

موسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

Islamic Health
Coverage

ارزیابی طرح تحول سلامت

نتایج پایش ارزشیابی در راستای

تحقق پوشش همگانی سلامت

۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سرشناسه: مجدزاده کوه‌بنانی، سیدرضا، ۱۳۴۶ -
عنوان و نام پدیدآور: ارزیابی طرح تحول سلامت : نتایج پایش و ارزشیابی در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت
۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ / مولفان سیدرضا مجدزاده کوه‌بنانی، الهام احمدنژاد، ژاله عبدی ؛ طراح بهداد مجدزاده ؛ [برای]
موسسه تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.
مشخصات نشر: تهران: آفتاب اندیشه، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری: ۱۲۳ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی)؛ ۲۹×۲۲ س.م.
شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۷۵۴۱-۹۴-۷
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
موضوع: سلامت پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی -- سیاست دولت
موضوع: Health promotion -- Planning -- Government policy -- Iran
موضوع: مراقبت از سلامت شخصی -- ایران -- برنامه‌ریزی
موضوع: Self-care, Health -- Iran -- Planning
شناسه افزوده: احمدنژاد، الهام، ۱۳۵۶ -
شناسه افزوده: عبدی، ژاله، ۱۳۵۶ -
شناسه افزوده: موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
رده بندی کنگره: ۱۳۹۶ م/۸/RA۴۲۷/الف۴
رده بندی دیویی: ۶۱۳
شماره کتابشناسی ملی: ۵۰۸۵۲۹۳

عنوان: ارزیابی طرح تحول سلامت

نتایج پایش و ارزشیابی در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵

موسسه تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

مولفان: سیدرضا مجدزاده کوه بنانی- الهام احمدنژاد - ژاله عبدی

طراح: مهندس بهداد مجدزاده

حروف چین: مژگان فرشادی

ناشر: آفتاب اندیشه

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۷۵۴۱-۹۴-۷

چاپ اول: زمستان ۱۳۹۶

ارزیابی طرح تحول سلامت

نتایج پایش و ارزشیابی در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت

۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

بهار ۱۳۹۶

فهرست

.....	مقدمه	أ
.....	چارچوب ارزیابی طرح تحول سلامت در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت	د
.....	فصل اول: شاخص‌های بروندا	۱
.....	دسترس و پوشش خدمات سلامتی	۳
.....	خدمات سرپایی	۳
.....	۱. درصد افرادی که نیاز به خدمت سرپایی داشته‌اند و برای رفع آن به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند.	۳
.....	۲. درصد افرادی که برای دریافت خدمت سرپایی مراجعه کرده‌اند و این خدمت را دریافت نموده‌اند.	۴
.....	۳. درصد نیازهای سرپایی که منجر به دریافت خدمت شده است.	۵
.....	۴. درصد ارائه خدمت توسط پزشک عمومی، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۶
.....	۵. درصد ارائه خدمت توسط پزشک خانواده، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۷
.....	۶. درصد ارائه خدمت توسط پزشک متخصص، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۸
.....	۷. درصد ارائه خدمت توسط دندانپزشک، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۹
.....	۸. درصد ارائه خدمت توسط ماما، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۱۰
.....	۹. درصد ارائه خدمت توسط ارائه‌کنندگان طب جایگزین، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۱۱
.....	۱۰. درصد ارائه خدمت توسط ارائه‌کنندگان طب سنتی، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۱۲
.....	۱۱. درصد ارائه خدمت توسط داروخانه، در بین بیمارانی که مستقیم و بدون نسخه به داروخانه مراجعه کرده‌اند.	۱۳
.....	۱۲. درصد مراجعات به داروخانه‌ها (برای دریافت نسخه) بعد از دریافت خدمت سرپایی از سایر درمان‌کننده‌ها.	۱۴
.....	۱۳. درصد مراجعات به آزمایشگاه‌ها بعد از دریافت خدمت سرپایی از سایر درمان‌کننده‌ها.	۱۵
.....	۱۴. درصد ارائه خدمت توسط روانشناس بالینی، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۱۶
.....	۱۵. درصد ارائه خدمت توسط کارشناس تغذیه، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی.	۱۷
.....	۱۶. درصد ارجاع مستقیم از پزشک عمومی به پزشک متخصص.	۱۸
.....	۱۷. درصد ارجاع مستقیم از پزشک خانواده به پزشک متخصص.	۱۹
.....	۱۸. درصد خدمات سرپایی که برای دریافت آنها همان بار اول به پزشک متخصص مراجعه شده است.	۲۰
.....	۱۹. متوسط زمان صرف شده برای دریافت نوبت جهت ویزیت سرپایی، طبق اظهار گیرندگان خدمت.	۲۱
.....	۲۰. متوسط زمانی (براساس دقیقه) که پزشک برای ارائه خدمت سرپایی به مراجعین صرف کرده است.	۲۲
.....	۲۱. متوسط هزینه صرف شده (براساس ریال) برای دریافت خدمت سرپایی.	۲۳
.....	۲۲. متوسط زمان انتظار (براساس روز) برای دریافت جواب آزمایش.	۲۴
.....	خدمات بستری	۲۵
.....	۲۳. درصد افرادی که نیاز به خدمت بستری داشته‌اند و مراجعه کرده‌اند.	۲۵
.....	۲۴. درصد افرادی که برای دریافت خدمت بستری مراجعه کرده‌اند و این خدمت را دریافت نموده‌اند.	۲۶
.....	۲۵. درصد نیازهای بستری که منجر به دریافت خدمت شده است.	۲۷
.....	۲۶. نسبت ارجاع بیماران از طریق پزشک عمومی به بیمارستان.	۲۸

۲۹	نسبت ارجاع از طریق پزشک خانواده به بیمارستان
۳۰	نسبت ارجاع بیماران از طریق پزشک متخصص به بیمارستان برای بستری
۳۱	نسبت خروج از بیمارستان برای دریافت خدمت یا اقدام تشخیصی درمانی در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت، از کل مراجعین
۳۲	متوسط هزینه بستری (کل)
۳۳	متوسط هزینه بستری (پرداخت شده در داخل بیمارستان)
۳۴	متوسط هزینه بستری (پرداخت شده در خارج از بیمارستان)
۳۵	میانگین مدت بستری براساس روز در بیمارستان
۳۶	مدت زمان انتظار برای بستری
۳۷	مراقبت‌های اولیه

۳۷	درصد زایمان‌های انجام شده توسط فرد دوره دیده
۳۸	پوشش تنظیم خانواده
۳۹	درصد دریافت آنتی‌بیوتیک در کودکان زیر پنج سال که مبتلا به پنومونی شده‌اند
۴۰	درصد پوشش کل واکسیناسیون کودکان
۴۱	درصد پوشش واکسن پنتاوالان
۴۲	درصد پوشش واکسن سرخک (نوبت اول تزریق)
۴۳	درصد پوشش واکسن سه‌گانه (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه)، نوبت سوم تزریق
۴۴	درصد پوشش واکسن فلج اطفال، نوبت سوم تزریق
۴۵	درصد پوشش واکسن ب‌ت‌ژ در بدو تولد
۴۶	درصد پوشش واکسن هپاتیت، نوبت سوم تزریق
۴۷	درصد پوشش بیمه پایه
۴۸	درصد پوشش بیمه مکمل
۴۹	مراقبت‌های پیشگیرانه دوران بارداری
۵۰	درصد پوشش تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول تولد
۵۱	درصد پوشش دریافت داروی خوراکی ضد اسهال در کودکان زیر پنج سال

بهره‌مندی از خدمات سلامتی

خدمات سرپایی

۵۲	سرانه بارمراجعه برای دریافت خدمات سرپایی
۵۳	سرانه بارمراجعه به پزشک عمومی برای دریافت خدمت سرپایی
۵۴	سرانه بارمراجعه به پزشک خانواده برای دریافت خدمت سرپایی
۵۵	بارمراجعه به پزشک متخصص برای دریافت خدمت سرپایی
۵۶	سرانه بارمراجعه به دندانپزشک برای دریافت خدمت دندانپزشکی
۵۷	سرانه بارمراجعه به ماما برای دریافت خدمات مامایی
۵۸	سرانه بارمراجعه به داروخانه بدون نسخه تجویزی پزشک برای دریافت دارو
۵۹	بارمراجعه به داروخانه برای دریافت نسخه تجویزی پزشکان

۵۸.	سرانه بارمراجعة به آزمایشگاه برای انجام آزمایش‌های درخواستی پزشکان.....	۶۰
۵۹.	سرانه بارمراجعة به روان‌شناس بالینی برای دریافت مشاوره روان‌شناسی.....	۶۱
۶۰.	سرانه بارمراجعة به متخصص تغذیه برای دریافت مشاوره تغذیه.....	۶۲
۶۳	خدمات بستری	۶۳
۶۱.	سرانه بارمراجعة به بیمارستان‌ها برای بستری در ۱۰۰ نفر جمعیت.....	۶۳
۶۲.	نسبت بارمراجعة برای دریافت خدمات سرپایی به بارمراجعة خدمات بستری.....	۶۴
۶۵	کیفیت و ایمنی	۶۵
۶۳.	مراقبت‌های دوران بارداری (چهار بار و بیشتر).....	۶۵
۶۷	فصل دوم: شاخص‌های تأثیر	۶۷
۶۹	پوشش مؤثر	۶۹
۶۴.	درصد پوشش دریافت درمان برای فشارخون بالا (پوشش مؤثر درمان فشارخون) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال.....	۶۹
۶۵.	پوشش مؤثر درمان دیابت در بزرگسالان بالای ۱۸ سال.....	۷۰
۶۶.	درصد آمادگی خانوارها در برابر بلا یا.....	۷۱
۶۷.	درصد پرداخت غیررسمی به‌ازای خدمات بستری و شکایات از خدمات.....	۷۲
۶۸.	هزینه‌های بستری پرداخت شده به پزشک.....	۷۳
۶۹.	درصد انجام سزارین در زایمان اول.....	۷۴
۷۵	عوامل خطر	۷۵
۷۰.	درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲/۵ کیلوگرم.....	۷۵
۷۱.	درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند.....	۷۶
۷۲.	درصد خانوارهایی که به سیستم فاضلاب بهینه دسترسی دارند.....	۷۷
۷۳.	شیوع مصرف مواد دخانی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال.....	۷۸
۷۴.	شیوع مصرف مواد غیر دخانی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال.....	۷۹
۷۵.	میانگین دریافت نمک به گرم در روز، در بزرگسالان بالای ۱۸ سال.....	۸۰
۷۶.	نسبت جمعیت دریافت‌کننده میوه (۴۰۰ گرم یا بیشتر) در روز، در جمعیت بالای ۱۸ سال.....	۸۱
۸۳	فصل سوم: شاخص‌های اثر	۸۳
۸۵	وضعیت سلامتی	۸۵
۷۷.	شیوع دیابت براساس میانگین هموگلوبین A1C و براساس گلوکز ناشتا در بزرگسالان بالای ۱۸ سال.....	۸۵
۷۸.	شیوع ابتلا به فشارخون بالا در جمعیت بالای ۱۸ سال.....	۸۶
۷۹.	شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال.....	۸۷
۸۰.	مرگ و میر نوزادان (سن زیر یک ماه) در ۱۰۰۰ تولد زنده.....	۸۸
۸۱.	مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده.....	۸۹
۸۲.	شیوع خوداظهاری بیماری‌های مزمن در زنان و مردان ۱۵ تا ۵۴ سال.....	۹۰
۸۳.	شیوع خوداظهاری بیماری‌های مزمن در زنان.....	۹۱

۸۴. شیوع خوداظهاری بیماری‌های مزمن در مردان ۹۲
- مفاظلات مالی ۹۳**
۸۵. درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت ۹۳
۸۶. درصد خانواده‌های مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت ۹۴
- رضایت از خدمات سلامتی ۹۵**
۸۷. رضایت از دریافت خدمات سرپایی ۹۵
۸۸. رضایت از خدمات بستری ۹۶
۸۹. رضایت از زندگی و ابعاد آن در خانم‌های ۱۵ تا ۲۴ سال ۹۷
۹۰. رضایت از زندگی و ابعاد آن در مردان ۱۵ تا ۲۴ سال ۹۸
۹۱. رضایت بیماران بستری از بیمارستان‌های دولتی ۹۹
۹۲. رضایت بیماران بستری از کاهش پرداخت از جیب در بیمارستان‌های دولتی ۱۰۰
۹۳. رضایت بیماران بستری از شرایط اقامت در بیمارستان‌های دولتی ۱۰۱
۹۴. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات (پزشک و پرستار) ۱۰۲
۹۵. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (پزشک و پرستار) از درآمد ۱۰۳
۹۶. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از طرح تحول سلامت ۱۰۴
۹۷. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات از ارزش‌گذاری نسبی خدمات ۱۰۵
- پیوست ۱: نقشه راهنمای استانی ۱۰۷**

فهرست نقشه‌ها

- ۱-۱. درصد نیازهای سرپایی که مراجعه به مرکز درمانی داشته‌اند، ۱۳۹۳ ۳
- ۲-۱. درصد نیازهای سرپایی که مراجعه به مرکز درمانی داشته‌اند، ۱۳۹۴ ۳
- ۱-۲. درصد دریافت خدمات سرپایی در افرادی که مراجعه کرده‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۳ ۴
- ۲-۲. درصد دریافت خدمات سرپایی در افرادی که مراجعه کرده‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۴ ۴
- ۱-۳. درصد نیازهای سرپایی که منجر به دریافت خدمت شده‌اند، ۱۳۹۳ ۵
- ۲-۳. درصد نیازهای سرپایی که منجر به دریافت خدمت شده‌اند، ۱۳۹۴ ۵
- ۱-۱۸. درصد خدمات سرپایی که برای دریافت آنها همان بار اول به پزشک متخصص مراجعه شده است، ۱۳۹۳ ۲۰
- ۲-۱۸. درصد خدمات سرپایی که برای دریافت آنها همان بار اول به پزشک متخصص مراجعه شده است، ۱۳۹۴ ۲۰
- ۱-۱۹. مدت زمان صرف شده (به روز) برای دریافت نوبت خدمت سرپایی، ۱۳۹۳ ۲۱
- ۲-۱۹. مدت زمان صرف شده (به روز) برای دریافت نوبت خدمت سرپایی، ۱۳۹۴ ۲۱
- ۱-۲۰. مدت زمانی که پزشک برای ویزیت مراجعین صرف کرده است (به دقیقه)، ۱۳۹۳ ۲۲
- ۲-۲۰. مدت زمانی که پزشک برای ویزیت مراجعین صرف کرده است (به دقیقه)، ۱۳۹۴ ۲۲
- ۱-۲۱. کل هزینه‌های سرپایی، ۱۳۹۳ ۲۳
- ۲-۲۱. کل هزینه‌های سرپایی، ۱۳۹۴ ۲۳
- ۱-۲۳. درصد نیازهای بستری بیمارانی که برای دریافت خدمت مراجعه کرده‌اند، ۱۳۹۳ ۲۵
- ۲-۲۳. درصد نیازهای بستری بیمارانی که برای دریافت خدمت مراجعه کرده‌اند، ۱۳۹۴ ۲۵
- ۱-۲۴. درصد افرادی که برای دریافت خدمات بستری مراجعه کرده‌اند و خدمت را دریافت کرده‌اند، ۱۳۹۳ ۲۶
- ۲-۲۴. درصد افرادی که برای دریافت خدمات بستری مراجعه کرده‌اند و خدمت را دریافت کرده‌اند، ۱۳۹۴ ۲۶
- ۱-۲۵. درصد افرادی که نیاز به بستری داشته‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۳ ۲۷
- ۲-۲۵. درصد افرادی که نیاز به بستری داشته‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۴ ۲۷
- ۱-۳۰. کل هزینه پرداخت شده توسط بیمار برای خدمات بستری، قبل از اردیبهشت ۱۳۹۳ ۳۲
- ۲-۳۰. کل هزینه پرداخت شده توسط بیمار برای خدمات بستری، بعد از اردیبهشت ۱۳۹۳ ۳۲
- ۳-۳۰. کل هزینه پرداخت شده توسط بیمار برای خدمات بستری، ۱۳۹۴ ۳۲
- ۱-۳۱. پرداخت به بیمارستان (داخل) برای خدمات بستری، قبل از اردیبهشت ۱۳۹۳ ۳۳
- ۲-۳۱. پرداخت به بیمارستان (داخل) برای خدمات بستری، بعد از اردیبهشت ۱۳۹۳ ۳۳
- ۳-۳۱. پرداخت به بیمارستان (داخل) برای خدمات بستری، ۱۳۹۴ ۳۳
- ۱-۳۳. میانگین مدت بستری در بیمارستان، ۱۳۹۲ ۳۵
- ۲-۳۳. میانگین مدت بستری در بیمارستان، ۱۳۹۳ ۳۵
- ۳-۳۳. میانگین مدت بستری در بیمارستان، ۱۳۹۴ ۳۵

۳۶	۱-۳۴. مدت زمان انتظار برای بستری، ۱۳۹۲
۳۶	۲-۳۴. مدت زمان انتظار برای بستری، ۱۳۹۳
۳۶	۳-۳۴. مدت زمان انتظار برای بستری، ۱۳۹۴
۳۷	۱-۳۵. زایمان توسط فرد دوره دیده، ۱۳۹۴
۳۸	۱-۳۶. پوشش تنظیم خانواده، ۱۳۹۴
۳۹	۱-۳۷. درصد کودکان مبتلا به پنومونی که دریافت آنتی‌بیوتیک داشته‌اند، در سال ۱۳۹۴
۴۰	۱-۳۸. پوشش کل واکسن، در سال ۱۳۹۴
۴۷	۱-۴۵. پوشش بیمه پایه، ۱۳۹۳
۴۷	۲-۴۵. پوشش بیمه پایه، ۱۳۹۴
۴۸	۱-۴۶. پوشش بیمه مکمل، ۱۳۹۳
۴۸	۲-۴۶. پوشش بیمه مکمل، ۱۳۹۴
۵۲	۱-۵۰. بارمراجعه سرپایی در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۲	۲-۵۰. بارمراجعه سرپایی در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۵۳	۱-۵۱. بارمراجعه به پزشک عمومی در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۳	۲-۵۱. بارمراجعه به پزشک عمومی در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۵۴	۱-۵۲. بارمراجعه به پزشک خانواده در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۴	۲-۵۲. بارمراجعه به پزشک خانواده در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۵۵	۱-۵۳. بارمراجعه به پزشک متخصص در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۵	۲-۵۳. بارمراجعه به پزشک متخصص در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۵۶	۱-۵۴. بارمراجعه به دندانپزشک در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۶	۲-۵۴. بارمراجعه به دندانپزشک در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۵۷	۱-۵۵. بارمراجعه به ماما در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۷	۲-۵۵. بارمراجعه به ماما در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۵۸	۱-۵۶. بارمراجعه به داروخانه بدون نسخه، در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۸	۲-۵۶. بارمراجعه به داروخانه بدون نسخه، در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۵۹	۱-۵۷. بارمراجعه به داروخانه با نسخه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۵۹	۲-۵۷. بارمراجعه به داروخانه با نسخه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۶۰	۱-۵۸. بارمراجعه به آزمایشگاه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۶۰	۲-۵۸. بارمراجعه به آزمایشگاه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۶۱	۱-۵۹. بارمراجعه به روان‌شناس در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳
۶۱	۲-۵۹. بارمراجعه به روان‌شناس در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴
۶۲	۱-۶۰. بارمراجعه به کارشناس تغذیه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳

- ۶۰-۲. بارمراجعة به متخصص تغذیه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴..... ۶۲
- ۶۱-۱. بارمراجعة بستری در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳..... ۶۳
- ۶۱-۲. بارمراجعة بستری در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴..... ۶۳
- ۶۳-۱. دریافت چهار بار (و بیشتر) مراقبت در دوران بارداری، ۱۳۹۴..... ۶۵
- ۶۴-۱. پوشش مؤثر درمان فشارخون، ۱۳۹۵..... ۶۹
- ۶۵-۱. پوشش درمان دیابت، ۱۳۹۵..... ۷۰
- ۶۸-۱. پرداخت مستقیم به پزشک برای خدمات بستری، قبل از اردیبهشت ۱۳۹۳..... ۷۳
- ۶۸-۲. پرداخت مستقیم به پزشک برای خدمات بستری، بعد از اردیبهشت ۱۳۹۳..... ۷۳
- ۶۸-۱. پرداخت مستقیم به پزشک برای خدمات بستری، ۱۳۹۴..... ۷۳
- ۷۱-۱. درصد دسترسی خانوارها به آب آشامیدنی سالم، ۱۳۸۹..... ۷۶
- ۷۱-۲. درصد دسترسی خانوارها به آب آشامیدنی سالم، ۱۳۹۴..... ۷۶
- ۷۲-۱. دسترسی خانوارها به سیستم فاضلاب بهینه شده در سال ۱۳۹۴..... ۷۷
- ۷۳-۱. شیوع مصرف مواد دخانی در افراد بالای ۱۸ سال..... ۷۸
- ۷۴-۱. شیوع مصرف مواد غیر دخانی (الکل)، ۱۳۹۵..... ۷۹
- ۷۵-۱. مقدار دریافت نمک بزرگسالان به گرم (روزانه)، ۱۳۹۵..... ۸۰
- ۷۶-۱. مصرف ۴۰۰ گرم یا بیشتر میوه در روز، ۱۳۹۵..... ۸۱
- ۷۷-۱. درصد هموگلوبین A1C، ۱۳۹۵..... ۸۵
- ۷۷-۲. میانگین گلوکز ناشتا، ۱۳۹۵..... ۸۵
- ۷۸-۱. شیوع ابتلا به فشارخون بالا، ۱۳۹۵..... ۸۶
- ۷۹-۱. شیوع سکته حاد مغزی، ۱۳۹۴..... ۸۷
- ۷۹-۲. شیوع سکته حاد قلبی، ۱۳۹۵..... ۸۷
- ۸۰-۱. بروز مرگ در نوزادان (سن زیر یک ماه) در ۱۰۰۰ تولد زنده، ۱۳۹۴..... ۸۸
- ۸۱-۱. مرگ کودکان زیر ۵ سال، به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده، ۱۳۹۴..... ۸۹
- ۸۳-۱. شیوع بیماری‌های مفصلی در زنان، ۱۳۹۴..... ۹۱
- ۸۳-۲. شیوع آسم خود اظهاری در زنان، ۱۳۹۴..... ۹۱
- ۸۳-۳. شیوع حداقل یک بیماری مزمن در زنان، ۱۳۹۴..... ۹۱
- ۸۳-۴. شیوع بیماری قلبی عروقی خود اظهاری در زنان، ۱۳۹۴..... ۹۱
- ۸۳-۵. شیوع دیابت خود اظهاری در زنان، ۱۳۹۴..... ۹۱
- ۸۳-۶. شیوع بیماری‌های پوستی خود اظهاری در زنان، ۱۳۹۴..... ۹۱
- ۸۳-۷. شیوع سرطان خود اظهاری در زنان، ۱۳۹۴..... ۹۱
- ۸۴-۱. شیوع بیماری‌های مفصلی در مردان، ۱۳۹۴..... ۹۲
- ۸۴-۲. شیوع آسم خود اظهاری در مردان، ۱۳۹۴..... ۹۲

۹۲	۳-۸۴. شیوع حداقل یک بیماری مزمن در مردان، ۱۳۹۴
۹۲	۴-۸۴. شیوع بیماری قلبی عروقی خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴
۹۲	۵-۸۴. شیوع دیابت خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴
۹۲	۶-۸۴. شیوع بیماری‌های پوستی خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴
۹۲	۷-۸۴. شیوع سرطان خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴
۹۵	۱-۸۷. رضایت از دریافت خدمات سرپایی، ۱۳۹۳
۹۵	۲-۸۷. رضایت از دریافت خدمات سرپایی، ۱۳۹۴
۹۶	۱-۸۸. رضایت از خدمات بستری، ۱۳۹۲
۹۶	۲-۸۸. رضایت از خدمات بستری، ۱۳۹۳
۹۶	۳-۸۸. رضایت از خدمات بستری، ۱۳۹۴
۹۷	۱-۸۹. رضایت از خود، در زنان، ۱۳۹۴
۹۷	۲-۸۹. رضایت زنان از زندگی با خانواده، ۱۳۹۴
۹۷	۳-۸۹. رضایت زنان از درآمد، ۱۳۹۴
۹۷	۴-۸۹. رضایت زنان از شغل، ۱۳۹۴
۹۷	۵-۸۹. رضایت زنان از محیط زندگی، ۱۳۹۴
۹۸	۱-۹۰. رضایت از خود، در مردان، ۱۳۹۴
۹۸	۲-۹۰. رضایت مردان از زندگی با خانواده، ۱۳۹۴
۹۸	۳-۹۰. رضایت مردان از درآمد، ۱۳۹۴
۹۸	۴-۹۰. رضایت مردان از شغل، ۱۳۹۴
۹۸	۵-۹۰. رضایت مردان از محیط زندگی، ۱۳۹۴

مقدمه

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت هم‌زمان با شروع طرح تحول سلامت، ارزیابی طرح را از اردیبهشت سال ۱۳۹۳ آغاز کرد. در ابتدا براساس مداخلات ارائه‌شده، شاخص‌هایی با مسئولین برنامه‌ها تدوین شد و در سال ابتدایی برنامه، شاخص‌های درونداد و برونداد بررسی شد. سپس مقرر شد این ارزیابی در قالب چارچوب مشخص و منطقی پیش برود که در شکل یک ارائه شده است^۱. مؤسسه از همان ابتدا، دو هدف مهم هم‌سو با پوشش همگانی سلامت را برای تمام اقشار در دستور کار ارزیابی قرار داد: حفاظت مالی و دسترسی به خدمات. این چارچوب و اهداف با مدل «درونداد، برونداد، پیامد و اثر» انطباق داده شد. براساس مدل جهانی ارائه‌شده برای پوشش همگانی سلامت، طرح تحول سلامت به‌عنوان مهم‌ترین برنامه اجراشده در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، برای پایش پوشش همگانی سلامت و به منظور تقویت همه‌جانبه نظام سلامت، هدف قرار گرفت. مطابق این چارچوب و نتایج تعیین منابع داده‌ها، داده‌های جاری نظام ثبت اطلاعات، امکان تأمین اطلاعات را در این مرحله نداشت و نیاز به مطالعات اختصاصی در این زمینه وجود داشت. لذا براساس فهرست شاخص‌ها، مهم‌ترین مطالعات مورد نیاز به ترتیب زیر فهرست شدند:

- مطالعه حساب‌های ملی سلامت: توسط مرکز آمار ایران اجرا و گزارش می‌شود. این پژوهش از سال ۱۳۸۰ در ایران شروع شده است و آخرین مطالعه در سال ۱۳۹۳ انجام شد و گزارش آن در حال انتشار است. این پژوهش برای اندازه‌گیری هزینه‌های سلامت، عاملین تأمین مالی، مشارکت خانوارها در تأمین هزینه‌ها و... اجرا می‌شود؛ نتایج این مطالعه تحت عنوان «ارزیابی اقتصادی طرح تحول سلامت» است که شامل تحلیل شاخص‌های تأمین مالی چارچوب ارائه شده می‌باشد که جداگانه ارائه شده است، لذا در این گزارش از ارائه دوباره آن اجتناب می‌شود؛
- مطالعه هزینه‌درآمد خانوار: توسط مرکز آمار ایران اجرا و گزارش می‌شود و هم‌اکنون مؤسسه ملی تحقیقات سلامت بر نتایج آن نظارت دارد. این مطالعه از سال ۱۳۶۹ (معادل ۱۹۹۰ میلادی) به صورت سالانه اجرا می‌شود. این مطالعه که در هر فصل در نمونه‌های روستایی و شهری، با حجم نمونه تقریبی ۴۰ هزار نفر انجام می‌شود، حفاظت مالی را در سطح خانوارها می‌سنجد و در نهایت گزارش سالانه این مطالعه در هر سال ارائه می‌شود. گزارش سال ۱۳۹۴ هم‌اکنون در حال تحلیل است و تمام تحلیل‌ها توسط مشاور فنی سازمان جهانی بهداشت بررسی شده است؛
- مطالعه بررسی آمادگی مراکز بهداشتی: این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی در سطح درونداد و برونداد طراحی شده است و در واحدهای بهداشتی اجرا خواهد شد. این مطالعه تاکنون در ایران اجرا نشده است و هم‌اکنون برای اجرای آن در سال جاری (۱۳۹۶) اقدامات و برنامه‌ریزی‌های لازم در حال انجام است. این مطالعه، نمونه ایرانی و پیشرفته‌تر مطالعه بین‌المللی سارا^۲ خواهد بود؛

۱. تمام مطالب مندرج در این مجلد توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمع‌آوری و تهیه شده است. در این مرحله، این مطالب قابل استناد نیست. تمام اعداد نیاز به تأیید مجدد مؤسسه دارد و هرگونه انتشار و استفاده از مطالب مندرج در این فصل نیاز به دریافت اجازه کتبی دارد.

2. Services Availability and Readiness Assessment (SARA)

- مطالعه پاسخگویی نظام سلامت: این مطالعه با هدف بررسی نظر مردم از خدمات ارائه شده در واحدهای ارائه خدمات سطح اول انجام می‌شود، این مطالعه در سال ۱۳۸۰ یک بار انجام شده است و هم‌اکنون در طی سال جاری (۱۳۹۶) در جمعیت تحت پوشش واحدهای بهداشتی انجام خواهد شد؛
 - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت^۱: این پژوهش تاکنون چهار دوره اجرا شده است. بار اول و دوم را مدیریت توسعه شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۷ و بار سوم و چهارم را مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به‌ترتیب در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام داده است، حجم نمونه این مطالعه در سطح خانوار در حدود ۲۲ هزار خانوار است؛
 - مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و بیماری^۲: تاکنون چند دوره اجرا شده است. در سال ۱۳۷۹ مدیریت توسعه شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴ مؤسسه ملی تحقیقات سلامت این مطالعه را انجام داده است. حجم نمونه تقریبی این مطالعه در حدود ۴۰ هزار خانوار است. این مطالعه سلامت مادر، کودکان زیر ۵ سال، مردان و باروری را در دوره آخر سنجیده است؛
 - مطالعه عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر^۳: تاکنون شش مرحله را واحد بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام داده است و بار آخر این مطالعه در طی سال ۱۳۹۵ اجرا شده است. در این گزارش از گزیده شاخص‌های این مطالعه استفاده شده است؛
 - بررسی رضایت بیمار و ارائه‌دهنده خدمت: این دسته از پژوهش‌ها که برای بررسی اثر برنامه‌ها ارائه می‌شود، بعد از اجرای طرح تحول سلامت، توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت طراحی و اجرا شده است. در این پژوهش‌ها مداخلاتی که در قالب طرح تحول سلامت ارائه شده است، بررسی شده و از دیدگاه بیمار و ارائه‌دهنده خدمت تفسیر می‌شود.
- در تمام مطالعات سطح خانوار که توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت اجرا شده یا سفارش داده شده است، رویکرد تفکیک داده‌ای رعایت شده است و براساس طبقه‌بندی متناسب با داده، متغیرها با رویکرد عدالتی تحلیل می‌شوند. این مهم‌ترین تفاوت این گزارش با سایر گزارش‌های ارزیابی طرح تحول سلامت است (که شاخص‌های آنها بدون رویکرد عدالتی و در سطح ملی گزارش شده است). اقدام مهم دیگری که مؤسسه ملی تحقیقات برای پایداری اجرای این مطالعات و دستیابی به داده‌های موردنیاز برای پایش و ارزیابی برنامه‌ها انجام داد، تدوین تقویم پیمایش‌ها و واردکردن تمام مطالعات موردنیاز برای پایش پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت در این تقویم است. این تقویم تا ده سال آینده فهرست مطالعات موردنیاز را شامل شده است. ترتیب ارائه شاخص‌ها براساس چارچوب ارائه شده است. در این گزارش شاخص‌های درون‌داد ارائه نمی‌شود. شاخص‌های درون‌داد شامل سه دسته شاخص است: تأمین مالی که در سطور قبلی دلیل عدم ارائه آن ذکر شده است، شاخص‌های مرتبط به زیرساخت‌ها و نیروی انسانی سلامت و اطلاعات سلامت، در فهرست شاخص‌های مداخلات و اقدامات طرح تحول سلامت در گزارش «پایش مداخلات و اقدامات مهم در طرح تحول سلامت و شاخص‌های مرتبط، از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵» ارائه شده است.

1. Utilization Health Survey
2. IrMIDHS
3. Steps

در این مجلد اگر شاخصی مرتبط با شاخص‌های اهداف توسعه پایدار باشد، میانگین جهانی آن شاخص و نیز هدف نهایی این برنامه ارائه شده است.

برای برخی شاخص‌ها توزیع استانی ارائه شده است (نقشه راهنمای استانی در پیوست ۱).

سطح درآمدی در نمودارها، براساس سطح درآمد مشخص شده است. سطح درآمد یک فقیرترین و سطح درآمد پنج غنی‌ترین قشر درآمدی است.

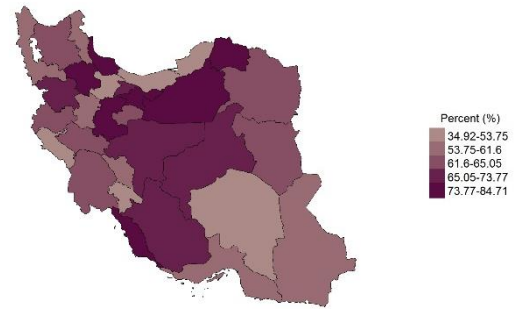
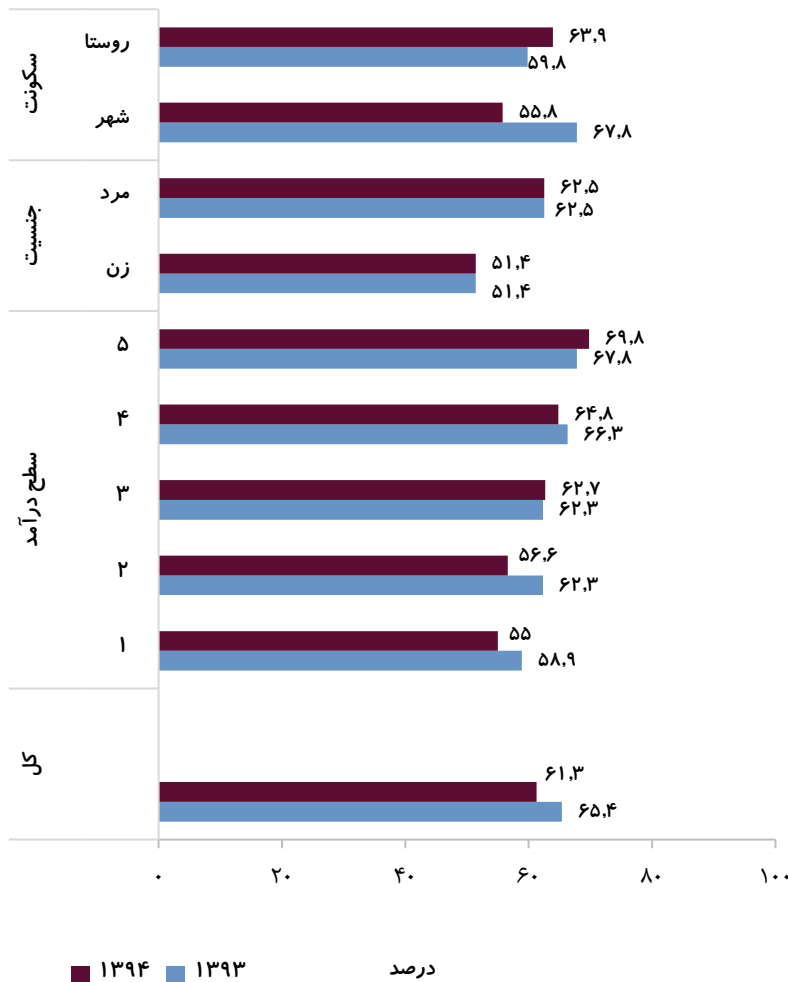
چارچوب ارزیابی طرح تحول سلامت در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت

اثر	پیامد	برونداد	درونداد
<p>وضعیت سلامتی</p> <ul style="list-style-type: none"> • امید زندگی بدو تولد • میزان مرگ و میر موارد حاد در اورژانس (سکته‌های قلبی، مغزی و تروماهای سر) • مرگ مادر (در ۱۰۰ هزار تولد زنده) • مرگ زیر ۵ سال (در ۱۰۰۰ تولد زنده) • سلامت اظهارشده توسط فرد • شیوع دیابت، براساس میزان قند خون ناشتا یا تست تحمل دوساعته گلوکز یا C.HbA_{1c}. • فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری تنفسی، استانداردشده براساس سن • میزان نمونه‌های جدید سل ریوی • بقای ۵ساله برخی سرطان‌ها (پستان، پروستات، کولون و معده) • بقای بیماران خاص: بیماران با نارسایی پیشرفته کلیه، تحت درمان با روش‌های جایگزین • بروز موارد خودکشی در ۱۰۰ هزار نفر • بروز مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در ۱۰۰ هزار نفر <p>حفاظت مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت خانوارهای مواجه‌شده با هزینه‌های کمرشکن • نسبت خانوارهای مواجه‌شده با هزینه‌های فقرزا <p>رضایت</p> <ul style="list-style-type: none"> • رضایت بیمار • رضایت مردم از نظام ارائه خدمات سلامت • رضایت ارائه‌کننده خدمات 	<p>پوشش مؤثر</p> <ul style="list-style-type: none"> • پوشش درمان مؤثر برای فشارخون بالا • پوشش درمان مؤثر برای دیابت • پوشش درمان مؤثر آنژین ناپایدار • پوشش درمان مؤثر برای افسردگی • پوشش درمان مؤثر برای آسم/بیماری‌های مزمن ریوی • پوشش درمان مؤثر روش‌های جایگزین کلیه • پوشش درمان مؤثر برای موارد کم‌شنوایی که نیاز به سمعک دارند، در افراد بالای ۶۵ سال • پوشش خدمات درمانی دندانپزشکی • درصد سزارین، به‌تکنیک شکم اول و شکم‌های بعدی، به کل زایمان‌ها <p>وضعیت عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • شیوع کوتاه‌قدی در کودکان زیر ۵ سال • شیوع کم‌وزنی در کودکان زیر ۵ سال • شیوع اضافه‌وزن در کودکان زیر ۵ سال • شیوع کم‌وزنی بدو تولد • نسبت منابع آب آشامیدنی بهینه‌شده • نسبت سیستم‌های دفع فاضلاب بهینه‌شده • تعداد روزهای با هوای سالم • درصد جمعیت با اضافه‌وزن و چاقی • شیوع مصرف مواد دخانی • شیوع مصرف مواد اعتیادآور غیردخانی • متوسط مصرف نمک (کلرید سدیم) • روزانه/گرم در افراد با سن بیش از ۱۸ سال (استانداردشده براساس سن) • نسبت افراد بالای ۱۸ سال با مصرف کمتر از ۵ واحد (۴۰۰ گرم) میوه در روز 	<p>دسترسی</p> <ul style="list-style-type: none"> • دسترسی به مراکز ارائه خدمات سرپایی/ بستری در مراکز دولتی/عمومی غیردولتی/خصوصی • دسترسی به خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی • درصد تأمین دارو و تجهیزات در بیمارستان • دسترسی به ۱۴ قلم داروی پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی <p>پوشش</p> <ul style="list-style-type: none"> • شیوع استفاده از خدمات تنظیم خانواده • پوشش بیمه پایه و تکمیلی، براساس اظهارات خود فرد • پوشش دریافت مراقبت‌های اولیه برای دوران بارداری، دیابت، فشارخون، سل و افسردگی • پوشش تغذیه انحصاری با شیر مادر • پوشش واکسن پنتاوالن، درصد کودکان زیر ۱ سال • پوشش واکسن سرخک، درصد کودکان زیر ۱ سال • پوشش درمان‌های پیشگیرانه دارویی برای گروه‌های در معرض خطر زیاد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی • نسبت زایمان‌های انجام‌شده توسط فرد دوره‌دیده • نمونه‌های محتمل پنومونی تحت درمان با آنتی‌بیوتیک، برای کودکان کمتر از ۵ سال • اسهال‌های درمان‌شده با مایع‌درمانی خوراکی: اواراس • میزان استفاده از کانوم در گروه‌های پرخطر • درصد جمعیت تحت غربالگری برای سرطان سینه، بین سن ۴۰ تا ۶۵ ساله هر دو سال یک‌بار <p>بهره‌مندی</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد ویزیت‌های سرپایی به‌ازای فرد (سالانه) • تعداد بستری به‌ازای فرد (سالانه) • سرانه مصرف دارو (خدمات بستری/سرپایی) • نسبت خدمات درمانی بستری/سرپایی: خصوصی/عمومی غیردولتی/دولتی بودن • نیازهای برآورده‌نشده سلامت اظهارشده خود فرد، برای خدمات بستری/سرپایی/تجربه بیمار در مراقبت‌های سلامتی <p>کیفیت و ایمنی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت بیمارستان‌ها برحسب نتیجه اعتباربخشی • درصد نمونه‌های درمان موفق سل • میزان موفقیت در ترک سیگار • درصد مرگ‌های بیمارستانی، طی ۳۰ روز اول مراجعه، برای سکته قلبی و مغزی • زمان انتظار برای جراحی‌های غیراورژانس در افراد بیش از ۶۵ سال (کاتاراکت، تمویض مفصل لگن، لزانو و جراحی قلب باز) • کیفیت خدمات دوران بارداری • درصد بستری مجدد آسم • میزان تطبیق در مان با گایدلاین‌های موجود برای آنژیوپلاستی، آنژیوپلاستی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، جراحی کاتاراکت و آزمایشات تشخیص طبی • پوشش ثبت مرگ 	<p>مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> • درصد هزینه‌های عمومی سلامت، از تولید ناخالص داخلی • سهم (درصد) هزینه‌های عمومی سلامت، از کل هزینه‌های کل • سرانه کل هزینه‌های سلامت (دلار ایالات متحده) • سرانه کل هزینه‌های سلامت (دلار برابری قدرت خرید) • سرانه هزینه‌های عمومی سلامت (دلار ایالات متحده) • سرانه هزینه‌های عمومی سلامت (دلار برابری قدرت خرید) • سرانه هزینه‌های پرداختی از جیب (دلار ایالات متحده) • درصد هزینه‌های عمومی از کل مخارج دولت • درصد بودجه بخش سلامت، از کل بودجه عمومی دولت • سهم هزینه خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری از کل هزینه‌های سلامت • سهم (درصد) هزینه‌های پرداخت از جیب، از هزینه‌های سلامت <p>منابع انسانی و زیرساخت‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد پزشک عمومی و متخصص به‌تفکیک، به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر • تعداد گروه‌های پیراپزشکی، به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر • تعداد گروه‌های پرستار، به‌ازای تخت • تعداد دندانپزشک، به‌ازای هر ۱۰۰ نفر • تعداد تخت بیمارستانی، به‌ازای هر ۱۰۰ نفر <p>سیستم اطلاعاتی</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد (درصد) مراکز که کامپیوتر دارند و دسترسی به ایمیل و اینترنت برایشان فراهم شده است. • تعداد (درصد) بیمارستان‌هایی که به سامانه‌های سیستم‌های وصل شده‌اند. • تعداد پرونده الکترونیک سلامت خانوار

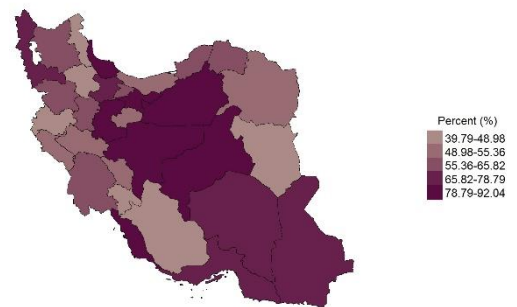
فصل اول

شاخص‌های پرونداد

۱. درصد افرادی که نیاز به خدمت سرپایی داشته‌اند و برای رفع آن به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند.



۱-۱. درصد نیازهای سرپایی که مراجعه به مرکز درمانی داشته‌اند،

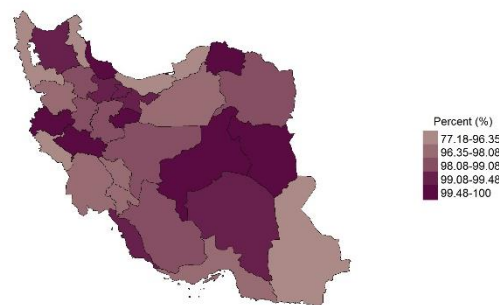
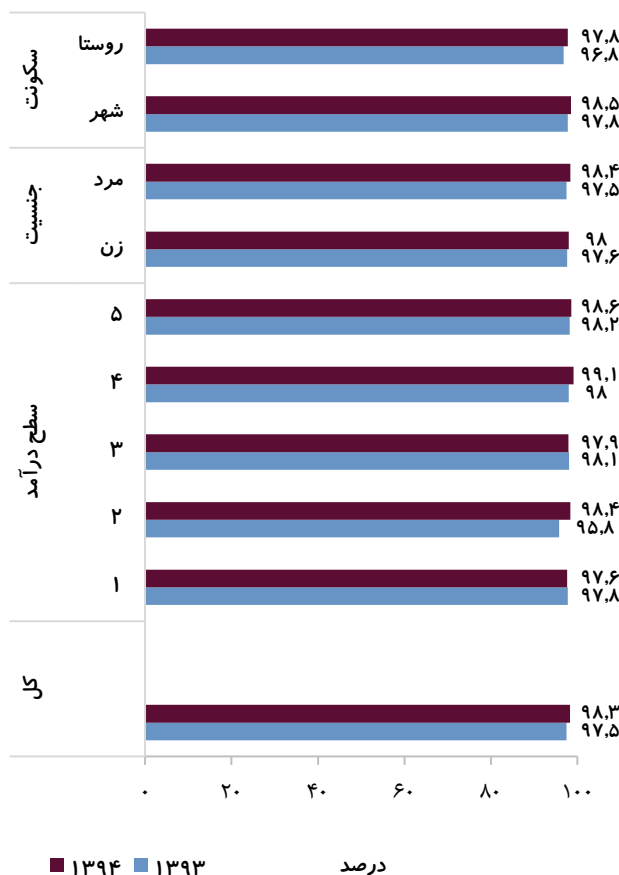


۱-۲. درصد نیازهای سرپایی که مراجعه به مرکز درمانی داشته‌اند،

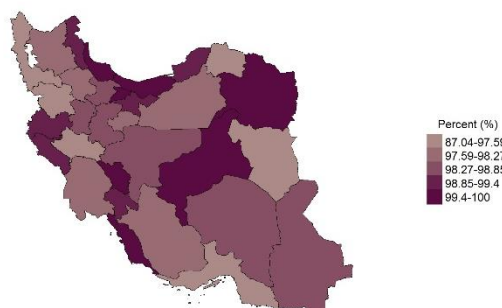
در این شاخص، از کل افرادی که نیاز داشته‌اند، سؤال شده است که آیا برای دریافت نیاز مراجعه کرده‌اند یا خیر. در سال ۱۳۹۳ در حدود ۶۵/۴ درصد افراد و در سال ۱۳۹۴ در حدود ۶۱/۳ درصد افرادی که حداقل یک نیاز سرپایی داشتند، به مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند. برخی از استان‌ها از جمله گیلان، تهران، بوشهر، سمنان و مرکزی، بالاترین مراجعه به مراکز درمانی جهت دریافت نیاز سرپایی داشته‌اند. در مردان درصد مراجعه بالاتر است. غنی‌ترین سطح درآمدی بالاترین مراجعه را در هر دو سال بررسی داشته‌اند. حدود ۳۵ درصد افراد دارای نیاز سرپایی، برای دریافت خدمت مراجعه نکرده‌اند.



۲. درصد افرادی که برای دریافت خدمت سرپایی مراجعه کرده‌اند و این خدمت را دریافت نموده‌اند.



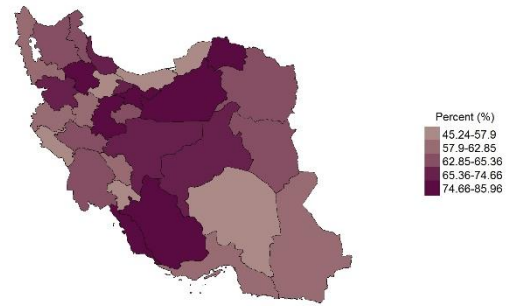
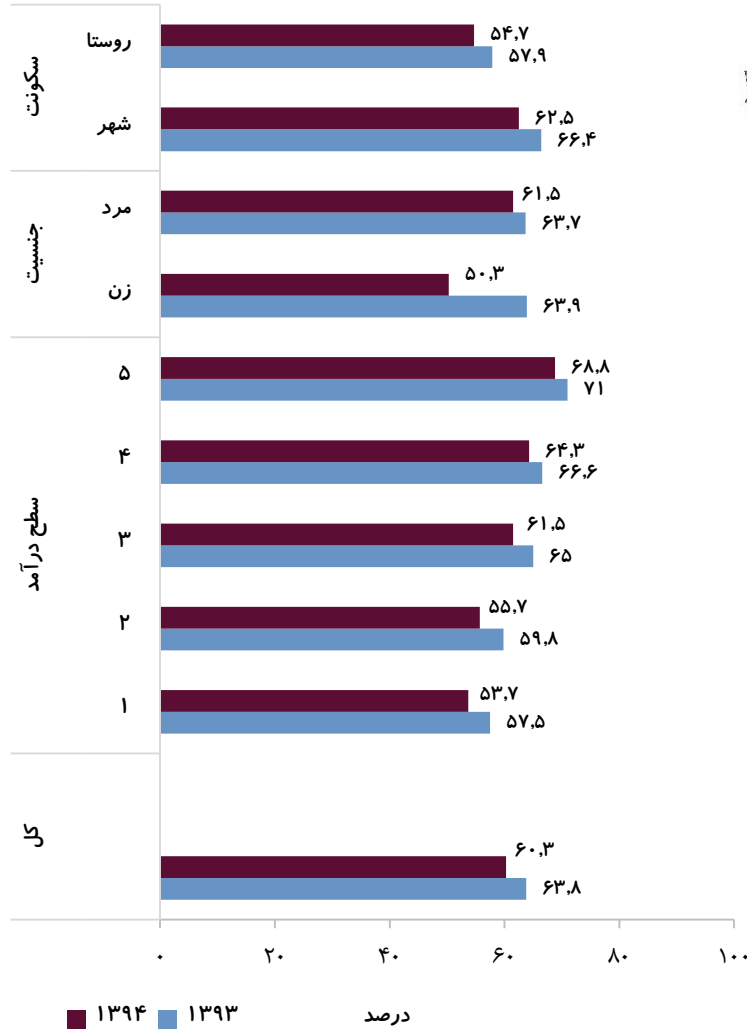
۱-۲ درصد دریافت خدمات سرپایی در افرادی که مراجعه کرده‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۳



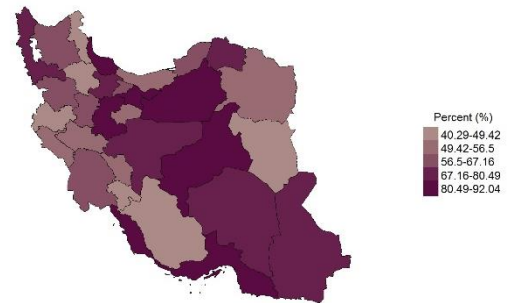
۲-۲ درصد دریافت خدمات سرپایی در افرادی که مراجعه کرده‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۴

در این شاخص از بین افرادی که برای دریافت خدمت سرپایی به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند پرسیده شده است که آیا موفق به دریافت خدمت شده‌اند؟ در هر دو سال مورد بررسی فقط کمتر از ۳ درصد مراجعین نتوانسته‌اند خدمت سرپایی را دریافت کنند. در سال ۱۳۹۳ استان‌های سیستان و بلوچستان، آذربایجان غربی، کرمانشاه، گلستان و اردبیل بالاترین رقم عدم دریافت خدمت را بعد از مراجعه داشته‌اند. در سال ۱۳۹۴، همچنان آذربایجان غربی رقم بالای عدم دریافت خدمت را داشته و بقیه استان‌ها شامل کردستان، خراسان شمالی و جنوبی، هرمزگان و لرستان رقم بالای عدم دریافت خدمت بعد از مراجعه جهت دریافت نیازهای سرپایی را به خود اختصاص داده‌اند. این شاخص در بین سطوح درآمدی تفاوت چندانی ندارد و در شهر و روستا نیز تقریباً مشابه است. بررسی اطلاعات در این شاخص نشان می‌دهد که تقریباً بیش از ۹۷ درصد مراجعین برای دریافت خدمت سرپایی نتوانسته‌اند این خدمت را دریافت کنند.

۳. درصد نیازهای سرپایی که منجر به دریافت خدمت شده است.



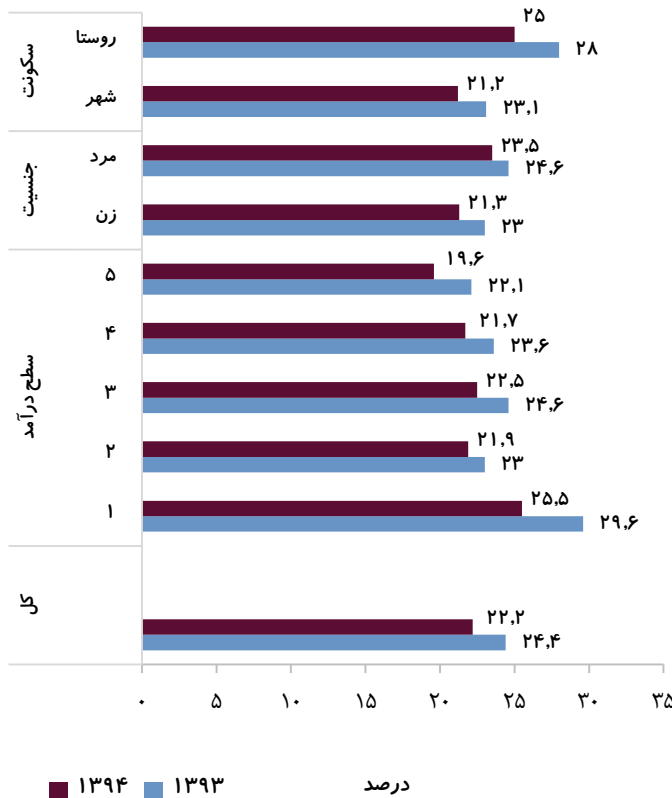
۱-۳. درصد نیازهای سرپایی که منجر به دریافت خدمت شده‌اند، ۱۳۹۳



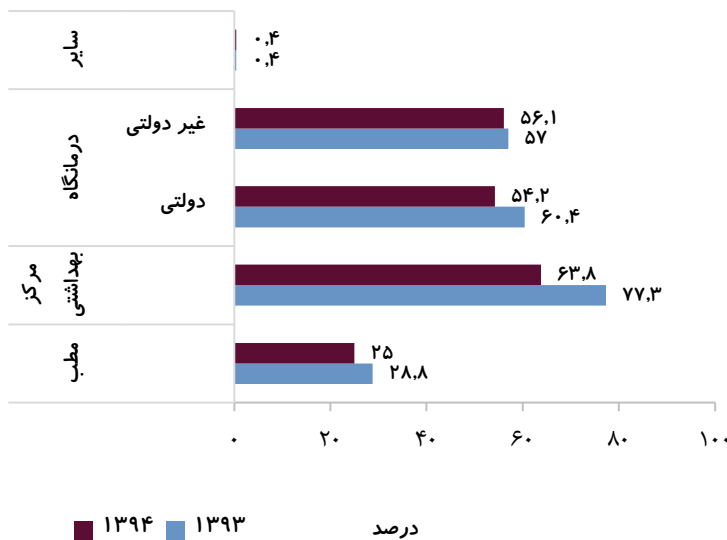
۲-۳. درصد نیازهای سرپایی که منجر به دریافت خدمت شده‌اند، ۱۳۹۴

این شاخص نشانگر این است که از بین نیازهای سرپایی چند درصد منجر به دریافت خدمت شده‌اند (این شاخص افراد را نمی‌شمارد؛ بلکه مبنای آن تعداد نیاز است). در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴، در شش استان تقریباً ۶۰ درصد نیازهای سرپایی خدمت مورد نظر را دریافت نکرده‌اند. استان کهکلوویه و بویراحمد تنها استانی است که ساکنین آن در هر دو سال کمترین دریافت خدمت برای نیازهای سرپایی را داشته‌اند. تفاوت بین غنی‌ترین و فقیرترین قشر، در حدود ۱۲ درصد است.

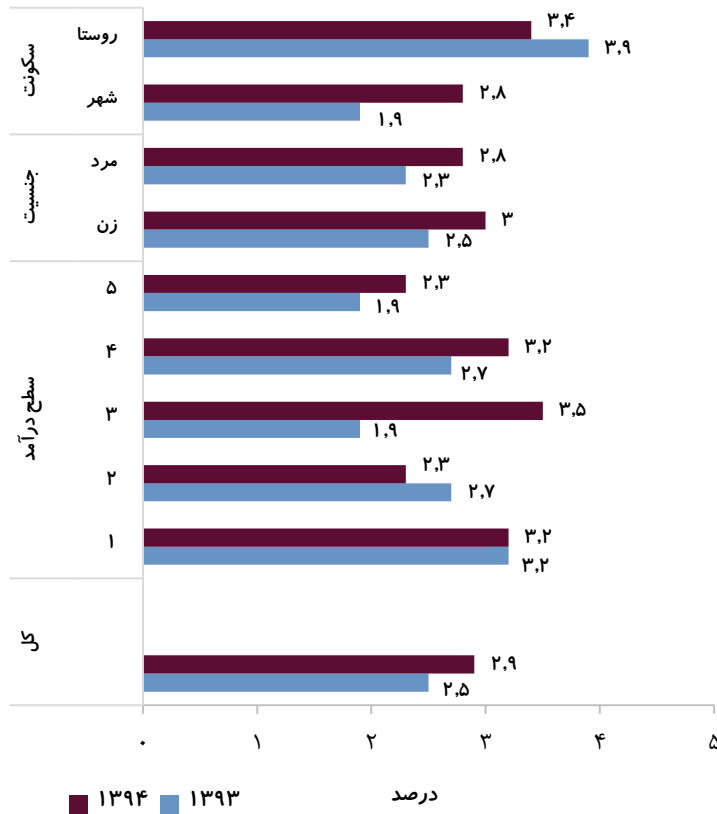
۴. درصد ارائه خدمت توسط پزشک عمومی، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



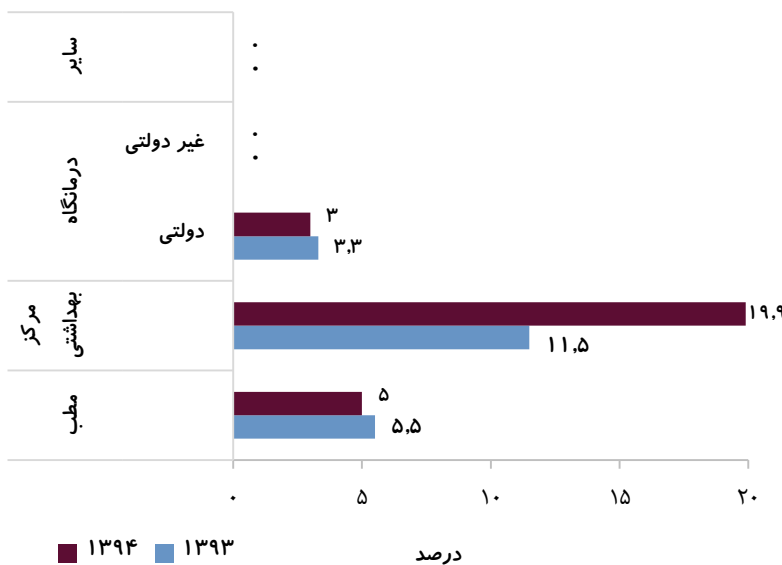
از بین مراجعینی که برای دریافت نیاز سرپایی مراجعه کرده و خدمت مربوط را دریافت نموده‌اند (در حدود ۹۷ درصد و بیشتر)، بررسی شده است که ارائه‌کنندگان این خدمات چند درصد از مراجعین را ویزیت کرده‌اند. تقریباً ۲۳ درصد مراجعین، خدمت سرپایی را از پزشک عمومی گرفته‌اند و مراکز بهداشتی بیشترین رقم ارائه خدمات پزشک عمومی را برای این مراجعین دارا هستند. در بین روستائیان (نسبت به ساکنین شهرها) و در بین فقیرترین قشر (نسبت به غنی‌ترین قشر) دریافت خدمت از پزشک عمومی بیشتر است.



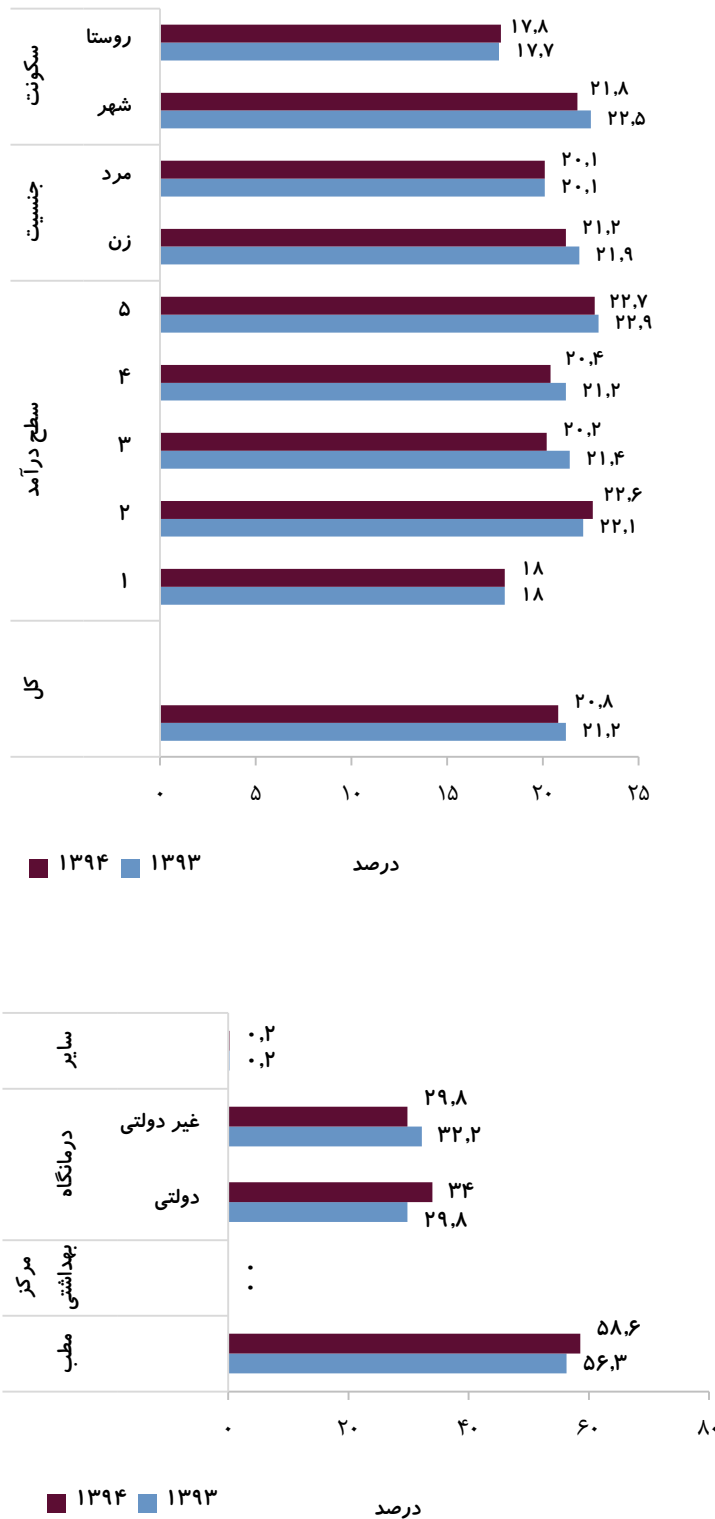
۵. درصد ارائه خدمت توسط پزشک خانواده، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



از بین مراجعینی که برای دریافت نیاز سرپایی مراجعه کرده و خدمت مربوط را دریافت نموده‌اند (حدود ۹۷ درصد و بیشتر)، بررسی شده است که ارائه‌کنندگان این خدمات چند درصد از مراجعین را ویزیت کرده‌اند. کمتر از ۳ درصد دریافت‌کنندگان خدمات سرپایی، خدمت را از پزشک خانواده گرفته‌اند. در روستاها این رقم بالاتر از ساکنین شهرهاست و در پنجک غنی پایین‌تر از فقیرترین قشر بوده و همچنین بیشترین مراکزی که این خدمت را ارائه کرده‌اند، مراکز بهداشتی هستند.

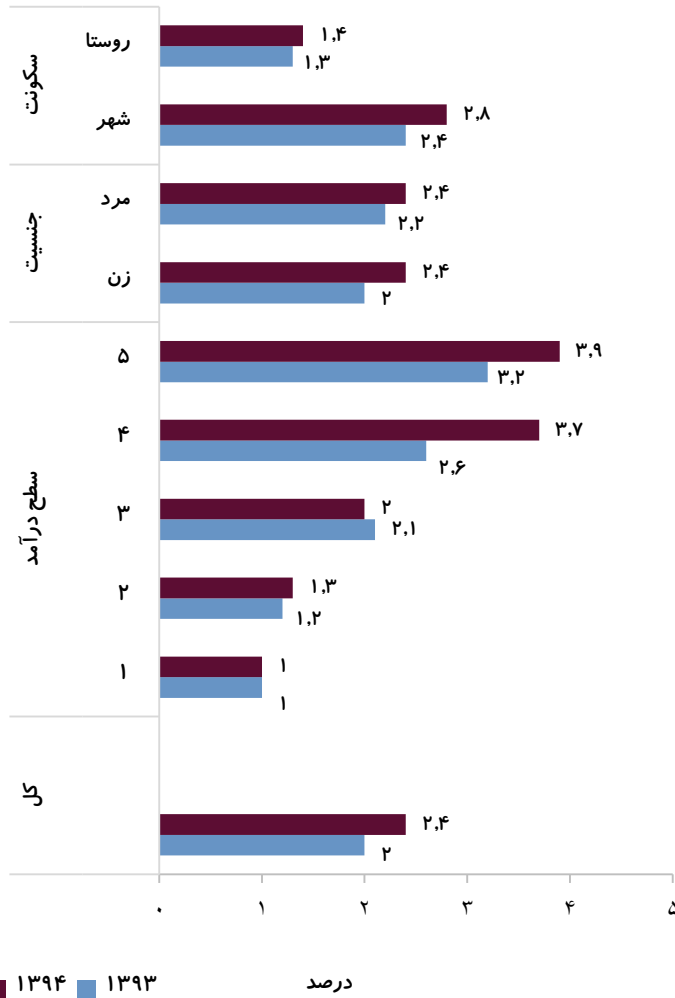


۶. درصد ارائه خدمت توسط پزشک متخصص، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



رقم دریافت خدمت سرپایی از پزشکان متخصص در مقایسه با کل خدمات، تقریباً ۲۱ درصد است. این رقم در ساکنین روستاها کمتر از شهرهاست و در فقیرترین قشر درآمدی کمتر از سایر اقشار است. مراجعه برای متخصصین با سطح درآمدی و محل سکونت مرتبط است. بالاترین درصد ارائه خدمات تخصصی در مطبها صورت گرفته است. درمانگاههای خصوصی و دولتی در ارائه خدمات تخصصی تقریباً درصد مشابهی دارند. این شاخص نشان می‌دهد که برای رفع نیازهای سرپایی (تخصصی)، ترجیح با مطب است.

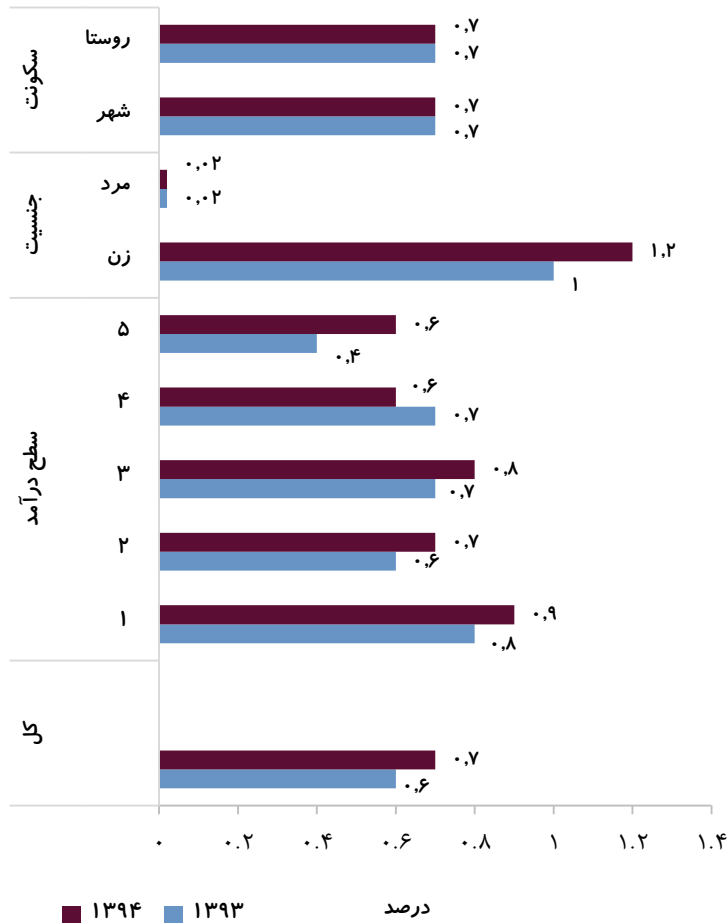
۷. درصد ارائه خدمت توسط دندانپزشک، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



در حدود ۲ درصد کل مراجعین خدمات سرپایی، به دندانپزشکان مراجعه کرده‌اند. غنی‌ترین قشر رقم بالاتری از فقیرترین قشر را به خود اختصاص می‌دهد. درصد خدمات دریافت‌شده در روستاها پایین است. بیشترین درصد دریافت خدمات دندانپزشکی، در مطب و درمانگاه‌های غیردولتی و سپس مراکز بهداشتی است. انتخاب مراکز بهداشتی برای دریافت خدمات دندانپزشکی می‌تواند جنبه مثبت این شاخص را نشان دهد و با توجه به این که کمترین درصد را پایین‌ترین قشر درآمدی دارد، ارائه خدمات مناسب‌تر در این مراکز می‌تواند بازنگری شود.



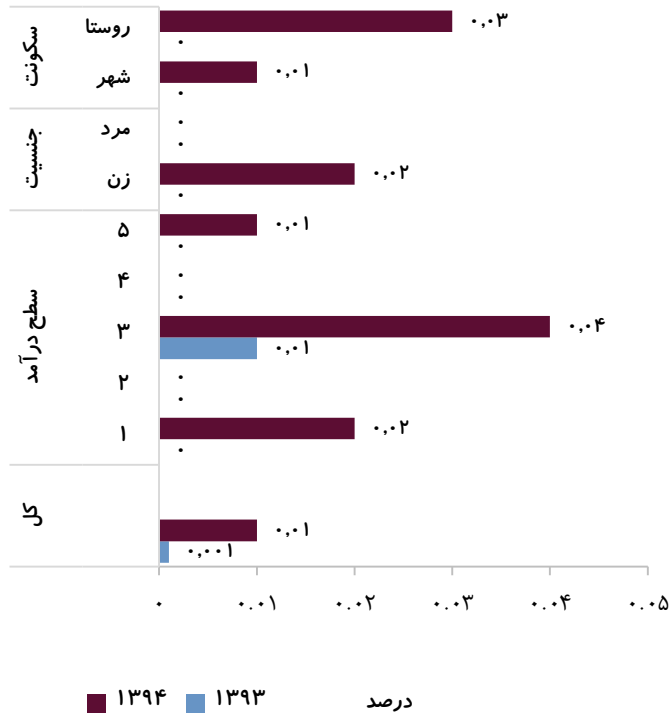
۸. درصد ارائه خدمت توسط ماما، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



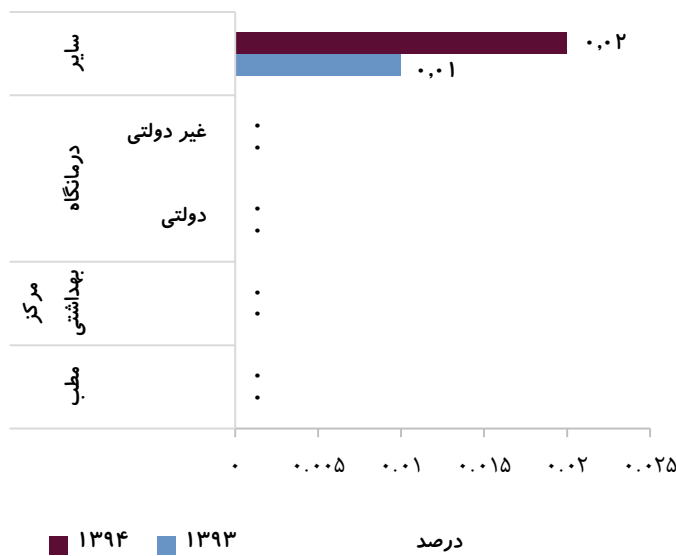
در شهر و روستا درصد دریافت خدمت از ماما یکسان است. درصد کل دریافت خدمت از ماماها تقریباً ۰/۷ مراجعین دریافت کنندگان خدمات را شامل می شود. فقیرترین قشر رقم بالاتری را در بین سطوح درآمدی دارند. بیشترین محل دریافت خدمت، مراکز بهداشتی است.



۹. درصد ارائه خدمت توسط ارائه‌کنندگان طب جایگزین، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی

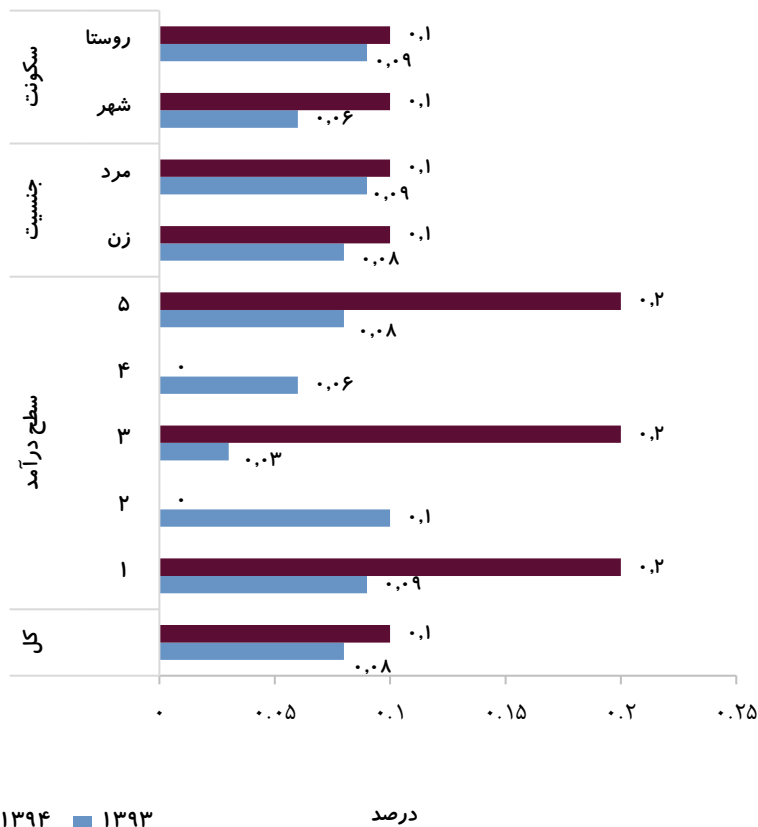


در سال ۱۳۹۴، نسبت به سال ۱۳۹۳، درصد دریافت خدمت از ارائه‌کنندگان طب جایگزین ۱۰ درصد افزایش داشته است. آنچه که در این شاخص اهمیت دارد این است که محل ارائه این خدمات، مراکز دولتی و خصوصی نیست و طب جایگزین از مراکز دیگری مانند درمان‌کنندگان محلی دریافت می‌شود.

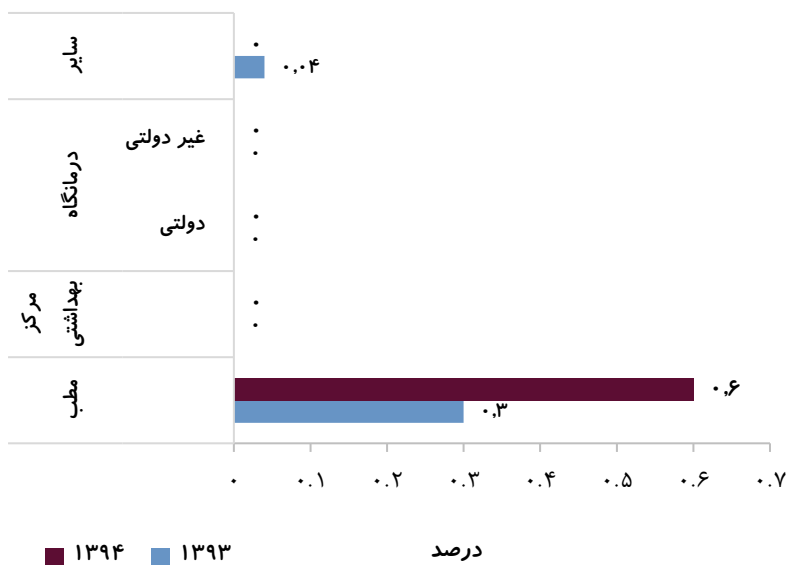




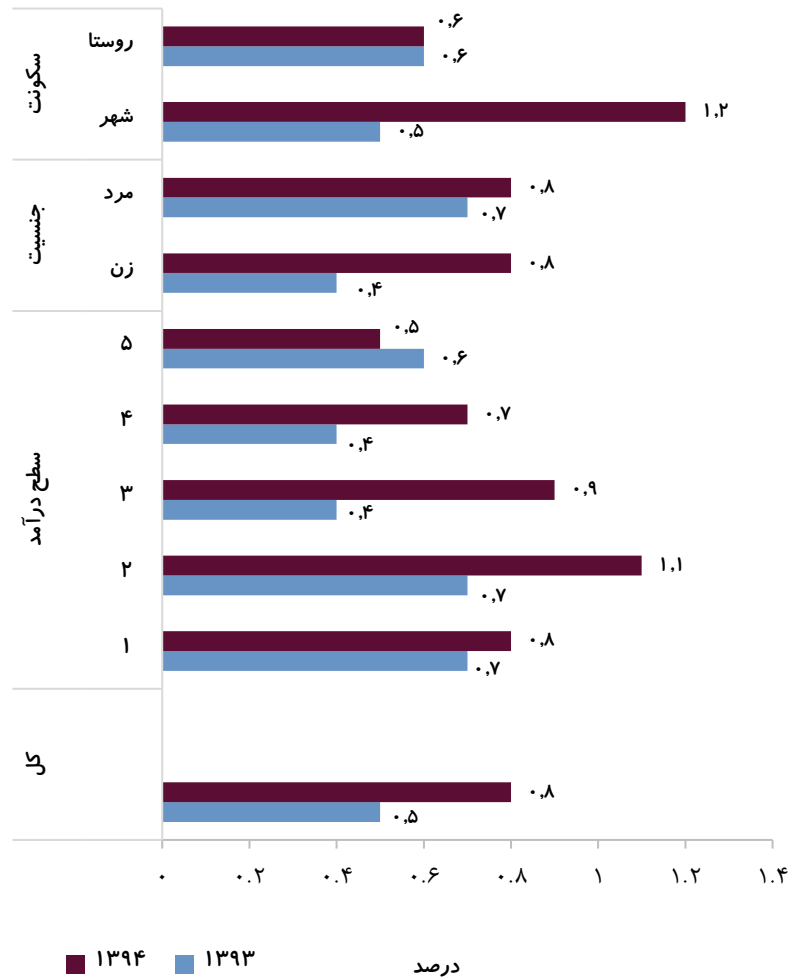
۱۰. درصد ارائه خدمت توسط ارائه‌کنندگان طب سنتی، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



دریافت خدمت از ارائه‌کنندگان طب سنتی در سال ۱۳۹۴، نسبت به سال ۱۳۹۳ تقریباً دو برابر شده است. تنها محل دریافت این خدمات، مطب‌های خصوصی ذکر شده است. تقریباً تفاوتی بین غنی‌ترین و فقیرترین قشر درآمدی در این شاخص مشاهده نمی‌شود.

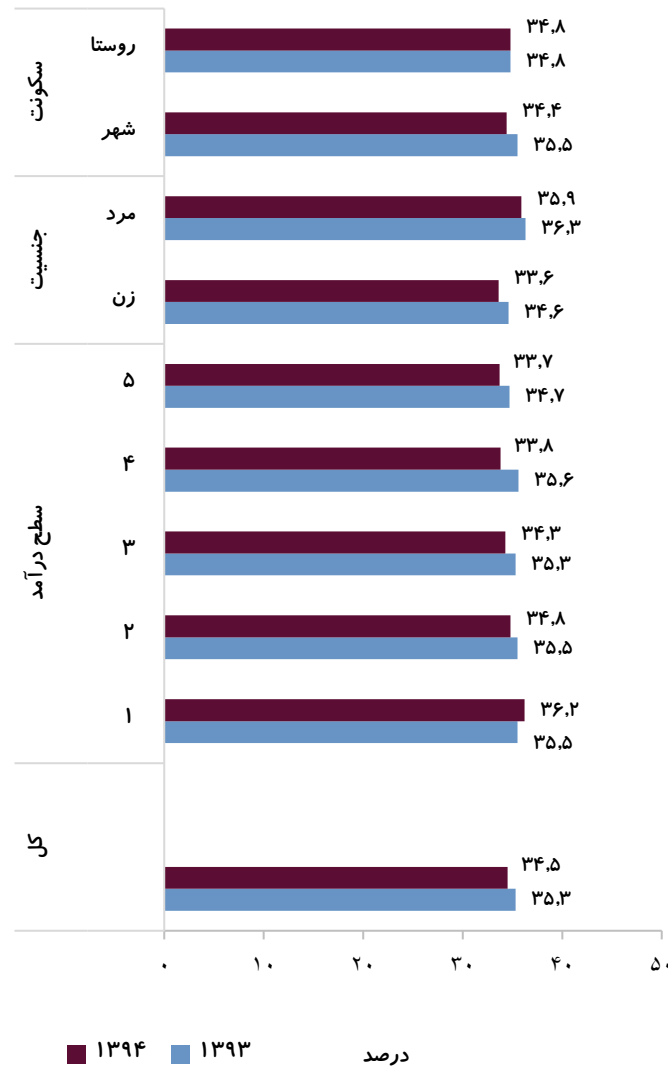


۱۱. درصد ارائه خدمت توسط داروخانه، در بین بیمارانی که مستقیم و بدون نسخه به داروخانه مراجعه کرده‌اند.



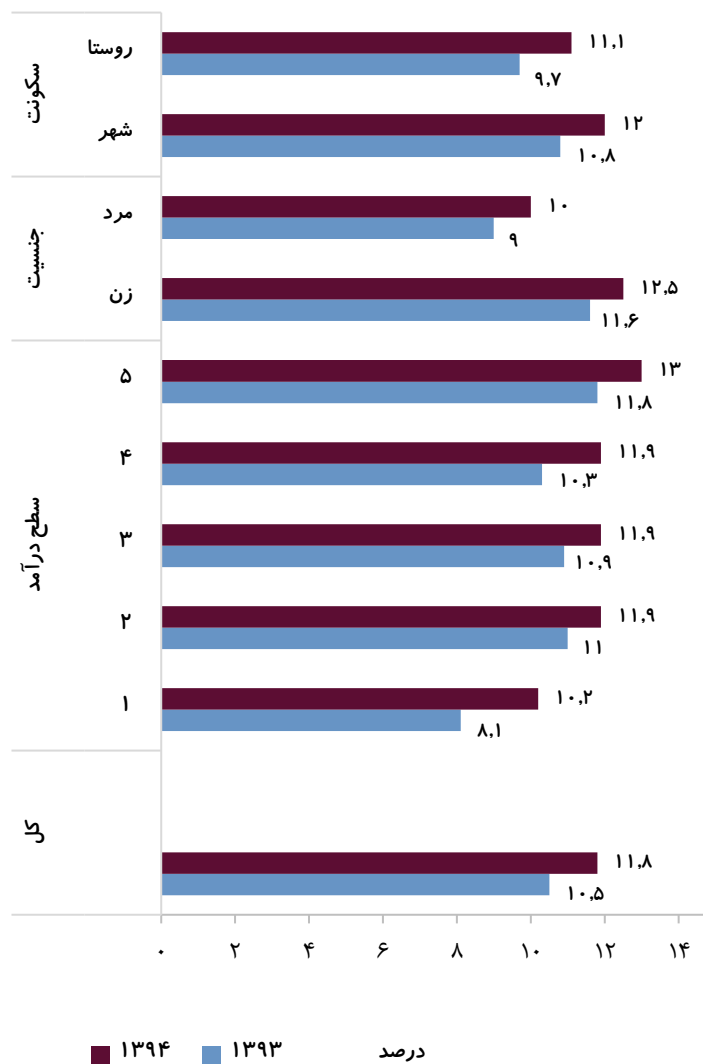
شاخص مراجعه مستقیم به داروخانه بدون نسخه نشان می‌دهد که چند درصد از دریافت‌کنندگان خدمات سرپایی ترجیح می‌دهند بدون مراجعه به سایر ارائه‌کنندگان خدمات از جمله پزشکان، خود به داروخانه مراجعه نمایند. بدیهی است اغلب داروهای دریافت شده، مواردی است که نیاز به نسخه پزشک ندارد و لذا این شاخص می‌تواند مقدار مصرف داروهای بدون نسخه را هم نشان دهد. درصد این شاخص در بین غنی‌ترین قشر پایین است.

۱۲. درصد مراجعات به داروخانه‌ها (برای دریافت نسخه) بعد از دریافت خدمت سرپایی از سایر درمان‌کننده‌ها.



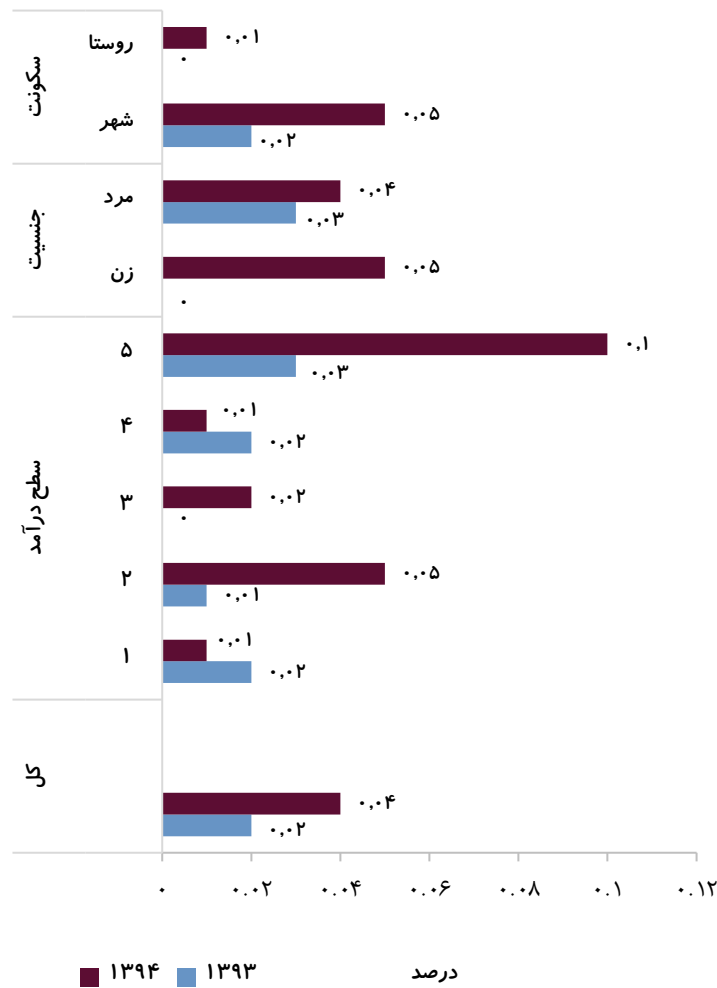
این شاخص می‌تواند بیانگر این باشد که چند درصد از مراجعات سرپایی به دریافت دارو منجر شده است. به طور متوسط ۳۵ درصد مراجعین سرپایی، برای دریافت نسخه‌های سرپایی به داروخانه مراجعه کرده‌اند. درصد مراجعات تقریباً در تمام موارد مشابه است؛ اما با اندکی اختلاف، در فقیرترین قشر درآمدی بیشتر است.

۱۳. درصد مراجعات به آزمایشگاه‌ها بعد از دریافت خدمت سرپایی از سایر درمان‌کننده‌ها.



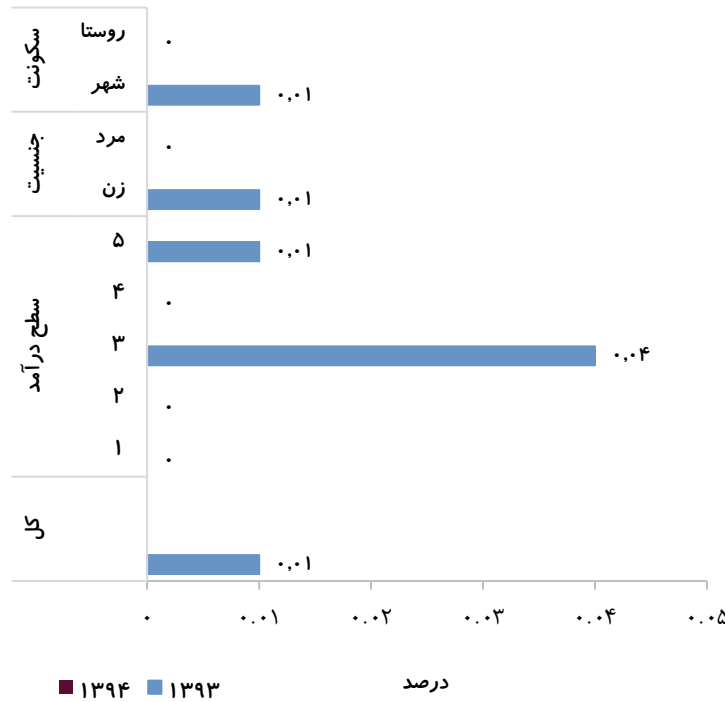
این شاخص نشان می‌دهد چند درصد از مراجعین سرپایی در نسخ خود، برای تشخیص به آزمایشگاه ارجاع شده‌اند. این رقم ۱۱ درصد از مراجعین سرپایی را شامل می‌شود. این شاخص در غنی‌ترین قشر نسبت به فقیرترین قشر، بالاتر است.

۱۴. درصد ارائه خدمت توسط روانشناس بالینی، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



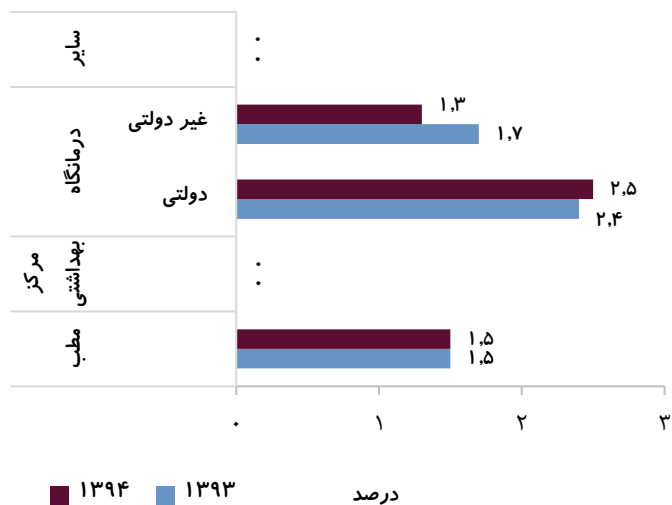
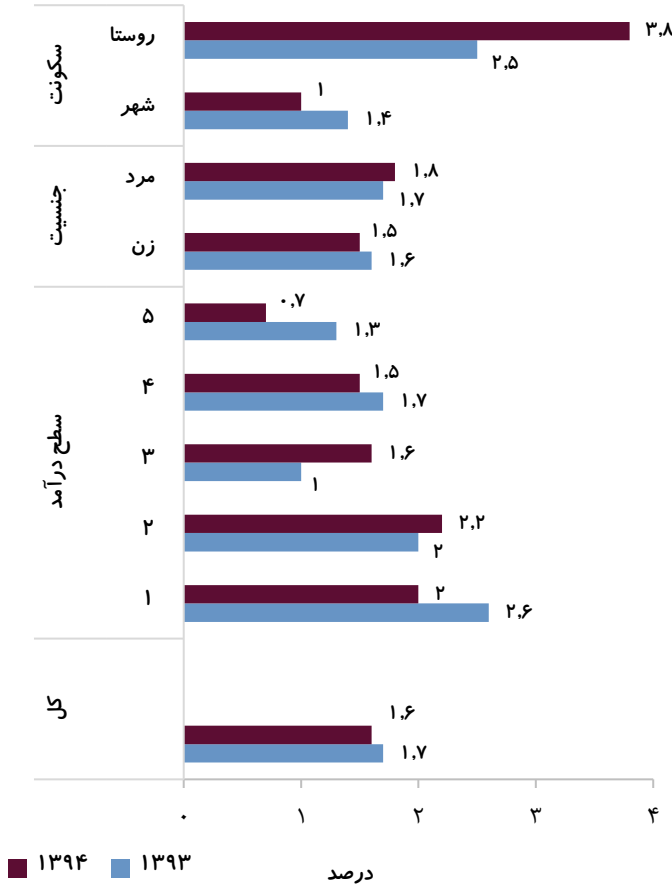
درصد دریافت خدمات مشاوره از روانشناس بالینی در بین مراجعین، در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ دو برابر شده است و این درصد در روستاها قیل از استقرار مشاوران روانشناس بالینی (۱۳۹۳)، تقریباً صفر است. بالاترین رقم مراجعه مربوط به غنی‌ترین قشر درآمدی است.

۱۵. درصد ارائه خدمت توسط کارشناس تغذیه، در بین موارد نیاز به دریافت خدمت سرپایی



دریافت خدمت سرپایی از کارشناس تغذیه، در بین سایر ارائه‌کنندگان خدمات پایین‌ترین رقم را داراست. علیرغم استقرار کارشناسان تغذیه در مراکز بهداشتی، این رقم همچنان در سال ۱۳۹۴، صفر گزارش شده است. اطلاع‌رسانی ارائه این خدمات در مراکز بهداشتی می‌تواند درصد این مراجعات را افزایش دهد. در ایران این نوع خدمات به طور معمول از پزشکان نیز دریافت می‌شود که توجه به جابه‌جایی مراجعین سرپایی به این کارشناسان می‌تواند مناسب باشد.

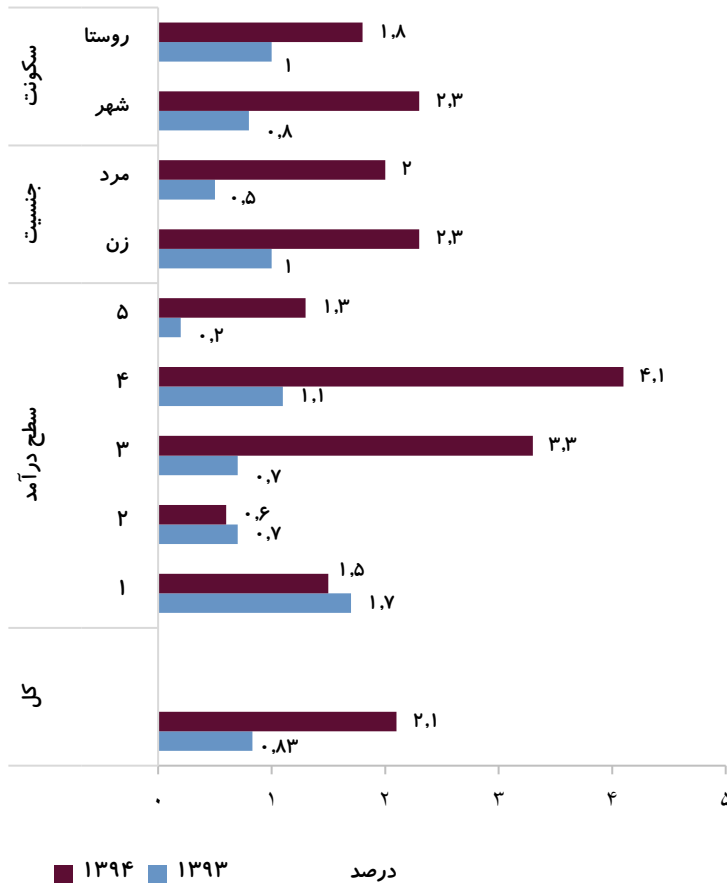
۱۶. درصد ارجاع مستقیم از پزشک عمومی به پزشک متخصص



در این نمودار درصد ارجاع از سطح اول دریافت خدمات برای دریافت خدمات تخصصی و برقراری زنجیره ارجاع با این شاخص نشان داده می‌شود. فقط ۱/۷ درصد از مراجعین در زنجیره ارجاع خدمات، ارجاع شده‌اند و سطح‌بندی خدمات برایشان اجرا شده است. فقیرترین قشر درآمدی و روستاییان، بالاترین درصد را شامل می‌شوند. در بین مراکز ارائه خدمات، این موضوع در سال ۱۳۹۴ و در مراکز دولتی اتفاق افتاده است. این شاخص نشان می‌دهد تا زمانی که زنجیره ارجاع و سطح‌بندی خدمات به طور منظم در سطح کشور اجرا نشود، نمی‌توان انتظار داشت پزشکان خود زنجیره ارجاع را رعایت کنند.

همان‌طور که از نمودار مشهود است، ۲/۵ درصد از مراجعین درمانگاه‌های دولتی که به پزشک عمومی مراجعه کرده‌اند، به پزشک متخصص ارجاع شده‌اند.

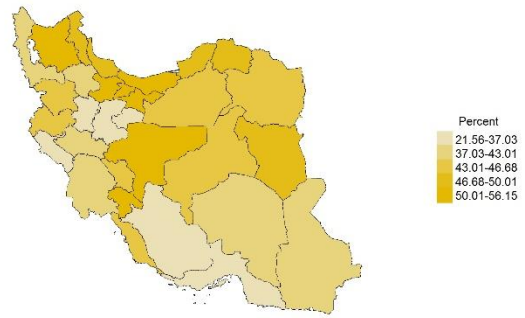
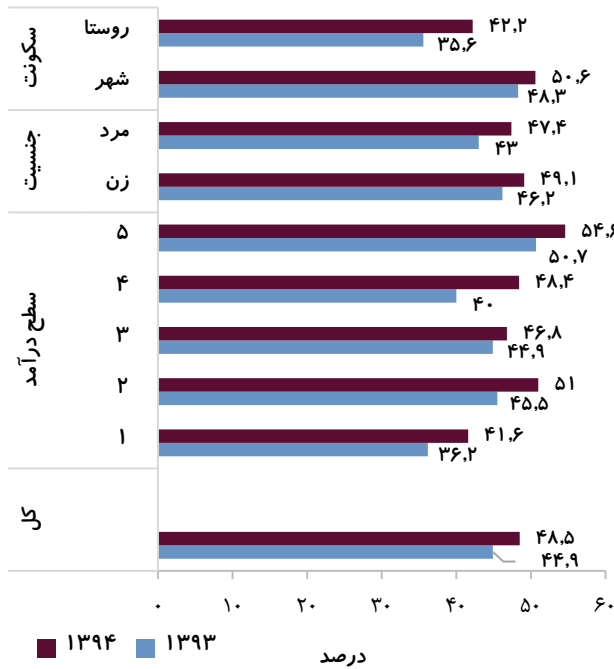
۱۷. درصد ارجاع مستقیم از پزشک خانواده به پزشک متخصص



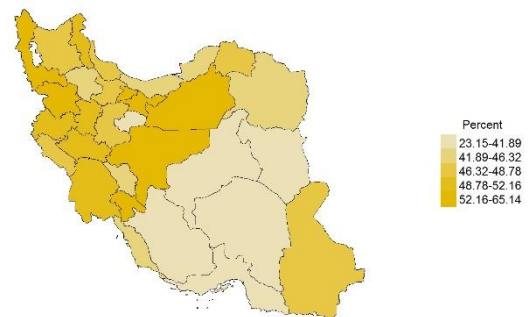
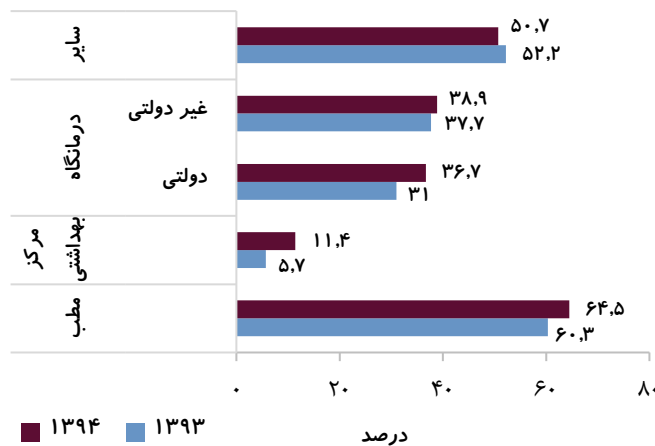
این شاخص نشانگر درصد ارجاع مناسب از سطح اول دریافت خدمات برای دریافت خدمات تخصصی و برقراری زنجیره ارجاع است. در شاخص قبلی ارجاع از پزشک عمومی به متخصص و در این شاخص ارجاع از پزشک خانواده به پزشک متخصص بررسی شده است. در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ این رقم ۴۰ درصد افزایش داشته است. بالاترین درصد ارجاع در درمانگاه‌های دولتی صورت گرفته است.



۱۸. درصد خدمات سرپایی که برای دریافت آنها همان بار اول به پزشک متخصص مراجعه شده است.



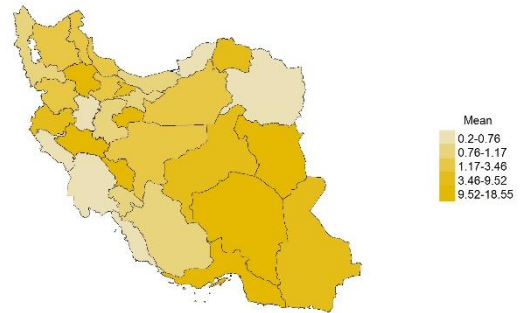
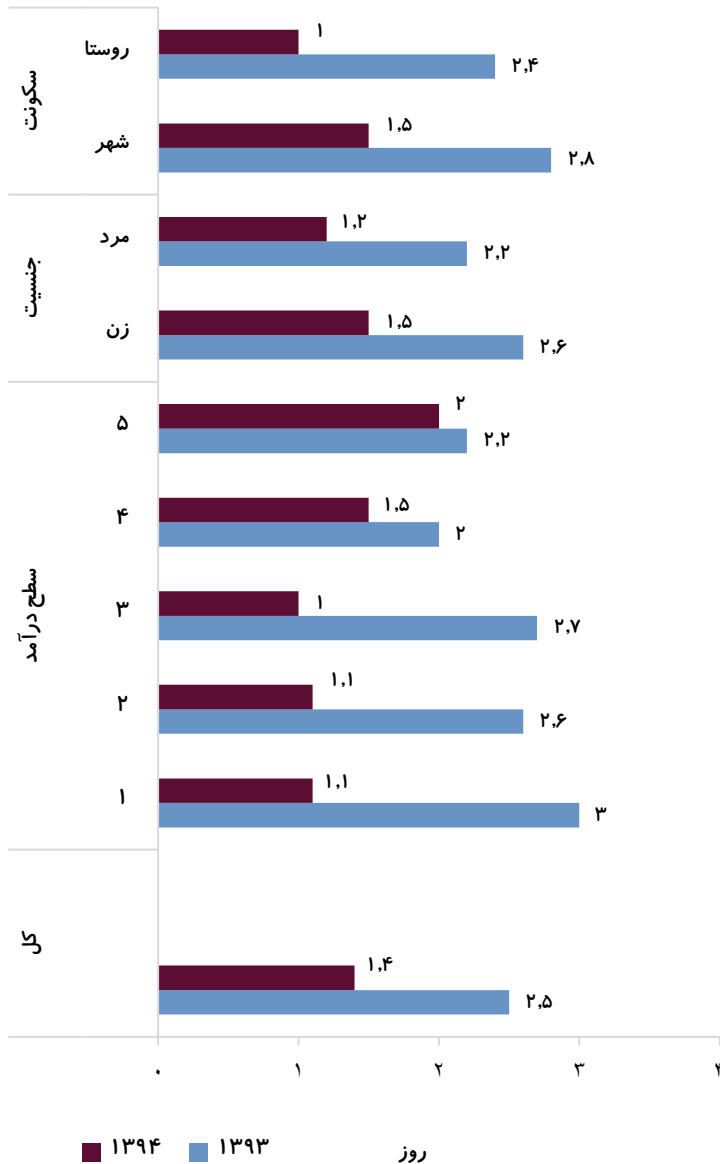
۱-۱۸. درصد خدمات سرپایی که برای دریافت آنها همان بار اول به پزشک متخصص مراجعه شده است، ۱۳۹۳



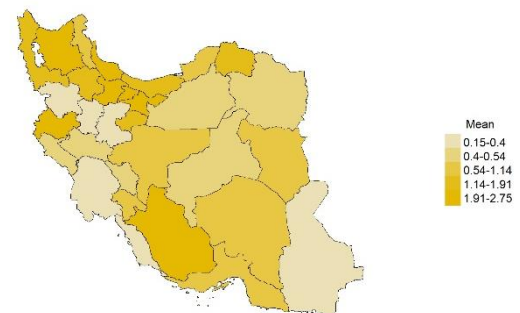
۲-۱۸. درصد خدمات سرپایی که برای دریافت آنها همان بار اول به پزشک متخصص مراجعه شده است، ۱۳۹۴

این شاخص بیانگر این موضوع است که چه درصدی از مراجعین برای دریافت خدمات سرپایی، ترجیح می‌دهند این خدمت را به طور مستقیم از پزشک متخصص دریافت کنند. ممکن است نیاز سرپایی در این مراجعات تخصصی نباشد. تقریباً ۴۵ درصد مراجعین سرپایی به پزشکان متخصص، اولین مراجعه‌شان به پزشک متخصص بوده است و بیشترین محل مراجعه، مطب‌های خصوصی است. در ساکنین شهرها و در بین غنی‌ترین قشر، این مراجعات بالاترین درصدها را دارد.

۱۹. متوسط زمان صرف شده برای دریافت نوبت جهت ویزیت سرپایی، طبق اظهار گیرندگان خدمت



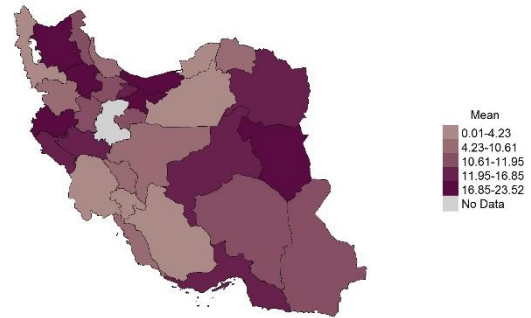
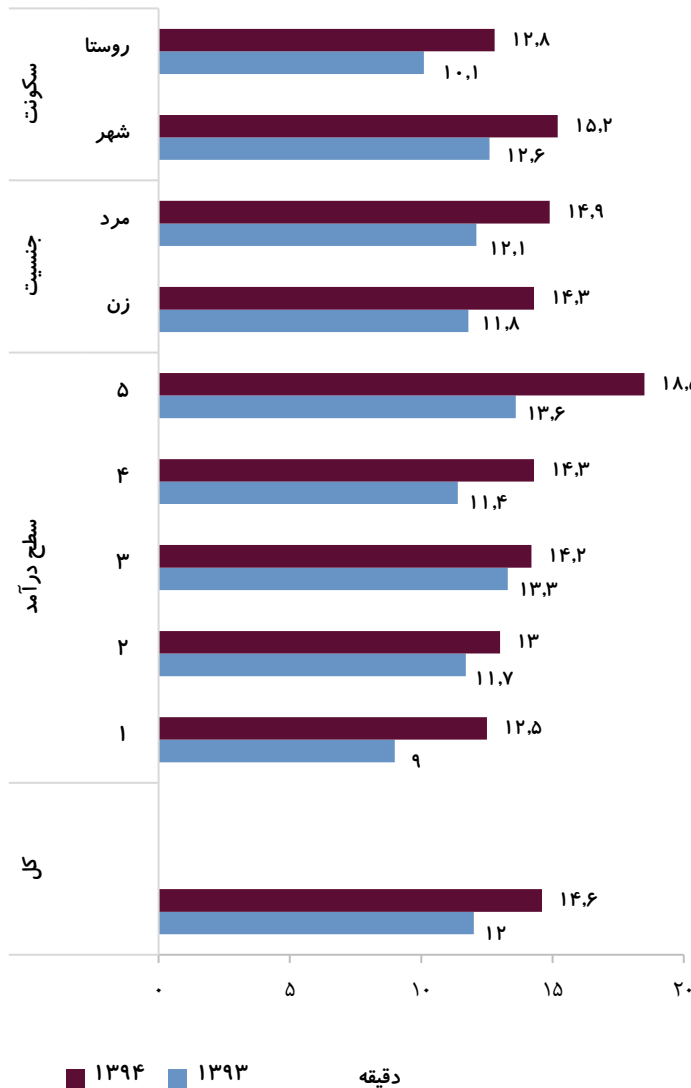
۱-۱۹. مدت زمان صرف شده (به روز) برای دریافت نوبت خدمت سرپایی، ۱۳۹۳



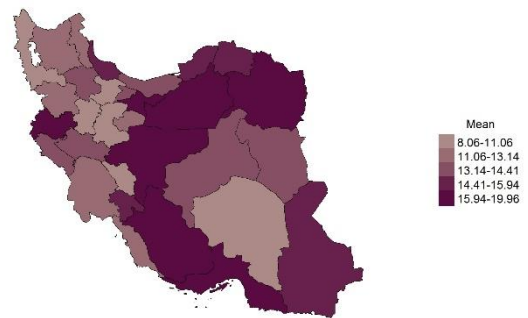
۲-۱۹. مدت زمان صرف شده (به روز) برای دریافت نوبت خدمت سرپایی، ۱۳۹۴

تعداد روزهایی که فرد زمان صرف می کند تا بتواند برای دریافت خدمت سرپایی نوبت مراجعه داشته باشد، با این شاخص ارائه می شود. در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳، تقریباً نصف شده است. در اقصای پایین درآمدی این زمان زیاد است. در استان سیستان و بلوچستان در سال دوم طرح تحول سلامت، به طور بارزی کاهش زمان انتظار مشاهده می شود. کمترین زمان انتظار در بین استان های لرستان، بوشهر و خوزستان مشاهده می شود.

۲۰. متوسط زمانی (بر اساس دقیقه) که پزشک برای ارائه خدمت سرپایی به مراجعین صرف کرده است.



۱-۲۰. مدت زمانی که پزشک برای ویزیت مراجعین صرف کرده است (به دقیقه)، ۱۳۹۳

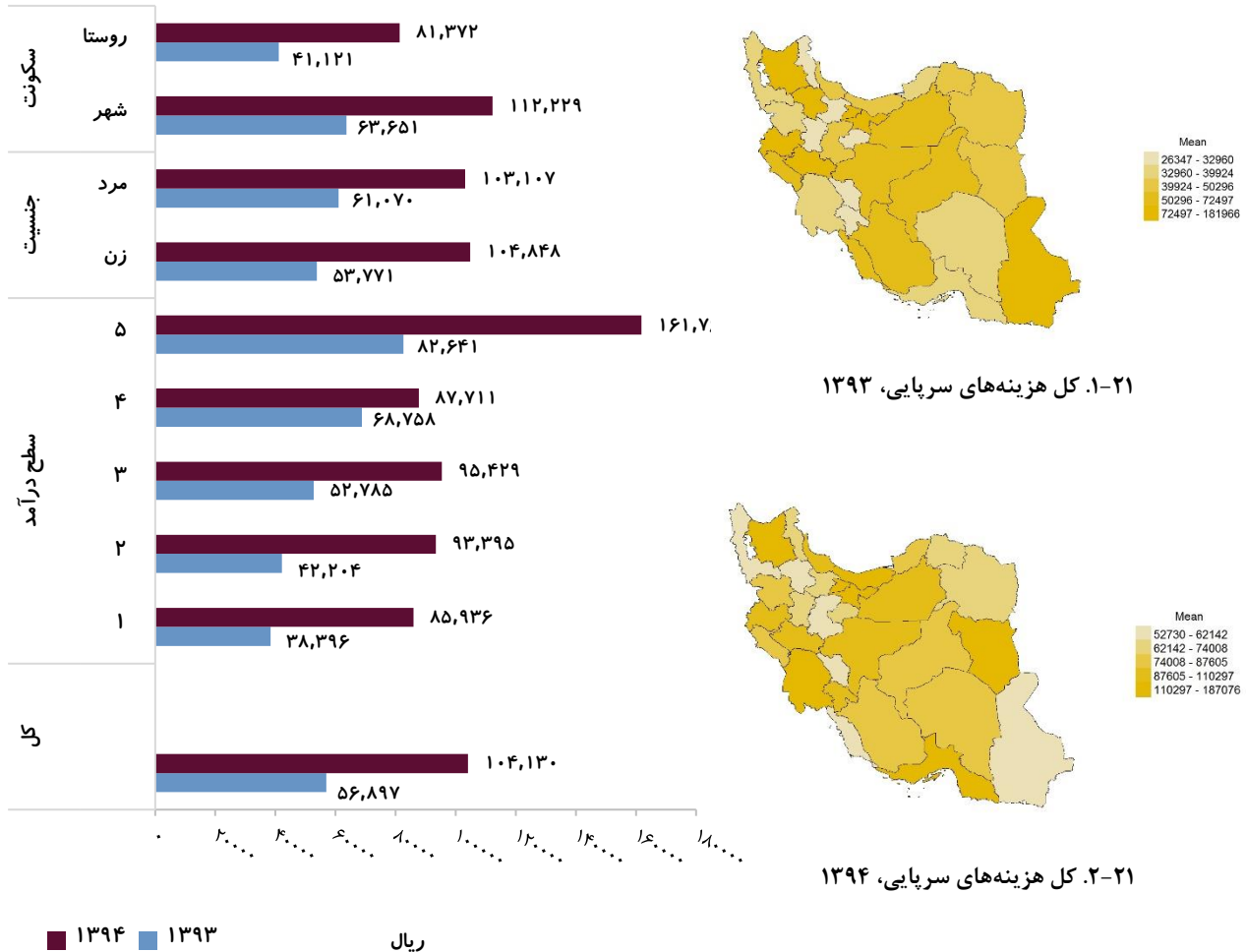


۲۰-۲۰. مدت زمانی که پزشک برای ویزیت مراجعین صرف کرده است (به دقیقه)، ۱۳۹۴

زمان ویزیت در طرح تحول سلامت استاندارد شده است. در سال ۱۳۹۴، میانگین ویزیت هر فرد برای دریافت خدمت سرپایی توسط پزشک ۱۴/۶ دقیقه بوده است. متوسط زمانی ویزیت در غنی‌ترین قشر بالاتر است.



۲۱. متوسط هزینه صرف شده (براساس ریال) برای دریافت خدمت سرپایی^۱

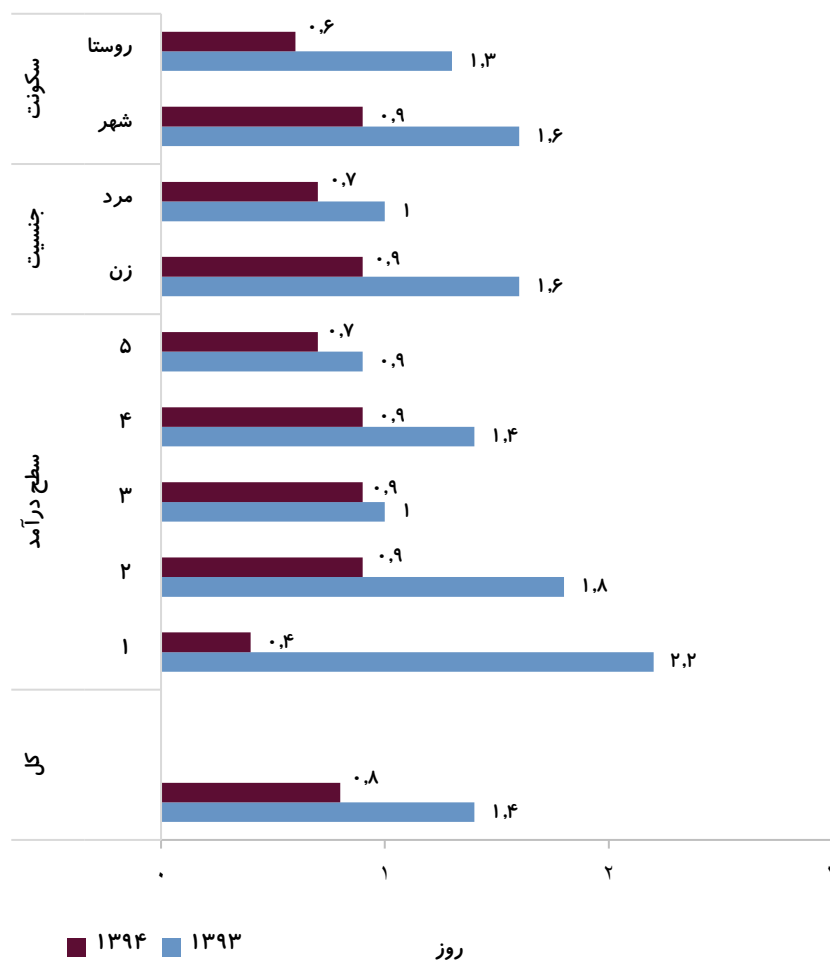


کل هزینه‌هایی که مراجعین برای دریافت خدمات سرپایی پرداخت کرده‌اند، در سال ۱۳۹۴، به مبلغ ۱۰۴،۱۳۰ ریال و در سال ۱۳۹۳، به مبلغ ۵۶،۸۹۷ ریال بوده است. این ارقام در غنی‌ترین قشر درآمدی، بالاترین مقدار را در هر دو سال دارد. استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۹۳ از جمله استان‌های بود که در آن هزینه زیادی برای خدمات سرپایی پرداخت می‌شد که در سال ۱۳۹۴ این رقم به پایین‌ترین مقدار پرداختی در بین استان‌ها رسیده است. علیرغم میانگین بالای پرداخت برای هزینه‌های سرپایی در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳، در بررسی استانی مشخص شد تعداد استان‌هایی که پرداخت آن‌ها رقم بالایی را نشان می‌داد، کمتر شده است.

۱. به قیمت جاری حساب شده است.

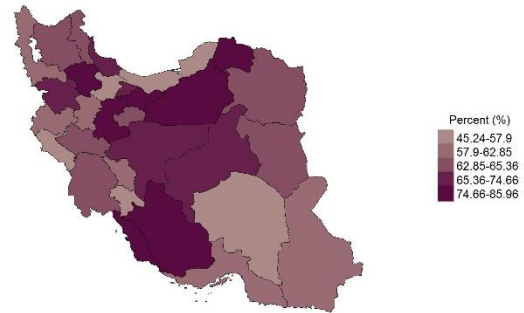
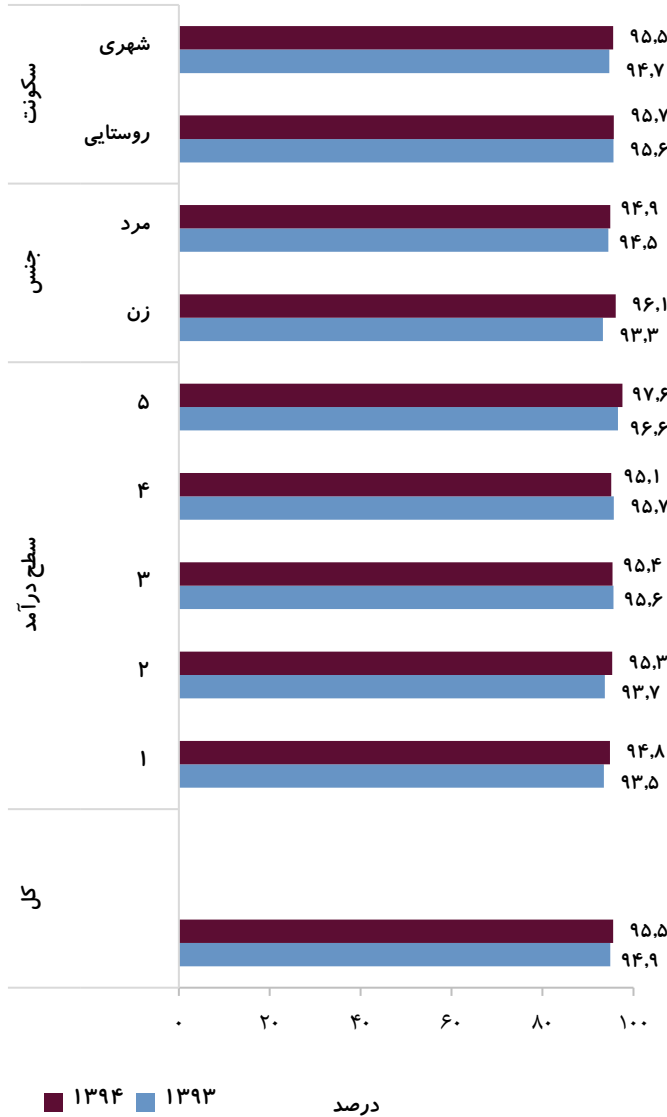


۲۲. متوسط زمان انتظار (براساس روز) برای دریافت جواب آزمایش

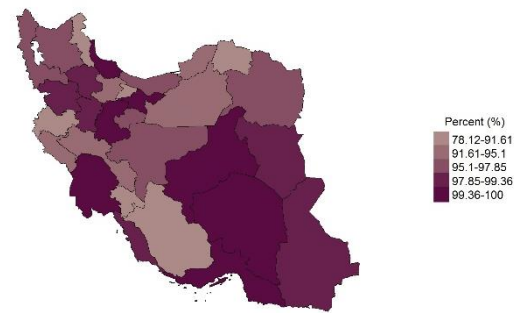


میانگین زمان انتظار برای دریافت پاسخ آزمایش در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ تقریباً نصف شده است و از سویی، این شاخص حداکثر دو روز می باشد. به نظر می رسد رقم این شاخص در کشور مطلوب است.

۲۳. درصد افرادی که نیاز به خدمت بستری داشته‌اند و مراجعه کرده‌اند.



۱-۲۳ درصد نیازهای بستری بیمارانی که برای دریافت خدمت مراجعه کرده‌اند، ۱۳۹۳

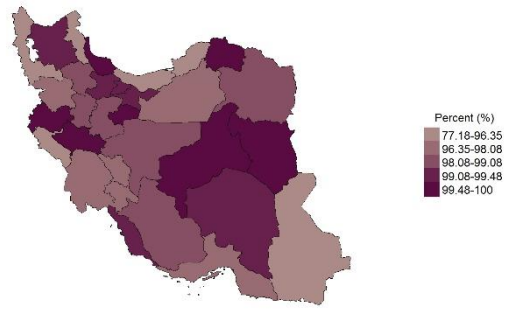
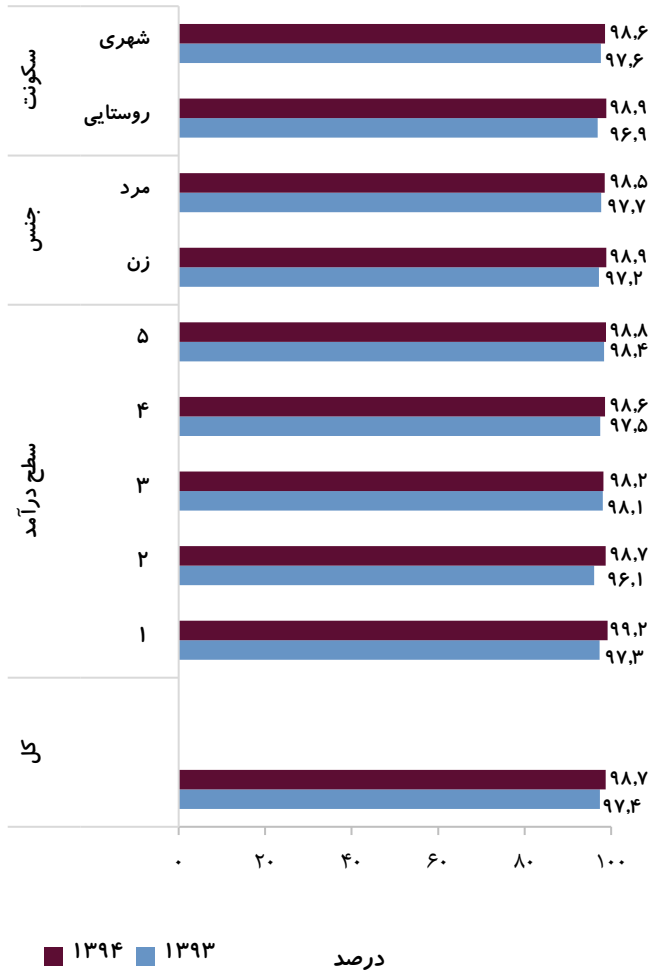


۲-۲۳ درصد نیازهای بستری بیمارانی که برای دریافت خدمت مراجعه کرده‌اند، ۱۳۹۴

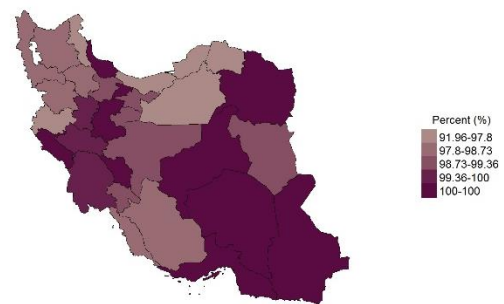
درصد افرادی که نیاز بستری داشته‌اند و برای دریافت آن مراجعه کرده‌اند، در حدود ۹۵ درصد است. بالاترین درصد مراجعه، در بین غنی‌ترین قشر درآمدی می‌باشد. در استان‌های تهران، گیلان و مرکزی، بالاترین درصد مراجعه برای نیازهای بستری در هر دو سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ اتفاق افتاده است. کم‌ترین درصد مراجعه برای دریافت خدمات بستری، در هر دو سال مورد بررسی، استان کهکلوپه و بویر احمد است.



۲۴. درصد افرادی که برای دریافت خدمت بستری مراجعه کرده‌اند و این خدمت را دریافت نموده‌اند



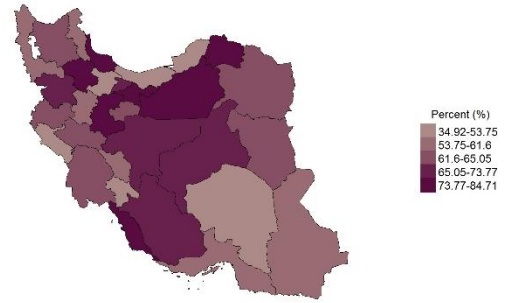
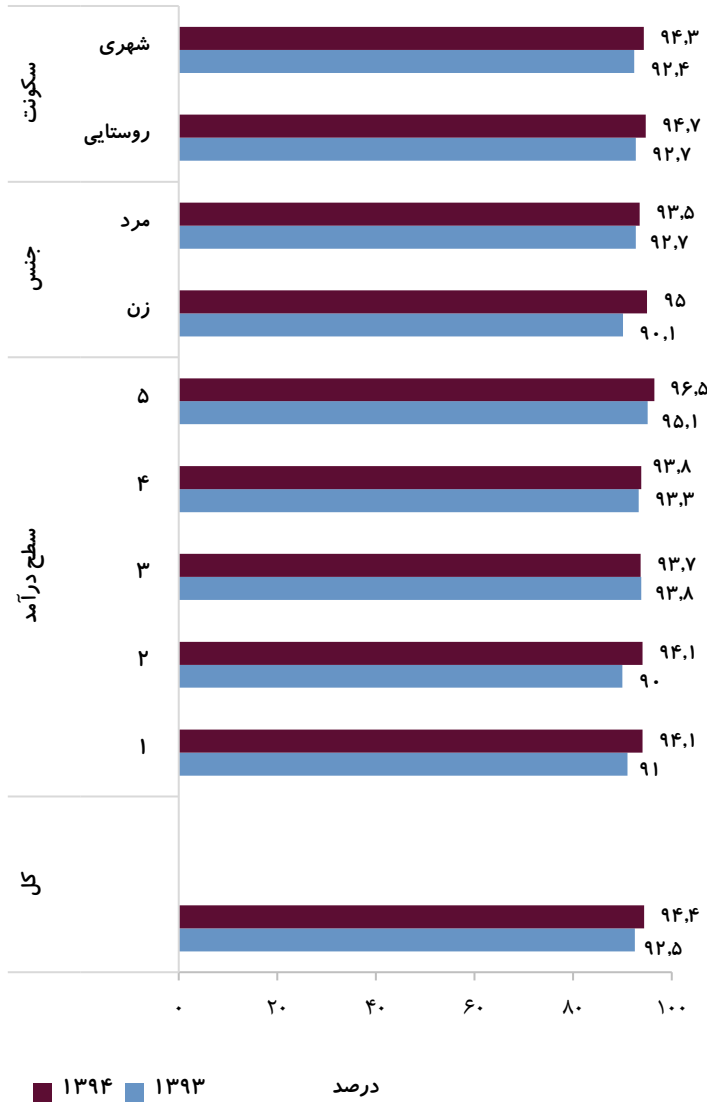
۱-۲۴ درصد افرادی که برای دریافت خدمات بستری مراجعه کرده‌اند و خدمت را دریافت کرده‌اند، ۱۳۹۳



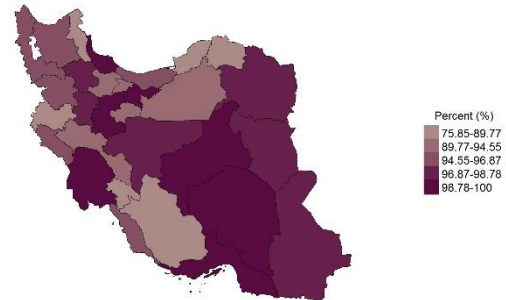
۲-۲۴ درصد افرادی که برای دریافت خدمات بستری مراجعه کرده‌اند و خدمت را دریافت کرده‌اند، ۱۳۹۴

درصد افرادی که برای دریافت خدمت بستری مراجعه کرده و این خدمت را دریافت کرده‌اند، تقریباً ۹۸ درصد است. لذا فقط ۲ درصد از افراد نتوانسته‌اند خدمت بستری را بعد از مراجعه دریافت نمایند. سطح درآمد خانوارها تأثیری در این شاخص نداشته است. استان مازندران و اردبیل در هر دو سال پایین‌ترین درصد را در بین استان‌ها داشته‌اند.

۲۵. درصد نیازهای بستری که منجر به دریافت خدمت شده است



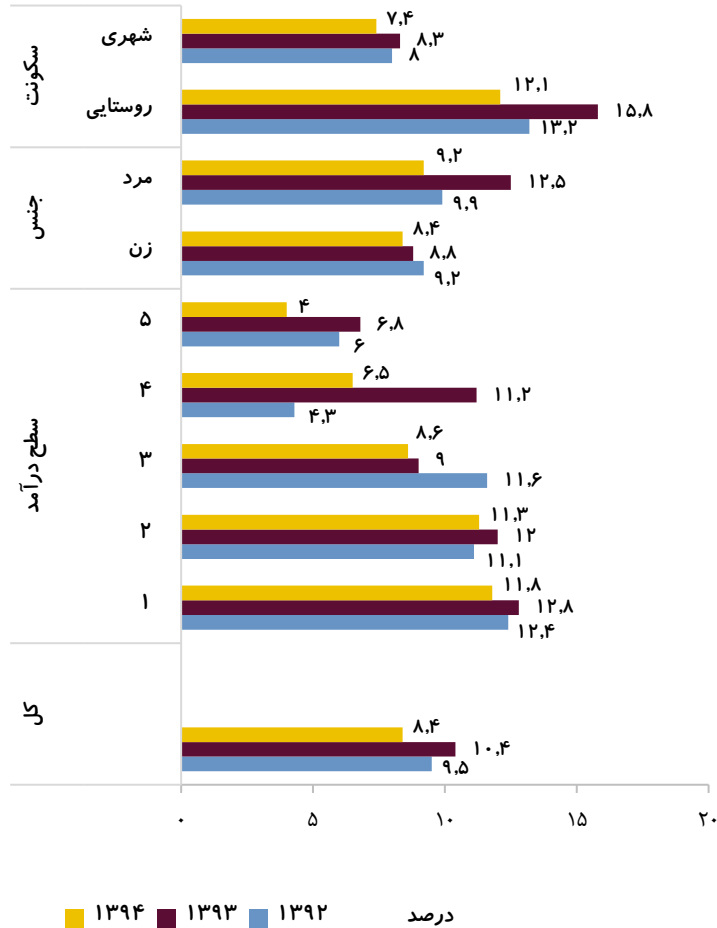
۱-۲۵ درصد افرادی که نیاز به بستری داشته‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۳



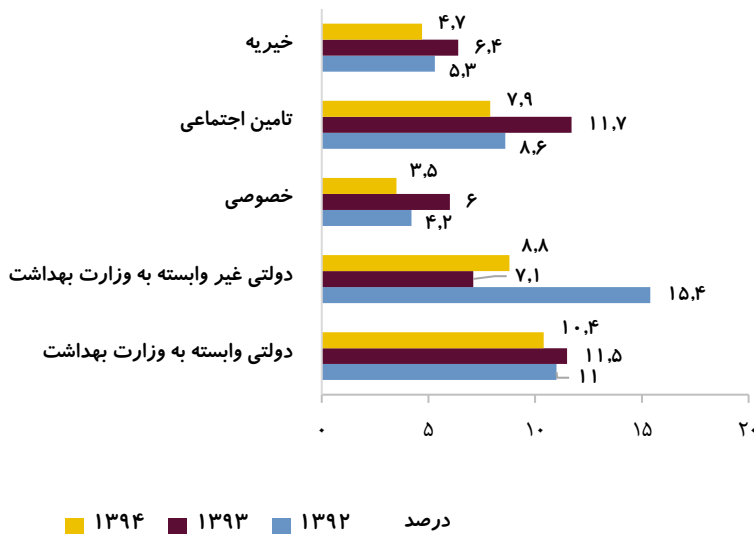
۲-۲۵ درصد افرادی که نیاز به بستری داشته‌اند و خدمت را گرفته‌اند، ۱۳۹۴

نیازهای بستری بررسی شده تقریباً در ۹۳ درصد از افراد، منجر به دریافت خدمت شده است. در قشرهای درآمدی پایین، این درصد کمتر است. بررسی نقشه‌های استانی نشان می‌دهد که در استان‌های مرکزی این درصد بالاتر و در استان‌های مرزی، این درصد در هر دو سال پایین‌تر است.

۲۶. نسبت ارجاع بیماران از طریق پزشک عمومی به بیمارستان

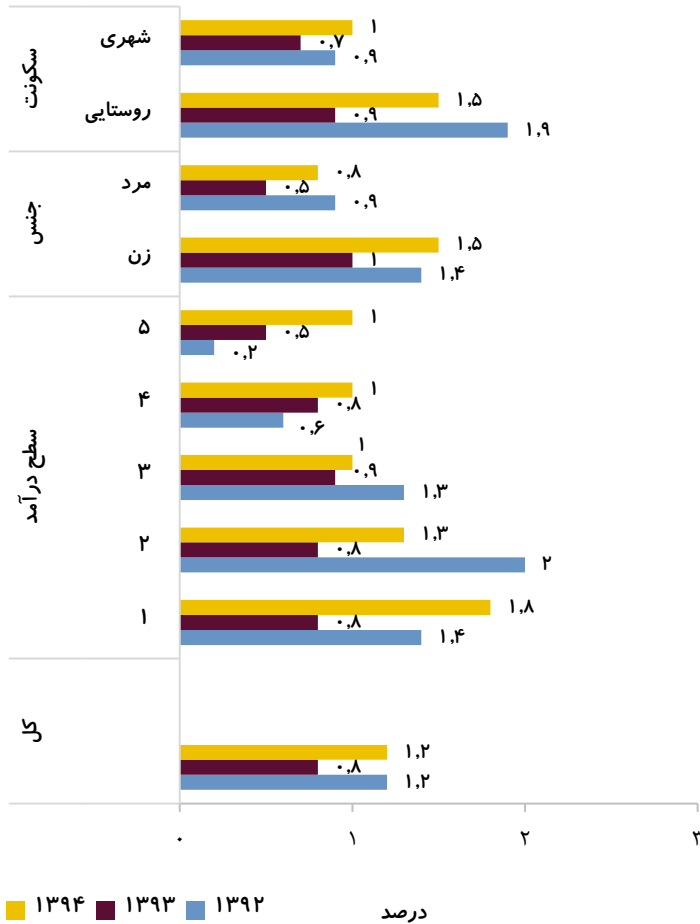


از بین بستری‌های صورت گرفته در بیمارستان‌ها، تقریباً ۹ درصد موارد از طریق پزشک عمومی به بیمارستان‌ها ارجاع شده‌اند. با توجه به این که سطح بندی خدمات در کشور آغاز نشده است، درصد بالا مورد انتظار نیست. بالاترین تعداد ارجاع توسط پزشک عمومی، در درمانگاه‌های دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت (۱۵/۴ درصد)، صورت گرفته است.

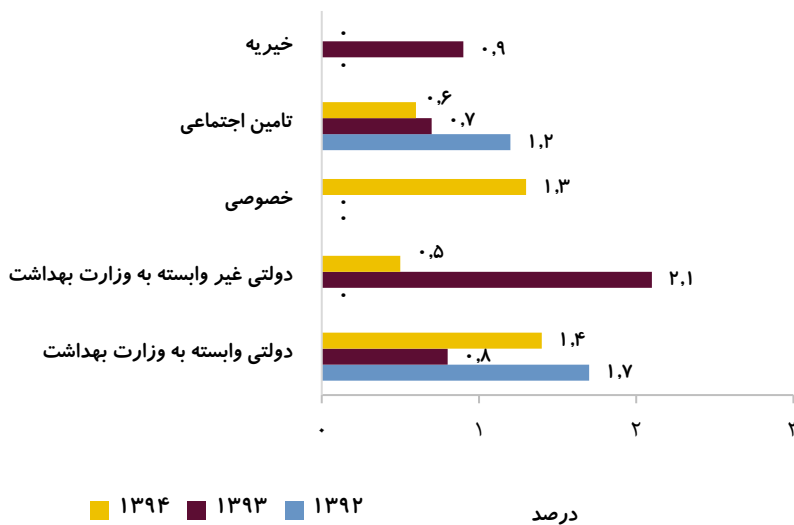




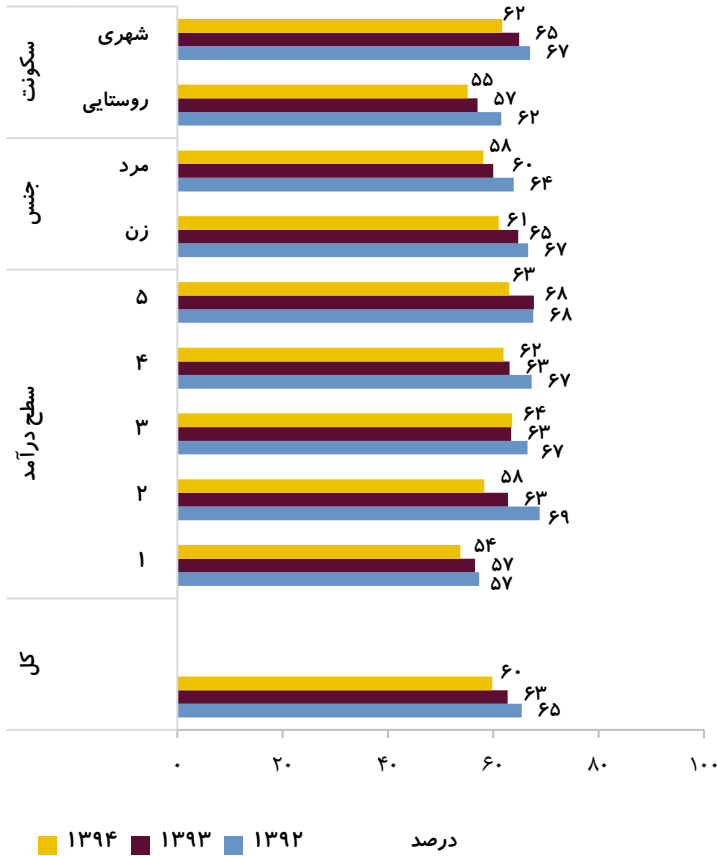
۲۷. نسبت ارجاع از طریق پزشک خانواده به بیمارستان



درصد ارجاع به بیمارستان توسط پزشک خانواده خیلی پایین است. این درصد در سال ۱۳۹۴، برابر ۱/۲ درصد تمام مراجعات است که بیشترین تعداد آن مربوط به بیمارستان‌های دولتی غیروابسته به وزارت بهداشت است. در سطوح درآمدی پایین، درصد ارجاع توسط پزشک خانواده برای بستری در بیمارستان بالاتر است.

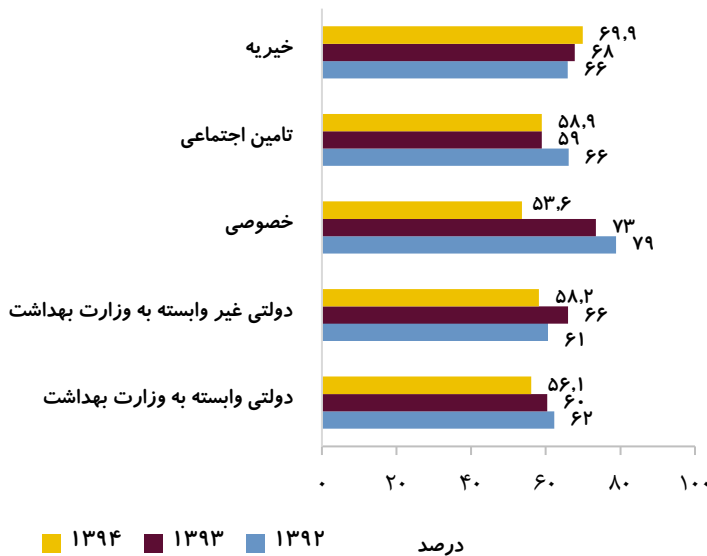


۲۸. نسبت ارجاع بیماران از طریق پزشک متخصص به بیمارستان برای بستری



بالاترین درصد ارجاع برای بستری در بیمارستان‌ها، توسط پزشکان متخصص صورت گرفته است (در مقایسه با سایر ارائه‌کنندگان خدمات).

این ارجاع بعد از طرح تحول سلامت نسبت به قبل از آن کمتر شده است. بالاترین درصد ارجاع توسط پزشکان متخصص، در بیمارستان‌های خصوصی انجام شده است.

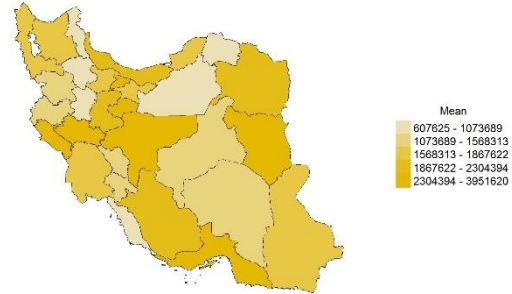
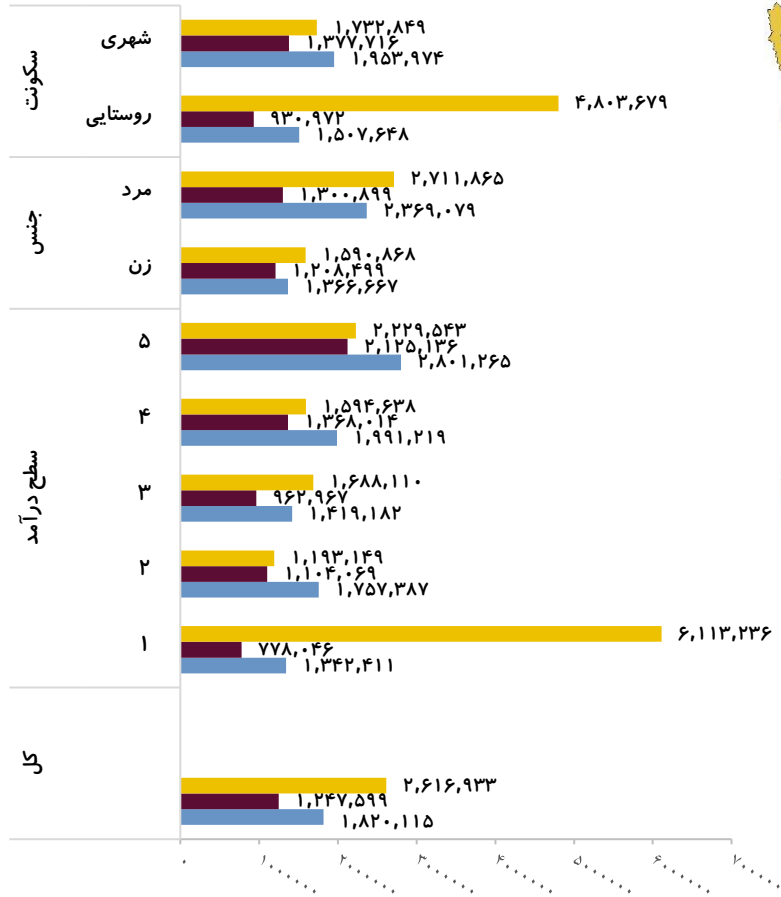


۲۹. نسبت خروج از بیمارستان برای دریافت خدمت یا اقدام تشخیصی درمانی در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت، از کل مراجعین



این شاخص دسترسی به خدمات دارو و پاراکلینیک را در بیمارستان‌های دولتی نشان می‌دهد. بررسی روند این شاخص نشان می‌دهد دسترسی به تمام اقلام بعد از طرح تحول سلامت به نحو چشمگیری افزایش یافته است و بیماران برای دریافت این خدمت، کم‌تر از بیمارستان‌ها خارج می‌شوند.

۳۰. متوسط هزینه بستری (کل)^۱



۱-۳۰. کل هزینه پرداخت شده توسط بیمار برای خدمات بستری، قبل از اردیبهشت ۱۳۹۳

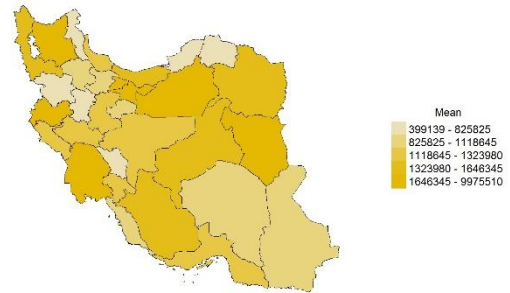


۲-۳۰. کل هزینه پرداخت شده توسط بیمار برای خدمات بستری، بعد از اردیبهشت ۱۳۹۳

۱۳۹۴ ۱۳۹۳ ۱۳۹۲ ریال



۱۳۹۴ ۱۳۹۳ ۱۳۹۲ ریال



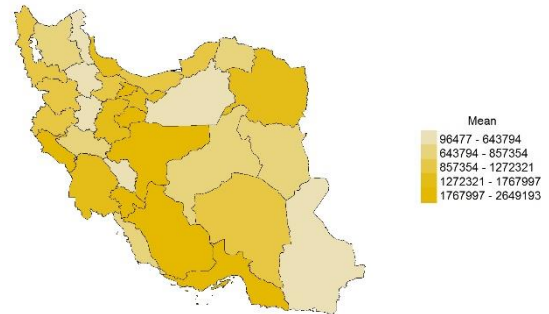
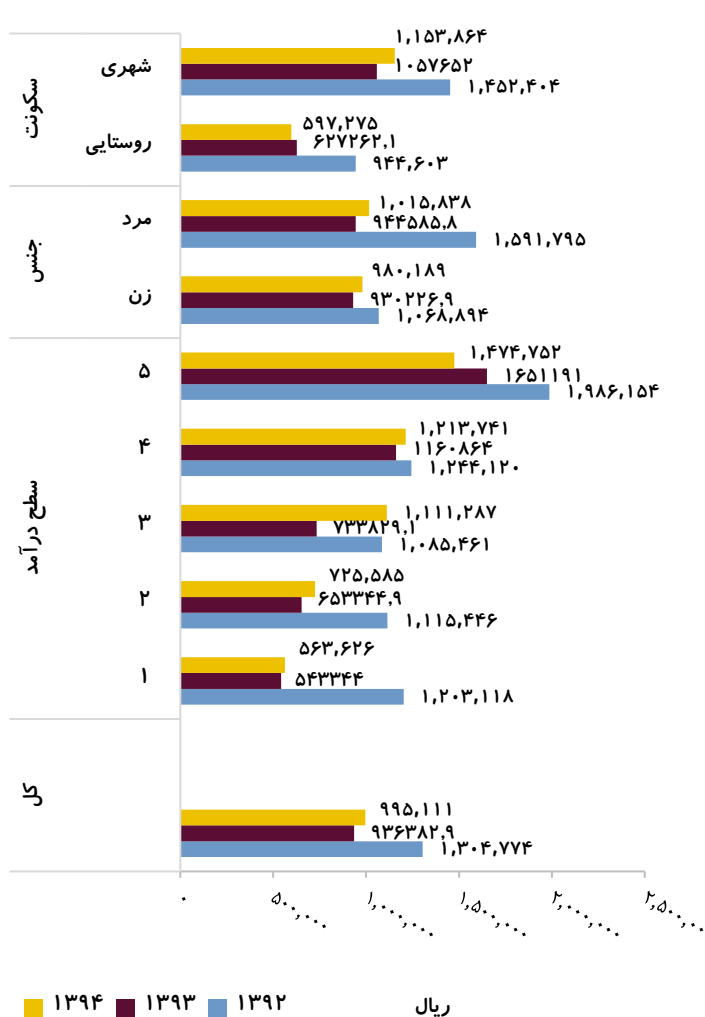
۳-۳۰. کل هزینه پرداخت شده توسط بیمار برای خدمات بستری، ۱۳۹۴

هزینه‌های بستری در سال ۱۳۹۴، نسبت به سال قبل از طرح تحول سلامت (۱۳۹۲) و (۱۳۹۳) افزایش داشته است. دلیل این افزایش، مربوط به بیمارستان‌های خصوصی است. در فقیرترین قشر درآمدی و ساکنین روستاها، این رقم بالاتر است.

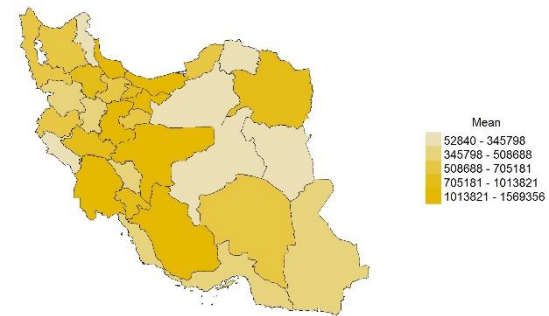
۱. هزینه‌های جاری



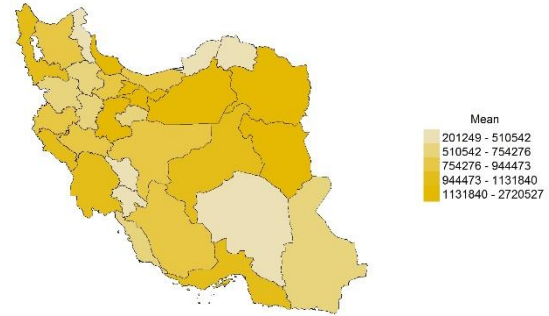
۳۱. متوسط هزینه بستری (پرداخت شده در داخل بیمارستان)^۱



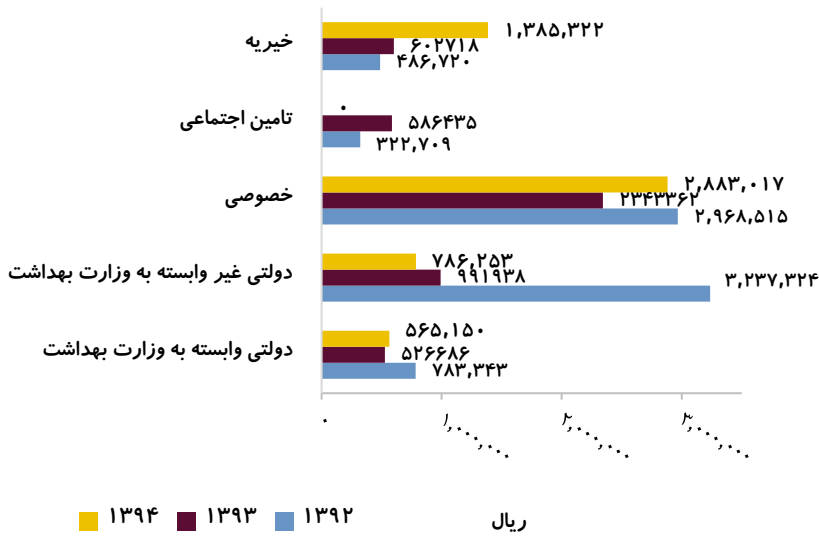
۱-۳۱. پرداخت به بیمارستان (داخل) برای خدمات بستری، قبل از اردیبهشت ۱۳۹۳



۲-۳۱. پرداخت به بیمارستان (داخل) برای خدمات بستری، بعد از اردیبهشت ۱۳۹۳



۳-۳۱. پرداخت به بیمارستان (داخل) برای خدمات بستری، ۱۳۹۴

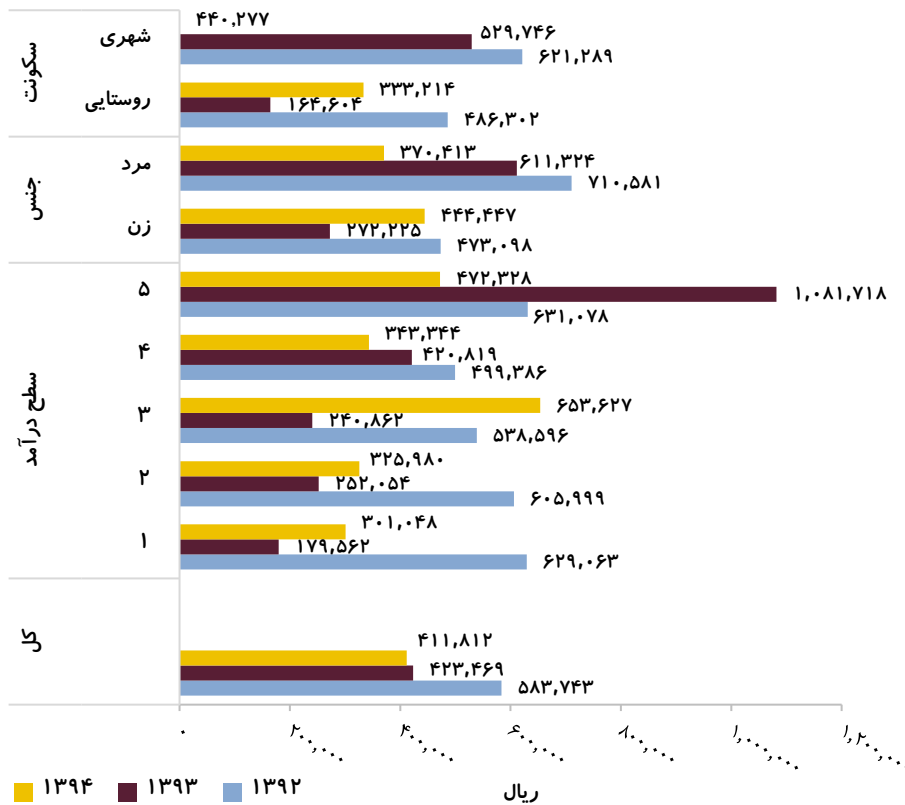


رقم پرداخت به داخل بیمارستان بعد از طرح تحول سلامت باید حذف شود. این رقم در سال ۱۳۹۲ بالاترین مقدار است. در بیمارستان‌های خصوصی نسبت به سایر بیمارستان‌ها بالاترین رقم را دارد.

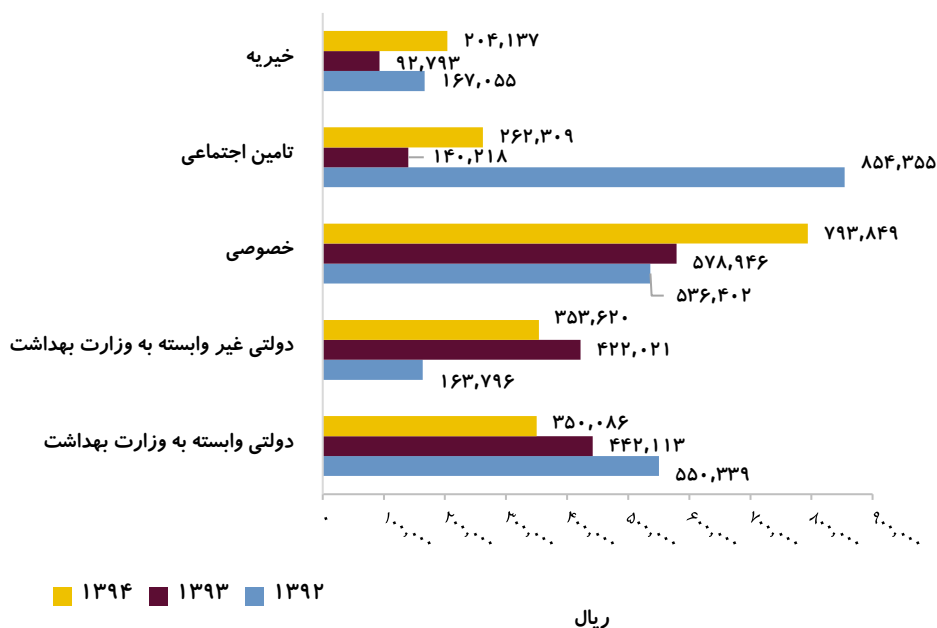
۱. هزینه‌های جاری



۳۲. متوسط هزینه بستری (پرداخت شده در خارج از بیمارستان)^۱

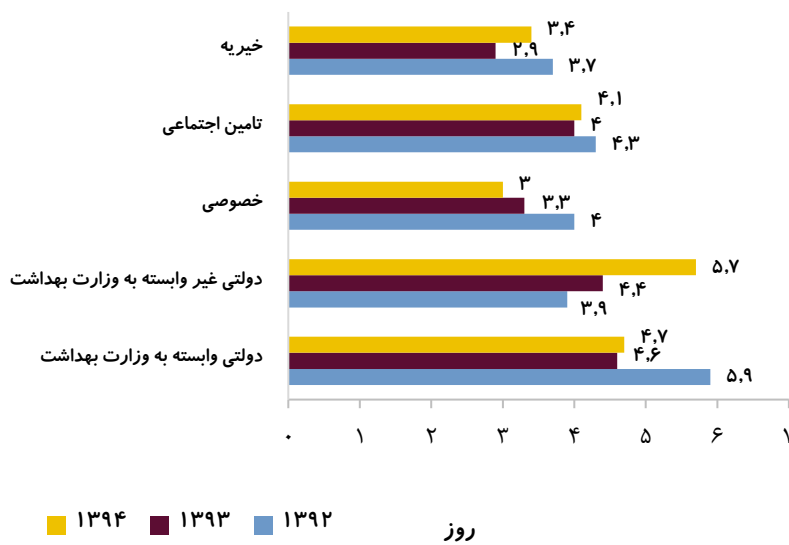
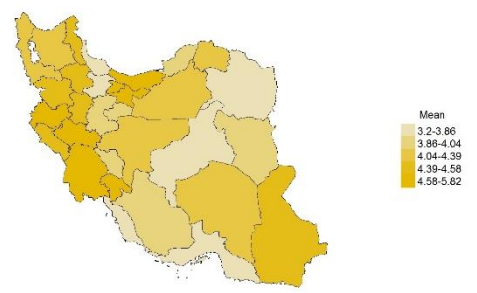
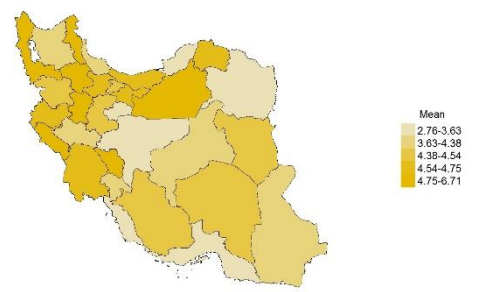
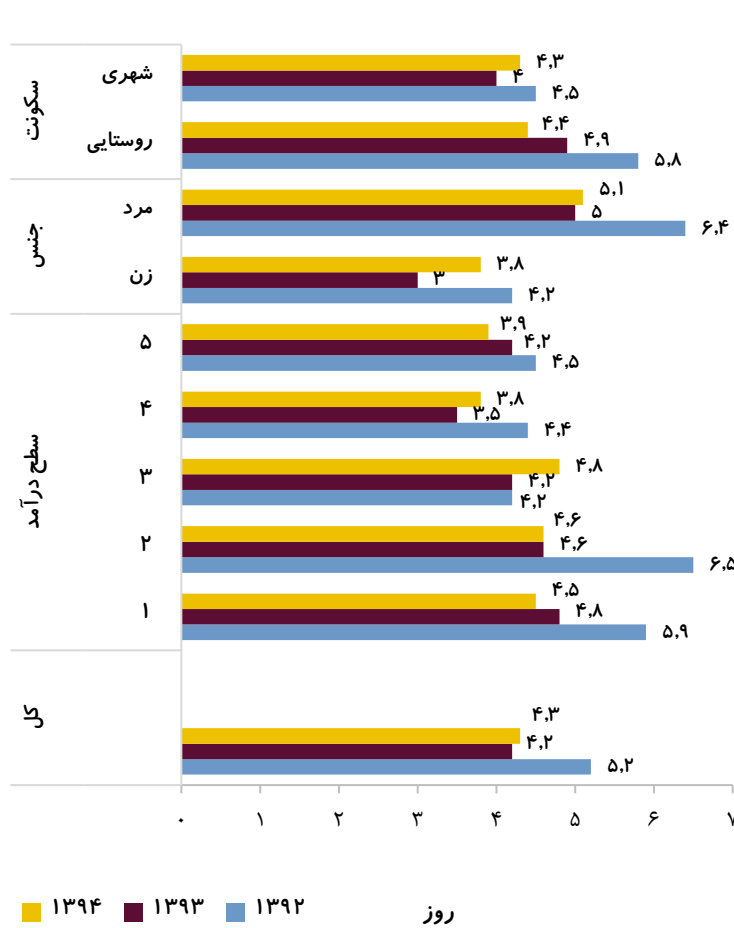


بعد از اجرای طرح تحول، زنجیره تأمین در تمام بیمارستان‌های دولتی تشکیل شد و لذا مقرر شد بیماران بستری تمام هزینه بستری را به بیمارستان پرداخت کنند. این هزینه به طور کلی در بیمارستان‌های دولتی شامل هزینه رفت و آمد و چند هزینه دیگر است. هزینه کل پرداختی خارج از بیمارستان، بعد از اجرای طرح تحول سلامت کاهش یافته است. این کاهش در بیمارستان‌های دولتی وابسته و غیروابسته به وزارت بهداشت بعد از اجرای طرح تحول سلامت، مطابق نتایج این شاخص مشاهده می‌شود.



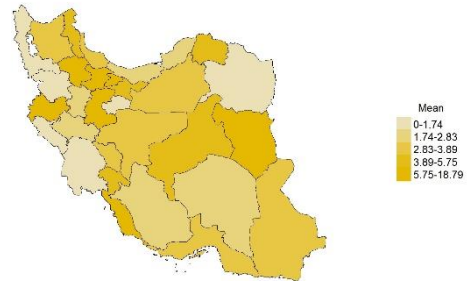
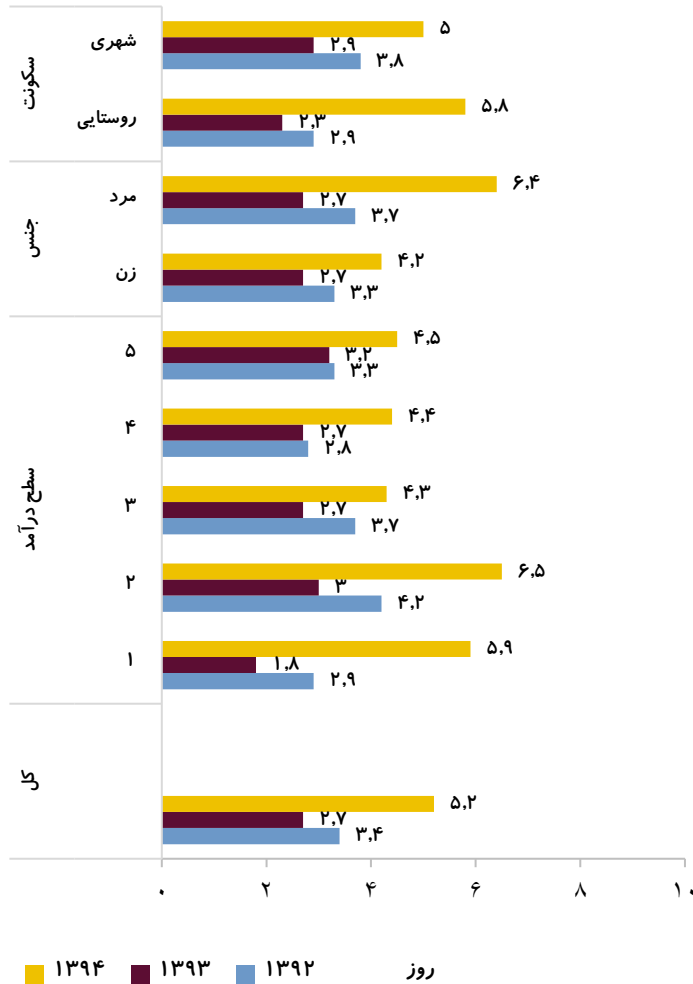
۱. هزینه‌های جاری

۳۳. میانگین مدت بستری براساس روز در بیمارستان

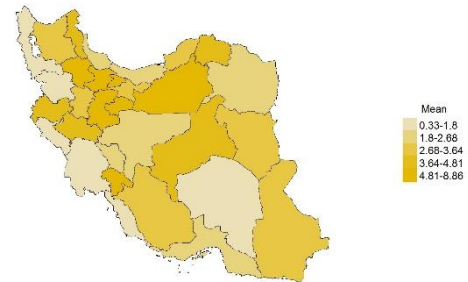


میانگین مدت بستری بعد از اجرای طرح تحول سلامت کاهش یافته است. در توزیع استانی، تا ۱۱ روز هم مشاهده شده است. در استان قم، خراسان رضوی و بوشهر، مدت بستری در هر سه سال بررسی، کمتر از بقیه استانهاست. در استان هرمزگان به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، کاهش چشمگیر یافته است.

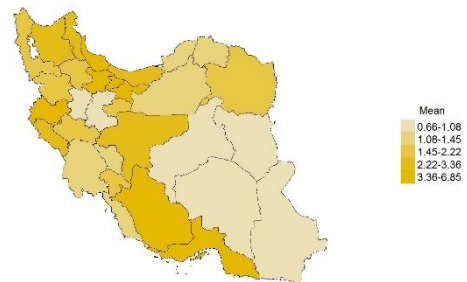
۳۴. مدت زمان انتظار برای بستری



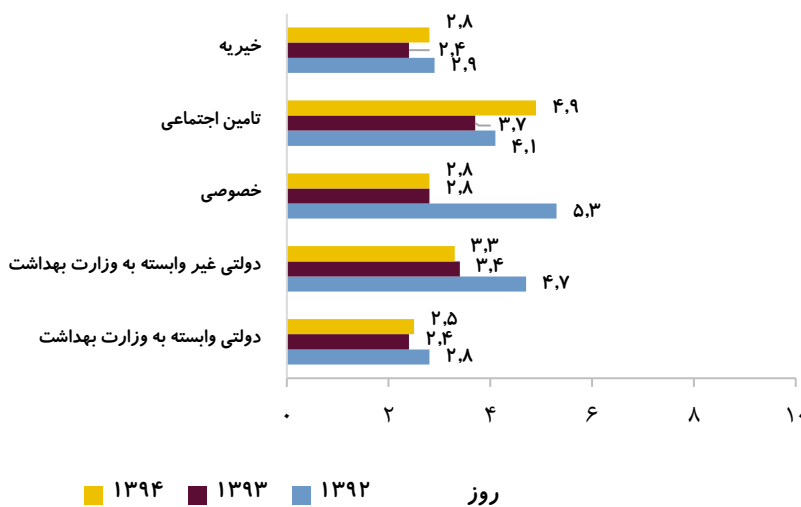
۱-۳۴. مدت زمان انتظار برای بستری، ۱۳۹۲



۲-۳۴. مدت زمان انتظار برای بستری، ۱۳۹۳



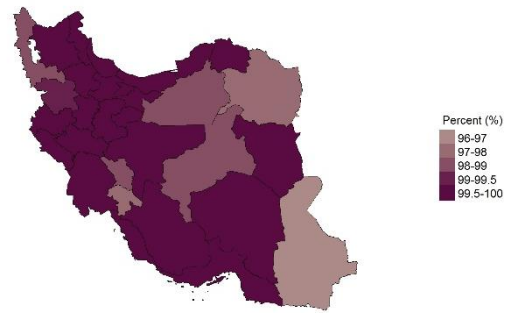
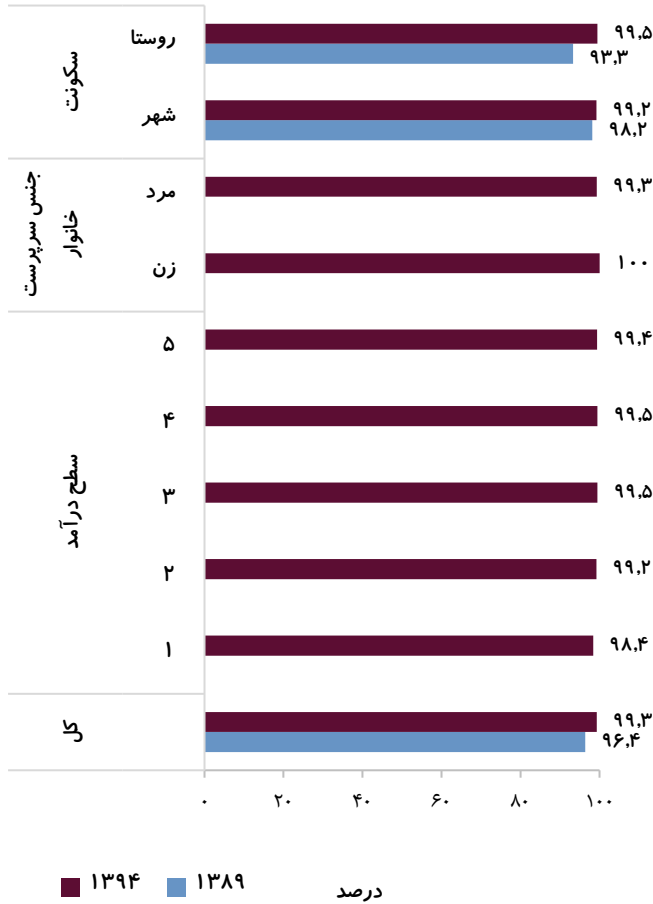
۳-۳۴. مدت زمان انتظار برای بستری، ۱۳۹۴



مدت زمان انتظار برای بستری، به طور کلی در سال ۱۳۹۴ نسبت به دو سال قبل افزایش یافته است. این افزایش مربوط به بیمارستان‌های تأمین اجتماعی است. در بیمارستان‌های دولتی (وابسته و غیروابسته به وزارت بهداشت)، زمان انتظار برای بستری کاهش یافته است.



۳۵. درصد زایمان‌های انجام شده توسط فرد دوره دیده



۳۵-۱. زایمان توسط فرد دوره دیده، ۱۳۹۴

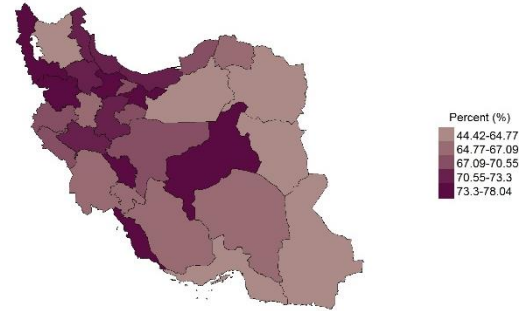
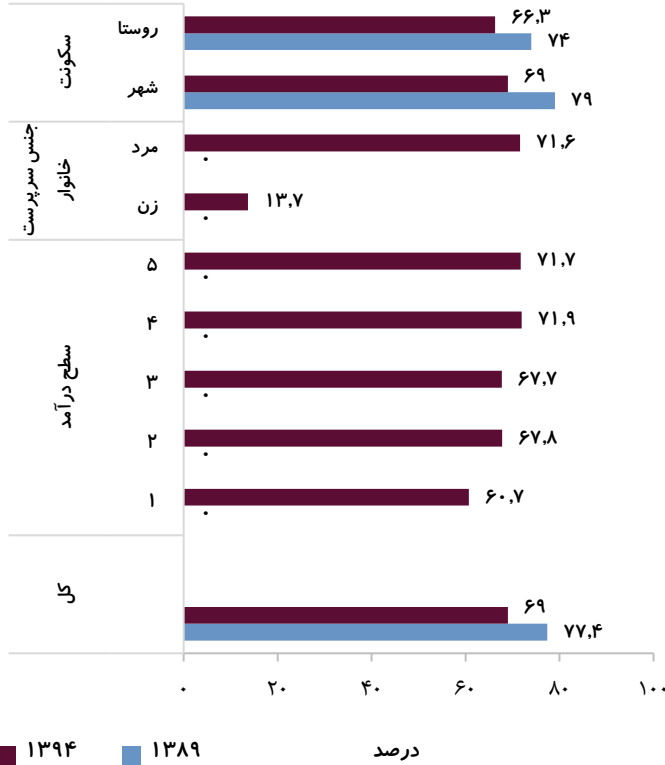
زایمان توسط فرد دوره دیده در سال ۱۳۹۴ به ۱۰۰ درصد نزدیک شده است. در دو استان سیستان و بلوچستان و کهکلیوه و بویر احمد پایین‌ترین رقم را داراست.

میانگین جهانی: ۷۳ درصد

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: کاهش مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۳۶. پوشش تنظیم خانواده



۳۶-۱. پوشش تنظیم خانواده، ۱۳۹۴



پوشش تنظیم خانواده به دنبال اجرای سیاست‌های جمعیتی کاهش یافته است. این پوشش در غنی‌ترین قشر بالاترین درصد پوشش را دارد. بالاترین پوشش تنظیم خانواده در بین افرادی هست که فرزند ندارند.

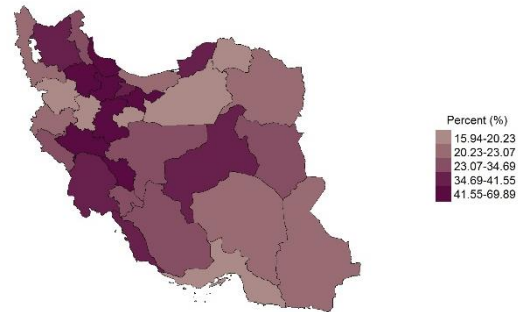
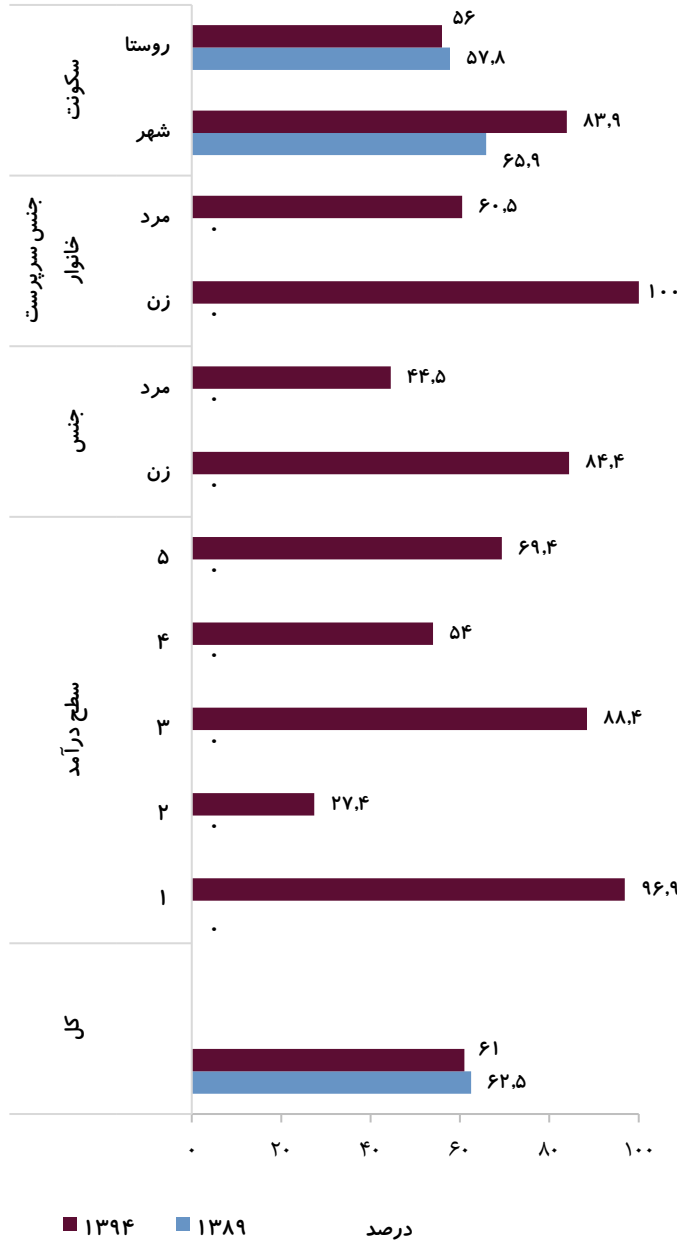
میانگین جهانی پوشش تنظیم برنامه‌های تنظیم خانواده: ۷۶ درصد

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: اطمینان از دسترسی همگانی به بهداشت باروری و جنسی شامل خدمات تنظیم خانواده، اطلاعات و آموزش در این زمینه و ادغام بهداشت باروری در برنامه‌ها و اهداف راهبردی کشور.

1. Sustainable Development Goals (SDG)



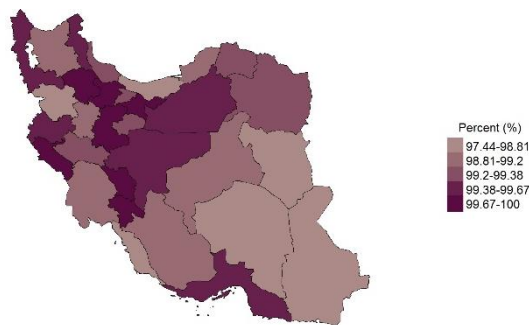
۳۷. درصد دریافت آنتی‌بیوتیک در کودکان زیر پنج سال که مبتلا به پنومونی شده‌اند.



۱-۳۷ درصد کودکان مبتلا به پنومونی که دریافت آنتی‌بیوتیک داشته‌اند، در سال ۱۳۹۴

درصد پوشش درمان آنتی‌بیوتیک در کودکان زیر پنج سال که مبتلا به پنومونی هستند کاهش پیدا کرده است؛ اما این درصد در فقیرترین قشر درآمدی بالاست.

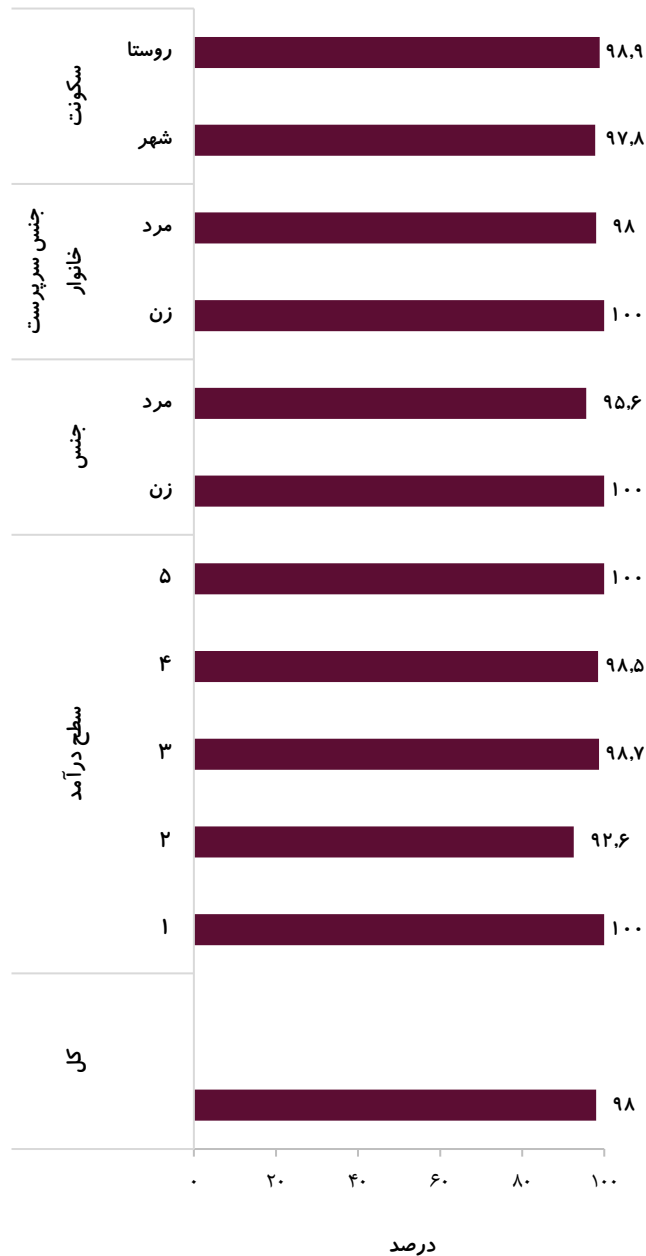
۳۸. درصد پوشش کل واکسیناسیون کودکان



۳۸-۱. پوشش کل واکسن، در سال ۱۳۹۴

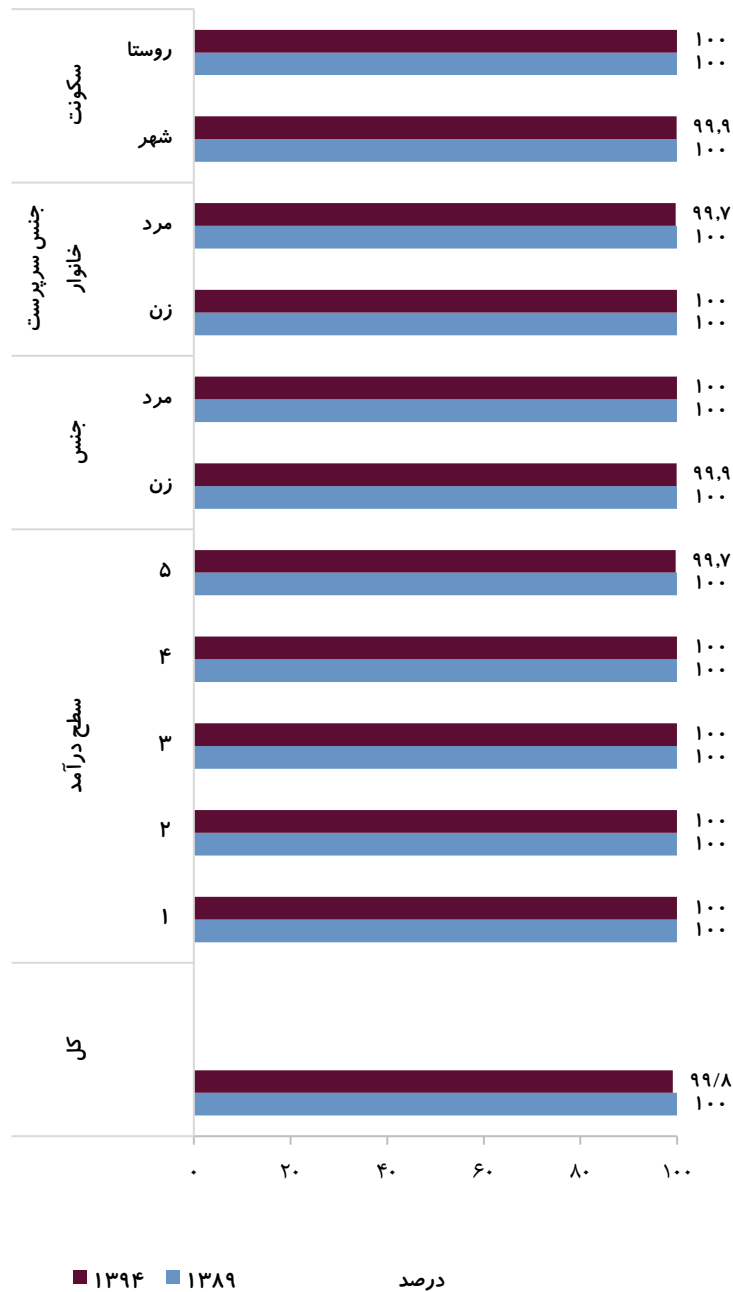
درصد پوشش واکسیناسیون مناسب است. در استان‌های مرزی در سال ۱۳۹۴، پوشش از کل کشور پایین‌تر است.

۳۹. درصد پوشش واکسن پنتاوالان



این واکسن از سال ۱۳۹۳ در فهرست واکسیناسیون کودکان ارائه شده است. پوشش این واکسن در سال ۱۳۹۴ مناسب است.

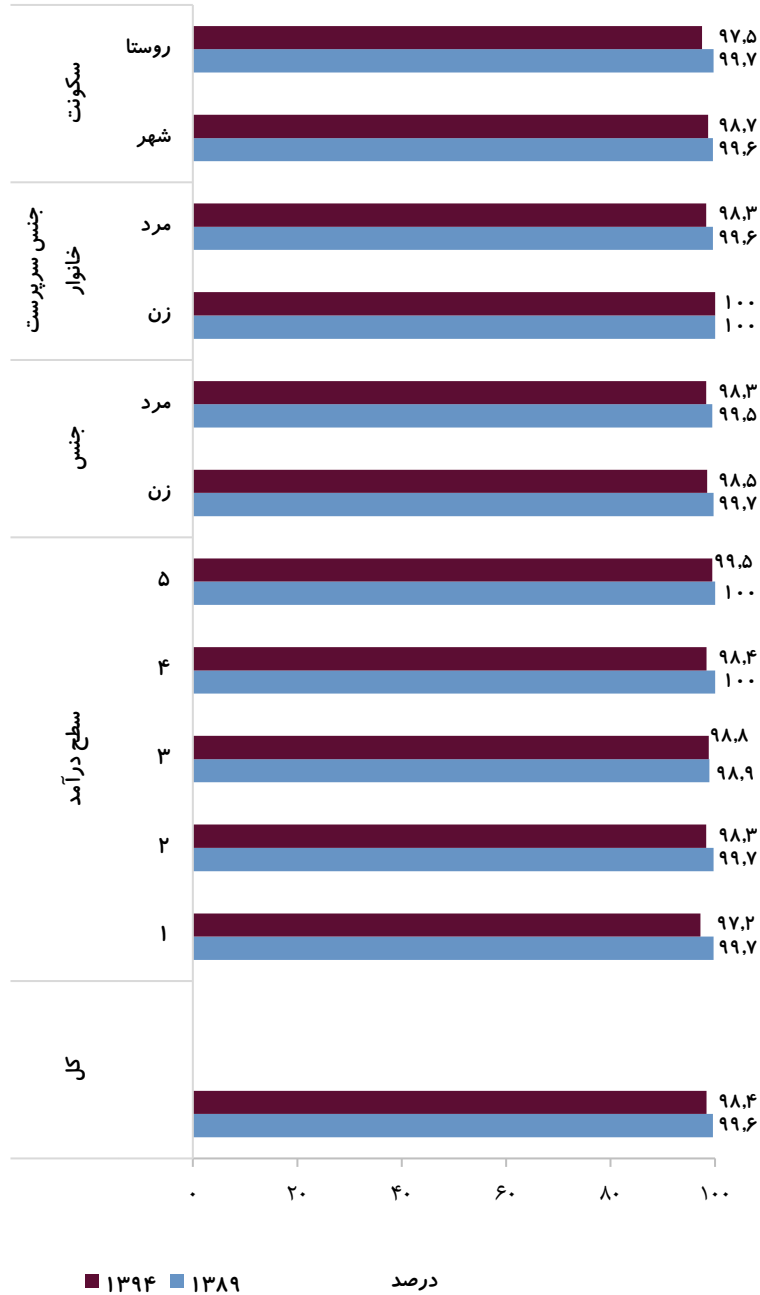
۴۰. درصد پوشش واکسن سرخک (نوبت اول تزریق)



پوشش واکسن سرخک نزدیک به ۱۰۰ درصد است و این پوشش در تمام سطوح درآمدی و ساکنین شهر و روستا مناسب است.

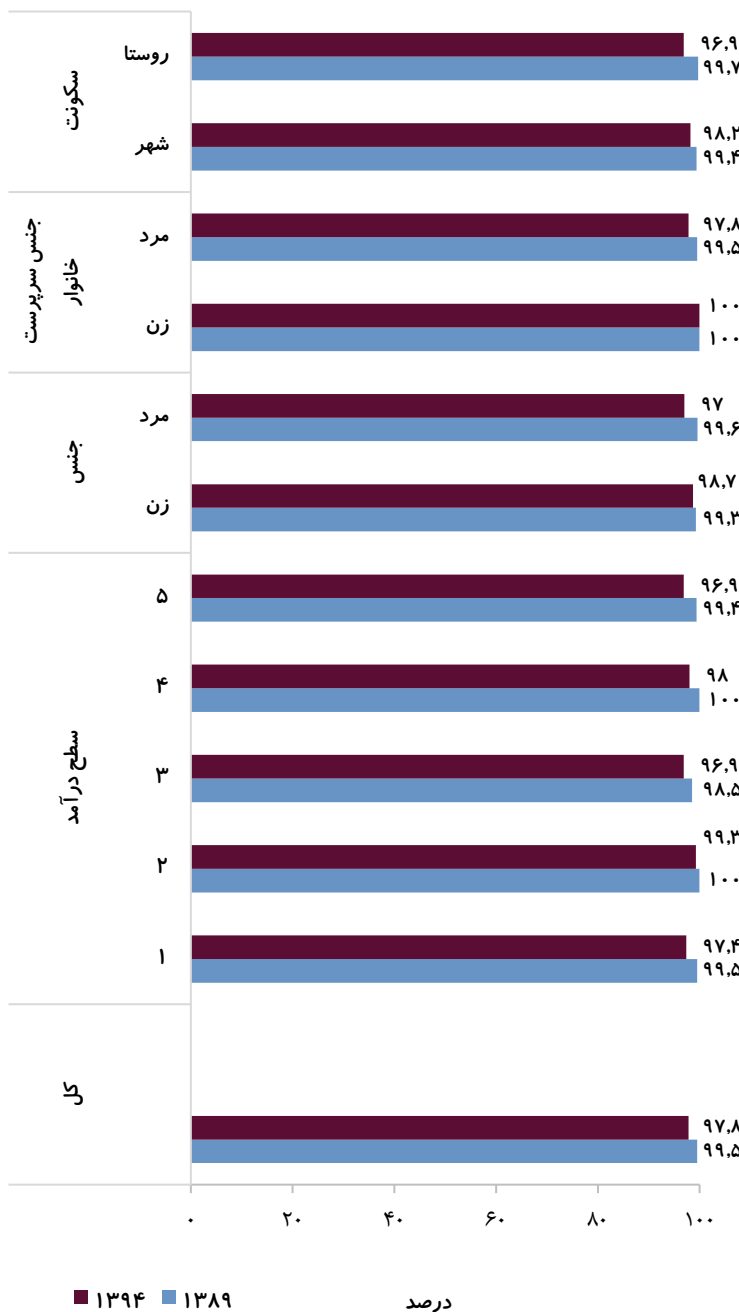


۴۱. درصد پوشش واکسن سه‌گانه (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه)، نوبت سوم تزریق



درصد پوشش واکسن سه‌گانه سوم در بررسی هر دو سال (۱۳۸۹ و ۱۳۹۴) مطلوب است.

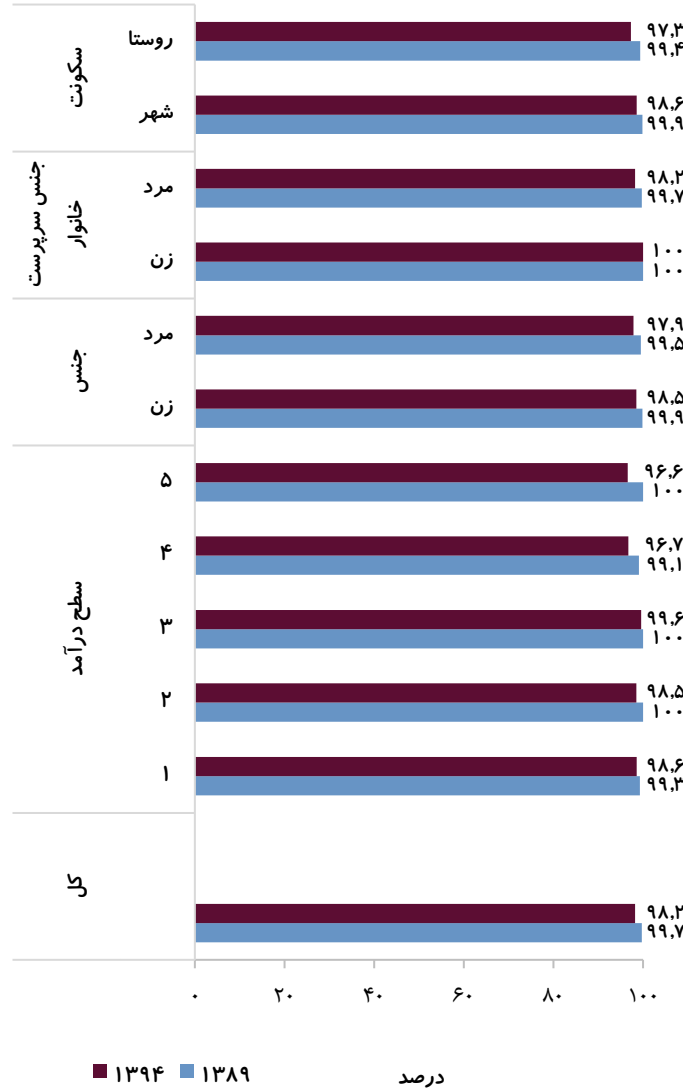
۴۲. درصد پوشش واکسن فلج اطفال، نوبت سوم تزریق



با توجه به اینکه بیماری فلج اطفال در مرحله حذف در کشور قرار دارد، پوشش مطلوب این واکسن می‌تواند رسیدن به هدف را بهبود بخشد. پایین‌ترین پوشش تقریباً ۹۶ درصد است که در ساکنین روستاها مشاهده می‌شود.



۴۳. درصد پوشش واکسن ب‌ت‌ژ در بدو تولد



در مواقعی که زایمان توسط افراد دوره دیده و در مراکز درمانی انجام می‌شود، بلافاصله بعد از تولد برای کودک واکسن تزریق می‌شود. بالا بودن درصد پوشش این واکسن نشانگر رخداد زایمان تحت نظر افراد دوره دیده است. پوشش واکسن مطلوب است.

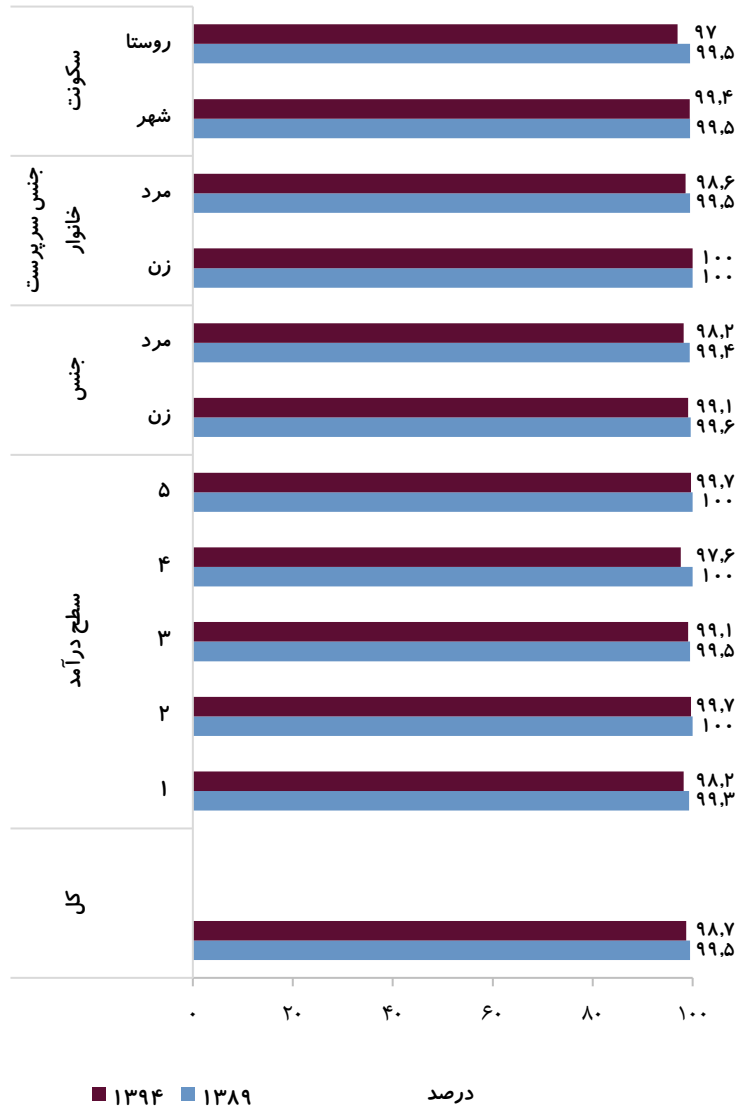
میانگین جهانی ابتلا به سل: ۱۳۳ در ۱۰۰ هزار نفر

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پایان اپیدمی بیماری سل.

1. Sustainable Development Goals (SDG)



۴۴. درصد پوشش واکسن هپاتیت، نوبت سوم تزریق



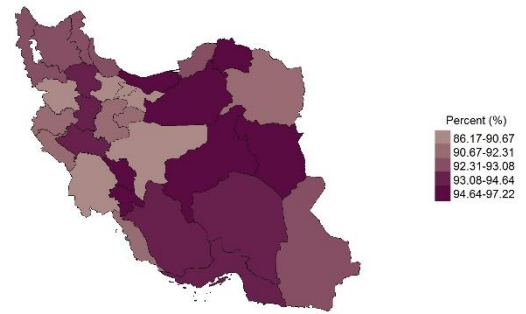
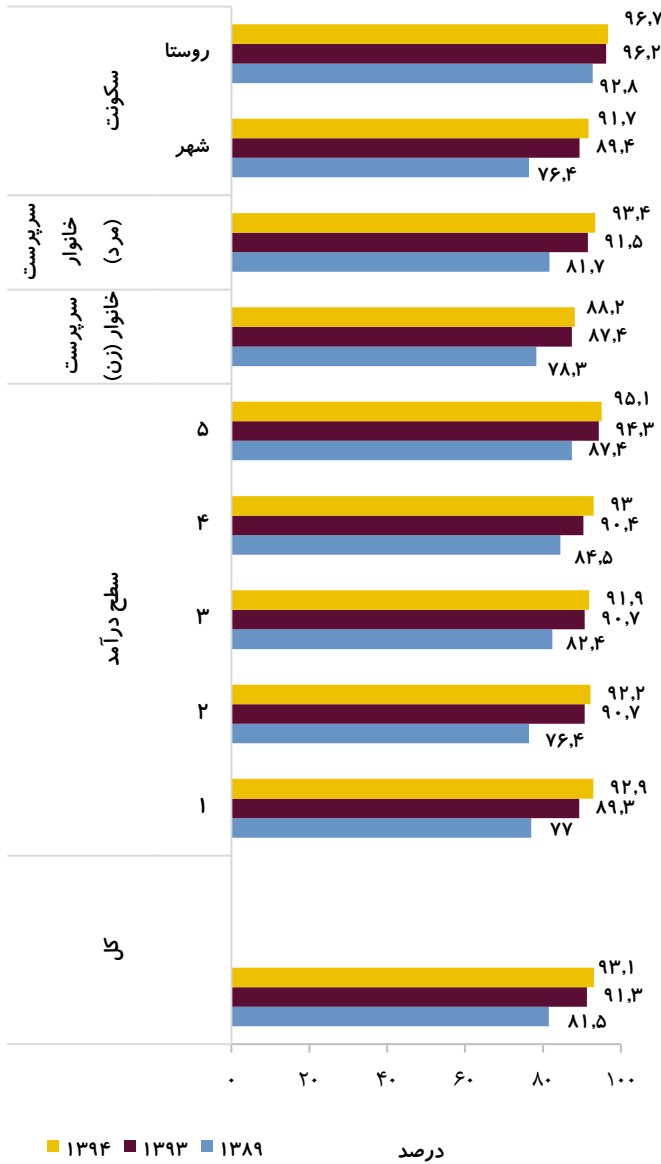
این واکسن درصد پوشش مناسبی را در هر دو سال مورد بررسی داراست؛ لذا کشور در این مرحله می‌تواند با نگهداشت مناسب برنامه به هدف جهانی در سال ۲۰۳۰ برسد.

میانگین جهانی: ۸۲ درصد

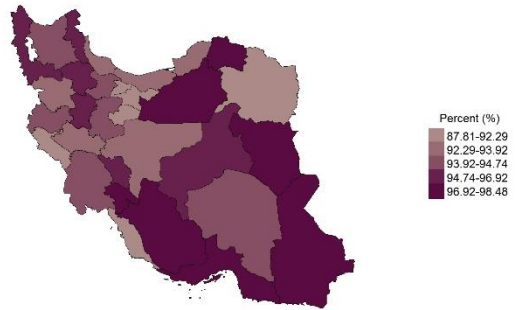
هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار: پایان اپیدمی هپاتیت

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۴۵. درصد پوشش بیمه پایه



۱-۴۵. پوشش بیمه پایه، ۱۳۹۳

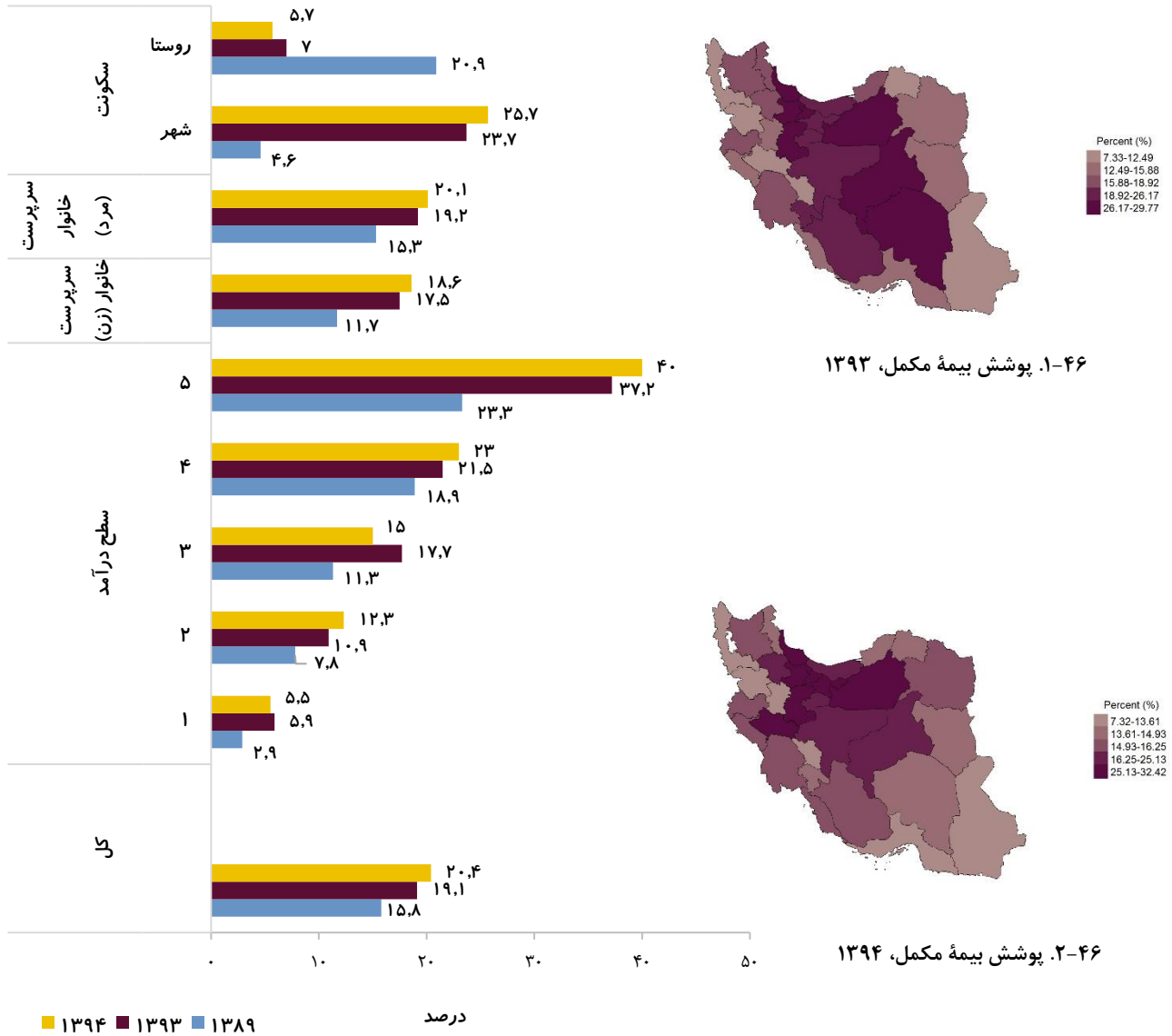


۲-۴۵. پوشش بیمه پایه، ۱۳۹۴

براساس آنچه که از نمودار مشهود است، قبل از اجرای برنامه پوشش بیمه همگانی، این شاخص در فقیرترین و آسیب‌پذیرترین قشر، کمترین درصد را داشت. در سال ۱۳۹۳ کمترین پوشش بیمه استانی ۸۶ و در سال ۱۳۹۴ تقریباً ۸۸ درصد است. تهران در بین استان‌ها کمترین پوشش را داراست.

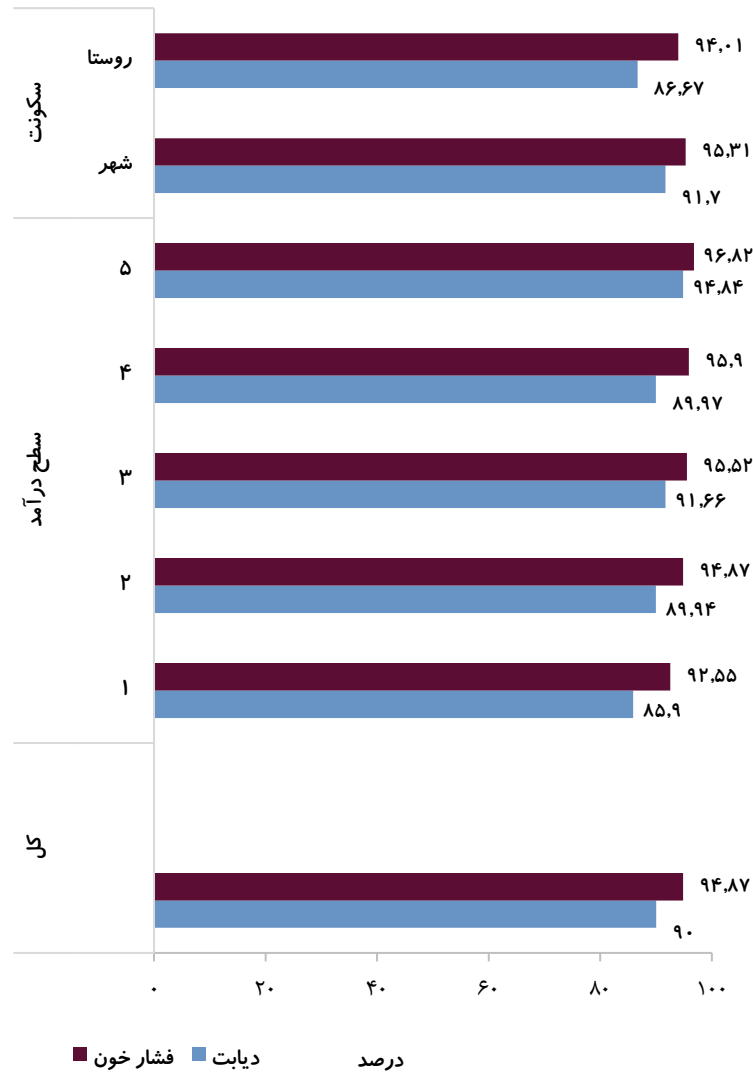
مطالعه شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴؛

۴۶. درصد پوشش بیمهٔ مکمل



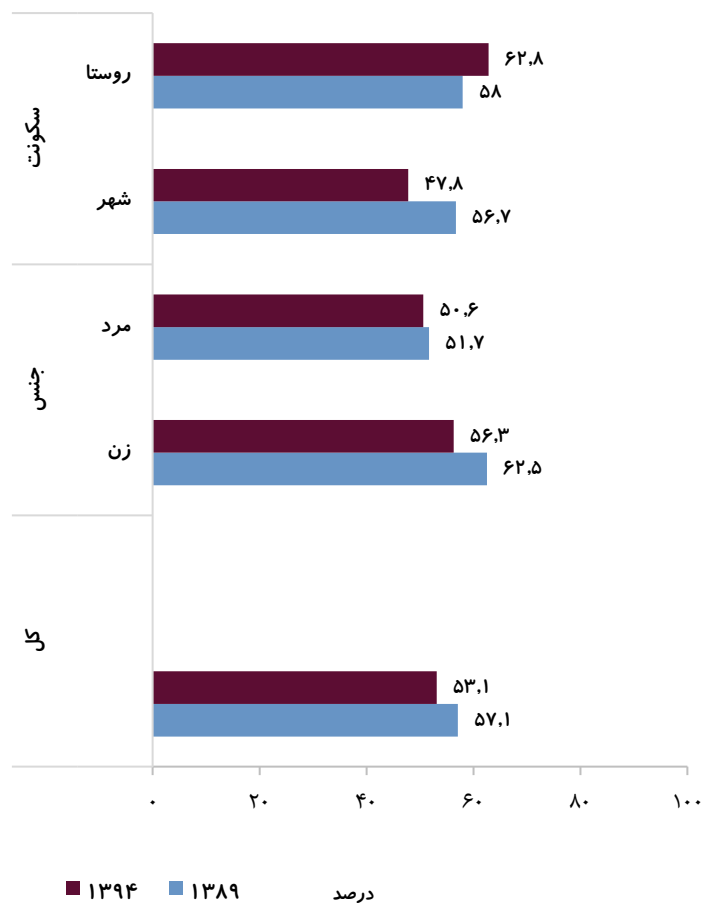
با وجودی که در طی طرح تحول سلامت، اقدام خاصی برای افزایش پوشش بیمهٔ مکمل انجام نگرفت؛ اما درصد این پوشش بعد از طرح تحول سلامت افزایش یافته است. مهم‌ترین نکته در این پوشش این است که غنی‌ترین قشر بالاترین درصد پوشش را دارند. درصد پوشش بیمهٔ مکمل در استان‌های مرکزی کشور نسبت به استان‌های دیگر بیشتر است.

۴۷. مراقبت‌های پیشگیرانه دوران بارداری



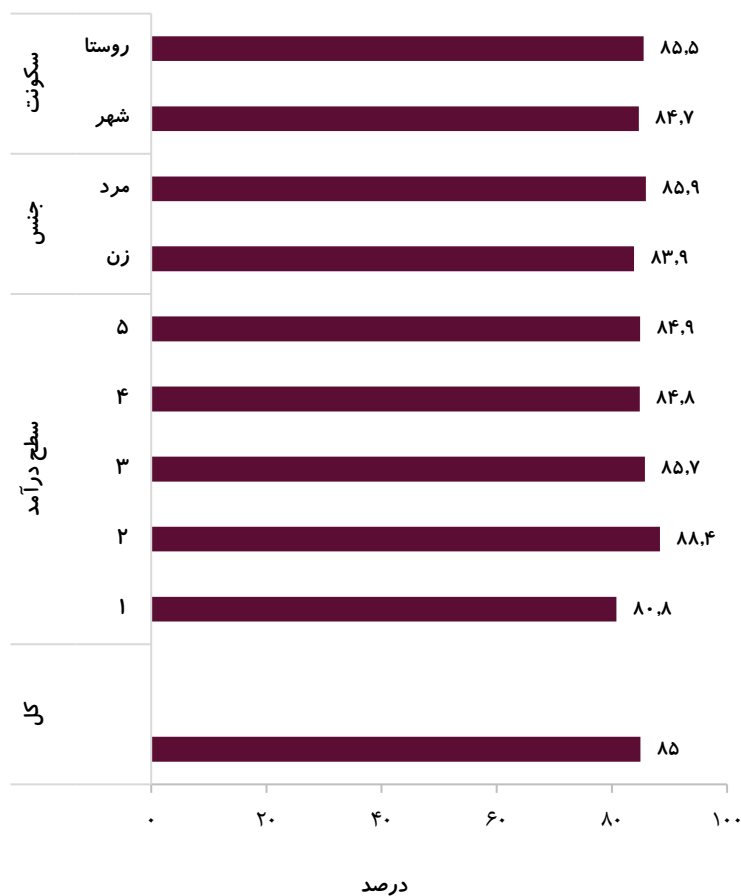
درصد دریافت خدمات پیشگیرانه و مراقبت برای بیماری‌های دوران بارداری در سال ۱۳۹۴ برای هر دو بیماری مهم دیابت و فشارخون مناسب است.

۴۸. درصد پوشش تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول تولد



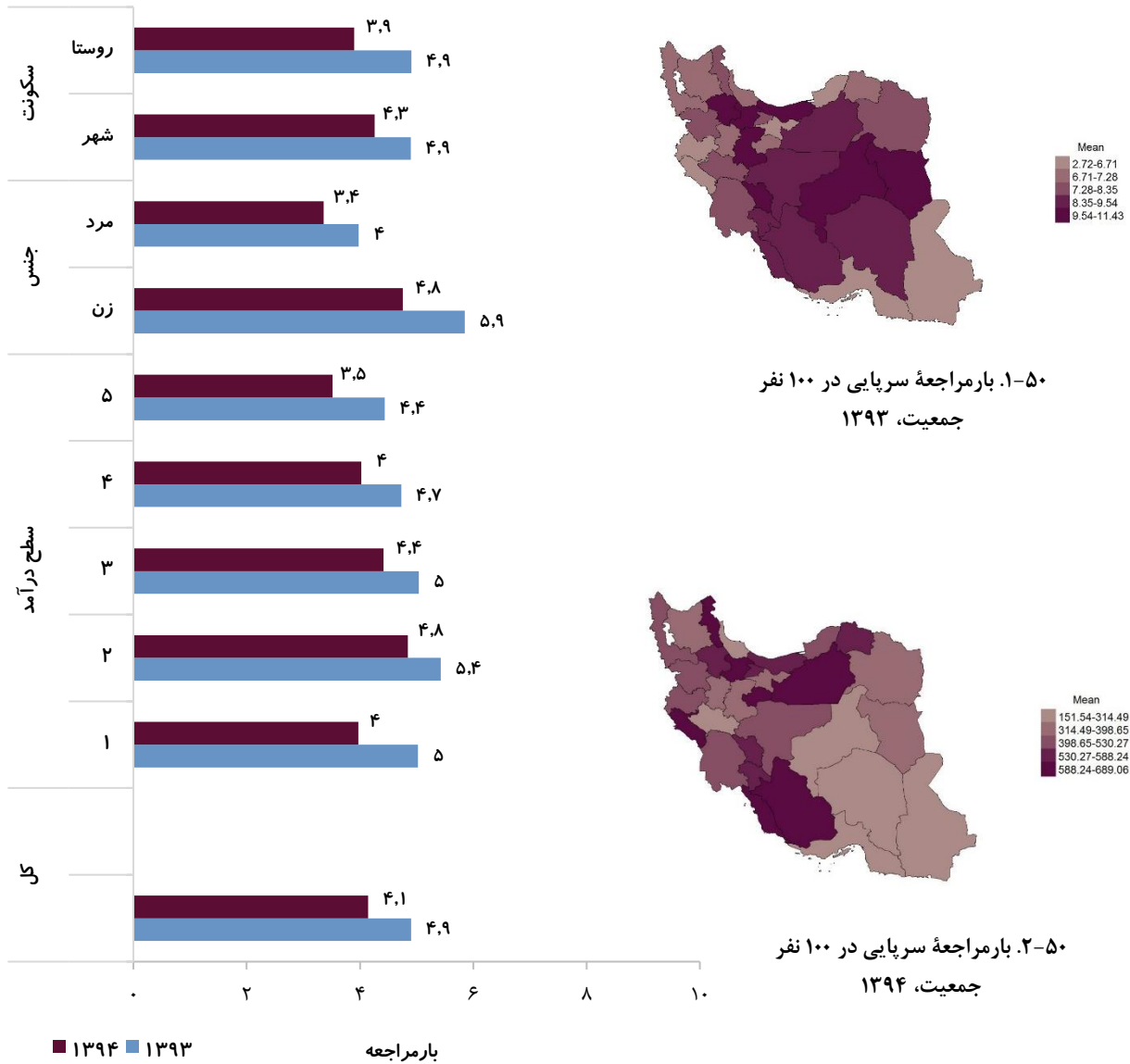
درصد پوشش تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماه اول تولد در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۴ تقریباً ۵۵ درصد است. این شاخص در سال ۱۳۹۴ در تمام گروه‌های مورد بررسی، به غیر از ساکنین روستا، رقم پایین‌تری دارد.

۴۹. درصد پوشش دریافت داروی خوراکی ضد اسهال در کودکان زیر پنج سال



در سال ۱۳۹۴ بیش از ۸۰ درصد کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال، داروی خوراکی ضد اسهال دریافت کرده‌اند. بیشترین درصد تجویز دارو در درمانگاه‌های دولتی بوده است.

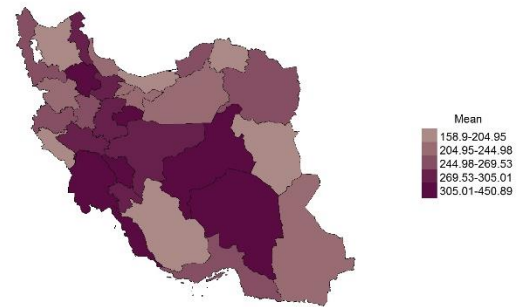
۵۰. سرانه بارمراجعه^۱ برای دریافت خدمات سرپایی



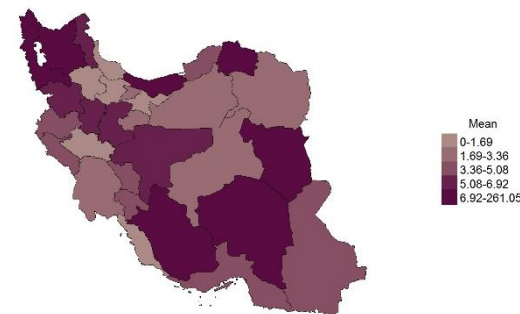
سرانه بارمراجعه در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ کم تر است. این سرانه مجموع دریافت خدمت از پزشکان است. استان سیستان و بلوچستان و استان هرمزگان در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ کمترین بارمراجعه سرپایی را در بین استانها داشته‌اند.

۱. بارهای مراجعه در این مجله، در نقشه‌ها در ۱۰۰ نفر جمعیت و در نمودارها به‌ازای هر نفر جمعیت ارائه می‌شود.

۵۱. سرانه بارمراجعه به پزشک عمومی برای دریافت خدمت سرپایی



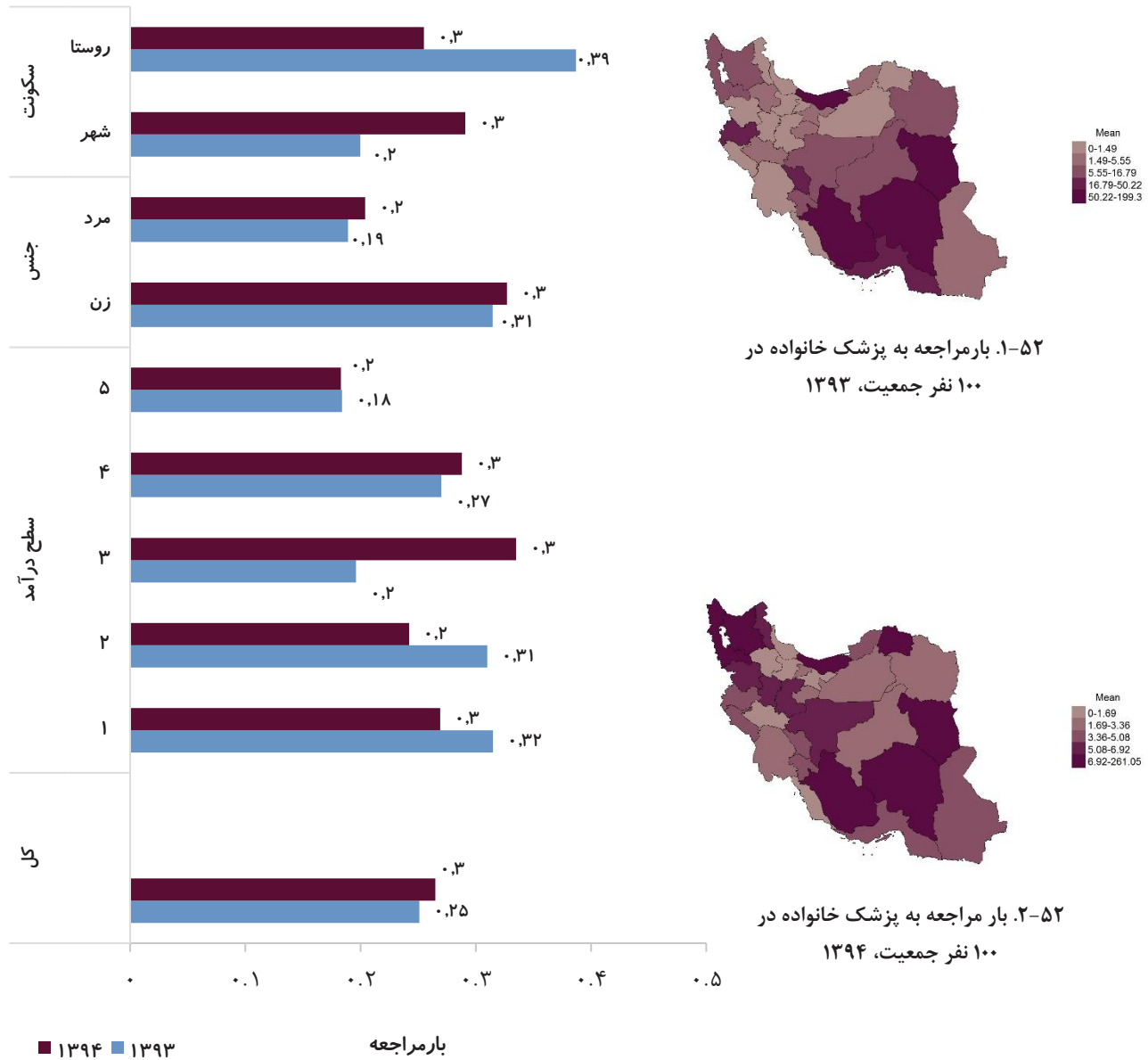
۱-۵۱. بارمراجعه به پزشک عمومی در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳



۲-۵۱. بارمراجعه به پزشک عمومی در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴

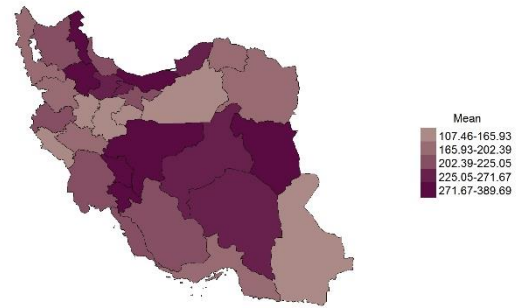
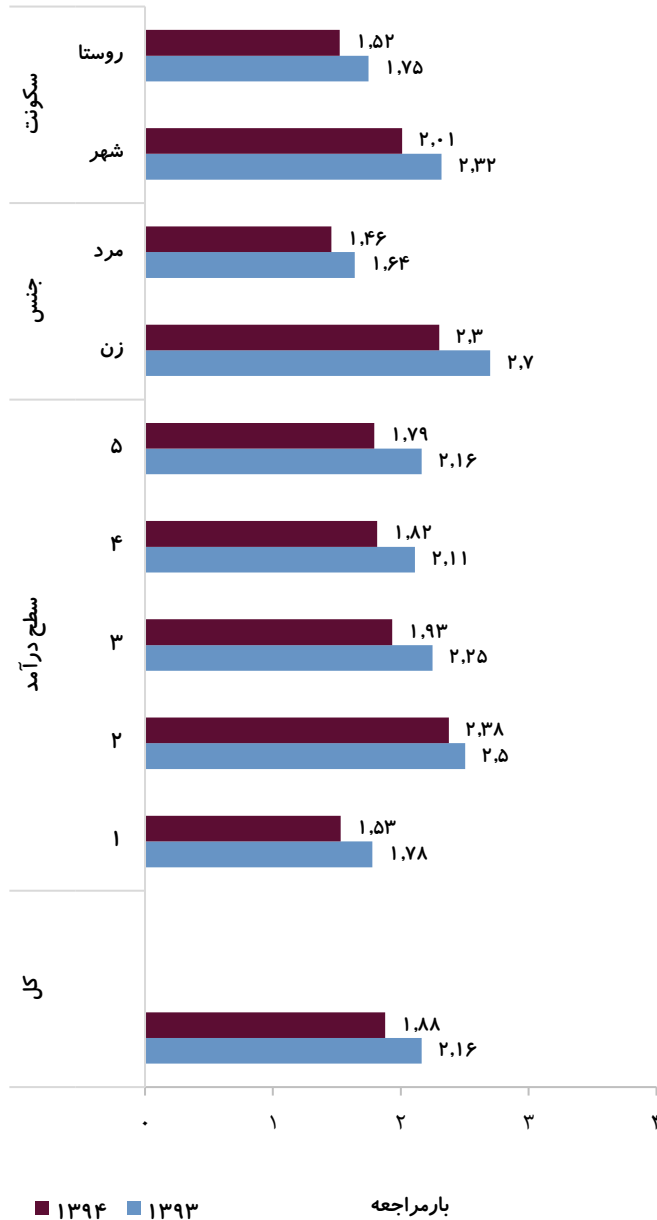
سرانه بارمراجعه به پزشک عمومی در سال ۱۳۹۴ کمتر از سال ۱۳۹۳ است. استان کرمان در هر دو سال از جمله استان‌های با بیشترین بارمراجعه به پزشک عمومی است. در سال ۱۳۹۴، کمترین بارمراجعه به پزشک عمومی، مربوط به غنی‌ترین قشر درآمدی بوده است.

۵۲. سرانه بارمراجعه به پزشک خانواده برای دریافت خدمت سرپایی

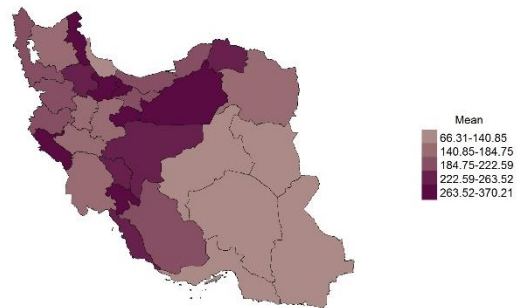


بار مراجعه به پزشک خانواده در مقایسه با سایر گروه‌های پزشکان در ایران پایین است و رقم این مراجعه در هر دو سال تقریباً مشابه است. کم‌ترین بارمراجعه در غنی‌ترین قشر درآمدی است. استان‌های مازندران و فارس در هر دو سال مورد بررسی بالاترین بارمراجعه به پزشک خانواده را دارا هستند.

۵۳. بارمراجعه به پزشک متخصص برای دریافت خدمت سرپایی



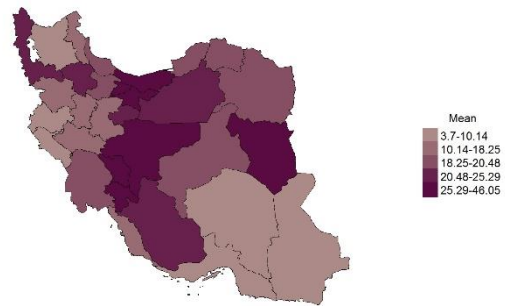
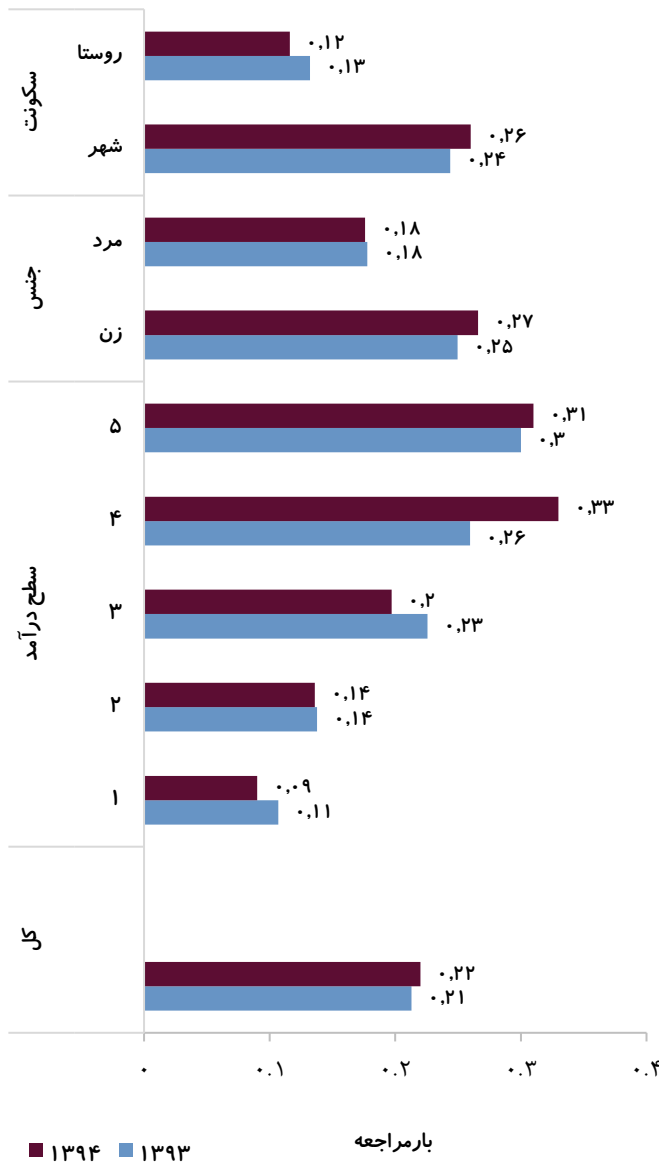
۱-۵۳. بارمراجعه به پزشک متخصص در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳



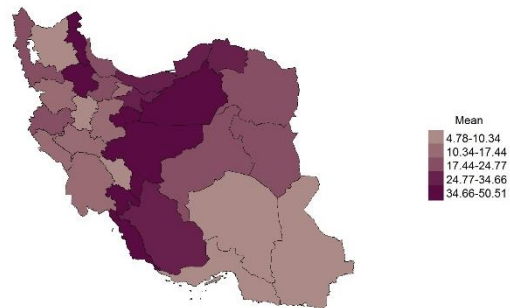
۲-۵۳. بارمراجعه به پزشک متخصص در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴

بارمراجعه به پزشک متخصص از پزشک عمومی کم‌تر است و این رقم در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ پایین‌تر است. بارمراجعه به پزشک متخصص در غنی‌ترین قشر نسبت به فقیرترین قشر بالاتر است. استان تهران در سال‌های مورد بررسی، در دسته استان‌های با رقم متوسط بارمراجعه به متخصص قرار دارد.

۵۴. سرانه بارمراجعه به دندانپزشک برای دریافت خدمت دندانپزشکی



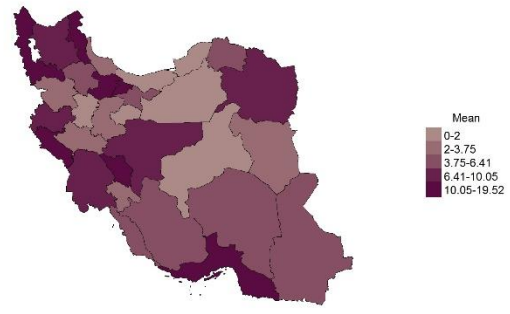
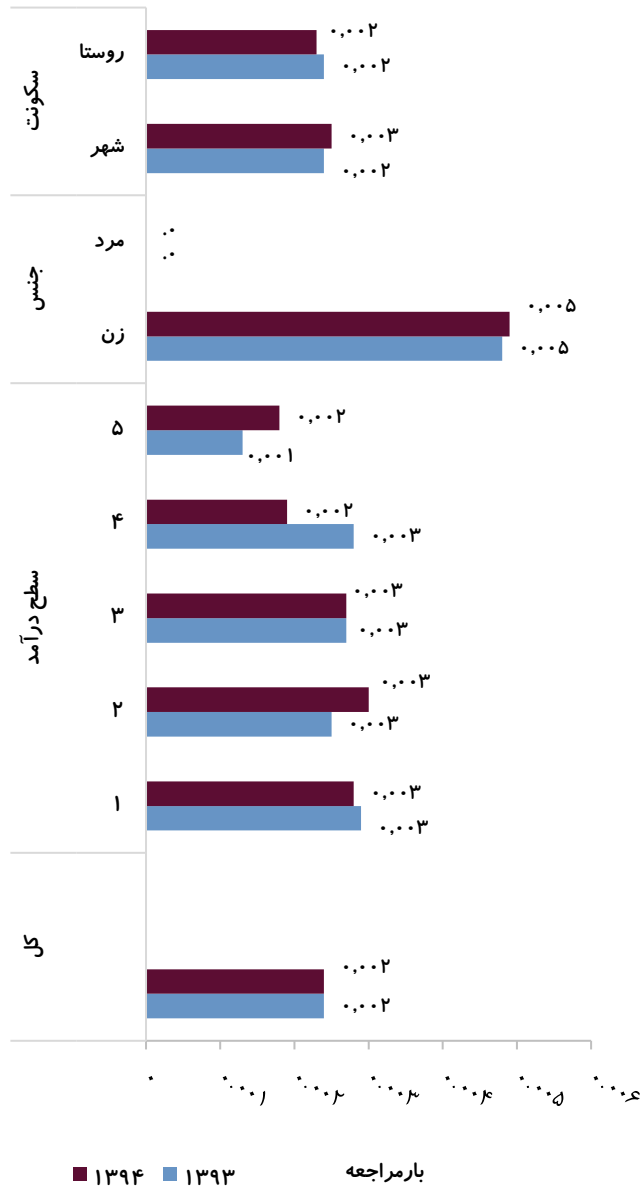
۱-۵۴. بارمراجعه به دندانپزشک در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳



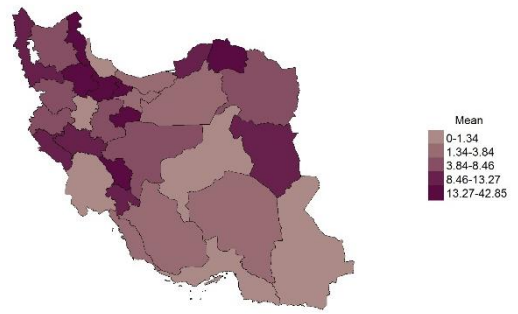
۲-۵۴. بارمراجعه به دندانپزشک در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴

بارمراجعه به دندانپزشک برای هر نفر در سال برابر ۰/۲ بار است. غنی‌ترین قشر درآمدی بالاترین بارمراجعه را دارند. استان کهگلویه و بویر احمد و استان زنجان در هر دو سال مورد بررسی، بیشترین بارمراجعه به دندانپزشک را دارا هستند.

۵۵. سرانه بارمراجعه به ماما برای دریافت خدمات مامایی



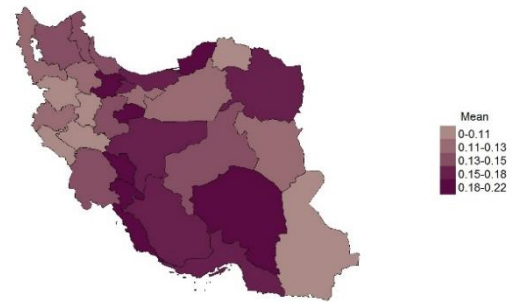
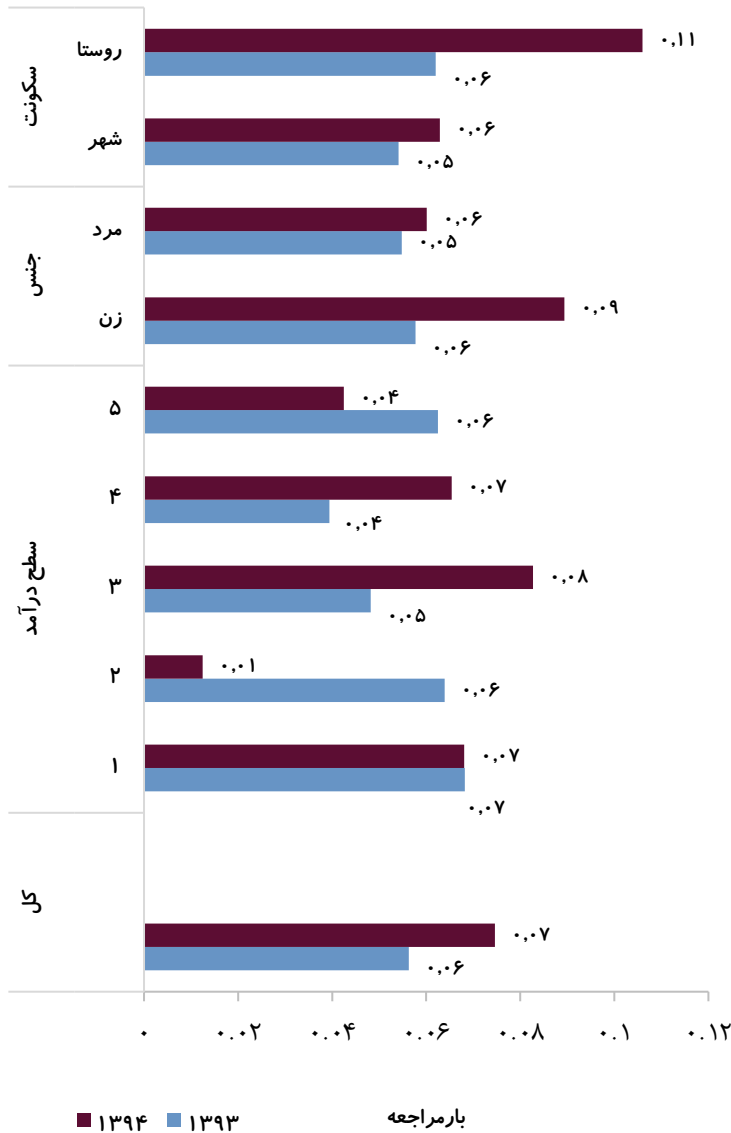
۱-۵۵. بارمراجعه به ماما در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳



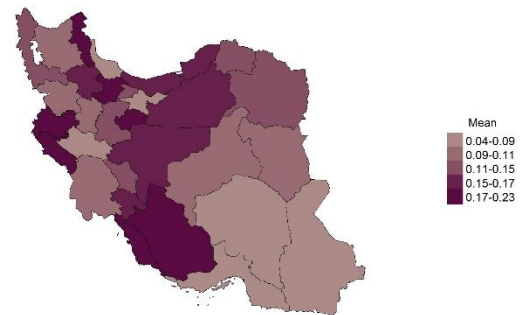
۲-۵۵. بارمراجعه به ماما در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴

بارمراجعه سالانه به ماما در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ یکسان است. استان همدان و یزد در سال‌های مورد بررسی، کمترین بارمراجعه به ماما را برای دریافت خدمات مامایی داشته‌اند.

۵۶. سرانه بارمراجعه به داروخانه بدون نسخه تجویزی پزشک برای دریافت دارو



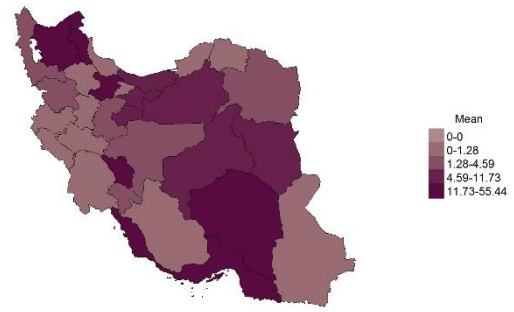
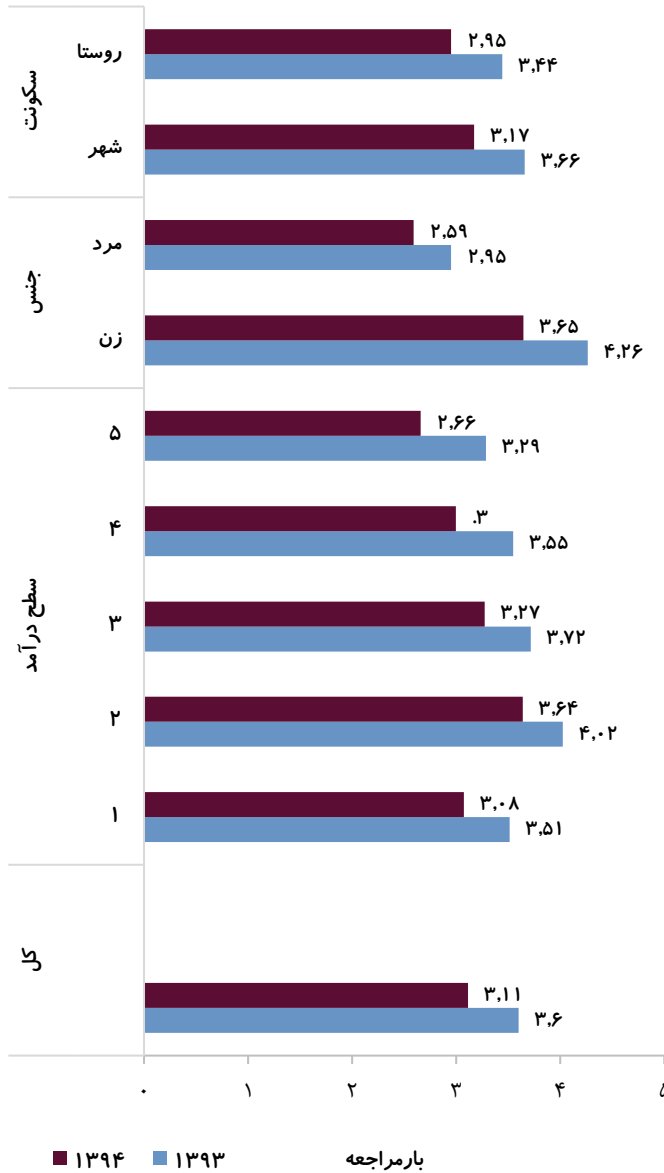
۱-۵۶. بارمراجعه به داروخانه بدون نسخه، در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳



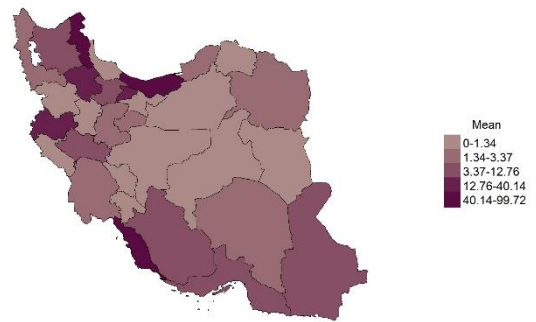
۲-۵۶. بارمراجعه به داروخانه بدون نسخه، در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴

این شاخص نشانگر مراجعات برای دریافت دارو بدون نسخه به داروخانه‌هاست و در واقع خانوارها بدون اینکه به پزشک مراجعه کنند (هر دلیلی ممکن است برای عدم مراجعه داشته باشند)، به طور مستقیم برای دریافت دارو به داروخانه مراجعه می‌کنند. از سویی این شاخص می‌تواند نشانگر مقدار مصرف داروهای بدون نسخه نیز باشد. بارمراجعه برای این شاخص در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ بیشتر شده است. تهران در دسته بارمراجعه بالا برای این شاخص نیست.

۵۷. بارمراجعه به داروخانه برای دریافت نسخه تجویزی پزشکان



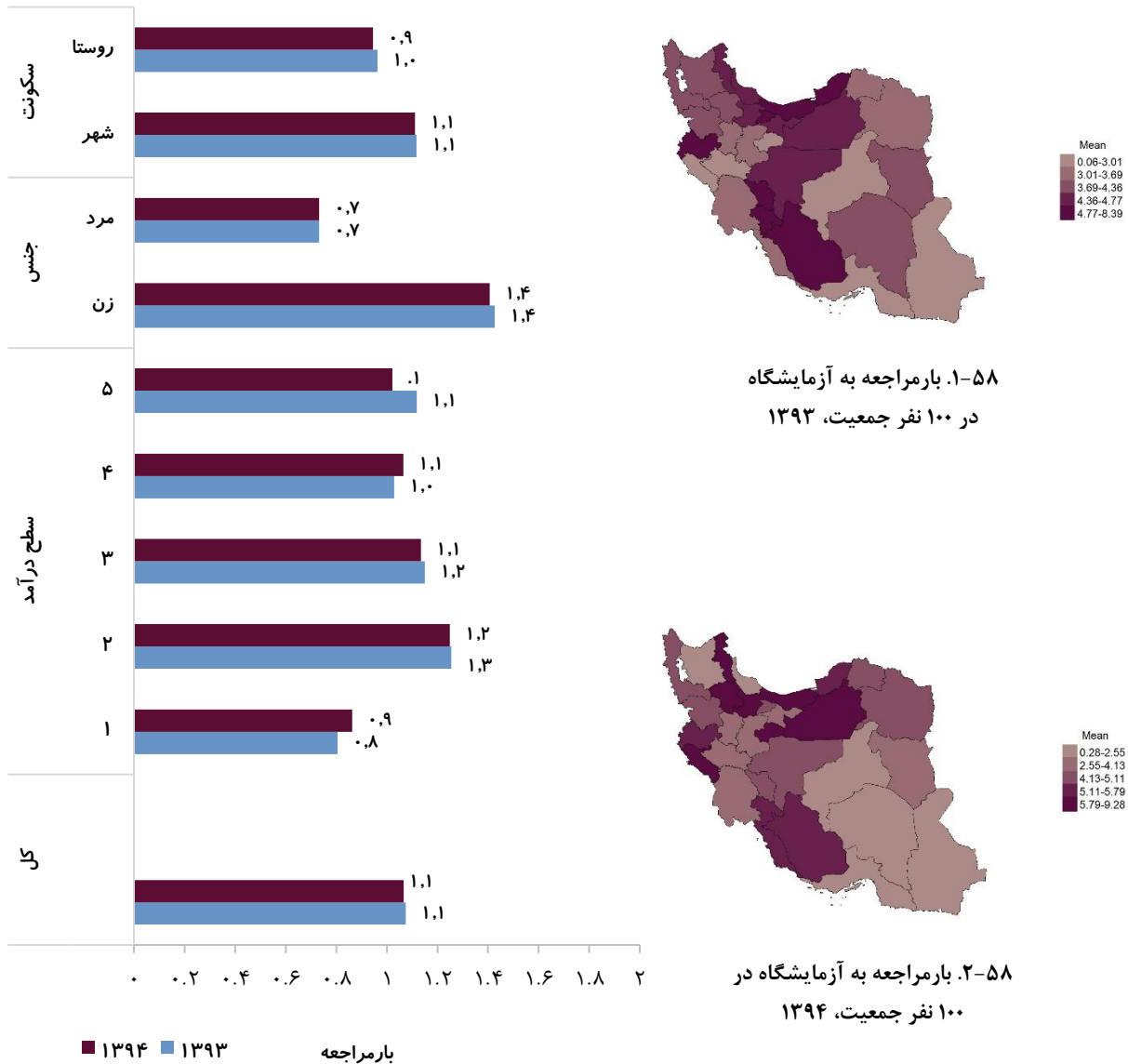
۱-۵۷. بارمراجعه به داروخانه با نسخه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳



۲-۵۷. بارمراجعه به داروخانه با نسخه در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴

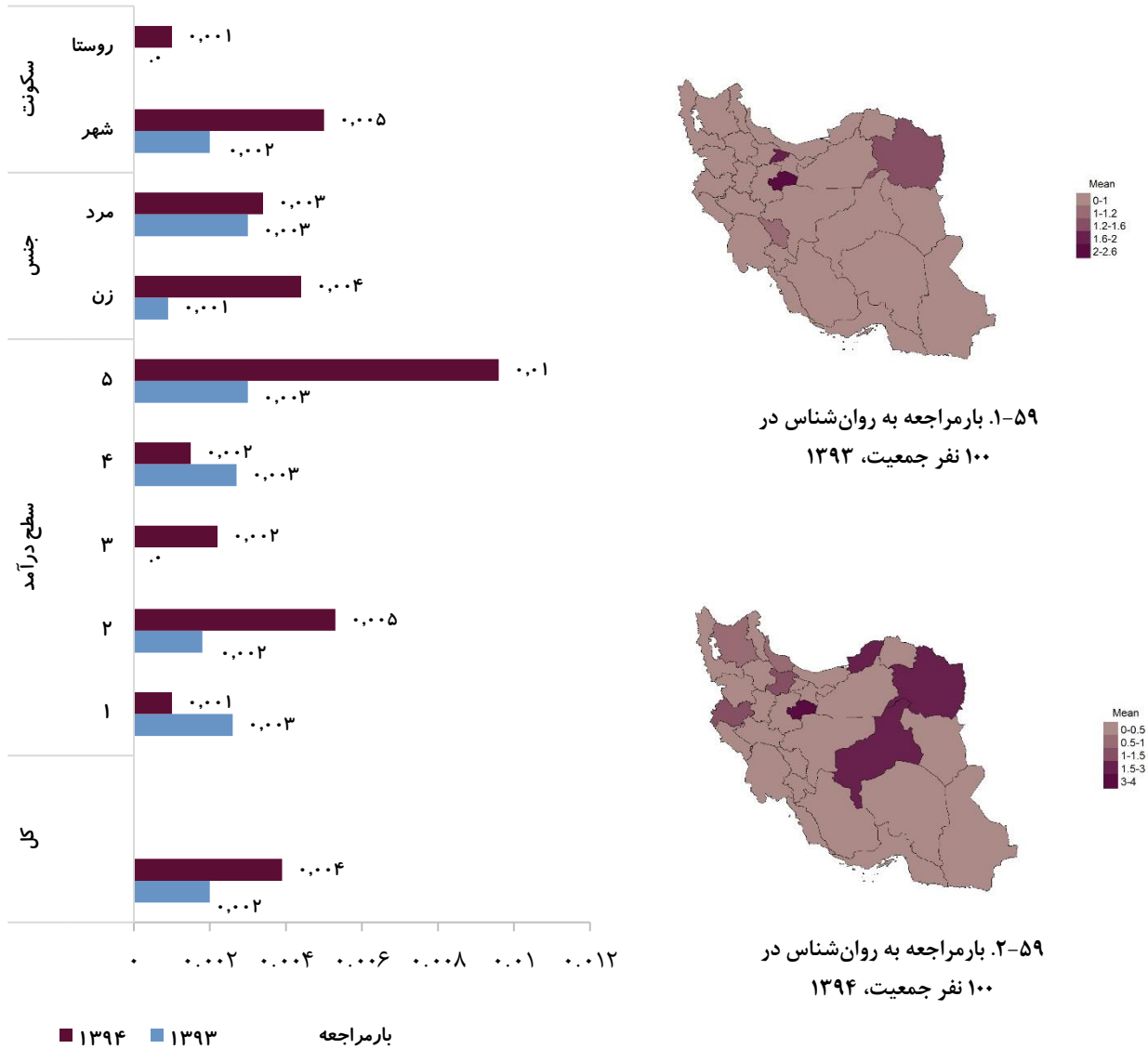
این شاخص نشانگر این است که چه تعداد از تجویز نسخ پزشکان برای دریافت دارو به داروخانه‌ها مراجعه کرده‌اند. رقم بارمراجعه به داروخانه برای دریافت نسخه پزشکی، باید از رقم بارمراجعه سرپایی به پزشکان پایین‌تر باشد که در بررسی‌ها نیز چنین است. استان بوشهر و اردبیل در هر دو سال مورد بررسی بالاترین بارمراجعه را داشته‌اند.

۵۸. سرانه بارمراجعه به آزمایشگاه برای انجام آزمایش‌های درخواستی پزشکان



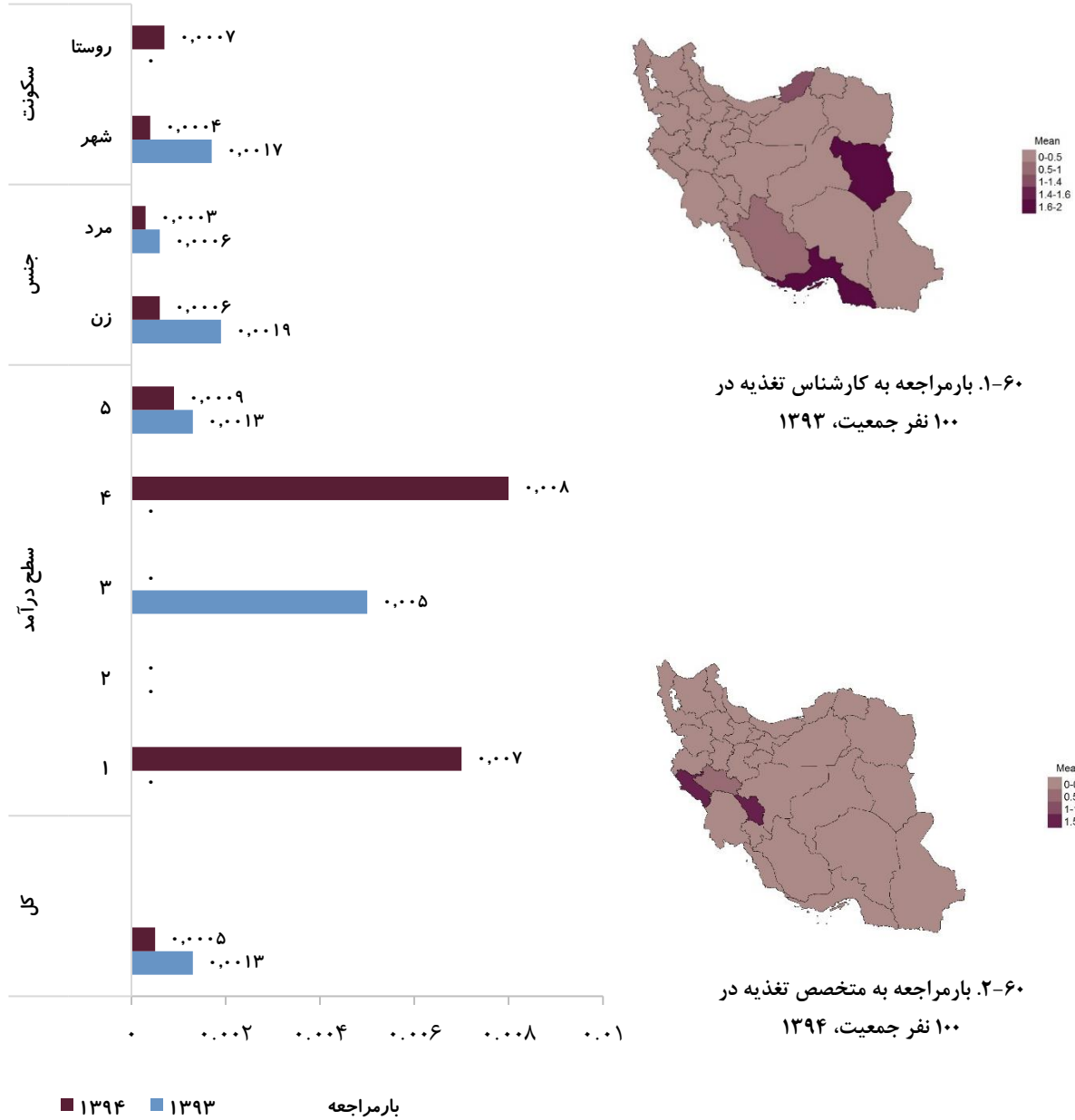
شاخص بارمراجعه به آزمایشگاه نشانگر این است که چه مقدار از مراجعات به پزشکان با درخواست آزمایش همراه بوده است. بررسی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ نشان می‌دهد تقریباً در یک چهارم بارمراجعه به پزشکان، آزمایش درخواست شده است که این درخواست در شهرها بیشتر از روستاها است و در استان مازندران و اردبیل نیز در هر دو سال نسبت به سایر استان‌ها بالاتر است.

۵۹. سرانه بارمراجعه به روان شناس بالینی برای دریافت مشاوره روان شناسی



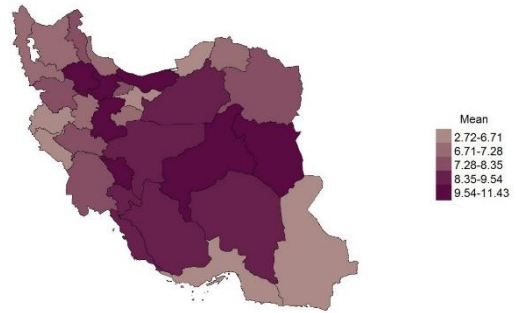
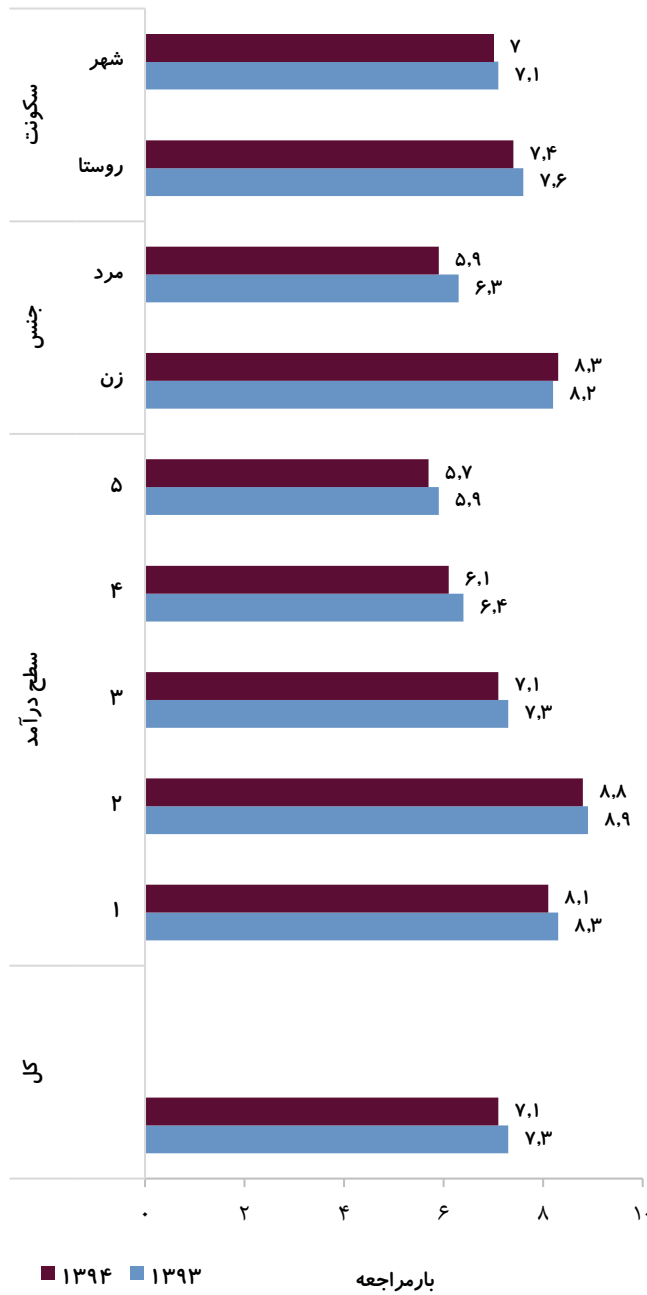
به دنبال اجرای طرح تحول سلامت در حدود ۱۱۴۰ کارشناس روانشناسی در مراکز بهداشتی به کار گرفته شد. در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ دریافت مشاوره از روانشناس دو برابر شده است. در روستاها قبل از به کارگیری این روانشناسان، هیچ فردی به روانشناس مراجعه نداشته است؛ اما بعد از آن، تقریباً ده برابر شده است. استان قم در هر دو سال مورد بررسی بالاترین مراجعات برای دریافت مشاوره های روانشناسی را دارد.

۶۰. سرفاه بارمراجعه به متخصص تغذیه برای دریافت مشاوره تغذیه

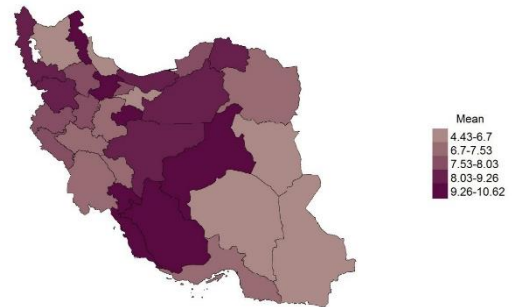


بعد از به کارگیری کارشناسان تغذیه در مراکز بهداشتی، این شاخص در فقیرترین قشر درآمدی رشد مناسبی یافته است.

۶۱. سرانه بارمراجعه به بیمارستان‌ها برای بستری در ۱۰۰ نفر جمعیت



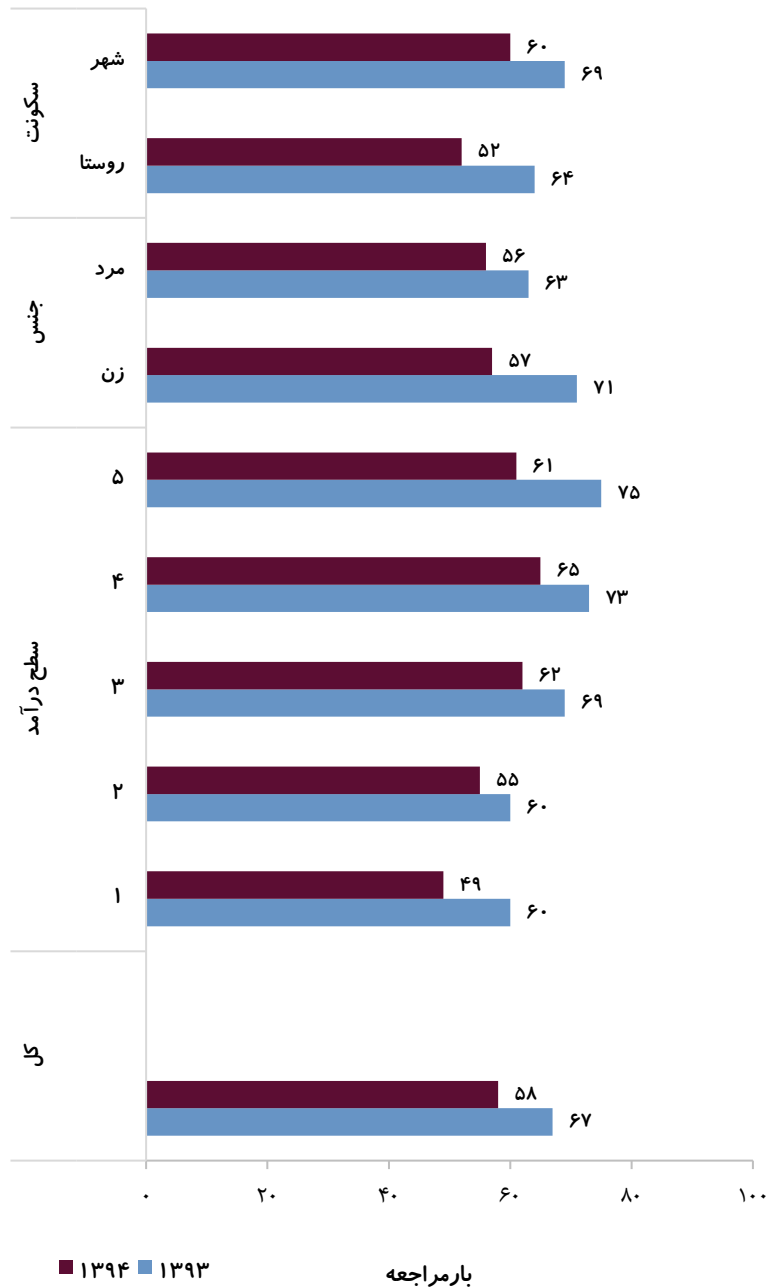
۱-۶۱. بارمراجعه بستری در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۳



۲-۶۱. بارمراجعه بستری در ۱۰۰ نفر جمعیت، ۱۳۹۴

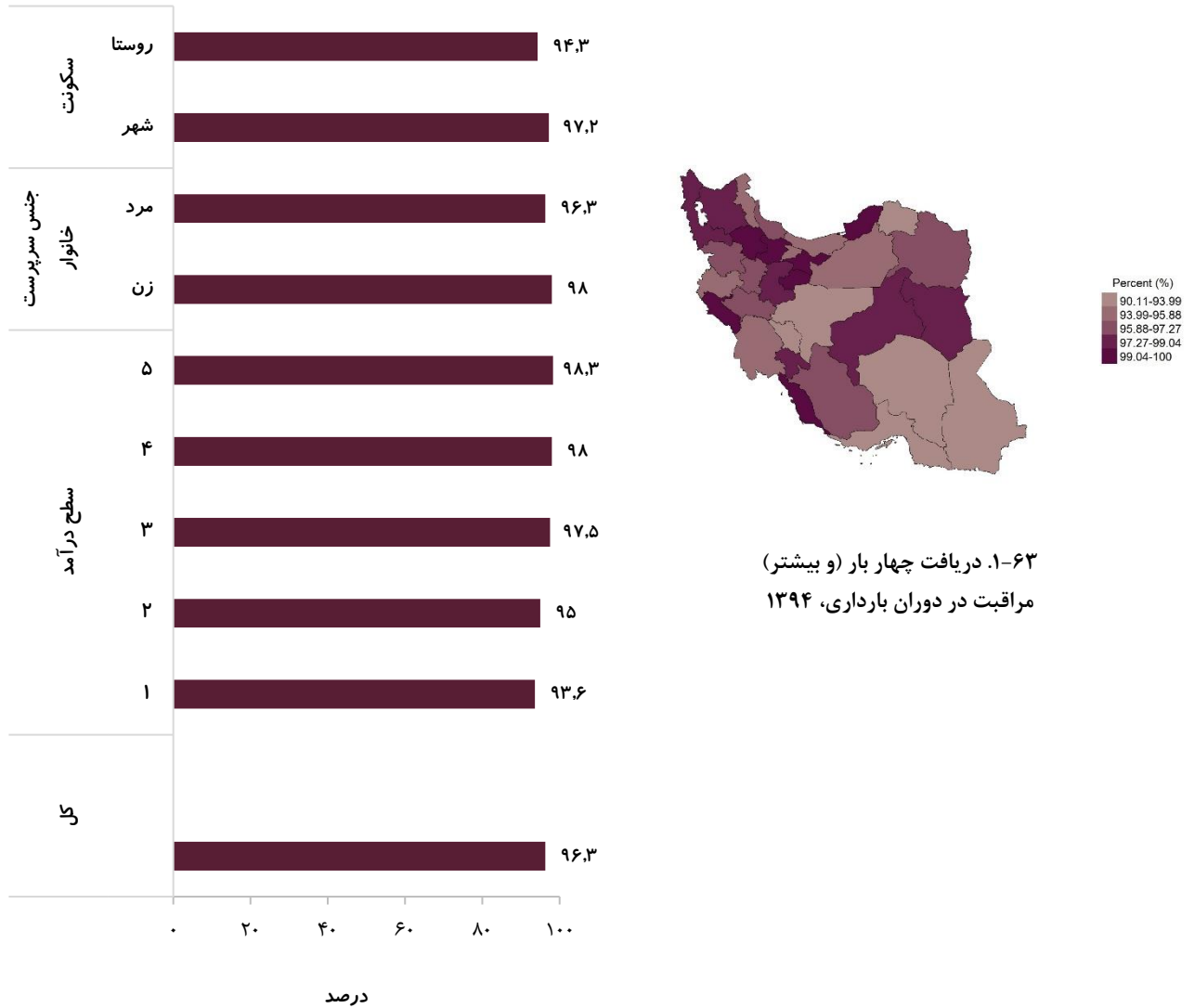
بارمراجعه بستری در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۳ تقریباً یکسان است.

۶۲. نسبت بارمراجعه برای دریافت خدمات سرپایی به بارمراجعه خدمات بستری



این شاخص نشان می‌دهد به ازای چند بار مراجعه برای دریافت خدمت سرپایی، بستری اتفاق می‌افتد. در این شاخص، بارمراجعه سرپایی را به بستری تقسیم می‌کنیم و نسبت این دو مراجعه به دست می‌آید.

۶۳. مراقبت‌های دوران بارداری (چهار بار و بیشتر)



این شاخص به‌عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده مطرح است. ۹۶/۳ درصد خانم‌های باردار در سال ۱۳۹۴، چهار بار یا بیشتر مراقبت شده‌اند. درصد پوشش این مراقبت در شهرها بیشتر است.

میانگین جهانی: ۷۳ درصد

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: کاهش مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده

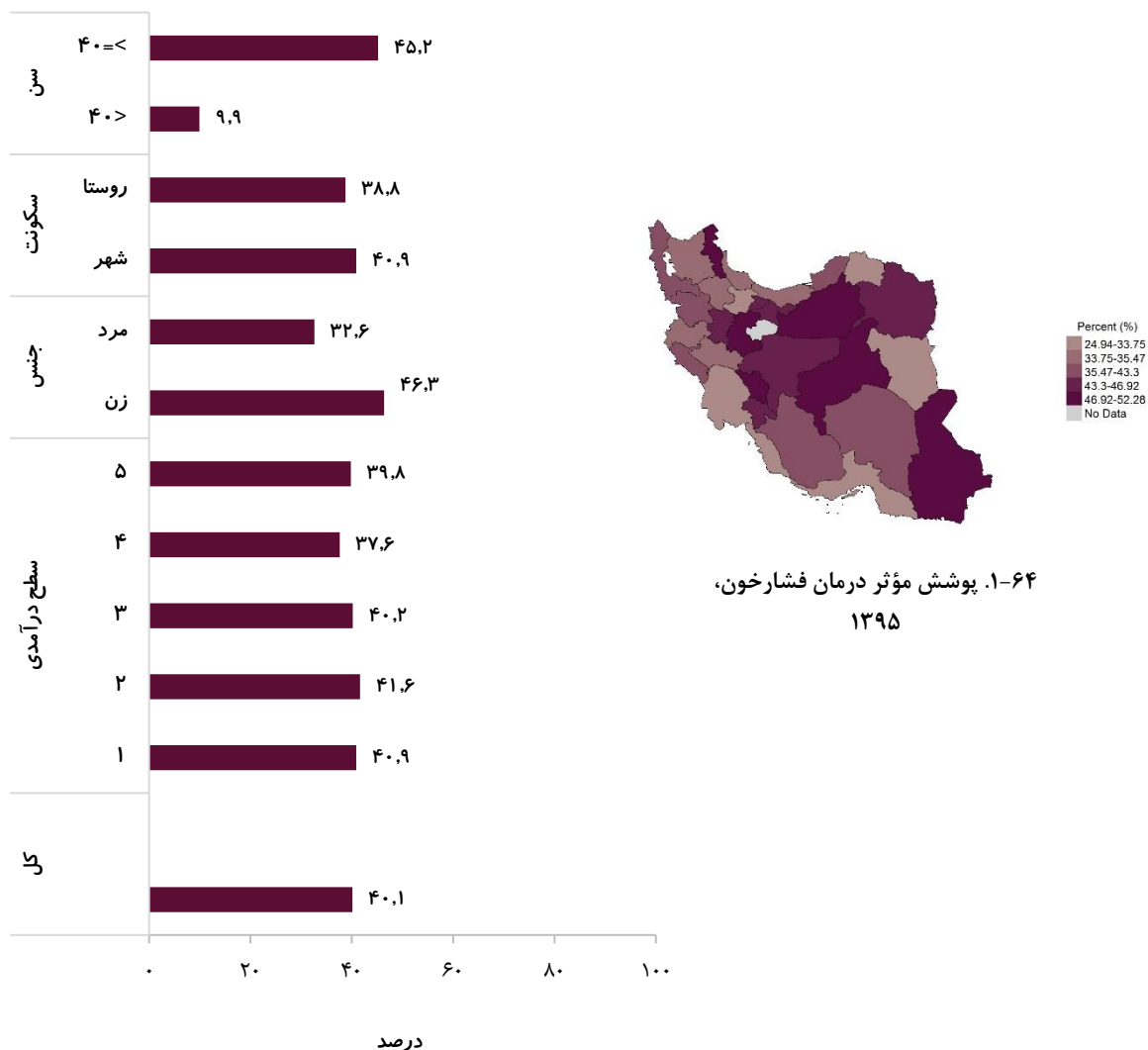
1. Sustainable Development Goals (SDG)

فصل دوم

شاخص‌های تأثیر



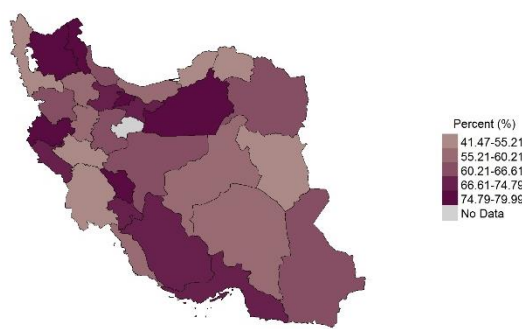
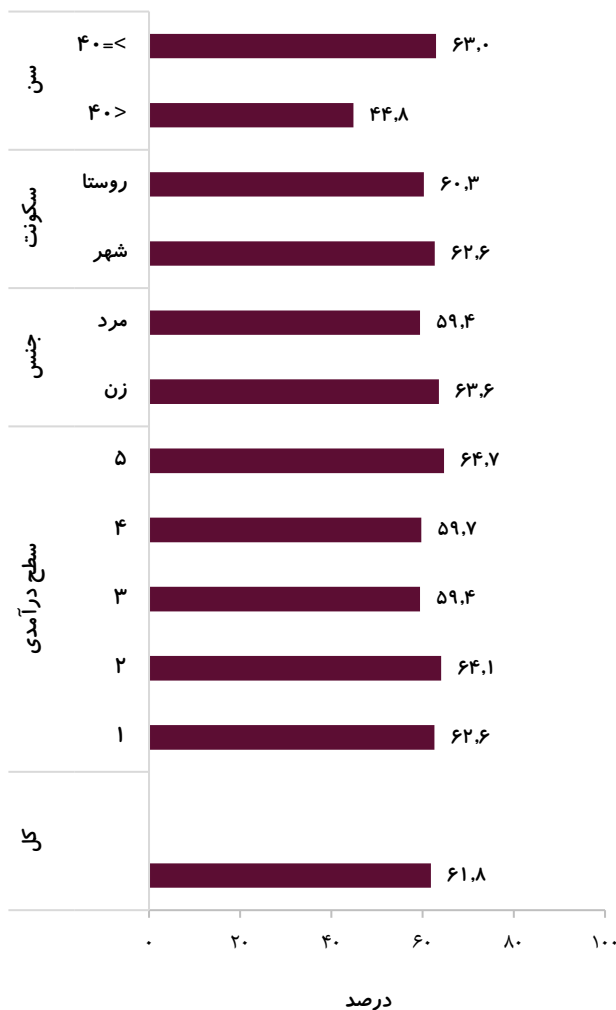
۶۴. درصد پوشش دریافت درمان برای فشارخون بالا (پوشش مؤثر درمان فشارخون) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال



مطابق تعریف این شاخص، بررسی می‌شود آیا بیماری افرادی که مبتلا به فشارخون بالا بوده و هم‌اکنون تحت درمان با دارو هستند، تحت کنترل است یا نه. در مطالعه عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر مشخص شد که ۴۰ درصد از مبتلایان به فشارخون بالا هم‌اکنون با درمان دارویی تحت کنترل هستند. کنترل این بیماری در زنان بهتر است. در استان سیستان و بلوچستان، یزد، سمنان، اردبیل و مرکزی، کنترل این بیماری خوب است.



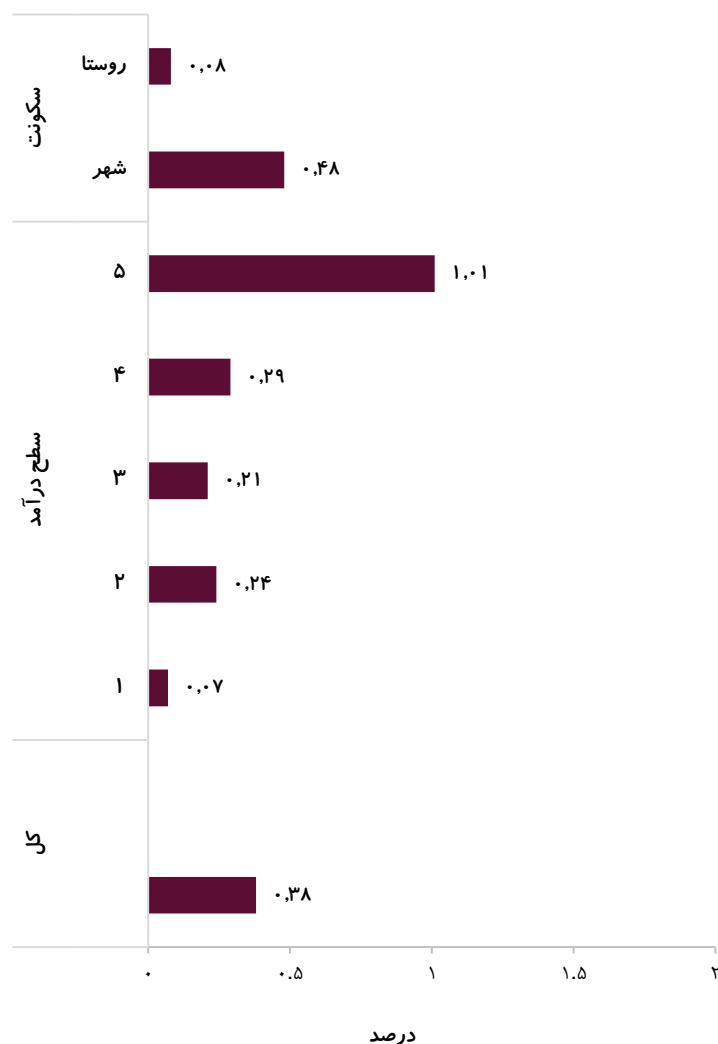
۶۵. درصد پوشش دریافت درمان برای دیابت (موشش مؤثر دیابت) در بزرگسالان بالای ۱۸ سال



۱-۶۵. پوشش درمان دیابت، ۱۳۹۵

در این شاخص افرادی که مبتلا به دیابت بوده و در حال درمان هستند و بیماریشان تحت کنترل باشد، تحت عنوان پوشش مؤثر دیابت نامیده می‌شوند. در بررسی سال ۱۳۹۵ پوشش مؤثر درمان دیابت تقریباً ۶۲ درصد است. تفاوت چشمگیری بین سطح درآمدی و پوشش مؤثر درمان مشاهده نمی‌شود. در ۱۲ استان پوشش درمان مؤثر نسبت به کل کشور بالاتر است.

۶۶. درصد آمادگی خانوارها در برابر بلایا



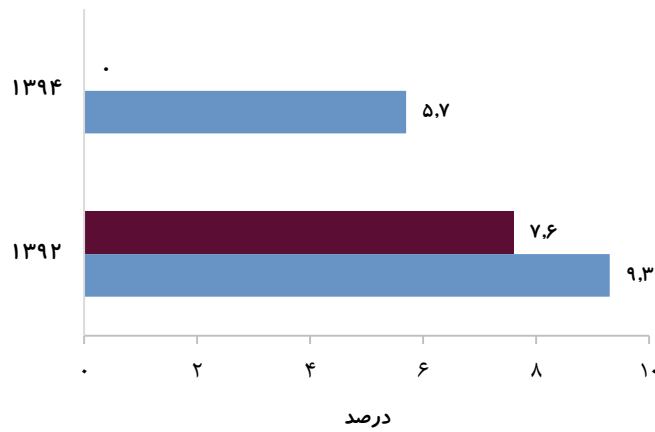
برای بررسی آمادگی خانوارها شش مورد بررسی شد. در سال ۱۳۹۴ فقط ۰/۳۸ درصد خانوارها برای مواجهه با بلایا آمادگی داشته‌اند. آمادگی در برابر بلایا در خانوارهای با سطح درآمد بالا نسبت به سطوح پایین بهتر است.

میانگین جهانی مرگ مرتباً با بلایای طبیعی: ۰/۲ به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت

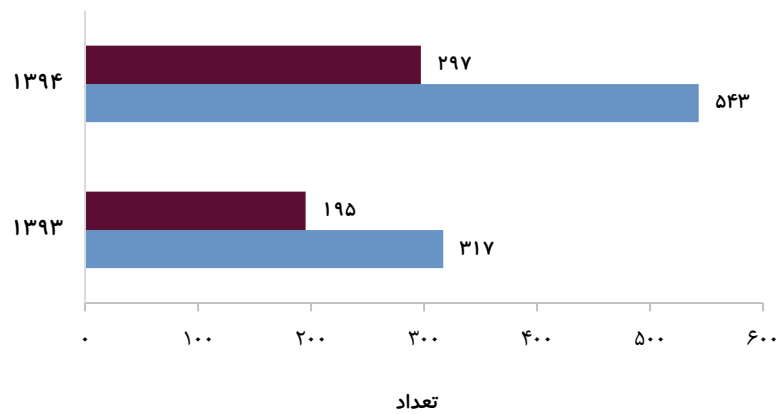
هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: تقویت تاب‌آوری و ظرفیت تطابق با تغییرات اقلیمی و بلایای طبیعی در تمام کشورها.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۶۷. درصد پرداخت غیررسمی به‌ازای خدمات بستری و شکایات از خدمات



- پرداخت غیررسمی در بیمارستان‌های دولتی
- پرداخت غیررسمی در تمام بیمارستان‌ها

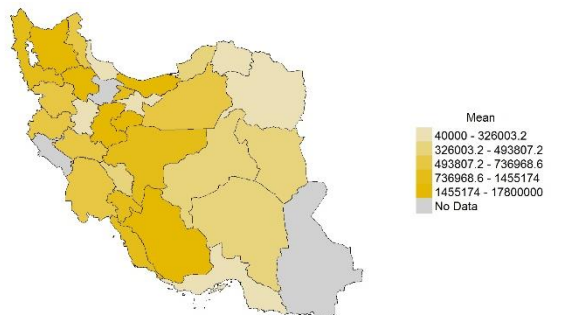
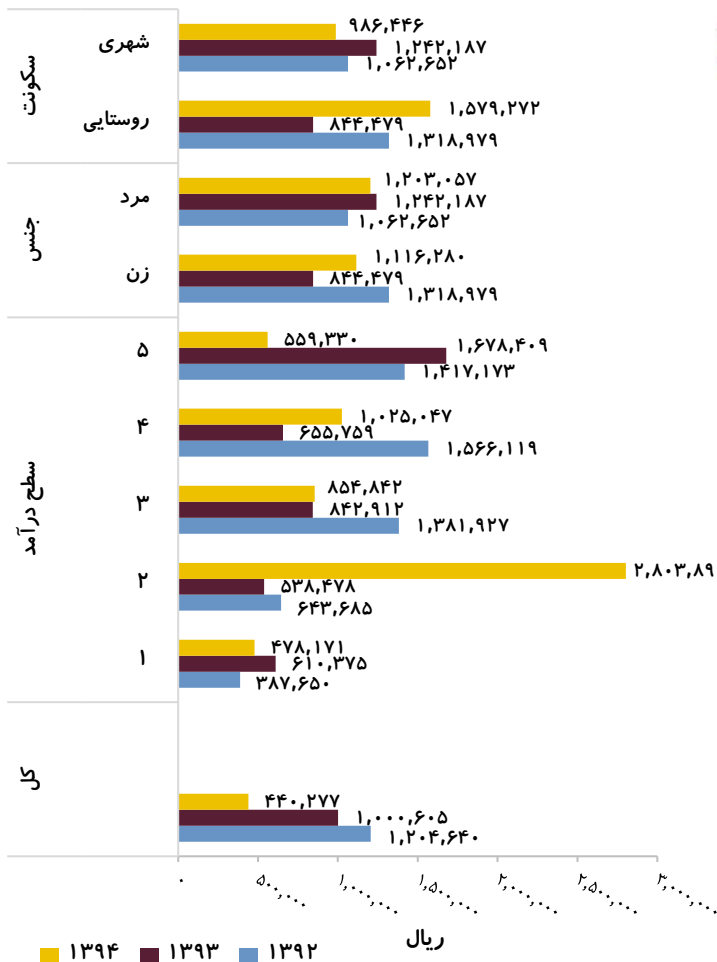


- شکایات از خدمات سرپایی
- شکایات از خدمات بستری

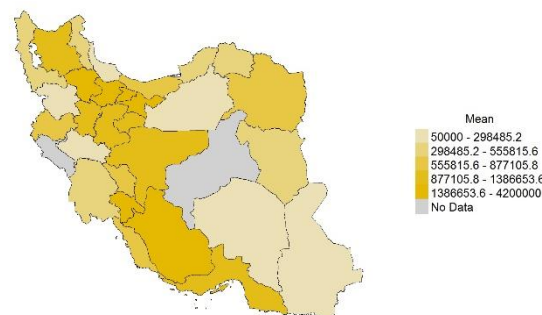
درصد پرداخت‌های غیررسمی بعد از اجرای طرح تحول سلامت، به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی به صفر نزدیک شده است.



۶۸. هزینه‌های بستری پرداخت شده به پزشک^۱



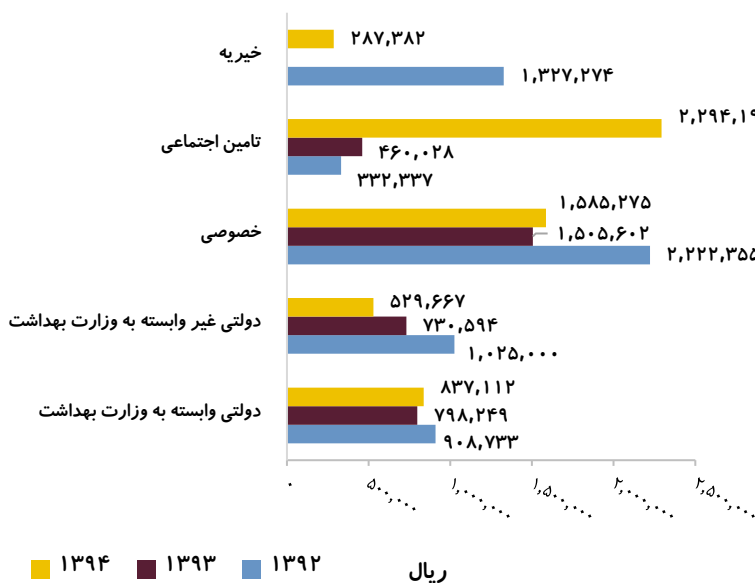
۱-۶۸. پرداخت مستقیم به پزشک برای خدمات بستری، قبل از اردیبهشت ۱۳۹۳



۲-۶۸. پرداخت مستقیم به پزشک برای خدمات بستری، بعد از اردیبهشت ۱۳۹۳



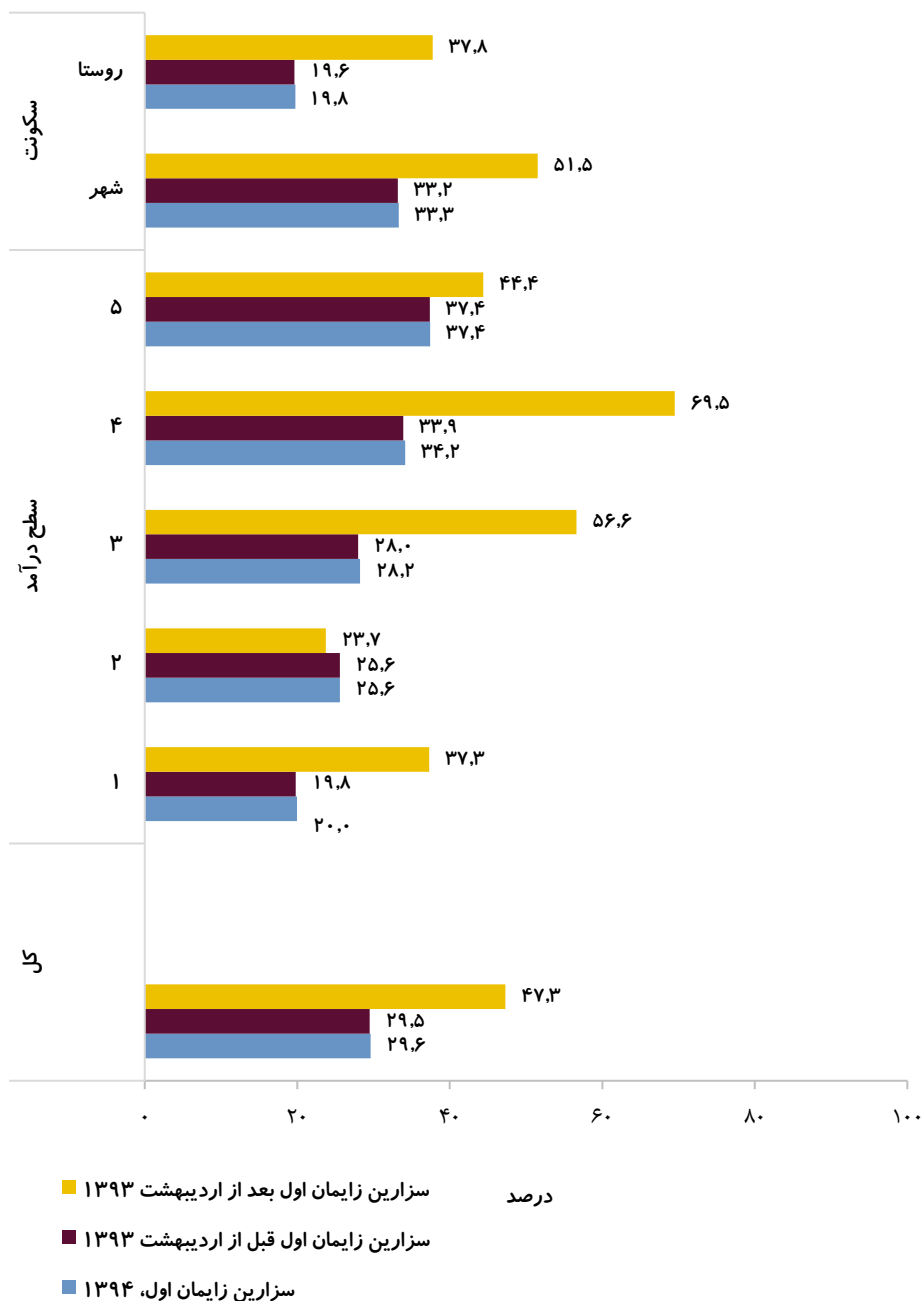
۳-۶۸. پرداخت مستقیم به پزشک برای خدمات بستری، ۱۳۹۴



بعد از اجرای طرح تحول سلامت، بیمارستان‌ها ملزم شده‌اند تمام پرداخت‌ها برای خدمات بستری در داخل بیمارستان انجام شود و هیچ پرداخت مستقیمی به پزشک صورت نگیرد. مبالغ پرداختی به پزشکان نشانگر این است که تا حدودی پرداخت‌های غیررسمی ادامه دارد. بررسی این پرداخت‌ها نشان می‌دهد که عدد کل پرداخت بعد از اجرای طرح تحول سلامت کاهش مشخصی دارد. بالاترین پرداخت در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۴ اتفاق افتاده است.

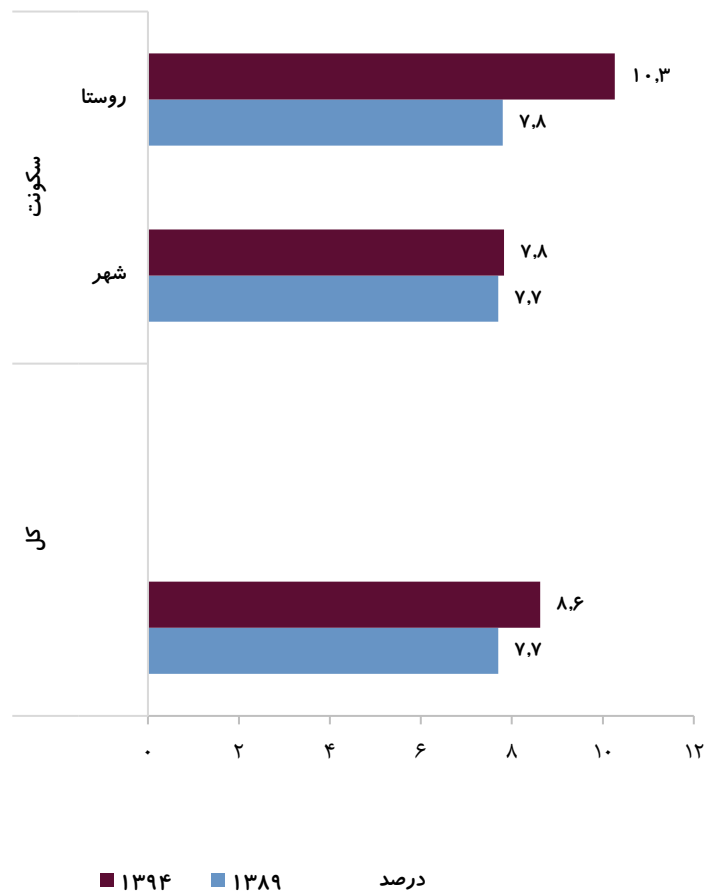
۱. هزینه‌های جاری

۶۹. درصد انجام سزارین در زایمان اول



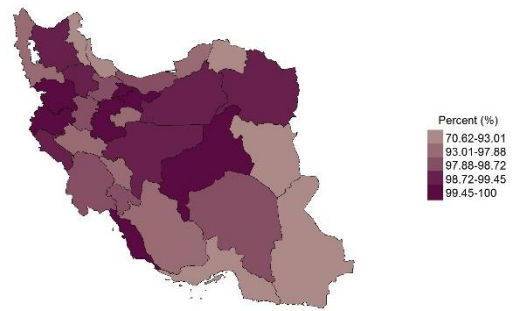
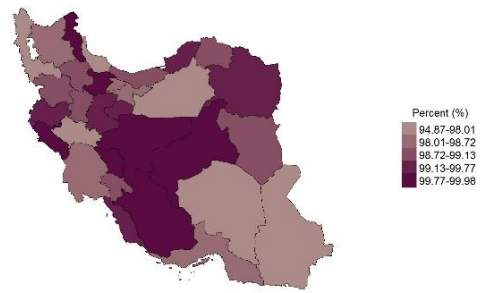
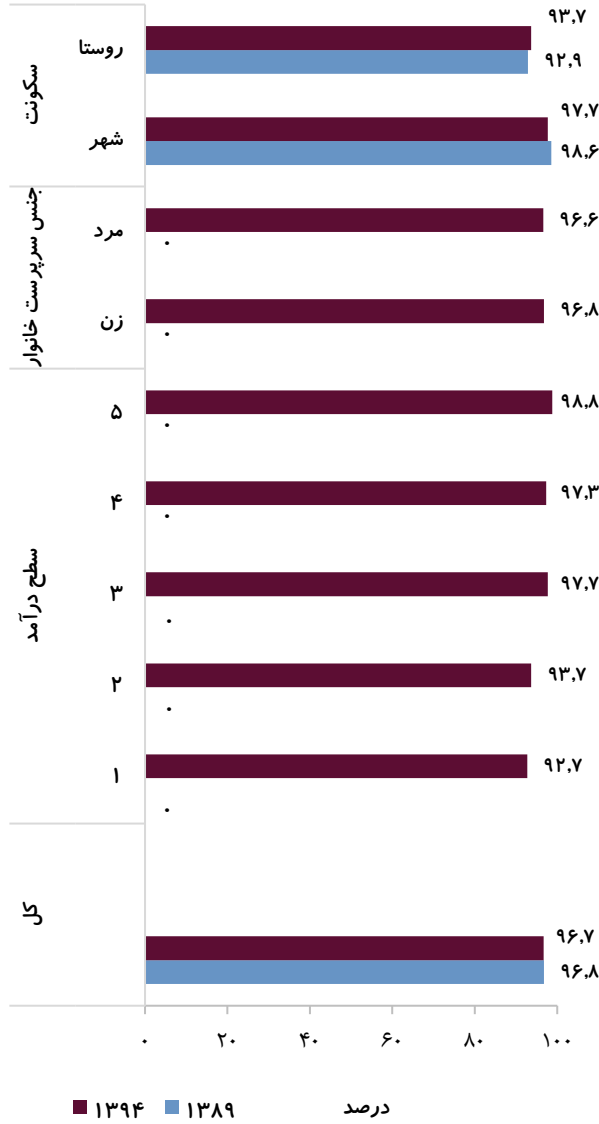
از مواردی که بعد از اجرای طرح تحول سلامت هدف‌گذاری شده است، کاهش درصد سزارین می‌باشد. در مواقعی که اولین زایمان با سزارین انجام می‌شود، در زایمان‌های بعدی نیز پزشک مجبور به تکرار سزارین است. درصد کل زایمان اول به روش سزارین در سال ۱۳۹۴، برابر ۲۵/۵ درصد است.

۷۰. درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲/۵ کیلوگرم



تعداد نوزادان متولد شده با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم، در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۸۹ بیشتر است.

۷۱. درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند

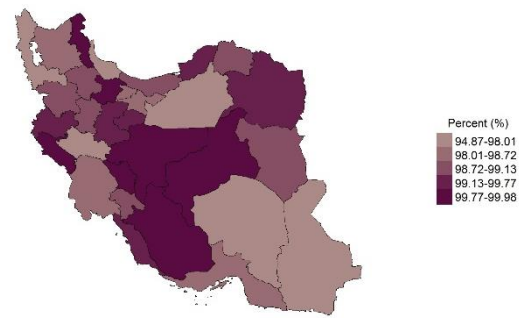
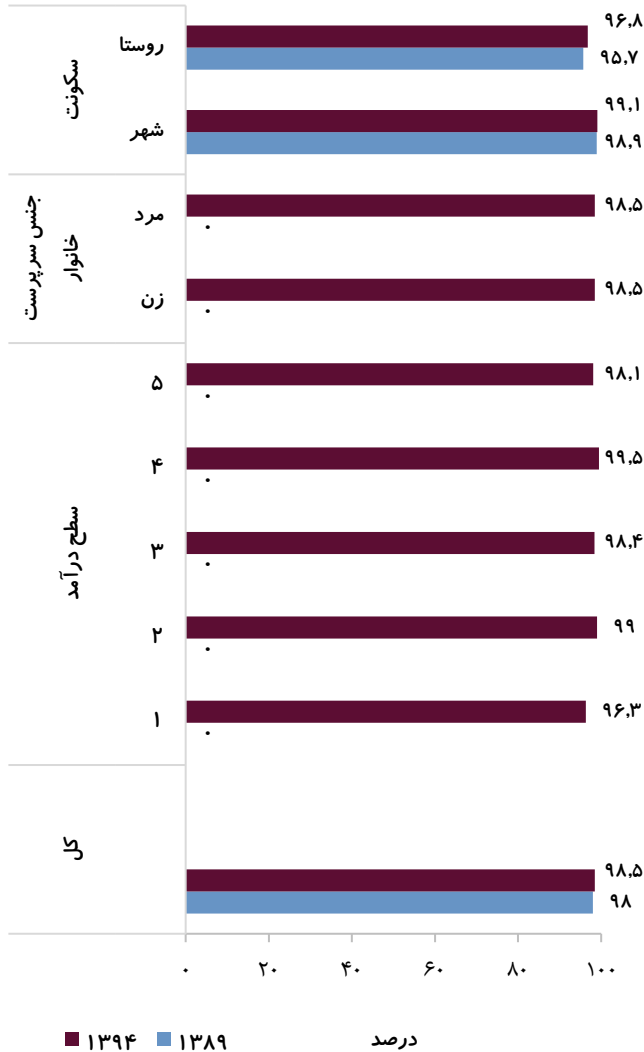


دسترسی به آب آشامیدنی سالم در سال ۱۳۸۹ نسبت به سال ۱۳۹۴ تغییر نداشته است و این شاخص در روستاها کمتر از شهرهاست.

میانگین جهانی جمعیت استفاده‌کننده از آب آشامیدنی سالم: ۹۱ درصد
 هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار^۱ تا سال ۲۰۳۰: دسترسی همگانی به آب آشامیدنی سالم

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۷۲. درصد خانوارهایی که به سیستم فاضلاب بهینه دسترسی دارند



۱-۷۲. دسترسی خانوارها به سیستم فاضلاب بهینه شده در سال ۱۳۹۴

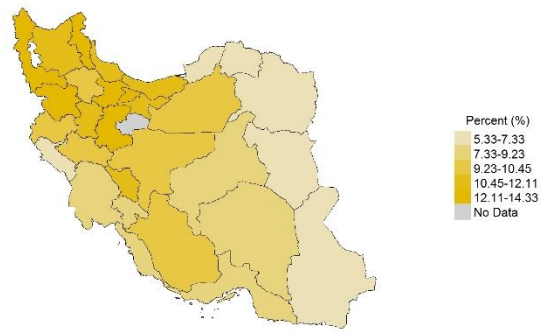
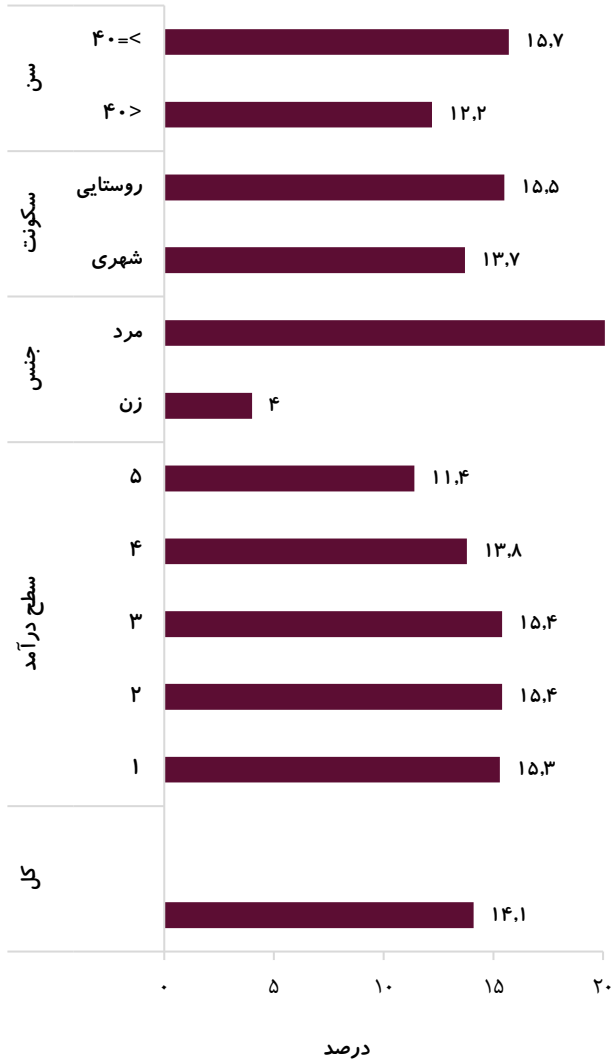
دسترسی خانوارها به سیستم بهسازی شده فاضلاب در هر دو سال مورد بررسی مناسب است. پایین ترین دسترسی به سیستم بهینه فاضلاب در استان ها، ۹۴/۸ درصد است.

میانگین جهانی جمعیتی که به سیستم فاضلاب بهسازی شده دسترسی دارند: ۶۸ درصد

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار^۱ تا سال ۲۰۳۰: دسترسی به سیستم دفع فاضلاب کافی، مجهز و بهداشتی برای همه و پایان دفع نامناسب فاضلاب، توجه کافی به نیازهای زنان و دختران و افراد در معرض آسیب.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۷۳. شیوع مصرف مواد دخانی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال



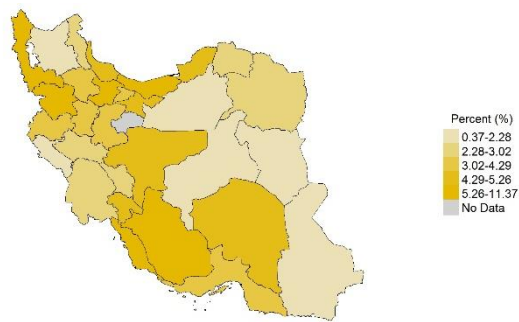
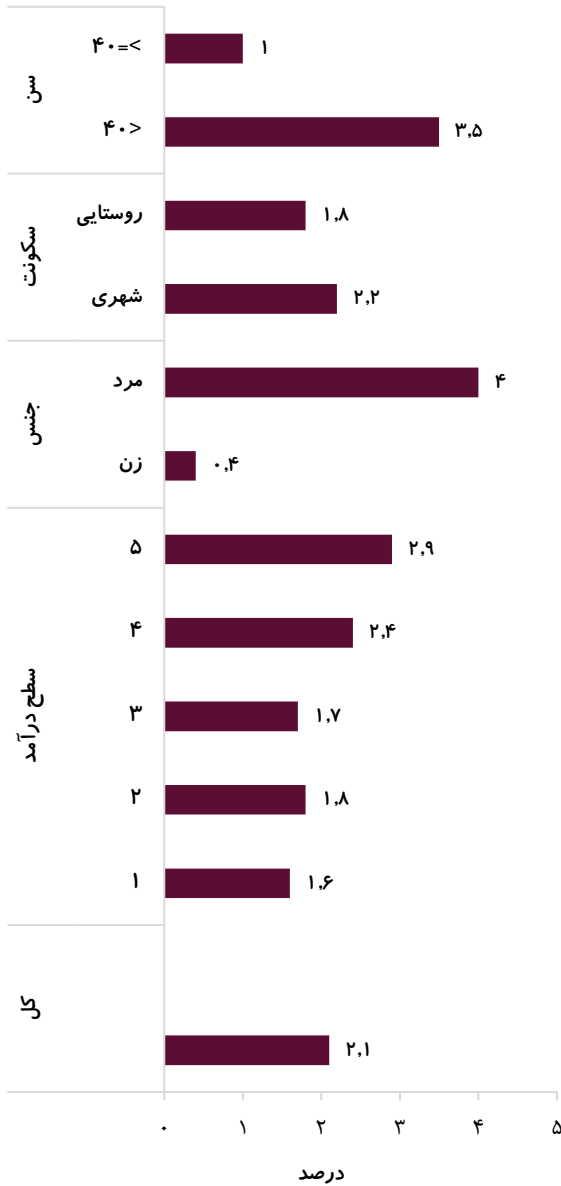
۱-۷۳. شیوع مصرف مواد دخانی در افراد بالای ۱۸ سال

در حدود ۱۴/۱ درصد جمعیت بالای ۱۸ ساله سیگاری اند که در مردان خیلی بالاتر از خانمها مشاهده می شود.

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: تقویت و استقرار کنوانسیون کنترل مصرف مواد دغانی مطابق چارچوب سازمان جهانی بهداشت در تمام کشورها

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۷۴. شیوع مصرف مواد غیر دخانی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال



۱-۷۴. شیوع مصرف مواد غیر دخانی (الکل)، ۱۳۹۵

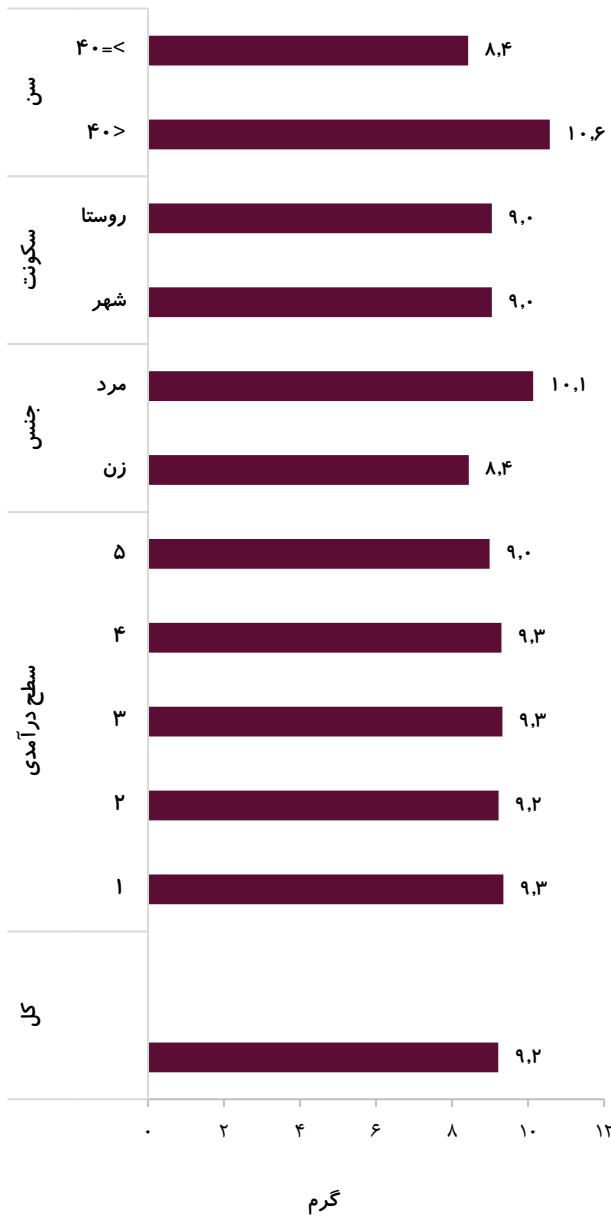
۲ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال مصرف الکل را در سال ۱۳۹۵ ذکر کرده‌اند. در مردان، قشر غنی و سنین پایین ۴۰ سال بیشترین مصرف گزارش شده است. استان‌های جنوب شرقی مصرف پایین‌تری در بین سایر استان‌ها دارند.

میانگین جهانی مصرف الکل در دنیا: ۳/۶ درصد افراد بالای ۱۶ سال

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار^۱ تا سال ۲۰۳۰: تقویت پیشگیری و درمان سوءاستفاده از مواد غیردخانی و مصرف مضرانه الکل

1. Sustainable Development Goals (SDG)

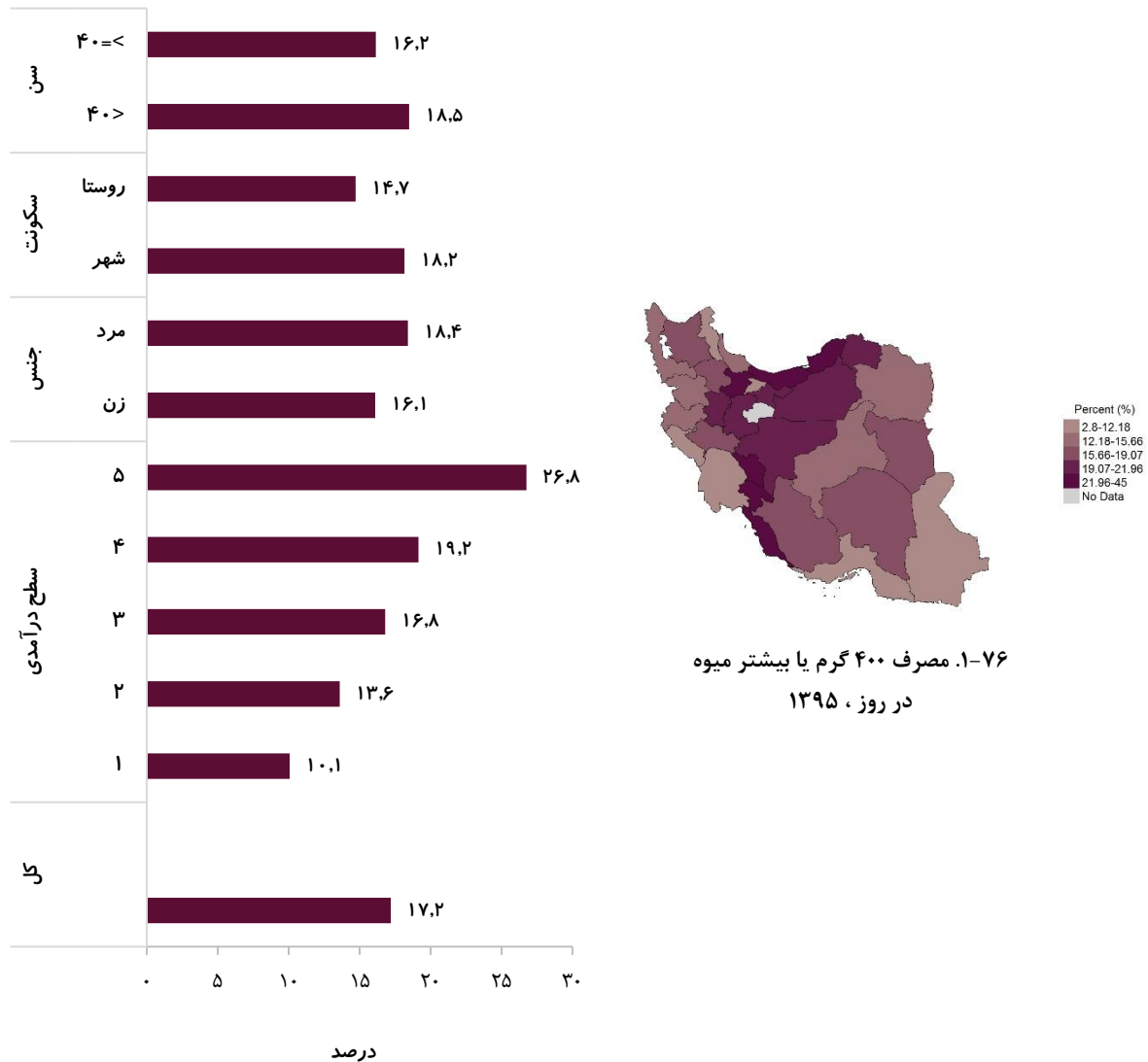
۷۵. میانگین دریافت نمک به گرم در روز، در بزرگسالان بالای ۱۸ سال



۱-۷۵. مقدار دریافت نمک بزرگسالان به گرم (روزانه)، ۱۳۹۵

میانگین مصرف نمک بزرگسالان در کل کشور ۹/۲۱ گرم در روز در سال ۱۳۹۵ بوده و بیشترین مقدار ۱۰/۵ گرم است. در مردان بیشتر از زنان و در غنی‌ترین قشر کمتر از فقیرترین قشر است. استان‌های جنوبی و شرقی مصرف بالا دارند.

۷۶. نسبت جمعیت دریافت کننده میوه (۴۰۰ گرم یا بیشتر) در روز، در جمعیت بالای ۱۸ سال



درصد مصرف ۴۰۰ گرم یا بیشتر میوه در روز ۱۷/۲ است و در غنی‌ترین قشر درآمدی بالاترین درصد مصرف میوه وجود دارد. استان‌های مرکزی مصرف بالا دارند.

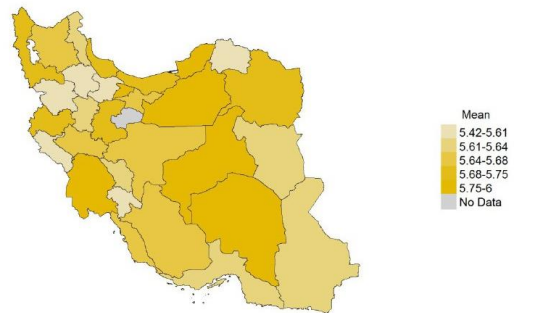
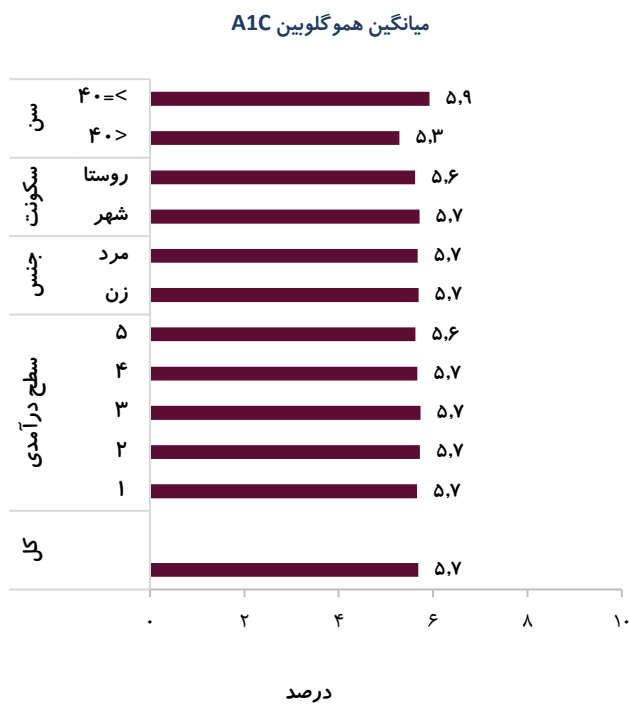
میانگین جهانی مرگ از بیماری‌های مزمن: ۱۹/۴ در ۱۰۰ هزار نفر در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال
 هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پیشگیری و درمان به موقع ارتقای بهداشت و روان و رها، به منظور کاهش مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا مداخل یک سوم مقدار کنونی.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

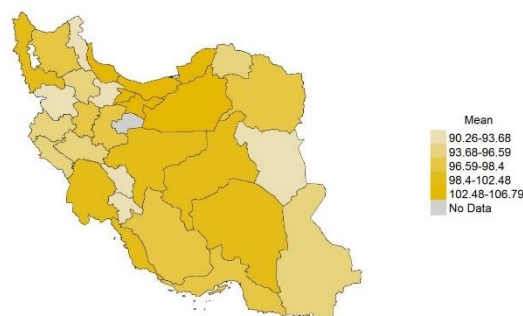
فصل سوم

شاخص های اثر

۷۷. شیوع دیابت براساس میانگین هموگلوبین A1C و براساس گلوکز ناشتا در بزرگسالان بالای ۱۸ سال



۱-۷۷ درصد هموگلوبین A1C، ۱۳۹۵



۲-۷۷ میانگین گلوکز ناشتا، ۱۳۹۵



درصد شیوع دیابت در کشور براساس دیابت نوع یک و دو به ترتیب زیر است:

براساس مقدار گلوکز ناشتا دیابت نوع یک ۹/۵ درصد و براساس هموگلوبین A1C، ۹/۷۱ درصد

براساس گلوکز ناشتا نوع دو ۱۰/۵۷ درصد و براساس هموگلوبین A1C، ۱۱/۸۸ درصد

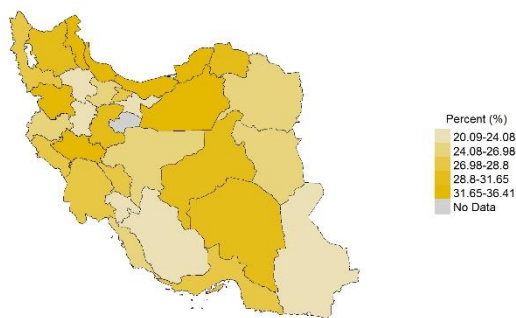
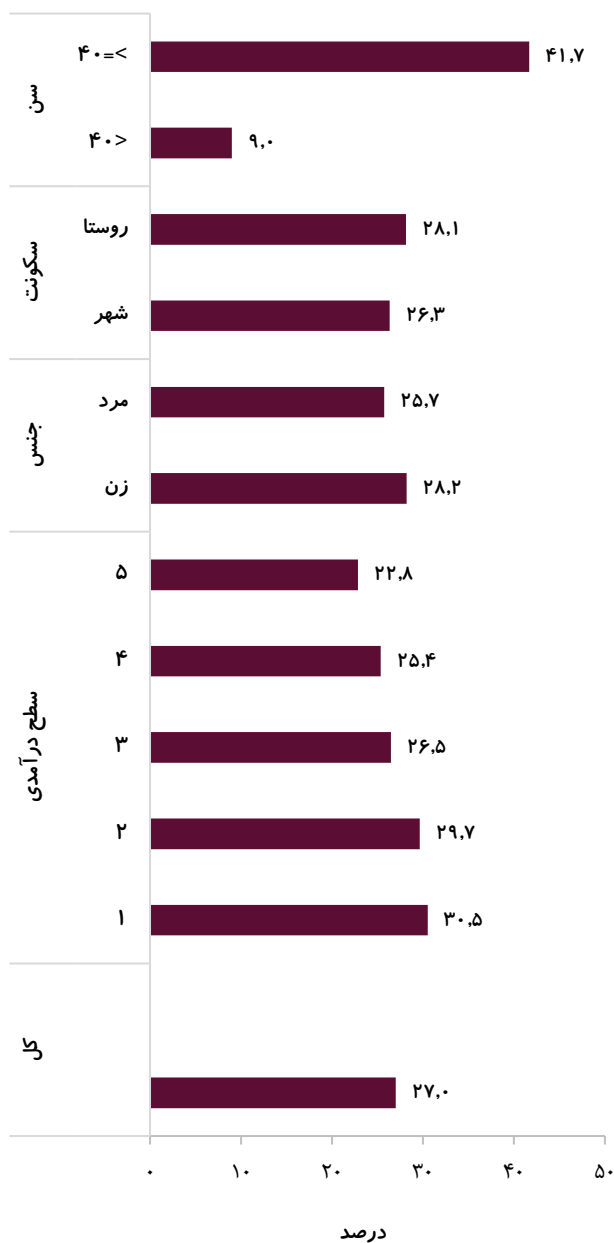
میانگین جهانی مرگ از بیماری‌های مزمن: ۱۹/۴ در ۱۰۰ هزار نفر در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پیشگیری و درمان به موقع ارتقای بهداشت و روان و رفاه، به منظور کاهش

مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا مداخل یک سوم مقدار کنونی.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۷۸. شیوع ابتلا به فشارخون بالا در جمعیت بالای ۱۸ سال



۱-۷۸. شیوع ابتلا به فشارخون بالا، ۱۳۹۵

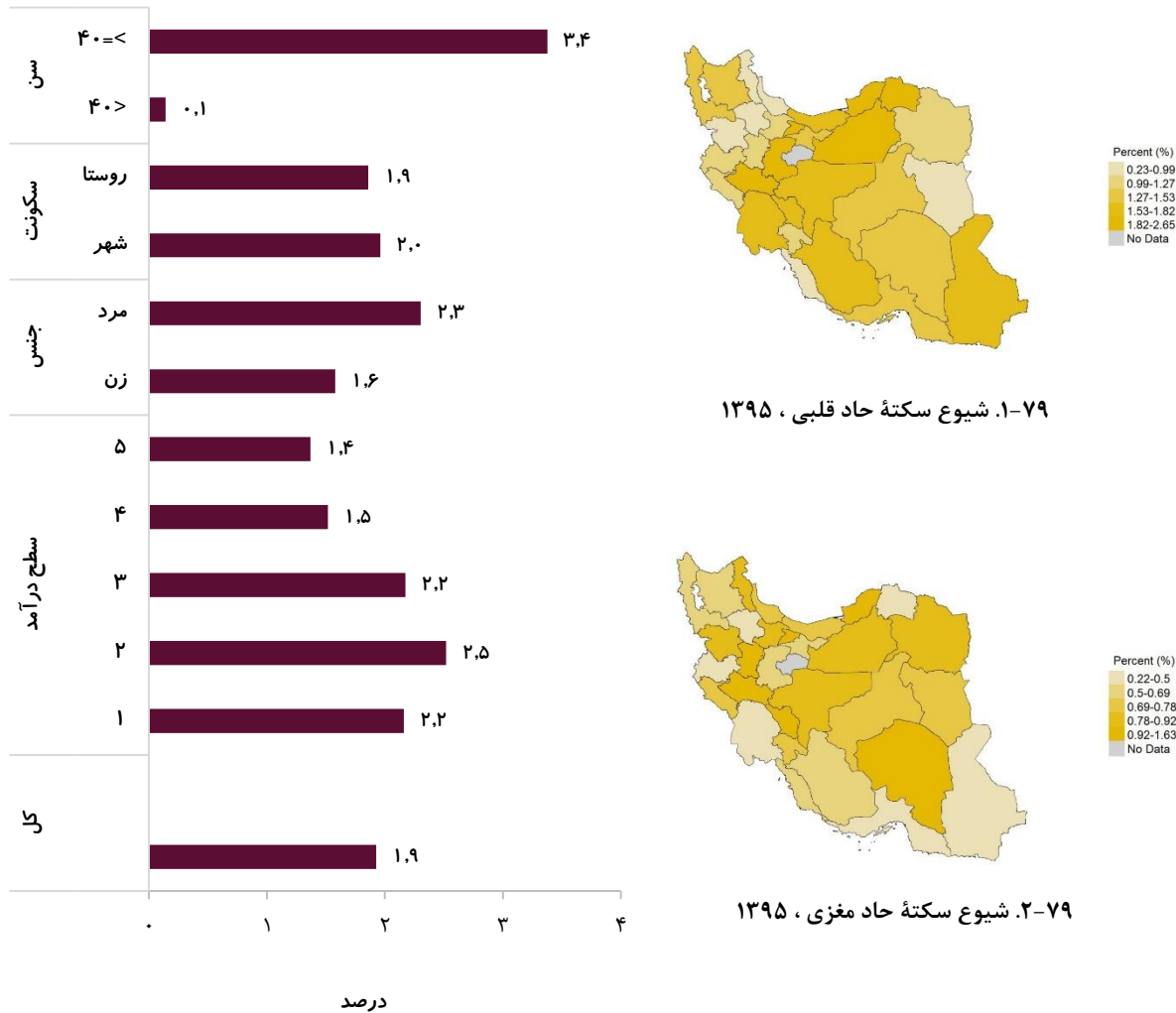
ابتلا به فشارخون بالا در جمعیت بزرگتر از ۱۸ سال شیوع ۲۷ درصدی دارد و براساس سن، در افراد بالای ۴۰ سال بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است. براساس سطح درآمدی، در غنی‌ترین قشر نسبت به فقیرترین قشر شیوع کمتری دارد. بالاترین درصد شیوع تقریباً ۳۶ درصد است که در استان‌های مرکزی و شمالی کشور مشاهده می‌شود.

میانگین جهانی مرگ از بیماری‌های مزمن: ۱۹/۴ در ۱۰۰ هزار نفر در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پیشگیری و درمان به موقع ارتقای بهداشت و روان و رفاه، به منظور کاهش مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا مداخل یک سوم مقدار کنونی.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۷۹. شیوع بیماری های قلبی عروقی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال



در حدود ۹/۱ درصد بزرگسالان بالای ۱۸ سال مبتلا به سکته حاد قلبی یا مغزی هستند. در بزرگسالان بالای ۴۰ سال ۳/۴ درصد و در زیر ۴۰ سال ۰/۱ درصد بیماری شیوع دارد. شیوع این بیماری در فقیرترین قشر بالاترین درصد نسبت به سایر سطوح درآمدی را دارد. شیوع سکته حاد قلبی در شش استان تا حداکثر ۱ درصد است. در استان زنجان، هم شیوع سکته حاد قلبی و هم سکته حاد مغزی کمترین مقدار را داراست.

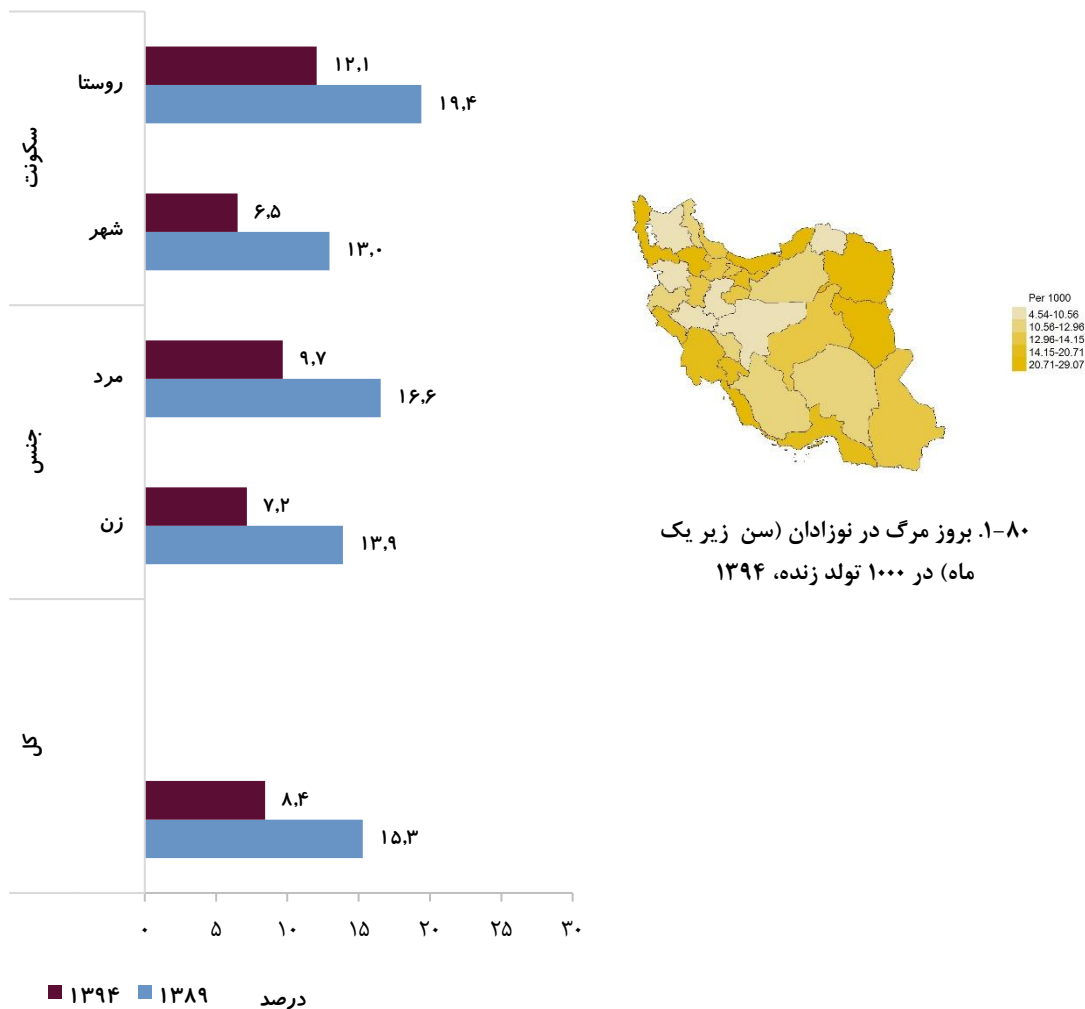
میانگین جهانی مرگ از بیماری های مزمن: ۱۹/۴ در ۱۰۰ هزار نفر در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پیشگیری و درمان به موقع ارتقای بهداشت و روان و رفاه، به منظور کاهش

مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیرواکیر تا حداقل یک سوم مقدار کنونی.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۸۰. مرگ و میر نوزادان (سن زیر یک ماه) در ۱۰۰۰ تولد زنده



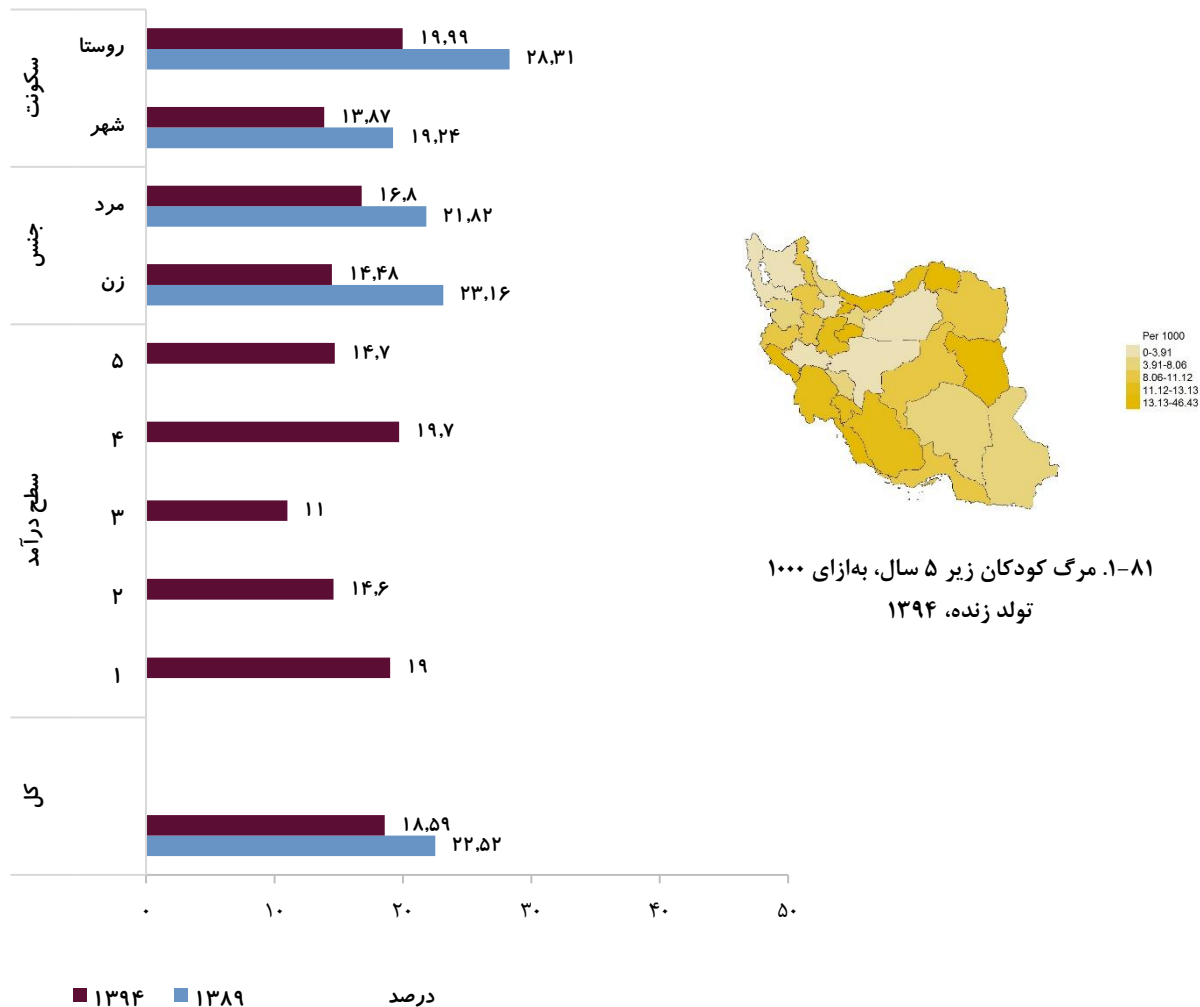
مرگ در نوزادان در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۸۹ کاهش داشته است و از ۱۵/۲۹ به ۸/۴۴ در هزار تولد زنده رسیده است. در ساکنین شهرها این رقم پایین تر از ساکنین روستاها است.

میانگین جهانی مرگ نوزادان و کودکان زیر ۵ سال: ۴۲/۵ درصد

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار^۱ تا سال ۲۰۳۰: کاهش مرگ مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۸۱. مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده

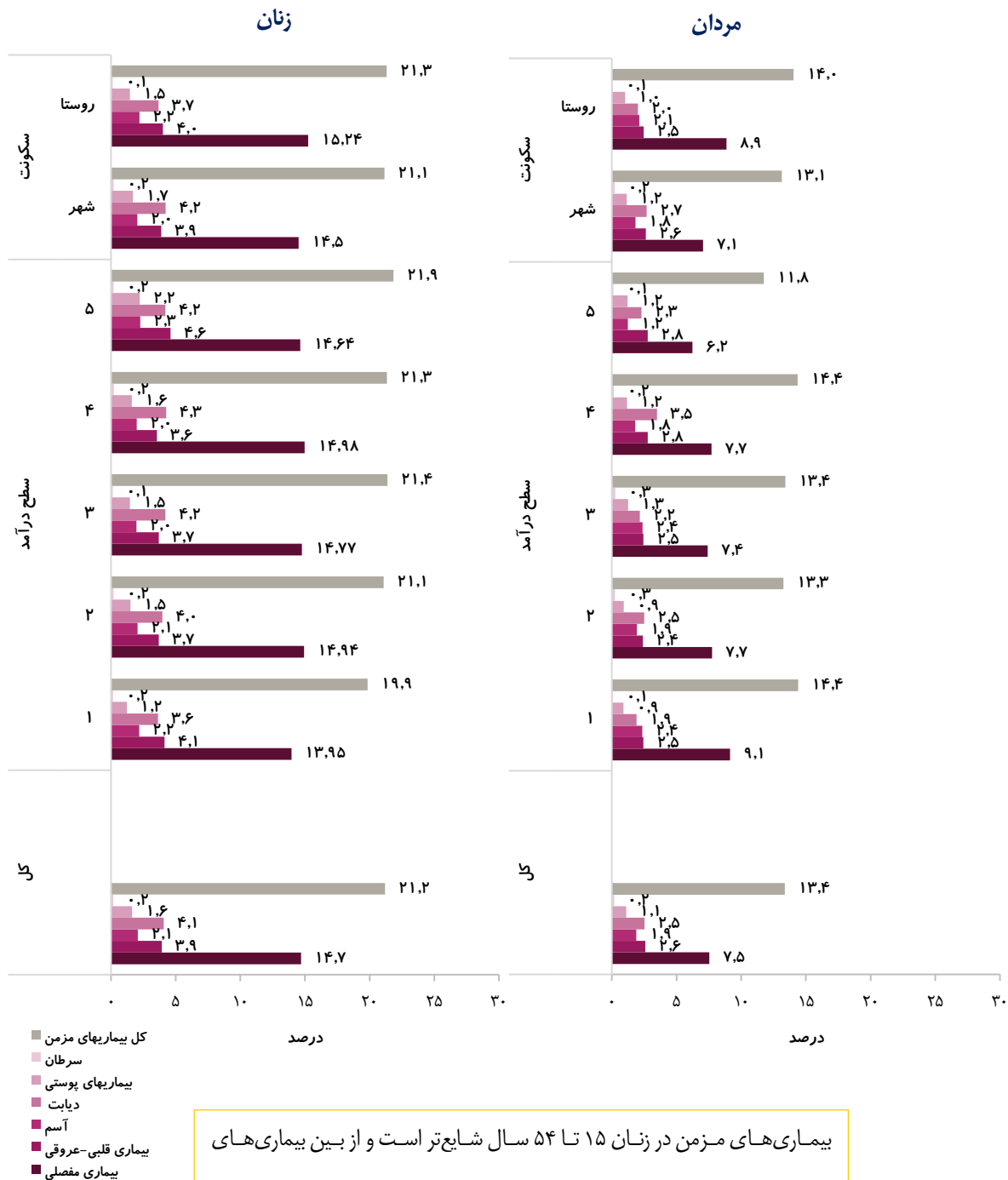


مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۲۲/۵۲ در هزار تولد زنده به ۱۸/۵۹ رسیده است. در غنی‌ترین قشر، پایین‌ترین رقم است و در استان‌های آذربایجان شرقی و غربی، سمنان، اصفهان، قزوین و لرستان کمترین رقم را داراست.

میانگین جهانی مرگ نوزادان و کودکان زیر ۵ سال: ۴۲/۵ درصد
هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار^۱ تا سال ۲۰۳۰: کاهش مرگ نوزادان به حداقل ۱۲ مورد در هزار تولد زنده و کاهش مرگ زیر ۵ سال به کمتر از ۲۵ در هزار تولد زنده.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۸۲. شیوع خوداظهار بیماری‌های مزمن در زنان و مردان ۱۵ تا ۵۴ سال



بیماری‌های مزمن در زنان ۱۵ تا ۵۴ سال شایع‌تر است و از بین بیماری‌های مزمن، بیماری‌های مفصلی بیشترین شیوع را هم در مردان و هم در زنان دارد.

میانگین جهانی مرگ از بیماری‌های مزمن: ۱۹/۴ در ۱۰۰ هزار نفر در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال
 هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پیشگیری و درمان به موقع ارتقای بهداشت و روان و رفاه، به منظور کاهش مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیره‌اگیر تا حداقل یک سوم مقدار کنونی.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۸۳. شیوع خوداظهاری های مزمن در زنان



Percent (%)
0.98-1.73
1.73-1.96
1.96-2.15
2.15-2.78
2.78-3.12

۸۳-۲. شیوع آسم خود اظهار در زنان، ۱۳۹۴



Percent (%)
3.79-11.67
11.67-14.38
14.38-16.45
16.45-18.11
18.11-23.42

۸۳-۱. شیوع بیماری های مفصلی در زنان، ۱۳۹۴



Percent (%)
1.61-2.49
2.49-3.14
3.14-4.04
4.04-4.51
4.51-5.87

۸۳-۴. شیوع بیماری قلبی عروقی خود اظهار در زنان، ۱۳۹۴



Percent (%)
8.67-17.92
17.92-19.43
19.43-22.9
22.9-25.88
25.88-29.44

۸۳-۳. شیوع حداقل یک بیماری مزمن در زنان، ۱۳۹۴



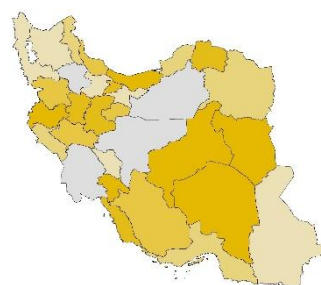
Percent (%)
0.49-0.9
0.9-1.27
1.27-1.5
1.5-2.02
2.02-3.39

۸۳-۶. شیوع بیماری های پوستی خود اظهار در زنان، ۱۳۹۴



Percent (%)
2.22-3.1
3.1-3.69
3.69-4.24
4.24-4.68
4.68-6.34

۸۳-۵. شیوع دیابت خود اظهار در زنان، ۱۳۹۴



Percent (%)
0.07-0.1
0.1-0.17
0.17-0.28
0.28-0.39
0.39-0.7
No Data

۸۳-۷. شیوع سرطان خود اظهار در زنان، ۱۳۹۴



۸۴. شیوع خوداظهاریهای مزمن در مردان



۲-۸۴. شیوع آسم خود اظهار در مردان ۱۳۹۴



۷-۸۴. شیوع بیماریهای مفصلی در مردان، ۱۳۹۴



۴-۸۴. شیوع بیماری قلبی عروقی خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴



۳-۸۴. شیوع حداقل یک بیماری مزمن در مردان،



۶-۸۴. شیوع بیماریهای پوستی خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴

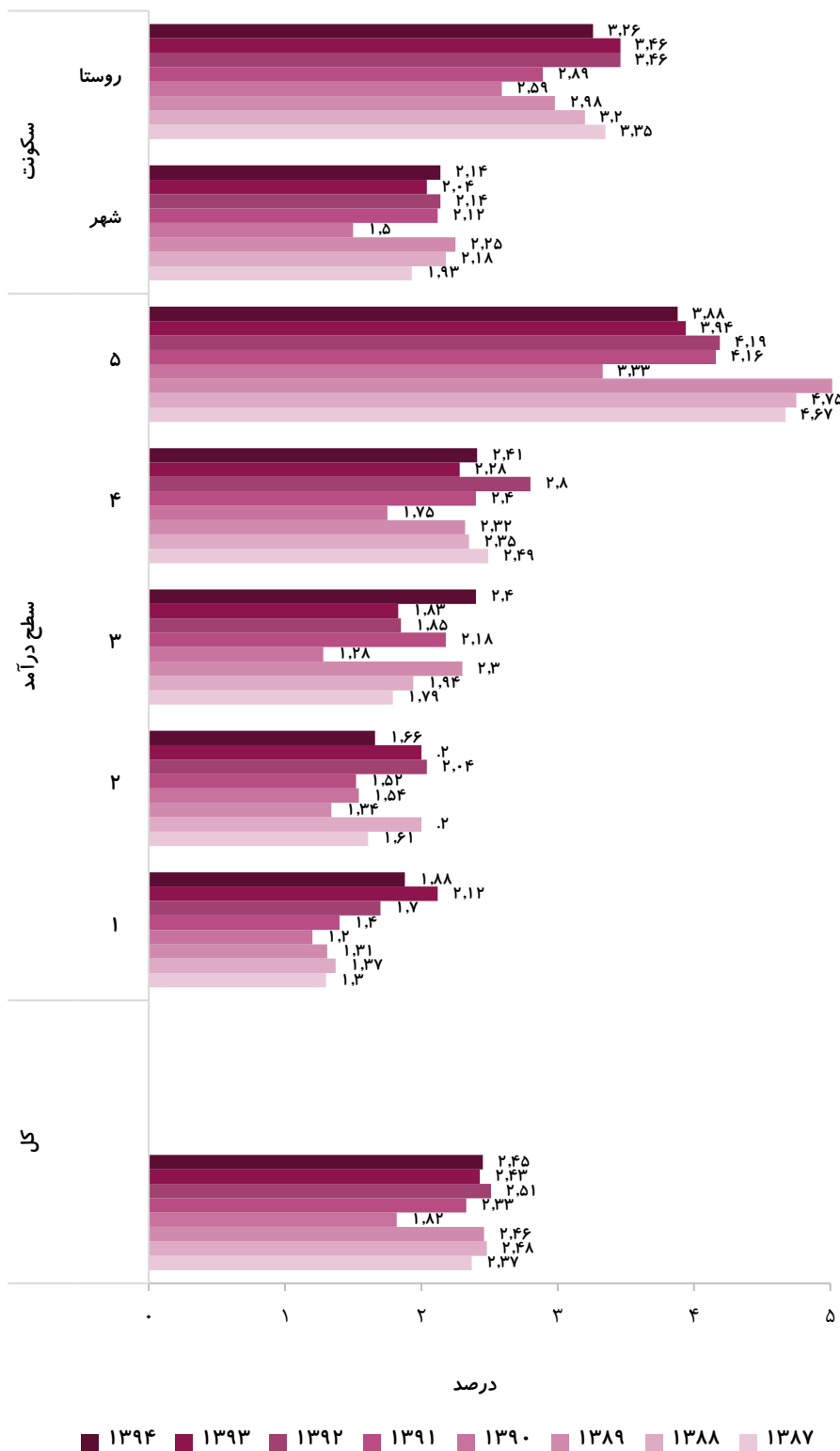


۵-۸۴. شیوع دیابت خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴



۷-۸۴. شیوع سرطان خود اظهار در مردان، ۱۳۹۴

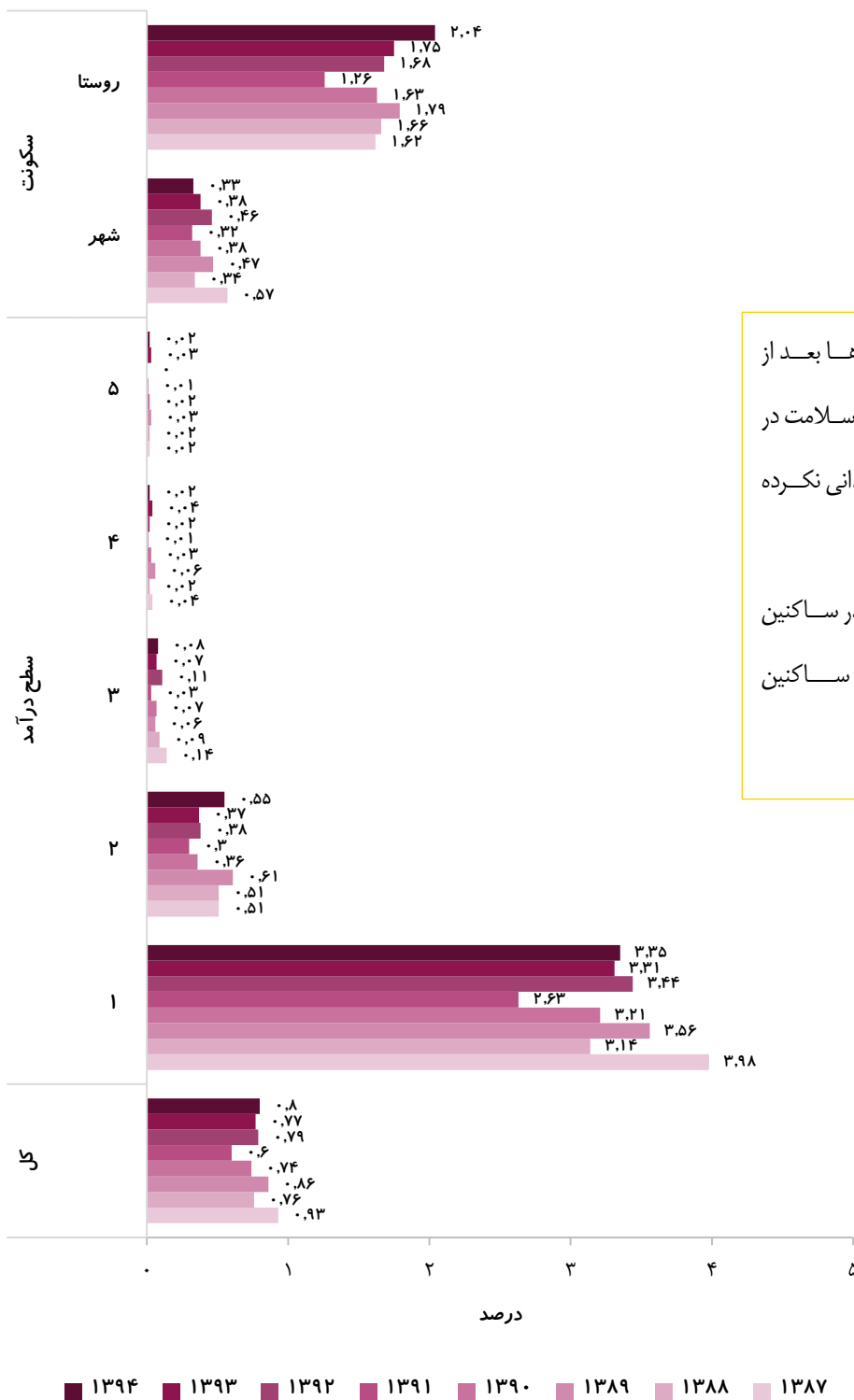
۸۵. درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن^۱ سلامت



رخداد هزینه‌های کمرشکن در سال ۱۳۹۲ برابر با ۲/۵ درصد بوده که در سال ۱۳۹۴ به ۲/۴ درصد رسیده است. درصد رخداد این هزینه‌ها در روستاییان بیشتر از ساکنین شهرهاست؛ به طوری که حتی در غنی‌ترین قشر روستاییان هم بالاتر است.

1. Catastrophic costs

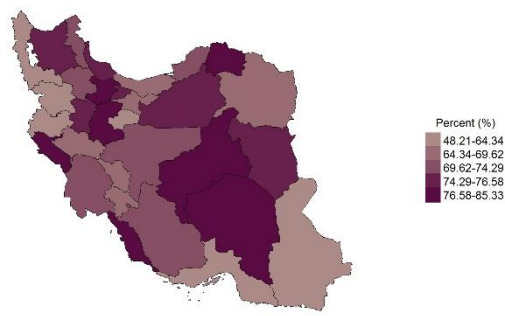
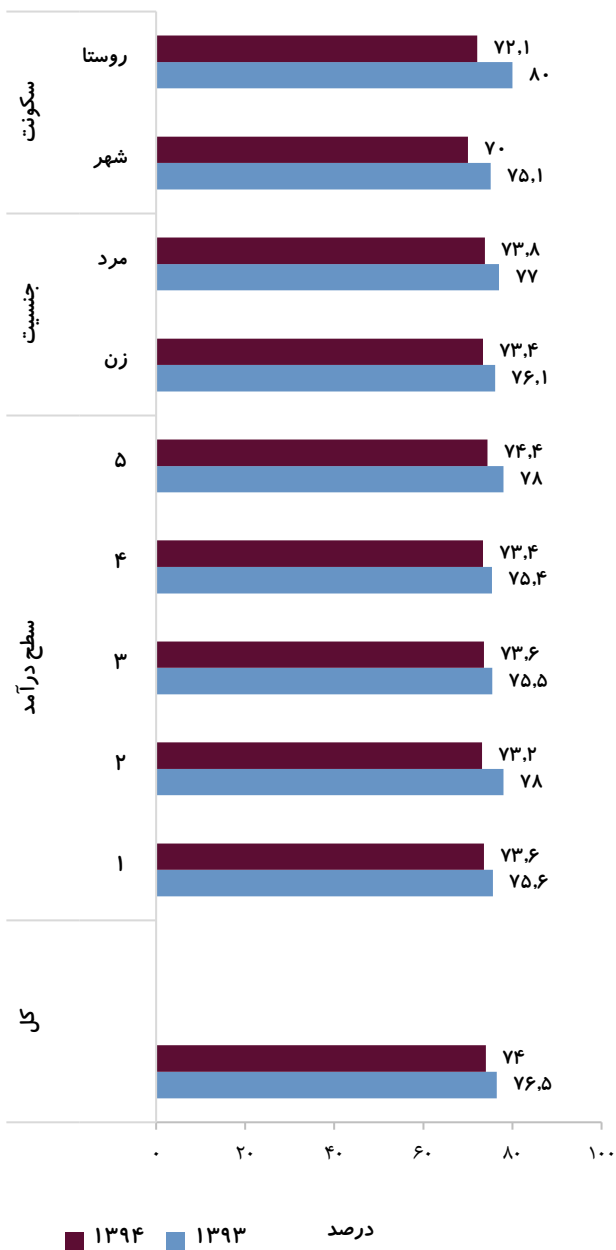
۸۶. درصد خانواده‌های مواجه شده با هزینه‌های فقرزای^۱ سلامت



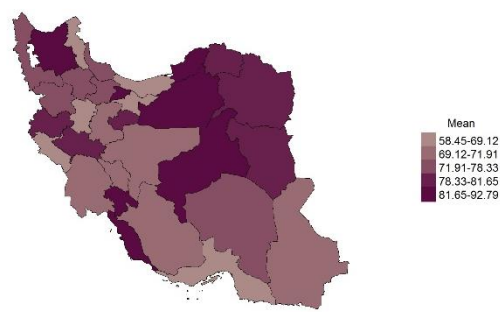
رخداد این هزینه‌ها بعد از اجرای طرح تحول سلامت در خانواده‌ها تغییر چندانی نکرده است. هزینه‌های فقرزا در ساکنین روستاها بیشتر از ساکنین شهرها است.

1. Impoverishment

۸۷. رضایت از دریافت خدمات سرپایی



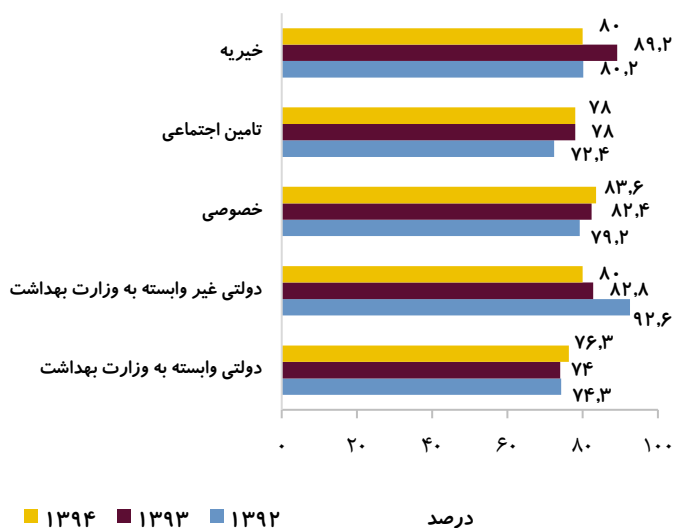
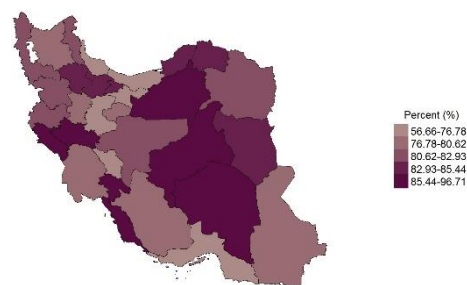
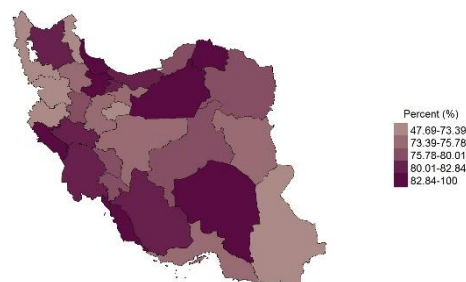
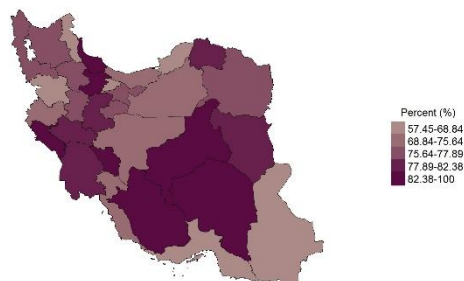
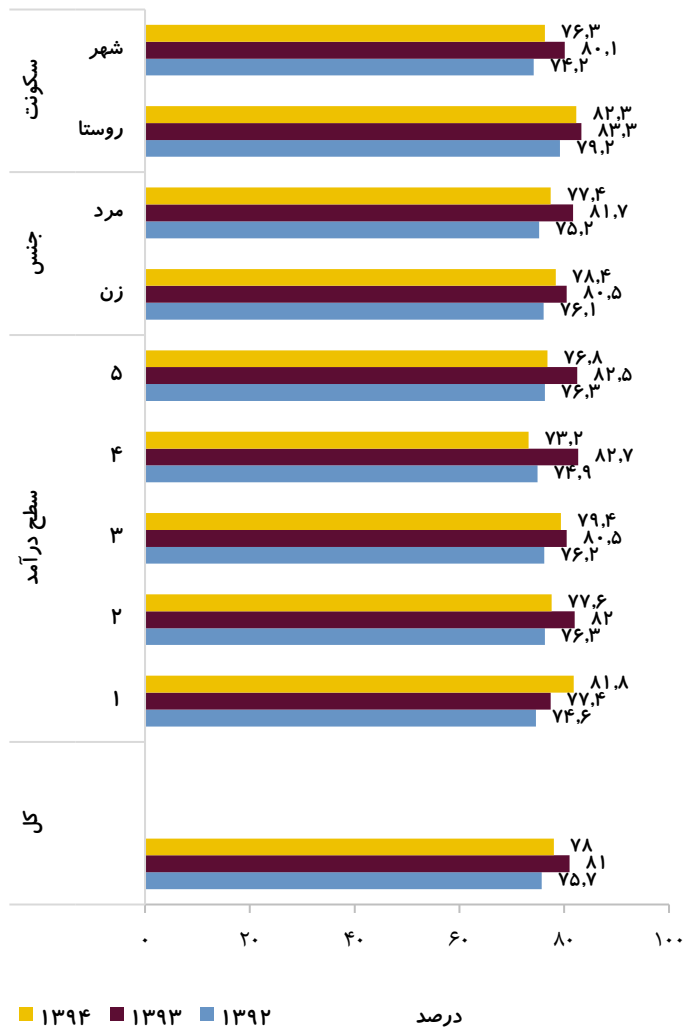
۱-۸۷. رضایت از دریافت خدمات سرپایی، ۱۳۹۳



۲-۸۷. رضایت از دریافت خدمات سرپایی، ۱۳۹۴

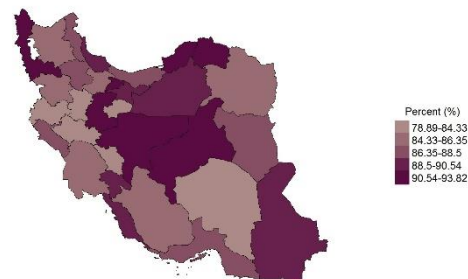
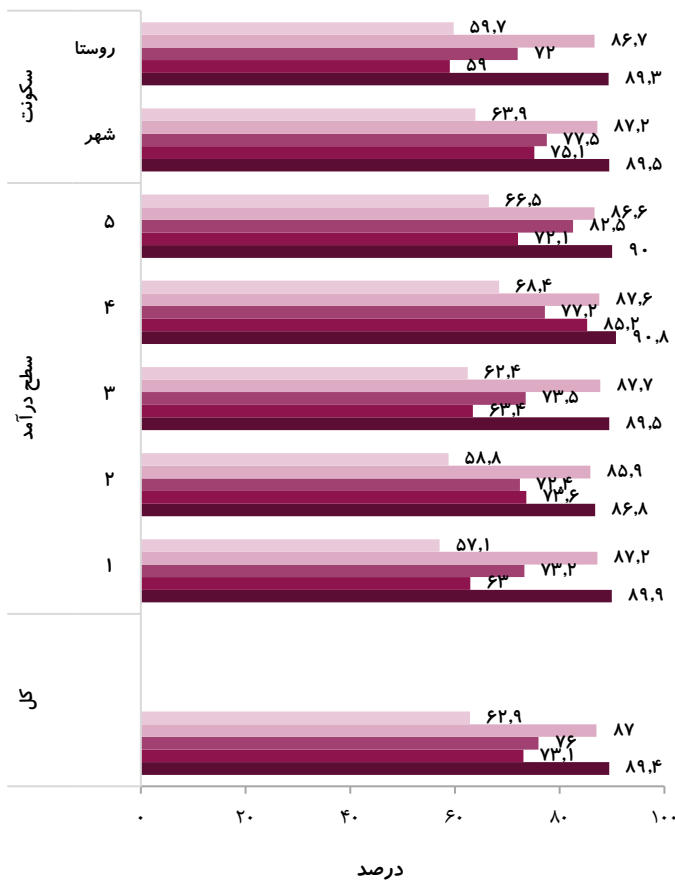
درصد رضایت از خدمات سرپایی در استان‌های آذربایجان شرقی، گلستان، یزد، بوشهر در هر دو سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ نسبت به بقیه استان‌ها بالاتر است.

۸۸. رضایت از خدمات بستری

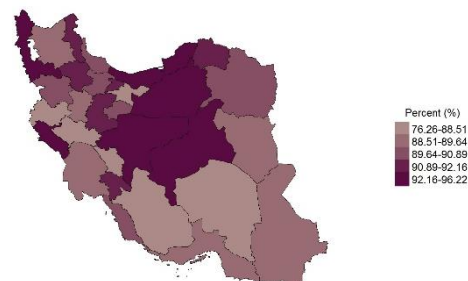


بالاترین درصد رضایت از خدمات بستری در سال ۱۳۹۲ در بیمارستان‌های دولتی غیروابسته به وزارت بهداشت بوده است. همچنین بیشترین رضایت در سال ۱۳۹۳ در مراکز خیریه بوده و در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان‌های خصوصی است.

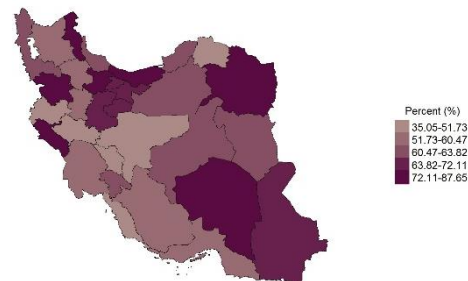
۸۹. رضایت از زندگی و ابعاد آن در خانم‌های ۱۵ تا ۲۴ سال



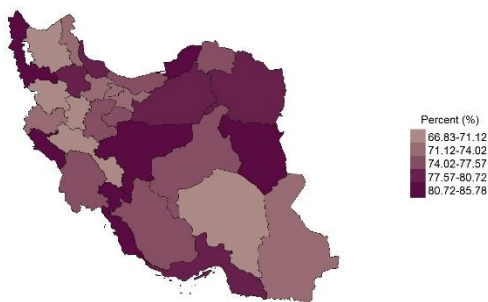
۱-۸۹. رضایت از خود، در زنان، ۱۳۹۴



۲-۸۹. رضایت زنان از زندگی با خانواده، ۱۳۹۴

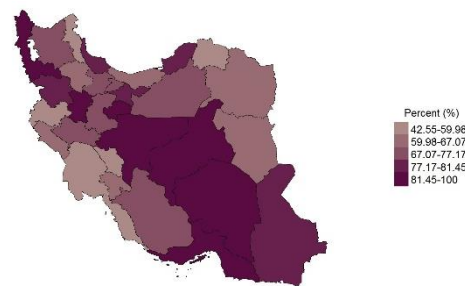


۳-۸۹. رضایت زنان از درآمد، ۱۳۹۴



۵-۸۹. رضایت زنان از محیط زندگی، ۱۳۹۴

در میان ابعاد بررسی شده، کمترین درصد رضایت از درآمد و بالاترین درصد رضایت از زندگی با خانواده است.



۴-۸۹. رضایت زنان از شغل، ۱۳۹۴

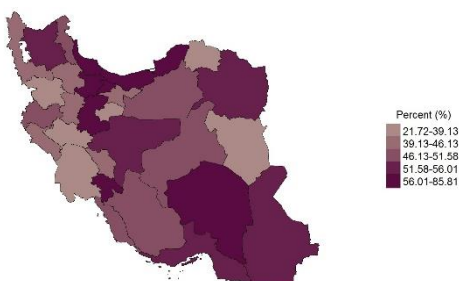
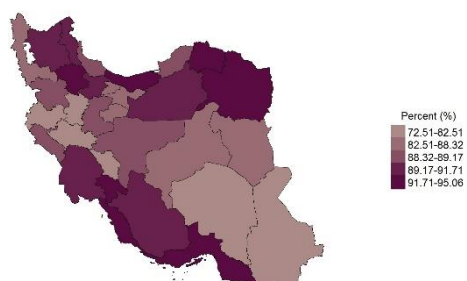
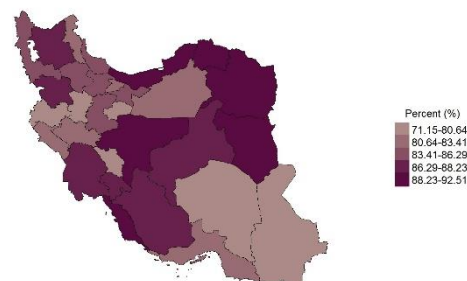
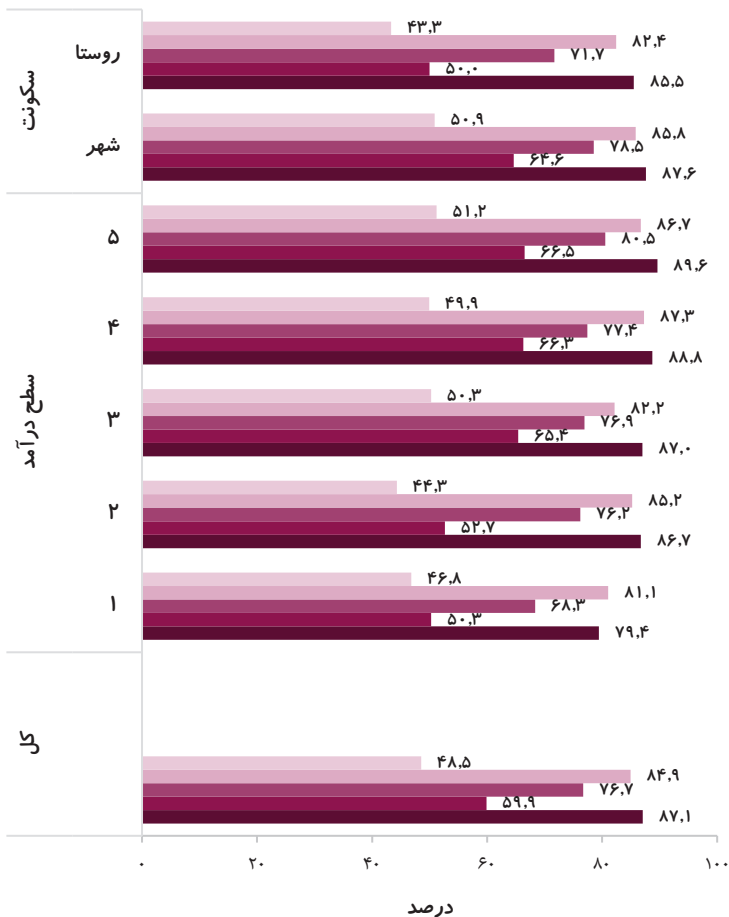
میانگین جهانی مرگ از خودکشی: ۱۱/۴ در ۱۰۰ هزار نفر

هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پیشگیری و درمان به موقع و ارتقای بهداشت و روان و رفاه، به منظور کاهش مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیر واگیر تا حداقل یک سوم مقدار کنونی.

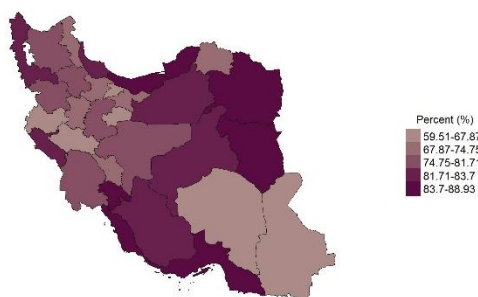
1. Sustainable Development Goals (SDG)



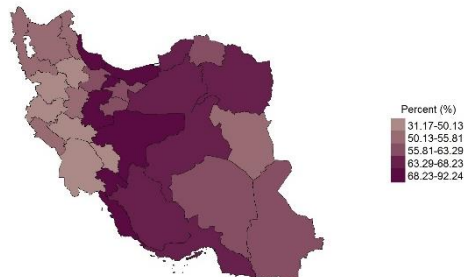
۹۰. رضایت از زندگی و ابعاد آن در مردان ۱۵ تا ۲۴ سال



رضایت از درآمد
رضایت از خود
رضایت از محیط زندگی
رضایت از شغل
رضایت از زندگی با خانواده



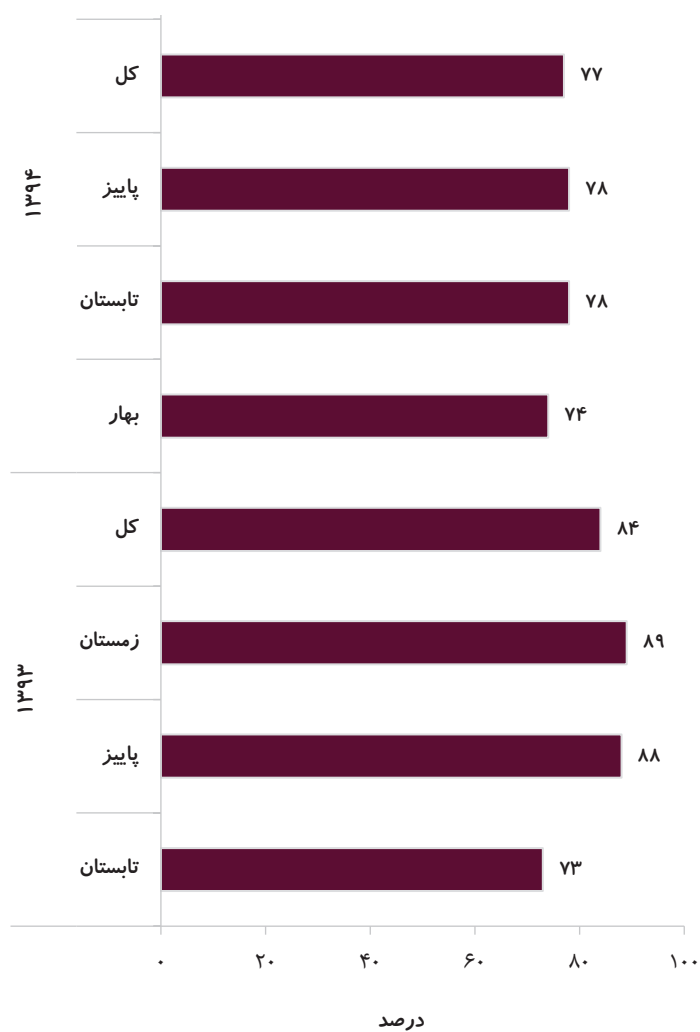
در میان ابعاد بررسی شده، کمترین درصد رضایت، از درآمد و بالاترین درصد رضایت، رضایت فرد از خود است.



میانگین جهانی مرگ از فودکشی: ۱۱/۴ در ۱۰۰ هزار نفر
هدف جهانی در برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰: پیشگیری و درمان به موقع و ارتقای بهداشت و روان و رفاه، به منظور کاهش مرگهای زودرس ناشی از بیماریهای غیر واگیر تا مداخل یک سوم مقدار کنونی.

1. Sustainable Development Goals (SDG)

۹۱. رضایت بیماران بستری از بیمارستان‌های دولتی



بعد از اجرای طرح تحول سلامت، رضایت بیماران بستری در بیمارستان‌ها افزایش پیدا کرده است.

۹۲. رضایت بیماران بستری از کاهش پرداخت از جیب در بیمارستان‌های دولتی



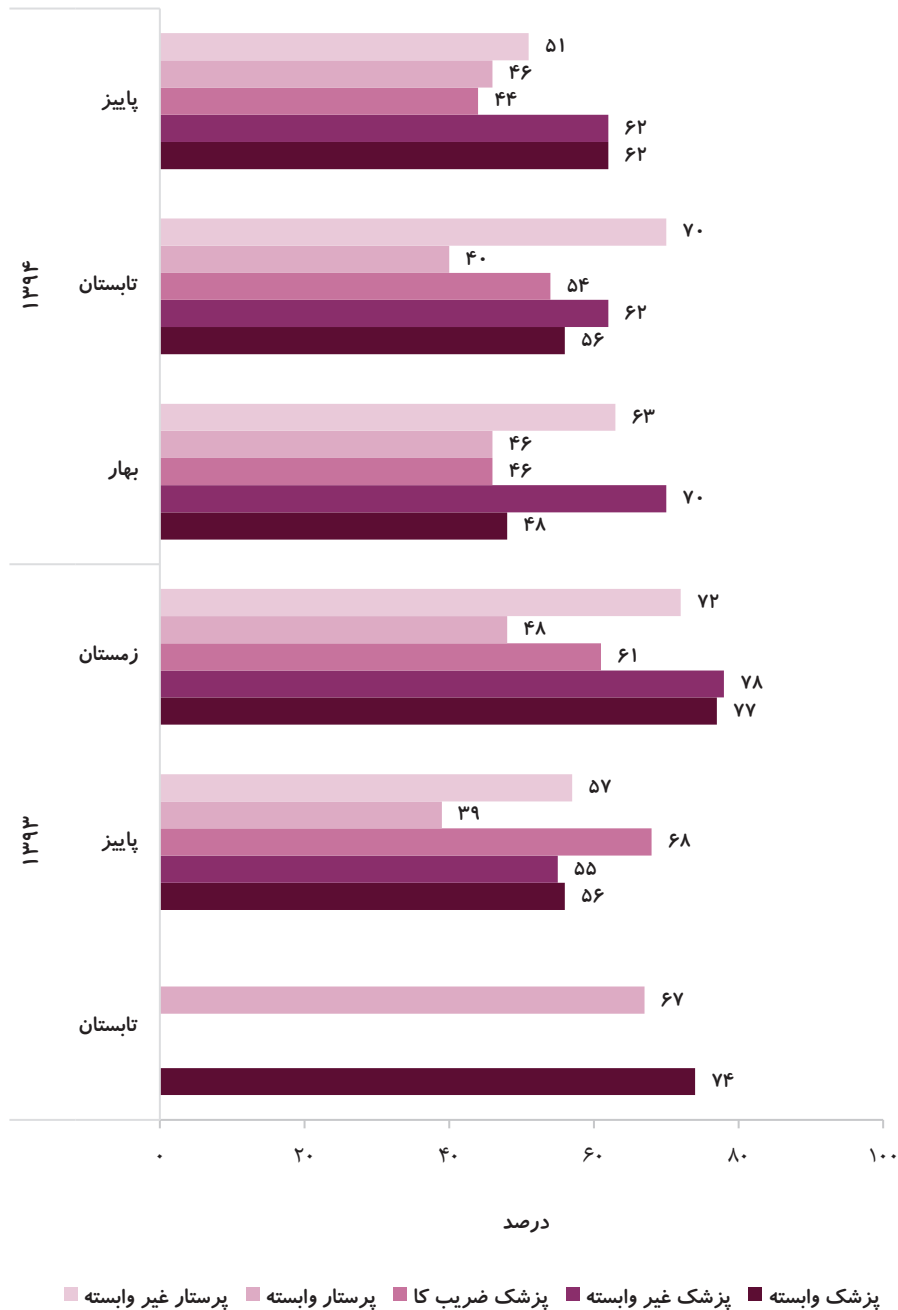
بعد از طرح تحول سلامت، پرداخت از جیب در بیمارستان‌های دولتی برای خدمات بستری کاهش یافته است و درصد رضایت در این مورد در پاییز ۱۳۹۴ به ۹۶ درصد رسیده است.

۹۳. رضایت بیماران بستری از شرایط اقامت^۱ در بیمارستان‌های دولتی



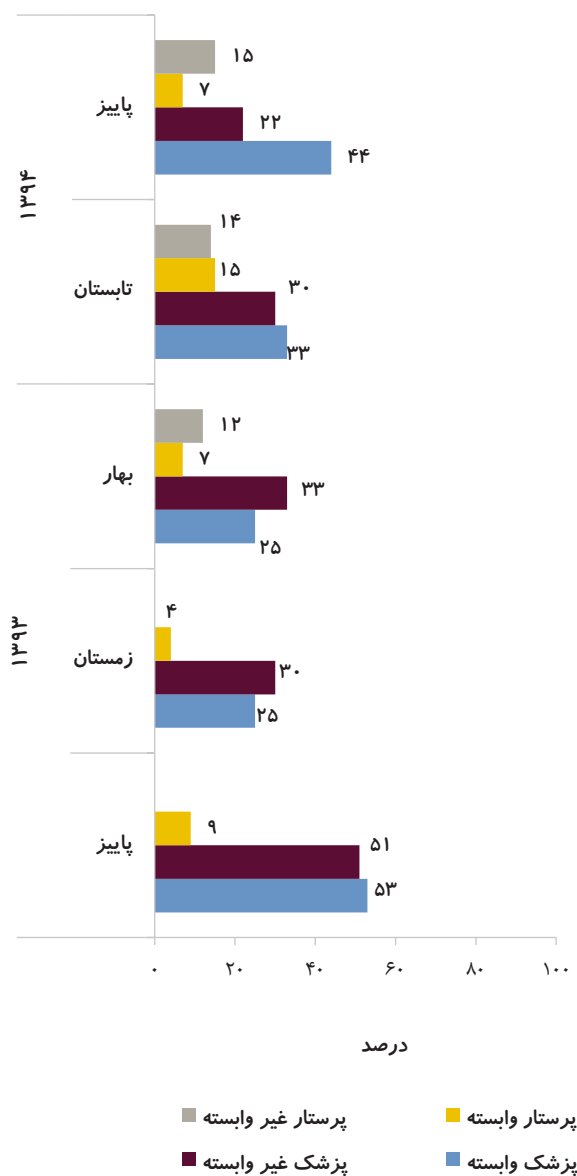
بهبود امکانات اقامتی در بیمارستان‌ها (هتلینگ) دولتی از ابتدای معرفی طرح تحول سلامت آغاز شد و بعد از اجرای این اقدامات، رضایت بیماران تغییر چشمگیری داشت.

۹۴. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات (پزشک و پرستار)



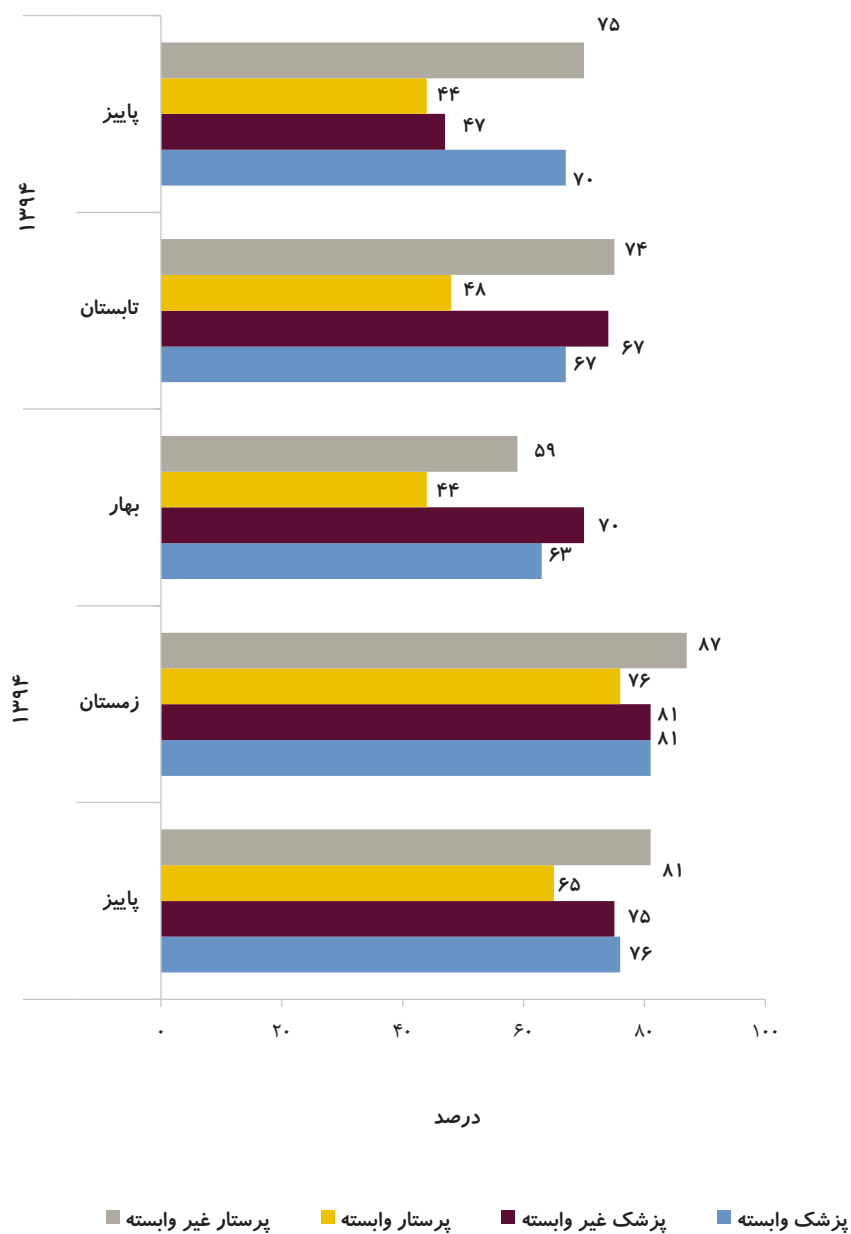
رضایت ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی بعد از اجرای طرح تحول سلامت بررسی شد و این بررسی نشان داد که به‌دنبال اجرای تعرفه‌های جدید پزشکی، رضایت پزشکان افزایش یافته است.

۹۵. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (پزشک و پرستار) از درآمد



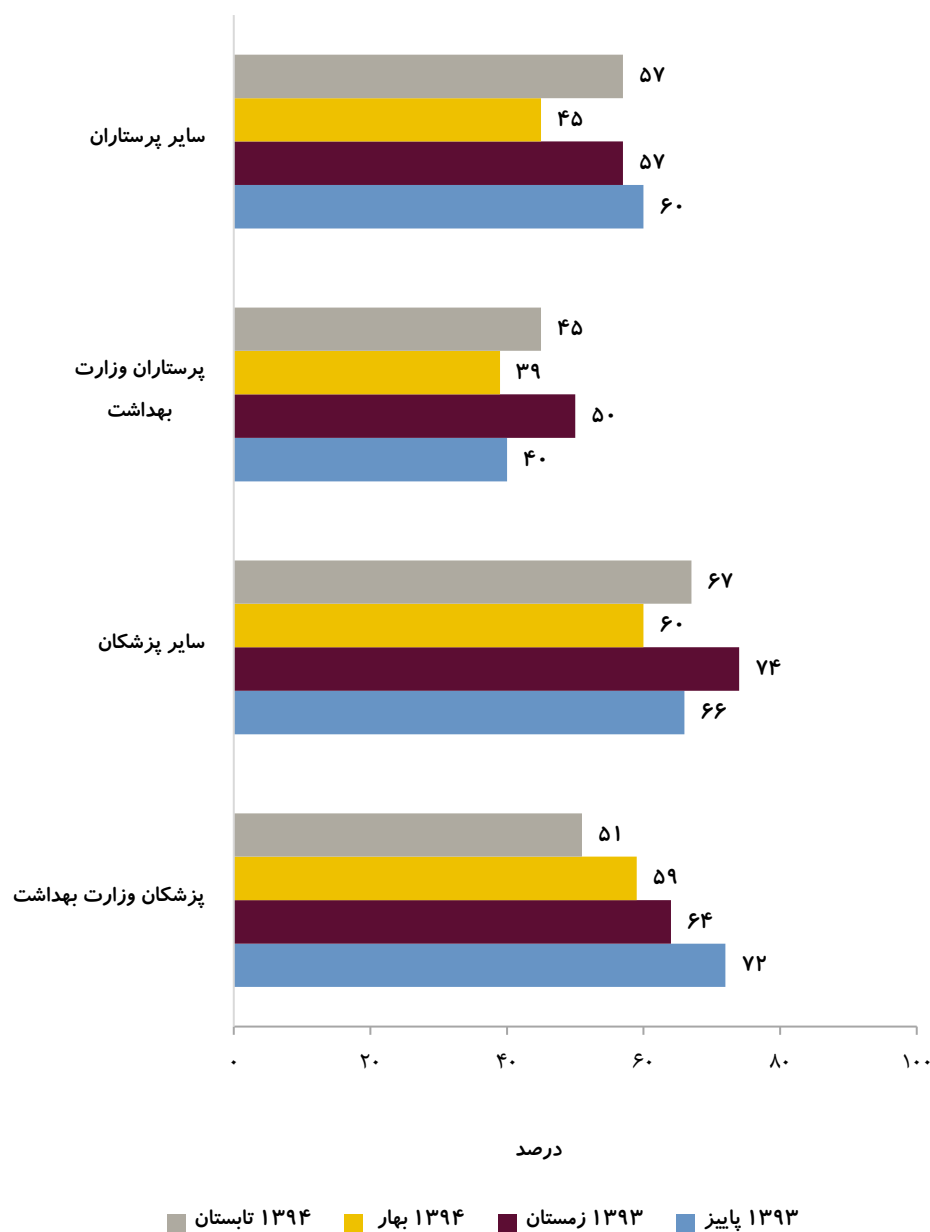
درصد رضایت پرستاران از درآمد به تدریج کاهش یافته و در بین ارائه‌دهندگان کم‌ترین مقدار است.

۹۶. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از طرح تحول سلامت



کم‌ترین درصد موافقت با اجرای طرح تحول سلامت را پرستاران مراکز دولتی وابسته به وزارت بهداشت اعلام کرده‌اند.

۹۷. رضایت ارائه‌دهندگان خدمات از ارزش‌گذاری نسبی خدمات



بیش از ۵۰ درصد پزشکان، موافق ارزش‌گذاری نسبی خدمات با تعرفه‌های جدید هستند.

پیوست ۱: نقشه راهنمای استانی

