سالنامه آمار و اطلاعات بیمارستانی سال ۱۴۰۲

معاونت درمان

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

بسم الله الرحمن الرحيم

زیر نظر

دکتر سعید کریمی : معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تالیف

دکتر حسن واعظی: رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

دکتر لیلا حسینی قوام آباد: رئیس گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت

دکتر فاطمه بهتاج: کارشناس گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت

مهندس مهرنوش پروان: کارشناس گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت

فریبا لطفی: کارشناس گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت

دکتر اکرم واحدی : کارشناس گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت

همکاران

دکتر سپیده هراتی- دکتر فرح بابایی- دکتر کمال بصیری- دکتر حمید رضا خصالی- دکتر بهزاد کلانتری بنگر- فاطمه زارعی- مهدیه السادات احمدزاده- دکتر لیلا اسلامبولچی- فرشته باقری- دکتر لیلا اله قلی- زهره مظاهری پور- فریبا عباسی

با تشکر از کلیه همکاران گروه آمار و مدیریت اطلاعات معاونت درمان دانشگاهها و کاربران سامانه آواب در سطوح بیمارستانهای کشور

فهرست مطالب	شماره صفحه
مقدمه	۵
مروری سریع بر سالنامه آمار و اطلاعات بیمارستانی سال ۱۴۰۲	۶
فصل اول- تعاریف و مفاهیم	۸
فصل دوم- وضعیت بیمارستانها و تختهای فعال در کشور	۲۷
فصل سوم- شاخصهای دسترسی در بیمارستانهای کشور	۴۵
فصل چهارم- شاخصهای کارایی بیمارستانهای کشور	۵۱
- شاخصهای برنامه ترویج زایمان طبیعی	۹۶
- شاخصهای اورژانس	۹۷
فصل پنجم- روند شاخصهای بیمارستانی در سالهای ۱۳۹۰-۱۴۰۲	۱۰۸
- روند شاخصهای دسترسی	۱۰۹
- روند شاخصهای کارایی و عملکردی	۱۱۹
فصل ششم- شاخصهای دسترسی و کارایی بیمارستانی در استانهای کشور	۱۲۴
فصل هفتم- شاخص های دسترسی و کارایی بیمارستانی در دانشکده/دانشگاههای کشور	۱۵۳
- شاخصهای برنامه ترویج زایمان طبیعی	۲۱۰
- شاخصهای اورژانس	۲۱۴
فصل هشتم- روند شاخصهای دسترسی و کارایی منتخب در دانشگاه/دانشکده های کشور	۲۲۰
جمع بندی	۲۸۶
منابع	۲۹۱

مقدمه

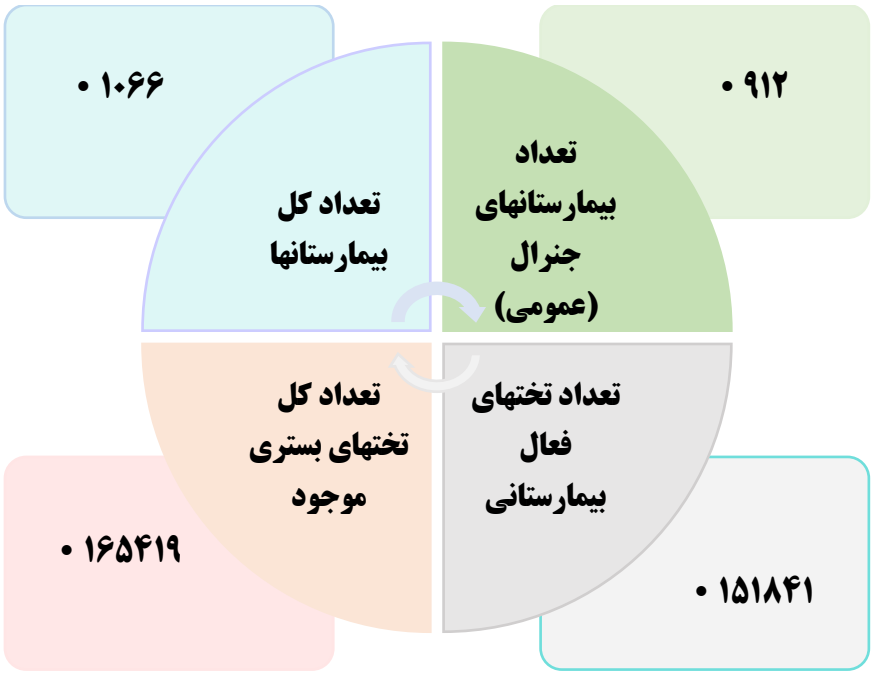
استفاده مطلوب از منابع محدود و ارتقاء بهره وری، از اهداف مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت است. ارائه خدمات با کیفیت بالا همراه با کنترل هزینه ها و ارتقاء دسترسی، از ضروریات نظام سلامت می باشد. بهبود عملکرد نظام سلامت باعث افزایش سطح رفاه، استاندارد زندگی و رشد اقتصادی در هر کشوری می گردد. بخش قابل توجهی از بودجه نظام سلامت به بیمارستانها اختصاص می یابد. منابع محدود در بخش سلامت پاسخگوی نیازهای نامحدود بیماران نیست. با این وجود، ۲۰-۴۰ درصد منابع بخش سلامت به هدر می رود.

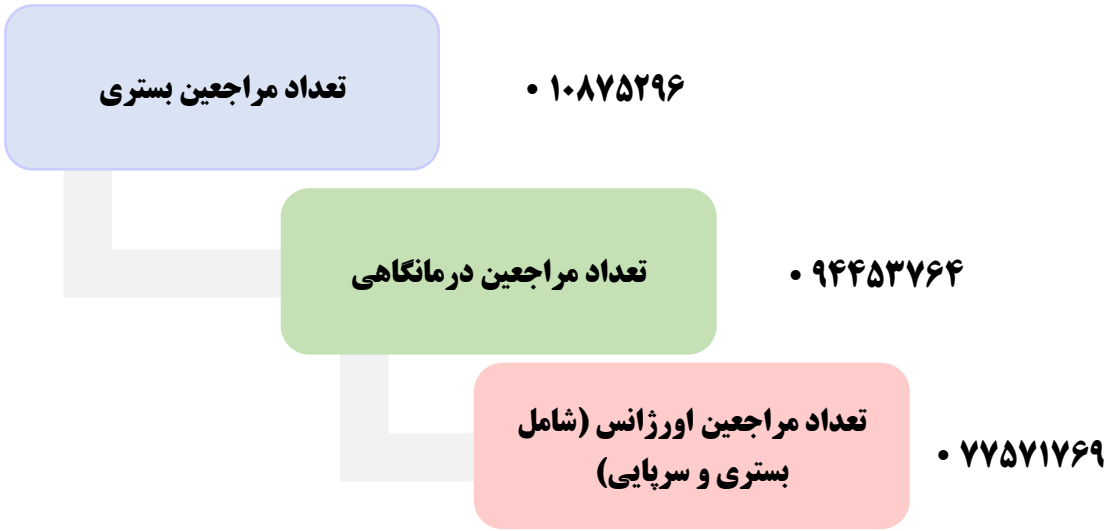
آمار و اطلاعات به عنوان مهمترین ابزار برنامه ریزی آینده، ارزیابی عملکرد گذشته و عامل اصلی در تصمیم گیری و مدیریت بوده و از اهمیت ویژه ای جهت سیاستگذاری خصوصا در حیطه سلامت برخوردار است. ثبت صحیح اطلاعات در سطح کلان کشور برای مسئولان و برنامه ریزان بسیار کمک کننده است.

در مجموعه پیش رو، خلاصه ای از اطلاعات بیمارستانها و شاخصهای دسترسی و عملکرد در سطح کشوری، سازمانهای ارائه دهنده خدمات، استانها و دانشگاه/دانشکده ها در سال ۱۴۰۲ آورده شده است. نمودارهای سنجش کارایی به تفکیک بیمارستانهای عمومی، تخصصی، تعداد تخت، وابستگی، استان، دانشگاه/دانشکده و روند سه ساله شاخصهای کلیدی منتخب به تفکیک دانشگاه/دانشکده و مقایسه با متوسط کشوری به مجموعه اضافه شده است.

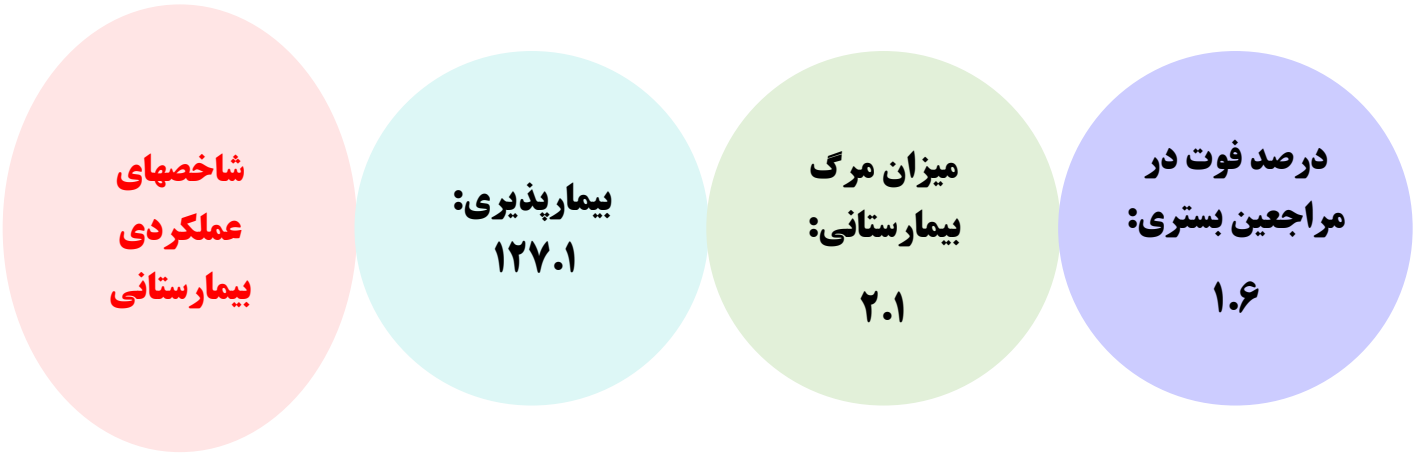
هدف این مجموعه تهیه مستندی جهت بررسی منابع و عملکرد بیمارستانی در سال ۱۴۰۲ به منظور استفاده سیاستگذاران، مدیران و محققین در سیاستگذاری، برنامه ریزی و تحقیقات می باشد.

مروری سریع بر سالنامه آمار و اطلاعات بیمارستانی سال ۱۴۰۲





ضریب اشغال تخت: ۷۱.۹
گردش تخت: ۸۰.۷
متوسط اقامت بیمار: ۳.۲
شاخصهای کارایی بیمارستانهای کشور


درصد فوت در مراجعین بستری:
۱.۶
میزان مرگ بیمارستانی:
۲.۱
بیمارپذیری:
۱۲۷.۱
شاخصهای عملکردی بیمارستانی

فصل اول

تعاریف و مفاهیم

بیمارستان

مطابق ماده ۱ فصل اول آیین نامه "نحوه تاسیس و بهره برداری بیمارستانها" بازنگری سال ۱۴۰۰، بیمارستان مؤسسه‌ای پزشکی است که با اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی و آموزشی و پژوهشی به منظور درمان و بهبود بیماران سرپایی و بستری به صورت شبانه روزی تاسیس می گردد.

انواع بیمارستان از نظر سازمان تحت پوشش

سازمان تحت پوشش به سازمانی گفته می شود که بیمارستان وابسته به آن است و تامین منابع مالی و انسانی بیمارستان را برعهده دارد، که شامل:

- **بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت:** تامین منابع مالی و انسانی این بیمارستانها بر عهده وزارت بهداشت و دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی می باشد.
- **بیمارستانهای خصوصی:** بیمارستانهایی مستقل هستند که متعلق به شخص یا اشخاص حقیقی و حقوقی می باشند و بودجه آنها از طریق پرداخت از جیب بیماران جهت هزینه های خدمات درمانی و بیمه ها تامین می گردد.
- **بیمارستان های نظامی (نیروهای مسلح):** بیمارستانهایی که وابسته به ارتش جمهوری اسلامی ایران، نیروی انتظامی و سپاه پاسداران انقلاب اسلامی می باشند و تامین منابع مالی و انسانی این بیمارستانها برعهده این سازمانها ست.
- **بیمارستان های خیریه:** بیمارستانهایی هستند که به صورت عام‌المنفعه و غیرانتفاعی و هیات امنائی اداره و با کمک و مشارکت های مردمی توسط افراد خیر و سازمانهای خیریه یا سازمان اوقاف برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم طبق ضوابط تعیین شده وزارت بهداشت تشکیل می‌گردند.
- **بیمارستان های تامین اجتماعی:** بیمارستانهایی که زیر نظر سازمان تامین اجتماعی اداره می شوند و تامین منابع مالی و انسانی آنها بر عهده سازمان تامین اجتماعی می باشد.
- **بیمارستان های سایر سازمان ها:** شامل بیمارستانهای دانشگاه آزاد اسلامی، بانک ها، شرکت نفت، آموزش و پرورش، بنیاد شهید و امور ایثارگران، دادگستری، منطقه آزاد کیش، صنایع دفاع، آستان قدس رضوی و .... می باشند که با توجه به سرمایه و سهام (مطابق یکی از موارد فوق الذکر تقسیم میشود)، در دو دسته دولتی و غیر دولتی قابل تقسیم بندی اند.

انواع بیمارستان از نظر نوع فعالیت یا عملکرد

بیمارستان جنرال یا عمومی:

بیمارستان یک واحد بهداشتی و درمانی است که حداقل دارای چهار بخش اصلی بستری جراحی عمومی، داخلی، زنان و زایمان و کودکان و بخشهای آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی، فوریتهای پزشکی (اورژانس) و تغذیه که همگی اجزای لاینفک بیمارستان بوده که طبق ضوابط و آیین نامه های مربوطه پروانه تاسیس و مسئول فنی جداگانه صادر خواهد گردید.

موسسین یا هیات مدیره بیمارستانهای عمومی موظفند چیدمان تخت ها را بر اساس بازنگری سند درمان کشور ۱۴۰۴ انجام دهند از انجام هرگونه تغییرات بدون اخذ مجوز از کمسیون ماده ۲۰ وزارت خودداری نمایند.

بیمارستان با گرایش تخصصی:

طبق آیین نامه تاسیس بیمارستان وزارت بهداشت، بیمارستان تخصصی، یک واحد بهداشتی و درمانی است که در یک رشته تخصصی یا فوق تخصصی پزشکی فعالیت خواهد نمود.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان تخصصی واحدی بهداشتی درمانی است که مسئولیت ارائه خدمت به بیماران یک ارگان خاص مثل چشم، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، مغز و اعصاب و ...یا بیماران با شرایط خاص مثل بیماریهای عفونی مانند سل، تصادفات و ... و یا گروه معینی از جمعیت مثل کودکان را برعهده دارد.

بیمارستان از نظر سطح ارائه خدمت (آموزشی درمانی بودن)

بیمارستان های درمانی:

به بیمارستان هایی اطلاق می شود که زیر نظر دانشگاه های علوم پزشکی اداره می شوند ولی تنها خدمات درمانی به بیماران ارائه می گردد و آموزش دانشجویان در این بیمارستان ها انجام نمی گیرند.

بیمارستان های آموزشی درمانی:

بر اساس مصوبه شورای گسترش وزارت بهداشت، بیمارستان آموزشی یکی از واحدهای دانشکده پزشکی است که تحت پوشش آن دانشکده بوده و از یک یا چند بخش آموزشی مصوب شورای گسترش تشکیل میگردد. بیمارستان آموزشی یک موسسه آموزشی ارائه دهنده بالاترین سطح خدمات درمانی است که در عین ارائه این خدمات به امر مهم تربیت نیروی انسانی در حوزه بالینی در سطوح مختلف علوم پزشکی می پردازد و همچنین عرصه اصلی پژوهشهای بالینی در علوم پزشکی به حساب می آید. از ماموریتهای این مراکز، به عنوان یک نهاد مهم نظام سلامت و یک مرکز آکادمیک، ارائه بالاترین و باکیفیت ترین سطح خدمت به بیماران و تربیت نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با بهترین کیفیت می باشد و مراقبت عالی از بیمار با استاندارد بالا توام با رفتار حرفه ای و انسانی هدف نهایی هر مرکز آموزشی درمانی است.

بیمارستان آموزشی سطح یک:

مرکز آموزشی درمانی است که مجوز شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی را کسب کرده و تمام رده های فراگیر علوم بالینی پزشکی در آن به امر یادگیری اشتغال دارند. عمده خدمات درمانی در این مراکز توسط دستیاران، تحت نظر پزشکان عضو هیات علمی ارائه می شود.

بیمارستان آموزشی سطح دو:

مرکز آموزشی درمانی که فقط برای تربیت فراگیر حداکثر تا مقطع دکترای حرفه ای از شورای گسترش مجوز گرفته و عمده خدمات درمانی توسط پزشکان عضو هیات علمی ارائه میشود. بدیهی است سطح بیمارستان آموزشی بر اساس مقطع فراگیر که طبق استانداردهای وزارت بهداشت از شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی مجوز آموزش دریافت نماید، قابل تبدیل به سطحی دیگر میباشد.

هر بیمارستان به صورت کلی دارای بخشهای بستری، ستاره دار، پاراکلینیک، درمانگاهی و پشتیبانی می باشد.

انواع تخت های بیمارستانی

در دو دسته تخت های بستری و ستاره دار تعریف می گردد.

تخت بستری فعال:

تختهایی که در بخشهای بستری بیمارستان مستقرند و بر اساس استاندارد دارای امکانات تشخیصی، درمانی، پشتیبانی، خدماتی و پرسنلی بوده و بیمار بر روی آن جهت دریافت خدمات درمانی (به طور شبانه روزی) اقامت می گزیند و این اقامت معمولاً بیش از ۶ ساعت و بطور عمده بیش از یک روز است و مشمول تعرفه هتلینگ می باشند. به این تختها، تخت فعال نیز گفته می شود. به عبارتی تعداد تختهای اشغال شده یا اشغال نشده بیمارستانی که قابل استفاده برای مراجعین بستری در هر روز است را تخت فعال گویند.

تختهای بستری بخش اورژانس[۱] و تختهای LDR[۲] با ابلاغ وزارت بهداشت بدون توجه به مدت اقامت بیمار در این بخشها، جزو تختهای بستری تعریف گردیده اند[۳].

تخت بستری آماده ارائه خدمت:

شامل تختهای بستری می باشد که به دلایل مختلف از جمله کنترل اپیدمی کووید-۱۹، کمبود تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی، مدیریت هزینه و نداشتن پروانه مصوب در چرخه استفاده و ارائه خدمت قرار نداشته ولیکن در بیمارستانها وجود دارد، در حال حاضر فعال نمی باشد و به صورت پشتیبان است و در صورت تامین منابع و یا در بحرانها مورد استفاده و بهره برداری قرار خواهند گرفت. این موارد شامل تختهای اسقاطی نمی گردد.

تخت بستری موجود کل:

شامل تخت های بستری و تختهای آماده ارائه خدمت می باشد.

تخت ستاره دار / فاقد هتلینگ:

به تخت هایی در بیمارستان اطلاق می شود که معمولاً بیمار بر روی آنها اقامت کم یا کوتاهی دارد و مشمول تعرفه هتلینگ نمی باشند (شامل تخت های دیالیز، ناباروری، تالاسمی- هموفیلی، اتاق عمل، ریکاوری، اورژانس سرپایی، لیبر، زایمان، آنژیوگرافی و تختهای شیمی درمانی می باشد).

---

۱ نامه شماره ۱۳۷۱۵/د۴۰۰ تاریخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۴

۲ Labor Delivery Recovery

۳ نامه شماره ۱۳۱۱۶/د۴۰۹ مورخ ۱۳۹۶/۰۵/۲۱

تعاریف تختهای بستری به تفکیک بخشهای تعریف شده در سالنامه

تخت های اورژانس بستری

تخت های بخش بستری اورژانس جهت اقامت بیماران دارای اندیکاسیون بستری (سطوح ۱ ، ۲ ، ۳ تریاژ و سطح ۴ تریاژ نیازمند پروسیجر) می باشند که به مراقبت، مانیتورینگ پارامترهای حیاتی و انجام پروسیجر و خدمات تخصصی در بخش بستری اورژانس نیاز دارندو شامل تخت های اتاق احیا، واحد درمان و مراقبت حاد، تحت حاد، تحت نظر و اتاق ایزوله می باشد.

تخت های داخلی

شامل کلیه تختهای بستری تخصصی داخلی و فوق تخصصی داخلی شامل گوارش و کبد بالغین، ریه، خون و سرطان بالغین، نفرولوژی، غدد درون ریز و متابولیسم، روماتولوژی، مسمومیت و کلیه فلوشیپها می باشد.

تخت های جراحی

شامل کلیه تختهای بستری تخصصی جراحی و فوق تخصصی جراحی شامل جراحی کودکان، جراحی قفسه سینه، جراحی پلاستیک و ترمیمی و سوختگی، جراحی قفسه سینه، جراحی عروق، جراحی قلب و عروق و کلیه فلوشیپها می باشد.

تخت های کودکان

شامل کلیه تختهای بستری تخصصی اطفال و فوق تخصصی اطفال شامل نوزادان و پیرامون تولد، ایمونولوژی و آلرژی، روماتولوژی، عفونی، غدد درون ریز و متابولیسم، قلب، نفرولوژی، گوارش، نورولوژی، خون و سرطان بالغین و کلیه فلوشیپ ها می باشد.

تخت های زنان و زایمان

شامل کلیه تخت های بستری بیماری زنان، زایمان و جراحیهای تخصصی زنان می باشد و کلیه فلوشیپهای زنان را شامل می شود. در بیمارستانها، خدمات زنان و زایمان بستری در بخشهای LDR، LDRP، باردار نیازمند مراقبت ویژه، بخش جراحی زنان و پست پارتوم ارائه می گردد.

تخت های ارتوپدی

شامل کلیه تخت های بستری ارتوپدی و فلوشیپ های دست، زانو، ستون فقرات و ... است.

تخت های قلب و عروق

شامل کلیه تخت های تخصصی قلب و پست سی سی یو (Post CCU) و تخت های پست آنژیوگرافی (Post Angiography) می باشد.

تخت های ICU

تختهای مراقبت ویژه بزرگسال می باشد. شامل کلیه بخش های ICU عمومی، داخلی، جراحی، قلب باز و سوختگی می باشد.

تخت های NICU

تختهای مراقبت ویژه نوزادان

تخت های PICU

تختهای مراقبت ویژه کودکان

تخت های CCU

تختهای مراقبتهای ویژه قلبی

تختهای سوختگی

شامل تختهای سوختگی و مراقبت ویژه سوختگی می باشد.

شاخص های دسترسی بیمارستانی

سرانه بیمارستان

تعداد بیمارستان فعال به ازاء صد هزار نفر جمعیت

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد بیمارستان در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

سرانه بیمارستان روانپزشکی

تعداد بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی فعال به ازاء صد هزار نفر جمعیت

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

سرانه تخت بستری موجود کل

تعداد تخت بستری (شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت) به ازاء هزار نفر جمعیت

تختهای بیمارستانی در محاسبه این شاخص، تنها شامل تختهای بستری می گردند.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت بستری موجود در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

سرانه تخت بستری فعال

تعداد تخت بستری فعال به ازاء هزار نفر جمعیت

تختهای بیمارستانی در محاسبه این شاخص، تنها شامل تختهای بستری می گردند.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت بستری فعال در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

سرانه تخت ویژه موجود

تعداد تخت ویژه موجود (فعال و آماده ارائه خدمت) به ازاء صد هزار نفر جمعیت

تخت ویژه محاسبه شده در این شاخص در ایران شامل ICU[۴]، NICU[۵] و PICU[۶] می باشد.

تخت ویژه: تختهایی که درمان و مانیتورینگ بیماران بسیار بد حال بزرگسال، کودک و نوزاد برروی آنها انجام می گیرد. این تختها مجهز به تجهیزات خاص مانند مانیتور، ونتیلاتور و پرسنل آموزش دیده می باشند.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت ویژه موجود در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

[۴] Intensive care unit
[۵] Neonatal intensive care unit
[۶] Pediatric intensive care unit

سرانه تخت روانپزشکی فعال

تعداد تخت روانپزشکی فعال به ازاء صد هزار نفر جمعیت

تخت روانپزشکی محاسبه شده در این شاخص شامل تخت روانپزشکی بزرگسالان و تخت فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان و تختهای بیماران مقیم روانپزشکی در سامانه آواب می باشد.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت تخصصی و فوق تخصصی روانپزشکی فعال در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

سرانه تخت روانپزشکی فعال در بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی

تعداد تخت روانپزشکی فعال در بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی به ازاء صد هزار نفر جمعیت

تخت محاسبه شده در این شاخص شامل تخت روانپزشکی بزرگسالان و تخت فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان فعال در بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی می باشد.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت تخصصی و فوق تخصصی روانپزشکی فعال در بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

سرانه تخت روانپزشکی فعال در بیمارستانهای عمومی

تعداد تخت روانپزشکی فعال در بیمارستانهای عمومی و غیر تخصصی روانپزشکی به ازاء صد هزار نفر جمعیت

تخت محاسبه شده در این شاخص شامل تخت روانپزشکی بزرگسالان و تخت فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان فعال در بیمارستانهای عمومی و غیر تخصصی روانپزشکی می باشد.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت تخصصی و فوق تخصصی روانپزشکی فعال در بیمارستانهای عمومی و غیر تخصصی روانپزشکی در منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

سرانه تخت CCU[۷] (تخت موجود)

تعداد تخت CCU (فعال و آماده ارائه خدمت) به ازاء صد هزار نفر جمعیت

CCU: تختهایی که درمان و مانیتورینگ بیماران بسیار بد حال قلبی بر آنها انجام می گیرد. این تختها مجهز به مانیتورینگ و پرسنل آموزش دیده می باشند.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت سی سی یو فعال در یک منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت تحت پوشش منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

درصد تخت ویژه به تخت فعال

این شاخص نشان می دهد چند درصد از تختهای فعال بیمارستان، تختهای ویژه (ICU , NICU , PICU) می باشند.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت ویژه فعال در یک منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{تعداد تخت فعال منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

درصد تخت روانپزشکی به تخت فعال

این شاخص نشان میدهد چند درصد از تختهای فعال بیمارستان، به تختهای روانپزشکی و فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان تخصیص یافته است.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد تخت روانپزشکی فعال در یک منطقه در یک دوره زمانی}}{\text{تعداد تخت فعال منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

[۷] Cardiac care unit

مهمترین شاخصهای تجهیزات پزشکی

سرانه MRI[۸] (شاخص MRI به جمعیت)

تعداد دستگاه MRI فعال به ازاء یک میلیون نفر جمعیت

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد دستگاههای ام آر آی در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰۰$$

سرانه سی تی اسکن (سرانه سی تی اسکن به جمعیت)

تعداد دستگاه سی تی اسکن فعال به ازاء یک میلیون نفر جمعیت

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد دستگاههای سی تی اسکن در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰۰$$

سرانه آنژیوگرافی (شاخص آنژیوگرافی به جمعیت)

تعداد دستگاه آنژیوگرافی فعال شامل دستگاه آنژیوگرافی قلبی و پریفرال به ازاء یک میلیون نفر جمعیت

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد دستگاههای آنژیوگرافی در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰۰$$

سرانه ونتیلاتور (شاخص ونتیلاتور به جمعیت)

تعداد دستگاه ونتیلاتور فعال به ازاء صد هزار نفر جمعیت

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد دستگاههای ونتیلاتور در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰۰۰$$

[۸] Magnetic Resonance Imaging

شاخصهای منابع انسانی

منظور از تختهای بیمارستانی در شاخصهای منابع انسانی، مجموع کلیه تختهای فعال بستری و تختهای تحت عنوان ستاره دار شامل تخت بخش اورژانس سرپایی، اتاق عمل، آنژیوگرافی، شیمی درمانی، تالاسمی- هموفیلی، دیالیز، واحدهای زایمان (لیبر، مامایی و زایمان)، ریکاوری و تختهای بخش ناباروری می باشد.

شاخص پرسنل شاغل در بیمارستان به تخت

تعداد پرسنل فعال شاغل در بیمارستان به ازاء یک تخت بیمارستانی

$$\frac{\text{تعداد کل پرسنل فعال یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{تختهای بیمارستانی در همان منطقه در همان دوره زمانی}}$$

شاخص پزشک شاغل در بیمارستان به تخت

تعداد پزشک شاغل در بیمارستان به ازاء یک تخت فعال

$$\frac{\text{تعداد پزشک فعال در یک دوره زمانی معین}}{\text{تختهای بیمارستانی در همان دوره زمانی}}$$

- کلیه پزشکان اعم از عمومی، متخصص و فوق تخصص در یک دوره زمانی معین را شامل می شود.

شاخص کادر پرستاری شاغل در بیمارستان به تخت

تعداد کادر پرستاری شاغل در بیمارستان به ازاء یک تخت

$$\frac{\text{تعداد کادر پرستاری فعال در یک دوره زمانی معین}}{\text{تختهای بیمارستانی در همان دوره زمانی}}$$

- کادر پرستاری شامل پرستار حرفه ای تحصیل کرده (کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد)، بیهوشی (تکنسین، کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد) و اتاق عمل (تکنسین، کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد)، بهیار می باشد.

شاخص کادر پشتیبانی به تخت

تعداد کادر پشتیبانی شاغل در بیمارستان به ازاء یک تخت

$$\frac{\text{تعداد کادر پشتیبانی فعال در یک دوره زمانی معین}}{\text{تختهای بیمارستانی در همان دوره زمانی}}$$

- کادر پشتیبانی شامل اداری پشتیبانی، خدماتی و اداری مالی می باشد.

تعاریف و شاخصهای کارایی و بهره وری بیمارستان

مراجعین بستری

بیمارانی که در یکی از بخش های بستری بیمارستان جهت اقدامات تشخیصی و درمانی بستری شده و تختی را به منظور بررسی، تشخیص یا درمان در بیمارستان اشغال می کند.

مراجعین بخشهای ستاره دار بیمارستانی

مراجعین بخشهای ستاره دار شامل مراجعین بخشهایی می گردند که معمولاً بیمار بر روی آنها اقامت کم یا کوتاهی دارد. این بخشها شامل ناباروری، آنژیوگرافی، اتاق عمل، اورژانس سرپایی، تالاسمی و هموفیلی، واحدهای زایمان شامل لیبر، زایمان، مامایی، دیالیز، ریکاوری و شیمی درمانی می باشد.

مراجعین بخشهای پاراکلینیک بیمارستانی

شامل مراجعین بخشهای پاراکلینیک می گردد. در سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی، اطلاعات مراجعین بیمارستانی بخشهای MRI، NST، PET Scan، آزمایشگاه طبی، پاتولوژی، آندوسکوپی، اسپیرومتری، اسکلروتراپی، اکوکاردیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، الکترومیوگرافی، الکتروکاردیوگرافی، تست ورزش، خدمات طب هسته ای، دانسیتومتری، رادیوتراپی، شتاب دهنده خطی، رادیولوژی، سونوگرافی، کولونوسکوپی، سی تی اسکن؛ سنگ شکن برون اندامی، ماموگرافی، لیزر اگزایمر، گامانایف و میکرواینجکشن را شامل می شود.

مراجعین درمانگاههای بیمارستانی

شامل مراجعین درمانگاههای بیمارستانی و کلینیکهای ویژه مستقر در بیمارستانها می باشد.

شاخص ضریب اشغال تخت

میزان تخت روز های فعال مرتبط با تختهای بستری که در طی یک دوره زمانی معین در اشغال بیماران بوده است.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی معین}}{\text{تخت روز کل در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

شاخص متوسط اقامت بیمار

میانگین تعداد روزهایی که بیماران در طی یک دوره زمانی در بیمارستان اقامت دارند.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی معین}}{\text{تعداد بیماران ترخیص شده در همان دوره زمانی}}$$

شاخص گردش تخت

- تعداد مراجعین بستری به ازاء یک تخت بیمارستانی
- تعداد دفعاتی که تغییر در اشغال یک تخت در یک دوره زمانی معین داریم.

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد مراجعین بستری در یک دوره زمانی معین}}{\text{میانگین تخت فعال بستری در همان دوره زمانی}}$$

گردش تخت اتاق عمل: از تقسیم تعداد مراجعین اتاق عمل بر تعداد تختهای اتاق عمل به دست می آید.

شاخص فاصله چرخش تخت

میانگین فاصله ای که در طول آن هر تخت بعد از ترخیص هر بیمار و قبل از پذیرش بعدی خالی مانده است.

به عبارت دیگر میانگین زمانهای خالی بودن هر یک از تختهای یک بخش بستری در یک دوره زمانی معین می باشد.

تعریف NHS : به میانگین طول زمان (به روز) بین ترخیص یک بیمار و پذیرش بیمار بستری بعدی روی همان تخت در یک دوره زمانی معین گفته می شود

$$\frac{\text{تخت روز کل در یک منطقه در یک دوره زمانی معین - تخت روز اشغالی در همان منطقه و همان دوره زمانی}}{\text{کل ترخیص شد گان (شامل فوتی ها) در یک منطقه در یک دوره زمانی}}$$

شاخص بیمار پذیری

تعداد مراجعین بستری به ازاء هزار نفر جمعیت منطقه در بیمارستانها

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد مراجعین بستری در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

شاخص بیمار پذیری بخشهای ویژه

تعداد مراجعین بستری در بخشهای ویژه شامل بخش ویژه بزرگسالان، کودکان و نوزادان

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد مراجعین بستری در بخشهای ویژه در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

شاخص بیمار پذیری CCU

تعداد مراجعین بستری در بخش ویژه مراقبت قلبی

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد مراجعین بستری در بخش ویژه مراقبت قلبی در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

توجه: در محاسبه کلیه شاخص های عملکردی بیمارستان (ضریب اشغال، متوسط اقامت و گردش تخت)، تعداد بیمار بستری در بخش اورژانس بستری لحاظ نمی گردد. بدیهی است که در محاسبه شاخص گردش تخت، در محاسبه مخرج کسر، تعداد تختهای بخش اورژانس بستری از تعداد تخت فعال کسر می گردد و در میانگین تختها محاسبه نمی شود.

میزان مرگ و میر بیمارستانی

تعداد موارد فوتی در بخشهای بستری (قبل و بعد از ۲۴ ساعت از زمان بستری) در ۱۰۰۰ نفر جمعیت

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد فوت شدگان (قبل و بعد از ۲۴ ساعت) در بخشهای بستری در یک دوره زمانی}}{\text{جمعیت در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

شاخص درصد فوت در مراجعین بستری

تعداد موارد فوتی بخشهای بستری (قبل و بعد از ۲۴ ساعت از زمان بستری) به ازای تعداد مراجعین بستری

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد فوت شد گان (قبل و بعد از ۲۴ ساعت) در بخشهای بستری در یک دوره زمانی}}{\text{مراجعین بستری در یک دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

شاخص درصد فوت در بخش ویژه بزرگسالان (ICU)

تعداد موارد مرگ و میر بخشهای ICU (قبل و بعد از ۲۴ ساعت از زمان بستری) به ازای تعداد مراجعین بستری در بخش ICU

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد فوت شدگان (قبل و بعد از ۲۴ ساعت) در بخشهای ویژه بزرگسالان در یک دوره زمانی}}{\text{مراجعین بستری در بخشهای ویژه بزرگسالان در یک دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

شاخص درصد فوت در بخش ویژه نوزادان (NICU)

تعداد موارد مرگ و میر بخشهای NICU (قبل و بعد از ۲۴ ساعت از زمان بستری) به ازای تعداد مراجعین بستری در بخش NICU

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد فوت شدگان (قبل و بعد از ۲۴ ساعت) در بخشهای ویژه نوزادان در یک دوره زمانی}}{\text{مراجعین بستری در بخشهای ویژه نوزادان در یک دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

شاخص درصد فوت در بخش ویژه کودکان (PICU)

تعداد موارد مرگ و میر بخشهای PICU (قبل و بعد از ۲۴ ساعت از زمان بستری) به ازای تعداد مراجعین بستری در بخش PICU

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد فوت شدگان (قبل و بعد از ۲۴ ساعت) در بخشهای ویژه کودکان در یک دوره زمانی}}{\text{مراجعین بستری در بخشهای ویژه کودکان در یک دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

شاخص درصد فوت در بخش ویژه مراقبت قلبی (CCU)

تعداد موارد مرگ و میر بخشهای CCU (قبل و بعد از ۲۴ ساعت از زمان بستری) به ازای تعداد مراجعین بستری در بخش CCU

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد فوت شدگان (قبل و بعد از ۲۴ ساعت) در بخشهای ویژه مراقبت قلبی در یک دوره زمانی}}{\text{مراجعین بستری در بخشهای ویژه مراقبت قلبی در یک دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

نمودار پابن لاسو

این نمودار به منظور تعیین کارایی نسبی بیمارستانها به کار می رود و کاربرد جهانی دارد. این نمودار یک ارزیابی واقع بینانه از وضعیت کنونی جهت مدیران فراهم می نمایدکه بدانند آیا در راستای اهداف حرکت می نمایند یا خیر؟

در رسم این نمودار از شاخصهای ضریب اشغال، متوسط اقامت و گردش تخت استفاده می شود.

تفسیر نمودار پابن لاسو:

ضریب اشغال		
ناحیه سوم (درصد اشغال تخت و گردش تخت بالا): تختهای بدون استفاده پایین است خوب کار می کند و به عبارت دیگر از کارایی مطلوب برخوردار است.	**ناحیه دوم (درصد اشغال تخت پایین و گردش تخت بالا):** مراکز دارای گردش تخت بالا (مراکز بستری کوتاه مدت و بیمارستانهای زنان و زایمان) زیاد بودن تعداد تختهای بیمارستانی نیاز اندک به توسعه بیمارستان یا ایجاد بیمارستانهای جدید در محل	گردش تخت
ناحیه چهارم (درصد اشغال تخت بالا و گردش تخت پایین): نسبت بالای بیماریهای شدید بستری طولانی مدت و غیر ضروری غالب بودن بیماریهای مزمن	**ناحیه اول (درصد اشغال تخت و گردش تخت پایین):** عدم پذیرش بیماران یا هدایت و ارجاع آنان به مراکز دیگر عدم مدیریت صحیح کادر درمان و بهره مندی از امکانات تخصصی موجود زیاد بودن تعداد تخت و پایین بودن تقاضا برای خدمات بستری در یک منطقه و نیاز اندک به توسعه بیمارستان یا ایجاد بیمارستان جدید در آن محل	

شاخص عملکرد دستگاه سی تی اسکن

تعداد سی تی اسکنهای انجام شده در یک دوره زمانی به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت منطقه

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد سی تی اسکنهای انجام شده در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

شاخص عملکرد دستگاه MRI

تعداد MRI انجام شده در یک دوره زمانی به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت منطقه

فرمول شاخص:

$$\frac{\text{تعداد ام آر آی انجام شده در یک منطقه در یک دوره زمانی معین}}{\text{جمعیت منطقه در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰۰$$

شاخص های بخش اورژانس بیمارستان

درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت در بخش اورژانس بیمارستان

نسبت بیمارانی که در بخش اورژانس بستری شده‌اند و ظرف مدت ۶ ساعت تعیین تکلیف شده‌اند به کل بیماران بستری در بخش اورژانس در یک دوره زمانی معین

$$\frac{\text{تعداد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت در اورژانس در یک دوره زمانی مشخص}}{\text{تعداد کل مراجعین بستری اورژانس در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

درصد بیماران خارج شده از بخش اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت

نسبت بیماران بستری در اورژانس است که ظرف مدت ۱۲ ساعت از بدو ورود، تعیین تکلیف شده و از بخش اورژانس خارج شده‌اند به کل بیماران بستری اورژانس

$$\frac{\text{تعداد مراجعین بستری خارج شده از اورژانس طی ۱۲ ساعت در اورژانس در یک دوره زمانی مشخص}}{\text{تعداد کل مراجعین بستری اورژانس در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

درصد احیای قلبی عروقی موفق در بخش اورژانس بیمارستان

نسبت موارد CPR موفق در اورژانس به کل CPR های انجام شده در یک دوره زمانی.

$$\frac{\text{تعداد موارد احیای موفق در اورژانس در یک دوره زمانی مشخص}}{\text{تعداد کل احیای انجام شده در اورژانس در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

درصد ترک با مسئولیت شخصی در بخش اورژانس

نسبت بیمارانی که با مسئولیت شخصی و علیرغم توصیه پزشک (AMA) اورژانس را ترک کرده‌اند، به کل بیماران بستری اورژانس

$$\frac{\text{تعداد موارد ترک اورژانس با مسئولیت شخصی در یک دوره زمانی}}{\text{تعداد کل مراجعین بستری اورژانس در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

زمان انتظار بیمار در بخش اورژانس بیمارستان برای اولین ویزیت پزشک در هر سطح تریاژ

میانگین مدت زمان انتظار بیماران بین تریاژ اولیه پرستار و ویزیت اولیه پزشک به تفکیک سطح تریاژ بیمار به تعداد کل بیماران همان سطح تریاژ

درصد فوت مراجعین بستری اورژانس

نسبت مرگ قبل و بعد ۲۴ ساعت در مراجعین اورژانس بستری

$$\frac{\text{تعداد موارد فوت قبل و بعد ۲۴ ساعت در بخش بستری اورژانس در یک دوره زمانی}}{\text{تعداد کل مراجعین بستری اورژانس در همان دوره زمانی}} \times ۱۰۰$$

شاخص نمره دهی تروما

در مطالعات پزشکی حوزه تروما شاخص های مختلفی برای تعیین شدت ترومای وارد شده به مصدوم تعریف شده است مثل ISS، TRISS، GAP، MGAP، ASCOT، APACHE، SOFA، RTS، EMTRAS و ... با توجه به دقت کافی داده های ثبت شده، سهولت دسترسی و ارزیابی داده های بدو ورود بیمار، توسط متخصصین حوزه ترومای بیمارستانی، شاخص GAP برای تعیین شدت ترومای وارد شده به مصدومین حوادث ترافیکی و پیش بینی مرگ و میر ناشی از آن در سطح کشور انتخاب شده است.

الگوی GAP

در این شاخص میزان مرگ برحسب شدت آسیب تعیین و به عنوان مبنایی برای تصمیمات مدیریتی و گامی در جهت ارزیابی کیفیت ارائه خدمات فوریت های پزشکی و مراقبت های درمانی به مصدومین حوادث ترافیکی مورد استفاده قرار می گیرد.

شاخص GAP به عنوان شاخص شدت براساس معیارهای زیر محاسبه می گردد:

۱- GCS (سطح هشیاری)

۲- Age (سن)

۳- Systolic Blood Pressure (فشار خون سیستولیک)

فاکتورهای درجه بندی الگوی GAP جهت تعیین شدت تروما

مولفه ها	وضعیت بیمار	امتیاز شاخص GAP
سطح هوشیاری	۳-۱۵	۳-۱۵
سن	۶۰≤	۳
	۶۰<	۰
فشار خون (سیتولیک)	۱۲۰<	۶
	۶۰-۱۲۰	۴
	۶۰>	۰
جمع امتیاز		...

نحوه نتیجه گیری شدت آسیب مصدوم براساس امتیاز شاخص GAP

نمره GAP	شدت آسیب
۱۹-۲۴	خفیف
۱۱-۱۸	متوسط
۳-۱۰	شدید

شاخص های کیفیت ارائه خدمات مامایی

درصد زایمان طبیعی با کنترل درد دارویی

$$\frac{\text{تعداد زایمان طبیعی با کنترل درد دارویی}}{\text{تعداد کل زایمانهای طبیعی}} \times ۱۰۰$$

سزارین کل

$$\frac{\text{تعداد زایمان انجام شده طریق سزارین}}{\text{تعداد کل زنان زایمان کرده}} \times ۱۰۰$$

سزارین نخست زا

$$\frac{\text{تعداد زنان نخست زا که به روش سزارین زایمان نموده اند}}{\text{تعداد کل زنان نخست زا}} \times ۱۰۰$$

فصل دوم

وضعیت بیمارستان ها و تخت های فعال در کشور

سال ۱۴۰۲

جدول ۲–۱– وضعیت بیمارستانها و تختهای بستری در کشور در سال ۱۴۰۲

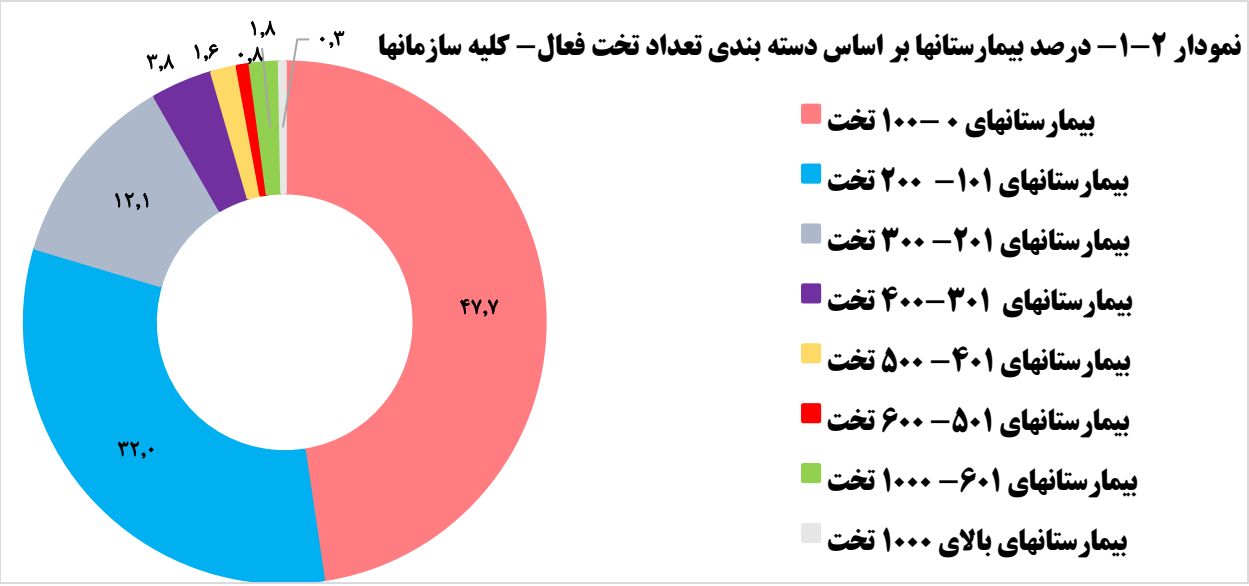
سازمان	تعداد بیمارستان	درصد از کل	تخت فعال	درصد از کل	تخت آماده ارائه خدمت	تخت کل بستری موجود
دانشگاه علوم پزشکی	۶۷۲	۶۳	۱۰۵۹۶۴	۶۹,۸	۱۰۹۴۷	۱۱۶۸۹۱
سازمان تامین اجتماعی	۷۷	۷,۲	۱۱۶۴۷	۷,۷	۷۹۵	۱۲۴۴۲
نیروهای مسلح	۶۰	۵,۶	۶۰۶۸	۴	۳۴۹	۶۴۱۷
خیریه	۳۷	۳,۵	۴۲۲۳	۲,۸	۳۷۶	۴۶۰۰
بخش خصوصی	۱۸۶	۱۷,۴	۱۹۸۵۶	۱۳	۹۴۵	۲۰۸۰۰
سایر سازمانها	۳۴	۳,۳	۴۰۸۳	۲,۷	۱۸۶	۴۲۶۹
کل	۱۰۶۶	۱۰۰	۱۵۱۸۴۱	۱۰۰	۱۳۵۹۸	۱۶۵۴۱۹

۶۳ درصد بیمارستان ها و ۶۹,۸ درصد تخت های فعال بیمارستانی جزو بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت هستند و ۳۷ درصد بیمارستان ها و ۳۰,۲ درصد تخت های فعال بیمارستانی غیروابسته به وزارت بهداشت هستند.

جدول ۲–۲– دسته بندی بیمارستانهای کشور بر اساس تعداد تخت فعال

بیمارستان	کلیه سازمان ها	وزارت بهداشت
بیمارستانهای تا ۳۲ تختخوابی	۱۱۱	۷۹
بیمارستانهای ۳۳-۶۴ تختخوابی	۲۱۴	۱۱۰
بیمارستانهای ۶۵- ۱۰۰ تختخوابی	۱۸۲	۱۰۵
بیمارستانهای ۱۰۱- ۱۹۹ تختخوابی	۳۴۱	۲۱۴
بیمارستانهای ۲۰۰-۲۹۹ تختخوابی	۱۲۸	۸۸
بیمارستانهای ۳۰۰-۴۹۹ تختخوابی	۵۹	۴۸
بیمارستانهای ۵۰۰ -۹۹۹ تختخوابی	۲۸	۲۵
بیمارستانهای بالای ۱۰۰۰ تختخوابی	۳	۳
کل	۱۰۶۶	۶۷۲

بیشترین تعداد بیمارستانهای کشور زیر ۱۰۰ تخت اند (۵۰۷ بیمارستان). ۳۲۵ بیمارستان کشور، تعداد ۶۴ تخت فعال و کمتر دارند.



اکثر بیمارستان های کشور (۴۷,۶ درصد)، بیمارستان های زیر ۱۰۰ تخت هستند.

جدول ۲– ۳–وضعیت بیمارستانها و تختهای فعال کشور از نظر نوع فعالیت (آموزشی –درمانی) در سال ۱۴۰۲

نوع فعالیت	تعداد بیمارستان	درصد بیمارستان	تعداد تخت فعال	درصد تخت فعال
آموزشی	۲۶۸	۲۵,۱	۶۹۴۱۷	۴۵,۷
درمانی	۷۹۸	۷۴,۹	۸۲۴۲۴	۵۴,۳
کل	۱۰۶۶	۱۰۰	۱۵۱۸۴۱	۱۰۰

با این وجود اینکه ۷۵ درصد بیمارستانهای کشور درمانی هستند ولی ۵۴ درصد تختهای فعال بیمارستانی کشور را شامل می شوند، علت آن است که اکثر بیمارستانهای آموزشی جزو بیمارستانهای با تعداد تختهای بالا می باشند و در مراکز استانها واقع شده اند و بیمارستانهای ریفرال اند.

جدول ۲ –۴– وضعیت بیمارستانهای کل کشور از لحاظ گرایش عمومی و تخصصی

گرایش بیمارستان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال	توزیع استانی
عمومی	۹۱۲	۱۳۰۰۵۷	۳۱
روانپزشکی	۳۹	۷۰۵۷	۱۹
زنان- زایمان	۳۳	۳۵۷۰	۱۹
کودکان	۲۳	۴۰۸۰	۱۵
چشم	۱۷	۱۰۲۸	۸
قلب و عروق	۱۳	۲۷۷۷	۱۲
سوانح- سوختگی	۱۰	۱۱۹۸	۱۰
سرطان – انکولوژی	۱۱	۱۰۱۴	۸
ارتوپدی	۴	۶۲۷	۲
پوست	۱	۹۹	۱
جراحی ترمیمی	۱	۸۹	۱
ارولوژی	۲	۲۴۵	۲
جمع	۱۰۶۶	۱۵۱۸۴۱	–

- منظور از توزیع استانی، تعداد بیمارستان از لحاظ نوع بیمارستان و تخصصی و عمومی بودن در استانهای مختلف است. به عنوان مثال بیمارستان تخصصی روانپزشکی در ۱۹ استان کشور فعال است.
- ۸۵,۶ درصد تختهای فعال در بیمارستانهای عمومی (جنرال) قرار دارند.

جدول ۲–۵–وضعیت بیمارستانهای عمومی (General) در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۵۵۵	۸۶۸۲۹
سازمان تامین اجتماعی	۷۳	۱۱۲۹۷
نیروهای مسلح	۶۰	۶۰۶۸
خیریه	۳۳	۳۹۰۲
بخش خصوصی	۱۶۵	۱۸۶۶۳
سایر سازمانها	۲۶	۳۲۹۸
کل	۹۱۲	۱۳۰۰۵۷

۶۰,۹ درصد بیمارستانهای عمومی، وابسته به وزارت بهداشت می باشد و ۶۶,۷ درصد تختهای فعال بیمارستانهای عمومی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت واقعند.

جدول ۲–۶–وضعیت بیمارستانهای روانپزشکی در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۲۴	۵۶۱۰
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۷	۶۶۲
سایر سازمانها	۸	۷۸۵
کل	۳۹	۷۰۵۷

بیمارستانهای خصوصی روانپزشکی در ۴ استان تهران، کرمان، فارس و لرستان وجود دارد. بخش اعظم بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی وابسته به وزارت بهداشت هستند.

جدول ۲–۷–وضعیت بیمارستانهای زنان– زایمان در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۲۹	۳۲۸۸
سازمان تامین اجتماعی	۲	۱۹۸
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۲	۸۴
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۳۳	۳۵۷۰

جدول ۲–۸–وضعیت بیمارستانهای کودکان در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۲۲	۴۰۳۸
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۱	۴۲
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۲۳	۴۰۸۰

جدول ۲–۹–وضعیت بیمارستانهای چشم در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۷	۶۳۰
سازمان تامین اجتماعی	۱	۷۶
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۹	۳۲۲
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۱۷	۱۰۲۸

تعداد بیمارستانهای تخصصی چشم در بخش خصوصی از بیمارستانهای تخصصی چشم وابسته به وزارت بهداشت بیشتر است ولی تعداد تخت فعال تخصصی چشم در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت از بخش خصوصی بیشتر است.

جدول ۲–۱۰–وضعیت بیمارستانهای قلب و عروق در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۱۱	۲۶۱۰
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۱	۱۲۰
بخش خصوصی	۱	۴۷
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۱۳	۲۷۷۷

جدول ۲–۱۱–وضعیت بیمارستانهای سوانح–سوختگی در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۱۰	۱۱۹۸
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۰	۰
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۱۰	۱۱۹۸

جدول ۲–۱۲–وضعیت بیمارستانهای سرطان– انکولوژی در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۸	۸۱۳
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۳	۲۰۱
بخش خصوصی	۰	۰
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۱۱	۱۰۱۴

جدول ۲–۱۳–وضعیت بیمارستانهای ارتوپدی در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۳	۵۵۱
سازمان تامین اجتماعی	۱	۷۶
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۰	۰
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۴	۶۲۷

جدول ۲–۱۴–وضعیت بیمارستانهای اورولوژی در کشور به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۱	۲۰۹
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۱	۳۶
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۲	۲۴۵

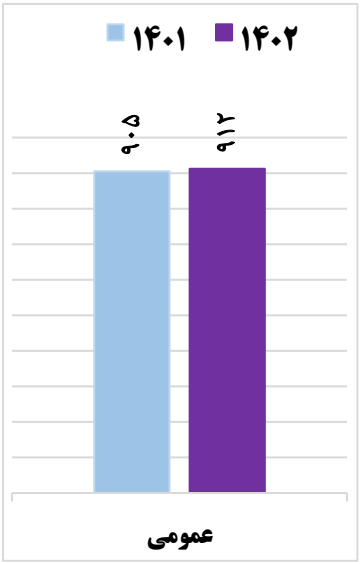
جدول ۲–۱۵–وضعیت بیمارستانهای پوست در کشور به تفکیک سازمان متبوع

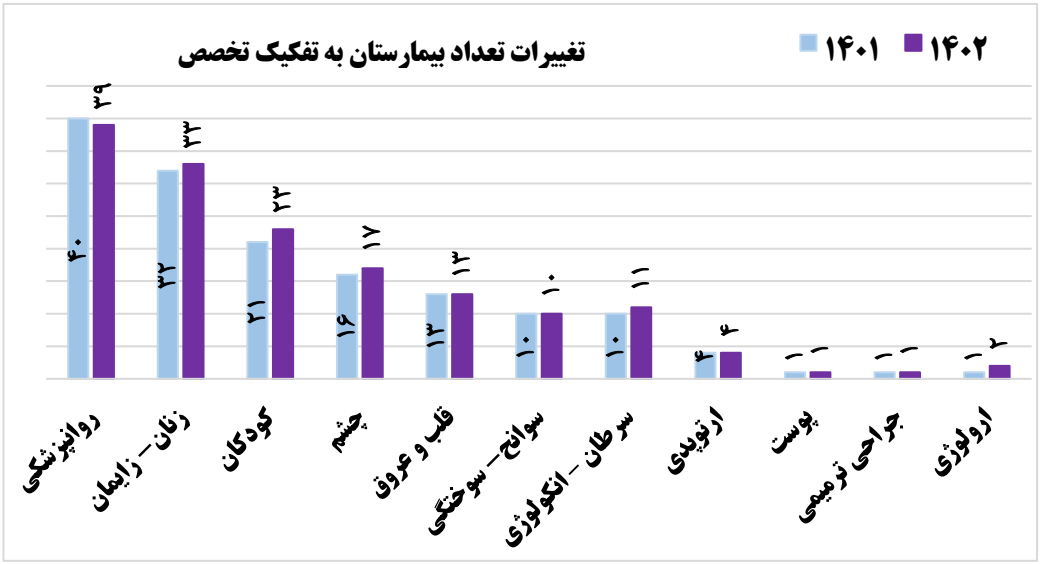
سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۱	۹۹
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۰	۰
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۱	۹۹

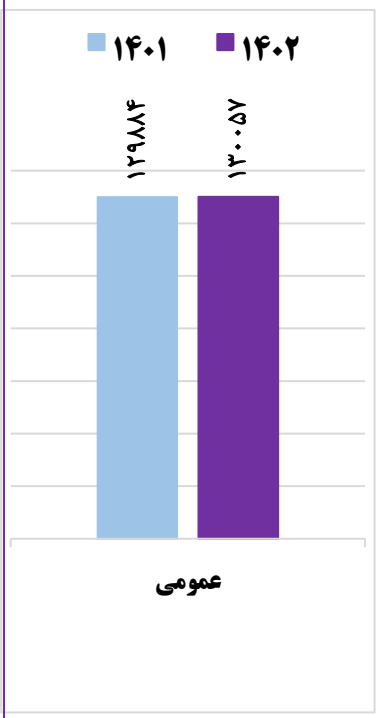
جدول ۲–۱۶–وضعیت بیمارستانهای جراحی ترمیمی در کشور به تفکیک سازمان متبوع

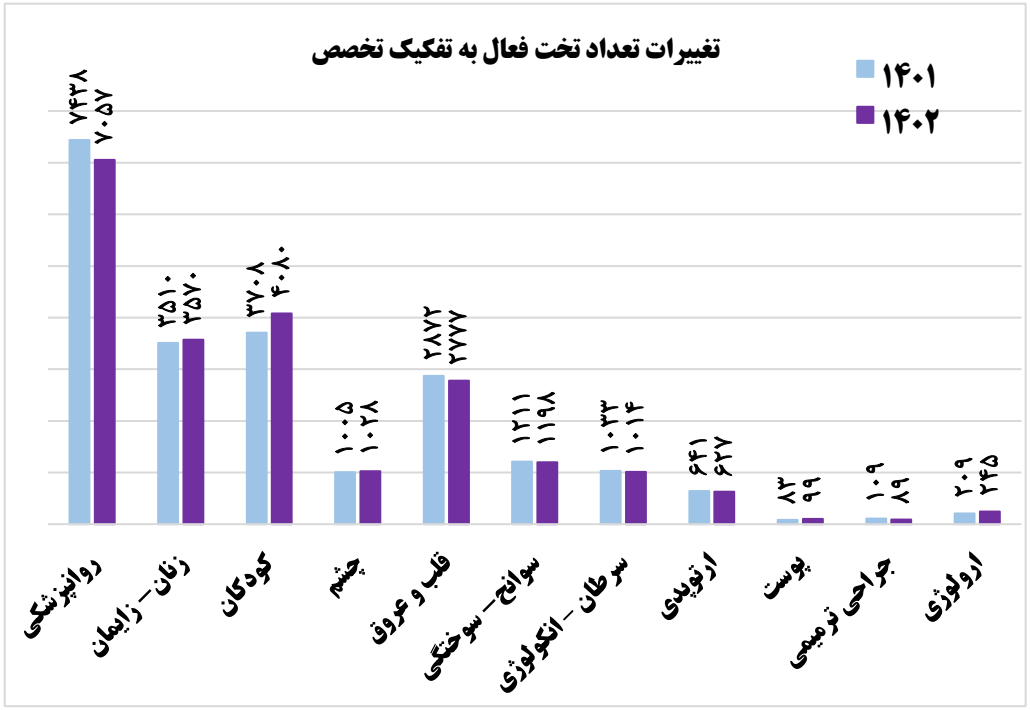
سازمان	تعداد بیمارستان	تعداد تخت فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۱	۸۹
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۰	۰
سایر سازمانها	۰	۰
کل	۱	۸۹

نمودار ۲–۲– مقایسه تغییرات تعداد بیمارستانها و تختهای فعال به تفکیک نوع تخصص بیمارستان در سال ۱۴۰۱–۱۴۰۲



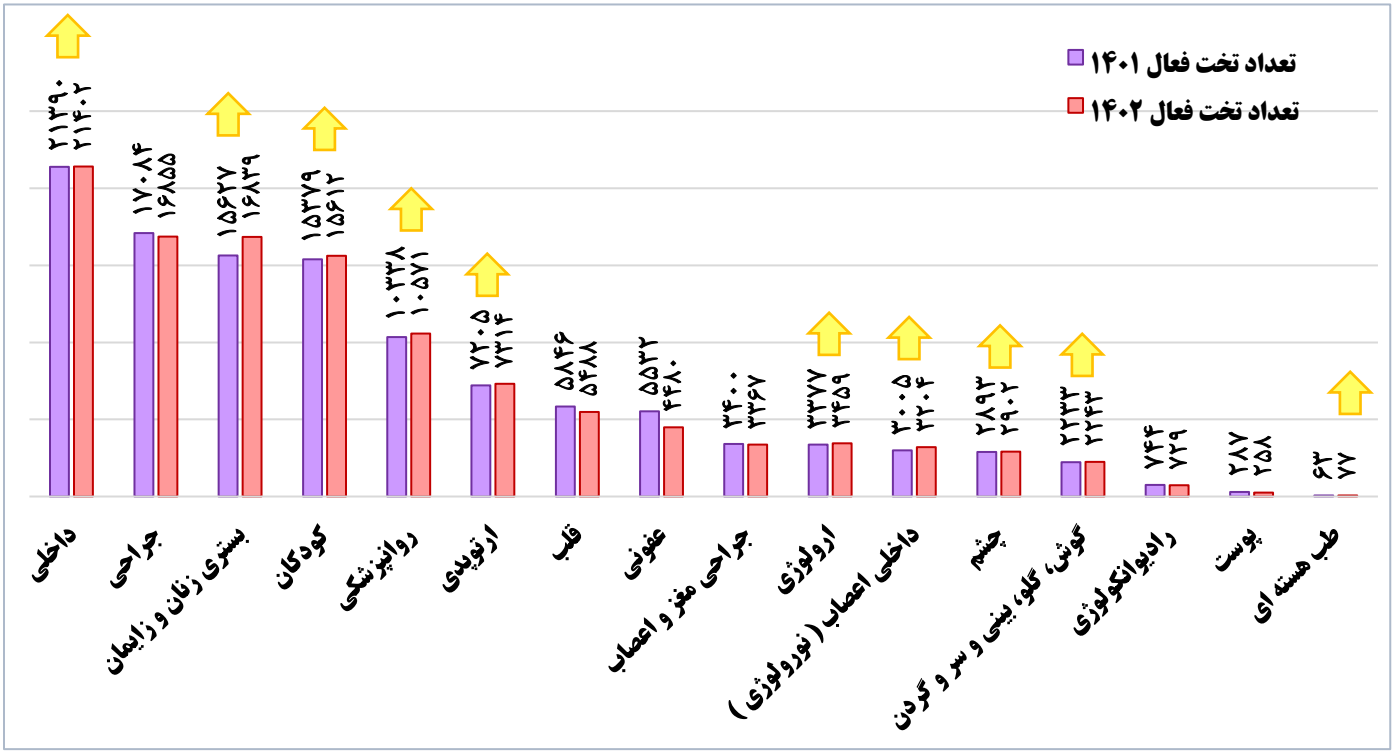






افزایش تعداد تخت فعال و بیمارستانهای جنرال (عمومی) در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱ مشهود است. تعداد بیمارستانها و تختهای تخصصی اطفال و زنان- زایمان نسبت به سال قبل افزایش یافته است. تعداد بیمارستان و تختهای تخصصی روانپزشکی نسبت به سال ۱۴۰۱ کاهش یافته است.

نمودار ۲–۳– وضعیت انواع تختهای بستری عادی (شامل تخصصی و فوق تخصصی) فعال در بیمارستانها



*تخت های ویژه، CCU و تخت POST ICU در شمارش تختها لحاظ نشده اند. تختهای اورژانس نیز به صورت مجزا در جداول آورده شده است.

داخلی: شامل بخشهای تخصصی داخلی، ایمونولوژی، فوق تخصصی هماتولوژی و انکولوژی، گوارش و کبد بالغین، روماتولوژی، نفرولوژی (کلیه)، غدد و متابولیسم بزرگسالان، ریه و مسمومیت (چون مسمومیت رشته فلوشیپی بین رشته ای است در این دسته بندی در رشته داخلی دسته بندی شده است).

جراحی: شامل بخش جراحی عمومی، سوختگی، پیوندهای قلب، کبد، لوزالمعده و سایر اعضاء، پیوند مغز استخوان؛ فوق تخصصی جراحی عروق، قلب، اطفال، ترمیمی و پلاستیک، فک و صورت، توراکس و کولون و رکتوم

کودکان: شامل بخشهای تخصصی کودکان، نوزادان، فوق تخصصی هماتولوژی و انکولوژی کودکان، گوارش و کبد کودکان؛ روماتولوژی کودکان، نفرولوژی (کلیه) کودکان، نورولوژی کودکان، نوزادان، غدد و متابولیسم کودکان و ریه کودکان

زنان و زایمان: شامل LDR، LDRP، بارداری پرخطر، پست پارتوم و جراحی زنان و زایمان

روانپزشکی: شامل روانپزشکی و فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

قلب: شامل بخش قلب و پست CCU، پست آنژیوگرافی

اورولوژی: شامل بخش اورولوژی و پیوند کلیه

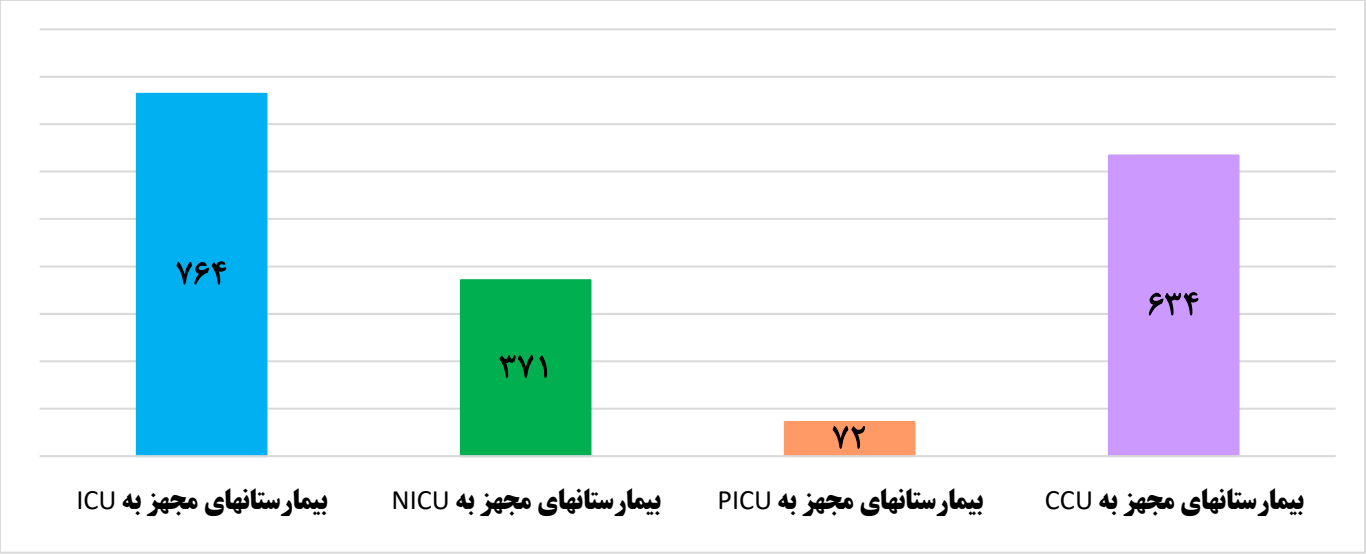
ارتوپدی: شامل ارتوپدی، فوق تخصصی جراحی دست، زانو و ستون فقرات

نورولوژی: شامل تختهای نورولوژی و SCU

چشم: شامل چشم و پیوند قرنیه

گوش و گلو و بینی و سرو گردن: شامل بخش گوش و گلو و بینی و سرو گردن و کاشت حلزون

نمودار ۲–۴– بیمارستانهای مجهز به بخشهای ویژه (شامل ICU,NICU,PICU) و بخش مراقبت قلبی



جدول ۲–۱۷– وضعیت انواع تختهای ویژه در بیمارستانها به تفکیک سازمان متبوع (شامل ICU,NICU,PICU)

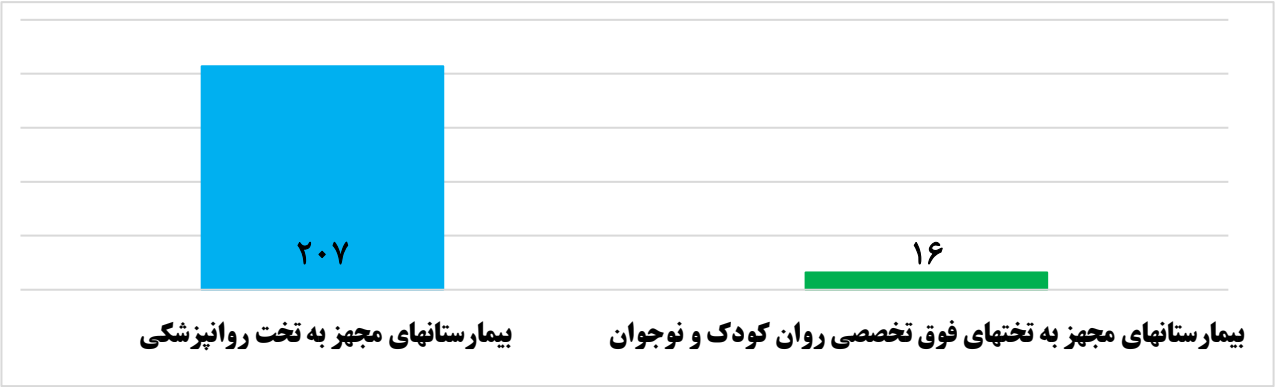
سازمان	تختهای ویژه						ویژه فعال	ویژه موجود کل
	ICU		NICU		PICU			
	فعال	آماده خدمت	فعال	آماده خدمت	فعال	آماده خدمت		
دانشگاه علوم پزشکی	۷۸۷۳	۷۹۵	۲۷۹۲	۳۴۶	۶۵۵	۱۲۶	۱۱۳۲۰	۱۲۵۸۷
سازمان تامین اجتماعی	۵۵۰	۲۶	۲۸۱	۲۵	۶	۶	۸۳۷	۸۹۴
نیروهای مسلح	۴۹۰	۲۴	۱۴۶	۶	۴	۲	۶۴۰	۶۷۲
خیریه	۴۰۰	۲۵	۱۱۴	۰	۱۲	۴	۵۲۶	۵۵۵
بخش خصوصی	۱۹۳۴	۶۵	۵۲۷	۳۶	۱۳	۲۳	۲۴۷۴	۲۵۹۸
سایر سازمانها	۲۷۴	۱۰	۶۹	۰	۰	۰	۳۴۳	۳۵۳
کل	۱۱۵۲۱	۹۴۵	۳۹۲۹	۴۱۳	۶۹۰	۱۶۱	۱۶۱۴۰	۱۷۶۵۹

حدود ۷۱,۲ درصد تختهای ویژه موجود کشور در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت واقعند، این به معنی آن است که مسئولیت مراقبت و درمان بخش عمده بیماران بد حال در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت انجام می شود.

جدول ۲– ۱۸– وضعیت تخت CCU در بیمارستانها به تفکیک سازمان متبوع

سازمان	تخت فعال CCU	تخت CCU آماده خدمت	تخت CCU کل
دانشگاه علوم پزشکی	۳۷۶۶	۳۲۵	۴۰۹۱
سازمان تامین اجتماعی	۴۷۰	۱۵	۴۸۵
نیروهای مسلح	۳۲۸	۳۰	۳۵۸
خیریه	۲۲۶	۴۴	۲۷۰
بخش خصوصی	۱۱۶۳	۷۴	۱۲۳۷
سایر سازمانها	۱۹۷	۱۸	۲۱۵
کل	۶۱۵۰	۵۰۶	۶۶۵۶

نمودار ۲–۵– بیمارستانهای مجهز به تختهای تخصصی و فوق تخصصی روانپزشکی

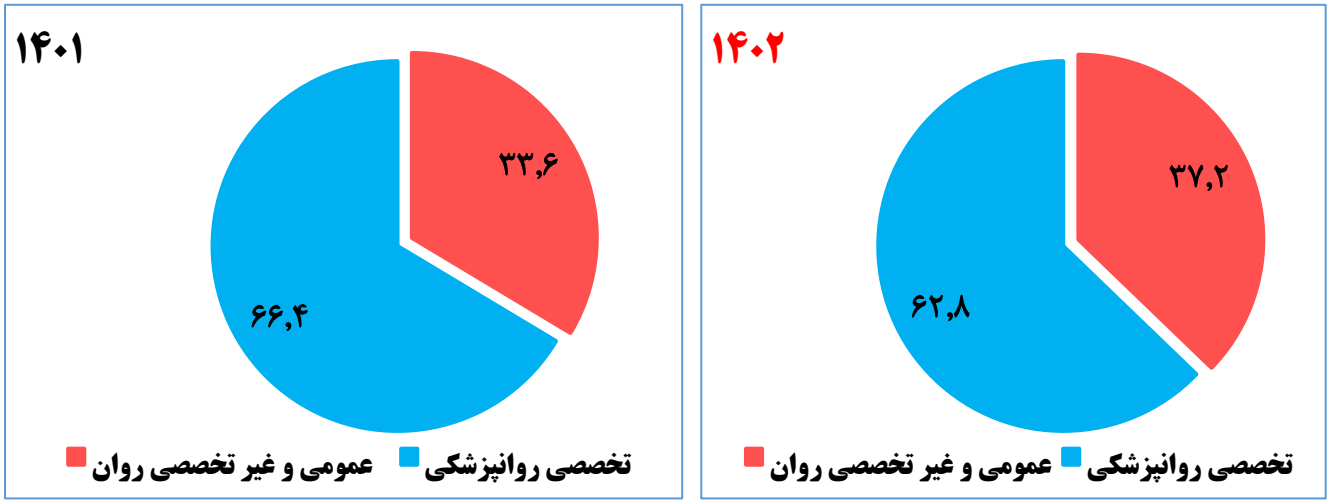


جدول ۲–۱۸– وضعیت تعداد تختهای تخصصی و فوق تخصصی فعال روانپزشکی در کلیه بیمارستانهای کشور

سازمان	تخت تخصصی روانپزشکی فعال	تخت فوق تخصصی روانپزشکی کودکان	تخت کل روانپزشکی فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۸۲۷۴	۲۷۵	۸۵۴۹
سازمان تامین اجتماعی	۹۳	۰	۹۳
نیروهای مسلح	۲۸۶	۰	۲۸۶
خیریه	۳۶	۰	۳۶
بخش خصوصی	۷۳۵	۰	۷۳۵
سایر سازمانها	۸۷۲	۰	۸۷۲
کل	۱۰۲۹۶	۲۷۵	۱۰۵۷۱

با وجود اینکه تعداد بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی و تخت فعال موجود در این بیمارستانها در سال ۱۴۰۲ کاهش یافته است ولی در کل تعداد تختهای روان پزشکی در کشور افزایش یافته است و سهم تخت روانپزشکی در بیمارستانهای جنرال و سایر بیمارستانها نسبت به سال ۱۴۰۲ افزایش یافته است.

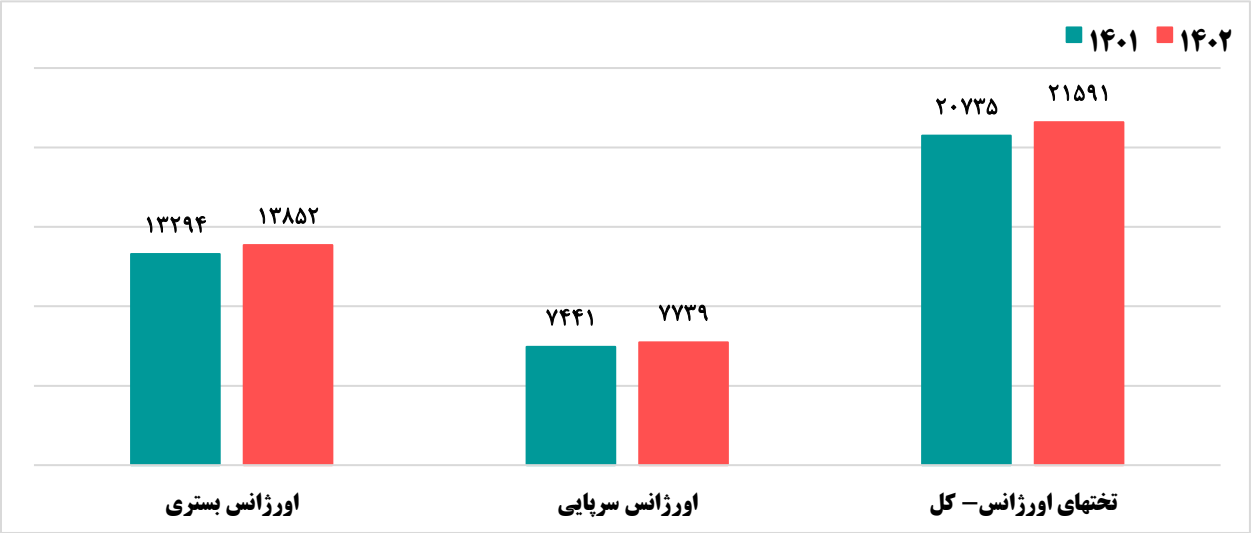
نمودار ۲–۶– درصد تختهای تخصصی و فوق تخصصی فعال روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی (جنرال) و تخصصی روانپزشکی کشور و مقایسه سال ۱۴۰۱–۱۴۰۲



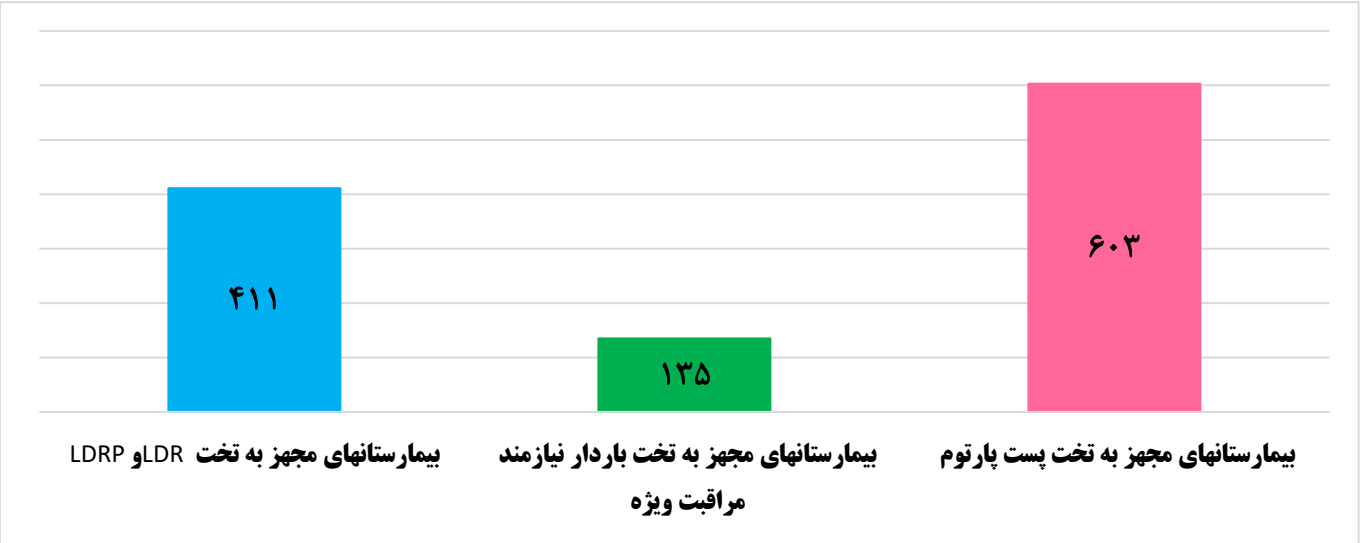
جدول ۲– ۱۹– وضعیت تعداد تختهای اورژانس در کلیه بیمارستانهای کشور

سازمان	تخت اورژانس بستری فعال	تخت اورژانس سرپایی	تعداد تخت کل اورژانس
دانشگاه علوم پزشکی	۱۱۰۵۷	۵۲۰۵	۱۶۲۶۲
سازمان تامین اجتماعی	۸۲۰	۶۵۷	۱۴۷۷
نیروهای مسلح	۴۷۸	۳۹۵	۸۷۳
خیریه	۳۲۸	۲۶۸	۵۹۶
بخش خصوصی	۸۷۸	۱۰۳۱	۱۹۰۹
سایر سازمانها	۲۹۱	۱۸۳	۴۷۴
کل	۱۳۸۵۲	۷۷۳۹	۲۱۵۹۱

نمودار ۲–۷– مقایسه وضعیت تختهای اورژانس بیمارستانی در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



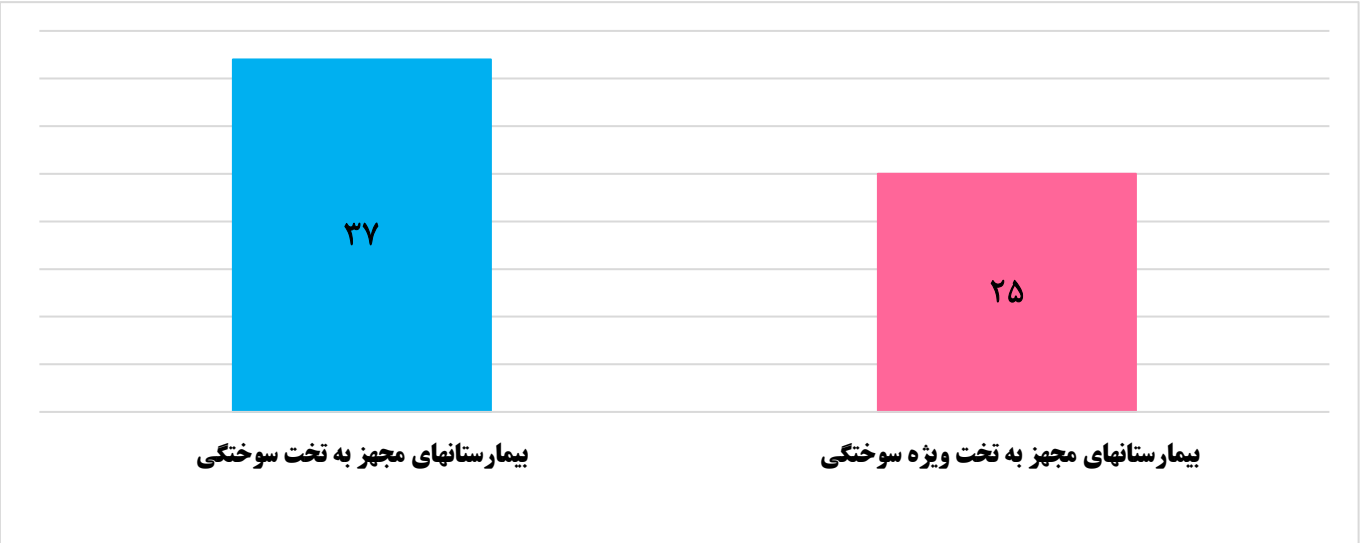
نمودار ۲–۸– بیمارستانهای مجهز به بخشهای بستری زایمان و بارداری



جدول ۲– ۲۰– وضعیت تعداد تختهای فعال بستری مرتبط زایمان و بارداری در کلیه بیمارستانهای کشور

سازمان	تخت LDR و LDRP – فعال	تخت باردار نیازمند مراقبت ویژه – فعال	پست پارتوم – فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۱۴۹۰	۹۳۰	۳۵۷۸
سازمان تامین اجتماعی	۶۱	۷	۵۹۰
نیروهای مسلح	۴۱	۸	۲۵۰
خیریه	۳۲	۱۴	۳۸۲
بخش خصوصی	۱۲۵	۷۰	۱۰۷۶
سایر سازمانها	۱۷	۵	۱۱۶
کل	۱۷۶۶	۱۰۳۴	۵۹۹۲

نمودار ۲–۹– بیمارستانهای مجهز به بخشهای بستری سوختگی

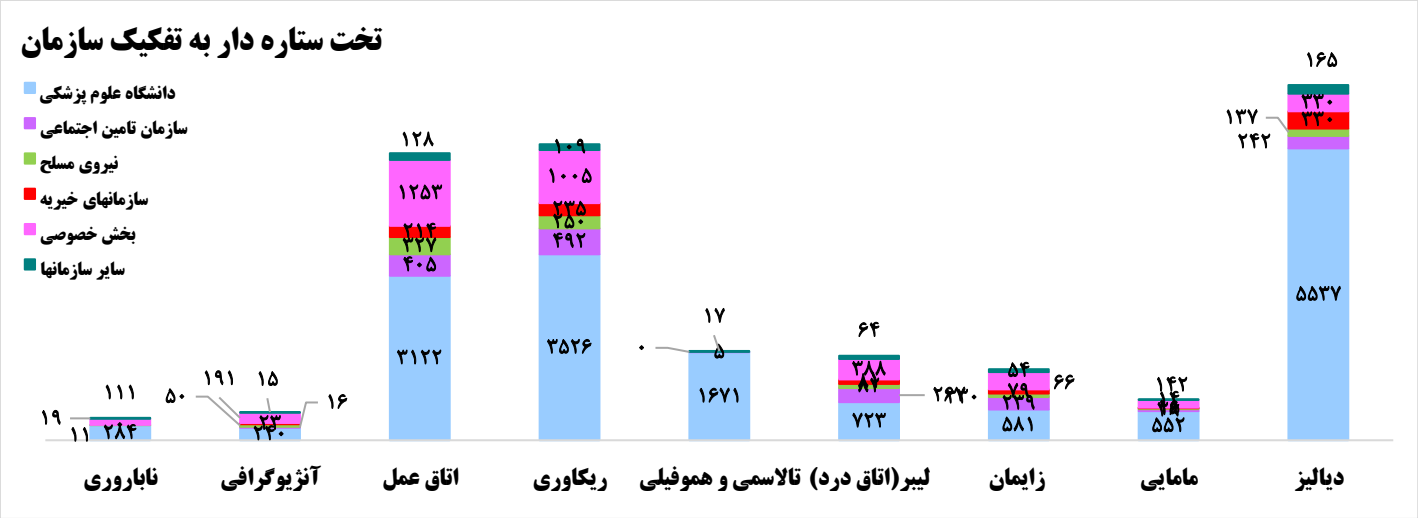


جدول ۲–۲۱– وضعیت تعداد تختهای فعال سوختگی در کلیه بیمارستانهای کشور

سازمان	تخت سوختگی فعال	تخت ویژه سوختگی (BICU) فعال
دانشگاه علوم پزشکی	۷۱۸	۱۹۰
سازمان تامین اجتماعی	۰	۰
نیروهای مسلح	۰	۰
خیریه	۰	۰
بخش خصوصی	۰	۰
سایر سازمانها	۰	۴
کل	۷۱۸	۱۹۴

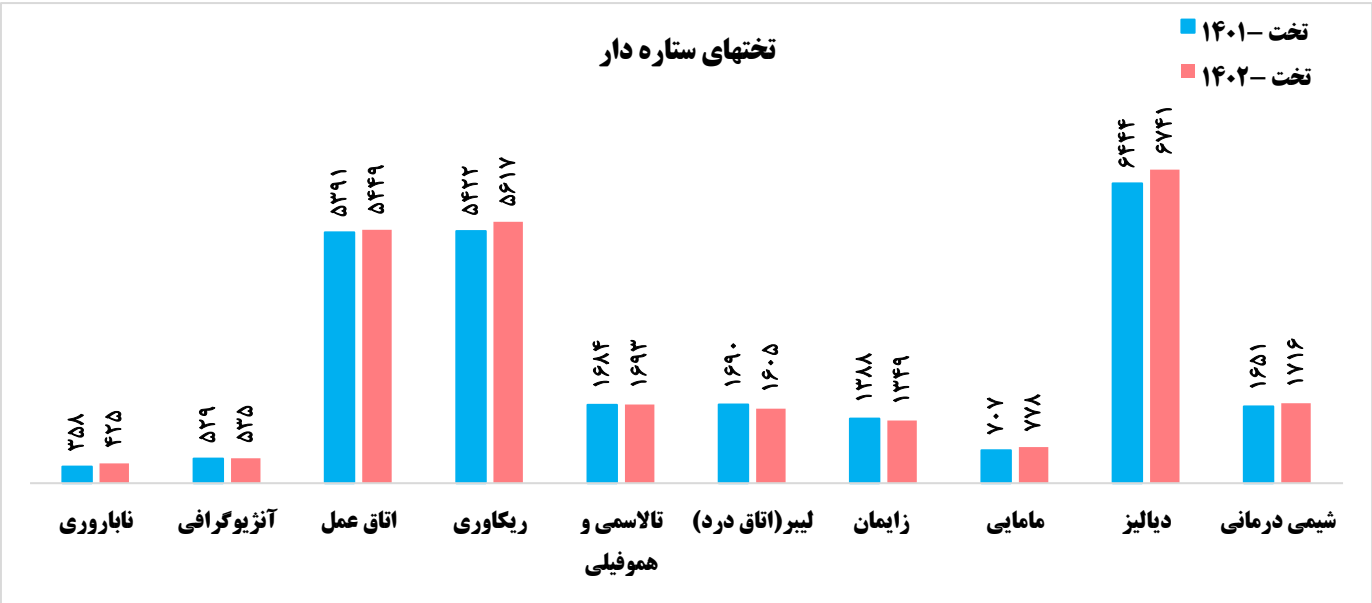
نمودار ۲–۱۰– وضعیت تعداد تختهای ستاره دار در کلیه بیمارستانهای کشور

در پایان سال ۱۴۰۲، تعداد ۳۴۱۴۳ تخت ستاره دار در بیمارستانهای کشور وجود دارد. تخت اورژانس سرپایی به صورت مجزا ذکر شده و در نمودار ذیل محاسبه نشده است.

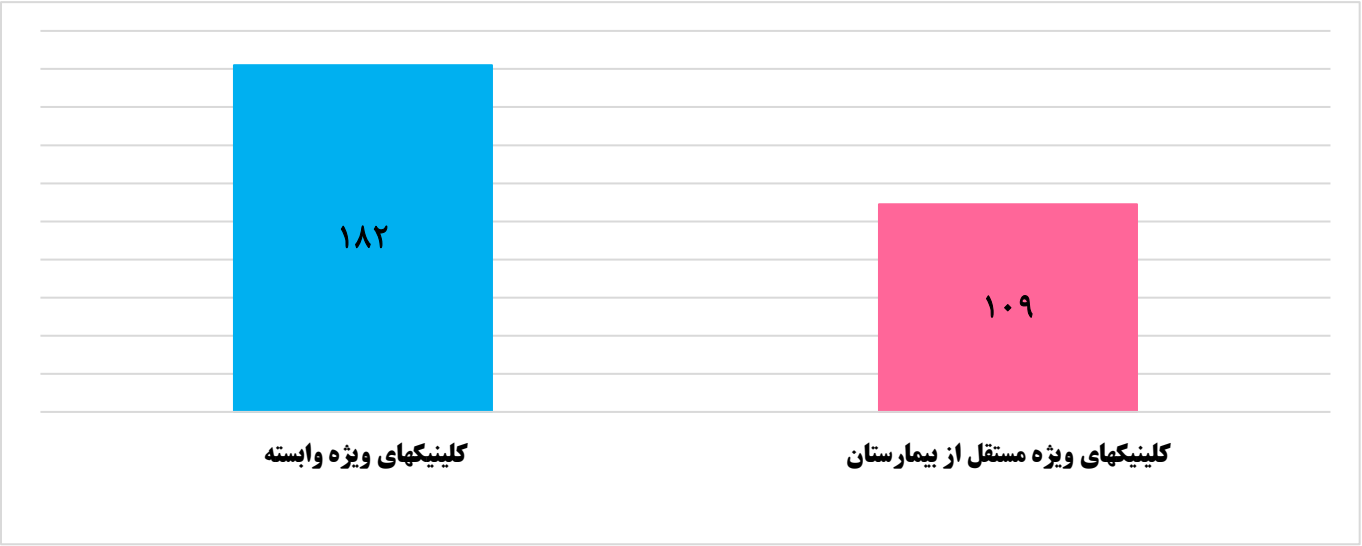


*لازم به توضیح است منظور از آنژیوگرافی در نمودار، تعداد تخت های موجود در بخش آنژیوگرافی می باشد و تعداد دستگاه متفاوت با تعداد تخت موجود در بخش آنژیوگرافی می باشد.

نمودار ۲–۱۱– مقایسه وضعیت تختهای ستاره دار در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



نمودار ۲–۱۲– وضعیت کلینیکهای ویژه وابسته و مستقل از بیمارستان – پایان سال ۱۴۰۲



فصل سوم

شاخصهای دسترسی در بیمارستانهای کشور

سال ۱۴۰۲

جدول ۳– ۱– سرانه بیمارستان به تفکیک سازمان متبوع– سال ۱۴۰۲

نوع سازمان	سرانه بیمارستان*
دانشگاه علوم پزشکی	۰,۷۹
سازمان تامین اجتماعی	۰,۰۹
نیروهای مسلح	۰,۰۷
خیریه	۰,۰۴
بخش خصوصی	۰,۲۲
سایر سازمانها	۰,۰۴
کل	۱,۲۵

* این شاخص به ازای صد هزار نفر جمعیت محاسبه می گردد.

جدول ۳– ۲– سرانه تخت های بیمارستانی به تفکیک سازمان متبوع– سال ۱۴۰۲

نوع سازمان	سرانه تخت بستری موجود کل (مجموع فعال و آماده ارائه خدمت)	سرانه تخت فعال *
دانشگاه علوم پزشکی	۱,۳۷	۱,۲۴
سازمان تامین اجتماعی	۰,۱۵	۰,۱۴
نیروهای مسلح	۰,۰۸	۰,۰۷
خیریه	۰,۰۵	۰,۰۵
بخش خصوصی	۰,۲۴	۰,۲۳
سایر سازمانها	۰,۰۵	۰,۰۵
کل	۱,۹۴	۱,۷۸

*این شاخص به ازای هزار نفر جمعیت محاسبه می گردد.

جدول ۳– ۳– سرانه تخت های ویژه، CCU، روانپزشکی، اورژانس و سوختگی– سال ۱۴۰۲

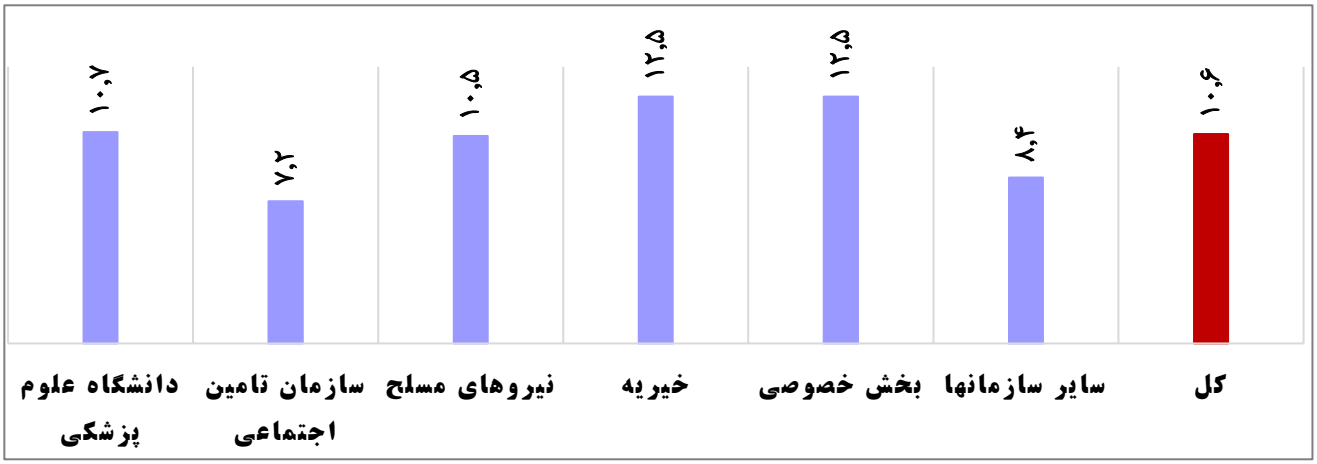
نوع سازمان	سرانه تخت ویژه فعال *	سرانه تخت CCU فعال*	سرانه تخت روانپزشکی فعال*	سرانه تخت اورژانس	سرانه تخت سوختگی
دانشگاه علوم پزشکی	۱۳,۳	۴,۴	۱۰	۱۹,۴	۱,۱
سازمان تامین اجتماعی	۱	۰,۶	۰,۱	۱,۸	۰
نیروهای مسلح	۰,۸	۰,۴	۰,۳	۱,۱	۰
خیریه	۰,۶	۰,۳	۰,۰۴	۰,۷	۰
بخش خصوصی	۲,۹	۱,۴	۰,۹	۲,۴	۰
سایر سازمانها	۰,۴	۰,۲	۱	۰,۵	۰,۰۰۵
کل	۱۸,۹	۷,۲	۱۲,۴	۲۵,۹	۱,۱

* این شاخص به ازای صد هزار نفر جمعیت محاسبه می گردد.

- در محاسبه سرانه تخت اورژانس، تخت اورژانس بستری و سرپایی لحاظ شده است.

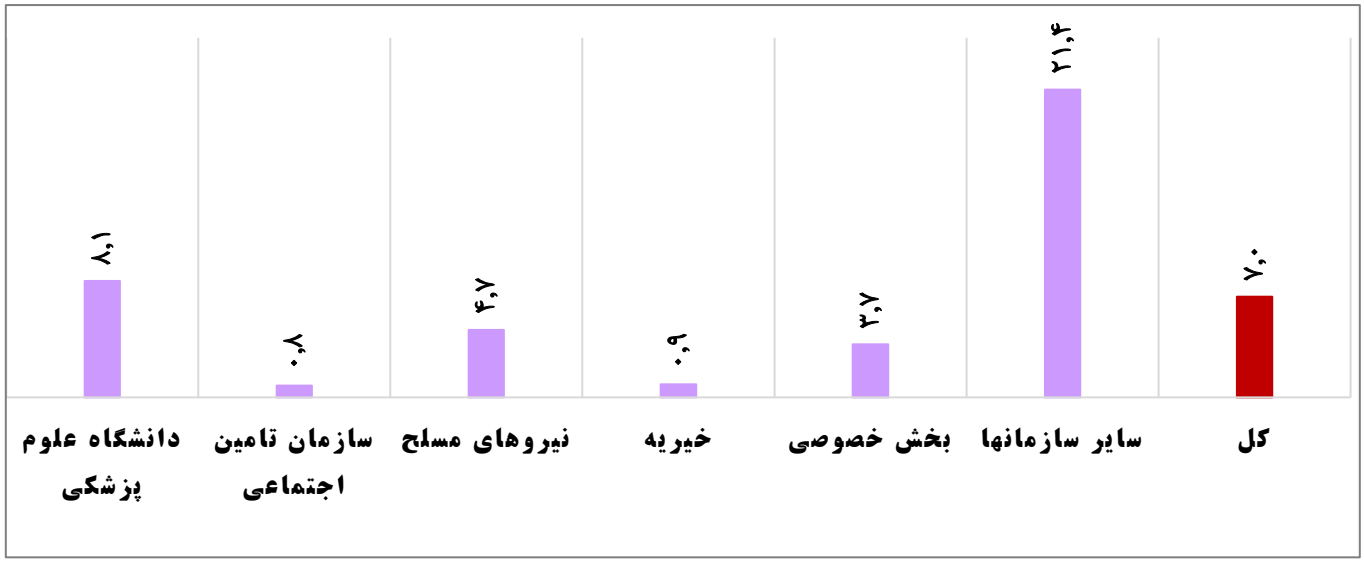
- در محاسبه سرانه تخت سوختگی، تختهای ویژه سوختگی (BICU) نیز لحاظ شده است.

نمودار ۳–۱– درصد تخت ویژه به تخت فعال



نسبت تخت ویژه به تخت فعال بیمارستان، در بخش خصوصی و خیریه از متوسط کشوری بالاتر است. تخت های ویژه جزو تختهای درآمدزا هستند. این تختها در بخشهای خصوصی و خیریه از متوسط کشوری بالاتر و در سازمان تامین اجتماعی پایین است.

نمودار ۳–۲– درصد تخت روانپزشکی به تخت فعال



تختهای روانپزشکی جزو تختهای هزینه بر و غیر سود ده محسوب می گردند. در بیمارستانهای وابسته به "سایر سازمانها"، تعداد تخت فعال کل بیمارستان پایین است و از سوی دیگر بیمارستانهای بنیاد شهید و امور ایثارگران که تعداد زیادی از تختهای روانپزشکی کشور را به خود اختصاص داده اند، در این دسته بندی قرار گرفته اند. به همین دلیل درصد تخت های روانپزشکی در بیمارستانهای این سازمانها بالاست.

شاخصهای منابع انسانی

جدول ۳–۴– وضعیت پرسنل شاغل در بیمارستانهای کشور

سازمان[۹]	تعداد پرسنل کل	تعداد پزشک	تعداد کادر پرستاری	تعداد پرسنل پشتیبانی
دانشگاه علوم پزشکی	۳۲۸۵۷۰	۳۴۸۳۳	۱۴۰۷۳۲	۸۶۳۱۷
سازمان تامین اجتماعی	۳۷۶۹۷	۵۵۴۹	۱۴۲۵۵	۹۶۰۲
خیریه	۱۹۳۲۹	۴۶۱۳	۵۵۰۷	۵۳۳۹
بخش خصوصی	۹۴۱۸۱	۲۲۲۶۷	۲۵۴۷۷	۲۶۱۴۴
سایر سازمان ها	۱۵۲۴۹	۲۹۱۰	۴۰۳۷	۵۱۹۳

جدول ۳–۵– شاخصهای پرسنلی به تخت به تفکیک سازمان

نوع سازمان	شاخص پرسنل به تخت	شاخص پزشک به تخت	شاخص کادر پرستار به تخت	شاخص پرسنل پشتیبانی به تخت
دانشگاه علوم پزشکی	۲,۵	۰,۲۷	۱,۰۹	۰,۶۷
سازمان تامین اجتماعی	۲,۷	۰,۳۹	۱,۰۱	۰,۶۸
خیریه	۳,۵	۰,۸۳	۰,۹۹	۰,۹۶
بخش خصوصی	۳,۸	۰,۸۹	۱,۰۲	۱,۰۵
سایر سازمانها	۳,۱	۰,۵۹	۰,۸۲	۱,۰۶
کل	۲,۷	۰,۳۹	۱,۰۴	۰,۷۳

[۹] اطلاعات پرسنلی نیروهای مسلح محرمانه است و ثبت نمی شود.

جدول ۳–۶– سرانه تجهیزات پزشکی

نوع سازمان	سرانه سی تی اسکن	سرانه MRI	سرانه آنژیوگرافی*	سرانه ونتیلاتور**
دانشگاه علوم پزشکی	۶,۲	۲	۲	۱۵,۱
سازمان تامین اجتماعی	۰,۷	۰,۲	۰,۲	۱,۰۶
نیروهای مسلح	۰,۴	۰,۲	۰,۲	۰,۴
خیریه	۰,۳	۰,۱	۰,۲	۰,۶
بخش خصوصی	۱,۲	۰,۶	۱,۱	۲,۳
سایر سازمانها	۰,۲	۰,۱	۰,۱	۰,۵
کل	۹	۳,۳	۳,۸	۲۰

* این شاخص در یک میلیون نفر جمعیت محاسبه شده است. ضمنا در این جدول تنها دستگاههای تصویر برداری مستقر در بیمارستانها لحاظ گردیده اند. در محاسبه دستگاه آنژیوگرافی، دستگاه های آنژیوگرافی قلبی و محیطی محاسبه شده است.

** این شاخص در صد هزار نفر جمعیت محاسبه شده است.

جدول ۳–۷– شاخصهای سرانه تجهیزات سرمایه ای کل (دستگاههای مستقل از بیمارستان نیز در شاخص لحاظ شده اند)

	سرانه سی تی اسکن	سرانه MRI
مقادیر شاخصها با احتساب دستگاههای مستقل از بیمارستان	۱۰,۹	۴,۸

فصل چهارم

شاخصهای کارایی بیمارستانهای کشور در سال ۱۴۰۲

توضیحات: از سال ۱۳۹۸ در محاسبه مراجعین بستری در *سامانه آواب*، بیماران انتقالی بین بخشها ازمحاسبات حذف شده است. جهت محاسبه شاخصهای بیمار پذیری ،گردش تخت و متوسط اقامت نیز این مورد در نظر گرفته شده است. علت تفاوت تعداد مراجعین بستری و شاخصهای مرتبط با سالهای قبل، محاسبه با روش مذکور می باشد.

در محاسبه مراجعین بستری و شاخصهای عملکردی، مراجعین بستری بخش اورژانس لحاظ نگردیده اند.

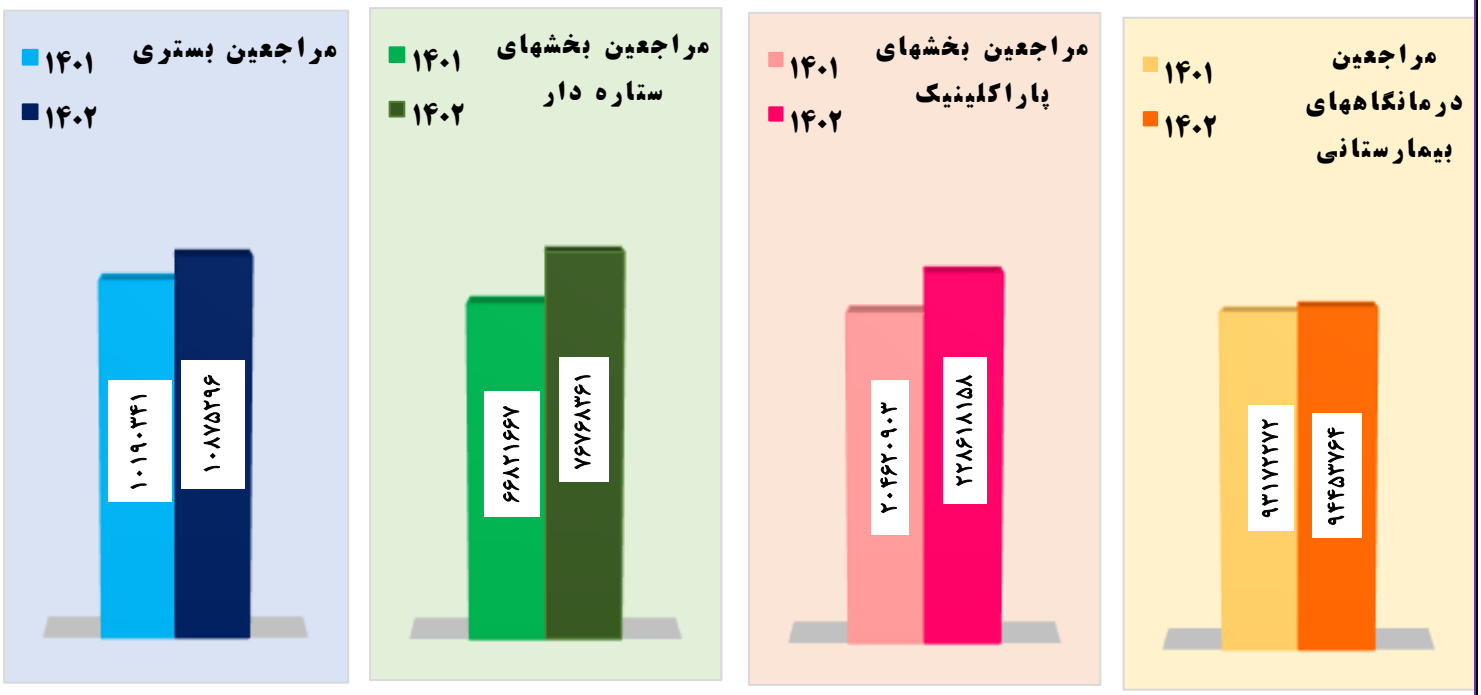
جدول ۴ – ۱– وضعیت مراجعین بیمارستانی در کشور – سال ۱۴۰۲

سازمان	تعداد مراجعین بستری	تعداد مراجعین بخشهای ستاره دار	تعداد مراجعین بخشهای پاراکلینیک بیمارستانی	تعداد مراجعین درمانگاهی
دانشگاه علوم پزشکی	۶۴۸۶۳۵۶	۵۳۴۰۵۵۳۷	۱۵۰۱۷۶۰۹۵	۴۷۴۶۳۴۳۴
سازمان تامین اجتماعی	۱۰۵۳۰۳۶	۹۸۳۷۴۷۲	۳۰۶۳۸۷۲۵	۲۲۲۵۶۲۱۹
نیروهای مسلح	۴۵۵۷۷۴	۳۰۶۶۵۸۰	۹۵۶۷۸۷۸	۸۶۹۲۰۴۴
خیریه	۳۶۷۰۷۱	۱۹۳۴۵۸۹	۵۸۵۰۶۸۶	۳۸۳۲۹۶۴
بخش خصوصی	۲۲۷۱۷۷۱	۶۹۷۴۷۰۲	۲۳۰۰۲۱۵۱	۸۱۹۷۶۷۳
سایر سازمانها	۲۴۱۲۸۸	۱۵۴۹۴۸۱	۹۳۸۲۶۲۳	۴۰۱۱۴۳۰
کل	۱۰۸۷۵۲۹۶	۷۶۷۶۸۳۶۱	۲۲۸۶۱۸۱۵۸	۹۴۴۵۳۷۶۴

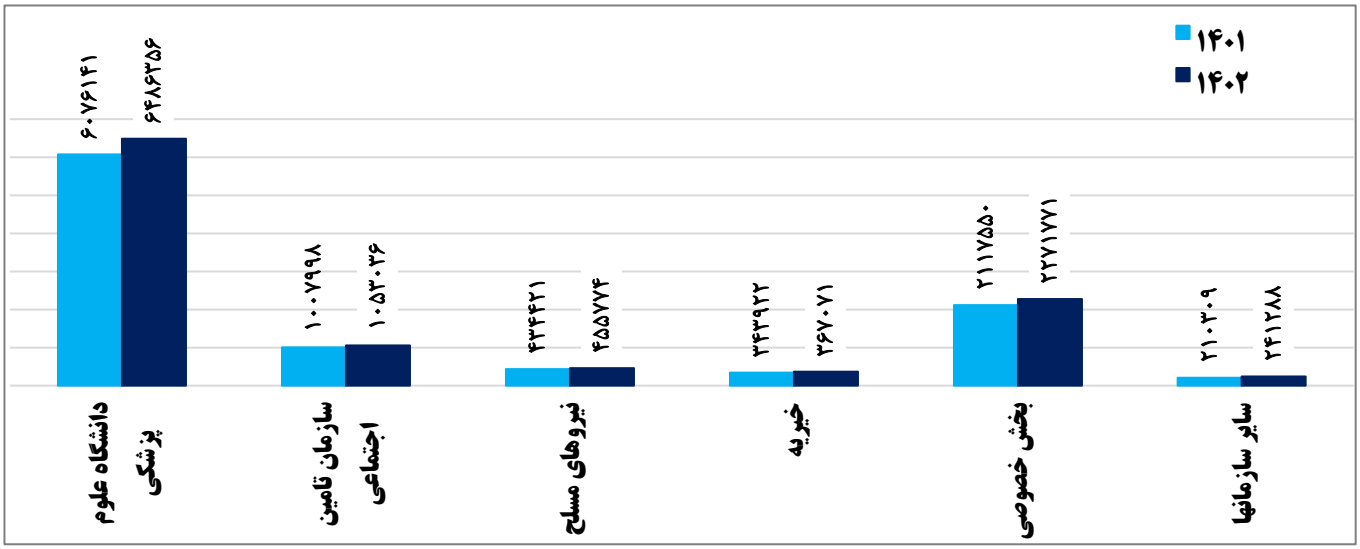
* در محاسبه مراجعین بستری، مراجعین اورژانس بستری لحاظ نشده اند.

* مراجعین اورژانس سرپایی در مراجعین بخش ستاره دار لحاظ شده اند.

نمودار ۴–۱– مقایسه مراجعین بیمارستانی کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

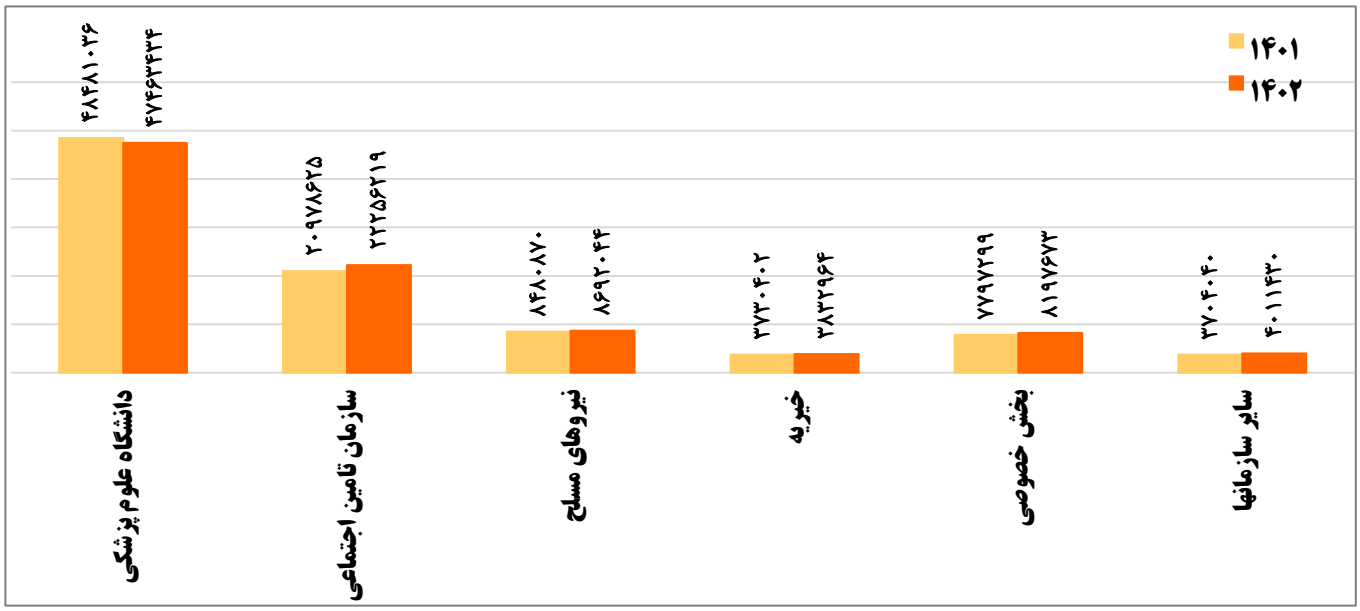


نمودار ۴-۲- مقایسه تعداد مراجعین بخشهای بستری در سالهای ۱۴۰۱- ۱۴۰۲



در کل بیمارستانهای کشور، آمار مراجعین بستری در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱، ۷ درصد افزایش داشته است. در بیمارستانهای در بیمارستان وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت، ۷ درصد افزایش در مراجعین بستری مشهود است.

نمودار۴-۳- مقایسه تعداد مراجعین بخشهای درمانگاهی در سالهای ۱۴۰۱- ۱۴۰۲



در کل بیمارستانهای کشور، آمار مراجعین درمانگاهی در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱، ۱,۴ درصد افزایش یافته است.

جدول ۴–۲– متوسط روزانه مراجعین بیمارستانهای کشور – سال ۱۴۰۲

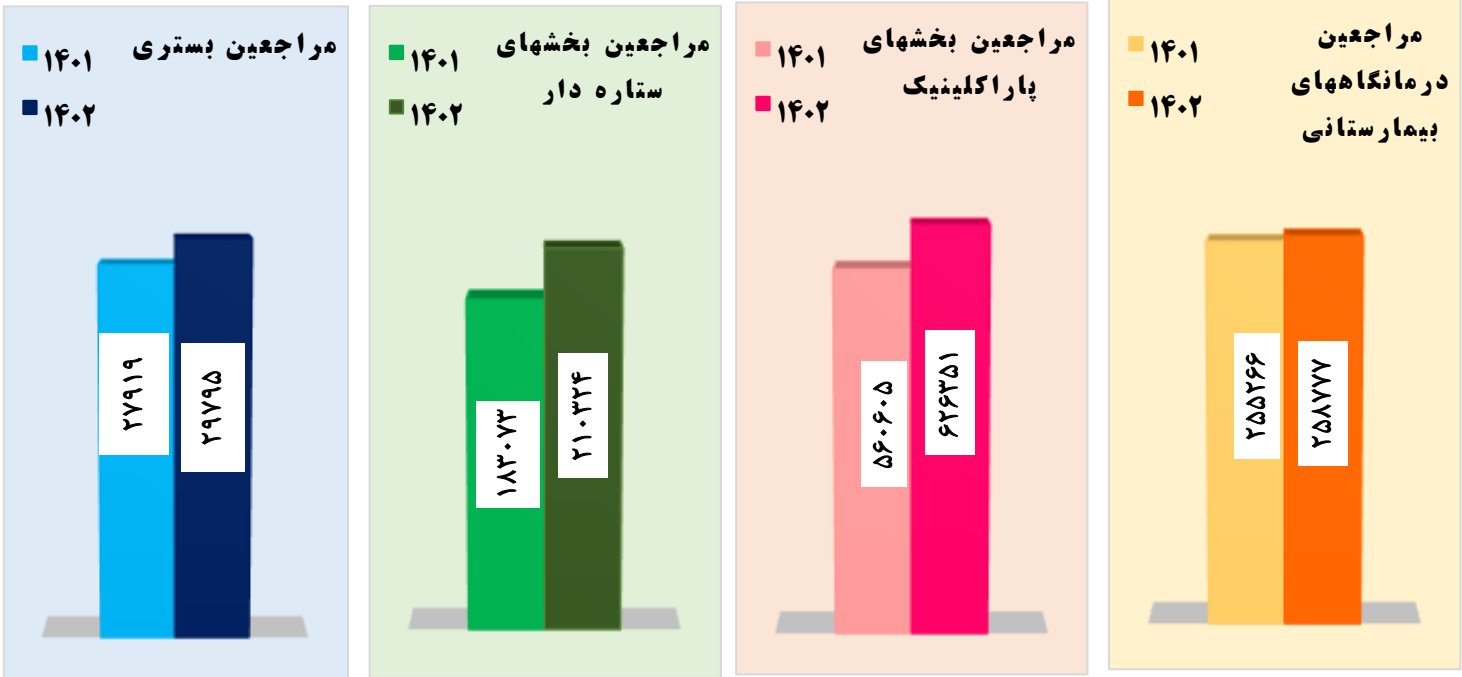
	روزانه
مراجعین بستری	۲۹۷۹۵
مراجعین بخشهای ستاره دار	۲۱۰۳۲۴
مراجعین بخشهای پاراکلینیک	۶۲۶۳۵۱
مراجعین بخشهای درمانگاهی	۲۵۸۷۷۷

*در محاسبه مراجعین بستری، مراجعین اورژانس بستری لحاظ نشده اند.

*در مراجعین اورژانس سرپایی در مراجعین بخش ستاره دار لحاظ شده اند.

❖ در سال ۱۴۰۲ به صورت متوسط روزانه **۲۹۷۹۵** بیمار در بخشهای بیمارستانی، بستری شدند.

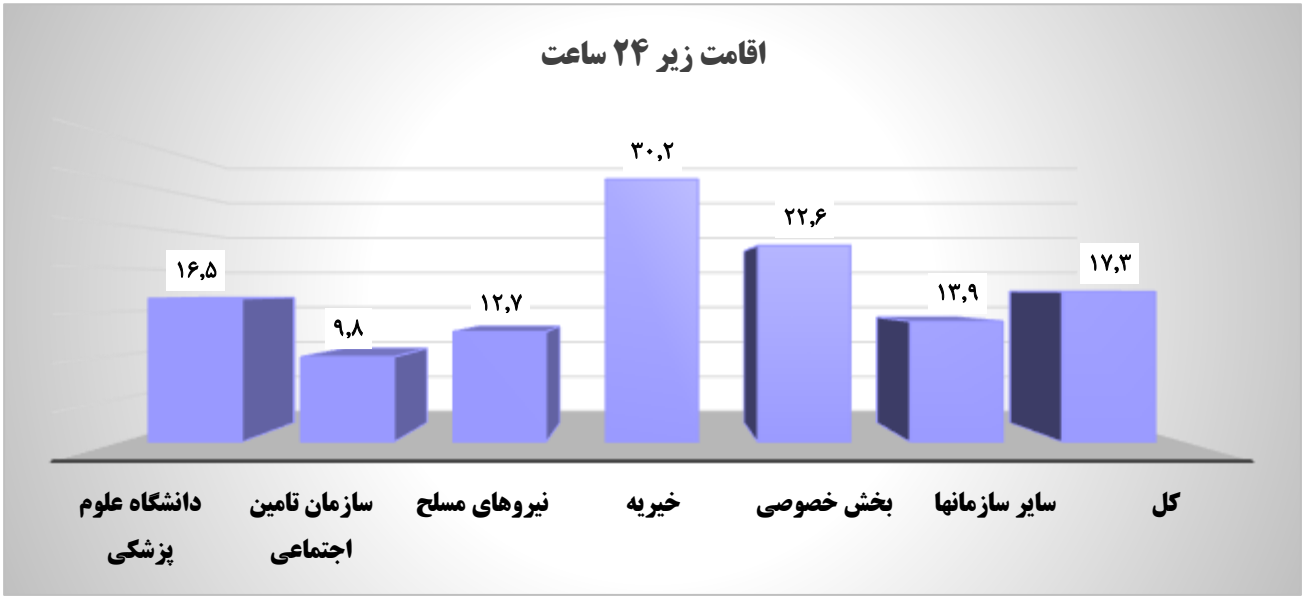
نمودار ۴–۴– مقایسه میانگین روزانه مراجعین بیمارستانی کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



جدول ۴ – ۳–وضعیت مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت در بخشهای بستری کشور به تفکیک سازمان– سال ۱۴۰۲

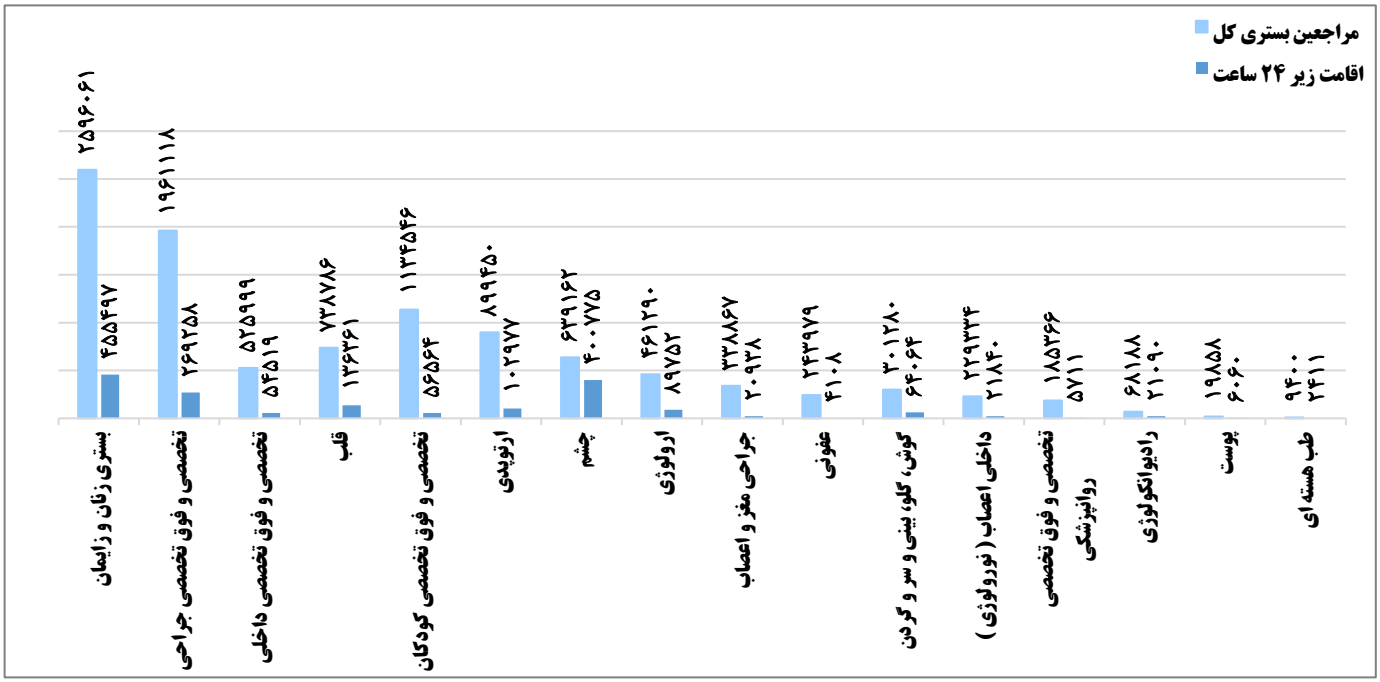
سازمان	تعداد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت
دانشگاه علوم پزشکی	۱۰۶۷۴۷۵
سازمان تامین اجتماعی	۱۰۲۹۰۳
نیروهای مسلح	۵۸۰۵۶
خیریه	۱۱۰۹۱۱
بخش خصوصی	۵۱۳۵۵۲
سایر سازمانها	۳۳۴۶۷
کل	۱۸۸۶۳۶۴

نمودار ۴–۵– درصد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت در بخشهای بستری به تفکیک سازمان متبوع– سال ۱۴۰۲

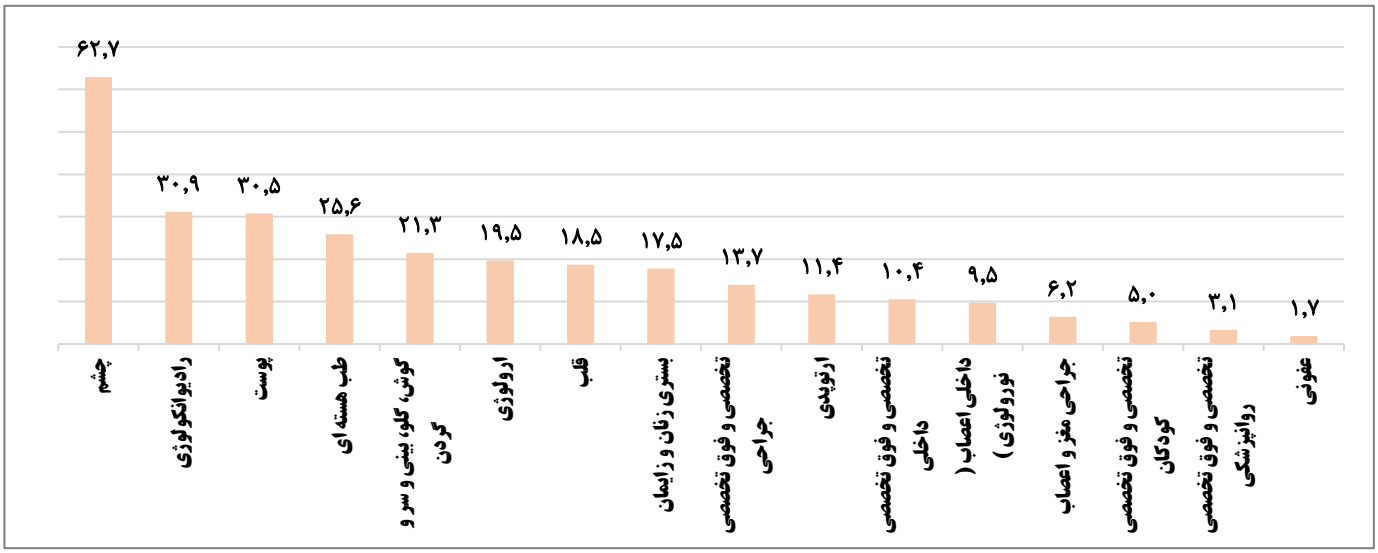


مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت اهمیت ویژه ای در سیاستگذاری کلان سلامت دارد. این بیماران در درآمدزایی بیمارستانها تاثیر عمده دارند و به جز موارد فوت زیر ۲۴ ساعت، اکثر این بیماران، بیماران الکتیو و غیر پیچیده هستند. بخش عمده ای از کل مراجعین بستری در بیمارستانهای بخش خصوصی و خیریه، بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت می باشند (به ترتیب ۲۲,۶ و ۳۰,۲ درصد از مراجعین بستری). به نظر تصمیم گیری جهت هدایت این بیماران به مراکز جراحی محدود و دی کلینیکها جهت کاهش ازدحام بیمارستانها خصوصا در بیمارستانهای ریفرال از مباحث مهمی است که نیاز به بررسی و برنامه ریزی و طراحی مداخلات دارد.

نمودار ۴–۶– مراجعین بستری در بیمارستانهای کشور به تفکیک بخشهای بستری – سال ۱۴۰۲

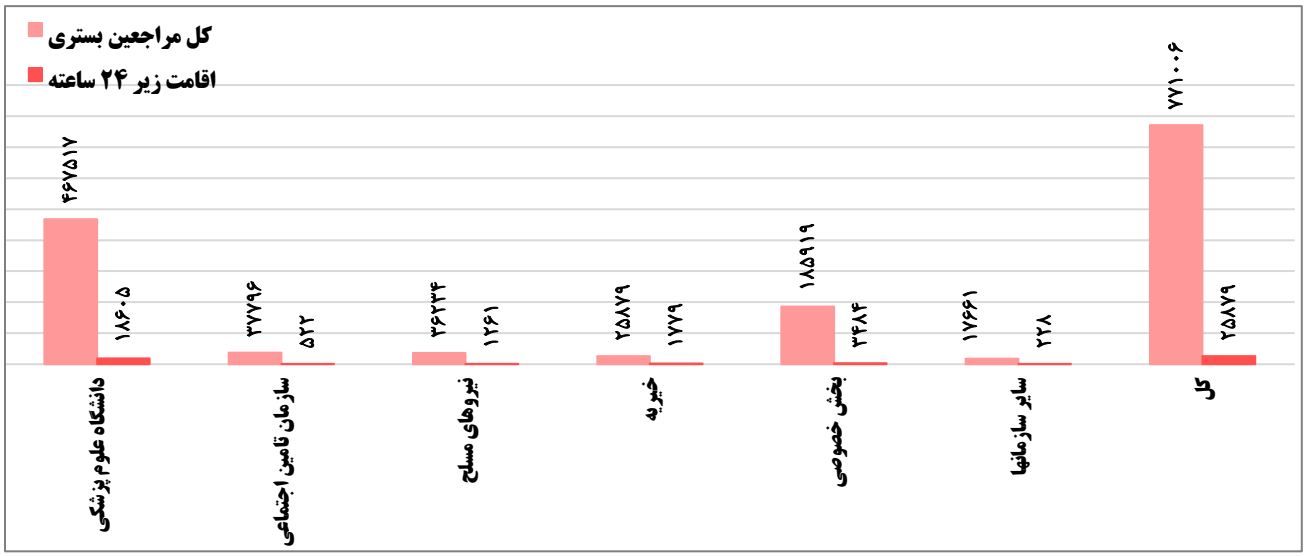


نمودار ۴–۷– درصد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت در بیمارستانهای کشور به تفکیک بخشهای بستری – ۱۴۰۲



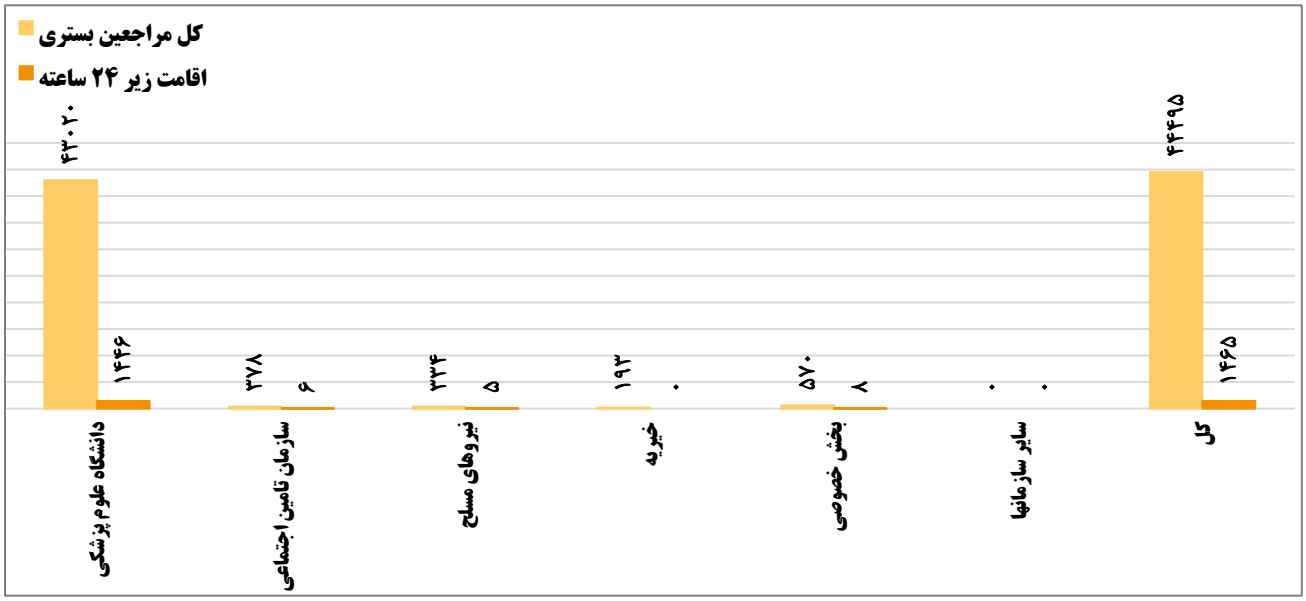
بیشترین درصد بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت در بخش تخصصی چشم وجود دارد. در بخشهای رادیوانکولوژی، پوست، طب هسته ای، گوش، گلو، بینی و سروگردن، اورولوژی، زنان و زایمان و قلب نیز ، بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت بخش عمده ای از مراجعین بستری را به خود اختصاص می دهند.

نمودار ۴–۸– تعداد مراجعین بستری در بخش ویژه بزرگسالان (ICU) در سال ۱۴۰۲



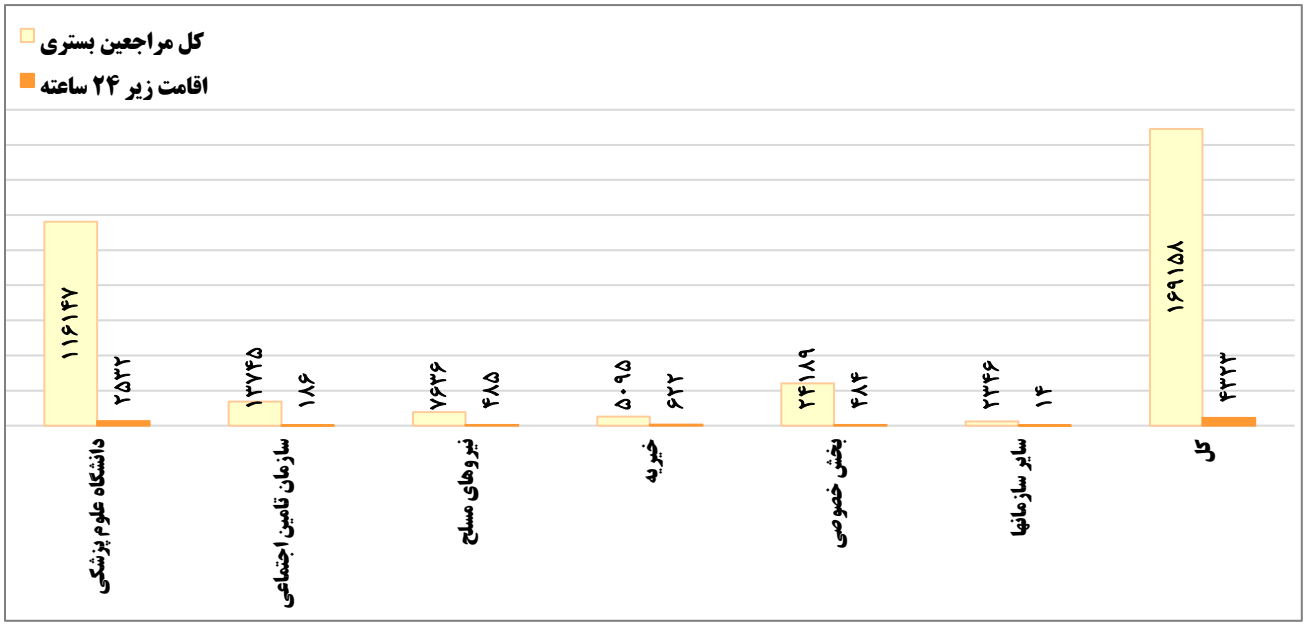
بیشترین مراجعین بستری در بخشهای ویژه متعلق به بیمارستانهای وزارت بهداشت است. علت آن وجود بیشترین درصد تختهای مراقبت ویژه در بیمارستانهای وزارت بهداشت می باشد. بخش عمده اقامت زیر ۲۴ ساعت در بخشهای مراقبت ویژه، بیماران بدحال و فوت زیر ۲۴ ساعت می باشد.

نمودار ۴–۹– تعداد مراجعین بستری در بخش ویژه کودکان (PICU) در سال ۱۴۰۲

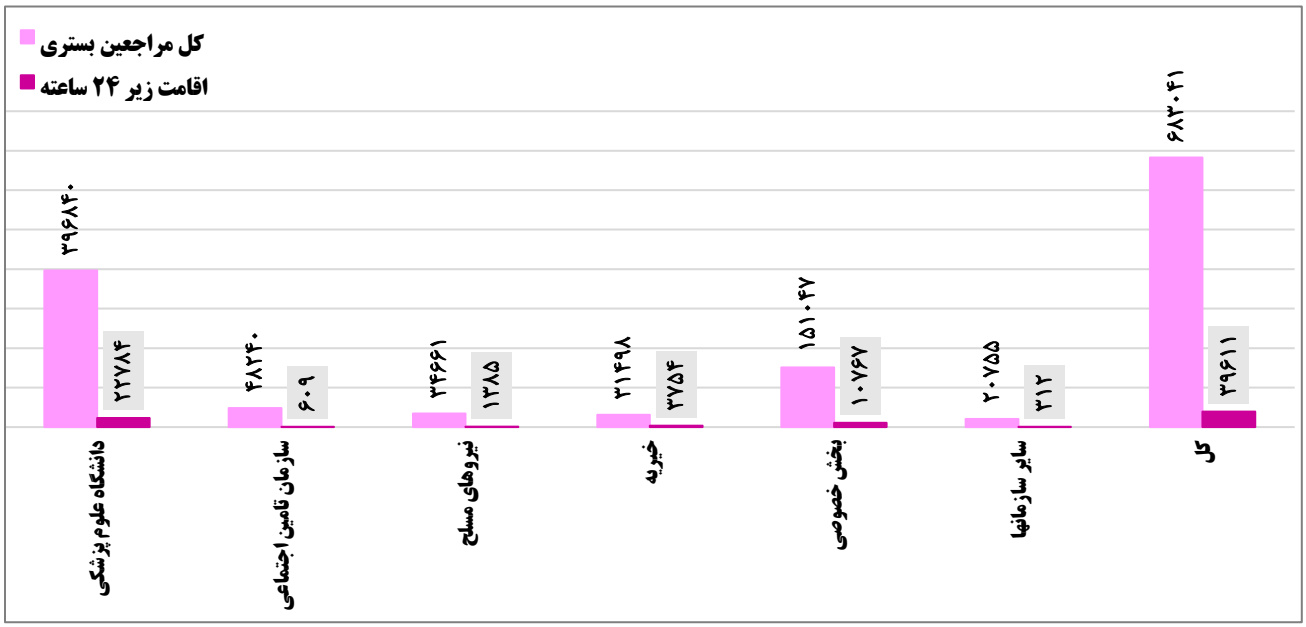


بخش اعظم مراجعین بستری در بخشهای PICU مربوط به بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت است و علت آن وجود بخش عمده تختهای PICU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت است.

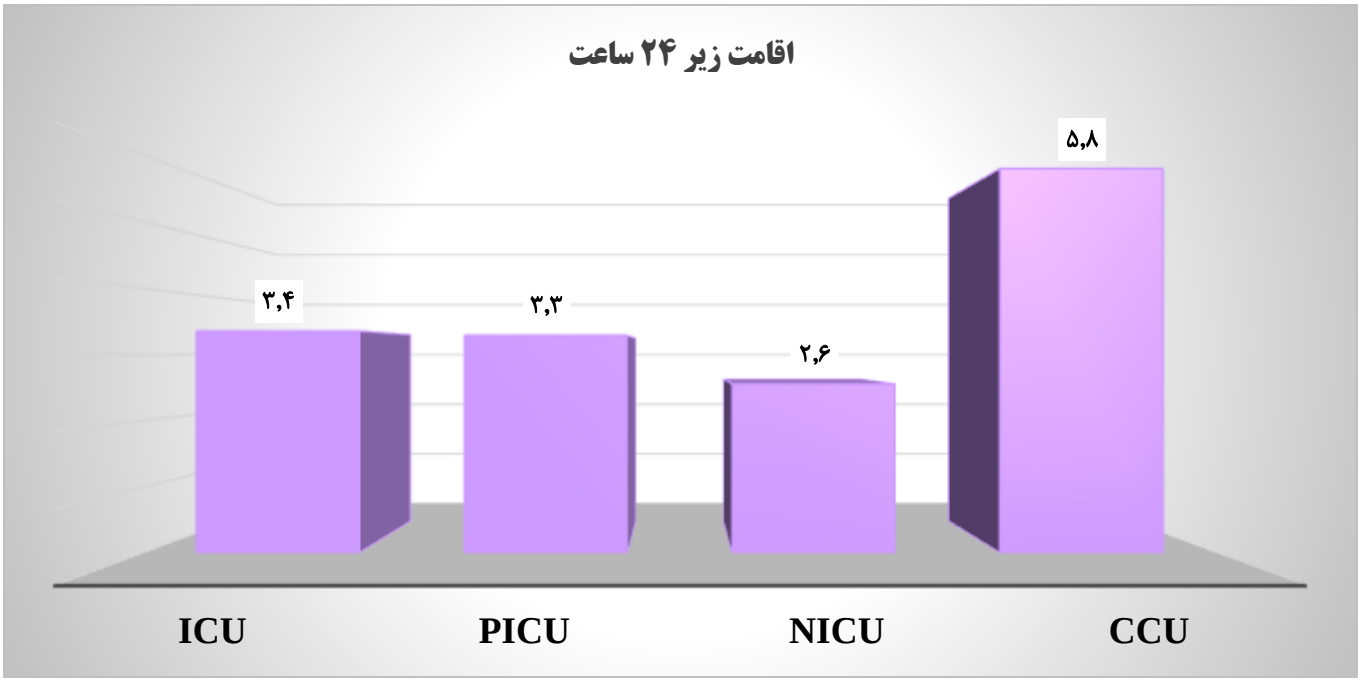
نمودار ۴–۱۰– تعداد مراجعین بستری در بخش ویژه نوزادان (NICU) در سال ۱۴۰۲



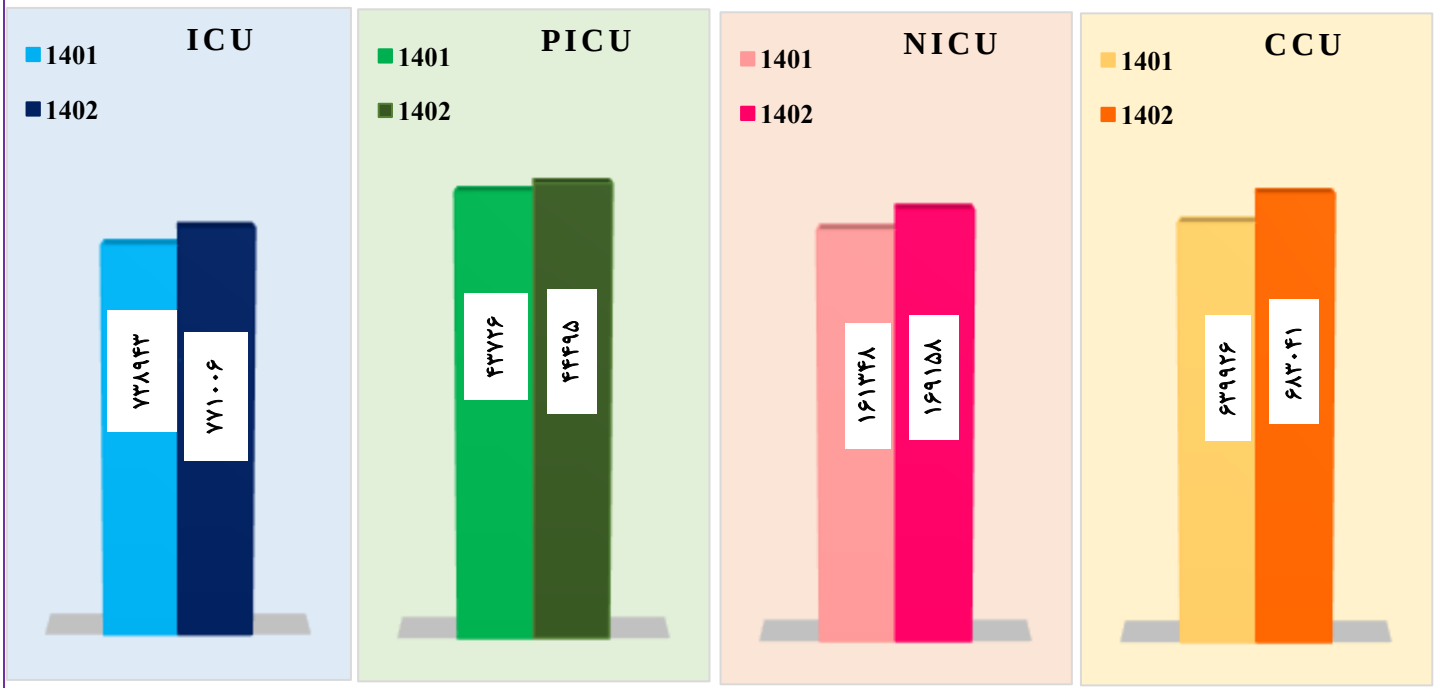
نمودار ۴–۱۱– تعداد مراجعین بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی (CCU) در سال ۱۴۰۲



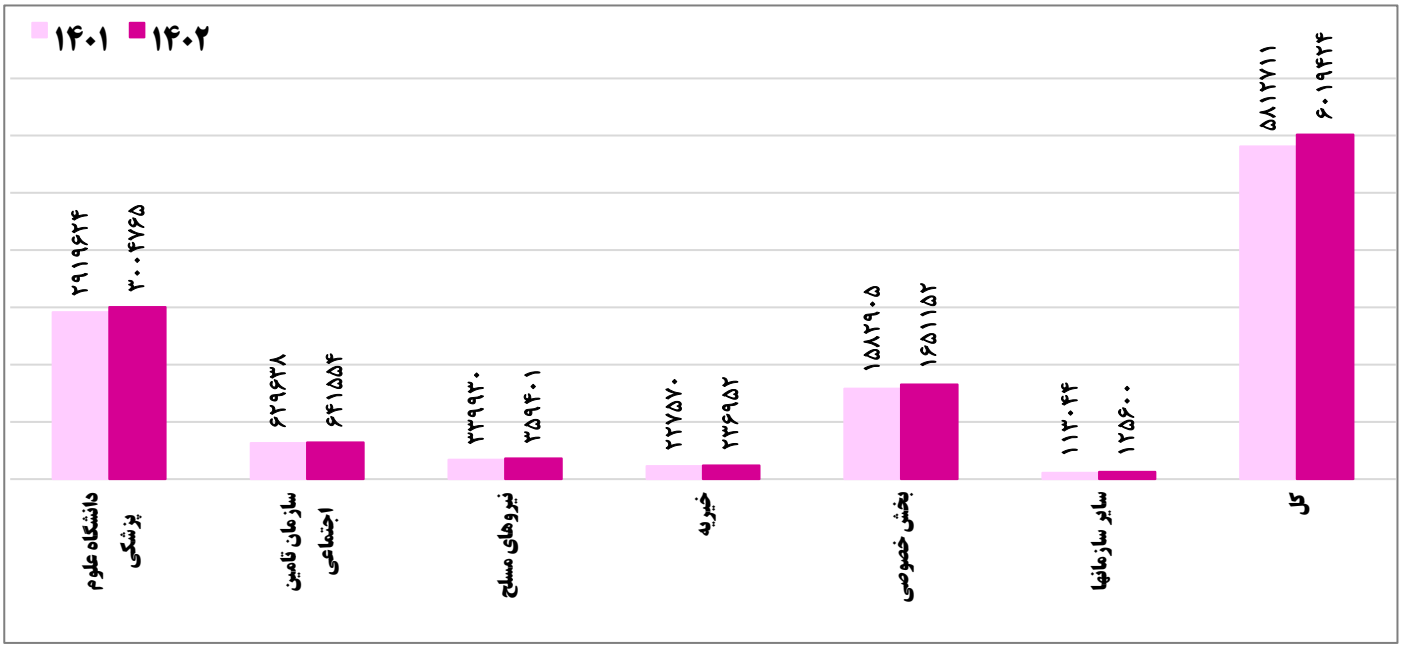
نمودار ۴–۱۲– درصد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت در بخشهای مراقبت ویژه و مراقبت قلبی



نمودار ۴–۱۳– مقایسه مراجعین بستری در بخشهای ویژه و مراقبت قلبی در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



نمودار ۴–۱۴– مقایسه تعداد اعمال جراحی در سال ۱۴۰۱–۱۴۰۲



در کل بیمارستانهای کشور، آمار تعداد اعمال جراحی در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱، ۳,۶ درصد افزایش یافته است. در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، این افزایش معادل ۳,۰ درصد است.

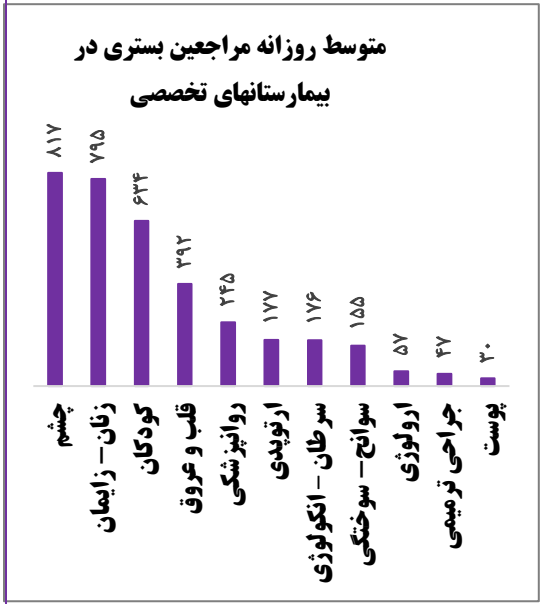
جدول ۴–۴– مراجعین بستری کشور به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال– سال ۱۴۰۲

	تعداد مراجعین بستری	تعداد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت	درصد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت
بیمارستانهای ۳۲–۰ تخت فعال	۱۶۰۶۵۷	۹۵۵۷۹	۵۹,۵
بیمارستانهای ۶۴–۳۳ تخت فعال	۸۴۰۴۳۲	۲۳۹۸۸۳	۲۸,۵
بیمارستانهای ۶۵–۱۰۰ تخت فعال	۱۱۱۹۶۵۴	۲۱۶۷۰۴	۱۹,۴
بیمارستانهای ۱۰۱–۲۰۰ تخت فعال	۳۹۳۲۶۸۶	۵۲۷۷۲۲	۱۳,۴
بیمارستانهای ۳۰۰–۲۰۱ تخت فعال	۲۲۱۰۳۱۸	۳۹۷۸۸۸	۱۸,۰
بیمارستانهای ۵۰۰–۳۰۱ تخت فعال	۱۳۷۹۴۹۴	۲۴۶۰۸۴	۱۷,۸
بیمارستانهای ۵۰۱– ۱۰۰۰ تخت فعال	۱۱۰۷۵۱۴	۱۴۹۸۵۱	۱۳,۵
بیمارستانهای بالای ۱۰۰۰ تخت فعال	۱۲۴۵۴۱	۱۲۶۵۳	۱۰,۲

- با وجود اینکه بیشترین تعداد بیمارستانها متعلق به بیمارستانهای ۰-۱۰۰ تخت فعال هستند ولی بیشترین متوسط مراجعین بستری روزانه در بیمارستانهای ۱۰۱-۲۰۰ تخت دیده شد.
- بیشترین میزان بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت متعلق به بیمارستانهای ۰-۳۲ تخت می باشد و می تواند مطرح کننده ارجاع بیماران به بیمارستانهای مجهزتر باشد.
- با افزایش تعداد تختهای بیمارستانی، میزان بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت کاهش یافته است.

جدول ۴–۵– مراجعین بستری کشور به تفکیک نوع بیمارستان (عمومی/تخصصی)– سال ۱۴۰۲

گرایش بیمارستان	تعداد مراجعین بستری	تعداد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت	درصد مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت
عمومی	۹۵۸۸۵۲۴	۱۴۴۹۳۳۷	۱۵,۱
روانپزشکی	۸۹۳۰۹	۲۳۴۱	۲,۶
زنان– زایمان	۲۹۰۱۱۱	۴۵۵۳۳	۱۵,۷
کودکان	۲۳۱۴۰۸	۳۶۲۵۲	۱۵,۷
چشم	۲۹۸۲۸۸	۲۵۵۰۴۵	۸۵,۵
قلب و عروق	۱۴۳۱۱۳	۴۶۷۶۵	۳۲,۷
سوانح– سوختگی	۵۶۴۸۳	۱۱۲۷۵	۲۰,۰
سرطان – انکولوژی	۶۴۳۶۳	۱۳۶۴۰	۲۱,۲
ارتوپدی	۶۴۷۸۳	۱۱۴۸	۱,۸
پوست	۱۰۸۶۴	۶۵۸۸	۶۰,۶
جراحی ترمیمی	۱۷۱۰۲	۷۸۰۸	۴۵,۷
ارولوژی	۲۰۹۴۸	۱۰۶۳۲	۵۰,۸



در سال ۱۴۰۲، در بیمارستانهای تخصصی، **بیمارستانهای تخصصی چشم و زنان و زایمان** بیشترین متوسط روزانه مراجعین بستری روزانه را به خود اختصاص داده اند. در بیمارستانهای تخصصی **چشم**، ۸۵,۵ درصد مراجعین بستری، به بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت تعلق دارد.

جدول ۴–۶– شاخصهای کارایی در بیمارستانهای کشور به تفکیک وابستگی سازمانی – سال ۱۴۰۲

سازمان	متوسط اقامت بیمار	ضریب اشغال تخت	گردش تخت	فاصله گردش تخت	بیمار پذیری	درصد فوت در مراجعین بستری
دانشگاه علوم پزشکی	۳,۷	۷۲,۶	۶۹,۹	۱,۴	۷۵,۹	۲,۲
سازمان تامین اجتماعی	۲,۸	۷۵,۵	۹۷,۹	۰,۹	۱۲,۳	۱,۰
نیروهای مسلح	۲,۹	۶۹,۶	۸۵,۵	۱,۳	۵,۳	۱,۲
خیریه	۲,۴	۶۱,۷	۹۶,۶	۱,۵	۴,۳	۱,۲
بخش خصوصی	۲,۰	۷۰,۰	۱۲۳,۴	۰,۸	۲۶,۶	۰,۶
سایر سازمانها	۳,۸	۶۶,۸	۶۴,۸	۱,۹	۲,۸	۱,۴
کل	۳,۲	۷۱,۹	۸۰,۷	۱,۲	۱۲۷,۱	۱,۶

در محاسبه مخرج کسرگردش تخت، میانگین تخت فعال بیمارستان (به جز بخش اورژانس بستری) لحاظ گردیده است.

جدول ۴–۷– شاخصهای کارایی در بیمارستانهای کشور بعد از خروج بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت – سال ۱۴۰۲

سازمان	متوسط اقامت بیمار	ضریب اشغال تخت	گردش تخت	فاصله گردش تخت	بیمار پذیری	درصد فوت در مراجعین بستری
دانشگاه علوم پزشکی	۴,۲	۶۹,۵	۵۸,۵	۱,۹	۶۳,۳	۲,۱
سازمان تامین اجتماعی	۳,۰	۷۲,۸	۸۸,۴	۱,۱	۱۱,۱	۱,۰
نیروهای مسلح	۳,۱	۶۶,۶	۷۴,۶	۱,۶	۴,۶	۱,۲
خیریه	۳,۰	۵۳,۷	۶۷,۴	۲,۶	۳,۰	۱,۴
بخش خصوصی	۲,۳	۶۲,۳	۹۵,۵	۱,۴	۲۰,۶	۰,۷
سایر سازمانها	۴,۲	۶۴,۴	۵۵,۸	۲,۳	۲,۴	۱,۴
کل	۳,۶	۶۸,۱	۶۶,۷	۱,۷	۱۰۵,۱	۱,۶

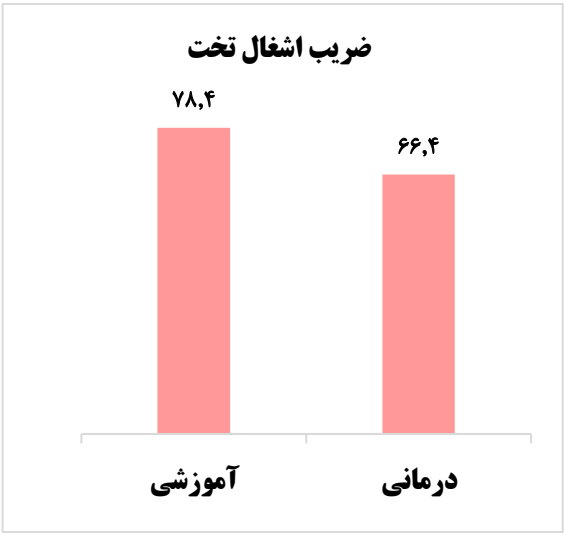
بعد از خروج بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت، میزان شاخصهای ضریب اشغال، گردش تخت و بیمارپذیری، کاهش یافت. درصد فوت در بیماران بستری در کل بدون تغییر باقی ماند. بخش عمده بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت، بیماران با پذیرش الکتیو و بیماران غیر بد حال می باشند، به همین دلیل میزان مرگ در بیماران بستری در کل بدون تغییر مانده است. در بیمارستانهای خصوصی و خیریه به علت اینکه میزان بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت بیشتر از سازمانهای دیگر است، بعد از خروج داده های این بیماران، درصد فوت در بیماران بستری افزایش یافته است. در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، مراجعه بیماران بد حال با اقامت زیر ۲۴ ساعت بیشتر از سایر سازمانهاست، همچنین درصد مراجعه بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت نیز کمتر از سایر سازمانهاست، به همین دلیل میزان مرگ بعد از خروج داده های این بیماران، کاهش یافته است.

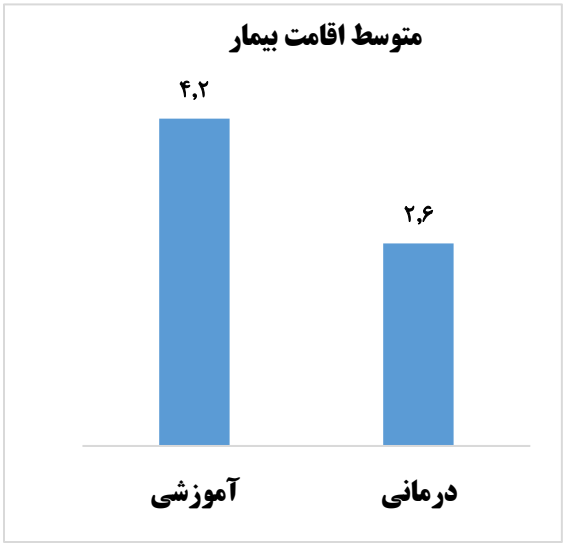
جدول ۴–۸– شاخصهای کارایی در بیمارستانهای کشور بعد از خروج بیماران بستری در بخشهای روانپزشکی – سال ۱۴۰۲

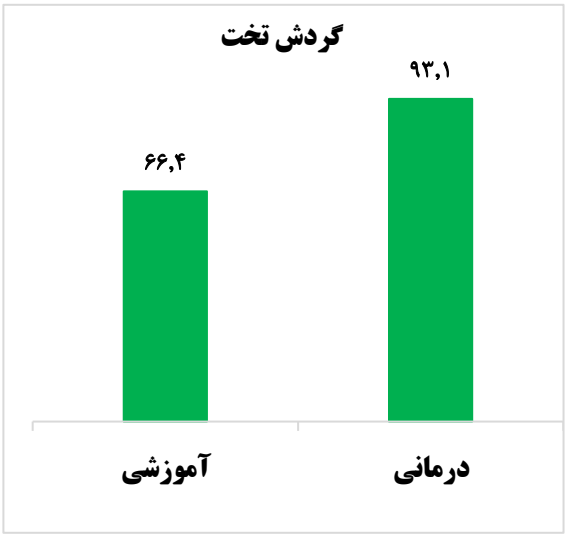
سازمان	متوسط اقامت بیمار	ضریب اشغال تخت	گردش تخت	فاصله گردش تخت	بیمار پذیری	درصد فوت در مراجعین بستری
دانشگاه علوم پزشکی	۳,۵	۷۱,۶	۷۵,۲	۱,۴	۷۴,۱	۲,۲
سازمان تامین اجتماعی	۲,۸	۷۵,۳	۹۸,۶	۰,۹	۱۲,۳	۱,۰
نیروهای مسلح	۲,۸	۶۹,۱	۸۸,۹	۱,۲	۵,۲	۱,۲
خیریه	۲,۴	۶۱,۷	۹۷,۲	۱,۵	۴,۳	۱,۲
بخش خصوصی	۲,۰	۷۰,۱	۱۲۷,۷	۰,۸	۲۶,۴	۰,۷
سایر سازمانها	۲,۹	۶۱,۴	۷۸,۷	۱,۸	۲,۷	۱,۵
کل	۳,۰	۷۱,۱	۸۶,۰	۱,۲	۱۲۵,۰	۱,۷

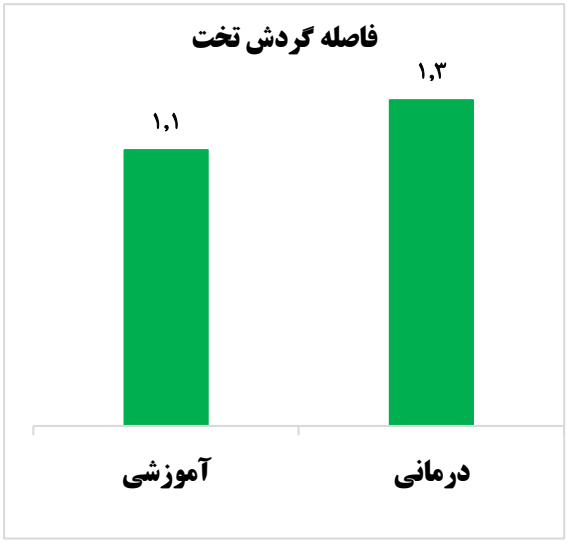
بعد از خروج داده های بیماران روانپزشکی از داده های کل بیمارستانی، متوسط اقامت بیماران، ضریب اشغال، فاصله گردش تخت و بیمارپذیری کاهش یافت. گردش تخت افزایش یافت که علت آن حذف بیماران روانپزشکی با اقامت بالا می باشد.

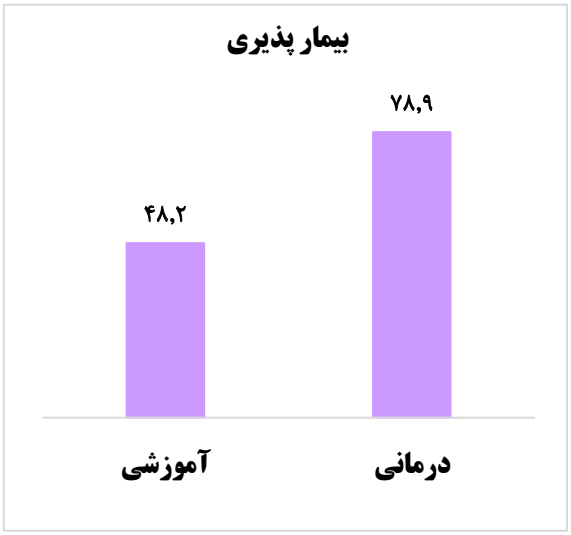
نمودار ۴–۱۵– شاخصهای کارایی در بیمارستانهای کشور به تفکیک نوع فعالیت آموزشی/درمانی – سال ۱۴۰۲

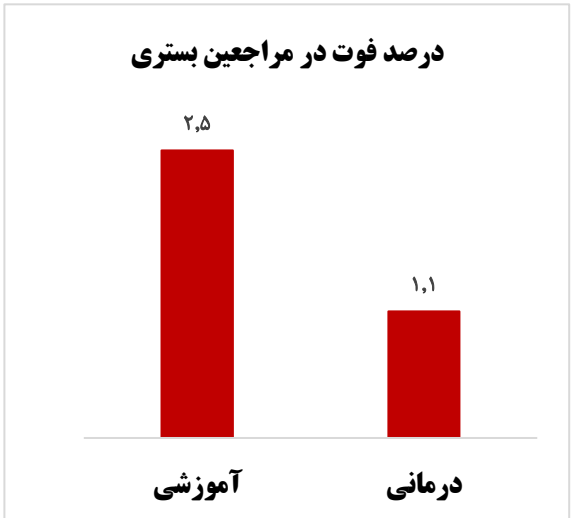




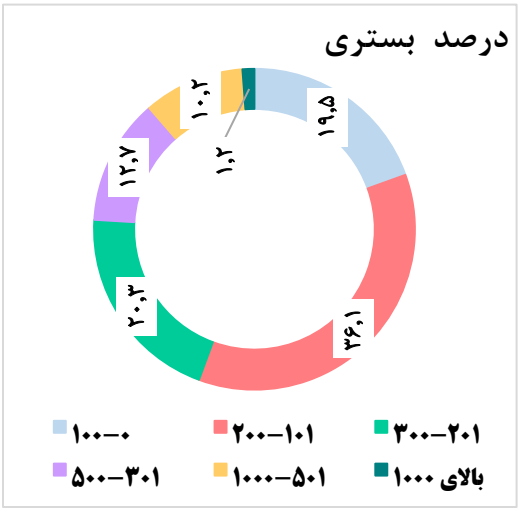


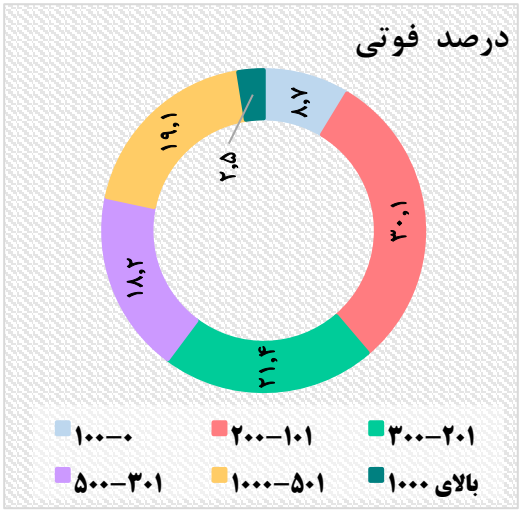






نمودار ۴–۱۶– درصد بستری و فوت در بیمارستانهای کشور به تفکیک تعداد تخت فعال از کل مراجعین بستری و فوتی در سال ۱۴۰۲





با وجود اینکه بیشترین تعداد بیمارستانهای کشور، بیمارستانهای ۰-۱۰۰ تخت می باشند، ولی بیشترین میزان بستری در سال ۱۴۰۲ در بیمارستانهای ۱۰۱-۲۰۰ تخت دیده می شود. بیشترین میزان موارد فوت از کل فوتیها نیز هم در این بیمارستانها دیده می شود.

جدول ۴–۹– شاخصهای کارایی در بیمارستانهای کشور به تفکیک تعداد تخت فعال – سال ۱۴۰۲

سازمان	متوسط اقامت بیمار	ضریب اشغال تخت	گردش تخت	بیمار پذیری	درصد فوت در مراجعین بستری
بیمارستانهای ۳۲–۰ تخت فعال	۱,۹	۴۴,۵	۸۲,۵	۱,۸	۰,۱۵
بیمارستانهای ۶۴–۳۳ تخت فعال	۲	۵۳,۳	۹۵,۸	۹,۸	۰,۵۴
بیمارستانهای ۶۵–۱۰۰ تخت فعال	۲,۵	۵۹,۸	۸۵,۶	۱۳,۲	۱
بیمارستانهای ۱۰۱–۲۰۰ تخت فعال	۲,۸	۶۸,۷	۸۹,۸	۴۵,۹	۱,۴
بیمارستانهای ۳۰۰–۲۰۱ تخت فعال	۳,۴	۷۶,۹	۷۸,۹	۲۵,۸	۲,۵
بیمارستانهای ۵۰۰–۳۰۱ تخت فعال	۳,۹	۷۹	۷۱,۴	۱۶,۱	۲,۴
بیمارستانهای ۵۰۱– ۱۰۰۰ تخت فعال	۴,۵	۸۳	۶۴,۴	۱۲,۹	۳,۱
بیمارستانهای بالای ۱۰۰۰ تخت فعال	۵,۴	۸۵,۷	۵۶,۵	۱,۵	۳,۸

*تعداد تخت فعال در ۳ بیمارستان کشور، از ۱۰۰۰ تخت بالاتر است. یکی از این بیمارستانها، بیمارستان روانپزشکی رازی (تخصصی روانپزشکی) است و حدود ۵۰۰ تخت مقیم روان دارد. در محاسبه کلیه شاخصها به جز بیمارپذیری در بیمارستانهای بالای ۱۰۰۰ تخت، این بیمارستان به دلیل شرایط متفاوت از محاسبات خارج شده است.

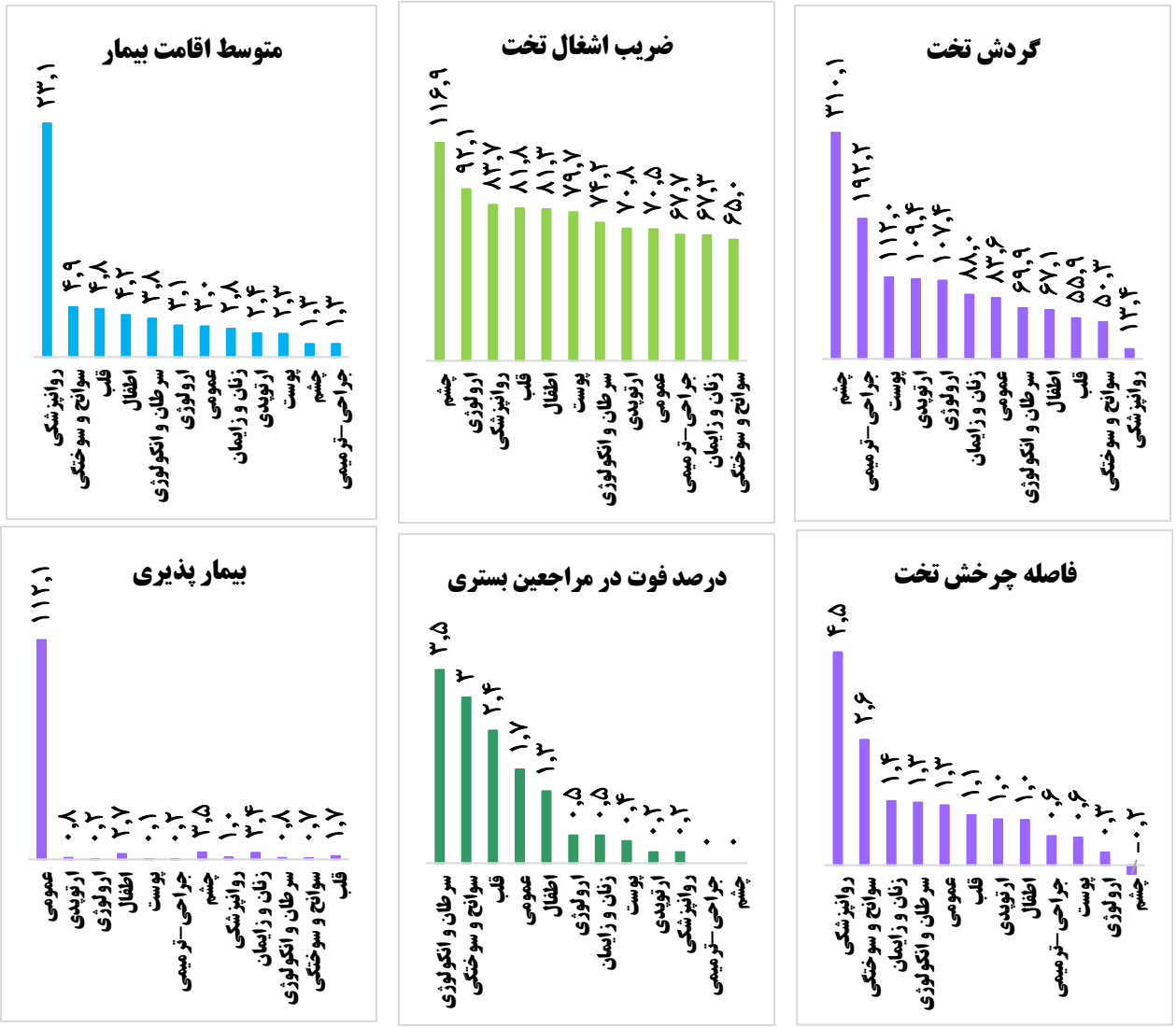
- شاخص متوسط اقامت در بیمارستانهای ۰-۳۲ و ۳۳-۶۴ تخت پایین است. یکی از مهمترین علل پایین بودن متوسط اقامت بیمار، ارجاع و اعزام بالای بیماران در این بیمارستانها می باشد، به این معنی که اکثر بیماران بد حال و با شرایط پیچیده به علت کمبود امکانات در این بیمارستانها، به بیمارستانهای مجهزتر اعزام و ارجاع می گردند.

  از علل دیگر می توان به پایین بودن متوسط اقامت بیمار در بیمارستانهای تخصصی چشم اشاره کرد. در حال حاضر ۱۷ بیمارستان تخصصی چشم پزشکی در کشور فعال است که ۱۰ بیمارستان از ۱۷ بیمارستان مذکور، تعداد تخت فعال ۶۴ تخت و کمتر دارند. همچنین ۸۵,۵ درصد مراجعین بستری بیمارستانهای تخصصی چشم، اقامت زیر ۲۴ ساعت دارند. متوسط اقامت بیمار در بیمارستانهای چشم پزشکی ۱,۳ روز است و این مورد نیز در کاهش متوسط اقامت بیمارستانهای زیر ۶۴ تخت موثر است.

  در کشور تنها ۲ بیمارستان بالای ۱۰۰۰ تخت فعال است (به جز بیمارستان روانپزشکی رازی). از دلایل بالابودن اقامت بیماران و گردش تخت پایین در این بیمارستانها می تواند بستری بیماران مزمن و شرایط پزشکی پیچیده متعدد باشد. جهت بررسی علل دقیق اقامت بالا و گردش تخت پایین در این بیمارستانها، لازم است تشخیصها و نوع درمان بیماران بستری مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد.
- شاخص ضریب اشغال تخت در بیمارستانهای ۰-۳۲ و ۰-۶۴ تخت، پایین است. همانگونه که در جدول مشاهده می گردد، ضریب اشغال تخت با افزایش تعداد تخت (افزوده شدن رشته های تخصصی یا امکانات و نیروی انسانی) افزایش یافته است.
- گردش تخت در بیمارستانهای زیر ۶۴ تخت، بالا و متوسط اقامت و ضریب اشغال پایین است. از علل گردش تخت بالا، ارجاع و اعزام بالای بیماران بدحال و یا نیازمند امکانات مجهزتر و بستری بیماران با اقامت کمتر و نیاز به اعمال تهاجمی کمتر باشد. خدمات بستری غالب در این بیمارستانها، خدمات زنان و زایمان و جراحیهای کوچک می باشد و باعث شده گردش تخت در این بیمارستانها افزایش یابد.

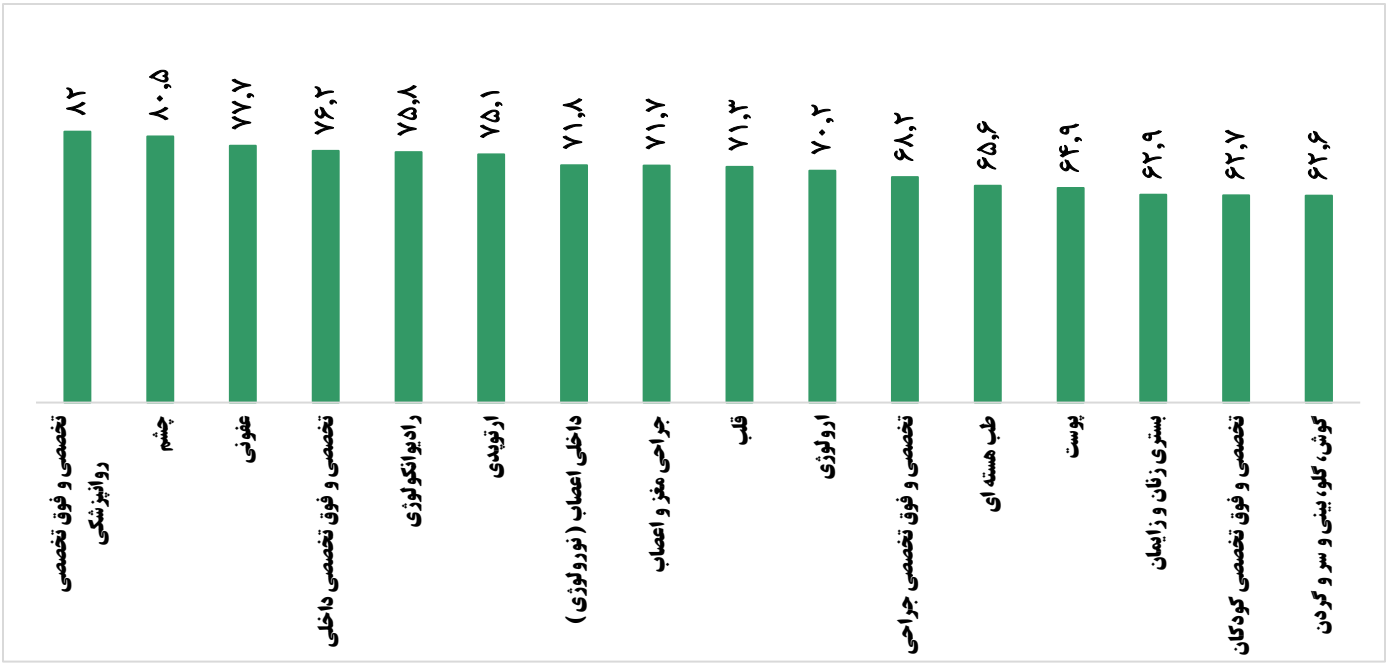
  بیمارستانهای تخصصی چشم پزشکی نیز گردش تخت بالایی دارند و در افزایش گردش تخت بیمارستانهای زیر ۶۴ تخت تاثیر بسزایی دارند.
- بیشترین پذیرش مراجعین بستری به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، در بیمارستانهای ۱۰۱-۲۰۰ تخت می باشد.
- بیشترین میزان فوت در مراجعین بستری، در بیمارستانهای بالای ۱۰۰۰ تخت (به جز بیمارستان روانپزشکی رازی) نیز می تواند بستری بیماران مزمن با اقامت بالا و شرایط پزشکی پیچیده متعدد باشد.

نمودار ۴–۱۷– شاخصهای کارایی در بیمارستانهای کشور به تفکیک نوع بیمارستان (عمومی /تخصصی) – سال ۱۴۰۲



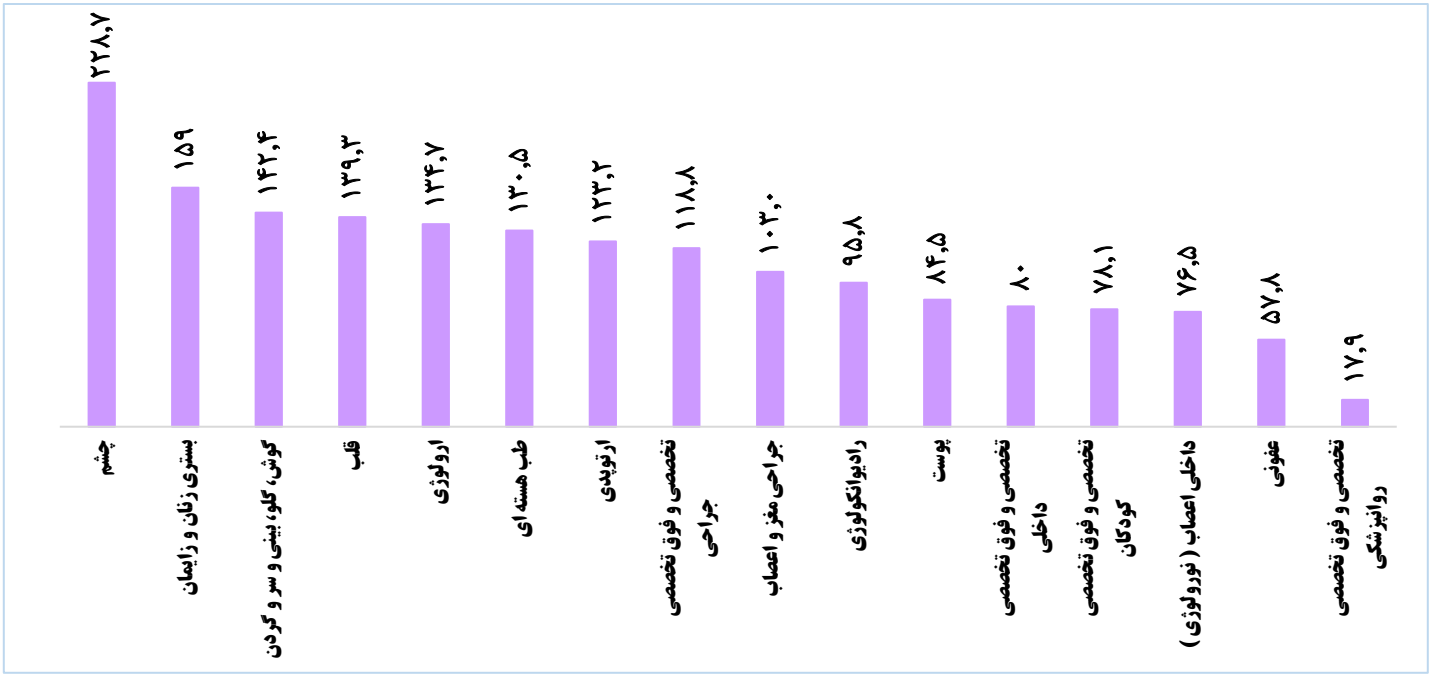
- متوسط اقامت بیمار در بیمارستانهای تخصصی روانپزشکی، از سایر انواع بیمارستانهای تخصصی بالاتر است.
- ضریب اشغال و گردش تخت در بیمارستانهای تخصصی چشم پزشکی از بیمارستانهای عمومی و سایر انواع تخصصی بالاتر است. البته ۸۵,۵ درصد بیماران بستری در بیمارستانهای تخصصی چشم پزشکی، اقامت زیر ۲۴ ساعت دارند و باعث افزایش کاذب درصد اشغال تخت می گردد. علت گردش تخت بالا در این بیماستانها نیز میزان بالای بیماران بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت می باشد.
- بیشترین درصد مرگ بیمارستانی در بیمارستانهای سرطان- انکولوژی و سوانح- سوختگی دیده شد.
- بیشترین میزان بیمارپذیری در بیمارستانهای کشور در بیمارستان عمومی (جنرال) دیده شد که بیشترین تعداد بیمارستان و تخت فعال در کشور در بیمارستانهای عمومی واقع شده است.

نمودار ۴–۱۸– ضریب اشغال تخت به تفکیک بخشهای مختلف بستری – سال ۱۴۰۲



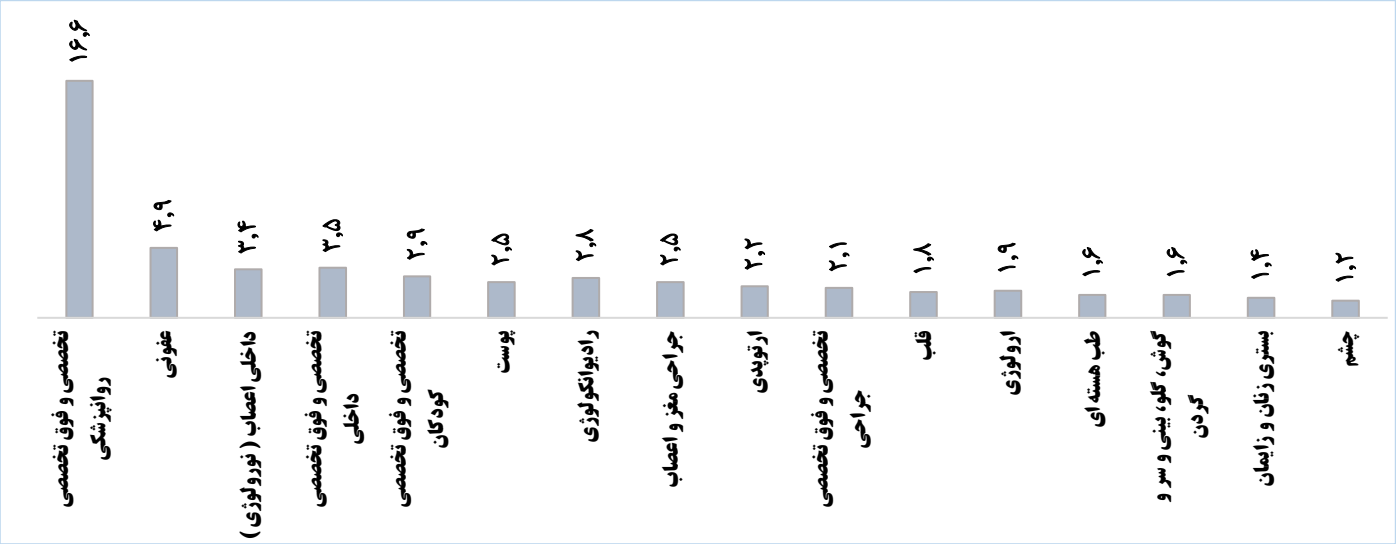
ضریب اشغال تخت در بخشهای تخصصی و فوق تخصصی روانپزشکی از سایر بخشها بالاتر است.

نمودار ۴–۱۹– گردش تخت به تفکیک بخشهای مختلف بستری – سال ۱۴۰۲



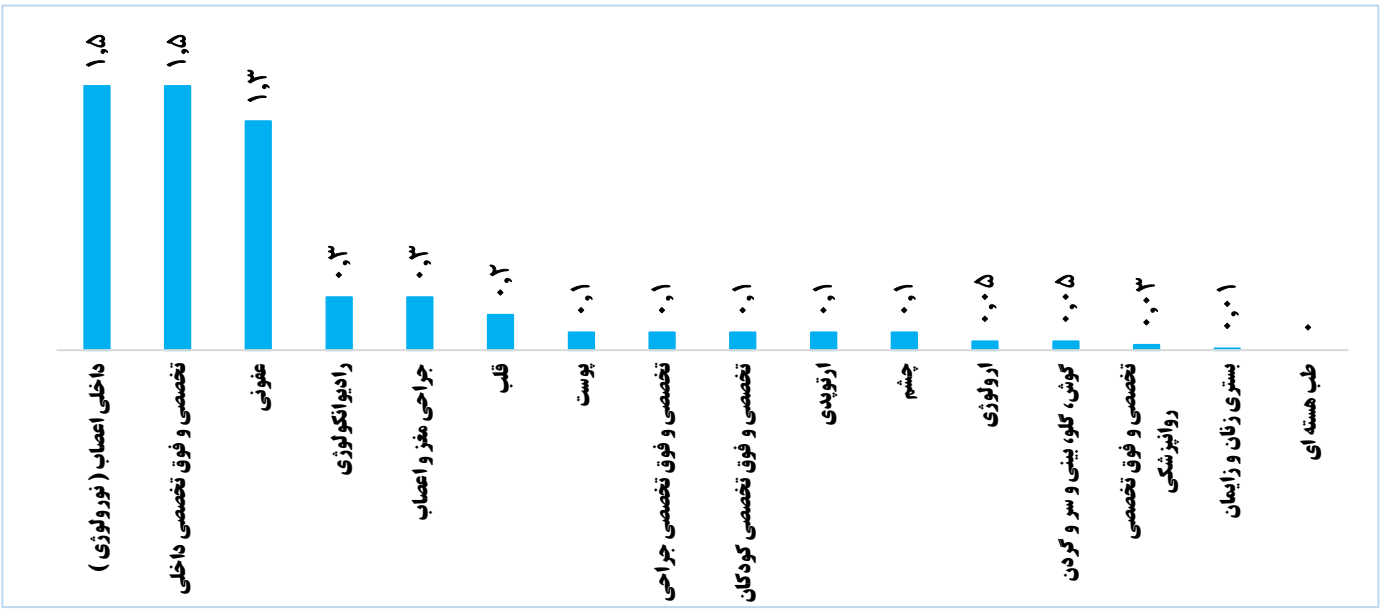
گردش تخت در بخشهای چشم، زنان و زایمان و گوش، گلو، بینی و سرو گردن به علت میزان بالای بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت بالاتر از سایر بخشها می باشد

نمودار ۴–۲۰– متوسط اقامت بیمار به تفکیک بخشهای مختلف بستری – سال ۱۴۰۲



بیشترین متوسط اقامت بیماران در بخش روانپزشکی و کمترین متوسط اقامت در بخشهای چشم، زنان و زایمان و گوش و گلو و بینی و سر و گردن است.

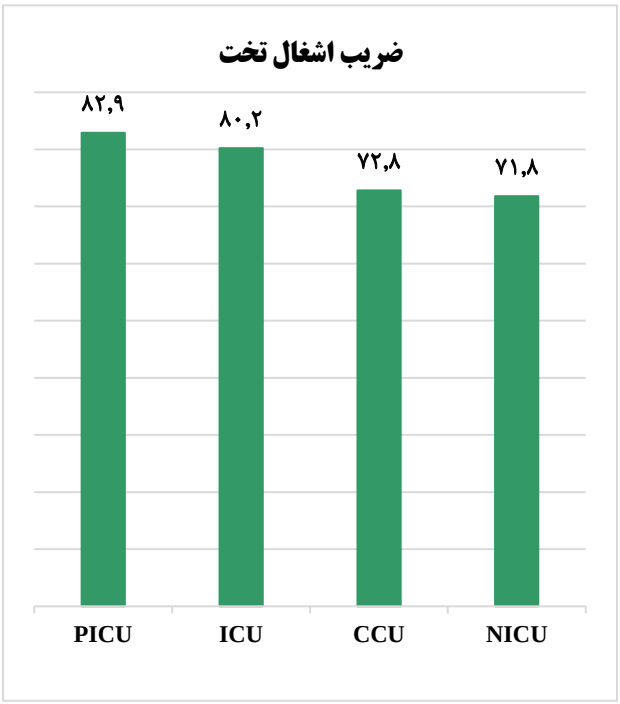
نمودار ۴–۲۱–درصد فوت در مراجعین بستری به تفکیک بخشهای مختلف بستری – سال ۱۴۰۲

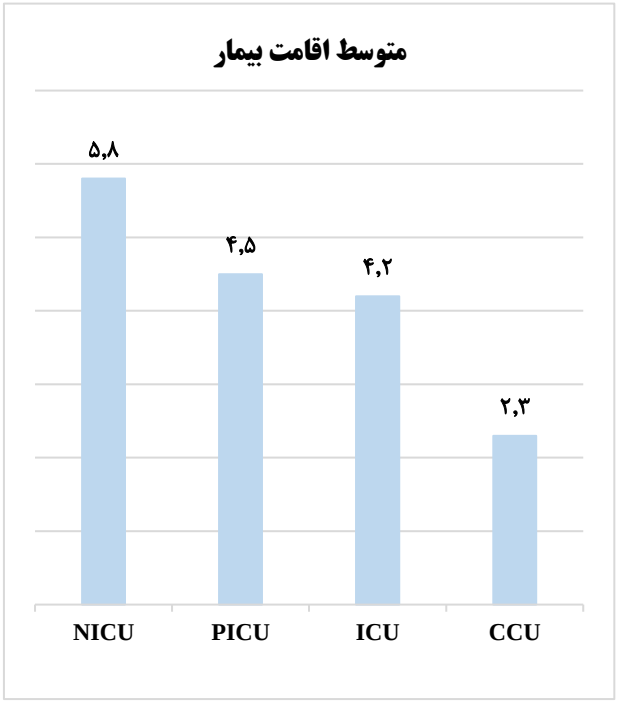


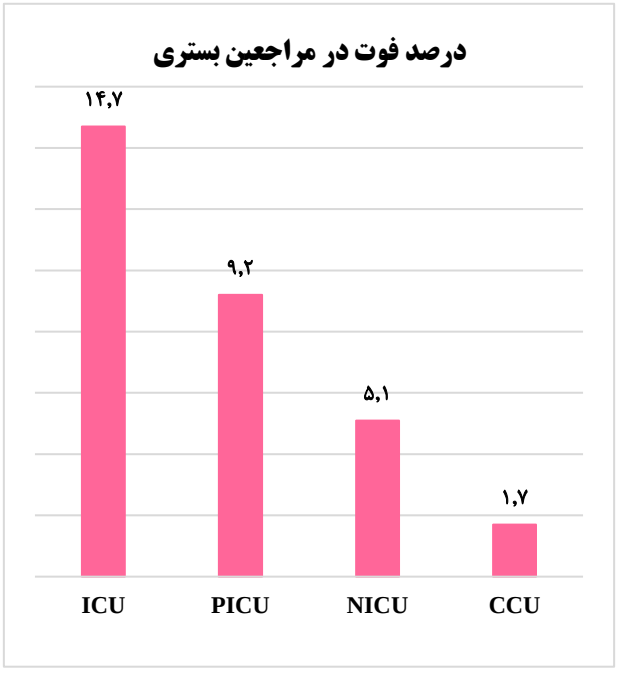
بیشترین درصد فوت در مراجعین بستری در بخش داخلی اعصاب (نورولوژی) می باشد. در این بخشها، عمده بیماران بستری، سکته مغزی (استروک) و خونریزیهای مغزی است که میزان مرگ و میر بالایی دارند. در بخشهای تخصصی و فوق تخصصی داخلی، به علت مرگ و میر بالای بیماران با بیماریهای مزمن و سرطانها، شاهد افزایش مرگ و میر هستیم. بررسی گروههای تشخیصی در شناسایی علل افزایش مرگ و میر در این بخشها موثر است.

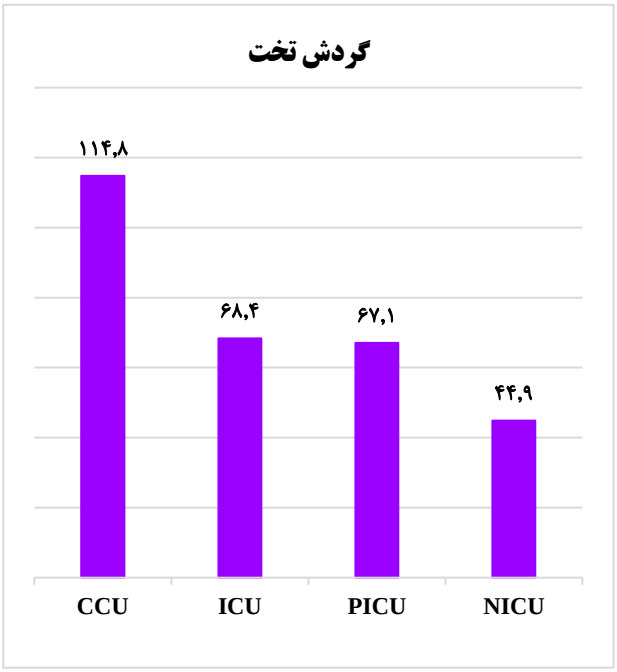
شاخصهای کارایی و عملکرد در بخشهای ویژه به علت اهمیت مجزا شده است.

نمودار ۴–۲۲– شاخصهای کارایی و عملکردی در بخشهای مراقبت ویژه و مراقبت قلبی – سال ۱۴۰۲

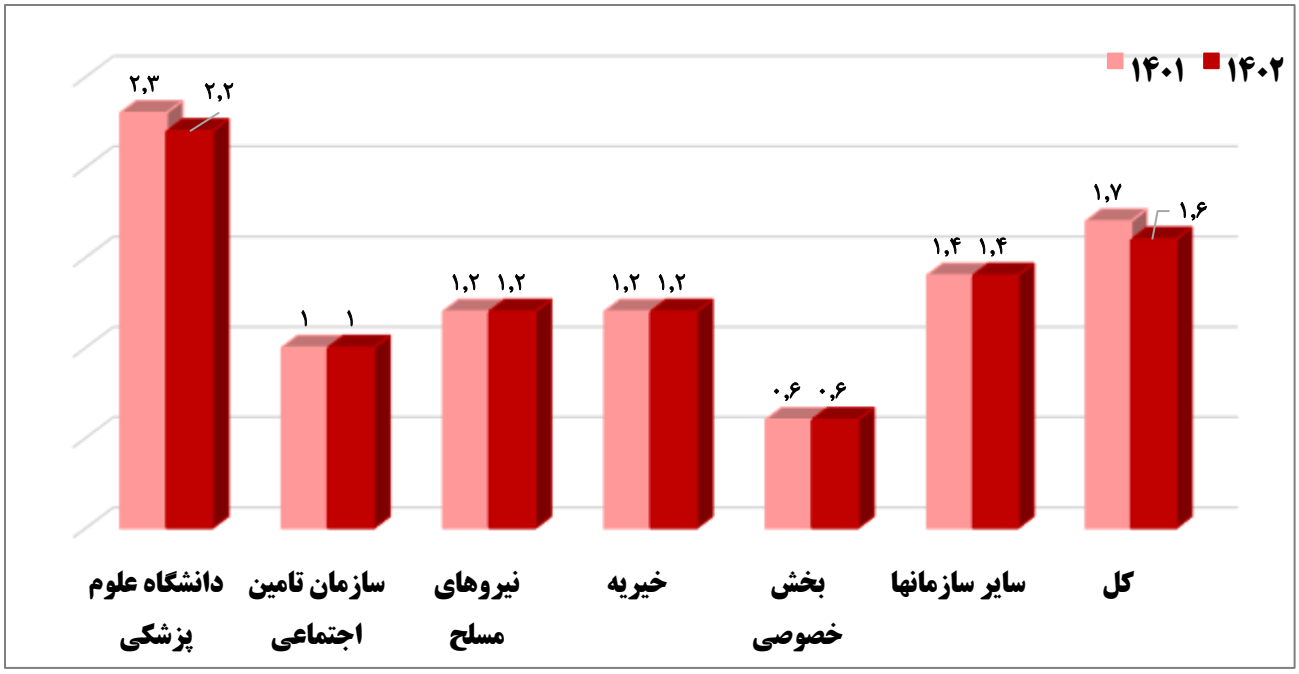








نمودار ۴–۲۳–مقایسه درصد فوت در مراجعین بستری در بیمارستانهای کل کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

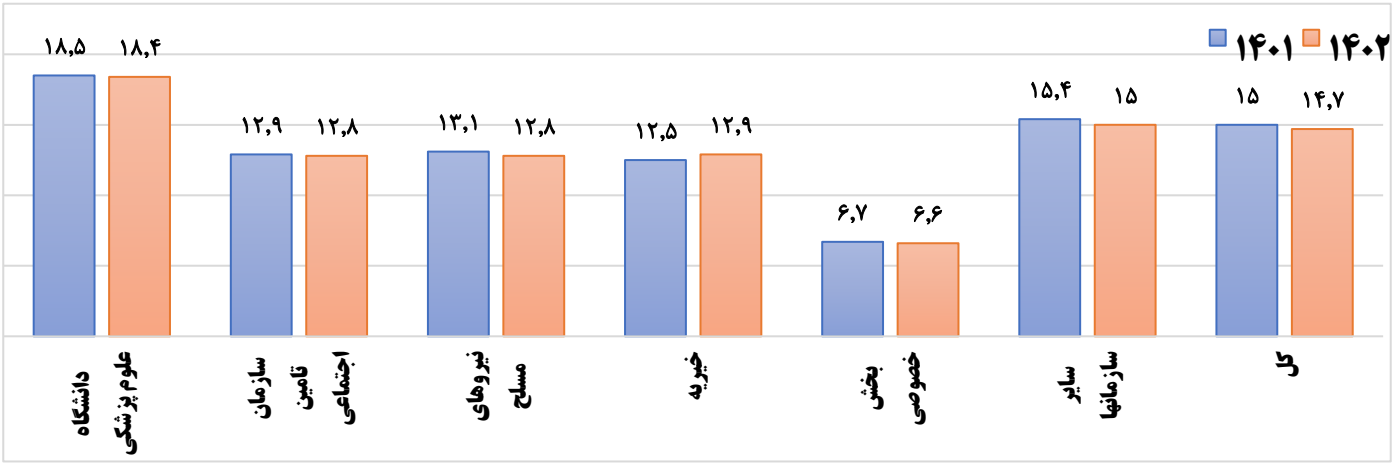


بیشترین درصد فوت در مراجعین بستری نیز در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت مشاهده می گردد که نسبت به سال قبل کاهش یافته است. از علل آن به موارد زیر می توان اشاره نمود:

۱- واقع شدن بیشترین میزان تختهای مراقبت ویژه و تختهای بیمارستانی در بیمارستانهای وزارت بهداشت
۲- ارجاع و پذیرش مراجعین بستری بد حال و End Stage در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت

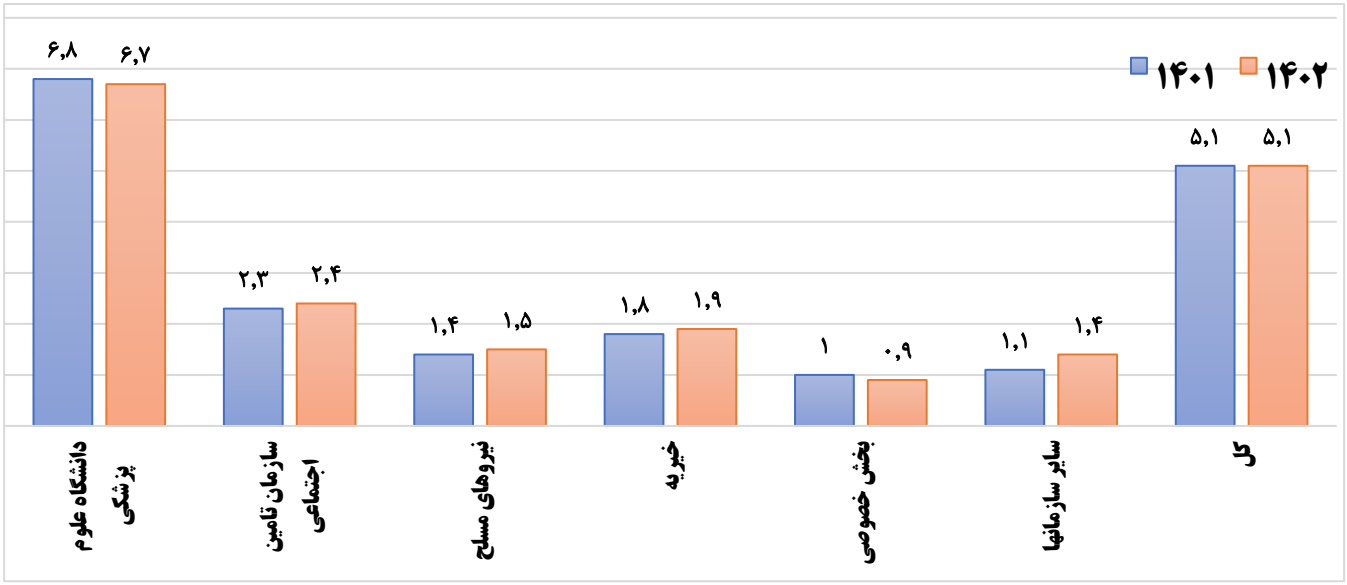
- در این شاخص موارد فوتی و بستری در اورژانس بیمارستان لحاظ نگردیده است.

نمودار ۴–۲۴– مقایسه درصد فوت در مراجعین بستری بخش ویژه بزرگسالان (ICU) در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



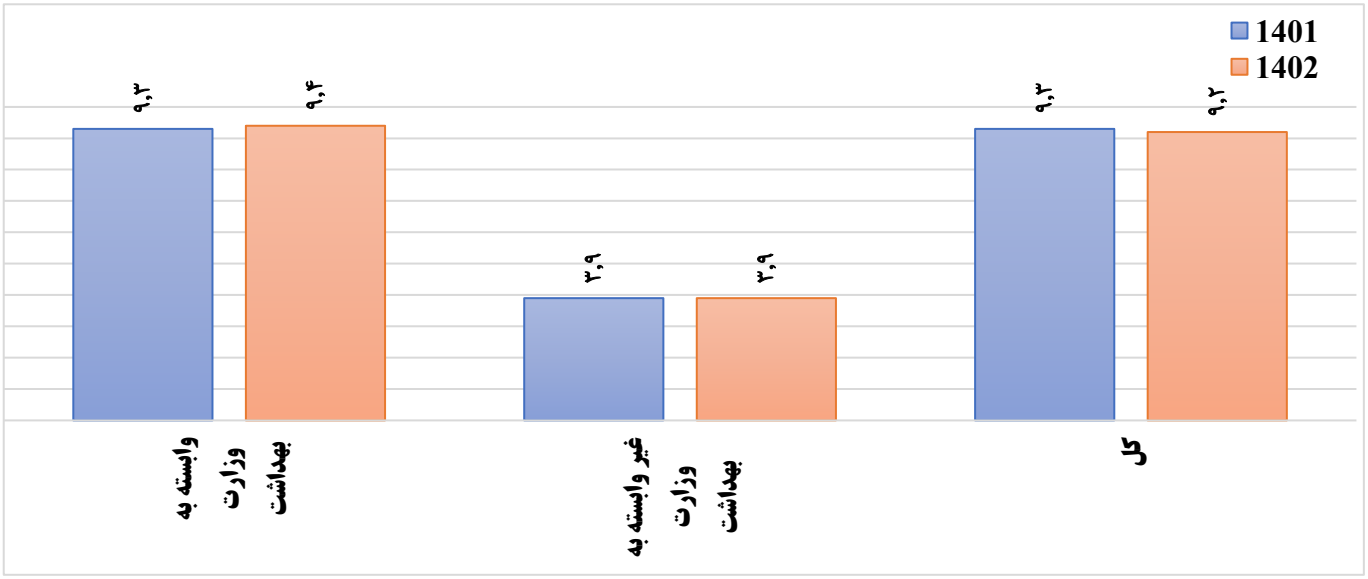
درصد فوت در ICU در سال ۱۴۰۲، ۱۴,۷ درصد است و نسبت به قبل ۰,۳ درصد کاهش یافته است.

نمودار ۴–۲۵– مقایسه درصد فوت در مراجعین بستری بخش ویژه نوزادان (NICU) در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



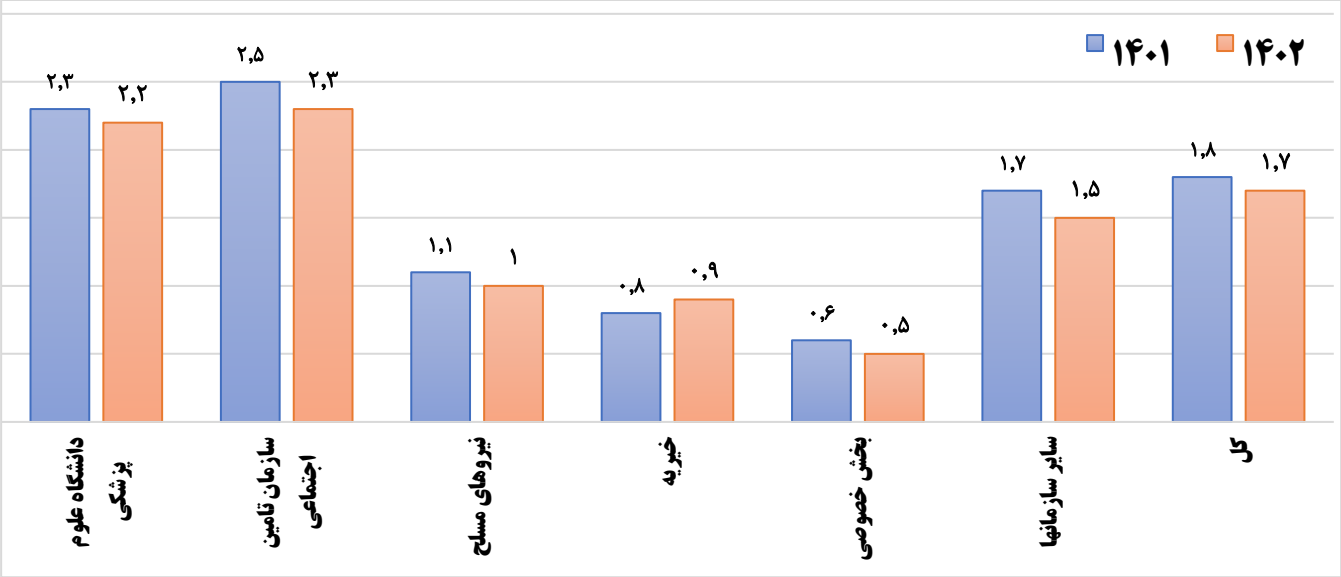
در سال ۱۴۰۲ در کل ۵,۱ درصد از مراجعین بستری در بخش های ویژه نوزادان، فوت شده اند.

نمودار ۴–۲۶– مقایسه درصد مرگ در بخش ویژه کودکان (PICU) در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



در سال ۱۴۰۲ در کل ۹,۲ درصد از مراجعین بستری در بخشهای ویژه کودکان، فوت شده اند. به علت تعداد کم PICU در بیمارستانهای غیر وابسته به وزارت بهداشت، اطلاعات PICU سازمانهای غیر وزارت بهداشت ادغام گردید.

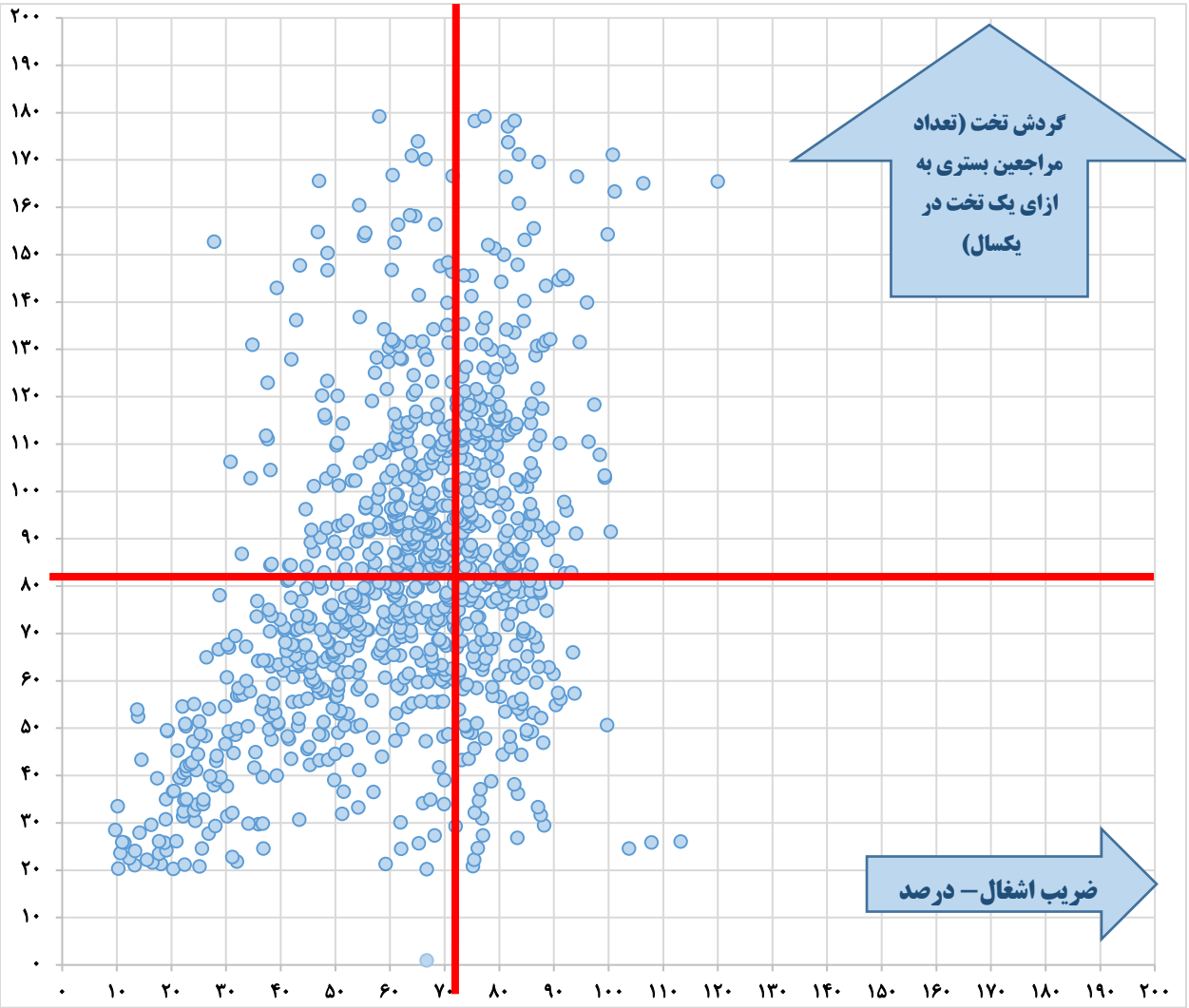
نمودار ۴–۲۷– مقایسه درصد فوت در مراجعین بستری بخش مراقبت قلبی (CCU) در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



درصد فوت در CCU در سال ۱۴۰۲، ۱,۷ درصد است و نسبت به قبل ۰,۱ درصد کاهش یافته است.

نمودار ۴–۲۸– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای کشور –۱۴۰۲

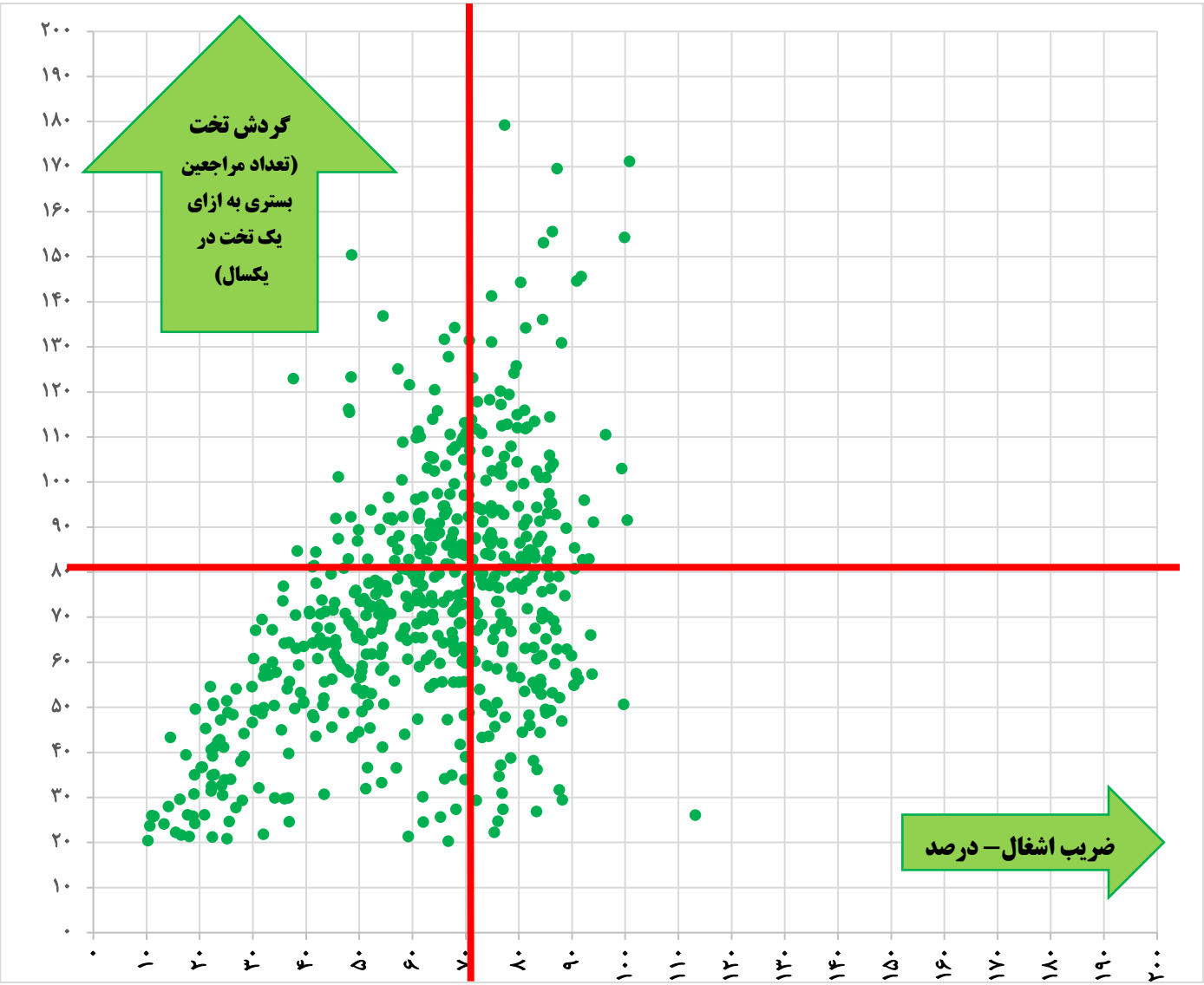
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۲۲ درصد بیمارستانهای کشور در ناحیه سوم نمودار عملکرد پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بیشتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۳۷,۷ درصد بیمارستانهای کشور، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. لازم است این بیمارستانها از لحاظ کارایی و بهره وری بررسی گردند و برنامه ریزی جهت افزایش کیفیت، تخصیص منابع یا تغییر کاربری بیمارستان به عمل آید. البته لازم به توضیح است که در برخی مناطق به جهت مسائلی از قبیل دسترسی، موقعیت جغرافیایی و استراتژیک و ...، وجود و حفظ بیمارستان حتی با وجود کارا نبودن ضروری است.
- تفسیر نمودار پابن لاسو در فصل اول (تعاریف و مفاهیم) آمده است.

نمودار ۴–۲۹– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت – ۱۴۰۲

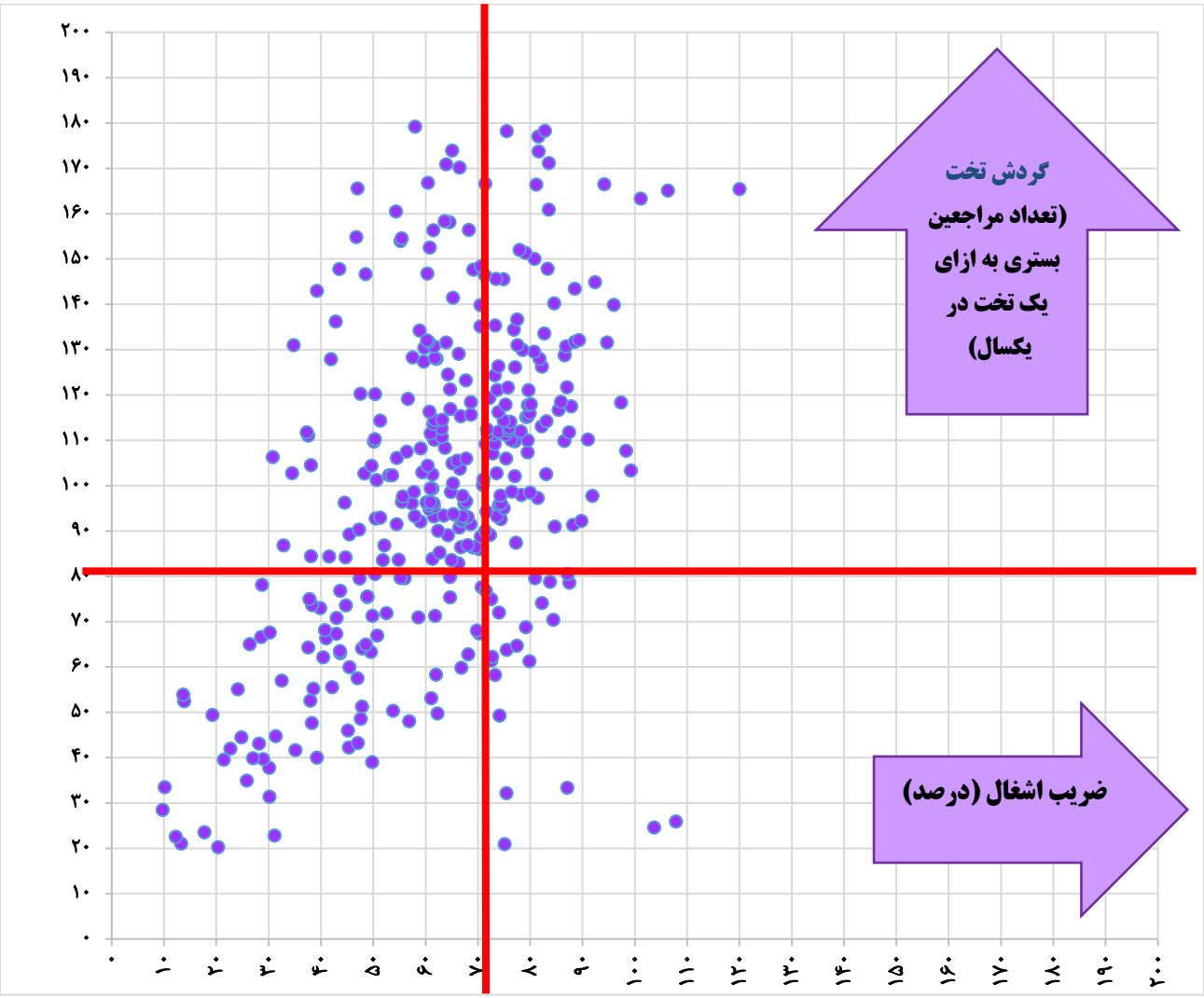
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۱۹,۱ درصد از بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته اند و مقادیر هر دو شاخص ضریب اشغال و متوسط اقامت در این بیمارستانها از متوسط کشوری بیشتر است.
- در ۴۵ درصد بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت هر دو شاخص از متوسط کشوری پایین تر است. در برخی مناطق به جهت مسائلی از قبیل دسترسی، موقعیت جغرافیایی و استراتژیک و ...، وجود و حفظ بیمارستان حتی با وجود کارا نبودن ضروری است. البته لزوم بررسی کارایی و هزینه اثر بخشی این بیمارستانها با در نظر در گرفتن مباحث عدالت در سلامت ضروری به نظر می رسد.

نمودار ۴–۳۰– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای غیر وابسته به وزارت بهداشت

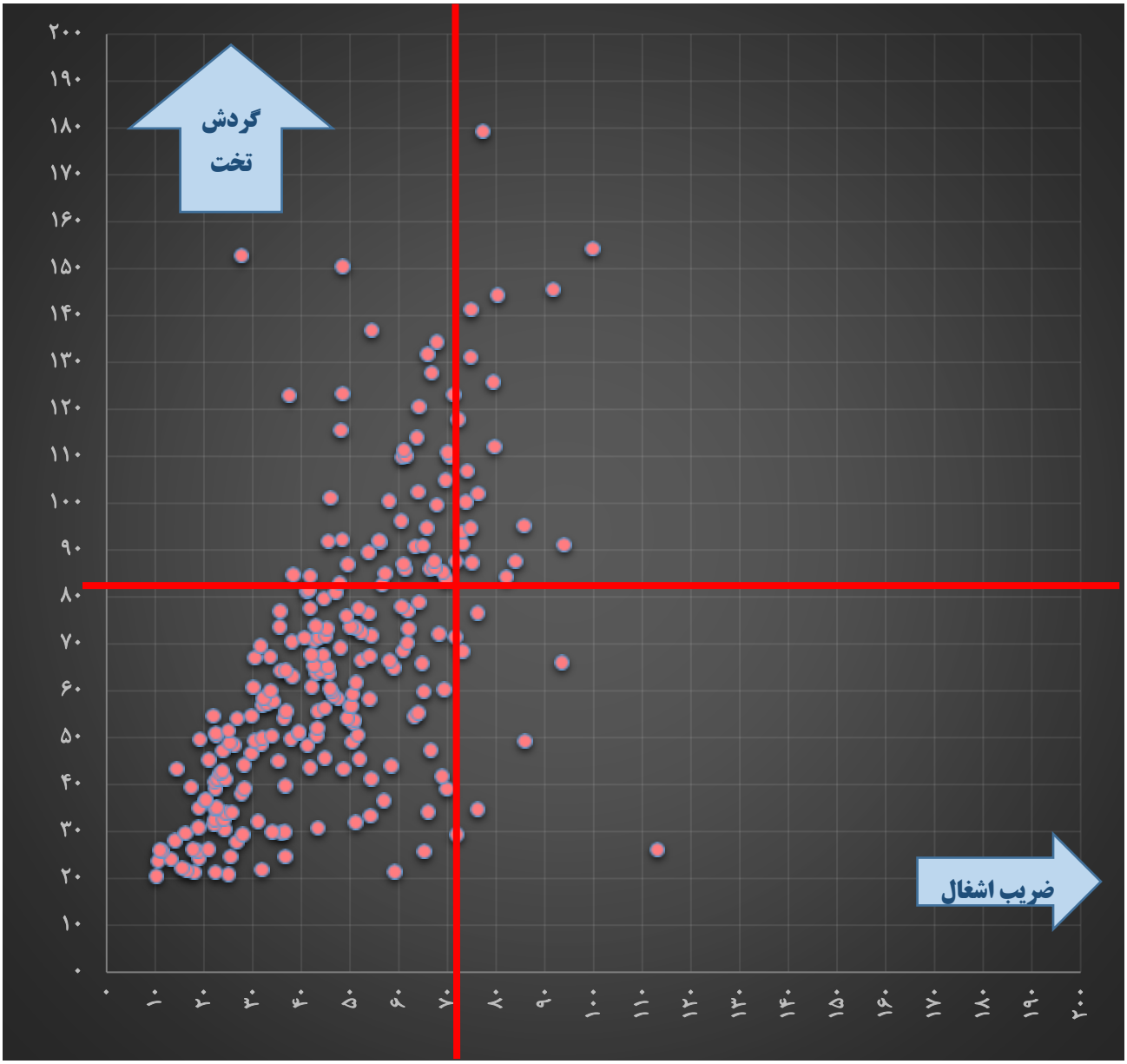
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) شاخص از لحاظ آماری می باشند.



- ۳۰,۶ درصد از بیمارستانهای غیر وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته اند و مقادیر هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت در این بیمارستانها از متوسط کشوری بیشتر است که نشاندهنده کارایی مطلوب است.
- در ۲۳,۲ درصد بیمارستانهای غیر وزارت بهداشت، مقادیر دو شاخص کارایی از متوسط کشوری پایین تر است و کارایی نامطلوب دارند.

نمودار ۴–۳۱– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۰–۱۰۰ تخت فعال *وابسته به وزارت بهداشت*

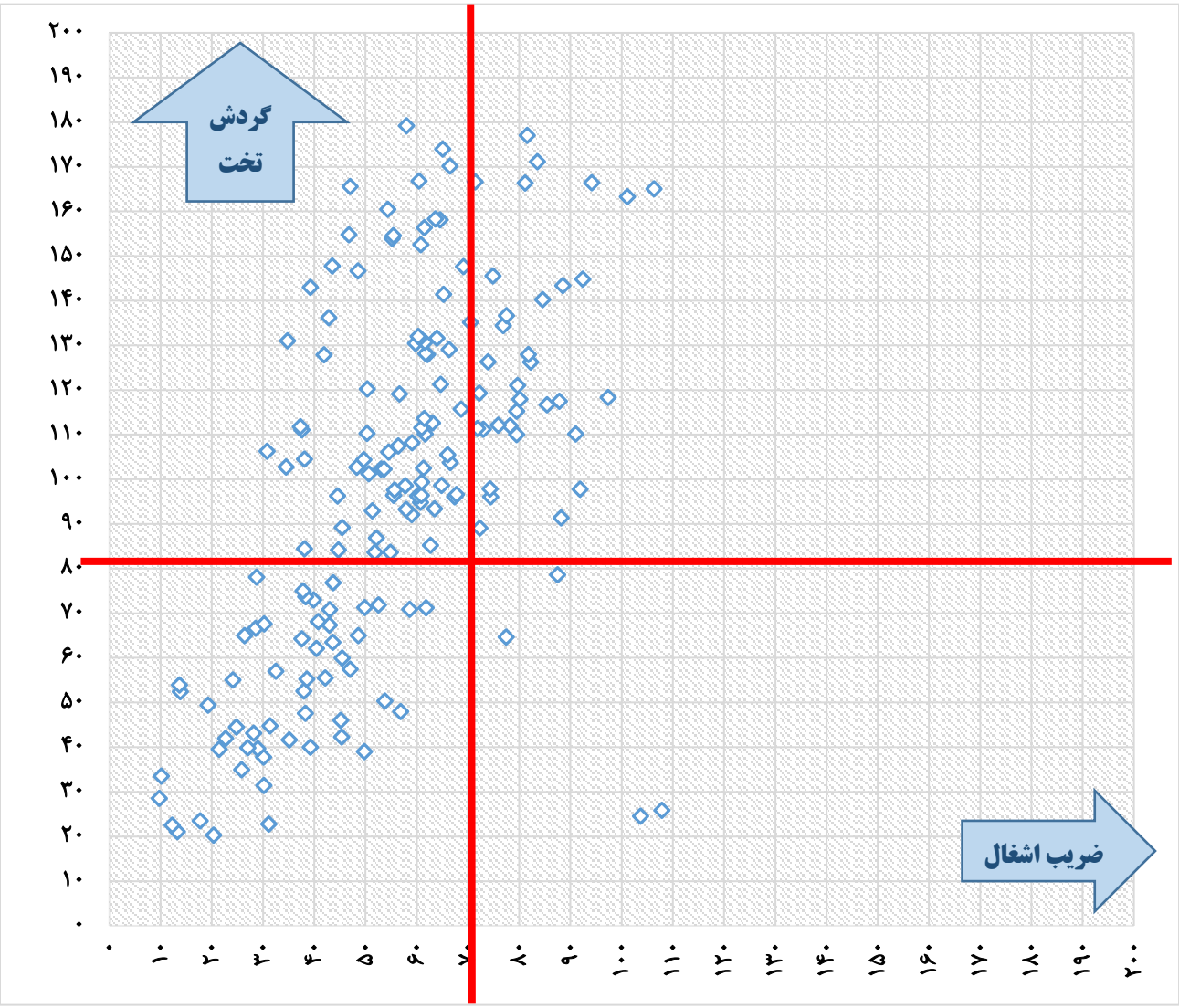
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۱۰,۱ درصد بیمارستانهای ۰–۱۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۶۹,۶ درصد بیمارستانهای ۰–۱۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است مطالعاتی جهت افزایش بهره وری و کارایی این بیمارستانها در سطح ملی انجام گیرد.

نمودار ۴–۳۲– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۰–۱۰۰ تخت فعال *غیر وابسته به وزارت بهداشت*

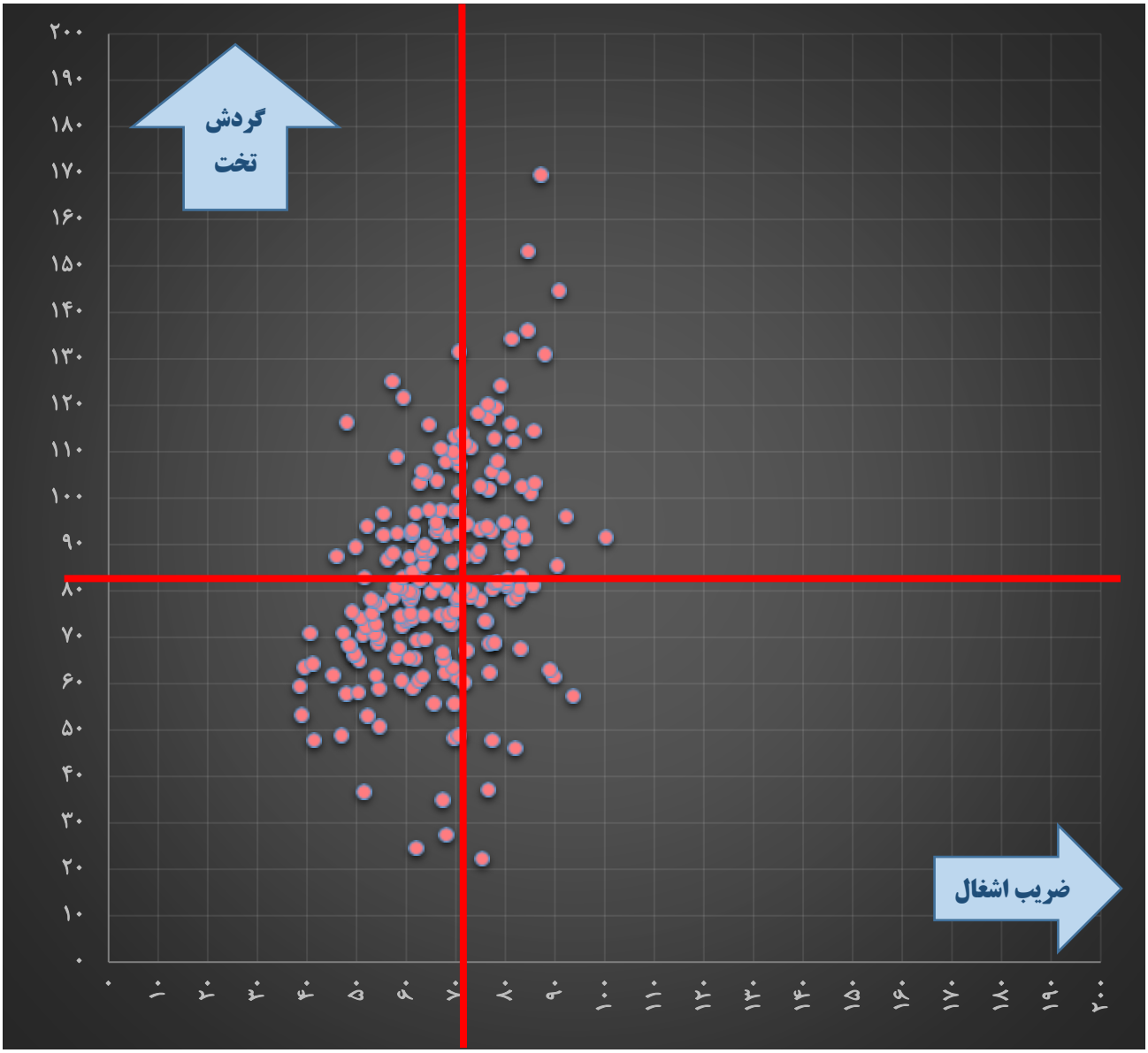
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۳۲ درصد بیمارستانهای ۰–۱۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۲۰،۱ درصد بیمارستانهای غیر وابسته به وزارت بهداشت، مقادیر هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است مطالعاتی جهت افزایش بهره وری و کارایی این بیمارستانها در سطح ملی انجام گیرد.

نمودار ۴–۳۳– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۱۰۱–۲۰۰ تخت فعال *وابسته به وزارت بهداشت*

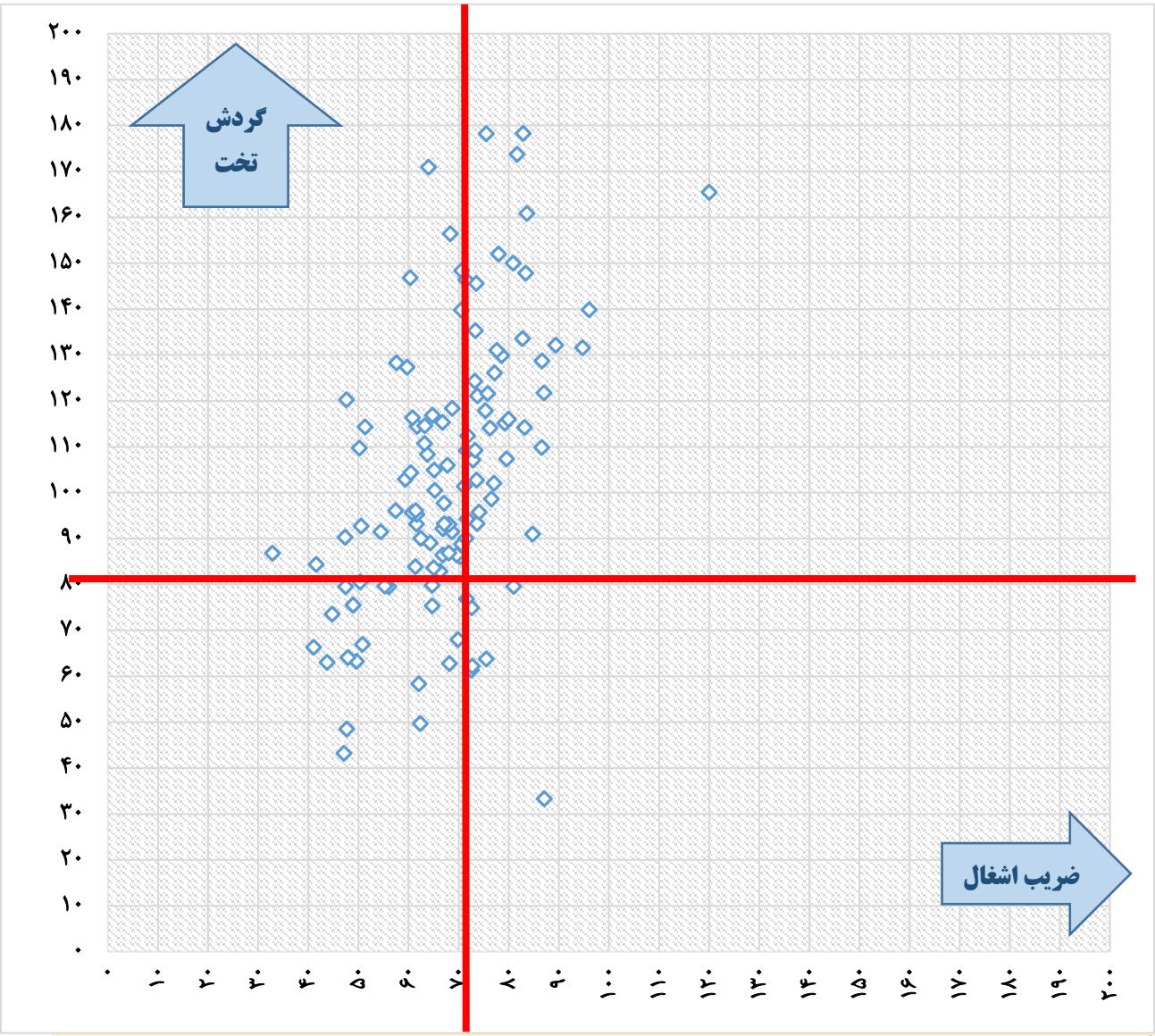
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) شاخص از لحاظ آماری می باشند.



- ۲۴,۴ درصد بیمارستانهای ۱۰۱- ۲۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۳۸ درصد بیمارستانهای ۱۰۱-۲۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است مطالعاتی جهت افزایش بهره وری و کارایی این بیمارستانها در سطح ملی انجام گیرد.

نمودار ۴–۳۴– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۱۰۱–۲۰۰ تخت فعال *غیر وابسته به وزارت بهداشت*

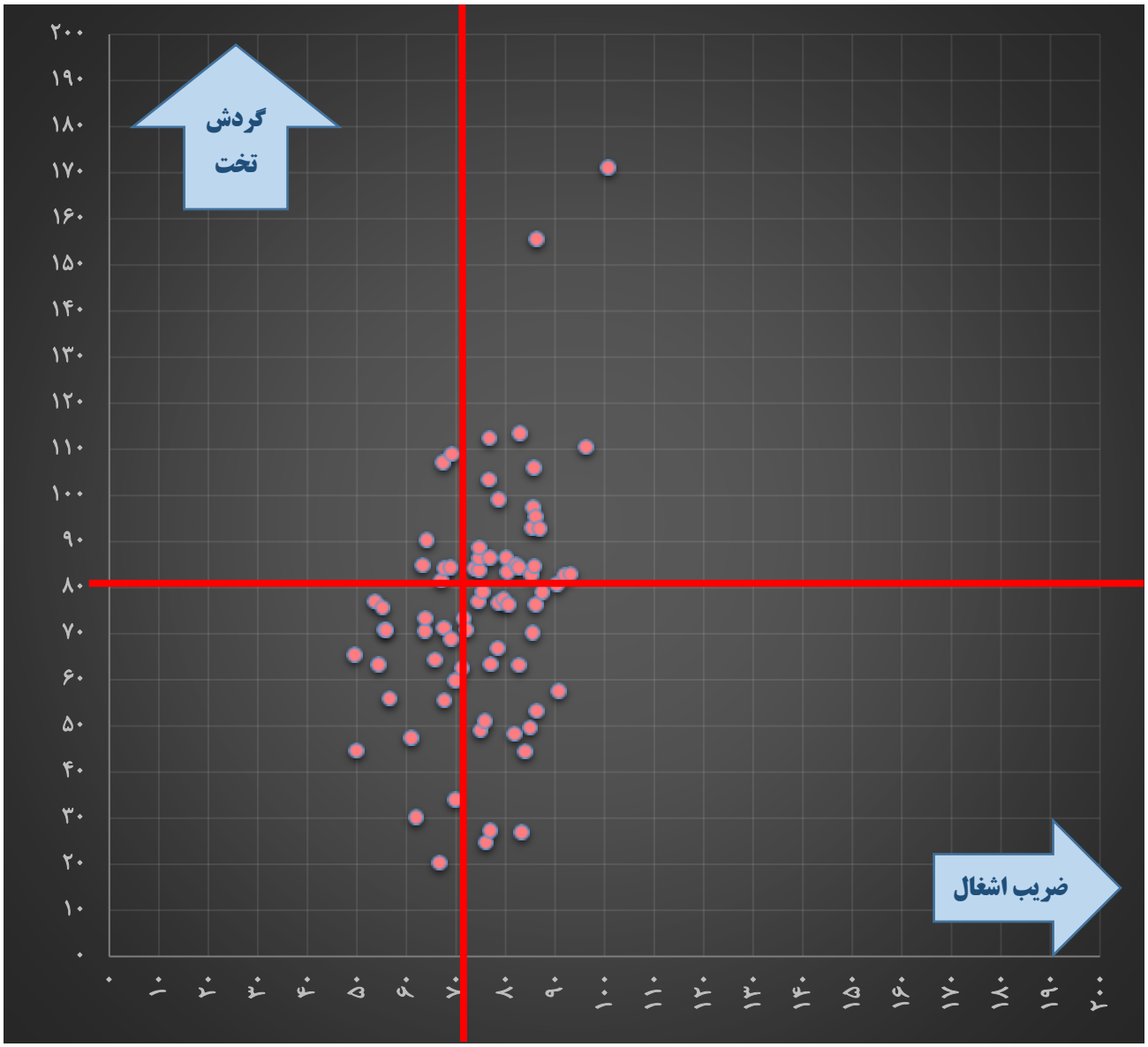
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) شاخص از لحاظ آماری می باشند.



- ۳۶,۴ درصد بیمارستانهای ۱۰۱-۲۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۱۶,۹ درصد بیمارستانهای ۱۰۱-۲۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است.

نمودار ۴–۳۵– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۲۰۱–۳۰۰ تخت فعال *وابسته به وزارت بهداشت*

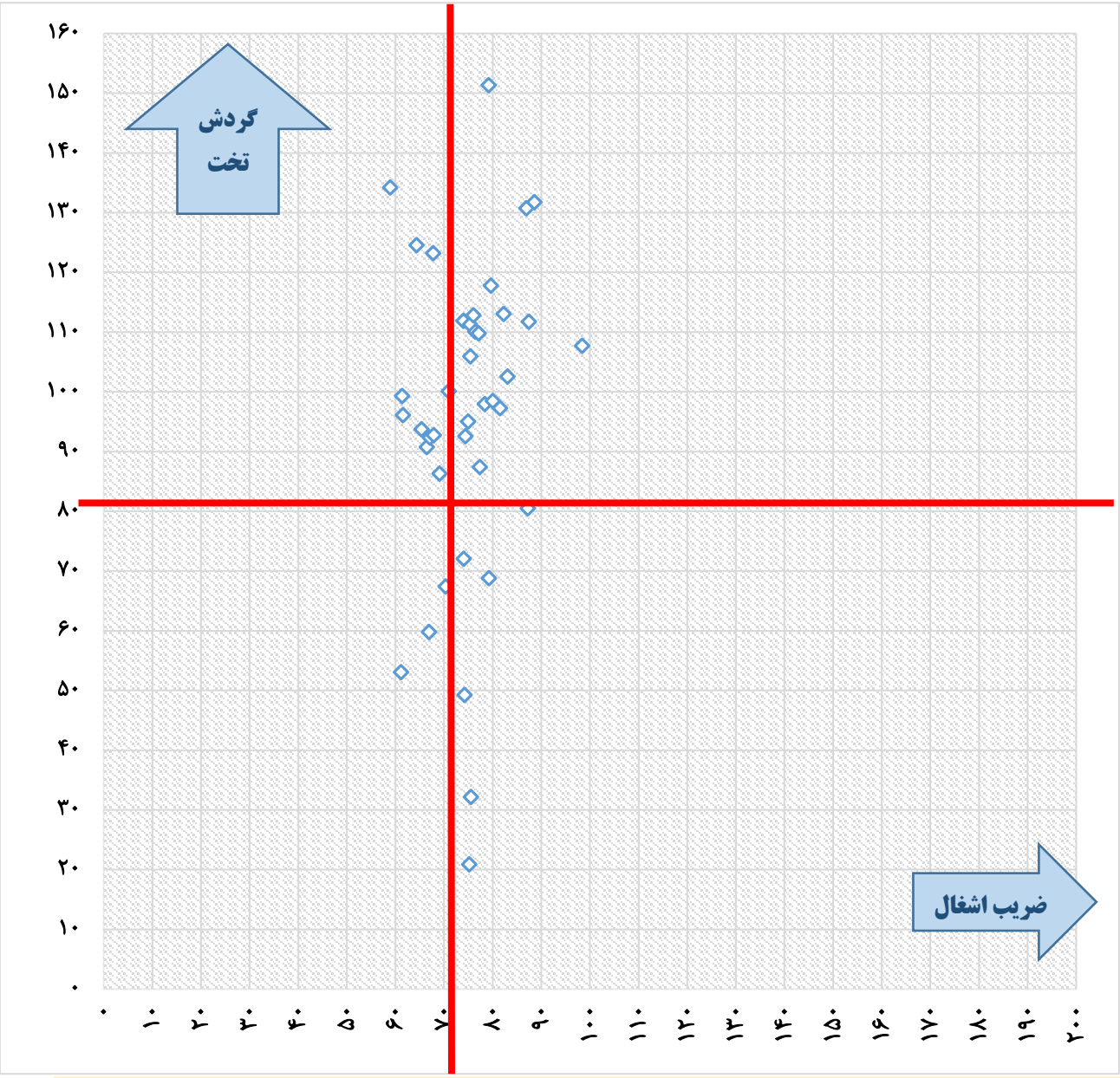
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۳۴,۲ درصد بیمارستانهای ۲۰۱- ۳۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۲۵ درصد بیمارستانهای ۲۰۱-۳۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است مطالعاتی جهت افزایش بهره وری و کارایی این بیمارستانها در سطح ملی انجام گیرد.

نمودار ۴–۳۶– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۲۰۱–۳۰۰ تخت فعال *غیر وابسته به وزارت بهداشت*

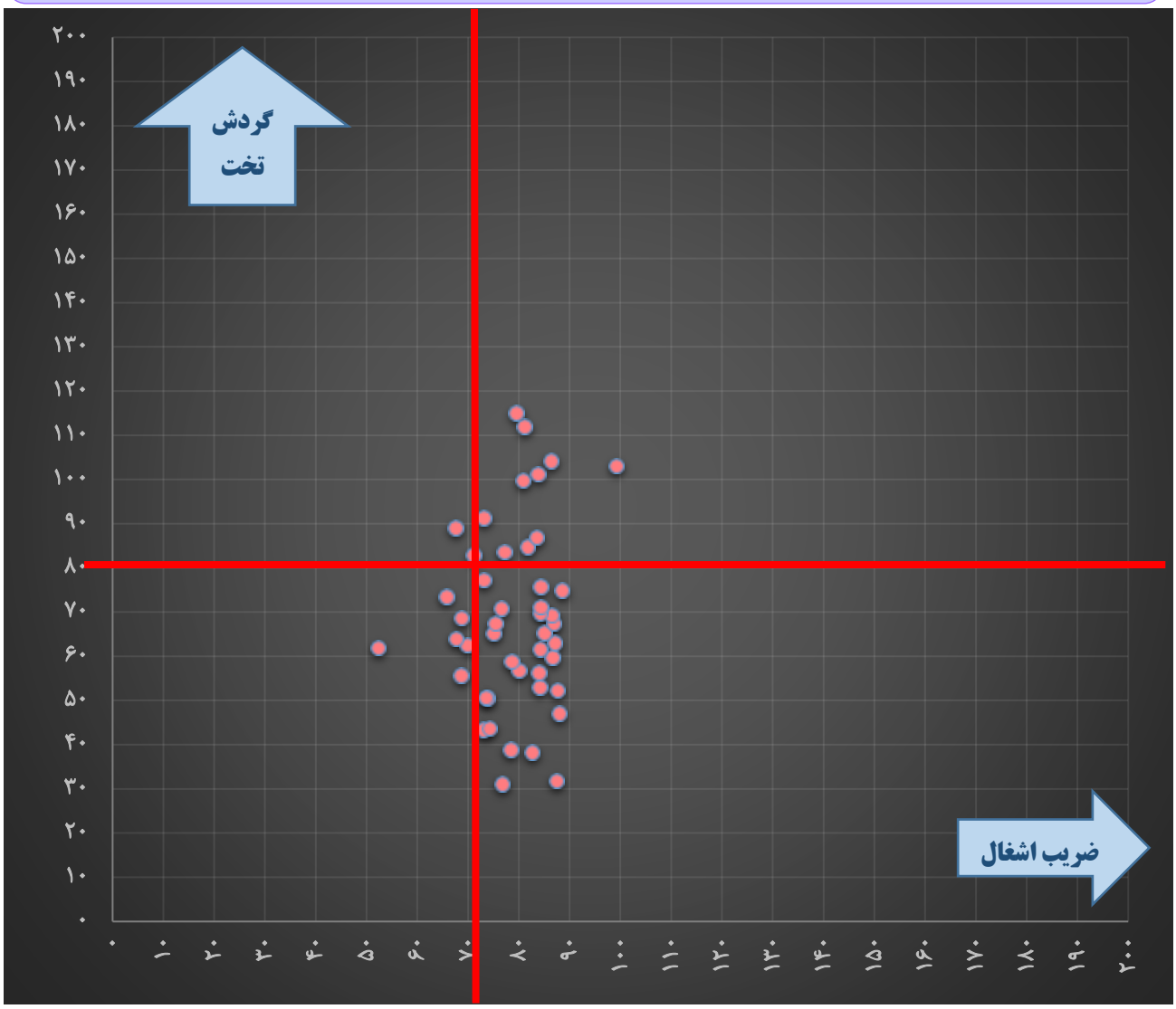
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۵۲,۵ درصد بیمارستانهای ۲۰۱-۳۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۷,۵ درصد بیمارستانهای ۲۰۱-۳۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است.

نمودار ۴–۳۷– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۳۰۱–۵۰۰ تخت فعال *وابسته به وزارت بهداشت*

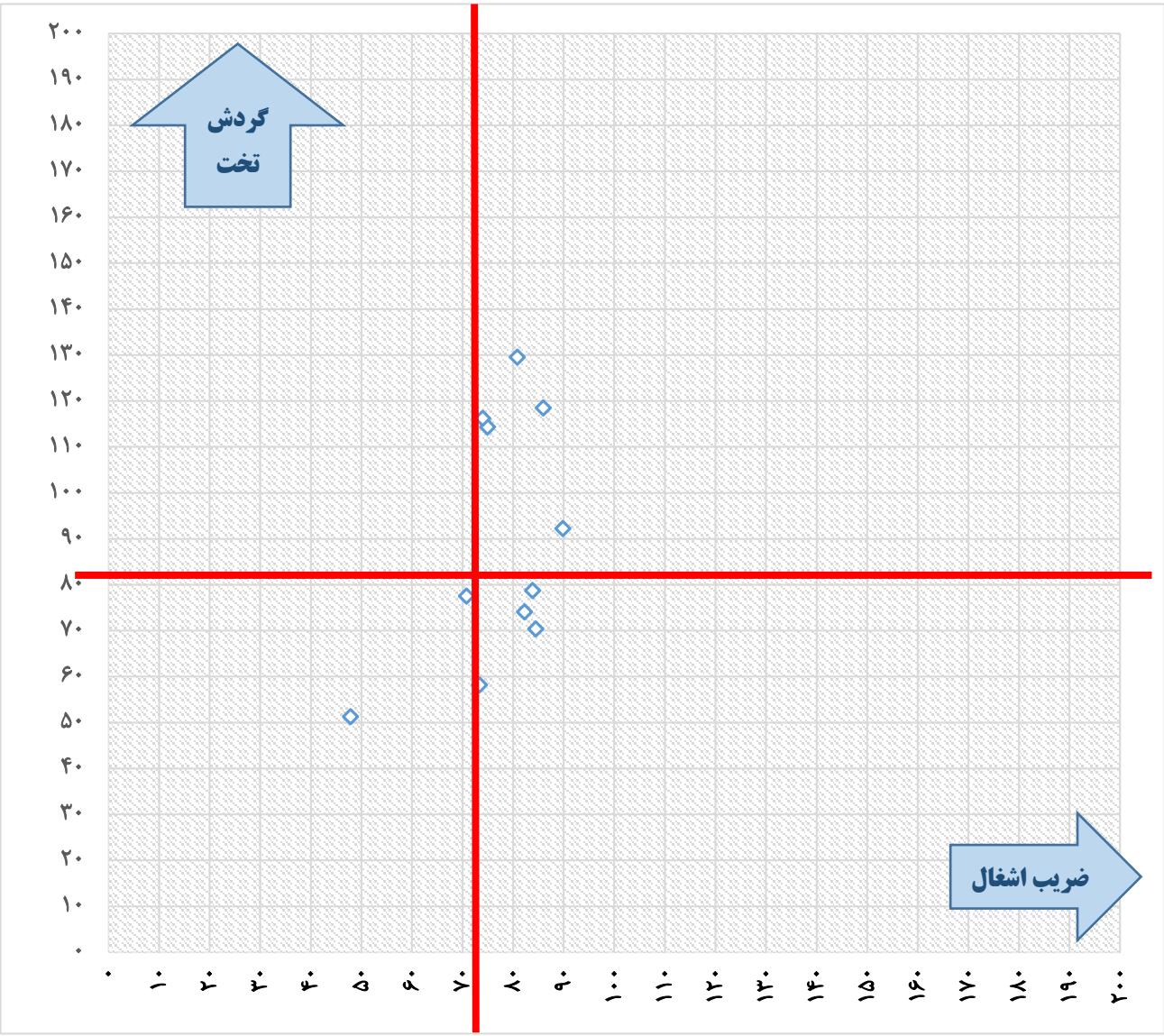
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۲۴ درصد بیمارستانهای ۳۰۱-۵۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۱۳ درصد بیمارستانهای ۳۰۱-۵۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است مطالعاتی جهت افزایش بهره وری و کارایی این بیمارستانها در سطح ملی انجام گیرد.

نمودار ۴–۳۸– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای ۳۰۱–۵۰۰ تخت فعال *غیر وابسته به وزارت بهداشت*

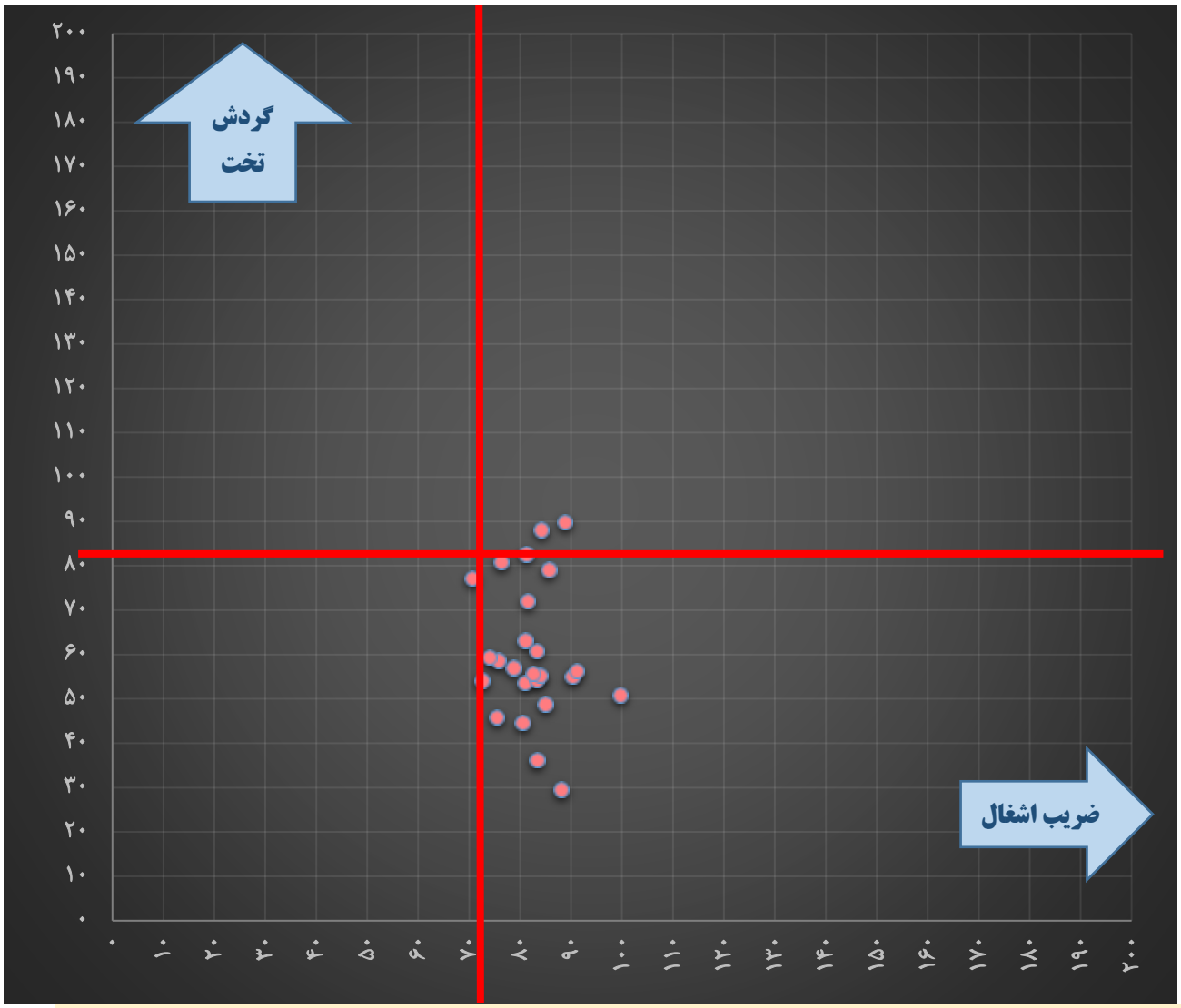
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۴۵،۵ درصد بیمارستانهای ۳۰۱-۵۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۱۸،۸ درصد بیمارستانهای ۳۰۱-۵۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است.

نمودار ۴–۳۹– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای بالای ۵۰۰ تخت فعال *وابسته به وزارت بهداشت*

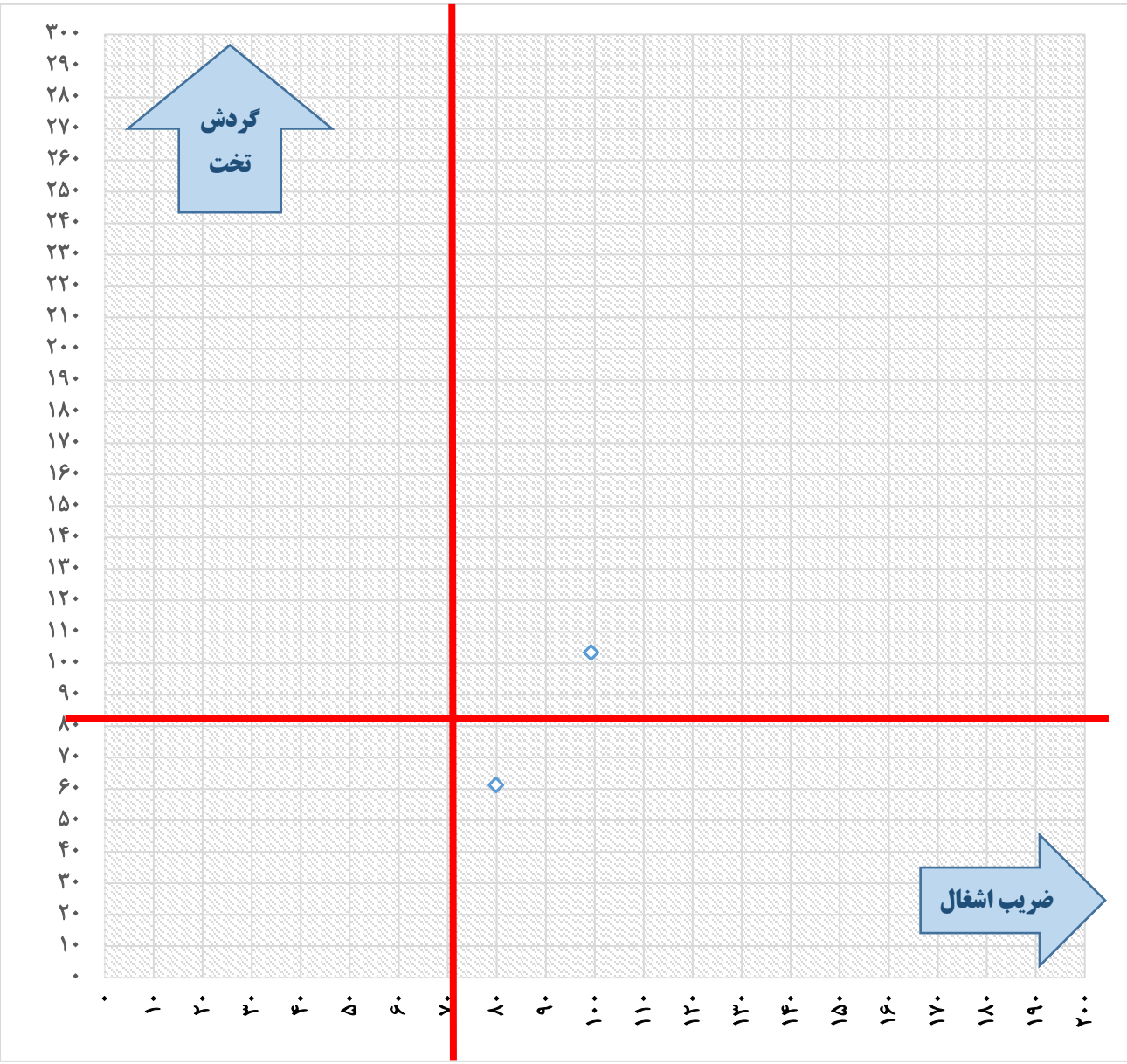
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۱۲ درصد بیمارستانهای بالای ۵۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- در ۴ درصد بیمارستانهای بالای ۵۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، مقادیر هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است مطالعاتی جهت افزایش بهره وری و کارایی این بیمارستانها در سطح ملی انجام گیرد.

نمودار ۴–۴۰– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای بالای ۵۰۰ تخت فعال *غیر وابسته به وزارت بهداشت*

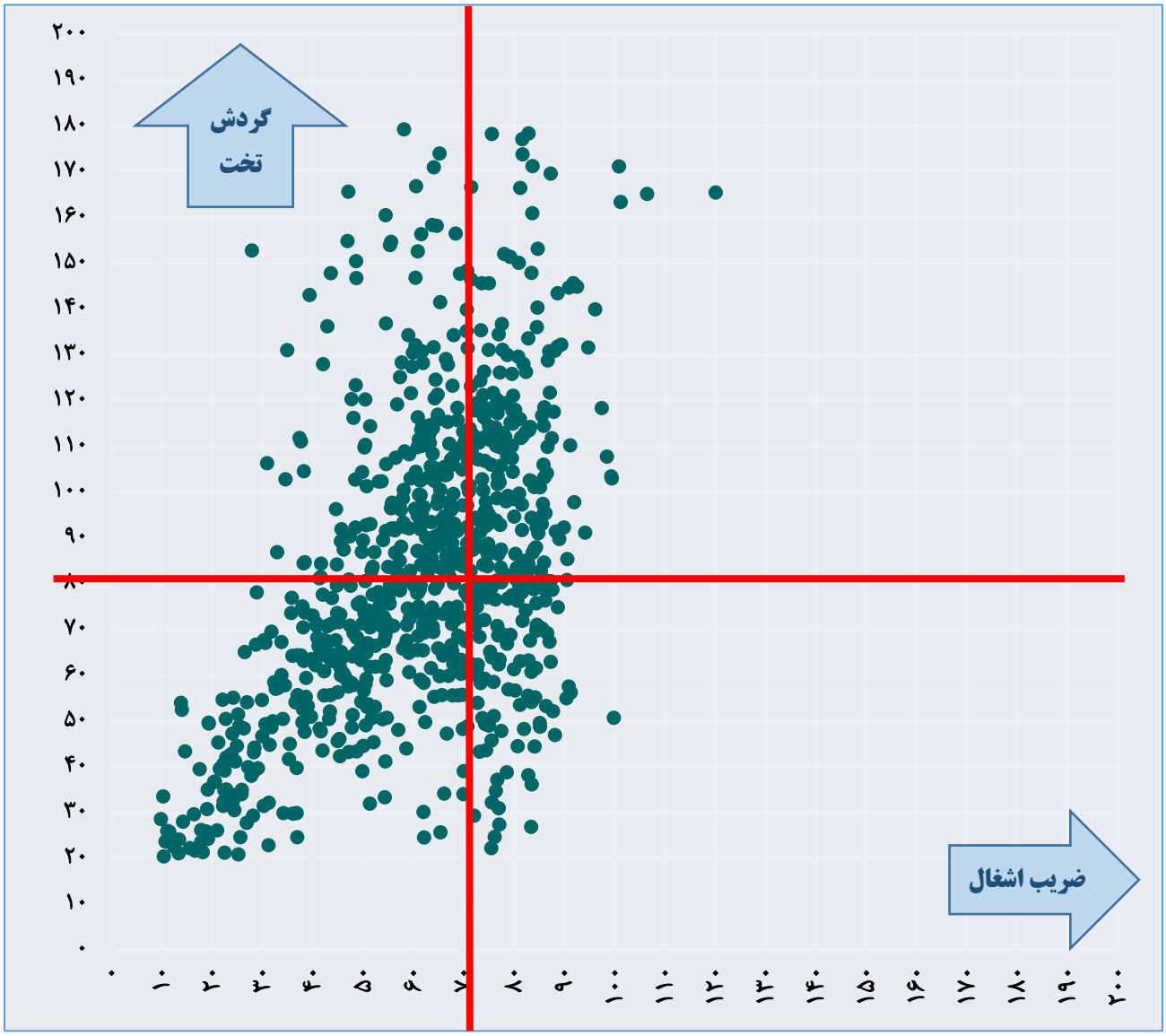
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) شاخص از لحاظ آماری می باشند.



- ۵۰ درصد بیمارستانهای بالای ۵۰۰ تخت غیر وابسته به وزارت بهداشت، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- از ۳ بیمارستان بالای ۵۰۰ تخت هیچکدام در ناحیه کارایی نامطلوب قرار نگرفته اند.

نمودار ۴–۴۱– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای عمومی (جنرال)

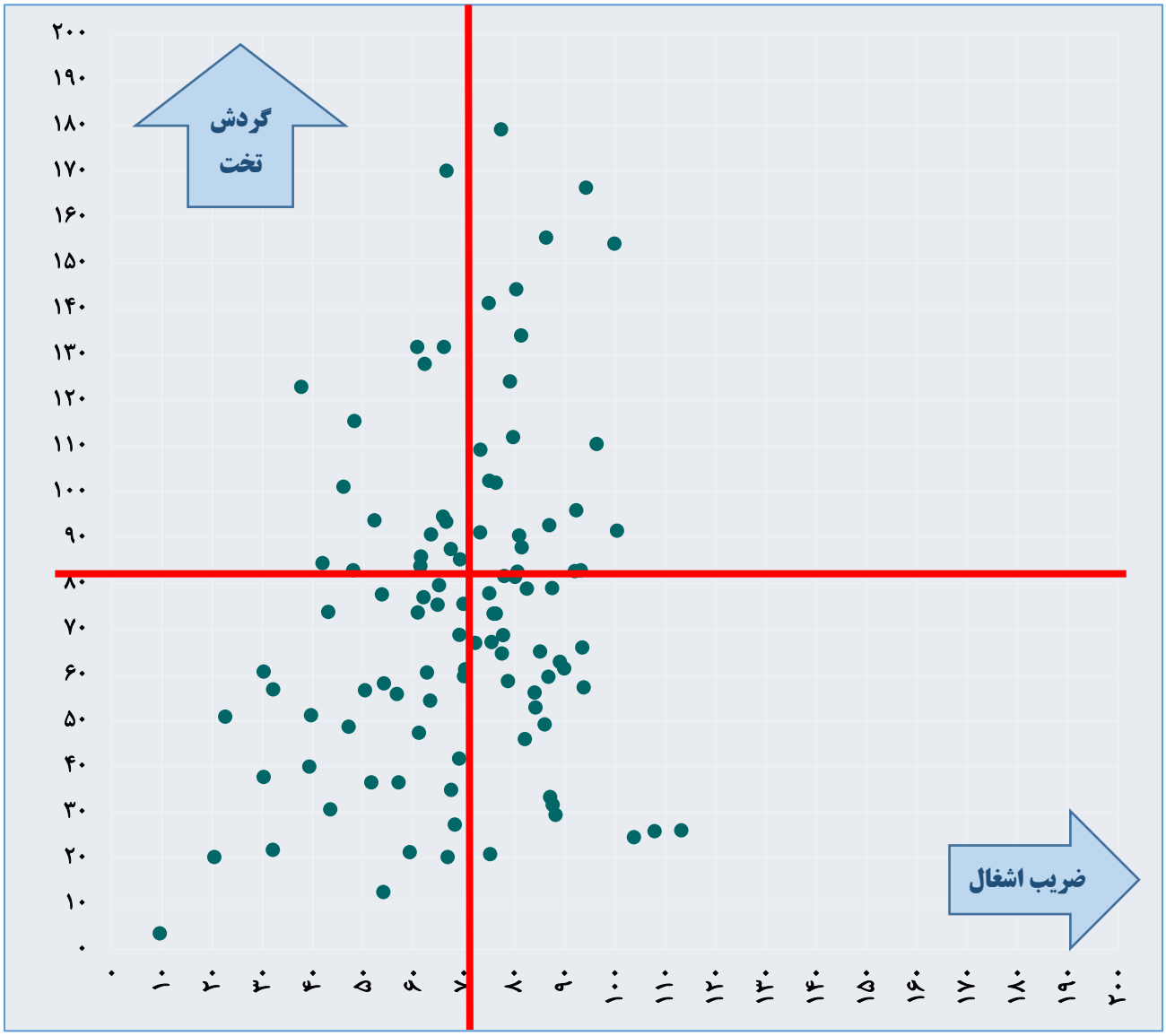
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۲۴,۹ درصد بیمارستانهای عمومی (جنرال)، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- ۳۶,۷ درصد بیمارستانهای عمومی (جنرال) کشور، در ناحیه اول نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت پایین تر از متوسط کشوری داشته و کارایی پایین دارند.

نمودار ۴–۴۲– نمودار پابن لاسو در بیمارستانهای تخصصی

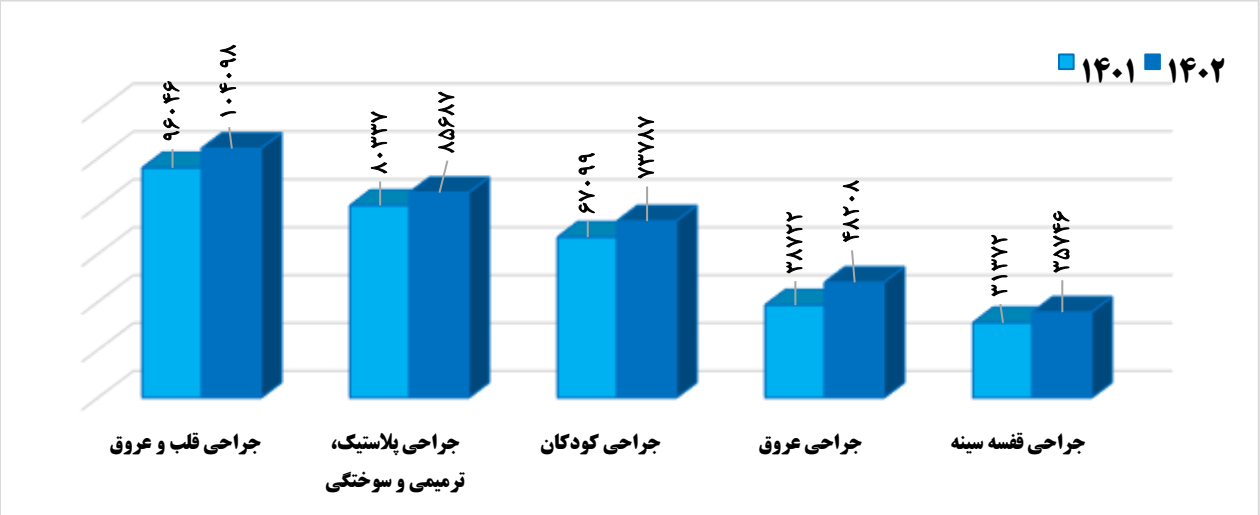
محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری می باشند.



- ۲۲,۹ درصد بیمارستانهای تخصصی، در ناحیه سوم نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت بالاتر از متوسط کشوری دارند و بر اساس آنالیز دو شاخص ذکر شده، کارایی مطلوب دارند.
- ۲۹,۴ درصد بیمارستانهای تخصصی کشور، در ناحیه اول نمودار کارایی پابن لاسو قرار گرفته و ضریب اشغال و گردش تخت پایین تر از متوسط کشوری داشته و کارایی پایین دارند.

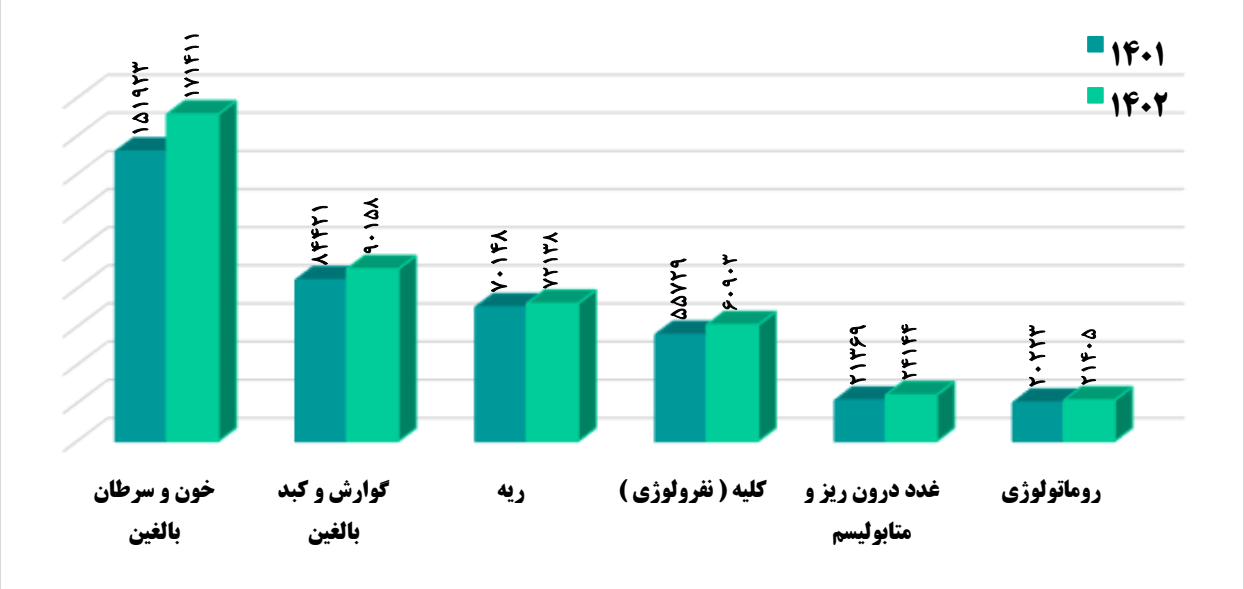
بررسی بخشهای فوق تخصصی در سال ۱۴۰۲

نمودار ۴–۴۳– مقایسه مراجعین بستری بخشهای فوق تخصصی جراحی به تفکیک رشته و سال



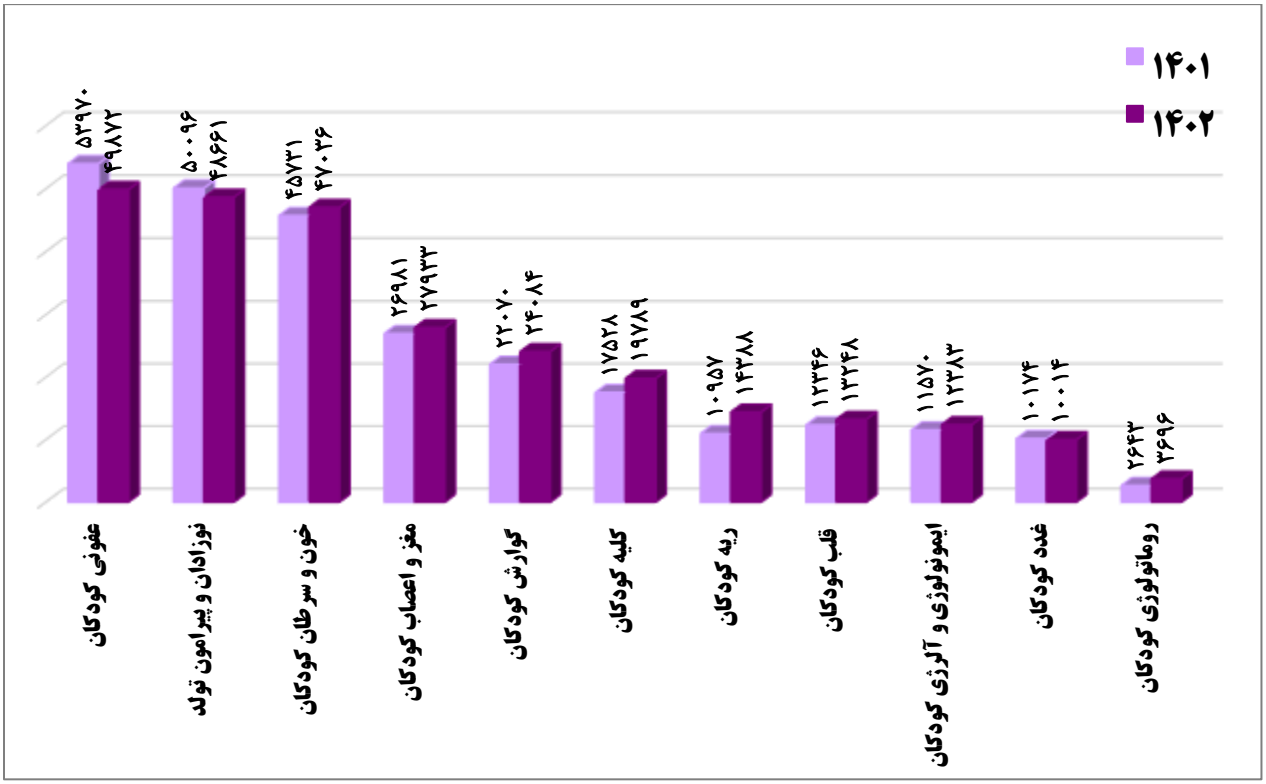
بیشترین جراحیهای انجام شده بر اساس رشته های فوق تخصصی در سال ۱۴۰۲ و ثبت اطلاعات سامانه آواب، جراحی قلب و عروق است. تعداد مراجعین بستری کلیه بخشهای فوق تخصصی جراحی در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است.

نمودار ۴–۴۴– مقایسه مراجعین بستری بخشهای فوق تخصصی داخلی به تفکیک رشته و سال



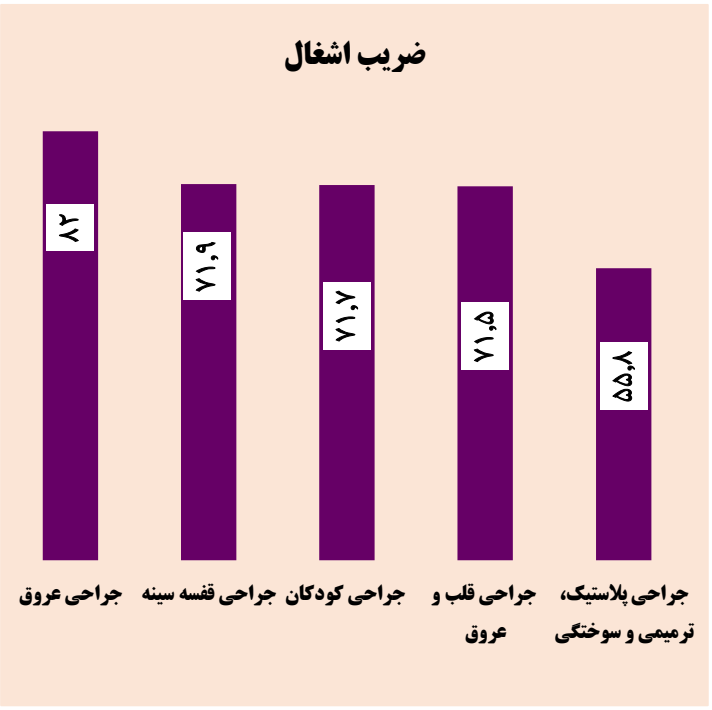
بیشترین مراجعین بخشهای فوق تخصصی داخلی مرتبط با بخش خون و سرطان بالغین می باشد. مراجعه متعدد بیماران مرتبط با بخش خون و سرطان بالغین جهت دریافت درمانهای شیمی درمانی- رادیوتراپی یکی از علل افزایش این مراجعین نسبت به سایر بخشهای فوق تخصصی است.

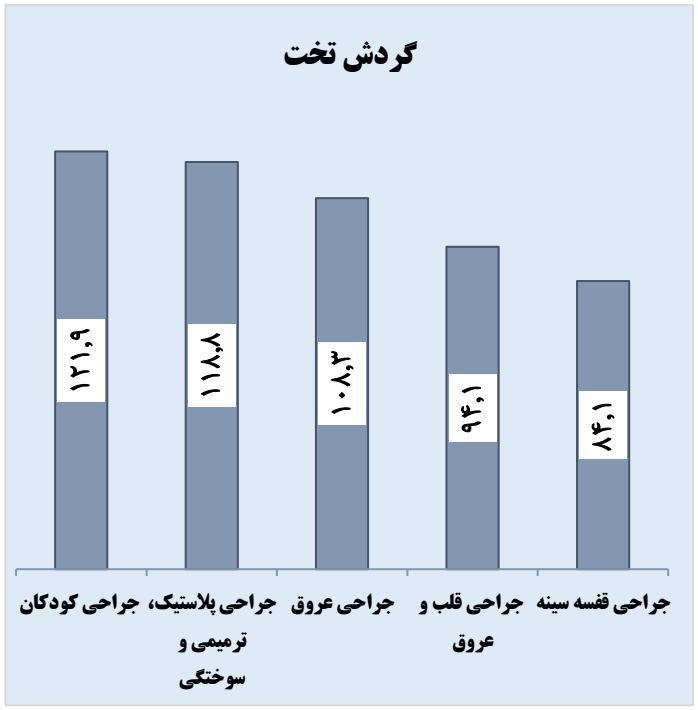
نمودار ۴–۴۵– مقایسه مراجعین بستری بخشهای فوق تخصصی کودکان به تفکیک رشته

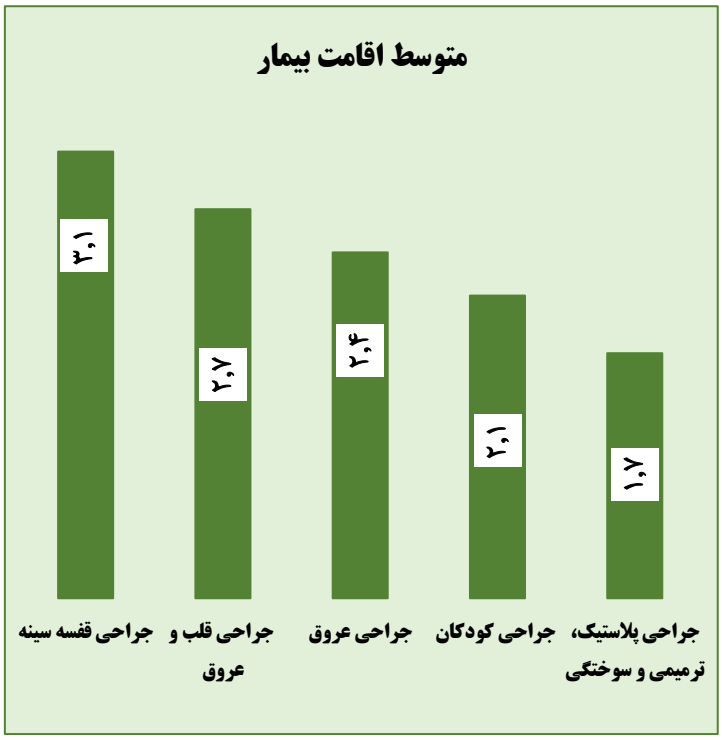


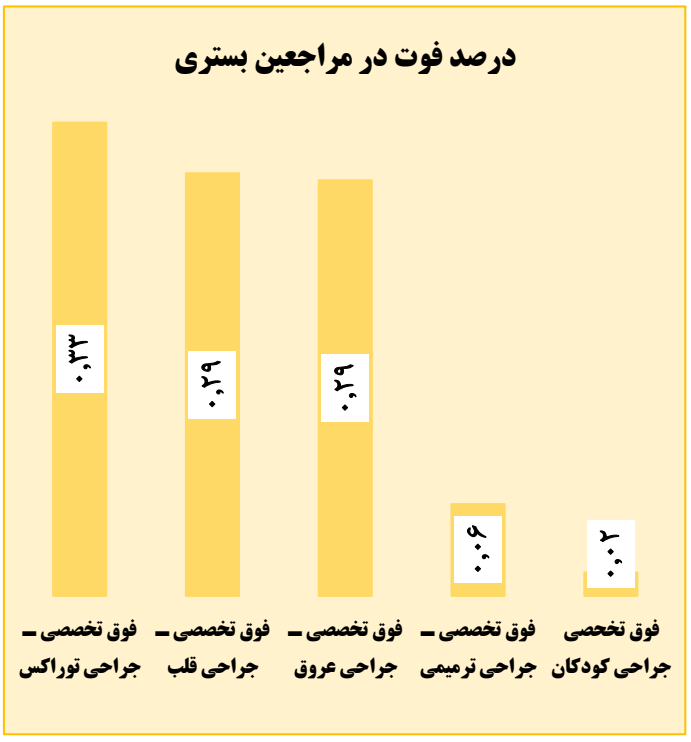
بیشترین میزان مراجعین بستری در رشته های فوق تخصصی کودکان در سال ۱۴۰۲، در رشته فوق تخصصی عفونی کودکان است. در اکثر رشته های فوق تخصصی کودکان، افزایش مراجعین بستری در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱ دیده می شود. در رشته های فوق تخصصی عفونی کودکان، نوزادان و غدد، کاهش مراجعین بستری در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱ دیده می شود. بیشترین افزایش مراجعین بستری در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱ در رشته های فوق تخصصی کودکان، در رشته ریه کودکان مشاهده شد.

نمودار ۴– ۴۶– مقایسه ضریب اشغال، گردش تخت، متوسط اقامت و درصد فوت در مراجعین بستری بخشهای فوق تخصصی جراحی به تفکیک رشته – سال ۱۴۰۲

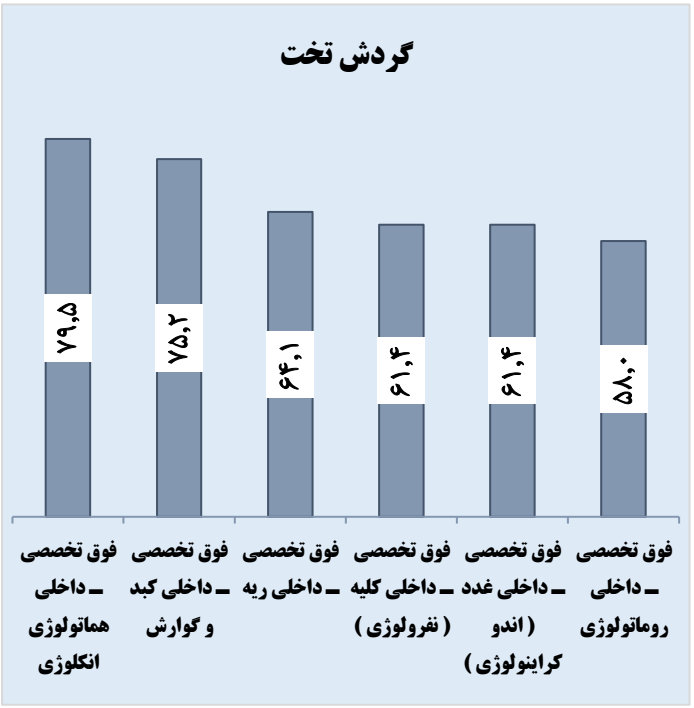


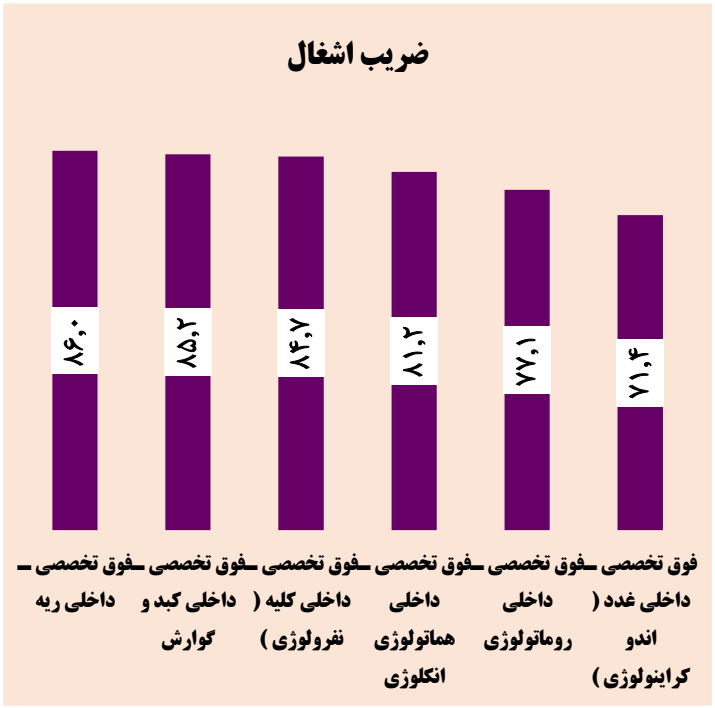


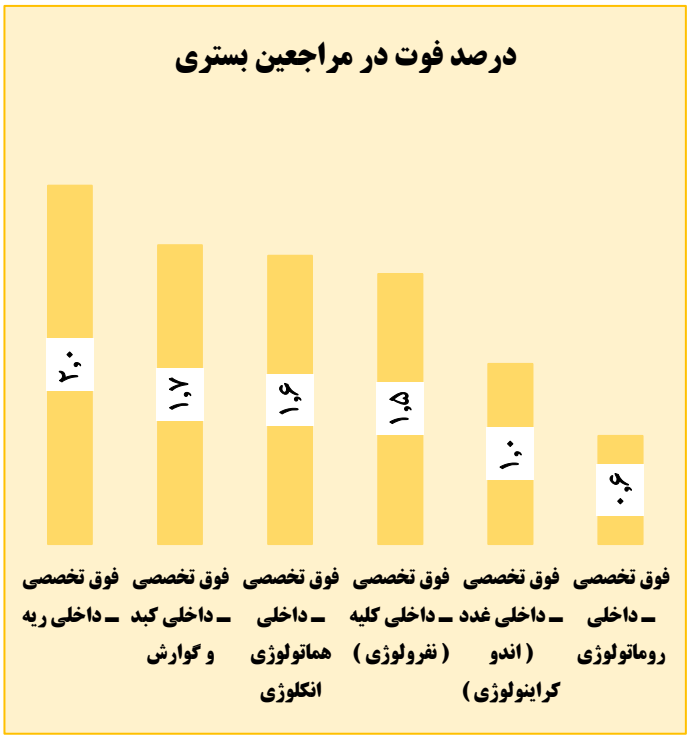


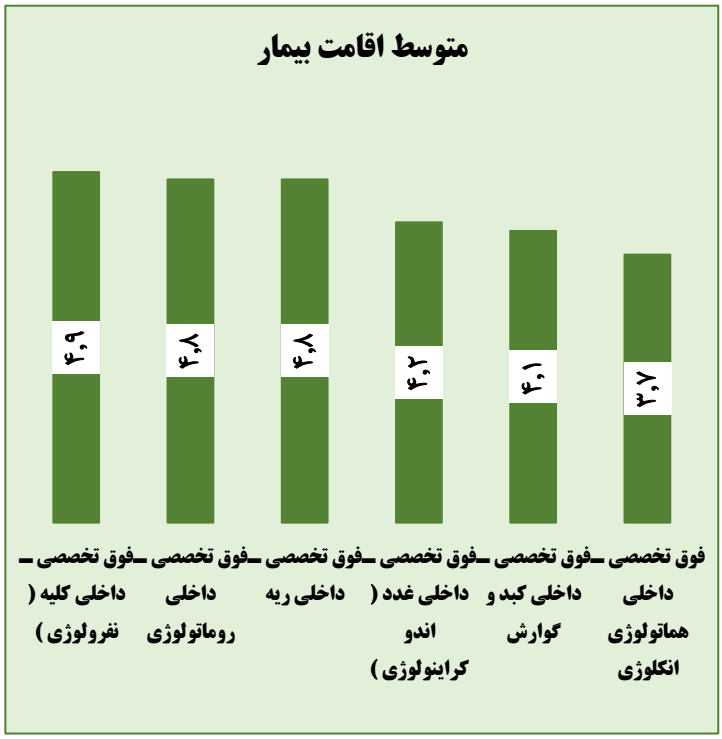


نمودار ۴– ۴۷ – مقایسه ضریب اشغال، گردش تخت، متوسط اقامت و درصد مرگ بیمارستانی بخشهای فوق تخصصی داخلی به تفکیک رشته – سال ۱۴۰۲

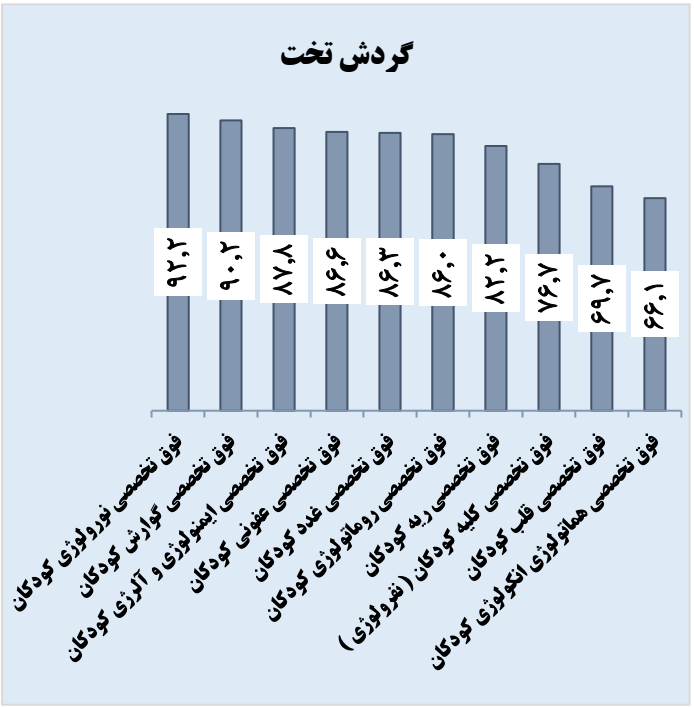


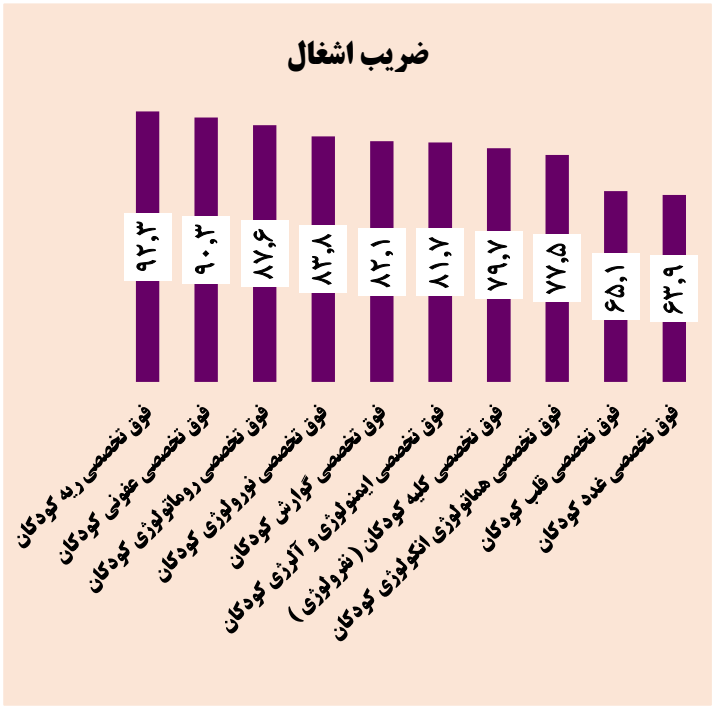


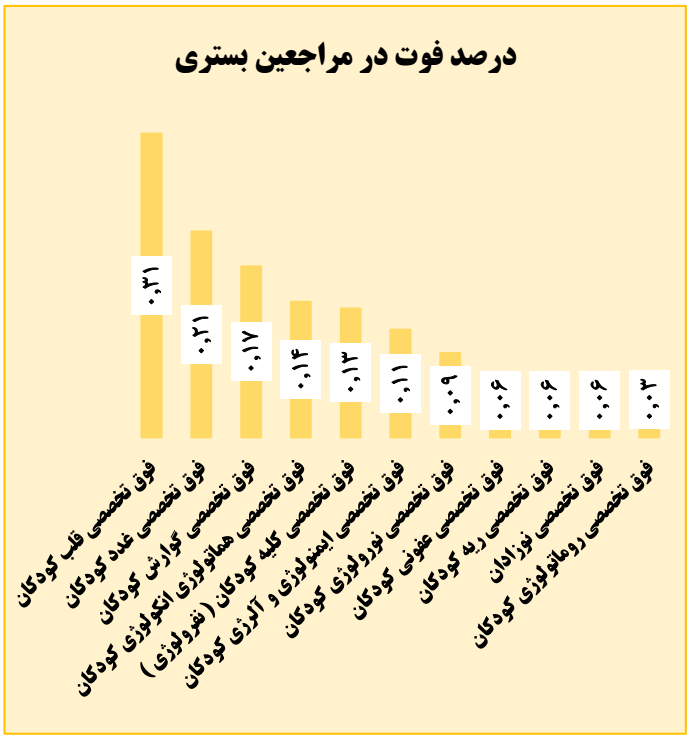


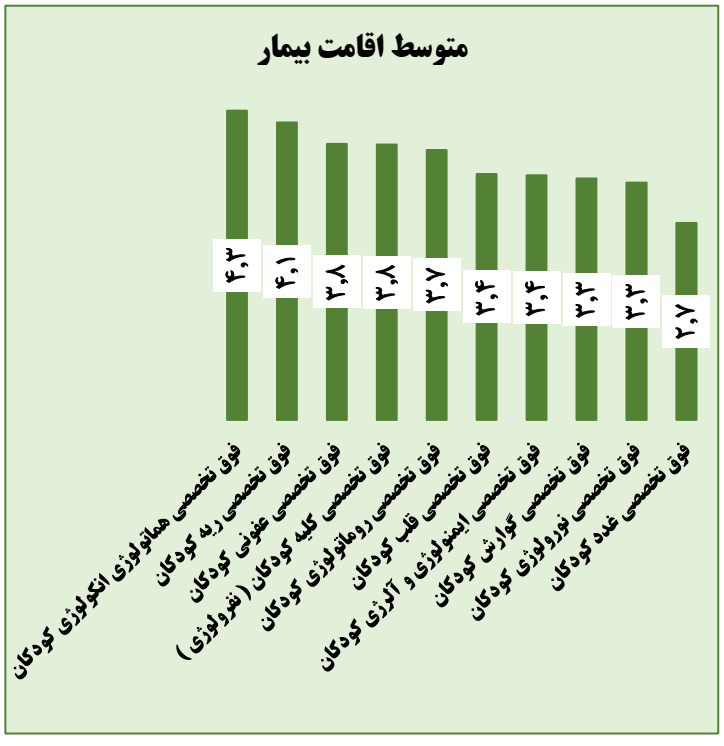


نمودار ۴– ۴۸ – مقایسه ضریب اشغال، گردش تخت، متوسط اقامت و درصد مرگ بیمارستانی بخشهای فوق تخصصی کودکان به تفکیک رشته – سال ۱۴۰۲





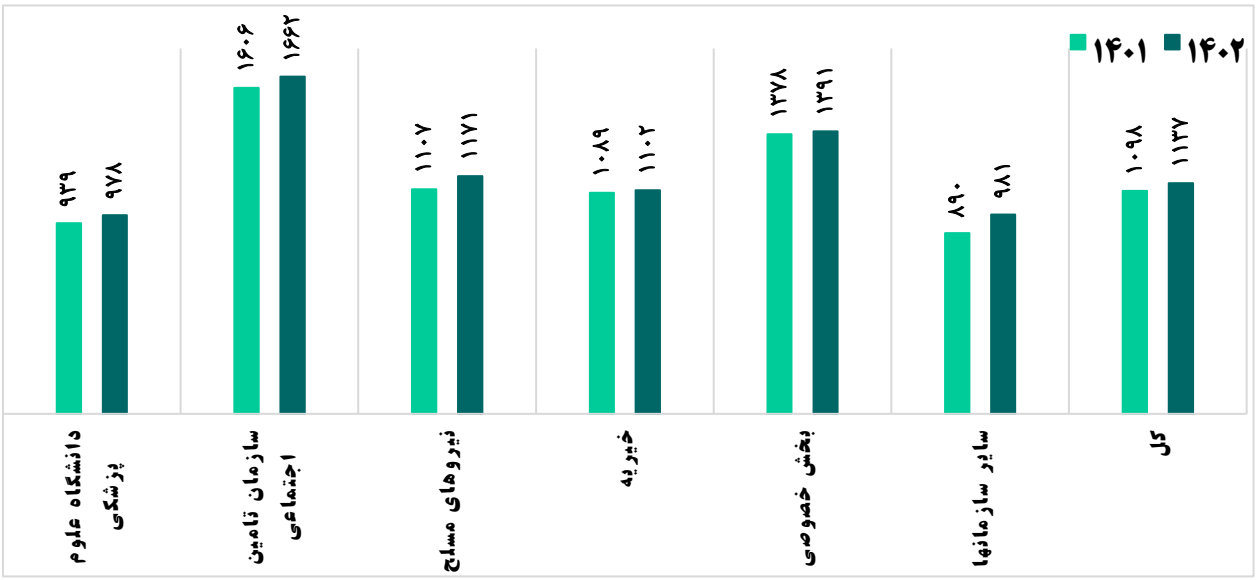




جدول ۴–۱۰– گردش تخت اتاق عمل در بیمارستانهای کشور به تفکیک سازمان متبوع

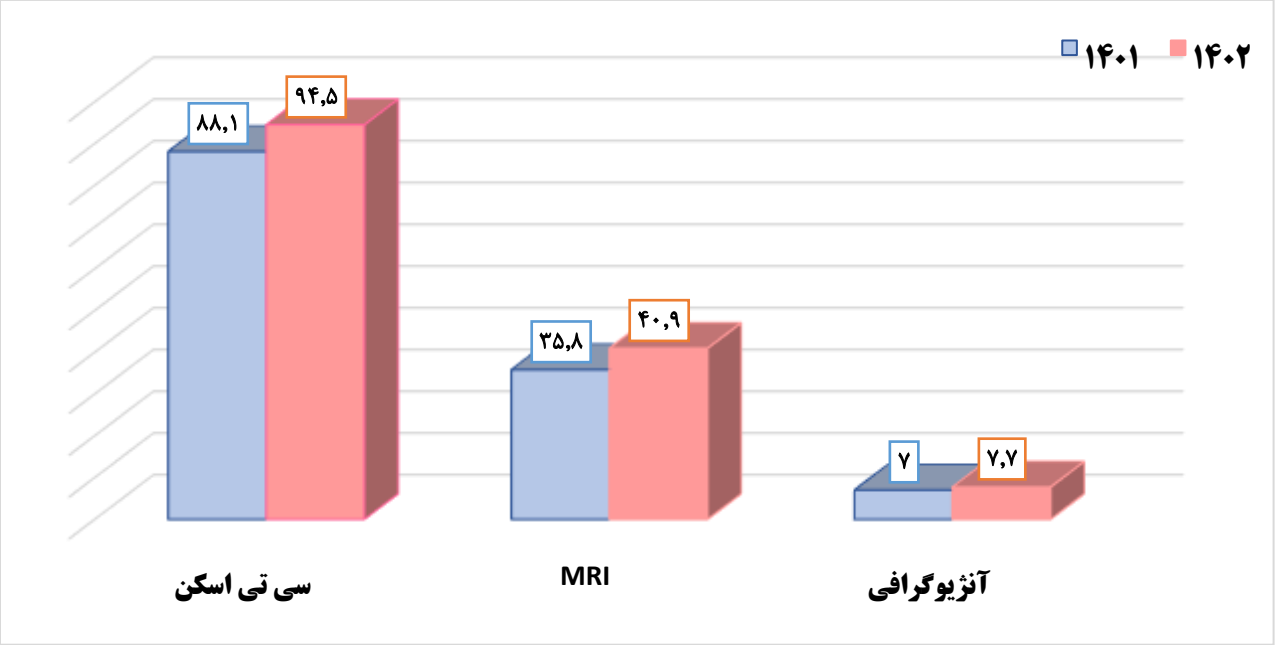
نوع سازمان	تعداد بیماران مراجعه کننده جهت اتاق عمل	تعداد بیمار اتاق عمل به ازای یک تخت (گردش تخت اتاق عمل)
دانشگاه علوم پزشکی	۳۰۰۴۷۶۵	۹۷۸
سازمان تامین اجتماعی	۶۴۱۵۵۴	۱۶۶۲
نیروهای مسلح	۳۵۹۴۰۱	۱۱۷۱
خیریه	۲۳۶۹۵۲	۱۱۰۲
بخش خصوصی	۱۶۵۱۱۵۲	۱۳۹۱
سایر سازمانها	۱۲۵۶۰۰	۹۸۱
کل	۶۰۱۹۴۲۴	۱۱۳۷

نمودار ۴–۴۹– مقایسه گردش تخت اتاق عمل در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



روند تعداد اعمال جراحی در سال اخیر افزایشی است.

نمودار ۴–۵۰– مقایسه عملکرد دستگاههای سی تی اسکن، MRI و آنژیوگرافی (به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) در بیمارستانهای کشور (مراجعین بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت)

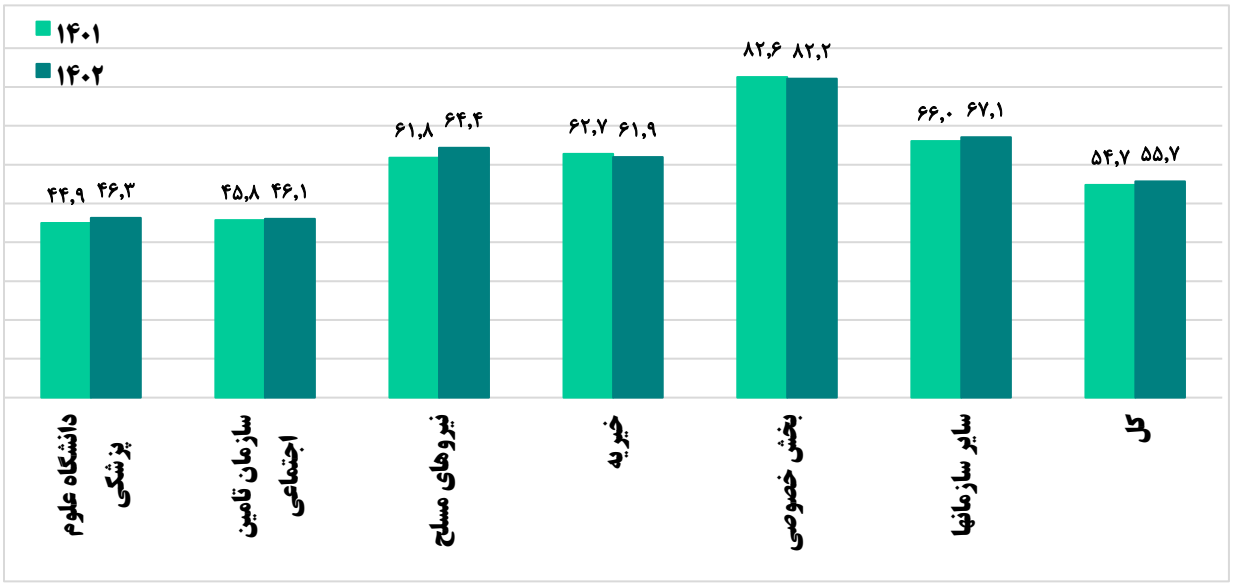


جدول ۴–۱۱– متوسط روزانه مراجعین دستگاههای سی تی اسکن، MRI و آنژیوگرافی به ازای یک دستگاه در بیمارستانهای کشور به تفکیک سازمان

نوع سازمان	سی تی اسکن	MRI	آنژیوگرافی
دانشگاه علوم پزشکی	۳۲	۲۷	۵
سازمان تامین اجتماعی	۲۷	۴۰	۷
نیروهای مسلح	۳۱	۵۵	۹
خیریه	۱۳	۴۶	۹
بخش خصوصی	۲۰	۴۲	۶
سایر سازمانها	۲۲	۳۷	۷
کل	۲۹	۳۴	۶

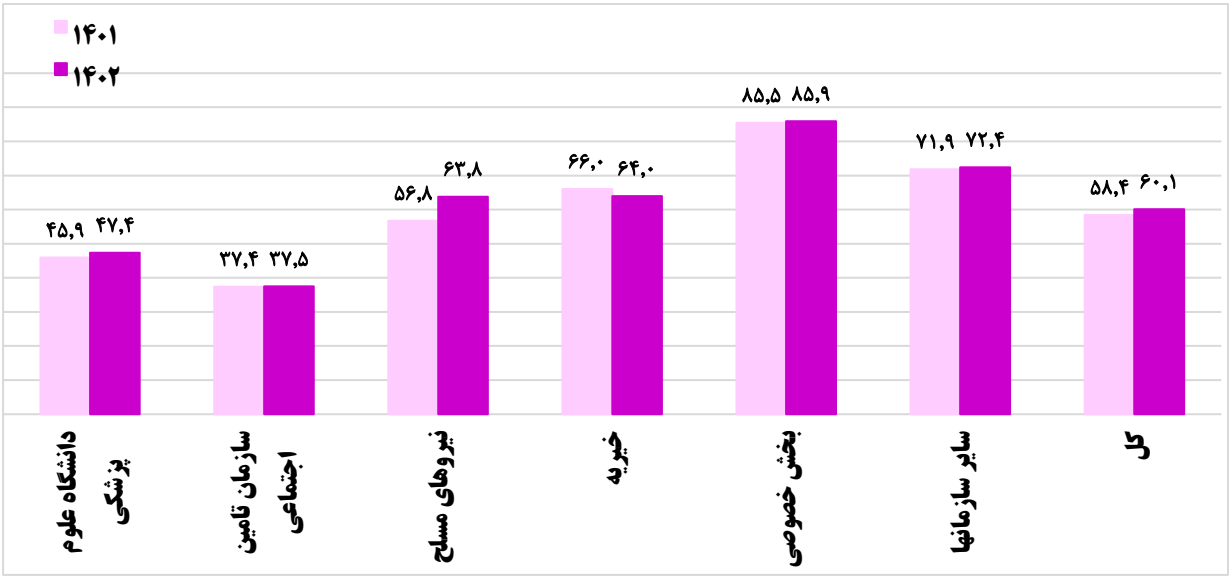
شاخصهای برنامه ترویج زایمان طبیعی

نمودار ۴–۵۱– مقایسه شاخص سزارین کل (درصد)– سال ۱۴۰۱–۱۴۰۲



منبع: اطلاعات ارسالی دانشگاه ها در پاسخ به نامه پایش کتبی برنامه ترویج زایمان طبیعی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲

نمودار۴– ۵۲– شاخص سزارین نخست زا (درصد)– سال ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



منبع: اطلاعات ارسالی دانشگاه ها در پاسخ به نامه پایش کتبی برنامه ترویج زایمان طبیعی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲

شاخص های اورژانس

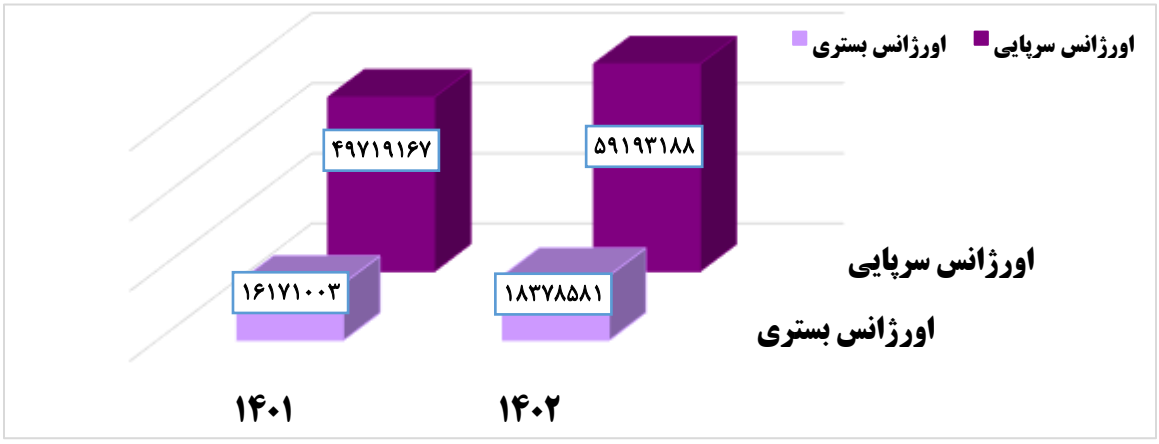
جدول ۴–۱۲– عملکرد بخش اورژانس (بستری و سرپایی) در بیمارستانهای کشور به تفکیک سازمان متبوع

نوع سازمان	تعداد بیماران بخش اورژانس بستری (تریاژ او ۲و ۳ و ۴ پروسیجردار)	تعداد بیماران بخش اورژانس سرپایی (تریاژ ۴ و ۵)	مراجعین کل بخش اورژانس
دانشگاه علوم پزشکی	۱۳۵۶۵۵۴۳	۳۹۱۸۰۸۴۵	۵۲۷۴۶۳۸۸
سازمان تامین اجتماعی	۱۷۱۳۸۱۳	۸۱۱۰۸۳۰	۹۸۲۴۶۴۳
نیروهای مسلح	۴۰۳۵۳۶	۲۲۲۴۵۰۴	۲۶۲۸۰۴۰
خیریه	۲۷۷۳۹۱	۱۴۲۰۹۱۱	۱۶۹۸۳۰۲
بخش خصوصی	۱۱۰۷۶۳۴	۳۷۱۰۶۰۴	۴۸۱۸۲۳۸
سایر سازمانها	۱۳۱۰۶۶۴	۴۵۴۵۴۹۴	۵۸۵۶۱۵۸
کل	۱۸۳۷۸۵۸۱	۵۹۱۹۳۱۸۸	۷۷۵۷۱۷۶۹

تقریبا ۷۰,۱ درصد مراجعین اورژانس به بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت مراجعه نمودند. از علل مطرح:

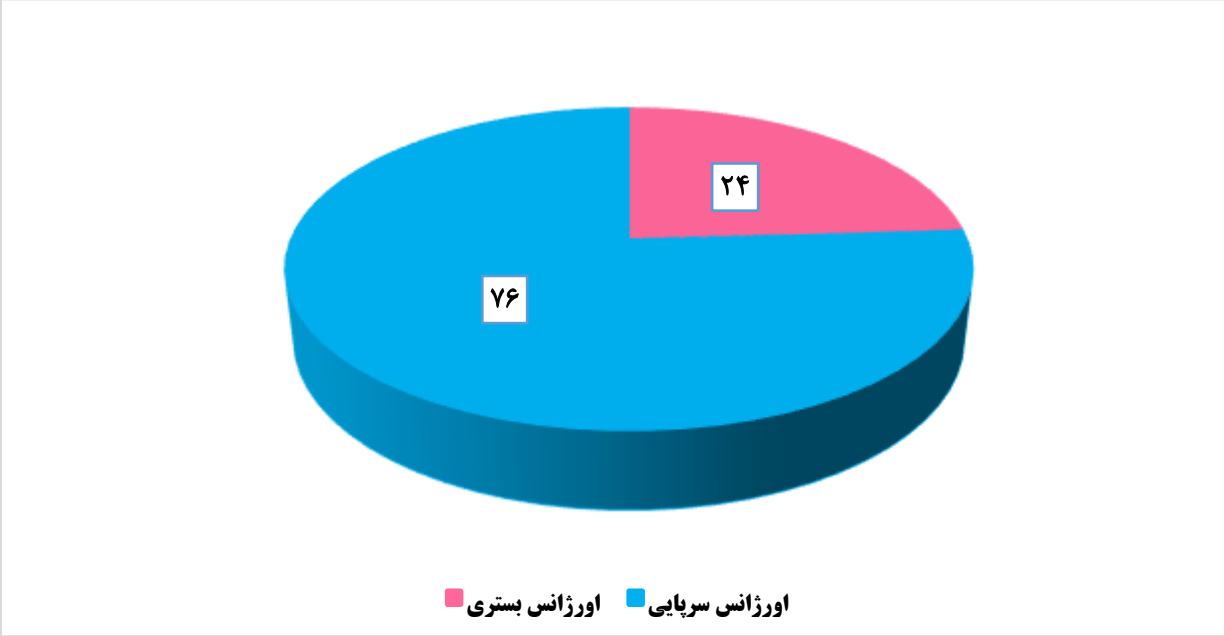
- ارجاع بیماران به بیمارستانهای دانشگاهی توسط اورژانس ۱۱۵
- متمرکز بودن بیمارستانهای خصوصی در شهرستانهای مراکز استانها
- تمایل پایین بخش خصوصی در پذیرش بیماران اورژانس

نمودار ۴–۵۳– مقایسه مراجعین اورژانس بستری و سرپایی در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲



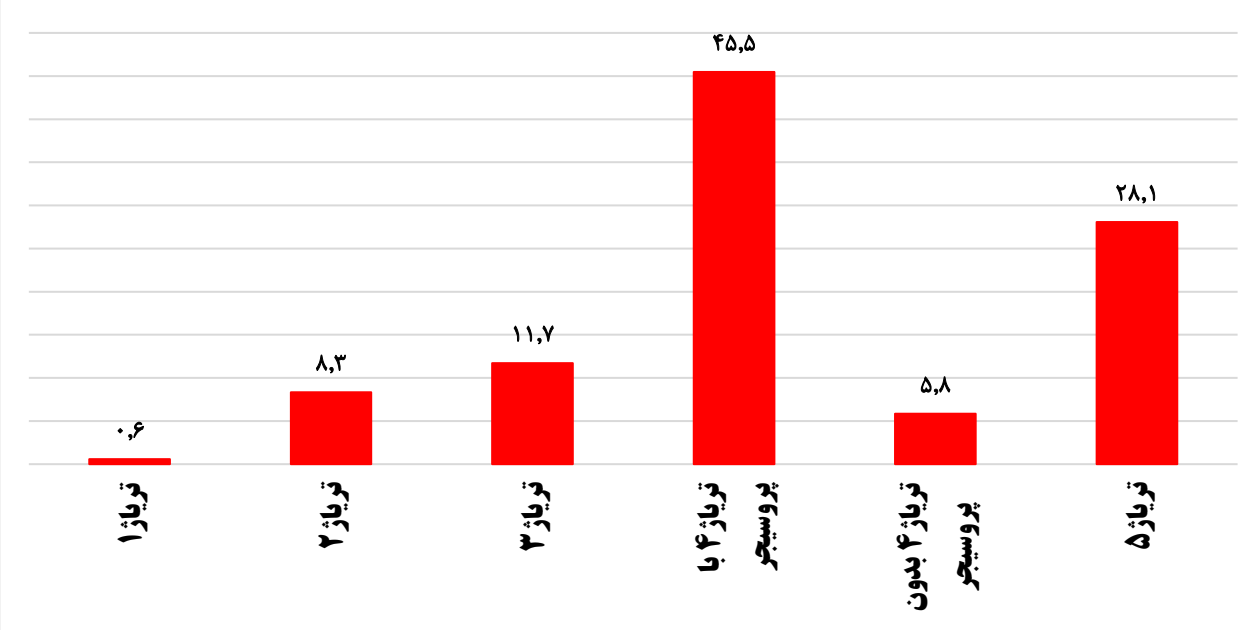
- تعداد مراجعین اورژانس بستری در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱، ۱۳,۷ درصد افزایش یافت.
- تعداد مراجعین اورژانس سرپایی در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱، ۱۹,۱ درصد افزایش یافت.

نمودار ۴–۵۴– درصد مراجعین بخش اورژانس به تفکیک بستری و سرپایی– سال ۱۴۰۲

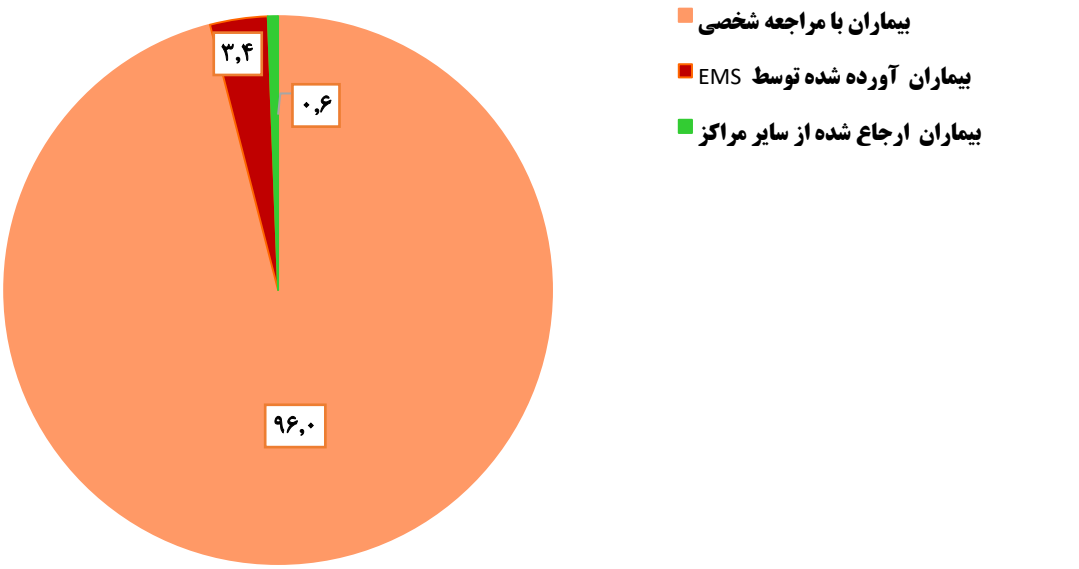


تقریبا ۷۶ درصد مراجعین اورژانس، سرپایی و ۲۴ درصد بستری هستند.

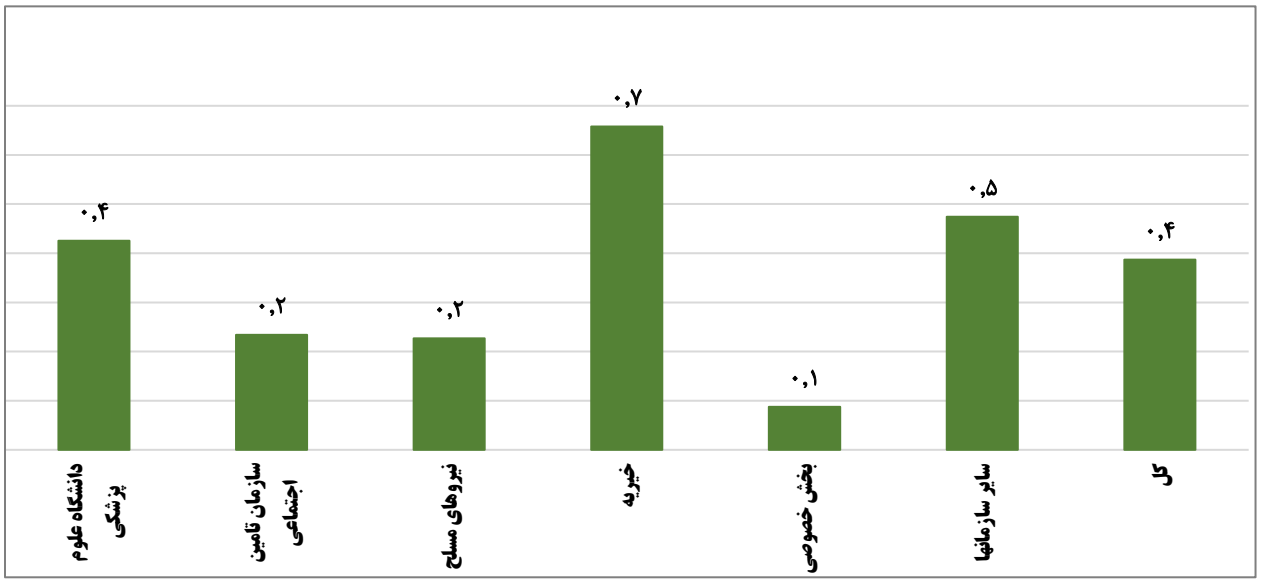
نمودار ۴–۵۵– درصد بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان بر اساس سطوح تریاژ – سال۱۴۰۲



نمودار ۴–۵۶– درصد مراجعین بخش اورژانس به تفکیک نحوه مراجعه – سال ۱۴۰۲



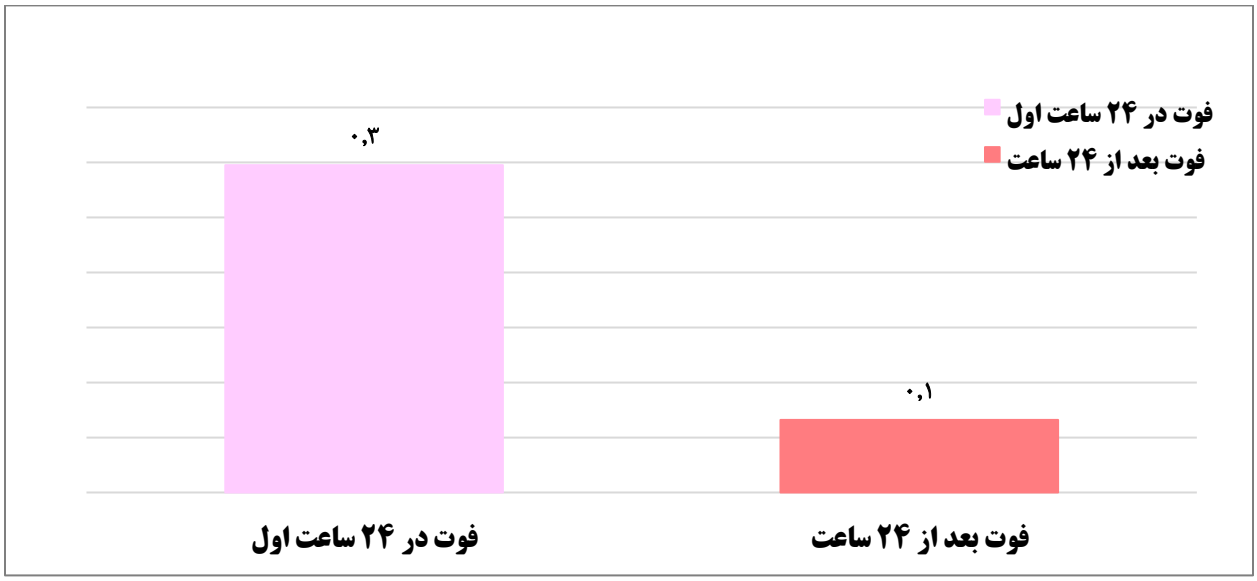
نمودار ۴–۵۷– درصد فوت در مراجعین بستری اورژانس – سال ۱۴۰۲ (سامانه آواب)



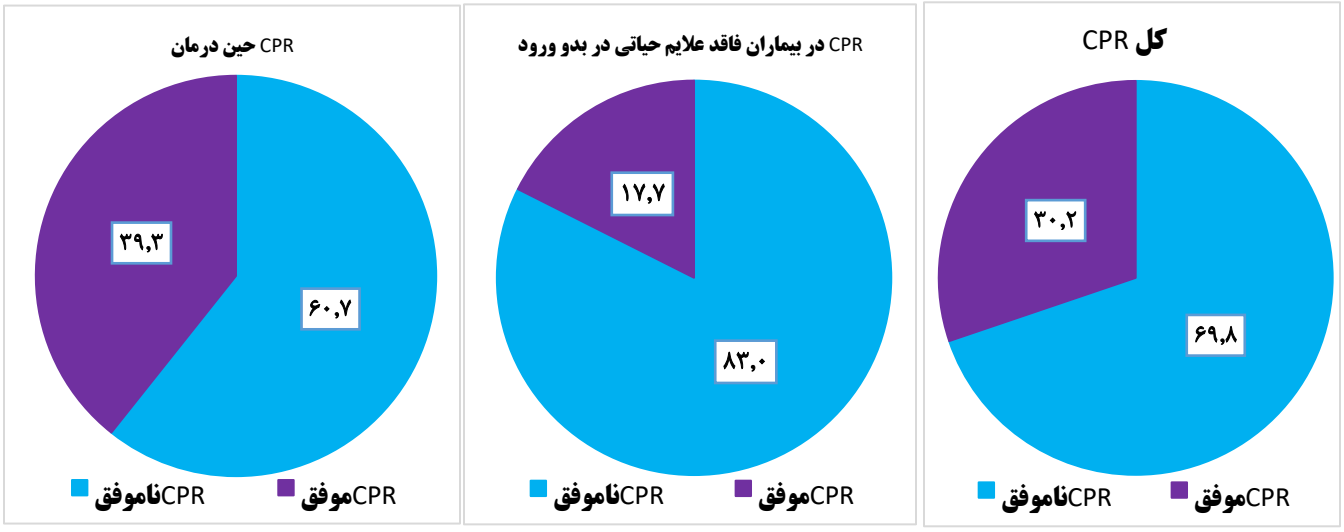
در محاسبه شاخص تعداد موارد فوت شده نسبت به کل مراجعین بستری اورژانس در نظر گرفته شده است.

در سال ۱۴۰۲، ۰,۴ درصد از مراجعین اورژانس بیمارستانی، فوت شده اند که شامل کلیه فوتیهای قبل و بعد از ۲۴ ساعت می باشد.

نمودار ۴–۵۸– درصد فوت مراجعین بخش اورژانس به تفکیک زمان ورود (قبل و بعد ۲۴ ساعت) – سال ۱۴۰۲



نمودار ۴–۵۹– درصد احیای قلبی– عروقی موفق (از کل CPR های انجام شده) در بخش اورژانس – سال ۱۴۰۲



علت پایین بودن درصد CPR موفق در کل، پایین بودن درصد CPR موفق در بیماران فاقد علایم حیاتی در بدو ورود می باشد.

آموزش همگانی، استفاده از AED در اماکن عمومی، انجام عملیات احیا بر بالین بیمار تا زمان رسیدن آمبولانس از جمله عوامل موثر بر CPR موفق در بدو ورود می باشد.

نمودار ۴–۶۰– درصد بیماران بخش اورژانس بستری شده در بخشهای عادی و ویژه بیمارستان– سال ۱۴۰۲

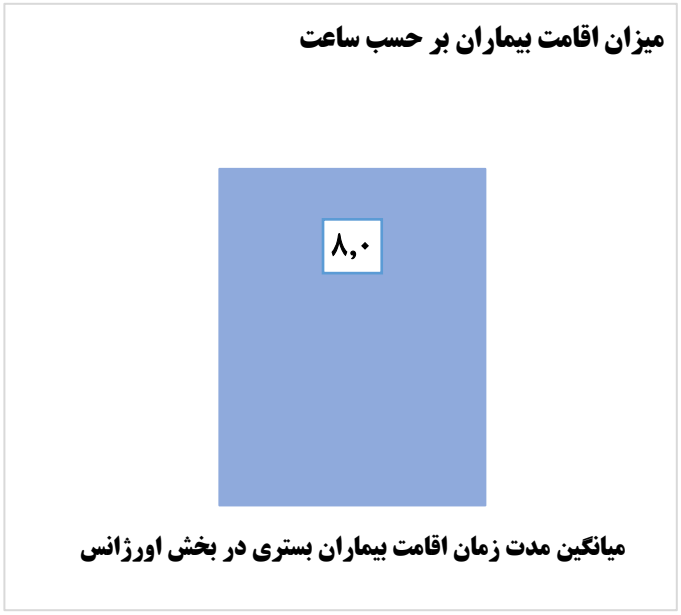
نمودار ۴–۶۱– درصد بیماران تعیین تکلیف ظرف مدت ۶ ساعت، بیماران خارج شده ظرف مدت ۱۲ ساعت و ترک با مسئولیت شخصی از بخش اورژانس – سال ۱۴۰۲

یکی از مهمترین شاخص های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان، شاخص درصد مراجعین بستری بخش اورژانس می باشد که ظرف مدت ۶ ساعت تعیین تکلیف شده اند. پروسه تعیین تکلیف متاثر از مولفه های مختلف از جمله ویزیت پزشک و ارزیابی پرستار، انجام اقدامات تشخیصی و درمانی، مشاوره و سپس تعیین تکلیف می باشد. این شاخص می تواند بر زمان ماندگاری کلی بیمار در بخش اورژانس، رضایت مندی گیرندگان خدمات درمانی و کنترل ازدحام در بخش اورژانس تاثیر بگذارد. مولفه هایی مانند دقت تریاژ، حضور پزشک متخصص مقیم اورژانس، نسبت صحیح نیروی انسانی حاضر در بخش، دسترسی به تسهیلات پاراکلینیک، انجام مشاوره ها در زمان استاندارد بر این شاخص تاثیر مستقیم دارند.

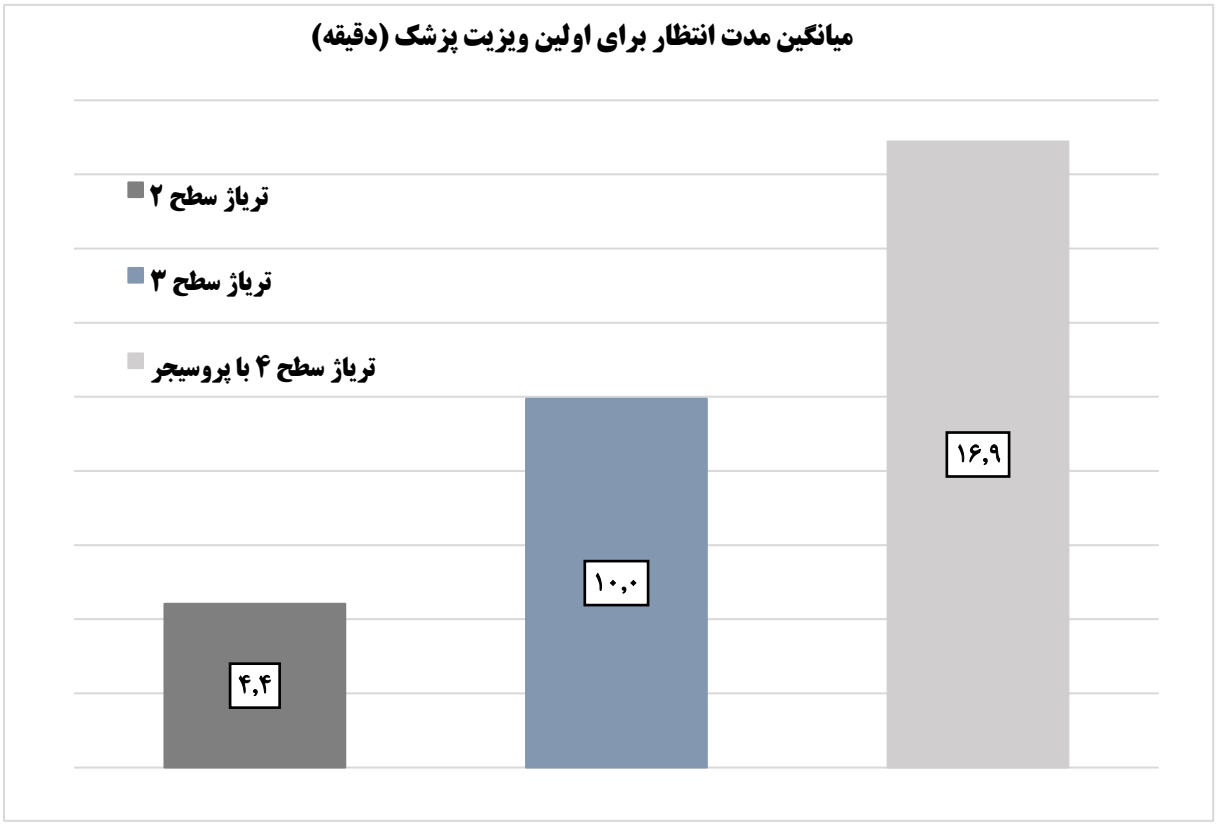
یکی دیگر از مهمترین شاخص های کلیدی عملکردی بخش اورژانس بیمارستان، شاخص تعداد مراجعین بستری خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت از زمان اولین دستور پزشک که از بخش اورژانس به صورت فیزیکی خارج شده‌اند. این شاخص مهمترین شاخص ارزیابی ازدحام اورژانس بوده و مدیریت تخت در کنترل این شاخص اهمیت دارد. اختلال در این شاخص منجر به افزایش ماندگاری بیمار در اورژانس گشته و منجر به ازدحام اورژانس بعلت خالی نشدن تخت های بستری اورژانس برای بستری بیماران جدیدالورود می گردد.

درصد ترک با مسئولیت شخصی از بخش اورژانس نیز کلیه مراجعین بستری بخش اورژانس در یک دوره زمانی مشخص (حضور در بخش اورژانس) که پس از ویزیت پزشک و در جریان درمان از ادامه معالجه امتناع کرده و به دلایل مختلف خواستار ترک اورژانس هستند را شامل می گردد. بدیهی است بیماران سرپایی که تنها مستند آنها برگه تریاژ می باشد در این آمار منظور نمی‌گردند.

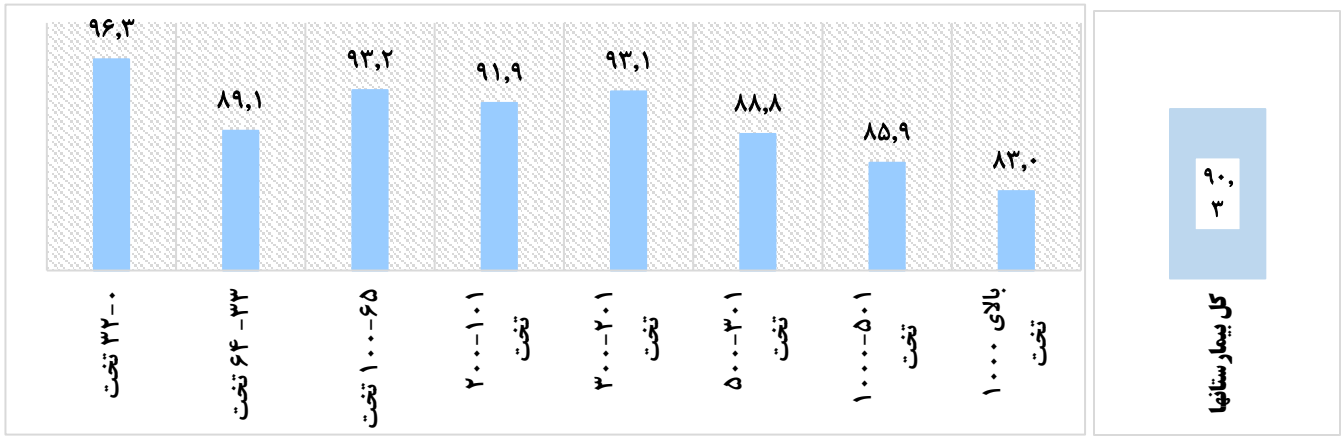
نمودار ۴–۶۲– زمان اقامت بیماران در بخش اورژانس بر حسب ساعت– سال ۱۴۰۲



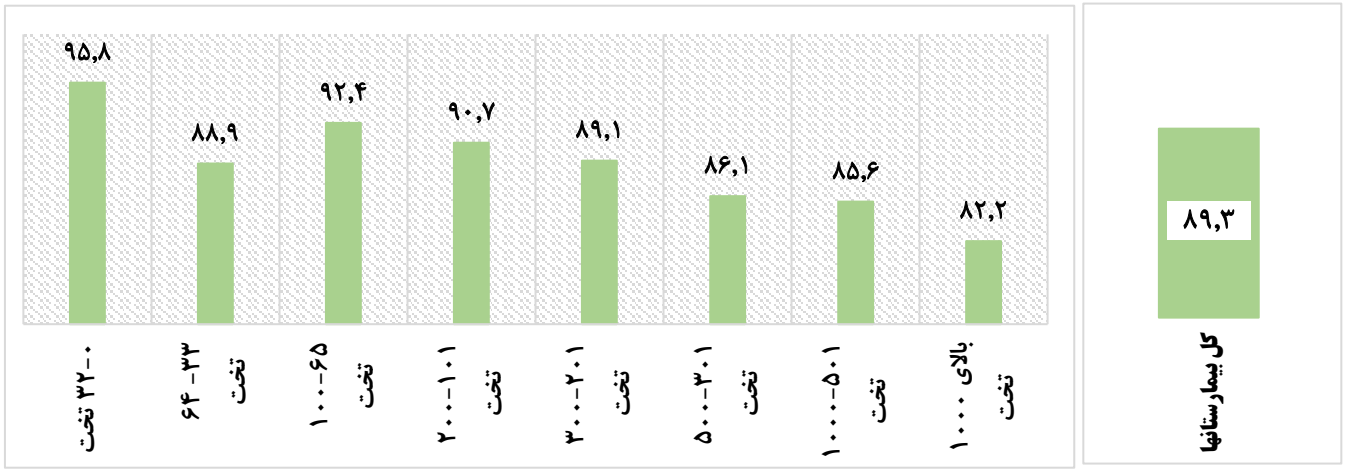
نمودار ۴–۶۳– زمان انتظار در بخش اورژانس بیمارستان برای اولین ویزیت پزشک در هر سطح مختلف تریاژ – سال ۱۴۰۲



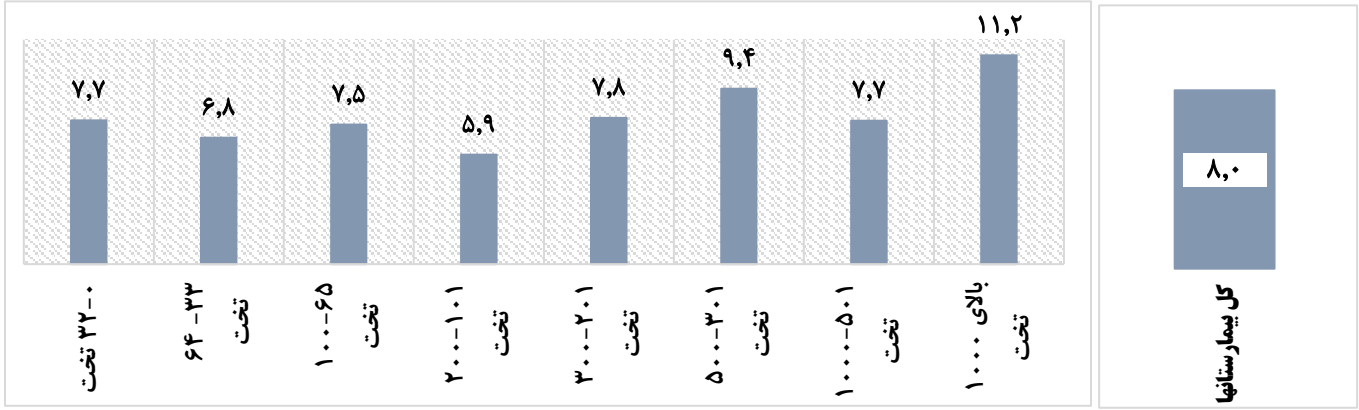
نمودار ۴– ۶۴– درصد بیماران تعیین تکلیف ظرف مدت ۶ ساعت در بخش اورژانس به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال– سال ۱۴۰۲



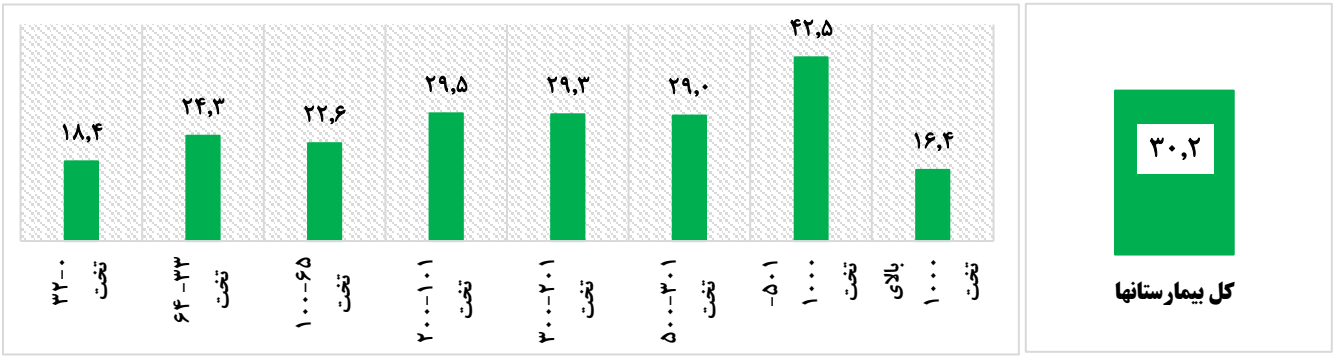
نمودار ۴– ۶۵– درصد بیماران خارج شده از بخش اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال– سال ۱۴۰۲



نمودار ۴– ۶۶– متوسط مدت زمان اقامت بیماران بستری در اورژانس به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال– سال ۱۴۰۲



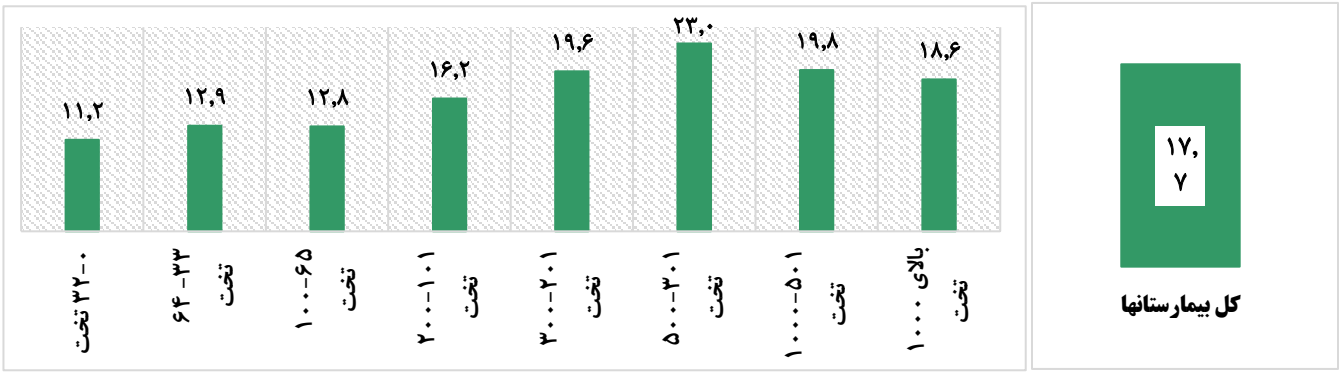
نمودار ۴– ۶۷– درصد احیای قلبی عروقی موفق در بخش اورژانس بیمارستان به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال – سال ۱۴۰۲



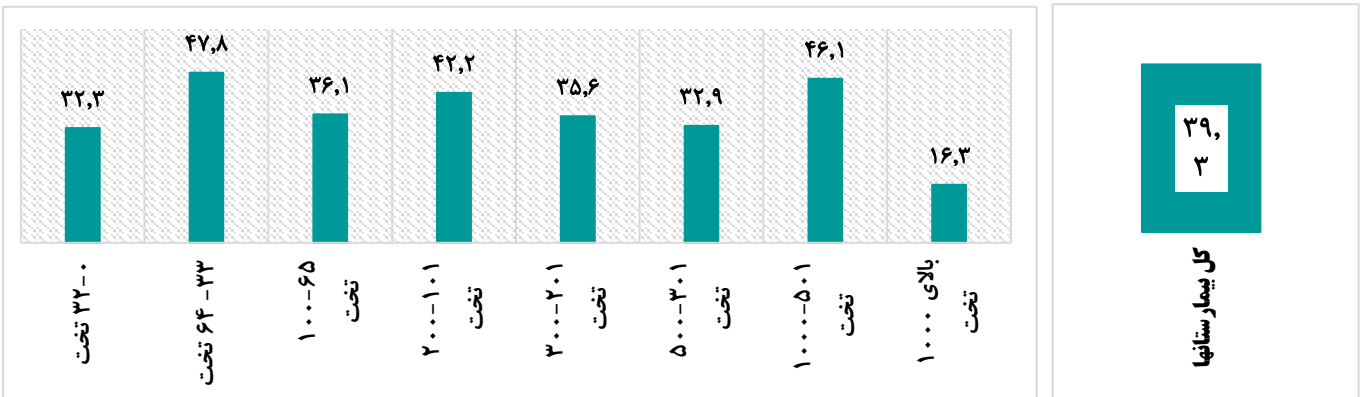
علت پایین بودن درصد CPR موفق در کل، پایین بودن درصد CPR موفق در بیماران فاقد علایم حیاتی در بدو ورود می باشد.

آموزش همگانی، استفاده از AED در اماکن عمومی، انجام عملیات احیا بر بالین بیمار تا زمان رسیدن آمبولانس از جمله عوامل موثر بر CPR موفق در بدو ورود می باشد.

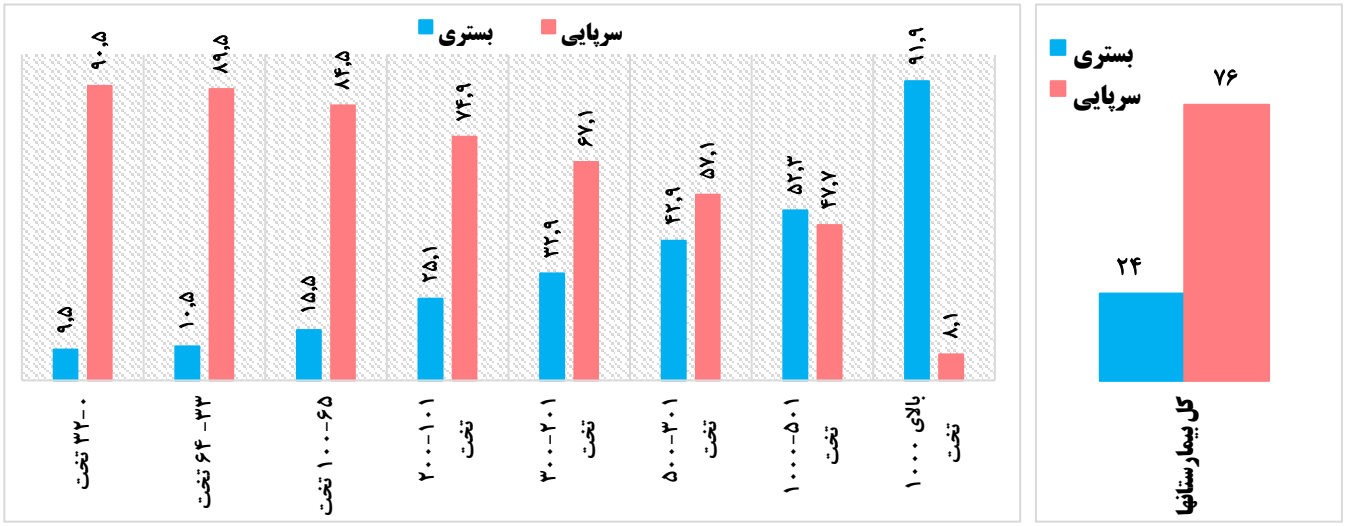
نمودار ۴– ۶۸– درصد احیای قلبی عروقی موفق در بیماران فاقد علایم حیاتی در بدو ورود در اورژانس به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال – سال ۱۴۰۲



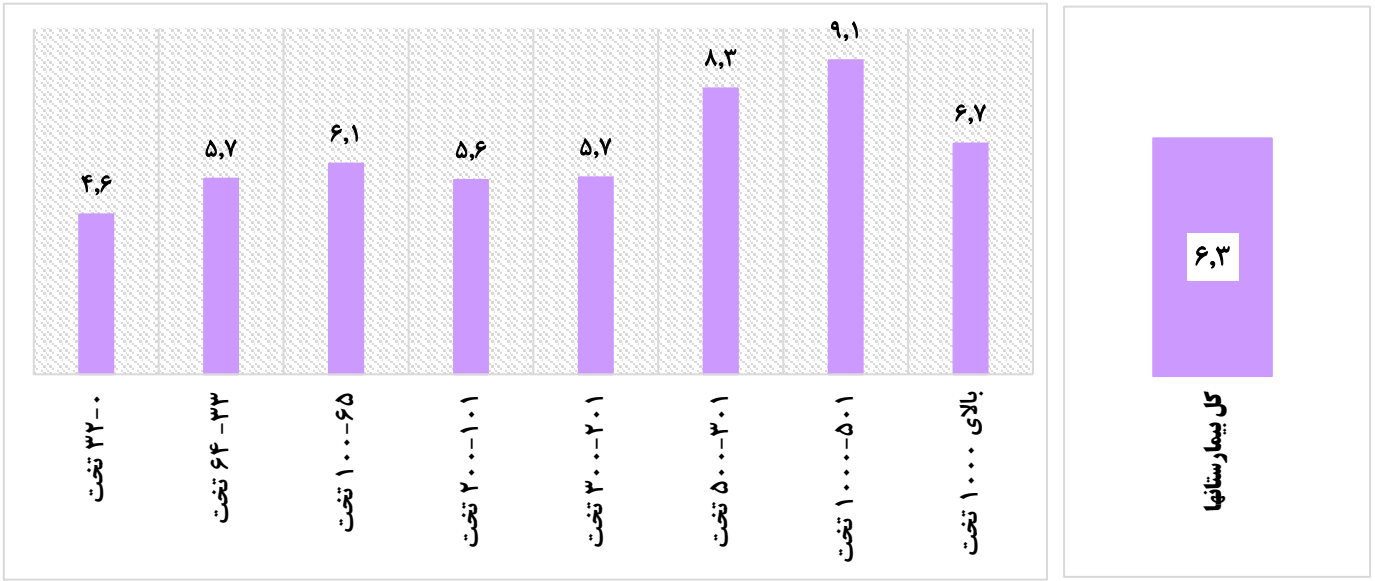
نمودار ۴– ۶۹– درصد احیای قلبی عروقی موفق در حین درمان در اورژانس به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال – سال ۱۴۰۲



نمودار ۴–۷۰– درصد مراجعین بخش اورژانس بیمارستان به تفکیک بستری و سرپایی به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال – سال ۱۴۰۲



نمودار ۴– ۷۱– درصد ترک با مسئولیت شخصی از اورژانس به تفکیک دسته بندی بیمارستانها براساس تخت فعال– سال ۱۴۰۲

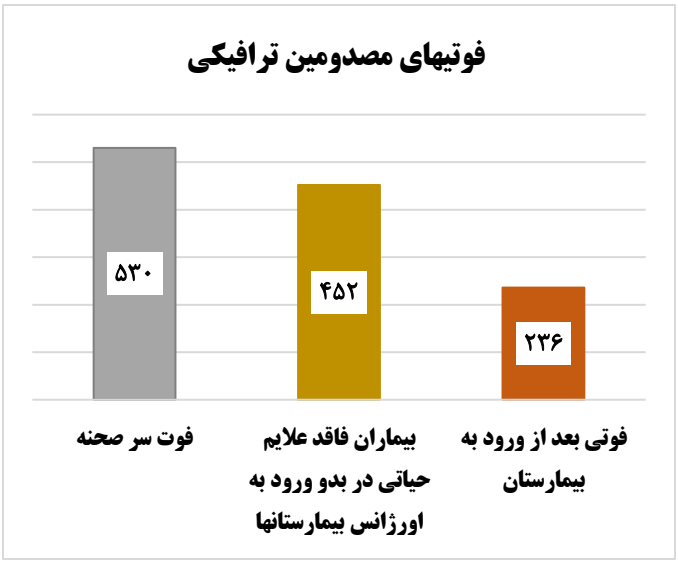


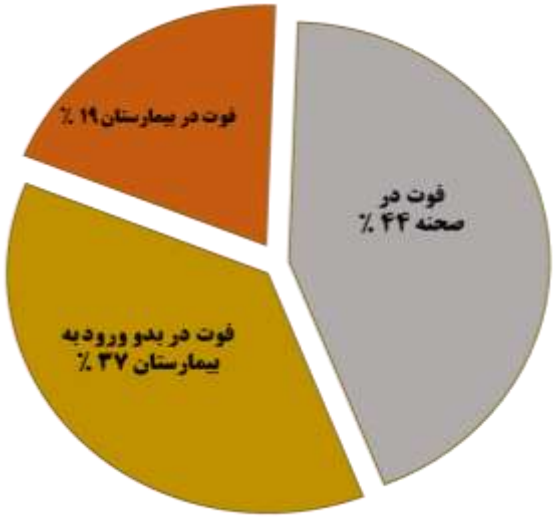
برخی دلایل اصلی پایین تر بودن برخی شاخصهای عملکردی بخش اورژانس در بیمارستانهای بیشتر از ۲۰۰ تخت این موارد می باشند: این بیمارستانها معمولا مراکز آموزشی درمانی و ریفرال دانشگاهی یا بیمارستانهای مراکز بلوکهای جغرافیایی مطابق با نظام سطح بندی خدمات درمانی می باشند. بنابراین تعداد بیماران ورودی و تنوع بیماران مراجعه کننده به اورژانسهای آنها نسبت به بیمارستانهای محیطی و کوچکتر متفاوت است، بطوریکه درصد بیماران بستری در بخش اورژانس بیشتر و بدحال تر بوده و اکثرا بیماران مزمن، پیچیده و ارجاع شده از سطوح پایین تر خدمات پزشکی هستند که نیازمند خدمات تخصصی بیشتر و بالتبع اقامت طولانی تری در بیمارستان می باشند.

جدول ۴–۱۳– اطلاعات مصدومین ترافیکی نوروز ۱۴۰۳

عناوین	تعداد
تعداد کل مصدومین حوادث ترافیکی	۵۲۴۸۶
تعداد مصدومین اعزام شده به بیمارستان ها	۴۵۳۸۶
تعداد مصدوم فوت شده در محل حادثه و تعداد مصدومین با آسیب خفیف که در صحنه درمان شده اند یا به نزدیک ترین مرکز جامع سلامت اعزام شده اند	۷۱۰۰
تعداد کل بیماران فوت شده	۱۲۱۸

نمودار ۴– ۷۲– اطلاعات موارد فوت شده مصدومین ترافیکی – نوروز ۱۴۰۳



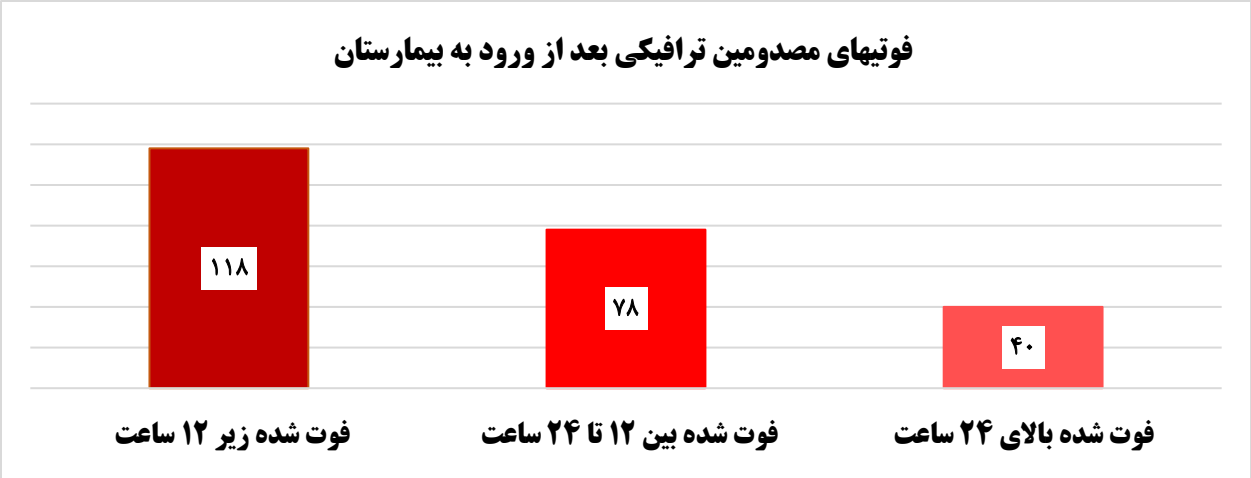


از ۲۳۶ نفر فوتی بعد از ورود به بیمارستان،

- **تعداد بیماران با شدت آسیب بسیار شدید و سطح هوشیاری ۳ در بدو ورود پذیرش : ۶۳ بیمار**
- **تعداد فوت قبل ۱۲ ساعت: ۶۱ نفر**

در کل تعداد ۲۳۶ (۰/۴ درصد از کل مصدومین حوادث ترافیکی و ۱۹ درصد از تعداد کل فوتی ها) و ۰/۵ درصد مراجعین بیمارستان ها فوت کرده اند

نمودار ۴–۷۳– اطلاعات فوتیهای مصدومین ترافیکی بعد از ورود به بیمارستان– نوروز ۱۴۰۳



جدول ۴–۱۴– شدت آسیب مصدومین ترافیکی براساس امتیاز شاخص GAP[۱۰] – نوروز ۱۴۰۳

عناوین	تعداد مصدومین	تعداد موارد فوتی
آسیب خیلی شدید	۲۶۶	۱۱۷
آسیب شدید	۲۴۷۹	۷۰
آسیب متوسط	۴۲۳۸۴	۴۶
آسیب خفیف	۶۵۷۰	۰

جدول ۴– ۱۵– مقایسه مرگ قابل انتظار و مرگ اتفاق افتاده را براساس شاخص GAP

شدت آسیب	مرگ اتفاق افتاده	مرگ قابل انتظار
شدت آسیب بسیار شدید	٪۴۴ (۱۱۷ از ۲۶۶)	٪ ۷۴ /۲
شدت آسیب شدید	٪ ۳ (۷۰ از ۲۴۷۹)	٪ ۲۱ /۴
شدت آسیب متوسط	٪ ۰ /۱ (۴۶ از ۴۲۳۸۴)	٪ ۱ /۸

[۱۰] در فصل تعاریف و مفاهیم– فصل ۱ آمده است

فصل پنجم

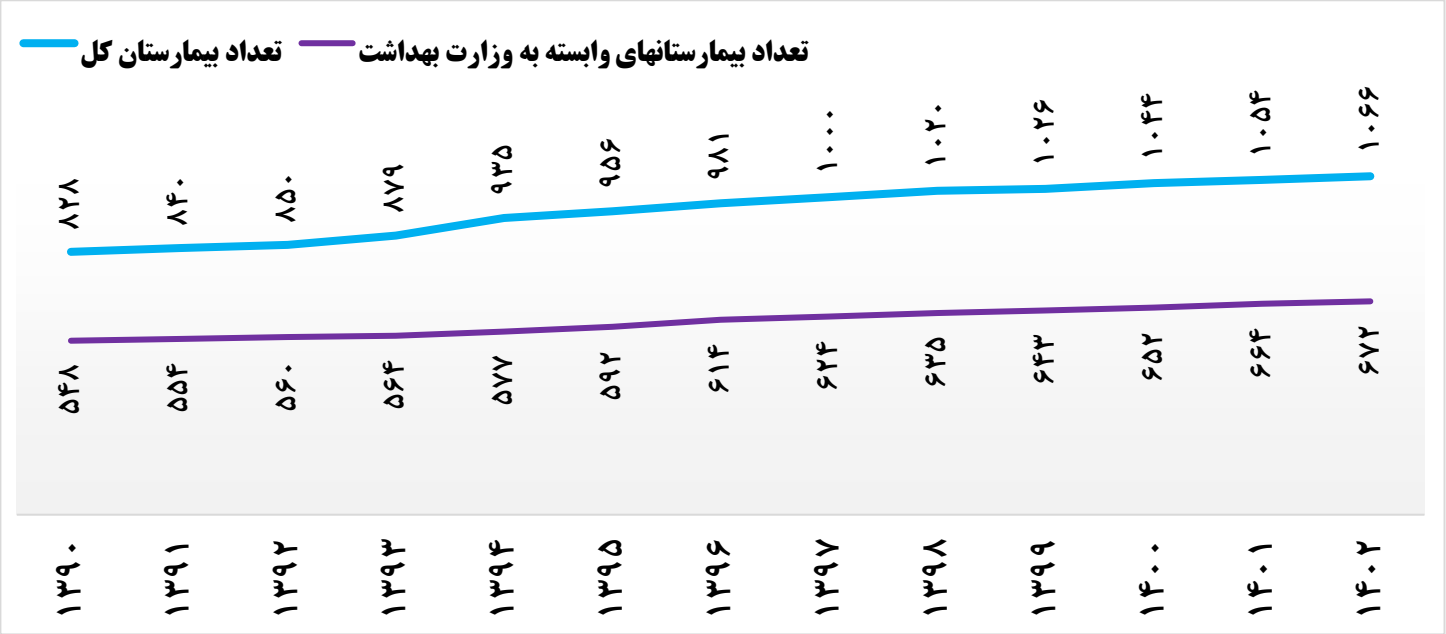
روند شاخصهای بیمارستانی

موارد زیر در محاسبات لحاظ شده است:

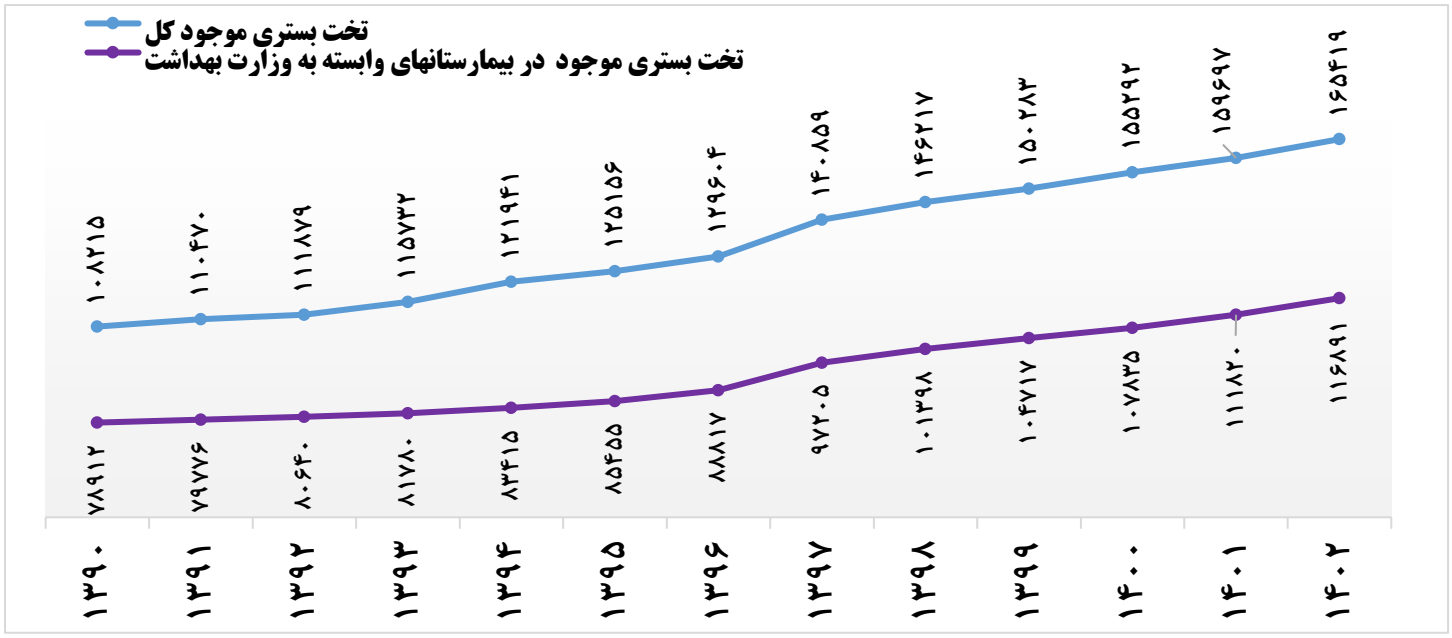
- **در شمارش تعداد بیمار بستری از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۲ تعداد بیماران انتقالی بین بخش های بیمارستانی محاسبه نشده است.**
- **در شمارش تعداد بیمار بستری در شاخصهای بیمار پذیری، گردش تخت و درصد مرگ بیمارستانی نیز بیماران انتقالی بین بخش های بیمارستانی لحاظ نگردیده است.**

روند شاخصهای دسترسی (منابع)

نمودار ۵–۱– روند تعداد بیمارستانهای کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



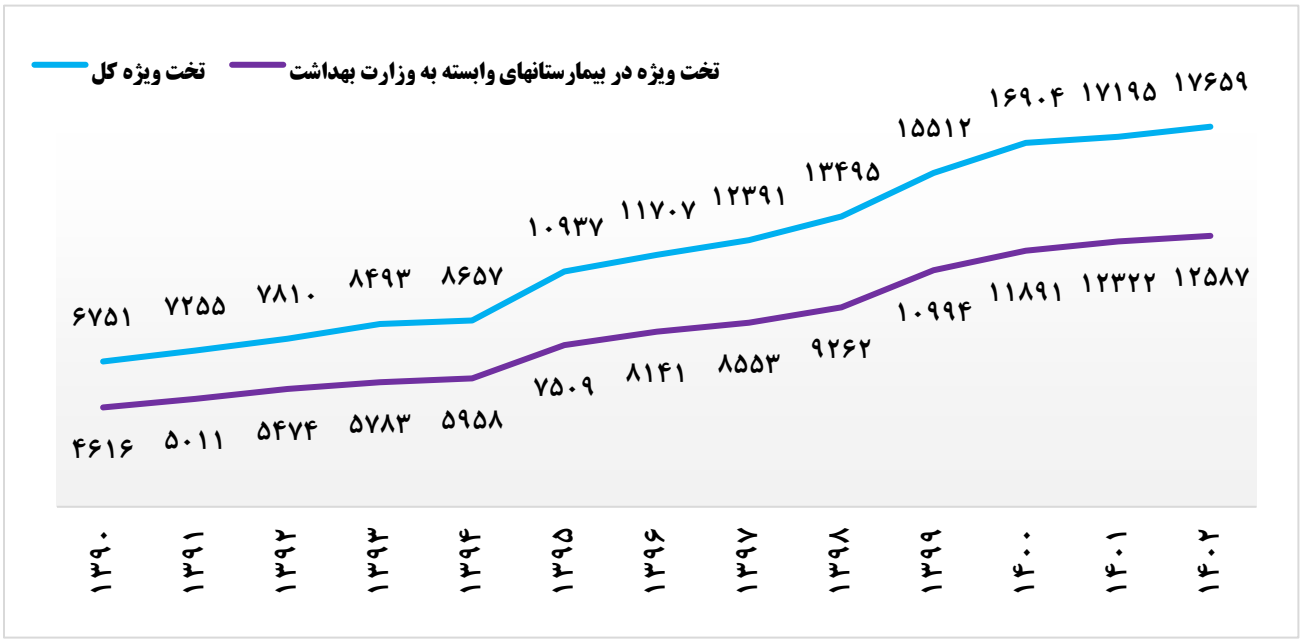
نمودار ۵–۲–روند تعداد تختهای بستری موجود کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



از سال ۱۳۹۷ تخت اورژانس بستری به مجموعه تختهای فعال بستری اضافه شده است.

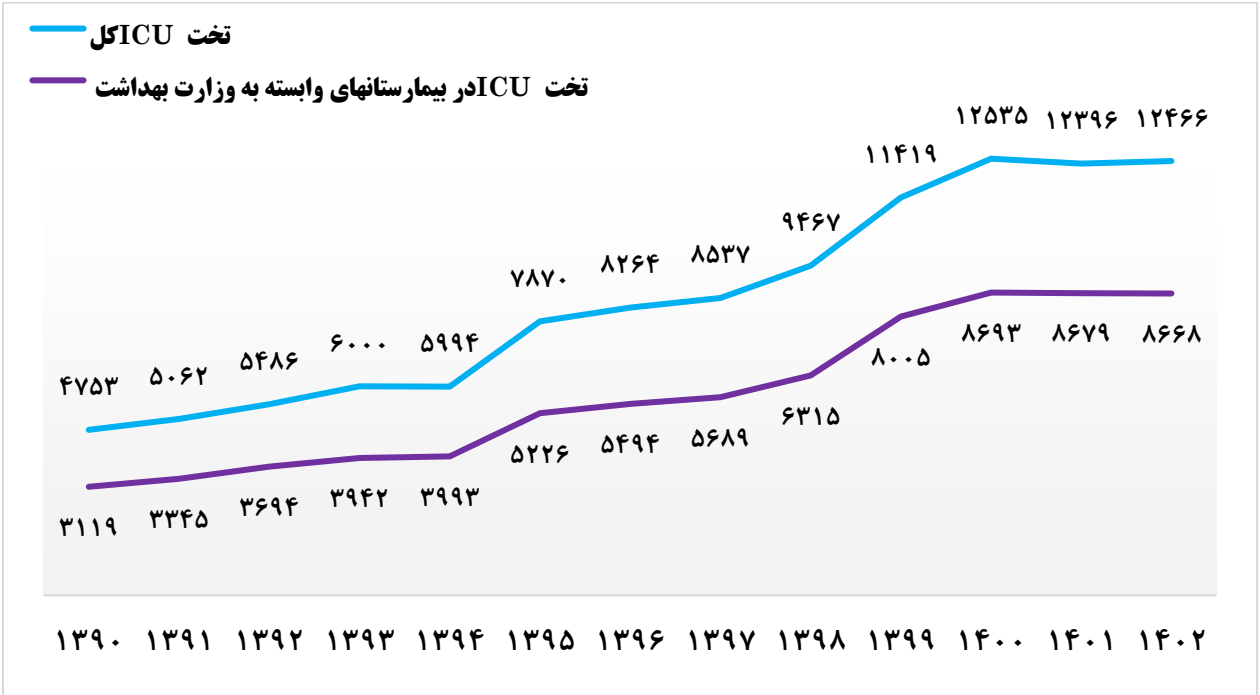
تختهای بستری در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ *مجموع تختهای فعال و تختهای آماده ارائه خدمت* می باشد.

نمودار ۵–۳– روند تعداد تختهای ویژه کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲ (شامل ICU، NICU و PICU)



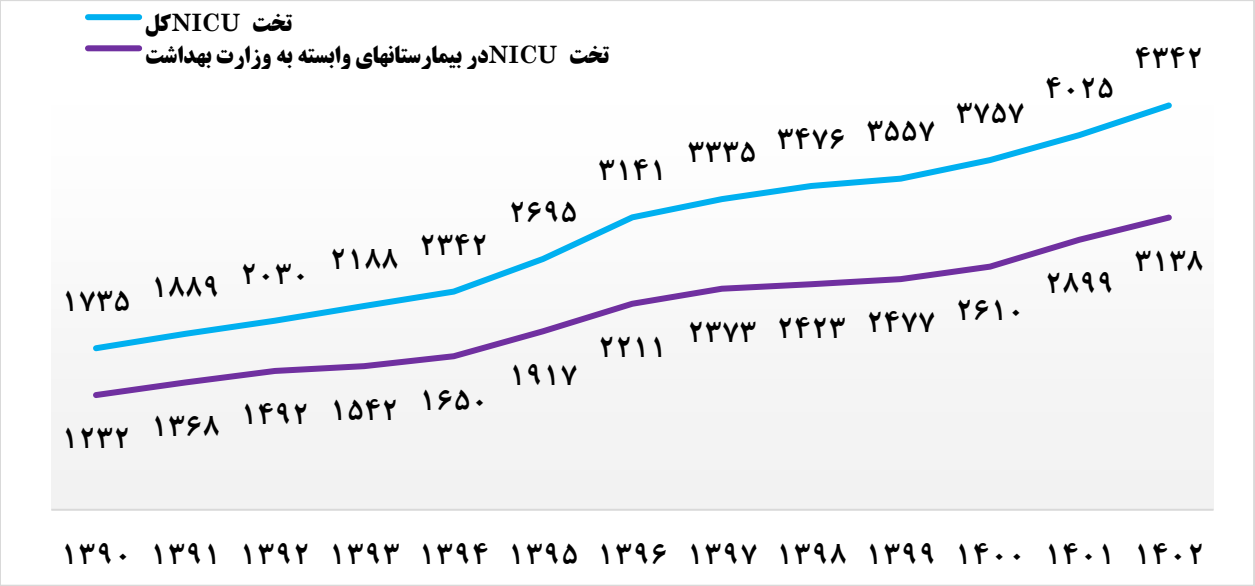
تختهای ویژه بستری در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ مجموع تختهای فعال و تختهای آماده ارائه خدمت می باشد.

نمودار ۵–۴– روند تعداد تختهای ICU کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



تختهای ویژه بزرگسالان در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ مجموع تختهای فعال و تختهای آماده ارائه خدمت می باشد.

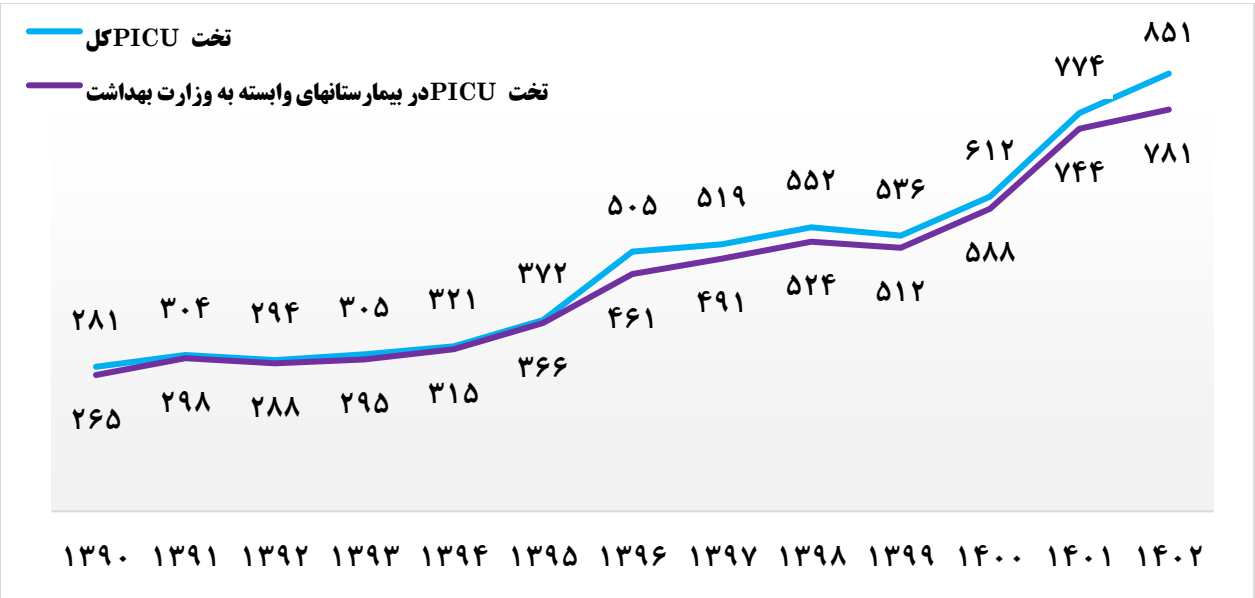
نمودار ۵–۵– روند تعداد تختهای NICU کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



تختهای ویژه نوزادان در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ مجموع تختهای فعال و تختهای آماده ارائه خدمت می باشد.

تعداد تخت NICU موجود در کشور نسبت به سال قبل، ۷,۸ درصد افزایش یافته است.

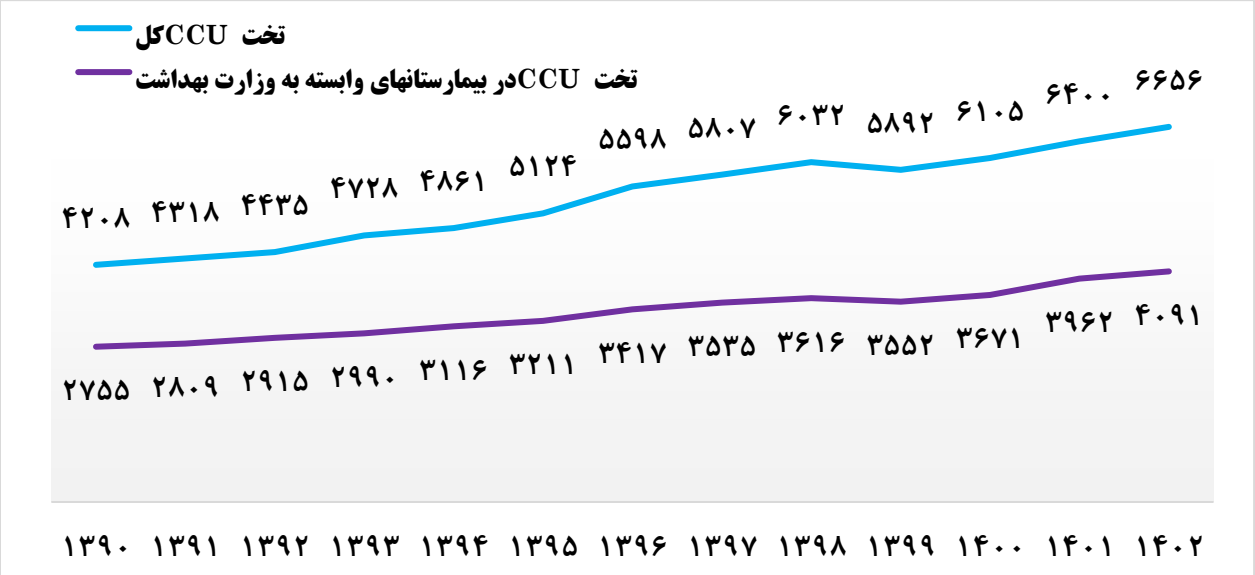
نمودار ۵–۶– روند تعداد تختهای PICU کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



تختهای ویژه کودکان در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ مجموع تختهای فعال و تختهای آماده ارائه خدمت می باشد.

تعداد تخت PICU موجود در کشور، ۹,۹ درصد نسبت به سال قبل افزایش یافته است.

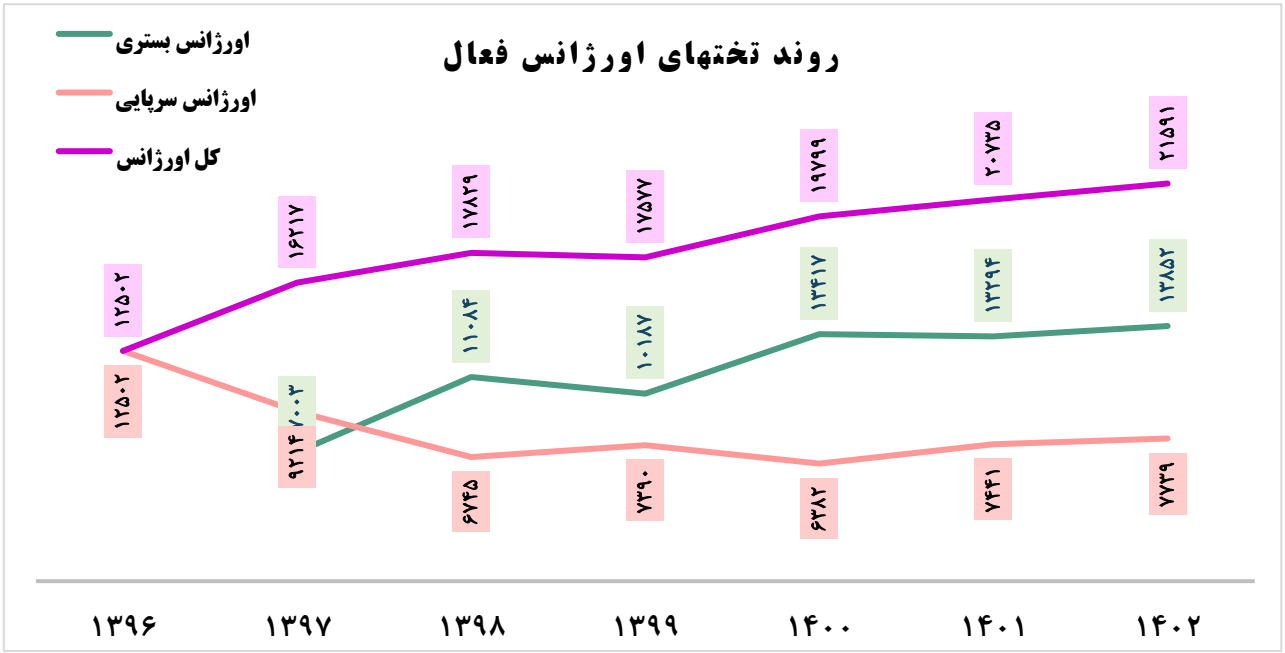
نمودار ۵–۷– روند تعداد تختهای CCU کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



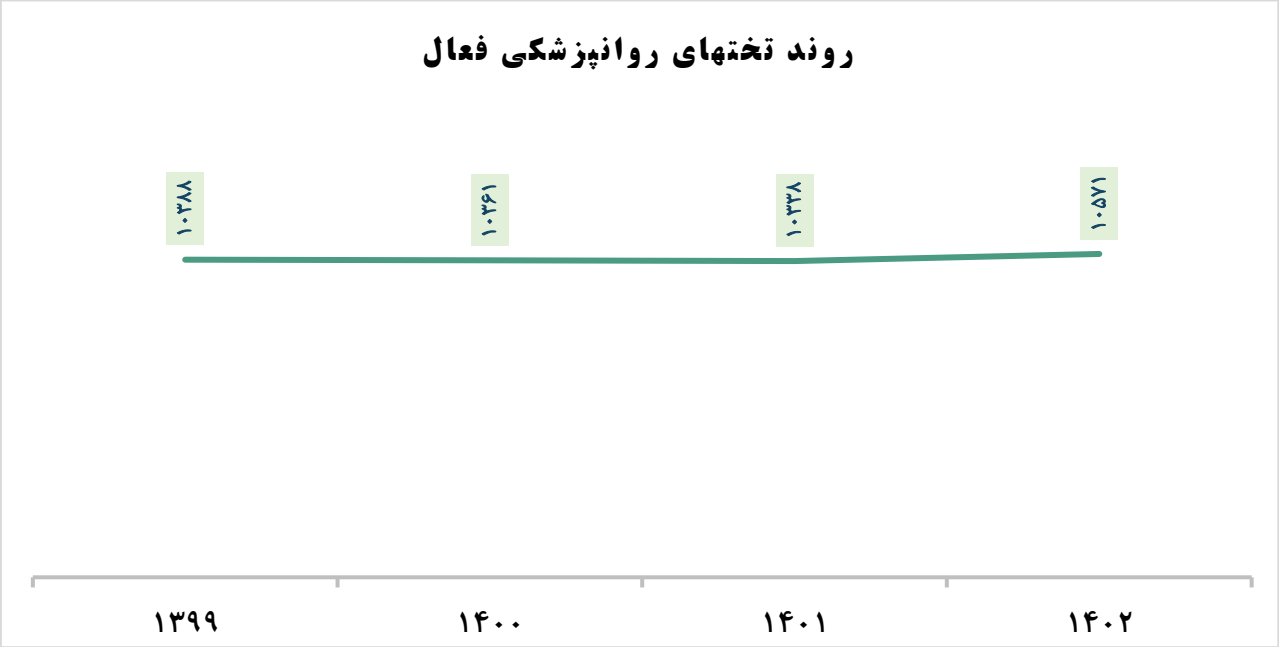
تختهای CCU در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ مجموع تختهای فعال و تختهای آماده ارائه خدمت می باشد.

تعداد تخت CCU موجود در کشور، ۴ درصد نسبت به سال قبل افزایش یافته است.

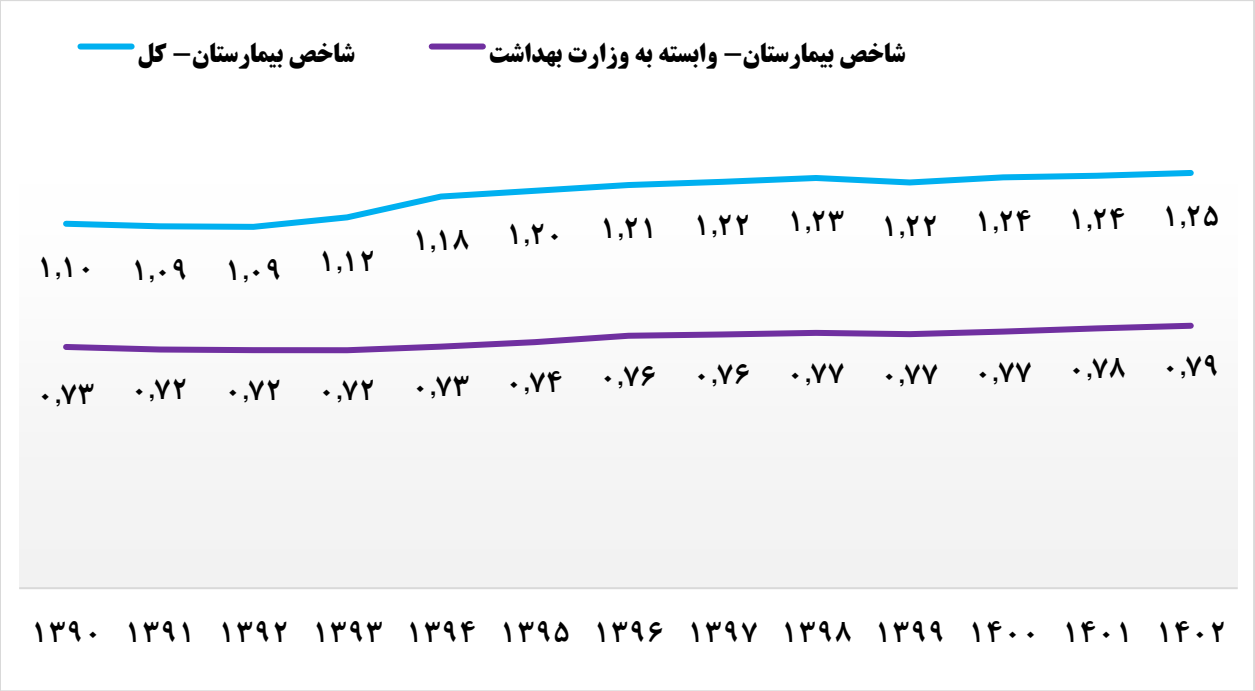
نمودار ۵–۸– روند تعداد تختهای اورژانس (بستری و سرپایی) فعال کشور در سالهای ۱۳۹۶–۱۴۰۲



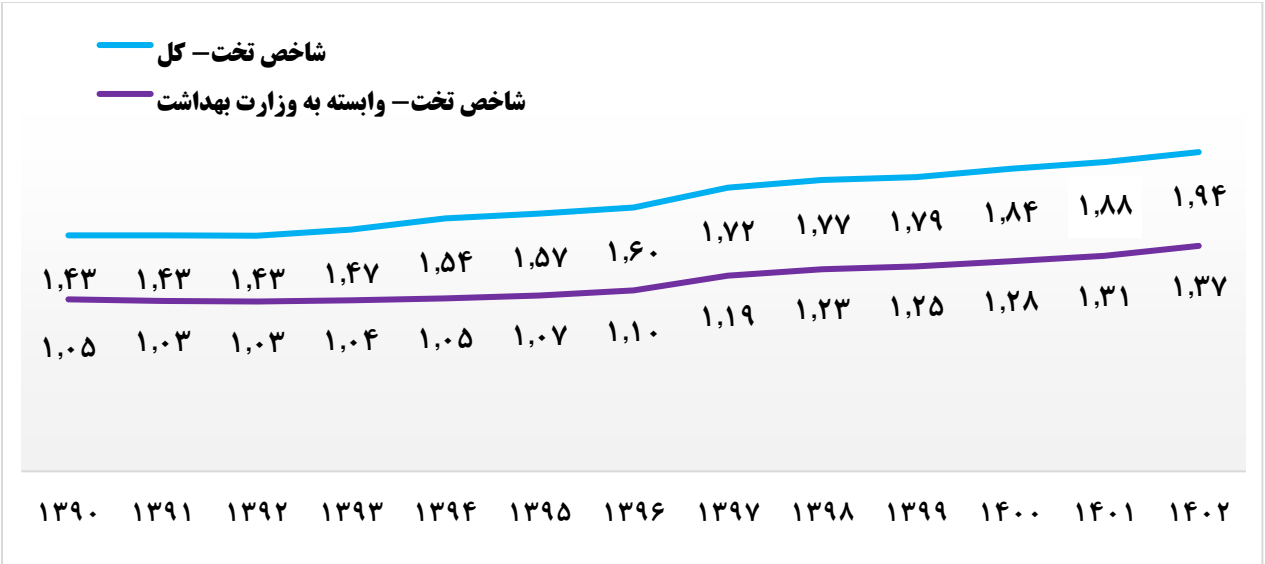
نمودار ۵–۹– روند تعداد تختهای روانپزشکی فعال کشور در سالهای ۱۳۹۹–۱۴۰۲



نمودار ۵–۱۰– روند شاخص سرانه بیمارستان (بیمارستان در صد هزار نفر جمعیت) در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲

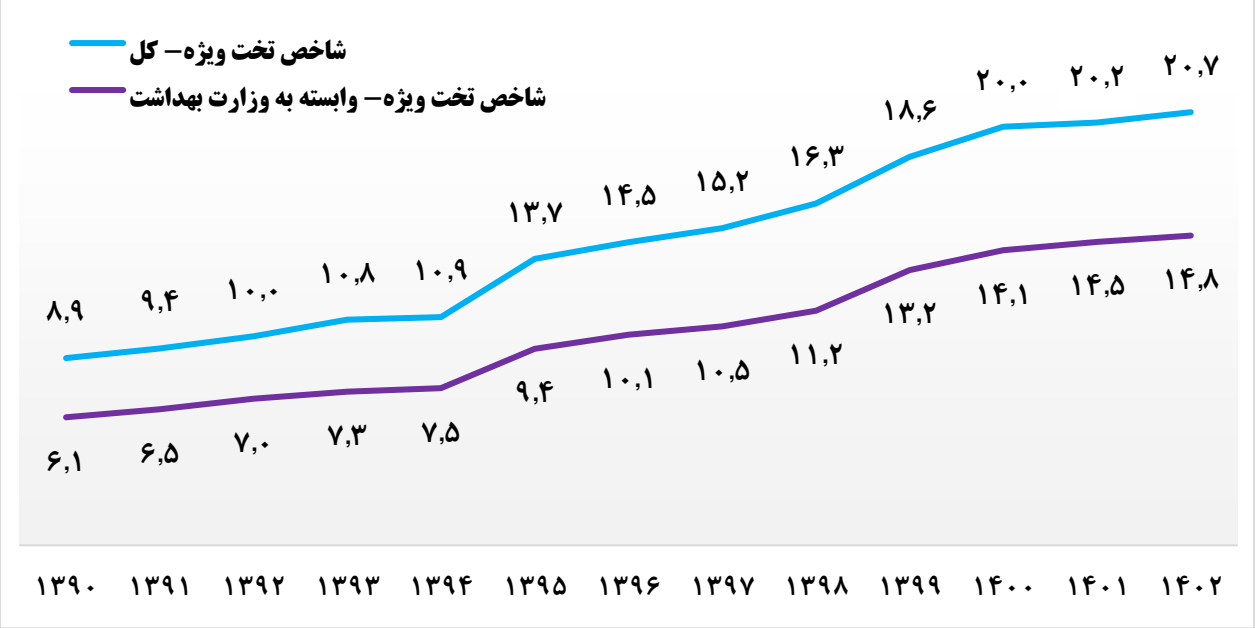


نمودار ۵–۱۱– روند شاخص سرانه تخت بیمارستانی (تخت بستری موجود در ۱۰۰۰ نفر جمعیت) در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



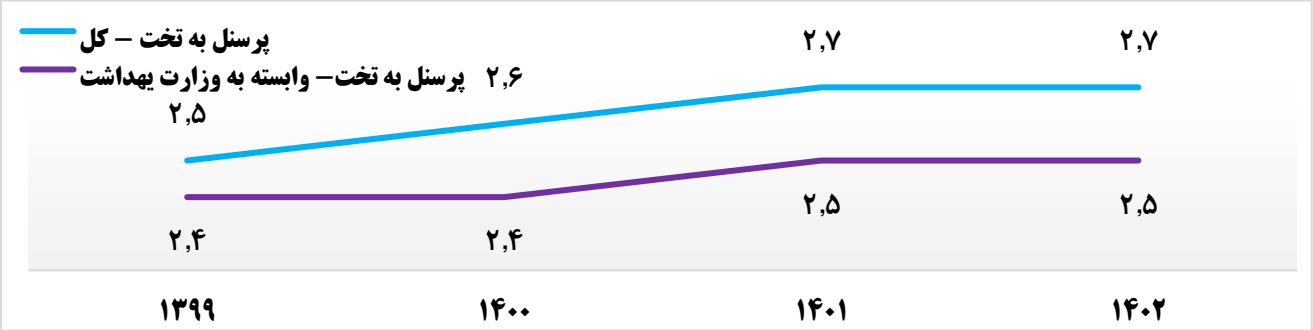
در سرانه تخت، "تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت" لحاظ شده است.

نمودار ۵–۱۲– روند شاخص سرانه تخت ویژه موجود (شامل تخت ICU، PICU و NICU موجود در صد هزار نفر جمعیت) در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



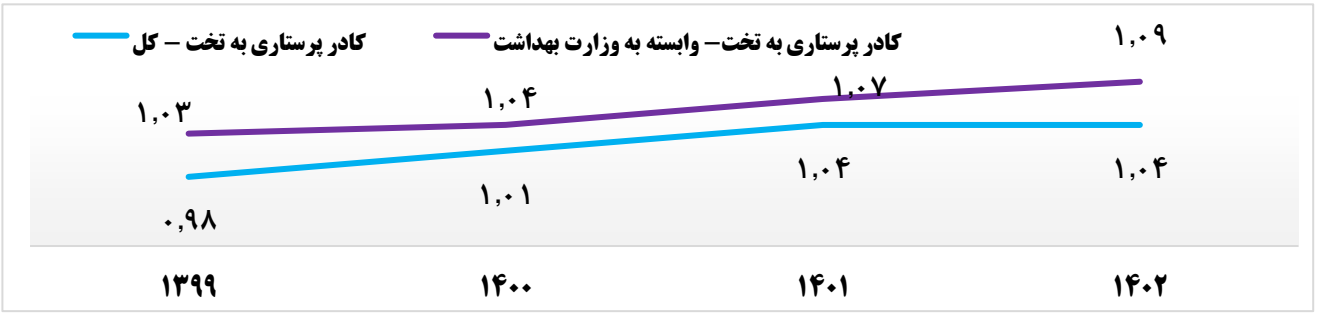
در سرانه تخت ویژه، "تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت" لحاظ شده است.

نمودار ۵–۱۳– روند شاخص پرسنل به تخت در سالهای ۱۳۹۹–۱۴۰۲

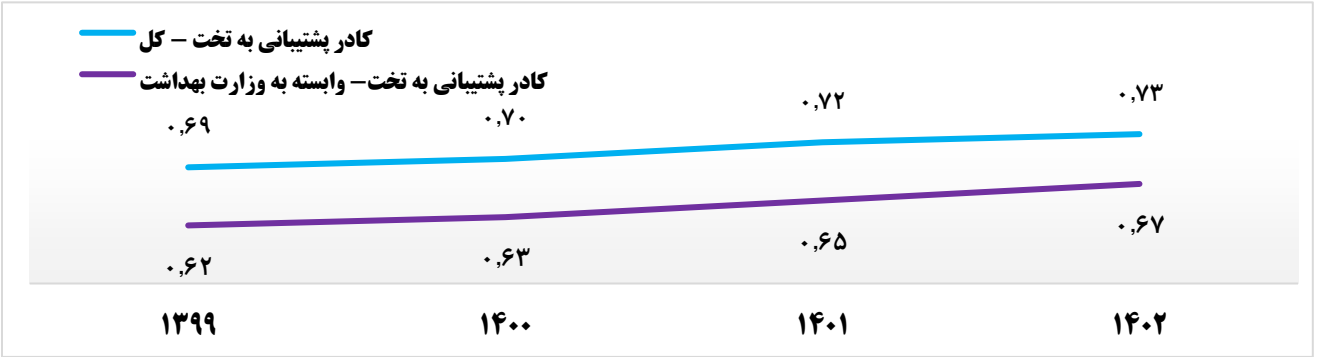


نمودار ۵–۱۴– روند شاخص پزشک به تخت در سالهای ۱۳۹۹–۱۴۰۲

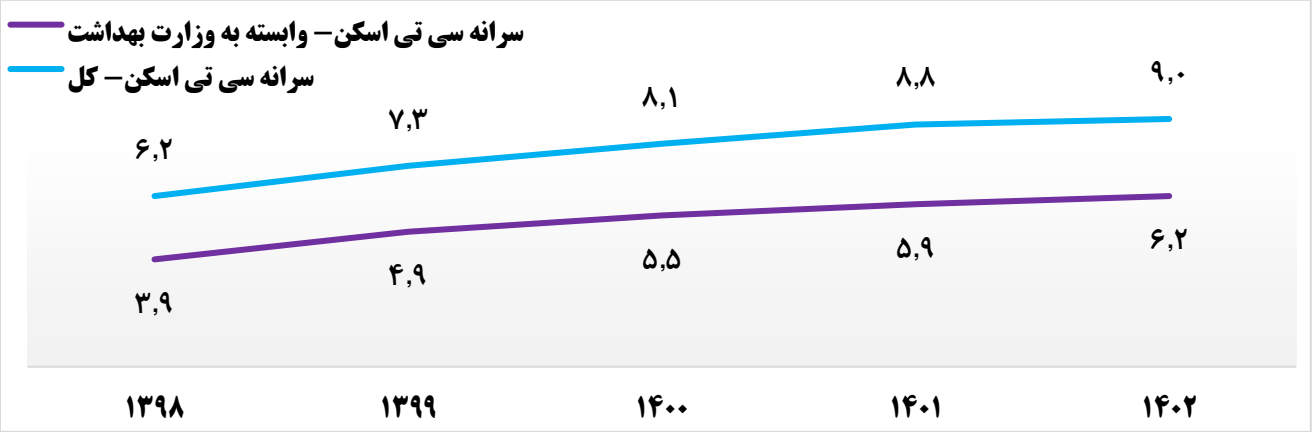
نمودار ۵–۱۵– روند شاخص کادر پرستاری به تخت در سالهای ۱۳۹۹– ۱۴۰۲



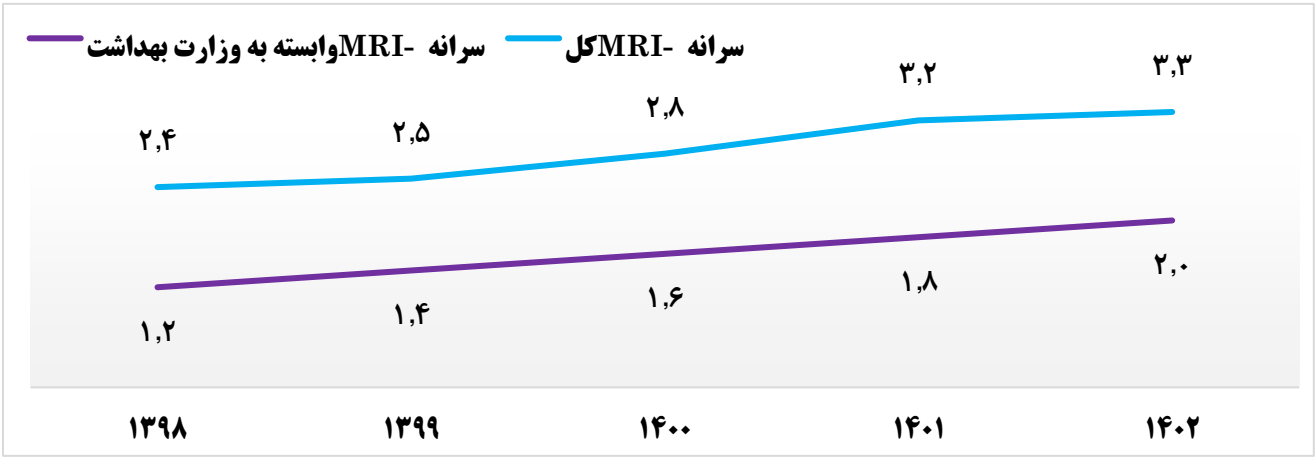
نمودار ۵–۱۶– روند شاخص پرسنل پشتیبانی به تخت در سالهای ۱۳۹۹–۱۴۰۲



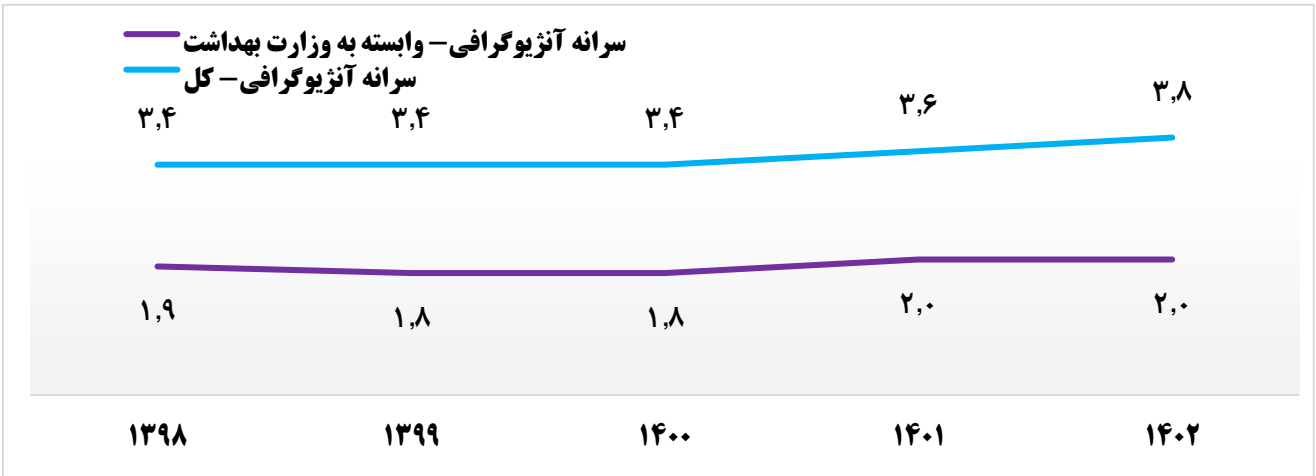
نمودار ۵–۱۷– روند شاخص سرانه سی تی اسکن مستقر در بیمارستانها در سالهای ۱۳۹۸–۱۴۰۲



نمودار ۵–۱۸– روند شاخص سرانه MRI مستقر در بیمارستانها در سالهای ۱۳۹۸–۱۴۰۲

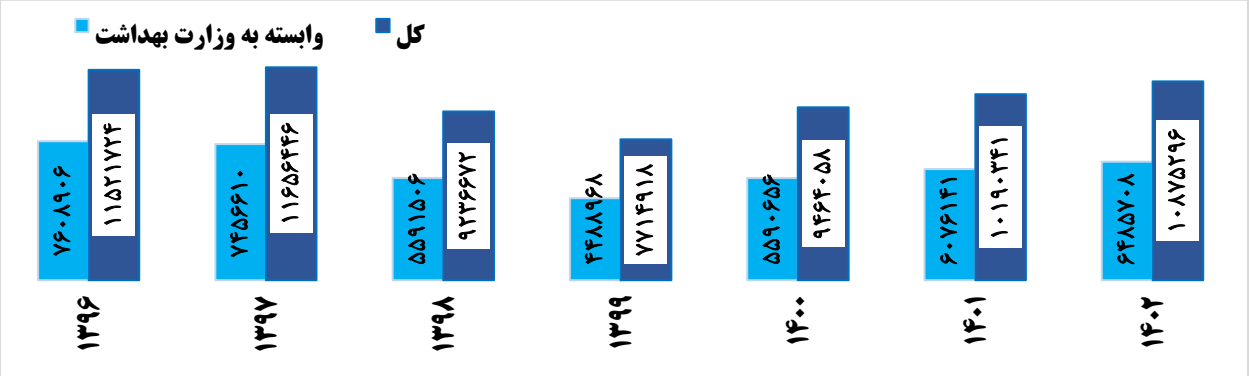


نمودار ۵–۱۹– روند شاخص سرانه آنژیوگرافی در سالهای ۱۳۹۸–۱۴۰۲

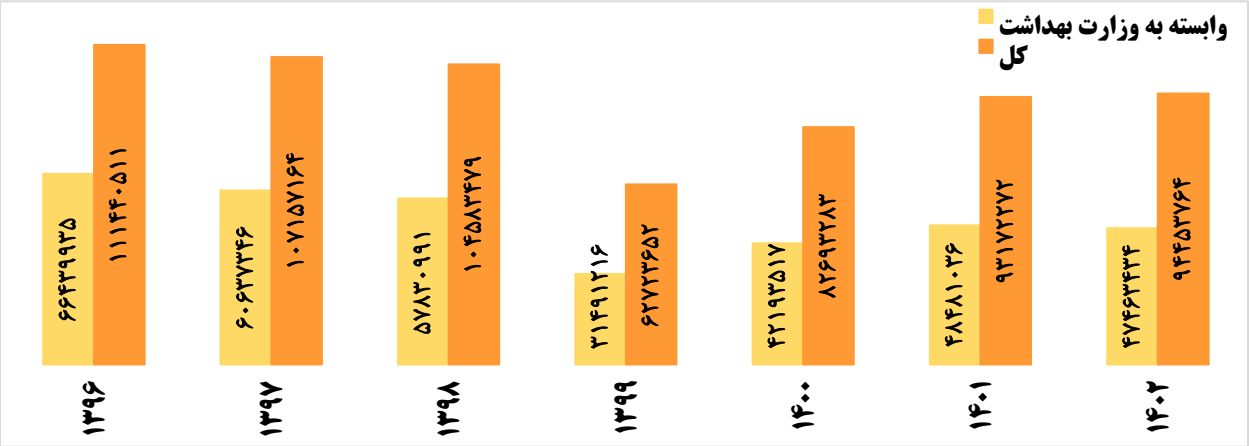


روند شاخصهای کارایی و عملکردی

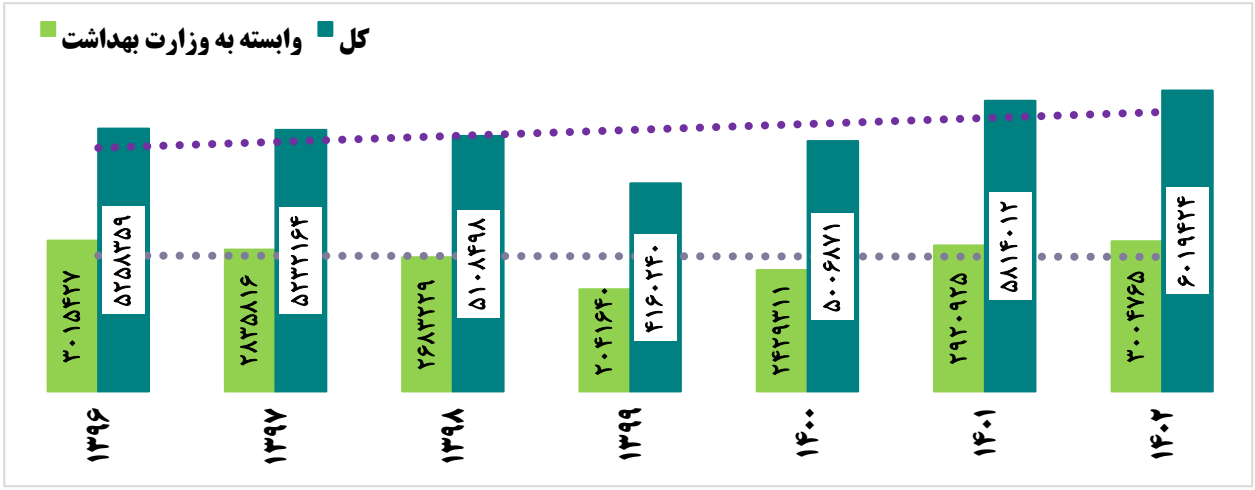
نمودار ۵–۲۰– روند مراجعین بخشهای بستری سال ۱۳۹۶–۱۴۰۲– ارائه خدمات به مراجعین بستری



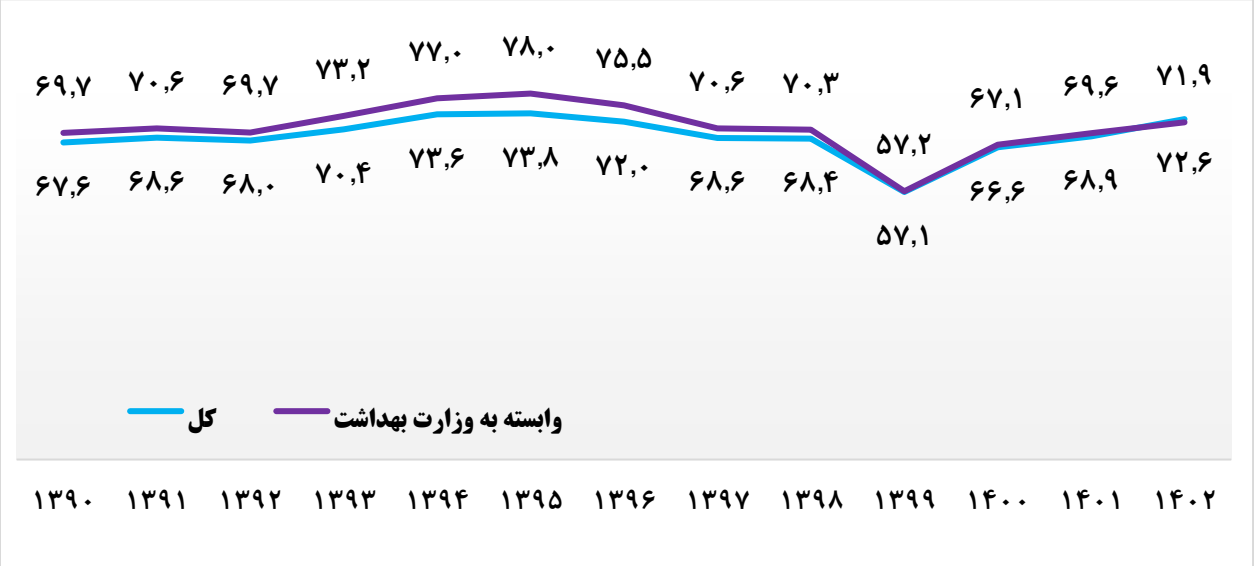
نمودار ۵–۲۱– روند تعداد مراجعین بخشهای درمانگاههای بیمارستانی سال ۱۳۹۶–۱۴۰۲– ارائه خدمات به مراجعین درمانگاههای بیمارستانی



نمودار ۵–۲۲– روند تعداد اعمال جراحی سال ۱۳۹۶–۱۴۰۲– ارائه خدمات به مراجعین نیازمند اعمال جراحی

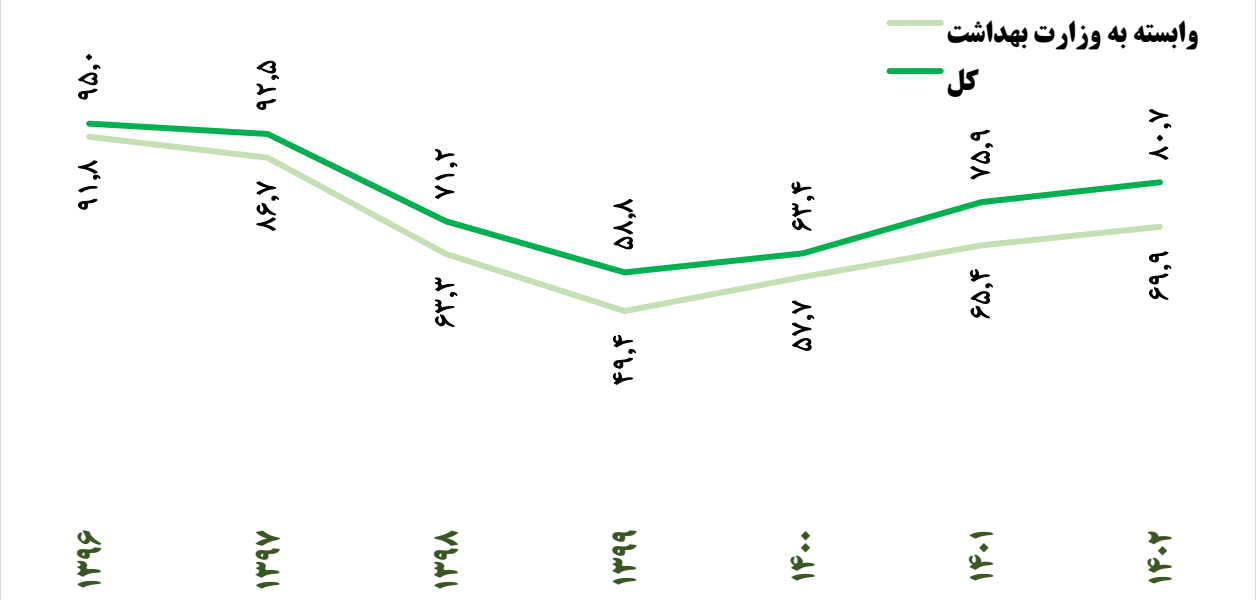


نمودار ۵–۲۳– روند ضریب اشغال تخت در بیمارستانهای کشور سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



در سالهای ۱۳۹۴-۱۳۹۶ که همزمان با اجرای طرح تحول سلامت می باشد، ضریب اشغال تختهای بیمارستانی افزایش یافت. در سال ۱۳۹۹ به دنبال پاندمی کووید-۱۹ در ایران، ضریب اشغال بیمارستانها کاهش قابل ملاحظه ای یافته و در سال ۱۴۰۰- ۱۴۰۲ مجددا روند شاخص افزایشی شده است.

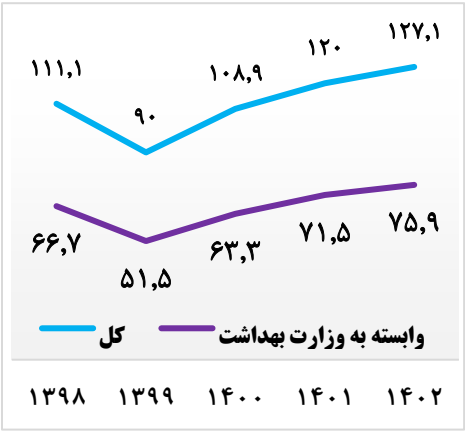
نمودار ۵–۲۴– روند گردش تخت در بیمارستانهای کشور سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲

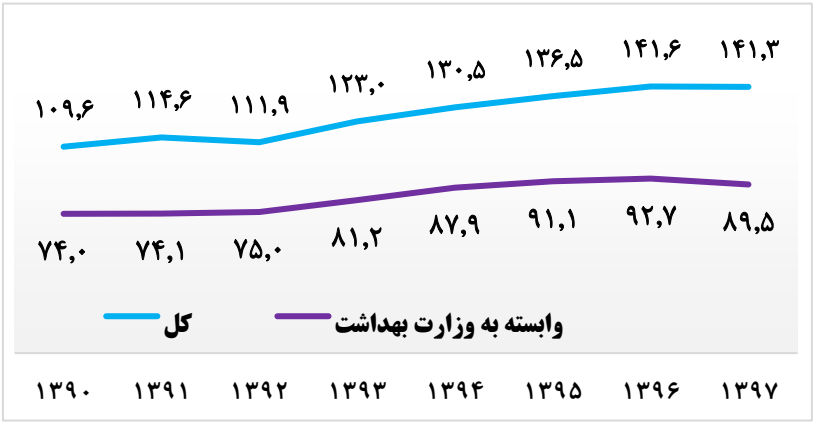


نمودار ۵–۲۵– روند متوسط اقامت بیمار در بیمارستانهای کشور در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲

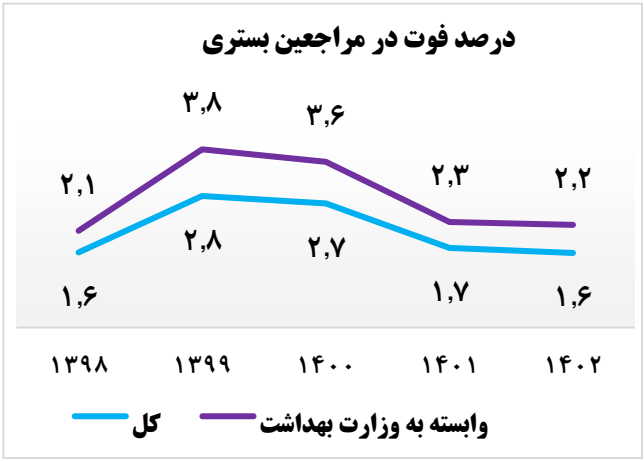
از سال ۹۸ نحوه محاسبه تعداد بیمار در سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی تغییر نموده است. امکان استخراج بیماران ترخیص شده نیز در سامانه فراهم گردیده و در مخرج کسر متوسط اقامت به جای بیمار بستری از بیماران ترخیص شده استفاده شد. لازم به توضیح است در سالهای ۹۳-۹۷ کلیه مراجعین بستری انتقالی بین بخشهای بیمارستانی در محاسبه تعداد مراجعین بستری لحاظ می شدند. از سال ۹۸ این مورد در سامانه اصلاح گردید.

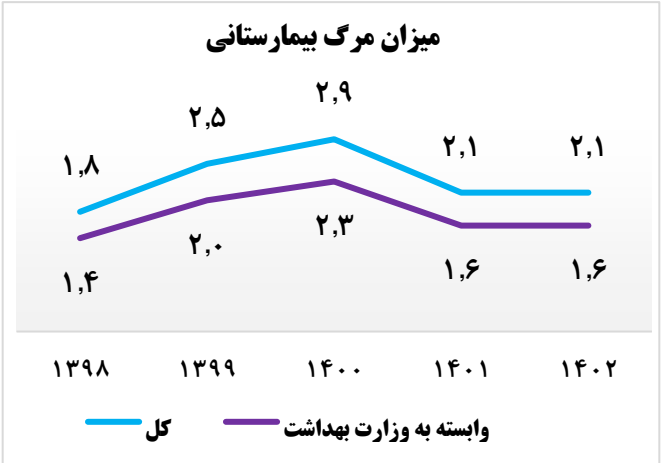
نمودار ۵–۲۶– روند بیمار پذیری در کل بیمارستانها در سالهای ۱۳۹۰–۱۴۰۲



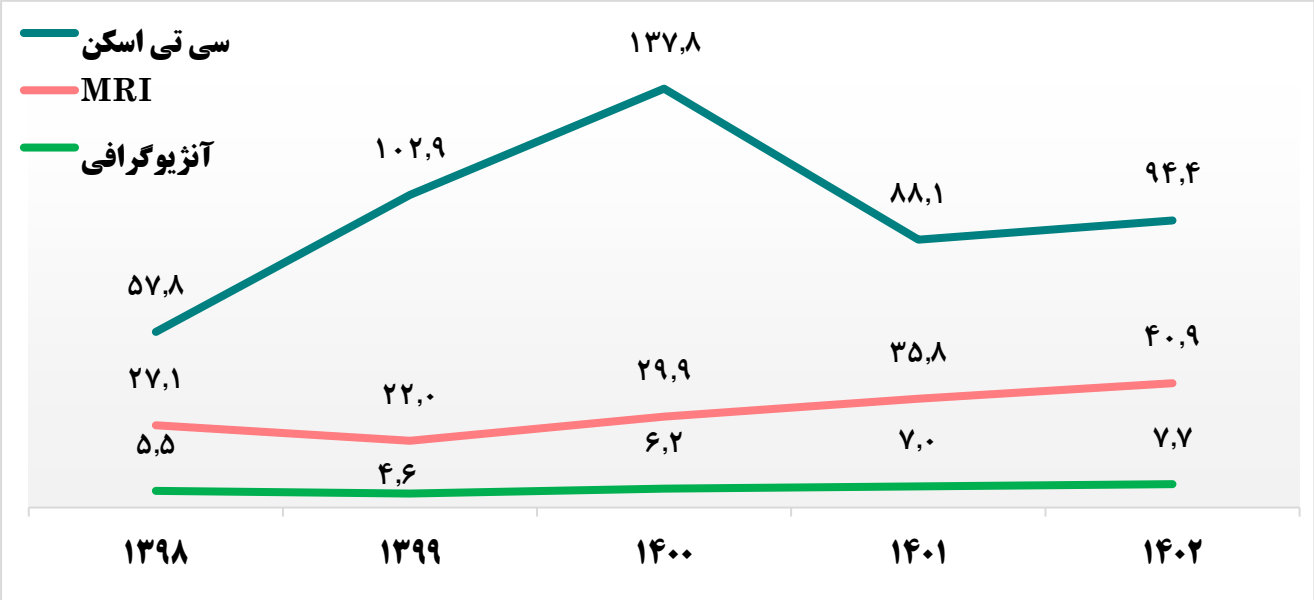


نمودار ۵–۲۷– روند شاخص میزان مرگ بیمارستانی و درصد فوت در مراجعین بستری در سالهای ۱۳۹۸–۱۴۰۲





نمودار ۵–۲۸– روند شاخص عملکرد تجهیزات تصویر برداری منتخب (مراجعین بیمارستانی تجهیزات تصویربرداری به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) در سالهای ۱۳۹۸–۱۴۰۲



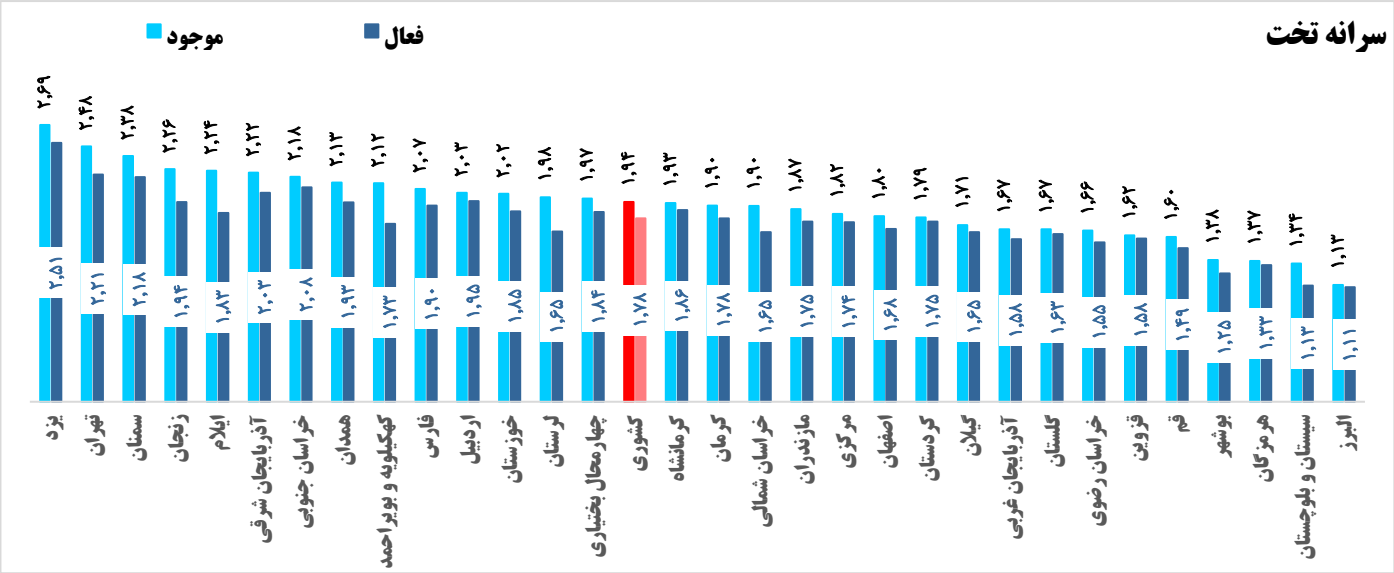
در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به علت پاندمی کووید-۱۹، تعداد مراجعین بیمارستانی سی تی اسکن به صورت قابل ملاحظه ای افزایش یافته بود (سی تی اسکن یکی از روشهای تشخیصی در بیماری کووید-۱۹ می باشد) و در سال ۱۴۰۱ با کنترل پاندمی کووید-۱۹ تعداد مراجعین کاهش یافته است. مجددا در سال ۱۴۰۲، افزایش یافته است.

روند مراجعین بیمارستانی جهت MRI و آنژیوگرافی افزایشی است. با کنترل پاندمی کووید-۱۹، مراجعه بیماران جهت بیماریهای غیر کووید-۱۹ و بیماریهای مزمن افزایش یافته است.

فصل ششم

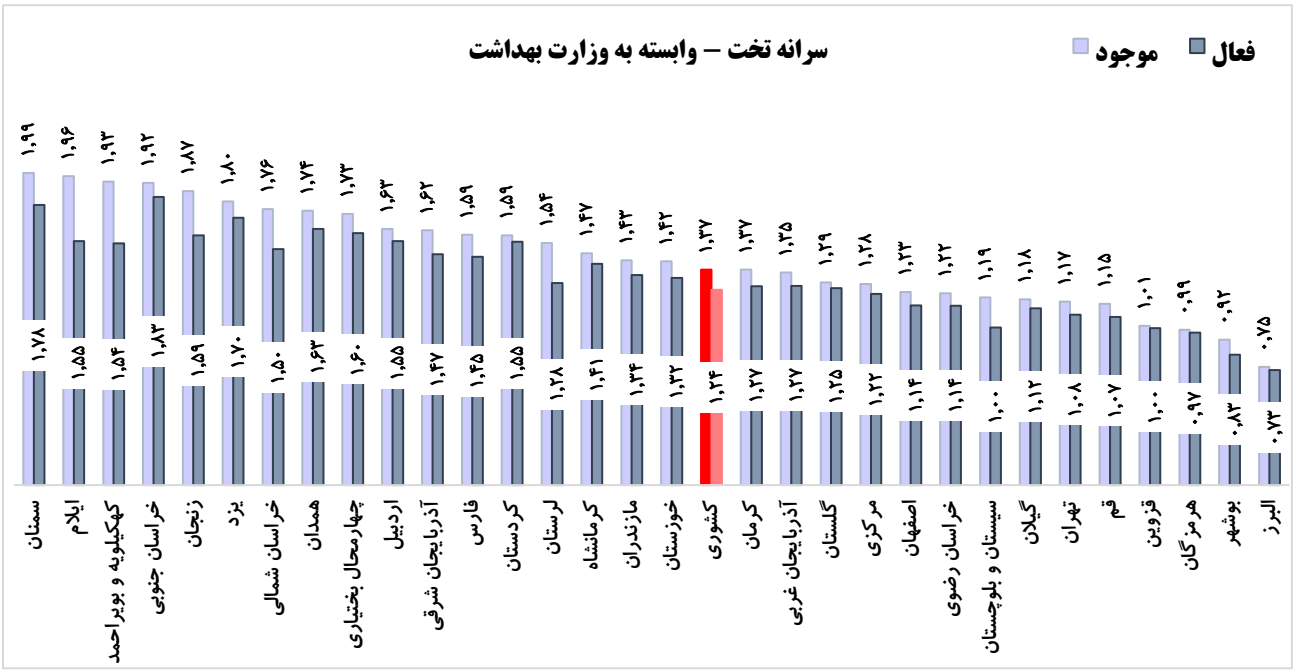
شاخص های دسترسی و عملکرد در استانهای کشور

نمودار ۶–۱ – سرانه تخت بستری (به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) در استانهای کشور – سال ۱۴۰۲



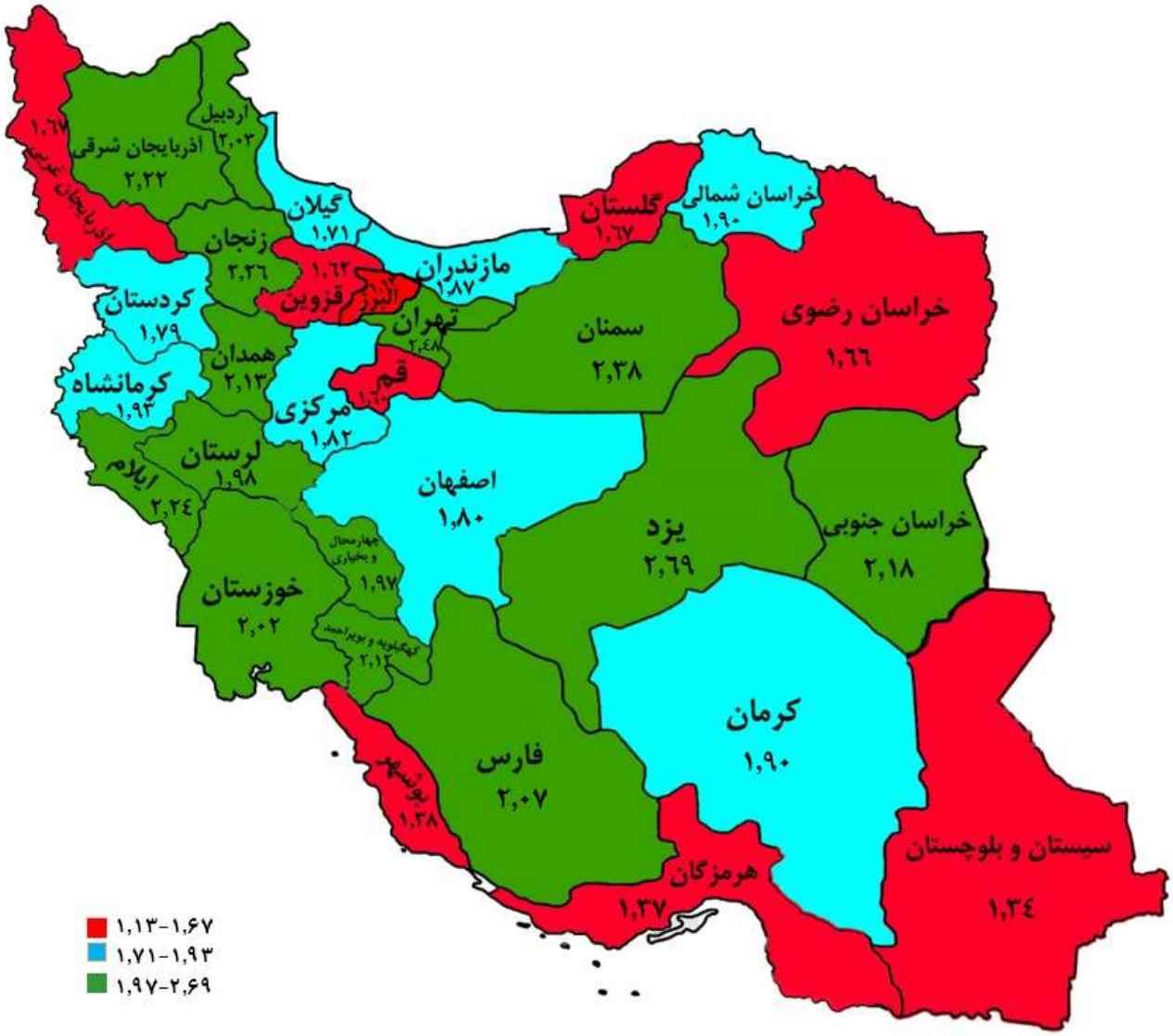
تخت بستری موجود شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد. کمترین سرانه تخت بستری موجود در ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۱۴۰۲ در سه استان البرز، سیستان و بلوچستان و هرمزگان، وجود دارد.

نمودار ۶–۲– سرانه تخت بستری در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲

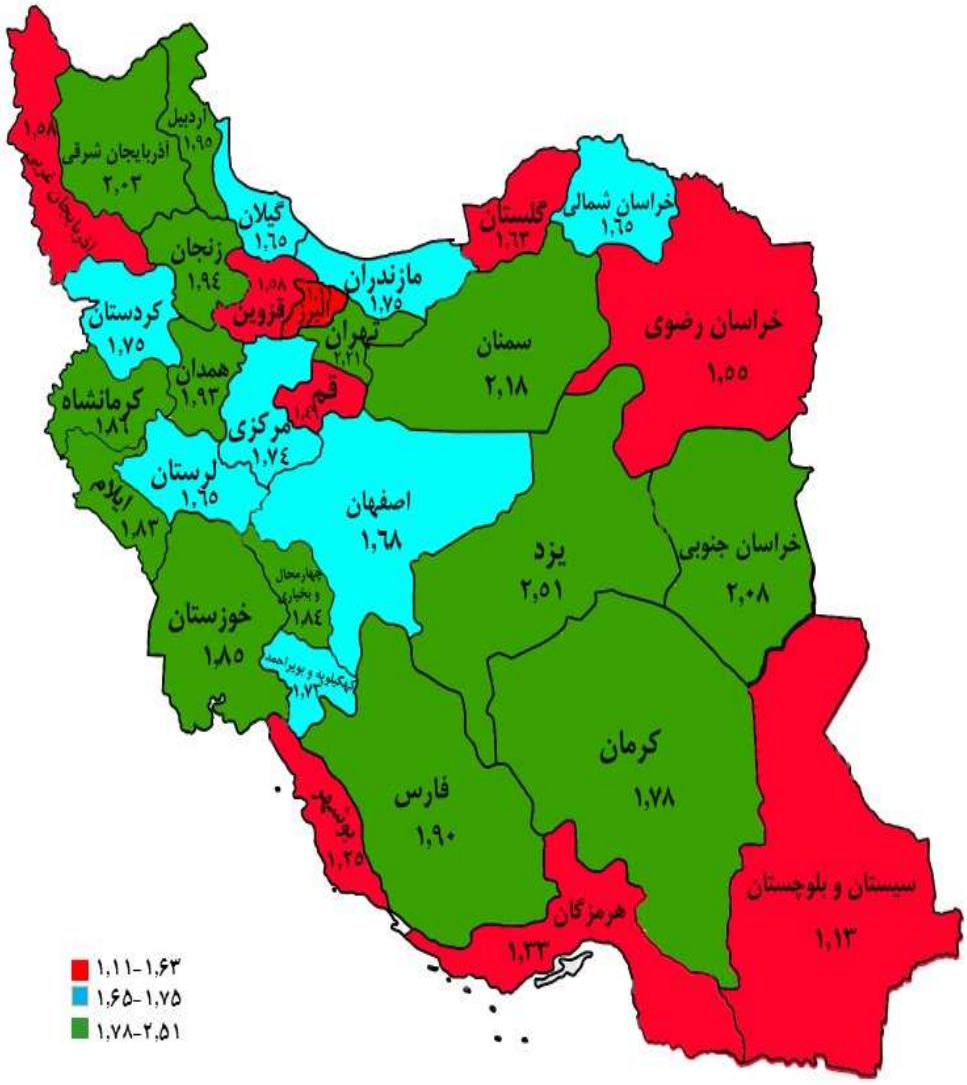


نقشه سرانه تخت موجود بستری (شاخص تخت به هزار نفر جمعیت) در استان های کشور

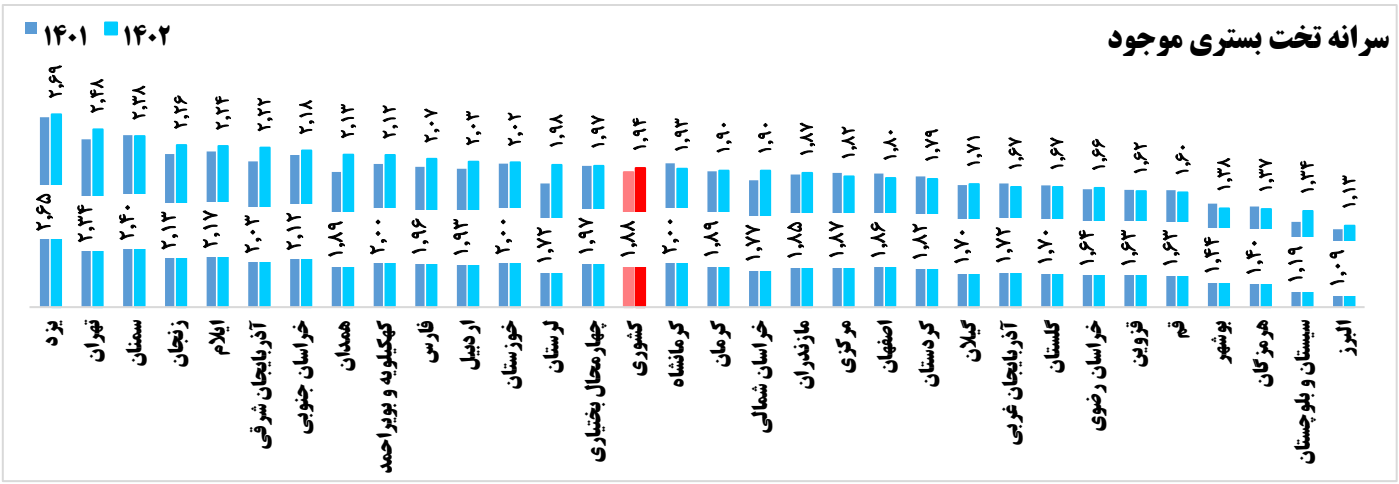
(تخت موجود شامل تختهای فعال و آماده ارائه خدمت می باشد)



نقشه سرانه تخت فعال بر اساس جمعیت در استانهای کشور– سال ۱۴۰۲

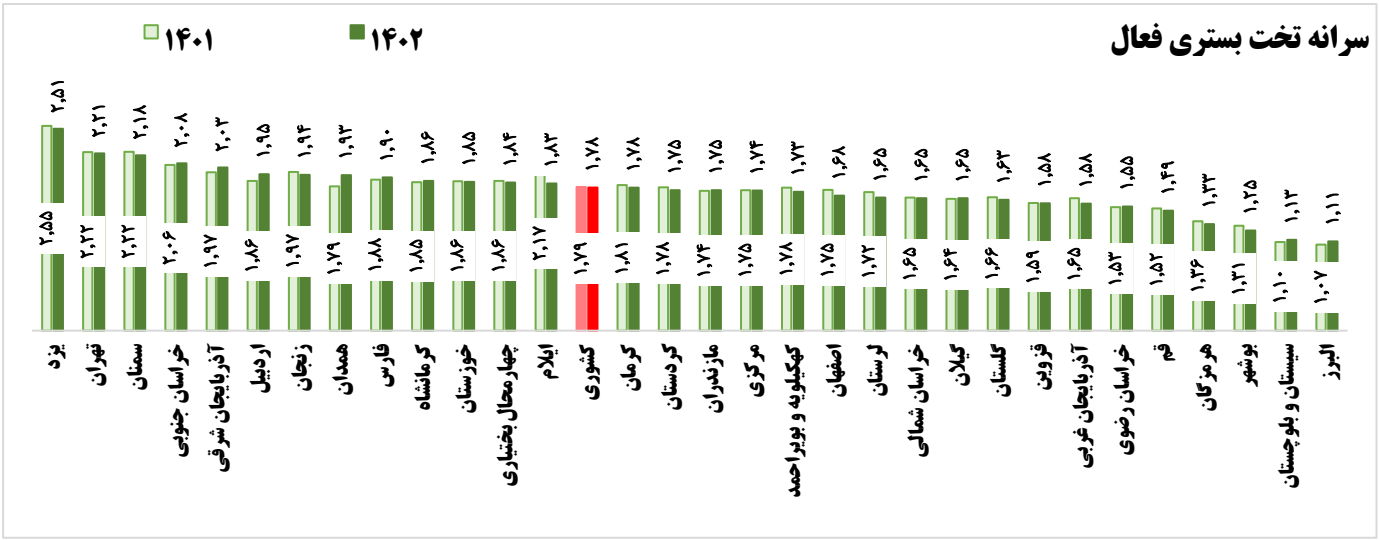


نمودار ۶–۳ – مقایسه سرانه تخت بستری موجود (به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) در استانهای کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

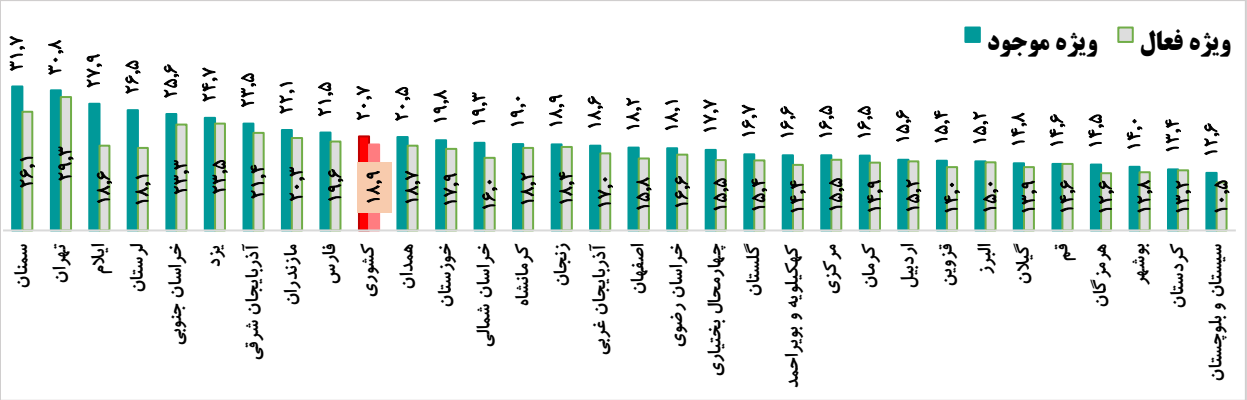


تخت بستری موجود شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

نمودار ۶–۴ – مقایسه سرانه تخت بستری فعال (به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) در استانهای کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

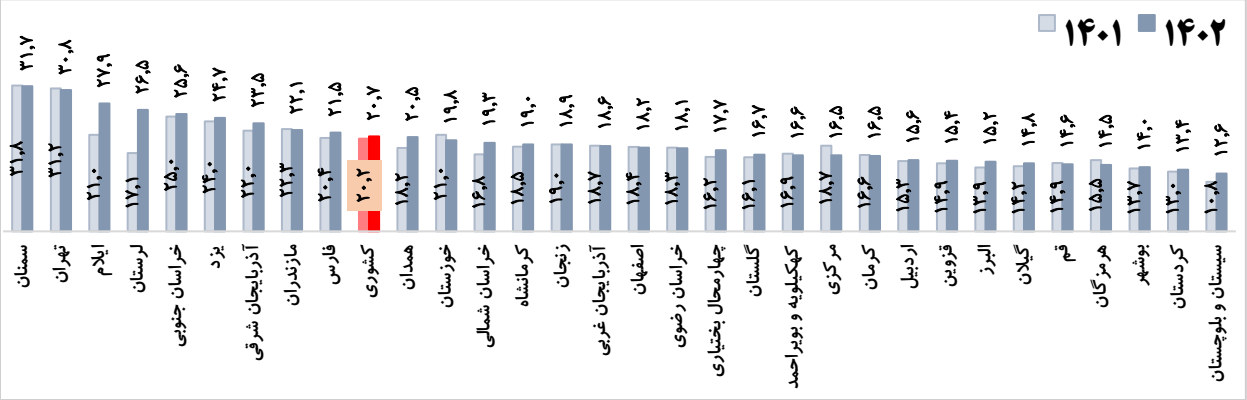


نمودار ۶–۵– سرانه تخت ویژه (به ازای صد هزار نفر جمعیت) به تفکیک استان کشور – سال ۱۴۰۲



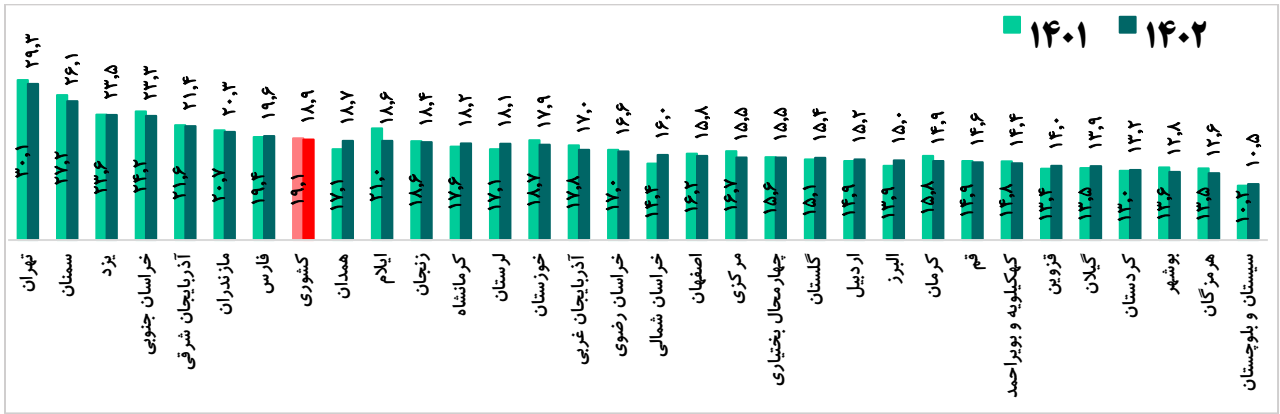
تخت ویژه موجود شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد. در استانهای سیستان و بلوچستان، کردستان، بوشهر، هرمزگان، قم و گیلان سرانه تخت ویژه در صد هزار نفر جمعیت پایین است و توسعه تخت ویژه در این استانها ضرورت دارد.

نمودار ۶–۶ – مقایسه سرانه تخت ویژه موجود (به ازای صد هزار نفر جمعیت) در استانهای کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

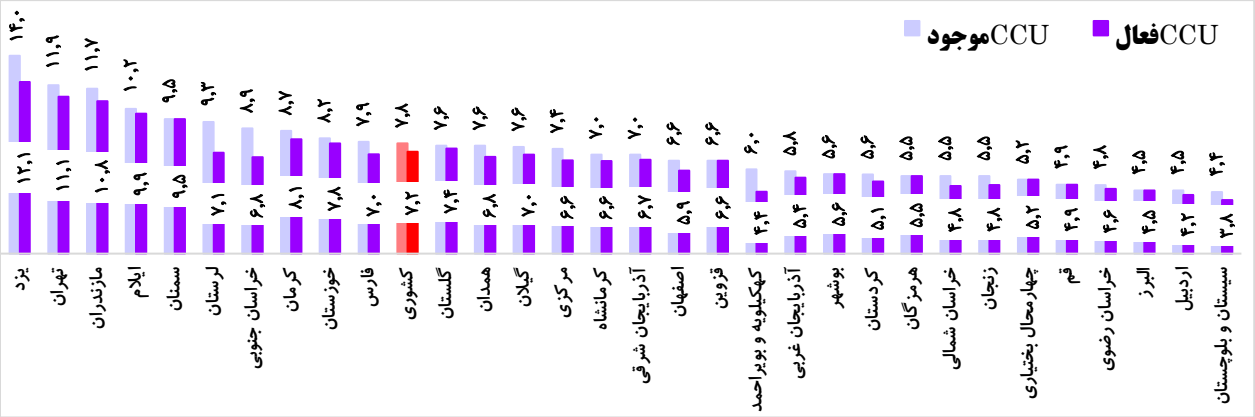


تخت ویژه موجود شامل تخت ویژه فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

نمودار ۶–۷ – مقایسه سرانه تخت ویژه فعال (به ازای صد هزار نفر جمعیت) در استانهای کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

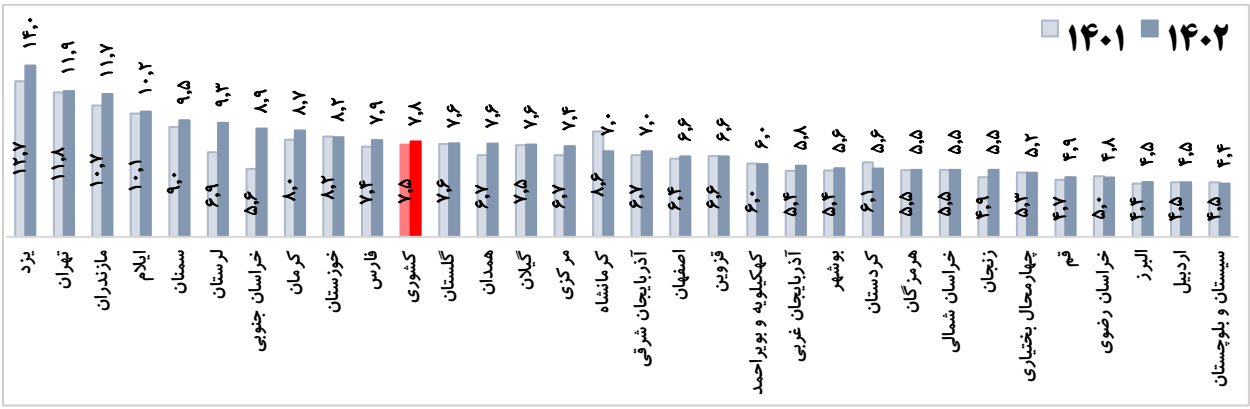


نمودار ۶–۸– سرانه تختهای مراقبت قلبی (CCU) به ازای صد هزار نفر جمعیت به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



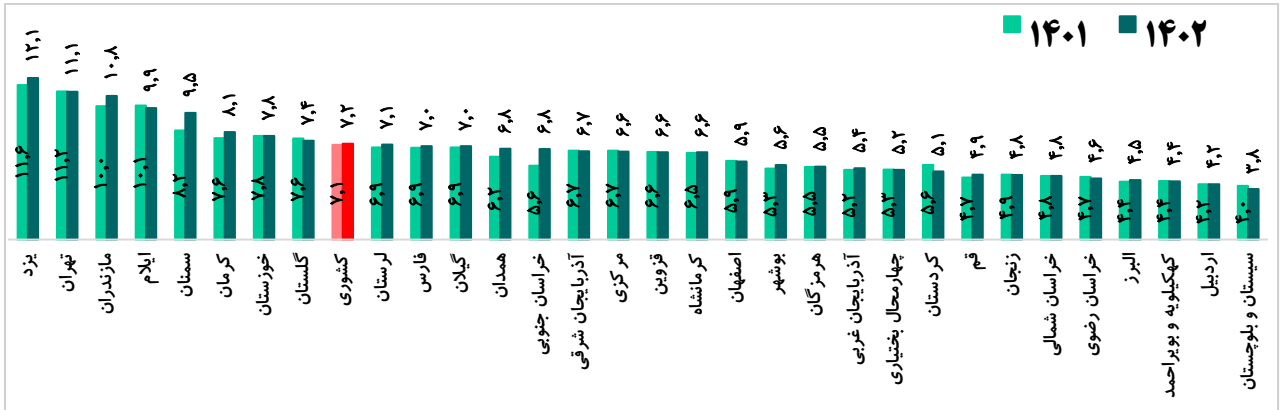
تخت CCU موجود شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد. در استانهای سیستان و بلوچستان، اردبیل و البرز سرانه تخت CCU موجود نسبت به سایر استانها پایین است و توسعه بخشهای مراقبت قلبی در این استانها لازم است مورد بررسی قرار گیرد.

نمودار ۶–۹ – مقایسه سرانه تخت CCU موجود (به ازای صد هزار نفر جمعیت) در استانهای کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

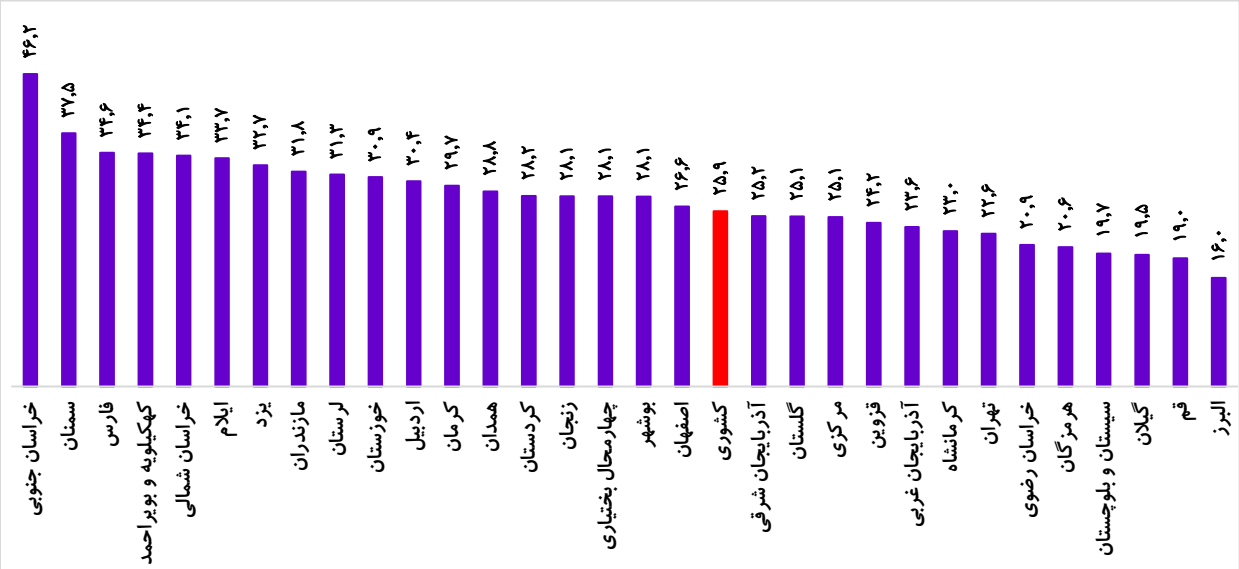


تخت CCU موجود شامل تخت ویژه فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

نمودار ۶–۱۰– مقایسه سرانه CCU فعال (به ازای صد هزار نفر جمعیت) در استانهای کشور در سالهای ۱۴۰۱–۱۴۰۲

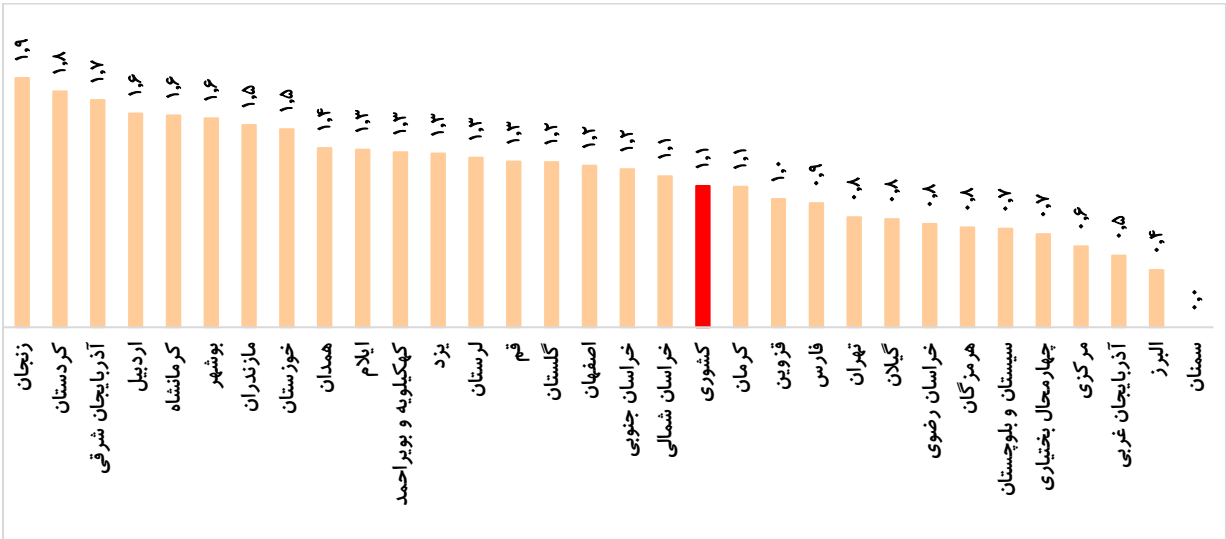


نمودار ۶–۱۱– سرانه تخت اورژانس فعال (شامل تخت اورژانس بستری و سرپایی به ازای صد هزار نفر جمعیت) به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



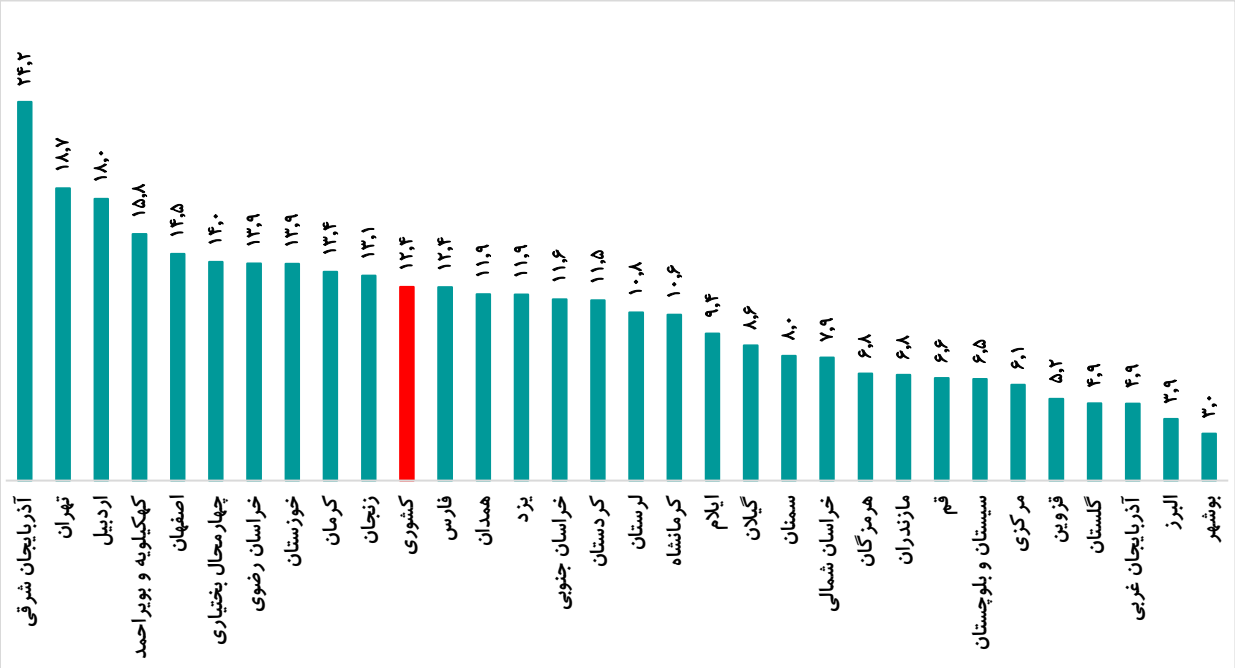
توسعه بخشهای اورژانس در استانهای البرز، قم و سیستان و بلوچستان لازم است مورد نظر قرار گیرد.

نمودار ۶– ۱۲– سرانه تختهای سوختگی فعال (شامل تخت سوختگی و تخت ویژه سوختگی به ازای صد هزار نفر جمعیت) به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



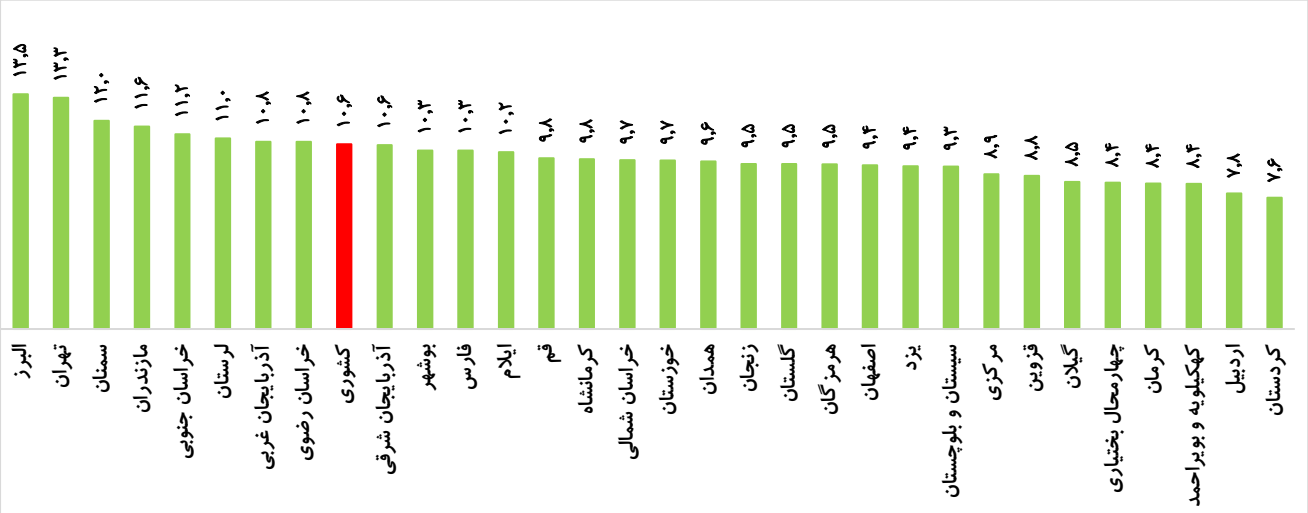
با توجه به اینکه استان سمنان فاقد تخت سوختگی است و نیاز به وجود و توسعه تخت سوختگی در هر استانی ضرورت دارد، لازم است حتما بخش سوختگی و تجهیزات سوختگی استان تامین و به مرحله بهره برداری برسد.

نمودار ۶–۱۳ – شاخص سرانه تختهای روانپزشکی فعال (به ازای صد هزار نفر جمعیت) به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



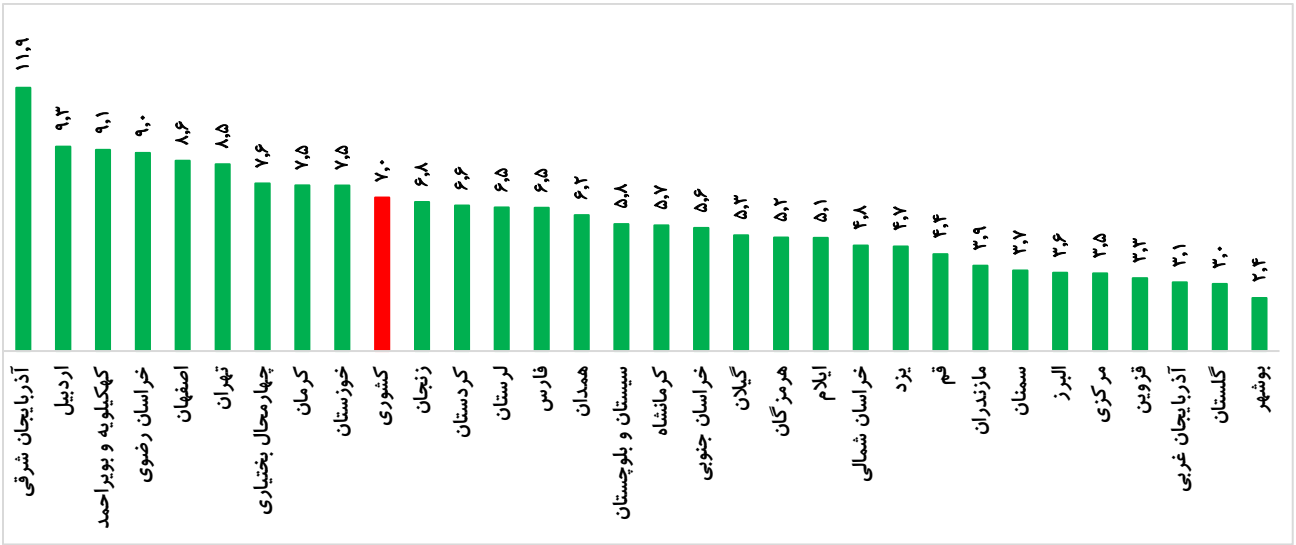
کمترین سرانه تخت روانپزشکی فعال در سه استان بوشهر، البرز و آذربایجان غربی وجود دارد.

نمودار ۶–۱۴– درصد تخت ویژه فعال به تخت کل فعال در بیمارستانهای کلیه سازمانها به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



در استانهای کردستان، اردبیل و کهگیلویه درصد تخت ویژه به نسبت کل تختهای فعال بیمارستانی پایین است. لازم است در جهت توسعه تختهای ویژه در این استانها اقدام نمود.

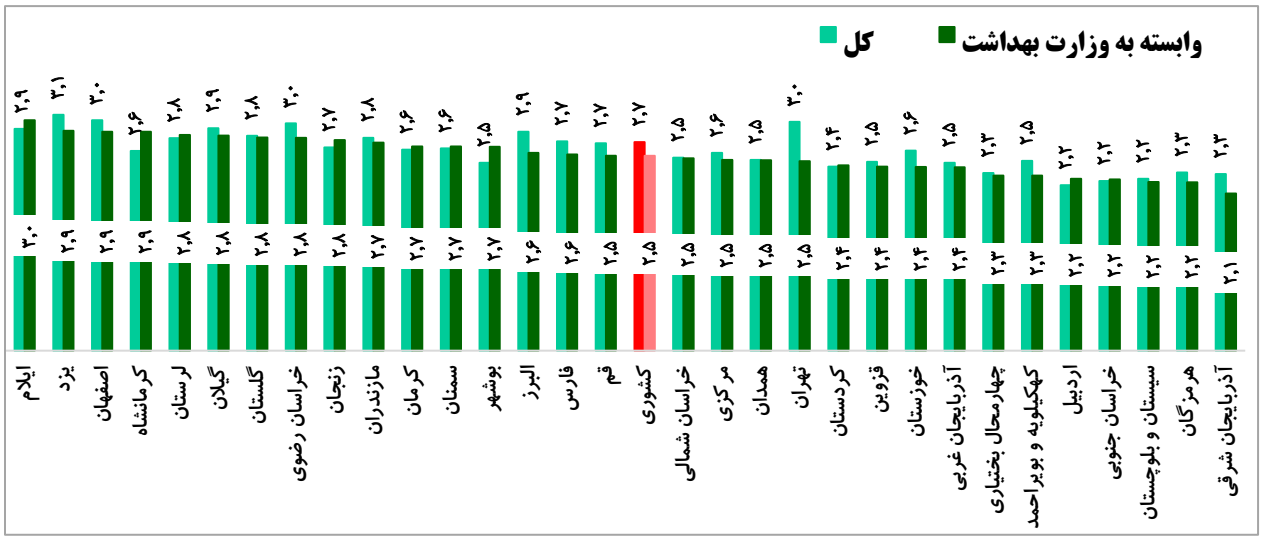
نمودار ۶–۱۵– درصد تخت روانپزشکی فعال به تخت کل فعال در بیمارستانهای کلیه سازمانها به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



در استانهای بوشهر، آذربایجان غربی و گلستان درصد تخت روانپزشکی به نسبت کل تختهای فعال بیمارستانی پایین است. لازم است در جهت توسعه تختهای روانپزشکی در این استانها اقدام نمود.

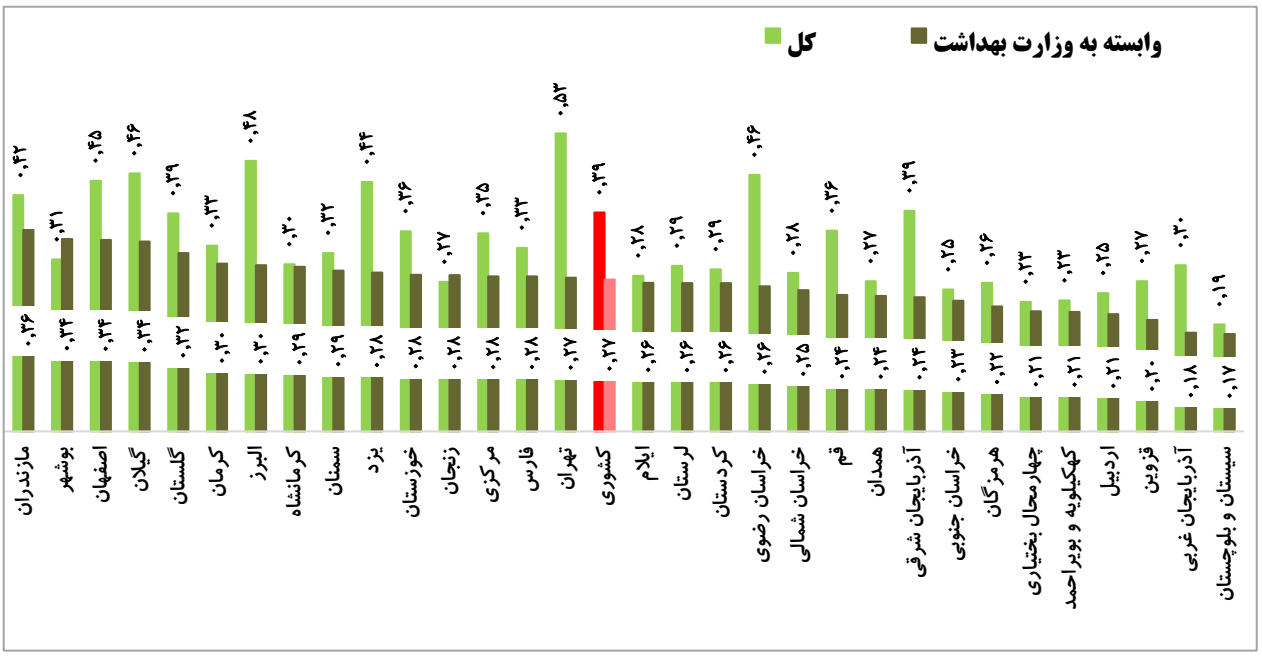
در محاسبه شاخصهای پرسنلی،مجموع کلیه تختهای فعال بستری و تختهای تحت عنوان ستاره دار در نظر گرفته شده است.

نمودار ۶–۱۶– شاخص پرسنل به تخت به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲

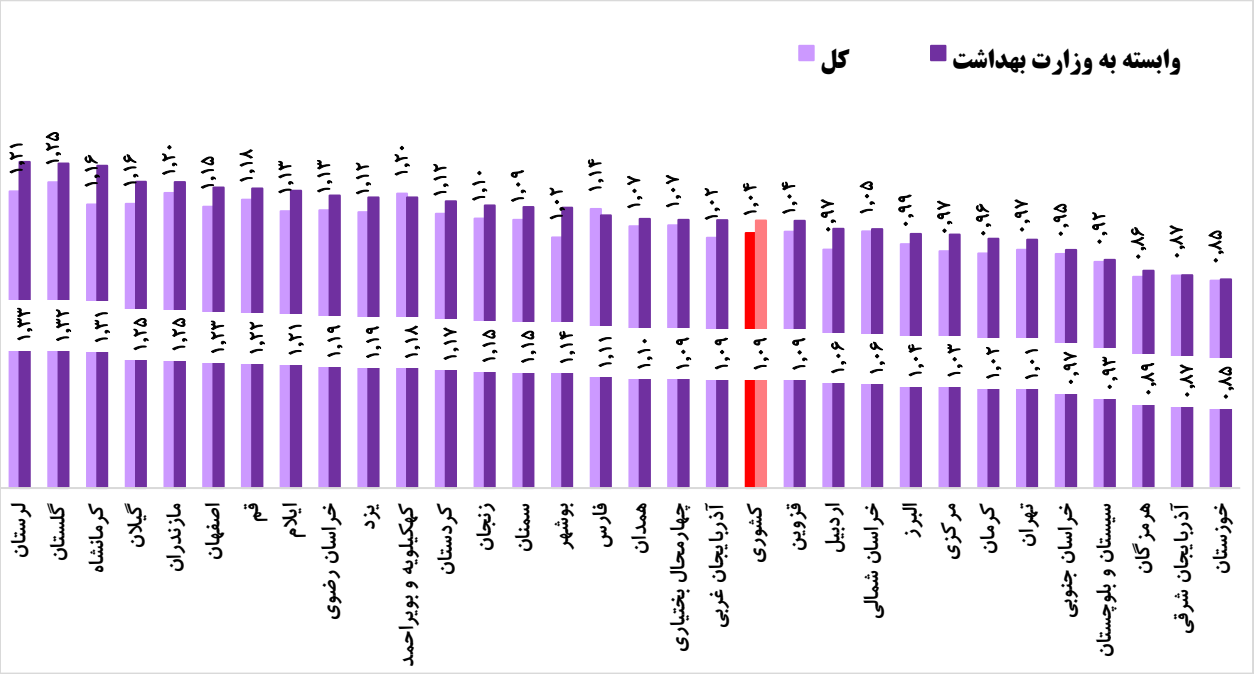


.

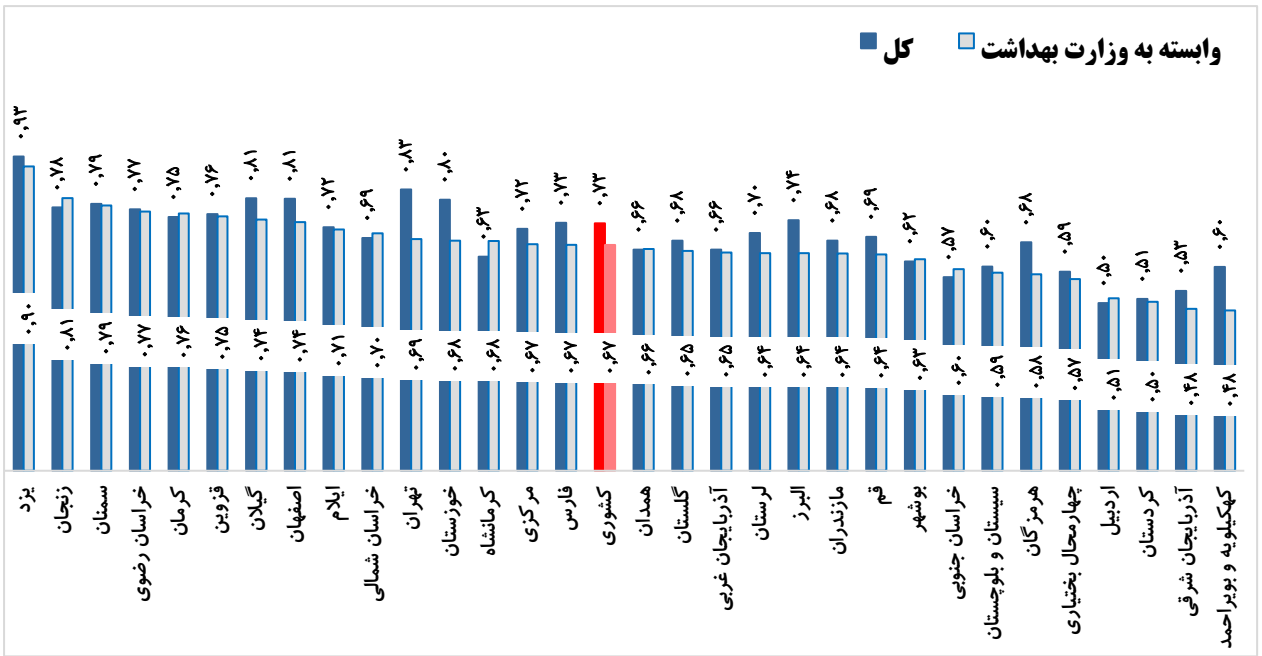
نمودار ۶–۱۷– شاخص پزشک به تخت به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



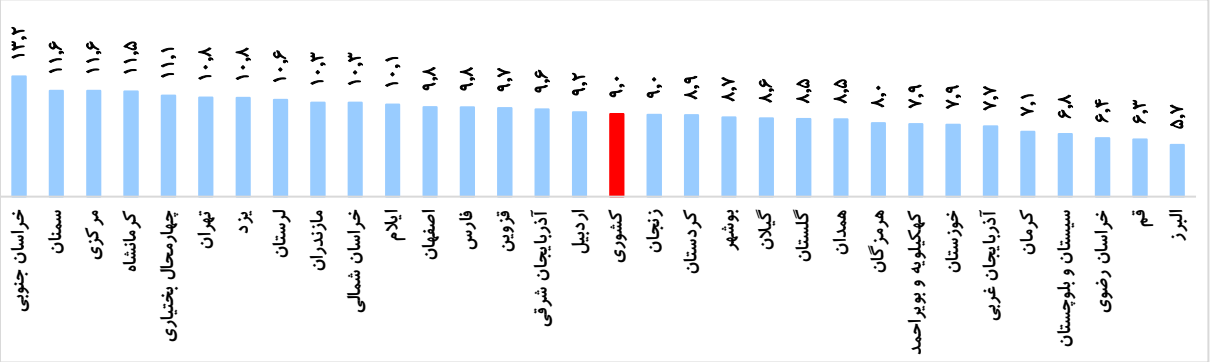
نمودار ۶–۱۸– شاخص کادر پرستاری به تخت به تفکیک استان– سال ۱۴۰۲



نمودار ۶–۱۹– شاخص کادر پشتیبانی به تخت به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲

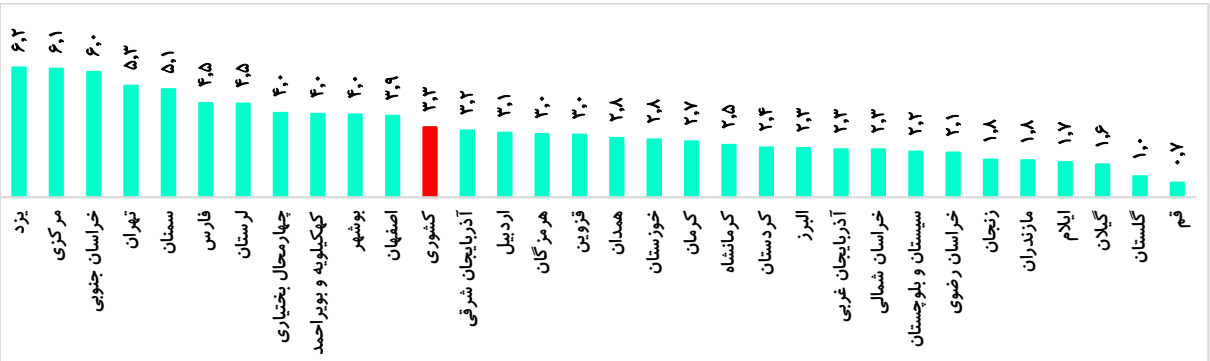


نمودار ۶–۲۰– شاخص سرانه سی تی اسکن (در یک میلیون نفر جمعیت)* به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲



*دستگاههای سی تی اسکن مستقر در بیمارستانها فقط در محاسبه شاخص لحاظ شده اند.

نمودار ۶–۲۱– شاخص سرانه MRI (در یک میلیون نفر جمعیت) به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲

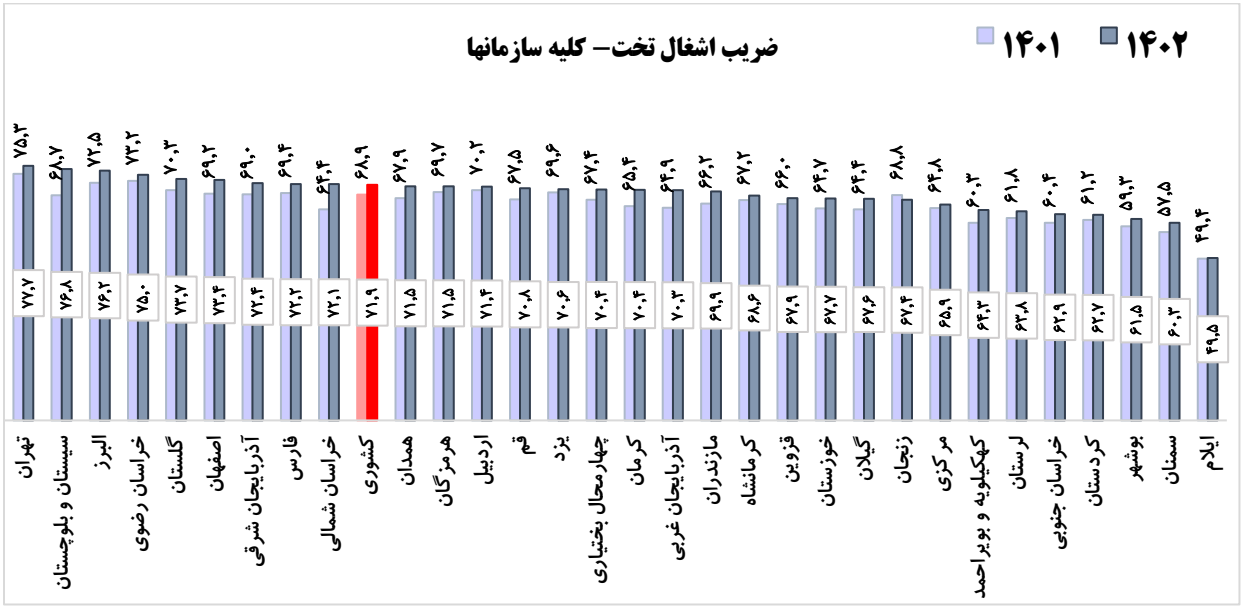


*دستگاههای MRI مستقر در بیمارستانها فقط در محاسبه شاخص لحاظ شده اند.

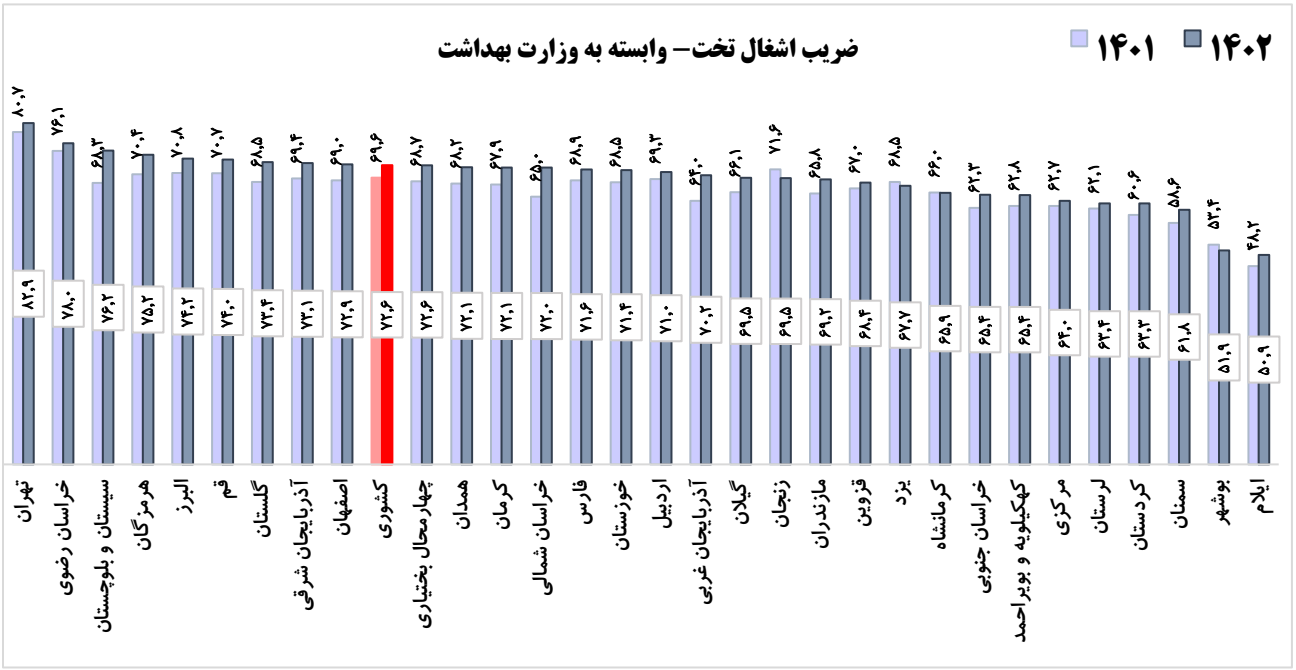
نمودار ۶–۲۲– شاخص سرانه آنژیوگرافی در یک میلیون نفر جمعیت به تفکیک استان – سال ۱۴۰۲

با توجه به سرانه پایین دستگاه آنژیوگرافی و لزوم اجرای برنامه های کشوری ۲۴۷ و ۷۲۴ سکته های قلبی و مغزی، توسعه دستگاههای آنژیوگرافی در استانهای سیستان و بلوچستان، کردستان و بوشهر لازم است مورد بررسی قرار گیرد. میزان شاخص در استان تهران باعث افزایش شاخص کشوری سرانه آنژیوگرافی شده است.

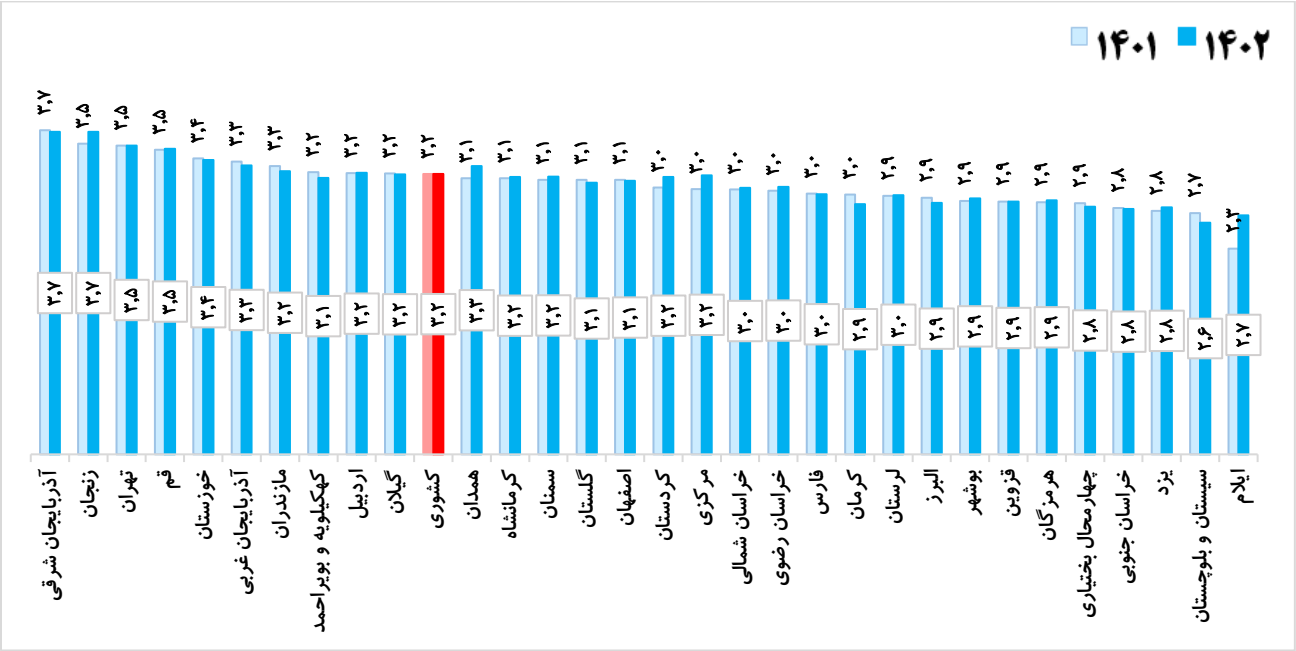
نمودار ۶–۲۳– شاخص ضریب اشغال تخت بیمارستانی به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



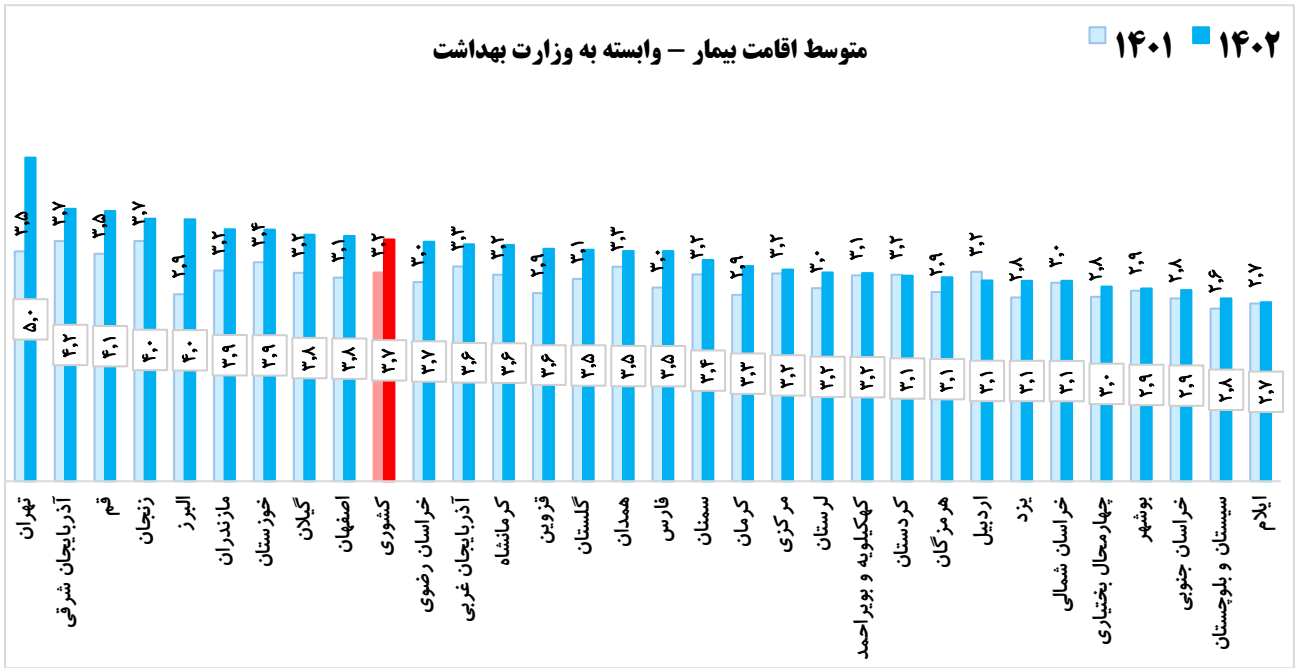
نمودار ۶–۲۴– شاخص ضریب اشغال تخت در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



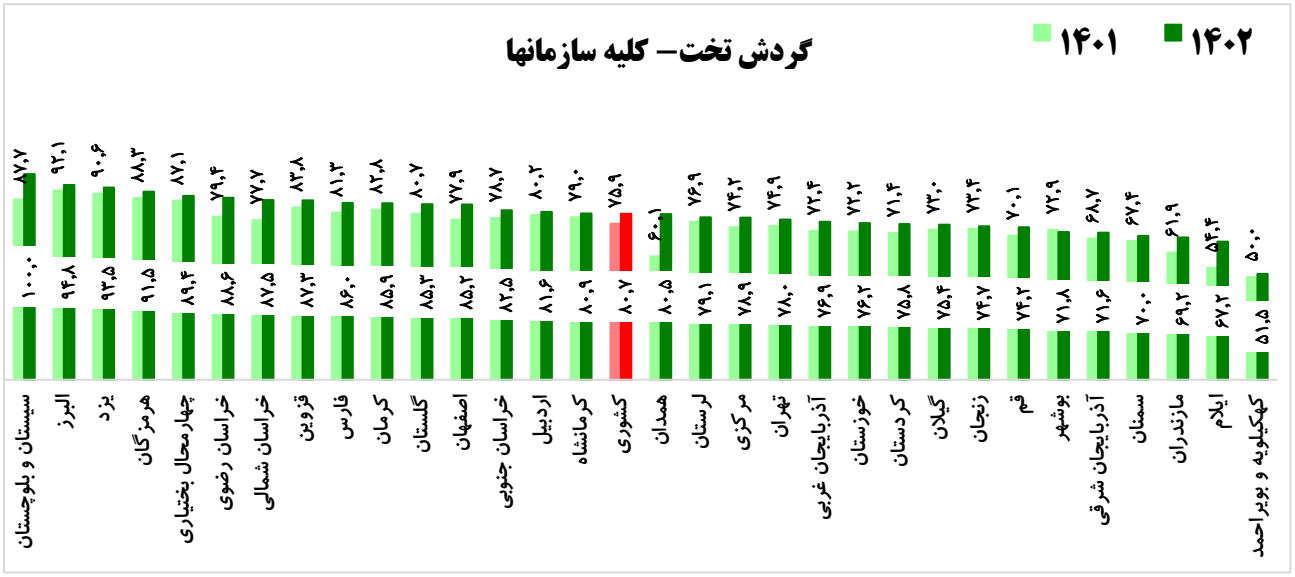
نمودار ۶–۲۵– شاخص متوسط اقامت بیمار به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



نمودار ۶–۲۶– شاخص متوسط اقامت بیمار در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

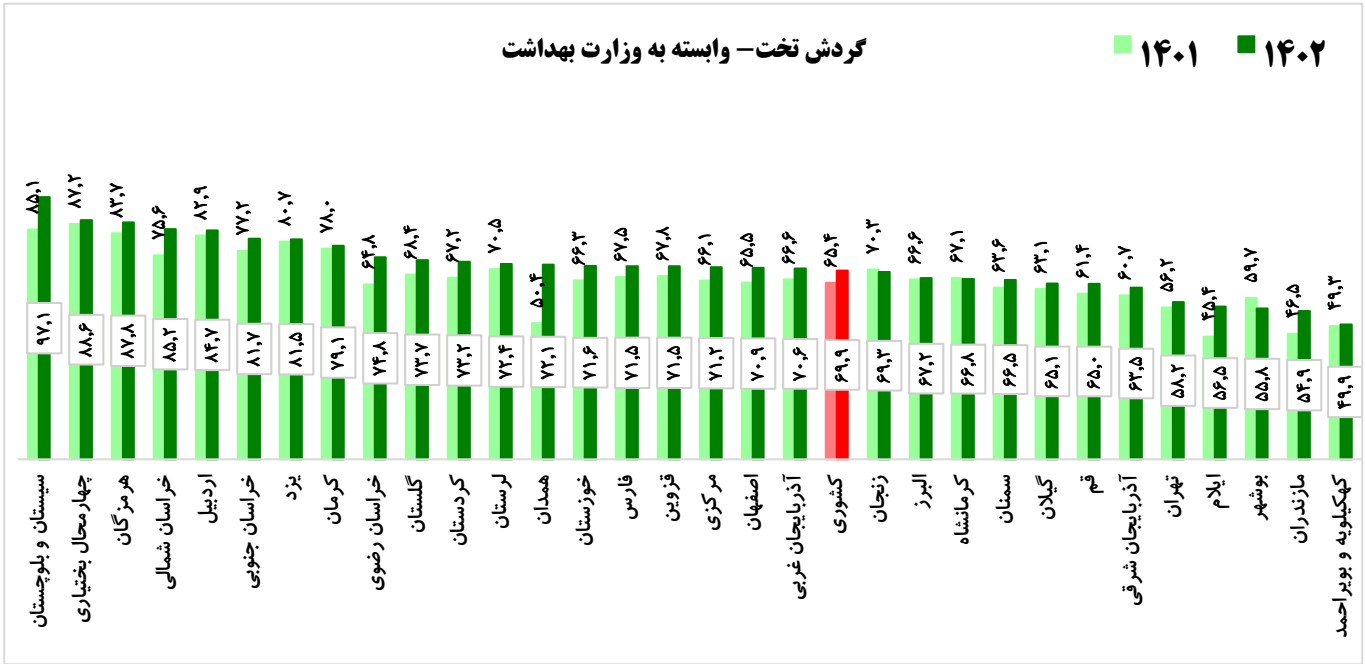


نمودار۶–۲۷– شاخص گردش تخت بیمارستانی به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

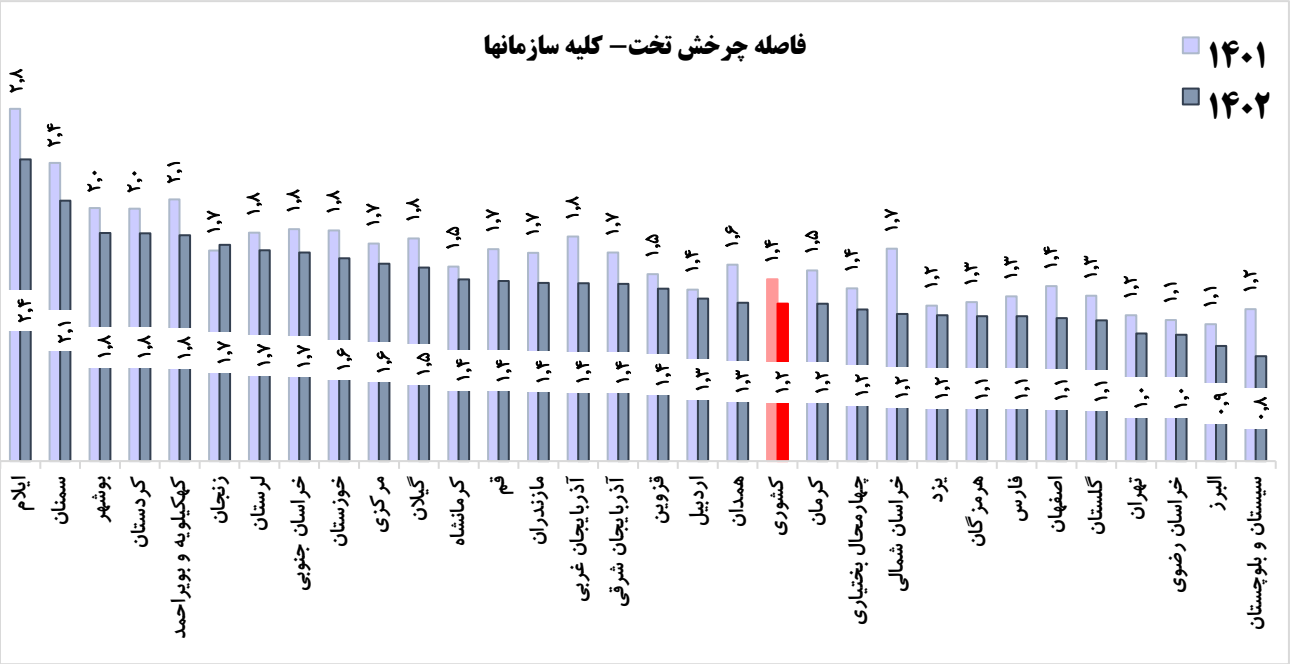


استان سیستان و بلوچستان، البرز، یزد و هرمزگان، بیشترین گردش تخت را در سال ۱۴۰۲ دارد. میزان گردش تخت در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است.

نمودار ۶–۲۸– شاخص گردش تخت در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

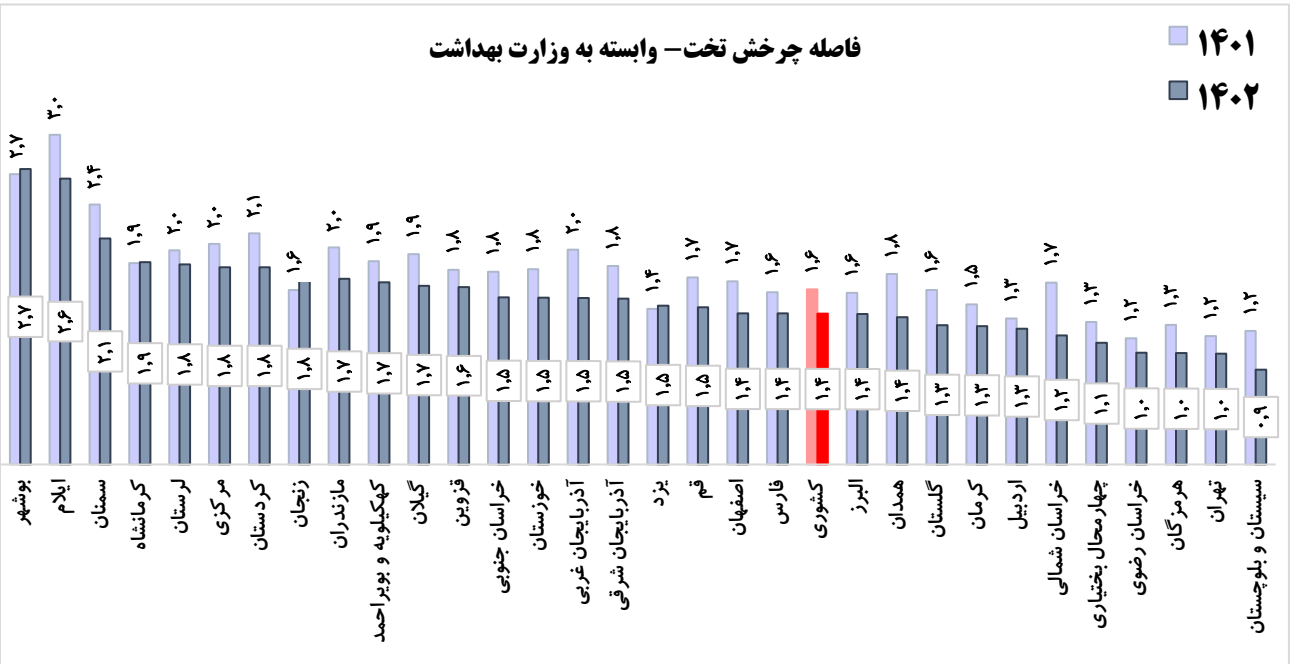


نمودار۶–۲۹– شاخص فاصله چرخش تخت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

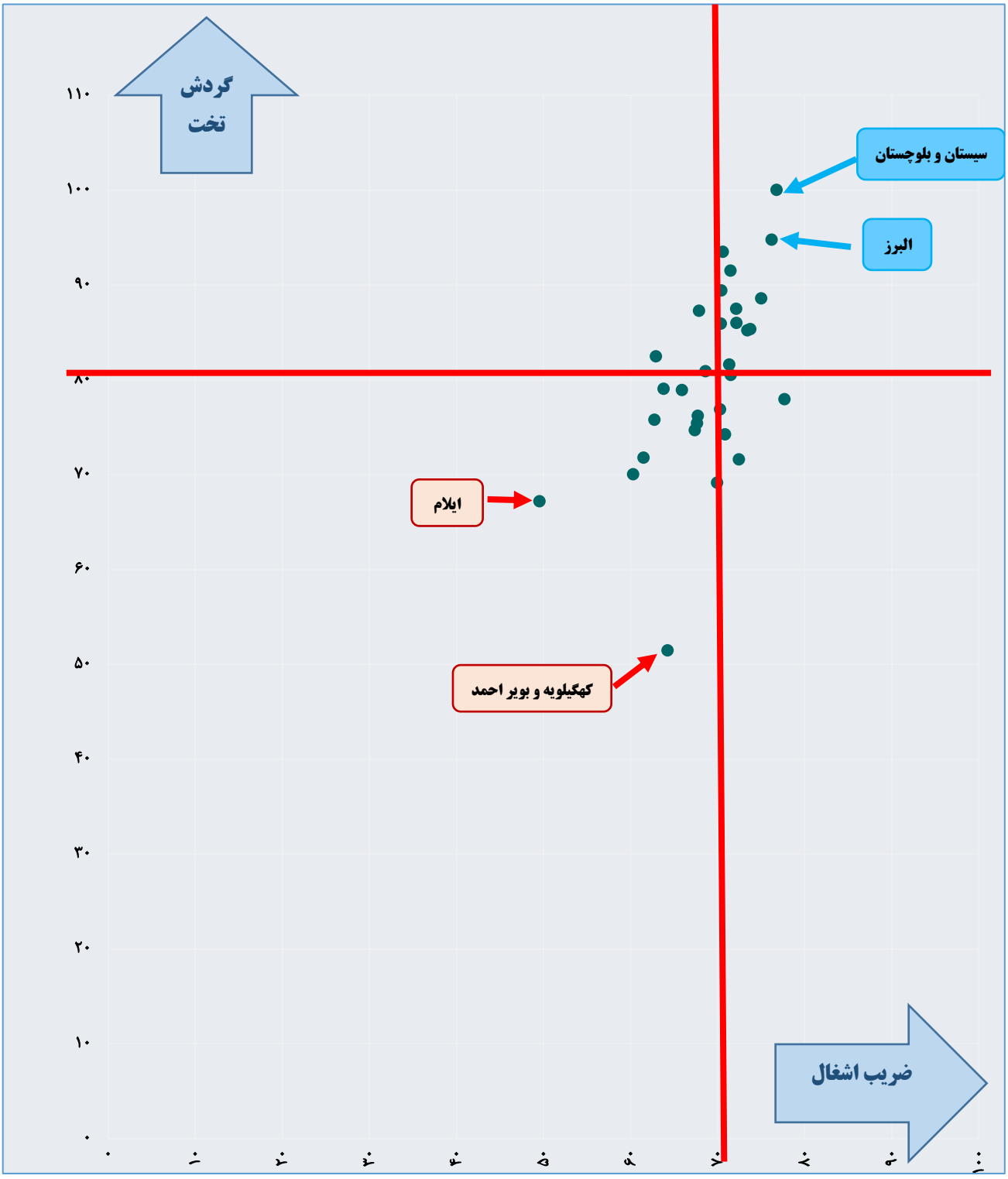


با توجه به گردش تخت پایین تخت در استانهای ایلام؛ سمنان و بوشهر ، فاصله چرخش تخت در این استانها بالتبع افزایش می یابد

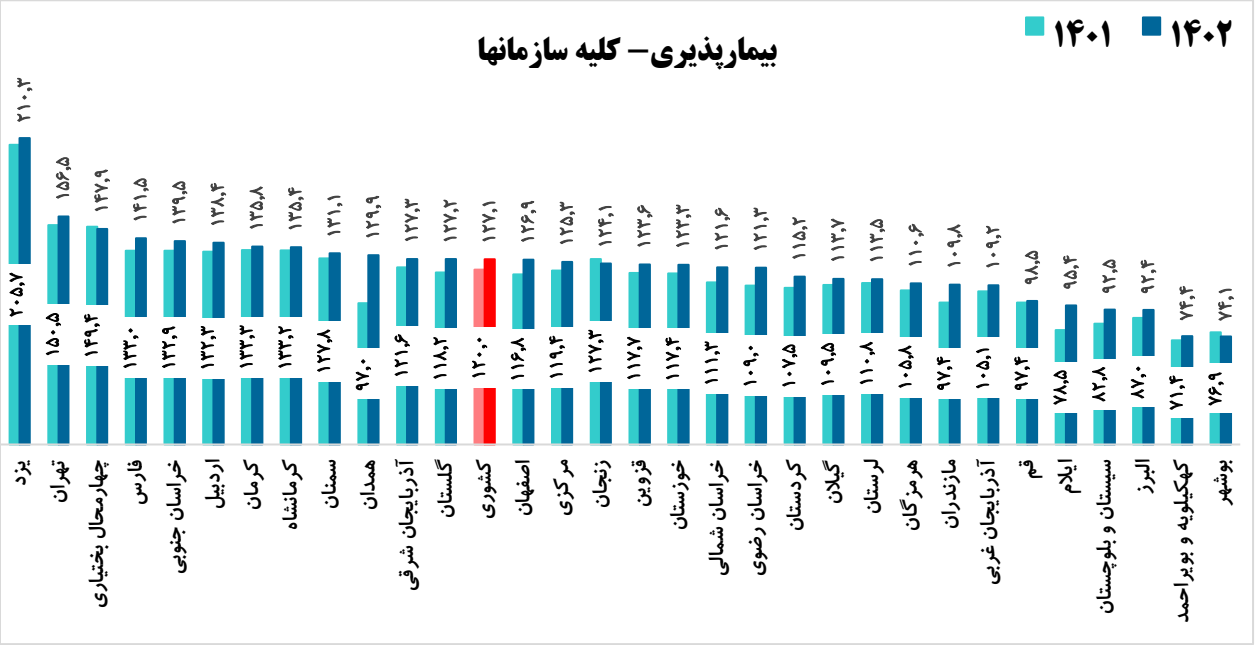
.نمودار ۶–۳۰– شاخص فاصله چرخش تخت در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



نمودار ۶–۳۱– نمودار پابن لاسو بر اساس شاخصهای ضریب اشغال و گردش تخت استانهای کشور – سال ۱۴۰۲

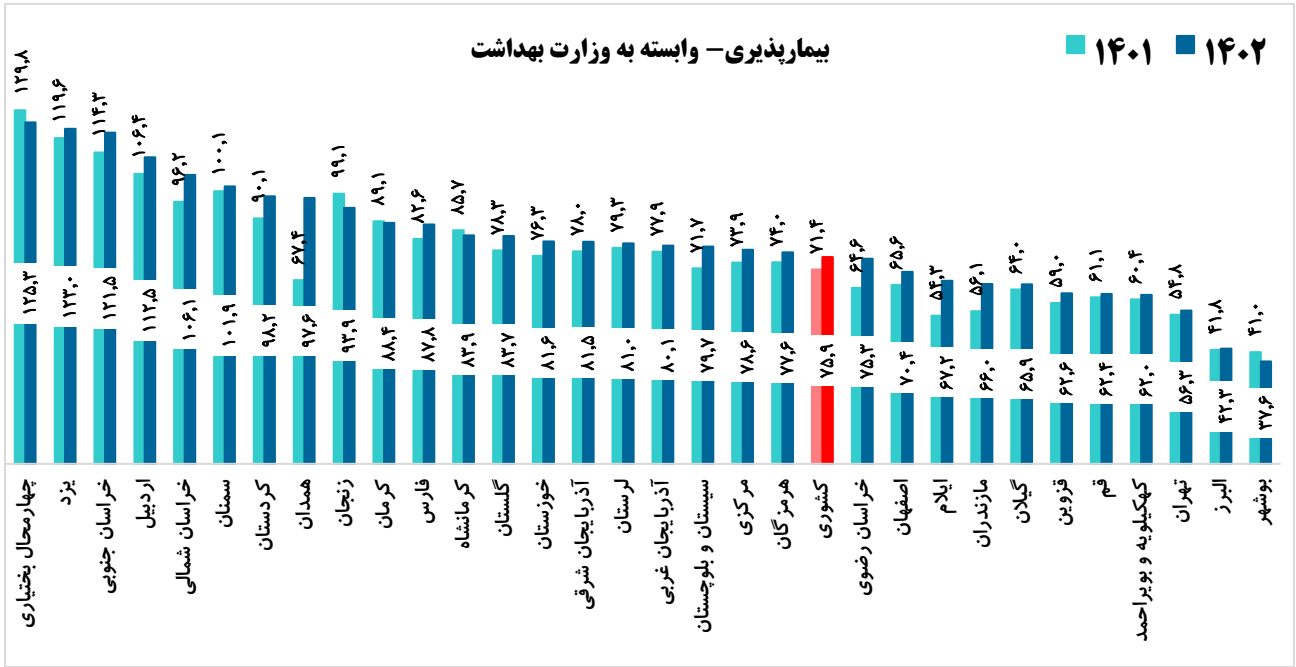


نمودار ۶–۳۲– شاخص بیمارپذیری به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

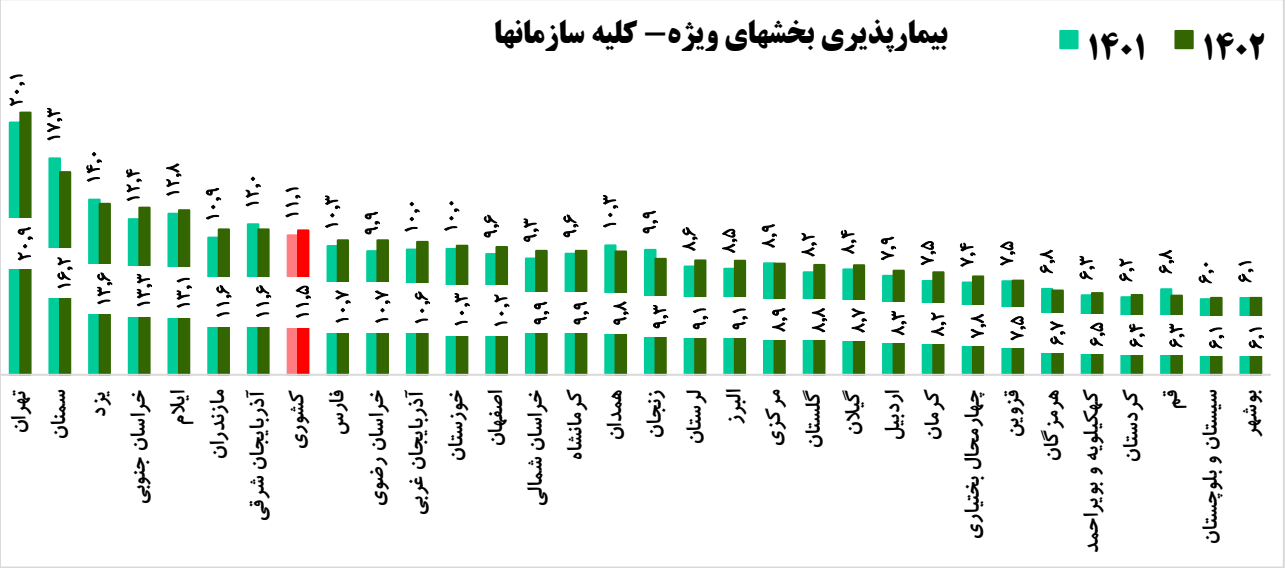


استان یزد بیشترین بیمارپذیری در سال ۱۴۰۲ را داراست.

نمودار ۶–۳۳– شاخص بیمارپذیری در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

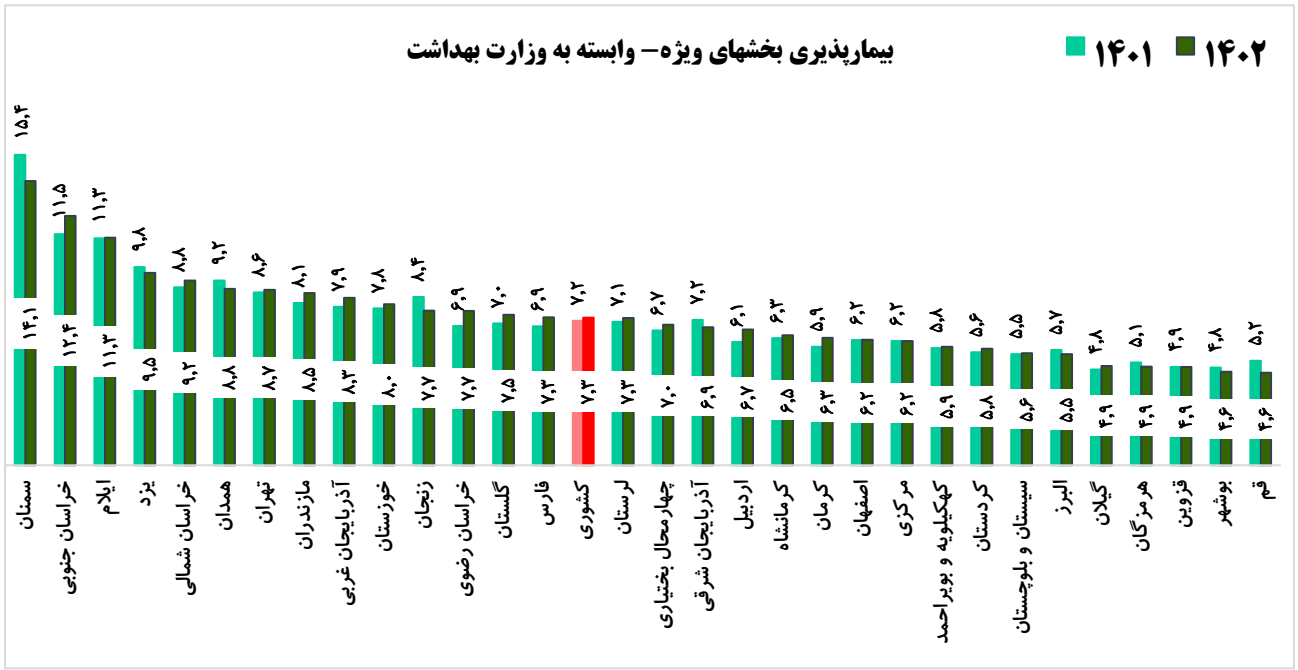


نمودار ۶–۳۴– بیمارپذیری بخشهای ویژه در بیمارستانهای کشور به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

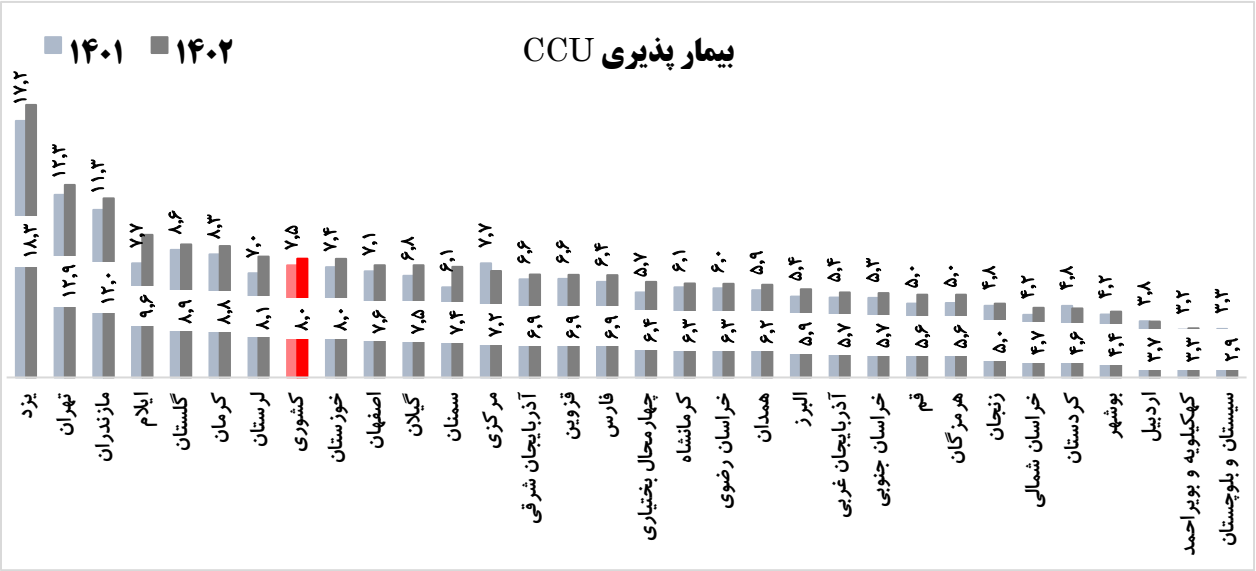


بیشترین بیمارپذیری بخشهای ویژه، در استان تهران وجود دارد. بیشترین سرانه تخت ویژه نیز در استان تهران وجود دارد.

نمودار ۶–۳۵– شاخص بیمارپذیری بخشهای ویژه در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

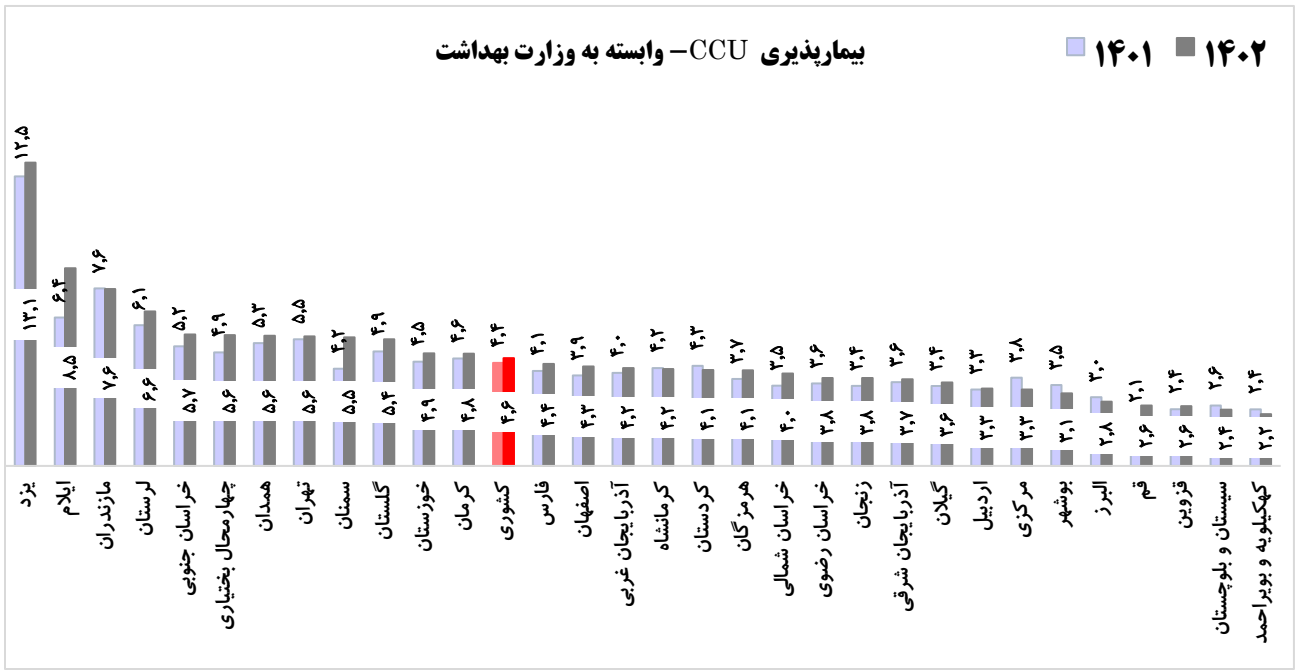


نمودار ۶–۳۶– شاخص بیمارپذیری CCU در بیمارستانهای کشور به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

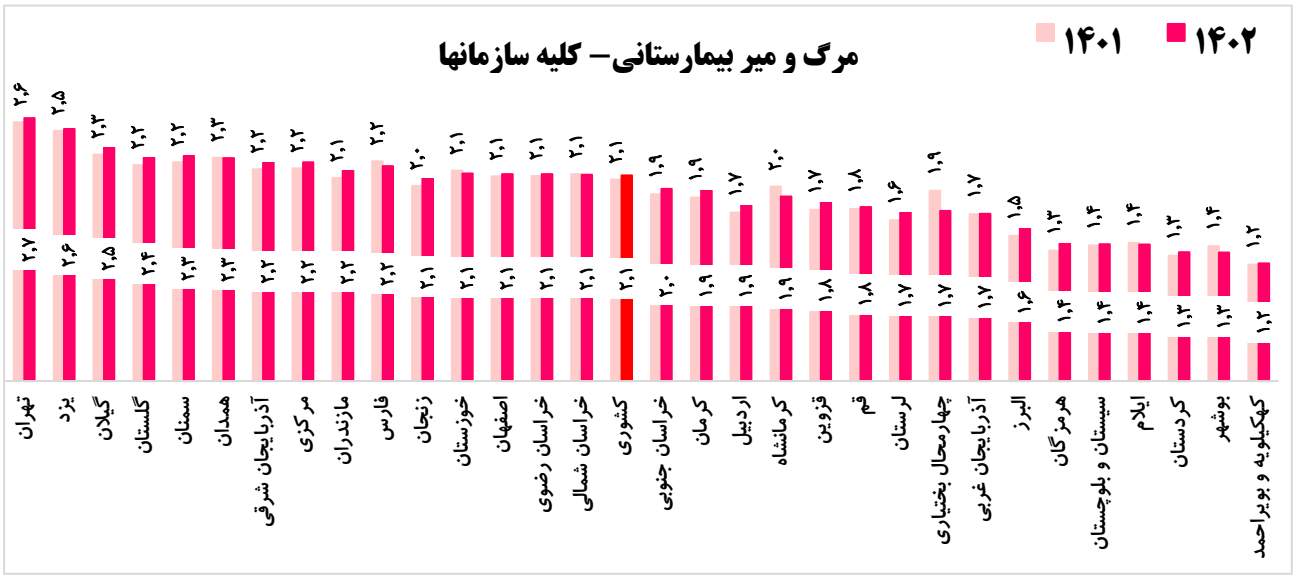


بیشترین بیمار پذیری در CCU در استان یزد دیده می شود.

نمودار ۶–۳۷– شاخص بیمارپذیری CCU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

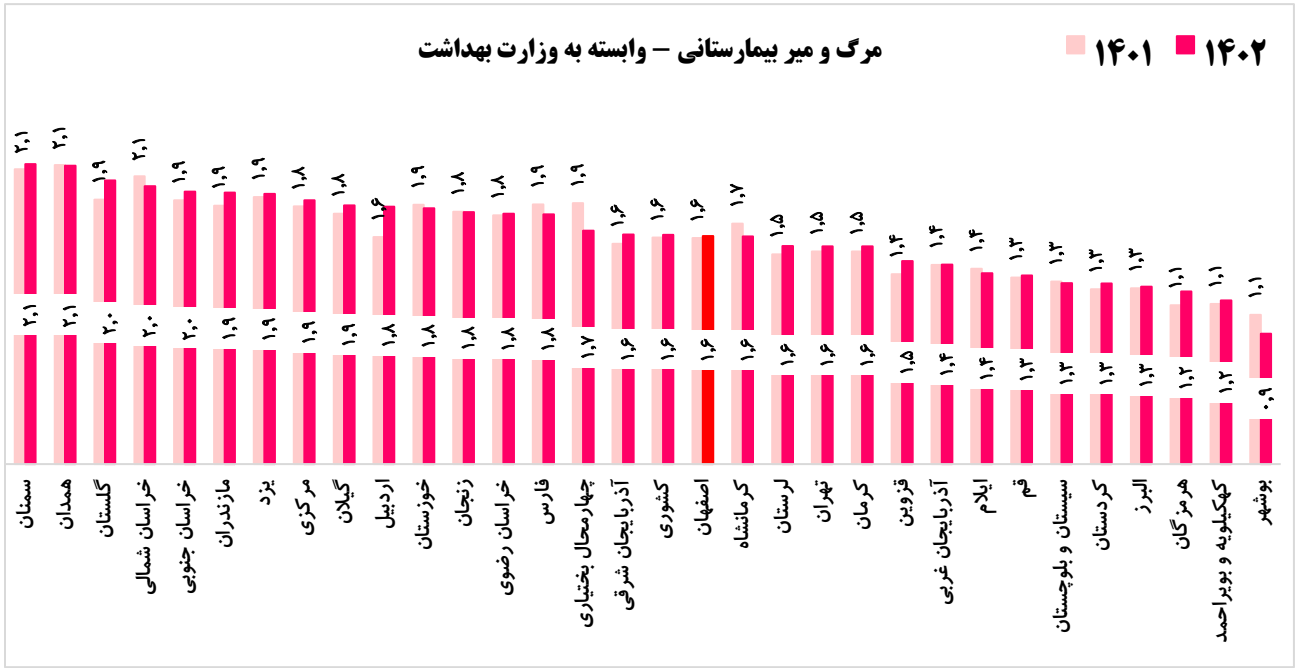


نمودار ۶–۳۸– شاخص میزان مرگ و میر بیمارستانی (به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

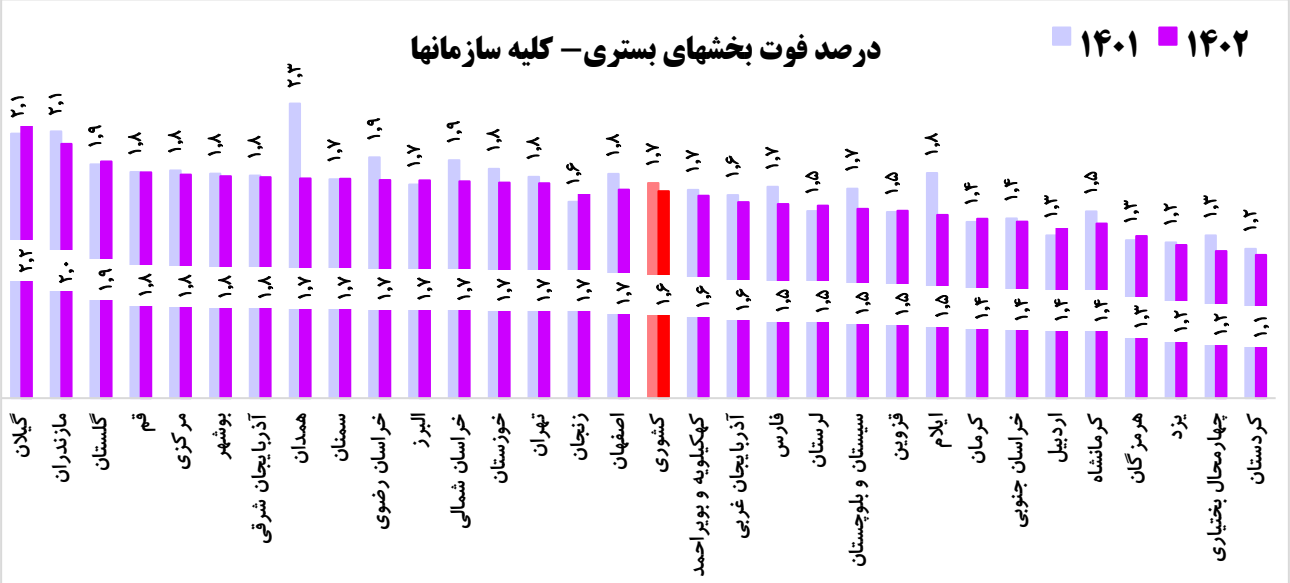


با توجه به ریفرال بودن، ارجاع بیماران پیچیده از سایر استانها و بیشترین بیمارپذیری در استان تهران، بیشترین مرگ و میر بیمارستانی نیز در استان تهران دیده می شود.

نمودار ۶–۳۹– شاخص میزان مرگ و میر بیمارستانی (به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

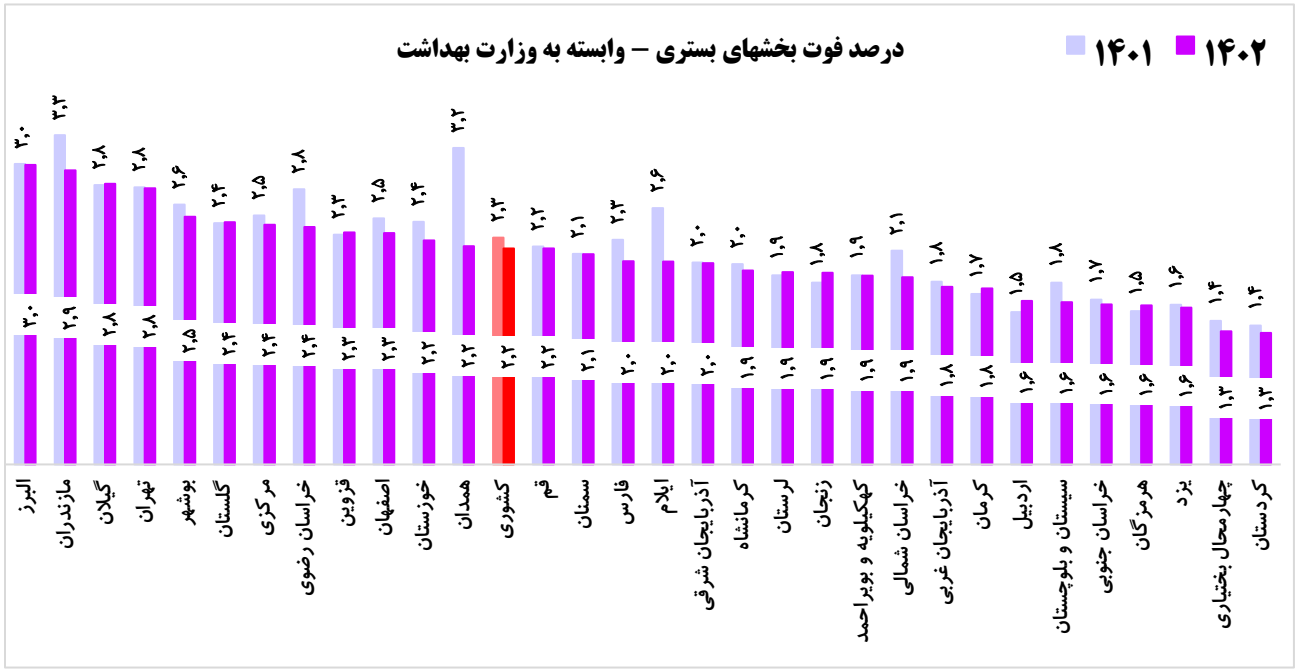


نمودار ۶–۴۰– شاخص درصد فوت بخشهای بستری به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

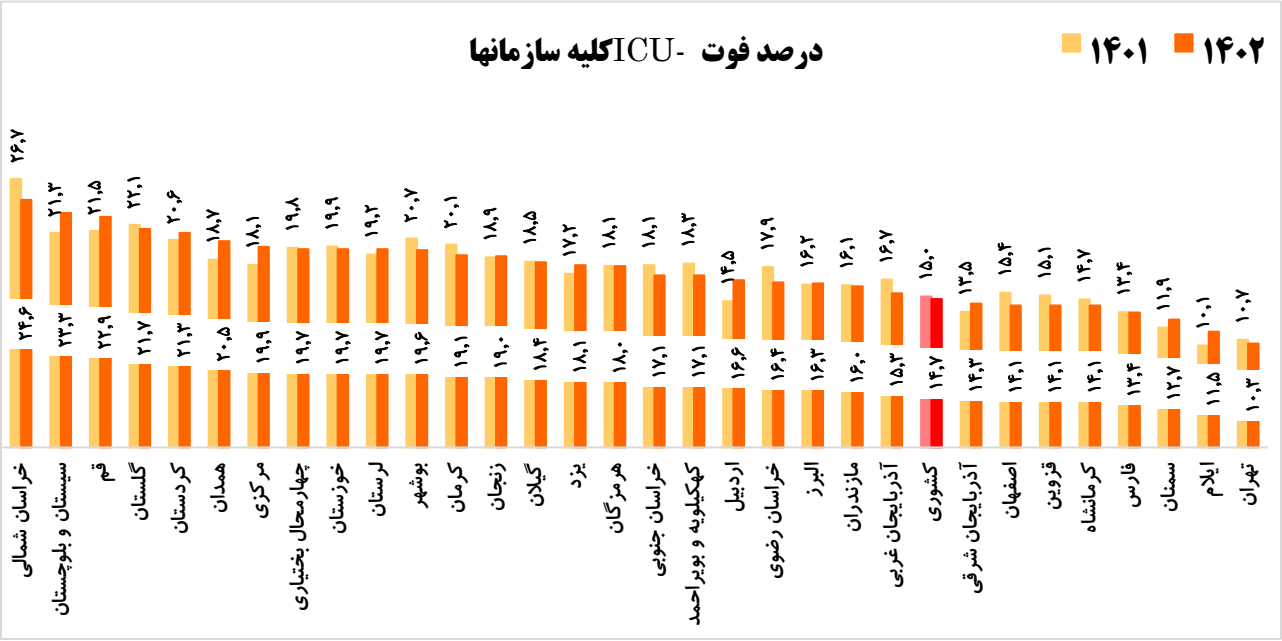


بیشترین درصد فوت در بخشهای بستری درسال ۱۴۰۲ در استانهای گیلان، مازندران، گلستان، قم دیده شد.

نمودار ۶–۴۱– شاخص درصد فوت بخشهای بستری در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

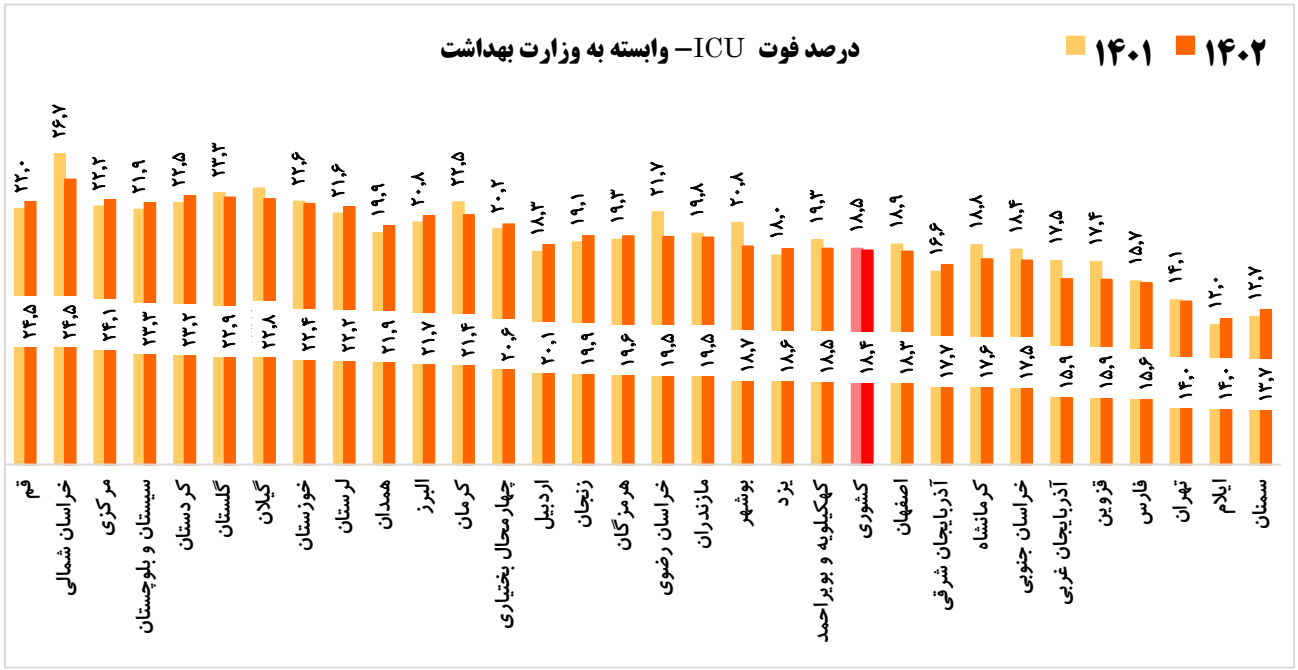


نمودار ۶– ۴۲– شاخص درصد فوت ICU در بیمارستانهای کشور به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

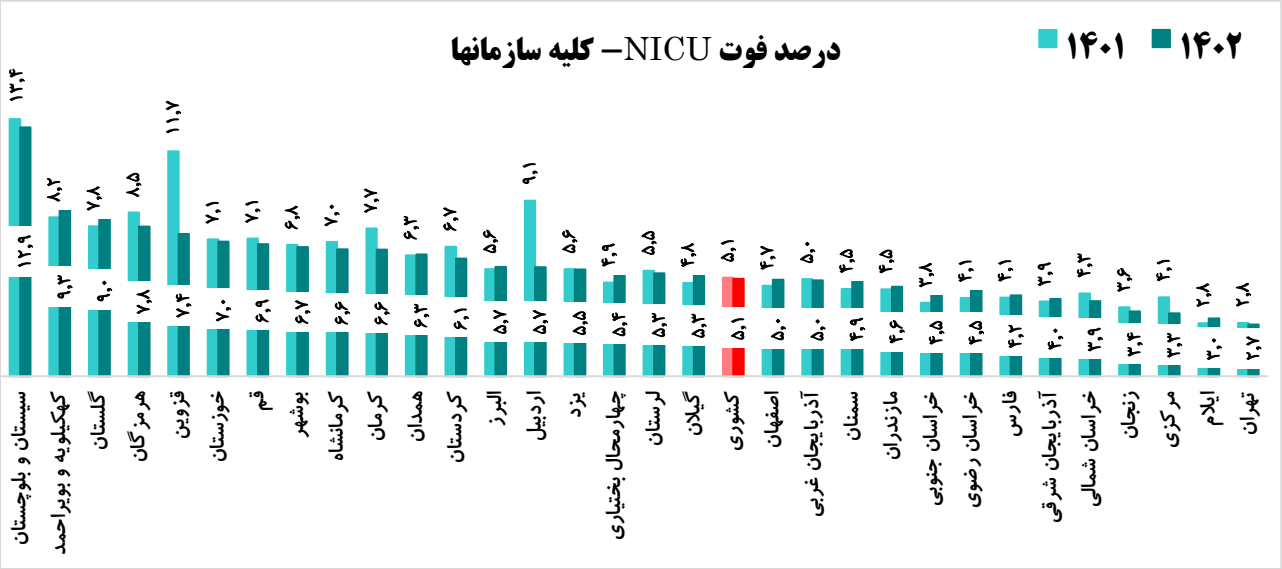


بیشترین درصد فوت در بخشهای ICU درسال ۱۴۰۲ در استانهای خراسان شمالی، سیستان و بلوچستان و قم دیده شد.

نمودار ۶–۴۳– شاخص درصد فوت ICU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

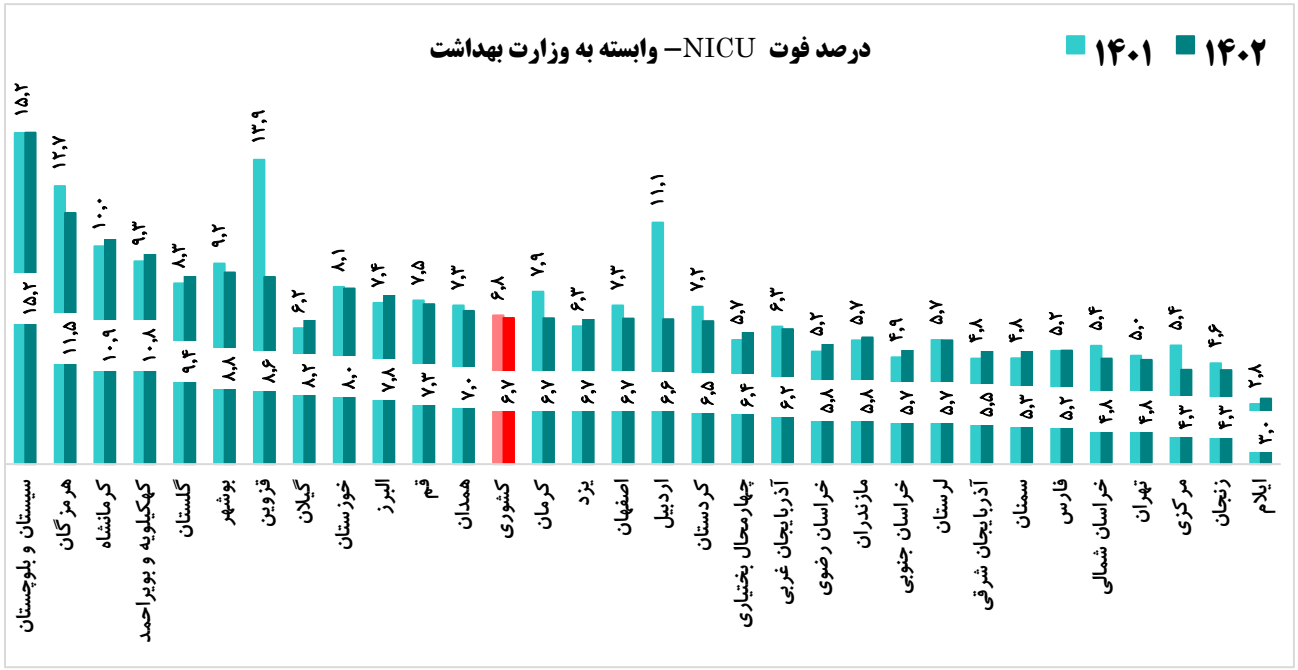


نمودار ۶–۴۴– شاخص درصد فوت NICU در بیمارستانهای کشور به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

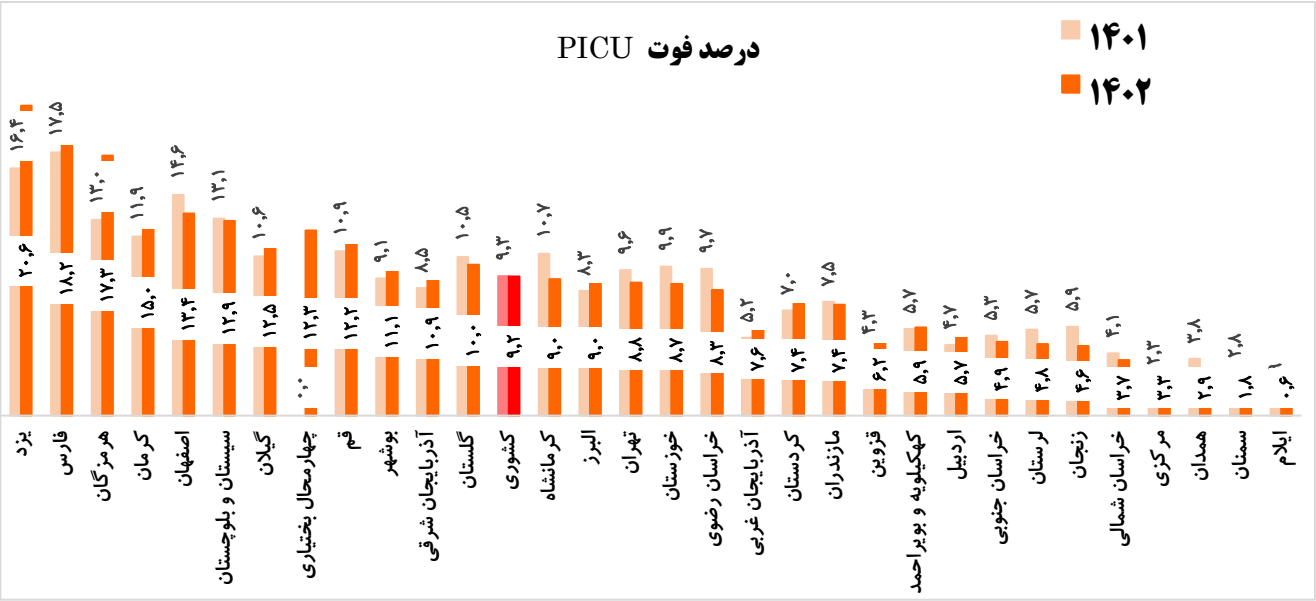


بیشترین درصد فوت در بخشهای NICU درسال ۱۴۰۲ در استانهای سیستان و بلوچستان،کهکیلویه و بویراحمد و گلستان دیده شد.

نمودار ۶–۴۵– شاخص درصد فوت NICU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

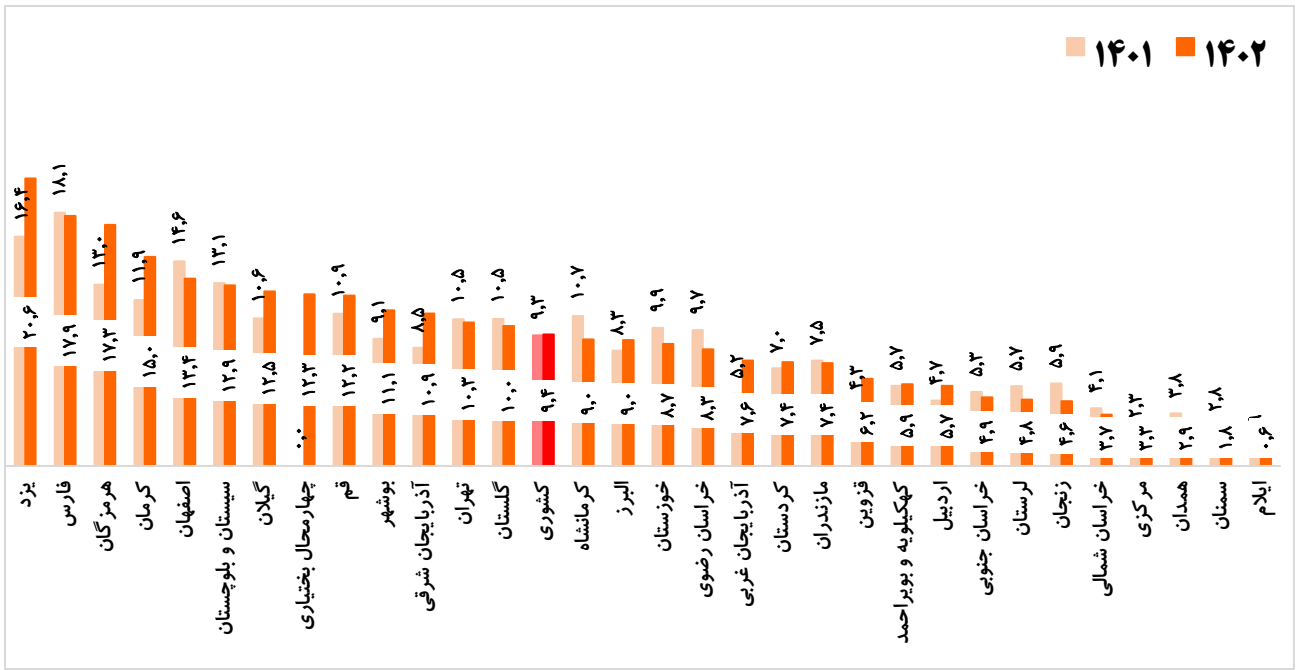


نمودار ۶–۴۶– شاخص درصد فوت PICU در بیمارستانهای کشور به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

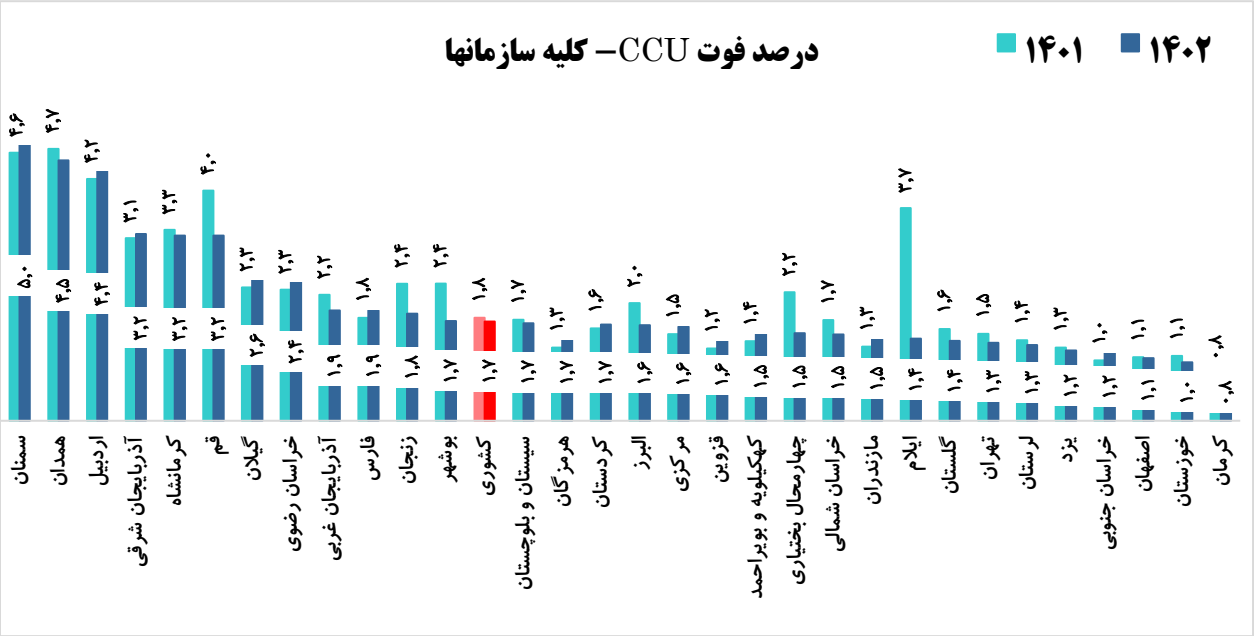


بیشترین درصد فوت در بخشهای PICU در سال ۱۴۰۲ در استانهای یزد، فارس، هرمزگان،کرمان دیده شد.

نمودار ۶–۴۷– شاخص درصد فوت PICU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

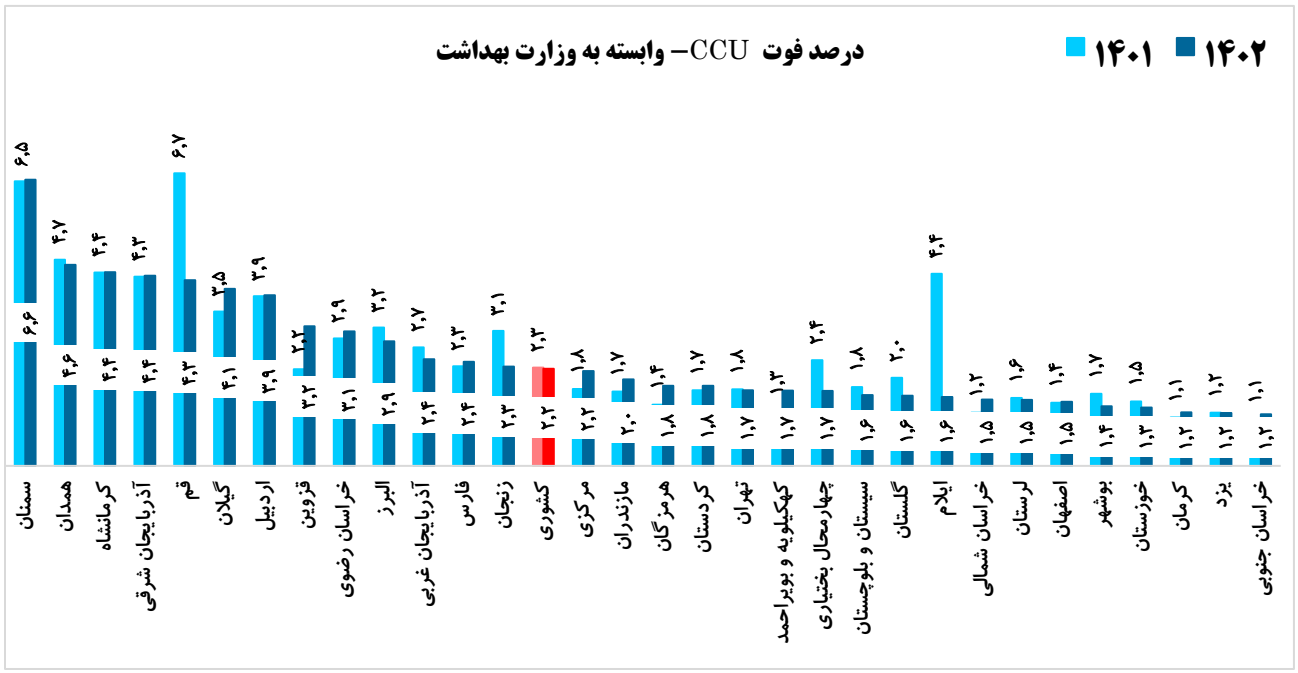


نمودار ۶–۴۸– شاخص درصد فوت CCU در بیمارستانهای کشور به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

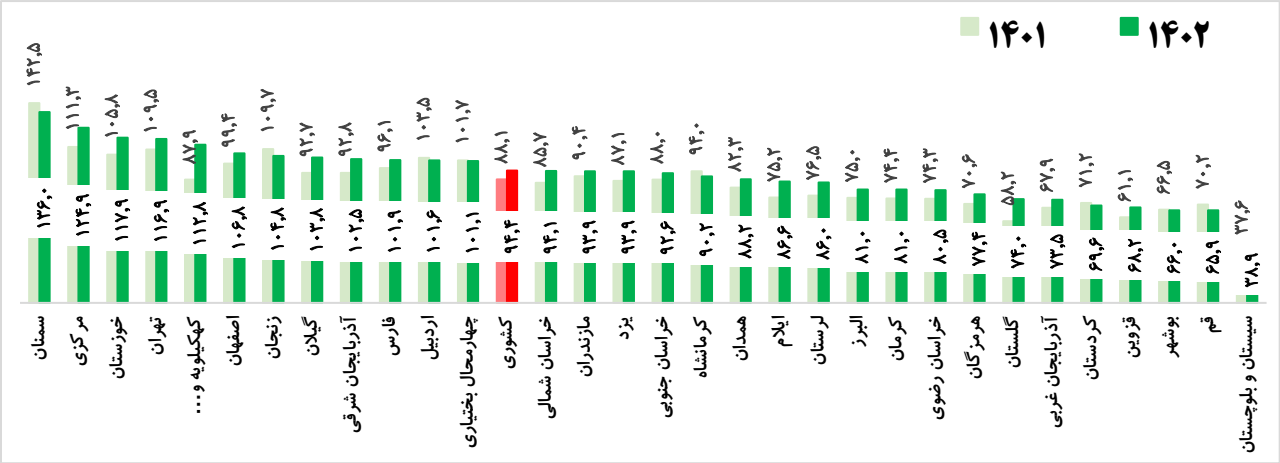


بیشترین درصد فوت در بخشهای CCU در سال ۱۴۰۲ در استانهای سمنان، همدان و اردبیل دیده شد.

نمودار ۶–۴۹– شاخص درصد فوت CCU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک استان و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰

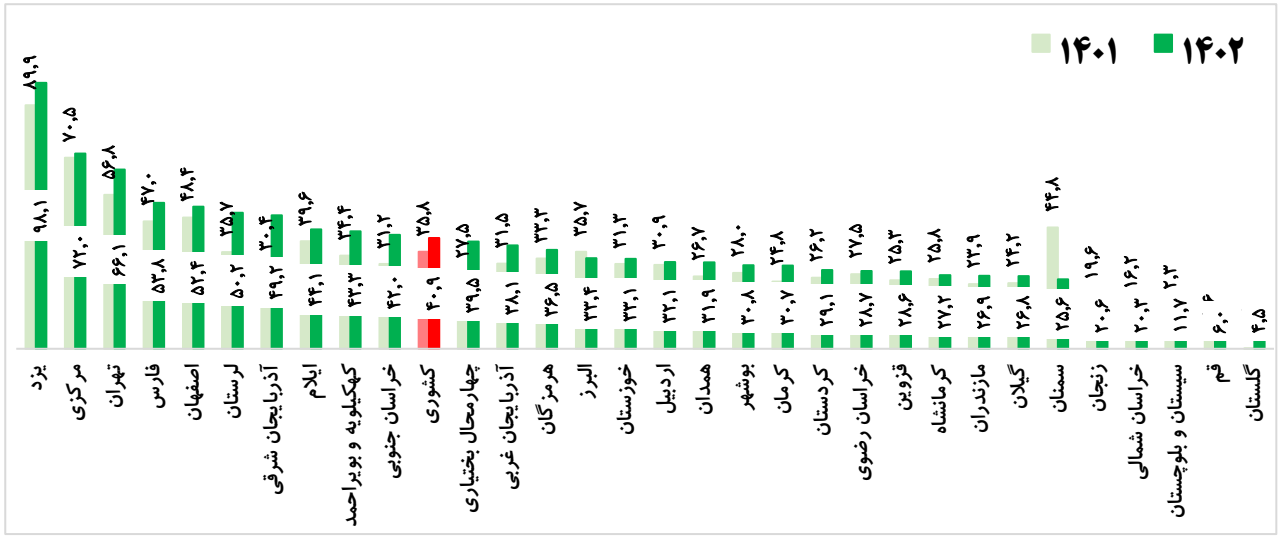


نمودار ۶–۵۰– شاخص عملکرد سی تی اسکن (تعداد سی تی اسکن انجام شده به ازای ۱۰۰۰ نفرجمعیت) در بیمارستانهای کشور به تفکیک استانهای کشور و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



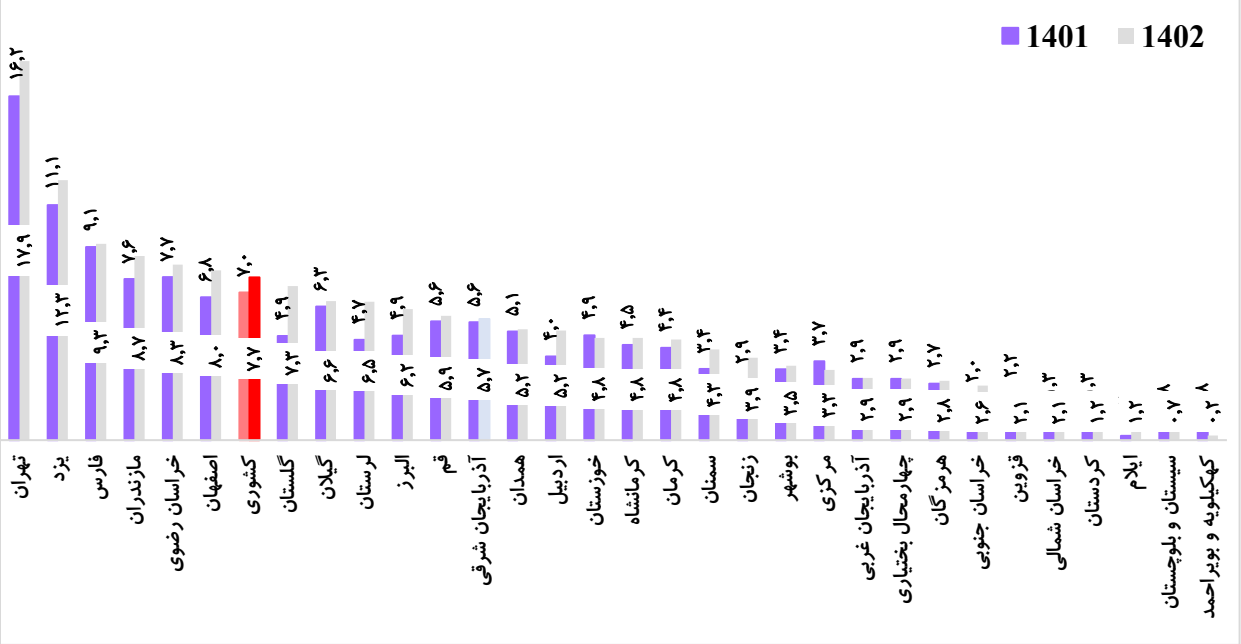
عملکرد دستگاه سی تی اسکن در سال ۱۴۰۲ در استانهای سمنان، مرکزی و خوزستان بالاتر است. لازم است اندیکاسیونهای انجام سی تی اسکن در این استانها بررسی گردد. در استانهایی که مراکز سی تی اسکن خصوصی و مستقل از بیمارستان وجود دارد، تعداد مراجعین بین این مراکز و بیمارستانها توزیع می شود که یکی از دلایل کاهش تعداد مراجعین جهت انجام این نوع خدمات به بیمارستانهاست.

نمودار ۶–۵۱– شاخص عملکرد MRI (تعداد MRI انجام شده به ازای جمعیت) در بیمارستانهای کشور به تفکیک استانهای کشور و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲

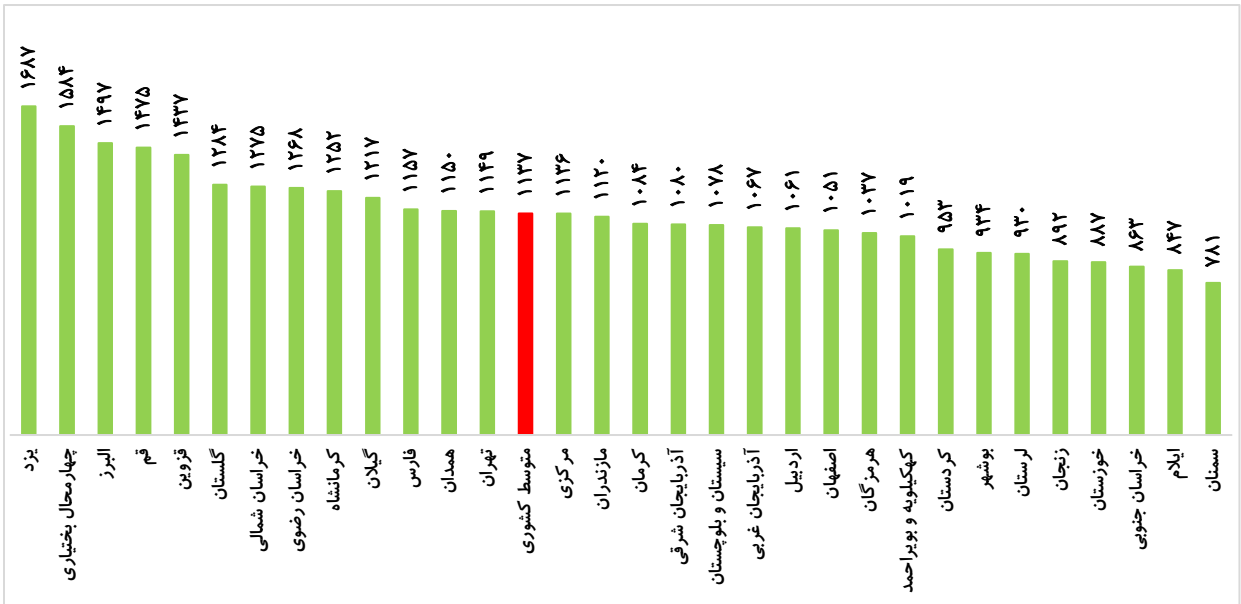


عملکرد دستگاه MRI در سال ۱۴۰۲ در استانهای یزد، مرکزی و تهران از همه استانها بالاتر است. در استانهایی که مراکز MRI خصوصی و مستقل از بیمارستان وجود دارد، تعداد مراجعین بین این مراکز و بیمارستانها توزیع می شود که یکی از دلایل کاهش تعداد مراجعین جهت انجام این نوع خدمات به بیمارستانهاست. در استان گلستان اکثر مراکز MRI مستقل از بیمارستان هستند.

نمودار ۶–۵۲– شاخص عملکرد آنژیوگرافی (تعداد آنژیوگرافی انجام شده به ازای جمعیت) در بیمارستانهای کشور به تفکیک استانهای کشور و مقایسه آن در سالهای ۱۴۰۱– ۱۴۰۲



نمودار ۶–۵۳– شاخص گردش تخت اتاق عمل در بیمارستانهای کشور به تفکیک استانهای کشور در سال ۱۴۰۲



فصل هفتم

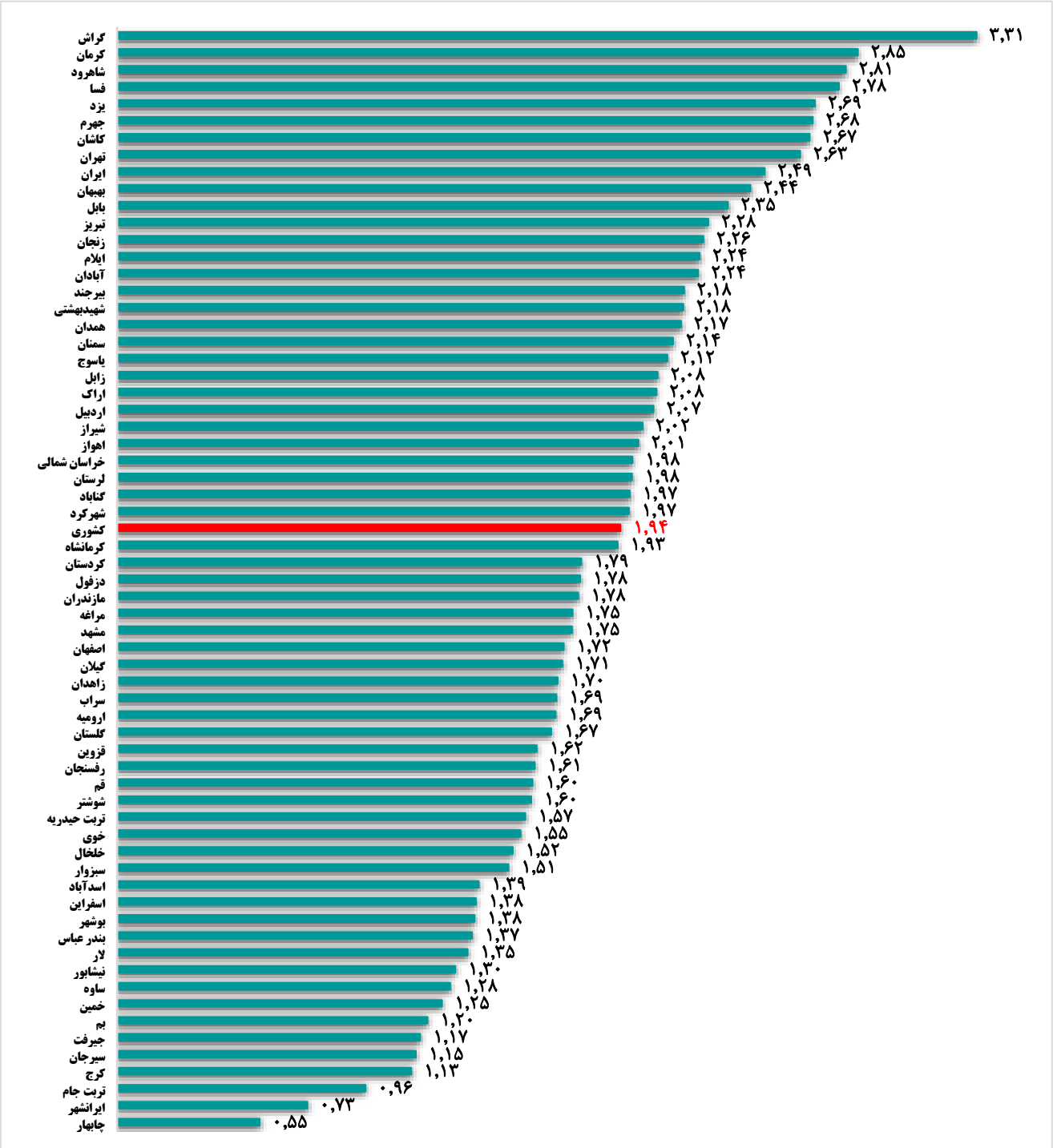
شاخص های منابع و عملکردی بیمارستانی به تفکیک دانشکده/دانشگاههای کشور

شاخصهای جمعیتی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به علت نداشتن جمعیت تعریف شده، قابل محاسبه نیست. تختهای بیمارستانی تحت پوشش دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی در سرانه تخت کشوری لحاظ شده اند.

وضعیت شاخصها در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به علت وجود بیمارستان تخصصی روانپزشکی (با بالای ۱۰۰۰ تخت و وجود تختهای مقیم روانپزشکی) متفاوت است و به همین دلیل در اکثر نمودارها نشان داده نشده است. به علت متوسط اقامت بالای بیماران روانپزشکی خصوصا بیماران مزمن روان، شاخصهای متوسط اقامت بیمار، گردش تخت، فاصله چرخش تخت و شاخصهای پرسنلی به صورت قابل ملاحظه ای با سایر دانشگاه/دانشکده ها متفاوت است و از محاسبات و نمودارها خارج شده است.

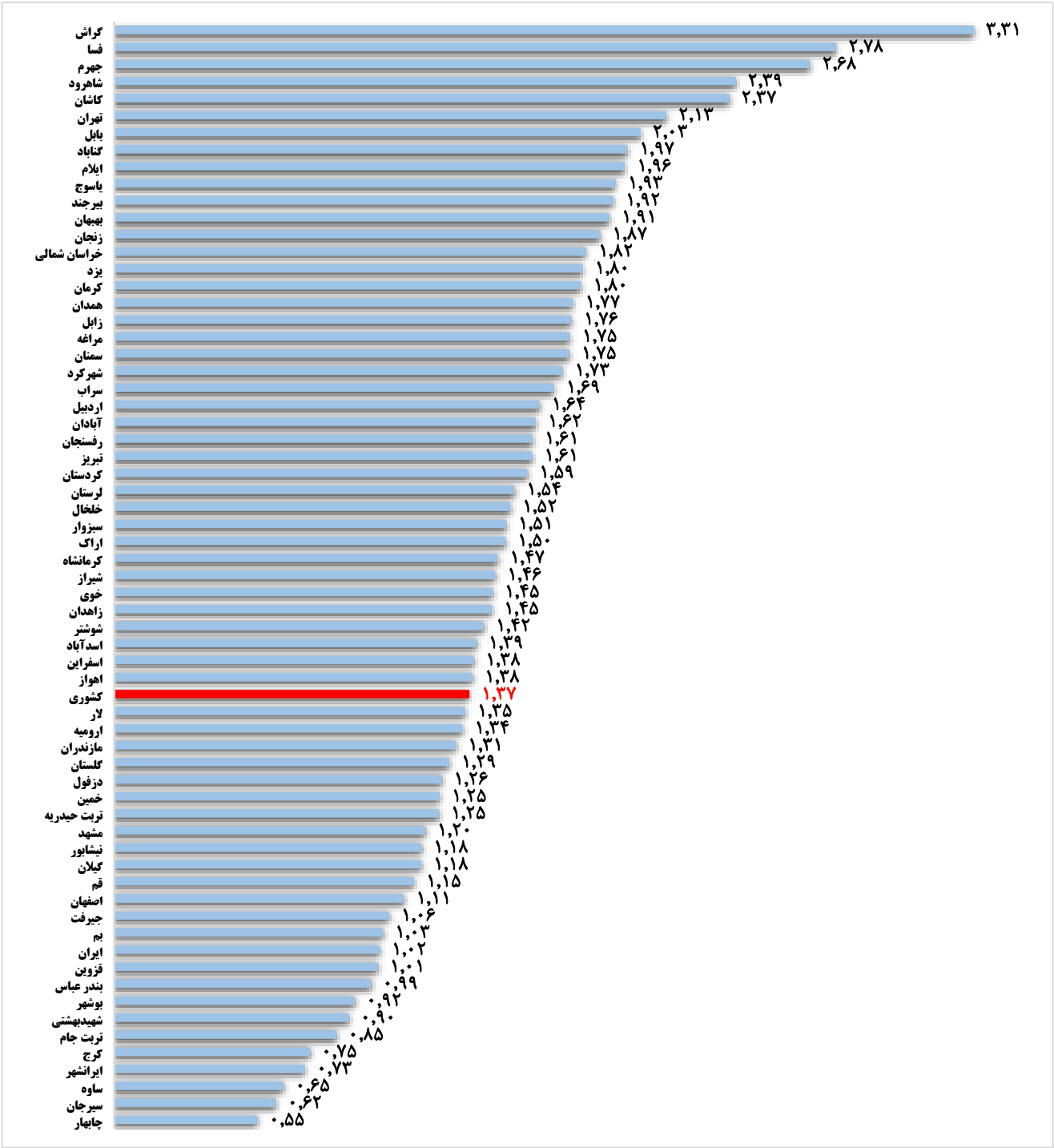
در فصل ۸، کلیه شاخصهای دانشگاه/دانشکده علوم توانبخشی و بهزیستی به صورت مجزا آورده شده است.

نمودار ۷–۱– سرانه تخت بستری موجود به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های کشور– سال ۱۴۰۲



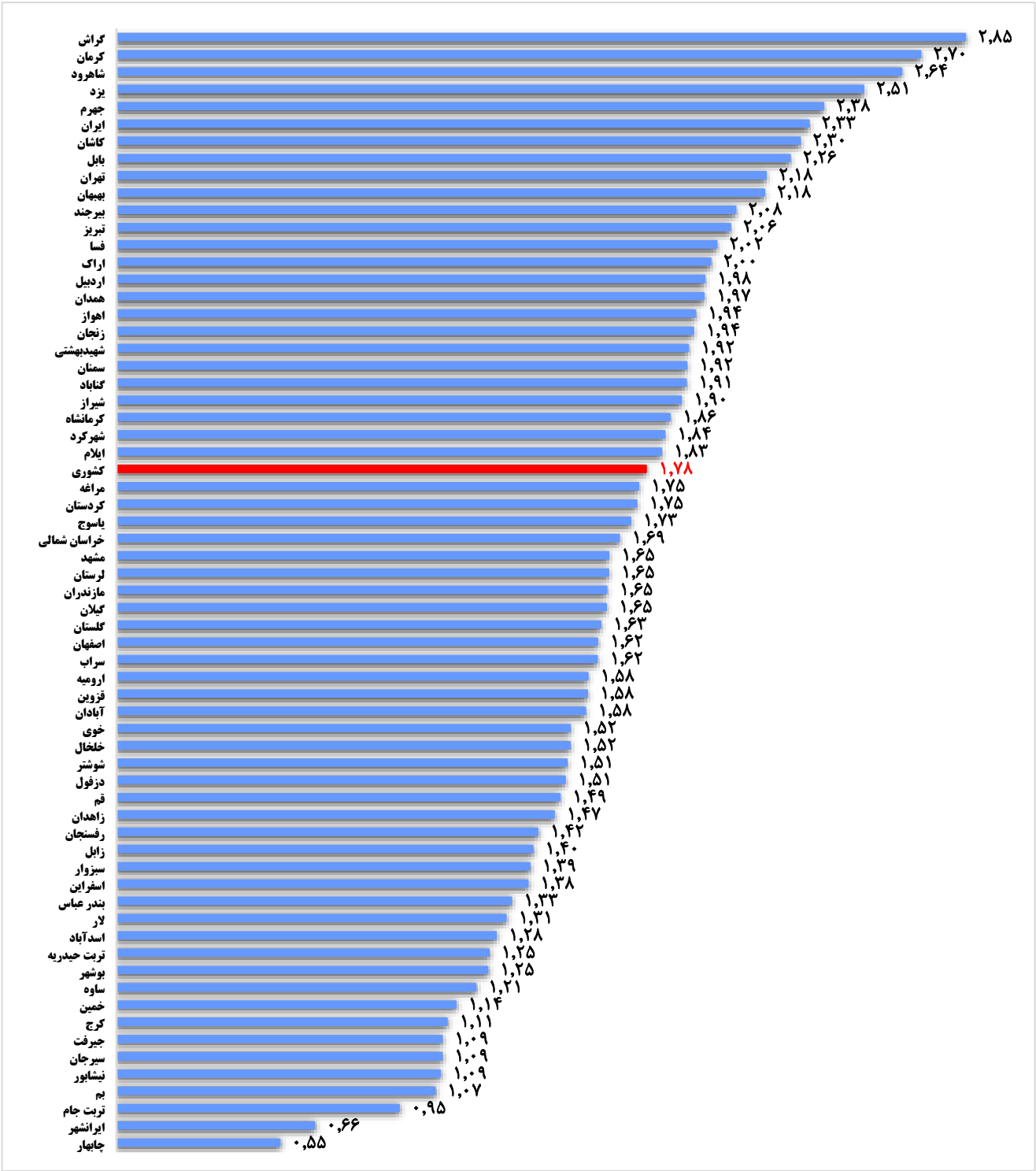
تخت بستری شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

نمودار ۷–۲– سرانه تخت بستری موجود در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های کشور– سال ۱۴۰۲

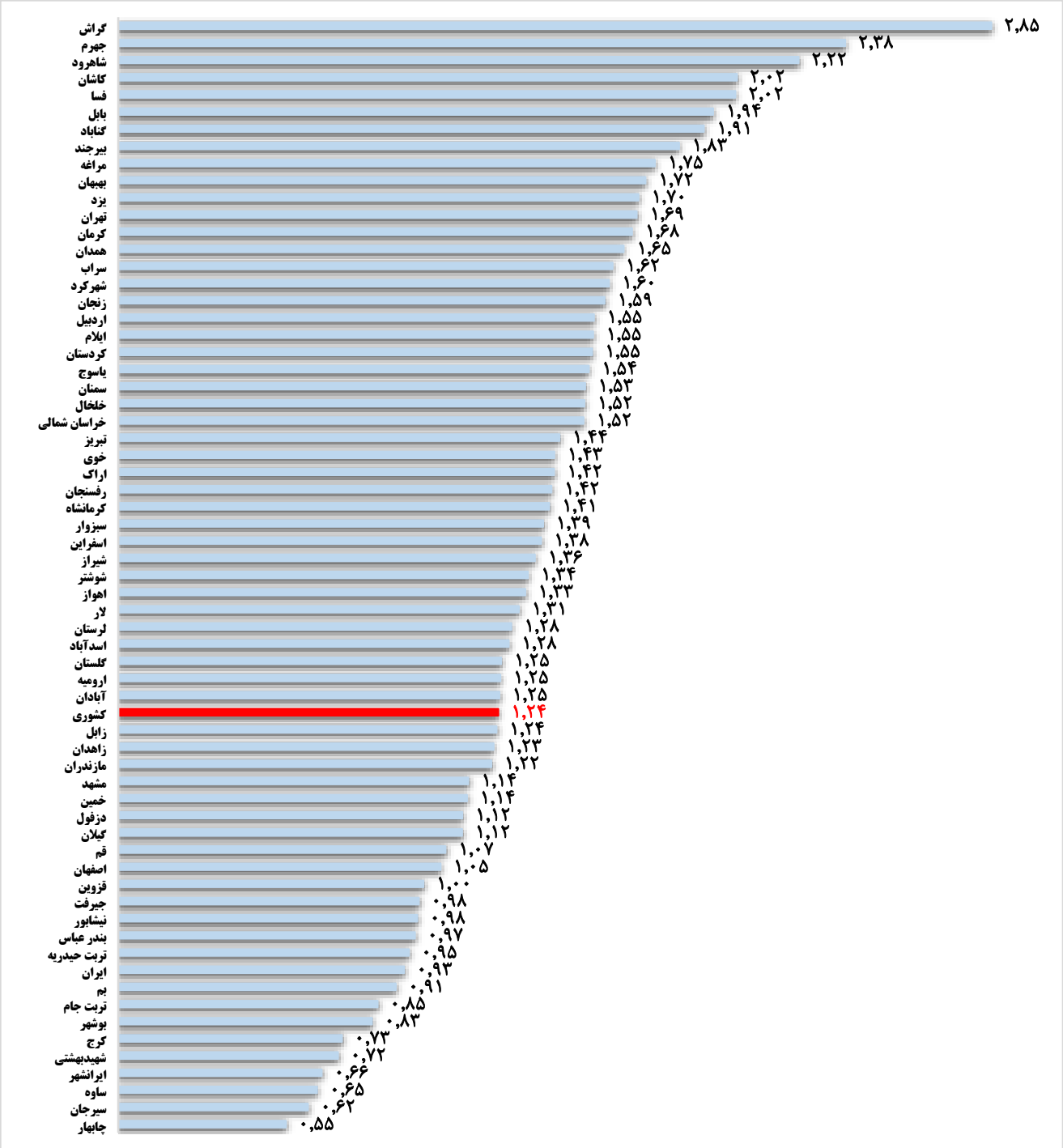


تخت بستری شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

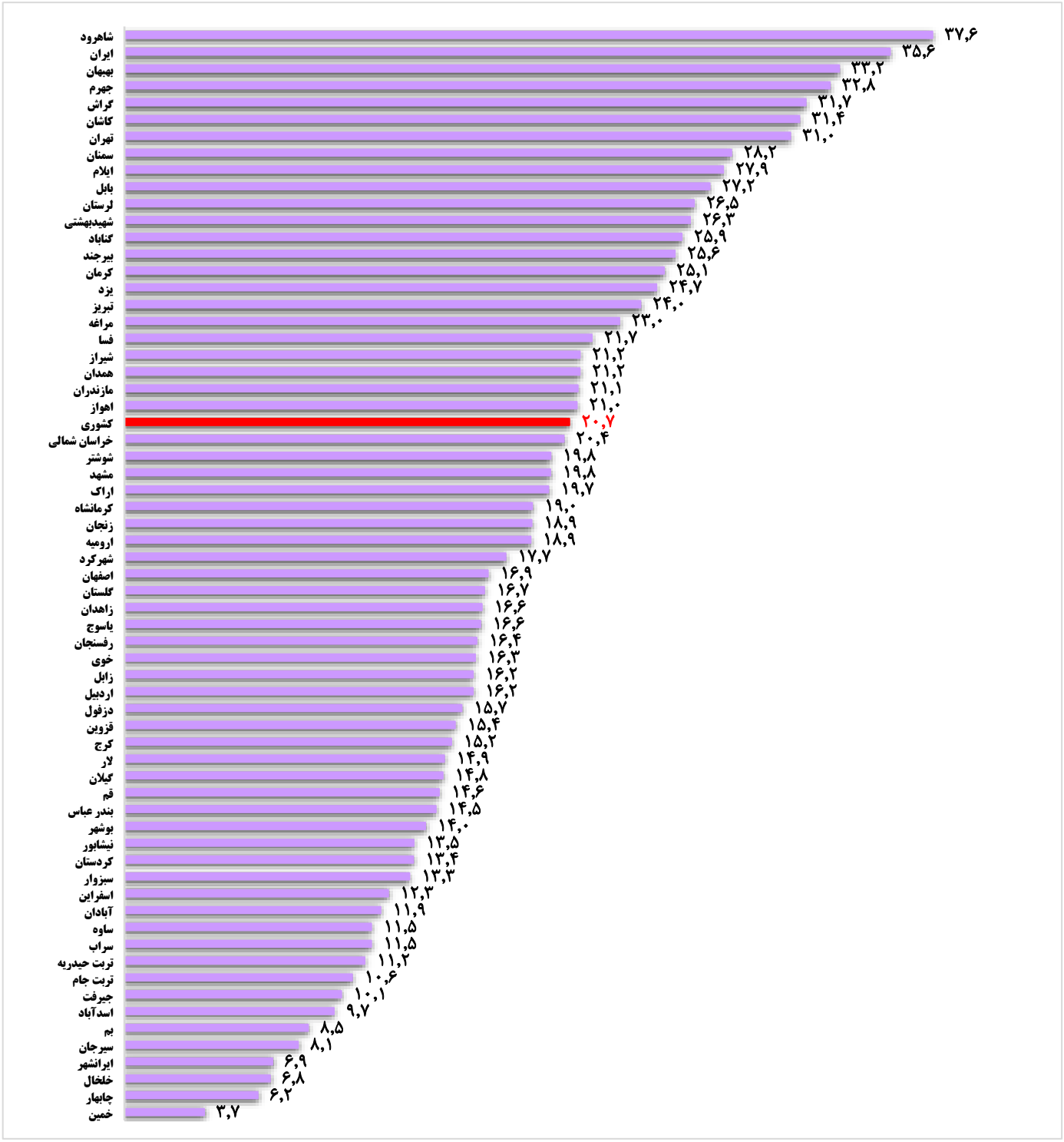
نمودار ۷–۳– سرانه تخت بستری فعال به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های کشور– سال ۱۴۰۲



نمودار ۷–۴– سرانه تخت بستری فعال در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های کشور– سال ۱۴۰۲

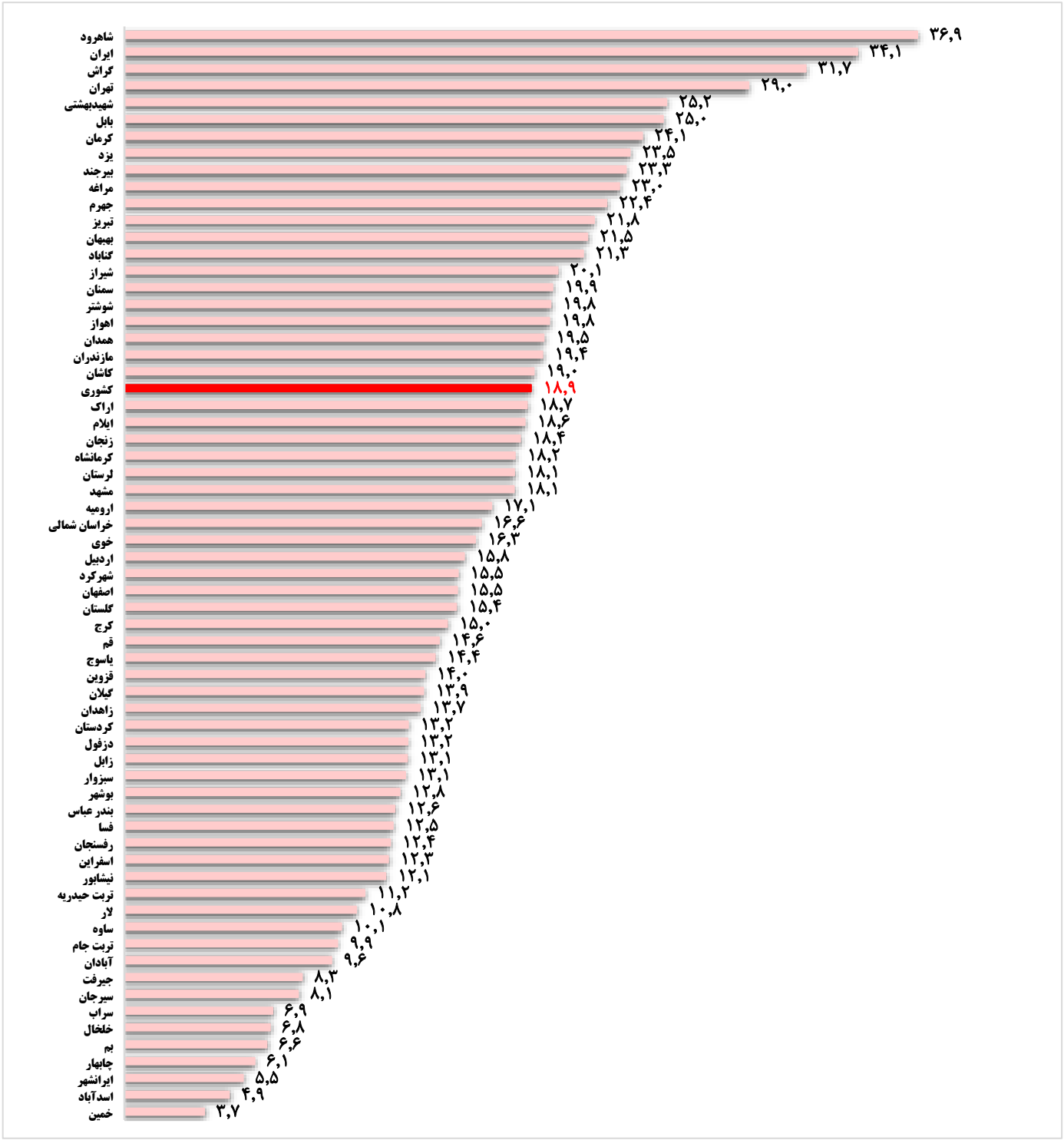


نمودار ۷–۵– سرانه تخت ویژه موجود به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲

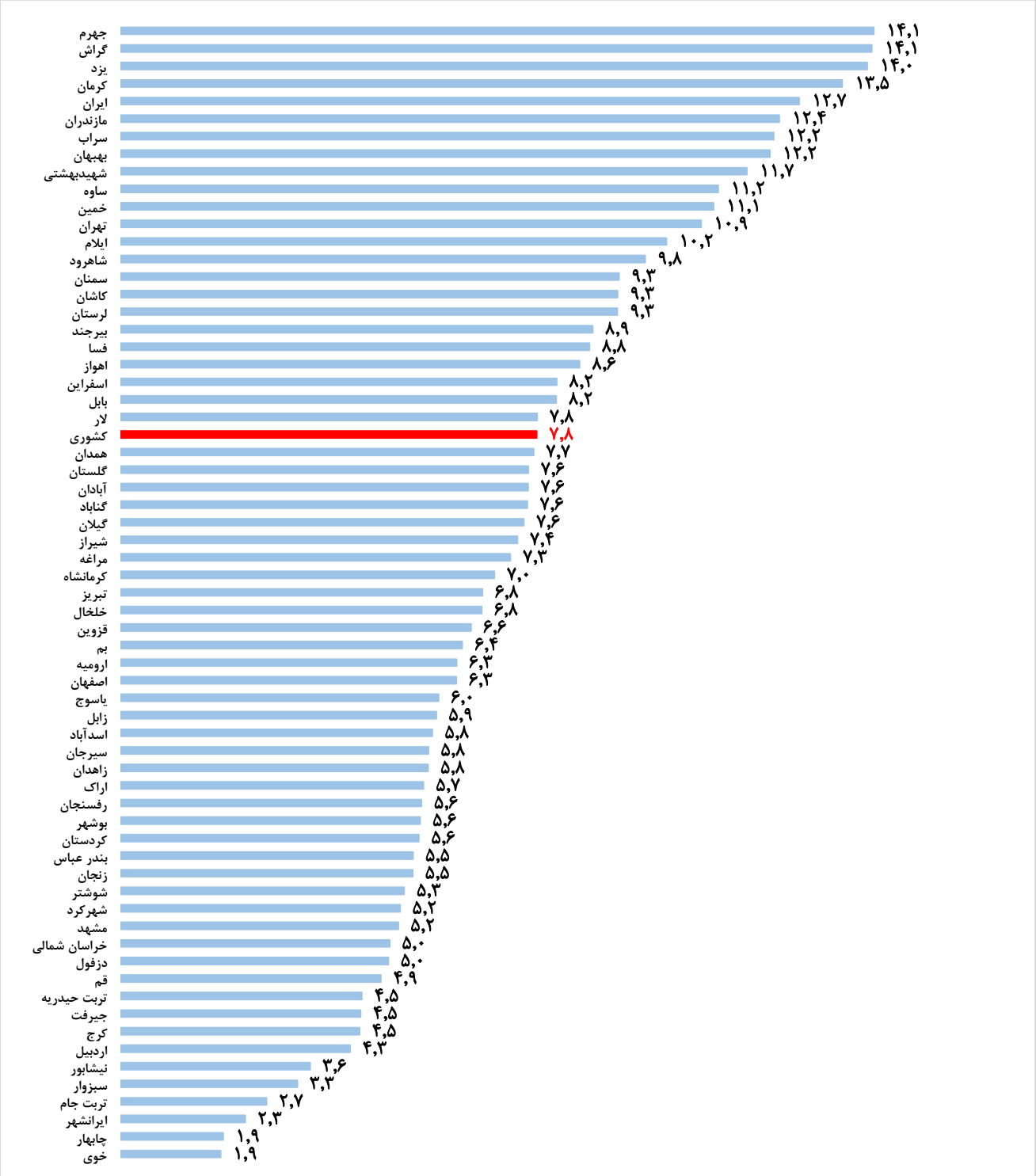


تخت ویژه شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

نمودار ۷–۶– سرانه تخت ویژه فعال به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲

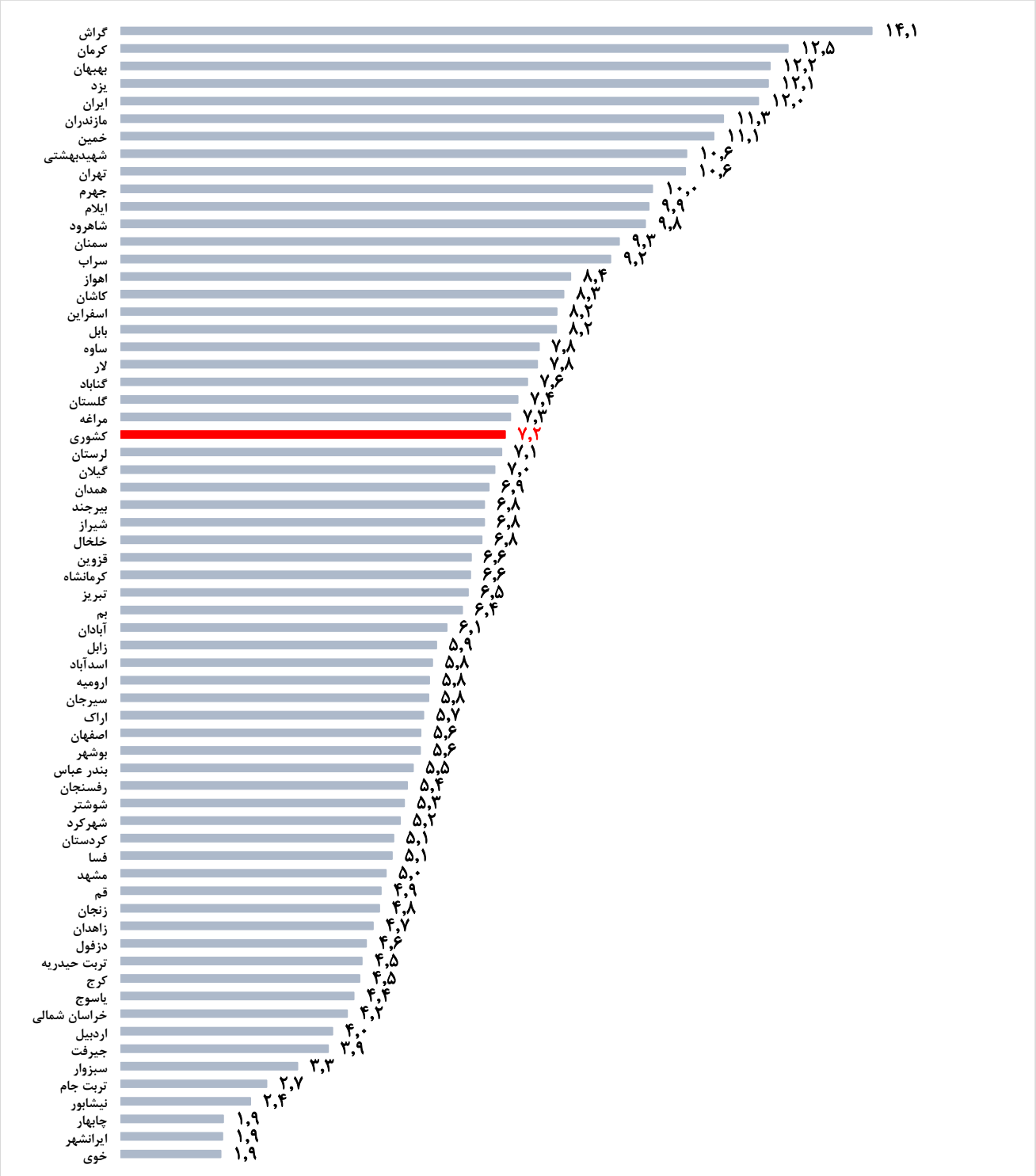


نمودار ۷–۷– سرانه تخت CCU موجود در دانشگاهها / دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲

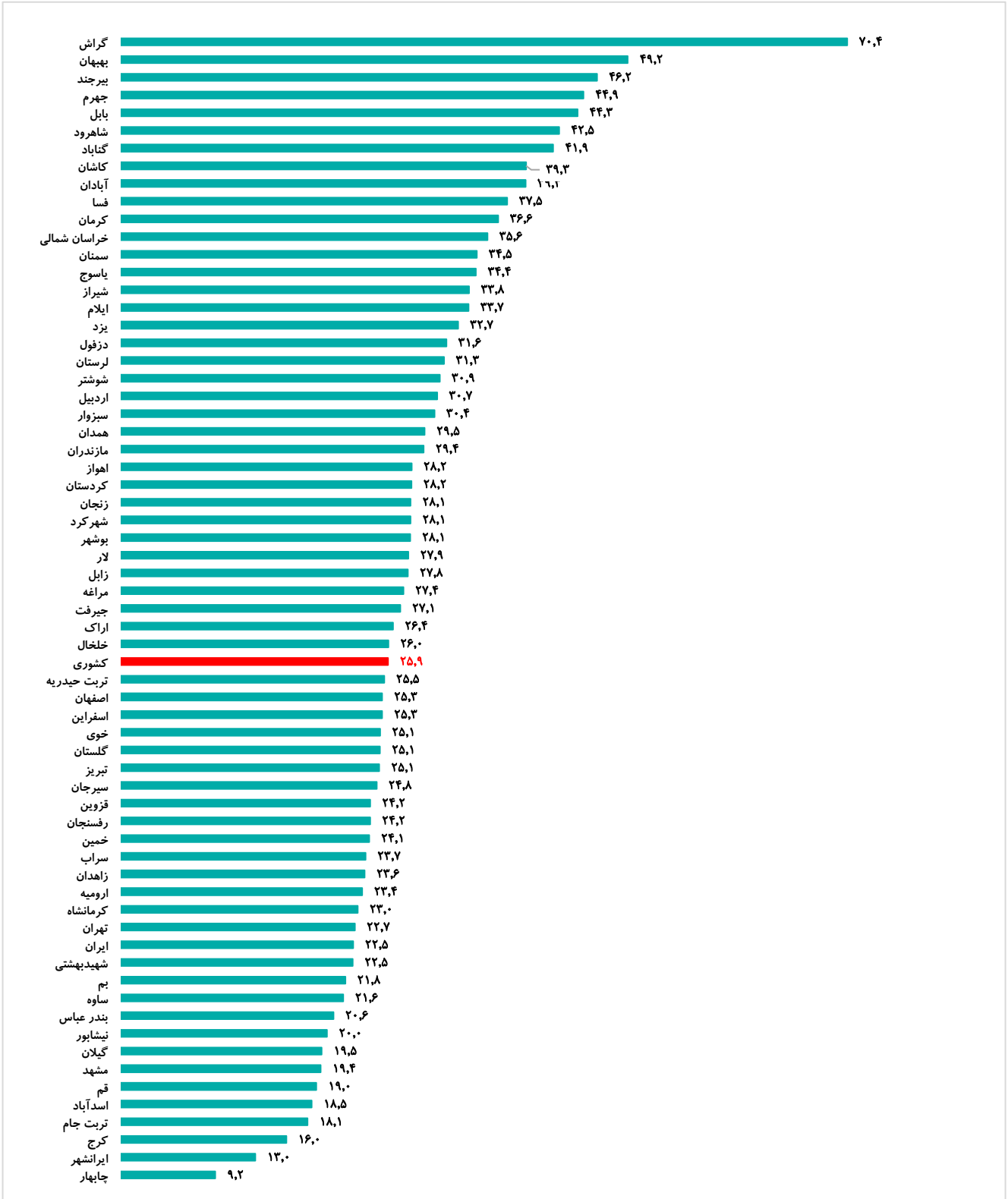


تخت CCU شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

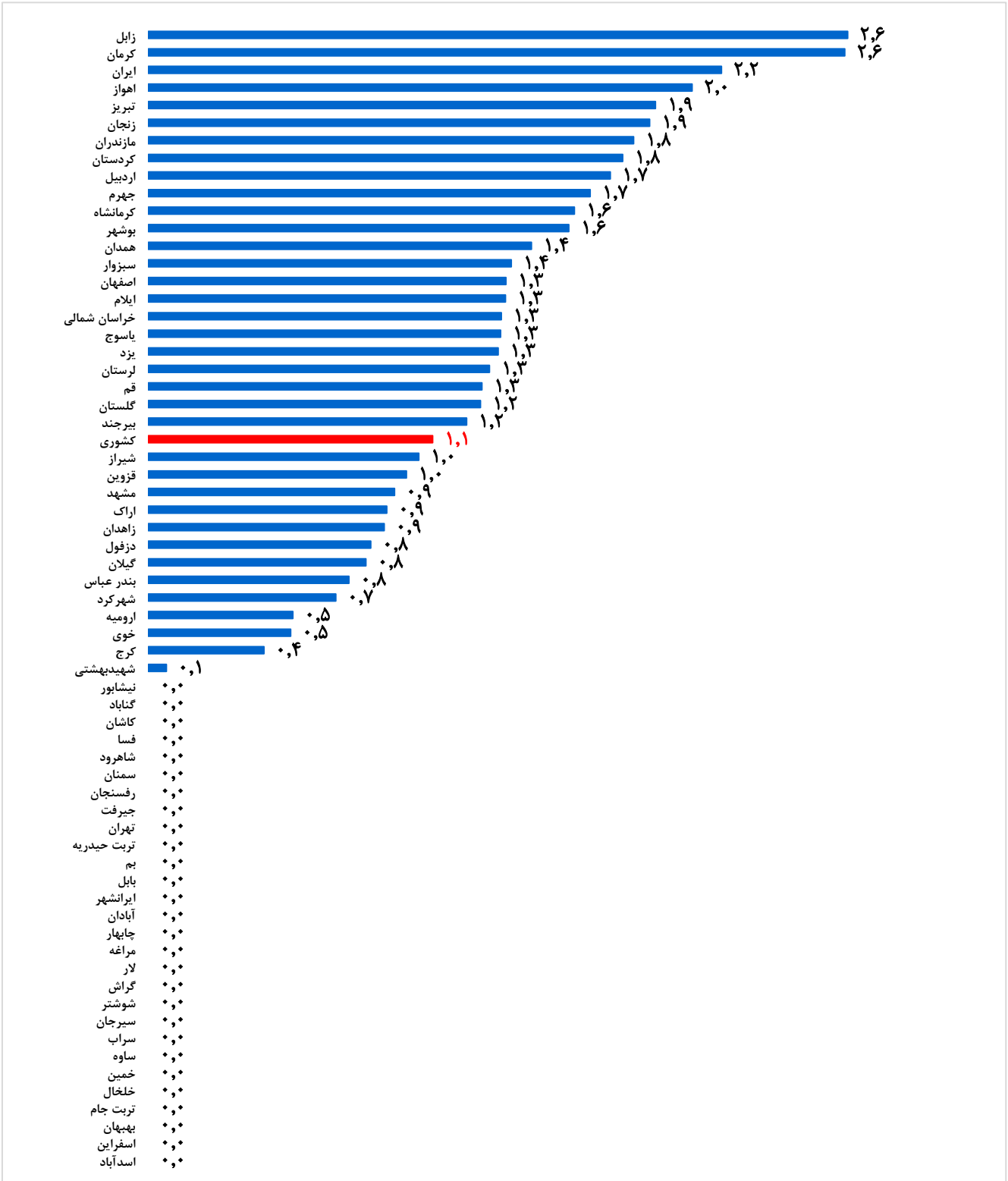
نمودار ۷–۸– سرانه تخت CCU فعال در دانشگاهها / دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲



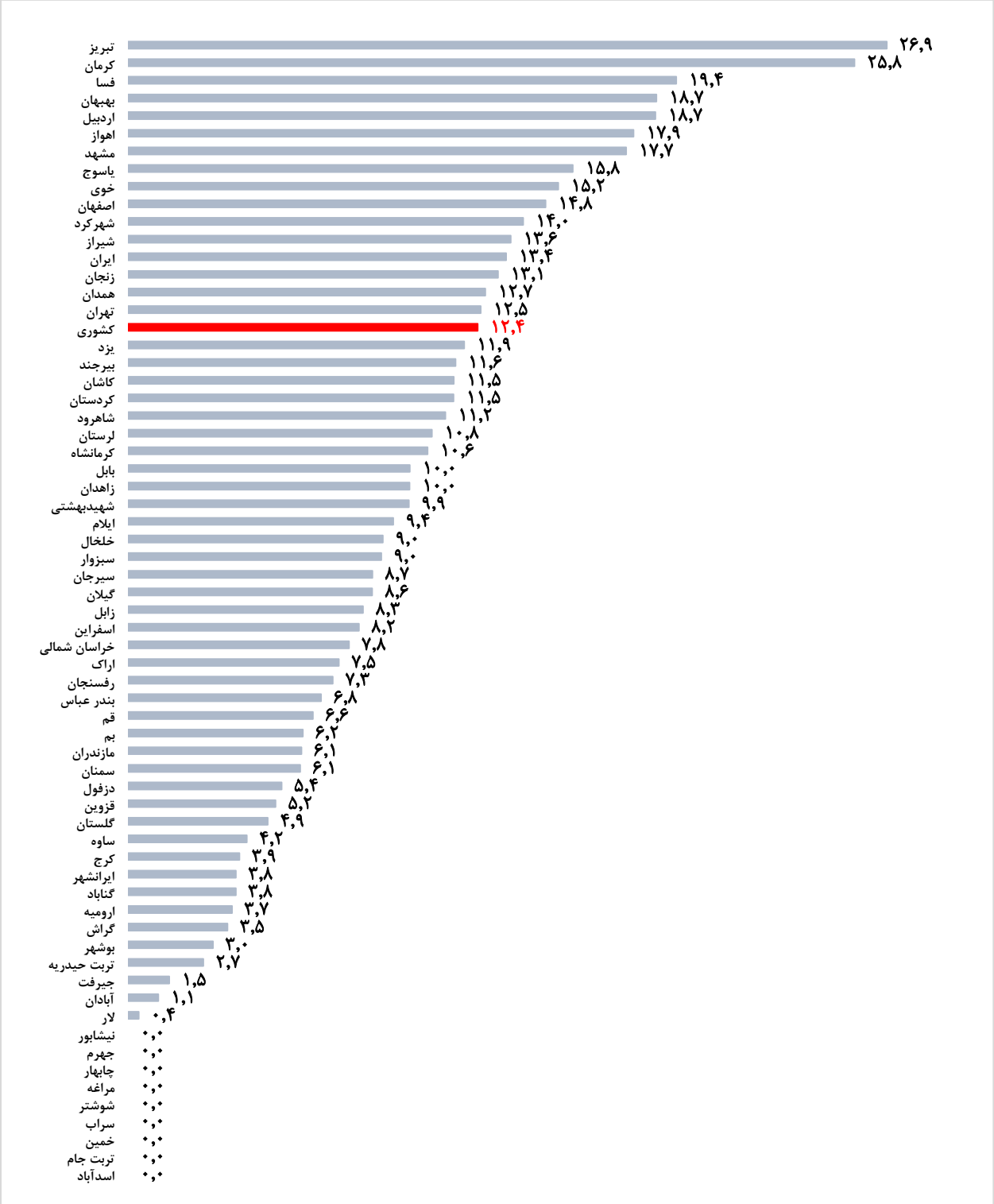
نمودار ۷–۹– سرانه تخت اورژانس فعال در دانشگاهها / دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲



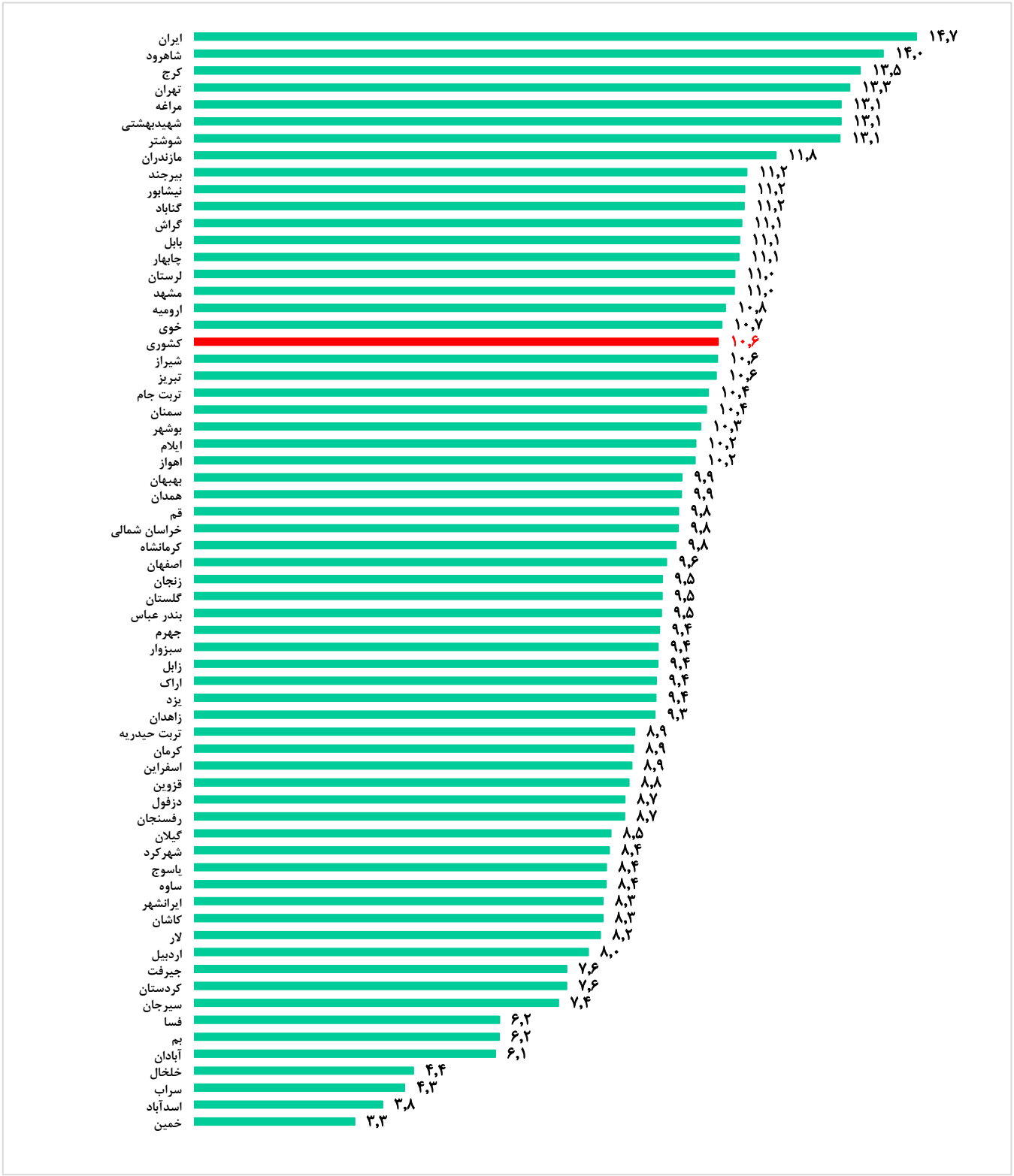
نمودار ۷–۱۰– سرانه تخت سوختگی فعال (شامل تخت سوختگی و BICU) در دانشگاهها/ دانشکده های کشور– سال ۱۴۰۲



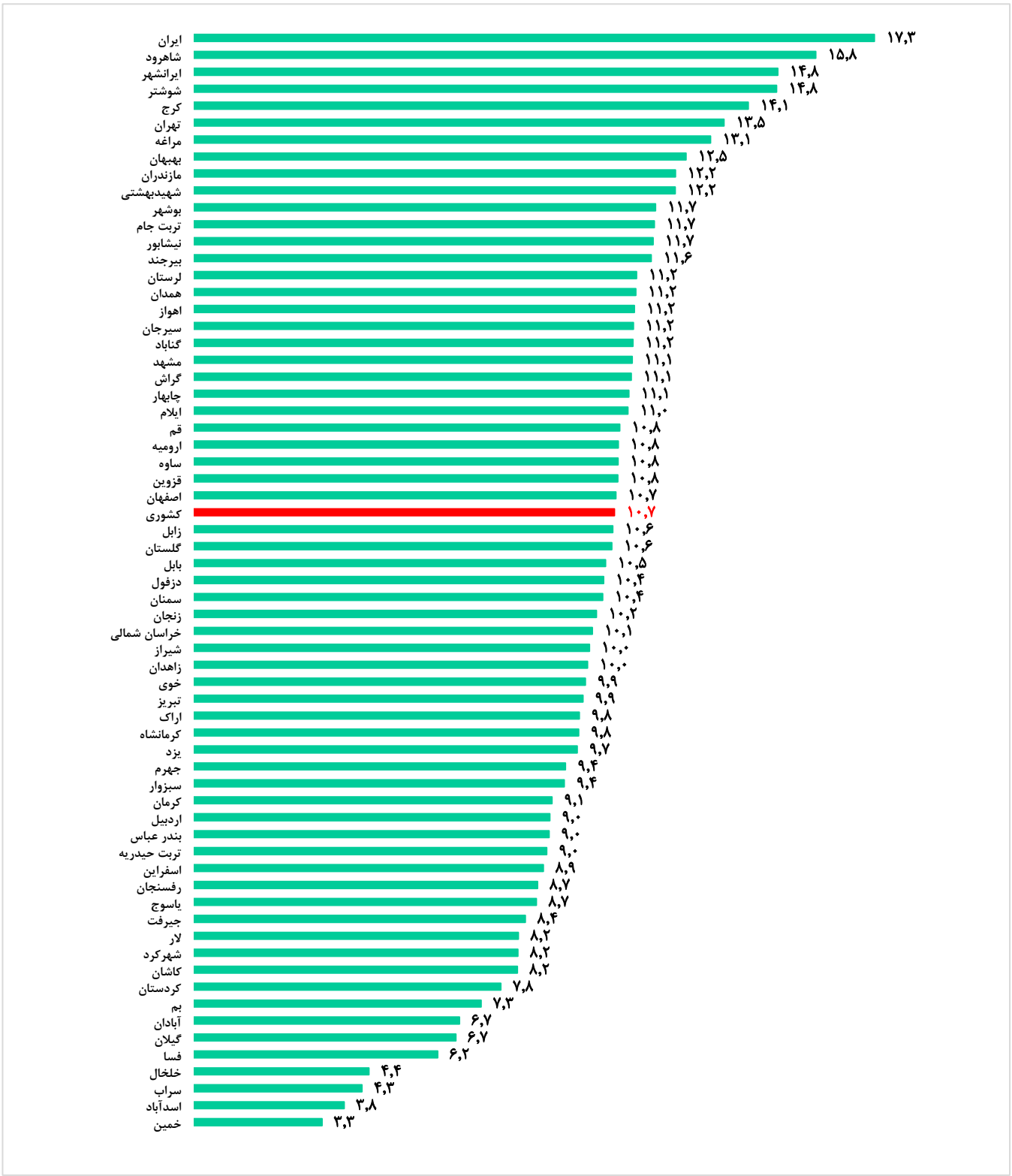
نمودار ۷–۱۱– سرانه تخت روانپزشکی فعال در دانشگاهها/ دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲



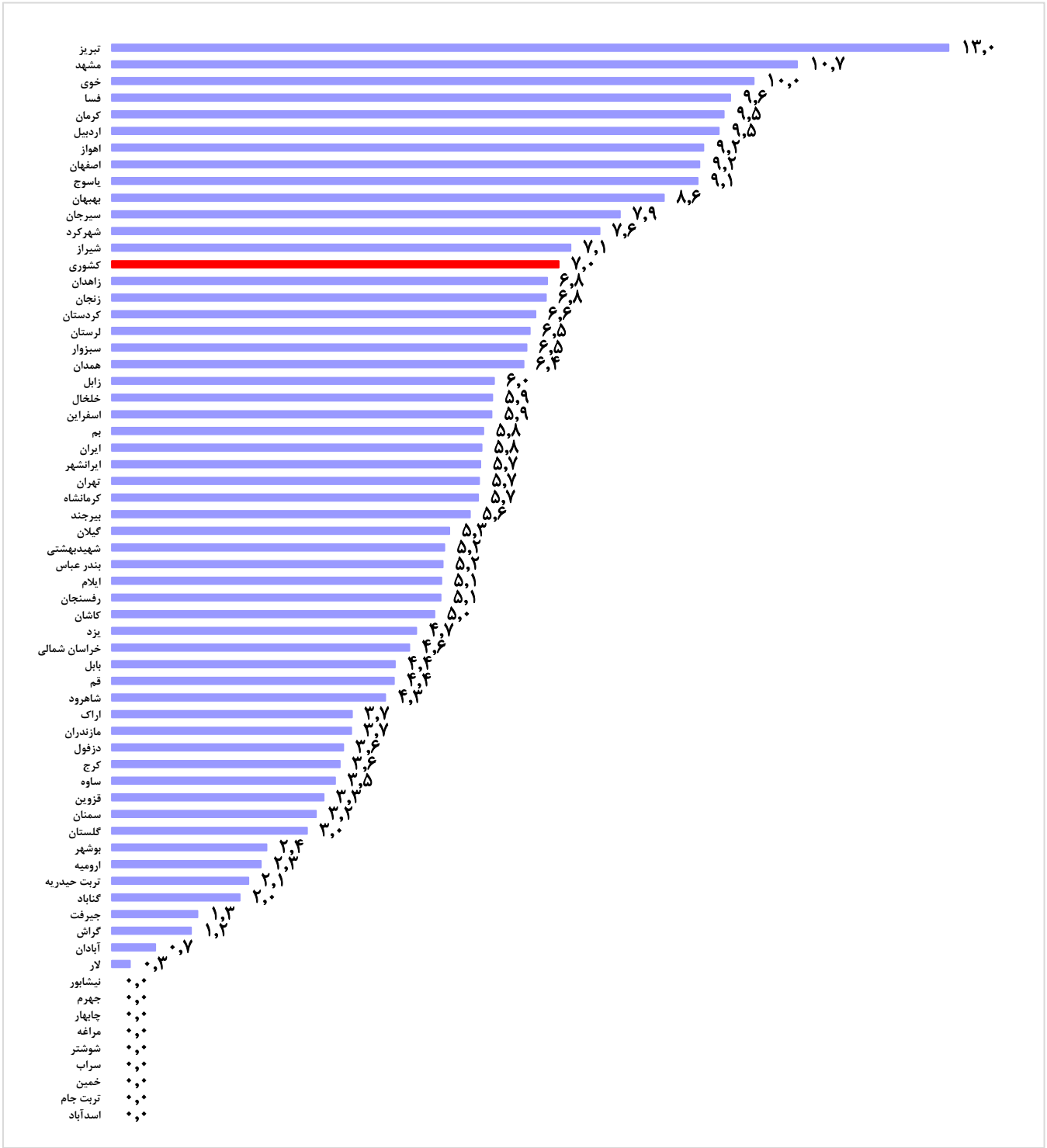
نمودار ۷–۱۲– درصد تخت ویژه فعال به تخت کل فعال در دانشگاهها/ دانشکده های کشور– سال ۱۴۰۲



نمودار ۷–۱۳– درصد تخت ویژه فعال به تخت کل فعال در دانشگاهها/ دانشکده های کشور در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت– سال ۱۴۰۲

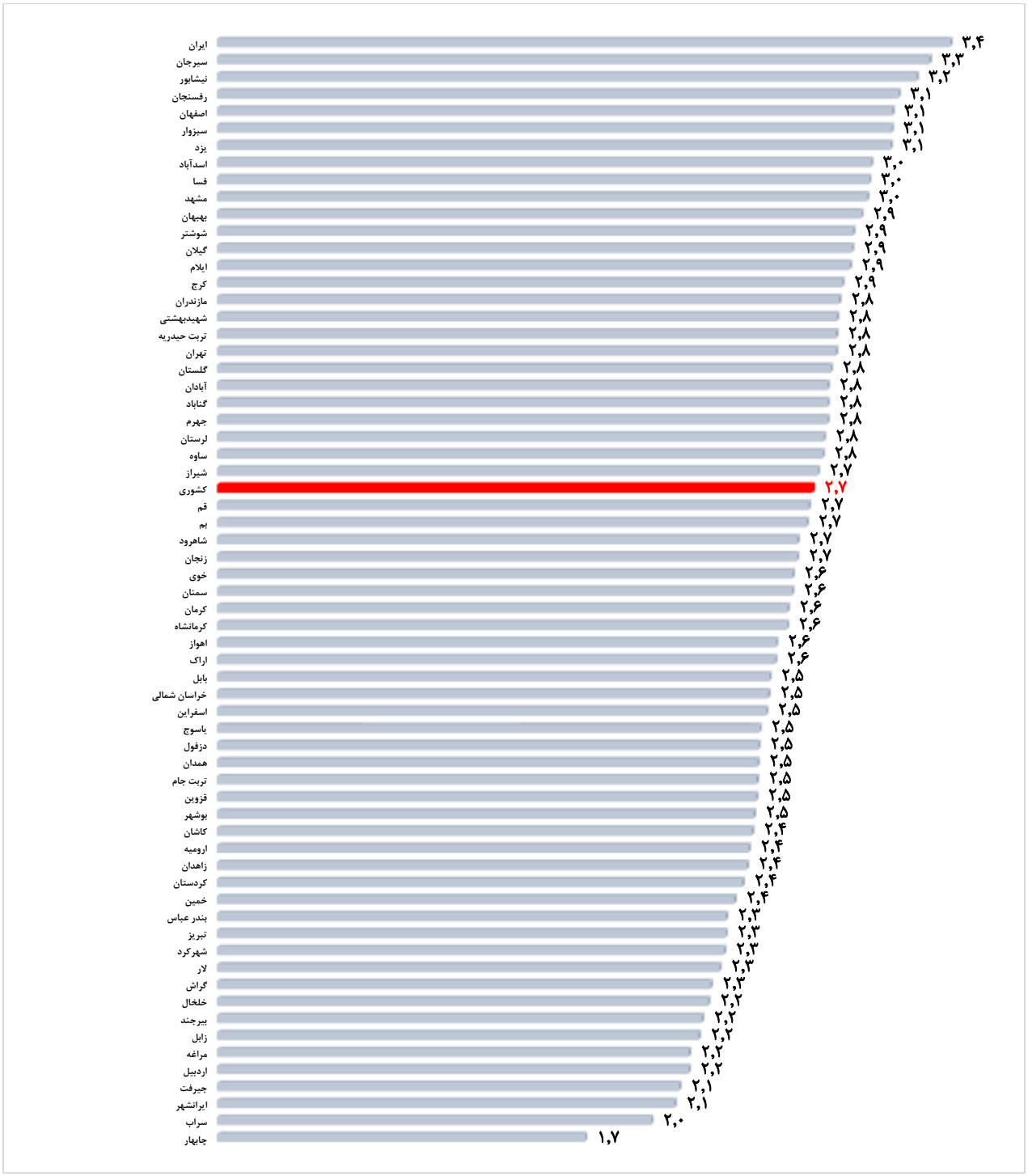


نمودار ۷–۱۴– درصد تخت روانپزشکی فعال به تخت کل فعال در دانشگاهها/ دانشکده های کشور– سال ۱۴۰۲

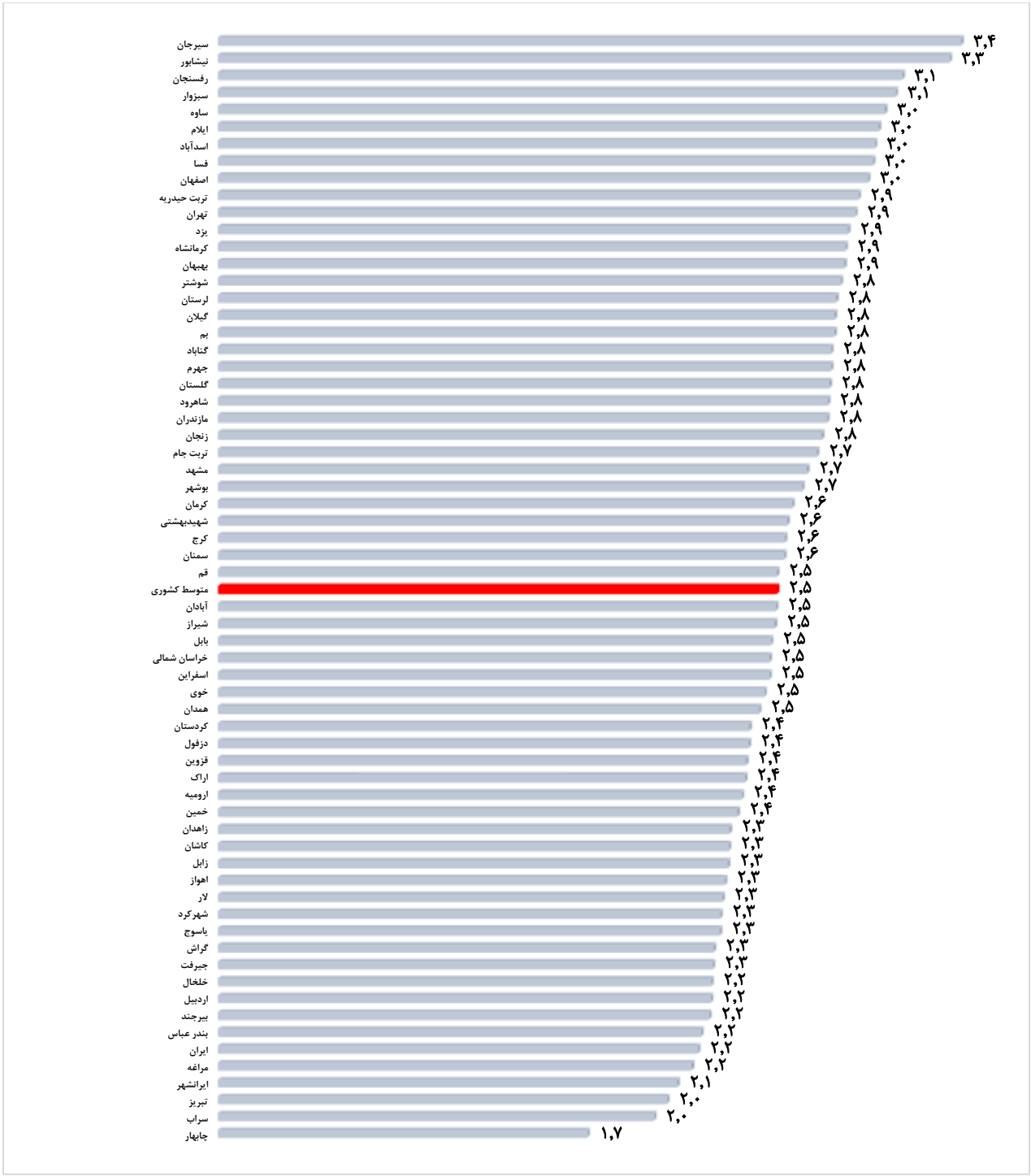


با توجه به متفاوت بودن تختهای بیمارستانی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و وجود تختهای مقیم روانپزشکی، درصد تخت روان در دانشگاه علوم توانبخشی بالاست (۸۹ درصد) و به علت اینکه درصد تخت روان در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بالاست، در نمودار آورده نشده است.

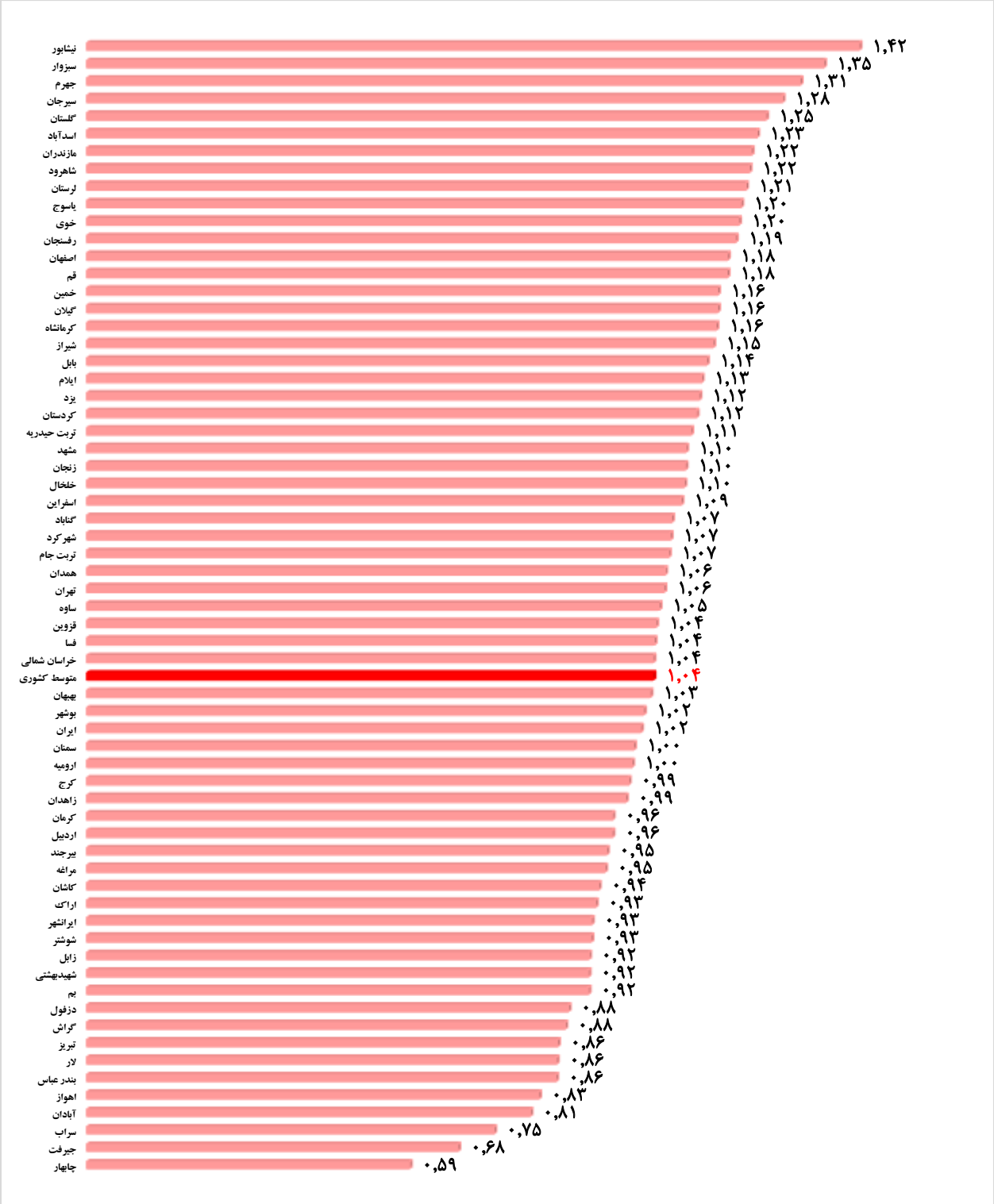
نمودار ۷– ۱۵– شاخص پرسنل به تخت به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



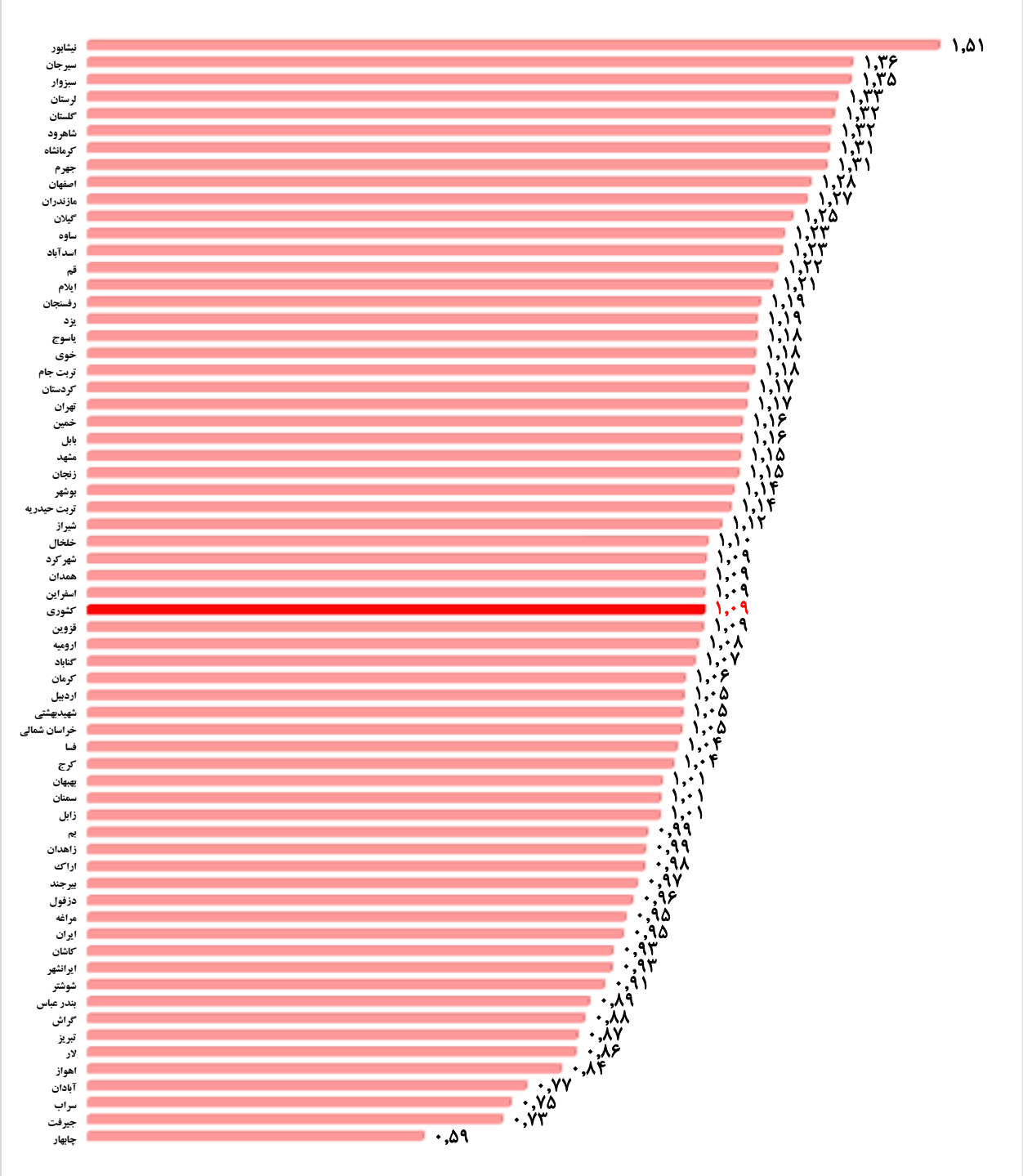
نمودار ۷– ۱۶– شاخص پرسنل به تخت به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت – سال ۱۴۰۲



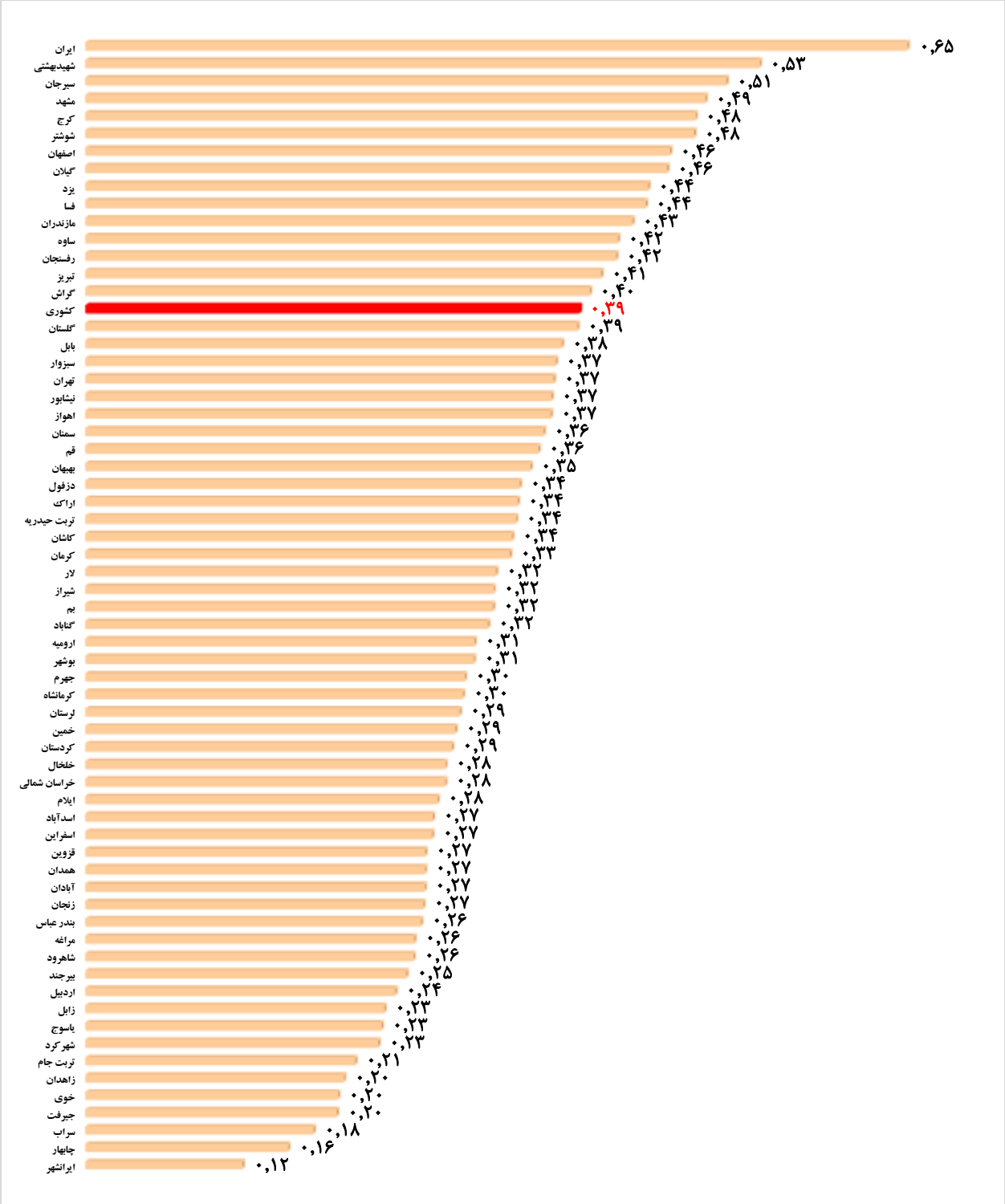
نمودار ۷–۱۷–شاخص کادر پرستاری به تخت به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲



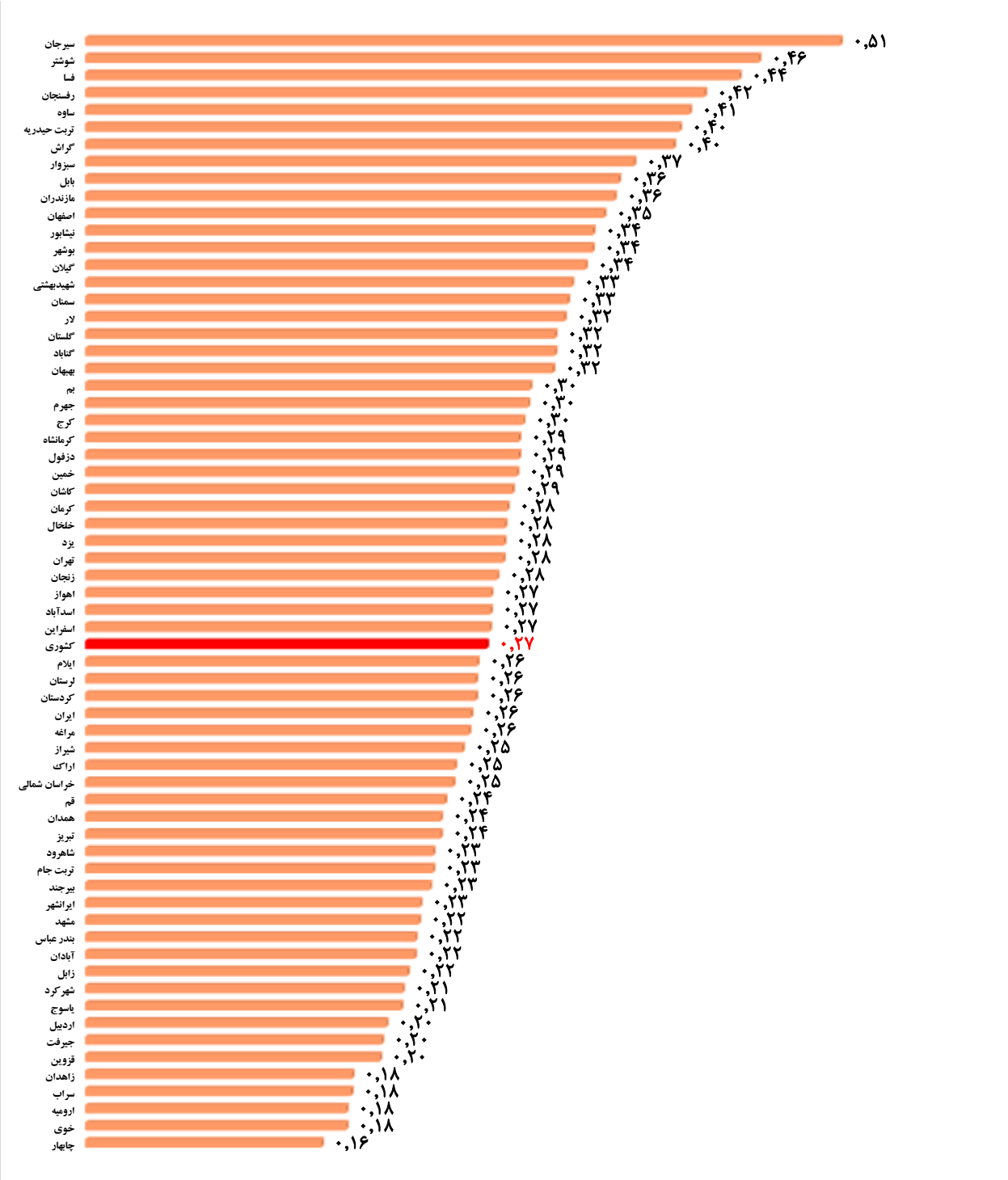
نمودار ۷–۱۸–شاخص کادر پرستاری به تخت به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت – سال ۱۴۰۲



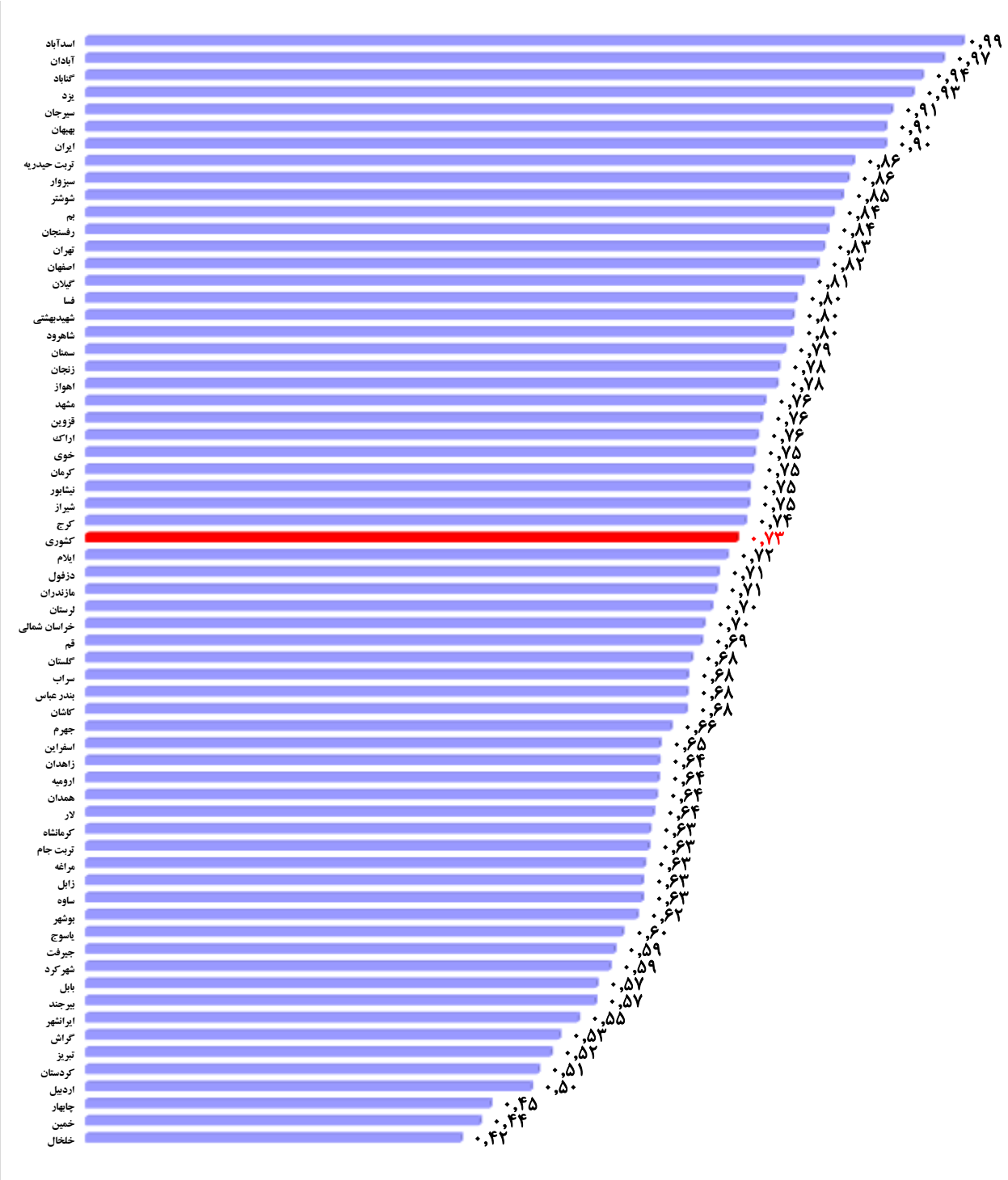
نمودار ۷–۱۹–شاخص پزشک به تخت به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲



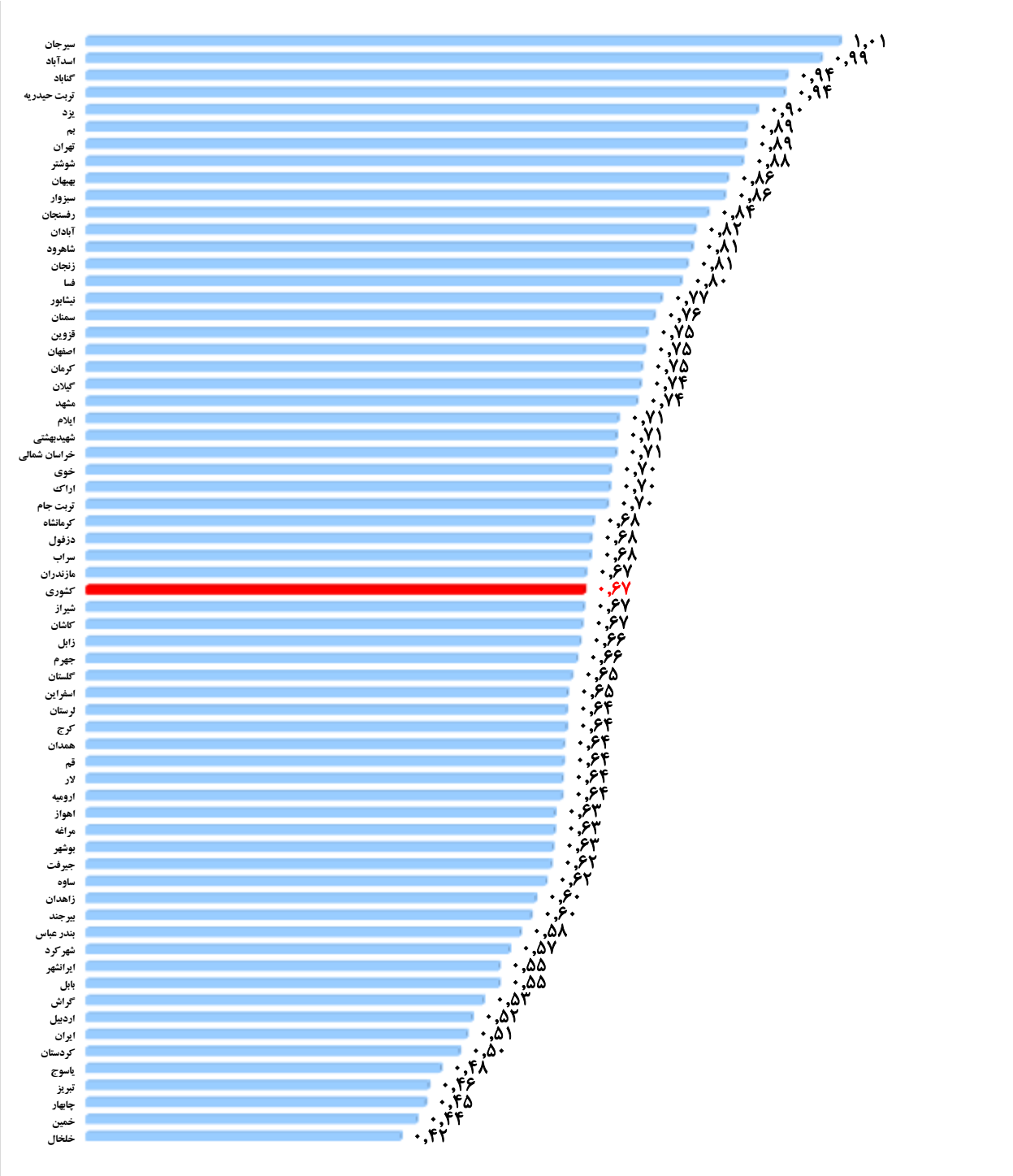
نمودار ۷–۲۰–شاخص پزشک به تخت به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت – سال ۱۴۰۲



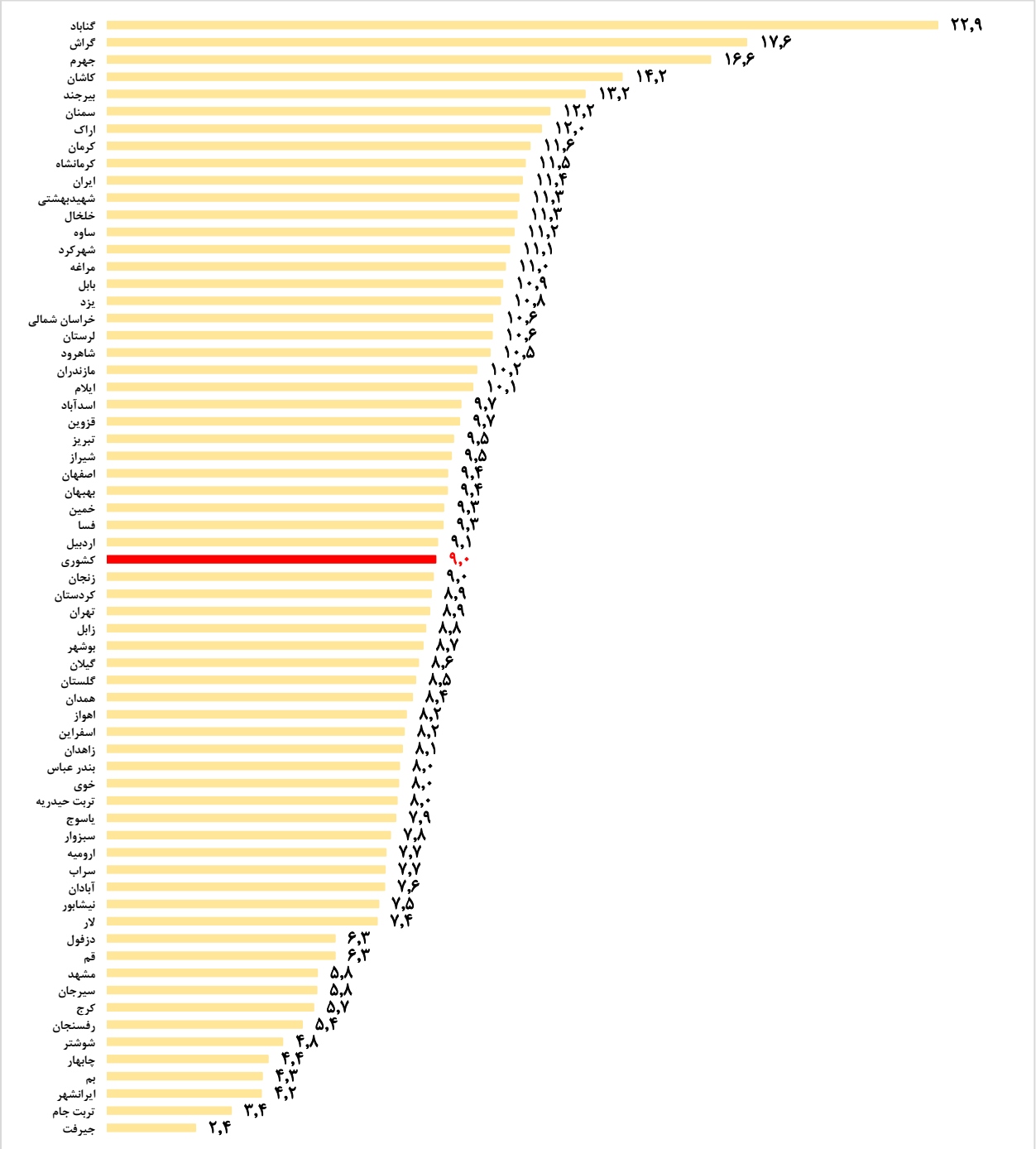
نمودار ۷–۲۱–شاخص کادر پشتیبانی به تخت به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



نمودار ۷–۲۲–شاخص کادر پشتیبانی به تخت به تفکیک دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت – سال ۱۴۰۲

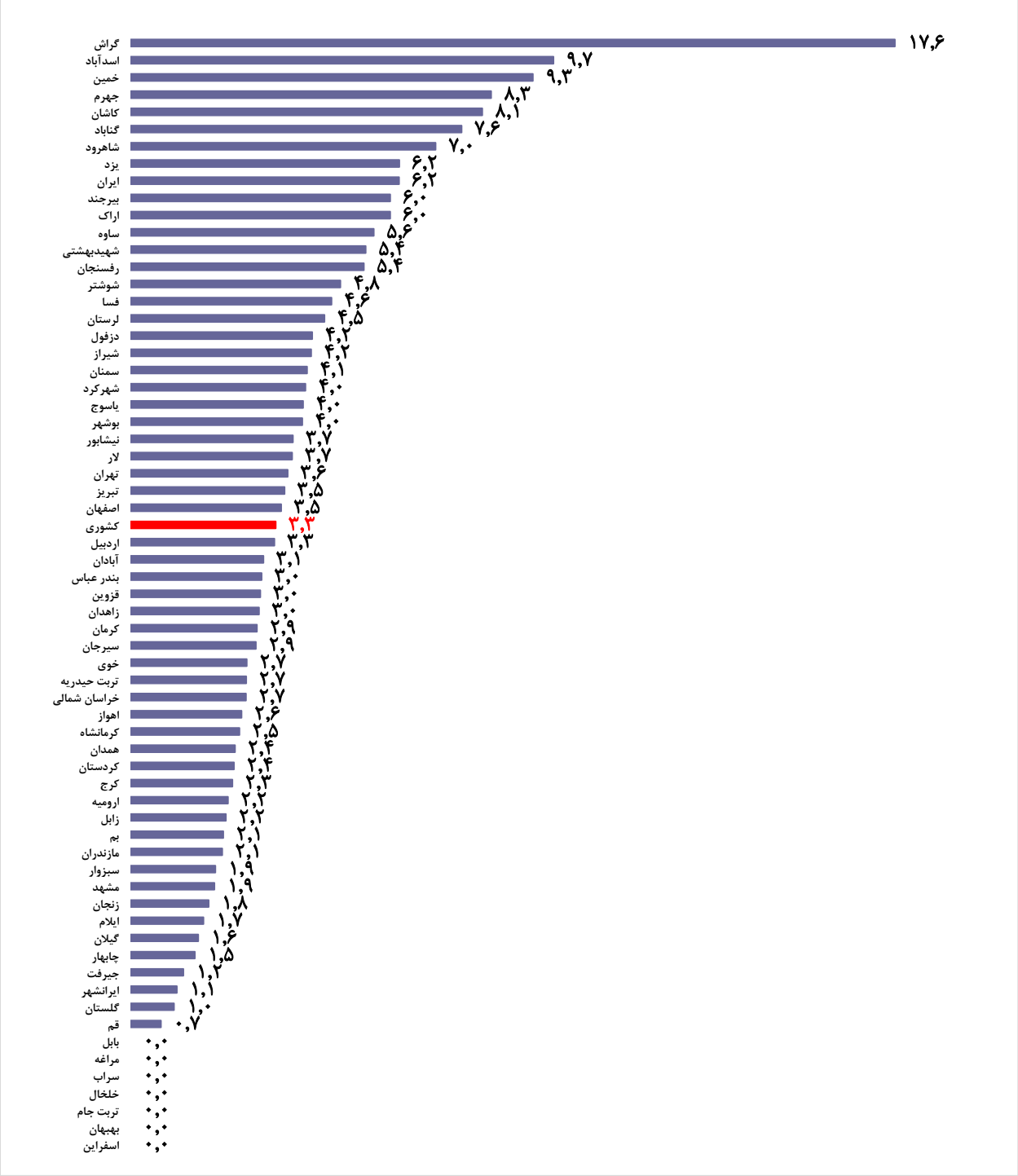


نمودار ۷–۲۳– سرانه سی تی اسکن (در یک میلیون جمعیت) در دانشگاهها/ دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲



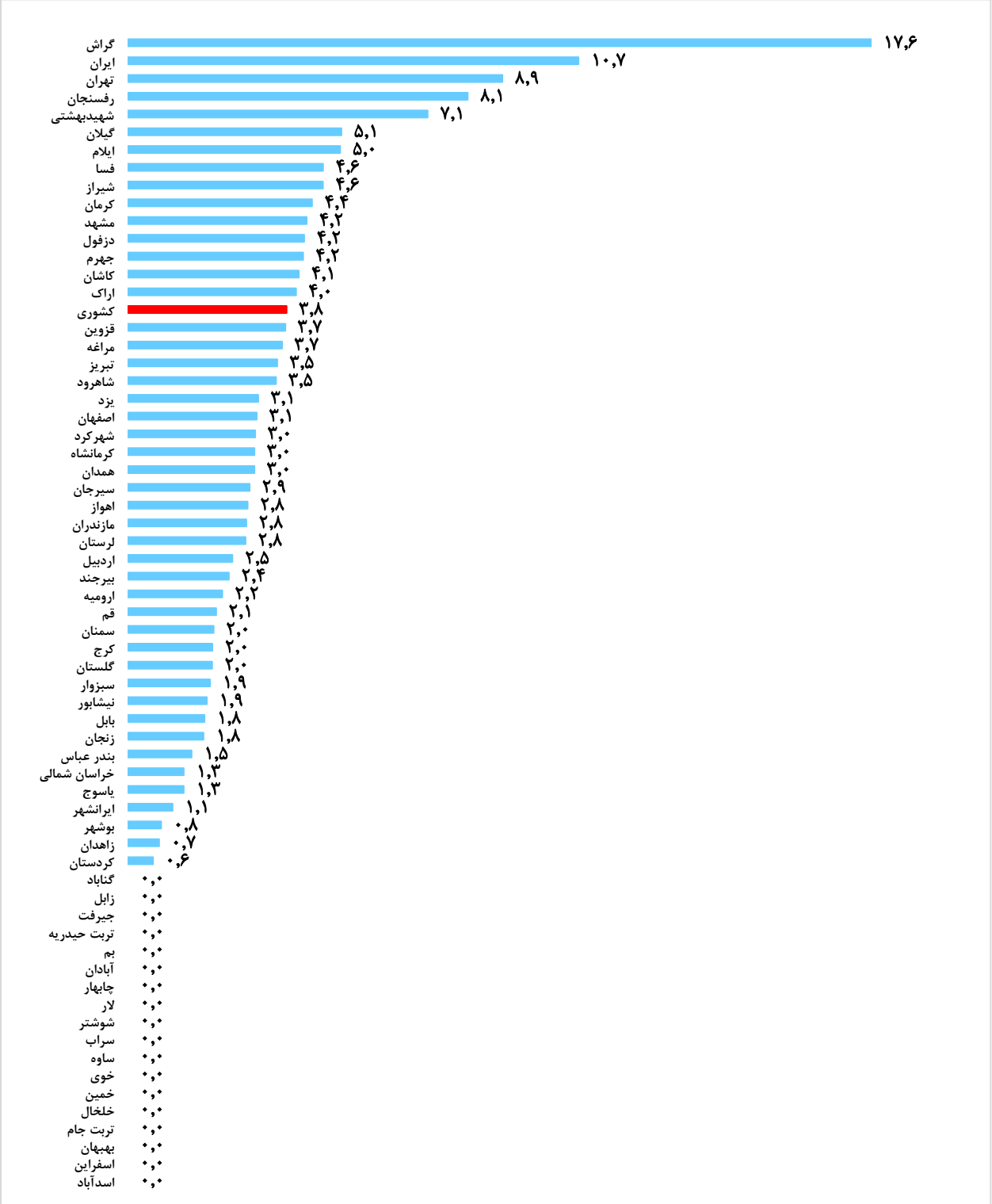
در محاسبه شاخص، تنها دستگاههای مستقر در بیمارستان محاسبه شده اند.

نمودار ۷–۲۴– سرانه MRI (در یک میلیون جمعیت) در دانشگاهها/ دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲

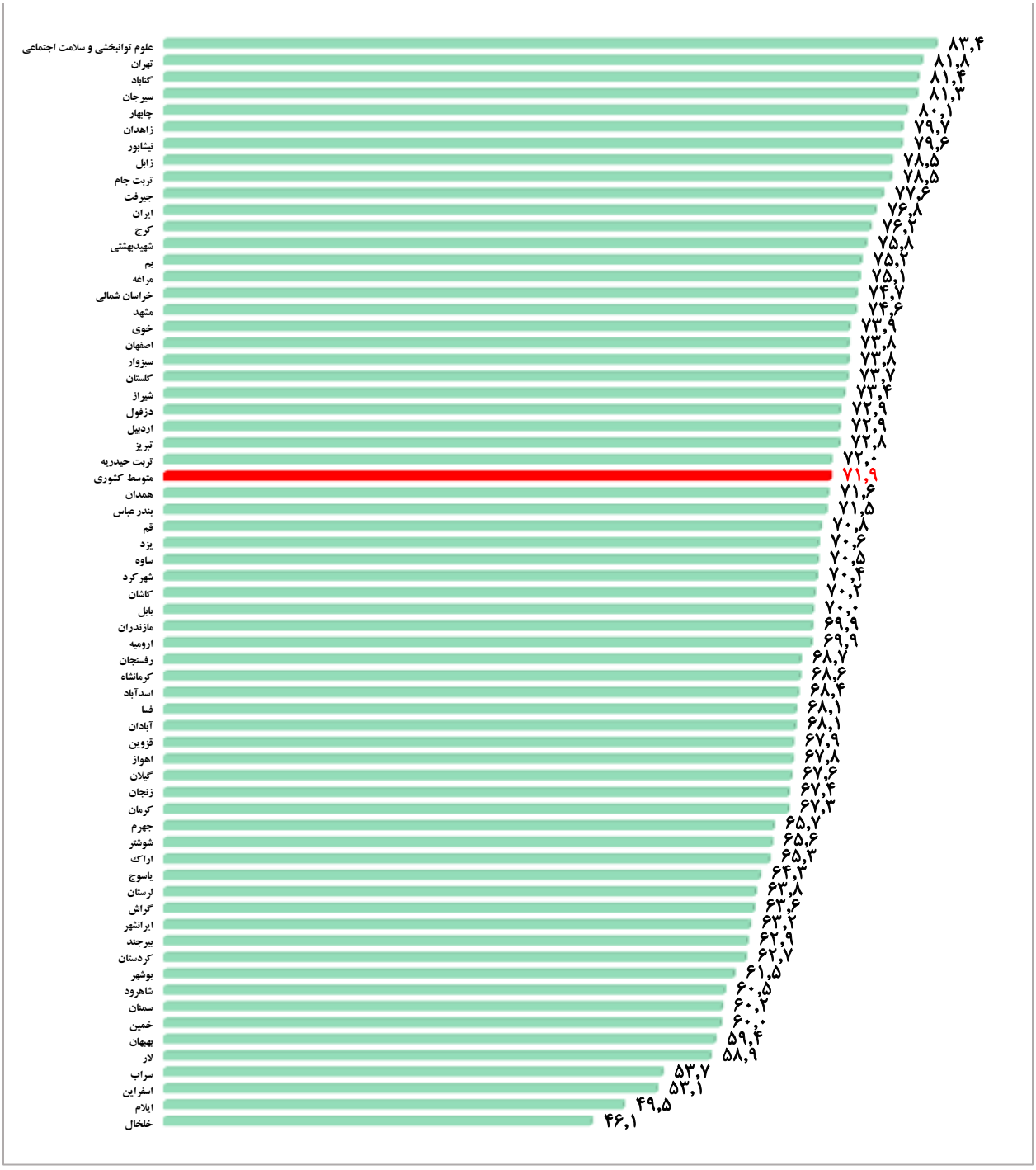


در محاسبه شاخص، تنها دستگاههای مستقر در بیمارستان محاسبه شده اند.

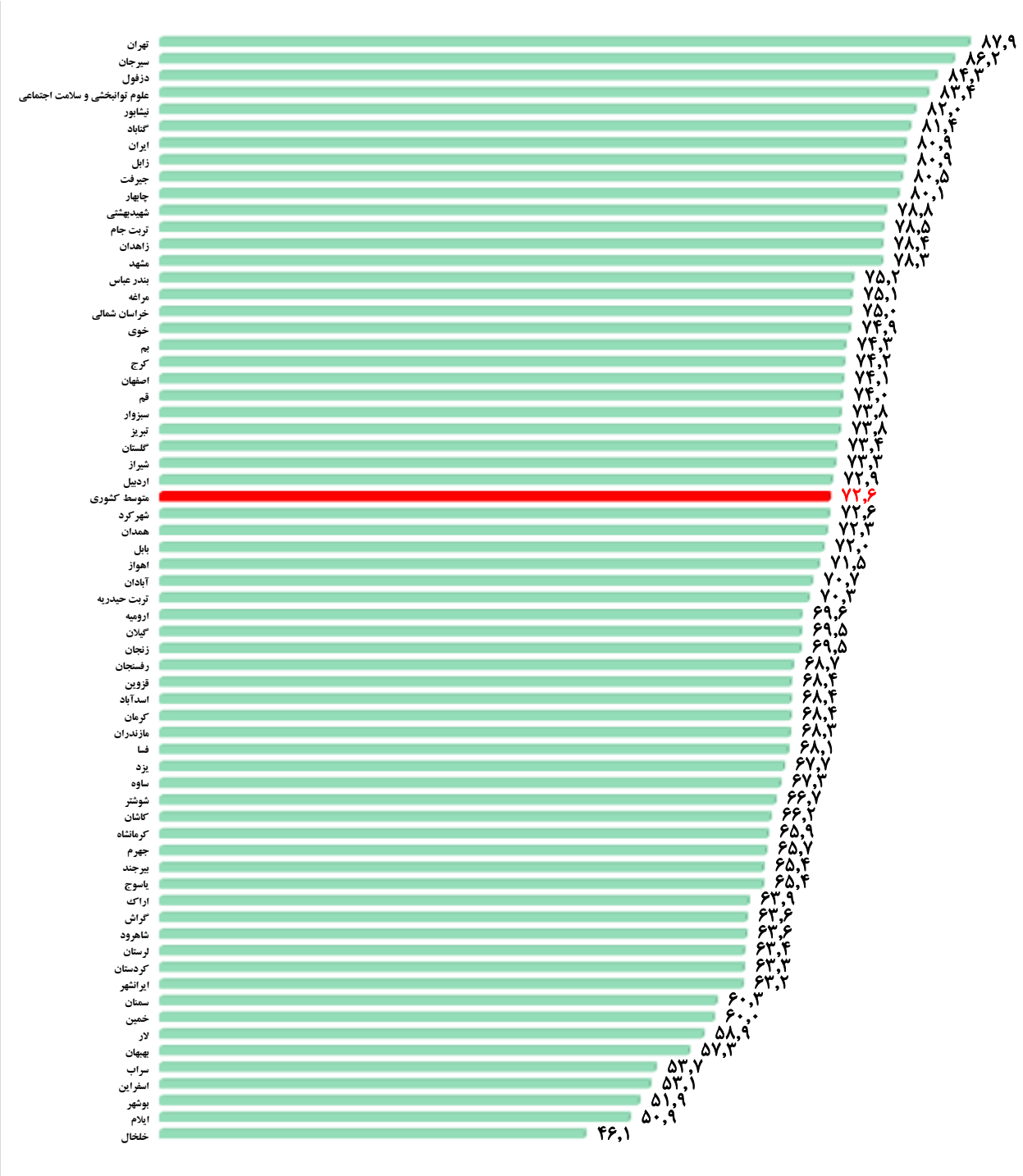
نمودار ۷–۲۵– سرانه آنژیوگرافی (در یک میلیون جمعیت) در دانشگاهها/ دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲



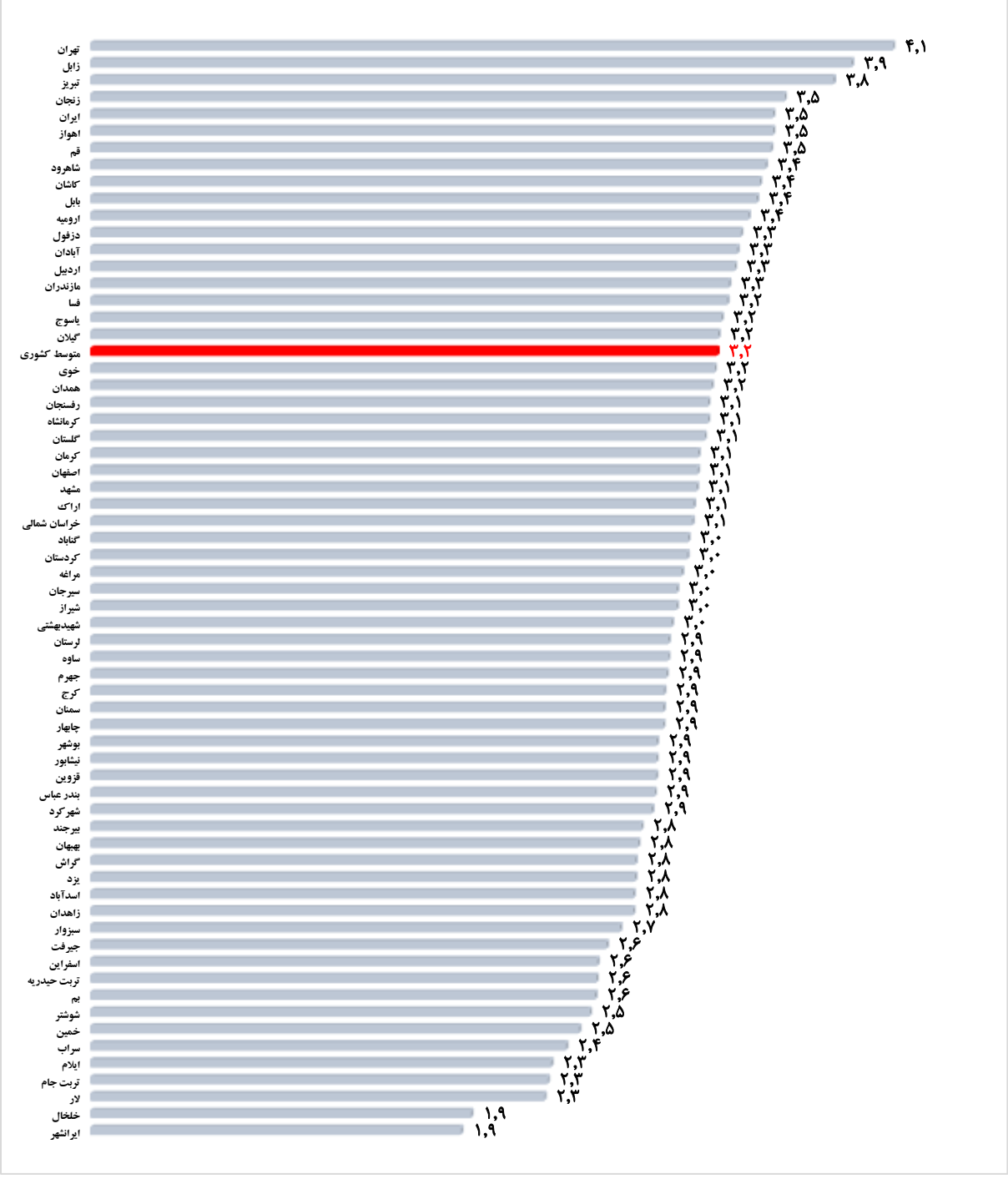
نمودار ۷–۲۶– شاخص ضریب اشغال در بیمارستانهای کلیه سازمانها به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



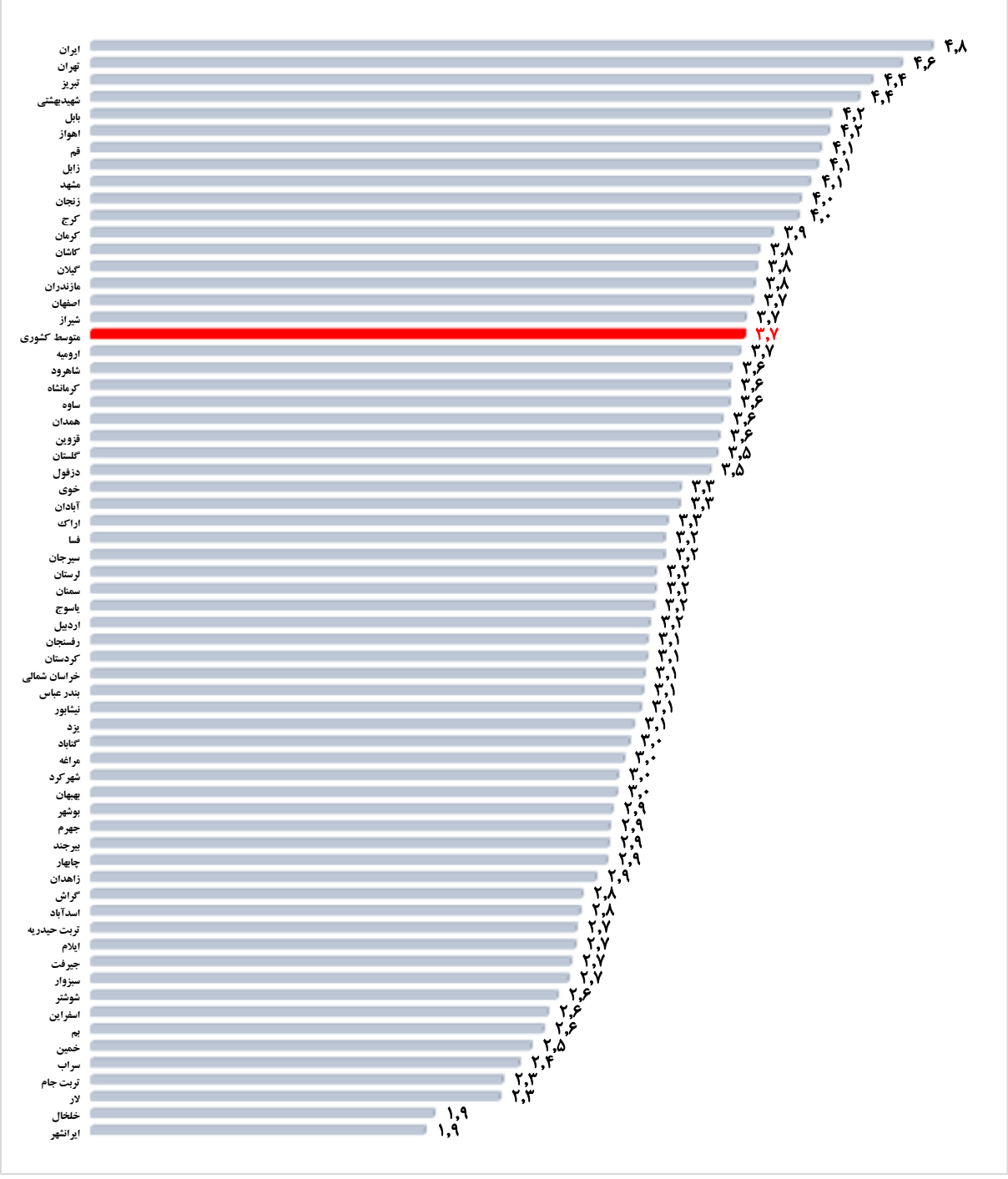
نمودار ۷–۲۷– شاخص ضریب اشغال در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲



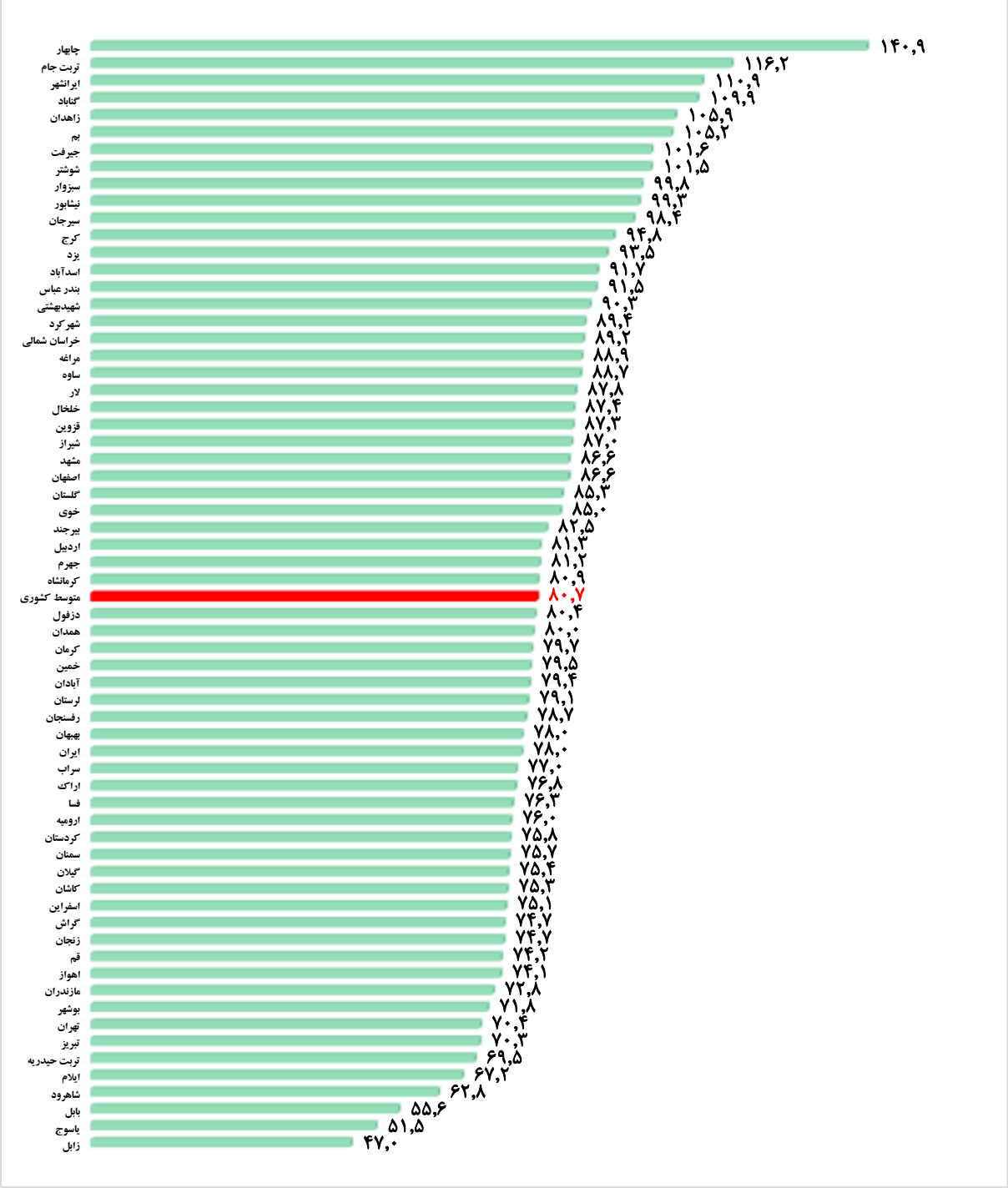
نمودار ۷–۲۸– شاخص متوسط اقامت بیمار در بیمارستانهای کلیه سازمانها به تفکیک دانشگاههای علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲



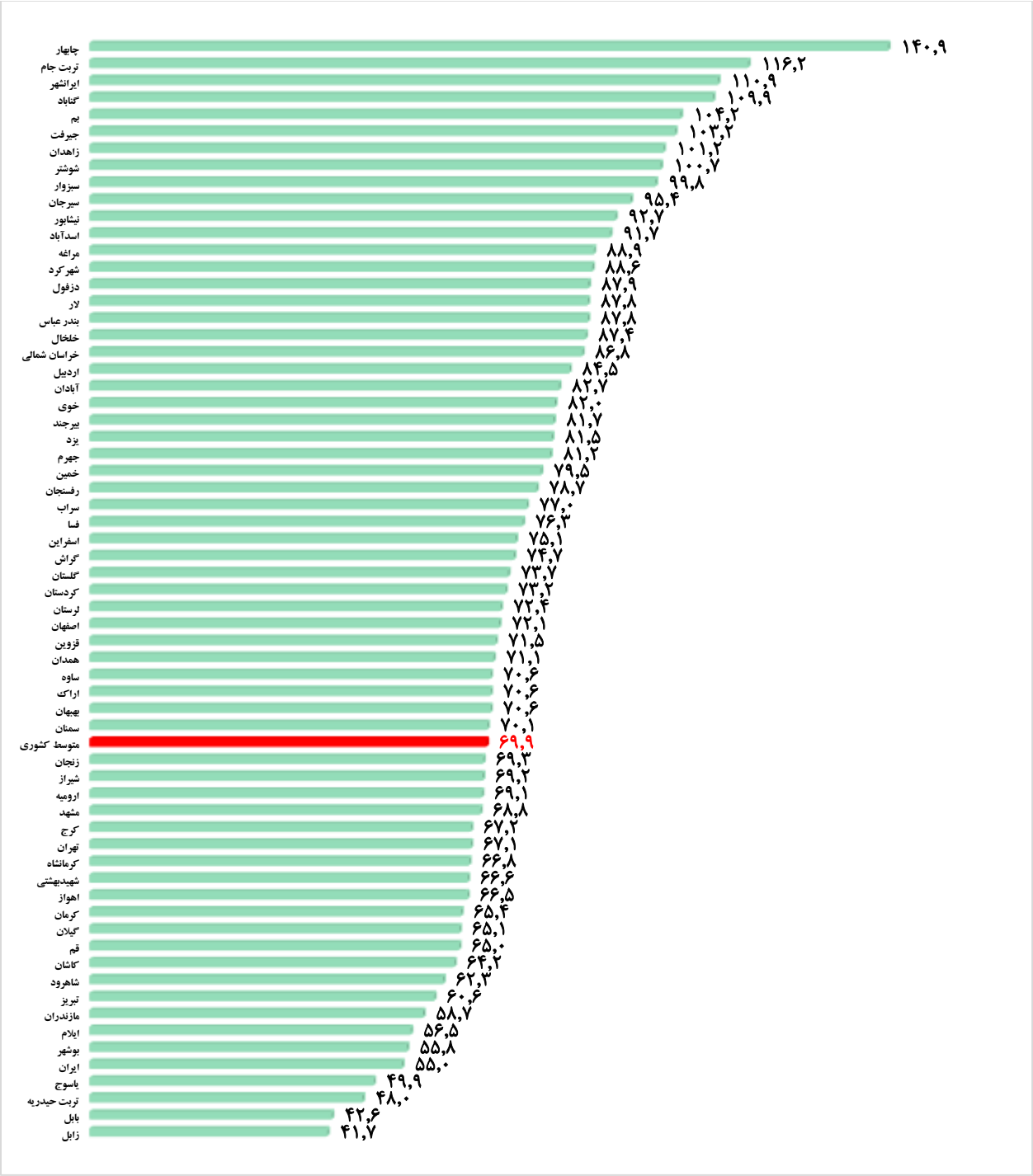
نمودار ۷–۲۹– شاخص متوسط اقامت بیمار در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک دانشگاههای علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



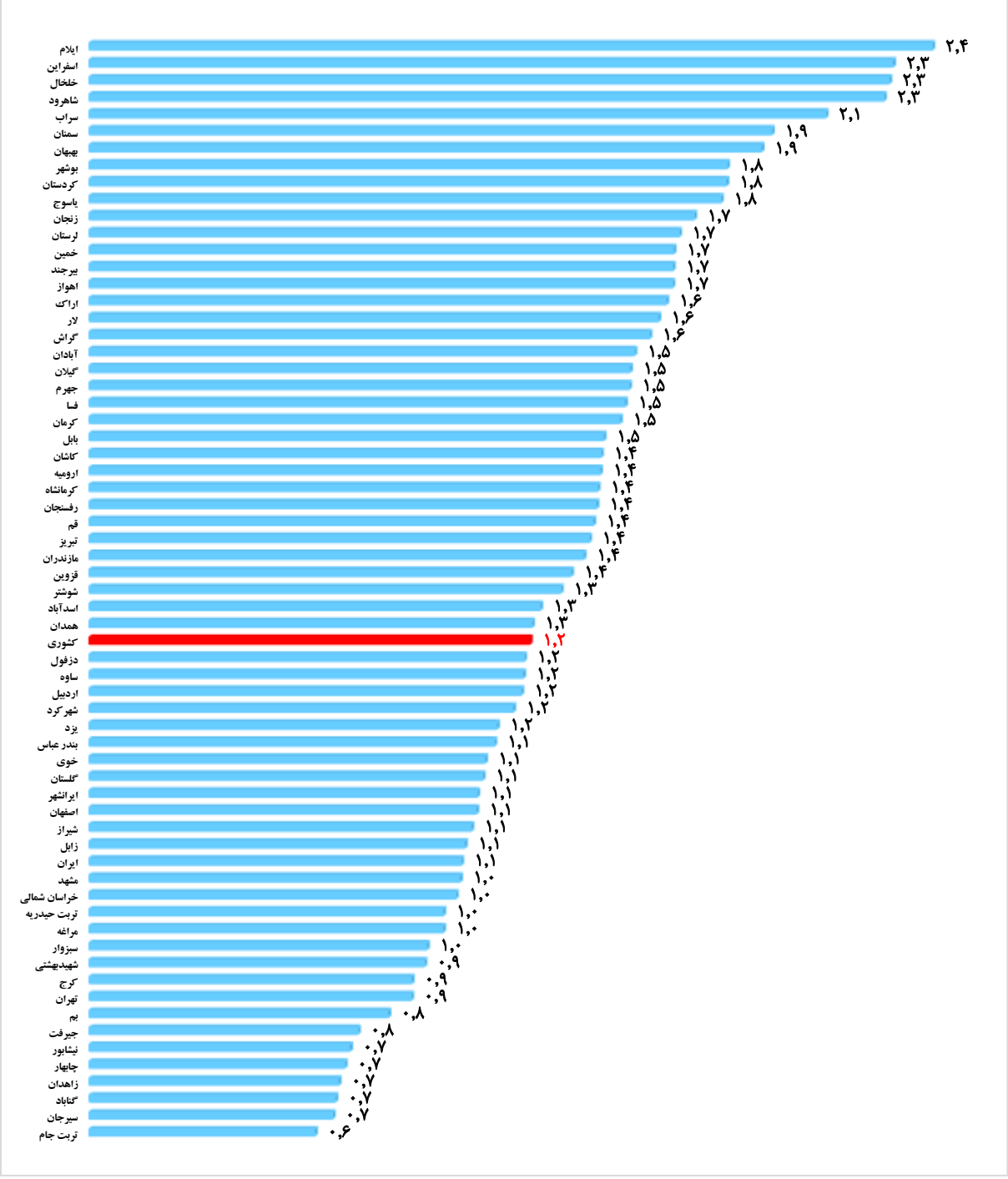
نمودار ۷–۳۰– شاخص گردش تخت در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



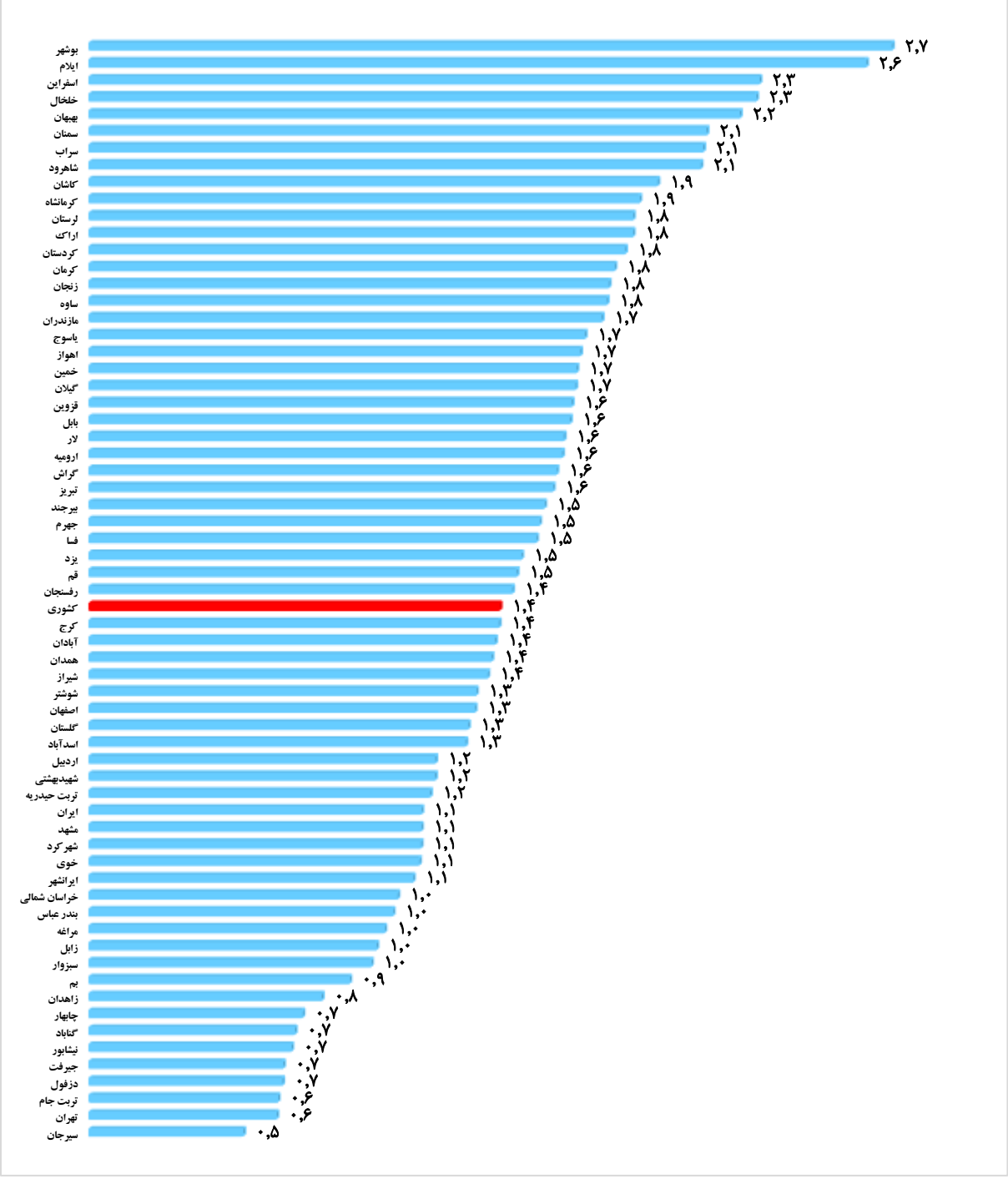
نمودار ۷–۳۱– شاخص گردش تخت در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲



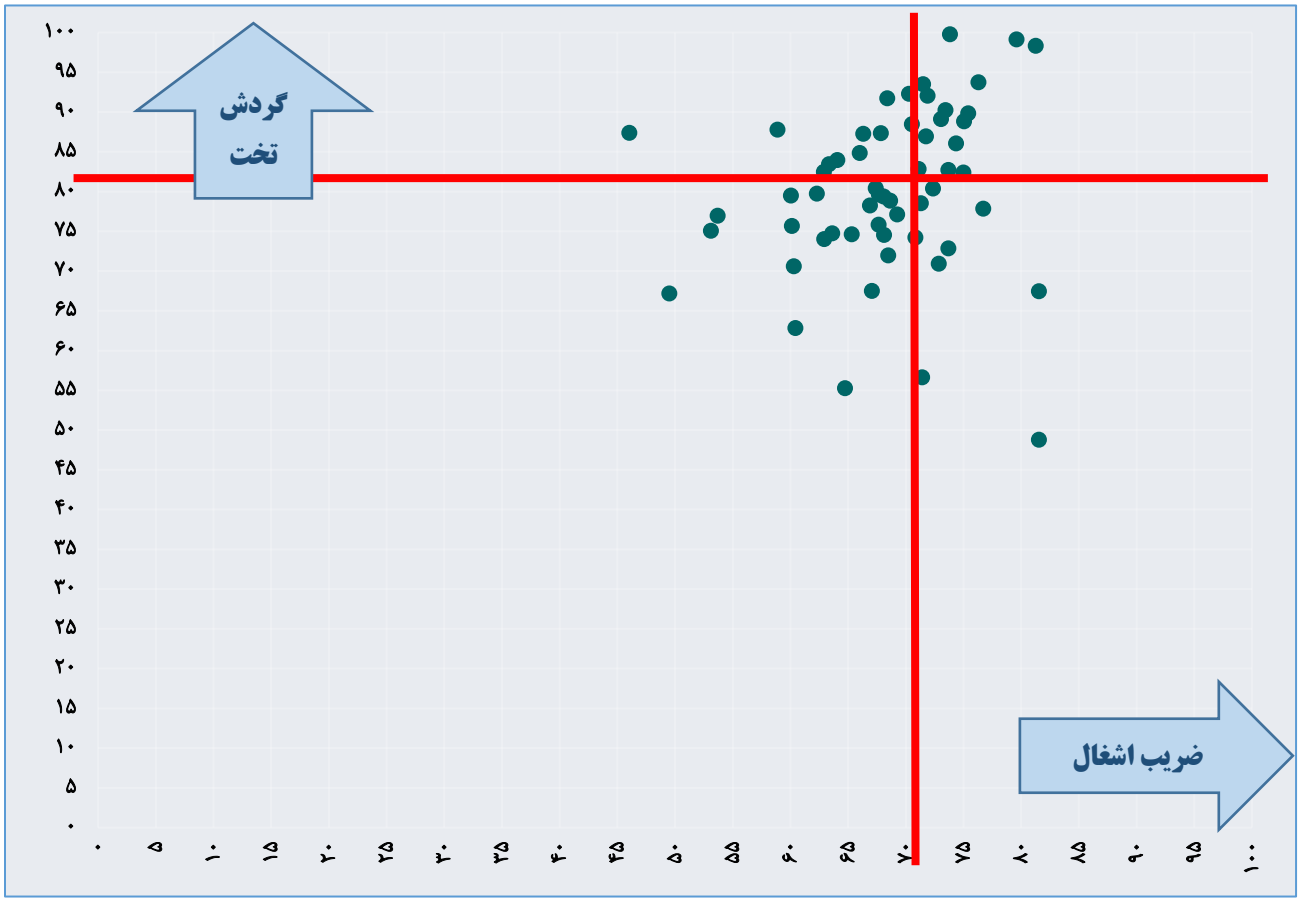
نمودار ۷–۳۲– شاخص فاصله چرخش تخت در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



نمودار ۷–۳۳– شاخص فاصله چرخش تخت در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



نمودار ۷–۳۴– نمودار پابن لاسو بر اساس شاخصهای ضریب اشغال و گردش تخت دانشگاه/دانشکده های کشور – سال ۱۴۰۲



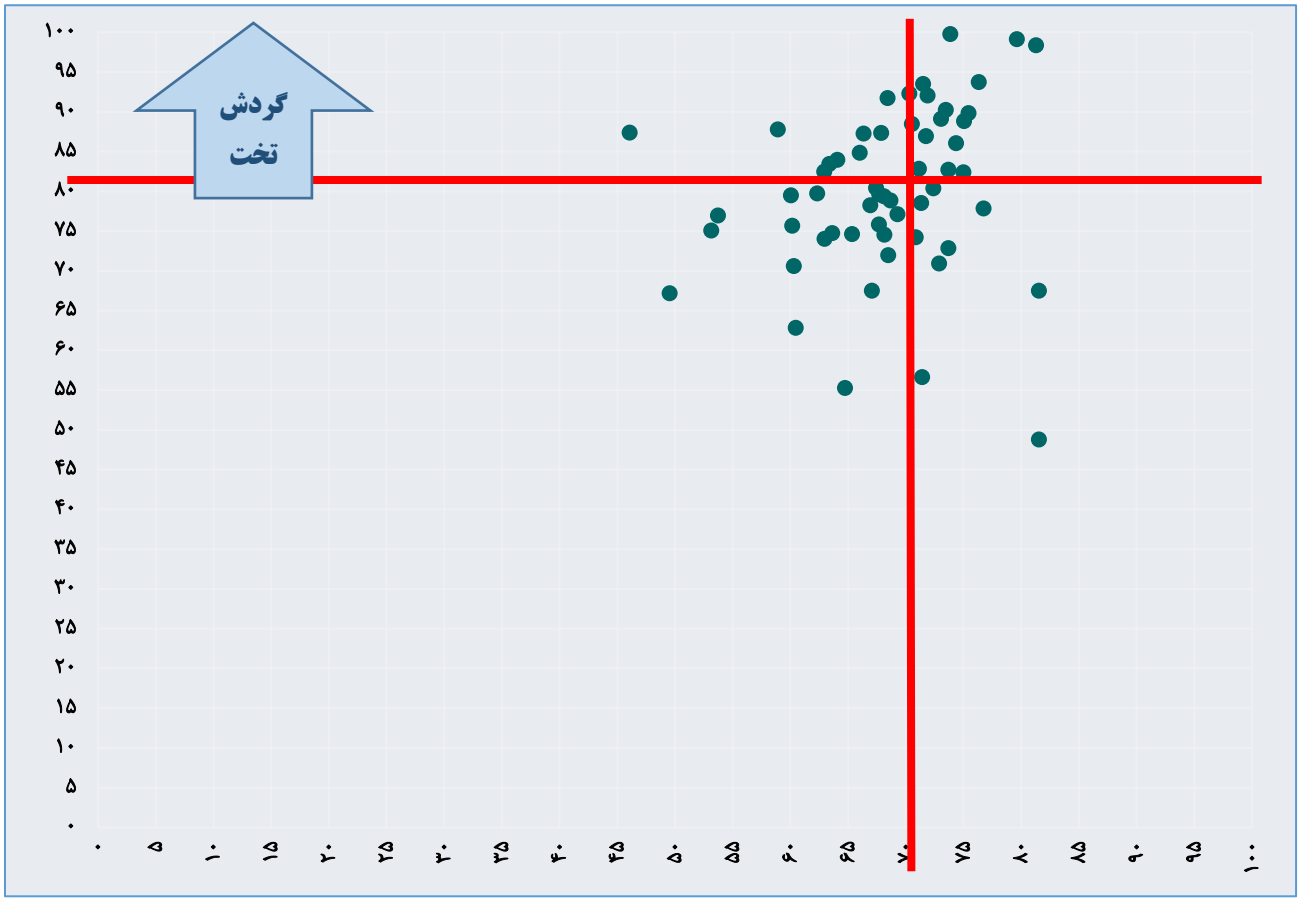
در محاسبات ترسیم نمودار پابن لاسو، بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه/دانشکده مد نظر قرار گرفته اند. محورها نشان هنده میزان کشوری ضریب اشغال و گردش تخت بعد از خروج مقادیر اوت لیر می باشند. میزان شاخص هر دانشگاه/دانشکده بعد از خروج بیمارستانهای با داده های پرت (Outlier) از لحاظ آماری محاسبه شده است.

۳۵,۹ درصد دانشکده/دانشگاههای کشور (۲۳ دانشگاه/دانشکده) در ناحیه ۱ نمودار پابن لاسو قرار گرفته اند. یعنی تعداد بیمارستانهای تحت پوشش این دانشگاه/دانشکده ها که کارایی پایین دارند بر میزان کل شاخص دانشگاه/دانشکده اثرگذار بوده است و لازم است جهت افزایش کارایی برنامه ریزی و اقدام نمود.

۳۱,۳ درصد دانشکده/دانشگاههای کشور (۲۰ دانشگاه/دانشکده) در ناحیه ۳ نمودار پابن لاسو قرار گرفته اند. یعنی تعداد بیمارستانهای تحت پوشش این دانشگاه/دانشکده ها که از کارایی مطلوب برخوردارند، بر میزان کل شاخص دانشگاه/دانشکده موثر بوده و باعث افزایش شاخص دانشگاه/دانشکده شده است.

۳۲,۸ درصد دانشکده/دانشگاههای کشور (۲۱ دانشگاه/دانشکده) در ناحیه ۲ و۴ نمودار پابن لاسو قرار گرفته اند.

نمودار ۷–۳۵– نمودار پابن لاسو بر اساس شاخصهای ضریب اشغال و گردش تخت دانشگاه/دانشکده های کشور در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت– سال ۱۴۰۲



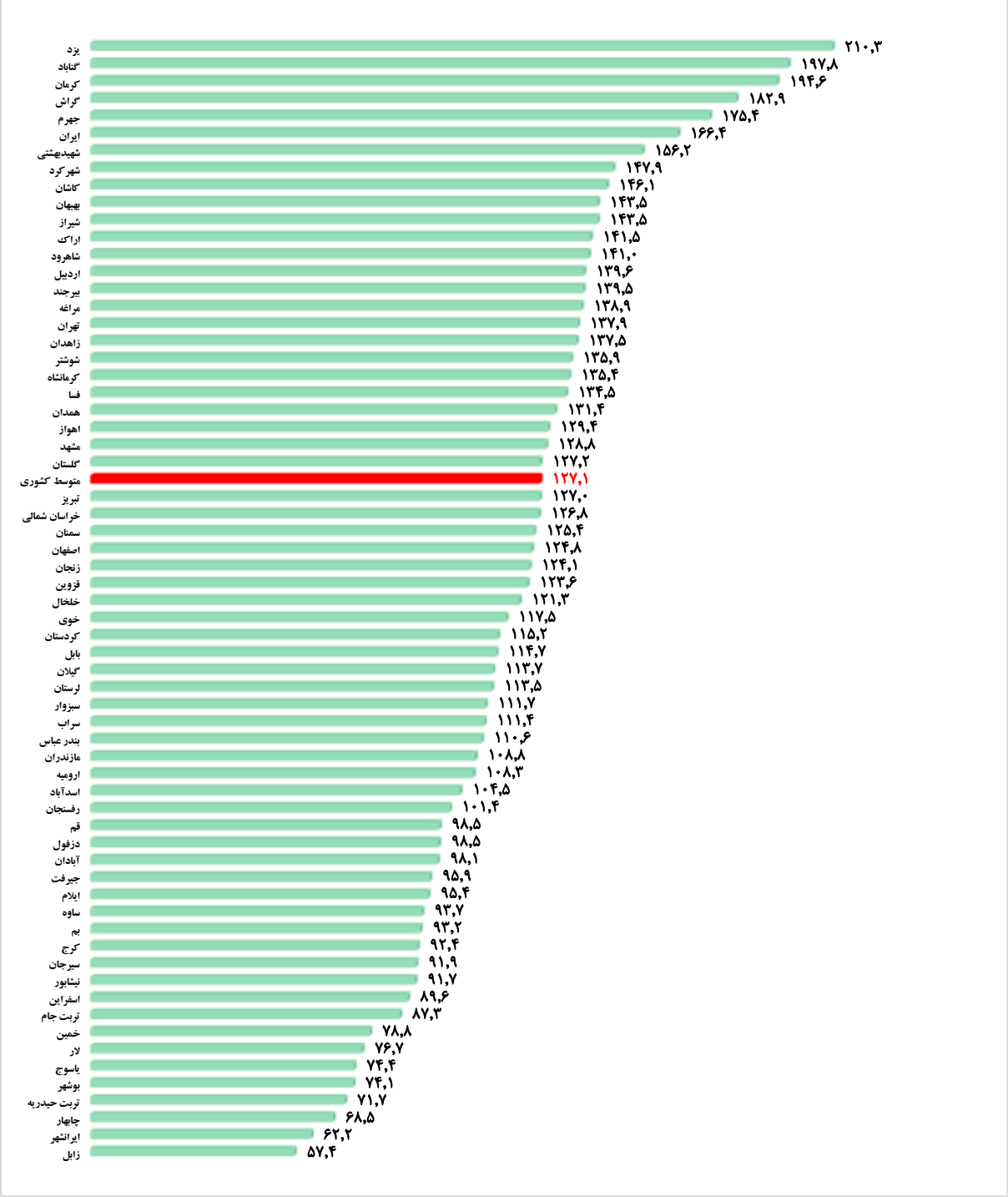
۴۳,۸ درصد دانشکده/دانشگاههای کشور (۲۸ دانشگاه/دانشکده) در ناحیه ۱ نمودار پابن لاسو قرار گرفته اند.

۲۳,۴ درصد دانشکده/دانشگاههای کشور (۱۵ دانشگاه/دانشکده) در ناحیه ۳ نمودار پابن لاسو قرار گرفته اند.

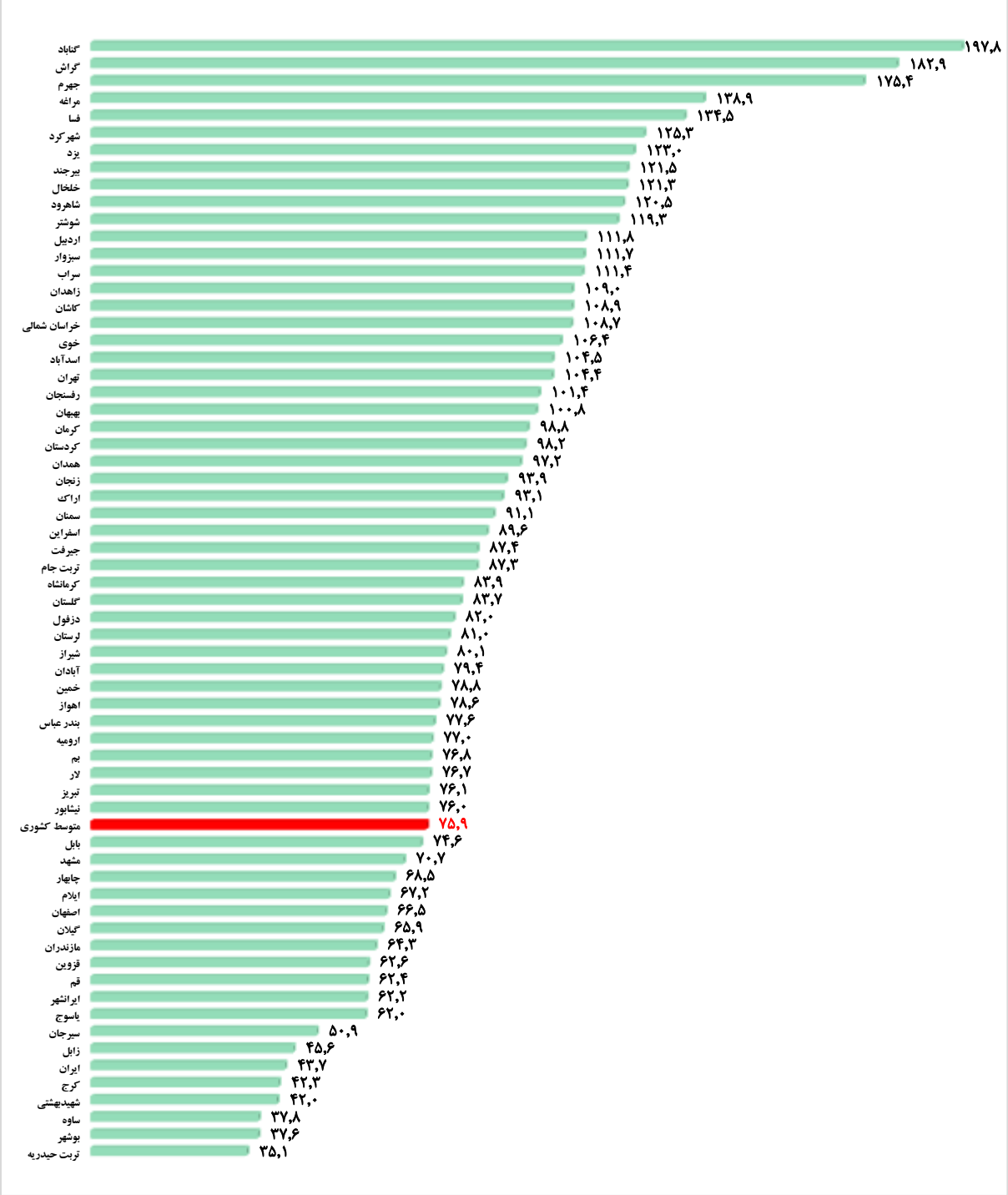
۳۲,۸ درصد دانشکده/دانشگاههای کشور (۲۱ دانشگاه/دانشکده) در ناحیه ۲ و ۴ نمودار پابن لاسو قرار گرفته اند.

همانگونه که در نمودار قابل مشاهده است زمانی که تنها بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت در تحلیل کارایی وارد شد، تعداد دانشگاه /دانشکده با کارایی ضعیف افزایش یافته است. علت عمده آن، ساخت بیمارستانها در مناطقی است که از لحاظ کارایی ممکن است موثر نباشند ولی به علت مسافت یا موقعیت جغرافیایی و یا شرایط خاص، وجود بیمارستان در منطقه الزامی است.

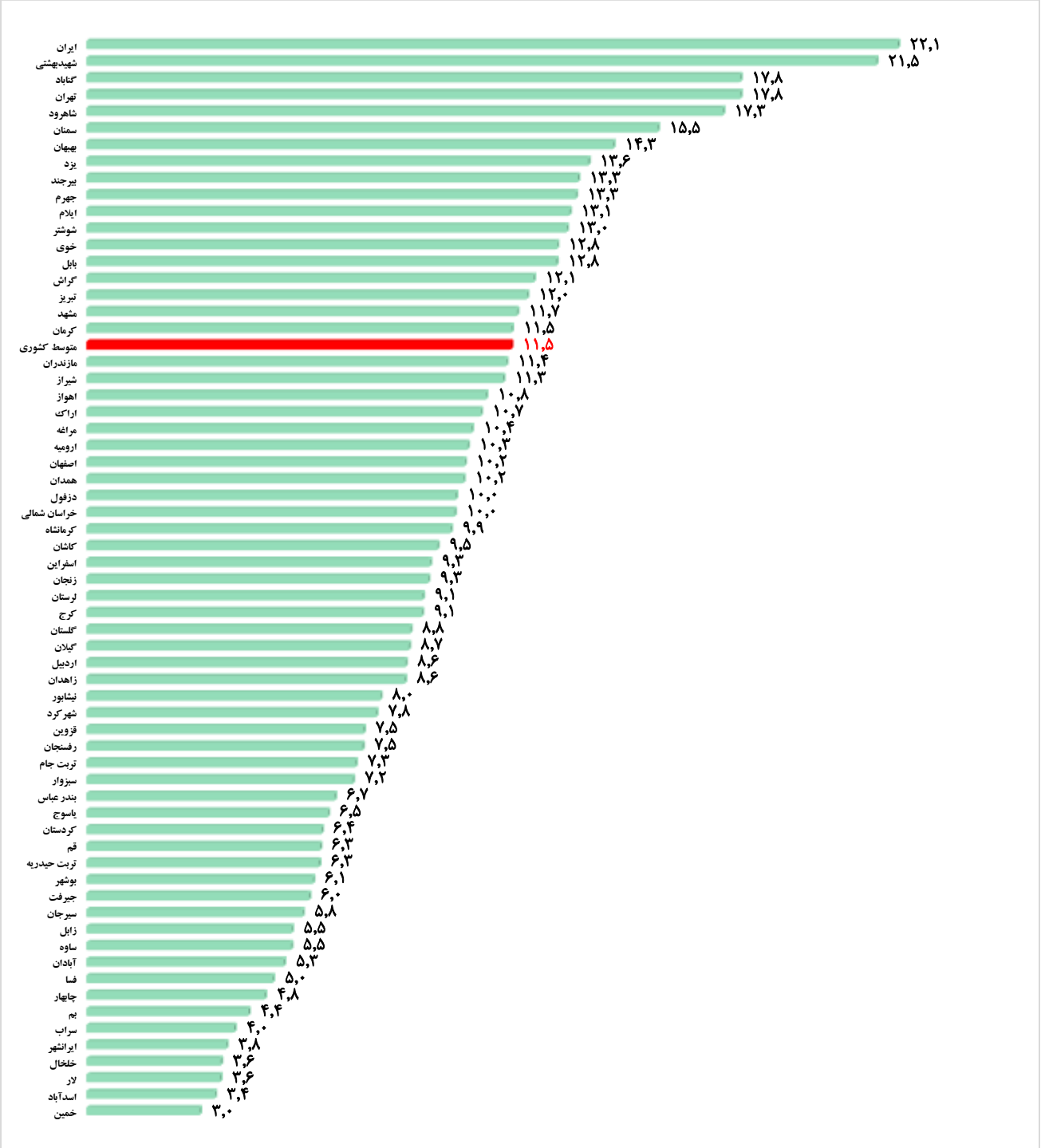
نمودار ۷–۳۶– شاخص بیمار پذیری در بیمارستانهای کلیه سازمانها به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



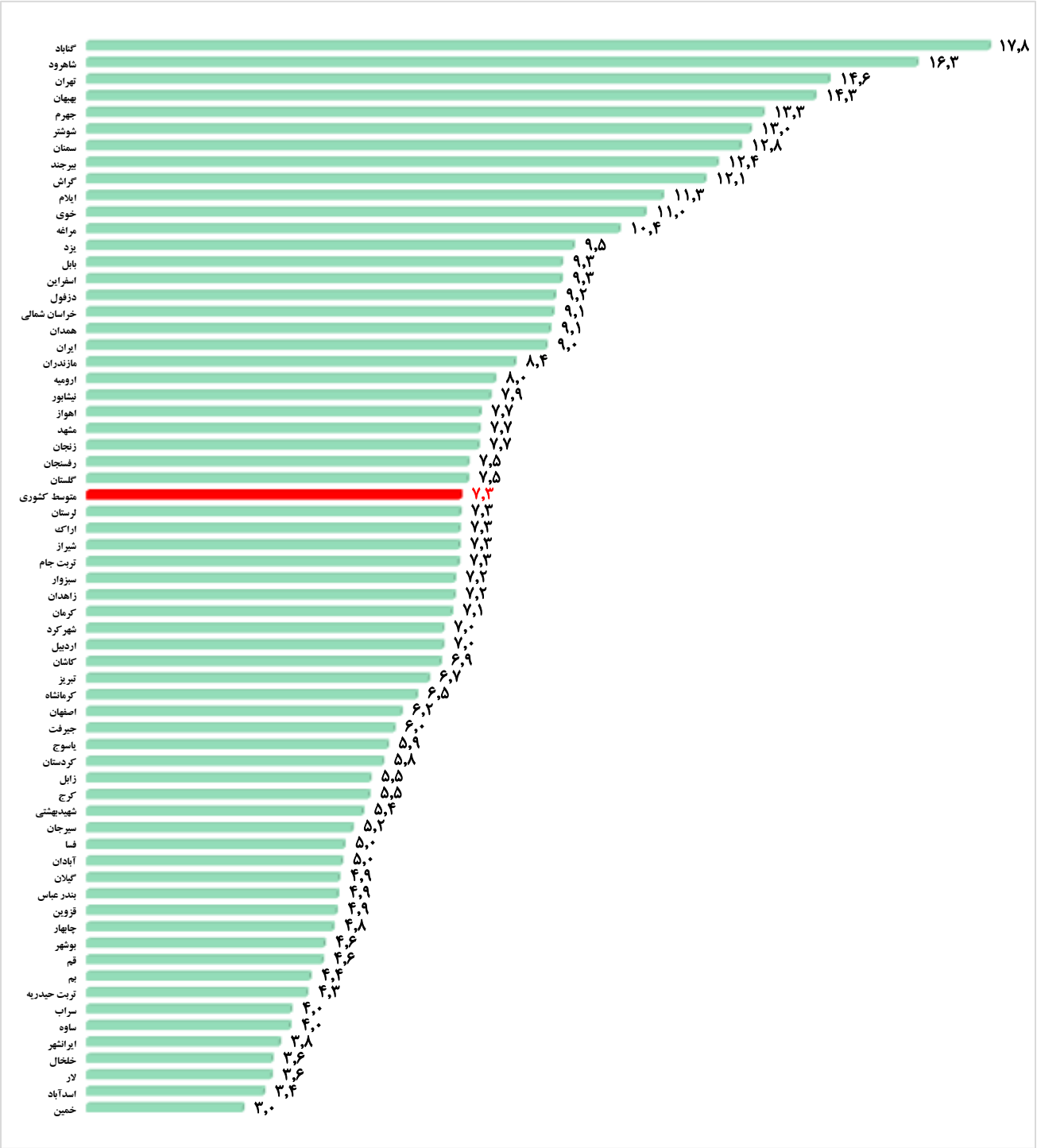
نمودار ۷–۳۷– شاخص بیمار پذیری در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



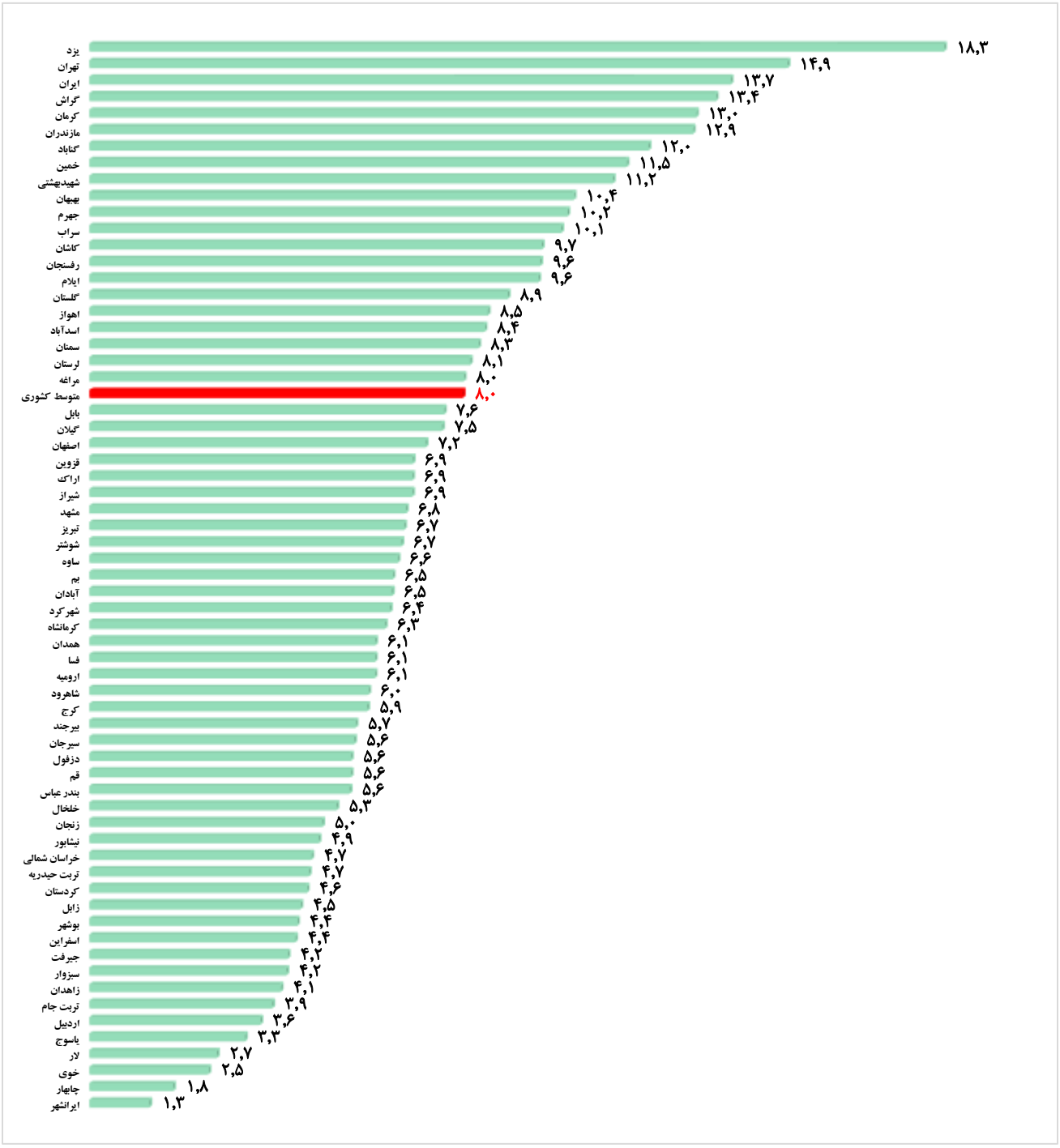
نمودار ۷–۳۸– مقایسه شاخص بیمارپذیری بخشهای ویژه در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲



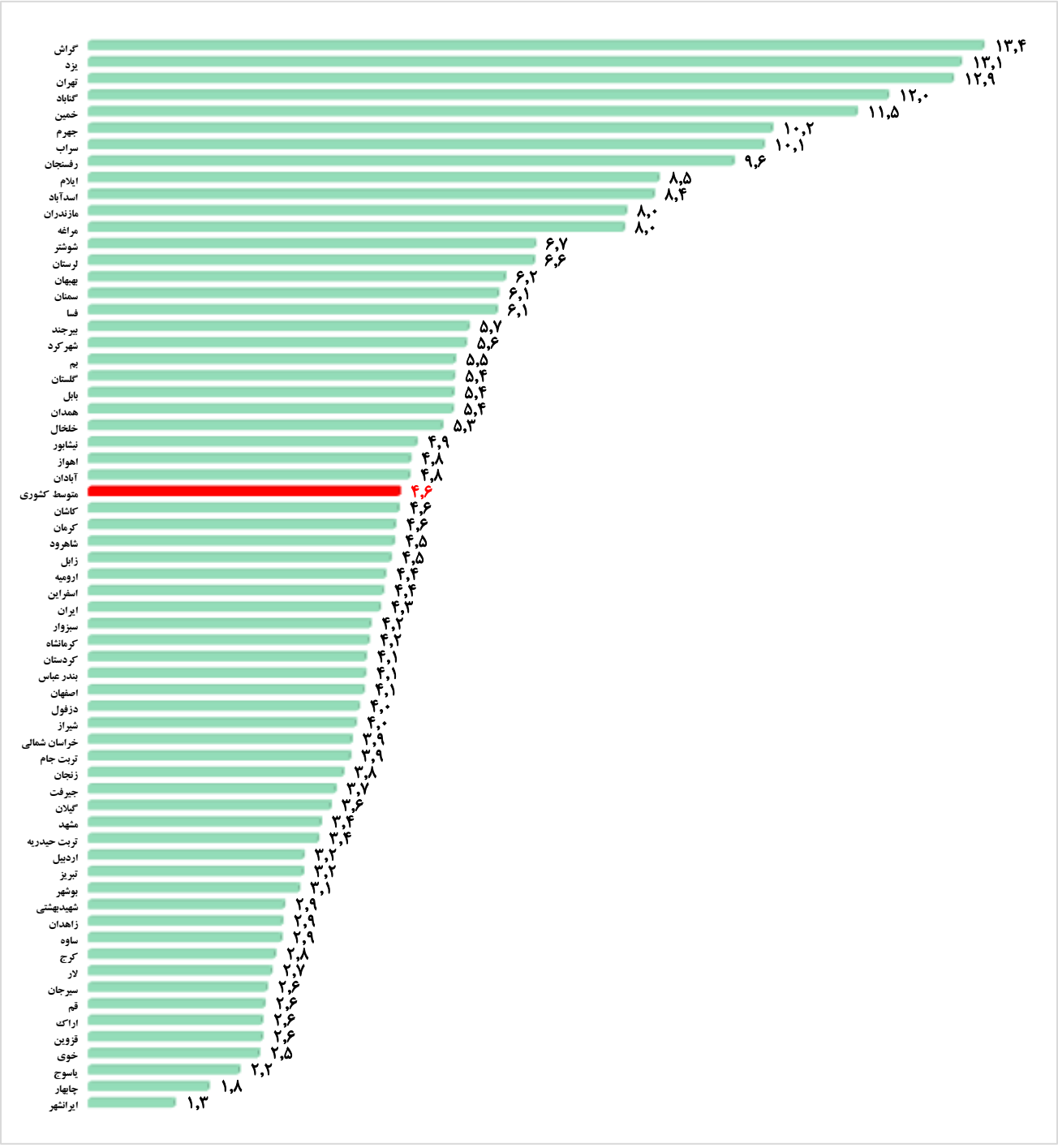
نمودار ۷–۳۹– مقایسه شاخص بیمارپذیری بخشهای ویژه در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲



نمودار ۷–۴۰– مقایسه شاخص بیمارپذیری CCU در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



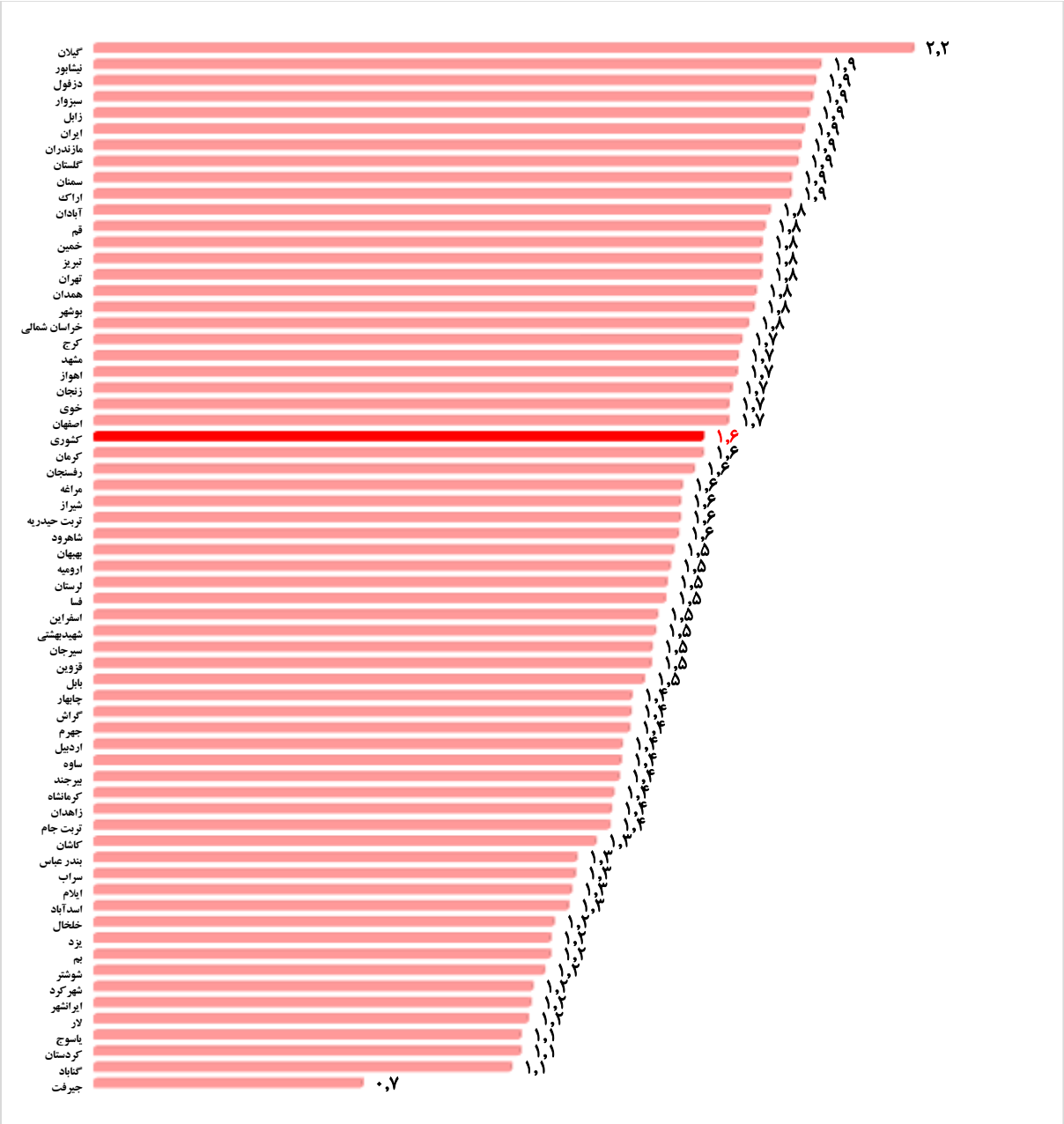
نمودار ۷–۴۱– مقایسه شاخص بیمارپذیری CCU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



نمودار ۷– ۴۲– شاخص میزان مرگ و میر بیمارستانی (در ۱۰۰۰ نفر جمعیت)* در بیمارستانهای کلیه سازمانها به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی– سال ۱۴۰۲

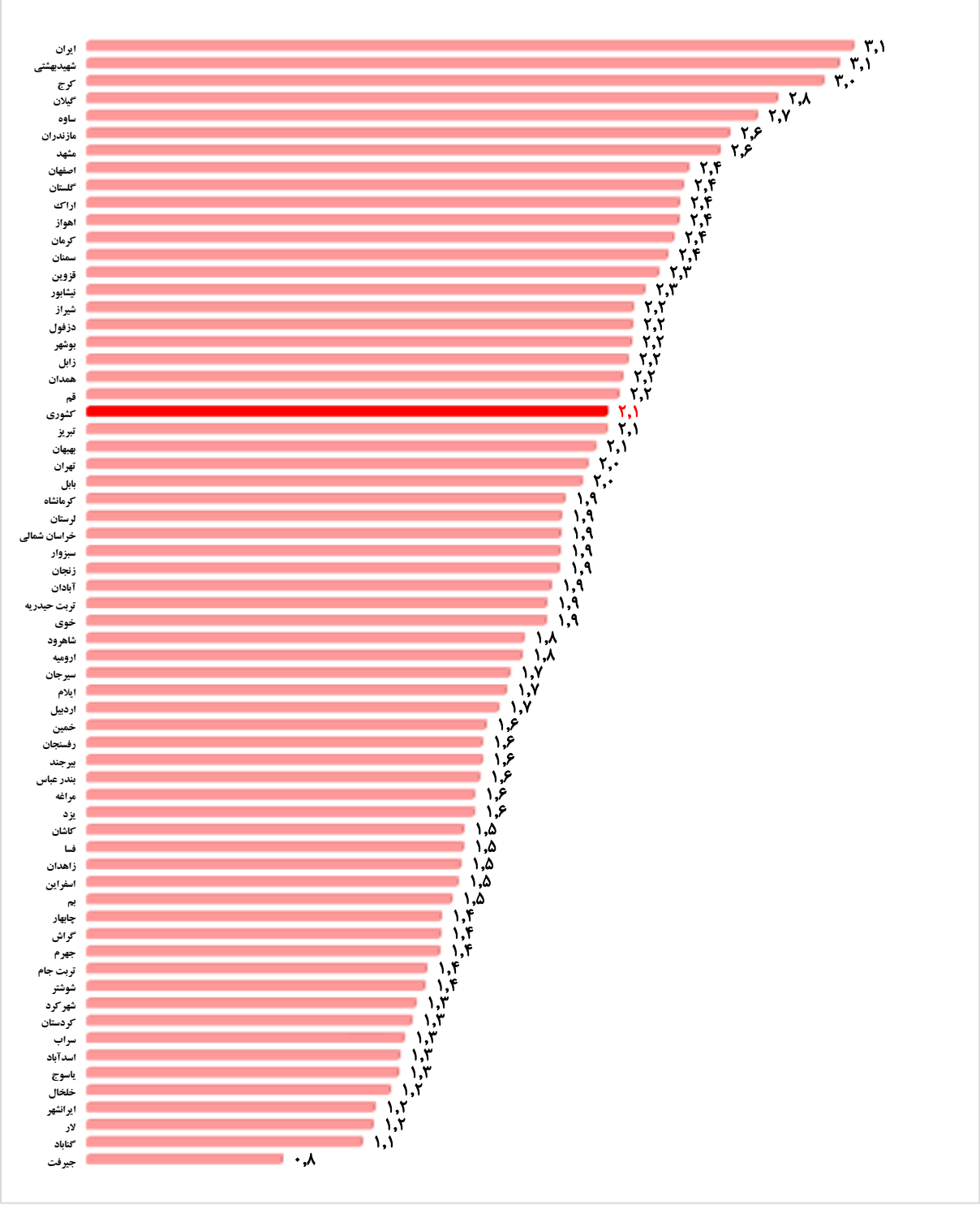
کمترین میزان مرگ و میر بیمارستانی در ۱۰۰۰ نفر جمعیت در دانشکده/ دانشگاههای جیرفت، ایرانشهر، لار، چابهار و بم می باشد، هر چند پایین بودن مرگ و میر بیمارستانی در جمعیت بیانگر کیفیت خدمات است ولی در دانشکده ها و دانشگاههای کوچک، ارجاع بیماران بد حال به دانشگاههای مراکز استانها و یا حتی ارجاع بیماران بد حال به استانهای مجاور به عنوان علل کاهش مرگ و میر بیمارستانی مطرح می باشد.

نمودار ۷– ۴۳– شاخص درصد فوت در مراجعین بستری کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲

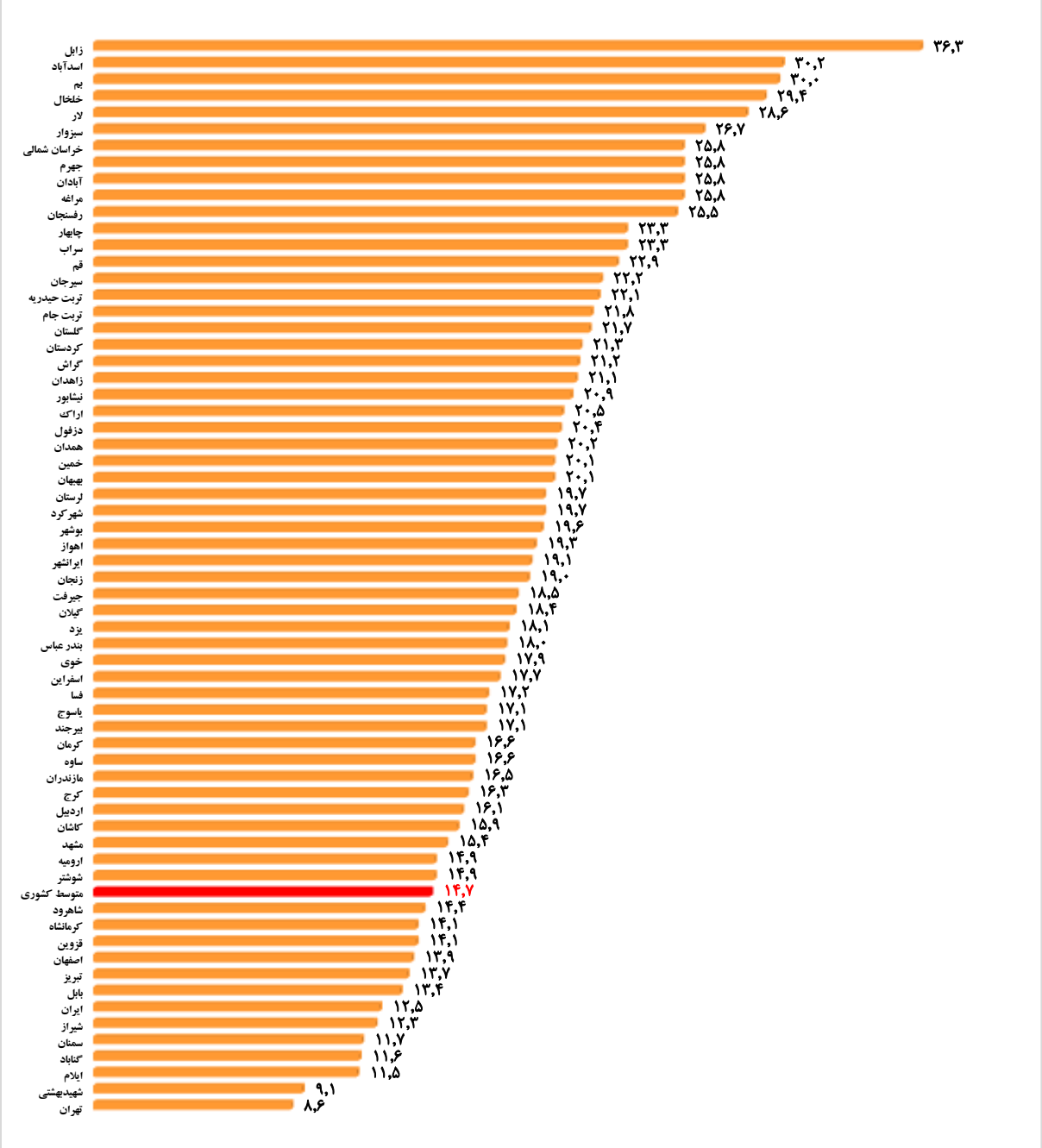


کمترین درصد فوت در مراجعین بستری در دانشگاه/دانشکده های جیرفت، گناباد و کردستان دیده شد. در دانشکده و دانشگاههای کوچک معمولا ارجاع بیماران بد حال به دانشگاه اصلی استان انجام می گردد، این علت می تواند یکی از علل پایین بودن میزان فوت در مراجعین بستری در این دانشکده ها باشد.

نمودار ۷– ۴۴– شاخص درصد مرگ در مراجعین بستری کشور بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲

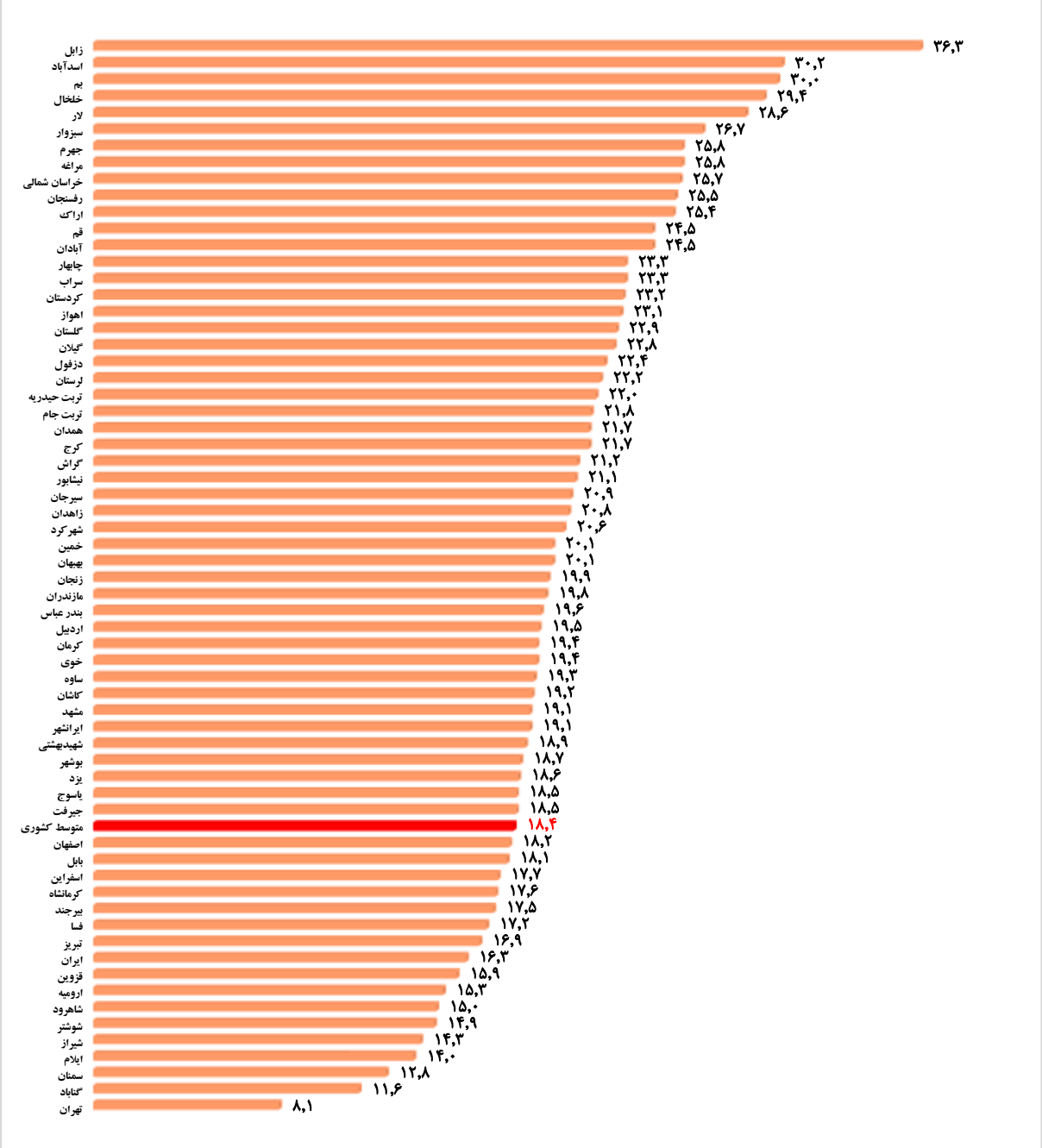


نمودار ۷– ۴۵– شاخص درصد مرگ ICU در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



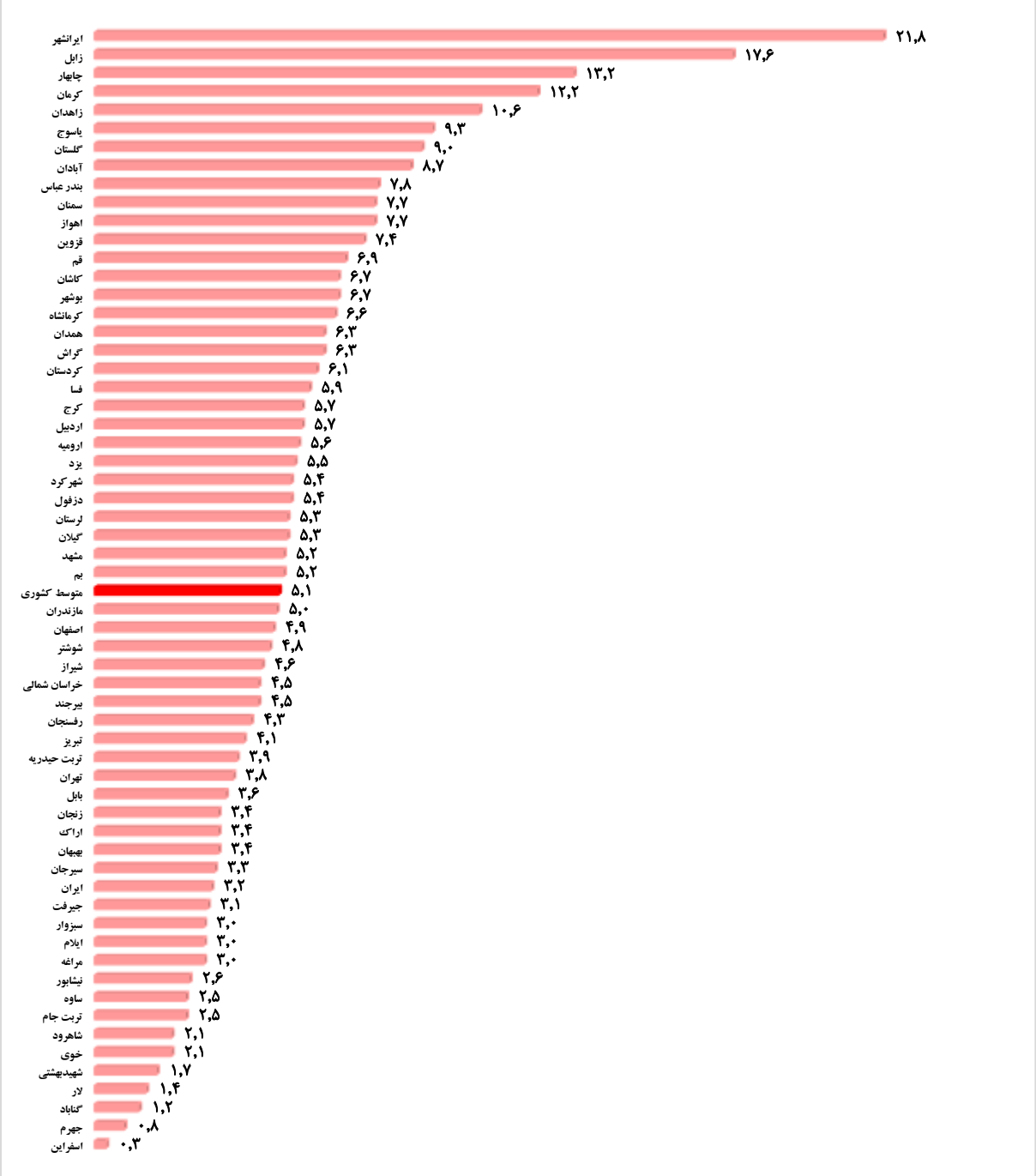
میزان فوت ICU در دانشگاه/دانشکده های زابل، اسدآباد و بم از بقیه دانشگاه/دانشکده ها بالاتر است. از علل آن می توان به کمبود تخت ویژه و بد حالی بیماران و فاصله این شهرستانها با مرکز استان اشاره کرد.

نمودار ۷–۴۶– شاخص درصد مرگ ICU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



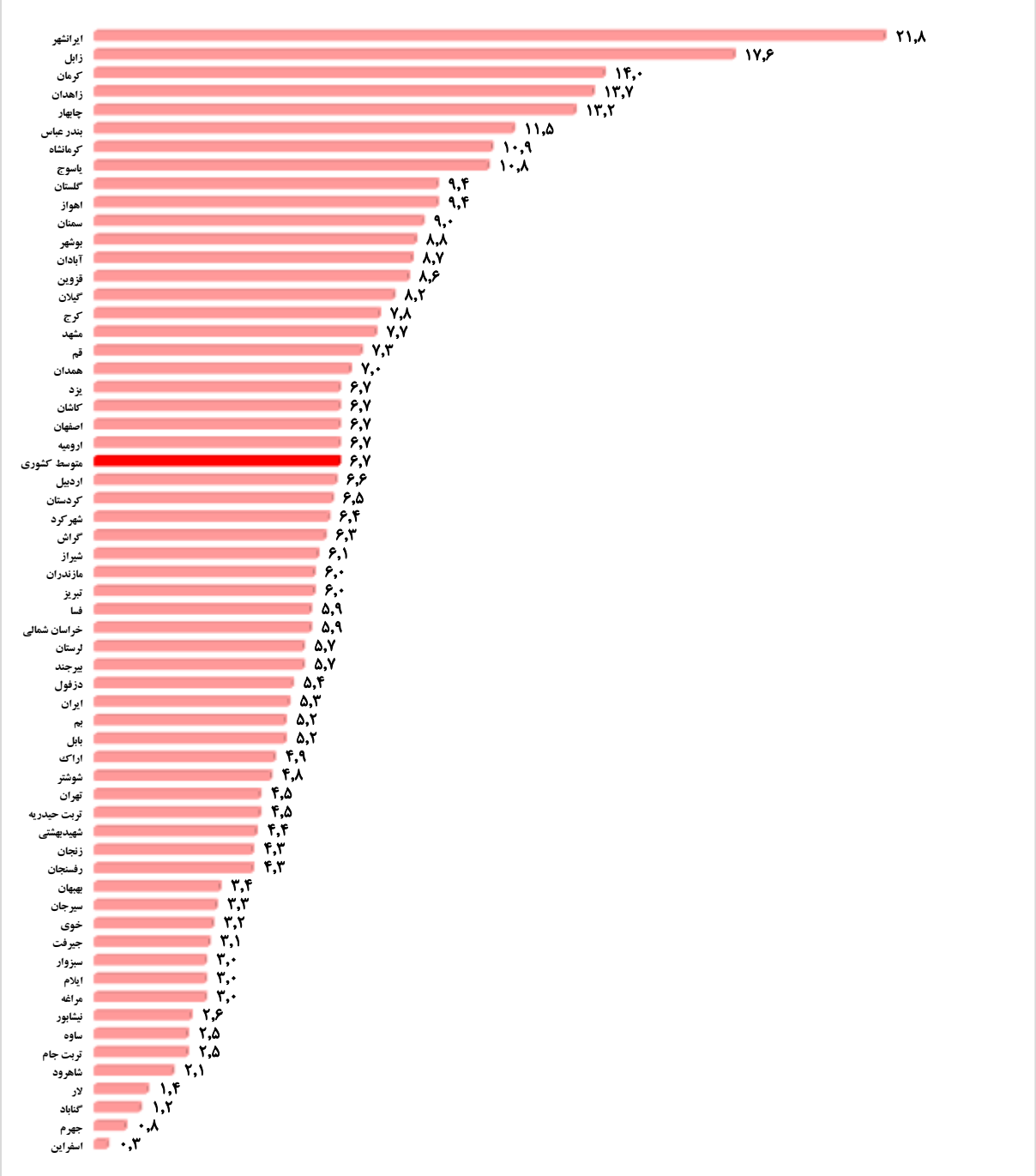
میزان فوت ICU در دانشگاه/دانشکده های زابل، اسدآباد و بم از بقیه دانشگاه/دانشکده ها بالاتر است. از علل آن می توان به کمبود تخت ویژه و بد حالی بیماران و فاصله این شهرستانها با مرکز استان اشاره کرد.

شاخص ۷–۴۷– شاخص درصد مرگ NICU در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



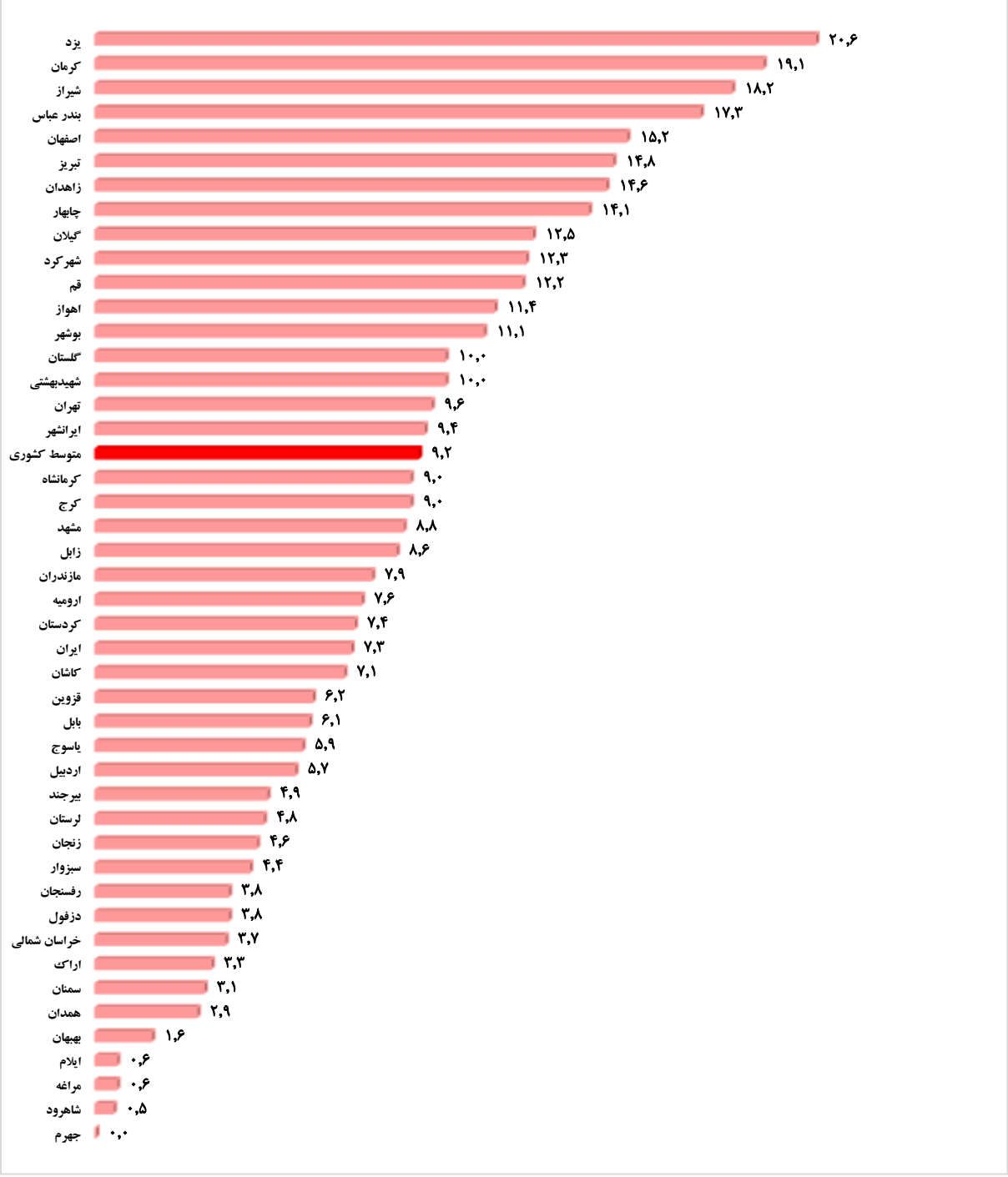
دانشگاههای زابل، ایرانشهر و چابهار بیشترین فوت NICU را در سال ۱۴۰۲ دارند. ضروری است علل مرگ نوزادان بررسی و جهت مداخلات لازم کاهش مرگ و میر نوزادان اقدام گردد.

شاخص ۷–۴۸– شاخص درصد مرگ NICU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



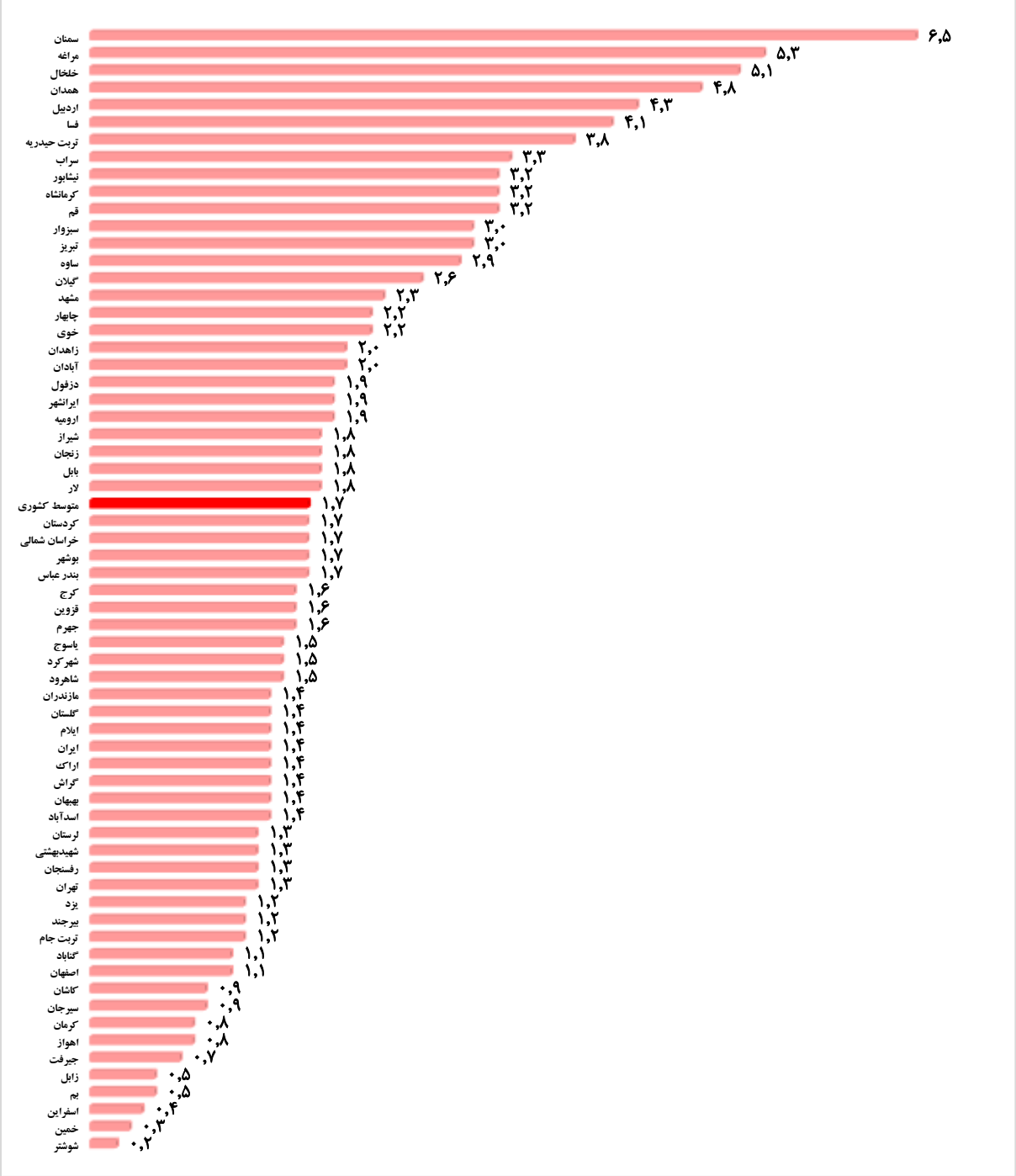
دانشگاههای زابل، ایرانشهر و کرمان بیشترین فوت NICU را در سال ۱۴۰۲ دارند. لازم است علل مرگ نوزادان، بررسی و جهت مداخلات لازم کاهش مرگ و میر نوزادان اقدام گردد.

نمودار ۷–۴۹– شاخص درصد مرگ PICU در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲

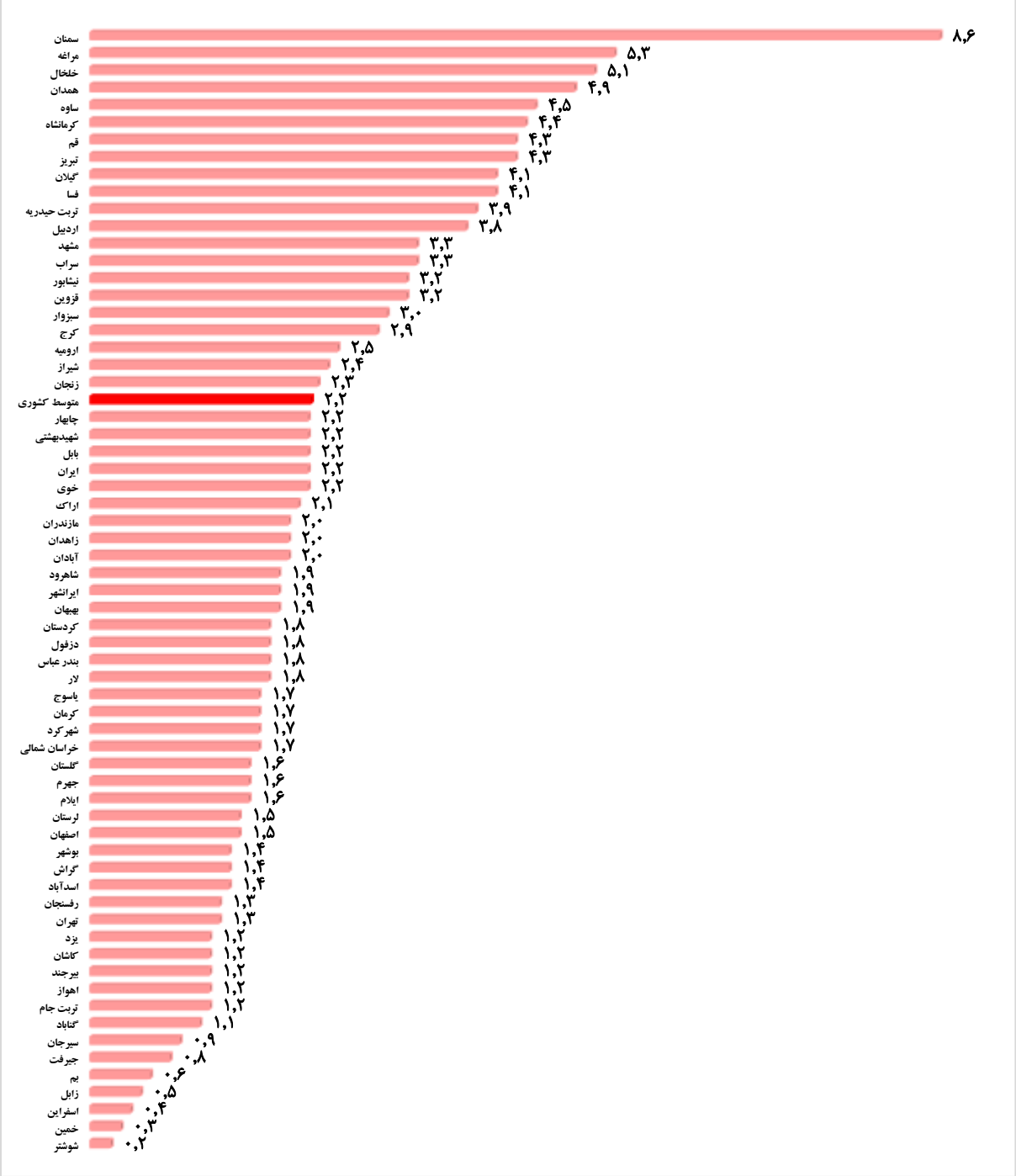


به علت اینکه بخش اعظم تختهای PICU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت واقع هستند، میزان مرگ در PICU تقریبا معادل میزان مرگ در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت است.

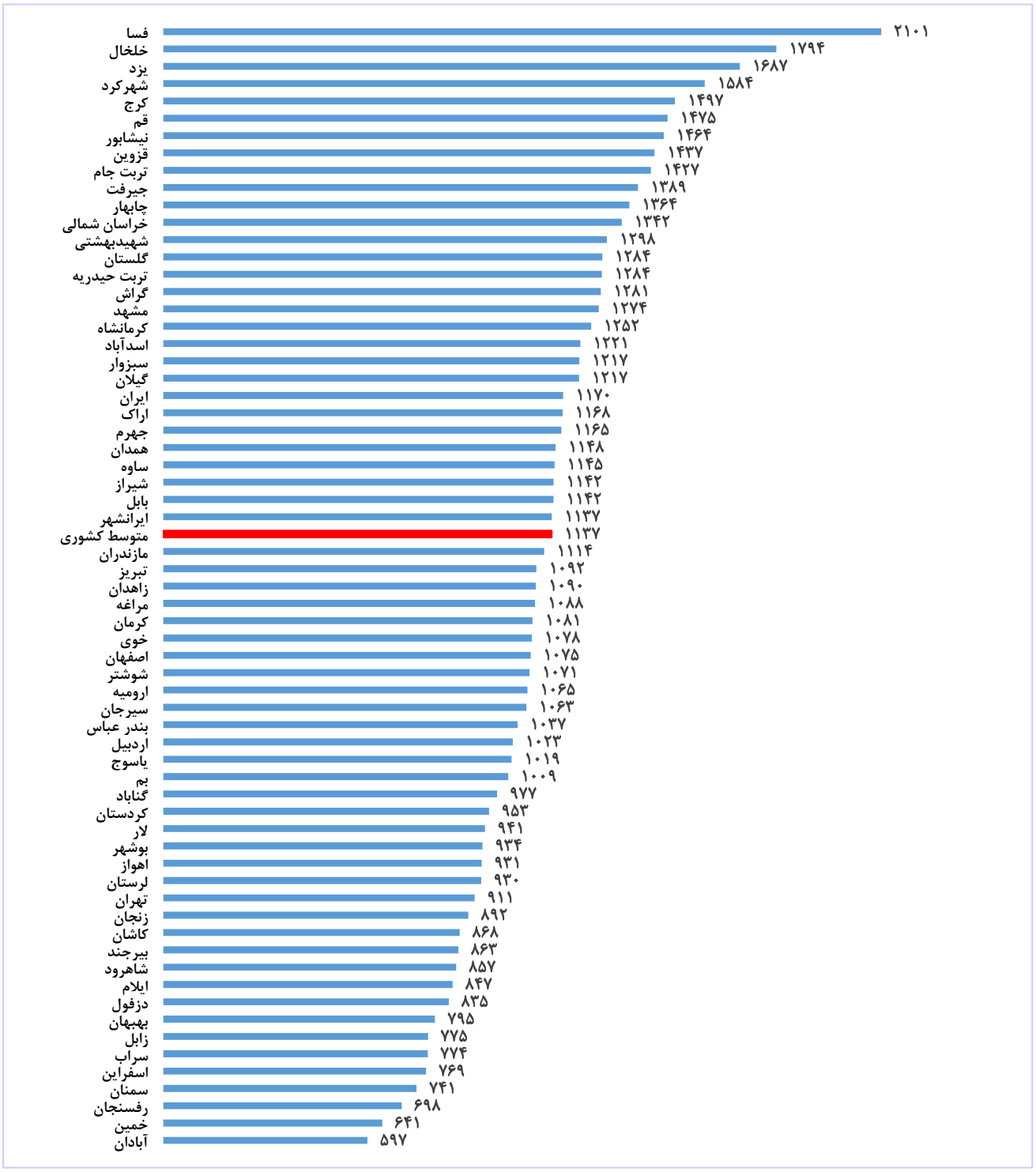
نمودار ۷–۵۰– شاخص درصد مرگ CCU در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



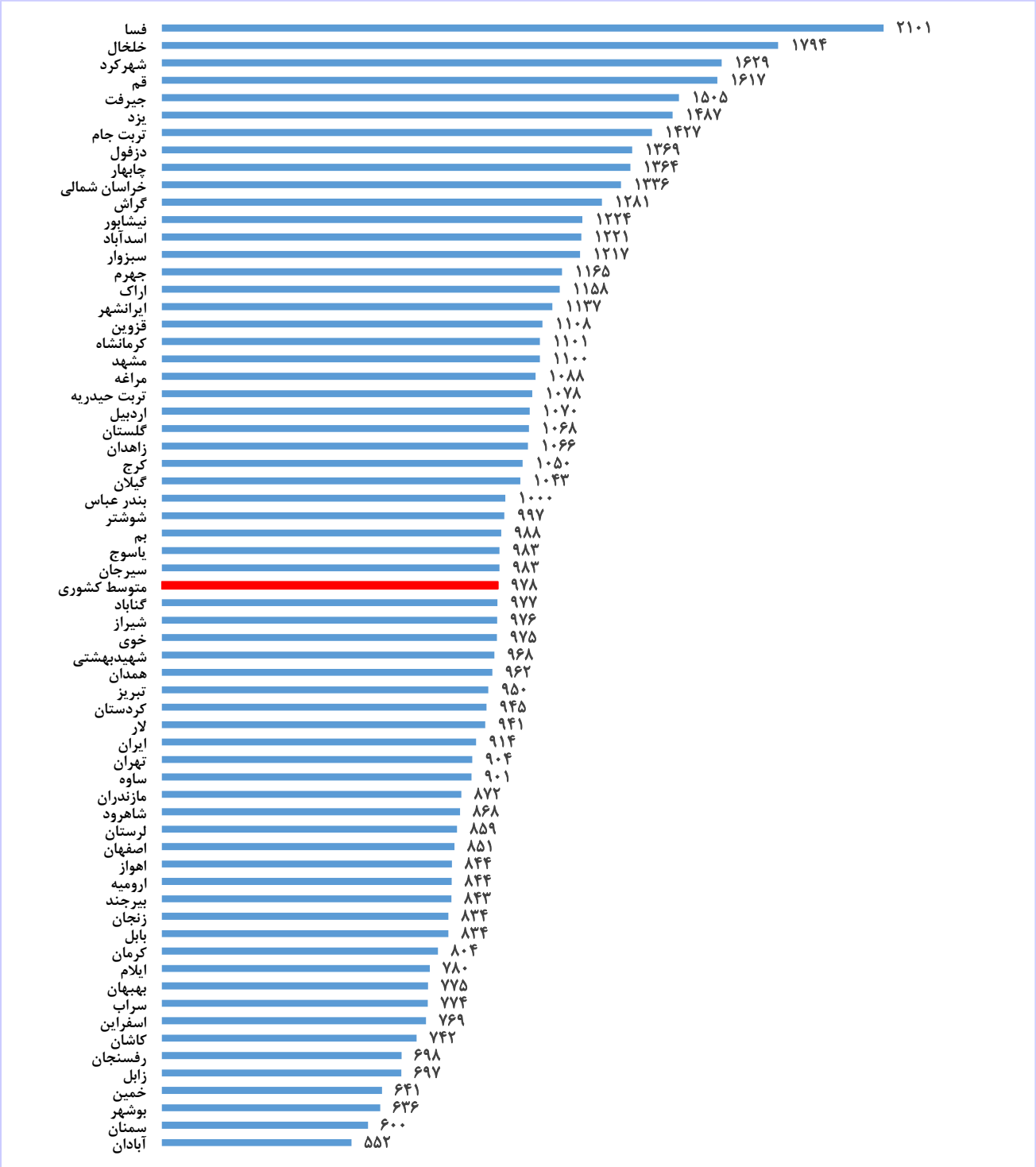
نمودار ۷–۵۱– شاخص درصد مرگ CCU در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



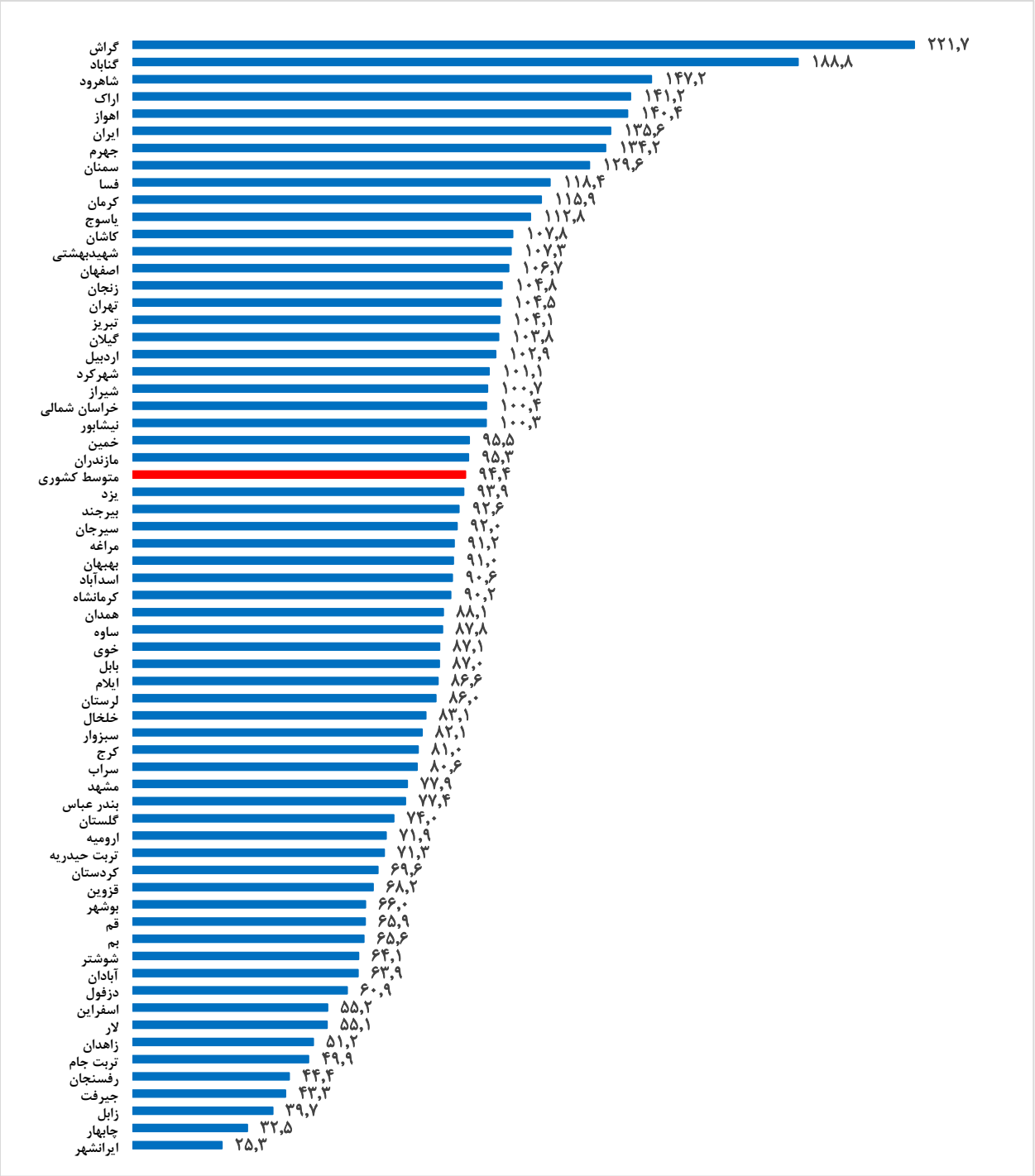
نمودار ۷–۵۲– شاخص گردش تخت اتاق عمل در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاه /دانشکده – سال ۱۴۰۲



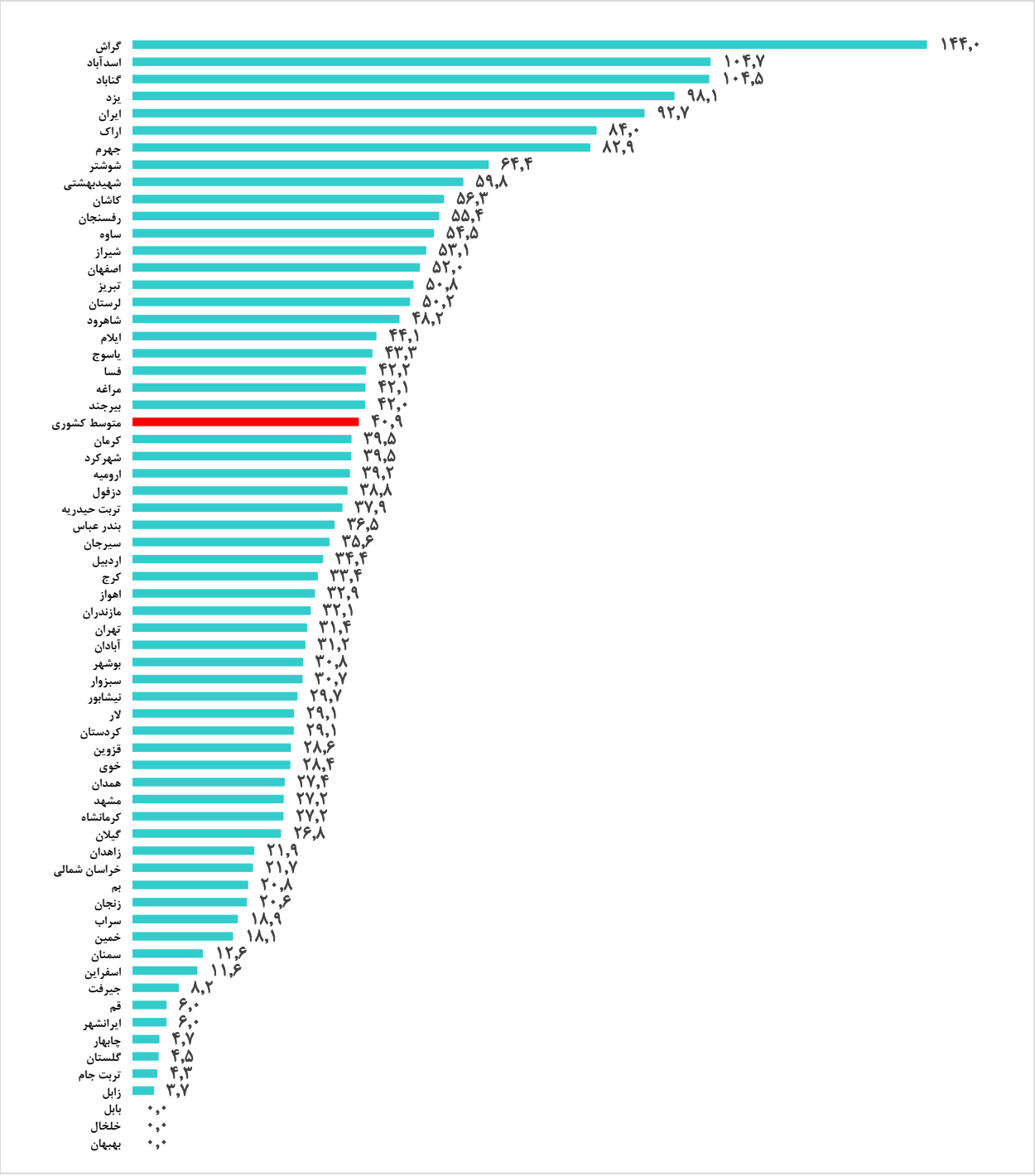
نمودار ۷–۵۳– شاخص گردش تخت اتاق عمل در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت کشور به تفکیک دانشگاه /دانشکده – سال ۱۴۰۲



نمودار ۷– ۵۴– شاخص عملکرد سی تی اسکن (تعداد سی تی اسکن انجام شده به ازای جمعیت) در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲

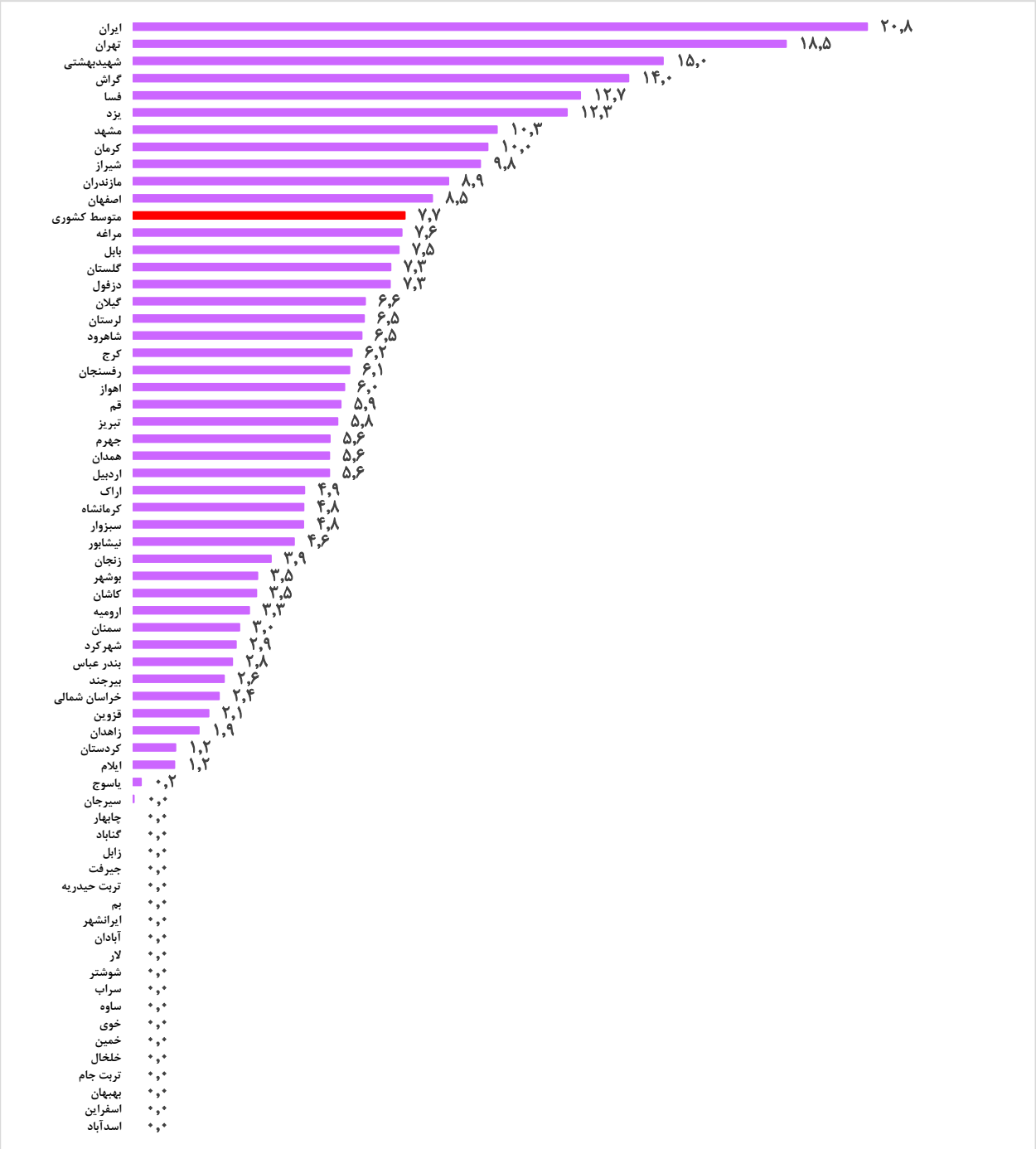


نمودار ۷–۵۵– شاخص عملکرد MRI (تعداد MRI انجام شده به ازای جمعیت) در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



دانشگاه/دانشکده های گراش، اسدآباد، گناباد و یزد بیشترین تعداد MRI انجام شده به ازای جمعیت تحت پوشش تعریف شده را دارند. لازم است اندیکاسیون انجام MRI در این دانشگاه/دانشکده ها و نیاز به افزایش تعداد دستگاه بررسی شود.

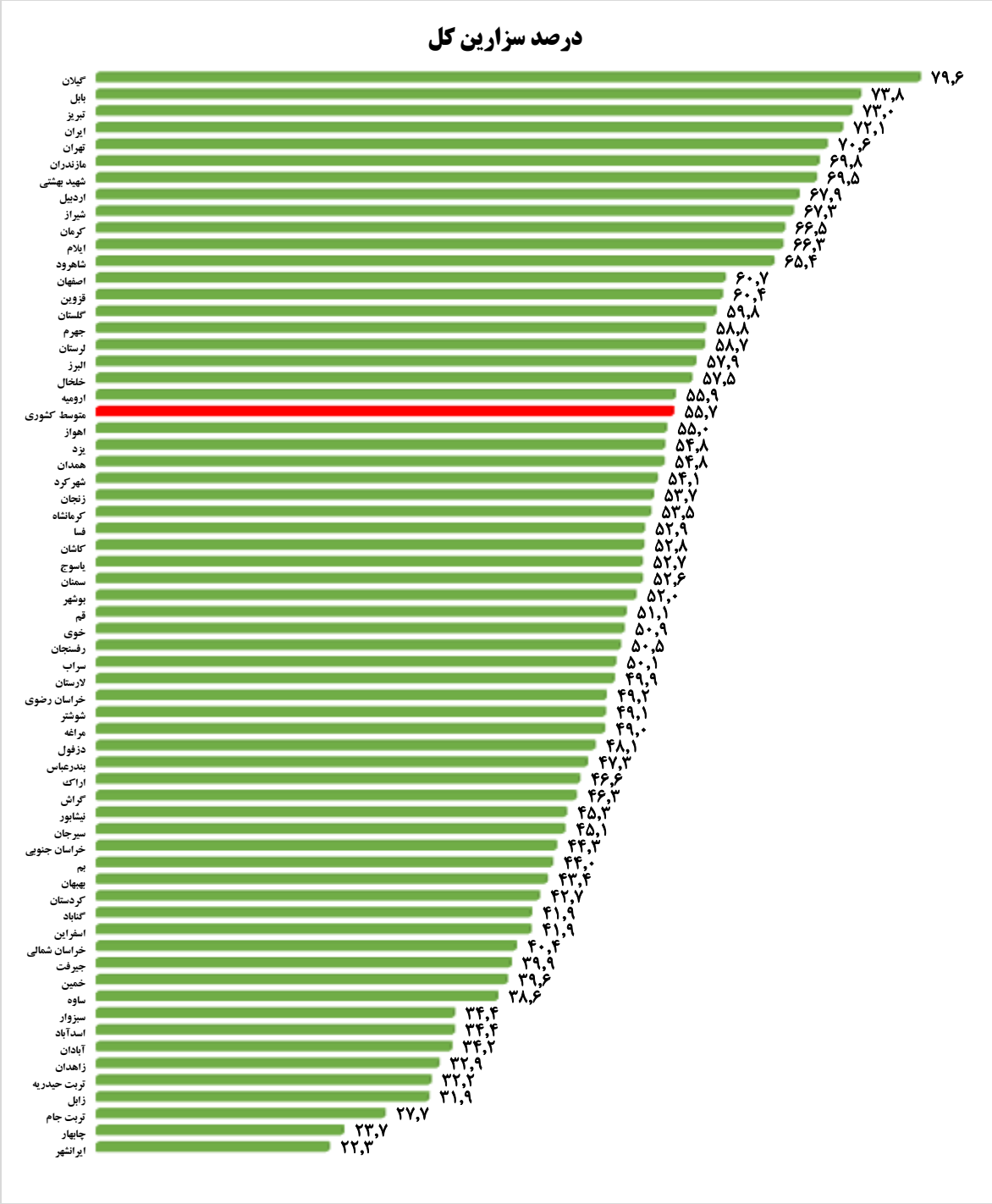
نمودار ۷–۵۶– شاخص تعداد آنژیوگرافی انجام شده به ازای جمعیت در بیمارستانهای کشور به تفکیک دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲



دانشگاه تهران؛ ایران و شهید بهشتی بیشترین تعداد آنژیوگرافی انجام شده به ازای جمعیت تحت پوشش تعریف شده را دارند. چون بیشترین تعداد دستگاه آنژیوگرافی در بیمارستانهای این دانشگاه/دانشکده ها وجود دارد، عملکرد بیشتر دستگاهها در این دانشگاه/دانشکده ها مورد انتظار است.

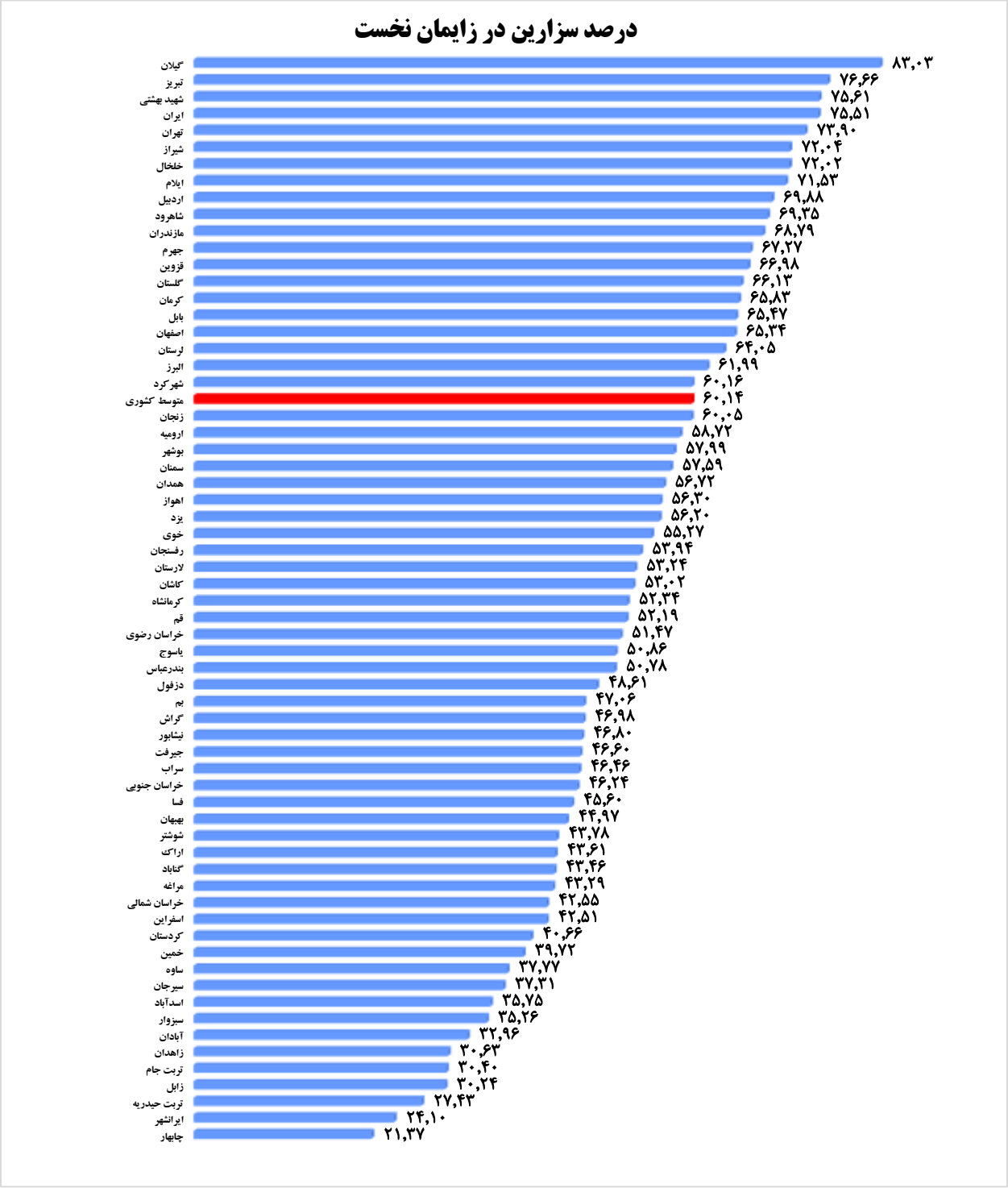
شاخصهای برنامه ترویج زایمان طبیعی

نمودار ۷–۵۷– شاخص درصد سزارین کل به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲

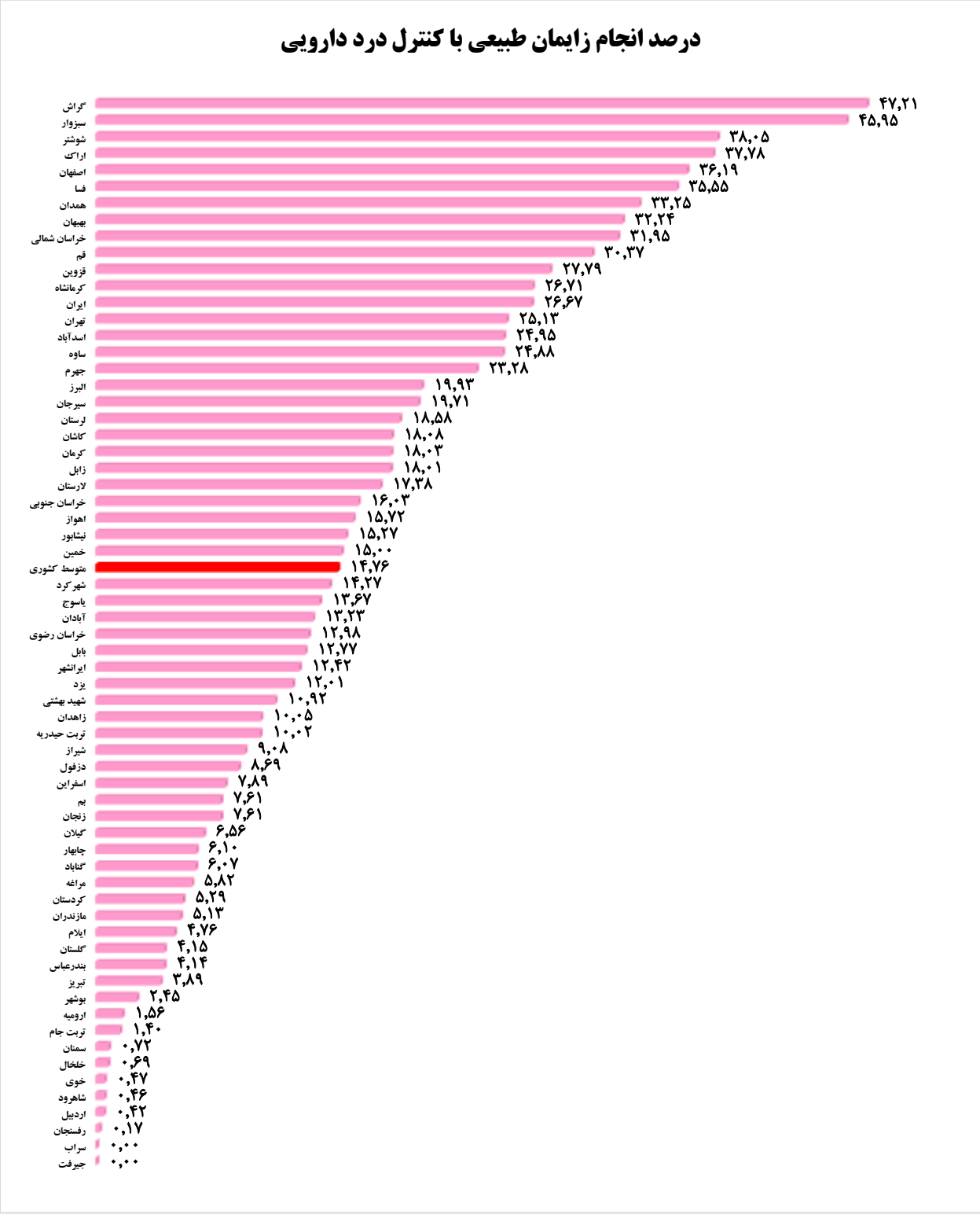


منبع: اطلاعات ارسالی دانشگاه ها در پاسخ به نامه پایش کتبی برنامه ترویج زایمان طبیعی سال ۱۴۰۲

نمودار ۷–۵۸– شاخص درصد سزارین نخست زا به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲

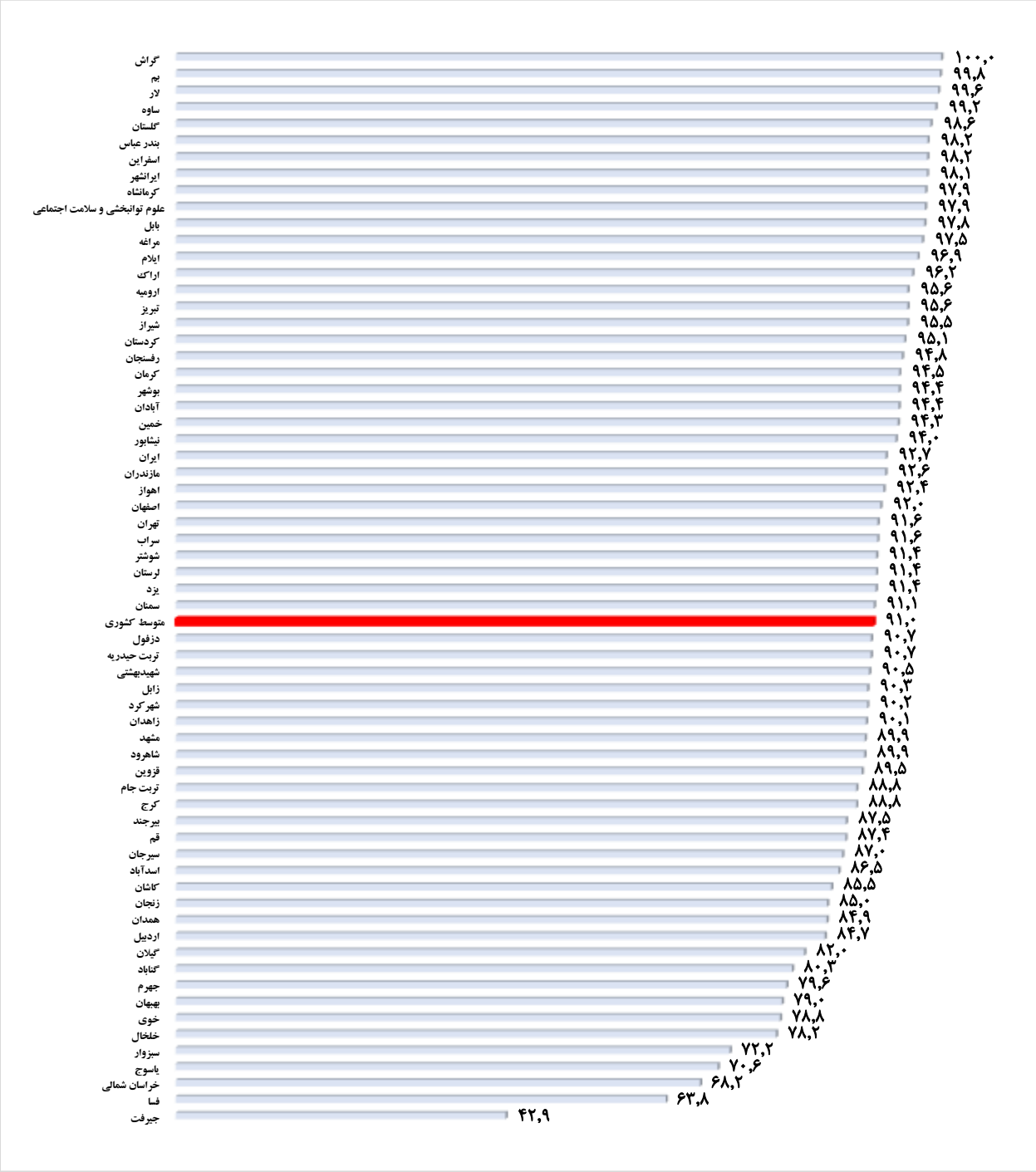


نمودار ۷–۵۹– شاخص درصد انجام زایمان طبیعی با کنترل درد دارویی به تفکیک دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی – سال ۱۴۰۲

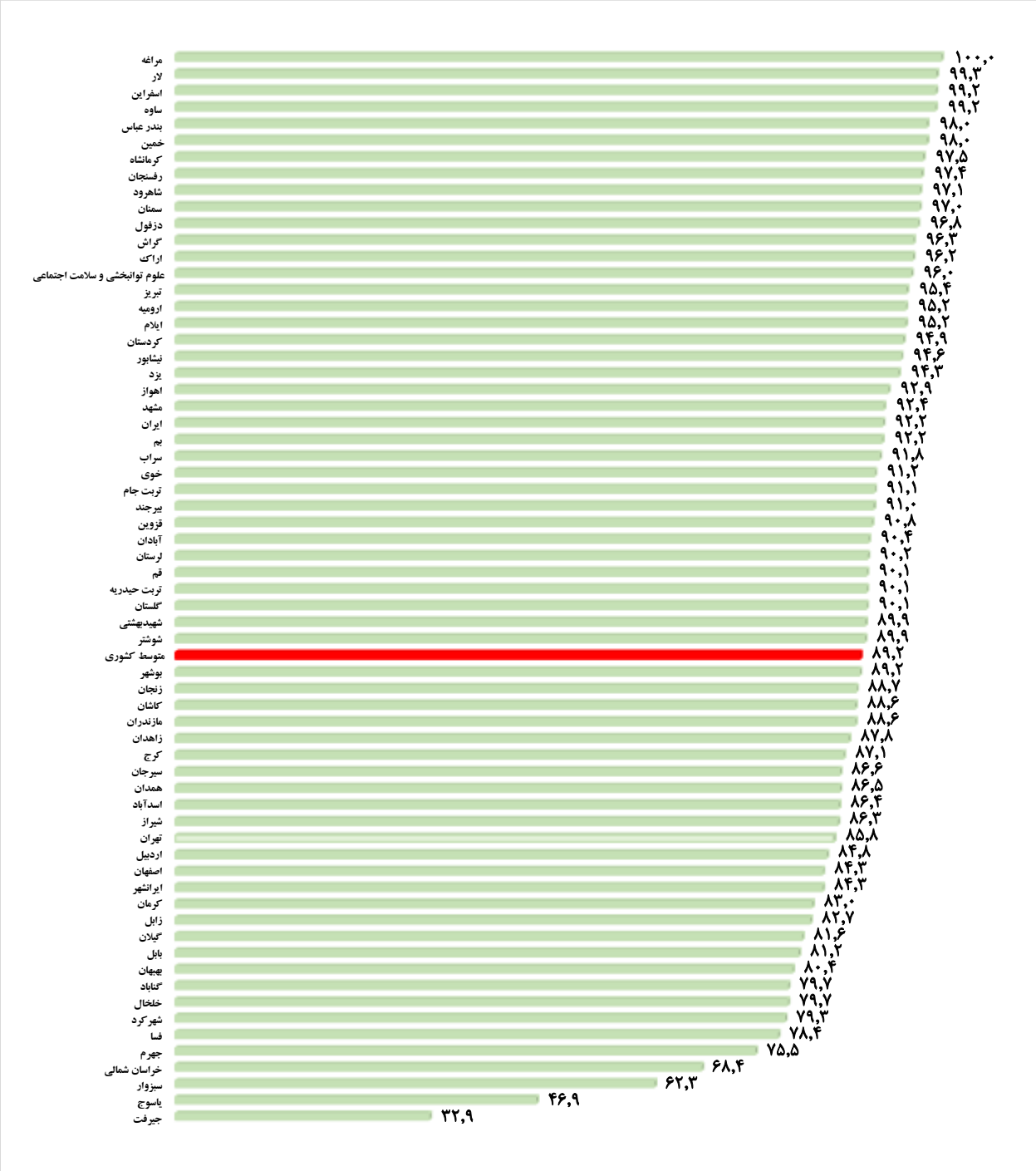


شاخصهای اورژانس

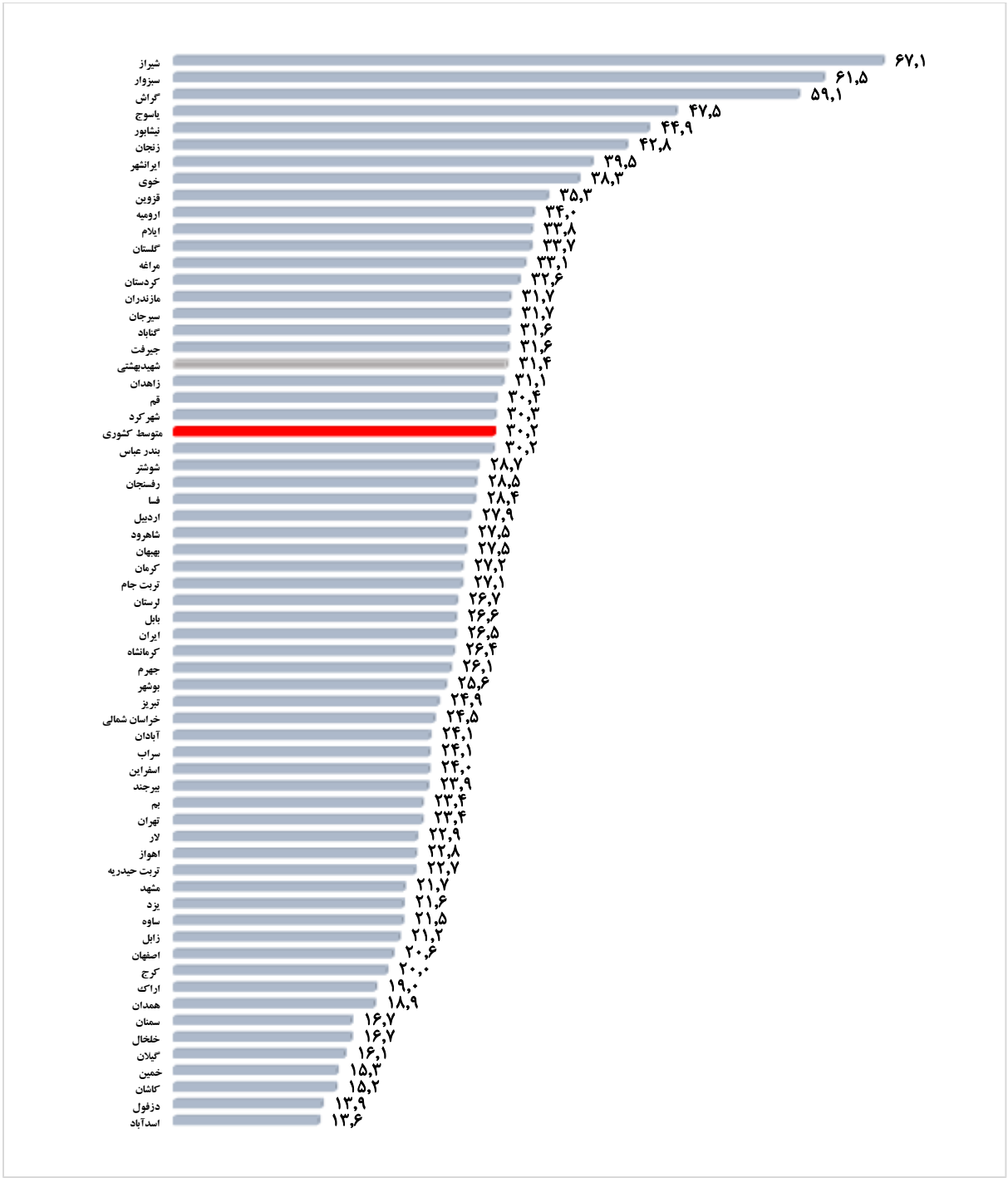
نمودار ۷– ۶۰– درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت در بخش اورژانس بیمارستان به تفکیک دانشگاه/دانشکده– سال ۱۴۰۲



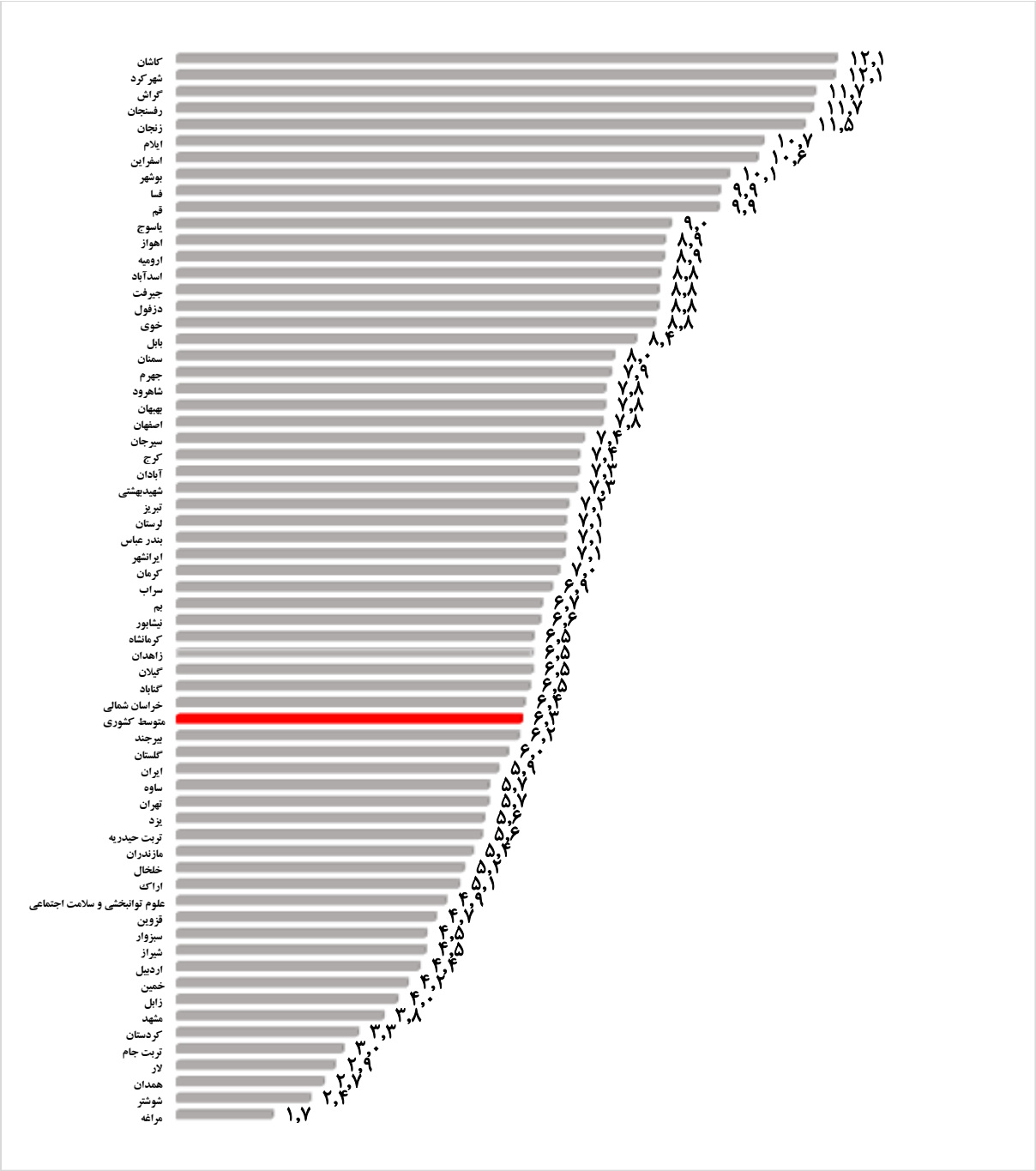
نمودار ۷– ۶۱– درصد بیماران خارج شده از بخش اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت به تفکیک دانشگاه/دانشکده– سال ۱۴۰۲



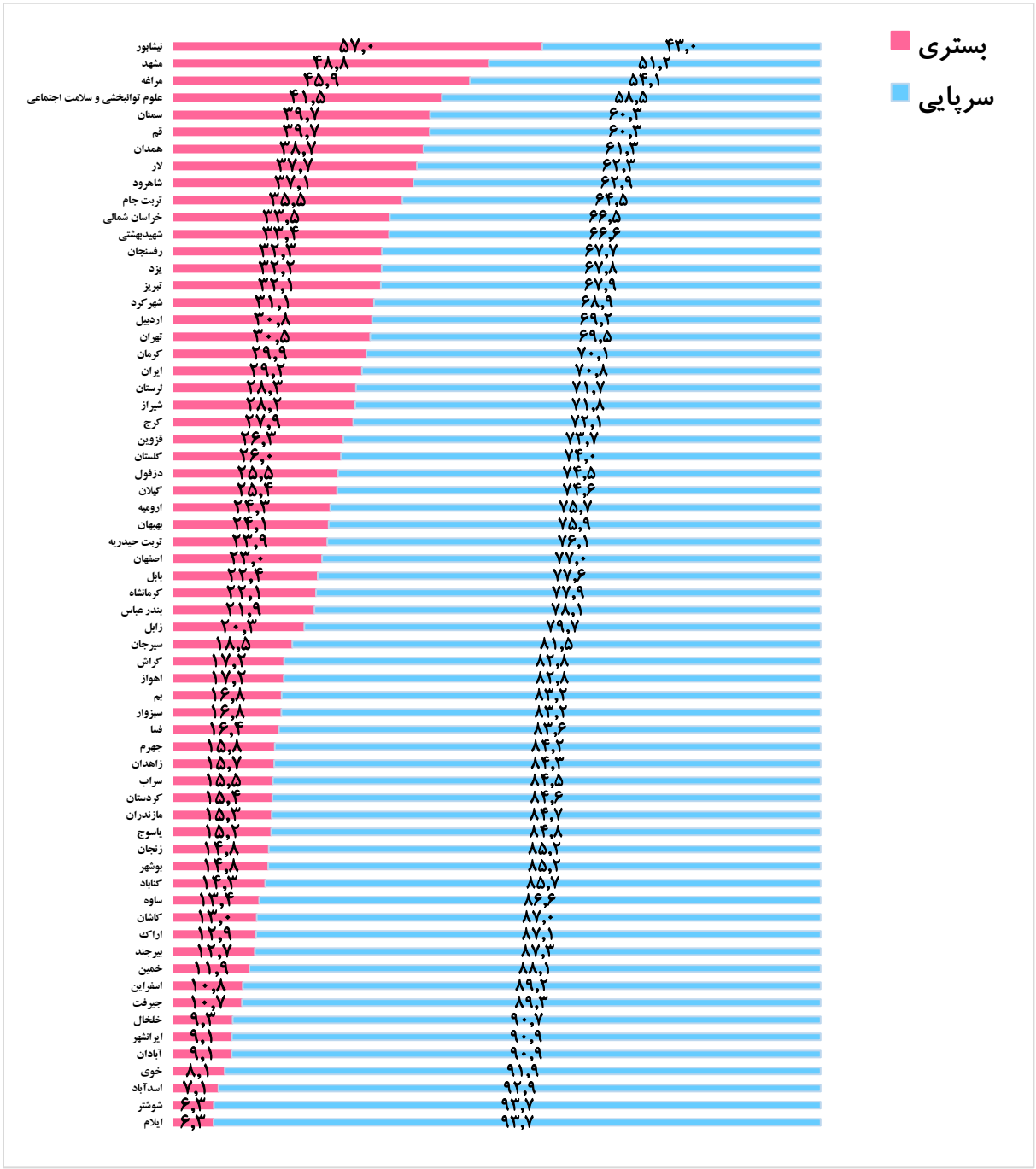
نمودار ۷–۶۲– درصد احیای قلبی عروقی موفق در بخش اورژانس به تفکیک دانشگاه/دانشکده– سال ۱۴۰۲



نمودار ۷– ۶۳– درصد ترک اورژانس با مسئولیت شخصی به تفکیک دانشگاه/دانشکده– سال ۱۴۰۲



نمودار ۷– ۶۴– درصد مراجعین بخش اورژانس بیمارستان به تفکیک بستری و سرپایی به تفکیک دانشگاه/دانشکده– سال ۱۴۰۲



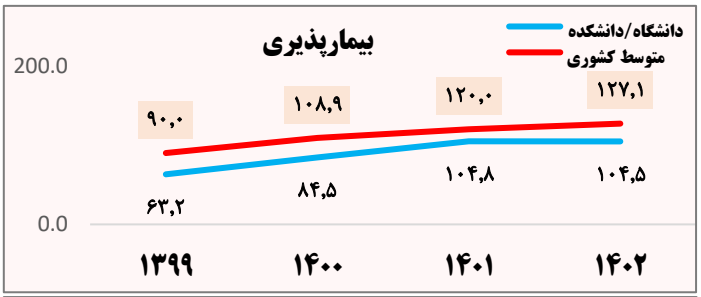
فصل هشتم

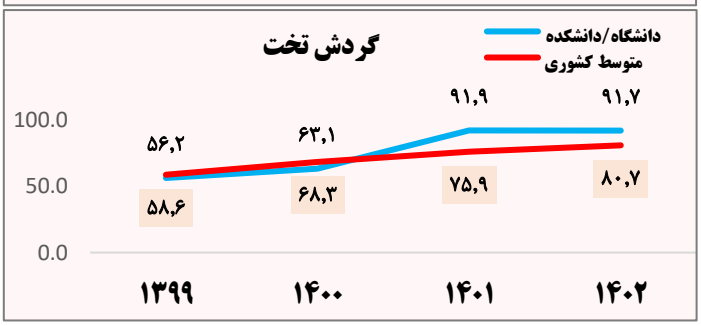
روند شاخصهای دسترسی و کارایی منتخب در دانشگاه/دانشکده های کشور در سالهای اخیر

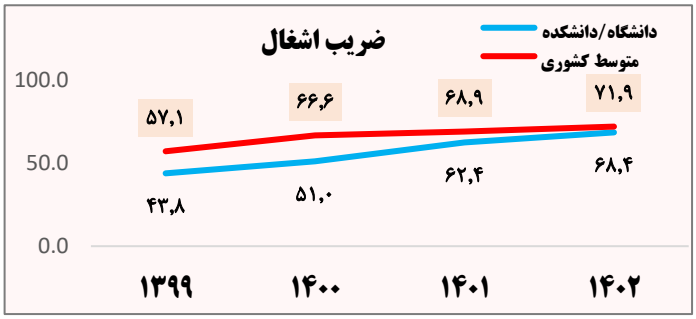
توضیح: سرانه تخت محاسبه شده شامل تخت فعال و تخت آماده ارائه خدمت می باشد.

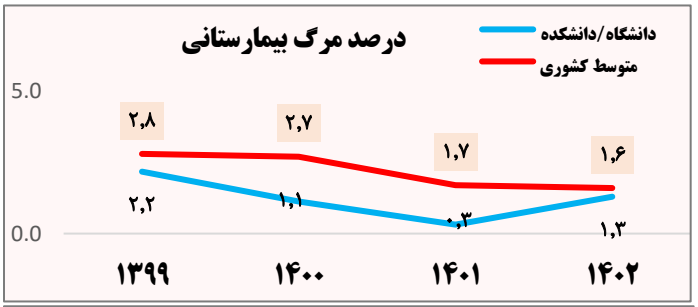
دانشکده علوم پزشکی اسدآباد

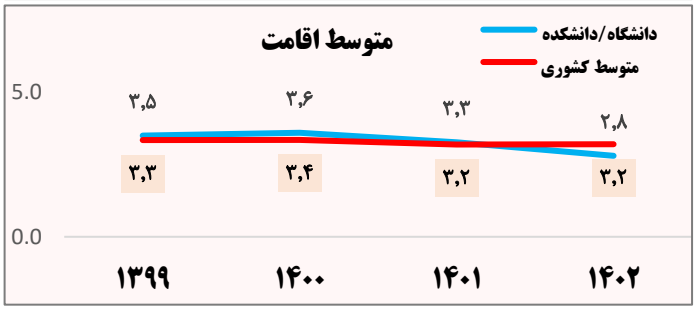
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۰۲۶۸۷
تعداد بیمارستان	۱
تعداد تخت فعال	۱۳۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۲

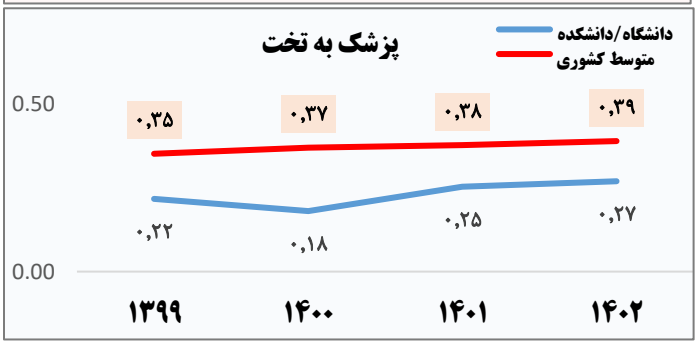


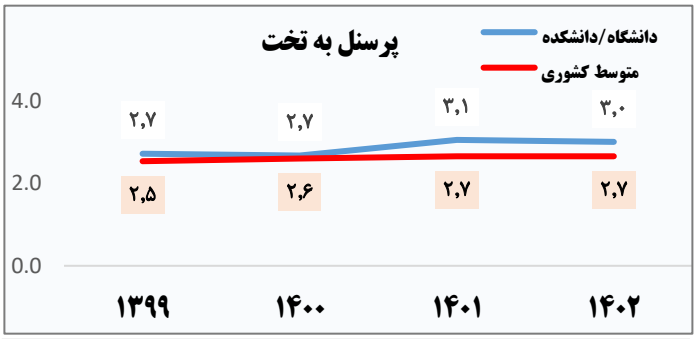


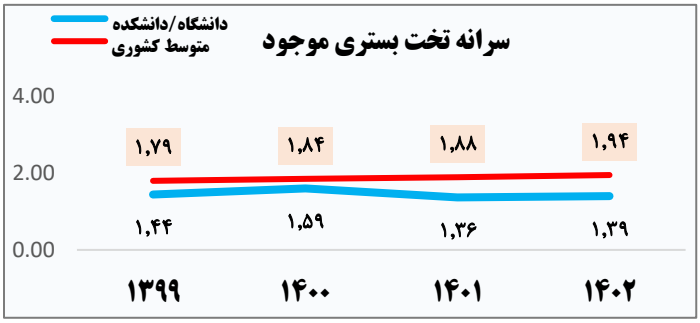


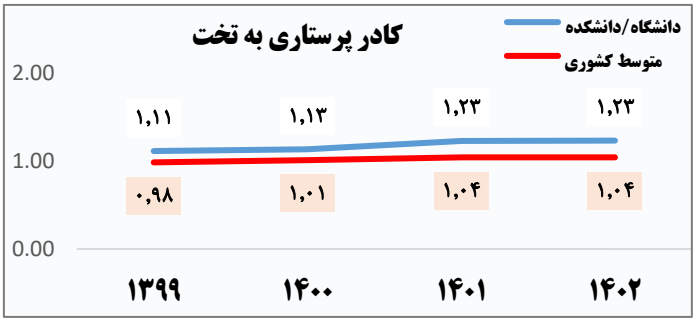






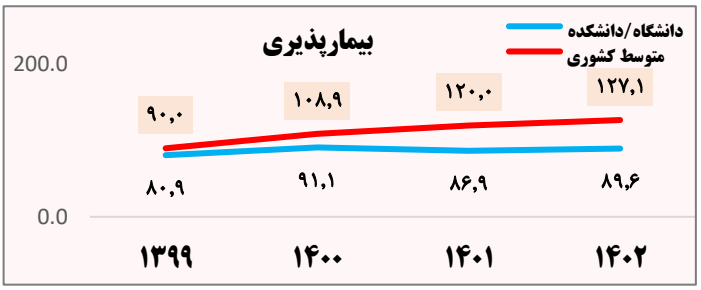


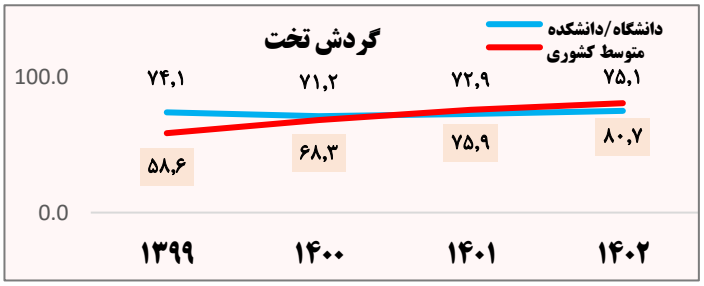


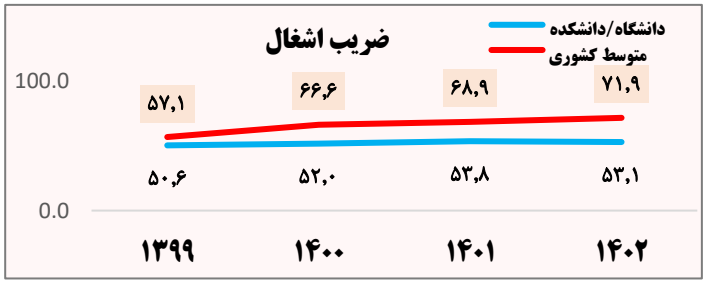


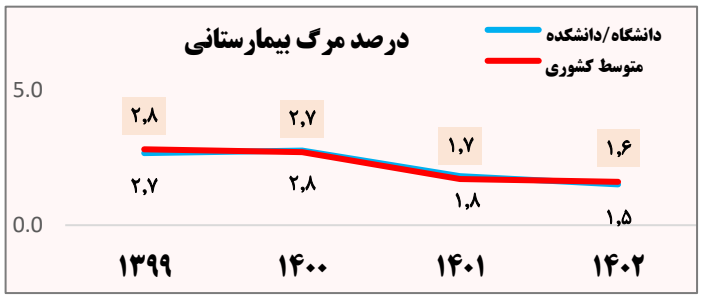
دانشکده علوم پزشکی اسفراین

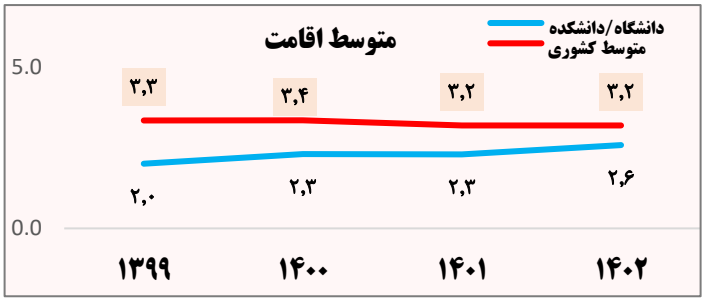
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۲۲۳۱۵
تعداد بیمارستان	۱
تعداد تخت فعال	۱۶۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	–

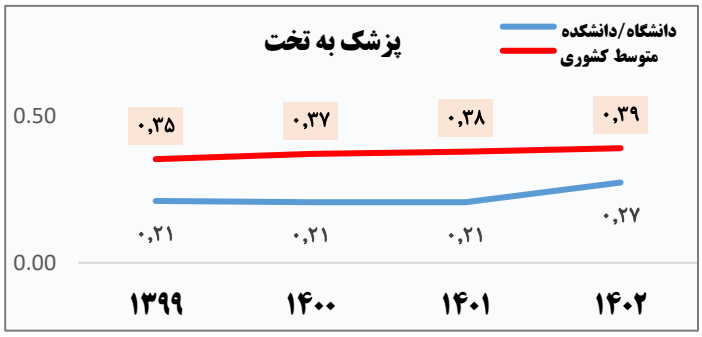


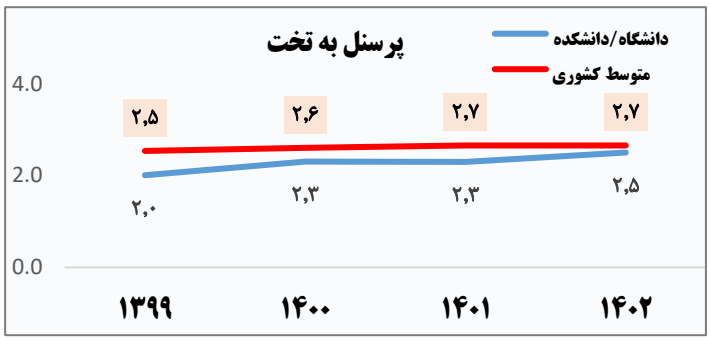


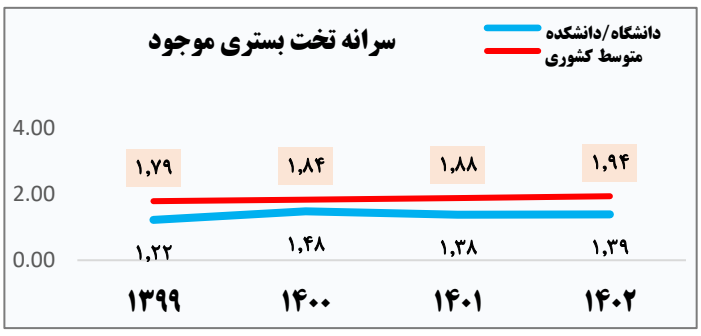


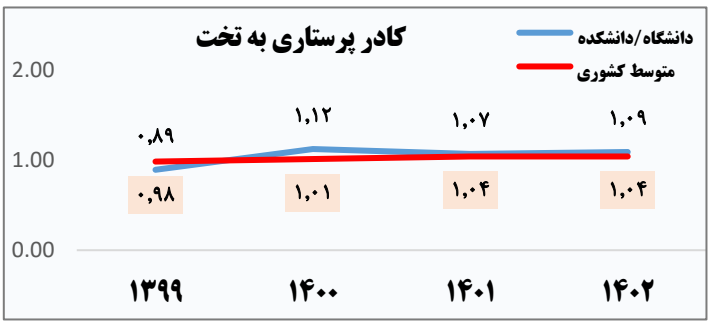






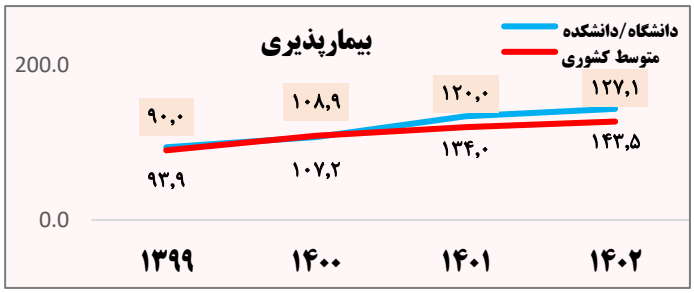


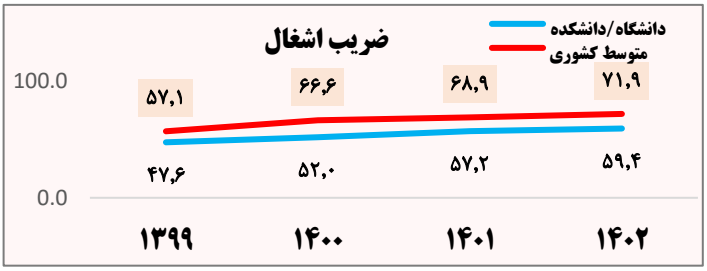


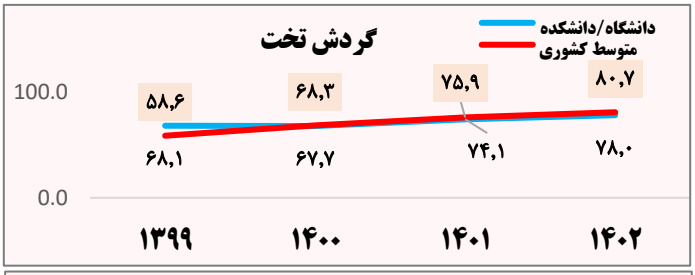


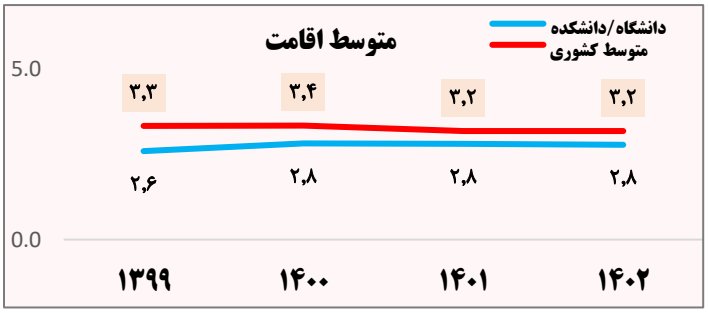
دانشکده علوم پزشکی بهبهان

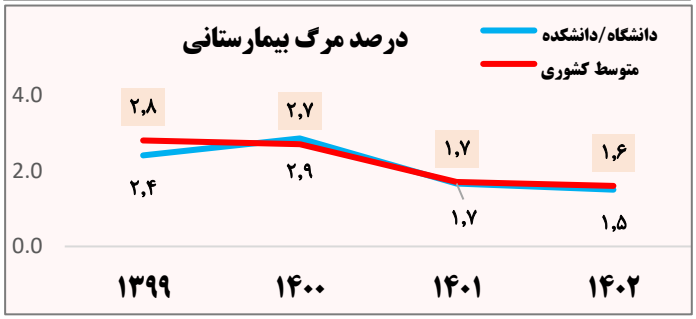
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۱۳۵۸۷
تعداد بیمارستان	۶
تعداد تخت فعال	۴۶۵
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۵۶

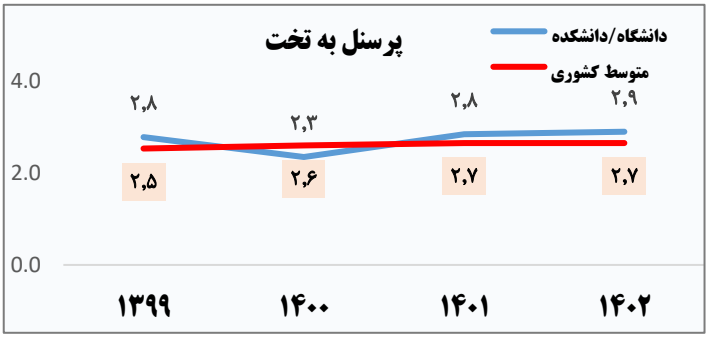


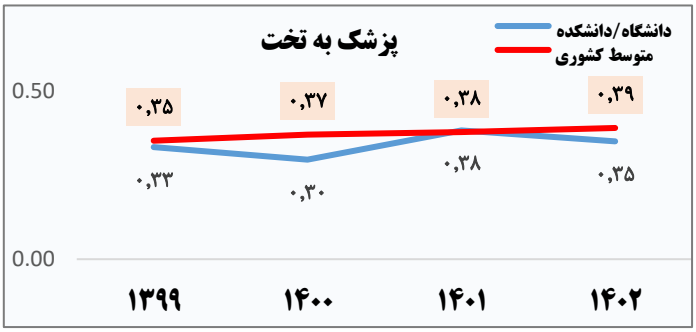


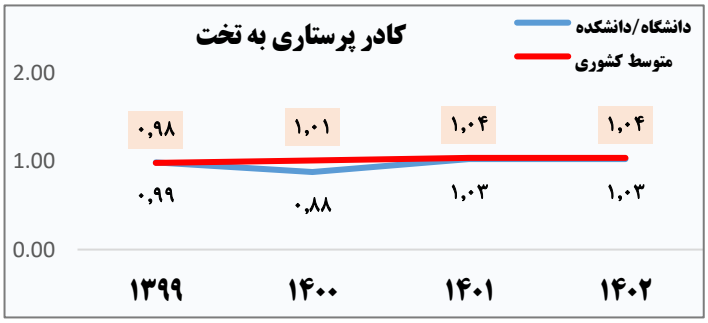


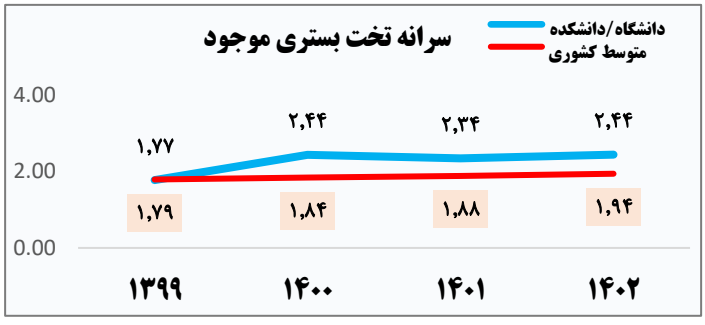






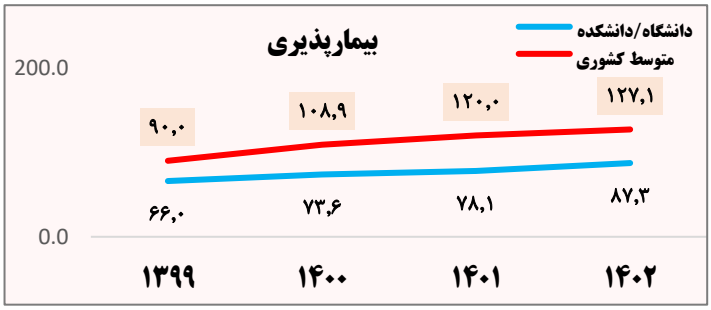


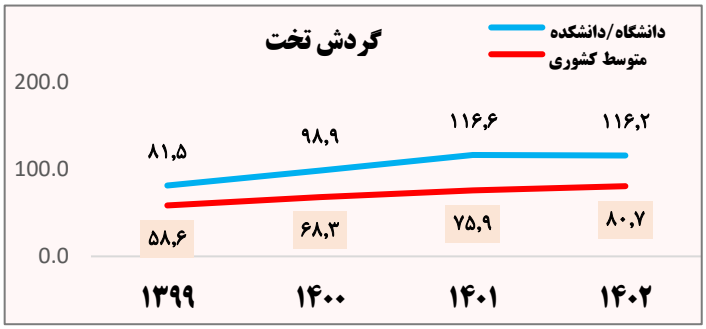


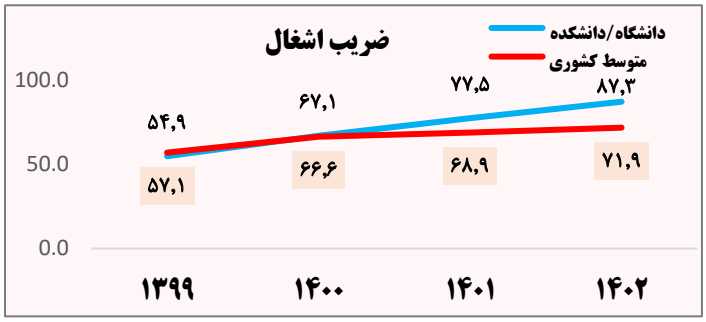


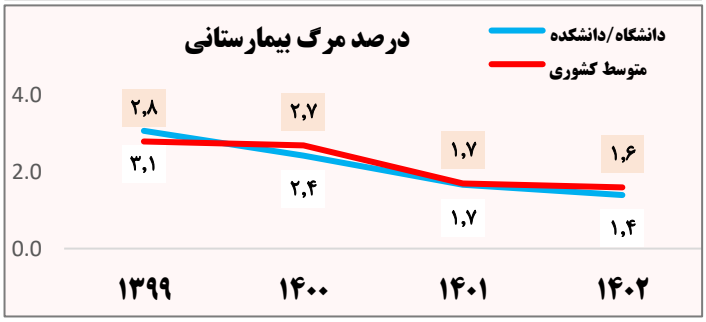
دانشکده علوم پزشکی تربت جام

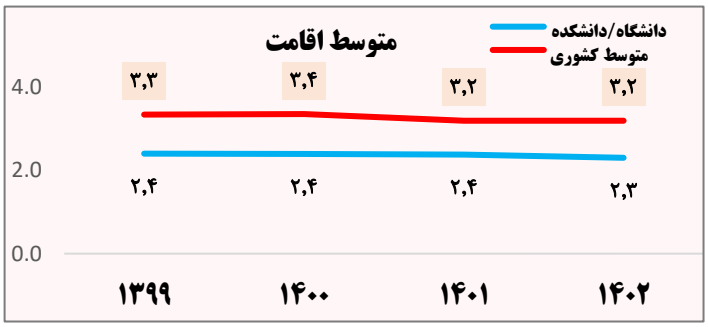
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۹۲۶۹۳
تعداد بیمارستان	۴
تعداد تخت فعال	۲۷۸
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲

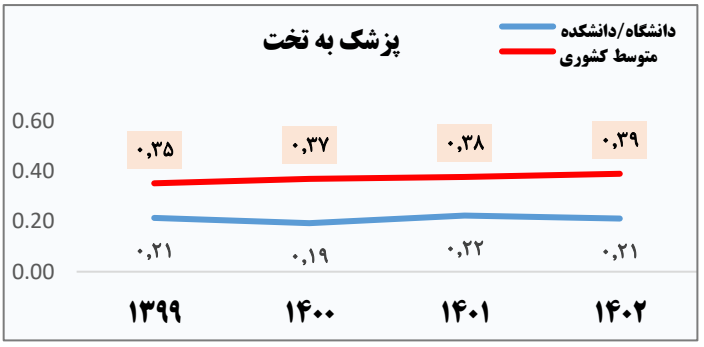


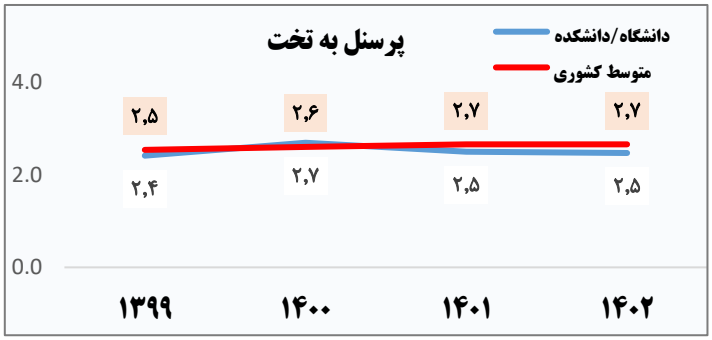


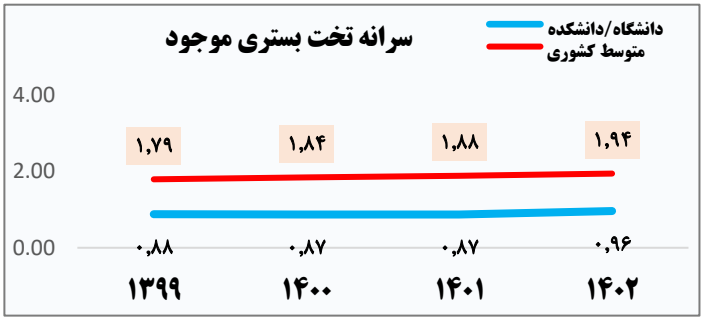


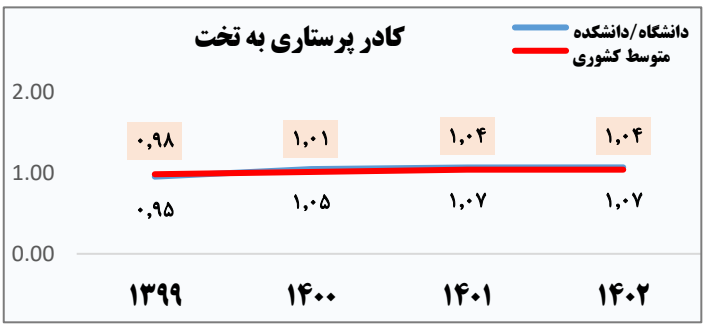






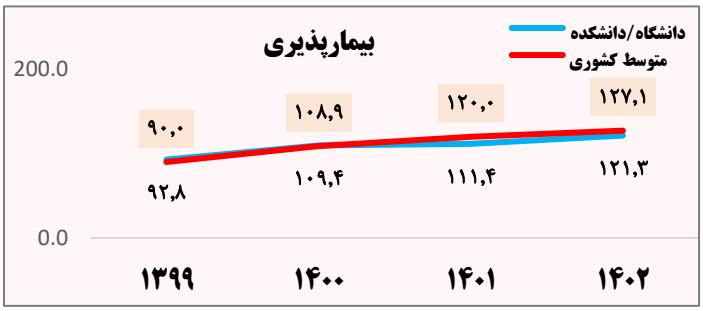


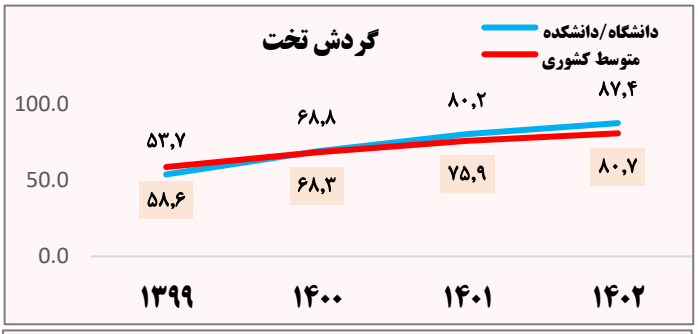


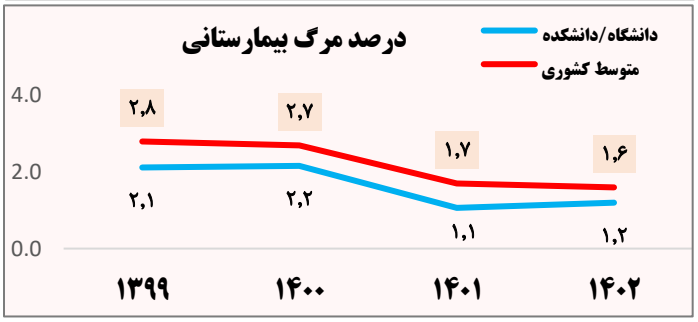


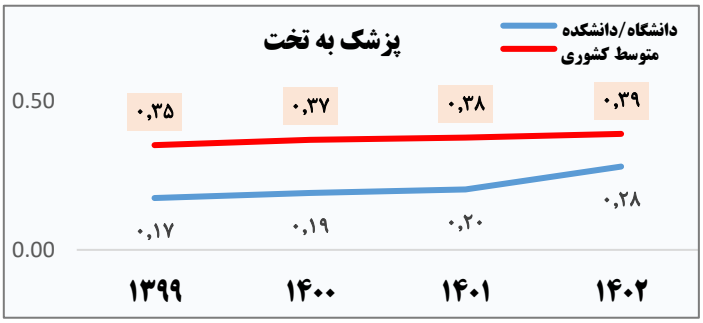
دانشکده علوم پزشکی خلخال

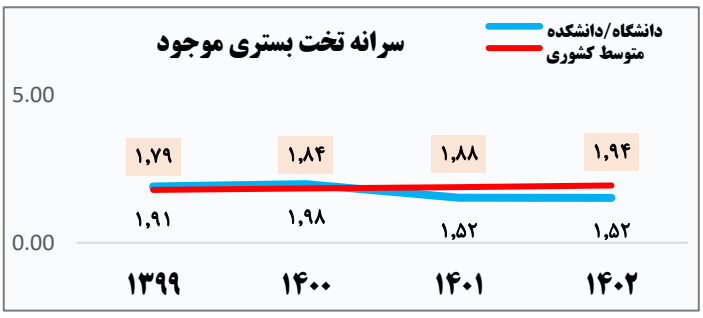
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۸۸۶۱۴
تعداد بیمارستان	۱
تعداد تخت فعال	۱۳۵
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۰

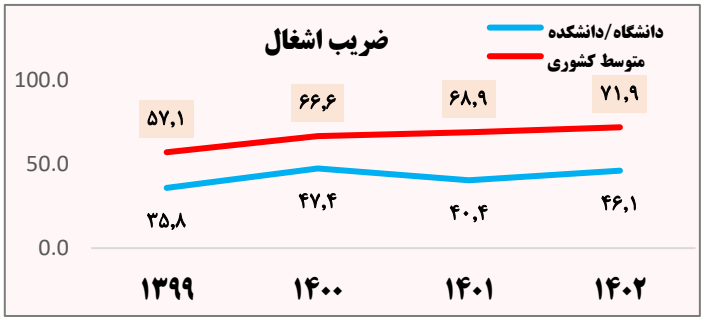


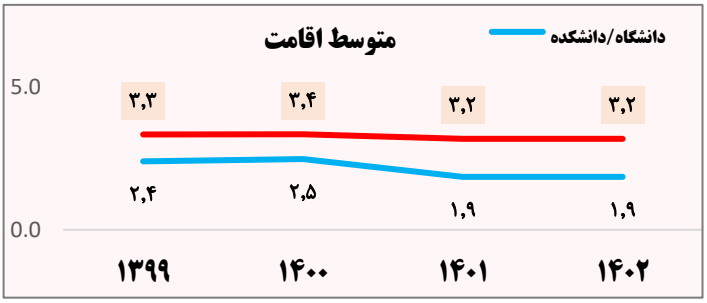


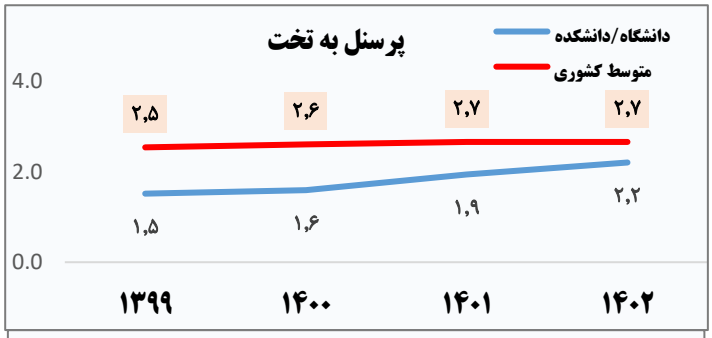


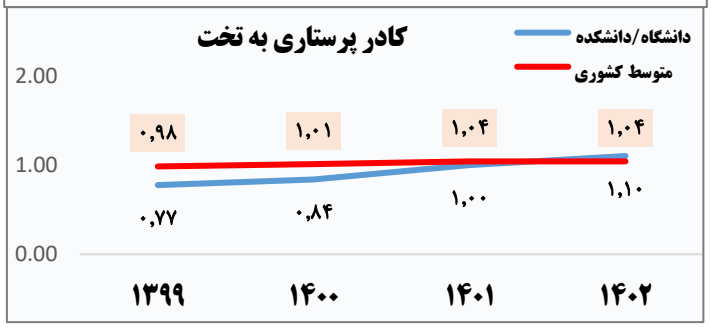






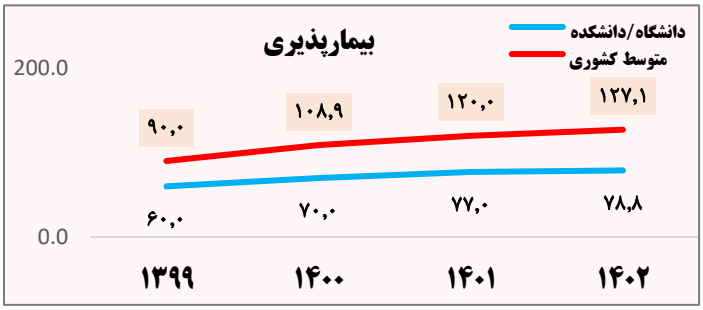


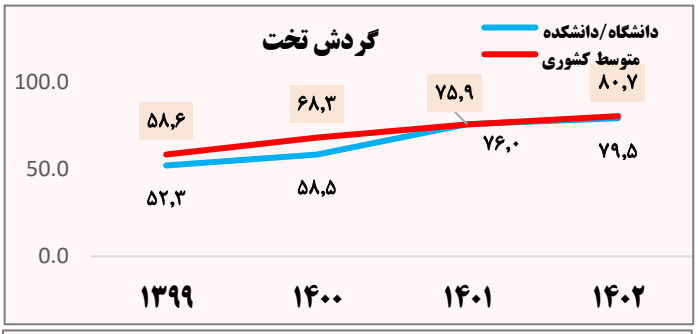


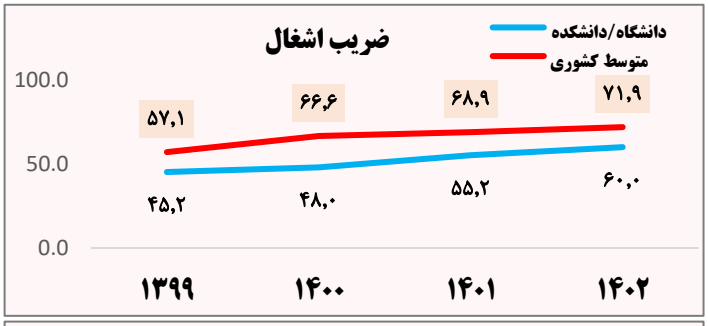


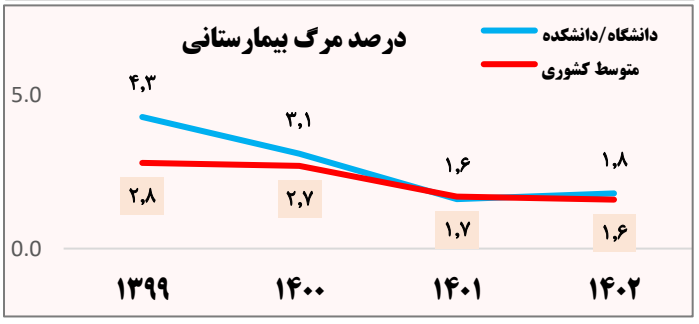
دانشکده علوم پزشکی خمین

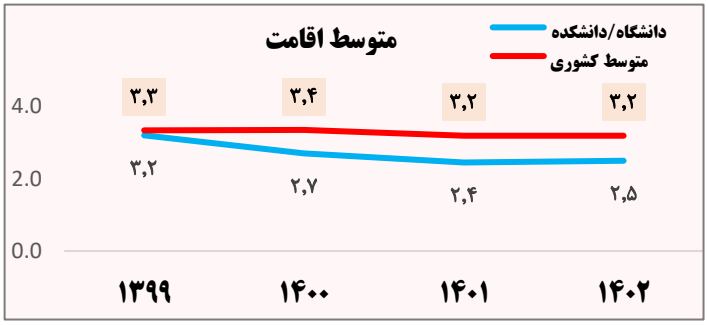
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۰۷۹۲۱
تعداد بیمارستان	۱
تعداد تخت فعال	۱۲۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۲

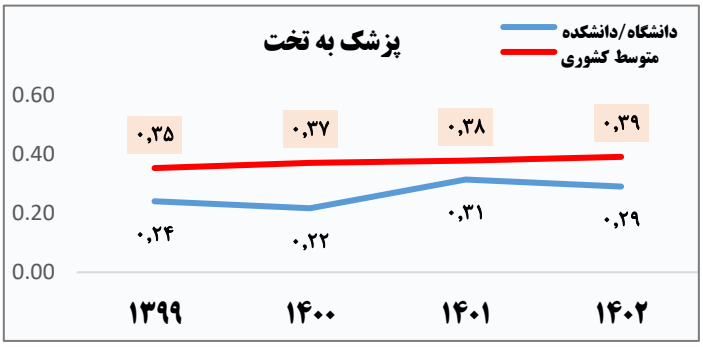


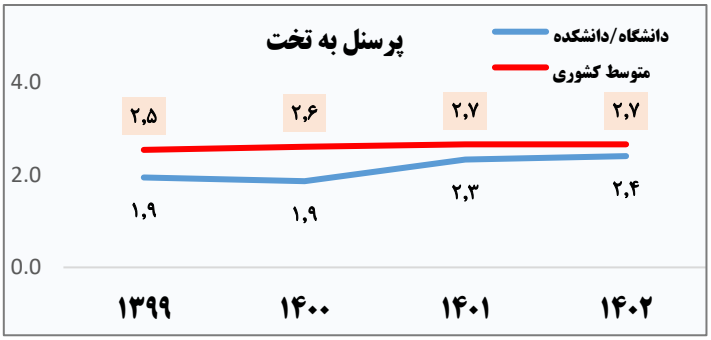


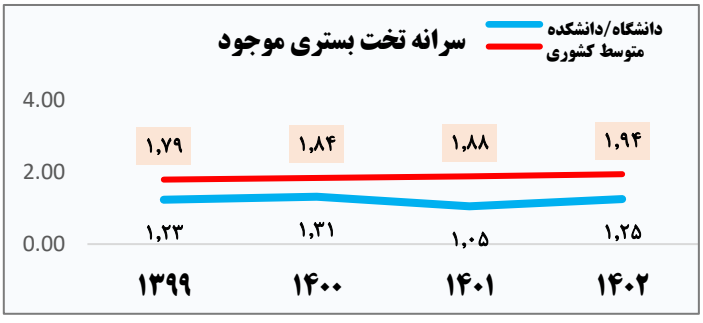


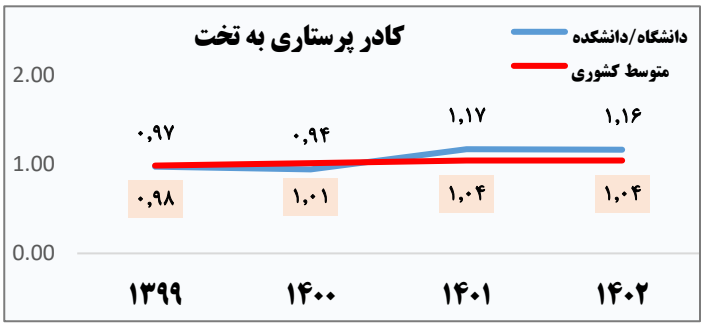






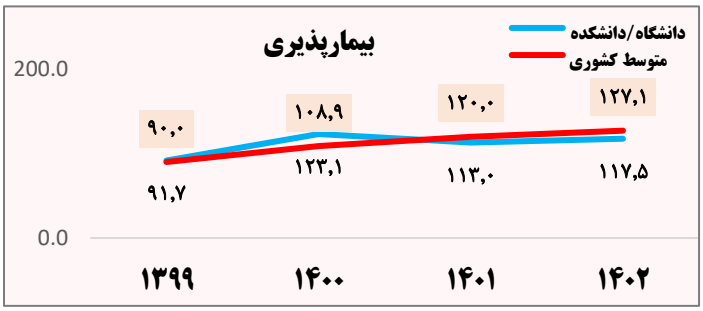


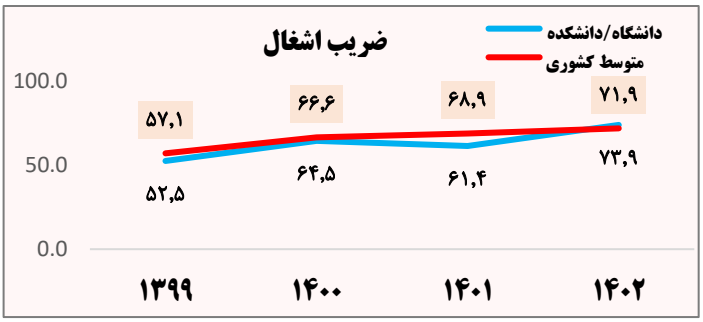


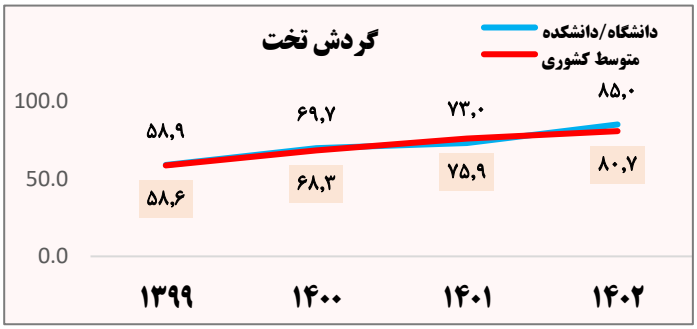


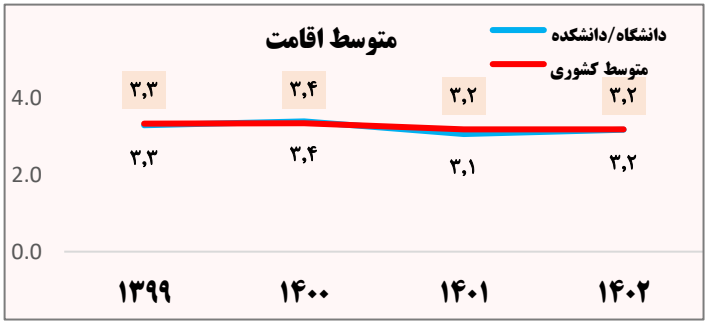
دانشکده علوم پزشکی خوی

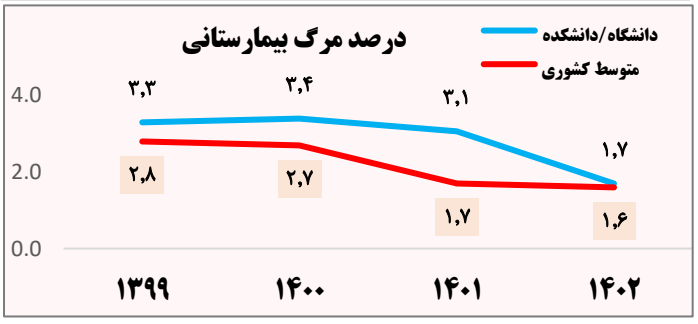
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۷۳۹۴۸
تعداد بیمارستان	۵
تعداد تخت فعال	۵۷۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۱

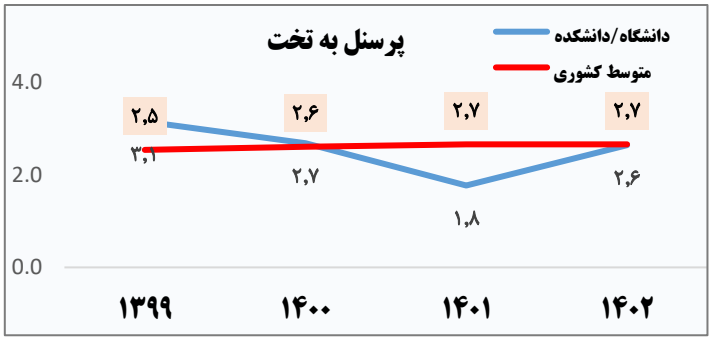


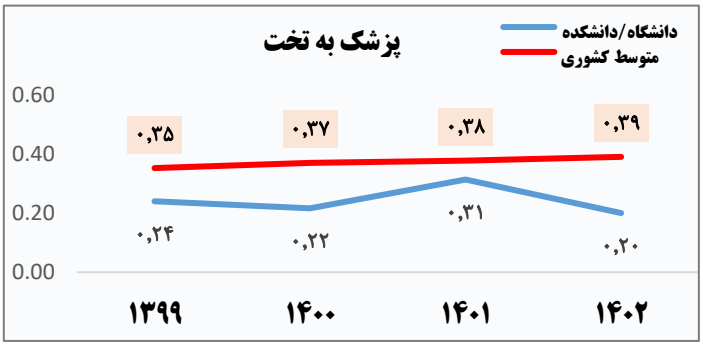


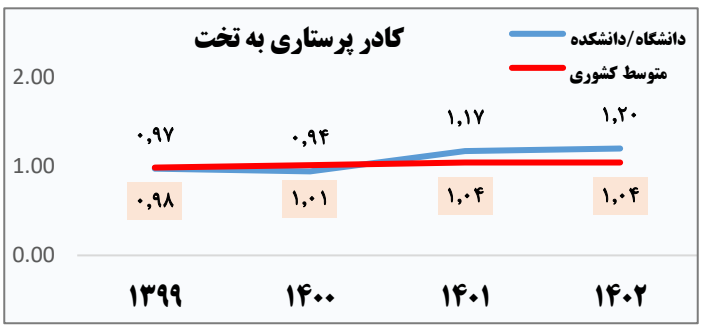


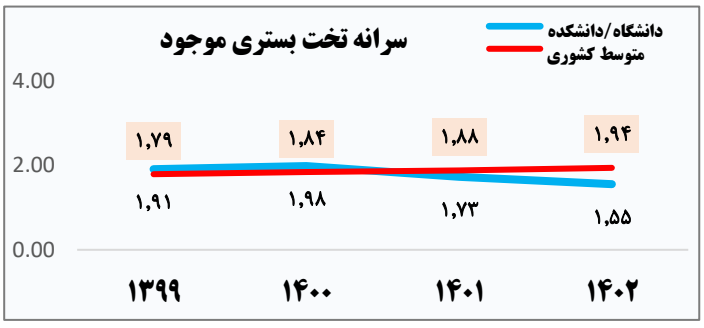






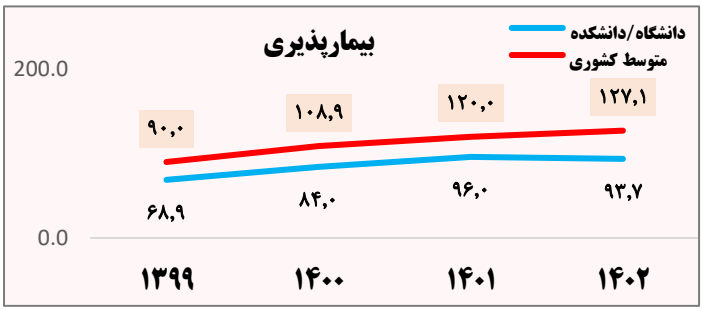


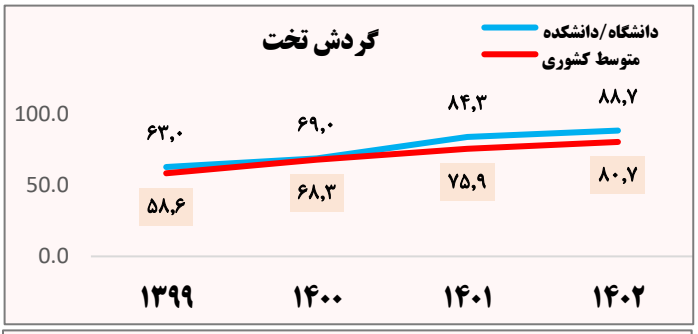


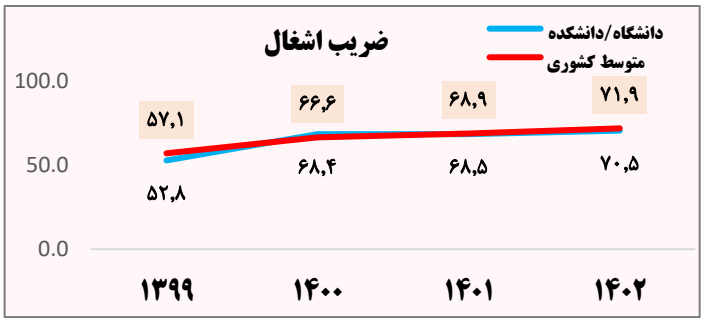


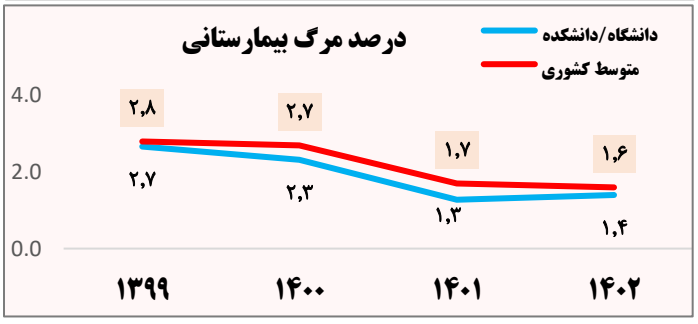
دانشکده علوم پزشکی ساوه

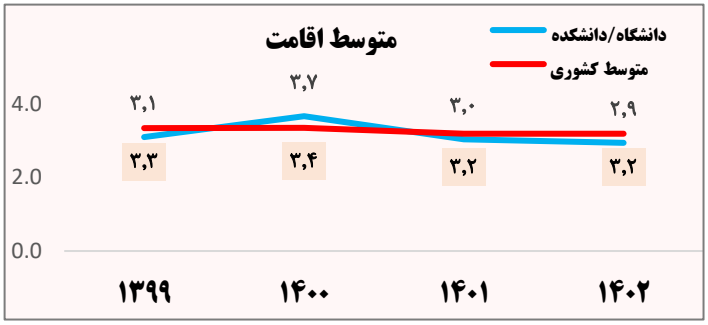
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۵۷۰۵۲
تعداد بیمارستان	۵
تعداد تخت فعال	۴۳۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۷

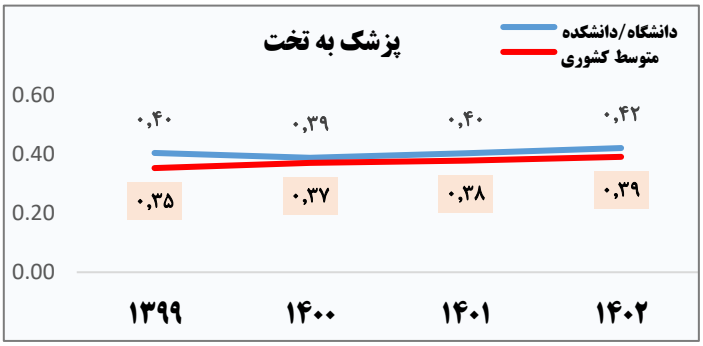


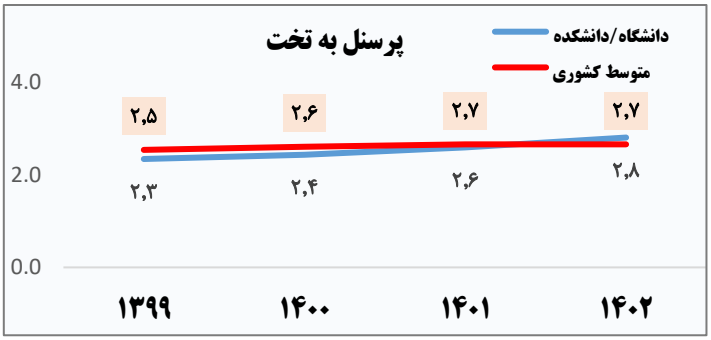


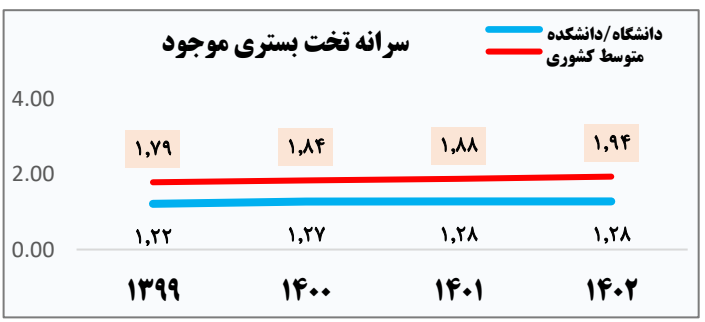


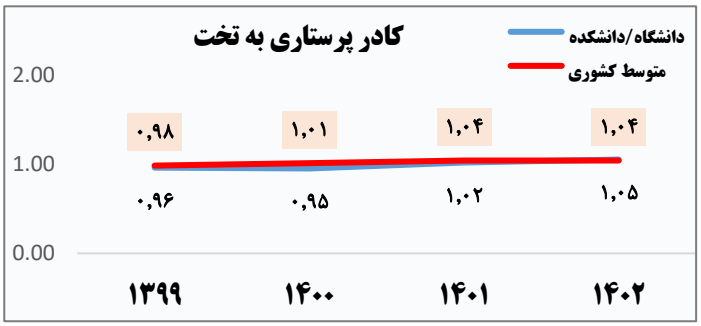






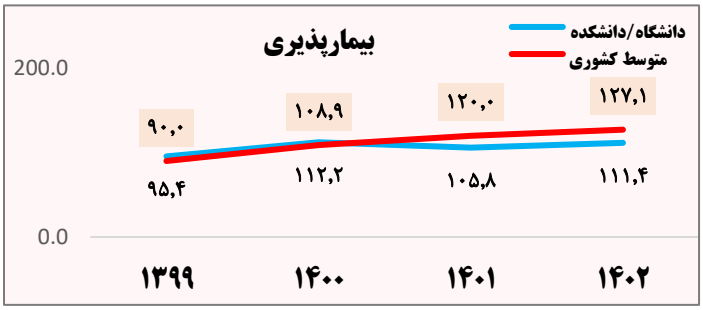


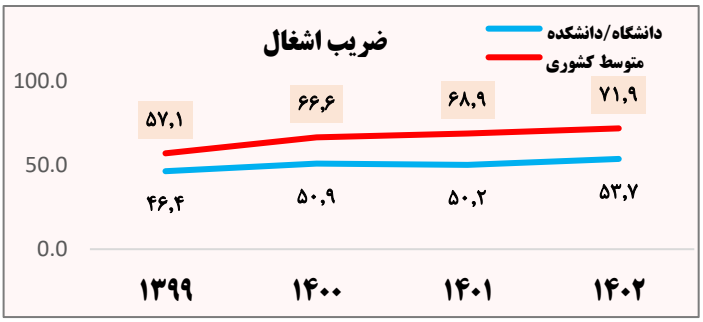


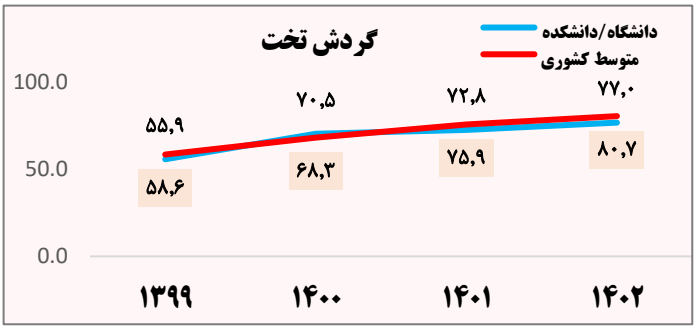


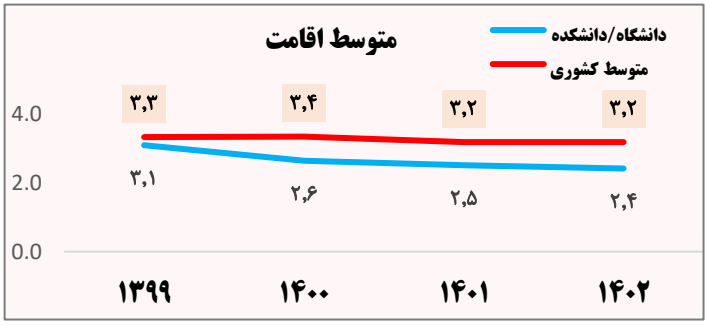
دانشکده علوم پزشکی سراب

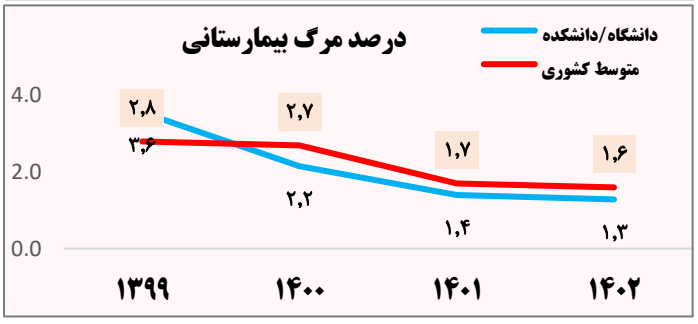
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۳۰۶۴۲
تعداد بیمارستان	۱
تعداد تخت فعال	۲۱۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۰

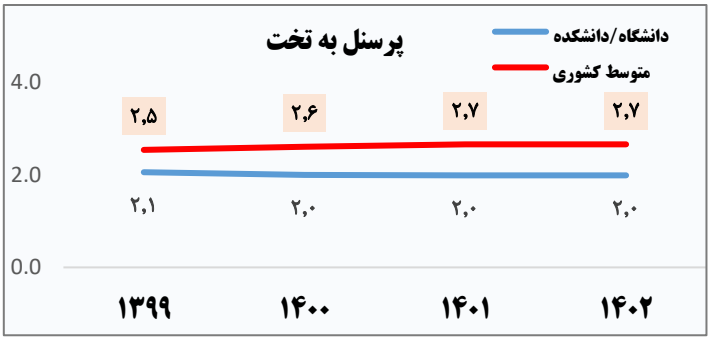


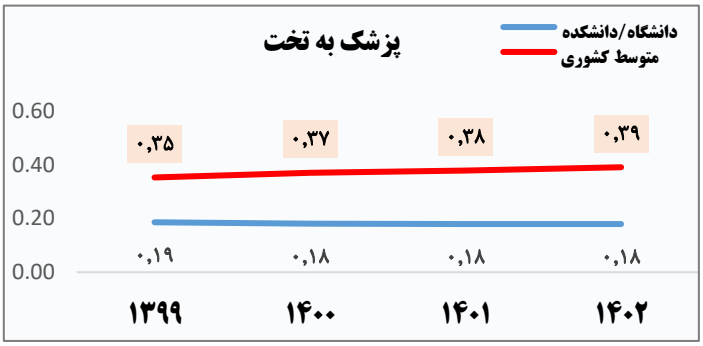


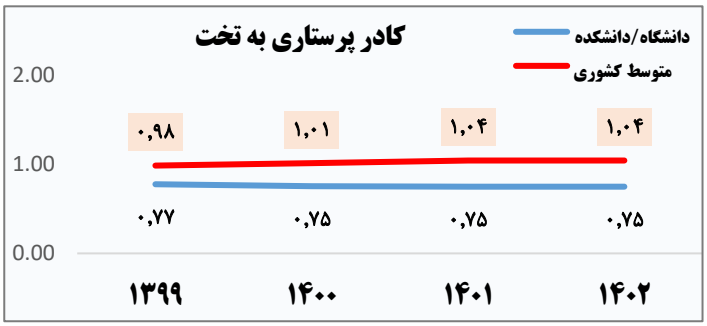


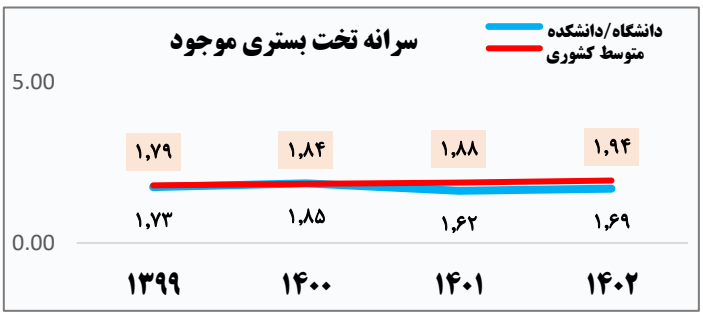






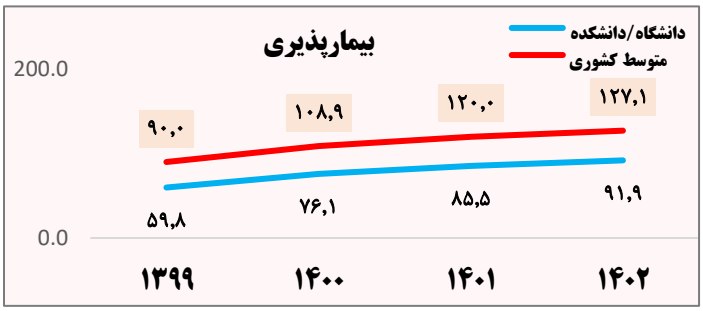


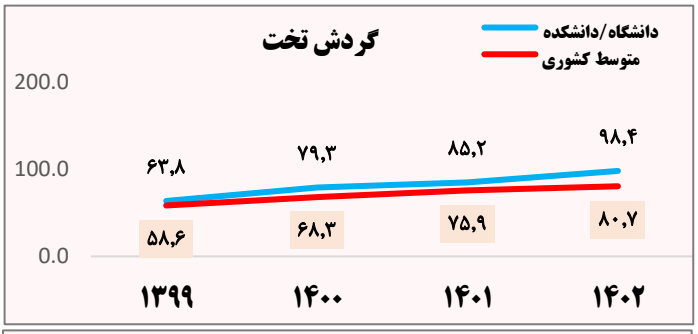


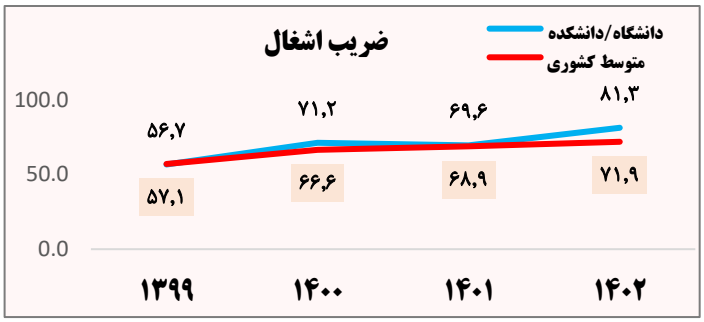


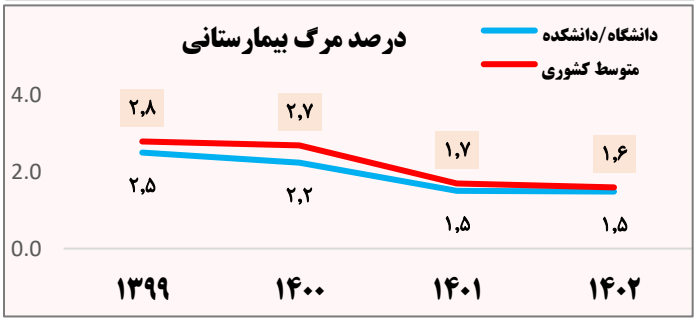
دانشکده علوم پزشکی سیرجان

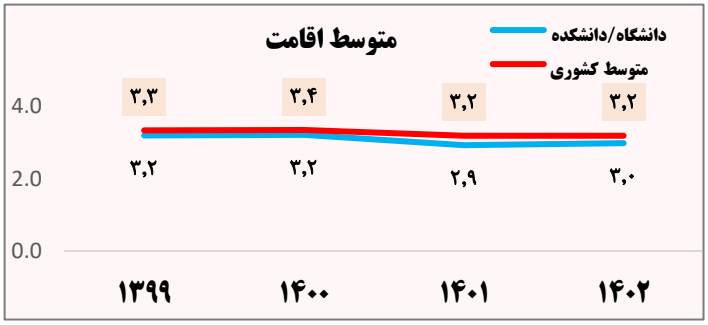
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۴۶۶۶۲
تعداد بیمارستان	۳
تعداد تخت فعال	۳۷۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۰

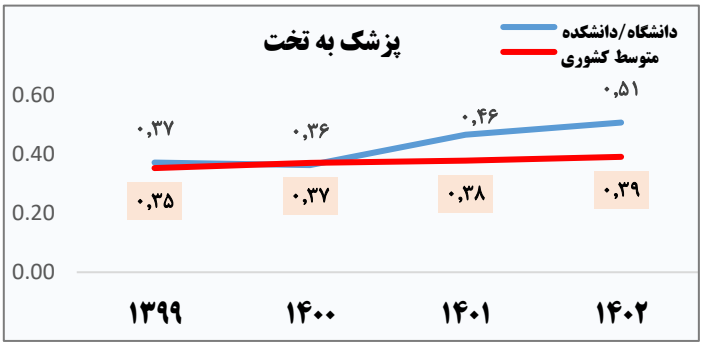


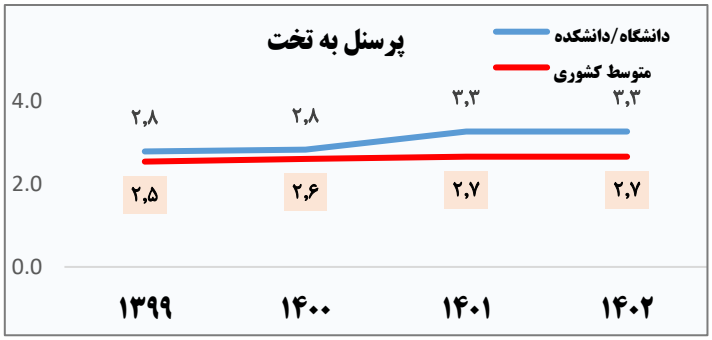


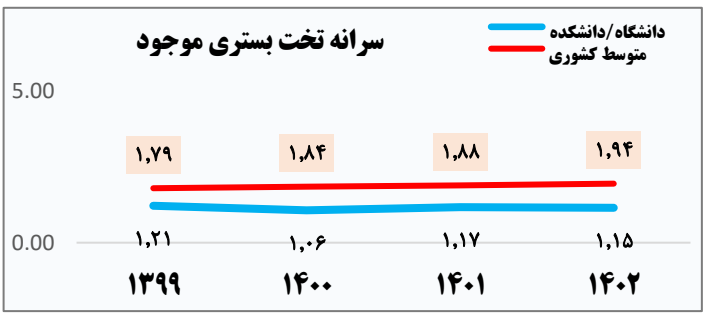


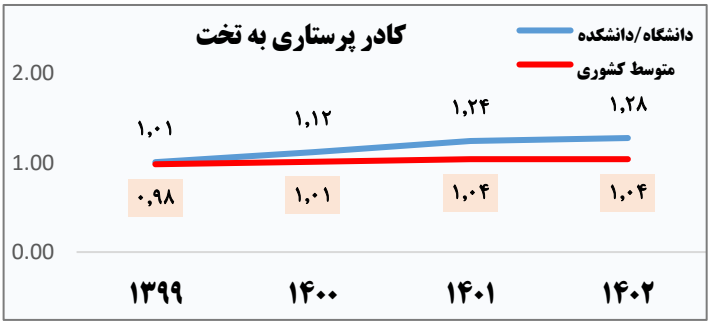






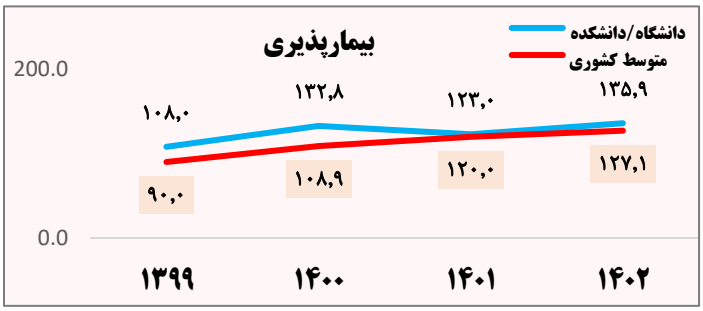


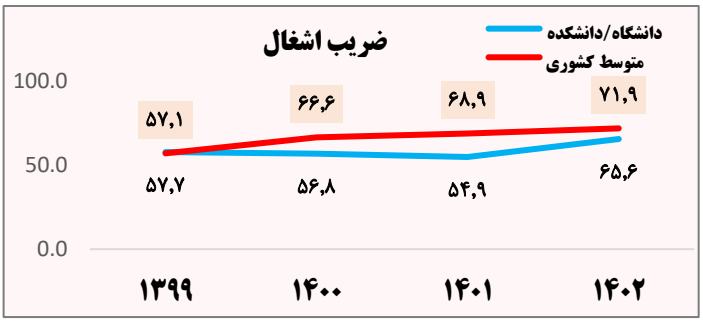


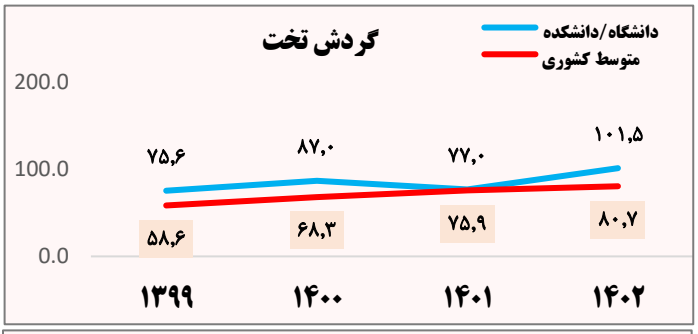


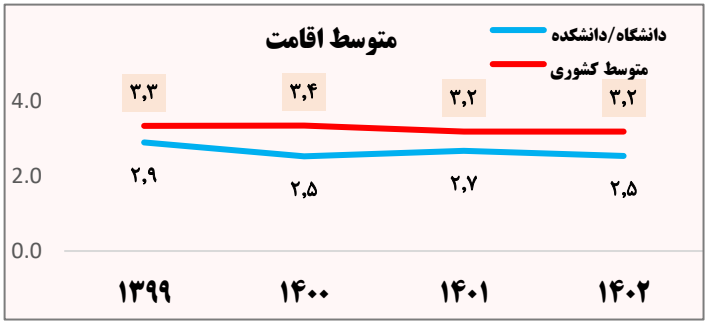
دانشکده علوم پزشکی شوشتر

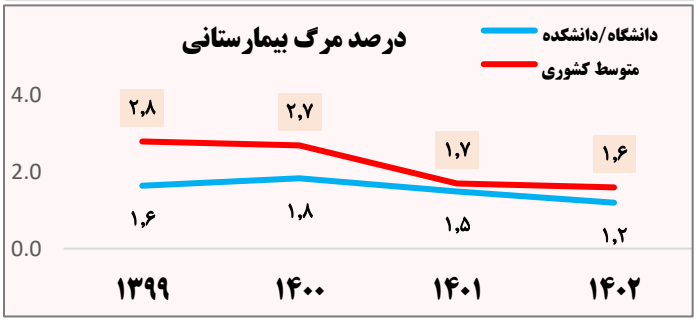
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۰۶۸۸۷
تعداد بیمارستان	۳
تعداد تخت فعال	۳۱۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۷

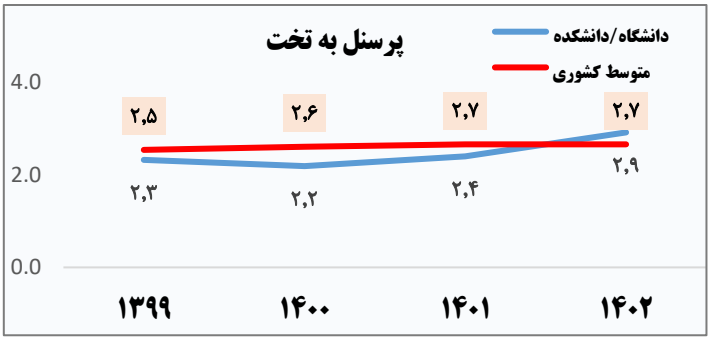


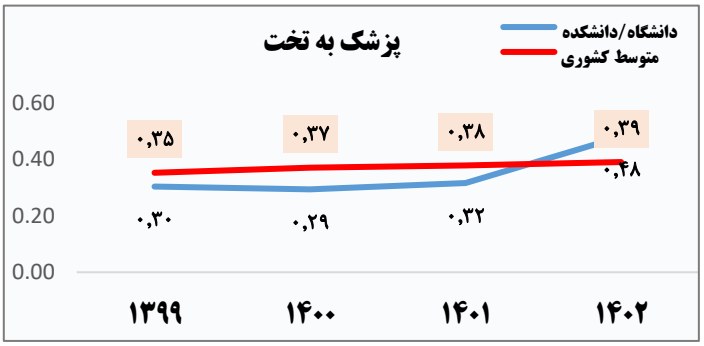


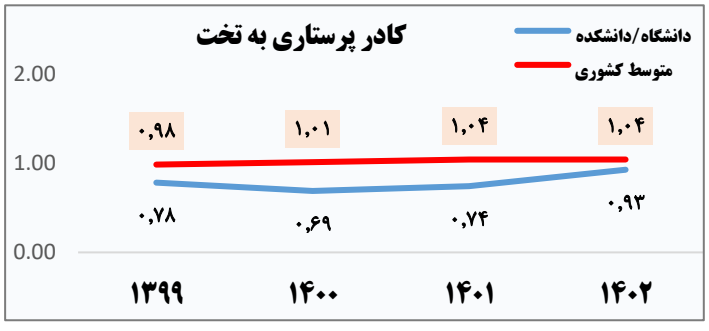


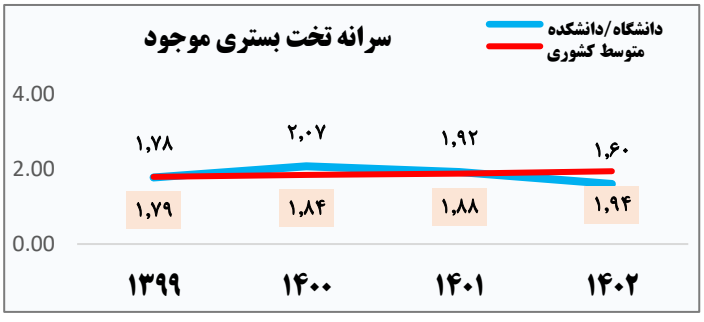






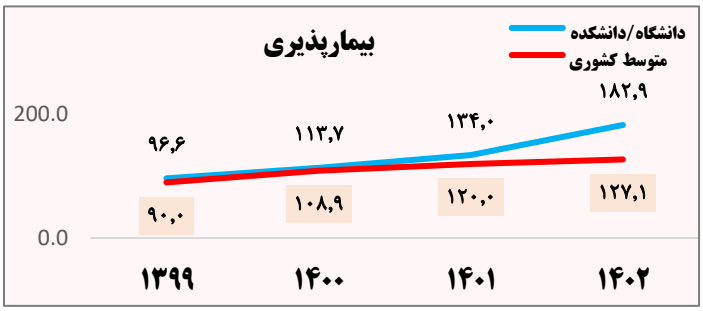


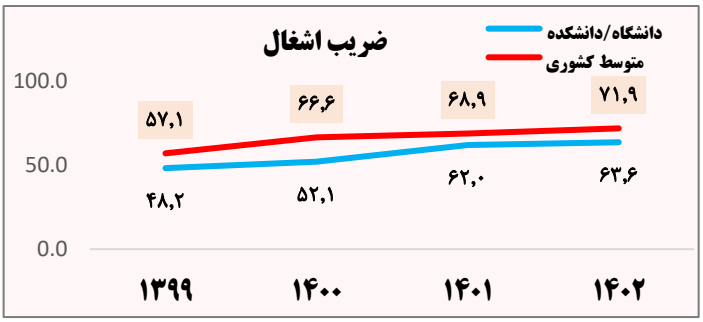


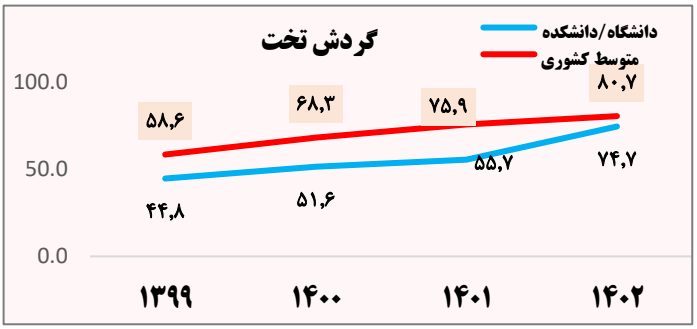


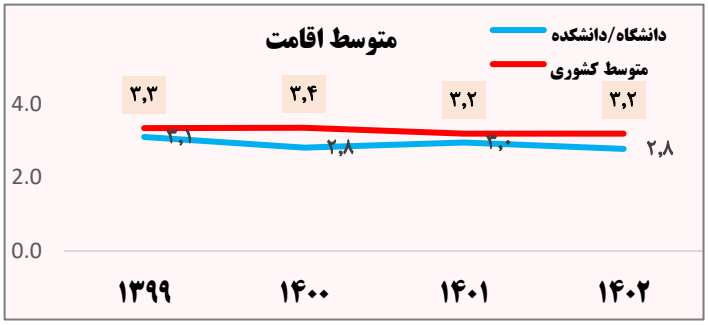
دانشکده علوم پزشکی گراش

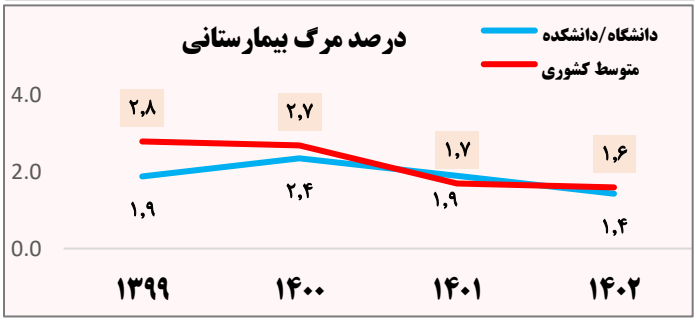
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۶۷۹۳
تعداد بیمارستان	۱
تعداد تخت فعال	۱۶۲
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۶

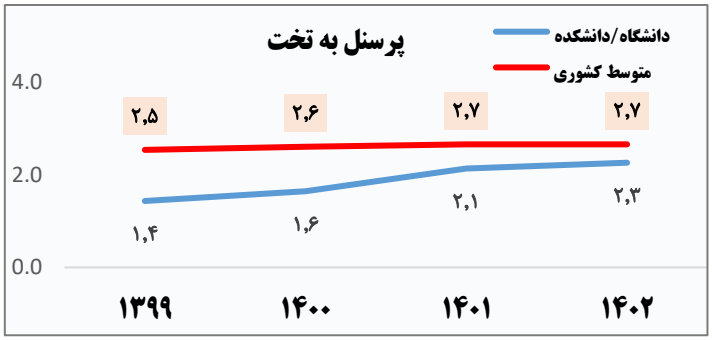


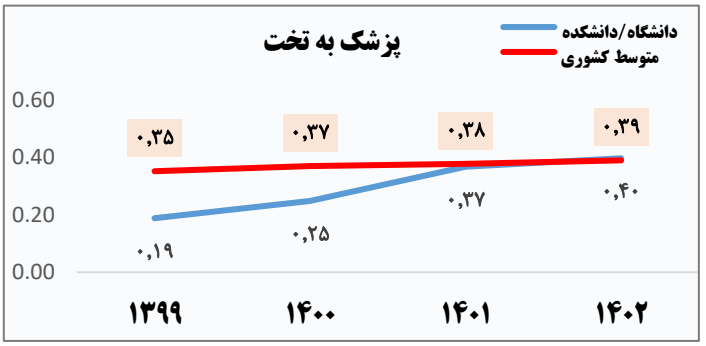


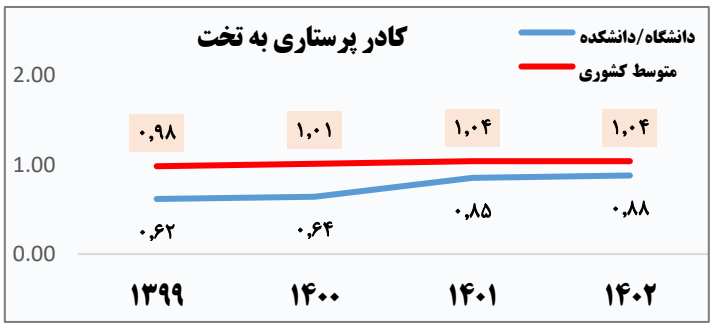


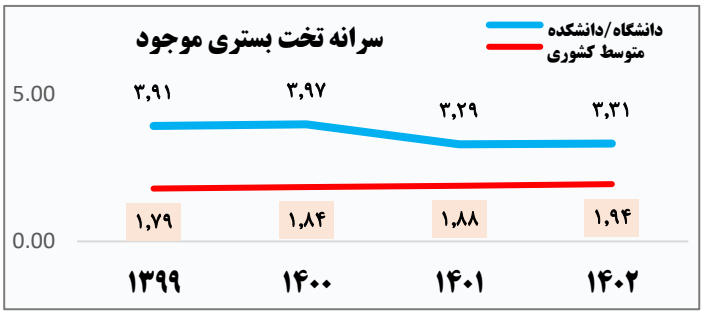






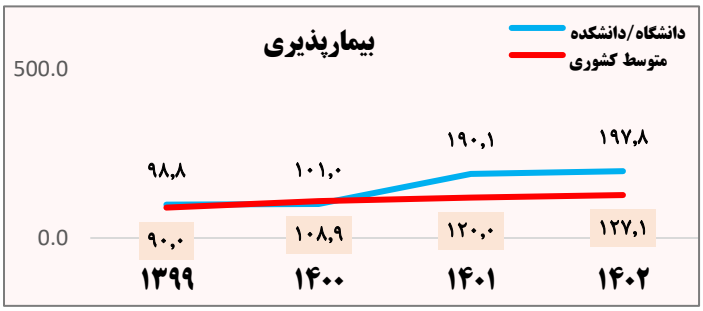


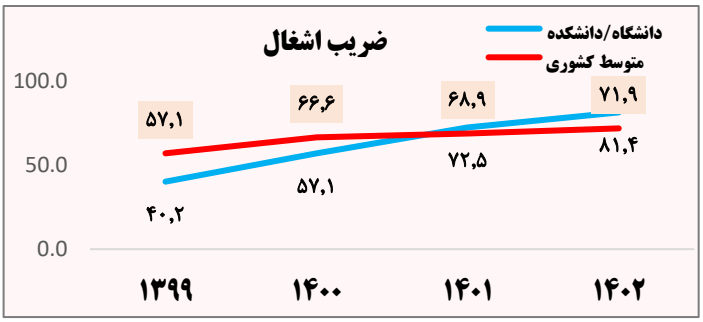


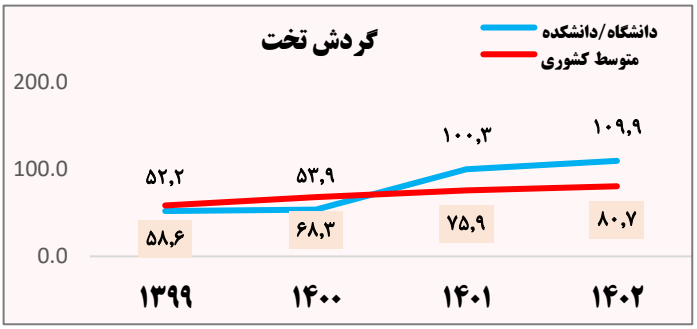


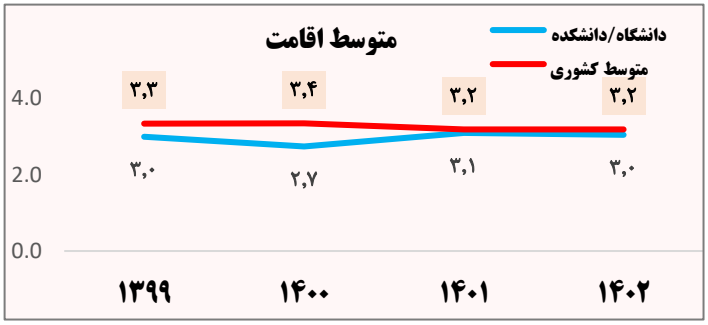
دانشگاه علوم پزشکی گناباد

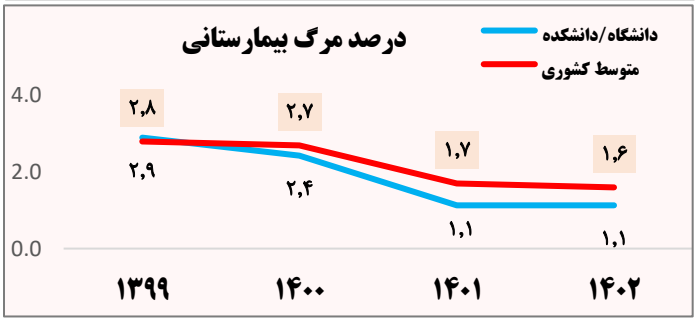
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۳۱۱۷۳
تعداد بیمارستان	۲
تعداد تخت فعال	۲۵۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۸

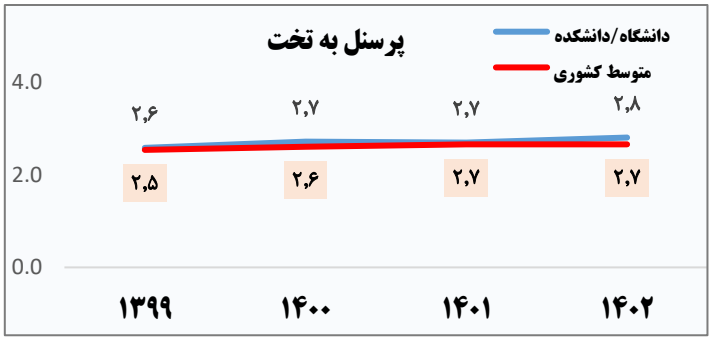


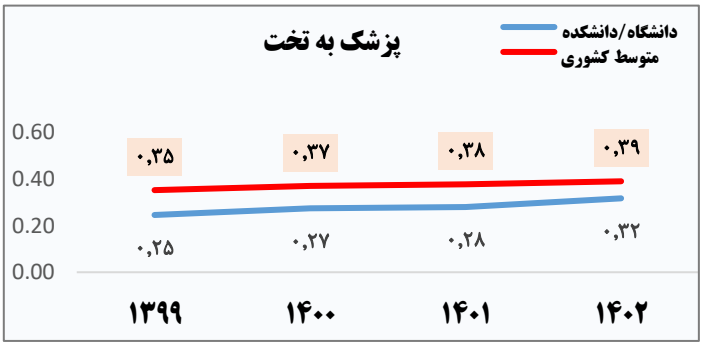


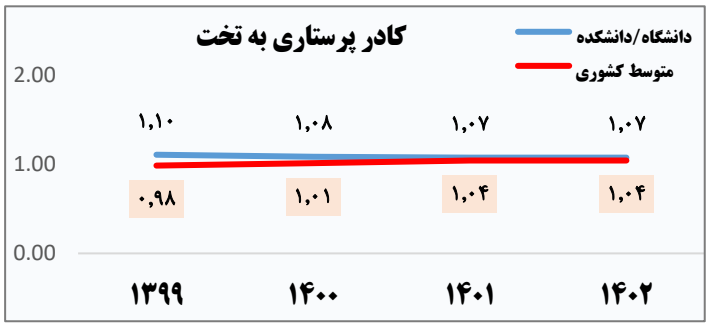


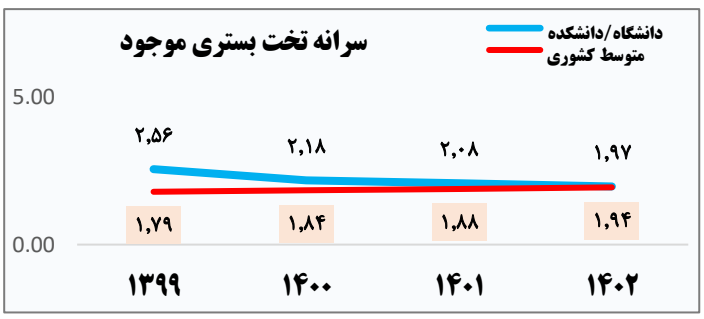






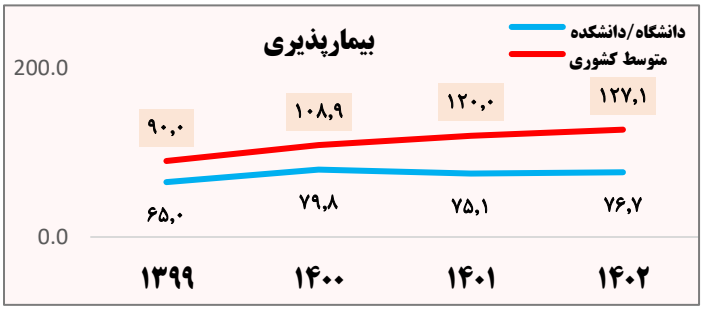


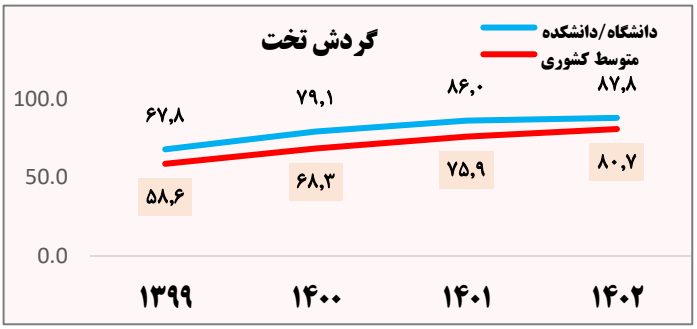


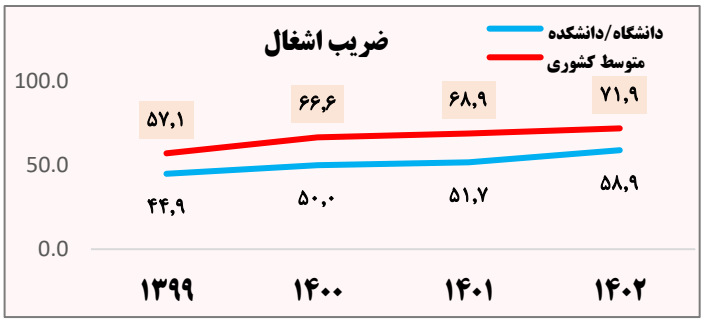


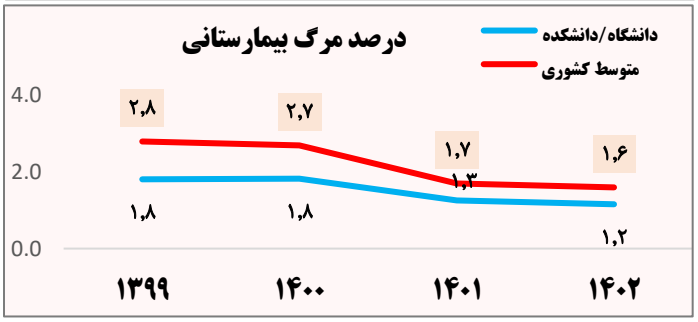
دانشکده علوم پزشکی لار

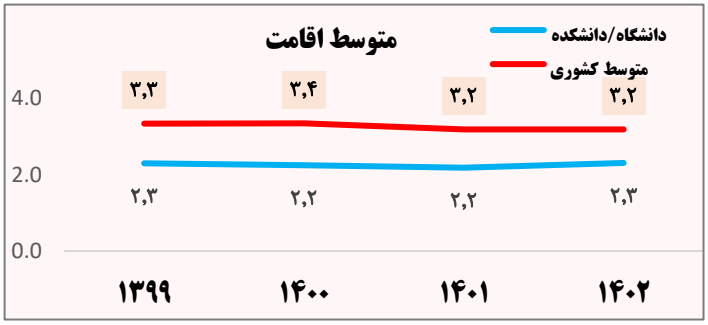
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۶۸۹۴۶
تعداد بیمارستان	۴
تعداد تخت فعال	۳۵۲
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۱

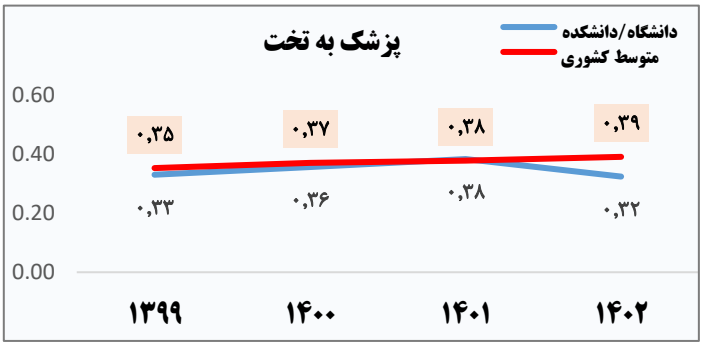


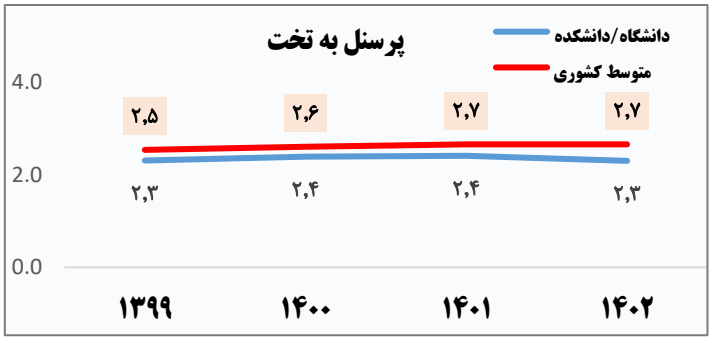


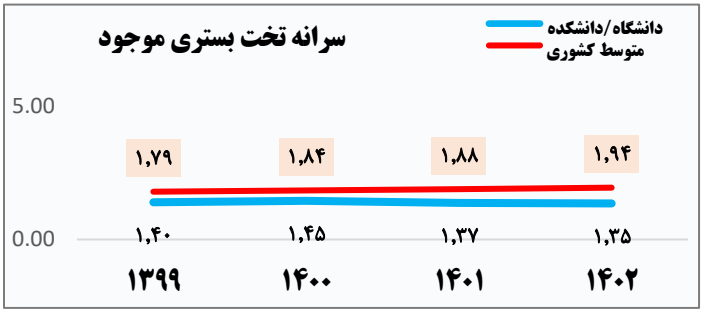


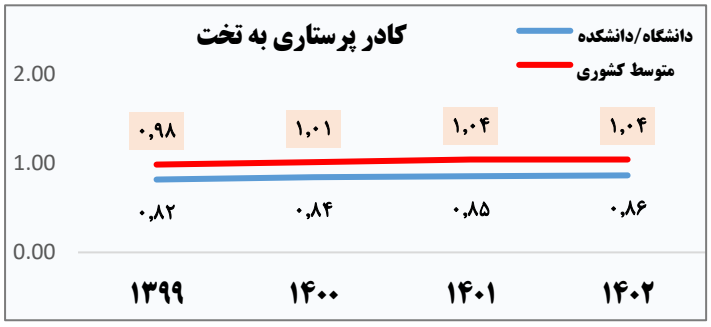






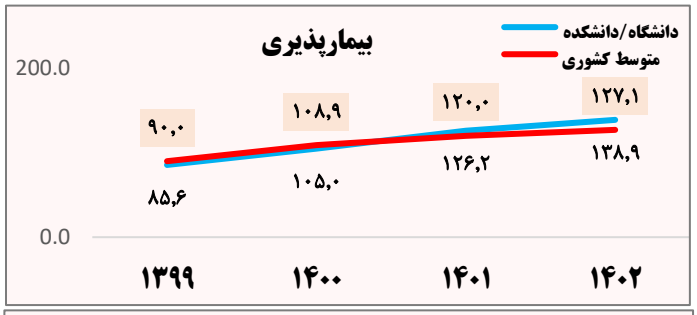


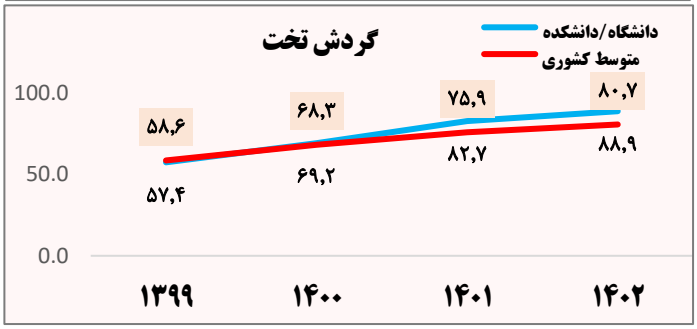


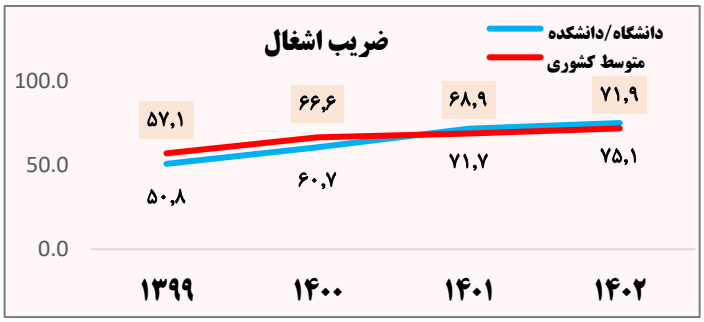


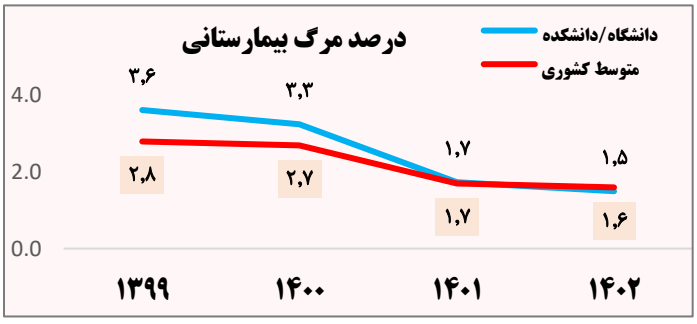
دانشکده علوم پزشکی مراغه

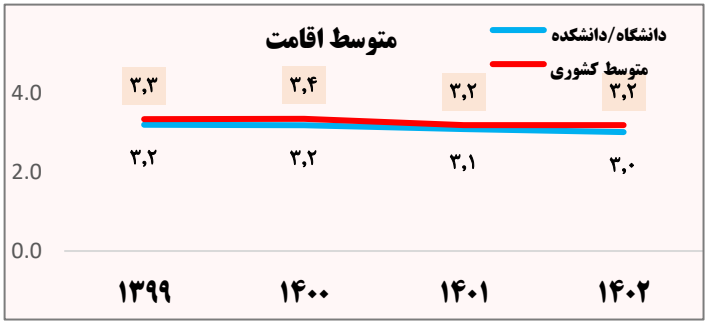
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۷۳۷۱۰
تعداد بیمارستان	۳
تعداد تخت فعال	۴۸۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	–

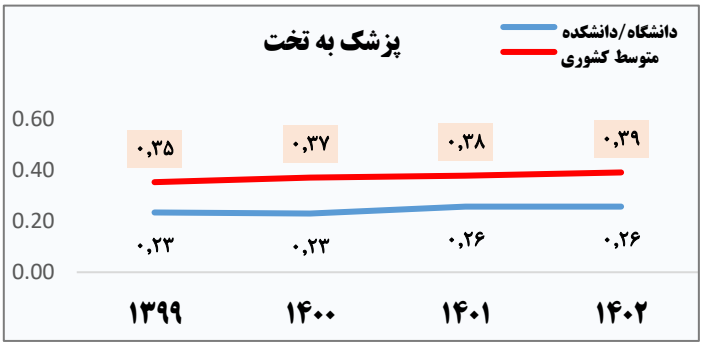


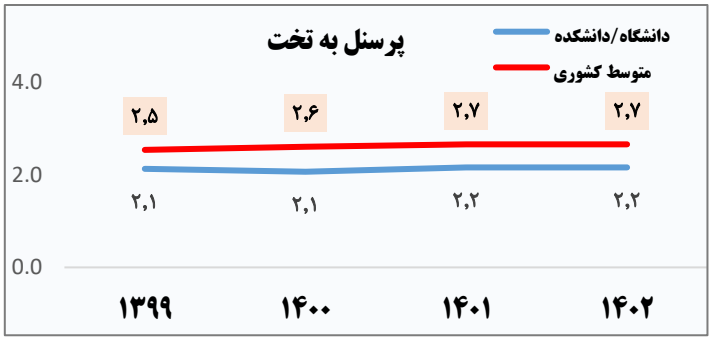


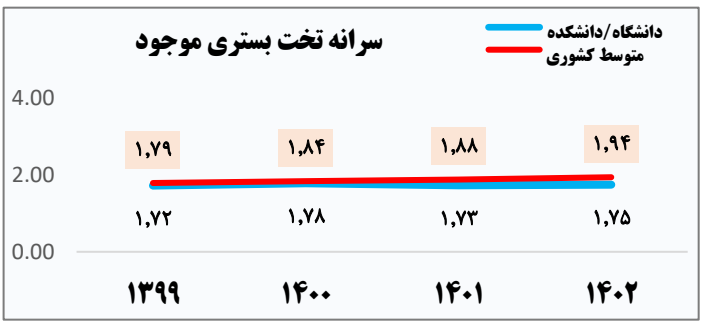


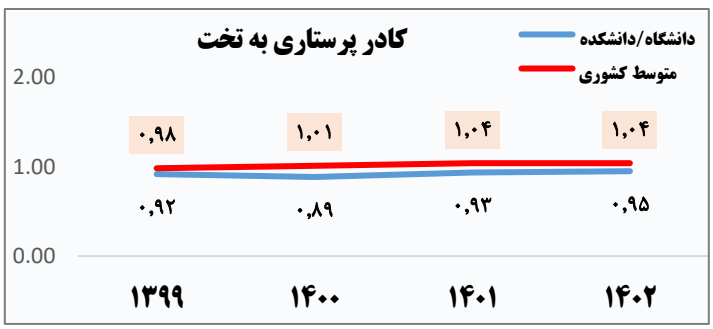






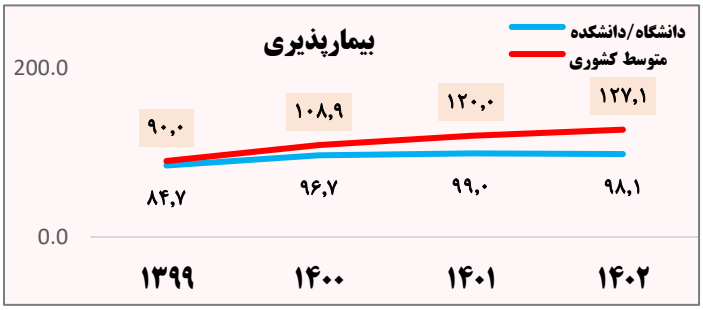


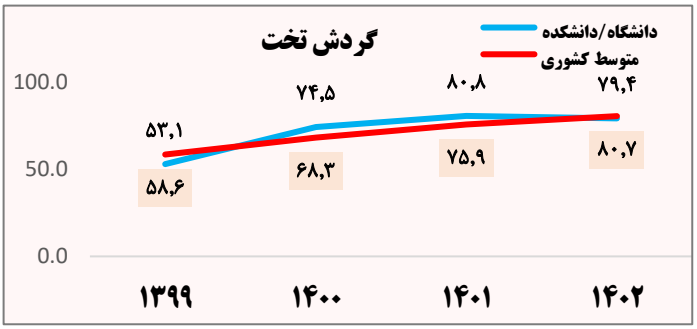


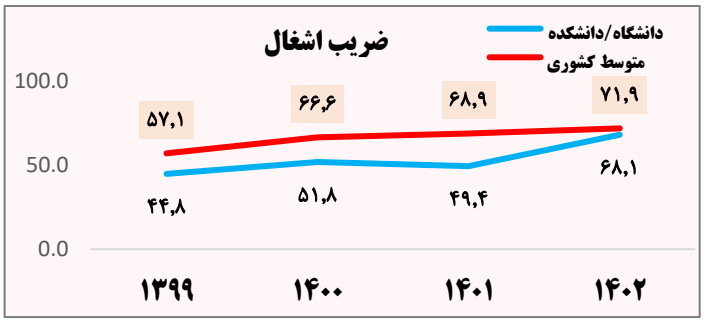


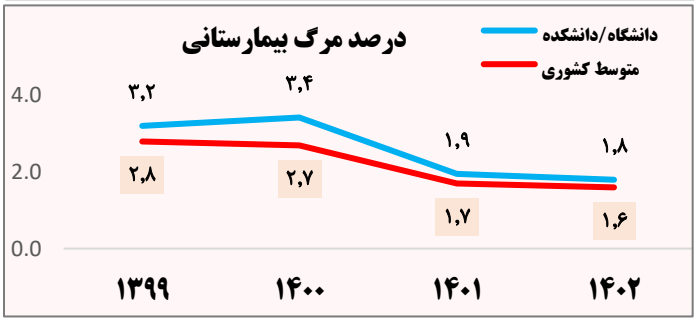
دانشگاه علوم پزشکی آبادان

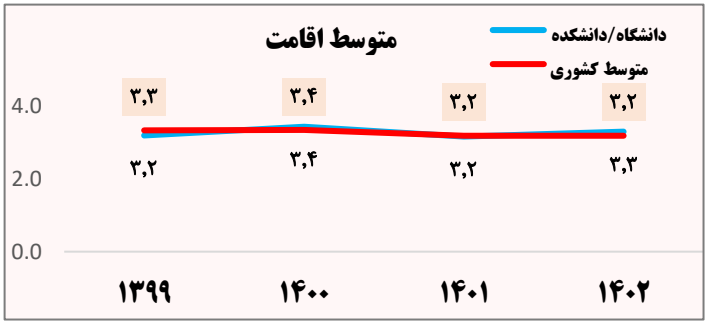
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۶۵۴۵۵۷
تعداد بیمارستان	۷
تعداد تخت فعال	۱۰۳۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۴۳۴

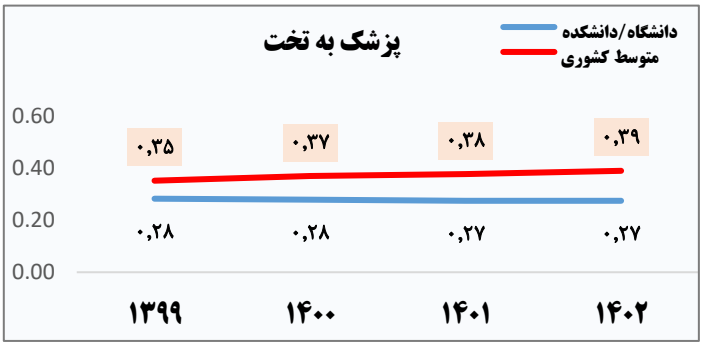


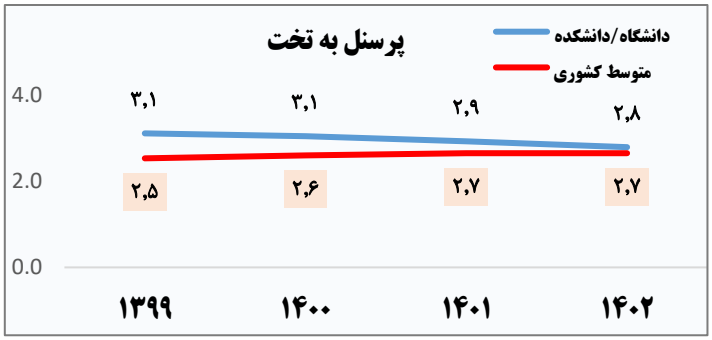


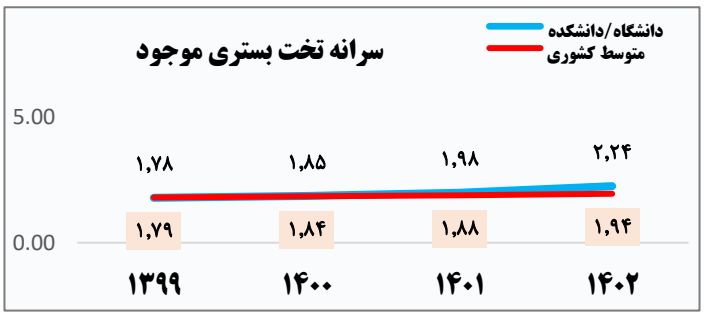


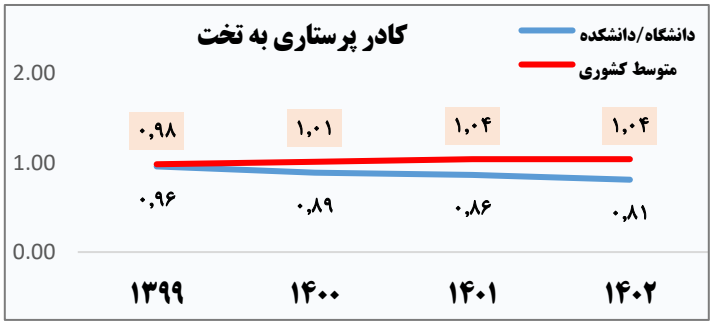






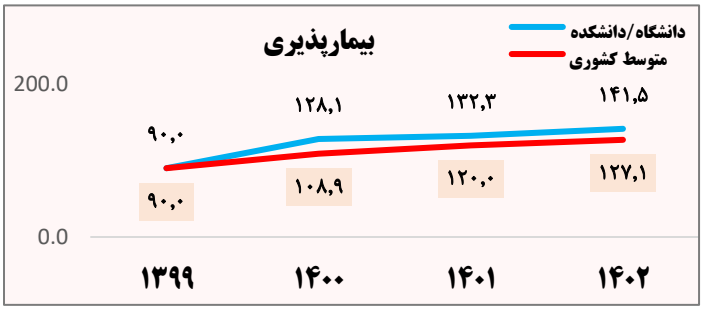


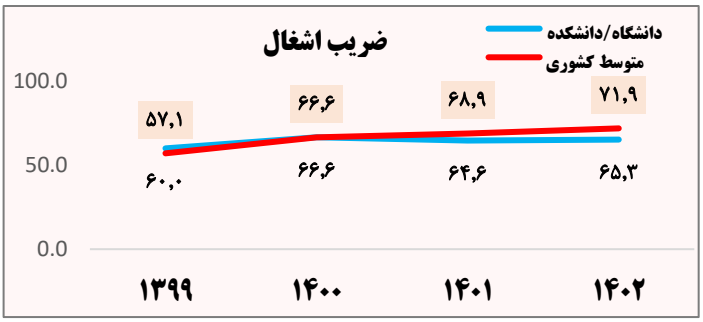


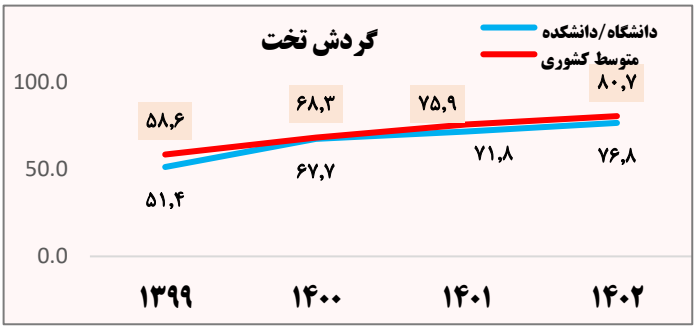


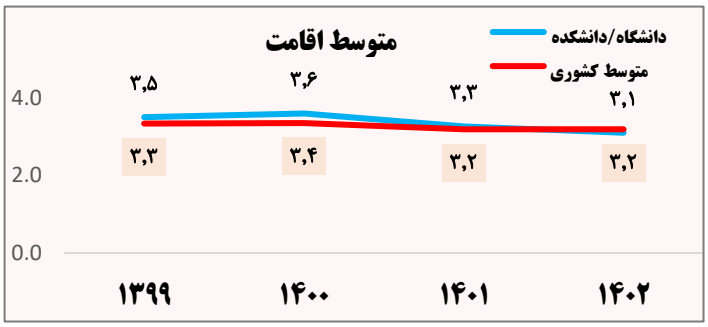
دانشگاه علوم پزشکی اراک

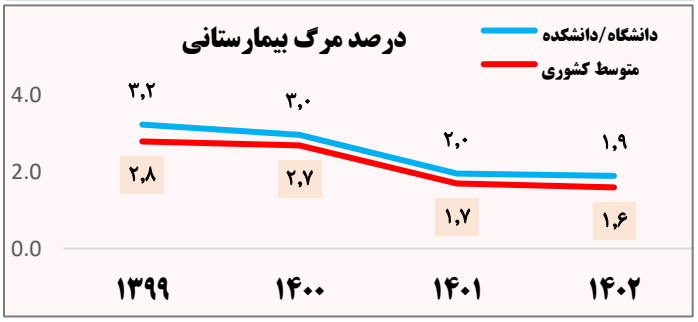
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۰۰۴۰۲۸
تعداد بیمارستان	۱۶
تعداد تخت فعال	۲۰۰۵
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۸۱

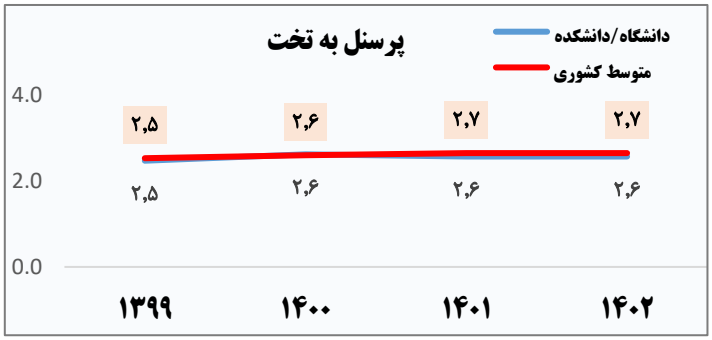


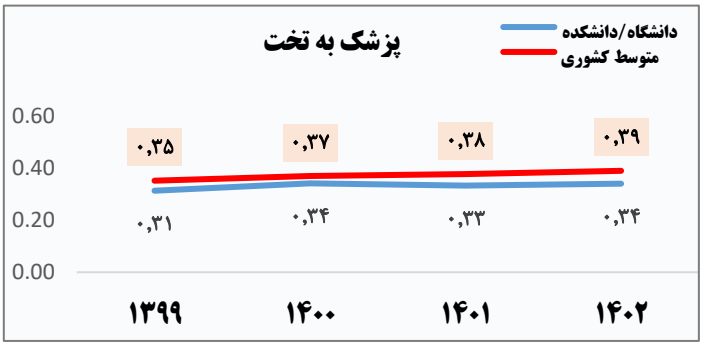


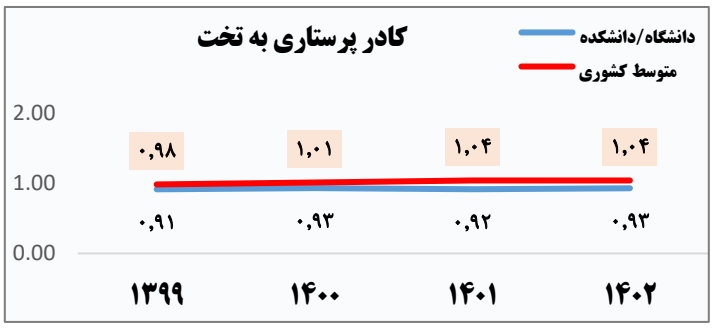


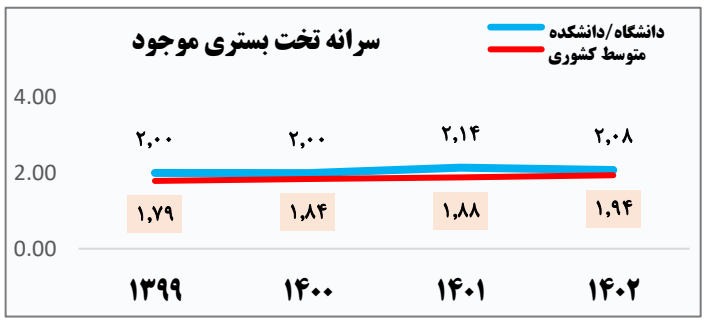






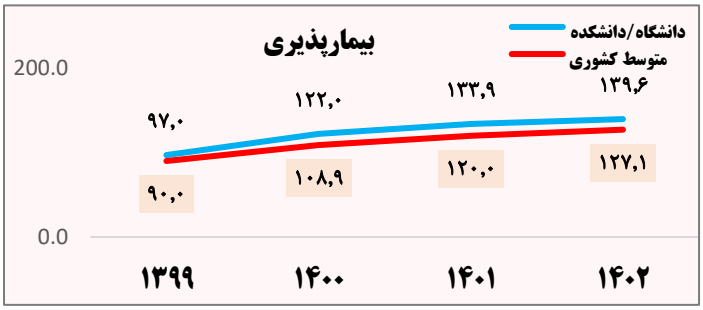


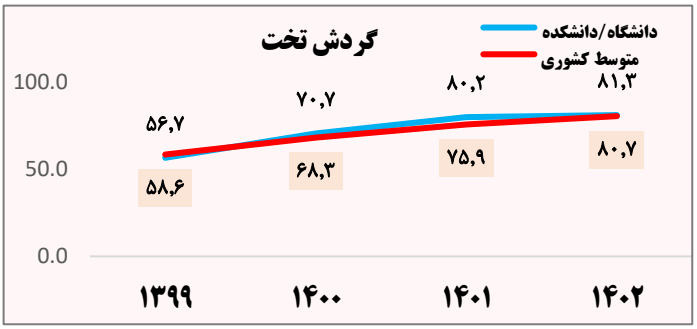


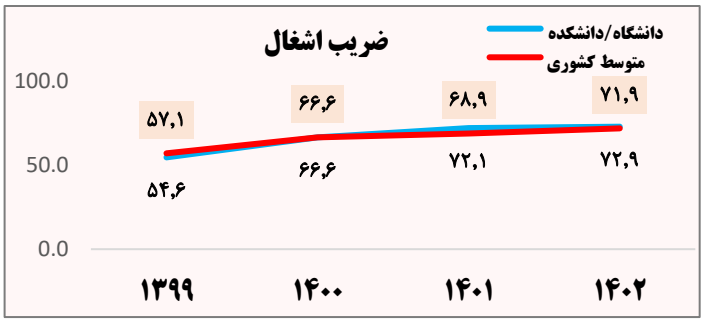


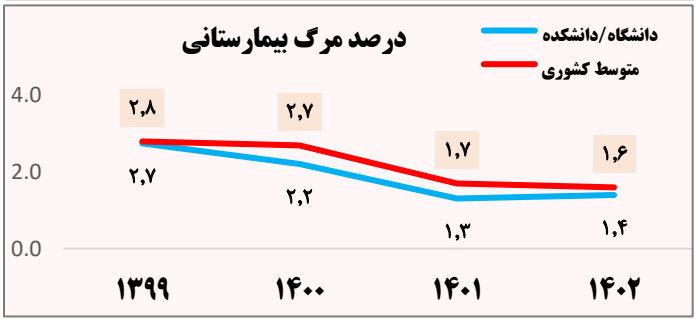
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

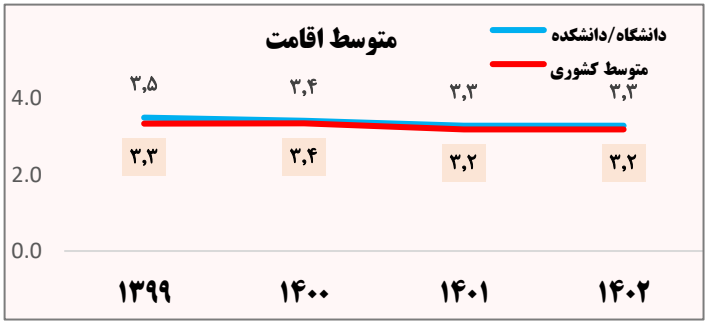
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۲۰۹۳۸۶
تعداد بیمارستان	۱۷
تعداد تخت فعال	۲۳۹۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۰۸

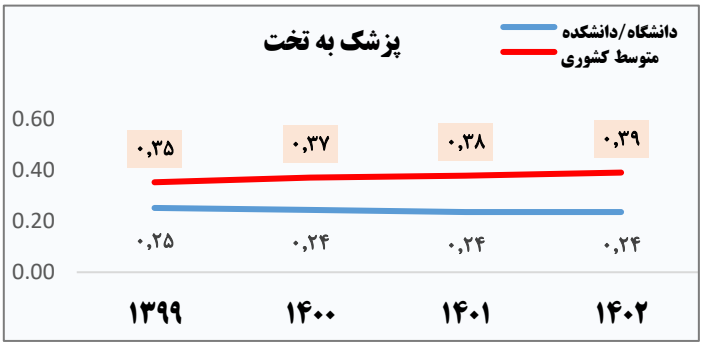


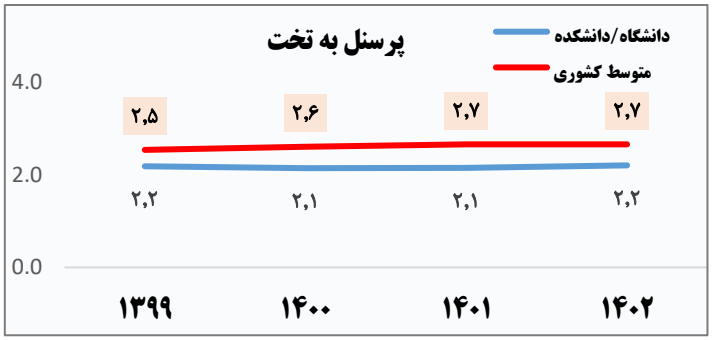


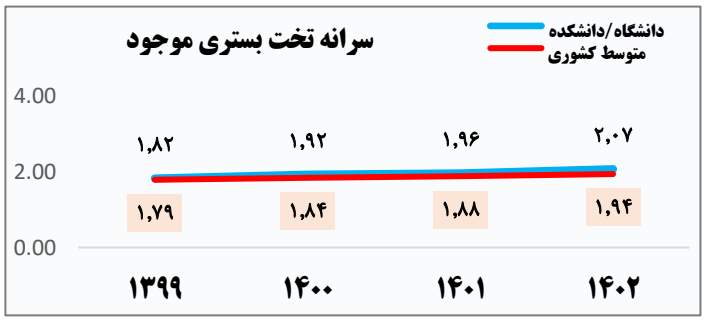


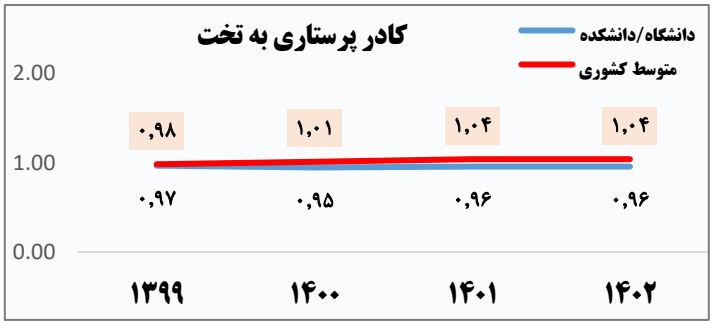






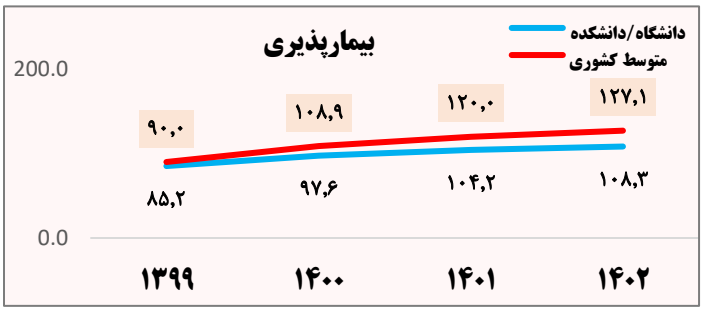


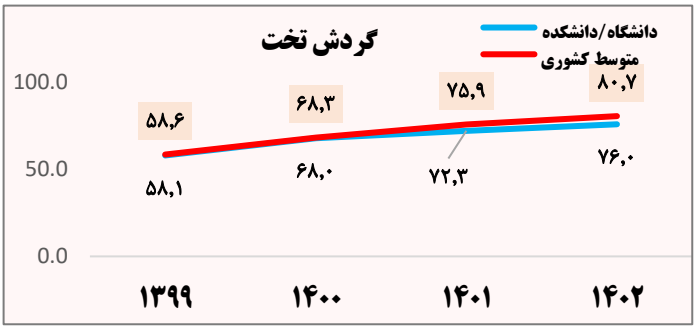


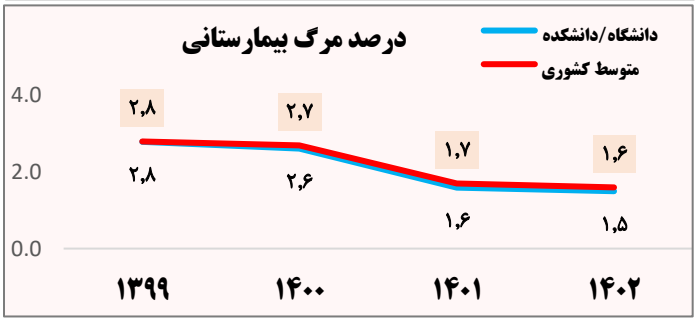


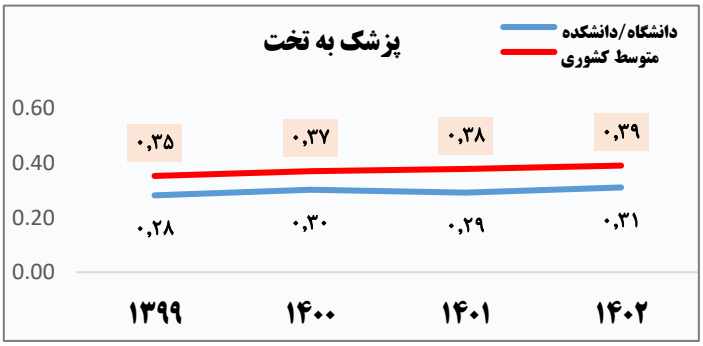
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

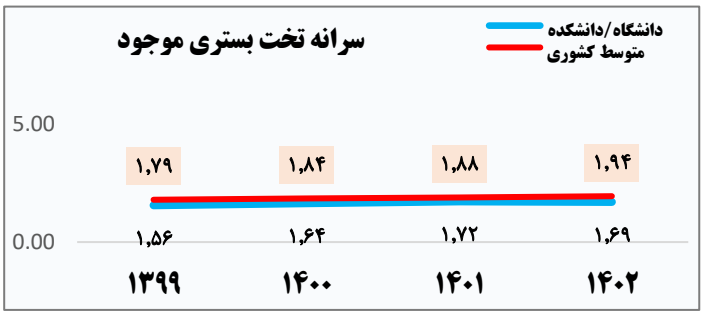
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۱۲۸۰۵۳
تعداد بیمارستان	۳۳
تعداد تخت فعال	۴۹۵۴
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۳۲۹

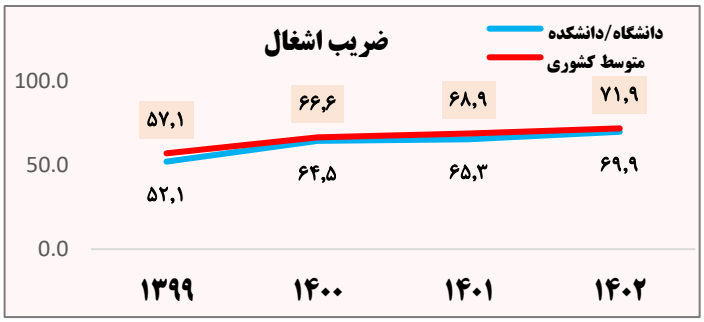


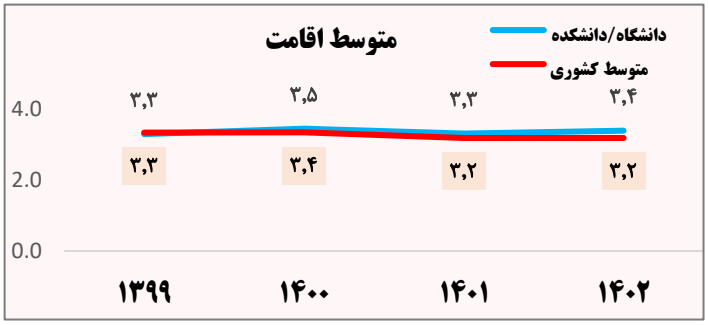


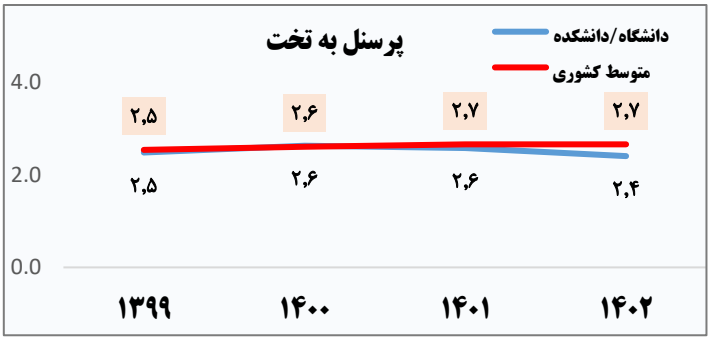


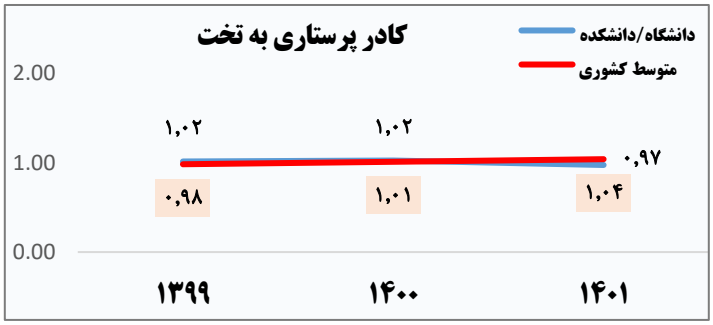






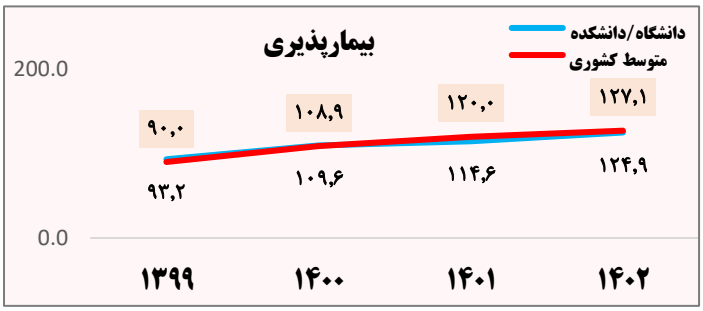


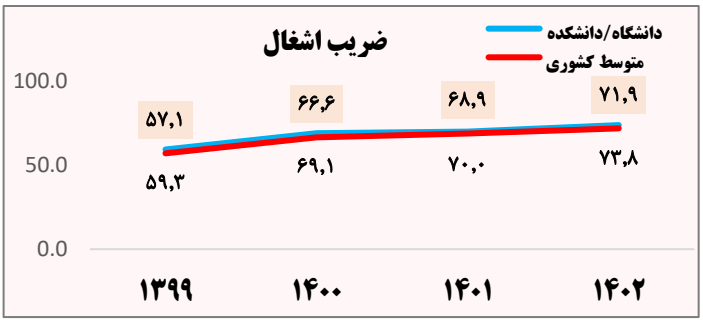


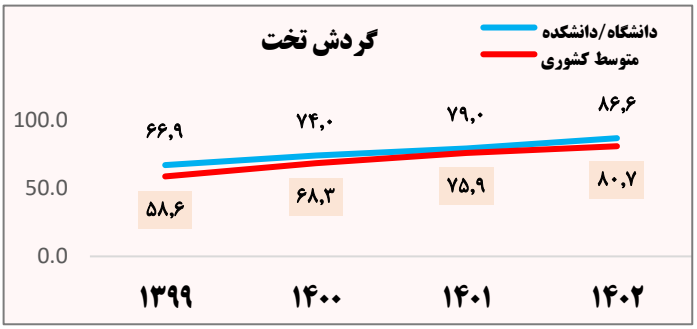


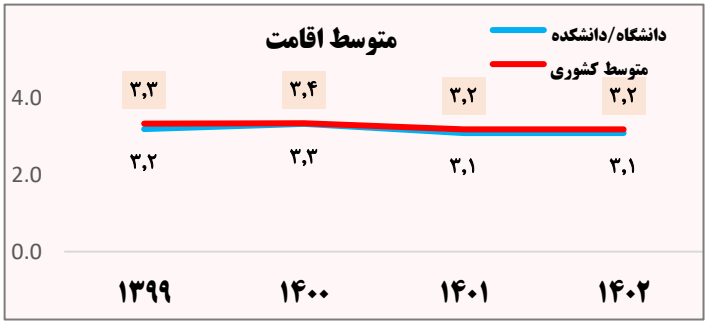
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

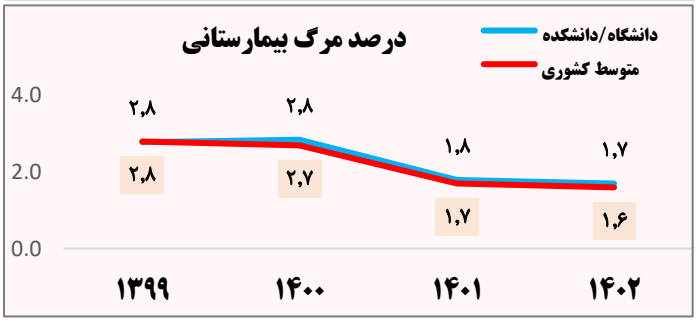
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۴۹۰۸۳۰۸
تعداد بیمارستان	۵۹
تعداد تخت فعال	۷۹۳۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۵۱۲

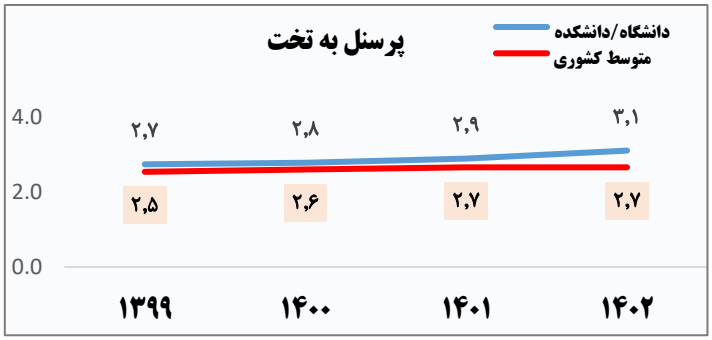


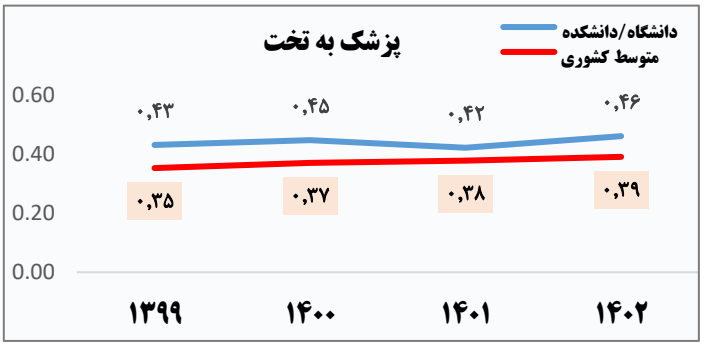


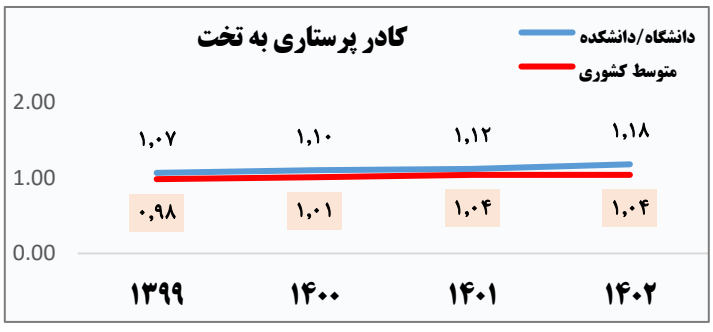


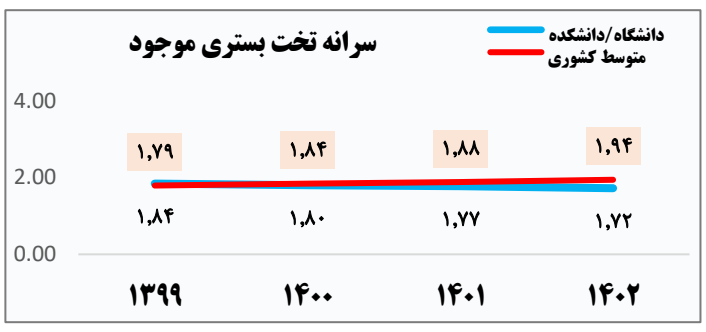






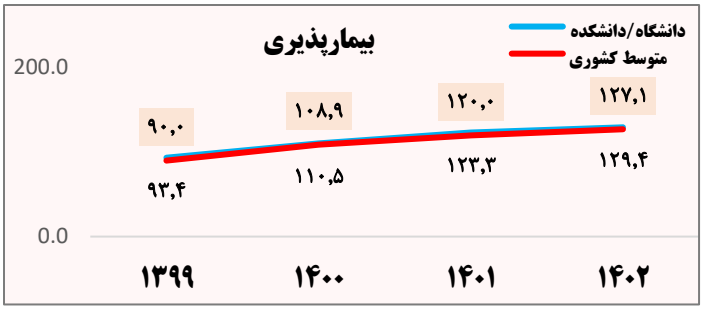


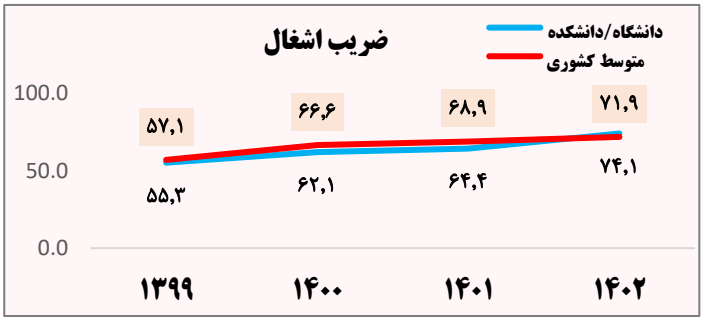


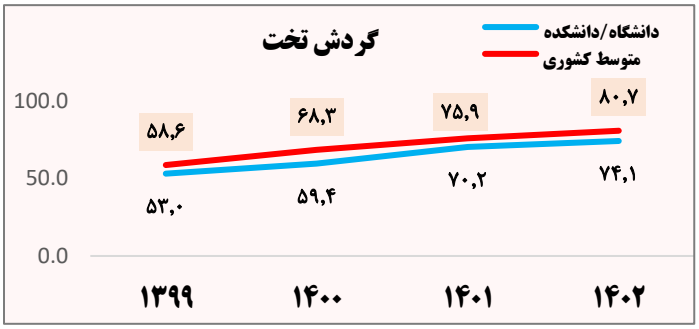


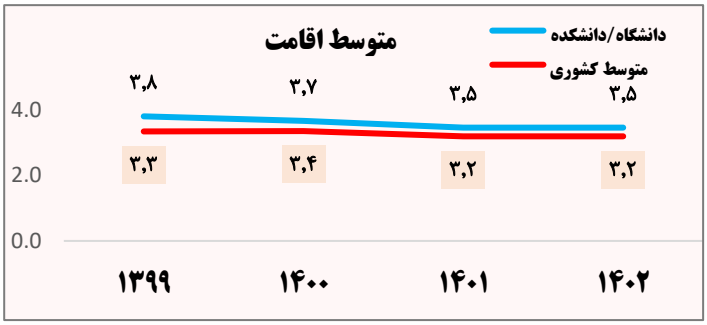
دانشگاه علوم پزشکی اهواز

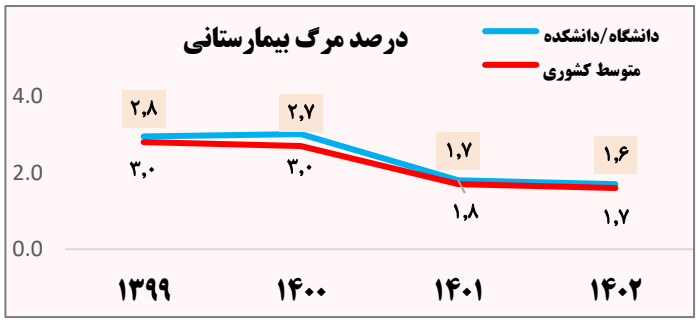
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۵۲۱۶۴۵
تعداد بیمارستان	۴۴
تعداد تخت فعال	۶۸۴۸
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۲۲

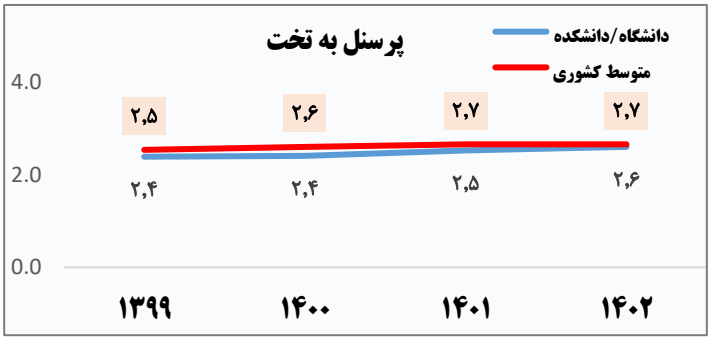


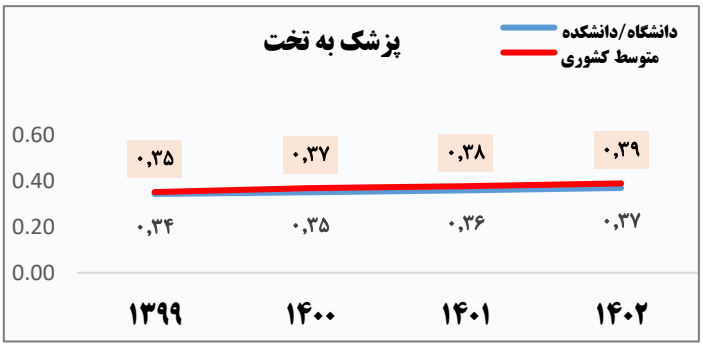


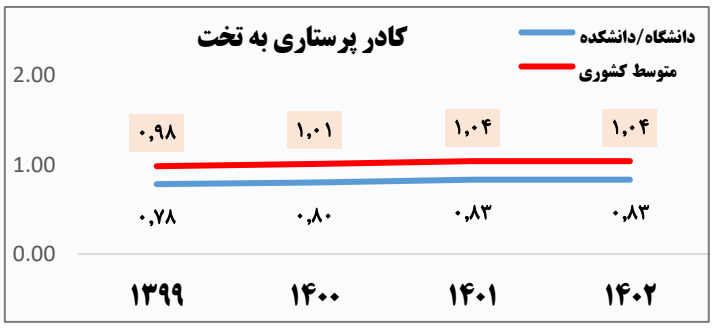


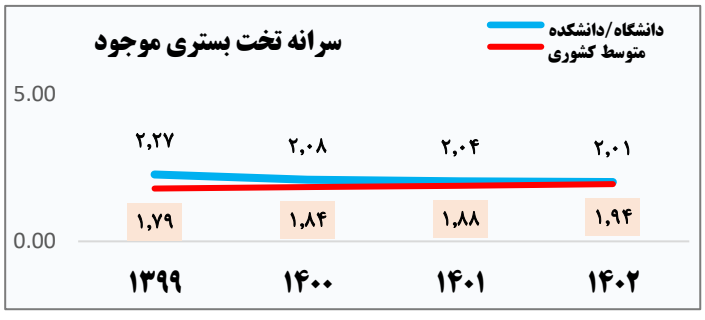






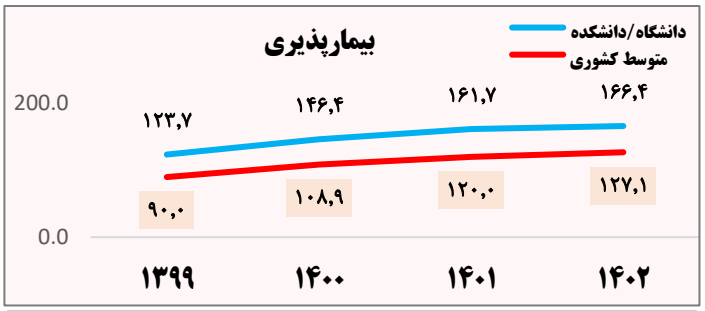


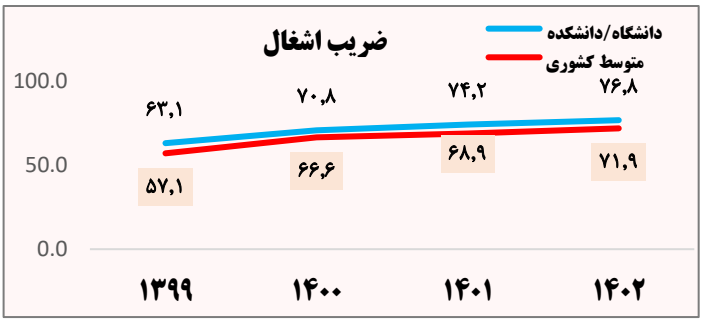


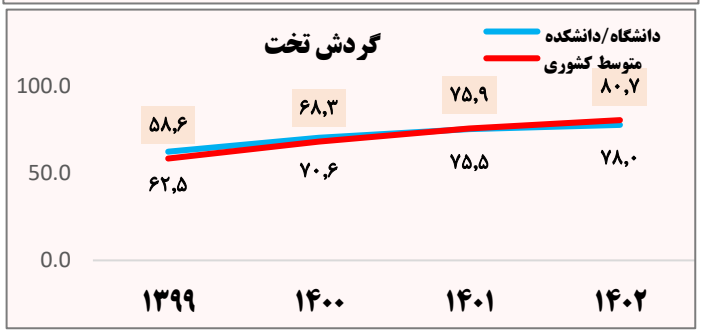


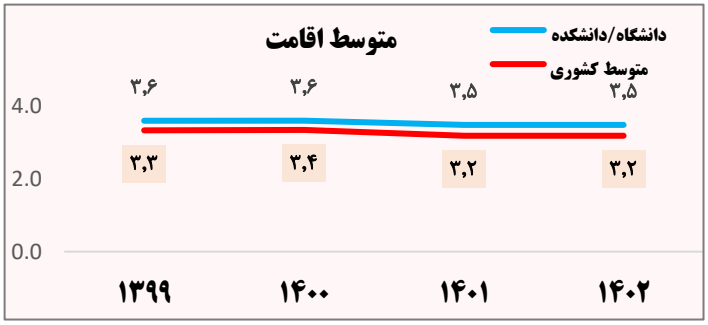
دانشگاه علوم پزشکی ایران

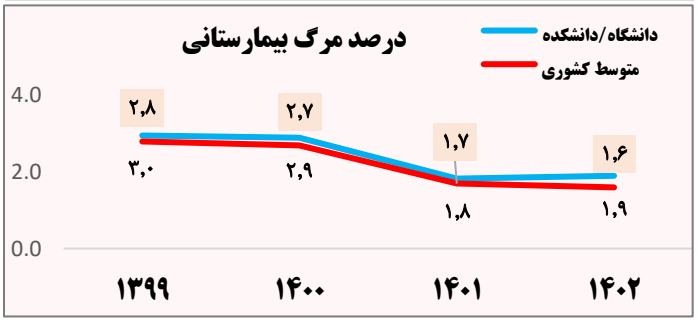
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۳۳۵۸۸۹
تعداد بیمارستان	۷۲
تعداد تخت فعال	۱۲۴۱۴
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۸۹۱

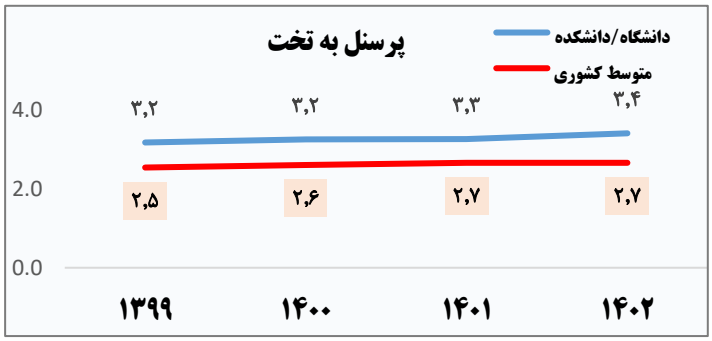


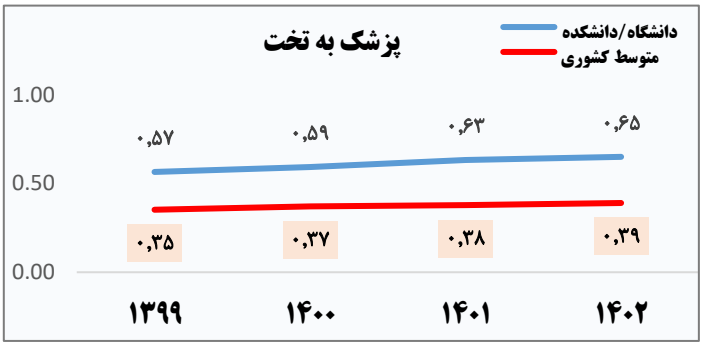


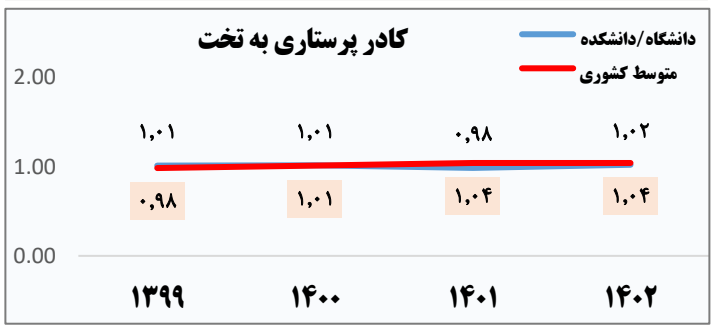


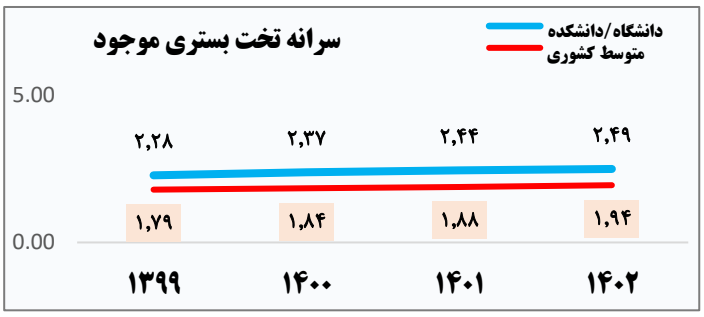






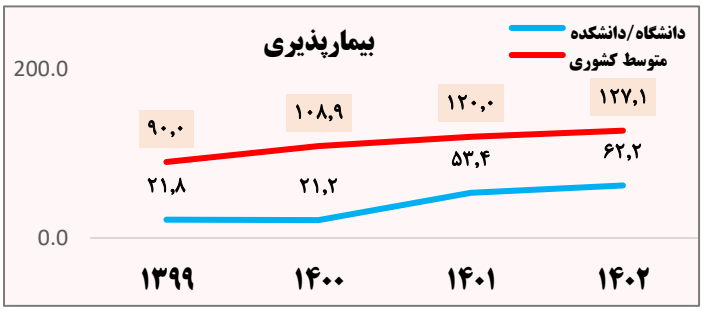


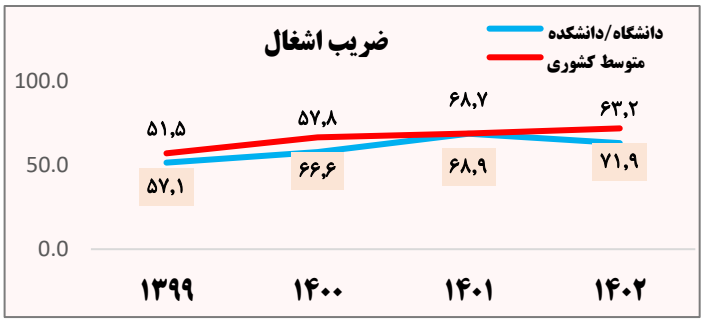


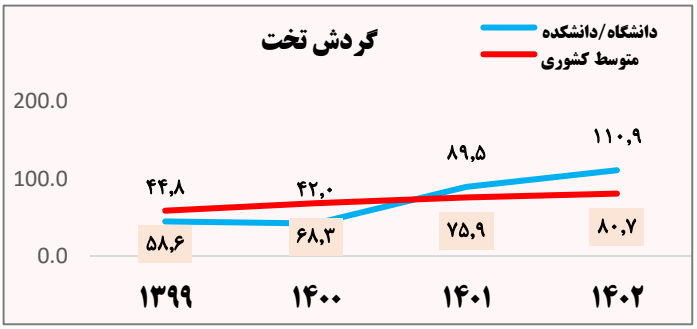


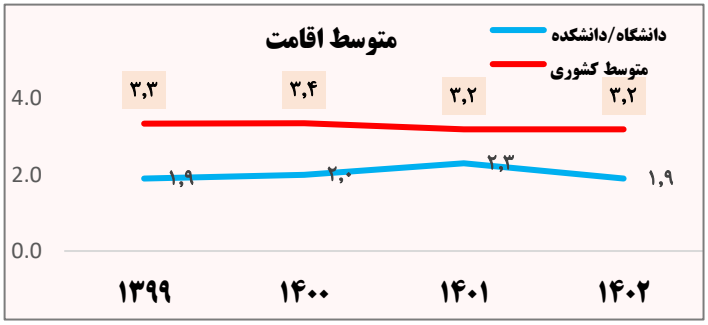
دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر (روند شاخص در سالهای قبل بعد از خروج بیمارستانهای تحت پوشش دانشکده چابهار تعیین شده است)

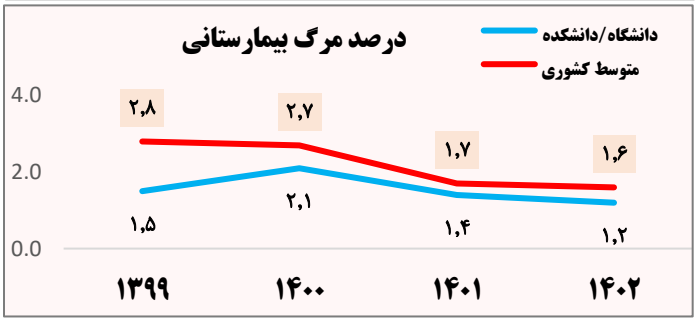
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۹۴۳۰۴۸
تعداد بیمارستان	۷
تعداد تخت فعال	۶۲۷
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۶۴

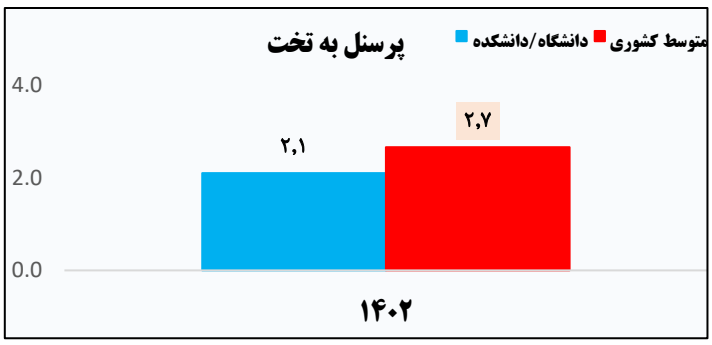


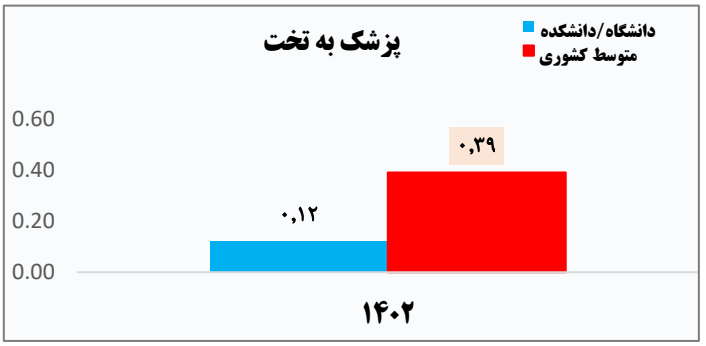


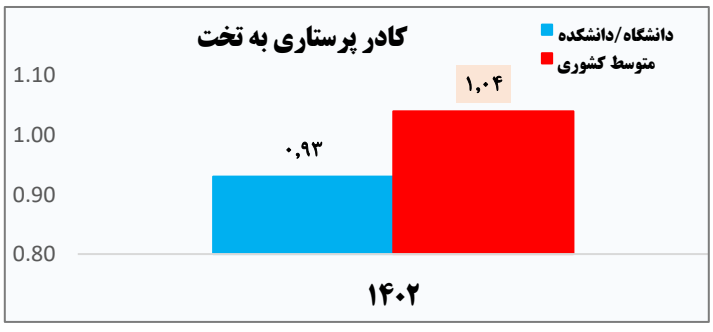


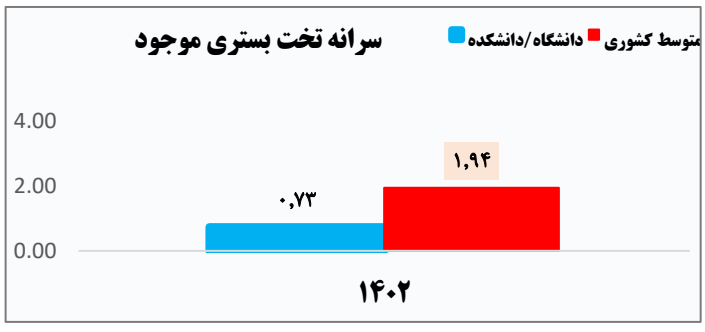






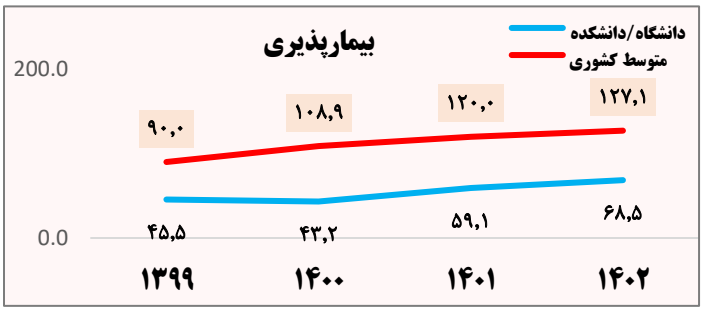


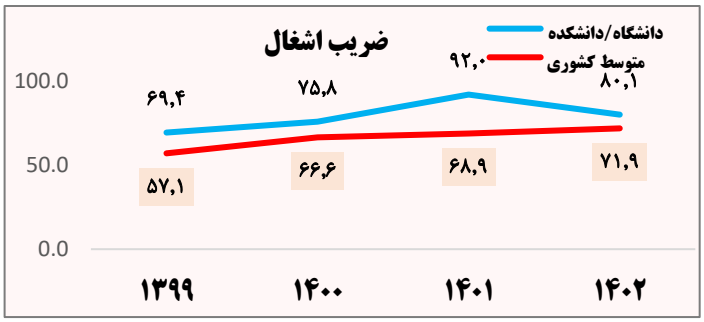


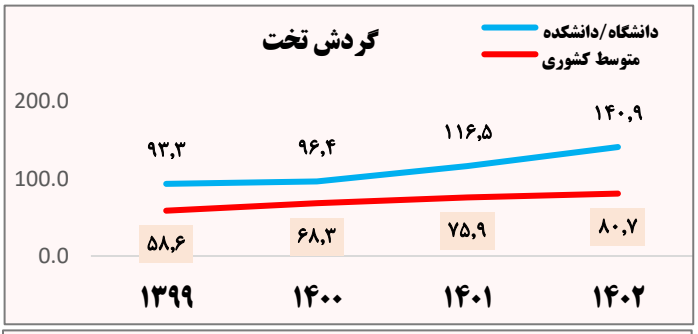


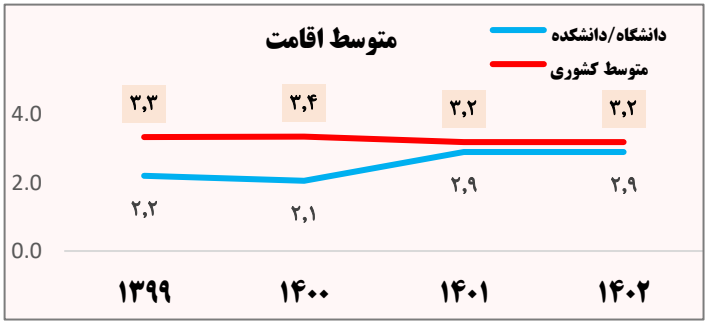
دانشکده علوم پزشکی چابهار (روند شاخص در سالهای قبل، با در نظر گرفتن شاخص در بیمارستانهای تحت پوشش این دانشکده تعیین شده است)

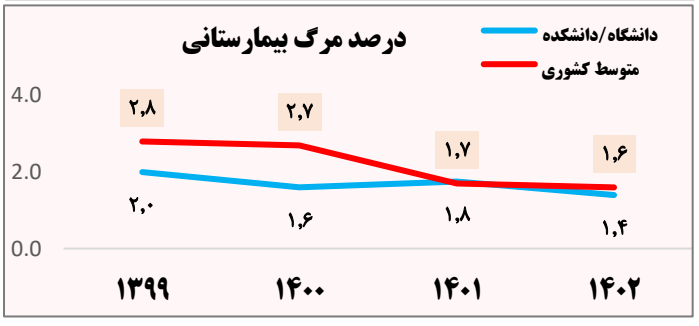
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۶۷۶۸۳۲
تعداد بیمارستان	۳
تعداد تخت فعال	۳۷۲
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	–

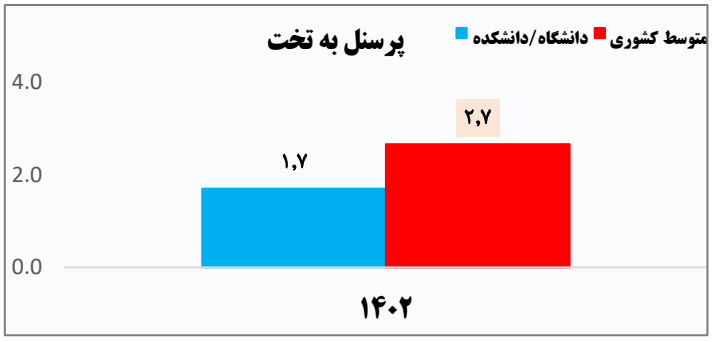


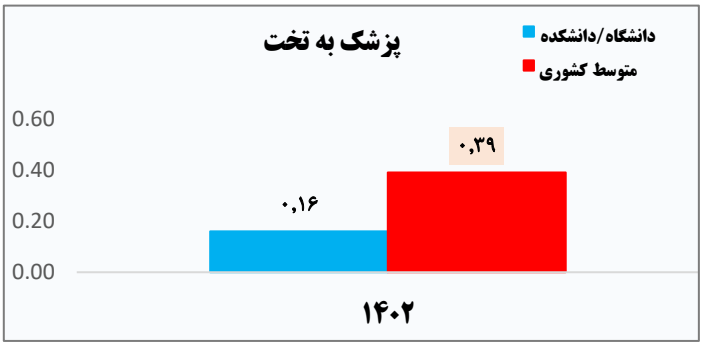


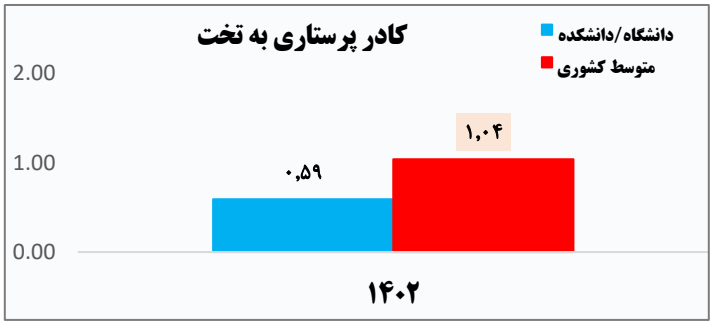


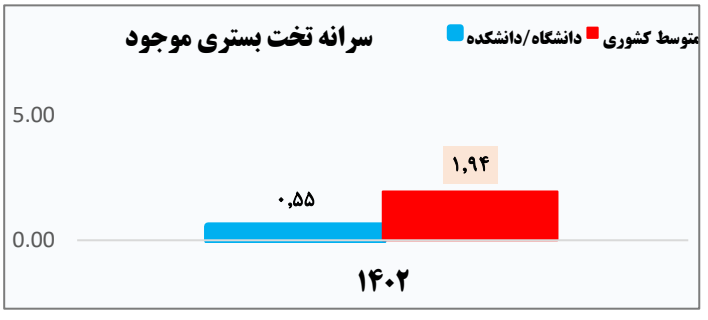






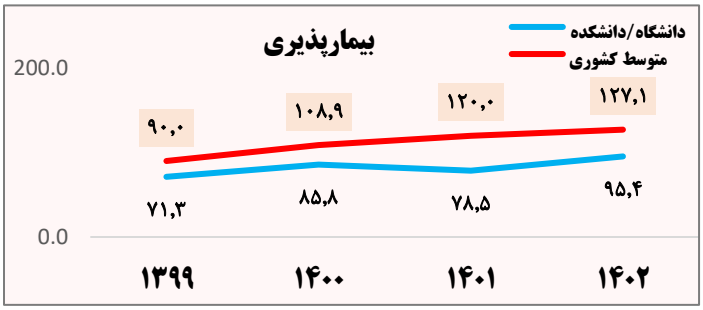


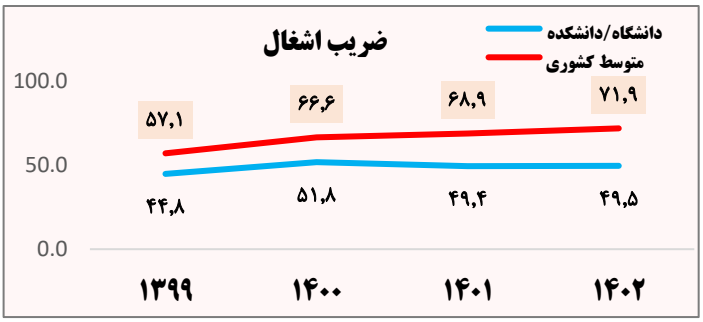


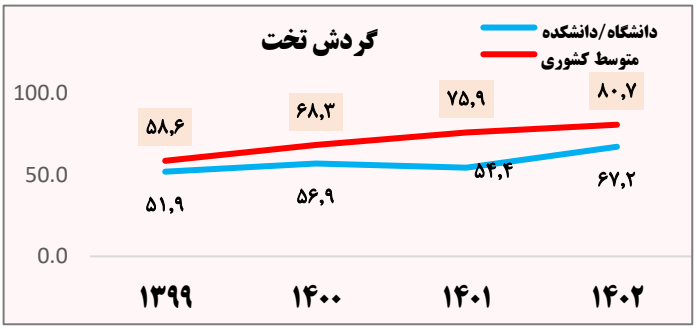


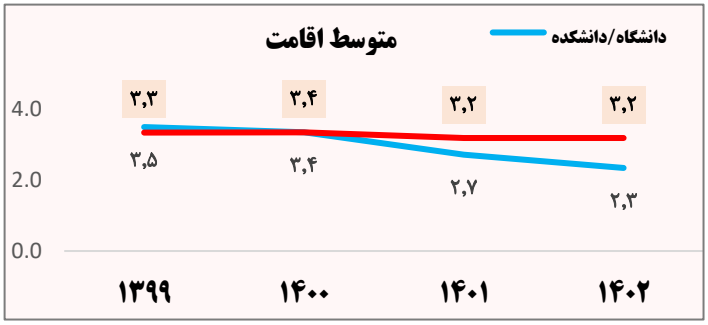
دانشگاه علوم پزشکی ایلام

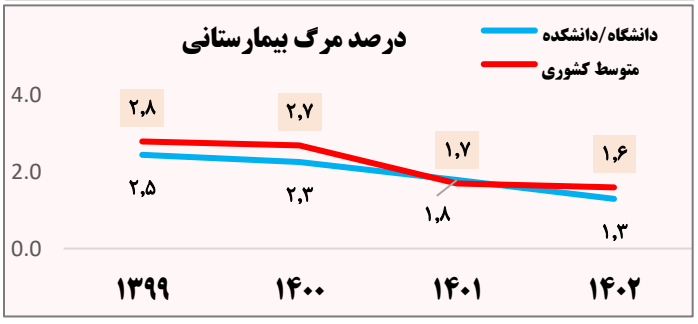
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۹۶۰۰۰
تعداد بیمارستان	۱۳
تعداد تخت فعال	۱۰۹۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۴۶

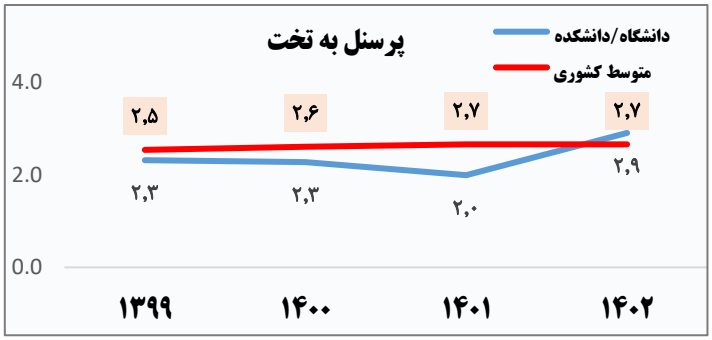


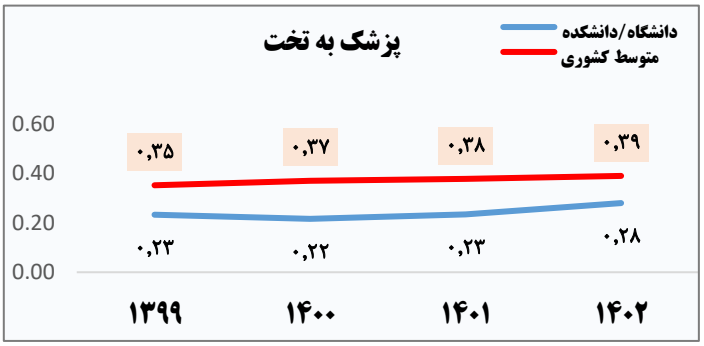


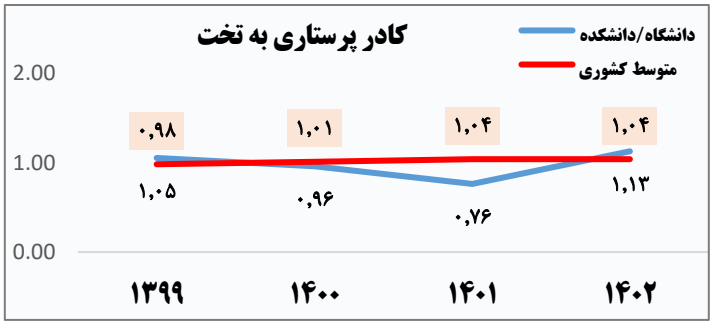


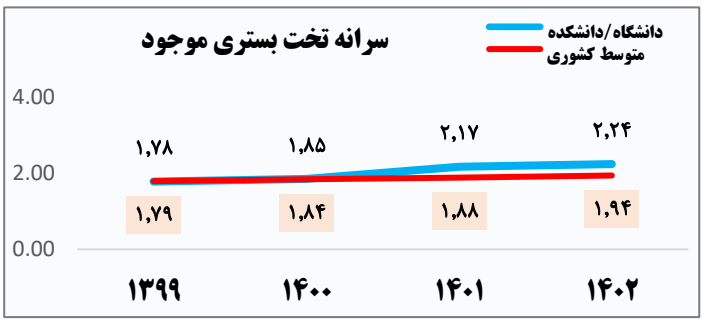






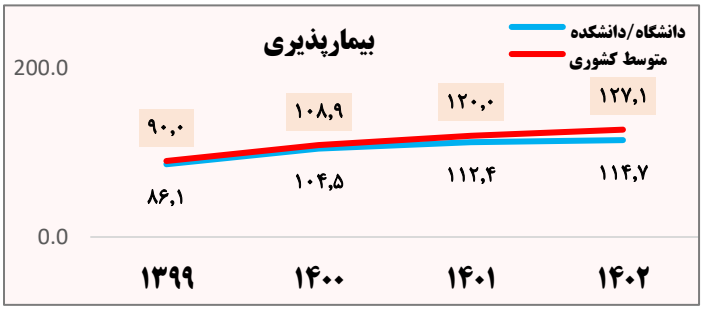


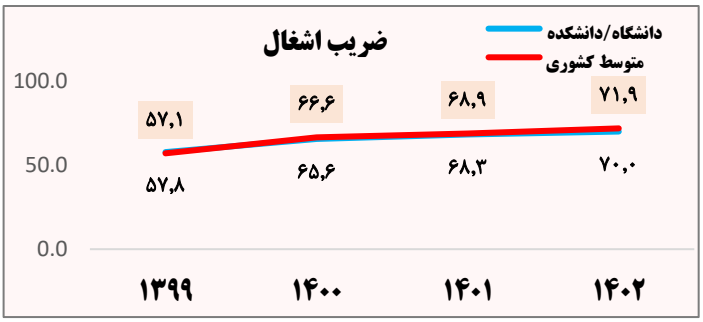


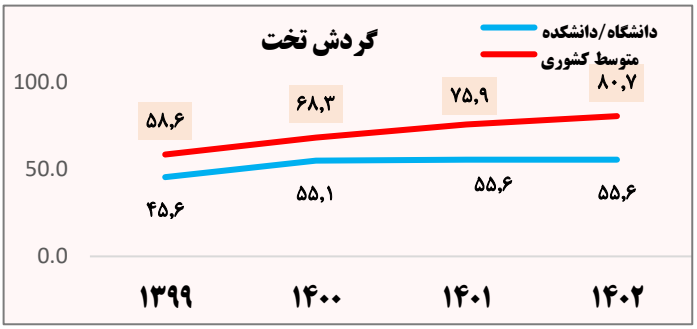


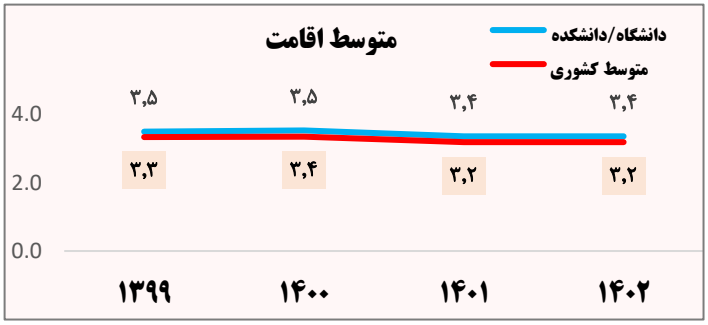
دانشگاه علوم پزشکی بابل

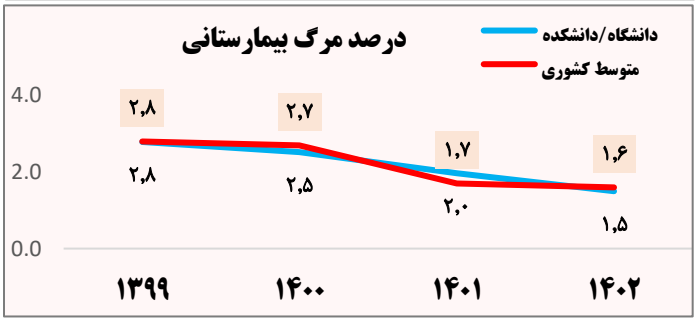
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۵۰۹۵۱
تعداد بیمارستان	۸
تعداد تخت فعال	۱۲۴۷
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۴۹

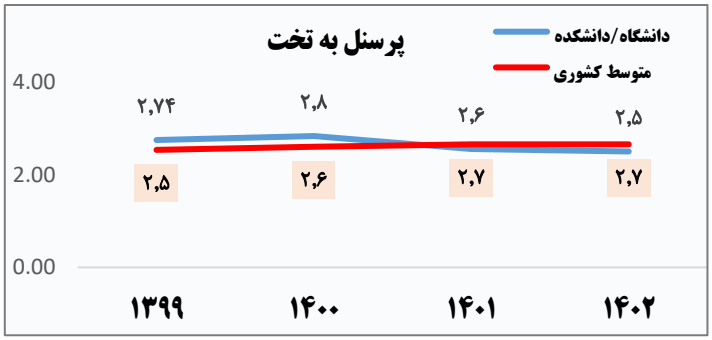


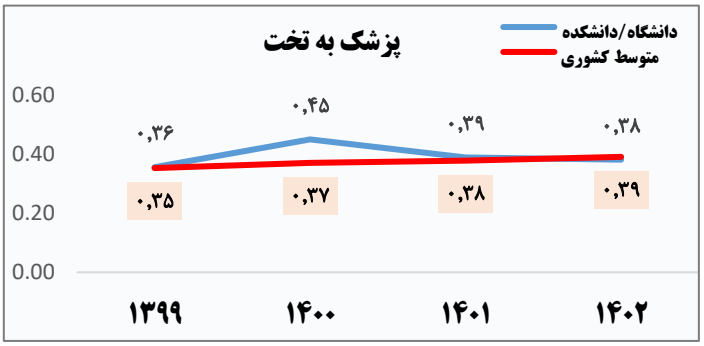


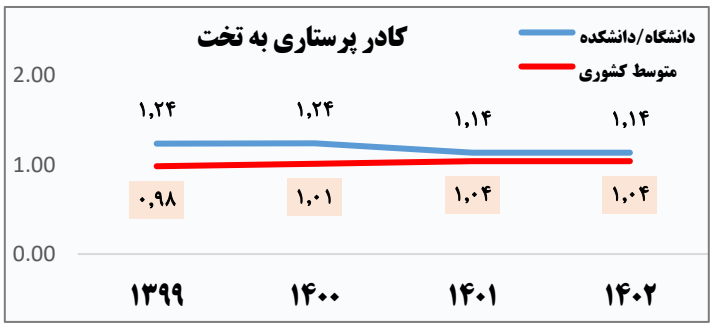


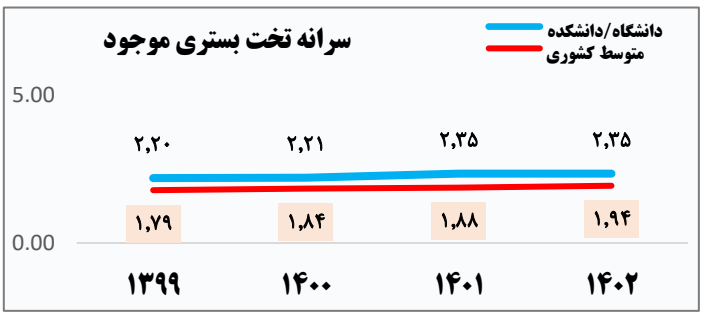






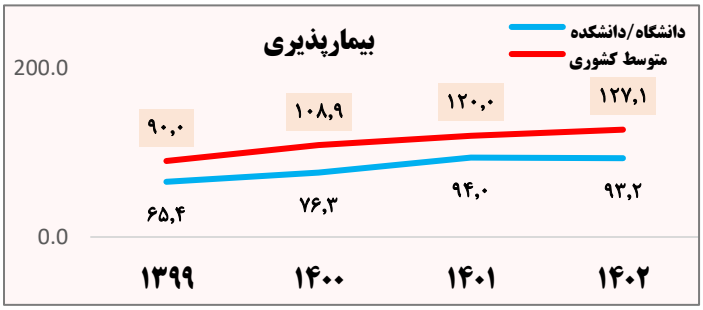


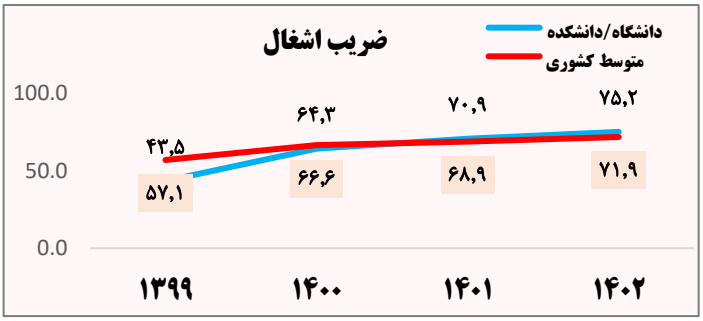


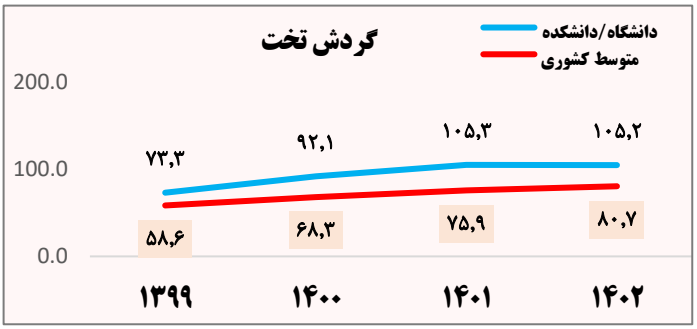


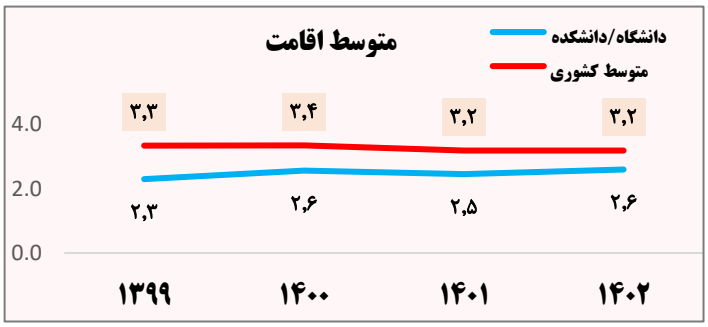
دانشگاه علوم پزشکی بم

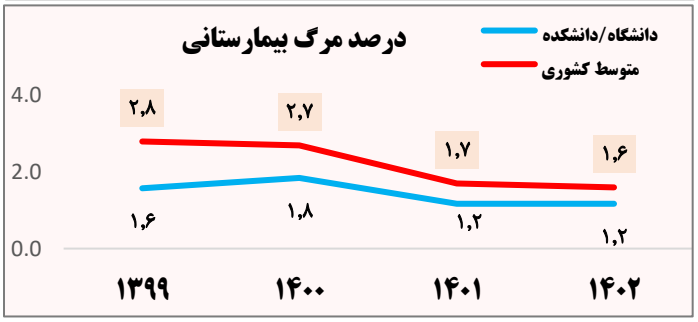
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۴۶۸۴۶۱
تعداد بیمارستان	۵
تعداد تخت فعال	۵۰۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۵۹

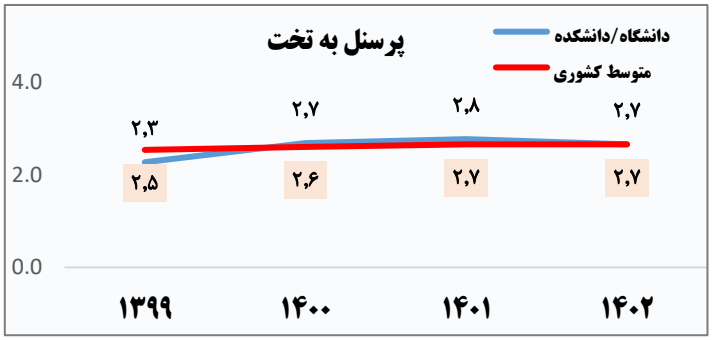


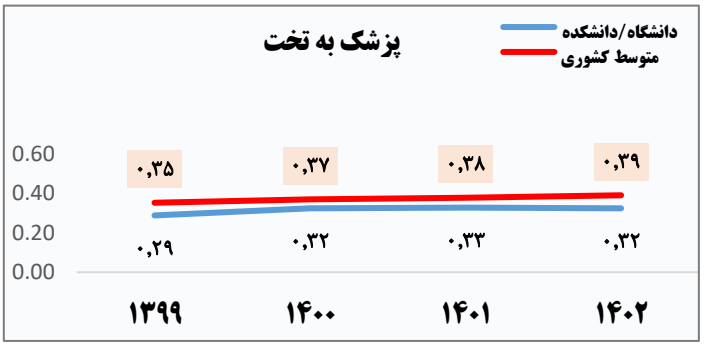


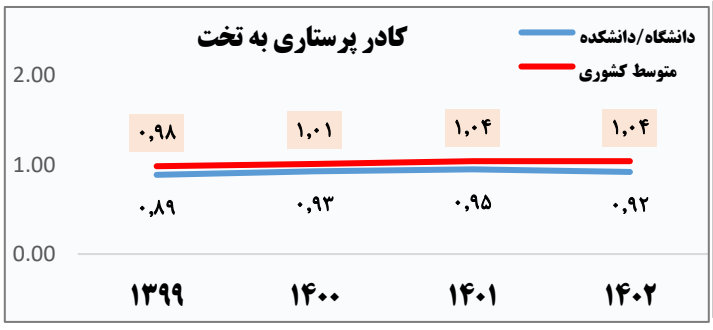


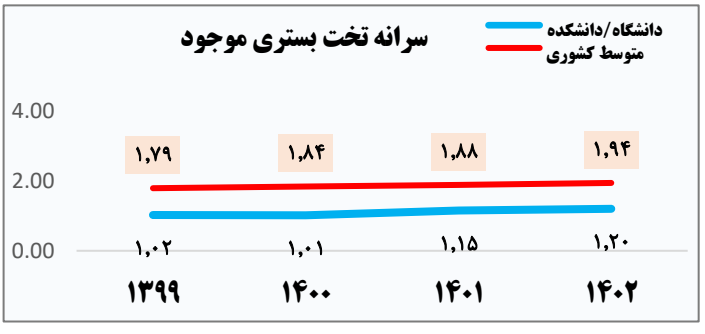






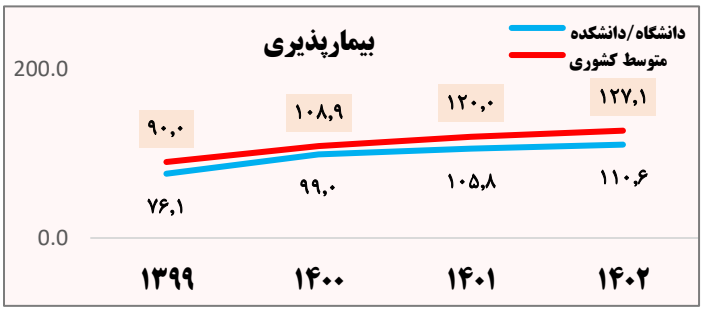


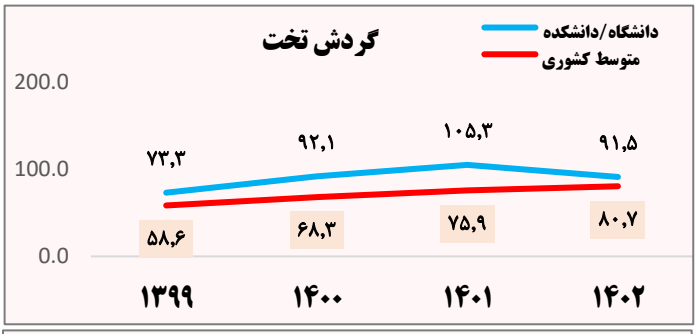


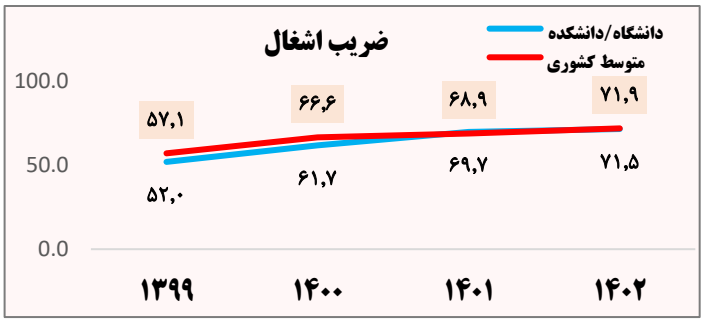


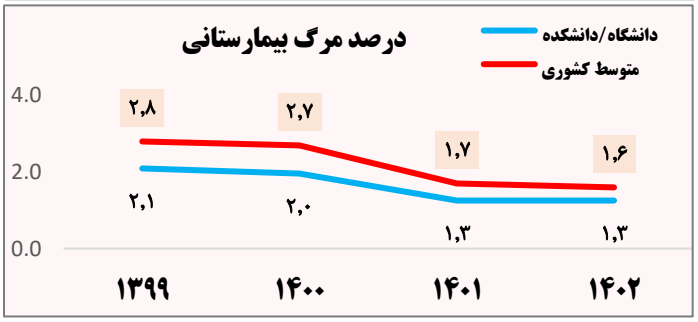
دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس

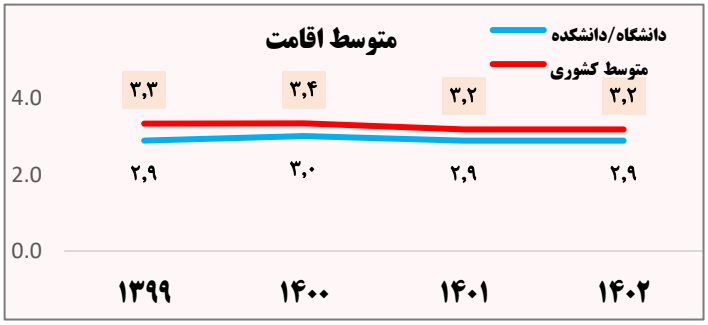
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۹۸۹۰۰۱
تعداد بیمارستان	۲۳
تعداد تخت فعال	۲۶۳۸
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۸۰

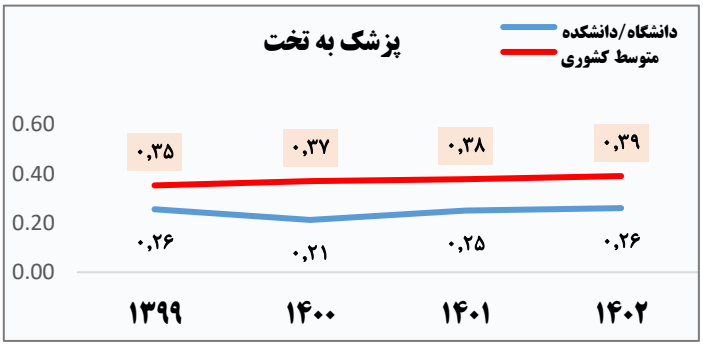


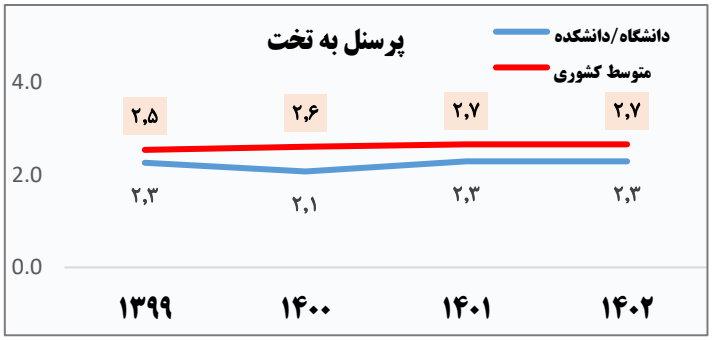


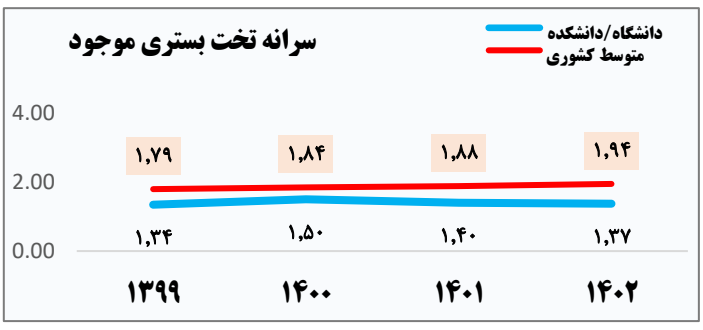


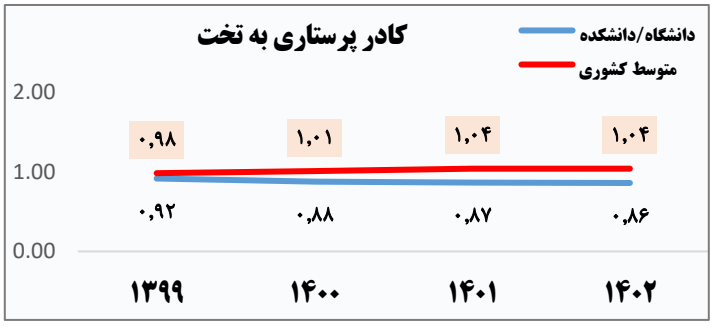






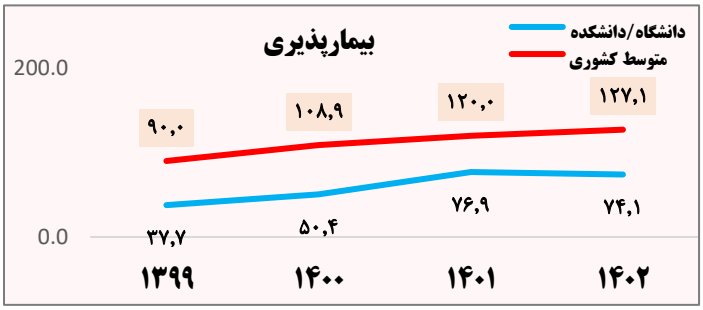


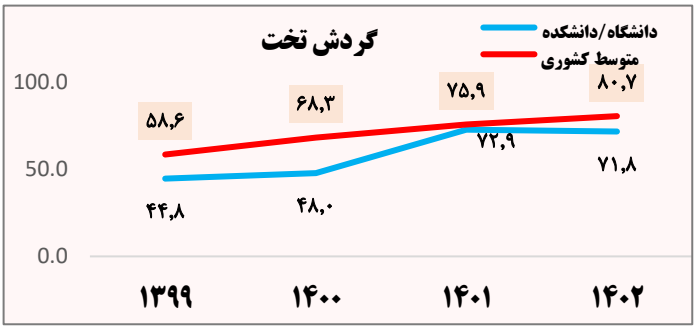


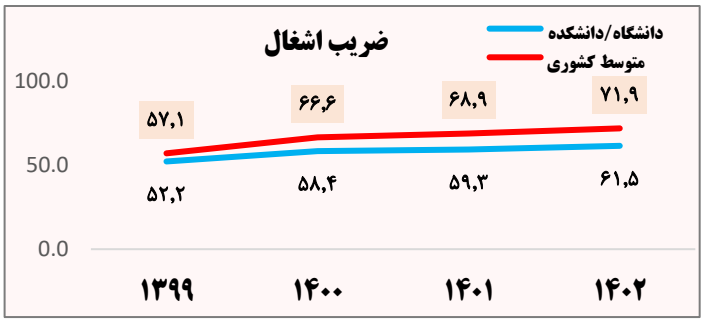


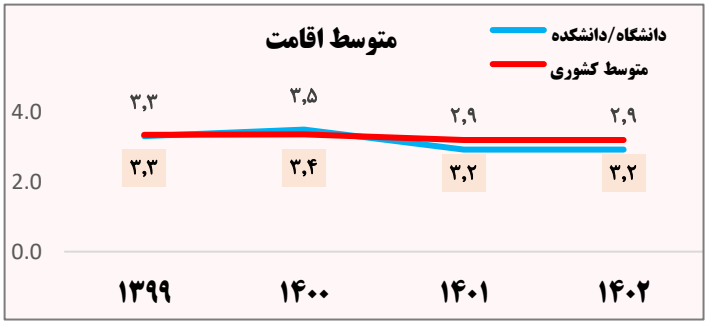
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

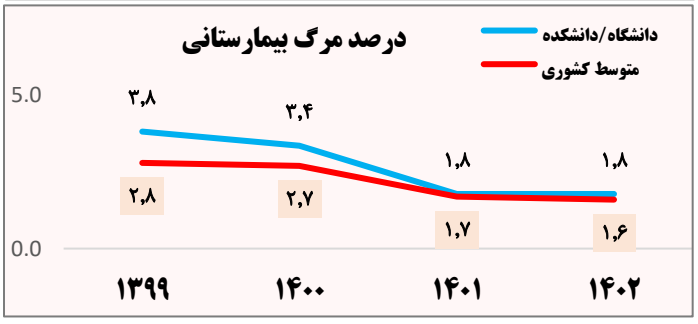
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۲۶۵۰۰۰
تعداد بیمارستان	۱۸
تعداد تخت فعال	۱۵۷۷
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۶۴

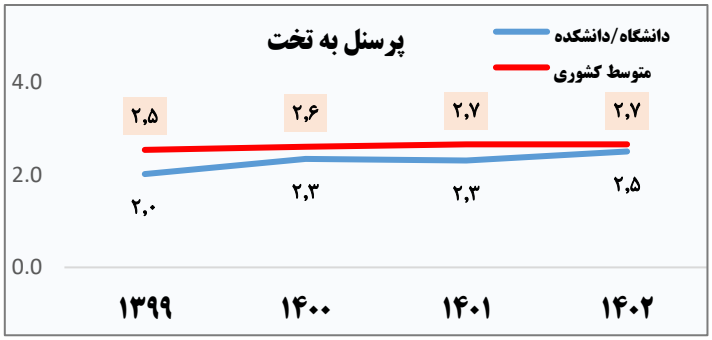


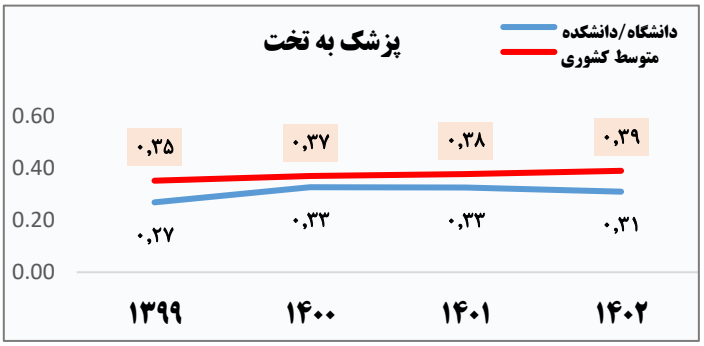


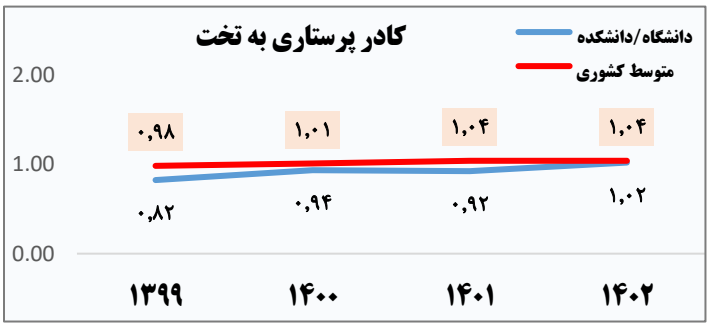


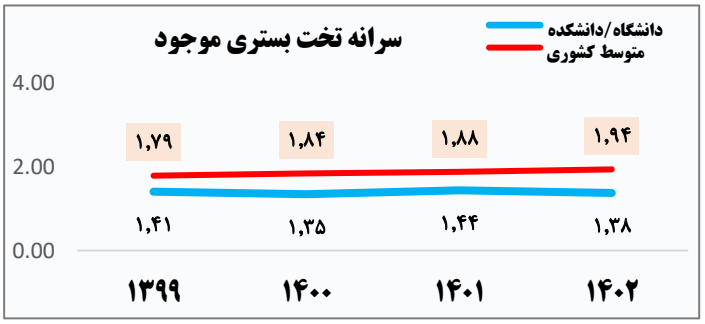






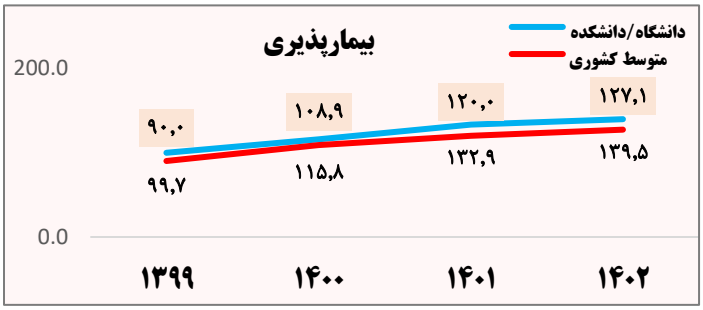


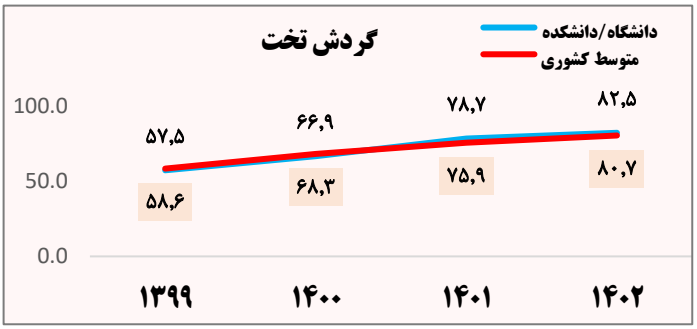


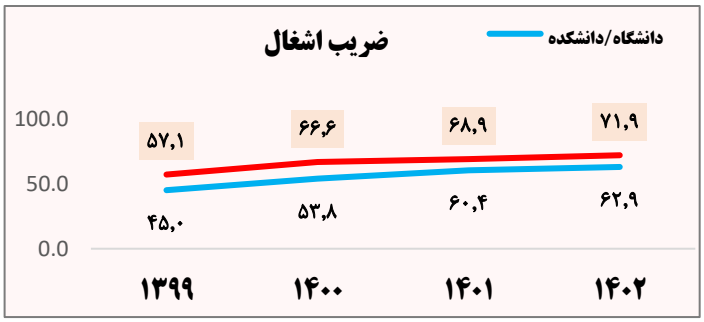


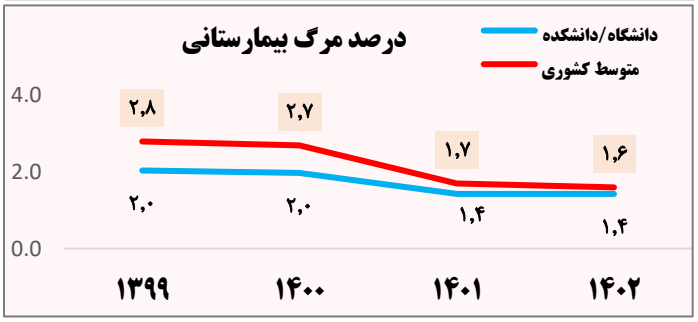
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

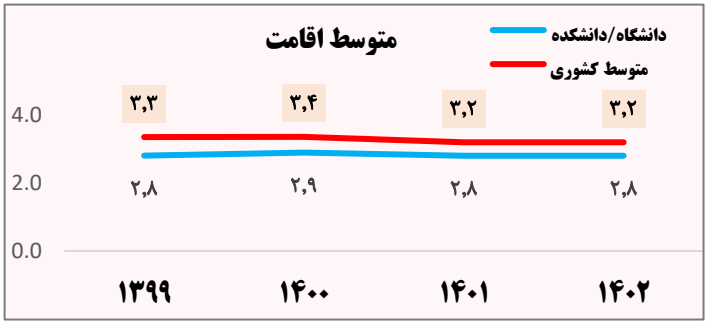
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۸۳۵۰۰۱
تعداد بیمارستان	۱۸
تعداد تخت فعال	۱۷۳۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۸۶

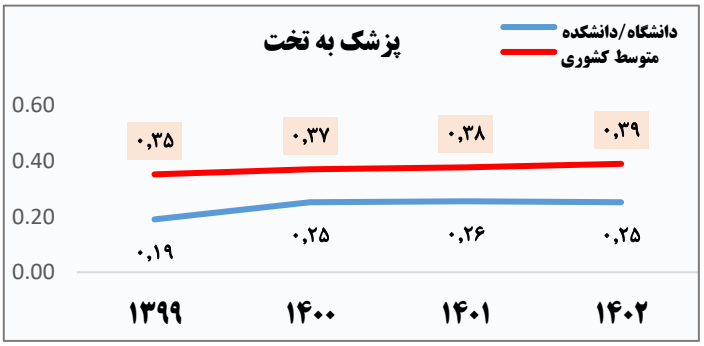


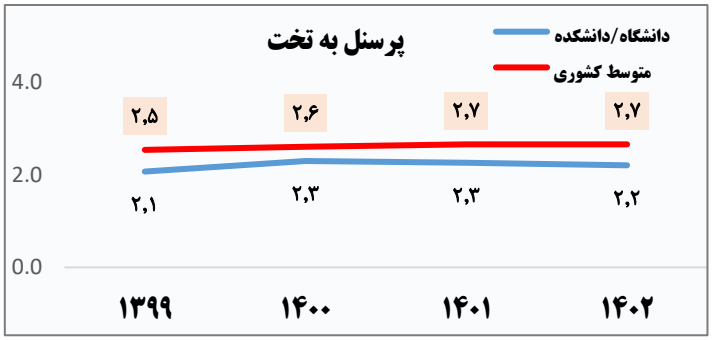


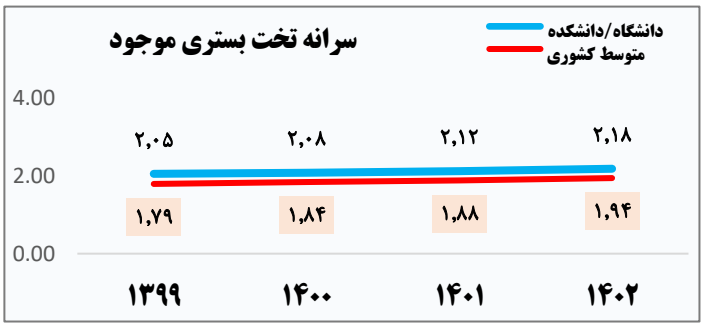


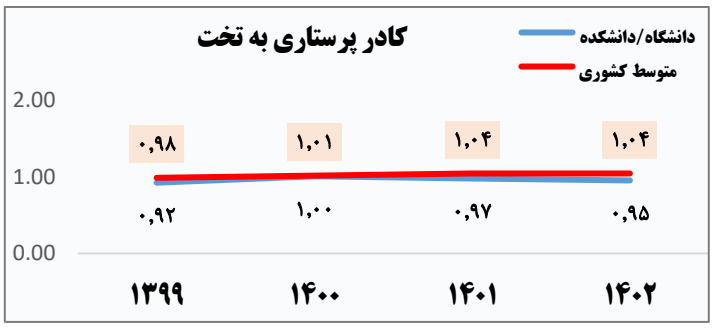






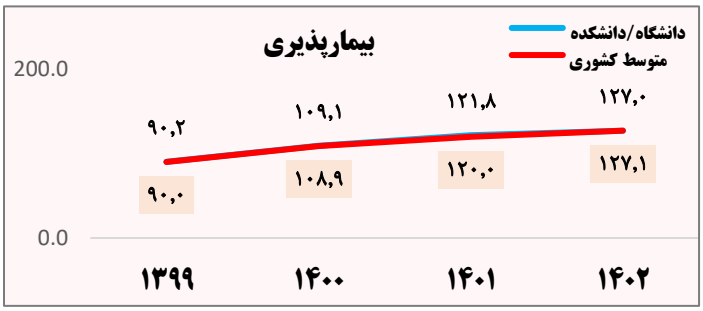


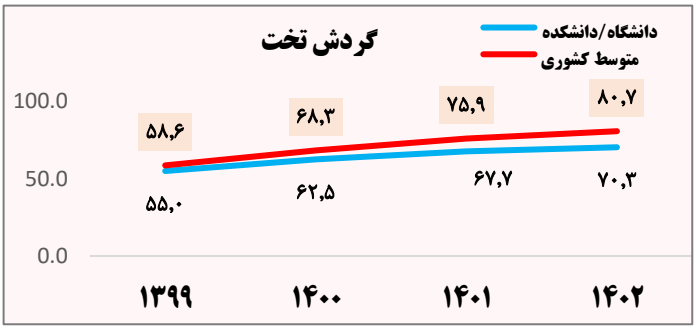


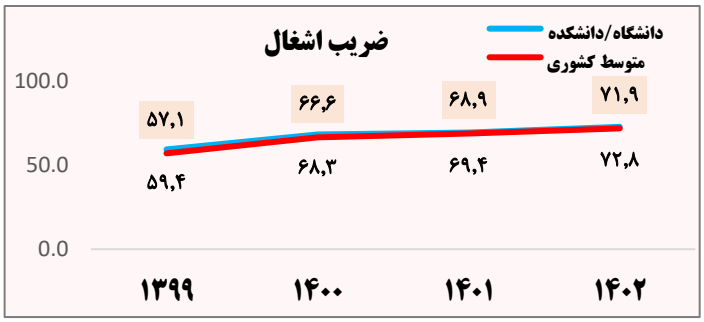


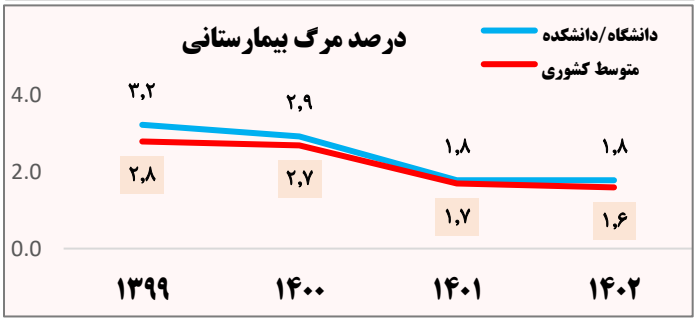
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

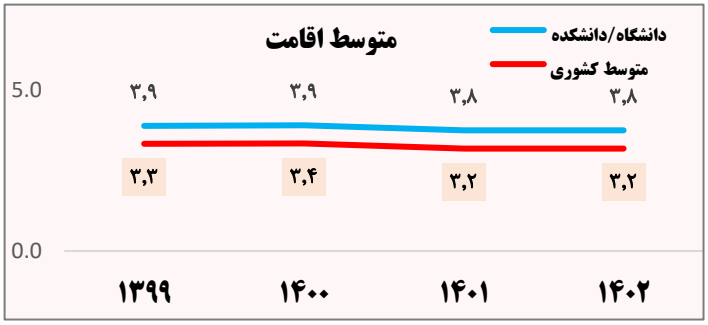
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۶۷۰۶۴۷
تعداد بیمارستان	۴۴
تعداد تخت فعال	۷۵۷۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۷۸۷

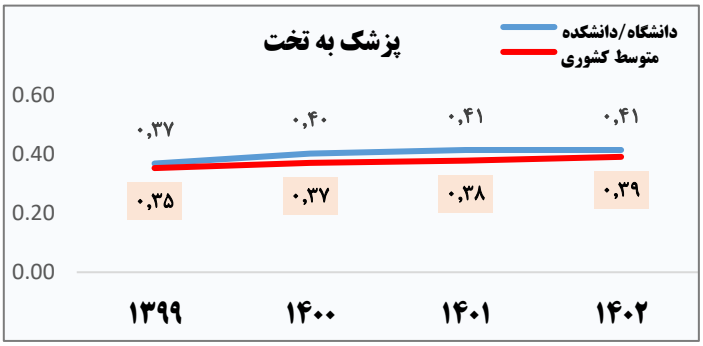


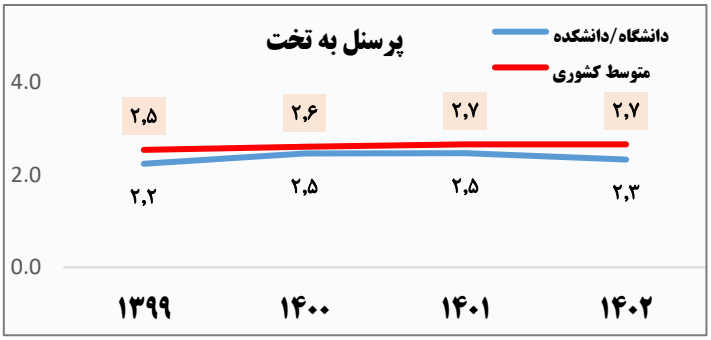


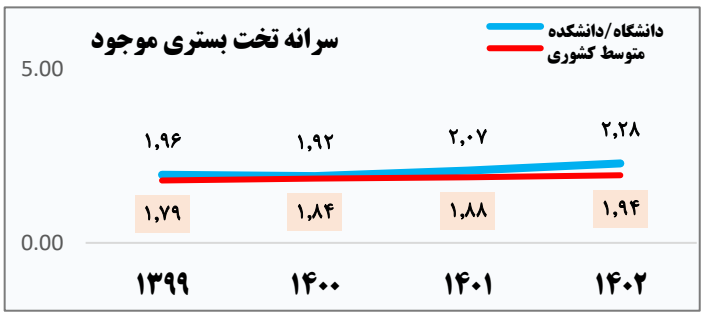


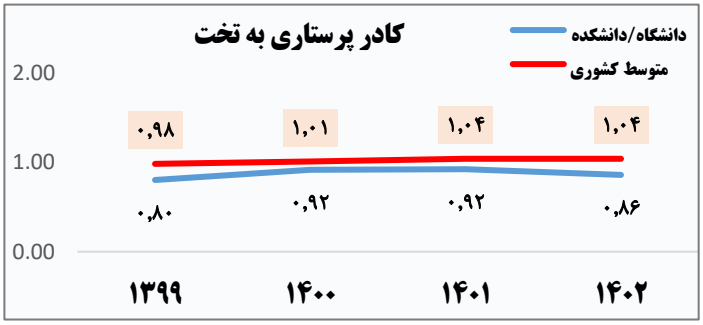






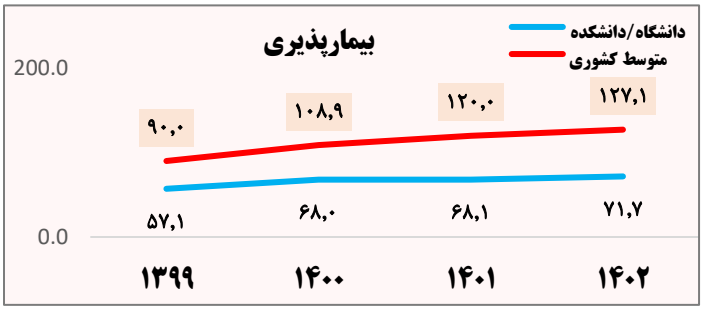


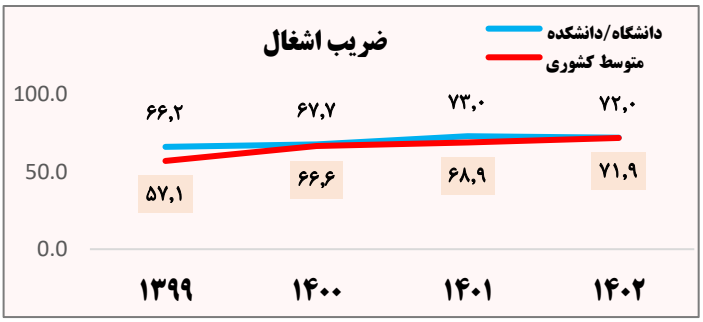


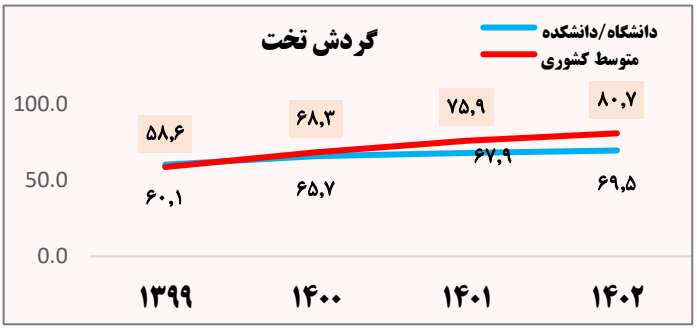


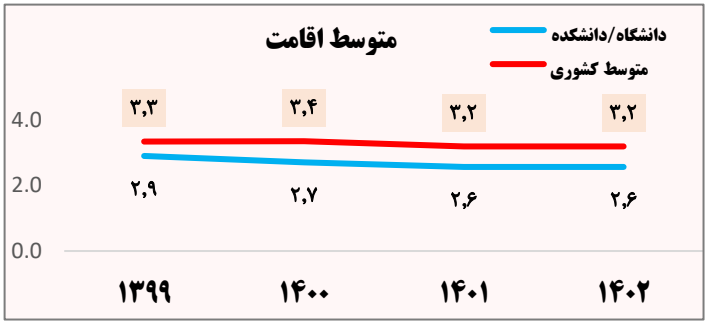
دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه

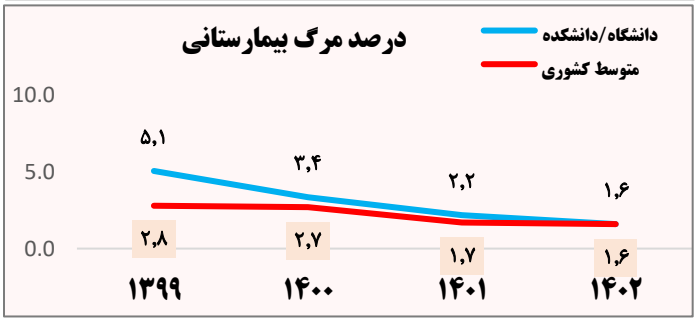
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۷۵۸۶۲
تعداد بیمارستان	۴
تعداد تخت فعال	۴۷۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۲۱

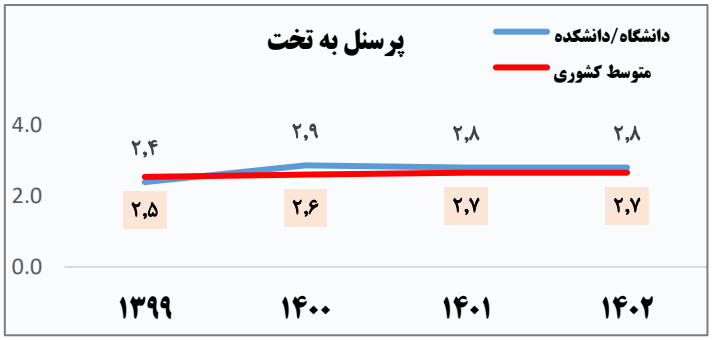


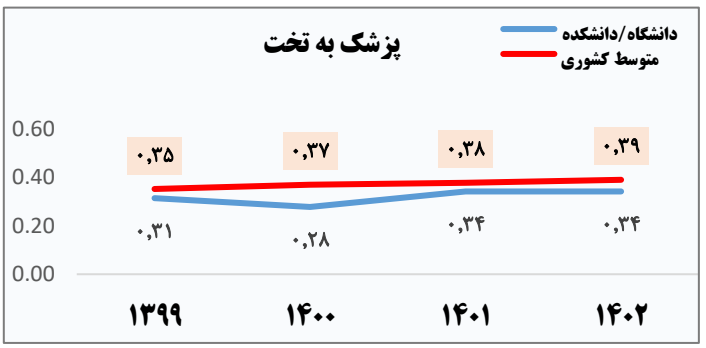


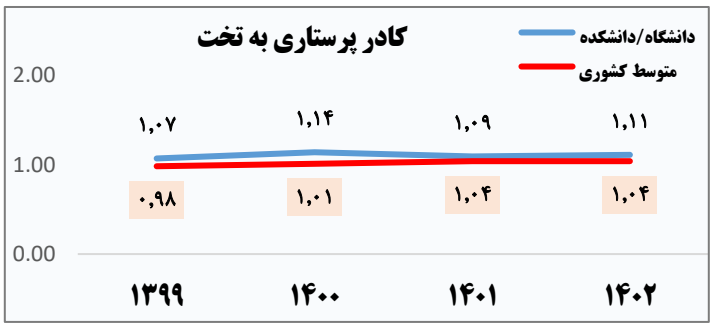


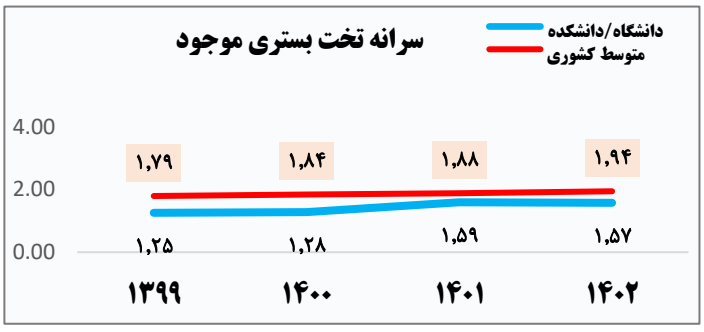






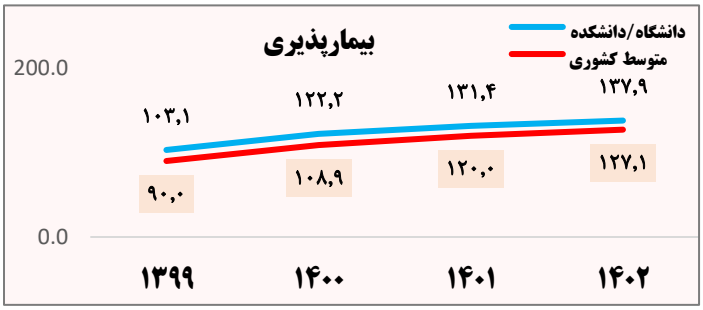


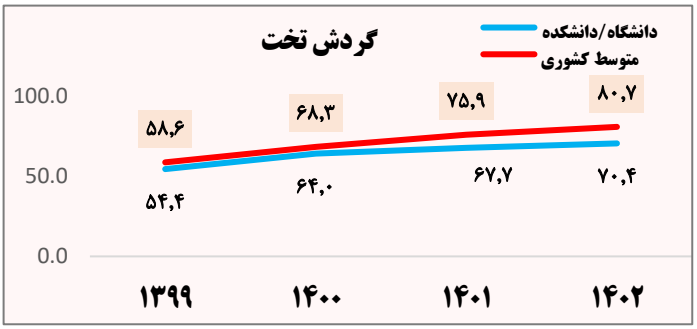


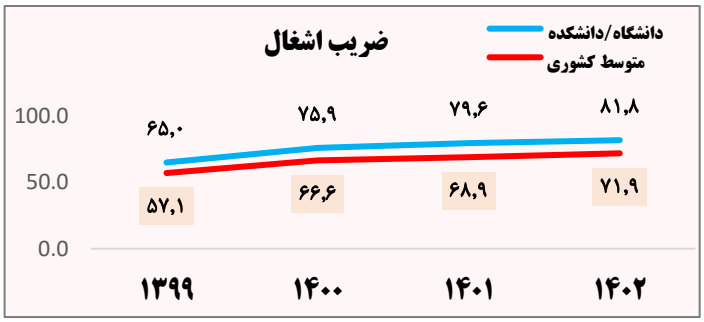


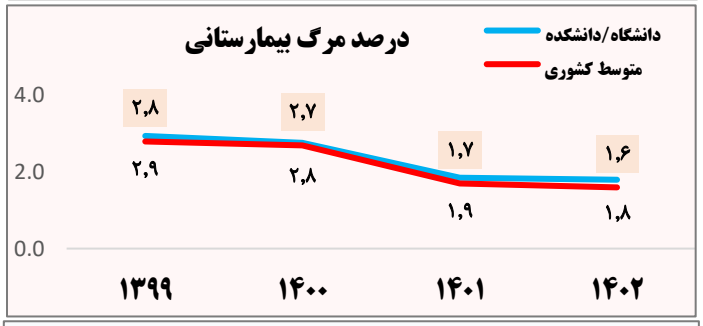
دانشگاه علوم پزشکی تهران

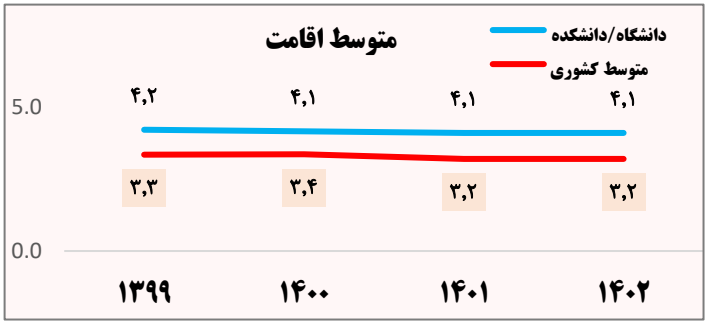
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۰۴۱۲۱۶
تعداد بیمارستان	۳۲
تعداد تخت فعال	۶۶۳۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۳۶۲

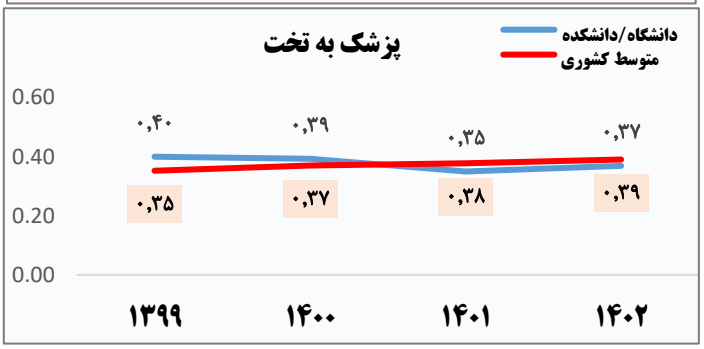


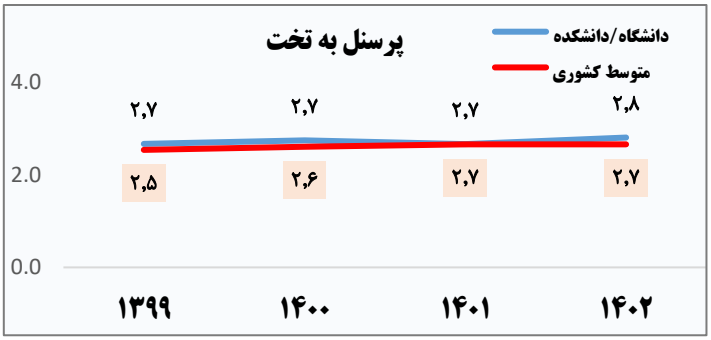


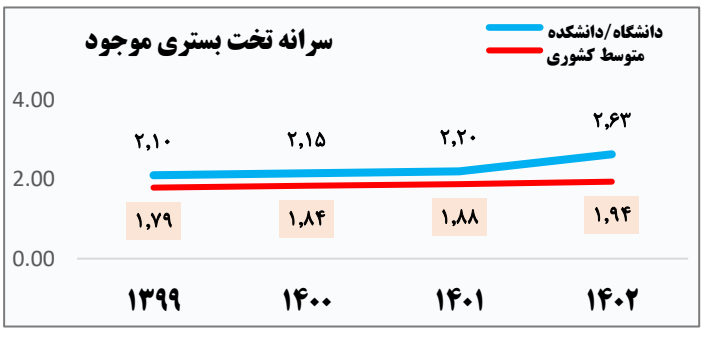


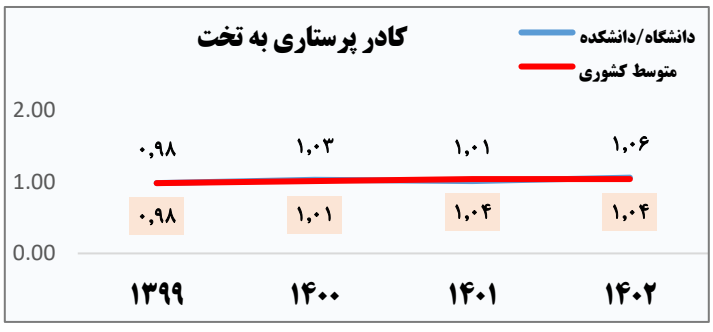






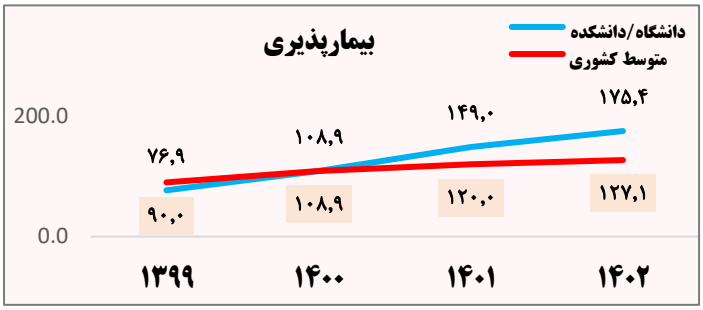


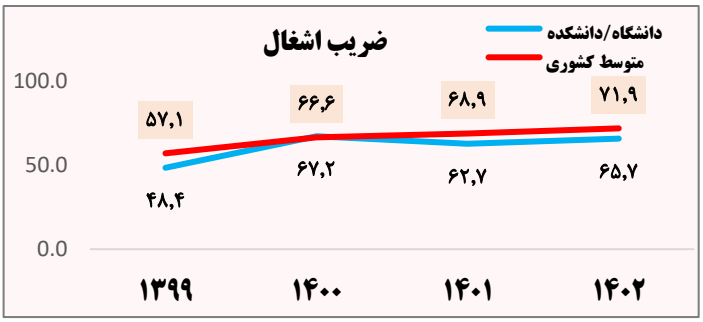


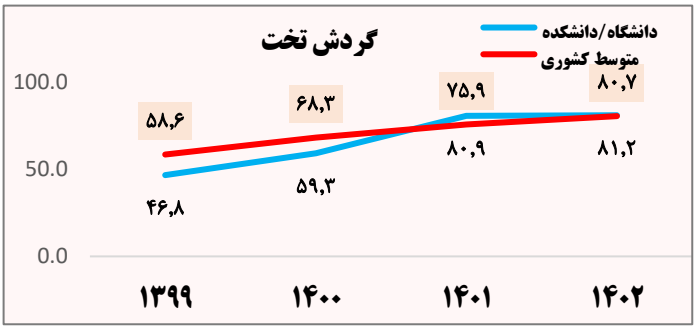


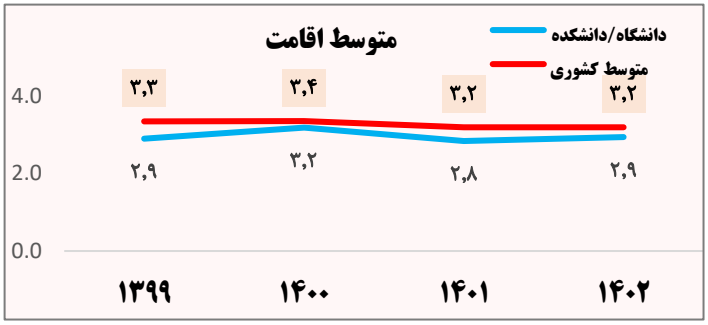
دانشگاه علوم پزشکی جهرم

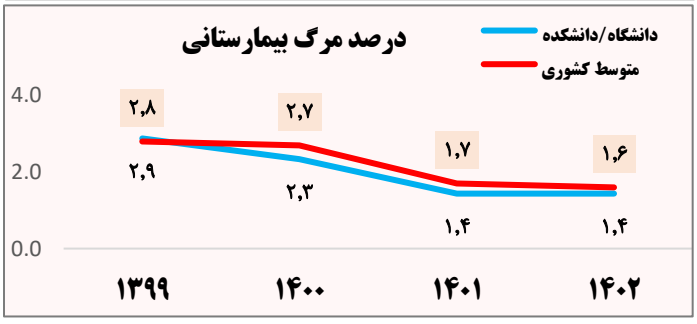
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۴۰۷۶۷
تعداد بیمارستان	۴
تعداد تخت فعال	۵۷۲
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۷۳

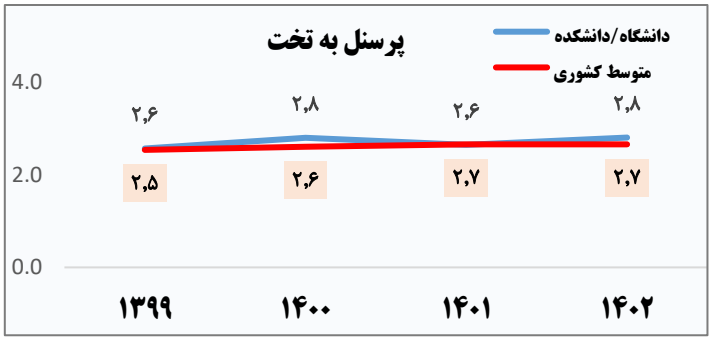


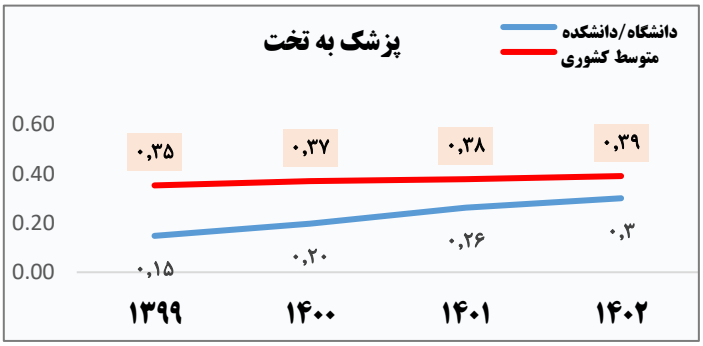


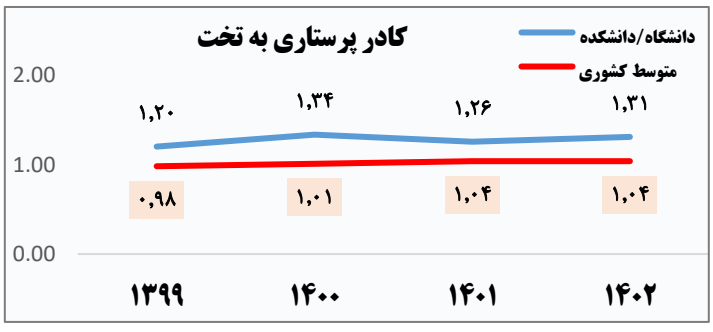


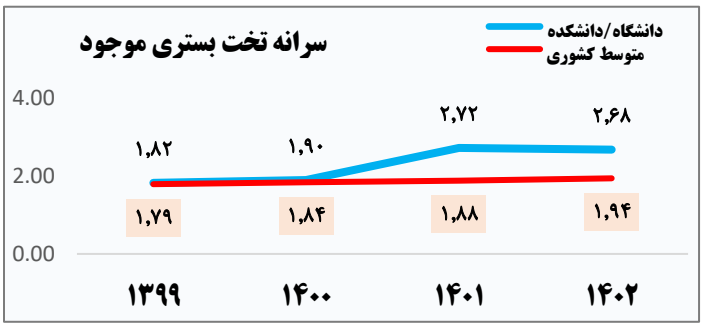






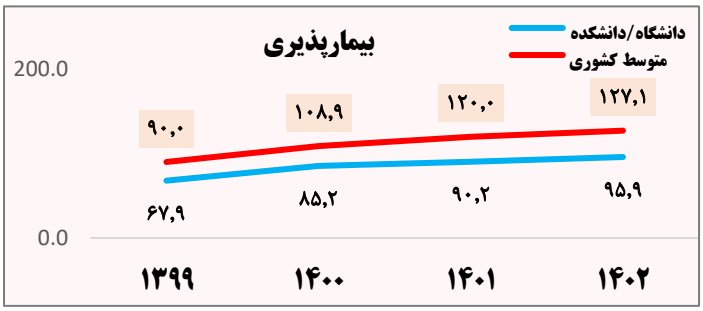


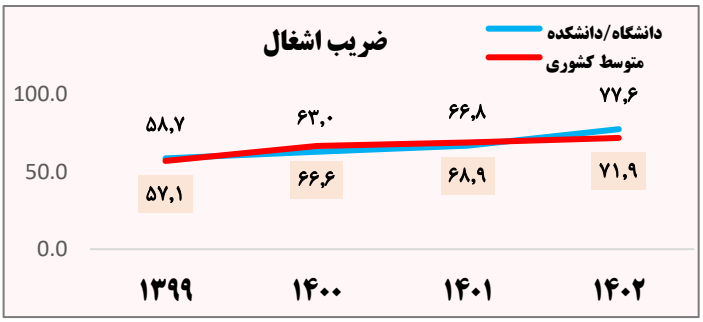


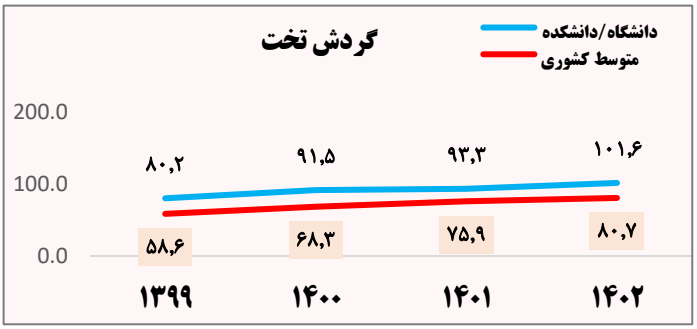


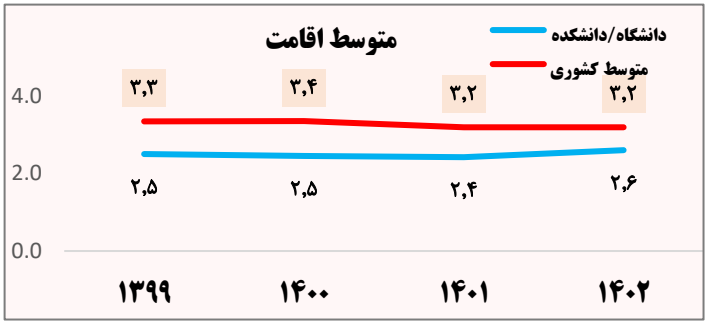
دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

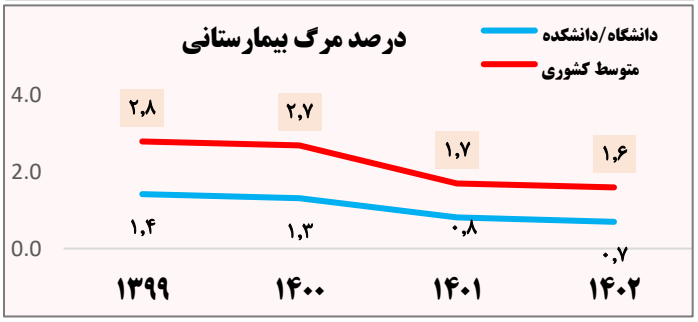
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۸۲۲۸۸۶
تعداد بیمارستان	۷
تعداد تخت فعال	۹۰۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۶۱

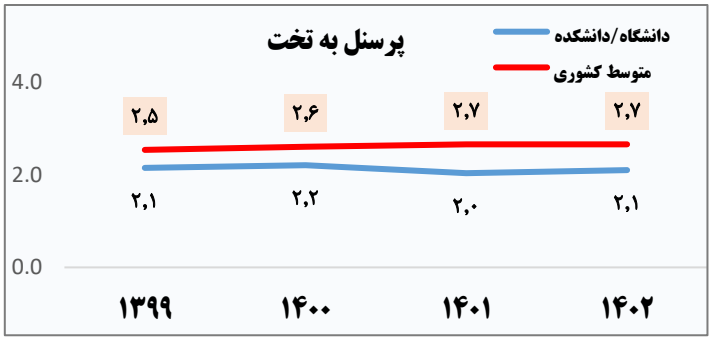


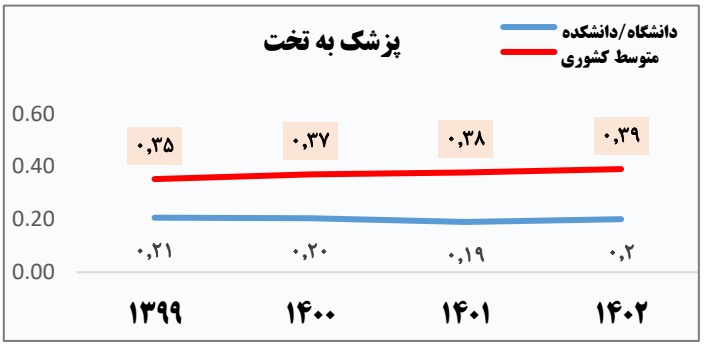


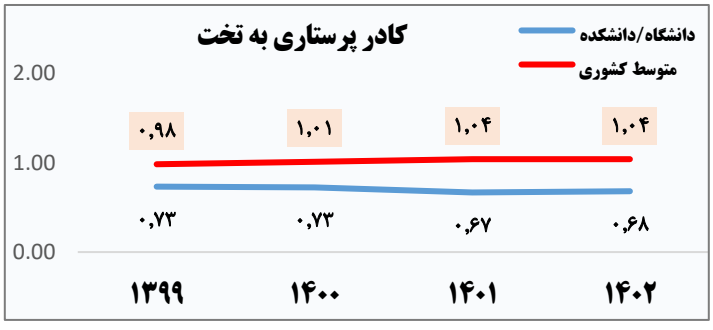


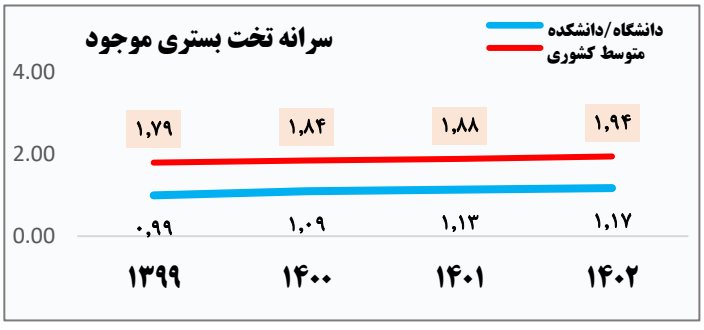






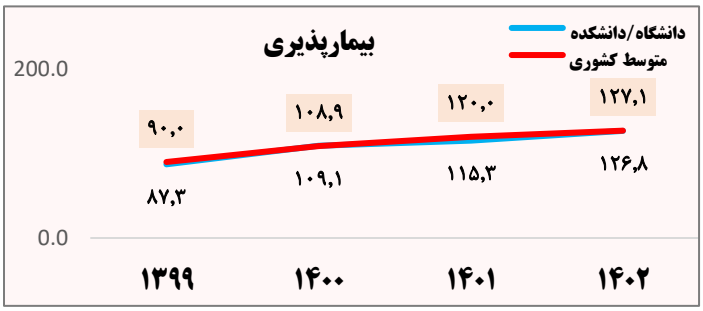


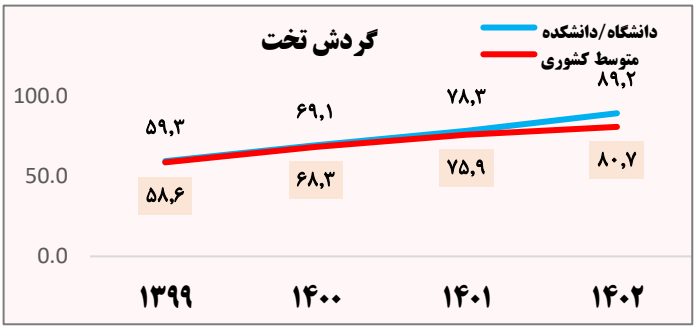


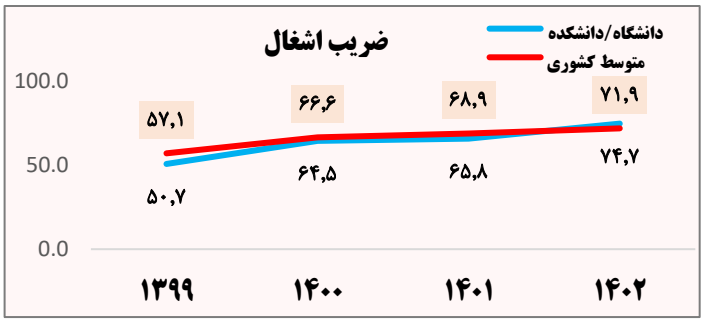


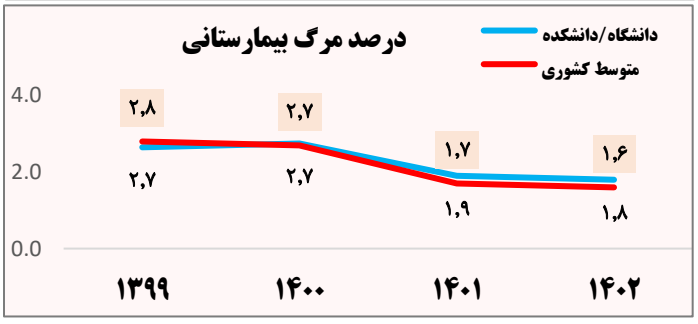
دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

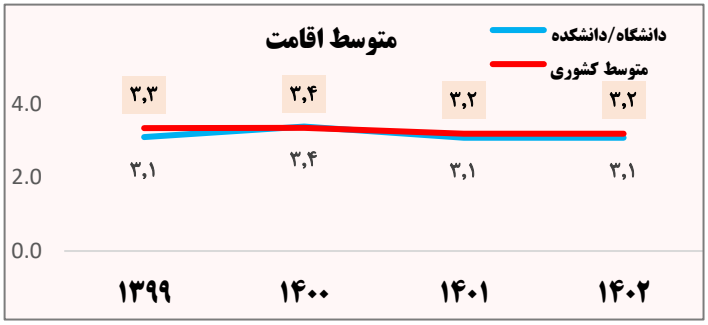
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۷۵۳۶۸۵
تعداد بیمارستان	۱۰
تعداد تخت فعال	۱۲۷۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۲۳

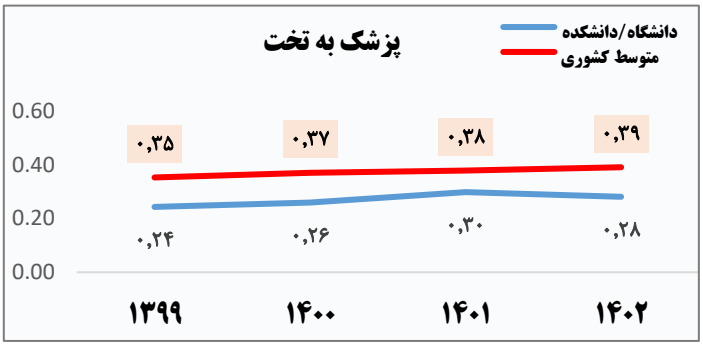


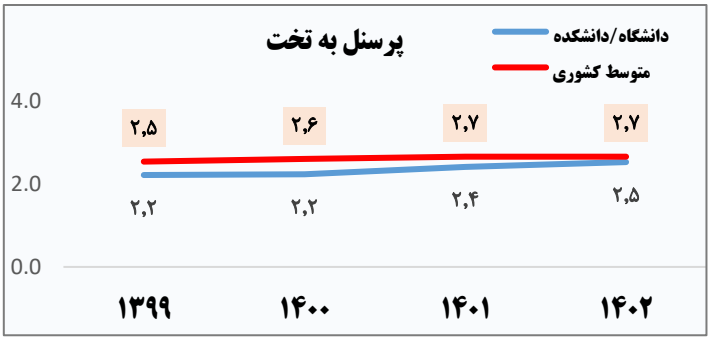


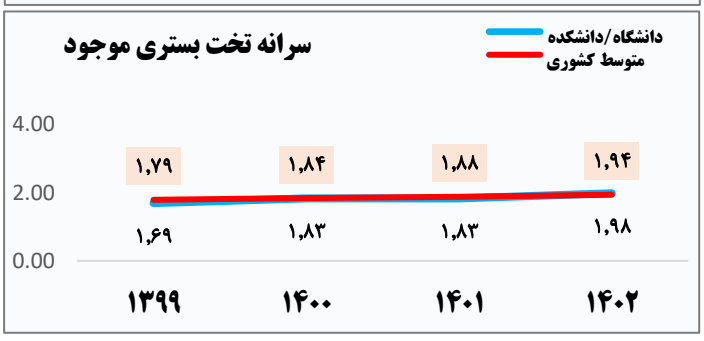


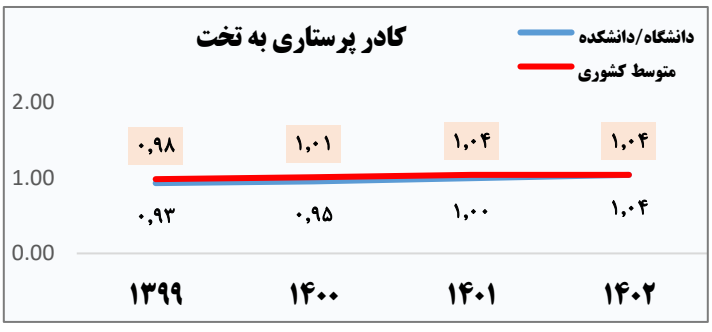






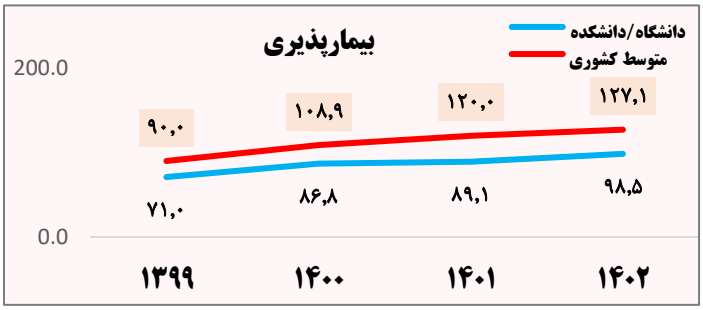


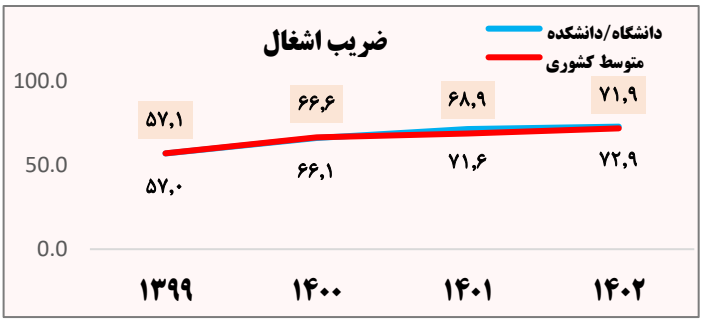


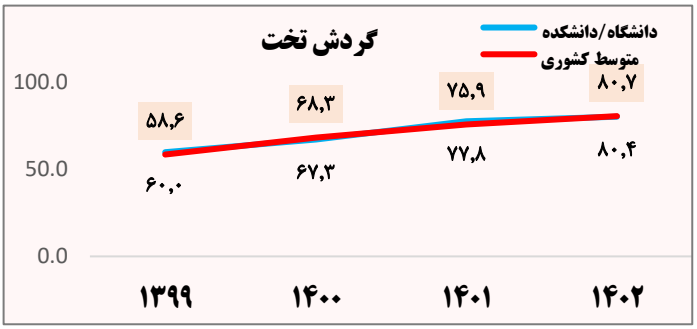


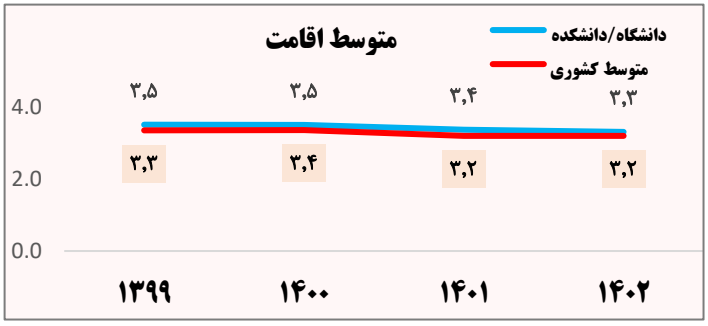
دانشگاه علوم پزشکی دزفول

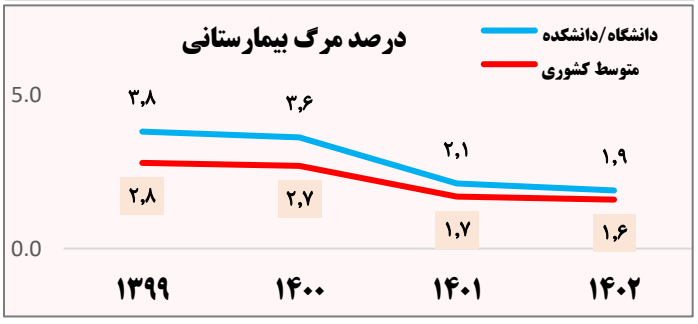
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۴۷۸۳۲۵
تعداد بیمارستان	۵
تعداد تخت فعال	۷۲۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۳۲

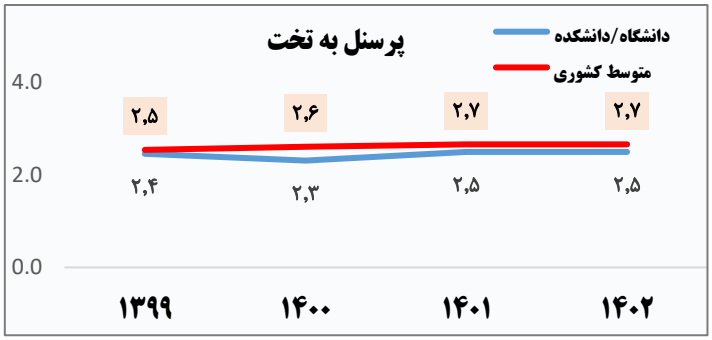


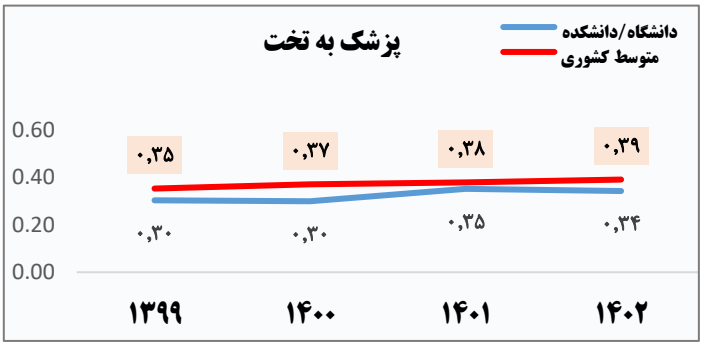


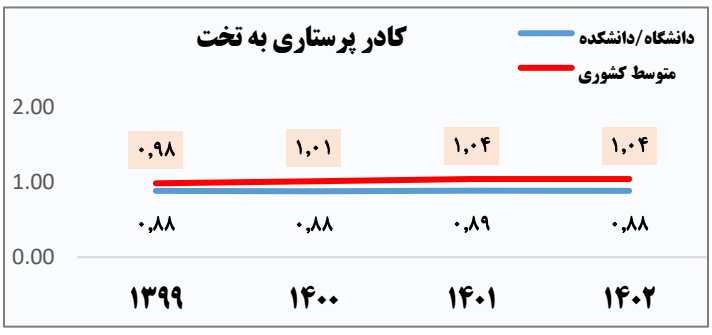


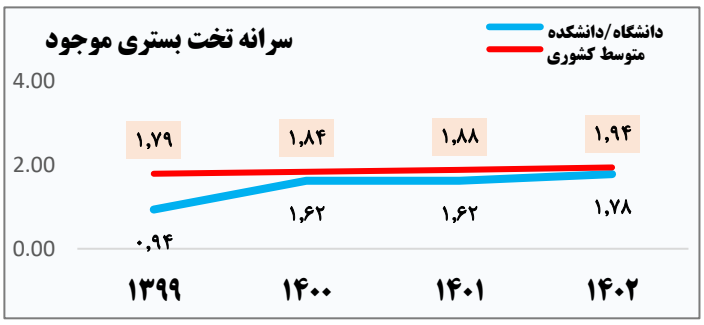






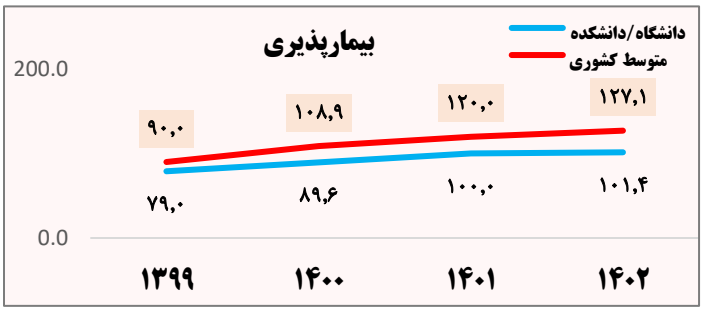


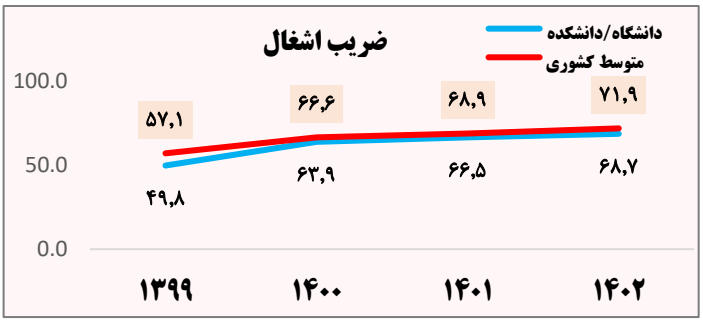


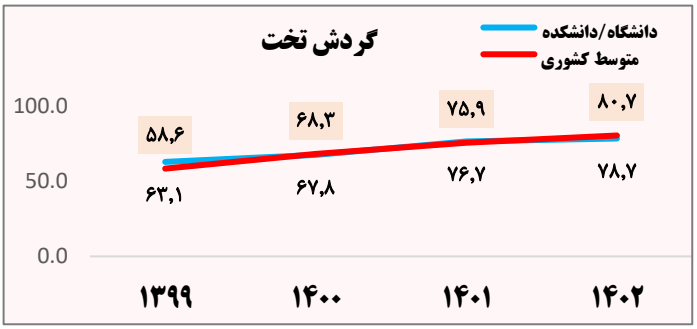


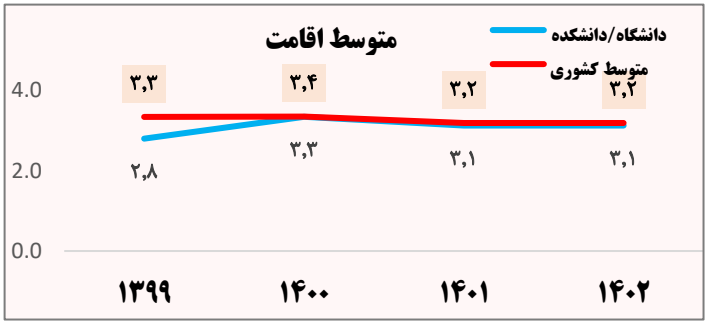
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

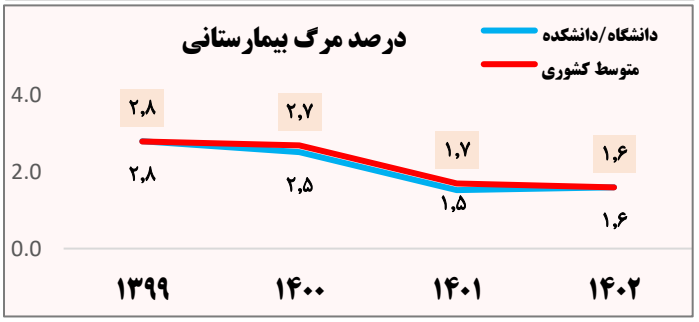
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۳۷۲۳۴۱
تعداد بیمارستان	۴
تعداد تخت فعال	۵۲۷
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۷۲

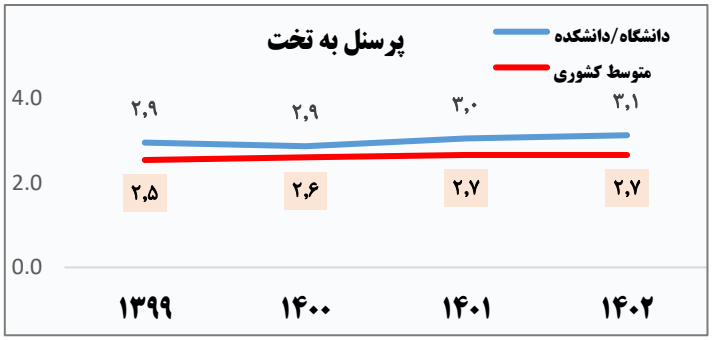


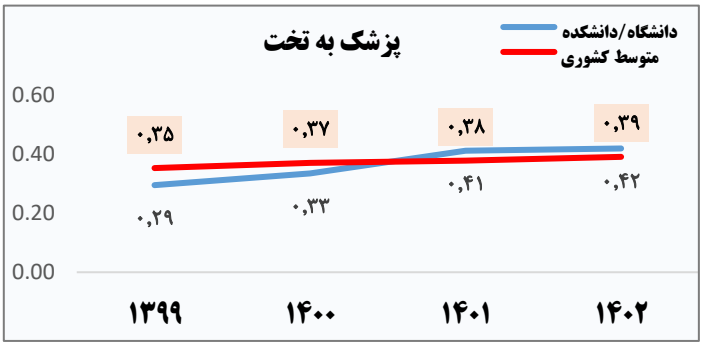


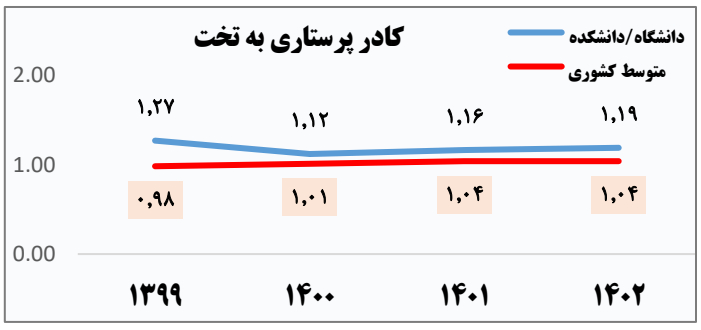


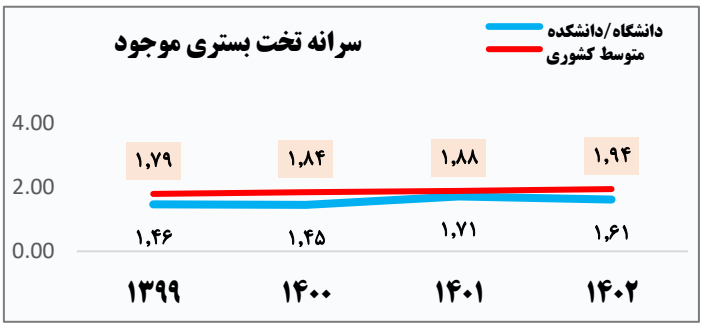






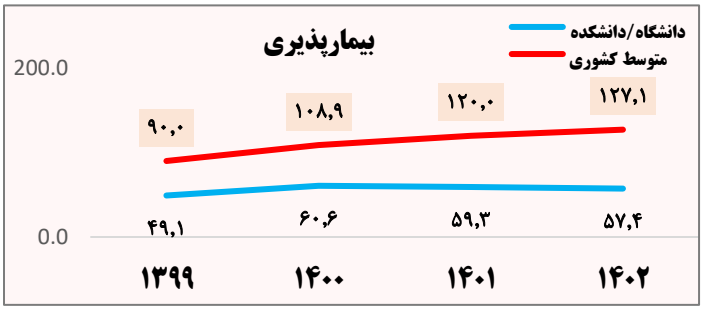


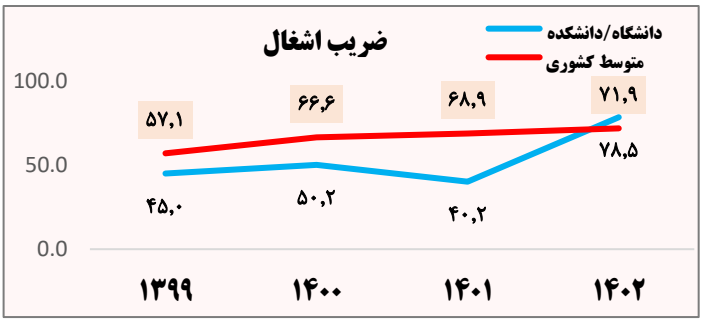


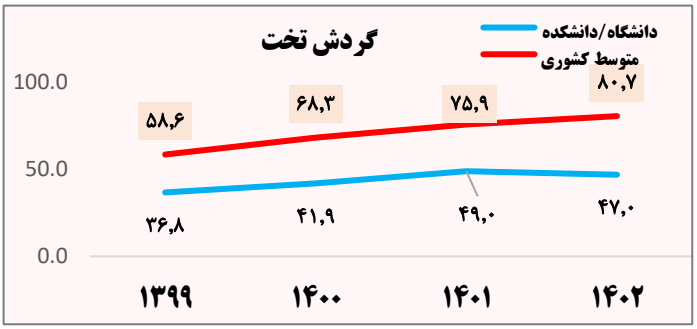


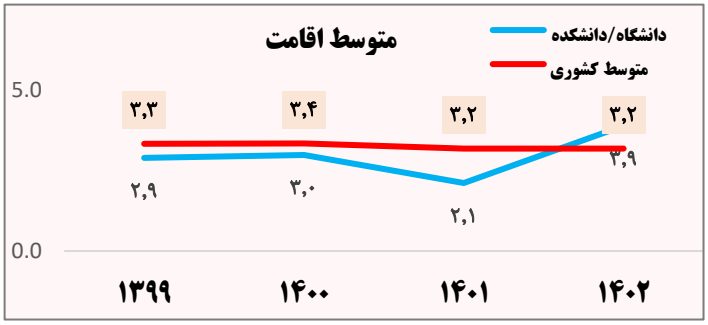
دانشگاه علوم پزشکی زابل

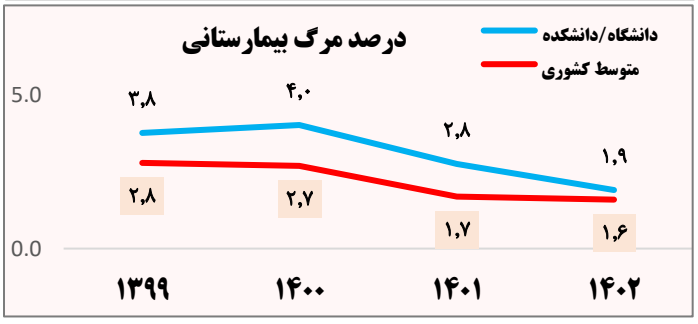
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۴۵۶۳۶۲
تعداد بیمارستان	۶
تعداد تخت فعال	۶۳۸
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۳۱۲

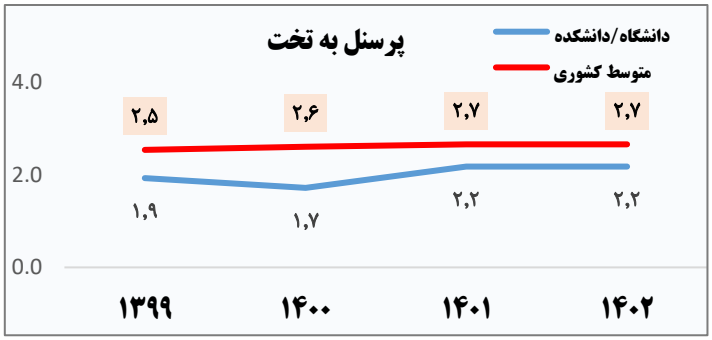


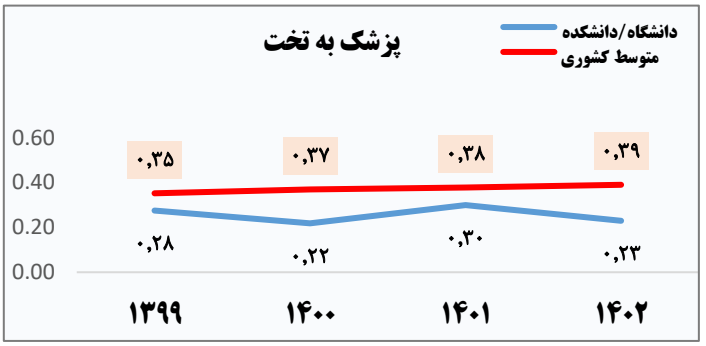


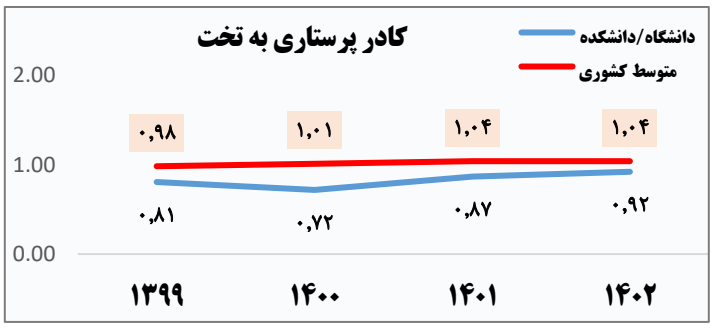


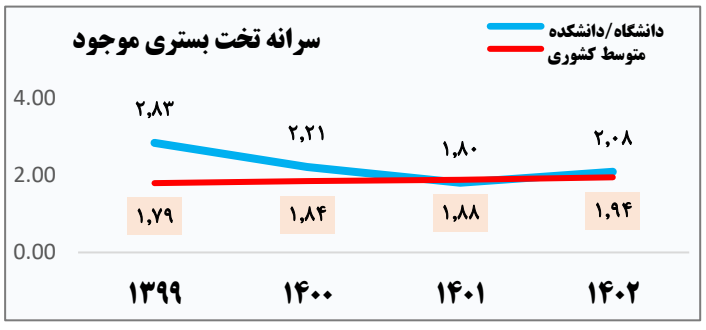






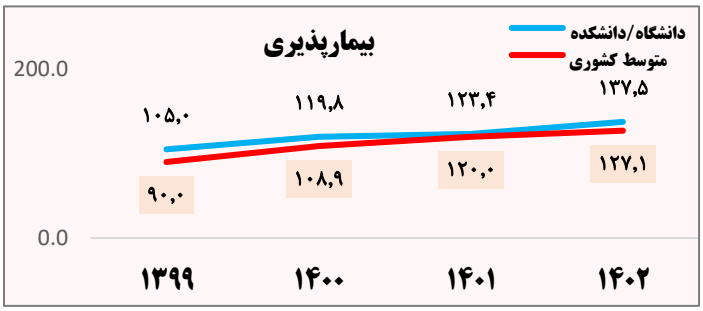


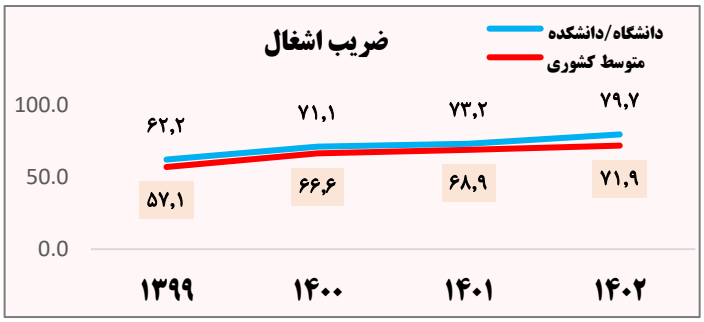


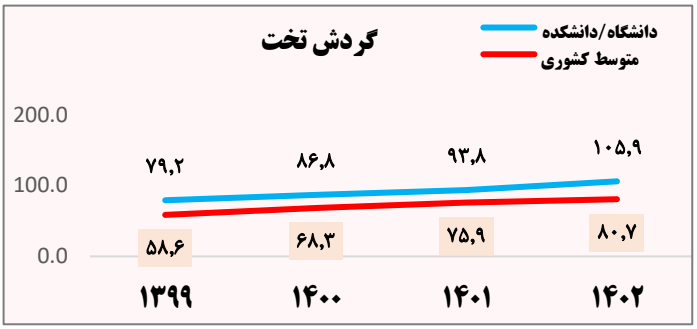


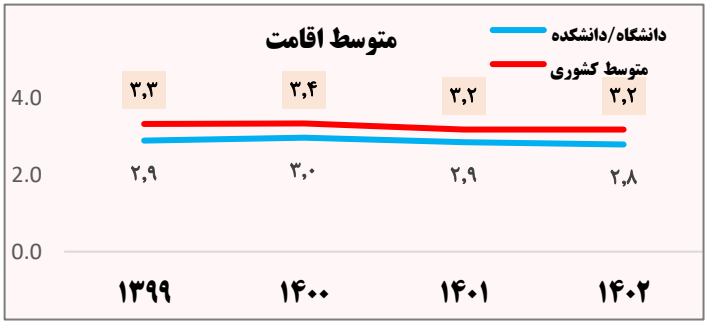
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

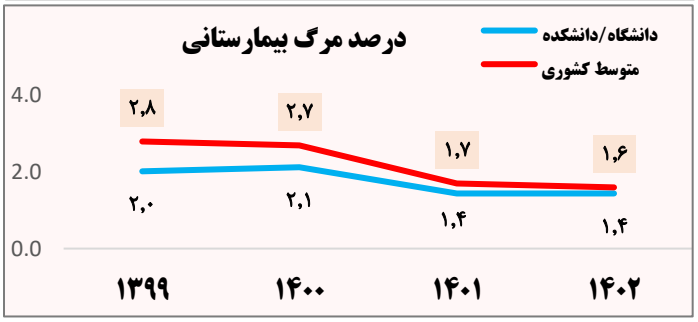
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۳۵۳۳۷۳
تعداد بیمارستان	۱۳
تعداد تخت فعال	۱۹۹۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۳۰۶

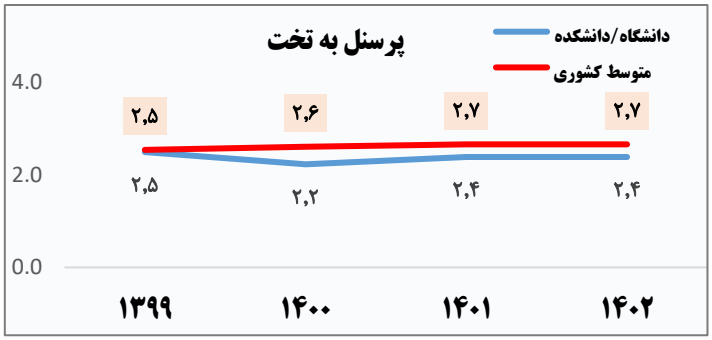


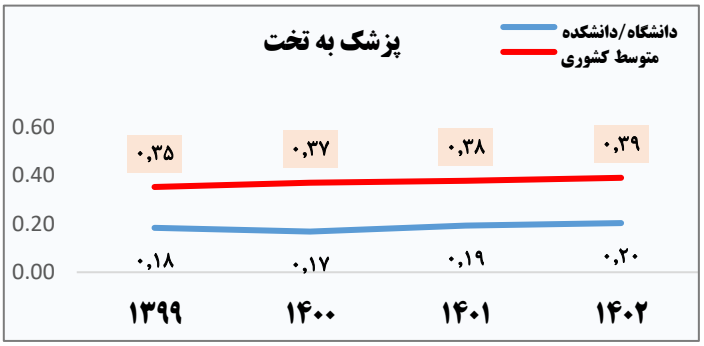


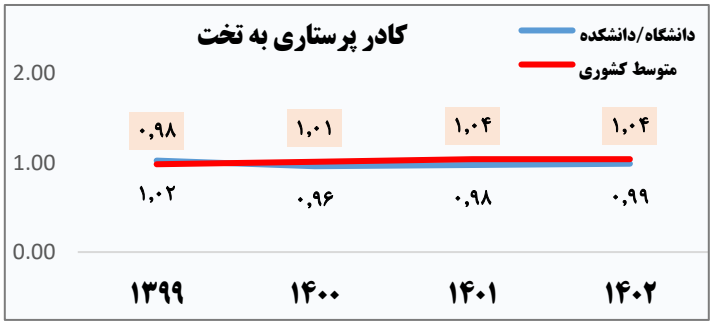


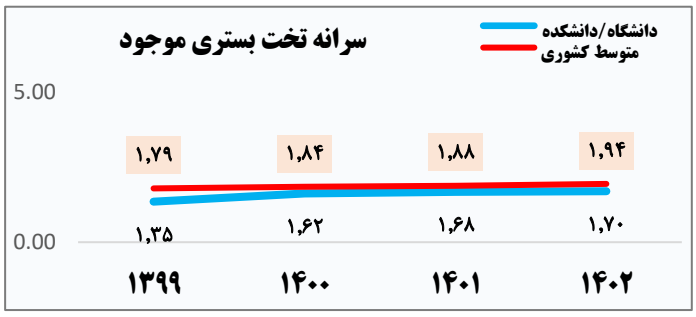






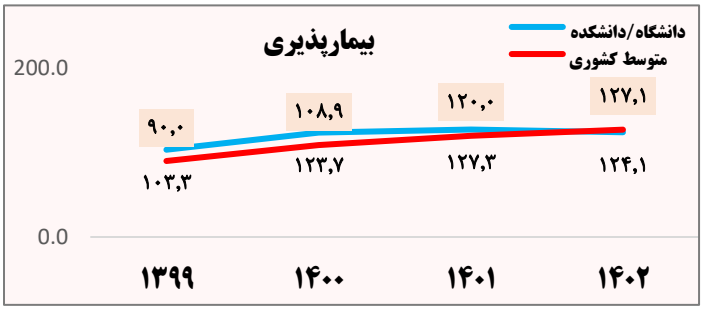


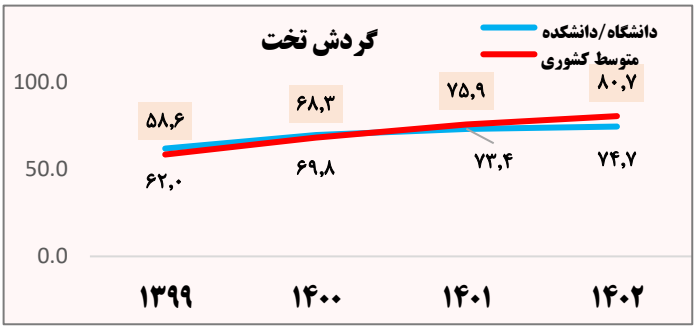


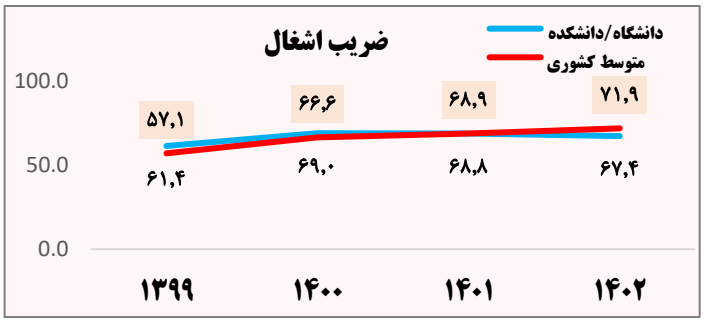


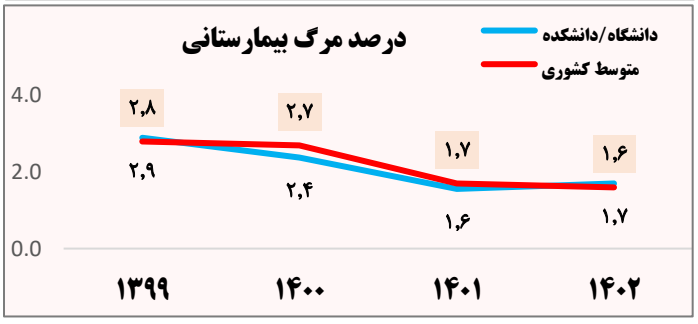
دانشگاه علوم پزشکی زنجان

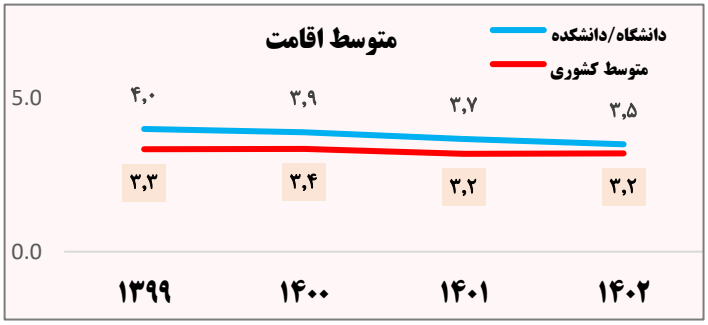
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۱۱۴۰۰۰
تعداد بیمارستان	۱۴
تعداد تخت فعال	۲۱۵۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۳۵۶

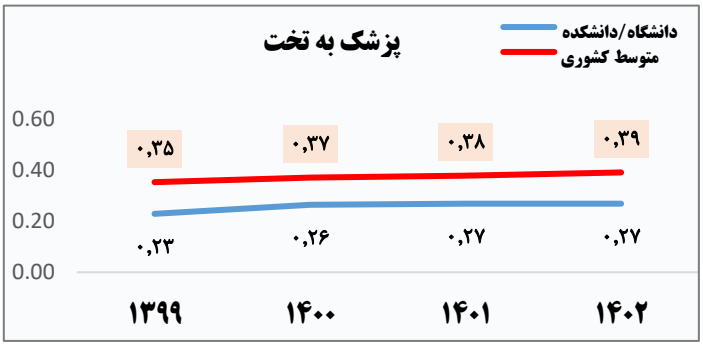


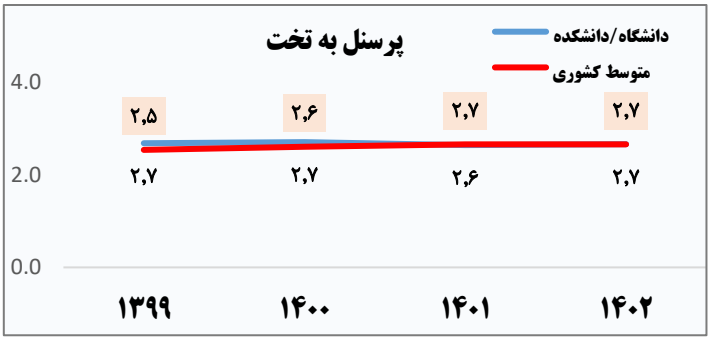


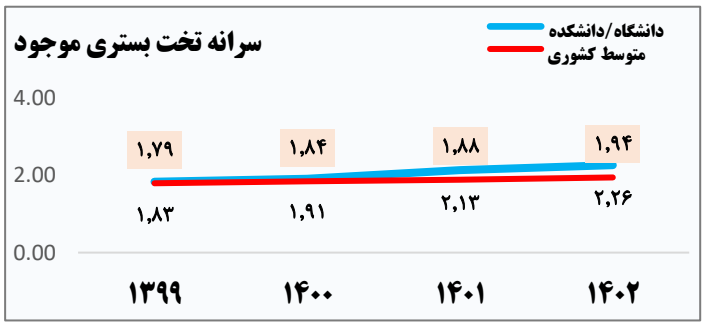


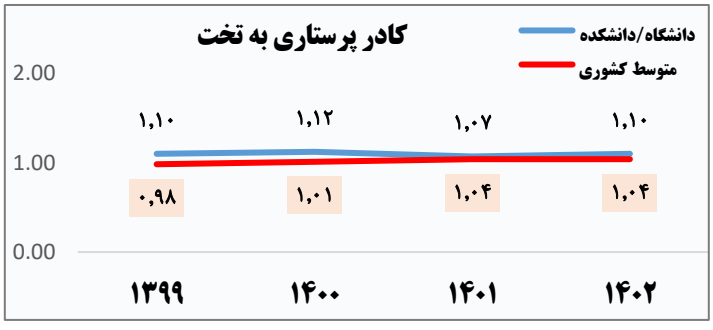






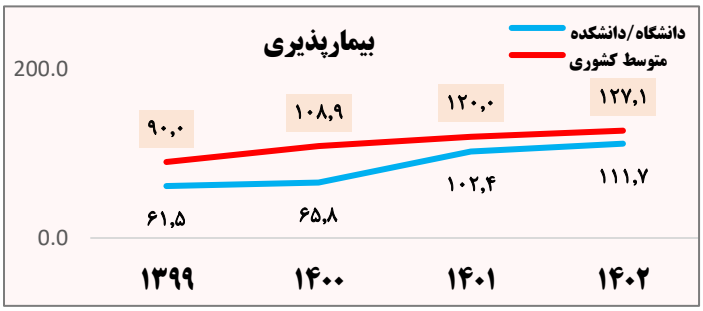


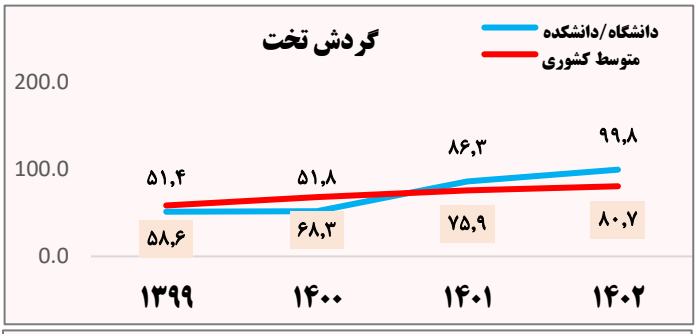


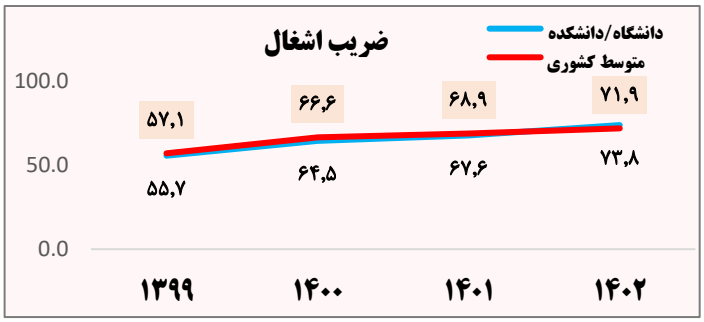


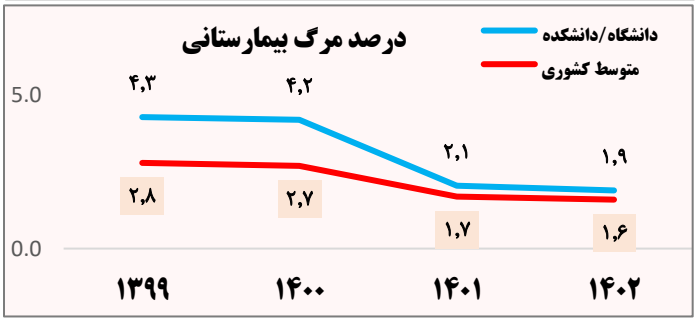
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

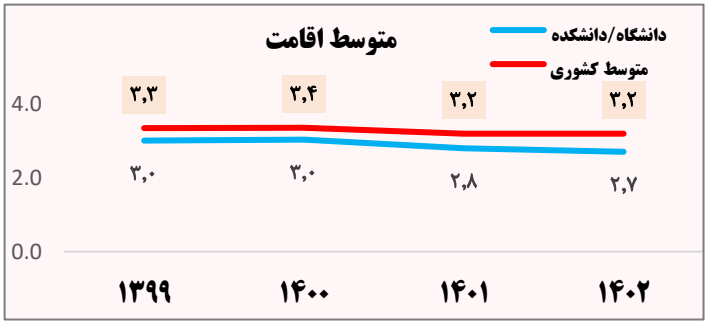
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۱۲۹۱۴
تعداد بیمارستان	۶
تعداد تخت فعال	۷۱۲
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۶۱

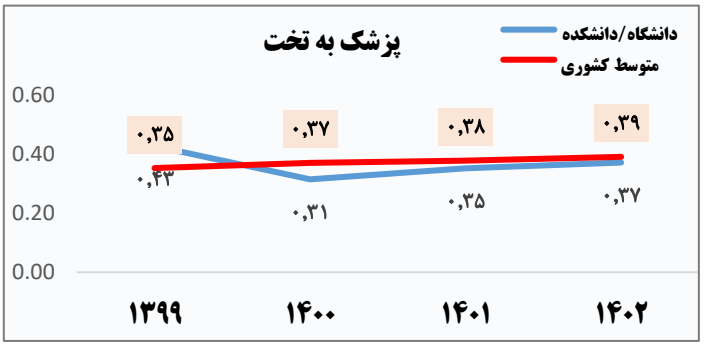


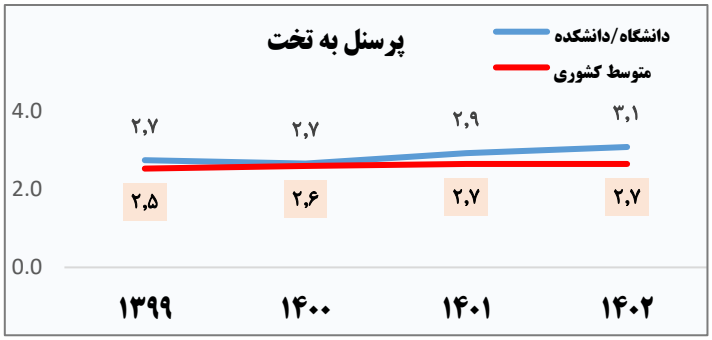


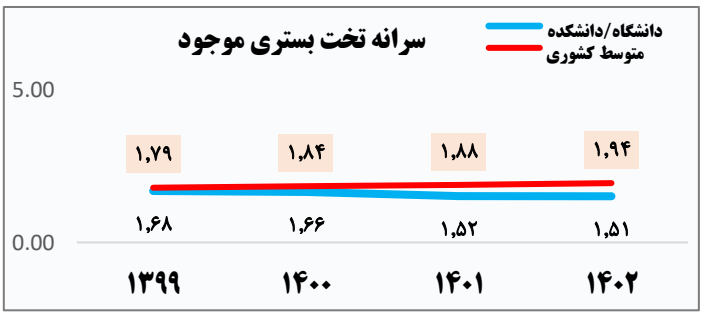


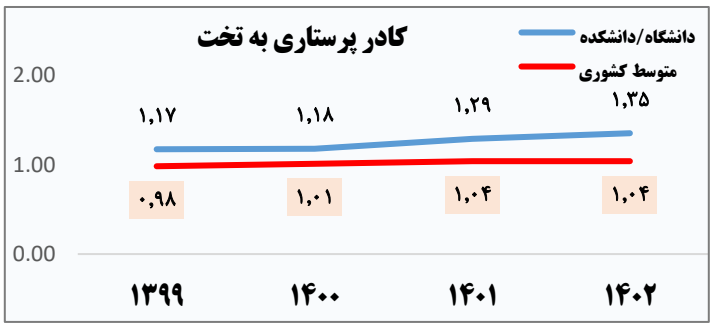






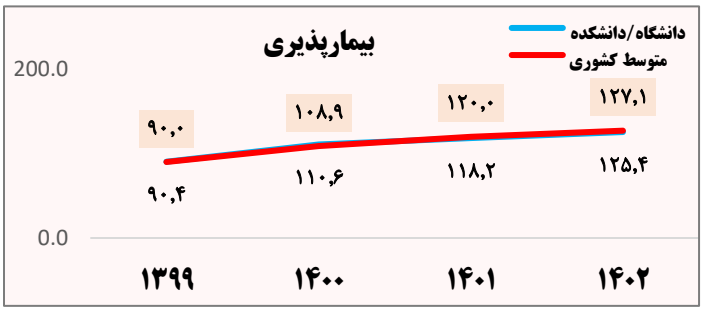


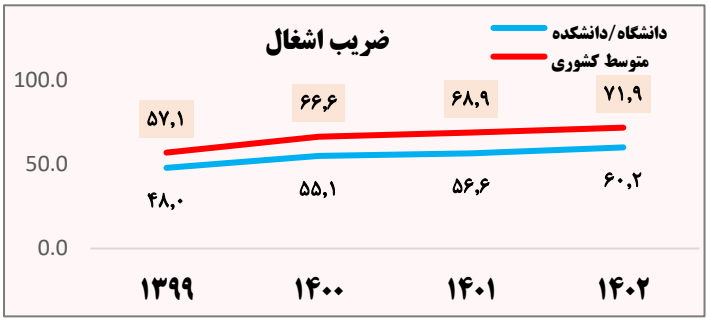


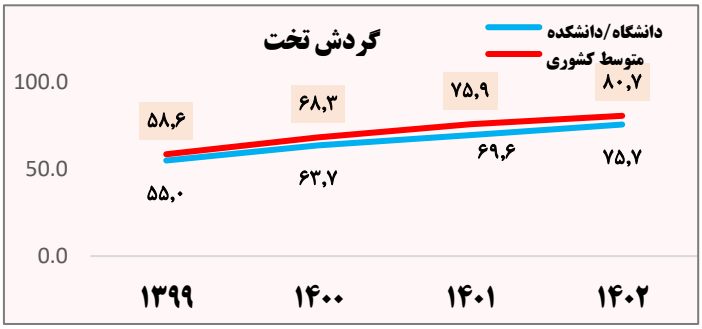


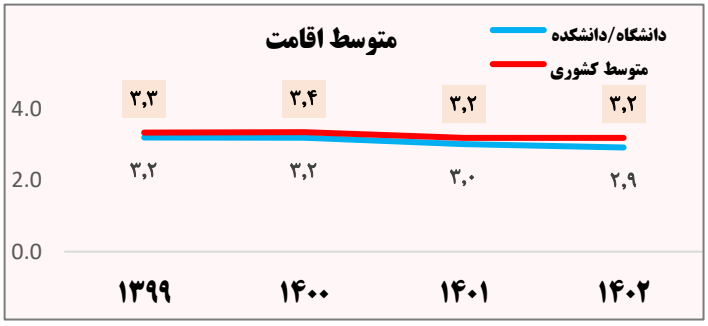
دانشگاه علوم پزشکی سمنان

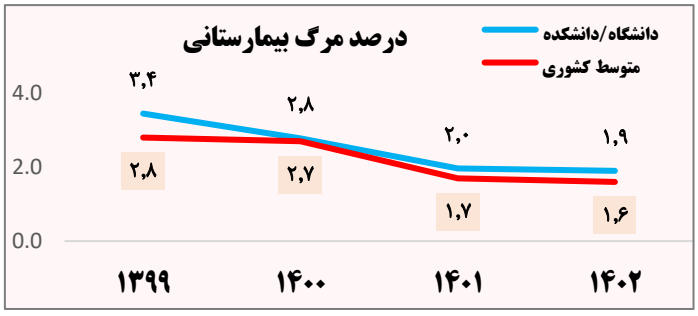
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۴۹۲۳۰۶
تعداد بیمارستان	۸
تعداد تخت فعال	۹۴۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۱۱

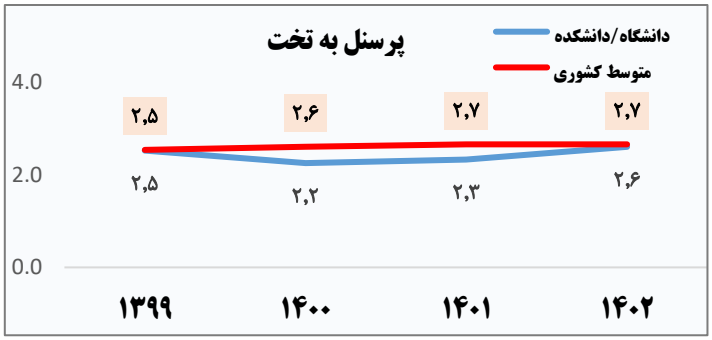


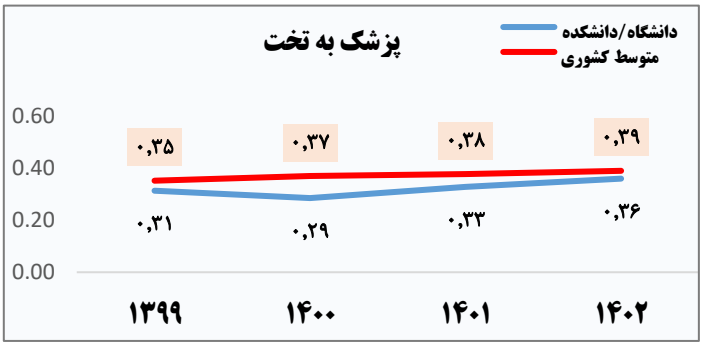


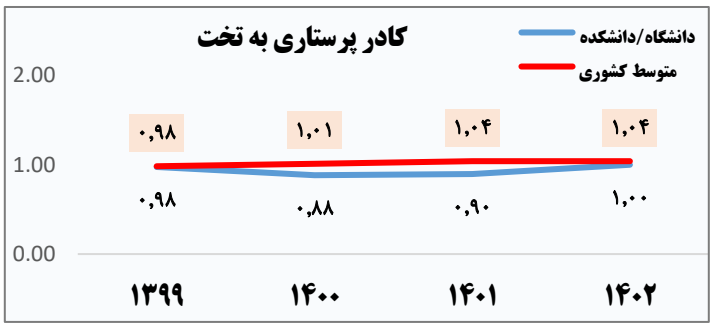


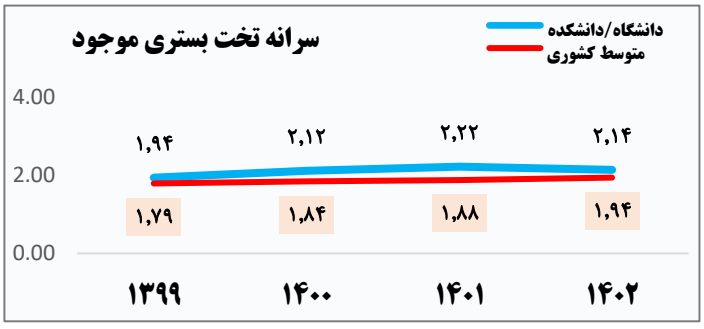






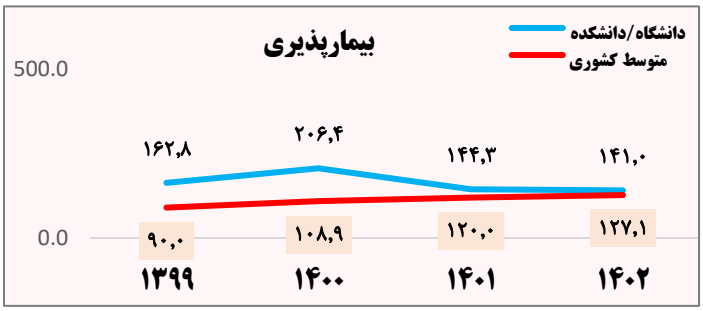


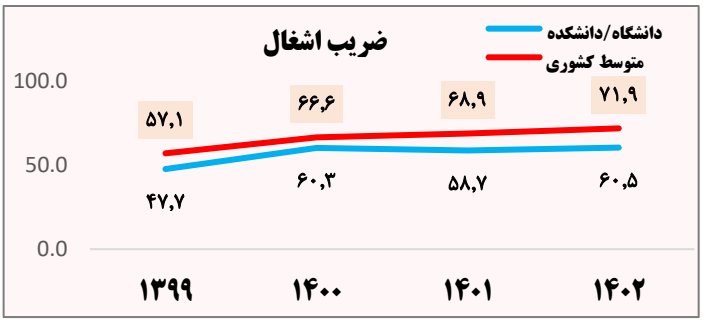


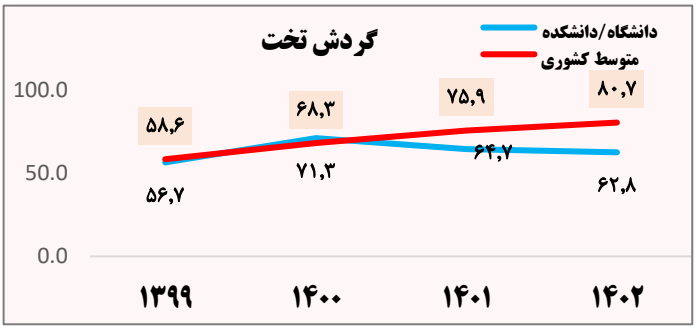


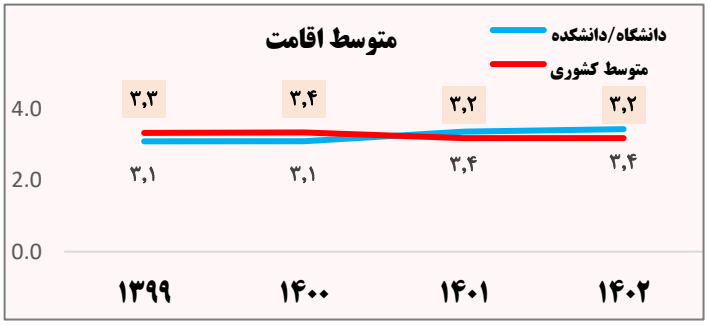
دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

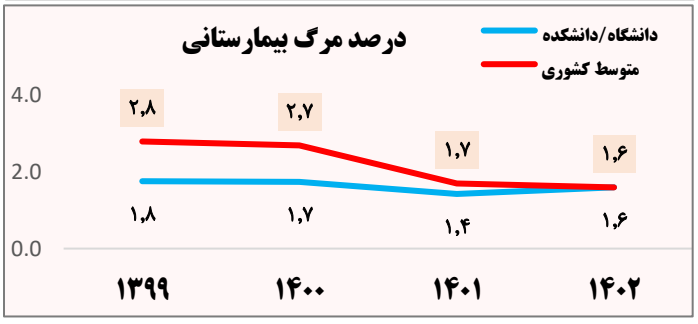
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۸۴۶۹۵
تعداد بیمارستان	۴
تعداد تخت فعال	۷۵۱
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۴۸

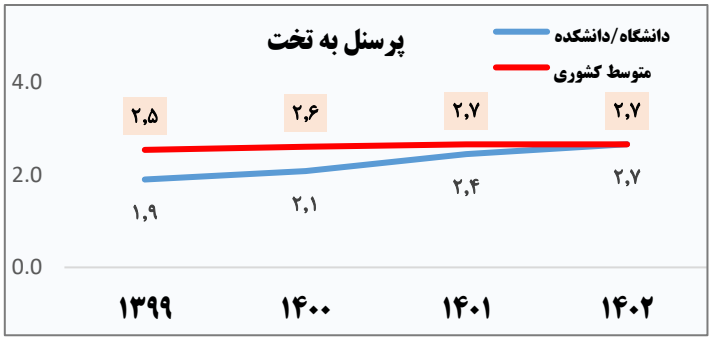


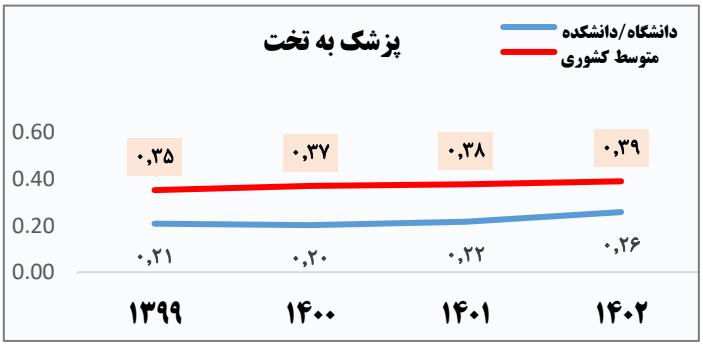


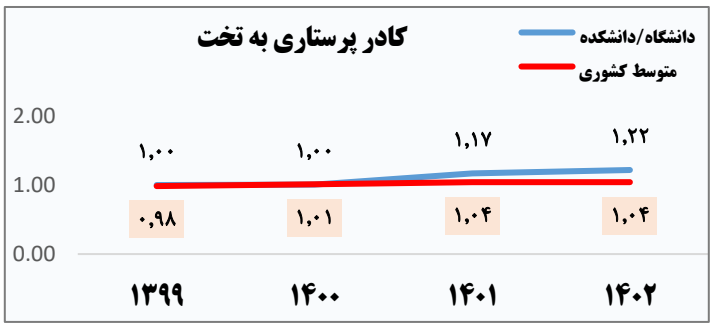


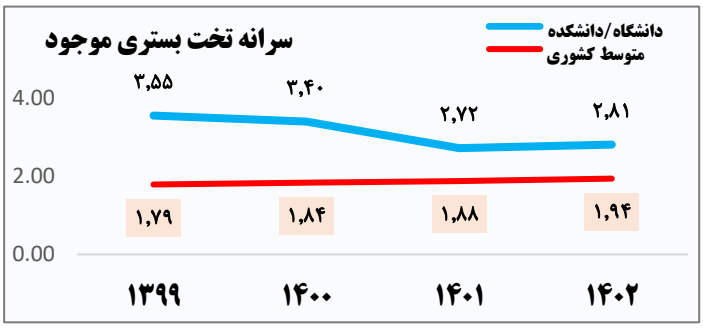






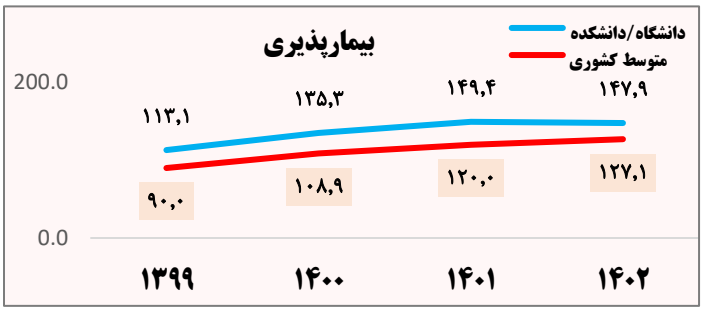


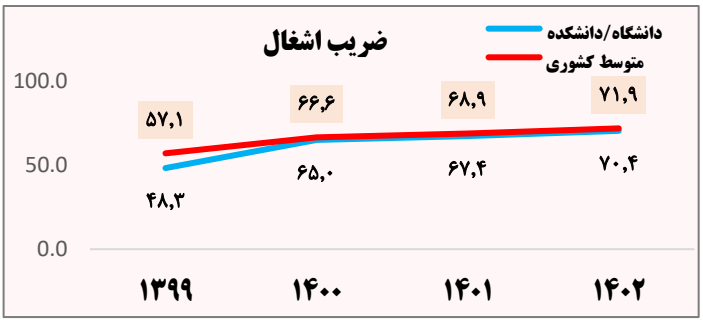


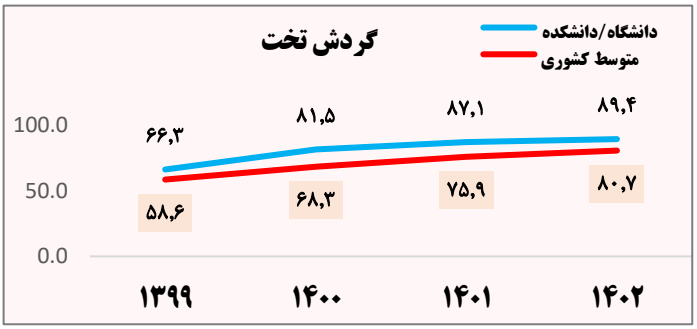


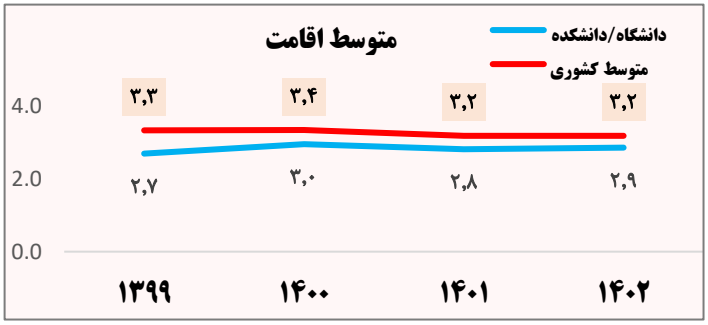
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

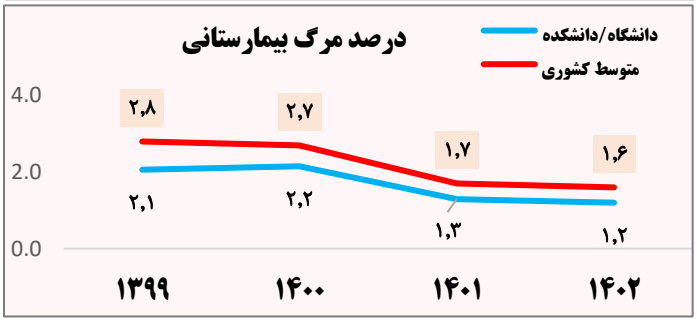
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۹۹۲۹۹۹
تعداد بیمارستان	۱۲
تعداد تخت فعال	۱۸۲۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۲۸

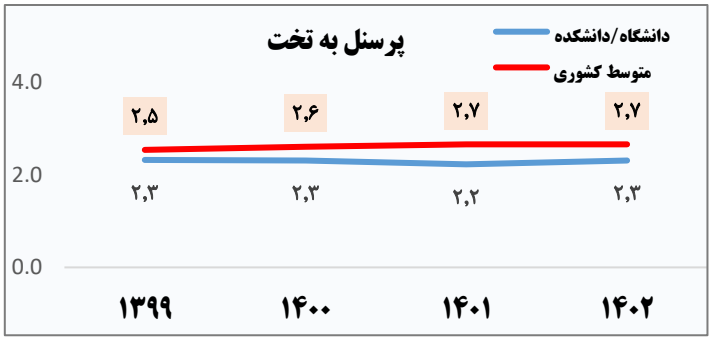


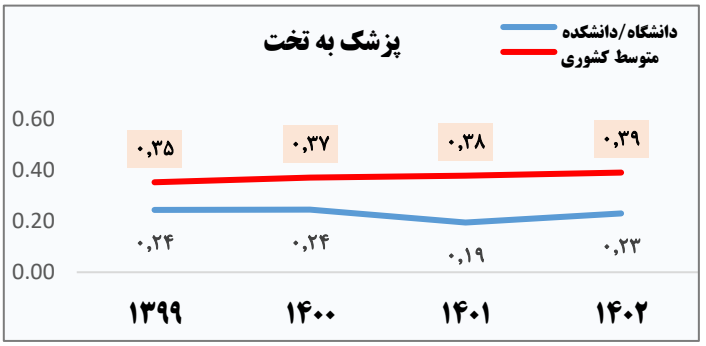


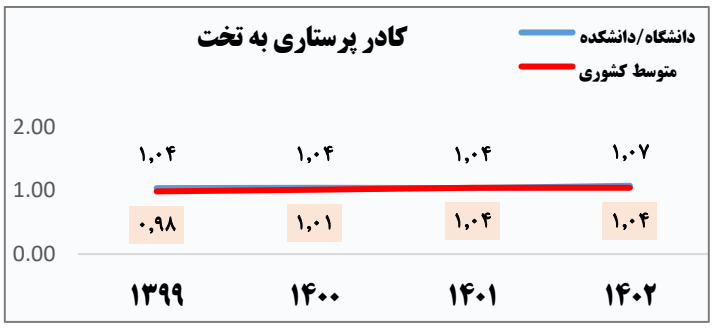


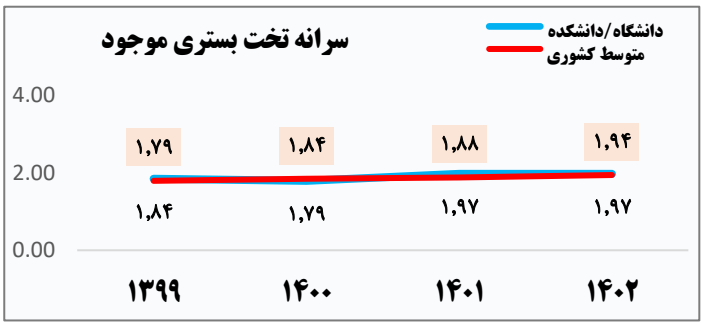






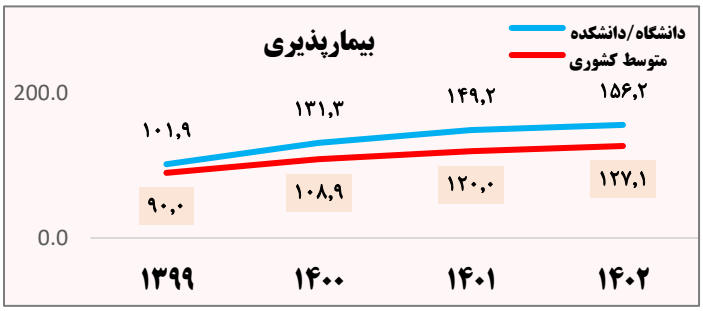


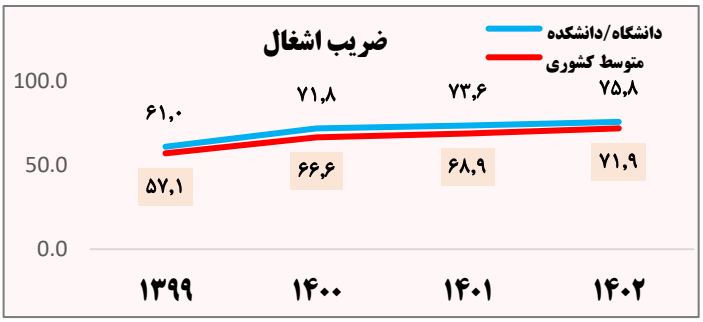


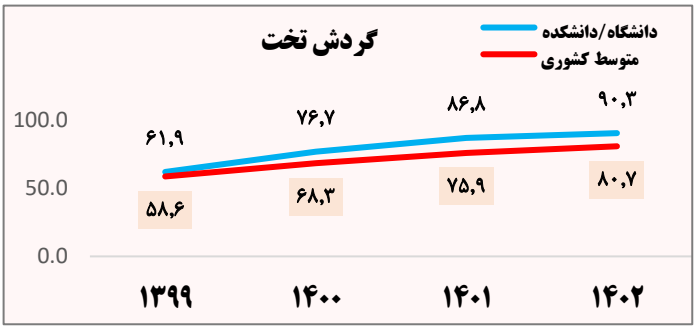


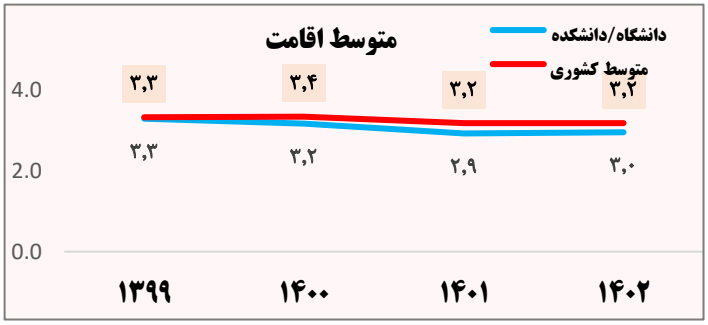
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

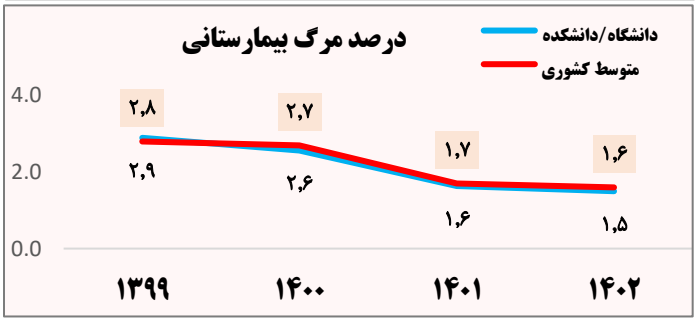
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۹۰۹۸۹۵
تعداد بیمارستان	۷۴
تعداد تخت فعال	۱۱۳۵۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۶۸۷

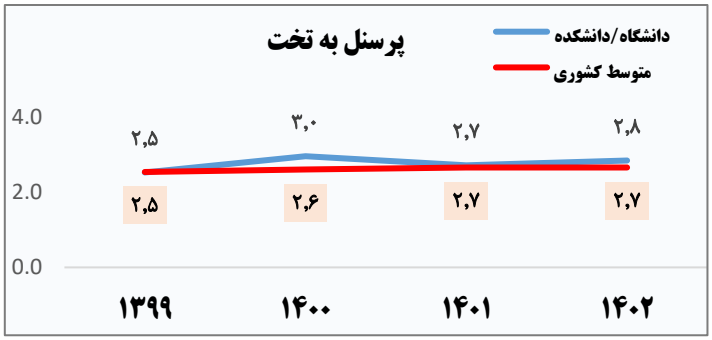


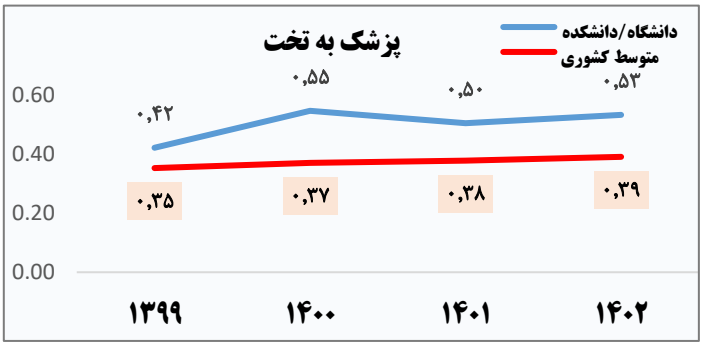


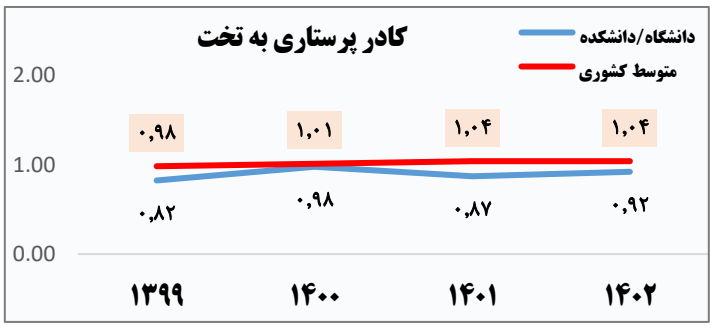


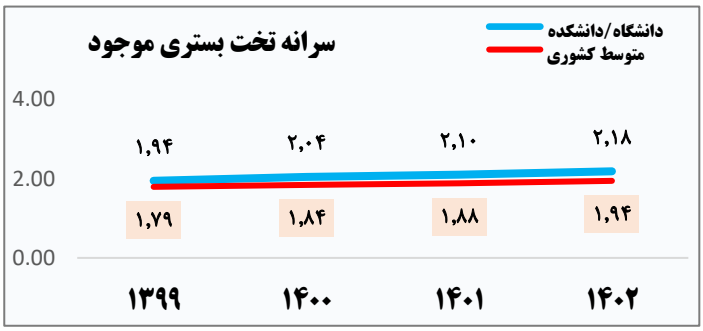






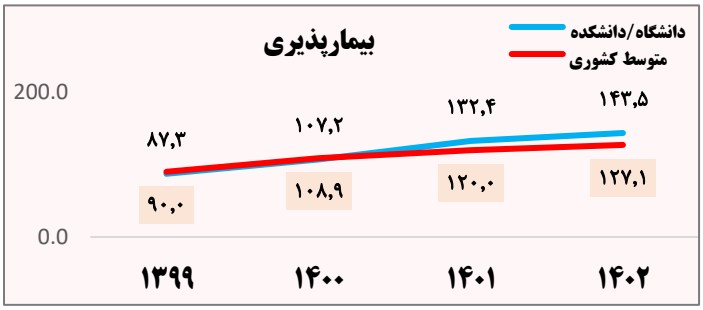


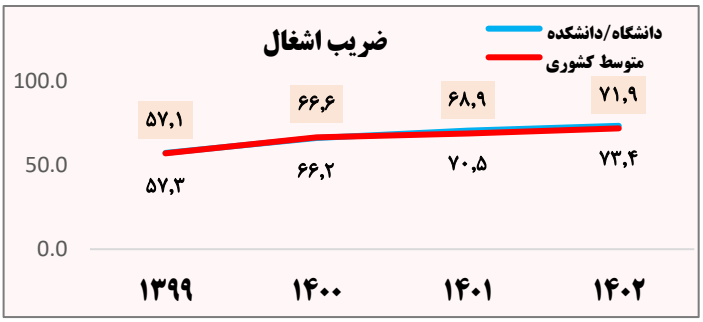


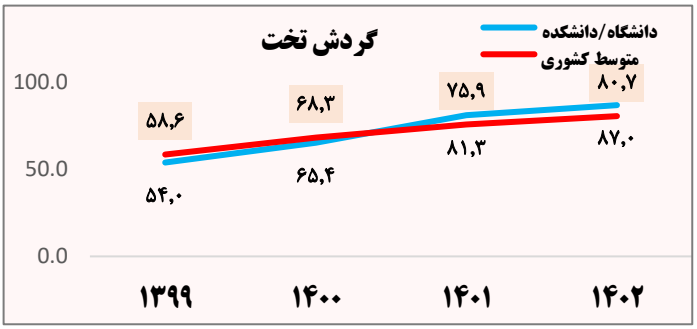


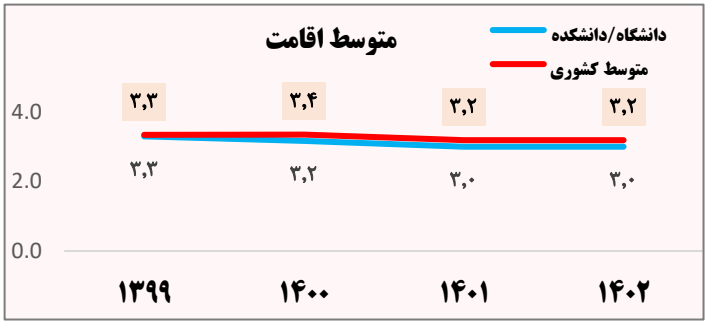
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

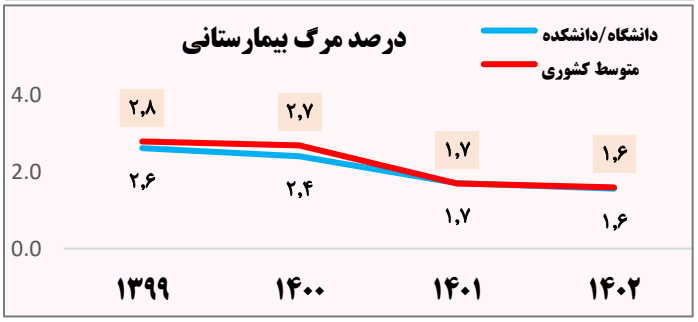
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۴۳۲۸۳۲۱
تعداد بیمارستان	۶۹
تعداد تخت فعال	۸۲۱۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۵۴۶

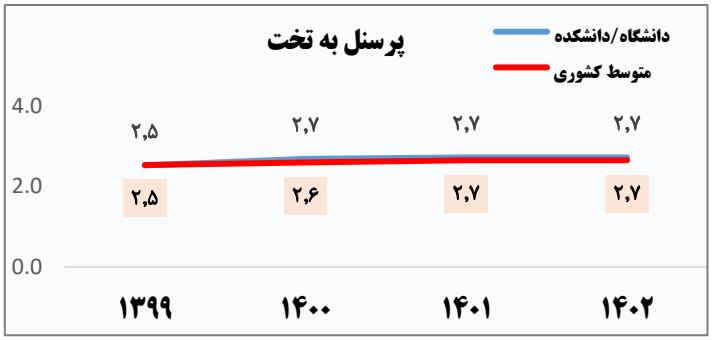


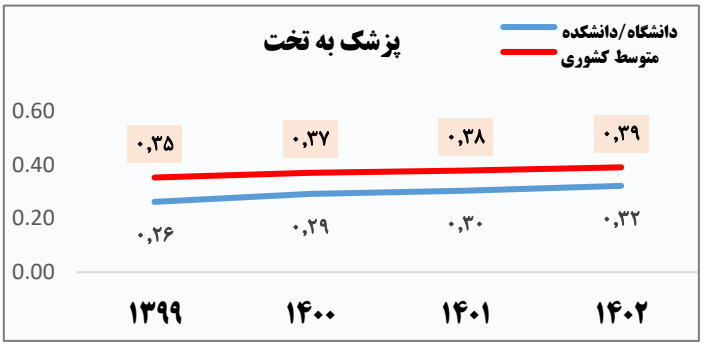


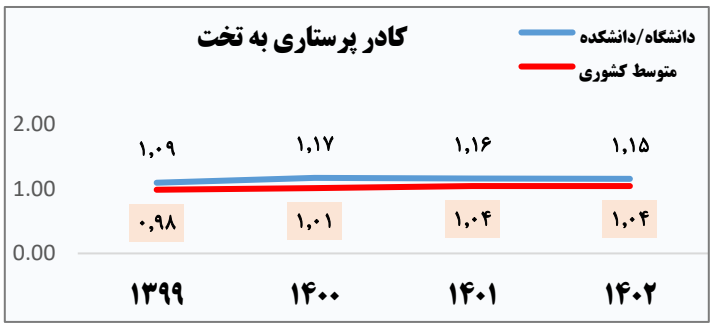


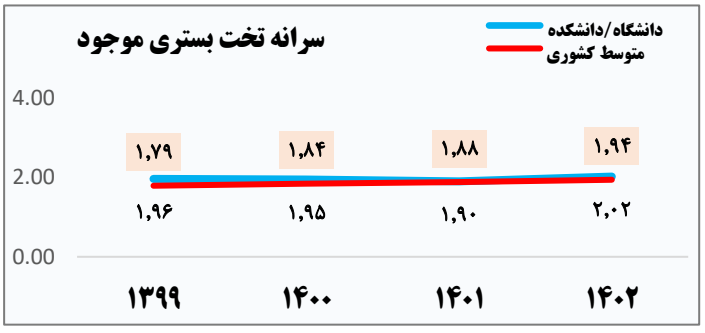






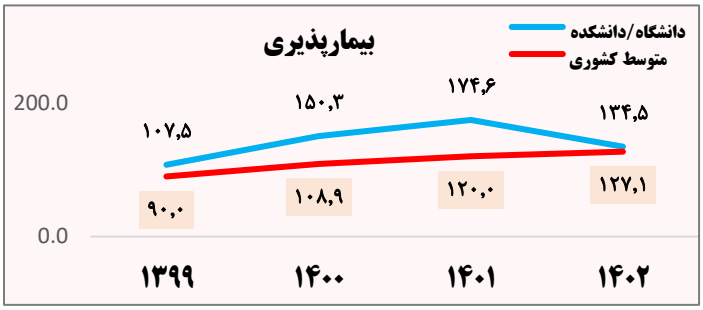


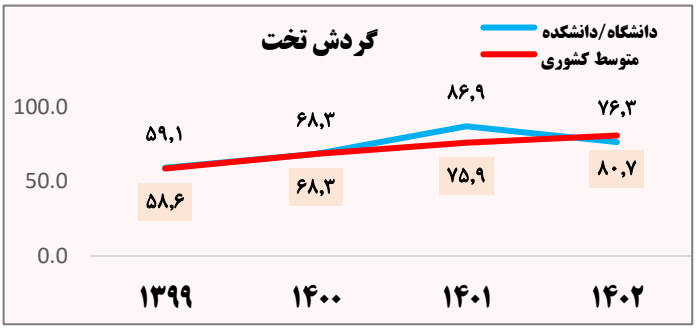


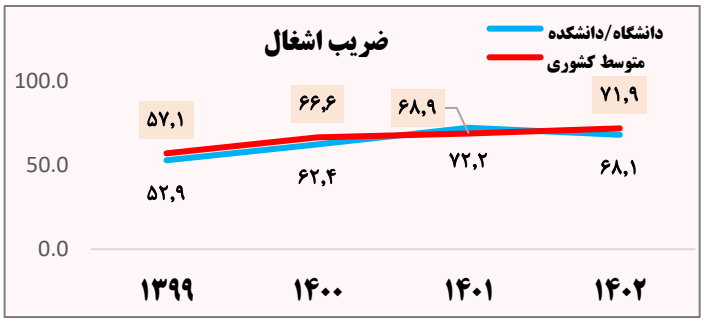


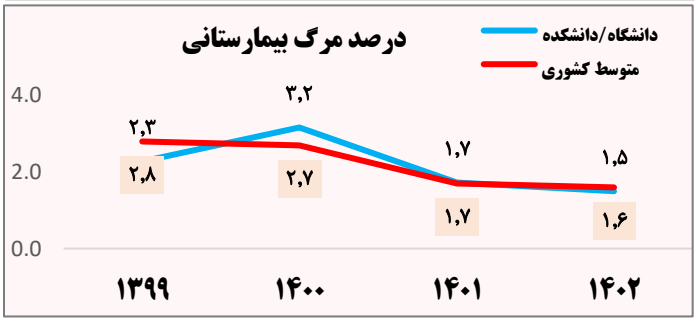
دانشگاه علوم پزشکی فسا

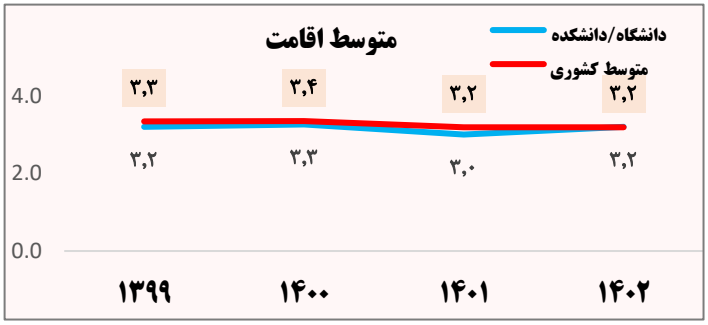
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۱۶۱۷۲
تعداد بیمارستان	۳
تعداد تخت فعال	۴۳۶
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۶۵

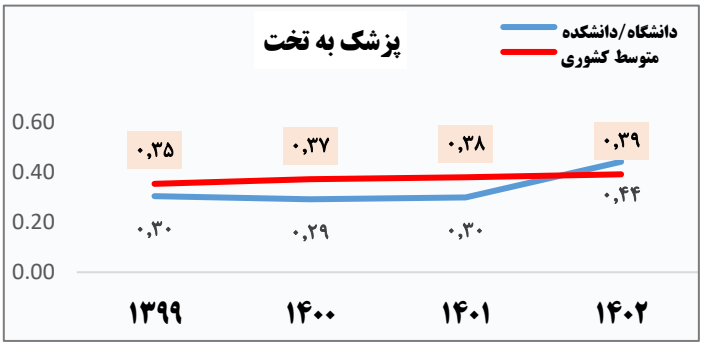


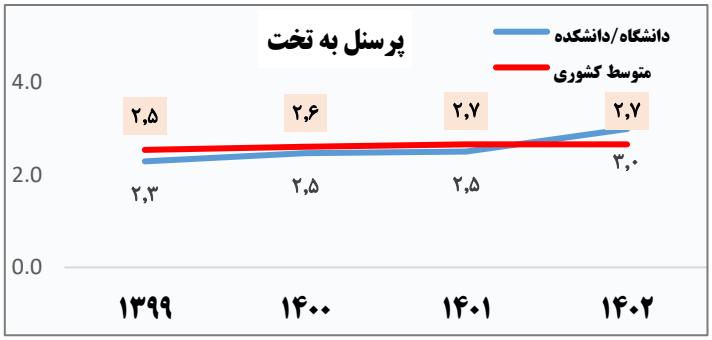


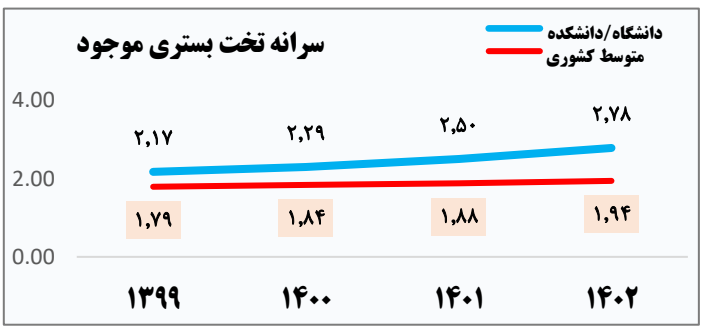


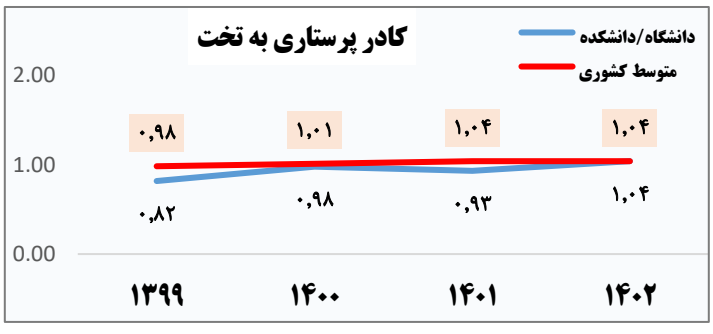






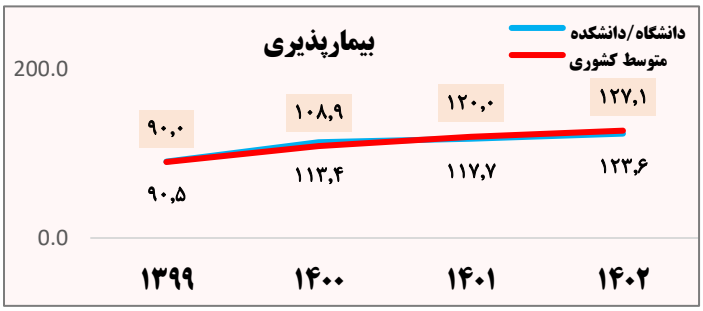


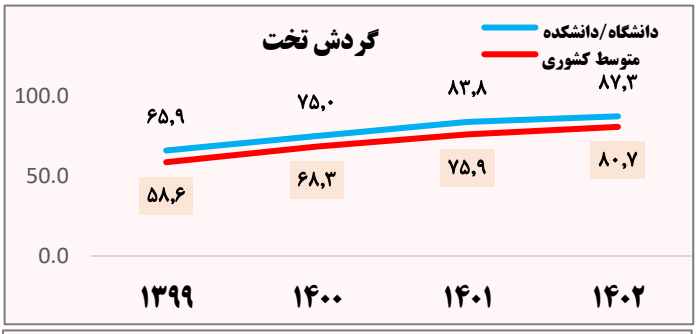


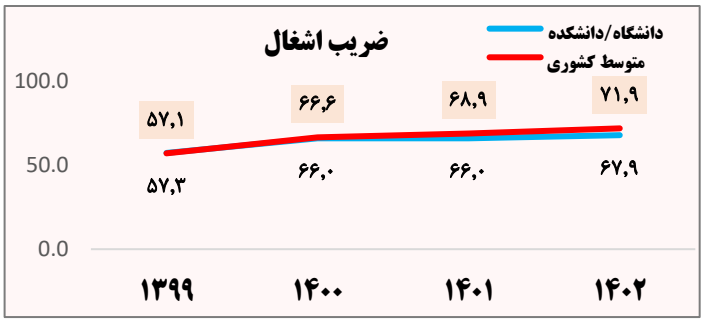


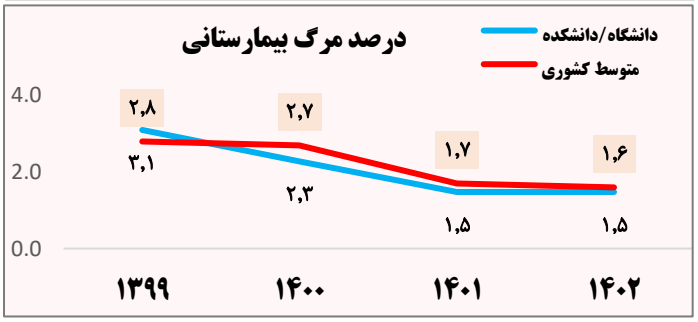
دانشگاه علوم پزشکی قزوین

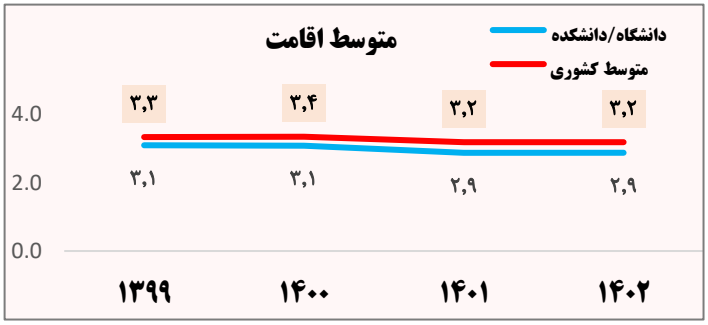
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۳۴۰۰۰۱
تعداد بیمارستان	۱۶
تعداد تخت فعال	۲۱۲۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۴۵

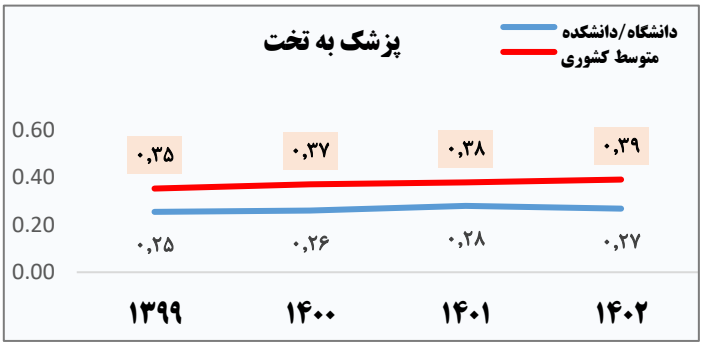


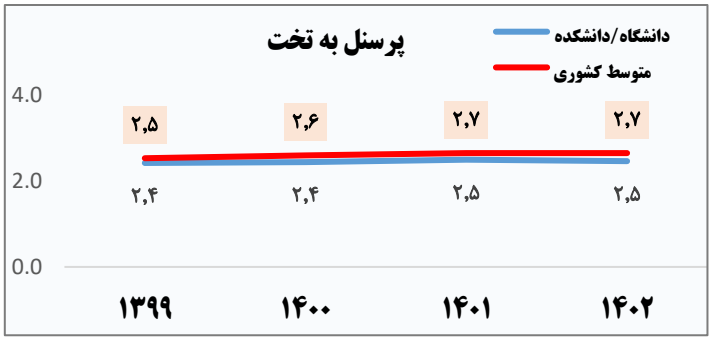


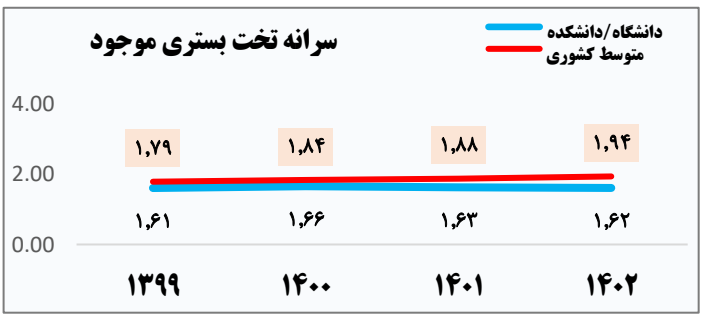


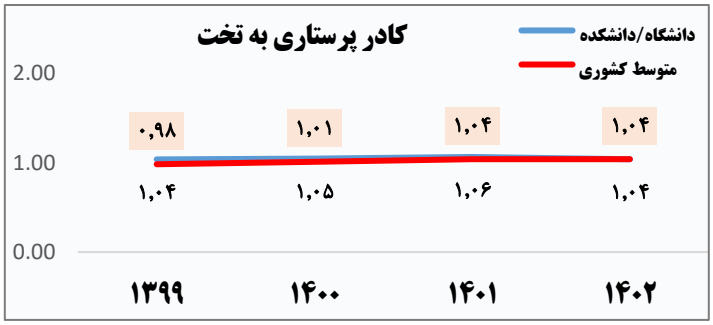






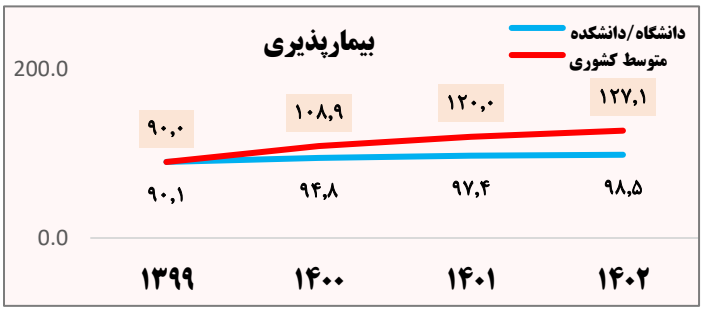


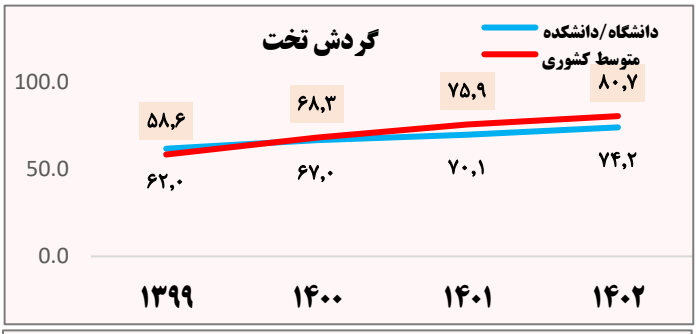


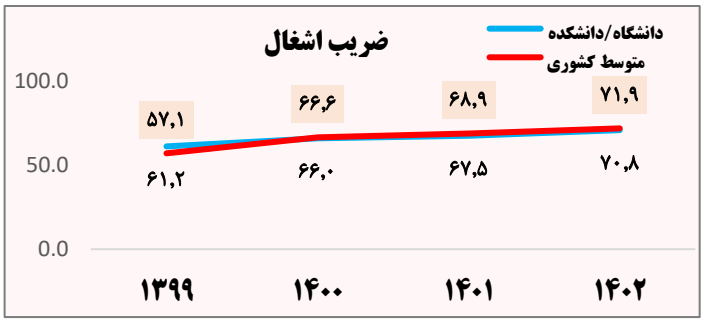


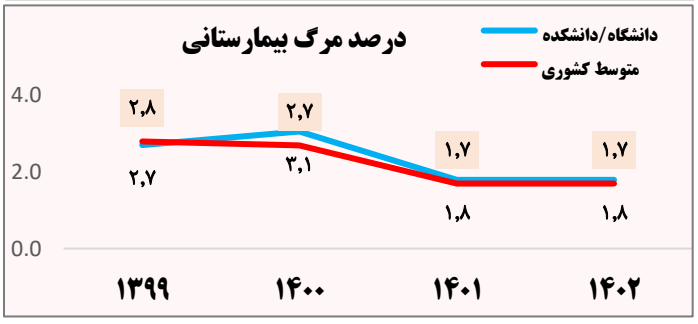
دانشگاه علوم پزشکی قم

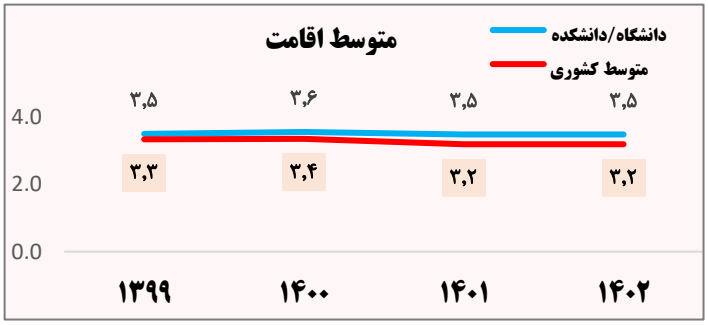
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۴۳۵۰۰۰
تعداد بیمارستان	۹
تعداد تخت فعال	۲۱۳۸
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۵۸

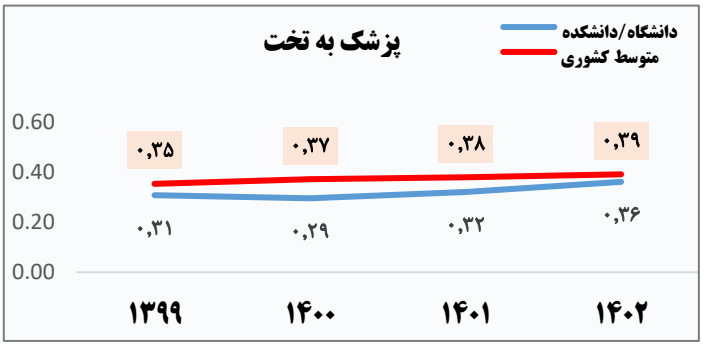


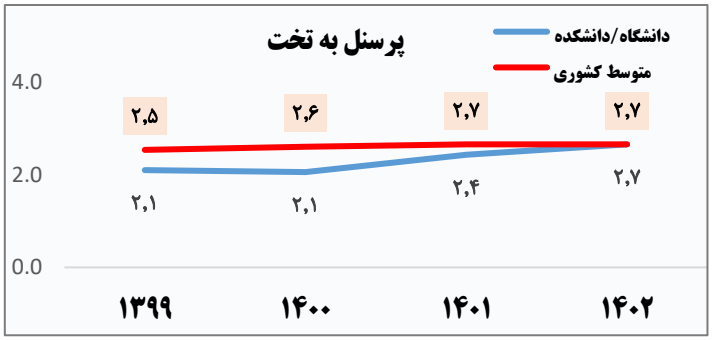


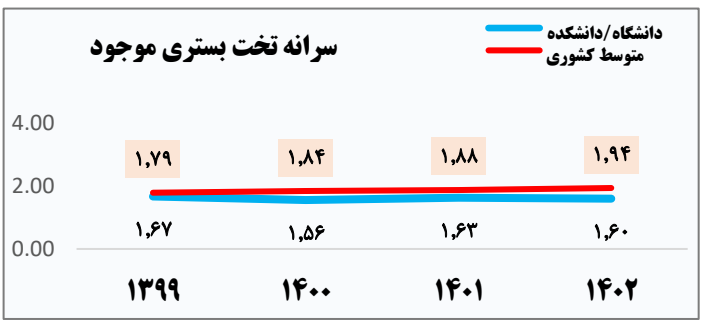


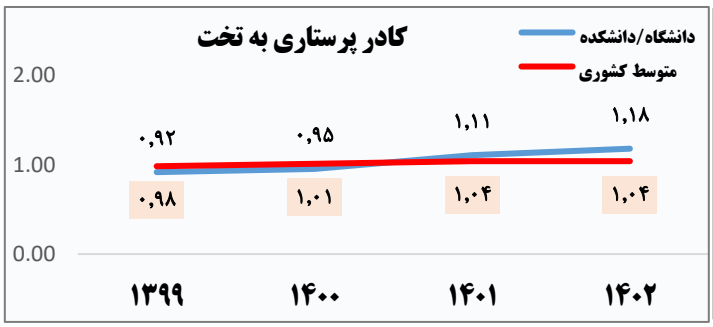






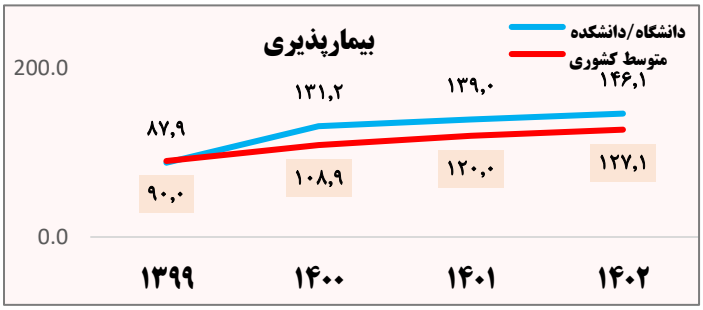


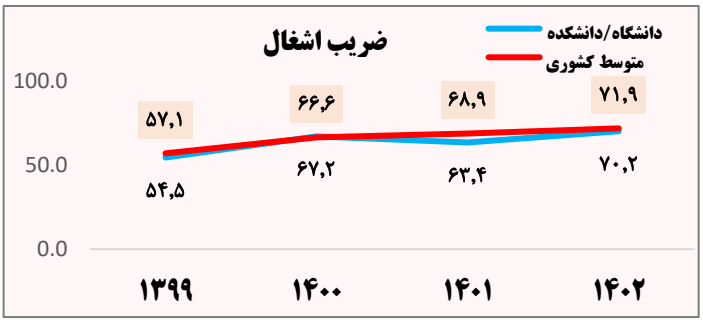


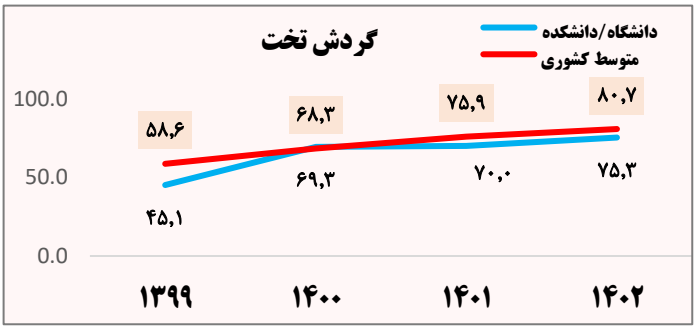


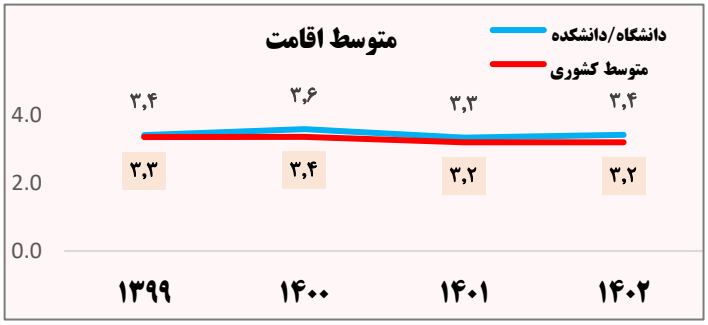
دانشگاه علوم پزشکی کاشان

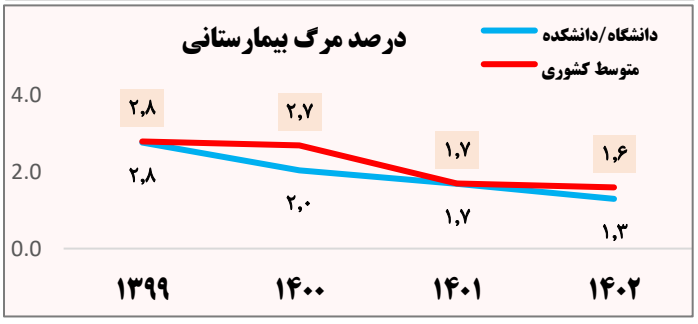
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۴۹۳۶۹۳
تعداد بیمارستان	۹
تعداد تخت فعال	۱۱۳۴
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۸۳

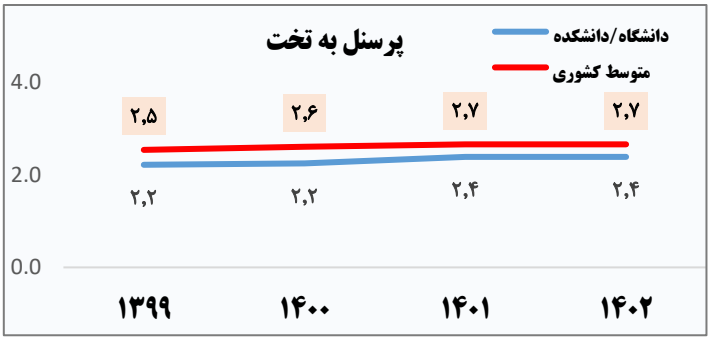


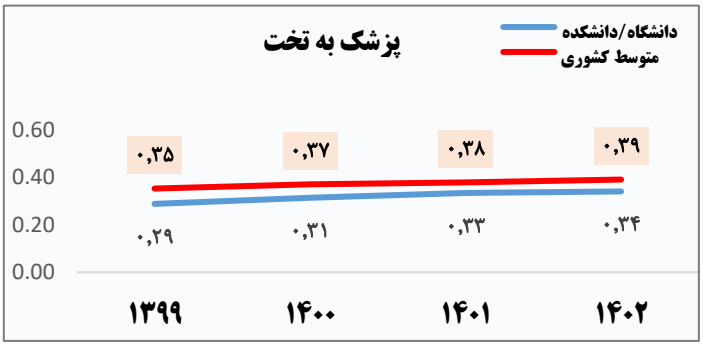


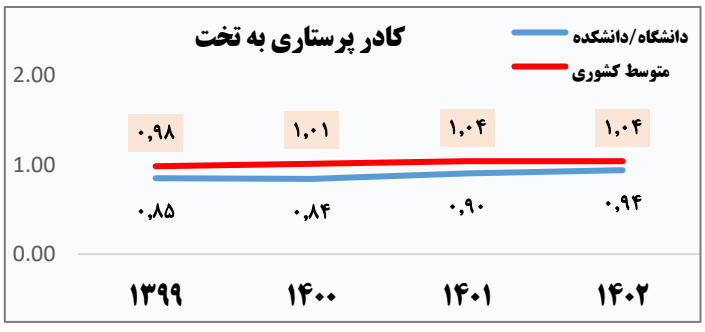


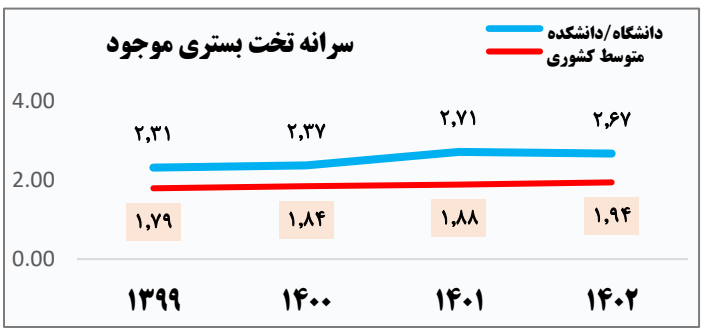






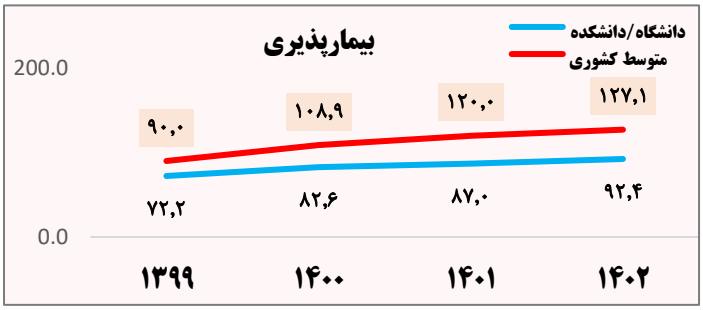


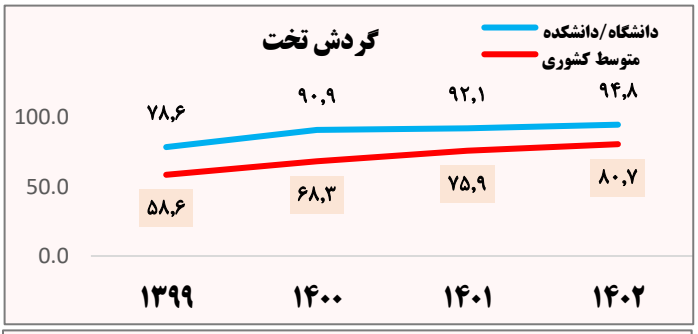


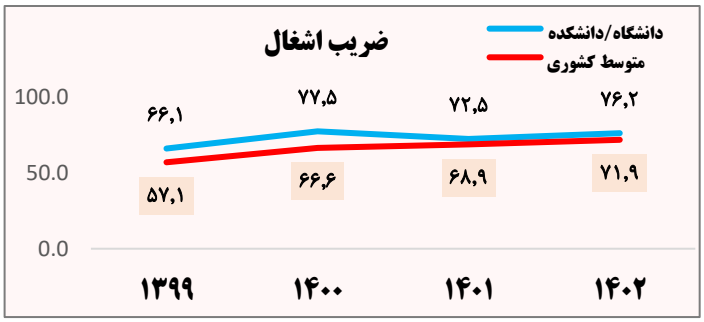


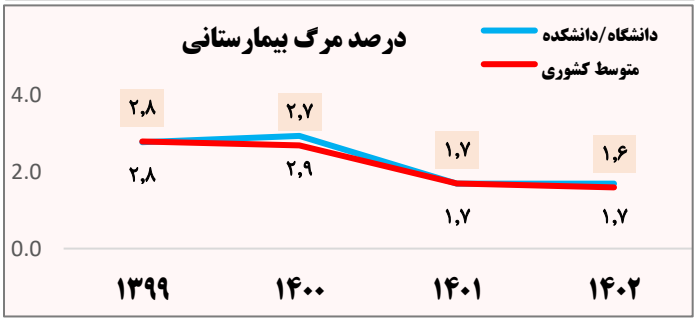
دانشگاه علوم پزشکی کرج

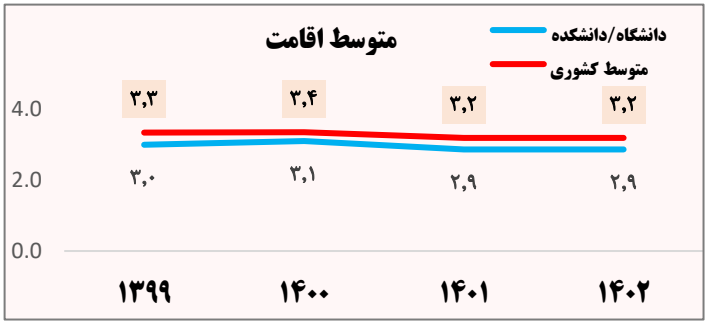
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۹۹۲۰۰۱
تعداد بیمارستان	۲۰
تعداد تخت فعال	۳۳۲۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۶۷

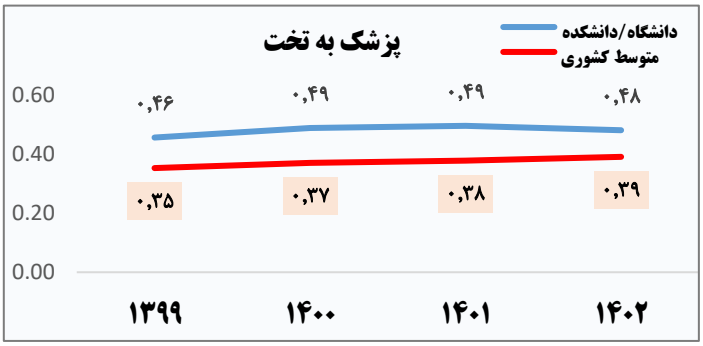


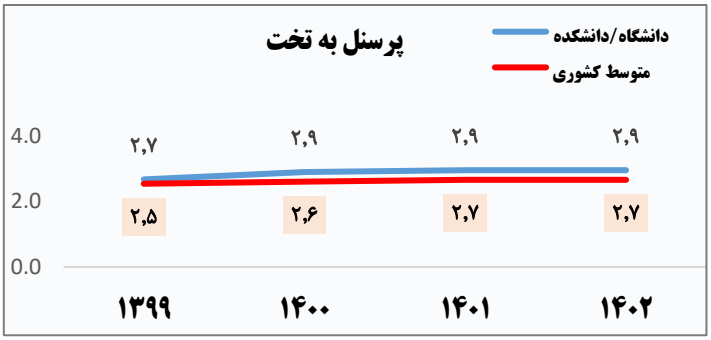


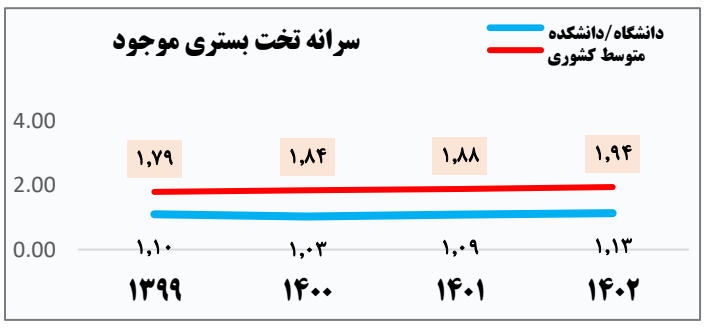


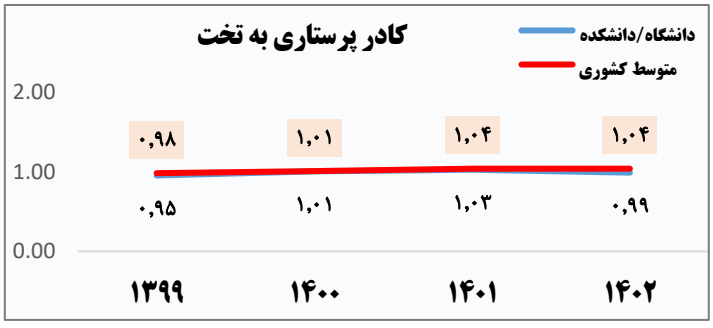






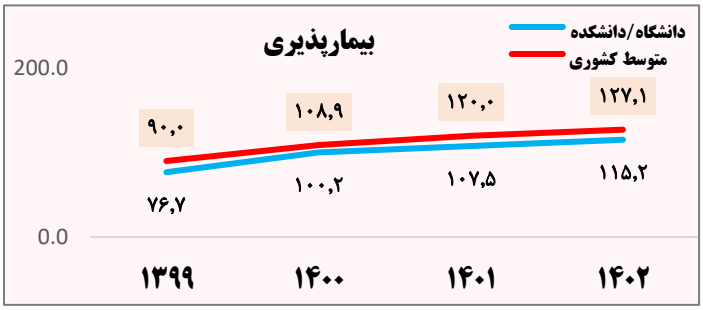


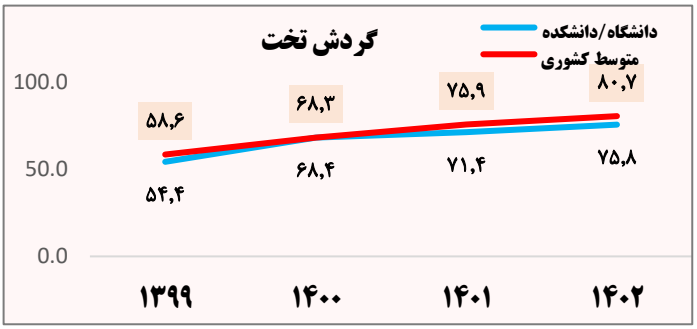


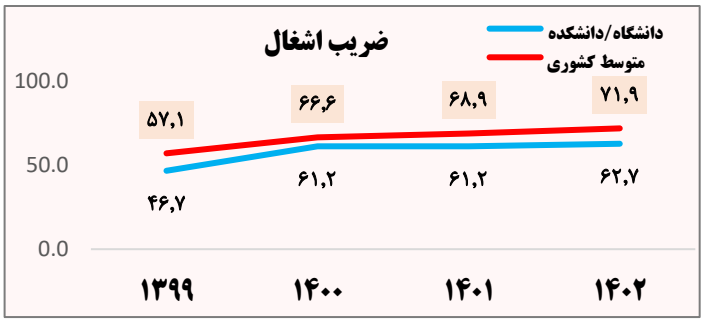


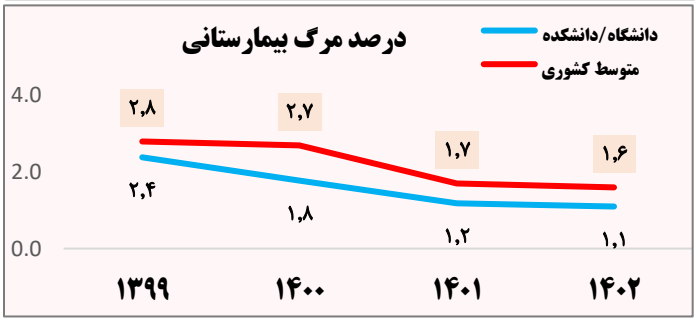
دانشگاه علوم پزشکی کردستان

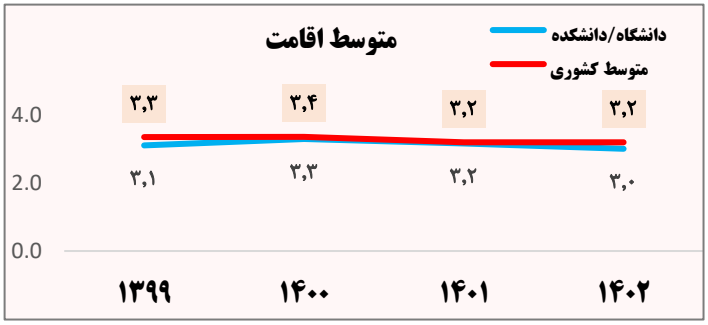
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۶۸۱۹۹۹
تعداد بیمارستان	۲۰
تعداد تخت فعال	۲۹۳۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۶۸

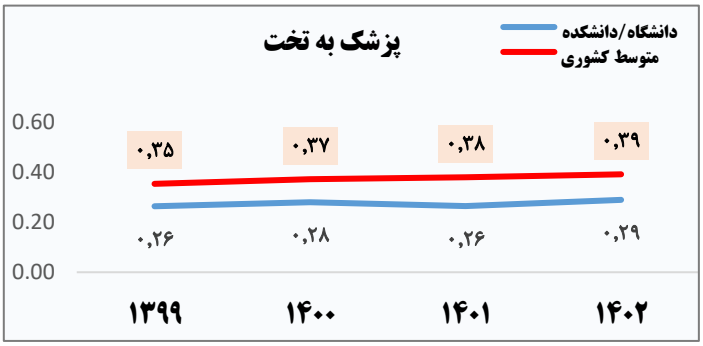


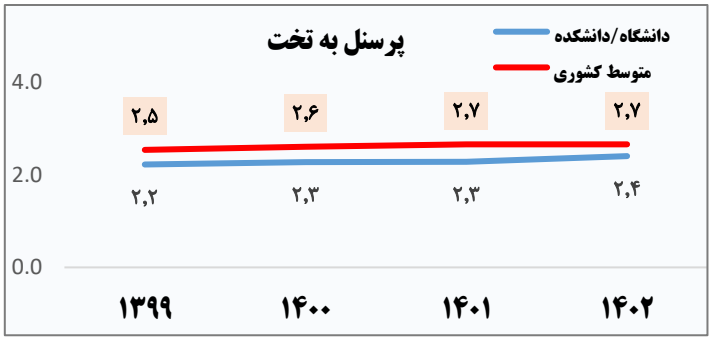


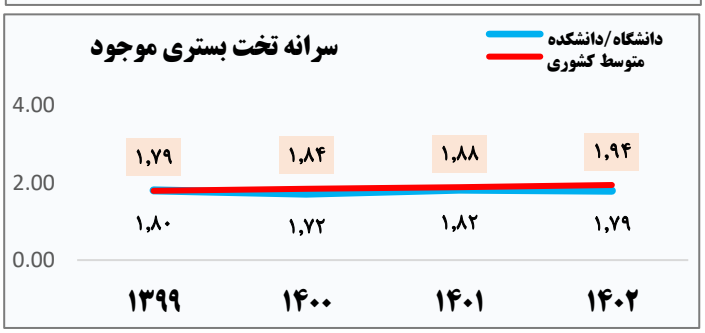


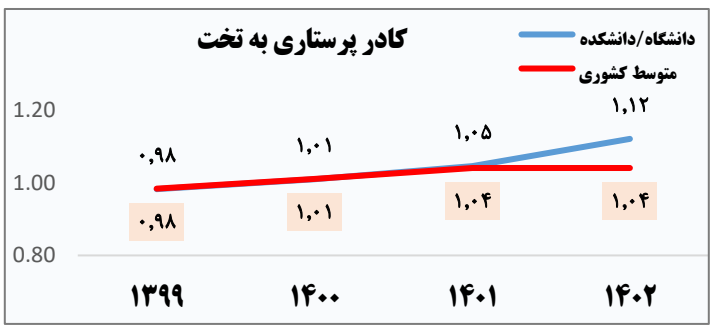






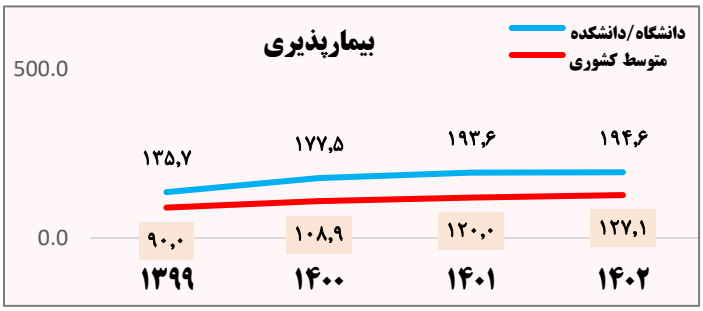


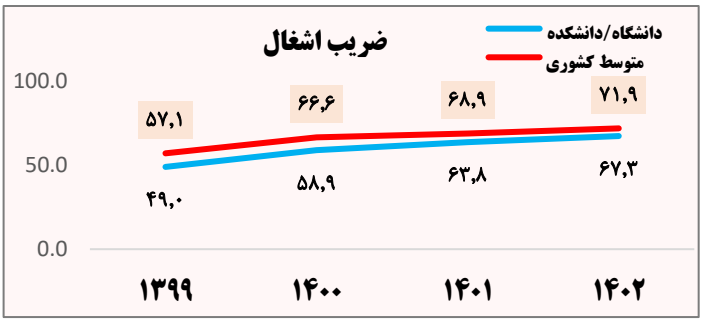


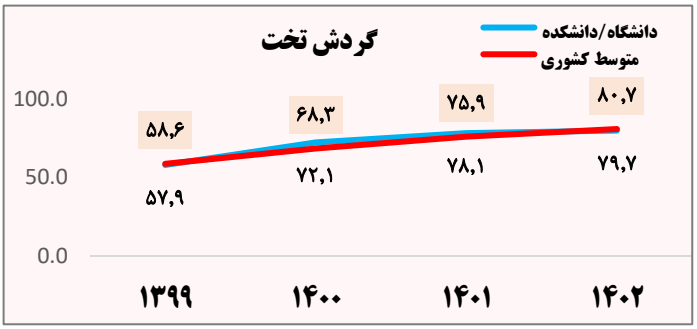


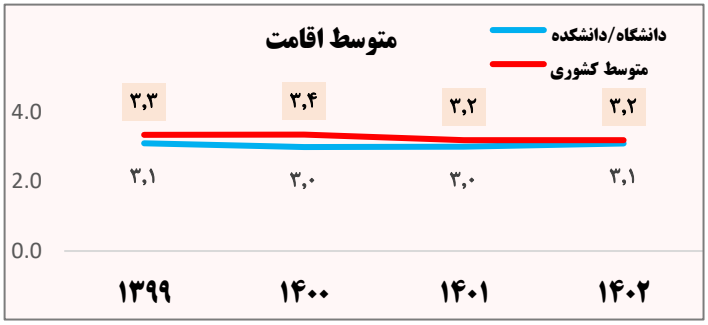
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

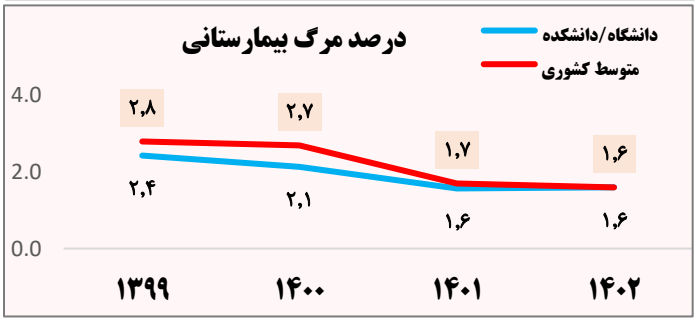
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۳۷۴۶۴۹
تعداد بیمارستان	۲۴
تعداد تخت فعال	۳۷۱۴
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۰۸

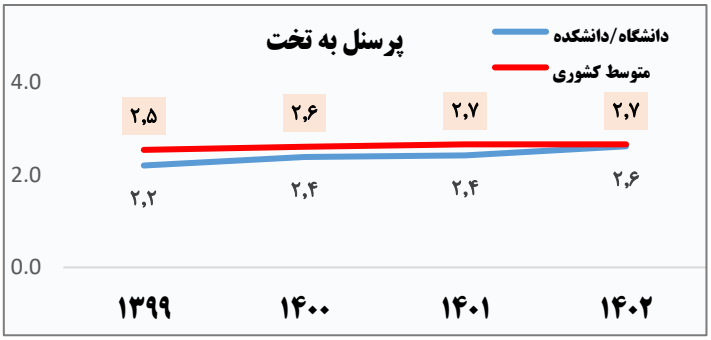


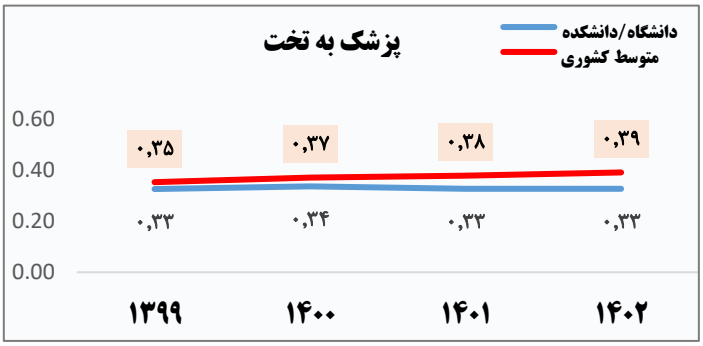


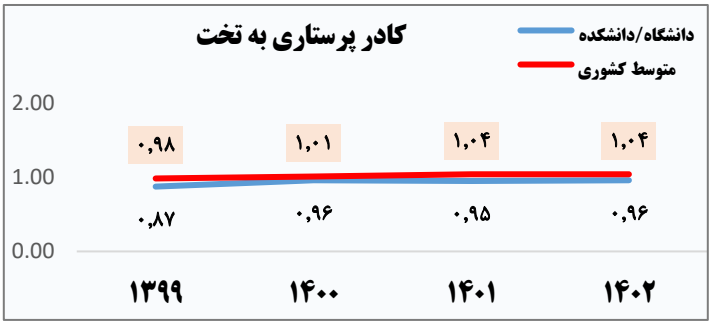


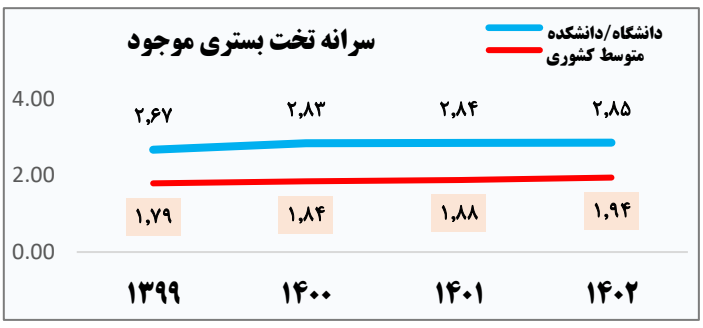






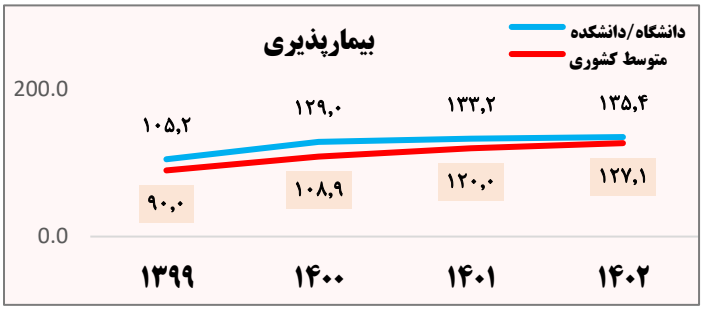


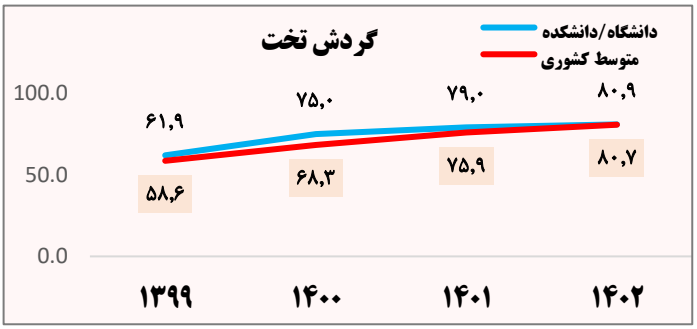


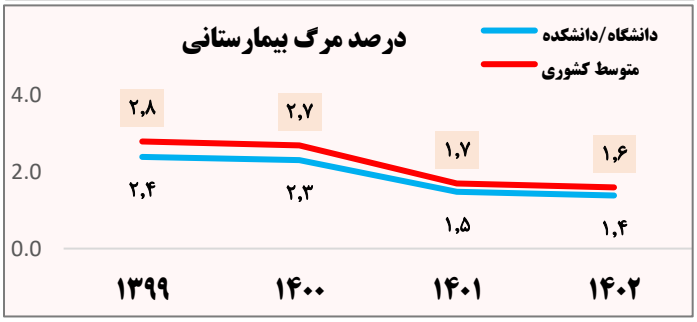


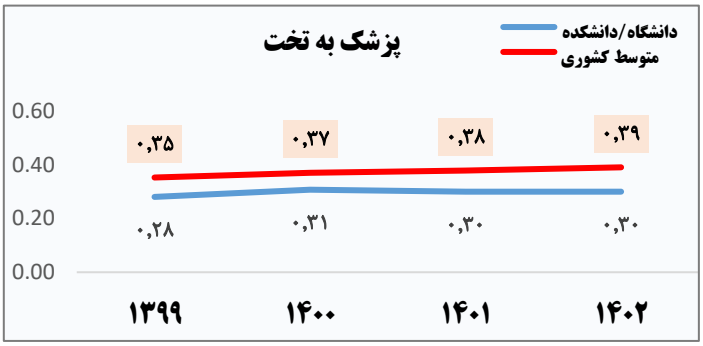
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

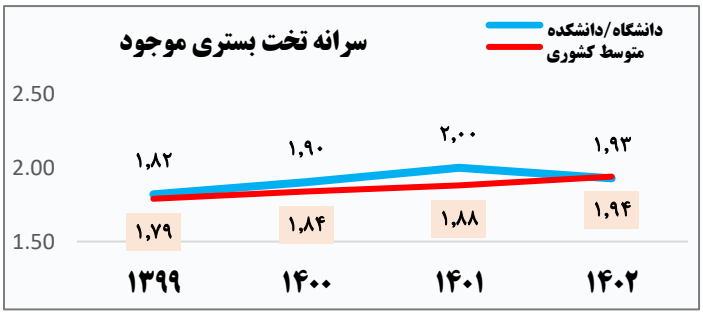
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۹۹۸۰۰۰
تعداد بیمارستان	۲۸
تعداد تخت فعال	۳۷۱۶
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۳۵

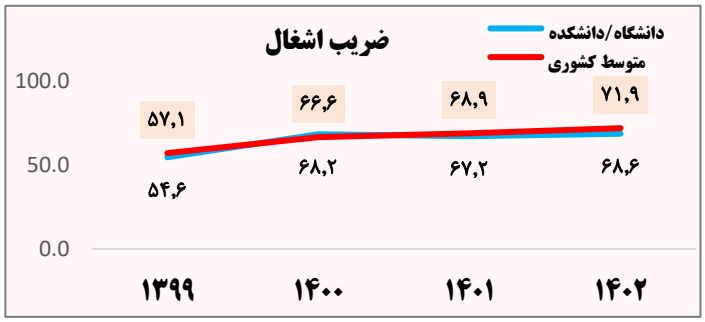


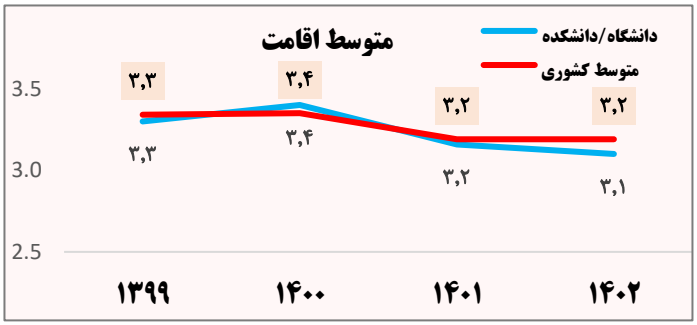


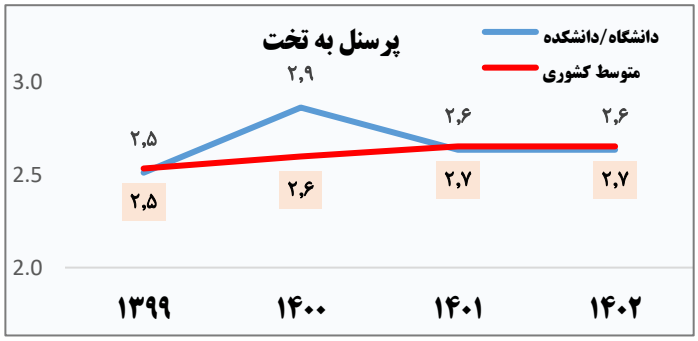


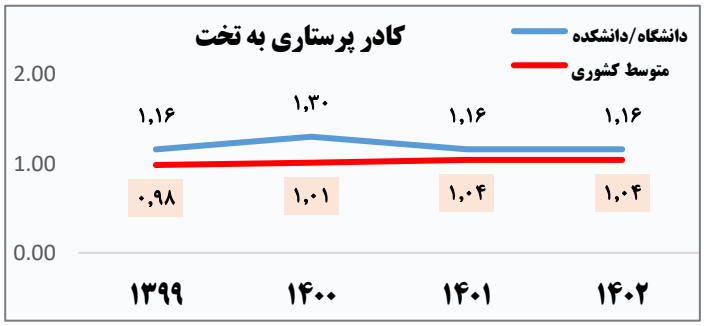






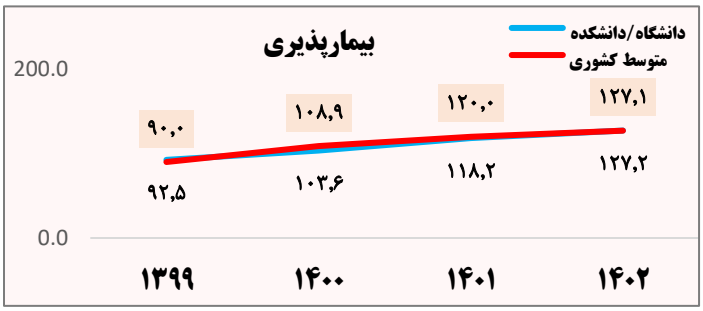


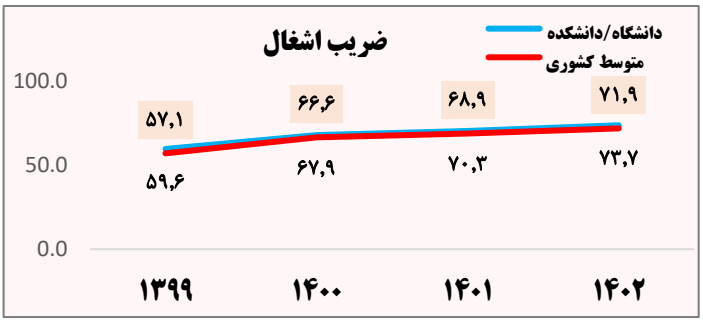


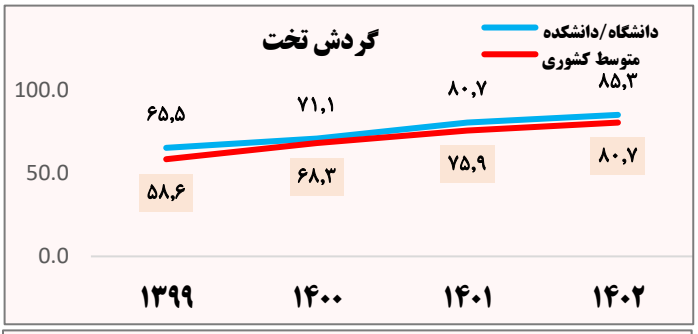


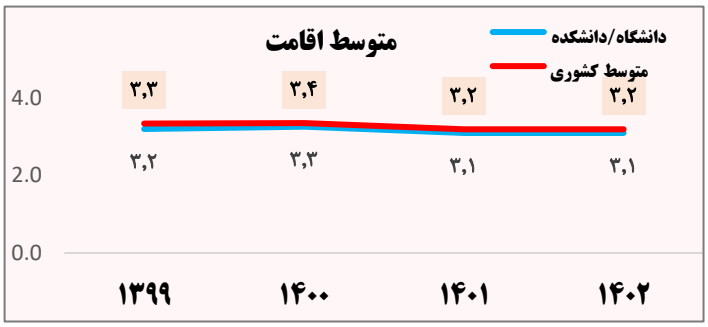
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

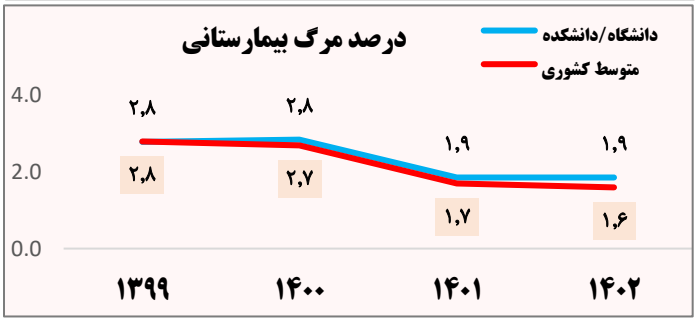
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۰۰۲۰۰۱
تعداد بیمارستان	۲۶
تعداد تخت فعال	۳۲۵۶
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۹۲

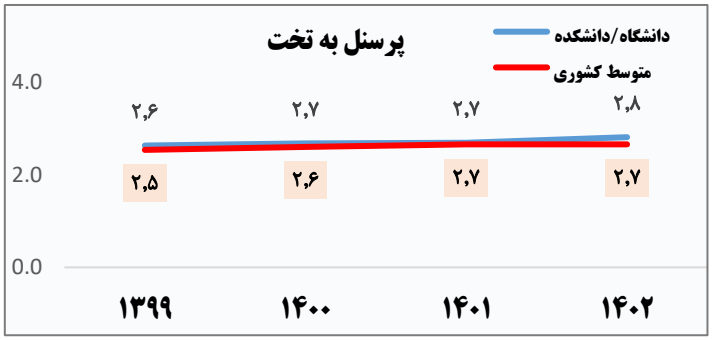


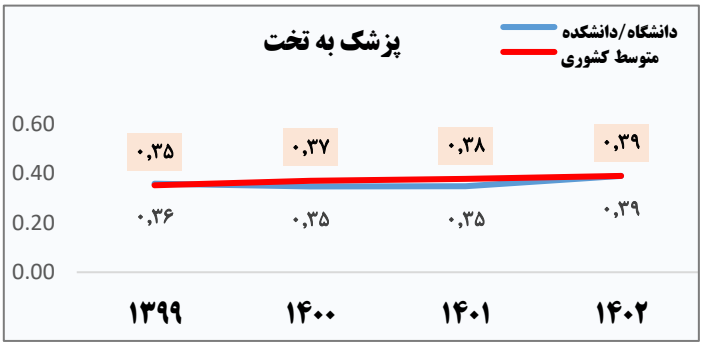


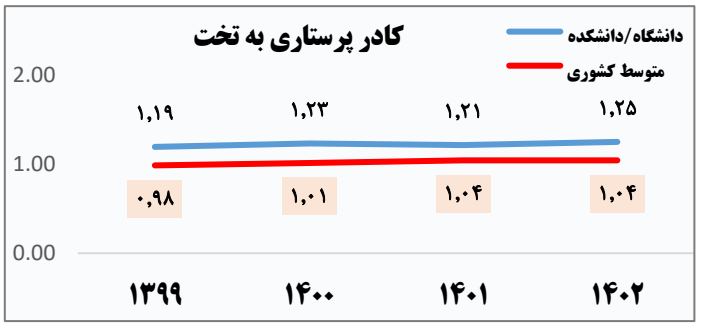


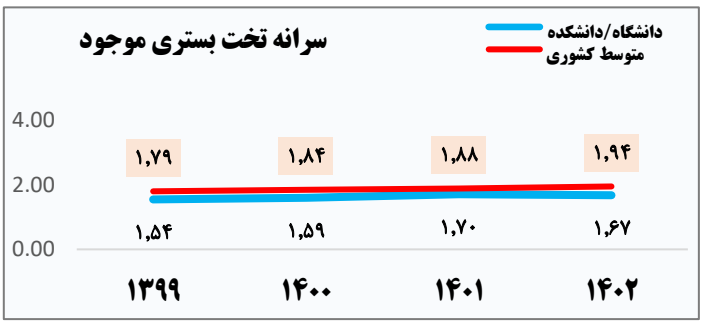






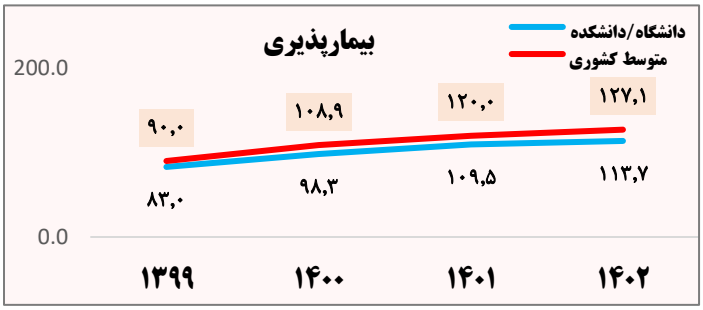


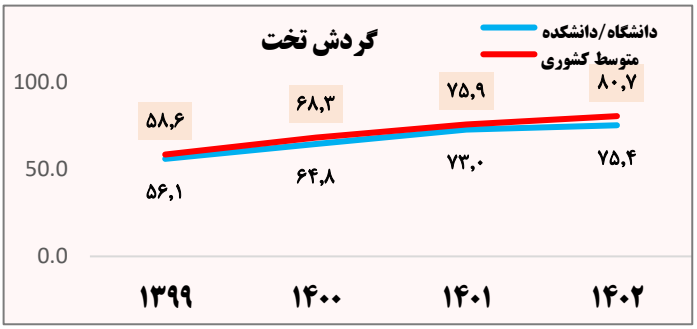


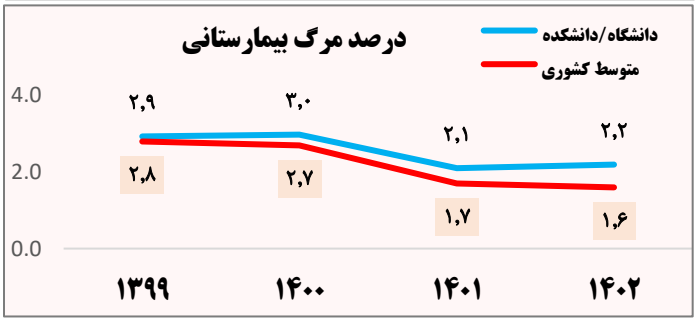


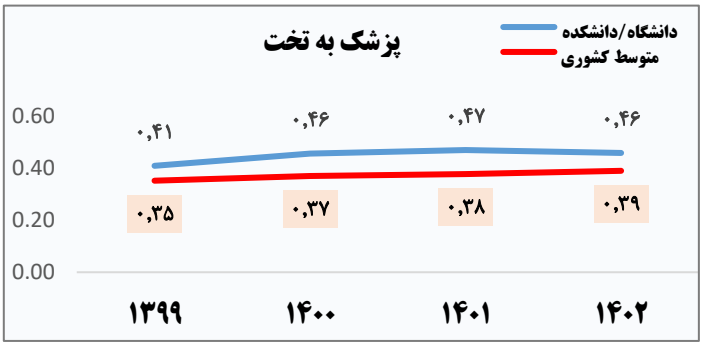
دانشگاه علوم پزشکی گیلان

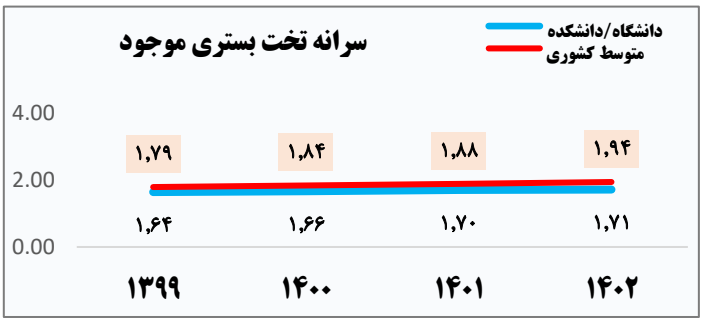
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۵۶۶۹۹۸
تعداد بیمارستان	۳۴
تعداد تخت فعال	۴۲۲۳
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۷۹

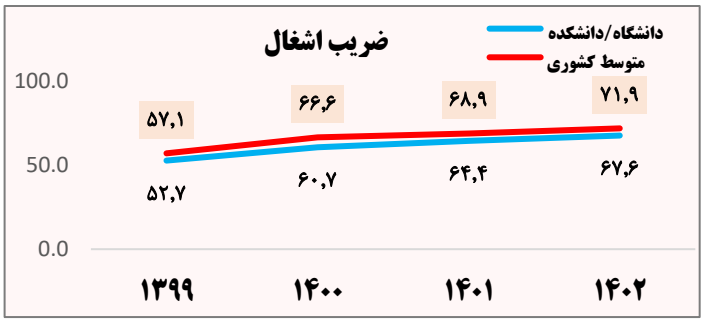


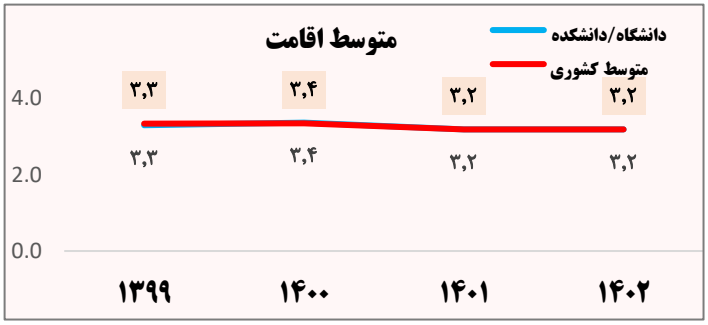


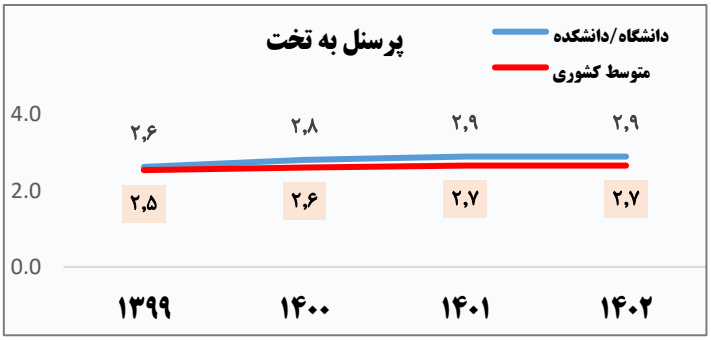


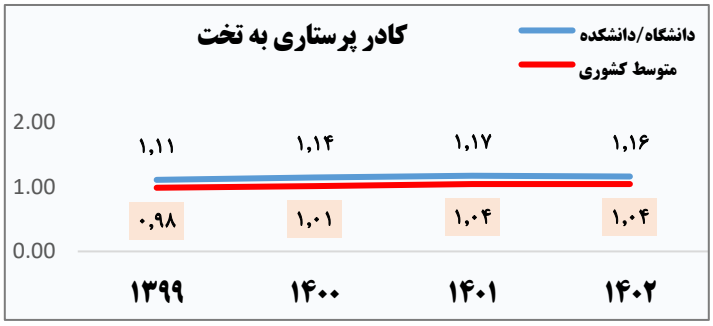






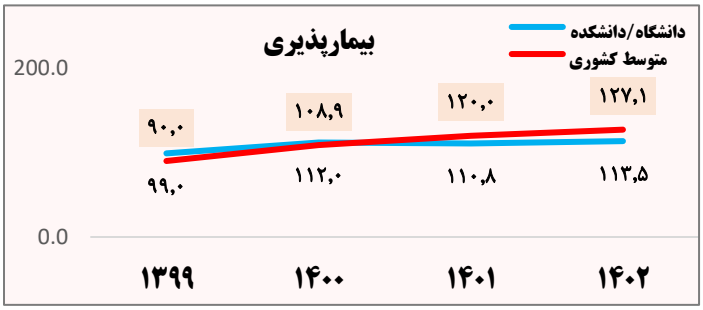


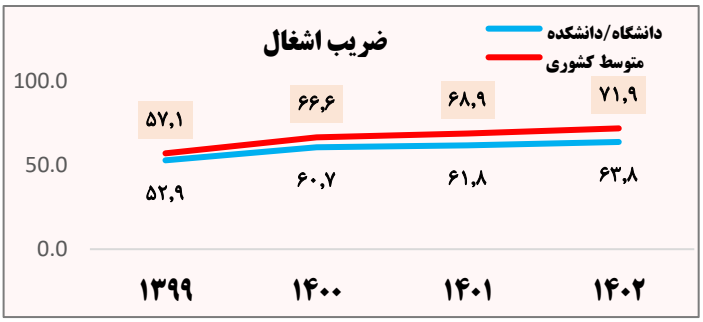


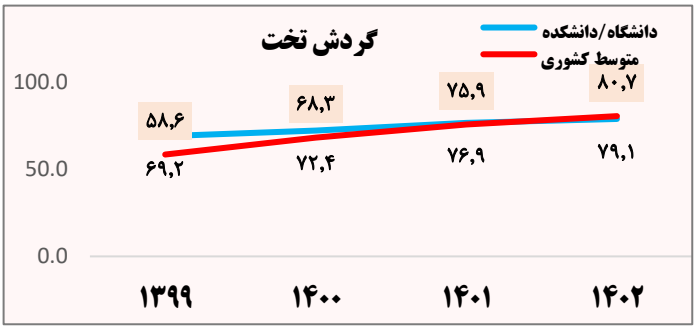


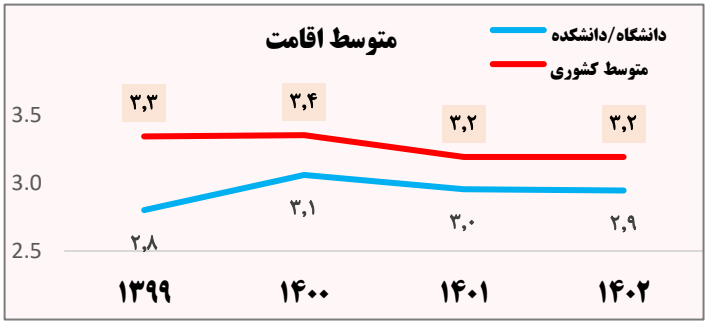
دانشگاه علوم پزشکی لرستان

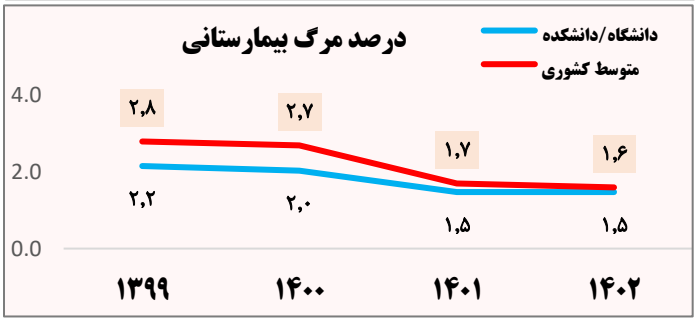
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۷۹۲۹۹۸
تعداد بیمارستان	۲۷
تعداد تخت فعال	۲۹۶۴
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۵۹۲

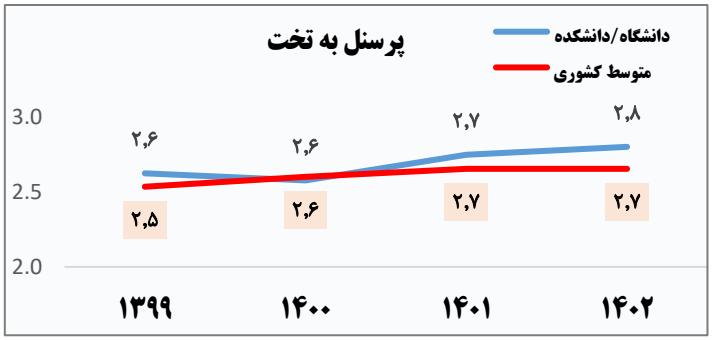


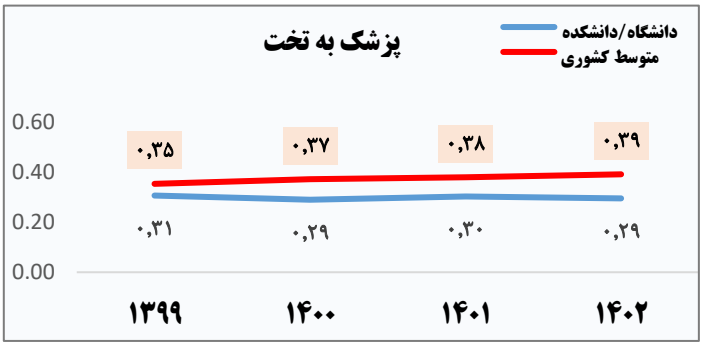


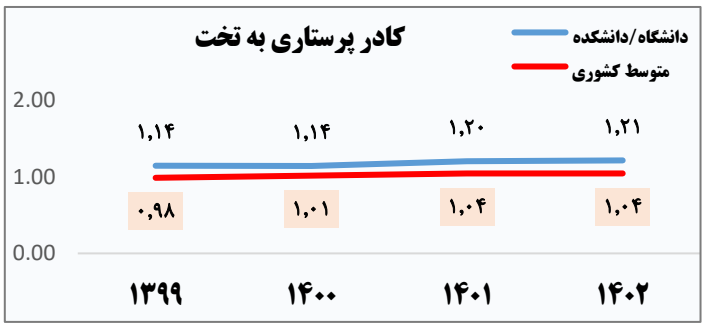


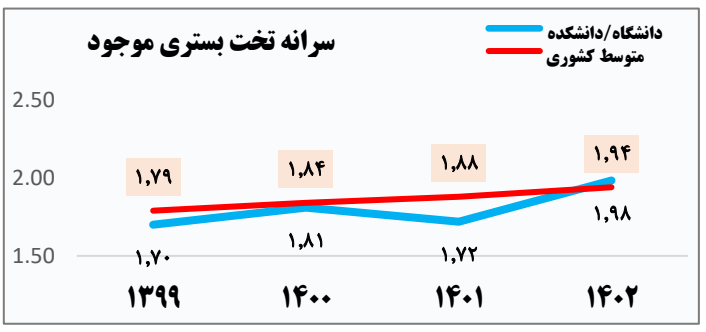






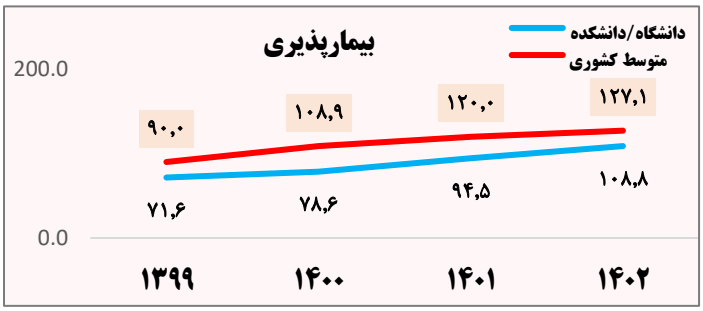


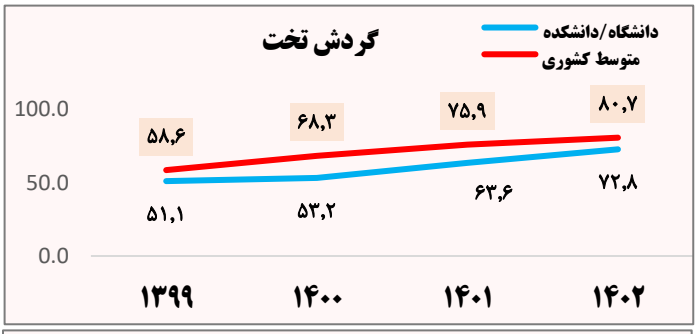


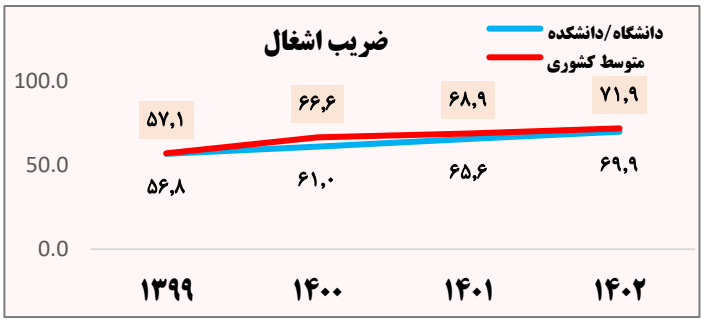


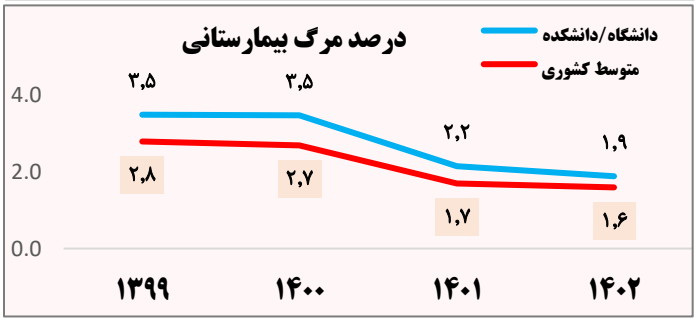
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

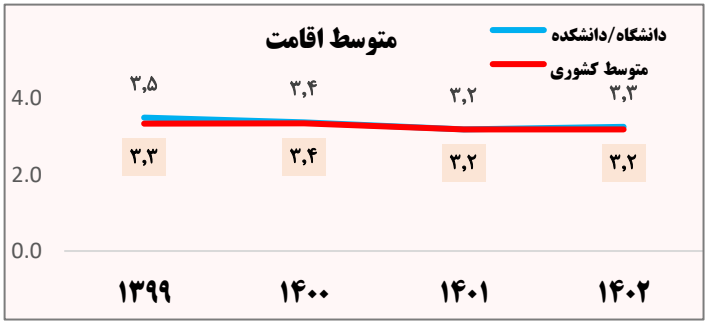
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۲۸۵۰۰۴۹
تعداد بیمارستان	۴۰
تعداد تخت فعال	۴۶۹۲
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۳۶۷

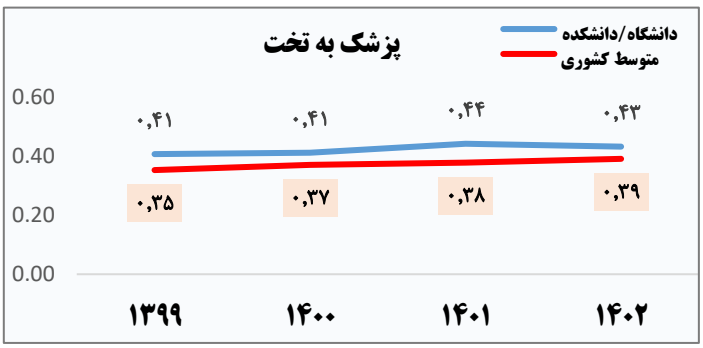


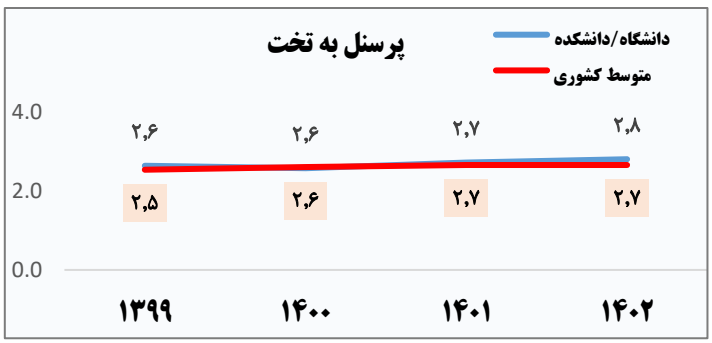


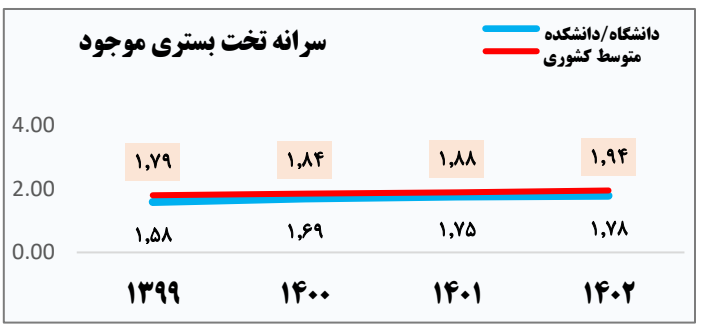


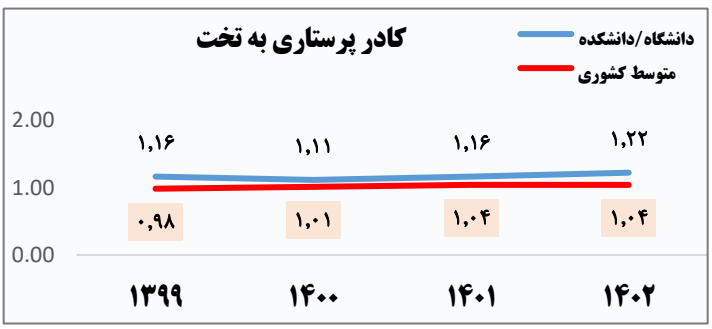






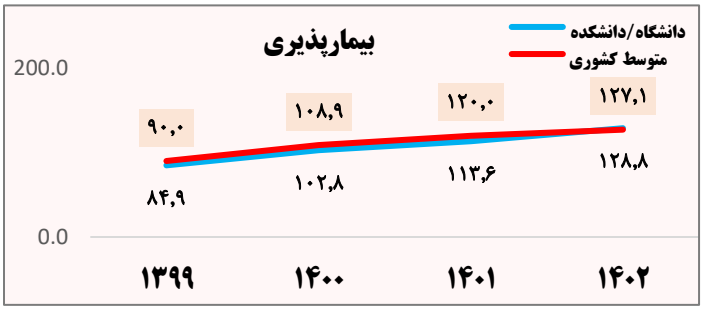


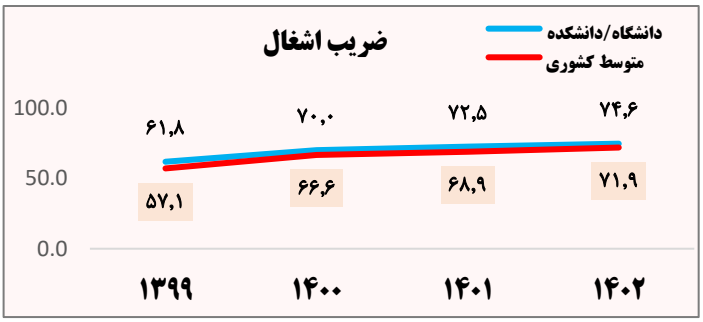


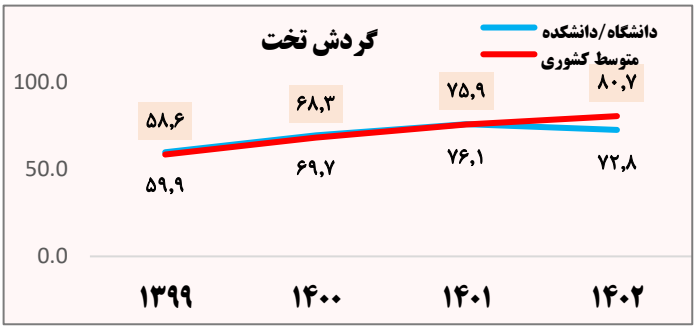


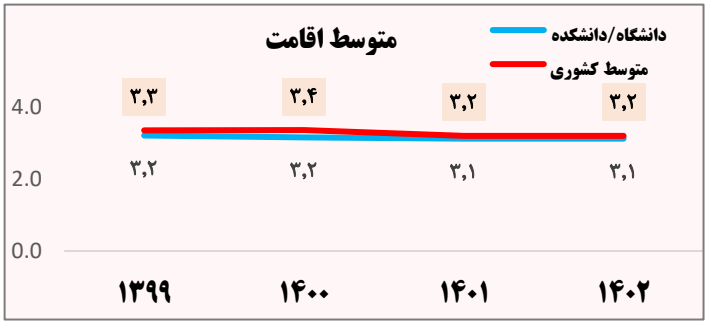
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

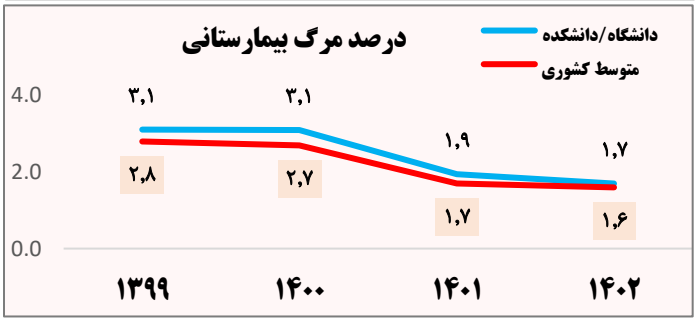
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۱۸۸۲۹۷
تعداد بیمارستان	۵۱
تعداد تخت فعال	۸۵۸۰
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۵۱۲

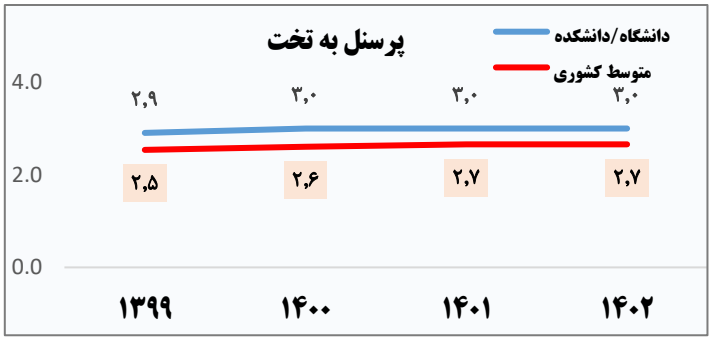


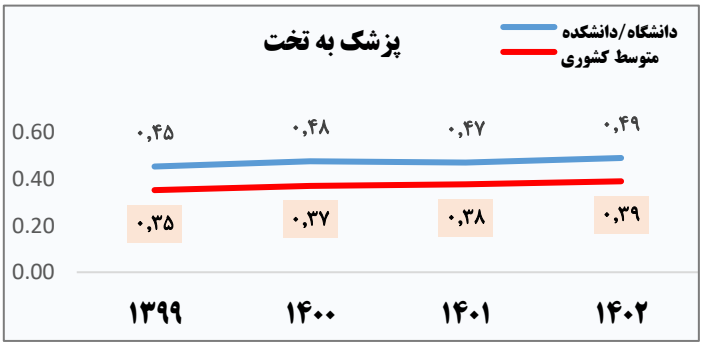


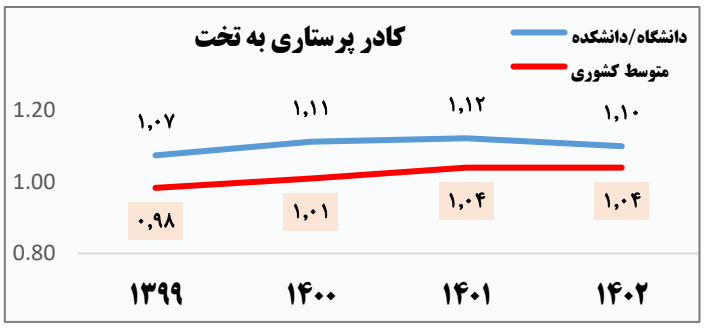


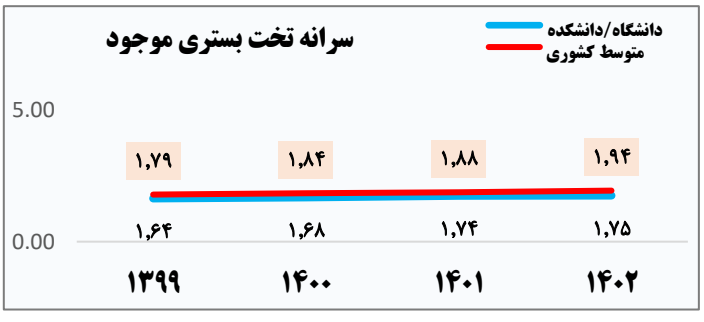






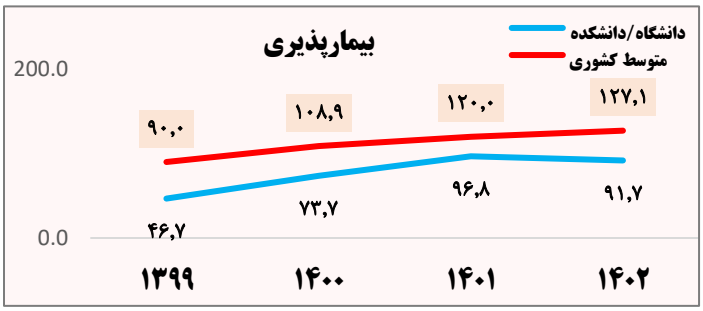


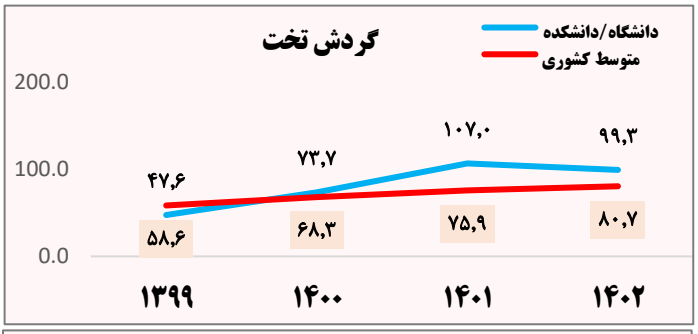


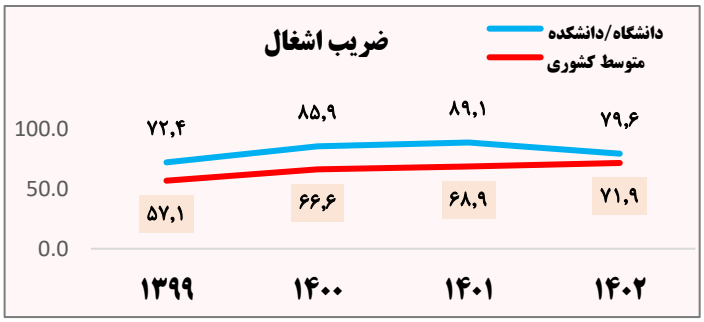


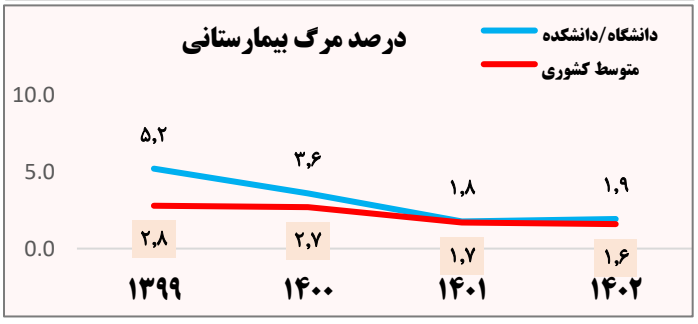
دانشگاه علوم پزشکی نیشابور

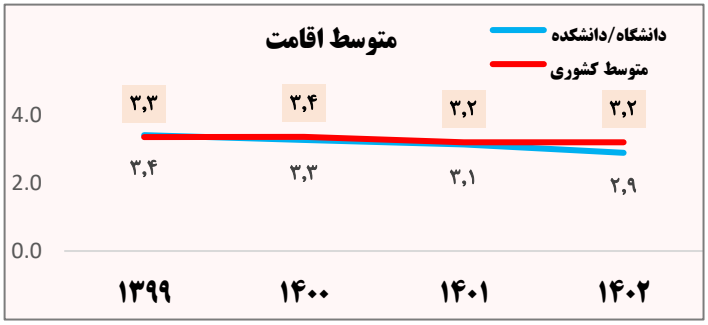
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۵۳۵۰۶۱
تعداد بیمارستان	۳
تعداد تخت فعال	۵۸۲
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۱۱۵

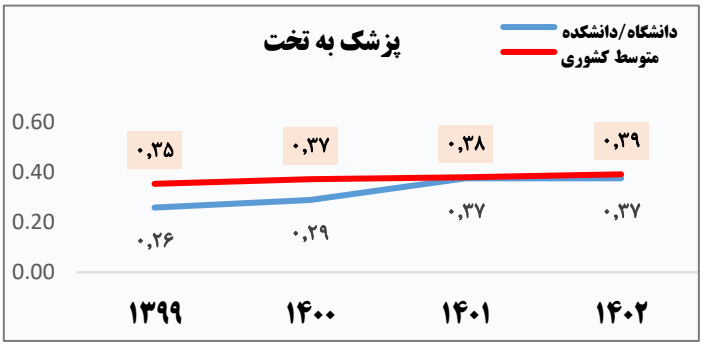


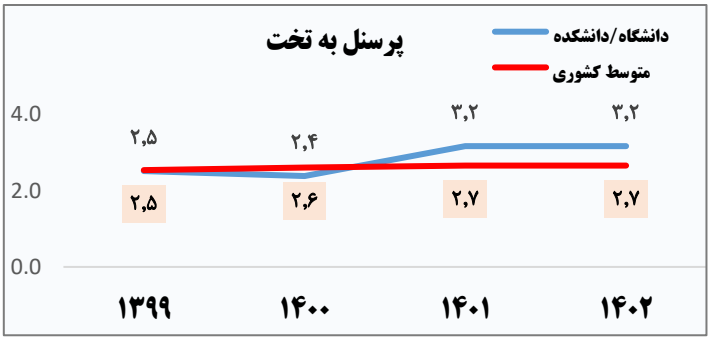


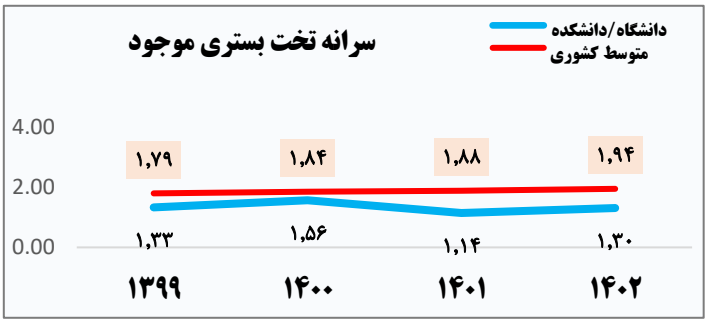


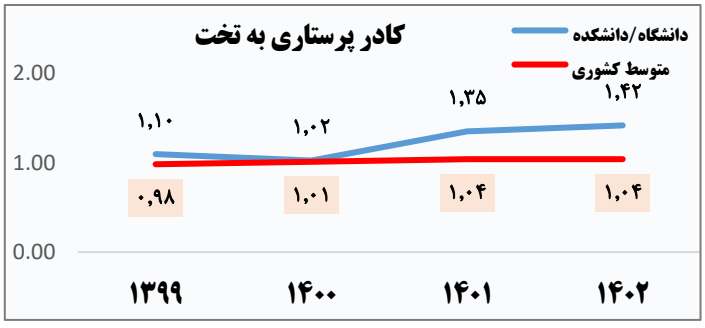






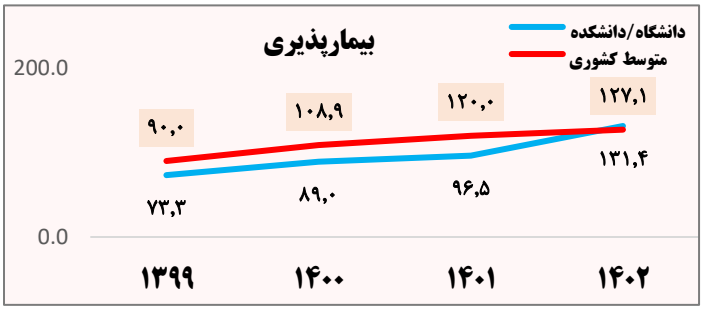


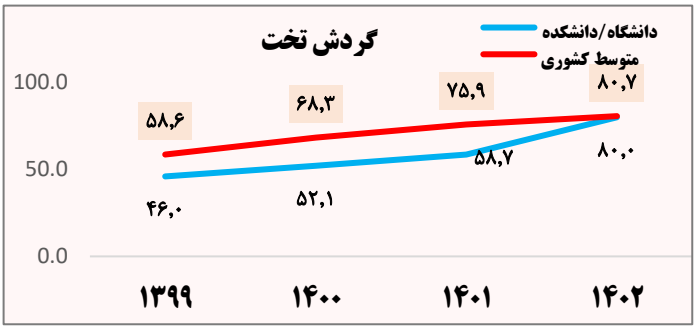


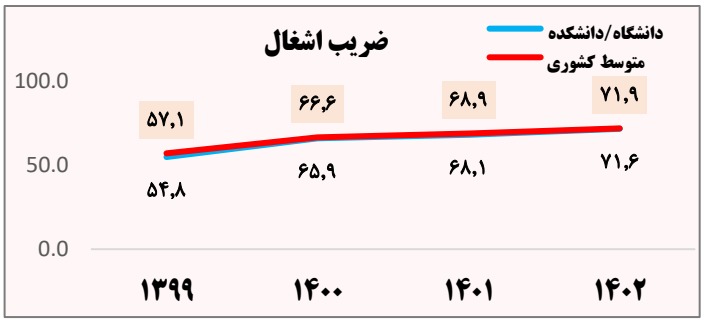


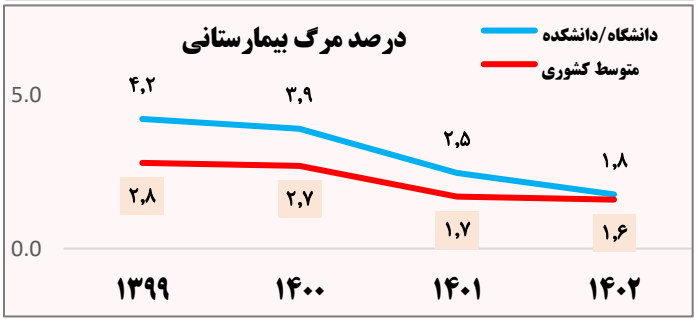
دانشگاه علوم پزشکی همدان

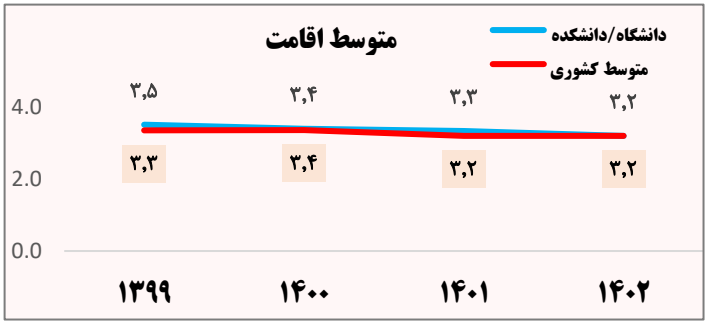
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۶۶۶۳۱۳
تعداد بیمارستان	۲۱
تعداد تخت فعال	۳۲۸۹
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۳۲۹

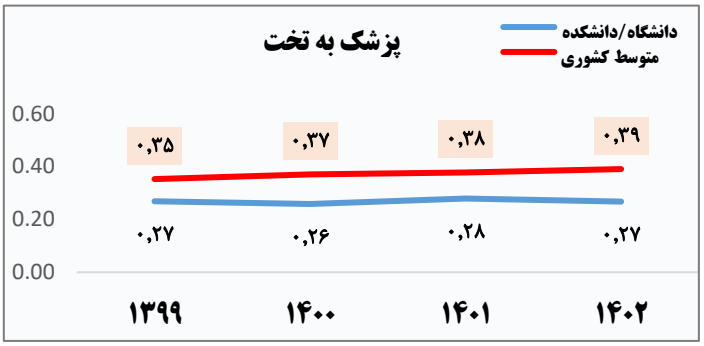


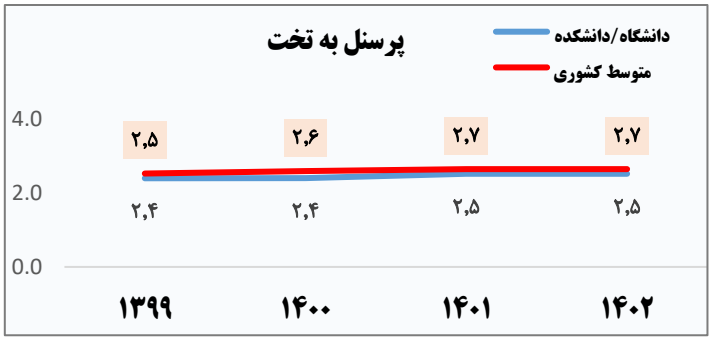


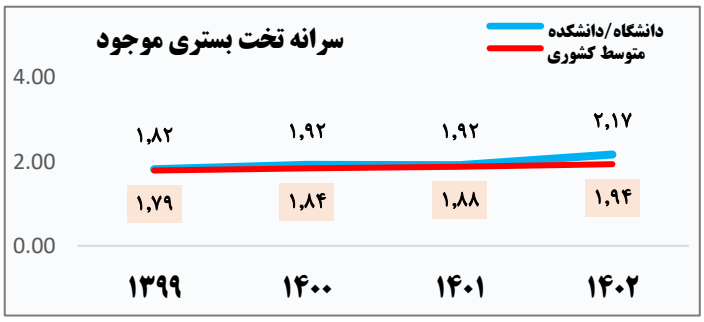


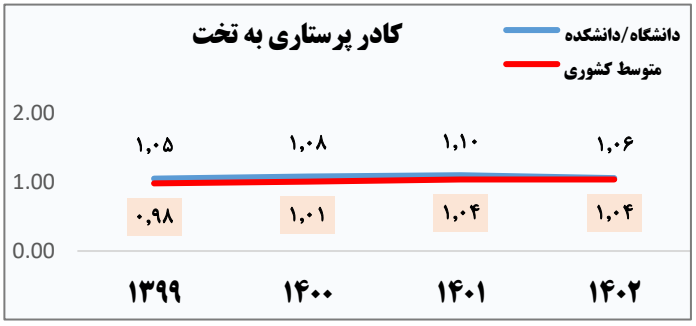






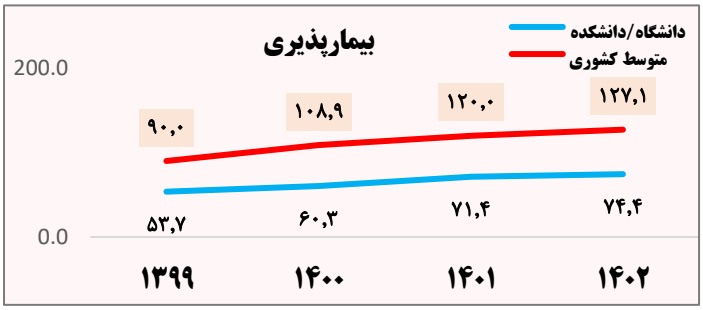


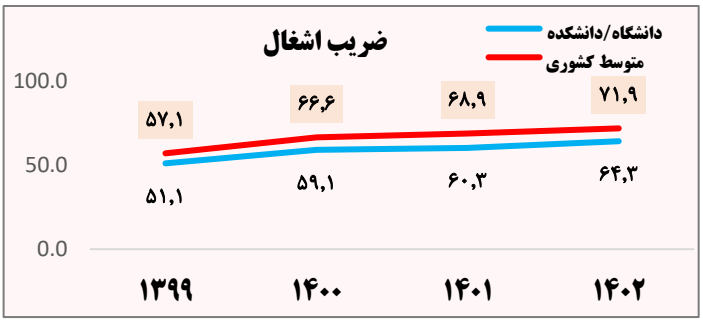


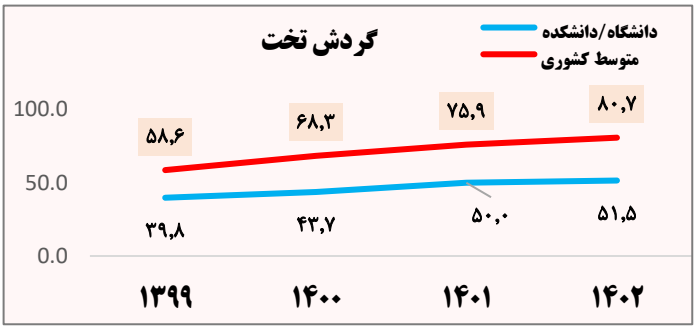


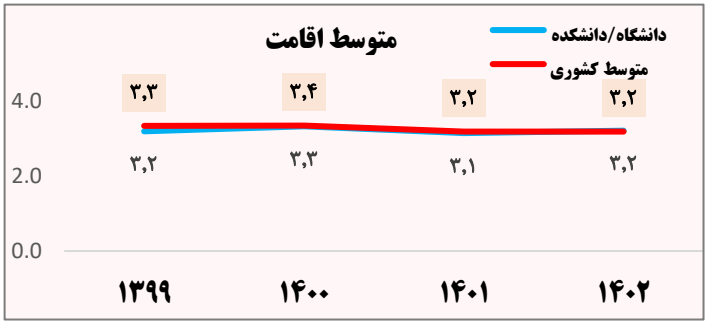
دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

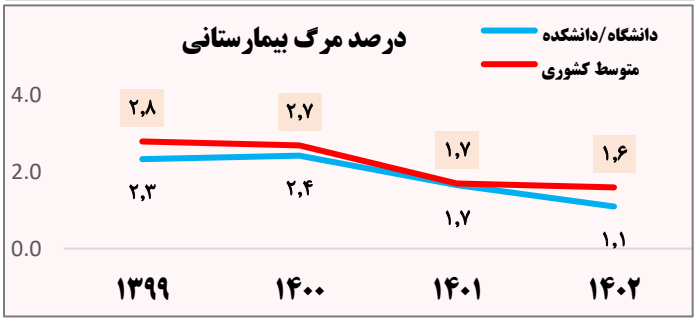
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۷۵۴۹۹۹
تعداد بیمارستان	۱۳
تعداد تخت فعال	۱۳۰۴
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۹۶

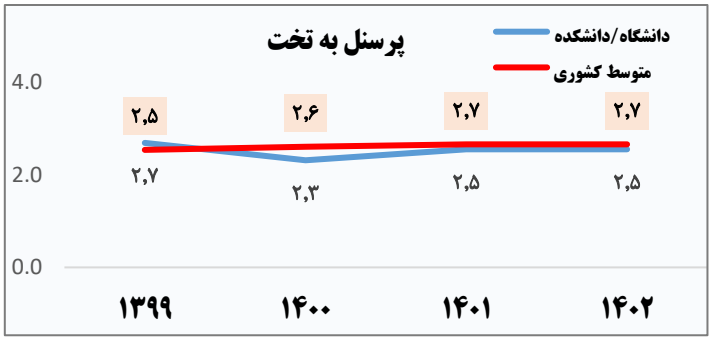


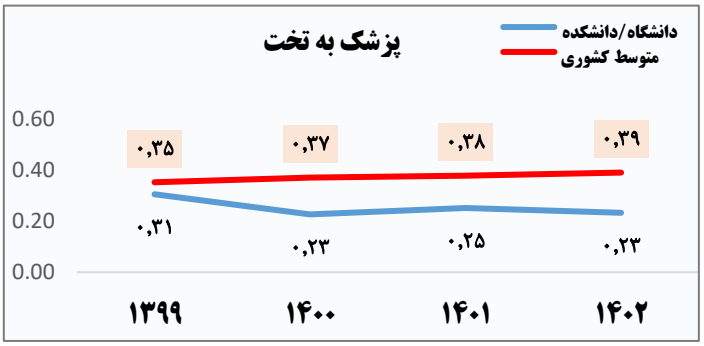


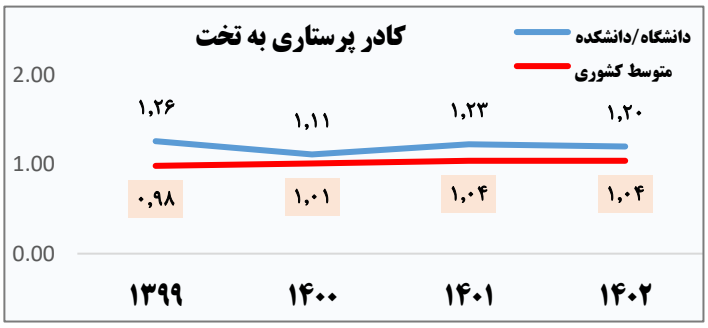


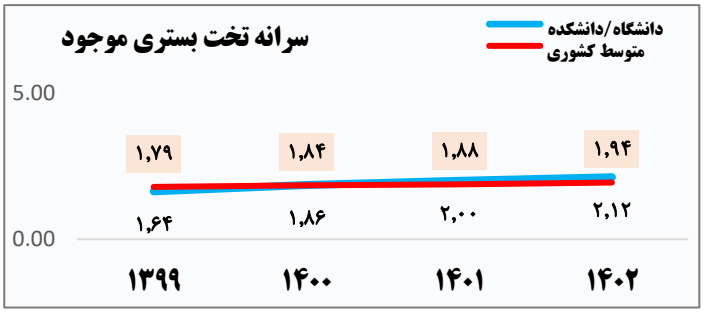






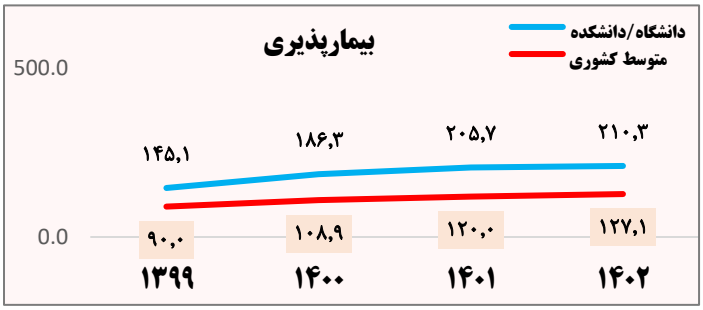


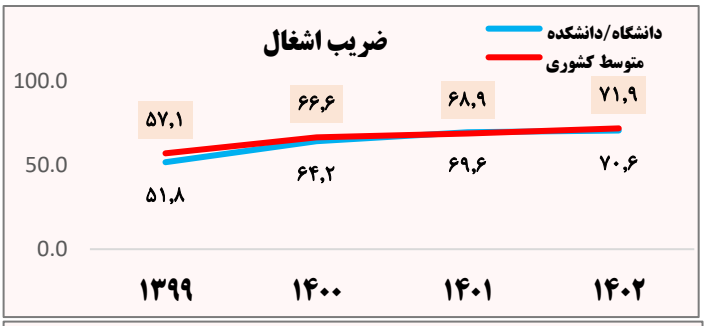


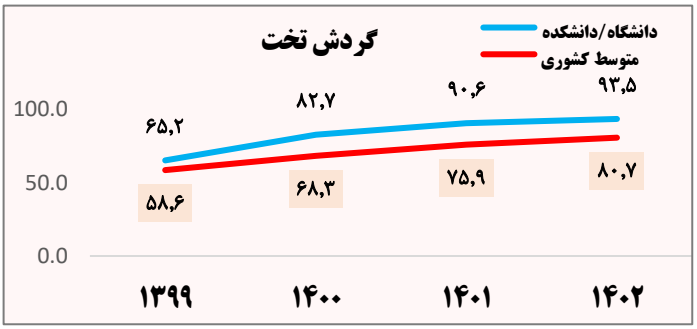


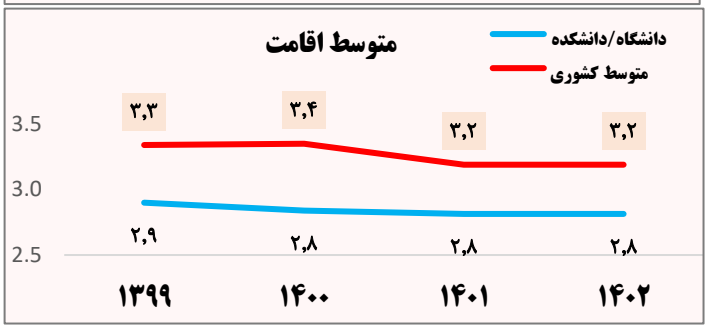
دانشگاه علوم پزشکی یزد

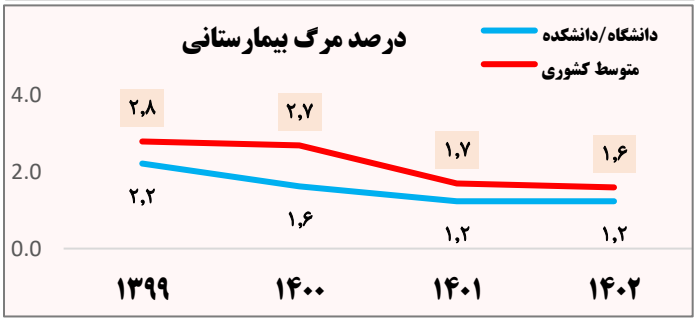
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	۱۲۹۲۹۹۸
تعداد بیمارستان	۲۰
تعداد تخت فعال	۳۲۴۶
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۲۲۸

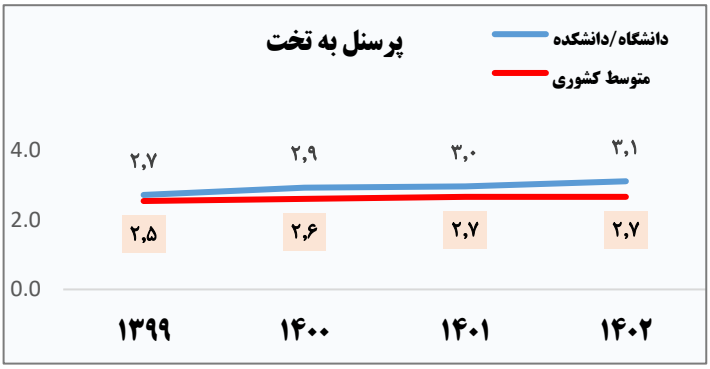


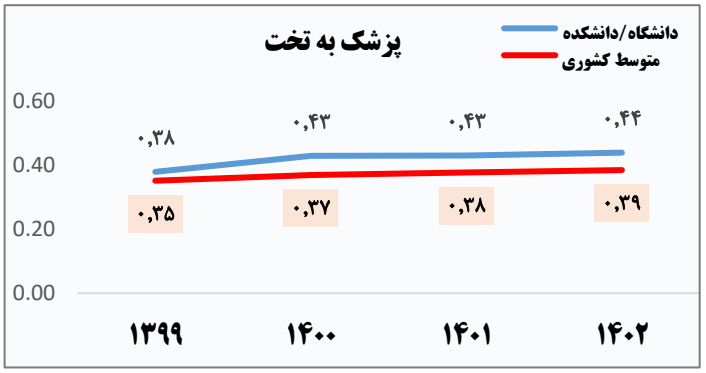


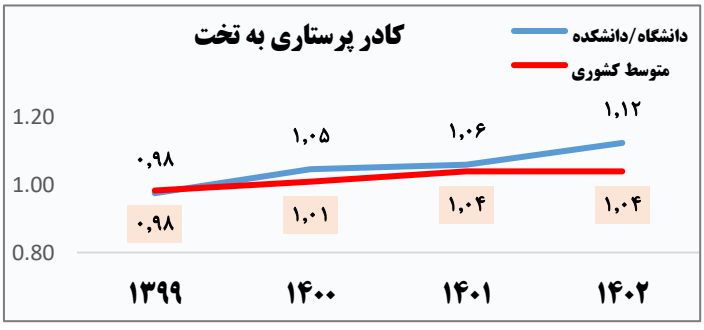


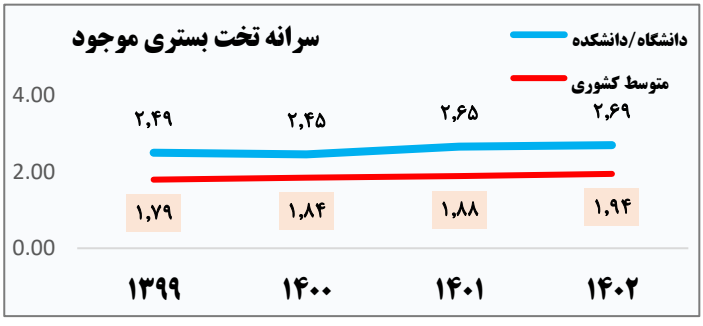






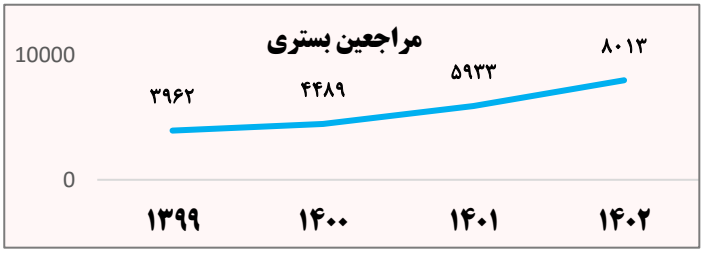


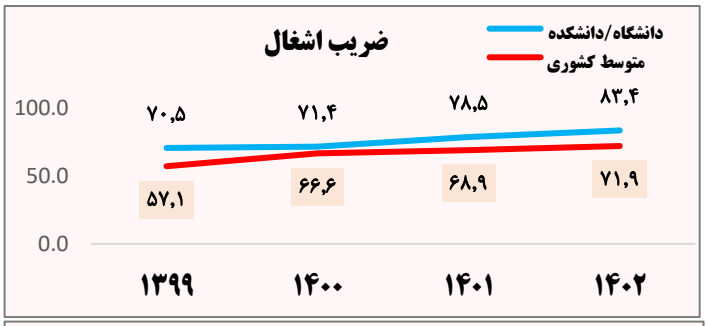


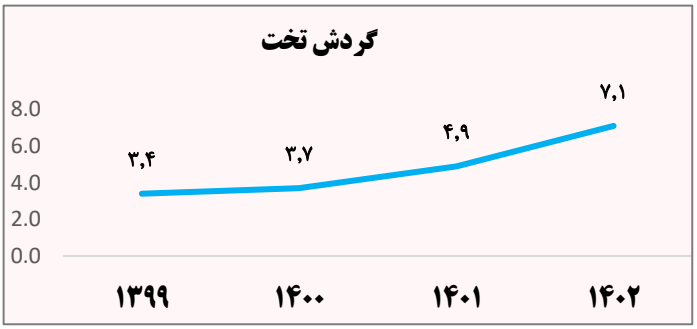


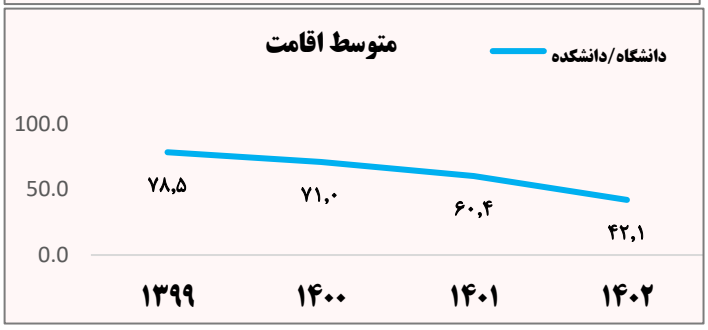
دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی: به علت وجود بیمارستان تخصصی روانپزشکی با ۱۰۲۹ تخت و وجود تختهای مقیم روان، شاخصهای دانشگاه قابلیت مقایسه با متوسط کشوری و سایر دانشگاه/دانشکده ها را ندارد.

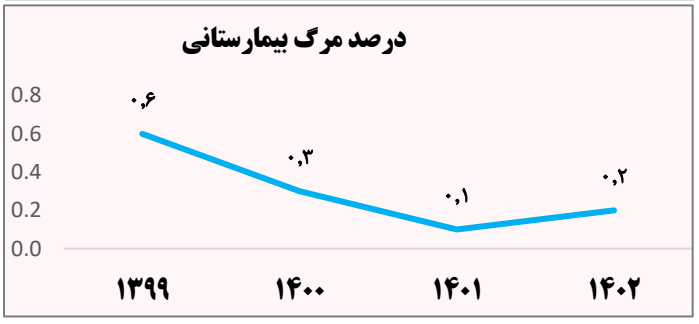
جمعیت بر اساس برآورد مرکز آمار ایران	جمعیت تعریف شده ندارد
تعداد بیمارستان	۲
تعداد تخت فعال	۱۱۰۸
تعداد تخت آماده ارائه خدمت	۶۸

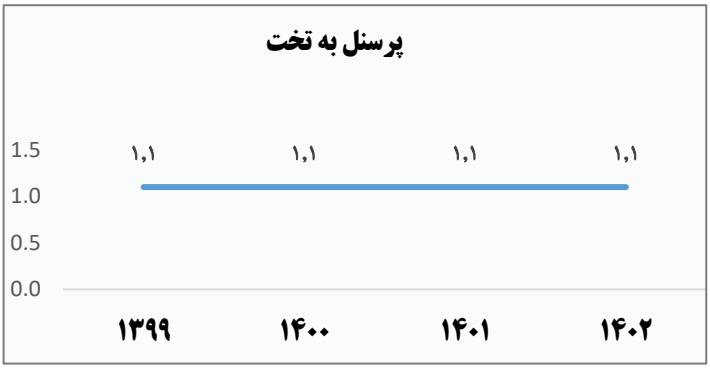


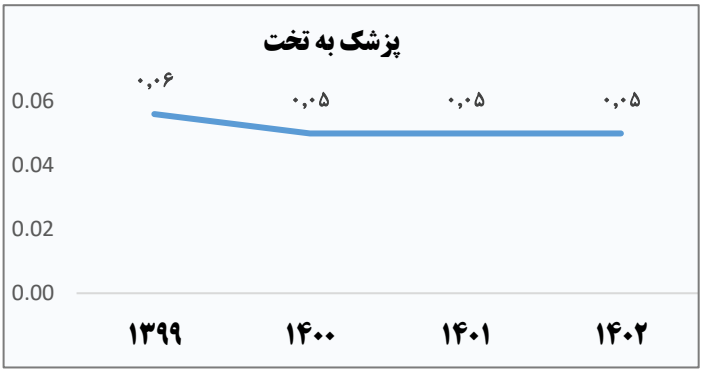


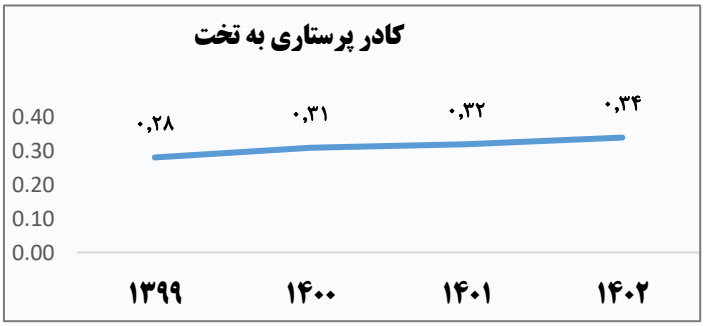












در محاسبه شاخصهای سال ۱۴۰۲، بیماران بستری مزمن در بیمارستان روانپزشکی رازی نیز لحاظ شده است.

جمع بندی

در پایان سال ۱۴۰۲، تعداد ۱۰۶۶ بیمارستان در کل کشور در حال ارائه خدمت بوده و حدود ۱۲ بیمارستان به تعداد بیمارستانهای فعال کشور در سال ۱۴۰۲ اضافه شده است. حدود ۷۰ درصد تختهای بیمارستانی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت در حال ارائه خدمت به بیماران می باشند.

از ۴۷۶ شهرستان کشور، *۳۹۰ شهرستان* مجهز به بیمارستان است (معادل تقریبا *۸۲ درصد شهرستانهای کشور* بر اساس آخرین تقسیمات کشوری در سال ۱۴۰۲). تعداد شهرستانهای مجهز به بیمارستان از *۳۸۶ شهرستان* در سال ۱۴۰۱ به *۳۹۰ شهرستان* در سال ۱۴۰۲ رسیده است.

تعداد ۱۶۵۴۱۹ تخت بستری در کشور موجود است. از مجموع ۱۶۵۴۱۹ تخت بستری موجود، تعداد ۱۳۵۹۸ تخت، در حال حاضر فعال نبوده و به اصطلاح آماده ارائه خدمت (پشتیبان) هستند و در صورت فراهم شدن نیروی انسانی، تجهیزات، فضای فیزیکی و یا در شرایط بحرانی، آماده استفاده و ارائه خدمت می گردد. در سال ۱۴۰۲ تعداد این تختها افزایش قابل ملاحظه ای یافته و ضروری است مداخلات مناسب جهت تامین نیروی انسانی و فعال شدن تختهای مذکور صورت گیرد.

تعداد تخت فعال بستری در ۵۰۷ بیمارستان کشور از ۱۰۰ تخت پایین تر است. لزوم بررسی هزینه اثر بخشی این بیمارستان ها، با توجه به پراکندگی جمعیت و دسترسی در نقاط مختلف کشور از بحث های مهم نظام سلامت است (البته بیمارستانهای تخصصی چشم زیر ۱۰۰ تخت مستثنی هستند).

در سال ۱۴۰۲، تعداد بیمارستانها و تختهای فعال تخصصی زنان- زایمان، کودکان، چشم، سرطان- انکولوژی و ارولوژی نسبت به سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است. تعداد تختهای روانپزشکی فعال در بیمارستانهای جنرال نیز افزایش یافته است. تختهای اورژانس شامل بستری و سرپایی و تختهای ستاره دار بیمارستانی نیز در سال ۱۴۰۲ افزایش قابل ملاحظه ای یافته است. در سال ۱۴۰۲ تعداد تختهای NICU و PICU موجود به ترتیب، ۷,۸ و ۹,۹ درصد نسبت به سال قبل افزایش یافته است.

جهت بررسی توزیع عادلانه بیمارستانها و تختهای فعال در کشور نیاز به مطالعات عدالت سنجی و محاسبه ضریب جینی وجود دارد.

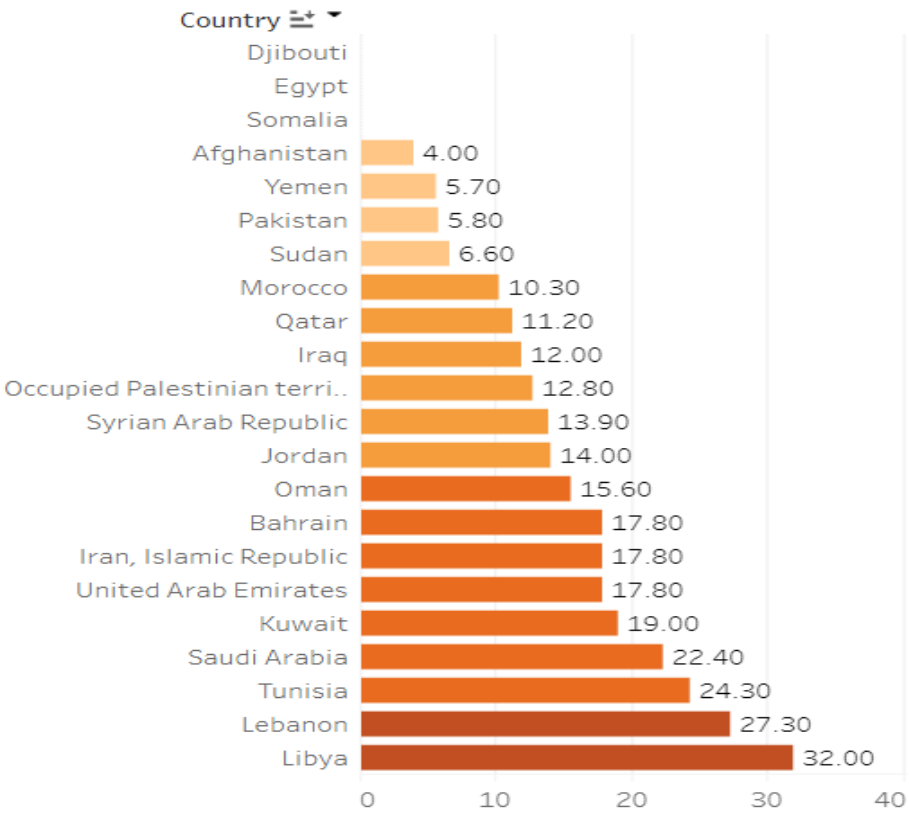
بررسی شاخصهای دسترسی (Service Delivery) در سال ۱۴۰۲

گرچه معیارهای زیادی جهت ارزیابی سلامت و رفاه کلی در یک کشور وجود دارد، ولی دسترسی به اصول اولیه مانند مراقبت های بهداشتی یکی از مهمترین این معیارهاست. تعداد بیمارستان ها از زیرساخت های مهم ارزیابی سلامت و رفاه یک کشور هستند، بنابراین سرانه بیمارستان ها، شاخصی کلیدی جهت این بررسی می باشد. با این وجود، در دسترس بودن واقعی و تعداد سرانه بیمارستان ها می تواند از کشوری به کشور دیگر به شدت متفاوت باشد. در بسیاری از موارد، میزان وسعت کشور می تواند تأثیر زیادی بر سرانه بیمارستانهای یک کشور داشته باشد. میزان بودجه تخصیص یافته به سیستم مراقبت های بهداشتی، می تواند بر تعداد بیمارستان ها تاثیر گذار باشد. نیازهای منحصر به فرد یک جمعیت خاص نیز می تواند در نرخ سرانه بیمارستان موثر باشد. به عنوان مثال، کشورهایی که به دلیل بیماری و عوامل مشابه با چالش‌های بیشتری مواجه هستند، اغلب به بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و امکانات مراقبت‌های بهداشتی بیشتری نسبت به سایرین نیاز دارند. اینکه آیا سیستم مراقبت های بهداشتی یک کشور از طریق برنامه

ها و سازمان های جهانی کمک های بین المللی فراوانی دریافت می کند نیز می تواند به شدت بر سرانه بیمارستان های یک کشور تأثیر بگذارد. این نوع کمک‌ها به بسیاری از کشورهای با سطح درامد پایین یا در حال توسعه کمک می‌کند تا با افزودن بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و امکانات مشابه، نیازهای مردم خود را برطرف کنند. ژاپن و پس از آن آمریکا بیشترین سرانه تخت بیمارستانی را در اختیار دارد[۱۱].

سرانه بیمارستان در ایران به ازای صد هزار نفر جمعیت، ۱,۲۵ است. البته بهتر است میزان این شاخص همراه با شاخص سرانه تخت تفسیر و بررسی گردد. سیاستهای سلامت مانند ایجاد Mega Hospital ها در میزان این شاخص تاثیر گذار است. بر اساس آخرین اطلاعات موجود در سایت World Population Review، سرانه بیمارستان در برخی از کشورهای EMRO مانند اردن، پاکستان، افغانستان، عربستان سعودی، مصر و عمان به ترتیب ۱,۹۴، ۰,۵۳، ۰,۳۷، ۱,۰۴، ۰,۶۲ و ۱,۳۵ می باشد.

سرانه تخت موجود و تخت فعال بستری در کشور، ۱,۹۴ و ۱,۷۸ تخت به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت می باشد. متوسط سرانه تخت در کشورهای سازمان توسعه و همکاری اقتصادی، ۴,۳ تخت به ازای هزار نفر جمعیت است[۱۲]. سرانه تخت بستری فعال در کشورهای EMRO به شرح زیر است (در نمودار زیر سرانه تخت به ازای ۱۰ هزار نفر جمعیت ترسیم شده است)[۱۳]:



[۱۱] https://worldpopulationreview.com/country-rankings/hospitals-per-capita-by-country

[۱۲] Health at a Glance ۲۰۲۳

[۱۳] https://rho.emro.who.int/

سرانه تخت ویژه موجود در ایران (شامل ICU، NICU و PICU)، ۲۰,۷ تخت به ازای صد هزار نفر جمعیت است. متوسط این شاخص در کشورهای OECD (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی)، ۱۶,۹ می باشد (در برخی از کشورها فقط تخت ICU و در برخی دیگر ICU، NICU و PICU محاسبه شده است)[۱۴]. این شاخص در کشورهای آلمان، آمریکا، انگلستان، ایتالیا، اسپانیا، ژاپن، کره و ترکیه به ترتیب ۲۹,۳، ۲۱,۲، ۷,۳[۱۵]، ۱۱,۶، ۱۲,۶، ۱۴,۴، ۱۷,۱ و ۳۹,۶ می باشد. بررسی توزیع عادلانه این تختها در کشور از اهمیت بسزایی برخوردار است و لازم است مطالعات عدالت سنجی در این خصوص انجام گیرد. ۱۰,۶ درصد تختهای فعال بستری در کشور، تختهای ویژه اند. تخت های ویژه جزو تختهای درآمدزا محسوب می گردد. نسبت این تختها در بخشهای خصوصی و خیریه از متوسط کشوری بالاتر و در سازمان تامین اجتماعی پایین است.

فناوری ها نقش مهمی در تشخیص های پزشکی از معاینه فیزیکی، پردازش و به اشتراک گذاری نتایج، دسترسی به سوابق سلامت بیماران و بررسی بالینی بیماران دارند. فناوری های تصویربرداری تشخیصی مانند توموگرافی کامپیوتری (سی تی اسکن)، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) تصاویری از اندام ها و بافت های داخلی را نشان می دهد. هیچ دستورالعمل (گاید لاین) یا معیار بین المللی جهت میزان ایده آل این فناوریها وجود ندارد. سرانه تجهیزات پزشکی مانند سی تی اسکن و MRI به ازای یک میلیون نفر جمعیت در ایران پایین است. بر اساس آخرین اطلاعات سازمان OECD، سرانه سی تی اسکن به ازای یک میلیون نفر جمعیت از ۷ در مکزیک، ۱۰ در انگلستان، ۲۰ در فرانسه تا ۴۳ در آمریکا، ۳۹ در ایتالیا و ۴۲ در کره متغیر است. سرانه MRI در کشورهای فوق به ترتیب ۳، ۹، ۱۷، ۳۸، ۳۳ و ۳۵ می باشد. در ایران به ازای یک میلیون جمعیت کشور، ۱۰,۹ دستگاه سی تی اسکن، ۴,۸ دستگاه MRI و ۳,۸ دستگاه آنژیوگرافی وجود دارد. روند شاخصهای سرانه تجهیزات تصویر برداری در کشور در ۳ سال اخیر افزایشی است و دلالت بر توسعه تجهیزات سرمایه ای در بیمارستانها دارد.

بررسی شاخصهای کارایی و عملکرد بیمارستانیها در سال ۱۴۰۲

به صورت متوسط روزانه، **۲۹۷۹۵** بیمار در بخشهای بیمارستانی بستری می گردد که نسبت به سال گذشته، ۷ درصد افزایش مشاهده می گردد. مراجعین به درمانگاههای بیمارستانی در سال ۱۴۰۲، ۱,۴ درصد نسبت به سال ۱۴۰۱ افزایش یافته اند. آمار تعداد اعمال جراحی نیز در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱، ۳,۶ درصد افزایش یافته است. بیشترین متوسط روزانه مراجعین بستری در بخشهای بستری زنان و زایمان دیده شد.

مراجعین بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت اهمیت ویژه ای در سیاستگذاری کلان سلامت دارد. این بیماران در درآمدزایی بیمارستانها تاثیر عمده دارند و به جز موارد فوت زیر ۲۴ ساعت، اکثر این بیماران، بیماران الکتیو و غیر پیچیده هستند. بخش عمده ای از کل مراجعین بستری در بیمارستانهای بخش خصوصی و خیریه، بیماران با اقامت زیر ۲۴ ساعت می باشند (به ترتیب ۲۲,۶ و ۳۰,۲ درصد از مراجعین بستری). بیشترین میزان اقامت زیر ۲۴ ساعت در مراجعین بستری بخشهای تخصصی چشم دیده شد. در بیمارستانهای تخصصی چشم، ۸۵,۵ درصد مراجعین بستری، اقامت زیر ۲۴ ساعت دارند. به نظر تصمیم گیری جهت هدایت این بیماران به مراکز

[۱۴] Health at a Glance ۲۰۲۳
[۱۵] NHS hospital beds data analysis

جراحی محدود و دی کلینیکها جهت کاهش ازدحام بیمارستانها خصوصا در بیمارستانهای ریفرال از مباحث مهمی است که نیاز به بررسی و برنامه ریزی و طراحی مداخلات دارد.

با وجود اینکه بیشترین تعداد بیمارستانها متعلق به بیمارستانهای ۰-۱۰۰ تخت فعال هستند ولی بیشترین متوسط مراجعین بستری روزانه در بیمارستانهای ۱۰۱-۲۰۰ تخت دیده شد. بیشترین میزان موارد فوت از کل فوتیها نیز هم در این بیمارستانها دیده می شود.

بیشترین میزان بیماران بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت متعلق به بیمارستانهای ۰-۳۲ تخت می باشد و می تواند مطرح کننده ارجاع بیماران به بیمارستانهای مجهزتر باشد. با افزایش تعداد تختهای بیمارستانی، میزان بیماران بستری با اقامت زیر ۲۴ ساعت کاهش یافته است.

شاخصهای کارایی بیمارستانی مانند ضریب اشغال و گردش تخت در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است. ۲۲ درصد بیمارستانهای کشور ضریب اشغال و گردش تخت بیشتر از متوسط کشوری داشته و بر اساس مدل پابن لاسو، از کارایی مطلوب برخوردارند. ۴۰,۳ درصد از بیمارستانها از کارایی متوسط و در ۳۷,۷ درصد بیمارستانهای کشور، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است این بیمارستانها از لحاظ کارایی و بهره وری بررسی گردند و برنامه ریزی جهت افزایش کیفیت، تخصیص منابع یا تغییر کاربری بیمارستان به عمل آید. البته لازم به توضیح است که در برخی مناطق به جهت مسائلی از قبیل دسترسی، موقعیت جغرافیایی و استراتژیک و ...، وجود و حفظ بیمارستان حتی با وجود کارا نبودن ضروری است.

شاخص ضریب اشغال تخت در بیمارستانهای ۰-۳۲ تخت، پایین و عملا این بیمارستانها، فاقد کارایی مطلوب می باشد. ضریب اشغال تخت با افزایش تعداد تخت (افزوده شدن رشته های تخصصی یا امکانات و نیروی انسانی) افزایش یافته است. گردش تخت در بیمارستانهای زیر ۶۴ تخت، بالا و متوسط اقامت و ضریب اشغال پایین است که می تواند مطرح کننده ارجاع بالای بیماران و بستری بیماران با اقامت کمتر و نیاز به اعمال تهاجمی کمتر باشد. خدمات بستری غالب در این بیمارستانها، خدمات زنان و زایمان و جراحیهای کوچک و بیماران غیر پیچیده می باشد و باعث شده گردش تخت در این بیمارستانها افزایش یابد.

در کل در بیمارستانهای ۰-۱۰۰ تخت وابسته به وزارت بهداشت، تنها ۱۰,۱درصد بیمارستانها، کارایی مطلوب دارند و در ۶۹,۶ درصد از این بیمارستانها، هر دو شاخص ضریب اشغال و گردش تخت از متوسط کشوری پایین تر است. ضروری است مطالعاتی جهت افزایش بهره وری و کارایی این بیمارستانها در سطح ملی صورت گیرد.

بیشترین میزان فوت در مراجعین بستری، در بیمارستانهای بالای ۱۰۰۰ تخت (به جز بیمارستان روانپزشکی رازی) دیده شد و از علل آن می توان به بستری بیماران مزمن با اقامت بالا و شرایط پزشکی پیچیده متعدد اشاره نمود. بیشترین درصد فوت در مراجعین بستری در بخش داخلی اعصاب (نورولوژی) مشاهده شد. در این بخشها، عمده بیماران بستری، سکته مغزی (استروک) و خونریزیهای مغزی است که میزان مرگ و میر بالایی دارند. در بخشهای تخصصی و فوق تخصصی داخلی، به علت مرگ و میر بالای بیماران با بیماریهای مزمن و سرطانها، شاهد افزایش مرگ و میر هستیم. بررسی گروههای تشخیصی در شناسایی علل افزایش مرگ و میر در این بخشها موثر است.

در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ به علت پاندمی کووید-۱۹، تعداد مراجعین بیمارستانی سی تی اسکن به صورت قابل ملاحظه ای افزایش یافته بود (سی تی اسکن یکی از روشهای تشخیصی در بیماری کووید-۱۹ می باشد) و در سال ۱۴۰۱ با کنترل پاندمی کووید-۱۹ مراجعین کاهش یافته است. مجددا در سال ۱۴۰۲ تعداد مراجعین افزایش یافته است.

روند مراجعین بیمارستانی جهت MRI و آنژیوگرافی افزایشی است. با کنترل پاندمی کووید-۱۹، مراجعه بیماران جهت بیماریهای غیر کووید-۱۹ و بیماریهای مزمن افزایش یافته است. البته لازم است مطالعاتی جهت بررسی اندیکاسیون های انجام سی تی اسکن، MRI و آنژیوگرافی و تقاضای القایی انجام شود

بررسی شاخصهای مرتبط با زنان و مامایی؛ شاخص سزارین کل و نخست زا به ترتیب از ۵۴,۷ و ۵۸,۴ درصد در سال ۱۴۰۱ به ۵۵,۸ و ۶۰,۱ درصد در سال ۱۴۰۲ رسیده است. با توجه به نقش عوامل مختلف در افزایش این شاخص‌ها، بکارگیری راهکارهای جامع مطابق با دستورالعمل اجرایی برنامه ترویج زایمان طبیعی برای ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان در کشور ضروری است.

در سال ۱۴۰۲، تعداد کل مراجعین اورژانسهای کشور، ۱۷,۷ درصد نسبت به سال قبل افزایش یافته است. میزان تعیین تکلیف بیماران در زیر ۶ ساعت و خروج ظرف ۱۲ ساعت از اورژانس افزایش یافته است. میزان ترک با مسئولیت شخصی از بخش اورژانس کاهش یافته است. میزان احیاء موفق بیماران در بدو ورود به اورژانس نیز بهبود یافته است.

جهت بررسی علل و عوامل مطرح دخیل در میزان شاخصهای دسترسی و کارایی بیمارستانها، نیاز به مطالعات دقیق و جزئی در سطوح استانی و دانشگاهی می باشد. پیشنهاد می گردد محققان در زمینه نظام سلامت با بهره گیری از داده های موجود، مطالعات مناسب در جهت تدوین مداخلات طراحی نموده تا بتوان از نتایج آن در برنامه ریزی ها و سیاستگذاریهای کلان کشور بهره برد.

منابع

۱- سامانه آواب (آمار و اطلاعات بیمارستانی): در این سامانه اطلاعات ساختاری بیمارستانها، تختها، عملکرد، تعداد مراجعین، نیروی انسانی و تجهیزات بیمارستانهای کشور ثبت می شود.

۲- اطلاعات اورژانس بیمارستانی در سامانه MedCare : اطلاعات و شاخصهای اورژانس بیمارستانهای کشور به صورت فصلی در این سامانه ثبت می شود.

۳- اطلاعات ارسالی دانشگاه ها در پاسخ به نامه پایش کتبی برنامه ترویج زایمان طبیعی سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲

۴– https://worldpopulationreview.com/country-rankings/hospitals-per-capita-by-country

۵– Health at a Glance ۲۰۲۳

۶– https://rho.emro.who.int

۷– NHS hospital beds data analysis