



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 20, Issue 2 (Spring 2018), 179-416 Social Determinants of Health Supplement

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

تعیین و اولویت‌بندی شاخص‌های دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی

جلیل کوهپایه‌زاده اصفهانی^{*۱} (M.D-MPH)، سید سعید کسائیان^۲ (M.D)

۱- مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۲/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۱۱

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۳۲۲۲۷۸ saeedkassaeian@gmail.com

چکیده

هدف: پوشش همگانی سلامت گامی مهم در راستای دستیابی و بهره‌مندی همگانی از خدمات سلامت می‌باشد. برای سنجش پوشش همگانی سلامت، نیاز به شاخص‌های مناسب می‌باشد. این مطالعه به منظور انتخاب شاخص‌های اولویت‌دار جهت استفاده برای سنجش پوشش همگانی سلامت انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه کیفی می‌باشد. جمعیت پژوهش، کارشناسان خبره کشور بودند و نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گرفت. مطالعه در سه مرحله انجام گرفت. در مرحله اول با بررسی متون مربوط به شاخص‌های بین‌المللی و داخلی و استفاده از نظر خبرگان، ۳۹۳ شاخص که مرتبط با پوشش همگانی سلامت بود، انتخاب گردید و موارد تکراری حذف گردید. در مرحله دوم با استفاده از منابع معتبر مثل سازمان بهداشت جهانی، اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development Goals) و هزاره (Millennium Development Goals) سازمان ملل و ۱۰۰ شاخص اصلی سلامت (100 - Core Health Indicators) و نیز استفاده از نظر کارشناسان خبره ۴۰ شاخص جهت نظرسنجی نهایی انتخاب گردید و در مرحله سوم با استفاده از نظرات ۴۷ نفر از کارشناسان خبره رتبه‌بندی جهت این ۴۰ شاخص انجام گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این مطالعه، مهم‌ترین شاخص‌های پوشش همگانی سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران به ترتیب میزان مرگ مادران باردار، میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال، امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر نوزادان، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال، میزان قند خون بالا در بالغین، میزان دسترسی به آب سالم، میزان مرگ به دلیل سرطان و پوشش بیمه همگانی بود. همچنین در رتبه‌بندی به‌دست آمده طبق کتاب سیمای سلامت ایران در شاخص‌های جمعیتی، مرگ زنان باردار؛ در شاخص‌های بیماری‌ها، میزان پوشش واکسیناسیون؛ در شاخص‌های پوشش خدمات سلامت دسترسی به آب سالم؛ و در شاخص‌های نظام سلامت میزان پوشش بیمه همگانی حائز اولویت اول بودند.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، تا تعیین دقیق تر اولویت بندی، باید به ده شاخص اول (بین ۴۰ شاخص) رتبه بندی و شاخص اول هر یک از حیطه های جمعیت و مرگ و میر، بیماری‌ها و عوامل خطر، پوشش خدمات سلامت، و نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت برای رسیدن به اهداف پوشش همگانی توجه بیشتری شود.

واژه‌های کلیدی: پوشش همگانی سلامت، اولویت‌بندی، شاخص، ایران

مقدمه

همواره از اهداف دولت‌ها می‌باشد [۱]. در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت برای رسیدن به این هدف راهکار سلامت برای همه (Primary Health Care, PHC) را به کار برد که بر

تامین و حفظ و ارتقا سلامت مردم همراه با دسترسی به خدمات اولیه و اساسی سلامت با تحمل کم‌ترین بار مالی

اساس اساس‌نامه سازمان بود. در سال ۲۰۰۸ تأکید روی پوشش همگانی سلامت داشت [۲].

پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage, UHC) بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند. پوشش همگانی سلامت سه جنبه هزینه خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات، و افراد تحت پوشش خدمات سلامت را در بر می‌گیرد [۳].

عوامل بسیاری در استقرار موفق پوشش همگانی سلامت موثر هستند که عبارتند از: تعهد سیاسی و مالی، خدمات عام‌المنفعه، سازمان‌های فعال جامعه مدنی، ظرفیت فنی برای تولید و بهره‌گیری از شواهد پژوهش، رشد اقتصاد [۴].

مفاهیم تعیین‌کننده پوشش همگانی عبارتند از اتخاذ یک تصمیم مناسب در زمینه تعهد به دسترسی کلیه جمعیت به خدمات سلامت مورد نیاز، عدالت در دسترسی به کلیه خدمات سلامت بر حسب نیاز و همچنین حداقل بار مالی در هزینه سلامت تحمیل شده [۵، ۶]. در خصوص پوشش افراد ایده‌آل، پوشش تمامی افراد جامعه می‌باشد. در خصوص پوشش خدمات سلامت ایده‌آل، پوشش کلیه مداخلات پیشگیری و درمانی و توان‌بخشی با بالاترین استاندارد می‌باشد، و در خصوص حفاظت در برابر خطر مالی ایده‌آل، عدم ایجاد مشکل مالی بحرانی برای بیمار می‌باشد [۷].

برنامه پوشش سلامت در ایران با برنامه‌هایی مثل قانون الزام بیمه تامین اجتماعی کارگران، بیمه‌های خدمات درمانی و بیمه سلامت اجباری، ملزم بودن به اجرای قوانین سازمان بهداشت جهانی، طرح گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان کشور، طرح پزشک خانواده و نهایتاً طرح تحول نظام سلامت از سال‌ها پیش تأکید شده است [۴، ۱۰-۸].

با توجه به اهمیت برنامه پوشش سلامت، پوشش همگانی سلامت از سال ۲۰۰۸ مورد تأکید قرار گرفته است و شاخص‌های (MDG) Millenium Development Goals و

اهداف این طرح (UHC) تعیین گردیده است [۱۱، ۱۲].

سیاست‌گذاران جهت پاسخگویی جهت سنجش برنامه‌های خود نیاز به ابزار دارند که یکی از این ابزارها شاخص می‌باشد، تدوین شاخص یک جزء کلیدی در سنجش عمل‌کرد می‌باشد [۱۳].

در این راستا اقدامات مختلفی در کشور و دنیا در خصوص جمع‌آوری شاخص‌های سلامت انجام گرفته است که تعدادی از آن‌ها مثل گزارشات سالانه سازمان بهداشت جهانی، گزارشات سالانه بانک جهانی، شاخص ملی سلامت ایران، سند ملی پیشگیری بیماری‌های غیر واگیر و تعدادی دیگر می‌باشد [۱۴-۱۷]. لیکن در خصوص جمع‌آوری شاخص‌های سلامت در پوشش همگانی سلامت اقدامات محدودتری انجام گرفته است که شامل گزارش سازمان جهانی بهداشت می‌باشد [۱۸]. در ضمن در خصوص اولویت‌بندی این شاخص‌ها نیز اقدامات محدود می‌باشد به‌طور مثال در ایران اولویت‌بندی در خصوص نقشه تحول نظام سلامت توسط حقدوست و همکاران انجام گرفته است [۱۹].

باتوجه به اهمیت پوشش همگانی سلامت در دنیا و ایران و همچنین محدودیت منابع مالی جهت پوشش انواع خدمات سلامت و همچنین مشکلات مالی بیماران در پرداخت هزینه‌های سلامت، انتخاب و اولویت‌بندی شاخص‌های سلامت با نظر کارشناسان خبره به نظر اهمیت دارد. به همین دلیل تصمیم گرفته شد این تحقیق انجام گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک نوع مطالعه کیفی می‌باشد که در خصوص شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های مورد نیاز جهت پوشش همگانی سلامت در ایران اقدام نموده است. در این مطالعه جامعه مورد پژوهش ما کارشناسان خبره کشور هستند و نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گرفت. مطالعه مربوطه در ۳ مرحله انجام گرفت.

خصوصیت مدنظر بود، افرادی که حداقل ۵ سال در حوزه‌های ستادی وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها مشغول به کار باشند و مدارک بالای فوق لیسانس داشته باشند و شاخص‌های سلامت و حوزه سلامت و بهداشت را کاملاً مسلط باشند و دسترسی به آن‌ها خیلی مشکل نباشد و قرار شد به هر شاخص نمره ۱ تا ۵ داده شود که نمره ۱ پایین‌ترین نمره برای هر شاخص و نمره ۵ بالاترین نمره برای هر شاخص باشد که به این ترتیب هر شاخص می‌توانست با توجه به نظر کارشناسان نمره‌ای بین ۱۰ تا ۵۰ را بگیرد. در ضمن شاخص‌ها بر اساس کتاب شاخص‌های سیمای سلامت جمهوری اسلامی ایران به ۴ زیر شاخه شاخص‌های جمعیتی و مرگ و میر، شاخص‌های بیماری‌ها و عوامل خطر، شاخص‌های پوشش خدمات سلامت و شاخص‌های نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت [۳۳] هم رتبه‌بندی شدند. با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20.0 شاخص‌های آماری شامل میانگین و انحراف معیار و درصدها محاسبه گردید.

نتایج

از ۵۳ نفری که چک‌لیست برای آن‌ها ارسال شد، ۴۷ نفر آن را تکمیل و عودت دادند، ۹۰ درصد آن‌ها سابقه کار بالای ۲۵ سال در وزارت بهداشت یا سازمان‌های مرتبط با آن داشتند و ۸۰ درصد مرد بودند. ۱۷ نفر سابقه ریاست یا معاونت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور یا مدیر کل را در حوزه‌های وزارت بهداشت داشتند و ۳۰ نفر سابقه حضور در واحدهای سیاست‌گذاری یا مدیریت شبکه و مرکز بهداشت و بیمارستان کشور را داشتند. مدرک تحصیلی ۳۳ نفر PhD یا MPH یا تخصص پزشکی بود و ۱۴ نفر دارای مدرک تحصیلی پزشکی عمومی یا فوق لیسانس بودند.

مهم‌ترین شاخص‌های پوشش همگانی سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران به ترتیب میزان مرگ مادران باردار، میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال، امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر نوزادان، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال، میزان قند خون بالا در بالغین، میزان دسترسی به آب

مرحله اول: بررسی جامع و هدفمند در منابع خارجی و داخلی که دارای شاخص جهت سلامت بودند انجام گرفت. این منابع شامل کتب، گزارشات، مقالات مختلف بود [۴، ۱۱، ۱۲، ۳۵-۱۴].

شاخص‌های فوق بعد از مطالعه و ترجمه و مطالعه چگونگی محاسبه با ۳ وجه مربوط به پوشش همگانی سلامت شامل پوشش جمعیت، گستره خدمت، محافظت مالی از هزینه سلامت و هم‌چنین اهمیت، موارد تکراری یا مشابه بودن به ۳۹۳ شاخص رسیدند. (در این مرحله با کارشناسان خبره شامل افرادی که در نظام سلامت کشور تجربه سال‌ها خدمت داشتند و هم‌چنین مدارک تحصیلی مرتبط با حوزه سلامت و بهداشت داشتند مشورت گردید تا تمامی شاخص‌هایی که به این سه وجه نزدیک بودند انتخاب گردد).

مرحله دوم: شاخص‌های به دست آمده از مرحله اول مجدداً به بحث با کارشناسان خبره قرار گرفت و با استفاده از نظر کارشناسان خاص در هر حوزه (به‌طور مثال در حوزه پوشش خدمات بیماری‌های غیرواگیر با کارشناسان این حوزه در وزارت بهداشت اولویت‌بندی اولیه شاخص‌ها انجام گرفت) ۷۱ شاخص انتخاب گردید که در خصوص زیاد بودن شاخص برای انجام دلفی و تکمیل گردیدن چک‌لیست مجدد با کارشناسان وزارتی مشورت گردید و نهایتاً ۴۰ شاخص انتخاب گردید.

در خصوص فرم جمع‌آوری اطلاعات شاخص‌ها که شامل ۴۰ شاخص جهت اندازه‌گیری بود، نیاز به ملاک جهت وزن‌دهی بود که با مطالعه منابع و استفاده از نظر کارشناسان ۱۰ عامل وزن‌دهی انتخاب گردید، که شامل راحتی فهم، امکان‌پذیر بودن، اهمیت کنونی، اهمیت شاخص تا سال ۱۴۰۴، قابل اندازه‌گیری بودن، حساسیت، قابل پایش بودن، معتبر و پایا بودن، جامع بودن و قابل قبول بودن شاخص بود [۱۳، ۲۰، ۲۱، ۳۶].

مرحله سوم: باروش دلفی و استفاده از چک‌لیست تهیه شده ۴۰ شاخص با ۱۰ معیار وزن‌دهی انتخاب شده به خبرگان کشوری داده شد. در انتخاب خبرگان کشوری چند

پوشش خدمات سلامت به ترتیب میزان دسترسی به آب سالم، میزان بروز تولد کم‌وزن در موقع تولد، نسبت زایمان سزارین و در زیر شاخه نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت به ترتیب پوشش بیمه همگانی، درصد هزینه سلامت از تولید ناخالص ملی، درصد پرداخت از جیب مردم در سلامت در بخش دولتی بوده است (جدول ۱).

سالم، میزان مرگ به دلیل سرطان و پوشش بیمه همگانی بوده است. مهم‌ترین اولویت در زیر شاخه جمعیتی و مرگ و میر به ترتیب میزان مرگ زنان باردار، امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ نوزادان، در زیر شاخه بیماری‌ها و عوامل خطر به ترتیب میزان پوشش واکسیناسیون زیر ۵ سال، میزان قند خون بالا در بالغین، میزان فشارخون بالا در بالغین، در زیر شاخه

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمرات هریک از شاخص‌ها، رتبه در کل شاخص‌ها، و رتبه در هر حیطه از دیدگاه خبرگان نظام سلامت

حیطه شاخص	نام شاخص	میانگین و انحراف معیار	رتبه در حیطه	رتبه در کل شاخص‌ها	
بالمین و مرگ و میر	میزان مرگ زنان باردار	۴۶/۵±۰/۲	۱	۱	
	امید به زندگی در بدو تولد	۴۳±۰/۴	۲	۳	
	میزان مرگ نوزادان	۴۲/۹±۰/۲	۳	۴	
	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۴۲/۶±۰/۲	۴	۵	
	میزان مرگ کودکان زیر ۱ سال	۴۲/۴±۰/۲	۵	۸	
	میزان مرگ بدلیل سرطان	۴۱/۹±۰/۲	۶	۹	
	میزان مرگ ۱۵ تا ۶۰ سال	۴۰/۳±۰/۲	۷	۱۴	
	میزان مرگ بدلیل بیماری قلبی	۴۰/۲±۰/۳	۸	۱۵	
	میزان مرگ بدلیل دیابت	۳۸/۹±۰/۳	۹	۱۷	
	میزان مرگ بدلیل سل	۳۸/۷±۰/۳	۱۰	۱۸	
	میزان مرگ بدلیل ایدز	۳۸/۱±۰/۳	۱۱	۲۲	
	میزان مرگ بدلیل مالاریا	۳۵/۶±۰/۲	۱۲	۳۱	
	بیماری‌ها و عوامل خطر	میزان پوشش واکسیناسیون زیر پنج سال	۴۵/۵±۰/۳	۱	۲
		میزان قند خون بالا در بالغین	۴۲/۶±۰/۴	۲	۶
		میزان فشارخون بالا در بالغین	۴۱/۴±۰/۳	۳	۱۱
میزان شیوع اضافه وزن و چاقی		۴۰/۴±۰/۲	۴	۱۳	
میزان بروز سل		۳۷/۶±۰/۲	۵	۲۶	
میزان بروز ایدز		۳۶/۳±۰/۳	۶	۲۹	
مورد جدید بیماری قابل پیشگیری با واکسن		۳۵/۸±۰/۴	۷	۳۰	
میزان استعمال دخانیات بالای ۱۵ سال		۳۵/۶±۰/۲	۸	۳۲	
میزان بروز مالاریا		۳۵/۵±۰/۲	۹	۳۳	
مورد جدید بیماری‌های قابل گزارش		۳۴/۶±۰/۳	۱۰		
میزان دسترسی به آب سالم		۴۲/۵±۰/۶	۱	۷	
پوشش خدمات سلامت		میزان بروز تولد نوزادان کم وزن در موقع تولد	۴۰/۵±۰/۲	۲	۱۲
	نسبت زایمان سزارین	۳۹/۴±۰/۲	۳	۱۶	
	پوشش مراقبت زنان باردار	۳۸/۵±۰/۲	۴	۱۹	
	نسبت زایمان انجام شده توسط فرد دوره دیده	۳۸/۴±۰/۲	۵	۲۰	
	میزان دسترسی به فاضلاب سالم	۳۷/۷±۰/۶	۶	۲۵	
	میزان دسترسی به هوای سالم	۳۷/۵±۰/۵	۷	۲۷	
	میزان باروری نوجوانان	۳۴/۲±۰/۳	۸	۳۷	
	میزان استفاده وسایل مدرن تنظیم خانواده	۳۱/۱±۰/۲	۹	۴۰	
	نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت	پوشش بیمه همگانی	۴۱/۷±۰/۶	۱	۱۰
		درصد هزینه سلامت از تولید ناخالص ملی	۳۸/۲±۰/۵	۲	۲۱
درصد پرداخت از جیب مردم در سلامت در بخش دولتی		۳۸±۰/۵	۳	۲۳	
بار بیماری‌های با بار بالا		۳۷/۹±۰/۶	۴	۲۴	
تعداد نیروی انسانی بخش سلامت به جمعیت		۳۷/۴±۰/۵	۵	۲۸	
میزان رضایت گیرنده خدمت		۳۵/۲±۰/۳	۶	۳۴	
درصد افرادی که بیشتر از ۴۰ درصد مخارج امرار معاش خود را خرج هزینه سلامت می‌کنند		۳۴/۳±۰/۵	۷	۳۶	
درصد افرادی که بیشتر از ۴۰ درصد مخارج غیر غذایی خود را خرج هزینه سلامت می‌کنند		۳۳/۷±۰/۴	۸	۳۸	
درصد افرادی که بیشتر از ۲۵ درصد مخارج خود را خرج هزینه سلامت می‌کنند		۳۲/۹±۰/۵	۹	۳۹	

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد مهم‌ترین شاخص‌های پوشش همگانی سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران به ترتیب میزان مرگ مادران باردار، میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال، امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر نوزادان، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال بوده است.

در مطالعه حقدوست و همکاران تحت عنوان تعیین شاخص‌های ارزیابی نقشه تحول نظام سلامت کشور انجام شده پرسش‌نامه حاوی ۲۴ سوال بود که هر سوال مربوط به یک شاخص بود که توسط خبرگان تعیین شده بود (بر اساس منابع داخلی و خارجی). و در خصوص تسهیل نمره‌دهی ۹ شاخص قابل اندازه‌گیری بودن، جامع بودن، حساسیت، راحتی فهم، اهمیت کنونی، اهمیت تا سال ۱۴۰۴، مقبولیت، فراهم بودن ساختار لازم برای اندازه‌گیری، قابل کنترل بودن انتخاب گردیده بود. در این مطالعه ۳۴ نفر پرسش‌نامه را تکمیل کردند که ۲۰ درصد آن‌ها وزیر یا معاون وزیر بودند و نهایتاً بعد از اولویت‌بندی سه شاخص امید زندگی در بدو تولد، مرگ و میر نوزادان و مرگ و میر مادران به‌عنوان سه اولویت اول انتخاب شدند [۱۹].

مرگ زن باردار در مدت بارداری تا ۴۲ روز بعد از زایمان به هر علتی به جز حوادث، مرگ و میر زنان باردار (Maternal Mortality Rate, MMR) تلقی می‌شود [۳۵]. میزان مرگ و میر زنان باردار در این مطالعه به‌عنوان اولویت اول انتخاب شده است. میزان مرگ و میر زنان باردار همواره به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت بوده است که در تمامی مهم‌ترین منابع اطلاعاتی مثل MDG، SDG، WHO، 100-Core Health Indicator و تعدادی دیگر از منابع معتبر آمده است [۳۵، ۱۲، ۱۱]. مرگ زنان باردار معمولاً به دو دلیل مستقیم و غیرمستقیم می‌باشد. مرگ مستقیم به دلیل فرایندی است که در طول دوران بارداری و زایمان روی می‌دهد مثل خونریزی دوران زایمان و فشارخون دوران بارداری [۳۵]. مرگ غیر مستقیم به دلیل فرایندی است که قبلاً فرد بیماری داشته و با بارداری تشدید گردیده است. مثل

مشکلات قلبی قبلی و بارداری، در هر دو صورت شاخص مربوطه چون شاخص نهایی بسیاری از شاخص‌های سلامت می‌باشد مثل (مراقبت دوران بارداری، انجام زایمان توسط فرد دوره دیده، میزان مشکلات تغذیه در دوران بارداری، وجود تسهیلات زایمانی در منطقه، سهم بیماران از پرداخت از جیب در بخش سلامت، میزان بروز و شیوع بیماری‌های غیر واگیر، سواد زنان، درآمد خانوارها و شاخص‌های مهم دیگر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت)، می‌تواند شاخص بسیار مهمی باشد [۳۵] که در مطالعه ما رتبه اول را به‌دست آورد. در مطالعه حقدوست و همکاران این شاخص رتبه سوم را داشت که بعد از امید به زندگی در بدو تولد و میزان پوشش بیمه همگانی بود [۱۹]. در ۱۰۰ هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یکی از ۱۰۰ هدف اصلی بوده است [۱۱]. هم‌چنین یکی از مهم‌ترین اهداف در MDG، SDG هم می‌باشد [۱۲].

اولویت دوم در مطالعه حاضر میزان پوشش واکسیناسیون برای کودکان زیر ۵ سال بوده است که شامل واکسیناسیون کامل کزاز، دیفتری، سیاه سرفه، هپاتیت B، فلج اطفال، BCG، هموفیلوس انفلوانزا و MMR (Measles, Mumps, Rubella) بوده است.

علی‌رغم پیشرفت فراوان علم در جهان و دسترسی افزایش یافته به دارو و تجهیزات هم‌چنان سالانه ۱۰ میلیون نفر در دنیا به دلیل بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن فوت می‌کنند که آمار بسیار قابل توجهی می‌باشد [۳۷]. شاخص میزان پوشش واکسیناسیون مثل شاخص مرگ و میر زن باردار شاخص نهایی بسیاری از شاخص‌ها می‌باشد مثل سیستم ثبت تولد، فراهمی تسهیلات و نیروی انسانی واکسیناسیون، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و.... که می‌تواند در صورت انتخاب این شاخص به‌عنوان شاخص پوشش همگانی سلامت در جهت ارتقا شاخص‌های حد واسط هم کمک‌کننده باشد [۳۷]. در ضمن این شاخص به صورت انفرادی هم در شاخص‌ها بوده است مثلاً میزان پوشش سرخک در یک‌سالگی، میزان پوشش واکسیناسیون زیر یک‌سال هپاتیت B، میزان پوشش واکسن فلج ۳ و.... [۳۷]. در مطالعه حقدوست

و همکاران این شاخص جزو شاخص‌های انتخابی نبوده است، که از طرف خبرگان آن مقاله جزو ۲۴ شاخص اصلی نبوده است که شاید به دلیل آن است که در آن مقاله طرح تحول سلامت مدنظر بوده است [۱۹]. در مطالعات شاخص‌های ملی سلامت، سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران جزو شاخص‌های مورد نیاز ذکر گردیده است [۳۳، ۱۶]. هم‌چنین جزو شاخص‌ها و اهداف در Core Health Indicator, 100- MDG, SDG می‌باشد [۱۲، ۱۱].

اولویت سوم شاخص‌های پوشش همگانی سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران در مطالعه حاضر امید به زندگی در بدو تولد می‌باشد. این شاخص نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر می‌باشد که مفیدترین شاخص انفرادی می‌باشد که چکیده مرگ جمعیت را در یک عدد بیان می‌کند [۱۱]. امید به زندگی یکی از اندازه‌های خلاصه سلامت جمعیت می‌باشد که روند تغییرات آن، عمل‌کرد نظام سلامت را نشان می‌دهد و هم‌چنین می‌تواند خروجی نهایی بسیاری از شاخص‌ها باشد مثل میزان مرگ زیر ۵ سال و نوزادان و زیر یک‌سال، میزان مرگ حوادث ترافیکی و..... باشد و از سال ۱۹۹۱ در کنار سواد و تحصیلات و تولید سرانه ناخالص ملی به‌عنوان یکی از ۳ جز شاخص توسعه انسانی (HDI) انتخاب گردیده است که خود شاخص توسعه انسانی از سال ۲۰۰۰ جزو اهداف MDG می‌باشد [۳۹، ۳۸، ۳۷، ۱۲]. در مطالعه حقدوست و همکاران امید به زندگی به‌عنوان دومین شاخص سلامت کشور با توجه به نظر خبرگان انتخاب شده است. [۱۹]. در ضمن این شاخص از شاخص‌های مهم در سیمای سلامت جمهوری اسلامی ایران، شاخص ملی سلامت می‌باشد [۳۳، ۱۶]. از شاخص‌های 100-Core Health Indicator, SDG, MDG می‌باشد [۱۲، ۱۱].

به نظر می‌رسد شاخص ارزیابی و پایش هر برنامه‌ای باید متناسب با سطح عمل‌کرد آن برنامه تنظیم شده باشد. با توجه به مطالعه انجام شده، شاید بتوان ۵ شاخص اول به‌دست آمده در مجموع شاخص‌ها یعنی شاخص‌های میزان مرگ و میر مادران باردار، میزان پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال،

امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر نوزادان و میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و هم‌چنین ۳ شاخص مجزا شده برای ۴ عنوان شاخص‌ها طبق دسته‌بندی کتاب سیمای سلامت ایران که شامل میزان قندخون در بالغین، میزان فشارخون بالا در بالغین، دسترسی به آب سالم، میزان بروز تولد کودک با وزن پایین، نسبت زایمان سزارین، پوشش بیمه همگانی، درصد هزینه سلامت از تولید ناخالص ملی، درصد پرداخت مردم از جیب در بخش دولتی را به‌عنوان شاخص‌های مناسب برای سیاست‌گذاران کشور برای ارزیابی پوشش همگانی سلامت قرار داد.

از محدودیت‌های مطالعه این که تعدادی از خبرگان کلیدی کشور به دلیل مشغله کاری زیاد چک‌لیست را تکمیل نکردند. لذا ممکن است نظرات آن‌ها تغییراتی در شاخص و الویت‌بندی ایجاد کند که نیاز به مطالعه بیشتر دارد.

به طور کلی تا وصول به تعیین و اولویت‌بندی دقیق‌تر، شاخص‌هایی که در رتبه‌بندی انجام شده جزو ۱۰ رتبه اول قرار گرفتند و هم‌چنین ۳ شاخص اول هر یک از ۴ جز جمعیت و مرگ و میر، بیماری‌ها، پوشش خدمات سلامت، نظام سلامت بودند می‌توانند در جهت رسیدن به اهداف مربوط به پوشش همگانی سلامت کمک‌کننده باشند.

تشکر و قدردانی

انجام این تحقیق بدون کمک بی‌شائبه خبرگان کشوری بالاخص آقایان دکتر وثوق مقدم، دکتر جندقی، و کارشناسان مختلف معاونت بهداشتی و معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و همکاری اساتید و کارشناسان محترم وزارت بهداشت مقدور نبود. این مقاله منتج از پایان‌نامه رزیدنتی با همین عنوان مربوط به آقای دکتر سیدسعید کسائیانی در دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق ۹۴/د/۱۰۵/۱۱۵۹ می‌باشد.

منابع

- [19] Haghdoost A, Mohammad al-Hassan M, Khawaja Kazemi. Evaluation indicators, development plan, health system. Hakim 2015; 16: 171-181 (Persian).
- [20] WHO. Research for Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2013.
- [21] Unicef. Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage. New York: unicef; 2013.
- [22] Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium" (PHEIAC). Evaluation of the Use and Impact of the European Community Health Indicators. Europa: European Commission; 2013.
- [23] National Health Research Institute. Health Services Survey. Iran: National Institutes of Health Research; 2014.
- [24] Ministry of Health. Ministry. Health and Population Survey in Iran. Iran: Ministry of Health. 2011.
- [25] WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2016.
- [26] AAAS Science and Human Rights Program. Manual On Environmental Health Indicators and Benchmarks. New York: AAAS; 2013.
- [27] USAID. Indicators for measuring an universal health coverage: A five-country analysis. United states of: USAID; 2012.
- [28] WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010.
- [29] Ministry of Health. Justice Indicators in Iran. Iran: Ministry of Health; 2008.
- [30] Statistical Center for Iran. National health accounts classification in Iran. Iran: statistical Center for Iran; 2009 (Persian).
- [31] WHO. Arguing for universal health coverage. Geneva: WHO; 2014.
- [32] Khosravi A, Motagh A. Health indicators in the Islamic republic of Iran. Iran: National Library of Iran 2012 (Persian).
- [33] Ebadi Fard F, Karimi J. Health Index. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 1995. (Persian).
- [34] WHO, UNICEF, World Bank, Unfpa trend in maternal mortality 1990 to 2013-. Geneva: WHO; 2014.
- [35] USAID. Universal health coverage measurement in a lower-middle-income context: Asenegal case study. United states of: USAID 2014.
- [36] WHO, World bank, UNICEF. State of the world's vaccines and immunization. Geneva: WHO; 2009.
- [37] Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [38] PoorMalek F, Abolhasani F, Naghavi M, Mohamad K, Majdzadeh R, Holakooi K, et al. Direct estimation of life expectancy for population of Iran in year 2003. A.M.U.J 2007; 10; 1-13. (Persian).
- [1] Bump JB. The long road to universal health coverage: a century of lessons for development strategy: USA: Rockefeller foundation; 2010.
- [2] Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. Geneva: WHO; 2014
- [3] Fried ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. Universal health coverage: necessary but not sufficient. Reprod Health Matters 2013; 21: 50-60.
- [4] Islamic republic of Iran's National Institute of Health Research. Universal Health Coverage in Iran. Iran: National Institute of Health Research; 2014.
- [5] Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Geneva: WHO; 2004.
- [6] Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. Lancet 2013; 382: 65-99.
- [7] Temkin LS. Universal Health Coverage: Solution or Siren? Some Preliminary Thoughts. J Appl Phil 2014; 31: 1-22.
- [8] Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. Int J Health Policy Manag 2015; 4: 207-216.
- [9] Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser-provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. Health Policy Plan 2015; 30: 1261-1271.
- [10] Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. Fam Pract 2013; 30: 551-559.
- [11] WHO. Global reference list of 100-core health indicators. Geneva: WHO; 2015.
- [12] United Nations. MDG report 2015. United states of America: un; 2015.
- [13] Ardalan, A-Banar, A-Safi Khani. Compilation of index and performance indicators in health programs. Iran: Azarbarzin 2015 (Persian).
- [14] WHO. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2016.
- [15] WHO, WORLDBANK, UNICEF. State of the world's vaccines and immunization. Geneva: WHO; 2009.
- [16] Malek A, Fzali H, Mohammad K, Marzadeh M, Abdi A. National indicators of health. Iran: kelke dirin; 2003 (Persian).
- [17] Ministry of Health. National non-communicable disease prevention document. Iran: Ministry of Health; 2015 (Persian).
- [18] WHO. Tracking universal health coverage. first global monitoring report-Geneva: WHO; 2015.

Determining and prioritizing indicators of public health coverage in Iran: A qualitative study

Jalil koohpayehzadeh (M.D, MPH)^{*1}, Seyyed saeed kassaeian (M.D)²

1- Professor and Specialist of Community Medicine, Research Center for Preventive Medicine and Population, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Dept. of Social Medicine, Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 9123322278 saeedkassaeian@gmail.com

Received: 16 May 2017; Accepted: 1 Jan 2018

Introduction: Universal health coverage is an important step towards achieving and benefiting from health services. To measure universal health coverage, appropriate indicators are needed. This study was conducted to select priority indicators for use in general health measurements.

Materials and Methods: This study is a qualitative study. The population of the research was experts in the country and the sampling was done purposefully. The study was conducted in three stages. In the first phase, 393 indicators related to public health coverage were selected by reviewing texts related to international and domestic indicators and use of experts' opinion, and duplicates were removed. In the second phase, using valid sources such as *WHO*, *Millenium Development Goals*, and *Sustainable Development Goals of Universal Health Coverage, 100- Core Health Indicators* and using expert opinions, 40 indicators were selected for the final survey. In the third stage, 47 experts ranked these 40 indicators.

Results: The most important indicators of universal health coverage from the viewpoints of experts were death rate of pregnant women, vaccination coverage of children under 5 years old, life expectancy at birth, infant mortality rate, death rate of children under 5 years of age, death rate of children under 1 years of age, high blood sugar levels in adults, access to healthy water, death rates due to cancer and general health insurance. Also in the ranking, according to the *Healt Indicators of Iran*, among demographic indicators, death of pregnant women; among the indicators of diseases, the coverage rate of vaccinations; among the indicators of health coverage, access to healthy water; and among the health system indicators, the amount of public insurance coverage were the first priorities.

Conclusion: In general, until the acquisition, more precise determination and prioritization, the indexes ranked among the top ten among 40 indicators, and also the first priority indicator of each of the four components of population and mortality, diseases and risk factors, the coverage of health services, and the health system should be taken into account in reaching the goals of universal health coverage.

Keywords: Universal Health Coverage, Prioritization, Indicator, Iran