مقاله پژوهشی

تعیین شاخص‌های پایه برای پایش و ارزش‌یابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

عفت محمدی[۱]، علیرضا اولیایی منش*[۲]، امیرحسین تکیان[۳]، علی حسن زاده [۴]، محمدرضا مبینی زاده [۵]، ترانه یوسفی نژادی[۶]، سارا محمدی [۷]

۱-دکتری سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲-دانشیار، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران۳-دانشیار، گروه سلامت جهانی و سیاست گذاری عمومی، دانشکده بهداشت/ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران۴-دکتری حرفه ای متخصص، سازمان بیمه سلامت، تهران، ایران۵-استادیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران۶-دکتری سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران۷-دانشجوی کارشناسی ارشد ارزیابی فناوری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** خ کارگر شمالی، نرسیده به بلوار کشاورز، ساختمان گل، طبقه دوم، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت. شماره موبایل: ۰۹۱۲۴۱۱۷۶۱۰،

پست الکترونیک: Email: arolyaee@gmail.com

دریافت: ۹۷/۳/۲۳ پذیرش:۹۷/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: *بسیاری از معضلات سلامتی و سرعت کم پیشرفت برنامه‌های توسعه، ریشه در عدم تعیین شاخص‌های پایش دستیابی به اهداف دارد. لذا، هدف مطالعه حاضر، شناسایی مجموعه شاخص‌های طبقه‌بندی شده برای سنجش و ارزیابی میزان دستیابی به اهداف برنامه ششم توسعه در بخش سلامت بود.*

روش کار: *مطالعه حاضر با بهره‌گیری از روش‌های کیفی، به‌صورت کاربردی انجام شد. مراحل اجرای مطالعه عبارت بودند از شناسایی اهداف برنامه توسعه ششم در حوزه سلامت؛ شناسایی ورودی و خروجی برنامه‌ها؛ تدوین اولیه شاخص‌ها؛ بررسی و ارزیابی شاخص‌ها و طراحی مدل مفهومی ارزیابی سیاست‌های سلامت. جهت تحلیل داده‌ها، از روش‌های کیفی چون تحلیل محتوای اسناد بالادستی، بررسی متون و روش های اجماع خبرگان استفاده شد.*

یافته‌ها: *طی تحلیل محتوای برنامه، متن سیاست به ۱۲ موضوع تقسیم‌بندی شد و شاخص‌های زیرمجموعه ۱۲ موضوع تدوین شدند. نتیجه تحلیل نهایی، فهرستی شامل۸۰ شاخص بود. بیشترین امتیاز مربوط به شاخص‌های موضوع سلامت مادر و کودک بود (امتیازهای بیش از ۶۳ از ۷۰).*

نتیجه‌گیری: *ارزیابی پیشرفت برنامه ششم توسعه، با توجه به کلیات و جزئیاتی که دربردارد، می‌تواند شامل شاخص‌های بسیار جزئی تا کلان باشد. حالت مطلوب آن است که تدوین شاخص‌ها برای هر سطح به‌صورت جداگانه و تخصصی انجام شود.*

گل واژگان: *ارزشیابی برنامه، شاخص، برنامه توسعه، نظام سلامت*

مقدمه

طی چند دهه گذشته، بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه با تدوین سیاست‌های مرتبط با بخش سلامت، اهداف نظام سلامت را شفاف نموده و در صورت لزوم، اصلاحات نظام سلامت را به‌کار بسته‌اند. نظام‌های سلامت در آمریکای شمالی و اکثر کشورهای غرب اروپا همواره و با استفاده از چارچوب‌های تعیین‌شده در برنامه‌های توسعه، در حال اصلاح و تغییر شکل هستند (۱). طی ده سال گذشته، اصلاحاتی که در نظام سلامت کشورهای عضو اتحادیه اروپا در قالب برنامه‌های توسعه رخ داده، عموما در پاسخ به محدودیت‌های هزینه‌ای بوده و با هدف‌گذاری افزایش پاسخ‌گویی خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نسبت به نیازهای مصرف‌کنندگان انجام گرفته است. برنامه توسعه سلامت در برخی دیگر از کشورها، به‌دنبال افزایش بهره‌وری و به‌منظور مرتفع نمودن چالش‌های ارائه خدمت بوده، ممکن است با فهرست‌های انتظار و عدم پاسخ به نیازهای بیماران همراه باشد(۲).

اگرچه فرایند اصلاحات سلامت در کشورهای مختلف، با سرعت‌های گوناگون و به کمک ابزارها و روش‌های متفاوت در حال حرکت و پیشروی است، انگیزه‌های واقعی پشت چنین اصلاحاتی ممکن است چندان میان کشورها متفاوت نباشد. شاخص‌هایی که لزوم اصلاح نظام سلامت را نشان می‌دهند، عبارتند از: ناکارآمدی اقتصادی نظام سلامت، شک و تردید رو به رشد در مورد کارایی روش‌های درمانی و تشخیصی تجویزشده توسط پزشکان، نابرابری در زمینه منابع انسانی، هزینه درمان‌های پزشکی مشابه در نظام بیمارستانی و توزیع جغرافیایی همراه با دسترسی ضعیف (مثلا؛ مدت انتظار طولانی)(۳). تدوین و اجرای چنین اصلاحات و برنامه‌های بلند مدتی در کشورها مستلزم شفاف‌سازی اهداف

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

و دست‌آوردهای مورد انتظار در قالب سیاست‌های کلان کشوری است، که کشورهای مختلف بر اساس زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی و همچنین نیازهای سلامت جامعه خود اقدام به تدوین این برنامه‌ها و پایش مستمر آنها می‌نمایند.

عملکرد نظام‌های سلامت در این زمینه همواره اثر قابل‌ملاحظه‌ای بر فعالیت‌ها و خروجی‌های آن داشته، روش‌ها و ابزار ارزیابی دقیق عملکرد، همواره یکی از مباحث مهم تحقیقات و پایش اهداف می‌باشد. بازخورد اطلاعاتی، به‌عنوان بخش سایبرنتیکی سیستم، اصلی‌ترین مولفه برای ارزیابی عملکرد و کنترل سیستم به‌شمار می‌رود که این امر مستلزم اندازه‌گیری‌های مرحله‌ای[1] و تراکمی[2] از گزاره‌های شاخص می‌باشد (۴). سازمان جهانی بهداشت برای هر نوع اندازه‌گیری، چهار هدف اصلی را در نظر می‌گیرد: تعیین وضعیت موجود (تا حد ممکن به صورت کمی)، برآورد وضعیت موجود با اهداف و استاندارد تعیین شده، تعیین استراتژی مناسب برای رسیدن به وضعیت مطلوب و در نهایت، تدوین و اجرای برنامه اصلاحی(۵). برنامه‌های توسعه کشور نیز از این اصول پیروی می‌کنند. پس برای کنترل هرچه بهتر فعالیت‌های بین بخشی نظام سلامت، بررسی دست‌آوردهای آن برای سیاست‌گذاری و تدوین ضابطه‌های کلی موثر بر رفتار اجزای سیستم نظام سلامت، شناخت فرآیندها، آثار اهداف و برنامه های توسعه لازم می‌نماید، که البته بخش لاینفک ارزیابی است.

در ایران، اولین برنامه پنج ساله توسعه پس از انقلاب اسلامی، در دوره ۱۳۶۶ـ۱۳۶۲ تهیه و در شهریور ۱۳۶۱ به تصویب شورای اقتصاد و در تیرماه ۱۳۶۲ به تصویب هیأت دولت رسید؛ اما هرگز به تصویب مجلس شورای اسلامی نرسید. در پی آن اقدامات متعددی جهت تدوین برنامه توسعه صورت گرفت، اما به دلیل وجود شرایط جنگ در کشور، این اقدامات عملی نشد. سرانجام، برنامه اول توسعه (۱۳۷۲ـ۱۳۶۸) پس از تصویب به اجرا گذاشته شد. برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴ـ۱۳۷۸) از نظر ساختار و ماهیت، چندان با برنامه اول تفاوت نداشت. اولین بار در برنامه سوم توسعه به مباحث سلامت در بخش اجتماعی پرداخته شد و تا کنون به این مهم در برنامه‌ها توجه می‌شود(۶).

ارزیابی تطبیقی و نقد علمی عملکرد شش برنامه توسعه می‌تواند تصویری شفاف از کاستی‌های توسعه را نشان دهد. شناسایی موانع توسعه در بخش‌های مختلف برنامه‌ها، مستلزم ایجاد ساختاری است که در آن نظم، قواعد اجتماعی و قانون حاکم بوده، عناصر مسئول پاسخ‌گو باشند. نگاهی دقیق‌تر به این مسئله مشخص می‌سازد که بسیاری از معضلات سلامتی و سرعت کم پیشرفت برنامه‌ها، نرسیدن به اهداف برنامه‌های توسعه و همچنین شفاف نبودن میزان دست‌یابی به اهداف تعیین‌شده، ریشه در نبود شاخص‌های سنجش و پایش دست‌یابی به اهداف و عدم تدوین برنامه‌های بعدی بر اساس شاخص‌های موجود دارد.

مطالعه حاضر در همین راستا به بررسی فرآیندهای مرتبط با شناخت مستندات قانونی، شناسایی سیاست‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط با «برنامه‌های توسعه در بخش سلامت» پرداخته و شاخص‌های ارزیابی برنامه‌های توسعه در بخش سلامت را تدوین نمود.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع کاربردی بوده و به صورت کیفی انجام شد. مبنای مراحل اجرایی، مدل مرکز کنترل بیماری‌های ایالات متحده[3] بود. روش‌های کیفی به‌کار رفته در این مطالعه عبارت بودند از: تحلیل اسناد، مرور جامع متون و روش اجماع[4] خبرگان.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

- **بررسی اسناد و سیاست‌های برنامه ششم توسعه:** تحلیل محتوای قوانین، آیین‌نامه‌ها و مواد مربوط به سیاست‌های مرتبط با حوزه سلامت برنامه ششم توسعه، یکی از منابع مهم جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه حاضر بود. دسترسی به این اطلاعات از طریق مطالعه اسناد بالادستی موجود در کتاب‌ها، گزارش‌ها و سایت‌های مرتبط صورت گرفت. داده‌های گردآوری شده، در این مرحله استخراج و در کاربرگ اطلاعاتی اسناد ثبت شد. جهت تحلیل داده‌های متنی، اسناد و سیاست‌ها، از تحلیل محتوای کیفی[5] استفاده شد. در این روش، هدف، بررسی محتوای درون متن درنظر گرفته شد. تحلیل محتوای اسناد به صورت جزء به کل انجام شد.
- **بررسی متون:** جست‌وجوی هدف‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی به‌منظور بررسی متون علمی جهت تدوین شاخص‌ها و مدل مفهومی ارزیابی شاخص‌ها، از منابع مهم دیگر جمع‌آوری اطلاعات است که در مطالعه حاضر از طریق پایگاه‌های داده‌ای اینترنتی گردآوری شد.
- **اجرای تکنیک اجماع خبرگان:** این مرحله با هدف حصول اجماع بر شاخص‌های اولیه استخراج‌شده از مطالعات مرحله قبل صورت گرفت. تکنیک اجماع خبرگان در مرحله نهایی‌سازی فهرست شاخص‌ها استفاده شد. پس از این‌که شاخص‌های اولیه به‌دنبال بررسی اسناد و اهداف برنامه توسعه و تحلیل ذینفعان استخراج شد، با بهره‌گیری از چک‌لیستی به نظرخواهی مشارکت‌کنندگان قرار داده شده و از ایشان خواسته شد تا هر یک از شاخص‌ها را بر اساس چک‌لیست ارائه شده (که شامل ۶ استاندارد می‌باشد؛ پیوست ۱) امتیاز دهند. در مواردی که ۷۰ درصد اجماع وجود

[1] Formative
[2] Summative
[3] Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
[4] Consensus Method
[5] Qualitative content analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

داشت، شاخص قابل‌استفاده در نظرگرفته شد. خروجی پانل متخصصان(شامل تحلیل کمی شاخص‌های اولیه و نظرات کیفی ایشان) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و شاخص‌های نهایی تدوین شد.

پنج فاز اجرایی مطالعه عبارتند از:

فاز اول. شناسایی اهداف برنامه‌های توسعه ششم و فلسفه آن‌ها در حوزه سلامت: برای شناسایی اهداف و برنامه‌های توسعه ششم و فلسفه آن‌ها، اهداف، برنامه‌های کلان کشوری، مستندات قانونی، مقرراتی و آیین‌نامه‌ای و فرایند نظارت در ارتباط با موضوع پژوهش بررسی و گردآوری شد. تمامی اسناد به صورت کامل تهیه و طبقه‌بندی شدند. اسناد به‌دست آمده، عبارات مرتبط استخراج شده، و سپس فیش برداری انجام شد.

فاز دوم. بازشناخت تئوری برنامه و تعیین نتایج کلان، فرایندهای کلی، ورودی و خروجی هر یک از برنامه‌ها و شناسایی ذینفعان: در این مرحله به شناسایی ذینفعان، بازشناخت/بازسازی تئوری برنامه، تعیین نتایج کلان، فرایندهای کلی، ورودی‌ها و خروجی‌ها و تعیین اکوسیستم برنامه و ذینفعان آن پرداخته شد.

فاز سوم. تدوین اولیه شاخص‌های سنجش برنامه‌های توسعه: با توجه به تحلیل محتوای انجام شده، برنامه‌های ششم توسعه بخش سلامت، احکام برنامه ششم توسعه و اسناد پشتیبان (شامل بررسی راهبردها، سیاست‌ها و اقدامات اساسی جهت اجرای برنامه) برنامه ششم توسعه منتشرشده توسط مرکز اسناد، مدارک و انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، بررسی محتوای جلسات کارگروه‌های تدوین برنامه ششم توسعه (بخش بیمه و تامین مالی سلامت) و داشبورد شاخص‌های سلامت WHO، WB و UN ، تدوین اولیه شاخص‌های ارزیابی برنامه انجام شد.

فاز چهارم. بررسی و ارزیابی شاخص‌های پیشنهادی طی فرآیند پنل متخصصان جهت نهایی نمودن شاخص‌ها: جهت ارزیابی روایی محتوایی و ساختاری شاخص‌ها، با بهره‌گیری از بررسی متون، ابزاری استاندارد به‌صورت چک‌لیست احصا شد و به‌دنبال اجرای پانل تخصصی، شاخص‌ها با این ابزار تحلیل شدند. در این پانل که متخصصانی از حوزه‌های مختلف سلامت (بیمه و تامین مالی، سلامت مادر و کودک، بهداشت، تغذیه و...) حضور داشتند، شاخص‌های تدوین‌شده به‌صورت تخصصی و با بهره‌گیری از ابزار ارزیابی بررسی و از نظر روایی محتوا و ساختار تحلیل شدند.

فاز پنجم. طراحی مدل مفهومی ارزیابی سیاست‌های سلامت برنامه ششم توسعه: جهت تقسیم‌بندی شاخص‌ها و این‌که هر شاخص در چه سطحی سنجیده شده و در چه حیطه‌ای مورد بررسی قرارگیرد و قدرت قضاوت هر شاخص شفاف‌تر شود، تیم پژوهش مدلی مفهومی برای ارزیابی شاخص‌ها تدوین نمود. این مدل با بررسی متون علمی مرتبط، تدوین و بومی‌سازی شد.

یافته‌ها

محتوا، اهداف و خروجی‌های قابل‌انتظار برنامه ششم توسعه در بخش سلامت: جهت شناسایی اهداف و خروجی‌های قابل‌انتظار برنامه ششم توسعه، محتوای این برنامه‌ها، اسناد پشتیبان و احکام مورد تحلیل کیفی قرارگرفت (مطابق روش کار). در نهایت، اهداف و خروجی‌ها به تفکیک هر یک از بندها و مواد استخراج شد (جدول ۱).

جدول ۱. اهداف و خروجی‌های قابل‌انتظار برنامه ششم توسعه؛ بخش ۱۴: سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده

مواد	بند/تبصره	اهداف	خروجی های قابل انتظار سیاست
۷۰	الف	دسترسی به پوشش همگانی سلامت	-پوشش کامل جمعیت -پوشش منطقی و هدف‌مند خدمات سلامت با اولویت‌بندی خدمات -پوشش منطقی و هدف‌مند هزینه خدمات سلامت جهت کاهش پرداخت از جیب مردم
	ب	-افزایش سرانه سلامت در قالب افزایش میزان حق بیمه -افزایش پوشش همگانی بیمه سلامت	-تعیین سهم افراد از حق بیمه به تفکیک گروه‌های مختلف (روستایی، عشایر، پناهندگان و...)
	پ	تضمین پایداری منابع مالی سازمان‌های بیمه‌گر	عدم مواجه با کسری منابع در سازمان‌های بیمه‌گر (ایجاد توازن در منابع و مصارف)
	ت	ایجاد شفافیت در تعرفه خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی؛ مدیریت اعمال تعریف‌های تعیین‌شده از سوی وزارت بهداشت	-کاهش پرداخت از جیب مردم -کاهش هزینه‌های کمرشکن -شفافیت در تعرفه خدمات سلامت
	ث	-حذف پرداخت‌های خاکستری و زیرمیزی در نظام سلامت	-کاهش پرداخت از جیب مردم -کاهش هزینه‌های کمرشکن
	ج	-ارتقای کارایی در بسته خدمات سلامت -افزایش پوشش بسته خدمات سلامت به‌صورت هدف‌مند	-ایجاد شفافیت در حدود خدمات تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی -هدف‌مند نمودن بسته و ارائه خدمات سلامت
	چ	الکترونیکی نمودن فرآیندهای سازمان‌های بیمه‌گر	-ارسال الکترونیکی اسناد از بیمارستان‌ها به سازمان‌های بیمه‌گر -دسترسی به اطلاعات بیمه‌شدگان و حذف پوشش دوگانه افراد در سازمان‌های بیمه‌گر -رسیدگی به اسناد بیمه‌ای به‌صورت مشابه توسط سازمان‌های بیمه‌گر و...
	ح	افزایش عدالت میان بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌گر مختلف	-ایجاد وحدت رویه در شیوه رسیدگی به اسناد -وجود بسته‌های خدمتی مشابه در سازمان‌های بیمه‌گر -دریافت حق بیمه های یکسان -پرداخت فرانشیز یکسان در بیمه‌شده‌های سازمان‌های بیمه‌گر (به استثنای گروه‌های خاص)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

	ماده ۷۱	-کاهش هزینه‌های منابع انسانی -توان‌مند نمودن دانشجویان و فارغ‌التحصیلان با کارورزی -ارتقای کارایی و اثربخشی در حوزه مدیریت کارکنان	-تدوین آیین‌نامه اجرایی جذب کارورز -افزایش تعداد کارورزان جذب‌شده
۷۲	الف	-واحد نمودن تولیت نظام سلامت -افزایش پاسخ‌گویی در نظام سلامت توسط وزارت بهداشت	-تدوین خط‌مشی‌ها و سیاست‌های اجرایی از سوی وزارت بهداشت به‌منظور مدیریت سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی در کلیه ابعاد بیمه (خرید راهبردی) -زیرمجموعه قرارگرفتن سازمان بیمه سلامت در وزارت بهداشت -تبعیت سازمان‌های بیمه‌گر از سطح‌بندی خدمات تعیین شده از سوی وزارت بهداشت
	ب	-افزایش اختیار و پاسخ‌گویی در نظام فوریت‌های پزشکی	-تسریع در خدمت رسانی شبکه اورژانس -افزایش کیفیت خدمات پیش بیمارستانی -افزایش کیفیت خدمات اورژانس -کاهش مرگ‌ومیرهای قابل‌اجتناب در خدمات پیش بیمارستانی
	پ	-افزایش ایمنی داروهای قابل‌استفاده در کشور -افزایش دسترسی مالی و جغرافیایی به دارو	-بازنگری فهرست دارویی کشور به‌صورت منظم -افزایش تجویز داروهای ژنریک
	ت	-افزایش ایمنی مواد و فرآورده‌های غذایی	-تطابق مقدار مجاز سموم باقی‌مانده در موادغذایی با استانداردهای تعیین‌شده -بهره‌گیری از سموم و کودهای شیمیایی مجاز در کشاورزی -افزایش دسترسی مردم به محصولات سالم -تدوین فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب به تفکیک گروه‌های سنی
۷۳	الف	کاهش مصرف سیگار و انوع محصولات دخانی در کشور	- کاهش تولید و توزیع انواع سیگار و محصولات دخانی درکشور -افزایش مالیات وارد شده بر سیگار و محصولات دخانی درکشور -کاهش دسترسی به سیگار و محصولات دخانی در سطح جامعه
۷۴	الف	-افزایش کمی و کیفی اطلاعات سلامت جامعه -ایجاد زیرساخت جهت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع - افزایش کیفیت ارائه خدمت با ایجاد نظام سطح‌بندی	-ایجاد بانک جامع اطلاعات سلامت -سطح‌بندی ارائه خدمات سلامت -ایجاد پرونده جامع الکترونیک سلامت برای تمامی مردم -قابل‌پیگیری بودن اطلاعات سلامت از بدو تولد تا مرگ
	ب	-افزایش اثربخشی خدمات قابل‌ارائه در بخش دولتی -افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت در بخش دولتی	-حذف به‌کارگیری پزشکان و... در بخش دولتی و خصوصی به‌صورت هم‌زمان -تدوین تعرفه و مزایای مرتبط با این گروه جهت جبران خدمت ایشان در بخش دولتی
	پ	-توسعه دانش سلامت - توسعه ترویج و آموزش رشته‌های مرتبط با حوزه سلامت - فراهم کردن حمایت‌های لازم برای گسترش تحقیق و پژوهش‌های کاربردی در حوزه سلامت -حمایت از تاسیس و توسعه صنایع و سامانه‌های الکترونیکی و حمایت از تاسیس و توسعه صنایع دارویی و فرآورده‌های بیولوژیکی، آرایشی و بهداشتی	- تدوین آیین‌نامه اجرایی شهرک‌های دانش سلامت -ایجاد و فعالیت شهرک‌های دانش سلامت
	ت	- متناسب‌سازی و هدف‌مند نمودن کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور	- بهره‌گیری از آینده‌پژوهی در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با تعداد و ترکیب دانش‌آموختگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی - ایجاد توازن میان تخصص‌های پزشکی و الگوی بیماری‌ها در کشور -مطابق‌سازی کوریکولوم‌های آموزشی با نیازهای سلامت کشور
	ث	-افزایش کارایی در کارکرد خدمت نظام سلامت کشور -پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد در گروه‌های مختلف پزشکان و پیراپزشکان در سطوح مختلف خدمتی	-اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع -سطح‌بندی خدمات سلامت -افزایش تجویز داروهای ژنریک -تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری -ایجاد ساختار حقوقی پرداخت مبتنی بر عملکرد
	ج	-مدیریت عرضه و تقاضای ارائه خدمات سلامت -افزایش کارایی در کارکرد ارائه خدمت نظام سلامت کشور	-تدوین راهنماهای بالینی مصوب و قابل‌اجرا -تدوین سیاست‌های اجرایی در کلیه ابعاد خرد راهبردی و اجرای آن‌ها
	چ	-ترویج بهره‌گیری از طب سنتی ایرانی-اسلامی در نظام سلامت	-افزایش دانش‌آموختگان در رشته‌های طب سنتی -افزایش درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی
	ح	-افزایش به‌کارگیری نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی به‌صورت هدف‌مند	-افزایش تعداد نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی در سازمان تامین اجتماعی
	خ	-افزایش پاسخ‌گویی حرفه پزشکی در مواقع بروز خطا - توجه به خسارت بیمه‌گذار توسط بیمه‌گر در مقام جبران خسارت در حوادث خسارت‌زا	-پوشش صددرصدی بیمه مسئولیت حرفه‌ای در کلیه اعضای سازمان‌های نظام‌پزشکی و نظام دام‌پزشکی
	د	-افزایش پوشش همگانی خدمات سلامت در سطح بهداشت و درمان -افزایش دسترسی مالی به دارو	-کاهش تجویز داروهای غیرژنریک - پوشش صددرصدی واکسیناسیون در کشور
	ذ	-افزایش دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت‌خیز و گازخیز	-تجهیز بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های موجود در این مناطق -احداث بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مورد نیاز در مناطق نفت‌خیز و گازخیز
	ر	-مصون‌سازی و افزایش توان بازدارندگی	-شناسایی و بررسی انواع تهدیدات حوزه سلامت - خنثی‌سازی و مقابله با انواع تهدیدات حوزه سلامت
۷۵	ماده ۷۵	-کاهش ریسک تولد نوزاد با اختلال ژنتیکی -کاهش تعداد ازدواج‌های پرخطر	- مراجعه صددرصدی برای غربال‌گری‌های پیش از ازدواج -کاهش بیماران ژنتیکی -افزایش انجام مشاوره‌های ژنتیکی -افزایش دسترسی افراد نیازمند به خدمات مشاوره‌ای و آزمایشگاهی ژنتیک
۷۶	ماده ۷۶	-کاهش مرگ مادران ناشی از بارداری -کاهش مرگ‌ومیر نوزادان	-کاهش نسبت مرگ مادران -کاهش مرگ کودکان -افزایش نرخ زایمان طبیعی -کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

ارتباط موضوعی مواد بخش ۱۴ برنامه ششم توسعه: از آن‌جایی که در مواد مختلف ممکن بود موضوعات متفاوتی بیان شود و لذا تدوین شاخص به تفکیک مواد امکان‌پذیر و واقعی نبود، تیم پژوهش، به‌دنبال تحلیل محتوای کیفی برنامه‌ها، آن‌ها را به لحاظ موضوعی تقسیم بندی کرد (جدول ۲) و در ادامه، تدوین شاخص‌ها بر اساس این تقسیم موضوعی انجام شد.

جدول ۲. ارتباط موضوعی مواد بخش ۱۴ برنامه ششم توسعه

مواد، بند، تبصره	موضوع
ماده ۷۰، بند الف ماده ۷۲، بند ج ماده ۷۴	بیمه سلامت و تامین مالی سلامت
ماده ۷۱، بند ب ماده ۷۴، بند ت ماده ۷۴، بند ح ماده ۷۴، بند خ ماده ۷۴	منابع انسانی
بند ب ماده ۷۲	فوریت‌های پزشکی
بند پ ماده ۷۲، بند د ماده ۷۴	دارو
بند ت ماده ۷۲	بهداشت
بند الف ماده ۷۳	مالیات بر سیگار و دخانیات
بند الف ماده ۷۴، بند ث ماده ۷۴، بند ج ماده ۷۴، بند ذ ماده ۷۴	مدیریت ارائه خدمت
بند پ ماده ۷۴	شهرک‌های دانش سلامت
بند چ ماده ۷۴	طب سنتی
بند ر ماده ۷۴	پدافند غیرعامل
ماده ۷۵	غربال‌گری و مشاوره ازدواج
ماده ۷۶	سلامت مادر و کودک

تدوین و نهایی‌سازی شاخص‌ها: با توجه به تحلیل محتوای انجام‌شده روی برنامه‌های ششم توسعه بخش سلامت، احکام برنامه ششم توسعه، اسناد پشتیبان، برنامه ششم توسعه منتشرشده توسط مرکز اسناد، مدارک و انتشارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و شاخص‌های بین‌المللی سنجش وضعیت نظام سلامت، شاخص‌های اولیه ارزیابی برنامه ششم تدوین شد. در این مرحله تعداد ۶۸ شاخص شناسایی شد.

پس از این‌که شاخص‌های اولیه تدوین شدند، گروه پژوهش با برگزاری پانل متخصصان، روایی شاخص‌ها را مورد بررسی قرار داد. در این پانل که متخصصانی از حوزه‌های مختلف سلامت و مرتبط با برنامه ششم توسعه بخش سلامت (بیمه و تامین مالی، سلامت مادر و کودک، بهداشت، تغذیه و...) حضور داشتند، شاخص‌های تدوین شده به‌صورت تخصصی و با بهره‌گیری از ابزار ارزیابی شاخص، بررسی و از نظر روایی محتوا و ساختار تحلیل شدند.

طی این ارزیابی، هر یک از شاخص‌ها با بهره‌گیری از ۶ استاندارد کلی و ۵۴ معیار بررسی شده و فرآیند به‌گونه‌ای ترتیب داده شد که افراد صاحب‌نظر در هر حوزه به صورت تخصصی شاخص‌ها را بررسی کرده و در صورت لزوم به شاخص‌ها اضافه کردند. به‌طور کلی، ۲۵ نفر در این پانل حضور داشتند (پیوست ۶). نتایج تحلیل کمی شاخص‌ها در جدول ۳ آمده‌است.

جدول ۳. خروجی تحلیل کمی شاخص‌ها در پانل متخصصان

بیمه سلامت و تامین مالی			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد ± انحراف معیار
۱	درصد کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۳۳۱	۱/۳±۵۵
۲	سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه‌های سلامت	۳۲۷	۱/۴±۵۵
۳	سرانه هزینه‌های دولتی سلامت	۳۲۷	۲±۵۴
۴	سهم هزینه‌های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی	۳۲۵	۱/۵±۵۴
۵	سرانه هزینه سلامت	۳۲۴	۱/۶±۵۴
۶	سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه‌های سلامت در بخش دولتی	۳۲۱	۱/۵±۵۴
۷	میزان پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت	۳۱۷	۱/۷±۵۳
۸	سهم هزینه‌های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه‌های بخش دولتی	۳۱۵	۱/۵±۵۳
۹	میزان پرداخت از جیب از هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی	۳۱۳	۲±۵۲

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

۱۰	سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه‌های سلامت	۳۱۲	۲/۶±۵۳
۱۱	سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه‌های سلامت	۳۱۱	۲/۱±۵۲
۱۲	سهم بیمه‌های سلامت خصوصی از هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی	۲۹۵	۱/۸±۴۹
۱۳	سهم بیمه‌های سلامت خصوصی از هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی	۲۹۵	۱±۴۸
۱۴	سرانه پرداخت از جیب توسط افراد	۲۸۵	۱/۲±۴۸
۱۵	درصد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت از بسته خدمات پایه سلامت	۲۵۰	۱/۸±۴۸
۱۶	پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (پاراکلینیک)	۲۳۷	۲±۴۰
۱۷	پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (بستری)	۲۲۶	۲/۳±۳۸
۱۸	درصد بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت در مراکز دولتی	۱۷۳	۱/۳±۲۹
۱۹	درصد دستورالعمل‌های یکسان‌سازی‌شده	۱۰۰	۱±۱۷

نیروی انسانی

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۲۰	تراکم پزشکان (هر هزار نفر جمعیت)	۱۷۱	۱/۳±۵۴
۲۱	تراکم نیروی انسانی پرستاری و مامایی (هر هزار نفر جمعیت)	۱۸۲	۱/۳±۵۴
۲۲	تراکم دندان‌پزشکان (هر هزار نفر جمعیت)	۱۷۰	۱/۸±۵۴
۲۳	تراکم کارکنان آزمایشگاهی (هر هزار نفر جمعیت)	۱۲۶	۱±۵۴
۲۴	تراکم کارکنان بهداشت محیط و عمومی (هر هزار نفر جمعیت)	۱۲۳	۱/۶±۵۴
۲۵	تراکم بهداشت‌کاران سنتی (هر هزار نفر جمعیت)	۹۴	۱±۵۴
۲۶	میزان حقوق نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی)	۱۳۶	۱/۹±۵۴
۲۷	تعداد نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی)	۱۲۸	۲/۱±۵۴
۲۸	درصد نیروهای متخصص شاغل در بخش دولتی و خصوصی به صورت هم‌زمان (به تفکیک پزشکان متخصص، دندان‌پزشک، داروساز و پزشکان عمومی)	۱۳۴	۱/۳±۵۴
۲۹	میزان تطابق جذب نیروی پزشک متخصص با الگوی بیماری‌های کشور	۱۳۰	۱/۲±۵۴
۳۰	میزان پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای در اعضای سازمان‌های نظام پزشکی و نظام دام‌پزشکی	۱۰۳	۲±۵۴

فوریت‌های پزشکی

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۳۱	درصد مرگ‌ومیرهای قابل‌اجتناب در اورژانس پیش بیمارستانی	۱۵۲	۱/۶±۵۰/۷
۳۲	فاصله زمانی دریافت تماس اورژانس تا اعزام آمبولانس (زمان تاخیر)	۱۴۸	۱/۷±۴۹,۳
۳۳	فاصله زمانی دریافت تماس اورژانس تا رسیدن آمبولانس به صحنه(زمان پاسخ‌گویی)	۱۴۶	۱/۸±۴۹
۳۴	فاصله زمانی رسیدن آمبولانس به صحنه تا ترک محل حادثه (زمان حضور در صحنه)	۱۳۸	۲±۴۶
۳۵	مجموع سه فاصله زمانی پاسخگویی، حضور در صحنه و انتقال به بیمارستان	۱۲۹	۲/۶±۴۳
۳۶	فاصله زمانی ترک محل تا رسیدن آمبولانس به بخش اورژانس (زمان انتقال به بیمارستان)	۱۱۲	۲/۷±۳۷/۳
۳۷	فاصله زمانی اعزام آمبولانس از پایگاه تا رسیدن مجدد آن به پایگاه (کل زمان ماموریت)	۱۰۵	۳/۱±۳۵

دارو

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۳۸	میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک	۱۲۱	۱/۶±۶۱
۳۹	میزان دسترسی به داروهای ژنریک	۱۱۵	۱/۹±۵۸
۴۰	میزان دسترسی به داروها و اقلام ضروری	۶۱	۲±۳۱

بهداشت

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

۴۱	درصد ایمنی موادغذایی	۱۷۷	۲/۳±۵۹
۴۲	میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت‌های ناخواسته (در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۶۲	۱/۸±۵۴
۴۳	میزان تدوین گزارش‌ها بر اساس پایگاه داده و امکانات موجود	۴۶	۲/۱±۲۳

مالیات بر سیگار و دخانیات

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۴۴	سهم مالیات سلامت از کل مالیات سیگار و دخانیات	۱۱۰	۱/۹±۵۵
۴۵	درصد افراد مصرف‌کننده سیگار و دخانیات (میزان استانداردشده بر اساس سن)	۱۰۵	۲±۵۳
۴۶	میزان درآمد سالانه از سیگار و دخانیات	۹۳	۲/۵±۴۷
۴۷	متوسط مالیات از قیمت سیگار- مالیات غیرمستقیم ویژه	۹۴	۲/۳±۴۷

مدیریت ارائه خدمت

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۴۸	درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور	۱۲۹	۱/۳±۶۵
۴۹	میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع	۱۲۹	۱/۲±۶۵
۵۰	میزان تجویز داروهای ژنریک	۱۲۸	۰/۹±۶۴
۵۱	نرخ پوشش تولد در ثبت احوال (٪)	۱۲۴	۰/۵±۶۲
۵۲	میزان دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت‌خیز و گازخیز	۱۱۳	۲/۱±۵۷
۵۳	نرخ پوشش علت مرگ در ثبت احوال (٪)	۱۰۹	۱/۵±۵۵

شهرک‌های دانش سلامت

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۵۴	تعداد صنایع و سامانه‌های الکترونیکی فعال در شهرک‌های دانش سلامت	-	-

طب سنتی

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶استاندارد	میانگین ۶استاندارد± انحراف معیار
۵۵	تعداد مراکز رسمی ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی (به تفکیک داروخانه و کلینیک)	۹۳	۱/۲±۴۶,۵
۵۶	تعداد پزشکان سنتی (نیروی کاردرمانی)	۸۸	۰/۵±۴۴

پدافند غیرعامل

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۵۷	تعداد کارگاه‌های آموزشی برگزارشده در خصوص پدافند غیر عامل	۴۴	۱/۹±۳۲

غربال‌گری و مشاوره ازدواج

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶استاندارد	میانگین ۶استاندارد± انحراف معیار
۵۸	میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک	۱۲۸	۱/۵±۶۴
۵۹	درصد مشاوره‌های ازدواج انجام‌شده در مراکز بهداشتی درمانی	۱۱۴	۱/۹±۵۷
۶۰	درصد نوزادان متولدشده با حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری)	۱۱۲	۱±۵۶

سلامت مادر و کودک

ردیف	عنوان شاخص	جمع ۶ استاندارد	میانگین ۶ استاندارد± انحراف معیار
۶۱	تعداد مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول (بر مبنای هزار نفر)	۲۵۰	۰۸±۶۳
۶۲	نسبت مرگ‌ومیر(به تفکیک علت در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال)	۲۵۰	۱/۱±۶۳
۶۳	درصد زایمان‌های طبیعی	۲۵۰	۰/۹±۶۳
۶۴	تغذیه انحصاری با شیر در نوزادان زیر ۶ ماه (٪)	۲۴۶	۱±۶۲
۶۵	تعداد مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (بر مبنای هزار نفر)	۲۴۷	۰/۹±۶۲
۶۶	تعداد مرگ‌ومیر نوزادان زیر یک سال (بر مبنای هزار نفر)	۲۴۹	۱/۵±۶۲
۶۷	نسبت مرگ‌ومیر مادران (در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده)	۲۵۰	۱/۸±۶۲
۶۸	درصد نوزادان متولدشده توسط نیروی انسانی ماهر (بر مبنای هزار نفر)	۲۴۸	۱/۳±۶۲

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

شاخص‌های نهایی‌شده: در مرحله آخر، پس از انتخاب و تحلیل شاخص‌های ارزیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت، نتایج مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌هایی که ۷۰٪ از مطلوب‌ترین امتیاز را کسب کردند (جمع کل امتیازها ۷۰ بود) انتخاب شدند؛ به‌عبارتی، شاخص‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها بیش از ۴۹ بود، به‌عنوان شاخص‌های نهایی‌شده محسوب شدند. علاوه بر آن، طی برگزاری پنل خبرگان، از متخصصان خواسته‌شد تا نظرات‌شان را به صورت کیفی (علاوه بر کمی) بیان کرده، شاخص‌های پیشنهادی خود را با ذکر شواهد علمی ارائه نمایند. شاخص‌های نهایی بر اساس خروجی تحلیل کمی شاخص‌های اولیه، نظرات کیفی متخصصان و بازبینی مجدد سند برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تعیین شدند. نتیجه تحلیل نهایی، فهرستی مشتمل بر ۸۰ شاخص بود (جدول ۴).

جدول ۴. فهرست شاخص‌های نهایی

موضوع	ردیف	عنوان شاخص
شاخص‌های کلان و میان بخشی	۱	نرخ امید به زندگی
	۲	نرخ بار ناشی از بیماری‌ها و عوامل خطر (به تفکیک بیماری‌ها و نوع عامل خطر)
بیمه سلامت و تامین مالی	۳	درصد کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی
	۴	سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه‌های سلامت
	۵	سرانه هزینه‌های دولتی سلامت
	۶	سهم هزینه‌های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی
	۷	سرانه هزینه سلامت
	۸	سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه‌های سلامت در بخش دولتی
	۹	میزان پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت
	۱۰	سهم هزینه‌های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه‌های بخش دولتی
	۱۱	میزان پرداخت از جیب از هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی
	۱۲	سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه‌های سلامت
	۱۳	سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه‌های سلامت
	۱۴	درصد مواجهه با هزینه‌های کمرشکن بخش سلامت
نیروی انسانی	۱۵	تراکم پزشکان (هر هزار نفر جمعیت)
	۱۶	تراکم نیرویی انسانی پرستاری و مامایی (هر هزار نفر جمعیت)
	۱۷	تراکم دندان‌پزشکان (هر هزار نفر جمعیت)
	۱۸	تراکم کارکنان آزمایشگاهی (هر هزار نفر جمعیت)
	۱۹	تراکم کارکنان بهداشت محیط و عمومی (هر هزار نفر جمعیت)
	۲۰	تراکم بهداشت‌کاران سنتی (هر هزار نفر جمعیت)
	۲۱	میزان حقوق نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کاروزی)
	۲۲	میزان حقوق نیرویی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک شغل)
	۲۳	تعداد نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کاروزی)
	۲۴	تعداد نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک سطح‌بندی مناطق شهری و روستایی)
	۲۵	درصد نیروهای متخصص شاغل در بخش دولتی و خصوصی به صورت هم‌زمان (به تفکیک پزشکان متخصص، دندان‌پزشک، داروساز و پزشکان عمومی)
	۲۶	میزان تطابق جذب نیروی پزشک متخصص با الگوی بیماری‌های کشور
	۲۷	میزان پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای در اعضای سازمان‌های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی
تربیت نیروی انسانی	۲۸	تعداد برنامه‌های بازنگری‌شده گروه پزشکی، مبتنی بر نیازهای نظام سلامت
	۲۹	درصد افزایش تعداد مراکز آموزشی و مجتمع‌های آموزشی عالی سلامت تاسیس‌شده نسبت به کل تعداد مورد نظر
	۳۰	درصد دانشگاه‌هایی که اعتباربخشی بین‌المللی آنها مورد تایید قرار گرفته است
	۳۱	نسبت اعضای هیات‌علمی آموزش دیده در زمینه ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای
	۳۲	درصد آزمایشگاه‌های مرجع آموزشی راه‌اندازی شده در کل کشور
فوریت‌های پزشکی	۳۳	فاصله زمانی دریافت تماس اورژانس تا اعزام آمبولانس (زمان تاخیر)
	۳۴	فاصله زمانی دریافت تماس اورژانس تا رسیدن آمبولانس به صحنه (زمان پاسخ‌گویی)
	۳۵	درصد مرگ‌ومیرهای قابل‌اجتناب در اورژانس پیش‌بیمارستانی
دارو	۳۶	میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک
	۳۷	میزان دسترسی به داروهای ژنریک
	۳۸	سهم ریالی داروهای تولید داخل به کل بازار دارویی کشور
	۳۹	میزان انطباق صنایع دارویی کشور با ضوابط بازرسی PIC

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بهداشت	۴۰	میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت‌های ناخواسته (در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)
	۴۱	درصد دسترسی به سبد مطلوب غذایی ایمن و سالم (به تفکیک استانداردهای ایمنی موادغذایی)
مالیات بر سیگار و دخانیات	۴۲	میزان درآمد سالانه از سیگار و دخانیات
	۴۳	متوسط مالیات از قیمت سیگار؛ مالیات غیرمستقیم ویژه
	۴۴	سهم مالیات سلامت از کل مالیات سیگار و دخانیات
	۴۵	درصد افراد مصرف‌کننده سیگار و دخانیات (استانداردشده به تفکیک سن)
مدیریت ارائه خدمت	۴۶	درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور
	۴۷	میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع
	۴۸	میزان تجویز داروهای ژنریک
	۴۹	نرخ پوشش تولد در ثبت احوال (٪)
	۵۰	میزان دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت‌خیز و گازخیز
	۵۱	نرخ پوشش علت مرگ در ثبت احوال (٪)
	۵۲	نسبت تخت به هر هزار نفر جمعیت
	۵۳	نسبت کل نیروی انسانی به هر تخت (تفکیک شغلی نیروی انسانی)
شهرک‌های دانش سلامت	۵۴	تعداد صنایع و سامانه‌های الکترونیکی فعال در شهرک های دانش سلامت
	۵۵	درصد تولید داخلی داروهای معتبر بین‌المللی به کل بازار
	۵۶	درصد تولید داخلی تجهیزات پزشکی معتبر بین‌المللی به کل بازار
	۵۷	درصد افزایش مقالات پراستناد در حوزه سلامت بر اساس ESI در کشور
	۵۸	درصد افزایش تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه‌شده در Pub med و Scopus
	۵۹	نسبت پژوهش‌های بین‌المللی موجود در کشوردر حوزه سلامت به کل پژوهش‌های سلامت کشور
	۶۰	تعداد شرکت‌های خصوصی دانش بنیان در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک
	۶۱	تعداد مولکول‌های جدید دارویی ثبت‌شده و دارای فناوری بالا و بیولوژیک
طب سنتی	۶۲	درصد خانه‌های بهداشت ارائه‌دهنده خدمات تاییدشده طب سنتی
	۶۳	تعداد مراکز ارائه فرآورده‌های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی
	۶۴	تعداد کلینیک‌های دولتی ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی
	۶۵	تعداد کلینیک‌های خصوصی ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی
غربال‌گری و مشاوره ازدواج	۶۶	درصد نوزادان متولدشده با حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری)
	۶۷	میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک
	۶۸	درصد مشاوره‌های ازدواج انجام‌شده در مراکز بهداشتی–درمانی
	۶۹	درصد نوزادان متولدشده با حداقل یک بیماری ژنتیکی که تحت نظر خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک بوده‌اند
سلامت مادر و کودک	۷۰	نرخ تغذیه انحصاری با شیر در نوزادان زیر ۶ ماه (٪)
	۷۱	میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (بر مبنای هزار نفر)
	۷۲	میزان مرگ‌ومیر نوزادان زیر یکسال (بر مبنای هزار نفر)
	۷۳	میزان مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول (بر مبنای هزار نفر)
	۷۴	نسبت مرگ و میر(به تفکیک علت در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال)
	۷۵	نسبت مرگ‌ومیر مادران (در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده)
	۷۶	درصد نوزادان متولدشده توسط نیروی انسانی ماهر
	۷۷	درصد زایمان‌های طبیعی
	۷۸	درصد شیوع ناباروری اکتسابی
	۷۹	میزان رشد و تکامل همه جانبه کودکان (ECD)
	۸۰	درصد بارداری‌های برنامه‌ریزی شده

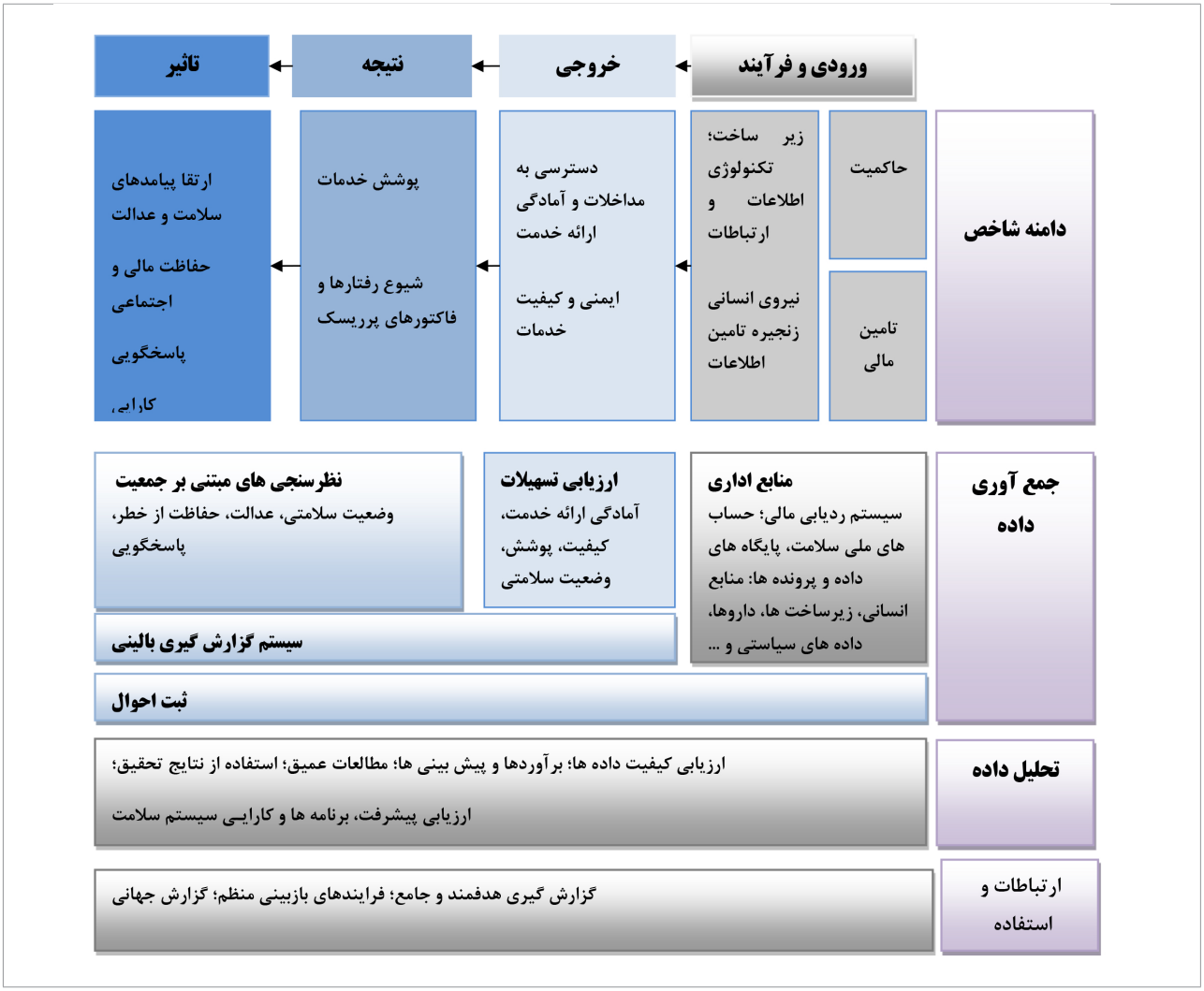
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

چارچوب مفهومی جامع نظارت، ارزیابی و بررسی شاخص‌ها و اهداف: در بحث نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های سیستم و سازمان، شاخص‌ها یکی از ابزارهای مهم و اساسی تلقی می‌شوند. ازاین رو، طراحی شاخص به‌عنوان یک سامانه ارزیابی اطلاعات در سطوح مختلف سیستم سلامت از مهم‌ترین وظایف مدیران و کارشناسان این حوزه‌هاست. گروه پژوهش مطالعه حاضر جهت بررسی، قضاوت و تحلیل صحیح شاخص‌ها، به ارائه چارچوب مفهومی جامع ارزیابی شاخص‌ها پرداخت. این چارچوب به سیاست‌گذاران کمک می‌نماید تا به‌صورت شفاف، جایگاه و سطح شاخص را شناسایی کرده، بتوانند به‌صورت هدف‌مند مداخله مورد نظر را طراحی و اصلاحات لازم را اعمال نمایند.

جهت طراحی و تدوین این چارچوب، مقالات و متون مرتبط مورد بررسی قرار گرفته، جامع‌ترین مدل در پژوهش حاضر استفاده شد. این مدل توسط سازمان جهانی بهداشت نیز توصیه شده است(۷).

با مشارکت سلامت بین‌المللی و شبکه بین‌المللی سنجش سلامت، چارچوبی منطقی جهت نظارت، ارزیابی و بررسی شاخص‌ها و اهداف سلامت تدوین شد (۷, ۸). این چارچوب شامل چهار دامنه شاخص اصلی بود: ورودی‌ها و فرآیندهای سیستم، خروجی‌ها، نتایج و تأثیر.

این چارچوب نشان می‌دهد که چگونه ورودی‌های سیستم (تامین مالی و زیرساخت) و فرآیندها (زنجیره تامین) منتهی به خروجی‌ها (دسترسی به خدمات و مداخلات) و نتایج نهایی (پوشش مداخله)شده، منجر به بروز تاثیرات (بهبود سلامت) می‌شوند. این مدل نتیجه چارچوب زنجیره‌ای است که می‌تواند برای نشان‌دادن عملکرد مداخلات در هر نوع بیماری خاص و سیستم‌های سلامت استفاده شود. این چارچوب نه تنها شناسایی شاخص‌های اصلی در کنار هر پیوند در زنجیره نتایج را تسهیل می‌کند، بلکه شاخص‌ها را به روش‌های جمع‌آوری داده پیوند می‌دهد. نیاز به تجزیه و تحلیل و تلفیق داده‌های منابع مختلف، ارزیابی کیفیت داده‌ها را برجسته کرده، نشان می‌دهد داده‌ها چگونه باید اطلاع‌رسانی شوند و در تصمیم‌گیری سطوح مختلف مورد استفاده قرار گیرند(شکل ۱).



شکل ۱. چارچوب مفهومی جامع نظارت، ارزیابی و بررسی شاخص‌ها و اهداف

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بحث

با توجه به این‌که مطالعه حاضر به تعیین شاخص‌های یک برنامه سیاست کلان کشوری پرداخت، تلاش شد نتایج آن با مطالعات سایر کشورها که در سطح کلان به تعیین شاخص‌های رصد پرداخته‌اند مقایسه شود؛ برخی از این مطالعات به شرح زیر می‌باشند: مطالعه رابرت وی و همکارانش تحت عنوان «توسعه پایدار چیست؟ اهداف، شاخص ها، ارزش ها و عمل»، ضمن تاکید بر تدوین شاخص‌های سنجش اهداف توسعه هزاره، بیان کرده که تنها بیان اهداف نمی‌تواند نتیجه‌بخش باشد و باید شاخص‌هایی قابل‌سنجش جهت پایش اهداف در سطح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای نیز تدوین گردد. این مطالعه شاخص‌هایی را برای این منظور تدوین کرده و به‌صورت پایلوت در چند کشور دنیا اجرا نموده است (۸). برخی از شاخص‌های استخراج شده شامل شاخص‌های مرتبط با سنجش عهد به اجرای سند توسعه پایدار، شاخص‌های مرتبط با سلامتی و رفاه و شاخص مرتبط با شرایط توسعه پایدار زیست‌محیطی می‌باشد که برای هر کدام زیرشاخص های فراوانی تعریف گردیده‌است. در مقایسه می‌توان گفت در پژوهش کنونی، دسته‌بندی شاخص‌ها با جزئیات بیشتری انجام شده و شاخص‌های بیشتری را شامل گردیده‌است.

اونیل باتچاری و همکارانش در مطالعه‌ای تحت عنوان «ارزیابی عملکرد برنامه‌های سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط: تدوین چهارچوب قابل اجرا، معتبر و جامع»، از مدل کلی ارزشیابی عملکرد سازمان‌های سلامت تورنتو استفاده کردند؛ این تیم با توجه به متون علمی و تخصصی و با درنظرگرفتن قابلیت اجرای شاخص‌ها در محیط و امکان سنجش آنها و با رویکرد ۳ بعدی (اعتبار مدل، قابلیت اجرا و قابلیت مقایسه) به ارائه مدل ارزیابی عملکرد به شرح زیر پرداختند: اعتبار مدل: توجه به جنبه‌های علمی مطرح‌شده با بررسی متون؛ قابلیت اجرا: توجه به داده‌های موجود و زمینه اطلاعاتی و ساختاری سازمان‌های سلامت مورد مطالعه و قابلیت مقایسه: برنامه‌ای که بتوان با استفاده از آن عملکرد سازمان‌ها را با هم مقایسه نمود (۱۲). شاید به جرات بتوان گفت مهم‌ترین مانور این مدل و تاکید پژوهش ذکر شده بر عملیاتی بودن شاخص به منظور رصد کامل می‌باشد که در پژوهش حاضر نیز در پرسشنامه پنل خبرگان، قابلیت اجرایی شاخص‌ها به‌صورت کامل مورد سنجش و قضاوت خبرگان قرار گرفت و در نهایت ۸۰ شاخص استخراج شد که به لحاظ عملیاتی بودن رصد در سطح مناسب قرار داشتند.

در مطالعه‌ای به منظور ارزشیابی عملکرد بیمارستان با بهره‌گیری از نظرات مدیران بیمارستان، برای هر یک از واحدها بر اساس چهار بعد روش کارت امتیاز متوازن[6]، شاخص‌هایی تدوین گردید و در نهایت برای تایید و تصویب نهایی شاخص‌ها، از پانل متخصصان بهره گرفته‌شد و شاخص‌ها پس از نظرسنجی در پانل، تحت اصلاحات قرار گرفته و جهت استفاده در بیمارستان ابلاغ شدند (۹)؛ همین متدولوژی برای مطالعه کنونی نیز مورد استفاده قرار گرفت و طی پنلی، ۸۰ شاخص رصد کلان مورد توافق نهایی و حداکثری خبرگان قرار گرفتند.

در مطالعه‌ای تحت عنوان «تدوین شاخص‌های مالی برای سنجش عملکرد مالی بیمارستان»، با مطالعه و مرور متون، ابتدا ۳۷ شاخص شناسایی شد؛ سپس این گروه به هر یک از شاخص‌ها بر اساس سه معیار قابلیت اجرا، اهمیت و مفید بودن، امتیاز دادند و پس از تحلیل، ۳۷ شاخص به ۱۳ شاخص تبدیل شد. این ۱۳ شاخص با توجه به فرآیندهای مالی بیمارستان و توسط گروه فنی مشاوران دسته‌بندی شده و هر یک به‌طور شفاف تعریف شد. در نهایت، منبع جمع‌آوری هر داده و شیوه محاسبه آن تدوین و جهت استفاده در بیمارستان ابلاغ شد (۱۰). تفاوت پژوهش کنونی با مطالعه فوق در این بود که در مطالعه حاضر، پژوهشگران در ابتدا می‌بایست سند سیاستی را مورد تحلیل محتوا قرار می‌داد تا پیشنهاد دادن موضوعات و شاخص‌ها امکان‌پذیر شود، در حالی‌که در مطالعه اشاره شده، شاخص‌ها به‌صورت شفاف موجود بود و به صراحت مورد سنجش خبرگان قرار گرفت. این در حالی است که شاخص‌های ابتدایی برای برنامه ششم توسعه به‌صورت صریح ذکر نشده بود و محقق می‌بایست سند را مورد تحلیل سیاستی قرار می‌داد.

آن‌چنان که مشخص است، با استفاده از ۸۰ شاخص نهایی‌شده، می‌توان به خوبی برنامه ششم توسعه کشور را پایش و ارزیابی نمود که خود می‌تواند راه‌گشای سیاست‌گذاران و سیاست‌مداران حوزه کلان سلامت کشور در راستای تدوین برنامه هفتم توسعه باشد تا بتوان برنامه‌ای را تدوین نمود که به سادگی و با قابلیت اجرای مناسب، قابل رصدکردن باشد. پیشنهاد می‌گردد برای تدوین سندهای کلان سیاستی، بندها و مواد برنامه‌ای به گونه‌ای طراحی گردند که میزان پیشرفت آنها و نیز برنامه به‌طور کامل و یک‌جا قابلیت پایش و رصد را داشته باشد و سیاست‌گذاران به کمک آن بتوانند به برنامه‌ریزی درست و اصلاح انحرافات از برنامه بپردازند.

نتیجه‌گیری

بررسی و ارزیابی پیشرفت برنامه ششم توسعه، با توجه به کلیات و جزئیاتی که دربردارد، می‌تواند شامل شاخص‌های بسیار جزئی تا کلان باشد؛ به‌همین ترتیب ممکن است این شاخص‌ها در سطوح اجرایی خرد و کلان

[6] Balance Score Cart (BSC)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بـا سیاسـت‌گذاری تفـاوت داشـته باشـند. بـه همیـن دلیـل وقتـی بحـث از شـاخص‌های ارزیابـی برنامـه ششـم به‌میـان می‌آیـد، بـا توجـه بـه سـطح ارزیابی‌کننـده شـاخص، تعـداد آن‌هـا متفـاوت اسـت؛ بـه عبارتـی، جنـس و تعـداد شـاخص‌ها در لایه‌هـای مختلـف سـازمانی (مراکـز ارائـه خدمـت، دانشـگاه‌ها، وزارت‌خانـه و...) متفـاوت می‌باشـد. حالـت مطلـوب آن اسـت کـه تدویـن شـاخص‌ها بـرای هـر سـطح به‌صـورت جداگانـه و تخصصـی انجـام شـود. بـه نظـر می‌رسـد ایـن از وظایـف شـورای سیاسـت‌گذاری وزارت بهداشـت و سـازمان مدیریـت و برنامه‌ریـزی ریاسـت جمهـوری باشـد. در مطالعـه حاضـر تـلاش شـد بـا آگاهی از ایـن موضـوع، بحـث تخصصـی بـودن و سـطح اندازه‌گیـری و احصـای شـاخص، تـا حـدی در تدویـن شناسـنامه‌ها درنظـر گرفته شـود. امـا پیشـنهاد می‌شـود مطالعاتـی بـه بررسـی شـاخص‌ها در لایه‌هـای خـرد و اجرایـی بپردازنـد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

راه‌کارهـای اجرایـی زیـر جهـت ارزیابـی صحیـح برنامه‌هـای توسـعه در بخـش سـلامت پیشـنهاد می‌گـردد:

- ارزیابـی شـاخص‌های سـنجش پیشـرفت برنامـه ششـم به‌صـورت تخصصـی و توسـط واحدهـای مرتبـط؛
- قـراردادن الزامـات و پاسـخ‌گو نمـودن واحدهـا و نهادهـای ذیربـط جهـت گـزارش شـاخص‌ها به‌صـورت دوره‌ای؛
- تدویـن شـاخص‌ها به‌صـورت لایه‌بنـدی شـده (از سـطح اجرایـی تـا سـطح کلان)؛
- تدویـن داشـبورد اطلاعاتـی شـاخص‌های اصلـی سـلامت و بـه‌روز نگاه‌داشـتن اطلاعـات آن؛
- بهره‌گیـری از ظرفیت‌هـای نیـروی انسـانی شـاغل در مراکـز ارائـه خدمـات سـلامت در سـطوح اجرایـی جهـت تولیـد داده‌هـای مـورد نیـاز و اساسـی؛
- تدویـن برنامه‌هـا و سیاسـت‌های توسـعه در سـال‌های آتـی بـا توجـه بـه رونـد شـاخص‌های مرتبـط گذشـته.

تشکر و قدردانی

بـا سـپاس از خداونـد متعـال بـه‌جهـت توفیـق انجـام ایـن تحقیـق، بدین‌وسـیله از زحمـات موسسـه ملـی تحقیقـات سـلامت و به‌ویـژه اسـتاد گرامـی، جنـاب آقـای دکتـر سـید رضـا مجـدزاده و همـکاران ارجمنـد جنـاب آقـای دکتـر مهـدی مهـدوی و سـرکار خانـم دکتـر ژالـه عبـدی و سـرکار خانـم دکتـر حانیـه السـادات سـجادی بـه‌جهـت فراهـم آوردن امکانـات محیطـی ایـن تحقیـق بـا کـد اخـلاق.IR.TUMS.NIHR REC.1396.22 تشـکر و قدردانـی می‌گـردد.

Refrences

1- Jadoo SAA, Aljunid SM, Sulku SN, Al-Dubai SAR, Puteh SEW, Ahmed Z, et al. Health system reform from the people's point of view: development of reliable and valid questionnaire. Malaysian Journal of Public Health Medicine. 2013;13(2):1-5.
2- Mossialos E. Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. Health economics. 1997;6(2):109-16.
3- Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. The Lancet. 2015;385(9974):1230-47.
4- Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. BMC health services research. 2013;13(1):367.
5- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ: British Medical Journal. 2000;321(7262):694.
6- Ypusefi A. Investigating of trend of thinking and developing in Iran. Social Welfare. 1382. 2(8):49-61.[In Persian].
7- WHO. Framework and standards for country health information systems/Health Metrics Network, World Health Organization. 2nd edition. Switzerland. Geneva. 2008:1-15.
8- International Health Partnership & World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. World Health Organization.1nd edition. Switzerland. Geneva. 2011:15-69.
9- Raeisi AR, Yarmohammadian MH, Bakhsh RM, Gangi H. Performance evaluation of Al-Zahra academic medical center based on Iran balanced scorecard model. Journal of education and health promotion. 2012;1.
10- Pink GH, Holmes GM, D'Alpe C, Strunk LA, McGee P, Slifkin RT. Financial indicators for critical access hospitals. The Journal of Rural Health. 2006;22(3):229-36.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

Identification of Basic Indicators for Monitoring and Assessment of the Sixth Development Plan in the Health Sector

Efat Mohamadi [1], Alireza Olyaeemanesh [1, 2 *], Amirhossein Takian [1, 3], Ali Hassanzadeh [4], Mohammadreza Mobinizadeh [2], Taraneh Yousefinezhadi [5], Sara Mohamadi [6]

[1]*Health Equity Research Center (HRC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2]*National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3]*Deportment of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[4]*Health Insurance Organization of Iran, Tehran, Iran*
[5]*Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[6]*School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background: Many health problems and the slow progress of development plans root in the absence of indicators to measure and monitor the achievement of the goals. This study aimed to identify the categorized indicators for monitoring and assessment of goal achievement in the Sixth Development Plan in the health sector.

Methods: This qualitative applied study was conducted in the following stages: Identifying the goals of the Sixth Development Plan in the health sector; identifying the inputs and outputs of the programs; initial compilation of indicators; evaluation of the indicators, and designing a conceptual model for health policy assessment. During the implementation of the study, the qualitative methods including high-level documents examination, literature review, and expert consensus were used.

Results: After being analyzed, the content of the development plan was divided into 12 topics. Then, a set of indicators were determined for each topic, which led to the emergence of 80 indicators after the final analysis. The highest score was related to the maternal and child health indicators (giving the scores of more than 63 out of 70).

Conclusions: Concerning its generalities and details, the progress evaluation of the sixth development plan can be done using small to large-scale indicators. The optimal mode is to compile indicators for each level individually and professionally.

Keywords: Plan Assessment; Indicator; Development Plan; Health System

Please cite this article as follows:

Mohamadi E, Olyaeemanesh AR, Takian AHm, Hassanzadeh A, Mobinizadehh MR, Yousefinezhadi T, Mohamadi S. Identification of health indicators to monitor and evaluate the health policies in sixth development five years plan. Hakim Health Sys Res 2018; 21(3): 242- 254.

***Corresponding Author:** Associate Professor, National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-9124117610, Email: arolyaee@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]