروه مدیریت کسب و کار، دانشکده علوم مالی، مدیریت و کارآفرینی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۴- استادیار گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

## مقدمه

بی‌شک خدمات مراقبت‌های بهداشتی در بهبود سلامت عمومی اهمیت بسیار زیادی دارند و غیرقابل انکاری دارد [۱]. با توجه به اهمیت بخش سلامت، آن‌ها باید انعطاف‌پذیر باشند [۲]. یکی از مواردی که می‌تواند به انعطاف‌پذیری بخش سلامت کمک نماید همراقبتی است [۹] و در اثر به‌کارگیری آن کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بهبود پیدا می‌کند [۱۴]. همراقبتی یک استراتژی تجاری است که در آن شرکت‌های رقیب برای دستیابی به منافع متقابل با یکدیگر همکاری می‌کنند [۱۹]. البته همراقبتی یک پارادوکس است که با سازش بین همکاری و رقابت متفاوت است [۱۲] و پیچیدگی‌های زیادی دارد. دیدگاه همراقبتی بیان می‌کند که ارزش‌آفرینی یک شرکت به توانایی آن در مدیریت همکاری و رقابت در زنجیره تأمین متکی است [۲۳] در نتیجه توجه به همراقبتی در طول زنجیره تأمین اهمیت بالایی دارد. همراقبتی می‌تواند خالق مزایای متعددی برای سازمان‌ها باشد. تعدادی از این مزایا عبارت‌اند از: تقویت رقابت‌پذیری [۸]، تولید و تخصیص ارزش [۱۸]، نوآوری، به اشتراک‌گذاری تخصص‌ها و مقابله با موانع پیش‌رو [۲۴].

اگرچه همراقبتی شباهت‌هایی با اتحاد استراتژیک دارد اما در نحوه تعاملات در زنجیره‌ی تأمین کالا و خدمات تفاوت‌های چشمگیری با هم دارند. اتحاد استراتژیک به معنای همکاری رسمی و هدفمند میان دو یا چند سازمان است که معمولاً برای دستیابی به منافع مشترک، به اشتراک‌گذاری منابع، کاهش هزینه‌ها و ورود به بازارهای جدید شکل می‌گیرد. این اتحادها می‌توانند به صورت افقی (بین رقبای یک صنعت) یا عمودی (بین بازیگران مختلف زنجیره تأمین) باشند و بر پایه اعتماد، شفافیت و اهداف مشترک بنا می‌شوند؛ اتحادهای استراتژیک معمولاً بر همکاری کامل و هم‌افزایی متقابل تأکید دارند و به سازمان‌ها اجازه می‌دهند تا با ترکیب منابع و دانش خود، مزیت رقابتی پایدار ایجاد کنند [۲۵]. در مقابل، همراقبتی رویکردی نوین‌تر است که در آن سازمان‌ها، به‌ویژه رقبای

مستقیم، در برخی حوزه‌ها همکاری و در برخی دیگر رقابت می‌کنند. هدف اصلی همراقبتی افزایش اندازه بازار و خلق ارزش مشترک است، نه صرفاً افزایش سهم بازار فردی [۲۳]. تفاوت اصلی همراقبتی با اتحاد استراتژیک در این است که همراقبتی همزمان دوگانگی همکاری و رقابت را دنبال می‌کند و سازمان‌ها باید به‌طور پویا میان این دو وضعیت تعادل برقرار کنند؛ در حالی که اتحاد استراتژیک عمدتاً بر همکاری و منافع مشترک متمرکز است [۲۶].

علی‌رغم مزایای متعددی که همراقبتی دارد ادراک بازیگران از آن متفاوت است [۲۲] و عدم تقارن بین شرکت‌های کوچک و متوسط و شرکت‌های بزرگ می‌تواند اقدامات یک‌جانبه، تاکتیک‌های فرصت‌طلبانه و سرقت دانش را تحریک کند [۱۱] این موارد می‌تواند خالق تنش‌هایی باشد که باید به شکل مؤثر مدیریت شوند [۱۳] در نتیجه لازم است در گام اول موانع همراقبتی شناسایی شوند تا مدیریت آن‌ها امکان‌پذیر گردد. این تحقیق نیز به منظور شناسایی موانع همراقبتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان انجام شده است.

با توجه به حساسیت‌های بالای بخش سلامت، در صورتی که نتوان همراقبتی را به‌صورت مؤثر در آن پیاده‌سازی کرد آسیب‌های زیادی به سلامت جامعه وارد می‌شود و نادیده گرفتن همراقبتی نیز به علت محدودیت‌های موجود در این بخش ناممکن است در نتیجه شناسایی موانع همراقبتی و تحلیل آن‌ها می‌تواند گام نخست برای مدیریت آن‌ها باشد. تحقیقات قبلی روی موضوعاتی مانند عوامل پذیرش همراقبتی [۷] و [۱۷]، عوامل موفقیت همراقبتی [۶-۵] و مواردی از این قبیل تمرکز داشته‌اند. در بررسی‌ها فقط یک مقاله مشاهده شد که روی موانع همراقبتی تمرکز کرده و به شناسایی آن‌ها پرداخته است. این تحقیق توسط جاسزکزیک [۱۵] انجام شده و مورد مطالعه آن موزه‌های لهستان بوده است. این مرور بیانگر وجود خلأ تحقیقاتی در زمینه شناسایی موانع همراقبتی در بخش سلامت و رتبه‌بندی آن‌ها است. با توجه به موارد ذکر

شده این پژوهش با هدف شناسایی و رتبه‌بندی موانع همراقبتی در زنجیره تأمین سلامت انجام شده است. مفهوم همراقبتی توسط نالوف و برنربرگر در سال ۱۹۹۶ معرفی شد و به عنوان ترکیبی از همکاری و رقابت بین چندین سازمان تعریف می‌شود. پس از آن، تعداد مطالعات و پژوهش‌ها در مورد همراقبتی به طور مداوم افزایش یافته است [۲] که این موضوع بیانگر اهمیت بالایی همراقبتی در ادبیات است. رقابت، شرکت‌ها را به معرفی ترکیب‌های مولد جدید، نوآوری و بهبود محصول-خدمات سوق می‌دهد درحالی‌که همکاری به شرکت اجازه می‌دهد تا به منابع، مهارت‌ها، دانش و فناوری‌ها دسترسی داشته باشد [۲۱]. یکی از مطالعات مهم در زمینه سطوح تحلیل همراقبتی، مطالعه پیترو و همکاران [۲۰] است. آن‌ها نشان دادند که تحلیل همراقبتی در ۴ سطح قرار می‌گیرد: سطح اول، گروه فاکتورهای نظام‌مند که مجموعه‌ای از عوامل و متغیرها هستند که از تحلیل کلی همراقبتی در صنعت ناشی می‌شوند. در سطح بعدی گروهی از عوامل بخشی وجود دارد که شامل عوامل و متغیرهایی هستند که به طور مستقیم با تجزیه و تحلیل رقابت یک بخش خاص مرتبط می‌باشند. در سطح بعدی، گروهی از عوامل بین رابطه‌ای وجود دارد که زمینه‌ساز تجزیه و تحلیل رقابتی‌اند و از طریق فعالیت‌های همراقبتی ایجاد می‌گردد. در آخرین سطح، گروهی از عوامل داخلی قرار دارد. عوامل و متغیرهایی که مؤلفه‌های تجزیه و تحلیل قدرت رقابتی تولید شده در داخل شبکه شرکت و همچنین صلاحیت‌های اصلی که هر شرکت دارد قرار دارد که این عوامل منجر به برانگیختن و مقید نمودن فعالیت‌های همکاری سایر اعضای شبکه می‌شود. (شکل ۱) [۲۰]

علاوه بر مطالب فوق باید بیان کرد که همراقبتی را می‌توان در سطوح مختلف در یک سازمان یافت و در هر سطح می‌توان گرایش‌های متفاوتی را مشاهده کرد [۱۶] در نتیجه همراقبتی پدیده بسیار پیچیده‌ای است که می‌تواند موانع متعددی سر راه آن پیدا شود. تحقیقات قبلی توجه زیادی به موانع همراقبتی

نداشته‌اند. جدول ۱ بیانگر پیشینه تحقیق است: (جدول ۱)

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است پیشینه تحقیق در زمینه موانع همراقبتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان دارای خلأ است. این پژوهش با شناسایی این موانع و رتبه‌بندی آن‌ها گامی در راستای پوشش خلأ تحقیقاتی موجود است.

### روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه به صورت آمیخته و در ۲ مرحله انجام شده است. مرحله اول به منظور پاسخ به سؤال اول این مطالعه انجام شده است. در این مرحله، مشارکت‌کنندگان عبارت است از خبرگان زنجیره تأمین سلامت شهرستان‌های کاشان و آران و بیدگل. به منظور احصاء و تعیین دقیق خبرگی به عنوان مهم‌ترین معیار ورود به مطالعه، از ترکیبی از شاخص‌های عینی و داوری تخصصی استفاده شد. معیارهای اولیه شامل داشتن حداقل ۵ سال سابقه کاری مرتبط در حوزه‌های مرتبط با زنجیره تأمین خدمات سلامت (اعم از حوزه‌های تأمین، توزیع، پشتیبانی، لجستیک، فناوری اطلاعات سلامت و خدمات بالینی) و همچنین دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط (مدیریت، مهندسی صنایع، بهداشت، پزشکی و سایر حوزه‌های مرتبط) بوده است. علاوه بر این معیارهای پایه، شرط مهم دیگری که مدنظر قرار گرفت، تجربه مستقیم یا غیرمستقیم افراد در مواجهه با رویکردهای همراقبتی در فضای سازمانی یا شبکه‌های تأمین سلامت بود؛ این شاخص از طریق مصاحبه اولیه غربالگری، بررسی رزومه، سوابق اجرایی، پژوهشی یا آموزشی افراد، و نیز معرفی از طریق گلوله‌برفی (Snowball Sampling) احصاء گردید. همچنین تنوع نمونه‌ها (از نظر سمت سازمانی، حوزه کاری، نوع سازمان - اعم از دولتی یا خصوصی، بیمارستانی یا مرکز بهداشت، تأمین‌کننده یا خدمت‌گیرنده) به صورت هدفمند و با هدف پوشش‌دهی گسترده ابعاد مختلف زنجیره تأمین سلامت در نظر گرفته شد تا از یک‌سو

غناي داده‌ها در تحليل مضمون تأمين گردد و از سوي ديگر، تنوع ديده‌گاه‌ها با حفظ شرط تخصص، تضمين شود.

در نهايت، انتخاب افراد با استفاده از روش نمونه‌گيري هدفمند (Purposeful Sampling) و با رويکرد قضاوتي (Judgment Sampling) انجام شد، به نحوي که اطمينان حاصل گردد افراد انتخاب‌شده صلاحيت ارائه ديده‌گاه‌هاي دقيق، کاربردي و مبتني بر تجربه در زمينه هم‌رابطي در زنجيره تأمين سلامت را دارند.

مرحله اول به شناسايي موانع هم‌رابطي اختصاص دارد. در اين مرحله، داده‌ها از طريق مصاحبه‌هاي نيمه‌ساختاريافته به‌صورت ميداني جمع‌آوري شدند. داده‌هاي به‌دست‌آمده با روش تحليل مضمون بررسي شدند.

روش تحليل مضمون (Thematic Analysis) يكي از روش‌هاي كيفي براي تحليل داده‌هاي متني (مانند مصاحبه‌ها، اسناد يا مشاهدات) است که با هدف شناسايي، تحليل و گزارش الگوها (مضامين) در داده‌ها به‌کار مي‌رود. مراحل اين روش معمولاً شامل شش گام اصلي است: ابتدا محقق با خواندن مکرر داده‌ها به آشنايي عميق با محتوای آن‌ها دست مي‌يابد (آشنايي با داده‌ها). سپس کدگذاري اوليه انجام مي‌شود که طی آن، بخش‌هاي معنادار داده‌ها به‌صورت برچسب‌هاي مفهومي استخراج مي‌گردد. در مرحله بعد، کدهاي مشابه در قالب مضامين اوليه گروه‌بندي مي‌شوند. پس از آن مضامين بازيبي و اصلاح مي‌شوند تا اطمينان حاصل شود که با داده‌ها هم‌خواني دارند و پوشش مفهومي مناسبی دارند. در مرحله پنجم، مضامين به‌صورت دقيق تعريف و نام‌گذاري مي‌شوند و در نهايت، گزارش نهايي شامل تحليل و تفسير مضامين تدوين مي‌شود. اين روش با انعطاف‌پذيري بالا، به پژوهشگر امکان مي‌دهد تا معنای پنهان در داده‌هاي كيفي را کشف کرده و الگوهاي معنایی مرتبط با اهداف پژوهش را شناسايي کند.

در اين بخش از تحقيق، ۱۴ مصاحبه انجام شد که مجموعاً هشت ساعت به طول انجاميد. روش نمونه‌گيري به‌صورت قضاوتي بود. مصاحبه‌ها در مصاحبه يازدهم به اشباع رسيد، اما تا مصاحبه چهاردهم ادامه يافت. يكي از مهم‌ترين جنبه‌ها در تحقيقات كيفي، ارزيابي استحکام يافته‌ها است. در اين مرحله از بازيبي کدها توسط مصاحبه‌شوندگان، ارزيابي نتايج توسط دو عضو هيئت علمي دانشگاه، توصيف ويژگي‌هاي مصاحبه‌شوندگان و استفاده از کدگذار ثانويه (ضريب توافق) استفاده شد.

مرحله دوم به منظور پاسخگويي به سؤال دوم تحقيق انجام شده است. جامعه آماری مشابه مرحله قبل است. شيوه نمونه‌گيري قضاوتي است و حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر است. به منظور گردآوری داده‌هاي تحقيق از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. اين پرسشنامه بر اساس يافته‌هاي مرحله قبل طراحي شده و داراي روايي است ليکن به تاييد خبرگان دانشگاهي هم رسيده است. به منظور تجزيه و تحليل داده‌ها از روش OPA استفاده شده است. در جدول ۲ مجموعه‌ها، پارامترها و متغيرها ارائه شده است. (جدول ۲)

اين روش به اين صورت پيش مي‌رود که ابتدا معيارهاي مشخصي تعيين مي‌شود. در صورت وجود چندين خبره، آن‌ها را رتبه‌بندي مي‌کنيم. سپس معيارها را به ترتيب اهميت رتبه‌بندي مي‌کنيم و گزينه‌ها را بر اساس هر معيار، رتبه‌بندي مي‌کنيم. در نهايت يک مدل رياضي حل مي‌شود و وزن خبرگان، معيارها و گزينه‌ها مشخص مي‌شود و گزينه برتر انتخاب مي‌شود [۴]. مدل رياضي مرتبط با حل مسئله به‌صورت زير است:

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

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

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

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

برای مرحله اول از نرم افزار مکس کیودا (MAXQDA) استفاده شده است و برای مرحله دوم از نرم افزار اکسل استفاده شده است.

### یافته‌های پژوهش

در این تحقیق در مرحله اول ۱۴ و در مرحله دوم ۱۵ نفر مشارکت داشتند. آمار توصیفی خبرگان مراحل اول و دوم در جدول ۳ ارائه شده است: (جدول ۳)

برای تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل مضمون بهره‌گیری شد. ابتدا متون مصاحبه‌ها مطالعه شد سپس گزاره‌های کلامی شناسایی و از آن‌ها کدها (موانع همراقبتی) شناسایی گردید. جدول ۴ نمونه‌ای از این مرحله است: (جدول ۴)

بعد از شناسایی موانع، لازم است آن‌ها دسته‌بندی شوند. جدول ۵ بیانگر دسته‌های ایجاد شده است. (جدول ۵) (شکل ۲)

بر اساس جدول ۵، دوازده مانع همراقبتی شناسایی شد. برای رتبه‌بندی این موانع، ۳ معیار در نظر گرفته شد. معیار اثرگذاری اشاره به آن دارد که آن مانع چقدر می‌تواند از همراقبتی جلوگیری کند. معیار فراوانی وقوع بیانگر آن است که تکرار آن مانع چقدر است. معیار توان تشخیص بیانگر آن است که تشخیص آن مانع آیا به سهولت امکان‌پذیر است یا خیر. هر مانعی که تشخیص آن راحت‌تر باشد اهمیت کمتری دارد در نتیجه یک معیار منفی است. در جدول ۶ اولویت‌بندی معیارهای بررسی موانع همراقبتی ارائه شده است. (جدول ۶)

در گام بعدی باید هر یک از موانع بر اساس معیارهای سه‌گانه ارزیابی و اولویت‌بندی شوند. (جدول ۷) نشان‌دهنده نظر ۳ نفر از خبرگان در مورد اولویت هر مانع بر اساس معیارهای ۳ گانه است. (جدول ۷)

بر اساس خروجی‌های نرم افزار OPA وزن معیارها عبارت‌اند از: اثرگذاری =  $0.510$  / فراوانی وقوع =  $0.248$  و توانایی تشخیص =  $0.242$ . بر این اساس کاملاً مشخص است که به ترتیب اثرگذاری، فراوانی وقوع و توانایی تشخیص اولویت بالاتری دارند. رتبه‌بندی موانع همراقبتی به صورت زیر است: (جدول ۸)

بر اساس جدول ۸ مشخص است به ترتیب «موانع قانونی»، «موانع اطلاعاتی»، «عدم شناخت رقبا» و «مشکلات مالکیت معنوی» دارای رتبه‌های ۱ تا ۴ هستند و مانع‌های مهم‌تری برای همراقبتی محسوب می‌شوند.

### نتیجه‌گیری

همراقبتی یکی از مهم‌ترین استراتژی‌ها برای رفع خلأهای موجود در منابع و قابلیت‌ها در زنجیره تأمین بهداشت و درمان است. در راستای به‌کارگیری این رویکرد، موانع متعددی پیش روی سازمان‌های بهداشتی است. هدف این پژوهش، شناسایی و رتبه‌بندی موانع توسعه استراتژی همراقبتی در زنجیره تأمین حوزه سلامت بود. در این راستا، با به‌کارگیری روش تحقیق آمیخته، ابتدا ۴۲ مانع شناسایی گردید که در قالب ۱۲ دسته اصلی گروه‌بندی شد. این دسته‌ها شامل: موانع قانونی، موانع اطلاعاتی، عدم شناخت رقبا، مشکلات مالکیت معنوی، موانع رقابتی، سوابق منفی، موانع فرهنگی، مشکلات مالی و هزینه‌ای، ترس از عدم کنترل همراقبتی، موانع مکمل بودن، نگرش ضعیف مدیران و عدم تفاهم بود. سپس این موانع با بهره‌گیری از نظر خبرگان حوزه سلامت رتبه‌بندی شدند و نتایج نشان داد که موانع قانونی، اطلاعاتی و عدم شناخت رقبا دارای بالاترین اولویت در محدودسازی توسعه همکاری‌های همراقبتی هستند.

از منظر تحلیل تطبیقی، یافته‌های این پژوهش با بخش‌هایی از ادبیات موجود همخوانی دارد، اما تفاوت‌ها و نوآوری‌هایی نیز در آن مشهود است:

در مطالعه زاگرزوسکا<sup>۱</sup> [۲۷] که بر صنایع فرهنگی و خدماتی متمرکز بود، «موانع قانونی»، «موانع مکمل بودن» و همچنین «ترس از عدم کنترل همراقبتی» و «سوابق منفی همکاری» به عنوان عوامل بازدارنده شناسایی شدند. نتایج پژوهش حاضر نیز این عوامل را

<sup>1</sup> Zakrzewska

تأیید می‌کند، اما در حوزه سلامت، وزن و رتبه این موانع به‌شکلی چشمگیر متفاوت است؛ برای مثال، «موانع قانونی» در پژوهش حاضر دارای بالاترین رتبه است، که نشان‌دهنده شدت و پیچیدگی‌های مقرراتی خاص این بخش از اقتصاد است، از جمله در زمینه مالکیت اطلاعات پزشکی، تضاد منافع، و نظارت‌های دولتی و بیمه‌ای.

مطالعه جاسزکزیک<sup>۱</sup> [۱۵] نیز به شناسایی «موانع اطلاعاتی» در حوزه موزه‌ها پرداخته است. در پژوهش حاضر، این مانع در رتبه دوم قرار گرفته و از منظر ماهیت، با ناکارآمدی سامانه‌های اطلاعاتی، عدم شفافیت داده‌های عملکردی و ترس از افشای اطلاعات حساس در بخش سلامت تبیین می‌شود. در حالی که در صنایع فرهنگی مانند موزه‌ها، اطلاعات بیشتر جنبه بازاریابی یا منابع انسانی داشته‌اند، در حوزه سلامت موضوعاتی همچون حریم خصوصی بیمار و داده‌های بالینی، حساسیت مضاعف ایجاد می‌کنند.

سایر مطالعات مانند [۵، ۷، ۱۷، ۱۰] عمدتاً بر شناسایی عوامل پذیرش یا موفقیت تمرکز داشته‌اند، بدون آن که رتبه‌بندی مشخصی از موانع ارائه کنند یا آن را در چارچوب خاص صنعت سلامت تحلیل نمایند. مطالعه حاضر در این زمینه دارای نوآوری روش‌شناسی است، زیرا با استفاده از رویکردهای کمی مبتنی بر قضاوت خبرگان، موفق به اولویت‌بندی دقیق موانع شده است. همچنین برخلاف پیشینه‌ای که بیشتر بر صنایع تولیدی یا خدمات عمومی متمرکز بوده‌اند [۷-۱۰، ۱۶، ۱۷]، پژوهش حاضر به‌طور خاص به زنجیره تأمین سلامت می‌پردازد؛ زنجیره‌ای که با ویژگی‌هایی چون وابستگی به سیاست‌گذاری عمومی، مخاطرات حرفه‌ای، تنوع ذی‌نفعان (بیمار، پزشک، بیمه، داروساز، نهادهای دولتی و خصوصی) و حساسیت اجتماعی همراه است. از همین رو، برخی از موانع شناسایی‌شده مانند «نگرش منفی مدیر»، «عدم شناخت رقبا» و «ترس از عدم کنترل»، در حوزه سلامت نسبت به صنایع دیگر شدت بیشتری

یافته‌اند و در مطالعات پیشین به این دقت تحلیل نشده‌اند.

به‌طور کلی، این مطالعه با تبیین و مقایسه‌ی دقیق یافته‌ها در بستر ادبیات پیشین، نشان می‌دهد که هرچند برخی از موانع دارای ماهیت بین‌صنعتی‌اند، اما شدت، اولویت و تأثیر آن‌ها در حوزه سلامت، نیازمند تحلیل خاص این حوزه است. به‌علاوه، شناسایی عوامل جدیدی مانند «نگرش ضعیف مدیر» و «عدم شناخت رقبا» در زمینه همراقبتی سلامت، نشان‌دهنده وجود شکاف‌های نظری در ادبیات موجود و نیاز به پژوهش‌های عمیق‌تر در این حوزه است.

در راستای کاربست عملی یافته‌های این پژوهش، یکی از پیشنهاد‌های اساسی، بازنگری در چارچوب‌های قانونی و تنظیم‌گری حوزه سلامت است. همان‌گونه که نتایج نشان داد، موانع قانونی بیشترین تأثیر را در تضعیف یا ناکامی استراتژی‌های همراقبتی دارند. به‌ویژه در شرایطی که قوانین بین‌سازمانی دچار ابهام یا تعارض هستند، زمینه برای تفسیرهای شخصی، مقاومت سازمانی و بدعملی فراهم می‌شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت با همکاری نهادهای تنظیم‌گر و ذی‌نفعان کلیدی، قوانین تسهیل‌گر و حمایتی برای مشارکت رقبا در زنجیره تأمین سلامت تدوین نماید. همچنین، تدوین شیوه‌نامه‌ها و پروتکل‌های اجرایی دقیق در زمینه مالکیت معنوی، رفتارهای حرفه‌ای، نحوه توزیع سود و مسئولیت‌های متقابل، می‌تواند از بروز سوءتفاهم‌ها و تخلفات جلوگیری کرده و اعتماد بین بازیگران را افزایش دهد.

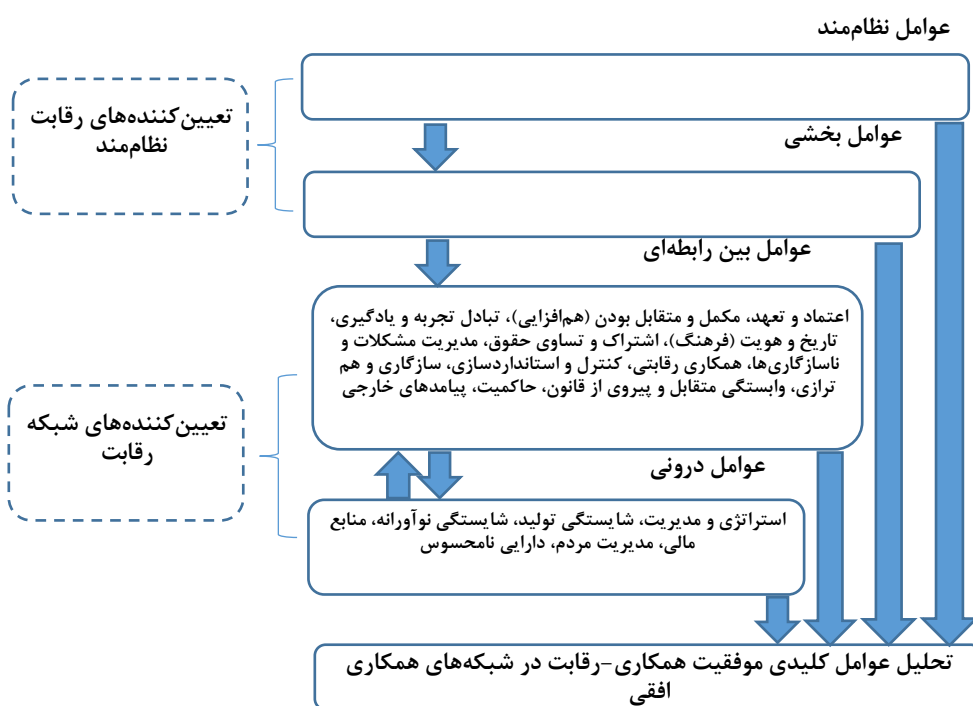
از سوی دیگر، از آنجا که موانعی مانند «عدم شناخت رقبا» و «نگرش ضعیف مدیران» نیز رتبه بالایی در تحلیل‌های این پژوهش دارند، پیشنهاد می‌شود سازوکارهای تسهیل ارتباط بین بازیگران رقیب در زنجیره تأمین سلامت طراحی شود. برگزاری نشست‌های بین‌سازمانی، تبادل تجارب موفق، انتشار فهرستی از ظرفیت‌ها و تخصص‌های هر نهاد درمانی و طراحی سامانه‌های شفاف‌ساز اطلاعاتی، می‌تواند نقش مهمی در شناسایی مکمل‌ها، کاهش سوءظن و ایجاد

<sup>1</sup> Juszczuk

پژوهش‌های آینده، با استفاده از روش‌هایی مانند مدل‌سازی ساختاری تفسیری (ISM) یا دیمتل (DEMATEL)، روابط میان موانع تحلیل شود. ثانیاً، لازم است پژوهش‌هایی تکمیلی با تمرکز بر شایستگی‌های کلیدی مدیران برای رهبری همراقبتی در حوزه سلامت انجام شود، تا با شناخت دقیق این ویژگی‌ها، چارچوبی برای گزینش و آموزش مدیران طراحی گردد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده به بررسی موانع از منظر بیمه‌ها، بیماران و سایر ذی‌نفعان نهایی نیز بپردازند تا تصویری کامل‌تر و چندوجهی از چالش‌های پیش‌روی همراقبتی ترسیم گردد.

زمینه برای همکاری ایفا کند. همچنین، باید توجه داشت که اجرای همراقبتی صرفاً از طریق دستورالعمل و قوانین کافی نیست، بلکه نیازمند رهبران و مدیرانی توانمند، مشارکت‌جو و آینده‌نگر است که با درک صحیح از منافع بلندمدت همکاری، بتوانند فرهنگ‌سازی کنند و رفتارهای سازمانی را در جهت همکاری اثربخش هدایت نمایند.

با وجود یافته‌های این پژوهش، برخی محدودیت‌ها نیز وجود دارد که باید در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد. اولاً، این تحقیق تنها به شناسایی و رتبه‌بندی موانع پرداخته و به بررسی عمقی روابط علی میان آن‌ها نپرداخته است؛ از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در



شکل ۱: سطوح تحلیل همراقبتی شرکت‌ها و شبکه‌های شرکت‌ها [۲۰]

جدول ۱: پیشینه تحقیق

| منبع | صنعت                                                                                          | تمرکز                       | شناسایی رتبه‌بندی |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| [۱۵] | موزه‌های لهستان                                                                               | شناسایی محرک‌ها و موانع     | بله               |
| [۱۰] | صنعت خودرو، صنعت مخابرات، صنعت حمل‌ونقل هوایی، صنعت بانک و صنعت خدمات برنامه‌نویسی کامپیوتری. | بررسی محرک‌ها و عوامل پذیرش | -                 |
| [۱۷] | صنایع‌دستی                                                                                    | خوشه‌بندی عوامل پذیرش       | -                 |
| [۷]  | صنعت نوشابه آمریکا                                                                            | بررسی عوامل پذیرش           | -                 |



| منبع       | صنعت                     | تمرکز                                                              | شناسایی | رتبه‌بندی |
|------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| [۵]        | فناوری اطلاعات           | بررسی تأثیر عوامل کلیدی موفقیت و واکاوی دلایل اثرگذاری (یا مصاحبه) | -       | -         |
| [۶]        | شبکه‌های توزیع نفت و گاز | رتبه‌بندی عوامل کلیدی موفقیت                                       | -       | -         |
| پژوهش حاضر | بخش سلامت                | شناسایی و رتبه‌بندی موانع هم‌قابلی                                 | بله     | بله       |

جدول ۲: مجموعه‌ها، پارامترها 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 $(p, \dots, 1)$                                     |
| J           | ایندکس ارجحیت مشخصه‌ها $(n, \dots, 1)$                            |
| K           | ایندکس گزینه‌ها $(m, \dots, 1)$                                   |
| متغیرها     |                                                                   |
| Z           | تابع هدف                                                          |
| $W_{ijk}^r$ | وزن گزینه k ام بر اساس مشخصه j ام به وسیله خبره i ام در رتبه r ام |
| $A_{ijk}^r$ | گزینه k ام بر اساس مشخصه j ام به وسیله خبره i ام در رتبه r        |

جدول ۳: آمار توصیفی خبرگان

| میزان تحصیلات | سمت                            | سابقه (سال) | مرحله همکاری |
|---------------|--------------------------------|-------------|--------------|
| کارشناسی      | کارشناس پرستاری                | ۲۰          | ۱ و ۲        |
| کارشناسی      | کارشناس بیمه تأمین اجتماعی     | ۳۰          | ۱ و ۲        |
| پزشک          | دندان‌پزشک                     | ۵           | ۱ و ۲        |
| پزشک          | مدیر درمان بیمارستان           | ۱۷          | ۱ و ۲        |
| دکتری         | هیئت علمی علوم پزشکی           | ۱۵          | ۱ و ۲        |
| کارشناسی ارشد | مدیر مالی                      | ۱۵          | ۱ و ۲        |
| کارشناسی      | مشاور رئیس بیمارستان           | ۳۰          | ۱ و ۲        |
| کارشناسی      | مدیر داخلی مرکز جراحی          | ۲۲          | ۱ و ۲        |
| دکتری         | مسئول فنی آزمایشگاه بیمارستان  | ۶           | ۱ و ۲        |
| کارشناسی ارشد | مسئول کلینیک شخصی فیزیوتراپی   | ۱۱          | ۱ و ۲        |
| کارشناسی ارشد | مسئول بهبود کیفیت بیمارستان    | ۱۱          | ۱ و ۲        |
| کارشناسی ارشد | مؤسس و مسئول کلینیک فیزیوتراپی | ۸           | ۱ و ۲        |
| کارشناس ارشد  | سوپروایزر آموزش بیمارستان      | ۱۲          | ۱ و ۲        |
| دکتری         | عضو هیئت علمی دانشگاه          | ۸           | ۱ و ۲        |
| دکتری         | عضو هیئت علمی دانشگاه          | ۱۰          | ۲            |

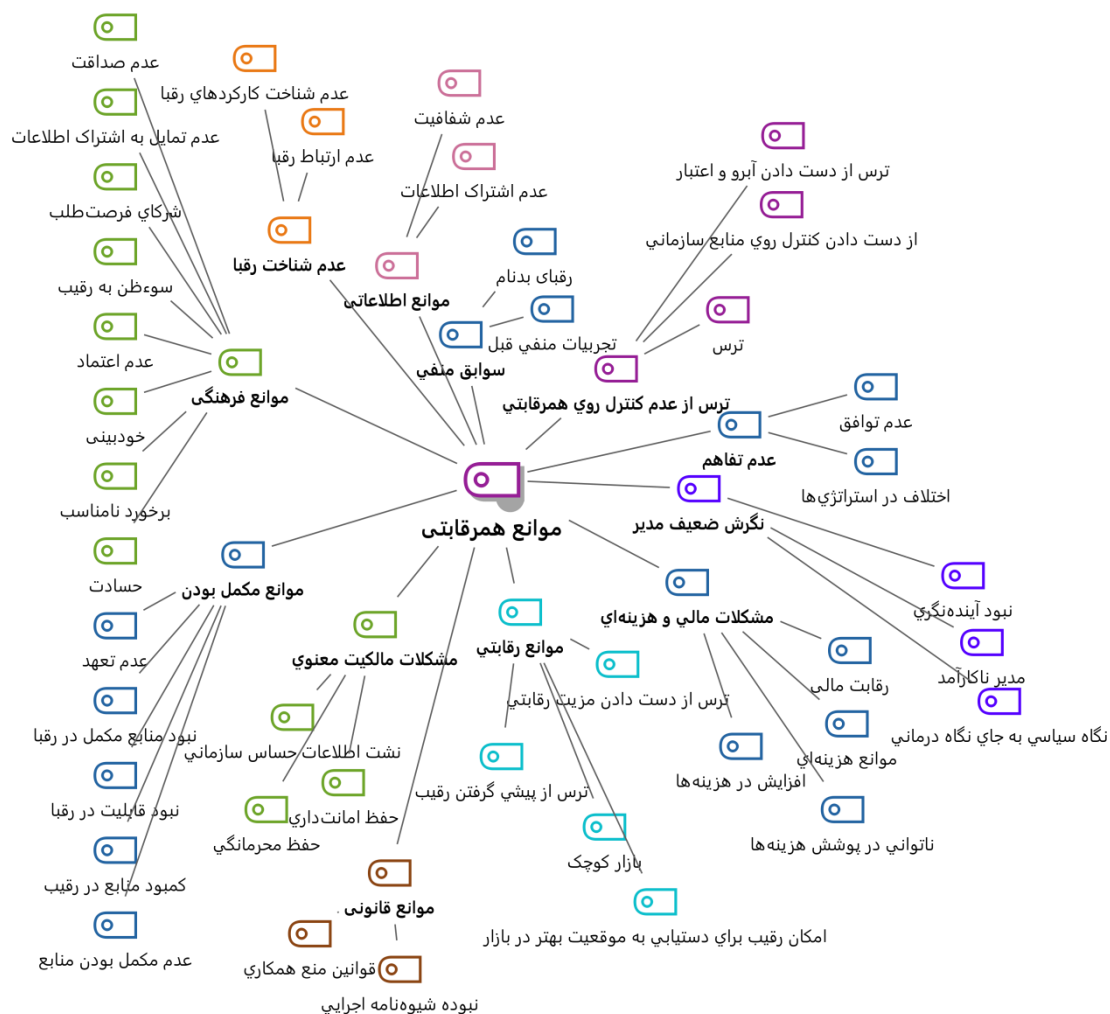
جدول ۴: نمونه‌ای از گزاره‌ها و کدهای (موانع) استخراج شده

| کد                                              | گزاره کلامی                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اختلاف در استراتژی‌ها                           | ... وقتی اهداف ما متفاوت باشد نمی‌تونیم باهم باشیم (p12)<br>باید استراتژی‌های دو سازمان انطباق زیادی داشته باشند وگرنه تعارض پیش میاد (p13)                                                                                                      |
| عدم توافق                                       | ... بعضی وقت‌ها بحث هزینه هست ممکنه به توافق نرسند اونا خواهان هزینه‌ی زیادتری باشن (p3)<br>باید روی مسائل مختلف توافق کرد وگرنه بهتره همکاری را شروع نکنند (p12)                                                                                |
| تجربیات منفی قبل                                | با توجه به اینکه خاطره بدی از گذشته داریم تمایلی نداریم ... (p12)<br>گاهی تجربیات قبلی باعث می‌شه مدیر تمایلی به این کار نداشته باشه و همرقابتی انجام نشه (p14)                                                                                  |
| رقبای بدنام                                     | ... بعضی از آزمایشگاه‌ها خوب نیستند .... (p13)<br>تصور می‌کنم که از یک رقیب توی ذهن ما است تعیین‌کننده است واقعاً همیشه با بعضی‌ها همکاری کرد (p15)                                                                                              |
| قوانین منع همکاری                               | بعضی وقت‌ها قوانین اجازه نمی‌دن بخصوص توی بخش دولتی ... (p12)<br>باید یک فکری به حال قوانین هم کرد مثلاً توی بحث آموزش پزشکی الان مشکلاتی هست و .... (p14)                                                                                       |
| امکان رقیب برای دستیابی به موقعیت بهتر در بازار | یکی از نگرانی‌ها اینه که رقیب جایگاهی در بازار به دست بیاره که ما بیمار را از دست بدیم (p13)<br>اگر همکاری کردیم و رقیب موقعیت بهتری به دست آورد چی؟ ما که نیازی نداریم .... (p12)                                                               |
| نبوده شیوه‌نامه اجرایی                          | روش اجرایی به اصطلاح تعریف شده‌ای داشته باشه نیست روان انجام بشه نیست (p3)<br>باید رویکردهای کاری و فرایندها تعریف بشه که معمولاً چنین چیزی تعریف نمی‌شه (p15)                                                                                   |
| بازار کوچک                                      | متأسفانه تو شهرستان‌ها این مشکل خیلی زیاده چون شهر کوچیکه و می‌خوان اولی باشن یعنی تک نفره و بالا (p10)<br>بازار هم مؤثره و وقتی بزرگ باشه میشه همکاری کرد وگرنه توی بازارهای کوچیک به نظرم نیازی نداریم (p14)                                   |
| ترس از پیشی گرفتن رقیب                          | یه مقدار استرس این رو دارن که مثلاً سیستمی که دارن باهاش همکاری می‌کنن بیفته جلو یعنی یکم باعث آسیب‌شون بشه یا حیثیتشون رو مثلاً به اصطلاح زیر سؤال ببره (p3)<br>... ممکنه نشد اطلاعات باعث پیش افتادن رقیب بشه بالاخره اونها حواسشون جمعه (p12) |
| ترس از دست دادن مزیت رقابتی                     | ما یکسری مزایا داریم که اگر حواسمون نباشه ممکنه تقلید بشه ... (p12)                                                                                                                                                                              |

جدول ۵: موانع همرقابتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان

| مقوله           | کد                          | مقوله                         | کد                                              |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|
| سوابق منفی      | تجربیات منفی قبل            | ترس از عدم کنترل روی همرقابتی | از دست دادن کنترل روی منابع سازمانی             |
|                 | رقبای بدنام                 |                               | ترس                                             |
| موانع اطلاعاتی  | عدم اشتراک اطلاعات          | عدم تفاهم                     | ترس از دست دادن آبرو و اعتبار                   |
|                 | عدم شفافیت                  |                               | اختلاف در استراتژی‌ها                           |
| عدم شناخت رقبا  | عدم ارتباط رقبا             | مشکلات مالکیت معنوی           | عدم توافق                                       |
|                 | عدم شناخت کارکردهای رقبا    | نگرش ضعیف مدیر                | نشت اطلاعات حساس سازمانی                        |
| موانع مکمل بودن | عدم مکمل بودن منابع         |                               | حفظ محرمانگی                                    |
|                 | کمبود منابع در رقیب         | مشکلات مالی و هزینه‌ای        | حفظ امانت‌داری                                  |
|                 | نبود قابلیت در رقبا         |                               | مدیر ناکارآمد                                   |
|                 | نبود منابع مکمل در رقبا     |                               | نگاه سیاسی به جای نگاه درمانی                   |
| موانع فرهنگی    | عدم اعتماد                  | مشکلات مالی و هزینه‌ای        | نبود آینده‌نگری                                 |
|                 | حسادت                       |                               | افزایش در هزینه‌ها                              |
|                 | برخورد نامناسب              |                               | موانع هزینه‌ای                                  |
|                 | خودبینی                     |                               | رقابت مالی                                      |
|                 | سوءظن به رقیب               | موانع رقابتی                  | ناتوانی در پوشش هزینه‌ها                        |
|                 | شرکای فرصت‌طلب              |                               | امکان رقیب برای دستیابی به موقعیت بهتر در بازار |
|                 | عدم تعهد                    |                               | بازار کوچک                                      |
|                 | عدم تمایل به اشتراک اطلاعات |                               | ترس از پیشی گرفتن رقیب                          |

| کد                          | مقوله                | کد           | مقوله |
|-----------------------------|----------------------|--------------|-------|
| ترس از دست دادن مزیت رقابتی | عدم صداقت            |              |       |
| قوانین منع همکاری           | نبود فرهنگ کار گروهی | موانع قانونی |       |
| نبوده شیوه‌نامه اجرایی      | منفعت‌طلبی           |              |       |



شکل ۲: شبکه مضامین موانع همرقابتي در بهداشت و درمان  
Network of themes on coepetition barriers in healthcare

جدول ۶: اولویت‌بندی معیارهای بررسی موانع همرقابتي

| 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 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| اثرگذاری     | ۱      | ۱      | ۱      | ۱      | ۱      | ۱      | ۱      | ۱      | ۱      | ۱       | ۱       | ۱       | ۲       | ۱       | ۲       |
| فراوانی وقوع | ۲      | ۲      | ۲      | ۳      | ۲      | ۲      | ۲      | ۲      | ۲      | ۲       | ۲       | ۳       | ۳       | ۲       | ۳       |
| توان تشخیص   | ۳      | ۳      | ۳      | ۲      | ۳      | ۳      | ۳      | ۳      | ۳      | ۳       | ۳       | ۲       | ۱       | ۳       | ۱       |

جدول ۷: نمونه‌ای از ارزیابی موانع همرقابتي بر اساس معیارهای سه‌گانه

موانع توسعه استراتژی همراقبتی در زنجیره تأمین بهداشت و درمان

| شماره مانع | خبره ۱  |         |            | +++ | خبره ۲  |         |            | +++ | خبره ۱۵ |         |            |
|------------|---------|---------|------------|-----|---------|---------|------------|-----|---------|---------|------------|
|            | ترگذاری | فراوانی | توان تشخیص |     | ترگذاری | فراوانی | توان تشخیص |     | ترگذاری | فراوانی | توان تشخیص |
| ۱          | ۹       | ۹       | ۶          | ... | ۸       | ۱۰      | ۶          | ... | ۲       | ۷       | ۳          |
| ۲          | ۶       | ۲       | ۴          | ... | ۶       | ۴       | ۸          | ... | ۸       | ۵       | ۷          |
| ۳          | ۱       | ۱       | ۸          | ... | ۱       | ۱       | ۴          | ... | ۵       | ۱       | ۱          |
| ۴          | ۱۱      | ۷       | ۳          | ... | ۷       | ۸       | ۳          | ... | ۳       | ۱۰      | ۵          |
| ۵          | ۱۰      | ۴       | ۵          | ... | ۱۰      | ۶       | ۵          | ... | ۴       | ۲       | ۹          |
| ۶          | ۸       | ۱۱      | ۷          | ... | ۹       | ۱۱      | ۷          | ... | ۷       | ۳       | ۱۱         |
| ۷          | ۴       | ۳       | ۱          | ... | ۴       | ۵       | ۱          | ... | ۱۱      | ۱۱      | ۱۲         |
| ۸          | ۵       | ۱۰      | ۱۱         | ... | ۵       | ۳       | ۱۱         | ... | ۹       | ۹       | ۸          |
| ۹          | ۱۲      | ۱۲      | ۱۲         | ... | ۱۲      | ۱۲      | ۱۲         | ... | ۶       | ۴       | ۴          |
| ۱۰         | ۷       | ۵       | ۲          | ... | ۱۱      | ۷       | ۱۱         | ... | ۱       | ۶       | ۱۰         |
| ۱۱         | ۲       | ۶       | ۹          | ... | ۲       | ۲       | ۳          | ... | ۱۲      | ۸       | ۲          |
| ۱۲         | ۳       | ۸       | ۱۰         | ... | ۲       | ۹       | ۱۰         | ... | ۱۰      | ۱۲      | ۶          |

جدول ۸: رتبه‌بندی موانع همراقبتی در بخش بهداشت و درمان

| رتبه | وزن      | مانع                      |
|------|----------|---------------------------|
| ۱۱   | ۰,۰۶۲۱۱۳ | نگرش ضعیف مدیر            |
| ۱۰   | ۰,۰۶۳۹۳۴ | موانع مکمل بودن           |
| ۱    | ۰,۱۹۰۴۰۸ | موانع قانونی              |
| ۷    | ۰,۰۷۰۰۸۶ | موانع فرهنگی              |
| ۶    | ۰,۰۷۴۶۹۲ | سوابق منفی                |
| ۱۲   | ۰,۰۴۴۵۵۱ | عدم تفاهم                 |
| ۲    | ۰,۱۰۳۱۷۷ | موانع اطلاعاتی            |
| ۵    | ۰,۰۸۴۴۶۱ | موانع رقابتی              |
| ۹    | ۰,۰۶۷۷۹۶ | ترس از عدم کنترل همراقبتی |
| ۸    | ۰,۰۶۹۶۴۹ | مشکلات مالی و هزینه‌ای    |
| ۴    | ۰,۰۸۴۴۶۲ | مشکلات مالکیت معنوی       |
| ۳    | ۰,۰۸۴۶۷۰ | عدم شناخت رقبا            |

## Reference:

- [1] Abdullah AF, Sulastiana M, Harding D. Trends of Service Quality Researches in Indonesian Health Journals Over The Last Five Years: A Literature Review. *Asian Journal of Engineering, Social and Health*. 2023;2(11):1378-89.
- [2] Al-Najaifi ZA. Exploring critical factors that enable coopetition strategy to succeed in private Jordanian universities. Australia: University of Southern Queensland; 2021.
- [3] Alexandre Junior A, Ndayizigamiye P, Bokaba T, editors. The Effect of AI-Powered Cloud Computing on the Resilience of Healthcare Systems: A Governance Perspective. *International Working Conference on Transfer and Diffusion of IT*; 2023: Springer.
- [4] Ataei Y, Mahmoudi A, Feylizadeh MR, Li D-F. Ordinal priority approach (OPA) in multiple attribute decision-making. *Applied Soft Computing*. 2020;86:105893.
- [5] Buttschardt S. Evaluation of factors influencing the success of forced coopetition in IT multi-sourcing projects 2017.
- [6] Ceptureanu EG, Ceptureanu SI, Radulescu V, Ionescu SA. What makes coopetition successful? An inter-organizational side analysis on coopetition critical success factors in oil and gas distribution networks. *Energies*. 2018;11(12):3447.
- [7] Crick JM, Crick D. Rising up to the challenge of our rivals: Unpacking the drivers and outcomes of coopetition activities. *Industrial Marketing Management*. 2021;96:71-85.
- [8] de Resende LMM, Volski I, Betim LM, de Carvalho GDG, De Barros R, Senger FP. Critical success factors in coopetition: Evidence on a business network. *Industrial Marketing Management*. 2018;68:177-87.
- [9] Faisal MN, Sabir LB, AlNaimi MS, Sharif KJ, Uddin SF. Critical Role of Coopetition Among Supply Chains for Blockchain Adoption: Review of Reviews and Mixed-Method Analysis. *Global Journal of Flexible Systems Management*. 2024(25):117–36.
- [10] Garraffo FM, Siregar SL. Coopetition among competitors in global industries: drivers that lead to cooperative agreements. *Competitiveness Review: An International Business Journal*. 2022;32(3):428-54.
- [11] Gernsheimer O, Gast J, Kanbach DK. Always on par? How small-and medium-sized enterprises manage coopetition strategies to innovate with large firms. *International Small Business Journal*. 2024;02662426241237182.
- [12] Gocek I. The theoretical study of collaboration and cooperation in the fashion industry. 2023.
- [13] Hanna S, Inna B. the coopetition strategy: a comprehensive analysis of real cases and empirical studies. *Economic Herald of SHEI USUCT*. 2023;1(1):182-95.
- [14] Izu L, Scholtz B, Fashoro I. Wearables and Their Potential to Transform Health Management: A Step towards Sustainable Development Goal 3. *Sustainability*. 2024;16(5):1850.
- [15] Juszczak P. Stimulators and Barriers to Coopetition in Non-Commercial Entities-Case Study of Cultural Institutions. *International Journal of Business Science & Applied Management*. 2023;18(3):14-33.
- [16] Mierzejewska W, Dziurski P. *Business Groups and Strategic Coopetition*: Routledge New York, London; 2023.
- [17] Miki AFC, Monticelli JM, Costa RAD. Asymmetries in the Drivers of Tourism Coopetition in Craft Centres. *Turismo: Visão e Ação*. 2023;25:405-24.
- [18] Nascimento LdS, da Costa Júnior JC, Salazar VS, Chim-Miki AF. Coopetition in social entrepreneurship: A strategy for social value devolution. *International Journal of Emerging Markets*. 2023;18(9):2176-97.
- [19] Nguyo L, Anene E. Effect of coopetition on growth of insurance firms in Kenya. *International Academic Journal of Innovation, Leadership and Entrepreneurship*. 2024;2(4):52-105.

- [20] Petter RRH, Resende LM, de Andrade Júnior PP, Horst DJ. Systematic review: an analysis model for measuring the cooperative performance in horizontal cooperation networks mapping the critical success factors and their variables. *The Annals of regional science*. 2014;53:157-78.
- [21] Rabii BA, Cyrine B. The Antecedents of Coopetition Strategy: A Conceptual Framework. *Open Journal of Business and Management*. 2024;12(2):1335-46.
- [22] Van den Broek J, Boselie P, Paauwe J. Cooperative innovation through a talent management pool: A qualitative study on coopetition in healthcare. *European Management Journal*. 2018;36(1):135-44.
- [23] Wu L, Liu H, Liu S. Coopetition relations, suppliers' effectuation, and manufacturers' green management: Evidence from China. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*. 2024;31(2):1303-22.
- [24] Yousaf MJ, Waheed A. Does coopetition foster value creation? an empirical analysis of dyadic and multiple coopetitors. *Remittances Review*. 2024;9(1):368-401.
- [25] Hsu, T. The Effects of Strategic Alliances on Marketing Efforts: The Roles of Cooperation. *Journal of Strategic Innovation and Sustainability*, 2023: 18(1). <https://doi.org/10.33423/jsis.v18i1.6174>
- [26] Ghorbani M, Acciaro M, Transchel S, Cariou P. Strategic alliances in container shipping: A review of the literature and future research agenda. *Maritime economics & logistics*. 2022;24(2):439-65.
- [27] Zakrzewska-Bielawska A. What inhibits cooperation with competitors? Barriers of coopetition in the high-tech sector. *World Review of Business Research*. 2014;4(3):213-28.