مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۷، شماره ۹، آذر ۱۳۹۹ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

توسعه الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

نوذر محمدی میرعزیزی: دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی (تصمیم‌گیری و خط مشی‌گذاری عمومی)، واحد قائم شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائم شهر، ایران

اسداله مهرآرا: استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد قائم شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائم شهر، ایران (* نویسنده مسئول) mehrara_a@yahoo.com

مهرداد متانی: استادیار، گروه مدیریت، واحد قائم شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائم شهر، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سیاست سلامت به عنوان یکی از اصلی‌ترین ابعاد سیاست اجتماعی عنوان شده است. لذا هدف پژوهش طراحی توسعه الگوی کیفی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد.

روش کار: روش تحقیق از نظر راهبرد کیفی متوالی و اکتشافی است که از روش نظریه‌سازی داده بنیاد با رویکرد اشتراوس و کوربین، با کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با جامعه‌ی آماری: اساتید دانشگاهی متخصص مدیریت دولتی و مدیران ارشد سازمان تأمین اجتماعی بود. با نمونه‌گیری آماری تصادفی و نظری تا رسیدن به اشباع نظری ۲۰ نفر بودند که طی ۵ دور مصاحبه‌ی دلفی، اجماع نظری حاصل و کدگذاری‌ها با نرم‌افزار آماری مکس‌کیودآ تجزیه و تحلیل شد. ابزار پژوهش برگه‌های کدگذاری طبق دستورالعمل محقق‌ساخته بودند که روایی آن توسط اعضای گروه دلفی تأیید و پایایی آن با معیار پی اسکات (ضریب توافق بین کدگذاران) ۰/۹۶ محاسبه شد.

یافته‌ها: نتایج در قالب ۴۵ مقوله و ۲۶۸ کد مفهومی در دل ابعاد ۶ گانه مدل پارادایمی به صورت موجبات علّی (۵ مقوله)، پدیده اصلی و محوری (۶ مقوله)، راهبردها (۵ مقوله) در ۳ سطح فردی، میانی و کلان، شرایط زمینه‌ای (۷ مقوله)، شرایط مداخله‌گر (۶ مقوله) و پیامدها نیز (۵ مقوله) در ۳ سطح فردی، میانی و کلان جای گرفتند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش کیفی مبتنی بر قالب ریخته‌گری اشتراس و کوربین (۲۰۰۸)، پیشایندها و برآیندهایی توسعه‌ی الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند مفید و کاربردی باشند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

کلیدواژه‌ها

توسعه،

درمان،

سازمان تأمین اجتماعی،

ایران

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۶/۲۲

تاریخ چاپ: ۹۹/۰۹/۱۵

شیوه استناد به این مقاله:

Mohamadi Mir Azizi N, Mehrara A, Matani M. Development of a policy model in the treatment sector of the Social Security Organization. Razi J Med Sci. 2020;27(9):64-78.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

Razi Journal of Medical Sciences. 2020;27(9):64-78. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Development of a policy model in the treatment sector of the Social Security Organization

Nozar Mohamadi Mir Azizi: PhD Student, Department of Public Management, Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran

Asadollah Mehrara: Assistant Professor, Department of Public Management, Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran (* Corresponding author) mehrara_a@yahoo.com

Mehrdad Matani: Assistant Professor, Department of Management, Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran

Abstract

Background and Aim: One of the subjects related to social policy is the study of the approaches, and actions of governments towards welfare states. Health is considered as a special commodity, and a prerequisite for every person's performance as a citizen, and its lack not only loses one's welfare, but also deprives him of his freedom and prevents him to stand by his responsibilities and commitment. Health policy has been stated as one of the main dimensions of social policy. Policy-making is a complex communication process involving the participation and impact of stakeholders and the solution of problems that can be solved through a wide range of issues. Policy-making actions are influenced by recent developments and changes. Policy-making is a political, dynamic and complex process. One of the basic roles of the governance is policy-making for the organization's subsidiaries in large organizations such as Social Security. According to the studies and the results of the background, no executive model has been designed in the field of policy-making development for the treatment department of the Social Security Organization in the country so far. On the other hand, it is the first time that the method of designing a policy-making model in the Social Security Organization will be performed according to the systematic model of Strauss and Corbin in this study. Also, since the Social Security Organization is a social organization that covers different sections of society, every policy in this organization can have many consequences multiplying the responsibility of this organization. As regards the performance of a policy should be based on an acceptable comprehensive model for the majority of active members in the group and its stakeholders in an organization, in this research, it is necessary to question the design of a policy-making development model and seeks to answer the question of what development model can be used for policy- making in the treatment department of the Social Security Organization?

Methods: This study is a quantitative and sequential exploratory strategy, in which first, the method of Grounded theory, and Strauss and Corbin Systematic Approach are used to identify and design a policy-making development model in the treatment department of the Social Security Organization through Open Coding, Axial Coding, Selective Coding, and then Semi-structured interviews with the statistical population that include researchers and university professors specializing in public administration and senior managers of the Social Security Organization reach the theoretical saturation in order to identify the issues, causative conditions, background conditions, interventionist conditions, strategies and policy- making development consequences in the treatment department of the Social Security Organization and these interviews were conducted in 5 periods. The systematic research scheme emphasizes the use of data analysis steps through open coding, axial coding, and selective coding, as well as providing a logical paradigm or representational image of an evolving theory. The statistical sample size was 20 people through semi-structured Delphi interviews to reach theoretical saturation. That is, the data from the twentieth person was duplicated and no new open coding was added. Sampling was done

Keywords

Development,

Treatment,

Social Security Organization,

Iran

Received: 12/09/2020

Published: 05/12/2020

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

randomly and theoretically to select experts and thinkers because the selection of these people was based on the judgment of the research group and it seemed that the samples selected by the research group were in the best position to provide the required information. Thus, whenever a part of a statistical population is selected based on the judgment of certain individuals or the researcher himself to examine, such sampling is called theoretical or judgmental sampling. This method is mostly used when expert samples are needed. The instruments of the research data collection include the use of semi-structured questions and researcher-made coding sheets for open coding, axial coding, and selective coding for semi-structured and in-depth interviews with experts and professors of public administration and senior managers of the Social Security Organization using qualitative analysis software (MAXQDA).

Results: The Results in the form of 45 categories and 268 conceptual codes in the six dimensions of the paradigmatic model as causal causes (5 categories), main and pivotal phenomenon (6 categories), strategies (5 categories) at 3 individual, intermediate and macro levels, Contextual conditions (7 categories), intervention conditions (6 categories) and outcomes (5 categories) were placed in 3 levels: individual, intermediate and macro.

Conclusion: The first finding of the study was the effect of contextual conditions on health policy-making and treatment in the Social Security Organization. Other studies have confirmed the significant role of contextual conditions in the policy-making of various reform programs in order to strengthen the health system and achieve universal health coverage, in addition they have introduced various factors in the contextual dimension that can influence health reform policy-making. In the present study, three categories including human-centered factors, support factors and macro-factors were identified as contextual efficient factors in the treatment policy-making in the Social Security Organization. In the group of macro factors, the legal environment has been identified as one of the factors that has two effects on the policy-making of the treatment sector. The first aspect refers to the legal framework needed to modify the health reform plan in the field of treatment. Other political factors are causative conditions that indicate the impact of the prevailing political environment in the country and they are at the request and approval of the country's political leaders and managers regarding the policy-making of the treatment sector. The fact that the political environment strongly influences the policy-makings of the country's health reform programs has been reported in the experiences of health reform in different countries. This group of factors seems to be one of the main factors that can alone affect the development and implementation of the health policies and the treatment and overshadow their sustainability and continuity. Economic and social factors have been identified as another causative factor. Based on the findings of the present study, not only the reform health and treatment is an issue related to the health system but also various socio-economic variables of society affect it ,and also policy-making in the treatment sector of the Social Security Organization is affected by the socio-economic conditions of the country; in this regard, if there is a disorder in the socio-economic conditions of the country, it will cause severe disturbance in the provision of health services, especially in the field of medicine and treatment and the performance will be failed and at the result, it is necessary to be reformed. Another finding of the present study distinguishes different aspects of policy-making process of the health and treatment sector in the Social Security Organization. According to this finding, the occurrence of three specific issues that affect each other caused the field of treatment in order to be on the agenda of the Social Security Organization. The issue of health problems and the issue of health system reform policy have been formed for a long time ago and have had reciprocal effects on each other.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Mohamadi Mir Azizi N, Mehrara A, Matani M. Development of a policy model in the treatment sector of the Social Security Organization. Razi J Med Sci. 2020;27(9):64-78.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

مقدمه

یکی از موضوعات مرتبط با سیاست اجتماعی مطالعه رهیافت‌ها و کنش‌های حکومت‌ها و دولت‌ها نسبت به موضوعات رفاهی است. از آنجایی که جهت‌گیری‌های سیاسی، عقاید، گرایش‌ها، اعتقادات، ارزش‌ها، ایدئولوژی و کلیشه‌ها تعیین‌کننده خط‌مشی دولت‌ها و سیاست‌های آنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی است، شناسایی موقعیت‌های ایدئولوژیکی بازیگران سیاسی و نیز تحلیل دقیق تأثیرات، پیامدها و برون‌دادهای سیاست‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است (۱). «سلامت به‌عنوان کالایی ویژه، پیش‌نیاز عملکرد هر فرد به‌عنوان یک شهروند» و قلمداد شده و فقدان آن نه‌تنها «در اتلاف رفاه فرد خلاصه نمی‌شود، بلکه آزادی فرد را از وی سلب می‌کند و امکان انجام مسئولیت‌ها و تعهدات وی را به عنوان یک عامل از او می‌گیرد» (۲). سیاست سلامت به عنوان یکی از اصلی‌ترین ابعاد سیاست اجتماعی عنوان شده است. به باور وحدانی‌نیا و همکاران حکمرانی برای سلامت، نه لزوما مداخله‌ای، بلکه، «نظامی ارزشی» و نوعی «نگریستن و باور فرهنگی- اجتماعی» به «توسعه پایدار» است که می‌تواند منجر به فرصت‌هایی برابر برای سلامت بهتر و کاهش بی عدالتی گردد (۳).

با استناد به اصل ۲۹ قانون اساسی و با توجه به ساختار اقتصاد سیاسی ایران، دولت کنش‌گر اصلی سیاست سلامت تلقی شده و این سیاست نظیر سیاست‌های اجتماعی دیگر، محصول عملکرد دولت محسوب می‌شود. بنابراین، درک این موضوع که چه‌طور دولت نقش مهم خود را برای تأمین سلامت و بهداشت شهروندان بازی می‌کند، اهمیت دارد. ضمن این‌که، رسیدگی و حل مشکلات سلامت، علاوه بر توجه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی، نیازمند توجه به شرایط سیاسی نیز هست. مطالعه سیاست گذاری در بخش درمان و سلامت در رابطه با جهت‌گیری‌ها و رویکردهای گوناگون سیاست دولت، می‌تواند فهم بهتری از سیاستگزاری در بخش درمان در طی این سال‌ها به‌دست دهد. از عوامل موثر در تغییرات برنامه‌ریزی و تصمیمات بلندمدت و به طور اخص در سیاست‌گذاری می‌توان به تحولات وضعیت اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و ... اشاره نمود (۴). به تصمیمات، اقدامات و فعالیت‌هایی که به سازمان جهت می‌دهند و سازمان را در مسیر نیل به اهداف تنظیم می‌نمایند سیاست گویند (۵). سیاست‌گذاری یک فرایند ارتباطی پیچیده می‌باشد که شامل مشارکت و تأثیرات ذینفعان و حل مشکلات قابل حل با بکارگیری طیف وسیعی از موضوعات می‌باشد. اقدامات سیاست‌گذاری متأثر از تحولات و تغییرات اخیر می‌باشد (۶). سیاست سلامت: مجموعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کند. در این پژوهش سیاست سلامت تنها از بُعد درون‌داد که اشاره به درون‌داد قانونی و نیز هزینه اجتماعی (Social Spending) دارد، عملیاتی شده است (۷).

در زمانی که سیاست‌گذاران به منظور توسعه راه‌حل‌های ابتکاری برای مشکلات فزاینده‌ای از سیاست‌های پیچیده استفاده می‌کنند، به طراحی جایگزینی برای سیاست جدید دیگر نیازی نیست. از سیاست‌گذاری برای حل مشکلات استفاده می‌شود که بایستی در انجام فرایند تشخیص مسئله، تشخیص راه حل ها، انتخاب راه حل، بکارگیری راه حل و ارزیابی نتایج مورد توجه قرار گیرد (۸). طراحی سیاست جایگزین برای یک مشکل تصمیم‌گیری، بخش مهمی از فرآیند کمک به تصمیم‌گیری است (۹). لذا جهت یاری‌رسانی به سیاست‌گذاران به منظور اتخاذ تصمیمات، می‌بایست از روش‌هایی نظام‌مند استفاده شود که این روش‌ها بایستی بر اساس وضعیت و شرایط داخلی سازمان، بر اساس شرایط عدم‌ثبات و تحولات محیطی و بر اساس نگرش دینفعان اصلی و صاحب‌نظر تدوین گردد که علاوه بر درک و شناخت کافی و واقع‌بینانه از مسائل به اتخاذ تصمیم‌های صحیح و قابل اجرا منجر گردد (۱۰). لذا سیاست‌گذاری یک پروسه تصمیم‌گیری طولانی مدت است که با پنج پیچیدگی عمده روبرو است: اول استفاده از منابع عمومی؛ دوم دخالت ذی‌نفعان متعدد در فرآیند مشارکتی «به صورت عملی»؛ سوم دید بلند مدت؛ چهارم الزامات مشروعیت و پاسخگویی؛ پنجم نیاز به مشورت در مورد تصمیم‌گیری (۱۱).

سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

حقوق‌بگیر (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) است. جمعیت تحت پوشش این سازمان، شامل حدود ۱۲میلیون نفر بیمه شده و بیش از ۲ میلیون نفر مستمری‌بگیر است که با درنظر گرفتن افراد خانواده بیمه‌شدگان، جمعیت تحت پوشش این سازمان برای خدمات درمانی به بیش از ۳۷ میلیون نفر می‌رسد. براساس قانون، سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان عمومی غیردولتی است که بخش عمده منابع مالی آن از محل حق بیمه‌ها (با مشارکت بیمه‌شده و کارفرما) تأمین می‌شود و متکی به منابع دولتی نیست. به همین دلیل، دارایی‌ها و سرمایه‌های آن متعلق به اقشار تحت پوشش در نسل‌های متوالی است و نمی‌تواند قابل ادغام با هیچ یک از سازمان‌ها و مؤسسات دولتی یا غیردولتی باشد. تکیه‌گاه اصلی این سازمان مشارکت سه‌جانبه کارفرمایان، بیمه‌شدگان و دولت در عرصه‌های مختلف سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری‌های کلان و تأمین منابع مالی است.

در سازمان‌های بزرگ مانند تأمین اجتماعی یکی از نقش‌های اساسی حاکمیتی، سیاست‌گذاری برای زیرمجموعه‌های این سازمان است (۱۲). سلطانی و همکاران در مطالعه‌ای سه طبقه اصلی و ۱۳ طبقه فرعی در ارتباط با عدم توجه سیاست‌گذاران به مسائل سلامت افراد دارای ناتوانی را بدین شرح اعلام نمودند: طبقه ۱ تأثیرگذاری؛ طبقه ۲ در اقلیت بودن و در طبقه ۳ نبود صدای واحد (۱۳). روشندل اربطانی و حیدری در پژوهشی با طراحی مدل سیاست‌گذاری رسانه‌ایی سازمان تأمین اجتماعی ایران نشان دادند که مهم‌ترین معیارهای مدل به ترتیب وزنی عبارتند از: عوامل محیطی (با وزن ۰/۳۲)، نتایج و پیامدها (با وزن ۰/۲۵)، پردازش (با وزن ۰/۱۸)، تصویر سازمان (با وزن ۰/۱۳) و معیار ورودی‌ها (با وزن ۰/۱۲) (۱). وحدانی‌نیا و همکاران در یافته‌ها نشان داد که سیاست‌گذاری برای سلامت باید مبتنی بر فهمی از آنچه که تأثیرات عمده‌ای بر روی سلامت مردم دارند، باشد؛ آنچه که به عنوان عوامل«تهدیدکننده سلامت»، «محافظت‌کننده سلامت» و «ارتقاءدهنده سلامت» توصیف می‌شوند. چنین فهمی به ظهور پارادایم جدیدی با عنوان «حکمرانی برای سلامت» منجر گردید (۳). روتمن (Rothman) و همکاران به شناسایی چندین استراتژی مؤثر و بالقوه شامل سیاست‌هایی برای ترویج فرهنگ سازمانی متعهد به حرفه‌ای بودن پزشکی و تقویت نقش پزشکان در رهبری سازمانی پرداختند تا نشان دهند که چگونه اصول حرفه‌ای پزشکی ممکن است فرمول‌های جبران خسارت پزشک، سیاست‌های حاکم بر شفافیت و بهترین روش‌ها برای تقویت روابط پزشکان و بیماران تازه توانمند را راهنمایی کند (۱۴).

با توجه به بررسی و مطالعات صورت گرفته و نیز نتایج پیشینه‌ها، تاکنون در کشور هیچ مدل اجرایی در زمینه توسعه‌ی سیاست‌گذاری برای بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی طراحی نگردیده است و از سویی دیگر روش طراحی مدل سیاست‌گذاری در سازمان تأمین اجتماعی بر اساس الگوی نظام‌مند اشتراوس و کوربین اولین بار است که می‌خواهد در این پژوهش انجام گیرد. همچنین با عنایت به اینکه سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان اجتماعی با تحت پوشش قرار دادن اقشار مختلف در جامعه می‌باشد لذا اتخاذ هرگونه سیاستی در این سازمان می‌تواند تبعات فراوانی را به همراه داشته باشد که این مسئولیت این سازمان را چند برابر می‌کند از سویی دیگر بر اساس دیدگاه مدیران این سازمان، تا کنون سیاست‌گذاری‌های پیشین در این سازمان بصورت کامل انجام و پیاده‌سازی نشده است که خود دلیلی بر وجود موانعی در فرایند پیاده‌سازی سیاست‌های پیشین موجود در سازمان و یا نقص در تدوین الگوی سیاست‌گذاری کلی در این سازمان می‌باشد. از سویی دیگر بر اساس بررسی‌های انجام شده در پیشینه‌ها ارائه یک مدل فرایندی سیاست‌گذاری برای بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی تا کنون در جوامع آکادمیک در کشور صورت نگرفته است که این خود بیانگر کمبود تحلیل اصولی در این سازمان می‌باشد. پس ارائه یک الگوی نظام‌مند بر اساس تحلیل و دیدگاه متخصصین در این سازمان یک امر ضروری به نظر می‌آید. همچنین اگر در جهت حمایت از فرایند سیاست‌گذاری نیازمند چارچوب جدیدی برای سیاست‌گذاری در سازمان باشیم آنگاه بایستی طراحی سیاست را در سازمان آغاز کنیم. با توجه به اینکه اعمال یک سیاست در یک سازمان می‌بایست بر اساس یک الگوی فراگیر و قابل قبول برای اکثریت اعضای فعال در مجموعه و ذی‌نفعان آن باشد

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

در این پژوهش لزوم طراحی یک الگوی توسعه‌ای سیاست‌گذاری مورد پرسش قرار گرفت و در پی پاسخگویی به این مسأله است که چه الگوی توسعه‌ای می‌تواند برای سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی استفاده شود؟

روش کار

این پژوهش از نظر استراتژی کیفی متوالی و اکتشافی است که در آن ابتدا با روش نظریه‌سازی داده بنیاد (Grounded theory) با رویکرد نظام‌مند اشتراوس و کوربین (Strauss and Corbin) به شناسایی و طراحی الگوی توسعه‌ی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی از طریق کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با جامعه‌ی آماری شامل پژوهشگران و اساتید دانشگاهی متخصص در حوزه‌ی مدیریت دولتی و مدیران ارشد سازمان تأمین اجتماعی تا رسیدن به اشباع نظری جهت شناسایی مسائل، شرایط علّی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای توسعه‌ی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی در ۵ دور مصاحبه استفاده شد. طرح تحقیق سیستماتیک (نظام‌مند) بر استفاده از مراحل تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی تأکید دارد، و همچنین به عرضه پارادایم منطقی یا تصویر تجسمی از نظریه در حال تکوین می‌پردازد. در طی این سه مرحله و با کدگذاری داده‌ها، به‌تدریج از دل کدها مفاهیم، از دل مقوله‌ها و نظریه‌ها از دل مقوله‌ها، تظریه بیرون می‌آید (شکل ۱).

حجم نمونه‌ی آماری ۲۰ نفر تا رسیدن به اشباع نظری از طریق مصاحبه‌های دلفی نیمه‌ساختاریافته بود. یعنی از نفر بیستم داده‌ها تکراری شد و کد باز جدیدی اضافه نشد نمونه‌گیری برای انتخاب خبرگان و صاحب‌نظران، به طور تصادفی و نظری انجام شد، زیرا انتخاب این افراد بر اساس داوری و قضاوت گروه پژوهشی صورت گرفت و نمونه‌هایی انتخاب شدند که به نظر گروه پژوهش برای ارائه اطلاعات موردنیاز در بهترین موقعیت قرار داشتند. به این شکل هرگاه بخشی از یک جامعه آماری بر اساس داوری و قضاوت افراد خاص یا خود پژوهشگر برای بررسی انتخاب شوند، چنین نمونه‌گیری، نمونه‌گیری نظری یا قضاوتی نامیده می‌شود. این روش، بیشتر زمانی استفاده می‌شود که نیاز به نمونه‌های خبره باشد. ابزار گردآوری داده‌های تحقیق شامل استفاده از پرسش‌های نیمه ساختاریافته و برگه‌های کدگذاری محقق‌ساخته جهت کدگذاری‌های باز، محوری، و انتخابی (گزینشی) برای مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و عمیق با خبرگان و اساتید دانشگاهی مدیریت دولتی و مدیران ارشد سازمان تأمین اجتماعی با کمک نرم‌افزار تحلیل کیفی مکس‌کیودآ بود. با توجه به مطالعه سوابق و مستندات، مبانی نظری و ادبیات پیشینه، کتب، مقالات و پایان‌نامه‌ها و مشاوره و بررسی آراء و نظرات متخصصان در سه گام به صورت کیفی انجام گرفت: گام ۱: مطالعات کتابخانه‌ای و تدوین پرسش‌های پژوهشی مصاحبه؛ گام ۲: گردآوری داده‌ها و گام ۳: تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی. جهت اطمینان از روایی نظریه زمینه‌ای پژوهش، از تطبیق توسط اعضاء، روش ممیزی، مشارکتی بودن پژوهش و

داده ← کدها ← مفاهیم ← مقوله‌ها ← نظریه

شکل ۱- روند تبدیل داده به نظریه در نظریه زمینه‌محور

جدول ۱- گروه‌بندی و تعداد افراد مطلع کلیدی در مصاحبه‌ها

ردیف	گروه	فراوانی نمونه	درصد
۱	مدیران ارشد سازمان تأمین اجتماعی	۱۰ (۵)*	۵۰ ٪
۲	صاحب‌نظران دانشگاهی و خبرگان حوزه مدیریت دولتی	۱۰ (۵)*	۵۰ ٪
	جمع	۲۰	۱۰۰ ٪

*ارقام داخل پرانتز به اطلاع‌رسانی‌هایی اشاره دارد که به‌منظور اطمینان از اشباع نظری انجام شده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

کثرت‌گرایی استفاده گردید و به منظور تعیین پایایی نظریه زمینه‌ای از طریق تهیه و به‌کارگیری چارچوبی مدون برای مصاحبه، با (ضریب توافق بین کدگذاران- معیار پی اسکات (Pi-Scott) کنترل شد. یعنی به طور تصادفی کدگذاری ۵ مصاحبه به دو کدگذار مجرب داده شدو در پایان ضریب توافق ایشان ۰/۹۶ محاسبه شد.

یافته‌ها

تجمیع و خلاصه مصاحبه‌ها (برآیند پاسخ‌های مورد تأیید گروه دلفی) پس از اجماع و اشباع نظری در جدول شماره‌ی ۲ آمده است. با توجه به راهنمای ارائه شده توسط اشتراوس و کوربین ۱۹۹۸) در مورد انجام کدگذاری باز و محوری، باید گفت که ابتدا با تفکیک متن مصاحبه به عناصر دارای پیام در داخل خطوط یا پاراگراف‌ها تلاش شد تا کدهای باز استخراج شوند و در مرحله بعدی آن مفاهیم در قالب مقوله‌های بزرگتری قرار گرفتند، بعد از این مرحله سعی شد که مقولات نیز در قالب دسته‌های بزرگ مفهومی طبقه‌بندی گردند. در مرحله دوم که کدگذاری محوری (۱. موانع (بازدارنده‌ها)، ۲. سوق‌دهنده‌ها یا پیش‌ران‌ها (تسهیل‌کننده‌ها)، ۳. انگیزاننده‌ها (انگیزش‌دهنده‌ها)، ۴. ویژگی درونی و اصلی (جذابیت‌های) توسعه سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران) است ابتدا مقوله اصلی تعیین شد، سپس سایر مقوله‌ها در قالب پنج خوشه بزرگ شرایط علّی، راهبردها، عوامل زمینه‌ای (درونی و در کنترل سازمان)، شرایط مداخله‌ای (محیطی و خارج از منترل سازمان) و پیامدها دسته‌بندی شدند و در نهایت در مرحله کدگذاری گزینشی روابط بین مقولات آشکار و مدل پارادایمی نظریه برخاسته از داده‌ها فراهم آمد.

جدول ۲- برآیند پاسخ‌های مورد تأیید گروه دلفی

ردیف	متغیر وابسته	ابعاد	محورها	مقوله‌ها	مفاهیم	کدهای باز (گویه‌ها) پدیده محوری	مصاحبه
۱	توسعه الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران	پدیده محوری	انگیزاننده‌های توسعه ...	توسعه و همکاری	توسعه مدنی	ایجاد و بسط گفتمان تأمین اجتماعی در حوزه‌های مدنی و حاکمیتی	P1, P2, P5
۲					افزایش هم‌افزایی	افزایش هم‌افزایی بین بخش‌های مختلف بیمه‌ای، درمانی و سرمایه‌گذاری	P2, P4, P6, P7,
۳			جذابیت‌های توسعه سیاست‌گذاری ...	مدیریت منابع انسانی	مدیریت منابع انسانی	استقرار رویکرد نوین سازمانی در حوزه سرمایه انسانی جهت پاسداشت شأن انسانی و ارتقای کیفیت زندگی مردم و کارکنان	P6, P8, P12, P17
۴				بیمه‌ها	توسعه بیمه اجتماعی	ایجاد و بسط گفتمان اجتماعی- فرهنگی معطوف به بنیان‌های نظری و کارکردی بیمه‌های اجتماعی در سطح مدنی و حاکمیتی	P2, P4, P6, P8
۵			سوق‌دهنده های توسعه سیاست‌گذاری در بخش درمان	مدیریت هوشمند	اصلاح فرایندها	اصلاح فرایندها و ساختار نظام اطلاعاتی سازمان به منظور نیل به نظام یکپارچه هوشمند در ارائه خدمات	P1, P3, P9
۶				ارتقای بهره‌وری	مدیریت مصرف	بهبود در مدیریت مصارف و هزینه‌ها در بخش‌های مختلف درمان و ایجاد تعادل و پایداری مالی و ارتقای بهره‌وری	P2, P4, P6, P20
۷				توسعه پایداری سازمان	مدیریت مالی	تعمیق و توسعه پایداری سازمان در وجه مالی و عملکردی سلامت	P3, P6, P8, P9
۸					سازماندهی داخلی	بهینه‌سازی مناسبات و نظامات داخلی سازمان با تکیه بر گفتمان شهروندمدار، بهره‌مندی حداکثری از خدمات نوین در حیطه درمان و سلامت	P1, P10
۹					اصلاح ساختار	اصلاح ساختارهای معیوب در بخش درمانی سازمان تأمین اجتماعی ایران	P3, P5, P6, P7
۱۰					توسعه قابلیت‌ها	توسعه قابلیت‌ها و افزایش ظرفیت‌های سازمانی با تأکید بر ارتقای جایگاه سازمان به عنوان یک نهاد فعال اثرگذار بر بخش درمان و سلامت	P5, P7, P8
۱۱					ارتقای سطح خدمات	اصلاح ساختارها و فرایندها در جهت ارتقای کمّی و کیفی سطح خدمات بیمه‌ای و درمانی ذی‌نفعان	P8, P14, P5, P17

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۱- ادامه

ردیف	متغیر وابسته	ابعاد	محورها	مقوله‌ها	مفاهیم	کدهای باز (گویه‌ها) پدیده محوری	مصاحبه
ردیف	متغیر وابسته	ابعاد	محورها	مقوله‌ها	مفاهیم	کدهای باز (گویه‌ها) شرایط علّی: عواملی هستند که بر پدیده مرکزی تأثیر می‌گذارند.	توضیحات
۱	توسعه الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران	شرایط علّی	سوق‌دهنده‌ها	عوامل قانونی	قانون و اسناد	عوامل قانونی و اسناد بالادستی که توجه ویژه ای به سلامت، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شده بود.	P1, P2, P13
۲					سیاست‌های رهبری	سیاست‌های کلی ابلاغی رهبر عظم انقلاب و نقشه تحول سلامت ایران	P2, P16, P6, P7
۳					اخلاق و شرعیات	رعایت مسائل اخلاقی، شرعی، قانونی و ملی در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی	P6, P8
۴			موانع بازدارنده		عدم‌وجود استاندارد	عدم‌وجود قوانین و مقررات مصوب و استاندارد در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی در شرایط بحران اجتماعی و طبیعی	P2, P4, P6, P8
۵					اجرای ضعیف	اجرای ضعیف برخی از برنامه های تصویب شده و عدم اجرای کامل تکالیف قانونی مرتبط با سلامت مردم	P1, P3, P19
۶			سوق‌دهنده‌ها	عوامل سیاسی	عوامل سیاسی	عوامل سیاسی مؤثر بر بخش درمان و سلامت مردم	P2, P14, P6
۷					رفع گرفتارها	تأکید قوانین بر رفع گرفتارهای درمانی و غیردرمانی	P3, P6, P8, P9
۸					کاهش نگرانی	کاهش نگرانی‌های خانواده‌ها از تغییر سیاست‌های درمانی و خدکات بیمه‌های درمانی	P1, P10
۹					اصلاح نظام	اتخاذ تدابیر اساسی در جهت اصلاح نظام سلامت و درمان	P1, P15, P6, P17
۱۰					تعهد مدیران	تعهد مدیران و سیاست‌گذاران در بخش درمان و سلامت	P5, P7, P8
۱۱			موانع بازدارنده	عوامل اقتصادی- اجتماعی	مشکل مالی	تنگناهای مالی و وضعیت نامطلوب بخش‌های مختلف کشور	P2, P4, P5, P9
۱۲					بدهی‌ها	مواجهه با حجم بالای بدهی‌های به جا مانده از سال‌های قبل	P1, P12, P19
۱۳					ارزش پول	کاهش ارزش پول ملی	P4, P11
۱۴					تورم	جهش تورمی	P5, P20
۱۵					تحریم‌ها	وجود تحریم‌های مختلف که مشکلاتی را برای انجام وظایف بخش های تولیدی و خدماتی دارویو تجهیزات پزشکی ایجاد کرد.	P3, P4, P8, P19
۱۶					عدم‌تحقق هدف‌ها	عدم‌تحقق کامل اهداف توسعه پایدار در کشور	P1, P12, P16
۱۷					نگرانی‌ها	نگرانی‌های عمومی جامعه در خصوص هزینه‌های درمان و سلامتی	P3, P5, P8
۱۸			جذابیت‌ها		یارانه‌های هدفمند	اجرای مرحله دوم طرح هدفمندی یارانه‌ها	P7, P8, P10
۱۹					پزشک خانواده	طرح پزشک خانواده در استان‌های منتخب	P2, P4, P17
۲۰			سوق‌دهنده‌ها	عوامل بین‌المللی	سلامت عمومی	سلامتی برای همه	P4, P6, P19
۲۱					پوشش همگانی بیمه	تحقق پوشش همگانی (بیمه) سلامت برای همه مردم کشور	P11, P0
۲۲					تجربیات موفق	تجربه موفق برخی کشورها در حوزه درمان نظام سلامت مانند چین، برزیل و ...	P3, P14, P17
۲۳			جذابیت‌ها	مشکلات (چالش‌های) حوزه سلامت و درمان	ارائه خدمات بهینه و استاندارد به بیماران	ارتقاء نشانگرهای سلامتی	P1, P12, P9, P10
۲۴						کنترل همه‌گیری‌ها (اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها)	P2, P3
۲۵						واکسیناسیون و ریشه‌کنی بیماری‌ها	P1, P14, P6, P8
۲۶						پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها	P2, P16, P5, P8
۲۷						ارتقاء کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی	P3, P13, P17
۲۸						توسعه خدمات به بیماران	P5, P7, P8, P19
۲۹			موانع بازدارنده		سهم بیمه بالا	بالا بودن سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم	P2, P3, P10
۳۰					اجرای ناکامل	اجرای ناکامل سطح‌بندی خدمات و ارجاع	P2, P15, P6
۳۱					پوشش ناکافی خدمات بیمه	پوشش ناکافی در ابعاد بیمه، خدمات و هزینه‌های سلامت	P6, P17, P9
۳۲					کیفیت نامطلوب خدمات درمانی	کیفیت نامطلوب خدمات و مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت	P10, P20

در نهایت بعد از بررسی‌های بسیار و مشورت با اساتید راهنما و اساتید دیگر، اجماع گروه مصاحبه‌ی دلفی داده‌های مذکور در قالب ۴۵ مقوله و ۲۶۸ کد مفهومی مشخص شد و در دل ابعاد ۶ گانه مدل پارادایمی به

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۱– ادامه

ردیف	متغیر	ابعاد	محور	مقوله	مفهوم	گویه ها (کدهای باز) شرایط مداخله‌گر (عوامل مداخله‌گر یا میانج: شرایط وسیع و عام محیطی (از بیرون سازمان) است که به عنوان تسهیل کننده یا محدود کننده راهبردها عمل می‌کند.)	توضیحات
۱	توسعه الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران	شرایط مداخله‌گر (میانجی)	سوق‌دهندهٔ محیطی	سیاسی (بین‌المللی)	سیاست دولت	شرایط سیاسی دولت حاکم	P1, P19, P8, P13
۲					سیاست‌گذاری وزارت	ثبات در سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و درمان کشور	P2, P5, P19, P20
۳					اسناد ملی و محلی	هماهنگی در تدوین اسناد ملی و محلی در توسعه سیاستگذاری در بخش درمانی سازمان	P3, P12
۴					سیاست‌های بخش درمانی	تدوین سیاست‌های ویژه در بخش درمانی با کمیت و کیفیت مناسب در سطح محلی، ملی	P4, P15
۵				قانونی	قوانین حمایتی	تدوین قوانین حمایتی در خصوص انجام و اجرای پروتکل‌های بهداشتی پیشگیری و درمانی در بیمارستان‌های تابعه	P6, P11 P8, P15
۶					قوانین بیمه‌ای	ایجاد قوانین حمایتی و بیمه‌ای قانونی در خصوص بیماری‌های صعب العلاج	P5, P18
۷				مدیریتی (سازمانی)	فعال‌سازی رسانه‌ها	فعال‌سازی رسانه‌های ارتباطی (اطلاع‌رسانی، مشارکت اجتماعی، آموزشی و فرهنگ‌سازی) در خدمات بخش درمانی سازمان	P6, P19 P4, P15
۸					ارزش‌آفرینی سازمانی	ارزش‌آفرینی سازمانی از ارائه خدمات بخش درمانی سازمان	P1, P13 P8, P17
۹				زیرساخت	کمیت و کیفیت خدمات	افزایش کمیت و کیفیت خدمات درمانی سازمان در درمانگاه ها و بیمارستان‌ها	P11, P20
۱۰					به‌روزرسانی تغییرات	به‌روزرسانی تغییرات محیطی (سازمانی، فرهنگی و اجتماعی) در خدمات درمانی سازمان	P16, P20
۱۱					زیرساخت‌های بیمه‌ای	همکاری در ارائه زیرساخت‌های خدمات درمانی و پوشش بیشتر بیمه‌ای کارگران در سازمان	P6, P18
۱۲				فرهنگی – اجتماعی	تصویر مثبت	تصویر مثبت و سازنده از خدمات بخش درمانی سازمان	P15, P19
۱۳					بحران‌ها	بحران‌های پیشرو (اجتماعی و سازمانی)	P3, P16
۱۴					افزایش جامعه	افزایش تعداد جامعه کارگری جهت ارائه خدمات رایگان درمانی	P14, P7, P17
۱۵					ارتقای فرهنگی	ارتقای فرهنگ عمومی در خصوص باورهای فردی در استفاده از دارو و درمان‌های پزشکی	P10, P17
۱۶					آموزش و پیشگیری	آموزش و پیشگیری از بیماری‌های مسری و واگیردار	P13, P19
۱۷			موانع بازدارنده محیطی	اقتصادی	درآمد کارگران	شرایط اقتصادی جامعه کارگری	P16, P20
۱۸					رشد اقتصادی	رشد اقتصادی جامعه	P15, P19
۱۹					تورم و رکود	نرخ تورم و یا رکود اقتصادی کشور	P18, P20
۲۰					اقتصادی	نبود ثبات اقتصادی و وجود رانت در بهره‌برداری از منابع سازمانی	P13, P19

صورت موجبات علّی (۵ مقوله)، مقوله اصلی و محوری: توسعه سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران (۶ مقوله)، راهبردها (۵ مقوله) در سه سطح فردی، میانی و کلان، شرایط زمینه‌ای (۷ مقوله)، شرایط مداخله‌گر یا میانجی (۶ مقوله)، و پیامدها (۵ مقوله) در سه سطح فردی، میانی و کلان جای گرفتند.

در شکل شماره ۲ مشخص شده‌اند.

در این بخش بر اساس فرآیند کدگذاری محوری جهت تدوین گزاره‌های حکمی یا قضایای پژوهش اقدام شده است. این گزاره‌ها به روابط بین مقوله‌ها اشاره دارند:

قضیه اول: عوامل ««توسعه و همکاری»، «مدیریت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۱- ادامه

ردیف	متغیر وابسته	ابعاد	محوری	مقوله	مفهوم	گویه‌ها (کدباز) شرایط زمینه‌ای: شرایط زمینه‌ای، شرایط خاصی (ازدرون سازمان) هستند که بر راهبردها تأثیر می‌گذارد.)	توضیحات
۱	توسعه الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی	شرایط زمینه‌ای توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی	موانع بازدارنده درونی سازمان	انسان محور	فردی	مسائل روانشناختی فردی کارکنان بخش درمانی با ارباب رجوع	P10, P14
۲						میزان (قوت و ضعف) دانش فردی و تسلط و آگاهی کادر درمانی از مسائل و چالش‌های این حوزه	P12, P16, P13 P20
۳					گروهی	میزان همراهی کادر درمانی جهت درمان ارباب رجوع	P4, P7
۴						دانش و نگرش کادر غیردرمانی (پذیرش) در مداجه با ارباب رجوع	P3, P19
۵					محیطی (سازمانی)	عدم مدیریت مناسب و یکپارچه کادر درمانی جهت درمان ارباب رجوع	P7, P14
۶						میزان مسئولیت‌پذیری شغلی کادر درمانی	P1,P6, P9
۷			موانع بازدارنده درونی سازمان	پشتیبانی	انسانی	نبود نیرو یا کادر درمانی متخصص جهت ارائه راه‌حل‌های درمانی و پزشکی تخصصی	P12, P15
۸						کمبود یا عدم همکاری نیروی کارآمد انسانی در سطح کلان و خرد در سازمان	P10, P12
۹					حمایت مالی	هزینه‌های بالای خدمات درمان و جراحی در سازمان	P5, P19
۱۰						هزینه‌های بالای سرانه بیمه و بیمه‌ی تکمیلی پرداختی از جانب بیمه‌شدگان به سازمان	P9, P15
۱۱					سخت‌افزاری و نرم‌افزاری	دسترسی سخت و زمان‌بر در بروکراسی اداری جهت اخذ هزینه در مانی از بیمه پرداختی تکمیلی به سازمان	P6, P13 P20
۱۲						عدم وجود زیرساخت‌های مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در بخش درمانی سازمان	P10, P15
۱۳			موانع بازدارنده درونی سازمان	کلان	مدیریتی	عدم برنامه‌محوری و دیدگاه نظام‌مند جهت توسعه خدمات بخش درمانی سازمان	P4, P20
۱۴						شفافیت ناکافی اصول و ارزش‌های حاکم بر خدمات بخش درمانی سازمان	P1, P8
۱۵						عدم سیاست‌گذاری (هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی، سازماندهی، نظارت، کنترل و ارزیابی) جهت توسعه درمانی سازمان	P6, P13, P10, P20
۱۶						کیفت و کمیت پایین خدمات بخش درمانی سازمان	P15, P17
۱۷						عدم وجود راهبرد یا عدم کاربست برنامه‌ی عملیاتی به منظور توسعه خدمات بخش درمانی سازمان	P14, P20
۱۸					محیطی	وجود دخالت‌های سیاسی در انتصاب افراد مسئول	P14, P17
۱۹						عدم‌هماهنگی سازمانی و بین‌سازمانی ملی و بین‌المللی در خدمات بخش درمانی سازمان	P5, P10, P11
۲۰					ساختاری	عدم اجرای سیاست‌های کلان نظیر سند توسعه ششم در بخش درمانی کشور در سازمان	P10, , P16, P20
۲۱			سوق‌دهندهٔ داخلی			میزان ارتقای خدمات بیمه‌ای در سازمان	P4, P20
۲۲						توسعه سلامتی سازمانی سازمان تأمین اجتماعی در سطح کشور	P17, P20
۲۳					سیاسی	ثبات سیاسی (نظام حکمرانی) در سازمان تأمین اجتماعی	P11, P20
۲۴						توان گفتگوی مدیران سازمان تأمین اجتماعی در سطح حاکمیتی و مدنی به واسطه گستردگی جغرافیایی و زمینه‌های فعالیت درمانی	P7, P14
۲۵					اقتصادی و مالی	ثبات شاخص‌های اقتصادی در کشور در بخش درمانی سازمان	P6, P19
۲۶						کاهش هزینهٔ درمانی بیماری‌های ناشی وضعیت کاری	P1, P14 P7, P18
۲۷					اجتماعی- فرهنگی	ثبات اجتماعی- فرهنگی سازمان	P11, P15
۲۸						ارتقای کیفیت زندگی و خدمات درمانی کارگران و کارمندان سازمان	P7, P20

منابع انسانی»، «بیمه‌های تکمیلی»، «مدیریت هوشمند»، «ارتقای بهره‌وری» و «توسعه پایدار سازمان»» به عنوان عوامل اصلی و محوری در توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی کشور شناخته می‌شوند.

قضیه دوم: «عوامل قانونی»، «عوامل سیاسی»، «عوامل اقتصادی- اجتماعی»، «عوامل بین‌المللی» و «مشکلات (چالش‌های) حوزه سلامت و درمان» به

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۱– ادامه

ردیف	متغیر وابسته	ابعاد	سطح	محوری	مقوله	مفهوم	گویه‌ها (کدهای باز)پیامدهای (پیامدها: خروجی‌ها یا نتایج به‌دست آمده از بکارگیری راهبردها هستند.)	توضیحات
۱	توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی	پیامدهای توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی	فردی	جذابیت‌ها	پیامدهای فردی	رضایت‌مندی	ایجاد رضایت‌مندی در مخاطبین به خصوص جامعه کارگری از بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی و افزایش تعداد بیمه‌گذاران	P1, P5 P11, P16
۲						بهبود عملکرد جسمانی	کارآمدی و بهبود عملکرد جسمانی، ذهنی و روانی بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی در جامعه	P1, P2 P8, P15
۳						افزایش بهره‌وری	افزایش کارآیی و اثربخشی (بهره‌وری) کارکنان در بخش درمان سازمان در نیروی کار کشور	P2, P5 P9, P19
۴			میانی		پیامدهای سازمانی	مدیریت منابع	ثبات در تصمیم‌گیری مدیریت منابع	P4, P6
۵						رشد خدمات درمانی	کمک به رشد و ارتقای کیفیت و کمّیت درمان کشور جامعه بخصوص بخش کارگری	P3, P4 P8, P12
۶						اعتمادسازی سازمانی	شناساندن توانمندی‌های داخلی در عرصهٔ سلامت و اعتمادسازی در کیفیت خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی در جامعه	P7, P4 P18, P19
۷					پیامدهای مدیریتی	کارآمدی مدیریت	مدیریت قوی و معتهد و کارآمد در بخش درمان سازمان در کشور	P6, P9 P11, P20
۸			کلان		پیامدهای اقتصادی و حرفه‌ای	شناسایی فرصت‌ها	شناسایی فرصت‌های جذب گردشگران پزشکی از کشورهای همسایه	P1, P4 P7, P8
۹						افزایش کمیت خدمات	تأسیس بیمارستان ها و کلینیک‌های ویژه درمانی سازمان تأمین اجتماعی در همه نقاط کشور	P11, P5 P9, P10
۱۰					پیامدهای اجتماعی	وحدت	یکپارچگی ملی و سازمانی در بخش درمان سازمان	P10, P2 P9, P20

عنوان عوامل موجده (علّی) در در توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی کشور نقش ایفا می‌کنند.

قضیه سوم: راهبردهای «سازمانی»، « مدیریتی»، «راهبرد حمایتی و پشتیبانی»، «ساختاری» و «حرفه‌ای» کنش‌هایی برای تحقق «توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی کشور» هستند.

قضیه چهارم: محیط درونی (در کنترل سازمان) به عنوان شرایط زمینه‌ای سیاست‌گذاری در بخش درمانی سازمان تأمین اجتماعی، شامل «عوامل انسان محور»، «پشتیبانی» و «عوامل کلان»، بستری خاص برای راهبردهای «سازمانی»، «مدیریتی»، «حمایتی و پشتیبانی»، «ساختاری» و «حرفه‌ای» در «توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی» در کشور فراهم می‌آورند.

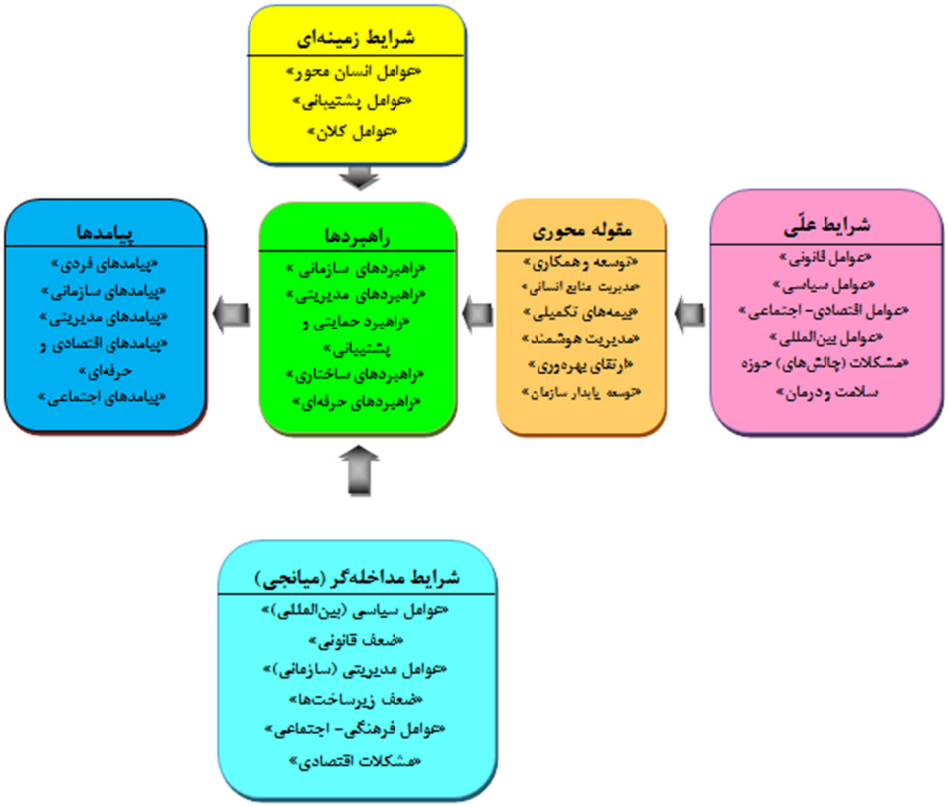
قضیه پنجم: محیط بیرونی (خارج از کنترل سازمان)، به عنوان شرایط مداخله‌گر (میانجی) سیاست‌گذاری در بخش درمانی سازمان تأمین اجتماعی، شامل: ««عوامل سیاسی (بین‌المللی)»، «ضعف قانونی»، «عوامل مدیریتی (سازمانی)»، «ضعف زیرساخت‌ها»، «عوامل فرهنگی- اجتماعی» و «مشکلات اقتصادی»، بستری عام برای راهبردهای «سازمانی»، «مدیریتی»، «حمایتی و پشتیبانی»، «ساختاری» و «حرفه‌ای» در «توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی» در کشور فراهم می‌آورند.

قضیه ششم: راهبردهای «سازمانی»، «مدیریتی»، «حمایتی و پشتیبانی»، «ساختاری» و «حرفه‌ای» در «توسعه مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی» در کشور ، پیامدهای «فردی»، «سازمانی»، «مدیریتی»، « اقتصادی و حرفه‌ای» و « اجتماعی» را در پی خواهند داشت.

بحث

همان‌گونه که می‌دانیم روش‌شناسی نظریه داده‌بنیاد،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]



شکل ۲- مدل پارادایمی توسعه‌ی مدل سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران

روشی برای تولید نظریه است، نه آزمون آن. البته این الگو (شکل ۲ و جدول ۳)، به معنی معتبرترین الگوی توسعه‌ی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران نیست. بلکه میزان صحت برداشت و تلقی پژوهش پژوهشگر از مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه با خبرگان و نیز ابتکار و خلاقیت پژوهشگر در دسته‌بندی (کدگذاری) و برقراری روابط بین آن‌هاست که می‌توان با آزمون برازش مدل از دیدگاه کارکنان بخش درمانی و مستمری‌بگیران سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور در معرض قضاوت جدی قرار گیرد. نتایج پژوهش از نظر شیوه‌ی انجام هم‌راستا با پژوهش سلطانی و همکاران با این تفاوت که آن‌ها از روش کیفی پدیدارشناسی استفاده کردند (۱۳)، اما در پژوهش حاضر و پژوهش روشندل اربطانی و حیدری از روش کیفی داده بنیاد استفاده گردید (۱). همچنین نتایج پژوهش همسو با وحدانی‌نیا و همکاران بود که منجر به ظهور پارادایم «حکمرانی برای سلامت» گردید (۳). با توجه به مسأله‌یابی و تدوین سیاست نتایج همراستا با پژوهش بابایی و توکلی (۱۵) و شناسایی راهبردها در سه سطح فردی، مدیریتی و کلان همسو بیا نتایج پژوهش روتمن و همکاران می‌باشد (۱۴). نخستین یافته مطالعه حاضر تأثیرگذاری شرایط زمینه‌ای بر سیاست‌گذاری سلامت و بخش درمان در سازمان تأمین اجتماعی است. دیگر مطالعات نیز نقش مهم شرایط زمینه‌ای در سیاست‌گذاری برنامه‌های اصلاحاتی مختلف به‌منظور تقویت نظام سلامت و تحقق دستیابی به پوشش همگانی سلامت را تأیید کرده، عوامل متفاوتی را در بُعد زمینه‌ای معرفی کرده‌اند که می‌تواند سیاست‌گذاری اصلاحات سلامت را متأثر سازد. در مطالعه حاضر سه دسته عوامل انسان محور، عوامل پشتیبانی و عوامل کلان به‌عنوان عوامل تأثیرگذار زمینه‌ای در حوزه سیاست‌گذاری بخش درمان در سازمان تأمین اجتماعی شناسایی شدند. در گروه عوامل کلان، محیط قانونی یکی از عوامل شناسایی شده است که تأثیر آن بر سیاست‌گذاری بخش درمان دو جنبه دارد. جنبه اول؛ بر بستر قانونی لازم برای اصلاح طرح

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

تحول سلامت در حوزه بخش درمان اشاره دارد. با توجه به محتوای قوانین بالادستی کشور (به‌ویژه برنامه سیاست‌های کلی سلامت کشور) که نشان می‌دهد بخش سلامت به‌صورت پررنگ در مواد و لوایح قانونی منعکس شده، به‌نظر می‌رسد زمینه قانونی مناسبی برای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت فراهم بوده است (۱۵). اهمیت فراهم بودن بستر قانونی برای تدوین و اجرای مؤفق و پایدار سیاست‌های سلامت، موضوعی است که دیگر مطالعات نیز درباره آن توافق نظر دارند و همان‌گونه که در متون مربوط به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری توسعه‌ای کشورها آمده، در توالی و ترتیب منطقی سیاست‌ها و اهداف یک کشور برای توسعه پایدار، سیاست‌گذاری سلامت، به‌ویژه سیاست‌گذاری در اصلاح نظام سلامت نمی‌تواند خارج از چارچوب‌های قانونی تدوین شده باشد. جنبه دوم تأثیرگذاری محیط قانونی بر سیاست‌گذاری در بخش درمان است که گزارش‌های تحلیل وضعیت نظام سلامت، حکایت از آن دارد (۳).

عوامل سیاسی دیگر از عوامل شرایط علّی است که گویای تأثیرگذاری فضای سیاسی حاکم بر کشور و نیز خواست و استقبال رهبران و مدیران سیاسی کشور پیرامون سیاست‌گذاری بخش درمان می‌باشد. این موضوع که محیط سیاسی به‌شدت بر سیاست‌گذاری‌های برنامه‌های اصلاحاتی سلامت و درمان کشور تأثیرگذار است، در تجربه‌های اصلاحات سلامت و درمان کشورهای مختلف گزارش شده است. به‌نظر می‌رسد این گروه از عوامل یکی از اصلی‌ترین عواملی باشند که بتوانند به‌تنهایی بر تدوین و اجرای سیاست‌های سلامت و درمان تأثیر گذاشته، پایداری و استمرار آنها را تحت‌الشعاع قرار دهند.

عوامل اقتصادی و اجتماعی، یکی دیگر از دسته عوامل علّی شناسایی شده است. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، از آنجا که تحول سلامت و درمان تنها یک موضوع مرتبط با نظام سلامت نیست و متغیرهای مختلف اجتماعی- اقتصادی جامعه نیز بر آن تأثیر دارند، سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی همچنان متأثر از شرایط اجتماعی- اقتصادی کشور است؛ به نحوی که با بروز نابسامانی در شرایط اقتصادی- اجتماعی کشور، ارائه خدمات سلامت و درمان، به‌ویژه در حوزه دارو و درمان، به شدت دچار اختلال شده و به نوعی ناکامی در عملکرد می‌رسد که ماحصل این وقایع اقدام برای ایجاد اصلاحات را ضروری می‌سازد، اما در عین‌حال، با بهتر شدن اوضاع و شرایط اقتصادی- اجتماعی، تدوین و اجرای طرحی برای بخش درمان در دستور کار قرار می‌گیرد. تأثیرگذاری شرایط اقتصادی- اجتماعی بر سیاست‌گذاری در بخش درمان در بسیاری از گزارش‌های منتشره مستند شده است. این گزارش‌ها نشان می‌دهد تغییرات اقتصادی و به دنبال آن اجتماعی کشورها، به طور معنی‌داری با آغاز و یا پایان تدوین و اجرای سیاست‌های مهم اصلاحی نظام سلامت همراه است. دسته دیگر عوامل علّی تأثیرگذار بر سیاست‌گذاری بخش درمان، عوامل بین‌المللی است. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، تعهدات بین‌المللی که توسط نهادهای حاکمیتی بین‌المللی تدوین شده و پایبندی به آنها از جمله تعهدات کشورها به‌شمار می‌آید، اثرات چشمگیری بر سیاست‌گذاری بخش درمان دارد. راهبرد سلامت و درمان برای همه، سلامت و درمان در همه سیاست‌ها و پوشش همگانی سلامت و درمان نمونه‌هایی از این تعهدات بین‌المللی هستند. نقش کلیدی این گروه از عوامل در سیاست‌گذاری اصلاحات بخش درمان و سلامت در پژوهش‌های دیگر نیز آمده است (۱۳).

یافته دیگر مطالعه حاضر، جنبه‌های مختلف فرآیند سیاست‌گذاری بخش درمان و سلامت در سازمان تأمین اجتماعی را متمایز می‌کند. براساس این یافته، وقوع سه جریان مشخص و در عین‌حال تأثیرگذار بر یکدیگر، موجبِ در دستورِ کار قرارگرفتن حوزه درمان در سازمان تأمین اجتماعی شد. جریان مشکلات حوزه سلامت و جریان سیاست اصلاح نظام سلامت از مدت‌ها پیش شکل گرفته بوده و اثرات متقابلی داشتند. این دو جریان با گذر زمان تقویت شده و اتفاقات برجسته‌ای را در حوزه خدمات سلامت کشور رقم زدند، به‌گونه‌ای که با بروز این اتفاقات، ضرورت تغییر نظام سلامت و ایده اصلاح آن شکل گرفت، اما از آنجا که هنوز حمایت‌های سیاسی جلب نشده بود، این ایده وارد دستور کار نشد. دو جریان پیش‌گفته به مرور جریان سیاسی را قوت بخشیده و سرانجام با روی کار آمدن دولت جدید، موجب تقویت جریان سیاست شدند. به‌نظر می‌رسد در

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

باز شدن پنجره فرصت دستورگذاری بخش درمان، نقش جریان سیاسی و دخالت آن، بیش از دو جریان دیگر باشد و نقش بازیگران سیاست، به‌ویژه شخص وزیر بهداشت و تیم همراه وی، در جلب نظر سیاست‌گذاران کشوری و اولویت‌دهی ایده اصلاح نظام سلامت نباید از نظر دور بماند. مروری بر تجربه دیگر کشورهای دارای سابقه اجرای طرح‌های تحول سلامت نیز دالّ بر پررنگ بودن نقش جریان سیاسی و هم‌زمانی شروع تحولات مهم اصلاحاتی نظام سلامت با روی کار آمد وزیر جدید بهداشت است. البته همه آنچه این بازیگران برای طرح تحول سلامت در نظر داشتند، در دستور کار سیاست‌گذاری قرار نگرفت؛ از جمله این‌ها می‌توان به سیاست‌های اصلاحاتی حوزه بهداشت اشاره کرد که به‌نظر می‌رسد اولویت‌بندی دستورکارهای پیشنهادی بر اساس معیارهای ضرورت حل مشکل، ملاحظات تأمین منابع مالی و نیز فراهم بودن مقدمات تدوین برنامه، دلایل به تعویق افتادن و یا حذف برخی ایده‌های اصلاحاتی در مراحل اولیه دستورگذاری باشد.

درخصوص تدوین سیاست در حوزه درمان سازمان تأمین اجتماعی، یافته‌ها نشان داد که تشکیل کارگروه‌های مرتبط با سیاست‌گذاری بخش درمان و فعالیت مداوم آنها نقش مهمی در تدوین سیاست‌گذاری‌ها با بهره‌گیری از پشتوانه تعهد سیاسی داشت. اهمیت استفاده از چنین رویکردهای گروهی و بهره‌گیری از یک اتاق یا مرکز فکر که بتواند خطوط کلی حرکت نظام سلامت و بخش درمان در مسیر تغییر و تحولات را تعیین کند، از آموزه‌هایی است که در متون پیاده‌سازی اصلاحات نظام سلامت و درمان نسبت به آنها سفارش شده است (۱). اما نگاهی عمیق‌تر به ترکیب و نحوه فعالیت این کارگروه‌ها در تدوین سیاست بخش درمان در سازمان تأمین اجتماعی، یکی از آسیب‌های بدنه سیاست‌گذاری، که همان حاکم بودن دیدگاه دولتی صرف در فرآیند سیاست‌گذاری و مشارکت ندادن بخش غیردولتی است را آشکار می‌نماید. این در حالی است که مطالعات بسیاری بر همکاری و مشارکت بین‌بخشی و تأثیر آن بر تضمین مؤفقیت برنامه‌های اصلاحی سلامت و بخش درمان تأکید کرده‌اند. به‌نظر می‌رسد همین توجه ناکافی به مشارکت دادن بازیگران مختلف درگیر در حوزه سیاست‌گذاری‌ها، اجرای این سیاست را تا حدودی با دشواری مواجه کرده و مقاومت‌هایی را از سوی صاحبان مختلف فرآیند در مراحل اجرایی طرح ایجاد کرده باشد. مقاومت‌هایی که برای رفع آنها لازم است زمان و انرژی صرف شود که همین امر سهولت اجرای طرح را متأثر می‌سازد. بروز چنین مقاومت‌هایی که ریشه در اطلاع و مشارکت ناکافی صاحبان فرآیند در مرحله تدوین سیاست دارد، امری اجتناب‌ناپذیر است (۱۶). با این حال، «سازمان تأمین اجتماعی ایران» و دیگر سازمان‌های مشابه از لحاظ عملکرد و ارائه خدمات درمانی هنوز هم نیازمند این یافته‌های پژوهشی می‌باشد و به این یافته‌های پژوهشی احتیاج خواهد داشت زیرا در غیاب این یافته‌های پژوهشی، خالص و شفاف، درک آشفتگیِ جهانِ واقعیِ پیرامون سازمان، سخت‌تر و پیچیده‌تر می‌گردد.

از این رو پیشنهاد می‌شود: با توجه به نتایج کیفی پژوهش علاوه بر نظریه‌پردازی، آزمون - برازش- نظریه‌ها نیز در دستور کار پژوهش‌گر قرارگیرد، یعنی از روش‌های کمّی تجزیه و تحلیل آماری استفاده شود و این مدل، در طرح تحقیقی مستقل و در فرصت مقتضی با تنظیم پرسشنامه‌ای بر اساس یافته‌های کیفی مدل توسط پژهشگر یا سایر پژوهشگران آتی، اعتبارسنجی گردد. هم‌چنین می‌توان برای مقایسه دیدگاه‌های مختلف در مورد الگوی توسعه‌ی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران از جامعه‌ی آماری مشغول به کار (هم ارائه خدمات درمانی و هم دریافت خدمات درمانی) در این حوزه و یا مقایسه‌ای تطبیقی با سازمان‌های مشابه در بخش ارائه خدمات درمانی در کشور جامعه‌ی آماری تحت پوشش آن‌ها صورت گیرد. علاوه بر این می‌توان مقایسه «وضع موجود»- نتایج استخراج شده از پژوهش کمّی- را با شرایط و زمینه‌هایی که از نتایج پژوهش استخراج شده -از پژوهش کیفی- که همان، «وضع مطلوب» است را نیز انجام داد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که جهت توسعه‌ی الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی بر اساس نتایج پژوهش کیفی مبتنی بر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]

قالب ریخته‌گری اشتراس و کوربین (۲۰۰۸) طبق شکل شماره۲ با چه پیشایندها و برآیندهایی مواجه هستیم.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری رشته مدیریت دولتی، گرایش تصمیم‌گیری و خط مشی‌گذاری عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قائمشهر می‌باشد. بدینوسیله نویسندگان تشکر خود را از تمامی کسانی که در پیشبرد اهداف رساله و پاسخ به پرسش‌های مصاحبه یاری نموده‌اند، اعلام میدارند.

References

1. Roshandel Arbatani T, Heidary A. Designing the Media Policy Model of Iran Social Security Organization. Soc Welfare Quart. 2018;18(69):157-129. (Persian)
2. Grimmelikhuijsen SG, Meijer AJ. Effects of transparency on the perceived trustworthiness of a government organization: Evidence from an online experiment. J Public Administ Res Theory. 2014;24(1):137-157.
3. Vahdaninia V, Vosoogh Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. Payesh (Health Monitor). 2018;17(6): 631-646. (Persian)
4. Wong SL, Green LA, Bazemore AW, Miller BF. How to write a health policy brief. Fam Syst Health. 2017;35(1):21-24.
5. Yehia F, El Jardali F. Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. Health Res Policy Syst. 2015;13:29.
6. Janssen M, Helbig N. Innovating and changing the policy-cycle: Policy-makers be prepared! Gover Inf Quart. 2018;35(4):S99-S105.
7. Mosher JF, Yanagisako KL. Public health, not social warfare: a public health approach to illegal drug policy. J Public Health Policy. 1991;12(3):278-323.
8. Rosen B, Israeli A, Schoenbaum S. Innovation and The Israel Journal of Health Policy Research. Isr J Health Policy Res. 2019 Dec 3;8(1):83.
9. Ferretti V, Pluchinotta I, Tsoukiàs A. Studying the generation of alternatives in public policy making processes. Eur J Operat Res. 2019;273(1):353-363.
10. Yip WC. Health policy: A reflection and look forward. Soc Sci Med. 2018 Jan;196:216-217.
11. Morris SC. Emergency medicine and global health policy: history and next steps. J Glob Health. 2016;6(2):020304.
12. Wyller VB. Health policy – more ideology than rationality?. Tidsskr Nor Laegeforen. 2015;135(16):1423.
13. Soltani S, Takian A, Sari AA, Kamali M, Majdzadeh SR, Matin BK. Disregarded Health Problems of People With Disabilities: A Qualitative Study of Policymakers' Perspective. Arch Rehabil. 2019;20(2):136-148. (Persian)
14. Rothman DJ, Blumenthal D, Thibault GE. Medical Professionalism In An Organizational Age: Challenges And Opportunities: Strategies for physicians to address the key responsibilities of medical professionalism in an era of profound change in the structure of medical care. Health Aff. 2020;39(1):108-114.
15. babaei S, Tavakoli G. A Policy Making process Model for Public Organizations. Public Policy. 2015; 1(3): 29-53.
16. Flaskerud JH. American Values, Social Policy, Health and Well-Being. Issues Ment Health Nurs. 2019;40(5):452-455.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-20]