

استفاده از رویکرد تحلیل شبکه اجتماعی در بررسی ساختار قدرت در شبکه حمایت مالی از افراد بی بضاعت در خدمات سلامت در ایران

منال اعتمادی^۱؛ حنا محمدی کنگرانی^۲؛ حسن ابوالقاسم گرجی^۳؛ کیومرث اشتریان^۴

چکیده

در حوزه سیاستگذاری حمایت از افراد بی بضاعت در دسترسی مالی به خدمات سلامت در ایران، نهادهای متعددی فعالیت دارند که از نظر ساختاری از هم منفک بوده و به نظر می‌رسد ارتباطات سازمان‌یافته‌ای با هم ندارند. در مطالعه حاضر، به بررسی اسناد قانونی کشور در حوزه حمایت مالی از افراد بی بضاعت در حوزه سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران پرداخته شده و تعداد ۸۶ سند و ۲۰۴ تکلیف قانونی از اسناد استخراج شد که از این تعداد ۱۲۳ تکلیف از اسناد ملی و ۸۱ تکلیف متعلق به اسنادسازمانی بود. رویکرد تحلیل شبکه اجتماعی برای تحلیل اسناد قانونی انتخاب شد. ماتریس تک وجهی نهاد-نهاد برای تعیین ارتباطات، ساختار و الگوی قدرت حاکم در شبکه تکالیف قانونی حمایت مالی از افراد بی بضاعت ترسیم و برای تحلیل وارد نرم افزار UCINET شد. یافته‌ها نشان داد که میان بعضی از دستگاه‌های این شبکه، ارتباط و همکاری قانونی وجود ندارد که به دلیل جایگاه نامناسب آنها در شبکه است. همچنین سیاست حمایت مالی از سلامت افراد بی بضاعت در ایران یک نظام دربرگیرنده بازیگران متعدد است و این تکثر، کلاف سردرگمی از نوع و میزان و حوزه مسئولیت‌ها را بین نقش آفرینان ایجاد نموده است. عدم حضور یا حضور ضعیف نهادهای نظارتی و قانونگذاری و کم‌رنگ بودن نهادهای خیریه و غیردولتی از دیگر نقاط ضعف این شبکه بوده است.

واژگان کلیدی: افراد بی بضاعت، حمایت مالی، سیاستگذاری سلامت، تحلیل شبکه اجتماعی، ساختار قدرت

مقدمه

تدوین و اجرای سیاست‌ها بیشتر یک بازی جمعی شبیه شبکه است تا تسلط یک بازیگر منفرد؛ بنابراین یک ابزار تحلیل مفید و استراتژی مدیریتی برای سیاستگذار به منظور کاهش پیچیدگی‌ها و عدم قطعیت در شبکه‌های سیاست‌گذاری، برای اتخاذ یک سیاست بسیار مهم خواهد بود. تحلیل شبکه‌ای^۵ یک روش ترسیم نقشه قدرت با استفاده از ویژگی‌های ساختاری و ارتباطی شبکه بازیگران^۶ است که با نمایش قدرت و موقعیت بازیگران کلیدی، نقشی که آنها در تاثیر بر تصمیم‌گیری بازی می‌کنند را توصیف می‌نماید (۱)؛ در واقع، تحلیل شبکه ابزاری برای تفکر استراتژیک در مورد نقاط قوت و ماهیت ارتباطات نهادی در چشم انداز سیاسی است. این رویکرد، یک روش نگاشت تصویری از روابط و تعاملات بین مجموعه‌ای از بازیگران/نهادهای در یک بخش جامعه است که بر ساختار

۱ دانش‌آموخته دکتری سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲ دانشیار دانشگاه هرمزگان (نویسنده مسئول)؛ kangarani@ut.ac.ir

۳ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴ دانشیار سیاستگذاری عمومی دانشگاه تهران

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

روابط تاکید دارد و نه بر ویژگی های آنها (۲). از سوی دیگر، تحلیل شبکه اجتماعی ادعا می کند که تعیین جایگاه بازیگران در یک شبکه برای تعیین قدرت رسمی و غیررسمی آنها حیاتی بوده (۳) و توزیع قدرت درون شبکه های سیاسی و مدیریتی منتج از موقعیت سازمان ها و نهادها و روابط میان آنها می باشد؛ توزیع نامتوازن قدرت در شبکه های متمرکز، به معنی توزیع نابرابر امتیازات ناشی از جایگاه نهاد در شبکه و جامعه است (۴) که موجب کاهش اختیار تصمیم گیری بازیگران دارای قدرت کمتر می شود (۵).

در حوزه سیاستگذاری حمایت از افراد بی بضاعت در دسترسی مالی به خدمات سلامت در ایران نهادهای متعددی فعالیت دارند که از نظر ساختاری از هم منفک بوده و به نظر می رسد ارتباطات سازمان یافته ای با هم ندارند. همچنین با توجه به مشارکت نهادهای دولتی مردمی رسمی و غیررسمی هم چون نهادهای خیریه در این زمینه، لزوم ایجاد رویکرد نظام مند^۱ به این حوزه برای سازماندهی روابط میان سازمان ها و نهادهای فعال در قالب یک شبکه سیاستگذاری سلامت افراد بی بضاعت ضروری به نظر می رسد. هدف این پژوهش بررسی وضعیت موجود از نظر شبکه ارتباطی بین نهادها و سازمان های فعال در این حوزه بوده است. نهادهای مرتبط با حمایت مالی از افراد بی بضاعت در حوزه سلامت در ایران شامل نهادهای فرادولتی، دولتی، غیردولتی، خصوصی، خیریه، دارای حمایت مستقیم یا غیرمستقیم، ملی و استانی است.

به طور کلی، سیاست پوشش همگانی سلامت^۲ از سوی بسیاری از سازمان های بین المللی (مانند بانک جهانی^۳ و سازمان جهانی بهداشت^۴) به عنوان راهی برای ارتقای کیفیت زندگی برای فقرا و بهبود دسترسی نابرابر به مراقبت سلامت توصیه شده است (۶)، گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت، دو عامل اساسی در پوشش همگانی سلامت را نخست استطاعت مالی^۵ در استفاده از خدمات سلامت به معنی توانایی افراد برای پرداخت برای خدمات سلامت بدون مواجهه با مشکل مالی (۷) و دوم حفاظت مالی افراد در زمانی که ریسک مالی ناشی از درمان آنها را تهدید می کند، معرفی می نماید (۸)؛ زیرا توجه به پوشش همگانی سلامت به معنای رسیدگی به فقرا و اقلیت هایی است که به خاطر مسائل سیاسی، هزینه ای برای آنها پرداخت نمی شوند و نماینده ای هم ندارند (۸) در بسیاری از کشورهایی که در مسیر پوشش همگانی سلامت گام برداشته اند، بعضی از گروه ها از جمله گروه های بی بضاعت شانس در دسترسی به خدمات سلامت نداشته اند (۹). علیرغم اینکه مکعب پوشش همگانی سلامت در ایران در بعد حفاظت مالی نگران کننده است (۱۰) اما سیاست مشخصی برای تضمین دسترسی مالی به خدمات سلامت به ویژه برای افراد بی بضاعت در کشور ایران وجود ندارد.

وقتی یک برنامه حمایت و یا پروژه کمک رسانی، فقرا را در مرکز توجه قرار دهد، موضوع ماهیت نهادی مورد توجه قرار می گیرد. در نتیجه تحلیل نهادی بخشی پیچیده از سیاست گذاری و طراحی پروژه حمایت از فقرا می باشد (۱۱). خیرین و سیاستگذاران باید در نظر داشته باشند که نهادهای خوب برای کاهش فقر، اهمیت بسیاری داشته و تاثیر بزرگی بر رفاه فقرا دارند (۱۲). در واقع، نهادها به صورت مستقیم و غیرمستقیم با عوامل واسطه ای بر فقر اثرگذارند. تاثیر نهادها-سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و اداری- بر کاهش فقر فراگیر و گسترده است. نهادها نقش واسطه ای در فرایندهای اجتماعی و سیاسی و اقتصادی موثر بر فقر بازی می کنند و بنابراین شناخت آنها برای درک فقر و تدوین سیاست های مورد نیاز اهمیت دارد. نهادها می توانند چرایی کاهش سریع فقر و بی عدالتی را در برخی

1-Systematic

2- Universal Health Coverage(UHC)

3-World Bank

4-World Health Organization(WHO)

5- Financial accessibility

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دومین و سومین خردادماه ۱۳۹۸

جوامع و دشواری کاهش آن را در جوامع دیگر تبیین نماید. تحلیل ماهیت نهادها و سیاست ها به فهم عمیق تری از فقر و رشد حامی فقرا و تدوین استراتژی های موثرتر کاهش فقر در کشور منجر می شود (۱۳).

مرور مطالعات مشابه نشان می دهد که رویکرد تحلیل شبکه اجتماعی در سرفصل های مختلف حوزه سلامت مورد استفاده قرار گرفته است. پروو^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۸ در مطالعه ای به بررسی ساختار شبکه اجتماعی سازمان های ارائه دهنده خدمات حمایتی به افراد دارای سطح اجتماعی اقتصادی ضعیف در شهر والز در هلند و دامنه و هماهنگی فعالیت های آنها با رویکرد تحلیل شبکه اجتماعی پرداخته اند. آنها از پرسشنامه آنلاین برای بررسی روابط بین سازمانی و نیز مصاحبه های نیمه ساختاریافته برای ترسیم شبکه استفاده نموده اند. نتایج نشان داد که شبکه مذکور از ساختار ضعیفی برخوردار است و همه مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که بهبود ساختار موجود از طریق ایجاد یک نظام اطلاعات مرکزی ضروری است. مطالعه مذکور تحلیل شبکه اجتماعی را ابزار مفیدی برای توصیف عمیق روابط در یک شبکه ارائه خدمت معرفی می نماید (۱۴).

لمپینگ^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۳ از روش تحلیل شبکه ای برای توصیف ارتباطات میان سازمان های واسطه ای، به عنوان یک بخش مهم برای درک فرایند سیاستگذاری سلامت در نظام بهداشت و درمان کشور هلند استفاده نمودند و در نهایت، ۲۲۱ سازمان واسطه ای را شناسایی کرده و اطلاعات مربوط به کارکرد، نحوه ارتباطات مستقیم و غیرمستقیم و نیز نفوذ سازمان ها با استفاده از پرسشنامه را جمع آوری و با شاخص مرکزیت درجه تحلیل کردند. نتایج نشان داد که هماهنگی بین حوزه های مختلف سیاستگذاری در بخش سلامت نه از طریق نهادهای دولتی، بلکه از طریق انجمن ها مانند انجمن بیمارستان ها، بیماران و انجمن کارکنان اتفاق می افتد. به علاوه حضور ذینفعان در فرایند سیاستگذاری متوازن نیست، به این معنی که دسترسی به فرایند سیاستگذاری برای همه ذینفعان به طور متعادل فراهم نیست (۱۵).

وانگ^۳ در سال ۲۰۱۲ در بررسی اصلاحات مالی ای که به دنبال طرح بیمه سلامت ملی در کشور تایوان از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۰ اتفاق افتاد، از روش تحلیل شبکه ای برای تحلیل انواع ارتباطات و نیز توزیع قدرت بین نخبه های سیاستگذاری استفاده نمود. وی داده های مرتبط با انتقال اطلاعات، تبادل منابع، سوابق و تشکیل ائتلاف را با استفاده از بررسی اسناد رسمی و نیز مصاحبه با ۶۲ نفر از مقامات دولتی و ذینفعان مشارکت کننده غیردولتی جمع آوری نمود. نتایج این مطالعه نشان داد که بازیگران اصلی اصلاحات بیمه سلامت ملی، بازیگران دولتی و انجمن های پزشکی می باشند؛ اگرچه در صورت عدم وجود ارتباط مناسب این بازیگران با جامعه، اصلاحات به شکست منجر می شد. وی بیان می کند که تحلیل شبکه های اجتماعی^۴ به عنوان ابزاری برای ارزیابی امکان پذیری سیاسی، می تواند تعارض سیاسی بین ذینفعان سیاست ها را ترسیم نماید (۱۶).

مطالعه وضعیت بهره مندی افراد بی بضاعت از خدمات سلامت در ایران نشان داده است که این گروه از دسترسی مناسبی برخوردار نیستند. امامقلی پور و عاقلی در مطالعه کمی خود در سال ۲۰۱۸ به بررسی توزیع هزینه های سلامت در میان خانوارهای شهری و روستایی پرداخته است و محاسبه شاخص ها نشان داد که توزیع هزینه های سلامت بر ضد خانوارهای فقیر است. خانوارهای شهری با نابرابرترین توزیع هزینه های سلامت مواجه بوده اند و توزیع هزینه های خانوارهای شهری نسبت به روستایی پسرورنده تر بوده است. نویسندگان پیشنهاد نموده اند که بار هزینه های خانواده های کم درآمد باید از طریق توسعه پوشش بیمه ای کاهش یابد (۱۷).

1- Prevo

2- Lamping

3- Wang

۴- Social Network Analysis

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

امینی و مسکرپور در سال ۱۳۹۲ در مطالعه ای توصیفی با عنوان "ارزیابی وضعیت دسترسی مالی خانوارها به مراقبت های بهداشتی و درمانی در ایران طی سال های ۱۳۶۱-۱۳۸۶" نشان دادند که افزایش نسبت هزینه های بهداشتی و درمانی از درآمد خانوارها، دسترسی مالی خانوارها به خدمات سلامت را کاهش داده و به طور معناداری آن را تابعی از درآمد خانوارها کرده است. همچنین سیاست گسترش بیمه سلامت و مکانیسم های پیش پرداخت نتوانسته است نقش معناداری در کاهش سهم هزینه های بهداشتی و درمانی از درآمد خانوارها داشته باشد (۱۸).

همچنین سوابق بررسی مشارکت و ارتباطات بین سازمانی در بخش سلامت نشان دهنده لزوم ایجاد یک شبکه بین سازمانی در این حوزه بوده است. دمازی و همکاران در مطالعه خود در سال ۲۰۱۷ که با هدف طراحی مدل دسترسی مناسب تر به خرد ذینفعان برای سیاستگذاری و اتخاذ تصمیمات با روش کیفی و مرور اسناد و منابع مربوطه، بحث گروهی متمرکز با صاحب نظران و مصاحبه ذینفعان انجام گرفته است نشان می دهد ایجاد شبکه مشکل از دو گروه مدیران اجرایی و صاحب نظران با تعریف دبیرخانه ملی با بودجه مشخص تحت نظارت وزارت بهداشت به تسهیل و تسریع دسترسی سیاستگذاران به دیدگاه های ذینفعان کمک می کند (۱۹).

جمع بندی مطالعات داخلی صورت گرفته در این حوزه در ایران نشان می دهد که اکثر مطالعات داخلی به ارزیابی تاثیر سیاست های سلامت بر گروه های بی بضاعت و وضعیت دسترسی افراد به خدمات سلامت پرداخته اند. اما تاکنون مطالعه ای با رویکرد تحلیل شبکه ای برای بررسی ساختار و توزیع قدرت در شبکه سیاستگذاری بخش سلامت در کشور و در راستای حمایت از افراد بی بضاعت انجام نشده است؛ براین اساس، این پژوهش با هدف بررسی ساختار و توزیع قدرت از منظر شبکه ارتباطی بین نهادها و سازمان های درگیر و مکلف در اسناد قانونی کشور در حوزه حمایت مالی از افراد بی بضاعت در حوزه سلامت پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران انجام شده و در این راستا، از قابلیت های رویکرد تحلیل شبکه اجتماعی بهره برده است.

روش انجام مطالعه

مطالعه حاضر، یک مطالعه بررسی اسناد سیاستی است که از رویکرد تحلیل شبکه های اجتماعی برای بررسی اسناد قانونی کشور در حوزه حمایت مالی از افراد بی بضاعت در حوزه سلامت و به منظور ترسیم شبکه ای وظایف و اختیارات قانونی نهادها، تعیین کانون های قدرت، و نحوه ی توزیع قدرت میان نهادهای این شبکه بهره برده است. اساس این رویکرد که سیاستها را اساساً به عنوان نتیجه همکاری و ارتباطات متقابل میان کنشگران سیاستی مختلف (دولتی و خصوصی، ملی، محلی و ...) بررسی می نماید، این است که چگونگی ساختار این برهم کنشها را نشان دهنده خروجی های سیاستی می داند. (۲۰) مطالعه سیاستگذاری عمومی از طریق مطالعه رابطه میان سازمان های حکومتی با شبکه ای دیگر از سازمان های حامی منافع، آن چیزی است که از آن به نظریه شبکه های سیاستی یاد می شود. (۲۱) هدف تئوری شبکه سیاستی، اجتناب از تورش شدید رویکردهای دولت محور یا جامعه محور و درک صحیح پیچیدگی فرایند سیاستگذاری جاسازی شده در ساختار نهادی و شبکه ای است. (۱) مولفه های اصلی این روش نقش آفرینان و ارتباطات میانشان می باشد که نقش آفرینان به صورت نقاط و ارتباطات به صورت خطوط نشان داده می شوند (۲۲).

در این رویکرد، برای ورود داده ها و تحلیل های داده ای از نرم افزار UCINET و برای ترسیم شبکه ها و تحلیل های دیداری از نرم افزار VISON استفاده خواهد شد. همچنین پس از جمع آوری داده ها و وارد کردن آنها به سیستم نرم افزاری تحلیل شبکه ای امکان ترسیم گراف مربوطه فراهم می شود. به این صورت که شبکه های مختلفی برای تحلیل "جایگاه نقاط" و یا "روابط میان شان" ترسیم می گردد. در صورت زیاد بودن تعداد داده ها، گراف اولیه ی

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

ترسیم شده مشابه کلافی پیچیده خواهد بود که امکان تحلیل دیداری آن وجود ندارد. بدین منظور نیاز به انجام پردازش‌ها و محاسبات می‌باشد که از طریق مفاهیم مرتبط با این روش انجام می‌شوند. (۲۳) به منظور تحلیل گراف‌ها و شبکه‌ها نیز پژوهشگر از بین مفاهیم و اندازه‌های مختلف موجود، بر اساس هدف و فرضیه‌ی پژوهش، مفاهیم و اندازه‌های مناسب را انتخاب و اعمال می‌کند. از مهم‌ترین این مفاهیم می‌توان مرکزیت‌ها، گروه‌بندی‌ها و قدرت را نام برد.

مرکزیت دارای مفهوم گسترده‌ای است که برای شناسایی و تعیین مهم‌ترین کنشگران و یا ارتباطات در یک شبکه مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهم‌ترین و کاربردی‌ترین مرکزیت‌ها عبارتند از درجه و بینابینی. مرکزیت درجه^۱ ساده‌ترین نوع مرکزیت است که ارزش مرکزیت هر نقطه تنها با شمارش تعداد همسایگانش به دست می‌آید. هر چه میزان درجه‌ی یک نقطه بیشتر باشد، دسترسی آن به منابع بیشتر بوده و مرکزی‌تر محسوب می‌شود. مرکزیت بینابینی^۲ نیز بر اساس موقعیت کنشگران در شبکه و قرار گرفتن در کوتاهترین مسیر میان جفت کنشگران دیگر محاسبه می‌شود؛ بنابراین نقطه‌ای دارای بیشترین مرکزیت بینابینی است که بینابین بسیاری از جفت نقاط دیگر قرار گرفته و راه‌های ارتباطی نقاط دیگر از آن بگذرد.

قدرت^۳ هم مفهومی است که بر اساس وضعیت، جایگاه و ارتباطات هر فرد یا سازمان درون شبکه و به دلیل محدودیت‌ها یا فرصت‌های به وجود آمده برای وی، افزایش یا کاهش می‌یابد. هر چه میزان محدودیت فرد یا سازمان کمتر باشد، فرصت‌های او بیشتر شده و در نتیجه به جایگاه مطلوب‌تری دست می‌یابد؛ پس تبدلات بیشتری با دیگران برقرار کرده و تاثیر بیشتری بر آنها می‌گذارد یعنی قدرتمندتر می‌شود. (۲۴)

در این پژوهش، جمع‌آوری اسناد در سه مرحله انجام شد:

۱. در مرحله اول، سامانه‌های قوانین بهداشت و درمان ایران از جمله: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، پایگاه ملی قوانین و مقررات سلامت- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران- معاونت حقوقی ریاست جمهوری، پایگاه اطلاعات قوانین و مقررات کشور- روزنامه رسمی کشور (قوه قضائیه)، قوانین سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، بانک جامع قوانین و مقررات کشور و پایگاه اطلاع‌رسانی دولت مورد جستجو قرار گرفته و قوانین ملی مرتبط با حمایت مالی از افراد بی‌بضاعت پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ استخراج شدند.

۲. در این مرحله، سایت رسمی سازمان‌ها و نهادهای فعال در حوزه حمایت مالی از افراد بی‌بضاعت در حوزه سلامت شامل سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت‌های بهداشت، درمان و غذا و دارو زیر مجموعه آن، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی، خیریه‌های سلامت و سازمان‌های غیردولتی فعال در امر درمان مورد بررسی قرار گرفته و قوانین ملی/سازمانی مرتبط استخراج شدند.

۳. در مرحله سوم، با مراجعه حضوری به سازمان‌های فوق، اسنادی که احتمال می‌رفت به طور رسمی منتشر نشده باشند، بررسی شدند.

پس از جمع‌بندی اسناد حاصل از سه مرحله فوق که در طول دوره جستجوی اسناد به تناوب تکرار شد، تعداد ۸۶ سند و ۲۰۴ تکلیف قانونی از اسناد استخراج شد که از این تعداد ۱۲۳ تکلیف مرتبط با اسناد ملی و ۸۱ تکلیف متعلق

1- Degree Centrality

۲- Betweenness Centrality

۳-Power

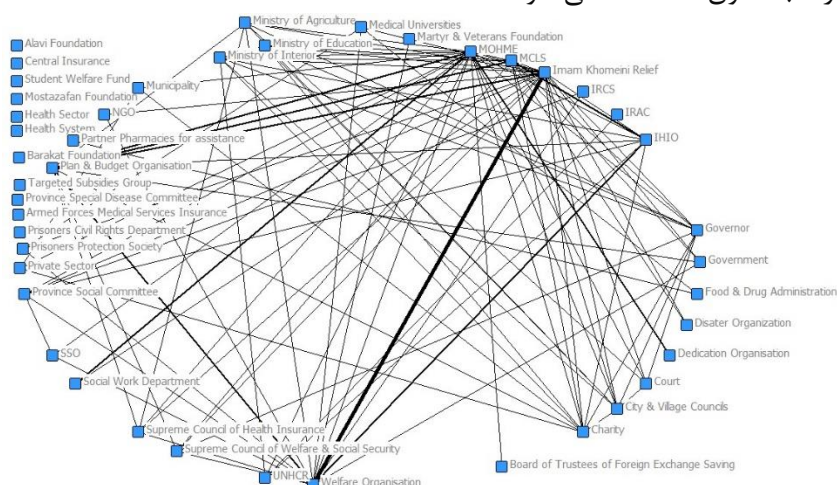
هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دومین و سومین خردادماه ۱۳۹۸

به اسناد سازمانی بود. همچنین اسناد جمع آوری شده شامل قانون، دستورالعمل، آیین نامه اجرایی، برنامه، اساسنامه، سیاست های اجرایی، سیاست های کلی، سیاست های راهبردی، بخشنامه های ابلاغی، منشور، تصویب نامه، تفاهم نامه، سند ملی، شیوه نامه اجرایی، قرارداد، برنامه راهبردی، لایحه قانونی و مصوبات هیات وزیران بودند. پس از تکمیل جمع آوری مستندات، بندهای مرتبط از متن اسناد فوق استخراج شده و نهادهای مسئول و همکار در بندهای فوق، فهرست شدند. در نهایت نیز ماتریسی دوجهی از شبکه نهاد-تکلیف قانونی تشکیل شد که در آن، ردیفها شامل نهادها و سازمانهای مکلف براساس اسناد بررسی شده، بودند و در ستونها، مواد قانونی قرار گرفتند. سپس این ماتریس دوجهی که در نرم افزار اکسل تشکیل شده بود، وارد نرم افزار UCINET شده و به ماتریس تکوجهی نهاد-نهاد تبدیل شدند. برای تحلیل شبکه نیز از شاخص های خرد همانند مرکزیت درجه، مرکزیت بینابینی و نیز از شاخص های کلان همچون شاخص اندازه (تعداد ارتباطات موجود در شبکه) و تراکم^۲ (نسبت تعداد پیوندهای موجود به کل پیوندهای ممکن در شبکه) (۲۵) برای نمایش ساختار شبکه استفاده شد.

یافته ها

تحلیل شاخص های خرد شبکه:

شکل ۱ نشان می دهد که تعدادی از نهادهای این شبکه ارتباط و همکاری قانونی با سایر نهادهای حاضر در شبکه ندارند که این امر به دلیل جایگاه نامناسب آنها و شکل نگرفتن دقیق و مطلوب شبکه می باشد. این مساله موجب توزیع نامساوی قدرت و در نتیجه قدرت نامتوازن تر برخی از سازمان ها نسبت به بقیه می شود. در حقیقت توزیع مناسبی از ارتباطات در شبکه فوق مشاهده نمی شود.



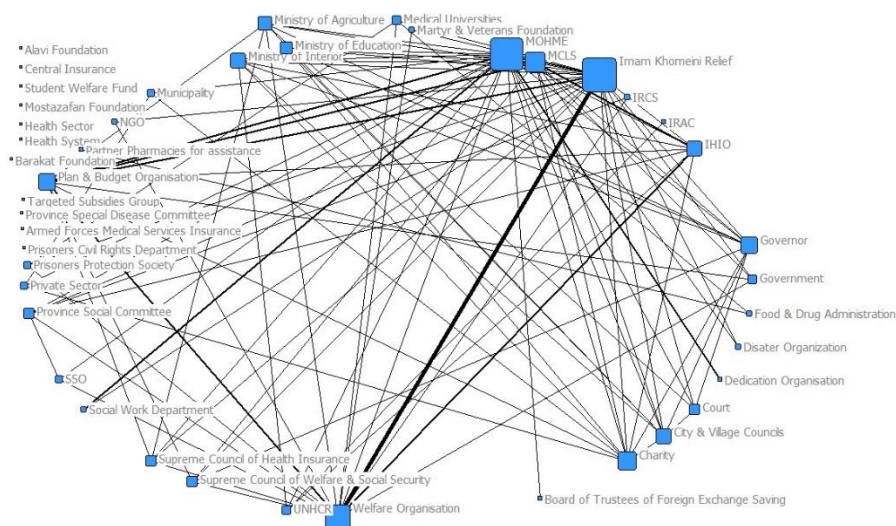
شکل ۱- نمایش دایره ای شدت ارتباطات در شبکه تک وجهی نهاد-نهاد

براساس شکل ۲ که در آن مربعها نشان دهنده سازمانها و نهادهای مکلف و خطوط بینشان بیان کننده تکالیف قانونی میان آنها می باشد (اندازهی مربعها نشان دهندهی میزان مرکزیت درجه آنها می باشد)، مشاهده می شود که نهادهای دارای مرکزیت درجه بالاتر، دسترسی بیشتری به منابع دارند و قدرت بیشتری دارند. بیشترین مرکزیت درجه در ماتریس نهاد-قانون مربوط به کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. سازمان برنامه و بودجه، سازمان بیمه سلامت و وزارت رفاه نیز در رتبه های بعدی مرکزیت

1 -Size
2 -Density

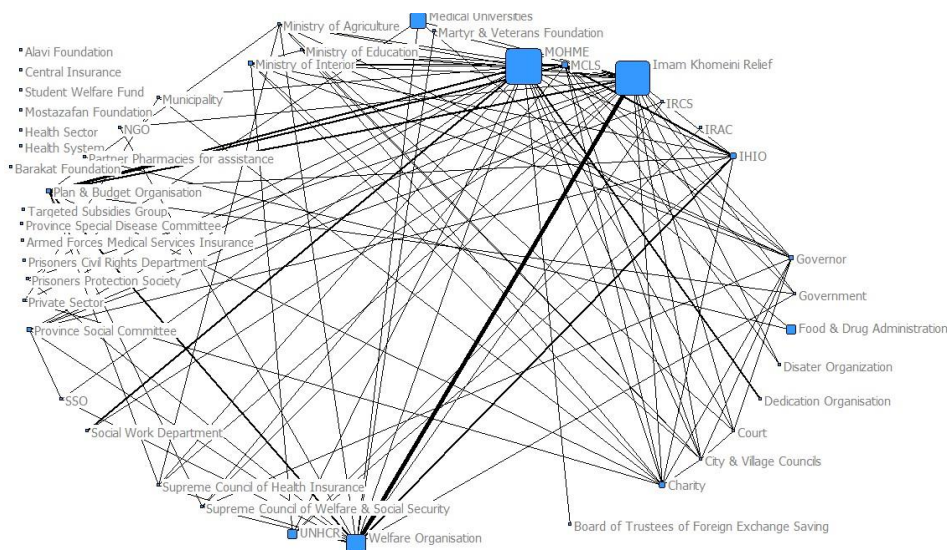
هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دومین و سومین خردادماه ۱۳۹۸

درجه قرار دارند. با اختلاف بسیار زیاد پس از این ۶ نهاد، استانداری ها و شوراهای شهر و روستا قرار دارند که نسبت به نهادهای نامبرده تعداد ارتباطات بسیار محدودتری دارند. از طرفی نهادهایی هم چون خیریه ها، واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان ها، سازمان تامین اجتماعی، سازمان اوقاف و امور خیریه، جمعیت هلال احمر، سازمان های غیردولتی مرکزیت بسیار کمی دارند و نهادهایی هم چون بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی و بنیاد علوی وابسته به آن هیچ ارتباطی در شبکه ندارند.



شکل ۲- شبکه تک وجهی سازمانی با نمایش مرکزیت درجه

براساس شکل ۳ نیز وزارت بهداشت و کمیته امداد به ترتیب دارای بیشترین مرکزیت بینابینی بوده و با اختلاف زیادی پس از آنها، سازمان بهزیستی، دانشگاه های علوم پزشکی، سازمان غذا و دارو و کمیسیون عالی پناهندگان سازمان ملل متحد قرار گرفته اند. از طرفی سازمان تامین اجتماعی، سازمان های غیردولتی، شورای عالی بیمه سلامت، هیات امنای ارزی، جمعیت هلال احمر، بخش خصوصی، سازمان اوقاف و امور خیریه و بیمه نیروهای مسلح مرکزیت بینابینی نداشته اند.



شکل ۳- شبکه تک وجهی سازمانی با نمایش مرکزیت بینابینی

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی شرف؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

در مجموع سه نهاد کمیته امداد، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، بیشترین مرکزیت (درجه و بینابینی) را در شبکه داشته اند. این امر به آن معناست که این سه سازمان بیشترین قدرت تاثیرگذاری، مرکزی ترین جایگاه و نیز بیشترین قدرت ایزوله کردن ارتباطات را در شبکه دارا می باشند.

تحلیل شاخص های کلان شبکه

از منظر بررسی شاخص های کلان شبکه نیز مشاهده می شود که ۴۴ کنشگر در شبکه حمایت مالی از افراد بی بضاعت حضور دارند. شاخص اندازه شبکه نشان می دهد که تعداد پیوند موجود در شبکه نهادی سیاستگذاری برای حمایت مالی از افراد بی بضاعت ۲۰۴ پیوند می باشد. میزان تراکم شبکه حمایت مالی در بین نهادها نیز ۳۲٫۷٪ است. بر اساس شاخص تراکم می توان بیان نمود که میزان انسجام سازمانی در بین نهادهای حاضر در شبکه در سطح ضعیف می باشد و وضعیت ارتباط و همکاری میان نهادها در شبکه مطلوب نیست. بین شاخص اندازه شبکه و انسجام در شبکه یک رابطه مستقیم وجود دارد بر این اساس هرچه میزان شاخص اندازه شبکه افزایش یابد، میزان انسجام در شبکه نهادی تقویت می شود.

بحث و نتیجه گیری

شبکه های سیاستی به عنوان شبکه های اجتماعی، مشارکت بازیگران در فعالیت های موثر بر سیاستگذاری را نشان می دهند. در تحلیل شبکه اجتماعی، نیروهای سیاسی پیچیده در ساختارهای شبکه اجتماعی به تصویر کشیده می شوند و نفوذ هر ذینفع بر جایگاه شبکه ارتباطی او تاثیر می گذارد (۱۶). تحلیل شبکه اجتماعی با شناسایی بازیگران کلیدی یا حتی خوشه های بازیگران برای مدیریت کارآمد و متمرکز ارتباط و هماهنگی بین ذینفعان سیاستگذاری، می تواند به ارتقای حمایت از افراد بی بضاعت کمک نماید.

بررسی جایگاه انفرادی بازیگران در شبکه نشان می دهد که قدرتمندترین بازیگر و دومین واسطه گر شبکه کمیته امداد امام خمینی بوده است. نتایج یک پژوهش نشان داده است که در عمل جامعه تحت پوشش این نهاد محدود است و تعداد بسیاری از افراد بی بضاعت در کشور تحت پوشش این نهاد حمایتی نیستند (۲۶). راسخی و محمدی در مطالعه خود عنوان می کنند که در حالیکه این نهاد دولت را در همه امور خود درگیر می کند، اما دولت را آسیب پذیر می سازد و گاه برنامه های آن با برنامه های دولتی در تعارض است (۲۷).

دومین بازیگر قدرتمند در شبکه اسناد قانونی سازمان بهزیستی است. اصفهانی بیان می کند که به نظر می رسد افراد بسیار فقیر، چندان از فعالیت های این سازمان منتفع نمی شوند (۲۸). نزدیکی و گاه همپوشانی وظایف و جامعه هدف سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی از یک سو و قدرتمندی هردو نهاد در شبکه حمایت از افراد بی بضاعت در حوزه سلامت از سوی دیگر، ظرفیت مناسبی را برای سیاستگذاری ایجاد نموده و تعیین دقیق جامعه هدف، تفکیک شفاف وظایف و حوزه عملکرد این دو نهاد را ضروری می سازد.

سازمان برنامه و بودجه در شبکه تکالیف قانونی بررسی شده دارای قدرت مطلوبی بوده که به واسطه ماهیت نقش آن در برنامه ریزی، نظارت و تنظیم و تخصیص بودجه دولتی می باشد و از نظر تعداد ارتباطات چهارمین نهاد در شبکه فوق است، اما انتظار می رود واسطه گری این نهاد با توجه به موقعیت استراتژیک آن به عنوان معاونت ریاست جمهوری مطلوب تر باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از نظر شدت ارتباطات سومین نهاد در شبکه بوده و از نظر واسطه گری پر قدرت ترین نهاد حاضر در شبکه حمایت مالی از افراد بی بضاعت است که این موضوع به دلیل تولیت بر مجموعه

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دومین و سومین خردادماه ۱۳۹۸

نظام سلامت، ایفای نقش در سطح یک وزارتخانه با اختیارات و قدرت تصمیم گیری و لابی گری بالا و نیز نمایندگی از طرف دولت در تامین سلامت افراد جامعه است.

دانشگاه علوم پزشکی که در هر استان درجاتی از قدرت تصمیم گیری در برنامه ریزی و تخصیص منابع و ارائه خدمات را داراست (۲۹) و نقش کلیدی آن، فضایی برای توسعه همکاری بین بخشی در سطح استانی فراهم می آورد (۳۰)، نقش واسطه گری آن در تکالیف قانونی به درستی دیده شده است، اگر چه این نهاد ارتباطات محدودی با سایر نهادهای داشته و ارتباط آن با مراکز قدرت مطلوب نیست.

دولت با توجه به تعهد به تامین سلامت فقرا و ظرفیت و امکانات خود برای تامین مالی خدمات، تنها شاخص قدرت قابل توجهی در بین نهادها داراست، اما ارتباطات مطلوبی با نهادها ندارد. اگر چه یک دلیل آن را می توان سازمان/نهاد محور بودن قوانین دانست، به این معنی که در قوانین به سازمان ها و ارگان های دولتی به عنوان نماینده دولت، تکلیف داده شده است و نه به دولت به عنوان یک نهاد.

سازمان غذا و دارو در شبکه تکالیف قانونی، از واسطه گری مناسبی برخوردار است اما با مراکز قدرت در ارتباط نیست. ارتباطات آن با سایر نهادها محدود است و از قدرت بالایی برخوردار نیست. با توجه به جایگاه نظارتی این نهاد به عنوان تنظیم کننده بازار دارویی در کشور، می بایست در تکالیف قانونی ارتباطات بیشتر و قوی تری با سایر نهادها برای کمک به دسترسی سایر بیماران نیازمند به داروهای موردنیازشان (و نه تنها بیماران خاص و صعب العلاج نیازمند) داشته باشد.

واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان ها از قدرت واسطه گری برخوردار نبوده و ارتباطات مطلوبی با سایر نهادها ندارد، اگر چه در روند اجرایی و مکانیزم تخصیص تخفیف به بیماران، ارتباط با نهادهای حمایتی هم چون کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی، نهادهای خیریه، جمعیت هلال احمر، سازمان های غیردولتی و خیریه های سلامت ضرورت دارد، اما در تکالیف قانونی به درستی دیده نشده است و برای این نهاد با نهادهای نامبرده ارتباطی دیده نشده است.

نهادهای فرادولتی در مجموع جایگاه مناسبی در شبکه اسناد بررسی شده نداشته اند. یک دلیل آن را می توان مساله فرادولتی بودن این نهادها و عدم وابستگی به بودجه دولت دانست که موجب شده است در اسناد ملی اسمی از این نهادها موجود نباشد. اگر چه ظرفیت این نهادها در تامین مالی سلامت افراد نیازمند می تواند کمک بزرگی برای دولت باشد و بار سنگینی را از دوش دولت بردارد. راسخی بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام (ره) (و نیز سازمان تامین اجتماعی و شهرداری ها) را از مهم ترین مراکز قدرت اقتصادی کشور به منظور حفاظت از نظم اقتصادی نظام بر می شمرد (۲۷)، اما در شبکه حاضر این نهادها از قدرت برخوردار نیستند. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی جایگاه مناسبی در شبکه حمایت مالی از افراد بی بضاعت در حوزه سلامت ندارد. ارتباطات این نهاد با سایر نهادها مطلوب نیست و قدرت واسطه گری زیادی ندارد. منتظری و همکاران در مطالعه خود بیان می کنند که برای اینکه خدمات مراقبت اجتماعی شامل ارائه خدمات غربالگری فعال به خانواده های دچار فقر، با مراقبت سلامت ادغام گردد یک راه حل این است که وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان ناظر و دستگاه هایی همچون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، شهرداری ها و سازمان های غیردولتی ذیل آن فعالیت کنند (۳۱).

در شبکه تکالیف قانونی حمایت مالی از افراد بی بضاعت، سازمان تامین اجتماعی جایگاه مطلوبی از نظر دارا بودن ارتباطات با سایر نهادها و قدرت واسطه گری نداشته است. از آنجا که جامعه هدف بیمه درمان این نهاد کارگران، که جزو اقشار محروم جامعه هستند و بیش از نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می دهند می باشد، انتظار می رود

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دومین و سومین خردادماه ۱۳۹۸

جایگاه این نهاد مرکزی تر و دارای قدرت بیشتری برای ایجاد دسترسی بهتر در جامعه محروم تحت پوشش خود و فراهم آوردن حمایت بیشتر باشد.

مرکزیت و قدرت شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی برای هماهنگی سیاست های اجتماعی شامل بهداشت و درمان در شبکه تکالیف قانونی بررسی شده مطلوب نیست. اگرچه جایگاه پررنگ تر شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی در شبکه نسبت به شورای عالی بیمه سلامت (و نیز شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که در شبکه حضور ندارد) قابل توجه است. شورای عالی بیمه سلامت جایگاه مناسبی در شبکه ندارد و از نظر تعداد ارتباطات با سایر نهادها، قدرت و واسطه گری ضعیف است. از آنجا که بسیاری از صندوق های بیمه ای کوچکتر اما دارای منابع مالی مناسب، تحت سیاست های شورای عالی بیمه سلامت فعالیت نمی کنند (۳۲)، و این صندوق ها تنها برای جمعیت هدف خود ارائه خدمت می کنند، تولید این شورا بر نظام بیمه سلامت کشور برای تدوین سیاست های حمایت مالی از فقرا مکفی و رضایت بخش نیست.

به علاوه در هیچ کدام از اسناد بررسی شده نام و تکلیف قانونی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در حمایت مالی از افراد بی بضاعت ذکر نشده بود و بنابراین این یک خلا سیاستگذاری در حوزه مورد مطالعه را نشان می دهد که یک شورای فرابخشی سلامت که نماینده دستگاه های اجرایی موثر بر سلامت در آن عضو می باشند و دبیر آن، تولید نظام سلامت به عنوان مسئول اصلی تضمین دسترسی به خدمات توسط همه اقشار جامعه است، هیچ ردپایی در قوانین و اسناد مرتبط با حوزه سلامت افراد بی بضاعت ندارد. مساله قابل بحث دیگر این است که در شرح وظایف کارگروه تخصصی امنیت غذایی در استان ها نیز تکلیفی برای رسیدگی به مسائل سلامت فقرا، نیازمندان و اقشار آسیب پذیر در نظر گرفته نشده است (۳۳).

در سطح استانی، نهاد شهرداری در شبکه تکالیف قانونی بررسی شده، قدرت واسطه گری نداشته، با مراکز قدرت در ارتباط نیست و در مجموع جایگاه مناسبی در شبکه نداشته است. کارگروه تخصصی امور اجتماعی و فرهنگی استان ها در شبکه تکالیف قانونی بررسی شده از ارتباطات و واسطه گری نسبتا مناسبی برخوردار است. لیکن شوراهای اسلامی شهر و روستا در این شبکه، جایگاه پر قدرتی نداشته و ارتباطات زیادی در حمایت مالی از افراد بی بضاعت را دارا نیستند. راسخی مشکل شوراها را قوانین مبهم و تمرکز قدرت در دست دولت می داند که موجب ناکارآمدی شوراهای اسلامی و محدود شدن قدرت و اختیار آنها می داند (۲۷).

بررسی جایگاه نهاد بین المللی دفتر کمیسیون عالی سازمان ملل برای امور پناهندگان، از واسطه گری مناسب آن حکایت دارد و نشان می دهد در زمینه حمایت از گروه های بی بضاعت پناهندگان، جایگاه نسبتا مطلوبی را از نظر ارتباطات با نهادهای کشوری داراست و بخشی از نیازهای درمانی پناهندگان نیازمند را از طریق همکاری با نهادهای داخلی پوشش می دهد. این نهاد یکی از چهار نهاد دارای ارتباطات بالا با مراکز قدرت، در شبکه تکالیف قانونی می باشد.

براین اساس، جمع بندی یافته های این پژوهش حاکی از آنست که عمده بازیگران اصلی این شبکه از بودجه دولتی تغذیه می شوند و یا ردیف بودجه دولتی دارند. کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت که بودجه دولتی دریافت می کنند بازیگران اصلی شبکه هستند و بیشترین ارتباطات نیز میان این سه نهاد است و در حقیقت این سه نهاد به ترتیب قدرتمندترین و تاثیرگذارترین بازیگران شبکه اند. همچنین میان بعضی از دستگاه های این شبکه، ارتباط و همکاری قانونی وجود ندارد که به دلیل جایگاه نامناسب آنها در شبکه می باشد. این امر موجب توزیع نامساوی قدرت و در نتیجه بیشتر شدن قدرت برخی از دستگاه ها به نسبت دستگاه های دیگر شده

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشبران، چالش‌ها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

است. حاشیه ای بودن نهادهای فرا دولتی مانند بنیاد علوی و بنیاد برکت و بخش خصوصی و قرار گرفتن در گروه کمترین مرکزیت ها، توزیع نامتوازن قدرت را در این شبکه هویدا می سازد.

از سوی دیگر، ارزیابی ساختار سیاسی شبکه حمایت مالی از افراد بی بضاعت نتایج نشان می دهد که سیاست حمایت مالی از افراد بی بضاعت در ایران، یک نظام با بازیگران متعدد است و این تکثر، کلاف سردرگمی از نوع و میزان و حوزه مسئولیت ها را بین نقش آفرینان ایجاد نموده است. در ساختار قدرت حوزه حمایت مالی از افراد بی بضاعت نیز غلبه سازمان هایی غیر از نهادهای تعریف شده برای افراد بی بضاعت (هم چون کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی) ممکن است علاوه بر ایجاد مراکز تصمیم گیری دوقطبی یا حتی چند قطبی در بین نهادهای حامی مستقیم و حامی غیرمستقیم افراد بی بضاعت، منافع گروه هدف را با مشکل مواجه سازد، به ویژه که نماینده ای غیردولتی از جانب گروه های بی بضاعت در شبکه برای حفظ منافع و حمایت طلبی وجود ندارد.

نقطه ضعف عمده این شبکه عدم حضور نهادهای نظارتی و قانونگذاری همچون مجلس شورای اسلامی و به ویژه کمیسیون بهداشت مجلس، کمیته اقتصاد سلامت مجمع تشخیص مصلحت نظام و نیز نهادهای نظارتی حوزه سلامت مانند نظام پزشکی می باشد. همچنین با وجود فعال بودن برخی انجمن های حمایت از بیماران اما در اسناد سیاستی هیچ تکلیفی برای آنها دیده نشده است و بنابراین در شبکه تکالیف قانونی نقش و جایگاهی نداشته اند.

نقطه ضعف دیگر این شبکه، کم رنگ بودن نهادهای خیریه و غیردولتی در حوزه حمایت مالی از افراد بی بضاعت است. ساختار شبکه نشان می دهد که توزیع قدرت میان نهادهای حمایت مالی از افراد بی بضاعت به خوبی صورت نگرفته است و ارتباط محکمی میان نهادهای دولتی و نهادهای غیردولتی، خیریه و خصوصی در این موضوع وجود ندارد و این نهادها از جایگاه مناسبی در اسناد برخوردار نیستند. اسناد بالادستی به نقش نهادهای خیریه و بخش خصوصی در کشور توجه مناسبی نداشته است و این مساله از نقاط ضعف شبکه به شمار می رود، زیرا حوزه سلامت به واسطه پرهزینه بودن خدمات درمانی در تمام دنیا نیاز به کمک نهادهای خیریه، سازمان های غیردولتی و بخش خصوصی دارد.

نقطه ضعف بعدی شبکه حاضر این است که از میان سازمان های بیمه گر پایه سلامت در کشور که رسالت اصلی آنها باید محافظت مالی از افراد برای دسترسی به خدمات سلامت باشد، تنها سازمان بیمه سلامت و نیز کمیته امداد امام خمینی که رسالت آن اساساً خدمت رسانی به افراد بی بضاعت بوده است از جایگاه مناسبی در شبکه برخوردارند) در مورد بیمه شدگان خود)، در حالیکه دو بیمه گر اصلی دیگر نظام سلامت در کشور یعنی سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح اصلاً از جایگاه مناسب و ارتباطات مطلوبی در شبکه برخوردار نیستند و در حقیقت نقشی در حمایت مالی از افراد بی بضاعت ایفا نمی کنند، در حالیکه حتی افراد بی بضاعت در جامعه هدف این سازمان های بیمه نیز وجود دارد و بنابراین نیاز به تقویت نقش محافظت مالی در بیمه گران پایه سلامت در کشور دیده می شود.

پیشنهاد های سیاستی

راهکار های سیاستی زیر برای ارتقای حمایت مالی افراد بی بضاعت در حوزه سلامت پیشنهاد می شود:

۱. با توجه به متن سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳۹۳) به عنوان فصل الخطاب اسناد و تکالیف قانونی سلامت، مبنی بر مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها (بند 7-2) و نیز کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک های پایین درآمدی (بند 10-4) و اینکه سازمان بیمه سلامت به عنوان بزرگترین سازمان بیمه گر درمان و بزرگترین بیمه گر

هشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دوم و بیست و سوم خردادماه ۱۳۹۸

اقتشار نیازمند در کشور، چهارمین نهاد قدرتمند و در قالب قدرتمندترین بلوک شبکه و کمیته امداد امام خمینی به عنوان قدرتمندترین نهاد شبکه و عضو دومین بلوک قدرتمند شناخته شدند، می توان بیمه همه اقتشار نیازمند را در سازمان بیمه سلامت و یا کمیته امداد امام خمینی تجمیع نمود، ائتلافی از سازمان های بیمه گر پایه (و حتی مکمل) برای حمایت از افراد بی بضاعت تشکیل داد، ائتلافی از سازمان/ سازمان های بیمه گر و وزارت بهداشت طراحی نمود و یا نهاد یا نهادهایی از هر ضلع مثلث قدرت شکل گرفته در شبکه حمایت مالی، به عنوان بازیگران اصلی یک ائتلاف پر قدرت در نظر گرفته شوند تا خدمات حمایتی برای این افراد از قالب نظام بیمه ای و با محوریت وزارت بهداشت صورت پذیرد.

۲. وجود ۴۴ نهاد فعال در این حوزه با منافع و اهداف متفاوت و گاهی متعارض نیاز به مدیریت و ایفای نقش سیاستگذاری توسط بازیگر/بلوک بازیگران قدرتمند شبکه به صورت کار آمد برای ایجاد توازن منافع بین نهادها، کاهش یا حذف برخی نهادها، تعیین شفاف مسئولیت ها، رفع همپوشانی بین نهادها و استفاده از ظرفیت نهادها برای ایجاد ائتلاف حامی فقرا می باشد.

۳. تعدد تکالیف و نهادهای شبکه حاضر در حالی که ارتباطات بین برخی نهادها متمرکزتر است و برخی نهادها در شبکه ایزوله واقع شده اند، نیاز به بازتعریف و بازطراحی نهادها و تکالیف را ضروری می سازد. با حذف نهادهای ایزوله و سازماندهی روابط میان نهادهای مرکزی، شبکه جامع تر و منظم تری برای سیاستگذاری حمایت مالی از فقرا ایجاد خواهد شد.

۴. قدرت نهادهای تصمیم گیر در شبکه حمایت مالی از افراد بی بضاعت بدون ارتباطات مفید با بازیگران مردمی به احقاق حقوق و افزایش دسترسی گروه های بی بضاعت از طریق افزایش منابع مالی توسط نهادهای نظارتی همچون مجلس نخواهد انجامید. لذا نیاز به ارتباطات قوی مبتنی بر تکالیف قانونی بین نهادهای پر قدرت با نهادهای مردمی و نظارتی وجود دارد.

۵. یک نهاد مردمی همانند انجمن حمایت از بیماران نیازمند (همه بیماران نیازمند و نه فقط یک نوع بیماری) به عنوان نماینده افراد بی بضاعت در شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی، شورای عالی بیمه سلامت و سایر نهادهای تصمیم ساز، عضو باشد و مدافع و پیگیر حقوق افراد نیازمند و بی بضاعت شود. این انجمن باید متشکل از گروه های مختلف بی بضاعت جامعه و بدون عضویت اصناف باشد و به عنوان بازیگر فعال با نقش پررنگ و مرکزی برای مطالبه حقوق این گروه در تکالیف قانونی دیده شود.

۶. در سیاست های کلی سلامت و یا در سیاست های کلی برنامه های پنج ساله توسعه کشور، نقش نهادهای فرادولتی به ویژه در حوزه درمان که امر پرهزینه ای است و به ویژه برای افراد نیازمند، دیده شود.

۷. بازنگری در شرح وظایف کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی شورای برنامه ریزی و توسعه استان ها به عنوان مرجع استانی سیاستگذاری برای سلامت مردم، برای بررسی و حل مشکلات سلامت نیازمندان در سطح هر استان و با توجه به بار فقر و مشکلات مبتلا به نیازمندان در سطح آن استان و انعکاس به مراجع کشوری، یک ضرورت است.

۸. ظرفیت کارگروه اجتماعی- فرهنگی استان ها باید در جهت ایجاد هماهنگی های بین دستگاه های اجرایی در سطح استان برای سیاستگذاری حمایت مالی از افراد بی بضاعت، با اولویت و قدرت بیشتری به کار گرفته شود.

۹. کمک های مالی برای نیازمندان برای افراد نیازمند تعریف شود و نه بیماران نیازمند که علی رغم مشکلات مالی برای دریافت خدمت مراجعه کنند، زیرا در لایه زیرین بیماری در جامعه، نیازمندی هستند که به واسطه هزینه

بشتمین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت؛ الگوی پیشرفت؛ پیشرانها، چالشها و الزامات تحقق؛ بیست و دومین و سومین خردادماه ۱۳۹۸

های درمانی از مراجعه جهت دریافت خدمت خودداری می کنند و رویکرد اصلی در حمایت مالی، باید پیشگیری از بیماری در نیازمندان و کمک به حفظ سلامت آنها باشد و نه صرفا کمک مالی در زمان وقوع بیماری

۱۰. با تقویت انسجام سازمانی می توان اقدامات حمایتی برای افراد بی بضاعت را یکپارچه نمود و با صرف هزینه و زمان کمتر به پوشش بیشتری از نیازهای افراد بی بضاعت دست پیدا کرد.

References

۱. Wang GX. Policy network mapping of the universal health care reform in Taiwan: An application of social network analysis. *Journal of Asian Public Policy*. 2013;6(3):313-34.
۲. Holland J. Tools for institutional, political, and social analysis of policy reform: a sourcebook for development practitioners: World Bank Publications; 2007.
۳. Schiffer E. The power mapping tool: A method for the empirical research of power relations: Citeseer; 2007.
۴. Hanneman RA, Riddle M. Introduction to social network methods: University of California Riverside; 2005.
۵. Salonen T. Strategies, structures, and processes for network and resources management in industrial parks: the cases of Germany and China: BoD-Books on Demand; 2010.
۶. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy*. 2004;68(1):17-30.
۷. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013-۵۴۶:(۸)۹۱;A.
۸. WHO. The World Health Report [2010]: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage 2010.
۹. Cylus J, Papanicolas I. An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? *Health Policy*. 201۴۴,-۱۱۳۳:(۹)۱۱۹;۵
۱۰. NIHR. Universal Health Coverage in Iran. Tehran: Islamic Republic of Iran's National Institute of Health Research; 2014.
۱۱. Sjöquist P. Institutions and Poverty Reduction. An introductory exploration. A Discussion Paper for SIDA, Method; 2001.
۱۲. Azfar O. Institutions and poverty reduction. Draft paper prepared for OPPG project, Mimeo. 2005.
۱۳. Deolalikar AB, Brillantes AB, Gaiha R, Pernia E, Racelis M. Poverty reduction and the role of institutions in developing Asia: Citeseer; 2۰۰۲,
۱۴. Prevo L, Mercken L, Jansen M, Kremers SJJophr. With whom are you dealing? Using social network analysis as a tool to strengthen service delivery structures for low socioeconomic status populations. 2018;7(2.(
۱۵. Lamping AJ, Raab J, Kenis P. Participation and coordination in Dutch health care policy-making. A network analysis of the system of intermediate organizations in Dutch health care. *Health Promotion International*. 2013;28(2):211-22.
۱۶. Wang G-X. A network approach for researching political feasibility of healthcare reform: The case of universal healthcare system in Taiwan. *Social Science & Medicine*. 2012;75(12):2337-44.
۱۷. Emamgholipour S, Agheli LJTIjohp, management. Is distribution of health expenditure in Iran pro-poor? 2018;33(3):e8-۳۳e42.
۱۸. Amini AH, Meskarpour AM. Financial Accessibility of Iranian Households to Health Care Services during 1983-2008. *Hakim Journal*. 2013;16(1):[In Persian.]
۱۹. Damari B, Moghadam AV, Rostamigooran NJMjotIRoI. Stakeholders' network in Iranian health policy-making: A model for participatory policy-making. 2017;31:106.
۲۰. Ashtarian K, Kangarani HM, Hosseinzadeh M, Fard ZM. Network Analysis: A New Approach for Evaluation of Industrial Operational Plans (Study of Textile Industry & Clothing of Iran). (*International Journal of Business and Management Studies*. 2011;3(1.(
۲۱. Naeni AK, Ashtarian K, Kangarani HM. Network analysis of decision-making stage nanotechnology policy in Iran: The Case study of nanotechnology development document *Journal of Humanities Lecturer*. 2014;18(2):25-53.

۲۲. Nejad SR, Kangarani HM. Describe and Analyze the Reasons for the Inefficiency of Water Policy Network in Tehran Using Component of Good Governance Theory and Network Analysis. The second conference of Integrated Water Resource Management; Kerman Bahonar University: Iranian Society of Irrigation & Water Engineering; 2010. p. [In Persian.]
۲۳. Kangarani HM. Network Analysis; a New Method for Solving Managerial & Political Problems in order to Industrial Development. Journal of Industrial Technology Development. 2010;14:23-33
[In Persian.]
۲۴. Kangarani H, Shamekhi T, Ashtarian K, Arab D, Nook D. Investigation of policy structure in legal authorities of institutions related to natural resources through network analysis of institutional relations (case study: Kohgiluyeh va Boyer-Ahmad Province). Journal of Forest and Wood Products. 2009;62(2):203-20.
۲۵. Blanchet K, James P. How to do (or not to do) ... a social network analysis in health systems research. Health Policy and Planning. 2012;27(5):438-46.
۲۶. Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(9):1-9.
۲۷. Rasekhi A, Mohammadi J. Study on Power Centers in Iran: Continuum of Political, Social and Economic Power as a Framework for Discipline Analysis. Open Journal of Political Science. 2016;6(02):105.
۲۸. Esfahani HS, Karimi SM. Social Protection and Gender in Iran: Assessing the Differential Impact of Social Protection Activities on Female-Headed versus Male-Headed Households. Economic Research Forum [Internet]. 2016.
۲۹. Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the Black Box: The Experiences and Lessons From the Public Hospitals Autonomy Policy in Iran. Archives of Iranian Medicine (AIM). 2015;18(7):416-24.
۳۰. WHO. Health system profile, Islamic Republic of Iran. Regional Health Systems Observatory, WHO Eastern Mediterranean Regional Office. 2006.
۳۱. Montazeri A, Riazi-Isfahani S, Damari B. How to integrate social care services into primary health care? An experience from Iran. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2016;30:408-16.
۳۲. Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MRV, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. International Journal of Health Policy and Management. 2016;5(4):253-8.
۳۳. Cabinet M. Provincial Planning and Development Council Regulations and Its Amendment Tehran: Islamic Parliament Research Center; 2011]