طراحی نظام دیده بانی سلامت جمهوری اسلامی ایران

بهزاد دماری[1]، علیرضا حیدری[2*]، آرش رشیدیان[3]، عباس وثوق مقدم[4]، اردشیر خسروی[5]، سیامک عالیخانی[6]

۱. پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۵. مرکز مدیریت شبکه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۶. دبیرخانه شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال نوزدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۹ صص ۵۰۹- ۴۹۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۹/۷/۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹مهر ۹۹]

چکیده

مقدمه: نظام های دیده بانی سلامت رصد و تحلیل منظم و مستمر مسائل بهداشتی، هماهنگی مجموعه های تولید کننده اطلاعات و اطمینان از کاربست آنها را انجام می دهد. هدایت راهبردی به سوی چشم انداز ۱۴۰۴در ایران نیازمند اطلاعات مانع، جامع و به موقع است. مطابق قوانین برنامه های پنج ساله پنجم و ششم توسعه کشور و ویژگی های اصیل نظام سیاست گذاری سلامت ،طراحی نظام دیده بانی سلامت ضروری است. این مطالعه با هدف طراحی نظام دیده بانی سلامت ایران انجام شد.

مواد و روش کار: یک مطالعه طراحی سیستم در سه مرحله انجام شد. ابتدا با مرور تجربیات سایر کشورها، تاریخچه موضوع در کشور، اسناد بالادستی، تحلیل وضعیت موجود تولید و مدیریت اطلاعات سلامت و مطالعه بسترهای استقرار نظام دیده بانی، اصولی برای طراحی این نظام تدوین شد. سپس برپایه این اصول نظام نامه دیده بانی پیش نویس و در سه مرحله از خبرگان مطلع و نمایندگان متولی در تولید داده ها و اطلاعات سلامت با استفاده از پرسشنامه کتبی و بحث گروهی متمرکز نظرخواهی و نهایی شد.

یافته ها: اصول مدل دیده بانی، کارکردهای دیده بانی، انواع شیوه های گزارش دهی، خروجی ها و ارزش افزوده، محصولات نظام دیده بانی، ارکان اصلی دیده بانی، فرایندها، روال ها و استانداردها، منابع مالی، امنیت اطلاعات و ضمانت اجرایی و انگیزش مورد نیاز در نظام دیده بانی سلامت طراحی گردید که قابل ابلاغ و استقرار در یکی از واحدهای سازمانی است.

نتیجه گیری: نظام طراحی شده با تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می تواند منجر به اخذ ردیف بودجه پیمایش های ملی در مجلس یا سازمان برنامه گردیده و استقرار آن در یکی از دانشگاه ها یا ستاد وزارت بهداشت تسهیل گردد.

کلیدواژه: طراحی، دیده بانی سلامت، مدیریت اطلاعات سلامت، شاخص های سلامت

* نویسنده پاسخگو: گرگان، کوی گلها، انتهای گلبرگ یکم، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

مقدمه

«دیده بانی» در لغت به مؤسسه ای که اختصاصاً برای مشاهده پدیده های هواشناسی و نجوم طراحی و تجهیز گردیده است و نیز به هر ساختمانی که دید گسترده ای از محیط اطراف آن را ارائه می دهد، اطلاق می گردد[۱]. نظام های دیده بانی سلامت به عنوان مراکز سیاستگذاری محور تعریف می شوند که مشاهدات و تجزیه و تحلیل منظم و مستمر مسائل بهداشتی مرتبط با یک جمعیت خاص و یک منطقه جغرافیایی را انجام می دهند[۴-۲].

ایده دیده بانی سلامت از دهه ۱۹۷۰ به دلیل تغییرات سریع در بخش سلامت، اهمیت فزاینده بهداشت عمومی و نیاز به اطلاعات قابل اعتماد و به روز برای نظارت و ارزیابی تأثیر برنامه ها و سیاست های سلامت مطرح گردید[۶-۵]. دیده بانی سلامت یک مداخله جهت بهبود تولیت نظام سلامت است[۷] و با ارائه گزارش های دوره ای از وضعیت سلامت کشور به ذینفعان بین بخشی یکی از وظایف کلیدی وزارت بهداشت در نهادینه سازی همکاری بین بخشی می باشند[۸] وزارتخانه های بهداشت و شرکای آنها اهمیت شواهد را در شکل دادن به سیاست گذاری و تصمیم گیری در منطقه پذیرفته اند و تلاش می کنند اطلاعات و سیستم های تحقیقات بهداشتی خود را بهبود بخشند[۹].

اگرچه یکی از عوامل مهم در اتخاذ تصمیمات و سیاستها توسط سیاستمداران در اختیار داشتن اطلاعات و دسترسی به هنگام به شواهد است. اطلاعات موجود به ویژه در کشورهای جهان سوم از دقت و صحت کافی برخوردار نبوده و گاه اطلاعات لازم برای تصمیم گیری در دست نیست. در اکثر نظام های سلامت، حجم عظیمی از اطلاعات تولید می شود که می تواند در کارها اختلال ایجاد کند؛ برای مقاصد تولیت، تنها خلاصه ای دوره ای ممکن است نیاز باشد که تغییرات جغرافیایی، زمانی یا جمعیتی را نشان می دهد [۱۱-۱۰]. برای این منظور، دیده بانی سلامت، به ویژه در سطح ملی یا محلی، می تواند به عنوان یک مرکز مجازی سیاست گذاری شده با هدف ارائه مشاهدات نظامند، مستمر و یکپارچه از سیستم بهداشت و سلامت جمعیت فعالیت نماید تا از سیاست های بهداشتی مبتنی بر شواهد موثر، برنامه ریزی، تصمیم گیری و اجرا حمایت نماید. بر اساس ظرفیت و عملکرد آن، دیده بانی می تواند به طور همزمان به عنوان یک مرکز کاربردی، نظارت بر سلامت همگانی، نظارت بر سیستم های بهداشتی، تجزیه و تحلیل تخصصی مسائل مربوط به سیاست های بهداشتی، هشدار زودهنگام مربوط به سلامت، انتشار مشاوره های سیاستگذاری و اطلاعات بهداشتی، و همچنین تولید و مدیریت دانش را انجام دهد. دیده بانی سلامت می تواند یک پلت فرم برای ایجاد ارتباط بهتر بین اطلاعات عمومی و دانش موجود در مورد بهداشت عمومی و کاربرد آن در سیاست ها و اقدامات بهداشت عمومی باشد. همچنین می تواند نقش مهمی در ارائه برنامه های آموزشی حرفه ای در تحقیقات عملیاتی و تجزیه و تحلیل وضعیت سلامتی داشته باشد[۱۲].

کارکردهای اصلی دیده بانی سلامت شامل ارائه یک مخزن مجازی برای داده های بهداشتی و اطلاعات از منابع مختلف؛ شناسایی شکاف در اطلاعات بهداشتی؛ تولید گزارش های بهداشتی ترکیبی و به روز شده، ارائه خدمات برای تجزیه و تحلیل داده ها و اطلاعات، تفسیر و انتشار و حمایت و یا پیشنهاد جهت اقدامات، شیوه ها و سیاست های مبتنی بر شواهد به منظور بهبود سلامت است. به طور معمول، دیده بانی سلامت دارای اجزای عملکردی و منابع عملیاتی است. اجزای عملکردی عبارتند از: ورودی ها، مانند منابع داده و مدیریت داده؛ فرآیندهایی که شامل تولید شاخص ها، دانش و اطلاعات سلامت هستند؛ و نتایج، که ارتباط نتایج تولید را نشان می دهد. منابع عملیاتی به نوبه خود شامل دولت، کارکنان تحلیل گر، کارکنان فناوری اطلاعات و فناوری های اطلاعاتی و ارتباطاتی هستند[۱۳]. کار اصلی مؤسسات دیده بانی سلامت در انگلستان [۱۴]، شبکه ملی دیده بانی سلامت در فرانسه [۱۵] و چندین مؤسسه دیده بانی در کانادا [۱۸-۱۶]، اروپا [۱۹]، آمریکای لاتین [۲۰] و آفریقا [۲۲-۲۱] در سازمان های مختلف طوری تنظیم شده است که به شیوه نوآورانه از داده های بهداشتی موجود و مبتنی بر جمعیت استفاده کنند و آن را به اطلاعات سلامت همگانی برای کاربردهای عملی تبدیل می کند.

در یک دهه گذشته الگوی سیاست گذاری سلامت که در وزارت بهداشت استقرار پیدا کرد ضرورت طراحی نظام دیده بانی سلامت در کشور را نشان داده بودند. این الگو سه سامانه مرکز مدیریت آمار و اطلاعات سلامت، دبیرخانه شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی و دبیرخانه سیاستگذاری سلامت را شامل می شد[۲۳]. در حقیقت الگوی سیاستگذاری سلامت نیازمند نظام مدونی برای مدیریت فرایند دیده بانی شامل تعیین شاخص های تصویرگر سلامت، نظام تولید عدد شاخص ها، به کارگیری آنها و همچنین بهره گیری از نظام های موجود هست به طوری که اغلب پیمایش های ملی در دو دهه گذشته کاربست خاص و به موقعی پیدا نکرده است و منابع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

مالی اختصاص یافته ارزش خود را نشان نمی دهد به همین ترتیب همکاری درون و برون بخشی مدونی برای این مطالعات تعریف نشده است به همین دلیل دستگاه ها و واحدهای مختلف احساس مالکیتی ندارند و این موضوع کاربست نتایج را مبهم می کند با اینکه در سال های گذشته مطالعه بار بیماری ها، مطالعه DHS و سایر مطالعات تعیین وضعیت سلامت انجام شده است اما تکرار آنها ضمانت مطمئنی ندارد[۲۴].

در بخش تدوین برنامه های توسعه و ارزشیابی برنامه های سلامت جای خالی شاخص ها و روند آنها خود را بیش از پیش نشان می دهد، به طوری که استناد برنامه های توسعه پنج ساله به شاخص های پیشرفت قابل اعتماد نیست. در خیلی از موارد صرفا چند شاخص در دسترس مورد استناد قرار گرفته است،در چنین مواقعی هدف گذاری برای اهداف پنج ساله دقیق نخواهد بود از طرفی طراحی نظام دیده بانی سلامت دارای فرصت های فراوانی نیز است که استفاده از این فرصت ها بخش مهمی از تولید شاخص های سلامت مانند نظام مراقبت از عوامل خطر بیماری های غیر واگیر را پوشش می دهد به طور نمونه وجود بیش از ششصد مرکز تحقیقاتی در کشور و سی شبکه تحقیقاتی و قطب علمی، مرکز آمار ایران و تجربه یا منابع موجود در آنها برای اجرای پیمایش ها همگی فرصت هایی هستند که در حال حاضر نیاز به وجود سامانه ای در این زمینه دارند. با توجه به یک مطالعه کلان دیده بانی تاکنون انجام نشده است، این مطالعه با هدف طراحی سامانه دیده بانی سلامت در ایران انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مطالعه طراحی سیستم بود که پس از تحلیل ذینفعان و انتخاب کمیته راهبری در سه مرحله به اجرا رسید: در مرحله اول تدوین اصول طراحی نظام دیده بانی تدوین شد. در این مرحله مستندات مورد بررسی شامل قانون اساسی، سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور، قانون مرکز آمار ایران، سیاست های کلی نظام اداری از سوی مقام معظم رهبری، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی، قانون مدیریت خدمات کشوری، سیاست های کلی ابلاغی برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور و قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور بودند. گردآوری اسناد و مستندات از طریق مراجعه حضوری به سازمانهای مرتبط و مراجعه غیرحضوری به وب سایتها و پایگاههای داده ای داخلی کشور صورت گرفت. داده های استخراج شده با استفاده از روش تحلیل محتوا تحلیل گردیدند. در مرحله مرور مقالات و گزارش های علمی، مرور منابع از طریق جستجو در پایگاه های داخلی Iranmedex ، Irandoc، SID، Medlib، Magiran و پایگاه های خارجی Google scholar، Scopus، PubMed بر اساس معیارهای جستجوی مذکور مورد بررسی قرار گرفتند. در پایان این مرحله ضرورت طراحی این نظام دیده بانی، بسترهای استقرار نظام دیده بانی، مولفه های تحلیل وضعیت موجود تولید و مدیریت اطلاعات سلامت در قالب تحلیل قوت ها، ضعف ها و تهدیدها و فرصت ها استخراج، جمع بندی و تلخیص شد و مطابق این تحلیل و تجربیات کشورها در راه اندازی چنین نظام هایی اصولی برای طراحی این نظام تدوین شد که در مرحله دوم به همراه نظام نامه تدوین شده به نظرخواهی گذاشته شد. شایان ذکر است محیط درونی در تحلیل فوق وزارت بهداشت و محیط بیرونی خارج از آن در نظر گرفته شده است.

در مرحله دوم نظام نامه دیده بانی تدوین شد. بر اساس چارچوب یک نظام سازمانی (شامل اهداف و کارکردها، ساختار و هماهنگی درون و برون بخشی، شیوه مدیریت و تصمیم گیری، منابع لازم، سیستم فرایندی) و با استفاده از نتایج مرحله اول پیش نویس نظام آماده شد.

در مرحله سوم نظرخواهی و جلب حمایت خبرگان و ذینفعان انجام شد. در این مرحله، در ابتدا پیش نویس تدوین شده جهت نظرخواهی کتبی برای صاحب نظران علمی و اجرایی که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند و شامل دو وزیر اسبق بهداشت، ۴ نفر از معاونین اسبق وزیر و ۶ نفر از اعضاء هیات علمی بودند، ارسال شد و پس از اخذ نظرات ایشان، یک جلسه بحث گروهی متمرکز ۳ ساعته با مشارکت ۱۰ نفر از خبرگان مطلع منتخب و نمایندگان متولی در تولید داده ها و اطلاعات سلامت که با روش نمونه گیری هدفمند از کلیه معاونت های وزارت بهداشت انتخاب شده بودند، برگزار گردید. طی این جلسات، شرکت کنندگان آزادانه اظهار عقیده می کردند و هماهنگ کننده جلسه، بحث را متعادل کرده و هدایت می نمود و پویایی گروه را مورد توجه قرار می داد. معیار اتمام بحث گروهی، اشباع اطلاعات و عدم ارائه داده های جدید بود. با کسب اجازه از مصاحبه شوندگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت کنندگان، مکالمات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

مطروحه ضبط گردید. درحین ضبط مکالمات از یادداشت برداری نیز استفاده شد. همچنین اطلاعات مشارکت کنندگان به صورت محرمانه نزد پژوهشگر مانده و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره گیری از مطالعه را داشتند. جهت دستیابی به صحت و پایایی داده ها از معیارهای موثق Lincoln و Guba شامل مقبولیت، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأیید پذیری استفاده شد [۲۷-۲۵]. داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوا با بهره گرفتن از تحلیل درون مایه ای تحلیل شد و در نهایت پس از طرح موضوع در شورای معاونین وزارت بهداشت، نظام نامه نهایی شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از گردآوری اسناد و مستندات نشان داد که نهادهای اصلی سیاستگذار و کاربر شواهد در نظام سلامت کشور شامل شورای معاونین وزارت بهداشت، کانون های تصمیم گیری در معاونت های تابعه وزارتخانه (شورای گسترش و نظارت و ارزشیابی دانشگاه ها، شورای آموزش پزشکی و تخصصی، شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی، شورای تحول اداری، شورای پژوهشی وزارتخانه و کمیسیون انجمن های علمی تخصصی علوم پزشکی)، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور هستند. اهم تامین کننده های اطلاعات تحقیقاتی سلامت در ایران نیز شامل معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دبیرخانه های تحقیقات کاربردی و شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی، شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی و مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات هستند.

اسناد بالادستی مورد بررسی شامل قانون اساسی، سند چشم انداز سال۱۴۰۴ کشور، قانون مرکز آمار ایران، سیاست های کلی نظام اداری ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی، قانون مدیریت خدمات کشوری، سیاست های کلی ابلاغی برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور، قوانین برنامه های چهارم، پنجم و ششم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور هستند.

بر اساس اطلاعات حاصل کارکرد موثر نظام دیده بانی سلامت نیازمند آن است که از ظرفیت های موجود وزارت خانه و دستگاه های خارج از وزارت بهداشت و همچنین ظرفیت های قانونی برای مدیریت اطلاعات استفاده شود، کار زیر مجموعه های قبلی چون نظام مراقبت واگیر استمرار یافته، کیفیت و اثربخشی آن افزایش یابد. مالکیت تولید داده ها شده و ارتباط بین تولید کنندگان اطلاعات، تبدیل کنندگان و یا میانجیان دانش و مصرف کنندگان شفاف گردیده و تقسیم کار مشخصی برای تولید اطلاعات صورت پذیرد کنترل کیفی تولید داده ها مستمر انجام شده و متولی مشخصی برای هر داده اصلی یا مجموعه ای از آنها در سطح ملی وجود داشته باشد . این نظام نباید ساختار پیچیده و بروکراتیک داشته باشد ضمن اینکه محصولات نظام دیده بانی باید ملموس و شفاف باشد و مرجع استفاده کننده از این محصولات مشخص باشد و ارزشیابی مستمر میزان بهره مندی از این محصولات تعیین گردد.

بر اساس الزامات فوق دیده بانی سلامت در ایران تعریف می شود و عبارت است از شبکه ای ملی، مجازی و سیاست محور که رصد نظام مند و مستمر شرایط و مسائل مربوط به سلامت همه مردم در پهنه جغرافیایی کشور را بر عهده دارد تا از سیاست، برنامه، تصمیم گیری و اجرای کارآمد و مبتنی بر شواهد حمایت کند. هدف نهایی نظام دیده‌بانی سلامت ایران مشارکت در حفظ و ارتقای سلامت مردم و بهبود آن و کاهش بی عدالتی در سلامت است و این باید به طور دوره ای ارزشیابی شود. بر اساس این تعریف محصولات نظام دیده بانی سلامت متعدد است:

- گزارش های مروری سلامت به طور سالانه در زمینه های خاص با اخطارهای رسانه ای (با تحلیل های تخصصی)
- گزارش دوره ای عملکرد نظام سلامت در چهار کارکرد اصلی تولیت، تأمین مالی، تامین منابع و تدارک خدمات و همچنین اهداف نظام سلامت منطبق با زمان بندی برنامه ریزی های توسعه کشور
- گزارش پیشرفت وضعیت شاخص های کلان سلامت و مقایسه با کشورهای منطقه و جهان
- گزارش دوره ای آینده نگاری از وضعیت سلامت ملی
- گزارش سالانه از عملکرد نظام های مراقبت سلامت عمومی در ابعاد سلامت جسمی، روان، اجتماعی و معنوی
- گزارش های درخواستی بالاترین شوراهای تصمیم گیری در نظام سلامت
- ارزشیابی سیاست های مصوب با احتمال تاثیر در سلامت توسط شوراهای تصمیم گیری ملی (درون و برون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

به این ترتیب ارزش افزوده نظام دیده بانی سلامت فراهم آوردن ابزاری برای یکپارچه سازی اطلاعات جهت هدایت و کمک به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

تصمیم‌گیرندگان سطوح بالا در سلامت عمومی کشور است؛ ابزاری که تاکنون وجود نداشته است. خصوصاً این نظام می تواند بر سیاست عمومی سلامت شامل تکامل دوران کودکی، آموزش، اشتغال، امنیت غذایی، حمایت های اجتماعی، حمل و نقل عمومی، محیط زیست تاثیر بگذارد. به عبارت دیگر اگر ۵۰ درصد عوامل مؤثر بر سلامت مؤلفه های اجتماعی باشند نظام دیده بانی کمک می کند تا آخرین وضعیت این مولفه های مشخص شود و سیاستگذار از تأثیر اقدامات خود آگاه شود. بخش عمده ای از داده های سلامت خصوصاً ابعاد اجتماعی و معنوی و شاخص های محیطی در دستگاه های دیگر تولید و منتشر می شود و نظام دیده بانی همه را گرد هم می آورد.

بسیاری از داده ها باید با رعایت حساسیت ها و ملاحظات فرهنگی منتشر شوند که البته این به معنی گزینش سوگیرانه نیست بلکه به معنی توافق قبلی با سیاستگذاران و زمینه سازی در این مورد است.

نظام دیده بانی ارزش افزوده دیگری دارد و آن انگیزش مدیران برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد است. اگر داده وجود داشت مدیر انگیزه می یابد تا عمل خود را منتسب به آن داده کند و چون داده ها توسط شبکه بی طرف تولید می شوند او مجبور است اجرای خود را بهبود بخشد، به عبارت دیگر از نقاط ضعف کشورهای در حال توسعه استقرار ضعیف سیاست ها و برنامه هایی است که نظام دیده بانی سلامت به ارتقای این مؤلفه کمک می کند البته این دستاورد نیازمند آموزش ذینفعان ومشارکت خود آنان است.

ارکان نظام دیده بانی چهار رکن اصلی دارد: شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شورای معاونان که به عنوان مصرف کنندگان اصلی هستند. شورای فنی دیده بانی شامل تولید کنندگان اصلی اطلاعات، نماینده تحلیل گران و نماینده مصرف کنندگان اطلاعات زیر نظر واحد دیده بانی و در رأس آن به عنوان شورای تصمیم گیر عمل می کنند. مدیر دیده‌بانی، متخصص فناوری اطلاعات، کارشناس پژوهش، کارشناس مستندسازی و کارکنان اداری به عنوان دبیرخانه فنی دیده بانی سلامت مسئول تدوین پیش نویس گزارش های دیده بانی هستند؛ که این کار با همکاری نظام مند شبکه مشاوران و خبرگان که تدوین کنندگان گزارش های فنی بوده و از اعضای هیات علمی دانشگاه ها و مراکز علمی و محققان خصوصی می باشند. فرایند اصلی تولید محصول در دبیرخانه دیده بانی به شرح نمودار۱ است. استانداردهای مختلفی برای انجام فرایند اصلی لازم است: فهرست پیمایش های لازم برای کشور با زمان بندی مربوطه، چارچوب تدوین گزارش های دیده بانی و نظام مرور همتایان، فهرست حقیقی و حقوقی مسئولان شاخص های معین سلامت به خصوص مواردی که انعکاس بین المللی دارد، شیوه ارزشیابی کاربست محصولات دیده بانی از آن جمله هستند. منابع مالی لازم برای تولید محصولات نظام دیده بانی به صورت بودجه عملیاتی سالانه توسط شورای فنی پیشنهاد شده و از محل اعتبارات ستادی وزارتخانه تامین خواهد شد. این بودجه شامل پروژه های تولید اطلاعات واحد های همکار در شبکه دیده بانی نیز هست. ردیف بودجه لازم برای انجام پیمایش های ملی در بودجه معاونت تحقیقات و فناوری و یا دبیرخانه سیاستگذاری سلامت و یا شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تصویب و تخصیص داده می شود.

برای تامین امنیت اطلاعات موارد زیر مورد نیاز است:

۱) اطلاع رسانی عمومی: کلیه داده ها/اطلاعات سامانه به شرط آنکه بر مبنای مقررات و قوانین جاری، امنیت ملی کشور را تهدید نکنند ویا با سایر شرایط و ضوابط قانونی دیگر در تعارض نباشند، در دسترس عموم قرار می گیرد. سازمان تامین کننده داده/اطلاعات باید رسماً محدودیت های دسترسی را در هنگام انتقال آنها به سامانه اطلاع دهد. گزارش ها در دو سطح زیر طبقه بندی می شود:

الف-گزارش دیده بانی عمومی

ب- گزارش های طبقه بندی شده با دسترسی معین (توسط شورای فنی تعیین می شود)

۲) امنیت: تمام داده ها/اطلاعات قابل حصول از طریق سامانه از شورای فنی دیده بانی عبور می کنند تا سطح محرمانگی، انسجام و در دسترس بودن آنها بر مبنای ضوابط جاری اخلاقی تضمین شود. از سازمان تأمین کننده داده/اطلاعات انتظار می رود انطباق موارد با این ضوابط را اعلام کنند.

۳) کیفیت داده ها/اطلاعات: سازمان تامین کننده داده/اطلاعات رسماً باید انطباق کیفیت موارد تحویلی را با دستورالعمل های تضمین کیفیت تولید داده/اطلاعات تاییدکند.

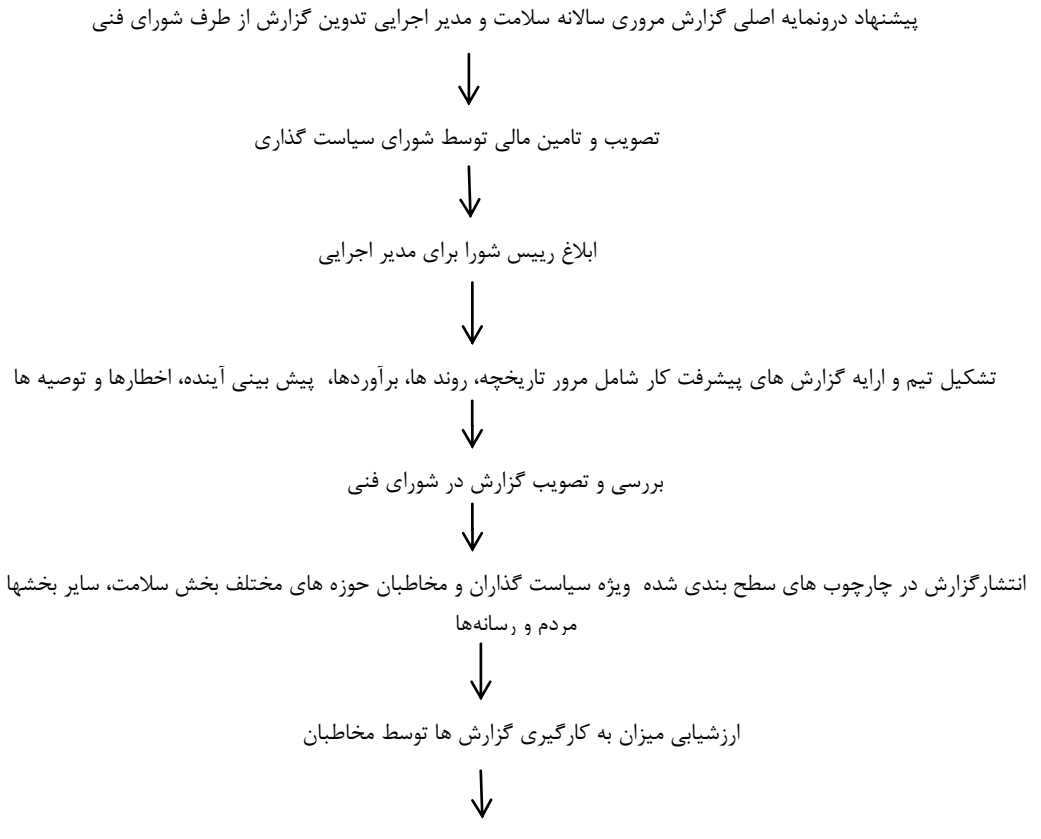
۴) استفاده های ثانویه از داده ها/اطلاعات: از آنجایی که سامانه دیده بانی پس از نشر داده ها/اطلاعات نظارتی بر استفاده افراد از آنها در تحلیل ها و تولیدات ثانویه ندارد، مسئولیت به روز بودن یا درست بودن اطلاعات ثانویه را بر عهده ندارد. استفاده کنندگان از منابع سامانه باید در انتشارات خود به ماخذ آن اشاره کنند و اعلام دارند که سامانه مسوولیتی در صحت یا روزآمد بودن اطلاعات ثانویه تولید شده ندارد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

۵) انتشارات سامانه: درکلیه انتشارات سامانه نام کامل سازمان های تأمین کننده داده/اطلاعات و نشانی تماس آنها درج می شود. در انتشارات سامانه تنها عنوان حقوقی سازمان هدایت کننده سامانه درج می شود. درج نام افراد حقیقی به عنوان مولف، محقق، مترجم تنها با موافقت کتبی سازمان هدایت کننده سامانه امکان پذیر است در صورت عدم درج نام به عنوان مولف، درج نام افراد تنها در مقدمه، پیشگفتار و بخش سپاسگزاری انتشارات سامانه ممکن خواهد بود.

۶) مشارکت عمومی: در راستای هدف شفافیت اطلاعات و ضوابط دسترسی آزاد شهروندان به آنها، سامانه از هرگونه بازخورد، نظر و پیشنهاد در مورد تولیدات خود استقبال می کند.

نظارت بر حسن انجام وظایف نظام دیده بانی بر عهده شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت است و گزارش سالانه عملکرد دیده بانی توسط رییس موسسه ارایه و تصمیم گیری می شود. محصول کار دیده بانی از طریق ماده دو آیین نامه ارتقای هیات علمی به عنوان امتیاز برای مجریان محسوب می شود و برای کلیه کارشناسان غیر هیأت علمی در محصولات دیده بانی متناسب با آیین نامه ارتقای شغلی امتیاز محسوب می گردد. مقدمه تدوین برنامه های توسعه بخش سلامت،گزارش های تحلیل وضعیت سلامت واحد دیده بانی می باشد.



نمودار۱: فرایند اصلی تولید محصول در دبیرخانه دیده بانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

بحث و نتیجه‌گیری

ماهیت و عملکرد سامانه های دیده بان سلامت در کشورها و مناطق جهان تابعی از وضعیت توسعه یافتگی آنها و به تبع آن بسیار گوناگون است. در کشورهای توسعه یافته ای که زیرساخت فناوری اطلاعات نظام سلامت آن پیشرفته و فراگیر است، ایجاد و راهبری چنین سامانه هایی بسیار سهل تر از کشور های در حال توسعه فاقد این زیر ساخت فناوری اطلاعات است.

دیده بان ملی سلامت هندوستان در موسسه ملی توسعه سلامت روستایی مستقر است و دفتر کشوری سازمان سلامت جهان یکی از مهمترین حامیان فنی آن می باشد. این دیده بان بر آن نیست که تنها نقش اطلاعاتی داشته باشد بلکه هرگاه میسر باشد به عنوان رابط کاربران با سایر مراکز دارای اطلاعات سلامت عمل می کند. دیده بان ملی سلامت کشور هندوستان دارای اجزایی با عنوان دیده بان های ایالتی است که به گردآوری و پردازش و انتشار اطلاعات ایالتی مشغولند[۲۸]. یکی از پیشنهادات سند «ملت سالم تر ما» که راهبرد ملی انگلستان برای سلامت همگانی است تأسیس دیده بانی های سلامت همگانی در هر منطقه از کشور است تا از طریق آنها دسترسی و بکارگیری اطلاعات سلامت در سطح محلی ارتقا یابد. این دیده بانی ها در ارتباطی نزدیک با دانشگاهها قرار دارند تا توان علمی دانشگاه ها را در فعالیت خود بکار گیرند. بر این اساس ۱۱ دیده بان سلامت عمومی در پنج حوزه انگلستان، اسکاتلند، ولز، ایرلند شمالی و جمهوری ایرلند مشغول به فعالیت هستند که به انضمام انجمن دیده بانان سلامت عمومی (APHO) به ۱۲ موسسه می رسند. این انجمن خود به ایجاد اطلاعات، داده و دانش در مورد سلامت مردم و مراقبت های سلامت برای کارکنان بهداشتی، سیاستگذاران و عموم می پردازد[۲۹].

نقاط قوت دیده بانی های کشور های آمریکای لاتین شامل استقلال از دولت در مورد موضوعات تصمیم گیری، مدیریت طرح ها و ارزشیابی پیامد های سلامت، تعامل با بازیگران متنوع مانند نهاد های علمی، جامعه مدنی و شبکه ها، مدیریت مشارکت جو، مقبولیت تاثیرگذاری بر تصمیم گیران، تولید محصول، دربرگرفتن گروه های بین بخشی، کار با بازیگران متعدد و تأثیر بر سطوح مختلف (محلی، منطقه ای و کشوری) است. نقاط ضعف این دیده بانی ها عدم نفوذ در بستر سیاسی، وجود نقصان های اطلاعاتی و دسترسی سخت به اطلاعات موجود، کمبود منابع انسانی و مالی و پایداری ناکافی به دلیل وابستگی به منابع مالی خارجی است[۳۰].

دیده بان سلامت ساسکاتون کانادا در سال ۲۰۰۸ برای تدارک اطلاعات مهم و قابل فهم و نیز آوردن داده ها و تحقیقات به عرصه تصمیم گیری و اقدامات سلامت همگانی با ادغام دپارتمان مراقبت سلامت همگانی و واحد تحقیقات سلامت جمعیت ایجاد شد. این سازمان قصد دارد تا با مراقبت، تحقیق و انتقال دانش، سیاستگذاری، تصمیم گیری و ارایه خدمات سلامت را مبتنی بر شواهد نماید. مسئولیتهای اصلی دیده بان سلامت ساسکاتون شامل مراقبت (Surveillance) وضعیت سلامت جامعه، پایش و گزارش دهی، ارزشیابی و مرور برنامه های سلامت، تحقیقات کاربردی و ترجمان و تبادل دانش است. این اقدامات توسط ایجاد و نگهداری پایگاه های داده، ترسیم و تحلیل سامانه اطلاعات جغرافیایی (GIS)، مطالعه در منابع و ایجاد یک سامانه جامع اطلاعات جامعه انجام می گیرند[۳۱].

در تجربیات کشورهای مختلف مشاهده می شود که مراکز مختلفی در تولید و اعلام عمومی اطلاعات دخیل هستند و حتی مستقل عمل می کنند خصوصاً که بر اساس استقلال قوای اجرایی، مقننه و قضائیه این دیده بانی باید متعدد باشد. یکی از چالش های ارزشیابی قوانین برنامه های توسعه توسط مجلس عدم اعتماد به داده های قوه مجریه است[۳۲] و نشان می دهد که هر کدام می بایست نظام مورد اعتماد خود را برای دیده بانی سلامت داشته باشند، البته این به معنای تکرار پیمایش ها و ایجاد نظام موازی جمع آوری اطلاعات نیست بلکه منظور این است که از روش های نظارتی و مشارکتی استفاده کرد، به طور مثال نماینده قوه مقننه در شورای فنی دیده بانی حضور داشته باشد و بر روند جمع آوری و تحلیل اطلاعات نظارت کند و یا به صورت تصادفی پیمایش های کوچکی برای راستی آزمایی پیمایش های قوه مجربه توسط واحد نظارتی انجام شود. به تجربه نشان داده شده است که تعدد نظام های رصد و دیده بانی تقویت عملکرد آنها را باعث می شود. در کشور ایران فرهنگستان علوم پزشکی، مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، مرکز آمار ایران، مرکز اطلاعات و داده های قوه قضائیه، مجمع تشخیص مصلحت نظام از جمله واحدهای عالی در رصد پیشرفت کشور هستند و احتمالاً این سئوال در مورد آنها صادق است. در ایران بیش از دو دهه است که زیر نظام های متفاوت برای تولید داده ها و اطلاعات سلامت ایجاد و ارزشیابی شده است که از آن جمله می توان به : نظام ثبت کاغذی داده ها در خانه ها و پایگاه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری، نظام

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

ثبت سرطان، ثبت حوادث، نظام مراقبت از بیماری های واگیر (سل، ایدز و مالاریا) و عوامل خطر بیماری های غیرواگیر اشاره نمود. همچنین پیمایش های ملی از قبیل سلامت و بیماری، سلامت و جمعیت، مطالعه بار بیماری ها و پیمایش سلامت روان به انجام رسیده است[۳۷-۳۳]. علاوه بر این، مجموعه های تولید داده ها و اطلاعات در دستگاه های اجرایی سایر بخش های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی و همچنین مرکز آمار کشور از فرصت های مدیریت یکپارچه اطلاعات در نظام سلامت به شمار می آید. مطالعه و پیشنهاد در زمینه ارتقای نظام مدیریت اطلاعات بخش سلامت به گزارش های تحلیلی در برنامه های توسعه پنج ساله کشور محدود می شود در این گزارش ها با تحلیل نقاط ضعف، قوت، فرصت ها و تهدیدها، راهبردهایی برای انسجام و کاربست داده های سلامت در نظام سیاست گذاری ارایه شده است. یکی از این موارد مطالعه بخش سلامت(Health Sector Study) ایران است که با مشاوره کارشناسان برجسته بانک جهانی انجام شد[۳۸]. ویژگی های نظام نامه دیده بانی سلامت که در تحقیق حاضر طراحی شد شامل ارتقای مشارکت، هماهنگی و مالکیت در تولید کنندگان اطلاعات سلامت، مشخص بودن پیمایش های دوره ای ملی منطبق بر زمان بندی برنامه های توسعه کشور (به منظور افزایش بهره برداری برنامه ریزان)، ادغام در فرایند سیاستگذاری سلامت و تعیین راهکارهای تأمین منابع مالی و انگیزش در صاحبان فرایند است. این الگو به دلیل استفاده از ظرفیت های موجود کشور و بهره مندی از این فرصت ها به الگوی جامع و تلفیقی از نظام های دیده بانی شباهت دارد. این مطالعه محدودیت هایی نیز داشت. تحقیق حاضر نتوانسته است نحوه مشارکت واحدهای متولی مجریه، مقننه و قضائیه را تعیین کند. همچنین روش استفاده از ظرفیت های تولیدکننده دانش خصوصاً داده های کیفی (به عنوان مثال نظارت خبرگان موضوعی و یا همایش های متعدد کشوری) را تعیین نکرده است. ارتباط با واحدهای بین المللی و بی نظمی در ارایه اطلاعات به موقع و معتبر به این سازمان ها مشهود است که موجبات تصویر نادرست از کشور را فراهم می آورد و لازم است در ادامه با طراحی روش های دقیق پاسخگویی به سئوالات و انتظارات سازمان های بین المللی از نظام دیده بانی سلامت بهره بیشتری گرفته شود. ویژگی های این نظام ارتقای مشارکت، هماهنگی و مالکیت در تولیدکنندگان اطلاعات سلامت، مشخص بودن پیمایش های دوره ای ملی منطبق بر زمان بندی برنامه های توسعه کشور (به منظور افزایش بهره برداری برنامه ریزان)، ادغام در فرایند سیاست گذاری سلامت و تعیین راهکارهای تأمین منابع مالی و انگیزش در صاحبان فرایند است. در چند سال گذشته با راه اندازی شورا و نظام سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظام تدوین و استقرار اسناد سیاست و برنامه های سلامت پیش بینی می شود که نظام طراحی شده در مسیر چشم انداز کارایی و اثربخشی خود را برای ارتقای سلامت گروه های جمعیتی ایرانی نشان دهد. به منظور استقرار این نظام گام های زیر پیشنهاد می شود که تصویب و نظام نامه دیده بانی پس از تصویب به کلیه واحد های صاحب فرایند و ذینفعان ابلاغ و به طور عمومی و رسانه ای اطلاع رسانی گردد. به منظور جلب مشارکت سایر وزارت خانه ها در انجام دیده بانی، در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی طرح موضوع و تصویب گردد. سیستم الکترونیکی پانل دیده بانی برای سطوح سیاست گذاری مختلف طراحی گردد. تقویم انجام پیمایش های ملی سلامت طی یک مطالعه مجزا و تصویب آن در عالی ترین مرجع تدوین گردد. لازم است پنج سال بعد از استقرار این نظام، ارزشیابی آن به منظور ارتقای نظام دیده بانی انجام شود.

سهم نویسندگان

بهزاد دماری: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، تحلیل داده ها، مرور و اصلاح نسخه نهایی مقاله

علیرضا حیدری: جمع آوری وخلاصه کردن نتایج، نگارش اولیه و نهایی مقاله

آرش رشیدیان: تحلیل داده ها، مرور و اصلاح نسخه نهایی مقاله

عباس وثوق مقدم: تحلیل داده ها، مرور و اصلاح نسخه نهایی مقاله

اردشیر خسروی: تحلیل داده ها، مرور و اصلاح نسخه نهایی مقاله

سیامک عالیخانی: تحلیل داده ها، مرور و اصلاح نسخه نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود فرض می دانند که از آقای دکتر محمدحسین سالاریان زاده که در انجام این مطالعه مساعدت نمودند، تشکر و سپاسگزاری نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

منابع

1. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57:324-6

2. Rodrigues RJ, Gattini CH. Global Health Informatics. 1st Edition, Academic Press: Amsterdam, Netherlands, 2017

3. Gattini CH. Implementing National Health Observatories. 1st Edition, Pan American Health Organization, Santiago, Chile, 2009.

4. Providing health intelligence to meet local needs: A practical guide to serving local and urban communities through public health observatories. World Health Organization, Kobe, Japan, 2014. https://apps.who.int/iris/handle/10665/152645

5. Zaveri A, Lehmann J, Auer S, Hassan M, Mohamed S. Publishing and interlinking the Global Health Observatory dataset. Semantic Web Journal 2013; 4: 315-322

6. Aspinall PJ, Jacobson B, Castillo-Salgado C. Establishing and sustaining health observatories serving urbanized populations around the world: scoping studying and survey. The European Journal of Public Health 2016; 26: 681-68

7. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Delavari A. How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way forward. Hakim Health System Research 2015; 18: 94- 104 [Persian]

8. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Bonakdari S. Improving Approaches of Intersectoral Collaboration for Health by Health and Food Security High Council in I.R.Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2014;11:1-16 [Persian]

9. Kebede D, Zielinski C, Mbondji PE, Piexoto M, Kouvividila W, Sambo LG. The African Health Observatory and national health observatories as platforms for strengthening health information systems in sub-Saharan Africa. Journal of the Royal Society of Medicine 2014; 107:6–9.

10. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Monazzam K, Salarianzadeh H. Where and How to Make Wise Policies for Health? A Qualitative Study on the Characteristics of Health Policy System in the Islamic Republic of Iran. Hakim Health System Research 2011;13:210-21 [Persian]

11. Etemad K, Heidari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. Challenges of Access to Data of Ministry of Health from the Perspective of Policy-makers, Producers, and Consumers of Data: A Qualitative Study. Iranian Journal of Epidemiology 2017; 13:174-182 [Persian]

12. Carr-Hill R, Chalmers-Dixon P. The Public Health Observatory handbook of health inequalities measurement. Available from: http://www.sepho.org.uk/extras/rch_handbook.aspx.

13. Yoshiura VT, Bettio YD, Carvalho PF, de Lima IB, Damian IPM, Rijo RPCL, Marques JMA, Alves D. Towards a health observatory conceptual model based on the semantic web. Procedia Computer Science 2018; 138:131–136

14. Association of Public Health Observatories. The former Association of Public Health Observatories of the UK and Ireland. http://www.apho.org.uk/.

15. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. The Federation of French Observatories. http://www.fnors.org/index.html

16. Public Health Observatory. Saskatoon Health Region, Canada. Available from: https://www.saskatoonhealthregion.ca/Pages/Search-Results.aspx?k= health+observatory&sc= ntire+Site

17. Ontario Public Health Standards. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008.pdf.

18. British Columbia Framework for Public Health. Available from: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2013/BC-guiding-framework-for-public-health.pdf.

19. World Health Organization. Human resources for health observatories. Evidence-informed human resources for health policies. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/observatories_meeting_report.pdf.

20. Observatorio de Saude Urbana de Belo Horizonte. http://medicina.ufmg.br/osubh/.

21. Kebede D, Zielinski C. The potential role of regional and national health observatories in narrowing the knowledge gap in sub-Saharan Africa. Journal of the Royal Society of Medicine 2014; 107:3-5

22. A guide to setting up an urban observatory. United Nations Human, Nairobi, Kenya, 2006. https://mirror.unhabitat.org/downloads/docs/LUO_guideline.pdf

23. Larijani B, Delavari A, Damari B, Vosoogh Moghadam A, Majdzadeh R. Health Policy Making

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

System in Islamic Republic of Iran: Review an Experience. Iranian Journal of Public Health 2009; 38:1-3 [Persian]

24. Mirzaei H, Damari B .Establishing Calendar for Health Observatories Studies: Islamic Republic of Iran's Experience. Iranian Red Crescent Medical Journal 2020; 22:e100363 [Persian]

25. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitativeresearch projects. Education for Information 2004; 22: 63-75

26. Eri M, Jafari N, Kabir M J, Mahmoodishan G, Moghassemi M J, Tahanian M, et al . Concept and Challenges of Delivering Preventive and Care Services in Prehospital Emergency Medical Service: A Qualitative Study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2015; 25:42-57 [Persian]

27. Damari B, Heidari A. Implementation of integrated management of non-communicable disease prevention and control in Iran: A proposal. Payesh 2020; 19:7-17 [Persian]

28. National Health Systems Resource Center, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India: mission and vision. Available from: http://www.nhsrcindia.org/quality_policy.php

29. Association of Public Health Observatories. Available from: http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39291

30. Rashidian A, Damari B, Larijani B, et al. Health observatories in iran. Iranian Journal of Public Health. 2013;42:84–87 [Persian]

31. Saskatoon Health Region Public Health Observatory. Available from: http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/ps_public_health_pho_about.htm

32. Damari B, Heidari A, Adhami B, Vosoogh Moghaddam A. Evaluation of Implementation Laws for the Health Sector in the Fifth Development Plan. Hakim Health System Research 2019; 22:94-99 [Persian]

33. Rahmani K, Moradi G, Khadem Erfan M, Faraji L, Zamini G, Mohammadian B, et al . Malaria Surveillance System in the Islamic Republic of Iran: History, Structures, and Achievements. Iranian Journal of Epidemiology 2020; 15:313-32 [Persian]

34. Moradi G, Rahmani K, Hemati P, Akbari H, Rezaei F, Dadras M, et al . A Review of Influenza Surveillance System in the Islamic Republic of Iran: History, Structures and Processes. Iranian Journal of Epidemiology 2019; 15:215-225 [Persian]

35. Lotfi B, Karami M, Soltanian A, Poorolajal J, Mirzaee M. Evaluation of Completeness and Geographical Representativeness of the Public Health Surveillance System for Hepatitis B between 2007 and 2013 in Hamadan Province: An Analytical Literature Review. Iranian Journal of Epidemiology 2015; 11:83-98 [Persian]

36. Eybpoosh S, Eshrati B. Nosocomial Infection Surveillance System in Iran: Structures, Processes and Achievements. Iranian Journal of Epidemiology 2019; 15:105-115 [Persian]

37. Moradi G, Ghaderi E, Sargolzaei M, Fallahi H, Eybpoosh S, Tayeri K, et al . HIV/AIDS Surveillance System in the Islamic Republic of Iran: History, Structures and Processes. Iranian Journal of Epidemiology 2019; 15:204 [Persian]

38. Islamic Republic of Iran - Health sector review: Main report (English). Washington, D.C.: World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/760001468253519367/Main-report

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.6.2]

[DOI: 10.29252/payesh.19.5.499]

ABSTRACT

Designing a health observatory system for the Islamic Republic of Iran

Behzad Damari[1], Alireza Heidari[2*], Arash Rashidian[3], Abbas Vosoogh Moghaddam[4] , Ardeshir Khosravi[5], Siamak Alikhani[6]

1. Brain and Spinal Cord Injury Research Center, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Secretariat of the High Council for Health and Food Security, ministry of Health, Tehran, Iran
5. Centre for Health Network Management, Deputy of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
6. Secretariat of the Applied Research Coordination Council, ministry of Health, Tehran, Iran

Payesh 2020; 19 (5): 499 – 509
Accepted for publication: 28 September 2020
[EPub a head of print-10 October 2020]

Objective (s): Health surveillance systems provide regular and continuous monitoring and analysis of health issues, coordination of information production collections and ensuring the use of information. Strategic guidance to the (2025) prospect requires precise, comprehensive and timely information. According to the rules of the fifth and sixth five-year development plans of the I.R. of Iran and the original features of the health policy system, it is necessary to design a health monitoring system. This study aimed to design a health observatory system in Iran.

Methods: This was a system design study. Initially, the principles for designing this system were formulated by reviewing the experiences of other countries, the history of the subject in the country, documents, analyzing the status of production and managing health information, and studying the platforms for deploying the observatory system. Then, prepared draft was reviewed and finalized in three stages by experts, and representatives of data and information producers using a written letter and a focused group discussion.

Results: In this proposed model, principles of observatory system, observation functions, types of reporting methods, added outputs and value, observatory system products, main dimensions of observatory system, processes, procedures and standards, financial resources, information security and executive guarantee was considered that can be implemented and deployed in one of the organizational units.

Conclusion: The system designed with the approval of the High Council of Health and Food Security can lead to obtaining the budget line of national surveys in the parliament or the program organization and facilitate its establishment in one of the universities or the headquarters of the Ministry of Health.

Key Words: Design, Health Observatory, Health Information Management, Health Indicators

* Corresponding author: Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com