

نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی

بهزاد دماری*، علی حسن‌زاده**، ابوالقاسم پوررضا***

چکیده

سازمان تأمین اجتماعی در ارتباط تنگاتنگ با موضوع تأمین امنیت سلامت، نقش مؤثری در تخصیص منابع محدود بخش بهداشت و ارتقای سلامت جامعه بیمه‌شدگان دارد. برای رسیدن به چنین رسالتی، سازمان ناگزیر به شناخت چالشها و مشکلات درونی و بیرونی خود در حال و آینده است. گروه مدیریت سازمان می‌تواند این مسائل را از طریق علمی بشناسد و برای موارد در اولویت چاره‌ای بیندیشد. برخی از این موارد با اقدام اجرایی رفع می‌شود ولی بخشی از این مشکلات و چالشها نیاز به تحقیق و کاوش علمی دارد. از طرفی تعیین اولویت‌های تحقیقاتی در چرخه مدیریت پژوهشی نقطه آغازین بوده و به دلیل محدودیت منابع انسانی و مالی بخش تحقیقاتی انجام آن ضروری است. به همین منظور معاونت درمان سازمان با انجام طرح «نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی بخش درمان سازمان»، گامی رو به جلو، در ساماندهی و جهت‌دار کردن تحقیقات در سازمان برداشته است. در این طرح که با مشارکت ذینفعان سازمان شامل چهارگروه پژوهشگران، تصمیم‌گیرندگان، ارائه‌کنندگان خدمات و جوامع مرتبط اجرا شد، اولویت‌های تحقیقاتی سه سال آینده بخش درمان مشخص شده است.

روش

در این پروژه که به روش پیشنهادی کمیسیون تحقیقات سلامت برای توسعه^۱ انجام شده است، پس از تشکیل کمیته راهبردی، ذینفعان و نحوه مشارکت، حیطه‌های تحقیقاتی، معیارهای

* دستیار ارشد پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** متخصص چشم‌پزشکی، مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی

*** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

1. Commission on Health Research for Development (COHRED)

اولویت‌بندی و ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات مشخص شد و از دو منبع مشکلات و عناوین تحقیقاتی جمع‌آوری شد: مطالعه مستندات و منابع سازمانی در مورد مشکلات نیازمند تحقیق، نظرات ذینفعان از طریق پرسش‌نامه. پس از جمع‌بندی نتایج حاصل از دو منبع فوق، همپوشانی عناوین رفع و دسته‌بندی انجام شد. سپس کمیته راهبری عناوین را جهت اولویت‌بندی ذینفعان غربال کرد و نتایج برای اولویت‌بندی به ذینفعان با استفاده از فرم اولویت‌بندی مدل کوچک^۱ از روش پیشنهادی ارسال شد. با مشخص شدن اولویت‌ها برای شفاف شدن عناوین تحقیقاتی، بیان مسئله و شرح خدمات به هر عنوان اضافه شد و به تأیید کمیته راهبری رسید.

نتایج

در این طرح از مجموع ۲۰۰ پرسش‌نامه ارسالی به ذینفعان در بخش اول طرح (نیازسنجی) ۱۲۲ پرسش‌نامه و در بخش دوم طرح (اولویت‌بندی) ۱۰۵ پرسش‌نامه عودت داده شد. ۳۷ عنوان در ۹ حیطه تحقیقاتی شامل مدیریت سرمایه انسانی، تکنولوژی سلامت (تجهیزات پزشکی، دارو و پاراکلینیک)، نظام آماری و اطلاعات سلامت الکترونیک، ارائه خدمات درمانی مستقیم و غیرمستقیم، امور بهداشت حرفه‌ای و صنعتی، آموزش و اطلاع‌رسانی، نظام ارزشیابی و نظارت، نظام تدوین قانون و سیاست، نظام مالی و سرمایه‌ای (احداث مراکز، تعرفه‌ها و بودجه) حاصل این اولویت‌بندی است.

بحث و پیشنهاد

اولویت‌بندی عناوین تحقیقاتی با این روش دارای نقاط قوتی از قبیل تفکیک مرحله نیازسنجی (بیان مشکلات و نیازها) از مرحله تعیین اولویت‌ها، حیطه‌های تحقیقاتی جامع‌تر، مشارکت قابل توجه سازمانهای استانی و ذینفعان بیرونی در بیان مشکلات و تعیین اولویت‌ها، مشارکت اعضای شورای پژوهشی در نقد گزارشهای پیشرفت، پیشنهاد نظام اولویت‌بندی تحقیقات در سازمان، استفاده از معیارهای معتبر اولویت‌بندی، شفاف شدن عناوین برای مجریان، تقویت

1. Mini Model

فرهنگ تعامل و مشارکت بین گروه‌های مختلف ذینفعان است. در مقایسه ذینفعان بیرونی نسبت به ذینفعان درونی سازمان مشارکت کمتری داشته‌اند که دلیل آن را باید در ترکیب کمیته راهبری، روشها و موقعیت زمانی جمع‌آوری اطلاعات، منابع مالی طرح، همچنین ضعف فرهنگ مشارکت ذینفعان در تعیین اولویت‌ها دانست. در مرحله بعد از تصویب اولویت‌ها پیشنهاد می‌شود مدیریت پژوهش با انجام فراخوان تحقیقاتی، ایجاد نظام داوری طرح‌های پیشنهادی و پایش پروژه‌های مصوب، اولویت‌ها را به مرحله اجرا درآورد و همزمان نظام استفاده از نتایج تحقیقات در سازمان را طراحی و راه‌اندازی کند.

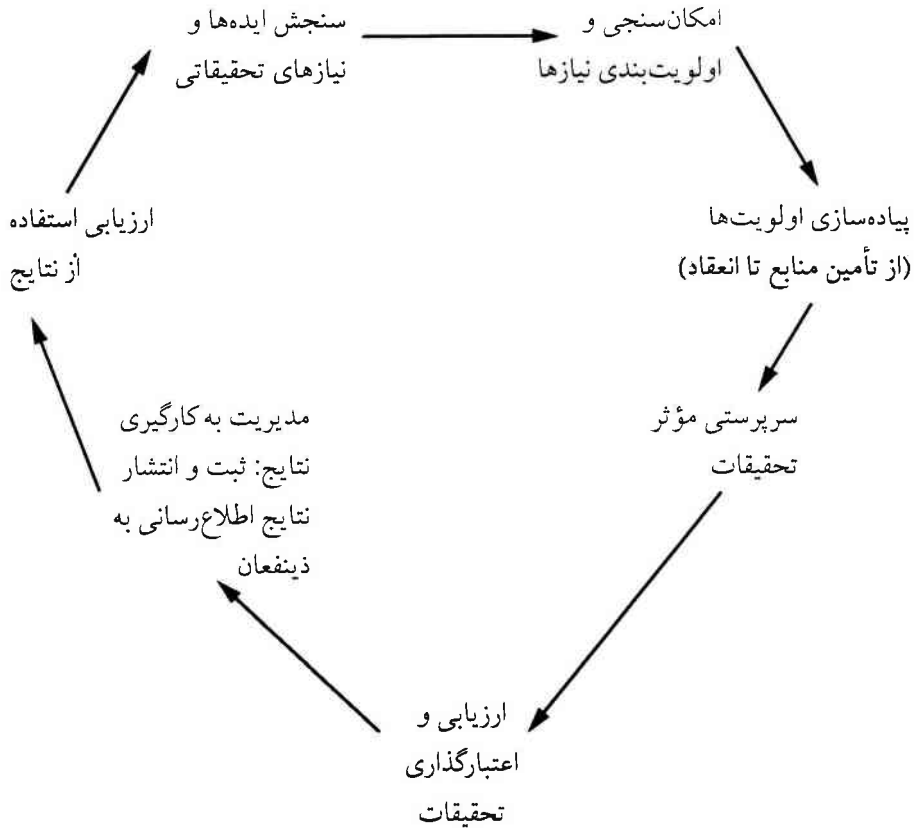
مقدمه

امروزه ارتباط نظام‌مند «سلامت» و «توسعه ملی» در تجربیات کشورها و پژوهش‌های متعدد به اثبات رسیده است. سازمان تأمین اجتماعی در ارتباط تنگاتنگ با موضوع تأمین امنیت سلامت، نقش مؤثری در تخصیص منابع محدود بخش بهداشت و ارتقای سلامت جامعه بیمه‌شدگان دارد. بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی با وظایفی چون تأسیس و فعال کردن مراکز درمانی، تأمین و حفظ نیروهای درمانی متخصص نقش کلیدی در برآورده کردن رسالت سازمان دارد.

از طرفی برای رسیدن به این رسالت، سازمان نیاز به شناخت چالشها و مشکلات درونی و بیرونی خود در حال حاضر و در آینده نزدیک دارد. مدیریت مربوط می‌تواند این مشکلات و چالش‌ها را از طرق علمی بشناسد و برای موارد در اولویت چاره‌ای بیندیشد. برخی از این موارد با اقدام اجرایی رفع می‌شود ولی قسمتی از این مشکلات و چالش‌ها نیاز به تحقیق و کاوش علمی دارد.

طبق گزارشهای سازمان بین‌المللی دست‌اندرکار پژوهش‌های حوزه سلامت تنها ده درصد از کل سرمایه‌های پژوهشی دنیا برای نود درصد از مشکلات مردم جهان صرف می‌شود که این موارد نیز بیشتر بر اساس انگیزه شخصی پژوهشگر، سرمایه‌گذاری بخش خصوصی، صنایع دارویی و یا مؤسسات خارجی تعیین می‌شود.

اولین قدم در چرخه مدیریت پژوهش، تعیین نیازها و اولویت‌بندی آنهاست. این اقدام خود مقدمه راه‌اندازی فرایند و چرخه مدیریت پژوهشی در سازمان است:



با تعیین اولویت‌ها نیازهای واقعی از کاذب تفکیک شده، اجماعی در مورد آنها در سازمان به وجود می‌آید. به این ترتیب ضمن تسهیل و رضایت خاطر از تخصیص بودجه‌های محدود بخش پژوهش سازمان، کاربرد نتایج پژوهشها نیز تضمین می‌شود. تقویت استفاده از نتایج تحقیقات نیز به نوبه خود باعث خواهد شد تا روند اصلاحات مورد نظر تصمیم‌گیرندگان تسریع شود. از این رو فواید طرح نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقات بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی را به شرح زیر می‌توان دسته‌بندی کرد:

- استخراج مشکلات فعلی بخش درمان (نیازمند تحقیق)
- تسهیل تخصیص بودجه

- تسریع تصمیم‌گیری و سیاستگذاری مرتبط در سازمان
 - رضایت ذینفعان از انجام پژوهشها
 - ارتقای هزینه اثربخشی منابع مالی صرف شده (تخصیص کارآمد)
 - برقراری نظام و فرهنگ اولویت‌بندی تحقیقات در سازمان
 - مقدمه‌ای برای تغییر نظام مدیریت پژوهشی در سازمان
- باورهای نادرستی در انجام این اولویت‌بندی در سازمانها وجود دارد که آشنایی با این موارد مدیریت سازمان را در تداوم این اقدام در سال‌های آتی تسریع می‌کند.

اولویت‌بندی تحقیقات همان برنامه راهبردی سازمان است!

توضیح: روش برنامه‌ریزی راهبردی فرایند مجزایی دارد که با تعیین اولویت‌های تحقیقاتی متفاوت است. هدف فرایند تعیین اولویت‌های تحقیقاتی صرفاً استخراج نیازها و استخراج عناوین و زمینه‌های تحقیقاتی در اولویت است که با مشارکت ذینفعان چهارگانه (پژوهشگران، مدیران و تصمیم‌گیران، جوامع و ارائه‌کنندگان خدمات) انجام می‌شود اما در برنامه‌ریزی راهبردی با مشخص کردن رسالت و دورتمای اجماعی ذینفعان استراتژی‌ها و اهداف در اولویت مشخص می‌شود که این اقدامات اغلب در حوزه اجرایی است. بخش نیازسنجی اولویت‌بندی تحقیقات قابلیت استفاده در برنامه‌ریزی راهبردی را دارد. بالعکس در فرایند تعیین اولویت تحقیقاتی نیز از مستندات برنامه‌ریزی راهبردی استفاده می‌شود. البته به نظر می‌رسد این دو روش قابل ادغام و تلفیق باشد اما در بررسی متون مدل و الگویی در این ارتباط یافت نشد.

اولویت‌ها را مسئول سازمان تعیین می‌کند!

توضیح: شاید تا به امروز اولویت‌ها را مسئول سازمان یا بالاترین شورای سازمانها تعیین می‌کرده‌اند اما در روش تجربه‌شده در کشورهای مختلف توصیه شده است که نظرات چهارگروه ذینفع باید در این اولویت‌بندی لحاظ شود. چهارگروه به تنهایی حق ندارند اولویت‌ها را تعیین کنند و امکان‌پذیری طرح‌های تحقیقاتی بدون مشورت با متخصصان غیرمنطقی است. در حقیقت برای ارزیابی میزان مشارکت در تعیین اولویت‌های تحقیقاتی باید به سه سؤال جواب داد:

۱- به صدای چه کسانی گوش داده می‌شود؟

۲- نظرات چه کسانی غالب می‌شود؟

۳- علایق چه کسانی پیش برده می‌شود؟

فهرست اولویت‌ها تمام موارد اولویت‌ها را تشکیل می‌دهد!

توضیح: در هر مقطعی اولویت‌ها تغییر می‌کند. انعطاف‌پذیری در تعیین فهرست نهایی یک اصل است تا چنان‌که اولویتی فوری خارج از فهرست تعیین‌شده مطرح شود بتوان آن را در فهرست نهایی وارد کرد. توصیه شده است که بودجه‌های پژوهشی را در دو مقوله زیر توزیع کنید:

۱- اولویت‌های تحقیقاتی مشخص شده

۲- عناوین مورد علاقه محققان و پژوهش‌های فوری (در مواقع بحرانی) که در فهرست اولویت‌ها نیامده است.

نسبت این توزیع بستگی به کیفیت مطالعه «نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی» دارد اما همواره باید درصدی منطقی را برای عناوین مورد علاقه محققان و پژوهش‌های فوری اختصاص داد.

تعیین اولویت‌های پژوهشی با خلاقیت محقق مغایرت دارد!

توضیح: در فرایند تعیین اولویت‌ها، محققان یکی از گروه‌های چهارگانه ذینفعان هستند که نظرات خود را در مورد عناوین و اولویت‌ها اعلام می‌کنند. ضمن آنکه مطابق با توضیح سطور فوق پیشنهاد می‌شود ایده‌های خلاق محققان در بودجه‌های پژوهشی به صورت جداگانه لحاظ شود.

چه دلیلی دارد که محقق ایده‌های خود را مجانی در اختیار سازمان قرار دهد؟
توضیح: گاهی این سؤال از طرف محققان مطرح می‌شود. در چنین شرایطی باید در نظر داشت که فرهنگ پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه و ارائه ایده‌ها بتدریج ایجاد می‌شود و در این شرایط از اهرم‌های تشویقی برای مشارکت ذینفعان باید استفاده کرد که نمونه این موارد به شرح زیر است:
۱- مشارکت افراد ایده‌دهنده در انجام طرح‌های تحقیقاتی اولویت‌دار سازمان از طریق نظام کدگذاری ایده‌ها

۲- تهیه پرسشنامه مختصر و مفید

۳- ایجاد سیستم پایش و پیگیری عودت پرسش‌نامه‌ها

۴- تشویق افراد از طریق ویژه‌نامه‌های سازمانی و نامه کتبی

۵- تدوین راهنمای تکمیل پرسش‌نامه و ...

فراموش نکنیم که بهترین تشویق ذینفعان در درازمدت، اطلاع‌رسانی به ذینفعان از پیشرفت پیاده‌سازی اولویت‌هاست.

آیا تمام مشکلات نیاز به تحقیق دارد؟

توضیح: تمام مشکلات نیاز به تحقیق ندارد، بلکه گاهی نیاز به اقدام اجرایی دارد. اصولاً نیازسنجی و اولویت‌بندی تحقیقات به منظور تفکیک مشکلات (با راه‌حل اجرایی) از مشکلات نیازمند تحقیق انجام می‌شود. گاهی هم پاسخ سؤالات پژوهشی قبلاً داده شده است و باید به آنها دسترسی پیدا کرد که این موارد در فاز نیازسنجی از طریق مطالعه تحقیقات قبلی و حذف عناوین تکراری تا حدی قابل دستیابی است.

در فرایند تعیین اولویت صرفاً از نظرات ذهنی ذینفعان استفاده می‌شود!

توضیح: در فرایند تعیین اولویت‌ها نه تنها از نظرات ذهنی^۱ چهار گروه ذینفعان استفاده می‌شود، بلکه از مستندات علمی سازمان و تحقیقات قبلی نیز باید استفاده کرد که این اطلاعات جزء داده‌های عینی^۲ است. به عبارت دیگر:

۱- داده‌های عینی یا داده‌های سخت شامل آمار و تحقیقات در مورد وضعیت سلامت، نظام مراقبت و نظام پژوهش است.

۲- داده‌های ذهنی یا داده‌های نرم شامل نظرات ذهنی ذینفعان است که به روشهای مقتضی جمع‌آوری می‌شود.

هدف فرایند اولویت‌های تحقیقاتی صرفاً پژوهش‌های ملی است!

توضیح: یکی از اهداف اصلی در فرایند تعیین اولویت‌های تحقیقاتی سرمایه‌گذاری در

1. Subjective

2. Objective

شهرستانها و استانهاست چراکه با این کار ظرفیت‌سازی محیطی انجام شده و با مشارکت عوامل اجرایی محیطی در انجام تحقیق، مشارکت و دفاع از شروع عملیات رفع مشکل با سهولت بیشتر آغاز می‌شود.

در این تحقیق که با مشارکت صاحب‌نظران اقتصاد بهداشت، ذینفعان بخش سلامت، مدیران و ذینفعان معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی انجام شد، از روش پیشنهادی کمیسیون تحقیقات سلامت برای توسعه استفاده شد. این کمیسیون در سال ۱۹۹۰ راهبرد پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی را به عنوان راهبردی در جهت ارتقای سلامت و توسعه بر پایه برابری و عدالت اجتماعی تدوین کرد. مطابق این راهبرد با شناسایی گروه‌های ذینفع شامل پژوهشگران، تصمیم‌گیرندگان، ارائه‌کنندگان خدمت و جوامع در حیطه‌های تحقیقاتی سازمان، عناوین پژوهشی مورد نیاز استخراج شده و سپس اولویت‌بندی می‌شود. از این رو اهداف طرح به شرح زیر است:

هدف کلی

نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

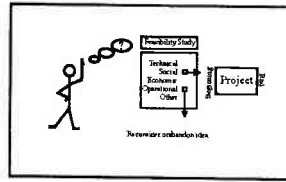
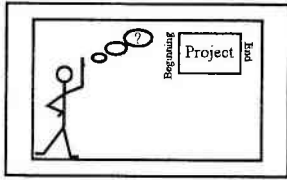
اهداف اختصاصی

- تعیین معیارهای اولویت‌بندی و وزن آنها
 - تعیین فهرست اولویت‌بندی‌شده ذینفعان و روش ارتباط با آنان
 - تعیین حیطه‌های تحقیقاتی مربوط به بخش درمان
 - تعیین عناوین تحقیقاتی مربوط به هر یک از حیطه‌ها از منابع مرتبط
 - تعیین اولویت هر یک از عناوین و حیطه‌ها
- در پایان این قسمت به تعریف برخی مفاهیم می‌پردازیم که در طول گزارش مورد استفاده قرار گرفته است:

- پژوهش بنیادی، پژوهشی است محض که عمدتاً فاقد نتیجه عملی فوری است.
- پژوهش کاربردی، پژوهشی است که نتایج حاصل از آن در رفع نیازها و مشکلات به کار آید.
- پژوهش توسعه‌ای، عموماً متوجه نوآوری در فرایندها، ابزارها و محصولات است.

نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی

□ طرح امکان‌سنجی: لازم است هر طرح و پروژه‌ای در حوزه سلامت قبل از شروع از نظر امکان تأثیرات اولیه و نهایی (ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت جامعه) امکان‌سنجی شود. بدین ترتیب در طرح‌های امکان‌سنجی، پروژه مربوط از لحاظ امکان قانونی، امکان عملیاتی، امکان فنی، امکان اقتصادی و امکان اجتماعی و فرهنگی تحلیل و تعیین وضعیت می‌شود.

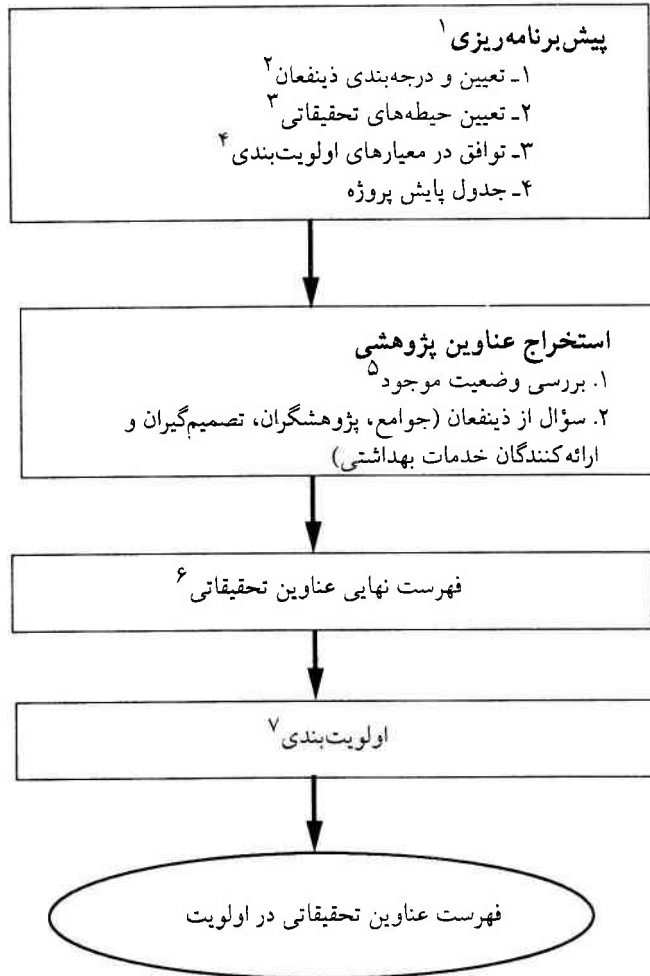


□ طراحی نظام: طراحی نظام با توجه به تعریف محیط درونی سازمان عبارت است از مشخص بودن:

- ۱- نام، ضرورت، تعریف، رسالت و اهداف نظام
- ۲- شیوه مدیریت نظام (روش برنامه‌ریزی، سیاستگذاری، سازماندهی، رهبری و ارزیابی نظام)
- ۳- منابع لازم (نیروی انسانی، امکانات و تجهیزات، منابع مالی و اطلاعات)
- ۴- فرایند هسته‌ای، فرایندهای مرحله‌ای، روال‌ها و استانداردهای نظام
- ۵- ساختار (شرح وظایف، چارت سازمانی و توانمندی‌های نیروی انسانی)
- ۶- سایر ملزومات حسب تعریف نظام و تجربیات جهانی

روش

در این تحقیق از روش پیشنهادی کمیسیون تحقیقات سلامت برای توسعه استفاده شد. در این روش فرآیند زیر برای تعیین اولویت‌های تحقیقاتی طی می‌شود:



- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1. preplanning | 2. stakeholders | 3. research Area |
| 4. prioritization criteria | | 5. situation analysis |
| 6. research topic | 7. research prioritization | |

این طرح با هدف استخراج نیازها و مشکلات نیازمند تحقیق بخش درمان شروع شد و در ادامه پس از تعیین عناوین مورد نیاز، اولویت آنها برای اجرا مشخص شد. در کل چهار مرحله مقدماتی، نیازسنجی، اولویت‌بندی عناوین، جمع‌بندی و تصویب نهایی برای حصول نتایج طی شد:

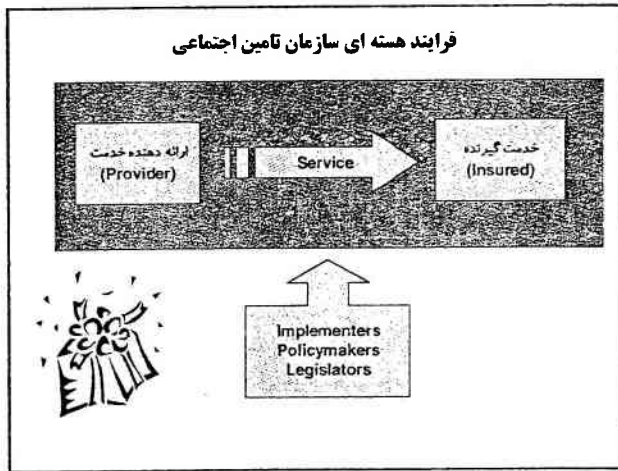
مرحله اول: مقدمات

۱- کمیته راهبری در حوزه معاونت درمان متشکل از معاون درمان و کلیه مدیران معاونت درمان تعیین و تشکیل شد. این کمیته وظیفه نقد و تصویب حیطه‌های تحقیقاتی، معیارهای اولویت‌بندی، روش جمع‌آوری اطلاعات، غربال اولیه عناوین و تصویب نهایی اولویت‌ها را در طول طرح بر عهده خواهد داشت.

۲- فهرست ذینفعان در چهار دسته پژوهشگران، مدیران و سیاستگذاران، جوامع و ارائه‌کنندگان خدمات تعیین و تصویب شد که فهرست آنها به شرح جدول زیر است:

سازمانها و مؤسسات هر گروه	گروه ذینفعان
مدیران ارشد حوزه درمان، اعضای شورای عالی و هیئت مدیره، سازمان مدیریت، معاونت سلامت، مدیریت درمان استانها، کمیسیون بهداشت و اجتماعی مجلس، قوه قضائیه (دیوان عدالت اداری)، سازمانهای بیمه‌گر، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، کمیته بیمه و درمان، اعضای شورای اسلامی کار، معاونتهای سازمان (فنی، امور استانها، معاونت اداری و مالی، معاونت اقتصادی) رؤسای اسناد پزشکی استانها و رؤسای بیمارستانهای مالک تأمین اجتماعی	مدیران و تصمیم‌گیرندگان
اعضای شورای پژوهشی مؤسسه، محققان مؤسسه، متخصصان اقتصاد بهداشت، کارشناسان اقتصاد درمان استانها، کارشناسان درمان استانها و محققان این عرصه در کشور و در عرصه بین‌المللی	پژوهشگران و متخصصان
هیئت‌مدیره انجمن اقتصاد بهداشت، هیئت‌مدیره انجمن مدیریت بیمارستانی، هیئت‌مدیره انجمن کارگران (خانه کارگر)، هیئت‌مدیره انجمن کارفرمایان، انجمن‌ها و سازمانهای غیردولتی، صنفی و انجمن‌های علمی تخصصی پزشکی و هیئت‌مدیره نظام پزشکی رؤسای بیمارستانهای طرف قرارداد	جوامع
	ارائه‌کنندگان خدمات

۳- حیطه‌ها و زمینه‌های تحقیقاتی^۱ بخش درمان به طور اولیه در ۲۱ حیطه تعیین و تصویب شد. در تعیین این موارد از حیطه‌های رایج در ساختار اداری، فرایند هسته‌ای بخش درمان و نظرات کمیته راهبری استفاده شد. در دسته‌بندی نهایی با ادغام مفهومی برخی از حیطه‌ها در مجموع ۱۳ حیطه تعیین شد.



سیاستگذار، قانونگذار و پیاده کننده:

قوانین و سیاستها

نظام مالی و سرمایه گذاری^۳

تجهیزات پزشکی و دارو^۴

نظام آماری و اطلاعاتی^۵

تحقیق و توسعه

برنامه ریزی

ساختار و سیستم فرایندها

نظارت و ارزشیابی

ارائه دهنده خدمت:

مدیریت نیروی انسانی^۲

خدمت:

ارائه خدمات مستقیم

ارائه خدمات غیرمستقیم

ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای و شغلی

خدمت گیرنده:

آموزش و اطلاع رسانی

1. Area

2. man

3. money

4. material

5. information

مرحله دوم: نیازسنجی

۴. پرسش‌نامه جمع‌آوری اطلاعات تدوین و تصویب شده و به ذینفعان تعیین شده ارسال شد و پس از جمع‌بندی، عناوین تحقیقاتی حاصل از آن استخراج شد. در مرحله استخراج عناوین از مشکلات نوشته شده توسط ذینفعان از الگوی فرایندی زیر استفاده شد. به این ترتیب که در بیان هر مشکل اعلام شده از طرف ذینفعان بررسی شد که آیا:

- تحقیق مشکلات^۱ ضرورت دارد (حجم، توزیع و هزینه مشکل)؟
- تحقیق علت‌شناسی^۲ ضرورت دارد (علت و عوامل مؤثر در بروز مشکل)؟
- تحقیق مداخله‌گر^۳ ضرورت دارد (بررسی اثر مداخلات برای حل مشکل)؟
- تحقیق عملیاتی^۴ ضرورت دارد (فراهم‌آوری خدمات یا تحقیق در فرایند خدمت)؟
- تحقیق مراقبت از سلامت^۵ ضرورت دارد (کارکرد کلی سیستم مراقبت شامل ساختار، بودجه، فرایند سیاست‌گذاری و نظام‌های مدیریتی)؟

۵. مستندات و تحقیقات زیر که در ابتدای طرح برای استخراج عناوین تحقیقاتی مشخص شده بود با چارچوب زیر مطالعه و تحلیل شد. در این چارچوب همزمان با مطالعه هر مستند مشکلات و پیشنهادها صریح ارائه شده در آن، به همراه مشکلات و پیشنهادها درک شده توسط مطالعه‌کننده استخراج شد و در نهایت عناوین تحقیقاتی متناظر به هر مستند پیشنهاد شد.

- مستند برنامه استراتژیک سازمان خصوصاً تحلیل وضعیت
- برنامه چهارم توسعه کشور
- اساسنامه و قانون تشکیل سازمان
- تحلیل شرح وظایف بخش درمان سازمان
- قانون الزام
- تحلیل فرایندهای اصلی و پشتیبانی معاونت درمان
- قانون نظام جامع رفاه اجتماعی
- گزارش عملکرد بخش درمان سازمان در ده سال گذشته

1. problem research
3. intervention research
5. health care research

2. etiology research
4. operation

- نظرات بیمه‌شدگان سازمان از طریق گزارشهای موجود در سازمان
- مقالات تحقیقاتی منتشر شده و مرتبط به بخش درمان سازمان در هفده فصلنامه سازمان تأمین اجتماعی (مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی) که فهرست کامل آن در بخش منابع همین گزارش درج شده است.

مرحله سوم: اولویت‌بندی

۶- بیش از ۴۰۰ عنوان از ادغام عناوین مشابه و حذف عناوین تحقیقاتی انجام شده در سالهای گذشته استخراج شد. برای سهولت اولویت‌بندی عناوین توسط گروههای مختلف ذینفعان لازم بود تعداد عناوین کم شود. از این رو در این مرحله بر اساس تصمیم کمیته راهبری حداقل ۷۵ درصد عناوین با درجه‌بندی زیر کنار گذاشته شد و فقط ۲۵ درصد عناوین باقی مانده برای اولویت‌بندی در فرم مخصوص قرار گرفت.

A: کاملاً ضروری، B: تا حدی ضروری، C: ضرورت کمتر، D: ضروری نیست.

از مجموع سیزده نفر اعضای کمیته راهبردی ده نفر به پرسشنامه پاسخ دادند که پس از جمع‌بندی امتیازات در مجموع ۱۱۷ عنوان تفکیک شد و برای اولویت‌بندی نهایی به ذینفعان ارسال شد. البته عناوین کنار گذاشته شده در انتهای فرم اولویت‌بندی ویژه ذینفعان درج شد تا چنان که پاسخ‌دهنده‌ای معتقد به اولویت‌دار بودن عنوان کنار گذاشته شده باشد، به عنوان مذکور نیز امتیاز دهد.

۷- فرم اولویت‌بندی نهایی مطابق پیوست به ذینفعان ارسال شد و پس از جمع‌بندی امتیازات اولویت‌ها به صورت عنوان مشخص شد. در این فرم برای ترغیب بیشتر پاسخ‌دهندگان عناوین کنار گذاشته شده در مرحله غربال اولیه نیز در انتهای فرم برای اولویت‌بندی درج شده بود. فرم اولویت‌بندی بر اساس مدل کوچک از روش پیشنهادی کمیسیون و بر مبنای چهار گروه از سوالات زیر طراحی شد:

- گروه ۱: ضرورت
- گروه ۲: مناسبت
- گروه ۳: احتمال موفقیت
- گروه ۴: تأثیر نهایی پیامدهای پژوهش

مرحله چهارم: جمع‌بندی و تصویب نهایی اولویت‌ها

۸- پس از بررسی و ویرایش اولویت‌ها در کمیته راهبری، به هر یک از عناوین بیان مسئله و شرح خدمات اضافه شد.

نتایج

از ۲۰۰ پرسش‌نامه ارسالی در مرحله نیازسنجی در مجموع ۱۲۲ پرسش‌نامه جمع‌آوری، جمع‌بندی و تحلیل شد. تعداد و ترکیب پاسخ‌دهندگان به تفکیک هر دسته از ذینفعان به صورت جدول زیر است:

عنوان	ارسالی	دریافت	عنوان	ارسالی	دریافت
اعضای شورای عالی و هیئت‌مدیره	۱۲	۴	سازمانهای بیمه‌گر	۴	۱
سازمان مدیریت	۱	—	شورای عالی بیمه خدمات*	—	—
معاونت سلامت	۱	—	کمیته بیمه و درمان	۱۸	۲
مدیریت درمان استان	۳۰	۲۲	اعضای شورای اسلامی کار	۱۳	۲
کمیسیون بهداشت و اجتماعی مجلس	۸	۲	معاونت‌های سازمان	۴	۴
قوه قضائیه (دیوان عدالت اداری)	۱	—	رؤسای اسناد پزشکی استانها	۲۹	۲۰
مدیران ارشد حوزه درمان	۸	۸	رؤسای بیمارستانهای مالک تأمین اجتماعی	۶۷	۴۰

عنوان	ارسالی	دریافت
اعضای شورای پژوهش*	—	—
محققان مؤسسه	۱۳	۶
کارشناسان اقتصاد درمان استانها	۳۰	۱۱
کارشناسان درمان استانها*	—	—

عنوان	ارسالی	دریافت
رؤسای بیمارستانهای طرف قرارداد*	—	—

عنوان	ارسالی	دریافت
هیئت مدیره انجمن اقتصاد بهداشت	کل اعضا	۳
هیئت مدیره انجمن مدیریت بیمارستانی	کل اعضا	—
هیئت مدیره انجمن کارگران (خانه کارگر)	۶	۱
هیئت مدیره انجمن کارفرمایان	کل اعضا	۱
انجمن‌ها و سازمانهای غیردولتی صنفی	۲۲	۲
هیئت مدیره نظام پزشکی**	کل اعضا	—

* این موارد با توجه به تصمیم کمیته راهبردی ارسال نشده است، برای نمونه اغلب اعضای شورای عالی بیمه در سایر شوراهای عضو هستند یا اعضای شورای پژوهشی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی به عنوان تقدکنندگان گزارش و نتایج این طرح محسوب می‌شوند. پرسشنامه حاوی دو بخش اصلی بود:

بخش اول: سه مشکل اصلی بخش درمان به طور کلی چیست و راه حل پیشنهادی کدام است؟
جمع‌بندی

— درمان بدون پرداخت فرانشیز از طرف بیمار و تبعات آن (افزایش مراجعه، سوءاستفاده از دفترچه‌ها و...)
پاسخ‌دهندگان معتقدند روند فعلی پرداخت هزینه‌های درمان که به طور کامل از طرف سازمان انجام می‌شود، عوارض زیر را به دنبال دارد:

- ۱- افزایش بار مراجعه کاذب در واحدهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی و کاهش کیفیت خدمات
 - ۲- سوءاستفاده از دفترچه‌های خدمات درمانی و افزایش هزینه‌های سازمان
 - ۳- افزایش مصرف دارو
- ساخت و ساز غیرنظام‌مند واحدهای ارائه‌کننده خدمات درمانی در بخش درمان مستقیم

ضعف نیازسنجی و امکان‌سنجی تأسیس واحدها در کنار ضعف ارزشیابی‌های دوره‌ای در سرمایه‌گذاری سازمان موجب اتلاف منابع و افزایش بی‌رویه هزینه‌های سازمان می‌شود.
— نبود یا ضعف نظامهای مشارکت درون و برون‌سازمانی

۱- ارتباط عمودی: منظور ارتباط درون‌سازمانی مدیران ارشد و استانی است که نظام‌مند نیست.
۲- ارتباط افقی: قدرت و ارتباط اثرگذار در ذینفعان کم است.
- توزیع نامتناسب نیروی تخصصی در مراکز درمانی کشور
شاخص‌های توزیع نیروی انسانی کفایت لازم را ندارد و این مسئله یکی از دلایل توزیع نامتناسب نیروهای تخصصی است.

- نبود و یا ضعف نظام برنامه‌ریزی
- واگذاری دفترچه‌های بیمه به غیر از بیمه‌شده
پاسخ‌دهندگان معتقدند که این خود عارضه‌ی درمان رایگان و عدم دریافت فرانشیز از بیماران است.

- تعرفه‌های غیرواقعی ارائه خدمات پزشکی
- تولید بدون کنترل «درمان» توسط سازمان
- ضعف ارتباط نظام‌مند بخش بیمه‌ای و درمان سازمان
- نبود نظام ارجاع بیمار
- مدیریت نامطلوب تجهیزات پزشکی

ضعف نظام نیازسنجی، انتخاب، راه‌اندازی، نگهداری و روزآمدسازی تجهیزات پزشکی در مراکز خدمات درمانی هزینه‌های سازمان را در بخش درمان افزایش داده است.
در مرحله تعیین اولویت‌ها از ۱۲۲ پرسش‌نامه ارسالی به ذینفعان پاسخ‌دهنده در مرحله اول طرح، ۱۰۵ پرسش‌نامه عودت شده و پس از جمع امتیازات نتایج در چهار صورت زیر آماده شد:

۱- ۱۲ عنوان در اولویت (جدول شماره ۱)
۲- اولویت ۱۱۷ عنوان تحقیقاتی به صورت تفکیکی در هر یک از حیطه‌ها (فایل درون لوح فشرده)

۳- فهرست نهایی عناوین در اولویت در هر یک از حیطه‌ها پس از تلفیق مفهومی عناوین در هر یک از حیطه‌ها (جدول شماره ۲)

۴- فهرست نهایی عناوین در اولویت با بیان مسئله و شرح خدمات: مبنای نگارش بیان مسئله و شرح خدمات هر عنوان تحقیقاتی در اغلب موارد نتایج مرحله نیازسنجی بود (فایل درون لوح فشرده).

۵- برای تلخیص و دسته‌بندی مفهومی از اولویت‌های تحقیقاتی، از مدل ارائه‌شده در گزارش

سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی در زمینه اجزای عملکرد و اهداف نظام سلامت استفاده شد (شکل شماره ۱).

۶- همچنین نتایج در حیطه‌های زیر دسته‌بندی شده تا به این سؤال که «برای ارتقای کیفیت خدمات معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی و انجام مطلوب رسالت آن موضوعات پژوهشی در اولویت کدام است؟» پاسخ دهد (شکل شماره ۲).

- مدیریت سرمایه انسانی
- افزایش درآمدهای سازمان
- رضایت بیمه‌شدگان
- کاهش هزینه‌های درمان سازمان
- نظام تصمیم‌گیری معتبر
- کاهش مخاطرات سلامتی

جدول شماره ۱

شماره	موضوع تحقیقاتی	جمع امتیاز
۱	تعیین نقش اجرای سیستم ارجاع در کاهش مراجعات غیرضروری	۱۲۹۵
۲	بررسی باورها و نگرش‌های (فرهنگ) بیمه‌شدگان در استفاده از دارو	۱۲۹۲
۳	بررسی تأثیر مراجعات سرپایی غیرضروری در کاهش ارائه کیفیت خدمات درمانی	۱۲۸۹
۴	تدوین نظام جامع آمار و اطلاعات که پوشش‌دهنده هر دو نوع ارائه خدمات مستقیم و غیرمستقیم باشد	۱۲۷۵
۵	بررسی علل چندگانگی تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی	۱۲۷۴
۶	بررسی عوامل ایجاد انگیزه در کارکنان سازمان تأمین اجتماعی	۱۲۷۳
۷	طراحی و پیاده‌سازی نظام ارجاع خدمات در سازمان	۱۲۷۰
۸	بررسی راهکارهای کاهش بیمارهای شعلی	۱۲۵۹
۹	ایجاد سیستم MIS (مدیریت اطلاعات) در ستاد مرکزی و استانها	۱۲۵۷
۱۰	علل مصرف بی‌رویه و نامناسب دارو	۱۲۵۵
۱۱	طراحی و پیاده‌سازی بسته خدمات پیشگیرانه و ارتقای سلامت در محل کار	۱۲۵۴
۱۲	طراحی نظام نیازسنجی، انتخاب، راه‌اندازی، نگهداری و روزآمدسازی	۱۲۵۲

جدول شماره ۲

<p>عناوین تحقیقاتی سه‌ساله بخش حیطة تحقیقاتی: مدیریت سرمایه انسانی درمان سازمان تأمین اجتماعی</p>
<p>۱- طراحی برنامه جامع آموزشی پنج‌ساله (بررسی نیازهای آموزشی کارکنان سازمان تأمین اجتماعی و تدوین برنامه)</p> <p>۲- بررسی علل و عوامل کاهش انگیزه کارکنان سازمان تأمین اجتماعی و تعیین راهکارهای ارتقای آن</p> <p>۳- طراحی و پیاده‌سازی نظام انتخاب و انتصاب مدیران سطوح تأمین اجتماعی</p> <p>۴- بازنگرى در نظام ارزشیابی و پرداخت مالی کلیه شاغلان سازمان تأمین اجتماعی</p>
<p>حیطه تحقیقاتی: تکنولوژی سلامت (تجهیزات پزشکی، دارو و پاراکلینیک)</p>
<p>۱- تحلیل مدیریت دارو و پاراکلینیک در بخش درمان سازمان</p> <p>۲- طراحی نظام نیازسنجی، انتخاب، راه‌اندازی، نگهداری و روزآمدسازی تجهیزات پزشکی در مراکز خدمات درمانی</p> <p>۳- طراحی الگوی مناسب تعهد بیمه‌ای (خرید خدمت) دارو و خدمات</p>
<p>حیطه تحقیقاتی: نظام آماری و اطلاعات سلامت الکترونیک</p>
<p>۱- طراحی و پیاده‌سازی سیستم مدیریت اطلاعات (MIS) در سازمان تأمین اجتماعی</p>
<p>حیطه تحقیقاتی: ارائه خدمات درمانی مستقیم و غیرمستقیم</p>
<p>۱- تحلیل نظام ارائه خدمات درمانی سرپایی در درمان مستقیم</p> <p>۲- تحلیل اقتصادی - مدیریتی تعامل درمان مستقیم و غیرمستقیم سازمان</p> <p>۳- نیازسنجی و طراحی بسته‌های خدمات درمانی سازمان</p>
<p>حیطه تحقیقاتی: امور بهداشت حرفه‌ای و صنعتی</p>
<p>۱- بررسی اپیدمیولوژیک بیماریها، حوادث شغلی و ازکارافتادگی در هر استان و تعیین بار اقتصادی ناشی از آن به تفکیک نوع بیمه</p> <p>۲- بررسی علل و عوامل مؤثر در وقوع حوادث و بیماریهای ناشی از کار و تعیین راهکارهای تخفیف آن</p> <p>۳- تدوین مدل مناسب آموزش و ارتقای سلامت در محل کارگاههای سازمان تأمین اجتماعی</p> <p>۴- بررسی و تدوین جدول بیماریهای شغلی و طراحی نظام تبیین آن در نحوه ازکارافتادگی‌های سازمان</p>

حیطه تحقیقاتی: آموزش و اطلاع‌رسانی

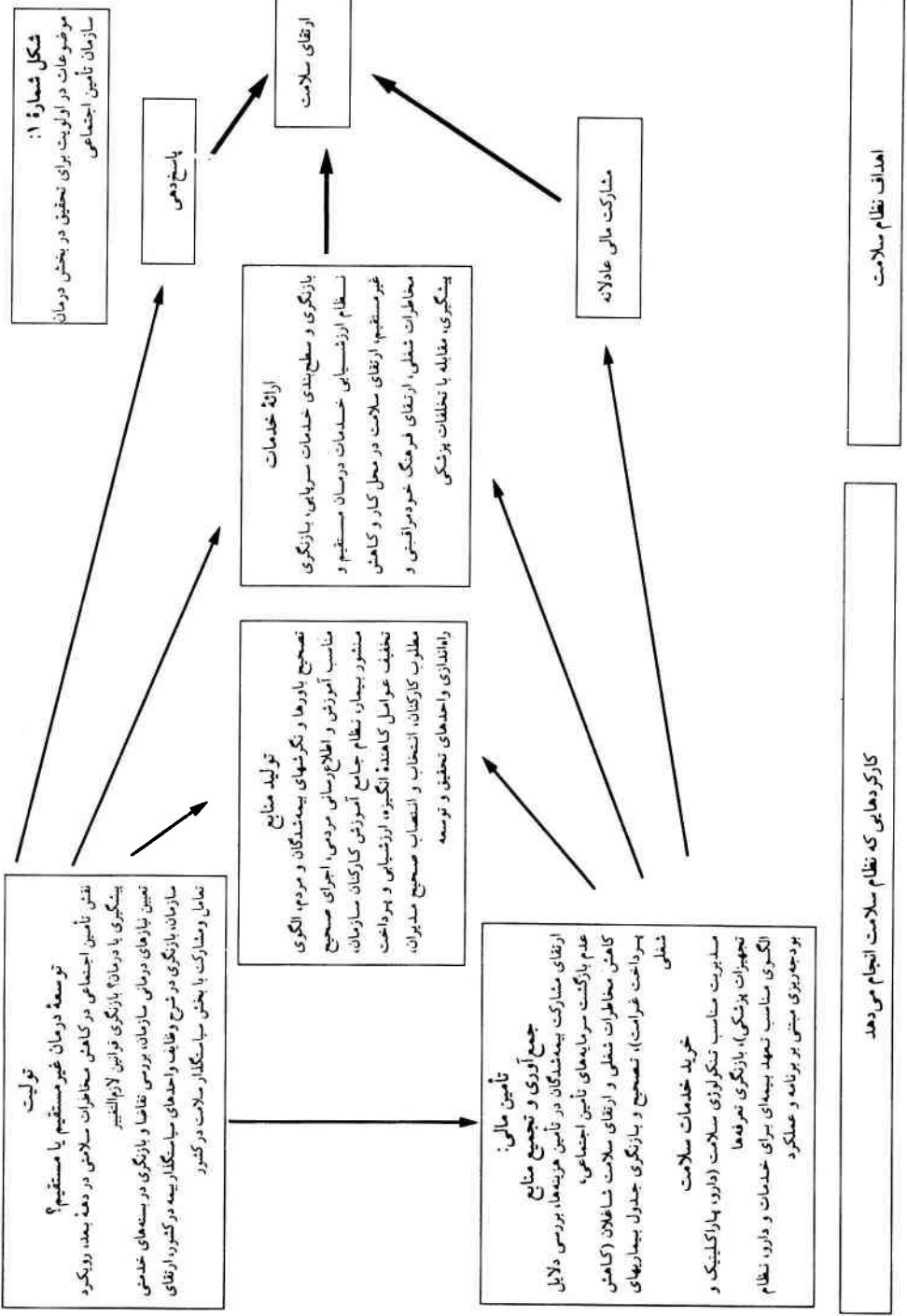
- ۱- بررسی باورها و نگرش‌های مخاطبان سازمان در ارتباط با خدمات درمانی و طراحی برنامه بازاریابی اجتماعی برای تغییر این باورها
- ۲- تعیین الگوی‌های مؤثر آموزش، اطلاع‌رسانی و تبلیغات به بیمه‌شده تأمین اجتماعی
- ۳- طراحی برنامه آموزشی ویژه دانش‌آموزان در مورد ارتقای فرهنگ بیمه‌ای
- ۴- بازنگری منشور حقوق بیمار ایرانی و طراحی و پیاده‌سازی نظام اجرایی و ارزشیابی منشور حقوق بیمار در کشور (حقوق بیمار: واقعیت امروز و چالش‌های فردا)
- ۵- طراحی و پیاده‌سازی بسته آموزشی ارتقای فرهنگ خودمراقبتی در بیمه‌شدگان خصوصاً مبتلایان به بیماریهای مزمن

حیطه تحقیقاتی: نظام ارزشیابی و نظارت

- ۱- آیا کیفیت خدمات سلامتی ارائه‌شده در بخش درمان مستقیم سازمان پایین است؟ (بررسی مقایسه‌ای کیفیت ارائه خدمات درمانی به روش مستقیم و غیرمستقیم)
- ۲- مهندسی مجدد نظام ارزیابی و نظارت بر نحوه ارائه خدمات درمانی در روش درمانی غیرمستقیم و مستقیم
- ۳- بررسی اثربخشی و کارایی راهکارهای فعلی مقابله با تخلفات در بخش کلینیکی
- ۴- بررسی راهکارهای ارتقای رضایت‌مندی ارباب‌رجوع از خدمات ارائه‌شده از دیدگاه مراجعان

حیطه تحقیقاتی: نظام تدوین قانون و سیاست

- ۱- بازنگری قوانین نیازمند تغییر در بخش درمان سازمان و سنجش اثربخشی آنها
 - ۲- طراحی نظام تعاملی و مشارکتی سازمان تأمین اجتماعی در سیستم درمان کشور
 - ۳- مهندسی مجدد شرح وظایف سازمانی واحدهای تابعه معاونت درمان
 - ۴- بررسی نقش تأمین اجتماعی در کاهش عوامل خطر سلامتی در ده سال آینده
 - ۵- بررسی شرح وظایف و اختیارات قابل تفویض معاونت درمان سازمان به مراکز غیرستادی
 - ۶- طراحی نظام تحقیق و توسعه ویژه بخش درمان تأمین اجتماعی
 - ۷- تدوین نظام‌نامه بخش درمان سازمان: تبیین سیاستهای سلامت سازمان تأمین اجتماعی در راستای سیاست سلامت جامعه
 - ۸- طراحی نظام سطح‌بندی پویا بر اساس ارتباط خدمات درمانی مستقیم و غیرمستقیم
- حیطه تحقیقاتی: نظام مالی و سرمایه‌ای (احداث مراکز، تعرفه‌ها و بودجه)



شکل شماره ۱:
موضوعات در اولویت برای تحقیق در بخش درمان
سازمان تأمین اجتماعی

تولید منابع
توسعه درمان غیرمستقیم یا مستقیم؟
نقش تأمین اجتماعی در کاهش مخاطرات سلامتی در دهه بعد، رویکرد
پیشگیری یا درمان؟ بازگویی توانایی لازم‌التأمین
تأمین نیازهای درمانی سازمان، بررسی تقاضا و بازگویی در بسته‌های خدمتی
سازمان، بازگویی در شرح وظایف واحدهای سیاستگذار به در کشور، ارتقای
تعامل و مشارکت با بخش سیاستگذار سلامت در کشور

تولید منابع
تصحیح باورها و نگرشهای بیمه‌شدگان و مردم، الگوی
مناسب آموزش و اطلاع‌رسانی مردمی، اجرای صحیح
مشاور بیمار، نظام جامع آموزش کارکنان سازمان،
تخفیف عوامل کاهنده انگیزه، ارزشیابی و پرداخت
مطلوب کارکنان، انتخاب و انتصاب صحیح مدیران،
راه‌اندازی واحدهای تحقیق و توسعه

ارزایی خدمات
بازگویی و سطح‌بندی خدمات سرپایی، بازگویی
نظام ارزشیابی خدمات درمان مستقیم و
غیرمستقیم، ارتقای سلامت در محل کار و کاهش
مخاطرات شغلی، ارتقای فرهنگ خودبررسی و
پیشگیری، مقابله با نطفات پزشکی

پاسخ دهی

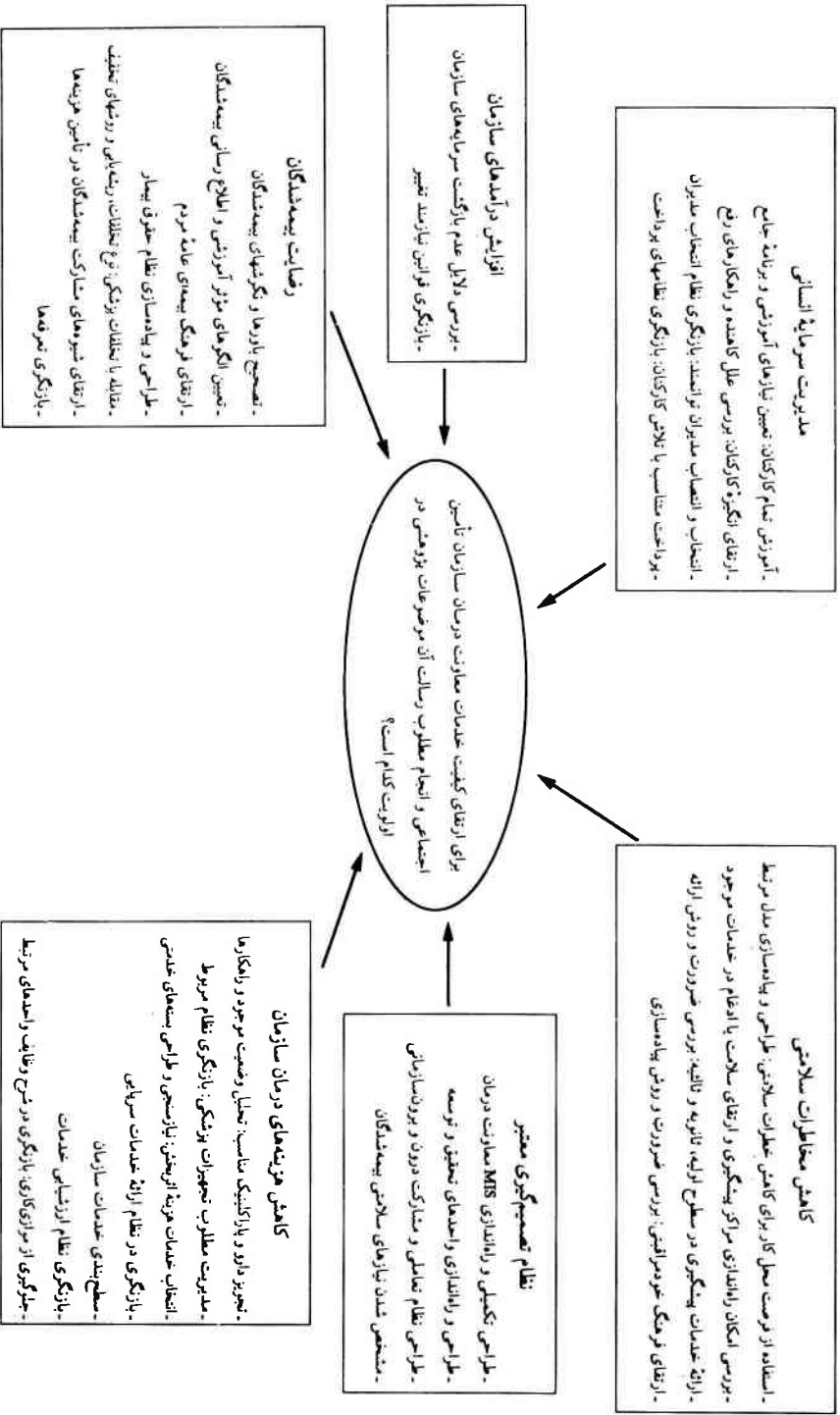
ارتقای سلامت

مشارکت مالی عادلانه

اهداف نظام سلامت

کارکردهایی که نظام سلامت انجام می دهد

شکل شماره ۲: خلاصه نتایج طرح نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی



بحث و پیشنهاد

در طول سالهای گذشته روش تعیین اولویت‌های تحقیقاتی به صورت سنتی و اجماع درون‌سازمانی بوده است که مزایا و معایب خود را به همراه دارد. در روش به کار گرفته شده در این طرح سعی شده است که از مشارکت ذینفعان، منابع و گزارشهای تحقیقاتی برای استخراج اطلاعات استفاده شود. این روش حداقل چهار فایده دارد:

۱- به حیطه‌های تحقیقاتی مورد نیاز بخش درمان از بعد جامع‌تری نگریسته شده است و نظرات مختلف آمده است (۲۱ حیطه در مرحله نیازسنجی و ۹ حیطه تلفیق شده در محصول نهایی طرح).

۲- مشارکت استفاده‌کنندگان از نتایج طرحها از هم‌اکنون جلب شده است (در مرحله نیازسنجی و اولویت‌بندی).

۳- اولویت‌های تحقیقاتی بر اساس نیازهای اعلام شده از طرف ذینفعان و منابع علمی سازمان تهیه شده است.

۴- تخصیص منابع محدود تحقیقاتی با اطمینان بیشتر از قبل می‌تواند صورت پذیرد. مقایسه عناوین جمع‌آوری شده در اوایل سال ۱۳۸۳ با عناوین استخراج شده در این طرح تفاوتی زیر را آشکار می‌سازد:

موارد قابل مقایسه	روش سنتی	روش پیشنهادی کمیسیون تحقیقات سلامت برای توسعه
تعداد حیطه‌های تحقیقاتی	حداکثر ۵ حیطه (البته حیطه‌ها در ابتدای طرح نامعلوم بوده است)	۲۱ حیطه در مرحله نیازسنجی و ۹ حیطه در مرحله اولویت‌بندی
تعداد ایده‌های استخراجی	حدود ۳۳ عنوان	بیش از ۴۰۰ عنوان
روش تحلیل مشارکت ذینفعان	روش خاصی وجود نداشته است بدون تحلیل ذینفعان و صرفاً درون‌سازمانی	منطبق بر الگوی فرابندی در تحقیق ذینفعان درون و برون‌سازمانی در اولویت
تفکیک مرحله تعیین نیازها از مرحله تعیین اولویت‌ها	وجود ندارد	وجود دارد
وجود معیار برای اولویت‌بندی	ندارد	دارد
تعداد مراکز استانی مشارکت‌کننده	نامعلوم	بیش از ۲۵ استان

با توجه به شناخت مشکلات توسط ذینفعان و ارائه پیشنهادهای مختلف، بار کلی عناوین تحقیقاتی به طرح‌های پژوهشی امکان‌سنجی، طراحی و بازنگری نظامها اختصاص یافته است. به این معنی که کلید حل این مشکلات را باید در بازنگری و یا طراحی جدید نظامها جست و جو کرد. از این رو از نتایج اغلب تحقیقات می‌توان برای ایجاد ساختارها و بسترهای ارائه خدمت سازمان در بخش درمان استفاده کرد. سازمانها در طول سالهای گذشته با بروز مشکلات سعی کردند از راه‌حل‌هایی فوری و سهل‌الوصول استفاده کنند. بدین ترتیب خیلی از مشکلات واقعاً حل نشده و در نظام مربوط ریشه دوانده است. بازنگری جامع این نظامها با الگوی مشارکت ذینفعان و همچنین استفاده از تجربیات سایر کشورها از جمله وظایف سنگین محققانی است که با این اولویت‌ها سروکار خواهند داشت.

با وجود این و با در نظر داشتن پیگیری‌های متعدد در این طرح، تعداد ذینفعان بیرونی پاسخ‌دهنده کمتر از ذینفعان درونی بوده است، از این رو نتایج طرح تا حد زیادی متکی بر نظرات افراد درون سازمان است که دلایل آن را به صورت زیر می‌توان عنوان کرد:

– شرایط ناپایدار اداری ناشی از تغییرات و جابه‌جایی‌های مدیران ارشد در نیمه سال ۱۳۸۴.

– ذینفعان بیرونی در این نوع طرح‌ها نسبت به ذینفعان درونی کمتر پاسخ می‌دهند.
 – بدینی و یا کمی اعتماد به استفاده کاربردی از نظرات ذینفعان و اطلاع‌رسانی ضعیف از نتایج مشارکت ذینفعان در طرح‌های گذشته.
 – استفاده از روشهای غیرفعال در جمع‌آوری اطلاعات از ذینفعان (مانند پرسش‌نامه) که البته متناسب با منابع اختصاص داده شده برای این طرح بوده است.
 – ترکیب اعضای کمیته راهبردی: که به دلیل امکان حضور مستمر در جلسات و سهولت هماهنگی، اغلب از درون بخش درمان انتخاب شدند.

– و نکته آخر اینکه طرح برای اولین بار در سازمان اجرا شده است و ذینفعان با نتایج و پیامدهای چنین طرحی ناآشنا هستند، چنان که بازخورد مناسبی از نتایج این اولویت‌بندی و محصولات آن به ذینفعان داده شود، در سالهای آتی درصد مشارکت افزایش خواهد یافت.
 پس از تدوین اولویت‌های پژوهشی مدیریت پیاده‌سازی اولویت‌ها گام مهمی است که عموماً فراموش می‌شود. از دیدگاه تعریف طرح‌های توسعه‌ای و کاربردی هدف از انجام هر

تحقیقی بهره‌گیری و کاربری نتایج آن است. طرح نیازسنجی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی نیز به عنوان طرحی کاربردی نتایجی را به همراه داشته است که مدیریت پیاده‌سازی اولویت‌ها گام مهم بعدی را تشکیل می‌دهد.

در برخی سازمانها این عمل به صورت غیرفعال صورت می‌گیرد اما در حالت فعال، سازمان پژوهشی عناوین تحقیقاتی در اولویت را به صورت فراخوان عمومی اعلام کرده و با رعایت زمان‌بندی، برقراری نظام پیشنهاد طرح‌ها و داوری آنها و ایجاد نظام پایش انجام طرح‌ها سعی می‌کند تا با تفویض اغلب طرح‌های در اولویت در مدت زمان مشخصی به پاسخ سؤالات پژوهشی خود برسد و از نتایج آن در رفع مشکلات گروه مخاطب استفاده کند. با مدیریت پژوهشی نظام‌مند می‌توان پاسخ عناوین و سؤالات پژوهشی در اولویت را در عرض دو تا سه سال استخراج کرد، از این رو پیشنهاد می‌شود تا پایان سال ۱۳۸۴:

– عناوین پس از بررسی نهایی و تصویب در شورای پژوهشی به صورت فراخوان عمومی اعلام شود.

– طرح‌های رسیده مطابق نظام داوری مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی در مدت زمان مناسب بررسی و غربال شود و قرارداد منعقد شود و در سال ۱۳۸۵ با برقراری نظام منسجم پایش طرح‌های پیگیری پیشرفت طرح‌ها انجام شود.

منابع

- ۱- اعتضادپور، ناهید، رجبی‌راد، فهیمه. تأمین اجتماعی در ایران، انتشارات مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۵.
- ۲- حسن‌زاده، علی. بیمه بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه از دیدگاه تأمین اجتماعی، نشر توانگران، ۱۳۷۹.
- ۳- گزارش اقتصادی و اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۷۷.
- ۴- محمدی، محمدرضا. دستورالعمل تعیین الویت‌های پژوهشی با استفاده از راهبرد «پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی»، نشر مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی.
- ۵- مصدق‌زاده، علی محمد. «بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و

- ایران». فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، پاییز ۸۲.
- ۶- حاجی‌زاده، محمد. «اثرهای بازتوزیعی بهداشتی - درمانی در ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، پاییز ۸۲.
- ۷- میرساردو، طاهره. «ارتباط سازمان تأمین اجتماعی با کارگران بیمه‌شده و الگوی ارتباطی بین سازمان تأمین اجتماعی با تشکلهای کارگری»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، پاییز ۸۲.
- ۸- ماهر، علی. «مطالعه تطبیقی نظامهای پرداخت هزینه‌های درمان»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، پاییز ۸۲.
- ۹- علینی، محسن. «ارتباط سازمان تأمین اجتماعی با مؤسسات و نیروی انسانی تشخیصی و درمانی طرف قرارداد، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، پاییز ۸۲.
- ۱۰- حسن‌زاده، علی. «بازشناسی و تحلیل عملکرد پنجاه‌ساله سازمان تأمین اجتماعی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، زمستان ۸۲.
- ۱۱- یزدانی، فرشید. «سرمایه‌گذاری در سازمان تأمین اجتماعی (ویژگیهای مدیریتی و عملکرد)»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، زمستان ۸۲.
- ۱۲- فودازی، محمد. «بررسی وضعیت بهداشت حرفه‌ای در مراکز تابعه سازمان تأمین اجتماعی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، تابستان ۸۲.
- ۱۳- ذوالفقاری، مهران. «بهداشت حرفه‌ای تأمین اجتماعی و ضرورت تحول»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، تابستان ۸۲.
- ۱۴- «بررسی راهکارهای ارتقای سلامت بیمه‌شدگان»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، بهار ۸۲.
- ۱۵- آذرهوش، کهزاد. «نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی - درمانی وضعیت بهداشت - درمان قشر کم‌درآمد»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، بهار ۸۲.
- ۱۶- آذرهوش، میترا. «بحران سالخوردگی در کشورهای توسعه‌یافته مصرف یا تولید»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال چهارم، زمستان ۱۳۸۱.
- ۱۷- حاجی علی‌افضلی، حسین. «شناسایی ترکیب بیماریها متوسط اقامت و برآورد هزینه درمان سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در زمینه خدمات بستری در تهران

- بزرگ»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال چهارم، زمستان ۱۳۸۱.
- ۱۸- محسنی تبریزی، علیرضا. «بررسی وضعیت معتمدان در ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال سوم، بهار ۱۳۸۰.
- ۱۹- فیض‌زاده، علی. «تأمین اجتماعی و رفاه اجتماعی» «شاخص‌شناسی برای تبیین و سنجش»، فصلنامه تأمین اجتماعی، زمستان ۱۳۷۹.
- ۲۰- «گزارش اقتصادی و اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی سال ۱۳۷۷»، معاونت امور اقتصادی و برنامه‌ریزی دفتر برنامه‌ریزی.
- ۲۱- «تحلیل منابع و مصارف کلان‌بخش درمان»، گروه اقتصاد درمان و برنامه‌ریزی، تیرماه ۱۳۸۰.
- ۲۲- «گزارش شناخت وضعیت موجود بخش درمان غیرمستقیم سازمان»، گروه برنامه‌ریزی و اقتصاد درمان، مردادماه ۱۳۷۹.
- ۲۳- «چشم‌اندازی از نظام سلامت ایران و جایگاه تأمین اجتماعی در این نظام»، معاونت اقتصادی و برنامه‌ریزی، گزارش شماره ۱۰.
- ۲۴- سند برنامه استراتژیک سازمان تأمین اجتماعی، شهریور ۱۳۸۳.
- ۲۵- قاسمخانی، محمدرضا و همکاران. «بررسی عوامل مؤثر در انتخاب بیمارستان از نظر بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی در شهر همدان»، اولین همایش اقتصاد بهداشت و درمان، سال ۱۳۷۷.
- ۲۶- رستم علیلو، حجت. «بررسی رضایت‌مندی بیماران از دو بیمارستان سازمان تأمین اجتماعی»، اولین همایش اقتصاد بهداشت و درمان، ۱۳۷۷.
- ۲۷- لقمانیان، خسرو. «برآورد نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستانهای عمومی سازمان تأمین اجتماعی و ارائه الگو در این زمینه»، اولین همایش اقتصاد بهداشت و درمان، ۱۳۷۷.
- ۲۸- چارت سازمانی و شرح وظایف حوزه‌های مختلف معاونت درمان.
- ۲۹- نامه شماره ۷۵۰۰/۹۴۹۱ مورخ ۸۴/۳/۲۱ مدیرکل دفتر حقوقی و سرپرست دفتر قوانین و مقررات.
- ۳۰- برنامه چهارم توسعه کشور.
- ۳۱- اساسنامه و قانون تشکیل سازمان مصوب ۱۳۵۴ / مصوبه ۷۳/۴/۲۹ مجلس

شورای اسلامی.

۳۲- قانون الزام.

۳۳- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.

۳۴- قانون بیمه همگانی مصوب سال ۱۳۷۳.