

شاخص‌های ملی و بین‌المللی حق سلامت به منظور مدیریت و سیاست‌گذاری

عباس وثوق مقدم^{۱*}، سید سه‌نند عیسی پور^۲، حسن کاکویی^۳

۱- گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده ملی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- گروه حقوق سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، تهران، ایران

۳- گروه نظارت بر مواد غذایی، سازمان غذا دارو، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

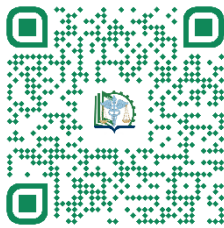
تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۰

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱

دسترسی سریع به مقاله الکترونیکی



اطلاعات نویسنده مسئول:

عباس وثوق مقدم گروه پزشکی اجتماعی،

پژوهشکده ملی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران.

ایمیل: dr.vosoghmoghadam@gmail.com

حیطه موضوعی:

حقوق، جامعه‌شناسی و علوم سیاسی در سلامت

زمینه و هدف: به منظور دنبال کردن سیاست‌های بین‌المللی مربوط به تحقق ابعاد چهارگانه حقوق بشر، از جمله حق سلامت، دولت‌ها دارای تعهدات سه‌گانه‌ای هستند که عبارتند از: تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به اجرا. همچنین، دولت‌ها مکلف به انجام اقداماتی هستند که یکی از آن‌ها ارزیابی میزان تحقق ابعاد مختلف حقوق بشر، از جمله حق سلامت می‌باشد.

روش‌ها: این مقاله با استفاده از اسناد و تفاهم نامه‌ها و اطلاعات موسسه ملی تحقیقات سلامت، کتاب‌ها و مقالات علمی تهیه گردیده است سپس به روش تحلیلی و مقایسه‌ای روش‌های کارآمد سیاست‌گذاری و مدیریت حق سلامت ارائه گردیده است.

یافته‌ها: به‌طور کلی، شاخص‌های ارزیابی به دو نوع اصلی شاخص‌های عمومی و اختصاصی تقسیم می‌شوند. همچنین، هر شاخص باید از ویژگی‌های شفافیت، دقت، جامعیت، اعتبار و مرتبط بودن با موضوع مورد ارزیابی برخوردار باشد.

نتیجه‌گیری: نگرانی‌های جدی در خصوص ارزیابی شاخص‌های کیفی، جمع‌آوری اطلاعات، همسو کردن اطلاعات از منابع مختلف و ادغام آن‌ها و همین‌طور کمبود اطلاعات، به دلیل همپوشانی و تداخل شاخص‌های ارائه شده در برخی حوزه‌های مربوط به ارزیابی حق سلامت وجود دارد. همچنین شاخص‌های ملی سلامت که در جمهوری اسلامی ایران مورد استفاده قرار گرفته‌اند ظاهراً دارای ایراداتی هستند. بنابراین با مقایسه شاخص‌های داخلی و بین‌المللی، می‌توان به یک شاخص ترکیبی که ابعاد و رویکردهای مختلف را به هم پیوند می‌دهد، دست یافت.

کلید واژه‌ها: حقوق حق های بشر، حق سلامت، ارزیابی عملکرد، شاخص‌های ارزیابی، مدیریت.

National and International indicators of the right to Health for Management and policy-making

Abbas Vosoogh-Moghaddam,^{*1} Seyed Sahand Eisapoor,² Hassan Kakuei³

1- Department of Social Medicine, National Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Health Law, Smart University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Food Supervision Group, Food and Drug Organization, Tehran, Iran

Abstract

Background and Objective: In order to pursue international policies related to the realization of the four dimensions of human rights, including the right to health, states have three obligations: the obligation to respect, the obligation to protect, and the obligation to implement. Also, states are required to take measures, one of which is to assess the extent to which different dimensions of human rights, including the right to health, are realized.

Methods: This article was prepared using documents and memoranda of understanding and information from the National Institute of Health Research, books, and scientific articles. Then, efficient methods of policy-making and management of the right to health were presented using an analytical and comparative method.

Findings: In general, evaluation indicators are divided into two main types: general and specific indicators. Also, each indicator must have the characteristics of transparency, accuracy, comprehensiveness, validity, and relevance to the subject under evaluation.

Conclusion: There are serious concerns regarding the assessment of quality indicators, data collection, harmonization of information from different sources and their integration, as well as the lack of information, due to the overlap and interference of the indicators presented in some areas related to the assessment of the right to health. Also, the national health indicators that have been used in the Islamic Republic of Iran appear to have some flaws. Therefore, by comparing domestic and international indicators, a composite index that links different dimensions and approaches can be achieved.

Keywords: Human rights, right to health, performance evaluation, evaluation indicators, management

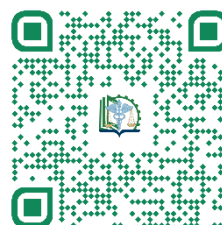
Article Info

Received: 23 June 2024

Accepted: 31 July 2024

published: 21 September 2024

Scan QR code and read the article online



Corresponding author:

Abbas

VosooghMoghaddam

Department of Social Medicine,
National Health Research Institute,
Tehran University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Email: dr.vosoghmoghaddam@gmail.com

Scope:

Social Sciences and Health



Copyright: The JLHS is an open-access journal. Non-commercial use of the articles with reference to JLHS is permitted

How to Cite This Article:

Vosoogh-Moghaddam, A., Sahand Eisapoor, S., Kakui, H. The Conformity of National and International Indicators of The Right to Health for Management and Policy Making. *Journal of Law and Health Studies*, 2024; 1(1): 91-106.

۱- مقدمه

به موجب اسناد بین‌المللی حقوق بشری، حکومت‌ها در قبال حقوق اساسی مردم خود، که تحت عنوان حقوق بشری شناخته می‌شوند، مسئول و متعهد می‌باشند. البته، به تبع آن و همچنین تعهدات ملی ناشی از انتظارات مردم، قوانین داخلی از جمله قانون اساسی کشورها نیز در همین ارتباط تنظیم شده‌اند. یکی از ابعاد حق‌های بشری، حق سلامت است که برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی، تعریف شده است. در این ارتباط، ارزیابی عملکرد از جمله ابزارهای مهم اداری و مدیریتی است که در کنار اقدامات قانونگذاری و قضائی در اسناد و موازین بین‌المللی مورد تأکید قرار گرفته و بدون آن نمی‌توان بر هیچ فرآیندی نظارت و مدیریت داشت. با استفاده از ابزار ارزیابی، می‌توان سمت و سوی حرکت یک سیستم را در جهت اهداف از پیش تعیین شده سازمانی، ملی و یا بین‌المللی مشخص نمود و میزان پیشرفت یا پسرفت آن را مشخص کرد.^۱ علاوه بر این، به موجب گزارش سازمان توسعه جهانی، وابسته به سازمان ملل، سلامت نقش مهمی در توسعه و پیشرفت جوامع دارد، زیرا در زمره ارکان حق‌های اجتماعی قرار می‌گیرد که بر رفاه و آسایش بشر تاثیرگذار می‌باشد، چرا که نابرابری در سلامت به معنای نابرابری در رفاه و آسایش بشر می‌باشد. به همین خاطر است که در برنامه‌های مختلف توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سطوح مختلف ملی و بین‌المللی، مقوله سلامت باید به درستی لحاظ شود.^۲ از آنجا که توجه به حق‌های بشری به‌طور روزافزون بیشتر می‌شود، امروزه بیش از هر زمانی به شاخص‌های کمی و کیفی برای نظارت و ارزیابی میزان تحقق این حقوق، نیاز می‌باشد.^۳ در ایران، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید، ترویج و به‌کارگیری شواهد علمی مورد نیاز سیاست‌گذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است. این موسسه با استفاده از توان علمی کشور و نیز به‌کارگیری ظرفیت‌های بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه نموده و در صورت اجرای آن‌ها به ارزیابی و پایش مداخلات می‌پردازد.

۲- پیشینه پژوهش

اعلامیه جهانی حقوق بشر، ۶۰ سال پیش، پایه‌های حق دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامت را پایه‌گذاری کرد.^۴ این اعلامیه پایه و اساس منشور بین‌المللی حقوق بشر را فراهم می‌کند و طیف گسترده‌ای از بخش‌ها و ارتباط مستقیم و نزدیک با پزشکی، بهداشت عمومی و تقویت سیستم‌های بهداشتی دارد.^۵ از جمله مهم‌ترین این مؤلفه‌ها برای نظام‌های سلامت می‌توان به میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ICESCR) و کنوانسیون حقوق کودک (CRC) اشاره کرد که برای کشورهایی که آن‌ها را تصویب کرده‌اند، الزام‌آور است.^{۶،۷} حق هر کس برای برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی که گاهی اوقات به عنوان حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت یا حق سلامت شناخته می‌شود، بخش جدایی‌ناپذیر از هر دوی این معاهدات بین‌المللی است.^۸ در سال‌های اخیر، سیاست‌گذاران ملی و بین‌المللی، دادگاه‌ها، سازمان‌های غیردولتی و سایر ذینفعان ویژگی‌های حق دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامت را پذیرفته و به کار گرفته‌اند. در بازنگری سازمان بهداشت اوگاندا در مورد خط مشی بهداشتی خود به صراحت از تحلیل حق بر سلامتی استفاده می‌کند، همانطور که سازمان جهانی بهداشت، برای مثال، در انتشارات خود در مورد حقوق بشر، از کلمه سلامت و کاهش فقر استفاده می‌کند.^۹ دادگاه‌ها نیز به صراحت در تصمیمات خود بر حق سلامت تکیه می‌کنند که در یک حکم تاریخی دادگاه کلمبیا براساس درک دقیق حق بر سلامت، عملاً دستور تجدید ساختار مرحله‌ای نظام سلامت کشور را از طریق فرآیندی مشارکتی و شفاف براساس اطلاعات اپیدمیولوژیک کنونی صادر کرده است.^{۱۰} محتوای این حقوق اساسی بشر اکنون به اندازه کافی درک شده است که به شیوه‌ای عملیاتی، سیستماتیک و پایدار قابل اعمال است. در قلب حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت، یک سیستم بهداشتی مؤثر و یکپارچه نهفته است که مراقبت‌های پزشکی و عوامل اساسی تعیین‌کننده سلامت را در بر می‌گیرد، که پاسخگوی اولویت‌های ملی و محلی است و برای همه قابل دسترسی

برای درک بهتر فرآیند ارزیابی حق سلامت، از رویکرد حق‌های بشری بین‌الملل، قبل از هر چیز بهتر است با مفهوم حق‌های بشری، حق سلامت و تعهدات دولت‌ها در این خصوص آشنا شویم.

۱) حق‌های بشر: حق‌های بشر به‌عنوان بخشی از حقوق بین‌الملل شناخته می‌شود. هر انسانی صرف‌نظر از نژاد، عقاید مذهبی یا سیاسی، وضعیت حقوقی، شرایط اقتصادی، زبان، رنگ پوست، ملیت، جنسیت و قومیت باید از آن برخوردار باشد.^{۱۶}

حق‌های بشر دارای ویژگی‌هایی به شرح زیر می‌باشد:

- **جهانی:** که براساس پاسداری از شان والا و کرامت انسانی تمامی ابنای بشر تبیین و اجرا می‌شود.

- **قطعی و مسلم:** یعنی تحت هیچ شرایطی نمی‌توان فردی را از آن محروم کرد.

- **غیرقابل تفکیک و منسجم:** ابعاد و اجزای آن به هم مرتبط می‌باشند. به‌عنوان مثال، حق سلامت به برخی دیگر از ابعاد حق‌های بشری از جمله برخورداری از غذا، آب سالم، مسکن و منع شکنجه مربوط می‌باشد؛^{۱۷} به‌همین خاطر تخطی از یک حق، بر سایر ابعاد حق‌های بشر تاثیر منفی می‌گذارد.^{۱۸}

۲) حق سلامت: امروزه مطابق ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حق‌های بشر، هر فردی حق دارد از استاندارد کافی سلامت از جمله غذا، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی برای موارد بیماری، ناتوانی، پیری و غیره برای خود و اعضای خانواده‌اش برخوردار باشد.^{۱۹} به‌موجب کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و همین‌طور تفسیر شماره چهارده هر انسانی حق دارد از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی مطابق با شان والای انسانی برخوردار باشد، زیرا سلامت یکی از ابعاد اساسی حقوق بشری است که به سایر ابعاد حق‌های بشری مربوط می‌باشد.^{۲۰} بر این اساس، حق سلامت به حق دسترسی به آب آشامیدنی، بهداشت کافی، تحصیل و آموزش، اطلاعات مربوط به سلامت، مراقبت‌های سلامت و سایر عوامل تعیین‌کننده سلامت مربوط می‌شود.^{۲۱} این عوامل به نظام مراقبت سلامت، رفتارهای فردی (سبک زندگی)، عوامل محیطی (محیط زیست و محیط شغلی) و زیست‌شناسی انسانی مربوط می‌شوند.^{۲۲}

می‌باشد. با این حال، در بسیاری از کشورها، سیستم‌های بهداشتی در حال شکست و فروپاشی هستند، که منجر به یک مشکل بسیار جدی حقوق بشر می‌شود. بدون وجود چنین سیستم بهداشتی، حق برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامتی قابل دستیابی هرگز محقق نمی‌شود. تنها از طریق ایجاد و تقویت سیستم‌های بهداشتی است که می‌توان توسعه پایدار، کاهش فقر، شکوفایی اقتصادی، بهبود سلامت افراد و جمعیت‌ها و همچنین حق برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت را تضمین کرد.^{۱۱}

۳- توصیف و بررسی

شاخص‌های ملی و بین‌المللی حق سلامت برای مدیریت و سیاستگذاری شامل موارد زیر می‌باشند:

شاخص‌های عملکرد سیستم‌های بهداشتی: این شاخص‌ها شامل ایمنی، اثربخشی و دسترسی به خدمات بهداشتی می‌باشند. این شاخص‌ها به صورت ملی و محلی گزارش می‌شوند و برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های بهداشتی و سیستم‌های محلی به کار می‌روند.^{۱۲}

ارزیابی تأثیر سلامت (HIA): این ارزیابی‌ها به منظور بررسی تأثیر سیاست‌های عمومی بر سلامت عمومی و حقوق بشر استفاده می‌شوند. ارزیابی‌های HIA می‌توانند به عنوان ابزاری برای حساس‌سازی جهانی و تضمین عدالت در سلامت به کار روند.^{۱۳}

شاخص‌های اجتماعی و تعیین‌کننده‌های سلامت: این شاخص‌ها شامل دسترسی به منابع آب بهبود یافته، پاسخگویی و میانگین سال‌های تحصیل می‌باشند. این شاخص‌ها برای ارزیابی نابرابری‌های سلامت و پوشش خدمات بهداشتی استفاده می‌شوند.^{۱۴}

شاخص‌های محیط زیستی سلامت: این شاخص‌ها برای ارزیابی برنامه‌های ملی و بین‌المللی محیط‌زیست و سلامت به کار می‌روند. شاخص‌های بین‌المللی می‌توانند مقایسه‌های ارزشمندی ارائه دهند، اما برای ارزیابی فرآیندهای ملی نیاز به شاخص‌های خاص دارند.^{۱۵}

این شاخص‌ها به سیاستگذاران کمک می‌کنند تا تصمیمات بهتری در زمینه بهبود سیستم‌های بهداشتی و ارتقاء حقوق سلامت بگیرند.

۳-۱- حق‌های بشر، حق سلامت و تعهدات کشورها

ملاحظات عملی یا نظری، ارزش عددی از پیش تعیین شده‌ای دارند و براساس آن‌ها می‌توان شاخص‌ها را ارزیابی کرد.^{۲۳}

- **انواع شاخص‌ها:** اگرچه شاخص‌ها به اشکال مختلف طبقه‌بندی می‌شوند، به‌طور کلی دو نوع شاخص وجود دارد: - عمومی: که در ارزیابی تمامی ابعاد (حقوق حق‌های بشری) کاربرد دارند و در بین همه آن‌ها مشترک می‌باشد.

- اختصاصی: که در ارزیابی ابعاد خاص از حق‌های بشری کاربرد دارند.^{۲۴} در مورد ارزیابی ابعاد مختلف حق‌های بشر باید گفت که ارتباط ارکان این حق‌ها با یکدیگر استفاده از استانداردهای عمومی را تسهیل می‌نماید، زیرا این مشترکات هستند که کاربرد شاخص‌های عمومی را افزایش می‌دهند. در این رابطه، اگرچه تبعیض، یک موضوع مورد ارزیابی عمومی است، ابعاد مختلف این موضوع شامل تبعیض جنسیتی، مذهبی، نژادی و غیره (مانند تبعیض کلی و تبعیض علیه جمعیت خاص) در هر جامعه ممکن است متفاوت باشد. به‌عنوان مثال، در خصوص حق سلامت، قابلیت دسترسی، کاملاً به شرایط محلی مربوط می‌شود؛ به‌عبارتی، شاخص‌ها باید شرایط محلی را در ارزیابی‌ها لحاظ کنند و برهمین اساس، مقبولیت شاخص‌ها نیز تضمین می‌گردند.^{۲۵} شاخص‌ها انواع دیگری نیز دارند که مهم‌ترین آن‌ها شاخص‌های کمی و کیفی می‌باشند. شاخص‌های کمی در واقع همان آمارها به شکل ارقام و درصدها و نسبت‌ها هستند، اما شاخص‌های کیفی شامل هرگونه اطلاعاتی می‌باشند که شرایط خاصی را بیان می‌کنند. علاوه بر این، شاخص‌ها یا اطلاعات مزبور به‌صورت عینی، ملموس و یا انتزاعی نیز مطرح می‌شوند. وقتی نظر و قضاوت شخصی در فرآیند ارزیابی و سنجش وارد می‌شود، در واقع اطلاعات انتزاعی، ارزیابی‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد.

- **کاربرد شاخص‌ها:** فرآیند تبیین استانداردها و اجرای موثر فرآیند ارزیابی، تا حد زیادی به موجودیت ابزارهای مناسب، شامل شاخص‌های کمی و کیفی مربوط می‌باشد. دستگاه‌های اجرایی و نمایندگی‌های دولتی، سازمان‌های آماری وابسته به نهادهای مدنی و اجتماعی و نیز دست‌اندرکاران شکوفایی و توسعه کشورها بهتر است ابعاد مختلف حقوق حق‌های بشری را به‌درستی ارزیابی کنند. در این خصوص، کار بر روی شاخص‌های مربوط به ارزیابی توسط دفتر کمیساریای عالی حقوق بشری در پاسخ به درخواست مطرح شده در جلسات مربوط به هیات‌های

۳) تعهدات دولت‌ها: دولت‌ها نسبت به شهروندان در قبال هر یک از ابعاد حق‌های بشری از جمله حق سلامت، تعهداتی سه‌گانه به شرح زیر دارند: -تعهد به احترام: دولت‌ها باید از انجام اقداماتی که موجب نقض مستقیم یا غیرمستقیم حق‌های بشری می‌شود، امتناع ورزند. دولت‌ها باید حقوق اساسی شهروندان خود را به رسمیت شناخته و به آن احترام بگذارند.

-تعهد به حمایت: به‌منظور پیشگیری و ممانعت از دخالت طرف‌های ثالث در نقض حق اساسی حقوق حق‌های بشری، دولت‌ها باید اقداماتی انجام دهند و از این طریق، حمایت خود را از حق‌های اساسی شهروندان خود به‌عمل آورند.^{۲۳} -تعهد به اجرا: دولت‌ها باید از طریق اقداماتی نظیر قانونگذاری، اداری، قضائی، تبلیغی و ترویجی حق‌های اساسی شهروندان را محقق سازند.^{۲۴}

۳-۲- شاخص‌های مربوط به حق‌های بشر

شاخص معیاری است که به‌طور مستقیم تغییرات وقایع یا وضعیت‌ها را اندازه‌گیری می‌کند و با استفاده از داده‌های خام، اطلاعات مفیدی جهت مقایسه با استانداردها فراهم می‌سازد. شاخص ملی در سطح کشور و در سازمان‌هایی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز آمار ایران، نهاد ریاست جمهوری، مجلس شورای اسلامی و غیره به‌کار برده می‌شود. میزان تحقق ابعاد این حق‌ها به‌طور سالانه و براساس گزارش سالانه کشورها و اطلاعات دفتر کمیساریای عالی و بررسی‌های این شورا انجام می‌شود. سیستم‌های ارزیابی حق‌های بشر در سطوح مختلف بین‌المللی، ملی و سطوح پایین‌تر نظیر وزارتخانه‌ای (نمایندگی‌های مختلف دولت) و حتی سازمانی می‌توانند ایجاد و مورد استفاده قرار گیرند. این سیستم‌ها وقتی کارآمد هستند که با تاکید ویژه بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر، به خدمت گرفته شوند، زیرا نقض حقوق حق‌های بشری در خصوص این جمعیت‌ها، بیش از بقیه صورت می‌گیرد.^{۲۵} معیارهای از پیش تعیین‌شده یا سنجه‌ها برای ارزیابی یا سنجش شاخص‌هایی به‌کار می‌روند که می‌توانند براساس ملاحظات عملی و نظری تعیین شوند. به‌عنوان مثال، کفایت تغذیه براساس عوامل اجتماعی فرهنگی، محدودیت‌های مذهبی و غیره تعیین می‌شود. اگرچه این شاخص‌ها ثابت و جهانی هستند، اما بهتر است هر کشوری معیار یا سنجه مناسب خود را در رابطه با هر شاخص مشخص نماید.^{۲۶} این استانداردها در واقع شاخص‌هایی هستند که از طریق

با جدول شماره ۳ دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر که براساس ماده ۲۵ اعلامیه جهانی بشر تنظیم گردیده، آشنا شویم (مراجعه به جدول شماره ۱).

۳-۳-۱- شاخص‌های افقی جدول: به‌منظور نظارت حق‌های بشری در زمینه گزارش کشورهای عضو سازمان ملل، چهارچوب مفهومی شامل سه نوع شاخص اصلی به‌عنوان شاخص‌های عمومی مشترک در زمینه تمامی ابعاد حق‌های بشر معرفی می‌شوند، که البته در جزئیات کاملاً اختصاصی می‌باشند:

- شاخص‌های ساختاری: که به تعهدات دولت‌ها و قبول آن‌ها براساس استانداردهای بین‌المللی مربوط می‌باشند.
- شاخص‌های فرآیندی: که به ارزیابی تلاش‌ها برای برآورده ساختن تعهدات، از طریق اجرای راهکارها، طرح و برنامه‌ها مرتبط می‌باشند.

- شاخص‌های نتایج: که به ارزیابی نتایج حاصل از تلاش‌های مذکور می‌پردازند.^{۲۹} سپس از طریق بررسی اطلاعات این بخش، گزارشات آماری برای ارزیابی سلامت جامعه استخراج می‌شود.

شاخص‌های ساختاری در دو حوزه مورد توجه می‌باشد: حوزه ارزیابی تحقق و اجرای حق سلامت در کشورهای مختلف جهان، نظام‌ها، ساختارها و راهکارهای ضروری مانند قانون اساسی کشورها، قوانین و مقررات مربوط و فهرست داروهای ضروری و حوزه سیاست‌ها شامل قوانین و مقررات دارویی ملی. از جمله شاخص‌های فرآیندی می‌توان به نرخ رجوع به پزشکان و پیراپزشکان، نرخ موجود بودن مراکز نسبت به جمعیت به‌ویژه در مورد بیماران خاص اشاره کرد؛ و بالاخره برای شاخص‌های نتیجه، نرخ مرگ و میر پیش از تولد نوزادان، مادران، جوانان مبتلا به ایدز و شاخص‌های موثر بر وضعیت سلامت قابل ذکر می‌باشند.^{۳۰}

۳-۳-۲- شاخص‌های عمودی جدول: در ردیف شاخص‌های عمودی جدول پنج مورد اصلی به شرح ذیل درج شده‌اند:

- سلامت جنسی و باروری: سلامت جنسی و باروری از عناصر اصلی حق سلامت است که در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD) سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۴، به عنوان حق اولیه و اساسی تمام زوجین و سایر افراد برای تصمیم‌گیری آزاد و مسئولانه در خصوص تعداد و زمان به دنیا آوردن فرزند و برخورداری از اطلاعات و امکانات

مسئول پیمان‌نامه‌ها و میثاق‌های بین‌المللی حق‌های بشر دنبال می‌شود. شورای حق‌های بشر سازمان ملل، وظیفه پیگیری تحقق ابعاد مختلف حق‌های بشر را در کشورهای جهان بر عهده دارد. برای انجام ارزیابی وجود شاخص ضروری بوده و بدون تعیین شاخص‌ها، فرآیند ارزیابی عملی نخواهد بود. در این رابطه، هدف از تعیین شاخص‌ها، انواع آن‌ها، عناصر اعتباری و مسائل و چالش‌های تعیین آن‌ها حائز اهمیت می‌باشند. به‌موجب گزاره برگ شماره ۳۱ مربوط به تفسیر حق سلامت، که از سوی دفتر کمیساریای عالی حق‌های بشر سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی صادر گردیده، چهارچوب ارتقای حق سلامت و ارزیابی عملکرد دولت‌ها در این زمینه به‌دقت مشخص شده است.^{۲۷} ارزیابی کارآیی سیاست‌های دولتی، به‌ویژه تاثیر اقدامات اصلاحی ارزیابی تحقق حقوق مذکور، در هر مرحله از تغییر (مرحله گذار از شرایط نامطلوب به شرایط بهتر)، باید مورد توجه قرار گیرند، زیرا طبق تعریف حق سلامت، هدف اصلی این حق‌های اساسی مدیریت روند اجرا و تحقق بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی می‌باشد.^{۲۸} این نکته در مورد جمعیت‌های خاص و در معرض خطر، از اهمیت بالاتری برخوردار می‌باشد.

۳-۳-۳- شاخص‌های بین‌المللی ارزیابی تحقق حق سلامت

در حوزه بین‌الملل، دفتر کمیساریای عالی حق‌های بشر، وظیفه پیگیری موضوع بهره‌مندی و تحقق کامل حق‌های اساسی مندرج در منشور سازمان ملل و قوانین و مقررات بین‌المللی مزبور و پیمان‌نامه‌های بین‌المللی حق بشری را بر عهده دارد. این دفتر با همکاری سایر نمایندگی‌های تخصصی، نظیر سازمان بهداشت جهانی، کتابچه راهنمایی برای ارزیابی ابعاد مختلف حقوق بشر تدوین نموده و در اختیار کشورهای عضو قرار داده است. اقداماتی که در این راستا باید انجام شوند، شامل تضمین رعایت تمامی ابعاد حق‌های بشر ارتقای همکاری بین‌المللی برای حمایت و پشتیبانی از این حق، ازجمله پیشگیری از تخلفات و همچنین هماهنگی این فعالیت‌ها، از طریق سازمان ملل به‌عنوان نهاد مرکزی می‌باشد.^{۲۵} از آنجا که ارزیابی یکی از الزامات فرعی بوده و برای مدیریت روند تحقق حق سلامت در سطح بین‌المللی ضروری می‌باشد، لازم است با شاخص‌های ارزیابی و روند اجرای تحقق حق سلامت، مطابق

که از محل کمک‌های بین‌المللی تأمین شده به‌عنوان شاخص‌های سنجش میزان تحقق و اجرای حق دسترسی به دارو و درمان مورد توجه دفتر کمیساریای عالی حق‌های بشر سازمان ملل متحد قرار گرفته است.

- ارزیابی تبعیض: سنجش و ارزیابی میزان تبعیض به‌عنوان یک موضوع مشترک در میان ابعاد مختلف حق‌های بشری کار ساده‌ای نیست. یک نتیجه یا اقدام اصلاحی، ضرورتاً در نتیجه اقدامات شفاف صورت نمی‌گیرد، بلکه فرآیندهای متعددی در این زمینه می‌توانند دخیل باشند. به‌همین منظور، از ابزارهای آماری متعدد و کارآمدی، برای این سنجش استفاده می‌شود که شامل آمارهای اجتماعی اقتصادی، الگوهای اقتصادی، پژوهش روی جمعیت برای ارزیابی تجربیات، درک و رویکرد افراد به تبعیض مورد نظر و بالاخره پژوهش روی شرایط مرتبط با تبعیض به‌منظور ارزیابی مستقیم تبعیض در موارد خاص (نظیر دسترسی به شغل، مسکن، مراقبت سلامت) می‌باشند.^{۲۵}

- نقش شرایط محلی: زمینه و محیط مورد ارزیابی در تعیین شاخص، حائز اهمیت می‌باشند. یک شاخص خوب برای یک منطقه جغرافیایی مشخص، ممکن است برای منطقه دیگر مناسب نباشد و این شاخص‌ها اغلب همیشگی و ثابت نیستند. به‌عنوان مثال، کنترل مالاریا و نرخ مرگ و میر مبتلایان در جنوب آسیا و بخش‌هایی از آفریقا شاخص خوبی برای ارزیابی حق سلامت است، اما در اروپا این شاخص اهمیتی ندارد.

۳-۴- شاخص‌های ملی ارزیابی تحقق حق سلامت

در سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، موضوع سلامت و ارزشیابی آن با هوشمندی به‌صورت زیر ارائه شده است:

۱- ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲- ارزیابی فناوری‌های سلامت ۳- ارزیابی برنامه تحول سلامت، ۴- پاسخگویی نظام سلامت با توجه به نقشه جامع علمی کشور همراه با ارزیابی درست و دقیق علمی، ۵- ارزیابی تحقق برنامه‌های توسعه پنج ساله.

در جمهوری اسلامی ایران، ارزیابی سلامت از رویکردهای مختلف و با توجه به زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و غیره در سطوح مختلف صورت می‌گیرد. سلامت یک جامعه از رویکرد اقتصادی بسیار حائز اهمیت می‌باشد، زیرا هزینه‌های بخش سلامت در واقع بخشی از سرمایه‌گذاری برای منابع انسانی یک جامعه محسوب می‌شود.^{۳۲} ارزیابی سلامت یک جامعه از

لازم در این زمینه، به‌رسمیت شناخته شد.^{۳۱} اولین ستون این جدول به این موضوع مهم اختصاص یافته است و مهم‌ترین شاخص‌های آن عبارتند از: نسبت زایمان در حضور پرسنل مجرب، پوشش مراقبت سلامت پیش از زایمان (شامل حداقل یک تا چهار ویزیت در دوران بارداری)، افزایش نسبت زوجینی که از وسایل کنترل و پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند، نسبت سقط جنین به تولد نوزادان سالم، کاهش مرگ و میر پیش از زایمان و مرگ و میر مادران باردار.

- سلامت کودکان: شاخص سلامت کودکان در ردیف دوم جدول مذکور، به تمامی عناصر مهم تأثیرگذار بر سلامت کودک از جمله تغذیه (آموزش تغذیه)، استفاده از شیر مادر برای سلامت نوزادان شیرخوار، تغذیه تکمیلی کودکان، کنترل عمومی پزشکی، واکسیناسیون و پیشگیری از بیماری‌های مسری اختصاص یافته که هر یک از این نسبت‌ها به‌عنوان شاخص‌های اصلی تحقق حق سلامت کودکان و نوزادان، در سطح ملی یک کشور می‌باشند.

- سلامت شغلی و زیست‌محیطی: شاخص سلامت محیط شغلی و محیط‌زیست در ستون سوم جدول مذکور قرار گرفته است. براساس این بخش از جدول، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، هوای سالم (براساس میزان دی‌اکسیدکربن موجود در هوا)، تعداد پرونده‌های قضایی در خصوص آلودگی آب، نسبت جمعیت ساکن در مناطق خطرناک برای زیست و موارد تعقیب قانونی مربوط به نادیده گرفتن مخاطرات سلامت شغلی در محیط کار مهم‌ترین شاخص‌های بررسی میزان تحقق حق سلامت در چهارچوب سلامت شغلی و زیست‌محیطی در نظر گرفته شده‌اند.

- پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها: موضوع پیشگیری، درمان و کنترل بیماری در ستون چهارم جدول مذکور قید شده که در آن، پیشگیری و درمان در قالب برنامه‌های سلامت عمومی، نظیر واکسیناسیون و مقابله با ایدز، مورد توجه قرار گرفته است.

- دسترسی به مراقبت‌های سلامت: همان‌طور که در جدول ارزیابی شاخص‌های حق سلامت ملاحظه می‌شود، بودجه دولتی که به دارو و درمان اولیه اختصاص داده شده، توزیع مناسب امکانات و نیروهای متخصص و روند این توسعه، درصد جمعیتی که به دارو و درمان ارزان قیمت دسترسی دارند، موجودی و قیمت داروهای ضروری، درصد افراد تحت پوشش بیمه و همین‌طور سهم هزینه‌های داروهای ضروری

ابعاد مختلف حائز اهمیت است. به عنوان مثال، باید به شناخت موقعیت جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند پیدا کردن عوامل موثر بر سلامت و عوامل مخاطرات سلامت توجه نمود. شاخص‌های اندازه‌گیری در سطح افراد و جامعه می‌توانند کاملاً علمی و مورد تایید و در مقیاس جهانی باشند؛ ولیکن باید توجه داشت که هر جامعه‌ای تاریخچه، ارزش‌ها، اعتقادات و شرایط خاص خود را دارد. در این رابطه، رفتارهای مربوط به نوع زندگی، مسائل مربوط به محیط‌زیست و گروه‌های در معرض خطر، در کنار عوامل اجتماعی بسیار حائز اهمیت می‌باشند.^{۳۳}

- ارزیابی عدالت در سلامت: عدالت، محور توسعه پایدار در تمامی ابعاد و ارکان اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی و غیره است. علاوه بر این، عدالت در سلامت، یکی از اهداف نهایی نظام‌های سلامت است که خوشبختانه به عنوان یک هدف بین‌المللی برای حکومت‌ها شناخته شده است. در واقع، سلامت مطلوب شامل دو جنبه است: ۱- بهترین سطح میانگین قابل دستیابی و ۲- کمترین تفاوت میان افراد و گروه‌ها در این دستیابی (عادلانه بودن). در راستای تحقق عدالت در سلامت، توجه به عوامل تعیین‌کننده سلامت که خود علت اصلی ایجاد نابرابری به شمار می‌روند، بسیار حائز اهمیت می‌باشد. مطالعات نشان داده که عواملی نظیر محیط زندگی، تغذیه، تحصیلات، طبقه اجتماعی، درآمد و شغل ممکن است حتی بیش از مراقبت‌های سلامت بر تحقق سلامت تأثیرگذار باشند. این رویکرد جهانی به مقوله سلامت بیش از هر چیز، از نشست آلماتا در سال ۱۳۵۶ ناشی می‌شود که علاوه بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی، مقابله با عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مضر برای سلامت، با موضوع "سلامت برای همگان" را در دستور کار قرار داد.^{۳۳}

جمهوری اسلامی ایران به دلیل پیشرفت‌های چشمگیر طی سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی به‌ویژه در مناطق محروم مورد توجه سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته و همکار این سازمان در زمینه اتخاذ رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، در راستای کاهش بی‌عدالتی در سلامت برگزیده شده است.^{۳۴} با توجه به رویکرد سازمان جهانی بهداشت به سلامت و اهمیت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت عمومی، جمهوری اسلامی ایران نیز همچون بسیاری از کشورهای جهان، ۵۲ شاخص عدالت در سلامت را با توجه به زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و غیره کشور

تعیین کرد که می‌توانست به عنوان بخشی از ملاک قضاوت چگونگی عملکرد نظام سلامت کشور قرار گیرد. با وجود مطالعات بسیاری که روی این شاخص‌ها و مقایسه با شاخص‌های سایر کشورها (از جمله برزیل در سال ۲۰۰۵) صورت گرفت و لایحه‌ای تنظیم شد، اما این لایحه به دلیل مغایرت قانونی توسط مجلس محترم شورای اسلامی رد شد.^{۳۵} ضمن نقدهای جدی از سوی صاحب‌نظران، اشکالات مهمی بر این شاخص‌ها وارد است که بیشتر به تعصب در انتخاب شاخص‌ها و بی‌توجهی به اولویت آن‌ها مربوط می‌شود. در این رابطه، بی‌توجهی به میزان شیوع بیماری‌های مسری نظیر ایدز و عدم ارائه تعریف روشن از استاندارد شاخص‌های مهمی نظیر مراقبت سلامت پایه، خدمات سلامت عمومی، خدمات تخصصی و نادیده گرفتن آموزش‌های علمی، تربیتی و بهداشتی قابل تامل می‌باشند.

- عملکرد سازمانی: تمامی سازمان‌ها به نوعی درگیر مقوله ارزیابی عملکرد سازمانی هستند، اما بر چهارچوب‌ها، روش‌ها و فرآیندهای آن توافق ندارند،^{۳۶} در همین راستا، شاخص‌های ملی سلامت از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارزیابی عملکرد کلی این وزارتخانه در تمامی سطوح صورت می‌گیرد. شاخص‌ها در دسته‌های مختلف از جمله شاخص‌های جمعیت شناختی، مرگ و میر، مدیریت خدمات بهداشتی، پوشش بیمه و دسترسی به خدمات مراقبت سلامت، تنظیم خانواده، مراقبت مادران، مراقبت کودکان، واکسیناسیون، تغذیه، منابع بهداشت محیط، نرخ ابتلا به بیماری‌ها، خدمات درمانی، غذا و دارو، تسهیلات بهداشتی-درمانی (مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت)، منابع انسانی، منابع مالی و شاخص‌های مرکب شامل عوامل اجتماعی و مخاطرات مربوط، سلامت سالمندان، انتقال خون، امور اقتصادی و بازرگانی و تحقیقات و آموزش در حوزه سلامت می‌باشند.^{۳۷}

- مسائل و چالش‌های ارزیابی: نگرانی‌هایی درخصوص انجام این ارزیابی‌ها وجود دارند که آگاهی از آن‌ها برای انجام هرچه بهتر فرآیند ارزیابی ضروری می‌باشد: شاخص‌های کیفی را چگونه می‌توان به درستی ارزیابی کرد، آمارهای لازم را چگونه باید به دست آورد، دقیقاً چه چیزی باید ارزیابی شود، اطلاعات منابع مختلف چگونه همسو و ادغام می‌شوند و بسیاری دیگر از پرسش‌هایی که از چالش‌های این ارزیابی‌ها محسوب می‌شوند. درخصوص ارزیابی، مسائل

مهمی مطرح می‌باشد که در حوزه حق‌های بشر به‌طور عام و حق سلامت به‌طور خاص این مسائل عمده‌تاً به‌شرح زیر می‌باشند. - منابع اطلاعات: منابع اطلاعاتی مورد نیاز برای رسیدن به

استانداردهای حق‌های بشری شامل پیمان‌ها، اسناد مربوط به حق‌های بشری بین‌المللی و دادگاه‌ها (قضائی و شبه‌قضائی) می‌باشند که برای روشن‌شدن به تفسیر نیاز دارند. هرچند در نهایت، این امر به تضمین پاسخگویی دولت‌ها نسبت به مردم کمک می‌کند، تفسیر درست و اطمینان از صحت این اطلاعات، از جمله چالش‌های این ارزیابی‌ها محسوب می‌شوند.

- ارزیابی بودجه: درصدی از درآمد ناخالص ملی به تسهیل اجرای حق‌های سیاسی، مدنی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سطح ملی اختصاص می‌یابد که از آن به‌عنوان ابزار سیاستگذاری و به‌ویژه سیاست مالی، ابزار توزیعی، ابزار برنامه‌ریزی، و به‌طور کلی ابزار پاسخگویی به تعهدات دولت‌ها در قبال مردم استفاده می‌شود.^{۲۵}

۳-۵- مقایسه شاخص‌های ملی و بین‌المللی حق سلامت به منظور مدیریت و سیاستگذاری

برای مقایسه شاخص‌های ملی ایران با شاخص‌های بین‌المللی حق سلامت به منظور مدیریت و سیاستگذاری، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

شاخص‌های ملی ایران:

۱- شاخص‌های وضعیت سلامت: شامل نرخ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (۳۶ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)، نرخ باروری کل (۲.۱ درصد)، نرخ باسوادی بزرگسالان (۸۱.۳ درصد)، امید به زندگی در بدو تولد (۷۱ سال) و درصد واکسیناسیون DPT (۹۵ درصد).^{۲۸}

۲- اولویت‌های تحقیقاتی: شامل اصلاحات سیستم بیمه سلامت، ادغام استراتژی‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در مراقبت‌های اولیه، و ارزیابی اپیدمیولوژیک بیماری‌های غیرواگیر بر اساس مناطق جغرافیایی.^{۲۹}

۳- چهارچوب شاخص‌های ملی: شامل ۱۰۱ شاخص در چهار حوزه وضعیت سلامت، عوامل خطر، پوشش خدمات و سیستم سلامت.^{۴۰}

شاخص‌های بین‌المللی

۱- شاخص‌های عملکرد سیستم‌های بهداشتی: شامل ایمنی، اثربخشی و دسترسی به خدمات بهداشتی.^{۱۲}

۲- ارزیابی تأثیر سلامت (HIA): برای بررسی تأثیر سیاست‌های عمومی بر سلامت عمومی و حقوق بشر.^{۱۳}

۳- شاخص‌های اجتماعی و تعیین‌کننده‌های سلامت: شامل دسترسی به منابع آب بهبود یافته، پاسخگویی و میانگین سال‌های تحصیل.^{۱۴}

۳-۶- نقش چهارچوب‌های نظارتی در بهبود اجرای سیاست‌های بهداشتی

چهارچوب‌های نظارتی نقش مهمی در بهبود اجرای سیاست‌های بهداشتی دارند. این نقش‌ها شامل موارد زیر می‌باشند:

- **پایش و ارزیابی عملکرد:** چهارچوب‌های نظارتی به پایش و ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی کمک می‌کنند. این شامل جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و گزارش‌دهی درباره شاخص‌های کلیدی سلامت است که به شناسایی نقاط ضعف و قوت سیستم بهداشتی کمک می‌کند.^{۲۴}

- **تضمین کیفیت و ایمنی:** چهارچوب‌های نظارتی می‌توانند استانداردهای کیفیت و ایمنی را تعیین و نظارت کنند. این شامل بررسی مطابقت خدمات بهداشتی با استانداردهای ملی و بین‌المللی و اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت است.^{۱۲}

- **شفافیت و پاسخگویی:** چهارچوب‌های نظارتی به افزایش شفافیت و پاسخگویی در سیستم بهداشتی کمک می‌کنند. این شامل ایجاد مکانیزم‌های گزارش‌دهی عمومی و پاسخگویی به شکایات بیماران و جامعه است.^{۱۳}

- **پیشگیری از فساد:** نظارت مؤثر می‌تواند به پیشگیری از فساد و سوءاستفاده از منابع بهداشتی کمک کند. این شامل نظارت بر تخصیص و استفاده از منابع مالی و انسانی در سیستم بهداشتی است.^{۱۴}

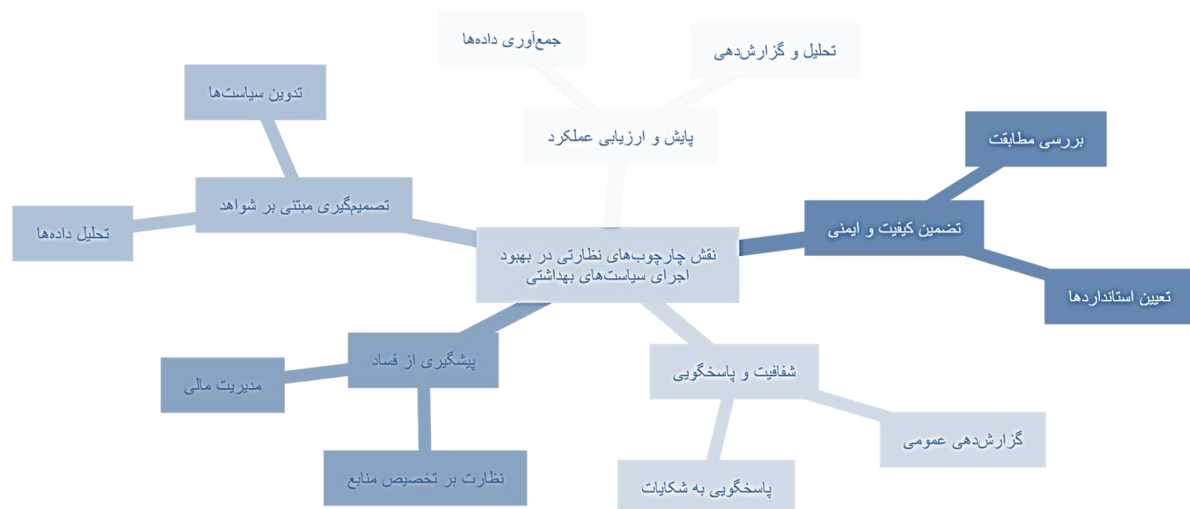
- **تسهیل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد:** چهارچوب‌های نظارتی با ارائه داده‌ها و تحلیل‌های دقیق، به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد کمک می‌کنند. این شامل استفاده از داده‌های نظارتی برای تدوین و اصلاح سیاست‌های بهداشتی است.^{۳۴}

نقش چهارچوب‌های نظارتی در بهبود اجرای سیاست‌های بهداشتی در نمودار ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- شاخص‌های حق‌های بشر برای ارزیابی و اجرای حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی^{۳۴}

(مطابق با ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حق‌های بشر)

حوزه مراحل	سلامت جنسی و باروری	مراقبت‌های سلامت و مرگ و میر کودکان	سلامت شغلی و محیط زیست	پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها	سترسی به امکانات پزشکی و سلامت
توانمندسازی	• معاهده‌های حقوق حق‌های بشری در قالب قوانین بین‌المللی، مربوط به حق سلامت مصوب دولت • تاریخ قانونی شدن و پوشش حق سلامت در قانون اساسی و سایر قوانین بالادستی • تاریخ قانونی شدن و پوشش قوانین داخلی برای اجرای حق سلامت • تعداد سازمان‌های غیردولتی ثبت‌شده و یا فعال (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر) که در ارتقاء و حفاظت از حق سلامت مشارکت دارند - ناظر بر حسن اجرا - ضمانت اجرایی • نسبت تخمینی میزان تولد، مرگ و میر و ازدواج به ثبت رسیده				
	• بازه زمانی و پوشش سیاست ملی در رابطه با سلامت جنسی و • بازه زمانی و پوشش سیاست ملی در رابطه با افراد معلول • بازه زمانی و پوشش سیاست ملی در رابطه با دارو شامل لیست داروهای ضروری	• بازه زمانی و پوشش سیاست ملی در رابطه با سلامت و تغذیه کودک	• بازه زمانی و پوشش سیاست ملی در رابطه با سلامت شغلی و محیط زیست	• بازه زمانی و پوشش سیاست ملی در رابطه با سلامت جسمی و روانی	
تولید ثروت	• نسبت شکایات دریافتی در رابطه با حق سلامت که از سوی نهادهای حقوق حق‌های بشری یا از طریق سازوکارهای دیگر مورد بررسی قرار گرفته و نسبت مواردی که دولت به آنها رسیدگی کرده است (بررسی قضایی) • کمک خالص دریافتی برای ارتقای بخش سلامت به عنوان نسبتی از هزینه‌های عمومی سلامت یا درآمد ناخالص ملی				
	• نسبت زایمان در حضور پرسنل درمانی مجرب • پوشش مراقبت پیش از تولد (حدافل ۴-۱ ویزیت) • افزایش نسبت زنان در سن باروری که خود یا همسرشان از وسایل ضد بارداری استفاده می‌کنند • عدم تحقق نیاز مربوط به تنظیم خانواده • سقط جنین پزشکی به عنوان نسبتی از تولد نوزادان سالم • نسبت موارد گزارش شده قطع آلت تناسلی، تجاوز و سایر خشونت‌های محدودکننده آزادی جنسی و تولید مثلی زنان و پاسخ موثر دولت در قبال آن	• نسبت کودکان مدرسه‌ای که در مورد سلامت و تغذیه آموزش دیده‌اند • نسبت کودکان تحت پوشش برنامه منظم • چک‌آپ پزشکی نسبت نوزادانی که در شش ماه نخست اختصاصاً با شیر مادر تغذیه شده‌اند. • نسبت کودکان تحت پوشش برنامه‌های عمومی تغذیه تکمیلی • نسبت کودکان مصون شده در برابر بیماری‌های قابل پیشگیری از طریق واکسیناسیون	• نسبت جمعیت هدف که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند • نسبت جمعیت هدف که به بهداشت توسعه یافته دسترسی دارند • انتشار سرانه CO₂ • تعداد پرونده‌های مربوط به آلودگی منابع آب ارجاع شده به مراجع قضائی • نسبت جمعیت ساکن یا شاغل در مناطق خطرناک برای زیست و یا در نزدیکی آن که رسیدگی لازم انجام شده است • تعداد پیگرد قانونی تحت قوانین داخلی مربوط به محیط زیست یا محیط کار • نسبت گواهینامه‌های رانندگی باطل شده به دلیل نقض قوانین رانندگی	• نسبت جمعیت تحت پوشش برنامه‌های اطلاع‌رسانی در خصوص انتقال بیماری‌ها (نظیر ایدز) • نسبت جمعیت (بالای یک سال) واکسینه شده در برابر بیماری‌های قابل پیشگیری از طریق واکسن • نسبت جمعیتی که اقدامات موثر پیشگیری در برابر بیماری‌ها (نظیر ایدز) انجام می‌دهند • نسبت جمعیت مصرف کنندگان مواد مخدر، شیمیایی و روان گردان که تحت درمان قرار گرفته‌اند • نسبت مراکز بهداشتی روانی که در دوره زمستانی گزارش، مورد نظارت قرار گرفته‌اند	• هزینه سرانه اختصاص یافته توسط دولت برای خدمات درمانی اولیه و دارو (بودجه) • بهبود وضعیت توزیع تراکم پرسنل پزشکی و آزمایشگاهی، تخت‌های بیمارستانی و سایر امکانات درمانی اولیه • نسبت جمعیتی که به مراقبت درمانی ارزان قیمت، از جمله داروهای ضروری دسترسی پیدا کرده‌اند • متوسط موجودی و قیمت متوسط برای مصرف‌کننده در مورد ۳۰ داروی ضروری در مراکز سلامت دولتی و خصوصی • نسبت افراد تحت پوشش بیمه درمانی • نسبت افراد ناتوانی که به تجهیزات کمکی دسترسی دارند • سهم هزینه‌های عمومی داروهای ضروری که از طریق کمک‌های بین‌المللی تأمین شده است
تولید ثروت	• نسبت تولد نوزادان زنده با وزن کم • نرخ مرگ و میر پیش از زایمان • نسبت مرگ و میر مادران	• نرخ مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر پنج سال • نسبت کودکان کم‌وزن زیر پنج سال	• فراوانی مرگ و میر، صدمات، بیماری‌ها و معلولیت‌های ناشی از محیط زیست و محیط شغلی ناسالم	• نرخ مرگ‌ومیر مرتبط با بیماری‌های قابل انتقال و غیرقابل انتقال (نظیر ایدز، مالاریا و سل) • نسبت افراد مصرف کننده مواد مخدر • امید به زندگی در لحظه تولد با سی یک سالگی و امید به زندگی سلامت محور • نرخ خودکشی	



نمودار ۱. نقش چهارچوب‌های نظارتی در بهبود اجرای سیاست‌های بهداشتی

برای مدیریت سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت در ایران پیشنهاد شده است.

بهبود چهارچوب سازمان ملل در ایران به منظور مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت

برای بهبود چهارچوب سازمان ملل در ایران به منظور مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت، می‌توان به موارد زیر توجه کرد:

- ارزیابی تأثیر تحریم‌های اقتصادی: تحریم‌های اقتصادی تأثیرات منفی بر حق سلامت مردم ایران داشته‌اند. استفاده از ابزار ارزیابی تأثیر حقوق بشر (HRIA) برای شناسایی و کاهش این تأثیرات می‌تواند مفید باشد.^{۳۸}

- افزایش آگاهی عمومی: افزایش آگاهی عمومی درباره حقوق بیماران و حقوق بشر می‌تواند به بهبود وضعیت سلامت کمک کند. این شامل آموزش به بیماران و جامعه درباره حقوقشان و نحوه دسترسی به خدمات بهداشتی است.^{۳۹}

- بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی برای گروه‌های محروم: باید تلاش شود تا دسترسی به خدمات بهداشتی برای گروه‌های محروم مانند زنان، سالمندان، مهاجران غیرقانونی و افراد دارای معلولیت بهبود یابد. این شامل اقدامات قانونی، اداری، بودجه‌ای و نظارتی است.^{۴۰}

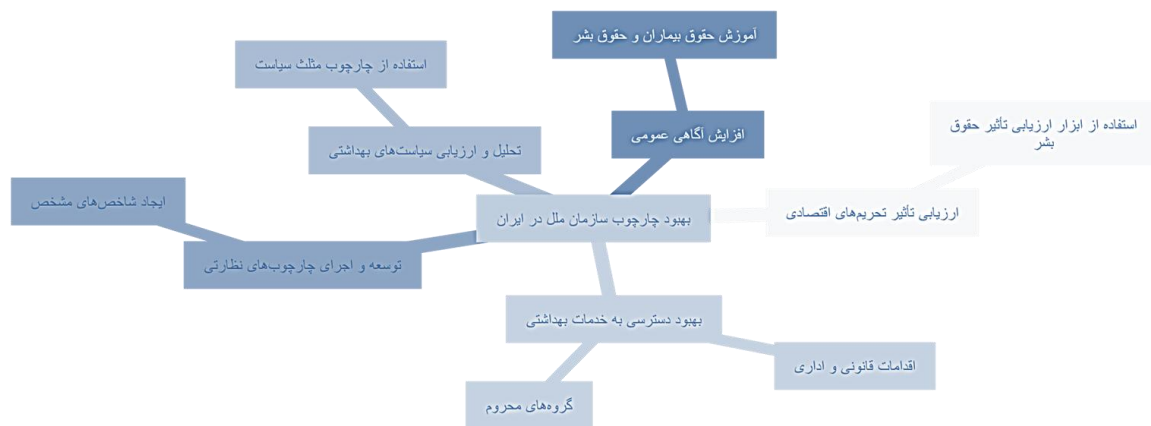
- توسعه و اجرای چهارچوب‌های نظارتی: ایجاد سیستم‌های نظارتی و شاخص‌های مشخص برای پیگیری پیشرفت برنامه‌ها و سیاست‌ها می‌تواند به بهبود اجرای قوانین و سیاست‌های بهداشتی کمک کند.^{۴۴}

- یافته‌ها

به‌منظور ارزیابی میزان تحقق حق بر سلامت در جوامع مختلف، نیاز به شاخص‌هایی برای ارزیابی می‌باشد. این شاخص‌ها دارای انواع و اقسامی بوده که می‌بایست مقبولیت آن‌ها مورد تایید قرار گیرد. شاخص‌های عمومی و اختصاصی و شاخص‌های کمی و کیفی از انواع آن می‌باشد. شاخص‌های بین‌المللی ارزیابی تحقق حق سلامت، در قالب جدول شماره ۳ دفتر کمیساریای عالی حق‌های بشر و بر اساس ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، تنظیم گردیده است. این جدول حاوی شاخص‌های افقی و عمودی می‌باشد. شاخص‌های افقی شامل شاخص‌های ساختاری، فرآیند و نتیجه بوده و شاخص‌های عمودی شامل سلامت جنسی و باروری، مراقبت‌های سلامت و مرگ و میر کودکان، سلامت شغلی و زیست محیطی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها و دسترسی به امکانات پزشکی و سلامت، می‌باشد. (جدول ۱) در مورد شاخص‌های ملی ارزیابی تحقق حق سلامت، بایستی به مسائلی از جمله باورها و چهارچوب‌های اعتقادی مردم، ارزش‌ها، سبک زندگی، مسائل اقلیمی و اجتماعی توجه نمود. همچنین، موضوع عدالت بسیار مهم می‌باشد، لذا این شاخص‌ها باید عادلانه تعیین شوند. شاخص‌های ملی از سوی وزارت بهداشت طراحی شده و تمامی ابعاد سلامت را باید مورد توجه قرار دهد. در این مقاله یک مدل برای بهبود چهارچوب سازمان ملل در ایران به منظور مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت و یک مدل دیگر به‌عنوان مدل سیستماتیک

می‌تواند مفید باشد. این شامل تحلیل زمینه، فرآیند و بازیگران مختلف در سیاست‌های بهداشتی است.^{۴۱} نمودار ۲، خلاصه‌ای از اینکه چگونه می‌توان چهارچوب سازمان ملل را در ایران بهبود بخشید ارائه داده است.

- تحلیل و ارزیابی سیاست‌های بهداشتی: استفاده از چهارچوب‌های تحلیل سیاست‌های بهداشتی مانند "مثلث سیاست" برای ارزیابی و بهبود سیاست‌های بهداشتی



نمودار ۲. خلاصه‌ای چگونگی بهبود چهارچوب سازمان ملل در ایران

در جدول ۲ مدل‌های مطرح شده مقایسه شده‌اند. نمودار ۳ مدل سیستماتیک پیشنهادی برای مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت در ایران را نشان می‌دهد.

۴- نتیجه‌گیری

تمامی دولت‌ها در قبال تحقق حق‌های اساسی شهروندان خود به لحاظ قانونی متعهد می‌باشند، لذا به منظور عمل به این تعهد، مکلف به انجام اقداماتی از جمله مدیریت این امر هستند. به منظور مدیریت هرچه بهتر، دولت‌ها از ابزارهای لازم از جمله ارزیابی استفاده می‌کنند. ارزیابی عملکرد از جمله ابزارهای نظارتی و مدیریتی می‌باشد، زیرا با نشان دادن مسیر حرکت و میزان سرعت به سمت هدف، در خصوص درستی یا نادرستی راهکارهای مورد استفاده اعلام نظر نموده و در مدیریت این روند به دولت‌ها کمک می‌کند. این ارزیابی‌ها، با رویکردها و اهداف متفاوت و در سطوح ملی و بین‌المللی انجام می‌شوند. در سطح بین‌المللی، ارزیابی و روند تحقق حق سلامت، مطابق ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حق‌های بشر انجام می‌شود که در این رابطه دو دسته شاخص عمومی و اختصاصی وجود دارد که شاخص‌های عمومی، ساختار و شکل کلی راهکارها شامل قوانین و مقررات، سیاست‌ها و چهارچوب‌های نظارتی و غیره را مشخص می‌کنند؛ شاخص‌های اختصاصی، جهت ارزیابی فرآیندها و نتایج می‌باشند که در قالب آن تلاش‌های انجام شده به منظور انجام تعهدات

مدل سیستماتیک پیشنهادی برای مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت در ایران

براساس منابع موجود، مدل‌های مختلفی برای مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت در ایران پیشنهاد شده‌اند. در اینجا یک مدل جامع و سیستماتیک براساس ترکیب چندین مدل موجود ارائه شده است:

- چهارچوب پیشنهادی سازمان ملل: این چهارچوب برای ارزیابی وضعیت حق سلامت و تعیین‌کننده‌های آن استفاده می‌شود و به تحلیل قوانین، سیاست‌ها و گزارش‌های مرتبط می‌پردازد.^{۳۷}

- مدل ترکیبی تحلیل کمی و کیفی: این مدل شامل تحلیل‌های کمی از شاخص‌های سلامت و سیستم بهداشتی و همچنین بررسی کیفی تجربیات بیماران و سیاستگذاران بهداشتی است.^{۳۸}

- مدل بهبود شاخص‌های آموزشی و بهداشتی: این مدل به تحلیل رابطه بین شاخص‌های بهداشتی و آموزشی می‌پردازد و به بهبود و توسعه شاخص‌های بهداشتی از طریق افزایش تعداد دانشجویان پزشکی و بهداشتی و توسعه برنامه‌های آموزشی کمک می‌کند.^{۳۹}

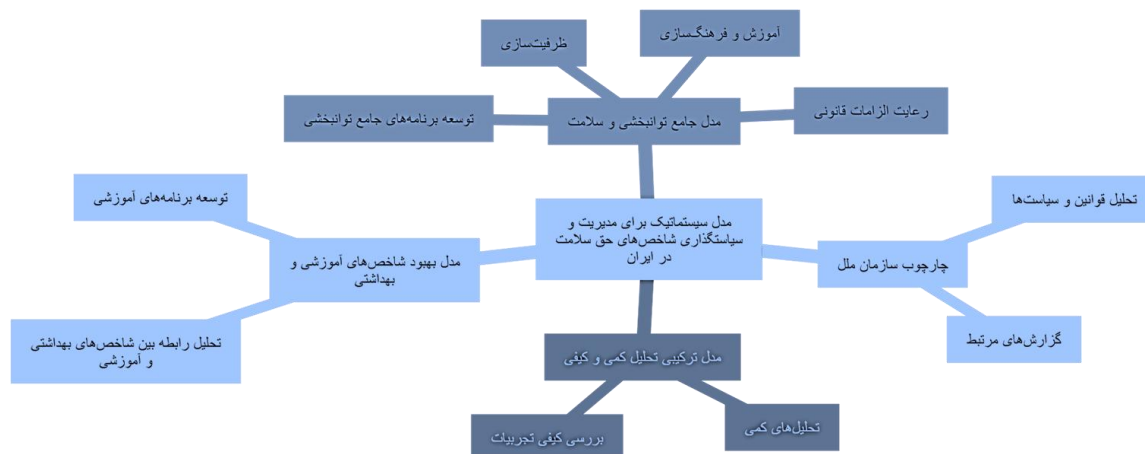
- مدل جامع توانبخشی و سلامت: این مدل شامل توسعه برنامه‌های جامع توانبخشی، آموزش و فرهنگ‌سازی، ظرفیت‌سازی و رعایت الزامات قانونی است.^{۴۰}

مزبور ارزیابی می‌شود؛ همچنین نتایج حاصل از این تلاش‌ها نشان داده شده که جملگی در ردیف‌های افقی جدول مربوط قرار می‌گیرند. در عین حال، دیگر بخش‌های شاخص‌های اختصاصی که در ستون‌های جدول مزبور جای می‌گیرند شامل سلامت جنسی و باروری، سلامت کودک و مراقبت درمانی، سلامت محیط شغلی و محیط‌زیست، پیشگیری و درمان، کنترل بیماری، و دسترسی به دارو و خدمات درمانی می‌باشند. در جمهوری اسلامی ایران، این ارزیابی‌ها با رویکردها و اهداف مختلف در دو سطح عدالت در سلامت ملی و ارزیابی عملکرد در سطح وزارت بهداشت انجام می‌شود. به‌نظر می‌رسد با تلفیق برخی شاخص‌های بین‌المللی و شاخص‌های ملی به شکل فرا وزارتخانه‌ای، همراه با رسیدگی‌های قضائی و شبه‌قضائی به موارد تضییع حق

سلامت و توجه بیشتر به نقش سازمان‌های مردم نهاد (NGO) در حوزه سلامت، می‌توان ارزیابی تحقق سلامت را به نحو احسن و با کیفیت مناسب به انجام رساند. با مطالعه دقیق جدول مورد بحث، به نظر می‌رسد مشکلاتی در شاخص‌ها و ارزیابی میزان تحقق و روند اجرای حق سلامت وجود داشته و در مواردی بین این تقسیمات همپوشانی یا تداخل ملاحظه می‌شود. به‌عنوان مثال، نمی‌توان از دسترسی به دارو و درمان سخن گفت و موضوع سلامت جنسی و باروری و همین‌طور سلامت جمعیت‌های آسیب‌پذیر نظیر زنان و کودکان را مد نظر قرار نداد.

جدول ۲. مقایسه مدل‌های سیستماتیک برای مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت در ایران

مدل‌ها	توضیحات
چهارچوب سازمان ملل	ارزیابی وضعیت حق سلامت و تعیین‌کننده‌های آن
مدل ترکیبی تحلیل کمی و کیفی	بررسی تأثیر تحریم‌های اقتصادی بر سلامت عمومی و سیستم بهداشتی
مدل بهبود شاخص‌های آموزشی و بهداشتی	تحلیل رابطه بین شاخص‌های بهداشتی و آموزشی و توسعه برنامه‌های آموزشی بهداشتی
مدل جامع توانبخشی و سلامت	توسعه برنامه‌های جامع توانبخشی، آموزش و فرهنگ‌سازی، ظرفیت‌سازی و رعایت الزامات قانونی



نمودار ۳- نقشه ذهنی مدل سیستماتیک برای مدیریت و سیاستگذاری شاخص‌های حق سلامت در ایران

انجام درست این ارزیابی‌ها، با چالش‌های دیگری نیز مواجه می‌باشد. از یک سو، توقعات و مقدار عددی شاخص‌های ارزیابی با توجه به شرایط و منابع مالی و غیرمالی هر کشور متفاوت از دیگری است. از این رو، توجه به توصیه‌های احتمالی سازمان بهداشت جهانی و سیر پیشرفت در ابعاد و شاخص‌های مختلف از اهمیت نسبی برخوردار می‌باشد. از سوی دیگر، ارزیابی کار بسیار دشواری است، زیرا تعریف سلامت و ویژگی‌های آن تا حد زیادی انتزاعی می‌باشد. همین‌طور توافق بر سایر ابعاد سلامت، نظیر سلامت روانی امری بسیار دشوار بوده و معیار واحد و روشنی برای آن وجود ندارد. از طرفی، حوزه‌های بسیار متنوع و متعددی نظیر محیط‌زیست سالم، آب سالم، تغذیه سالم، شرایط کاری و حرفه‌ای، نظافت، بهداشت و غیره در تحقق و تداوم وضعیت سلامتی دخیل می‌باشند که چنین امری موجب ارتباط تنگاتنگ حق سلامت با سایر حق‌های بشری نظیر حق حیات، حق غذا، مسکن و غیره می‌باشد؛ و در نتیجه، در ارزیابی آن نیز بی‌تأثیر نخواهند بود؛ اما در جدول شاخص‌های ارزیابی، به‌طور کامل و دقیق مورد توجه قرار نگرفته است. علاوه بر این، به‌نظر می‌رسد دسترسی به دارو و خدمات درمانی مندرج در ستون پنجم جدول مذکور بدون توجه به بررسی تبعیض و آمار دسترسی جمعیت‌های خاص و آسیب‌پذیر (نظیر کودکان و زنان) که در ردیف‌ها قبلی آمده، مورد ارزیابی قرار گرفته که همپوشانی و تداخل این عناوین یکی از معایب این جدول به حساب می‌آید. درخصوص ارزیابی شاخص‌های کیفی (که به‌طور محسوس و علمی اغلب قابل ارزیابی نیستند)، جمع‌آوری اطلاعات، همسو کردن اطلاعات منابع مختلف و ادغام آن‌ها و نبود اطلاعات در برخی موارد نیز نگرانی‌های جدی وجود دارد.

نتیجه‌گیری از بررسی نقش چهارچوب‌های نظارتی در بهبود اجرای سیاست‌های بهداشتی نشان می‌دهد که این چهارچوب‌ها ابزارهای حیاتی برای ارتقاء کیفیت، ایمنی، شفافیت و پاسخگویی در سیستم‌های بهداشتی هستند. چهارچوب‌های نظارتی با پایش و ارزیابی عملکرد، تضمین کیفیت و ایمنی، افزایش شفافیت و پاسخگویی، پیشگیری از فساد و تسهیل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به بهبود کلی

سیستم بهداشتی کمک می‌کنند. برای دستیابی به این مهم موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

توسعه چهارچوب‌های نظارتی جامع: ایجاد و توسعه چهارچوب‌های نظارتی جامع که دربرگیرنده تقریبی تمامی جنبه‌های سیستم بهداشتی باشد.

افزایش ظرفیت‌های نظارتی: آموزش و توانمندسازی کارکنان نظارتی برای اجرای مؤثرتر چهارچوب‌های نظارتی.

استفاده از فناوری‌های نوین: بهره‌گیری از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی برای بهبود جمع‌آوری و تحلیل داده‌های نظارتی.

۵- شفافیت

۵-۱- تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد..

۵-۲- تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع میان تهیه‌کنندگان این مقاله با حق‌های سلامت عمومی و قوانین و مقررات ملی و بین‌المللی مربوطه وجود ندارد.

۵-۳- منابع مالی

این پژوهش بدون تامین مالی خاصی انجام گرفته است.

۵-۴- ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

۵-۵- سهم نویسندگان

نویسندگان پژوهش، معیارهای استاندارد نویسندگی مجلات نظام سلامت را رعایت نموده اند مقاله به‌صورت تک نویسنده نوشته شده است.

۵-۶- استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی

در تولید محتوای این مقاله از هیچ گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Leckie S, Gallagher A. Economic, social, and cultural rights: A legal resource guide. University of Pennsylvania Press; 2006. p. 375. Available from: <https://doi.org/10.9783/9780812205381>
2. Cisse H, et al. Fostering development through opportunity, inclusion, and equity. The World Bank; 2014. p. 556-57. Available from: <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0037-5>
3. Report Asian Sub-Regional Workshop. Using indicators to promote and monitor the implementation of human rights. New Delhi, India, 26-28 July 2007. p. 3.
4. UN. Universal Declaration of Human Rights. G.A. Res. 217A (III), UN GAOR, Res. 71, UN Doc. A/810. New York: United Nations; 1948.
5. Brownlie I. Basic documents of international law. Oxford: Oxford University Press; 2006.
6. Sepúlveda MM, Carmona MM. The nature of the obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Intersentia NV; 2003.
7. UN. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). New York: United Nations; 1966.
8. UN. Convention on the Rights of the Child (CRC). New York: United Nations; 1989.
9. Ministry of Health, Government of Uganda. Review of the HSSPII in relation to human rights and gender as part of third-term review for the health sector, second draft June 2008. Kampala: Ministry of Health; 2008.
10. Yamin AE, Parra Vera O. The role of courts in defining health policy: The case of the Colombian constitutional court. Harvard Law School Human Rights Program Working Paper; October 2008.
11. Hunt P, Backman G. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. Health Hum Rights. 2008 Jan 1;81-92.
12. KANCO. Paralegal Training Guide: HIV/AIDS Legal, Ethical, and Human Rights Mainstreaming. 2005.
13. Grodin M, Tarantola D, Annas G, Gruskin S. Human Rights in a Changing World. Routledge; 2013. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203576298>.
14. Russell S. Core obligations: Building a framework for economic, social and cultural rights. Intersentia NV; 2002.
15. Gulliford M, Morgan M. Access to health care. Routledge Publishing; 2003.
16. Ajigboye O. Realization of health right in Nigeria: A case for judicial activism. Glob J Human-Social Sci. 2014;14(3):I.
17. Backman G, et al. Health systems and the right to health: An assessment of 194 countries. Lancet. 2008;372:2048. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61781-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61781-X).
18. Eslami Tabar Sh, Vaez B, Soleimani A. An overview of youth health developments. Res Appl Youth Stud Q. 2012;1(2):172-188.. [Persian].
19. Grosheide W. Intellectual Property and Human Rights: A Paradox. Edward Elgar Publishing; 2010. p. 126-127. Available from: <https://doi.org/10.4337/9781849802048>.
20. Matthews D. Intellectual Property, Human Rights and Development: The Role of NGOs and Social Movements. Edward Elgar Publishing; 2011. Available from: <https://doi.org/10.4337/9780857931245>.
21. Office of United Nations High Commissioner for Human Rights. Human Rights Indicators. Human Rights: A Guide to Measurement and Implementation; 2012. p. 42-45.
22. Den Exter A. International health law & ethics. Maklu Publishers; 2009. p. 35.
23. Office of the High Commissioner for Human Rights & WHO. CESCR Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art 12). Adopted at 22nd Session of the Committee on Economic Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C 12.2000/4).
24. De Schutter O. International Human Rights Law. 2nd ed. Cambridge University Press; 2014. p. 545. Available from: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107479913>.
25. Zuniga JM, et al. Advancing the human right to health. Oxford University Press; 2013. p. 44. Available from: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199661619.001.0001>.

26. Bryant T, et al. Staying alive: Critical perspectives on health, illness, and health care. 2nd ed. Canadian Scholars' Press Inc.; 2010. p. 100.
27. Ipas. The human right to health and women's reproductive health policy. Available from: http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/HRHEALTH09.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=HRHEALTH09.
28. Moradi A. Estimation of the inequality concentration index of health care financing through Beta Lorenz curve, the case of Islamic Republic of Iran. 2010. p. 543. [Persian].
29. Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Faculty of Medicine. Textbook of community-based health assessment, Mehr 1389.. [Persian].
30. Secretariat of Social Factors Determining Health Policy Council of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Action plan (1) Deploying the health justice monitoring system in the country. May 2011.
31. Turkmannejad Sh, Nasiripour AA, Maleki MR, Riahi L. Evaluation of health justice indicators in Iran. Health Treat Manag. 2011;1(8):21-31.. [Persian].
32. Sheikh Zadeh R. Designing a model for management and evaluation of health care system performance. Manag Res. 2011;3(10):83-108.. [Persian].
33. Statistics and Information Technology Management Center. National health indicators. Ministry of Health and Medical Education. 2nd ed. 2018:19-47.
34. Report on indicators for monitoring compliance with international human rights instruments (HRI/MC/2006/7). Available from: <http://www.ohchr.org>.
35. Turkmannejad Sh, Nasiripour AA, Maleki MR, Riahi L. Evaluation of health justice indicators in Iran. Health Treat Manag. 2011;1(8):21-31.. [Persian].
36. Sheikh Zadeh R. Designing a model for management and evaluation of health care system performance. Manag Res. 2011;3(10):83-108.. [Persian].
37. Statistics and Information Technology Management Center. National health indicators. Ministry of Health and Medical Education. 2nd ed. 2018:19-47.
38. Salamati P, Karbakhsh M, Sadeghian S, Togha M, Rostami R, Sadeghi M. Health status in Iran. The Maghreb Rev. 2009;34(1):4-17.
39. Mansoori P, Majd Zadeh R, Abdi Z, Rudan I, Chan KY, Aarabi M, Ahmad Nezhad E, Ahmadian S, Akhondzadeh S, Azin A, Azizi F. Setting research priorities to achieve long-term health targets in Iran. J Glob Health. 2018 Dec;8(2).. [Persian].
40. Bohloli H, Mafi Moradi S, Gholami M, Taghizadeh-Asl R, Hamelmann C, Khosravi A, Marchandise C. Sustainable development goals realization: A national indicator framework for Iranian health monitoring. J Sustain Dev. 2022 Jun 27;15(3):1.. [Persian].
41. Kokabisaghi F. Assessment of the effects of economic sanctions on Iranians' right to health by using human rights impact assessment tool: a systematic review. Int J Health Policy Manag. 2018 May;7(5):374.. [Persian].