نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره اول، خرداد ۱۳۹۷، صفحات ٥٤ تا ٦٢

شاخص‌های رصد کلان سیاست‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران

نویسندگان: حانیه‌سادات سجادی[۱]، هیوا میرزایی[۲]، نرگس تبریزچی[۳]، رضا دهنویه[۴]، حسن جولایی[۵]، سیدرضا مجدزاده[۶*]

چکیده

زمینه و هدف: نقش تعیین‌کننده سیاست‌های کلی سلامت در تعیین جهت حرکت نظام سلامت از یک سو و لزوم بررسی میزان تحقق اهداف مندرج در سیاست‌های کلی سلامت از سویی دیگر، ارزیابی این سیاست‌ها را جهت مشخص کردن مقدار پیشرفت و آگاهی از قوت‌ها و کمبودها ضروری می‌سازد. هدف از مقاله حاضر، ارائه الگوی (شاخص‌محور) ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت کشور ایران بود.

روش کار: مطالعه کیفی حاضر در سال ۱۳۹۷ برای شناسایی شاخص‌های مناسب رصد کلان سیاست‌های کلی سلامت انجام شد. برای این کار ابتدا فهرستی از شاخص‌های مناسب ارزیابی با استفاده از مرور مستندات و متون موجود شناسایی شد. سپس با توجه به معیارهای انتخاب، این فهرست محدود شد. فهرست تلخیص‌شده شاخص‌ها در نهایت با جمع‌آوری نظرات خبرگان نهایی شد.

یافته‌ها: از مجموع ۳۴۵ شاخص شناسایی‌شده در مرحله مرور گزارش‌های موجود، پس از حذف موارد تکراری، تعداد ۶۵ شاخص با توجه به معیارهای انتخاب، گزینش شدند. پس از جمع‌آوری نظرات گروه‌های تخصصی مرتبط با محتوای هر بند سیاست و اعمال اصلاحات لازم، ۵۷ شاخص جهت ارزیابی کمی پیشرفت سیاست‌های کلی سلامت به تفکیک هر بند پیشنهاد شد. در پایان با انتخاب اصلح‌ترین شاخص نهایی، ۱۳ شاخص برای ارزیابی کمی کل سیاست‌ها به صورت یک مجموعه ارائه شد.

نتیجه‌گیری: الگوی شاخص‌محور پیشنهادی می‌تواند به عنوان یک ابزار کاربردی مناسب برای نشان دادن روند پیشرفت یا پسرفت اهداف مندرج در سیاست‌ها استفاده شود. این الگو اگرچه کاستی‌هایی در شاخص‌های پیشنهادی و روش‌های ارزیابی دارد و برای تبدیل شدن به یک نمونه جامع باید بخش‌های مختلف آن تکمیل شود، ولی به نظر می‌آید نقطه مناسبی برای شروع باشد. زیرا با وجود تعیین مداخلات مهم تقویت نظام سلامت در سیاست‌های کلی سلامت، شواهدی از انجام شدن و یا نشدن این مداخلات و یا درست بودن و نبودن راهبردهای اعلام‌شده در اختیار نیست.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی نتایج و فرایند مراقبت‌های بهداشتی، سیاست بهداشت، مکانیزم‌های ارزشیابی مراقبت‌های بهداشتی

مقدمه

ترسیم چشم‌انداز مناسب برای آینده، یکی از وظایف تولیتی نظام سلامت است که به تدوین برنامه‌های منسجم کمک می‌کند (۱). چشم‌انداز مطلوب نظام سلامت، در سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای منعکس می‌شوند و مسیر حرکت نظام سلامت را تعیین می‌کنند.

۱. استادیار، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. استادیار، دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۴. دانشیار، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۵. استادیار، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۶. استاد، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
* نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر شمالی، نرسیده به بلوار کشاورز، مجتمع مراکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تهران (ساختمان گل)، پلاک ۱۵۴۷ طبقه هفتم

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

اهمیت تدوین این سیاست‌ها و برنامه‌ها به حدی است که داشتن یک سیاست ملی سلامت به‌روز که هم‌راستا با برنامه‌های کلان توسعه‌ای کشور و منطبق با نیازهای سلامتی جامعه باشد، از نشانگرهای حاکمیت خوب نظام سلامت محسوب می‌شود (۲، ۳).

سیاست‌های سلامت را می‌توان مشتمل بر مجموعه‌ای از تصمیم‌های کلی دانست که به عنوان راهنما یا چارچوب تفکر در تصمیم‌گیری (۴) برای رسیدن به اهداف سلامتی خاص در یک جامعه (۵) مورداستفاده قرار می‌گیرند. تدوین مؤثر و آگاه از شواهد سیاست‌های سلامت مستلزم برخورداری از آگاهی کامل و دانش صحیح از این است که چه اقداماتی تاکنون انجام شده، چه کارهایی هنوز اجرا نشده و چه فعالیت‌هایی می‌توانسته بهتر انجام شود (۶). داشتن این شناخت خود به انجام ارزیابی‌های دوره‌ای و منظمی نیاز دارد که به صورت هدفمند و تا حد امکان عینی، میزان پیشرفت و دستیابی به اهداف تعیین شده در سیاست‌ها را سنجیده و با ارائه تصویری از وضعیت موجود و شناسایی قوت‌ها و نقاط قابل اصلاح، اطلاعات قابل استفاده برای بازنگری و یا تجدیدنظر در سیاست‌ها را فراهم آورد. ارزیابی و سنجش اثربخشی سیاست‌ها نه تنها از این جهت که باعث بهبود سیاست‌گذاری در آینده می‌شود، بلکه بدان جهت که قادر است شواهدی برای پاسخگویی مناسب نظام سلامت ارائه دهد، اقدامی مفید و کاربردی است(۷) و توجه بسیاری از پژوهشگران را برای مطالعه درخصوص ارزیابی و پایش سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف کلان و خرد به خود جلب کرده است(۱۳-۸).

با توجه به ساختار حاکمیتی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، تکلیف کلی بخش سلامت در متن قانون اساسی مشخص شده و براساس آن تأمین نیازهای سلامتی مردم به عنوان حقی همگانی بر عهده دولت گذاشته شده است (۱۴). با مبنا قرار دادن این اصل قانونی، مسیر حرکت نظام سلامت به صورت عملیاتی و براساس نیازهای موجود در قالب برنامه‌های پنج ساله توسعه‌ای کشور ترسیم می‌شود. این برنامه‌های بلندمدت در حقیقت ابزارهایی برای ترسیم افق‌های آینده هستند تا با اجرایی کردن گام به گام آن‌ها، بتوان به اهداف تعیین شده در هر مرحله جامه عمل پوشاند (۱۵). با توجه به مواد قانونی مندرج در هر یک از این برنامه‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت در هر دوره برنامه خود را تهیه و مبنای عمل قرار می‌دهد. در سال ۱۳۸۴ با توجه به نیازی که برای ایجاد انگیزه و روحیه بیشتر جهت تحقق اهداف توسعه‌ای در کشور احساس می‌شود، سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ که در آن برخورداری از سلامت و رفاه کامل یکی از ویژگی‌های جامعه ایران در ۱۴۰۴ بود، منتشر شد (۱۶). دستیابی به چشم‌انداز ترسیم‌شده در این سند، یکی از مهم‌ترین اصولی بود که در تدوین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه بعدی مدنظر قرار داده شد. از آنجا که برای تدوین این برنامه‌های توسعه نیاز به تعیین چارچوب‌های کلی تصمیم‌گیری و تعیین جهت‌گیری‌های اصلی در بخش‌های مختلف جامعه بود، در سال ۱۳۹۳ سیاست‌های کلی سلامت برای اولین بار تهیه و ابلاغ شد.

تدوین و ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت، به استناد بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی توسط مقام معظم رهبری انجام گرفت. این سیاست‌ها مشتمل بر ۱۴ بند است و در آن تلاش شد با توجه به وضعیت کشور در حوزه سلامت، تمامی جنبه‌های موردنیاز برای تقویت نظام سلامت کشور پوشش داده شود. ابلاغ این سیاست‌ها به سبب تأمین پشتوانه قانونی و حمایت سیاسی کلان کشور و نیز برقراری هماهنگی بین حوزه‌های مختلف سلامت، نقش مهمی در ایجاد تغییرات مورد نیاز نظام سلامت و پیشبرد اهداف آن دارد. به همین دلیل اجرایی کردن آن از سوی مسئولان نظام سلامت ضروری می‌باشد. مروری بر تغییرات و تحولات نظام سلامت کشور بعد از ابلاغ این سند نشان می‌دهد سیاست‌گذاران و مدیران سلامت تلاش کردند برنامه‌های اصلاحی خود را در راستای اجرایی شدن همین سیاست‌ها تدوین نمایند (۱۷). اما اینکه تا چه حد اعمال این برنامه‌های اصلاحی توانسته به پیشبرد اهداف تعیین شده در سیاست‌ها کمک کند، سؤالی است که مطالعات موجود پاسخ روشنی برای آن ارائه نکرده‌اند (۱۸).

نقش تعیین‌کننده سیاست‌های کلی سلامت در تعیین جهت حرکت نظام سلامت از یک‌سو و لزوم بررسی میزان تحقق اهداف مندرج در سیاست‌های کلی سلامت از سویی دیگر، ارزیابی این سیاست‌ها را جهت مشخص کردن مقدار پیشرفت و آگاهی از قوت‌ها و کمبودها ضروری می‌سازد. برای انجام این ارزیابی،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

شناسایی و انتخاب شاخص‌های کمی مناسب مهم‌ترین اقدامی است که باید صورت پذیرد (۱۹). هدف از مقاله‌ی حاضر که بخشی از یک مطالعه بزرگتر است، ارائه الگوی (شاخص‌محور) ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت بود. به‌نظر می‌رسد ارائه الگوی مبتنی بر شاخص، ابزار گویایی برای نشان دادن روند پیشرفت یا پسرفت اهداف مندرج در سیاست‌ها باشد و بتواند با ارائه تصویری از وضعیت موجود، علاوه بر در اختیار قرار دادن شواهد خوبی برای تصمیم‌گیری‌ها بعدی سیاست‌گذاران، بازخورد مناسبی از عملکرد بخش سلامت به دولتمردان و جامعه دهد.

روش کار

مطالعه کیفی حاضر در سال ۱۳۹۷ انجام شد. به این‌ترتیب که شاخص‌های مناسب برای رصد کلان سیاست‌های کلی سلامت با استفاده از مرور مستندات و متون موجود شناسایی شد. سپس با توجه به معیارهای انتخاب مطالعه شاخص‌های مناسب ارزیابی به تفکیک هر بند گزینش شدند. این فهرست در مرحله بعدی با کسب نظرات گروه‌های تخصصی مرتبط با موضوع هر بند سیاست، تعدیل شد. در نهایت نیز با توجه به ضرورت رصد سیاست‌ها به صورت یک کل (و نه به تفکیک بند)، فهرست تعدیل‌شده مرحله قبل با انتخاب اصلح‌ترین شاخص نهایی تلخیص شد. برای این‌کار ابتدا با بررسی نتایج گزارش تدوین پروتکل اجرایی گردآوری داده‌های موردنیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای دیده‌بانی سیاست‌های کلان سلامت (۱۹) و مجموعه گزارش‌های تحلیل سیاست‌های کلی سلامت فرهنگستان علوم پزشکی (۲۰) فهرست همه شاخص‌های پیشنهادی برای ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت به تفکیک هر بند استخراج شد. سپس با توجه به معیارهایی که توسط تیم پژوهش برای انتخاب مناسب‌ترین شاخص‌ها از این فهرست پیشنهاد شده بود، تعداد محدودی از شاخص‌ها برگزیده شد. این معیارها عبارتند از: ۱) تناسب داشتن با مفاهیم اصلی مندرج در هر یک از بندهای سیاست‌های کلی؛ ۲) قرار داشتن در گروه شاخص‌های سنجش پیامدهای نهایی؛ ۳) امکان دسترسی به مقادیر واقعی شاخص با توجه به مکانیسم‌های کنونی جمع‌آوری داده‌ها در کشور (به عبارتی عدم نیاز به طراحی نظام جمع‌آوری داده)؛ ۴) الزام و تعهد به گزارش‌دهی آن‌ها به مجامع بین‌المللی؛ ۵) وجود مقادیر واقعی داده برای شاخص در سطح بین‌المللی و یا در طول زمان در سطح ملی (برای اهداف مقایسه وضعیت)؛ ۶) انتخاب شاخص مناسب‌تر (اصلح) برای محدودسازی تعداد نهایی شاخص‌ها؛ ۷) ارائه شاخص‌های جدید تنها برای مفاهیمی که نتوان برای آن‌ها شاخصی در سطح بین‌المللی یافت و یا در زمان انجام مطالعه نظامی برای جمع‌آوری آن‌ها وجود نداشته باشد. فهرست تلخیص‌شده شاخص‌ها در نهایت با جمع‌آوری نظرات خبرگان نهایی شد. نظرخواهی در مورد کفایت و تناسب شاخص‌های منتخب، با ارسال فهرست شاخص‌ها به آدرس پست الکترونیکی افراد، دریافت پاسخ کتبی در مدت دو هفته و برگزاری یک جلسه حضوری به مدت سه ساعت برای دستیابی به اجماع نهایی انجام گرفت.

این مطالعه، بخشی از مطالعه‌های تبیین سیاست‌های کلی سلامت است که به سفارش هیأت رئیسه فرهنگستان علوم پزشکی کشور و مصوب شورای علمی این فرهنگستان انجام شده است.

یافته‌ها

از مجموع ۳۴۵ شاخص شناسایی‌شده در مرحله مرور گزارش‌های موجود، پس از حذف موارد تکراری، تعداد ۶۵ شاخص با توجه به معیارهای انتخاب، گزینش شدند (ستون دوم جدول ۱). پس از جمع‌آوری نظرات گروه‌های تخصصی در خصوص حذف، اضافه و اصلاح موارد پیشنهادی، تعداد شاخص‌ها به تفکیک هر یک از بندهای سیاست به ۵۷ مورد تغییر یافت (ستون سوم جدول ۱). در نهایت نیز با انتخاب اصلح‌ترین شاخص نهایی برای کل سیاست‌ها تعداد ۱۳ شاخص جهت ارزیابی کمی پیشرفت سیاست‌های کلی سلامت انتخاب شد (جعبه ۱). لازم به ذکر است با توجه به مفاهیم مندرج در بند سیزدهم این سند، ارائه شاخص‌های مناسب برای رصد آن مستلزم تعریف و تبیین شاخص‌های جدیدی بود. این شاخص-ها نیز بعد از بررسی محتوای بند پیشنهاد و مراحل کسب نظر خبرگان و تلخیص را طی کرد. متاداده‌های مربوط به این شاخص‌ها توسط تیم مطالعاتی و با توجه به دستورالعمل‌های بین‌المللی موجود و ویژگی‌های نظام‌های اطلاعاتی کشور تهیه شد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

جدول ۱ ـ شاخص‌های پیشنهادی برای ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت به تفکیک بند

بند	منتخب بر اساس ملاک‌های انتخاب مطالعه	موردتایید توسط گروه‌های تخصصی
۱	– سطح سواد سلامت مردم – سطح سلامت معنوی جامعه – میزان پاسخگویی/رضایت نظام سلامت	– سطح سواد (حقوقی) سلامت مردم – سطح سلامت معنوی جامعه – میزان پاسخگویی/رضایت نظام سلامت – میزان رعایت آداب و اخلاق حرفه‌ای
۲	– امید زندگی – احتمال مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به علت بیماری قلب و عروق، سرطان، دیابت و یا بیماری مزمن تنفسی – مرگ از سوانح و حوادث ترافیکی – مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا – قرار گرفتن گزارش پیشرفت سیاست‌های کلی سلامت در دسترسی عمومی – کامل بودن گزارش ارائه شده توسط مراکز ارائه خدمات – کامل بودن ثبت وقایع حیاتی تولد و مرگ (به تفکیک علت) در کشور	– امید زندگی – احتمال مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به علت بیماری قلب و عروق، سرطان، دیابت و یا بیماری مزمن تنفسی – مرگ از سوانح و حوادث ترافیکی – مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا – قرار گرفتن گزارش پیشرفت سیاست‌های کلی سلامت در دسترسی عمومی – کامل بودن گزارش ارائه شده توسط مراکز ارائه خدمات – کامل بودن ثبت وقایع حیاتی تولد و مرگ (به تفکیک علت) در کشور
۳	– مرگ و میر ناشی از نزاع/خشونت – درصدی از جمعیت بزرگسال ۱۸ ساله و بالاتر، که در ۱۲ ماه گذشته در معرض خطر خشونت قرار گرفته‌اند. – درصد بزرگسالان جوان سن ۲۹-۱۸ سال که تجربه خشونت جنسی را قبل از سن ۱۸ سال داشتند. – میزان خودکشی – شیوع افسردگی و یا اختلالات روان در کشور – نسبت زنان و دختران (۴۹-۱۵ ساله) که از ۱۲ ماه گذشته تاکنون مورد آزار و اذیت جنسی یا فیزیکی توسط نزدیکان خود قرار گرفته‌اند. – نسبت زنان و دخترانی (۴۹-۱۵ ساله) که پس از ۱۵ سالگی مورد آزار و اذیت جنسی توسط افرادی غیر از نزدیکان خود قرار گرفته‌اند. – نسبت طلاق ثبت شده به ازدواج – سرمایه اجتماعی در کشور	– مرگ و میر ناشی از نزاع/خشونت – درصدی از جمعیت بزرگسال ۱۸ ساله و بالاتر، که در ۱۲ ماه گذشته در معرض خطر خشونت قرارگرفته‌اند. – درصد بزرگسالان جوان سن ۲۹-۱۸ سال که تجربه خشونت جنسی را قبل از سن ۱۸ سال داشتند. – میزان خودکشی – شیوع افسردگی و یا اختلالات روان در کشور – نسبت زنان و دختران (۴۹-۱۵ ساله) که از ۱۲ ماه گذشته تاکنون مورد آزار و اذیت جنسی یا فیزیکی توسط نزدیکان خود قرار گرفته‌اند. – نسبت زنان و دخترانی (۴۹-۱۵ ساله) که پس از ۱۵ سالگی مورد آزار و اذیت جنسی یا فیزیکی توسط نزدیکان خود قرار گرفته‌اند. – نسبت طلاق ثبت شده به ازدواج – سرمایه اجتماعی در کشور
۴	– سهم فروش کارخانه‌های جمهوری اسلامی ایران از کل داد و ستد مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی کشور و در سطح بین‌المللی – در دسترس بودن داروها و تجهیزات ضروری پزشکی	– سهم بازار جهانی کارخانه‌های جمهوری اسلامی ایران از کل داد و ستد مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی کشور و در سطح بین‌المللی – میزان وابستگی محصولات پیشگفت و روند واردات آن
۵	– نسبت میزان تجویز دارو بر اساس نام غیرژنریک (با تعریف ارائه شده) به کل اقلام تجویز شده – نسبت میزان واردات فرآورده‌های دارویی دارای مشابه (دلار/ ریال) – نسبت میزان صادرات دارویی به واردات دارویی (درصد) – هزینه‌های کل سلامت کشور	– نسبت میزان تجویز دارو براساس نام غیرژنریک (با تعریف ارائه شده) به کل اقلام تجویز شده – نسبت میزان واردات فرآورده‌های دارویی دارای مشابه (دلار/ ریال) – نسبت میزان صادرات دارویی به واردات دارویی (درصد) – هزینه‌های کل سلامت کشور
۶	– مصرف کم میوه و سبزیجات – جمعیت بهره‌مند از آب آشامیدنی بهسازی شده – فراوانی جمعیت همراه با عدم امنیت غذایی متوسط یا شدید، براساس مقیاس تجربه ناامنی غذایی – مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا* – شیوع فعالیت بدنی ناکافی در نوجوانان (۱۸-۱۳ سال) – شیوع اضافه وزن و چاقی بچه‌های زیر ۵ سال، افراد ۱۳ الی ۱۸ سال و بالاتر به تفکیک – جمعیت شهری که در معرض آلودگی هوا قرار دارند	– میزان مصرف میوه و سبزیجات – جمعیت بهره‌مند از آب آشامیدنی بهسازی شده – فراوانی جمعیت همراه با عدم امنیت غذایی متوسط یا شدید، براساس مقیاس تجربه ناامنی غذایی – مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا* – شیوع فعالیت بدنی ناکافی در نوجوانان (۱۸-۱۳ سال) – شیوع اضافه وزن و چاقی بچه‌های زیر ۵ سال، افراد ۱۳ الی ۱۸ سال و بالاتر به تفکیک – جمعیت شهری که در معرض آلودگی هوا قرار دارند

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

ادامه جدول ۱ ـ شاخص‌های پیشنهادی برای ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت به تفکیک بند

بند	منتخب براساس ملاک‌های انتخاب مطالعه	موردتایید توسط گروه‌های تخصصی
۷	– میزان مشارکت صاحبان فرایند در تعیین سیاست‌های کلان نظام سلامت – وجود برنامه جامع راهبردی بخش سلامت – سهم کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی – میزان بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات سلامت – وجود منشور اخلاق در سیاست‌گذاری سلامت – میزان طرح‌های تحقیقاتی HSR نسبت به کل طرح‌ها	– سهم کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی – اندازه نابرابری (اقتصادی، محل زندگی (شهر روستا و شهرستان) و جنسیتی) در بهره‌مندی از خدمات (بستری و سرپایی) سلامت – میزان پاسخگویی نظام سلامت* – نسبت مالی طرح‌های تحقیقاتی HSR نسبت به کل طرح‌های پژوهشی سلامت
۸	– میزان مرگ و میر حول و حوش عمل‌های جراحی – میزان عفونت زخم جراحی – نسبت جانبازان و معلولان تحت پوشش برنامه جامع مراقبتی و حمایتی کشور – نسبت سزارین در زایمان نخست در کشور – امید زندگی به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی	– میزان مرگ و میر حول و حوش عمل‌های جراحی – میزان عفونت زخم جراحی – نسبت جانبازان و معلولان تحت پوشش برنامه جامع مراقبتی و حمایتی کشور – نسبت سزارین در زایمان نخست در کشور – امید زندگی به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی
۹	– امید زندگی به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی (برای برآورد عدالت در سلامت) * – امید زندگی در کشور به هزینه‌های سلامت بخش عمومی – نسبت خانوارهای دچار هزینه‌های فقرزا و کمرشکن به تفکیک و به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی	– امید زندگی به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی (برای برآورد عدالت در سلامت) * – امید زندگی در کشور به هزینه‌های سلامت بخش عمومی – نسبت خانوارهای دچار هزینه‌های فقرزا و کمرشکن به تفکیک و به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی
۱۰	– نسبت بودجه تأمین‌شده از محل عوارض اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت به کل بودجه عمومی دولت – سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت – سهم سلامت از هزینه‌های عمومی دولت – سهم کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی* – سهم منابع بیمه‌ای از هزینه‌های کل سلامت	– نسبت هزینه‌های کل سلامت که از طریق عوارض بر اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و هدفمندی یارانه‌ها تأمین شده باشد – سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت – سهم سلامت از هزینه‌های عمومی دولت – سهم کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص ملی* یا سرانه کل مخارج سلامت براساس برابری قدرت خرید/PPP – سهم بیمه اجتماعی از کل مخارج سلامت – سهم بیمه‌های خصوصی از کل مخارج سلامت – جمعیت تحت پوشش که در صندوق‌های انباشت ریسک ادغام یافته عضویت دارند
۱۱	– سطح سواد سلامت مردم*	– سطح سواد سلامت مردم*
۱۲	– بار مراجعه مردم به ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی – سهم فرآورده‌های طب سنتی از هزینه‌های کلی سلامت	– بار مراجعه مردم به ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی – سهم فرآورده‌های طب سنتی از هزینه‌های کلی سلامت
۱۳	– ارزیابی کلان آموزش پزشکی – میزان توسعه هدفمند آموزش پزشکی – سلامت‌محوری در آموزش پزشکی – پاسخگویی در آموزش پزشکی – عملکرد عادلانه و عدالت آموزشی – ارتقای منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت – شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی سلامت – تعهد اخلاقی و حرفه‌ای – توسعه نیازمحور آموزش عالی سلامت – تناسب مهارت‌ها و شایستگی‌های حرفه‌ای دانش‌آموختگان با نیاز مناطق کشور – ارزیابی کلان آموزش پزشکی در دوره ۳۰ ساله ادغام – ارزیابی و رصد کلان نظام آموزش عالی سلامت	– نسبت پزشک، داروساز، دندانپزشک، پرستار، ماما و کل ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به جمعیت و نیز توزیع آن‌ها در شهرستان‌های کشور – میانگین و انحراف معیار امتیاز شاخص حاکمیتی "عملکرد سالیانه دانشگاه‌های علوم پزشکی منطبق بر برنامه بلندمدت" استخراج شده از ارزیابی راد** – میانگین و انحراف معیار امتیاز شاخص رفتار و منش حرفه‌ای (کسب شده از سامانه راد برای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور) – میانگین و انحراف معیار امتیاز برنامه جذب اعضای هیأت علمی کسب شده از سامانه راد – میزان پاسخگویی نظام سلامت*
۱۴	– اعتبار جذب شده از فروش خدمات و محصولات علوم پزشکی – رتبه ایران در استنادات به مطالب منتشره شده در سطح دنیا – سهم هزینه‌های تحقیقات R&D سلامت از تولید ناخالص داخلی	– نسبت درآمد حاصل از فروش محصولات و خدمات دانش‌بنیان سلامت به واردات – رتبه ایران در استنادات به مطالب منتشره شده در سطح دنیا – سهم هزینه‌های تحقیقات R&D سلامت از تولید ناخالص داخلی

* شاخص‌ها، تکراری هستند.

** راد: معیارها و شاخص‌های رتبه‌بندی آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

جعبه ۱ ـ شاخص‌های پیشنهادی برای ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت بر اساس جهت‌گیری سیاست‌ها

۱. امید زندگی و نسبت آن به کل هزینه‌های سلامت (شاخص کارایی)
۲. سطح سواد سلامت مردم
۳. شیوع افسردگی
۴. سطح سلامت معنوی جامعه
۵. نسبت طلاق ثبت شده به ازدواج
۶. فراوانی جمعیت همراه با عدم امنیت غذایی متوسط یا شدید، بر اساس مقیاس تجربه ناامنی غذایی
۷. مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا
۸. میزان پاسخگویی/رضایت نظام سلامت
۹. نسبت خانوارهای دچار هزینه‌های کمرشکن به تفکیک و به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی
۱۰. نسبت بودجه تأمین‌شده از محل عوارض اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت به کل بودجه عمومی دولت
۱۱. میانگین و انحراف معیار امتیاز شاخص رفتار و منش حرفه‌ای (کسب شده از سامانه راد برای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور)
۱۲. نسبت میزان صادرات دارویی به واردات دارویی (درصد)
۱۳. نسبت درآمد حاصل از فروش محصولات و خدمات دانش‌بنیان سلامت به واردات

بحث و نتیجه‌گیری

داشتن چشم‌انداز و تعیین شیوه تحقق آن که معمولاً در سیاست‌ها و برنامه‌های ملی منعکس می‌شود، از ویژگی‌های حکمرانی خوب نظام سلامت است(۲۱). بنابراین سیاست‌گذاران سلامت همواره تلاش دارند با توجه به نیازهای سلامت جامعه و امکانات خود، چشم‌انداز مطلوب را ترسیم و متناسب با آن سیاست‌های و برنامه‌های سلامت را تدوین کنند. تدوین سیاست-های کلی سلامت در راستای عملیاتی نمودن چشم‌انداز بیست ساله کشور نمونه‌ای از این تلاش‌هاست. این تلاش‌ها اگرچه برای جهت‌دهی به حرکت در مسیر تقویت نظام سلامت و ارتقای عملکرد آن لازم است، اما تا زمانی که چشم‌انداز در عمل تحقق نیابد نمی‌توان انتظار بهبود و تغییری در نظام سلامت را داشت. بی‌توجهی یا کم‌توجهی به تحقق چشم‌انداز یکی از شایع‌ترین دلایلی است که باعث می‌شود بسیاری از سیاست‌ها و برنامه‌های راهبردی، کاربردی در حد نوشته باقی بمانند(۲۲). تحقق چشم‌انداز و رسیدن به وضعیت مطلوب ترسیم‌شده در آن، به‌ویژه در درازمدت، اقدامی پیچیده و دشوار است. از این رو توصیه می-شود در کنار هدف‌گذاری برای آینده، آگاهی از مقدار پیشرفت بازیگران مختلف در دستیابی به این اهداف و اطلاع از چالش‌ها و موانع اجرا مدنظر قرار گیرد. این آگاهی و اطلاع در نتیجه وجود نظامی جامع ارزیابی حاصل می‌شود(۲۳). موضوعی که به‌نظر می‌رسد با گذشت چهارسال از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت کمتر به آن پرداخته شده است. این مطالعه با هدف پر کردن این شکاف و ارائه چارچوبی برای ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت انجام شد.

یافته‌های این مطالعه برای پاسخ به یکی از پرسش‌های مهم نظام ارزیابی (چه چیزی باید سنجیده شود) (۲۴)، ۱۳ شاخص را معرفی کرد که می‌تواند به صورت کلی وضعیت کشور را در زمینه اجرای سیاست‌های کلی سلامت نشان دهد. شاخص‌های پیشنهادی چند ویژگی دارند. اول اینکه آن‌ها از جنس شاخص-های پیامد و یا تأثیر هستند؛ زیرا هدف از ارزیابی، قضاوت در مورد تحقق چشم‌انداز از طریق تعیین میزان پیشرفت اجرای سیاست‌ها در مقاطع زمانی مشخص (مثلاً قبل و بعد از ابلاغ سیاست‌ها) و نه پایش مداوم اقدامات و مداخلات است. از آنجا که این پیشرفت در کوتاه‌مدت قابل شناسایی نیست و استفاده از شاخص‌های درون‌دادی، فرایندی یا خروجی نمی‌تواند شواهد خوبی برای قضاوت در اختیار قرار دهد، بنابراین شاخص‌هایی انتخاب شد که تغییرات را در مدت زمان طولانی‌تر نشان می‌دهند. دوم اینکه تعداد شاخص‌ها محدود است؛ زیرا نتایج ارزیابی، برای استفاده در سطح کلان سیاست‌گذاری است. بدون شک در صورت انتخاب سطوح میانی و خرد عملیاتی، تعداد بیشتری شاخص برای آگاهی از سنجش وضعیت و یا ریشه‌یابی انحراف وضعیت در سطح کلان، قابل ارائه می‌باشد. سوم اینکه شاخص‌ها، به جز در موارد محدود، شاخص‌های بین‌المللی هستند

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

که ضمن سادگی محاسبه، اعتبار و دقت لازم را دارند. این ویژگی امکان مقایسه کشور در سطح –بین‌الملل و تعیین جایگاه آن را فراهم می‌آورد و آموزه‌هایی برای الگوبرداری از تجارب موفق دنیا به همراه دارد. شاخص‌های محدودی که در سطح بین‌المللی مشابهی ندارد، مربوط به آن دسته از مفاهیمی هستند که در نتیجه برخی ارزش‌های اجتماعی کشور (۲۸-۲۵)، به‌عنوان اولویت برای تحقق چشم‌انداز پیشرفت و توسعه کشور در نظر گرفته شده است. به عنوان نمونه می‌توان به مفهوم رعایت ارزش-های اسلامی ایرانی اشاره داشت که در بند ۱ و ۱۳ سیاست‌ها آمده و یافتن شاخص جهانی برای این مفهوم دشوار است.

با توجه به ویژگی‌های گفته شده، می‌توان اذعان کرد فهرست پیشنهادی به صورت کاربردی و عملی قادر است سیاست‌های کلی سلامت را ارزیابی نماید. اما نمی‌توان مدعی شد فهرست جامع و کامل بوده و می‌تواند همه ابعاد پیشرفت و توسعه را در سطح کلان نشان دهد. این نقطه ضعف نباید مانعی برای شروع ارزیابی باشد. بلکه بهتر است با همین فهرست اولیه ارزیابی انجام گیرد و ضمن تلاش برای رفع کاستی‌های آن، اقدام به تهیه فهرست جامعی از شاخص‌ها، متناسب با مفاهیم مندرج در سیاست‌ها و پوشش‌دهنده همه ابعاد رشد و پیشرفت کشور، نمود و تسهیلگر ارتقا و تکامل این نظام در طول زمان شد.

بخش دیگری از یافته‌های مطالعه (متاداده‌ها)، شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌های مربوط به شاخص‌های پیشنهادی را نشان داد. تعیین منابع جمع‌آوری، تناوب جمع‌آوری و روش جمع‌آوری داده‌ها از الزامات طراحی نظام‌های ارزیابی است (۲۴). منابع درنظر گرفته شده برای شاخص‌های پیشنهادی در این مطالعه شامل نظام‌های معمول اطلاعات سلامت کشور، پیمایش‌ها و سرشماری‌های ملی بود. در خصوص آن دسته از شاخص‌های پیشنهادی که روش گردآوری آن در زمان انجام مطالعه مشخص نیست، پیشنهاد می‌شود شیوه گردآوری به نحوی باشد که از یکی از منابع فوق بتوان اقدام به جمع‌آوری و گزارش‌دهی آن کرد. به نظر می‌رسد مبنا قرار دادن این منابع، علاوه بر اینکه زمان دسترسی به داده‌ها را کوتاه‌تر می‌سازد، می‌تواند به جای موازی‌کاری و پراکنده‌کاری در زمینه تولید داده‌های موردنیاز برای اهداف سیاست‌گذاری، همه امکانات کشور را برای تقویت منابع کنونی تولید داده‌های سلامت بسیج نماید و با بهبود نظام-های اطلاعاتی به ارتقای عملکرد نظام سلامت کمک کند (۲۹، ۳۰). تناوب جمع‌آوری داده‌های شاخص‌های پیشنهادی با توجه به نیازی که برای آن ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت انجام می‌شود، فواصل زمانی بلندمدت درنظرگرفته شد. با این انتخاب بهتر و مطمئن‌تر می‌توان قضاوت کرد که اولاً آیا راهبردهای مناسبی برای تحقق چشم‌انداز بیست‌ساله کشور انتخاب شده، و ثانیاً آیا راهبردهای انتخابی به درستی در مسیر حرکت تعیین‌شده، اجرا شده یا در حال اجرا هستند (۳۱). روش جمع-آوری داده‌های موردنیاز نیز روش‌های عینی و قابل سنجش کمی برگزیده شد تا بتوان در مدت زمان کوتاه‌تری، دسترسی به داده‌های بیشتری برای قضاوت را فراهم کرد. البته استفاده از روش‌های کمی فرصت بهره‌گیری از داده‌های غنی‌تر و دست اول‌تر را خواهد گرفت (۳۲). به همین دلیل توصیه می‌شود در مراحل بعدی تکمیل نظام جامع ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت، استفاده از روش‌های کیفی نیز برای قضاوت در مورد میزان پیشرفت مدنظر قرار گیرد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد الگوی شاخص‌محور پیشنهادی در این مطالعه می‌تواند به عنوان یک ابزار کاربردی مناسب برای نشان دادن روند پیشرفت یا پسرفت اهداف مندرج در سیاست‌ها استفاده شود و تصویری از وضعیت تحقق چشم‌انداز بیست‌ساله کشور در حوزه سلامت در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهد. این الگو اگرچه کاستی‌هایی در شاخص‌های پیشنهادی و روش‌های ارزیابی دارد و برای تبدیل شدن به یک نمونه جامع باید بخش‌های مختلف آن تکمیل شود، ولی به نظر می‌آید نقطه مناسبی برای شروع باشد. زیرا با وجود تعیین مداخلات مهم تقویت نظام سلامت در سیاستهای کلی سلامت، اطلاعی از انجام شدن و یا نشدن این مداخلات و یا درست بودن و نبودن راهبردهای اعلام‌شده در اختیار نیست. بدون داشتن این اطلاع نیز نمی‌توان مشخص کرد چه اقدامات تکمیلی و اصلاحی دیگری باید انجام گیرد تا نظام سلامت کشور مسیر تعالی خود را به‌درستی طی کند. بنابراین در مقطع زمانی حساس کنونی که نظام سلامت ما نیازمند اتخاذ تصمیم‌های مهمی است (۳۳)، تعلل در انجام ارزیابی جهت تهیه فهرست جامع‌تر شاخص و یا تکمیل

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

نظام ارزیابی پسندیده نیست. پیشنهاد می‌شود با استفاده از همین چارچوب ارزیابی را انجام داد و به تدریج با تقویت نظام اطلاعاتی سلامت کشور، الگوی کامل‌تری برای ارزیابی طراحی و مبنای عمل قرار داد.

تقدیر و تشکر

در تهیه مقاله حاضر از مطالعات انجام شده به سفارش و حمایت مالی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران استفاده شد که توسط مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی سراسر کشور انجام گرفت. بدین‌وسیله از زحمات تمامی پژوهشگرانی که در مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو پاستور ایران، مرکز تحقیقات اقتصاد داروی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مؤسسه عالی پژوهش‌های تأمین اجتماعی، گروه منابع مالی و روش‌های پرداخت در نظام سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمان بیمه سلامت ایران، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب دانشگاه علوم پزشکی فارس و معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری در تهیه و تدوین این مطالعات ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

Assessment of Health Policy Parameters and Indices of the Islamic Republic of Iran

Hanieh Sadat Sajadi, Hiva Mirzaei , Narges Tabrizchi, Reza Dehnavieh, Hassan Joulaei, S.Reza Majdzadeh*.

* Professor, Knowledge Utilization Research Center, Community Based Participatory Research Center, School of Public Health Tehran University of Medical Sciences,Fellow of Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and aim: Assessment of general healthcare policies and appraisal of the role and effectiveness of these policies as well as their strengths and weaknesses are important. The aim of this study was to present a model to assess the parameters of the general healthcare policy of Iran.

Method: This qualitative study was undertaken in 2018 to identify appropriate parameters by which to assess the general Healthcare policies. To this end first a list of appropriate assessment indicies were identified via review of the literature at hand. Then with consideration of the selection criteria the list was truncated. Ultimately, the relevant parameters were selected.

Results: A total of 345 indices or parameters were first identified and selected; then based on the selection criteria 65 parameters were chosen. After gathering the opinions of specialists 57 parameters for quantitative assessment of Healthcare policies were chosen. In the end the final selection of the quantitative healthcare policies were presented as a group.

Conclusion: The pattern of indices and parameters proposed can function as an effective and appropriate tool used to assess advancement or deterioration of the goals listed in the current healthcare policy. Although this pattern has its weaknesses and shortcomings relative to proposed parameters and methods of assessment, it however appears to be a good place to start; because important interventions taken in Healthcare and health policy are not ascertained there is nothing at hand to show whether or not these intervention were correct or incorrect.

Keywords: Health Care Evaluation Mechanisms, Health Policy, Health Care Outcome and Process Assessment

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]

منابع

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
2. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010.
3. Pyone T, Smith H, van den Broek N. Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. Health Policy Plan 2017; 32(5): 710-22.
4. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. Health Res Policy Syst 2009; 7(1): S4.
5. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. New York: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
6. World Health Organization. WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Geneva: WHO; 2010.
7. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. CMAJ 2009; 181(3-4): 165-8.
8. Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). The Lancet 2014; 384(9960): 2164-71.
9. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: WHO; 2015.
10. Wagstaff A, Dmytraczenko T, Almeida G, Buisman L, Hoang-Vu Eozenou P, Bredenkamp C, et al. Assessing Latin America's progress toward achieving universal health coverage. Health Aff (Millwood) 2015; 34(10): 1704-12.
11. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. The Lancet 2006; 368(9550): 1920-35.
12. Ammenwerth E, Brender J, Nykänen P, Prokosch H-U, Rigby M, Talmon J. Visions and strategies to improve evaluation of health information systems: Reflections and lessons based on the HIS-EVAL workshop in Innsbruck. Int J Med Inform 2004; 73(6): 479-91.
13. Fulop N, Elston J, Hensher M, McKee M, Walters R. Lessons for health strategies in Europe: the evaluation of a national health strategy in England. Eur J Public Health 2000; 10(1): 11-7.
14. Constitution of the Islamic Republic of Iran. 1979. Available at: https://www.shora-gc.ir/en/news/87/constitution-of-the-islamic-republic-of-iran-full-text
15. Akhavan Behbahani A. A review of health policies in the national development plans. Journal of IR Iran Medical Association 2013; 31(2):105-112. [In Persian]
16. 20 year national vision. 2005. Available at: https://irandataportal.syr.edu/20-year-national-vision
17. Sajadi H, Hosseini M, Dehghani A, Khodayari R, Zandiyan H, Hosseini H. The Policy Analysis of Iran's Health Transformation Plan in Therapeutic Services. Hakim 2018; 21(2) :71-88. [In Persian]
18. General Health Policies. 2013. Available at: http://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083 [In Persian]
19. Mehrabi Y, Khosravi A, Sadeghi M, Mozafarsoltani H, E'temad K. Developing the protocol of data gatherig for observation the implmentation of Gebneral Health Policies. Tehran: IR Iran National Institute for Health Reseaech; 2017. [In Persian]
20. The series of studies to define General Health Policies in Iran. Tehran: Iranian Academy of Medical Sciences; 2016. [In Persian]
21. Lomas J. Using'linkage and exchange'to move research into policy at a Canadian foundation. Health Aff (Millwood) 2000; 19(3): 236-40.
22. Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Ahghari S. Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? Health Policy Plan 2011; 27(6): 499-504.
23. Emami Meibodi R. Comparative Analyses of Policy Evaluation Systems; Principles and Rules. Bi-Quarterly Political Knowledge 2015; 11(1): 45-68. [In Persian]
24. Habicht JP, Victora C, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Int J Epidemiol 1999; 28(1): 10-8.
25. Shams L, Akbari Sari A, Yazdani S. Values in Health Policy - A Concept Analysis. Int J Health Policy Manag 2016; 5(11): 623-630.
26. Rashidian A, Arab M, Mahdavi MV, Ashtarian K, Mostafavi H. Which Social Values Are Considered in Iranian Health System? Arch Iran Med 2018; 21(5): 199-207.
27. Rostamigooran N, Esmailzadeh H, Rajabi F, Majdzadeh R, Larijani B, Dastgerdi MV. Health system vision of Iran in 2025. Iran J Public Health 2013; 42(Supple1): 18-22.
28. Mostafavi H, Rashidian A, Arab M, Mahdavi MRV, Ashtarian K. Health Priority Setting in Iran: Evaluating Against the Social Values Framework. Glob J Health Sci 2016;8(1): 212-226.
29. Wagenaar BH, Sherr K, Fernandes Q, Wagenaar AC. Using routine health information systems for well-designed health evaluations in low-and middle-income countries. Health Policy Plan 2015; 31(1): 129-35.
30. Leon N, Brady L, Kwamie A, Daniels K. Routine Health Information System (RHIS) interventions to improve health systems management. Cochrane Database Syst Rev 2020; 8(8): CD012012.
31. Sandhu-Rojon R. Selecting Indicators for impact evaluation. Available at: https://www.ngoconnect.net/sites/default/files/resources/Selecting%20Indicators%20for%20Impact%20Evaluation.pdf
32. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. J Health Serv Res Policy 2005; 10(1_suppl): 6-20.
33. Sajadi HS, Majdzadeh R. Who Would Be the Ideal Minister to Run the Current Health System of Iran? Int J Prev Med 2017; 8: 59.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-07]