مقاله پژوهشی

مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در شرایط بحران در نظام سلامت کشور (موردمطالعه: تجربه کووید ۱۹)

مهناز سبزی[۱]، عباس منوریان*[۲]، طیبه عباسی[۳]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی گذاری عمومی، پردیس البرز دانشگاه تهران، تهران، ایران
[۲] استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران
[۳] دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران

* **نویسنده مسؤول:** عباس منوریان
amonavar@ut.ac.ir

ارجاع: سبزی مهناز، منوریان عباس، عباسی طیبه. مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در شرایط بحران در نظام سلامت کشور (موردمطالعه: تجربه کووید ۱۹). راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۳؛ ۹(۳): ۴۵-۲۳۴.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۱
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

زمینه و هدف: خط‌مشی‌گذاری یکی از کارکردهای مدیریتی در نظام سلامت می‌باشد و باتوجه به هدف اصلی نظام سلامت که همان ارتقای سلامت می‌باشد در سایه ارائه مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع، رویکردهای نظام سلامت رو به‌سوی پیشرفت قدم برمی‌دارد. لذا هدف از تحقیق حاضر ارائه مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در شرایط بحران در نظام سلامت کشور در دوره بحران کووید ۱۹ بود.

روش پژوهش: این پژوهش به لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی و دارای رویکردی کیفی بوده و از روش نظریه داده بنیاد چندوجهی (مولتی گرندد تئوری) به‌عنوان روش پژوهش استفاده شد. این مطالعه با گردآوری داده‌ها، از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۲ نفر از خبرگان نظام سلامت کشور از طریق نمونه‌گیری نظری تا رسیدن به نقطه اشباع صورت گرفت. معیار ورود براساس آشنایی با روند خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت و داشتن تحصیلات حداقل کارشناسی ارشد و مرتبط با خط‌مشی‌گذاری و معیار خروج عدم تمایل و انگیزه بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در ۳ مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA 10 صورت پذیرفته است. برای به دست آوردن اعتبار و روایی داده‌ها از ۲ روش بازبینی مشارکت‌کنندگان و رهیافت لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) در پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع شامل ۷۴ مقوله فرعی در قالب ۱۸ مقوله اصلی شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، پدیده محوری، پیامدها و راهبردها را نشان می‌دهد که انتخاب خط‌مشی‌گذار، ویژگی‌های شخصیتی خط‌مشی‌گذار، اصول خط‌مشی گذاری نظام سلامت و منابع و تجهیزات پزشکی عوامل علی اثرگذار بر خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع بوده که پیامدهایی در سطح خرد و کلان را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه‌گیری: مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع به‌طور جامع عواملی همچون ویژگی‌های شخصیتی خط‌مشی‌گذاران و منابع نظام سلامت را به‌عنوان عوامل تأثیرگذار شناسایی کرده است. این مدل نشان می‌دهد که با توجه به این عوامل، می‌توان پیامدهایی را در سطوح خرد و کلان پیش‌بینی کرد. بنابراین، مدیریت مؤثر تعارض منافع نیازمند توجه به شرایط و عوامل مختلف است تا تصمیم‌گیری‌ها به‌صورت بهینه و بدون تعارض انجام شود.

واژه‌های کلیدی: مدل خط‌مشی‌گذاری، مدیریت تعارض منافع، شرایط بحران، نظام سلامت، کووید ۱۹

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]

مقدمه

حوزه سلامت یکی از مهم‌ترین خرده نظام‌ها در قلمرو موضوعی نظام خط‌مشی‌گذاری ملی است. یکی از دلایل اهمیت این خرده نظام در تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بر سایر خرده نظام‌ها و فراهم نمودن جامعه‌ای سالم و درنتیجه نیروی کار سالم برای ادامه حیات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی کشور است (۱). وجود تعارض در مجموعه خط‌مشی‌های نظام سلامت در ابتدا موجب تداخل امور در اجرا و سردرگمی مخاطبین خط‌مشی‌ها و درنهایت می‌تواند موجبات تهدید سلامت جسم و روان شهروندان یک کشور را فراهم آورد که در درازمدت اثرات غیرقابل جبرانی را بر جا خواهد گذاشت. تعارض خط‌مشی‌ها به‌صورت تداخل و ایجاد تزاحم برای سایر خط‌مشی‌ها بروز می‌نماید (۲). در کشورهای جهان سوم، دولت در امور مختلف جامعه حضور پررنگ و بی‌رقیبی دارد و عمده تصمیم‌گیری‌ها در مواجهه با مسائل عمومی در سازمان‌های دولتی انجام می‌گیرد. این‌یک واقعیت است که با توجه به عملکرد دولت بسیاری از خط‌مشی‌ها و خط‌مشی‌های عمومی در ایران رضایت‌بخش و مناسب نیست (۳). به نظر می‌رسد خط‌مشی‌گذاری در حوزه نظام سلامت گاه بسیار سیاست زده، پرشتاب و موقتی، بدون تعمق کافی و بدون ریشه‌یابی مسائل به‌صورت علمی انجام می‌گیرد (۴). در کشورها هرساله سخن از تدوین خط‌مشی‌هایی برای حل برخی مسائل در نظام سلامت می‌شود، اما آن مسائل حل‌نشده باقی می‌مانند. نداشتن کارکرد حل مسئله می‌تواند به ضعف در شناخت و ریشه‌یابی و یا سایر مراحل فرایند خط‌مشی‌گذاری بازگردد، اما مهم‌ترین چیز به علمی بودن خط‌مشی‌ها برمی‌گردد، خط‌مشی‌گذاری در حوزه نظام سلامت علی‌الخصوص در شرایط بحرانی همانند کووید ۱۹ که در ایران که ۱۴۴۶۱۳ فوتی داشته باید دانش‌محور بوده و درعین‌حال، تفکیک داده، اطلاعات، دانش و خرد در آن به‌خوبی انجام شود و از ابزارهای تحلیلی مناسب استفاده کند (۵). ضرورت و اهمیت پرداختن به مسئله مدیریت تعارض خط‌مشی‌ها در نظام سلامت آن است که هماهنگی و سازگاری بین خط‌مشی‌های سلامت با سایر خط‌مشی‌ها موجب هم‌افزایی و افزایش بهره‌وری ملی و از سویی دیگر وجود تعارض در بین این خط‌مشی‌ها مانعی برای روانی امور کشور و درنهایت نارضایتی جامعه خواهد شد. تعارض و اختلاف لزوماً برای جوامع مضر نیست، زیرا می‌توانند به راه‌حل‌های نوآورانه برای مشکلات منجر شوند، اما وقتی به‌افراط و تفریط گرفته شوند، می‌توانند عواقب منفی به دنبال داشته باشند (۶).

در خصوص موضوع تحقیق محققین مختلفی مطالعاتی را صورت داده‌اند که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. اسدپور و همکاران (۱۴۰۱) منشأ غالب مصادیق تعارض منافع در نظام حکمرانی و فساد احتمالی ناشی از آن را در ۳ دسته بدین شرح بیان نمودند. اولاً وظایف مناصب به‌گونه‌ای است که سهامداری، مدیرعاملی و عضویت در هیئت‌مدیره شرکت‌های تجاری مرتبط با حوزه سلامت موجب ایجاد تعارض منافع می‌شود. دوم، حضور افراد ذی‌نفع در نظام حکمرانی سلامت مانند پزشکان، سرمنشأ تعارض منافع است. درنهایت ایرادات ساختاری همچون تلفیق ناظر و نظارت شونده یا سیاست‌گذار و مجری دلیل دیگری برای عمده‌ترین تعارضات منافع موجود است (۷). باکی هاشمی و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان مدیریت تعارض خط‌مشی در فرآیند خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت ایران بیان نمودند که عناصر مؤثر بر شکل‌گیری تعارض شامل نوع بازیگران، خصوصیات ایدئولوژیک نقش‌آفرینان، بسترهای اجرا، ویژگی‌های محیطی و طراحی عناصر درونی خط‌مشی است؛ و نیز عوامل زمینه‌ساز تعارض منافع در نظام سلامت را ساختار نظام مالی موجود-عدم وجود شفافیت در نظام سلامت—وجود معضل دوشغله بودن در نظام سلامت-عدم وجود نظام یکپارچه اطلاعات در حوزه سلامت برشمردند. همچنین مضامین حاصل از آثار بالقوه تعارض شامل آثار اجتماعی، فرآیندی، حاکمیتی و انعکاسی مطرح نمودند و درنهایت تصمیمات مبتنی بر شواهد، توسعه مشارکت‌پذیری، تعمیق شفافیت، تنظیم‌گری قانونی و مدیریت تعارض منافع را به‌عنوان راهکارهای مدیریت تعارض خط‌مشی بیان نمودند (۵). احدزاده و همکاران (۱۴۰۰) بیان نمودند که واقع‌شدن در موقعیت تعارض منافع فی‌نفسه نه غیراخلاقی است و نه خطا، بلکه آنچه نیازمند آموزش، ترویج و تعیین ضوابط و کدهای عملی است مدیریت موقعیت تعارض منافع به‌گونه‌ایکه علاوه بر حفظ اعتماد جامعه به‌نظام سلامت، حافظ سلامت مردم باشد؛ بنابراین قدم اول در برخورد با موضوع تعارض منافع پذیرش احتمال وقوع آن است؛ و ضروری است موقعیت‌های تعارض به‌خصوص به افرادی که احتمال بیشتری برای درگیر شدن در آن دارند، آموزش داده

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

شوند؛ مدیران ارشد وزارت بهداشت، سازمان غذا و دارو، هیئت‌امنای صرفه‌جویی ارزی، روسای بیمارستان‌ها، تصمیم‌گیرندگان خریدهای دارو و تجهیزات و پزشکان و داروسازان شاغل در بخش خصوصی شاید بیشترین اولویت را برای این آموزش داشته باشند؛ و قدم دوم تعیین ضوابط و کدهای لازم برای برخورد عملی با این موقعیت است (۸).

ابوالحسنی و همکاران (۱۴۰۲) در تحقیقی با عنوان مدیریت تعارض خط‌مشی در فرآیند خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت ایران بیان نمودند که عناصر مؤثر بر شکل‌گیری تعارض شامل نوع بازیگران، خصوصیات ایدئولوژیک نقش‌آفرینان، بسترهای اجرا، ویژگی‌های محیطی و طراحی عناصر درونی خط‌مشی است؛ و نیز عوامل زمینه‌ساز تعارض منافع در نظام سلامت را ساختار نظام مالی موجود-عدم وجود شفافیت در نظام سلامت–وجود معضل دوشغله بودن در نظام سلامت-عدم وجود نظام یکپارچه اطلاعات در حوزه سلامت برشمردند. همچنین مضامین حاصل از آثار بالقوه تعارض شامل آثار اجتماعی، فرآیندی، حاکمیتی و انعکاسی مطرح نمودند و درنهایت تصمیمات مبتنی بر شواهد، توسعه مشارکت‌پذیری، تعمیق شفافیت، تنظیم‌گری قانونی و مدیریت تعارض منافع را به‌عنوان راهکارهای مدیریت تعارض خط‌مشی بیان نمودند (۹). تانگنی (۲۰۲۲) تحقیقی با عنوان طراحی مدل خط‌مشی‌گذاری با استفاده از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری انجام دادند و نشان دادند تدوین خط‌مشی‌های پایدار منطبق بر واقعیات و متناسب زمان؛ تدوین خط‌مشی‌های انگیزه ساز و اهتمام به مشارکت ذی‌نفع گرا؛ سنجش و ارزیابی مداوم؛ کفایت منابع و مشارکت عملی همه‌ی بخش‌های تخصصی و عمومی بر خط‌مشی‌گذاری اثر معنی‌داری دارد (۱۰). جوولت و همکاران (۲۰۲۰) تحقیقی با عنوان خط‌مشی‌گذاری تأمین مالی سلامت و اجرای آن در محیط‌های شکننده و متأثر از تعارض منافع: ترکیبی از شواهد و توصیه‌های سیاست انجام دادند و نشان دادند مجموعه عوامل ساختاری، مدیریتی، فرهنگی و سیاسی در خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت اثرگذار است (۱۱). نیوبری (۲۰۲۰) تحقیقی با عنوان تعارض منافع: خط‌مشی‌گذاری مالی راهی برای کاهش بلایای طبیعی انجام دادند و نشان دادند درک تعارضات شناخته‌شده بین مسئولیت‌پذیری فردی و پاسخگویی اجتماعی را گسترش می‌دهد و مدلی ارائه می‌دهد که طی آن سازمان‌ها می‌توانند به‌منظور افزایش ریسک‌پذیری، خط‌مشی‌های مناسبی در چارچوب تعارض منافع ذی‌نفعان اتخاذ نمایند (۱۲). فردریکسون و همکاران (۲۰۱۹) تحقیقی با عنوان کاهش تعارض منافع: استفاده از خط‌مشی‌گذاری سیاسی در تعدیل سیستم بهداشت محلی در سوئد انجام دادند و نشان دادند پیچیدگی محیط خط‌مشی‌گذاری عمومی و تعدد بازیگران این حوزه ایجاب می‌کند که تحلیلگران سیاست، مجهز به رویکردهای روش‌شناسی مناسب باشند. روش تحلیل ذی‌نفعان با تأکید بر شاخص امکان‌پذیری خط‌مشی‌های عمومی، نقش مهمی برای معادله و روابط قدرت میان بازیگران مختلف در این زمینه قائل است. در این پژوهش با پرهیز از تکیه‌بر ابعاد نظری تحلیل ذی‌نفعان، سعی شده ابزارهای کاربردی برای استفاده از این روش در تحلیل خط‌مشی‌های عمومی تبیین شوند و مدل مناسب خط‌مشی‌گذاری سیاسی با تأکید بر کاهش تعارض منافع ارائه گردیده است (۱۳).

با مرور پیشینه تحقیق مشخص می‌شود که هرچند تحقیقات قابل‌توجهی در این زمینه انجام‌شده است، اما هنوز خلأهایی وجود دارد که تحقیق حاضر به دنبال پرکردن آن‌ها است. یکی از این خلأها عدم وجود مدل خط‌مشی گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت کشور است. همچنین، با توجه به اینکه عمده مطالعات صورت گرفته در این حوزه، تنها به خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت پرداخته‌اند، این مطالعه با ارائهٔ مدل مناسب خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در شرایط بحران در نظام سلامت کشور، دیدگاه جامع و نوینی علی‌الخصوص در شرایط بحران ارائه می‌کند. علاوه بر این، نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت کشور را در تدوین راهبردهای خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع یاری رساند.

روش پژوهش

این پژوهش ازنظر هدف، کاربردی و از حیث نحوهٔ جمع‌آوری داده‌ها، کیفی بوده که با روش نظریه داده بنیاد چندوجهی (مولتی گرندد تئوری) با استفاده از ابزار مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. برای تدوین سؤالات مصاحبه، از مطالعه مبانی نظری و پیشینه تحقیقات گذشته، بهره گرفته شد. مشارکت‌کنندگان در این تحقیق شامل مدیران ارشد، معاونین حوزه بهداشت و درمان، اساتید دانشگاه‌های شهر تهران با تخصص مدیریت دولتی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]

(خط‌مشی‌گذاری) بودند. معیار ورود براساس آشنایی با روند خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت و داشتن تحصیلات حداقل کارشناسی ارشد و مرتبط با خط‌مشی‌گذاری و معیار خروج عدم تمایل و انگیزه بود. نمونه‌گیری در این بخش با استفاده از نمونه‌گیری نظری تا رسیدن به نقطه اشباع انجام گرفت.

پیش از شروع فرایند مصاحبه، توضیحاتی به مشارکت‌کنندگان ارائه شد. این توضیحات در دو بخش ارائه شد. در بخش اول در مورد مفهوم خط‌مشی‌گذاری، تعاریف، اهمیت و ضرورت، به‌خصوص در نظام سلامت توضیحاتی ارائه شد. در بخش دوم نیز مفهوم تعارض منافع و پیش‌نیازهای آن، اهمیت و ارتباط آن با خط‌مشی‌گذاری و تأثیری که در نظام سلامت بر جای می‌گذارد، شرح داده شد. سپس با استفاده از مصاحبه، عوامل مختلف اثرگذار بر خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت کشور در دوره کرونا شناسایی و با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA 10 دسته‌بندی شد؛ برای تجزیه‌وتحلیل اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها از روش مالتی گراندد استفاده شد؛ بدین‌صورت که پس از انجام مصاحبه کلیه کدهای مستخرج از مصاحبه‌ها در طی ۳ مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA 10 صورت پذیرفت.

همچنین، به‌منظور ارزیابی اعتبار داده‌های مصاحبه، از رویکرد معیارهای قابلیت اعتبار یا باورپذیری شامل اعتبار پذیری، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأیید پذیری براساس الگوی اعتبار پژوهش کیفی لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) استفاده شد. به‌منظور بررسی پایایی مصاحبه از ۲ راهبرد استفاده از شخص ثالث و نیز تکرار مجدد کدگذاری لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) استفاده گردید (۱۴). در رویکرد استفاده از شخص ثالث از فرد دیگری خارج از فضای این مطالعه درخواست شد تا متون جمع‌آوری‌شده را کدگذاری و با نتایج تحلیل‌های پژوهشگر مقایسه کند.

یافته‌ها

در این تحقیق که در سال ۱۴۰۲ صورت گرفت، پس از هر مصاحبه اقدام به مطالعه دقیق متن مصاحبه، مقایسه‌سازی، نام‌گذاری، مفهوم‌پردازی و مقوله‌بندی داده‌ها پرداخته شد. در این مطالعه مصاحبه با ۱۲ نفر از خبرگان نظام سلامت کشور از طریق نمونه‌گیری نظری تا رسیدن به نقطه اشباع صورت گرفت. در گام اول مشروح مصاحبه‌ها و در گام دوم اصلاح مفاهیم، به معنای تلاش مستمر در راستای شفاف‌سازی مفاهیم استفاده شد. ویژگی جمعیت‌شناختی نمونه آماری مطابق جدول ۱ می‌باشد.

جدول ۱: مشخصات نمونه آماری تحقیق

ردیف	سمت	سن	سابقه	میزان تحصیلات
۱	مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۵۰	۲۸	کارشناسی ارشد پرستاری
۲	سوپروایزر بالینی ارشد بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۵۲	۲۸	کارشناسی ارشد
۳	رئیس گروه تعالی سازمانی بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۵۴	۳۰	کارشناسی ارشد آموزش پزشکی
۴	رئیس دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت در دوران کووید ۱۹	۵۰	۲۰	متخصص گوارش
۵	مدیر پرستاری بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۵۴	۲۸	کارشناسی ارشد مدیریت منابع انسانی
۶	استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (متخصص داروساز بالینی)	۴۰	۱۳	داروساز بالینی
۷	استاد تمام پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۴۳	۱۲	دکتری پرستاری
۸	مدیر گروه بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۳۷	۱۵	دکتری پرستاری
۹	استادیار دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۴۰	۵	دکتری سلامت در بلایا
۱۰	معاون مرکز بهداشت شرق تهران	۵۲	۲۴	پزشک عمومی
۱۱	مسئول ایمنی بیمار بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۴۳	۲۱	کارشناسی ارشد ایمنی
۱۲	مسئول دستیاران گروه داروسازی بالینی	۴۳	۱۰	متخصص داروساز بالینی

به‌منظور ساماندهی، ادغام و گروه‌بندی‌های اولیه کدهای مصاحبه، از جدول راهنمای ارتباط شرطی اسکات و هاول (۲۰۰۸) (۱۵) بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۲، ارائه‌شده است.

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

جدول ۲: راهنمای ارتباط شرطی پژوهش (۱۵)

گروه‌بندی	What چه چیزی	where کجا	When چه موقع	Why چرا	How چطور	نتیجه
شرایط محیطی	شرایط محیطی، شرایط اقتصادی، شرایط مدیریتی‌تر نظام سلامت	ایران	در حال حاضر	شرایط فعلی نظام سلامت	تغییر شرایط فعلی نظام سلامت	بهبود کیفیت خدمات حوزه سلامت، ارتقا ایمنی جامعه در زمان بحران
ویژگی‌های شخصیتی خط‌مشی نظام سلامت	ویژگی‌های شخصیتی خط‌مشی نظام سلامت	ایران	هنگام خط‌مشی‌گذاری	ضعف دانش و منفعت‌طلبی شخصی	افزایش دانش تخصصی، ترجیح منافع عمومی	افزایش منافع عمومی سیاست‌گذاران متبحر و توانا
ویژگی‌های نظام سلامت	وضعیت کل نظام سلامت	ایران	هنگام اجرای خط‌مشی‌ها	نظارت	تقویت حاکمیت قانون	نظارت بر روند بحران به‌منظور بهبودکیفیتنظام سلامت
ابزار مدیریت خط‌مشی‌گذاری	ابزارهای مدیریت خط‌مشی‌گذاری	ایران	هنگام اجرای خط‌مشی	نظام سلامت	روش‌های مدیریت خط‌مشی	پیامد مثبت و منفی
انگیزه مدیران	انگیزه مدیران از خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر تعارض منافع	ایران	هنگام ارائه خدمات سلامت-اجرای خط‌مشی	دلایل شخصی برای سودآوری دلایل منافع عمومی	ایجاد روش‌های مختلف مدیریت خط‌مشی مبتنی بر تعارض منافع	پیامد مثبت و منفی
محدودیت خط‌مشی‌گذاری	ضوابط و ابزارهای فعلی و ارزیابی نظارتی بر خط‌مشی	ایران	هنگام اجرای خط‌مشی	نظارت و عوامل انضباطی	نیاز به اصلاحات کلان	بر کل ساختار نظام سلامت اثر می‌گذارد.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌کنید ۶ گروه اصلی به همراه اجزای شش‌گانه آن شامل (چه چیزی، کجا، چه موقع، چرا، چطور) استخراج گردیده است. به کمک این جدول، در جدول ۳ کدگذاری الگویی انجام گردید.

کدگذاری الگویی (گام سوم) معادل کدگذاری محوری است؛ بنابراین مقولات اصلی که از کدگذاری بازداده‌ها تکوین یافته‌اند با یکدیگر مرتبط و در قالب ادبیات یکسان و مشابه دسته‌بندی شدند. در این نوع کدگذاری از مدل پارادایم مبتنی بر عمل/ تعامل و نتایج استراوس وکوربین (۱۹۹۰) استفاده‌شد (۱۶). برای این منظور مقولات و روابط میان آن‌ها در قالب برچسب پدیده مرکزی، شرایط علی، راهبردها، شرایط مداخله‌گر، بستر و پیامد طبقه‌بندی شدند و به‌صورت کدگذاری توصیفی به‌صورت مفاهیم مطابق جدول ۳ ارائه‌شده است.

جدول ۳: کدگذاری محوری متغیرهای شناسایی‌شده

نوع مقوله	مقوله	مفاهیم
شرایط علی	معیارهای انتخاب خط‌مشی‌گذار	عدم یکی بودن سیاست‌گذار و ناظر، اشرافیت کامل به موضوع سیاست‌گذاری، توجه به مسائل گروه‌های ذی‌نفع، دانش و مهارت خط‌مشی‌گذاران، پاسخگویی
	ویژگی‌های شخصیتی خط‌مشی‌گذار	نوع نگرش خط‌مشی گذار (ارجحیت منافع شخصی به قوانین)، نوع ارتباطات کاری خط‌مشی گذاران، استقلال خط‌مشی‌گذاران، درستکاری و اعتقاد حرفه‌ای خط‌مشی گذاران (ارتباط با شرکت‌های دارویی)
	اصول خط‌مشی گذاری نظام سلامت	وجود خط‌مشی غیر مرتبط به‌نظام سلامت و با دلایل سیاسی و اقتصادی، اصول خط‌مشی گذاری در نظام سلامت در شرایط کرونا
	منابع و تجهیزات پزشکی	کمبود منابع و تجهیزات پزشکی در شرایط بحران
شرایط زمینه‌ای	عوامل محیطی	محیط حرفه‌ای در نظام سلامت، فرهنگ سازمانی در نظام سلامت، محیط اجتماعی، محیط حقوقی، محیط اقتصادی، وضعیت آموزش‌های حرفه‌ای، محیط سیاسی
عوامل مداخله‌گرمنفی	ضعف دانش و تخصص سیاست‌گذاران نظام سلامت	عدم تربیت حرفه‌ای مدیران در نظام سلامت (اشراف- پاسخگویی-اخلاق حرفه‌ای)، عمق دانش خط‌مشی‌گذاران در نظام سلامت (عدم اشراف کامل به موضوع)، ضعف دانش تخصصی مدیران نظام سلامت (افراد غیرمرتبط با نظام سلامت و با اهداف سیاسی و اقتصادی متفاوت)
	کمبود منابع انسانی	کمبود نیروی انسانی متبحر و متخصص
	ضعف ساختاری نظام سلامت	ضعف و ناکارآمدی نظام سلامت در وقوع بحران کرونا، ساختارهای موازی اجرایی، حذف ساختارهای از پیش تعیین‌شده ستاد بحران در زمان بحران و اجرا، ضعف و ناکارآمدی نظام نظارت و ارزیابی در نظام سلامت، وابسته بودن نظام سلامت به دولت، واگذاری حاکمیت و تصدی‌گری نظام سلامت (برون‌سپاری خدمات در زمان بحران)، انحصاری شدن تولیدات دارو در شرکت‌های خاص
	عدم وجود دستورالعمل‌های استاندارد	عدم وجود تصمیم‌ها و سیاست‌های مدون در زمان بحران در نظام سلامت، تصمیمات ضرب‌الاجل و عجله‌ای، عدم وجود تصمیمات پایه‌ای و تصمیمات جامع و فراگیر، عدم بهای تمام‌شده مدون دقیق برای محصولات بهداشتی، نا اطمینانی سیاست‌های ارزی برای واردات اقلام دارویی و بهداشتی (حجم زیاد ارز ۴۲۰۰ جهت خریداری تجهیزات پزشکی)، نبود پروتکل‌های درمانی مدون
	عدم وجود سیستم گزارش دهی	عدم وجود سیستم گزارش دهی
	عدم وجود سیستم اطلاعات یکپارچه	عدم وجود سیستم اطلاعات یکپارچه

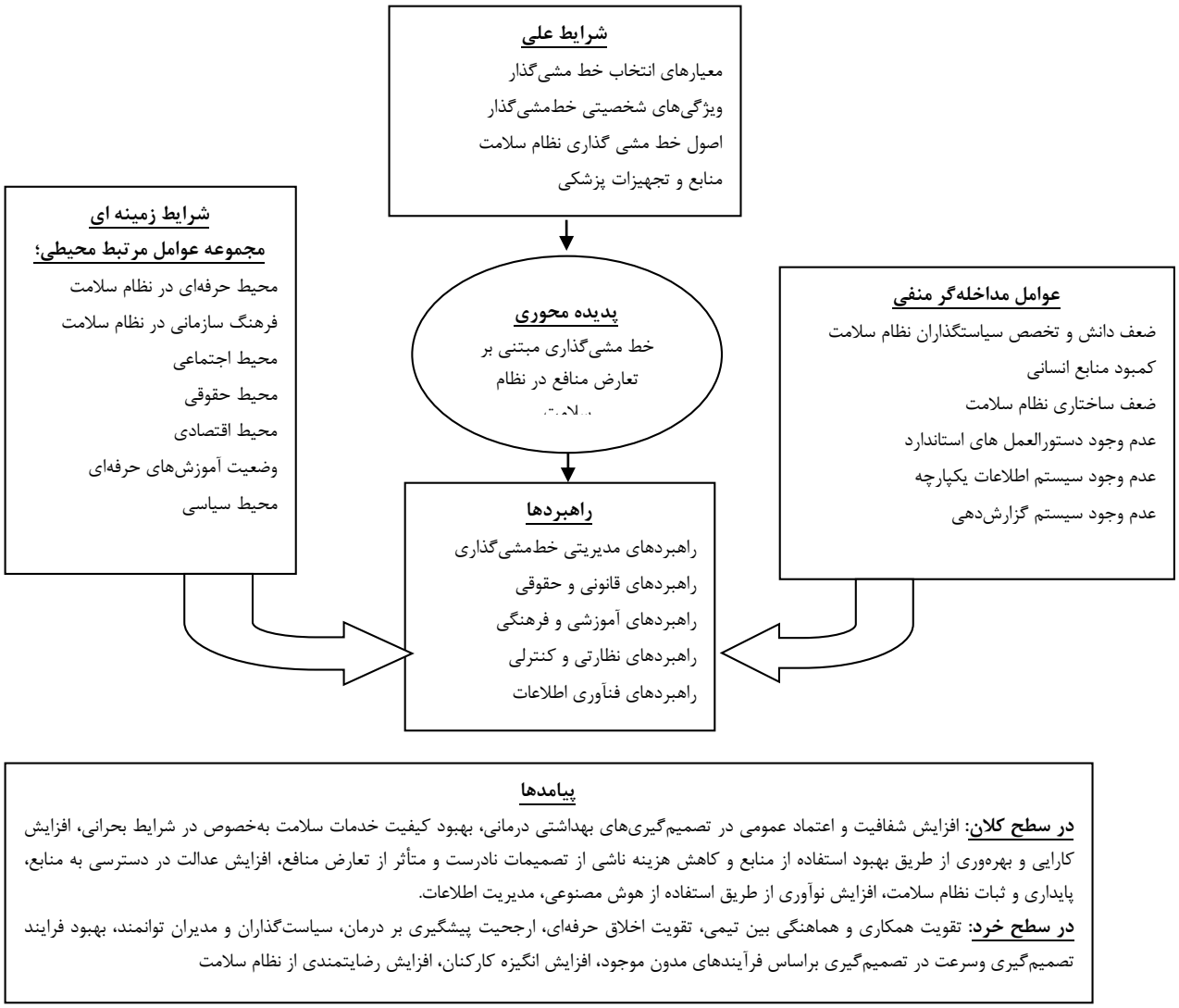
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

راهبردها	راهبردهای مدیریتی خط‌مشی‌گذاری	سیاست‌گذاری توسط کلیه گروه‌های ذی‌نفع (برگزاری جلسات با گروه‌های مختلف و براساس خرد جمعی) و به‌صورت جامع و فراگیر و evidence base، سیاست‌گذاری و تصمیمات از پیش تعیین‌شده و مدون با لحاظ تعارض منافع؛ مدیریت زمان در نظام سلامت در شرایط وقوع بحران کرونا، الکترونیکی سازی خدمات و فرایندها در نظام سلامت، اصلاح الگوی مصرف در نظام سلامت، خرید متمرکز دارو و ملزومات پزشکی از سوی ستاد دانشگاه (عدم برون‌سپاری)، انجام مانورهای واقعی بحران و رفع موانع موجود
	راهبردهای قانونی و حقوقی راهبردهای آموزشی و فرهنگی	بازنگری سیاست‌های و خط‌مشی‌های نظام سلامت، حاکمیت قانون در بخش سلامت گنجاندن فصول مدیریت تعارض منافع در دانشگاه‌ها، ارائه آموزش‌های تخصصی به شرکت‌های ناظر، استفاده از هوش مصنوعی، استفاده از تجارب و درس آموخته‌های سایر کشورها در تدوین سیاست‌گذاری، افزایش تعاملات با کشورهای موفق در مدیریت تعارض منافع در زمان بحران و استفاده از تجارب آن‌ها
	راهبردهای نظارتی و کنترلی	پایش و ارزیابی مدیران براساس شاخص‌ها، انتصاب مدیران بحران با تخصص خط‌مشی‌گذاری، اصلاح فرایندهای کنترل و نظارت
	راهبردهای فن‌آوری اطلاعات (IT)	شفافیت در ارائه خدمات، مدیریت سیستم‌های اطلاعاتی نظم سلامت، پایش اطلاعات، ایجاد پایگاه جامع اطلاعاتی در نظام سلامت، تغییر در شیوه ارائه اطلاعات و اطلاع‌رسانی
پیامدها	در سطح کلان	افزایش شفافیت و اعتماد عمومی در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی، بهبود کیفیت خدمات سلامت به‌خصوص در شرایط بحرانی، افزایش کارایی و بهره‌وری از طریق بهبود استفاده از منابع و کاهش هزینه ناشی از تصمیمات نادرست و متأثر از تعارض منافع، افزایش عدالت در دسترسی به منابع، پایداری و ثبات نظام سلامت، افزایش نوآوری از طریق استفاده از هوش مصنوعی، مدیریت اطلاعات
	در سطح خرد	تقویت همکاری و هماهنگی بین تیمی، تقویت اخلاق حرفه‌ای، ارجحیت پیشگیری بر درمان، سیاست‌گذاران و مدیران توانمند، بهبود فرایند تصمیم‌گیری و سرعت در تصمیم‌گیری براساس فرآیندهای مدون موجود، افزایش انگیزه کارکنان، افزایش رضایتمندی از نظام سلامت

گام چهارم و مرحله آخر خلق نظریه، تلخیص نظری است. این مرحله کدگذاری انتخابی در گراندد تئوری است. اگرچه در کدگذاری محوری مقوله‌ها به‌صورت نظام‌مند بهبود یافتند و با زیر مقوله‌ها پیوند داده شدند؛ بااین‌حال این مقوله‌ها می‌بایست برای تشکیل یک آرایش نظری بزرگ‌تر یکپارچه می‌شدند؛ بنابراین در مرحله کدگذاری انتخابی فرآیند یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌ها صورت گرفت؛ داده‌های خام مصاحبه‌های پژوهش حاضر پس از کدگذاری و دسته‌بندی در قالب مفاهیم و مقوله‌ها، به استخراج یک مقوله هسته‌ای یا پدیده اصلی پژوهش یعنی خط مشی‌گذاری مبتنی بر تعارض منافع، براساس تأکید گسترده‌ای که مصاحبه‌شوندگان به این مضمون داشتند، منتهی شد و مدل پژوهش مطابق شکل ۱ ترسیم شد.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]



شکل ۱: مدل پارادایمی پژوهش

در گام پنجم جهت بررسی اعتبار متغیرهای مدل براساس شاخص‌های تناسب و کاربردی بودن (۱۶) موردبررسی قرار گرفت و نظر مصاحبه‌شوندگان دراین‌باره بررسی شد. از طرفی در مورد شاخص تناسب با ۲ نفر از مصاحبه‌شوندگان درباره تناسب یافته‌های پژوهش با دنیای تجربی بحث شد. همچنین برای اطمینان از روایی و پایایی متغیرها، از ۴ معیار یا مفهوم زیر استفاده شد.

اعتبارپذیری: در پژوهش حاضر، به‌منظور گردآوری اطلاعات، به مدت ۶۵ روز در محیط پژوهش حضور مداوم و مستمر صورت گرفته و بارها فایل‌های مصاحبه را بازنگری و بررسی شد. همچنین تمامی مراحل پژوهش و عوامل ذکرشده از سوی نمونه به‌طور دقیق ثبت‌شده و دربارهٔ یافته‌های حاصل بحث و تبادل‌نظر شد.

انتقال‌پذیری: در پژوهش حاضر، نتایج با جزییات کافی و به‌صورت عمیق بیان می‌شوند تا معیار شرح عمیق که یکی از معیارهای انتقال‌پذیری است، به دست آید.

اطمینان‌پذیری: برای این منظور مصاحبه‌های ضبط‌شده، متون نسخه‌برداری‌شده مصاحبه‌ها، برگه راهنمای مصاحبه، فهرست مصاحبه‌شوندگان و مقوله‌های استنتاج شده از داده‌ها و یادداشت‌های پژوهشگر همگی ثبت و مستند گردید.

تأییدپذیری: در این پژوهش، برای تأمین تأییدپذیری اطلاعات، از همان ابتدای پژوهش تمام مستندهای مربوط به

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال نهم، شماره ۳، شماره پیاپی ۳۳

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

داده‌های پژوهش و همچنین استنتاج‌ها، تفسیرها و یافته‌ها به روشی نظام‌مند ثبت و ضبط شد. مفاهیم و مقوله‌های استخراج‌شده به همراه یافته‌ها دوباره به اطلاع مصاحبه‌شوندگان رسید و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید یا پس از ارسال دوباره، موارد به تأیید نهایی آن‌ها رسید.

بحث

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت، تولیت بخش سلامت را بر عهده دارد. تولیت در خط‌مشی‌گذاری (تعیین خط‌مشی و جهت‌گیری کلان نظام سلامت)، تجلی می‌یابد. در این مطالعه تلاش شده است خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع به‌عنوان رویکردی که کمک می‌کند تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد خط‌مشی‌ها در زمان وقوع بحران علی‌الخصوص بحران‌هایی نظیر کرونا تحلیل و بررسی شود و نحوه به‌کارگیری این رویکرد در خط‌مشی‌گذاری سلامت کشور مدنظر قرار داده شود. انجام مصاحبه با خبرگان منجر به طراحی مدلی مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در نظام خط‌مشی‌گذاری سلامت گردید. در این تحقیق مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع که دربرگیرنده شرایط علی (شامل معیارهای مرتبط با انتخاب خط مشی‌گذار، ویژگی‌های شخصیتی خط‌مشی‌گذار، اصول خط مشی‌گذاری نظام سلامت و منابع و تجهیزات پزشکی)، شرایط زمینه‌ای (شامل محیط حرفه‌ای در نظام سلامت، فرهنگ‌سازمانی در نظام سلامت، محیط اجتماعی، محیط حقوقی، محیط اقتصادی، وضعیت آموزش‌های حرفه‌ای و محیط سیاسی)؛ عوامل مداخله‌گر منفی (شامل ضعف دانش و تخصص سیاست‌گذاران نظام سلامت، کمبود منابع انسانی، ضعف ساختاری نظام سلامت، عدم وجود دستورالعمل‌های استاندارد، عدم وجود سیستم اطلاعات یکپارچه و عدم وجود سیستم گزارش‌دهی شناسایی شد که این عوامل پیامدهایی در سطح خرد و کلان دارد. نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق مشابه و هم‌راستا با نتایج تحقیق ریکاردو و همکاران (۲۰۲۳) با عنوان مدل‌سازی خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت و تأثیر آن بر رفتار سازمانی منابع انسانی (۴)، باکی هاشمی و همکاران (۲۰۲۲) با عنوان مدیریت تعارض منافع جزء لاینفک خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت در ایسلند (۵)، تانگنی (۲۰۲۲) با عنوان طراحی مدل خط‌مشی‌گذاری در سازمان‌های دولتی امارات متحده عربی (۱۰) و جوولت و همکاران (۲۰۲۰) با عنوان خط‌مشی‌گذاری تأمین مالی سلامت و اجرای آن در محیط‌های شکننده و متأثر از تعارض منافع در سازمان‌های دولتی جنوآی ایتالیا (۱۱) و فردریکسون و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان کاهش تعارض منافع در استفاده از خط‌مشی‌گذاری سیاسی در تعدیل نظام سلامت سوئد (۱۳) می‌باشد. در تبیین و تشریح نتایج می‌توان گفت مطابق نظریه شبکه‌ای خط‌مشی‌گذاری، در فرایند خط‌مشی‌گذاری بازیگران مختلف با منافع گوناگون با یکدیگر در تعامل بوده و اهداف مشترکی را محقق می‌سازند. مبنای شکل‌گیری شبکه‌ها اعتماد فی‌مابین اعضای آن است. این اعتماد در طول زمان با تکرار تعاملات شکل می‌گیرد و بر مبنای همین روابط مبتنی بر اعتماد، تعارض منافع اعضا شبکه مدیریت می‌شود و به‌نوعی تعهدی نانوشته است که اعضا نفع عمومی که همانا حفظ و توسعه شبکه است را بر نفع فردی خویش ترجیح دهند. بااین‌حال شبکه‌ها نیز می‌توانند دچار تعارض منافع شده و به انحراف کشانده شوند. عدم ضمانت قانونی و حقوقی که غالباً در شبکه‌ها وجود دارد، یکی از مهم‌ترین زمینه‌های بروز تعارض منافع در ابعاد خط‌مشی‌گذاری است. طبق نتایج تحقیقات باکی هاشمی و همکاران (۲۰۲۲) (۵) و تانگنی (۲۰۲۲) (۱۰)، در پاره‌ای از موارد اجرای خط‌مشی‌ها در نظام سلامت موفق و رضایت‌بخش نیست. تجربیات نشان می‌دهد گاهی مسائل متعددی در اجرای یک خط‌مشی اتفاق می‌افتد؛ به‌طوری‌که عملاً آنچه اجرا می‌شود با آنچه تدوین‌شده است، تفاوت اساسی دارد. امروزه شاهد آشفتگی محیطی در اکثر سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی یا نگرانی در مورد مشکلات سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های بهداشتی و رشد هزینه‌ها، تقاضاهای زیاد در زمینه تأمین مالی و عدم پوشش مناسب خدمات بهداشتی هستیم. بر این اساس دو موقعیت تعارض منافع در خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت مطابق نظریه شبکه‌ها می‌توان تشریح کرد:

- تعهد به شبکه: ازآنجایی‌که پایه تعهد در شبکه‌ها اخلاقی و وجدانی است، افراد عضو شبکه در یک تعارض منافع دائمی جهت کاهش و نادیده انگاشتن این تعهد و یا پایبند بودن به آن قرار دارند. برخی از پژوهشگران همچون تانگنی (۲۰۲۲) معتقدند که عنصر اعتماد نمی‌تواند به‌تنهایی از رفتارهای فرصت طلبانه اعضای شبکه جلوگیری کنند و معمولاً اعضا با هنجارشکنی به دنبال سود بیشتر شخصی خواهند بود که این امر منجر به ایجاد تعارض منافع در خط‌مشی‌گذاری خواهد شد (۱۰).

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]

- تشکیل شبکه‌های قدرت: فرض اینکه در شبکه همه بازیگران از منابع و ارتباطات یکسانی برخوردارند تاحدودی غیرواقعی و ساده‌لوحانه است. در بیشتر شبکه‌ها بازیگران اندکی با در دست داشتن اکثریت منابع، به راهبری شبکه می‌پردازند و شبکه پوششی برای تعارض منافع آن‌ها می‌شود.

- مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع توجه مجریان را به به‌کارگیری راهکارهای مدیریت تعارض منافع و یادگیری برای ایجاد قابلیت‌هایی متناسب با شرایط اجرا جلب می‌کند تا امکان اجرای موفقیت‌آمیز خط‌مشی‌ها فراهم شود. متناسب‌سازی از ویژگی‌های مهم اجرای خط‌مشی‌های مبتنی بر بحث تعارض منافع است که براساس آن مجریان باید نسبت به شرایط مداخله‌گر و بستر اجرا واکنش نشان داده و خط‌مشی‌ها را متناسب با آن‌ها به‌گونه‌ای اجرا کنند که اهداف موردنظر محقق شوند. به‌عبارت‌دیگر به‌کارگیری این مدل، به مجریان کمک می‌کند تا درک کنند که هر خط‌مشی برای اجرای موفقیت‌آمیز نیاز به قابلیت‌های اجرایی و توانمندی‌های مدیریتی خاص خود دارد و نمی‌توان همه خط-مشی‌ها را با دانش، مهارت، ساختارها، فرایندها و منابع سازمانی فعلی اجرا کرد.

در مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت در شرایط بحران از مرحله شناسایی مشکل، تدوین و تصویب خط‌مشی، اجرا و پایش و ارزیابی خط‌مشی بر نقش بازیگران، شفافیت و افشای اطلاعات، تشکیل کمیته‌های مستقل، مشارکت گسترده، ساختارهای نظارتی، مدیریت تعارض منافع، آموزش، ارزیابی و بازخورد، استفاده از فناوری، گزارش‌دهی و شفافیت مالی، تشویق به رفتارهای اخلاقی، پیگیری و اقدام در برابر تخلفات، به‌روزرسانی و بهبود مستمر فرآیندها تأکید می‌گردد که از نقاط قوت این تحقیق است.

بی‌شک همواره در پژوهش‌ها محدودیت‌هایی وجود دارد و این پژوهش از این قاعده مستثنی نیست و با محدودیت‌هایی در هنگام انجام پژوهش مواجه شده است. یکی از محدودیت‌های اصلی تحقیقات کیفی، محدودیت در تعمیم نتایج است که این تحقیق نیز از این قاعده مستثنی نیست. بدین‌صورت که این تحقیق به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۲ به ارائه مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت پرداخت که در تعمیم آن به سایر دوره‌ها و نظام‌ها باید احتیاط نمود. همچنین مشغله زیاد و دسترسی بسیار سخت به صاحب‌نظران موردنظر در حوزه‌ی سلامت یکی دیگر از محدودیت‌های موجود بود. برای پژوهش‌های آتی نیز پیشنهاد می‌شود تحقیقی با عنوان ارائه مدل هوشمند خط‌مشی‌های مبتنی بر تعارض منافع با به‌کارگیری روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی یا دلفی فازی انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود محققان آتی به ارائه مدل خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت با تأکید بر تعارض منافع با استفاده از تحقیق داده بنیاد یا تحلیل مضمون بپردازند.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این تحقیق به نظر می‌رسد مدیریت تعارض منافع در ابعاد خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت یکی از اقدامات مهم در کاهش شکست در اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت می‌باشد. پژوهش حاضر به مدیران و بازیگران حوزه‌ی خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت کمک می‌نماید تا با شناخت عوامل کاهنده تعارض منافع در اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت مانع از بروز مشکل در مسیر اجرای موفق خط‌مشی‌های نظام سلامت گردند. با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود تمرکز وزارت بهداشت بر مأموریت بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت به ساختاری متشکل از خبرگان اعم از افراد متبحر، واگذاری کلیه امور اجرایی به استان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی، اعمال مدیریت و نظارت بر تخصیص کلیه منابع دولتی مرکزی از محل مالیات‌های ملی و فروش نفت و اختصاص آن‌ها به شورای سلامت استان، سیاست‌گذاری کلان بیمه‌های عمومی درمانی کشور باشد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت تمامی اصول اخلاقی مرتبط با پژوهش در حوزه سیاست‌گذاری و سلامت انجام‌شده است. هیچ‌گونه نقص اصول اخلاقی، چه در جمع‌آوری داده‌ها و چه در تحلیل و نتیجه‌گیری صورت نگرفته است. کلیه مراحل انجام این مطالعه با رعایت نکات اخلاقی و رضایت شرکت‌کنندگان صورت گرفته است و این مطالعه در پردیس البرز با کد ۱۵۰۲۶۱۸۰-۰۱ مورد تائید قرارگرفته است.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از همکاری کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. س، ع. م، ط. ع

جمع‌آوری داده‌ها: م. س، ع. م

تحلیل داده‌ها: م. س

نگارش و اصلاح مقاله: م. س، ع. م، ط. ع

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مدیریت دولتی گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی گذاری عمومی از پردیس البرز دانشگاه تهران با عنوان "مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر مدیریت تعارض منافع در شرایط بحران در نظام سلامت کشور (موردمطالعه: تجربه کووید ۱۹)" می‌باشد که از سوی هیچ سازمانی موردحمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Moro MF, Calamandrei G, Poli R, Di Mattei V, Perra A, Kurotschka PK, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in Italy: analyzing the role of individual and workplace-level factors in the reopening phase after lockdown. Front Psychiatry 2022; 13: 867080. doi: 10.3389/fpsyt.2022.867080.
2) Maas TY, Pauwelussen A, Turnhout E. Co-producing the science-policy interface: towards common but differentiated responsibilities. Humanities and Social Sciences Communications 2022; 9(1): 1–11. doi: 10.1057/s41599-022-01108-5.
3) Taghvaei R, Sheikhbakloo S. Investigate the effect of the background of the formation of the policy administrative health system on the inter-organizational performance mediated by transparency in Kermanshah governorate. Public Policy in Administration 2022; 12(4): 15-22. doi: 10.30495/ ijpa.2022.65401.10833.
4) Rickardo G, Waléria M, Priscila G. Health management models and their impacts on organizational behaviors of human resources in the hospital setting. World Journal of Advanced Research and Reviews 2023; 17(3): 318-24. doi: 10.30574/ wjarr.2023.17.3.0382.
5) Baki Hashemi SMM, Ebrahimi SA, Farhadinejad M, Vizdizadeh Bahare. Policy conflict management in the health system policy-making process elements, effects and solutions. Iranian Journal of Public Policy 2021; 7(3): 77-98. doi: 10.22059/jppolicy.2021. 83369. [Persian]
6) Ebrahim SA, Farhadinejad M, Baki Hashemi SMM. Policy analysis of the health system based on the advocacy coalition frameworks (case study: Iran's health system reform plan). Strategic Studies Quarterly 2020; 23(2): 95-112. [Persian]
7) Asadpour H, Amirkabiri A, Rabiee Mandjin M. Designing and explaining a model based on systemic policy making (with emphasis on Almond model) in the State Tax Administration. J Tax Res 2022; 30(53): 7-44. doi: 10.52547/taxjournal.30.53.1. [Persian]
8) Ahadzadeh A, Sayadshirkosh S, Jamshidi Ivanaki M. Effectiveness of public policy implementation: a case study of the ministry of health. Quarterly Journal of Energy Policy and Planning Research 2021; 6(4): 167-205. [Persian]
9) Abolhasani MS, Ziaaddini M, Nikbakhsh MA. Identifying and prioritizing measures to reduce the failure of the implementation of health system policies based on the technique of analyzing failure states and their effects and fuzzy TOPSIS. Occupational Medicine Quarterly Journal 2024; 16 (1): 11-30. [Persian]
10) Tangney P. Examining climate policy-making through a critical model of evidence use. Frontiers in Climate 2022; 4: 929313. doi: 10.3389/fclim. 2022.929313.
11) Jowett M, Dale E, Griekspoor A, Kabaniha G, Mataria A, Bertone M, Witter S. Health financing policy& implementation in fragile & conflict-affected settings: a synthesis of evidence and policy recommendations. WHO: Switzerland, Geneva. 2019: 98-101.
12) Newberry S. Policy conflict: the influence of fiscal targets on reform of New Zealand's natural disaster fund. Financial Accountability & Management 2020; 36(2): 189-206. doi: 10.1111/faam.12232.
13) Fredriksson M, Gustafsson IB, Winblad U. Cuts without conflict: the use of political strategy in local health system retrenchment in Sweden. Soc Sci Med 2019; 237: 112464. doi: 10.1016/j.socscimed.2019. 112464.
14) Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: London: Sage: 1985: 85-92. doi: 10.1016/0147-1767(85)90062-8.
15) Scott KW, Howell D. Clarifying analysis and interpretation in grounded theory: using a conditional relationship guide and reflective coding matrix. International Journal of Qualitative Methods 2008; 7(2): 1-15.
16) Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. London: Sage; 1998: 56-60.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]

CC BY-NC 4.0

Manage Strat Health Syst

Original Article

The Policy-Making Model Based on Conflict of Interest Management in Crisis Conditions in the Country's Health System (Case of Study: The Experience of COVID-19)

Mahnaz Sabzi [1], Abbas Monavarian [2*], Tayebeh Abbasi [3]

[1] Ph.D. student of Public Management Majoring in Decision-making and Public Policy, Alborz Campus of Tehran University, Tehran, Iran
[2] Professor, Department of Management, School of Management, Tehran University, Tehran, Iran
[3] Associate Professor, Department of Management, School of Management, Tehran University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Abbas Monavarian
amonavar@ut.ac.ir

Citation: Sabzi M, Monavarian A, Abbasi T. The Policy-Making Model Based on Conflict of Interest Management in Crisis Conditions in the Country's Health System (Case of Study: The Experience of COVID-19). Manage Strat Health Syst 2024; 9(3): 234-45.

Received: July 11, 2024
Revised: November 20, 2024
Accepted: November 30, 2024

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Policy-making is one of the management functions in the health system, and according to the main goal of the health system, which is health promotion, health system approaches are advancing in the light of presenting a policy-making model based on conflict of interest management. Therefore, the purpose of this research is to present a policy-making model based on conflict of interest management in crisis conditions in the country's health system during the period of the COVID-19 crisis.

Methods: This research is an applied research in terms of purpose, and has a qualitative approach, and the multi-grounded theory method was used as the research method. This study was conducted by collecting data, through library studies and semi-structured interviews with 12 experts of the country's health system through theoretical sampling until the saturation point was reached. The inclusion criteria were familiarity with the policy-making process in the health system and having at least a master's degree related to policy-making, and the exclusion criterion was lack of desire and motivation. Data analysis was done in three stages of open coding, axial coding, and selective coding using MaxQDA$_{10}$ software. In order to obtain the reliability and validity of the data, 2 methods of reviewing the participants and Lincoln and Guba (1985) approach were used.

Results: The findings showed that the policy-making model based on conflict of interest management includes 74 sub-categories in the form of 18 main categories of causal, contextual, intervening conditions, central phenomenon, consequences, and strategies. It indicates that selecting policy-maker, the personality characteristics of the policy-maker, the principles of health system policy-making, and medical resources and equipment are causal factors affecting policy-making based on conflict of interest management, which predicts consequences at the micro and macro levels.

Conclusion: The policy-making model based on conflict of interest management comprehensively identifies factors such as the personality characteristics of policymakers and health system resources as influential factors. This model shows that considering these factors, consequences can be predicted at the micro and macro levels. Therefore, effective conflict of interest management requires attention to various conditions and factors, so that decisions can be made optimally and without conflict.

Keywords: Policy-making model, Conflict of interest management, Crisis conditions, Health system, COVID-19.

Copyright: © 2024 The Author(s); Published by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 International license (https://creativecommons. org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v9i3.17298]