

ارائه مدل برای رتبه‌بندی معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

علی اکبر حقدوست^۱، مژگان امامی^۲، مریم حسین پور^۳، فاطمه رخشانی^۴، محمدحسین مهرالحسنی^۵

^۱استاد، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۲دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی علوم مدیریت (سیاست‌گذاری در سلامت)، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه

علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳دکترای عمومی و MPH، مدیر گروه گسترش، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۴استاد گروه آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۵دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: محمدحسین مهرالحسنی، نشانی: کرمان، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بزرگراه

هفت باغ، تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۴۱۵، پست الکترونیک: mhmhealth@kmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۲۰؛ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۱

مقدمه و اهداف: ارتقاء شاخص‌های بهداشتی، یک موضوع کلیدی در اکثر جوامع می‌باشد. در این راستا، معاونت‌های بهداشتی با تولید، پایش و هماهنگی‌های لازم در راستای ارتقای این شاخص‌ها اقدام می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر، ارائه مدل برای رتبه‌بندی عملکرد معاونت‌ها می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر، از نوع کاربردی و کیفی است که در سال ۱۳۹۱ انجام پذیرفت. گروه تحقیق اولیه متشکل از ۱۲ نفر از خبرگان با توجه به سابقه مدیریتی و تجربه طولانی در معاونت بهداشتی انتخاب شدند. در این مطالعه، ابتدا مرور کتابخانه‌ای و اسنادی صورت گرفت و سپس با جلسات گروه کاری متمرکز و نظرخواهی از خبرگان به تعریف و تعیین شاخص‌های کلیدی پرداخته شد.

یافته‌ها: الگویی متشکل از ۹ معیار فرآیندی (۱۳ شاخص عمومی و ۱۵ شاخص اختصاصی)، جهت رتبه‌بندی معاونت‌های بهداشتی کشور ارائه شد. فرآیندهای عمومی شامل معیارهای رهبری و مدیریت، برنامه‌ها و استراتژی‌ها، منابع و مشارکت‌ها، نیروی انسانی و نظام جامع آمار و اطلاعات و فرآیندهای اختصاصی شامل مراقبت‌های بهداشت اولیه، پزشک خانواده، مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و طرح‌های پایلوت کشوری بود. محدوده نمره شاخص‌ها بین ۱-۸ بود که با شاخص صفر، مقایسه گردیدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که مؤلفه‌ها و شاخص‌های فرآیندی در تعیین وضعیت عملکرد معاونت‌های بهداشتی مؤثرتر بوده و الگوی ارائه‌شده نیز مبتنی بر این موضوع می‌باشد و پیشنهاد می‌گردد که رتبه‌بندی معاونت‌های بهداشتی، هر دو سال یکبار از سوی وزارت بهداشت صورت پذیرد و مؤلفه‌ها و معیارهای فرآیندی این مدل براساس نتایج عملی بهبود یابند

واژگان کلیدی: سیستم سلامت، معاونت‌های بهداشتی، شاخص‌های بهداشتی، بهبود عملکرد، رتبه‌بندی

مقدمه

گرفته است (۳). سیستم ارزیابی عملکرد در سازمان، جهت تعیین وضعیت و بهبود و ارتقاء مستمر کیفیت و سودمندی به‌ویژه در محیط‌های پیچیده و پویا بسیار ضروری است (۴).

یکی از کاربردهای نتایج ارزیابی، در رتبه‌بندی است که به نوبه خود، می‌تواند در اعطای امتیازات به سازمان‌ها نیز تأثیرگذار باشد. از طرف دیگر، رتبه‌بندی در سازمان‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است و می‌تواند به تمامی ذینفعان و تصمیم‌گیرندگان، دیدگاه روشن و شفافیتی از وضعیت سازمان در مقایسه با

تحولات شگرف دانش مدیریت، وجود نظام ارزیابی اثربخش را اجتناب‌ناپذیر نموده است (۱،۲). به‌گونه‌ای که فقدان ارزیابی در ابعاد مختلف سازمان اعم از ارزیابی استفاده از منابع و امکانات، کارکنان، اهداف و استراتژی‌ها، به‌عنوان یکی از علائم و بیماری‌های سازمان قلمداد می‌شود (۲). در این راستا، ارزیابی عملکرد سازمان‌ها در زمره مهم‌ترین برنامه‌های اجرایی دولت قرار

مدل‌های ارزیابی از تکنیک‌های ریاضی همچون الگوی فرآیند تحلیل سلسله مراتبی^۷ استفاده شده است (۹).

یکی از موضوعات کلیدی در کل جوامع که ضرورت ارزیابی عملکرد سازمان را انکارناپذیر می‌سازد، موضوع سلامت است (۱۰)، زیرا عوامل و تغییرات محیطی چون افزایش جمعیت مسن، شیوع بیماری مزمن، ظهور فتاوری‌های جدید و در حال گسترش، افزایش انتظارات عمومی و دسترسی سریع به اطلاعات اینترنتی و غیره، بهبود مستمر عملکرد این بخش را در جهت ارتقاء سلامت ضروری نموده است (۱۱، ۱۲). در این شرایط محیطی، ارتقاء شاخص‌های بهداشتی از قبیل امید به زندگی، مرگ‌ومیر کودکان، مرگ‌ومیر مادران و غیره، بسیار ضروری است (۱۳). لذا ساختاری در نظام بهداشت و درمان ایران به وجود آمده که تولید و مسئولیت پایش و ایجاد هماهنگی‌های لازم برای ارتقای این شاخص‌ها را بر عهده دارد و در سطح استان‌ها، تحت عنوان معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی، تجهیز و راه‌اندازی خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری با نقش‌ها و وظایف جدید، ریشه‌کنی مالاریا، مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، حفظ بهداشت محیط، بهداشت خانواده و بهداشت حرفه‌ای، گسترش شبکه بهداشت و درمان و تأمین نیرو و امکانات لازم برای آن، از جمله مهم‌ترین وظایف این معاونت‌ها می‌باشد (۱۴).

مطالعات بسیاری در خصوص ارزیابی عملکرد سطوح مختلف بخش بهداشت و درمان در سطح دنیا و در ایران صورت پذیرفته است. از جمله، در مطالعه‌ای از جهان مهر و همکاران در سال ۲۰۱۵ به بررسی یک چارچوب مفهومی به واسطه‌ی شناسایی حوزه عملکردی معاونت‌های بهداشتی پرداخت و با تفکر سیستمی، مرور ادبیات و مصاحبه با ذینفعان کلیدی، زنجیره‌ای از نتایج برای عملکرد از قبیل شاخص‌های ورودی، فرآیندی، خروجی و پیامدی استخراج گردید. علاوه، ۵ بعد برای اندازه‌گیری معاونت‌های بهداشتی چون کارایی، اثربخشی، عدالت، دسترسی و بهبود وضعیت سلامت پیشنهاد شد. در نهایت، بعد از مرور متون، بحث‌های جمعی و تجارب سایر کشورها، شاخص‌های مربوط به ۱۱ طبقه‌ی مرگ‌ومیر، بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، مراقبت مادر و کودک، واکسیناسیون، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، نیروی کار بخش سلامت، تسهیلات بخش سلامت، عوامل خطر اقتصادی

سازمان‌های دارای فعالیت مشابه ارائه نماید. این موضوع می‌تواند از ابعاد گوناگون مورد بررسی قرار گیرد. همچون، نحوه و چگونگی استفاده بهینه از منابع در جهت انجام فعالیت‌های اصلی و کسب حداکثر بازدهی در قالب رقابت سالم و استفاده از تجربیات یکدیگر است (۵). از این‌رو نظام‌های رتبه‌بندی متعددی در سطح ملی و بین‌المللی برای ارزیابی و درنهایت رتبه‌بندی ایجاد شده‌اند که در معیارها و شیوه رتبه‌بندی با یکدیگر متفاوت‌اند (۶). به‌عنوان مثال سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO) و کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۲، نظام‌های سلامت خویش را با توجه به گستره‌ای از عملیات و شاخص‌های عملکردی، مقایسه و رتبه‌بندی کرده‌اند (۷).

فرآیند عمومی تدوین نظام ارزیابی عملکرد، شامل انجام مجموعه‌ای از اقدامات با ترتیب و توالی منطقی و هدفمند است (۳). فرآیند ارزیابی عملکرد مستلزم پیمودن گام‌های متعددی است که به شرح ذیل می‌باشد:

- تدوین رسالت، مأموریت‌ها، اهداف کلان و استراتژی‌های سازمان؛
- تدوین و تنظیم شاخص‌های ارزیابی عملکرد؛
- تدوین و برقراری معیار (استاندارد) عملکرد برای شاخص‌های ارزیابی؛
- ابلاغ و اعلام انتظارات و شاخص‌های ارزیابی به سازمان موردنظر؛
- سنجش (اندازه‌گیری) عملکرد واقعی؛
- مقایسه عملکرد واقعی با استانداردهای هر شاخص؛
- اعلام نتایج به ارزیابی‌شونده و بحث در خصوص چگونگی حصول نتایج و اقدام به‌منظور به‌کارگیری عملیات اصلاحی جهت بهبود و توسعه عملکرد سازمان مورد ارزیابی (۸).

مهم‌ترین و متداول‌ترین الگوها و مدل‌های اجرای فرآیند ارزیابی عملکرد عبارت‌اند از: نظام مدیریت کیفیت ایزو^۳، نظام کارت امتیازی متوازن^۴، مدل تعالی سازمان^۵ و نظام مدیریت بر مبنای هدف^۶. لازم به توضیح است که امروزه به‌صورت پیشرفته در کلیه

^۱ World Health Organization (WHO)

^۲ Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

^۳ The International Organization for Standardization (ISO)

^۴ Balanced Score Card (BSC)

^۵ European Foundation for Quality Management (EFQM)

^۶ Management By Objective (MBO)

^۷ Analytical Hierarchy process (AHP)

عملکرد بهتر، مؤثر بوده است. براین اساس جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای با ۱۲۵ شاخص در هفت معیار اصلی رهبری، خطمشی و استراتژی‌ها، منابع، فرآیندها، نتایج کارکنان، نتایج مشتری و نتایج کلیدی عملکرد (با نگاهی به مدل EFQM^۳) به تفکیک حوزه‌های ستادی معاونت استفاده شد. (۲۰).

از آنجاکه بهبود عملکرد معاونت‌های بهداشتی می‌تواند در نهایت منجر به ارتقای شاخص‌های بهداشتی شود، پژوهشگران بر آن شدند، با توجه به نظرات حوزه وزارت بهداشت، مدلی جهت رتبه‌بندی معاونت‌های بهداشتی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ارائه دهند.

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع کاربردی و کیفی است که به سفارش معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهت تدوین مدلی برای رتبه‌بندی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۱ شکل گرفت تا با در نظر گرفتن شرایط جدید، مدلی پایا، ساده و قابل انجام ارائه گردد. در این مطالعه، ابتدا مرور کتابخانه‌ای و اسنادی و سپس تحقیق به‌صورت کیفی و مقطعی انجام پذیرفت و برای جمع‌آوری داده‌ها از جلسات گروه کاری متمرکز و روش نظرخواهی استفاده گردید. گروه تحقیق اولیه متشکل از ۱۲ نفر از افراد کارشناس و خبره بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شدند. شرط ورود به گروه، داشتن سابقه مدیریتی و تجربه طولانی در معاونت بهداشتی و آشنایی با مختصات حوزه بهداشت دانشگاه‌های کشور بود که نگاه جامعی به مباحث بهداشتی داشتند.

در ابتدا، گروه تحقیق تصمیم گرفت تا راهبردهای کلان رتبه‌بندی را تبیین نماید. به همین منظور، یک مرور کتابخانه‌ای از مدل‌های رتبه‌بندی در سایر حوزه‌ها مانند رتبه‌بندی آموزشی و پژوهشی دانشگاه صورت گرفت و واقع‌بینانه نقاط قوت و ایرادات رتبه‌بندی‌های قبلی دانشگاه‌ها بررسی شد. در مرحله بعد، با روش نظرخواهی از افراد صاحب‌نظر در وزارت بهداشت، رسالت، اهداف و فرآیندهای اصلی معاونت بهداشتی به دقت شناسایی و بررسی و براساس آن، شاخص‌های کلان و گسترده انتخاب و تعریف عملیاتی و قابل اندازه‌گیری از آن‌ها با دقت ارائه گردید.

و اجتماعی و تأمین مالی سلامت در ۵۱ شاخص نهایی گردید (۱۵). همچنین، محمدی و مجتهدزاده، از روش کیفی چون گروه کاری متمرکز^۱ و نشست خبرگان^۲ برای تعیین معیارها و شاخص‌های رتبه‌بندی در سطح کشور استفاده نمودند. نتایج این پژوهش، رتبه‌بندی مراکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی در ۵ معیار اصلی حاکمیت و رهبری، برنامه‌ریزی آموزشی، رشد و بالندگی اعضای هیئت‌علمی، ارزشیابی و پژوهش در آموزش بود (۱۶). در تحقیقی در سال ۱۳۹۱، با استفاده از روش‌های بارش افکار و گروه اسمی، معیارها و شاخص‌های موردنیاز برای بررسی ارائه خدمات آموزشی تدوین و در قالب پرسشنامه رتبه‌بندی طراحی گردید. در این راستا، مجموعه‌ای بیش از ۵۰ معیار و شاخص دروندادی، فرآیندی و بروندادی در قالب یک نمودار شاخه درختی تدوین و به‌عنوان یک الگوی عملی برای اصلاح و ارتقای کمی و کیفی در اختیار برنامه ریزان و مسئولان قرار گرفت (۱۷). بهرامی و همکاران نیز پس از انجام چهار راند دلفی، ۱۴ زمینه برای ارزشیابی عملکرد نظام سلامت ایران انتخاب کردند. این زمینه‌ها عبارت بودند از وضعیت سلامت، تولید، دسترسی، مخارج سلامت، تأمین مالی و عدالت، مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های سالمندی و سالمندی جمعیت، کیفیت خدمات، نظام بیمه‌ای، عملکرد بیمارستانی، تحقیق و توسعه، سلامت خصوصی، کارایی و بهره‌وری، فن‌آوری و نظام‌های اطلاعات سلامت و نتایج سلامت. همچنین، در دومین فرآیند دلفی نیز بر روی ۱۷۵ شاخص در زمینه‌های منتخب، اجماع حاصل شد (۱۸).

در مطالعه‌ای از موتل (Mutale) و همکاران در سال ۲۰۱۳، عنوان شده است که در سال‌های اخیر، WHO بر تقویت نظام‌های سلامت با تأکید بر پایه دقیق و با استفاده از رویکردهای گسترده سیستمی اشاره کرده است. در این پژوهش، از روش کارت امتیازی متوازن جهت رتبه‌بندی ۴۲ مرکز بهداشتی در سه منطقه روستایی زامبیا استفاده شد و این نتیجه‌گیری حاصل شد که باوجود بعضی محدودیت‌ها، این ابزار، یک رویکرد مفید برای پایه مداخلات سلامت بوده و در دستیابی به اهداف توسعه هزاره، مفید خواهد بود (۱۹). در مطالعه‌ای که به ارزیابی عملکرد کلیه معاونت‌های پشتیبانی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران پرداخته شد، اشاره شده است که به‌کارگیری مدل‌های تعالی سازمانی و ارزیابی عملکرد دانشگاه‌ها به‌منظور شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های قابل‌بهبود و میزان دستیابی سازمان‌ها به کیفیت و

^۱ Focus Group
^۲ Expert Panel

^۳The European Foundation for Quality Management (EFQM)

یافته‌ها

در این مطالعه، با توجه به مراحل و فرآیند ارزیابی عملکرد و نتایج حاصل از مرور کتابخانه‌ای، اسنادی و تحقیق کیفی، یافته‌ها به ۳ دسته مدل رتبه‌بندی، معیارها و شاخص‌های رتبه‌بندی، تقسیم‌بندی شدند. اصول و راهبردهای لازم جهت پیاده‌سازی فرآیند ارزیابی معاونت‌ها شامل موارد زیر بود:

۱- ساده و روان بوده و برای اجرایی شدن آن نیاز به مقدمات پیچیده نباشد تا امکان انجام متواتر و سریع آن فراهم شده و بتوان نتایج لازم را از آن استخراج و در زمان مناسب از یافته‌ها استفاده نمود.

۲- مبتنی بر اصول و مستندات علمی بوده و با استفاده از دانش روز این حوزه طراحی شود.

۳- مشارکتی بوده و همراهی ستاد وزارت و دانشگاه‌ها را به حداکثر برساند.

۴- مرحله‌بندی شده بوده و باعث گردد تا دانشگاه‌ها افق آینده کار را نیز ببینند و در بستر زمان، زیرساخت‌های ارتقایی خود را فراهم آورند.

۵- به فرآیندهای کلان پرداخته و در بستر این فرآیندها به ورودی‌ها و خروجی‌ها توجه شود. به این شکل با کاستن از جزئیات، استقلال دانشگاه‌ها حفظ گردد.

۶- امکان استفاده از نتایج آن و تلفیق با نتایج رتبه‌بندی سایر حوزه‌های عملکرد دانشگاه‌های کشور، زمینه را برای ایجاد یک نظام واحد و دقیق رتبه‌بندی کلان دانشگاه‌های کشور فراهم آورد.

۷- متناسب با مختصات کشور بوده و بحث ادغام و همچنین توجه به مبانی فرهنگی و اسلامی را به‌خوبی لحاظ نماید.

۸- در جهت افزایش انگیزه کاری دانشگاه‌ها حرکت نموده و به شکلی استانداردسازی صورت پذیرد که انگیزه دانشگاه‌های کوچک کشور از بین نرفته و درعین حال شأن دانشگاه‌های پیشرو نیز در نظر گرفته شود.

در این بخش، با توجه به نقطه نظرات ارزشمند معاونین بهداشتی و سایر مسئولین، راهبردهای اصلی جهت رتبه‌بندی معاونت‌ها به شرح زیر تبیین گردیدند.

۱- گرایش به سنجش شاخص‌های کلانی که نشان‌دهنده فرآیندهای کلی و سطوح بالا بوده و یا شاخص‌هایی خروجی باشند که مستقیماً حاصل فرآیندهای بهداشتی هستند.

۲- بایستی به سمت ارزیابی مستمر و بیشتر با مکانیسم‌های ارزیابی غیرحضورى رفت. لازم به ذکر است که این به معنای حذف کامل ارزیابی حضورى نیست ولی تلاش بر این است که

نظارت حضورى به حداقل برسد.

۳- استفاده از چندین منبع مختلف برای دریافت اطلاعات، مشخصاً به افزایش اعتبار و پایایی ارزیابی و رتبه‌بندی خواهد انجامید. به همین دلیل استفاده از مستندات مستقل از هم باید جزو اصول کاری باشد.

۴- برای استمرار فرآیند رتبه‌بندی باید واحد مشخصی در معاونت بهداشتی وزارت، مسئولیت ارزیابی عملکرد و رتبه‌بندی را بر عهده بگیرد و به‌صورت جاری و ساری سعی نماید در طول سال، همه مستندات را دریافت، تحلیل و اطلاعات لازم را استخراج نماید

۵- به نظر می‌رسد که برای مقایسه بهتر دانشگاه‌ها لازم باشد تا برای بعضی شاخص‌ها استانداردسازی صورت گیرد. به این معنا که باید میزان امتیازات کسب شده بر یک عدد مشخصی تقسیم شود تا بتوان بدین وسیله دانشگاه‌های مختلف را با هم مقایسه نمود.

براساس موارد فوق، مدل بومی پیشنهادی از سوی خبرگان، استخراج گردید. براساس شکل ۱، ۵ معیار فرآیند عمومی شامل رهبری و مدیریت، برنامه‌ها و استراتژی‌ها، منابع و مشارکت‌ها، نیروی انسانی و نظام جامع آمار و اطلاعات و ۴ معیار فرآیند اختصاصی همچون مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱، پزشک خانواده^۲ و مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت^۳ جهت رتبه‌بندی و ارزیابی عملکرد معاونت‌های بهداشتی شناسایی گردید. در نمودار شماره ۱، معیارها و نحوه ارتباط بین آن‌ها نیز مشخص گردیده است.

در جدول شماره ۱، به معیارها و زیرمعیارهای رتبه‌بندی در مدل پیشنهادی نیز اشاره شده است.

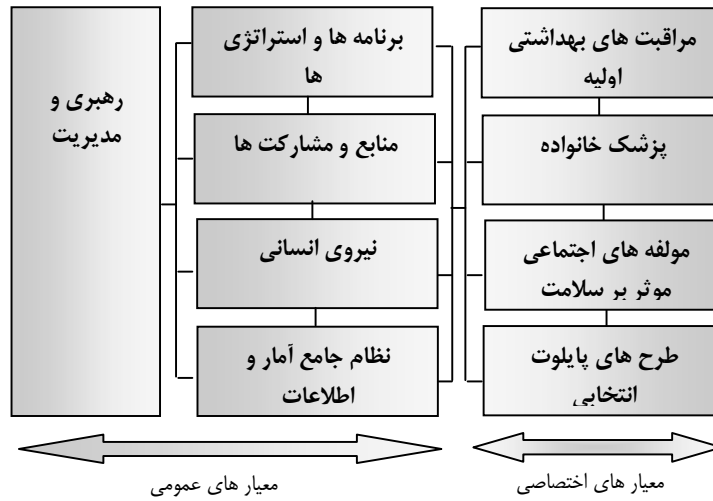
شاخص‌های فرآیند رتبه‌بندی و نحوه محاسبه امتیازات مدل پیشنهادی

در این مرحله، جهت تسهیل در بررسی وضعیت عملکرد معاونت‌ها به‌صورت کمی، معیارهای حاصل به ۱۳ شاخص عمومی و ۱۵ شاخص اختصاصی تبدیل گردیدند. لازم به توضیح است که برای تعدیل و استاندارد نمودن تفاوت عملکرد بین معاونت‌های کشور از نظر نیروی انسانی، چارت سازمانی و ... شاخص صفری براساس مبنای زیر تعریف شد (جدول شماره ۲).

¹ Primary Health Care (PHC)

² Family Physician (FP)

³ Social Determinants of Health (SDH)



نمودار شماره ۱- معیارهای عمومی و اختصاصی مورد مطالعه جهت رتبه‌بندی و ارزیابی عملکرد معاونت‌های بهداشتی

جدول شماره ۱- زیرمعیارهای مربوط به فرآیندهای عمومی و اختصاصی

معیارهای فرآیندهای اختصاصی			معیارهای عمومی		
معیارها	زیر معیارها	نشانه‌ها	معیارها	زیر معیارها	نشانه‌ها
مراقبت‌های اولیه بهداشتی	درصد خانه‌های بهداشتی راه‌اندازی شده به نسبت کمبودها		فعال بودن Health System Research (HSR)	تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد	
	مراکز بهداشتی شهری-روستایی راه‌اندازی شده		فعالیت کمیته‌ها و شوراهای درون	تعامل و ارتباطات درون‌سازمانی	
	پایگاه‌های بهداشتی شهری-روستایی راه‌اندازی شده	فراهم بودن خدمات	فعالیت کمیته‌ها و شوراهای برون	تعامل با ذینفعان برون‌سازمانی	
	تعداد ستادهای شهرستان‌های انتزاع یافته		بازدیدها و گزارش عملکردها و جلسات ارزیابی عملکرد	نظارت و ارزیابی عملکرد مؤثر	
برنامه و استراتژی‌ها	تعداد خانه‌های بهداشت موجود		انتصاب و گردش مدیران	ثبات مدیریتی	
	مراکز بهداشتی شهری-روستایی موجود		برنامه راهبردی معاونت نقشه سلامت استان	تعیین سیاست‌ها و راهبردها مبنی بر نیازها و ترجیحات ذینفعان	
مشارکت‌ها	صحت و کیفیت اطلاعات		گزارش پیشرفت برنامه راهبردی و نقشه سلامت استان	ارزیابی عملکرد و بازنگری	
	جذب پزشک خانواده	استقرار و گسترش			
مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت	میزان کسورات		میزان و نحوه توزیع بودجه بهداشتی دانشگاه در واحدهای زیرمجموعه	ضابطه‌بندی در تخصیص منابع	
	سیاست‌های حامی سلامت		-	مشارکت منابع با سایر سازمان‌ها	
	ارتباط با رسانه آموزش‌های مردمی	توانمندسازی فردی و اجتماعی	ارتقاء نیروی انسانی	کیفیت نیروی انسانی	
نیروی انسانی	مستندات و کتاب‌های تولیدی جشنواره‌های بهداشتی فرهنگی		در شاخص صفر لحاظ می‌شود	وضعیت کمی نیروی انسانی براساس استانداردها	

نظام جامع آمار و اطلاعات	سرعت گردش اطلاعات و روان بودن آن	وب‌سایت و درگاه اطلاعاتی معاونت	کمیته‌های پیوند فعال و الگو بودن	تعداد طرح‌های انتخابی در حال اجرا یا پایان یافته کشوری
	شفافیت و صحت اطلاعات میزان استفاده و بازخورد اطلاعات ارتباط بین بانک‌های اطلاعاتی	مدیریت آمار و اطلاعات		

جدول شماره ۲- شاخص استانداردسازی (شاخص صفر)

شماره شاخص	عنوان شاخص	توضیحات	منبع کسب اطلاعات	فرمول پیشنهادی برای محاسبه امتیاز
(چراکه مستقیماً در رتبه‌بندی وارد نخواهد شد.)	تعداد واحدهای ارائه خدمت	براساس اطلاعات مستند، کلیه واحدهای ارائه خدمت فعال هر دانشگاه در مناطق شهری و روستایی شمرده شده و به‌عنوان تعدیل‌کننده بعضی از شاخص‌های عملکردی، مدنظر قرار خواهد گرفت. این شاخص به‌عنوان مبنایی از وسعت و گستره بهداشتی دانشگاه در نظر گرفته شده است. منظور از واحدهای ارائه خدمت شامل خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی و پایگاه‌های ارائه خدمت می‌باشند.	نظام اطلاعات مدیریت سلامت	(تعداد خانه‌های بهداشت + تعداد مراکز بهداشتی-درمانی فعال شهری و روستایی ضربدر ۳) + تعداد پایگاه‌های بهداشتی ارائه خدمت تقسیم بر ۵۰۰

لازم به توضیح است در صورت نیاز، امتیاز شاخص‌ها براساس ضریب شاخص صفر تعدیل می‌گردد.

۱۰۰ * (حداکثر نمره آن شاخص در بین دانشگاه‌ها/نمره هر دانشگاه در هر شاخص) = امتیاز هر شاخص

امتیاز دانشگاه‌ها براساس معیارها و کل شاخص‌ها: لازم به توضیح است که به دلیل لازم و ملزوم بودن کل معیارها در چارچوب مفهومی تعریف‌شده، وزن کلیه معیارها برابر می‌باشد. لذا ضریبی برای آن‌ها جهت محاسبه کل امتیاز دانشگاه‌ها در نظر گرفته نشده است.

مجموع کل شاخص‌های هر معیار/مجموع (امتیاز کسب‌شده هر شاخص * وزن آن شاخص) = امتیاز هر معیار

مجموع امتیاز کل معیارها/مجموع (امتیاز کسب‌شده هر شاخص * وزن آن شاخص) = امتیاز هر دانشگاه

جدول شماره ۳- شاخص‌های مربوط به معیارهای عمومی-مدیریت و رهبری/ برنامه و استراتژی‌ها/ منابع و مشارکت‌ها/ نیروی انسانی/ نظام جامع آمار و اطلاعات

شماره شاخص	عنوان	وزن شاخص	فرمول پیشنهادی برای محاسبه امتیاز
۱	تحقیقات نظام سلامت ^۱	۲	گزارش پایان طرح‌های از این دست بایست به‌صورت رسمی توسط معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه اعلام شود و به ازای هر طرح ۵ امتیاز در نظر گرفته خواهد شد. اگر معاون بهداشتی رسماً اعلام نماید که نتایج طرح به‌صورت کاربردی باعث ارتقای فعالیت‌های بهداشتی شده و دلایل، کاربردها و تأثیرات در نامه بیان شده باشد، امتیاز ضربدر ۲ خواهد شد. اگر مجری یا یکی از مجریان طرح از شاغلین معاونت بهداشتی دانشگاه در ستاد یا محیط باشد، امتیاز کسب‌شده ضربدر ۱/۵ خواهد شد. امتیاز این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۲	گزارش عملکرد سالیانه منطبق بر برنامه راهبردی	۲	عدم وجود برنامه راهبردی و گزارش عملکرد سال آخر= صفر امتیاز عدم وجود برنامه راهبردی و وجود گزارش عملکرد خلاصه آموزش= یک امتیاز عدم وجود برنامه راهبردی و وجود گزارش عملکرد مبسوط و مستند= دو امتیاز وجود برنامه راهبردی و عدم وجود گزارش عملکرد= یک امتیاز وجود برنامه راهبردی و گزارش عملکرد خلاصه ولی بدون ارتباط با یکدیگر= دو امتیاز وجود برنامه راهبردی و گزارش عملکرد مبسوط ولی بدون ارتباط با یکدیگر= سه امتیاز وجود برنامه راهبردی و گزارش عملکرد با ارتباط ضعیف= چهار امتیاز وجود برنامه راهبردی و گزارش عملکرد با ارتباط قوی= پنج امتیاز تبصره ۱: در صورت تأیید گزارش عملکرد و برنامه راهبردی توسط هیئت‌امانی دانشگاه به‌صورت رسمی امتیازات فوق در

^۱ Health System Research (HSR)

			۱/۵ ضرب می‌شود.
			تبصره ۲: در صورت تعیین کمی میزان پیشرفت کار منطبق بر برنامه راهبردی و میزان موفقیت بیش از ۷۰٪ امتیازات فوق در ۱/۵ ضرب خواهد شد.
۳	موضوعات بهداشتی در دستور جلسه شورای دانشگاه	۲	به ازای هر مصوبه شورای دانشگاه در زمینه بهداشتی که در دستور جلسه بوده و مصوبه‌ای داشته باشد ۱ امتیاز کسب و سقف آن ۲۰ امتیاز در سال خواهد بود. منظور از مصوبه بهداشتی، مصوبه‌ای است که توسط معاون بهداشتی برای طرح در جلسه ارائه و در جهت حل مشکلات بخش بهداشتی تصمیمی اخذ شده باشد. تبصره: اضافه شدن نمره اجرای مصوبه در ۱/۵ ضرب شود.
۴	موضوعات بهداشتی در دستور جلسه هیئت‌امانی دانشگاه	۳	به ازای هر مصوبه شورای دانشگاه در زمینه بهداشتی که در دستور جلسه بوده و مصوبه‌ای داشته باشد ۳ امتیاز کسب و سقف آن ۲۱ امتیاز در سال خواهد بود. تبصره: اضافه شدن نمره اجرای مصوبه در ۱/۵ ضرب شود.
۵	جلسات تخصصی درون دانشگاهی	۲	تعداد جلسات در دو سال آخر شمرده و به ازای هر جلسه ۱ امتیاز در نظر گرفته می‌شود. تبصره: جلسه‌ای مورد قبول است که دستور جلسه از قبل تعیین شده‌ای داشته و در آن‌ها رئیس دانشگاه و یا معاونین دانشگاه و سایر اعضای اصلی که طبق قانون تعیین شده‌اند، در آن‌ها شرکت داشته باشند. امتیاز این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۶	جلسات برون بخشی	۳	به ازای هر جلسه ۳ امتیاز
۷	جلسات درون بخشی	۳	به ازای هر جلسه ۵ امتیاز و سقف آن ۲۵ امتیاز است. حضور معاون بهداشتی در این جلسات الزامی است.
			به ازای هر بازدید رسمی که یکی از مسئولین واحدهای معاونت بهداشتی در آن شرکت داشته باشد، یک امتیاز در نظر گرفته خواهد شد. تبصره ۱: امتیاز بازدیدهایی خارج از مرکز استان ضربدر ۲ خواهد شد. تبصره ۲: امتیاز بازدیدهایی که در آن‌ها معاون بهداشتی شخصاً حضور داشته باشد، ضربدر ۲ خواهد شد. امتیاز این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۸	تعداد بازدیدها از مراکز بهداشتی تحت پوشش	۳	امتیاز هر فرد، برابر با سابقه کاری در حوزه بهداشتی به سال به اضافه امتیاز مدرک است. سپس امتیاز افراد واجد شرایط میانگین گرفته شده و به عنوان امتیاز این شاخص در نظر گرفته می‌شود. در این محاسبه وزن امتیاز معاون بهداشتی ۴ برابر سایرین در نظر گرفته خواهد شد. امتیاز مدرک به شرح زیر است:
۹	ثبات مدیریتی و تخصص گرای	۳	۱. مدرک ارشد در رشته‌های مرتبط (اپیدمیولوژی، آمار حیاتی، بهداشت عمومی، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط، ارتقا سلامت، دوره MPH ^۱ و سایر رشته‌ها در این سطح) ۴ امتیاز ۲. مدرک دکترا در رشته‌های مرتبط (اپیدمیولوژی، آمار حیاتی، بهداشت عمومی، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط، ارتقا سلامت، پزشکی اجتماعی و سایر رشته‌ها در این سطح) ۸ امتیاز ۳. دوره‌های رسمی دارای مدرک در مباحث مرتبط به ازای هر ده روز آموزش ۰/۱ امتیاز امتیاز این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۱۰	نحوه توزیع بودجه بهداشتی دانشگاه	۳	عدم وجود مستندات مشخص در مورد شیوه تخصیص بودجه بهداشتی به واحدها و شبکه‌ها= صفر امتیاز وجود مستنداتی که نشان‌دهنده شیوه تخصیص بودجه ولی بدون مشارکت شبکه‌ها و بدون داشتن شاخص‌های دقیق کمی می‌باشند= یک امتیاز وجود مستنداتی که نشان‌دهنده تخصیص بودجه به شیوه مشارکتی با کلیه ذینفعان بوده ولی بدون شاخص‌های کمی دقیق می‌باشند= سه امتیاز وجود مستنداتی که نشان‌دهنده تخصیص بودجه به شیوه مشارکتی با کلیه ذینفعان بوده و با شاخص‌های کمی دقیق می‌باشند= پنج امتیاز تبصره ۱: در صورتی که گزارش دقیق مالی در خصوص شیوه هزینه‌کردهای مالی سال قبل و میزان انطباق آن با تصمیمات اخذ شده، وجود داشته باشد، ضرایب در ۱/۵ ضرب خواهد شد. تبصره ۲: اگر معاون بهداشتی و معاون پشتیبانی با هماهنگی یکدیگر تفاهم‌نامه را امضا نموده باشند، امتیاز ضربدر ۱/۵ خواهد شد.
۱۱	ارتقاء نیروهای انسانی	۲	(MPH) ضربدر ۲+ کارشناسی ارشد+ تعداد اعضای هیئت‌علمی با مدرک دکترا (پایه استادیار) ضربدر ۵+ تعداد اعضای هیئت‌علمی با مدرک کمتر از دکترای تخصصی (پایه مربی) ضربدر ۳ تقسیم بر شاخص صفر
۱۲	شفافیت و روان بودن اطلاعات در وبسایت دانشگاه‌ها	۲	امتیاز این شاخص براساس فرم استاندارد خواهد بود که اجزای آن به شرح زیر است: ۱. زیبایی طراحی و رعایت استانداردها (سقف امتیاز ۴)

^۱Master of Public Health (MPH)

۲. وجود اطلاعات به‌روز در خصوص واحدهای فعال معاونت بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهرستان‌ها شامل شرح وظایف، مشخصات مسئولین، فعالیت‌های جاری و مواردی از این دست (سقف امتیاز ۴)
۳. وجود گزارش عملکرد سالیانه معاونت (سقف امتیاز ۲)
۴. وجود برنامه راهبردی معاونت (سقف امتیاز ۲)
۵. وجود برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی مناسب برای ذینفعان شامل مردم، کارشناسان، خبرگان و پزشکان (سقف امتیاز ۸)
۶. وجود گزارش‌های آماری منسجم از شاخص‌های بهداشتی (سقف امتیاز ۵)
۷. لینک‌های مناسب و مرتبط (سقف امتیاز ۲)

در این شاخص چند جزء با یکدیگر ترکیب می‌شوند. اجزای این شاخص عبارت هستند از:

۱. تعداد افراد متخصصی که در واحد آمار ستادی و مراکز بهداشتی شهرستان‌ها مشغول به کار هستند ضربدر ۴
۲. میزان توافق نسبی مرگ‌های ثبت‌شده به دلیل سرطان در برنامه ثبت سرطان و ثبت مرگ به درصد ضربدر ۰/۱
۳. درصد کدهای غیر پوچ ثبت‌شده در برنامه ثبت مرگ ابتدا از ۹۰ کم می‌شود و مقدار به دست آمده ضربدر ۰/۲ می‌شود.
۴. وجود گزارش‌های آماری منظم و جامع با الگوی مشخص و ثابت در سطح دانشگاه که به صورت حداقل مفصلی تولید شود. تعداد این گزارش‌ها در دو سال گذشته ضربدر ۱/۵ می‌شود. این گزارش‌ها باید حاوی اطلاعات آماری حداقل ۶ واحد فعال ستادی بوده باشد و انتشار الکترونیک و یا کاغذی آن‌ها مورد قبول است.

۱۳ مدیریت مناسب آمار ۴

جدول شماره ۴- معیارهای اختصاصی - شاخص‌های توسعه بهداشتی / پزشک خانواده / مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت / طرح‌های پایلوت کشوری

شماره شاخص	عنوان	وزن	فرمول پیشنهادی برای محاسبه امتیاز
۱	درصد خانه‌های بهداشتی راه‌اندازی شده نسبت به کمبودها در دو سال گذشته	۲	(تعداد خانه‌های بهداشتی راه‌اندازی شده در دو سال گذشته - تعداد خانه‌های بهداشتی کمبودی در دو سال گذشته) تقسیم بر (تعداد خانه‌های بهداشتی کمبودی در دو سال قبل ضربدر در شاخص صفر)
۲	تعداد مراکز بهداشتی شهری - روستایی راه‌اندازی شده در دو سال گذشته	۳	(تعداد مرکز بهداشتی شهری - روستایی راه‌اندازی شده در دو سال گذشته - تعداد مرکز بهداشتی شهری - روستایی کمبودی در دو سال گذشته) تقسیم بر (تعداد مرکز بهداشتی شهری - روستایی کمبودی در دو سال قبل ضربدر شاخص صفر)
۳	تعداد پایگاه‌های بهداشتی شهری - روستایی راه‌اندازی شده در دو سال گذشته	۱,۵	(تعداد پایگاه بهداشتی شهری - روستایی راه‌اندازی شده در دو سال گذشته - تعداد پایگاه بهداشتی شهری - روستایی کمبودی در دو سال گذشته) تقسیم بر (تعداد پایگاه بهداشتی شهری - روستایی کمبودی در دو سال قبل ضربدر شاخص صفر)
۴	تعداد ستادهای شهرستان‌های انتزاع یافته در دو سال گذشته	۴	تعداد ستادهای راه‌اندازی شده به صورت ساده شمرده می‌شود. این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۵	تعداد خانه‌های بهداشت موجود	۱	تعداد خانه‌های بهداشت به صورت ساده شمرده می‌شوند. این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۶	تعداد مراکز بهداشتی شهری - روستایی موجود	۱,۵	تعداد مراکز بهداشتی شهری - روستایی به صورت ساده شمرده می‌شوند. این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۷	تعداد پایگاه‌های بهداشتی شهری - روستایی موجود	۱	تعداد پایگاه‌های بهداشتی شهری - روستایی به صورت ساده شمرده می‌شوند. این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد شود.
۸	جذب پزشک خانواده	۳	(تعداد ماه پزشک خانواده که در دو سال گذشته در دانشگاه حقوق دریافت نموده‌اند، تقسیم بر ۵۰۰۰) تقسیم بر شاخص صفر از آنجایی که پزشکان مذکور ممکن است چند ماه کار نمایند و از سیستم خارج شوند، لذا پزشک ماه حقوق پرداختی، مبنای محاسبات خواهد بود و در نتیجه یک پزشک که ۲۴ ماه در سیستم، ارائه خدمت داده است بیش از یک پزشک خانواده که فقط چند ماه ارائه خدمت داده است شمرده خواهد شد. این شاخص براساس شاخص صفر، استاندارد

شود.		
۹	کسورات بیمه‌ای پزشک خانواده	۳
نسبت کسورات بیمه‌ای به کل بودجه جذب‌شده برای برنامه پزشک خانواده. براساس شاخص صفر، استاندارد شود. تعداد کتاب‌های منتشرشده ضربدر ۵+ تعداد فیلم‌های مستند تولیدشده ضربدر ۴+ تعداد سی‌دی‌های رایانه‌ای ضربدر ۳+ تعداد پمفلت‌های تولیدی ضربدر ۱		
۱۰	مستندات و کتاب‌های تولیدی	۲
تبصره ۱: هزینه تولید این مستندات بایستی یا توسط معاونت بهداشتی پرداخت شده باشد و یا از منابع مالی خارج از معاونتی تأمین شده باشد که معاون بهداشتی در دریافت آن نقش داشته است.		
تبصره ۲: کتاب منتشرشده باید حداقل ۳۰ صفحه داشته (۱۰ هزار کلمه) باشد، فیلم آموزشی باید حداقل ۱۰ دقیقه‌ای بوده باشد، سی دی رایانه‌ای باید حداقل بتواند مخاطب را ۳۰ دقیقه مشغول نماید و پمفلت باید حداقل ۴ صفحه باشد.		
تبصره ۳: همه موضوعات این مستندات باید در زمینه‌ی اولویت‌های سلامت دانشگاه باشد و مخاطب مطلب دقیقاً مشخص باشد.		
۱۱	جلسات آموزشی و مردمی	۳
به ازای هر ساعت برنامه ۳ امتیاز		
اگر در این برنامه‌ها، از اعضای هیئت‌علمی استفاده شود امتیاز کسب‌شده ضربدر ۱/۵ می‌شود. در صورت حضور مسئولین اصلی شهر یا منطقه در جلسات به‌عنوان مستمع امتیاز ضربدر ۱/۵ می‌شود.		
۱۲	ارتباط با رسانه‌ها	۲
به ازای هر مصاحبه ۵ امتیاز. موضوع این مصاحبه‌ها باید اولویت‌های بهداشتی باشد.		
۱۳	جشنواره‌های بهداشتی	۴
به ازای هر برنامه ۲۵ امتیاز		
وجود کمیته مذکور با احکام قانونی منطبق بر آیین‌نامه کشوری=۲ امتیاز		
تعداد جلسات کمیته در دو سال گذشته با دستور جلسه مشخص و صورت‌جلسه دقیق= به ازای هر جلسه ۱ امتیاز		
وجود گزارش کاری منسجم سالانه در این خصوص با تکیه بر کارهای بین بخشی و همچنین توجه به شیوه کاهش نابرابری در شاخص‌های سلامت جامعه-سقف ۵ امتیاز		
۱۴	فعالیت منسجم در راستای متبلور نمودن مفاهیم مؤلفه‌های اجتماعی سلامت	۴
تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب در راستای اهداف این موضوع= به ازای هر طرح ۱ امتیاز		
تعداد انجمن‌های مردم‌نهاد مورد حمایت معاون بهداشتی در راستای پاسخ به اولویت‌های سلامت جامعه= به ازای هر انجمن ۶ امتیاز		
برای نشان دادن حمایت معاون بهداشتی، بایستی به‌صورت مبسوط مدیرعامل و یا رئیس هیئت‌مدیره انجمن، میزان و شکل حمایت معاونت بهداشتی دانشگاه را بیان کند.		
فعالیت‌های نوآورانه و ابداعی در این خصوص= به ازای هر برنامه تا سقف ۵ امتیاز		
۱۵	اجرای طرح‌های انتخابی کشوری در دو سال گذشته	۳
به ازای هر برنامه ۲۰ امتیاز		

بحث

شاخص‌های نتیجه از مطالعه حذف گردیدند و به همه جنبه‌های بهداشتی در دانشگاه‌ها به‌وسیله معیارهای طراحی شده توجه نشده است و علت آن این است که ورود این آیتم‌ها به مدل باعث می‌شود، عملکرد واحدهای ستادی به‌صورت دقیق اندازه‌گیری نشود، مثلاً شاخصی چون امید به زندگی، حاصل برآیند عملکرد معاونت بهداشتی و دیگر حوزه‌ها و سازمان‌های مرتبط می‌باشد. بنابراین چون دامنه تحقیقاتی، معاونت بهداشتی بوده و از طرف دیگر، تأکید سفارش‌دهنده بر شاخص‌های قابل‌اندازه‌گیری و مختصر و آسان بود، صرفاً شاخص‌های کلیدی مبتنی بر فرآیند عملکرد معاونت بهداشتی ارائه گردید.

همانند پژوهش‌هایی که به طراحی مدل رتبه‌بندی آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و رتبه‌بندی سیستم آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداختند (۱۶، ۲۲)، در این مطالعه نیز معیارها و شاخص‌ها برای پایش عملکرد به حدی ساده شده‌اند که امکان جمع‌آوری تقریباً تمامی اطلاعات موردنیاز به‌صورت غیرحضور می‌مکن بوده و نیاز به بوروکراسی پیچیده را کم نموده

یکی از مهم‌ترین ارکان اداره هر نظام که موجبات ارتقای کیفی سطح خدمات ارائه‌شده توسط آن نظام را فراهم می‌آورد، نظارت و ارزیابی مستمر و مداوم است. زیرا به کمک نظارت مداوم می‌توان اشکالات موجود را به‌سرعت شناسایی و در رفع آن‌ها اقدام نمود (۲۱). بنابراین، امروزه سازمان‌ها، بهبود و ارتقاء عملکرد را به‌طور جدی در مسیر تعالی سازمانی پیگیری می‌کنند، چراکه تحقق اهداف سازمان‌ها بدون وجود یک مدل جامع به‌منظور ارزیابی و بازنگری برنامه‌ها امکان‌پذیر نبوده و سازمان‌ها نمی‌توانند بدون توجه به نتایج حاصل از فعالیت‌ها، مدیریت مؤثر خود را بر اجرای برنامه‌ها اعمال نمایند (۲۰). از این رو طی چند دهه گذشته تلاش‌های بسیاری برای تعریف شاخص‌ها و ارائه الگوهایی در این خصوص صورت گرفته است (۷).

در مقایسه با سایر مطالعات (۱۶، ۱۷، ۲۰)، در این مطالعه، صرفاً معیارها و شاخص‌های فرآیندی، مدنظر قرار داده شده‌اند و

است.

امتیازات شاخص‌های مورد ارزیابی به دانشگاه‌های کشور ارائه و در یک بازه زمانی محدود از دانشگاه‌ها بازخورد دریافت و موارد مذکور، مجدد در کمیته ارزیاب وزارت بهداشت مورد بررسی قرار گیرد و نهایتاً نتایج رتبه‌بندی با توضیحات و شرح مختصر تهیه و منتشر شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که مؤلفه‌ها و شاخص‌های فرآیندی در تعیین وضعیت عملکرد معاونت‌های بهداشتی مؤثرتر بوده‌اند، لذا مدلی متناسب با مأموریت، اهداف و فرآیندهای اصلی معاونت بهداشتی، ارائه شده است در مطالعه حاضر، الگویی متشکل از نه معیار فرآیندی: مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پزشک خانواده، مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، طرح‌های پایلوت انتخابی، برنامه‌ها و استراتژی‌ها، منابع و مشارکت‌ها، نیروی انسانی، نظام جامع آمار و اطلاعات و مدیریت و رهبری جهت رتبه‌بندی معاونت‌های بهداشتی کشور شناسایی گردید و سپس به جهت بررسی وضعیت معاونت‌ها به صورت کمی به ۱۳ شاخص عمومی و ۱۵ شاخص اختصاصی تبدیل گردیدند که براساس آن، شاخص‌ها به صورت کمی و هر دو سال یکبار، توسط تیم اعتباربخشی جمع‌آوری و تحلیل می‌گردند. البته باید متذکر شد معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها، زمانی موفق خواهد بود که اجرا و استفاده از نتایج رتبه‌بندی به صورت منسجم و هوشمند، در تعامل با سایر نظام‌های تصمیم‌گیری حوزه ستاد بهداشتی وزارت بهداشت صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از کارمندان و خبرگان معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های درگیر بویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مراکز تحقیقاتی بویژه پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان، که ایشان را در انجام پژوهش یاری نمودند، سپاس‌گزاری می‌نمایند.

در مطالعه حاضر برخلاف سایر پژوهش‌های دیگر (۱۷،۲۰)، سعی شده است که فعالیت‌ها به صورت کمی استخراج شوند و یا از کیفی به کمی تبدیل گردد. و کمتر به شاخص‌های کیفی پرداخته شده است. البته لازم به توضیح است که با توجه به کلیه مطالعات انجام‌شده در این زمینه، در رتبه‌بندی معاونت‌ها بهتر است که اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری نشوند؛ چراکه داده‌ها قابل اتکا نیستند و قضاوت‌های شخصی وارد می‌شود. روش پروفرما، بهترین روش جمع‌آوری اطلاعات است و به علت درگیری افراد بیشتری در بخش‌های مختلف سازمان در امر جمع‌آوری اطلاعات از دقت بیشتری نسبت به سایر روش‌ها برخوردار است (۲۳). جهت استقرار مدل رتبه‌بندی معاونت‌های بهداشتی، نیاز است که یک زمان خاص و مشخص برای اعلام نتایج رتبه‌بندی معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها در هر سال تعیین گردد. با در نظر گرفتن شکل فعالیت دانشگاه‌های کشور، گروه تحقیق، بهترین زمان پیشنهادی را آبان یا آذرماه هر سال می‌دانند و برای کاهش زمان جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات، پیشنهاد عملی آن است که همزمان پرتال جمع‌آوری اطلاعات تنظیم و هر دانشگاه به صورت الکترونیکی مستندات خود را وارد سیستم نماید.

منطبق بر راهنمای امتیازدهی، پیشنهاد می‌شود که تعیین امتیاز نهایی و تأیید کل فرآیند، توسط کمیته ارزیاب وزارت بهداشت صورت گیرد. این کمیته باید از ۱۲ تا ۱۵ عضو از دانشگاه‌های مختلف کشور و براساس معیارهای عینی انتخاب و با حکم رسمی منصوب شوند تا طبق الگوی تعیین شده، همه مستندات را بررسی و امتیازات مربوطه را محاسبه نمایند. در مرحله اول، مستندات ارسالی بایستی توسط کارشناسان ستادی به دقت بررسی و ایرادات شناسایی و با یک تعامل نزدیک با کارشناسان دانشگاهی، موارد ابهام مرتفع گردد. در مرحله بعد، دانشگاه‌ها، فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات را پر نموده و به همراه مستندات مربوطه به دبیرخانه این کار در وزارت بهداشت ارسال نمایند. بعد از آن، لازم است به صورت غیررسمی تمام یا قسمتی از

منابع

- Jafari A, Ehsani M, Khabiri M, Momeni M. Designing the Performance Evaluation System in Iranian Faculties of Physical Education and Sport Sciences. *Sport Management* 2009; 2: 51-71.
- Nasiri Pour AA, Tabibi J, Ghasem Bagaloo A, Jadidi R. Designing the Performance Evaluation Model of Iranian Public hospitals using scorecards. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2009; 12: 95-106.
- Salarianzadeh M.H, Yousefian Espali Sh. Analysis of the Performance Appraisal Process of Ministry of Health and Medical Education. *Third National Conference on Performance Management: Mar 25-26 2007*. Available from: <http://www.jobportal.ir/Information/Inc/1-1654-42.pdf>. Accessed: April 22 2016. (In Persian)
- Farzianpour F, Aghababa S, Delgoshaei B, Haghgoo M. Performance Evaluation a Teaching Hospital Affiliated to Tehran University of Medical Sciences Based on Baldrige Excellence Model. *American Journal of Economics and Business*

- Administration 2011; 3: 272-276.
5. Eslami Z, Bahrami Zenouz M, Rajabi M, Mihani M. The Necessity of Developing the Banks Ranking Model and Presenting a Suggested Model. Sepah Bank: Research and Risk Control. 2011. Available from: <http://www.behingostar.com/files/om1.pdf>. Accessed: September 13 2016. (In Persian)
 6. Tabibi J, Rabiei R, Sedoughi F. Performance evaluation of medical records Sector of Teaching-Specialized Hospitals of Iranian Medical Sciences Universities in 2001. Feyz Journal 2004; 29: 57-65.
 7. Nuti S, Seghieri Ch, Vainieri M. Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience. The Journal of Management and Governance 2013; 17: 59-69.
 8. Wilbroad Mutale W, Godfrey-Fausset P, Tembo Mwanamwenge M, Kasese N, Chintu N, Balabanova D, Spicer N, Ayles H. Measuring Health System Strengthening: Application of the Balanced Scorecard Approach to Rank the Baseline Performance of Three Rural Districts in Zambia. PLOS 2013; 8.
 9. RTI International. Health System Performance. USA: Research Triangle Park, NC, 2010.
 10. The Lancet Publishing Group. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. 2003. Available from: <http://image.thelancet.com/extras/02art8342web.pdf>. URL: Accessed: April 20 2016.
 11. Bankauskaite V, Dargent G. Health System Performance Indicators: methodological issues. Presupuestoy Gasto Publico 2007; 49: 125-137.
 12. Goudarzi S, kameli ME, Hatami H. Improvement in Health Indicators in Iran from 2004 to 2008. Iran Red Crescent Med J 2011; 13: 576-9.
 13. Tavanayi R. New Approaches to Performance Assessment of Organizations. Journal of Police Human Development 2007; 4: 9-30.
 14. Ali Mohammadzadeh Kh. Organization chart and duties of health deputy and network at ministry and university. 2013. Available from: <http://mehr1345.blogfa.com/post/210>. Accessed: August 2 2016.
 15. Jahanmehr N, Rashidian A, Khosravi A, Farzadfar F, Shariati M, Majdzadeh R, Akbari Sari A, Mesdaghinia A. A Conceptual Framework for Evaluation of Public Health and Primary Care System Performance in Iran. Glob J Health Sci 2015; 7: 341-357.
 16. Mohammadi A, Mojtahedzadeh R. Comparative evaluation and ranking of Center of Studies and Medical Sciences Education Development of universities of medical sciences. 1nd ed, Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Education deputy, Center of Studies and Medical Sciences Education Development, 2008, 70-110.
 17. Mojtahedzadeh R, Mohammadi A. Designing an educational ranking model for faculties to offer the courses in Nutrition, solution to identify strengths and weaknesses. Yazd Center of Studies and Medical Sciences Education Development Journal 2012; 7: 2-9.
 18. Bahrami M.A, Vatankhah S, Tabibi J, Tourani S. Designing a Health System Performance Assessment Model for Iran. Health Information Management 2011; 8: 285-305.
 19. Mutale W, Godfrey-Fausset P, Tembo Mwanamwenge M, Kasese N, Balabanova D, Spicer N, Ayles H. Measuring Health System Strengthening: Application of the Balanced Scorecard Approach to rank the Baseline Performance of three Rural Districts in Zammbia. PLOS ONE 2013; 8.
 20. Fathi M, Hosseini Panjaki A, Kazemini N, Yousefian Sh. Assessing the Performance of Management and Resource Development Deputy of Universities of Medical Sciences based on the EFQM Model in 2011. Medical and Purification Journal 2013; 22: 17-24.
 21. Plan and Program Deputy, Firdausi University of Mashhad. Introducing the Systems of performance appraisal and ranking. Saman. 2012; 45: 1-4.
 22. Ranjbar H, Momtazmanesh N, Shoghi F, Haghdoost A.A. Ranking of medical universities' education systems in Iran. Journal. [Submitted].
 23. Eghbal F, Yarmohammadian MH, Siadat A. EFQM Excellence Model Application with the approach of Performa information system in evaluating the performance of human resources management of Isfahan University of Medical Sciences. Health Information Management 2009; 6: 65-74.

Presenting A Model for Ranking Health Deputies of Medical Universities

Haghdoust AA¹, Emami M², Hossienpour M³, Rakhshani F⁴, Mehrolhassani MH⁵

1- Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- PhD By Research Student in Management Sciences (Health Policy), Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- MD MPH, Head of Development Department, Health Deputy of Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Professor, Department of Health Education, Research Center for Health Promotion, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

5- Associate Professor, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Mehrolhassani MH, mhmhealth@kmu.ac.ir

(Received 11 March 2018; Accepted 10 May 2018)

Background and Objectives: Promoting health indicators is a key issue in most societies. In this regard, health deputies, through stewardship, monitoring, and coordination, take measures to promote these indicators. The aim of the present study was to design a model for ranking the performance of the deputies.

Methods: This applied qualitative study was conducted in 2012. The research team included 12 health experts who were selected according to management records and long experience in the health deputy. In this study, a review of the literature and documents was done and then, with the focus group discussions and expert opinions, key indicators were defined.

Results: a model consisting of 9 process criteria (13 general indicators and 15 specific indicators) was identified for ranking of health deputies. The general processes included leadership and management, programs and strategies, resources and partnerships, manpower, and comprehensive information and statistics system. And specific processes included primary health care (PHC), family physician (FP), social determinants of health (SDH) and pilot national plans. The range of indicators scores was between 1-8, which were compared with the zero indicator.

Conclusion: The findings showed that the process components and indicators were more effective in determining the status of the health deputies' performance, and the proposed model is based on the matter. So, it is recommended that the Ministry of Health ranks health deputies every two years to improve process components and criteria of the model based on practical results.

Keywords: Health system, Health deputies, Health indicators, Performance improvement, Ranking