

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 سیاست‌گذاری 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، ایران ۳-دانشیار، گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت/ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴-دکتری حرفه‌ای متخصص، سازمان بیمه سلامت، تهران، ایران ۵-استادیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۶-دکتری سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران ۷-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: arolyae@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، به صورت 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 روش‌های 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 شامل ۸۰ 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 به صورت جداگانه و تخصصی انجام شود.

کل واژگان: ارزیابی 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 به کار 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، عموماً 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، به دنبال 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 تجویز شده توسط پزشکان، نابرابری در زمینه منابع انسانی، هزینه درمان‌های پزشکی مشابه در نظام بیمارستانی و توزیع جغرافیایی همراه با دسترسی ضعیف (مثلاً؛ مدت انتظار طولانی) (۳). تدوین و اجرای چنین اصلاحات و برنامه‌های بلندمدتی در کشورها مستلزم شفاف‌سازی اهداف

پاییز ۹۷، دوره بیست و یکم، شماره سوم، پیاپی ۸۲

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^۳ بود. روش‌های کیفی به کار رفته در این مطالعه عبارت بودند از: تحلیل اسناد، مرور جامع متون و روش اجماع^۴ 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 کاربرد اطلاعاتی اسناد ثبت شد. جهت تحلیل داده‌های متنی، اسناد و سیاست‌ها، از تحلیل محتوای کیفی^۵ استفاده شد. در این روش، هدف، بررسی محتوای درون متن در نظر 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 این که 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

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^۱ و تراکمی^۲ 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 برنامه‌های توسعه لازم می‌نماید، که البته بخش لاینفک ارزیابی است.

در ایران، اولین برنامه پنج ساله توسعه پس از انقلاب اسلامی، در دوره ۱۳۶۶-۱۳۶۲ 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 (۱۳۶۸-۱۳۷۲) پس از تصویب به اجرا گذاشته شد. برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴-۱۳۷۸) 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

³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

⁴ Consensus Method

⁵ Qualitative content analysis

¹ Formative

² Summative

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 پنل تخصصی، شاخص‌ها با این ابزار تحلیل شدند. در این پنل 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 حیطة‌ای مورد بررسی قرار گیرد 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 قرار گرفت (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 | خروجی‌های قابل‌انتظار سیاست |
|------|--|--|---|
| 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 | تضمین پایداری منابع مالی سازمان‌های بیمه‌گر | - تعیین سهم افراد از حق بیمه به تفکیک گروه‌های مختلف (روستایی، عشایر، پناهندگان و...) 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 تعرفه‌های 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 بیمه‌های یکسان پرداخت فرانشیز یکسان در بیمه‌شده‌های سازمان‌های بیمه‌گر (به استثنای گروه‌های خاص) | |

داشت، شاخص قابل‌استفاده در نظر گرفته شد. خروجی پنل 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 فرآیند 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

| | | | |
|--|--|---|---------|
| | | <p>کاهش هزینه‌های منابع انسانی -توانمند نمودن دانشجویان و فارغ‌التحصیلان با کارورزی -ارتقای کارایی و اثربخشی در حوزه مدیریت کارکنان</p> | ماده ۷۱ |
| | <p>-تدوین آیین‌نامه اجرایی جذب کارورز -افزایش تعداد کارورزان جذب‌شده</p> | | |
| | <p>-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 -تعیین سازمان‌های بیمه‌گر از سطح‌بندی خدمات تعیین شده از سوی وزارت بهداشت</p> | <p>-واحد نمودن تولید نظام سلامت -افزایش پاسخ‌گویی در نظام سلامت توسط وزارت بهداشت</p> | الف |
| | <p>-تسریع در خدمت‌رسانی شبکه اورژانس -افزایش کیفیت خدمات پیش‌بیمارستانی -افزایش کیفیت خدمات اورژانس -کاهش مرگ‌ومیرهای قابل‌اجتناب در خدمات پیش‌بیمارستانی</p> | <p>-افزایش اختیار و پاسخ‌گویی در نظام فوریت‌های پزشکی</p> | ب |
| | <p>-بازنگری فهرست دارویی کشور به‌صورت منظم -افزایش تجویز داروهای ژنریک</p> | <p>-افزایش ایمنی داروهای قابل‌استفاده در کشور -افزایش دسترسی مالی و جغرافیایی به دارو</p> | پ |
| | <p>-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 سبب غذایی مطلوب به تفکیک گروه‌های سنی</p> | <p>-افزایش ایمنی مواد و فرآورده‌های غذایی</p> | ت |
| | <p>-کاهش تولید و توزیع انواع سیگار و محصولات دخانی در کشور -افزایش مالیات وارد شده بر سیگار و محصولات دخانی در کشور -کاهش دسترسی به سیگار و محصولات دخانی در سطح جامعه</p> | <p>کاهش مصرف سیگار و انواع محصولات دخانی در کشور</p> | الف |
| | <p>-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</p> | <p>-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</p> | الف |
| | <p>-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</p> | <p>-افزایش اثربخشی خدمات قابل‌ارائه در بخش دولتی -افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت در بخش دولتی</p> | ب |
| | <p>-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</p> | <p>پ</p> | |
| | <p>- 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</p> | <p>- متناسب‌سازی و هدف‌مند نمودن کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور</p> | ت |
| | <p>-اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع -سطح‌بندی خدمات سلامت -افزایش تجویز داروهای ژنریک -تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری -ایجاد ساختار حقوقی پرداخت مبتنی بر عملکرد</p> | <p>-افزایش کارایی در کارکرد خدمت نظام سلامت کشور -پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد در گروه‌های مختلف پزشکان و پیراپزشکان در سطوح مختلف خدمتی</p> | ث |
| | <p>-تدوین راهنماهای بالینی مصوب و قابل‌اجرا -تدوین سیاست‌های اجرایی در کلیه ابعاد خرید راهبردی و اجرای آن‌ها</p> | <p>-مدیریت عرضه و تقاضای ارائه خدمات سلامت -افزایش کارایی در کارکرد ارائه خدمت نظام سلامت کشور</p> | ج |
| | <p>-افزایش دانش‌آموختگان در رشته‌های طب سنتی -افزایش درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی</p> | <p>-ترویج بهره‌گیری از طب سنتی ایرانی-اسلامی در نظام سلامت</p> | چ |
| | <p>-افزایش تعداد نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی در سازمان تامین اجتماعی</p> | <p>-افزایش به‌کارگیری نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی به‌صورت هدف‌مند</p> | ح |
| | <p>-پوشش صددرصدی بیمه مسئولیت حرفه‌ای در کلیه اعضای سازمان‌های نظام‌پزشکی و نظام دام‌پزشکی</p> | <p>-افزایش پاسخ‌گویی حرفه پزشکی در مواقع بروز خطا -توجه به خسارت بیمه‌گذار توسط بیمه‌گر در مقام جبران خسارت در حوادث خسارت‌زا</p> | خ |
| | <p>-کاهش تجویز داروهای غیرژنریک -پوشش صددرصدی واکسیناسیون در کشور</p> | <p>-افزایش پوشش همگانی خدمات سلامت در سطح بهداشت و درمان -افزایش دسترسی مالی به دارو</p> | د |
| | <p>-تجهیز بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های موجود در این مناطق -احداث بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مورد نیاز در مناطق نفت‌خیز و گازخیز</p> | <p>-افزایش دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت‌خیز و گازخیز</p> | ذ |
| | <p>-شناسایی و بررسی انواع تهدیدات حوزه سلامت -خنثی‌سازی و مقابله با انواع تهدیدات حوزه سلامت</p> | <p>-مصون‌سازی و افزایش توان بازدارندگی</p> | ر |
| | <p>-مراجعه صددرصدی برای غربال‌گری‌های پیش از ازدواج -کاهش بیماران ژنتیکی -افزایش انجام مشاوره‌های ژنتیکی -افزایش دسترسی افراد نیازمند به خدمات مشاوره‌ای و آزمایشگاهی ژنتیک</p> | <p>-کاهش ریسک تولد نوزاد با اختلال ژنتیکی -کاهش تعداد ازدواج‌های پرخطر</p> | ماده ۷۵ |
| | <p>-کاهش نسبت مرگ مادران -کاهش مرگ کودکان -افزایش نرخ زایمان طبیعی -کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان</p> | <p>-کاهش مرگ مادران ناشی از بارداری -کاهش مرگ‌ومیر نوزادان</p> | ماده ۷۶ |

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.

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،

جدول ۲. ارتباط موضوعی مواد بخش ۱۴ برنامه ششم توسعه

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

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 به‌صورت 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.

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 منتشره‌شده 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

جدول ۳. خروجی تحلیل کمی شاخص‌ها در پانل متخصصان

| ردیف | عنوان شاخص | جمع ۶ استاندارد | میانگین ۶ استاندارد \pm 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 هزینه‌های 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 |

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

نیروی انسانی

| ردیف | عنوان شاخص | جمع استاندارد | میانگین 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 بهداشت کارکنان 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 استاندارد | میانگین استاندارد ± انحراف معیار |
|------|---|---------------|----------------------------------|
| ۳۱ | درصد مرگ‌ومیرهای قابل اجتناب 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 استاندارد | میانگین 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 استاندارد | میانگین استاندارد ± انحراف معیار |
|------|------------|---------------|----------------------------------|
|------|------------|---------------|----------------------------------|

| | | | |
|----|---|-----|--------|
| ۴۱ | درصد ایمنی مواد غذایی | 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 استاندارد شده 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 ۶ استاندارد | میانگین ۶ استاندارد ± 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 برگزار شده در خصوص پدافند غیرعامل | ۴۴ | ۱/۹±۳۲ |

غربال‌گری و مشاوره ازدواج

| ردیف | عنوان شاخص | جمع ۶ استاندارد | میانگین ۶ استاندارد ± انحراف معیار |
|------|--|-----------------|------------------------------------|
| ۵۸ | میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک | ۱۲۸ | ۱/۵±۶۴ |
| ۵۹ | درصد مشاوره‌های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی | ۱۱۴ | ۱/۹±۵۷ |
| ۶۰ | درصد نوزادان متولد شده 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 | ۰/۸±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 متولد شده توسط نیروی انسانی ماهر (بر مبنای هزار نفر) | ۲۴۸ | ۱/۳±۶۲ |

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).

شاخص‌های نهایی شده: 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؛ به عبارتی، شاخص‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها بیش از ۴۹ بود، به عنوان شاخص‌های نهایی شده محسوب شدند. علاوه بر آن، طی برگزاری پنل خبرگان، از متخصصان خواسته شد تا

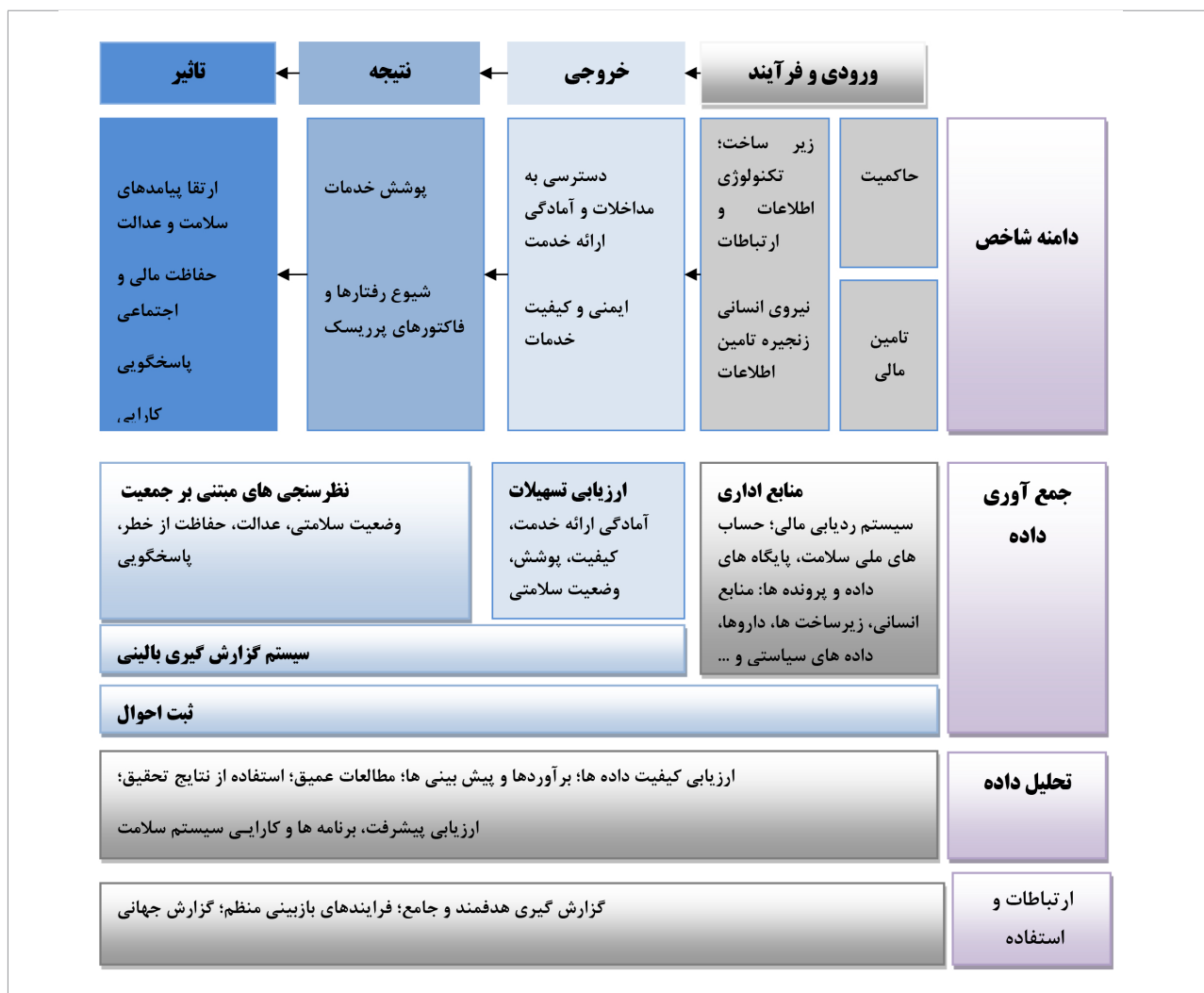
جدول ۴. فهرست شاخص‌های نهایی

| 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) |
| | 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 |
| بیمه سلامت و تامین مالی | ۱۵ | تراکم پزشکان (هر هزار نفر جمعیت) |
| | ۱۶ | تراکم نیروی 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 بهداشت کاران سنتی (هر هزار نفر جمعیت) |
| | ۲۱ | میزان حقوق نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کاروری) |
| | ۲۲ | میزان حقوق نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک شغل) |
| | ۲۳ | تعداد نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کاروری) |
| | ۲۴ | تعداد نیروی انسانی زیرمجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک سطح‌بندی مناطق شهری و روستایی) |
| نیروی انسانی | 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 |
| | ۲۸ | تعداد برنامه‌های بازنگری شده گروه پزشکی، مبتنی بر نیازهای نظام سلامت |
| | ۲۹ | درصد افزایش تعداد مراکز آموزشی و مجتمع‌های آموزشی عالی سلامت تاسیس شده 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 |
| | ۳۳ | فاصله زمانی دریافت تماس اورژانس تا اعزام آمبولانس (زمان تاخیر) |
| | ۳۴ | فاصله زمانی دریافت تماس اورژانس تا رسیدن آمبولانس به صحنه (زمان پاسخ‌گویی) |
| فوریت‌های پزشکی | ۳۵ | درصد مرگ‌ومیرهای قابل‌اجتناب در اورژانس پیش‌بیمارستانی |
| | ۳۶ | میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک |
| | ۳۷ | میزان دسترسی به داروهای ژنریک |
| دارو | ۳۸ | سهم ریالی داروهای تولید داخل به کل بازار دارویی کشور |
| | ۳۹ | میزان انطباق صنایع دارویی کشور با ضوابط بازرسی PIC |

| | | |
|----|--|---------------------------|
| ۴۰ | میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت‌های ناخواسته (در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) | بهداشت |
| ۴۱ | درصد دسترسی به سید مطلوب غذایی ایمن و سالم (به تفکیک استانداردهای ایمنی مواد غذایی) | |
| ۴۲ | میزان درآمد سالانه از سیگار و دخانیات | مالیات بر 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 (استاندارد شده به تفکیک سن) | |
| ۴۶ | درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور | |
| ۴۷ | میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع | مدیریت ارائه خدمت |
| 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 | شهرک‌های دانش سلامت |
| ۵۳ | نسبت کل نیروی انسانی به هر تخت (تفکیک شغلی نیروی انسانی) | |
| 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 پرستاد در حوزه سلامت بر اساس ESI در کشور | شهرک‌های دانش سلامت |
| ۵۸ | درصد افزایش تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه‌شده در Scopus و Pub med | |
| ۵۹ | نسبت پژوهش‌های بین‌المللی موجود در کشور در 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 | |
| ۶۲ | درصد خانه‌های بهداشت ارائه‌دهنده خدمات تایید شده طب سنتی | 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 | |
| ۶۶ | درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری) | |
| ۶۷ | میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک | غربال‌گری و مشاوره ازدواج |
| ۶۸ | درصد مشاوره‌های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی-درمانی | |
| ۶۹ | درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی که تحت نظر خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک بوده‌اند | |
| ۷۰ | نرخ تغذیه انحصاری با شیر در نوزادان زیر ۶ ماه (%) | سلامت مادر و کودک |
| 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 متولد شده 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 | |

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 تأثیرات (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).

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. از این 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



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

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، شاخص‌ها، ارزش‌ها و عمل»، ضمن تاکید بر تدوین شاخص‌های سنجش اهداف توسعه هزاره، بیان کرده که تنها بیان اهداف نمی‌تواند نتیجه‌بخش باشد و باید شاخص‌هایی قابل سنجش جهت پایش اهداف در سطح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای نیز تدوین گردد. این مطالعه شاخص‌هایی را برای این منظور تدوین کرده و به صورت 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 زیرشاخص‌های فراوانی تعریف گردیده است. در مقایسه می‌توان گفت در پژوهش کنونی، دسته‌بندی شاخص‌ها با جزئیات بیشتری انجام شده و شاخص‌های بیشتری را شامل گردیده است.

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 تورتو استفاده کردند؛ این تیم با توجه به متون علمی و تخصصی و با در نظر گرفتن 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 مطرح شده 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 به صورت 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^۶، شاخص‌هایی تدوین گردید و در نهایت برای تایید و تصویب نهایی شاخص‌ها، از پانل متخصصان بهره گرفته شد 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 حالی که در مطالعه اشاره شده، شاخص‌ها به صورت شفاف موجود بود و به صراحت مورد سنجش خبرگان قرار گرفت. این در حالی است که شاخص‌های ابتدایی برای برنامه ششم توسعه به صورت صریح ذکر نشده بود و محقق می‌بایست سند را مورد تحلیل سیاستی قرار می‌داد.

آن‌چنان که مشخص است، با استفاده از ۸۰ شاخص نهایی شده، 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 رصد کردن 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؛ به همین ترتیب ممکن است این شاخص‌ها در سطوح اجرایی خرد و کلان

^۶ Balance Score Cart (BSC)

- قراردادن الزامات و پاسخ‌گو نمودن واحدها و نهادهای ذریب‌جهت گزارش شاخص‌ها به‌صورت دوره‌ای؛
- تدوین شاخص‌ها به‌صورت لایه‌بندی شده (از سطح اجرایی تا سطح کلان)؛
- تدوین داش‌بورد اطلاعاتی شاخص‌های اصلی سلامت و به‌روز نگاه‌داشتن اطلاعات آن؛
- بهره‌گیری از ظرفیت‌های نیروی انسانی شاغل در مراکز ارائه خدمات سلامت در سطوح اجرایی جهت تولید داده‌های مورد نیاز و اساسی؛
- تدوین برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه در سال‌های آتی با توجه به روند شاخص‌های مرتبط گذشته.

تشکر و قدردانی

با سپاس از خداوند متعال به‌جهت توفیق انجام این تحقیق، بدین‌وسیله از زحمات موسسه ملی تحقیقات سلامت و به‌ویژه استاد گرامی، جناب آقای دکتر سید رضا مجدزاده و همکاران ارجمند جناب آقای دکتر مهدی مهدوی و سرکار خانم دکتر ژاله عبدی و سرکار خانم دکتر حانیه السادات سجادی به‌جهت فراهم آوردن امکانات محیطی این تحقیق با کد اخلاق IR.TUMS.NIHR.REC.1396.22 تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- 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, Frensz 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

با سیاست‌گذاری تفاوت داشته باشند. به همین دلیل وقتی بحث از شاخص‌های ارزیابی برنامه ششم به‌میان می‌آید، با توجه به سطح ارزیابی‌کننده شاخص، تعداد آن‌ها متفاوت است؛ به عبارتی، جنس و تعداد شاخص‌ها در لایه‌های مختلف سازمانی (مراکز ارائه خدمت، دانشگاه‌ها، وزارتخانه و...) متفاوت می‌باشد. حالت مطلوب آن است که تدوین شاخص‌ها برای هر سطح به‌صورت جداگانه و تخصصی انجام شود. به نظر می‌رسد این از وظایف شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ریاست جمهوری باشد. در مطالعه حاضر تلاش شد با آگاهی از این موضوع، بحث تخصصی بودن و سطح اندازه‌گیری و احصای شاخص، تا حدی در تدوین شناسنامه‌ها در نظر گرفته شود. اما پیشنهاد می‌شود مطالعاتی به بررسی شاخص‌ها در لایه‌های خرد و اجرایی پردازند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

راه‌کارهای اجرایی زیر جهت ارزیابی صحیح برنامه‌های توسعه در بخش سلامت پیشنهاد می‌گردد:
- ارزیابی شاخص‌های سنجش پیشرفت برنامه ششم به‌صورت تخصصی و توسط واحدهای مرتبط؛

- 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. 1st 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.

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

¹Health Equity Research Center (HRC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴Health Insurance Organization of Iran, Tehran, Iran

⁵Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶School 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: arolyae@gmail.com