



سازمان بهداشت
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



موسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جمهوری اسلامی ایران



World Health
Organization



گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی

PHCMI



آذرماه ۱۳۹۸



فهرست محتوی

۶	سازمان‌های همکار
۶	خلاصه اجرایی
۷	آشنایی با نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران
۹	جدول‌های شاخص‌ها
۹	خدمات ادغام یافته / مراقبت‌های اولیه
۹	سیستم / ساختار
۱۰	درونداد
۱۲	فرآیند
۱۳	پیامدها
۱۴	فعالیت‌های بین بخشی
۱۵	توانمندسازی / مشارکت
۱۶	پیامد نهایی
۲۳	پیوست ۱
۲۴	مقدمه
۲۴	اهداف طرح
۲۵	شناسایی و درگیر نمودن ذی‌نفعان PHCMI
۲۵	ساختار اجرایی طرح
۲۶	گام اول برنامه‌ریزی
۲۶	ارزیابی عوامل مؤثر بر اجرای طرح در کشور
۲۷	تهیه و اعلام برنامه اجرایی و زمان‌بندی طرح

۲۷	بررسی و مرور فهرست شاخص‌ها
۲۸	ارزیابی موجود بودن داده‌های هر شاخص
۲۸	طراحی نرم‌افزار برنامه
۲۸	ظرفیت‌سازی در خصوص طرح برای سطح ستاد و دانشگاه‌ها
۲۹	گام دوم اجرا / ارزیابی
۲۹	جمع‌آوری داده‌های کمی و بررسی متون مربوطه
۲۹	بررسی موارد فقدان داده‌ها و تبیین مرحله ارتقا
۳۰	جمع‌آوری داده‌های کیفی (انجام مصاحبه‌ها)
۳۰	گام سوم ارزیابی / تأیید صحت اطلاعات
۳۰	بررسی توسط دفتر منطقه‌ای و سازمان مرکزی سازمان جهانی بهداشت
۳۰	شفاف‌سازی و حل اختلاف بین بررسی داخلی و خارجی طرح
۳۱	نهایی نمودن محتوای گزارش سیمای کشوری PHC و سیمای علائم حیاتی و ارسال آن برای مقام محترم وزارت برای امضا
۳۱	گام چهارم نهایی سازی و انتشار
۳۱	پیش‌نویس گزارش
۳۲	ارائه گزارش به کارگاه منطقه‌ای
۳۲	گام پنجم گام‌های بعدی
۳۳	پیوست ۲
۳۴	جدول زمان‌بندی طرح

سازمان‌های همکار

- ۱- دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران
- ۲- موسسه ملی تحقیقات سلامت
- ۳- دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت / دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ۴- مرکز مدیریت شبکه
- ۵- مرکز بودجه و پایش عملکرد
- ۶- اداره کل منابع انسانی
- ۷- دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- ۸- دفتر آموزش و ارتقاء سلامت
- ۹- دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ۱۰- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ۱۱- دفتر مدیریت بیماری‌های غیر واگیر
- ۱۲- مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۱۳- مرکز سلامت محیط و کار
- ۱۴- دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا
- ۱۵- اداره بهداشت دهان و دندان

خلاصه اجرایی

پیرو شرکت نمایندگان ایران در نشست منطقه‌ای EMRO، جلسه‌ای با حضور نمایندگان دفتر سازمان جهانی بهداشت و موسسه ملی تحقیقات سلامت برگزار و اعضای کمیته راهبردی طرح ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI) تعیین شدند. پس از توجیه و صدور ابلاغ برای اعضا، جلسات کمیته به‌طور هفتگی برگزار و طی این جلسات اقدامات ذیل انجام شده است:

- بررسی فهرست شاخص‌های اعلامی و تعیین فرایندهای جمع‌آوری و جمع‌بندی اطلاعات و داده‌های موردنیاز شاخص‌های طرح؛
- ترجمه و بومی‌سازی دستورالعمل اجرایی طرح؛
- بررسی و تکمیل شاخص‌هایی که اطلاعات آن موجود است؛
- تهیه نرم‌افزار برای ورود و گزارش‌گیری داده‌های کمی؛
- برگزاری جلسه با اعضای کمیته راهبردی و بررسی شاخص‌ها و تعیین مسئولین هر گروه از شاخص‌ها؛
- ترجمه شاخص‌ها و ارسال برای ذینفعان؛
- چاپ و ابلاغ رسمی دستورالعمل اجرایی برای ذینفعان؛
- مکاتبه و برگزاری یک جلسه توجیهی با دفاتر و ادارات معاونت بهداشت و همچنین سایر معاونت‌های مرتبط؛
- برگزاری جلسات به‌طور جداگانه با هر دفتر و اداره به‌منظور تسریع در روند احصاء شاخص‌ها؛
- برگزاری جلسه به‌منظور تعیین مستندات شاخص‌های کیفی؛

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

- پیگیری از دفتر منطقه‌ای در خصوص شاخص‌هایی که نیاز به دستورالعمل دارند؛
- جمع‌بندی اطلاعات دریافتی در خصوص شاخص‌ها و تکمیل جدول شاخص‌ها؛
- طراحی نرم‌افزار در قالب InfoPath و وارد کردن اطلاعات در آن به منظور آسان‌سازی فرایند جمع‌آوری و انتشار داده‌های طرح؛
- تعیین GAP‌های موجود برای داده‌های شاخص‌ها؛
- تهیه و ارائه گزارش برای معاونت محترم بهداشت؛
- تهیه و ارائه گزارش برای مقام محترم وزارت بهداشت؛
- ارسال گزارش برای دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران؛
- ارسال گزارش با امضای مقام محترم وزارت بهداشت برای دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی.

آشنایی با نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در سال ۱۳۶۰ در قالب شبکه‌های بهداشتی - درمانی بر سه اصل "اولویت خدمات پیش‌گیری بر خدمات درمانی"، "اولویت مناطق روستایی و محروم بر مناطق شهری برخوردار از امکانات" و "اولویت خدمت سرپایی بر خدمات بستری" پایه‌ریزی شده است. در این نظام:

- خدمات در سطوح مختلف ارائه می‌شود؛
 - ارائه خدمات جامع و ادغام شده می‌باشد؛
 - منابع در واحدهای مختلف هر سطح برای جمعیت مشخصی کاملاً تعریف شده است؛
 - خدمات از قبل برنامه‌ریزی شده، استانداردها و شاخص‌ها مشخص است و پیگیری می‌شود.
- در سال‌های نخست، تمرکز برنامه و گسترش منابع، بیشتر در محیط روستا بود اما سال‌های بعد به دلیل مهاجرت روستاییان به مناطق شهری خصوصاً حاشیه شهرها ارائه مراقبت‌های بهداشتی جامع یکی از چالش‌های برنامه‌ریزان نظام سلامت بوده است. در طی سال‌های اخیر و به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، یکی از اولویت‌های ارائه شده بازنگری بسته‌های خدمات بر اساس گروه‌های سنی در بستر مراقبت‌های اولیه بهداشتی نوین (New PHC) در مناطق شهری و حاشیه شهری بوده است.
- در همین راستا، اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت از سال ۱۳۹۳ آغاز شد و زیرساخت‌های لازم برای اجرای برنامه پزشکی خانواده (Family Practice) و نهایتاً تحقق برنامه ششم توسعه را فراهم کرد. بر اساس برنامه‌ریزی انجام شده با اجرای مراقبت‌های اولیه بهداشتی نوین، گام‌های عملی برای تحقق قانون برنامه ششم و اجرای برنامه پزشکی خانواده در طول برنامه ششم بر اساس ویژگی‌های مدل جامع و مطلوب پزشکی خانواده ترسیم گردیده است. رعایت ویژگی‌های ذیل باید در اجرای دستور عمل اجرایی برنامه گسترش مراقبت‌های بهداشتی درمانی به خصوص در مناطق شهری مورد توجه جدی و دقیق مدیران، کارکنان و کارشناسان قرار گیرد:
- جمعیت تعریف شده؛
 - خدمات یکپارچه و ادغام یافته برحسب گروه‌های سنی (نوزادان، کودکان، نوجوانان، جوانان، میان‌سالان، سالمندان) در نظام شبکه بهداشتی و درمانی و با کیفیت بالا؛
 - هزینه قابل پرداخت برای مردم؛
 - استمرار خدمت؛
 - استفاده از نیروی چند پیشه آموزش دیده؛
 - وجود سه پزشک سلامت‌نگر به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر؛
 - مشارکت بخش دولتی و خصوصی (Public Private Partnership (PPP));

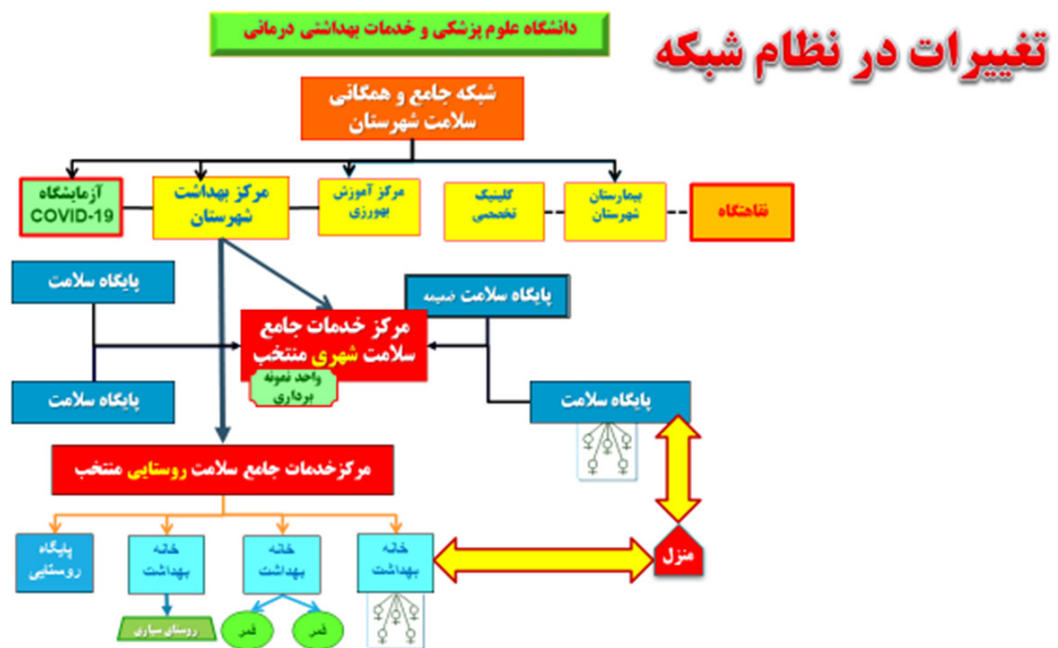
گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

- مطابقت با ساختار شبکه بهداشتی و درمانی؛
- مدیریت سلامت منطقه جغرافیایی تعریف شده؛
- تجمیع منابع؛
- استفاده از راهنماهای بالینی (گایدلاین‌ها)؛
- استقرار پرونده الکترونیک سلامت؛
- برقراری نظام ارجاع؛
- خرید راهبردی خدمات؛

9

- نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد.

شکل ۱، نمودار واحدهای ارائه خدمات PHC جدید به دنبال طرح تحول سلامت و همچنین تغییرات ایجاد شده در راستای مقابله با بیماری کووید-۱۹، شامل ایجاد واحد نمونه برداری و نقاهتگاه را نشان می‌دهد.



شکل ۱. نمودار واحدهای ارائه خدمات PHC نوین در شهرستان‌های کشور

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

- بر اساس برنامه‌های اجراشده، از سال ۱۳۸۴ مقرر شد که برنامه پزشکی خانواده با استفاده از سیاست پوشش بیمه همگانی سلامت در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر و امکان دسترسی و بهره‌مندی افراد تحت پوشش از طریق نظام ارجاع فراهم آید. در این برنامه امکان دسترسی فراگیر و فعال، تمام افراد تحت پوشش به خدمات ترویجی، پیشگیرانه، درمانی و باز توانی با کیفیتی که متضمن تأثیر آن باشد مورد نظر قرار گرفت. در حال حاضر ۱۷،۸۹۸ خانه بهداشت، ۳،۷۵۲ مرکز در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر با به‌کارگیری ۳۱۹۳۶ بهورز و ۶،۹۰۰ پزشک و ۵،۴۹۸ ماما، برنامه پزشکی خانواده را اجرا می‌کنند.
- همچنین برنامه پزشکی خانواده در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران با به‌کارگیری ۴۸۹ پزشک و ۱،۱۰۳ مراقب سلامت نیز در حال اجرا می‌باشد.
- در سایر استان‌های کشور، با اجرای طرح تحول سلامت، ضمن راه‌اندازی واحدهای ارائه خدمات جدید با استفاده از راهبرد خرید خدمت و استفاده از بخش‌های غیردولتی، در مناطق شهری (با اولویت مناطق حاشیه شهر) با به‌کارگیری ۲۰،۰۸۱ مراقب سلامت در ۵،۵۴۵ پایگاه سلامت و ۲،۸۲۰ مرکز خدمات جامع شهری، خدمات نوین PHC ارائه می‌شود.

جدول‌های شاخص‌ها

رنگ زرد نشان دهنده شاخص‌های کیفی است.
رنگ سبز نشان دهنده شاخص‌های علایم حیاتی است.
رنگ نارنجی نشان دهنده شاخص‌های اهداف توسعه پایدار (SDG) است.

خدمات ادغام یافته / مراقبت‌های اولیه

سیستم / ساختار

جدول ۱. شاخص‌های حکمرانی

ردیف	شاخص	پاسخ
۱	یک سیاست، برنامه و استراتژی جامع ملی با اهداف کلی و اختصاصی که شامل هر سه مؤلفه یک رویکرد PHC (تأمین نیازهای سلامت مردم در طول زندگی، پرداختن به عوامل مؤثرتر در سلامت از طریق سیاست و عمل چندبخشی و توانمندسازی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای مسئولیت سلامتی خود) است، وجود دارد و به‌روز شده است؟	بلی
۲	آیا قوانین UHC شامل PHC وجود دارد؟	بلی
۳	آیا ساختارهای حاکمیتی مشارکتی وجود دارد؟	بلی
۴	آیا سیاست‌های سلامت، عدالت محور می‌باشد؟	بلی
۵	آیا اختیارات مدیریتی برای نیروی انسانی واحدهای ارائه خدمات و (HWF، امکانات، EMP) برای بخش‌های دولتی و خصوصی وجود دارد؟	بلی
۶	آیا فرآیندهای تضمین و بهبود کیفیت در برنامه ملی سلامت وجود دارد؟	بلی

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

جدول ۲. شاخص‌های مالی

مقدار	شاخص	ردیف
۱۴۵۳۶	سرانه تولید ناخالص ملی (PPP current international \$) برحسب دلار بین‌المللی	۷
۰/۳ درصد	جمعیتی که در فقر زندگی می‌کنند (درآمد کمتر از ۱/۹۰ دلار در روز)	۸
۴/۲ درصد	هزینه‌های سلامت توسط دولت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص ملی	۹
۱۷۰	سرانه کل هزینه‌های PHC (PPP current international \$) برحسب دلار بین‌المللی	۱۰
۳۸ درصد	درصد هزینه PHC از هزینه‌های جاری سلامت	۱۱
۲۶ درصد	درصد هزینه‌های PHC از هزینه‌های داخلی عمومی سلامت توسط دولت	۱۲
۳۰ درصد	هزینه‌های داخلی عمومی دولت برای PHC به‌عنوان درصد کل هزینه‌های PHC	۱۳
۷۰ درصد	سایر منابع هزینه‌های PHC (پرداخت از جیب توسط مردم، اهدایی و غیره) به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های PHC	۱۴

درونداد

جدول ۳. شاخص‌های نیروی کار

مقدار	شاخص	ردیف	
۵۹ درصد	پزشک	۱۵ درصد نیروی کار مراقبت‌های بهداشتی اولیه (برحسب شغل)	
۱۰۰ درصد	مراقب سلامت		
۱۰۰ درصد	بهورز		
۲۶ درصد	ماما		
۸۳ درصد	پزشک	۱۶ درصد نیروی انسانی ویژه برنامه پزشکی خانواده (برحسب شغل)	
۱۴ درصد	مراقب سلامت		
۸۴ درصد	ماما		
۱۰۰ درصد	بهورز		
۱۰۰ درصد	نسبت HWF در PHC که حداقل آموزش مداوم حرفه‌ای مطابق با الزامات ملی در سال گذشته را دریافت کرده است		۱۷
۱۹ درصد	پزشک	۱۸ میزان پست‌های خالی در نظام PHC	
۳۳ درصد	مراقب سلامت		
۲۳ درصد	بهورز		
صفر درصد	ماما		
۱/۳	پزشک	۱۹ سرانه نیروی انسانی شاغل در نظام PHC برحسب شغل در هر ۱۰۰۰۰ نفر	
۳/۴	مراقب سلامت		
۱۵/۲	بهورز		
۳/۲	ماما		

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

جدول ۴. شاخص‌های نظام‌های اطلاعات سلامت

مقدار	شاخص		ردیف
۹۸ درصد	درصد موالید ثبت شده		۲۰
۸۹ درصد	درصد مرگ‌های ثبت شده		۲۱
بلی	انطباق صریح مجموعه‌ای از شاخص‌های PHC برای برنامه‌های پایش و ارزشیابی		۲۲
بلی	درج بخش مربوط به عملکرد PHC در گزارش سالانه بخش سلامت		۲۳
۱۰۰ درصد	بخش دولتی	درصد واحدهای PHC بخش خصوصی و دولتی که داده‌های عملکردی را گزارش می‌کند	۲۴
اطلاعات موجود نیست	بخش خصوصی		
بلی	وجود و استفاده از یک شناسه منحصر به فرد در واحدهای ارائه خدمت		۲۵
بلی	وجود پرونده جامع بیمار / خانواده		۲۶
بلی	آیا نظام اطلاعات سلامت مبتنی بر IT به صورت کارآمد در کشور وجود دارد؟		۲۷
۹۸ درصد	درصد واحدهای ارائه خدمت که از نظام اطلاعات سلامت مبتنی بر IT استفاده می‌کنند		۲۸
۹۵ درصد	درصد افرادی که در واحدهای ارائه خدمت PHC ثبت نام شده‌اند		۲۹

جدول ۵. شاخص‌های زیرساخت

مقدار	شاخص		ردیف
۰/۷ درصد	درصد جمعیتی که برای رسیدن به خانه بهداشت یا پایگاه باید بیش از ۵ کیلومتر یا یک ساعت، پیاده بروند		۳۰
۸۰ درصد	شهری	درصد واحدهای ارائه خدمت PHC که آب آشامیدنی سالم، دفع فاضلاب مناسب و امکانات رعایت بهداشت فردی مناسب (WHASH) را دارا می‌باشند	۳۱
۸۶ درصد	روستایی		
۷۵ درصد	مرکز خدمات جامع سلامت	اتاق با حریم خصوصی دیداری و شنوایی برای مشاوره با بیمار	۳۲
۸۸ درصد	خانه بهداشت		
۴۸ درصد	پایگاه		
۱۰۰ درصد	وسایل ارتباطی (تلفن یا رادیوی SW)		۳۳
۹۸ درصد	دسترسی مرکز به کامپیوتر و اینترنت یا ایمیل		۳۴
اطلاعات موجود نیست	اقدامات حفاظتی استاندارد برای پیشگیری از عفونت		۳۵

جدول ۶. شاخص‌های دارویی

مقدار	شاخص		ردیف
بلی	فهرست داروهای اساسی PHC EML با بسته خدمات ارائه شده در PHC ارتباط دارد		۳۶
۱۰۰ درصد	نسبت مراکزی که داروهای ضروری در آن‌ها موجود است بدون از رده خارج شدن در بازه زمانی مشخص (بدون در نظر گرفتن ذخیره انبار در بازه زمانی معین stock outs in X time frame)		۳۷

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

جدول ۷. شاخص مکمل

مقدار	شاخص	ردیف
۱۰۰ درصد	PHC با اولویت‌های تشخیصی استاندارد standard priority diagnostics و در دسترس بودن تجهیزات	۳۸

فرآیند

جدول ۸. شاخص‌های مدل مراقبت

مقدار	شاخص	ردیف
۸/۴ درصد	درصد مراجعین به واحدهای PHC که به سطح دو ارجاع می‌شوند	۳۹
۴/۱	میزان بهره‌مندی از خدمات سرپایی به ازای هر نفر در سال	۴۰
۱۰۰ درصد	غربالگری و آموزش در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت	۴۱
۱۰۰ درصد	ویزیت پزشک و درمان دارویی در مراکز خدمات جامع سلامت	
۶۰ درصد	مشاوره و رفتاردرمانی توسط روانشناس در مراکز خدمات جامع سلامت شهری	
۳۵	پزشک	۴۲
۵۸	ماما	
۱۹	بهورز	
۲۷	مراقب سلامت	
۱۰	کارشناس سلامت روان	
۱۵	کارشناس تغذیه	
۵	دندانپزشک	

جدول ۹. شاخص‌های مدیریت / ارتقاء کیفیت

مقدار	شاخص	ردیف
۱۰۰ درصد	راهنماها / دستورالعمل‌ها / استانداردهای ملی مبتنی بر شواهد برای مدیریت کلیه علل مرگ و بیماری‌ها وجود دارد	۴۳
اطلاعات موجود نیست / برنامه نداریم	مدیریت حرفه‌ای در سطح خدمات اولیه PHC	۴۴
۱۰۰ درصد	نسبت واحدهای ارائه خدمت با گزارش عملکرد به‌روز در طی ۶ ماه تا یک سال گذشته	۴۵
۵ درصد	درصد واحدهای ارائه خدمات اولیه بهداشتی با سیستم‌هایی برای پیلوت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز حمایت از ارتقاء کیفیت	۴۶

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

جدول ۱۰. شاخص‌های کیفیت فرایندها (نظرسنجی از گیرندگان خدمت)

مقدار	شاخص	ردیف
۱۰۰ درصد	درصد واحدهای ارائه خدمات اولیه بهداشتی که تجارب بیماران را پایش می‌کنند	۴۷

پیامدها

جدول ۱۱. پوشش مؤثر / کیفیت مراقبت

مقدار	شاخص	ردیف
اطلاعات جمع‌آوری می‌شود / گزارش نمی‌شود	تعداد عوارض جانبی گزارش شده (واکسیناسیون / تجویز دارو)	۴۸
۷۰ درصد	درصد نسخه‌های مرکز سرپایی PHC که شامل آنتی‌بیوتیک است	۴۹
۲۷/۶ درصد	درصد نسخه‌های مرکز سرپایی PHC که شامل داروهای تزریقی است	۵۰
۸۲/۵ درصد	درصد بیماران ثبت شده با فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ که حداقل دو بار پیگیری داشته‌اند	۵۱
۴۴ درصد	FBS	۵۲
۳۵ درصد	A1C	
۱۹/۸ درصد	درصد بیماران ثبت شده NCD با خطر ۱۰ ساله بیماری‌های قلبی در یک سال گذشته	۵۳
۹۵/۳ درصد	درصد زنان زایمان کرده که در ۴۰ روز اول پس از زایمان، حداقل یک‌بار مراقبت پس از زایمان، دریافت کرده‌اند	۵۴
اطلاعات جمع‌آوری می‌شود / گزارش نمی‌شود	درصد مصرف‌کنندگان مواد از جمله مصرف‌کنندگان دخانیات که مداخله مختصر brief intervention را دریافت کرده‌اند	۵۵
۶۳ درصد	درصد کودکان زیر ۵ سال که در یک سال گذشته قد و وزن آنها اندازه‌گیری شده است	۵۶
اطلاعات موجود نیست	میزان پذیرش بیمارستانی برای شرایط حساس سرپایی	۵۷
۴/۸ درصد	کودکان زیر ۵ سال با کوتاهی قد	۵۸
۴/۳ درصد	کودکان زیر ۵ سال با لاغری	
۲/۹ درصد	کودکان زیر ۵ سال با اضافه‌وزن	
۰/۶ درصد	کودکان زیر ۵ سال با چاقی	
۴۷/۴ درصد	درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در شیرخواران صفر تا ۵ ماهه	۵۹
۷/۲ درصد	میزان غربالگری سرطان دهانه رحم	۶۰
۹۸ درصد	سرخک نوبت دوم	۶۱
۹۹ درصد	سه‌گانه نوبت سوم	

فعالیت‌های بین بخشی

جدول ۱۲. شاخص‌های سیستم / ساختار

مقدار	شاخص		ردیف
بلی	اتخاذ رویکرد HIAP (سلامت در تمام سیاست‌گذاری‌ها به‌عنوان یک استراتژی پاسخ سیاسی به بیماری‌های مزمن غیر واگیر) و وجود مکانیسم برای هماهنگی دولتی بین‌بخشی		۶۲
بلی	گنجاندن شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی، زیست‌محیطی و تجاری مربوط به سلامت در سیاست / استراتژی / برنامه ملی سلامت		۶۳
۱/۳	پزشک	سرانه به جمعیت وجود نیروی کار بهداشتی مبتنی بر جامعه در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	۹۶
۳/۴	مراقب سلامت		
۱۵/۲	بهورز		
۱/۱	ماما		

جدول ۱۳. شاخص‌های پیامد

مقدار	شاخص		ردیف
۹۵/۳ درصد	آب	درصد خانوارهای با آب آشامیدنی سالم و فاضلاب مناسب و رعایت بهداشت فردی	۶۴
۹۸/۲ درصد	فاضلاب شهری		
۹۳ درصد	فاضلاب روستایی		
اطلاعات موجود نیست	درصد خانوارهایی که با سوخت پاک و تمیز آشپزی می‌کنند		۶۵
۶۳ درصد	درصد کودکان زیر ۵ ساله که از نظر تکاملی در روند مناسبی هستند		۶۶
۰/۷۳	میزان بروز مالاریا در هزار نفر جمعیت در معرض خطر		۶۷
۵۶/۴ درصد	کم‌تحركی در بزرگ‌سالان		۶۸
۰/۱ درصد	کودک‌آزاری	نسبت جمعیتی که در ۱۲ ماه گذشته در معرض خشونت جسمی، روانی یا جنسی قرار گرفته‌اند	۶۹
۰/۱ درصد	خشونت خانگی		

توانمندسازی / مشارکت

جدول ۱۴. شاخص سیستم / ساختار

مقدار	شاخص		ردیف
۱/۳	پزشک	سرانه به جمعیت وجود نیروی کار بهداشتی مبتنی بر جامعه در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	۹۶
۳/۴	مراقب سلامت		
۱۵/۲	بهورز		
۱/۱	ماما		

جدول ۱۵. شاخص درونداد

مقدار	شاخص	ردیف
بلی	مشارکت جامعه / فرد در جلسات مدیریت واحدهای ارائه‌دهنده خدمت	۹۷

جدول ۱۶. شاخص پیامد

مقدار	شاخص	ردیف
اطلاعات موجود نیست	نسبت جمعیتی که معتقدند تصمیم‌گیری فراگیر و پاسخگو است (از نظر جنس، سن، ناتوانی و گروه جمعیت)	۹۵

پیامد نهایی

جدول ۱۷. شاخص‌های وضعیت سلامت

ردیف	شاخص	مقدار
۷۰	احتمال مرگ بزرگ سالان ۱۵ تا ۶۰ ساله در ۱۰۰۰ نفر جمعیت	۱/۶
۷۱	میزان مرگ‌ومیر نوجوانان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	۵۲/۹
۷۲	میزان مرگ زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۵
۷۳	میزان مرگ شیرخواران زیر یک سال در ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۲
۷۴	میزان مرگ نوزادان در ۱۰۰۰ تولد زنده	۹
۷۵	میزان باروری کل*	۲/۱ (۲۰۱۶)
۷۶	نیاز برآورد شده فاصله‌گذاری	اطلاعات جمع‌آوری می‌شود/گزارش نمی‌شود
۱۰۲	میزان افت نوبت سوم واکسن سه‌گانه	۱ درصد <
۱۰۴	موفقیت درمان سل	۸۶/۲ درصد
۱۰۸	نمره کیفیت مراقبت دوران بارداری بر اساس دستورالعمل‌های WHO	اطلاعات موجود نیست. نیاز به دستورالعمل WHO
۱۰۹	پوشش مراقبت بارداری حداقل ۴ بار	۸۲/۸ درصد
۱۱۰	نمره کیفیت مراقبت فاصله‌گذاری بر اساس دستورالعمل‌های WHO	اطلاعات موجود نیست. نیاز به دستورالعمل WHO
۱۱۱	تقاضای مبتنی بر رضایت از روش‌های مدرن تنظیم خانواده	اطلاعات موجود نیست
۱۱۲	نمره کیفیت مراقبت کودک بیمار بر اساس دستورالعمل مانا	اطلاعات موجود نیست. نیاز به دستورالعمل WHO
۱۱۸	افرادی که با HIV زندگی می‌کنند و درمان آنتی‌ویروس دریافت می‌کنند	۹۱/۷ درصد
۱۱۹	استفاده از پشه‌بندهای آغشته به سم (INT) برای پیش‌گیری از مالاریا**	اطلاعات موجود نیست
۱۲۰	کودکان زیر ۵ سال با اسهال که ORS دریافت کرده‌اند	۸۵ درصد
۱۲۱	شیوع فشارخون بالا (تخمین استاندارد شده برحسب سن)	۱۹/۸ درصد

* براساس گزارش مرکز آمار ایران، در سالهای ۱۳۹۶، ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ «میزان باروری کل» به روش مستقیم برای کل جمعیت (اعم از جمعیت ایرانی و اتباع غیرایرانی مقیم کشور) به ترتیب برابر ۲/۱، ۲/۰ و ۱/۸ محاسبه شد. همچنین این شاخص برای جمعیت ایرانی در سالهای ۱۳۹۶، ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ به ترتیب برابر ۲/۱، ۲/۰ و ۱/۷ فرزند محاسبه شد.

** با مکتبه انجام شده با دفتر مدیریتانه شرقی، این شاخص با شاخص «درصد پوشش اماکنی که تحت سمپاشی ابقایی قرار گرفته‌اند، در نواحی با خطر انتقال محلی مالاریا» جایگزین شد. مقدار شاخص برای سال ۹۷، ۷۵ درصد گزارش شده است.

جدول ۱۸. شاخص‌های مرگ به تفکیک علل

ردیف	شاخص	مقدار	
۷۶	نیاز برآورد شده فاصله‌گذاری	اطلاعات جمع‌آوری می‌شود/گزارش نمی‌شود	
۷۷	میزان مرگ مادر در ۱۰۰۰۰۰ هزار تولد زنده	۱۷/۷	
۷۸	امید زندگی بدو تولد	۷۶	
۷۹	درصد احتمال مرگ زودرس بیماری‌های مزمن غیرواگیر	۱۵	
۸۰	علل مرگ	میزان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	
		درصد	
		غیر واگیر	۴۲۰/۹
		حوادث	۴۴/۵۷
۸	واگیر و سایر علل	۳۷	
۸۱	میزان خودکشی	اطلاعات جمع‌آوری می‌شود/گزارش نمی‌شود	

جدول ۱۹. شاخص‌های عدالت

ردیف	شاخص	مقدار
۸۲	پوشش خدمات تنظیم خانواده و سلامت مادران، نوزادان و کودکان (RMNCH) برحسب سواد مادر	اطلاعات موجود نیست. نیاز به دستورالعمل WHO
۸۳	میزان مرگ زیر ۵ سال در هزار تولد زنده	شهری
		روستایی
۸۴	متوسط فراهمی ۵ خدمت تنظیم خانواده، مادران، نوزادان و کودکان در واحدهای ارائه خدمت	اطلاعات موجود نیست. نیاز به دستورالعمل WHO
۹۸	بررسی موانع دسترسی به خدمت به دلیل هزینه‌های درمان	۴ درصد
۹۹	بررسی موانع دسترسی به خدمت به دلیل بعد مسافت	۱ درصد
۱۰۱	میانگین دسترسی به خدمات سه بیماری واگیر (بیماری‌های مقاربتی، سل و HIV)	۱۰۰ درصد
۱۰۳	پوشش واکسن سه‌گانه	۹۹ درصد
۱۱۷	مراقبت فعال کودک مشکوک به پنومونی	۷۵/۹ درصد

جدول ۲۰. شاخص‌های اثربخشی

مقدار	شاخص	ردیف
اطلاعات موجود نیست	نسبت ارائه‌دهندگان خدمت که بیماری کودک را بیان می‌کنند	۱۰۵
اطلاعات موجود نیست	نسبت مراقبت‌های بارداری، فاصله‌گذاری و کودک بیمار که بیش از ۱۰ دقیقه طول بکشد	۱۰۶
۰/۰۱ درصد	پزشک (روستایی)	میزان غیبت کارکنان
۰/۰۱ درصد	ماما (روستایی)	
اطلاعات موجود نیست. نیاز به دستورالعمل WHO	پیروی از دستورالعمل‌های بالینی	۱۱۳
اطلاعات موجود نیست	دقت تشخیص	۱۱۴
۸۰ درصد	شهری	دفع مناسب (بهداشتی) زباله خطرناک در واحدهای بهداشتی درمانی
۸۶ درصد	روستایی	
اطلاعات موجود نیست	نسبت اتاق‌های با کلید موارد کنترل عفونت	۱۱۶

جدول ۲۱. شاخص‌های حمایت مالی

مقدار	شاخص	ردیف
۰/۵۳ درصد	درصد جمعیتی که به دلیل هزینه‌های درمان فقیر شده‌اند	۸۵

جدول ۲۲. شاخص‌های انعطاف‌پذیری

مقدار	شاخص	ردیف
۸۵/۲	شاخص‌های مقررات بین‌المللی سلامت بر حسب درصد IHR	۸۶
۱/۳	میزان مرگ ناشی از بلایا در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	۸۷

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

جدول ۲۳. شاخص‌های عوامل خطر / شیوع بیماری‌های مزمن

مقدار	شاخص		ردیف
خام: ۲۲/۷۵ درصد استاندارد سن: ۲۱/۳ درصد	شیوع چاقی		۸۸
۱۰/۱ درصد	شیوع دیابت		۸۹
۲۶/۴ درصد	شیوع فشارخون بالا		۹۰
۱۴/۱ درصد	استعمال دخانیات		۹۱
۱۰۰ درصد	دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی	میانگین دسترسی به خدمات سه بیماری غیر واگیر (دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی و بیماری‌های قلبی-عروقی) در ۷ دانشگاه	۱۰۰
۱/۳ درصد	بیماری‌های مزمن تنفسی فقط آسم		

جدول ۲۴. شاخص‌های اختصاصی مرگ

مقدار	شاخص		ردیف
۷۴/۵ درصد	درصد روزهایی از سال که هوا پاک یا نسبتاً پاک بوده است	آلودگی هوای خانه و محیط محاسبه می‌شود	۹۲
۸/۸۹ درصد	درصد مرگ‌ومیر ناشی از آلودگی هوا که از طریق نرم‌افزار $+1,3 \text{ AirQ} +$ محاسبه می‌شود		
۴ درصد	درصد خانوارهایی که از سوخت مایع و جامد استفاده می‌کنند		
۳۵ در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	گزارش WHO		
۱۹/۹	میزان مرگ از حوادث جاده‌ای در ۱۰۰۰۰۰ نفر		۹۳
اطلاعات جمع‌آوری می‌شود/ گزارش نمی‌شود	قتل		۹۴

جدول ۲۵. شاخص پاسخگویی

مقدار	شاخص	ردیف
اطلاعات موجود نیست	نسبت جمعیتی که معتقدند تصمیم‌گیری فراگیر و پاسخگو است (از نظر جنس، سن، ناتوانی و گروه جمعیت)	۹۵

جدول ۲۶. شاخص‌هایی که مقدار آن‌ها را نداریم

فقدان اطلاعات		شاخص	ردیف
شاخص موجود نیست	نیاز به دریافت دستورالعمل از WHO	پوشش خدمات تنظیم خانواده و سلامت مادران، نوزادان و کودکان (RM-NCH) برحسب سواد مادر	۸۲
		متوسط فراهمی ۵ خدمت تنظیم خانواده، مادران، نوزادان و کودکان در واحدهای ارائه خدمت	۸۴
		نمره کیفیت مراقبت دوران بارداری بر اساس دستورالعمل‌های WHO	۱۰۸
		نمره کیفیت مراقبت فاصله‌گذاری بر اساس دستورالعمل‌های WHO	۱۱۰
		نمره کیفیت مراقبت کودک بیمار بر اساس دستورالعمل مانا	۱۱۲
		پیروی از دستورالعمل‌های بالینی	۱۱۳
	موجود نبودن شاخص	اقدامات حفاظتی استاندارد برای پیش‌گیری از عفونت	۳۵
		میزان پذیرش بیمارستانی برای شرایط حساس سرپایی	۵۷
		نسبت جمعیتی که معتقدند تصمیم‌گیری فراگیر و پاسخگو است (از نظر جنس، سن، ناتوانی و گروه جمعیت)	۹۵
		نسبت ارائه‌دهندگان خدمت که بیماری کودک را بیان می‌کنند	۱۰۵
		نسبت مراقبت‌های بارداری، فاصله‌گذاری و کودک بیمار که بیش از ۱۰ دقیقه طول بکشد	۱۰۶
		تقاضای مبتنی بر رضایت از روش‌های مدرن تنظیم خانواده	۱۱۱
		دقت تشخیص	۱۱۴
	نداشتن برنامه	نسبت اتاق‌های با کلیه موارد کنترل عفونت	۱۱۶
درصد خانوارهایی که با سوخت پاک و تمیز آسپزی می‌کنند		۶۵	
عدم امکان اجرا به دلیل تحریم	مدیریت حرفه‌ای در سطح خدمات اولیه PHC	۴۴	
	استفاده از پشه‌بند‌های آغشته به (INT) برای پیش‌گیری از مالاریا	۱۱۹	
اطلاعات جمع‌آوری می‌شود / گزارش نمی‌شود	تعداد عوارض جانبی گزارش شده (واکسیناسیون / تجویز دارو)	۴۸	
	درصد مصرف‌کنندگان مواد از جمله مصرف‌کنندگان دخانیات که مداخله مختصر brief intervention را دریافت کرده‌اند	۵۵	
	نیاز برآورد شده فاصله‌گذاری	۷۶	
	میزان خودکشی	۸۱	
	قتل	۹۴	

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

نقاط قوت:

- در سطح مدیریت، نمایندگان ایران دارای مسئولیت اجرایی در وزارت بهداشت هستند؛
- همکاری‌های بین بخشی و درون بخشی در خصوص جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز؛
- ساختار نظام شبکه در اقصی نقاط کشور که امکان جمع‌آوری داده‌های مختلف را فراهم می‌نماید؛
- وجود سامانه‌های ثبت الکترونیک؛
- در ۸۲ درصد شاخص‌ها، مقادیر موجود است؛
- همکاری موسسه ملی تحقیقات؛
- حمایت قوی دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران.

نقاط ضعف:

- تعدد اطلاعات و شاخص‌های درخواستی از سطوح و مراجع بالاتر بر اساس اسناد بالادستی و برنامه‌های متعدد؛
- در شاخص‌های حساس مانند میزان اعتیاد، خشونت خانگی نظام روتین جمع‌آوری داده‌ها، ممکن است دارای کم‌شماری باشد؛
- به علت عدم دریافت داده‌ها از بخش خصوصی، برخی از شاخص‌ها ممکن است قابل‌تعمیم به کل کشور را نداشته باشند؛
- در مناطق شهری به‌خصوص شهرهای بزرگ و کلان‌شهرها پوشش خدمات و مراجعات به بخش دولتی پایین‌تر است و اطلاعات سامانه‌های الکترونیک ممکن است کامل نباشد.

Gaps (موجود نبودن داده‌ها برای برخی از شاخص‌ها)

- ۱- تعداد ۲۲ شاخص که برای آن‌ها داده‌ای وجود ندارد و یا در سطح واحدها جمع‌آوری می‌شود ولی هنوز به سطح کشور گزارش نمی‌شود لازم است که برای تهیه و گزارش آن‌ها از طریق پیمایش و یا نظام جاری اطلاعات برنامه‌ریزی شود؛
- ۲- شاخص‌ها برحسب جنس، گروه سنی، منطقه و ... تفکیک نشده‌اند. به‌هرحال بسته‌های خدمت در PHC ایران برحسب سن تدوین شده‌اند.

پیشنهادها:

- ۱- ظرفیت‌سازی در راستای اجرای برنامه در سطح ستاد ملی و دانشگاه و محاسبه شاخص‌ها در سه سطح استان، دانشگاه و شهرستان؛
- ۲- تهیه یک داشبورد برای جمع‌آوری روند ۱۰ ساله شاخص‌هایی که اطلاعات آن‌ها موجود است؛
- ۳- شاخص‌ها به تفکیک گروه‌های سنی گزارش شود؛
- ۴- در ارتباط با سالخوردگی جمعیت و همچنین سالمندان شاخص‌هایی در نظر گرفته شود؛
- ۵- شاخص‌هایی در خصوص سلامت کار و بهداشت حرفه‌ای در نظر گرفته شود؛
- ۶- با توجه به شرایط جغرافیایی و اقلیمی ایران، یکی از اولویت‌های ما بلایا است. لذا لازم است شاخص‌هایی در زمینه ارزیابی میزان آمادگی واحدهای ارائه خدمت و خانوارها در امر پیش‌گیری و اقدامات ضروری در هنگام بلایا در نظر گرفته شود؛
- ۷- شاخص / شاخص‌های ویژه‌ای در خصوص آموزش و ارتقاء سلامت که یکی از اجزای مهم PHC می‌باشد در نظر گرفته شود؛
- ۸- برگزاری جلسات کارشناسی در خصوص تصمیم‌گیری نهایی برای شاخص‌هایی که ضروری است از طریق پیمایش محاسبه شوند؛
- ۹- اعتبارسنجی داده به‌خصوص برای برخی از شاخص‌ها که از نظام جاری اطلاعات به دست می‌آید که لازم است مورد بررسی دقیق قرار گیرند؛
- ۱۰- برنامه‌ریزی برای طراحی مطالعات به‌منظور محاسبه شاخص‌هایی که در نظام جاری جمع‌آوری داده‌ها به دست نمی‌آید، شاخص‌های حساس که اطلاعات نظام جاری جمع‌آوری داده‌ها که ممکن است دچار کم‌شماری باشند و شاخص‌هایی که در سیستم PHC تعریف نشده و مقادیری برای آن‌ها وجود ندارد.

جدول ۲۷. وضعیت شاخص‌ها

تعداد کل شاخص	فقدان اطلاعات		تعداد شاخص با مقادیر موجود	شاخص	ردیف
	اطلاعات جمع‌آوری می‌شود، گزارش نمی‌شود	اطلاعات موجود نیست			
۳۹		۱۲	۲۷	شاخص‌های علائم حیاتی	۱
۶۸	۵	۵	۵۸	سایر شاخص‌های کمی	۲
۱۴			۱۴ مستندات موجود است	شاخص‌های کیفی	۳
۱۲۱	* ۲۲		۹۹	جمع	۴

*در کل ۲۲ شاخص مقادیر موجود نیست.

- ۶ شاخص، دستورالعمل WHO موجود نیست؛
- ۱ مورد به دلیل تحریم امکان اجرا ندارد؛
- ۵ شاخص، داده‌ها جمع‌آوری اما شاخص گزارش نمی‌شود؛
- ۱۰ مورد داده‌ها موجود نیست که در یک مورد برنامه‌ای برای شاخص نداریم.

پیوست ۱

دستورالعمل اجرایی اندازه‌گیری
و ارتقاء نظام مراقبت‌های اولیه
بهداشتی (PHCMI)^۱ در ایران

مقدمه

برگزاری کنفرانس بین‌المللی آما آتا در سال ۱۹۷۷ میلادی یکی از وقایع تاریخی نظام‌های سلامت کشورهای دنیا به حساب می‌آید. منشور صادر شده در این کنفرانس و معرفی راهبرد مراقب‌های اولیه بهداشتی (PHC) برای عرضه خدمات بهداشتی درمانی منجر به شروع تحول اساسی در نظام‌های سلامت کشورها شد و در طی سال‌های بعد از آن، کشورها تلاش نمودند که با تغییر نظام ارائه خدمت خود با محوریت PHC به پیشرفت‌های قابل‌توجهی در خصوص عرضه بهینه خدمات سلامت و در نتیجه ارتقاء سلامت جامعه برسند. در شرایط فعلی نظام‌های سلامت کشورها با چالش‌های متعددی از جمله موارد زیر روبه‌رو هستند:

- استفاده از تکنولوژی و تجهیزات جدید در امر پزشکی و در نتیجه افزایش هزینه خدمات پرداختی از جیب مردم؛
- تغییر سیمای سلامت، جمعیت و اپیدمیولوژیک کشورها و افزایش بار بیماری‌های غیر واگیر و مزمن؛
- رشد صنعتی شدن و شهرنشینی و تغییر شیوه زندگی مردم؛
- حضور رو به رشد بخش خصوصی به‌خصوص در عرصه خدمات درمانی و بستری.

بر همین اساس در سال‌های اخیر بازنگری نظام ارائه خدمت سلامت کشورها مبتنی بر PHC نوین مجدداً مورد توجه قرار گرفته است. در همین راستا، بر اساس کنفرانس برگزار شده در بزرگداشت چهلمین سالگرد اعلامیه آما آتا، دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت (EMRO) پروژه PHCMI را که حاصل تجارب و مستندات به دست آمده بین‌المللی در این زمینه می‌باشد را به‌عنوان یک طرح منطقه‌ای برای اجرا به کشورهای عضو معرفی نمود.

اهداف طرح

هدف از اجرای این طرح عبارت است از:

۱. برقراری زبان مشترک و تهیه چارچوبی استاندارد که بر اساس آن مفاهیم مربوط به بهبود مراقبت‌های اولیه بهداشت (PHC) شناخته شود؛
۲. شناسایی و جمع‌بندی داده‌های مورد نیاز برای ارزیابی ابعاد مهم PHC در کشورمان؛
۳. تهیه ابزاری که به‌وسیله آن سیاست‌گذاران، بخش‌های مختلف توسعه‌دهنده و حمایت‌کننده‌های برنامه‌های سلامت از مقوله PHC درک بهتری داشته باشند و آن را برای ارتقاء PHC مورد استفاده قرار دهند. همچنین بر اساس این ابزار کشورهای منطقه نیازهای خود را با شرایط حاضر منطبق سازند. این ابزار شامل تهیه **سیمای شاخص‌های حیاتی و گزارش سیمای مراقبت‌های اولیه بهداشتی** برای هر کشور خواهد بود؛
۴. شناسایی چالش‌ها و پیشرفت‌های عملکردی در خصوص توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور؛
۵. تدوین برنامه‌ها و راهبردهای توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌عنوان بخشی از فرایندهای سیاست‌های جاری، برنامه‌ریزی، مدیریت، نظارت و چارچوب ارائه خدمات.

بنابراین، در راستای اعلامیه صادر شده در کنفرانس آستانه، هدف کلی طرح PHCMI عبارت است از تهیه مجموعه‌ای از ابزارهایی که به‌وسیله آن‌ها کشورهای منطقه بتوانند این ابزارها را در برنامه‌های جاری ارزیابی مراقبت‌های اولیه بهداشتی خود ادغام نمایند و از آن‌ها برای شناسایی کمبودها و چالش‌های نظام ارائه خدمات استفاده نمایند. همچنین نتیجه‌ی استفاده از این ابزارها می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای ارتقاء راهبردهای نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به کار گرفته شود.

شناسایی و درگیر نمودن ذی‌نفعان PHCMI

از آنجایی که نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور دارای ابعاد مختلفی می‌باشد، مسلماً سازمان‌ها و نهادهای متعددی درگیر آن هستند و برای توسعه این نظام، درگیر نمودن و تعریف نقش هر یک از این ذی‌نفعان در پیشرفت نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی اهمیت دارد. برای درگیر نمودن ذی‌نفعان اقدامات زیر لازم است انجام شود:

الف) تحلیل ساختار ذی‌نفعان برای شناسایی تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت؛

ب) شناسایی افراد مطلع در هر یک از سازمان‌های ذی‌ربط؛

ج) درگیر نمودن همه ذی‌نفعان در همه فرایندهای مربوطه از جمله در برنامه‌ریزی و نشست‌ها به‌منظور توجیه و جلب مشارکت حداکثری آن‌ها در طرح؛

د) مطلع نمودن به‌موقع ذی‌نفعان در خصوص پیشبرد اجرای طرح؛

ه) ایجاد کمیته راهبری متشکل از کلیه ذی‌نفعان ذی‌ربط تأثیرگذار که جلب سهم احتمالی آن‌ها برای موفقیت این طرح مؤثر است.

فهرست سازمان‌ها، معاونت‌ها و دفاتر تحت عنوان ذی‌نفعان طرح PHCMI در کشورمان در ذیل آمده است:

۱. کلیه دفاتر و مراکز حوزه معاونت بهداشت؛
۲. دفتر حوزه معاونت درمان؛
۳. دفتر مدیر منابع انسانی وزارت متبوع؛
۴. دفتر بودجه و پایش عملکرد؛
۵. موسسه ملی تحقیقات سلامت؛
۶. شورای عالی سلامت و امنیت غذا؛
۷. سازمان بیمه سلامت؛
۸. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی؛
۹. دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت؛
۱۰. دفتر نمایندگی صندوق کودکان سازمان ملل متحد UNICEF.

ساختار اجرایی طرح

با توجه به حجم کار و نیاز به جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف کشور، برای اجرای طرح PHCMI در کشورمان کمیته راهبردی طرح تشکیل خواهد شد. این کمیته با صدور ابلاغ از سوی معاون محترم بهداشت وزارت متبوع رسمیت خواهد گرفت و لازم است جلسات هماهنگی در قالب تشکیل کمیته‌ی راهبردی با مسئولیت رئیس مرکز مدیریت شبکه تشکیل شود و برحسب موضوع از مطلعین و یا نمایندگان سازمان‌ها و ذی‌نفعان طرح برای مشارکت در اجرای آن دعوت به عمل آید.

شرح وظایف کمیته راهبردی طرح به شرح زیر است:

۱. برنامه‌ریزی عملیاتی و زمان‌بندی فعالیت‌ها برای اجرای طرح؛
۲. شناسایی و جلب مشارکت ذی‌نفعان در اجرای طرح؛

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

۳. بررسی فهرست شاخص‌های اعلامی و تعیین فرآیندهای جمع‌آوری و جمع‌بندی اطلاعات و داده‌های مورد نیاز شاخص‌های طرح؛
 ۴. ظرفیت‌سازی در راستای اجرای برنامه در سطح ستاد ملی و دانشگاه؛
 ۵. طراحی نظام جمع‌آوری اطلاعات برای شاخص‌هایی که داده‌های مورد نیاز آن‌ها در دسترس نمی‌باشد؛
 ۶. تهیه و تدوین فرآیند استاندارد برای ارزیابی صحت اطلاعات و شاخص‌های طرح با همکاری سازمان جهانی بهداشت؛
 ۷. تدوین و انتشار گزارش مورد نیاز در سطح کشوری و بین‌المللی؛
 ۸. برنامه‌ریزی برای اقدامات مداخله‌ای با همکاری ذی‌نفعان برای ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (PHC) مبتنی بر نتایج ارزیابی.
- با توجه به فهرست وظایف فوق، لازم است کمیته مذکور در مرکز مدیر شبکه تشکیل شود و بر اساس برنامه‌ریزی عملیاتی نسبت به اجرای طرح با همکاری همه ذی‌نفعان اقدام نماید.

گام اول برنامه‌ریزی

فرآیند برنامه‌ریزی عملیاتی طرح دارای گام‌های متعدد زیر می‌باشد که لازم است اجرا شوند:

ارزیابی عوامل مؤثر بر اجرای طرح در کشور

در اولین اقدام برای اجرای طرح PHCMI لازم است تا خروجی‌ها و اهداف پروژه و عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی دقیق کارشناسی قرار گیرد. همان‌گونه که در ابتدای مستند آورده شده است خروجی‌های مورد نظر در این طرح عبارت‌اند از:

- تحلیل وضع موجود PHC کشور بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده برای محاسبه شاخص‌های PHCMI؛
- اعتبارسنجی داده‌ها و شاخص‌های محاسبه شده PHC در طرح؛
- تهیه و تدوین سیمای PHC کشور و شاخص‌های علائم حیاتی؛
- استفاده از یافته‌های مهم طرح برای مرحله ارتقاء PHC.

در برنامه‌ریزی طرح لازم است تا منابع مالی و انسانی مورد نیاز برای اجرای فازهای مختلف و نیز محدودیت‌های زمانی مورد نیاز طرح محاسبه و در نظر گرفته شود؛ بنابراین، یکی از اقدامات اولیه طرح برآورد منابع انسانی و منابع مالی مورد نیاز برای اجرای طرح می‌باشد. همچنین لازم است تا زمان‌بندی طرح و فعالیت‌های آن با همه جزئیات در نظر گرفته شود. همچنین چارچوب و گستره طرح باید از ابتدا مشخص شود. به‌عنوان مثال آیا قرار است بررسی وضعیت موجود به تفکیک استان و یا دانشگاه محاسبه شود و یا این که قرار است اطلاعات واحدهای بخش خصوص نیز جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گیرند یا خیر؟ این کارکنان به همراه سایر کارکنان مرتبط از جمله نمایندگان از مرکز آمار و اطلاعات، تیم فنی را به وجود می‌آورند و به همراه حمایت فنی و مالی سازمان جهانی بهداشت اقدام به بررسی وضع موجود PHC کشور خواهند کرد. این تیم دورنمای ارزیابی را مشخص کرده و به‌عنوان نماینده سازمان خود در این ارزیابی شرکت می‌کنند و داده‌های PHC را مورد تأیید قرار خواهند داد و مشخصات نظام سلامت اولیه کشور و VSP (سیمای علائم حیاتی) آن را مورد تأیید قرار خواهند داد. این تیم همچنین از یافته‌های کلیدی برای شناخت مرحله پیشرفت و توسعه استفاده خواهد کرد و بر اساس یک برنامه منظم گزارش‌های به‌نگام را برای کمیته راهبردی ارسال خواهند نمود.

منابع مالی اضافی برای هزینه رفت‌وآمد که در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها مورد نیاز خواهد بود باید در نظر گرفته شود. قبل از اجرای طرح، یک بودجه‌بندی دقیق باید برای پیش‌بینی منابع مالی مورد نیاز تهیه گردد.

گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHCMI)

در هنگام برنامه زمان‌بندی طرح، عوامل دیگری شامل زمان مورد نیاز برای برنامه و عوامل خارجی مؤثر بر برنامه شامل تعطیلات رسمی لازم است در نظر گرفته شود.

ضمناً لازم است علاوه بر برنامه‌ریزی برای جمع‌آوری داده‌های کمی، توجه خاصی نیز به جمع‌آوری داده‌های کیفی باید صورت پذیرد. مدل توسعه‌ای و قسمت‌هایی از VSP یک ارزیابی کیفی هستند که ابزارهای متفاوت و برنامه کاری مجزایی نیاز دارند. به‌عنوان بخشی از برنامه کاری، زمان کافی باید برای این ارزیابی کیفی با همراهی همه اعضای تیم در نظر گرفته شود.

وظایف و مسئولیت‌های شفاف برای هر یک از اعضای تیم باید از ابتدا مشخص شود که شامل در نظر گرفتن هر یک از افراد مطلع در ارزیابی کیفی است.

تهیه و اعلام برنامه اجرایی و زمان‌بندی طرح

تهیه و تدوین برنامه زمان‌بندی شده طرح کمک زیادی به پایش پیشرفت اجرای برنامه خواهد نمود. ضمناً برنامه زمان‌بندی و مشخص نمودن مسئولیت اعضای تیم به شناسایی موانع کار کمک زیادی می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود تا از فنون و ابزار برنامه‌ریزی عملیاتی از جمله مدیریت پروژه و روش بررسی و ارزشیابی برنامه استفاده شود. برنامه زمان‌بندی طرح باید شامل جزییات زیر باشد:

۱. نام و مسئولیت هر یک از اعضا تیم؛

۲. تقسیم‌بندی وظایف بر مبنای فعالیت‌های بخش‌های مختلف طرح؛

۳. زمان‌بندی مورد نیاز برای انجام وظایف و فعالیت‌های طرح؛

۴. مشخص نمودن خروجی‌ها و نتایج قابل‌ارائه طرح.

لازم به ذکر است برنامه عملیاتی طرح باید یک برنامه پویا باشد و در صورت نیاز اصلاحات لازم در مواقع مورد نیاز انجام گیرد.

بررسی و مرور فهرست شاخص‌ها

با توجه به تهیه فهرستی از شاخص‌های مهم برای ارزیابی و تحلیل وضعیت موجود PHC کشورهای عضو، لازم است فهرست شاخص‌ها مورد بررسی قرار گیرد و با شرایط هر کشور منطبق گردد. ممکن است برخی از شاخص‌ها با وضعیت کشورمان همخوانی و مرتبط نباشند، در این‌گونه موارد شاخص‌های مورد نظر باید با کارشناسان EMRO مطرح شوند و به‌صورت موردی مورد بررسی و اظهار نظر قرار گیرند. شاخص‌های جایگزین ممکن است با توجه به شرایط کشور مورد نظر انتخاب شوند. شاخص‌های انتخاب‌شده توسط تیم‌های EMRO و کشوری با هم مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

نکته مهمی که باید در نظر گرفته شود این موضوع است که فهرست کامل شاخص‌ها وسیله‌ای برای تحلیل وضعیت موجود PHC کشورهای منطقه در نظر گرفته شده است، لذا در صورتی که برخی از شاخص‌ها به‌طور مستقیم به وضعیت هر کشور مرتبط نمی‌باشد، فقدان داده‌های^۱ مورد نیاز برای این قبیل شاخص‌ها لازم است تا در فاز دوم یعنی فاز ارتقا و توسعه در نظر گرفته شود. با عنایت به این که یکی از اهداف PHCMI عبارت است از ایجاد زبان مشترک برای بحث در خصوص PHC در بین کشورهای منطقه، به‌منظور برقراری این زبان مشترک و توسعه PHC لازم است تا جایی که ممکن است اطلاعات لازم برای شاخص‌های مورد نظر جمع‌آوری شوند.

لازم به ذکر است کمیته راهبردی کشورمان تصمیم گرفته است تا سایر شاخص‌های کیفیت را نیز به فهرست این شاخص‌ها اضافه نماید.

ارزیابی موجود بودن داده‌های هر شاخص

بعد از منطبق نمودن فهرست شاخص‌ها با وضعیت کشور، در صورت لزوم می‌بایست مسئول طرح با همکاری سایر اعضای تیم و ذی‌نفعان نسبت به بررسی وضعیت موجود بودن اطلاعات هر شاخص اقدام نمایند. کارگروه پروژه لازم است مشخص نماید که در مرحله اول برای برآورد شاخص‌ها چه داده‌هایی موجود است و چه داده‌هایی باید در مرحله دوم تولید شوند. به‌عنوان یک قاعده کلی مرحله اول، کارگروه طرح باید روی داده‌های موجود و شاخص‌های مربوط به آن‌ها و شناسایی داده‌هایی که موجود نیستند، تمرکز نمایند.

بررسی وضعیت موجود بودن هر شاخص باید بررسی شود. با استفاده از ابزار تهیه‌شده، منابع داده‌ها باید به‌وسیله افراد مطلع شناسایی شوند. ضروری است تا کلیه اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری و نگهداری شوند. از جمله این اطلاعات، اطلاعات تماس افراد مطلع و مسئولیت آن‌ها، عنوان و منبع هر داده است که در مرحله اعتبارسنجی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. این امر در مرحله ارائه داده‌ها و شاخص‌ها به EMRO و انجام فرایند اعتبارسنجی کمک‌کننده خواهد بود.

فرایند بررسی موجود بودن داده‌های شاخص‌ها در بین کشورها متفاوت خواهد بود. به‌عنوان مثال، هر یک از کشورهای پایلوت فرایند متفاوتی را به کار گرفتند. به‌عنوان مثال، کشور اردن شاخص مربوط به هر سازمان را مشخص نمودند، کشور پاکستان شاخص‌ها را یکی یکی جمع‌آوری نمودند و کشور مصر با کلیه سازمان‌های مرتبط جلسه برگزار نمودند و داده‌های شاخص‌ها را با آن‌ها مورد بررسی قرار دادند؛ بنابراین کشورها می‌توانند یکی از روش‌های فوق را مورد استفاده قرار دهند و یا با هماهنگی با EMRO روش دیگری را استفاده نمایند.

در زمان بررسی داده‌ها مهم این است که منابع دقیق و مناسب آن‌ها مورد شناسایی و استفاده قرار گیرند؛ این موضوع برای مرحله اعتباربخشی مهم است. اجرای این کار در زمان شروع می‌تواند زمان اعتباربخشی داده‌ها را کاهش دهد. چرا که زمان مورد نیاز برای مشخص کردن نواقص را کم می‌کند. همچنین در نظر گرفتن اینکه داده‌ها و منابع آن‌ها نشان دهند مقادیر ملی یا استانی هستند و اینکه می‌توان آن‌ها را تا می‌توان در دسترس عموم قرار داد، حائز اهمیت است.

طراحی نرم‌افزار برنامه

به‌منظور آسان‌سازی فرایند جمع‌آوری و انتشار داده‌های طرح، کمیته راهبردی طرح در کشورمان در نظر دارد تا ابزار الکترونیک در قالب نرم‌افزار In-foPath طراحی و مورد استفاده قرار دهد. این ابزار ضمن تسهیل فرایند جمع‌آوری داده‌ها به امر مستندسازی اطلاعات برنامه برای مراحل بعدی طرح نیز کمک زیادی خواهد نمود.

ظرفیت‌سازی در خصوص طرح برای سطح ستاد و دانشگاه‌ها

با توجه به گسترده بودن کشورمان، در حال حاضر الگوی متفاوتی در کشورمان در زمینه ارائه خدمات در دست اجرا می‌باشد. به‌عنوان مثال؛ تفاوت ارائه خدمت در مناطق شهری و روستایی و یا اجرای برنامه پزشکی خانواده شهر در دو استان فارس و مازندران. تحلیل وضعیت موجود نظام PHC به تفکیک استان/ دانشگاه‌های علوم پزشکی کمک زیادی به شناخت چالش‌های نظام ارائه خدمت خواهد نمود؛ بنابراین یکی از برنامه‌های که قرار است به این

طرح در کشورمان اضافه شود بخش تحلیل PHC به تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد که برای اجرای این قسمت از کار قرار است بسته ظرفیت‌سازی^۱ در این خصوص تهیه و اجرا شود.

گام دوم اجرا / ارزیابی

مرحله اجرا و یا ارزیابی شامل سه فعالیت به شرح زیر می‌شود:

۱. جمع‌آوری داده‌های کمی و بررسی مستندات مربوطه؛
۲. بررسی شاخص‌هایی که داده‌های آن‌ها موجود نیست و مشخص نمودن آن‌ها برای مرحله توسعه و ارتقاء برنامه؛
۳. جمع‌آوری داده‌های کیفی (انجام مصاحبه).

جمع‌آوری داده‌های کمی و بررسی متون مربوطه

داده‌کاوی و بررسی متون مربوطه بخش مهمی از فرایند جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز شاخص‌های کمی می‌باشد. این موضوع شامل شناسایی منابع داده‌ها و به‌طور کلی در دسترس بودن داده‌های کمی می‌شود. این امر شامل اقداماتی از جمله بررسی مستندات اداری و گزارش‌های منتشر شده می‌شود. با توجه به شرایط و وضعیت هر کشور، مسئول کشوری پروژه لازم است افراد کلیدی که مسئول داده‌های هر سازمان می‌باشند را شناسایی نماید. به‌عنوان مثال داده‌ها ممکن است علاوه بر وزارت بهداشت در درگاه ملی مرکز آمار نیز وجود داشته باشد که باید این امر مورد توجه قرار گیرد. همچنین جمع‌آوری داده‌ها باید با مستندسازی دقیق همراه شود.

مثالی از برخی از داده‌هایی که ممکن است مورد تأیید نباشند:

۱. داده‌هایی که در سطح واحدهای ارائه خدمت جمع‌آوری می‌شوند ولی گزارش نمی‌شوند؛
۲. داده‌هایی که به‌صورت شفاهی گزارش شده‌اند ولی مستنداتی برای آن‌ها وجود ندارد؛
۳. داده‌هایی که به‌وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأیید نشده است؛
۴. داده‌هایی که دارای برآوردهای مختلفی هستند و توافقی با هم ندارند.

در برخی از موارد اشاره شده فوق ممکن است مسئول کشوری پروژه با همکاری همکاران وزارت بهداشت، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت و یا EMRO تلاش نمایند تا مستند معتبری برای شاخص تولید شود یا این‌که شاخص مذکور بدون محاسبه و اعلام مقدار عددی در نظر گرفته شود. منتها در برخی از موارد برای شاخص ممکن است تعریف‌شناسی^۲ دیگری در سطح کشور در نظر گرفته شده است. در این‌گونه موارد ممکن است شاخص جایگزینی که با مفهوم شاخص اصلی همخوانی دارد انتخاب شود.

بررسی موارد فقدان داده‌ها و تبیین مرحله ارتقا

شاخص‌های که برای آن‌ها داده‌ای وجود ندارد لازم است تا در گام اجرایی مورد بررسی قرار گیرند. لازم به ذکر است در صورتی که داده‌ای جمع‌آوری می‌شود و گزارش نمی‌شود باید به‌صورت پاورقی مشخص شوند.

جمع‌آوری داده‌های کیفی (انجام مصاحبه‌ها)

داده‌های کیفی طرح ممکن است به روش‌های مختلفی جمع‌آوری شوند. برخی از داده‌های کیفی ممکن است از قبل آماده جمع‌آوری باشند درحالی‌که برخی دیگر ممکن است نیاز به انجام مصاحبه با افراد مطلع داشته باشد تا وضعیت موجود بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گیرد. برای برخی از موارد ممکن است مسئول PHCMI خودشان اطلاعات مورد نیاز را داشته و یا از طریق منابع عمومی قابل دسترسی باشد (به‌عنوان مثال برخی از اطلاعات در قالب سیاست‌های PHC در کشور قابل دسترسی می‌باشند). با این وجود همه داده‌ها باید به‌وسیله وزارت متبوع تأیید و نهایی شوند.

گام سوم ارزیابی / تأیید صحت اطلاعات

پس از جمع‌آوری و ورود داده‌های طرح در نرم‌افزار مربوطه، در گام بعد اقدام به انجام فرایند ارزیابی و تأیید صحت اطلاعات و شاخص‌ها خواهد شد. این فرایند شامل موارد زیر است که توضیح آن‌ها در ادامه ارائه شده است:

بررسی توسط دفتر منطقه‌ای و سازمان مرکزی سازمان جهانی بهداشت

پس از فرایند جمع‌آوری داده‌های طرح، در مرحله بعد لازم است که داده‌های جمع‌آوری شده به تأیید رسمی وزارت متبوع برسد و بر اساس فرایند طراحی شده در این طرح، سازمان جهانی بهداشت بعد از تأیید اطلاعات اقدام به انتشار داده‌های دریافت شده خواهد نمود. شایان ذکر است که فرایند تأیید شاخص‌های طرح با توجه به کشور مربوطه ممکن است، طولانی باشد.

بعد از این‌که داده‌های تأیید شده طرح توسط وزارت متبوع به دفتر سازمان جهانی بهداشت ارسال شد، مرحله اعتبارسنجی خارجی صحت داده‌ها توسط آن دفتر انجام خواهد شد. با توجه به این‌که اغلب، این مرحله یکی از مراحل زمان طرح مذکور می‌باشد، لازم است داده‌ها در فرصت زمانی مناسبی به دفتر منطقه‌ای ارسال شود. ضمناً داده‌ها باید به همراه مستندات مربوطه ارسال شوند. قبل از ارسال داده‌ها به EMRO شما باید شاخص‌ها را مورد بررسی قرار داده و آن‌هایی که به نظر عجیب می‌رسند را مورد نقادی قرار دهید. سیاست‌گذاران و افراد ذی‌نفع را برای اطمینان از تأیید آن‌ها درگیر نمایید. همچنین از آن‌ها پیشنهادهايشان را برای جلو رفتن و این‌که چگونه بر موانع فائق می‌آیند، درخواست کنید. فرد مسئول پایگاه اطلاعات علمی دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت با همکاری نزدیک مسئول PHCMI هر کشور موظف است تا ضمن تأیید شاخص‌ها، برای مواردی که داده‌ای برای شاخص خاصی وجود ندارد شاخص جایگزین انتخاب کند. به دنبال اعتبارسنجی داده‌ها توسط دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت، داده‌های هر کشور به سازمان جهانی بهداشت (سازمان مرکزی) برای اعتبارسنجی و تأیید نهایی ارسال خواهد شد.

شفاف‌سازی و حل اختلاف بین بررسی داخلی و خارجی طرح

در صورت وجود هرگونه اختلاف و یا عدم هم‌خوانی در برآوردهای انجام‌شده برای شاخص خاصی بر اساس برآوردهای کشوری، منطقه‌ای و یا جهانی، باید قبل از این‌که برای دسترسی عمومی منتشر شوند، مورد بررسی و رفع اختلاف قرار گیرند. مثال‌هایی از عدم هم‌خوانی‌ها به شرح زیر است:

۱. عدم توافق در مقدار شاخص؛
۲. تفاوت زیاد در مقدار شاخص در دسترسی در برآورد کشوری و منطقه‌ای؛
۳. مخرج و یا صورت نامناسب؛
۴. نبودن و یا نامناسب بودن منبع داده.

فرایند رفع اختلاف باید با همکاری بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت و سازمان جهانی بهداشت انجام شود.

نهایی نمودن محتوای گزارش سیمای کشوری PHC و سیمای علائم حیاتی و ارسال آن

برای مقام محترم وزارت برای امضا

با توجه به این که شاخص‌های سیمای PHC کشور در فهرست کلی شاخص‌های لحاظ شده است، تکمیل فرایند جمع‌آوری داده‌ها و اعتبارسنجی آن‌ها برای ارائه گزارش سیمای کشوری ضروری می‌باشد. محتوای سیمای کشوری PHC باید استاندارد و به نحوی باشد تا اطلاعات اولویت‌دار آن برجسته شود. وجود نداشتن داده‌های طرح باید به صورت زیر مشخص شود:

۱. موجود نبودن / جمع‌آوری نشده؛

۲. جمع‌آوری می‌شوند ولی به سطح کشوری گزارش نمی‌شوند؛

۳. جمع‌آوری می‌شوند ولی به هیچ‌عنوان گزارش نمی‌شوند.

زمانی که سیمای کشوری PHC نهایی شد، شاخص‌های سیمای علائم حیاتی PHC به دست خواهد آمد. زمانی که داده‌های سیمای علائم حیاتی PHC نهایی شد، به وسیله کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بررسی و سپس گزارش مورد نظر تهیه خواهد شد. بعد از تکمیل سیمای کشوری PHC و سیمای علائم حیاتی PHC، هر دو گزارش به وزارت متبوع برای امضا و تأیید نهایی ارائه خواهد شد.

گام چهارم نهایی سازی و انتشار

این گام شامل دو فعالیت می‌باشد:

۱. پیش‌نویس گزارش؛

۲. ارائه گزارش به کارگاه منطقه‌ای.

پیش‌نویس گزارش

گزارشی که قرار است در این طرح تهیه شود باید شامل متدلوژی طرح بر اساس شرایط هر کشور باشد. همچنین این طرح لازم است برحسب شرایط PHC کشورمان بومی‌سازی شود و بر اساس آن برای سنجش وضعیت PHC شاخص‌های مناسبی انتخاب گردد و بر اساس شاخص‌های انتخابی داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری و اعتبارسنجی شوند. این گزارش باید بر اساس یافته‌های مهم در گزارش سیمای PHC کشور باشد. علاوه بر یافته‌های مهم، گزارش باید شامل تحلیل وضعیت موجود PHC کشورمان و ارائه راهکارهای انتخابی برای توسعه PHC به وسیله وزارت متبوع در کارگاه منطقه باشد. از آنجایی که اطلاعات و داده‌های سلامت، پایه و اساس این طرح می‌باشند، ارزیابی داده‌های جمع‌آوری شده و اعتبارسنجی آن‌ها لازم است، انجام شود، لذا فقدان داده‌های مهم که نیاز به اقدامات توسعه‌ای در بخش‌های مختلف نظام سلامت دارد باید برجسته شوند تا به وسیله آن بتوان نظام اطلاعات سلامت قوی و به هنگامی را برای تحقق پوشش همگانی سلامت (UHC) مهیا نمود. گزارش باید شامل نتیجه‌گیری در خصوص سیاست‌های مهم پیشنهادی در خصوص نظام اطلاعات مدیریت سلامت و تقویت نظام سلامت بر اساس یافته‌های نتایج به دست آمده باشد. در قالب اجرای طرح حاضر

قرار است کشورها فرایند تهیه گزارش، شاخص‌های مهم و گام‌های بعدی طرح بر اساس شرایط خود را بومی‌سازی نمایند.

ارائه گزارش به کارگاه منطقه‌ای

با توجه به برگزاری کارگاه منطقه‌ای توسط دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در پایان هر فاز، در این کارگاه ضمن معرفی طرح و نتایج پایلوت آن در سه کشور، از کشورها درخواست گردید تا طرح را در کشور خود اجرا نمایند. سپس قرار است پس از اجرای طرح در همه کشورها، نتایج آن را که شامل یافته، دستاوردها، چالش‌ها و پیشنهادهای می‌شود را در نشست بعدی ارائه نمایند.

گام پنجم گام‌های بعدی

این فعالیت‌ها شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. تبیین جزئیات کارگاه بعدی؛
 ۲. نشست ذی‌نفعان برای شناسایی حیطه‌های همکاری؛
 ۳. تهیه و تدوین برنامه عملیاتی و زمان‌بندی برای توسعه نظام ارائه خدمت بر اساس PHC بر اساس نتایج طرح؛
 ۴. ارائه نمودن برنامه عملیاتی و زمان‌بندی به مقام محترم وزارت.
- به دنبال کارگاه اولین کارگاه منطقه‌ای، جلسه تبیین جزئیات فعالیت طرح برای ارزیابی نتایج طرح در کشورها پایلوت و برنامه زمان‌بندی که توسط سایر کشورها ارائه خواهد شد، برگزار خواهد شد. این جلسه تبیین فعالیت‌های طرح این فرصت را فراهم خواهد ساخت تا بازخوردهای قابل‌ارائه توسط کشورهای منطقه را به‌عنوان اولین منطقه‌ای که طرح PHCMI را اجرا نمودند، بررسی شود. این نشست همچنین این فرصت را فراهم می‌سازد تا برنامه بحث‌ها و اولویت‌بندی گام‌های بعدی سایر کشورهای منطقه تهیه شود. این نشست شامل نمایندگان سازمان‌های مختلف از جمله: WCO, EMRO, HQ and UNICEF می‌باشد.
- به دنبال اجرای طرح، ذی‌نفعان برنامه، اقدام به شناسایی حیطه‌های همکاری‌های خود خواهند نمود تا ضمن تعیین کمبودهای مشخص شده در فاز اول طرح، مداخلات بالقوه و اولویت‌بندی شده در گام‌های بعدی برای ارتقاء PHC را لحاظ کنند.
- به دنبال کارگاه اولیه منطقه‌ای، برنامه زمان‌بندی بر اساس یافته‌های فاز اول طرح برای ارتقاء PHC در کشورهای پایلوت و سایر کشورها تهیه و تدوین خواهد شد. ضمناً کشورهای غیر پایلوت منطقه تشویق می‌شوند تا فرصت را برای نشست با ذی‌نفعان برنامه و تعیین چارچوب همکاری‌های آن‌ها فراهم نمایند. این امر شامل درگیر نمودن سازمان‌های خارج از حوزه سلامت است و تنها شامل وزارت متبوع نمی‌شود از جمله این سازمان‌ها می‌توان سازمان برنامه‌بودجه، مرکز آمار ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه همگانی، سازمان بهزیستی و همچنین آژانس‌های بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های مردم‌نهاد و خیر و بخش خصوصی می‌شود. این نگرش چندبخشی به کار، شرایط را برای مشارکت فعال، بحث و گفتگو، بازخورد و درگیر نمودن همه بخش‌ها فراهم می‌سازد تا در همه مراحل طرح درگیر شوند و زمینه را برای همکاری و اقدامات مورد نیاز از سوی آن‌ها در برنامه عملیاتی طرح فراهم نماید.
- درنهایت، بحث و نتایج به‌دست‌آمده در نشست با همه ذی‌نفعان به‌عنوان یک توافق بین سازمانی روی برنامه عملیاتی طرح ارائه خواهد شد؛ و نهایتاً برنامه عملیاتی و زمان‌بندی طرح برای مقام محترم وزارت برای مورد توجه قرار گرفته و اجرای همه‌جانبه به‌عنوان سیاست‌های کلی نظام ارائه خدمت کشور ارائه خواهد شد.

پیوست ۲

جدول زمان بندی طرح

دی	آذر				آبان				مهر				شهریور				مرداد				
	هفته ۲۰	هفته ۱۹	هفته ۱۸	هفته ۱۷	هفته ۱۶	هفته ۱۵	هفته ۱۴	هفته ۱۳	هفته ۱۲	هفته ۱۱	هفته ۱۰	هفته ۹	هفته ۸	هفته ۷	هفته ۶	هفته ۵	هفته ۴	هفته ۳	هفته ۲	هفته ۱	

مرحله یک- برنامه		مسئول	مسئول پیگیری
فعالیت	برگزاری جلسه با نمایندگان دفتر سازمان جهانی بهداشت و موسسه ملی تحقیقات سلامت و تعیین اعضای کمیته (۲۸ مرداد)	خانم سیروس	
	جلسه توجیهی و صدور ابلاغ برای اعضا (۱۰ شهریور)	برگزاری جلسه با نمایندگان دفتر سازمان جهانی بهداشت و موسسه ملی تحقیقات سلامت و تعیین اعضای تیم (۲۸ مهر)	اقای دکتر رئیس - آقای دکتر تبریزی
	ترجمه و بومی سازی دستورالعمل اجرایی		اعضای کمیته
	برگزاری جلسه با اعضا و بررسی شاخص ها و تعیین مسئولین شاخص ها (۳۱ شهریور)		دکتر خسروی - دکتر نیانی
	برگزاری جلسه توجیهی با مسئولین شاخص ها و نهایی کردن دستورالعمل اجرایی (۳ مهر)		
	برگزاری جلسات کمیته راهبردی	یک هفته درمیان	اعضای کمیته
	تعریف واژه‌های کلیدی	ترجمه شاخص ها و ارسال برای ذینفعان	اعضای کمیته
	تهیه پیش نویس جدول زمانبندی برنامه	چاپ و ابلاغ رسمی دستورالعمل اجرایی برای ذینفعان (۱۸ مهر)	اعضای کمیته
	جلسه توجیهی با افراد مسئول و نهایی کردن کتابچه راهنما (۳ مهر)		دکتر خسروی
	ترجمه شاخص ها و به اشتراک گذاری آنها با ذی نفعان		دکتر خسروی - دکترعظیمی
	اشتراک گذاری کتابچه راهنما با ذینفعان		دکتر عظیمی
	نهایی کردن جدول زمانبندی	جلسه با اعضای تیم	دکتر تبریزی
	چاپ و ابلاغ رسمی دستورعمل اجرایی برای ذینفعان		دکتر تبریزی
مکاتبه و برگزاری یک جلسه توجیهی با دفاتر و ادارات معاونت بهداشت و همچنین سایر معاونت ها ی مرتبط	برگزاری جلسه با نمایندگان هر یک از دفاتر و ادارات و دریافت پسخوراند آنان	دکتر خسروی	
مرحله دو- ارزیابی		مسئول	مسئول پیگیری
فعالیت	بررسی متون و تکمیل مستندات شاخص‌های کمی	بررسی و تکمیل شاخص هایی که اطلاعات آن موجود می باشد	ذینفعان/مرکز مدیریت شبکه
	طراحی نرم افزار برای ورود داده‌ها		دکتر واتق
	شناسایی منابع مورد نیاز و جمع آوری مستندات شاخص‌های کیفی	سازماندهی مصاحبه ها و جمع آوری داده ها برای شاخص‌های کیفی (۱۱مهر تا ۳۰مهر)	اعضای تیم
	ورود داده‌های کمی به نرم افزار(۹-۱۰ مهر)		دکتر عظیمی
	شناسایی اطلاعاتی / شاخص هایی که داده برای آنها وجود ندارد و نهایی کردن داده‌های کیفی	دریافت بازخورد از ذینفعان و نهایی کردن روند جمع آوری داده‌ها ی شاخص‌های کیفی.(۳ تا ۱۰مهر)	برگزاری جلسه با مسئولین شاخص ها و و دریافت پسخوراند
انجام مصاحبه و جمع آوری داده های کیفی (۱۱ تا ۳۰ مهر)			
مرحله سه- تایید نتایج		مسئول	مسئول پیگیری
فعالیت	ارزیابی داخلی	بررسی و تایید داده ها توسط دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران (۵ آبان)	خانم سیروس-دکتر بنیانی-مرکز مدیریت شبکه
	ارزیابی خارجی	بررسی و تایید داده ها توسط دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت (۱۵ آبان)	دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت
	دریافت بازخورد از دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت (۳۰ آبان)		دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت
	پاسخگویی به موارد اختلاف نظر	۳آذر	دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت
	نهایی سازی محتوی "سیمای کشور" و "علایم حیاتی"	۹آذر	مشاور دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت
	شناسایی اولویت‌ها		مشاور دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	تهیه گزارش رسمی	۱۶آذر	دکتر بنیانی / مرکز مدیریت شبکه
ارسال گزارش به دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت با امضای مقام محترم وزارت	امضای گزارش توسط وزیر (۳۰ آذر)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دفتر منطقه‌ای مدیترانه شرقی
مرحله چهار- انتشار گزارش		مسئول	مسئول پیگیری
فعالیت	کارگاه منطقه‌ای - برنامه ریزی		
	کارگاه منطقه‌ای-هدایت		
	کارگاه منطقه‌ای - خلاصه‌سازی		
	گزارش یافته‌ها		
مرحله پنجم- برنامه اقدام برای ارتقا		مسئول	مسئول پیگیری
فعالیت	تدوین یک برنامه عملیاتی برای ارتقا		
	جلسه مشورتی با ذینفعان برای تعیین زمینه‌های همکاری		
	بحث درباره برنامه عملیاتی در کمیته برنامه ریزی		