

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بسمه تعالی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

گزارش نهایی طرح پژوهشی:

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

نام و نام خانوادگی مجریان:

علیرضا اولیایی منش، امیر حسین تکیان

علی حسن زاده، محمدرضا مبینی زاده

ترانه یوسفی نژادی

مدیر اجرایی طرح:

عفت محمدی

سازمان/واحد ارائه کننده:

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

زمستان ۱۳۹۶

فهرست مطالب

ج	مقدمه	۱
۱	۱. بیان مساله و اهداف	۱
۱	۱.۱. بیان مساله و اهمیت موضوع	۱
۲	۱.۲. اهداف و سوالات پژوهش	۲
۲	۱.۲.۱. هدف اصلی	۲
۲	۱.۲.۲. اهداف اختصاصی	۲
۲	۱.۲.۳. اهداف کاربردی طرح	۲
۳	۱.۲.۴. فرضیه ها یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح)	۳
۴	۲. کلیات پژوهش و بررسی متون	۴
۴	۲.۱. مقدمه	۴
۴	۲.۲. شاخص های سلامتی جامعه	۴
۴	۲.۲.۱. تعریف شاخص ها	۴
۵	۲.۲.۲. انواع شاخص ها	۵
۵	۲.۲.۳. طبقه بندی شاخص ها	۵
۶	۲.۲.۴. ملاکهای انتخاب شاخص ها	۶
۶	۲.۲.۵. معیارهای ارزیابی شاخص ها	۶
۷	۲.۳. روش های ارائه و نمایش شاخص های سلامت	۷
۸	۲.۴. شاخص های ملی سلامت	۸
۸	۲.۵. نشانگرهای سلامت	۸
۹	۲.۵.۱. نشانگرهای مرگ و میر	۹
۹	۲.۵.۲. نشانگرهای ابتلا	۹
۹	۲.۵.۳. نشانگرهای ناتوانی	۹
۱۰	۲.۵.۴. نشانگرهای تغذیه	۱۰
۱۰	۲.۵.۵. نشانگرهای کیفیت زندگی	۱۰
۱۰	۲.۶. داشبورد مدیریتی	۱۰
۱۱	۲.۶.۱. دلایل استفاده از داشبورد مدیریتی	۱۱
۱۱	۲.۷. ارزیابی عملکرد و بهبود مستمر	۱۱
۱۲	۲.۷.۱. ضرورت و اهمیت ارزیابی عملکرد	۱۲
۱۲	۲.۷.۲. فرایند ارزیابی عملکرد	۱۲
۱۳	۲.۸.۲. تدوین شاخص ها	۱۳
۱۴	۲.۸. بررسی مطالعات	۱۴
۱۹	۳. روش کار	۱۹
۱۹	۳.۱. نوع مطالعه	۱۹

۱۹	3.2. روش اجرا
۱۹	۳,۲,۱. مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آنها
۲۰	۳,۲,۲. شیوه تحلیل داده ها
۲۱	۳,۳. مراحل اجرای روش کار
۲۳	۴. یافته های پژوهش
۲۳	۴,۱. محتوا، اهداف و خروجی های قابل انتظار برنامه ششم توسعه در بخش سلامت
۳۲	۴,۲. ارتباط موضوعی مواد بخش ۱۴ برنامه ششم توسعه
۳۲	۴,۳. تحلیل ذینفعان سیاست های برنامه ششم توسعه، بخش سلامت
۴۰	۴,۴. چارچوب گزارش گیری و نظارت بر سلامت
۵۶	4.5. شاخص های اولیه ارزیابی برنامه ششم توسعه در بخش سلامت
۶۱	4.6. نتایج ارزیابی شاخص ها طی پانل متخصصان
۶۴	۴,۷. شاخص های نهایی شده
۶۷	۴,۸. چارچوب مفهومی جامع نظارت، ارزیابی و بررسی شاخص ها و اهداف
۶۹	4.9. شناسنامه شاخص های نهایی شده
۹۵	5. بحث و نتیجه گیری
۹۵	۵,۱. بحث
۹۷	۵,۲. نتیجه گیری
۹۹	۵,۳. پیشنهادات برای پژوهش های آتی
۱۰۰	منابع

مقدمه

امروزه، نظام های اطلاعاتی در سازمان ها و مراکز به عنوان اعضای حسی مدیریت عمل می کنند و سازمان را در ترسیم نمای فعلی و دورنمای راهبردی کمک می نمایند لذا یک نظام اطلاعاتی مناسب می تواند شواهد لازم را برای تصمیم گیری و عملکرد مدیریت سازمان فراهم آورد. حاصل یک نظام اطلاعاتی مطلوب، شاخص هایی هستند که هم می توانند پایه و اساس تصمیم گیری و برنامه ریزی قرار گیرند و هم قادرند عملکردها را در حوزه های مختلف مدیریتی، جغرافیایی سنجش و ارزیابی نمایند. شاخص ها، اگرچه ریشه در اقلام آماری دارند، لیکن خود ابزاری هستند که می توانند داده های خام را به اطلاعات مفید تبدیل نمایند و با توانایی خود زمینه را برای مقایسه خدمات ارایه شده و امکانات مختلف هموار کنند. درحقیقت شاخص ها باعث استاندارد شدن نموداری نظیر جمعیتی از زیر گروه های آن می شوند. بدین ترتیب نظام اطلاعات و شاخص های مربوطه از اهمیت و ویژگی خاصی برخوردارند و تمامی تصمیم گیرندگان و برنامه ریزان به نوعی به آنها نیازمندند.

اندازه گیری سطح سلامتی یک جامعه مشکل است و لذا یک شاخص خاص را نمی توان برای این منظور در نظر گرفت. همانطور که سلامت شامل ابعاد گوناگون است، شاخص های گوناگونی نیز برای اندازه گیری سطح سلامت لازم است.

سیستم سلامت برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه به وجود آمده است، که این هدف با تعیین نیازها در هر زمان و تدارک خدمات متناسب با آن ها به دست می آید. در قرن بیستم در سیستم سلامت تحول و اصلاح اساسی رخداد هاست. در سال های ۱۹۶۰-۱۹۴۰ در اغلب کشورها سیستم سلامت ملی به وجود آمده است، که منابع مختلف را برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم به وجود آورده اند و به دنبال آن در جهت اثر بخش کردن خدمات، افزایش دسترسی و عادلانه نمودن سیستم، استراتژی مراقبت های اولیه بهداشتی برای رسیدن به دورنمای بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ در اغلب کشورها به کار گرفته شد. در این حرکت ها بیشتر روی نیازهای مردم توجه شده و جایگاهی برای خواسته ها و یا کاهش فاصله نیاز و تقاضای مردم در نظر گرفته نشده بود. به دنبال این اصلاحات و در جهت توجه به خواسته های مردم و جامعه و نیز اثربخش تر نمودن سیستم، حرکت های اصلاحی نوینی در اغلب کشورها شروع شده است که بیشتر عملکرد سیستم سلامت را محور قرار داده و با بازنگری در وظایف آن و ارتقای ظرفیت در مدیریت، علاوه بر سلامت، پاسخگویی و نظام پرداخت منصفانه را نیز در اهداف آن قرار داده است. در این اصلاحات، نگرش سیاستگذاران سیستم سلامت از مراقبت های ابتدایی و اولیه به ارائه خدمات دارای اولویت به تمام افراد تغییر یافته است. در راستای اصلاحات اخیر در سیستم سلامت، وظایف آن به شرح زیر بیان شده است: رهبری و سیاستگذاری (Stewardship)، تولید منابع (نیروی انسانی، دانش، فضای فیزیکی و تجهیزات)، تدارک خدمات فردی و غیر فردی و تامین منابع مالی.

سازمان بهداشت جهانی از سال ها پیش نظام اطلاعات سلامت را از ارکان اساسی در دستیابی به هدف "سلامت برای همه" اعلام نموده است. هدف نهایی سیستم اطلاعات سلامت شامل ارتقا داده ها و اطلاعات سرچشمه گرفته از آنها در تصمیم گیری ها از سطح اجرا تا سطح سیاستگذاری است. یکی از فعالیت های مورد اولویت در سازمان بهداشت جهانی عبارت از کمک به دستیابی به اطلاعات معتبر، درست و به روز مورد نیاز برای فرایند ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی و همچنین آماده کردن گزارش وضعیت سلامت منطقه و گزارش سلامت جهانی است. وظیفه نظام اطلاعات سلامت تلفیق داده های حاصل از منابع مختلف داده های سلامت، توزیع این اطلاعات در کاربران مختلف سلامت و اطمینان از استفاده از این اطلاعات به صورت منطقی و اثربخش در ارتقای سلامت جامعه است. شاخص های سلامت یکی از ستون های اصلی نظام اطلاعات سلامت است که عملکرد و موفقیت سازمان های سلامت بر اساس آن ها سنجیده می شود.

1. بیان مساله و اهداف

1.1. بیان مساله و اهمیت موضوع

طی چند دهه گذشته، بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، برنامه اصلاحات نظام سلامت را بکار گرفته اند. برخی هم هنوز در فرایند انتقال نظام های سلامت می باشند. نظام های مراقبت های بهداشتی و درمانی در آمریکای شمالی و اکثر کشورهای غرب اروپا به تدریج با استفاده از چارچوب های بازار محلی در حال اصلاح و تغییر شکل می باشند. اما، در بخش اروپای شرقی و مرکزی، مدل مختلف است. در این کشورها نظام بهداشتی و درمانی متمرکز غالب است. این نظام سخت گیرانه قادر به پاسخگویی با انعطاف به مسائل سلامت جدیدی که ناشی از تغییرات در حال افزایش در سبک زندگی و عوامل محیطی می گردد، نمی باشد. بنابراین تغییر این نظام ها به سمت نظام های مبتنی بر بازار غیرقابل اجتناب می باشد (۱).

طی ۱۰ سال گذشته، یک سری از اصلاحات نظام سلامت در کشورهای عضو اتحادیه اروپا در قالب برنامه هایی مدون رخ داده است. این اصلاحات عموماً در پاسخ به محدودیت هزینه بوده و با هدف گذاری این موضوع انجام گرفتند که خریداران و ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به نیازهای مصرف کنندگان بیشتر پاسخگو باشند. پاسخ دولت های مختلف به افزایش هزینه های بهداشتی و درمانی شامل یک سری از اقدامات موقت با هدف مهار رشد بیشتر و در برخی از موارد، کاهش هزینه می باشد. در تعدادی از کشورها، اصلاحات همچنین به دنبال افزایش بهره وری به منظور کاهش مشکلات درک شده مدل های یکپارچه عمومی می باشد که ممکن است همراه با لیست های انتظار و عدم پاسخ به نیازهای بیماران گردد (۲).

اگرچه فرایندهای اصلاحات سلامت در کشورهای مختلف، با سرعت های مختلف، با ابزارها و روش های متفاوت در حال حرکت و پیشروی می باشد، انگیزه های واقعی پشت چنین اصلاحاتی ممکن است بطور روزافزونی بین کشورها متفاوت نگردد. فرایندهای اداری و ساختارهای سازمانی بیمارستان ها تبدیل به یک روند غیرقابل سازگار نسبت به رشد مداوم جمعیت و نیاز برای خدمات بهداشتی و درمانی در یک قیمت و کیفیت مناسب گردیده اند. به طور خاص تر، شاخص هایی که لزوم اصلاح نظام سلامت را بیان می دارند، عبارتند از ناکارآمدی اقتصادی نظام سلامت، شک و تردید رو به رشد در مورد کارایی روش های درمانی و تشخیصی تجویز شده توسط پزشکان، نابرابری در زمینه منابع انسانی و هزینه درمان های پزشکی مشابه در نظام بیمارستانی و توزیع جغرافیایی همراه با دسترسی ضعیف (مثل مدت انتظار طولانی) (۳). بطور کلی، کمبود منابع و تقاضا برای توسعه نظام های بهداشتی و درمانی و عدم تامین مالی نظام سلامت توسط دولت، کاهش ارزش پول ملی، فشار از طرف کمک کنندگان بین المللی، سیاست های ملی حکومت و احساس نیاز برای تغییرات قانونی جدید، می توانند مسئول شروع فرایند اصلاحات در نظام سلامت گردند (۱). تدوین و اجرای چنین اصلاحات و برنامه های بلند مدتی در کشورها مستلزم شفاف نمودن اهداف و دستاوردهای مورد انتظار در قالب سیاست های کلان کشوری می باشد، که کشورهای مختلف بر اساس زمینه های اقتصادی و اجتماعی و همچنین نیازهای سلامت جامعه خود اقدام به تدوین این برنامه ها و پایش مستمر آنها می نمایند.

عملکرد نظام های سلامت در این زمینه همواره اثر قابل ملاحظه ای بر فعالیت ها و خروجی های آن دارد و روشها و ابزار ارزیابی دقیق عملکرد همواره یکی از مباحث مهم در تحقیقات و پایش اهداف می باشد. بازخورد اطلاعاتی به عنوان بخش سایبرنتیکی سیستم، اصلی ترین مولفه برای ارزیابی عملکرد و کنترل سیستم به شمار می رود که این امر مستلزم اندازه گیری

های مرحله ای^۱ و تراکمی^۲ از گزاره های شاخص می باشد (۴). ارزیابی و بازخورد اطلاعاتی میتواند در پایان یک بازه زمانی خاص قضاوت کلی راجع به عملکرد یک فرد یا سیستم را بدست دهد. سازمان جهانی بهداشت برای هر نوع اندازه گیری چهار هدف اصلی را در نظر می گیرد؛ تعیین وضعیت موجود به شیوه ای دقیق و تا حد ممکن کمی، برآورد اختلاف فاصله و جهت حرکت با مطلوب، یادگیری و تهیه و اجرای برنامه اصلاحی (۵).

برنامه های توسعه کشور نیز از این اصول پیروی می کنند. پس برای کنترل هرچه بهتر فعالیت های بین بخشی نظام سلامت، بررسی دستاوردهای آن برای سیاستگذاری و تدوین ضابطه های کلی موثر بر رفتار اجزای سیستم نظام سلامت، نیاز به شناخت فرآیندها و آثار اهداف و برنامه های توسعه وجود دارد که جزو لاینفک ارزیابی می باشد.

نگاهی دقیقتر به این مسئله مشخص می سازد که بسیاری از معضلات سلامتی و پیشرفت کند برنامه ها و نرسیدن به اهداف برنامه های توسعه و همچنین عدم شفاف بودن میزان دستیابی به اهداف تعیین شده، ریشه در عدم وجود شاخص های تعیین شده جهت سنجش و پایش دستیابی به اهداف و تدوین برنامه های بعدی بر اساس میزان شاخص های موجود می باشد.

طرح پیشنهادی حاضر به بررسی فرآیندهای مرتبط با شناخت مستندات قانونی، شناسایی سیاست ها و آیین نامه های مرتبط با "برنامه های توسعه در بخش سلامت" و شناخت انتظارات هر یک از گروه های ذینفعان به تدوین شاخص های ارزیابی عملکرد، پرداخت و نهایتاً به تدوین شاخص های ارزیابی برنامه های توسعه در بخش سلامت و شناسنامه هریک از آنها مبادرت ورزید.

1.2. اهداف و سوالات پژوهش

1.2.1. هدف اصلی

بررسی شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه

1.2.2. اهداف اختصاصی

۱. شناسایی سیاست های مرتبط با حوزه سلامت موجود در برنامه ششم توسعه؛
۲. شناسایی و تحلیل ذینفعان سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه؛
۳. شناسایی اهداف و خروجی های هریک از سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه؛
۴. طراحی مدل مفهومی ارزیابی سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه؛
۵. شناسایی شاخص های ارزیابی سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه؛
۶. شناسایی نحوه سنجش و پایش شاخص ها در قالب شناسنامه شاخص ها.

1.2.3. اهداف کاربردی طرح

ایجاد مجموعه شاخص هایی مدون و مبتنی بر واقعیت جهت سنجش پیرفت سیاست های برنامه توسعه که کارشناسان و سیاست گذاران با بهره گیری از آن بتوانند وضعیت موجود را پایش و اصلاحات لازم را انجام دهند و برنامه های توسعه بعدی با توجه به سنجش و بررسی وضعیت این شاخص ها تدوین گردد.

1 - Formative

2 - Summative

۱.۲.۴. فرضیه ها یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح)

۱. سیاست های مرتبط با حوزه سلامت موجود در برنامه ششم توسعه کدامند؟
۲. ذینفعان سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه چه کسانی هستند؟ قدرت و موقعیت آنها چگونه است؟
۳. اهداف و خروجی های هر یک از سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه چیست؟
۴. مدل مفهومی ارزیابی سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه چگونه است؟
۵. شاخص های ارزیابی سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه کدامند؟
۶. نحوه سنجش و پایش شاخص ها در قالب شناسنامه شاخص ها چگونه است؟

2. کلیات پژوهش و بررسی متون

2.1. مقدمه

در این فصل به تبیین و توصیف مفاهیم نظری مربوط شاخص ها و نشانگرهای سلامت و اهمیت به کارگیری شاخص ها در سازمان جهت ارزیابی عملکرد و همچنین بررسی جامعی از مطالعات انجام شده پیشین در این حوزه پرداخته می شود. در ابتدا به بررسی مفهوم شاخص های سلامت پرداخته می شود و به دنبال آن، نشانگرهای سلامت، روش های ارائه شاخص ها، ارزیابی عملکرد و بهبود مستمر و داشبوردهای مدیریتی مورد بررسی قرار می گیرند و در انتها نتایج مرور مطالعات انجام شده در این حیطه ارائه می شوند.

2.2. شاخص های سلامتی جامعه

با توجه به دیدگاه های متفاوت نسبت به سلامتی و گسترده بودن ابعاد سلامتی و تعیین کننده های آن، اندازه گیری و ارزیابی سلامتی کار ساده ای نخواهد بود. لذا شاخص های مختلفی برای ارزیابی سلامتی، مورد استفاده قرار می گیرد که توافق کلی در مورد اینکه کدامیک از آنها با اهمیت تر هستند وجود ندارد. ولی باید متذکر شد آن دسته از شاخص های سلامتی که عینی، حساس و اختصاصی هستند برای ارزیابی سلامت مناسب تر هستند.

اندازه گیری شاخص های سلامتی در موارد زیر مورد استفاده قرار می گیرد

- ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت جوامع مختلف
- کمک به برنامه ریزی خدمات بهداشتی و توسعه خدمات و نیروی انسانی
- اثبات مؤثر بودن فعالیت ها
- مستند کردن فعالیت های انجام شده (۶).

2.2.1. تعریف شاخص ها

به طور کلی شاخص، ابزاری است برای ارزیابی و ارزش گذاری کردن از یک یا چند فعالیت، برنامه و یا هدف های مورد نظر. شاخص ها ممکن است یک مبنا یا یک وضعیت خاص یا یک استاندارد و یا ترکیبی از آنها را پایه سنجش قرار دهند. تعریف های گوناگونی از شاخص ارائه شده است، از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ❖ معیاری است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم تغییرات را اندازه گیری می کند.
- ❖ اندازه گیری غیر مستقیم از یک واقعه یا شرایط است.
- ❖ تغییری است که جهت نمایش یک وضعیت داده شده برای اندازه گیری تغییرات به کار می رود.
- ❖ سنجه هایی که امکان سنجش پایا و روایی اجزای شناختی را برای مقایسه با استاندارد ها و مقایسه در طول زمان فراهم سازند.
- ❖ ابزاری که نظام اطلاعات بهداشتی آن را مورد استفاده قرار می دهد تا داده خام را به اطلاعات مفید تبدیل سازد و شرایطی را برای مقایسه های مختلف فراهم آورد.

برخی از خصوصیت های شاخص ها را به شرح زیر می توان برشمرد:

- شاخص یک جزء جدایی ناپذیر از یک سیستم پاسخگو است.
- شاخص فرصت مقایسه را فراهم می کند.
- شاخص امکان مدیریت بهتر منابع را فراهم می کند.
- تدوین شاخص واقعی راهنمای مسیر ارتقا است.
- تدوین شاخص واقعی علامت مشخص کننده وضعیت است.
- مقایسه شاخص های واقعی با اهداف، این فرصت را برای تصمیم گیران فراهم میکند که پیشرفت برنامه ها و سیاست ها را ارزیابی کنند.
- تدوین شاخص ها باید در راستای برنامه استراتژی سازمان نوشته شود.
- شاخص ها باید مسیر حرکت سازمان ها را برای رسیدن به هدفشان مشخص کند.
- کیفیت شاخص ها از کمیت آن ها مهم تر است.
- جمع آوری اطلاعات جهت محاسبه شاخص ها باید از طریق صاحبان فرایند انجام شود.
- در هنگام تدوین شاخص های جدید حتما صاحبان فرایند حضور داشته باشند (۷).

2.2.2. انواع شاخص ها

شاخص ها را می توان به سه بخش نسبت ها، میزان ها و شاخص های عددی تقسیم نمود:

الف - نسبت (Proportion)

کمیت نسبی یک عدد را به عدد دیگر نشان می دهد و شامل انواع زیر است:

- ❖ نسبت هایی که صورت، بخشی از مخرج است. مثل نسبت مراکز بهداشتی بدون برق به کل مراکز بهداشتی.
- ❖ نسبت هایی که صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند. مثل نسبت پرستار به جمعیت.

ب - میزان (Rate)

احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین است. مثل میزان مرگ و میر در طی یک سال.

ج - شاخص عددی

شاخصی است که تعداد وقایع را بدون مخرج نشان می دهد (۸).

2.2.3. طبقه بندی شاخص ها

شاخص ها را می توان به دو دسته "شاخص های پایش" و "شاخص های ارزیابی" طبقه بندی نمود.

شاخص های پایش: به شاخص هایی گفته می شود که ورودی ها و فرایندها را در یک پروژه بررسی می کند یا به عبارتی پایش به معنی اندازه گیری منظم متغیرها در طول زمان است. شاخص های پایش، خود به دو دسته زیر تقسیم می شوند:

- ❖ شاخص های ورودی (Input Index) که به اطلاعات مورد نیاز برای انجام فعالیت ها بر می گردد. مانند کودکان

واجد شرایط واکسیناسیون

- ❖ شاخص های فرآیندی (Process Index) که فعالیت های در حال اجرا را پایش می نماید. مانند میزان پیشرفت

برنامه واکسیناسیون

- شاخص های ارزیابی: شاخص هایی که خروجی ها و هدف نهایی را می سنجد یا به عبارتی به اندازه گیری آنچه که در پایان یک برنامه حاصل می شود می پردازد. شاخص های ارزیابی، نیز به سه دسته زیر تقسیم می شوند:
- ❖ شاخص هایی که خروجی فعالیت ها را اندازه گیری می کند (Output index). مانند: میزان پوشش واکسیناسیون
 - ❖ شاخص هایی که برآمد فعالیت ها را نشان می دهد (Outcome index). مانند: میزان ایمنی ناشی از واکسیناسیون
 - ❖ شاخص هایی که اثرات بلند مدت فعالیت ها را نشان می دهد (Impact index). مانند: میزان کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری قبل پیشگیری با واکسیناسیون (۹).

2.2.4. ملاکهای انتخاب شاخص ها

الف: ملاکهای کلی انتخاب شاخص های ملی سلامت

- ۱ - تعریف استاندارد شاخص
- ۲ - نحوه محاسبه شاخص
- ۳ - کاربرد شاخص در سطح ملی
- ۴ - وضعیت کنونی تولید شاخص
- ۵- دوره زمانی تولید شاخص
- ۶- تعداد سازمان های داخلی و بین المللی درخواست کننده برای آن شاخص
- ۷ - میزان دسترسی به شاخص

ب: ملاکهای اختصاصی انتخاب هر شاخص (RAVES)

- ۱- قابل اعتماد باشد (Reliable)
- ۲- مناسب باشد (Appropriate)
- ۳ - معتبر باشد (Valid)
- ۴ - آسان و قابل دسترس باشد (Easy)
- ۵- حساس باشد (Sensitive)(۱۰).

2.2.5. معیارهای ارزیابی شاخص ها

- Validity**(اعتبار): آیا شاخص مورد نظر قادر است آنچه را که در می خواهیم سنجیده شود را ارزیابی نماید؟
- Reliability**(مورد اعتماد بودن): آیا دو بار اندازه گیری با شاخص مورد نظر قادر است نتایج یکسانی را در بر داشته باشد؟
- Precision** (قابلیت تعمیم به اجزا): آیا شاخص مورد نظر به اندازه کافی واضح و شفاف تعریف شده است تا بر تمام جنبه های موضوع دلالت نماید؟
- Timeliness**(بهنگام بودن): آیا شاخص مورد نظر بطور منظم و دوره ای و بدون تأخیر آماده می شود؟
- Comparability** (قابلیت مقایسه): آیا این شاخص در مقایسه عملکرد واحد مورد نظر با سایر واحدهای مشابه معنا دار است؟ ضریب وزن دهی این معیار باید متناسب با هدف ارزیابی تعیین شود.
- Additivity**(افزونگی): آیا استفاده از شاخص مورد نظر برای گروه های جمعیتی کوچکتر (زیر مجموعه) معنی دار است؟

Interpretability (تفسیر پذیری): آیا بالا یا پایین بودن شاخص به منزله ارایه خدمت با کیفیت برتر یا نازل تر است؟
Cost (هزینه): آیا هزینه تعیین شاخص قابل تهیه است؟ باید توجه داشت که اغلب بین هزینه از یک سو و قابلیت اعتماد و اعتبار و نیز به هنگام بودن شاخص از سویی دیگر تناسب اجتناب نپذیری برقرار است.
علاوه بر موارد بالا، بهتر است تا شاخص ها به صورت نسبت بیان شوند تا اعداد مطلق (درصد یا نسبت به جای اعداد خام) این کار مقایسه شاخص ها را آسان تر می کند، همچنین باعث می شود تعداد شاخص ها برای انعکاس ابعاد مختلف عملکرد تا جایی که ممکن است کمتر شوند (۱۰).

2.3. روش های ارائه و نمایش شاخص های سلامت

علم آمار یکی از شاخه های علوم ریاضی است که به مطالعه و بررسی داده های آماری می پردازد منظور از داده های آماری مجموعه هایی از اعداد است که در جریان اندازه گیری ها و شمارش هایی حاصل شده اند. دانشمندان و کارشناسان با مطالعه و بررسی داده های آماری می توانند اطلاعات مختلفی در مورد موضوع تحقق خود بدست آورند. اینگونه تحلیل های آماری رکن اصلی بسیاری از رشته های علمی بویژه علوم اجتماعی را تشکیل می دهند. همچنین برنامه ریزی های مختلف در امور اجتماعی و اقتصادی بدون استفاده از آمار و تحلیل ها آماری ممکن نیست .

گردآوری و تنظیم داده ها نخستین مرحله مطالعات آماری است. هنگامی که داده ها گردآوری شد باید تحت نظم خاصی قرار گیرد تا بتوان به آسانی نتایج لازم را از آنها استخراج کرد. یکی از روش های مناسب برای تنظیم و نمایش شاخص ها و داده های آماری، رسم نمودارهای مختلف است. نمودارها تصاویری هستند که می توانند اطلاعات موجود را به سرعت در معرض دید قرار دهند، شنیده اید که می گویند: یک تصویر خوب ارزش هزار کلمه را دارد. با دیدن یک نمودار در یک نگاه می توان به بسیاری از ویژگی های مجموعه ای از اطلاعات پی برد. امروزه استفاده از نمودارها بسیار رایج است. نمودار یا منحنی اطلاعات عددی و آماری را به صورت منظم نشان می دهد و ارتباط دو یا چند عامل را ترسیم می کند.

استفاده از نمودار می تواند بررسی اطلاعات مختلف را تسهیل کند. در صورتی که نمودارها یکسان و یک شکل باشند، سبب خستگی و ملالت خاطر می شوند، به همین سبب، سعی می شود آنها را متنوع تهیه کنند و از هاشورها و رنگ ها بهره بگیرند تا جلوه بصری بهتری داشته باشند و بیننده را به سوی خود جلب کنند. نمودارها وسیله بسیار خوبی برای جلب خوانندگان یک مقاله یا کتاب علمی هستند و می توان از آنها در ارائه شاخص های سلامت بهره گرفت. اما به هر حال، بخش مهمی از علم آمار به حساب می آیند که بر ارائه یافته های آماری به شکل تصویری یا بصری تأکید می کنند.

حروف و نوشته های نمودارها باید زیبا، خوانا و به اندازه های صحیح و دقیق باشد تا سرعت قرائت آنها افزایش یابد و به راحتی درک شوند. وضوح مطالبی که قرار است در نمودار به نمایش درآید، تأثیر مهمی بر درک مطالب و یکسان شدن یافته های رسم کننده و برداشت های مشاهده کننده دارد. به همین سبب توصیه شده است که نمودارهای رسم شده نباید دارای ترکیبی از مطالب باشند و تا حد امکان باید از پیچیده کردن آنها خودداری کرد. هرگاه نمودارها با مهارت به کار گرفته شوند، جنبه هایی از داده ها را مجسم می کنند که به روشنی و به آسانی فهمیده می شوند. نمودارها را نباید جایگزین توصیف های متن

کرد، بلکه باید آنها را برای تأکید بر روابط مهم و خاص با نوشته‌های متن همراه ساخت. نمودارها باید به قدر کافی ساده باشند تا مفهوم را به گونه‌ای روشن به بیننده انتقال دهند و بدون استفاده از توصیف‌هایی که در متن آمده است، قابل فهم باشند.

یکی از نقاط ضعف نمایش داده‌ها به صورت جدول فراوانی عدم درک سریع اطلاعات جدول است. نمودارها ابزار مناسبی برای نمایش تصویری اطلاعات هستند. انواع مختلفی از نمودار وجود دارد که از جمله می‌توان به نمودار هیستوگرام، نمودار ستونی، نمودار چند ضلعی تراکمی، نمودار دایره‌ای، نمودار سری‌های زمانی و... اشاره کرد.

نمایش داده‌ها طبق قرارداد های خاص به صورت هندسی را نمودار آماری گویند. نمودار آماری باید به نحوی ترسیم شود که به راحتی بتوان اطلاعات نهفته در داده‌ها را از روی آن دید. نمودارهای آماری در امور اقتصادی، صنعتی، بهداشتی و... به کار می‌روند و بر اساس خواص صفت مورد مطالعه انواع مختلفی از نمودارها را به کار می‌بریم (۹).

2.4. شاخص های ملی سلامت

امروزه، مدیریت از ارکان اصلی رشد و تعالی سازمان‌ها به شمار می‌رود و هرگونه ضعف و نقصان در این رکن پیامدهای زیانباری برای آن مجموعه به همراه خواهد داشت. همچنین توجه به سه وظیفه اصلی مدیریت که سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری است، نشانه اهمیت جایگاه این موضوع است. تحقق این سه وظیفه در صورت وجود اطلاعات میسر می‌شود و وجود اطلاعات دقیق و صحیح در راهیابی سازمان بسیار موثر است. این امر در بخش بهداشت و درمان، به دلیل وظیفه پاسخگویی به نیازها و تقاضاهای بهداشت و درمان افراد جامعه که با سلامت آن‌ها سر و کار خواهد داشت، از اهمیت بیشتری برخوردار است. لذا طراحی و پیاده‌سازی نظام اطلاعات کارآمد و کارآمد از اولویت‌های این بخش است. در این بخش ضرورت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، برای کاهش آلام، رنج‌ها و درد‌های مردم در مقایسه با سایر بخش‌ها از اولویت ویژه‌ای برخوردار است.

از یک سو، به منظور برنامه‌ریزی برای بهداشت و درمان در سطح ملی، ارزیابی عملکرد گذشته و مقایسه با وضع کنونی، ارزیابی اهداف برنامه‌های توسعه، مقایسه میان عملکرد واحد‌های مختلف و...، نیازمند تعیین شاخص‌ها در بخش‌های مختلف هستیم و از سوی دیگر، مقایسه عملکرد کشورمان در بخش بهداشت و درمان با سایر کشورها از طرف سازمان‌های بین‌المللی ضرورت پذیرش برخی شاخص‌های بین‌المللی و تولید اطلاعات آن‌ها را اجتناب‌ناپذیر نموده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های اخیر اقدام به انتشار فهرستی از شاخص‌های ملی سلامت نموده است (پیوست شماره یک) (۹)..

2.5. نشانگرهای سلامت

اندازه‌گیری سطح سلامتی یک جامعه مشکل است و لذا یک نشانگر خاص را نمی‌توان برای این منظور در نظر گرفت. همانطور که سلامت شامل ابعاد گوناگون است، نشانگرهای گوناگونی نیز برای اندازه‌گیری سطح سلامت لازم است. تعداد اندکی از نشانگرها واجد تمام ویژگی‌های لازم برای یک نشانگر هستند. لذا برای بررسی سطح سلامت یک جامعه باید چندین نشانگر را در نظر گرفت و در مجموع تصمیم‌گیری نمود. انواع نشانگر سلامت:

- نشانگرهای مرگ و میر (mortality)
- نشانگرهای ابتلا (morbidity)
- نشانگرهای ناتوانی (disability)
- نشانگرهای تغذیه (nutrition)
- نشانگرهای کیفیت زندگی (quality of life) (۶).

2.5.1. نشانگرهای مرگ و میر

نشانگرهای مرگ و میر، نشانگرهای ساده‌ای برای مقایسه سلامت مردم به‌شمار می‌رود. این نشانگر میزان مردن مردم را نشان می‌دهد. به گفته دقیق‌تر، نباید سلامت با رویداد تعداد مرگ‌های جامعه اندازه‌گیری شود ولی در بسیاری از کشورها این نشانگر تنها نشانگر موجود از وضع بهداشت است. کاربرد این نشانگر برای مقایسه‌های بین‌المللی محدود است زیرا تحت تأثیر ساختار سنی و جنسی جمعیت قرار دارد. هر چند این نشانگر وسیله اندازه‌گیری کامل وضعیت بهداشت نیست ولی کم بودن میزان خام مرگ ابزار خوبی برای سنجش بهبود کلی وضع بهداشت مردم به‌دست می‌دهد. کم کردن تعداد مرگ در جامعه هدف آشکار خدمات پزشکی و بهداشتی است و موفقیت یا شکست در انجام آن مقدار تعهد کشور در تأمین سلامت برای مردم را نشان می‌دهد. این نشانگرها عبارتند از:

- میزان خام مرگ
- میزانهای اختصاصی مرگ
- میزان کشندگی بیماری (Case Fatality Rate)
- میزان مرگ نسبتی (Proportional Mortality Rate)
- میزان بقا (Survival Rate) (۶).

2.5.2. نشانگرهای ابتلا

توصیف سلامتی فقط در قالب نشانگرهای مرگ و میر گمراه کننده خواهد بود؛ چراکه بار سنگین برخی بیماریها که مرگ زیادی نمی‌دهند (روانی-مزم و ...) مشخص نخواهد شد. لذا نشانگرهای ابتلا به عنوان مکمل نشانگرهای مرگ برای تعیین وضعیت سلامت یک جامعه به کار می‌روند. انواع نشانگرهای ابتلا عبارتند از:

- میزان بروز (Incidence Rate)
- شیوع (Prevalence)
- میزان غیبت از کار یا مدرسه به خاطر بیماری
- مدت بستری در بیمارستان

2.5.3. نشانگرهای ناتوانی

علی‌رغم هزینه‌های گزاف برای بهداشت، میزان‌های میرائی در سال‌های اخیر دگرگونی قابل توجه نیافته‌اند، برای تکمیل نشانگرهای میرائی و ابتلاء، میزان‌های ناتوانی مربوط به بیماریها و صدمات به‌کار گرفته می‌شوند. این میزان‌ها با توجه به این که سلامتی شامل طیف کامل فعالیت‌های روزانه است پایه‌گذاری شده‌اند. میزان‌های ناتوانی که از همه بیشتر به‌کار می‌روند بر دو دسته هستند:

ب- نشانگرهای: Person type

۱. تعداد روزهای محدودیت فعالیت

۲. تعداد روزهای ناتوانی و بستری

۳. تعداد روزهای غیبت از کار (یا مدرسه) در یک دوره معین

الف- نشانگرهای: Event - type

۱. محدود شدن تحرک: مانند بستری شدن، خانه نشین شدن و کمک‌های ویژه برای رفتن به اطراف (درخانه یا بیرون از خانه)

۲. محدود شدن فعالیت: مانند محدودیت عملکرد فعالیت‌های اساسی زندگی روزانه، (Activities of Daily Living)، (ADL)، مانند غذا خوردن، شستشو، لباس پوشیدن، توالیت رفتن، حرکت به اطراف و ... محدود شدن فعالیت‌های عمده مانند کار حرفه‌ای و کار در خانه.

شاخص سولیوان (Sullivan) امید زندگی بدون ناتوانی - از تفاضل امید زندگی و مدت احتمالی بستری شدن و ناتوانی در عملکرد فعالیت‌های عمده و بر حسب داده‌های به دست آمده از بررسی‌های مقطعی (Cross Sectional) - جمعیت، محاسبه می‌شود. به عنوان مثال در ایالات متحده آمریکا امید زندگی در بدو تولد در سال ۱۹۶۵ برای همه ۷۰/۲ سال بوده و مقدار تقریبی امید زندگی بدون ناتوانی ۶۴/۹ سال به دست آمده است. شاخص سولیوان یکی از پیشرفته‌ترین نشانگرهای موجود جاری به شمار می‌آید.

2.5.4. نشانگرهای تغذیه

نشانگر وضعیت تغذیه یکی از نشانگرهای سلامتی مثبت است. سه نشانگر وضعیت بهداشت اهمیت دارند؛ از این قرار:

الف- اندازه‌گیری انسان‌سنجی (Anthropometric) در کودکان بیش از سن ورود به دبستان؛ مانند وزن و قد و دور قسمت میانی بازو

ب- قد (و گاهی وزن) کودکان در سن ورود به مدرسه

ج- فراوانی کمبود وزن به هنگام تولد (کمتر از ۲/۵ کیلوگرم)

2.5.5. نشانگرهای کیفیت زندگی

روزبه‌روز بیشتر این پرسش پیش می‌آید که داده‌های ابتلاء و میرائی چگونه می‌توانند بازتاب کامل وضعیت بهداشتی مردم باشند. اینک، بر استفاده از نشانگر امید زندگی که پیش از این به عنوان نشانگر بهداشت به کار می‌رفت دیگر تأکید نمی‌شود و آن را - به خصوص در کشورهای پیشرفته - کافی نمی‌دانند و توجه به سوی کیفیت زندگی افراد و جوامع معطوف شده است. کیفیت زندگی را به دشواری می‌توان تعریف و با دشواری بیشتر می‌توان تعیین کرد. برای پیدا کردن یک نشانگر مرکب و به دست آمده از چند نشانگر بهداشتی، کوشش فراوان شده است. شاخص کیفیت زندگی جسمی یکی از این شاخص‌ها است که شامل سه نشانگر است:

- میزان مرگ نوزادان (NMR)

- امید به زندگی در پایان یک سالگی

- میزان سوادآموزی (۶).

2.6. داشبورد مدیریتی

داشبورد به صفحه ای گرافیکی از گزارشات شاخص های عملکرد می گویند که با اهداف سازمان یا فرآیندهای آن مرتبط است . مفهوم داشبورد از داشبورد اتومبیل گرفته شده که در یک نگاه وضعیت های مهم را به اطلاع راننده می رساند. داشبوردها تاثیر بسزایی در تصمیم گیری های مدیریتی دارند و همچنین وضعیت خوب و یا بد، بهتر و بدتر را هشدار می دهد . داشبورد مدیریتی این امکان را به مدیران میدهد که در هر لحظه عملکرد سازمان خود را مشاهده کرده و وضعیت آنرا نسبت به هدف نهایی پایش کنند. برای این منظور می بایست شاخص های کلیدی عملکرد (KPI: Key Performance Indicator) سازمان و واحدها تعریف شود تا بتوان در هر لحظه از وضعیت شرکت و عملکردها واحدهای سازمانی مطلع شد . بزرگترین بیماری یک سازمان کمبود اطلاعات دقیق و بموقع می باشد. با وجود این حقیقت، مدیران و سیاست گذاران برای تصمیم گیری تحت فشار هستند و معمولاً بر اساس یک تصمیم گیری حدسی مجبور به ریسک می شوند. این ریسکها بعضاً باعث از دست رفتن یکسری سودها و منافع کسب و کار می شوند. داشبورد مدیریتی امکان مدیریت داده ها، دستیابی به داده ها و تحلیل داده ها را در زمان و هزینه کمتر امکان پذیر می سازد. حوزه هایی که سطوح استراتژیک و فرایندی را پوشش داده و امکان مانیتورینگ شاخصها و سازمان را به راحتی میسر می سازد. (۷).

2.6.1. دلایل استفاده از داشبورد مدیریتی

با استفاده از این سیستم مدیران ارشد سازمان می توانند به سادگی در یک محیط زیبا و غیر پیچیده ، بر شاخصهای عملکردی سازمان ، بخش و یا واحد خود نظارت کامل و به روز داشته باشند. همچنین استفاده کنندگان اصلی داشبورد زمان زیادی از روز را خارج از محل کارشان میباشند، داشبورد این امکان را برایشان مهیا میکند که از راه دور به اطلاعات مورد نظرشان دسترسی داشته باشند(۷)..

2.7. ارزیابی عملکرد و بهبود مستمر

موسسات و سازمان ها و دستگاه های اجرایی با هر ماموریت، رسالت، اهداف و چشم اندازی که دارند نهایتاً در یک قلمرو ملی و یا بین المللی عمل می کنند و ملزم به پاسخگویی به مشتریان، ارباب رجوع و ذینفعان هستند تا شرکتی که هدفش سودآوری و رضایت مشتری است و سازمانی که هدف خود را اجرای کامل و دقیق وظایف قانونی و کمک به تحقیق اهداف توسعه و تعالی کشور قرار داده، پاسخگو باشند. بنابراین، بررسی نتایج عملکرد، یک فرایند مهم راهبردی تلقی می شود. کیفیت و اثربخشی مدیریت و عملکرد آن عامل تعیین کننده و حیاتی تحقق برنامه های توسعه و رفاه جامعه است. آرایه خدمات و تولید محصولات متعدد و تامین هزینه ها از محل منابع، حساسیت کافی را برای بررسی تحقق اهداف، بهبود مستمر کیفیت، ارتقای رضایتمندی مشتری و شهروندان، عملکرد سازمان و مدیریت و کارکنان را ایجاد کرده است. در صورتی که ارزیابی عملکرد با دیدگاه فرایندی و بطور صحیح و مستمر انجام شود، در بخش دولتی موجب ارتقا و پاسخگویی دستگاه های اجرایی و اعتماد عمومی به عملکرد سازمان ها و کارایی و اثربخشی دولت می شود. در بخش غیر دولتی نیز موجب ارتقای مدیریت منابع، رضایت مشتری، کمک به توسعه ملی، ایجاد قابلیت های جدید، پایداری و ارتقای کلاس جهانی شرکت ها و موسسات می شود.

مباحث ارزیابی عملکرد را می توان از زوایای متفاوتی مورد بررسی قرار داد. دو دیدگاه اساسی سنتی و نو در این باره وجود دارد. دیدگاه سنتی، قضاوت و یادآوری عملکرد و کنترل ارزیابی شونده را هدف قرار داده و سبک دستوری دارد. این دیدگاه

صرفاً معطوف به عملکرد دوره زمانی گذشته است و با مقتضیات گذشته نیز شکل گرفته است. دیدگاه نو، آموزش، رشد و توسعه ظرفیت های ارزیابی شونده، بهبود و بهسازی افراد و سازمان و عملکرد آن، ارایه خدمات مشاوره ای و مشارکت عمومی ذی نفعان، ایجاد انگیزش و مسئولیت پذیری برای بهبود کیفیت و بهینه سازی فعالیت ها و عملیات را هدف قرار داده و مبنای آن را شناسایی نقاط ضعف و قوت و تعالی سازمانی تشکیل می دهد. خاستگاه این دیدگاه مقتضیات معاصر بوده و به ارزیابی سیستمی عملکرد با استفاده از تکنیک ها و روش های مدرن، توسعه پیدا می کند. حوزه تحت پوشش اندازه گیری عملکرد می تواند سطح کلان یک سازمان، یک واحد، یک فرایند و کارکنان باشد. سطح ارزیابی عملکرد اگر تنها شامل افراد باشد بطوری که امروزه در بخش های مدیریت منابع انسانی متداول است، ارزشیابی شایستگی کارکنان با معیارهای مختلف در سازمان ها انجام می شود. سازمان، افراد و یا واحد سازمانی گر چه به ظاهر انجام دهنده کار هستند اما تنها جزیی از سیستم کل می باشند و باید شرایط اجزای دیگر آن نیز مد نظر قرار گیرد. توجه به معیارهای همه جانبه و استراتژی ها و آرمان های سازمان از لوازم یک سیستم مدیریت عملکرد جامع می باشد. چنین رویکردی در ارزیابی عملکرد، یک ارزیابی واقعی، عدالت محور، قابل اعتماد و اتکا و پیش برنده و پویا خواهد بود (۱۱).

2.7.1. ضرورت و اهمیت ارزیابی عملکرد

بهبود مستمر عملکرد سازمانها، نیروی عظیم هم افزایی (Synergy) ایجاد می کند که این نیروها می تواند پشتیبان برنامه رشد و توسعه و ایجاد فرصت های تعالی سازمانی شود. دولت ها و سازمان ها و موسسات تلاش جلو برنده ای را در این مورد اعمال می کنند. بدون بررسی و کسب آگاهی از میزان پیشرفت و دستیابی به اهداف و بدون شناسایی چالش های پیش روی سازمان و کسب بازخور و اطلاع از میزان اجرا سیاست های تدوین شده و شناسایی مواردی که به بهبود جدی نیاز دارند، بهبود مستمر عملکرد میسر نخواهد شد. تمامی موارد مذکور بدون اندازه گیری و ارزیابی امکان پذیر نیست. لرد کلونین فیزیکیان انگلیسی در مورد ضرورت اندازه گیری می گوید: «هر گاه توانستیم آنچه درباره آن صحبت می کنیم اندازه گرفته و در قالب اعداد و ارقام بیان نماییم می توانیم ادعا کنیم درباره موضوع مورد بحث چیزهایی می دانیم. در غیر این صورت آگاهی و دانش ما ناقص بوده و هرگز به مرحله بلوغ نخواهد رسید» علم مدیریت نیز مبین مطالب مذکور است. هر چه را که نتوانیم اندازه گیری کنیم نمی توانیم کنترل کنیم و هر چه را که نتوانیم کنترل کنیم مدیریت آن امکان پذیر نخواهد بود. موضوع اصلی در تمام تجزیه و تحلیل های سازمانی، عملکرد است و بهبود آن مستلزم اندازه گیری است و از این رو سازمانی بدون سیستم ارزیابی عملکرد قابل تصور نمی باشد (۱۲).

2.7.2. فرایند ارزیابی عملکرد

هر فرایندی شامل مجموعه ای از فعالیت ها و اقدامات با توالی و ترتیب خاص منطقی و هدف دار می باشد. در فرایند ارزیابی عملکرد نیز هر مدل و الگویی که انتخاب شود، طی مراحل و رعایت نظم و توالی فعالیت های ذیل ضروری می باشد.

- تدوین شاخص ها و ابعاد و محورهای مربوطه و تعیین واحد سنجش آن ها
- تعیین وزن شاخص ها، به لحاظ اهمیت آن ها و سقف امتیازات مربوطه
- استاندارد گذاری و تعیین وضعیت مطلوب هر شاخص
- سنجش و اندازه گیری از طریق مقایسه عملکرد واقعی پایان دوره ارزیابی، با استاندارد مطلوب از قبل تعیین شده
- استخراج و تحلیل نتایج (۱۲)

۲،۸،۲. تدوین شاخص ها

شاخص ها مسیر حرکت سازمان ها را برای رسیدن به اهداف مشخص می کند. نگاه اول در تدوین شاخص ها متوجه چشم انداز (Vision) و مأموریت (Mision) و اهداف کلان، راهبردهای بلندمدت و کوتاه مدت و برنامه های عملیاتی و به فعالیت های اصلی متمرکز می شود. منابع احصاء و اقتباس برای تدوین شاخص های ارزیابی عملکرد سازمان های دولتی، قوانین و مصوبات مجلس و هیات دولت و برنامه های توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و هم چنین چشم انداز بیست ساله کشور و استراتژی توسعه صنعتی کشور می باشد. در بخش غیردولتی اساسنامه و برنامه های عملیاتی و سهم بازار و هر هدفی که مد نظر سازمان می باشد ملاک قرار می گیرد. برای کمپانی ها و گروه های صنعتی که چندین شرکت اقماری تحت پوشش دارند می توان شاخص هایی را در ابعاد عمومی مشترک و در ابعاد اختصاصی هریک از آن ها با توجه به وظایف و فعالیت و تکنولوژی و محصول و منابع و مسئولیتی که دارند تدوین نمود. اگر سازمان ها بلحاظ استراتژی و نحوه تصمیم گیری با هم مقایسه شوند، استراتژی و تصمیم گیری کدام اثربخش است؟ سازمانی که به جوهر استراتژی یعنی به ابعاد تحول آفرین فرصت رقابتی تاکید و عمل می کند در مقایسه با سازمانی که استراتژی را در اشکال برنامه و فرایند می بیند دارای استراتژی اثر بخش تری است. سازمانی که سبک تصمیم گیری آن دارای نگرش جستجوگرانه باشد نه جانبدارانه، مشارکت کنندگان آن نقش منتقد داشته نه نقش سخنگو و سازمانی که به نظریات اقلیت بها داده و آن بررسی می شود اثربخش تر است. شاخص های ارزیابی عملکرد تدوین شده باید ویژگی یک سیستم SMART & D را داشته باشند. Specific (S) ■ مخصوص، معین و مشخص باشد. یعنی شاخص جامع و مانع، شفاف و ساده و واضح و رسا و صریح باشد بطوری که برداشت یکسانی از مفاهیم ایجاد نماید. ■ Measurable (M) قابل اندازه گیری باشد. سنجش آن ها به سادگی مقدور باشد. یعنی علاوه بر عملکرد کمی، قابلیت تعریف عملکرد کیفی شاخص در قالب های متغیر کمی را نیز داشته باشد.

2.7.2.1. تعیین وزن شاخص ها و اهمیت آن ها

اهمیت هر کدام از ابعاد و محور شاخص ها چقدر است؟ آیا شاخص ها اهمیت یکسان دارند یا متفاوت؟ کدام شاخص از بیشترین و کدام یک از کمترین اهمیت برخوردار است برای تعیین ضرایب و اوزان شاخص ها روش هایی از جمله می توان روش لیکرت، روش گروه غیرواقعی (Nominal Group Technique) NGT، روش بوردا (Borda)، روش انتخاب نظریات کارشناسان (Expert choice) را می توان نام برد. یکی از روش های مهم قابل استفاده در این زمینه که در علم مدیریت نیز کاربرد زیادی دارد، روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی (Analytic Hierarchy Process) (AHP) که از اصول اساسی تفکر تحلیلی زیر تبعیت می کند:

- اصل ترسیم درخت سلسله مراتب
- اصل تدوین و تعیین اولویت ها
- اصل سازگاری منطقی قضاوت ها

تصمیم گیری براساس روش AHP از مزیت های بسیاری از جمله الگوی واحد قابل فهم، تکرار فرایند، اجماع و تلفیق قضاوت ها، بده و بستان بین عوامل تشکیل دهنده گزینه ها، ترکیب مطلوبیت گزینه ها، رویکرد تحلیلی و سیستمی، عدم اصرار بر تفکر خطی، ساختار سلسله مراتبی و اندازه گیری موارد نامشهود در تدوین و تعیین اولویت ها برخوردار است. روش AHP با طبقه بندی سلسله مراتب ساختاری و وظیفه ای براساس مقایسات زوجی اولویت ها بنا شده است که تصمیم گیرنده، به

ترسیم درخت سلسله مراتب تصمیم که عوامل مورد مقایسه و گزینه های رقیب مورد ارزیابی در تصمیم را نشان می دهد انجام داده و سپس مقایسات زوجی صورت می گیرد. همین مقایسات، وزن هریک از عوامل را در راستای گزینه های رقیب مشخص می سازد و در نهایت یک الگوریتم ریاضی به گونه ماتریس های حاصل از مقایسات زوجی را با همدیگر تلفیق می سازد که تصمیم بهینه بمنظور اختصاص ضرایب به بهترین وجه ممکن حاصل می شود. البته نرخ سازگاری تصمیم با قضاوت ها در این مرحله واجد اهمیت خاصی بوده و سازگاری مقایسات را مشخص می کند. یکی از روش های مقایسه نرخ سازگاری، روش بردارهای ویژه می باشد. استانداردگذاری و تعیین وضعیت عملکرد مطلوب شاخص ها برای پایان دوره ارزیابی: تعیین معیار عملکرد و مقدار تحقق شاخص بصورت کمی یا کیفی و نرخ رشد عملکرد در سال های گذشته بصورت میانگین و یا میانگین متحرک برای دو یا چند سال گذشته با در نظر گرفتن اهداف خاص تعیین شده برای آن دوره و پدیده های موثر در نحوه تحقق آن شاخص، استخراج و معین می گردد. در تعیین وضعیت مطلوب عملکرد شاخص باید واقع گرایانه و غیر بلند پروازانه عمل کرد و توافق واحدهایی که وظیفه انجام و عمل به آن شاخص را بعهدده دارند جلب نمود(۱۳).

2.7.2.2. سنجش و اندازه گیری و استخراج نتایج

برای هر شاخص، عملکرد واقعی را با استفاده از مجموع واقعیت های موجود مشخص و با استاندارد عملکرد مطلوب مقایسه نسبت به وضعیت تحقق اهداف آن شاخص بررسی و در نهایت تحلیل لازم انجام و در صورت لازم اقدامات اصلاحی جهت بهبود عملکرد در آن شاخص را معین نمود. یک نکته این که در نتایج عملکرد، معمولاً رویکرد و دیدگاه حاکم در ارزیابی عملکرد مورد توجه خاص قرار می گیرد. مثلاً: اگر ارزیابی عملکرد یک فرایند مورد توجه باشد، نتایج این اندازه گیری منتهی به تعیین وضعیت مطلوب یا نامطلوب بودن عملکرد آن فرایند می گردد. اگر فرایند موجب افزایش ارزش افزوده برای سازمان شود عملکرد آن مطلوب وگرنه علت منفی بودن عملکرد فرایند را باید بررسی کرد. برای علت یابی می توان از تکنیک طراحی آزمایش ها (DOE) Design of Experience و برای کاهش خطا از Six sigma که در سازمان های پیشرو بیشتر عملی می باشد استفاده نمود. هم چنین برای بهبود داخل فرایند از روش بهبود مستمر فرایند (CPI) Continuous Improvement Process و جهت بهبود کلی و عوامل خارجی فرایند نیاز به مهندسی مجدد (BRP) Business Process Reengineering است(۱۳).

2.8. بررسی مطالعات

اتحادیه اروپا^۳ جهت سنجش وضعیت سلامت کشورها، ابزاری را تدوین نموده است؛ گروه کارشناس اطلاعات بهداشتی^۴ (EGHI) ساختاری مشورتی با نمایندگان کشورهای عضو اتحادیه اروپا و کشورهای عضو اتحادیه اروپا برای سیاست های سلامت مبتنی بر شواهد، با توجه به اطلاعات و داده های بهداشت و درمان می باشد(۱۴). در برنامه سلامت اتحادیه اروپا، لیستی جامع از شاخص های سلامت جامعه اروپا را پیشنهاد شده است. در طراحی مجموعه شاخصها، مجموعه ای از معیارهای صریح استفاده شد. این معیارها عبارت بودند از: الف) جامع و منسجم، یعنی پوشش همه حوزه های بهداشت عمومی؛ ب) توجه به کار قبلی، به ویژه WHO-Europe، OECD و Eurostat؛ در ECHI، کلیه شاخص

^۳ European Member (EU)

^۴ Expert Group on Health Information (EGHI)

ها تقسیم بندی شده اند. این زیرمجموعه ها از لیست شاخص کلی هستند، که هر کدام باید یک نیاز یا علاقه خاص کاربر را منعکس کنند. شاخص های پیشنهادی در اغلب موارد به عنوان شاخص های عمومی تعریف شده اند، یعنی تعریف عملیاتی عملی آنها هنوز انجام نشده است. این کار شده است و توسط پروژه های دیگر تحت حمایت HMP که بخش های خاصی از سلامت عمومی و یا زمینه های جمع آوری داده ها را پوشش می دهد بخش عمده ای را به اجرا درآورد. به استثنای شاخص هایی که داده های به طور منظم وضعیت موجود را پوشش می دهند، شاخص (یا مسائل) پیشنهاد شده است که برای آن داده ها در حال جمع آوری دشوار است اما از دیدگاه سیاست، مورد نیاز است. همه شاخص ها به این واقعیت اشاره دارد که ایجاد فهرست شاخص که در واقع توسط کشورهای عضو مورد استفاده قرار می گیرد، یک فرایند به طور مداوم در حال توسعه است. این روند در حال حاضر توسط قسمت اول برنامه اقدام جدید بهداشت عمومی اتحادیه اروپا در حال اجرا می باشد (۱۴).

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۱ با عنوان "پایش، ارزشیابی و مرور استراتژی های نظام سلامت؛ راهنمایی برای کشورها" منتشر نموده است. این کتاب به عنوان راهنمایی است برای کشورهای و همکاران جهت تقویت نظارت، ارزیابی و بررسی (M & E) برنامه های ملی و استراتژی های ملی سلامت و بررسی پیشرفت و عملکرد بخش سلامت به عنوان پایه ای برای اطلاعات و پاسخگویی مشخص می کند. همچنین هدف این راهنما این است که نشان دهد که چگونه شرکای توسعه می توانند به تقویت چنین پلتفرم و راهنمایی کمک کنند. سیستم های صحی M & E بر روی گفتگوی مشارکت سیاسی جامع و ارزیابی های منظم مبتنی بر شواهد که پیشرفت و بررسی عملکرد را گزارش می کنند، ساخته شده است و این امر منجر به اقدامات اصلاحی و پاسخگویی متقابل بین همه ذینفعان می شود. این باید مبنای تخصیص منابع و سیاست گذاری موثر باشد. در این راهنما مدلی ساختاریافته جهت احصا شاخص ها، بررسی آنها و چگونگی تحلیل آنها ارائه می شود (۱۵).

سازماندهی پروژه شاخص کیفیت مراقبت های سلامت^۵ برای سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه (OECD)، که هدف آن توسعه یک مجموعه از شاخص ها برای مقایسه کیفیت مراقبت های سلامت در کشورهای عضو OECD است، نیازمند یک چارچوب مفهومی متعادل بود که اهداف مفاهیم اصلی و حوزه های عملکردی آن را بتواند ارزیابی نماید. به همین جهت مطالعه ای تحت عنوان "چارچوب مفهومی برای شاخص های سنجش کیفیت مراقبت های سلامت کشورهای عضو اتحادیه اروپا" اجرا شد. این مقاله یک چارچوب مفهومی برای پروژه را توسعه می دهد. اولاً استدلال می کند که توسعه چنین چارچوبی باید با پاسخ دادن به این سوال آغاز شود: «عملکرد چه چیزی و چه چیزی چه اتفاقی می افتد». حداقل دو طبقه اصلی از چارچوب ها را شناسایی می کنیم: (i) سلامت و (ii) چارچوب عملکرد مراقبت های بهداشتی، هر کدام از آنها در استفاده مشترک هستند. نتیجه چارچوب مفهومی است که عمدتاً اصلاح هدفمند از چارچوب عملکرد موجود ارائه می نماید و توسط مدل تعیین کننده سلامت هدایت می شود. پایه مفهومی چارچوب عملکرد می تواند به مدل تعیین کننده سلامت برسد. چارچوب عملکرد سلامت، دیدگاه وسیعتر، اجتماعی و یا سلامت عمومی را در مورد تعیین کنندگان سلامت در نظر می گیرد، در حالیکه عملکرد مراقبت های سلامت، مراقبت های بهداشتی در رابطه با سلامت (نیازها) را باریک تر و اغلب بالینی یا فنی ارزیابی می کند. این مقاله چارچوبی را پیشنهاد می کند که بر کیفیت مراقبت های بهداشتی متمرکز است، دیدگاه وسیعتری را در مورد سلامت و عوامل دیگر آن در نظر می گیرد و اهداف کلیدی آن این است که سیاست های سلامت را به رسمیت می شناسد (۱۶).

^۵ Health Care Quality Indicator (HCQI)

"مدل توسعه شاخص های ارتقاء سلامت جامعه اروپا" به عنوان مبنایی برای ایجاد مجموعه ای از شاخص ها برای نظارت بر مداخلات ارتقاء سلامت به شمار می رود. این مدل به طور کلی به عنوان یک مرجع رایج برای گسترش عمق بهداشت و درمان عمومی و توسعه شاخص ها ارائه می شود. این مدل در ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد را در نظر می گیرد و نشان می دهد که چگونه سلامت از طریق تعامل بین عوامل تعیین کننده سلامت فردی و محیطی ایجاد می شود. این نشان می دهد که توسعه سلامت می تواند از یک منظر سالتوز و یک بیماری شناسانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد و توضیح می دهد که چگونه از نقطه شروع تفاوت های مختلف، مداخلات مختلف مانند ارتقاء سلامت و مراقبت های بهداشتی مربوط به این دو دیدگاه است. در نهایت، یک سیستم طبقه بندی برای شاخص های نتیجه گیری سلامت پاتوژن و سالتوژنیک از مدل به دست آمده و به لیست اصلی فعلی سیستم شاخص سلامت جامعه اروپا اعمال می شود. این مدل و کاربرد آن نیازمند ایجاد شاخص های سالمی سیستماتیک در زمینه بهداشت عمومی و تقویت چشم انداز ارتقای سلامت در آینده است. در این مقاله، انواع مدل های تقسیم بندی شاخص های سلامت بررسی شده است و بیان می کند که مدل رایج مورد استفاده و جدیدتر، مدلی می باشد که توسط اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۳ تدوین شده است. بر اساس این مدل، شاخص های ارزیابی سیستم سلامت به ۴ دسته تقسیم می شوند: شاخص های اجتماعی و جمعیت شناختی، شاخص های وضعیت سلامت، عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و نظام سلامت (۱۷).

مطالعه "تحلیل شاخص های اجتماعی با استفاده از داده های توزیع شده"، مقاله ای است که توسط بیدانی و همکارانش تدوین شده است. در این مطالعه شاخص های سلامت با استفاده از یک مدل ضرایب تصادفی تحلیل می شوند؛ که در آن بر توزیع جمعیت توسط زیرگروه ها، با توجه به خواص آماری خطا، تحلیل می شوند (۱۸).

ترکمن نژاد و همکاران در مقاله ای با عنوان "ارزیابی شاخص های عدالت در سلامت در ایران"، به تدوین و معتبرسازی شاخص های ارزیابی عدالت در سلامت می پردازد. در این مطالعه، ابتدا با مرور منابع ملی و بین المللی، ابزار جدیدی تولید و با استفاده از نظرات خبرگان، طی برگزاری جلسه پنل خبرگان، معتبر گردید. این مطالعه نشان داد که ۶ شاخص از شاخص های عدالت در سلامت در ایران مناسب نیستند و پیشنهاد می گردد که تعدادی از شاخص های ضروری مانند پوشش واکسیناسیون و وضعیت مسکن می تواند به لیست شاخص ها اضافه شود (۱۹).

سازمان جهانی بهداشت، جهت پایش عدالت در سلامت مدلی ارائه می دهد که می تواند جهت تدوین و سنجش شاخص در سایر حوزه های نظام سلامت مورد استفاده گردد (۲۰). مراحل اجرایی این راهنا عبارتند از:

گام اول؛ تعیین دامنه پایش و نظارت

الف) انتخاب موضوعات حیطه سلامت

ب) شناسایی شاخص های مرتبط با موضوع انتخاب شده

ج) شناسایی ابعاد مرتبط با موضوع

گام دوم؛ جمع آوری داده

الف) Mapping منبع داده ها

ب) تعیین اینکه آیا اطلاعات کافی حال حاضر در دسترس می باشد؟

گام سوم؛ تحلیل داده

الف) آماده سازی و تفکیک داده ها

ب) تحلیل و محاسبه شاخص های نابرابری

گام چهارم؛ انتشار گزارش

الف) تعیین مخاطبین هدف و اهداف گزارش

ب) انتخاب دامنه گزارشات

ج) تعیین محتوای فنی گزارش

د) پیروی از بهترین شیوه های گزارش دهی

گام پنجم؛ اجرای تغییرات

گام پنجم بعد مدیریتی فرآیند پایش می باشد که مدیران و سیاست گذاران بر اساس منابع و اولویت های موجود، تغییرات لازم را اجرا خواهند نمود.

مطالعه ای تحت عنوان "توسعه پایدار چیست؟ اهداف، شاخص ها، ارزش ها و عمل" که در سال ۲۰۱۶، توسط رابرت وی و همکارانش صورت گرفت، بر تدوین شاخص های سنجش اهداف توسعه هزاره تاکید میکند و بیان می کند که تنها بیان اهداف نمی تواند به نتیجه برسد و باید شاخص هایی قابل سنجش جهت پایش آنها در سطح بین المللی، ملی و منطقه ای تدوین گردد. این مطالعه شاخص هایی را برای این منظور تدوین کرده و به صورت پایلوت در چند کشور دنیا اجرا نموده است (۲۱).

رز باکر و همکارانش طی انجام مطالعه ای با عنوان "بهره گیری از کارت امتیاز متوازن، در بیمارستان های کانادا"، از روش کارت امتیاز متوازن برای سنجش عملکرد بیمارستان استفاده کردند. کارت امتیاز متوازن روشی است که بیشتر در صنعت مورد استفاده قرار می گیرد و به ندرت در بخش سلامت دیده می شود. در این مطالعه، گروه پژوهش با توجه به برنامه استراتژیک و اهداف کلی بیمارستان، از کارت امتیاز متوازن، شاخص هایی قابل سنجش را در چهار بعد: عملکرد مالی، آموزش و یادگیری، مدیریتی و ارتباط با مشتریان، تدوین نمود و از آنها جهت پایش و مانیتورینگ بیمارستان استفاده نمود (۲۲).

در مطالعه ای دیگر که در کشور ایران و توسط محمدی بخش انجام شد، به ارزشیابی عملکرد بیمارستان با استفاده از روش کارت امتیاز متوازن می پردازد. در این مطالعه با بهره گیری از نظرات مدیران بیمارستان در سطح مختلف، اهداف و مأموریت های هر واحد شناسایی شد، بعد از تحلیل اهداف، برای هر یک از واحدها بر اساس چهار بعد روش BSC شاخص هایی تدوین شد و در نهایت برای تایید و تصویب نهایی شاخص ها از پانل متخصصان بهره گرفته شد و شاخص ها بعد از نظرسنجش در پانل، مورد اصلاحات قرار گرفتند و جهت استفاده در بیمارستان ابلاغ شدند (۲۳).

مطالعه ای که تحت عنوان "تدوین شاخص های مالی برای سنجش عملکرد مالی بیمارستان" در آمریکا انجام گرفت، به بررسی عملکرد های مالی و تدوین شاخص جهت کنترل و ارتقا عملکرد پرداخت. در این مطالعه ابتدا گروه مشاوره فنی^۷ تشکیل گردید. این گروه مرحله به مرحله فرآیند شناسایی شاخص ها را انجام دادند، به این ترتیب که با مطالعه و مرور متون ابتدا ۳۷ شاخص شناسایی شد، سپس این گروه به هریک از شاخص ها بر اساس سه معیار "قابلیت اجرا"، "اهمیت" و "مفید بود" امتیاز دادند و پس از تحلیل ۳۷ شاخص به ۱۳ شاخص تبدیل شدند. ۱۳ شاخص با توجه به فرآیند های مالی بیمارستان و توسط گروه فنی مشاوران دسته بندی شدند و هریک از این شاخص ها به طور شفاف تعریف شد. در نهایت منبع جمع آوری هر داده و شیوه محاسبه آن تدوین و جهت استفاده در بیمارستان ابلاغ شدند (۲۴).

^۱ Cart Balanced Scorecard (BSC)
^۷ Technical Advisory Group (TAG)

"ارزیابی عملکرد برنامه های سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط: تدوین چهارچوب قابل اجرا، معتبر و جامع"، مطالعه ای بود که توسط اونیل باتچاری و همکارانش انجام شد. تیم پژوهش با هدف ارائه مدلی که بتواند عملکرد سازمان های مراقبت سلامت را ارزیابی و مقایسه کند، این پژوهش را انجام داد. در این پژوهش از مدل کلی ارزشیابی عملکرد سازمان های سلامت تورنتو^۸ بهره گرفته شد. این تیم با توجه به متون علمی و تخصصی و با در نظر گرفتن قابلیت اجرای شاخص ها در محیط و امکان سنجش آنها و با رویکرد ۳ بعدی؛ اعتبار مدل: توجه به جنبه های علمی مطرح شده با توجه به بررسی متون، قابلیت اجرا: توجه به داده های موجود، زمینه اطلاعاتی و ساختاری سازمان های سلامت مورد مطالعه و قابلیت مقایسه: برنامه ای که بتوان با استفاده از آن عملکرد سازمان ها را باهم مقایسه نمود، به ارائه مدل ارزشیابی پرداخت (۲۵).

^۸ . The Toronto Health Organization Performance Evaluation (T-HOPE)

3. روش کار

3.1. نوع مطالعه

پژوهش حاضر، مطالعه ای کاربردی است که با بهره گیری از روش های کیفی با هدف تدوین شاخص های ارزیابی اهداف سلامت در برنامه ششم توسعه صورت گرفته است. مبنای مراحل اجرایی اقتباس گرفته شده از مدل مرکز کنترل بیماری های ایالات متحده⁹ می باشد. این مدل از شش فاز تشکیل شده است. در این مطالعه از روش های کیفی بررسی متون، تحلیل ذینفع و روش های اجماع بهره گرفته شد.

فاز اول	شناسایی اهداف و برنامه های توسعه ششم و فلسفه آنها در حوزه سلامت
فاز دوم	بازشناخت تئوری برنامه و تعیین نتایج کلان، فرایندهای کلی، ورودی ها و خروجی های هر یک از برنامه ها
فاز سوم	تدوین اولیه شاخص های سنجش برنامه های توسعه
فاز چهارم	بررسی و ارزیابی شاخص های پیشنهادی طی فرآیند پیل متخصصان جهت نهایی نمودن شاخص ها
فاز پنجم	تدوین شناسنامه برای هر یک از شاخص های تدوین شده
فاز ششم	طراحی مدل مفهومی ارزیابی سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه

3.2. روش اجرا

3.2.1. مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آنها

۱. بررسی اسناد و سیاست های برنامه ششم توسعه: تحلیل محتوای قوانین، آئین نامه ها و مواد مربوط به سیاست مرتبط با حوزه سلامت برنامه ششم توسعه، یکی از منابع مهم جمع آوری اطلاعات این مطالعه بود.

⁹ . Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

¹ . Consensus Method

دسترسی به این اطلاعات از طریق مطالعه اسناد بالادستی موجود در کتاب ها، گزارشها و سایت های مرتبط صورت گرفت.

تحلیل محتوای قوانین، آئین نامه ها، یکی از مهمترین ابعاد مورد تحلیل در این مطالعه و پایه احصا شاخص های قابل اندازه گیری در نظر گرفته شده است. دسترسی به این اطلاعات از طریق کتاب ها، گزارشها و سایت های مرتبط صورت گرفت. داده های گردآوری شده در این مرحله استخراج و در کاربرگ اطلاعاتی اسناد ثبت شد.

۲. **چک لیست:** جهت تحلیل ذینفعان در این مطالعه از چک لیست محقق ساخته که برگرفته از نرم افزار **policy maker** بود، استفاده شد.

۳. **بررسی متون:** جستجوی هدفمند در پایگاههای اطلاعاتی جهت بررسی متون علمی جهت تدوین آیتم های اطلاعاتی شناسنامه های مرتبط با شاخص های احصا شده، از منابع مهم دیگر جمع آوری اطلاعات می باشد که این اطلاعات از طریق پایگاههای داده ای اینترنتی گردآوری شد.

۴. **اجرای تکنیک اجماع خبرگان:** این مرحله با هدف حصول اجماع بر شاخص های اولیه استخراج شده از مطالعات مرحله قبل صورت خواهد گرفت. تکنیک اجماع خبرگان در مرحله نهایی سازی فهرست شاخص ها، مورد استفاده قرار گرفت.

3.2.2. شیوه تحلیل داده ها

تحلیل اسناد: جهت تحلیل داده های متنی اسناد و سیاست ها، از تحلیل محتوای کیفی^۱ استفاده شد. در این روش هدف بررسی محتوای درون متن می باشد. ابزار اصلی و محوری تحلیل محتوا، نظام مقوله بندی است. هر واحدی در تحلیل باشد کدبندی می شود، یعنی در قالب یک یا چند مقوله قرار می گیرد. مقوله به تعریف کمابیش عملیاتی شده ی عناصر متن اطلاق می شود. هر تعریفی از مقوله باید روشن، کامل و مناسب باشد. مقوله های استخراجی از یک متن باید معانی آن را تا حد امکان اسباع نمایند؛ به این معنی که آنها باید مانع الجمع و کامل باشند. هدف نظام مقوله بندی، عملیاتی کردن مفاهیم مربوط به سوال های خاص تحقیق می باشد.

پس از عنوان طرح یا نظام مقوله ها، فرآیند کد بندی آغاز می شود. در این مرحله واحد های تحلیل شناسایی شده و به مقوله ها تخصیص می یابند. به طور کلی محقق در این روش به مطالعه ی اکتشافی و توصیفی داده ها می پردازد. سپس داده ها را در قالب مفاهیم و مقوله های تکوینی برآمده از متن می ریزد و نهایتاً به نقسیر مقوله ها و الگوها می پردازد و ارتباط منطقی و معنایی بین آنها را پیدا می کند. خروجی تحلیل اسناد در این مرحله، شناسایی اهداف سلامت در برنامه توسعه به صورت شفاف و مشخص می باشد.

تحلیل ذینفعان: تحلیل ذینفعان در این مطالعه بر اساس مراحل و روش طراحی شده در نرم افزار **Policy maker** انجام شد. همانطور که در قسمت قبل بیان شد، عناصر مورد بررسی با استفاده از چک لیست جمع آوری و در نرم افزار مذکور مورد تحلیل قرار گرفتند.

تحلیل داده های حاصل از اجرای تکنیک اجماع خبرگان (پائل تخصصی): پس از اینکه شاخص های اولیه از بررسی اسناد و اهداف برنامه توسعه و تحلیل ذینفعان، استخراج گردید، این شاخص ها با بهره گیری از چک لیستی به نظرخواهی مشارکت کنندگان قرار داده شد و از ایشان خواسته شد تا هریک از شاخص ها را بر اساس چک لیست ارائه شده (که شامل ۶

^۱ . Qualitative content analysis

استاندارد می باشد؛ پیوست شماره ۲) امتیاز دهند. در مواردی که ۷۰ درصد اجماع وجود داشت در شاخص های قابل استفاده در نظر گرفته می شود. خروجی پانل متخصصان که شامل تحلیل کمی شاخص های اولیه و نظرات کیفی ایشان بود، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و شاخص های نهایی تدوین شد.

3.3. مراحل اجرای روش کار

فاز اول: شناسایی اهداف و برنامه های توسعه ششم و فلسفه آنها در حوزه سلامت

ابتدا برای شناسایی اهداف و برنامه های توسعه ششم و فلسفه آنها، اهداف، برنامه های کلان کشوری، مستندات قانونی، مقرراتی و آیین نامه ای و فرایند نظارت در ارتباط با موضوع پژوهش در سازمان های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، مجلس شورای اسلامی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح بررسی و گردآوری شد. تمامی اسناد به صورت کامل تهیه و طبقه بندی اسناد انجام گردید. اسناد به دست آمده، مطالعه و عبارات مرتبط استخراج گشته و فیش برداری شد. در این مرحله از نرم افزار Maxqda و کاربرد اطلاعاتی اسناد جهت عمیق شدن در اسناد و آیین نامه های مرتبط بهره گرفته شد.

فاز دوم: بازشناخت تئوری برنامه و تعیین نتایج کلان، فرایندهای کلی، ورودی ها و خروجی های هر یک از برنامه ها و

تحلیل ذینفعان

سپس طی انجام تحلیل ذینفعان، به شناسایی ذینفعان، بازشناخت/بازسازی تئوری برنامه و تعیین نتایج کلان، فرایندهای کلی، ورودی ها و خروجی ها و تعیین اکوسیستم برنامه و ذینفعان آن پرداخته شد. در این مرحله، فرایندهای کاری مرتبط با فعالیت های مرتبط با سلامت در برنامه ششم توسعه، بررسی و تدوین گردید. سپس با به کارگیری مدل لاجیک، ورودی ها، فعالیت ها، خروجی های وابسته به هر فعالیت و نتایج مورد انتظار فعالیت ها در سطوح کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت تعیین گردید.

فاز سوم: تدوین اولیه شاخص های سنجش برنامه های توسعه

در این مرحله تیم پژوهش با توجه به تحلیل محتوای انجام شده بر برنامه های ششم توسعه بخش سلامت (پیوست شماره ۳)؛

- احکام برنامه ششم توسعه (پیوست شماره ۴)؛
- اسناد پشتیبان (شامل بررسی راهبردها، سیاست ها و اقدامات اساسی جهت اجرای برنامه) برنامه ششم توسعه (پیوست شماره ۵)؛ منتشر شده از مرکز اسناد، مدارک و انتشارات سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
- بررسی محتوای جلسات کارگروه های تدوین برنامه ششم توسعه (بخش بیمه و تامین مالی سلامت)؛
- داشبورد شاخص های سلامت UN، WB، WHO؛

به تدوین اولیه شاخص های ارزیابی برنامه پرداخت.

فاز چهارم: بررسی و ارزیابی شاخص های پیشنهادی طی فرآیند پانل متخصصان جهت نهایی نمودن شاخص ها

در این مرحله، گروه پژوهش جهت ارزیابی روایی محتوایی و ساختاری شاخص ها، با بهره گیری از بررسی متون، ابزاری استاندارد را به صورت چک لیست احصا نمودند و طی اجرای پانل تخصصی شاخص ها را با این ابزار مورد تحلیل قرار دادند. در

این پانل که متخصصانی در حوزه های مختلف سلامت (بیمه و تامین مالی، سلامت مادر و کودک، بهداشت، تغذیه و ...) حضور داشتند، شاخص های تدوین شده را به صورت تخصصی و با بهره گیری از ابزار ارزیابی شاخص، مورد بررسی قرار دادند و این شاخص ها را از لحاظ روایی محتوا و ساختار تحلیل نمودند.

فاز پنجم: طراحی مدل مفهومی ارزیابی سیاست های سلامت برنامه ششم توسعه

جهت تقسیم بندی شاخص ها و اینکه هر شاخص در چه سطحی سنجیده شود و در چه حیطه ای مورد بررسی قرار گیرد و همچنین قدرت قضاوت در مورد هر شاخص شفاف تر شود، تیم پژوهش به تدوین مدل مفهومی برای ارزیابی شاخص ها مبادرت ورزید. این مدل با بررسی متون علمی مرتبط تدوین و بومی سازی شد.

فاز ششم: تدوین شناسنامه برای هریک از شاخص های تدوین شده

در مرحله آخر برای هریک از شاخص های نهایی تعیین شده، شناسنامه شاخص ها تدوین شد. این شناسنامه با توجه به آیتم های لحاظ شده در مدل مفهومی قبل تدوین شد. اطلاعات تکمیل کننده هر شناسنامه بر اساس اطلاعات استاندارد پایگاههای داده ای ملی و بین المللی جمع آوری و تدوین گردید.

4. یافته های پژوهش

در این فصل به ارائه یافته های پژوهش مطابق با اهداف ذکر شده در قسمت روش کار پرداخته می شود.

4.1. محتوا، اهداف و خروجی های قابل انتظار برنامه ششم توسعه در بخش سلامت

جهت شناسایی اهداف و خروجی های قابل انتظار برنامه ششم توسعه، محتوای این برنامهها و اسناد پشتیبان و احکام مورد تحلیل کیفی قرار گرفت (مطابق با روش کار بیان شده). در نهایت اهداف و خروجی ها به تفکیک هریک از بندها و مواد استخراج شد (جدول ۱).

جدول ۱؛ اهداف و خروجی های قابل انتظار برنامه ششم توسعه

بخش ۱۴ - سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده			
ماده ۷۰ - دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه اقدامات زیر را بر اساس سیاست های کلی سلامت به عمل آورد:			
بند/تبصره	متن سیاست	اهداف	خروجی های قابل انتظار سیاست
الف	پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و ضوابط ذیل و براساس آیین نامه ای خواهد بود که به تصویب هیأت وزیران می رسد. تبصره- این حق بیمه شامل سرپرست خانوار و کلیه افراد تحت تکفل آنان است.	دسترسی به پوشش همگانی سلامت	- پوشش کامل جمعیت - پوشش منطقی و هدفمند خدمات سلامت با اولویت بندی خدمات - پوشش منطقی و هدفمند هزینه خدمات سلامت جهت کاهش پرداخت از جیب مردم
ب	حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود: ۱. خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار. صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروه های اجتماعی بر مبنای بند (الف) این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می شود. ۲. کارکنان دستگاه های اجرائی معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان تبصره- بخشی از حق بیمه مشمولان این جزء از محل بودجه عمومی دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین خواهد شد. ۳. مشمولان تأمین اجتماعی کسر حق بیمه مطابق قانون تأمین اجتماعی ۴. سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه های درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر	-افزایش سرانه سلامت در قالب افزایش میزان حق بیمه -افزایش پوشش همگانی بیمه سلامت	-تعیین سهم افراد از حق بیمه به تفکیک گروه های مختلف (روستایی، عشایر، سایر اقشار، پناهندگان...)

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

		معادل سقف درآمد کارکنان دولت	
		۵. پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، از جمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور، الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه براساس آیین نامه ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از زمان لازم الاجراء شدن این قانون به تصویب هیأت وزیران می رسد. حکم این جزء بر حکم ماده (۴) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور حاکم است.	
پ	تضمین پایداری منابع مالی سازمان های بیمه گر	دستگاههای اجرائی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم بیمه شده و دستگاه اجرائی را حداکثر ظرف مدت سه ماه به حساب سازمان بیمه گر پایه مربوطه واریز نمایند. در صورت عدم واریز با اعلام سازمان بیمه گر و تشخیص و توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی از ردیف مربوطه و حساب جاری دستگاه اجرائی ذی ربط برداشت و به حساب سازمان بیمه گر پایه واریز می شود.	عدم مواجه با کسری منابع در سازمان های بیمه گر (ایجاد توازن در منابع و مصارف)
ت	ایجاد شفافیت در تعرفه خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی؛ مدیریت اعمال تعریف های تعیین شده از سوی وزارت بهداشت	عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین شده برای خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکتهای بیمه تجاری و صندوق های بیمه پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.	- کاهش پرداخت از جیب مردم - کاهش هزینه های کمرشکن - شفافیت در تعرفه خدمات سلامت
ث	- حذف پرداخت های خاکستری و زیر میزی در نظام سلامت	کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند ضمن رعایت تعرفه های مصوب دولت از خط مشی های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. دریافت هرگونه وجه مزاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهد بود.	- کاهش پرداخت از جیب مردم - کاهش هزینه های کمرشکن
ج	- ارتقا کارایی در بسته خدمات سلامت - افزایش پوشش بسته خدمات سلامت به صورت هدفمند	بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می شود. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می پذیرد.	- ایجاد شفافیت در حدود خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی - هدفمند نمودن بسته و ارائه خدمات سلامت
چ	الکترونیکی نمودن فرآیندهای سازمان های بیمه گر	پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجراء می شود.	- ارسال الکترونیکی اسناد از بیمارستان ها به سازمان های بیمه گر - دسترسی به اطلاعات بیمه شدگان و حذف پوشش دوگانه افراد در

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

			<p>سازمان های بیمه گر</p> <p>-رسیدگی به اسناد بیمه ای به صورت مشابه توسط سازمان های بیمه گر،...</p>
ح	<p>دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه های درمانی صندوق ها و سازمان های بیمه ای در چهارچوب قانون اقدام کند.</p>	<p>افزایش عدالت بین بیمه شدگان سازمان های بیمه گر مختلف</p>	<p>-ایجاد وحدت رویه در شیوه رسیدگی به اسناد</p> <p>-وجود بسته های خدمتی مشابه در سازمان های بیمه گر</p> <p>-دریافت حق بیمه های یکسان</p> <p>-پرداخت فرانشیز یکسان در بیمه شده های سازمان های بیمه گر (به استثنا گروه های خاص)...</p>
ماده ۷۱			
بند/تبصره	متن سیاست	اهداف	خروجی های قابل انتظار سیاست
ماده ۷۱	<p>برای ترغیب کارفرمایان و کارآفرینان بخش خصوصی و تعاونی به جذب نیروی کار جوان، چنانچه طی اجرای قانون برنامه نسبت به جذب فارغ التحصیلان دانشگاهی با مدرک حداقل کارشناسی به صورت کارورزی اقدام نمایند، از پرداخت سهم بیمه کارفرما برای مدت دو سال از تاریخ شروع به کار معاف می باشند.</p> <p>تبصره- آیین نامه اجرائی این ماده شامل شیوه معرفی، زمینه های کاری اولویت دار و نحوه تأمین هزینه به پیشنهاد سازمان، سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی طبق بودجه سنواتی به تصویب هیأت وزیران می رسد.</p>	<p>-کاهش هزینه های منابع انسانی</p> <p>-توانمند نمودن دانشجویان و فارغ التحصیلان با کارورزی</p> <p>-ارتقا کارایی و اثربخشی در حوزه مدیریت کارکنان</p>	<p>-تدوین آیین نامه اجرایی جذب کارورزان</p> <p>-افزایش تعداد کارورزان جذب شده</p>
ماده ۷۲			
بند/تبصره	متن سیاست	اهداف	خروجی های قابل انتظار سیاست
الف	<p>تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری اجرائی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد. کلیه</p>	<p>-واحد نمودن</p>	<p>-تدوین خط مشی ها و سیاست های اجرایی از</p>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

<p>سوی وزارت بهداشت جهت مدیریت سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی در کلیه ابعاد بیمه (خرید راهبردی)</p> <p>زیر مجموعه قرار گرفتن سازمان بیمه سلامت در وزارت بهداشت</p> <p>-تبعییت سازمان هایی بیمه گر از سطح بنی خدمات تعیین شد از سوی وزارت بهداشت</p>	<p>تولیت نظام سلامت -افزایش پاسخگویی در نظام سلامت توسط وزارت بهداشت</p>	<p>اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکتهای بیمه پایه و تکمیلی، موظفند از خطمشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند .</p> <p>از زمان ابلاغ این قانون، سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و با حفظ شخصیت حقوقی و استقلال مالی و کلیه امکانات براساس اساسنامه‌ای که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اداره می‌شود. اساسنامه این سازمان مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و در قالب شرکت دولتی به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.</p>	
<p>-تسریع در خدمت رسانی شبکه اورژانس</p> <p>-افزایش کیفیت خدمات پیش بیمارستانی</p> <p>-افزایش کیفیت خدمات اورژانس</p> <p>-کاهش مرگ و میرهای قابل اجتناب در خدمات پیش بیمارستانی</p>	<p>-افزایش اختیار و پاسخگویی در نظام فوریت های پزشکی</p>	<p>به منظور توسعه کمی و کیفی و ساماندهی و یکپارچه‌سازی فرماندهی شبکه اورژانس پیش بیمارستانی(۱۱۵)، سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور به عنوان مؤسسه دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از محل منابع، ساختار و نیروی انسانی موجود بر اساس وظایف قانونی خود ایجاد می‌گردد. اساسنامه سازمان مذکور به پیشنهاد مشترک سازمان، سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.</p> <p>تبصره- واحدهای استانی و شهرستانی سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی کشور کماکان به‌صورت ادغام‌یافته در شبکه‌های بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور ارائه خدمت خواهند نمود.</p>	<p>ب</p>
<p>-بازنگری فهرست دارویی کشور به صورت منظم</p> <p>-افزایش تجویز داروهای ژنریک</p>	<p>-افزایش ایمنی داروهای قابل استفاده در کشور</p> <p>-افزایش دسترسی مالی و جغرافیایی به دارو</p>	<p>فهرست رسمی دارویی ایران بر اساس نظام دارویی ملی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر هر سه ماه یک‌بار تدوین و منتشر می‌گردد. تجویز داروهای خارج از فهرست یادشده، تخلف محسوب شده و متخلف با توجه به شدت و ضعف عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن، حسب مورد به مجازات‌های مندرج در تبصره (۱) ماده (۲۸) قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۸/۱۶ محکوم می‌شود .</p> <p>تبصره ۱- آیین‌نامه اجرائی این بند در شش ماه اول اجرای قانون برنامه توسط سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان غذا و دارو) تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.</p> <p>تبصره ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه فهرست فرآورده‌ها و داروهای سنتی و گیاهی کشور اقدام نماید.</p>	<p>پ</p>
<p>-تطابق مقدار مجاز سموم باقیمانده در مواد غذایی با استانداردهای تعیین شده</p> <p>-بهره گیری از سموم و</p>	<p>-افزایش ایمنی مواد و فرآورده های غذایی</p>	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت جهاد کشاورزی، مقدار مجاز سموم باقیمانده در مواد غذایی و فرآورده‌های غذایی و نیز مصرف کود شیمیایی را برای محصولات مذکور مشخص نماید و عرضه محصولاتی که به صورت غیرمجاز از سموم و کودهای شیمیایی استفاده کرده‌اند را ممنوع نماید.</p> <p>وزارت جهاد کشاورزی موظف است ضمن اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی و اقدام برای کاهش استفاده از</p>	<p>ت</p>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

<p>کودهایی شیمیایی مجاز در کشاورزی</p> <p>-افزایش دسترسی مردم به محصولات سالم</p> <p>-تدوین فهرست مواد و فرآورده های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب به تفکیک گروه های سنی</p>		<p>سموم و کودهای شیمیایی امکان دسترسی مردم را به محصولات که از سلامت لازم برخوردارند فراهم آورد. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در سال اول اجرای قانون برنامه فهرست مواد و فرآورده های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه های سنی مختلف را اعلام کند.</p> <p>احکام مندرج در ماده (۷۲) این قانون بر احکام بندهای «الف» و «ب» ماده (۷) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور و مواد (۱۲) و (۱۷) قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ حاکم است.</p>	
ماده ۷۳			
<p>خروجی های قابل انتظار سیاست</p>	<p>اهداف</p>	<p>متن سیاست</p>	<p>بند/تبصره</p>
<p>- کاهش تولید و توزیع انواع سیگار و محصولات دخانی در کشور</p> <p>-افزایش مالیات وارد شده بر سیگار و محصولات دخانی در کشور</p> <p>-کاهش دسترسی به سیگار و محصولات دخانی در سطح جامعه</p>	<p>کاهش مصرف سیگار و انواع محصولات دخانی در کشور</p>	<p>از ابتدای اجرای قانون برنامه تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی علاوه بر مالیات و عوارض موضوع قانون مالیاتهای مستقیم مصوب ۱۳۶۶/۱۲/۳ و قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۳۸۷/۲/۱۷، مشمول مالیات به شرح زیر است:</p> <p>۱. مالیات هر پاکت انواع سیگار تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه و تولید مشترک بیست درصد (۲۰٪)، تولید داخل با نشان بین المللی (برند) بیست و پنج درصد (۲۵٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهار درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد (سیف Cif) تعیین می گردد.</p> <p>۲. مالیات انواع توتون پپ و تنباکوی آماده مصرف تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهار درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد (سیف Cif) تعیین می گردد.</p> <p>جزءهای (۱) و (۲) بند الف) ماده (۷۳) در طول اجرای قانون برنامه در بخش های مغایرت بر ماده (۵۲) قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۳۸۷/۲/۱۷ حاکم هستند.</p>	<p>الف</p>
ماده ۷۴			
<p>خروجی های قابل انتظار سیاست</p>	<p>اهداف</p>	<p>متن سیاست</p>	<p>بند/تبصره</p>
<p>-ایجاد بانک جامع اطلاعات سلامت</p> <p>-سطح بندی ارائه خدمات سلامت</p> <p>-اجاد پرونده جامع الکترونیک سلامت برای تمامی مردم</p> <p>-قابل پیگیری بودن اطلاعات سلامت از بدو</p>	<p>-افزایش کمی و کیفی اطلاعات سلامت جامعه</p> <p>-ایجاد زیرساخت جهت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع</p> <p>-افزایش کیفیت ارائه خدمت با ایجاد</p>	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.</p> <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.</p> <p>تبصره- کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشند.</p>	<p>الف</p>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

تولد تا مرگ	نظام سطح بندی	
<p>-حذف به کارگیری پزشکان و... در بخش دولتی و خصوصی به صورت همزمان</p> <p>-تدوین تعرفه و مزایای مرتبطبا این گروه جهت جبران خدمت ایشان در بخش دولتی</p>	<p>-افزایش اثربخشی خدمات قابل ارائه در بخش دولتی</p> <p>-افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت در بخش دولتی</p>	<p>ب</p> <p>کلیه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاههای اجرائی موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در سایر مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستانهای بخش خصوصی، عمومی غیردولتی با رعایت تبصره (۱) ماده واحده قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۳۷۳/۱۰/۱۱ و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرائی خود نیستند. مسؤلیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانههای مربوطه و معاونان آنها و مسؤولان مالی دستگاههای مذکور است. دولت مکلف است در اجرای این حکم با جبران خدمات ذی نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص در چهارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی، پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجههای سنواتی است.</p> <p>تبصره ۱- مصادیق نقاط محروم موضوع این ماده و نام فرد و علت آن به عنوان موارد استثناء به پیشنهاد دستگاه اجرائی مربوطه و تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین می گردد.</p> <p>تبصره ۲- مطب پزشکان و دندانپزشکان متخصص در نقاط محروم در صورت نیاز و ضرورت به تشخیص رئیس دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی آن نقطه تعیین می شود و مطب پزشکان و دندانپزشکان عمومی از شمول این بند مستثنی است.</p>
<p>- تدوین آیین نامه اجرایی شهرک های دانش سلامت</p> <p>- ایجاد و فعالیت شهرک های دانش سلامت</p>	<p>-توسعه دانش سلامت</p> <p>- توسعه ترویج و آموزش رشته های مرتبط با حوزه سلامت -فراهم کردن حمایت های لازم برای گسترش تحقیق و پژوهش های کاربردی در حوزه سلامت</p> <p>-حمایت از تاسیس و توسعه صنایع و سامانه های الکترونیکی و حمایت از تاسیس و توسعه صنایع دارویی و فرآورده های بیولوژیکی آرایشی و بهداشتی</p>	<p>پ</p> <p>دولت موظف است از بخشهای خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرکهای دانش سلامت، حمایت به عمل آورد. آیین نامه اجرائی این بند در چهارچوب قوانین و بودجه سنواتی طی سال اول اجرای قانون برنامه تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد.</p>
<p>- بهره گیری از آینده پژوهی در برنامه ریزی های مرتبط با تعداد و ترکیب دانش آموختگان رشته ای مختلف علوم</p>	<p>- متناسب سازی و هدفمند نمودن کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با</p>	<p>ت</p> <p>به منظور متناسب سازی کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور تعیین نموده و اقدامات لازم را به عمل آورد.</p>

<p>پزشکی</p> <p>نیازهای نظام سلامت کشور</p> <p>- ایجاد توازن بین تخصص های پزشکی و الگوی بیماری ها در کشور</p> <p>- ایجاد تطابق کوریکولوم های آموزشی با نیازهای سلامت موجود در کشور</p>			
<p>اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع - سطح بندی خدمات سلامت</p> <p>افزایش تجویز داروهای ژنریک</p> <p>- تعرفه گذاری خدمات پرستاری</p> <p>- ایجاد ساختار حقوقی پرداخت مبتنی بر عملکرد</p>	<p>-افزایش کارایی در کارکرد ارائه خدمت نظام سلامت کشور</p> <p>-پرداخت مبتنی بر عملکرد در گروه های مختلف پزشکان و پیراپزشکان در سطوح محلف خدمتی</p>	<p>وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه احاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.</p> <p>سطح بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.</p> <p>تبصره- در چهارچوب قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۴/۶ دولت مکلف است در قالب قوانین بودجه سالانه در سقف کارانه پرستاری و در چهارچوب بسته های خدمات تشخیصی درمانی موضوع قانون مذکور اعتبارات مورد نیاز را از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین نماید.</p>	<p>ث</p>
<p>-تدوین راهنماهای بالینی مصوب و قابل اجرا</p> <p>-تدوین سیاست های اجرایی در کلیه ابعاد خردراهبردی و اجرای آنها</p>	<p>-مدیریت عرضه و تقاضای ارائه خدمات سلامت</p> <p>-افزایش کارایی در کارکرد ارائه خدمت نظام سلامت کشور</p>	<p>سازمان ها و صندوق های بیمه گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرائی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند.</p>	<p>ج</p>
<p>-افزایش دانش آموختگان در رشته های طب سنتی</p> <p>-افزایش درمانگاه ها و داروخانه ها و سایر مراکز ارائه دهنده خدمات طب سنتی</p>	<p>-ترویج بهره گیری از طب سنتی ایرانی - اسلامی در نظام سلامت</p>	<p>به منظور تحقق بند (۱۲) سیاست های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی - اسلامی و مکمل موظف است نسبت به ادغام خدمات تأیید شده طب سنتی ایرانی - اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید.</p>	<p>چ</p>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

ح	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است تقاضای تخصیص نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی مورد نیاز سازمان تأمین اجتماعی را براساس تفاهم و همکاری متقابل با اولویت مناطق محروم بررسی و تأمین نماید.	-افزایش به کارگیری نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی به صورت هدفمند	-افزایش تعداد نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی در سازمان تأمین اجتماعی
خ	کلیه اعضای سازمان های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی ملزم به تهیه بیمه مسؤولیت حرفه ای بوده و دستگاه قضائی آن را به عنوان وثیقه قرار تأمین بپذیرد به جز در مواردی که خسارات عمدی است و امکان استیفای حق وجود نداشته باشد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص لوایح حوزه وظایف و اختیارات این سازمان ها، نظر مشورتی آنها را اخذ نماید.	-افزایش پاسسختگویی حر پزشکی در مواقع بروز خطا - توجه خسارت بیمه گذار، به بیمه گر در مقام جبران خسارت در وقوع حادثه خسارت زا	-پوشش صد در صدی بیمه مسؤولیت حرفه ای در کلیه اعضای سازمان های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی
د	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حمایت از تولید و عرضه و تجویز داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) حمایت بیمه ای را فقط به داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) اختصاص دهد و با همکاری وزارتخانه های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران و اتاق تعاون مرکزی ایران حسب مورد تمهیدات لازم را درجهت صادرات محصولات سلامت محور به عمل آورد و برنامه ایمن سازی کودکان (واکسیناسیون) را تا حد و تراز کشورهای توسعه یافته ارتقاء دهد.	-افزایش پوشش همگانی خدمات سلامت در سطح بهداشت و درمان -افزایش دسترسی مالی به دارو	-کاهش تجویز داروهای غیر ژنریک - پوشش صد در صدی واکسیناسیون در کشور
ذ	وزارت نفت در مناطق نفت خیز و گازخیز و شرکتهای معدنی بزرگ دولتی در مناطق معدنی محل استقرار خود در راستای مسؤولیت اجتماعی خود و جبران پیامدهای تهدیدکننده سلامت در آن مناطق نسبت به تکمیل، تجهیز، ارتقاء خدمات مراکز بهداشتی و درمانی خود اقدام نمایند و به خدمت رسانی به عموم مردم منطقه در چهارچوب نظام سطح بندی خدمات با رعایت احکام ماده (۷۰) این قانون بر مبنای تعرفه های مصوب دولت در مراکز دولتی اقدام کنند.	-افزایش دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت خیز و گازخیز	-تجهیز بیمارستان ها و درمانگاه های موجود در این مناطق -احداث بیمارستان ها و درمانگاه های مورد نیاز در مناطق نفت خیز و گازخیز
ر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پدافند غیرعامل کشور در جهت مصون سازی و افزایش توان بازدارندگی کشور موظف است انواع تهدیدات حوزه سلامت را بررسی و اقدام لازم جهت خنثی سازی و مقابله با آن را مطابق قوانین مربوطه به انجام رساند. تبصره- رعایت جهات شرعی از جمله محرم و نامحرم در اجرای این ماده ضروری است.	مصون سازی و افزایش توان بازدارندگی	-شناسایی و بررسی انواع تهدیدات حوزه سلامت - خنثی سازی و مقابله با انواع تهدیدات حوزه سلامت
ماده ۷۵			
بند/تبصره	متن سیاست	اهداف	خروجی های قابل انتظار سیاست

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

<p>مراجعه ۱۰۰٪ برای انجام غربالگری های قبل از ازدواج</p> <p>کاهش بیماران ژنتیکی</p> <p>افزایش انجام مشاوره های ژنتیکی</p> <p>افزایش دسترسی افراد نیازمند به خدمات مشاوره ای و آزمایشگاهی ژنتیک</p>	<p>کاهش ریسک تولد نوزاد با اختلال ژنتیکی</p> <p>کاهش تعداد ازدواج های پرخطر</p>	<p>کلیه متقاضیان ازدواج باید جهت ثبت قانونی ازدواج دائم، گواهی انجام غربالگری در شبکه های بهداشت و درمان را به منظور شناسایی ازدواج های پرخطر از نظر بروز اختلالات ژن شناسی (ژنتیکی) به دفاتر ازدواج ارائه نمایند. موارد در معرض خطر می توانند به مراکز مشاوره اعم از مراکز بهداشت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مراکز مشاوره مورد تأیید سازمان بهزیستی ارجاع و چنانچه نیاز به آزمایش ژن شناسی (ژنتیک) باشد در چهارچوب احکام ماده (۷۰) این قانون به مراکز مجاز معرفی شوند.</p> <p>تبصره ۱- مواردی که براساس مشاوره ژن شناسی (ژنتیک) نیازمند بررسی از نظر آزمایشات ژن شناسی (ژنتیک) باشند به آزمایشگاه های مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارجاع خواهند شد.</p> <p>تبصره ۲- ده درصد (۱۰٪) حق التحریر ثبت طلاق افزایش یافته و منابع حاصله پس از واریز به خزانه و کمک های مردمی و دولتی در چهارچوب بودجه سنواتی جهت کمک به تأمین هزینه های آزمایش ژن شناسی (ژنتیک) افراد نیازمند براساس آزمون وسع در اختیار سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) قرار می گیرد. هزینه انجام آزمایش های مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی رایگان است و توسط سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) پرداخت خواهد شد.</p> <p>تبصره ۳- آیین نامه چگونگی مراحل صدور گواهی و میزان کمک بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) جهت انجام آزمایش های ژن شناسی (ژنتیک) به پیشنهاد وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان حداکثر سه ماه بعد از لازم الاجراء شدن این قانون تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد.</p> <p>تبصره ۴- وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) موظفند امکان دسترسی تمامی افراد که درصد ازدواج می باشند را به مراکز مشاوره فراهم نمایند تا در صورت نیاز به آزمایش ژن شناسی (ژنتیک) آنان را راهنمایی کنند.</p> <p>تبصره ۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با استفاده از بخش های خصوصی و تعاونی امکان دسترسی زوجها را به آزمایشگاه های ژن شناسی (ژنتیک) مورد تأیید خود فراهم سازد.</p> <p>تبصره ۶- رعایت جهات شرعی از جمله محرم و نامحرم در اجرای این ماده ضروری است.</p>	<p>ماده ۷۵</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

ماده ۷۶

سیاست خروجی های قابل انتظار	اهداف	متن سیاست	بند/تبصره																																			
<p>کاهش نسبت مرگ مادران</p> <p>کاهش مرگ کودکان</p> <p>افزایش درصد زایمان طبیعی</p> <p>کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان</p>	<p>کاهش مرگ مادران ناشی از بارداری</p> <p>کاهش مرگ و میر نوزادان</p>	<p>دولت مکلف است با رعایت سیاست های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص های نسبت مرگ مادر و نوزادان را بر اساس جدول زیر تأمین نماید:</p> <table border="1" data-bbox="619 1462 1278 1771"> <thead> <tr> <th>عنوان</th> <th>واحد</th> <th>۱۳۹۶</th> <th>۱۳۹۷</th> <th>۱۳۹۸</th> <th>۱۳۹۹</th> <th>۱۴۰۰</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>کاهش نسبت مرگ مادران</td> <td>در صد هزار تولد زنده</td> <td>۱۸</td> <td>۱۷</td> <td>۱۶.۵</td> <td>۱۶</td> <td>۱۵</td> </tr> <tr> <td>کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ میزان در هر هزار تولد زنده</td> <td>میزان در هر هزار تولد زنده</td> <td>۱۵.۶</td> <td>۱۴.۴</td> <td>۱۳.۳</td> <td>۱۲.۳</td> <td>۱۱.۳</td> </tr> <tr> <td>افزایش درصد زایمان طبیعی</td> <td>درصد</td> <td>۵۳.۵</td> <td>۵۴.۵</td> <td>۵۵.۵</td> <td>۵۶.۵</td> <td>۵۷.۵</td> </tr> <tr> <td>کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان</td> <td>هزار تولد زنده</td> <td>۷.۶</td> <td>۷.۲</td> <td>۶.۸</td> <td>۶.۵</td> <td>۶.۲</td> </tr> </tbody> </table>	عنوان	واحد	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	کاهش نسبت مرگ مادران	در صد هزار تولد زنده	۱۸	۱۷	۱۶.۵	۱۶	۱۵	کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ میزان در هر هزار تولد زنده	میزان در هر هزار تولد زنده	۱۵.۶	۱۴.۴	۱۳.۳	۱۲.۳	۱۱.۳	افزایش درصد زایمان طبیعی	درصد	۵۳.۵	۵۴.۵	۵۵.۵	۵۶.۵	۵۷.۵	کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان	هزار تولد زنده	۷.۶	۷.۲	۶.۸	۶.۵	۶.۲	<p>ماده ۷۶</p>
عنوان	واحد	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰																																
کاهش نسبت مرگ مادران	در صد هزار تولد زنده	۱۸	۱۷	۱۶.۵	۱۶	۱۵																																
کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ میزان در هر هزار تولد زنده	میزان در هر هزار تولد زنده	۱۵.۶	۱۴.۴	۱۳.۳	۱۲.۳	۱۱.۳																																
افزایش درصد زایمان طبیعی	درصد	۵۳.۵	۵۴.۵	۵۵.۵	۵۶.۵	۵۷.۵																																
کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان	هزار تولد زنده	۷.۶	۷.۲	۶.۸	۶.۵	۶.۲																																

4.2. ارتباط موضوعی مواد بخش ۱۴ برنامه ششم توسعه

از آنجایی که در مواد مختلف ممکن بود موضوعات متفاوتی بیان شود و لذا تدوین شاخص به تفکیک مواد امکانپذیر و واقعی نبود، تیم پژوهش، به دنبال تحلیل محتوای کیفی برنامه ها، آنها را به لحاظ موضوعی تقسیم بندی کردند (جدول ۲)، و در ادامه تحلیل ذینفعان و تدوین شاخص ها بر اساس این تقسیم موضوعی انجام شد.

جدول ۲؛ ارتباط موضوعی مواد بخش ۱۴ برنامه ششم توسعه

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

4.3. تحلیل ذینفعان سیاست های برنامه ششم توسعه، بخش سلامت

با توجه به تحلیل موضوعی انجام شده، ذینفعان هر یک از موضوعات به صورت مجزا شناسایی شد جداول ۳ الی ۱۴).

جدول ۳؛ جدول ذینفعان بیمه سلامت و تامین مالی سلامت

بیمه سلامت و تامین مالی سلامت (ماده ۷۰، بند الف ماده ۷۲، بند ج ماده ۷۴)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	سازمان مدیریت و برنامه ریزی ریاست جمهوری	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۲	شورای عالی بیمه سلامت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۳	مجمع تشخیص مصلحت نظام	ملی	سیاسی	حمایتی پایین	بالا
۴	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی پایین	بالا

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

متوسط	حمایتی بالا	سازمان های غیر دولتی	ملی	سازمان نظام پزشکی	۵
متوسط	حمایتی متوسط	سیاسی	ملی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس	۶
متوسط	بی طرف	دولتی	ملی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	۷
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	سازمان غذا و دارو	۸
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۹
متوسط	حمایتی بالا	خصوصی	محلی	پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت	۱۰
متوسط	حمایتی بالا	دولتی	منطقه ای	دانشگاههای علوم پزشکی	۱
متوسط	حمایتی پایین	خیریه	ملی	سازمان بهزیستی کشور	۲
بالا	حمایتی بالا	تخصصی / حرفه ای	منطقه ای	انجمن های تخصصی پزشکان	۳
متوسط	حمایتی متوسط	سازمان های غیر دولتی	ملی	انجمن های حمایت از بیماران	۴
پایین	بی طرف	اجتماعی	محلی	افراد جامعه	۵
متوسط	حمایتی بالا	خصوصی	منطقه ای	تامین کنندگان مواد و تجهیزات و دارو	۶
بالا	بی طرف	دولتی	ملی	بیمه نیروهای مسلح	۷
بالا	حمایتی پایین	دولتی	ملی	سازمان بیمه سلامت	۸
بالا	حمایتی پایین	دولتی	ملی	سازمان تامین اجتماعی	۹
متوسط	حمایتی متوسط	سازمان های غیر دولتی	ملی	بیمه مرکزی ایران	۱۰
متوسط	بی طرف	دولتی	ملی	سازمان کمیته امداد امام خمینی (ره)	۱
متوسط	حمایتی پایین	دولتی	محلی	فرمانداران / شهرداران / بخشداران	۲
پایین	حمایتی پایین	منطقه ای	محلی	ائمه جمعه	۳

جدول ۴؛ جدول ذینفعان منابع انسانی

منابع انسانی					
(ماده ۷۱، بند ب ماده ۷۴، بند ت ماده ۷۴، بند ح ماده ۷۴، بند خ ماده ۷۴)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱.	سازمان مدیریت و برنامه ریزی ریاست جمهوری	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۲.	معاونت های وزارت بهداشت	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۳.	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۴.	سازمان اداری و استخدامی کشور	ملی	دولتی	حمایتی پایین	بالا
۵.	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۶.	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	ملی	دولتی	حمایتی پایین	بالا
۷.	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۸.	پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی بالا	پایین
۹.	دانشگاههای علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۱۰.	معاونت توسعه و نیروی انسانی وزارت بهداشت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

متوسط	حمایتی بالا	تخصصی / حرفه ای	منطقه ای	انجمن های تخصصی پزشکان	۱۱
متوسط	حمایتی بالا	سازمان های غیر دولتی	ملی	انجمن های حرفه ای رشته های علوم پزشکی	۱۲
پایین	حمایتی متوسط	اجتماعی	محلی	افراد جامعه	۱۳
متوسط	حمایتی متوسط	خصوصی	منطقه ای	بیمارستان ها و مراکز بخش خصوصی	۱۴
متوسط	بی طرف	خصوصی	ملی / منطقه ای	دانشگاه های آزاد اسلامی سراسر کشور	۱۵
متوسط	حمایتی پایین	غیر دولتی	ملی	سازمان تامین اجتماعی	۱۶
متوسط	بی طرف	خصوصی	ملی / منطقه ای	مراکز بیمه تکمیلی	۱۷

جدول ۵؛ جدول ذینفعان فوریت های پزشکی

فوریت های پزشکی (بند ب ماده ۷۲)					
قدرت	موقعیت	بخش	سطح	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	ردیف
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۱
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	سازمان مدیریت و برنامه ریزی ریاست جمهوری	۲
متوسط	حمایتی بالا	دولتی	ملی	معاونت های وزارت بهداشت	۳
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	هیات دولت	۴
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	سازمان فوریت های پیش بیمارستانی اورژانس کشور	۵
بالا	حمایتی بالا	دولتی	منطقه ای	معاونت های بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی	۶
متوسط	حمایتی بالا	دولتی	محلی	شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	۷
متوسط	حمایتی بالا	دولتی	محلی	سازمان های فوریت های پیش بیمارستانی دانشگاه ها و شبکه های شهرستان	۸
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	سازمان اداری و استخدامی کشور	۹
بالا	حمایتی بالا	دولتی	منطقه ای	دانشگاه های علوم پزشکی	۱۰
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	معاونت توسعه و نیروی انسانی وزارت بهداشت	۱۱
متوسط	بی طرف	خصوصی	منطقه ای	بیمارستان ها و مراکز بخش خصوصی	۱۲

جدول ۶؛ جدول ذینفعان دارو

دارو (بند پ ماده ۷۲، بند د ماده ۷۴)					
قدرت	موقعیت	بخش	سطح	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	ردیف
بالا	حمایتی بالا	دولتی	ملی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۱

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

۲	سازمان غذا و دارو	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۳	معاونت بهداشت وزارت بهداشت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۴	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۵	پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی پایین	متوسط
۶	دانشگاههای علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۷	سازمان نظام پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۸	انجمن داروسازان	ملی	غیر دولتی	حمایتی پایین	متوسط
۹	انجمن متخصصین طب سنتی	ملی	غیر دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۱۰	وزارت جهاد کشاورزی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۱	وزارت صنعت، معدن و تجارت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۲	اتاق بازرگانی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۳	سازمان صنایع، معادن و کشاورزی ایران	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۴	اتاق تعاون مرکز ایران	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۵	سازمان های بیمه گر سلامت (بیمه های پایه و تکمیلی)	ملی	دولتی / غیر دولتی	حمایتی بالا	متوسط

جدول ۷؛ بهداشت

بهداشت (بند ت ماده ۷۲)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۲	وزارت جهاد کشاورزی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۳	معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۴	سازمان غذا و دارو	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۵	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۶	دانشگاههای علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۷	معاونت های بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۸	شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	محلی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۹	سازمان استاندارد کشور	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۱۰	معاونت های غذا و دارو دانشگاه های علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۱	مردم	اجتماعی	خصوصی	حمایتی بالا	پایین

جدول ۸؛ جدول ذینفعان سیگار و دخانیات

مالیات بر سیگار و دخانیات (بند الف ماده ۷۳)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۲	وزارت اقتصاد و دارایی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۳	سازمان امور مالیاتی کشور	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۴	وزارت صنعت، معدن و تجارت	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۵	اتاق بازرگانی	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
۶	کاخانه های تولید سیگار و محصولات دخانی	منطقه ای	خصوصی	حمایتی پایین	متوسط
۷	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۸	معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۹	مردم	اجتماعی	خصوصی	حمایتی متوسط	پایین

جدول ۹؛ جدول ذینفعان مدیریت ارائه خدمت

مدیریت ارائه خدمت (بند الف ماده ۷۴، بند ث ماده ۷۴، بند ج ماده ۷۴، بند ذ ماده ۷۴)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۲	سازمان مدیریت و برنامه ریزی ریاست جمهوری	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۳	شورای عالی بیمه سلامت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۴	وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
۵	پایگاه ملی آمار ایران	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
۶	سازمان ثبت احوال	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
۷	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۸	سازمان نظام پزشکی	ملی	سازمان های غیر	حمایتی	متوسط

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

	متوسط	دولتی		
۹	حمایتی متوسط	سیاسی	ملی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس
۱۰	حمایتی بالا	دولتی	ملی	سازمان غذا و دارو
۱	حمایتی پایین	خصوصی	محلی	پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت
۲	حمایتی بالا	دولتی	منطقه ای	دانشگاههای علوم پزشکی
۳	حمایتی بالا	دولتی	ملی	دفتر فناوری اطلاعات وزارت بهداشت
۴	حمایتی پایین	تخصصی / حرفه ای	منطقه ای	انجمن های تخصصی پزشکان
۵	حمایتی بالا	دولتی	ملی	وزارت نفت
۶	حمایتی بالا	اجتماعی	محلی	افراد جامعه
۷	حمایتی پایین	خصوصی	منطقه ای	تامین کنندگان مواد و تجهیزات و دارو
۸	بی طرف	دولتی	ملی	سازمان های بیمه گر سلامت (بیمه های پایه و تکمیلی)
۹	حمایتی بالا	دولتی	ملی	معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان
۱۰	حمایتی بالا	دولتی	ملی	معاونت درمان وزارت بهداشت درمان
۱۱	حمایتی بالا	دولتی	ملی	معاونت توسعه و نیروی انسانی وزارت بهداشت درمان
۱۲	حمایتی بالا	دولتی	منطقه ای	معاونت های متنوع بهداشت، درمان و توسعه در دانشگاه ای علوم پزشکی
۱۳	حمایتی بالا	دولتی	منطقه ای	معاونت آموزش وزارت بهداشت درمان

جدول ۱۰؛ جدول ذینفعان شهرک های دانش سلامت

شهرک های دانش سلامت					
(بند پ ماده ۷۴)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۲	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۳	شورای عالی علوم، تحقیقات و فناوری	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۴	مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها و پژوهشگاه های سراسر کشور	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۵	پارک های علم و فناوری	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۶	محققین در حوزه ها و رشته های مختلف سلامت	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۷	سرایه گذاران بخش خصوصی	منطقه ای، محلی	خصوصی	حمایتی متوسط	متوسط
۸	فعالین حوزه گردشگری سلامت	منطقه ای، محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی متوسط	متوسط

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

متوسط	حمایتی متوسط	دولتی	منطقه ای، محلی	اساتید و اعضای هیات علمی دانشگاه ها	۹
متوسط	حمایتی متوسط	دولتی	ملی	معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۰
متوسط	حمایتی متوسط	دولتی	ملی	معاونت آموزشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	۱

جدول ۱۱؛ جدول ذینفعان طب سنتی

طب سنتی (بند چ ماده ۷۴)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۲	سازمان غذا و دارو	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۳	معاونت های درمان و بهداشت وزارت بهداشت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۴	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۵	پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی پایین	متوسط
۶	دانشگاه های علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۷	سازمان نظام پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۸	انجمن داروسازان	ملی	غیر دولتی	حمایتی پایین	متوسط
۹	انجمن متخصصین طب سنتی	ملی	غیر دولتی	حمایتی بالا	بالا
۰	وزارت جهاد کشاورزی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۱	سازمان های بیمه گر سلامت (بیمه های پایه و تکمیلی)	ملی	دولتی / غیر دولتی	بی طرف	متوسط

جدول ۱۲؛ جدول ذینفعان پدافند غیر عامل

پدافند غیر عامل (بند ر ماده ۷۴)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۲	سازمان پدافند غیر عامل	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۳	کلیه دستگاه های اجرایی کشور در سطح ملی، استانی و شهرستانها	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۴	ارتش جمهوری اسلامی ایران	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۵	نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۶	سپاه پاسداران انقلاب اسلامی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا

جدول ۱۳؛ جدول ذینفعان غربالگری و مشاوره ازدواج

غربالگری و مشاوره ازدواج (ماده ۷۵)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۲	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۳	معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۴	سازمان بهزیستی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۵	کمیته امداد امام خمینی (ره)	ملی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۶	مراکز مشاوره ازدواج	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی بالا	پایین
۷	دانشگاههای علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
۸	معاونت های بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۹	شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	محلی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۱۰	دفاتر ثبت ازدواج و طلاق	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی بالا	بالا
۱	آزمایشگاه های ژنتیک سراسر کشور	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۲	سازمان امور مالیاتی کشور	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
۳	مراکز جامع خدمات سلامت	محلی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۴	مردم	اجتماعی	خصوصی	حمایتی بالا	بالا

جدول ۱۴؛ جدول ذینفعان سلامت مادر و کودک

سلامت مادر و کودک (ماده ۷۶)					
ردیف	نام بازیگران (فرد، سازمان،...)	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
۱	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۲	معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۳	معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۴	سازمان های بیمه گر سلامت (پایه و تکمیلی)	ملی	دولتی / خصوصی	حمایتی بالا	متوسط
۵	پزشکان متخصص زنان	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۶	ماماهای فعال در بخش دولتی یا خصوصی	محلی	خصوصی / دولتی	حمایتی بالا	بالا
۷	بیمارستان های دولتی	محلی	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
۸	بیمارستان های خصوصی	محلی	خصوصی	حمایتی پایین	متوسط
۹	دانشگاههای علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	متوسط

۰	معاونت های بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۱	شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	محلی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۲	سازمان نظام پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
۳	مراکز جامع خدمات سلامت	محلی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
۴	مردم	اجتماعی	خصوصی	حمایتی بالا	متوسط

4.4. چارچوب گزارش گیری و نظارت بر سلامت

شاخص ها می توانند به صورت سنجش کمی یا کیفی سیاست گذاران و مدیران را از میزان دستیابی به یک هدف مشخص (نتیجه سیاست) آگاه نمایند. آنها به ما در تجزیه و تحلیل و مقایسه عملکرد در میان گروه های جمعیتی یا مناطق جغرافیایی کمک می کنند و می توانند برای اولویت بندی سیاست ها اثربخش باشند. شاخص های سلامت بر اساس اطلاعات قابل اطمینان و قابل مقایسه برای طراحی استراتژی ها و سیاست هایی برای بهبود سلامت کشور و نظارت بر اجرای آنها ضروری می باشد.

اتحادیه اروپا بیش از ۶۰ مجموعه مختلف شاخص های سنجش و پایش سلامت را به صورت منطقی و قابل مقایسه منتشر نموده است (شاخص های اصلی سلامت اروپا (ECHI)). ابزار داده ECHI، می تواند یک ابزار گرافیکی و برنامه تعاملی برای ارائه اطلاعات مرتبط و قابل مقایسه در مورد سلامت و قابل استفاده در سطح کشورها باشد. این ابزار لیستی از شاخص ها را که در پنج بخش کلی تقسیم می شوند، ارائه می نماید (جدول ۱۵):

- ✓ عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی-اقتصادی
- ✓ وضعیت سلامت
- ✓ عوامل تعیین کننده سلامت
- ✓ مداخلات سلامت: خدمات سلامت
- ✓ ارتقاء سلامت

جدول ۱۵؛ شاخص های سنجش و پایش سلامت اتحادیه اروپا

شاخص های جمعیت شناختی و شاخص های اجتماعی-اقتصادی		
Demographic and Socio-economic factors indicators		
Live births per 1,000 population	تولد زنده در ۱۰۰۰ نفر جمعیت	نرخ تولد، خام Birth rate, crude
Inequality of income (income	نابرابری درآمد (سهم هر پنجم درآمدی)، کل جمعیت	نابرابری درآمد

^{۱۲} . European Core Health Indicators

quintile share ratio), total population		Income inequality
Inequality of income (income quintile share ratio), male population	نابرابری درآمد (سهم هر پنجک درآمدی)، در جمعیت مردان	
Inequality of income (income quintile share ratio), female population	نابرابری درآمد (سهم هر پنجک درآمدی)، در جمعیت زنان	
Inequality of income (income quintile share ratio), age 0-64	نابرابری درآمد (سهم هر پنجک درآمدی)، در جمعیت سنی بین ۱ تا ۶۴ ساله	
Inequality of income (income +quintile share ratio), age 65	نابرابری درآمد (سهم هر پنجک درآمدی)، در جمعیت سن بالای ۶۴ ساله	
Percentage of live births in mothers younger than 20 years	درصد تولدهای زنده در مادران کمتر از ۲۰ سال	توزیع سنی مادران (مادران نوجوان و میانسال) Mother's age distribution (teenage pregnancies, aged mothers)
Percentage of live births in mothers of 35 years of age and older	درصد تولدهای زنده در مادران ۳۵ سال و بالاتر	
Percentage of live births in mothers of 35 years of age and older with low education level	درصد تولدهای زنده در مادران ۳۵ سال و بالاتر با سطح تحصیلات پایین	
Percentage of live births in mothers of 35 years of age and older with medium education level	درصد تولدهای زنده در مادران ۳۵ سال و بالاتر با سطح تحصیلات متوسط	
Percentage of live births in mothers of 35 years of age and older with high education level	درصد تولدهای زنده در مادران ۳۵ سال و بالاتر با سطح تحصیلات بالا	
At risk of poverty rate (cut-off point: 60% of mean equivalised income), total population	جمعیت در معرض خطر فقر (نقطه قطع: ۶۰٪ از درآمد معادل درآمد متوسط)، کل جمعیت	جمعیت زیر خط فقر Population below poverty line
At risk of poverty rate (cut-off point: 60% of mean equivalised income), age 0-17	جمعیت در معرض خطر فقر (نقطه قطع: ۶۰٪ از درآمد معادل درآمد متوسط)، جمعیت سنی بین ۱ تا ۱۷ سال	
At risk of poverty rate (cut-off point: 60% of mean equivalised income), age 18-64	جمعیت در معرض خطر فقر (نقطه قطع: ۶۰٪ از درآمد معادل درآمد متوسط)، جمعیت سنی بین ۱۸ تا ۶۴ سال	
At risk of poverty rate (cut-off point: 60% of mean equivalised income), age 65+	جمعیت در معرض خطر فقر (نقطه قطع: ۶۰٪ از درآمد معادل درآمد متوسط)، جمعیت سنی بالای ۶۴ سال	

Proportion of population aged 25-64, (International Standard Classification of Education) ISCED 0, 1 or 2	نسبت جمعیت بین ۲۵ تا ۶۴ ساله (طبقه بندی استاندارد بین المللی آموزش; ISCED) در سطح ۱ و ۲ آموزش	سطح تحصیلات Population by education
Proportion of population aged 25-64, ISCED 3 or 4	نسبت جمعیت بین ۲۵ تا ۶۴ ساله ISCED در سطح ۳ و ۴ آموزش	
Proportion of population aged 25-64, ISCED 5 or 6	نسبت جمعیت بین ۲۵ تا ۶۴ ساله ISCED در سطح ۵ و ۶ آموزش	
Population on 1 January, age 0-14	جمعیت سنی بین ۱ تا ۱۴ سال	جمعیت براساس جنسیت / سن Population by sex/age
Population on 1 January, age 15-24	جمعیت سنی بین ۱۵ تا ۲۴ سال	
Population on 1 January, age 25-49	جمعیت سنی بین ۲۵ تا ۴۹ سال	
Population on 1 January, age 50-64	جمعیت سنی بین ۵۰ تا ۶۴ سال	
Population on 1 January, age 65-79	جمعیت سنی بین ۶۵ تا ۷۹ سال	
Population on 1 January, age 80 +	جمعیت سنی بین بالای ۸۰ سال	
Population on 1 January, Old-age-dependency ratio	نسبت وابستگی جمعیت سالمندان	
Total population projections	پیش بینی تعداد جمعیت کل	پیش بینی های جمعیتی Population projections
Total population projections for age group 0-24	پیش بینی تعداد جمعیت سنی بین ۱ تا ۲۴ ساله	
Total population projections for age group 25-64	پیش بینی تعداد جمعیت سنی بین ۲۵ تا ۶۴ ساله	
Total population projections for age group 65 and over	پیش بینی تعداد جمعیت سنی بین ۱ تا ۲۴ ساله پیش بینی تعداد جمعیت سنی بالای ۶۵ سال	
Total fertility rate	نرخ باروری کل	نرخ باروری کل Total fertility rate
Unemployment rate, % of labour force, annual average, total population (15-74 years)	نرخ بیکاری، درصد نیروی کار، میانگین سالانه، جمعیت سنی بین ۱۵ تا ۷۴ ساله	نرخ بیکاری Total unemployment
Unemployment rate, % of labour force, annual average, male	نرخ بیکاری، درصد نیروی کار، میانگین سالانه، جمعیت	

population (15-74 years)	سنی مردان بین ۱۵ تا ۷۴ ساله	
Unemployment rate, % of labour force, annual average, female population (15-74 years)	نرخ بیکاری، درصد نیروی کار، میانگین سالانه، جمعیت سنی زنان بین ۱۵ تا ۷۴ ساله	
Unemployment rate, % of labour force, annual average, age less than 25 years	نرخ بیکاری، درصد نیروی کار، میانگین سالانه، جمعیت سنی کمتر از ۲۵ سال	
Long-term unemployment rate, % of labour force, annual average, total population	نرخ بیکاری، درصد نیروی کار، میانگین سالانه، کل جمعیت	

شاخص های وضعیت سلامت		Health Status indicators
Proportion of people reporting asthma in the past 12 months	نسبت افرادی که آسم را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند	آسم: شیوع خود گزارش شده است
Proportion of people with low education level reporting asthma in the past 12 months	نسبت افرادی که آسم را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات پایین	Asthma: self-reported prevalence
Proportion of people with medium education level reporting asthma in the past 12 months	نسبت افرادی که آسم را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات متوسط	
Proportion of people with high education level reporting asthma in the past 12 months	نسبت افرادی که آسم را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات بالا	
Proportion of people reporting chronic obstructive pulmonary disease in the past 12 months	نسبت افرادی که بیماری مزمن انسدادی ریه را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند	
Proportion of people with low education level reporting chronic obstructive pulmonary disease in the past 12 months	نسبت افرادی که بیماری مزمن انسدادی ریه را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات پایین	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): self-reported prevalence
Proportion of people with medium education level reporting chronic obstructive pulmonary disease in the past 12 months	نسبت افرادی که بیماری مزمن انسدادی ریه را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات متوسط	

Proportion of people with high education level reporting chronic obstructive pulmonary disease in the past 12 months	نسبت افرادی که بیماری مزمن انسدادی ریه را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات بالا	
Proportion of people aged 15+ reporting to have physical and/or sensory functional limitations	نسبت افراد بالای ۱۵ سال که مبتلا محدودیت های عملکردی جسمی و / یا حسی می باشند	محدودیت های عملکردی فیزیکی و حسی Physical and sensory functional limitations
Proportion of people aged 15+ with low education level, reporting to have physical and/or sensory functional limitations	نسبت افراد بالای ۱۵ سال که مبتلا محدودیت های عملکردی جسمی و / یا حسی می باشند با سطح تحصیلات پایین	
Proportion of people aged 15+ with medium education level, reporting to have physical and/or sensory functional limitations	نسبت افراد بالای ۱۵ سال که مبتلا محدودیت های عملکردی جسمی و / یا حسی می باشند با سطح تحصیلات متوسط	
Proportion of people aged 15+ with high education level, reporting to have physical and/or sensory functional limitations	نسبت افراد بالای ۱۵ سال که مبتلا محدودیت های عملکردی جسمی و / یا حسی می باشند با سطح تحصیلات بالا	
Proportion of people reporting depression in the past 12 months	نسبت افرادی که افسردگی را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات پایین	
Proportion of women reporting depression in the past 12 months	نسبت افرادی که افسردگی را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند	
Proportion of people with low education level reporting depression in the past 12 months	نسبت افرادی که افسردگی را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات متوسط	
Proportion of people with medium education level reporting depression in the past 12 months	نسبت افرادی که افسردگی را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات بالا	دیابت: شیوع خود گزارش شده است Diabetes: self-reported prevalence
Proportion of people reporting diabetes in the past 12 months	نسبت افرادی که دیابت را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند	
Proportion of people with low education level reporting diabetes in the past 12 months	نسبت افرادی که دیابت را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات پایین	

Proportion of people with medium education level reporting diabetes in the past 12 months	نسبت افرادی که دیابت را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات متوسط	
Proportion of people with high education level reporting diabetes in the past 12 months	نسبت افرادی که دیابت را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند با سطح تحصیلات بالا	
Number of drug-induced deaths recorded for total population	تعداد مرگ و میر ثبت شده ناشی از دارو در کل جمعیت	مرگ و میر ناشی از دارو Drug-related deaths
Number of drug-induced deaths recorded for total population under the age of 25 years	تعداد مرگ و میر ثبت شده ناشی از دارو در جمعیت زیر ۲۰ سال	
Rate of HIV, per 100,000, for total population	میزان اچ آی وی، در هر ۱۰۰۰۰۰، برای کل جمعیت	اچ آی وی / ایدز HIV/AIDS
Rate of HIV, per 100,000, for men	میزان اچ آی وی، در هر ۱۰۰۰۰۰، برای جمعیت مردان	
Rate of HIV, per 100,000, for women	میزان اچ آی وی، در هر ۱۰۰۰۰۰، برای جمعیت زنان	
Healthy Life Years at birth	تعداد سالهای زندگی سالم در هنگام تولد	امید سلامتی: سالهای زندگی سالم (HLY)
Healthy Life Years at age 65	تعداد سالهای زندگی سالم در سن بالای ۶۵ سال	Health Expectancy : Healthy Life Years (HLY)
Infant mortality rate	میزان مرگ و میر نوزادان	مرگ و میر نوزادان Infant mortality
Standardised incidence rate of accidents at work per 100,000 workers	میزان بروز استاندارد شده حوادث در محل کار در هر ۱۰۰۰۰۰ کارگر	جراحات: محل کار Injuries: workplace
Standardised incidence rate of accidents at work affecting men per 100,000 male workers	میزان بروز استاندارد شده حوادث در محل کار در هر ۱۰۰۰۰۰ کارگران مرد	
Standardised incidence rate of accidents at work affecting women per 100,000 female workers	میزان بروز استاندارد شده حوادث در محل کار در هر ۱۰۰۰۰۰ کارگران زن	
Proportion of individuals aged 15+ reporting to have had an accident at home, during leisure activities, and/or at school during the past 12 months, which resulted in injury	میزان حوادث گزارش شده در منزل، در طول فعالیت های اوقات فراغت و / یا در مدرسه که باعث آسیب دیدگی شد در افراد بالای ۱۵ ساله در طی ۱۲ ماه	جراحات در خانه، اوقات فراغت، مدرسه: بروز خود گزارش شده است

	گذشته	Injuries at home, leisure, school: self-reported incidence
Proportion of men aged 15+ reporting to have had an accident at home, during leisure activities, and/or at school during the past 12 months, which resulted in injury	میزان حوادث گزارش شده در منزل، در طول فعالیت های اوقات فراغت و / یا در مدرسه که باعث آسیب دیدگی شد در افراد بالای ۱۵ ساله مرد در طی ۱۲ ماه گذشته	
Proportion of women aged 15+ reporting to have had an accident at home, during leisure activities, and/or at school during the past 12 months, which resulted in injury	میزان حوادث گزارش شده در منزل، در طول فعالیت های اوقات فراغت و / یا در مدرسه که باعث آسیب دیدگی شد در افراد بالای ۱۵ ساله زن در طی ۱۲ ماه گذشته	
Proportion of individuals aged 15+ reporting to have had an accident in road traffic during the past 12 months, which resulted in injury	میزان افراد بالای ۱۵ سال که در طول ۱۲ ماه گذشته یک تصادف در ترافیک جاده ای داشته اند، که باعث آسیب دیدگی شد	جراحات: ترافیک جاده، بروز خود گزارش شده Injuries: road traffic, self-reported incidence
Proportion of men aged 15+ reporting to have had an accident in road traffic during the past 12 months, which resulted in injury	میزان افراد بالای ۱۵ ساله مرد که در طول ۱۲ ماه گذشته یک تصادف در ترافیک جاده ای داشته اند، که باعث آسیب دیدگی شد	
Proportion of women aged 15+ reporting to have had an accident in road traffic during the past 12 months, which resulted in injury	میزان افراد بالای ۱۵ ساله زن که در طول ۱۲ ماه گذشته یک تصادف در ترافیک جاده ای داشته اند، که باعث آسیب دیدگی شد	
Life expectancy at birth - Total population	امید به زندگی در هنگام تولد - کل جمعیت	امید به زندگی Life expectancy
Life expectancy at birth - Men	امید به زندگی در هنگام تولد - در جمعیت مردان	
Life expectancy at birth - Women	امید به زندگی در هنگام تولد - در جمعیت زنان	
Percentage of live births with weighing less than 2500 grams	درصد تولدها زنده با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	وزن کم هنگام تولد Low birth weight
Prenatal deaths 1000+g per 1000 births	میزان مرگ و میر نوزادان بالای ۱۰۰۰ گرم در هر ۱۰۰۰ تولد	مرگ و میر قبل از تولد Prenatal mortality
Incidence communicable diseases (by type) per 100 000 of population	میزان بروز بیماری های واگیردار (به تفکیک نوع بیماری) در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	بیماری های عفونی

Rate of communicable diseases (by type) per 100,000 population	میزان بیماری های واگیردار (به تفکیک نوع بیماری) در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	Communicable diseases
----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------

شاخص های تعیین کننده سلامت		
Determinants of health indicators		
Proportion of people reporting high blood pressure in the past 12 months	نسبت افرادی که فشار خون بالا را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند در کل جمعیت	فشار خون Blood pressure
Proportion of men reporting high blood pressure in the past 12 months	نسبت افرادی که فشار خون بالا را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند در جمعیت مردان	
Proportion of women reporting high blood pressure in the past 12 months	نسبت افرادی که فشار خون بالا را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند در جمعیت زنان	
Proportion of adult people (18+) who are obese, i.e. whose body mass index (BMI) is $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	نسبت افراد بالغ (۱۸+) که چاق هستند، یعنی شاخص توده بدنی آنها بیشتر از ۳۰ است ($\text{BMI} > 30$)	شاخص توده بدن Body mass index
Proportion of adult men (18+) who are obese, i.e. whose body mass index (BMI) is $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	نسبت افراد بالغ (۱۸+) که چاق هستند در جمعیت مردان، یعنی شاخص توده بدنی آنها بیشتر از ۳۰ است ($\text{BMI} > 30$)	
Proportion of adult women (18+) who are obese, i.e. whose body mass index (BMI) is $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	نسبت افراد بالغ (۱۸+) که چاق هستند در جمعیت زنان، یعنی شاخص توده بدنی آنها بیشتر از ۳۰ است ($\text{BMI} > 30$)	
Consumption of fruit	درصد (%) افراد بالای ۱۵ ساله که حداقل یک بار در روز میوه (به استثنای آمیوه) می خورند	مصرف سبزیجات Consumption of vegetables
Proportion (%) of people aged 15+ reporting to eat fruits (excluding juice) at least once a day	درصد (%) افراد بالای ۱۵ ساله مرد که حداقل یک بار در روز میوه (به استثنای آمیوه) می خورند	
Proportion (%) of men aged 15+ reporting to eat fruits (excluding juice) at least once a day	درصد (%) افراد بالای ۱۵ ساله زن که حداقل یک بار در روز میوه (به استثنای آمیوه) می خورند	
Proportion (%) of people aged 15+ reporting to eat vegetables	درصد (%) افراد بالای ۱۵ ساله که حداقل یک بار در روز	مصرف میوه

(excluding potatoes and juice) at least once a day	سبزی (به استثنای سیب زمینی و آمیوه) می خورند	Consumption of vegetables
Proportion (%) of men aged 15+ reporting to eat vegetables (excluding potatoes and juice) at least once a day	درصد (%) افراد بالای ۱۵ ساله مرد که حداقل یک بار در روز سبزی (به استثنای سیب زمینی و آمیوه) می خورند	
Proportion (%) of women aged 15+ reporting to eat vegetables (excluding potatoes and juice) at least once a day	درصد (%) افراد بالای ۱۵ ساله زن که حداقل یک بار در روز سبزی (به استثنای سیب زمینی و آمیوه) می خورند	
Annual urban population average exposure to outdoor air pollution by particulate matter (PM10)	میانگین مواجهه با ذرات معلق در هوای آلوده خارج از ساختمان به صورت سالیانه (PM1.0)	مواجهه با ذرات معلق PM (particulate matter) exposure
Annual urban population average exposure to outdoor air pollution by particulate matter (PM2.5)	میانگین مواجهه با ذرات معلق در هوای آلوده خارج از ساختمان به صورت سالیانه (PM2.5)	
Proportion (%) of people aged 15+ reporting practice of daily physical activity	درصد افراد بالای ۱۵ سال که فعالیت فیزیکی روزانه دارند (بر اساس خود گزارش دهی)	فعالیت فیزیکی Physical activity
Proportion (%) of men aged 15+ reporting practice of daily physical activity	درصد افراد بالای ۱۵ ساله مرد که فعالیت فیزیکی روزانه دارند (بر اساس خود گزارش دهی)	
Proportion (%) of women aged 15+ reporting practice of daily physical activity	درصد افراد بالای ۱۵ ساله زن که فعالیت فیزیکی روزانه دارند (بر اساس خود گزارش دهی)	
Proportion (%) of people aged 15+ reporting to smoke cigarettes daily	درصد افراد بالای ۱۵ سال که به طور روزانه سیگار مصرف می کنند (بر اساس خود گزارش دهی)	افراد سیگاری Regular smokers
Proportion (%) of men aged 15+ reporting to smoke cigarettes daily	درصد افراد بالای ۱۵ ساله مرد که به طور روزانه سیگار مصرف می کنند (بر اساس خود گزارش دهی)	
Proportion (%) of women aged 15+ reporting to smoke cigarettes daily	درصد افراد بالای ۱۵ ساله زن که به طور روزانه سیگار مصرف می کنند (بر اساس خود گزارش دهی)	
Litres of pure alcohol consumed per person aged 15+ per year (recorded + unrecorded)	میزان لیتر الکل مصرف شده (ثبت شده + ثبت نشده)	میزان مصرف الکل (ثبت شده و ثبت نشده) Total (recorded + unrecorded) alcohol consumption
Recorded adult (15+ years) per capita consumption (in litres of pure alcohol)	سرنانه مصرف الکل در افراد بالای ۱۵ سال به لیتر	

Percentage of people reporting ever having used illicit drugs (by type), age 15-34	درصد افرادی که از داروهای غیرمجاز استفاده می کنند (به تفکیک نوع)، در سن ۱۵-۳۴ سال	مصرف داروهای غیر قانونی Use of illicit drugs
Percentage of people reporting to have ever used illicit drugs (by type), age 15-64	درصد افرادی که از داروهای غیرمجاز استفاده می کنند (به تفکیک نوع)، در سن ۱۵-۶۴ سال	
Percentage of employees who think that their health or safety is at risk because of their work	درصد کارکنانی که فکر می کنند که سلامت و ایمنی آنها به دلیل کارشان در معرض خطر است	خطرات سلامت مرتبط با کار (a) Work related health risks (a)
Percentage of male employees who think that their health or safety is at risk because of their work	درصد کارکنان مردی که فکر می کنند که سلامت و ایمنی آنها به دلیل کارشان در معرض خطر است	
Percentage of female employees who think that their health or safety is at risk because of their work	درصد کارکنان زنی که فکر می کنند که سلامت و ایمنی آنها به دلیل کارشان در معرض خطر است	
Percentage of employees receiving regular support from colleagues	درصد کارکنانی که به طور منظم از همکاران خود حمایت دریافت می کنند	خطرات سلامت مرتبط با کار (b) Work related health risks (b)
Percentage of male employees receiving regular support from colleagues	درصد کارکنان مردی که به طور منظم از همکاران خود حمایت دریافت می کنند	
Percentage of female employees receiving regular support from colleagues	درصد کارکنان مردی که به طور منظم از همکاران خود حمایت دریافت می کنند	

مداخلات سلامت: شاخص های خدمات سلامت		
Health interventions : health services indicators		
Proportion of hospital total in-patients with primary diagnosis of acute myocardial infarction (AMI) who died within 30 days after admission	نسبت کل بیمارانی که تشخیص اولیه آنها انفارکتوس حاد قلب (AMI) بود و در طی ۳۰ روز پس از بستری فوت کردند	مرگ و میر ناشی از انفارکتوس حاد قلب (AMI) و سکته مغزی ایسکمی ۳۰ روزه در بیمارستان
Proportion of hospital total in-patients with primary diagnosis of ischemic stroke who died within 30 days after admission	نسبت کل بیماران بستری در بیمارستان با تشخیص اولیه سکته مغزی ایسکمیک که در طی ۳۰ روز پس از بستری فوت کرد	30-day in-hospital case-fatality of acute myocardial infarction (AMI) and ischemic stroke
In-patient average length of stay of	میانگین طول مدت اقامت در بیمارستان در کل جمعیت	میانگین مدت اقامت (ALOS)،

total population for all causes	با در نظر گرفتن تمام علل	تشخیص محدود Average length of stay (ALOS), limited diagnoses
In-patient average length of stay of total population (by type of causes)	میانگین طول مدت اقامت در بیمارستان در کل جمعیت (به تفکیک علت و نوع تشخیص)	
Proportion of women (aged 50-69) reporting a mammography in the past 2 years	نسبت زنان (۵۰-۶۹ ساله) که در ۲ سال گذشته گزارش ماموگرافی داده اند	غربالگری سرطان سینه Breast cancer screening
Proportion of women (aged 50-69) with low education level reporting a mammography in the past 2 years	نسبت زنان (۵۰-۶۹ ساله) با سطح تحصیلات پایین که در ۲ سال گذشته گزارش ماموگرافی داده اند	
Proportion of women (aged 50-69) with medium education level reporting a mammography in the past 2 years	نسبت زنان (۵۰-۶۹ ساله) با سطح تحصیلات متوسط که در ۲ سال گذشته گزارش ماموگرافی داده اند	
Proportion of women (aged 50-69) with high education level reporting a mammography in the past 2 years	نسبت زنان (۵۰-۶۹ ساله) با سطح تحصیلات بالا که در ۲ سال گذشته گزارش ماموگرافی داده اند	
Proportion of women (aged 20-69) reporting a pap smear test in the past 3 years	نسبت زنان (۲۰-۶۹ ساله) که در ۳ سال گذشته گزارش تست پاپسمیر داده اند	غربالگری سرطان دهانه رحم Cervical cancer screening
Proportion of women (aged 20-69) with low education level reporting a pap smear test in the past 3 years	نسبت زنان (۲۰-۶۹ ساله) با سطح تحصیلات پایین که در ۳ سال گذشته گزارش تست پاپسمیر داده اند	
Proportion of women (aged 20-69) with medium education level reporting a pap smear test in the past 3 years	نسبت زنان (۲۰-۶۹ ساله) با سطح تحصیلات متوسط که در ۳ سال گذشته گزارش تست پاپسمیر داده اند	
Proportion of women (aged 20-69) with high education level reporting a pap smear test in the past 3 years	نسبت زنان (۲۰-۶۹ ساله) با سطح تحصیلات بالا که در ۳ سال گذشته گزارش تست پاپسمیر داده اند	
Proportion of people (aged 50-74) reporting a colorectal cancer screening in the past 2 years	نسبت جمعیت (۵۰-۷۴ ساله) که در ۲ سال گذشته گزارش غربالگری سرطان کولون داده اند	غربالگری سرطان کولون Colon cancer screening
Proportion of men (aged 50-74) reporting a colorectal cancer screening in the past 2 years	نسبت مردان (۵۰-۷۴ ساله) با سطح تحصیلات پایین که در ۲ سال گذشته گزارش غربالگری سرطان کولون داده اند	
Proportion of women (aged 50-74) reporting a colorectal cancer	نسبت زنان (۵۰-۷۴ ساله) با سطح تحصیلات پایین که در ۲ سال گذشته گزارش غربالگری سرطان کولون داده اند	

screening in the past 2 years	اند	
Proportion of persons with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت افرادی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	عدالت در دسترسی به خدمات دندانپزشکی Equity of access to dental care services
Proportion of men with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت مردانی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of women with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت زنانی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of persons in the first quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ اول درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of persons in the second quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ دوم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of persons in the third quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ سوم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of persons in the fourth quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ چهارم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of persons in the fifth quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for dental care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ پنجم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت از دندان به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	

Proportion of people with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت افرادی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	عدالت در دسترسی به خدمات مراقبت سلامت Equity of access to health care services
Proportion of men with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or traveling distances.	نسبت مردانی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of women with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or traveling distances.	نسبت زنانی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of people in the first quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ اول درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of people in the second quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ دوم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of people in the third quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ سوم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of people in the fourth quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ چهارم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Proportion of people in the fifth quintile of equivalised income, with self-declared unmet needs for health care services due to either financial barriers, waiting times or travelling distances	نسبت جمعیت پنجگ پنجم درآمدی که نیازهای خود را برای خدمات مراقبت سلامت به علت موانع مالی، زمان انتظار یا فاصله سفر، برآورده ننموده اند	
Total health care expenditure by all	میزان کل هزینه ها مراقبت های سلامت (از کلیه منابع	

financing agents (total), as percentage of GDP	تامین مالی) از تولید ناخالص داخلی	سلامت به صورت درصد از تولید ناخالص داخلی
Total health care expenditure by public sector, as percentage of GDP	میزان هزینه های مراقبت های سلامت از محل منابع عمومی از تولید ناخالص داخلی	Expenditures on health care as percentage of GDP
Total health care expenditure by private sector, as percentage of GDP	میزان هزینه های مراقبت های سلامت از محل منابع بخش خصوصی از تولید ناخالص داخلی	
Total number of practising dentists, per 100,000 inhabitants	تعداد دندانپزشکان به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Total number of physician , per 100,000 inhabitants	تعداد پزشکان به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	Health professionals
Total number of pharmacy , per 100,000 inhabitants	تعداد داروسازان به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Total number of hospital beds per 100,000 inhabitants	تعداد تخت های بیمارستانی به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Curative care (acute care) hospital beds per 100,000 inhabitants	تعداد تخت های اورژانس به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	Hospital beds
Psychiatric care hospital beds per 100,000 inhabitants	تعداد تخت های روانپزشکی به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Long-term care hospital beds per 100,000 inhabitants	تعداد تخت های مخصوص مراقبت های بلند مدت به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Rehabilitative care hospitals beds per 100,000 inhabitants	تعداد تخت های مراقبت های توانبخشی بیمارستانی به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Hospital day-cases of total population for all causes per 100,000 inhabitants	تعداد روزهای بستری در کل جمعیت و برای تمامی علل به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	
Hospital day-cases of total population (by causes) per 100,000 inhabitants	تعداد روزهای بستری در کل جمعیت (به تفکیک هر علت) به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	Hospital day-cases, selected diagnoses
Hospital discharges of total population in-patients for all causes per 100,000 inhabitants	نسبت ترخیص از بیمارستان در کل جمعیت و برای تمامی علل، به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	ترخیص بیماران بستری، با تشخیص محدود
Hospital discharges of total population in-patients (by causes) per 100,000 inhabitants	نسبت ترخیص از بیمارستان در کل جمعیت (به تفکیک هر علت)، به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	Hospital in-patient discharges, limited diagnoses

Proportion of people aged 65+ reporting a vaccination against flu in the past 12 months	نسبت افراد بالای ۶۵ سال که اعلام کرده اند، طی ۱۲ ماه گذشته واکسن آنفلوانزا را دریافت کرده اند	میزان واکسیناسیون آنفلوانزا در سالمندان Influenza vaccination rate in elderly
Proportion of men aged 65+ reporting a vaccination against flu in the past 12 months	نسبت مردان بالای ۶۵ سال که اعلام کرده اند، طی ۱۲ ماه گذشته واکسن آنفلوانزا را دریافت کرده اند	
Proportion of women aged 65+ reporting a vaccination against flu in the past 12 months	نسبت زنان بالای ۶۵ سال که اعلام کرده اند، طی ۱۲ ماه گذشته واکسن آنفلوانزا را دریافت کرده اند	
Total public and primary private health insurance, percentage of population covered	درصد افراد تحت پوشش بیمه های دولتی و خصوصی سلامت	پوشش بیمه سلامت Insurance coverage
Percentage of population covered by government/social health insurance	درصد افراد تحت پوشش بیمه های دولتی سلامت	
Percentage of population covered by private health insurance	درصد افراد تحت پوشش بیمه های خصوصی سلامت	
Total number of Computer Tomography scanners per 100,000 inhabitants	تعداد کل CT های موجود در کل جمعیت در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	فن آوری های پزشکی (CT / MRI) Medical technologies (CT/MRI)
Number of Computer Tomography scanners in hospitals per 100,000 inhabitants	تعداد کل CT های موجود در بیمارستان در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of Computer Tomography scanners in ambulatory health care providers per 100,000 inhabitants	تعداد کل CT های موجود در فوریت های پزشکی در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Total number of Magnetic Resonance Imaging units per 100,000 inhabitants	تعداد کل واحدهای MRI در کل جمعیت در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of Magnetic Resonance Imaging units in hospitals per 100,000 inhabitants	تعداد کل واحد های MRI در بیمارستان ها در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of Magnetic Resonance Imaging units in ambulatory health care providers per 100,000 inhabitants	تعداد کل واحد های MRI در فوریت های پزشکی در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Proportion (%) of people aged 15+ reporting to have used medicines in the past 2 weeks	درصد (٪) افراد ۱۵ سال و بالاتر که در ۲ هفته گذشته دارو مصرف کرده اند	
Proportion (%) of men aged 15+ reporting to have used medicines in the past 2 weeks	درصد (٪) مردان ۱۵ سال و بالاتر که در ۲ هفته گذشته دارو مصرف کرده اند	

Proportion (%) of people women 15+ reporting to have used medicines in the past 2 weeks	درصد (٪) زنان ۱۵ سال و بالاتر که در ۲ هفته گذشته دارو مصرف کرده اند	
Percentage of non-resident people among all people being discharged from hospital	درصد بیماران غیر بومی ترخیص شده از بیمارستان	جابجایی بیمار Patient mobility
Total number of practising nursing and caring professionals, per 100,000 inhabitants	تعداد کل رستاران حرفه ای و متخصصین مراقبت سلامت در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Practising qualified nurses and midwives, per 100,000 inhabitants	تعداد پرستاران و ماماهاى واجد شرایط در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Total number of practising physicians, per 100,000 inhabitants	تعداد پزشکان عمومی در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	پزشکان عمومی Practising physicians
Percentage of persons reporting at least one visit to a dentist or orthodontist in the past 4 weeks	درصد اشخاصی که در ۴ هفته گذشته حداقل یک مراجعه به دادانپزشکی یا ارتودنتیست داشته اند (بر ساس خود اظهاری)	ویزیت های سرپایی Selected outpatient visits: self-reported visits
Percentage of men reporting at least one visit to a dentist or orthodontist in the past 4 weeks	درصد مردانی که در ۴ هفته گذشته حداقل یک مراجعه به دادانپزشکی یا ارتودنتیست داشته اند (بر ساس خود اظهاری)	
Percentage of women reporting at least one visit to a dentist or orthodontist in the past 4 weeks	درصد زنانی که در ۴ هفته گذشته حداقل یک مراجعه به دادانپزشکی یا ارتودنتیست داشته اند (بر ساس خود اظهاری)	
Number of PTCA (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) per 100,000 inhabitants	تعداد PTCA (آنژیوپلاستی کرونر پرتوکتانیال) انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of caesarean section per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال سزارین انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of cataract per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال کاتاراکت انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of coronary artery bypass graft per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال پیوند عروق کرونر انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of hip replacement per	تعداد اعمال جراحی هیپ انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	

100,000 inhabitants	جمعیت	
Number of laparoscopic cholecystectomy per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال لاپراسکوپی انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of partial excision of mammary gland per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال برداشتن بخشی از غده پستانی انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of repair of inguinal hernia per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال ترمیم فتق پستان انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of tonsillectomy per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال جراحی لوزه انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of total knee replacement per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال جراحی تعویض مفصل زانو انجام شده در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Number of total mastectomy per 100,000 inhabitants	تعداد اعمال جراحی ماستکتومی ر هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
Percentage of infants vaccinated against diphtheria	درصد نوزادان واکسینه شده علیه دیفتری	پوشش واکسیناسیون در کودکان Vaccination coverage in children
Percentage of infants vaccinated against pertussis	درصد نوزادان واکسینه شده علیه سیاه سرفه	
Percentage of infants vaccinated against poliomyelitis	درصد نوزادان واکسینه شده علیه فلج اطفال	
Percentage of infants vaccinated against tetanus	درصد نوزادان واکسینه شده علیه کزاز	
Percentage of infants vaccinated against measles	درصد نوزادان واکسینه شده علیه سرخک	
Percentage of infants vaccinated against mumps	درصد نوزادان واکسینه شده علیه اوریون	
Percentage of infants vaccinated against rubella	درصد نوزادان واکسینه شده علیه سرخچه	

4.5. شاخص های اولیه ارزیابی برنامه ششم توسعه در بخش سلامت

همانطور که در قسمت روش کار توضیح داده شد، در این مرحله تیم پژوهش با توجه به تحلیل محتوای انجام شده بر برنامه های ششم توسعه بخش سلامت؛

- احکام برنامه ششم توسعه؛
 - اسناد پشتیبان (شامل بررسی راهبردها، سیاست ها و اقدامات اساسی جهت اجرای برنامه) برنامه ششم توسعه؛ منتشر شده از مرکز اسناد، مدارک و انتشارات سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
 - بررسی محتوای جلسات کارگروه های تدوین برنامه ششم توسعه (بخش بیمه و تامین مالی سلامت)؛
 - داشبورد شاخص های سلامت WHO، WB، UN؛
- به تدوین اولیه شاخص های ارزیابی برنامه پرداخت. در ادامه به ارائه شاخص های اولیه تدوین شده به همراه معادل انگلیسی آنها می پردازیم.

جدول 16؛ شاخص های اولیه ارزیابی برنامه ششم توسعه در بخش سلامت

بیمه سلامت و تامین مالی (ماده ۷۰، بند الف ماده ۷۲، بند ج ماده ۷۴)	
شاخص	معادل انگلیسی
درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی	Total health expenditure (THE) % gross domestic product (GDP)
سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه های سلامت	General government health expenditure (GGHHE) as % total health expenditure
سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه های سلامت	Private health expenditure as % total health expenditure
سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه های بخش دولتی	General government health expenditure as % of general government expenditure
سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه های سلامت	external resource on health as % of Total health expenditure
سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه های سلامت در بخش دولتی	social security funds as % of general government health expenditure
میزان پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت	Out of pocket Expenditure (OOOPs) as % health expenditure
میزان پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	Out of pocket Expenditure (OOOPs) as % private health expenditure
سرانه هزینه سلامت	Total health expenditure per capita
سرانه هزینه های دولتی سلامت	General government health expenditure per capita
سرانه پرداخت از جیب توسط افراد	Out of pocket Expenditure per capita
سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی	General government health expenditure as % of GDP
سهم بیمه های سلامت خصوصی از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	Private Insurance as % private health expenditure
درصد بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت در مراکز دولتی	Covered financial burden of services by social health insurance in governmental hospital (%)
درصد تعداد خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت	Covered services by social health insurance (%)
پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (پارا کلینیک)	Covered Para clinic services by social health insurance (%)
پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (بستری)	Covered Inpatient services by social health insurance (%)
درصد دستورالعمل های یکسان سازی شده	Percentage of instructions and rules unified

منابع انسانی	
(ماده ۷۱، بند ب ماده ۷۴، بند ت ماده ۷۴، بند ج ماده ۷۴، بند خ ماده ۷۴)	
شاخص	معادل انگلیسی
تراکم پزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	Physician density (per 1000 population)
تراکم نیروی انسانی پرستاری و مامایی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	Nursing and midwifery density (per 1000 population)
تراکم دندانپزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	Dentistry density (per 1000 population)
تراکم کارکنان آزمایشگاهی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	Laboratory health workers density (per 1000 population)
تراکم کارکنان بهداشت محیط و عمومی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	Environmental and public health workers density (per 1000 population)
تراکم بهداشت کاران سنتی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	Community and traditional health workers density (per 1000 population)
میزان حقوق نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی)	The amount of human resource salary under the Ministry of Health (by official staff, contract, contractor and internship staff)
تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی)	The number of human resources under the Ministry of Health (Divided government employees, contract, contract and the internship)
درصد نیروهای متخصص شاغل در بخش دولتی و خصوصی به صورت همزمان (به تفکیک پزشکان متخصص، دندانپزشک، داروساز و پزشکان عمومی)	Percentage of professionals who work in private and public sector simultaneously (by specialist, dentist, pharmacist and general practitioners)
میزان تطابق جذب نیروی پزشک متخصص با الگوی بیماری های کشور	Matching rate of recruiting specialist physician with the disease pattern of the country
میزان پوشش بیمه مسئولیت حرفه ای در اعضای سازمان های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی	Professional liability insurance coverage for members of the military medical and veterinary system
فوریت های پزشکی	
(بند ب ماده ۷۲)	
شاخص	معادل انگلیسی
فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و اعزام آمبولانس (زمان تاخیر)	Delay Time
فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و رسیدن آمبولانس به صحنه (زمان پاسخگویی)	Response time
فاصله زمانی بین رسیدن آمبولانس به صحنه و ترک محل حادثه (زمان حضور در صحنه)	Scene time
مجموع سه فاصله زمانی پاسخگویی، حضور در صحنه و انتقال به بیمارستان	Total run time
فاصله زمانی بین ترک محل و رسیدن آمبولانس به بخش اورژانس (زمان انتقال به بیمارستان)	Transport time
فاصله زمانی بین اعزام آمبولانس از پایگاه و رسیدن مجدد آن به پایگاه (کل زمان ماموریت)	Round trip time
درصد مرگ و میرهای قابل اجتناب در اورژانس پیش بیمارستانی	Percentage of avoidable mortality in pre-hospital emergency
دارو	
(بند پ ماده ۷۲، بند د ماده ۷۴)	
شاخص	معادل انگلیسی
میزان دسترسی به داروها و اقلام ضروری	Availability of essential medicines and commodities
میزان دسترسی به داروهای ژنریک	Median availability of selected generic medicines

Median consumer price ratio of selected generic medicines	میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک
بهداشت (بند ت ماده ۷۲)	
معدل انگلیسی	شاخص
Mortality rate attributed to unintentional poisonings (per 100,000 population)	میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت های ناخواسته (در هر ۱۰۰ هزار نف جمعیت)
Food safety	درصد ایمنی مواد غذایی
مالیات بر سیگار و دخانیات (بند الف ماده ۷۳)	
معدل انگلیسی	شاخص
Annual tobacco tax revenues - tobacco products included	میزان درآمد سالانه از سیگار و دخانیات
Average taxes as a % of cigarette price - specific excise	متوسط مالیات از قیمت سیگار - مالیات غیر مستقیم ویژه
Tobacco tax structure - excise tax as a proportion of price	سهم مالیات سلامت از کل مالیات سیگار و دخانیات
Current smoking of any tobacco product (age-standardized rate)	درصد افراد مصرف کننده سیگار و دخانیات (میزان استاندارد شده بر اساس سن)
مدیریت ارائه خدمت (بند الف ماده ۷۴، بند ث ماده ۷۴، بند ج ماده ۷۴، بند ذ ماده ۷۴)	
معدل انگلیسی	شاخص
Civil registration coverage of births(%)	درصد پوشش تولد در ثبت احوال (%)
Rate of completeness of reporting by facilities	میزان تدوین گزارشات بر اساس پایگاه داده و امکانات موجود
Civil registration coverage of cause-of-death(%)	درصد پوشش علت مرگ در ثبت احوال (%)
The coverage rates of family physician and referral system in the country	درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور
The amount of referral to a specialist doctor through the referral system	میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع
The prescription of generic drugs (%)	میزان تجویز داروهای ژنریک
Access to health services in the oil and gas-rich regions	میزان دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت خیز و گاز خیز
شهرک های دانش سلامت (بند پ ماده ۷۴)	
معدل انگلیسی	شاخص
The number of industries and electronic systems created in health-conscious settlements	تعداد صنایع و سامانه های الکترونیکی ایجاد شده فعال در شهرک های دانش سلامت
طب سنتی (بند چ ماده ۷۴)	
معدل انگلیسی	شاخص
Number of traditional medicine practitioners (Health workforce)	تعداد پزشکان سنتی (نیروی کار درمانی)

Number of traditional medicine center	تعداد مراکز ارائه دهنده رسمی خدمات طب سنتی (به تفکیک داروخانه و کلینیک)
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

پدافند غیر عامل (بند ر ماده ۷۴)	
معادل انگلیسی	شاخص
The number of workshops on passive defense	تعداد کارگاه های آموزشی برگزار شده در خصوص پدافند غیر عامل
غربالگری و مشاوره ازدواج (ماده ۷۵)	
معادل انگلیسی	شاخص
Infants born with at least one genetic disease (by disease type)(%)	درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری)
Coverage of genetic counseling and laboratory services	میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک
Percentage of marriage counseling conducted in health care centers	درصد مشاوره های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی
سلامت مادر و کودک (ماده ۷۶)	
معادل انگلیسی	شاخص
Exclusive breastfeeding under 6 months(%)	تغذیه انحصاری با شیر زیر ۶ ماه (%)
Number of under five deaths (thousands)	تعداد مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (هزاران نفر)
Number of infant deaths (thousands)	تعداد مرگ و میر نوزادان زیر یکسال (هزاران نفر)
Number of neonatal deaths (thousands)	تعداد مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول (هزاران نفر)
Proportion of deaths by cause and age	نسبت مرگ و میر (به تفکیک علت و در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال)
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	نسبت مرگ و میر مادران (در ر ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده)
Births attended by skilled health personnel (%)	درصد نوزادان متولد شد توسط نیروی انسانی ماهر
Percent of natural deliveries	درصد زایمان های طبیعی

4.6. نتایج ارزیابی شاخص ها طی پانل متخصصان

پس از اینکه شاخص های اولیه بر اساس تحلیل محتوای برنامه ششم توسعه و با در نظر گرفتن اسناد پشتیبان آن و همچنین بررسی شاخص های بین المللی در حیطه سلامت (مانند شاخص های سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی، اتحادیه اروپا)، تدوین شدند، گروه پژوهش با برگزاری پانل متخصصان روایی این شاخص ها را مورد بررسی قرار دادند. در این پانل که متخصصانی در حوزه های مختلف سلامت و مرتبط با برنامه ششم توسعه بخش سلامت (بیمه و تامین مالی، سلامت مادر و کودک، بهداشت، تغذیه و ...) حضور داشتند، شاخص های تدوین شده را به صورت تخصصی و با بهره گیری از ابزار ارزیابی شاخص، مورد بررسی قرار دادند و این شاخص ها را از لحاظ روایی محتوا و ساختار تحلیل نمودند.

ابزار ارزیابی شاخص های پایه مورد نیاز برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه در بخش سلامت (پیوست شماره ۲) برگرفته شده از ابزار استاندارد سازمان جهانی بهداشت؛ مورد استفاده برای ارزیابی شاخص های ملی و بین المللی بهداشتی می باشد.

طی این ارزیابی هریک از شاخص ها با بهره گیری از ۶ استاندارد کلی و ۵۴ معیار مورد بررسی قرار گرفتند و فرآیند کار به گونه ای ترتیب داده شد که افراد صاحب نظر در هر حوزه به صورت تخصصی شاخص ها را بررسی نمودند. به طور کلی ۲۵ نفر در این پانل حضور داشتند (پیوست شماره ۶).

در ادامه به ارائه خروجی تحلیل کمی شاخص ها می پردازیم (جدول ۱۷).

جدول ۱۷؛ خروجی تحلیل کمی شاخص ها در پانل متخصصان

بیمه سلامت و تامین مالی			
ردیف	عنوان شاخص	جمع استاندارد	میانگین استاندارد
۱	درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۳۳۱	۵۵
۲	سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه های سلامت	۳۲۷	۵۵
۳	سرانه هزینه های دولتی سلامت	۳۲۷	۵۵
۴	سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی	۳۲۵	۵۴
۵	سرانه هزینه سلامت	۳۲۴	۵۴
۶	سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه های سلامت در بخش دولتی	۳۲۱	۵۴
۷	میزان پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت	۳۱۷	۵۳
۸	سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه های بخش دولتی	۳۱۵	۵۳
۹	میزان پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	۳۱۳	۵۲
۱۰	سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه های سلامت	۳۱۲	۵۲
۱۱	سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه های سلامت	۳۱۱	۵۲

۴۹	۲۹۵	سهام بیمه های سلامت خصوصی از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	۱۲
۴۹	۲۹۵	سهام بیمه های سلامت خصوصی از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	۱۳
۴۸	۲۸۵	سرانه پرداخت از جیب توسط افراد	۱۴
۴۲	۲۵۰	درصد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت از بسته خدمات پایه سلامت	۱۵
۴۰	۲۳۷	پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (پاراکلینیک)	۱۶
۳۸	۲۲۶	پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (بستری)	۱۷
۲۹	۱۷۳	درصد بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت در مراکز دولتی	۱۸
۱۷	۱۰۰	درصد دستورالعمل های یکسان سازی شده	۱۹

نیروی انسانی

ردیف	عنوان شاخص	جمع استاندارد	میانگین استاندارد
۲۰	تراکم پزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۷۱	۵۴
۲۱	تراکم نیروی انسانی پرستاری و مامایی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۸۲	۵۴
۲۲	تراکم دندانپزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۷۰	۵۴
۲۳	تراکم کارکنان آزمایشگاهی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۲۶	۵۴
۲۴	تراکم کارکنان بهداشت محیط و عمومی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۲۳	۵۴
۲۵	تراکم بهداشت کاران سنتی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۹۴	۵۴
۲۶	میزان حقوق نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی)	۱۳۶	۵۴
۲۷	تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی)	۱۲۸	۵۴
۲۸	درصد نیروهای متخصص شاغل در بخش دولتی و خصوصی به صورت همزمان (به تفکیک پزشکان متخصص، دندانپزشک، داروساز و پزشکان عمومی)	۱۳۴	۵۴
۲۹	میزان تطابق جذب نیروی پزشک متخصص با الگوی بیماری های کشور	۱۳۰	۵۴
۳۰	میزان پوشش بیمه مسئولیت حرفه ای در اعضای سازمان های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی	۱۰۳	۵۴

فوریت های پزشکی

ردیف	عنوان شاخص	جمع استاندارد	میانگین استاندارد
۳۱	فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و اعزام آمبولانس (زمان تاخیر)	۱۴۸	۴۹.۳
۳۲	فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و رسیدن آمبولانس به صحنه (زمان پاسخگویی)	۱۴۶	۴۹
۳۳	فاصله زمانی بین رسیدن آمبولانس به صحنه و ترک محل حادثه (زمان حضور در صحنه)	۱۳۸	۴۶.۰
۳۴	مجموع سه فاصله زمانی پاسخگویی، حضور در صحنه و انتقال به بیمارستان	۱۲۹	۴۳.۰
۳۵	فاصله زمانی بین ترک محل و رسیدن آمبولانس به بخش اورژانس (زمان انتقال به بیمارستان)	۱۱۲	۳۷.۳
۳۶	فاصله زمانی بین اعزام آمبولانس از پایگاه و رسیدن مجدد آن به پایگاه (کل زمان ماموریت)	۱۰۵	۳۵.۰

۳۷	درصد مرگ و میرهای قابل اجتناب در اورژانس پیش بیمارستانی	۱۵۲	۵۰.۷
دارو			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۱۶ استاندارد	میانگین ۱۶ استاندارد
۳۸	میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک	۱۲۱	۶۱
۳۹	میزان دسترسی به داروهای ژنریک	۱۱۵	۵۸
۴۰	میزان دسترسی به داروها و اقلام ضروری	۶۱	۳۱
بهداشت			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۱۶ استاندارد	میانگین ۱۶ استاندارد
۴۱	میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت های ناخواسته (در هر ۱۰۰ هزار نف جمعیت)	۱۶۲	۵۴
۴۲	درصد ایمنی مواد غذایی	۱۷۷	۵۹
۴۳	میزان تدوین گزارشات بر اساس پایگاه داده و امکانات موجود	۴۶	۲۳
مالیات بر سیگار و دخانیات			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۱۶ استاندارد	میانگین ۱۶ استاندارد
۴۴	میزان درآمد سالانه از سیگار و دخانیات	۹۳	۴۷
۴۵	متوسط مالیات از قیمت سیگار - مالیات غیر مستقیم ویژه	۹۴	۴۷
۴۶	سهم مالیات سلامت از کل مالیات سیگار و دخانیات	۱۱۰	۵۵
۴۷	درصد افراد مصرف کننده سیگار و دخانیات (میزان استاندارد شده بر اساس سن)	۱۰۵	۵۳
مدیریت ارائه خدمت			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۱۶ استاندارد	میانگین ۱۶ استاندارد
۴۸	درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور	۱۲۹	۶۵
۴۹	میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع	۱۲۹	۶۵
۵۰	میزان تجویز داروهای ژنریک	۱۲۸	۶۴
۵۱	درصد پوشش تولد در ثبت احوال (%)	۱۲۴	۶۲
۵۲	میزان دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت خیز و گازخیز	۱۱۳	۵۷
۵۳	درصد پوشش علت مرگ در ثبت احوال (%)	۱۰۹	۵۵
شهرک های دانش سلامت			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۱۶ استاندارد	میانگین ۱۶ استاندارد
۵۴	تعداد صنایع و سامانه های الکترونیکی ایجاد شده فعال در شهرک هایی دانش سلامت		
طب سنتی			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۱۶ استاندارد	میانگین ۱۶ استاندارد
۵۵	تعداد پزشکان سنتی (نیروی کار درمانی)	۸۸	۴۴
۵۶	تعداد مراکز ارائه دهنده رسمی خدمات طب سنتی (به تفکیک داروخانه و کلینیک)	۹۳	۴۶.۵
پدافند غیر عامل			
ردیف	عنوان شاخص	جمع ۱۶ استاندارد	میانگین ۱۶ استاندارد
۵۷	تعداد کارگاه های آموزشی برگزار شده در خصوص پدافند غیر عامل	۴۴	۳۵

غربالگری و مشاوره ازدواج			
ردیف	عنوان شاخص	جمع استاندارد	میانگین استاندارد
۵۸	درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری)	۱۱۲	۵۶
۵۹	میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک	۱۲۸	۶۴
۶۰	درصد مشاوره های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی	۱۱۴	۵۷
سلامت مادر و کودک			
ردیف	عنوان شاخص	جمع استاندارد	میانگین استاندارد
۶۱	تغذیه انحصاری با شیر زیر ۶ ماه (%)	۲۴۶	۶۲
۶۲	تعداد مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (هزاران نفر)	۲۴۷	۶۲
۶۳	تعداد مرگ و میر نوزادان زیر یکسال (هزاران نفر)	۲۴۹	۶۲
۶۴	تعداد مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول (هزاران نفر)	۲۵۰	۶۳
۶۵	نسبت مرگ و میر (به تفکیک علت و در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال)	۲۵۰	۶۳
۶۶	نسبت مرگ و میر مادران (در ر ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده)	۲۵۰	۶۳
۶۷	درصد نوزادان متولد شد توسط نیروی انسانی ماهر	۲۴۸	۶۲
۶۸	درصد زایمان های طبیعی	۲۵۰	۶۳

4.7. شاخص های نهایی شده

در مرحله آخر انتخاب شاخص های ارزیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت، نتایج تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. شاخص هایی که ۷۰٪ از مطلوب ترین امتیاز را کسب کردند (جمع کل امتیاز ها ۷۰ بود) انتخاب شدند، به عبارتی میانگین امتیاز شاخص هایی که بیش از ۴۹ امتیاز بود، جز شاخص های نهایی شده محسوب شدند. علاوه بر آن طی برگزاری پنل خبرگان از متخصصان خواسته شد تا به صورت کیفی نظراتشان را (علاوه بر امتیاز کمی) بیان کنند و شاخص های پیشنهادی خود را با ذکر شواهد علمی، ارائه نمایند. شاخص های نهایی شده بر اساس خروجی تحلیل کمی شاخص های اولیه، نظرات کیفی متخصصان و بازبینی مجدد سند برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می باشد.

در ادامه لیست شاخص های نهایی شده ارائه می شود (جدول ۱۸):

جدول ۱۸؛ لیست شاخص های نهایی

موضوع	ردیف	عنوان شاخص
شاخص های کلان و بین بخشی	۱	میزان امید به زندگی
	۲	میزان بار ناشی از بیماری ها و عوامل خطر (به تفکیک بیماری ها و نوع عامل خطر)
بیمه سلامت و تامین مالی	۳	درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی
	۴	سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه های سلامت
	۵	سرانه هزینه های دولتی سلامت
	۶	سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی
	۷	سرانه هزینه سلامت
	۸	سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه های سلامت در بخش دولتی
	۹	میزان پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت

سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه های بخش دولتی	۱۰	
میزان پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	۱۱	
سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه های سلامت	۱۲	
سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه های سلامت	۱۳	
درصد مواجهه با هزینه های کمرشکن بخش سلامت	۱۴	
تراکم پزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۵	نیروی انسانی
تراکم نیروی انسانی پرستاری و مامایی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۶	
تراکم دندانپزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۷	
تراکم کارکنان آزمایشگاهی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۸	
تراکم کارکنان بهداشت محیط و عمومی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۹	
تراکم بهداشت کاران سنتی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	۲۰	
میزان حقوق نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کاروری)	۲۱	
میزان حقوق نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک نوع شغل)	۲۲	
تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کاروری)	۲۳	
تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک سطح بندی مناطق شهری و روستایی)	۲۴	
درصد نیروهای متخصص شاغل در بخش دولتی و خصوصی به صورت همزمان (به تفکیک پزشکان متخصص، دندانپزشک، داروساز و پزشکان عمومی)	۲۵	
میزان تطابق جذب نیروی پزشک متخصص با الگوی بیماری های کشور	۲۶	
میزان پوشش بیمه مسئولیت حرفه ای در اعضای سازمان های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی	۲۷	
تعداد برنامه های بازنگری شده گروه پزشکی، مبتنی بر نیازهای نظام سلامت	۲۸	تربیت نیروی انسانی
درصد افزایش تعداد مراکز آموزشی و مجتمع های آموزشی عالی سلامت تاسیس شده نسبت به کل تعداد مورد نظر	۲۹	
درصد دانشگاه هایی که اعتباربخشی بین المللی آنها مورد تایید قرار گرفته است	۳۰	
نسبت اعضای هیات علمی آموزش دیده در زمینه ارزیابی صلاحیت حرفه ای	۳۱	
درصد آزمایشگاه های مرجع آموزشی راه اندازی شده در کل منطقه های کشور	۳۲	
فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و اعزام آمبولانس (زمان تاخیر)	۳۳	فوریت های پزشکی
فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و رسیدن آمبولانس به صحنه (زمان پاسخگویی)	۳۴	
درصد مرگ و میرهای قابل اجتناب در اورژانس پیش بیمارستانی	۳۵	
میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک	۳۶	دارو
میزان دسترسی به داروهای ژنریک	۳۷	
سهم ریالی داروهای تولید داخل به کل بازار دارویی کشور	۳۸	
میزان انطباق صنایع دارویی کشور با ضوابط بازرسی PIC	۳۹	
میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت های ناخواسته (در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)	۴۰	بهداشت
درصد دسترسی به سید مطلوب غذایی ایمن و سالم (به تفکیک استانداردهای ایمنی مواد غذایی)	۴۱	
میزان درآمد سالانه از سیگار و دخانیات	۴۲	مالیات بر سیگار و دخانیات
متوسط مالیات از قیمت سیگار - مالیات غیر مستقیم ویژه	۴۳	
سهم مالیات سلامت از کل مالیات سیگار و دخانیات	۴۴	
درصد افراد مصرف کننده سیگار و دخانیات (میزان استاندارد شده به تفکیک سن)	۴۵	
درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور	۴۶	مدیریت ارائه خدمت
میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع	۴۷	
میزان تجویز داروهای ژنریک	۴۸	
درصد پوشش تولد در ثبت احوال (%)	۴۹	
میزان دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت خیز و گازخیز	۵۰	
درصد پوشش علت مرگ در ثبت احوال (%)	۵۱	
نسبت تخت به ۱۰۰۰ نفر جمعیت	۵۲	

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

نسبت کل نیروی انسانی به هر تخت (تفکیک نوع شغل نیروی انسانی)	۵۳		
تعداد صنایع و سامانه های الکترونیکی ایجاد شده فعال در شهرک های دانش سلامت	۵۴	شهرک های دانش سلامت	
درصد تولید داروهای معتبر بین المللی تولید داخل به کل بازار	۵۵		
درصد تولید تجهیزات پزشکی معتبر بین المللی تولید داخل به کل بازار	۵۶		
درصد افزایش مقالات پر استناد در حوزه سلامت بر اساس ESI در کشور	۵۷		
درصد افزایش تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در Scopus و Pub med	۵۸		
درصد افزایش پژوهش های بین المللی حوزه سلامت نسبت به کل پژوهش های سلامت	۵۹		
تعداد شرکت های دارویی دانش بنیان خصوصی شکل گرفته در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک	۶۰		
تعداد مولکولهای جدید دارویی ثبت شده و دارای فناوری بالا و بیولوژیک	۶۱		
درصد خانه های بهداشت ارائه دهنده خدمات تایید شده طب سنتی	۶۲		طب سنتی
تعداد مراکز ارائه فرآورده های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی	۶۳		
تعداد کلینیک های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	۶۴		
تعداد کلینیک های خصوصی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	۶۵		
درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری)	۶۶	غربالگری و مشاوره ازدواج	
میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک	۶۷		
درصد مشاوره های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی	۶۸		
درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی که تحت نظر خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک بوده اند	۶۹		
درصد تغذیه انحصاری با شیر زیر ۶ ماه (%)	۷۰	سلامت مادر و کودک	
میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (هزاران نفر)	۷۱		
میزان مرگ و میر نوزادان زیر یکسال (هزاران نفر)	۷۲		
میزان مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول (هزاران نفر)	۷۳		
نسبت مرگ و میر (به تفکیک علت و در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال)	۷۴		
نسبت مرگ و میر مادران (در ر ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده)	۷۵		
درصد نوزادان متولد شد توسط نیروی انسانی ماهر	۷۶		
درصد زایمان های طبیعی	۷۷		
درصد شیوع ناباروری اکتسابی	۷۸		
میزان رشد و تکامل همه جانه کودکان (ECD)	۷۹		
درصد بارداری های برنامه ریزی شده	۸۰		

4.8. چارچوب مفهومی جامع نظارت، ارزیابی و بررسی شاخص ها و اهداف

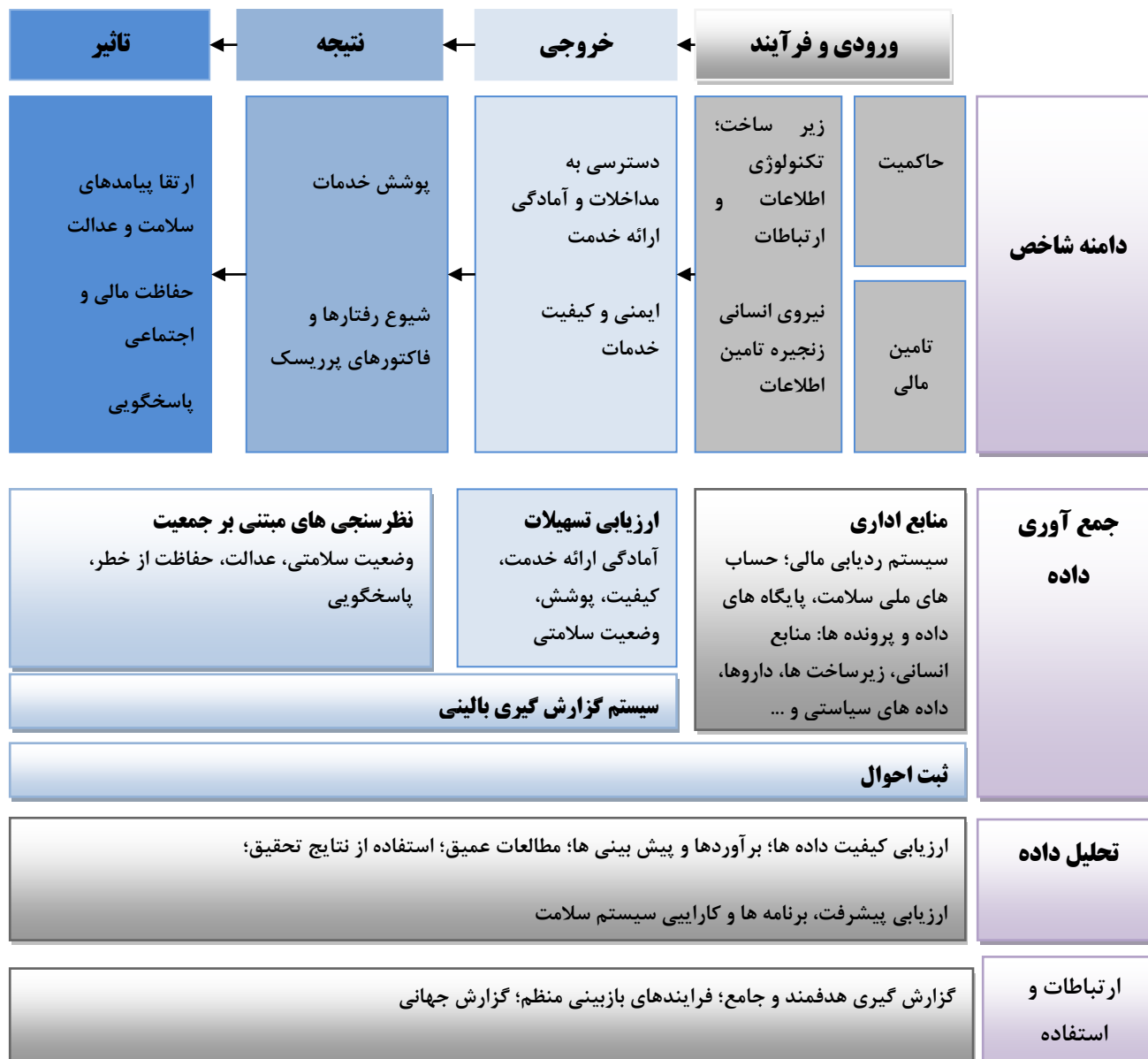
به منظور نظارت و و ارزشیابی فعالیت های هر سیستم و سازمانی، شاخص ها یکی از ابزارهای مهم و اساسی تلقی می شوند. از این رو طراحی شاخص، به عنوان یک سیستم اطلاعات ارزیابی در سطوح مختلف سیستم سلامت از مهمترین وظایف مدیران و کارشناسان این حوزه ها می باشد. گروه پژوهش جهت بررسی، قضاوت و تحلیل صحیح شاخص ها به ارائه چارچوب مفهومی جامع ارزیابی شاخص ها پرداختند. این چارچوب به سیاست گذاران کمک می نماید تا به صورت شفاف جایگاه و سطح شاخص را شناسایی کند و بتواند به صورت هدفمند مداخله مورد نظر را راحی و اصلاحات لازم را انجام دهد. گروه پژوهش، جهت طراحی و تدوین این چارچوب، مقالات و متون مرتبط مورد بررسی قرار گرفتند و جامع ترین مدل جهت بهره گیری در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این مدل توسط سازمان جهانی بهداشت نیز توصیه شده است (۲۶). مشارکت سلامت بین المللی^{۱۳} و شبکه بین المللی سنجش سلامت^{۱۴} چارچوبی منطقی جهت نظارت، ارزیابی و بررسی شاخص ها و اهداف سلامت تدوین نمودند (۱۵، ۲۶). این چارچوب شامل چهار دامنه شاخص اصلی است: ورودی ها و فرآیندهای سیستم، خروجی ها، نتایج و تأثیر.

این چارچوب نشان می دهد که چگونه ورودی ها به سیستم (مانند تامین مالی، زیرساخت) و فرآیندها (مانند زنجیره تامین) در خروجی ها (مانند دسترسی به خدمات و مداخلات) و نتایج نهایی (مانند پوشش مداخله) و تأثیر (مثلا بهبود سلامت) منجر می شوند. این مدل نتیجه چارچوب زنجیره ای است که می تواند برای نشان دادن عملکرد مداخلات در هر نوع بیماری خاص و سیستم های سلامت استفاده شود. این چارچوب نه تنها شناسایی شاخص های اصلی را در کنار هر پیوند در زنجیره نتایج تسهیل می کند، بلکه شاخص ها را به روش های جمع آوری داده پیوند می دهد. نیاز به تجزیه و تحلیل و تلفیق داده ها از منابع مختلف، از جمله ارزیابی کیفیت داده ها را برجسته می کند و نشان می دهد که چگونه داده ها باید اطلاع رسانی شوند و در تصمیم گیری سطوح مختلف مورد استفاده قرار گیرند (شکل ۱).

پس از ارائه مدل، شناسنامه هریک از شاخص های نهایی شده به عنوان بخش پایانی فصل چهارم ارائه خواهد شد. اجزا شناسنامه بر اساس مدل مفهومی ارائه شده، تدوین شده است.

^۱ . International Health Partnership (IHP)

^۱ . Health Metrics Network



4.9. شناسنامه شاخص های نهایی شده

در مرحله آخر پژوهش حاضر، به تدوین شناسنامه برای هریک از شاخص های نهایی شده در مرحله قبل می پردازیم. همانطور که قبلا بیان شد، اجزا این شناسنامه بر اساس چارچوب مفهومی تدوین شده جهت ارزیابی شاخص ها و اهداف، تدوین شده است. این شناسنامه شامل اطلاعات اصلی می باشد که می تواند به محققین، مدیران و سیاست گذاران در سطوح مختلف نظام سلامت کمک نماید تا به اندازه گیری و تحلیل شاخص ها بپردازد.

میزان امید به زندگی	گزاره شاخص ^{۱۵}
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>	نوع شاخص ^{۱۶}
وضعیت سلامت	حیطه شاخص ^{۱۷}
$e_x = \frac{T_x}{l_x}$ <p>امید به زندگی در سن معین: e_x تعداد کل فرد سال های زندگی در هر سن (یا مجموع سال های زندگی نسل از سن X به بعد: T_x تعداد کسانی که در آغاز دوره محاسبه در هر سن زنده بوده اند: l_x</p>	فرمول / نحوه اندازه گیری ^{۱۸}
ثبت احوال، مرکز ملی آمار	منابع گردآوری داده ها ^{۱۹}

میزان بار ناشی از بیماری ها و عوامل خطر (به تفکیک بیماری ها و نوع عامل خطر)	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>	نوع شاخص
وضعیت سلامت	حیطه شاخص
$\frac{\text{تعداد مرگ/بیماری ن به تفکیک هریک از علل و عوامل خطر در یکسال}}{\text{تعداد جمعیت در همان سل}}$	فرمول / نحوه اندازه گیری
معاونت های بهداشت دانشگاه ها، ثبت احوال، مرکز ملی آمار	منابع گردآوری داده ها

درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی	گزاره شاخص
-----------------------------------------------	------------

^{۱۵} . Indicator Name

^{۱۶} . Input and processes/Outputs/ Outcomes/ Impact

^{۱۷} . Indicator Domain

^{۱۸} . Analysis and synthesis

^{۱۹} . Data Collection

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{کل هزینه صرف شده در بخش سلامت در یکسال}}{\text{کل مبلغ تولید ناخالص داخلی در همان سال}} \times 100$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار

گزاره شاخص	سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه های سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{کل هزینه صرف شده بخش دولتی در سلامت در یکسال}}{\text{کل هزینه های صرف شده در سلامت در همان سال}} \times 100$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت

گزاره شاخص	سرانه هزینه های دولتی سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{کل چرخش مالی نظام سلامت از بخش دولتی در یکسال}}{\text{افراد کل جامعه همان سال}}$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت

گزاره شاخص	سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{کل هزینه صرف شده بخش دولتی در سلامت در یکسال}}{\text{کل مبلغ تولید ناخالص داخلی در همان سال}} \times 100$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت

گزاره شاخص	سرانه هزینه سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{کل چرخش مالی نظام سلامت}}{\text{افراد کل جامعه}}$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت

گزاره شاخص	سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه های سلامت در بخش دولتی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{کل هزینه صرف شده از سوی بیمه های اجتماعی سلامت در یکسال}}{\text{کل هزینه های صرف شده بخش دولتی در سلامت در همان سال}} \times 100$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت

گزاره شاخص	میزان پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>
حیطه شاخص	حفاظت مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{کل هزینه مستقیم صرف شده در بخش سلامت از سوی خانوارها}}{\text{کل هزینه های صرف شده بخش سلامت}} \times 100$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت، بررسی خانوارها *این شاخص می تواند به صورت درصدی از کل هزینه های سلامت، به صورت سرانه با دلار آمریکا و با شاخص برابری قدرت خرید ^{۲۰} سنجیده شود.

گزاره شاخص	سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه های بخش دولتی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{هزینه سلامت در بخش دولتی}}{\text{کل هزینه های صرف شده در بخش های دولتی}} \times 100$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت

^{۲۰} Purchasing power parity

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

میزان پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>	نوع شاخص
حفاظت مالی	حیطه شاخص
$\frac{\text{کل هزینه مستقیم صرف شده از سوی خدوارها در بخش خصوصی سلامت}}{\text{کل هزینه های صرف شده در بخش خصوصی سلامت}} \times 100$	فرمول / نحوه اندازه گیری
مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت، بررسی خانوارها	منابع گردآوری داده ها

سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه های سلامت	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
تامین مالی	حیطه شاخص
$\frac{\text{میزان هزینه سلامت از محل منابع خارجی}}{\text{کل هزینه های صرف شده در بخش سلامت}} \times 100$	فرمول / نحوه اندازه گیری
مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت	منابع گردآوری داده ها

سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه های سلامت	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
تامین مالی	حیطه شاخص
$\frac{\text{میزان هزینه سلامت از محل منابع خصوصی}}{\text{کل هزینه های صرف شده در بخش سلامت}} \times 100$	فرمول / نحوه اندازه گیری
مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت	منابع گردآوری داده ها

گزاره شاخص	درصد مواجهه با هزینه های کمرشکن بخش سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>
حیطه شاخص	حفظت مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	هزینه های خوراکی (هزینه ضروری) - درآمد خانوار / توان پرداخت هزینه کمرشکن \rightarrow ۴۰٪ توان پرداخت هزینه پزشکی خانوار If
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار، حسابهای ملی سلامت

گزاره شاخص	تراکم پزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کل پزشکان (به تفکیک عمومی و نوع تخصص)}}{\text{تعداد کل جمعیت}} \times 1000$ *این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود.
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	تراکم نیروی انسانی پرستاری و مامایی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کل نیروی انسانی پرستاری و مملایی}}{\text{تعداد کل جمعیت}} \times 1000$
منابع گردآوری داده ها	*این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود. سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	تراکم دندانپزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کل دندانپزشکان}}{\text{تعداد کل جمعیت}} \times 1000$
منابع گردآوری داده ها	*این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود. سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	تراکم کارکنان آزمایشگاهی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کل کارکنان آزمایشگاهی}}{\text{تعداد کل جمعیت}} \times 1000$
منابع گردآوری داده ها	*این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود. سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	تراکم کارکنان بهداشت محیط و عمومی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی

فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کل کارکنان بهداشت محیط و عمومی}}{\text{تعداد کل جمعیت}} \times 1000$
منابع گردآوری داده ها	<p>*این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود. سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی</p>

گزاره شاخص	تراکم بهداشت کاران سنتی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
محل اندازه گیری شاخص	<input type="checkbox"/> بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر
نوع شاخص	<input type="checkbox"/> ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کل بهداشت کاران سنتی}}{\text{تعداد کل جمعیت}} \times 1000$
منابع گردآوری داده ها	<p>*این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود. سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی</p>

گزاره شاخص	میزان حقوق نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی)
محل اندازه گیری شاخص	<input type="checkbox"/> بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر
نوع شاخص	<input type="checkbox"/> ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	<p>۵. مجموع کل حقوق و مزایای نیروی انسانی (کلی / تفکیک نوع استخدام) ۶. سرانه حقوق نیروی انسانی: کل مبلغ حقیقی و مزایای پرداختی به نیروی انسانی $\frac{\text{تعداد کل مستخدمین}}{\text{تعداد کل مستخدمین}}$</p> <p>۷. سرانه حقوق نیروی انسانی به تفکیک نوع استخدام: کل مبلغ حقیقی و مزایای پرداختی به نیروی انسانی به تفکیک نوع استخدام $\frac{\text{تعداد کل مستخدمین به تفکیک نوع استخدام}}{\text{تعداد کل مستخدمین به تفکیک نوع استخدام}}$</p>
منابع گردآوری داده ها	<p>*این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود. سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی</p>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

میزان حقوق نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک نوع شغل)	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
نیروی انسانی	حیطه شاخص
کل مبلغ حقیقی و مزایای پرداختی به نیروی انسانی به تفکیک نوع شغل تعداد کل مستخدمین به تفکیک نوع شغل	فرمول / نحوه اندازه گیری
*این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود. سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	منابع گردآوری داده ها

تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
نیروی انسانی	حیطه شاخص
تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و نیروهای کارورزی) *این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود.	فرمول / نحوه اندازه گیری
سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	منابع گردآوری داده ها

تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک سطح بندی مناطق شهری و روستایی)	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
نیروی انسانی	حیطه شاخص
تعداد نیروی انسانی زیر مجموعه وزارت بهداشت (به تفکیک نوع شغل و تخصص و تفکیک مناطق شهری و روستایی) تعداد کل جمعیت به تفکیک سطح بندی مناطق شهری و روستایی	فرمول / نحوه اندازه گیری
سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	منابع گردآوری داده ها

درصد نیروهای متخصص شاغل در بخش دولتی و خصوصی به صورت همزمان (به تفکیک پزشکان متخصص، دندانپزشک، داروساز و پزشکان عمومی)	گزاره شاخص
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد نیروهای شاغل متخصص در بخش دولتی / خصوصی به تفکیک نوع تخصص}}{\text{تعداد کل نیروهای شاغل متخصص}}$ <p>*این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی محاسبه و ارائه شود.</p>
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	میزان تطابق جذب نیروی پزشک متخصص با الگوی بیماری های کشور
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	مقایسه نسبت هریک از انواع تخصص ها به کل تخصص ها و نسبت بیماری ها و علل مرگ به کل بیماری ها و علت های مرگ و تحلیل این تناسب ها
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت، درمان و توسعه وزارت بهداشت

گزاره شاخص	میزان پوشش بیمه مسئولیت حرفه ای در اعضای سازمان های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد اعضای سازمان نظام پزشکی و نظام دامپزشکی که دارای بیمه مسئولیت حرفه ای هستند}}{\text{تعداد کل اعضای نظام پزشکی و دامپزشکی}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی نظام پزشکی و دامپزشکی و بیمه های تجاری

گزاره شاخص	تعداد برنامه های بازنگری شده گروه پزشکی، مبتنی بر نیازهای نظام سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کوریکلوم های بازنگری شده طی سالهای اجرای برنامه میثی بر نیازهای نظام سلامت}}{\text{تعداد کل کوریکلوم های علوم پزشکی}}$
منابع گردآوری داده ها	معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	درصد افزایش تعداد مراکز آموزشی و مجتمع های آموزشی عالی سلامت تاسیس شده نسبت به کل تعداد مورد نظر
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد مراکز آموزشی و مجتمع های آموزشی عالی سلامت جدید تاسیس شده}}{\text{تعداد کل مراکز آموزشی تعیین شده جهت تاسیس}}$
منابع گردآوری داده ها	معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	درصد دانشگاه هایی که اعتباربخشی بین المللی آنها مورد تایید قرار گرفته است
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد دانشگاه هایی که اعتباربخشی بین المللی آنها مورد تایید قرار گرفته است}}{\text{تعداد کل دانشگاه های علوم پزشکی کشور}}$
منابع گردآوری داده ها	معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	نسبت اعضای هیات علمی آموزش دیده در زمینه ارزیابی صلاحیت حرفه ای
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد اعضای هیات علمی آموزش دیده در زمینه ارزیابی صلاحیت حرقه ای}}{\text{تعداد کل اعضای هیات علمی}}$
منابع گردآوری داده ها	معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	درصد آزمایشگاه های مرجع آموزشی راه اندازی شده در کل منطقه های کشور
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	نیروی انسانی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد آزمایشگاه های مرجع آموزشی راه اندازی شده در منطقه}}{\text{تعداد کل آزمایشگاه های مرجع منطقه}}$
منابع گردآوری داده ها	معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و اعزام آمبولانس (زمان تاخیر)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	میانگین فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و اعزام آمبولانس
منابع گردآوری داده ها	اطلاعات ثبت شده در سازمان فوریت های پزشکی، نظر سنجی های مبتنی بر جمعیت استفاده کننده از خدمت

گزاره شاخص	فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و رسیدن آمبولانس به صحنه (زمان پاسخگویی)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

حیطه شاخص	دسترسی به خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	میانگین فاصله زمانی بین دریافت تماس اورژانس و رسیدن آمبولانس به صحنه
منابع گردآوری داده ها	اطلاعات ثبت شده در سازمان فوریت های پزشکی، نظر سنجی های مبتنی بر جمعیت استفاده کننده از خدمت

گزاره شاخص	درصد مرگ و میرهای قابل اجتناب در اورژانس پیش بیمارستانی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	ایمنی و کیفیت خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	<u>تعداد مرگ های قابل اجتناب رخ داده شده در اورژانس پیش بیمارستانی</u> تعداد کل مرگ های رخ داده شده در اورژانس پیش بیمارستانی
منابع گردآوری داده ها	اطلاعات ثبت شده در سازمان فوریت های پزشکی، اطلاعات ثبت شده در پزشکی قانونی

گزاره شاخص	میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input checked="" type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	<u>مجموع قیمت های داروهای ژنریک در کشور</u> تعداد کل داروهای ژنریک در کشور
منابع گردآوری داده ها	اطلاعات ثبت شده در سازمان های بیمه گر (سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی)

گزاره شاخص	میزان دسترسی به داروهای ژنریک
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input checked="" type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	۸. نحوه توزیع داروخانه ها بررسی شود؛ ۹. تطابق توزیع داروخانه ها با جمعیت؛ ۱۰. مقایسه میزان نیاز به داروهای ژنریک با جمعیت کشور (به تفکیک هر یک از داروهای ژنریک)؛

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

*این شاخص به تفکیک مناطق جغرافیایی و گروه های جمعیتی بیماری بررسی شود.	
سامانه های اطلاعاتی سازمان غذا و دارو، نظر سنجی های مبتنی بر جمعیت	منابع گردآوری داده ها

سهم ریالی داروهای تولید داخل به کل بازار دارویی کشور	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input checked="" type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
حاکمیت	حیطه شاخص
مجموع قیمت ریالی داروهای تولید داخل مجموع قیمت ریالی کل داروهای موجود در بازار دارویی کشور	فرمول / نحوه اندازه گیری
سامانه های اطلاعاتی سازمان غذا و دارو، سامانه های اطلاعاتی سازمان های بیمه گر سلامت	منابع گردآوری داده ها

میزان انطباق صنایع دارویی کشور با ضوابط بازرسی PIC	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input checked="" type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
حاکمیت	حیطه شاخص
PIC تعداد استانداردهای صنایع دارویی کشور مطابق یا ضوابط بازرسی تعداد کل استانداردهای صنایع دارویی کشور	فرمول / نحوه اندازه گیری
اطلاعات ثبت شده در سازمان غذا و دارو	منابع گردآوری داده ها

میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت های ناخواسته	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
ایمنی و کیفیت خدمات	حیطه شاخص
تعداد مرگ و میرهای ناشی از مسمومیت های ناخواسته * 100000 تعداد مرگ های رخ داده شده	فرمول / نحوه اندازه گیری
سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	منابع گردآوری داده ها

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

گزاره شاخص	درصد دسترسی به سبد مطلوب غذایی ایمن و سالم (به تفکیک استانداردهای ایمنی مواد غذایی)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	۱۱. شاخص حاضر، شاخصی کلی است که در برگیرنده بیش از ۵۰ شاخص می باشد؛ به این معنی که وزارت بهداشت باید دسترسی افراد به هریک از استانداردهای ایمنی مواد غذایی (آهن، نمک، ید، سموم ممنوعه و ...) را به صورت جداگانه بسنجند و در نهایت میانگین آن گزارش شود؛ ۱۲. توزیع دسترسی به سبد مطلوب غذایی به تفکیک گروه های سنی بررسی شود؛ ۱۳. توزیع دسترسی به تفکیک مناطق جغرافیایی بررسی شود.
منابع گردآوری داده ها	اطلاعات ثبت شده در مراکز جامع خدمات سلامت و خانه های بهداشت، نظر سنجی های مبتنی بر جمعیت

گزاره شاخص	میزان درآمد سالانه از سیگار و دخانیات
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input checked="" type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	حفاظت اجتماعی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{مجموع درآمد سالانه از سیگار و دخانیات}}{\text{مجموع کل درآمد کشور}}$
منابع گردآوری داده ها	مرکز ملی آمار

گزاره شاخص	متوسط مالیات از قیمت سیگار - مالیات غیر مستقیم ویژه
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input checked="" type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	حفاظت اجتماعی
فرمول / نحوه اندازه گیری	مالیات سیگار بر اساس قوانین تعیین شده، ۱۲ درصد کل مبلغ قیمت سیگار می باشد. ۱۲٪ * مجموع قیمت سیگار و دخانیات در کشور
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی وزارت اقتصاد و دارایی و وزارت صنعت، معدن و تجارت

گزاره شاخص	سهم مالیات سلامت از کل مالیات سیگار و دخانیات
------------	-----------------------------------------------

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	تامین مالی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{سهم مالیات اختصاص داده شده به بخش سلامت از محل مالیات سیگار و دخلیات}}{\text{مجموع مالیات اختصاص داده شده به بخش سلامت}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی وزارت اقتصاد و دارایی و وزارت بهداشت

گزاره شاخص	درصد افراد مصرف کننده سیگار و دخانیات (میزان استاندارد شده به تفکیک سن)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input checked="" type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	حفاظت اجتماعی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد افراد مصرف کننده سیگار و دخانیات (به تفکیک نوع دخانیات / به تفکیک سن)}}{\text{تعداد کل جمعیت (به تفکیک سن)}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی وزارت کشور

گزاره شاخص	درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	پوشش خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد استان هایی که برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را اجرا می کنند}}{\text{تعداد کل استان های کشور}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گزاره شاخص	میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>

دسترسی به خدمات	حیطه شاخص
تعداد مراجعات به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع $100 * \frac{\text{تعداد کل مراجعات به پزشک متخصص}}{\text{تعداد مراجعات به پزشک متخصص}}$	فرمول / نحوه اندازه گیری
سامانه های اطلاعاتی سازمان های بیمه گر سلامت	منابع گردآوری داده ها

میزان تجویز داروهای ژنریک	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
دسترسی به خدمات	حیطه شاخص
تعداد کل داروهای ژنریک تجویز شده $100 * \frac{\text{تعداد کل داروهای تجویز شده}}{\text{تعداد کل داروهای تجویز شده}}$	فرمول / نحوه اندازه گیری
سامانه های اطلاعاتی سازمان غذا و دارو و سازمان های بیمه گر سلامت	منابع گردآوری داده ها

درصد پوشش تولد در ثبت احوال (%)	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input checked="" type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
حاکمیت	حیطه شاخص
تعداد کل متولدین ثبت شده در ثبت احوال در یک سال $100 * \frac{\text{تعداد کل متولدین در همان سال}}{\text{تعداد کل متولدین ثبت شده در ثبت احوال در یک سال}}$	فرمول / نحوه اندازه گیری
سامانه سپاس وزارت بهداشت، سامانه اطلاعاتی ثبت احوال کشور	منابع گردآوری داده ها

میزان دسترسی به خدمات سلامت در مناطق نفت خیز و گازخیز	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
دسترسی به خدمات	حیطه شاخص

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

فرمول / نحوه اندازه گیری	تعداد کل بیمارستان ها و مراکز ارائه خدمت در مناطق نفت خیز و گاز خیز تعداد کل بیمارستان ها و مراکز ارائه خدمات سلامت مورد نیاز (به نسبت جمعیت) در این مناطق
منابع گردآوری داده ها	*این شاخص باید به تفکیک هر منطقه محاسبه و بررسی شود و همچنین به تفکیک بیمارستان، کلینیک و مراکز ارائه خدمات اولیه. *در محاسبه میزان دسترسی، باید دسترسی جغرافیایی مردم منطقه به شهرهای نزدیک و امکانات آنها در نظر گرفته شود. سامانه آواب معاونت درمان، سامانه اطلاعاتی معاونت بهداشت

گزاره شاخص	درصد پوشش مرگ در ثبت احوال (%)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input checked="" type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	حاکمیت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد کل مرگ ثبت شده در ثبت احوال در یک سال}}{\text{تعداد کل مرگ های رخ داده شده در همان سال}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه سپاس وزارت بهداشت، سامانه اطلاعاتی ثبت احوال کشور

گزاره شاخص	نسبت تخت به ۱۰۰۰ نفر جمعیت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	$1000 * \frac{\text{تعداد کل تخت های بیمارستانی}}{\text{تعداد کل جمعیت}}$
منابع گردآوری داده ها	*این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی و نوع تخت (اورژانس، ICU، بیماران روانی...) محاسبه و تحلیل شود. سامانه آواب و سپاس وزارت بهداشت

گزاره شاخص	نسبت کل نیروی انسانی به هر تخت (تفکیک نوع شغل نیروی انسانی)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

فرمول / نحوه اندازه گیری	تعداد نیروی انسانی شاغل در بیمارستان ها (به تفکیک نوع شغل: پزشک، پرستار و ...) / تعداد کل تخت های بیمارستانی
منابع گردآوری داده ها	*این شاخص باید به تفکیک مناطق جغرافیایی و نوع تخت (اورژانس، ICU، بیماران روانی...) محاسبه و تحلیل شود. سامانه آواب و سپاس وزارت بهداشت، سامانه های اطلاعاتی معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بهداشت

گزاره شاخص	تعداد صنایع و سامانه های الکترونیکی ایجاد شده فعال در شهرک های دانش سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد صنایع و سامانه های الکترونیکی ایجاد شده فعال در شهرک های دانش سلامت}}{\text{تعداد کل صنایع و سامانه های الکترونیکی تعیین شده در آیین نامه های بالادستی}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

گزاره شاخص	درصد تولید داروهای معتبر بین المللی تولید داخل به کل بازار
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد داروهای بین المللی تولید داخل کشور}}{\text{تعداد کل داروهای بین المللی موجود در بازار}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو

گزاره شاخص	درصد تولید تجهیزات پزشکی معتبر بین المللی تولید داخل به کل بازار
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد تجهیزات پزشکی معتبر بین المللی تولید داخل کشور}}{\text{تعداد کل تجهیزات پزشکی معتبر بین المللی موجود در بازار}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو

گزاره شاخص	درصد افزایش مقالات پر استناد در حوزه سلامت بر اساس ESI در کشور
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{در کشور ESI تعداد مقالات منتشر شده بر اساس}}{\text{تعداد کل مقالات منتشر شده در حوزه علوم پزشکی}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

گزاره شاخص	درصد افزایش تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در Scopus و Pub med
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در Scopus و Pub med}}{\text{تعداد کل مجلات در حوزه علوم پزشکی}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

گزاره شاخص	درصد افزایش پژوهش های بین المللی حوزه سلامت نسبت به کل پژوهش های سلامت
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی و اطلاعاتی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد پژوهش های بین المللی انجام شده در حوزه سلامت در کشور}}{\text{تعداد کل پژوهش های انجام شده در حوزه سلامت در کشور}}$

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت
گزاره شاخص	تعداد شرکت های دارویی دانش بنیان خصوصی شکل گرفته در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی و اطلاعاتی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد شرکت های دارویی دانش بنیان خصوصی شکل گرفته در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک}}{\text{تعداد شرکت های دارویی... مورد نظر در آیین نامه های یالادستی}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

گزاره شاخص	تعداد مولکولهای جدید دارویی ثبت شده و دارای فناوری بالا و بیولوژیک
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	زیر ساخت های تکنولوژیکی و اطلاعاتی
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد مولکولهای جدید دارویی ثبت شده و دارای فناوری بالا و بیولوژیک}}{\text{تعداد مولکولهای جدید دارویی... مورد نظر در آیین نامه های یالادستی}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

گزاره شاخص	درصد خانه های بهداشت ارائه دهنده خدمات تایید شده طب سنتی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد خانه های بهداشت ارائه دهنده خدمات تایید شده طب سنتی}}{\text{تعداد کل خانه های بهداشت کشور}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها *این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی بررسی و تحلیل شود.

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

تعداد مراکز ارائه فرآورده های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
دسترسی به خدمات	حیطه شاخص
تعداد مراکز ارائه فرآورده های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی $100 * \frac{\text{تعداد کل مراکز ارائه فرآورده های ... تعیین شده در استاد پالادستی}}{\text{تعداد مراکز ارائه فرآورده های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی}}$	فرمول / نحوه اندازه گیری
*این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی بررسی و تحلیل شود.	
سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها	منابع گردآوری داده ها

تعداد کلینیک های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
دسترسی به خدمات	حیطه شاخص
تعداد کلینیک های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی $100 * \frac{\text{تعداد کل کلینیک های ارائه دهنده خدمات طب سنتی}}{\text{تعداد کلینیک های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی}}$	فرمول / نحوه اندازه گیری
*این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی بررسی و تحلیل شود.	
سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها	منابع گردآوری داده ها

تعداد کلینیک های خصوصی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	گزاره شاخص
بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	محل اندازه گیری شاخص
ورودی و فرآیند <input checked="" type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>	نوع شاخص
دسترسی به خدمات	حیطه شاخص
تعداد کلینیک های خصوصی ارائه دهنده خدمات طب سنتی $100 * \frac{\text{تعداد کل کلینیک های ارائه دهنده خدمات طب سنتی}}{\text{تعداد کلینیک های خصوصی ارائه دهنده خدمات طب سنتی}}$	فرمول / نحوه اندازه گیری
*این شاخص می تواند به تفکیک مناطق جغرافیایی بررسی و تحلیل شود.	
سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها	منابع گردآوری داده ها

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

گزاره شاخص	درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	شیوه رفتارها و فاکتورهای پر ریسک
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد نوزادان متولد شده یا حداقل یک بیماری ژنتیکی (به تفکیک نوع بیماری) در یکسال}}{\text{تعداد کل نوزادان متولد شده در همان سال}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد خدمات تحت پوشش مشاوره آزمایشگاهی و ژنتیک}}{\text{تعداد کل خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک}}$ $100 * \frac{\text{تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات مشاوره آزمایشگاهی و ژنتیک}}{\text{تعداد کل جمعیت (به تفکیک مناطق جغرافیایی)}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	درصد مشاوره های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد خدمات تحت پوشش مشاوره آزمایشگاهی و ژنتیک}}{\text{تعداد کل خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک}}$

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

تعداد مشاوره های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی $100 * \frac{\text{تعداد کل مشاوره های ازدواج انجام شده}}{\text{تعداد مشاوره های ازدواج انجام شده در مراکز بهداشتی درمانی}}$	منابع گردآوری داده ها
سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها	

گزاره شاخص	درصد نوزادان متولد شده با حداقل یک بیماری ژنتیکی که تحت نظر خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک بوده اند
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	کیفیت و ایمنی ارائه خدمت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد نوزادان متولد شده یا حداقل یک بیماری ژنتیک که... آزمایشگاهی ژنتیک بوده اند}}{\text{تعداد کل نوزادان متولد شده تحت نظر خدمات مشاوره...}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	درصد تغذیه انحصاری با شیر زیر ۶ ماه (%)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	پوشش خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	$100 * \frac{\text{تعداد نوزادان زیر ۶ ماه که تغذیه انحصاری یا شیر دارند در یک سال}}{\text{تعداد کل نوزادان زیر ۶ ماه در همان سال}}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>
حیطه شاخص	ارتقا پیامدهای سلامت

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در یکسال}}{1000} * \text{تعداد کل کودکان زیر ۵ سال در همان سال}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	میزان مرگ و میر نوزادان زیر یکسال
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>
حیطه شاخص	ارتقا پیامدهای سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد مرگ و میر نوزادان زیر ۱ سال در یکسال}}{1000} * \text{تعداد کل نوزادان زیر ۱ سال در همان سال}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	میزان مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>
حیطه شاخص	ارتقا پیامدهای سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد مرگ و میر نوزادان در ۲۸ روز اول در یکسال}}{1000} * \text{تعداد کل نوزادان در ۲۸ روز اول در همان سال}$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	نسبت مرگ و میر (به تفکیک علت و در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	پوشش خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد مرگ و میر به علت ... تفکیک علت/ به تفکیک نوزادان و کودکان زیر ۵ سال}}{100} * \text{تعداد کل مرگ و میر به تفکیک نوزادان و کودکان زیر ۵ سال}$

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها
گزاره شاخص	نسبت مرگ و میر مادران (در ر ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>
حیطه شاخص	ارتقا پیامدهای سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد مرگ و میر مادران یاردار در یکسال}}{\text{تعداد کل مادران یاردار در همان سال}} * 10000$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	درصد نوزادان متولد شد توسط نیروی انسانی ماهر
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد نوزادان متولد شد توسط نیروی انسانی ماهر}}{\text{تعداد کل نوزادان متولد شده}} * 100$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها، سامانه سپاس

گزاره شاخص	درصد زایمان های طبیعی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input checked="" type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input checked="" type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	دسترسی به خدمات سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد زایمان های طبیعی انجام شده در یکسال}}{\text{تعداد کل زایمان های انجام شده در همان سال}} * 100$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها، سامانه سپاس

تعیین شاخص های پایه مورد نیاز و نحوه سنجش آنها برای پایش و ارزشیابی برنامه ششم توسعه بخش سلامت

گزاره شاخص	درصد شیوع نابرووری اکتسابی
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input checked="" type="checkbox"/> بیمارستان <input checked="" type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	شیوع رفتارها و فاکتورهای پرریسک
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد زوج های یاروری که میتلايه هریک از نیاروری های اکتسابی هستند}}{\text{تعداد کل زوج های یارور}} * 1000$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	میزان رشد و تکامل همه جانہ کودکان (ECD)
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input type="checkbox"/> پیامد <input checked="" type="checkbox"/>
حیطه شاخص	ارتقا پیامدهای سلامت
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد کودکانی که رشد و تکامل همه جانیه داشته اند}}{\text{تعداد کل کودکان}} * 100$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

گزاره شاخص	درصد بارداری های برنامه ریزی شده
محل اندازه گیری شاخص	بین المللی <input type="checkbox"/> وزارت بهداشت <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جامع خدمات سلامت <input checked="" type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
نوع شاخص	ورودی و فرآیند <input type="checkbox"/> خروجی <input type="checkbox"/> نتیجه <input checked="" type="checkbox"/> پیامد <input type="checkbox"/>
حیطه شاخص	پوشش خدمات
فرمول / نحوه اندازه گیری	$\frac{\text{تعداد یارداری هایی که یرنامه ریزی شده یوده اند در یکسال}}{\text{تعداد کل کتعداد کل یارداری ها در همان سال}} * 100$
منابع گردآوری داده ها	سامانه های اطلاعاتی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه ها، شبکه های بهداشت شهرستان ها

5. بحث و نتیجه گیری

5.1. بحث

آن چنان که در فصول قبل پرداخته شد، این مطالعه به نوبه خود یکی از اولین مطالعات در حوزه تعیین شاخص های رصد برنامه ششم توسعه می باشد، بدین منظور در مرحله اول ماده های سیاستی برنامه ششم توسعه مورد تحلیل محتوا قرار گرفت و این موارد سیاستی به شکل موضوعات مرتبط مورد طبقه بندی موضوعی قرار گرفت. طبقه بندی موضوعات بدین صورت شکل گرفت :

(۱) بیمه سلامت و تامین مالی سلامت، (۲) منابع انسانی، (۳) فوریت های پزشکی، (۴) دارو، (۵) بهداشت، (۶) مالیات بر سیگار و دخانیات، (۷) مدیریت ارائه خدمت، (۸) شهرک های دانش سلامت، (۹) طب سنتی، (۱۰) پدافند غیر عامل، (۱۱) غربالگری و مشاوره ازدواج، (۱۲) سلامت مادر و کودک.

سپس برای هر کدام از این موضوعات، ذی نفعان مرتبط استخراج و مورد تحلیل قرار گرفت : برای موضوع اول، ۲۳ ذی نفع، برای موضوع دوم، ۱۷ ذی نفع، برای موضوع سوم، ۱۲ ذی نفع، برای موضوع چهارم، ۱۵ ذی نفع، برای موضوع پنجم، ۱۱ ذی نفع، برای موضوع ششم، ۹ ذی نفع، برای موضوع هفتم، ۲۳ ذی نفع، برای موضوع هشتم، ۱۱ ذی نفع، برای موضوع نهم، ۱۱ ذی نفع، برای موضوع دهم، ۶ ذی نفع، برای موضوع یازدهم، ۱۴ ذی نفع، برای موضوع دوازدهم، ۱۴ ذی نفع مشخص و مورد تحلیل قرار گرفتند.

در مرحله بعد جهت استخراج شاخص هایی که بتوانند برنامه ششم توسعه بخش سلامت را ارزیابی نمایند، اهداف و خروجی های مرتبط با هریک از مواد که در تحلیل محتوای مرحله قبل انجام شده بود مورد بررسی مجدد قرار گرفتند. همچنین پایگاههای اطلاعاتی بین المللی حوزه سلامت و علوم اجتماعی نظیر شاخص های اصلی سلامت اتحادیه اروپا (که این شاخص ها در پنج دسته عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی-اقتصادی، وضعیت سلامت، عوامل تعیین کننده سلامت، مداخلات سلامت: خدمات سلامت، ارتقاء سلامت تقسیم بندی می شدند)، داشبورد اطلاعاتی شاخص های سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت شاخص های اولیه جهت ارزیابی برنامه ششم توسعه سلامت با در نظر گرفتن اهداف و خروجی های مورد انتظار هریک از برنامه ها و شاخص های بین المللی سلامت، احصا شدند.

سپس به منظور اعتبار سنجی نهایی شاخص ها ، در پنل خبرگانی که بدین منظور تشکیل گردید ، این شاخص ها مورد قضاوت نهایی قرار گرفت. در این پنل ۲۵ نفر از خبرگان حوزه های مختلف و مرتبط حضور داشته و هریک از شاخص ها با بهره گیری از ۶ استاندارد کلی و ۵۴ معیار مورد بررسی قرار گرفتند و افراد صاحب نظر در هر حوزه به صورت تخصصی شاخص ها را بررسی نمودند. در نهایت ۸۰ شاخص که خبرگان حاضر در پنل به آنها رای حداکثری را داده و بدین شکل نقطه برش ما مورد پوشش قرار گرفته بود، بعنوان شاخص های نهایی تلقی گردیدند.

با توجه به اینکه این مطالعه به تعیین شاخص ها برای یک برنامه سیاست کلان کشوری می پردازد سعی بر آن گردید نتایج این مطالعه با سایر مطالعاتی مورد مقایسه قرار گیرد که در سطح کلان سایر کشورها به تعیین شاخص های رصد پرداخته اند، به برخی از این مطالعات در ادامه پرداخته می شود : مطالعه رابرت وی و همکارانش تحت عنوان "توسعه پایدار چیست؟ اهداف، شاخص ها، ارزش ها و عمل" بر تدوین شاخص های سنجش اهداف توسعه هزاره تاکید می کند و بیان می کند که تنها بیان اهداف نمی تواند به نتیجه برسد و باید شاخص هایی قابل سنجش جهت پایش آنها در سطح بین المللی، ملی و منطقه ای تدوین گردد. این مطالعه شاخص هایی را برای این منظور تدوین کرده و به صورت پایلوت در چند کشور دنیا اجرا نموده است (۸). برخی از شاخص هایی که از مطالعه استخراج شده اند شامل شاخص های مرتبط با سنجش عهد به اجرای سند توسعه پایدار، شاخص های مرتبط با سلامتی و رفاه و شاخص مرتبط با شریط توسعه پایدار زیست محیطی می گردند که زیر مجموعه هر کدام از آنها زیر شاخص های فراوانی تعریف گردیده اند.

در مقایسه می توان گفت دسته بندی شاخص ها در پژوهش کنونی با جزئیات بیشتری به آن پرداخته شده و شاخص های بیشتری را شامل گردیده است.

اونیل باتچاری و همکارانش در مطالعه "ارزیابی عملکرد برنامه های سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط: تدوین چهارچوب قابل اجرا، معتبر و جامع"، از مدل کلی ارزشیابی عملکرد سازمان های سلامت تورنتو استفاده نمودند، این تیم با توجه به متون علمی و تخصصی و با در نظر گرفتن قابلیت اجرای شاخص ها در محیط و امکان سنجش آنها و با رویکرد ۳ بعدی (اعتبار مدل، قابلیت اجرا و قابلیت مقایسه به ارائه مدل ارزشیابی عملکرد به شرحی که در ادامه می آید پرداختند؛ اعتبار مدل: توجه به جنبه های علمی مطرح شده با توجه به بررسی متون، قابلیت اجرا: توجه به داده های موجود، زمینه اطلاعاتی و ساختاری سازمان های سلامت مورد مطالعه و قابلیت مقایسه: برنامه ای که بتوان با استفاده از آن عملکرد سازمان ها را باهم مقایسه نمود (۱۲). شاید به جرات بتوان گفت بهترین مانور این و تاکید پژوهش ذکر شده بر قابلیت عملیاتی بودن شاخص به منظور رصد کامل می باشد که در پژوهش حاضر نیز در پرسشنامه پنل خبرگان قابلیت اجرایی شاخص ها نیز بصورت کامل مورد سنجش و قضاوت خبرگان قرار گرفت و در نهایت ۸۰ شاخصی که مورد استخراج قرار گرفتند از لحاظ قابلیت عملیاتی بودن رصد در سطح مناسب قرار داشتند.

در مطالعه ای به منظور ارزشیابی عملکرد بیمارستان با بهره گیری از نظرات مدیران بیمارستان، برای هریک از واحد ها بر اساس چهار بعد روش BSC شاخص هایی تدوین شد و در نهایت برای تایید و تصویب نهایی شاخص ها از پانل متخصصان بهره گرفته شد و شاخص ها بعد از نظرسنجش در پانل، مورد اصلاحات قرار گرفتند و جهت استفاده در بیمارستان ابلاغ شدند (۲۳). که چنین متدولوژی نیز برای مطالعه کنونی نیز مورد استفاده قرار گرفت و طی پنی ۸۰ شاخص رصد کلان مورد توافق نهایی و حداکثری خبرگان قرار گرفت.

در مطالعه ای تحت عنوان "تدوین شاخص های مالی برای سنجش عملکرد مالی بیمارستان"، با مطالعه و مرور متون ابتدا ۳۷ شاخص شناسایی شد، سپس این گروه به هریک از شاخص ها بر اساس سه معیار "قابلیت اجرا"، "اهمیت" و "مفید بود" امتیاز دادن و پس از تحلیل ۳۷ شاخص به ۱۳ شاخص تبدیل شدند. ۱۳ شاخص با توجه به فرآیند های مالی بیمارستان و توسط گروه فنی مشاوران دسته بندی شدند و هریک از این شاخص ها به طور شفاف تعریف شد. در نهایت منبع جمع آوری هر داده و شیوه محاسبه آن تدوین و جهت استفاده در بیمارستان ابلاغ شدند (۲۴). تفاوتی که در پژوهش کنونی با مطالعه فوق وجود داشت، ابتدا پژوهشگران میبایستی سند سیاستی را مورد تحلیل محتوا قرار می دادند که بتوان موضوعات و شاخص ها را پیشنهاد داد، در حالیکه در مطالعه اشاره شده در بالا شاخص ها بصورت شفاف موجود بوده و به صراحت مورد سنجش خبرگان قرار گرفته است این در حالیست که شاخص های ابتدایی برای برنامه ششم توسعه بصورت صریح ذکر نشده بود و محقق میبایست سند را مورد تحلیل سیاستی قرار می داد.

آن چنان که مشخص است، با استفاده از ۸۰ شاخص نهایی شده، می توان به خوبی برنامه ششم توسعه کشور را پایش و ارزیابی نمود و خود می تواند راهگشای سیاستگذاران و سیاستمداران حوزه کلان سلامت کشور در راستای تدوین برنامه هفتم توسعه قرار گیرد تا بتوان برنامه ای را تدوین نمود که به سادگی و با قابلیت اجرای مناسب قابل رصد کردن باشد. پیشنهاد می گردد برای تدوین سندهای کلان سیاستی، بندها و مواد برنامه ای به گونه ای طراحی گردند که میزان پیشرفت آنها و نیز برنامه بطور کامل و یکجا قابلیت پایش و رصد را داشته باشد و از این بتوانند سیاستگذاران به برنامه ریزی درست و اصلاح انحرافات از برنامه بپردازند.

5.2. نتیجه گیری

بررسی و ارزیابی پیشرفت برنامه ششم توسعه با توجه به کلیات و جزئیاتی که دربردارد، می تواند شامل شاخص های بسیار جزئی تا شاخص های کلان باشد؛ به همین ترتیب این شاخص ها در سطوح اجرایی خرد با سطوح کلان و سیاست گذاری می توانند متفاوت باشند. به همین دلیل وقتی بحث از شاخص های ارزیابی برنامه ششم به میان می آید، با توجه به سطح ارزیابی کننده شاخص، تعداد آنها متفاوت می باشد، به عبارتی جنس و تعداد شاخص ها در لایه های مختلف سازمانی (مراکز ارائه خدمت، دانشگاه ها، وزارت، ...) متفاوت می باشد. حالت مطلوب آن است که تدوین شاخص ها برای هر سطح به صورت جداگانه و به صورت تخصصی انجام شود. به نظر می رسد این از وظایف شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت و سازمان مدیریت و برنامه ریزی ریاست جمهوری باشد. در این مطالعه سعی شد با آگاهی از این موضوع، بحث تخصصی بودن و سطح اندازه گیری و احصا شاخص تا حدی در تدوین شناسنامه ها در نظر گرفته شود. اما پیشنهاد می شود که مطالعاتی به بررسی شاخص ها در لایه های خرد و اجرایی بپردازند. در ادامه به عنوان نتیجه گیری، راهکارهای اجرایی زیر پیشنهاد می گردد:

- ارزیابی شاخص های سنجش پیشرفت برنامه ششم به صورت تخصصی و توسط واحدهای مرتبط؛
- قرار دادن الزامات و پاسخگو نمودن واحدها و نهادهای ذیربط جهت گزارش شاخص ها به صورت دوره ای؛
- تدوین شاخص ها به صورت لایه بندی شده (از سطح اجرایی تا سطح کلان)؛
- تدوین داشبورد اطلاعاتی شاخص های اصلی سلامت و به روز نگاه داشتن اطلاعات آن؛
- بهره گیری از ظرفیت های نیروی انسانی شاغل در مراکز ارائه خدمات سلامت در سطوح اجرایی جهت تولید داده های مورد نیاز و اساسی؛
- تدوین برنامه ها و سیاست های توسعه در سالهای آتی با توجه به روند شاخص های مرتبط گذشته.

در پایان تعداد ۳۰ شاخص به عنوان شاخص های کلان رصد برنامه ششم توسعه، جهت بهره گیری در سطح سیاست گذاری کلان پیشنهاد می گردد:

ردیف	عنوان شاخص
۱	میزان امید به زندگی
۲	میزان بار ناشی از بیماری ها و عوامل خطر (به تفکیک بیماری ها و نوع عامل خطر)
۳	درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی
۴	درصد مواجهه با هزینه های کمرشکن بخش سلامت
۵	تراکم پزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
۶	تراکم نیروی انسانی پرستاری و مامایی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
۷	تراکم دندانپزشکان (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
۸	تراکم کارکنان بهداشت محیط و عمومی (هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)
۹	میزان تطابق جذب نیروی پزشک متخصص با الگوی بیماری های کشور
۱۰	درصد افزایش تعداد مراکز آموزشی و مجتمع های آموزشی عالی سلامت تاسیس شده نسبت به کل تعداد مورد نظر
۱۱	درصد دانشگاه هایی که اعتباربخشی بین المللی آنها مورد تایید قرار گرفته است
۱۲	نسبت اعضای هیات علمی آموزش دیده در زمینه ارزیابی صلاحیت حرفه ای
۱۳	درصد مرگ و میرهای قابل اجتناب در اورژانس پیش بیمارستانی
۱۴	میانگین قیمت مصرفی داروهای ژنریک
۱۵	میزان دسترسی به داروهای ژنریک
۱۶	میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت های ناخواسته (در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)
۱۷	درصد دسترسی به سبد مطلوب غذایی ایمن و سالم (به تفکیک استانداردهای ایمنی مواد غذایی)
۱۸	سهم مالیات سلامت از کل مالیات سیگار و دخانیات
۱۹	درصد پوشش پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور
۲۰	میزان مراجعه به پزشک متخصص از طریق نظام ارجاع
۲۱	میزان تجویز داروهای ژنریک
۲۲	نسبت تخت به ۱۰۰۰ نفر جمعیت
۲۳	درصد تولید داروهای معتبر بین المللی تولید داخل به کل بازار
۲۴	درصد افزایش تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در Scopus و Pub med
۲۵	تعداد شرکت های دارویی دانش بنیان خصوصی شکل گرفته در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک
۲۶	میزان پوشش خدمات مشاوره و آزمایشگاهی ژنتیک
۲۷	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (هزاران نفر)
۲۸	میزان مرگ و میر نوزادان زیر یکسال (هزاران نفر)
۲۹	میزان مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول (هزاران نفر)
۳۰	نسبت مرگ و میر مادران (در ر ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده)

5.3. پیشنهادات برای پژوهش های آتی

- (۱) چارچوب تدوین شاخص های مناسب برای سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری
- (۲) چگونگی تعمیم شاخص های استخراج شده از این پژوهش به برنامه آینده هفتم توسعه
- (۳) تعیین چارچوب حمایت طلبی از قوه مقننه برای تدوین برنامه های کلان و قابل رصد حوزه سلامت
- (۴) تدوین شاخص های برنامه ششم توسعه به صورت سطح بندی شده

منابع

۱. Jadoo SAA, Aljunid SM, Sulku SN, Al-Dubai SAR, Puteh SEW, Ahmed Z, et al. Health system reform from the people's point of view: Development of reliable and valid questionnaire. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*. 2013;13(2).
۲. Mossialos E. Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health economics*. 1997;6(2):109-16.
۳. Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*. 2015;385(9974):1230-47.
۴. Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC health services research*. 2013;13(1):367.
۵. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;321(7262):694.
۶. El-Zanaty F, Way AA. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. 2001.
۷. Organization WH. *World health statistics 2015: World Health Organization*; 2015.
۸. اربابی ح، مهدوی، صدیق، انوشیروان. ارزشیابی برخی از شاخصهای و نشانگرهای بهداشتی درمانی کشور در دو مقطع اول انقلاب و سال ۱۳۷۹. فصلنامه اندیشه پاک بسیج اساتید استان اردبیل. ۲(۳):۲۳-۷.
۹. Percy JN, Keppel KG. A summary measure of health disparity. *Public health reports*. 2016.
۱۰. Hák T, Moldan B, Dahl AL. *Sustainability indicators: a scientific assessment*: Island Press; 2012.
۱۱. Murphy KR, Cleveland JN. *Performance appraisal: An organizational perspective*: Allyn & Bacon; 1991.
۱۲. Koziolok H. Performance evaluation of component-based software systems: A survey. *Performance Evaluation*. 2010;67(8):634-58.
۱۳. حبیبی، ایزانلو، بلال، خدایی. کاربرد تحلیل عاملی در تعیین وزن گویه ها در مقایسه با روش وزن دهی با مقادیر ثابت در اندازه گیری های روانی-تربیتی. فصلنامه اندازه گیری تربیتی. ۲۰۱۲؛ ۳(۹):۱۰۴-۸۱.
۱۴. Kramers PG. The ECHI project: health indicators for the European Community. *The European Journal of Public Health*. 2003;13(suppl_1):101-6.
۱۵. Organization WH. *Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability*. 2011.
۱۶. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006;18(suppl_1):5-13.
۱۷. Bauer G, Davies JK, Pelikan J, Group ETW, Consortium TE. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health promotion international*. 2006;21(2):153-9.
۱۸. Bidani B, Ravallion M. Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of econometrics*. 1997;77(1):125-39.
۱۹. ترکمن‌نژاد ش، شریف، پور ن، اشکان ا، ملکی، ریاحی. ارزشیابی شاخص های عدالت در سلامت در ایران. مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۲؛ ۲۱:۴-۳۱.
۲۰. Organization WH. *National health inequality monitoring: a step-by-step manual*. 2017.

۲۱. Kates RW, Parris TM, Leiserowitz AA. What is sustainable development? Goals, indicators, values, and practice. *Environment*(Washington DC). 2005;47(3):8-21.
۲۲. Baker GR, Pink GH, editors. A balanced scorecard for Canadian hospitals. *Healthcare Management Forum*; 1995: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
۲۳. Raeisi AR, Yarmohammadian MH, Bakhsh RM, Gangi H. Performance evaluation of Al-Zahra academic medical center based on Iran balanced scorecard model. *Journal of education and health promotion*. 2012;1.
۲۴. Pink GH, Holmes GM, D'Alpe C, Strunk LA, McGee P, Slifkin RT. Financial indicators for critical access hospitals. *The Journal of Rural Health*. 2006;22(3):229-36.
۲۵. Bhattacharyya O, Mossman K, Ginther J, Hayden L, Sohal R, Cha J, et al. Assessing health program performance in low-and middle-income countries: building a feasible, credible, and comprehensive framework. *Globalization and health*. 2015;11(1):51.
۲۶. Organization WH. *Framework and standards for country health information systems*. 2008.