

تحلیل خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت بر اساس الگوی چارچوب ائتلاف مدافع (مطالعه موردی طرح تحول نظام سلامت)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۱۰

سید عباس ابراهیمی*

محسن فرهادی نژاد**

سید محمدمهدی باکی هاشمی***

چکیده

در این مطالعه تلاش شده با استفاده از الگوی «چارچوب ائتلاف مدافع»، تغییر و شکل‌گیری خط‌مشی طرح تحول نظام سلامت مورد بررسی قرار گیرد. برای این منظور از دو روش کتابخانه‌ای و مصاحبه استفاده شده است. برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان از روش گلوله برفی و در مقام تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه، روش تحلیل تم استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۲ نفر از کارشناسان و خبرگان نظام سلامت، نشان‌دهنده توانایی چارچوب ائتلاف مدافع در توضیح فرآیند تغییر خط‌مشی نظام سلامت بوده و بر این اساس، می‌توان چهار مرحله در شکل‌گیری طرح تحول را به صورت زیر تبیین کرد: ۱. اتفاق نظر و اجماع ملی؛ ۲. تغییر ائتلاف حاکم؛ ۳. پیدایش گروه‌های مخالف؛ ۴. انتخاب راهبرد مواجهه و تحقق خط‌مشی. همچنین، بر اساس این چارچوب ۵ طبقه بازیگران و ائتلاف‌ها، باورها و مسائل، شرایط و رویدادهای بیرونی و درونی، تغییر و یادگیری مذاکره‌ای، منابع و محدودیت‌ها شناسایی شد.

واژگان کلیدی: طرح تحول، نظام سلامت، خط‌مشی‌گذاری، ائتلاف مدافع.

* استادیار دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اداری دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول) a.ebrahimi@semnan.ac.ir

** استادیار دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اداری دانشگاه سمنان، سمنان، ایران farhadi@semnan.ac.ir

*** دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، دانشگاه سمنان، ایران m.baki@semnan.ac.ir

مقدمه

امروزه سلامت به صورت گسترده‌ای به عنوان نیاز اساسی برای توسعه جوامع در نظر گرفته شده است. بنابراین، تعیین معیارهایی معتبر برای سنجش اثربخشی برنامه‌ها توسط تحلیل‌گران نظام سلامت، الزامی است (Remler, 2016: 27). اصطلاح «نظام سلامت» تعریف گسترده‌ای دارد که شامل منابع، بازیگران و نهادهایی است که با تامین مالی، تنظیم مقررات و ارائه فعالیت‌هایی که هدف اصلی آنها ترویج، بازگرداندن و حفظ سلامتی است، مرتبط هستند (Koornneef, 2012: 115). چالش اصلی تصمیم‌گیری در نظام سلامت این است که تصمیمات در مورد منابع مالی، انسانی یا نحوه ارائه خدمات به طور معمول جداگانه اخذ شده و محتوای آنها با چگونگی ارائه خدمات سلامت در واقعیت تفاوت دارد (Kuziemsky, 2016: 4). نظام سلامت ایران به دلیل وجود کاستی‌های عمده‌ای که در ساختار و عملکرد آن مشهود است، همواره ضرورت تغییرات اساسی را به خود دیده است (شادپور، ۱۳۸۵: ۷). با توجه به این که بیش از پنج سال از آغاز طرح تحول نظام سلامت در کشور و صرف مبلغ ۳۵ هزار میلیارد تومان در راستای اجرای این طرح می‌گذرد، اعلام هزینه‌کرد بیش از ۱۶ هزار میلیارد تومانی در حوزه بیمه سلامت و بدهی انباشته ۷۴۰۰ هزار میلیارد تومانی این بیمه (ایسنا، ۱۳۹۷/۰۶/۲۵) به همراه ارائه‌نکردن به موقع حساب ملی سلامت به طور منظم و سالیانه موجب شده تا تحلیل‌گران فنی، خطمشی‌گذاران، پژوهش‌گران، نمایندگان مجلس، ذینفعان اصلی و بسیاری دیگر از گروه‌ها و افراد با بررسی‌های دقیق نسبت به شیوه برنامه‌ریزی، اجرا و میزان تحقق اهداف طرح ایراداتی وارد کنند؛ به طوری که طرح تحقیق و تفحص از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دستورکار مجلس قرار گرفت، ولی نتوانست رأی لازم را اخذ کند (ایسنا، ۱۳۹۶/۰۲/۲۰).

در مطالعه‌ای که توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی با عنوان «بررسی طرح تحول: چالش‌ها و راهکارها» انجام شده، به این نتیجه رسیده‌اند که تداوم اجرای طرح تحول با چالش‌هایی مانند تغییر هرم جمعیتی، افزایش تصدی‌گری دولت و به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی، محدودیت منابع عمومی و وابستگی به بودجه نفت، پیشی گرفتن هزینه‌های درمان نسبت به خدمات بهداشتی و پیشگیری، گستردگی و پراکندگی سازمان‌ها و نهادهای متولی سلامت و تأمین رفاه، کسری شدید منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای و بدهی‌های بخش سلامت روبروست (وزارت اقتصاد،

۱۳۹۶: ۷). همچنین، به دلیل اثربخش بودن طرح، برنامه‌ها و فازهای طرح تحول نظام سلامت باید با شرایط فعلی و آینده کشور مطابقت داشته باشد. لزوم بازنگری در طرح تحول نظام سلامت و اصلاح اولویت‌ها موجب تطابق بین نیازهای واقعی کشور و برنامه‌های اجرایی در راستای تحقق اهداف کلان و حل مسائل عمومی خواهد شد (ابراهیمی، ۱۳۹۸: ۲۷). البته اجرای طرح تحول منافع مهمی را نیز به همراه داشته که از آن جمله می‌توان به کاهش فرانشیز از ۳۷ درصد به ۵/۴ درصد، بیمه نمودن یازده میلیون نفر از افراد فاقد بیمه، کاهش ۱۸ درصدی هزینه‌های پرداختی از جیب مردم، افزایش تعداد پزشکان تمام وقت در مناطق محروم به صد درصد، تغییر نسبت سزارین به زایمان طبیعی به میزان ۵ درصد، راه‌اندازی ۴۴ پایگاه اورژانس هوایی و بازسازی دو میلیون و صد هزار متر مربع از فضای فیزیکی بیمارستان‌ها (گزارش وزارت بهداشت، ۱۳۹۵: ۷-۴۹) اشاره کرد؛ که نمی‌توان اهمیت آن را نادیده گرفت.

مسئله این پژوهش، مطالعه چگونگی شکل‌گیری طرح تحول نظام سلامت در ایران است که موجب شده پس از گذشت چند سال از آغاز طرح، همچنان دغدغه تامین مالی پایدار طرح وجود داشته و نارضایتی گروه‌های ذینفع برطرف نشده باشد و پژوهش‌های معتبر برای ادامه اجرای طرح تحول، بر لزوم بررسی مجدد آن تاکید داشته باشند. با توجه به این که تاکنون مطالعات کمتری به بحث چگونگی شکل‌گیری طرح تحول پرداخته‌اند و تقریباً در هیچ مطالعه‌ای چارچوب نظام خط‌مشی‌گذاری این طرح بررسی و تحلیل نشده، در پژوهش حاضر تلاش خواهد شد چگونگی تغییرات در خط‌مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با محوریت طرح تحول نظام سلامت بر اساس الگوی چارچوب ائتلاف مدافع^۱ مورد تحلیل و بررسی قرار گیرد تا از نتایج حاصل از این پژوهش، به عنوان الگوی راهنمایی برای شناسایی عوامل، فرایندها و منابع مشارکت‌کننده موثر در نظام سلامت ایران، در راستای افزایش موفقیت در خط‌مشی‌گذاری‌های آینده این حوزه استفاده شود.

الف. چارچوب ائتلاف مدافع

چارچوب ائتلاف مدافع به وسیله ساباتیو و جنکینز-اسمیت^۲ به منظور تجزیه و تحلیل فرآیند خط‌مشی‌گذاری در سال ۱۹۸۰ ارائه شد. از آن زمان، این مدل یکی از پرکاربردترین چارچوب‌های

1. The Advocacy Coalition Framework
2. Jenkins-Smith

فرآیند خط‌مشی‌گذاری در حوزه‌های موضوعی مختلف و مسائل سیاسی است. این مدل مجموعه‌ای از متغیرها و مفروضات اساسی مهم را برای درک اینکه چگونه بازیگران خط‌مشی به منظور تغییر خط‌مشی با یکدیگر تعامل می‌کنند، را مشخص می‌کند (Koebele, 2018: 63). این مدل از بخش‌ها و عناصری تشکیل شده است که به اختصار تشریح می‌شود:

۱. **خرده‌سیستم:** نظام‌های فرعی خط‌مشی، رقابت بین بازیگران را نشان می‌دهند. این رقابت شامل اینکه چه کسانی ائتلاف‌ها را تشکیل می‌دهند؛ در بحث‌های تحلیلی شرکت می‌کنند؛ از استراتژی‌های سیاسی، منابع و مکان‌هایی برای حمایت از مشکلات خط‌مشی و راه‌حل‌های مورد نظر بهره‌برداری می‌کنند، تشکیل می‌شود (Nohrsted, 2016: 18). در یک نظام فرعی خط‌مشی، دو ائتلاف برای تاثیر بر تصمیمات دولت‌ها به منظور شکل‌دادن به نتایج بلندمدت با یکدیگر رقابت می‌کنند (Jang, 2016: 274).

۲. **ائتلاف‌ها و باورها:** هنگامی که مسائل اجتماعی متضاد در نظام فرعی خط‌مشی‌گذاری ظهور می‌کند، انتظار می‌رود که بازیگران سیاسی به دو یا چند ائتلاف متحد تقسیم شوند و تلاش کنند تا از طریق مقامات دولتی بر تصمیم‌گیری‌ها تاثیر بگذارند (Weible, 2018: 59). باورهای مشابه بین بازیگران، آنها را در درون نوعی ائتلاف، گروه‌بندی می‌کند که سبب هماهنگی در رفتارها و اقدامات آنان می‌شود. بنابراین، انسجام درونی ائتلاف، ناشی از نظام باورهای بازیگران است. نظام باور را می‌توان به سه دسته، باورهای هسته‌ای عمیق، باورهای هسته‌ای خط‌مشی و باورهای ثانویه تقسیم کرد. هرچه از لایه اول به لایه سوم نزدیک می‌شویم، از عمق و تغییرناپذیری باورها کاسته می‌شود. ائتلاف‌های خط‌مشی، با محوریت باورهای هسته‌ای مشترک خط‌مشی به وجود می‌آیند و هر زمان این باورها تضعیف شوند و تغییر کنند، ائتلاف‌ها نیز تغییر می‌کنند (Steiman, 2017: 659).

۳. **پارامترهای نسبتاً ثابت:** بر اساس الگوی چارچوب ائتلاف منافع، باورهای هسته‌ای نسبتاً ثابت و مشترک، مکانیسم شناختی پایه را برای ایجاد ائتلاف، ثبات و هماهنگی موثر میان اعضای یک ائتلاف فراهم می‌کند. ائتلاف‌ها به وسیله درک مزایای هماهنگی بین متحدان، که باعث درک مشترک از مشکلات و راه‌حل‌ها می‌شود و همچنین، بر اساس مجموعه مشابه‌ای از باورهای

هسته‌ای از خط‌مشی‌های پیشین، به یکدیگر اعتماد می‌کنند و هزینه‌ها و مزایا را به طور عادلانه توزیع می‌کنند (Sotirov, 2016: 125).

۴. **رخداد‌های خارج از خرده‌سیستم:** رخداد‌های محیط بیرونی می‌تواند خرده‌نظام را تحت تأثیر قرار داده و موجب تغییر خط‌مشی شوند. تغییر در شرایط اجتماعی - اقتصادی، تغییر در افکار عمومی حامی خط‌مشی، تغییر در ائتلاف حاکم و نهایتاً اثرات صادره از سایر خرده‌نظام‌ها از جمله رخداد‌های خارج از خرده‌سیستم هستند. این عوامل تحولاتی هستند که خارج از کنترل بازیگران هستند و احتمالاً در طول زمان بروز می‌کنند (Nohrsted, 2016: 18).

۵. **ساختارهای فرصت:** تغییر خط‌مشی ممکن است ناشی از تغییرات وسیع در شرایط سیاسی، اجتماعی و اقتصادی باشد. شیوه‌ای که در آن، مسئله تعریف و درک می‌شود و اهمیت خط‌مشی را برجسته می‌کند، می‌تواند عامل مهمی در درک اهمیت تغییرات باشد (Thom, 2016: 301). پردازش و ارائه راه‌حل‌های عملی، محدود به کارآفرینان با تجربه و متعهد خط‌مشی است؛ تا زمان مناسب برای ارائه پیشنهادات را جستجو و شناسایی کنند. برای نمونه، زمانی که سطح بالایی از توافق در مورد چگونگی شکل‌گیری و حل مسئله تشخیص داده شد، آنان تلاش می‌کنند با امکان‌سنجی فنی و سیاسی شانس موفقیت را افزایش دهند و به مسکوت‌کردن یا اصلاح پیشنهاد اقدام کنند (Ingold, 2016: 3). این چارچوب بر راه‌هایی که به وسیله آنها، کارآفرینان خط‌مشی می‌توانند بین موقعیت‌های مسائل و تغییرات خط‌مشی ارتباط برقرار کنند، تاکید می‌کند (Johansson, 2015: 193).

۶. **محدودیت‌ها و منابع:** چارچوب ائتلاف مدافع فرض می‌کند که انتخاب استراتژی، منطقی است؛ که به این ترتیب ائتلاف‌ها به دنبال حداکثرکردن و بهره‌مندی از منابع هستند تا به نسبت هزینه‌های تحمیل شده بتوانند مزایای بیشتری از خط‌مشی داشته باشند. مدافعان باید به طور مداوم تأثیرات متغیرها را بر روی گزینه‌های استراتژیک نظارت کنند؛ زیرا ممکن است متغیرها در طول زمان به سرعت تغییر کنند (Luxon, 2017: 479). هرچند چارچوب ائتلاف مدافع در توضیح شرایط لازم مفید عمل می‌کند، ولی شرایط کافی برای توقف یا ادامه پیشرفت را تعیین نمی‌کند (Menahem, 2016: 316).

۷. **تغییر و یادگیری:** چارچوب ائتلاف منافع، بر روی درک عوامل منتهی به تغییرات خطمشی یا ثبات خطمشی متمرکز شده و بین تغییرات جزئی و عمده در خطمشی تفاوت قائل می‌شود. تغییرات عمده خطمشی به عنوان تغییراتی در راستای اهداف نظام فرعی خطمشی تعریف می‌شود که می‌تواند در هسته خطمشی یا باورهای هسته‌ای عمیق ائتلاف‌ها روی دهد. تغییرات جزئی خطمشی به صورت تغییرات در جنبه‌های ثانویه نظام خطمشی تعریف می‌شود؛ مانند انتخاب ابزارهایی که به وسیله آن، خطمشی‌ها به اهداف طراحی شده دست خواهند یافت (Peters, 2016: 34). تغییر در باورهای هسته‌ای خطمشی، سبب تغییر در خطمشی‌های عمده می‌شود و همچنین تغییر در خطمشی‌های جزئی با تغییر در باورهای ثانویه به وجود می‌آید (Pierce, 2020: 64-86). چارچوب ائتلاف مدافع، یادگیری را به عنوان تغییرات نسبتاً پایدار در تفکر یا رفتارهایی که از تجربه به دست می‌آیند و به افراد و مجموعه‌های اجتماعی مربوط می‌شوند، تعریف می‌کند (Luxon, 2017: 509).

ب. روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی است و برای انجام آن، از رویکرد تحلیل کیفی و استراتژی تحلیل تم^۱ استفاده شده است. به منظور شناسایی بهتر عوامل موثر در تغییر خطمشی‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اجرای طرح تحول نظام سلامت، ضمن مرور مستندات قانونی مانند قانون برنامه پنج ساله، سند چشم‌انداز، نقشه تحول نظام سلامت و مستندات سازمانی همچون گزارشات، صورت‌جلسات و مقالات با ۱۲ نفر از کارشناسان و خبرگان این حوزه مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام و مصاحبه‌ها به روش تحلیل تم تجزیه و تحلیل شده است. مشارکت‌کنندگان در این مصاحبه‌ها با استفاده از استراتژی نمونه‌گیری کیفی (نمونه‌گیری گلوله برفی^۲) انتخاب شده‌اند. با استفاده از روش تحلیل تم، به تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها و اکتشاف مضمون‌های مرتبط با موضوع پژوهش به منظور هم‌راستایی با چارچوب ائتلاف مدافع پرداخته شد. در مشورت با اساتید و صاحب‌نظران حوزه خطمشی به این نتیجه رسیدیم که با استفاده از

1. Thematic
2. Snowball

نظریه چارچوب ائتلاف مدافع می‌توان به تبیین چرایی و چگونگی تغییر خط‌مشی نظام سلامت به عنوان موضوعی جدید و مفید پرداخت؛ زیرا این چارچوب در مورد ثبات و تغییر خط‌مشی در ابعاد زمانی طولانی دارای ایده‌ها و مفاهیم قابل ارزش برای انجام پژوهش است.

ج. تحلیل تجربی و یافته‌های پژوهش

در این پژوهش بر اساس گام‌های روش تحلیل تم، متن مصاحبه‌ها چندین نوبت به دقت مورد مطالعه قرار گرفت و سپس کدگذاری شد. پس از این که تمامی داده‌ها کدگذاری شدند تم‌ها شکل گرفت و پس از بازبینی و تعریف آن‌ها، نتایج به صورت تم‌های اصلی و فرعی آشکار شد. با این روش تعداد ۳۳۵ مفهوم به عنوان کدهای اولیه مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رویکرد استقرایی مفاهیم شناسایی شده در چند مرحله تجمیع و سرانجام تعداد ۴۱ مفهوم به عنوان تم‌های فرعی در قالب ۵ مفهوم شامل بازیگران، باورها، مسائل و رویدادها، منابع و محدودیت‌ها و سرانجام تغییر و یادگیری به عنوان تم‌های اصلی دسته‌بندی شدند. با توجه به استفاده از چارچوب ائتلاف مدافع سعی شد عناوین انتخاب‌شده برای تم‌های اصلی با مضامین به کار برده شده در چارچوب ائتلاف مدافع، نزدیکی معنایی داشته باشد.

۱. ائتلاف مدافع و تغییر خط‌مشی

مشابهت باورهای بین بازیگران، آنان را درون نوعی ائتلاف قرار می‌دهد که موجب هماهنگی رفتار و کنش آنان می‌شود. همچنین، انسجام درونی ائتلاف مرهون همین نظام باور است (Thom, 2016: 301). در مورد تغییر خط‌مشی نظام سلامت و مطرح‌شدن طرح تحول نظام سلامت کشور بررسی‌ها نشان می‌دهد که در سال‌های بعد از جنگ تحمیلی، دولت‌های منتخب تمام‌اهتمام خود را به حوزه بازسازی و توسعه عمرانی کشور معطوف کرده بودند و طی این سال‌ها حوزه بهداشت و درمان از اولویت بالایی در اختصاص بودجه و جذب نیروی انسانی برخوردار نبوده است. بنابراین، افزایش پرداخت مستقیم از جیب مردم و ناکارآمدی بیمه‌ها سبب تحمیل هزینه‌های کمرشکنی به خانواده‌ها می‌شد (حیدریان، ۱۳۹۴: ۱۸۷-۱۹۹). از سوی دیگر، افزایش نیافتن تعرفه‌های پزشکی متناسب با تورم و درخواست گروه‌های پزشکی و فقدان به روزرسانی تعرفه

برخی اعمال تشخیصی و درمانی، سبب شد پدیده زیرمیزی به امری معمول تبدیل شود (جعفری، ۱۳۹۵: ۵۱-۶۰). از طرفی آمارهای سازمان جهانی بهداشت از افزایش بی‌رویه انجام سزارین در کشور تا سه برابر استاندارد جهانی حکایت داشت (یوسفی، ۱۳۹۶: ۱۵-۲۵).

همچنین، وجود مشکلات فراوان مانند تمایل نداشتن پزشکان به خدمت در مناطق کمتر برخوردار، نارضایتی مراجعه‌کنندگان از کیفیت معاینات و ویزیت‌ها، قدیمی بودن بیمارستان‌ها، فرسوده بودن تجهیزات و امکانات و همچنین، کمبود ملزومات اولیه بهداشتی برای بیماران بستری، کمبود و گرانی دارو و مسئولیت تامین برخی داروها و پروتژها بر دوش همراهان بیمار در خارج از سیستم بیمارستانی و بسیاری موارد دیگر سبب بالارفتن میزان نارضایتی از وضعیت نظام سلامت کشور شد (عبدالرضا، ۱۳۹۵: ۶۱-۷۲). مجلس شورای اسلامی در راستای کمک به رفع این نیاز همگانی در سال ۱۳۸۷ با تصویب و اختصاص ۱۰ درصد درآمد حاصل از قانون هدفمندی یارانه‌ها، گام بزرگی در جهت تامین منابع مالی پایدار وزارت بهداشت برداشت. همچنین، مواد ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی، برنامه پنج ساله توسعه کشور، تدوین نقشه سلامت کشور، تدوین نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت و فرمایشات مقام معظم رهبری در مورد اینکه شخص بیمار جز درد و رنج بیماری نباید درد و رنج دیگری داشته باشد و سرانجام، ابلاغ سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ به عنوان سندی بالادستی، مسیر اصلاح نظام بهداشتی و درمانی ایران را حمایت کردند.

بنابراین، در مورد لزوم انجام اصلاحات بنیادی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بین همه صاحب‌نظران، دانشگاهیان، مدیران و مسئولان ارشد نظام اتفاق نظر و درجه بالایی از اجماع وجود داشت. با برگزاری انتخابات یازدهم ریاست جمهوری و وعده اصلاح در نظام بهداشتی و درمانی کشور، وزیر پیشنهادی در روز دفاع از برنامه‌های خود از عزم جدی در اصلاح وضعیت نظام سلامت کشور سخن گفت. با شروع به کار دولت، طرفداران انجام اصلاحات، هر کدام باورهای هسته‌ای خود را در رسانه‌ها و همایش‌ها بیان می‌کردند؛ به طوری که به راحتی می‌توان دو گروه مخالفان و موافقان طرح تحول را از نظر شیوه اجرا مشخص کرد. هر دو گروه بر ضرورت انجام اصلاحات تاکید و اجماع داشتند، ولی شیوه اجرا و ساختار طرح را مناسب نمی‌دانستند و هر کدام می‌کوشیدند باورها و علایق خود را در طرح پیشنهادی بگنجانند.

۲. رخدادهای بیرونی و یادگیری خط‌مشی

نظریه چارچوب ائتلاف مدافع بر آن است که تغییر خط‌مشی ممکن است در واکنش به رخدادهای بیرونی یا از طریق یادگیری خط‌مشی رخ دهد (عباسی، ۱۳۹۳: ۱۰). در مورد یادگیری طرح تحول نظام سلامت در محدوده ملی، اولین فرصت مربوط به برنامه پنجم توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی بود که در ماده ۳۴ و ۳۸ به لزوم تغییرات و اصلاحات در حوزه بهداشت و درمان اشاره شده بود. تدوین نقشه سلامت و همچنین تدوین نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت زمینه مناسبی را برای طراحی و اصلاح نظام سلامت فراهم کرد. اما مهم‌ترین فرصت برای به چالش کشاندن وضع موجود و تغییر خط‌مشی، روی کار آمدن دولت یازدهم و انتخاب وزیر جدید بهداشت بود که هدف خود را اصلاحات نظام سلامت می‌دانست. رخداد مهم دیگر، ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت توسط مقام معظم رهبری بود که موجب انسجام‌بخشی به امور سیاست‌گذاری و اجرایی این حوزه و همچنین، انعطاف‌پذیری در نظام برنامه‌ریزی و تعیین تولید نظام سلامت شد. هرچند هر دو ائتلاف مخالف و موافق با کلیات و ضرورت طرح تحول نظام سلامت با توجه به اسناد بالادستی موافق بودند، اما اختلاف نظر در شیوه اجرا و هدف‌گذاری باعث به وجود آمدن باورهای مختلف شد.

در نهایت موافقان طرح تحول سلامت، طرح پیشنهادی خود به طور رسمی اعلام کردند، ولی به منظور تعامل و توافق با گروه‌های مخالف، سعی کردند تغییراتی را در کلیات طرح اعمال کنند و با تهیه بسته‌ای در زمینه طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت با ایجاد و راه‌اندازی پایگاه‌های سلامت و مرکز جامع سلامت، برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق شهری بالای بیست هزار نفر و حاشیه شهرها و گسترش بهداشت دهان و دندان با تامین و توزیع نیروی انسانی در رشته‌های مختلف بهداشتی به انتقادات مخالفان پاسخ گفتند. موافقان طرح تحول به منظور کاهش فشارهای وارده به علت عدم رعایت عدالت در پرداختی‌های گروه‌های پزشکی، طرح قاصدک را اجرا کردند که در آن، مبلغ اضافه‌کار و کارانه پرسنل جمع می‌شد؛ در حالی که گروه‌های پرسنلی این طرح را اجحافی در حق خود می‌دانستند و در تجمعات اعتراضی مختلف این موضوع را بیان کردند. همچنین، وزارت بهداشت به دنبال اعتراضات متعدد در خصوص کمبود نیروی انسانی به ویژه کادر پرستاری اقدام به اجرای طرحی به نام تربیت کمک پرستار یک‌ساله و

پرستار بیمارستانی کرد؛ که طرح اول به دلیل عدم جذب و استخدام آموزش دیده‌گان در آزمون‌های استخدامی برگزار شده، موجبات نارضایتی شدید آنان را فراهم کرد. طرح پرستار بیمارستانی نیز با مخالفت شدید کادر پرستاری و سازمان نظام پرستاری در هاله‌ای از ابهام باقی مانده است. همچنین، به دنبال عدم اختصاص منابع درآمدی در نظر گرفته شده و بدهکاری بیمه سلامت و بدهکاری به شرکت‌ها، تولیدکنندگان و پیمانکاران، وزارت بهداشت تصمیم گرفت که این میزان بدهکاری را به صورت اوراق قرضه با طرف‌های قرارداد تسویه کند که موجب اعتراض آنان شد؛ چون معتقد بودند پس از گذشت سه سال میزان دریافتی‌های آنان با افزایش قیمت ارز تناسب ندارد. همچنین، سازمان بیمه سلامت به علت افزایش هزینه‌های خود اقدام به تصویب و ابلاغ محدودیت‌هایی در تعداد ویزیت‌ها و اعمال جراحی پزشکان طرف قرارداد کرده است. علاوه بر این، انجمن‌های حمایت‌کننده از بیماران خاص و صعب‌العلاج از عدم اختصاص بودجه کافی برای این بیماران و کمبود دارو و گران‌بودن داروها برخلاف وعده‌های اولیه طراحان طرح تحول نظام سلامت ابراز نارضایتی کردند. به دنبال تحقق نیافتن اهداف پیش‌بینی شده مانند بسته مقیمی پزشکان، ماندگاری در مناطق محروم و تعرفه‌گذاری برخی از گروه‌ها، برخی از دستورالعمل‌های طرح تحول مورد بازبینی قرار گرفت.

همچنین، وزارت بهداشت در راستای تمرکززدایی و افزایش سرعت خدمات و ارتقاء خدمات دستورالعمل اداره بیمارستان‌های مستقل را ابلاغ کرد و با تاسیس ستاد کشوری طرح تحول نظام سلامت کوشید با تمرکز بر تصمیمات و نظارت بر روند اجرای برنامه‌ها در این ستاد، علاوه بر به‌روزرسانی ساختار تشکیلاتی، اقتدار این وزارتخانه را در جهت پیشبرد اهداف خود به مخالفان نشان دهد و با راه‌اندازی وبسایت طرح تحول نظام سلامت اقدام به ارائه آمارهای به‌روز و مرتبط به علاقه‌مندان کند. در مورد یادگیری طرح تحول نظام سلامت در محدوده فراملی، مهم‌ترین رویداد، توافقنامه بین‌المللی برجام بود که باعث شد محدودیت‌های ناشی از تحریم‌ها دارویی و تجهیزات پزشکی برداشته شود و تبادلات بین ایران و کشورهای پیشرو در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی بین‌المللی فراهم شود. این فرصتی بود تا وزارت بهداشت اقدام به انتقال دانش تولید برخی داروهای مهم و کمیاب به داخل کشور و رفع کمبودهای دارویی کند و با برگزاری نمایشگاه‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، شرکت‌های بین‌المللی را برای همکاری با ایران ترغیب کند. بنابراین، هر دو

ائتلاف تلاش کردند تا با برگزاری همایش‌های متعدد، اهداف و باورهای خود را مطرح کنند که این رفتارها به خوبی در چارچوب ائتلاف مدافع قابل پذیرش و تحلیل است.

۳. منابع ائتلاف‌ها

در طرح تحول نظام سلامت، ائتلافی که مدافع تغییر در خط‌مشی‌های موجود بود، تا حد بسیار زیادی به منابع پنج‌گانه یادشده دسترسی داشت و از آنان برای پیشبرد اهداف خود استفاده می‌کرد. ائتلاف رقیب نیز می‌کوشید نظرات و اهداف خود را در طرح بگنجانند و با تحریک افکار اعضای خود به صورت برگزاری همایش‌ها و گردهمایی‌ها، مصاحبه‌های رسانه‌ای و حتی به صورت تجمعات کوچک در مکان‌هایی همچون محوطه بیمارستان‌ها، متولیان طرح را تحت تأثیر قرار دهند. نیاز به تغییر و تحول در نظام سلامت کشور به صورت امری همگانی و مسئله عمومی درآمده بود و همه گروه‌های ذینفع در نظام سلامت با اصل تغییر و تحول موافق بودند و افکار عمومی در سطح جامعه از ایده‌های مطرح‌شده حمایت می‌کردند. ایده‌ها، اهداف و بسته‌های مشخص‌شده در این طرح توسط رئیس‌جمهور و سازمان برنامه و بودجه کشور و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس حمایت می‌شد که این امر به رهبران ائتلاف موافق تغییر خط‌مشی، قدرت قانونی کافی برای تدوین خط‌مشی و فرآیند ایجاد تغییر را می‌داد. همچنین، یکی دیگر از منابع قدرت برای ائتلاف موافقان، شواهد علمی و مطالعات و پژوهش‌هایی بود که از قبل و حین طرح ایده تغییر خط‌مشی در سطح جامعه علمی کشور وجود داشته است که مشکلات فراوانی را در حوزه‌های مختلف نظام بهداشتی کشور شناسایی کرده بودند.

همچنین، گزارش سازمان جهانی بهداشت در مورد برخی شاخص‌های نظام سلامت در ایران، عامل محرک دیگری بود که مدافعان تغییر از آن بهره‌برداری می‌کردند و می‌کوشیدند با تحت تأثیر قرار دادن افکار عمومی به وسیله این شواهد و مطالعات، هرچه بیشتر ایده‌های خود را به اجرا کنند. در مقابل، ائتلاف مخالفان نیز با استفاده از تجربیات شکست‌خورده و موفقیت‌آمیز سایر کشورها و به استناد به برخی دیگر از پژوهش‌ها، خواستار اصلاحات در بسته‌های طراحی‌شده بودند. اما همان‌گونه که بیان شد، ائتلاف مخالفان به علت سازماندهی ضعیف و توافق گروهی و انجام اقدامات و تصمیمات جزیره‌ای و منفرد به صورت خودسرانه و نداشتن رهبری ماهرانه نتوانستند بر روی ایده‌های مطرح‌شده به صورت بسته‌های پیشنهادی تأثیرگذار باشند و ایده‌های خود را در

آن لحاظ کنند. انتشار عمومی بسته‌های طرح تحول نظام سلامت، پیدایش ائتلاف‌های رقیب و انتخاب راهبردهای مواجهه با رقبا مهم‌ترین عواملی بودند که در تعاملات با یکدیگر، فرآیند طرح تحول نظام سلامت را شکل دادند. با توجه به این عوامل، می‌توان چهار مرحله را در رسیدن به طرح تحول نظام سلامت بررسی کرد که به نوعی دارای توالی زمانی هستند:

اتفاق نظر و اجماع ملی: روند افزایش پرداخت مستقیم از جیب بیماران تا ۶۰ درصد میزان پرداختی‌ها، مشخص‌ترین و واضح‌ترین دلیل توافق بین همه گروه‌های ذینفع و عموم مردم بود. همچنین، افزایش زیرمیزی‌ها خارج از دریافتی‌های قانونی از بیماران در کنار نارضایتی‌های دیگر نیز لزوم ایجاد تغییر در خط‌مشی‌های سلامت را لازم می‌کرد.

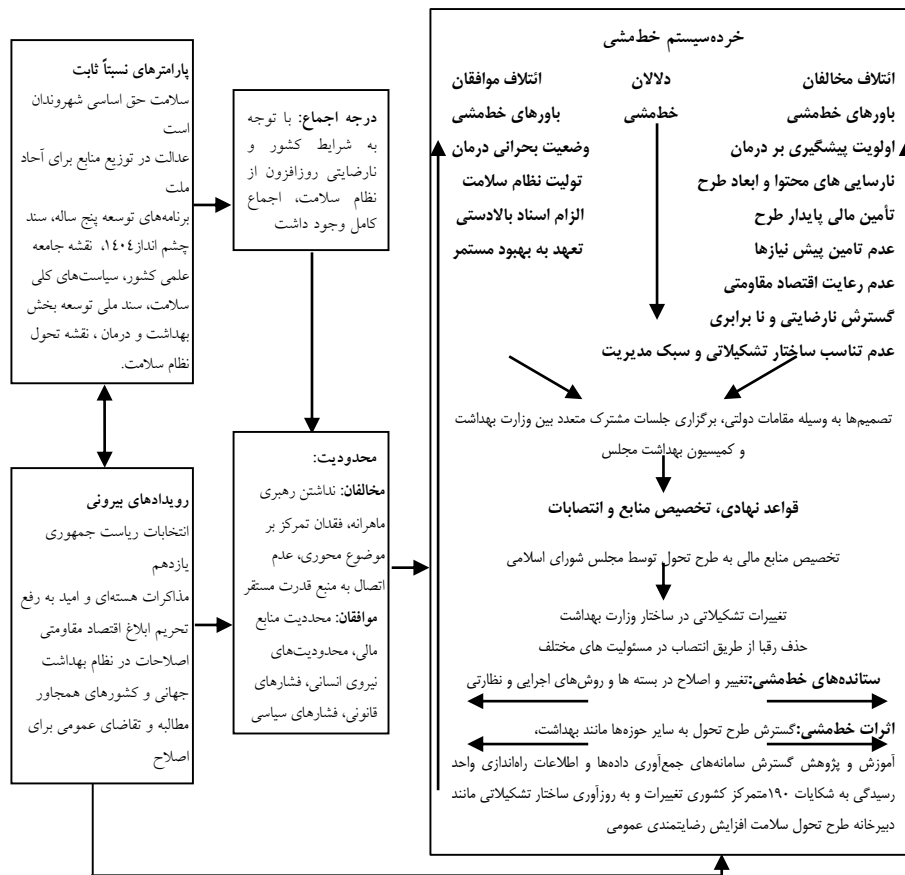
تغییر بازیگران: با برگزاری انتخابات یازدهم ریاست جمهوری و اعلام یکی از شعارهای انتخاباتی مبنی بر ایجاد تحول در نظام سلامت کشور و روی کار آمدن وزیر بهداشت، هسته مرکزی ائتلاف موافقان شکل گرفت که با حمایت‌های افکار عمومی و رسانه‌های حامی دولت گسترش یافت.

پیدایش گروه‌های مخالف: با انتشار ایده‌های اولیه طرح تحول، مخالفان به صورت فردی و گروهی شروع به بیان باورهای هسته‌ای خود به صورت انتقاد کردند و کوشیدند تا باورهای خود را در طرح مذکور وارد کنند. اما هیچ‌گاه به صورت سازمان‌یافته نتوانستند نقش موثری در تغییرات ایفا کنند.

انتخاب راهبردهای مواجهه و تحقق خط‌مشی: طراحان طرح تحول با هوشیاری و زیرکی توانستند با مطرح کردن پیشنهاد خود به صورت طرح تحول سازمانی، از فراز و نشیب‌های مسیر قانونی دوری کرده و از گرفتارشدن در بروکراسی قانونی پرهیز کنند. همچنین، وزیر بهداشت تلاش کرد تا با استراتژی جذب مخالف، رییس سازمان نظام پرستاری کشور را به عنوان معاون پرستاری وزارت بهداشت منصوب کند تا از این طریق یکی از اصلی‌ترین سازمان‌های مخالف طرح را از عرصه رقابت خارج کند. همچنین، تلاش کردند تا با ایجاد سامانه‌ای که در آن تمامی شرکت‌ها و تولیدکنندگان و توزیع‌کنندگان رسمی و معتبر حضور داشتند، تبادلات بین بیمارستان‌ها و طرف‌های قرارداد را ساماندهی کرده و باعث جلب همکاری و تأمین رضایت پیمانکاران از طریق حذف رقبای غیررسمی و گسترش بازار آنان شود.

ساباتیه، عوامل و متغیرهای تغییر خط‌مشی را به صورت یک چارچوب ارائه کرده است که پس از تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده در مورد خط‌مشی طرح تحول نظام سلامت، عوامل و

متغیرهای استخراج‌شده در الگوی مرجح چارچوب، جای‌گذاری شد. همان‌گونه که در شکل ۱ و فلش‌های جعبه سمت راست نشان داده شده، به دنبال تلاش‌های دلالتان خط‌مشی، باورهای مخالفان و موافقان به مرحله دستورکار مقامات دولتی راه پیدا خواهند کرد و سپس، خط‌مشی بر اساس قواعد نهادی موجود، امکان تخصیص منابع و تغییرات و انتصابات مدیران، مورد بازبینی و تصویب قرار می‌گیرد و بر اساس ستانده‌ها و اثرات حاصل از اجرای خط‌مشی، بازخورد مناسب به مخالفان و موافقان داده شده و موجب تغییرات در باورهای خط‌مشی و یادگیری ائتلاف‌ها می‌شود و این فرایند تا زمان تغییرات اساسی بعدی در خط‌مشی ادامه خواهد داشت.



شکل ۱. الگوی چارچوب ائتلاف مدافع ساباتیبه در تحلیل طرح تحول سلامت (با الهام از تراب‌زاده، ۱۳۹۶)

مجموعه عوامل و پدیده‌های فوق باعث شد تا ضرورت طرح تحول نظام سلامت به طور کامل مورد پذیرش قرار گیرد. نتیجه آنکه در فرآیند تغییر خط‌مشی نظام سلامت، دو ائتلاف اصلی شناسایی شد. ائتلاف موافق با استفاده از ضرورت طرح تحول نظام سلامت در کشور و با بهره‌بردن از افراد تاثیرگذار در حوزه خط‌مشی‌گذاری مانند رییس جمهور، رییس سازمان برنامه و بودجه و همچنین، رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و با ناتوانی ائتلاف مخالف برای تمرکز به روی ایده‌ای محوری و فقدان رهبری ماهرانه، توانستند با مطرح کردن پیشنهادات خود به عنوان یک طرح، بدون نیاز به تصویب آن توسط مجلس شورای اسلامی، قدرت زیادی در تاثیرگذاری بر جریان تغییر خط‌مشی، نحوه تغییر آن و همین‌طور نتایج خط‌مشی داشته باشند. بر اساس نظریه چارچوب ائتلاف مدافع، تغییرات در خط‌مشی‌های نظام سلامت، برآیند ظهور رقابت این دو ائتلاف بود. در فرآیند تغییر خط‌مشی، هر دو ائتلاف از باورهای هسته‌ای خط‌مشی خود دفاع می‌کردند و کوشش کردند تا از راه تغییر در باورهای ثانویه بتوانند نظرات خود را در تغییر خط‌مشی اعمال کنند. اما استراتژی‌های هوشمندانه وزارت بهداشت و معاون درمان آن به عنوان کارآفرین خط‌مشی سعی کردند این توافقات و مذاکرات را تعدیل کنند. همچنین، رویدادهای بیرونی و یادگیری خط‌مشی که باعث تاثیرگذاری بر روند تغییر خط‌مشی شده، توسط نظریه ائتلاف چارچوب مدافع قابل تحلیل است.

نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، طرح تحول نظام سلامت به یکی از مهم‌ترین تحولات در حوزه بهداشت و درمان کشور تبدیل شد. بدون شک، مطالعه فرآیند این تغییر و رویدادهای تاثیرگذار بر آن و ارائه الگوی مشخصی از تعاملات بین عوامل و پدیده‌ها، موجب کسب و توسعه دانش جدید در حیطه خط‌مشی‌گذاری در نظام سلامت کشور می‌شود. این مقاله نشان می‌دهد که ائتلاف موافق با توجه به در اختیار داشتن قدرت اجرایی کشور، توانایی استفاده از مهارت‌های کارآفرینی لازم برای خط‌مشی‌گذاری و همچنین، بهره‌برداری از اجماع ملی در مورد ضرورت نیاز به تحول در بخش سلامت، توانست ائتلاف مخالف را مقهور کند و ضمن وجود ایراداتی همچون عدم تامین مالی پایدار طرح، نارضایتی بدنه اجرایی از عدالت توزیعی و همچنین، عدم مشارکت و اقناع

مخالفین در برنامه‌ریزی‌ها، موفق به اجرای طرح شد. اما با گذشت زمانی کوتاه و بروز فشارهای سیاسی - تحریمی بین‌المللی، ادامه طرح با مشکلات جدی مواجه شد.

برای پیشگیری از تدوین خط‌مشی‌هایی با سرنوشت مشابه خط‌مشی طرح تحول سلامت، راهکارهای اجرایی همچون استفاده از مشارکت کلیه ذینفعان نظام سلامت در چارچوب زمانی منطقی برای خط‌مشی‌گذاری، اجرای طرح به صورت پایلوت و بدون شتابزدگی، رعایت عدالت توزیعی، به کارگیری قدرت رسانه‌ای در توجیه ضرورت راه‌حل‌های پیشنهادی، مطابقت با اسناد بالادستی و همچنین، در نظر گرفتن سناریوهای مختلف سیاسی - اقتصادی در سطح ملی و بین‌المللی به تدوین و تنظیم خط‌مشی‌ها اقدام نمایند.

برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران با استفاده از سایر نظریه‌های خط‌مشی‌گذاری مانند جریان‌ات چندگانه گینکدان یا تعادل نقطه‌ای به تبیین تغییر خط‌مشی نظام سلامت کشور و روشن کردن جنبه‌های مبهم این حوزه بپردازند. همچنین، آنچه در این میان مورد غفلت قرار گرفته، نبود پژوهش‌ها و پیمایش‌های ملی فراگیر در مورد مشتریان اصلی طرح تحول نظام سلامت یعنی توده مردم، توسط پژوهش‌گران و موسسات تحقیقاتی معتبر است. هرچند پژوهش‌های متعددی در زمینه میزان رضایتمندی بیماران انجام شده، اما فاقد گستردگی و جامعیت مکانی و زمانی هستند و تاثیر برخی از ذینفعان اصلی مانند خیرین سلامت، تولیدکنندگان، توزیع‌کنندگان و واردکنندگان دارو و تجهیزات پزشکی نادیده گرفته شده‌اند.

منابع

- ابراهیمی، سیدعباس و همکاران (۱۳۹۳) طراحی مدل خط‌مشی‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران (پژوهشی کیفی). **پژوهش‌های مدیریت عمومی**، (۲۴) ۷.
- ابراهیمی، سیدعباس، باکی هاشمی، سیدمحمد مهدی (۱۳۹۸) کاربست مدل تحلیل تفسیری _ ساختاری در بازنگری اولویت‌های طرح تحول سلامت: سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد. **مدیریت سلامت**، (۳) ۲۲.
- ایسنا (۹۷/۰۶/۲۵) هزینه های میلیاردی بیمه سلامت، <https://isna.ir/news/97062512545>
- ایسنا (۱۳۹۶/۰۲/۲۰) مخالفت مجلس با تقاضای تفحص از طرح تحول نظام سلامت، <https://www.isna.ir/news/96022012769>
- ایزدبخش، حمید (۱۳۹۵/۵/۱۲) طرح تحول سلامت از منظر بازیگران. **سلامت نیوز**، www.salamatnews.com/news/189676
- پورشیروانی، نصراله (۱۳۹۴) اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران: دستاوردها و چالشها، **مقالات همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت**
- ترابزاده جهرمی، محمدصادق، حسینی، سیدکاظم، نوروزی، محمد (۱۳۹۶) تبیین تغییر خط مشی با استفاده از الگوی چارچوب ائتلاف مدافع (مطالعه موردی: قراردادهای نفتی ایران IPC). **بهبود مدیریت**، سال یازدهم، (۱) ۳۵
- توان، حامد و همکاران (۱۳۹۴) بررسی میزان رضایت از طرح تحول سلامت از دیدگاه بیماران و همراهان بیمار از خدمات بیمارستان شهید مصطفی خمینی(ره) شهر ایلام در سال ۱۳۹۴. **فصلنامه پرستاری گروههای آسیبیذیر**، (۵) ۲.
- جعفری پویان، ابراهیم و همکاران (۱۳۹۵) اثر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دانشگاهی همدان، **مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی**، (۲) ۱۴.
- حیدریان، ناهید، وحدت، شقایق (۱۳۹۴) تاثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر پرداخت از جیب بیماران در بیمارستان‌های دولتی منتخب شهر اصفهان. **مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران**، (۳) ۳۳.
- حق‌شناس، محمدجواد (۱۳۹۶) بررسی مقایسه‌ای اهداف، برنامه‌ها و چالشهای تحول نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ترکیه و ایالات متحده. **مجله دانش ارزیابی**، (۳۱) ۹.
- دشمنگیر، لایلا، علیپور، مینو (۱۳۹۴) ارزیابی موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت، **مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم**، دوره هجدهم، شماره ۷۰.
- دفتر تحقیقات و سیاست‌های مالی، وزارت امور اقتصاد و دارایی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶). **بررسی طرح تحول سلامت (چالش‌ها و راهکارها)**. کد سند ۹۶۲۵۱۲۳۹۲
- شادپور، کامل (۱۳۸۵) اصلاح نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین**، (۳) ۱۰.
- شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی. گزارش آبان ۱۳۸۸، ویرایش هشتم.

- شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تدوین نقشه نظام سلامت: کلان‌فرآیندهای تدوین نقشه. گزارش ۱۳۸۹.
- شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تحلیل چالش‌ها و روندهای موثر بر نظام سلامت، گزارش ۱۳۹۰.
- عباسی، طیبیه، دانایی‌فرد، حسن (۱۳۹۳) چارچوب ائتلاف مدافع و تبیین تغییر خط‌مشی: تغییر قانون اهداف، وظایف و تشکیلات وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، *فصلنامه سیاست علم و فناوری*، (۳) ۶.
- عبدالرضا قره باغ، زهرا و همکاران (۱۳۹۶) بررسی رضایتمندی پرستاران از طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۵. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره ۱۶.
- علمداری، شهرام (۱۳۹۴) معماری راهبردی نظام سلامت ملی جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر سند چشم‌انداز ۱۴۰۴: الگوی پیشنهادی، *فصلنامه سیاست‌گذاری عمومی*، (۱) ۱.
- گزارش اهم اقدامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت یازدهم. مرکز روابط عمومی و اطلاع‌رسانی. ۱۳۹۵
- موبد، فاطمه و همکاران (۱۳۹۶) طرح تحول نظام سلامت: نگاهی نو به ارائه خدمات سلامت: چالش‌های فراروی آن، *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، دوره ۲۰، (۱) ۷۶.
- نصرالله پورشیروانی، سیدداوود، موعودی، سیمین (۱۳۹۲) سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران. بابل، *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل*.
- یوسفی، مهدی و همکاران (۱۳۹۶) بررسی تاثیر طرح تحول نظام سلامت و تعرفه‌گذاری بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی بر عملکرد دپارتمان زنان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، (۸) ۲۰.
- Baltar F, Brunet I. (2012) Social Research: Virtual Snowball Sampling Method Using Facebook, *Internet Research*. Vol. 22, No. 1.
- Emily Matthews Luxon (2017), What do advocates know about policymaking? Revealing process in the Advocacy Coalition Framework, *Journal of European Public Policy*.
- Fuchs, V. R., & Emanuel, E. J. (2005). Health care reform: why? what? when? *Health Affairs*, 24(6).
- Ingold K, Fischer M, Cairney P. (2016), Drivers for Policy Agreement in Nascent Subsystems: An Application of the Advocacy Coalition Framework to Fracking Policy in Switzerland and the UK. *The Policy Studies Journal*, Vol. 00, No. 00.
- Johansson H. et al. (2015) *EU Civil Society*, Nature publishing group Macmillan publishers.
- Jang, S., Weible, C. M., & Park, K. (2016). Policy processes in South Korea through the lens of the Advocacy Coalition Framework. *Journal of Asian Public Policy*, 9 (3).
- Kuziemsky C. (2016), Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthcare Management Forum*, Vol. 29(1).
- Koornneef, E. J., Robben, P. B., Al Seiri, M. B., & Al Siksek, Z. (2012). Health system reform in the emirate of Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Health policy*, 108(2-3).
- Koebele, E. A. (2015). Assessing outputs, outcomes, and barriers in collaborative water governance: A case study. *Journal of Contemporary Water Research & Education*, 155(1).
- Luxon, E. M., & Wong, W. H. (2017). Agenda-setting in Greenpeace and amnesty: the limits of centralisation in international NGOs. *Global Society*, 31(4).
- Menahem, G., & Gilad, S. (2016). Policy Stalemate and Policy Change in I srael's Water Sector 1970–2010: Advocacy Coalitions and Policy Narratives. *Review of Policy Research*, 33(3).
- Mintrom M, Vergari S. (1996), Advocacycoalitions, policy entrepreneurs, and policy change, *Policy Studies Journal*. 24.
- Nohrstedt, D., & Olofsson, K. (2016). A review of applications of the advocacy coalition framework in Swedish policy processes. *European Policy Analysis*, 2(2).
- Park K. Weible C. M. (2017), Developing policy theories in South Korea: lessons from the advocacy coalition framework, *Journal of Asian Public Policy*.

- Peters, B. G., & Zittoun, P. (2016) **Contemporary approaches to public policy. Theories, controversies and perspectives**. UK: Palgrave Macmillan.
- Pierce J.J. (2017), There and Back Again: A Tale of the Advocacy Coalition Framework. **The Policy Studies Journal**, Vol. 00, No. 00.
- Pierce, J. J., Peterson, H. L., & Hicks, K. C. (2020). Policy change: an advocacy coalition framework perspective. **Policy Studies Journal**, 48(1).
- Remler D. K. (2016), Including health insurance in poverty measurement: The impact of Massachusetts health reform on poverty. **Journal of Health Economics**, 50.
- Ritter A. et al. (2018), Using the Advocacy Coalition Framework and Multiple Streams policy theories to examine the role of evidence, research and other types of knowledge in drug policy. **Society for the Study of Addiction**.
- Sabatier A. (2016). An advocacy coalition frame work of policy change and the role of policy – oriented learning their in. **policy sciences** 21.
- Sotirov M, Winkel G. (2016), Toward a cognitive theory of shifting coalitions and policy change: linking the advocacy coalition framework and cultural theory. **Policy Sci**. 49.
- Steinman, L. E., Bradford, V., Quinn, E., Otten, J. J., McNamara, J., Fisher, K., & Johnson, D. B. (2017). Examining the Washington State breastfeeding-friendly policy development process using the advocacy coalition framework. **Maternal and child health journal**, 21(3).
- Thom B. (2016). The Alcohol Health Alliance: The emergence of an advocacy coalition to stimulate policy change. **British Politics**. Vol. 11 (3).
- Weible C M, Sabatier P A, Flowers J. (2008). Advocacy Coalition Framework, Encyclopedia of Public Administration and Public Policy, Second Edition,1(1).
- Weible, C. M. (2018). Instrument constituencies and the advocacy coalition framework: An essay on the comparisons, opportunities, and intersections. **Policy and Society**, 37(1).
- Wellstead A. (2017). A review of Paul Sabatier’s an advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein”. **Policy Sci**. 50.