

❖ عنوان پژوهش:		
ارزیابی شاخص های کارایی و اثربخشی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران و ارائه راهکارهای سیاستی در جهت بهبود برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع کشوری نسخه 03		
❖ نوع پژوهش :		
کاربردی ✓	بنیادی □	توسعه ای □
❖ نوع خروجی حاصل از انجام پژوهش:		
طرح پژوهشی ✓	گزارش کارشناسی □	سند سیاستگذاری □

لازم به ذکر است در چارچوب پژوهشی موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، منظور از طرح پژوهشی، سند سیاستگذاری و گزارش کارشناسی به شرح ذیل است:

«طرح پژوهشی»

طرح پژوهشی یکی از انواع قالب های تولید علمی محسوب می شود که منطبق با اصول علمی روش تحقیق انجام می شود.

«سند سیاست گذاری»

«سند سیاست گذاری»، گزارشی کوتاه، بی طرفانه و موجز در پاسخ به یک سؤال مشخص یا راجع به یک مسئله خاص است که استاندارد صلاحیت برای تهیه سند سیاست گذاری، افراد خبره هستند. این گزارش شامل سه بخش زیر می شود: بخش اول که به آن «خلاصه مدیریتی» خواهیم گفت، بر روی جلد گزارش، ضمن بیان مشکل در یک یا دو سطر، به ارائه راهکارهای اجرایی منطقی برای آن در حداکثر نصف صفحه می پردازد. بخش دوم که گزارش اصلی را تشکیل می دهد و در 3 تا 5 صفحه مطابق چارچوب تعیین شده تهیه می شود، «پیشنهادهای سیاست گذاری» نامیده می شود. بخش سوم که به تحلیل دقیق موضوع و ارائه اسناد پشتیبان آن می پردازد، «یادداشت سیاست گذاری» نام دارد. هر یک از این سه بخش برای اهداف خاص و مخاطبان ویژه خود تهیه می شوند.

«گزارش کارشناسی»

شامل ارائه یک گزارش کامل در خصوص یک موضوع خاص مورد نظر است که به یک فرد مجری با سطح صلاحیت حداقل «محقق» واگذار می شود تا حداکثر طی 3 ماه، گزارش مورد نظر را منطبق با فرمت ارائه شده تهیه و ارائه نماید.

«تعریف سطح خرد/متوسط/کلان»

طرح خرد- طرحی است که از حیث مبلغ سه برابر حد نصاب معاملات خرد موسسه می باشد.

طرح متوسط- طرحی است که از حیث مبلغ از معاملات خرد فراتر بوده و حداکثر ده برابر سقف حد نصاب معاملات خرد موسسه می باشد.

طرح کلان- طرحی است که از حیث مبلغ از سقف معاملات متوسط فراتر باشد.

❖ توصیف و بیان مسئله:

طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع به عنوان یکی از بنیادی‌ترین اصلاحات در نظام سلامت ایران، با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مدیریت هزینه‌ها و ارتقای کیفیت خدمات، از سال‌ها پیش در استان‌های فارس و مازندران به صورت پایلوت به اجرا درآمده است. علیرغم گذشت بیش از یک دهه از اجرای این طرح در این دو استان و صرف منابع قابل توجه از محل بودجه عمومی و منابع سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بزرگ‌ترین بیمه‌گر درمانی کشور، ارزیابی جامع و نظام‌مندی از عملکرد آن بر اساس شاخص‌های مشخص کارایی و اثربخشی صورت نگرفته است. منظور از کارایی در این چارچوب، نسبت ستاده‌های کلیدی (مانند تعداد ویزیت، پوشش جمعیت، خدمات پیشگیری) به داده‌های مصرف‌شده (منابع مالی، نیروی انسانی، زیرساخت‌ها) است و اثربخشی نیز میزان دستیابی به پیامدهای از پیش تعیین‌شده از جمله کاهش بار مراجعات تخصصی غیرضروری، کنترل بیماری‌های مزمن، کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب مردم و بهبود شاخص‌های سلامت در جمعیت تحت پوشش را شامل می‌شود.

خلاء اطلاعاتی موجود در خصوص سنجش کمی این شاخص‌ها در دو استان فارس و مازندران، منجر به آن شده که تصمیم‌سازان حوزه رفاه و تأمین اجتماعی از مستندات کافی برای قضاوت در مورد موفقیت یا شکست نسبی طرح بی‌بهره باشند و نتوانند با اطمینان در خصوص گسترش ملی برنامه یا اصلاح شیوه اجرای آن تصمیم‌گیری کنند. از منظر سازمان تأمین اجتماعی، عدم شفافیت در عملکرد طرح پزشکی خانواده، مخاطراتی همچون رشد لجام‌گسیخته هزینه‌های درمان، نارضایتی بیمه‌شدگان از دسترسی به خدمات، و نهایتاً تهدید پایداری منابع مالی سازمان را به دنبال دارد. از این‌رو، مسئله اصلی این پژوهش «فقدان یک ارزیابی شاخص‌محور، یکپارچه و مقایسه‌ای از کارایی و اثربخشی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران به منظور شناسایی چالش‌های کارکردی و استخراج راهکارهای سیاستی قابل تعمیم به سطح ملی» تعریف می‌شود. این مطالعه در پی آن است با تعیین و تحلیل شاخص‌های مربوطه، تصویر روشنی از وضعیت موجود ارائه دهد و از دل این تحلیل، بسته‌های سیاستی قابل اجرا برای بهبود برنامه کشوری را پیشنهاد نماید.

◀ اهداف مورد نظر برای تحقیق:

◀ هدف اصلی

ارزیابی شاخص‌های کارایی و اثربخشی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران و ارائه راهکارهای سیاستی در جهت بهبود برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع کشوری نسخه 03

◀ اهداف فرعی

1. شناسایی و تدوین شاخص‌های کمی و کیفی بومی برای سنجش کارایی (نسبت داده‌ها به ستانده‌ها) و اثربخشی (میزان دستیابی به پیامدهای سلامت و مالی) متناسب با ماهیت برنامه پزشک خانواده و نظام

ارجاع و مأموریت‌های سازمان تأمین اجتماعی.

2. اندازه‌گیری و تحلیل تطبیقی شاخص‌های کارایی (مانند هزینه سرانه هر بیمه‌شده، میزان بهره‌گیری از خدمات سطح یک، نرخ ارجاع و بار مراجعات تکراری) در استان‌های فارس و مازندران در بازه زمانی پژوهش.

3. سنجش و مقایسه شاخص‌های اثربخشی (از جمله میزان کنترل بیماری‌های مزمن، کاهش مراجعات تخصصی غیرضروری، شاخص رضایت بیمه‌شدگان و روند هزینه‌های پرداخت از جیب) در دو استان منتخب.

4. شناسایی، تحلیل و اولویت‌بندی چالش‌ها و موانع کلیدی تأثیرگذار بر کارایی و اثربخشی برنامه (در ابعاد مالی، نیروی انسانی، زیرساخت فناوری اطلاعات، ساختار مدیریتی و عوامل فرهنگی-رفتاری) از منظر ذی‌نفعان اصلی.

5. تدوین راهکارهای سیاستی عملیاتی و بسته‌های اجرایی اولویت‌بندی‌شده برای بهبود برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌منظور تعمیم‌کشوری، با رویکرد پایداری مالی صندوق‌های بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی.

❖ زمینه‌های استفاده و کاربرد نتایج تحقیق (کاربست آن در سازمان تأمین اجتماعی یا حوزه رفاه و تأمین اجتماعی):

نتایج این پژوهش به‌طور مشخص در تصمیم‌سازی‌های راهبردی و عملیاتی سازمان تأمین اجتماعی و نهادهای سیاست‌گذار حوزه رفاه و سلامت قابل بهره‌برداری مستقیم است. مهم‌ترین زمینه‌های کاربرد یافته‌ها عبارت‌اند از:

1. **طراحی الگوی ملی گسترش و بهبود برنامه پزشکی خانواده:** تحلیل شاخص‌های کارایی و اثربخشی در دو استان پیشرو، مبانی شواهد-محور برای تصمیم‌گیری در خصوص چگونگی تعمیم برنامه به سایر استان‌ها، اولویت‌بندی مناطق و اصلاح فرایندهای اجرایی را در اختیار مدیران ارشد سازمان تأمین اجتماعی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار می‌دهد.

2. **مدیریت منابع مالی و تضمین پایداری صندوق‌های بیمه‌ای:** سنجش نسبت هزینه‌های درمان به نتایج سلامت و شناسایی عوامل ناکارآمدی، امکان بازطراحی سازوکارهای خرید راهبردی خدمات، بازنگری تعرفه‌های سطح یک و نظام پرداخت به پزشکان خانواده و مهار هزینه‌های القایی را برای معاونت درمان و معاونت اقتصادی سازمان فراهم می‌سازد.

3. **ارتقای کیفیت خدمات و رضایت بیمه‌شدگان:** یافته‌های مربوط به رضایت‌سنجی بیمه‌شدگان، دسترسی به خدمات سطح یک و تحلیل شکایت‌های مرتبط، مستقیماً در بهبود استانداردهای ارائه خدمت، طراحی بسته‌های تشویقی برای بیمه‌شدگان (مانند کاهش فرانشیز در صورت رعایت مسیر ارجاع) و اصلاح نظام مدیریت ارتباط با مشتری در شعب و مراکز ملی سازمان قابلیت کاربرد دارد.

4. توسعه سامانه‌های اطلاعاتی و معماری نظام ارجاع الکترونیک: نتایج پژوهش با برجسته‌سازی شکاف‌های زیرساختی و موانع رفتاری، به تعریف دقیق نیازمندی‌های فناورانه، یکپارچه‌سازی پرونده الکترونیک سلامت بین سازمان تأمین اجتماعی و سایر ذی‌نفعان و طراحی مسیر ارجاع هوشمند کمک می‌کند.

5. تدوین اسناد سیاستی و مقررات هماهنگ‌کننده: خروجی‌های سیاستی پژوهش اعم از بسته‌های اجرایی اولویت‌بندی‌شده، قابل تبدیل به دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و الحاقیه‌های قرارداد با پزشکان و مؤسسات تشخیصی-درمانی طرف قرارداد بوده و همچنین می‌تواند خوراک تحلیلی برای تدوین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه ملی و برنامه راهبردی سازمان تأمین اجتماعی در حوزه درمان فراهم آورد.

6. ظرفیت‌سازی برای ارزیابی مداوم عملکرد: مجموعه شاخص‌های تدوین‌شده و آزمون‌شده در این تحقیق، چارچوبی را ایجاد می‌کند که می‌تواند به‌عنوان «داشبورد دائمی پایش طرح پزشکی خانواده» در سازمان تأمین اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد و امکان مقایسه بین استانی و رصد روند پیشرفت را برای ذی‌نفعان کلان فراهم سازد.

❖ محدوده مکانی و محدوده زمانی

- محدوده مکانی:

قلمرو اصلی پژوهش، استان فارس و استان مازندران را در بر می‌گیرد. این دو استان به‌عنوان طلایه‌داران و باسابقه‌ترین استان‌های مجری طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور انتخاب شده‌اند تا امکان تحلیل تطبیقی میان دو منطقه با مختصات جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی و اپیدمیولوژیک متفاوت فراهم شود. در استان فارس، شهرستان‌های تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی (با تمرکز بر مراکز بهداشتی-درمانی و واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز) و در استان مازندران نیز محدوده اجرای برنامه در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل مورد مطالعه قرار خواهد گرفت. همچنین در سطح ستادی، سازمان تأمین اجتماعی (حوزه معاونت درمان و ادارات کل استانی مربوطه) و دفاتر اسناد پزشکی و واحدهای اقتصادی - مالی شعب منتخب که داده‌های هزینه‌ای و عملکردی بیمه‌شدگان را در اختیار دارند، در گستره مکانی پژوهش لحاظ می‌گردند.

- محدوده زمانی:

بازه زمانی پژوهش به‌صورت گذشته‌نگر و مقطعی-طولی تعریف می‌شود. دوره تحلیل داده‌ها و سنجش شاخص‌ها، پنج سال منتهی به زمان شروع پژوهش (از سال 1399 تا 1403) را پوشش می‌دهد تا هم روند تغییرات کارایی و اثربخشی قابل ردیابی باشد و هم تأثیر تحولات اخیر (نظیر تغییرات تعرفه‌ای، نوسانات اقتصادی و اصلاحات فرایندی) بر عملکرد برنامه لحاظ گردد. فاز اجرایی و عملیاتی پژوهش (شامل گردآوری داده‌های میدانی، مصاحبه‌ها و پیمایش) نیز در یک دوره تقریبی 18 ماهه برنامه‌ریزی خواهد شد که در بخش مدت زمان اجرای

پروژه به تفصیل ذکر می‌گردد. همچنین، افق زمانی پیشنهادات سیاستی نهایی، میان مدت (3 تا 5 سال آینده) را هدف گذاری می‌کند تا راهکارها قابلیت پیاده سازی در برنامه های توسعه پیش رو را داشته باشند.

❖ شرح خدمات مورد انتظار:

فعالیت ها و خدماتی که از مجری طرح پژوهشی انتظار می‌رود در چارچوب این پژوهش انجام دهند، شامل موارد زیر است:

1. بررسی نظام مند ادبیات علمی و تجارب ملی و بین المللی:

مطالعه و جمع بندی مبانی نظری، مدل های ارزیابی کارایی و اثربخشی در برنامه های پزشکی خانواده و نظام ارجاع، به همراه تحلیل تطبیقی تجارب دو استان فارس و مازندران و چند کشور منتخب با نظام ارجاع استقرار یافته.

2. تدوین و اعتبار سنجی چارچوب شاخص های بومی ارزیابی:

شناسایی، تعریف عملیاتی و وزن دهی شاخص های کمی و کیفی کارایی (شامل شاخص های هزینه ای، نیروی انسانی، فرایندی) و اثربخشی (شامل شاخص های سلامت، اقتصادی و رضایت) متناسب با بستر سازمان تأمین اجتماعی و اخذ تأیید خبرگان (پانل دلفی).

3. گردآوری داده ها و مستند سازی عملکردی:

طراحی جداول گردآوری داده، اخذ مجوز و هماهنگی با معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، ادارات کل استانی، دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، مازندران و بابل، و مراکز آمار و فناوری اطلاعات برای استخراج داده های ثبتی، هزینه ای و عملکردی بیمه شدگان در بازه 5 ساله (1399-1403).

4. انجام پیمایش میدانی و مصاحبه های ذی نفعان:

طراحی ابزار پژوهش (پرسشنامه و پروتکل مصاحبه نیمه ساختاریافته)، اجرای نمونه گیری متناسب از سه گروه پزشکان خانواده، بیمه شدگان تحت پوشش و مدیران/کارشناسان مرتبط، به منظور سنجش رضایت، دسترسی، کیفیت ادراک شده و موانع اجرایی.

5. تحلیل کمی و کیفی داده ها:

محاسبه شاخص های کارایی با بهره گیری از تحلیل پوششی داده ها¹ و/یا تحلیل مرزی تصادفی²، تحلیل روند شاخص های اثربخشی با آزمون های آماری مناسب، کد گذاری و تحلیل محتوای مصاحبه ها و استخراج مضامین اصلی به روش تحلیل مضمون.

1 Data Envelopment Analysis (DEA)

2 Stochastic Frontier Analysis (SFA)

6. تحلیل تطبیقی دو استان و شناسایی عوامل موفقیت و شکست:

مقایسه شاخص‌های کارایی و اثربخشی میان استان فارس و مازندران با کنترل متغیرهای زمینه‌ای، شناسایی نقاط قوت، ضعف‌ها و شکاف‌های عملکردی و ریشه‌یابی آنها بر اساس تحلیل داده‌های میدانی.

7. تدوین راهکارهای سیاستی عملیاتی و بسته‌های اجرایی:

بر اساس یافته‌ها، طراحی راهکارهای مشخص و اولویت‌بندی شده در زمینه‌های نظام پرداخت، زیرساخت فناوری اطلاعات، سازوکار ارجاع، ظرفیت‌سازی نیروی انسانی، فرهنگ‌سازی و اصلاحات ساختاری برای بهبود برنامه و تعمیم کشوری آن، همراه با برآورد تقریبی منابع مورد نیاز و موانع احتمالی اجرا.

8. مستندسازی و ارائه نتایج:

تهیه کلیه گزارش‌های پیش‌بینی‌شده شامل گزارش پیشرفت، گزارش نهایی تفصیلی، خلاصه مدیریتی، دو یادداشت سیاستی و یک پیش‌نویس مقاله علمی پژوهشی بر اساس یافته‌های تحقیق با رعایت فرمت‌های مصوب موسسه.

9. برگزاری جلسات هم‌اندیشی و انتقال دانش:

برگزاری حداقل دو نشست تخصصی با ذی‌نفعان (کارفرما، خبرگان، مدیران سازمانی) به منظور اعتباربخشی به یافته‌ها، دریافت بازخورد و ارائه شفاهی نتایج نهایی به شورای پژوهشی موسسه.

❖ خروجی‌های موردانتظار:

1. گزارش کارشناسی:

گزارش نهایی جامع پژوهش شامل کلیه فصول مربوط به بیان مسئله، مبانی نظری و پیشینه، روش‌شناسی، تحلیل داده‌ها، محاسبه و تفسیر شاخص‌های کارایی (DEA/SFA) و اثربخشی، تحلیل تطبیقی دو استان، جمع‌بندی، راهکارهای سیاستی و پیوست‌ها. این گزارش مطابق ساختار مصوب موسسه و شامل «خلاصه مدیریتی» در ابتدا، بدنه اصلی (تحلیل تفصیلی) و یادداشت‌های سیاستی خواهد بود و به صورت چاپی و الکترونیکی تحویل می‌گردد.

2. مقاله:

یک مقاله علمی-پژوهشی مستخرج از یافته‌های اصلی پژوهش و منطبق با استانداردهای نشریات معتبر علمی داخلی یا بین‌المللی در حوزه سیاستگذاری سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی.

3. خلاصه مدیریتی یک صفحه‌ای

یک صفحه خلاصه شامل: مسئله اصلی، ۳ یافته کلیدی، و ۳ پیشنهاد اجرایی برای مدیران ارشد سازمان.

❖ محدودیت‌ها و موانع احتمالی پیش رو: ➤ تأخیر یا محدودیت در دسترسی به داده‌های ثبتی و هزینه‌ای بیمه‌شدگان به دلیل ملاحظات محرمانگی و فرایندهای اداری در سازمان تأمین اجتماعی یا دانشگاه‌های علوم پزشکی. ➤ عدم همکاری کافی برخی از پزشکان خانواده یا بیمه‌شدگان در تکمیل پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌های میدانی که می‌تواند بر نرخ پاسخگویی و نمایایی نمونه تأثیر بگذارد. ➤ تغییرات پیش‌بینی‌نشده در سیاست‌های کلان درمانی یا دستورالعمل‌های اجرایی در میانه پژوهش که ممکن است تحلیل روندها را پیچیده کند. ➤ پراکندگی و یکپارچه‌نبودن سامانه‌های اطلاعاتی بین سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه‌های علوم پزشکی که استخراج و تطبیق داده‌ها را زمان‌بر می‌سازد. ➤ محدودیت‌های زمانی و بودجه‌ای پژوهش که ممکن است از تعمیق برخی تحلیل‌های کیفی یا افزایش حجم نمونه جلوگیری نماید.	
❖ مدت زمان محدودی اجرای پروژه (ماه): 18 ماه	
❖ سطح مورد نظر برای اجرای طرح:	خرد ☐ متوسط ☒ کلان ☐